

Rapport

Følge- og sluttevaluering av prøveordning for henvisningsrett for PPT til BUP og HABU

Forfattere

Jan Wilhelm Lippestad, Lisbet Grut

Rapport

Følge- og sluttevaluering av prøveordning for henvisningsrett for PPT til BUP og HABU

EMNEORD:
EmneordVERSJON
1DATO
2014-12-22

FORFATTER(E)

Jan Wilhelm Lippestad, Lisbet Grut

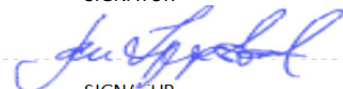
OPPDRAGSGIVER(E)
HelsedirektoratetOPPDRAGSGIVERS REF.
Jin Marte ØvreidePROSJEKTNR
102006504ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
63

SAMMENDRAG

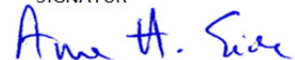
SINTEF legger med dette fram sluttrapport fra prosjektet. Et gjennomgående tema i vår undersøkelse er at henvisningsprosessen går raskere, den faglige kvaliteten er blitt bedre og samhandlingen mellom de aktuelle aktørene er blitt styrket, enten ved at prøveordningen har bidratt til å etablere nye samhandlingsstrukturer, eller har forsterket allerede etablerte strukturer. Samtidig er informantene enige om at det er forbedringspotensial, både når det gjelder bedring av det kommunale samarbeidet, sterkere involvering av fastlegen, og bedre rutiner og informasjonsflyt mellom første- og andrelinjetjenesten. I et slikt perspektiv kan det konstateres at prøveordningen med henvisningsrett for PPT til BUP og HABU har bidratt til endring og læring på alle nivåer, og til at en arbeider og samarbeider på en bedre måte. Uten at brukerne (barn, unge, pårørende) er blitt spurt, er det rimelig grunn til å anta at man har oppnådd tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester for barn og unge som er henvist fra PPT til BUP og HABU.

UTARBEIDET AV
Jan-W. Lippestad

SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Arne H. Eide

SIGNATUR

GODKJENT AV
Randi E. Reinertsen

SIGNATUR

RAPPORTNR
SINTEF A26614ISBN
978-82-14-05797-3GRADERING
ÅpenGRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
Skriv versjonsnr	Velg dato	[Tekst]

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
2	Kunnskapsgrunnlag	5
3	Bakgrunnen for prøveordningen – noen sentrale føringer	16
4	Om prøveordningen med henvisningsrett for PPT	20
5	Mål for prøveordningen	21
6	Om evalueringsoppdraget	22
7	Metoder for datainnsamling	23
	7.1 Innledning	23
	7.2 Dokumentstudie	23
	7.3 Intervjuer	24
	7.4 Spørreskjemaundersøkelse fastlegene	25
8	Resultater	27
	8.1 Innledning	27
	8.2 Henvisningsprosessen	29
	8.2.1 Resultater fra intervjuene med PPT	29
	8.2.2 Resultater fra intervjuer med BUP	33
	8.2.3 Resultater fra intervjuer med HABU	35
	8.3 Samarbeid	36
	8.3.1 Resultater fra intervjuer med PPT	36
	8.3.2 Resultater fra intervjuer med BUP	38
	8.3.3 Resultater fra intervjuer med HABU	42
	8.4 Kvaliteten på henvisningene	43
	8.5 Økonomiske konsekvenser	45
	8.6 Opplæring og samlingene	45
	8.7 Videreføring	46
	8.8 Henvisningsrett for PPT. Holdninger blant legene	47
9	Drøfting og konklusjon	51
	9.1 Innledning	51
	9.2 Om forsøk og prøveordninger – noen generelle betraktninger	52
	9.3 Grad av måloppnåelse i prøveordningen	53
	9.4 Nasjonal implementering av henvisningsrett for PPT?	56
	9.5 Oppsummerende konklusjon	57

10 Referanser og annen relevant litteratur59**BILAG/VEDLEGG**

[Skriv inn ønsket bilag/vedlegg]

1 Innledning

SINTEF har på oppdrag for Helsedirektoratet gjennomført prosjektet "Følge- og sluttevaluering av prøveordning for henvisningsrett for PPT til BUP og HABU" og legger med dette fram sluttrapport fra evalueringen. Rapporten er utarbeidet av seniorrådgiver Jan-W. Lippestad (prosjektleder) og seniorforsker Lisbet Grut (prosjektmedarbeider). Forskningsleder Arne H. Eide har vært kvalitetssikrer og forskningssjef Randi E. Reinertsen har vært prosjektansvarlig.

Det overordnede formålet med oppdraget har vært å få avdekket om prøveordningen for henvisningsretten har fungert etter *tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester* for barn og unge som er henvist fra Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU).

Evalueringen ble gjennomført i perioden januar – desember 2014, og er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

2 Kunnskapsgrunnlag

Barn og unge med psykiske problemer er en av flere utsatte grupper som ofte har behov for tverrfaglig sammensatte tiltak. En del av disse barna har behov for stabil legekontakt, og noen har omfattende og sammensatt problematikk som stiller spesielle krav til hjelpeapparatet.

Et adekvat behandlingsopplegg innebærer ofte samordnede tilbud fra ulike tjenesteytere, med ulik kompetanse og arbeidsformer. I helsemyndighetenes målsettinger for utviklingen av tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer er nettopp dette helhetsperspektivet vektlagt (Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003)). Et helhetlig tjenestetilbud innebærer at tilbudet inneholder alle de tjenestene barnet/ungdommen har behov for, og at disse er koordinerte, sammenhengende og individuelt tilpasset. Et helhetlig tjenestetilbud vil kreve effektivt og godt samarbeid mellom involverte instanser i kommunen, og mellom 1. og andrelinjetjenesten.

Problemer og utfordringer relatert til tverrfaglig samarbeid er et gjentatt tema i både faglitteraturen (Lauvås & Lauvås, 2004) og i offentlige dokumenter (f.eks. St. meld. nr. 16, 2002-2003; St. meld. nr. 40, 2002-2003). I Folkehelsemeldingen (St. meld. nr. 16, 2002- 2003) ble viktigheten av tverrfaglig samarbeid understreket slik:

Det er en stor utfordring å samordne den kompetanse som finnes hos de ulike aktørene, og å etablere forpliktende nettverk. Et tett samvirke er viktig for å styrke den samlede kompetansen og for å ha et apparat å spille på når det blir avdekket problemer og behov for videre oppfølging.

Et offentlig utvalg utredet i 2005 samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det ble vurdert hvilke endringer i rammebetingelsene som er nødvendige for en bedre samhandling mellom tjenester, og et mer helhetlig tilbud for brukerne (NOU, 2005:3). Fastlegens rolle er viet mye oppmerksomhet i denne sammenheng. For utvalgets tilrådninger legges det til grunn at primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten. Utvalget tilrødde at

legetjenestens rolle i forhold til samhandling ble styrket gjennom en tydeliggjøring av fastlegens ansvar. Utvalget foreslo justeringer av fastlegeordningen, i den hensikt å understøtte den rolle og betydning fastlegen kan ha i helsetjenesten. Videre ble det foreslått justeringer av finansieringssystemet og takstsystemet som virkemiddel for at fastleger skal ta likeverdig ansvar for alle pasienter, og avsette tilstrekkelig tid for pasienter som har behov for sammensatte tjenester.

I henhold til Helsetilsynets vurderinger (Helsetilsynet, 2003a) hadde det med innføringen av fastlegeordningen ikke skjedd en forbedring når det gjaldt legers deltagelse i tverrfaglig samarbeid. Helsetilsynet stilte også spørsmål om forventningene til fastlegen, med tanke på koordinering og deltagelse i tverrfaglig samarbeid, var tydelig formulert i avtaleverket. Helsetilsynet viste her til sin egen tilsynsrapport vedrørende helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer (Helsetilsynet, 2003b). Helsetilsynet pekte på at fastlegeordningen hadde i seg et potensial for kvalitetsbedring som ikke var utnyttet. Dette dreide seg i hovedsak om tilbudet til pasienter med sammensatte behov, og om behovet for forbedret informasjonsflyt inn til fastlegen. Bedre tilgang til fastlegeregisteret for samarbeidsinstanser ble foreslått som et mulig virkemiddel for å forbedre informasjonstilgangen (Helsetilsynet, 2003a).

Flere dokumenter og rapporter tyder på at det har vært ulike syn på hvilken rolle fastlegen skal og bør ha i arbeidet med barn og unge som krever tverrfaglig innsats. I forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR 2003-04-03 nr. 450) stilles det krav om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med fastlegen. I veileder til forskriften diskuteres samarbeid med fastleger, og fastlegens rolle og deltagelse i det kommunale forebyggende arbeidet. Veilederen påpeker behovet for å avtale hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsestasjonslege/ skolelege og fastlege i oppfølgingen av barn med sammensatt problematikk.

Legeforeningen og dens fagutvalg har i flere av sine rapporter fremhevet betydningen av at det finnes rutiner i kommunehelsetjenesten for at fastlegen *alltid* kontaktes og involveres når det er behov for utredning eller behandling av barn og unge (Den norske legeforening, 2004a; 2004b; 2002, 2001, 2000). I legeforeningens statusrapport om ungdom (2002) ble det påpekt behov for at barn og unge med psykiske problemer får sammensatte tiltak, medisinsk utredning og behandling, og at dette måtte sikres ved å styrke samarbeidet mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fastlegene.

Tilgjengelighet innebærer at nødvendig og adekvat hjelp gis på et tidligst mulig tidspunkt. Tilgjengelighet er relatert til tjenestens kapasitet, fysiske tilgang, evne til kommunikasjon og åpenhet. For å sikre at nødvendig helsehjelp blir gitt, kreves kompetanse i å avdekke når det er behov for spesialisert utredning eller behandling. I tillegg kreves kunnskap og kompetanse for å se hvilke andre instanser og type kompetanse som bør trekkes inn i saken. Slik vil tilgjengelighet også være relatert til tverrfaglig samarbeid mellom ulike aktører og tjenesteytere.

Fastlegen har en viktig funksjon når det gjelder å vurdere behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal henvise et barn til psykisk helsevern når det foreligger mistanke om en tilstand som krever utredning eller behandling utover det en kan gi i 1. linjetjenesten. Henvisning av en pasient til riktig kompetanse på riktig tidspunkt krever effektiv og

god samhandling mellom tjenestenivåene. Kommunikasjonen mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten vil også være et viktig aspekt ved kontinuiteten i behandlingstilbudet.

God informasjonsutveksling vil i tillegg være av avgjørende betydning dersom fastlegen skal ha et koordinerende ansvar for pasienten. Det finnes momenter som kan bidra til at ungdommer kvier seg for å oppsøke fastlegen når det gjelder psykisk helseproblematikk der egenandelen kan være en hemmende faktor. Innføring av fritak for egenandeler for ungdom ble sett på som viktig og nødvendig for å gjøre tilgjengeligheten til fastlegen bedre for ungdom med psykiske problemer (Den norske legeforening, 2002, 2004b). Tiltak som kan bidra til økt tilgjengelighet til helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer er viktig sett i lys av norsk forskning som viser at mange unge med psykiske problemer ikke oppsøker profesjonell hjelp (Haavet, et al; 2005; Rødje & Grøholt, 2004).

Studier viser at leger opplever å ha lite spesifikk og nyttig kunnskap om psykisk helse med seg fra grunnutdanningen (Arnesen, 2005). En studie gjennomført blant allmennleger i Skottland fant at legene, i følge egen vurdering, har for lite kompetanse og erfaring med psykisk helse hos barn og unge (Bryce & Gordon, 2000). Resultatene underbygges av en finsk studie som viste at allmennleger føler en faglig utrygghet i møte med barn og unge med psykiske problemer (Heikkinen, et al., 2002). En konsekvens av manglende kompetanse kan blant annet være underidentifikasjon av barn og unge med psykiske problemer (Kramer & Garralda, 1998; Costello et al., 1988; Horowitz et al., 1992).

Resultater fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge (Helsetilsynet, 2003b) indikerte at fastlegen i liten grad var tilgjengelig og involvert i tverrfaglig samarbeid om tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer. Undersøkelsen viste at helsestasjoner- og skolehelsetjenesten manglet rutiner for å involvere fastlegen i arbeid med denne gruppen barn og unge, og også at poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge bare i liten grad samarbeidet med fastlegene. I tilsynsrapporten ble manglende tilgjengelighet til fastlegen for samarbeidspartnerne fremhevet som en hovedårsak til fastlegens fravær i det tverrfaglige samarbeidet. Resultatene tydet i tillegg på at fastlegen sjelden tok initiativ til å involvere eller informere andre kommunale instanser om tiltak som iverksettes overfor barn og unge med psykiske problemer. Undersøkelsen viste at flere barn og unge ble henvist til spesialisthelsetjenesten uten å ha blitt undersøkt av lege. I henhold til Helsetilsynets vurderinger innebar dette et brudd på kravet om faglig forsvarlighet. Det ble pekt på at det i en forsvarlig helsetjeneste må finnes rutiner som sikrer at barn og unge med tegn eller symptom på psykiske problemer undersøkes av lege før henvisning eller igangsetting av andre tiltak. Tilsynet understreket at det var behov for bedre informasjonsutveksling mellom fastlegen og øvrige instanser i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og i tillegg at fastlegene økte sin prioritering av tverrfaglig samarbeid rundt pasienter med sammensatte behov.

Det foreligger undersøkelser som tar opp problemstillinger relatert til samarbeidet mellom fastleger og andre instanser om barn og unge med psykiske problemer. I rapporten *Samarbeid i Utvikling* presenterer Heian og medarbeidere (2004) resultater fra en spørreskjemaundersøkelse vedrørende samarbeid mellom kommunale instanser. Spørreskjemaene ble fylt ut av fastleger og fagpersoner fra henholdsvis PP- tjenesten, barnevern og helsestasjon i 12 kommuner. Også denne undersøkelsen viste at fastleger i liten grad er involvert i tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykiske

problemer. De kommunale instanser karakteriserer i tillegg samarbeidet med fastlegen som relativt dårlig. Fastlegene på sin side mente samarbeidet fungerte rimelig bra, noe som kan tyde på at det er ulike forventninger til hvilken rolle fastlegen skal ha. I rapporten ble behovet for at fastlegene ble involvert i tiltak tidligere enn det som var tilfellet understreket, men også at legene selv økte sitt engasjement overfor pasientgruppen (Heian, et al., 2004). Denne samarbeidsproblematikken gjelder også for pasienter i spesialisthelsetjenesten. En tverrsnittundersøkelse i psykisk helsevern for barn og unge viste blant annet at behandlere ga fastlegene lavest skåre i sin vurdering av hvordan samarbeid med kommunale hjelpeinstanser fungerte på pasientnivå (Andersson, et al., 2005). Resultater fra en nasjonal kartleggingsundersøkelse som omhandlet helhetlig behandling av barn og unge med ADHD, viste også at behandlere i psykisk helsevern for barn og unge særlig etterspurte samarbeid med fastlegene i tiltak for denne diagnosegruppen (Andersson, et al., 2004).

I 2005 gjennomførte SINTEF prosjektet "*Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? - Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet*" (Andersson og Tingvold 2005). Resultater fra undersøkelsen viste at det var lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser, når det gjaldt tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Initiativ for å øke kontaktflaten mellom BUP og fastlegene styrket samarbeidet og kommunikasjonen. Det var imidlertid en utfordring å finne en fast modell, eller faste rutiner for samarbeidet mellom BUP og fastlege. Resultater fra brukerundersøkelsen underbygget funn fra intervjumaterialet. Måling av brukernes tilfredshet viste at fastlegens samarbeid med andre instanser var den dimensjonen ved tilbudet som brukerne var minst fornøyde med.

Fastleger mener at betalingsordninger, nærmere bestemt at det ikke gis honorar for generelle møter med aktuelle samarbeidsinstanser, var en hemmende faktor i forhold til å etablere samarbeidsrutiner og avtaler. Fastlegene trakk også frem at kapasitetsproblemer i BUP var en utfordring for samarbeidet om pasienter. Både helsesøstre og fagpersoner i BUP mente at det psykiske helsetilbudet til barn og unge kunne bli bedre ved større grad av involvering fra fastlegen i aktuelle saker.

Samarbeidende instanser opplevde at fastlegens rolle var uklar, og at legetjenesten var lite involvert i det kommunale arbeidet for barn og unge med psykiske problemer. Dette ble underbygget av resultater fra brukerundersøkelsen, som viste at mange barn var henvist til spesialisthelsetjenesten uten at de hadde hatt kontakt med fastlegen.

Fastlegene selv var opptatt av at deres ansvar var å kartlegge og sortere ut de som hadde behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Noen uttrykte direkte at deres rolle handlet om medisinsk og somatisk utredning. Hos fagpersoner i BUP var det forskjellige synspunkter på hva som skulle være fastlegens ansvar i forhold til barn og unge med psykiske problemer. Flere av informantene ønsket et nærmere samarbeid, og at fastlegen skulle ha den samme rollen i behandling av psykiske problemer som for somatisk sykdom. Brukerne ønsket at fastlegen skulle være en mer sentral aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer.

Helsesøstre hadde liten tradisjon for å tenke fastlege i forhold til psykisk helse, og benyttet like ofte helsestasjons- eller skolelegen. Skolelegen ble vurdert som mer tilgjengelig enn fastlegen i disse sakene. Helsesøstre opplevde at fastlegen ikke hadde tid til barn med psykiske problemer. Det at

fastlegen i liten grad så på sin rolle som oppsøkende eller forebyggende i forhold til psykisk helseproblematikk hos barn og unge, var en utfordring for fastlegens tilgjengelighet og koordinering. Flere av fastlegene opplevde også at de ble kontaktet sent i prosessen, at pasienter gikk forbi dem, og at skolehelsetjenesten henviste direkte til BUP uten at de ble informert. Dette opplevdes som en hindring i forhold til godt samarbeid med BUP og andre instanser.

Det varierte hvorvidt fastlegen hadde samarbeid med BUP om oppfølging av pasienter. Ved noen poliklinikker hadde man jobbet bevisst med å involvere fastleger, både når det gjaldt utredning, henvisning og oppfølging, og slik definert en rolle for fastlegen i arbeidet med målgruppen. Slike initiativ hadde ført til at BUP og fastlegene hadde utviklet flere gode samarbeidsrutiner, og at de lettere kontaktet hverandre ved behov for å drøfte saker. Barn og familier som hadde etablert kontakt med fastlegen var forholdsvis godt fornøyde, både med muligheter for å få time, samt med kommunikasjonen med fastlegen om barnets problem. Brukerne var noe mindre fornøyde med tid som var avsatt i konsultasjonen, samt med hyppigheten av kontakt. I følge brukerne hadde fastlegetjenesten også et forbedringspotensial i forhold til å gi informasjon om andre nyttige tjenester.

Flere av informantene i undersøkelsen mente at fastleger hadde liten interesse for, og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. Informanter fra psykisk helsevern mente at fastlegen burde ha bedre kompetanse når det gjaldt å vurdere barn og unges psykiske problemer, og spesielt til å skille alvorlige fra lettere lidelser. Fastlegene ga selv uttrykk for at det i mange saker var begrenset hva de kunne bidra med, og at det krevdes en spesiell interesse for fagfeltet dersom de skulle jobbe med barn og unge i denne gruppen. Fastlegene påpekte at de hadde behov for mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten, spesielt i forbindelse med medikasjon. Resultatene ble underbygget av funn i brukerundersøkelsen. Brukernes vurderinger av nytteverdien av fastlegens tiltak viste at andel tilfredse brukere varierte mellom 34 og 54 prosent, avhengig av type indikator og utvalg. Foresatte til barn med ADHD var mindre tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte til barn som var pasienter i BUP.

Resultatet kan gjenspeile at det var spesielt utfordrende for fastlegene å gi adekvate tiltak til barn med sammensatt problematikk. I et underutvalg som ikke hadde hatt kontakt med fastlegen om barnets psykiske problemer, mente 70- 80 prosent av respondentene at fastlegen visste for lite om psykiske problemer hos barn. Mangelfull interesse for og kompetanse om psykisk helse kunne medvirke til at fastlegen ble perifer og uaktuell å kontakte.

Informantene opplevde at fastlegeordningen ikke alltid var så godt tilpasset barn og unge med psykiske problemer. Forhold som ble trukket frem var korte konsultasjonstider og egenandeler. I tillegg kunne ungdom vegre seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene hadde. Fastlegeordningen gjorde også at det ble færre muligheter til å oppsøke andre leger dersom en ikke var fornøyd med legen sin. Informantene la imidlertid også vekt på at fastlegeordningen bidro til å tydeliggjøre ansvar. Spesielt der spesialisthelsetjenesten hadde jobbet med å involvere fastleger i kommunikasjon og samhandling om pasienter, var fastlegene mer direkte på at de var ansvarlige for pasientene på sine lister.

Fastlegene ga uttrykk for forskjellige synspunkter på hvilke endringer fastlegereformen hadde brakt med seg. Mens enkelte leger mente reformen hadde ført til konkrete og positive endringer, var

andre mer i tvil om endringene var av noen betydelig karakter. Det ble fremhevet at fastlegereformen krevde at andre aktører i helsevesenet etterlevde det som var blitt fastlegens rolle etter reformen. Dersom ordningen skulle ha den ønskede effekt var tilstøtende tjenester blant annet nødt til å samarbeide om hvilke regler og systemer som skulle gjelde for henvisninger. Enkelte fastleger så at reformen kunne bidra til strukturelle endringer som ville kunne tjene barn og unge med psykiske problemer på sikt. Fagpersoner i BUP påpekte at det var nødvendig med en bevisstgjøring i forhold til hva som var fastlegens ansvar, og at det var her utfordringene ligger i fremtiden.

Studien viste at fastlegeordningen hadde brakt med seg en forventning og et ønske om at fastlegen skulle være en aktiv part i tiltakskjeden for barn og unge med psykiske problemer, men at forutsetningene for dette ikke alltid var tilstede. En viktig forutsetning for en god fastlegeordning for målgruppen var det tverrfaglig samarbeidet med andre instanser i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, samt tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Det var identifisert flere barrierer for fastlegens arbeid med barn og unge med psykiske problemer, noe som gjorde at fastlegen ofte fikk en perifer rolle i utredning, behandling og oppfølging. Barrierene var relatert til uklarhet knyttet til fastlegens rolle, utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet, som for eksempel kommunikasjon og informasjonsutveksling, manglende kompetanse og interesse, samt de strukturelle rammene om tjenestetilbudet.

I konklusjonen pekte SINTEF på at barn og unge med psykiske problemer representerer en brukergruppe som krever fleksible lavterskeltilbud. Dette er tjenester som ikke kan tilbys innen rammene for dagens fastlegeordning. En bør derfor vurdere om andre aktører i den kommunale hjelpetjenesten er bedre egnet til å ha et totalansvar og et koordineringsansvar overfor målgruppen. Videre pekte en på at fastlegetjenesten foreløpig hadde fått svært lite oppmerksomhet i de helsepolitiske planene for barn og unge med psykiske problemer. Det var viktig at man på systemnivå avklarte hva som skulle være fastlegens ansvarsområde, slik at det ikke ble tilfeldig hva slags hjelp som ble tilbudt. Dersom målet er å øke fastlegens aktivitet og deltagelse i tiltak for målgruppen er det nødvendig med økt bevisstgjøring, både hos fastleger og hos samarbeidspartnere. Det må i tillegg legges strategier for at fastlegen skal bli aktiv i tiltaks- og behandlingsskjeden, der en fokuserer særskilt på kompetanse og tverrfaglig samarbeid.

SINTEF gjennomførte i 2012 prosjektet "*Selv om vi ikke kom dit vi skulle, er vi i hvert fall ikke der vi var. Evaluering av behandlingslinje for barn og unge med ADHD i Oslo*" (Lippestad 2012). Av relevans for oppdraget med evaluering av prøveordningen med henvisningsrett for PPT til BUP og HABU, vil vi trekke fram følgende resultater:

- Det er en utfordring å få fastlegene ”på banen”. Det ble vist til at fastlegen er avhengig av den informasjonen som bringes inn, men at det ofte er helsesøster som skriver hele søknaden til BUP. Ofte er det slik at fastlegen skriver under uten å ha satt seg inn i saken.
- Henvisningene fra fastlege til BUP varierer mye i kvalitet, og erfaringene er at *fastlegene* ikke har tid til å sette seg grundig inn i sakene eller har gjort det de skal som grunnlag for henvisningen.
- Helsestasjonen ser det som en utfordring å få til fast samarbeid med fastlegene og få dem til å ta det ansvaret de er tillagt.

- Skolehelsetjenesten viser også til at kommunikasjonen med fastlegene er en utfordring, og det hender at en bruker skolelegen. Det ble også vist til eksempler på at skolehelsetjenesten henviser til BUP, uten at skolehelsetjenesten får noen tilbakemeldinger, da BUP sender epikrisen til fastlegen.
- Det ble hevdet at det er mye automatikk i å sende saker til BUP, og det hender barn går rett fra fastlege til BUP utenom PPT.
- PPT er førstelinje for skole og ikke førstelinje for helse, og det ble etterlyst et bedre samarbeid med BUP.
- Fra BUP ble det vist til at henvisninger kommer fra både skolelegene og fastlegene, og at det varierer i hvilken grad PPT har utredet saken før henvisning til BUP.

Synovate Norge bisto Helsedirektoratet i 2010 med å gjennomføre en undersøkelse blant fastleger for å kartlegge fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med nedsatt funksjonsevne og/eller kroniske sykdommer (Solli, 2010). De som svarte på undersøkelsen ble vurdert å være et representativt utvalg av fastleger i Norge. Kun et fåtall av fastlegene vurderte tilgjengeligheten av rehabiliteringstilbud for ungdom og unge voksne som god. Videre oppga nærmere halvparten av de som svarte å være godt kjent med kommunens rehabiliteringstilbud.

Et stort flertall av fastlegene svarte at de sjelden eller aldri deltok i utarbeidelsen av individuelle planer for ungdom og unge voksne med rehabiliteringsbehov. Både innen helseregionen og på nasjonalt nivå var det større grad av samsvar mellom tilbud og behov for de over 30 år, enn for de som var yngre. Diagnosen fastlegene vurderte som vanskeligst å finne tilbud til, var psykiske tilstander.

Den største hindringen for bruk av rehabiliteringstilbud for ungdom og unge voksne var at tilbudet var uoversiktlig, at tilbud manglet, samt ventetid. Over halvparten svarte at egenandeler ikke var noen hindring for bruk av rehabiliteringstilbud for denne gruppen. Nesten alle fastlegene vurderte pasientens egen motivasjon som viktigste faktor i vurderingen av rehabiliteringsmuligheter for ungdom og unge voksne.

NAV var den instansen flest hadde vært i kontakt med i forbindelse med henvisning av pasienter med behov for rehabilitering. Kun et fåtall av fastlegene oppga å ha vært i kontakt med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Noe over halvparten svarte at spesialisthelsetjenesten/rehabiliteringstjenesten i liten grad samhandlet med fastlegen for å sikre god oppfølging av pasienter etter endt opphold.

De fleste fastlegene vurderte rehabilitering i helsevesenet som et viktig virkemiddel for å redusere antall unge uføretrygdede. En tredjedel var enig i påstandene om at helsevesenet søker uføretrygd for raskt, og at systemet med arbeidsavklaringspenger hadde gjort det vanskeligere for ungdom og unge voksne å få uføretrygd. Nær halvparten svarte at den politiske målsetningen om å redusere antallet unge uføre i samfunnet var realistisk, mens en tredjedel vurderte samme påstand som urealistisk. Det flest fastleger vurderte mangel på tilpasset arbeid og opplæring som hovedårsak til det økende antall unge uføre, etterfulgt av mangel på motivasjon fra pasientens side og manglende rehabiliteringstilbud.

Ulike undersøkelser og årsstatistikker fra forskjellige PP-tjenester viser at barnehage og skole, sammen med foreldrene, er viktigste henvisningsinstans. Primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten har færre henvisninger til PP-tjenesten. Tjenesten henviser mange brukere til andre hjelpeinstanser innenfor helse- og sosialsektoren, ofte for å få supplerende utredninger. I en rapport fra NIBR hevder ansatte i BUP at PP-tjenesten er den instansen som gir flest henvisninger, da via henvisende instans som lege eller barnevern (Kristoffersen 2007).

Når PP-tjenesten i en del tilfeller får dårlige tilbakemeldinger i brukerundersøkelser, kan dette ha ulike årsaker. Noen dreier seg om svak kvalitet i arbeidet. Men i en del tilfeller har årsaken til manglende tilfredshet blant brukerne sin bakgrunn i ulike forventninger til tjenesten. PP-tjenesten har lang tradisjon for å utføre oppgaver som ikke er direkte nevnt i opplæringsloven. En av disse er å være støttespiller og rådgiver for foreldre som har barn med særskilte behov. Foreldrene har ofte klare forventninger til hvilke tjenester PP-kontorene skal yte. Forventningene retter seg mot tre områder:

- Veiledning/rådgivning om hvordan de på best mulig måte skal støtte og følge opp sine barn. Dette gjelder både barn med store funksjonshemninger, ved lærevansker eller der barn viser problematferd.
- Foresatte til barn og unge med behov for sammensatte tjenester ønsker at PP-tjenesten skal ha en aktiv rolle for å koordinere tjenester fra et hjelpeapparat som ofte oppfattes som uoversiktlig, fragmentert og lite koordinert.
- Foresatte forventer også ofte å kunne bruke PP-tjenesten som talerør overfor barnehage eller skole når de opplever at de ikke i ønsket grad møter forståelse for sine barns behov.

Fra spesialisthelsetjenesten, og til dels også fra sentre innenfor Statped, rettes det forventninger til PP-tjenesten om å følge opp og konkretisere de faglige råd som er gitt på bakgrunn av utredninger i regi av BUP, HABU eller eventuelt kompetansesentre. Den forventning som spesialisttjenestene stiller til PP-tjenesten er ikke nødvendigvis sammenfallende med de forventninger til faglig oppfølging og samarbeid som stilles fra barnehage og skole. Blant annet vil fokus på innholdet i kompetansen kunne være ulikt. Studier og brukerundersøkelser viser at barnehage og skole ofte i stor grad etterspør kompetanse på faglig tilrettelegging i læringsmiljøet, i praksisfeltet, i større grad enn det spesialisttjenestene tilbyr (Utdanningsforbundet 2007a, Utdanningsforbundet 2007b, Grøgaard et al 2004).

Mens diagnostikk og utredninger i stor grad gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, blir de oppfølgende behandlings- og opptreningstiltak for barn og unge i stor grad gjennomført i kommunen. Organiseringen av habiliteringsapparatet for barn og unge baserer seg på den grunnleggende forutsetningen at barn og unge i størst mulig grad skal bo hjemme og delta i samfunnet på egne premisser. Habilitering av barn og unge forutsetter innsats fra flere andre sektorer i tillegg til helse- og omsorgstjenesten og er en virksomhet som i første rekke retter seg mot det enkelte individ. Siden det dreier seg om mennesker som i utgangspunktet er forskjellige, befinner seg i forskjellige situasjoner og har ulike mål for sine liv, må bistanden bli forskjellig fra person til person (Normann et al 2008).

Kommunen har i oppgave å bistå mennesker med psykiske vansker og sykdom med råd og veiledning, utredning med mer. I forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse er det lagt spesiell vekt på å styrke helsestasjonstjenestens posisjon og rolle når det gjelder tidlig identifikasjon og forebygging av psykiske vansker hos barn og unge. Det er pekt på behov for at både helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten må styrkes for å bli bedre innrettet mot den aktuelle målgruppen, og at for barn og unge med psykiske problemer vil samarbeidet på tvers av tjenester, enheter og nivåer være nødvendig for å sikre at den enkelte bruker får et helhetlig tilbud (Andersson og Steihaug 2008)

Profesjonsinteresser og manglende trygghet i eget fag kan være til hinder for samarbeid tjenestene i mellom og til en fornuftig samordning av disse. De ulike instansene og fagpersonene kan ha liten kjennskap til hverandres kompetanse og ulik forståelse av utfordringene i arbeidet med barna og familiene og hvordan en skal møte dem. Det kan være uenighet innad i profesjonsgruppene og mellom profesjonsgruppene, og de kan ha ulik status både formelt og uformelt. I en rapport fra SINTEF (Grut 2008) vises det til flere studier som konkluderer med at ulik faglig ideologi er et vesentlig hinder for tverrfaglig samarbeid. En rapport fra 2003 (Kvello og Wendelborg 2003) peker på at ulike kulturer og oppfatninger av hva som er det riktige tiltaket for brukeren og leders syn på fordommer om andre etater og profesjoner, hemmer utviklingen av tverretattlig samarbeid. Det at den enkelte etat hegner om egne domener og føler seg truet, beskrives også som hindringer for å få til samarbeid (Glavin og Erdal 2007).

Vurderingene av PP-tjenesten og Statped viser at det er god kompetanse knyttet til begge tjenestene. Imidlertid er oppgavefordelingen mellom dem uklar og til dels overlappende. Dersom det foretas en klarere oppgave- og arbeidsdeling mellom tjenestene, vil faglige og økonomiske ressurser kunne gi bedre utbytte for brukere og for samfunnet. Det er i dag også betydelig grad av overlapping mellom faggrupper, brukere og tjenestetilbud i Statped og deler av spesialisthelsetjenesten, spesielt Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). utfordringen er hvilke tiltak som kan bidra til å fremme samarbeid, skape sammenheng mellom tjenestene og samtidig sikre effektiv ressursutnyttelse. En viktig tilnærming i mange forskningsprosjekter om tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, er nødvendigheten av et felles samarbeidssystem og felles mål for tjenestene (Glavin og Erdal 2007).

I Andersson og Norvoll (2006) er det foretatt en kartlegging av samhandlingen mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og kommunale tjenester om henvisning og epikrise. Undersøkelsen er basert på kvantitative kartlegginger og intervjuer i tre kommuner. Det er fastlegen som oftest er registrert som henviser (58 prosent av sakene), fulgt av helsestasjonen og skolehelsetjenesten (14 prosent) og barnevernet (12 prosent). I tillegg er ofte skole, barnehage og PP-tjenesten medvirkende instanser i utredningen og henvisningen. Det psykiske helsevernet for barn og unge aksepterte inntak i 88 prosent av sakene som ble henvist.

En kvantitativ kartlegging avdekket store forskjeller i kvaliteten på utfylling av henvisningsskjemaet. utfordringene ser særlig ut til å gjelde beskrivelse av tidligere tiltak og vurderinger av hva det psykiske helsevernet kan bidra med. For disse forholdene ble det vurdert at henholdsvis 45 og 25 prosent av skjemaene hadde dårlig eller svært dårlig kvalitet. Analysen viser at kvaliteten på henvisningene fra fastlegen blir vurdert som dårligere enn henvisningene fra PP-tjenesten og barnevernet. Det kommer frem at fastlegen i mange tilfelle har foretatt en direkte

henvisning til det psykiske helsevernet uten at andre instanser er inne i bildet. Videre avdekker analysen at kvaliteten på henvisningen øker når flere instanser har vært involvert.

Informantene i undersøkelsen har pekt på at det er behov for å forbedre de formelle og uformelle rutinene for samarbeid om utredning og henvisning både internt i kommunen og mellom kommunen og det psykiske helsevernet. Bedre rutiner vil kunne bidra til å redusere henvisningstiden, og videre til at en kan unngå unødvendige henvisninger.

Det synes å være mindre bevissthet rundt den skriftlige informasjonen fra det psykiske helsevernet enn til helsevernet. Informanter fra det kommunale fagmiljøet mener at epikrisen er nyttig fordi den skal gi råd og veiledning om oppfølgingstiltak. I intervjuene kommer det også frem at epikrisene kan variere fra å være svært gode til å være svært mangelfulle. Innholdet er ofte tilfeldig, og det er ikke uvanlig at relevante opplysninger mangler. Fra de kommunale tjenestene er det et ønske om at den skriftlige tilbakemeldingen fra det psykiske helsevernet må bli bedre, først og fremst for å øke kvaliteten på oppfølgingen fra kommunens side.

Det er utført to relativt omfattende gjennomganger av tilbudet til barn og unge som trenger innsats og oppfølging fra flere tjenester på samme tid. Helsetilsynet (2009) dokumenterte resultatet av et tilsyn med tjenester til utsatte barn, og Riksrevisjonen (2007) undersøkte tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

Målgruppen for undersøkelsen til *Helsetilsynet* var barn og unge som ved tilbaketrekking, utagering, rusmiddelmissbruk eller på andre måter ved sin oppførsel viste at de hadde behov for samordnet bistand fra tjenestene. Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon, og omfattet en kartlegging av rutiner for samarbeid mellom kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester. Det betyr at tilsynet ikke så på samarbeid med skolen, PP-tjenesten og det psykiske helsevernet for barn og unge. Tilsynet omfattet i alt 114 kommuner, og ble gjennomført i løpet av 2008. Det ble laget en tilsynsrapport for hver av kommunene, og en rapport som gir en samlet oppsummering av situasjonen i disse kommunene.

Helsetilsynet hadde hovedfokus på om kommunene har en systematisk tilrettelegging av samarbeidet. Et viktig funn var at en velfungerende tilrettelegging kan ha svært ulik karakter. Eksempler på vellykket tilrettelegging var regelmessige samarbeidsmøter, bruk av ansvarsgrupper og en aktiv rapportering til et ledernivå med ansvar for tjenestene. Tilsynet avdekket at rundt 60 av de 114 kommunene ikke hadde lagt til rette for samarbeid eller fulgt opp planlagt samarbeid. Det pekes på at det ikke var tilstrekkelig at samarbeidsmøter var planlagt. Kommunene måtte også forsikre seg om at de planlagte møtene ble avholdt og at de hadde det forutsatte innholdet.

Det ble videre undersøkt om de 114 kommunene hadde etablert rutiner for å fange opp utsatte barn og unge til rett tid. Konklusjonen var at det i rundt to tredjedeler av kommunene var en alvorlig risiko for at barn og unge ikke ble fanget opp i tide. Dette hadde sammenheng med forhold som at helse- og sosialtjenesten meldte for sent til barnevernet, men også manglende kjennskap til taushetspliktsbestemmelsene, hvor det kan innhentes et informert samtykke til å drøfte ellers taushetsbelagte opplysninger med samarbeidende tjenester. I tillegg var det mulig å drøfte en sak anonymt. Det ble også meldt om at tjenestene hadde manglende kjennskap til hverandre, og at det ikke var etablert rutiner ved henvisninger. Endelig var det enkelte tjenester som ikke hadde etablert rutiner for å vurdere om barn av voksne med psykiske lidelser og barn av rusmiddelmissbrukere

trengte bistand. Alt i alt avdekket Helsetilsynets tilsynsrapport større svikt i samhandlingen mellom de undersøkte tjenestene enn det som tidligere hadde vært kjent.

Målgruppen for undersøkelsen til *Riksrevisjonen* var barn og unge med psykiske problemer. Tilsynet ble gjennomført ved en gjennomgang av 220 journaler for pasienter ved 12 poliklinikker, og en spørreundersøkelse sendt til alle landets poliklinikker, og til helsestasjoner, PP-tjenesten og barnevernet i 152 kommuner. Riksrevisjonen fant at bare en tredjedel av de kommunale tjenestene oppfattet at det var en klar fordeling av ansvar mellom de kommunale tjenestene og mellom kommunen og poliklinikkene. Et eksempel som ble trukket frem, var en PP-tjeneste som «*stadig opplever tilfeller der poliklinikk gjør utredninger som kommunen i stor grad kunne gjøre selv*». Et annet eksempel var en poliklinikk som «*får henvist en stor andel saker vedrørende konsentrasjons- og lærevansker som burde vært utredet i PP-tjenesten, eller adferdsvansker som barnevernet burde håndtere*».

Riksrevisjonen undersøkte også hvordan det praktiske samarbeidet mellom poliklinikkene og de kommunale tjenestene fungerte. 34 prosent svarte at de ikke samarbeider rutinemessig med poliklinikkene. Samlet var det bare 20 prosent av tjenestene som hadde en skriftlig samarbeidsavtale med poliklinikken. Av de kommunale tjenestene var det to tredjedeler som ikke hadde en fast kontaktperson i poliklinikkene, og mer enn halvparten mottok ikke veiledning fra poliklinikken.

Andersson (2006) har kartlagt modeller for samordning av tilbudet til barn og unge og familier i 98 kommuner. 70 av kommunene hadde formalisert organiseringen av samarbeidet. De vanligste tjenestene som inngikk i et slikt samarbeid var barnevernet, helsestasjonene, PP-tjenesten og skolehelsetjenesten. 90 kommuner oppga at de hadde uformelle samarbeidsmøter tjenestene imellom. I første rekke var det helsestasjon/helsesøster, barnevernet og PP-tjenesten som deltok i uformelt samarbeid.

3 Bakgrunnen for prøveordningen – noen sentrale føringer

NOU 2009:18 "Rett til læring" ble lagt fram 2. juli 2009 ("Midtlyngutvalget"). I rapporten ble det gitt følgende statusbeskrivelse når det gjaldt barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU):

Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) foretar diagnostikk og gir behandling til barn og unge med psykiske lidelser. I henhold til Opptrappingsplanen for psykiske helse (1998-2008) er det blitt 1.527 flere årsverk i psykisk helsevern for barn og unge, en økning på 71 prosent. I følge verdigrunnlaget for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Helsedirektoratet sier i utkast til Handlingsplan for habilitering av barn og unge at de har erfart at det i økende grad fra det psykiske helsevernet har blitt fokusert på barn og unge med psykiske tilstander som medfører alvorlige funksjonsnedsettelse og dermed behov for habiliteringsbistand. Habiliteringsperspektivet skal være en integrert del av behandlings- og samarbeidstiltakene for barn og unge som har psykiske tilstander av langvarig og sammensatt karakter.

I rapporten ble det vist til en økt generell forekomst av psykiske lidelser og problematferd, med referanse til en rapport fra SINTEF¹ hvor det ble pekt på at psykiske lidelser er betydelig mer utbredt blant mennesker med utviklingshemning. Rapporten konkluderte med at det er stort behov for økt kompetanse både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten på dette området. Det hender at barn og unge med sammensatte vansker, som psykisk lidelse og utviklingshemning, oppfattes å ha problemer knyttet til omsorgssvikt, og som dermed først henvises til barnevernet, og ikke til BUP eller eventuelt habiliteringstjenesten. Dette kan være problematisk når det gjelder rettssikkerhetsmessige forhold. Det kan i noen grad også være overlappende tjenestetilbud og arbeidsoppgaver mellom BUP og sentrene for sammensatte lærevansker i Statped, samt at det er parallellitet i faggrupper.

Habilitering og rehabilitering er definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Habilitering og rehabilitering har samme definisjon. Habilitering er imidlertid det begrepet som i hovedsak brukes for tiltak rettet mot barn og unge. Definisjonen understreker at det handler om en samarbeidsprosess mellom bruker (pårørende) og bistandsyttere, mellom ulike bistandsyttere som brukerne har behov for tjenester fra, enten disse er ansatt i kommune, fylkeskommune eller stat. Den det gjelder skal få bistand til å kunne delta i samfunnet på sine egne premisser og på lik linje med andre. Når formålet er deltakelse, vil svært mange andre sektorer enn helsetjenesten måtte komme på banen i tilknytning til den enkelte.

Habiliteringstjenester for barn og unge har ansvar for å gi tverrfaglige spesialisthelsetjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og/eller kronisk sykdom i aldersgruppen 0 til 18 år. Tjenestespekteret skal omfatte diagnostikk og funksjonsutredninger, opptrening av funksjon og

¹ Grut, L., M. H. Kvam, J-W. Lippestad og G. Tyrmi. Sosial- og helsetjenester for personer med nedsatt funksjonsevne. Oversikt over utviklingen i perioden 2001-2006. SINTEF Helse A 1541, 2007

ferdighetstrening, intensiv spesialisert trening og opplæring til barna, ungdommene og familiene samt råd og veiledning til kommunene generelt og rundt enkeltbrukere.

Habiliteringstjenester for barn og unge vil være helseforetakenes viktigste tjenesteenhet for å sikre høy kvalitet i habiliteringstilbudet til barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Habiliteringstjenesten er lokalisert i alle fylker ved til sammen 21 helseforetak, med til sammen ca. 450 årsverk. Tjenesten har en tverrfaglig bemanning, og de tre største profesjonsgruppene er spesialpedagoger, fysioterapeuter og psykologer. Habiliteringstjenestene for barn og unge forventes å samarbeide tett med de andre tjenestene for barn og unge i helseforetakene og bistå disse med sin tverrfaglighet og metodiske habiliteringskunnskap. Habiliteringstiltak for barn og unge forventes å foregå i barnas og ungdommenes vante miljø, hjemme, i barnehage og skole.

I utkast til *Handlingsplan for habilitering av barn og unge* presenteres en rekke tiltak som har som mål å forbedre og fornye tjenestetilbudet til barn og unge med funksjonsnedsettelse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det legges særlig vekt på faglig kvalitet, nytteverdi for brukerne, høy gjennomføringsmulighet, kompetanse, kapasitet og bedre samhandling mellom ulike aktører og nivåer. Målet er at tiltakene i sum skal bidra til god kvalitet og mer likeverdige tjenestetilbud for barn og unge som har habiliteringsbehov.

Mange av de som får spesialundervisning eller omfattes av andre spesialpedagogiske tiltak får også en rekke tjenester i helseforetakene. Habiliteringstjenesten har et stykke på vei de samme brukerne og felles faggrupper som spesialpedagoger og psykologer, samt sammenfallende arbeidsoppgaver med sentrene for sammensatte lærevansker i Statped.

I Midtlyngutvalgets rapport het det under punkt *Henvisningsrett til spesialisthelsetjenester*:

PP-tjenesten samarbeider i dag i utstrakt grad med spesialisthelsetjenesten, særlig barnehabiliteringen og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. En henvisningsrett for PP-tjenesten til disse viktige samarbeidspartnerne på statlig nivå, vil bedre mulighetene til å sikre god sammenheng mellom tjenester som ytes på kommunalt og statlig nivå. Som henvisende instans vil PP-tjenesten være sikret direkte tilbakemeldinger på de oppdrag spesialisttjenesten har utført og dermed kunne gi rask og adekvat oppfølging til den enkelte på lokalt nivå.

På denne bakgrunn foreslo utvalget at PP-tjenesten får selvstendig henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og barnehabiliteringstjenesten (HABU).

I "*Handlingsplan for habilitering av barn og unge*" som ble lagt fram av Helsedirektoratet i september 2009, ble det bl.a. pekt på at god samhandling mellom helse- og utdanningssektoren er sentral for svært mange barn, unge og unge voksne med funksjonsnedsettelse. Rundt den enkelte vil tiltak fra en sektor ofte kunne gripe langt inn i en annen sektors arbeidsoppgaver. Det er i opplæringsloven stilt krav om at hver kommune og fylkeskommune skal ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Tjenesten skal bistå skolen i arbeidet med å sikre at opplæringen blir lagt til rette for elever med særskilte behov. PPT arbeider med utredninger, sakkyndige vurderinger og oppfølgingstiltak knyttet til enkeltelever, eller mer systemrettede tiltak.

Sett fra helsetjenesten side er PPT en av de viktigste samarbeidspartnerne og bidragsyterne til habilitering av barn og unge i kommunene. Både barnehabiliteringstjenesten og psykisk helsevern for barn og unge samarbeider svært nært med PPT om utredninger av barn og etterfølgende tiltak, råd og veiledning rundt enkeltbarn i barnehager og skoler. Samarbeidsinitiativ går også motsatt vei.

3. desember 2009 forelå *NOU 2009: 22 "Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge"*. Bakgrunnen for utredningen var at barn og unge med store og sammensatte problemer har behov for hjelp fra flere tjenester. Noen barn opplever å bli skjøvet fra tjeneste til tjeneste, der ingen tar ansvar. Andre får hjelp fra flere instanser, men hjelpen er ikke koordinert. Behovet for et helhetlig tilbud til barn og unge i kommunene er derfor stort. I utredningen ble det vist til at både 1. og 2. linjetjenesten gir hjelp til utsatte barn og unge. Tradisjonelt har 2. linjetjenesten mer spesialisert kompetanse og ekspertise og kan gi råd og veiledning til det kommunale tjenesteapparatet. Forskning har vist at for eksempel kulturforskjeller, motstridende målekriterier, samt skjev maktbalanse i de ulike tjenestene, kan hindre samarbeid. For å gi helhetlig og koordinert hjelp tidlig nok, må det utvikles et bedre samarbeid mellom tjenestene, både på statlig og kommunalt nivå.

Videre pekte utredningen på at tidlig innsats overfor utsatte barn og familier er av stor betydning for å gi barn stabile og trygge rammer for utvikling og vekst. Departementene hadde derfor som mål at barn og unge skal få helhetlig og koordinert hjelp til rett tid. Tiltak bør ligge på et lavest mulig nivå.

Gjennom utredningen ble det foretatt en grundig vurdering av mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester som gir hjelp til utsatte barn og deres foreldre. Utredningen tok for seg alle sentrale områder innenfor samordning og samarbeid.

I utredningen ble det bl.a. satt søkelys på behovet for enklere prosedyrer for henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge. Opplevelse av godt koordinerte tjenester fremmes etter utvalgets vurdering ved at tjenestemottaker skånes fra å måtte forholde seg til flere instanser enn strengt nødvendig.

Utvalget mente at kravet om at fastlege må utarbeide henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge, i mange sammenhenger innebærer at primærlegen oppleves som et unødig mellomledd i en tiltakskjede. Rigide krav til fastlegenhvisning vil gjerne fortone seg som u hensiktsmessig bruk av tid og kompetanse i tilfeller der fastlegen for øvrig ikke har noen vesentlig rolle i oppfølgingen av tjenestemottaker.

På samme måte som barnevernet og sosialtjenesten er gitt rett til å henvise til det psykiske helsevernet for barn og unge, mener utvalget det vil være naturlig å utvide denne adgangen til også å gjelde psykologer, helsesøstre og PP-tjenesten. Disse faggruppene/instansene vil i mange tilfeller kjenne barnets/ungdommens symptomer bedre enn vedkommendes fastlege, og vil ofte være involvert i hjelpetiltak knyttet til tjenestemottakeren over tid. Psykologer og helsesøstre innehar dessuten autorisasjon som helsepersonell.

Utvalget mente at innføring av henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge for psykologer, helsesøstre og PP-tjenesten vil være ressursbesparende. I og med at en eller flere av disse instansene i høy grad er involvert i forbindelse med forespørsel om henvisning fra fastlege i

dag, vurderes risikoen for at forslaget vil føre til økning i svakt begrunnede henvisninger som liten. Utvalget foreslo på denne bakgrunn at PP-tjenesten, psykologer og helsesøstre gis henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge.

8. april 2011 la Regjeringen fram *Meld. St. 18 (2010–2011) Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov*. Meldingen omhandlet bl.a. det kommunale og fylkeskommunale støtteapparatet, med hovedvekt på PP-tjenesten. Det ble presentert fire forventninger til PP-tjenesten for å tydeliggjøre mandatet og oppgavene til tjenesten:

- PP-tjenesten er tilgjengelig og bidrar til helhet og sammenheng
- PP-tjenesten arbeider forebyggende
- PP-tjenesten bidrar til tidlig innsats i barnehage og skole
- PP-tjenesten er en faglig kompetent tjeneste i alle kommuner og fylkeskommuner

Til disse rådgivende forventningene er det knyttet flere tiltak som i sum innebærer økt veiledning, informasjon og kompetanseutvikling. Et viktig tiltak var en etter- og videreutdanningsstrategi for PP-tjenesten. I meldingen omtales også hva barnehagesektoren og opplæringssektoren kan gjøre for å oppnå bedre informasjon og samarbeid med foreldre og brukere av det kommunale og fylkeskommunale tjenestetilbudet. Et av forslagene var foreldreplakat, et tiltak for å gi helhetlig informasjon til foreldre til barn med behov for særskilt hjelp og støtte i opplæringen. Det ble i meldingen foreslått en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), og det legges opp til etablering av interkommunale kompetansenettverk i kommunene. Målet var bedre samarbeid og samordning mellom de ulike tjenestene i kommune, fylkeskommune og stat.

I Innstilling fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen om læring og fellesskap (*Innst. 50 S (2011–2012)*) støttet komiteen departementets forslag om en slik prøveordning. Komiteen henviste til at dette forslaget hadde fått bred støtte i hørings svarene til Midtlyngutvalgets rapport, og komiteen mente en slik ordning vil være en viktig måte å sikre mer sammenhengende tiltak overfor barn og unge. Komiteen mente også at et slikt tiltak ville bidra til betydelig forenkling for de barna det gjelder og at det vil kunne gi dem raskere hjelp.

I april 2009 forelå "*Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for barn og unge*" og juli 2010 "*Prioriteringsveileder Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten*". Begge veilederne var utarbeidet i samarbeid mellom Helsedirektoratet og Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Som det går fram av innledningene i veilederne, skal de være beslutningsstøtte for de som vurderer eller deltar i vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I hovedsak vil dette dreie seg om spesialister med kompetanse til å kunne tilby spesialisthelsetjeneste innenfor det fagområde henvisningen gjelder. Prioriteringsveilederne har status som faglige veiledere og er, som direktoratets øvrige veiledere, ikke bindende for tjenesteyteren. Prioriteringsveilederne beskriver imidlertid nasjonale helsemyndigheters oppfatning av rett fortolkning av regelverk. Prioriteringsveilederne gir også uttrykk for den felles oppfatningen som Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har om god faglig praksis i prioriteringsarbeidet. Dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som foreslås i prioriteringsveilederne, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering.

4 Om prøveordningen med henvisningsrett for PPT

Prosjektet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, med Helsedirektoratet som vår kontaktadresse. Prøveordningen omtales i oppdragsbrevet fra Helse - og omsorgsdepartementet for 2012 til Helsedirektoratet, hvor det bl.a. heter:

Helsedirektoratet skal i samarbeid med Utdanningsdirektoratet planlegge og iverksette en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten, i en region eller utvalgte fylker, henvisningsrett til barne - og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), Jf Meld. St. 18 (2010-2011) Læring og fellesskap. Videre skal Helsedirektoratet vurdere de økonomiske konsekvensene av prøveordningen og komme med forslag til forskriftsendring.

I oppdragsbrev 04-12, del 2 Henvisningsrett for PPT til HABU og BUP, fra Kunnskapsdepartementet til Utdanningsdirektoratet står følgende:

Utdanningsdirektoratet skal i samarbeid med Helsedirektoratet planlegge og iverksette en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten, i en region eller utvalgte fylker, henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjeneste for barn og unge (HABU) i spesialisthelsetjenesten.

Videre står det:

Nødvendig informasjon og kompetanseheving til PP-tjenesten må vurderes i forbindelse med prøveordningen. Utdanningsdirektoratet skal i samarbeid med Helsedirektoratet evaluere prøveordningen med henvisningsrett. Evalueringen skal blant annet gi svar på om en slik ordning bidrar til bedre samarbeid mellom tjenestene, og sikre tidlig og riktig hjelp til målgruppen".

Prøveordningen ble igangsatt 1. april 2013 og vil pågå ut 2014. I henhold til informasjon fra Helsedirektoratet, ble det i kriteriene for utvalget av deltakere lagt til grunn geografisk spredning og variasjon, utvalget skulle omfatte både små og store kommuner, og en skulle sikre deltakelse fra PP-tjenester med og uten tilsatt psykolog. Omfanget av ordningen skulle i utgangspunktet være fem BUP-er og HABU-er, med tilhørende tre kommuner/PPT.

Henvisningsretten er i forsøksordningen lagt til leder av PP-tjenesten.

Prøveordningen har hatt følgende deltakere:

Region	BUP	HABU	PPT
Helse Nord	BUP Bodø	HABU Nordlandssykehuset HF	Meløy PPT PPT for Indre Salten
Helse Midt	BUP Levanger	HABU Helse Nord-Trøndelag HF	Stjørdal PPT Indre Namdal PPT Steinkjer PPT
Helse Vest	BUP Haugesund	HABU Helse Fonna HF	Karmøy PPT Haugesund PPT Sauda PPT
Helse Sør Øst	BUP Nedre Romerike	HABU Akershus Universitetssykehus HF	Skedsmo PPT Sørum PPT Aurskog-Høland PPT
	BUP Porsgrunn	HABU Skien	Skien PPT Porsgrunn PPT Nome PPT

5 Mål for prøveordningen

I oppdragsbeskrivelsen for evalueringsoppdraget beskrives følgende overordnede mål, samt effektmål og resultatmål for prøveordningen:

Overordnede mål	<ul style="list-style-type: none"> • Styrket og helhetlig hjelp til barn og unge med psykiske vansker og lidelser • Bedret samarbeid mellom aktuelle tjenester, bedret samhandling knyttet til psykisk helse hos barn og unge med spesielle behov.
Effektmål	<ul style="list-style-type: none"> • Økt tilfredshet blant brukere (barn, unge og deres familier). • Brukerne av de aktuelle tjenestene har en opplevelse av sammenhengende og koordinerte tjenester. • Barn og unge skal få tidlig og riktig hjelp. • Avklaring av ansvar og roller i tjenestene og økt kjennskap til dette blant ansatte i PP-tjenesten, BUP og HABU. • Henvisninger fra PP-tjenesten til BUP og HABU er av god kvalitet og med realistisk innhold. • Mer effektiv henvisningsprosess. • God arbeidsdeling mellom de aktuelle tjenestene som sikrer barn og unge en bedre og mer helhetlig hjelp. • Bedre samarbeid mellom tjenestene. • Styrket kompetanse om psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i PP-tjenesten.
Resultatmål	<p>Se om en slik ordning bidrar til å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sikre tidlig og riktig hjelp til målgruppen • bedre samarbeidet mellom tjenestene

I Kravspesifikasjonen for evalueringen er det overordnede formål å få avdekket om prøveordningen for henvisningsretten har fungert etter *tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester* for barn og unge som er henvist fra PPT til BUP og HABU, herunder:

- Har prosessen gått raskere og er prosessen blitt mer effektiv?
- Har partene samarbeidet bedre enn de ellers ville gjort?
- Er kvaliteten på henvisningene bedre?
- Hva har de positive og negative effekter vært?
- Får barn og unge tidlig og riktig hjelp?
- Hvordan fungerer samarbeidet med fastlegene?
- Er alle effekt- og resultatmål nådd?
- Økonomiske konsekvenser?

6 Om evalueringsoppdraget

I Kravspesifikasjonen heter det at Direktoratet ønsker å få gjennomført en følge- og sluttevaluering av prøveordningen.

I en *følgeevaluering* legges det opp til at evaluator skal være tilstede gjennom hele prosessen for å fange opp det som skjer slik at man kan gi tilbakemeldinger til deltagerne underveis. I denne formen for evaluering skal evalueringsarbeidet tjene som et korrektiv i iverksettings- og gjennomføringsfasen. Hensikten er å bidra til effektiv framdrift og sikre måloppnåelse.

En *prosessevaluering* kan lettere baseres på en tilbakeskuende tilnærming ved at beskrivelse og analyse av det som skjer underveis i forsøket ikke nødvendigvis skal tilbakeføres til deltagerne underveis. Denne metodiske tilnærmingen vil frembringe kunnskap om en prosess som er blitt og blir gjennomført, og kunnskapen kan eventuelt brukes som et grunnlag i det videre eller i en fremtidig utviklings- og omstillingsprosess.

I vår dialog med oppdragsgiver pekte vi på at det lå metodiske utfordringer i evalueringsoppdraget i og med at det var et ønske om både en *følgeevaluering* og en *sluttevaluering*, samt at det legges opp til en evaluering av en prøveordning som ved oppstart av evalueringsoppdraget hadde pågått i vel ni måneder. På vårt spørsmål om det foreligger noe beskrivelse av situasjonen før oppstart av forsøksordningen, viste Direktoratet til at situasjonen før oppstart ikke var beskrevet spesifikt i de kommunene som omfattes av prøveordningen, men var beskrevet på et mer overordnet nivå gjennom rapporter og utredninger som NOU 2009:22 "*Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*".

På bakgrunn av det som her er nevnt, ble det i samråd med oppdragsgiver lagt opp til en evaluering bestående av datainnsamling (intervjuer og spørreskjemaundersøkelse) på to tidspunkt i prøveperioden: Vår og høst 2014. På begge disse tidspunktene ble ledere for PPT, BUP og HABU, intervjuet om erfaringer både med prosess og resultat så langt i perioden. Når det gjelder en beskrivelse av status i de aktuelle fylkene og kommunene *før* prøveordningen ble igangsatt, baserte vi oss på tilbakemeldinger fra informantene, med den usikkerheten som er knyttet til presis erindring omkring situasjonen før april 2013. Det var videre enighet om at det ikke skulle avgis

rapport fra evalueringen underveis, men at resultatene kun skulle formidles i en sluttrapport i desember 2014.

7 Metoder for datainnsamling

7.1 Innledning

PPT, BUP, HABU og fastlegene utgjør informantgruppene i evalueringen. Dette betyr at evalueringen gir svar på om prøveordningen har fungert etter tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester for barn og unge, sett fra fagfolk og ulike tjenestesteder. I og med at brukerne ikke trekkes inn som informanter, vil det være spørsmål om grad av måloppnåelse som evalueringen ikke vil gi fyllestgjørende svar på effektmålene:

- Økt tilfredshet blant brukere (barn, unge og deres familier).
- Brukerne av de aktuelle tjenestene har en opplevelse av sammenhengende og koordinerte tjenester.

I alle intervjuene spurte vi informantene om tilbakemeldingene de hadde fått fra brukerne og deres pårørende. De fleste av brukerne har ikke noe sammenligningsgrunnlag for de tjenestene de har mottatt i perioden, da det er veldig få som har en referanse til tidligere henvisninger til BUP og HABU. I den grad våre informanter har mottatt tilbakemeldinger fra brukerne, så er brukerne og i hovedsak deres familier, *tilfreds* med de tjenestene de har mottatt uten at informantene har noe bilde av *økt tilfredshet* som følge av prøveordningen. Når det gjelder det andre effektmålet (*Brukerne av de aktuelle tjenestene har en opplevelse av sammenhengende og koordinerte tjenester*), så kan vi kun besvare dette ut fra fagfolkenes vurderinger av om dette har vært en effekt av prøveordningen.

7.2 Dokumentstudie

Når det gjelder eventuelle beskrivelser av situasjonen før oppstart av forsøksordningen, viser Direktoratet til rapporter og utredninger som NOU 2009:22 "*Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*". Denne informasjonen, sammen med sentrale føringer som Midtlyngutvalget NOU 2009:18 "*Rett til læring*", Meld. St. 18 (2010–2011) og Oppdragsdokumentene, utgjør hoveddelen av materialet i dokumentstudien. Vi viser til punkt 2 "*Kunnskapsgrunnlag*", punkt 3 "*Bakgrunn for prøveordningen – noen sentrale føringer*" og punkt 4 "*Om prøveordningen med henvisningsrett for PPT*" ovenfor, hvor vi har foretatt en gjennomgang av dokumenter som er sentrale for prøveordningen.

7.3 Intervjuer

Data er samlet inn gjennom individuelle, semistrukturerte telefonintervjuer med PPT, BUP og HABU. Intervjuene har fulgt en intervjuguide for å sikre svar på sentrale spørsmål fra alle informantgruppene. Intervjuguidene er imidlertid blitt brukt fleksibelt ved at det er gitt rom for å ta opp andre tema enn dem som er i guiden og at ulike tema kan utdypes i ulik grad i de forskjellige intervjuene. Oversikt over de aktuelle informanter i PPT, BUP og HABU er gjort tilgjengelig av Helsedirektoratet.

Intervjuene er blitt tatt opp digitalt og skrevet ut. Transkribering er i hovedsak gjort av studenter ved NTNU engasjert av SINTEF Helse. Alle intervjuene er kodet etter tema, noe som har gjort det enkelt å samle informasjon fra ulike aktører under samme tema slik at det kan gjøres helhetlige kvalitative analyser.

Intervjuene som ble gjennomført våren 2014 var en grundig gjennomgang av erfaringene med prøveordningen etter vel ett år. I intervjuene ble det også satt søkelys på hva prøveordningen hadde ført til av endringer fra tiden før prøveordningen kom i gang i april 2013. Det er visse metodiske svakheter knyttet til denne fremgangsmåten i og med at informantene i varierende grad vil huske hvordan ting var før, samtidig som opplevelsene fra prøveperioden kan virke inn på beskrivelse av situasjonen før prøveperioden.

I intervjuene som ble gjennomført høsten 2014 rettet vi oppmerksomheten mot eventuelle endringer siden intervjuene på våren. Dette var i hovedsak korte intervjuer hvor vi tok utgangspunkt i besvarelsene i det første intervjuet, og ba informantene om supplerende opplysninger. Dette utgjorde i all hovedsak en bekreftelse på og en videreføring av opplevelsene og erfaringene som kom fram i de første intervjuene.

Det å få gjort intervjuavtaler har vært relativt arbeidskrevende. I en ellers hektisk hverdag, har det bydd på utfordringer å nå fram til og få avtalt tidspunkt for intervjuene. I oversikten nedenfor viser vi antall PPT, BUP og HABU som omfattes av prøveordningen (bruttoutvalg) og antall aktører som vi har intervjuet i begge de to undersøkelsesperiodene.

Undersøkelsestidspunkt	Aktører	Bruttoutvalg	Antall aktører intervjuet
Vår 2014	PPT	14	13
	BUP	5	5
	HABU	5	4*
Høst 2014	PPT	14	10
	BUP	5	4
	HABU	5	3

*Et HABU svarte på mail: "*Vi ser det ikke som mulig å delta på denne studien*". Blant de resterende 4, valgt et HABU å besvare spørsmålene skriftlig.

7.4 Spørreskjemaundersøkelse fastlegene

Som en del av evalueringen av prøveordningen skulle det gjennomføres en spørreskjemaundersøkelse blant fastlegene i de kommunene som omfattes av prøveordningen. I vårt prosjekttilbud skrev vi følgende med hensyn til gjennomføring av denne delen av evalueringen:

I Kravspesifikasjonen heter det at Helsedirektoratet vil bistå og formidle relevante kontakter. Dette legger vi inn som en forutsetning i vårt prosjektforslag. Når det gjelder fastlegene, er vi kjent med at Helsedirektoratet har adresse/epostadresse til landets fastleger.

Medio januar 2014 sendte vi en henvendelse til Helsedirektoratet om kontaktadresser til de aktuelle fastlegene. I svaret fra direktoratet het det bl.a. at en hadde undersøkt med hensyn til kontaktinformasjon til fastleger, og at en konkluderte med at direktoratet ikke hadde anledning til å gi ut denne informasjonen. Direktoratet foreslo derfor at SINTEF fikk kontaktinformasjonen fra de aktuelle PP-tjenestene som har henvist til spesialisthelsetjenesten. Vi svarte direktoratet at dette var en ok fremgangsmåte for oss, dersom PPT har kontaktadresser til de aktuelle fastlegene.

Vi sendte så en henvendelse til de PP-kontorene som er med i prøveordningen hvor vi ba om hjelp til å distribuere et spørreskjema til fastlegene (epostadresser). Vi så for oss at dette enten kunne skje ved at PP-kontorene sendte SINTEF epostadressene og vi sto for utsendelsen, eller at PP-kontorene fikk tilsendt spørreskjemaet og distribuerte det videre. Hvis PP-kontorene skulle påta seg distribusjonen, ville de få tilsendt alt som trengtes av nødvendig informasjon om undersøkelsen til fastlegene. Uansett fremgangsmåte, skulle SINTEF stå som adressat og mottaker av besvarelsene. Videre presiserte vi at dersom PPT skulle foreta utsendelsen, så ville vi trenge oversikt over hvor mange fastleger skjemaet ble sendt til. Dersom det var fastleger i kommunen som PPT ikke sendte skjemaet til, ville vi vite grunnen til det.

Svarene fra PP-tjenestene på vår henvendelse gjorde gjennomføringen av denne delen av evalueringen mer komplisert enn antatt:

- To PPT sendte oss mailadresser til aktuelle fastleger
- To PPT svarte at de kunne videresende informasjon og spørreskjema til fastlegene i kommunen.
- 10 svarte at de ikke hadde oversikt over epostadresser til fastlegene. De fleste av disse PP-tjenestene henviste oss til helseforetak, kommuneoverlege, fylkeslege, kommunalsjef oa.

Tilsvarende henvendelse ble også sendt de fem BUPene og de fem HABUene som omfattes av undersøkelsen. Vi mottok svar fra tre respondenter, hvorav samtlige henviste oss til kommunene – primært kommuneoverlegene.

Samtlige PP-tjenester og kommuner ble siden fulgt opp. Når det gjelder henvendelser til kommunene, ble det i fem kommuner sendt henvendelse direkte til kommuneoverleger, kommunalsjefer, kontorleder legetjeneste og annet der disse var oppgitt med egen epostadresse på kommunenes internettside. I fem kommuner opereres det med postmottaket i kommune som epostadresse, hvor vi ba postmottaket om å få komme i kontakt med navngitt person

(kommuneoverleger, kommunalsjefer oa.). Etter diverse purringer, sendte vi ut spørreskjemaet til de fastlegene vi hadde adresse til (10), og til de kontaktpersonene som hadde påtatt seg å videresende skjemaet. Vi mottok svar fra to fastleger, med andre ord en respons uten verdi for evalueringen.

Høsten 2014 gjorde vi et nytt forsøk på å nå fram til fastlegene. I hovedsak ble dette en gjentakelse av erfaringene fra våren 2014. Vi benyttet de samme kanalene, og mottok totalt svar fra fire fastleger.

Vi valgte så en alternativ fremgangsmåte ved å rette en henvendelse til fylkeslagene i Den norske legeforening i de aktuelle prøvefylkene: Akershus, Telemark, Rogaland, Nord-Trøndelag og Nordland. Vi ba om fylkeslagenes prinsipielle vurderinger av å gi PPT henvisningsrett, hvilken betydning henvisningsrett for PPT kan ha for fastlegerollen, og fylkeslagene hadde erfaringer med prøveordningen, hvilken betydning det kan ha for pasient/pårørende at PPT har henvisningsrett til BUP og HABU, og hvilken betydning det har for spesialisthelsetjenesten (BUP og HABU) at PPT er gitt henvisningsrett. Vi mottok svar fra tre fylkeslag.

Vi sendte så en tilsvarende henvendelse til Allmennlegeforeningen, som henviste oss videre til Norsk forening for Allmenntmedisin som er Allmennlegeforeningens fagmedisinske forening. Vi mottok skriftlig svar fra Norsk forening for Allmenntmedisin (NFA) 16. desember 2014.

Oppsummert er det med andre ord begrenset informasjon vi har fra fastlegene i de kommunene som omfattes av prøveordningen. Vi har derfor måttet benytte de svarene som har fremkommet i intervjuene med PPT, BUP og HABU, med de metodiske svakhetene dette innebærer. Videre har vi innarbeidet svarene fra de tre fylkeslagene og NFA. Svaret fra NFA er basert på kontakt med foreningens referansegruppe i psykiatri som har fått innspill fra praksiskonsulenter i BUP fra hele landet. De fleste har ingen erfaring med denne henvisningsretten, men noen har erfaring og har gitt innspill.

8 Resultater

8.1 Innledning

I resultatpresentasjonen har vi tatt utgangspunkt i det overordnede formålet med oppdraget om å få avdekket om prøveordningen for henvisningsretten har fungert etter *tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester* for barn og unge som er henvist fra PPT til BUP og HABU, herunder:

1. Har prosessen gått raskere og er prosessen blitt mer effektiv?
2. Har partene samarbeidet bedre enn de ellers ville gjort?
3. Er kvaliteten på henvisningene bedre?
4. Hva har de positive og negative effektene vært?
5. Får barn og unge tidlig og riktig hjelp?
6. Hvordan fungerer samarbeidet med fastlegene?
7. Er alle effekt- og resultatmål nådd?
8. Økonomiske konsekvenser?

De problemstillingene som her er presentert er til dels overlappende, så vi har derfor valgt å presentere resultatene ut fra følgende hovedstruktur:

- **Henvisningsprosessen**
Under dette punktet tar vi for oss spørsmålet om prosessen går raskere og er blitt mer effektiv (problemstilling 1), og om barn og unge får tidlig og riktig hjelp (problemstilling 5).
- **Samarbeid**
Under dette punktet tar vi for oss samarbeidet mellom alle aktørene som omfattes av prøveordningen (PPT, BUP, HABU og fastlegene). Med dette inkluderer vi både problemstilling 2 og 6 ovenfor.
- **Kvaliteten på henvisningene**
Her tar vi for oss problemstilling 3 ovenfor.
- **Økonomiske konsekvenser**
Her tar vi for oss problemstilling 8 ovenfor.

Under overskriften "*Samarbeid*", har vi som nevnt inkludert samarbeidet med fastlegene (jf problemstilling 6 ovenfor). Fastlegene har vært et meget sentralt tema i intervjuene, og da ikke bare når det gjelder som samarbeidspartner, men også deres rolle og funksjon mer generelt. For at ikke presentasjonen skal bli for oppstykket, har vi derfor valgt å samle alle temaer vedrørende fastlegene under denne overskriften.

Når det gjelder holdningene til prøveordningen blant *fastlegene*, har vi som tidligere nevnt, et relativt begrenset materiale å bygge på. Det vi har fått av tilbakemeldinger fra legene, samt erfaringene med fastlegenes holdninger blant PPT, BUP og HABU, er samlet i et eget punkt i resultatpresentasjonen.

Svar på problemstilling 4 "*Hva har de positive og negative effektene vært?*" vil inngå i de øvrige tematiske overskriftene beskrevet ovenfor, hvor vi vil belyse positive og negative effekter i tilknytning til henvisningsprosessen, samarbeidet og kvaliteten på henvisningene. Til tross for disse justeringene når det gjelder strukturen i presentasjonen, er det ikke mulig helt å unngå overlapp. Bl.a. vil en god henvisningsprosess henge sammen med graden av og formen på samarbeidet mellom de aktuelle aktørene. Videre vil kvaliteten på henvisningene også virke inn på hvor rask og effektiv henvisningsprosessen er. Når det gjelder problemstilling 7 "*Er alle effekt- og resultatmål nådd?*" utgjør dette drøftingskapittelet i rapporten (se kapittel 9).

I kravspesifikasjonen pekes det på at kritiske faktorer i prosjektet vil være at ansatte i PPT sikres nødvendig kunnskap om barn og unges psykiske helse og utviklingsforstyrrelser og henvisningskompetanse. Videre vil det være avgjørende at ansatte i de aktuelle tjenestene (PP-tjenesten, BUP og HABU) sikres kjennskap til hverandres tjenester samt at det etableres samhandlingsarenaer mellom tjenestene. Lokale samarbeidsarenaer er viet omtale i problemstillingene ovenfor. *Samlingene* for de aktuelle aktørene tidlig i prøveperioden omtales i flere av intervjuene og er derfor viet oppmerksomhet i et eget punkt i vår presentasjon.

Et annet tema som går igjen i vårt materiale er seleksjon eller utvalg av aktører som deltakere i prøveordningen, og tanker om videreføring. I følge våre informanter henger disse to temaene tett sammen. Erfaringene med prøveordningen bør bl.a. sees i lys av *seleksjonsmekanismene* ved valg av deltakere: Representerer de et tverrsnitt av PPT, BUP og HABU, eller kan det sies at de har kjennetegn hver for seg og sammen som har styrket sjansene deres for å lykkes? Med dette som bakteppe reflekterer våre informanter over hva som vil kreves dersom henvisningsrett for PPT til BUP og HABU *gjøres til en permanent ordning*.

Under hver av problemstillingene presenteres resultatene fra datainnsamlingen vår og høst 2014 for alle involverte informantgrupper. I henhold til kravspesifikasjonen skal prosjektet gjennomføres som en følge- og sluttevaluering av prøveordningen. Datainnsamlingen har blitt gjennomført våren 2014 og høsten 2014, henholdsvis 1 og 1 ½ år etter oppstart av prøveordningen. De metodiske utfordringene er nærmere drøftet ovenfor. Våren 2014 foretok vi en grundig gjennomgang av alle sentrale og tilliggende problemstillinger i intervjuene med informantene. I intervjuene høsten 2014 satte vi søkelys på utvikling og eventuell endring etter forrige intervjurunde. I og med at prøveordningen hadde pågått et helt år da vi intervjuet første gang, hadde man våren 2014 kommet langt i de aktuelle fylkene og kommunene med hensyn til implementering av rutiner knyttet til henvisningsretten, opplæring, samarbeid, osv. Hovedinntrykket fra intervjuene høsten 2014 var dermed at man i hovedsak kun hadde videreført det vi allerede hadde kartlagt våren 2014. Vi har derfor i presentasjonen gitt en samlet beskrivelse av resultatet under hver av hovedproblemstillingene, og kun gjort et skille mellom de to intervjurundene der informantene har trukket fram endringer av betydning.

8.2 Henvisningsprosessen

8.2.1 Resultater fra intervjuene med PPT

Hovedbudskapet i intervjuene med PPT er at man med henvisningsretten kommer raskere i gang. En beskriver også å følge barnet tettere i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i og med at PPT er henviser og kjenner saken godt. En gjenganger i intervjuene er også at man i større grad har beveget seg vekk fra "sekvensiell behandling" og i retning av mer samarbeid og mer parallellitet "*Vi venter ikke på hverandre på samme måten som tidligere*". PPT opplever seg som en god samspiller med BUP og HABU, og jobber mer samtidig. Dette bekreftes langt på vei i svarene fra spesialisthelsetjenesten.

PPT beskriver at de også før prøveordningen gjorde det meste av jobben og de utredningene som skulle følge med henvisningen. Så for rådgiverne ved PPT mener noen at henvisningsretten ikke har betydd den store forskjellen. Der det har vært en forskjell, mener en er knyttet til samarbeid og "*en bevissthet i forhold til hvem som skal gjøre hva*".

En effekt av prøveordningen og henvisningsretten, er at flere PP-tjenester svarer at de vet mye mer om "henvisningsgangen", sånn at man kan gi bedre informasjon til foreldrene:

vi har lært oss mer om når BUP avviser og når de ikke avviser. Sånn at den informasjonen kommer fort til foreldre, så får vi stoppet henvisninger som ikke skal videre og vi får barn videre som bør videre.

Bedre samarbeid mellom PPT, BUP og HABU, og mellom PPT og øvrig kommunalt tjenestetilbud har stått på dagsorden også før prøveordningen kom i gang i april 2013. Flere av informantene er derfor i en viss grad usikre på spørsmål om tiltak kan knyttes til samtidighet eller årsakssammenheng. Samarbeid og samhandlingsarenaer har eksistert lenge i en del kommuner og fylker, mens i andre har prøveordningen fungert som en katalysator for et slikt samarbeid, eller har vært det som skulle til for å komme i gang med et samarbeid. I noen sammenhenger har henvisningsretten forsterket allerede eksisterende samhandlingsrutiner og strukturer.

PPT opplever en stor endring i og med henvisningsretten. Når det gjelder henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien, gjorde PPT tidligere sin sakkyndige vurdering og anbefalte foreldrene å ta vurderingen med til fastlegen for henvisning til BUP. Dette kunne ta lang tid. Når en nå har direkte henvisningsrett:

så har vi mye mer kontroll med at skolene og barnehagene gjør en del forsøk, de prøver ut en del tiltak først før vi henviser og det gjør at vi kan si noe mer om hva vi har gjort så det blir lettere for barn og ungdomspsykiatrien å gjøre sine vurderinger også.

PP-tjenesten har som sine oppgaver å veilede skole, barnehage og foreldre, og det blir da også mest hensiktsmessig at det er PPT som har et tett samarbeid med BUP. Både før og etter at prøveordningen kom i gang, har det vært PPT som har lagt det vesentlige av grunnlaget for videre henvisning og som står for den senere oppfølgingen. Men uansett hvem som henviser, så vil den medisinske vurderingen gjort av fastlege være en viktig del av henvisningen:

Fordi vi opplever fra tid til annen at barn med svært redusert hørsel blir sett på som klienter for psykiatrien, uten at man har sjekket ut om de hører.

Det pekes på at selv om PPT er gitt en henvisningsrett, så betyr ikke det at PPT skal ta over for fastlege og barnevern. Men det gir PPT mulighet til å henvise i de sakene hvor dette er hensiktsmessig.

Flere av PP-tjenestene viser til at de har kontakt eller møter i forkant av henvisningene, og da i særlig grad når det er aktuelt å henvise til BUP. Noen av PP-tjenestene viser til at HABU, barnevern og barne- og familietjenesten også vil kunne være involvert i denne fasen. Gjennom disse kontaktene drøftes bl.a. grunnlaget for en henvisning. Men som informantene presiserer, har denne kontakten også eksistert før en fikk henvisningsrett.

Når det gjelder pårørendes kjennskap til og vurderinger av at PPT har henvisningsrett, så vises det til at både fastlegene, skolene og barnehagene er gjort kjent med ordningen, men det er usikkert i hvilken grad de pårørende opplyses om dette. I hvilken grad de pårørende opplever henvisningsrett til PPT som en bedring av tilbudet, vises det til at det er meget få pårørende som har tidligere erfaringer å sammenligne med.

Når det gjelder den videre oppfølging etter at barnet har vært hos BUP og HABU, så vises det til at PPT får informasjon som henvisende instans. Fastlegen får også informasjon, men da fra foreldrene eller etter at foreldrene har samtykket i at fastlegen skal ha informasjonen. Når det gjelder medisinerings, vises det til følgende rutine:

fordi at sånn rutinene er når det gjelder medisinerings, så vil medisinerings være ivaretatt av legen på BUP i en periode etter at utredningen er sluttført, og så etter et variabelt stykke tid, avhengig av hvor vidt man klarer å få til denne medisineringsen stabilt eller ikke, så vil ansvaret som medisinerings bli overført til fastlegen, og da er nok det en egen kontakt.

Flere av informantene ved PPT viser til at de jobber mye tverrfaglig lokalt og at prøveordningen har forsterket fokus på dette samarbeidet. Samtidig er det flere som har en opplevelse av at de, som henvisende instans, blir oppfattet mer som en "kvalifisert samarbeidspartner" og har fått "en større grad av tillit i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten".

Flere av informantene trekker fram tid og tidsbruk som en sentral faktor når det gjelder å få gjort en god utredning og få satt i gang nødvendige tiltak. Henvisningene fra PPT er som oftest så grundige at spesialisthelsetjenesten kan igangsette sitt arbeid uten å måtte vente på den medisinske utredningen fra fastlegen. Det at man kan komme raskt i gang kan være viktig for mange barn. Det hender at det tar lang til, eksempelvis i BUP, men det er som regel i forbindelse med veldig kompliserte saker.

Flere av informantene ved PPT mener henvisningsrett bør knyttes til kompetanse, og at "det bare er rett og rimelig at vi har henvisningsrett når barnevern og fastlege har det".

Et perspektiv når det gjelder samtidighet i jobbingen, er at flere PP-tjenester viser til at de ikke sitter og venter på at BUP eller HABU skal gjøre ferdig sin del av jobbe, for PPT kjenner som regel godt til barnets situasjon og problemer, og kan igangsette tiltak.

Flere av PP-tjenestene kan vise til en mye bedre informasjonsflyt mellom dem og spesialisthelsetjenesten gjennom hele forløpet. I og med at PPT er henvisende instans, så får man bl.a. epikrisene direkte uten å "måtte bruke masse tid på å purre på fastlegen". Et annet aspekt ved det å ha henvisningsrett og løpende kontakt med BUP og HABU, er at PPT til enhver tid vil vite hvor i behandlingsforløpet man er og kan tilpasse sine tiltak og "orientere skole og barnehage om hvor man er".

En av informantene beskriver situasjonen før en fikk henvisningsrett på denne måten:

"Ja, for det har på en måte vært veldig absurd, her sitter da psykologer som er spesialister med mange år på baken som spesialister, svære utredninger og så skal liksom de bruke tid og kompetanse og PP-tjenesten bruke en del, tverrfaglig utredning og forskjellige pedagoger, samle inn informasjon, jobbe med utredning kanskje et halvt år, sende den til legen, som knapt nok leser, og ikke undersøker pasienten, ikke skjønner hva som står, mildt sagt... "

Noen av PP-tjenestene beskriver møter med i særlig grad BUP i forkant av en eventuell henvisning. Dette sparer PPT for mye arbeid dersom det i slike møter konkluderes med at det ikke er grunnlag for henvisning. Dette er også en del av forklaringen på at PPT relativt sjelden opplever å få henvisningene i retur.

I den grad det dukker opp nye samarbeidsarenaer, eksempelvis før en eventuell henvisning og hvor pårørende er til stede, har responsen fra de pårørende vært positiv.

Når det gjelder fastlegenes rolle, peker de fleste informantene for PPT på at fastlegene har vært "en propp i systemet, uten å bidra med annet enn en underskrift". Flere av informantene har også erfaringer med at de tidligere hadde gjort utredninger og vurderinger, og mente at dette var en sak for BUP, og hvor saken så ble stoppet av fastlegen.

Intervjuene med PPT viser at familienes forhold til fastlegene varierer mye. Noen barn har et godt forhold til fastlegen, og i noen sammenhenger vil fastlegen kjenne til psykisk problematikk som eksempelvis skolen ikke kjenner til. Dette blir da en relasjon mellom familie og fastlege hvor andre ikke er involvert.

Det er forutsatt at henvisningen til spesialisthelsetjenesten skal ledsages av en medisinsk vurdering fra fastlegen. Våre informanter mener at denne vurderingen i hovedsak "tilfører saken lite når det gjelder henvisningene til BUP", og tillegges større betydning i henvisningene til HABU, men det vises til at systemet er slik at BUP og HABU ikke kan vurdere om "et barn har rett på helsehjelp hvis at det ikke er en helsefaglig uttalelse knyttet til den henvisningen de får".

Dersom en slik fastlegevurderingen ikke følger henvisningene fra PPT, varierer fremgangsmåten noe fra fylke til fylke. I hovedtrekk informerer PPT fastlegen om at henvisning er sendt spesialisthelsetjenesten, og ber fastlegen ettersende sin medisinske vurdering. Her har man i noen kommuner utarbeidet standardbrev hvor fastlegen informeres om hvilke opplysninger som skal følge henvisningen. I de tilfellene hvor BUP og HABU etterspør denne medisinske vurderingen, blir PPT i noen fylker bedt om å kontakte fastlegen. I andre tar BUP og HABU selv kontakt med

fastlegen, mens i andre igjen gjøres denne medisinske vurderingen i spesialisthelsetjenesten: *"da er det enklere at vi gjør det selv"*.

I de situasjonene hvor PPT blir bedt om å fremskaffe de nødvendige vurderingene fra fastlegene, oppleves det i PPT at en må bruke mye tid på dette, samtidig som en setter et spørsmålstegn ved hvor reell henvisningsretten er *"for da er vi jo likevel avhengig av fastlegen og at han gjør jobben sin før vi kommer videre"*. Et annet perspektiv som løftes fram, er at noen fastleger har reagert på og hatt en følelse av *"å bli instruert av PPT til å gjøre den medisinske vurderingen"*.

Flere av PP-tjenestene påpeker at deres kompetanse og de verktøyene som de benytter, spesielt når det gjelder henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien, gjør at en setter et spørsmålstegn ved behovet for en vurdering fra fastlegene. PPT kjenner barnet, har kontakt med skole og familie, og har et godt grunnlag for sine vurderinger: *"Flere av fastlegene kjenner knapt barnet"*.

Flere er opptatt av at PPT informerer fastlegen når PPT er henvisende instans, både før og etter henvisningen, men flere etterlyser informasjon den andre veien: *"Vi vet ikke hvilke vurderinger fastlegen har gjort og hva de sender BUP og HABU"*. Flere mener det hadde styrket det lokale samarbeidet om dette med informasjonsutveksling hadde vært gjensidig, selvfølgelig etter samtykke fra foreldrene.

For en del barn vil den somatiske vurderingen være ganske uvesentlig, og PPT stiller seg da spørsmålet om hvorfor disse barna må ha en vurdering fra fastlegene som en del av grunnlaget for henvisningen.

Noen peker på at noe av motstanden blant legene mot henvisningsordningen var knyttet til en *"redsel for at den medisinskfaglige delen av arbeidet skulle bli helt borte"*. Dette har vist seg ikke å holde stikk, og noen PP-tjenester mener tvert i mot, med henvisning til at i en del kommuner har man satset mer på å involvere fastlegene i samhandlingen.

Det går igjen et ønske om at fastlegen kommer mer på banen, for fastlegene er viktige både i forbindelse med henvisningen, og vel så mye i den videre oppfølgingen etter på: *"Vi opplever at fastlegen sitter som store spørsmålstegn når barnet kommer tilbake fra spesialisthelsetjenesten, som har skissert videre tiltak som forutsetter involvering fra fastlegen"*.

Tidligere hadde en eksempler på at foreldrene tok kontakt med fastlegen da de lurte på om barnet eksempelvis hadde ADHD og hvor fastlegen sendte henvisning til BUP. Det som da skjedde var at BUP kontaktet PPT for en pedagogisk beskrivelse *"for å se hvordan barnet agerer på den arenaen"*. Dette kunne da være saker PPT ikke kjente til fra før, *"og det er jo vi som må gjøre den jobben uansett hvor saken kom fra"*.

Det beskrives av flere informanter som et paradoks, at på den ene siden insisterer fastlegene på at de skal ha henvisningsretten, samtidig som de må erkjenne at de ikke har tid til å sette seg inn i problematikken og heller ikke deltar på de samhandlingsarenaene hvor de inviteres inn.

8.2.2 Resultater fra intervjuer med BUP

Stikkordsmessig er tilbakemeldingene fra BUP veldig i tråd med det vi fikk høre i intervjuene med PPT: God kvalitet på henvisningene, god og tett dialog, og mer samtidig enn sekvensiell jobbing. BUPene er opptatt av det de omtaler som samtidighet i tjenesteforløpet, det at utredning, tiltak og behandling kan igangsettes uten å måtte vente på fastlegene. Dette har styrket samarbeidet mellom PPT og BUP, en arbeider "*raskere og smartere*". Med prøveordningen er PPT formelt sett henvisende instans, ikke bare reell henviser som PPT var tidligere "*i og med at det var PPT som gjorde nesten hele jobben*".

En av BUPene peker på at en med prøveordningen ikke nødvendigvis kom i gang tidligere, men en får barn og unge henvist tidligere. Tidligere hadde man en vente- og se-holdning på PPT og helsestasjoner "*Ja, men vi venter og ser om det endrer seg, vi venter og ser om det går bra, og så må de da via fastlegen*". Nå mener man derimot å se en endring i kommunehelsetjenesten også, når det gjelder kunnskap og at en er blitt flinkere til å fange opp tidligere: "*Og når de da ser disse barna tidligere, så henviser de litt tidligere også*".

Vi spurte BUPene om det videre arbeidet og den videre oppfølgingen etter at barnet er ferdig behandlet ved BUP. I situasjoner hvor PPT er henvisende instans, må det foreligge en tillatelse fra foreldrene med tanke på orientering til og involvering av fastlegen. Denne tillatelsen fra foreldrene ønsker en å innhente så tidlig som mulig. Dette gjør at BUP kan orientere fastlegen om at de har mottatt henvisning for en av hans pasienter og hva det er henvist for. Når endelig epikrise kommer, så vil fastlegen også få vite hva som er gjort og om fastlegen eventuelt må følge opp medisinsk.

Etter at barnet er ferdig vurdert og behandlet ved BUP, er rutinen at epikrisen sendes PPT som henvisende instans, i tillegg til familie/pårørende. En eventuell oversendelse av epikrise til fastlegene gjøres først etter samtykke fra pårørende. Flere av informantene understreker betydningen av at fastlegen får en rolle både i forbindelse med henvisningene og når det gjelder den videre oppfølgingen. Derfor er det viktig at fastlegen får tilgang til denne informasjonen.

Vi spurte BUPene om de hadde dialog med PPT om enkeltsaker før det ble sendt en formell henvisning. Svarene varierer noe. En av BUPene viser til at en ikke har kontakt om enkeltsaker, men at en har hatt kontakt med PPT og HABU omkring mer generelle spørsmål i tilknytning til prøveordningen. Når det gjelder enkeltsaker, ble disse vurdert når det forelå en henvisning.

I svarene fra BUP vises det til at en opplever en større grad av det noen omtaler som ansvarlighet hos PPT i rollen som henviser, både når det gjelder de utredningene de selv gjør og arbeidet andre kommunale instanser utfører. Et annet begrep som brukes, er trygghet:

Ja, men jeg tror også det gjør at PP-tjenesten er tryggere i sin rolle i forhold til de sakene de ikke henviser, fordi at de har muligheten til å henvise til oss.

Med tryggheten følger også at de kan gjøre en selvstendig vurdering og henvise dersom de mener det er grunnlag for det, uten å være avhengig av fastlegens vurdering, som i noen situasjoner endte med at henvisning ikke ble sendt grunnet faglig uenighet mellom fastlegen og PPT.

Ved en av BUPene uttrykker de det slik i omtalen av samarbeidet med PPT:

Så det er mye bedre samarbeid og egentlig så tror jeg vi jobber smartere sammen.

Henvisningsretten til PPT omtales også som en legitimering av at en går videre på den problematikken som er aktuell, og det har ofte sitt utgangspunkt i skole, og da kommer PPT på banen sammen med skole. Med dette får man en kobling mellom BUP, PPT og skole, og venting på fastlegen blir ikke et forsinkende ledd.

Det varierer i hvilken grad og på hvilken måte det er kontakt mellom PPT og BUP før en eventuell henvisning. Noen PP-tjenester har dette som fast rutine, mens andre ikke har en slik kontakt i forkant. En av BUPene viser til at behovet for slik kontakt har blitt mindre etter hvert som kompetansen i PPT har blitt bedre. Blant dem som har en slik kontakt, pekes det bl.a. på følgende:

Én gevinst handler om at PPT raskere tar kontakt med oss og det blir mer målrettede diskusjoner og omtaler.

En av informantene viser til følgende eksempel når det gjelder å komme raskere i gang:

Hvis PPT lurar på at her er det en lærevanske, også greier du ikke helt å finne ut av om dette er en dysleksi eller om det er genuint matteproblem eller slike ting, og tenker at her er det kanskje evne til å konsentrere seg, som er en del av dette her. Hvis du da et halvt år før du ellers hadde gjort, kobler på oss at vi kan ta stilling til de tingene, så sparer vi et halvt år, og kvaliteten blir jo da bedre i forhold til konklusjon og vi kommer raskere frem til hva vi skal gjøre med det.

En av informantene ved BUP viser til at en god del av henvisningene er knyttet til utfordringer i skole og barnehage, og "der har PPT allerede vært inne i bildet". De har gjort sine vurderinger og også i de aller fleste tilfeller gjort utredninger. Når det kommer til BUP, er ting utført fra før, som BUP, når det kommer henvisning fra fastlege, i veldig stort grad måtte etterspørre hva som var blitt gjort.

Et perspektiv som trekkes fram innenfor temaet *raskere og mer effektivt*, er at tidligere, når det var fastlege som var henviser:

så sto det kanskje en setning om at PPT har vært inni bildet. Mor sier at PPT har vært inni bildet, men så var det ikke innhentet noe informasjon i fra PPT.

Dette forsinket prosessen betydelig, i og med at BUP måtte etterspørre nødvendige utredninger fra PPT etter samtykke fra pårørende. Et annet perspektiv som omhandler det å komme tidligere på banen, er at i og med henvisningene fra PPT så hadde man

et godt grunnlag for å kunne starte opp før behandlingsfrist når vi har alt, når papirene er forelagt og vi vet godt, vi er godt informert om hva PPT har gjort, og det gir jo oss et godt grunnlag for å starte opp saken tidligere.

Det er et generelt synspunkt at PPT og BUP har fått til mer samtidighet i arbeidet og at prøveordningen har bidratt til dette, selv om det å få til et bedre samarbeid har pågått lengre enn prøveperioden.

8.2.3 Resultater fra intervjuer med HABU

Et forhold som skiller erfaringene ved HABU fra erfaringene ved BUP, er at det henvises relativt sjelden fra PPT til HABU. Erfaringsgrunnlaget er således noe mer begrenset. Informantene viser til at mange av de barna som er aktuelle for et tilbud fra habiliteringstjenesten, oppdages tidlig og før det er aktuelt å koble inn PPT.

Også i intervjuene med HABU påpekes viktigheten av den medisinske vurderingen fra fastlegen, og dette betones enda sterkere enn i intervjuene med BUP. En av informantene mener de bruker mye tid på å innhente tilstrekkelig opplysninger i henviste saker, og da særlig fra fastlegen.

Det er blant informantene i HABU litt varierende syn på om henvisningsrett til PPT har ført til at prosessen med henvisninger har gått raskere og at prosessen er blitt mer effektiv, og om ordningen har ført til at innholdet i og kvaliteten på henvisningene har blitt bedre. Men hovedinntrykket fra tilbakemeldingene fra HABU er at de er positive til at PPT er gitt henvisningsrett, da det ofte er PPT som kjenner barna best *"ofte bedre enn helsetjenesten, for de har jo sin faglige vinkling"*.

Når det gjelder spørsmålet om HABU kommer raskere på banen og om arbeidet i HABU nå kan starte raskere, så er informantene noe forbeholdne og da knyttet til mangelen på medisinsk opplysninger. Det presiseres at det er veldig viktig at fastlegene involveres fordi det ofte er behov for somatiske opplysninger om den pasienten som henvises. Mangelen på slike opplysninger medfører ofte forsinkelser i prosessen. Dette er spesielt viktig i forbindelse med nye pasienter. Når det gjelder pasienter HABU kjenner fra før, påpekes det at det er tilstrekkelig at fastlegen informeres om at pasienten er henvist.

Dersom opplysninger fra fastlegen mangler, har en ulik praksis med hensyn til fremgangsmåte. Enten bes PPT kontakter fastlegen, HABU kontakter fastlegen selv eller lege ved HABU utfører de nødvendige utredningene og undersøkelser. Som nevnt ovenfor, er det enkelte PP-tjenester som setter et spørsmålstegn ved hvor reell henvisningsretten er dersom det er PPT som må skaffe de nødvendige opplysningene fra fastlegene. Som en av PP-tjenestene uttrykker det: *"da må vi jo vente på fastlegene likevel"*. I intervjuene med HABU vises det til at en også innhenter opplysninger fra helsesøster når det er snakk om små barn: *"for de kjenner jo gjerne barnet godt"*. Det er behov for mer informasjon dersom barnet henvises HABU første gang og ikke har vært hos dem før.

Informasjonen tilbake til førstelinjen går alltid til henvisende instans, og til fastlegen og andre etter at dette er klarert med foreldrene. I tillegg til fastlege, er det vanlig å sende informasjon til helsestasjon og helsesøster.

En av HABUene peker på at erfaringene med henvisningsrett til PPT er blandet, og da i særlig grad behov for å få til en samordning av de aktuelle tjenestene i kommunene. Det poengteres at det

er viktig at PPT samordner seg med andre før de sender henvisning, ellers vil det medføre mye ekstraarbeid i etterkant. For pasienter henvist til HABU trekkes fastlegens rolle særlig fram. Men selv om fastlegevurderingen mangler, betyr ikke dette at man ikke behandler saken videre i HABU.

HABUene er noe usikre på om henvisningsretten til PPT har gjort tilbudet til brukerne bedre. Flere er imidlertid enige i at man har fått til en tettere og bedre dialog mellom PPT og HABU *"for å få til bedre samarbeidslinjer"*. I prøveperioden har det vært mye oppmerksomhet knyttet til samtidigheten i behandlingstilbudet, selv om dette også har vært tema før prøveordningen kom i gang. Det handler om dialog i henvisningsfasen, at man kan starte et arbeid i fellesskap og blir enige om å fordele oppgavene, hvilke aktører som skal involveres når osv. Dette har gjort det enklere å sette i gang tiltak i førstelinjen parallelt med at pasienten er henvist til og i behandling i spesialisthelsetjenesten.

En av informantene peker på at tidlig henvisning til HABU, selv om medisinsk vurdering fra fastlege mangler, gir et grunnlag for å vurdere *"hva slags frist barnet skal få"* og alvorlighetsgrad basert på bl.a. opplysninger om hvordan barnet fungerer.

Dialog og kontakt før en eventuell henvisning er relativt vanlig. Dette omfatter alt fra en uformell telefonsamtale, til møter der saken drøftes anonymt eller etter samtykke fra foreldre og pasient. Disse drøftings- og avklaringsmøtene er viktige for den videre saksgangen på flere måter. Det sparer PPT for arbeid i saker som det viser seg ikke hører hjemme i HABU, man kan få drøftet hva som må gjøres før en henvisning sendes (hvilke utredninger som må gjøres, hvilke aktører som skal trekkes inn osv.). Denne kontakten har også den funksjonen at det klargjør problematikken og hva som eventuelt forventes av HABU.

8.3 Samarbeid

8.3.1 Resultater fra intervjuer med PPT

Samhandlingen foregår på ulike plan og i ulike deler av prosessen. Vi har eksempler på samhandling på generelt nivå hvor man diskuterer rutiner og informasjonsutveksling, samhandling knyttet til prøveordningen, samhandling i enkeltsaker, helt fra uformell telefonkontakt før henvisning, gjennom hele henvisnings- og behandlingsprosessen og til pasienten skal tilbake til kommunen og førstelinjen. Hvilke bidrag prøveordningen har gitt til disse ulike samhandlingsformene er det umulig å si noe entydig om. De fleste av informantene mener prøveordningen har vært viktig for samhandlingen, men det er uenighet om på hvilke områder og hvor betydningsfullt det har vært.

Der det er etablert samarbeidsarenaer før en eventuell henvisning, blir man enige om hva som skal gjøres av hvem, og i en del saker avsluttes de der – uten henvisning, men hvor man drøfter tiltak lokalt. For noen har henvisningsretten vært startskuddet for samarbeid, hos andre representerer den en videreføring og forsterkning.

PPT viser til at samarbeidsrutiner og samarbeidsarenaer har eksistert også før prøveordningen kom i gang, og da ofte i form av faste samarbeidsmøter med noe varierende sammensetning, men som regel PPT og BUP, i noen grad også andre kommunale etater.

Flere av informantene viser til et tettere samarbeid med BUP, som bl.a. har åpnet for "anonyme konsultasjoner" hvor PPT kan ta kontakt og drøfte enkeltsaker.

Samarbeidet mellom PPT og BUP beskrives også som styrket i forbindelse med akutsituasjoner. Det at man har en tettere dialog, gjør at når det oppstår umiddelbart behov for hjelp, så kan man ta en telefon til BUP, orientere om situasjonen, og fortelle om at PPT vil sende en henvisning slik at BUP kjenner problematikken når henvisningen kommer og de kan sette i gang sitt arbeid raskt: *"Henvisningene trenger ikke gå via den ene og den andre først"*.

Informantene viser til at fastlegen kan være relativt perifer for mange barn med den type problematikk som ivaretas av PPT og BUP: *"De aller fleste barn i barnehage og skole så er det jo få av dem som går til legen hvis det er noe annet enn fysisk syk"*. Ofte vil helsestasjon og skolelege ha bedre kunnskap om barnet enn fastlegen. Så *"den gjennomsnittlige fastlege har lite å bidra med"*. Samtidig pekes det på at det er viktig at fastlegen involveres tidlig, da det ofte vil være slik at fastlegene vil ha en rolle når barnet skal følges opp videre i kommunehelsetjenesten.

Når det gjelder kommunikasjonen mellom PPT og fastlegen, har PP-tjenesten som rutine at de informerer fastlegene om at henvisning er sendt, og ofte også ledsaget av informasjon om hvilke undersøkelser fastlegen må foreta. På den annen side er det sjelden informasjon den andre veien; fra fastlege til PPT.

Den generelle utfordringen har vært å få fastlegene mer på banen, både i enkeltsaker og i de mer faste samarbeidsstrukturene. En ser ikke bort fra at *"legen sin rolle kanskje har blitt løftet fram i forhold til viktigheten av å ha ei somatisk vurdering med dette prosjektet"*.

Selv om det er enighet om at henvisningsretten har gitt et bedre tilbud til brukerne, er det også enighet om at man har et stykke vei å gå når det gjelder kommunalt samarbeid og det å få samlet og oversendt alle de opplysningene som skal til spesialisthelsetjenesten.

Generelt har henvisningsretten bidratt til tettere samarbeid og kontakt mellom PPT og BUP/HABU. Flere av PP-tjenestene viser til at samarbeidet har pågått også før en fikk henvisningsrett ved PPT. En har etablert møtearenaer og fått til bedre saksflyt og effektivisering i samhandlingen. Samtidig har henvisningsretten gitt PPT *"en annen status"* i dette samarbeidet, og at PPT i langt større grad har tatt et ansvar for helheten i de henvisningene som sendes. Med det å være henvisende instans, oppleves det å følge et større ansvar.

Flere av kommunene har også erfaring med at man gjennom prøveordningen har fått til et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og da særlig BUP. Som henvisende instans blir også PPT en samarbeidspartner for BUP på en annen måte enn når fastlegen er henvisende instans.

I flere av fylkene og kommunene har en hatt møter mellom PPT, BUP og HABU for å bli enige om kjørereglene knyttet til henvisningsretten. Møtearenaer har også eksistert før prøveordningen, men en føler at en er mer samkjørte nå etter at PPT fikk henvisningsrett.

Et annet perspektiv som trekkes fram i forbindelse med dialogen mellom PPT og spesialisthelsetjenesten, er det å unngå at spesialisthelsetjenesten skaper urealistiske forventninger hos foreldrene til hva de kan vente seg i førstelinjen.

Det varierer mye hvor langt man var kommet i dette med å samarbeide da prøveordningen kom i gang. Noen startet helt fra bunnen av, mens andre hadde etablert samarbeidsstrukturer som egentlig bare ble videreført. Erfaringene fra samlingene var at flere av deltakerne var opptatt av å etablere en praksis, "*og sånn kan ta tid, det å bygge opp samarbeidsstrukturer*".

Informantene har en opplevelse av at det har vært få føringer med hensyn til hvordan man skal organisere seg lokalt. I flere fylker har man "*følt seg fram sammen med aktuelle samarbeidspartnere*". Noen etterlyser mer tydelighet, mens andre mener det har vært positivt med stor grad av lokal frihet.

Møtepunkter varierer fra kommune til kommune, er etablert i ulike faser og det varierer hvem som er til stede. Hovedinntrykket er at det er satt i gang en rekke prosesser for å bedre samarbeidet i de ulike fasene, og dette er prosesser som har vært igangsatt til dels uavhengig av prøveordningen. Det er imidlertid enighet om at prøveordningen med henvisningsrett til BUP og HABU enten har vært starten på et samarbeid eller bidratt til videreutvikling og aktualisering av allerede etablerte samhandlingsprosesser.

På spørsmål om hva som ikke fungerer optimalt, så er samarbeidet med fastlegene en gjenganger, mens noen peker på at selve henvisningsordningen og om den skal videreføres ikke må stå og falle på om fastlegene samarbeider eller ikke. PPT, BUP og HABUs "oppdragerrolle overfor fastlegene er viktig, men bør ikke være utslagsgivende når en ser hvor mye positivt som har kommet ut av prøveordningen". Av andre forbedringsområder som trekkes fram, er det flere som mener at det kommunale samarbeidet generelt kan bli bedre, og at en må få til en bedre samhandling mellom PPT, skole, barnehage, helsestasjon og skolelege.

8.3.2 Resultater fra intervjuer med BUP

En av BUPene viste til at de har hatt et tett samarbeid med fastlegene over mange år om god kvalitet på henvisninger, gode epikriser, og kontakt gjennom et behandlingsforløp. Det ble pekt på at dette er noe en også har hatt fokus på i prøveperioden, det at fastlegen skal være orientert og involvert i og med at alle barn og unge har en fastlege som de må forholde seg til på et eller annet tidspunkt.

Når det gjelder spørsmålet om å få fastlegene til å gjøre en medisinsk vurdering (om det er PPT eller BUP som har ansvar for å fremskaffe denne), viser en av BUPene til at de ved starten på prøveordningen sendte et informasjonsbrev til fastlegene om viktigheten av deres rolle og at de ga en god beskrivelse av symptomer og funksjon og hva som er gjort, og at en i forbindelse med prøveordningen fortsatt ønsket at fastlegene skulle være både orientert og involvert i arbeidet.

En av BUPene viser til at de utarbeidet et skjema som PPT gir til foreldrene og hvor foreldrene blir bedt om å kontakte fastlegen for å få gjennomført en medisinsk vurdering. En av BUPene viser til

hvis pasienten ikke har vært innom fastlegen, så vil en ved BUP foreta både en somatisk og nevrologisk legeundersøkelse. I vurderingen av fastlegens rolle vises det til at fastlegene til tider "*snakker med to tunger*": På den ene siden vil de vite mest mulig og vil være involvert, og samtidig "*når de får muligheten til det så glimrer de med sitt fravær, også kjenner de egentlig ikke pasienten, og hva skal du da med en epikrise i forhold til hva du skal følge opp?*"

Flere av informantene viser til at man med prøveordningen tar bort en unødvendig forsinkelse (les: fastlegen, vår merknad), og hva dette betyr tidsmessig var blitt tydeligere etter at PPT ble gitt henvisningsrett. Det vises til at før prøveordningen var det i realiteten også PPT som skrev henvisningen, men at den da måtte sendes fastlegen for en underskrift og at henvisningen da kunne ligge hos legen i dager og uker før den ble sendt videre. Dette unngår man nå ved at leder ved PPT er gitt henvisningsrett.

Flere av informantene pekte på at det at man unngikk denne forsinkelsen hos fastlegen var av vesentlig betydning fordi det for mange av barna var viktig at man kom raskt i gang med behandlingen. Prøveordningen hadde ført til at BUP "*kom tidligere på banen*".

Videre pekes det på at det uavhengig av prøveordningen med henvisningsrett til PPT har pågått et utviklingsarbeid over lengre tid. Informantene viser til langvarig samarbeid med kommunene når det gjelder veiledning, hvor BUP har vært med å bygge opp kommunal psykisk helsetjeneste i kommunene, at en har vært mye ute i kommunene og undervist om bl.a. tilstandsbilder, noe som har styrket den kommunale kompetanse.

Samhandlingsarenaer eller møteplasser mellom PPT, BUP, HABU og fastleger har eksistert også før prøveordningen, med varierende tema og varierende deltakelse. En av informantene ved BUP beskriver samarbeidet slik:

Så vi møtes regelmessig, sånn at både førstelinjen ute i våre kommuner og vi her i spesialisthelsetjenesten kjenner hverandre veldig godt etter hvert, sånn at når da PPT i de tre kommunene fikk henvisningsrett, så var det bare en naturlig videreføring av det som vi har hatt fra før. Alle de har gjennom så mange år vært med på saksdrøftinger fra de møtene hver sjette uke, der drøfter vi navngitte saker etter samtykke.

Blant informantene vises det til at det både for pasientene og for fastlegene vil være en vinn-vinn-situasjon ved at fastlegene vet at en av hennes pasienter vil bli henvist til BUP av PPT, at fastlegen skal gjøre den medisinske utredningen uten at dette innebærer noe tidstap for behandlingsløpet, og at PPT gjør det meste av det øvrige utredningsarbeidet.

Dersom BUPene skal trekke fram områder hvor ordningen med henvisningsrett for PPT har et forbedringspotensial, så er det å få til en sterkere involvering fra fastlegene. I den videre relasjonen mellom barnet og fastlegen vil det være av stor betydning at fastlegen faktisk vet at barnet har hatt et tilbud ved BUP.

En av informantene viser til at de i flere år har satt seg ned, avsatt tid én gang i måneden, for å drøfte saker:

Det er ofte hatt utgangspunkt i PPT og hva det er lurt å gjøre med dem, og det er et område som jo handler om for eksempel lærevansker med tilleggsproblematikk rundt konsentrasjonsvansker eller mulig ADHD og den type ting, som er farvann som er fint å kartlegge, derfor møtes vi regelmessig på det. Og hvis vi da har drøftet dette på en sånn måte at vi tenker at BUP-en skulle ha en rolle i dette, så har vi da tidligere har måttet gå veien via fastlege for å få til det formelle.

Det uttrykkes at henvisningsretten er veldig besparende for samarbeidet og tiden det tar ellers gjør det lettere for alle:

Det betyr jo at vi starter jo på et vis da felles. Altså, nå har vi en henvisning her, så nå kan vi drøfte hva er det lurt å gjøre og hva bør arbeidsfordelingen mellom oss være.

En av informantene mener at det at de har hatt et eksisterende samarbeid med PPT, har gjort "innkjøringsfasen i prøveordningen enklere", fordi møtearenaene allerede var etablert og samarbeidsrutiner var diskutert og på plass fra starten av. Prøveordningens bidrag har vært at PPT er gitt formell henvisningsrett som har ført til at den videre prosessen "ikke stoppes eller forsinkes av fastlegen".

Det å etablere samarbeidsarenaer har videre ført til at en har skapt en helt annen kultur, som handler om å møtes i fellesskap med åpenhet for hverandres perspektiv. Henvisningsretten og samarbeidet har ført til:

at vi ikke kaster bort så mye tid på den stol-leken, som jeg ofte kaller deg, fra den ene til den andre, fordi det er lett at det blir veldig mange gråsoner, og da er det jo fort at tiden går mens en leter etter neste steg.

Henvisningsretten og samarbeidet er tett forbundet, og har sammen skapt bedre kvalitet og raskere igangsetting:

vi forkorter den veien det er for folk som begynner å ha bekymring, til at de kommer seg til rett instans.

Det pekes på at aktørene kommer tettere og raskere på hverandre, noe som gjør at en for eksempel forttere kan klarlegge hva som finnes av utredningsbehov. En informant fra BUP uttrykker det slik med hensyn til møtepunktene:

Ja, det har vi ofte når vi har gjort utredninger. Særlig hvis det er større utredninger med alvorlig problematikk, kroniske lidelser, så har vi et samarbeidsmøte hvor vi gir den informasjon om vår utredning og vår vurdering også samsnakker vi da ofte samtidig med de om hva vi tenker er barnets behov videre, på skolen for eksempel. Hos fastlegen eller i førstelinjen forøvrig. Eller samtidig med oss hvis vi alle skal være inne. Også er det nok sånn at vi kunne helt sikkert hatt flere møter og vi har nok ikke alltid vært flinke til å informere fastlegen, PP-tjenesten, barnevernet og så videre, alle samarbeidspartnere om at nå avslutter vi. I hvert fall ta en telefon og si at «nå går vi inn for landing her på BUP». Så det kunne vært flere møter, men det er noe med at det er tidkrevende og det er ikke alltid fastlege har anledning til å komme hit på møter heller. De blir ofte invitert og takker nei.

Fra en av BUPene vises det til at gjennom et tettere samarbeid, så synes en å ha sett i noen av sakene at PP-tjenesten er mer oppdatert når de har henvist selv.

Selv om erfaringene er gode med hensyn til samarbeidet mellom BUP og PPT og at de kan starte sakene sammen, så mener BUP at en har en jobb å gjøre med å få til et bedre samarbeid i et pasientforløp over tid:

å samkjøre perspektivene slik at vi legger litt lengre løp for en del av de unge som har lærevansker i kombinasjon med psykiske vansker og kanskje problematisk familiesituasjon i tillegg. Det er litt generelt det da, men jeg tror at vi har en god del å gå på i forhold til PPT i forhold til det. Sånn at vi nå starter på et vis i lag og har formelt henvisningen på plass, men så er jeg ikke helt sikker på at vi utnytter hverandres kapasiteter og kompetanse i neste omgang.

Fastlegens rolle i samarbeidet problematiseres av alle informantene. En av informantene viser til at de fleste unge som strever i skole og ellers, har ikke noe somatisk problematikk, og har dermed heller ikke kontakt med fastlegen. En av BUPene uttrykker det slik når det gjelder fastlegens rolle:

Det betyr at fastlegen i utgangspunktet ikke har den tilgangen eller kjennskapen til i utgangspunktet eller uten videre tilgang til hva som er problemet, fordi de ikke har noen relasjoner til helsesøster eller skole eller PPT, så de blir ofte sittende i et rimelig vakuum da, fordi de skal lage henvisninger og må bygge på muntlighet som gjør at det blir dårlig kvalitet.

Det presiseres at det er viktig å involvere fastlegen i samarbeidet fordi fastlegen vil få en oppfølging av barnet før eller siden i forløpet, og da vil det være sentralt at de kjenner til problematikken og hva de ulike aktørene har bidratt med. Fra en av BUPene uttrykkes det slik:

Vi har hatt et veldig tett samarbeid med fastleger over mange år i forhold til god kvalitet på henvisninger og i forhold til epikriser og altså kontakt gjennom et behandlingsforløp og, sånn at det er noe vi på en måte tenkte med dette prosjektet og, at fastleger skal være orientert og involvert, naturligvis ikke samme krav, men det er jo fordi at alle barn og unge de har jo en fastlege de må forholde seg til på ett eller annet tidspunkt i livet.

BUPene har jobbet aktivt med å involvere fastlegene i samarbeidet omkring barnet, gjennom informasjon og det å bli invitert til å delta på samarbeidsmøtene. Men som en BUP uttrykker det:

Jeg mener at fastleger taler med to tunger, fordi at det er noe med å bruse med fjærene og hvorfor skal PPT gjøre det, mens når de og da blir invitert inn og får muligheten til å være med, da melder de seg ikke på.

En av BUPene mener å se en endring i kommunehelsetjenesten i prøveperioden, og da når det gjelder kunnskap og at "de er blitt flinkere til å fange opp tidlige":

Vi har og hatt et langvarig samarbeid med kommunene våre i forhold til veiledning, vi har vært med å bygget opp kommunalpsykisk helsetjeneste i alle kommunene våre, sånn at vi har

vært mye ute der og undervist i forhold til tilstandsbilder, så det er veldig mye kompetanse i kommunene våre og lavterskeltilbud.

BUPene viser til at de har etablert rutiner for fortløpende diskusjon om det med å utvikle forståelse, både i kommunen og hos BUP, for å få mer kjennskap til hverandres arbeid, og å problematisere eller diskutere rundt henvisningene som kommer.

Det pekes på at i en del saker er det, sett fra BUP, "*hensiktsmessig å starte opp med PPT til stede, og deler av førstelinjen til stede, for å på en måte, for å kartlegge symptombildet, men óg for å kartlegge hva er det førstelinjen har gjort av tiltak og hvordan tiltak er det som har hatt effekt og hvordan skal førstelinjen fortsette å jobbe med saken, selv om BUP kommer inn*". Det pekes på som en utfordring å forplikte hverandre til å sette av tid til sånne møter.

8.3.3 Resultater fra intervjuer med HABU

Erfaringene varierer noe mellom HABUene med hensyn til om samarbeidet mellom HABU, PPT, fastleger og andre endret seg som følge av prøveordningen. En av informantene svarer at det i hovedsak ikke har skjedd noen endringer, men presiserer at tendensen likevel er at henvisningene kommer fram til HABU kortere tid etter at PPT selv har vurdert barnet; siden det tar noe tid å få time hos legen eller at PP-tjenestens papirer kan bli liggende hos legen. Vårt inntrykk er at det er ganske vanlig at PPT tar kontakt for å drøfte saker og om barnet skal henvises. Dette gjør at man unngår for mange feilhenvisninger, og det sparer PPT for mye unødig arbeid.

Blant HABUene vises det til at en har løpende kontakt med PPT i enkeltsaker, både i forbindelse med henvisningen, utredningen ved HABU og tilbakemeldingsmøter der PPT deltar når utredningen er ferdig. Hovedinntrykket er at HABU også har samarbeidet med PPT før prøveordningen kom i gang, og at en ikke ser den helt store forskjellen. Med andre ord; "*Ikke mye raskere og ikke mer effektivt*". I den grad en ikke har hatt samhandlingsarenaer fra før, så pekes det på av prøveordningen "*har tvunget oss til å finne fram til gode samarbeidsløsninger*".

Blant HABUene vises det til at en pleier å ha tilbakemeldingsmøter først med foreldrene alene, deretter med foreldrene og lokale instanser sammen. Lokale instanser vil da oftest være PPT, barnehage, skole, spesialpedagoger, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt andre. Det er sjelden fastlegen deltar, de mottar medisinsk epikrise hvis lege hos HABU har deltatt i utredningen. Ellers får de kopi av oppsummeringsrapport, dvs. resultater etter utredninger ved de enkelte fagfolk, samt drøftinger og konklusjoner fra møtet.

HABUene presiserer at behovet for å få til en bedre samordning nok ville ha kommet uansett prøveordning eller ikke, og dette arbeidet har man flere steder kommet et stykke på vei med, også før prøveordningen kom i gang i april 2013:

Dialog med kommunene har stått på dagsorden også før prøveordningen, og det synes som om PPT har forstått hvor viktig det er for HABU at det følger med en legevurdering.

Informantene viser til at prøveordningen har bidratt til å aktualisere behovet for tettere samhandling, slik at en sammen kan danne seg en oversikt over hva man samlet sett trenger av ulike kompetanse

og at dette samordnes på rett tid i prosessen.

En av informantene peker på at de i hovedsak ikke har mer positive erfaringer sammenlignet med kommuner der PPT ikke har slik henvisningsrett. Kvaliteten på henvisningene er veldig avhengig av kompetansen ved det enkelte PPT, og det presiseres at en henvisningsordning ved PPT ikke må føre til at HABU blir en avlastning for det arbeidet PPT burde gjort.

Blant HABUene vises det til at en pleier å ha tilbakemeldingsmøter først med foreldrene alene, deretter med foreldrene og lokale instanser sammen. Lokale instanser vil da være PPT, barnehage, skole, spesialpedagoger, fysioterapeut, ergoterapeut og eventuelt andre. Det er sjelden fastlegen deltar, de mottar medisinsk epikrise hvis lege hos HABU har deltatt i utredningen. Ellers får de kopi av oppsummeringsrapporten, dvs. resultater etter utredninger utført av de enkelte fagfolk, samt drøftinger og konklusjoner fra møtet.

Erfaringene varierer noe mellom HABUene med hensyn til om samarbeidet mellom HABU, PPT, fastleger og andre har endret seg som følge av prøveordningen. En av informantene svarer at det i hovedsak ikke har skjedd noen endringer, men presiserer at tendensen er *likevel at henvisningene kommer fram til HABU kortere tid etter at PPT selv har vurdert barnet; "siden det tar noe tid å få time hos legen eller at PPTs papirer kan bli liggende hos legen"*.

Blant HABUene vises det til at en har løpende kontakt med PPT i enkeltsaker, både i forbindelse med henvisningen, utredningen ved HABU og tilbakemeldingsmøter der PPT deltar når utredningen er ferdig. Hovedinntrykket er at HABU også har samarbeidet med PPT før prøveordningen kom i gang og at en ikke ser den helt store forskjellen: *"Med andre ord; ikke mye raskere og ikke mer effektivt"*.

8.4 Kvaliteten på henvisningene

Vi har under dette punktet samlet tilbakemeldingene fra PPT, BUP og HABU fordi de er så vidt sammenfallende. Hovedinntrykket er at PPT skriver gode henvisninger, at de er fyldige og grundige, at de i hovedsak er presise i problemformuleringene, og at de inneholder tilstrekkelig informasjon til at BUP og HABU kan igangsette sin del av arbeidet selv om det på henvisningstidspunktet ikke foreligger medisinsk utredning fra fastlegen.

Flere av informantene både ved PPT, BUP og HABU har også en opplevelse av at PPT, med henvisningsrett, tar et mye større ansvar for helheten i henvisningen enn man gjorde før, hvor PPT kun hadde ansvar for sin del av utredningen og vurderingen. Et PPT uttrykker det på følgende måte:

Det er klart at når vi sitter med den selvstendige henvisningsretten så er vi nødt til å tenke oss om litt mer. Sånn at jeg synes at vi har blitt mye mer skjerpet og profesjonelle i den vi mener bør henvises. Vi har nok blitt litt strengere. Vi stiller større krav til hva vi skal se etter og vi har lært oss litt mer om hva er det barn og ungdomspsykiatrien

Når det gjelder arbeidet lokalt og før en henvisning sendes, svarer en av PP-tjenestene følgende:

PP-tjenesten betyr jo pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste, og syke og soma går jo svær tett hånd i hånd, altså når vi skal gi råd om tilpasninger i skole, så vil jo vi måtte forholde oss både til somatikk og til de psykiske og læremessige aspekter. Sånn at vi må forsøke å ta inn hele bredden oss barnet, vi gir også råd til hvordan man skal tilrettelegge i forhold til barn med fysiske funksjonshemninger. Det er klart at vi er forpliktet til å innhente kompetanse og råd fra andre instanser i den grad vi ikke har kompetanse selv, og det betyr at når det for eksempel gjelder sterkt hørselshemmede eller synshemmede, eller små marginale grupper hvor vi ikke kan forvente å sitte med egen kompetanse, så bruker vi synspedagoger fra de statlige kompetansesentrene, til å gi oss råd om hva vi bør anbefale av tiltak i skole og barnehage.

Også når det gjelder oppfølgingen etter at spesialisthelsetjenesten "er ferdig med sin del av jobben", opplever man at PPT har tatt et større ansvar for helheten.

Tilbakemeldinger fra BUPene viser at henvisningene vurderes å være av god kvalitet. Når det gjelder rutiner for innhenting av nødvendige opplysninger, er dette noe man har jobbet med også før prøveordningen. Den generelle erfaringen med PPT er at de også før prøveordningen som regel hadde gjort et godt og grundig forarbeid: *"Utredningene er gode og tydelige og de kommer raskt"*. Som en av BUPene peker på, så er dette med tid vesentlig, fordi en ønsker "ferskvare" av en del utredninger (eksempelvis evnetester). Informantene viser også til at når det foreligger gode skole- og barnehageobservasjoner som gir et klart bilde på symptomer, så trenger ikke BUP å gjøre ting om igjen. En av BUPene viser til at kvaliteten på henvisningene fra PPT er jevnt over bedre enn fra fastleger, selv om det også "er veldig flinke fastleger".

Flere av informantene er opptatt av at man generelt sett får bedre henvisninger fra PPT enn fra fastlegene. Problematikken i hva det henvises for varierer med hensyn til om henvisningen kommer fra fastlege eller PPT, men kvaliteten er jevnt over bedre fra PPT. Noen av informantene mener at dette nok henger sammen med at det også før prøveordningen var PPT som gjorde hoveddelen av jobben med henvisningene.

Fra BUP vises det til at grundigheten i henvisningene fra PPT sparer BUP for mye arbeid når det gjelder å samle nødvendig informasjon. En informant sier det slik:

Samtidig så tror jeg at PP-tjenesten har tatt mye mer ansvar for å sende gode henvisninger fra seg. Så jeg synes de har tatt det ansvaret for å være edrueelige og skrive gode henvisninger på en fin måte. Så hvis fastlegene kunne nærmet seg PP-tjenestens bidrag når det gjelder henvisningene og vedlegg, så ville det vært genialt..

Som en del av arbeidet med grunnlagsmaterialet med henvisningene, viser en informant ved BUP til at PPT ofte har vært i kontakt med foreldrene og avklart veldig nøye at det er ok at barn eller ungdom henvises til BUP. Et annet forhold som trekkes fram er at PPT ofte har innhentet informasjon fra samarbeidspartnerne "som kan være magert i andre henvisninger". Dette letter den videre prosessen.

Informantene fra HABU er stort sett enige med erfaringene til BUP, selv om en er noe mer forbeholden når det gjelder å fremheve de store endringene fra før og etter at prøveordningen kom i gang. En ser bl.a. utfordringene i å få til et godt samarbeid i kommunene som grunnlag for en god

henvisning. Som vi imidlertid pekte på innledningsvis, så er erfaringsgrunnlaget for henvisninger fra PPT til HABU langt mindre enn henvisningene fra PPT til BUP. Som en informant ved HABU sier det:

"Langt de fleste av henvisningene kommer fra fastlegene".

Henvisningene fra PPT beskrives i hovedsak som gode av HABU, og meget omfattende – men i *"noen sammenhenger er det vanskelig å lese ut av henvisningene hva barnet konkret henvises for"*. HABU tar da kontakt med PPT med hensyn til en konkretisering *"av bestillingen"*. Men som sagt, HABU mottar få henvisninger fra PPT, *"forunderlig få"* som en informant uttrykker det.

En av informantene i HABU peker på at gode utredninger i førstelinjen sparer HABU for en del arbeid og gjør det videre arbeidet enklere, samtidig som *"vi får en litt bedre pekepinn på hvor landet ligger hvis de har gjort en del tester og utredninger"*. En annen av informantene sier at de er generelt positive til at PPT er gitt en henvisningsrett i og med at det ofte er PPT som kjenner barna best. Samtidig pekes det på at det er viktig at fastlegen ikke faller helt ut, *"for fastlegene er viktige bl.a. i oppfølgingen av barna etter at de har vært i HABU"*.

8.5 Økonomiske konsekvenser

Vi spurte informantene om de mener at prøveordningen med henvisningsrett for PPT har hatt noen økonomiske konsekvenser. Dette er en problemstilling som relativt få har noen refleksjoner omkring. Tilbakemeldingene fra PP-tjenestene er at de også før prøveordningen kom i gang, gjorde det vesentligste av grunnlagsarbeidet i henvisningene selv når det var lege som var henvisende instans.

BUP og HABU er stort sett enige om at prøveordningen har ført til at en kommer raskere i gang med sin del av tilbudet, men at prøveordningen som sådan ikke har hatt betydning for det interne arbeidet.

Både fra BUP og HABU gis det fra flere uttrykk for at kvaliteten på henvisningene fra PPT *"er gode og blir stadig bedre"*, noe som kan sies å lette arbeidet med å etterspørre utredninger og vurderinger. Det er imidlertid ikke mulig for aktørene å fastsette hva dette betyr av innsparinger med hensyn til timebruk, og dermed også om det har noen økonomiske konsekvenser.

På den annen side er det heller ingen av informantene som mener at henvisningsrett til PPT har ført til merarbeid, og med dette merkostnader, samlet sett.

8.6 Opplæring og samlingene

I kravspesifikasjonen til evalueringen pekes det på at kritiske faktorer i prosjektet vil være at ansatte i PPT sikres nødvendig kunnskap om barn og unges psykiske helse og utviklingsforstyrrelser og henvisningskompetanse. Videre vil det være avgjørende at ansatte i de aktuelle tjenestene (PP-tjenesten, BUP og HABU,) sikres kjennskap til hverandres tjenester samt at det etableres samhandlingsarenaer mellom tjenestene.

Vi spurte informantene om hvordan de opplevde og hvilket utbytte de hadde hatt av de to felles samlingene som var blitt arrangert som en del av prøveordningen. Svarene viser store variasjoner med hensyn til hvor nyttige en synes disse samlingene har vært, alt fra "meget nyttig" til at samlingen "holdt et meget lavt nivå".

Utbytte av samlingene knytter mange av informantene til størrelse på de PP-kontorene som er med i prøveordningen, "da det er en sammenheng mellom volum og kvalitet og kompetanse". Og jo større kontor, jo flere saker, og jo oftere samhandling mellom PPT, BUP og HABU. Dette gjør bl.a. at man blir bedre kjent og har større forståelse for hverandres tenkemåte og arbeidsform.

Når det gjelder det faglige nivået en hadde valgt for samlingene, er det noen av informantene som opplevde "at det virket som om arrangørene ikke var klar over at de hadde å gjøre med fagfolk med høy kompetanse, "med master, hovedfag og doktorgrad" og at det faglig sett "var tunga ut av vinduet". Men som sagt, andre igjen (vesentlig mindre kommuner og PP-tjenester) hadde et godt faglig utbytte og "fikk nyttig faglig påfyll".

Deler av samlingene ble arrangert som gruppearbeid mellom de aktuelle aktørene i de respektive fylkene. Denne delen var det flest av våre informanter som var positive til. Flere av informantene mener at samlingene burde hatt *mye mer* oppmerksomhet om det å samarbeide, "for det er på dette punktet det har vært de største utfordringene for en del av kommunene". Videre pekes det på at samhandling i kommunene og med spesialisthelsetjenesten også er aktualisert gjennom samhandlingsreformen. For noen av informantene ga gruppearbeidet på samlingene startskuddet til en videreføring av samarbeidet lokalt, mens andre viste til at dette ikke var videreført "i og med at vi har etablert slikt samarbeid allerede".

Flere av informantene mener det har vært en utfordring å finne temaer og faglig nivå tilpasset en så stor bredde av deltakere med så ulik kompetanse. Den viktigste tilbakemeldingen er imidlertid at slike arenaer burde hatt oppmerksomheten rettet mot styrking av samarbeid, slev om det også på dette området er relativt store variasjoner med hensyn til hvor langt man har kommet i de aktuelle kommunene og fylkene.

8.7 Videreføring

I den grad det omtales i intervjuene, mener flere av informantene at utvalget av bl.a. PP-tjenester som deltaker i prøveordningen ikke har vært helt tilfeldig. I hvert fall i noen fylker er det foretatt en seleksjon av PPT ut fra kriterier som eksempelvis tidligere samarbeid og kompetanse. Denne seleksjonsprosessen mener informantene man må ta hensyn til dersom en vurderer å gjøre henvisningsretten gjeldende for hele landet. Som en informant ved BUP uttrykker det:

Jeg tror du ville få helt andre resultater hvis det etter denne prøveperioden blir frislipp for alle PP-tjenester i hele landet til å henvise. Da kommer det til å bli ville vesten. Det kommer ikke til å gå.

Noen informanter mener at faren vil være at en ved BUP og HABU vil motta henvisninger av lavere kvalitet enn det man har fått i prøveordningen, noe som vil føre til "*mye fram og tilbake*" og til "*merarbeid for spesialisthelsetjenesten*". Men, som det bemerkes fra enkelte informanter, så kan "*henvisningene neppe bli noe særlig dårligere enn de vi får fra en del fastleger*".

Informantene i PP-tjenesten mener at de små kontorene vil stå overfor større utfordringer enn de store når det gjelder å håndtere henvisningsretten. Flere av informantene tar opp temaet om kompetansen ved PPT når det gjelder spørsmålet om å gjøre henvisningsretten gjeldende for alle PP-tjenestene. Det må legges opp til opplæringstiltak slik at alle tilegner seg den nødvendige kunnskapen, og erfaringene fra prøveordningen er at mye av denne kompetanse tilegnes gjennom å etablere velfungerende samhandlingsarenaer mellom PPT, BUP og HABU. Dette forutsetter imidlertid også at BUP og HABU har kapasitet til å bistå i en slik kompetanseheving.

For at en utvidelse av henvisningsretten til å gjelde alle PP-tjenestene skal lykkes, er det flere av informantene som påpeker at dette vil kreve mye med hensyn til kompetanseheving og oppmerksomhet omkring etablering av gode samhandlingsarenaer. Her vil behovene variere mye, og som en av informantene ved BUP uttrykker det:

Den undervisningen vi hadde på Gardermoen var tungen ut av vinduet, den undervisningen ville vært midt i blinken og kanskje til og med for krevende for enkelte andre PP-tjenester.

Når det gjelder samhandlingsdelen av spørsmålet om en videreføring og utvidelse av henvisningsretten, er det flere av informantene som peker på at for noen av deltakerne i prøveordningen har man brukt år på å komme fram til gode rutiner for hvilke opplysninger som skal følge en henvisning (uansett om det er fastlege eller PPT som er henviser) og få til samhandling som "*gode kunnskapsarenaer hvor man får et innblikk i hva som forventes av de ulike aktørene*". Dette må det tas høyde for i vurderingen av om henvisningsretten skal gjøres generell for alle PP-tjenester.

8.8 Henvisningsrett for PPT. Holdninger blant legene

Vi har som tidligere nevnt meget få tilbakemeldinger fra legene til tross for gjentatte forsøk og forsøk via ulike kanaler. Det vi har av materiale dreier seg derfor i hovedsak om det PPT, BUP og HABU har fanget opp av signaler og reaksjoner fra fastlegene, samt en skriftlig tilbakemelding fra Norsk foreningen for Allmenntilleggsmedisin som uttaler seg mer på generelt grunnlag.

De meget få svarene vi har mottatt direkte fra fastlegene spenner fra sterk motstand, via en verken-eller-holdning, til at man er positive til at PPT gis henvisningsrett til BUP og HABU. I den grad man kan snakke om et gjennomgående tema i et så begrenset materiale, så vektlegges behovet for bedre samarbeid og samordning av de kommunale tjenestene, både for å bedre tilbudet i førstelinjen, og når det gjelder lokal samordning som en viktig forutsetning for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Fra legehold presiseres det at det bør være en hovedregel at det er kontakt mellom ulike kommunale aktører som fastlege, PPT, familiehelsetjenester osv. før beslutning om henvisning tas, uansett hvem

som henviser. Det vises til at noen ganger vil en slik kontakt og drøfting på kommunalt nivå medføre at pasient/familien får et tilbud i kommunen i stedet for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Videre presiseres det at når det henvises må medisinske opplysninger fra fastlege følge henvisningen, uansett hvem som henviser. Vanligvis vil det være nødvendig med en konsultasjon hos fastlege for at medisinsk undersøkelse kan finne sted. Fastlegen bør ikke bare undersøke somatisk, men bør være kjent med grunnlaget for henvisningen. Det pekes på at PPT bør bidra til at sløyfen innom fastlegen skjer også i de tilfellene hvor PPT henviser. I tilbakemeldinger fra legene presiseres det at epikrise fra BUP og HABU alltid bør sendes fastlegen uansett hvem som henviser.

Vi leser ut av de tilbakemeldingene vi har fått at det er en generell enighet om at PPT ofte har godt grunnlag for å sende henvisning til, i særlig grad BUP, men også HABU. Men som det pekes på, vil det med nye instanser som får henvisningsrett følge utfordringer for å sikre kontinuitet og samhandling rundt pasienten. For legene er god samhandling sentralt, og det er viktig å sikre seg at legene *"ikke faller ut av henvisningssløyfa"*.

Vi spurte PPT, BUP og HABU om i hvilken grad de hadde fanget opp holdninger blant fastlegene til at PPT var gitt henvisningsrett. Flere av informantene viser til at de ikke har hørt stort fra fastlegene om henvisningsretten og *"vi hadde nok hørt om de var veldig negative"*. Blant informantene pekes det bl.a. på at en del fastleger nok har erkjent at det også tidligere var PPT som *"gjorde jobben"* og at en henvisningsrett *"bare er rett og rimelig ut fra det som faktisk skjer"*. Fastlegene hadde i realiteten mer en formell enn en reell medvirkning i henvisningsprosessen.

Enkelte kritiske røster har man registrert, bl.a. reaksjoner på at *"en skoleenhet skal begi seg ut på å skulle henvise til spesialisthelsetjenesten"*. Videre har en, med henvisningsretten, vært redd for *"at den medisinske helsebiten skulle falle helt ut"*. Enkelte fastleger har hatt opplevelsen av å *"bli instruert av PPT når PPT har bedt legene utføre en medisinsk utredning"*.

Fraværet av registrert motstand blant fastlegene i de kommunene som omfattes av prøveordningen, mener enkelte informanter ved BUP kan forklares med at en har hatt jevnlig kontakt med fastlegene bl.a. i forbindelse med utskrivningsmøter, samlinger og dialogmøter, samtidig som det er en del av fastlegene som erkjenner at det er PPT som sitter med det meste av kunnskapen om barna og som i realiteten også tidligere har skrevet henvisningen, eller i det minste all dokumentasjonen som skal følge henvisningen. Samtidig vises det til at det *"alltid vil være leger som mener at det kun er de som kan gjøre denne jobben"*.

Noen av informantene har registrert ytringer blant fastlegene om at de opplever å bli skjøvet *"ut over sidelinjen"*. Informanter har fått tilbakemeldinger fra fastlegene av typen:

Jeg tror de også kan være glad for at andre tar et tak, eller henviser. Får fortgang i ting. Jeg tror ikke de føler seg nødvendigvis overkjørt, men ut fra sånn som helsesystemet er lagt opp da, at de skal ha en sentral rolle så er det vel fare, kan du si.

I tilbakemeldingene fra Norsk forening fra Allmenntilleggsmedisin (NFA) presiseres det at etter foreningens mening, så bør de aller fleste barn/ungdom som henvises til BUP, ha en legeundersøkelse som en del av beslutningsgrunnlaget for en eventuell henvisning til BUP.

Når det gjelder hvilken betydning henvisningsrett for PPT vil ha for fastlegerollen, vises det til i tilbakemeldingene fra legene at det er en generell tendens i primærhelsetjenesten til silotenkning og fragmentering. NFA mener dette er uheldig. Legene mener det må være viktig å lage systemer som gjør at en lettere kan samarbeide om pasientene, enn at pasientene skal gå fra sted til sted avhengig av diagnose og alder. En oppstyking av henvisningsretten kan bidra til en ytterligere undergraving av fastlegens rolle som medisinske fagpersoner i utredning av barn og unge med psykiske, sammensatte og/eller nevropsykologiske problemstillinger. Samhandlingsreformen handler om bedre samarbeid i kommunene. For å ha fokus på dette, vil det være bedre å rette oppmerksomheten mot prosessen underveis i samarbeidet, det vil si ikke å sende "bestillinger" til fastlegene om å sende informasjon til BUP og HABU. NFA viser til at i middels store kommuner og store kommuner er det interkommunale samarbeidet for svakt, mens signalene fra mindre kommuner er at der fungerer dette bedre.

NFA viser til at BUP samarbeider med mange instanser, men at fastlegen ofte kan bli glemt eller bli vurdert som mindre viktig i oppfølgingen. Dersom det dreier seg om tilstandsbilder med spesiell somatisk oppfølging (for eksempel spiseforstyrrelse eller ADHD), er fastlegen mer involvert. Foreningens inntrykk er at det er store forskjeller i BUP i Norge angående hvor mye somatisk utredning BUP selv tar ansvar for i den barnepsykiatriske utredningen, og dermed kanskje også forskjeller på hvor mye fastlegen er involvert. Foreningen mener det er fare for at fastlegen blir enda mindre involvert jo flere andre som også får henvisningsrett. Og for BUPer med lite lege/psykiaterkapasitet er NFA redd for at man i større grad mister legevurderingen som et viktig ledd i det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge.

På spørsmål om det er en styrke eller en svakhet ved tilbudet til pasient/pårørende at PPT har henvisningsrett, mener NFA at det er en svakhet fordi en kan gå glipp av viktig medisinsk vurdering, og at barn/unge kan bli henvist på feil grunnlag. Foreningen viser til at barn og ungdom har krav på samme medisinske vurderinger som voksne før de henvises til psykiatrien. NFA peker på at det ofte hevdes at det er unødig forsinkende å skulle gå om fastlegen før henvisning. Erfaring fra en rekke kommuner er at det kan være lang ventetid på utredning i regi av PPT, mens fastlegene har kort ventetid. I tilbakemeldingen fra NFA vises det til at "*Foresatte forstår dette om de får en ordentlig forklaring på hvorfor de må ha legeundersøkelse. Fastlegen er uansett den som har oppfølgingsansvaret over tid, mens PP-kontoret bare er inne en kortere periode for de fleste barna*".

På spørsmål om hvilken betydning det kan ha for pasient/pårørende at PPT har henvisningsrett til BUP og HABU, viser det til fra legene at psykiske problemer hos barn og unge kan skyldes genetiske, somatiske, utviklingsmessige, familiære og/eller sosiale forhold. I tillegg er det høy grad av komorbiditet når det gjelder barne- og ungdomspsykiatriske lidelser. Barn presenterer symptomene på en annen måte enn voksne og har et annet sykdomsspekter. Det krever ofte tverrfaglig og tverretattlig tilnærming både med hensyn til utredning og behandling/tiltak. Ved nevropsykologiske problemstillinger er medisinske opplysninger og differensialdiagnostiske overveielser viktig. NFA peker på at fastlegen gjerne sitter med viktig bakgrunnskunnskap både om barnet og familien, og fastlegen er den som er i posisjon til å gjøre medisinske vurderinger på 1. linjenivå.

NFA peker på at noen ledere for BUP er klare i møter med kommunale instanser om at når PPT eller andre kommunale instanser er initiativtager til henvisning, er det å gå via fastlegen ikke bare å innhente en signatur, men å få gjort en supplerende og nødvendig faglig vurdering. Pasient og pårørende kan ha vanskelig for å forstå nødvendigheten av dette om ikke fastlegen er godt kjent med familien og barnet fra før, *"spesielt hvor kommunale instanser bagatelliserer fastlegen"*.

Vi spurte legene hvilken betydning det kan ha for BUP og HABU at PPT er gitt henvisningsrett. I tilbakemeldingen vises det til at BUPene i Norge er mye mindre legedominert enn i mange andre sammenlignbare land. I tillegg er barnepsykiaterne en mangelvare, også i sentrale strøk. Det betyr at somatikken har en vanskelig plass i barnepsykiatrien. Mange tilbakemeldinger viser til at BUP poengterer at det bør gjøres en rimelig grundig somatisk undersøkelse, inkludert syn og hørsel og en målrettet labscreening i tillegg til å vurdere EEG/bilediagnostikk før henvisning slik at vanlige somatiske forhold er avklart før utredning og behandling i BUP. Omgås dette, mener NFA man kan ende opp i behandlingsløp hvor somatiske forhold ikke er vurdert i det hele tatt, eller ikke godt nok. Det er neppe heldig eller tilsiktet. NFA peker på at uten en involvering av fastlegen ved henvisning, vil det påhvile BUP et spesielt ansvar å påse at medisinske forhold er avklart: *"BUP må da henvise pasienten tilbake til fastlegen for medisinsk vurdering, blodprøver osv."*.

På spørsmål om det er en styrke eller en svakhet ved tilbudet til pasient/pårørende at PPT har henvisningsrett, viser NFA til at PPT er instansen som utreder lærevansker og språkvansker hos barn etter forespørsel fra skole og foresatte. Når fastleger henviser til barne- og ungdomspsykiatrien kommer den (eller bør være) etter en psykiatrisk vurdering hvor fastlegene tenker at det er viktig for barnet å få en barnepsykiatrisk utredning. NFA mener det er en legeoppgave og ikke oppgave for en pedagog i PPT. Foreningen uttaler at det er helt riktig at det er ulik legedekning i BUP rundt omkring i Norge: *"For at de som jobber i BUP skal kunne konkludere er det viktig at det er gjort en somatisk vurdering av barnet, og mange steder blir dette fastlegens oppgave"*.

NFA viser i tillegg til at det er et økende antall barn som får diagnoser som krever spesiell medisinsk oppfølging (medisiner med tilhørende somatiske kontroller- ADHD, OCD, depresjon, Tourette osv), og foreningen mener det er viktig at fastlegene er med på vurdering og at fastlegen har gjort seg tanker om barnets tilstand i forkant- og underveis.

I tilbakemeldingen fra NFA konkluderes det med at det er uheldig å gi PPT henvisningsrett. Dette trekker fokus bort fra sakens kjerne som er en bredest mulig utredning på 1.linjenivå før eventuell henvisning til 2. linjetjenesten. Foreningen viser til at samarbeidet mellom kommunale instanser er for dårlig i mange kommuner, og at det er mye å vinne på å samarbeide bedre og mer smidig før henvisning sendes til BUP. NFA mener at i noen tilfeller er skole og PPT altfor snare til å ønske henvisning der det åpenbart er et pedagogisk problem som skal løses på 1. linjenivå.

9 Drøfting og konklusjon

9.1 Innledning

Prøveordning for henvisningsrett for PPT til BUP og HABU har vært gjennomført i et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Prøveordningen omtales i oppdragsbrevet fra Helse - og omsorgsdepartementet for 2012 til Helsedirektoratet, hvor det bl.a. heter:

Helsedirektoratet skal i samarbeid med Utdanningsdirektoratet planlegge og iverksette en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten, i en region eller utvalgte fylker, henvisningsrett til barne - og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), Jf Meld. St. 18 (2010-2011) Læring og fellesskap. Videre skal Helsedirektoratet vurdere de økonomiske konsekvensene av prøveordningen og komme med forslag til forskriftsendring.

I oppdragsbrev 04-12, del 2 Henvisningsrett for PPT til HABU og BUP, fra Kunnskapsdepartementet til Utdanningsdirektoratet står følgende:

Utdanningsdirektoratet skal i samarbeid med Helsedirektoratet planlegge og iverksette en toårig prøveordning som gir PP-tjenesten, i en region eller utvalgte fylker, henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og habiliteringstjeneste for barn og unge (HABU) i spesialisthelsetjenesten.

Videre står det:

Nødvendig informasjon og kompetanseheving til PP-tjenesten må vurderes i forbindelse med prøveordningen. Utdanningsdirektoratet skal i samarbeid med Helsedirektoratet evaluere prøveordningen med henvisningsrett. Evalueringen skal blant annet gi svar på om en slik ordning bidrar til bedre samarbeid mellom tjenestene, og sikre tidlig og riktig hjelp til målgruppen".

Prøveordningen ble igangsatt 1. april 2013 og vil pågå ut 2014. I henhold til informasjon fra Helsedirektoratet, ble det i kriteriene for utvalget av deltakere lagt til grunn geografisk spredning og variasjon, utvalget skulle omfatte både små og store kommuner, og en skulle sikre deltakelse fra PP-tjenester med og uten tilsatt psykolog. Omfanget av ordningen skulle i utgangspunktet være fem BUP-er og HABU-er, med tilhørende tre kommuner/PPT.

Henvisningsretten er i forsøksordningen lagt til leder av PP-tjenesten.

I dette kapittelet har vi tatt utgangspunkt i det overordnede formål med oppdraget om å få avdekket om prøveordningen for henvisningsretten har fungert etter *tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester* for barn og unge som er henvist fra PPT til BUP og HABU. Drøftingen av resultatene knytter vi til de effekt- og resultatmål som er lagt til grunn for prøveordningen.

Undersøkelsen har vist at henvisningsretten for PPT i hovedsak er knyttet til henvisninger til BUP. Dette forklares med at barn som er aktuelle for habiliteringstjenesten ofte fanges opp på et tidligere

stadium enn når det er aktuelt å involvere PPT (i barnehage og skole). Dette betyr at erfaringsgrunnet for henvisninger til PPT er langt sterkere enn henvisninger til HABU.

Prøveordningen ble igangsatt i april 2013 og hadde dermed pågått i vel et år da vi gjennomførte de første intervjuene. Det er ikke gjort noen "før-målinger" i forkant av prøveordningen. Når hovedintensjonen med prøveordningen er at tjenestene skal bli bedre og raskere, må vi derfor basere oss på hva informantene husker omkring situasjonen før prøveordningen kom i gang.

En bør også ha med i tolkningen av resultatene at beskrivelsen av førsituasjonen kan være farget av holdningene til at PPT gis henvisningsrett; i betydningen at de som i utgangspunktet var positive til henvisningsretten kan oppleve og rapportere om en tydeligere forbedring av tjenestetilbudet, enn de som var og er negative til at PPT gis henvisningsrett.

Et annet forhold som må tas med i vurderingen av resultatene, er at prøveordningen med henvisningsrett til PPT ikke lever i et vakuum i prøveperioden. Utviklingsarbeid med hensyn til bedre og raskere tjenester, bedre samarbeid osv. er i følge våre informanter en kontinuerlig prosess som har foregått før april 2013 og som foregår parallelt med prøveordningen. En utfordring i analysen blir derfor å skille mellom samtidighet og kausalitet og skille mellom effekter av ulike prosesser som pågår parallelt.

9.2 Om forsøk og prøveordninger – noen generelle betraktninger

Henvisningsrett for PPT til BUP og HABU er beskrevet som en prøveordning. Forsøk eller prøveordninger er en egen form for utviklingsarbeid, og innebærer målrettet, organisert utprøving av nye former for organisering, finansiering, tjenesteyting, medvirkning, videre- og etterutdanning eller styring. Hensikten er å få til endring i forhold til overordnede konkrete mål. På den måten blir forsøk også et styringsredskap. En avgrenset bit av virkeligheten rammes inn, får spesielle arbeidsbetingelser i en avgrenset tidsperiode – og settes under lupen (evalueres). I utgangspunktet avtegner det seg to hovedretninger når det gjelder krav som stilles til forsøk:

- Forsøksvirksomhet basert på strenge krav til måldefinisjon og resultatdokumentasjon (*forskningsbaserte forsøk*)
- Forsøksvirksomhet basert på at man prøver seg frem og justerer kursen underveis (*prøve- og feile baserte forsøk*).

En annen innfallsvinkel er å dele forsøk inn i modellforsøk og stimuleringsforsøk. Med *modellforsøk* forstås prosjekter som utvikler ny erfaringsbasert kunnskap som har overføringsverdi. Ny kunnskap kan gjelde både hva man gjør og hvordan man gjør det, på sentralt eller lokalt nivå, eller på tvers av nivåer. Med *stimuleringsforsøk* forstås lokalt utviklingsarbeid som ikke nødvendigvis fører til ny kunnskap, men der målet er å få i gang aktivitet på underprioriterte områder.

Generelt sett kan en si at forsøksvirksomhet har nyskaping og kunnskapsproduksjon som mål. Videre kjennetegnes den ved at mange ulike typer aktører involveres, innebærer erfaringslæring for mange deltakere, og at det kan gi smitteeffekt. I et teoretisk perspektiv kan det spores et

spenningsforhold mellom forsøk som eksperiment basert på en rasjonell tenkning knyttet til *plan-handling-resultat*, og forsøk eller prøveordninger som sosial prosess basert på en kontinuerlig *refleksjon-handling-refleksjon*, og prøving og feiling. På den ene siden kan eksempelvis sentrale myndigheter definere et satsningsområde, skissere tiltak og signalisere ønske om en stram styring av forsøkene gjennom oppfølgings- og rapporteringsrutiner. På den annen side kan forsøksenhetene i løpet av en prøveperiode ha sett seg nødt til og fått tillatelse til å justere kursen underveis etter en prøve-og-feile tilnærming. Dette siste kan skyldes erfaringer lokalt i møtet mellom det teoretiske grunnlaget for og hovedlinjene i prøveordningen og en komplisert og "rufsete" hverdag. Dette kan føre til et tilnærmet konstant behov for individuelle overveielser og refleksjoner, med påfølgende justeringer²

Et annet perspektiv er erkjennelsen av at forsøksvirksomhet eller prøveordninger pr definisjon foregår i mer ukjent terreng enn daglige gjøremål. Det gjør at ting har lettere for å gå galt dersom målformuleringen er uklar eller mangelfull, forsøket må vike plass for oppgaver i basisorganisasjonen, medarbeidere trekkes for sent inn i planleggingen, oppfølgingen er dårlig, kommunikasjonen svikter, ansvarsforholdene er uklare og ambisjonsnivået er for høyt og planene urealistiske.

I prøveordningen med henvisningsrett for PPT til BUP og HABU, er det skissert så vel overordnede mål, som resultatmål og effektmål. Videre involverer prøveordningen aktører med ulik fagbakgrunn og på ulike forvaltningsnivåer. Interessekonflikter innen prosjektet, individets begrensede muligheter til å behandle kompleks informasjon, og kognitive begrensninger på individers handlinger i komplekse situasjoner kan få som resultat at beslutningskravet reduseres fra den beste løsningen, til god nok eller tilfredsstillende løsning. Offerdahls³ resonnerer omkring *det rimelige*, som forskjellig fra det rasjonelle, kan i en slik sammenheng bli aktualisert. Det rimelige er et begrep som gjør det mulig å legitimere vedtak, hendelser og handlinger ut fra andre standarder enn formålsrasjonalitet, og understreker betydningen av sosiale relasjoner, dynamikk og usikkerhet, og at planer og standarder utvikler seg over tid og endrer seg fra en sammenheng til en annen.

9.3 Grad av måloppnåelse i prøveordningen

Visjon, hovedmål, delmål, hensikt, formål, ambisjoner, satsningsområder, strategier, arbeidsmål, målsettinger: Listen er lang når temaet er *mål*. Men det finnes ingen enhetlig oppfatning om definisjonen på ulike typer mål-ord i målterminologien. De vanligste og mest brukte begrepene er *hovedmål* og *delmål* for å angi mål på ulike nivåer i et målhierarki. Dette kan være greit, forutsatt at betydningen går klart fram av sammenhengen. F. eks. vil en milepæl være et delmål i prosjektet, en etasje under resultatmålet (som da blir hovedmål) i målhierarkiet.

Innen målterminologien går imidlertid det viktige, prinsipielle skillet mellom effektmål og resultatmål. Noe forenklet beskriver *resultatmål* (også kalt kun mål) hva et prosjekt eller tiltak skal oppnå og er knyttet til prosjektets resultater og leveranser. *Effektmål* (også kalt formål) beskriver hvorfor prosjektet er etablert, og beskriver ofte en ønsket fremtidig situasjon som skal oppnås ved å gjennomføre prosjektet (målsetting).

² Schön, D.A. (1983). "The reflective Practitioner. How Professionals think in Action" New York

³ Offerdahl, A. (1992) "Den politiske kommunen". Det Norske Samlaget, Oslo.

I tillegg til effektmål og resultatmål kan det i noen sammenhenger være hensiktsmessig å angi *prosessmål*. Dette er mål som nås som en konsekvens av selve prosessen, altså måten prosjektet gjennomføres på. Eksempelvis vil *høyere kompetanse innen et fagfelt* eller *forbedret samarbeid mellom ulike fagmiljø* kunne bli tilleggsgevinster til det som var de opprinnelige gevinstene en planla for. Prosessmål beskriver altså effekten prosjektet skal ha på de som er involvert i prosjektet. Slik sett er altså prosessmål å betrakte som en form for effektmål, og kan tas med i beskrivelsene av disse.

En av problemstillingene i oppdragsbeskrivelsen som evalueringen skal gi svar på, er om en har nådd alle effekt- og resultatmålene som er satt for prøveordningen. Vi har nedenfor drøftet grad av måloppnåelse i forhold til de skisserte effekt- og resultatmålene. Hovedutfordringen er, som tidligere nevnt, at en i målformuleringene opererer med begreper som "økt", "mer", og "bedre" uten at det foreligger noen førmålinger i de aktuelle fylkene og kommunene. Utfordringer for brukergruppen er, på mer generelt grunnlag, bl.a. omtalt i *NOU 2009: 22 "Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge"*, og i to relativt omfattende gjennomganger av tilbudet til barn og unge som trenger innsats og oppfølging fra flere tjenester på samme tid: Helsetilsynet (2009) som dokumenterte resultatet av et tilsyn med tjenester til utsatte barn, og Riksrevisjonen (2007) som undersøkte tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Disse rapportene er presentert ovenfor.

Effektmål:

1. Økt tilfredshet blant brukere (barn, unge og deres familier).

Vårt datamateriale gir ikke grunnlag for å fastslå om prøveordningen har hatt økt tilfredshet blant brukerne som effekt. For det første har det ikke ligget innenfor rammene av evalueringen å spørre brukerne. I den grad vi har fanget opp brukererfaringer, er dette meddelt via de fagfolkene som inngår i evalueringen. Fagfolkene rapporterer også om at det forekommer relativt sjelden at brukere og deres familier har tidligere erfaringer med PPT, BUP og HABU som kan fungere som en referanse til det tjenestetilbudet de har mottatt i prøveperioden.

2. Brukerne av de aktuelle tjenestene har en opplevelse av sammenhengende og koordinerte tjenester.

Heller ikke når det gjelder dette effektmålet, har vi brukernes egne erfaringer eller opplevelser å basere vår konklusjon på. Evalueringen har imidlertid vist at tjenestene er blitt mer sammenhengende og koordinerte, henvisningsrett til PPT gjør at en kommer raskere i gang, henvisningene er av god kvalitet, og man jobber mer samtidig og parallelt, og i mindre grad sekvensielt. Det er derfor grunn til å tro at brukerne hadde rapportert om en opplevelse av sammenhengende og koordinerte tjenester dersom vi hadde spurt dem på en mer systematisk måte enn de sporadiske tilbakemeldingene som fagpersonene viser til.

3. Barn og unge skal få tidlig og riktig hjelp.

Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å svare på om "barn og unge får tidlig og riktig hjelp", men det den gir svar på er at henvisningsrett for PPT har ført til at BUP og HABU kommer "raskere på banen" og kan igangsette sitt arbeid uten å måtte vente på en medisinsk vurdering fra fastlegen. Om denne ikke dukker opp på et senere tidspunkt, bli den etterspurt. Det er stor grad av enighet om at man jobber mindre sekvensielt, og mer samtidig. Når det gjelder målet om *riktig* hjelp, viser undersøkelsen at også før prøveordningen så var det PPT som gjorde det meste av arbeidet med henvisningene. Undersøkelsen gir grunnlag for å hevde at kvaliteten på henvisningene er god og har bedret seg i prøveperioden. Videre ser vi større oppmerksomhet omkring et velfungerende kommunalt samarbeid, noe som sees som en viktig forutsetning for et godt og målrettet tilbud til barn og unge.

4. *Avklaring av ansvar og roller i tjenestene og økt kjennskap til dette blant ansatte i PP-tjenesten, BUP og HABU.*

Samarbeid og møteplasser har stått på dagsorden i flere av prøv fylkene og prøvekommunene også før prøveordningen kom i gang. I disse fylkene og kommunene viser undersøkelsen at oppmerksomheten omkring samarbeid er forsterket som en følge av prøveordningen. Videre har vi eksempler på at møteplasser og dialog mellom PPT, BUP og HABU har blitt etablert som en følge av prøveordningen. Et felles kjennetegn ved disse ulike møteplassene og samhandlingsarenaene er oppmerksomheten mot rolleavklaring, oppgavefordeling, bedre informasjonsflyt og bedre kjennskap til hverandre. Disse møteplassene brukes dels til generelle drøftinger, og dels til drøfting av enkeltsaker som grunnlag for å vurdere eventuell henvisning eller andre tiltak. I et slikt perspektiv er det grunn til å fastslå at prøveordningen har ført til en større avklaring av ansvar og roller i tjenesten og økt kjennskap blant aktørene til dette.

5. *Henvisninger fra PP-tjenesten til BUP og HABU er av god kvalitet og med realistisk innhold.*

Undersøkelsen gir grunn til å konkludere med at henvisningene fra PPT er av god kvalitet og med realistisk innhold. PPT har god erfaring med å utarbeide grunnlaget for henvisningene også før prøveordningen kom i gang, og kvaliteten har økt i prøveperioden, bl.a. som følge av bedre samarbeidsrutiner og informasjonsflyt. I omtalen av henvisningene og arbeidet ved PPT brukes betegnelser som ansvarlighet, trygghet og edruelighet. De henvisningene som sendes BUP og HABU er veloverveide, gjennomtenkte og grundig gjennomarbeidet.

6. *Mer effektiv henvisningsprosess.*

Dette målet er dels omtalt ovenfor. BUP og HABU kommer raskere "på banen" av to hovedgrunner: I henvisningsprosessen trenger man ikke vente på de medisinske vurderingene fra fastlegen for å igangsette det arbeidet som skal utføres i spesialisthelsetjenesten. Den andre hovedgrunnen er at henvisningene fra PPT er av en slik kvalitet at de gir et tilstrekkelig grunnlag for igangsetting. Sekvensiell jobbing er erstattet av parallellitet og samtidighet.

7. *God arbeidsdeling mellom de aktuelle tjenestene som sikrer barn og unge en bedre og mer helhetlig hjelp.*

Prøveordningen har bidratt til etablering eller forsterkning av etablerte samarbeidsstrukturer, hvor tema blant annet er roller og oppgavefordeling, og bedre kjennskap til hverandres oppgaver og arbeidsmetoder. Tydeliggjøring av parallellitet og samtidighet i tjenestetilbudet gjør at barn og unge mottar tjenester som utfyller hverandre og hvor bedre informasjonsflyt mellom de aktuelle aktørene gjør at en i større grad er oppdatert med hensyn til tiltak og utvikling. Fastlegen er en sentral aktør i tilbudet til barn og unge, og det jobbes kontinuerlig for å involvere fastlegene. Dette er viktig for å få til en god arbeidsdeling mellom de aktuelle aktørene, og sees på som en av de store utfordringene i videreutviklingen av tjenestetilbudet.

8. *Bedre samarbeid mellom tjenestene.*

Samarbeid er viet bred omtale i undersøkelsen og i punktene ovenfor. Det er grunn til å konkludere med at prøveordningen har vært en sentral bidragsyter når det gjelder å etablere og styrke samhandlingen mellom de aktuelle aktørene. Men som nevnt tidligere; samarbeidet mellom kommunale aktører har fortsatt et forbedringspotensial, og det gjenstår fortsatt et stykke arbeid for å involvere fastlegene i dette samarbeidet.

9. *Styrket kompetanse om psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i PP-tjenesten.*

Prøveordningen med henvisningsrett for PPT til BUP og HABU er blitt gjennomført i fylker og kommuner med variasjoner med hensyn til erfaring og kompetanse. Undersøkelsen har vist at erfaringene med og utbytte av de sentrale samlingene som er gjennomført som en del av prøveordningen, varierer veldig. Det er likevel åpenbart at de aktørene med minst erfaring og kompetanse har hatt stor faglig utbytte av disse samlingene. Videre gir undersøkelsen grunn til å hevde at de etablerte samhandlingsstrukturene representerer gode arenaer for læring, både når det gjelder fag og roller.

9.4 Nasjonal implementering av henvisningsrett for PPT?

I kravspesifikasjonen heter det at evalueringen må kunne ut i en rapport som Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet kan bruke til å gi råd om nasjonal implementering eller ikke til departementene.

Evalueringen har klart dokumentert at prøveordning med henvisningsrett for PPT til BUP og HABU har hatt positiv effekt på tidsbruk, henvisningenes kvalitet og på samarbeid. Prosessen er mer preget av samtidighet i tjenestetilbudet (ulike aktører på ulike tjenestenivåer yter tjenester til brukere parallelt) enn tidligere, og mindre grad av sekvensiell jobbing ("hvor man sitter og venter på hverandre"). Ut fra denne undersøkelsen taler med andre ord resultatene for en nasjonal implementering.

Undersøkelsen og tilbakemeldingene fra informantene ved PPT, BUP og HABU har imidlertid vist at i hvert fall deler av utvalget av hvem som har deltatt i prøveordningen ikke er tilfeldig. I enkelte fylker vises det til en klar seleksjon av PP-tjenester som spesialisthelsetjenesten har god erfaring med, både når det gjelder kompetanse og etablerte samarbeidsarenaer. I den grad dette medfører riktighet, er det vår anbefaling at en gjør en grundigere undersøkelse av grunnlaget for at nettopp de aktuelle PP-tjenestene ble kontaktet for deltakelse i prøveordningen. I forlengelsen av dette bør det også gjøres en kartleggingsundersøkelse blant samtlige PP-tjenester hvor en setter søkelys på bl.a. tilgjengelig kompetanse, og etablerte samarbeidsstrukturer i kommunen og mot spesialisthelsetjenesten. Resultatene av disse to undersøkelsene må så sammenlignes med tanke på hvilke tiltak, bl.a. på opplæringsiden, som må settes i verk.

Vår undersøkelse har vist at de aktørene som omfattes av prøveordningen hadde meget forskjellig opplevelse av nytten av de samlingene som ble arrangert som del av prøveordningen. Dette indikerer at opplæringsbehovet for de enkelte PP-tjenester vil variere, og vil være stort for noens del. Denne opplæringen må derfor målrettes når det gjelder faglig innhold. Videre må opplæringen fokusere på å etablere møteplasser og arenaer for samhandling lokalt. En fremgangsmåte når det gjelder å få til bedre samarbeid, er læring av de som har bred erfaring på feltet. Dette kan gjøres i form av samlinger og kurs, ideutveksling bilateralt eller utarbeide materiell med "de gode eksemplene".

9.5 Oppsummerende konklusjon

Avslutningsspørsmålet blir om en har lykket med hensyn til måloppnåelse i den aktuelle prøveordningen. Diskusjonen om i hvilken grad forsøk eller prøveordninger skal vurderes som vellykket eller mislykket omhandles i Offerdahl (1992), som mener det er viktig å skjønne hvordan organisasjoner kommer fram til definisjoner av hva som har vært vellykket eller ikke. Undersøkelser av de prosessene som går for seg når normene for det vellykkede blir utviklet på kollektivt nivå i organisasjonen, kan dermed si noe om hvordan organisasjonen avgrenser det relative i vurderingsgrunnlaget. Dette er det vanskelig å fange opp. Heller enn å studere samsvar mellom ideal og realiteter og forklare eventuelle avvik, mener Offerdahl at studier av forsøk og prøveordninger i større grad bør rette søkelys mot hva slags prosesser som foregår i iverksettelsesfasen. Dette betyr at *endring og læring* kan være viktigere enn *mål og resultat*. Det blir med andre ord snakk om *en bedre måte*, og ikke *den beste måten* å gjøre ting på.

Et gjennomgående tema i vår undersøkelse av prøveordningen er at henvisningsprosessen går raskere, den faglige kvaliteten er blitt bedre og samhandlingen mellom de aktuelle aktørene er blitt styrket, enten ved at prøveordningen har gitt bidrag til å etablere nye samhandlingsstrukturer, eller har forsterket allerede etablerte strukturer. Samtidig er informantene enige om at en har forbedringspotensial, både når det gjelder det kommunale samarbeidet, involvering av fastlegen, og rutiner og informasjonsflyt mellom første- og andrelinjetjenesten. I et slikt perspektiv kan det konstateres at prøveordningen med henvisningsrett for PPT til BUP og HABU har bidratt til endring og læring på alle nivåer, og til at en arbeider og samarbeider på en bedre måte. Uten at brukerne (barn, unge, pårørende) er blitt spurt, er det rimelig grunn til å anta at man har oppnådd tilsiktet intensjon om bedre og raskere tjenester for barn og unge som er henvist fra PPT til BUP og HABU.

Slik vi tolker tilbakemeldingene fra legene, så er skepsisen til henvisningsrett for PPT i hovedsak knyttet til at en ser en fare for at fastlegene vil falle ut av det arbeidet som bør ligge til grunn for en henvisning til BUP og HABU. Vi leser ut av tilbakemeldingene at en mener at medisinsk utredning foretatt av fastlegen bør inngå i grunnlaget for å vurdere en eventuell henvisning, og ikke bare utgjøre et supplement til en henvisning som allerede er besluttet sendt. Vår undersøkelse viser at det i svarene fra legene, PPT, BUP og HABU ikke er noe motsetningsforhold når det gjelder betoning av viktigheten av en medisinsk utredning gjort av fastlegene som en del av henvisningen fra PPT.

Der det kan spores en uenighet er i hvilken grad fastlegens vurderinger skal være avgjørende for om det skal sendes en henvisning fra PPT eller ikke. Prøveordningen har gitt PPT en selvstendig henvisningsrett og tilbakemeldingene fra BUP og HABU viser at de utredningene som gjøres av PPT i all hovedsak utgjør et tilstrekkelig grunnlag for å igangsette arbeidet i spesialisthelsetjenesten uavhengig av om fastlegens vurderinger følger henvisningen eller ettersendes.

Som vi har konkludert med ovenfor, og som det fremkommer i tilbakemeldingene fra legene, så gjenstår det et stykke arbeid når det gjelder å forbedre det kommunale samarbeidet. Bedre samhandling mellom aktuelle kommunale aktører vil styrke det lokale behandlingstilbudet uavhengig av henvisningsrett eller ikke til BUP og HABU, samtidig som det vil styrke grunnlaget for en eventuell henvisning, noe som igjen vil gi spesialisthelsetjenesten et enda bedre vurderingsgrunnlag. Dette er imidlertid etter vår vurdering ikke til hinder for at PPT bør ha en selvstendig henvisningsrett til BUP og HABU. Tilbakemeldingene fra spesialisthelsetjenesten, og da i særlig grad fra BUP, viser at den faglige tyngden i utredningene utført av PPT utgjør et tilstrekkelig grunnlag for å forsvare en selvstendig henvisningsrett for PPT.

10 Referanser og annen relevant litteratur

Arnesen, C.Å. (2005). Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern. Arbeidsnotat 4/2005. Oslo: NIFU STEP.

Andersson, H.W. (2006): Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF helse.

Andersson H. W. og Reidun Norvoll (2006): Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet i henvisningen. SINTEF Helse

Andersson, H.W., Ådnanes, M., & Hatling, T. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Rapport SINTEF Helse. ISBN 82/14/03508

Andersson, H.W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005 a). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge, -Opptappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Rapport SINTEF Helse. ISBN 82-14-03679-8.

Andersson, H. W. og S. Steihaug (2008). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse. Trondheim: SINTEF

Andersson, H.W. og L. Tingvold (2005) "Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? - Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet". SINTEF Rapport STF78 A055019

Bryce, G. & Gordon, J. (2000). Managing child and adolescent mental health problems: the views of general practitioners. Health Bulletin, 58, 224-226.

Costello, E.J., Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Burns, B.J., & Brent D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. Pediatrics 82, 415- 424.

Den norske lægeforening (2004a). Statusrapport: psykiske lidelser - faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling.

Den norske lægeforening (2004b). Referat fra styremøte i Alment praktiserende lægers forening, 24. mai, 2004. www.legeforeningen.no.

Den norske lægeforening (2002). Mot i brystet... stå i ben og armer? Statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom. Oslo: Den norske lægeforening.

Den norske lægeforening (2001). Forskning og fagutvikling i forebyggende helsearbeid for barn og unge. Oslo: Den norske lægeforening.

Den norske lægeforening (2000). Forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge (FHAB). Oslo: Den norske lægeforening.

Glavin, K. og B. Erdal (2007) Tverrfaglig samarbeid i praksis. Oslo: kommuneforlaget

Grut, L. Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt. Sintef Helse. 2008

Grøgaard, J. B., Hatlevik, I. og Markussen, E. (2004). Eleven i fokus? En brukerundersøkelse av norsk spesialundervisning etter enkeltvedtak. Rapport 9/2004. Oslo: NIFU STEP

Haavet, O.R., Straand, J., & Hjortdal, P., Saugstad, O.D. (2005). Do negative life experiences predict the health –care-seeking of adolescents? A study of 10th year students in Oslo, Norway. I: Haavet, O.R. Adolescents at risk The impact of contextual and individual factors on health. A study of 10th grade pupils in Oslo, Norway. Avhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Heian, F.(2004). Tverretatlig samarbeid i kommunene. I: Gylseth, G. et al. Rapport fra prosjektet Samarbeid i Utvikling. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Molde sjukehus.

Heikkinen, A., Puura, K., Ala-Laurila, R-L-. et al. (2002). Child psychiatric skills in primary healthcare- self evaluation of Finnish health center doctors. Child Care Health Dev, 28, 131-7.

Helsetilsynet (2003a). Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen.

Helsetilsynet (2003b). Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer i 2002. Rapport fra Helsetilsynet 4/2003.

Helsetilsynet 5/2009: Utsatte barn – behov for bedre samarbeid

Horwitz, S.M., Leaf, P.J., Leventhal, J.M., Forsyth, B., & Speechley, K.N (1992). Identification and management of psychosocial and developmental problems in community based primary care pediatric practices. Pediatrics, 89, 480-485.

Kramer, T., & Garralda, E. M. (1998). Psychiatric disorders in adolescents in primary care. British Journal of Psychiatry, 173, 508-513.

Kristofersen, L.B. (2007). Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanen for psykisk, helse, barnevern og BUP. Oslo: NIBR.

Kvello, Ø. og C. Wendelborg. Det kommunale hjelpeapparatet for barn og unge. Nord-Trøndelagsforskning 2003

Lauvås, K., & Lauvås, R. (2004). Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi. 2. utgave. Universitetsforlaget.

Lippestad, J.W. (2012) "Selv om vi ikke kom dit vi skulle, er vi i hvert fall ikke der vi var. Evaluering av behandlingslinje for barn og unge med ADHD i Oslo". SINTEF-rapport A22353

Normann, T., J. T. Sandvin, H. Thommesen (2008). Om rehabilitering. Mot en helhetlig forståelse? Oslo: Kommuneforlaget

NOU (2005:3). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.

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

Riksrevisjonen (2007): Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

Rødje, K., & Grøholt, B. (2004). Helseprofil for barn og ungdom i Akeshus: Ungdomsrapport. Rapport nr 2-2004. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Solli, O. (2010). Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne". Synovate Norge for Helsedirektoratet.

St. meld nr. 40 (2002-2003). Nedbygging av funksjonshemmede barrierer.

St. meld nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

Utdanningsforbundet (2007a). Rapport mars 2008 – lærere. Undersøkelse om oppfølging og tiltak for elever med særskilte behov. Medlemspanelet mars 2008 (skole)

Utdanningsforbundet (2007b). Rapport mars 2008 – barnehage. Undersøkelse om oppfølging av barn med særskilte behov. Medlemspanelet mars 2008 (barnehage)



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no