

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

Rapport fra 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



Til Helse- og omsorgsministeren:

Arbeidsgruppen som ble oppnevnt av Helse- og omsorgsministeren i brev av 5. desember 2005 for å vurdere hvordan retten til helsehjelp skal styrkes for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer legger herved frem sin rapport. Rapporten er enstemmig.

Oslo, 15. juni 2006

Stein-Are Agledal
leder

Geir Sverre Braut

Håkon Ruud

Marte Walstad

Marit Gjærum

Sveinung Skårseth

Jan Egil Wold

Bjørn Hofmann

Randi Talseth

Sunniva Ørstavik

Kari Paulsrud

Ole Marius Vollen

Grethe Stople

Jon Storaas

Jon Arild Schillinger

Mari Trommald
Nina M. Håskjold
Wenche Dahl Elde
Hilde Jordal
Björg Halvorsen

1	SAMMENDRAG	4
2	GRUPPENS MANDAT OG SAMMENSETNING	4
2.1	DRØFTING OG PRESISERING AV MANDAT	4
2.2	ARBEIDSGRUPPENS ORGANISERING OG SAMMENSETNING	6
3	BAKGRUNN OG FORUTSETNINGER	6
3.1	GJELDENDE REGELVERK OM PASIENTRETTIGHETER	7
3.1.1	<i>Prioritering og fristfastsettelse.....</i>	7
3.1.2	<i>Rett til individuell plan.....</i>	10
3.2	LØNNING - UTVALGENE	11
3.3	PRIORITERINGSARBEID I FAGMILJØENE.....	12
3.4	NASJONALT RÅD FOR PRIORITERINGER I HELSETJENESTEN	13
3.5	PROSJEKT RIKTIGERE PRIORITERING	14
3.6	VENTETID SOM BEGREP	15
3.6.1	<i>Hvordan kan ventetid defineres?.....</i>	15
3.6.2	<i>Ventetid og ventelister - avgrensning og avklaring.....</i>	16
3.7	MORALSKE OG ETISKE UTFORDRINGER I LYS AV PRIORITERINGSFORSKRIFTEN.....	17
3.7.1	<i>Å hjelpe sårbare grupper: et moralsk imperativ</i>	17
3.7.2	<i>Type prioriteringsbeslutninger.....</i>	17
3.7.3	<i>Tidsfrister som prioriteringsvirkemiddel.....</i>	18
3.8	PRIORITERINGSORDNINGER I ANDRE LAND	19
3.8.1	<i>Danmark.....</i>	19
3.8.2	<i>Sverige.....</i>	20
3.8.3	<i>England</i>	21
3.8.4	<i>Oppsummering fra andre land</i>	21
4	PRIORITERING AV BARN OG UNGE – BETYDNINGEN AV Å KOMME TIDLIG TIL.....	22
4.1	BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER	22
4.2	UNGDOM OG RUSMIDLER – ET SAMSPILL I ENDRING	23
4.3	PRIORITERING I FORHOLD TIL BARN MED TILTAK I BARNEVERNET.....	27
4.4	UTVIKLINGEN I SPESIALISTHELSETJENESTEN	28
5	KARTLEGGING AV EKSISTERENDE PRIORITERINGSRUTINER	31
5.1	FAKTA OM VENTETIDEN I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE.....	32
5.2	EN PILOTUNDERSØKELSE OM PRIORITERING AV BARN OG UNGE	34
5.2.1	<i>Vurderingsprosessen</i>	34
5.2.2	<i>Hvilke kriterier legges til grunn i vurderingsprosessen?</i>	35
5.2.3	<i>Ventetider ved BUP og PUT</i>	36
5.2.4	<i>Prioriteringsforskriften i praksis.....</i>	36
5.2.5	<i>Hvordan redusere ventetiden i spesialisthelsetjenesten</i>	37
5.3	SPØRREUNDERSØKELSE OM TILBUDET TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER.....	37
5.3.1	<i>Vurderingsrutinene i BUP.....</i>	37
5.3.2	<i>Tiltak for å redusere ventetiden i BUP.....</i>	38
5.3.3	<i>Forsvarlig ventetid for barn og unge med ulike psykiske problemer</i>	38
6	PRODUKTIVITET	40
6.1	ARBEIDSGRUPPENS FORSTÅELSE AV PRODUKTIVITET	40
6.2	ØKT PRODUKTIVITET – ET LEDELSESANSVAR	43
7	ARBEIDSGRUPPENS INNSTILLING	44
7.1	IKKE ÉN ENKEL LØSNING – BEHOV FOR ULIKE TILTAK PÅ ULIKE NIVÅ	44
7.1.1	<i>Tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse</i>	45
7.1.2	<i>Sammenheng i tjenestene – et helhetlig tilbud.....</i>	45
7.1.3	<i>Fokus på ansvar og rolleavklaring mellom linjene</i>	46
7.2	ARBEIDSGRUPPENS ANBEFALINGER.....	47
7.2.1	<i>Styrking av pasientrettighetene – garanti for å komme tidlig til</i>	48
7.2.2	<i>Styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene</i>	52
7.2.3	<i>Økt produktivitet i spesialisthelsetjenesten – et ledelsesansvar</i>	54

8	ADMINISTRATIVE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	57
8.1	VRIDNINGER ELLER UTHULING AV PRIORITERINGSFORSKRIFTEN?	57
8.2	ØKONOMISKE KONSEKVENSER	58
8.3	ANDRE UTILSIKTEDE KONSEKVENSER	58
9	EVALUERING	59
10	LITTERATUR.....	61

1 Sammenheng

Til tross for styrking av tilbudet til barn og unge som følge av satsningen i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008, er det i dag lenger ventetid på behandling i spesialisthelsetjenesten enn tidligere og det er store geografiske variasjoner i tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser. Det finnes ikke tilsvarende kunnskap om hvordan utviklingen av tilbudet til unge rusavhengige har vært men det synes som om tilgjengeligheten innen rusbehandlingen heller ikke er god nok.

Arbeidsgruppen har på bakgrunn av mandatet vurdert hvordan en ventetidsgaranti kan utformes og foreslå hvordan rett til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer kan styrkes. Arbeidsgruppen har lagt til grunn for arbeidet at barn og unge skal komme tidligere til og at pasientene med de mest alvorlige plagene skal behandles først. Arbeidsgruppen understreker at det ikke er et enkelt tiltak som kan bidra til at barn får et godt tilbud når de trenger det - det er viktig med en sammenhengende tjeneste fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen foreslår en "tiltaksplan" med flere hovedanbefalinger som gjensidig understøtter hverandre.

Arbeidsgruppen foreslår å styrke pasientrettighetene i form av både en *vurderings- og behandlingsgaranti* for å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer kommer tidligere til. Pasientene skal sikres en vurdering innen 10 virkedager, og start på helsehjelp innen 90 virkedager. Arbeidsgruppen legger til grunn at det er behov for å understøtte en mer ensartet forståelse av prioriteringsforskriften for å unngå ubegrunnede variasjoner i praksis. Ventetidsgaranti som virkemiddel bør derfor suppleres med *nasjonale retningslinjer* som forankres i forskrift.

Videre anbefaler arbeidsgruppen å *bedre samhandlingen* mellom linjene blant annet gjennom bedre henvisningsrutiner og mer konstruktiv oppfølging i ventetiden. Det anbefales at virksomhetene gjennomgår og forbedrer innholdet i henvisningene. I tillegg anbefaler arbeidsgruppen at spesialisthelsetjenesten utarbeider rutiner for å gi individuelle tilbakemeldinger til henviser og pasient etter endt vurdering om videre oppfølging av barnet/ungdommen.

Til sist foreslår arbeidsgruppen tiltak for å *øke produktiviteten og effektivisere tidsbruken* i poliklinikkene slik at flere barn og unge blir behandlet til rett tid. For å legge til rette for at flere kan få behandling til riktig tid anbefaler arbeidsgruppen at ledelsen ved virksomhetene analyserer tidsbruk og arbeidsoppgaver, og fastsetter konkrete mål for hvordan flere barn kan få tidlig hjelp.

2 Gruppens mandat og sammensetning

2.1 Drøfting og presisering av mandat

Regjeringen ønsker å styrke retten til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige. Det er uttrykt et ønske om å prioritere disse gruppene. Det er lagt til grunn at dette er utsatte og sårbare grupper som erfaringsvis ikke alltid har fått et tilfredsstillende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Videre at ventetiden på poliklinisk behandling er for lang og varierer mellom helseregionene.

Arbeidsgruppen er på denne bakgrunn gitt følgende mandat:

"Arbeidsgruppen skal komme med forslag hvordan rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan styrkes overfor barn og unge med psykiske lidelser og for unge

rusmiddelmisbrukere. Som grunnlag for sine forslag skal arbeidsgruppen kartlegge hvordan barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelmisbrukere under 23 år blir vurdert i helseforetakene. Barn og unge med samme diagnoser og med tiltak fra barnevernet skal inngå i kartleggingen. Arbeidsgruppen skal beskrive tilsvarende ordninger i andre land.

På denne bakgrunn skal arbeidsgruppen:

- 1. Vurdere hvordan fastsettelse av frist praktiseres etter gjeldende regelverk.*
- 2. Vurdere hva som er akseptabel ventetid for disse pasientgruppene både for vurdering og behandling.*
- 3. Vurdere om prioriteringskriteriene i gjeldende regelverk er egnet til å sikre disse pasientgruppene en reell rett til helsehjelp innenfor akseptabel ventetid.*
- 4. Foreslå hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes og etableres, og hvilke virkninger en slik garanti kan ha for hele gruppen barn og unge med psykiske lidelser og rusproblemer.*
- 5. Foreslå gode mål for produktivitet.*

Barns, unges og familienes behov skal legges til grunn for vurderinger og forslag.

Arbeidsgruppen skal gi en analyse og vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av sine forslag.

Frist for arbeidet settes til 1. juni 2006."

Arbeidsgruppen legger til grunn at "samme diagnoser" i første avsnitt nest siste setning viser tilbake til "barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelmisbrukere under 23 år". Arbeidsgruppen forstår dette slik at barn og unge med tiltak i barnevernet som har psykiske lidelser og eller rusproblemer skal inngå i kartleggingen.

Når det gjelder den delen som omfatter å "beskrive tilsvarende ordninger i andre land" ble det fra departementet presisert at det siktes til land det er naturlig å sammenligne Norge med. Aktuelle land vil etter gruppens oppfatning være Sverige, Danmark og England.

Punkt 1 og 3 legger opp til en *kartlegging* av dagens praktisering av fristfastsettelse, for på grunnlag av dette vurdere om dagens praksis er tilfredsstillende.

I punkt 2 og 3 benyttes begrepet *akseptabel ventetid*. Arbeidsgruppen legger til grunn at akseptabel i denne sammenhengen antyder hva som er rimelig ventetid for barn og unge med psykiske problemer og unge rusavhengige ut fra en allmenn oppfatning. Akseptabel ventetid er dermed ikke begrunnet ut fra hva som anses som faglig forsvarlig, men ut fra hvilken ventetid man mener er akseptabel knyttet til god tilgjengelighet og forventninger man har til tjenestene. Arbeidsgruppen poengterer at begrepet akseptabel ventetid ikke må forveksles med forsvarlig ventetid, som er knyttet til faglig forsvarlighet og den maksimale frist for igangsetting av behandling for pasienter som er tilkjent rett til nødvendig helsehjelp. Arbeidsgruppen legger til grunn at innføring av et nytt begrep "akseptabel" i denne sammenheng vil kunne indikere en differensiering eller en presisering av forsvarlighetsbegrepet og vil være uheldig.

Under pkt 4 er arbeidsgruppen bedt om å "*Foreslå hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes og etableres*". Slik arbeidsgruppen ser det skal en ventetidsgaranti sees i sammenheng med hva som anses som en akseptabel eller rimelig ventetid for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige. Arbeidsgruppen forstår særskilt ventetidsgaranti som frist for vurdering og senest mottatt helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter at henvisning foreligger. En særskilt ventetidsgaranti vil ikke nødvendigvis samsvare med hva som er forsvarlig ventetid for alle pasientene. En ventetidsgaranti kan være lengre

enn det som vil ansees som forsvarlig for alvorlig syke pasienter, mens den kan være kortere enn det som ansees som forsvarlig for pasienter med mindre alvorlige tilstander.

I punkt 5 bes arbeidsgruppen om å foreslå *gode mål for produktivitet*. Produktivetsmålene må sees i lys av resten av tiltakene, og det legges til grunn at økt produktivitet skal være et resultat av en mer helhetlig og effektiv tjeneste, ikke et resultat av at det tilføres flere midler.

2.2 Arbeidsgruppens organisering og sammensetning

Helse- og omsorgsministeren har satt ned en arbeidsgruppe som skal vurdere hva som er akseptabel ventetid for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige både for vurdering og behandling. Arbeidsgruppen skal også foreslå hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes og etableres, samt foreslå gode mål for produktivitet.

Arbeidsgruppen har vært ledet av direktør Stein-Are Agledal, Psykiatrien i Vestfold helseforetak. Den har vært bredt sammensatt med kompetanse innen medisin, psykologi, jus, etikk, samt brukererfaring. Sosial- og helsedirektoratet har ivaretatt sekretariatsfunksjonen. Første møte i arbeidsgruppen ble gjennomført den 14. desember 2005 hos Helse- og omsorgsdepartementet. I løpet av våren har arbeidsgruppen hatt tre heldagsmøter og ett to-dagers arbeidsseminar. Forskningssjef ved R-Bup Øst/Sør Sonja Heyerdahl og overlege ved Sykehuset Asker og Bærum Jon Johnsen ble invitert for å foredra om betydningen av tidlig intervensjon. Innholdet i deres foredrag er integrert i rapporten.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende representanter:

Direktør Stein-Are Agledal, Psykiatrien i Vestfold (leder for arbeidsgruppen)

Ass. direktør Geir Sverre Braut, Statens helsetilsyn

Avdelingsdirektør Marit Gjærum, Barne, ungdoms- og familiedirektoratet

Professor Bjørn Hofmann, Senter for medisinsk etikk, UiO

Advokat Kari Paulsrud, Advokatkollegiet Kindem & Co AS

Avdelingssjef/sjefpsykolog Håkon Ruud, Ullevål universitetssykehus HF

Avdelingsoverlege BUP Sveinung Skårseth, Nordlandssykehuset Lofoten

Virksomhetsleder Grethe Stople, Familiesenter, Eidsberg kommune

Generalsekretær Randi Talseth, Voksne for barn

Ungdomssekretær Ole Marius Vollen, Mental Helse Ungdom

Prosjektdirektør Mari Trommald, Sosial- og helsedirektoratet

Allmennlege Marte Walstad, Ranheim legesenter

Avdelingsleder/førstemanuensis Jan Egil Wold, BUP Levanger / R-Bup Midt-Norge

Konst. generalsekretær Sunniva Ørstavik, Rådet for psykisk helse

Leder Jon Storaas, RIO - Rusmisbrukernes interesseorganisasjon

Overlege/psykiater John Arild Schillinger, Østfoldklinikken (Fagrådet innen Rusfeltet i Norge)

Sekretariatet i Sosial- og helsedirektoratet har bestått av:

Mari Trommald, sekretariatsleder

Nina Malene Håskjold, sekretariatskoordinator

Wenche Dahl Elde

Hilde Jordal

Björg Halvorsen

3 Bakgrunn og forutsetninger

Bakgrunnen for arbeidet er et ønske om å styrke retten til helsehjelp og redusere ventetiden for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Ulike tiltak og virkemidler kan

være aktuelle for å oppnå helsepolitiske mål, bl.a. bruk av lovgivning. Lovgivning står sterkt som virkemiddel da de som forvalter helsetjenesten ved dette forpliktes til å følge opp de tiltak som blir fastlagt i form av lov og forskrift. Individuelle rettigheter kan således være et viktig virkemiddel for å sikre at barn og unge mottar adekvat hjelp innen rimelig tid.

3.1 Gjeldende regelverk om pasientrettigheter

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63 (pasientrettighetsloven) skal sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Pasienter har krav på ytelser fra det offentlige og helsepersonell. Disse rettighetene er av ulik styrke. De sterkeste rettighetene gir pasientene et ubetinget krav på oppfyllelse og skal imøtekommes dersom lovens vilkår er oppfylt uavhengig av kommunenes eller de regionale helseforetakenes ressurser.

3.1.1 Prioritering og fristfastsettelse

Barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten på samme måte som resten av befolkningen. Pasientrettighetsloven kapittel 2 konkretiserer hvilke rettigheter det dreier seg om:

- Rett til øyeblikkelig hjelp
- Rett til vurdering av henvisning innen 30 virkedager
- Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Rett til en individuell frist
- Rett til oppfyllelse ved fristbrudd
- Rett til fornyet vurdering
- Rett til valg av sykehus
- Rett til individuell plan
- Rett til sykehustransport

I det følgende vil sentrale rettigheter knyttet til å sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten omtales nærmere.

Rett til øyeblikkelig hjelp, jf. § 2-1 første ledd

Retten til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten skal fange opp de pasienter som har behov for livreddende helsehjelp eller helsehjelp for å avverge alvorlig helseskade eller smertetilstand. Slik helsehjelp skal gis umiddelbart. Barn og unge med psykiske lidelser og/eller unge rusavhengige med slik akutt behov for hjelp, skal få den helsehjelp de trenger uten unødig opphold.

Det nærmere innholdet i pasientens rett til øyeblikkelig hjelp ovenfor spesialisthelsetjenesten fremgår av lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr. 61 § 3-1. Innenfor psykisk helsevern er det gitt regler om øyeblikkelig hjelp i forskrift av 21. desember 2000 nr. 1409. Forskriften legger opp til at pasienten som hovedregel skal henvises til institusjon eller avdeling som er utpekt av de regionale helseforetak til å ivareta øyeblikkelig hjelp plikten.

Forskriften har i § 2 tredje ledd har følgende oppregning av hvilke tilstander som i hovedsak utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp;

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre

- c) deliriose tilstander hvor avrusing ikke er en hovedsak
- d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Der pasienten ikke vurderes å være i en tilstand som krever øyeblikkelig hjelp, legger § 3 i nevnte forskrift opp til at henvisningen skal vurderes på linje med andre søknader om behandling.

Rett til vurdering, jf. § 2-2

Pasientrettighetslovens § 2-2 bygger på at pasienter som ellers kan ha behov for spesialisthelsetjenester, må henvises. Henviste pasienter har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. 30-dagersfristen er en maksimumsfrist. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

Helse- og omsorgsdepartementet har overfor de regionale helseforetak uttrykt en forventning om at ventetid for vurdering innen psykisk helsevern for barn og unge ikke bør overstige 10 dager¹.

Innen 30-dagers perioden skal henvisningen vurderes, om nødvendig skal supplerende opplysninger fra henviser innhentes og/eller pasienten innkalles til undersøkelse. Saken må være godt nok opplyst til at det kan foretas en reell og faglig vurdering av helsetilstanden og hvordan man skal gå videre med å utrede og/eller behandle lidelsen. Det skal også tas stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (prioritere) og i så fall skal det fastsettes en individuell frist for når forsvarlig helsehjelp senest skal gis.

Det skal gis tilbakemelding til pasienten og henvisende instans om det er gitt rett til nødvendig helsehjelp og om fristen. Det skal også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage.

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf § 2-1 annet ledd

Lønning-utvalgene² formulerte tre kriterier for prioriteringsbeslutninger: Tilstandens alvorlighetsgrad, forventet nytte av behandlingen, og kost/nytte vurderinger.

Regelverket bygger på denne modellen og prioriteringsforskriften § 2³ utdyper at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og
3. de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Nevnte kriterier er en effektuering av Lønning II utvalgets prioriteringsgruppe I og II. Pasienter som omfattes av disse gruppene skal ha rett til nødvendig helsehjelp.

Selv om lov, forskrifter og forarbeider gir føringer for hva som skal til for å få rett til nødvendig helsehjelp, skal det helsepersonell som foretar vurderingen utøve et faglig skjønn i vurderingen av om vilkårene forskriften er oppfylt.

¹ Bestillerdokument 2006 til RHFene

² Se omtale i pkt 3.2

³ Forskrift av 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd (prioriteringsforskriften)

Tilstandens alvorlighet skal sees i sammenheng med konsekvenser for helsetilstanden dersom behandling utsettes og om dette kan føre til redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet. Vilåret om forventet nytte av helsehjelpen forutsetter at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen. Det tredje vilåret forutsetter at det skal være et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandling og den forbedringen av pasientens tilstand som behandlingen er forventet å gi. Alle tre vilårene må være oppfylt.

Rett til individuell frist, jf. § 2-1 annet ledd

Etter at pasientrettighetsloven § 2-1 ble endret med virkning fra 1. september 2004 fikk pasienter med rett til nødvendig helsehjelp styrket sin rettsstilling ved at spesialisthelsetjenesten fikk plikt til å fastsette en konkret frist for når medisinsk forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient. Retten til helsehjelp skal oppfylles innen den fastsatte fristen.

Fristfastsettelse skjer ut fra en skjønnsmessig medisinskfaglig forsvarlighetsvurdering av den enkelte pasients helsetilstand. Av forarbeidene til loven⁴ fremgår det at fristen ikke kan settes til et senere tidspunkt enn når medisinsk forsvarlighet krever at man går videre med diagnostisk og/eller behandlende helsehjelp. Fristen skal settes slik at helsehjelpen både kan påbegynnes og fullføres som et medisinsk forsvarlig forløp og som er forsvarlig på ethvert tidspunkt. Den kan ikke settes så marginalt at uforsvarlighet inntreffer med en gang fristen utløper.

Ved fastsettelse av fristen får spesialisthelsetjenesten en juridisk bindende forpliktelse til å oppfylle pasientens rettighet, og pasienten får et rettslig krav på helsehjelp innen den fristen som settes. Fristen skal fastsettes uavhengig av kapasitet, men ut fra en vurdering av pasientens tilstand.

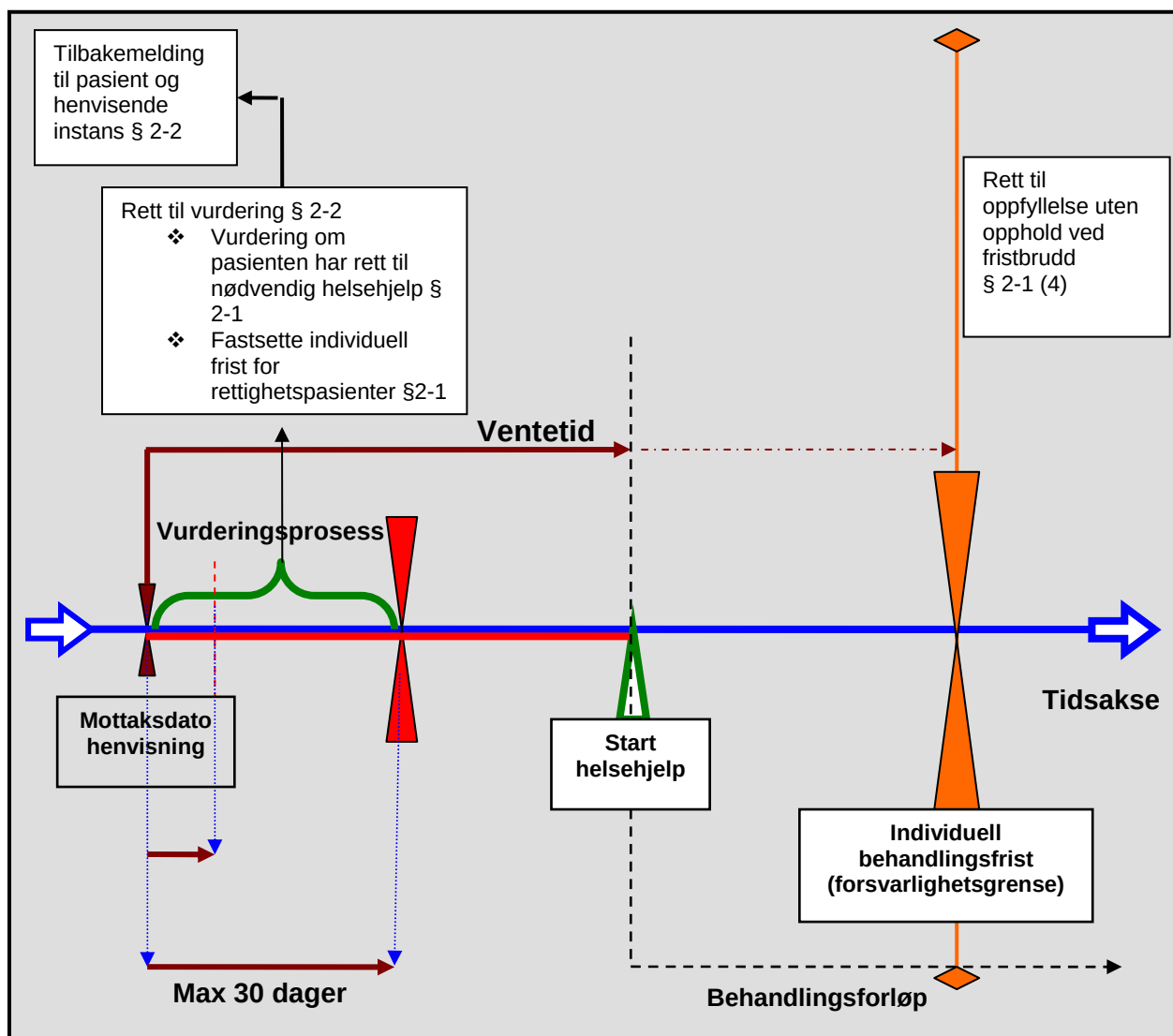
Rett til oppfyllelse ved fristbrudd, jf. § 2-1 fjerde ledd

Overholdes ikke fristen får pasienten et rettskrav på oppfyllelse uten opphold mot det regionale helseforetak i pasientens bostedsregion. Ved brudd på tidsfristen kan pasienten henvende seg direkte til en formidlingsenhet i Rikstrygdeverket som uten opphold skal skaffe et behandlingstilbud fra offentlig eller eventuelt privat tjenesteyter, om nødvendig i utlandet.

Systemet i pasientrettighetsloven blir illustrert langs tidsaksen i figur 1.

⁴ Jf. Ot.prp. nr.63 (2002-2003)

Figur 1. Systemet i pasientrettighetsloven



3.1.2 Rett til individuell plan

I forbindelse med at det er gitt en rett til nødvendig helsehjelp er det i forhold til pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester også gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan for tjenestetilbudet, jf. pasientrettighetsloven § 2-5.

Retten til individuell plan gir pasienten mulighet for å se tiltak fra ulike deler av tjenesteapparatet i sammenheng og sikrer nødvendig samhandling mellom nivåer og tjenester. Individuell plan skal bidra til at det gis et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging.

Pasienten har rett til individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1⁵. Med hjemmel i disse bestemmelsene og sosialtjenesteloven § 6a er

⁵ I Ot.prp.nr.65 (2005-2006) vedrørende endringer i psykisk helsevernloven foreslås at lovens § 4-1 harmoniseres med de øvrige bestemmelser om individuell plan.

det vedtatt en forskrift av 23. desember 2004 om individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet ga i 2005 ut en veileder til forskriften (IS-1253).

3.2 Lønning - utvalgene

I løpet av de seneste årene har det blitt rettet mye oppmerksomhet mot prioritering, pasientrettigheter og helsevesenets plikt til å tilby riktig behandling raskt og effektivt. I 1987 forelå den første rapporten om prioritering innen norsk helsetjeneste.⁶ Utvalget ble ledet av professor Inge Lønning. Ti år senere ble et nytt utvalgt nedsatt, også denne gang ledet av Lønning. Utvalget leverte sin innstilling til Sosial- og helsedepartementet i 1997.⁷

Lønning - II - utvalget fikk blant annet i oppdrag å utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet, samt å vurdere om ordningen med en ventetidsgaranti var hensiktsmessig. Utvalget skulle videre gi råd til departementet i forbindelse med utarbeidelsen av entydige kriterier for 3-måneders behandlingsgaranti som trådte i kraft 1.7.1997.

Utvalgets flertall støttet ikke forslaget om en behandlingsgaranti. Det ble påpekt at en slik garanti entydig knyttes til et tidsaspekt. Flertallet mente dette var en unyansert prioriteringsmåte, som i beskjeden grad traff de reelle problemene, og at ventetidsgarantien ikke hadde hatt den ønskede virkning. En mulig forklaring på dette var at de nødvendige forutsetninger for at en garanti av denne type skal fungere, ikke var til stede da den ble innført. Følgende ble fremhevet:

- Manglende metoder for presis rangering og sortering av pasientgrupper i forhold til hastegrad
- Nødvendige informasjonssystemer. Den personen som tildeler garanti hadde i mange tilfeller ikke tilstrekkelig informasjon om pasientens plager slik de fortoner seg for pasienten i den daglige aktivitet.
- Tilstrekkelig gode og etablerte rutiner for ventelisteføring, dvs. påmelding, avregistrering m.m. Informasjon om «ledig» kapasitet hadde ikke vært utnyttet optimalt
- Kapasitet hadde kun blitt vurdert i forhold til etterspørsel, og ikke i forhold til forekomst av lidelsen og etter klare kriterier for hvem som burde ha garanti
- Tilstrekkelige rutiner ved sykehusene for å skjerme planlagt behandling i forhold til akutt behandling
- Etablerte og effektive virkemidler for å dempe etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester
- Gode virkemidler for å styre aktiviteten i ønsket retning

I arbeidet med å utarbeide retningslinjer for prioritering anbefalte utvalget å dele inn pasientgruppene i prioriteringsgrupper basert på tilstandenes alvorlighetsgrad og tiltakenes forventede nytte og kostnader. Det ble påpekt at en altomfattende diagnoseliste som kategorisk inkluderer eller ekskluderer tjenester, verken ville være rettferdig eller anvendelig i praksis. Utvalget utarbeidet av den grunn ikke en slik diagnoseliste. Grensene for det offentliges ansvar trekkes stort sett ikke mellom diagnoser eller tiltak som klart faller innenfor eller utenfor.

NOU'en delte pasientene inn i fire prioriteringsgrupper ut fra behov for tjenester og tiltak:

- Grunnleggende helsetjenester (prioriteringsgruppe I) som skal tilbys helsetjenester
- Utfyllende helsetjenester (prioriteringsgruppe II) som bør tilbys helsetjenester
- Lavt prioriterte tjenester (prioriteringsgruppe III) som kan tilbys helsetjenester
- Tilstander og tiltak som ikke skal ha prioritet (prioriteringsgruppe IV)

⁶ "Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste" (NOU 1987: 23).

⁷ "Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste" (NOU 1997: 18)

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten omfatter, som nevnt i punkt 3.1, pasienter i gruppe I og II, mens behandlingstiltak overfor pasientgrupper i prioriteringsgruppe III stort sett vil falle utenfor de oppstilte kriterier for rett til nødvendig helsehjelp.

Prioritetsgruppe I inneholder tilstander og tiltak som det offentlige bør ha et særlig ansvar for å prioritere. Gruppen vil inneholde tilstander med høy alvorlighetsgrad og hvor aktuelle tiltak har betydelig forventet nytte, som for eksempel behandling for alvorlige psykoser. Prioritetsgruppe II inneholder utfyllende tjenester som diagnostikk, screening, utredning, behandling og rehabilitering for tilstander som a) gir forventet prognosetap, nedsatt funksjonsnivå eller smerter; og b) hvor tiltak har betydningsfull nytte for pasienten; og c) forventet nytte står i et rimelig forhold til kostnadene.

Lønning-II-utvalget fant det ikke hensiktsmessig å anbefale at alder benyttes som prioriteringskriterie, men påpekte at tiltak innenfor psykisk helsevern for barn og unge er et eksempel der alder kan inngå i begrunnelsen for en førsteordensbeslutning.

3.3 Prioriteringsarbeid i fagmiljøene

På bakgrunn av Lønning-II-utvalgets inndeling i *prioriteringsgrupper* utarbeidet Norsk Barn- og ungdomspsykiatrisk forening sammen med Norsk psykologforening i 2003 et forslag til prioriteringskriterier. Arbeidet ble ledet av barnepsykiater Jannicke Snoek. Under arbeidet med prioriteringskriteriene forholdt foreningene seg til forskriftenes rammebetingelser, som definerer en kombinasjon av tilstand, forventet nytte og kostnadseffektivitet som viktige parametere for tildeling av ventetids- og behandlingsgaranti.

Foreningene utarbeidet følgende prioriteringsliste for pasienter med tilstander som gir rett til nødvendig helsehjelp:

Venteliste - prioriteringsgruppe I

- Alvorlig bekymring for barn under 6 år
- Mistanke om psykose
- Alvorlig depresjon med suicidalproblematikk som ikke trenger ø.hjelp
- Alvorlige anorektisk utvikling og andre alvorlige vegringstilstander
- Alvorlige psykiske symptomer sekundært til alvorlige somatisk sykdommer
- Invalidiserende angst/tvang/fobi
- Hjerneorganisk betingede lidelser med alvorlige psykiske symptomer (betydelig hyperaktivitet, konsentrasjonssvikt, depresjon el. l.)
- Alvorlig traumatiserte barn
- Patologisk sorgreaksjon etter kriser eller katastrofer.
- Andre alvorlige psykiske tilstander der barnet/ungdommen opplever vesentlig lidelse store deler av døgnet og/eller det foreligger fare for alvorlig skjevutvikling dersom behandling ikke kommer i gang raskt.

Venteliste – prioriteringsgruppe II

- Kontaktforstyrrelser uten åpenbare psykotiske trekk, men med uttalt labil psykisk fungering (borderline-tilstander)
- Mindre alvorlige psykiske symptomer sekundært til alvorlige somatisk sykdommer
- Mindre alvorlig depresjon, angst, tilbaketrekking, psykosomatikk
- Hjerneorganisk betingede lidelser med moderate psykiske symptomer
- Atferdsforstyrrelser, utredning og behandlingsplanlegging

- Psykisk lidelse etter mishandling/andre traumer eller kriser hvor omsorgssituasjonen er ivaretatt/klarert (foreldre/familie/barnevern)
- Barn av foreldre med alvorlig psykisk lidelse

På bakgrunn av dette arbeidet med inndeling i prioriteringsgrupper har det blitt utarbeidet veiledende retningslinjer om fristfastsettelse for de ulike diagnostiske tilstandene. Noen lokale helseforetak har utarbeidet egne retningslinjer, mens det for eksempel i Helse Sør er utarbeidet regionale veiledende retningslinjer. I forbindelse med samarbeidsprosjektet Rett prioritering i Helse Øst (se kap. 3.5) ble det foretatt en gjennomgang av eksisterende retningslinjer både innen psykisk helsevern for barn og unge og innen enkelte somatiske fagområder. Følgende svakheter ved retningslinjene ble påvist:

- Ulik metodisk tilnærming i forhold til diagnosegrupper, tilstandsbeskrivelser og kasuistikker.
- Fagmiljøer låner av hverandre, særlig på tvers av institusjoner.
- Arbeidet er ikke alltid tydelig forankret i ledelsen, og det er til dels uklart hvor oppdraget kommer fra.
- Enkelte av gruppene gjengir lovgrunnlaget og prioriteringskriteriene.
- Det er benyttet ulike prosesser og arbeidsmåter.
- Det er uklart hva som er dokumentasjonsgrunnlaget.
- Resultatene legges frem på ulike måter.
- Andre mangler eller ulikheter som ble fremhevet :
 - o Inndelinger i prioriteringsgrupper m/u frister
 - o Inndelinger i rett til nødvendig/annen helsehjelp m/u frister
 - o Frister som antall uker (eller ukespenn)
 - o Klargjøring/ klargjør ikke videre fremdrift/ implementering
 - o Noen spesialforeninger i legeföreningen bidrar, andre ikke
 - o Det forekommer ingen kostnadseffektivitetsvurderinger

Svakhetene som er presentert overfor indikerer et behov for et nasjonalt sett med faglige retningslinjer som kan bidra til en mer enhetlig praksis.

Det er nylig utarbeidet nasjonale retningslinjer for vurdering innen spesialisert rusbehandling. Disse er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle de regionale helseforetakene, og forslaget er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet.

3.4 Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten

Lønning-II-utvalget anbefalte i NOU 1997:18 å opprette et samordnet, permanent prioriteringsutvalg. Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten (Prioriteringsrådet) ble oppnevnt i Regjeringen første gang i 2000 og skal gi råd til helseministeren i spørsmål om prioritering av helsetjenester, men ikke i forhold til enkeltpasienter. Rådet er bredt sammensatt og består av 13 medlemmer som representerer lekfolk, pasientorganisasjoner, helsepersonell og politisk-administrative beslutningstakere. Rådet skal være slik sammensatt at det kan gi helhetlige, velbegrunnede og upartiske råd om praktisk prioritering. Lønningutvalget påpekte at Prioriteringsrådet skal ha en mest mulig uavhengig posisjon i forhold til profesjonelle interesser eller andre partsinteresser.

Prioriteringsrådet behandler overordnede spørsmål knyttet til finansiering, egenbetaling, samhandling, screening, forebygging samt prioritering i forhold til store pasientgrupper som syke gamle, syke barn, rusavhengige og barn og unge med psykiske lidelser.

Prioriteringsrådet utredet i 2003 forebyggende tiltak av psykiske problemer blant barn og unge. Det ble blant annet gjort en kunnskapsoppsummering som så på effekten av å komme tidlig til for å forebygge psykiske plager hos barn og unge (Senter for medisinsk

metodevurdering, 2003). På bakgrunn av denne og to andre rapporter vedtok Prioriteringsrådet følgende om prioritering av barn og unge:

"Prioriteringsrådet anbefaler at tidlig intervensjon innen det psykiske helsevernet for barn og unge prioriteres. Dette innebærer både å identifisere de barna som står i fare for å utvikle psykiske problemer og atferdsvansker og å tilrettelegge egnede tilbud."

Det ble påpekt et behov for å systematisere kunnskap både når det gjelder effektiv identifisering av risikogrupper, forebygging og behandling av psykiske lidelser og atferdsvansker. Prioriteringsrådet advarte mot at helsetjenesten har dette ansvaret alene, tilrettelegging i barnehage og skole kan være vel så effektive forebyggende tiltak mot psykiske lidelser som individrettet helsetjeneste.

Som ledd i Prioriteringsrådets utredning av syke barn vurderte professor dr. juris Aslak Syse om barns rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig ivarettatt etter gjeldende rett.⁸ Han konkluderte med at forskriften er et godt juridisk vern også for syke barn og anbefalte ikke noen regelendring. Han tilrådte imidlertid at man arbeidet frem retningslinjer for å implementere regelverket for å sikre ensartet praksis. Syse trakk også frem at det har utviklet seg lokale prioriteringskulturer. Dette kommer tydelig til uttrykk i en kartlegging som Rokkansenteret i Bergen gjennomførte på oppdrag av Prioriteringsrådet (Gjelsvik, 2004). Rapporten viser at det ikke var ulik praksis mellom foretakene og mellom fagfelt. Barnelegene mente at alle barn bør tilhøre prioriteringsgruppe I (skal ha tilbud), bare noen få gruppe II (bør ha et tilbud), et synspunkt Syse mener ikke er i tråd med prioriteringsforskriften.

Under Prioriteringsrådets behandling av tilbudet til rusavhengige, anbefalte rådet at behandling av rusavhengige må gis høy prioritet. Mangelfull kunnskap om forventet effekt av behandlingen fratar ikke hjelpeapparatet plikten til å yte helsehjelp. Det anbefales videre at rapporteringsrutinene må bedres, og at retten til helsehjelp må ivaretas på en mer rettferdig og helhetlig måte.

Andel rettighetspasienter innen rusbehandling varierer fra 40 til 98 prosent mellom vurderingsinstansene. Dette illustrerer at prioritering innen rusfeltet er vanskelig, og at det er behov for å styrke implementeringen av prioriteringsforskriften.

3.5 Prosjekt riktigere prioritering

I 2004 tok Helse Øst RHF kontakt med Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) for å starte et samarbeid om rett prioritering. Det ble besluttet å gjennomføre et prosjekt som skulle bidra til å utvikle forståelsen for hvordan kriterier skal tolkes og praktiseres, samt utarbeide anbefalinger for hvilke tidsfrister som skal gjelde. Rapporten ble oversendt Helsedepartementet i desember 2005 (Rett prioritering i Helse Øst), og det anbefales blant annet at det utarbeides nasjonale faglige veiledninger for prioritering. Dette arbeidet bør koordineres av en sentral instans, og det bør tas utgangspunkt i entydige, felles tolkninger av begrep og definisjoner.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet ansvaret for å lede et toårig samarbeidsprosjekt med de regionale helseforetakene (RHFene) om prioritering i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet startet opp i september 2005 og avsluttes i september 2007. Prosjektet skal bygge på erfaringer fra andre prioriteringsrelevante tiltak, da særlig

⁸ Betenkning vedrørende syke barn og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten av 13.12.05, som ble utført på bestilling fra Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten, jf. omtale i pkt 3.4

prosjektet Rett prioritering i Helse Øst. Samarbeidsprosjektet Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten skal være et gjensidig forpliktende samarbeid ledet av Sosial- og helsedirektoratet med siktemål:

"Å ha utviklet en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering".

Den 31. desember 2005 ble det overlevert en statusrapport til Helse- og omsorgsdepartementet som presenterte variasjonene i prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, inkludert BUP⁹. Rapporten peker på behovet for faglige retningslinjer og annen veiledning som sikrer riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten og som bidrar til større grad av felles forståelse og legitimitet for prioriteringer i klinisk praksis.

Prosjekt riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten har videre som mål å etablere nasjonale arbeidsgrupper i regi av de regionale helseforetak i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Legeforeningens fagmedisinske foreninger med tanke på å utarbeide faglige retningslinjer. Arbeidsgruppen anbefaler at også andre relevante faggrupper trekkes inn i dette arbeidet, samt brukerorganisasjonene.

Prosjekt riktigere prioritering skal også igangsette et nasjonalt arbeid med tanke på å ha utvikle prinsipper eller mekanismer for harmonisering mellom ulike fagområder/spesialiteter/pasientgrupper. Det skal parallelt arbeides med å videreutvikling av nasjonalt system for monitorering innen prioritering. Det skal videre utarbeides pedagogiske hjelpemidler for ledere og ledende fagpersoner på RHF-/HF-/institusjons-/ og klinikk-/avdelingsnivå til analyse og bruk av data.

3.6 Ventetid som begrep

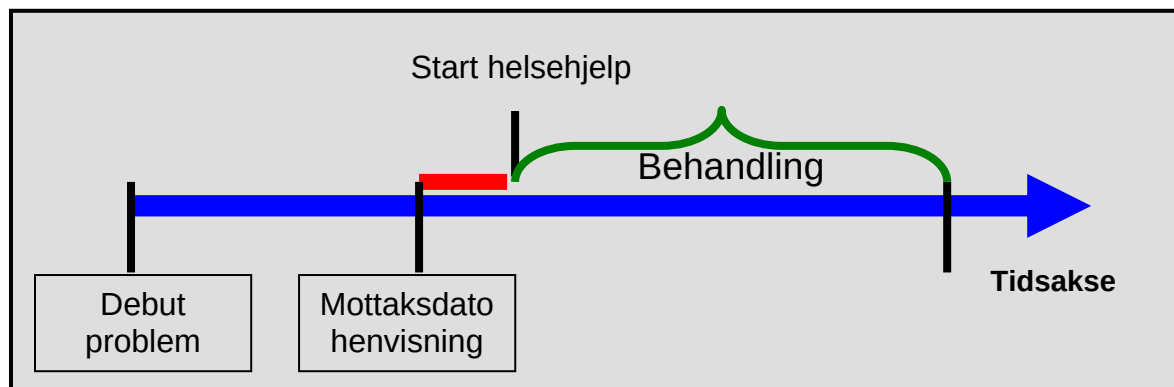
Ventetid defineres ulikt av forskjellige grupper, og fra forskjellig perspektiv. For brukerne kan ventetiden være tiden fra problemet oppstår til de opplever merkbar bedring etter å ha mottatt effektiv hjelp. I denne sammenhengen vil det være vanskelig å snakke om en ventetidsgaranti, for den opplevde ventetiden vil variere mye fra pasient til pasient. Opplevelsen av ventetid vil også avhenge av hva som skjer fra problemet oppstår til effektiv behandling er iverksatt. Blir det for eksempel igangsatt tiltak i primærhelsetjenesten for å dempe problemene? Opplevelsen av hva som er effektiv helsehjelp vil også være avhengig av flere faktorer, samt pasientens motivasjon i forhold til å ta i mot et tilbud. Mange spørsmål og svar skal som regel oppklares før pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten, og i mellomtiden kan problemene både ha eskalert eller roet seg. For noen kan også det å bli henvist få en positiv helseeffekt.

3.6.1 Hvordan kan ventetid defineres?

Arbeidsgruppen forstår ventetid i dette oppdraget som tiden fra henvisningen er registrert hos spesialisthelsetjenesten til pasienten mottar helsehjelp, angitt som kort linje i figur 2. Dette samsvarer med ventetid slik det defineres i Norsk pasientregister.

⁹ Prioritering i spesialisthelsetjenesten (SHdir 2005)

Figur 2. Avgrensing av arbeidsgruppens mandat



Den korte tidslinjen indikerer størrelsesforholdet mellom det som kan være pasientenes opplevelse av ventetid og perioden fra henvisning foreligger til behandlingsstart. Tiden fra problemstart til henvisning vil variere og er avhengig av flere faktorer som for eksempel tilstand og problemomfang, personer og ressurser hos hjelpeapparatet i førstelinjen og ikke minst av barnet selv og barnets familie. Ofte igangsetter kommunene ulike tiltak overfor barnet, familien og/eller skole/barnehage. Dersom tiltakene på kommunalt nivå ikke har ønsket effekt kontaktes spesialisthelsetjenesten for konsultativ bistand, eller pasienten viderehenvises.

Om barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige som er i behov for spesialisthelsetjenester faktisk får den hjelp de trenger og om hjelpen settes inn raskt, avgjøres altså av en rekke forhold: Problemet skal identifiseres av omsorgsperson eller person som møter barnet/ungdommen i det daglige, tjenesteapparatet i førstelinjetjenesten skal involveres, den det gjelder må være motivert for å ta i mot hjelp, det må henvises til spesialisthelsetjenesten, og det må foretas en faglig korrekt vurdering både når det gjelder hvem som skal ha rett til nødvendig helsehjelp, hva slags hjelp som skal gis og når den skal gis.

3.6.2 Ventetid og ventelister - avgrensing og avklaring

I diskusjoner om ventetider og ventelister fokuseres det i all hovedsak på gjennomsnittlig ventetid slik det registreres i Norsk pasientregister (jf. kap. 5.1). Gjennomsnittlig ventetid er et mål som er lett påvirkelig av selv et lite antall henvisninger med høy ventetid og gjenspeiler derfor ikke nødvendigvis situasjonen for flertallet av de ventende.

Det som beskrives som gjennomsnittlig ventetid kan påvirkes av feil i hvordan sykehusene registrerer sakene på, for eksempel at pasienter ikke møter til timene, og behandlingen etter hvert blir avsluttet. Det er avgjørende at disse sakene registreres som "ikke-ordinær avvikling" og ikke blir med i beregningene av gjennomsnittlig ventetid. Tilsvarende gjelder når pasienten selv har valgt å utsette behandlingen eller denne er utsatt av medisinske årsaker og dette ikke er korrekt registrert i databasen for ventelister. Etter Forskrift om ventelisterregistrering § 3 skal ikke pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp registreres på venteliste. Henvisninger med mindre enn 2 dagers ventetid blir holdt utenfor ventelistedatastatistikken fra Norsk Pasientregister (NPR).

Det er viktig å være klar over at ventelistedatastatistikken omfatter både utredning og behandling. Det vil også være stor variasjon i alvorlighetsgraden mht hva de ventende venter på. I vurderingen av ventelistedata er den viktigste informasjonen hvor lenge pasientene venter og ikke nødvendigvis hvor mange pasienter som venter på et gitt tidspunkt.

I kapittel 5.1 presenteres tall fra NPR om ventelistesituasjonen innen psykisk helsevern for barn og unge. En vesentlig begrensning ved tolkning av data er at for opp mot 30 % av pasientene angis det ikke om de er rettighetspasienter eller ikke. Det betyr at man i dag ikke har god nok kunnskap om den reelle fordelingen mellom rettighetspasienter og pasienter uten rett.

Det foreligger ikke nasjonale ventelistetall for pasienter innen spesialisert rusbehandling, slik registreringen ble igangsatt fra 1. januar 2006. Oversikt over ventetider ved rusbehandlingsinstitusjoner er å finne på hjemmesidene til helseregionene. Tallene er lite sammenlignbare da helseregionene rapporterer om ventetider på forskjellige måter.

3.7 Moralske og etiske utfordringer i lys av prioriteringsforskriften

3.7.1 Å hjelpe sårbare grupper: et moralsk imperativ

Det er et grunnleggende moralsk prinsipp å hjelpe sårbare personer, slik som barn og unge. I tråd med dette oppfatter helsepersonell ofte en betydelig plikt til å hjelpe. Det kan være kontroversielt å hevde at en gruppe bør prioriteres ut fra deres alder alene, men for barn og unge kan alderen være et sårbarhetskriterie med hensyn til prognosetap. Vi vet at mange plager hos voksne har sitt utspring i vansker i barne- og ungdomsalderen. Barndom og ungdom er viktig for dannelsen av personlighet, og de har lite å falle tilbake på. Det er betydelig fare for at de ikke vil kunne "delta i samfunnets fellesskap" dersom de "faller utenfor" på et tidlig tidspunkt.

Barn og unge vil kunne generere betydelige behov for ressurser (i form av sykdom og påført skade) dersom psykiske lidelser og rusavhengighet får utvikle seg og de ikke får adekvat oppfølging og behandling. Det vil kunne medføre at ressurser tas fra andre sårbare grupper. Det foreligger derfor gode grunner til å forhindre fremtidige skadevirkninger. Det kan blant annet gjøres ved å oppdage potensielt alvorlige forhold så tidlig som mulig og tilsvarende gi adekvat oppfølging og behandling så raskt som mulig.

Samtidig er tidlig intervensjon overfor sårbare grupper alltid knyttet til en fare for stigmatisering, særlig ved inadequate klassifiserings- og behandlingsmetoder. Det finnes eksempler på tiltak som er tenkt å være til hjelp, men som kan vise seg å ha motsatt effekt, og som aktualiserer ikke-skade-prinsippet.

Det vil derfor være et moralsk imperativ å hjelpe barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige. En viktig forutsetning for å *prioritere* denne gruppen, i betydningen velge denne gruppen fremfor andre grupper, er at tiltakene som settes i verk virker.

3.7.2 Type prioriteringsbeslutninger

Et vesentlig spørsmål i forhold til prioritering av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er hvilken type prioriteringsbeslutning det dreier seg om. Man deler gjerne mellom første og andreordens prioriteringsbeslutninger. Førsteordensbeslutninger bestemmer mengden av et helsegode, for eksempel kapasitet. Det gjøres blant annet i form av allokering av ressurser. Dette er den form for prioriteringsbeslutninger som har vært utbredt innen psykisk helsevern der det har vært gitt ekstrabevilgninger ved ulike anledninger. Andreordensbeslutninger angår hvem som skal få godene. Disse beslutningene vil kunne være tilfeldige og er sjelden begrunnet i standardiserte og eksplisitte regler. I de senere år har det vært tiltagende fokus på en eksplisitt prioritering ved valg av faglig standard, for eksempel ved hjelp av faglige retningslinjer eller på et praktisk-klinisk nivå. På det praktisk-kliniske nivå kan man fordele og balansere mellom tiltak og pasientgrupper (prioritering) eller begrense tilbudet av etterspurte tjenester (rasjonering).

Prioritering av barn og unge med psykiske lidelser eller/og rusproblemer (ved fastsettelse av tidsfrist) er en type andreordens prioriteringsbeslutning, som både innebærer å angi en standard (tidsfrist) og hvordan man skal balansere mellom ulike tiltak (barn og unge bør gå foran). To andre sentrale prioriteringsprinsipper synes å gjøre seg gjeldende i forhold til den aktuelle målgruppen: Forskjellsprinsippet tilsier at ulikheter skal komme de dårligst stilte til gode. Dersom man ikke kan unngå ulikheter, for eksempel mellom grupper, så skal dette bli til fordel for de svakeste. I følge prinsippet om rimelig sjanselighet skal ingen miste en rimelig sjanse til normal samfunnsdeltakelse på grunn av samfunnets institusjonelle organisering av tilgang til helsehjelp. Dette er relevant for denne gruppen fordi det er betydelig fare for reduserte muligheter som følge av manglende adekvate tiltak. Behovet for helsehjelp er ulikt fordelt i befolkningen, og variasjoner i behov skyldes i hovedsak faktorer utenfor den enkeltes kontroll. Barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelbruk er i liten grad selv ansvarlig for sykdom og reduserte livsutsikter. Man kan derfor hevde at likhetsidealet (slik det eksempelvis er uttrykt i pasientrettighetsloven) ikke bare gjelder at man skal ha lik tilgang til konkrete helsetjenester, men at helsetjenesten skal fremme personers sjanselighet. Dette betyr at ulikheter i tilgang til helsehjelp bør være til fordel for de dårligst stilte og gi mulighet for behandling av alvorlig syke selv om kravet om dokumentert effektivitet ikke er tilfredsstillt.

3.7.3 Tidsfrister som prioriteringsvirkemiddel

Spørsmålet som reiser seg er hvilket virkemiddel ventetid er i forhold til allmenne prioriteringskriterier. Tidsfrister er forankret i lovgivingen gjennom pasientrettighetslovens §2-1 og §2-2 (30 dagers frist for undersøkelse) og regulert i prioriteringsforskriftens §4. I tillegg kan tidsfrister være et svært hensiktsmessig virkemiddel i forhold til tidskritiske tiltak, der vellykket behandling er avhengig av tiltak til rett tid, og en overskridelse av tidsfristen kan medføre betydelig prognosetap. Tidsfrist er et virkemiddel for de som har rett til nødvendig helsehjelp (§2-1). Siden tidsfrist er et virkemiddel som formelt sett gjelder "de som er innenfor", bør man unngå at eventuelle ressursomfordelinger får konsekvenser for de gruppene som ikke er "innenfor". Det man gjør er å si at en gruppe av pasienter på grunn av visse kriterier skal gå foran andre på samme rettighetsnivå (prioritering, og ikke allokering eller rasjonering).

Forutsetningen for dette er at man har klare kriterier for hvem som har rett til nødvendig helsehjelp, og at disse kriteriene følges likt i hele tiltaksapparatet. Dersom disse premissene ikke er til stede vil det være en betydelig risiko for at tidsfristordninger påvirker hvilke grupper som "blir stående utenfor", det vil si som ikke tilkjennes rett til nødvendig helsehjelp. I tillegg kan det oppfattes som urettferdig når enkeltgrupper, der det er uklarhet med hensyn til om kriteriene for tiltakenes effektivitet og kostnadseffektivitet er oppfylt, ved hjelp av tidsfrister blir prioritert fremfor andre tiltak der disse forhold er godt dokumentert. Fristfastsettelse på bakgrunn av diagnose eller alder kan overse ulikheter innen grupper, som kan gi urettferdige utslag: Dersom en person prioriteres fremfor en mer behandlingstrengende pasient fordi han er ung, vil dette kunne gi utfordrende skjevheter. Faren er at det for relativt like lidelser fastsettes ulike frister eller at de får ulik oppfølging. Syse har pekt på at disse forhold kan bidra til å undergrave prioriteringsforskriften (Syse, 2005).

Selv om tidsfrister kan oppfattes som et proseduralt (normrasjonelt) virkemiddel, fordi en tidsfrist ikke sier noe om innholdet i et tiltak, vil fastsettelse av tidsfrist for enkelte grupper være et innholdsmessig (formålsrasjonelt) virkemiddel ved at enkeltgrupper på bakgrunn av deres særtrekk gis en konkret frist for en type tiltak. Dersom en (normrasjonell) tidsfrist dreier helsetjenestetilbudet slik at det endrer hva som faller inn under "nødvendig helsehjelp", vil det også ha en innholdsmessig virkning.

En annen bieffekt ved bruk av tidsfrister er at det som er tenkt som et middel blir et mål i seg selv: Det blir et mål for helsetjenesten å overholde tidsfristen slik at hensikten med å gi rask

og god helsetjeneste til sårbare grupper kommer i bakgrunnen. Videre kan man på samme måte som man har sett kreativitet med hensyn på koding, komme til å se en form for "tidsfrist-kryp-kreativitet". Dersom fastsettelsen av tidsfrister medfører mindre oppmerksomhet på innhold og effekt av et tiltak, kan fastsettelsen av tidsfrist virke mot sin hensikt.

3.8 Prioriteringsordninger i andre land

Gjennom opplysninger fra myndigheter og fagpersoner, samt utredninger¹⁰ og rapporter¹¹ har arbeidsgruppen innhentet informasjon om system for prioriteringsordninger i Danmark, Sverige og England.

3.8.1 Danmark

Danmark har ingen ventetidsgaranti for behandling av psykiske lidelser. Heller ikke for en rekke andre behandlinger som f.eks transplantasjoner og kosmetiske operasjoner (jf. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp mv. Bekendtgørelse nr. 1193 af 7. dec. 2004 § 17 stk. 4). For behandling av andre somatiske tilstander er det en 2 måneders ventetidsgaranti. Utover dette har man en styrket ventetidsgaranti for visse livstruende sykdommer som for eksempel kreft og hjertelidelser.

Innen barne- og ungdomspsykiatrien har det gjennom en årrekke vært kapasitetsproblemer, samt et økende antall henvisninger. Sundhedsstyrelsen gjennomførte i 2001 en samlet analyse av situationen.¹² Rapporten konkluderte med ovennevnte utfordringer. Dette har ført til økt politisk fokus på barne- og ungdomspsykiatrien, blant annet gjennom psykiatriavtaler. Sundhedsstyrelsen har etablert en oppfølgingsgruppe for barne- og ungdomspsykiatri som leverer årlige statusrapporter.

Prioritering av pasienter med psykiske lidelser

I analysen fra 2001 ble det formulert noen generelle anbefalinger når det gjelder behandling av barn og unge med psykiske lidelser. Barne- og ungdomspsykiatrien skal ivareta kompliserte diagnostiske og behandlingsmessige oppgaver, mens lettere problemstillinger bør kunne ivaretas av systemer i førstelinjen (Pedagogisk-psykologisk rådgivning, helsestasjon, allmennlegene, sosial barne- og ungdomsrådgivning m.fl.) Videre påpekes det at antall døgnavdelinger innen Barne- og ungdomspsykiatrien må bygges ut slik at barn og unge med psykiske lidelser ikke behandles ved pediatriiske eller voksenpsykiatriiske avdelinger.

Følgende psykiske lidelser skal alltid vurderes av barne- og ungdomspsykiater:

1. mistanke om psykose, affektiv lidelse, anoreksi og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
2. alvorlig selvmordsforsøk
3. når psykofarmakologisk behandling med nevroleptika, antidepressiva eller sentralstimulerende stoff blir vurdert
4. ved uavklarte alvorlig psykiske tilstander

Til tross for at tilbudet har blitt styrket er det lange ventelister innen barne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig med at aktiviteten og rekruttering av personale siden 1998 har økt med ca. 90 % har antall henvisninger også steget med 90 %. Dette medfører at presset på tjenestene opprettholdes.

¹⁰ SOU 2005:82 Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling.

¹¹ Prioriteringar inom hälso- och sjukvård- erfarenheter från andra länder.

¹² Hentet fra Statusrapport 2004 (Sundhedsstyrelsen)

I den generelle politiske debatten i Danmark, og i forbindelse med revidering av psykiatriloven har det blitt fremmet synspunkter om en ventetidsgaranti for pasienter med psykiske lidelser, men det foreligger ingen konkrete lovforslag. Majoriteten av innleggelsene innen voksenpsykiatrien er akutte, så en ventetidsgaranti vil være av størst betydning for barn og unge med behov for poliklinisk behandling i barne- og ungdomspsykiatrien.

En behandlingsgaranti for alkohol- og stoffmisbrukere

I Danmark trådte det 1.juli 2005 i kraft en behandlingsgaranti på 14 dager for behandling av alkoholmisbruk, jf lov nr 1432 av 22.desember 2004 *om endring av lov om sygehusvæsenet*. Behandlingsgarantien innebærer en rett for alkoholmisbrukere til å motta og en plikt for amtet til å tilby behandling for alkoholmisbruk senest 14 dager etter at alkoholmisbrukere har henvendt seg til amtet med ønske om å komme i behandling. Samme behandlingsgaranti gjelder for behandling av stoffmisbrukere. Tilbudet skal iverksettes senest 14 dager etter henvendelsen til amtskommunen, jf *lov om social service* § 85. For unge rusavhengige under 18 år har kommunene en særlig forpliktelse om å tilby oppfølging. Sammen med ungdommen og eventuelt familien utarbeides det en handlingsplan som blant annet innebærer behandling ved amtskommunens misbrukssenter.

3.8.2 Sverige

Det har i Sverige blitt etterlyst mer åpenhet rundt prioritering i helsetjenesten. At noen pasientgrupper skal prioriteres fremfor andre på bakgrunn av visse kriterier har ikke vært eksplisitt uttalt. Riksdagen har besluttet at det skal bli mer åpenhet rundt prioriteringspraksisen. Åpne prioriteringer forutsetter at prioriteringsbeslutningen og resonnementene (inklusive forventede konsekvenser) skal være tilgjengelige for alle.

Riksdagens beslutning om nasjonale retningslinjer for prioritering i helsetjenesten innebar at det fra 1. juli 1997 ble fastsatt en allmenn prioriteringsregel i 2§ hälso- og sjukvårdslagen HSL. Riskdagsbeslutningen besto av en etisk plattform og fire prioriteringsgrupper: Den etiske plattformen bygger på tre etiske prinsipper:

- 1) Menneskeverdprinsippet – alle mennesker har lik rett uavhengig av personlige egenskaper og funksjoner i samfunnet
- 2) Behovs- og solidaritetsprinsippet – ressursfordelingen bør rettes inn mot områder der behovet er størst
- 3) Kostnadseffektivitetsprinsippet – det bør etterstreves en rimelig sammenheng mellom kostnader og effekt, målt i helse og livskvalitet

Prinsippene skal vurderes etter prioritert rekkefølge. Konkret innebærer dette at alvorlige sykdommer skal prioriteres selv om kostnadene er høye.

Det er uforenlig med de etiske prinsippene å prioritere ut fra alder, fødselsvekt, livsstil eller økonomiske forhold. Derimot er det mulig å ta hensyn til omstendigheter som begrenser nytteverdien av behandlingen. Med utgangspunkt i de etiske prinsippene er det utarbeidet retningslinjer for prioritering som kan deles inn i fire prioriteringsgrupper:

Prioriteringsgruppe I:	Behandling av livstruende akutte sykdommer Behandling av alvorlige kroniske sykdommer Lindrende (palliativ) behandling Behandling av mennesker med nedsatt autonomi
Prioriteringsgruppe II:	Forebygging Habilitering/rehabilitering
Prioriteringsgruppe III:	Behandling av mindre akutte/kroniske sykdommer
Prioriteringsgruppe IV:	Behandling av andre problem enn sykdom eller skader

Fra 1. november 2005 ble det vedtatt en vård- og behandlingsgaranti som har som formål at pasienten skal få kontakt med helsetjenesten innen rimelig tid.

Behandlingsgarantien gjelder all planlagt behandling (ikke akutt behandling) som er offentlig finansiert, også den for drives av private aktører. Pasienten har rett til å velge hvor han eller hun vil bli behandlet innenfor Sveriges grenser.

Behandlingsgarantien innebærer:

- At pasientene har rett til å få kontakt med "vårdcentral/sjukvårdsrådgivning" samme dag som de tar kontakt
- Pasientene har rett til å få treffe en primærlege innen 7 dager
- Pasientene har rett til å bli vurdert av en spesialist innen 90 dager etter at henvisningen er sendt.
- Pasientene har rett til behandling så snart som mulig og senest innen 90 dager etter vurderingen hos spesialist

I en utredning fra Sosialdepartementet blir det foreslått at personer med tungt misbruk innføres lokal behandlingsgaranti for lengste ventetid (2-3 dager) til en første samtale med sosialtjenesten og til en individuell behandlingsplan innen ca 4 uker. Det er ikke avklart om denne praksis skal iverksettes innen rusbehandling i Sverige.

3.8.3 England

England har hatt begrensede ambisjoner med hensyn til utvikling av prinsipper for åpen prioritering. En årsak kan være en politisk styrt helsetjeneste i National Health Service. Prinsippene for fordeling i det britiske helsesystemet er likhet i fordeling av helsetjenester og helsetjenester etter medisinske behov. På nasjonalt nivå har det vært vanskelig med åpen prioritering og utelatelse av visse helsetjenester fra offentlige budsjetter.

Man har forsøkt åpen prioritering på lokalt nivå, men det er store variasjoner i hvordan man har gjort dette. De legedominerte bestillerorganisasjonene Primary Care Trusts har overlatt mye av prioriteringsbeslutningene til primærlegenes prioriteringer på individ- og gruppenivå i eget befolkningsgrunnlag.

I England har man forsøkt ulike former for allmennhetens medvirkning ved prioritering i form av "lay bodys", men systemet innebærer store utfordringer i forhold til representativitet. Det som sterkest har preget utviklingen på prioriteringsfeltet i Storbritannia er arbeidet med evidensbasert kunnskaper for medisinske metoder.¹³

3.8.4 Oppsummering fra andre land

Prioriteringsrutinene i land det er naturlig for Norge å sammenligne seg med har frem til nå i liten grad vært eksplisitt uttalt. Åpen prioritering har i de seneste årene fått mer fokus og det har blitt utarbeidet tydeligere regelverk og retningslinjer for prioritering. I all hovedsak tar prioriteringen utgangspunkt i tilstandens alvorlighetsgrad, uavhengig av fagområde. Prioritering av spesifikke pasientgrupper er ikke innført innen psykisk helse, men i Danmark har man innført behandlingsgaranti for rusmisbrukere. I Sverige finnes det en generell behandlingsgaranti for behandling i spesialisthelsetjenesten, og et forslag om behandlingsgaranti for rusavhengige er under behandling.

¹³ Hentet fra Prioriteringar inom hälso- och sjukvård- erfarenheter från andra länder.

4 Prioritering av barn og unge – betydningen av å komme tidlig til

I det følgende presenteres noen faglige betraktninger rundt målgruppene for dette arbeidet, hva som kjennetegner barn og unge med psykisk lidelse, unge rusavhengige og barn med tiltak i barnevernet. Deretter vil vi vise til statistikk som illustrerer pasientflyten i psykisk helsevern og utviklingen i tjenesten i løpet av opptrappingsplansperioden.

4.1 Barn og unge med psykiske lidelser

Når det gjelder barn og unge har vi kunnskaper om forløp ved ulike psykiske lidelser, og vi har også kunnskap om effekt av ulik type behandling. Vi har mindre kunnskap om betydning av utviklingen av symptomer før behandling og hvilken betydning venteperioden mellom henvisning, inntak til diagnostisk vurdering og behandlingsstart har for prognosen.

Indikasjoner om forekomst

Både nasjonale og internasjonale studier indikerer at 4 - 7 % av barn og unge har psykiske lidelser med behov for behandling. I en nylig publisert meta-analyse av epidemiologiske studier i feltet (Costello, Foley og Angold, 2006) var median prevalens-estimat – 12 %. I den amerikanske National Health Interview Survey (Dey og Bloom, 2003) rapporterte 5 % av foreldrene at barna hadde klare eller alvorlige vansker. Dette er i samsvar med norske funn (bl.a. Bradley, 2003). I studien Barn i Bergen¹⁴ viser foreløpige funn at 7 % av 8 - 10-åringer fikk en eller flere psykiatriske diagnoser. Forløpsstudier viser generelt at det er relativt stor stabilitet i problematferd. Her har vi kunnskap både fra prospektive og retrospektive befolkningsstudier, og fra studier av kliniske utvalg av barn med ulike psykiske lidelser.

En stor, meget vel anerkjent prospektiv longitudinell studie som gjennomføres i New Zealand (The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study) viser at 50 % av de med psykisk lidelse ved 26 år hadde en diagnose mellom 11 og 15 år. Av de som var i behandling ved 26 år, hadde 60 % en psykiatrisk diagnose før 15 år. Man fulgte en gruppe barn fra 3 år til 21 år, og fant at atferdsobservasjon ved 3 år predikerte problemer i voksen alder. Både underkontrollerte og hemmede barn hadde økt risiko for psykiske problemer ved 21 år. Studien følger rundt 1000 personer som ble født i Dunedin i 1972-73. Disse og flere andre studier indikerer at tidlig og god behandling er viktig.

Et annet viktig poeng er utvikling av komorbiditet. Komorbiditet innebærer at ulike psykiske tilstander forekommer samtidig. Dette kan både være karakteristika ved lidelsen, f.eks. at nevropsykiatriske/psykologiske tilstander ofte viser en stor grad av komorbiditet, men det kan også dreie seg om utvikling av sekundære problemer, som atferdsforstyrrelser og emosjonelle forstyrrelser ved ADHD. En viktig problemstilling blir om tidlig intervensjon har betydning for utvikling av komorbiditet. Et utviklingsperspektiv og familieperspektiv er her sentralt. Sekundære virkninger av en psykisk lidelse vil kunne være dårlig utvikling av sosiale og kognitive ferdigheter, samt utvikling av uheldige familiesamspillsmønstre og foreldreferdigheter. Dette er bakgrunnen for utviklingen av tidlig intervensjonsprogrammer for barn med atferdsvansker. I denne sammenheng er tidlig intervensjon både i forhold til alder og symptomutvikling relevant. I forhold til sped/småbarn er hjernens sårbarhet og plastisitet viktige moment i forhold til å tilrettelegge for optimale utviklingsbetingelser.

¹⁴ en pågående undersøkelse av mental helse og utvikling hos barn

Behandlingstilbudet til barn og unge med psykiske lidelser

Når det gjelder bruk av helsetjenester og hvem som får hjelp, viser både norske og utenlandske studier at samsvar mellom problembelastning og bruk av helsetjeneste er relativt dårlig. Her mangler vi kunnskap om hva dette betyr; om helsetjenesten når ut til de som trenger hjelp. Resultater fra Heltefs undersøkelse av 35 000 barn og unge i Akershus (spørreskjemaundersøkelse), viste at 49 % av de som selv rapporterte om psykiske problem (topp 10 percentil) hadde hatt kontakt med skolehelsetjeneste, PP-tjenesten (PPT) eller psykolog/psykiater, mens hele 36 % av de som rapporterte at de ikke hadde psykiske problemer av dette omfang hadde også hatt kontakt med skolehelsetjeneste, PPT eller psykolog/psykiater (Helseprofil for barn og ungdom i Akershus, 2004). Fra ungdomsundersøkelsen Hubro i Oslo (15-16-åringer) fant man at bare 34 % med symptomskåre >99 percentilen (emosjonelle problemer) hadde kontakt med hjelpetjenester siste år (Zachrisson, Rødje, og Mykletun, 2006).

I 2005 gjennomførte SINTEF en kunnskapsoppsummering om det samlede tjenestetilbudet til barn og unge. Forskningsoversikten gir bred dokumentasjon av faktorer som hemmer eller som fremmer samarbeid om barn, unge og deres familier. Utfordringer i samarbeid om barn som har behov for sammensatte og koordinerte tiltak er knyttet til at fagpersoner har for lite kunnskap om hverandre, domenekonflikter, maktubalanse, uklar problemforståelse, uklar rolle- og ansvarsfordeling, samt manglende samarbeidskompetanse. Resultater fra norske studier underbygges av den internasjonale litteraturen på feltet. Ifølge rapporten viser studier, spesielt fra Storbritannia, at det finnes en rekke nøkkelfaktorer som virker gunstig i forhold til organisering av helhetlige tjenester. Forskerne foreslår at helhetlig virksomhet fremmes av gode og realistiske mål, som er forstått og akseptert av alle involverte tjenester, klart definerte roller og ansvar, forpliktelse og involvering fra personellgruppene, samt sterkt lederskap. Videre fremheves betydningen av gode kommunikasjonssystemer på alle nivåer.

Har tidlig intervensjon ønsket effekt?

Varighet av symptomer er vist å være en viktig faktor i forhold til prognose ved noen lidelser. Lang varighet kan innebære eskalering av problemer, og at de blir vanskeligere å bryte. Når det gjelder spesifikk ventetidsperiode, er kunnskapen vanskeligere å tolke. Barn på venteliste brukes som sammenligningsgruppe i en rekke behandlingsstudier. Endring i problemer i ventelisteperiode er ofte gjennomsnittlig liten, men variasjonen er relativt stor. Den menneskelige lidelse for barnet og familien er i seg selv et viktig moment, samt at lang ventetid er vist å påvirke dropout og medføre økt misnøye hos brukerne.

Hvordan opplever brukerne ventetiden? I en rapport om brukermedvirkning og psykisk helse (Sverdrup, Kristoffersen, og Myrvold, 2005) med kvalitative intervjuer av ungdommer og foreldre, trakk informantene særlig frem at det tok for lang tid å bli henvist: "Det tok nesten 10 år før jeg ble hørt", men også at det var lang ventetid for hjelp i BUP.

Det synes rimelig å konkludere med at tidlig intervensjon hos barn og unge er en velfundert etisk/menneskelig begrunnet konklusjon, men at den kanskje i mindre grad er empirisk begrunnet. Både for de unge selv og for familiene er det en påkjenning ikke å ha rask tilgang til adekvat hjelp, et mangelfullt behandlingstilbud kan derfor ha både menneskelige og samfunnsmessige konsekvenser.

4.2 Ungdom og rusmidler – et samspill i endring

I et folkehelseperspektiv er rusmiddelbruk et stort problem, og har store direkte og indirekte skadevirkninger. I tillegg til helsemessige konsekvenser, har bruk av rusmidler en lang rekke negative sosiale følger. Det er et faktum at jo høyere forbruket av rusmidler er, desto større blir skadeomfanget, for den enkelte, for hans og hennes pårørende og nærmeste omgivelser,

og for samfunnet. Derfor er det bekymringsfullt at bruken av rusmidler i ungdomsbefolkningen øker i store deler av Europa. Samtidig skjer en endring mot en ungdomskultur med "flatfyll" i områder som før ikke hadde det (Italia, Spania). I enkelte av disse land har debutalder for alkoholrus falt dramatisk, særlig hos jenter (ESPAD, 2003, European monitoring centre, 2005). I Norge økte forbruket frem mot 2000, men har senere stabilisert seg. Alkoholbruken har særlig økt i jentebefolkningen. Bruk av narkotika er fortsatt mindre vanlig i Norge enn i de aller fleste europeiske land (Skretting, 2005).

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har siden 1968 foretatt spørreundersøkelser om bruk av rusmidler blant unge i alderen 15–20 år. De viser at i første halvdel av 1990-tallet drakk unge mellom 15 og 20 år i gjennomsnitt ca. 3 liter ren alkohol årlig. Fra 2000 har forbruket vært i underkant av 5 liter. Det er likevel store variasjoner i forbruk, hvorav 10 % av de unge står for halvparten av alkoholforbruket i aldersgruppen. Selv om aldersgrensen for kjøp av alkohol i Norge er 18 år for øl og vin, og 20 år for brennevin, prøver de fleste alkohol før de er 15 år.

Det siste tiåret har et økende antall unge mellom 15 og 20 år oppgitt bruk av illegale narkotiske rusmidler, men SIRUS-tallene for 2004 viser en utfasing både for cannabis og andre stoffer. Cannabis er klart mest utbredt særlig blant Osloulungdom, men forskjellen mellom Oslo og resten av landet minker gradvis. På landsbasis oppgir ca. 15 % av 15–20-åringene at de har prøvd cannabis. Tilsvarende tall for Oslo er 21 %. 4–5 % av landets 15–20-åringer oppgir at de har brukt amfetamin, mens 2–3 % oppgir at de har brukt ecstasy. Bruk av kokain avviker fra trenden, og viser økning. En liten andel, 1–4 %, har prøvd de tyngre illegale stoffene. Tidlig illegal ruskontakt øker risikoen for å utvikle alvorlig skadelig rusavhengighet. Forskning gir oss stadig ny kunnskap om sammenhengen mellom bruk av cannabis og utvikling av alvorlige psykiske lidelser. Langvarig og høyt forbruk av opioider fører til fysiske og psykiske lidelser som er svært tungbehandlet.

Ungdomstiden - en sårbar periode for utvikling av rusmiddelproblemer

Ungdom eksperimenter mer med bruk av rusmidler enn voksne, og tidlige tegn til helseproblem kan bli synlige. De fleste som blir daglige røykere begynner å røyke tobakk før fylte 18 år, start av daglig bruk av tobakk etter fylte 25 år er sjeldent. Over 40 % av de voksne alkoholavhengige hadde også disse alkoholproblemene alt mellom 15 og 19 års alder. 80 % av de som utvikler alkoholavhengighet debuterer før fylte 30 år. De som debuterer tidlig med røyking og alkohol, har også den største risikoen for å starte med illegale rusmiddel. Debutalderen for bruk av illegale rusmidler i den vestlige verden er 16 år, og de fleste som utvikler skadelig bruk og avhengighet av illegale rusmidler gjør det alt før 20 års alder (ESPAD 1995, 1999 og 2003, Skretting, 2004).

Tidlig debut av rusmiddelbruk kan predikere utvikling mot et mer alvorlig rusmiddelproblem, ofte med bruk av multiple rusmidler. Det er særlig fire faktorer som er av stor betydning for utvikling av rusavhengighet.

1. Sårbarhet for å utvikle rusavhengighet.
2. Tidlig debuttidspunkt for eksperimentell bruk av rusmidler.
3. Dose og hyppighet av rusmiddelbruk.
4. Miljøfaktorer

Miljøfaktorene kan for eksempel være foreldrenes rusproblem/rusvaner, sosiokulturelle faktorer, omsorgssvikt/overgrep, tidligere selvmordsforsøk, skilsmisse, venner, drop-out fra skole og tilgang til rusmidler.

Ungdomstiden generelt sett er en meget sårbar periode for utvikling av rusmiddelproblemer og sårbarheten er høyere enn senere i livet. Man tror derfor at genetiske og nevrobiologiske

faktorer ved hvert enkelt individ senker terskelen for å gå fra eksperimentelt bruk til utvikling av et avhengighetssyndrom. Videre kan sosial påvirkning bidra til økt risiko for utviklingen av rusavhengighet hos en ungdom som ennå ikke har fullt utviklet identitet og er på søken etter alternative roller. Flere studier viser også at ungdom har høyere risiko for å utvikle avhengighet til tross for lavere forbruk av nikotin og alkohol enn voksne.

Andre faktorer som bidrar til at barn og ungdom er i risikozonen

Forekomsten av rusmiddelproblemer er signifikant høyere hos personer med schizofreni, affektive sykdommer, personlighetsforstyrrelser, posttraumatiske stresslidelser og ved spillgalskap. Noen ungdommer har en individuell sårbarhet relatert til ADHD, atferdsproblem osv. Ungdom med disse psykiske lidelsene utvikler oftere rusmiddelproblemer. En hypotese er at disse lidelsene og rusmiddelproblemer har felles nevrobiologiske sårbarhetsfaktorer, mens et alternativ går mer i retning av en selvmedisineringshypotese. En annen hypotese er at ungdom med psykiske lidelser gjennom alkohol kompenserer for sosiale nederlag. Det som ofte kjennetegner ungdommer med diagnoser som for eksempel ADHD og atferdsvansker er svekket impuls kontroll. Økt impulsivitet kan føre til mer rusmiddelbruk som igjen utvikler seg til en ondartet selvforsterkingsspiral. Det er derfor viktig å forhindre tidlig debut av eksperimentell bruk av rusmidler hos ungdom.

Behandling av unge rusavhengige

Mennesker som trenger behandling for ruslidelser er en uensartet gruppe med mange sammensatte problemer og med særegne behandlingsbehov. Det er store variasjoner med hensyn til omfang og art av skadelig bruk, psykososiale faktorer og psykisk og somatisk helsetilstand. Et økende antall er blandingsbrukere, det vil si at de ruser seg på både alkohol, legemidler og illegale rusmidler. Over halvparten av de behandlingstrengende har en psykisk lidelse av lengre varighet. Like mange har somatiske skader og sykdom som skyldes et høyt forbruk av rusmidler (Statusrapport fra DNLF, 2006). En slik mangfoldig pasientgruppe fordrer et differensiert og sammenhengende behandlingsnettverk som kan yte helhetlige og individuelt tilpassede helse- og sosialtjenester.

Spesifikk psykososial behandling kan redusere alkoholkonsumet blant avhengige, og mer omfattende behandling rettes mot personer med moderate til alvorlige alkoholavhengighetsproblemer. Rådgiving og samtidig bruk av legemidler kan hindre tilbakefall blant alkohol- og stoffavhengige.

Mange studier viser at korte intervensjoner reduserer alkoholkonsumet hos personer med høyt konsum, men som ikke er avhengige. I ungdomsgruppen finner vi mange i denne kategorien. Både enkle råd i førstelinjen og mer fokuserte intervensjoner som motivasjonsintervju er prøvd i klinisk praksis med godt resultat. For barn under 18 år kan barnevernet iverksette tiltak i hjemmet som for eksempel Multisystemisk terapi (MST), ungdommen kan få plass på en barneverninstitusjon evt. med særlig kompetanse innen rusbehandling, eller ungdommen kan få plass i et fosterhjem. Lovverket kan sikre rammer rundt behandlingen som ofte er vanskelig å iverksette etter fylte 18 år. Behandlingstilbudet til unge rusavhengige må involvere en rekke instanser, primær- og spesialisthelsetjeneste, kommunalt og statlig barnevern, den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingstjenesten og frivillig sektor. Det er avgjørende at samarbeidspartnerne samhandler både med pasienten og hverandre. Her bør eksisterende samhandlingsverktøy som for eksempel individuell plan benyttes.

Det er særlig viktig å ha fokus rettet mot det økte alkoholkonsum blant jenter. Tidlig og systematisk intervensjon rettet mot gravide rusavhengige med tilbud om langvarig oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten vil være av betydning for prognosen.

Ungdom med samtidig rus og psykisk lidelse

Det er liten kunnskap om omfanget av eldre barn og unge som både har en diagnostisert psykisk lidelse og samtidig har et rusproblem. Folkehelseinstituttets analyser av ungdomsdelen av helseundersøkelsen i Oslo viser at blant alle 15-åringene i Oslo har 9 % både psykiske vansker og et rusproblem. Blant de 24 % barn og unge i Oslo som har psykiske vansker, har 39 pst. også et alkoholmisbruk.

Tabell 1. Livstidsprevalens for rusproblemer ved ulike psykiske lidelser

Gruppe	Rus (totalt)	Alkohol	Stoff
Schizofreni	47,0	33,7	27,5
Stemningslidelser	32,0	21,8	19,4
<i>Bipolar</i>	56,1	43,3	33,6
<i>Alvorlig depresjon</i>	27,2	16,5	18,0
<i>Dysthymi</i>	31,7	20,9	18,9
Angstlidelse	23,7	17,9	11,9
<i>OCD (tvang)</i>	32,8	24,0	18,4
<i>Fobi</i>	22,9	17,3	11,2
<i>Panikkidelser</i>	35,9	28,7	16,7
Befolkning	16,7	13,5	6,1

Barn med psykiske lidelser har forhøyet risiko for å utvikle rusproblemer i ungdomsalder. Studier viser en livstidsprevalens på rundt 16 % i befolkningen generelt (Regier, Farmer og Goodwin, 1992). Med livstidsprevalens menes risikoen for at man noen gang i livet vil utvikle rusavhengighet dersom man har de forskjellige lidelsene. Tallene i tabell 1 er hentet fra Regier et al. sitt studie om komorbiditet (Regier et al. 1992).

Rusproblemer og betydningen av tidlig intervensjon

En del ungdommer omfattende skadelig rusbruk før de har fylt 15 år. Fagpersoner peker på at de har erfaring med at jo tidligere man kommer til med adekvat rusbehandling, desto større er sannsynligheten for at behandlingen har effekt. For å få fanget opp disse ungdommene er det viktig med involvering og samarbeid på kommunalt nivå. Skole, skolehelsetjenesten, PPT og andre må være observante til elever som faller utenfor skole eller det sosiale miljøet. Til dette arbeidet er det behov for både kompetanse og verktøy, blant annet et enkelt og systematisert verktøy for å utrede rusproblem på et tidlig tidspunkt.

For mange av de unge med samtidig rusproblem og psykisk lidelse vil det være aktuelt med tiltak fra en lang rekke hjelpeinstanser: Ulike kommunale etater, psykisk helsevern for barn- og unge, psykiatrisk ungdomsteam, rusteam, ambulante team og andre spesialiserte tjenester. Disse instansene samarbeider tradisjonelt i mindre grad enn tilsvarende instanser for voksne, og mange av instansene vil ha behov for omfattende kompetanseheving om utredning og behandling av dobbeltdiagnoser.

I *Ot.prp. nr. 3 (2002–2003)* er det gitt føringer for hva tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal inneholde. Behandlingen er delt opp i fem nivåer:

- Poliklinisk behandling
- Avrusning/avgiftning
 - a) Akutt avrusning/avgiftning
 - b) Avrusning/abstinensbehandling etter to døgn
- Korttids døgnbehandling

- Langtids døgnbehandling
- Enheter som tar dobbeltdiagnosepasienter

Innenfor hvert av disse nivåene må det forutsettes at det er tilstrekkelig bemanning med adekvat kompetanse. Det er en utfordring å rekruttere kompetente leger, sykepleiere og til dels psykologer til rusfeltet. Omfanget av undervisningen i rusrelaterte temaer i medisinstudiet og psykologistudiet er gjennomgående begrenset, men varierer noe mellom lærestedene (Rossow, 2005). På profesjonsstudiene i psykologi er det derimot et til dels omfattende frivillig undervisningstilbud i rusrelaterte temaer, mens dette i liten eller ingen grad er tilfelle på medisinstudiene. Ferdigutdannede psykologer har også anledning til å spesialisere seg innen rusfeltet, det har ikke legene. Imidlertid er flere av de mest aktuelle spesialitetskomiteene i legeforeningen i gang med å utforme konkrete tiltak for kompetanseheving i rusmedisin.

Den nevrobiologiske modellen om økt risiko for å utvikle avhengighet i ungdomstiden bidrar til å styrke viktigheten ved tidlig intervensjon overfor unge rusavhengige. Ut fra etisk/menneskelig begrunnelse er tidlig intervensjon en selvfølge, både for å hindre utvikling av en alvorlig ruslidelse, men også for å dempe belastningen på ungdommen og familien. Utviklingen i andre land ser også ut til å gå i retning av rask intervensjon, i Danmark er det allerede innført en kort behandlingsgaranti mens det i Sverige foreligger et forslag til garanti hos myndighetene.

4.3 Prioritering i forhold til barn med tiltak i barnevernet

Gjentatte studier indikerer et underforbruk av psykiske helsetjenester blant barn og unge med tiltak i barneverntjenesten. Det antatte underforbruket kan antas å skyldes svake samarbeidstradisjoner mellom barnevernet og psykisk helsevern og manglende kjennskap til hverandres fagtradisjon og arbeidsmetoder. En konsekvens av denne situasjonen er at barnvernets ansatte dels har urealistiske forventning til hva psykisk helsevern kan bidra med, og dermed vil tilliten fort kunne svekkes. Videre er det grunn til å påpeke at utilstrekkelig kompetanse hva gjelder tidlige tegn på alvorlige psykiske lidelser kan være en viktig årsak til underrapporteringen. Det er behov for kompetanseheving i kommunalt og statlig barnevern.

Noen kjennetegn hos barn med tiltak i barnevernet

Barnevernstatistikken viser at 16 % av alle barn i barnevernet i perioden 1993 – 2003 hadde foreldre med psykisk sykdom, og 14,4 % hadde foreldre med rusproblemer. Statistiske studier om førstegangsregistreringer viser at sped- og småbarn blir hyppigst henvist til barnevernet med begrunnelse i foreldre med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet. Ettåringer er den største aldersgruppen barn av rusavhengige foreldre som er registrert i barnevernet første gang, mens det er flest treåringer som har foreldre med psykisk sykdom som er førstegangsregistrert. Mange foreldre har både psykisk sykdom og rusproblemer.

Hele 74 % av barn med foreldre som misbruker rusmidler mottok sosialhjelp etter fylte 18 år. Blant barn med foreldre som har psykisk sykdom mottok 68 % sosialhjelp.

Det er grunn til å anta at kategoriene barn av foreldre med psykisk sykdom og foreldre med rusavhengighet er underrapportert i barnevernsstatistikken. Barnevernansatte rapporterer muntlig at andelen psykisk syke barn av psykisk syke foreldre er økende.

Helsesituasjonen til barn i barnevernet er urovekkende, det viser for eksempel rapporten *Barnevernbarns helse, Uførhet og dødelighet i perioden 1990 – 2002* (NIBR – rapport 2005:12). Rapporten viser at det er en overhyppighet av dødelighet og selvmord blant barnevernsbarn sammenlignet med barnebefolkningen ellers. Barn i barnevernet bruker også en høyere andel grunn- og/eller hjelpestønader.

Av de 93 000 barn og unge som var registrert i perioden 1990-2001 som mottakere av tiltak etter barnevernloven, har 702 dødd. I perioden 1990 - 2002 var for eksempel selvmordsdødeligheten blant barn som mottok barneverntiltak om lag åtte ganger høyere enn for barn og unge ellers. Om lag 9 % av disse barna hadde grunn- og/eller hjelpestønad for uførhet i 2002. Tallet for den unge befolkningen ellers var 2,7 %. I den offentlige debatten har det vært lite påaktet at en så stor del av barn i barnevernet har sykdom eller skade som er så alvorlig at det gir grunnlag for slik støtte. En viktig konklusjon i rapporten er at det helseforebyggende arbeidet overfor barn i barnevernet og deres familier må prioriteres høyere.

Disse urovekkende tallene indikerer behovet for et tettere samarbeid mellom alle involverte aktører i barnas liv. Styrket kunnskap om psykiske lidelser i de kommunale tjenestene, samt tydelig ansvars- og oppgavefordeling er avgjørende for at barn og unge blir fanget opp og får hjelp på riktig plass i systemet.

Kapasitet, arbeidsmodeller og prioritering

Barnevernet arbeider med klare frister i sine undersøkelses- og tiltaksetableringsfaser. I disse fasene kan det haste med bistand fra psykisk helsevern. For "barnevernsbarna" og deres familier kan det å forholde seg til et poliklinisk system kun åpent på dagtid være krevende. Et mer oppsøkende og fleksibelt organisert hjelpetilbud kan være avgjørende for noen. Gjensidig kunnskap om de respektive tjenestenes ansvar, oppgaver og faglige forståelse er en forutsetning for gode samarbeidsløsninger. Departementene legger i brev til regionale helse- og barnevernmyndigheter til grunn at det offentlige når det overtar omsorgen for barn, har et særlig ansvar for å sikre barnet/ungdommen de helsetjenester de har behov for. Psykisk helseverns forpliktelser hva gjelder prioritering og tilrettelegging av tjenester for barn/unge med tiltak fra barnevernet, må klargjøres.

Sammensatte vansker, utilstrekkelige hjelpetjenester og rettssikkerhet

Det er store ulikheter hva gjelder polikliniske tjenester og institusjonsplasser innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette i tillegg til store kommunale variasjoner hva gjelder tilbud til barn og unge med sammensatte vansker (psykiske lidelser og utviklingsforstyrrelser), fører til at barn og unge henvises til barnevernet som følge av at de ikke har fått et tilstrekkelig hjelpetilbud under andre lovverk (lov om psykisk helsevern, lov om sosiale tjenester). Barnevernet fungerer som et sikkerhetsnett, men rettsikkerheten kan det stilles spørsmålsteget ved. Med økt fokus på individuell plan og på tiltaksplaner i barnevernet kan tjenesteområdene i samarbeid synliggjøre dette dilemmaet. Helsetilsynet skal i 2006 gjennomføre et landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester for barn. Her kan en forvente at noe av denne problematikken identifiseres.

Tiltak i saker som omhandler barn og unge med omfattende og sammensatte vansker, fører ofte til store kostnader. Samarbeid mellom tjenestene settes særlig på prøve i disse sakene. Lokale forhold vil ofte avgjøre innenfor hvilket tjenestesystem et sammensatt hjelpetilbud forankres, men det kan være nødvendig at flere parter samhandler. Ordninger med samordning av personalressurser samt kostnadsdeling kan bidra til å styrke samarbeidet mellom involverte instanser. Et omfattende samarbeid gir dessuten muligheter for synergieffekter gjennom kompetanseutvikling og utvikling av nye arbeidsmodeller.

4.4 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten

Målet i Opptrappingsplanen er at spesialisthelsetjenesten årlig skal kunne gi hjelp til 5 % av barn og unge under 18 år. I 2004 fikk 3,6 % av barn og unge bistand fra

spesialisthelsetjenesten. Dette utgjør 39 340 barn og unge, sammenlignet med 19 000 barn og unge som mottok behandling i 1999. Tallene fra 2005 foreligger enda ikke, men foreløpige tall fra første halvdel av 2005 indikerer at antall barn og unge som får bistand i spesialisthelsetjenesten fortsatt er økende¹⁵. Dersom veksten fortsetter i samme tempo som til nå vil målet om 5 % dekning nås innen planperiodens slutt. Målet om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet er nådd.

Det er fortsatt store geografiske variasjoner i dekningsgrad (fra 2,6 til 5,2 %). Helseregion Nord nådde målet om 5 % dekningsgrad i 2004. De andre helseregionene ligger mellom 3 og 4 % (Andersson, Røhme og Hatling, 2005).

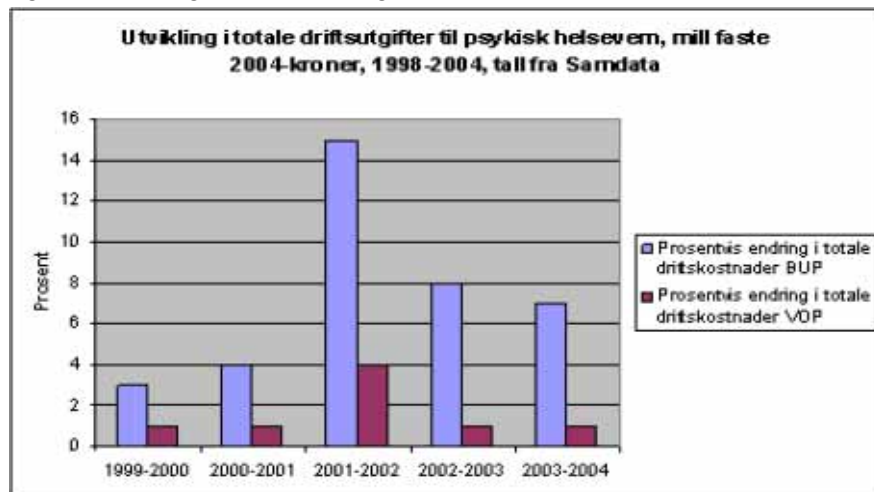
Målet om en produktivitetsøkning på 50 % ved poliklinikkene er også nådd, men det er usikkerhet rundt disse tallene da de delvis kan være forårsaket av økt rapportering. I gjennomsnitt får hver pasient flere tiltak, mens økning i antall pasienter pr behandler er på 15 % fra 1998 til 2004 (se kapittel 6 om produktivitet).

Det har også vært en målsetting i Opptrappingsplanen å øke antall døgnplasser til ungdom, men veksten i døgnplasser har vært lavere enn planlagt. Det er for tiden 331 døgnplasser i BUP – og det reviderte måltallet totalt er 400 (i stedet for 500 som var det tidligere måltallet). I tillegg skal behandlingshjem omgjøres til klinikker med mer aktiv behandling. Omstrukturering av døgnplasstilbudet og økt bruk av ambulante og oppsøkende metoder kan i mange tilfeller utgjøre alternativ til innleggelse. Utviklingen har vært i tråd med Opptrappingsplanen.

Økning i driftsutgifter

Andelen av de totale driftsutgiftene til psykiske helsevern som går til barn og unge har økt fra 12,6 % til 16,0 % fra 1998 til 2004. Figur 3 illustrerer veksten i driftsutgifter både innen BUP og VOP (psykisk helsevern for voksne). Driftsutgiftene har økt hos begge tjenestene men er høyere for barn og unge enn voksne.

Figur 3. Utvikling i totale driftsutgifter. Kilde: Samdata psykisk helsevern 2/05.

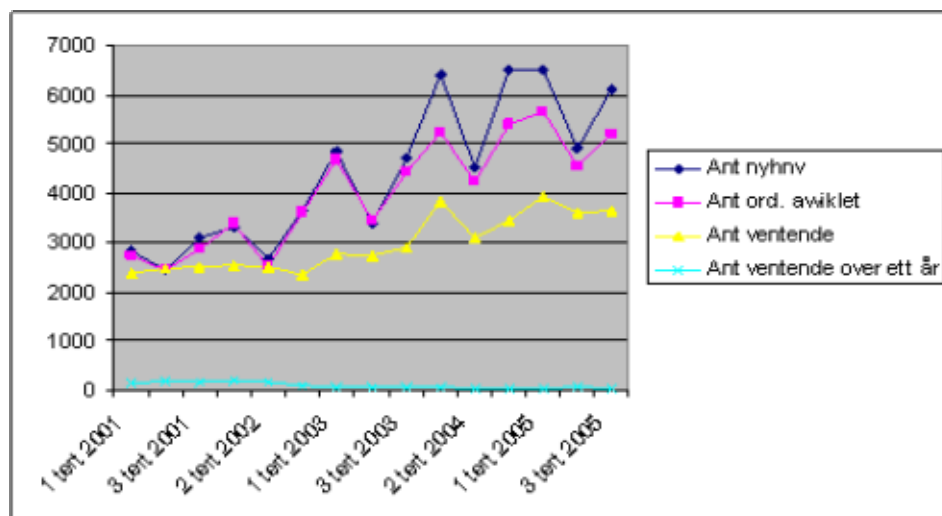


Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Parallelt med kapasitetsøkningen i psykisk helsevern for barn og unge øker også antall henvisninger. Tall fra 3. tertial 2005 viser at 6100 barn og unge ble henvist, mens 3639 ventet på å få hjelp (figur 4).

¹⁵ Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge - 1. halvår 2005

Figur 4. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Kilde: Norsk pasientregister 3 tertial 2005.



Statistikken viser at 22 personer ventet over ett år på å få hjelp, men at antall barn og unge som venter lenge (over 6 måneder) har gått ned. Gjennomsnittlig har barn som står på ventelisten i 3. tertial ventet 82 dager, dette er en økning på 5,1 % sammenliknet med samme tidspunkt året før. Ventetiden i psykisk helsevern for barn er lengre enn for voksne. Det er verdt å merke seg at ventetiden for barn innenfor somatikken er tilsvarende lang. Også her har voksne kortere ventetid enn barn.

En kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn med ADHD viste at det gikk gjennomsnittlig 4 år fra første bekymring til det ble gitt en diagnose (Andersson, Ådnanes og Hatling, 2004). Barn under 6 år blir i liten grad henvist til spesialisthelsetjenesten for psykiske vansker. I 2004 ga psykisk helsevern for barn og ungdom tilbud til 0,7 % av aldersgruppen 0-5 år (Samdata, 2005). Tall fra SINTEF viste i 2002 at av de nær 31 000 barn og unge som fikk behandling i psykisk helsevern for barn og unge hadde rundt 15 % også tiltak i barnevernstjenesten. Motsatt vei var det mindre kontakt. Blant de nær 32 000 barn og unge som hadde hatt barneverntiltak i løpet av 2002, hadde bare 3,1 prosent (n=996) også et tilbud ved BUP.

Det vil være rimelig å anta at en langt større andel av barnevernbarna enn 3 % har behov for tjenester i psykisk helsevern. Når man i opptrappingsplanen for psykisk helse har anslått et behov for psykiske helsetjenester hos gjennomsnittlig 5 % av befolkningen under 18 år, vil det være naturlig å vurdere at behovet for psykiske helsetjenester kanskje til og med er større blant barn som får hjelp av barneverntjenesten, siden en del av disse barna (og en større andel enn i befolkningen for øvrig) har opplevd alvorlige familiekriser, alvorlige helseproblemer hos foreldre, rusmisbruk, og i en del tilfeller mishandling og misbruk.

Økt rusbruk gjenspeiles ikke i henvisningsstatistikkene. Av barna som henvises til psykisk helsevern er det bare 0,3 % som har rusproblemer som en av henvisningsgrunnene (Samdata 2005).

Følgende tabell viser en oversikt over hvem som henviser barn og unge til spesialisthelsetjenesten. Tabellen viser at majoriteten av henvisningene kommer fra fastlegene (52 %), mens bare 8,6 henvises fra barnevernet og sosialtjenesten.

Tabell 2. Hensvisninger til psykisk helsevern for barn og unge i 2005. Kilde: NPR

	Antall henvisninger	%
Pasienten selv	4	0,0
Fastlege/primærlege	11048	52,0
Øvrig primærhelsetjeneste	1784	8,4
Barnehage, skolesektor PPT	2289	10,8
Sosialtjeneste, barnevern	1820	8,6
Politi/fengsel/rettsvesen	1	0,0
Andre tjenester	660	3,1
Missing	3648	17,2
Total	21254	100,0

Bruk av individuell plan

En nasjonal undersøkelse om psykisk helsevern for barn og unge gjennomført i 2004 (Andersson, Ose og Sitter, 2005) viste at 20 % av barn og unge med tilbud i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk enten hadde fått en individuell plan eller at slik plan var under planlegging. Ved døgn- og dagvirksomhet hadde 23 % fått utarbeidet plan, mens slik plan var planlagt for 27 %. Samtidig viser undersøkelsen at en stor andel av barn og ungdom ved behandling hos BUP er berørt av et samarbeid mellom BUP og kommunale instanser som av behandler ved BUP vurderes som middels bra eller dårlig.

Det kan være ulike årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet, men kartleggingen viser at bare 2-4 % tilskrives manglende ønske eller interesse fra foreldrene. Andre årsaksforhold beskrives som mangel på tid, forhold i førstelinjetjenesten eller at behandler vurderer at det ikke er behov for koordinerte tjenester.

Undersøkelsen viser at det er store regionale/fylkesvise forskjeller i hvor langt en har kommet i arbeidet med etablering av rutiner for utarbeidelse av individuelle planer for barn og unge i psykisk helsevern. Rapporten konkluderer med at variasjonen mellom fylkene viser et betydelig forbedringspotensial i forhold til arbeidet med individuell plan.

Brukertilfredshet

I kartleggingen som ble gjennomført av Andersson et. al i 2005 viste at totalt 41 % av de foresatte og 29 % av barn og unge som delvis/i stor grad/helt var tilfredse med ventetiden fra henvisning til første samtale. Mange av disse var samtidig lite tilfredse med mulighet for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov. Når det gjelder innholdet i tjenesten var i overkant av 80 % i stor grad eller helt tilfredse med behandler og resten av personalet. De fleste rapporterte at de var tilfreds med selve behandlingen de mottok. Over 60 %t av brukerne følte til en viss grad at problemene har blitt mindre etter at de kom til poliklinikken. Men, det var likevel rundt 20 % av brukerne som opplevde at problemene ikke ble særlig mindre etter at de kom til poliklinikken. Det var spesielt "nye brukere" eller de som ble henvist senere enn 2002 som ikke følte særlig bedring. I tillegg rapporterte jenter i tenårene lavere grad av bedring enn gutter og yngre jenter

5 Kartlegging av eksisterende prioriteringsrutiner

Mandatet legger opp til at arbeidsgruppens anbefalinger blant annet skal bygge på kartlegging av dagens ordninger og rutiner innen spesialisthelsetjenesten. Det foreligger en del datamaterialer fra Norsk pasientregister (NPR) om ventetidene i psykisk helsevern for barn og unge. Når det gjelder rusbehandling har registreringen frem til i dag vært ufullstendig og begrenset. I det følgende kapittelet vil vi presentere datamateriale fra tre kartlegginger som er gjennomført i forbindelse med dette oppdraget.

5.1 Fakta om ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge

NPR samler inn, kvalitetssikrer og arkiverer pasientdata fra institusjoner innen psykisk helsevern for voksne samt for barn og ungdom. Dataene blir brukt til statistikk og forskning. I psykisk helsevern for voksne ble registreringsverktøyet Minste Basis Datasett (MBDS) innført i 2000. I denne forbindelse ble det laget en brukerveiledning (revidert i forbindelse med innføring av Psykisk helsevernloven i 2001). Det ble ikke laget en tilsvarende versjon for psykisk helsevern for barn og unge, her har kodebok for BUP (siste versjon 1999) vært gjeldende. Det utarbeides nå en registreringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge.

Data fra psykisk helsevern ved utgangen av 3. tertial 2005 viser forholdsvis stabile ventelistetall, men for barn og unge (heretter kalt BUP-data) har antall ventede økt med 5,1 % sammenlignet med samme tidspunkt året før. I det følgende presenteres NPR-data fra 2005, henholdsvis om fordeling av rett til nødvendig helsehjelp, ventetider for dem med og uten rettighet, samt noen betraktninger om ventetidene.

I rapporten *Prioritering i spesialisthelsetjenesten* (SHdir, 2005) presenteres informasjon om prioritering i helseregionene fra første halvår 2005. Tallene viser store variasjoner mellom helseforetakene med hensyn til andel barn og unge som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp og ventetider for mottatt hjelp. Eksempelvis varierer andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp fra 11 til 100 prosent innen samme helseforetak (her er både somatikken og psykisk helsevern inkludert). Den lave andelen (11 %) representerer pasientene ved et lite lokalsykehus og den 100 % representerer pasienter ved en BUP. Tabell 3 viser regionale forskjeller når det gjelder fordeling av rett til helsehjelp.

Tabell 3. Fordeling av rett til helsehjelp (i prosent)

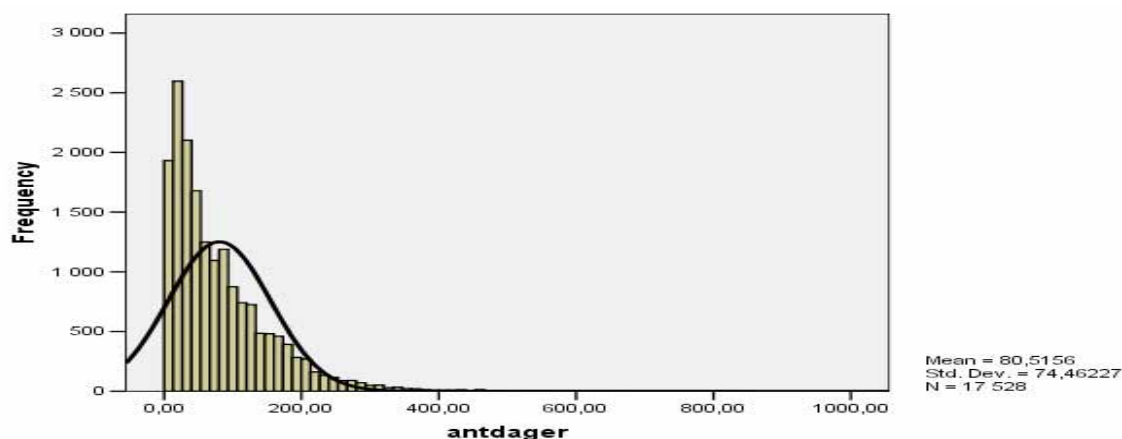
	Psykisk helsevern	BUP	VOP	Somatikk
Helse Øst	76	63	79	60
Helse Sør	71	75	70	59
Helse Vest	84	68	89	73
Helse Midt	85	61	91	92
Helse Nord	61	61	61	56
Totalt	76	66	79	67

Andel pasienter med rett til helsehjelp for BUP totalt er gjennomsnittlig 66 %, som er noe lavere enn VOP som har gjennomsnittlig 79 %. Samlet sett er andelen som tildeles rett til helsehjelp høyere i psykisk helsevern (76 %) enn i somatikken (67 %). Innen BUP er laveste andel pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i Helse Nord, høyeste i Helse Sør. Rapporten inneholder kun data over barn og unge innen psykisk helsevern, vi får derfor ikke sammenlignet BUP-tallene med tall fra somatiske barneavdelinger. Rapporten har heller ikke tatt hensyn til den store gruppen av uregistrerte pasienter, noe som gjør grunnlaget usikkert med hensyn til å skulle trekke sammenligninger og konklusjoner.

NPR-dataene viser også store variasjoner i antall dager pasientene venter på behandling, med en gjennomsnittlig ventetid på ca 83 dager for det totale antall barn og unge. I Helse Sør er gjennomsnittlig ventetid 58 dager, mens den i Helse Midt-Norge er på hele 125 dager. Helse Vest lå også høyt med en ventetid på 112 dager.

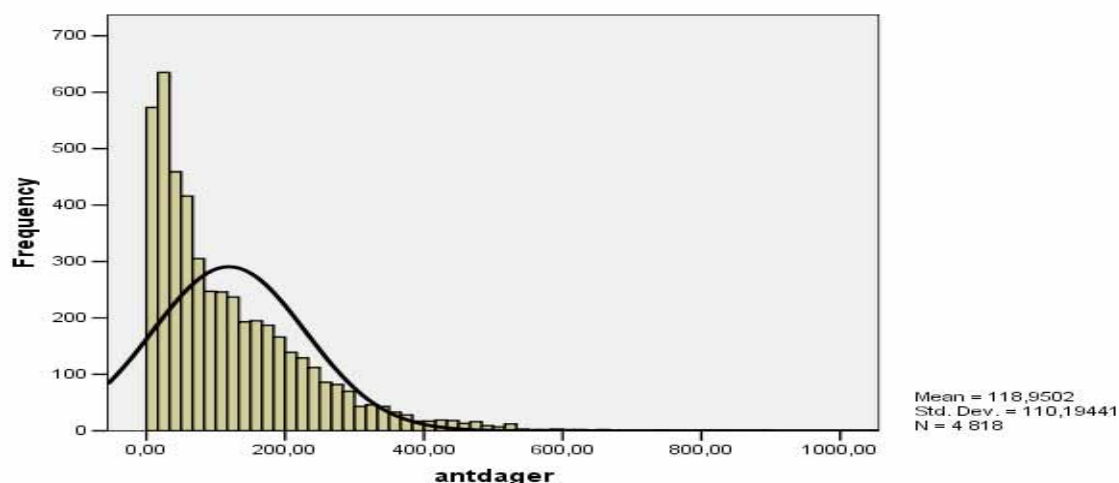
Ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp var første halvdel av 2005 var 80 dager (figur 5), som er tilnærmet lik ventetiden for alle pasientene totalt.

Figur 5. Fordeling av ventetid for pasienter med rett til helsehjelp



For pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp er gjennomsnittlig ventetid noe høyere enn, ca 119 dager (figur 6). Bildet kompliseres av at det er en del pasienter hvor registreringen av rett til nødvendig helsehjelp mangler (29 %). Disse pasientene har samme ventetid som pasientene med rett til helsehjelp selv om de ikke er registrert som rettighetspasienter.

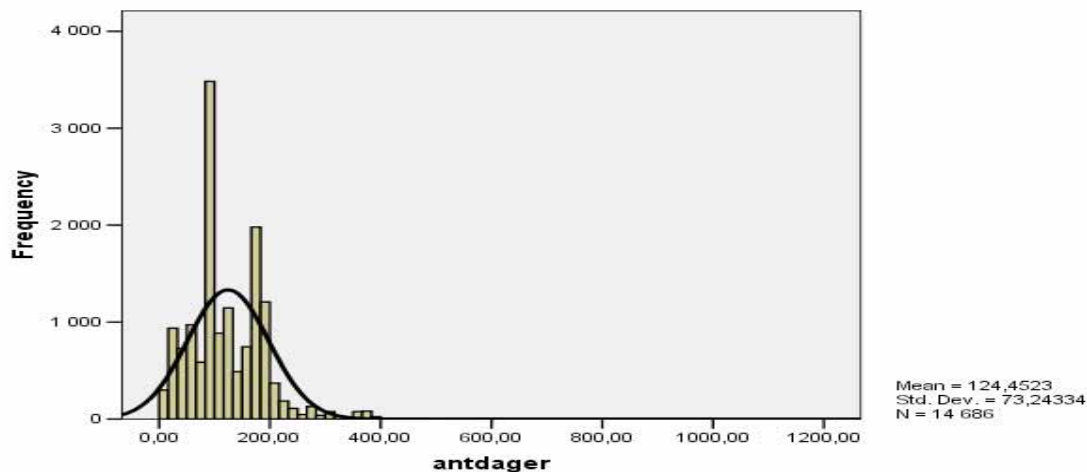
Figur 6. Fordeling av ventetid for pasienter uten rett til helsehjelp



Tallene fra NPR viser også at i løpet av første halvdel av 2005 hadde halvparten av pasientene med rett til nødvendig helsehjelp startet i behandling etter 60 dager. Innen 100 dager hadde 70 % fått et behandlingstilbud.

Figur 7 viser fordelingen av individuell fristfastsettelse. Det er en opphoping av individuelle frister satt til rundt 90 dager (ca 25 %) og rundt 180 dager (ca 13 %). Bare halvparten av pasientene fikk satt en individuell behandlingsfrist kortere enn 100 dager.

Figur 7. Fordeling av Individuell fristfastsettelse



Det er store regionale forskjeller mellom og innad i regionene, fra 88 til 160 dager. Det er også store kjønnsforskjeller, behandlingsfristen for gutter er 21 % lenger enn for jenter. Andel fristbrudd varierer fra 0 til 25 prosent mellom helseforetakene. Regionalt ligger helse Sør lavest med 5 % og Helse Vest høyest med 17 %.

5.2 En pilotundersøkelse om prioritering av barn og unge

Sekretariatet gjennomførte en pilotundersøkelse for å få informasjon om hvilke problemstillinger som opptar fagmiljøene, og hvordan de forholder seg til ventetidsproblematikken. Det ble utarbeidet et kort spørreskjema, og i løpet av en ukes tid kontaktet sekretariatet 15 instanser (ledere for 8 BUP og 7 PUT¹⁶/BRU¹⁷) fordelt på alle helseregionene. Hovedsakelig var spørsmålene utarbeidet med den hensikt å få vite noe om prioriteringspraksisen ved den enkelte poliklinikk, men noen spørsmål var av en mer åpen karakter der respondenten skulle vurdere tilbudet til barn og unge og unge rusavhengige på et mer overordnet nivå.

Undersøkelsen indikerer at både PUT og BUP opplever en diskrepans mellom etterspørsel og kapasitet. Ellers peker praksisfeltet på viktigheten ved god organisering av kompetansen, bedre rutiner og egnede verktøy i vurderingsarbeidet.

5.2.1 Vurderingsprosessen

Ved mange BUPer ble vurderingene gjort av tverrfaglige inntaksteam. Dette er ofte faste inntaksteam, eller fagpersoner utnevnt av leder på bakgrunn av sakstyper eller saksmengde. Ved noen BUPer er det leder som foretar vurderingen og fastsetter behandlingsfrist alene eller i samråd med sjefpsykolog/overlege. De fleste poliklinikkene tar utgangspunkt i den skriftlige henvisningen, som eventuelt kan suppleres med en telefon til henviser. Det stilles som regel tydelige krav til henvisende instans, både når det gjelder bruk av standardisert

¹⁶ De psykiatriske ungdomsteamene (PUT) er organisert under helseforetakene og tilbyr poliklinisk behandling og rådgivning til unge mellom 15 og 30 år med psykiatrisk hjelpebehov og rusgiftrelaterte vansker.

¹⁷ BRU-prosjektet er en spesialinstans i Helse-Sør. Et samarbeid mellom Sørlandet Sykehus HF, Avdeling for Rus- og avhengighetsbehandling, og Barne-, ungdoms-, og familieetaten Region sør (Bufetat).

henvisningsskjema, samt supplerende tilleggsinfo om barnets nettverk og generelle fungering.

På forespørsel svarte BUP at henvisende instans sjelden er tilgjengelige for å delta i samtale/møte i inntaks-/utredningsfasen. BUP forklarer dette med at henviser (som i de aller fleste tilfellene er fastlegene), formidler at de ikke har kapasitet til dette. Dersom hensynet til god oppstart av utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten skulle veie tyngst, ville det imidlertid vært ønskelig at henviser i betydelig større utstrekning deltok i møte med BUP og familie under inntaksfasen. Dette kunne bidratt til at nødvendig samarbeid kom raskere i gang og at de med behov for langvarige og koordinerte tiltak hurtigere kunne få utviklet individuell plan.

Vurderingsarbeidet ved PUT er ikke ulikt BUP, men noen flere opplyser at de gjennomfører vurderingssamtaler. Det er noe variasjon mellom PUTene med hensyn til hvor alvorlig rusproblemet skal være for å få behandling der. En PUT understreket at med mindre det er et betydelig avhengighetsproblem, vil pasienten henvises til andre instanser, for eksempel BUP dersom pasienten også har psykiske problemer. Andre PUTer tar inn pasienter med dobbeltdiagnoser, selv om rusproblemet ikke er særlig fremtredende.

Nesten alle instansene rapporterer at de gjennomfører vurderingen og gjør vedtak om rett til nødvendig helsehjelp med individuell frist i løpet av 5 til 10 virkedager. I noen tilfeller tar det lenger tid på grunn av at det skal gjennomføres vurderingssamtaler eller innhentes tilleggsinformasjon. Alle mener å holde seg godt innenfor 30 dagers fristen.

De aller fleste har faste rutiner og prosedyrer, med faste team eller fagpersoner som gjennomfører vurderingen. Noen instanser har mer fleksible ordninger, der inntaksteamene settes sammen av leder og de behandlere som har kapasitet til å ta nye pasienter. De fleste mener kapasitet er av betydning for vurderingen, ikke nødvendigvis i forhold til vedtak om rett til nødvendig helsehjelp, men i forhold til dato for behandlingsstart.

5.2.2 Hvilke kriterier legges til grunn i vurderingsprosessen?

Alle instansene viser til type diagnose og pasientens generell tilstand. Majoriteten av instansene sier de prioriterer de yngste pasientene, og påpeker viktigheten ved tidlig intervensjon. Innen PUT er grad av alkoholmisbruk en viktig faktor, og PUTene vektlegger i større grad en BUPene sosiale forhold. Omsorg for barn, og graviditet blir trukket frem av mange PUTer, i tillegg til sosialt nettverk. BUPene vurderer i all hovedsak diagnoser og symptombylde, men faktorer som livskvalitet og sosial fungering blir også nevnt. Psykoser, suicidalitet og mistanke om ADHD understrekes av de fleste BUPene som hovedprioriteter. Ved mange PUTer blir alvorlig livshendelse og motivasjon for behandling også trukket frem.

Ingen av instansene mener at kriterier som for eksempel sosial status, etnisitet eller familieressurser har betydning for om barna blir vurdert raskere og tilbys behandling raskere i spesialisthelsetjenesten. Noen tror at barn med ressurssterke og pågående foreldre blir henvist tidligere til spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder etniske minoriteter mener flere at det psykiske helsevernet ennå ikke er godt nok tilrettelagt. Det hender at barn må vente lenger på behandling på grunn av manglende tolketjeneste. Behandlingstilbudet er i stor grad basert på dialog, noe som kan vanskeliggjøre en effektiv og god behandling for denne pasientgruppen. Noen mener også at enkelte etniske foreldregrupper ikke vedkjenner seg psykiske problemer, og at de således kan hindre at barna mottar hjelp.

For barn med tiltak i barnevernet varierte erfaringene mye både blant BUP og PUT. Det kan synes som om PUT har et noe bedre samarbeid med barnevernet enn BUP. Flere av BUPene mottar sjelden henvisninger fra barnevern mens andre har god oversikt og et godt samarbeid med det kommunale barnevernet. Noen av poliklinikkene mener barnevernet ikke

henviser barn og unge med psykiske problemer og/eller rusvansker fordi de ikke har god nok kompetanse om utviklingspsykologi, psykiske lidelser og rusavhengighet. Flere tror at barnet ikke viderehenvises fordi det mottar tiltak i barnevernet, og at det anses som tilfredsstillende.

Mange påpeker viktigheten ved et tett samarbeid mellom linjene. Ved en PUT er det opprettet et eget team rettet mot barn i barnevernsinstitusjoner, dette er begge parter svært tilfredse med. Det påpekes at andelen barnevernsbarn som mottar hjelp hos BUP/PUT kanskje burde vært større med tanke på at de ofte utsettes for svært store belastninger.

Ellers nevnes barnevernets henvisningskompetanse. Henvisningen har altfor stor fokus på barnet omsorgssituasjon, og sier for lite om barnets tilstand og symptomer. Det foreslås et tettere samarbeid mellom barnevernet og fastlegene i arbeidet med henvisningene.

5.2.3 Ventetider ved BUP og PUT

BUP legger maksimalgrensen for hva som er faglig forsvarlig ventetid noe høyere enn PUT (henholdsvis 6 og 4 måneder). Flere av BUPene mener noen barn og foreldre har behov for litt tid fra henvisning til behandlingsstart. Denne tiden er en modningsprosess, og kan øke motivasjonen for hjelp. De aller fleste peker på at forsvarligheten må sees i sammenheng med diagnose og funksjon. For noen vil det være avgjørende å få rask hjelp, mens for andre er det helt uproblematisk å vente noen måneder. Det blir vist til at det finnes lite faglig dokumentasjon på betydelig prognosetap dersom barnet må vente i 5 mnd i stedet for 2 mnd. Pasienter med behov for akutt hjelp får dette. PUT vektlegger de yngste, disse bør komme raskt til. Også ved PUT er diagnose et viktig kriterium, samt mengde, type og lengde på alkoholmisbruket.

Ventetiden ved BUPene varierer, men de fleste rapporterer om en ventetid på 3-4 måneder. BUPene mener at de har en faglig forsvarlig praksis, og at pasientene får hjelp i god tid før behandlingsfristen utløper. Noen tror problemet med lange ventelister kan løses ved et mer individuelt tilpasset tilbud, mens andre mener det er behov for mer ressurser. Det påpekes at behandlingsopplegget er for lite tilpasset hvert enkelt barn og unge. Altfor mange gjennomgår en omfattende utredning og et behandlingsforløp uten spesifisert mål og tidsrammer, og uavhengig av diagnoseproblematikk. Dette tar mye tid og ressurser. Standardiserte veiledere og manualer fra myndighetene åpner ikke for individrettede opplegg.

De fleste PUTene mener det ikke burde være ventelister for barn og unge med rusproblemer, særlig de yngste rusbrukerne. Flere av PUTene mener BUP må heve sin kompetanse innen rusproblematikk. For mange unge starter rusproblemene allerede i 12-13 årsalderen, gjerne som følge av psykiske problemer. BUP bør også i større grad benytte seg av kompetansen i PUT. Også PUT peker på at omfattende utredninger av "alle pasientene" krever mye ressurser.

5.2.4 Prioriteringsforskriften i praksis

Majoriteten av instansene som ble spurt mener prioriteringsforskriften er godt implementert, og at denne ligger til grunn for vurderingene. Noen steder er det tilrettelagt med opplæring og kursing i bruk av forskriften. De aller fleste BUPene har operasjonaliserte retningslinjer til bruk i vurderingsarbeidet. Disse er utarbeidet innenfor den enkelte region. Alle mener det er behov for nasjonale retningslinjer som kan sikre likt tilbud til alle. Det påpekes at dette bør være et verktøy som lett kan implementeres og som ikke er for omfattende. En sjekkliste med veiledende ventetidsfrister basert på diagnose og fungering er nyttig.

Også flere av PUTene har retningslinjer/sjekklistor som sier noe om anbefalte ventetider med hensyn til grad av misbruk. RHFene er i ferd med å ferdigstille en nasjonal veileder om prioritering innen rusbehandling.

Et mindretall av de spurte mener prioriteringskriteriene er tilstrekkelige for å sikre barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige rett til forsvarlig hjelp. Det blir påpekt at kriteriene er best tilpasset somatikken, de ivaretar ikke kompleksiteten innen psykiske lidelser og rus. Man er altfor avhengig av høy klinisk kompetanse for å imøtekomme kriteriene, de burde vært utdypet med hensyn til diagnose og funksjon.

Noen mener at det mest problematiske er å vurdere når et barn eller en ungdom ikke har rett til helsehjelp, og foreslår at kriteriene også bør si noe om dette. Kriteriene burde også ivareta de yngste bedre. Instansene påpeker en rekke negative følger som kan oppstå dersom barn og unge må vente lenge på behandling. I hovedsak dreier det seg om økt risiko for tilleggsproblemer, manglende læring og sosial fungering. Langvarige skadevirkninger med økt behandlingsbehov i voksen alder blir også nevnt. Risikoen for redusert motivasjon for behandling blir trukket frem som særlig relevant i forhold til rusavhengige. Samfunnsmessige kostnader blir også vektlagt.

5.2.5 Hvordan redusere ventetiden i spesialisthelsetjenesten

De fleste instansene som ble spurt var svært opptatt av et tettere samarbeid mellom første og andrelinjen, og kompetanseheving i førstelinjen både når det gjelder henvisning og behandling av psykiske vansker og rusproblemer. Det påpekes at mange kommuner mener de ikke har ansvar for behandling av psykiske problem, men også at kommunene mangler kompetanse til å gjennomføre behandlingen. En god internorganisering og faste rutiner hos BUP og PUT blir også vektlagt. Faste inntaks- og utredningsteam er en løsning som har fungert hos noen. Dette samler spisskompetansen og fører til at pasienten mottar høy kompetanse i alle faser i helsehjelpen.

PUTene er særlig opptatt av økte ressurser da ruspasienter kjennetegnes ved at de er en ustabil og kostbar pasientgruppe. Disse pasientene uteblir ofte fra behandlingen, og det er lite hensiktsmessig med en korttidsterapi. Det påpekes mangler både når det gjelder kompetanse og ressurser i rusfeltet. Ambulante tjenester må bygges opp og styrkes, og et godt samarbeid med BUP er viktig særlig når det gjelder de yngste pasientene.

5.3 Spørreundersøkelse om tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser

I en spørreskjemaundersøkelse til alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) er blant annet vurderingsrutiner og behovet for en ventetidsgaranti kartlagt. I tillegg har man etterspurt mål på produktivitet. 80 BUPer mottok det elektroniske spørreskjemaet og av dem har ca 80 % svart.

5.3.1 Vurderingsrutinene i BUP

Om lag halvparten av alle klinikkene oppgir at poliklinikkleder er ansvarlig for vurderingen av om den henviste pasienten skal få rett til nødvendig helsehjelp. Hele 73 % oppgir at vurderingsprosessen gjøres av et vurderingsteam, noe som innebærer at poliklinikkleder involverer et team i dette arbeidet. Få virksomheter oppgir at det er ansvarlig psykolog eller overlege som gjør dette arbeidet alene.

På spørsmål om hva som legges til grunn for vurderingen om rett til nødvendig helsehjelp svarer over halvparten av BUPene at de benytter lokale/regionale retningslinjer sammen

med prioriteringsforskriften. Mange tar utgangspunkt kun i lov og forskrift, samt faglig erfaring og skjønnsmessige vurderinger. De aller fleste tar utgangspunkt i den skriftlige henvisningen når de vurderer om et barn eller ungdom har rett til nødvendig helsehjelp. Tabell 4 nedenfor viser hva som legges til grunn for vurderingen i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4. Vurderingsrutiner innen BUP.

Vurderingsrutiner	Nei / Ja	Prosent
Skriftlig henvisning	Nei	4,3
	Ja	95,7
Vurderingssamtale	Nei	25,7
	Ja	74,3
Samtale med henviser	Nei	50,0
	Ja	50,0
På grunnlag av annet ¹⁸	Nei	78,6
	Ja	21,4

5.3.2 Tiltak for å redusere ventetiden i BUP

I spørreskjemaet ble respondentene bedt om å vurdere tiltak for å redusere ventetiden i BUP, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Over 70 % påpeker at økt bemanning og ressurser i BUP kan medvirke til redusert ventetid. 1/3 av virksomhetene mener behandlingsrutinene kan forbedres, mht tydeligere behandlingsmål og avklarte behandlingsforløp. Omorganisering og effektivisering av eksisterende ressurser ble også fremhevet av mange, likens samarbeid med førstelinjen.

Mange BUPer påpeker behovet for en bedre utbygd psykisk helsetjeneste i kommunene som kan avlaste BUP ved å gjennomføre utredninger og behandle lettere psykiske lidelser. Ufullstendige henvisninger blir nevnt som en flaskehals, samt manglende koordinering av oppgaver og ansvar mellom linjene. I hovedtrekk er behovet for økt kompetanse om psykiske lidelser hos de ulike hjelpe- og helsetjenestene i førstelinjen et gjennomgående tema hos de fleste BUPene.

Økt kapasitet og bedre rutiner for utredning og behandling er viktige tiltak som kan iverksettes i spesialisthelsetjenesten. Styrket kompetanse om psykiske lidelser i førstelinjen, samt tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling mellom linjene vil også kunne medvirke til reduserte ventetider i BUP.

5.3.3 Forsvarlig ventetid for barn og unge med ulike psykiske problemer

Med utgangspunkt i prioriteringsgruppene som ble utarbeidet av Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening og Norsk Psykologforening og regionale/lokale faglige retningslinjer satte vi opp en liste med tilstander og ba respondentene vurdere hva de mener er forsvarlig ventetid for de ulike diagnostiske tilstandene. Tabell 5 viser en oversikt over svarene fra BUPene. Respondentene skulle svare på hvor mange dager de anser som forsvarlig ventetid.

¹⁸ Innhente tilleggsinformasjon, samtale med samarbeidende instanser. Samtale med foresatte.

Tabell 5. Hva er forsvarlig ventetid for ulike diagnostiske tilstander (i dager)?

	N	Min	Max	Gj.snitt	St.avv.
Alvorlig depresjon med suicidalproblematikk	65	0	30	6,7	7,9
Mistanke om alvorlig samhandlingsproblematikk	63	0	120	37,5	26,9
Mistanke om psykose	65	0	30	15,1	10,5
Alvorlig anorektisk utvikling	65	0	30	18,1	9,9
Alvorlige atferdsforstyrrelser	65	7,0	180	74,7	51,1
Alvorlig langvarig selvskading	65	2,0	90	33,5	26,1
Moderat til alvorlig depresjon	65	2,5	180	45,3	31,8
Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer/kriser	64	0	180	41,0	44,7
Alvorlig angst, tvang og fobi	65	5,0	120	56,4	31,3
Mistanke om ADHD	65	14,0	180	110,0	53,9
Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	64	14,0	180	89,5	43,9
Forsvarlig ventetid for alvorlig bekymring for barn under 6 år	64	3,5	150	40,8	31,2

N= 70

Tabellen viser at tilstandene vurderes svært ulikt av respondentene. Gjennomsnittlig forsvarlig ventetid varierte fra 6,7 (alvorlig depresjon med suicidalproblematikk til 110 dager (ADHD mistanke). Variasjon mellom pasientgrupper synliggjør at respondentene ser behov for å prioritere mellom gruppene og er i seg selv uproblematisk. Den store spredningen mellom respondentene (markert med røde ringer) når de vurderer samme diagnose er mer problematisk. Mistanke om psykose og suicidalitetsproblematikk er de to eneste sykdomsgrupper som har standardavvik på under 10 dager. De markerte sykdomsgruppene har spredningsmål på over 40 dager hvilket svarer til en uforholdmessig stor spredning gitt forutsetningen om at prioriteringskriteriene skal tilstrebe en likhet for pasientene.

Vi sammenlignet svarene med de eksisterende regionale og lokale faglige retningslinjene som benyttes i helseforetakene i dag. Resultatene viser at gjennomsnittsvarene fra BUPene i all hovedsak samstemmer med de anbefalte ventetidene. Dette innebærer likevel at noen ligger langt over hva som anses for forsvarlig mens andre er godt innenfor anbefalingene. Dette indikerer ulik praksis både når det gjelder vurdering av forsvarlighet og når det gjelder tolking av eksisterende prioriteringskriterier og retningslinjer. Alternativt er det et tegn på at mange av virksomhetene ikke har tilgang til faglige retningslinjer, og at spredningen derfor er et resultat av forskjellige skjønnsmessige vurderinger.

Vi spurte videre hva BUPene anser som en akseptabel frist dersom det blir satt en felles ventetidsgaranti (tabell 6).

Tabell 6. Hva er en akseptabel ventetidsgaranti?

	Frekvens	Prosent	Kumulativ prosent
Under 1 mnd	6	8,6	9,5
1 mnd	14	20,0	31,7
2 mnd	9	12,9	46,0
3 mnd	26	37,1	87,3
4 mnd	2	2,9	90,5
6 mnd	6	8,6	100
Totalt	63	90	
Ikke besvart	7	10	
Totalt	70	100	

Respondentene vektla at det var viktig å beholde muligheten for å fastsette individuell frist. De vektla betydningen av å kunne differensiere slik regelverket legger opp til i dag. Mange av respondentene uttrykte skepsis til en generell frist for barn og unge. Til tross for denne skepsis svarte 63 av 70 respondenter på spørsmålet på hvilken frist de mente var

"akseptabel". Om lag halvparten svarte 2 eller 3 mnd. Kumulativ prosent viste at 87,3 % av respondentene mener at akseptabel frist for en felles ventetidsgaranti ikke bør være lenger enn 3 måneder.

På spørsmål om hvilke konsekvenser man kan forvente av å sette en felles ventetidsgaranti mener et stort flertall at det vil ha negative virkninger, med hensyn til både kvalitet på behandlingen og tilgjengelighet. Mange tror det vil medføre økt antall fristbrudd, og at det ikke vil være gjennomførbart uten at kapasiteten i BUP styrkes. Et mindretall tror ikke en ventetidsgaranti vil ha særlig negative følger, men at det faktisk kan føre til et mer effektivt og bedre psykisk helsetjenestetilbud.

6 Produktivitet

I mandatet er arbeidsgruppen bedt om å foreslå gode mål for produktivitet. Det er en oppfatning om at produktivitet forstått som hvor mange pasienter hver behandler kan behandle, er for lav. Men det er også kontroversielt hvordan man skal forstå produktivitet, og hvilke mål det er rimelig å sette for dette.

Vi skiller mellom produktivitet og effektivitet, basert på følgende forenklede skisse:



Ressursinnsats kan her være økonomi, behandlere, metode osv. Produktivitet defineres til ressursinnsats/aktivitet. Effektivitet defineres til ressursinnsats/behandlingseffekt. Arbeidsgruppen mener at hvis de enkelte enheter innenfor samme ressursramme kan organisere sin praksis på en slik måte at det kan gis tilbud til flere pasienter, så kan dette være et virkemiddel for å redusere ventetiden.

6.1 Arbeidsgruppens forståelse av produktivitet

Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i de produktivitetsmål som har vært anvendt, og vil gi en vurdering av mulige forklaringer på produktivitetsutviklingen og på bakgrunn av dette peke på aktuelle mål for produktivitet og strategier som vil påvirke produktivitetsutvikling. Det er vanskelig å finne gode mål som kan anvendes i store pasientpopulasjoner med hensyn til ressursinnsats/behandlingseffekt. Vi skiller derfor (jf. ovenfor) mellom produktivitet og effektivitet og avgrenser produktivitet til aktivitet per ressursinnsats.

God ressursutnyttelse gir grunnlag for riktig prioritering innenfor og mellom områdene og er avgjørende for god kvalitet. Dette blir også tydeliggjort i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten " ..og bedre skal det bli!" hvor følgende kvalitetstegn legges til grunn for tjenester av god kvalitet:

Tjenestene skal være:

- Virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse

- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse seks kjennetegnene ved god kvalitet viser at kvalitet skapes ved helhetlig innsats på mange områder. Det må være en balansert innsats som ivaretar mange dimensjoner ved tjenesteyting. Det er viktig å utvikle standarder for hva slags behandling som skal tilbys, samt bruke egnede evalueringsverktøy og kvalitetsindikatorer for å vurdere behandlingens kvalitet, effekt og for å klargjøre når behandling bør avsluttes.

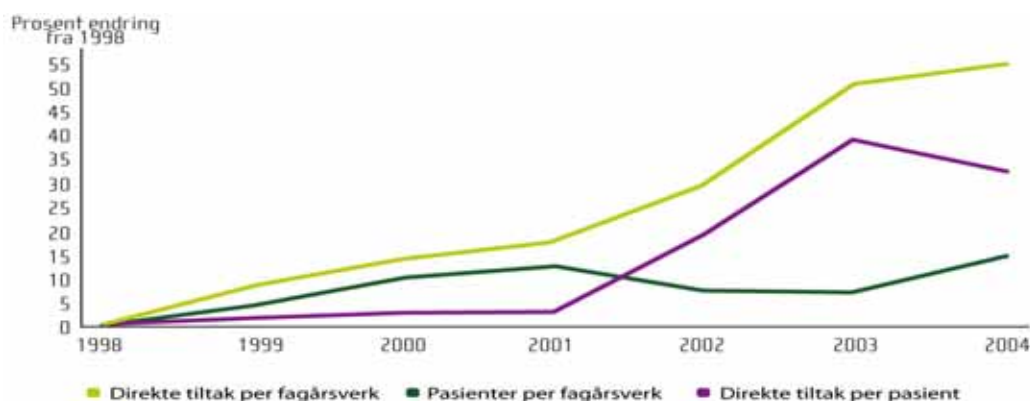
Arbeidsgruppens mandat om å finne gode mål for produktivitet sees av gruppen i sammenheng med mandatet forøvrig og tolkes til særlig å fokusere på mål og tiltak for å behandle flere pasienter innen samme ressursinnsats for dermed å øke kapasiteten for å gi økt tilgjengelighet og redusert ventetid. Arbeidsgruppen vil derfor fokusere på produktivitet innen pasientbehandlingen.

Status i psykisk helsevern for barn og unge

Det forventes økt produktivitet både i form av økte tiltak pr behandler og i økt antall behandlede pasienter pr behandler. I psykisk helsevern for barn og unge forventes det i St.prp. nr. 63 (1997/1998) 50 % økning i antall konsultasjoner pr behandler. Innen rusbehandling er det ikke satt tilsvarende kriterier og målsettinger, men med styrket fokus på måling også her vil økt produktivitet også være av betydning her.

I evaluering av poliklinikkhåndboka¹⁹ er utviklingen av produktivitet og holdninger til produktivitet analysert i 2000, 2002 og 2004. Det har de siste årene vært en kraftig økning i antall konsultasjoner i BUP. En vesentlig del av økningen skyldes en økning i antall årsverk i BUP. Figur 8 viser hvordan økning i tiltak er relatert til fagårsverk. Det har vært en kraftig økning av antall tiltak per fagårsverk. Dette kan forstås som en økning av produktiviteten. Hvert fagårsverk har hatt flere oppfølgingstiltak enn tidligere. Dersom vi ser på antall tiltak per pasient viser det seg at økningen i all hovedsak er knyttet til en økning i antall tiltak per pasient. Dette betyr at produksjonsøkningen kan forklares med at hver og en av pasientene som er i BUP har fått flere behandlingstiltak. Vi ser av figuren at antall pasienter per fagårsverk i liten grad har økt.

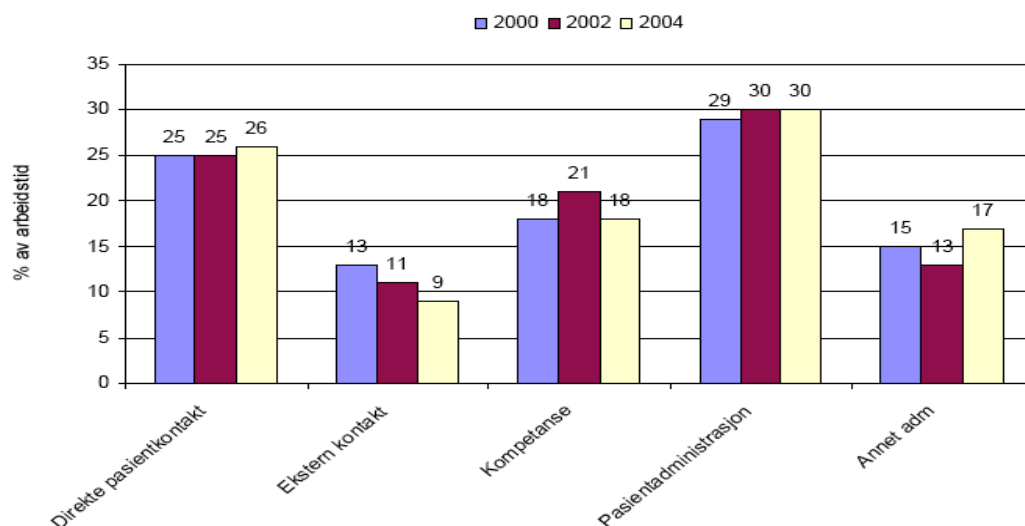
Figur 8. Endring i antall direkte tiltak per fagårsverk, antall pasienter per fagårsverk og antall direkte tiltak per pasient i poliklinikker for barn og unge. Kilde: Sintef Samdata



En økning i antall tiltak per pasient kunne tilsi at behandlerne bruker mer av tiden sin på pasientkontakt og oppfølging. Figur 9 viser hvordan tidsbruken fordeler seg hos de som

¹⁹ Evaluering av Håndbok I drift av psykiatriske poliklinikker. Sintef 2005 (Hatling m medarbeidere)

arbeider i poliklinikkene. Vi ser at fra 2000 til 2004 har det ikke vært noen endring i tid brukt på pasientkontakt (25 % i 2000 og 26 % i 2004). Det har vært en reduksjon i tid brukt på samhandling (her målt som ekstern kontakt). Dataene kan tyde på at den registrerte økningen i stor grad bygger på økt registrering av aktivitet. Det er verdt å merke seg at i samme periode stilte Helsedepartementet krav til foretakene gjennom bestillerdokumentet at det skulle skje en økning av antall konsultasjoner på minst 30 %. I følge en SINTEF undersøkelse har foretakene i liten grad analysert poliklinikkens produktivitet og stilt krav i henhold til om de har høy eller lav produktivitet. Alle poliklinikker uansett startsted har fått krav om 30 % produksjonsøkning.

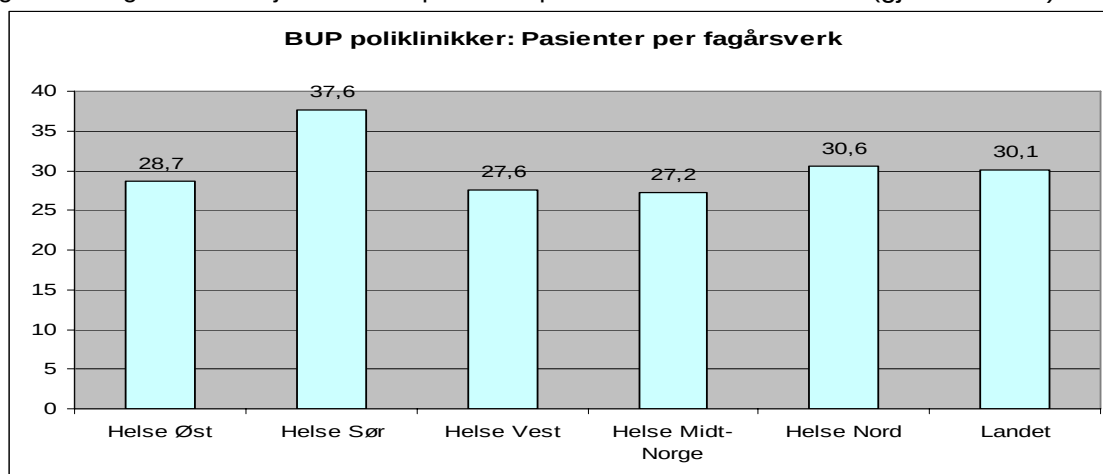


Figur 9. Prosent av arbeidstid anvendt på ulike arbeidsområder i 2000, 2002 og 2004

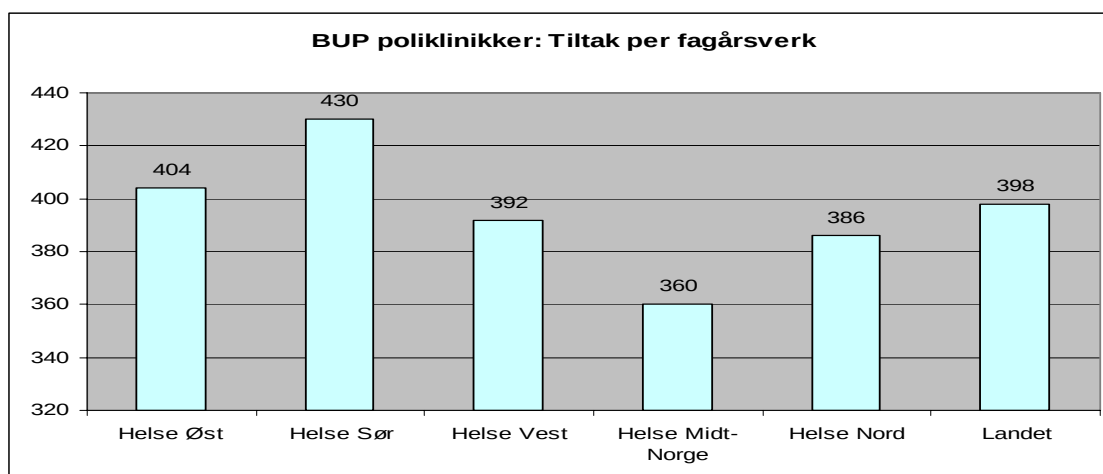
Det er imidlertid en intensjon at man skal øke pasientflyt i BUP – slik at flere pasienter totalt sett får behandling. Det betyr at man ønsker en produksjonsøkning som er knyttet til at flere pasienter behandles per fagårsverk.

Variasjonene i praksis som ble påpekt av SINTEF i evalueringen av Poliklinikkhåndboka blir også bekreftet gjennom Samdata-tall. Hver behandler behandlet i gjennomsnitt 30,1 pasient i 2004, mens variasjonen mellom de regionale helseforetakene og lokale helseforetak var forholdsvis stor (figur10).

Figur 10. Regionale forskjeller i antall pasienter pr. behandlerårsverk i 2004 (gjennomsnitt).



Figur 11. Regionale forskjeller i antall tiltak pr. behandlerårsverk i 2004 (gjennomsnitt).



Figur 11 viser at det også var store variasjoner mellom regionene når det gjaldt antall tiltak pr behandlerårsverk i 2004. For landet totalt ble det registrert gjennomsnittlig 398 tiltak pr behandlerårsverk. Variasjonene i tiltak pr. behandler pr. arbeidsdag var også stor; Høyest var Helse Sør med 1,87 tiltak pr dag, Helse Midt-Norge var lavest med 1,57 tiltak pr dag. Gjennomsnittet for landet var 1,73 tiltak pr behandler pr dag.

Hver pasient fikk i gjennomsnitt 9,2 direkte tiltak og 4,0 indirekte tiltak, til sammen 13,2 tiltak. Det er en del variasjon når det gjelder hvor mange tiltak hver pasient blir tilbudt i hver helseregion, for eksempel får hver pasient i Helse Sør i gjennomsnitt 8,3 direkte tiltak og 3,1 indirekte tiltak. I Helse Vest får pasientene 10, 6 direkte tiltak og 3,6 indirekte tiltak. Variasjonen mellom de enkelte poliklinikkene er betydelig større.

6.2 Økt produktivitet – et ledelsesansvar

Innen psykisk helsevern for barn og unge er man vel kjent med krav til produktivitet, og den enkelte behandler opplever til tider å bli sett på som lite produktiv. Samtidig opplever de fleste behandlere at de har en krevende arbeidsdag, og de kan vanskelig se hvordan de skal kunne behandle flere pasienter. Det er derfor viktig at dette ansvaret ikke bare ligger hos den enkelte behandler.

SINTEFs evaluering av poliklinikk håndboka viser at produksjonskravene som er stilt av myndighetene i liten grad er akseptert og operasjonalisert som faglige krav av lederne på poliklinikkene. I tillegg var flertallet av behandlerne uenig i påstanden om at lederne styrte deres prioriteringer, og et økende antall (35 % i 2004) svarte at de synes det var vanskelig å prioritere hvordan de skulle bruke tiden sin. SINTEF konkluderer med at det er uklar oppgave- og ansvarsdeling i poliklinikkene, og at ledelsen i liten grad bidrar til å styre utviklingen i poliklinikkene. Etter SINTEFs vurdering er dette en av årsakene til at det er liten grad av endring i arbeidstidsbruk fra 2000-2004 til tross for at det eksplisitt fra eier er uttrykt at det skal effektiviseres og at produktivitet (pasientbehandling) skal økes.

Økt effektivisering og produktivitet er et ledelsesansvar. Det er leders ansvar å identifisere flaskehalser og beskrankninger som hindrer behandlere å behandle flest mulig pasienter på en mest mulig effektiv måte. Det er derfor viktig at ledelsesansvaret er tydelig definert og at det for hver enhet finnes en ansvarlig leder.

Ledere må skoles på hva dette ansvaret innebærer og på mulige verktøy de kan trenge for å utøve ledelse. Ledelse har flere dimensjoner; det må være aksept for å drive både faglig ledelse og administrativ og budsjettmessig ledelse. Det er viktig å synliggjøre at god ressursstyring og kostnadseffektiv drift er viktig for å sikre et likeverdig helsetilbud for pasientene jf. Nasjonal kvalitetsstrategi. De må ta inn over seg at de har et totalansvar for enhetens drift, det vil si for økonomisk resultat, for produksjonen, for produktiviteten, for faglig forsvarlighet og for kvalitet mm. I tillegg må ledere balansere ressursinnsatsen på en slik måte at enheten ivaretar alle sine kjerneoppgaver. Ledere må også sammen med sine ansatte sikre at det er balanse mellom ansvaret for den enkelte pasient og kvaliteten av dennes behandling, og forholdet til befolkningsansvaret enheten har. I kapittel 7.2.3 presenteres et eksempel på hvordan leder kan legge til rette for å øke produktiviteten ved virksomheten.

7 Arbeidsgruppens innstilling

I Soria Moria erklæringen og i Strategiplanen for barn og unges psykiske helse²⁰ fremgår det at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer skal få et styrket behandlingstilbud. Til tross for gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse og Rusreformen er det fortsatt utfordringer knyttet til planlegging og koordinering, samarbeid og ansvarsfordeling mellom linjene.

7.1 Ikke én enkel løsning – behov for ulike tiltak på ulike nivå

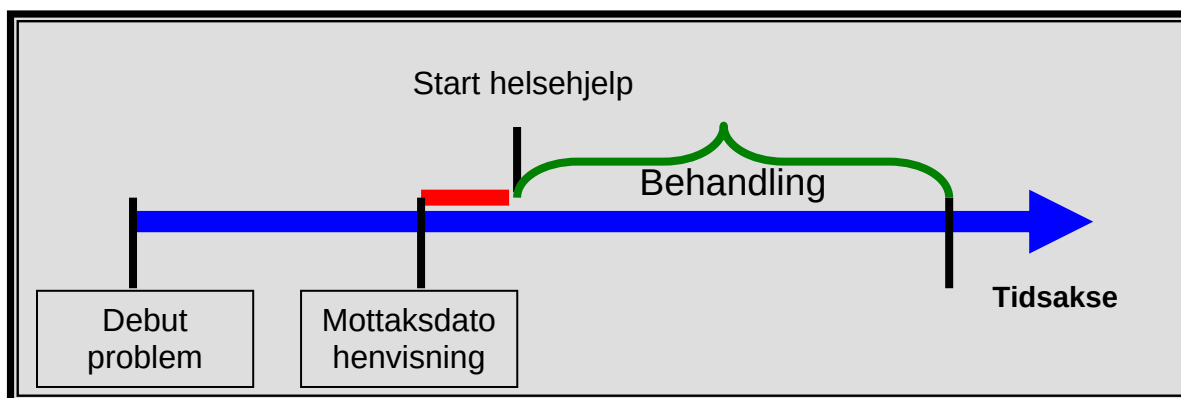
Arbeidsgruppen har kartlagt dagens situasjon både med hensyn til ventetider, prioriteringsrutiner, samhandling og produktivitet. Det har ikke blitt gjennomført brukerundersøkelser i forbindelse med dette arbeidet, men arbeidsgruppen anser brukerperspektivet for ivarettatt gjennom uttalelser fra brukerorganisasjonene i arbeidsgruppen, samt referanser til eksisterende rapporter. Sett fra et brukerperspektiv oppleves ikke tilgjengeligheten i det eksisterende tilbudet som tilfredsstillende. Mental helse ungdom (MHU) har i sakens anledning utarbeidet en egen uttalelse der det blant annet påpekes at det er ønskelig med en kortere frist for vurdering, samt at det er behov for en tettere oppfølging i ventetiden frem til behandling i spesialisthelsetjenesten igangsettes²¹.

På bakgrunn av utfordringene som skisseres i denne rapporten mener arbeidsgruppen at det i denne sammenhengen ikke er tilstrekkelig å sette i gang tiltak kun rettet mot deler av tjenestefeltet. Det er avgjørende å ha fokus på hele forløpet dersom man vil oppnå ønsket effekt.

Følgende figur ble presentert i kapittel 3.6 for å illustrere hvordan vårt oppdrag er avgrenset i mandatet (kort linje). Arbeidsgruppen har valgt å se på hele sykdomsforløpet og foreslår tiltak langs hele tidsaksen. Det er viktig å påpeke at for noen pasienter vil behandlingen og oppfølgingen vare livet ut, selv om behandlingen i spesialisthelsetjenesten opphører (i alle fall for en periode), mens for andre vil ett behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten være tilstrekkelig for god fungering videre i livet.

²⁰ Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse

²¹ Brev av 4. april 2006 til Sosial- og helsedirektoratet.



Barn og unge med psykiske lidelser og ungdom med rusproblemer er en heterogen og kompleks pasientgruppe som krever et differensiert og individuelt tilpasset tilbud. Dette innebærer at mange faktorer må sees i sammenheng når tjenestetilbudet skal utformes og innrettes mot brukerne. På grunnlag av gjennomførte kartlegginger og arbeidsmøter anser ikke arbeidsgruppen det som hensiktsmessig å anbefale en enkel ensartet ordning for reduserte ventetiden i spesialisthelsetjenesten.

7.1.1 Tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse

Viktige tiltak er igangsatt eller planlagt i Opptrappingsplanen for psykisk helse:

- En styrking av 400 årsverk til helsestasjonene
- Rekruttering av psykologer til kommunene skal styrkes (samarbeid om rekrutteringstiltak er i gang 2006)
- I desember 2006 skal det ferdigstilles en veileder i psykisk helsearbeid for barn (i kommunen)
- Våren 2006 skal fastlegenes henvisningspraksis når det gjelder barn og unge kartlegges med tanke på å utbedre henvisningene til spesialisthelsetjenesten.
- Det foregår en kartlegging av lavterskeltiltak for barn og unge med tanke på å se på omfang av egne behandlingstilbud til barn og unge hvor det ikke er behov for henvisninger
- Forslag om henvisnings- og sykemeldingsrett til psykologer i kommunene
- Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å ta initiativ til en felles diskusjon med berørte direktorater og eventuelt departementer om utfordringene knyttet til individuell plan.

Igangsatte og planlagte tiltak må sees i sammenheng med denne arbeidsgruppens oppdrag, og arbeidsgruppen tror tiltakene vil ha positiv innvirkning på ventelistesituasjonen i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen ser det som særlig viktig å rette fokus mot oppfølging av henvisningsrutinene (ikke bare hos fastlegene) og tiltak i "ventetiden". Her er det et stort potensiale både for kompetanseheving (begge veier), tidlig avklaring, og dyktiggjøring av 1.linjen som oppfølgingsinstans.

7.1.2 Sammenheng i tjenestene – et helhetlig tilbud

En særskilt ventetidsgaranti for behandling i spesialisthelsetjenesten vil bare være ett av mange tiltak som bør iverksettes dersom tilbudet til barn og unge skal styrkes. Ventetidsgaranti som tiltak for å styrke tilbudet til barn og unge må sees i sammenheng med andre tiltak både i førstelinjen og i andrelinjen.

For pasientene vil et helhetlig og godt tilbud gjennom hele forløpet være av aller høyeste betydning. God kompetanse om psykiske problemer og/eller rusavhengighet både i 1. linjen og 2. linjen er vesentlig både i forhold til å kunne identifisere problemene og eventuelt behandle dem på et tidlig tidspunkt. Høy kompetanse vil også kunne bidra positivt i forebyggingsarbeidet i kommunene, både mot befolkningen generelt og mot risikogrupper.

MHU påpeker behovet for en sterkere forankring av psykisk helse i skolenes læreplaner, samt økt tilgang på helsesøster- og psykologtjenester i skolene. Arbeidsgruppen anser dagens tilbud som noe fragmentarisk og varierende. Det er behov for å tydeliggjøre ansvarsfordelingen, samt styrke kompetanseoverføringen mellom linjene. Videre foreslår MHU at det iverksettes tiltak for ytterligere utdanning innen psykisk helsevern for allmennpraktiserende leger, basert på erfaringene med unge psykisk syke som ikke får nødvendig hjelp hos fastlegen.

7.1.3 Fokus på ansvar og rolleavklaring mellom linjene

Som vi har vist til ovenfor er det igangsatt flere tiltak for å styrke tjenestetilbudet som følge av Opptrappingsplanen. Før vi presenterer arbeidsgruppen hovedanbefalinger ønsker vi å belyse noen av disse satsingsområdene som må sees i sammenheng med arbeidsgruppens hovedanbefalinger i kapittel 7.3.

- *Identifikasjon, utredning og behandling i 1. linjen*

Det har blitt påpekt i epidemiologiske undersøkelser (Akershus- undersøkelsen), samt i tilsynsmeldingen fra 2002 og SINTEF sin evaluering av fastlegeordningen at mange barn med betydelige psykiske plager ikke kommer i kontakt med hjelpeapparatet. De blir ikke identifisert i 1. linjen, de representerer ikke et erkjent behov, og blir dermed ikke registrert som ventende. Det bør foreligge gode verktøy (sjekklistor) ved hjelpeinstansene i førstelinjen som kan benyttes i en enkel første utredning av barn og unge. Dersom det per i dag ikke finnes gode nok verktøy må det igangsettes et arbeid for å få disse utarbeidet snarest.

I tillegg til å styrke kompetansen om psykisk helse skal kommunene også ivareta unge rusavhengige. Det bør etableres kompetanseenheter i kommunene med god tverrfaglig kunnskap om barn og unges psykiske helse og rusproblemer. Ulike behandlingsopplegg og familieveiledningsprogram (MST, PMTO, De utrolige årene m.fl.) har vist seg å ha god effekt, og må derfor gjøres tilgjengelige for flere. Familiesentrene er også et eksempel på velfungerende helhetlige lavterskeltilbud i kommunene. Utgivelsen av en Veileder om psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene vil tydeliggjøre kommunene sitt ansvar overfor disse pasientene. Kommunene må i større grad ansvarliggjøres i forhold til å skulle behandle barn og unge med lettere psykiske lidelser.

- *Kompetanseheving mellom linjene*

Veiledning og kompetanseoverføring både fra førstelinjen og fra spesialisthelsetjenesten er gode verktøy for samhandling. Spesialisthelsetjenesten er pliktig til å veilede kommunene, men vel så viktig er det at ulike kommunale instanser bidrar med sin kompetanse til spesialisthelsetjenesten. I flere sammenhenger har man identifisert manglende forståelse for hverandres oppgaver og metoder mellom linjene. Mange steder er det innført ordninger som bidrar til å styrke samhandlingen, her kan nevnes:

- o Praksiskonsulentordningen: Konkret går ordningen ut på at allmennpraktiserende leger fra kommunene/bydeler ansettes som praksiskonsulenter i deltidsstillinger ved sykehus. Praksiskonsulentenes oppgaver blir å bidra i å utvikle samarbeid på felter som både sykehuset og primærlegene er opptatt av.
- o En adresse/telefon som kan veilede pasientene til riktig tjenesteutøver

- o Pasientforløpsanalyser: Pasientforløpsanalyser er en grunnleggende metode i praksiskonsulentordningen. Ved systematisk gjennomgang av kasuistikker blir samarbeidet evaluert tverrfaglig. Involvering av fagfolk fra begge linjene kan føre til konsensus og målrettede omstillingstiltak for å fjerne flaskehalser i pasientbehandling.

- *Styrke tilbudet i spesialisthelsetjenesten*

Det bør utarbeides tydelige mål for behandlingen sammen med pasienten. Gode behandlingsplaner er et godt virkemiddel for å oppnå strukturerte behandlingsløp- og avslutning etter forutbestemte kriterier, og vil bidra til mer forutsigbarhet for pasienten. Behandlingstilbudet skal være tilpasset den enkelte pasient, og bør ta utgangspunkt i kunnskapsbasert metodikk. Kunnskapsbasert behandling, samt et godt samarbeid mellom linjene kan forhindre at pasienter blir værende i behandlingssystemet lenger enn nødvendig.

Mange unge har samtidig rusproblem og psykisk lidelse. Det er behov for kompetanseheving innen utredning og behandling av rusproblemer, særlig ved BUP. Kontinuerlig systematisk kvalitetsforbedring innen dette fagområdet er avgjørende. Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (R-Bup) har fått utvidet sitt mandat og skal bidra med forskning og utvikling i forhold til rusbaserte lidelser. R-Bup kan således bli en viktig premissleverandør i arbeidet med å styrke tilbudet til unge rusavhengige. Mye av forskningsbevilgningene til spesialisthelsetjenesten skal fra 2005 koordineres av et nasjonalt samarbeidsorgan for RHFene, og dette kan bidra til en målrettet prioritering. Kunnskapsbasert praksis innen rusbehandling kan utvikles og styrkes ved at de som arbeider i praksisfeltet i større grad involveres i forskning og fagutvikling.

7.2 Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppen legger til grunn at anbefalingene totalt sett skal bidra til å styrke tilbudet og gi bedre tilgang på helsetjenester for barn og unge, uten at dette innebærer at kapasiteten i tjenestene må utvides. Videre forstår gruppen det slik at mandatets punkt 3 (om vurdering av prioriteringskriteriene i gjeldende regelverk) og pkt 5 (om produktivitet) også må sees i sammenheng med målet om å styrke tilbudet og oppnå bedre tilgang på tjenester.

Gruppens anbefalinger er tredelt:

- 1) Styrke pasientrettighetene i form av både en vurderings- og behandlingsgaranti for å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer kommer tidligere til.
- 2) Bedre samhandling mellom nivåene blant annet gjennom bedre henvisningsrutiner og mer konstruktiv oppfølging i ventetiden.
- 3) Øke produktiviteten og endre tidsbruk i poliklinikkene slik at flere barn og unge blir behandlet til rett tid.

Arbeidsgruppen poengterer at tiltakene må sees i sammenheng. Det er ikke nok å rettighetsfeste bestemmelser om tidsfrister med mindre dette blir fulgt opp med ledelsesmessige grep (jf. pkt 3). Det er heller ikke hensiktsmessig å øke produksjonskravene til poliklinikkene med mindre det forankres i ledelsesstrukturen (RHF/HF/poliklinikk) og poliklinikklederne får bistand til å oppfylle kravene. Arbeidsgruppen peker også på at henvisning til 2. linjen er en "hendelse" i pasientens liv og at det er vesentlig for barn og familie hva som skjer i ventetiden. En bedre dialog og gjensidig forpliktelse i samhandling og informasjon er viktig.

7.2.1 Styrking av pasientrettighetene – garanti for å komme tidlig til

En del av oppgaven for arbeidsgruppen er å foreslå hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes og etableres, og hvilke virkninger en slik garanti kan ha for hele gruppen barn og unge med psykiske lidelser og rusproblemer.

Arbeidsgruppen legger til grunn at faglige og menneskelige hensyn tilsier at tidlig intervensjon er ønskelig for å hindre at psykiske lidelser og/eller rus hos barn og unge blir et vedvarende problem som kan manifestere seg senere i livet. Betydningen av at den aktuelle gruppen barn og unge kommer tidlig til er omtalt i kapittel 4.

På samme måte som resten av befolkningen har denne gruppen barn og unge i dag lovfestede rettigheter som skal sikre tilgang til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen forsvarlig tid, jf. pasientrettighetsloven kap. 2 og prioriteringsforskriften. Som redegjort for i pkt 3.1 er følgende rettigheter sentrale for arbeidsgruppens mandat:

- Rett til øyeblikkelig hjelp
- Rett til vurdering av henvisning innen 30 virkedager
- Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Rett til en individuell frist
- Rett til oppfyllelse ved fristbrudd

Både prioriteringsbeslutningen og fristfastsettelse er knyttet til konkrete skjønnsmessige vurderinger. Det er dokumentert at gjennomslagskraften av prioriteringsforskriftens bestemmelser er langt fra det som er ønsket. Det er påvist store variasjoner i praksis både mellom sykehus og regioner, og mellom de ulike fagområdene når det gjelder hvor stor andel som får status som henholdsvis rettighetspasienter og ikke. Dette kan tilsi at det er behov for å begrense og/eller styre skjønnsutøvelsen ytterligere.

Mye tyder på at prioriteringsmodellen ikke er fullt ut implementert og at det er behov for en mer ensartet forståelse av prioriteringsforskriften for å unngå ubegrunnede variasjoner i praksis, herunder i forhold til ventetid. Reglene knyttet til vurdering og inntak av pasienter i spesialisthelsetjenesten synes også krevende å følge i praksis. I tillegg til å formalisere nye lovfestede rettigheter er det derfor viktig å ta i bruk andre typer virkemidler som felles retningslinjer for å bidra til en likere praksis. Det vises til at det pågår et nasjonalt arbeid for å operasjonalisere prioriteringsforskriften gjennom prosjektet Riktigere prioritering, jf nærmere omtale av dette i avsnitt 3.5.

Arbeidsgruppen har på denne bakgrunn vurdert hvordan pasientrettigheter for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet kan styrkes i forhold til retten til vurdering, retten til helsehjelp og ventetid. Arbeidsgruppens forslag omtales i det følgende.

- *Fastsette rett til vurdering innen 10 virkedager*

Alle henviste pasienter har i dag rett til å få sin helsetilstand vurdert av spesialisthelsetjenesten innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt.

Arbeidsgruppen ser det som viktig at barn og unge i målgruppen slipper tidlig til allerede i vurderingsfasen. Kortere frist for vurdering gir kortere ventetid for pasienten, og gir et klart signal om betydningen av å komme tidlig til. En kortere vurderingsfrist vil ikke i seg selv si noe om innholdet i behandlingen. Likevel vil en slik frist kunne bidra til å oppnå formålet, ved at det gis en kortere frist for vurdering enn for andre grupper, jf. punkt 3.3.3. Betydningen av en kortere frist for vurdering er også fremhevet av Mental Helse Ungdom²². Videre vil en

²² Brev av 4. april 2006 til Sosial- og helsedirektoratet.

kortere frist for vurdering sikre at det gis raskere tilbakemelding til pasient og henvisende instans om hvordan problemet blir tatt hånd om.

Det vises også til at departementet har stilt krav ovenfor de regionale helseforetakene i bestillerdokumentet for 2006 om at ventetid for vurdering ikke bør overstige 10 dager innen psykisk helsevern for barn og unge. Ved å lovfeste en rett til raskere vurdering får pasienten styrket sin rettsstilling, blant annet med anledning til å klage hvis dette ikke overholdes.

En kortere frist for vurdering kan gi økt press fra andre pasientgrupper som også kan ha særskilte behov for rask vurdering. Arbeidsgruppen ser at det kan være en konsekvens av forslaget, men har i kraft av oppdraget forholdt seg til barn og unges behov innenfor psykisk helse og rus uten å se hen til konsekvenser for andre pasientgrupper. Det er sterke faglige grunner for å gå inn med konkrete tiltak for å sikre at barn og unge innen psykisk helse og rus kommer tidligere til.

Det foreslås at det for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige under 23 år fastsettes en rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt.

For å kunne gi barn og unge rett til vurdering i spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager kreves det en lovendring. Arbeidsgruppen ser det ikke som hensiktsmessig at barn og unge innen psykisk helse og rus nevnes spesielt i en generell lov om pasientrettigheter. Det bør vurderes nærmere om det bør gjøres en tilføyelse i pasientrettighetsloven § 2-2 om at det i forskrift kan bestemmes at pasientgrupper med særskilte behov har rett til vurdering før 30 dager.

- *Fastsette maksimalfrist for ventetid og forankre nasjonale retningslinjer i forskrift*

Alle rettighetspasienter har et rettslig krav i dagens regelverk på å motta nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt frist. Både prioriteringsbeslutningen og fristfastsettelse er knyttet til skjønnsmessige vurderinger. Dette har som nevnt gitt grunnlag for store variasjoner i praksis.

Arbeidsgruppen legger til grunn at dagens modell for beslutninger om prioritering, dvs. hvem som skal gis rett til nødvendig helsehjelp, må anses å være forankret i aksepterte prinsipper og grundig utredet av Lønning utvalgene.

Hvorvidt barn og unge bør prioriteres særskilt er drøftet tidligere. Spørsmålet om å lovfeste en særskilt rett til nødvendig helsehjelp for rus og psykisk lidelse for barn og unge med tiltak fra barnevernet ble vurdert av departementet i forbindelse med de siste endringer i pasientrettighetsloven²³. Det ble uttalt at pasientrettighetsloven er en generell lov som prioriterer alle pasienter, herunder barn og unge med tiltak fra barnevernet, ut fra behov for behandling. Å prioritere særskilte grupper i loven ville bryte med prioriteringsprinsippet som er lagt til grunn i prioriteringsforskriften. Det ble fremholdt at tjenestetilbudet fortsatt burde styrkes etter linjene i Opptappingsplanen for psykisk helse, hvor barn og unge er en prioritert gruppe, fremfor å bruke midlene på oppfyllelse av en lovhjemlet rettighet som i sin tur kan hindre at de med mest behov får hjelp først.

Det vises også til dr.juris Aslak Syse's betenkning²⁴ hvor det ikke anbefales å endre regelverket for å prioritere barn særskilt. Det ble vurdert som viktigere å fokusere på operasjonalisering og arbeid med retningslinjer for å sikre en lojal implementering av regelverket.

²³ Jf. Ot.prp.nr.63 (2002-2003) pkt. 5.5.1

²⁴ Betenkning vedrørende syke barn og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen er enig i at det er betenkelig å endre prioriteringskriterier som er blitt utformet etter en bred og grundig prosess. Det ligger heller ikke i arbeidsgruppens mandat å foreslå konkrete endringer i prioriteringskriteriene, jf. prioriteringsforskriften § 2. Det er spørsmål om fristfastsettelse for de som har blitt prioritert og fått innvilget rett til nødvendig helsehjelp arbeidsgruppen skal vurdere.

Et nærliggende tiltak for å redusere ventetiden er å innføre en generell maksimalfrist for når alle rettighetspasienter i målgruppen senest skal gis nødvendig helsehjelp (ventetidsgaranti).

Dette vil være positivt fordi det vil gi barn og foreldre forutsigbarhet. I tillegg vil det ha en betydelig signalverdi. Videre er tidshensynet i mange tilfeller sentralt i forhold til den aktuelle gruppen. Ventetidsgaranti kan også være et incitament for å effektivisere driften og øke produktiviteten ved at det legger press på helseforetakene. En slik regel vil også være enkel å etterprøve.

Arbeidsgruppen ser imidlertid også flere argumenter som taler mot en slik ventetidsgaranti. Det er en fare for at tilbudet blir kvalitativt dårligere med et økt press på inntak. Videre gir denne løsningen mindre fleksibilitet og en mulig vridningseffekt både innen pasientgruppen og i forhold til andre pasientgrupper. Disse motargumentene ble også fremholdt i St. prp. nr. 1 (2005-2006) kap. 9 hvor spørsmålet om ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser, i form av en kort maksimalfrist på for eksempel 30 dager, ble drøftet. Departementet vurderte, etter en samlet vurdering av rettslige forhold og øvrige tiltak som er satt i gang for denne gruppen, at en lovfestet ventetidsgaranti ikke var et egnet virkemiddel for å styrke tilbudet til barn og unge.

Arbeidsgruppen skal vurdere hva som er akseptabel ventetid for den aktuelle pasientgruppen. Det legges som nevnt i pkt. 2.1 vedrørende mandatforståelsen til grunn at akseptabel i denne sammenhengen sier noe om hva som er rimelig ventetid for barn og unge med psykiske problemer og unge rusavhengige ut fra en allmenn oppfatning, ikke primært begrunnet ut fra medisinsk faglige forhold.

En maksimalfrist bør være så lang at det gis rom for individuelle behandlingsfrister ut fra en skjønnsmessig faglig vurdering av pasientens tilstand. En kort maksimalfrist vil gi for lite rom til nødvendige prioriteringer mellom rettighetspasienter. Dess kortere fristen er desto vanskeligere blir det å ta individuelle hensyn på en slik måte at de pasienter som trenger hjelp først får hjelp først. Arbeidsgruppen anser det derfor som hensiktsmessig at en ventetidsgaranti settes til 90 dager. Dette vil fortsatt gi rom for individuelle behandlingsfrister, men angir at fristen aldri kan settes lenger enn 90 dager.

Arbeidsgruppen legger til grunn at det er behov for å understøtte en mer ensartet forståelse av prioriteringsforskriften for å unngå ubegrunnede variasjoner i praksis. Ventetidsgaranti som virkemiddel bør derfor suppleres med *nasjonale retningslinjer* som forankres i forskrift.

Felles retningslinjer bør omhandle hvilke tilstander innen den aktuelle pasientgruppen som gir rett til nødvendig helsehjelp og hvordan den individuelle fristen skal fastsettes. Retningslinjene må baseres på god kunnskap og konsensusprosesser i fagmiljøene, og utformes på en slik måte at de ikke kommer i konflikt med prioriteringsforskriften. Retningslinjene skal være veiledende og må legges opp slik at det fortsatt gis rom for individuelle skjønnsmessige vurderinger, slik prioriteringsforskriften legger opp til.

Arbeidsgruppen viser til pågående samarbeid vedrørende operasjonalisering av prioriteringsforskriften og anser det naturlig at utarbeidelse av ovennevnte retningslinjer kobles til Prosjekt riktigere prioritering, jf. pkt 3.5. Det er også naturlig at det legges opp til samme beslutningsmodell for disse retningslinjene som det for øvrig anbefales i prosjektet. Vårt forslag til forskriftstekst nedenfor må eventuelt justeres i forhold til dette.

Ved å utarbeide slike retningslinjer mener arbeidsgruppen det legges til rette for et bedre grunnlag for at alle som beslutter prioritering og fastsetter fristen gjør dette i henhold til felles retningslinjer. Det gis veiledning til helsepersonells skjønnsutøvelse i forhold til hvilke grupper som skal prioriteres og når de senest bør gis behandling. Dette kan også bidra til at de rette barna/unge i målgruppen blir prioritert som rettighetspasienter.

Retningslinjene bør også presisere nærmere hvilke tilstander som utløser en øyeblikkelig hjelp plikt. Erfaringer fra helsetjenesten tilsier at det ikke er noen ensartet praksis for hva som skal regnes som øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten, til tross for at dette er regulert i forskrift, jf. omtale i pkt 3.1. Arbeidsgruppen ser også behov for at det utarbeides kriterier for hvilke tilstander som gir rett til øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten for unge rusavhengige.

Ovennevnte forslag vil kreve endringer i lov- og forskrift. En ny bestemmelse i prioriteringsforskriften (ny § 4a) kan lyde:

§ 4a Rett til nødvendig helsehjelp og fristfastsettelse for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige under 23 år

Vurdering etter §§ 2, 3 og 4 av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet skal foretas i henhold til nasjonale retningslinjer fastsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Fristen kan ikke settes lenger enn 90 dager.

En slik bestemmelse vil etter arbeidsgruppens vurdering kreve en *lovendring* i form av en utvidet forskriftshjemmel i pasientrettighetsloven § 2-1.

Det vurderes slik at pasientrettighetsloven § 2-1 syvende ledd ikke gir tilstrekkelig hjemmel for fastsette en slik maksimalfrist. Denne bestemmelsen gir hjemmel for nærmere forskrifter for fastsettelse av den tidsfristen som omtales i annet ledd. Fristen som omtales i annet ledd skal fastsettes individuelt på bakgrunn av faglig forsvarlighet. Som nevnt ovenfor vil det i vårt tilfelle være snakk om å innføre en lengstefrist, dvs. at den individuelle fristen ikke skal settes lenger enn maksimalt 90 dager. Dette vil være en maksimalfrist for en hel gruppe som ikke kun er basert på en forsvarlighetsvurdering, men hvor også andre hensyn er lagt til grunn.

En slik maksimalfrist krever etter gruppens vurdering en lovhjemmel som åpner for at det i forskrift kan fastsettes en særlig maksimalfrist for bestemte pasientgrupper som ikke bare er faglig forankret og som må legges til grunn selv om det etter en individuell vurdering kan være forsvarlig å fastsette en lengre frist. En slik utvidet forskriftshjemmel kan knyttes til dagens forskrifthjemmel i pasientrettighetsloven § 2-1 syvende ledd annet punktum.

For å bedre tilgangen til spesialisthelsetjenesten anbefaler arbeidsgruppen å **styrke pasientrettighetene** ved å

- Fastsette rett til vurdering innen 10 dager
- Fastsette maksimalfrist for ventetid på 90 dager
- Forankre nasjonale retningslinjer for prioritering og fristfastsettelse i forskrift

7.2.2 Styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene

Kartlegginger av tjenestene, samt uttalelser fra fagfeltet indikerer at samhandlingen og informasjonsflyten mellom tjenestenivåene ikke er tilfredsstillende. God samhandling kjennetegnes av gjensidig informasjons- og kompetanseutveksling, samt at de ulike instansene til enhver tid vet hva som er deres oppgaver og ansvar.

- *Bedre henvisningsprosess*

Når spesialisthelsetjenesten skal vurdere om et barn eller en ungdom har rett til nødvendig helsehjelp er vurderingen i all hovedsak basert på den skriftlige henvisningen fra førstelinjetjenesten. Ofte kan henvisningene være ufullstendige og mangelfulle, noe som i beste fall forsinker vurderingsprosessen. Gode henvisninger kan brukes aktivt både i forhold til pasientoppfølgingen og i dialog med henviser.

Arbeidsgruppen mener at ved å styrke henvisningsrutinene kan ventetiden reduseres. En fylldig og kvalitetsmessig god henvisning resulterer i raskere og bedre vurdering som igjen kan bidra til at pasienten kommer tidligere i behandling. Henvisningene skal bygge på en tverrfaglig kartlegging i førstelinjen, og omfatte både utredning av barnet/ungdommen, og av barnets nettverk.

Henvisningen bør blant annet inneholde:

- En tydelig beskrivelse av problemet.
- God anamnese som inneholder både somatiske og psykiske problem/lidelser
- Informasjon om familie- og sosial anamnese
- Resultat av relevante utredninger og undersøkelser
- Hva er prøvd av behandling tidligere så vel i 1. som i 2. linje
- Uttalelser fra fastlege, helsesøster, PPT, barnevern, foreldre, skole, sosialtj. m.fl
- Status om individuell plan

Som nevnt ovenfor er det igangsatt en kartlegging for å vurdere fastlegenes henvisningspraksis. Hensikten er å skaffe et grunnlag for en sjekklister som kan benyttes i henvisningsprosessen. Barnevernsledere har også anledning til å henvise til spesialisthelsetjenesten, og i tillegg kan sosialtjenesten henvise rusmiddelavhengige til spesialisthelsetjenesten. Det vil sannsynligvis også hos disse instansene være behov for kompetanseheving for å styrke henvisningsrutinene.

Spesialisthelsetjenesten må sørge for at henvisningene blir vurdert at fagpersoner med høy kompetanse om ulike tilstander/lidelser, og behandling av disse lidelsene, helst psykologspesialister/psykiatere. Ved behov bør det gjennomføres vurderingssamtaler. Dette kan i mange tilfeller være et godt verktøy for raskt å identifisere hvem som trenger et tilbud andre steder i spesialisthelsetjenesten eller om et tilbud i førstelinjen er tilstrekkelig. Vurderingssamtalene vil også kunne bidra til et mer individuelt tilpasset behandlingstilbud i BUP eller ved en rusinstitusjon. I pilotundersøkelsen som arbeidsgruppen gjennomførte påpekte poliklinikker som tilbyr en eller flere vurderingssamtaler at dette i noen tilfeller kan være tilstrekkelig intervensjon i første omgang. Pasienten og pårørende får en rask avklaring med hensyn til hva som er problemet og får dermed dempet sin uro og uvisshet.

- *Bedre oppfølging i ventetiden - individuell tilbakemelding*

Etter at henvisningene er vurdert i spesialisthelsetjenesten mottar pasient og henviser per i dag et standardisert brev med individuell frist, samt en antydning om når de kan forvente at behandlingen starter. Mange pasienter må vente en stund på behandling, og har ofte behov

for både oppfølging og informasjon i denne tiden. Slik det er i dag opplever mange at de blir overlatt til seg selv, og at de får lite informasjon om hva som skal skje videre.

Dette kan løses ved at spesialisthelsetjenesten kort skisserer forventet forløp i tilbakemeldingen (individuell tilbakemelding). Den individuelle tilbakemeldingen bør skrives med et enkelt, forståelig språk og kun inneholde det som er relevant i hvert enkelt tilfelle – altså ikke et standardbrev med formuleringer som for eksempel ”dette trenger ikke å gjelde for deg....” Tilbakemeldingen sendes både til pasient og henviser.

Følgende punkter er relevante og bør inkluderes i tilbakemeldingen som sendes henviser og pasient etter endt vurdering av henvisningen.

For henviser:

- Hva tenkes om problemstillingen – hvordan vurderer 2. linjen problemet/lidelsen?
- Hvordan kan henviser følge opp pasienten i ventetida?
 - o hensiktsmessig behandling – samtaler, medisinerer
 - o andre utredninger/undersøkelser som kan være hensiktsmessige
 - o koble inn andre ressurser; psykiatrisk sykepleier, helsesøster, skole etc
- Andre etater som kan tenkes å bidra; sosialkontor, trygdekontor, barnevern, PPT
- Kontaktperson i spesialisthelsetjenesten
- Når bør henviser purre for tidligere behandling – hva vil medføre en endret frist for behandling?
 - o Hva er tegn på forverring av tilstanden og mulig prognosetap?
 - o Andre faktorer; skoleskulk, kriminalisering, sosiale faktorer som bidrar til prognoseendring?

For pasient:

- Litt om hvordan spesialisthelsetjenesten vurderer problemene – alvorlighetsgrad
- Angi frist for behandling og antatt behandlingsoppstart.
- Angi hvilken behandlingsalternativer som kan være aktuelle
- Anmode om kontakt med og behandling/oppfølging hos henviser under ventetiden
- Råd om andre instanser pasient/foresatt kan/bør søke hjelp hos i ventetiden - helsesøster, skole, sosialkontor, trygdekontor, Aetat, barnevern etc
- Råd om andre tiltak i ventetida – leksehjelp, fritidstilbud etc

I tillegg skal det gis tilbakemelding til pasienten og henvisende instans om det er gitt rett til nødvendig helsehjelp og om fristen²⁵. Det skal også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage.

Den individuelle tilbakemeldingen vil fungere som et godt samhandlingsverktøy for de involverte aktørene, samt bidra til mer forutsigbarhet for barna/ungdommene og familien som skal motta et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

- *Styrke arbeidet med individuell plan*

Arbeidsgruppen anser individuell plan som et viktig virkemiddel for å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer får tiltak som støtter opp om barnets/ungdommens mestring av sin egen situasjon. For yngre aldersgrupper har foreldre eller foresatte en sterkere rolle i denne sammenheng. En individuell plan gir pasienten og eventuelt pårørende mulighet til å se tiltak fra sosial- og helsetjenesten i sammenheng. Det

²⁵ §2-2 Rett til vurdering i pasientrettighetsloven.

er av stor betydning. Derfor er det etter arbeidsgruppens oppfatning viktig å sikre at individuell plan faktisk blir tilbudt til alle barn og unge i målgruppen.

Slik arbeidsgruppen ser det har individuell plan betydning både i henvisningsfasen og når behandlingen i spesialisthelsetjenesten er startet. Har pasienten individuell plan når henvisning skjer, bør den som henviser legge ved kopi av planen og legge opp til et videre samarbeid med spesialisthelsetjenesten om tiltak fra 2. linjetjenesten. Dersom pasienten ikke har fått utarbeidet individuell plan ved henvisning, bør henviser anbefale i henvisningen at plan utarbeides. Det bør legges til grunn at ungdom med rusproblemer som henvises regelmessig vil ha behov for langvarig og koordinerte tjenester, som vil utløse rett til individuell plan.

For å **styrke samhandlingen** mellom første- og andrelinjen anbefaler arbeidsgruppen at det utarbeides rutiner for å:

- Bedre henvisningsprosess
- Sørge for bedre oppfølging i ventetiden
- Styrke arbeidet med individuell plan

7.2.3 Økt produktivitet i spesialisthelsetjenesten – et ledelsesansvar

Tidsstudier viser at det er store variasjoner i drift av poliklinikkene både i forhold til hvordan behandlere bruker tiden sin og hvordan ledelse utøves. De store geografiske forskjellene tilsier at det er et betydelig potensiale i mange poliklinikker for å øke produktiviteten. De seks kvalitetskjennetegnene for tjenester av god kvalitet må alle balanseres slik at tjenestene fremstår best mulig (jf. kap. 6.1).

Det er viktig å poengtere at det krever en analyse av den enkelte poliklinikk for å fastslå hvordan effektivisering og økt produktivitet kan finne sted. På basis av en analyse vil man kunne følge opp tidsbruk, pasientflyt og antall konsultasjoner. Det er ikke et enkelt mål som vil kunne fortelle lederen om hvordan utviklingen er. Det må følges med på flere parametere for å få tilstrekkelig oversikt. I vurderingen av produktivitet må man ta hensyn til at en del pasienter uteblir eller avlyser sin time samme dag. Poliklinikkene bør sette inn tiltak for å redusere dette, for eksempel i form av SMS påminnelser osv. Det må også tas hensyn til at det ved flere av konsultasjonene vil være 2 eller flere behandlere tilstede, eksempelvis ved systemisk familieterapi og kvalitetssikring ved komplisert utredning og behandling.

Utvikle gode mål for produktivitet

På grunnlag av eksisterende datagrunnlag og allerede etablerte registreringsrutiner mener arbeidsgruppen at det er behov for at tjenestene fortsatt måles på flere aktivitetsområder. Arbeidsgruppen vil påpeke at følgende produktivitetsmål skal gjelde for ordinære polikliniske tjenester. Ambulante team og andre spesialtjenester som for eksempel rehabiliteringsteam kjennetegnes av andre og mer tidkrevende virksomhetsprofiler som krever andre produktivitetsmål enn de som følger nedenfor:

- *Antall pasienter pr. behandlerårsverk*

Det er en viktig premiss at økningen i produktivitet faktisk når nye pasienter, og ikke brukes til å gi de samme pasientene flere tiltak. Evaluering av Poliklinikkhåndboka viste at det var en betydelig variasjon mellom behandlere i antall pasienter som ble behandlet per fagarårsverk. I tillegg vet vi at mange poliklinikker har svært mange konsultasjoner per behandler uten at dette kan forklares ut fra pasientsammensetning eller andre variabler.

Arbeidsgruppen legger til grunn at det ikke kan være en absolutt grense for hvor mange pasienter hvert fagårsverk kan behandle, men sett på bakgrunn av den store variasjonen på landsbasis mener arbeidsgruppen at det er et stort potensial i mange poliklinikker når det gjelder å øke antallet pasienter i behandling. Arbeidsgruppen mener ut i fra dette at poliklinikkene skal arbeide aktivt for å øke antall behandlede pasienter med 20 % på landsbasis. Hvert fagårsverk bør dermed i gjennomsnitt gi behandling til 36 pasienter eller flere.²⁶

- *Antall nye pasienter tatt inn til behandling pr. behandlerårsverk*

For å holde følge med antall henvisninger, må hver enhet gjøre en analyse av antall barn og unge i sitt opptaksområde, og ut i fra 5 % dekningsgrad beregne hvor mange henvisninger dette vil gi i løpet av et år. Antall mulige henvisninger fordelt på antall behandlere vil tilsi hvor mange nye pasienter hver behandler må ta inn hvert år.

- *Tiltak pr behandlerårsverk*

Selv om det viktigste tiltaket vil være å øke antall pasienter i behandling, mener arbeidsgruppen basert på de store variasjonene man finner i landet, at det bør være mulig å strukturere arbeidsdagen på en slik måte at hver behandler også kan øke direkte tiltak pr behandlerårsverk.

Arbeidsgruppen mener det er mulig å øke antall konsultasjoner pr behandler til minst 2,0 pr dag.

- *Antall tiltak pr pasient og avslutning av behandling*

Det er store forskjeller på hvor lenge pasienter trenger å gå i behandling og hvor mange tiltak de vil ha behov for i løpet av denne perioden. Temaet er allikevel viktig sett i lys av at enhetene både har et ansvar for å gi den enkelte pasient et kvalitativt godt tilbud (effektivt tilbud), samt å kunne gi et godt nok tilbud til hele befolkningen.

Det vil derfor være viktig å fokusere på når behandling bør avsluttes og hvorvidt pasienten kan overføres til videre behandling eller andre tiltak i førstelinjen. Innføring av egnede behandlings- og evalueringsverktøy er mulige tiltak. Et verktøy som ved enkelte instanser har vist seg å ha positiv effekt på effektiviteten i behandlingen er Pasientfokusert Redesign. Dette er en arbeidsmetode som hjelper med å utvikle tjenestene for å oppnå god pasientservice, god faglig kvalitet og effektive tjenester. Metoden er utviklet ved Leicester Royal Infirmary NHS Trust i England med utgangspunkt i Business Project Reengenering (BPR) og Total kvalitetsledelse (TQM), og er oversatt og tilpasset norsk helsevesen ved Ringerike sykehus HF.

Styrke ledelsen

Arbeidsgruppen anbefaler at ledelse får en høyere prioritet i poliklinikkene, og at det legges til rette for at det skapes legitimitet for å utøve faglig og administrativ ledelse. Det er et ledelsesansvar å følge med på, analysere og prioritere hvordan aktiviteten i poliklinikken skal være. Ledere på alle nivåer må ha større oppmerksomhet overfor helheten i poliklinisk styring hvor produktivitet er et sentralt element. Det er ikke nok å stille generelle krav til produktivitetsøkning. Dette må følges opp med konkrete ledelsesgrep overfor personalet slik at det tydeliggjøres hvordan en effektivisering skal foregå, hvordan tiden skal prioriteres og sikre at nødvendig faglig kvalitet blir ivaretatt. Det er viktig å poengtere at god

²⁶ Det er imidlertid viktig å være klar over at dette selvfølgelig medfører at den enkelte behandler i realiteten kommer til å forholde seg til atskillig flere pasienter, anslagsvis 55-60. Det er nemlig nødvendig at flere behandlere er inne i svært mange av sakene for å sikre kvalitet og tverrfaglighet i de komplekse sakene. I snitt må behandlerne dessuten forholde seg aktivt til 2-3 familiemedlemmer for hver pasient og minst 2 samarbeidspartene i hver sak. Et krav på 36 pasienter/behandlerårsverk fører altså til 60 pasienter i året; dette gir at ca 300 behandlings-/samarbeidsrelasjoner skal ivaretas faglig av den enkelte behandler.

ressursutnyttelse er en viktig kvalitetsdimensjon for å sikre et godt og likeverdig tilbud for alle pasientene innenfor "sørge for" ansvaret jf. Nasjonal kvalitetsstrategi. Derne st må tiltakene følges opp slik at man ser om tiltakene fører til de ønskede resultatene.

Arbeidsgruppen foreslår at lederne får støtte til å utøve faglig og administrativ ledelse også for å øke produktiviteten. Gruppen ser de nettverk som er dannet for å øke kvaliteten på akuttavdelingene som relevant som modell for slikt arbeid. Lederne må sette seg klare mål på hva som skal oppnås. Det må legges til rette for at mål og strategier forankres hos tjenesteutøvere samtidig som ledere får nødvendig autoritet til å gjennomføre tiltak. Lederne må få bistand til å gjennomføre prosesser i egen organisasjon og det må utvikles lokale oppfølgingsrutiner for å vurdere utviklingen over tid. Et nettverk for utvikling må være ansvarsmessig forankret hos de ansvarlige for tjenesteutøvelse det vil si i RHF/HF.

Mer effektiv tidsbruk

Et virkemiddel for å oppnå endret tidsbruk kan være å monitorere den faktiske tidsbruk i poliklinikken over en periode, for deretter å tydeliggjøre hvordan tidsbruk kan endres ved å bruke en strukturert tidsplan (jf. eksempel 1). Ved å øremerke tiden til bestemte oppgaver vil tiden man disponerer til for eksempel direkte pasientkontakt fremgå tydeligere.

Under følger et eksempel på hvordan man ved å strukturere arbeidsuken på en bestemt måte kan øke tiden til direkte pasientbehandling.

Eksempel 1: Forslag til timeplan med fokus på direkte pasientkontakt:

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
08.30 Pas	0815 Team 2t	08.30 Pas	08.30 Pas	08.30 Pas
10.00 Pas	Møter: Udisp.	10.00 Pas	10.00 Pas	10.00 Pas
12.30 Pas	Se egen	12.30 Pas	12.30 Pas	12.30 Pas
14.00 Pas	plan over	14.00 Pas	14.00 Pas	14.00 Pas
	tirsdagene			

I dette eksempelet er det satt opp en timeplan med en strukturert arbeidsuke hvor alle interne møter, tid til fordykning, skriving av rapporter etc legges til en fastsatt dag pr uke. Dette antas å utgjøre rundt 20 % av arbeidstiden. I tillegg må man ta høyde for sykdom og at enkelte aktiviteter (kurs/konferanser etc.) kan falle på andre dager – stipulert til 15 % av arbeidstiden. Dette vil til sammen bidra til at 35 % av arbeidstiden brukes til kompetanseheving, interne møter, sykdom, deltakelse på konferanser osv. De resterende arbeidsdagene (150 dager) brukes til direkte pasientkontakt, og det settes opp konkrete tidspunkter for når pasienter får time.

I eksempelet over vil tidstabellen med 150 arbeidsdager til 4 pasienter pr dag legge opp til 600 direkte pasientkontakter pr behandlerårsverk. Dersom man tar med i beregningene at det i en betydelig andel av utrednings- og behandlingstimene er behov for at 2 eller flere behandlere vil det være rimelig å anslå at antall direkte pasientkontakter vil ligge rundt 500 pr behandlerårsverk. Dette gir en økning i antall tiltak per fagårsverk på 20-25 % (sammenlignet med gjennomsnitt på 398 direkte pasientkontakter i 2004). Arbeidsgruppen presiserer at det er nødvendig å gjøre tilpasninger i slike timeplaner avhengig av type aktivitet, for eksempel vil ambulant virksomhet kreve annen type oppsett.

Eksempel 1 er basert på en gjennomført analyse ved en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge. Analysen viste at møter spredt ut over uka er en viktig "tidstyv" som bidrar til at arbeidsdagene blir fragmenterte. Arbeidsgruppen anbefaler at poliklinikkene gjennomfører tilsvarende analyser som kan danne grunnlag for hvordan man kan strukturere dagene slik at så høy andel av tiden som mulig brukes til direkte pasientkontakt.

Et annet virkemiddel kan være å analysere oppgavedelingen i poliklinikken for å se om den er optimal i forhold til god ressursutnyttelse. Et grep kan være å styre timebøkene ved å la administrativt personale i poliklinikken ta seg av all pasientbooking.

Poenget her er å fokusere på tidsbruk, og analysere og følge opp slik at man får en strukturert økning av tidsbruk i direkte pasientkontakt.

For å **øke produktiviteten i spesialisthelsetjenesten** er det behov for tiltak på følgende områder:

- Utvikle gode mål for produktivitet
- Styrke ledelsen
- Effektivisere tidsbruken

8 Administrative og økonomiske konsekvenser

8.1 Vridninger eller uthuling av prioriteringsforskriften?

Prioritering av helsetjenester er krevende på alle nivåer – på politisk nivå, for beslutningstakere nasjonalt og regionalt, for tjenesteutøver og ikke minst for pasientene som mottar tjenester. Det er viktig at man har et system for prioritering av tildeling av tjenester som fortøner seg som rettferdig og som makter å gi befolkningen likeverdig tjenester uavhengig av bosted, alder og diagnose. Lønningutvalgets prioriteringskriterier har i stor grad blitt akseptert av beslutningstakere og fagmiljøene. Det har fra flere hold blitt kritisert at arbeidet med å implementere og operasjonalisere kriteriene i liten grad har blitt fulgt opp. I forbindelse med operasjonalisering av tildeling av individuelle frister har arbeidet nå skutt fart og på mange områder er profesjonsorganisasjonene, RHFene og sentrale fagmyndigheter i gang med å lage faglige retningslinjer om rangering av grupper pasienter og tildeling av frister.

Arbeidsgruppen vil anta at endringer i regelverket for en gruppe som man ikke på andre måter har maktet å gi tilstrekkelig gode tjenester vil skape forventninger om at også andre grupper vil få "særbehandling" i regelverket. En slik utvikling vil undergrave det faglige utfordrende arbeidet som foregår i fagmiljøene og i RHFene og kan føre til økt press mot "enkle" løsninger som oppprioriterer hele fagområder. Det generelle regelverket slik det er nå skal nettopp understøtte en likeverdig tilnærming til prioritering, og motvirke at enkeltgrupper på bakgrunn av enkeltkasuistikker i media eller gjennom sterke fag- eller pasientorganisasjoner bidrar til skjevheter i tildeling av helsetjenester.

Arbeidsgruppens anbefalinger knytter seg derfor i stor grad til andre virkemidler enn de rettslige. Arbeidsgruppen vektlegger at anbefalingene knyttet til prioriteringsforskriften ikke skal bidra til en oppprioritering av fagfeltet i seg selv, men skal styrke mulighetene til å gjøre nødvendige grep slik at tjenestene får mulighet til å innrette seg på en slik måte at flere pasienter får hjelp og at ingen barn som er vurdert som rettighetspasienter skal vente mer enn 90 dager.

8.2 Økonomiske konsekvenser

Arbeidsgruppen legger til grunn at forslagene skal gjennomføres innenfor rammen av økninger som allerede er lagt inn i Opptappingsplanens vekst. Arbeidsgruppen har ikke tatt mål av seg til å vurdere om den planlagte veksten er stor nok for å møte utfordringene i hele tjenestefeltet (jf. kap 7.2). Arbeidsgruppen vil på dette området henvise til RHFenes vurdering av egen kapasitet og til Sosial- og helsedirektoratets følge med ansvar og vurderinger av den samlede kapasitet sammenlignet med andre fagområder. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at hovedanbefalingene i den foreliggende rapport i all hovedsak konkretiserer og operasjonaliserer de målsetninger og aktiviteter som allerede er i gang eller er planlagt gjennomført.

På tre områder kan det være aktuelt å omprioritere ressurser for å dekke kostnadene til økt aktivitet som følge av arbeidsgruppens anbefalinger:

- 1) Bedre samhandling mellom linjene blir fremhevet i anbefalingene. Dette innebærer blant annet bedre henvisningsrutiner og individuelle tilbakemeldinger. I denne sammenhengen vil det være aktuelt å utarbeide materiell (sjekklister, standardiserte henvisningsskjema). I tillegg vil det være nødvendig å lage en strategi for implementering av rutineene. Det er ønskelig at implementering i størst mulig grad skjer gjennom allerede eksisterende kanaler og fora. Eksempelvis praksiskonsulentordningen, Legenes samarbeidsutvalg, Psykologforeningens lokallag m.fl. Rutiner og strategier kan eventuelt implementeres i Veileder i psykisk helsearbeid overfor barn og unge i kommunene. Arbeidsgruppen anser dette arbeidet som svært viktig og anbefaler at det settes av midler til dette.
- 2) Arbeidsgruppen har vektlagt at styrket faglig og administrativ ledelse av poliklinikker er helt sentralt for å legge til rette for å gjennomføre effektivisering og inntak av pasienter innen de gitte frister. Ledelsen i poliklinikkene må få kompetanse og støttes i hvordan en endring av aktivitet skal foregå. Det er ikke nok å stille effektiviseringskrav. Ledere må få kunnskap og oppfølging i forhold til hvordan denne effektivisering skal finne sted. Arbeidsgruppen anbefaler at det settes av ressurser til å støtte og utvikle poliklinikkledere – gjerne gjennom nettverk eller andre fora som er etablert og som egner seg til denne typen oppfølging.
- 3) Det forventes at det gjennom de anbefalinger som foreligger vil skje en effektivisering av poliklinikkene og reduksjon av ventetid for rettighetspasienter. Det må settes av nødvendig ressurser til å evaluere effekten av tiltakene, og en kobling til lederutvikling kan være hensiktsmessig og bør vurderes (se kap 9).

8.3 Andre utilsiktede konsekvenser

Med utgangspunkt i tall fra NPR-data for 1. halvår i 2005 vet vi at 66 % av barn og unge med rett til nødvendig helsehjelp fikk påbegynt behandling innen 90 dager. Ca 17 500 barn og unge ble vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp i denne perioden. Manglende registreringer indikerer at så mye som opptil 9 300 flere barn og unge burde vært registrert med vedtak om rett til nødvendig helsehjelp.

Dersom man hadde praktisert en ventetidsgaranti med maksimal frist på 90 dager i 1. halvår av 2005, ville tjenestene måtte ha påbegynt behandling for opptil 9 100 flere barn og unge innen disse 90 dagene. Dette innebærer altså at flere barn enn hva som er tilfelle i dag skal motta behandling innenfor den maksimalfristen som arbeidsgruppen anbefaler.

Flere fristbrudd kan være en konsekvens ved innføring av en maksimal frist. I følge dagens lovverk får et fristbrudd økonomiske konsekvenser for det enkelte foretak fordi pasienten gis rett til å få behandling andre steder i landet eller i utlandet. Eget helseforetak skal dekke utgiftene. Barn og unge med behov for tjenester fra psykisk helsevern anses å ha liten nytte

av denne rettigheten, da nærhet til behandlingsstedet og kunnskap om lokale forhold er viktigere i behandling av denne pasientgruppen enn for mange andre som henvises til spesialisthelsetjenesten. Behandlingskapasiteten er dessuten lavere enn behovet over hele landet, og det vil være helt uaktuelt for de fleste å søke behandling i utlandet.

For å forhindre fremtidige fristbrudd ved innføring av en ventetidsgaranti, kan det tenkes at en eller flere av følgende scenarier oppstår ved helseforetakene:

- *Færre får tildelt rett til nødvendig helsehjelp*

Prioriteringsforskriften legger opp til stor grad av individuell vurdering, og vurderingspraksis varierer betydelig. Selv om vurdering av hvem som har rett til nødvendig helsehjelp skal gjøres uavhengig av kapasitet i tjenesten, kan de store variasjonene tyde på at kapasitet også er en faktor av betydning. Kravet om redusert ventetid for rettighetspasienter vil kunne bety at færre barn og unge tildeles rett til nødvendig helsehjelp.

- *Endring i behandlingsforløp*

For å håndtere et større antall barn og unge innenfor den samme tidsramme, kan tjenestene legge opp til endring i behandlingsforløpet med for eksempel færre tiltak pr. barn pr. behandler, tiltakene gis med lengre mellomrom slik at behandlingen strekker seg ut i tid, og behandlingen kan avsluttes tidligere. Det er vanskelig å vurdere konsekvenser av en slik endring.

- *Produktivitet på bekostning av kvalitet*

Arbeidsgruppen peker på faren ved at fokus på produktivitet kan gå på bekostning av kvalitet. Kortere behandlingsforløp med færre tiltak per pasient kan bli en realitet ved innføring av maksimalfrist. Det finnes ingen "gullstandard" i forhold til antall tiltak per pasient, kravet til økt produktivitet forutsetter derfor en individuell vurdering av hva som er god praksis – også for å avslutte behandling. Dersom maksimalfristen blir målet snarere enn virkemiddelet i arbeidet for et styrket tilbud til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer kan en konsekvens bli svekket faglig kvalitet i tjenestene.

Arbeidsgruppen mener at ved å foreslå en tiltakspakke bestående av både juridiske bindende og pedagogiske virkemidler for å redusere ventetiden for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer vil man unngå at scenariene som er skissert ovenfor oppstår.

9 Evaluering

Å innføre en standard ventetidsgaranti vil medføre konsekvenser både for primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er derfor en forutsetning at man i forbindelse med utrednings- og beslutningsprosessen forbereder eller planlegger en fremtidig evaluering. Ved innføring av virkemidler vil det etter hvert foreligge data om konsekvenser og erfaringer med eventuelle virkninger som skal analyseres.

Evalueringen kan rette seg mot innholdet og utformingen av virkemiddelet. Det må være et mål å finne ut om virkemiddelet har virket etter sitt formål. Evalueringen må også kunne si noe om virkemiddelet har hatt utilsiktede konsekvenser, og om det har påført publikum eller forvaltningen uforholdsmessige kostnader. En viktig dimensjon er å vurdere om rettighetsfesting av enkelt pasientgrupper medfører en dreining eller uthuling av det generelle prioriteringsarbeidet som foregår innenfor helseområdet generelt. Evalueringen bør også peke på om endringene i regelverket bør være permanente eller om endringene som har blitt gjennomført er tilstrekkelig til å sikre en fremtidig god tjeneste for barn og unge.

Det er store variasjoner mellom ulike typer evalueringer, og det kan derfor være vanskelig å si noe om hvordan arbeidet skal organiseres med hensyn til denne utredningen. I evalueringen bør det sannsynligvis benyttes en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. En aktuell modell er å knytte en følgeevaluering til en lederutviklingsmodell i poliklinikkene slik at evalueringen aktivt kan brukes for å utforme tjenestene på sikt. Lignende modeller er valgt gjennom "gjennombruddsmetodologi" eller ved akuttnettverkene i psykisk helsevern for voksne. Helt sentralt i evalueringen vil være å vurdere flere av virkemidlene samtidig slik at man får en helhetlig vurdering som ser på utviklingen i tjenestene langs flere dimensjoner enn bare ventetid (jf. de seks dimensjonene for god kvalitet i tjenestene som også omhandler samhandling, virksomme tjenester osv). Ved gjennomføring av en evaluering må det særlig tas hensyn til spørsmålet om uavhengighet ved valg av evaluator.

10 Litteratur

Andersson, H.W. (red.) (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. SINTEF rapport

Andersson, H.W., Ose, S.O. og Sitter, M. (2005) *Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. SINTEF rapport

Andersson, H.W., Røhme, K. og Hatling, T. (2005). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene*. Delrapport 2 i evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. SINTEF rapport

Andersson, H.W., Ådnanes, M. og Hatling, T. (2004). *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. SINTEF rapport

Anel, A., Jansson, S., Garpenby, P, Liss, P.-E. og Lund, K. (2005) *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder*. Per Carlsson (red.) PrioriteringsCentrum 2005:2

Barnevernbarns helse, Uførhet og dødelighet i perioden 1990 – 2002. NIBR – rapport 2005:12

Barn i Bergen: En undersøkelse av mental helse og utvikling hos barn.
www.halos.no/index.php?Gruppe=3&Lang=nor&counter=11&ID=Prosjektsider

Bestillerdokument 2006 til Regionale helseforetak.

Bradley, P. (2003) *Sammendrag av kunnskapsgrunnlaget basert på de innkomne rapporter om tidlig diagnostiseringstiltak*. Bestilt av Sosial- og helsedirektoratet.

Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse i statusrapport fra 2004. Statusrapport utgitt av Sundhedsstyrelsen.

Costello, E.J., Foley, D.L. og Angold, A. (2006) *10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006; 45:8-25.

Den norske lægeforening (2006) *På helsa løs. Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*.

Dey, A.N. og Bloom, B. (2003) *Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2003*. U.S. Department of Health and Human Services

ESPAD (1995) *The European School Survey Project on Alcohol and other drugs*. The European School Survey Project. <http://www.espad.org/findings.html> [The European School Survey Project. ESPAD]. The European School Survey Project. ESPAD.

ESPAD (1999) *The European School Survey Project on Alcohol and other drugs*. ESPAD. <http://www.espad.org/findings.html> [The European School Survey Project. ESPAD]. The European School Survey Project. ESPAD.

ESPAD (2003) *The European Survey Project*. ESPAD. The European School Survey Project. <http://www.espad.org/findings.html>. The European School Survey Project.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (2005) *Differences in patterns of drug use between women and men*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction.
<http://www.emcdda.eu.int/>.

Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker (SINTEF helse 2005)

Forskrift av 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd

Forskrift av 7. desember 2000 om ventelisteregistrering.

Forskrift av 21. desember 2000 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

Gjelsvik, R. (2004) *Syke barn og prioritering – en kartlegging av prioriteringspraksis*. Utarbeidet av Program for helseøkonomi i Bergen (HEB) på oppdrag av Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet.

IS-1253: *Individuell plan 2005 - Veileder til forskrift om individuell plan*. Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet

Lov om sosiale tjenester m.v. av 31. desember 1991 nr 81

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62

Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63

Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr 61

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015). Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet 2005

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Barnerapporten*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 1-2004. ISBN 82-8121-000-1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Ungdomsrapporten*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2-2004. ISBN 82-8121-002-8

NOU 1987:23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.

Nærde, A. & Neumer, A.-P. (2003). *Delutredning om psykiske lidelser blant barn 0-12 år*. Utarbeidet av Nasjonalt Folkehelseinstitutt, R-BUP Øst Sør etter oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet

Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern, En underveisrapportering for perioden 1999-2002. NIBR 2004:112

Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)

Ot.prp. nr.63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m

Ot.prp.nr.65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Regier, D.A., Farmer, M.E. og Goodwin, F.K. (1992). *Comorbidity of mental and substance abuse disorders*, in Michaels R, Cooper AM, Guze SB, Judd LL, Klerman GL, Solnit AJ, Stunkard AJ, Wilner PJ (eds.): *Psychiatric*, Vol. 3, J.B. Lippincott. Co., Philadelphia, Revised Edition

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse "...sammen om psykisk helse" (2003)

Retningslinjer for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere (2006). Utarbeidet av arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle RHF.

Rett prioritering i Helse Øst. Fastsetting av individuelle frister for rettighetspasienter (2005). Samarbeidsprosjekt mellom Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet.

Rossow, I. (2005). *Rus og avhengighet - et forsømt tema i undervisningen i helsefagene* Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 54-5

Samdata psykisk helsevern 2/05. SINTEF rapport

Senter for medisinsk metodevurdering (2003) *Tidlig diagnostisering og forebyggingstiltak ved psykiske lidelser og atferdsvansker blant barn (0-12 år)*. En vurdering og formidling av internasjonale systematiske litteraturoversikter.

SINTEF (2005) *Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? – Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet*. På oppdrag fra Norges Forskningsråd

SINTEF (2005) Samarbeid om barn og unge. Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. Utarbeidet på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet.

Skretting A. (2005) *Ungdomsundersøkelsen 2004*. Statens Institutt for Rusmiddelforskning and SRUS. www.sirus.no. Statens Institutt for Rusmiddelforskning. SIRUS. Ref Type: Electronic Citation

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Prioritering i spesialisthelsetjenesten*. Bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet.

SOU 2005:82 Personer med tungt missbruk - stimulans till bättre vård och behandling.

Sverdrup, S, Kristofersen, L.B og Myrvold, T.M. (2005) *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6

Syse, A. (2004) *Juridisk betenkning: Er barns rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig ivare tatt etter gjeldende rett*. Bestilt av Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten og Sosial- og helsedirektoratet

The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (New Zealand)

Tilsyn med helsetjenesten til barn og unge med psykiske problemer (Helsetilsynet 2002)

Zachrisson, H.D., Rödje, K. og Mykletun, A. (2006) *Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey*. BMC Public Health 2006, 6:34