

www.sintef.no



**SINTEF Helse**

Postadresse:  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/  
7465 Trondheim  
Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
932 70 800 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007.029 MVA

TITTEL

**Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer?**

**- Evaluering av fastlegeordningen med vekt på samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet**

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson og Laila Tingvold

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. STF78 A055019	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Henrietta Blankson	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03831-6	PROSJEKTNR. 78i01730	ANTALL SIDER OG BILAG 95
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\78i01730		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-08-24	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth, ass. forskningssjef <i>Jorid Kalseth</i>	

**SAMMENDRAG**

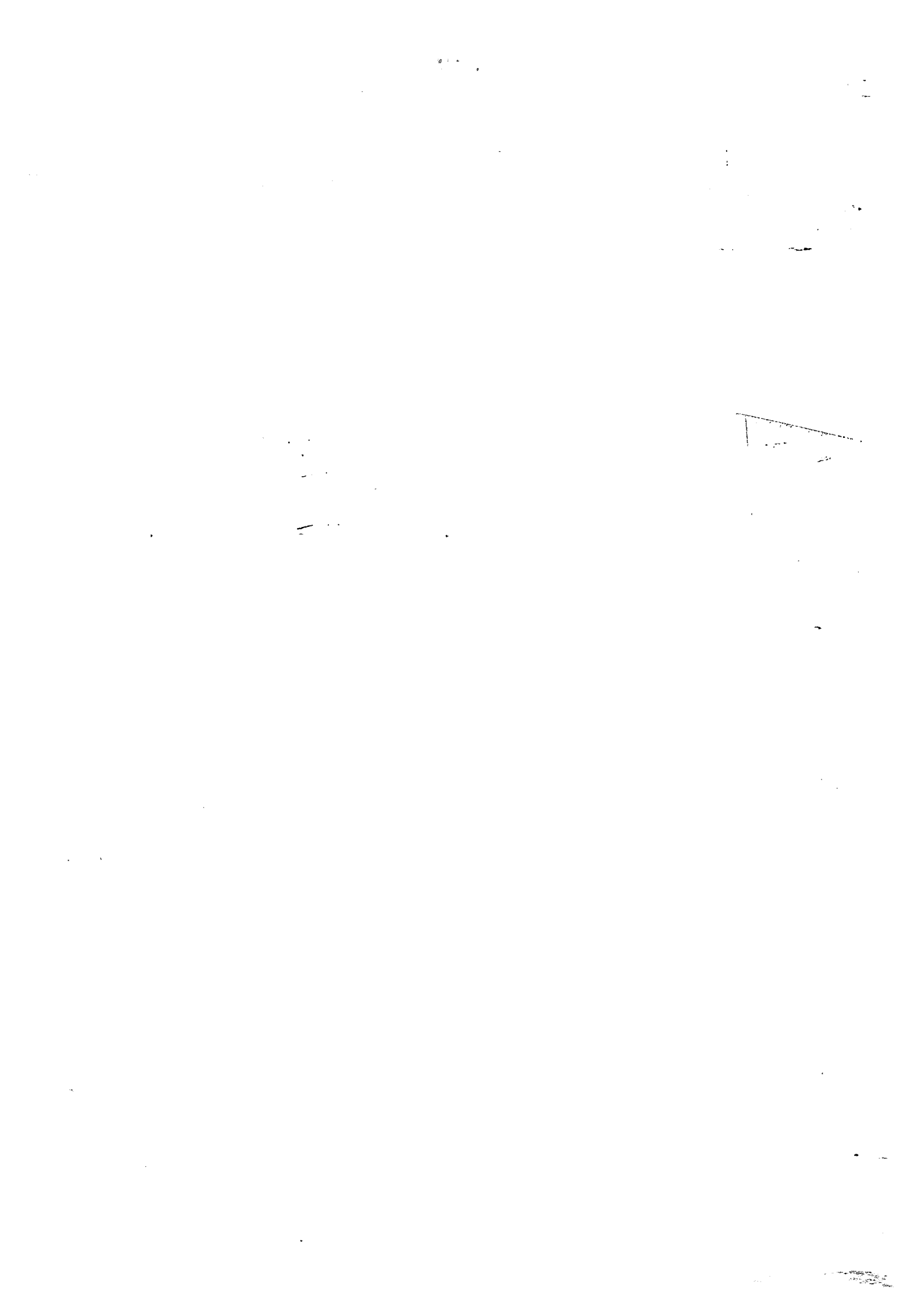
Undersøkelsen fokuserer på det tverrfaglige samarbeidet, tilgjengeligheten og kontinuiteten i fastlegens tilbud til barn og unge med psykiske problemer. Hovedmålet er å kartlegge i hvilken grad, - og hvordan fastlegen samarbeider med andre instanser i forhold til tiltak overfor målgruppen, samt studere hvilken rolle fastlegen har i dette arbeidet.

Studien reiser følgende hovedproblemstillinger:

- Hvilket ansvarsforhold og hvilken rolle har fastlegen som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer?
- Hvilke forhold hemmer /fremmer det tverrfaglige samarbeidet, tilgjengelighet og kontinuitet i fastlegens tjenestetilbud?
- Har innføring av fastlegeordningen gitt endringer når det gjelder det tverrfaglige samarbeidet, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet?
- I hvilken grad er brukerne tilfredse med tilgjengelighet til tjenesten, kontinuitet i tjenestetilbudet, informasjon og medvirkning, samt fastlegens samarbeid med andre instanser?

Undersøkelsen er inndelt i to delstudier. Delstudie 1 omfatter 38 intervju med hhv fastleger, helsesøstere og fagpersoner fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Delstudie 2 er en brukerundersøkelse gjennomført blant foresatte som har barn med psykiske problemer. Studien har omfattet i alt 980 foresatte til barn med ADHD, og 293 foresatte til barn som er pasienter i BUP.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Fastlege	General Practitioner
GRUPPE 2	Psykisk helse	Mental health
EGENVALGTE	Barn og ungdom	Children and adolescents
	Samarbeid	Collaboration
	Brukertilfredshet	User satisfaction



## Forord

Prosjektet inngår i en forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen, og er utført på oppdrag fra Norges forskningsråd og Helse- og omsorgsdepartementet. Undersøkelsen er gjennomført i 2004/2005, tre til fire år etter at fastlegeordningen trådte i kraft. Hovedmål er å kartlegge i hvilken grad, - og hvordan fastlegen samarbeider med andre instanser om tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer, samt studere hvilken rolle fastlegen har i dette arbeidet.

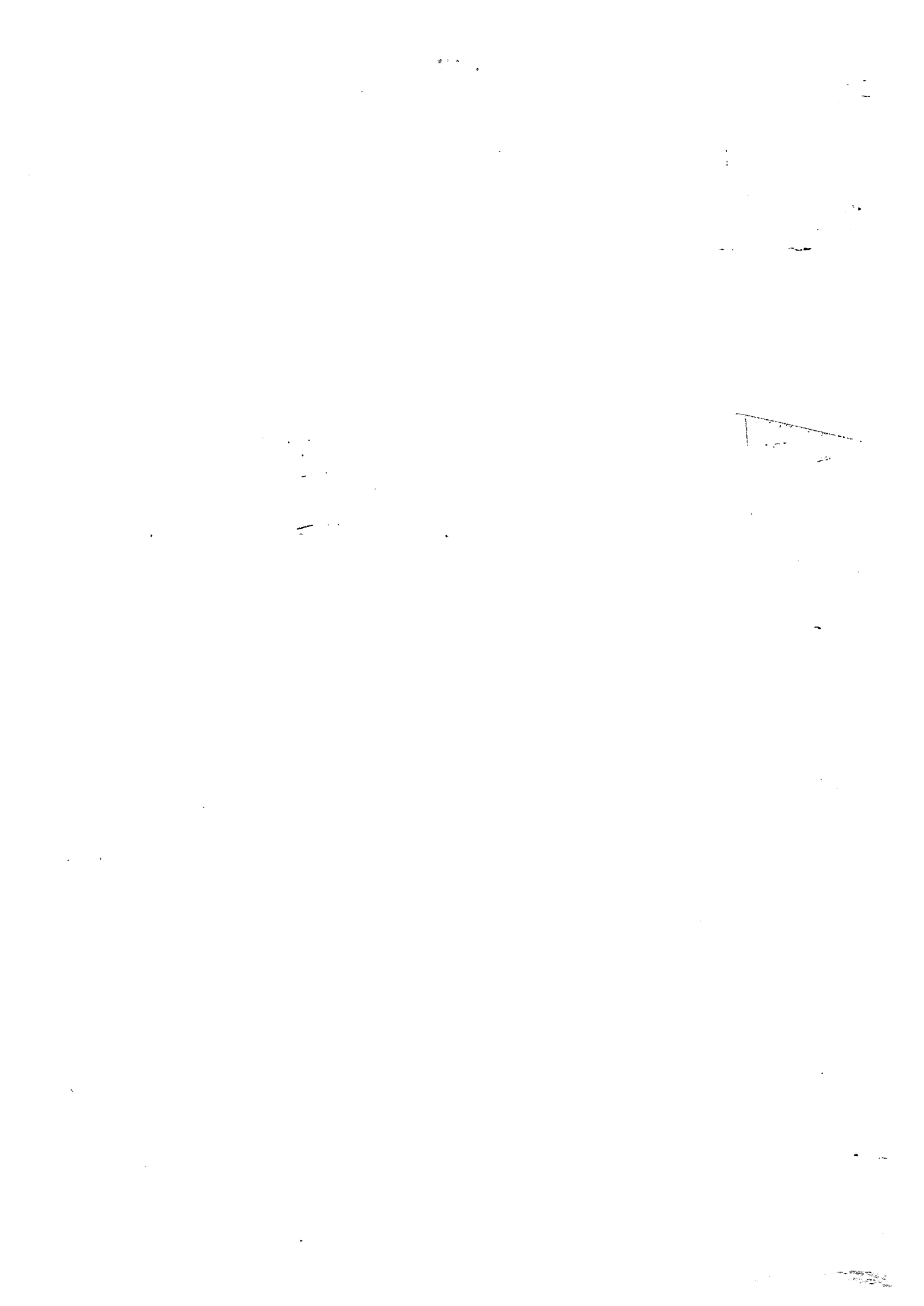
Studien er basert på intervju med et utvalg fastleger, samt intervju med helsesøstere og fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten, som er fastlegens mest sentrale samarbeidspartnere i forhold til tjenester for målgruppen. Studien omfatter i tillegg en spørreskjemaundersøkelse blant foresatte til barn og unge med psykiske problemer, om deres tilfredshet med fastlegen.

Vi retter en stor takk til alle som har stilt opp og latt seg intervju, og til foresatte som har tatt seg tid til å besvare vårt spørreskjema. Vi er også svært takknemlige for den bistand vi fikk fra BUP poliklinikker og fra ADHD- foreningen i forbindelse med gjennomføring av brukerundersøkelsen.

SINTEF Helse har samarbeidet med flere fagpersoner og klinikere i forhold til metodiske problemstillinger, og diskusjon av resultatene. Disse har medvirket i en referansegruppe som har møttes flere ganger i løpet av prosjektperioden: Ida Garløv, spesialist barne- og ungdomspsykiatri, overlege BUP Sandnes; Bente Gjærum, spesialist barne- og ungdomspsykiatri, forsker R-BUP Øst og Sør, Nina Grindheim, fagkoordinator Voksne for Barn, Gyrid Gylseth, spesialist barne- og ungdomspsykiatri, avd. leder BUPA Molde, Anne-Margrethe Sundet, helsesøster Asker kommune, Hans Petter Torvik, fastlege og kommunelege Sandnes kommune. Alle takkes herved for interesse og engasjement i dette arbeidet.

Trondheim 24. august, 2005.

Helle Wessel Andersson



# Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Innholdsfortegnelse.....	5
Tabelloversikt.....	8
Figuroversikt.....	9
Sammendrag .....	11
1 Innledning og problemstillinger .....	15
1.1 Problemstillinger.....	19
1.2 Delstudier og fremstilling.....	19
2 Fastlegen som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer. 21	
2.1 Metode og gjennomføring .....	21
2.1.1 Rekruttering av helsesøstere til intervju .....	21
2.1.2 Rekruttering av fastleger til intervju.....	22
2.1.3 Rekruttering av informanter fra BUP .....	22
2.1.4 Det kvalitative forskningsintervjuet som metode .....	22
Resultater fra intervjuundersøkelsen .....	25
2.2 Samarbeidet mellom fastlegen og helsesøster .....	25
Oppsummering samarbeidet mellom fastlegen og helsesøster .....	35
2.3 Samarbeidet mellom fastlegen og psykisk helsevern for barn og unge.....	36
2.4 Oppsummering samarbeidet mellom fastlegen og psykisk helsevern .....	46
2.5 Tilgjengelighet til fastlegen og kontinuitet i tjenestetilbudet.....	47
2.5.1 Oppsummering.....	49

2.6	Fastlegeordningen som reform og system i forhold til barn og unge med psykiske problemer.....	49
2.6.1	Oppsummering.....	54
3	Brukernes erfaringer – og tilfredshet med fastlegen .....	57
3.1	Mål .....	57
3.2	Metode og gjennomføring .....	57
3.2.1	Utvalg og prosedyrer .....	57
3.2.2	Spørreskjemaet.....	58
3.2.3	Svarprosent .....	58
3.2.4	Hvem har besvart skjemaet? .....	59
3.2.5	Beskrivelser av utvalget.....	60
3.2.6	Representativitet .....	62
3.3	Kontakt med fastlegen .....	64
3.4	Tilfredshetsindikatorer - forsatte som har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem .....	65
3.4.1	Tilgjengelighet og kontinuitet.....	66
3.4.2	Samlemål for tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet .....	67
3.4.3	Assosiasjoner mellom tilfredshet med tilgjengelighet/kontinuitet og demografiske variabler... ..	68
3.4.4	Informasjon og medvirkning .....	69
3.4.5	Samlemål for tilfredshet med informasjon og medvirkning.....	72
3.4.6	Assosiasjoner mellom tilfredshet med informasjon og medvirkning og demografiske variabler .....	72
3.4.7	Fastlegens tiltak .....	73
3.4.8	Samlemål for tilfredshet med fastlegens tiltak.....	75
3.4.9	Assosiasjoner mellom tilfredshet med fastlegens tiltak og demografiske variabler.....	76
3.4.10	Fastlegens samarbeid med andre instanser.....	77
3.4.11	Samlemål for tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser.....	78
3.4.12	Assosiasjoner mellom tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og demografiske forhold.....	79
3.4.13	Hvilke dimensjoner ved fastlegens tjenestetilbud er brukerne mest tilfredse med?.....	80

3.4.14	En gruppe som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnet psykiske problem.....	82
3.5	Oppsummering og vurdering av resultater fra brukerundersøkelsen.....	86
4	Oppsummerende diskusjon.....	89
5	Referanser .....	93



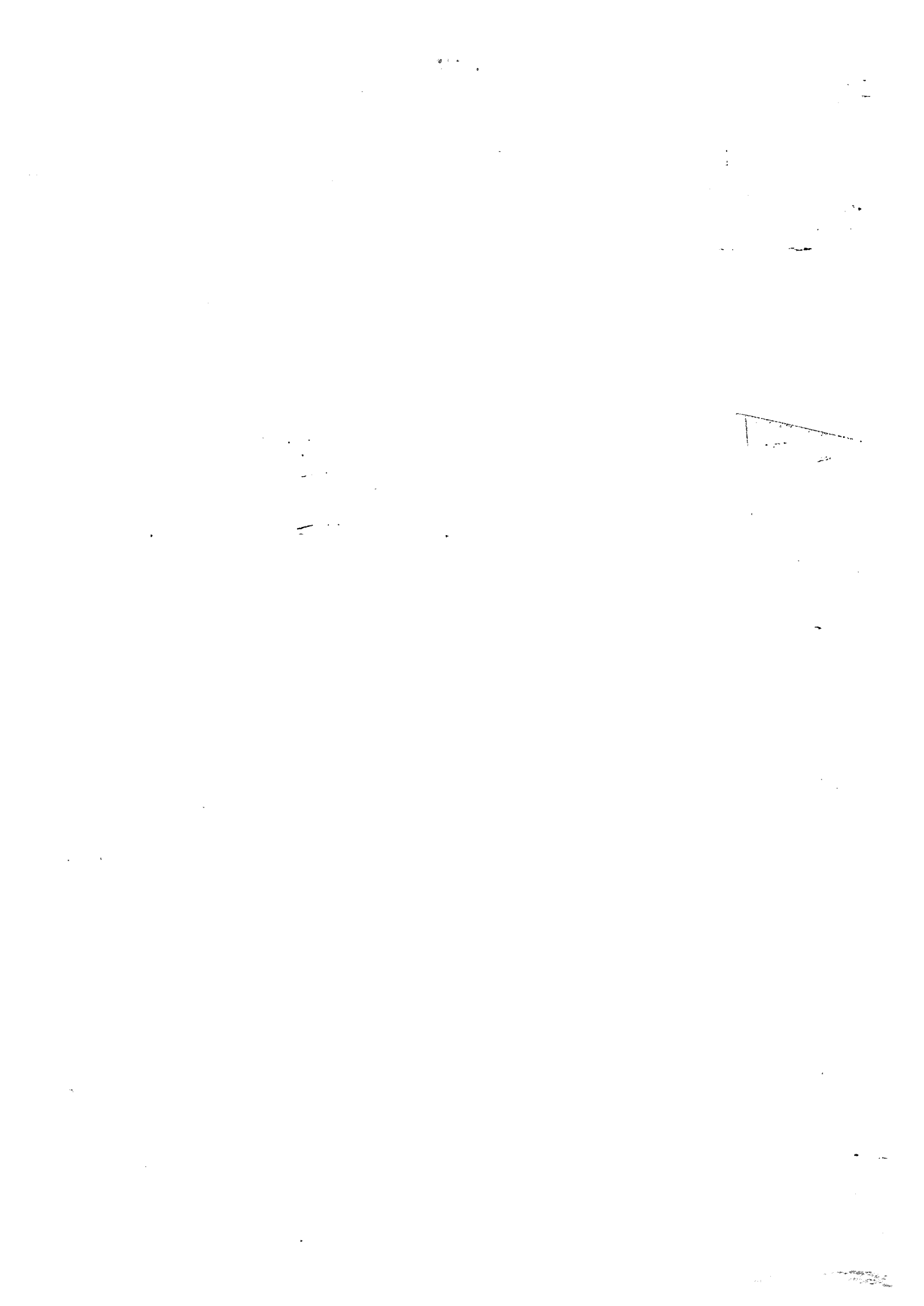
## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Hvem som har besvart spørreskjemaet. ....	59
Tabell 3.2	Familiens bostedsfylke. ....	60
Tabell 3.3	Foresattes høyeste utdanning. ....	61
Tabell 3.4	Barnets kjønn og alder. ....	61
Tabell 3.5	Representativitet i ADHD- utvalget i forhold til kjønnsfordeling. ....	62
Tabell 3.6	Representativitet i ADHD- utvalget i forhold til foresatte utdanningsnivå. ....	63
Tabell 3.7	Representativitet i BUP- utvalget i forhold til kjønns- og aldersfordeling. ....	63
Tabell 3.8	Representativitet i ADHD- utvalget i forhold til foresatte utdanningsnivå. ....	64
Tabell 3.9	Fastlegens kjønn. ....	64
Tabell 3.10	Om kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem. ....	65
Tabell 3.11	Påstander relatert til tilgjengelighet og kontinuitet. Svarfordeling i prosent. ....	66
Tabell 3.12	Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. ....	68
Tabell 3.13	Tilfredshet med tilgjengelighet /kontinuitet og demografiske forhold, ADHD- utvalg. ....	68
Tabell 3.14	Tilfredshet med tilgjengelighet /kontinuitet og demografiske forhold, BUP - utvalg. ....	69
Tabell 3.15	Påstander relatert til informasjon og medvirkning. Svarfordeling i prosent. ....	70
Tabell 3.16	Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med informasjon og medvirkning. ....	72
Tabell 3.17	Tilfredshet med informasjon og medvirkning, ADHD- utvalg. ....	72
Tabell 3.18	Tilfredshet med informasjon og medvirkning, BUP- utvalg. ....	73
Tabell 3.19	Påstander relatert til fastlegens tiltak. Svarfordeling i prosent. ....	74
Tabell 3.20	Beskrivende statistikk for samlemål på fastlegens tiltak. ....	75
Tabell 3.21	Tilfredshet med fastlegens tiltak og demografiske forhold, ADHD - utvalget. ....	76
Tabell 3.22	Tilfredshet med fastlegens tiltak og demografiske forhold, BUP - utvalget. ....	77
Tabell 3.23	Tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser. ....	77

Tabell 3.24	Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser.....	79
Tabell 3.25	Tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og demografiske forhold, ADHD- utvalg.....	79
Tabell 3.26	Tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og demografiske forhold, "BUP- utvalg".....	80
Tabell 3.27	Instanser som familien har hatt kontakt med ift barnets ADHD problematikk/Instanser som har bistått ift kontakt med BUP.....	82
Tabell 3.28	Forventninger til fastlegens tilgjengelighet overfor barn og unge med psykiske.....	84
Tabell 3.29	Oppfatninger om fastlegens kunnskap og interesse vedrørende psykisk helse.....	85

## Figuroversikt

Figur 3.1	Utvalget i brukerundersøkelsen.....	59
Figur 3.2	Andel som har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer.....	65
Figur 3.3	Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til tilgjengelighet og kontinuitet.....	67
Figur 3.4	Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til informasjon og medvirkning.....	71
Figur 3.5	Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens tiltak.....	75
Figur 3.6	Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens samarbeid med andre instanser.....	78
Figur 3.7	Gjennomsnittsskåre for ulike dimensjoner ved fastlegens tjenestetilbud etter brukerutvalg.....	81



# Sammendrag

## Mål

Undersøkelsen fokuserer på tverrfaglig samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i fastlegens tilbud til barn og unge med psykiske problemer. Hovedmålet er å kartlegge i hvilken grad, og hvordan fastlegen samarbeider med andre instanser i forhold til tiltak overfor denne målgruppen. Studien fokuserer på fastlegens rolle, og hvorvidt innføringen av fastlegeordningen har medført endringer når det gjelder tilbudet til barn og unge med psykiske problemer.

## Metode

Undersøkelsen består av to delstudier. Delstudie 1; *Fastlegen som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer* er en kvalitativ studie, der et utvalg fastleger, helsesøstere og fagpersoner fra BUP er intervjuet. I alt 38 intervjuer er gjennomført i seks ulike kommuner med 11 fastleger, 12 helsesøstere og 15 fagpersoner fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det er gjennomført semistrukturerte intervju med utgangspunkt i en intervjuguide.

Delstudie 2; *Brukerens erfaringer - og tilfredshet med fastlegen*, er en undersøkelse gjennomført blant foresatte til barn og unge med alvorlige psykiske problemer. Studien er basert på en spørreskjemaundersøkelse, der de foresatte har vurdert tilfredshet med ulike dimensjoner ved fastlegens tilbud. Det er benyttet to utvalg i undersøkelsen. Det ene utvalget omfatter 980 foresatte til barn med ADHD. I det andre utvalget inngår 293 foresatte til barn som er pasienter i BUP.

## Resultater

### SAMARBEID

Resultater fra intervjuundersøkelsen viser at det er lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser, i forhold til tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Initiativ for å øke kontaktflaten mellom BUP og fastlegene styrker samarbeidet og kommunikasjonen. Det er imidlertid en utfordring å finne en fast modell, eller faste rutiner for samarbeidet mellom BUP og fastlege. Resultater fra brukerundersøkelsen underbygger funn fra intervjumaterialet. Måling av brukernes tilfredshet viser at fastlegens samarbeid med andre instanser er den dimensjonen ved tilbudet som brukerne er minst fornøyd med.

Fastleger mener at betalingsordninger, - at det ikke gis honorar for generelle møter med aktuelle samarbeidsinstanser, er en hemmende faktor i forhold til å etablere samarbeidsrutiner og avtaler. Fastlegene trekker også frem at kapasitetsproblemer i BUP er en utfordring for samarbeidet om pasienter.

Både helsesøstere og fagpersoner i BUP mener at det psykiske helsetilbudet til barn og unge kan bli bedre ved større grad av involvering fra fastlegen i aktuelle saker.

## ROLLE OG ANSVAR

Samarbeidende instanser opplever at fastlegens rolle er uklar, og at legetjenesten er lite involvert i det kommunale arbeidet for barn og unge med psykiske problemer. Dette underbygges av resultater fra brukerundersøkelsen, som viser at mange barn er henvist til spesialisthelsetjenesten uten at de har hatt kontakt med fastlegen.

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

## TILGJENGELIGHET OG KONTINUITET

Helsesøstere har liten tradisjon for å tenke fastlege i forhold til psykisk helse, og benytter like ofte helsestasjons- eller skolelegen i forhold til denne type problematikk. Skolelegen vurderes som mer tilgjengelig enn fastlegen i disse sakene. Helsesøster opplever at fastlegen ikke har tid til barn med psykiske problemer. Det at fastlegen i liten grad ser på sin rolle som oppsøkende eller forebyggende i forhold til psykisk helseproblematikk hos barn og unge, er en utfordring for fastlegens tilgjengelighet og koordinering. Flere av fastlegene opplever også at de blir kontaktet sent i prosessen, at pasienter går forbi dem, og at skolehelsetjenesten henviser direkte til BUP uten at de blir informert. Dette oppleves som en hindring i forhold til godt samarbeid med BUP og andre instanser.

Det varierer hvorvidt fastlegen har samarbeid med BUP om oppfølging av pasienter. Ved noen poliklinikker har man jobbet bevisst med å involvere fastleger, både i forhold til utredning, henvisning og oppfølging, - og slik definert en rolle for fastlegen i arbeidet med målgruppen. Slike initiativ har ført til at BUP og fastlegene har utviklet flere gode samarbeidsrutiner, og at de lettere kontakter hverandre ved behov for å drøfte saker.

Barn og familier som har etablert kontakt med fastlegen er forholdsvis godt fornøyde, - både med muligheter for å få time, samt med kommunikasjonen med fastlegen i forhold til barnets problem. Brukerne er noe mindre fornøyde med tid som er avsatt i konsultasjonen, samt med hyppigheten av kontakt. I følge brukerne har fastlegetjenesten også et forbedringspotensial i forhold til å gi informasjon om andre nyttige tjenester.

### *Interesse og kompetanse*

Flere av informantene i undersøkelsen mener at fastleger har liten interesse for, - og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. Informanter fra psykisk helsevern mener at fastlegen bør ha bedre kompetanse i forhold til å vurdere barn og unges psykiske problemer, - skille alvorlige fra lettere lidelser. Fastlegene gir selv uttrykk for at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med, og at det kreves en spesiell interesse for fagfeltet dersom de skal jobbe med barn og unge i denne gruppen. Fastlegene påpeker at de har behov for mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten, - spesielt i forbindelse med medikasjon. Resultatene underbygges av funn i brukerundersøkelsen.

Brukernes vurderinger av nytteverdien av fastlegens tiltak viser at andel tilfredse brukere varierer mellom 34 og 54 prosent, avhengig av type indikator og utvalg. Foresatte til barn med ADHD er mindre tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte til barn som er pasienter i BUP. Resultatet kan gjenspeile at det er spesielt utfordrende for fastlegene å gi adekvate tiltak til barn med sammensatt problematikk. I et underutvalg som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer, mener 70- 80 prosent av

respondentene at fastlegen vet for lite om psykiske problemer hos barn. Mangelfull interesse for, - og kompetanse om psykisk helse kan medvirke til at fastlegen blir perifer, og uaktuell å kontakte i forhold til psykisk helse hos barn og unge.

#### KONSEKVENSER AV FASTLEGEORDNINGEN

Informantene opplever at fastlegeordningen som struktur ikke alltid er så godt tilpasset barn og unge med psykiske problemer. Forhold som trekkes frem er korte konsultasjonstider og egenandeler. I tillegg kan ungdom vegre seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har<sup>1</sup>. Fastlegeordningen gjør også at det blir færre muligheter til å oppsøke andre leger, dersom en ikke er fornøyd med legen sin.

Informantene legger imidlertid også lagt vekt på at fastlegeordningen bidrar til å tydeliggjøre ansvar. Spesielt der spesialisthelsetjenesten har jobbet med å involvere fastleger i kommunikasjon og samhandling om pasienter, er fastlegene mer direkte på at de er ansvarlige for pasientene på sine lister.

Fastlegene gir uttrykk for forskjellige synspunkter på hvilke endringer fastlegereformen har brakt med seg. Mens enkelte leger mener reformen har ført til konkrete og positive endringer, er andre mer i tvil om endringene er av noen betydelig karakter. Det fremheves at fastlegereformen krever at andre aktører i helsevesenet etterlever det som er blitt fastlegens rolle etter reformen. Dersom ordningen skal ha den ønskede effekt er tilstøtende tjenester blant annet nødt til å samarbeide om hvilke regler og systemer som skal gjelde for henvisninger. Enkelte fastleger ser at reformen kan bidra til strukturelle endringer som vil kunne tjene barn og unge med psykiske problemer på sikt:

*"Fastlegeordningen har betydd lite, men på sikt kan det kanskje vise seg å være gunstig. Jeg tror tiden er moden for litt nye strategier. Kapasiteten på spesialistnivå er for dårlig. Kanskje BUP i større grad skulle bruke sin kapasitet på å veilede oss på førstelinjenivå. De bør føre kunnskapen ut til oss som jobber nærmest barnet, slik at vi kan nyte godt av deres kunnskap og veiledning. Og det er behov for mer strukturert samarbeidet, og å snu kompetansestrømmen mot legene som jobber med barna".*

Fagpersoner i BUP påpeker at det er nødvendig med en bevisstgjøring i forhold til hva som er fastlegens ansvar. Og at det er her utfordringene ligger i fremtiden:

*"Hvis det er litt endring så er det i forhold til engasjement og mulighet til å følge opp pasientene over tid. Vår opplevelse er at fastlegene har definert et veldig snevert ansvar for seg selv, at de har 15 minutter inne på kontoret, og at de er veldig lite innstilt på teamarbeid eller utadrettet virksomhet. Her må det nok en bevissthetsendring til. For gode resultater er vi avhengig av teamarbeid med tverrfaglig kompetanse, så legene må bevisstgjøres i forhold til dette".*

#### Konklusjon

Studien viser at fastlegeordningen har brakt med seg en forventning, - og et ønske om at fastlegen skal være en aktiv part i tiltakskjeden for barn og unge med psykiske problemer, men at forutsetningene for dette ikke alltid er tilstede.

En viktig forutsetning for en god fastlegeordning for målgruppen er det tverrfaglig samarbeidet med andre instanser i kommunen, og med spesialisthelsetjenesten, samt tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Det er identifisert flere barrierer i forhold til fastlegens arbeid med barn og unge med psykiske problemer, som gjør at fastlegen ofte får

---

<sup>1</sup> Ved innføring av fastlegeordningen ble det besluttet at ungdom 12-16 år som hovedregel skal ha samme fastlege som mor.

en perifer rolle i utredning, behandling og oppfølging. Barrierene er 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.

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 til målgruppen.

Fastlegetjenesten har foreløpig fått svært lite oppmerksomhet i de helsepolitiske planene for barn og unge med psykiske problemer. Det er viktig at man på systemnivå avklarer hva som skal være fastlegens ansvarsområde, - slik at det ikke blir tilfeldig hva slags hjelp som tilbys. 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 forhold relatert til kompetanse, tverrfaglig samarbeid og tilgjengelighet.

# 1 Innledning og problemstillinger

## FASTLEGEORDNINGEN

Fra 1. juni 2001 har alle innbyggere i Norge rett til å ha sin egen lege. Gjennom fastlegeordningen skal det medisinske ansvaret for oppfølging av den enkelte innbygger være tydeliggjort. Fastlegen har i følge forskrift om fastlegeordning i kommunene ansvar for allmennlegetilbudet til personer på sin liste, og skal i følge merknad til forskriften ha et koordinerende ansvar for legetjenestene til disse pasientene, herunder samordning av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling (FOR 2000-04-14). Ordningen skal etter intensjonen forbedre kvaliteten og tilgjengeligheten i allmennlegetjenesten, og gi bedre tilfredshet med tilbudet (Ot.prp. nr. 99, 1998-99). Rammene for virksomheten skal bidra til å knytte tettere bånd mellom lege og pasient, og slik gi pasientene større innflytelse over behandlingen. Det forventes bedre kontinuitet i tjenestetilbudet og færre samarbeidsproblemer mellom 1. og 2. linjetjenestene (St. meld. nr. 23, 1996-97). I en statusrapport om fastlegeordningen oppsummerer Helse- og omsorgsdepartementet at ordningen fungerer svært bra, og at en har nådd målene på mange viktige områder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Legeforeningen konkluderer at "Fastlegeordningen er blitt den ansvarsreformen den var forutsatt å bli" (Bakke, 2005).

Det at legen blir en "adresse for ansvar" (Brekke m. fl. 2001) overfor øvrige instanser som er involvert i tiltak, gjør at fastlegeordningen kan være et godt utgangspunkt for arbeid med pasienter med sammensatt problematikk (Heen et al., 1996). Det er grunn til å tro at ordningen gir økt forventning om at fastlegen skal involveres i behandling, oppfølging og tverrfaglig samarbeidet om pasienten. Evalueringen av forsøk med fastlegeordningen viste at noen leger tok mer ansvar enn før, for oppfølging av voksne pasienter med psykiske problemer. Ordningen hadde imidlertid ikke konsekvenser for samarbeidet med andre kommunale instanser, eller 2. linjetjenesten når det gjaldt denne pasientgruppen (Heen et al., 1996). Som påpekt i Stortingsmelding nr 23. 1996-97, kan det være en utfordring innen rammene av en fastlegeordningen å gi pasienter med psykiske problemer et adekvat tilbud. Utfordringen knyttes her til spesielt til spørsmålet om fastleger har nok kunnskap og interesse for tverrfaglig samarbeid.

Evalueringer av fastlegeordningen foreligger gjennom en rekke publikasjoner og rapporter, som blant annet omfatter mål på brukernes erfaringer (Finnvold et al., 2005, Grytten et al., 2004, Lian, 2003), fastlegenes erfaringer (f. eks. Carlsen, 2003; Sandvik, 2003; Hetlevik & Hunskår, 2004), og kommunenes erfaringer (Riksrevisjonen, 2005). Imidlertid er det bare en av de til nå foreliggende evalueringsrapportene som har studert fastlegens tilbud for pasienter med sammensatte behov, - pasienter som trenger noe mer tid hos legen, og som har særskilte behov for koordinerte tjenester. En undersøkelse gjennomført blant voksne pasienter med kroniske sykdommer viser at pasientene var lite opptatte av fastlegereformen, og at den betydde lite i forhold til deres behov for legehjelp (Dahle & Skilbrei, 2003),

## FASTLEGENS ROLLE I TVERRFAGLIG SAMARBEID

Barn og unge med psykiske problemer er en av flere "utsatte grupper" som ofte har behov for tverrfaglige 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 helhetlig perspektivet vektlagt (Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003)). Et helhetlig tjenestetilbud innebærer at tilbudet inneholder alle de tjenestene barnet / ungdommen har behov, 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) understrekes viktigheten av tverrfaglig samarbeid 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 har nylig utredet samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er 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" (side 129). Utvalget tilrår at legetjenestens rolle i forhold til samhandling styrkes gjennom en tydeliggjøring av fastlegens ansvar. Utvalget foreslår justeringer av fastlegeordningen, med den hensikt å understøtte den rolle og betydning fastlegen kan ha i helsetjenesten. Videre foreslås justeringer av finansieringssystemet og takstsystemet, som virkemiddel til at fastleger tar likeverdig ansvar for alle pasienter, og avsetter tilstrekkelig tid for pasienter som har behov for sammensatte tjenester.

I henhold til helsetilsynets vurderinger (Helsetilsynet, 2003a), har det med innføringen av fastlegeordningen ikke skjedd en forbedring når det gjelder legers deltagelse i tverrfaglig samarbeid. Helsetilsynet stiller også spørsmål om forventningene til fastlegen, i forhold til koordinering og deltagelse i tverrfaglig samarbeid, er tydelig formulert i avtaleverket. Helsetilsynet viser her til sin egen tilsynsrapport vedrørende helsetjenester for barn og unge med psykiske problemer (Helsetilsynet, 2003b). Helsetilsynet peker at fastlegeordningen har i seg et potensial for kvalitetsbedring som ikke er utnyttet. Dette dreier 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 foreslås som et mulig virkemiddel for å forbedre informasjonstilgangen (Helsetilsynet, 2003a).

Flere tilgjengelige dokumenter og rapporter tyder på at det er ulike syn på hvilken rolle fastlegen skal, - og bør ha i arbeidet med barn og unge som krever tverrfaglig innsats. I ny 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 temaet 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 forhold til oppfølging av barn med sammensatt problematikk.

I helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (Helsetilsynet, 2003a), er fastlegens uavklarte rolle i det kommunale samarbeidet rundt oppfølging av barn og unge med psykiske problemer omhandlet. Helsetilsynet konkluderer: *"Ivaretagelsen av det tverrfaglige samarbeidet rundt helsestasjons - og skolehelsetjeneste på den ene siden, og fast-*

*leger på den andre siden, er ikke nærmere beskrevet i rammeavtalen for fastlegeordningen eller i lov/forskrift. Etter vår vurdering bør sentrale myndigheter vurdere tiltak for å avklare dette.” (side 12).*

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) påpekes behovet for at barn og unge med psykiske problemer får sammensatte tiltak, medisinsk utredning og behandling, og at dette må sikres ved å styrke samarbeidet mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fastlegene.

#### TILGJENGELIGHET OG KONTINUITET

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 i forhold til 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 i forhold til å vurdere behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal henvise et barn til psykisk helsevern når det foreligger mistanke om 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 i forhold til psykisk helseproblematikk der egenandelen kan være en hemmende faktor. Innføring av fritak for egenandeler for ungdom er 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).

#### *Fastlegens kompetanse om psykisk helse hos barn og unge*

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 finner 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 nyere finsk studie som viser 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).

#### KUNNSKAP OM FASTLEGENS ARBEID MED BARN OG UNGE MED PSYKISKE PROBLEMER

Det foreligger så langt noe, men begrenset kunnskap om hvordan fastlegeordningen fungerer overfor barn og unge med psykiske problemer. Resultater fra Helsetilsynets lands-

omfattende tilsyn med helsetjenester for barn og unge (Helsetilsynet, 2003b) indikerer at fastlegen i liten grad er 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 fremheves manglende tilgjengelighet til fastlegen for samarbeidspartnerne som en hovedårsak til fastlegens fravær i det tverrfaglige samarbeidet. Resultatene tyder i tillegg på at fastlegen sjelden tar initiativ til å involvere eller informere andre kommunale instanser i forhold til 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 medisinsk undersøkt av lege. I henhold til Helsetilsynets vurderinger innebærer dette et brudd på kravet om faglig forsvarlignet. Det pekes 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 understreker at det er behov for bedre informasjonsutveksling mellom fastlegen og øvrige instanser i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og i tillegg at fastlegene øker sin prioritering av tverrfaglig samarbeid rundt pasienter med sammensatte behov.

Det foreligger flere nyere undersøkelser, som tar opp problemstillinger relatert til samarbeidet mellom fastleger og andre instanser i forhold til 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 hhv. PP- tjenesten, barnevern og helsestasjon i 12 kommuner. Også denne undersøkelsen viser 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 mener samarbeidet fungerer rimelig bra, noe som kan tyde på at det er ulike forventninger til hvilke rolle fastlegen skal ha. I rapporten understrekes behovet for at fastlegene involveres i tiltak tidligere enn det som er tilfellet, men også at legene selv øker 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 viser blant annet at behandlere gir fastlegene lavest skåre i sin vurdering av hvordan samarbeid med kommunale hjelpeinstanser fungerer på pasientnivå (Andersson, et al., 2005). Resultater fra en nasjonal kartleggingsundersøkelse som omhandler helhetlig behandling av barn og unge med AD/HD, viser også at behandlere i psykisk helsevern for barn og unge særlig etterspør samarbeid med fastlegene i tiltak for denne diagnosegruppen (Andersson, et al., 2004). Det er grunn til å tro at resultatet gjenspeiler et ønske om at fastlegene bør få et større ansvar for oppfølging av barn og unge med AD/HD.

### *Brukerperspektivet*

Opplysninger om hvordan brukerne opplever å bli ivaretatt er et viktig element i evalueringen av tjenesteytende instanser. I de helsepolitiske målsettingene er det lagt vekt på at den kvalitative styrkingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i brukernes behov (St. prp. nr. 63, 1996-97; St. meld. nr. 25, 1996-97), og at kvaliteten ved tjenestetilbudet skal bedres gjennom aktiv deltagelse fra brukerne. Brukermedvirkning har slik fått en sentral plass i nasjonale helsepolitiske målsettinger, ved at det legges vekt på at brukerne skal medvirke både i planlegging, organisering og drift av tjenestene (St. prp. nr. 63, 1997-98; St. meld. nr. 63, 1996-97). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) fokuser på betydningen av et godt møte med tjenesteapparatet fordi dette kan bidra til et best mulig resultat for den det gjelder.

Det finnes ulike eksempler på hvordan brukerne kan medvirke eller ha innflytelse på tjenestens utforming. Muligheter til å presentere sine erfaringer og synspunkter utgjør en av flere former for brukermedvirkning (Alm Andreassen & Grut, 1994). Anvendelse av resultater fra brukerundersøkelser kan få myndigheter og tjenesteytere til å endre prioriteringer og praksis i tilbud som ikke fungerer etter intensjonene. Slik vil brukermedvirkning kunne bidra til mer målrettede tjenester.

Som et ledd i evalueringen av fastlegeordningen er det gjennomført flere studier av pasienters tilfredshet med allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. Resultatene indikerer økt fornøydhet i forhold til ventetid (Finnvold et al., 2005; Grytten et al., 2004) og tid i konsultasjonen (Finnvold et al., 2005), etter innføring av fastlegeordningen. En studie gjennomført blant et tilfeldig utvalg voksne pasienter i Nord-Norge og på Østlandet, viser høy tilfredshet med geografiske nærhet til tjenesten, hvordan de blir møtt (tillit og respekt), samt med kommunikasjon, medbestemmelse og samhandling (Lian, 2003).

Selv om nytteverdien av brukerundersøkelser har fått økt oppmerksomhet de senere årene, foreligger det inntil nå ingen publiserte studier av hvordan norske barn og unge opplever møtet med fastlegen.

## 1.1 Problemstillinger

Undersøkelsen fokuserer på det tverrfaglige samarbeidet, tilgjengeligheten og kontinuiteten i fastlegens tilbud til barn og unge med psykiske problemer. Hovedmålet er å kartlegge i hvilken grad, - og hvordan fastlegen samarbeider med andre instanser i forhold til tiltak overfor målgruppen, samt studere hvilken rolle fastlegen har i dette arbeidet.

I studien reises følgende hovedproblemstillinger:

- Hvilket ansvar og hvilken rolle har fastlegen som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer?
- Hvilke forhold hemmer /fremmer det tverrfaglige samarbeidet, tilgjengelighet og kontinuitet i fastlegens tjenestetilbud?
- Har innføring av fastlegeordningen gitt endringer når det gjelder tverrfaglig samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet?
- I hvilken grad er brukerne tilfredse med tilgjengelighet til tjenesten, kontinuitet i tjenestetilbudet, informasjon og medvirkning, samt fastlegens samarbeid med andre instanser?

## 1.2 Delstudier og fremstilling

Undersøkelsen er inndelt i to delstudier. Delstudie 1; *Fastlegen som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer* er en kvalitativ studie, der et utvalg fastleger, helsesøstere og fagpersoner fra BUP er intervjuet vedrørende tverrfaglig samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i fastlegens tilbud for barn og unge med psykiske problemer. Metode, gjennomføring og resultater fra delstudie 1 er rapportert i kapittel 2.

Delstudie 2; *Brukerens erfaringer - og tilfredshet med fastlegen* er en undersøkelse gjennomført blant foresatte til barn og unge med alvorlige psykiske problemer. Studien er basert på en spørreskjemaundersøkelse, der de foresatte har vurdert tilfredshet med ulike dimensjoner ved fastlegens tilbud. Metode, gjennomføring og resultatene fra delstudie 2 er rapportert i kapittel 3.

I kapittel 4 gis en generell drøfting av resultatene, samt konklusjoner basert på resultater fra de to delstudiene.



## 2 Fastlegen som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer

I dette kapitlet presenteres resultater basert på intervjuundersøkelsen som er gjennomført blant fastleger, helsesøstere og fagpersoner i psykisk helsevern. Kapitlet er inndelt i følgende temaer; i) Om samarbeidet mellom fastlegen og helsesøster, ii) Om samarbeidet mellom fastlegen og det psykiske helsevernet, iii) Om tilgjengelighet til fastlegen og kontinuitet i tjenestetilbudet, iv) Om fastlegeordningen som reform og system i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer. Kapitlet innledes med en fremstilling av metode og gjennomføring av den kvalitative delstudien.

### 2.1 Metode og gjennomføring

Det er gjennomført i alt 38 intervjuer i seks ulike kommuner med fastleger, helsesøstere og fagpersoner fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

I samråd med en referansegruppe ble det valgt ut seks kommuner med forskjellige utgangspunkt for fastlegerformen; kommunestørrelse, fartstid med fastlegeordningen, positive erfaringer med fastlegeordningen, ustabil legedekning, satsning på ny organisering av tjenester til familier. Fra disse kommunene har vi rekruttert 12 helsesøstere og 11 fastleger til intervjuundersøkelsen. I tillegg har vi intervjuet 15 fagpersoner (leger eller psykologer) fra poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Vi har fortrinnsvis søkt å rekruttere informanter fra BUP som har de utvalgte kommunene i sitt opptaksområde, men har kontaktet ytterligere to poliklinikker for å gjøre utvalget informanter større. I alt er 8 poliklinikker representert i intervjuundersøkelsen. Nær sagt alle intervjuene er utført over telefon. Et intervju ble foretatt ved personlig fremmøte. Informantene fikk tilsendt en intervjuguide i forkant av intervjuet, slik at de kunne forberede seg. Telefonintervjuene varte i ca. 1 time, og ble spilt inn på bånd etter informantenes samtykke. Alle data ble anonymisert.

Herunder følger en nærmere redegjørelse av de rekrutteringsprosedyrene som ble benyttet, samt en beskrivelse av det kvalitative forskningsintervjuet som metode for å innhente data.

#### 2.1.1 Rekruttering av helsesøstere til intervju

Det ble sendt en skriftlig henvendelse per post eller telefaks til ledende helsesøster i de utvalgte kommunene eller bydelene. Prosjektet ble beskrevet, og ledende helsesøster ble forespurt om å delta i undersøkelsen. Forskerne fulgte opp den skriftlige forespørselen med en telefonhenvendelse. Interessen for deltagelse i prosjektet var til stede i 5 av de 6 utvalgte kommunene/bydelene. Ledende helsesøster pekte ut to helsesøstere i hver bydel/kommune, basert på deres erfaring med fagfeltet. Som regel var det de eldste helsesøstrene, med lengst erfaring i yrket, som ble valgt ut til å delta i undersøkelsen. Vi forsøkte å finne frem til informanter som kjente barn og ungdom i målgruppen fra helsestasjonsvirksomhet og i skolehelsetjenesten. I noen av kommunene /bydelene var flere av helsesøstrene svært

travle og hadde vanskeligheter med å finne tid til intervju. Noen avtaler om telefonintervju ble lagt til tre-fire uker etter at helsesøstrene ble kontaktet.

### 2.1.2 Rekruttering av fastleger til intervju

Det ble sendt ut en forespørsel om deltagelse til kommunelegen eller bydelsoverlegen i de kommuner/bydeler som var utvalgt for studien. Dette ble fulgt opp med en telefonhenvendelse, der utvalget av fastleger ble diskutert nærmere. I alle de forespurte kommunene/bydelene var kommunelegen eller bydelslegen interessert i problemstillingen, og behjelpelig med å peke ut to fastleger som kunne være interesserte i å delta i undersøkelsen. De fleste fastlegene som ble valgt ut hadde nå, - eller tidligere hatt en funksjon som skolelege eller helsestasjonslege. Disse ble valgt ut fordi de hadde erfaring med gruppen barn og unge med psykiske problemer, og sannsynligvis ville oppleve det som relevant å svare på spørsmålene. Fastlegene ble kontaktet av kommunelegene/bydelslegen og informert om undersøkelsen. Forskeren kontaktet deretter fastlegene per telefon for å avtale tidspunkt for intervju. Flere av fastlegene var svært travle, og ga uttrykk for at de hadde liten tid til å delta i undersøkelser. De fleste fastlegene var imidlertid opptatt av den aktuelle problemstillingen, og behjelpelige med å finne et tidspunkt for et 30 minutters telefonintervju.

### 2.1.3 Rekruttering av informanter fra BUP

Det ble sendt brev til poliklinikkleder ved de utvalgte poliklinikkene med en orientering om prosjektet. Brevet ble fulgt opp med en henvendelse per telefon, der vi forespurte om poliklinikken ville delta i intervjuundersøkelsen. Åtte av de i alt ni poliklinikkene vi kontaktet var positive til deltagelse. Navn på aktuelle informanter ble formidlet av poliklinikkleder. Vi tok senere direkte kontakt for å gjøre intervjuavtaler. Det ble gjennomført intervju med i alt 15 fagpersoner fra BUP <sup>2</sup>

### 2.1.4 Det kvalitative forskningsintervjuet som metode

Kvalitativ metode dreier seg om å komme datakilden "nært inn på livet", slik at den delen av virkeligheten som studeres kan betraktes fra vedkommendes synsvinkel. Dette innebærer at en får kjennskap til problemet fra innsiden, og slik lettere kan beskrive det fra utsiden. Kvale (2004) hevder at hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet er å gi beskrivelser av respondentens "livsverden", som igjen kan bidra til videre analyser og fortolkninger. Det viktigste i kvalitativ forskning er den forståelsen forskeren kommer frem til på grunnlag av de fenomener som studeres. Det er fortolkningen som gir grunnlag for overførbarhet, og ikke mønstre i datamaterialet.

I kvalitativ forskning er man altså opptatt av å gå i dybden, og å se på betydningen av et fenomen, mens man i kvantitativ forskning vektlegger utbredelse av tall. Konsekvensen av dette skillet er at man i kvalitativ forskning har få respondenter og fokuserer på mange variabler, mens det innen kvantitativ metode er vice versa. Innen kvalitativ metode er man opptatt av det særegne, mens man innenfor kvantitativ metode er ute etter det gjennomsnittlige. Kvalitativ metode er å foretrekke dersom forskningen er eksplorerende eller deskriptiv, og opptatt av prosesser mellom individer eller grupper av mennesker. Svakheten ved kvalitative forskningsintervjuer er knyttet til begrensninger i overførbarhet til andre kontekster (generalisering).

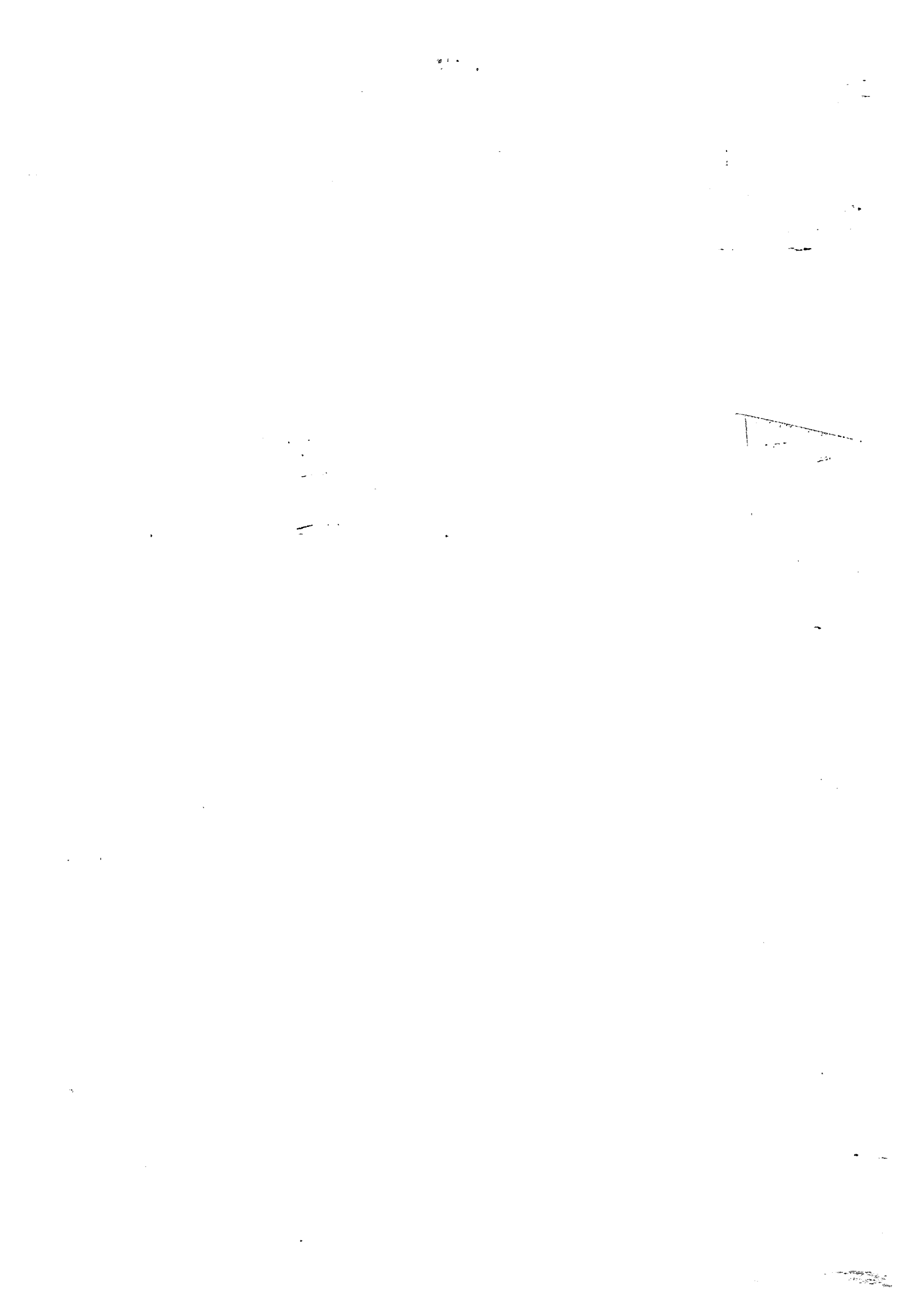
---

<sup>2</sup> Vi lyktes ikke å få kontakt med en av de utvalgte informantene.

I denne evalueringen har hensikten med gjennomføring av en kvalitativ intervjuundersøkelse vært å framskaffe informasjon om hvordan fastlegeordningen fungerer i forhold til tilgjengelighet, samarbeid og kontinuitet i tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer. Ved å intervjuer både fastleger, helsesøstere og fagpersoner i psykisk helsevern har vi fått et godt grunnlag for å studere de ulike aktørers erfaringer, og opplevelse av ulike dimensjoner ved fastlegens tjenestetilbud.

Det er gjennomført semistrukturerte intervju med utgangspunkt i en intervjuguide. Det ble utarbeidet tre versjoner av intervjuguiden, de fleste tema ble imidlertid dekket i forhold til alle informantene. Intervjuguidene ble bygget opp rundt de sentrale tema for undersøkelsen; samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet. Utkast til intervjuguidene ble diskutert og justert etter møte med referansegruppen. Det ble også foretatt et testintervju før intervjuene til undersøkelsen ble utført. Formålet med dette var å vurdere hvordan rekkefølgen på spørsmålene harmonerte med svar vi fikk, samt å ha et utgangspunkt for hvor mye tidsbruk.





# Resultater fra intervjuundersøkelsen

## 2.2 Samarbeidet mellom fastlegen og helsesøster

I det følgende presenteres resultater fra intervju med fastleger og helsesøstere. Materialet belyser følgende tema relatert til fastlegens rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge med psykiske problemer: grad av samarbeid og rutiner, ansvarsforhold, kompetanse og interesse, samt barrierer for tverrfaglig samarbeid.

### **Ulik grad av samarbeid mellom helsesøster og fastleger i de forskjellige kommunene**

I noen kommuner har man jobbet bevisst med å styrke kontakten mellom fastleger, helsesøstere og andre aktører i helsetjenesten. På disse stedene var det lagt opp til at instansene skal samarbeide, og det var utviklet rutiner for å koble inn fastlegen dersom et barn eller en ungdom skulle henvises til BUP. Helsesøstrene opplevde at det var enklere å kontakte fastlegen dersom det var lagt opp til samarbeid mellom instansene.

Dette står i kontrast til andre kommuner der det ikke var utviklet rutiner for informasjonsutveksling eller samarbeid mellom helsesøster og fastlegen. Spesielt i kommuner med ustabil legedekning eller i store kommuner der hvor helsepersonell ikke kjenner hverandre, melder helsesøstere om minst samarbeid med fastlegene. Helsesøstere på steder med ustabil legedekning påpekte at skolelegen eller helsestasjonslegen er mer stabil og kan følge pasienter over tid, og at de derfor foretrekker å bruke disse alternativene.

Uavhengig av kommune, fortalte helsesøstrene at det var tilfeldig om de henvendte seg til skolelegen, helsestasjonslegen eller fastlegen når det ville henvises til spesialisthelsetjenesten. Utfallet av legevalg kunne falle på hvem som hadde tid til å se barnet raskest mulig. I noen tilfeller hadde foreldrene preferanser på hvilken lege som skal være henvisende instans. I enkelte kommuner der de hadde uttalte rutiner på at fastlegen alltid skal ha kopi av henvisning til BUP, var helsesøstrene usikre på om helsestasjonslege eller skolelegen sendte kopi av henvisning til fastlegen.

### **Lite faste rutiner og strukturert samarbeid**

Til tross for noe ulik opplevelse av kontakt med fastlegen, og ulike rutiner mellom kommunene, gir helsesøstrene uttrykk for at de svært sjelden har kommunikasjon eller samhandling med fastlegen i forhold til barn og unge med psykiske problemer. En helsesøster i en større kommune opplevde dette som enveis kommunikasjon:

*"... kommunikasjon med fastlegen det har vi overhodet ikke. Det er enveis. Vi sender dem til fastlegen også hører vi aldri noe tilbake! Neida. Det er det ikke tenkt på at vi skal ha det en gang! Men vi har plikt på oss når vi henviser til spesialisthelsetjenesten, da skal fastlegen informeres. Og det gjør vi, men vi får aldri noe tilbake derfra."*

Helsesøstre forteller at det kun unntaksvis har kommet henvendelser fra fastlegen til helsesøstre. Slike initiativ opplever helsesøstre som svært positive og flere har uttrykt ønske om mer kontakt med fastlegen. En helsesøster fra en kommune der det er jobbet mye med samarbeidsrutiner uttrykker seg slik:

*"Jeg har også fått brev fra fastlegen om elever de vet jeg har hatt inne. "Nå har den og den vært hos meg, og det og det har skjedd, kan du følge opp slik og sånn". Det kunne godt ha vært mer av dette for dette skjer ikke kjempe ofte, så jeg ønsker jo mer kontakt med fastlegen, men det er vel en prosess å bli vant til å samarbeide. Men det er ikke ofte jeg får slike henvendelser, den siste var for halvannet år siden tror jeg..."*

Helsesøstre opplever ofte at fastlegen er vanskelig tilgjengelig, og noen uttrykte ønske om å heller kunne bruke skolelege enn fastlege. Dette har bakgrunn i at helsesøstre ofte har erfaring med at skolelegen er en person de har lettere tilgang til, en som de kan kommunisere med uten å måtte streve for å få kontakt:

*"Jeg ønsker meg en skolelege på videregående skole. Det er tilgjengelighet som gjør at jeg har dette ønsket, jeg har siddet i timevis på telefonen å få kontakt med fastlegen, det er veldig tidkrevende, og det er ikke sikkert at du får snakke med fastlegen, det hender, men det har vært litt bedre de siste årene. Det har skjedd to ganger at jeg har fått snakket med fastlegen når jeg har kommet frem. Når jeg først kommer i kontakt med fastlegen så gjør de så godt de kan, men jeg ønsker meg en lege på skolen som kunne komme hit, og sette opp en time til meg og ungdommen sammen".*

I intervjuene bekrefter legene at de har lite strukturert og rutinemessig samarbeid med helsesøstre i forhold til barn og unge med psykiske problemer. I intervjuene påpekte de fleste legene at de innhenter informasjon fra pasienten eller foreldrene om hvilke instanser som er involvert i kartlegging eller behandling av barnet/ungdommen. Imidlertid varierer det fra sak til sak om fastlegen selv finner det nødvendig å ta kontakt med andre instanser i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Fastlegene påpekte at det under merkelappen "barn og unge med psykiske problemer" er mye variasjon i type problematikk, og at dette naturligvis resulterer i forskjellige behov for samarbeid.

Bak et hvert barn i målgruppen er det også forskjellige ressurser og helsetilstand hos foreldrene, som har innvirkning på hvordan og hvilke instanser fastlegen ønsker å koble inn. Foreldre kan av og til ha ønsker om type behandling for barnet, og dette kan legge føringer på hvilke instanser fastlegen kan kontakte. Enkelte problemstillinger kan fastlegene ta hånd om selv, gjennom noen få oppklarende konsultasjoner med barnet/ungdommen og foreldrene. Andre saker kan være svært kompliserte, der ofte barnevern, skolen, BUP, PPT og andre må inn. I disse tilfellene er ofte fastlegens kontaktgrunnlag å få mer informasjon om hvordan barnet/ungdommen fungerer på de forskjellige arenaer, for bedre å bedre kartlegge barnets helhetlige situasjon, og dermed kunne stille en mer presis diagnose i henvisningen til spesialisthelsetjenesten.

Det er også mye variasjon på hvordan barn og unge i målgruppen kommer i kontakt med fastlegen om problemene de har. Noen kommer direkte til fastlegen, frivillig eller ufrivillig, sammen med sine foreldre. Andre er blitt bedt om å ta kontakt med fastlegen av helsesøster eller skolehelsetjenesten. Andre igjen kan ha snakket med helsestasjon eller ha henvendt seg direkte til BUP, og derfra blitt bedt om å snakke med fastlegen. Før barna kommer til fastlegens kontor kan fastlegen i noen tilfeller ha opplevd å ha blitt spurt til råds av fagpersoner i kommunen, for eksempel helsesøster, som søker konkrete råd om hvordan de skal forholde seg til barnet/ungdommen. Imidlertid var det ingen av fastlegene som ble intervjuet som hadde faste samarbeidsmøter eller faste samarbeidsrutiner med instanser i kommunene for barn og unge i denne målgruppen. Samarbeidet er lagt opp fra sak til sak, og flere av fastlegene syntes at dette er tilfredsstillende:

*"Vi har det samarbeidet vi trenger i enkelt saker der det er nødvendig. Jeg tror ikke jeg ville prioritere faster møter".*

Imidlertid ble det meldt om at det ble avholdt samarbeidsmøter, og flere rutiner for kontakt og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten (BUP) og fastleger som også i noen tilfeller inkluderte instanser i kommunen.

### **Ønsker mer samarbeid med fastlegene**

Helsesøstere ønsket seg et bedre og hyppigere samarbeid med fastlegene. I forhold til at skolelegeordningen på mange steder er i ferd med å reduseres eller fjernes, vil det bli viktig for helsesøstrene å ha god kommunikasjon med en lege som kan hjelpe til i vurderingen av barn og unge i målgruppen, og som kan henvise til andrelinjetjenesten ved behov.

*"Samarbeidet mellom meg og fastleger er ikke å ofte. Men når jeg har opplevd at jeg har behov for det, synes jeg dette har gått greit. Det har nesten utelukkende vært på initiativ fra meg. Men det er svært sjelden fastlegene har kontaktet meg. Jeg vet ikke hvorfor det er slik. Vi etterspør slik kontakt selv og dette ønsker vi mer av både i forhold til fastleger og BUP. BUP kommuniserer også sjelden tilbake til oss. Vi føler at vi er lite involvert i hva disse instansene gjør. Fastlegen har vært velvillig når jeg har kontaktet dem, fastlegen er flinke til å se helheten rundt pasienten når det gjelder pasientens hverdag, men det å få til strukturelle samarbeidsrutiner er vanskelig for dem i hverdagen. Per i dag ligger det ikke inne noen strukturert måte dette kan skje i henhold til, ingen rutiner. Jeg tror at behandlingen for denne gruppen kunne ha vært styrket om jeg og fastlegen hadde vært litt på linje i forhold til hva det er viktig å jobbe med hos den ungdommen".*

Noen helsesøstere kunne fortelle om et fint samarbeid med fastlegen i forhold til enkeltsaker. I disse tilfellene har helsesøster fungert som et mellomledd:

*Vi ringte i felleskap til fastlegen hennes, jeg sa til henne at dersom vi ikke gjorde dette i felleskap nå, så tror jeg ikke at hun ville ha gjort det seinere – og det bekreftet hun. Hun var i time med meg, vi ringte og vi fikk avtale om kontroll, og en samtale. Og så kom hun til meg igjen... hun sa det var ok å snakke med fastlegen, hun hadde avtale om ny time hos fastlegen en uke seinere. Og da hadde vi samtale hver uke, men ting ble verre enn bedre ment tiden gikk og det bekreftet jenta også. Så da tok jeg med hennes tillatelse initiativ til å ringe til fastlegen. Jeg snakket med fastlegen og vi diskuterte og ble enige om å henvise til BUP. Det var greit for jenta. Hun har etter dette gått jevnt til fastlegen sin og fått medisinering, samtidig som hun ble henvist til BUP, men jeg syntes dette gikk seint og jeg ringte til fastlegen igjen og sa det var ille å vente så lenge. Da purret fastlegen på BUP og jenta fikk time ganske rask. Jeg har fortsatt kontakt med henne jevnlig og dette er positivt selv om hun er hos BUP."*

### **Verdsetter samarbeidet med helsesøster**

De fleste av fastlegene som ble intervjuet hadde erfaring fra å samarbeide med helsesøster. Noen hadde hatt et slikt samarbeid omkring en pasient for flere år tilbake i tid, og karakteriserte samarbeidet som svært sjeldent, men nyttig. Noen få leger hadde et mer aktivt og regelmessig samarbeid med helsesøster omkring barn og unge i målgruppen. De fastlegene som hadde hyppig samarbeid med helsesøster var svært positive til dette, og har også lagt til rette for at helsesøstrene kan ta kontakt:

*"Helsesøstrene har en nokså grei kanal direkte til meg. De kan ringe eller stikke innom eller forhåndsdrøfte ting de ønsker. De kan også si i fra dersom de har bedt foreldrene om å ta kontakt med meg. Jeg og mine kolleger kjenner hverandre godt og helsesøstrene de er stabile, så samarbeidet burde fungere rimelig greit"*

Noen kommuner har satset på å få til et samarbeid mellom aktuelle instanser for barn og unge:

*"Her i denne kommunen har vi satset på å utvikle et godt samarbeid. Vi har ingen faste møter, men vi er en liten kommune og vi kjenner hverandre. Hvis det er problemstillinger kontakter vi hverandre via telefon. For noen pasienter har vi etablert ansvarsgrupper, og da er det helsestasjon som står som sekretariat eller koordinerende enhet".*

En lege fra denne kommunen påpekte at det er flott å jobbe med helsesøster fordi de er lette å komme i kontakt med og de har en ufarlig måte å komme i kontakt med eleven på. Helsesøster er et naturlig mellomledd i miljøet på skolen:

*"De kommer i kontakt med elevene, det synes jeg er den største fordelene med å ha helsesøster der. Det er ikke så stigmatiserende å kontakte dem som en psykiatrisk poliklinikk eller noe sånt"*

Når fastlegene meldte at de samarbeidet med helsesøster i enkelte saker, var det fordi barna hadde behov for en blanding av samtaler og medisinsk oppfølging uten at dette var så alvorlig at BUP var inne i bildet. En annen grunn for samarbeidet kunne være at helsesøster og fastlege jobbet sammen om henvisning til BUP, og for å få en best mulig oversikt over barnets problemer. Flere leger sier at helsesøster kunne ha en mer aktiv rolle, men det er usikkerhet knyttet til hvordan hun kan brukes:

*Det hender at vi sier til ungdommene og foreldrene deres at det er det hadde vært fint å si det til helsesøster slik at hun er klar over situasjonen".*

Fastlegene påpeker at roller ikke er så godt definert, men at det er mer tilfeldig hvem som gjør hva i de ulike sakene. Noen fastleger mente at helsesøstrene er en utnyttet ressurs, som de ønsker å utvikle mer i forhold til. Men på grunn av tidspress og ventelister har de færreste av fastlegene anledning til å ta initiativ til å holde møter om generelle ting, legge til rette for samarbeid og utvikle rutiner.

### **Helsesøster har en viktig rolle i kartlegging av barn og unges problemer**

Flere fastleger hadde god erfaring med å snakke med helsesøster for å kartlegge og få oversikt over konkrete problemstillinger for barn og unge i målgruppen. I forhold til fastlegens korte konsultasjonstider, og ofte lite kjennskap til barnets problematikk før konsultasjonen, kan det være nyttig å legge opp til et samarbeid med skolehelsetjenesten. Det er også utfordrende å få kunnskap om hvordan en kan snakke med barn om psykisk helse, barn kan ofte ha problemer med å uttrykke seg og forklare hva de opplever. Fastlegene opplever at barn og unge med psykiske problemer kan være tidkrevende, og en vanskelig gruppe i forhold til de rammer fastlegeordningen gir:

*"Det å ikke bruke nok tid kan være et problem sett i forhold til formatet av de problemene barn og unge med psykiske problemer utgjør, og som er dårlig tilpasset den typen konsultasjoner som det er lagt opp til hos fastlegen".*

I kartleggingen er det ofte behov for vurderinger fra andre som kjenner barnet. I dette er skolen en viktig instans siden barna oppholder seg størsteparten av tiden på skole. Noen leger opplever imidlertid at foreldre kan være til hinder for samarbeid med andre instanser. Foreldrene kommer til fastlegen og forventer en henvisning til BUP. Noen ganger ønsker ikke foreldrene at skolen skal trekkes inn i arbeidet med barna deres. I slike tilfeller kan det være vanskelig for fastlegene å få et godt nok grunnlag for å lage en henvisning til BUP. Flere leger har kommentert at det ofte kan være vanskelig å få en presis diagnose på barn og unge i denne gruppen.

*"Når du har 20 minutter og skal få dem til å åpne seg, er det problematisk. Og de som kommer hit blir ofte slept hit av foreldre. Av og til reiser jeg på hjemmebesøk i helt fastlåste situasjoner".*

Flere fastleger har gjennom intervjuene påpekt at de har hatt nytte av samarbeid i utredningsperioden, spesielt for barn og unge som har tyngre problematikk:

*" Dette er en type problemområde hvor man sjelden er alene inne og jobber. Så det handler mye om å finne samarbeidsformer hvor man samarbeider med helsesøster, 2. linje tjenesten og PP tjenesten.*

Noen leger synes at man kan bruke helsesøstrene mer, men at det er forhold som hindrer dette i dag. For eksempel ble det fortalt at det ved en helsestasjon var det lav oppmøteprosent på de vanlige helsekontrollene, og dermed mye uutnyttet tid som kunne ha vært brukt til samarbeid:

*"Helsesøster har generelt mer tid enn vi fastleger har og de har veldig mye kunnskaper om familieforhold og nettverk i og med at de ofte følger barna fra de er helt små og er på hjemmebesøk. Så de har ofte bedre kunnskaper enn det vi fastleger har om familier, så de kan ha en veldig nøkkelrolle oppe i dette her... Men generelt tror jeg helsesøstrene er litt usikre på hvordan de skal gå frem, om de kan ringe til oss og så videre".*

### **Fastlegen har ikke nok tid**

Flere av legene som ble intervjuet fortalte at de i spesielle saker kunne delta i ansvarsgruppemøter med andre instanser som er involvert i kartlegging eller behandling av barnets problemer. Selv om de fleste legene mente at slike møter er nyttige, er det problematisk for mange å få tilrettelagt møter i tid. Fastlegen har behov for å planlegge samarbeidsmøte kanskje så lang tid som 3-4 uker i forkant. Og det er i tillegg viktig at møtet blir satt til et tidspunkt som ikke griper inn i den travleste tiden av allmennpraksisen. Det er et problem for legene at slike møter, over flere timers varighet, kan gå utover andre pasienter som trenger medisinsk hjelp. Det er ofte en forutsetning for fastlegens deltagelse at han/hun er varslet om ansvarsgruppemøte i god tid i forveien:

*"De fleste av oss har en venteliste og fulle lister 14 dager frem i tid. Hvis en da blir kalt inn til et møte innen to uker må vi rydde kanskje i en halv dag med pasienter for å få tilrettelagt dette. Vi kan ikke sende pasienter hjem igjen."*

Noen fastleger påpekte at selve formen på ansvarsgruppemøter kan være for tidkrevende og at det blir mye snakk.

*"Ja vi føler nok at det går med mer tid enn det som er nødvendig. Og det har med ulike arbeidsformer å gjøre. Som fastleger er vi nokså gjerrige på tid, og med utflytende møter blir jeg fort litt utålmodig... Men jeg tror det er kjempeviktig at legen er med og ivaretar de medisinske aspektene, så alt ikke blir pedagogikk og atferd."*

De fleste fastlegene som ble intervjuet påpekte imidlertid at deltagelse i ansvarsgrupper gjør at en lettere kan få et bedre helhetsbilde av barnets problemer, og få oversikt over hvilke instanser som er involvert. Dette gjør det lettere å avklare ansvarsfordeling umiddelbart over bordet.

Helsesøstrene påpekte at det ofte tar lang tid å kartlegge hva et barns problem består av. Mange kan komme med vondt i en finger eller en fysisk ting, og når samtalene kommer igjen dukker det ofte opp andre ting. Helsesøstrene føler at mange elever ønsker å teste ut litt først, om det går an å snakke med helsesøster, om hun er til å stole på. Det å komme flere ganger hos en fastlege er kanskje mer problematisk siden eleven må forlate skolen for å gå til legekantoret, det koster penger å bruke fastlegen, og legen har korte konsultasjonstimer

med mindre noe annet er avtalt på forhånd. Det kan også være et problem med ventetid hos fastlegen og måtte komme til faste tider. En del helsesøstere opplever at ungdommene kommer til helsesøster når de trenger det, og at de kommer akkurat når det passer seg. De er ikke så flinke til å forholde seg til faste tidspunkt. Helsesøstertjenesten på skolen er et lavterskeltilbud. Det vil kreve mer fra eleven å oppsøke fastlegen.

*"Jeg ringer til fastlegen av og til. De har mye å gjøre, men jeg får som regel tak i dem, men vi savner dem på ansvarsgruppemøter og sånne ting. Kontakten blir som regel på telefon eller per brev. Det er ikke lett å få dem med å på møter. De har fulle dager, og det er ikke slike ting de prioriterer. Det er oftere at jeg ringer enn at de kontakter meg. Men de er ikke uvillige, det går nok mer på tid".*

Helsesøstere som ble intervjuet har imidlertid også opplevd at fastlegen ikke alltid har tid til å utrede situasjonen et barn eller en ungdom står oppe i, og at henvisningen til BUP derfor blir diffus. Helsesøstrene har opplevd å bli kontaktet av BUP med forespørsel om å legge frem litt mer informasjon slik at BUP kunne vurdere hastegrad:

*"Moren hadde vært hos fastlegen med jenta og han hadde skriblet med noe på henvisningen til BUP som var ganske usammenhengende og uforståelig. Jeg hadde samtaler med jenta og kartla litt hva dette handlet om og da ble vi enige om at hun skulle komme til faste samtaler hos meg, men om det ble noe mer så skulle vi henvende oss til BUP. Hun gikk hos meg og ønsket ikke noe annen kontakt, men jeg ønsker at hun hadde tatt ved tilbudet om mer hjelp, f. eks psykolog, men dette vil hun ikke selv.*

En annen helsesøster uttrykker at i hennes rolle har hun mer mulighet til å samordne informasjon enn fastlegen:

*"Jeg opplever at fastlegen ikke har tid til denne gruppen, det tar så mye tid å kartlegge – vi som helsesøstere har vel bedre tid til å utrede rundt disse barna. Vi er bedre til å samordne og foreldrene hadde jo prøvd fastlegen og synets at det ikke førte frem".*

### **Hvem er barnets fastlege?**

Det var variasjon mellom kommunene/bydelene i hvor lett det var å få oppgitt navn på barnas fastlege. I noen kommuner, spesielt små og oversiktlige kommuner, opplevde helsesøstrene det som uproblematisk å få rede på hvem som er fastlege for barnet.

*"Jeg bare ringer til legekantoret her ute jeg og spør om de kjenner den og den eleven, og om eleven har fastlege ved legekantoret. De aller fleste har fastlege her i distriktet. Personalet på legekantoret kjenner meg på stemmen, så det er ikke problemer for meg å få fatt i disse opplysningene".*

En annen helsesøster fortalte også at det er uproblematisk å få tak i navnet på elevenes fastlege:

*"Om jeg ikke vet hvem som er fastlege ringer jeg til fastlegekontoret – der får jeg alltid opplyst om hvem som er ungdommens fastlege. Jeg sier at jeg er helsesøster også har jeg personnummeret til ungdommen, så jeg har aldri hatt noe problem med å få disse opplysningene".*

Helsesøstere som arbeider i større byer/tettsteder opplever at det er vanskeligere å finne frem til elevenes fastlege enn i små kommuner. I byer eller på tettsteder melder helsesøstrene om at de ikke får ut disse opplysningene fra fastlegekontoret. Da må helsesøstrene kontakte foreldrene dersom ungdommen selv ikke kan finne det ut. I tilfeller der ungdom ikke ønsker at foreldrene skal bli involvert, er dette vanskelig. Dette gjør at selv om det er ønskelig å informere og koble inn fastlegen, så får i noen tilfeller helsesøster ikke rede på hvem som er barnets fastlege. I intervjuene med helsesøstrene kommer det frem at det er

vanskeligere å få kontakt og opprette et samarbeid med fastleger som geografisk er plassert langt unna skolen eleven går på.

*"Jeg spør elevene om deres fastlege. Noen ganger kan jeg regne med at de hører til på bestemte legekontorer, men det er ikke alltid riktig. Noen har fastleger i byen. Dette gjør det litt vanskelig."*

For å løse problemet har mange skoler forsøkt å skaffe seg en oversikt over elevenes fastleger, og at disse opplysningene ligger heftet ved helsekortet på skolen. I en kommune var det fast rutine på utsendelse av spørreskjema en gang i året til elever og foreldre, og i denne årlige rutinen skulle fastlegens navn også påføres. Dette kunne fange opp fastlegen for nye elever samt de som har byttet fastlege. Ved andre skoler har man prøvd å få til at foreldrene har skrevet inn fastlegens navn i barnas meldingsbok, men dette ble ikke alltid fulgt opp fra barnas hjem.

Helsesøstre understreket imidlertid at dersom barna må henvises til spesialisthelsetjenesten, så foretar de en samtale med foreldre uansett hva eleven ønsker av involvering med hjemmet. I et slikt møte vil helsesøster kunne få navn på fastlegen direkte av foreldrene, og koble inn denne dersom foreldrene ikke motsetter seg det.

*"Det er ofte et problem at ungdommen ikke vet hvem som er fastlegen sin. Disse ungdommene i videregående skole har ofte i det hele tatt ikke vært hos lege, og hvis de har vært hos legen så vet de ikke hva han heter. Som regel har ungdommen samme fastlegen som moren sin. Og da må de ofte hjem å spørre. Dette er et problem".*

### **Lite tradisjon for å tenke fastlege i forhold til målgruppen**

Fra intervjuene kom det frem at det ofte er liten tradisjon for å tenke fastlege når det gjelder gruppen barn og unge med psykiske problemer. Helsesøstre oppgav at de vanligvis ba barn og ungdom oppsøke fastlegen dersom de kom med fysiske plager eller skader.

*"Hvis barnet selv ikke vet hvem som er deres fastlege, så ringer jeg ikke foreldrene, jeg skriver brev til foreldrene og sier at de har vært hos i meg i dag og jeg ser at det er sånn og sånn, og dette vil jeg at fastlegen skal se på. Men dette er hvis det er fysiske ting. Hvis det er psykisk tar vi det med skolelegen også får det bli hans vurdering. Skolelegen kan kanskje kalle inn til møte, og ved henvisning blir det sendt kopi til fastlegen, med info om at den og den er henvist."*

Selv om det er forskjeller mellom kommunene i forhold til om fastlegen blir trukket inn og informert om barn og unge i målgruppen, så uttrykker flere av helsesøstre at de heller oppsøker skolelegen dersom det handler om psykiske problemer:

*"Jeg bruker skolelegen når jeg må henvise til BUP, jeg bruker ikke fastlegen. Elevene vet vanligvis ikke hvem fastlegen er heller. Hvis mor vet det, så hender det at de skal bytte, eller så er det ikke god kontakt med fastlegen... jeg synes det er klønete å finne frem til en fastlege. Det burde ha vært et telefonnummer vi som jobber i helsevesenet kunne få ringe for å nå frem til fastlegene, den vanlige konto telefonen er håpløs. Dersom skolelegen eller helsestasjonslegen er fastlege for noen av elevene er det jo greit, så det går litt på person. Det går på hvordan fastlegen kjenner deg og du ham".*

En annen helsesøster uttrykte at ustabilitet i legedekningen var en grunn til at hun heller tenkte på skole- eller helsestasjonslege forhold til målgruppen:

*"Jeg tenker ikke fastlege i disse tilfellene. Vi har ustabil legedekning her, sånn har det vært alltid. Vi har ikke tradisjon for å tenke leger til annet enn underskrift til BUP omtrent, eller når det er noe medisinsk. Det er skolelege som underskriver når jeg henviser til BUP eller helsestasjonslege. Vi har nesten ikke samarbeid med fastlegen. Jeg kjenner nok ca*



halvparten av fastlegene. Jeg henviser barna bare til fastlegen om det er noe medisinsk, men på psykiske problemer har jeg aldri snakket med noen fastlege".

### **Kontaktes for sent og blir forbigått**

Flere av legene som ble intervjuet påpekte at de ble kontaktet sent i prosessen. Noen leger opplevde bare å bli kontaktet av helsesøster med forespørsel om en underskrift for henvisning til BUP. Dette gjaldt spesielt der det er noe ustabilitet i legedekningen, eller på større steder der helsesøster og fastleger oppgir at de ikke kjenner hverandre fra før, eller hvor det er liten kontakt mellom helsepersonell. Barna eller ungdommen kan da ha vært til helsesøster på skolen først, eller helsestasjon for ungdom, og ha blitt bedt om å kontakte skolelege eller helsestasjonslege uten at fastlegen blir informert.

Legene påpekte at en del av deres pasienter går forbi dem, og at skolehelsetjenesten henviser direkte til BUP uten at de blir informert. Dette kan skyldes av skolelege eller helsestasjonslege er lettere tilgjengelig for barna gjennom helsesøster, eller at barnets familie ønsker at man skal bruke skolelege/helsestasjonslege ved henvisning til BUP. I intervjuene med fastlegene kom det frem at det var en vanlig fremgangsmåte tidligere at skolelege eller helsestasjonslege henviste til BUP, og fulgte opp etter avsluttet behandling. Flere leger påpekte at det hadde vært en tendens til endring i dette etter at fastlegeordningen trådte i kraft, men at det ennå ikke var faste rutiner på at fastlegen alltid blir informert. I et par kommuner som deltok i undersøkelsen var det blitt arbeidet aktivt med at alle instanser skulle være klar over at fastlegen alltid skal være informert dersom en av deres pasienter blir henvist til annenlinjetjenesten. Det var imidlertid en del variasjon mellom kommunene på hvor bevisst det ble jobbet med dette.

Noen fremhevet at de ofte ikke fikk kjenneskap til at deres pasienter hadde vært til behandling hos BUP før de mottok epikrisen. Det er ikke naturlig for fastlegen å kontakte pasienten eller foresatte etter å ha fått en slik epikrise. En vil da heller å avvente at pasienten eller de foresatt kontakter fastlegen.

### **Hva med skolelegen/helsestasjonslegen?**

Flere av legene som deltok i undersøkelsen hadde, eller hadde tidligere hatt en rolle som skolelege eller helsestasjonslege ved siden av praksis som fastlege. Som skole- eller helsestasjonslege kunne de oppleve å få kontakt med barn og ungdom, på skolen eller helsestasjonen, som de også er fastleger for. Imidlertid beskrev legene sine roller som hhv fastlege og helsestasjons- eller skolelege som forskjellig. En lege påpekte at helsestasjonslege og skolelege skal drive forebyggende, og ikke behandlende:

*"I rollen som skolelege tilbyr jeg meg å være et mellomledd mellom skolehelsetjenesten og legen dersom man føler det er vanskelig å komme i kontakt med legen sin".*

En lege som er skolelege ved siden av å være fastlege påpekte at han kunne henvise pasienter han ikke er fastlege for til BUP, men at han alltid hadde rutine på å kopiere henvisningen til barnets fastlege. Problemet med dette beskrev han likevel som:

*"Dersom vi som skoleleger driver og henviser så får ikke fastlegen det samme eierforholdet til problemstillingen, og da risikerer du at det blir mer perifert. Det ansvaret som ellers er veldig tydelig blir litt mer diffust. Det å henvise en pasient har også litt med det å ta ansvar å gjøre, og jeg ønsker primært at primærlegen skal stå for selve henvisningen. Men i skolesammenheng så gjør vi et godt grunnarbeid"*

Ikke alle fastleger syntes det er problem at deres pasienter blir henvist av andre:

*"Vi sitter ikke som vakter på hvert vårt revir og skal gjøre absolutt alt. Hvis de som er inne gjør den jobben de skal tror jeg de fleste fastleger synes det er greit nok. Om det er en spesialist inne hvis det er forskjellige ting i grenseland så skaper det ikke nødvendigvis noen dårlig stemning, men jeg tror det skulle lages et system for bedre informasjonsutveksling"*

Utfallet av hvem som henviser kan også til en viss grad bli bestemt etter foreldrenes ønske. Selv om foreldre kan oppsøke fastlegen for problemstillinger vedrørende sine barns psykiske helse er det hensiktsmessig å få problemet belyst fra flere hold. Dette gjør at skolelegen ofte har bedre oversikt over barnets vansker og ender opp som henviser:

*"Er dette et problem som bare finner sted i ett miljø eller i flere miljøer? Og da er det greit å få trukket inn flere instanser som foreldre, skole, barnehage etc. Som regel kaller da skolen inn til tverrfaglige møter og da deler mange instanser sine erfaringer med barnet. Så blir man enige om veien videre og da er det som regel skolelegen som foretar henvisningen, og da skal de ideelt sett gå kopi til fastlegen".*

### **Ønsker ikke at fastlegen skal bli involvert**

Noen barn og unge med psykiske problemer kan være engstelige for å oppsøke fastlegen fordi de er redd at foreldrene skal få vite om deres vansker. Derfor foretrekker mange å gå til helsesøster eller skolehelsetjenesten. Det kan noen ganger være vanskelig for helsesøster å motivere barn og unge til videre henvisning:

*"Jeg opplever at når noen først har kommet inn vil dem ofte ikke videre, "kan jeg ikke bare komme til deg da?", sier de. Noen er redde for å gå til leger, også er jeg der i skoletiden og det er lettere å komme til meg".*

Helsesøstre som ble intervjuet påpekte at det virker som om mange unge foretrekker å oppsøke lege på helsestasjon for ungdom, hvor de kan komme uten at det blir lagt merke til av andre voksne, og også føle seg tryggere på at foreldrene holdes utenfor. Noen foreldre ønsker seg i noen tilfeller heller ikke at barna skal til fastlegen. En helsesøster uttrykte at hun ofte bad foreldrene velge om de ville at barnet skulle henvises til BUP gjennom skolelegen eller fastlegen. I et slikt valg var det mange foreldre som foretrakk å bruke skolelegen.

### **Taushetsplikt et hinder for samarbeid?**

Noen få av helsesøstre som ble intervjuet har hatt et aktivt samarbeid med en fastlege i forhold til et barn eller en ungdom med psykiske problemer. Helsesøstre bekrefter at de av og til har kontaktet fastlegen og bedt om timer for barn og unge de er bekymret for. Det er imidlertid svært få av helsesøstre som har opplevd å bli kontaktet av en fastlege i forhold til en person de begge kjenner. I intervjuene fremkommer det at helsesøstre ønsker seg mer kontakt med fastlegen, og at dette kan være nyttig for å gi barna hjelp på et tidlig tidspunkt. Flere av helsesøstre som ble intervjuet hadde opplevd at fastlegen hadde mye informasjon om familier som var i krise, eller hjem der foreldrene hadde psykiske problemer. Slik informasjon kunne vært viktig å dele med helsesøster slik at hun kunne følge opp og være mer observant på skolen. I disse tilfellene har helsesøster undret seg over om det kan være taushetsplikten som har hindret legen i å dele opplysninger:

*"Dette at vi har null samarbeid med fastlegen kan kanskje skyldes deres taushetsplikt. Det tok lang tid før jeg fikk vite at foreldrene til at barn på helsestasjonen hadde svære psykiske problemer. Hadde jeg visst dette ville jeg ha møtte familien på en litt annen måte. Fastlegen visste om dette, men sa ingenting til meg. Hvis taushetsplikten blir et hinder for godt samarbeid er det noe galt".*

Helsesøstrene har også erfaring med at barnevernet har kunnskap om barns vanskelige situasjon hjemme, men at helsesøster pga taushetsplikt ikke blir informert. Noen ganger har barns foreldre problemer, og da vil skolen være tjent med å vite om det for å kunne følge opp barna i skolehverdagen. Rutiner for informasjonsutveksling i slike saker ville ha vært nyttig for helsesøstrene i deres arbeid.

### **En utfordrende gruppe for fastlegen**

I intervjuene fremholdt noen av helsesøstere at fastlegene ikke virker spesielt interessert i barn og unge med psykiske problemer, og at dette er en gruppe som oppfattes som vanskelig. Nettopp fordi fastlegen ofte oppfattes som perifer eller uaktuell når det gjelder psykiske vansker, er det ofte lettere å henvende seg til skolelegen eller helsestasjonslegen når noen skal henvises.

Mange helsesøstere har et fint samarbeid med skolelegen, og de sier at de ofte tar opp saker med denne. I noen kommuner ble det meldt om at helsesøstere lånte "skolelege-tid" av hverandre, siden skolelegene har relativt liten tid på hver skole. Imidlertid er det også kommet frem klare ønsker fra helseledelsen i enkelte kommuner at fastlegen skal involveres:

*"Fastlege henviser jeg til nesten utelukkende når det er noe somatisk. De som kommer med alvorlige spiseforstyrrelser, må jeg henvende meg til psykiatritjenesten. Vi helsesøstrene har blant annet et samarbeid med en psykiatrisk sykepleier som vi har fast møter med. Der har vi nå fått tips om at fastlegen skal kobles inn. Forrige gang ringte jeg til fastlegen og fikk time der og mor og far samt datteren var i time hos fastlegen. Nå vet jeg ikke om det var tilfeldig, men det var ikke det lureste jeg har gjort. Det som skjedde var at fastlegen gjorde jobben sin og tok en prat og henviste til BUPA kjapt, men foreldrene har meldt tilbake i etterkant at dette var de ikke fornøyd med dette. De mente at fastlegen ikke hadde noen interesse av en jente med spiseforstyrrelser. Og dette tok jeg opp med legen etterpå og han innrømmet at denne pasienttypen kan han lite med fordi de er så vanskelige. Han gjorde akkurat det han skulle, men var ikke på noen måte noen støtteperson. Gjennom at jenta nå er henvist til BUPA får familien mer en helhetlig omsorg, og så får de både den psykiske og den medisinske biten dekket. Jeg syntes egentlig det var litt unødvendig å involvere fastlegen, men jeg gjorde det fordi jeg ble rådet til det".*

I intervjuene la helsesøstrene vekt på å forklare sin rolle som kartlegger, utreder eller den som ofte samler trådene til et bilde. Mange i målgruppen kan komme og presentere diffuse problemer. Selv om helsesøstrene ikke oppfatter seg selv som behandlere, faller rollen litt over i dette i enkelte tilfeller. Dette gjelder for eksempel dersom et barn eller en ungdom står på venteliste til BUP. Ofte kan helsesøster ha samtaler med eleven i tiden frem til behandling starter opp. Ventetid på BUP ble meldt å være opptil seks måneder i enkelte kommuner. Problemstillingene barnet presenterer endrer seg ofte, og å lytte til unge som sliter beskrives noen ganger som en "detektiv virksomhet":

*"Mye fysiske lidelser, vondt her eller der. Det psykiske er mer underliggende som kommer opp etter hvert i samtalen. Ofte tenker jeg er det dette de kommer for eller er det noe annet? Da prøver jeg å gi det hele litt tid. En kom og fortalte om menstruasjonsmerter også begynte hun å gråte...I det hun skulle gå begynner hun å fortelle om hvordan hun har det hjemme og hva hennes tanker er, og da kom problemstillingen hennes frem. Hun kom til skolelegen og ble fulgt opp der også ble det gjort noe videre der. Hun hadde svære søvnproblemer, hadde mye ansvar og bekymringer, men det var jo ikke dette hun beskrev ved vårt første møte."*

### **Fastlegen og mulighet for å koordinere**

Et mål i fastlegeordningen er å få til en stabil og trygg kontakt der fastlegen har ansvar for koordinering av arbeid som gjøres rundt sine pasienter. Helsesøstrene melder at de i svært liten grad har sett denne funksjonen iscenesatt av fastleger. Ofte er det helsesøstere eller foreldre som har tatt initiativ til ansvarsgrupper. Fastlegen har ofte problemer med å møte til slike samtaler fordi de har pasienter og faste oppgaver.

Helsesøstrene som ble intervjuet oppgav at det varierte hvem som tok koordineringsansvar for denne gruppe dersom det oppstod slike behov. Helsesøstrene hadde erfaring med at skolehelsetjenesten og helsestasjonen oftest tok dette ansvaret og stilte som koordinator i forhold til tverrfaglig arbeid i ansvarsgrupper. Noen av helsesøstrene hadde erfart at fastlegen hadde møtt opp på ansvarsgruppemøter, men påpekte at fastlegene trenger å planlegge deltagelse i slike møter lang tid i forveien. Ofte kan situasjonen for barn og unge i målgruppen var ustabile og skape behov for møter raskt. I disse tilfellene er det vanskelig for fastlegen å stille opp. Helsesøstrene opplever at de i mange saker får en rolle som koordinatører:

*"Vi vurderer henvisninger noen ganger alene andre ganger sammen med andre instanser, det er litt forskjellig fra sak til sak. Min rolle er også å vurdere grunnlaget for henvisning, kartlegge situasjonen rundt barnet og vurdere hva som skal gjøre, om det skal henvises etc. Men dette er litt forskjellig fra gang til gang, noen ganger er det foreldrene som styrer hva vi gjør. Funksjonen er også å avdekke, vi kan ikke gi ting fra oss, selv om vi henviser så er det ofte lang ventetid, barna kommer ofte tilbeke til oss, vi er det hele tiden vi og må følge opp selv om barna er henvist hit eller dit – vi er viktig koordinatører for at ting skal skje".*

### **Oppsummering samarbeidet mellom fastlegen og helsesøster**

Helsesøstere og fastleger har lite samarbeid og kommunikasjon om barn og unge med psykiske problemer. Helsesøstrene opplyser at det noen ganger er vanskelig å få oversikt over hvem som er barnets fastlege. Det er særlig i større kommuner eller byer at helsesøster kan ha problemer med å få oppgitt navn på fastlegen når de henvender seg til fastlegekontoret. Kontakt og samarbeid mellom fastlege og helsesøstere er hyppigst initiert av helsesøster. Både fastleger og helsesøstere bekrefter at helsesøstere har lettere for å koble inn annen lege enn fastlegen dersom det er behov for medisinske vurderinger og henvisning til BUP. Helsesøstere opplever at skole- eller helsestasjonslege er mer tilgjengelig, og har bedre kompetanse og tid til i forhold til målgruppen.

Barn og unge med psykiske vansker presenterer ofte sammensatte eller diffuse problemer, som kan være en utfordring for fastlegen. Fastlegene har relativt korte konsultasjonstider, og ofte ikke anledning til å samordne informasjon. De har også begrenset mulighet til å sette av tid for å henvende seg til andre instanser som kjenner barnets helseproblem. Dette er barrierer for samarbeid mellom helsesøster og fastlege.

Fastlegene er opptatt av å forklare at deres kontakt med målgruppen innebærer forskjellige behov for samarbeid. Dette avhenger av hva slags problemer barnet sliter med, hvilke instanser fastleger trenger å ha med seg, og hva slags ressurser som finnes hos foreldre, skole eller andre involverte. Det er spesielt i en kartleggingsfase at fastlegen har behov for et samarbeid med helsesøster, fordi hun kjenner barnet på flere arenaer. Fastlegene opplever at de ofte kommer sent inn i prosessen med barn og unge i målgruppen, og at dette er uheldig for deres hjelp til pasienten.

## 2.3 Samarbeidet mellom fastlegen og psykisk helsevern for barn og unge

I dette delkapitlet presenteres resultater basert på intervju med fastleger og fagpersoner i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Materialet belyser følgende tema: grad av samarbeid og rutiner, oppfølging, kontinuitet og ansvarsforhold, kompetanse og interesse, samt barrierer i samarbeidet.

### **Ulik grad av samarbeid**

Ansatte i poliklinikker i BUP påpekte at de generelt hadde lite samarbeid med fastlegene om barn og unge med psykiske problemer. I noen tilfeller hadde imidlertid ledelsen i BUP tatt initiativ til generelle møter med fastlegene, for å bedre samarbeidsrelasjon og øke kontakten mellom de to instansene. Slike initiativ hadde medført at BUP og fastlegene hadde utviklet flere gode samarbeidsrutiner, og de kontaktet hverandre lettere når de hadde behov for å drøfte ting:

*"... jo mer tilrettelagt kontakt det er mellom oss på BUP og fastlegen, jo mer ringer de, og jo bedre kjenner vi hverandre. Her i kommunen jobber vi aktivt mot førstelinjen og vår sjef gjør jo en del av dette arbeidet, og det gir gode resultater."*

Ved poliklinikker der det ikke var tatt noe initiativ til et overordnet samarbeid, oppgav BUP ansatte at de hadde svært liten kontakt med fastlegene. Her kjente ofte ikke BUP ansatte til fastlegene, utover hva de het og hvor de hadde kontor:

*"Vi har ingen faste møtepunkter med leger. Vi skal ha et jubileumsseminar her snart fordi BUP markerer hvor lenge de har vært på dette stedet, og fastlegene er invitert, men nesten ingen har meldt seg på. Så selv ved slike sjeldne anledninger tar de seg ikke tid. Vi kjenner de fleste legene kun ved navn".*

Den mest vanlige samarbeidsformen med fastlegene handlet om enkeltpasienter og deres spesifikke situasjon og behov. BUP ansatte fortalte at fastlegene innimellom kunne ta kontakt for å vurdere problematikken barnet eller ungdommen presenterte, og hvorvidt fastlegen skulle henvise. Samarbeid mellom de to instansene etter at en pasient hadde avsluttet behandlingen i BUP, handlet vanligvis om oppfølging av medisiner og eventuelle somatiske undersøkelser. BUP ansatte i enkelte kommuner klaget over hyppig utskiftning av fastleger, da dette skapte vansker med å samarbeide og følge opp barn og unge med psykiske problemer over tid.

Til tross for at leger og psykologer i BUP meldte om lite kontakt med fastlegene, opplevde de imidlertid at det hadde skjedd en generell bedring de siste par årene ved at fastlegene er mer involvert i arbeidet med barn og unge med psykiske problemer. Fagpersoner fra BUP fortalte at skolelegene eller helsestasjonslegene vanligvis hadde stått for henvisninger tidligere, og at det ofte var liten systematikk på hvem som skulle følge opp pasienten i ventetiden, eller etter avsluttet behandling hos BUP. En informant uttrykte forbedringer blant annet med utgangspunkt i kvaliteten på henvisninger fra fastlegene:

*"For et par år tilbake var henvisningene dårlige men jeg synes det har bedret seg den siste tiden, det siste året. Jeg tror dette skyldes at vi har hatt et godt og gjensidig samarbeid og at vi har lært opp fastlegene litt, og dette har de plukket opp."*

Dette kan tyde på at det har skjedd en endring etter innføringen av fastlegeordningen, der ansvar og oppfølging fremstår som klarere definert enn tidligere.

I intervjuene bekrefter fastlegene at de har relativt lite samarbeid med BUP. Det er noe mer kontakt og kommunikasjon i enkelte kommuner der initiativ til samarbeid har blitt prioritert. I intervjuene kommer det frem at barn og unge med psykiske problemer utgjør en liten

pasientgruppe for fastlegene. Fastlegene påpeker at de gjør mye selv i forhold til målgruppen, og at det ofte ikke er nødvendig å trekke inn kompetanse fra BUP:

*"Jeg tror ikke de andre samarbeidspartnerne vet mye om meg som fastlege. Det meste gjør jeg selv, i hvert fall 2/3 av sakene i denne kategorien. Dette handler om samtaler, å trekke inn foresatte, og så kommer jo forespørsler via telefon fra foresatte til meg. Ofte er det problemer innad i familien eller i skolen man snakker om".*

Fastlegene har litt forskjellig oppfatning om nytten og nødvendigheten av å ha en fast samarbeidsrelasjon til BUP. I intervjuene påpekte fastleger at de samarbeider med BUP når de finner det nødvendig. Dette gjelder vanligvis vanskelige saker der pasienten har sammensatte problemer. Samarbeidet med BUP er derfor mest aktuelt rundt slike enkeltpasienter:

*"Jeg mener helt klart at dette [samarbeidet] må knyttes... til konkrete problemstillinger og pasienter og så lager man et opplegg rundt det. Det generelle, det har vi allmennpraktikere blir bombardert med så mye at vi må være veldig tidsrasjonell, for vi har 100 pasientgrupper og problemstillinger i helsevesenet, så vi kan ikke bruke tid til slik generell planlegging og generelle møter".*

### **Fastlegens rolle er uklar**

Siden intervjuene viser ulik grad av kontakt og kommunikasjon mellom BUP og fastlegene, er det interessant å se på hvilken rolle BUP ansatte mener fastlegene skal ha i arbeidet med målgruppen. I intervjuundersøkelsen kom det frem variasjon i forhold til hvilken rolle fastlegene bør og skal ha.

BUP ansatte opplever ofte at fastlegens rolle er uklar:

*"Rollen er uklar og utydelig. Hovedinntrykket er at de ikke er sentrale i kommunene arbeid med disse barna. Det er helsesøster og PP- tjenesten som arbeider med den typen problematikk, sånn generelt. Legetjenesten er ofte lite involvert"*

Synet på fastlegens rolle preget også hva slags samarbeidsrelasjoner informantene fra BUP hadde, eller hva slags samarbeidsrelasjon de ønsket seg fremover.

Fastlegene som ble intervjuet hadde flere forskjellige synspunkter på hvilken rolle de har i forhold til barn og unge med psykiske problemer. I forhold til målgruppen var imidlertid fastlegene opptatt av at deres rolle i stor grad handlet om kartlegging og sortering, og å henvise til BUP dersom de betegnet saken som en oppgave for spesialisthelsetjenesten.

*"Min rolle er å kartlegge problemer i et medisinsk språk og hjelpe til at de får adekvat hjelp, enten fra meg eller andre.*

Andre fastleger var direkte på at deres rolle handlet om medisinsk og somatisk utredning for barn og unge i målgruppen, og at deres oppgave var å komme frem til en så presis diagnose som mulig. I dette betegnet fastlegene det somatiske ansvaret som godt definert til sin rolle, men at dette av og til ble komplisert når det gjaldt psykiatrisk diagnosesetting og grenseoppganger mellom ulike psykiske lidelser. I dette arbeidet ønsket enkelte fastleger et nærmere samarbeid med BUP for å få hjelp til diagnosesetting.

*"Det med psykiske diagnoser hos barn og unge er mer vanskelig og det er der jeg savner et diagnostisk samarbeid med BUP. Det er ingen gode rutiner og lite tilbakemeldinger på grunn av lang ventetid... jeg har lite verktøy til psykiatrisk diagnosesetting"*

Dersom pasienten ble tilbudt et langvarig behandlingstilbud i BUP, påpekte enkelte fastleger at de vanligvis fikk en perifer rolle i forhold til pasienten. Å ta rollen som koordinator i en slik situasjon, eller være den som har et overordnet ansvar her ble av flere beskrevet som vanskelig og unaturlig siden fastlegen sjelden er tungt inne når BUP driver med behandling.

I intervjuene med BUP- ansatte ble også fastlegens rolle diskutert i lys av hvor stabil legedekningen i kommunene er. Dersom det er hyppige utskiftninger av fastleger, opplever BUP ansatte det som mindre nyttig at fastlegen skal ha ansvar og samarbeide rundt barn og unge med psykiske problemer:

*"De [fastlegene] burde ha mer ansvar, men jeg tror ikke det overordnede ansvaret burde ligge der. Fordi kommunelegetjenesten er så ustabil i vårt distrikt. Det skyldes gjennomtrekk og liten kompetanse i forhold til problematikken. Helsesøstrene er stabile og vet langt mer om barn og unge enn det legene gjør, dette er et resultat av gjennomtrekk på fastlege siden".*

I intervjuundersøkelsen kom det imidlertid frem at BUP ansatte hadde forskjellige synspunkt på hva som skal være fastlegens ansvar for denne gruppen. Der det var lagt opp til kontakt og samarbeid mellom BUP og fastlegene, påpekte flere BUP ansatte at fastlegen også har et ansvar i forhold til barnets familie. De så også for seg at fastlegen skulle kunne holde kontakt med andre instanser som er involvert i oppfølgingen av barnet eller ungdommen:

*"Det er viktig at fastlegen tar del i arbeidet med barn og unge i sin pasientportefølje, og at de vet om at de er henvist. At de kan følge opp foreldrene, og er en del av systemet rundt familien og pasientene. Hvis det hadde vært mulig hadde det vært fint om de kunne ha totalansvar".*

Flere informanter ønsket seg et nærmere samarbeid med fastlegen, og beskrev denne rollen som den samme fastlegen har når det gjelder fysisk sykdom:

*"Jeg tenker at fastlegen er lege både for kroppen og psyken. Og jeg skulle ønske at fastlegen hadde det koordinerende ansvar, var en som foreldrene kunne diskutere barnets vansker med, var en som hadde et forslag til utredning og diagnostikk, og som kunne holde litt i trådene i forhold til tiltak som var i gang for barnet. Rett og slett alminnelig fastlege arbeid også for disse barna og ungdommene".*

### **Totalansvar?**

Fastlegene var opptatt av at de har fått et totalansvar for pasienter på sine lister etter innføringen av fastlegeordningen. Imidlertid opplevde de at det i noen tilfeller var vanskelig å ha totalansvar for barn og unge med psykiske problemer. Dette gjaldt spesielt dersom det var pasienter med problemstillinger som fastlegen ikke hadde kompetanse til å håndtere alene, eller dersom henvisningen ble avslått ved BUP:

*"Jeg er totalansvarlig til enhver tid jeg! Om jeg ikke får noe tilbud fra andrelinjetjenesten, så er det mitt ansvar. Jeg skal være til hjelp på langt min kompetanse rekke, og selv om den ikke rekke så er jeg ansvarlig helt til det er etablert et annet tilbud."*

Fordi problemstillingene for barn og unge med psykiske problemer kan være så forskjellige, opplevde enkelte fastleger at de ikke alltid kunne ha et slikt totalansvar. De skilte mellom saker som de kunne håndtere selv, i motsetning til saker der de trengte hjelp fra andre. En fastlege uttrykte opplevelsen av sitt ansvar slik:

*"Om jeg har totalansvar varierer med problematikken! Hvis vi for eksempel snakker om ADHD og behandling av dette så synes jeg det er en spesialistoppgave ... Og det synes jeg hører hjemme på BUP, og der jeg kan være en sånn "server" i forhold til visse funksjoner; skrive ut resepter, høre litt hvordan det går og sånne ting. Så mitt ansvar er avhengig av problemet. Hvis vi snakker om enklere psykiske problemer hos barn og unge som mistriivsel, mange sånne ting som ikke går på så alvorlig plan, så er det klart at der føler jeg jo at jeg har et større hovedansvar for det".*

### **For lite kompetanse om psykisk helse**

Noen informanter ønsker seg et hyppigere samarbeid med fastlegen, og mener at det er fastlegens rolle å ha et overordnet blikk for pasienter på deres lister. De opplever imidlertid ofte at fastlegen ikke er interessert eller har riktig kompetanse:

*"Jeg vet jo hva som er fastlegens rolle sett i forhold til kommunale planer, individuell plan og regjeringens strategi dokument. Man tenker at psykisk helse blant barn og unge er noe fastlegene skal forholde seg til og ha kompetanse på, og det synes jeg gjennomgående at de ikke har."*

Flere av de BUP- ansatte som ble intervjuet ønsket at fastlegen hadde bedre kompetanse til å vurdere barn og unges psykiske problemer og at dette skulle være fastlegens første oppgave og viktigste rolle. Informanter påpekte at fastlegene burde ha bedre trening i å skille alvorlige fra lettere lidelser, hva som er behandlingstrengende og hastesaker i motsetning til ting som kan vente, samt hvilken instans som er best egnet til å yte hjelp:

*"Jeg skulle ønske at fastlegen hadde undersøkt barnet på forhånd, og at de hadde kompetanse til å vurdere om dette skal til BUP, i stedet for bare å henvise. Jeg skulle også ønske at de tok seg tid til å undersøke om det er andre som kunne snakke med barnet, vurdere om det er spesialisthelsetjeneste anliggende. Det foregår lite sortering, og vi har ikke en fungerende førstelinje når det gjelder barn og unges psykiske helse".*

I intervjuene kom det frem at fastlegene av og til opplever å møte barn og unge med psykiske problemer som de ikke har god nok bakgrunn for å kunne vurdere. Enkelte fastleger påpekte at de har relativt få pasienter i denne målgruppen, og at det derfor er vanskelig å holde seg oppdatert på forskjellige lidelser:

*"Mange fastleger opplever det nok som problematisk å ha et totalt koordineringsansvar i denne typen saker. Dette fordi de ikke er kjent med problemets karakter, ikke alle leger vet hva karakteren av disse diagnosene innebærer. Man må nesten arbeide i skolen eller ved PPT, eller være spesielt interessert for å vite det. Den grunnleggende svakheten er at pasienten er prisgitt fastlegens kunnskaper og interesse for området, noe som kanskje er mer synlig når det gjelder denne gruppen enn når det gjelder andre kliniske problemområder".*

Fastlegene hadde også forskjellige oppfatninger om de burde jobbe mer eller mindre med denne pasientgruppen. Et argument for å jobbe mindre med barn og unge med psykiske problemer var at fastlegene opplever at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med. Det ble også fremholdt at dersom fastleger skal jobbe med denne målgruppen forutsetter det interesse for fagfeltet:

*"Om man skal jobbe mer eller mindre med dette som fastlege avhenger av den enkelte interesse og evne! Jeg tror ikke en bør ikke befatte deg med det hvis du ikke har interesse eller evne fordi det er relativt krevende og tungt stoff. Da kan det være like godt å sende det videre. Vi er forskjellige! "*

### **Store variasjoner i kvalitet på henvisninger**

Samtlige informanter som ble intervjuet fra BUP beskrev en stor variasjon i kvaliteten på henvisninger de mottar:

*"Henvisningene varierer fra 4 linjer til å være godt utfylte. Noen av de er så gode og jeg vet at hvis disse legene henvender seg til oss så vet jeg med stor sikkerhet at dette er barn eller ungdommer vi må ta inn, her er også samarbeidet godt. Fastlegens henvisninger skiller seg fra andres ved at de generelt er kortere og mangler egne vurderinger og*



sammenfatninger av hva som er forsøkt tidligere. De bærer preg av å være skrevet i full fart".

BUP opplever også at fastlegen ikke er den reelle personen som har henvist, men at det er andre som har diktert mens fastlegen har skrevet under. I disse tilfellene er det tydelig for BUP at fastlegene selv ikke har sett eller undersøkt barnet, og derfor ikke kan gi egne faglige vurderinger av hva pasienten trenger. Det kan da være en helsesøster som kan ha skrevet selve henvisningen, eller det kan være en henvisning som er ønsket av foreldrene, og som er skrevet på bakgrunn av foreldrenes bekymring. Dette påvirker kvaliteten på henvisningen i det fastlegen ikke har gjort egne vurderinger av barnets situasjon og behov for hjelp. Henvisninger som er kortfattede gir ofte ikke BUP godt nok grunnlag til å vurdere alvorlighets- og hastegrad. En informant uttrykte at fastlegens bidrag ofte blir utydelig:

*"BUP har et klart definert ansvar fordi det er snakk om psykiatri, godt definert i forhold til barnevern og 1.linjen. Fastlegen er ofte henviser, selv om han som regel ikke er første henviser. Fastlegen er vel den som ofte er mest diffus av de vi samarbeider med, det er ikke ofte vi jobber direkte med fastlegen".*

### **Fastlegen er ofte overflødig**

Som det også kom frem i intervjuene med helsesøstrene, påpekte ansatte i BUP at kategorien "barn og unge med psykiske problemer" favner stort. Denne målgruppen representerer et bredt spekter av problematikk. Innfallsvinkelen til behandling og tilrettelegging, samt hvilke fagpersoner det er nødvendig å koble inn, varierer ofte fra sak til sak. Informanter i BUP opplevde at fastlegen i mange tilfeller ble overflødig i forhold til pasienter BUP har:

*"Det er veldig ofte at fastlegen er relativt perifer i forhold til den problematikken vi jobber med ... og da er det jo egentlig litt kunstig at fastlegen skal ha noe spesielt koordinerende ansvar".*

I intervjuene fortalte ansatte i BUP at mange saker kan bli behandlet hos dem uten noen form for aktiv deltagelse eller involvering fra andre instanser. I slike tilfeller fremholdt informantene at de kun informerte fastlegen om saken i forhold til eksisterende retningslinjer:

*"Vi kan få en henvisning inn og da sender vi et brev til pasienten enten om venteliste eller om at man har fått time. Så er det kopi av denne korrespondansen til fastlegen. Men da er det ingen kontakt altså, vi føler at det er behov for å informere om at vi går i gang med saken, men det er det... Da kan det i hvert fall være sånn at det ikke er noen spesiell kontakt på lenge. Og det kan også være sånn at det kan gå et helt behandlingsløp uten at det er noe kontakt med fastlegen"*

Informanter i BUP skilte mellom enkle saker som krevde liten involvering fra andre instanser og saker som er omfattende med behov for brede samarbeidsallianser samt somatisk og medisinsk oppfølging. Det er i de omfattende sakene at BUP ansatte opplever å trenge fastlegen mest:

*"Samarbeidet kunne vært mye bedre overfor pasienter med behov for medisinsk oppfølging og hvor det er behov for somatisk kunnskap. På slike områder hadde et nærmere samarbeid vært av stor nytte både for oss og for legene".*

### **Kommer sent inn i prosessen**

Fastlegene kunne ofte oppleve å komme for sent inn i prosessen, og at dette hindret et godt samarbeid med BUP og andre instanser. Som beskrevet tidligere er det er ulik praksis på hvordan barn og unge i målgruppen blir henvist:

"Den største utfordringen er å få til et tverrfaglig samarbeid mellom BUP, foreldre skole og (helsetjenesten), fordi det er vanskelig å få vite hva som skjer, fordi ofte blir disse henvist uten at jeg vet om det. De blir ofte henvist via skole slik at jeg vet ikke alltid hva som skjer. Ofte er ikke jeg den første som får vite det, ofte går det gjennom skole, foreldre og lærere og skolehelsetjenesten. Så i ettertid får vi vite at det og det har skjedd og så får vi en epikrise..."

Å komme sent inn i prosessen kan gjøre at fastlegen får mindre "eierforhold" til problemstillingen, og at det er vanskeligere å ta fatt på arbeidet med å koordinere det som skjer med pasienten. Fastlegene opplever det også som ubehaglig å ikke være involvert i grunnlaget til henvisning:

"De som melder tilbake til meg er helsesøster, PPT, helsestasjon for ungdom, som så kontakter meg i ettertid, kun for å få signatur på ting. Jeg synes det er dumt at jeg bare skal signere på ting uten å ha blitt informert tidligere. Når man først har et lovkrav om at lege skal signere, så bør legen bli involvert. Og legen bør jo også undersøke pasienten før signering. Hvis det som står er greit og adekvat stoler jeg på dem, og signerer, men er jeg i tvil mht. bestilling eller hva pasientene ønsker, så vil jeg gjerne snakke med dem selv".

### **Lite samarbeid i oppfølging av pasienter**

Fra intervjuer med ansatte i BUP fremkommer det at det er to perioder som er spesielt kritiske i forhold til samarbeid og organisering av dette. Ved flere poliklinikker er det ventetid på opptil flere måneder. I ventetiden frem til oppstart av behandling blir barn og unge i målgruppen fulgt opp på forskjellige måter. Hvem som tar ansvaret i ventetiden kan variere og avhenge av hvilke instanser som er involvert. De fleste som ble intervjuet i BUP påpekte at ansvaret ligger hos henvisende instans:

"Med mindre det skjer noe nytt i saken som gjør at vi må gjøre nye vurderinger så er det den som har henvist som har ansvaret".

Perioden etter utskrivning oppfattes også som vanskelig, - spesielt dersom det har vært flere instanser inne i saken:

"Det er noe diffust på oppfølgingssiden synes jeg. Når vi er ferdige med å diagnostisere barna og drevet med terapi, kan det være vanskelig å få frem hvem som skal ta over saken, og om de som skal ta over har kapasitet og kunnskap til å overta... I dette er selvfølgelig fastlegen en part, det er førstelinjen generelt, skolene, lærere og PPT".

Når BUP har avsluttet saker og epikriser er sendt til henvisende instans, er det opp til denne å følge opp barnet eller ungdommen. I intervjuer med BUP ansatte ble det påpekt at barn og unge har forskjellige behov for oppfølging etter avsluttet behandling. I mange tilfeller vil det ikke være nødvendig med noen spesiell oppfølging, mens i andre tilfeller kan det være nyttig med oppfølging for å tidlig fange opp signaler om pasientens helse og utvikling. Hva slags oppfølging eller aksjon fastlegen tar, vet ikke nødvendigvis BUP noe om:

"Det vet jeg egentlig ingenting om. For når vi avslutter en sak og sender epikrise, da har vi informert fastlegen, men hva fastlegen bruker det til, det aner egentlig ikke vi noe om. Jeg vil jo gå ut fra at de leser epikrisen vår, merker seg det som står der og lar det på en måte påvirke sine videre vurderinger i forhold til den pasienten, det vil jeg jo tro. De fleste er jo veldig samvittighetsfulle".

Fastlegene oppgir at de har lite samarbeid og lite informasjonsutveksling med BUP under alle faser av pasientforløpet. Fastlegene oppgir at de vanligvis er mest involvert i kontakt med BUP i den innledende fasen for det henviste barnet eller ungdommen. Mens behandlingen i BUP pågår eller er i avslutningsfasen, er det i mange saker ingen kontakt mellom BUP og fastlege. Ved avslutning får fastlegene tilsendt epikrise, men det er variasjon i hvorvidt fast-

legene har samarbeid med BUP om oppfølgingsoppgaver etter dette. Fastlegene opplever at de ofte får epikriser tilsendt lenge etter at behandlingen er avsluttet, men opplyser samtidig at det på mange steder har blitt en forbedring og fortgang i dette de siste par årene.

Det kommer frem fra intervjuene at perioden etter utskrivning fra BUP kan være vanskelig med hensyn til oppfølging og tilbakeføring av ansvar til fastlegen. Fastleger oppfatter det ikke som sin rolle å ta kontakt med pasienter for å følge opp i tiden etter avsluttet behandling. Deres tilnærming er bygget på forventninger om at det er pasienten som tar kontakt med legen og ikke omvendt.

*"Ja jeg vil gjerne ha mye mer dialog med BUP, gjerne om behandlingsopplegg, og ... avslutningen, det kommer jo gjerne noe etter hvert. Men det kommer gjerne sent. Når saken er avsluttet oppsøker ikke jeg pasienten for å høre hvordan de har det, nei herregud! Nei da jobber jeg med de andre pasientene jeg har. Pasientene må kontakte meg!"*

Ved noen poliklinikker er det praksis på å utarbeide midlertidige epikriser. Dette har vært nyttig for fastlegene:

*"Jeg har fått midlertidige epikriser fra BUP. Og det har vært nyttig, ellers vet man jo nesten aldri hva som skjer underveis... Jeg har ikke tatt kontakt med BUP for å høre hvordan det går med pasienter ... Varierende med problemstillingen så tar jeg noen ganger kontakt med pasienten etter avsluttet behandling, andre ganger ikke. Og det kommer an på hvor lenge BUP har vært involvert..."*

Likeledes er det forskjellig praksis på hva leger gjør i ventetiden frem til BUP kan tilby behandling. Noen fastleger opplyser at de foretar seg lite i denne tiden, mens andre kan purre på BUP eller ta initiativ til at det henviste barnet eller ungdommen snakker med annet helsepersonell som for eksempel i skolehelsetjenesten.

*"I ventefasen prøver jeg å holde kontakt med foreldrene, jeg prøver å ta en telefon iblant bare for å høre hvordan det går. Jeg kan også ta kontakter via helsesøster om det er noe spesielt vi bør varsle at de skal være oppmerksomme på, men det er ikke faste møtepunkter, vi tar det mer på sparket".*

Dette peker på at ventetiden frem til behandling og tiden etter avsluttet behandling kan være sårbar for pasientene. Det er liten grad av kontakt mellom BUP og fastlegene i disse to fasene. Sett i forhold til at helsepersonell som har deltatt i denne undersøkelsen er opptatt av at det kan være vanskelig å kartlegge og gripe fatt i de problemer barn og unge har, peker dette på svakheter i oppfølgingen i de to nevnte fasene.

### **Ingen takster for generelle samarbeidsmøter**

Det kommer også frem i intervjuene at det ikke er takster som dekker generelle møter der for eksempel samarbeidsformer diskuteres. Fastlegene hevder at dette forholdet gjør til at de vanligvis ikke diskuterer samarbeid med andre instanser i møteform.

Fastlegene får imidlertid betalt for møter der konkrete pasienter diskuteres. De fleste av fastlegene som ble intervjuet hadde erfaring fra slike møter og anså dette som nyttig:

*"Vi har ikke noe formalisert fast samarbeid med noen av de instansene. Det har sammenheng med betalingsordninger, ingen samarbeidsmøter honoreres. Jeg er privatpraktiserende og lever på stykk pris nivå. Vi får altså ikke betalt for å møtes for å diskutere samarbeid. Men har vi samarbeidsmøter om konkrete pasienter så honoreres det via oppgjørskontoret. De kan godt være faste for så vidt, men de må dreie seg rundt enkelt pasienter og være konkrete rundt en eller flere pasienter".*

### **Liten erfaring med individuell plan og ansvarsgrupper**

Fastlegene som ble intervjuet hadde generelt liten eller ingen erfaring med å utarbeide individuelle planer. Noen leger mente at de absolutt burde ha en rolle i dette arbeidet, men de fleste påpekte at de ikke hadde anledning til å lede det omfattende planarbeidet som involverte mange instanser:

*"Jeg kunne ikke ta ansvar for utvikling av individuell plan fordi det krever en administrering jeg ikke har tid til".*

Det var også diffuse oppfatninger i intervjuene hvem som eventuelt skulle lede arbeidet med å lage individuelle planer sett fra fastlegens side:

*"En som har litt bedre tid kanskje. Helsestasjonen kanskje... hvis det er mer sånne medisinske problem, mer atferdsmessige problemer og barna går på skolen eller barnehage er det kanskje skolen som burde ha ansvaret. Spesielt dersom dette går mer på pedagogiske tiltak, adferdsterapi, PPT, sosiallærer på skolen kan ha en rolle. Men dette er litt avhengig av type problem".*

Både BUP og fastlegene har positive erfaringer med ansvarsgruppemøter selv om dette er en arbeidsform som fastlegene ikke er mye vant til. Fastlegene er ofte presset på tid og ønsker raske avklarende møter der fokus er på konkrete handlinger og oppfølging. Mange har positive erfaringer med å "ta ting rett over bordet" og høre andre sine erfaringer med barn og unge i målgruppen. Fastlegene opplever at dette er nyttig, men gir samtidig uttrykk for at det ikke må være slike møter for ofte for da vil det gå ut over andre pasienter som venter på time:

*"Ja, det er nyttig for meg men ikke minst for pasientene at alle parter møtes. Så det ser jeg positivt på. Men slike møter har en tendens til å bli lagt på formiddagen klokken 10, som er i den mest aktive praksis perioden vår, så av og til kan det være vanskelig å finne tid til det. Det krever planlegging og samarbeide for å finne tidspunkter".*

Både ansatte i BUP og fastlegen er opptatt av at det ofte er mange aktører inne i forhold til denne gruppen, og at det er ryddig å vite hvem som gjør hva, blant annet for å samordne inntrykk og oppfatninger om pasienten, og på hvilke arenaer pasienten fungerer godt og dårlig. Flere fastleger som deltok i undersøkelsen påpekte at de ofte kan trenge 3-4 uker i forveien for å planlegge deltagelse i et slikt møte. BUP ansatte ønsket å kunne planlegge ansvarsgruppemøter så langt frem i tid, men la til at i noen tilfeller var det umulig. En del saker som BUP må forholde seg til trenger rask avklaring, og møter som planlegges på kort frist foregår vanligvis uten fastlegen til stede.

### **Kapasitetsproblemer i BUP et hinder for samarbeid**

Fastlegen som ble intervjuet opplevde at samarbeidet med BUP av og til settes på prøve, hovedsakelig fordi mange poliklinikker har for liten kapasitet til å ta i mot pasienter. Enkelte fastleger som ble intervjuet har opplevd å ikke få aksept for henvisninger de har sendt til BUP. I slike tilfeller blir fastlegene sittende med pasienter som de opplever trenger hjelp utover det de kan tilby i sin praksis. Det ble også nevnt at hyppig utskiftning av personale på BUP bidrar til mangelfull kontinuitet:

*"Det største problemet slik jeg ser det er at den lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken har stor utskiftning av personalet og at det er lite kontinuitet der. I perioder er det lite bemanning der så er det vanskelig å få adekvat hjelp fra andre linjetjenesten".*

Enkelte av fastlegene som ble intervjuet hadde erfaring med at BUP hadde mangel på leger til tider og at det ellers kunne være mangel på kvalifisert personell som kunne behandle barn

og unge i målgruppen. Ved slik personell mangel blir også fastlegens muligheter til å drøfte problemstillinger reduserte:

*"Det største problemet er at det er manko på legeressurser, per i dag er det ingen leger der... Når situasjonen er slik kan jeg ikke henvise barn til BUP med medikamentelt behov. Når det ikke er leger til stede er det ingen til å følge opp. Vi har ikke praksis for å skrive resepter til de som ikke er ferdig utredet. Ritalin kan jeg skrive til de som er ferdig utredet, men ikke før det".*

Flere av fastlegene som ble intervjuet hadde ansvar for å skrive ut medisiner til pasienter som var, - eller hadde vært i behandling i BUP. Leger som har foreskrivningsrett for sentralstimulerende midler har ansvar for behandlingen av pasienten, og skal vurdere berettigelsen av å fortsette foreskrivning av preparatet til de enkelte pasient. Noen leger som ble intervjuet følte at de ikke hadde nok kompetanse til å skrive ut slike midler, og påpekte at veiledningsordningene fra BUP var utilstrekkelige:

*"Det som skjer nå er at barn som går på litt spesielle medisiner i forbindelse med ADHD eller andre ting, er at medisineren blir overlatt til fastlegene. Dette synes vi er litt underlig og litt rart, at for mange av disse ser vi såpass sjelden at vår erfaring med å medisinere slikt er relativt begrenset. BUP sier det er bare å ringe og spørre men... Det synes jeg er litt uheldig".*

Fastlegene fremholdt at de stort sett fikk veiledning fra BUP på dette, men på enkelte steder påpekte legene at denne veiledningen kun eksisterte på papiret.

### **Krav til fastlegen om innhold i henvisninger**

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, har poliklinikkene i ulik grad jobbet med å involvere fastlegene i arbeidet med barn og unge i målgruppen. Der det er tatt initiativ til å forbedre samarbeidsrelasjonene mellom BUP og fastlegene. Dette beror seg på at BUP opplever at henvisningene fra fastlegene ofte er mangelfulle. Mangelfulle henvisninger medfører at BUP må innhente opplysninger som fastlegen egentlig skulle besørge. BUP ansatte mener de mister verdifull tid på dette, - tid som heller skulle ha gått med til å behandle pasienter som står på venteliste.

I intervjuundersøkelsen kom det frem at poliklinikkene har ulike prosedyrer i forhold til hva de gjør dersom de mottar mangelfulle henvisninger. Noen er svært strenge på at fastlegen skal stå for den gjeldene henvisningen, og at barnet skal ha blitt undersøkt av fastlege før det henvises til BUP. Her har vanligvis ledelsen ved BUP utarbeidet et informasjonsskriv til fastlegene om dette:

*"Vi har forfattet et brev her på BUP som går til fastleger der vi konkret ber om visse ting ved henvisning. Dette handler om diverse blodprøver, kontakt med andre instanser som PPT i ventetiden etc. - etter hvert har det tatt dette opp i seg og gjør dette nå automatisk. Det er vel noen få som ikke gjør det men de aller fleste er blitt veldig flinke".*

Dersom fastlegene allikevel ikke har formidlet de opplysninger BUP trenger for å vurdere barnet eller ungdommen, er noen BUP strenge på å sende dette tilbake til fastlegen. Den uheldige siden av dette er at det kan medgå unødvendig mye tid før barnet eller ungdommen kan vurderes i BUP.

Ved noen av poliklinikkene ønsket de ansatte selv å samle inn den informasjonen de trengte for å vurdere pasienten når henvisningen fra fastlegen var ufullstendig. Ved disse BUP' ene var det ikke lagt til rette for et generelt samarbeid med fastlegene, og de hadde heller ingen praksis på å returnere ufullstendige henvisninger. De valgte heller å innkalle barnet for en vurderingssamtale dersom henvisningen er mangelfull, og slik selv kartlegge barnets problemstilling. I denne samtalen valgte noen fagpersoner å invitere med fastlegen, mens

andre ikke syntes dette var nødvendig. Ansatte i BUP påpekte at slikt kartleggingsarbeid tar mye tid, og at de kunne ha fått behandlet flere som trengte hjelp dersom problemstillingene hadde vært sortert på forhånd av henvisende instans. Ved noen poliklinikker var der derfor litt uenighet om hvordan man skulle håndtere ufullstendige henvisninger:

*"Der er det litt diskusjon på poliklinikken. Jeg vil nok ønske å innkalle foreldrene og eventuelt barnet for å innhente informasjon direkte. Men andre mener vi bør sende henvisningen tilbake til fastlegen og la han gjøre jobbe sin... Jeg er litt sånn at jeg misliker at for mye tid går bort på organisering og papir arbeid. Så jeg tenker heller at: la meg få familien inn på kontoret så får jeg opplysninger og kan observere om dette er et barn som trenger hjelp fra oss... Min måte å tenke på har sammenheng med at jeg sjelden treffer et barn som ikke er kvalifisert for å komme til oss".*

Noen BUP hadde jobbet spesielt med å utarbeide brev der de informerer fastlegene direkte om hvilke opplysninger de ønsker seg i henvisningene:

*"En henvisning skal inneholde; hvor lenge har problemet vart, problemets art, hvem er bekymret og hvem er mest bekymret, hva tenker legen, har andre som for eksempel PPT og skolen vært inne i bilde, samt opplysninger om familie situasjon"*

### **Andre henvisere**

I intervjuene kom det frem at for noen år tilbake var det skoleleger eller helsestasjonsleger som var de vanligste instansene til å henvise til BUP. I dag mottar BUP fremdeles en del henvisninger fra disse instansene og fra barnevernet. Poliklinikker som har lagt opp til samarbeid med fastlegene, har en strengere praksis på at fastleger skal ha beskjed og en rolle i oppfølgingen dersom deres pasienter blir henvist. Ved andre poliklinikker er det ikke så konkret praksis på dette. Noen informanter påpekte at fastlegene også har bedre mulighet til å følge opp saker over tid enn skolelegene, og at skolelegene derfor er en "underleverandør" til fastlegen:

*"Jeg tenker mer og mer sånn at det er fastlegen som står på toppen og at de har med seg sine hjelpere og det kan være skole, foreldre, PPT, barnevern etc. Det som er spesielt for det vi jobber med er at det handler om langtidsforløp, og da er det bedre med fastlegen fordi skolelegene er mer ustabile. De har ikke samme mulighet til å følge opp".*

I kommunene er det nok imidlertid noe variasjon i forhold til hvilke instanser og personer som er mest stabile og som har best forutsetninger for å følge opp barn og unge i målgruppen. Dette avhenger også ikke minst av stabilitet i bemanningen av fastleger og i BUP. Flere BUP ansatte påpeker imidlertid at de har hatt spesielt god nytte av samarbeid med skolehelsetjenesten i utrednings- og kartleggingsfase for barn og unge i målgruppen. Skolehelsetjenesten kan lettere få innsikt i omfanget av barn og unges problemer:

*"Trenden er at det meste blir delegert til fastlege, men av og til kommer det en henvisning som bare er fra en skolelege. Og da er det gjerne fordi det er mest hensiktsmessig, men samarbeidsformen er den samme som med fastlegen. Mitt inntrykk er nok ofte at skolehelsetjenesten kjenner sakene bedre enn fastlegen, men vi har som sagt få av disse henvisningene. Dersom skolelegen er eksplisitt på at han eller hun skal ha ansvaret i denne saken så forholder vi oss til dette."*

Det synes derfor som om samarbeidsrelasjonene mellom fastlegen, BUP og skolehelsetjenesten varierer fra sak til sak, og mellom poliklinikker. Det synes vanskelig å få frem en ideell samarbeidsmodell som kan fungere som en mal for alle steder og for ulike pasienter. Om man skulle få til en overordnet modell, påpeker flere informanter at helsesøster er en viktig aktør som bidrar godt for barn og unges psykiske helse. Når det kommer til oppfølging etter avsluttet behandling i BUP, ønsker mange seg en mer forpliktende part. Mange infor-

manter plasserer dette ansvaret på fastlegene. Flere informanter påpekte at en god kommunikasjon mellom helsesøster, fastlegen og BUP kan bidra til en bedre tjeneste for barn og unge med psykiske problemer:

*"Ofte har helsesøster og BUP samme oppfatning av hvordan man skal håndtere situasjonen rundt barnet. Det at man ser problemene til barnet på samme vis forenkler samarbeidet, vi trekker i samme retning. På konsultasjonsmøter er som regel ikke fastlegen til stede, men det er helsesøster. Variasjonene mellom saker og kommuner vil gjøre det vanskelig å strømlinjeforme samarbeidet. Men et tett samarbeid mellom helsesøster og fastlege og at de bruker BUP systemet som veileder vil være gunstig".*

### **Fastlegeordningens rammer passer ikke målgruppen**

Informanter i BUP var opptatt av at rammene på fastlegeordningen ikke alltid passet så godt til denne type pasienter. Dette handlet om at fastlegene har begrensede konsultasjoner, og at ungdommer kan føle seg ukomfortable med å sitte på et legekontor å snakke:

*"Mange av de som kommer til oss opplever ikke at legen snakker med dem eller har tid til dem. Og ungdommene vil jo gjerne ikke sitte på kontoret å snakke, for der må man etablere en kontakt som krever tid".*

Et annet problem er at mange av ungdommene har samme fastlege som foreldrene sine, og at de derfor har en sperre for å snakke med den samme fastlegen om sine problemer. Informanter i BUP opplever at dersom barna eller ungdommene er redde for at fastlegen skal bringe dette videre til foreldrene, så vil de heller snakke med helsesøster. Hos helsesøster slipper de også å betale for samtalen. Flere informanter mente at fastlegen har begrenset mulighet til å nå frem til barn med psykiske problemer:

*"Jeg tenker at fastleger kan hjelpe en del ungdom hvis fastlegen er interessert i akkurat det fagområdet. For overfor ungdom blir behandlingen mye samtaler. Men barn blir vanskeligere å hjelpe med fastlegeordningen. Jeg tenker på konsultasjoner på et kontor med en viss varighet, og metoden og tid i forhold til barn... De yngste barna bruker ofte lek som et uttrykksmiddel, og jeg kan vanskelig se hvordan man på et fastlegekontor kan bruke de nødvendige metodene for å få barna til å uttrykke seg. Når det gjelder litt eldre barn er det også variasjoner, noen er verbale og kan snakke om vanskelige ting, mens andre må ha en annen setting slik vi har det på BUP".*

### **Oppsummering samarbeidet mellom fastlegen og psykisk helsevern**

Det varierer hvorvidt fastlegen har samarbeid med BUP om oppfølging av pasienter. Ved noen poliklinikker har man jobbet bevisst med å involvere fastleger, både i forhold til utredning, henvisning og oppfølging, - og slik definert en rolle for fastlegen i arbeidet med målgruppen. Slike initiativ har medført at BUP og fastlegene har utviklet flere gode samarbeidsrutiner, og at de lettere kontakter hverandre ved behov for å drøfte saker.

Fastleger mener at betalingsordninger, - at det ikke gis honorar for å møtes for å diskutere samarbeid, er en hemmende faktor i forhold til å etablere samarbeidsrutiner og avtaler. Fastlegene trekker også frem at kapasitetsproblemer i BUP er en utfordring for samarbeidet om pasienter.

Ansatte i BUP opplever at fastlegens rolle overfor målgruppen er uklar. Fastlegene har forskjellige synspunkter på hva som er deres rolle i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer. Noen er opptatt av at deres rolle i stor grad handler om kartlegging og sortering, og å henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov.

For mange barn og unge som får behandling i BUP er fastlegen en perifer aktør. Dette kan ha mange årsaker. BUP ansatte oppgir at fastlegen ofte ikke har tid til å ha et overordnet ansvar. Andre instanser, slik som skolehelsetjenesten, har bedre mulighet til dette. Fastlegen selv opplever å være lite involvert i saker som angår barns psykisk helse. De mener derfor det er unaturlig å skulle ha en overordnet koordinerende funksjon for denne gruppen.

BUP ansatte påpeker også at fastlegeordningen som struktur ikke alltid er så godt tilpasset barn og unge med psykiske problemer. De viser til korte konsultasjonstider og egenandeler, samt at mange unge vegrer seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har.

Flere av informantene i undersøkelsen mener at fastleger har liten interesse for, - og mangelfull kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. Informantene mener at fastlegen særlig bør ha bedre kompetanse i forhold til å skille alvorlige, - fra lettere lidelser. Fastlegene ser at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med. De påpeker at det kreves en spesiell interesse for fagfeltet dersom de skal jobbe med barn og unge i denne gruppen. Fastlegene uttrykker et behov for mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten, - spesielt i forbindelse med medikasjon.

## 2.4 Tilgjengelighet til fastlegen og kontinuitet i tjenestetilbudet

Intervjuene har vist at det er flere faktorer som spiller inn når det gjelder tilgjengelighet til fastlegen for barn og unge med psykiske problemer. I denne sammenheng må også begrepet "tilgjengelighet" sees i lys av rammene for *fastlegeordningen*, samt hvordan andre aktører også kan ha innvirkning på fastlegens tilgjengelighet. I diskusjonen videre har vi delt inn disse forholdene for å kunne diskutere dem best mulig. Dette gjelder a) strukturelle rammer ved fastlegeordningen, b) holdninger til fastlegen og c) andre aktørers rolle i fastlegens tilgjengelighet.

### **Strukturelle forhold**

Fastlegeordningen legger opp til en legetjeneste der det er en fordel, økonomisk sett, for legen å ha mange korte konsultasjoner. I forhold til barn og unge med psykiske problemer er en alminnelig konsultasjonstid hos fastlegen sjelden nok tid til å kartlegge omfang og alvorlighetsgrad av psykiske problemer. Det kan ta tid å bygge opp tillit, slik at barnet kan åpne seg, og helsearbeideren kan begynne å sortere og kartlegge type problematikk og alvorlighetsgrad. Dersom barnet eller ungdommen må komme til flere samtaler hos fastlegen, vil dette også ha en kostnadsside. En kan forvente at mange unge ikke vil kunne dekke utgifter til legebeseøk alene, men må spørre om penger hjemme. Dette kan være vanskelig for unge dersom de ikke ønsker at foreldrene skal vite at de har problemer.

I kompliserte saker vil fastlegen trenge et ganske utbredt samarbeid for å kunne koordinere tiltak. Det er takster for å delta i samarbeidsmøter om konkrete pasienter, men ingen takster for generelle møter, for planlegging og etablering av samarbeid. Fastleger påpekte at de har liten tid til å drive organisering og planlegging av møter og tiltak. For fastlegene er det ikke lønnsomt økonomisk sett å delta i slike møter, sammenlignet med å ha pasienter på kontoret.

I intervjuundersøkelsen kom det frem at fastlegen i liten grad ser på sin rolle som oppsøkende eller forebyggende. I forhold til barn og unge med psykiske problemer kan dette være en utfordring i forhold til fastlegens tilgjengelighet og koordinering. Mange barn og unge presenterer diffuse symptomer, og er ofte ikke aktive pådrivere selv i å skaffe adekvat hjelp. Spesielt i ventetiden frem til at behandling i BUP, og i tiden etter avsluttet behandling, er det lite faste rutiner hos fastlegene om oppfølging av pasientene. I intervjuene uttrykte noen



fastleger at de hadde en viss kontakt, enten med foreldrene eller skolen, om det henviste barnet. Andre oppga at de forholdt seg avventende til de hørte noe fra pasienten eller andre. Dette kan bety at fastlegen ikke alltid er oppdatert om pasientens situasjon, og følgelig ikke har et godt nok grunnlag for å kunne koordinere tiltak rundt barnet. Hvorvidt, og hvordan barnet følges opp, kan også avhenge av hva slags ressurser barnet har rundt seg, fra familie og skole.

### ***Holdninger til fastlegen***

I intervjuundersøkelsen kom det frem at det er relativt nytt å tenke fastlege i forhold til barn og unge med psykiske problemer. Det henger igjen holdninger om at man oppsøker fastlegen når det gjelder fysiske tilstander. Slike holdninger kan skyldes tanker om at fastlegen ikke har kompetanse når det gjelder psykisk helse. Det kom også frem i enkelte intervjuer at foreldre følte skam over at deres barn eller ungdom hadde psykiske vansker, og at de ikke ønsket at fastlegen skulle være informert om dette. De foretrakk heller at skolelegen eller lege på helsestasjonen skulle kobles inn. På denne måten er det å være en familielege, og ha kjenneskap til hele familien, snudd fra å være en fordel til å være en svakhet. Andre aktører innen helsevesenet vil kunne unngå fastlegen fordi de tror fastlegen ikke har tid eller anledning til å se pasienten. De vil derfor søke hjelp langs andre akser. Dette kan f.eks. gjelde helsesøstere, som har vansker med å komme igjennom på telefon til fastlegen, eller som ikke kan få tilgang på opplysninger om hvem som er barnets fastlege.

### ***Andre aktørers rolle***

Enkelte fastleger opplever at BUP ikke alltid sender episkrise, eller at epikrisen kommer lenge etter at behandlingen er avsluttet. For at fastlegen skal kunne gjøre sin jobb og være koordinerende, er fastlegen avhengig av å bli informert. Likeledes kan fastlegen oppleve at deres pasienter er henvist til BUP uten at de blir informert om det. Pasienten kan da være henvist av skolelege eller helsestasjonslege uten at det blir sendt kopi av henvisningen til fastlegen. Dette undergraver fastlegeordningen, og er en barriere i forhold til fastlegens tiltenkte rolle og funksjon.

### ***Geografiske variasjon i tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet***

Kommuner med ustabilitet i legedekningen, eller ustabil bemanning på BUP, ser ut til å ha færre samarbeidsrutiner enn kommuner der helsepersonell er stabile i sine stillinger. Det er grunn til å tro at tilgjengeligheten til fastlegen vil påvirkes av dette, spesielt for grupper som trenger oppfølging over tid. Både foreldre og helsepersonell foretrekker å bruke andre leger enn fastlegen når de forventer at fastlegen vil ha et kortvarig opphold på stedet. Fastlegen vil også i mindre grad være i stand til å bygge nettverk med andre aktører innen helsesystemet på grunn av korte opphold i kommunen. Terskelen for å ta kontakt med fastlegen kan derfor bli høyere. Kontinuitet ved fastlegen er derfor også knyttet til strukturelle føringer som for eksempel hvor attraktivt det er å være fastlege på det bestemte stedet.

Noen kommuner med stabilitet i legedekningen har jobbet direkte med å bedre samarbeidet mellom instanser i kommunen. De hadde lykket med å skape naturlige møteplasser, der helsepersonell har mulighet til å snakke sammen. Slike møteplasser kan være faglige fora eller samlokalisering. I disse kommunene var det mer positivitet og naturlig samarbeid mellom helsesøstere, fastleger og ansatte i BUP.

### **Andre faktorer i forhold til kontinuitet og oppfølging**

Kontinuitet i tilbudet til barn og unge ser også ut til å variere med hvilke personer som er involvert i barnets psykiske helse. Mange fastleger påpekte at skolehelsetjenesten kan være et nyttig bindeledd mellom fastlegen og barnet/ungdommen. Ofte er det lærere eller helsepersonell på skolen som kan se hva slags behov barnet har, og som er i stand til å reagere dersom det er behov for tiltak og oppfølging

En BUP ansatt uttrykker at BUP også har en rolle i å kontakte fastlegene i forhold til oppfølging:

*"Noe annet som er viktig er godt samarbeid med førstelinje tjenesten og skolen. Det stilles store krav til koordinering for denne gruppen. Jeg ønsker et bedre samarbeid med fastlegen, fordi de kan spille en veldig viktig rolle i sine pasienters liv. Og kanskje vi bør bli bedre til å ta kontakt med dem. Men jeg tror ikke de setter av nok tid, og skulle ønske de prioriterte det forebyggende arbeidet i form av å involvere seg mer.*

Noen poliklinikker har prøvd å på at fastlegen kobles inn i den første vurderingssamtalen. De som har fått til dette har gode erfaringer, og opplever at fastlegene stiller opp. Fordi fastlegen kommer inn i pasientforløpet tidlig skapes mer samarbeid mellom instansene, og mellom fastlege og pasient. Ansatte ved andre poliklinikker kan oppleve at det er vanskelig å få med fastlege på en slik innledende samtale. Men når det lykkes har dette vært en svært positiv erfaring. En BUP ansatt:

*"Det har skjedd en gang i løpet av 30 år at fastlegen har kommet til første avklarende møte, og høre legens vurdering og ha han med i overgangen var glimrende! Men vi kan også være flinkere til å trekke legen med..."*

#### **2.4.1 Oppsummering**

Det er flere forhold som griper inn i fastlegenes tilgjengelighet for barn og unge med psykiske problemer. Ett forhold handler om hvilke incentiver fastlegeordningen har for at gruppen skal få god behandling og oppfølging. Det er ofte utfordrende å kartlegge psykiske problemer hos barn og unge, og nødvendig med flere og lengre konsultasjoner. Dette krever at fastlegen kan sette av tid, og at den unge er i stand til å betale egenandelen. Fastlegene melder om at de tidvis har problemer med å finne tid til å drive koordineringsarbeid i forhold til tiltak for barn og unge i målgruppen. Fastlegene ser ikke på sin rolle som oppsøkende eller forebyggende i forhold til psykisk helseproblematikk. Dette er i seg selv en klar hindring i forhold til tilgjengeligheten.

Tilgjengelighet må også sees på i lys av holdninger som andre aktører har til fastlegen. Undersøkelsen viser at helsesøstere ikke alltid tenker aktivt på å koble inn fastlegen ovenfor den aktuelle pasientgruppen. Dette kan ha mange årsaker, blant annet holdninger om at fastlegen bare tar seg av fysiske problemstillinger, eller mangler kompetanse om psykisk helse. Hvorvidt det er stabilitet i legedekningen i kommunen vil også ha betydning for tilgjengelighet til fastlegen. Hyppig utskiftning av leger gjør at personer i målgruppen må meddele seg om psykiske problemer til flere forskjellige aktører. Dette vil også stille store krav til hvordan fastlegene skal koordinere arbeidet med barn og unge i målgruppen.

### **2.5 Fastlegeordningen som reform og system i forhold til barn og unge med psykiske problemer**

Fastlegene gir uttrykk for forskjellige synspunkter om hvilke endringer fastlegereformen har brakt med seg. Mens enkelte leger mener reformen har ført til konkrete og positive endringer, er andre leger mer i tvil om endringene er av noen betydelig karakter. Fastlegene

som ble intervjuet påpekte at virkningene av fastlegeordningen kanskje kan vise seg først etter noe lengre tid, og at den krever at andre aktører i helsevesenet etterlever det som er blitt fastlegens rolle etter reformen:

*"...jeg tror det foreløpig er en papirtiger... så inntil man får de andre instansene med i samarbeid og de andre får øynene opp for oss, så har det ikke så mye å si".*

### **Tydeliggjør ansvar**

Uansett holdning til hvilke endringer reformen har brakt med seg, ble det påpekt at fastlegeordningen bidrar til å tydeliggjøre hvem som har ansvaret for pasientene. Spesielt der en har jobbet direkte med å bedre kommunikasjon og samhandling mellom BUP, fastlegene og andre aktører i kommunen, var fastlegene mer direkte på at de var ansvarlige for pasienter på sine lister:

*"Fastlegeordningen har helt klart bidratt til å tydeliggjøre ansvaret. Tidligere var barn og unge med psykiske problemer en pasientgruppe som sjelden var innom fastlegen, fordi de ofte ble håndtert langs andre akser: fra helsestasjon direkte til PPT eller BUP eller direkte fra skolen til PPT og BUP. Men nå er fastlegen definert som en samordnende instans og ansvaret er tydeliggjort - noe jeg synes er bra. Men det kan nok hende at en del av kollegaene er uforberedt på det og håper at systemet skal gå sin skjeve gang som før. Men hvis du er villig til å se det, ligger det i ordningen at fastlegen skal ta ansvar".*

### **En vanskelig gruppe å være fastlege for?**

I sitatet over kommer det frem at fastlegene kan oppleve at barn og unge med psykiske problemer er en vanskelig gruppe å ha et overordnet ansvar for. Fastlegene kan se det som tidkrevende å kartlegge barn og unges problemer, samt å koordinere samarbeid med andre instanser. Dette kan gjøre at fastleger vegrer seg for å gå inn i denne typen problematikk, og at det i praksis ikke gjøres forsøk på å leve opp til det ansvaret eller rollen fastlegene har fått etter reformen. Mange av pasientene i målgruppen mottar tiltak fra andre instanser. For at fastleger skal være å jour med hva som skjer med pasienten, kreves et godt samarbeid. Fastlegene opplever at de mangler tid til å drive utadrettet og koordinerende virksomhet, og at slikt arbeid vil gå på bekostning av andre pasienter. En fastlege uttrykte at slike forhold kan bidra til at enkelte fastleger kan ønske å skyve fra seg ansvaret for denne gruppen.

*"For disse pasientene er det nok mange leger som ønsker å skyve fra seg ansvaret for. Fordi de krever tid, og fordi de kan være litt vanskelige i forhold til foreldre og sånn. Jeg tror fastlegeordningen er en styrke i forhold til kontinuitet og definerte ansvarsforhold"*

Det kom også frem i intervjuene at fastlegene har ulike synspunkter på om de skal ha rollen som samordnende instans for denne gruppen. Noen fastleger mente at dette var avhengig av hva slags problemstilling barn og unge i målgruppen kom med.

### **Mindre muligheter til å oppsøke andre leger**

En annen lege uttrykte at fastlegeordningen gjør at det blir færre muligheter til å oppsøke andre leger enn fastlegen:

*"Først og fremst har fastlegeordningen endret det med at vi vet mer hvem som er våre pasienter. Før så gikk pasientene litt her og litt der. Nå vet vi hvem vi har ansvar for dem og det er lettere å definere hvilken rolle fastlegen skal ha nå enn før. Forhåpentligvis vil dette føre til at barn og ungdom blir fulgt opp på en bedre måte".*

Fastlegene påpekte at dersom pasientene ikke er fornøyd med legen sin og ønsket å skifte lege, kan de oppleve at det er vanskelig å velge en ny. Før en velger en bestemt lege har pasientene ikke nødvendigvis noen forkunnskaper om den nye legen, og hans eller hennes kompetanse eller interesse for pasientens problemstilling. Tidligere var det enklere å lete seg frem til en lege som en kunne føle seg tilfreds med:

*"Før var det enklere, for hvis man da visste at legen ikke interesserte seg for det så kunne de gå til en annen lege. Det er en bøyg i dag. Og det er ikke alltid de vil skifte fordi de er fornøyd med legen på andre områder... Spenningen før var at du ikke viste hva som feilte pasientene som kom inn døren, nå vet du det at de kommer med sine kroniske problemer. Det kommer ikke stadig nye med nye input. Nye problemstillinger er det færre av. Og pasientene opplever nok at det er barrierer å gå og shoppe rundt".*

### **Betydningen av å kjenne hele familien**

Enkelte av fastlegene fremhevet at de etter fastlegereformen i større grad var blitt familieleger, og at dette er positivt både med hensyn til ansvar og oversikt. Forutsetning for at dette skal være en fordel er imidlertid at legen har interesse for de problemene som familiene har:

*"Fordelen med fastlegeordningen er at det er en lege å forholde seg til og som skal ha oversikt over familien. Du får en slags kontinuitet og oversikt, noe som er en positiv ting. Men du er da helt prisgitt at du har en fastlege som er interessert i den typen problematikk".*

### **Forholdet til samarbeidende instanser**

Fastleger kommer ofte sent inn i prosessen i forhold til tiltak for barn og unge i målgruppen. Som nevnt over er det vanlig at barn og unge med psykiske problemer henvises til BUP fra skole- og helsestasjonslege. Fastlegene påpeker at dersom fastlegeordningen skal ha den ønskede effekt, er disse instansene nødt til å samarbeide om hvilke regler og systemer som gjelder for henvisninger.

*"Skole og helsestasjonslegene skal drive forebyggende, men ikke behandlende. Jeg har vært opptatt av å presisere dette i plandokumenter. Helseøstre vil gjerne bruke skolelegen.."*

Enkelte fastleger ser at fastlegereformen kan bidra til strukturelle endringer som vil tjene barn og unge i målgruppen på sikt:

*"Fastlegeordningen har betydd lite, men på sikt kan det kanskje vise seg å være gunstig. Jeg tror tiden er moden for litt nye strategier. Kapasiteten på spesialistnivå er for dårlig. Kanskje BUP i større grad skulle bruke sin kapasitet på å veilede oss på førstelinjenivå. De bør føre kunnskapen ut til oss som jobber nærmest barnet, slik at vi kan nyte godt av deres kunnskap og veiledning. Og det er behov for mer strukturert samarbeidet, og å snu kompetansestrømmen mot legene som jobber med barna".*

### **Liten virkning men potensial fremover**

Leger og psykologer i BUP påpekte i intervjuene at tanken bak fastlegeordningen er veldig bra, og at det er positivt med en fast legekontakt for barn og unge i målgruppen.

*"Jeg synes at det utelukkende er positivt. Etter hvert som åra går kjenner de pasientene bedre, kjenner foreldrene og de er flinkere til å plukke ut problemstillinger, henvise og samarbeide. Bare det å ha en fast lege, ja jeg kan ikke si noe negativt med det.*

I likhet med fastlegene, påpekte ansatte i BUP at ordningen hadde brakt med seg et klarere ansvar for hvilke pasienter legen har. Imidlertid hadde BUP- ansatte oppfatninger om at fastlegeordningen til nå ikke har ført til betydelige endringer for barn og unge med psykiske problemer:

*"Jeg kan ikke si at jeg har merket noen forskjell. Litt forskjell er det i de tilfellene der jeg må trekke inn fastlegen, fordi jeg vet at han har et ansvar, for eksempel ved medisinering eller overfor foreldrene".*

Ut i fra BUP- ansattes ståsted som behandlere, ble det imidlertid understreket at ordningen vil kunne ha noe mer effekt over tid. I dette så enkelte leger og psykologer i BUP en fordel i at det er en bestemt og fast lege som følger barn og unge i målgruppen, i motsetning til en mer tilfeldig ordning som det var tidligere:

*"Nå er det en person som er fastlegen. Før i tiden kunne man høre at barnet eller familien ikke hadde noen spesiell lege. Men nå er det en adresse å sende til, og det synes jeg er en viktig forskjell. Og jeg tror at etter hvert så vil samarbeidet med fastlegene om barn og unge med psykiske lidelser, bli bedre. Dette fordi de har en bestemt pasientgruppe som de har ansvar for. Men i forhold til selve funksjonen så har jeg ikke merket så mye forskjell ennå".*

Det varierer i hvor stor grad informantene fra BUP ser behov for tiltak fra fastlegen i oppfølging av pasienter. I noen tilfeller er ikke fastlegen en aktuell aktør, og heller ikke etterspurt:

*"... ofte opplever jeg at de [fastlegene] ikke kjenner klienten så godt. I motsetning til det som ofte er tilfelle med voksne med psykiske problemer, så blir barna ofte ferdigbehandlet. Og da har de ikke behov for tett oppfølging etter at de er ferdige ved BUP. Men når det gjelder ungdom hender det at de har behov for oppfølging, og da har fastlegen et ansvar".*

### **Forventninger til fastlegen avhengig av stabilitet i ordningen**

Det utpeker seg forskjeller mellom kommuner i hvordan fastlegeordningen oppfattes. En faktor i dette er hvorvidt det er stabil eller ustabil legedekning, og om det er blitt jobbet for å fremme fastlegens rolle og samarbeid med andre instanser.

*"At vi har et navn å ringe til er bra. Intensjonene med ordningen er derfor bra, men realitetene her hos oss er stor utskifting av leger i enkelte kommuner, men dette ville vært et problem uansett ordning. Samarbeid er en flaskehals. Samkjøring og enighet er viktig for å kunne gi et godt tilbud".*

I en kommune opplevde ansatte i BUP at det var lettere å få time ved henvendelse til lege etter at fastlegeordningen hadde trådt i kraft:

*"Jeg har merket liten forskjell etter innføringen av fastlegeordningen. Hos oss er det ustabil legedekning. En endring er at barna får lettere time nå etter innføringen av fastlegeordningen, mens dette ikke var så lett før ordningen trede i kraft."*

I kommuner med ustabilitet i legedekningen, var det også færre forventninger til at fastlegereformen skulle ha noen virkning. Enkelte BUP ansatte mente derfor at andre instanser i kommunen burde ha et koordinerende ansvar i forhold til barn i målgruppen:

*"Vi har ingen forventninger til fastlegen. Men det å ha en koordinator i kommunen er viktig. Og kanskje helsestasjon er løsningen på dette. Nei, fastlegeordningen har ikke ført til noen endring her i distriktet, sett med distrikts øyne!"*

Kommuner som hadde jobbet bevisst for bedre samarbeid mellom fastlegen og andre instanser, samt kommuner som hadde stabilitet i legedekningen, har lyktes i å etablere kontakt og samarbeid med fastlegene:

*"Jeg har fått flere telefoner fra fastleger etter innføring av ordningen. Det vises jo godt at det er faste leger. Og vi synes det er enklere å henvende oss til legen nå med fastlegeordningen, så selve ordningen er positivt. Selv om barn og unge med psykiske problemer kommer langt nede på prioriteringslisten deres. Jeg ser ingen ulemper".*

Enkelte BUP ansatte opplever også at legene vet mer om barn og unge i målgruppen nå, sammenlignet med tiden før ordningen trådte i kraft:

*"Legene har større kunnskap om barna, og hvem som er blitt henvist til oss. Så de får mer informasjon nå om sine pasienter".*

### **Reformen må tilpasses målgruppen**

BUP ansatte påpekte også at fastlegeordningen som struktur kunne ha vært bedre tilpasset gruppen barn og unge med psykiske problemer, og at det er her utfordringene ligger fremover:

*"Hvis det er litt endring så er det i forhold til engasjement og mulighet til å følge opp pasientene over tid. Vår opplevelse er at fastlegene har definert et veldig snevert ansvar for seg selv, at de har 15 minutter inne på kontoret, og at de er veldig lite innstilt på teamarbeid eller utadrettet virksomhet. Her må det nok en bevissthets endring til. For gode resultater er vi avhengig av teamarbeid med tverrfaglig kompetanse, så legene må bevisstgjøres i forhold til dette".*

Enkelte BUP ansatte påpekte at de selv kunne ha en rolle i at fastlegeordningen kunne fungere bedre:

*"Det er relativt mye som spesialisthelsetjenesten selv kan gjøre: tydeligere rutiner, og korter ventetider i forhold til diagnostikk og behandling. Vi må være raskere på banen, gi raskere tilbakemeldinger og være tydeligere i tilbakemeldingene til fastlegene. Dette jobber vi med".*

Det ble også kommentert at førstelinjetjenesten kunne hatt bedre kompetanse om gruppen, og at dette også er en faktor i forhold til hvor god virkningen av reformen er:

*"Det er ikke lenger så lett å shoppe rundt, ansvaret er mer knyttet til en lege. Ulempen er at hvis legen ikke har kompetanse eller interesse kan det være at man ikke får det tilbudet man burde ha".*

BUP ansatte opplever at de ofte kan få inn barn som har vært psykisk syke lenge, og at fastlegeordningen kan legge til rette for at problemer oppdages tidligere:

*"Hvis alle barn har en fast lege så tenker jeg at det er gunstig i forhold til kontinuitet i behandling, og at det er en person som kjenner barnet og familiens historie fra de er små. Dette gjør legen bedre i stand til å skille mellom hva som er individuelle versus systemrelaterte problemer".*

En forutsetning for at fastlegen lettere skal kunne identifisere psykiske problemer hos barn, er at kompetansen om barn og unges psykiske helse styrkes. BUP ansatte håper at styrket kompetanse skal føre til at fastlegene lettere kan sortere hvilke saker de skal henvise til BUP:

"...førstelinjen skal bli flinkere til å sile ut. Det vil si at de har alternativer å tilby til pasienter som ikke henvises oss – de kan spille på PPT, skole og andre ressursgrupper. Det er ikke alt som må inn i andre linje tjenesten. Også når det gjelder oppfølging må det til med bedre veiledning og opplæring slik at flere personer kan ta dette ansvaret i førstelinjen. Dette er et kjempestort behov, helsesøstere og skole har behov for å bli opplært og veiledet og det sammen har PPT og barnevern. Men disse instansene har lite ressurser og de ber oss ofte om å veilede".

### **Bekymret over manglende tilgjengelighet og samarbeid**

Helsesøstrene opplevde at fastlegene ikke hadde anledning til å stille opp og ta den koordinerende funksjonene som reformen tilskriver dem. Enkelte opplevde dette som den største utfordringen i forhold til å få fastlegeordningen til å fungere:

"Jeg vet ikke om fastlegeordningen fungerer. Kan ikke tenke meg at dette fungerer godt, fastlegen har ikke tid til å være med på møter, dette har med lønnsomhet å gjøre, ellers er det vaktordninger etc. Da er det klart at oppfølgingen ikke blir så god. Jeg tror ikke det er forskjell på situasjonen før eller etter fastlegeordningen for barn og unge med psykiske problemer".

Enkelte helsesøstere opplevde også at fastlegen ikke samarbeider så godt med helsesøstrene, og at de ikke deler informasjon om pasientene. Dette kan være uheldig i forhold til at helsesøstere ofte er involvert i oppfølging av fastlegens pasienter:

"Jeg mistenker fastlegene for å sitte på den del informasjon som aldri når frem til oss. Jeg har bedt om mer tilbakemelding. Jeg tror ikke det er av vrang vilje at de ikke deler informasjon, men av utenksomhet – vi jobber jo alle for barnas beste. Vi spør alltid foreldrene før vi sender over informasjon vi besitter til fastlegen. Som regel har alle tillit til fastlegen sin. Dersom en får samtykke fra foreldrene er det ikke noen problem å dele slik informasjon, selv ikke om informasjonen flyter fra leger til helsesøstere".

Som det har vært fremhevet tidligere opplever helsesøstere at ungdom ikke alltid liker å dele sine problemer med fastlegen, og at dette i seg selv er en utfordring for å få reformen til å fungere:

"Jeg synes fastlegeordningen er en god greie i utgangspunktet. I forhold til ungdom så vet jeg ikke helt. Mange ganger har ikke elevene hos meg hatt noen påvirkning på valg av fastlege. Det som skjer er at hele familien ofte går hos den samme og ungdommene som kommer til meg ikke har hatt noen større behov for å komme til fastlegen å fortelle det de sier til meg... De vet ikke om fastlegen holder på informasjonen, de vil ikke at foreldrene skal vite alt... Ungdommene foretrekker heller å gå til ungdomshelsestasjonen som er oppe hver onsdag. I forhold til psykiske problemer kjenner jeg ingen unge som går til fastlegen sine med dette"

Helsesøstrene ser for seg en hyppigere samarbeidsmodell med fastlegene. En tettere og mer koordinert samhandling mellom fastlege og helsesøster kan få fastlegeordningen til å fungere bedre. Helsesøstere opplever at de ofte sitter på mye viktig og relevant informasjon om barn og unge, som fastlegen ville ha fordel av å kjenne til.

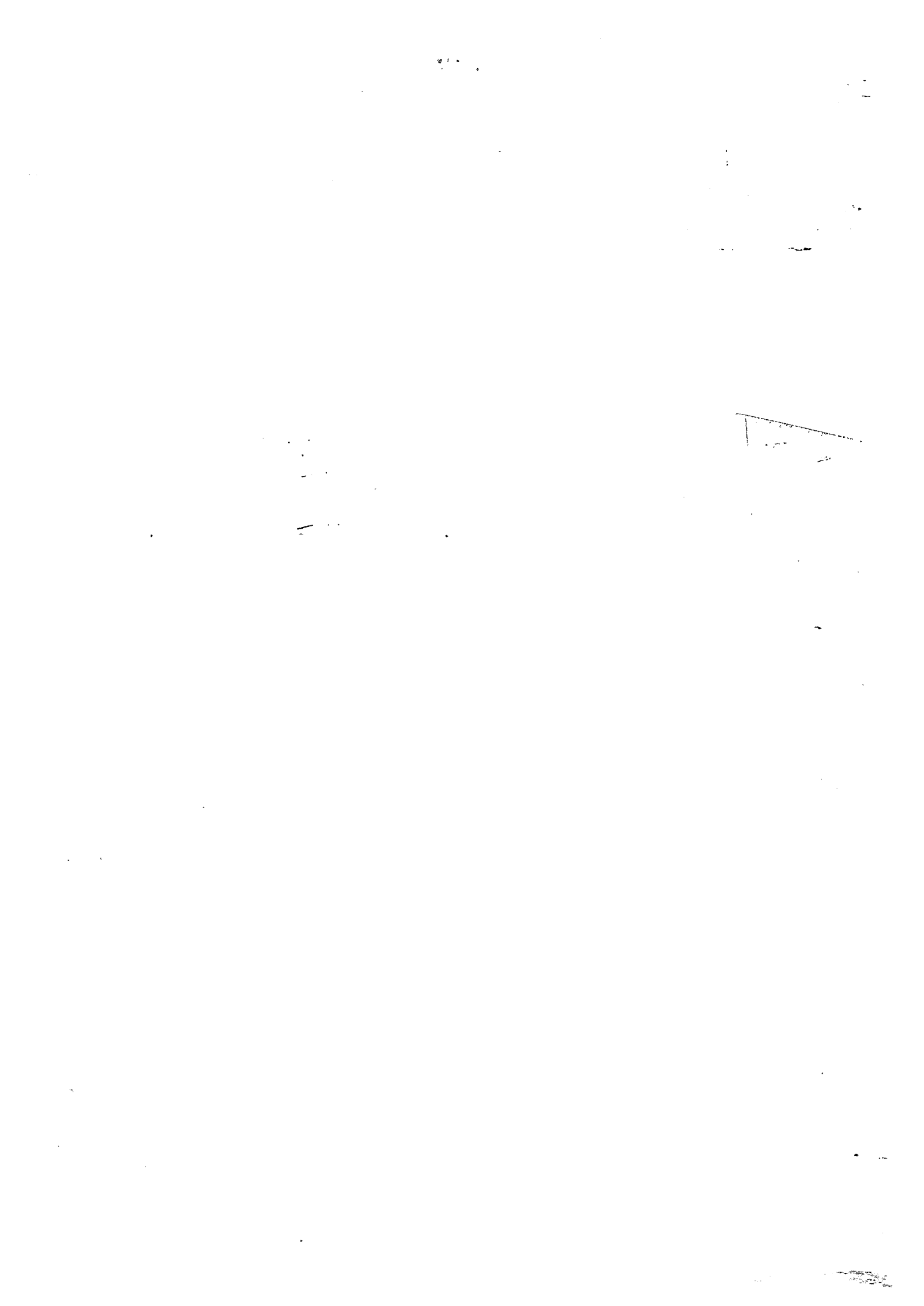
#### **2.5.1 Oppsummering**

Helsearbeidere mener fastlegeordningen har bidratt til å tydeliggjøre ansvar. Hvorvidt fastlegene tar eller får den rollen de er tiltenkt i forhold til ordningen, ser imidlertid ut til å avhenge av i hvilken grad ledelsen innen helseapparatet arbeider med å implementere og etterleve reformen. Det er tydelig at barn og unge med psykiske problemer er en

utfordrende gruppe for fastlegene, både i forhold til begrensninger i tid, og i forhold til kartlegging av omfang og type problematikk. Informanter fra BUP etterlyser bedre kompetanse hos fastlegene i forhold til å skille lettere fra alvorlige psykiske lidelser, slik at de i større grad kan vurdere hva som skal viderehenvises

Dersom fastlegeordningen skal få den tilskattede effekt, er det viktig at andre aktører forholder seg til at fastlegen skal undersøke barnet, og være den som henviser til spesialisthelsetjenesten. I kommuner med ustabil legedekning kan det være vanskelig å tildele fastlegen et ansvar for oppfølging. I disse kommunene vil helsearbeidere foretrekke å bruke skole - eller helsestasjonslege, siden disse ofte er mer stabile i sine stillinger enn fastlegene.





## 3 Brukernes erfaringer – og tilfredshet med fastlegen

### 3.1 Mål

Hovedmålet med denne delstudien er å undersøke brukernes tilfredshet med ulike aspekter ved fastlegetjenesten. Vi stiller følgende forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad er brukerne tilfredse med:
  - Tilgjengelighet og kontinuiteten i tjenestetilbudet
  - Informasjon og medvirkning
  - Fastlegens tiltak
  - Fastlegens samarbeid med andre instanser
2. Hvilke dimensjoner ved tjenestetilbudet er brukernes minst tilfredse med? Hva er forbedringspotensialet i tjenesten for barn og unge med psykiske problemer?

I tillegg vil denne delstudien gi grunnlag for å anslå i hvor grad barn med psykiske problemer har kontakt med fastlegen i forhold til denne problematikken, samt hvilke alternative helse-tjenester/ hjelpeinstanser som evt. benyttes. Undersøkelsen vil også avdekke bruker-gruppens *forventninger* til fastlegens tilgjengelighet.

### 3.2 Metode og gjennomføring

Brukerundersøkelsen ble gjennomført som en anonymisert spørreskjemaundersøkelse blant foresatte til barn med psykiske problemer og atferdsproblemer.

#### 3.2.1 Utvalg og prosedyrer

Det ble benyttet to uvalg i undersøkelsen:

##### A. *Foresatte til barn med ADHD.*

Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med ADHD- foreningen. ADHD- foreningens konvolutter ble benyttet ved utsending. Sammen med spørreskjema lå et brev fra ADHD-foreningen med informasjon om undersøkelsen, samt en oppfordring om å delta. I brevet var også en ferdig frankert svarkonvolutt adressert til SINTEF Helse.

Det er flere viktige argumenter for å rette denne brukerundersøkelsen til barn/ familier med ADHD: ADHD er hyppig forekommende i barnebefolkningen, ADHD er en type problematikk som bør undersøkes av lege, mange barn med ADHD medisineres, og for en del av disse har fastlegen foreskrivningstillatelse.

*B. Foresatte til barn og ungdom som mottar behandling ved en poliklinikk innen psykisk helsevern for barn og unge.*

Utsendelsen av spørreskjema ble gjennomført i samarbeid med åtte poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Valg av poliklinikker var i hovedsak basert på at poliklinikkens opptaksområder omfatter en av kommunene som inngår i den kvalitative delen av studien. Det ble sendt brev til leder ved poliklinikken med en orientering om undersøkelsen, samt en forespørsel om å bistå ved utsending av spørreskjema til et utvalg brukere. Blant de sju poliklinikkene, hvis opptaksområdet dekker kommune som inngår i den kvalitative delstudien, var det to poliklinikker som på grunn av kapasitetsproblemer ikke kunne bistå i utsendingen av spørreskjema. For å sikre en viss størrelse på utvalget, ble ytterligere tre poliklinikker forespurt om å bidra ved utsending av spørreskjema til brukere. Valg av disse poliklinikkene var basert på geografisk beliggenhet. Totalt medvirket åtte poliklinikker i brukerundersøkelsen. Poliklinikkene representerer sju ulike fylker.

Ferdigfrankert konvolutter med brev og orientering om undersøkelsen, spørreskjema og frankert svarkonvolutt adressert til SINTEF Helse, ble pakket ved SINTEF Helse og sendt til de åtte deltagende poliklinikkene. Ved poliklinikken valgte man tilfeldig ut 100 pasienter, påførte navn og adresse og postla forsendelsen. I brevet ble det orientert om at utsendelsen av spørreskjemaet ble gjennomført i samarbeid mellom SINTEF Hele og poliklinikken, og at poliklinikken hadde postadressert konvoluttene. Det ble understreket at undersøkelsen var anonymisert, og at det var frivillig å delta. Det ble ikke foretatt purring på spørreskjemaene.

### 3.2.2 Spørreskjemaet

Det ble utviklet to versjoner av spørreskjemaet. Versjonene er like mht struktur og tematikk, men med noen ulike formuleringer tilpasset de to aktuelle brukergruppene. Spørreskjemaene er utformet slik at de differensierer de som har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem, og de som overhodet ikke hatt slik kontakt. Foresatte som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem ble bedt om å fylle ut side 2 av spørreskjemaet. Spørsmålene her omhandler hvilke instanser de har hatt kontakt med, spørsmål om legehjelp i forhold til barnets problematikk, samt sju påstander om fastlegens arbeid med barn og unge med psykiske vansker. Hver påstand har fire svaralternativer.

Første side av spørreskjemaet ble fylt ut av foresatte som har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem. Skjemaet inneholder 16 påstander om fastlegens tjenestetilbud, med fem og seks svaralternativer for hvert spørsmål. Følgende dimensjoner ved tjenestetilbudet er dekket gjennom side 1 av spørreskjemaet:

- Tilgjengelighet og kontinuitet
- Informasjon og medvirkning
- Fastlegens tiltak
- Fastlegens samarbeid med andre instanser

### 3.2.3 Svarprosent

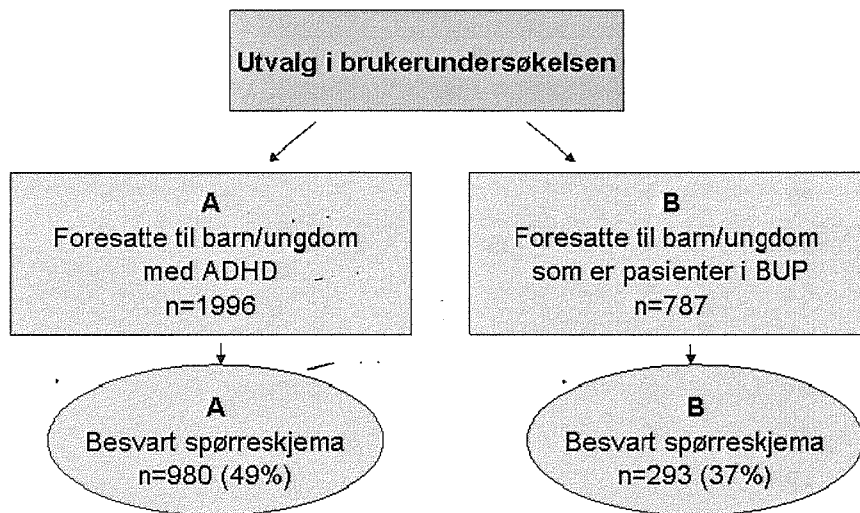
*Utvalg A. Medlemmer i ADHD- foreningen.*

Det ble sendt spørreskjema til 2020 medlemmer med barn i alderen 1-15 år. I alt 24 konvolutter kom i retur fra postverket. I alt 980 av de 1996 utsendte spørreskjema ble returnert (49 prosent).

### Utvalg B. Foresatte til pasienter i BUP

Det ble sendt ut brev og spørreskjema til foresatte til totalt 800 barn eller ungdommer, som per 30. november 2004 var i tiltaksfase ved utvalgt poliklinikk. Tretten konvolutter kom i retur fra postverket. I alt 293 av de 787 utsendte spørreskjema ble returnert (37 prosent).

Figur 1 presenterer en oversikt over utvalgene i brukerundersøkelsen.



Figur 3.1 Utvalget i brukerundersøkelsen.

### 3.2.4 Hvem har besvart skjemaet?

Tabell 3.1 viser hvem som har besvart spørreskjemaene for hhv foresatte til barn og ungdom med ADHD (utvalg A) og foresatte til barn og ungdom som er pasienter i BUP (utvalg B).

Tabell 3.1 Hvem som har besvart spørreskjemaet.

Spørreskjemaet er besvart av	Utvalg A (ADHD)		Utvalg B (BUP)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mor/foresatt	806	82	211	72
Far/foresatt	46	4	29	10
Begge foresatte	105	11	38	13
Andre	5	1	6	2
Ubesvart	20	2	9	3

Det fremgår av tabellen at det i all hovedsak er mor som har besvart spørreskjemaet, og at dette gjelder begge utvalgene.

### 3.2.5 Beskrivelser av utvalget

#### DEMOGRAFISKE KJENNETEGN

Tabell 3.2 viser bostedsfylke for foresatte som medvirker i brukerundersøkelsen.

Tabell 3.2 Familiens bostedsfylke.

Familiens bostedsfylke	Utvalg A (ADHD)		Utvalg B (BUP)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Østfold	44	5		
Akershus	123	12		
Oslo	90	9		
Hedmark	35	4	35	12
Oppland	32	3		
Buskerud	79	8	71	24
Vestfold	51	5	36	12
Telemark	41	4		
Aust-Agder	19	2		
Vest-Agder	41	4		
Rogaland	68	7	29	10
Hordaland	52	5		
Sogn- og Fjordane	31	3		
Møre- og Romsdal	51	5	35	12
Sør-Trøndelag	34	4	40	14
Nord-Trøndelag	14	1		
Nordland	92	9	45	15
Troms	35	9		
Finnmark	22	2		
Ubesvart	26	3	2	1
Totalt	980	100	293	100

Tabellen viser at samtlige fylker er representert i brukerundersøkelsen blant foresatte som er medlemmer i ADHD- foreningen. Sju av landets fylker er representert i brukerundersøkelsen som er gjennomført blant foresatte til barn / ungdom som er pasienter i psykisk helsevern.

Tabell 3.3 presenterer foresattes høyeste utdanningsnivå.

Tabell 3.3 Foresattes høyeste utdanning.

Foresattes høyeste utdanning	Utvalg A (ADHD)		Utvalg B (BUP)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Grunnskole (7-10 år)	104	11	37	14
Videregående skole/ yrkesrettet utdanning	480	55	146	57
Fullført eksamen fra universitet eller høyskole	295	34	75	29
Totalt	879	100	258	100
Ubesvart	101		35	

Tabellen viser at utvalgene er forholdsvis like i forhold til utdanningsnivå. Andel med fullført eksamen fra universitet eller høyskole er imidlertid noe høyere i ADHD- utvalget sammenlignet med i BUP- utvalget, men denne forskjellen er ikke statistisk signifikant.<sup>3</sup>

#### BARNETS KJØNN OG ALDER

Tabell 3.4 viser utvalgenes kjønn og alderssammensetning.

Tabell 3.4 Barnets kjønn og alder.

Barnets kjønn og alder	Utvalg A (ADHD)		Utvalg B (BUP)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
<b>KJØNN</b>				
Gutt	784	80	175	60
Jente	169	17	109	37
Ubesvart kjønn	27	3	9	3
<b>ALDER</b>				
0-5 år	17	2	12	4
6-12 år	556	57	151	52
13-15 år/17år*	355	36	117	40
Ubesvart alder	52	5	13	4

<sup>3</sup>  $\chi^2=1,8$ ,  $p=0,17$

Fordi forekomsten av ADHD er ca fire ganger høyere hos gutter enn hos jenter (f. eks. Sandberg, 2002) er det naturlig at en også i dette utvalget finner en slik ujevn kjønnsfordeling. Åtti prosent av medlemmene i ADHD- foreningen som har besvart spørreskjemaet er foreldre til en gutt. Også i BUP utvalget det et flertall av foreldre til gutter (60 %). De fleste barna er i aldersgruppen 6- 12 år. Det er svært få foreldre til barn yngre enn 6 år som har medvirket i undersøkelsen. Aldersfordelingen er for øvrig relativt lik for de to utvalgene.

#### BARNETS ALDER DA DET FIKK DIAGNOSEN ADHD, ELLER FØRSTE GANG BLE HENVIST TIL BUP

Barn i ADHD utvalget var i gjennomsnitt 8,2 år gamle (SD=3,2, n=943) da de fikk diagnosen ADHD. Barn i BUP- utvalget var i gjennomsnitt 9,1 år gamle (SD=3,2, n=275) da de første gang ble henvist til BUP.

### 3.2.6 Representativitet

#### ADHD- UTVALGET

Som kriterium på representativitet benyttes statistikk vedrørende alder da diagnose ble stilt, kjønnsfordeling og foresattes utdanningsnivå.

Barn i ADHD- utvalget var i gjennomsnitt 8,1 år da de fikk diagnosen ADHD. Data fra en nasjonal undersøkelse om tilbud om diagnostisering av barn og unge med ADHD, viser at gjennomsnittsalderen for diagnostisering er 9,5 år hos barn med ADHD som mottar tiltak fra PP- tjenesten (Andersson, et al., 2004).

Tabell 3.5 viser representativitet i ADHD – utvalget i forhold til kjønnsfordeling

Tabell 3.5 Representativitet i ADHD- utvalget i forhold til kjønnsfordeling.

Barnets kjønn	ADHD- utvalget	Data fra nasjonal kartlegging*
	Prosent	Prosent
<b>KJØNN</b>		
Gutt	80	84
Jente	17	16
Ubesvart kjønn	3	0

\*Barn med ADHD som mottar tiltak fra PP- tjenesten

Tabellen viser at kjønns sammensetningen i den foreliggende brukerundersøkelsen er relativt lik kjønnsfordelingen i den nasjonale kartleggingsundersøkelsen.

Videre ser vi på foresattes utdanningsnivå som et kriterium for representativitet. Tabell 3.6 viser foresattes utdanningsnivå sammenlignet med statistikk fra SSB over utdanningsnivå for voksne i alderen 30- 50 år (som antas å være den aktuelle aldersgruppen for foresatte i dette utvalget).

Tabell 3.6 Representativitet i ADHD- utvalget i forhold til foresatte utdanningsnivå.

Utdanningsnivå	Foresatte i ADHD- utvalget	I befolkningen i aldersgruppen 30- 50 år
	Prosent	Prosent
Grunnskole	11	9
Videregående skole	55	59
Universitet/ høgskole	34	32

Tabellen viser at utdanningsnivå for utvalget i brukerundersøkelsen er relativt likt utdanningsnivået i befolkningen i aldersgruppen 30- 50 år. Det er en liten overrepresentasjon av personer med utdanning på universitet - eller høgskolenivå i brukerundersøkelsen, mens personer med fullført videregående skole er noe underrepresentert, sammenlignet med befolkningen.

*Vi konkluderer med at det i ADHD- utvalget er en overrepresentasjon av barn som tidlig har fått stilt diagnosen ADHD. Sammenlignet med befolkningen i aldersgruppen 30-50 år er det også en svak overrepresentasjon av personer med universitet eller høgskoleutdanning.*

#### BUP- UTVALGET

For å undersøke representativitet i BUP- utvalget er alder ved henvisning til BUP, utvalgets alderssammensetning og kjønnsfordeling sammenlignet med nasjonal statistikk over barn og unge som mottok behandling i BUP i 2003 (SAMDATA psykisk helsevern, 2004). Foresattes utdanningsnivå er sammenlignet med statistikk fra SSB over utdanningsnivå for voksne i alderen 30- 50 år (som antas å være den aktuelle aldersgruppen for foresatte i dette utvalget).

Tabell 3.7 viser representativitet i BUP – utvalget i forhold til alders- og kjønnsfordeling.

Tabell 3.7 Representativitet i BUP- utvalget i forhold til kjønns- og aldersfordeling.

Aldersgruppe	BUP- utvalget	Nasjonal statistikk pasienter i BUP*
	Prosent	Prosent
0-5 år	4	7
6-12 år	52	45
13-17 år	40	48
Ubesvart	4	0
Barnets kjønn		
Gutt	60	57
Jente	37	43
Ubesvart kjønn	3	0

Aldersgruppen 6-12 år og gutter er noe overrepresentert i brukerundersøkelsen i forhold til den totale pasientmengden i BUP i løpet av et år. Nasjonal statistikk viser at en relativt høy



andel av gutter i denne aldersgruppen har eksternaliserte atferdsproblemer. Dette er tilstander som ofte krever en lengre utredningsfase, og hvor det ofte er mange instanser inne i bilde før en finner frem til det adekvate behandlingstilbudet (Taylor et al., 2004). Dette kan være forhold som gjør at foresatte til disse barna, i større grad synes det er aktuelt og relevant å delta i spørreskjemaundersøkelsen om erfaringer med fastlegen, sammenlignet med foresatte til barn med andre tilstander.

Vi har ikke tilgjengelig sammenlignbar statistikk over utdanningsnivå hos foresatte som har barn som er pasienter i BUP. For å undersøke utvalget representativitet i forhold til utdanningsnivå har vi derfor benyttet statistikk fra SSB, over utdanningsnivå i befolkningen i aldersgruppen 30- 50 år, som antas å være den aktuelle aldersgruppen for utvalget i denne undersøkelsen. På grunnlag av forskning som viser at lavt utdanningsnivå hos foresatte er en risikofaktor for psykiske helseproblematikk hos barn (Ford et al., 2004; Spencer, 2003) er det imidlertid grunn til å forvente at utdanningsnivået blant foresatte i den foreliggende brukerundersøkelsen er lavere enn utdanningsnivået i befolkningen.

Tabell 3.8 viser representativitet i BUP- utvalget i forhold til foresattes utdanningsnivå.

Tabell 3.8 Representativitet i ADHD- utvalget i forhold til foresatte utdanningsnivå.

Utdanningsnivå	Foresatte i BUP- utvalget		I befolkningen i aldersgruppen 30- 50 år	
	Prosent		Prosent	
Grunnskole	14		9	
Videregående skole	57		59	
Universitet/ høyskole	29		32	

Statistikken viser at lavt utdanningsnivå som forventet er noe overrepresentert i brukerundersøkelsen sammenlignet med utdanningsnivået i den generelle befolkningen.

*Vi konkluderer med at utvalget pasienter i BUP er noe overrepresentert av foresatte til gutter, og til barn i alderen 6-12 år. Det er ingen holdepunkter for at utvalget er skjevt i forhold til utdanningsnivå hos foresatte med barn med psykiske problemer.*

### 3.3 Kontakt med fastlegen

Tabell 3.9 viser kjønnsfordelingen blant brukernes fastleger.

Tabell 3.9 Fastlegens kjønn.

Fastlegens kjønn	Utvalg A (ADHD)		Utvalg B (BUP)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mann	668	68	204	69
Kvinne	283	29	78	27
Ubesvart	29	3	11	4
Totalt	980	100	293	100

Tabellen viser at mann: kvinne ratio er omlag 2,4:1, - nær 70 prosent av legene er menn. Denne skjevfordelingen i kjønnssammensetning samsvarer med fordelingen blant allmennleger i fastlegeordningen (Rikstrykdeverket, 2002).

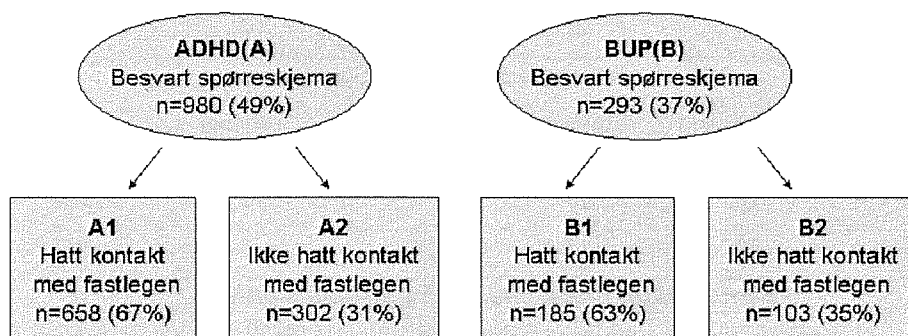
Det er ikke nødvendigvis slik at alle barn med psykiske problemer har konsultert fastlegen i forhold til denne problematikken. Tabell 3.10 presenterer svarfordelingen på spørsmålet om foresatte/ barnet har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer.

Tabell 3.10 Om kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem.

Har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem	Utvalg A (ADHD)		Utvalg B (BUP)	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
JA, i stor grad	210	21	64	22
Ja, noe	448	46	121	41
Nei, overhode ikke	302	31	103	35
Ubesvart	20	2	5	2
Totalt	980	100	293	100

Det fremgår av tabellen at i alt 31 prosent av respondentene i ADHD- utvalget ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem, mens 35 prosent av foresatte til barn som er pasienter i BUP rapporterer at de ikke har hatt slik kontakt. Om lag en av fem foresatte rapporterer at de i stor grad har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem.

Figur 3.2 gir en fremstilling fordelingen i de to utvalgene for henholdsvis en gruppe som har hatt, - og en gruppe som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer.



Figur 3.2 Andel som har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer.

### 3.4 Tilfredshetsindikatorer - foresatte som har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets problem

I det følgende presenteres svarfordelinger for de ulike påstandene som er fremsatt i spørreskjemaet. Resultatene presenteres i de fleste tilfeller både ved bruk av tabeller og figurer. I

tabellene presenteres svarfordelingen med de samme svarkategorier som er brukt i spørreskjemaet. I figurene presenteres resultater etter pasientens alder, og etter fastlegens kjønn. Resultatene presenteres separat for hvert av de to utvalgene i undersøkelsen.

### 3.4.1 Tilgjengelighet og kontinuitet

Tilgjengelighet og kontinuitet til fastlegen er målt ved fire påstander relatert til:

- Muligheten for å få time
- Tid avsatt hos fastlegen
- Kommunikasjon med fastlegen
- Behov for hyppigere kontakt

Tabell 3.11 viser svarfordelingen for her av de fire påstandene.

Tabell 3.11 Påstander relatert til tilgjengelighet og kontinuitet. Svarfordeling i prosent.

<b>Påstand 1</b>		<b>Det er vanskelig å få time hos fastlegen</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	40	21	19	11	10	649	
BUP	47	16	23	6	8	191	
<b>Påstand 2</b>		<b>Det er ofte avsatt for lite tid når vi møter fastlegen</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	27	20	24	16	13	647	
BUP	36	24	22	12	7	188	
<b>Påstand 3</b>		<b>Det er vanskelig å snakke med fastlegen</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	53	18	17	7	5	645	
BUP	62	20	12	4	3	190	
<b>Påstand 4</b>		<b>Barnet burde hatt kontakt med fastlegen oftere</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	19	19	26	20	16	638	
BUP	30	26	28	9	7	188	

\*10 pst. svart "vet ikke" er recodet til missing.

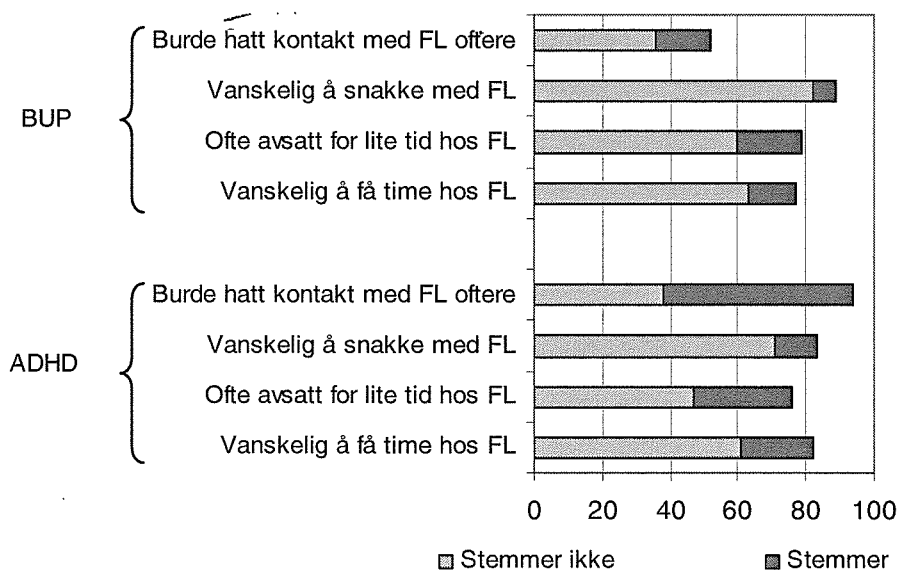
En overvekt av de foresatte mener at det ikke er vanskelig å få time hos fastlegen. Dette gjelder både for BUP - utvalget og ADHD - utvalget. Om lag 20 prosent av foresatte til barn med ADHD er ikke tilfredse med tilgjengeligheten til konsultasjon hos fastlegen. Tilsvarende tall for BUP - utvalget er 14 prosent.

Neste påstand dreier seg om tilgjengelighet i selve konsultasjonen. Om lag 30 prosent av foresatte i ADHD- utvalget mener det er avsatt for lite tid i konsultasjonen med fastlegen. Tilsvarende andel i BUP - utvalget er 19 prosent. Svarfordelingene for begge utvalgene indikerer imidlertid at de fleste respondentene er tilfredse med tid avsatt i konsultasjonen.

Påstand tre omhandler kommunikasjonen med fastlegen. Det fremgår av tabellen at de aller fleste foresatte er tilfredse med de samtalene de har hatt med fastlegen. Om lag ti prosent av brukerne opplever at det er vanskelig å snakke med fastlegen.

Den siste påstanden er relatert til kontinuiteten ved tjenestetilbudet. Andel som mener at de burde hatt kontakt med fastlegen oftere en høyere i ADHD - utvalget (36 prosent) enn i BUP-utvalget (16 prosent). De fleste mener at de ikke har behov for hyppigere kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer.

Figur 3.3 gir en oppsummering av svarfordelingen på de fire påstandene vedrørende tilgjengelighet/kontinuitet, ved å illustrere ytterpunktene i svarfordelingen ("stemmer ikke"/ "stemmer ikke særlig", og "stemmer i stor grad" / "stemmer helt") for de to utvalgene.



Figur 3.3 Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til tilgjengelighet og kontinuitet.

Fordi alle påstandene er negativt formulert vil svarfordelingen illustrert med lys farge gi en indikasjon på høy tilfredshet. Tiden som er avsatt hos fastlegen, og grad- eller hyppighet av kontakt med fastlegen er de to aspektene brukerne er minst fornøyde med i forhold til dimensjonen tilgjengelighet.

### 3.4.2 Samlemål for tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet

I det følgende lager vi et samlemål for tilfredshet med tilgjengelighet til fastlegen og kontinuitet i tjenestetilbudet. Vi regner ut en tilfredshetsindikator ved å summere svar på de fem påstandene i spørreskjemaet, som er relatert til tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Svaralternativene er omkodet slik at høy verdi indikerer høy grad av tilfredshet. Det er regnet ut en total tilfredshetsindikator for hver enkelt bruker. Tabell 3.12 viser be-

skrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet, separat for de to brukerutvalgene i undersøkelsen.

Samlemålet har en moderat til høy indre konsistens reliabilitet, målt ved Cronbach's alpha<sup>4</sup> på henholdsvis 0,76 for ADHD- utvalget, og 0,72 for BUP- utvalget.

Tabell 3.12 Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Brukergruppe	Observasjoner	Mean	SD	Min.	Maks.
ADHD	627	3,5	0,1	1	5
BUP	186	3,9	0,9	1	5

Som de fremgår av tabellen er gjennomsnittsverdien for tilfredshet med tilgjengelighet/kontinuitet 3,5 for ADHD - utvalget og 3,9 for BUP - utvalget. Det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittsscore mellom de to utvalgene, ( $F=4,9$ ,  $p<0,001$ , 95 % CI= 0,17456-0,49210).

### 3.4.3 Assosiasjoner mellom tilfredshet med tilgjengelighet/kontinuitet og demografiske variabler

Tabell 3.13 og 3.14 viser gjennomsnittsverdier for samlemål med tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet etter noen demografiske kjennetegn ved utvalget, samt i forhold til om fastlegen er mann eller kvinne. Analysene er gjort separat for de to brukerutvalgene.

Tabell 3.13 Tilfredshet med tilgjengelighet /kontinuitet og demografiske forhold, ADHD- utvalg.

ADHD utvalg					
Samlemål for tilfredshet med tilgjengelighet/kontinuitet					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	3,6	0,1	504	0,6	
Jente	3,5	0,1	104		
<12 år	3,6	0,1	364	0,2	
13-15 år	3,5	0,1	231		
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,6	0,1	378	0,9	
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	3,6	0,1	181		
Fastlegen mann	3,5	1,0	449		
Fastlegen kvinne	3,6	0,9	169	0,6	

\*Gjennomsnittsalder diagnostisert

Tabellen viser at samlemålet for tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet ikke er signifikant assosiert med demografiske variable som barnets kjønn, alder, foresattes utdanningsnivå eller fastlegens kjønn.

<sup>4</sup> Indre konsistens reliabilitet er målt ved Cronbach's alpha.

Tabell 3.14 viser resultater av tilsvarende analyse for BUP - utvalget.

Tabell 3.14 Tilfredshet med tilgjengelighet /kontinuitet og demografiske forhold, BUP - utvalg.

BUP utvalg					
Samlemål for tilfredshet med tilgjengelighet/kontinuitet					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	3,9	0,1	106		
Jente	3,9	0,1	74	0,9	
<13 år	3,9	0,9	91		
13-15 år	3,9	0,9	85	0,9	
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,8	0,9	111		
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	4,0	0,7	49	0,07	
Fastlegen mann	3,9	0,9	137		
Fastlegen kvinne	3,7	0,9	46	0,2	

\*Gjennomsnittsalder ved henvisning til BUP første gang.

Tilfredshet med tilgjengelighet og kontinuitet er heller ikke i BUP - utvalget statistisk signifikant relatert til barnets kjønn eller alder, eller om fastlegen er mann eller kvinne.

#### 3.4.4 Informasjon og medvirkning

Temaområdet *informasjon og medvirkning* er målt ved seks påstander relatert til:

- Informasjon om undersøkelser
- Informasjon om andre aktuelle tjenester
- Informasjon om samarbeidstiltak
- Medvirkning i planlegging av tiltak
- Bli hørt og tatt på alvor
- Foresatte som samarbeidspartner

Tabell 3.15 viser svarfordelingen for hver av de seks påstandene.

Tabell 3.15 Påstander relatert til informasjon og medvirkning. Svarfordeling i prosent.

<b>Påstand 1</b>		<b>Fastlegen har gitt god informasjon om undersøkelser som er gjort</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	31	17	24	16	13	623	
BUP	17	17	23	21	22	187	
<b>Påstand 2</b>		<b>Fastlegen har gitt god informasjon om andre nyttige tjenester</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	35	25	21	12	7	629	
BUP	18	24	23	17	18	186	
<b>Påstand 3</b>		<b>Vi holdes orientert om tiltak det samarbeides om</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	Vet ikke	<i>n</i>
ADHD	34	12	15	13	13	14	624
BUP	23	9	18	20	15	16	183
<b>Påstand 4</b>		<b>Fastlegen har tatt hensyn til våre meninger i planlegging av tiltak</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	15	12	21	28	24	622	
BUP	12	7	19	27	35	186	
<b>Påstand 5</b>		<b>Vi som foresatte anses som en viktig samarbeidspartner</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	Vet ikke	<i>n</i>
ADHD	12	6	18	22	30	12	630
BUP	6	3	16	31	33	11	186
<b>Påstand 6</b>		<b>Hos fastlegen har vi blitt hørt og tatt på alvor i forhold til barnets problem</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	9	12	27	27	26	645	
BUP	8	4	22	22	45	191	

Fra tabell 3.15 ser vi at 29 prosent av foresatte til barn med ADHD er tilfredse med den informasjon fastlegen har gitt om undersøkelser som er gjort av barnet. Andelen tilfredse er høyere i BUP - utvalget (43 prosent).

Påstand 2 gjelder fastlegens formidling av informasjon vedrørende andre nyttige tjenester. I begge utvalgene er det en overvekt av mindre tilfredse foresatte. I ADHD - utvalget er under 20 prosent av de foresatte fornøyde med denne informasjonstilgangen. I BUP- utvalg er andelen fornøyde 35 prosent.

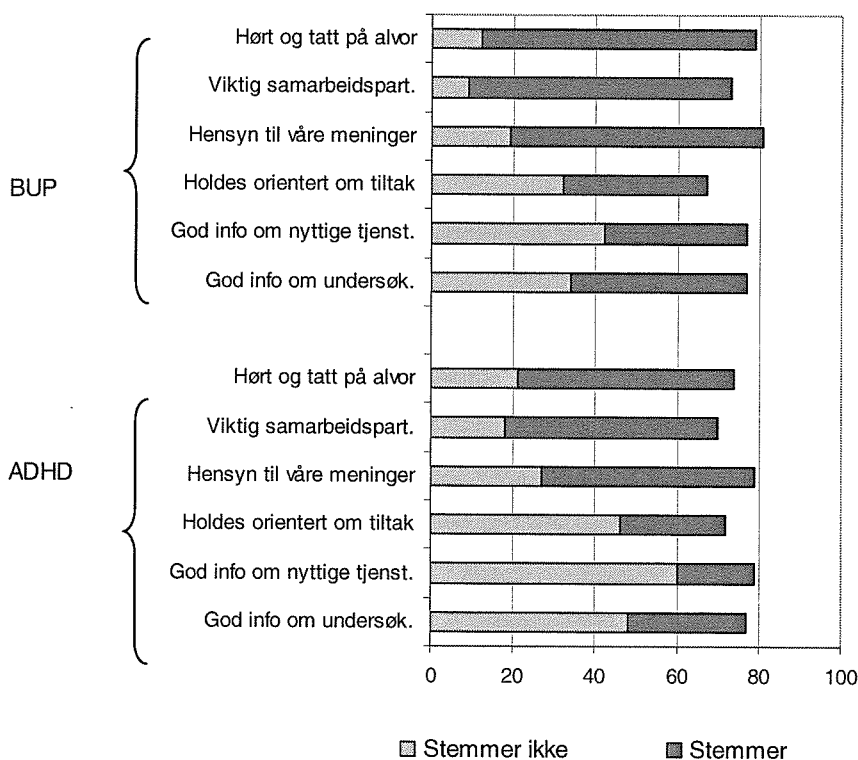
Neste påstand gjelder informasjon eller orientering om tiltak det samarbeides om. Andel som er fornøyd med den orientering de får fra fastlegen vedrørende dette er 26 prosent i ADHD - utvalget og 35 prosent i BUP - utvalget. I ADHD utvaget er det en overvekt av foresatte som er mindre tilfredse med dette aspektet ved fastlegens tjenestetilbud.

De tre neste påstandene (4, 5 og 6) er relatert til medvirkning. I begge utvalgene er det er en overvekt av foresatte som mener at fastlegen har tatt hensyn til deres meninger i planlegging av tiltak. Andelen som mener at dette ikke stemmer er henholdsvis 27 prosent i ADHD - utvalget og 19 prosent i BUP- utvalget.

Videre mener godt over halvparten av de foresatte, i begge utvalgene, at de blir ansett som en viktig samarbeidspartner i tiltak overfor barnet. I ADHD- utvalget er det 18 prosent som mener at dette ikke stemmer, mens bare ni prosent av foresatte til barn som er pasienter i BUP opplever at dette ikke stemmer.

Andelen som mener at de hos fastlegen blir hørt og tatt på alvor i forhold til barnets problem er også relativt høy i begge utvalgene, henholdsvis 52 prosent i ADHD- utvalget og 64 prosent i BUP - utvalget.

Figur 3.4 viser ytterpunktene i prosentfordelingen av svarene ("stemmer ikke"/ "stemmer ikke særlig", og "stemmer i stor grad" / "stemmer helt") for de to utvalgene, og er slik en grafisk fremstilling av resultatene som er presentert i den foregående tabellen.



Figur 3.4 Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til informasjon og medvirkning.

Samtlige av påstandene i denne skalaen er positivt formulert, og prosentandeler markert med mørk farge ("stemmer") indikerer derfor høy tilfredshet. Vi ser at respondentene i begge utvalgene er minst fornøyd med den informasjon fastlegen har gitt om andre nyttige tjenester, den orientering fastlegen har gitt om andre nyttige tjenester, samt informasjon de har fått om undersøkelser som er gjort av barnet.



### 3.4.5 Samlemål for tilfredshet med informasjon og medvirkning

I det følgende lager vi et samlemål for tilfredshet med informasjon og medvirkning. Vi regner ut en tilfredshetsindikator ved å summere svar på fem påstander i spørreskjemaet som er relatert til disse temaområdene. Svaralternativene er omkodet slik at høy verdi indikerer høy grad av tilfredshet. Svaralternativet "vet ikke" er omkodet til missing/ubesvart. Det er regnet ut en total tilfredshetsindikator for hver enkelt bruker. Samlemålet har en moderat til høy indre konsistens reliabilitet, målt ved Cronbach's alpha på henholdsvis 0,87 for ADHD- utvalget, og for 0,82 BUP- utvalget

Tabell 3.16 viser beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med informasjon og medvirkning separat for de to brukerutvalgene i undersøkelsen.

Tabell 3.16 Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med informasjon og medvirkning.

Brukergruppe	Observasjoner	Mean	SD	Min.	Maks.
ADHD	475	3,1	1,0	1	5
BUP	144	3,5	1,1	1	5

Tabellen viser at gjennomsnittsskåre for tilfredshet med informasjon og medvirkning er 3,1 for ADHD - utvalget og 3,5 for BUP - utvalget. Gjennomsnittsskåren for "BUP" utvalget er statistisk signifikant høyere enn skåren for "ADD- utvalget ( $F=4,0$ ,  $p<0,001$ , 95 % CI= 0,22720-0,62235), som indikerer at foresatte til barn som er pasienter i BUP er mer tilfredse med informasjon og medvirkning enn foresatte som har barn med ADHD.

### 3.4.6 Assosiasjoner mellom tilfredshet med informasjon og medvirkning og demografiske variabler

Tabellene 3.17 og 3.18 viser tilfredshet med informasjon og medvirkning etter kjennetegn ved bruker, som kjønn og alder, samt i forhold til om fastlegen er mann eller kvinne, for hhv ADHD- utvalget og BUP - utvalget.

Tabell 3.17 Tilfredshet med informasjon og medvirkning, ADHD- utvalg.

ADHD utvalg					
Samlemål for tilfredshet med informasjon og medvirkning					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	3,1	1,1	385	0,4	
Jente	3,0	1,1	76		
<12 år	3,1	1,1	278	0,08	
13-15 år	3,0	1,2	178		
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,1	1,1	295	0,3	
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	3,0	1,1	141		
Fastlegen mann	3,0	1,1	338	0,2	
Fastlegen kvinne	3,2	1,1	134		

Det fremgår av tabell 3.17 at det ikke er signifikante assosiasjoner mellom tilfredshet med informasjon og medvirkning og de demografiske variablene som inngår.

Tabell 3.18 viser resultater av denne analysen for BUP - utvalget.

Tabell 3.18 Tilfredshet med informasjon og medvirkning, BUP- utvalg.

BUP utvalg					
Samlemål for tilfredshet med informasjon og medvirkning					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	3,5	1,1	77	0,8	
Jente	3,5	1,1	63		
<12 år	3,4	1,1	69	0,7	
13-18 år	3,5	0,9	67		
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,5	1,1	90	0,9	
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	3,5	0,8	34		
Fastlegen mann	3,5	1,0	108	0,6	
Fastlegen kvinne	3,4	1,1	34		

Heller ikke i BUP - utvalget finner vi signifikante assosiasjoner mellom tilfredshet med informasjon og medvirkning og de demografiske variablene kjønn, alder, foresattes utdanningsnivå og fastlegens kjønn.

### 3.4.7 Fastlegens tiltak

Temaområdet fastlegens *tiltak* er målt ved tre påstander relatert til:

- Fastlegens forståelse av hjelpebehov
- Erfaring med effekt/ nytte av fastlegens tiltak
- Ønsker fastlegen som kontaktperson

Tabell 3.19 viser svarfordelingen på de tre påstandene.

Tabell 3.19 Påstander relatert til fastlegens tiltak. Svarfordeling i prosent.

<b>Påstand 1</b>		<b>Fastlegen vet hvilken hjelp barn med ADHD trenger/ Fastlegen har medvirket til at barnet ble henvist til BUP</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	11	21	37	23	9	649	
BUP	27	9	21	13	30	194	

<b>Påstand 2</b>		<b>Den hjelpen vi har fått fra fastlegen har vært nyttig</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	<i>n</i>	
ADHD	14	20	25	22	19	641	
BUP	8	10	27	26	28	190	

<b>Påstand 3</b>		<b>Når det gjelder videre oppfølging vil jeg ønske at fastlegen blir vår faste kontaktperson</b>					
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	Vet ikke	<i>n</i>
ADHD	20	10	16	17	28	10	642
BUP	19	8	10	16	27	12	186

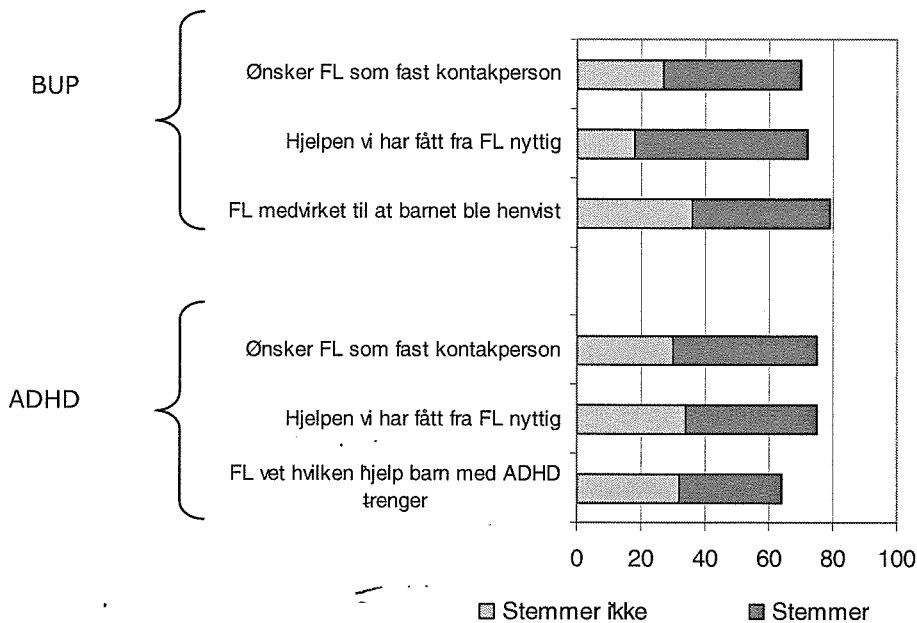
I alt 32 prosent av de foresatte har svart at fastlegen vet hvilken hjelp barn med ADHD trenger ("stemmer i stor grad"/ "stemmer helt"). Andel som har erfart at fastlegen ikke har kjennskap til barnets hjelpebehov er imidlertid like stor. En forholdsvis stor andel (37 prosent) har svart at påstanden stemmer delvis, som i denne sammenheng også trolig er et uttrykk for at tilbudet ikke oppleves som tilfredsstillende.

For BUP- utvalget er denne påstanden formulert annerledes, og relatert til fastlegens bidrag i forhold til henvisning til BUP. I alt 43 prosent av de foresatte har svart at det "stemmer helt" eller i stor grad at fastlegen har medvirket til at barnet ble henvist til BUP. Det er grunn til å anta at fastlegen har hatt en sentral rolle i utredningen av disse barna. For om lag ett av fem barn har fastlegen delvis medvirket, - for nær 30 prosent av barna har ikke fastlegen medvirket i denne prosessen.

I begge utvalgene er det en forholdsvis stor andel som vurderer den hjelpen de har fått fra fastlegen som nyttig (41 prosent i ADHD - utvalget og 54 prosent i BUP - utvalget). Det er likevel 34 prosent i ADHD - utvalget og 18 prosent i BUP - utvalget som mener at hjelpen de har fått har vært mindre nyttig.

Noe under halvparten av de foresatte i begge utvalgene, ønsker at fastlegen blir kontaktperson i forhold til barnets psykiske problemer (hhv. 45 prosent i ADHD - utvalget og 43 prosent i BUP - utvalget).

Figur 3.5 gir en oppsummering av svarfordelingene på de tre påstandene vedrørende fastlegens tiltak, ved å illustrere ytterpunktene i prosentfordelingen av svarene ("stemmer ikke"/ "stemmer ikke særlig", og "stemmer i stor grad" / "stemmer helt") for de to utvalgene.



Figur 3.5 Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens tiltak

Påstandene er positivt formulerte, og mørk farge ("stemmer") indikerer derfor høy tilfredshet. Andel som ønsker fastlegen som fast kontaktperson er omtrent like høy i de to utvalgene, og høyere enn andel som ikke ønsker dette. Andel som vurderer den hjelpen de har fått fra fastlegen som nyttig er betydelig høyere i BUP - utvalget enn i ADHD - utvalget. Den siste påstanden i denne dimensjonen er ulikt formulert for de to utvalgene. I ADHD - utvalget har vi spurt om fastlegen vet hvilken hjelp barn med ADHD trenger. Andel som er enig og uenig i denne påstanden er omtrent like. I BUP - utvalget har vi spurt om fastlegen har medvirket til at barnet ble henvist til BUP. Det er omtrent like mange som svarer at dette stemmer som at det ikke stemmer.

### 3.4.8 Samlemål for tilfredshet med fastlegens tiltak

I det følgende lager vi et samlemål for tilfredshet med fastlegens kunnskap og kompetanse. Vi regner ut en tilfredshetsindikator ved å summere svar på tre påstander i spørreskjemaet som er relatert til dette temaet. Svaralternativene er omkodet slik at høy verdi indikerer høy grad av tilfredshet. Det er regnet ut en total tilfredshetsindikator for hver enkelt bruker.

Samlemålet har moderat indre konsistens reliabilitet, målt ved Cronbach's alpha på henholdsvis 0,63 for ADHD- utvalget, og 0,62 for BUP- utvalget. Tabell 3.20 viser beskrivende statistikk for samlemålet.

Tabell 3.20 Beskrivende statistikk for samlemål på fastlegens tiltak.

Brukergruppe	Observasjoner	Mean	SD	Min.	Maks.
ADHD	557	3,2	1,0	1	5
BUP	164	3,3	1,1	1	5

Gjennomsnittsverdi for tilfredshet med fastlegens tiltak er 3,2 i ADHD - utvalget og 3,3 i BUP- utvalget. Det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittsscore mellom de to utvalgene, ( $F=1,5$ ,  $p<0,5$ , 95 % CI= 0,00599-0,36789). Forskjellen i skåre indikerer at foresatte i BUP - utvalget er mer tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte i ADHD-utvalget.

### 3.4.9 Assosiasjoner mellom tilfredshet med fastlegens tiltak og demografiske variabler

Tabell 3.21 og 3.22 viser tilfredshet med fastlegens tiltak etter kjennetegn ved bruker, samt i forhold til om fastlegen er mann eller kvinne.

Tabell 3.21 Tilfredshet med fastlegens tiltak og demografiske forhold, ADHD - utvalget.

ADHD utvalg					
Samlemål for tilfredshet med fastlegens tiltak					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	3,2	1,0	452	0,9	
Jente	3,2	1,0	89		
<12 år	3,1	1,0	322	0,7	
13-15 år	3,2	1,0	209		
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,3	1,0	342	0,01**	
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	3,0	0,9	156		
Fastlegen mann	3,1	1,0	398	0,1	
Fastlegen kvinne	3,3	1,0	150		

Det fremgår av tabellen at foresatte i ADHD - utvalget med lav utdanning (maks videregående skole) er statistisk signifikant mer tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte som har høyere utdanning ( $p<0.001$ ). Det er for øvrig ikke forskjell i tilfredshetsskåre i forhold til andre demografiske variabler.

Tabell 3.22 viser resultater av tilsvarende analyse for BUP - utvalget

Tabell 3.22 Tilfredshet med fastlegens tiltak og demografiske forhold, BUP - utvalget.

BUP utvalg					
Samlemål for tilfredshet med fastlegens tiltak					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	3,4	1,1	94	0,3	
Jente	3,2	1,1	66		
<12 år	3,3	1,1	79	0,6	
13-15 år	3,3	1,1	75		
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,4	1,1	103	0,3	
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	3,2	0,9	38		
Fastlegen mann	3,4	1,1	121	0,4	
Fastlegen kvinne	3,2	1,2	41		

Tilfredshet med fastlegens tiltak er for BUP- utvalget ikke assosiert med de demografiske variablene som inngår.

### 3.4.10 Fastlegens samarbeid med andre instanser

Temaområde *fastlegens samarbeid med andre instanser* er målt ved to påstander relatert til

- Informasjonsutveksling
- Kvalitet på samarbeidet

Tabell 3.23 viser svarfordelingen for disse to påstandene.

Tabell 3.23 Tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser.

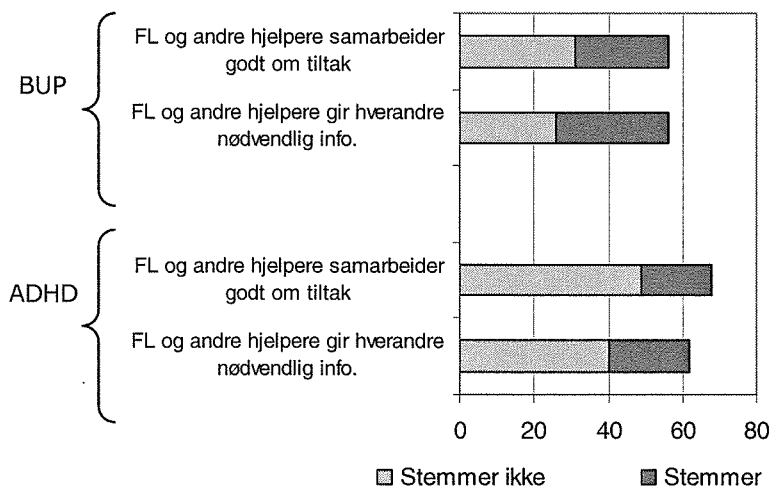
<b>Påstand 1</b>	<b>Vi opplever at fastlegen og andre hjelpere gir hverandre nødvendig informasjon</b>						
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	Vet ikke	n
ADHD	28	12	20	14	8	19	643
BUP	13	13	20	19	11	23	186
<b>Påstand 2</b>	<b>Vi opplever at fastlegen og andre hjelpere samarbeider godt om tiltak som iverksettes for barnet</b>						
	Stemmer ikke	Stemmer ikke særlig	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt	Vet ikke	n
ADHD	34	15	19	12	7	14	628
BUP	18	13	21	15	10	24	186

Resultatene i tabell 3.22 viser at det er forskjeller mellom de to utvalgene i forhold til hvor tilfredse de er med fastlegens samarbeid med andre instanser. I ADHD- utvalget opplever 22 prosent av de foresatte at fastlegen og andre hjelpere gir hverandre nødvendig informasjon, mens 30 prosent av foresatte i BUP- utvalget mener at denne påstanden stemmer. I ADHD-utvalget er 40 prosent mindre tilfredse med informasjonsutvekslingen, mens tilsvarende andel i BUP- utvalget er 26 prosent. Andel som har svart "vet ikke" er forholdsvis høy i begge utvalgene.

Når det gjelder påstand relatert til samarbeid om tiltak opplever 19 prosent i ADHD- utvalget at fastlegen og andre hjelpere samarbeider godt. I alt 49 prosent av utvalget viser manglende tilfredshet ved dette aspektet ved tjenestetilbudet, ved å angi at utsagnet ikke stemmer eller ikke stemmer særlig. Fjorten prosent har svart "vet ikke" i forhold til denne påstanden.

Resultatene tyder på at andel som er tilfredse med samarbeidet mellom fastlegen og andre hjelpere er noe høyere i BUP- utvalget. Likevel er det i alt 31 prosent som ikke er enig i påstanden om at det tverrfaglige samarbeidet som iverksettes for barnet er godt. Nær en av fire vet ikke hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer.

Figur 3.6 illustrerer svarfordelingene ved å vise ytterpunktene i prosentfordelingen ("stemmer ikke" / "stemmer ikke særlig", og "stemmer i stor grad" / "stemmer helt") for de to utvalgene.



Figur 3.6 Ytterpunkter i svarfordeling på påstander relatert til fastlegens samarbeid med andre instanser.

Påstandene er positivt formulerte, og høy fornøydhet leses derfor ut fra den mørke fargen ("stemmer"). I begge utvalgene er man minst fornøyd med hvordan fastlegen samarbeider med andre hjelpeinstanser / aktører i forhold til tiltak for barnet.

### 3.4.11 Samlemål for tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser

I det følgende lager vi et samlemål for tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser. Vi regner ut en tilfredshetsindikator ved å summere svar på fem påstander i spørreskjemaet som er relatert til disse temaområdene. Svaralternativene er omkodet slik at høy verdi indikerer høy grad av tilfredshet. Svaralternativet "vet ikke" er omkodet til missing/ubesvart. Det er regnet ut en total tilfredshetsindikator for hver enkelt bruker.

Samlemålet har en moderat til høy indre konsistens reliabilitet, målt ved Cronbach's alpha, på henholdsvis 0,88 for ADHD- utvalget, og 0,84 for BUP- utvalget.

Tabell 3.24 viser beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser, separat for de to brukerutvalgene i undersøkelsen.

Tabell 3.24 Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser.

Brukergruppe	Observasjoner	Mean	SD	Min.	Maks.
ADHD	499	2,5	1,0	1	5
BUP	131	2,9	1,3	1	5

Note. Det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittsscore mellom de to utvalgene, ( $F=1,1$ ,  $p<0,001$  95 % CI= 0,20942-0,70719).

Gjennomsnittsskåren for samlemål på fastlegens tilfredshet med samarbeid med andre instanser er 2,5 i ADHD -utvalget og 2,9 i BUP - utvalget. Igjen finner vi at - utvalget har en statistisk signifikant lavere skåre enn BUP - utvalget, som altså indikerer at de relativt sett er mindre tilfredse med denne dimensjonen ved fastlegens tjenestetilbud.

#### 3.4.12 Assosiasjoner mellom tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og demografiske forhold

Tabellene 3.24 og 3.25 viser assosiasjoner mellom tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og barnets kjønn og alder, samt i forhold til om fastlegen er mann eller kvinne. Analysene er gjort separat for de to brukerutvalgene.

Tabell 3.25 Tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og demografiske forhold, ADHD- utvalg.

ADHD utvalg					
Samlemål for tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser					
Variabler	Mean	SD	n	p	
Gutt	2,5	1,3	401	0,3	
Jente	2,3	1,2	85		
<12 år	2,5	1,3	285	0,1	
13-15 år	2,4	1,3	192		
Høyeste utdanning foresatt: videregående	2,6	1,3	312	0,04*	
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	2,3	1,3	141		
Fastlegen mann	2,4	1,3	354	0,5	
Fastlegen kvinne	2,5	1,3	139		

Tilfredshetsskåren for fastlegens samarbeid med andre instanser er ikke assosiert med barnets kjønn eller alder, eller fastlegens kjønn. Vi finner imidlertid at tilfredshet er statistisk signifikant relatert til foresattes utdanningsnivå, ved at foresatte med høy utdanning er mindre tilfredse enn foresatte med lavere utdanning.



Tabell 3.26 viser resultat av tilsvarende analyse i BUP - utvalget.

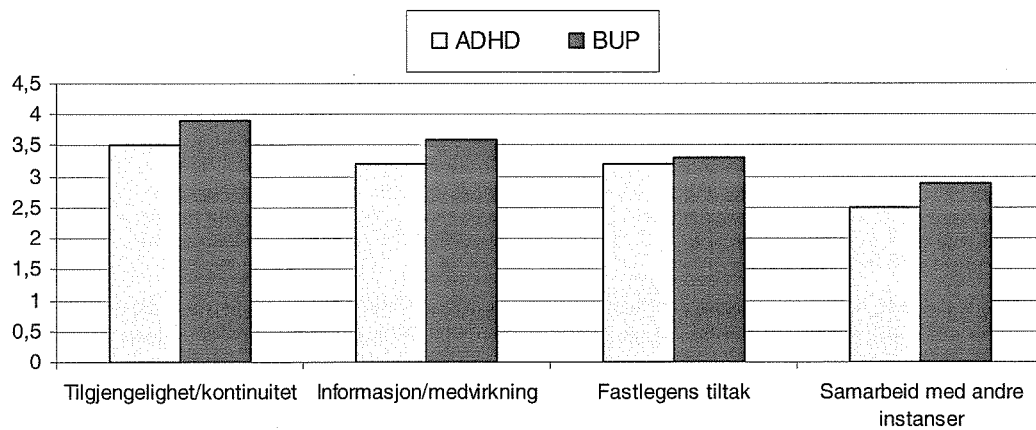
Tabell 3.26 Tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser og demografiske forhold, "BUP- utvalg".

BUP utvalg				
Samlemål for tilfredshet med fastlegens samarbeid med andre instanser				
Variabler	Mean	SD	n	p
Gutt	2,9	1,3	73	0,7
Jente	3,0	1,2	55	
<12 år	2,9	1,3	64	0,6
13-15 år	2,8	1,2	60	
Høyeste utdanning foresatt: videregående	3,1	1,3	82	0,04*
Høyeste utdanning foresatt: universitet/høgskole	2,6	1,2	29	
Fastlegen mann	2,9	1,2	95	0,4
Fastlegen kvinne	3,1	1,3	34	

Resultatene samsvarer med resultatene for ADHD- utvalget. Tilfredshet er ikke relatert til barnets kjønn eller alder, eller i forhold til om fastlegen er mann eller kvinne. Det er en statistisk signifikant assosiasjon mellom tilfredshet og foresattes utdanningsnivå ( $p < 0.05$ ). Foresatte med høy utdanning er mindre tilfredse med fastlegens samarbeid med andre instanser enn foresatte med lavere utdanning.

#### 3.4.13 Hvilke dimensjoner ved fastlegens tjenestetilbud er brukerne mest tilfredse med?

Vi har gjennom denne brukerundersøkelsen målt brukernes erfaringer med fire dimensjoner ved fastlegetjenesten. I neste figur sammenstilles fornøydhet med hver av disse dimensjonene. Dette gir oss svar på hva brukerne er mest eller minst fornøyd med ved fastlegetjenesten. Figuren gir også en sammenligning av fornøydhet hos de to utvalgene i undersøkelsen. Figuren viser gjennomsnittsscore for de fire ulike dimensjonene. Før beregning av gjennomsnittsscore har vi omkodet noen svaralternativ, slik at *høy verdi indikerer høy grad av tilfredshet*. Svaralternativet "vet ikke" er behandlet som missing i denne analysen. Maks score er fem.



Figur 3.7 Gjennomsnittsskåre for ulike dimensjoner ved fastlegens tjenestetilbud etter brukerutvalg.

Figuren viser at brukerne er mest fornøyde med dimensjonen tilgjengelighet, - og minst fornøyde med dimensjonen fastlegens samarbeid med andre instanser. Figuren illustrerer også at foresatte til barn med ADHD er mindre fornøyde enn foresatte til barn som er pasienter i BUP.

#### 3.4.14 En gruppe som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problem

Gruppen foresatte som ikke har hatt kontakt med fastlege i forhold til barnets psykiske problem besvarte side 2 av spørreskjemaet (jfr. pkt. 3.2.2 ). Gruppen omfattet i alt 302 foresatte til barn med ADHD og 103 foresatte til barn og unge som er pasienter i BUP (jfr. figur 3.2).

#### HVOR MANGE AV BARNNA HAR EGEN FASTLEGE?

I ADHD utvalget er det 4 prosent av familiene som svarer at barnet ikke har en egen fastlege. Dette oppgis å gjelde for sju prosent av barn/unge i BUP - utvalget. Andel som oppgir å ha fastlege er noe lavere enn hva som er anslått å gjelde på nasjonalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004).

#### OM HJELPEINSTANSER, LEGEHJELP OG FORVENTNINGER TIL FASTLEGEN

Tabell 3.27 gir en oversikt over hvilke kommunale instanser familien har hatt kontakt med i forhold til barnets psykiske problemer.

Hver familie har hatt kontakt med mer enn en instans eller aktør. I spørreskjema til ADHD - utvalget har vi spurt hvilke instanser familien har hatt kontakt med i forhold til barnets ADHD- problematikk. BUP - utvalget fikk spørsmål om hvilke instanser som har bidratt til at barnet/ familien ble henvist til BUP.

Tabell 3.27 Instanser som familien har hatt kontakt med ift barnets ADHD problematikk/Instanser som har bistått ift kontakt med BUP.

Instanser	ADHD- utvalg		BUP- utvalg	
	Antall familier som har hatt kontakt	Prosentandel av familiene som har hatt kontakt	Antall familier som har hatt kontakt	Prosentandel av familiene som har hatt kontakt
Barnehage	113	37	13	13
Skole	277	92	35	34
Helsesøster	136	45	44	43
Annen lege	199	67	28	27
PP- tjeneste	277	92	50	50
Barnevern	61	20	19	18
Sosialtjeneste	57	19	3	3
BUP	250	83		
Andre	85	28	10	10
Antall observasjoner	302		103	

Tabellen viser at 67 prosent av ADHD - utvalget (199 barn) oppgir at de har hatt kontakt med annen lege i forhold til barnets ADHD- problematikk. "Annen lege" kan være helsestasjonslege/ skolelege eller privatpraktiserende spesialist. I følge resultatene kan en anslå at det er i alt 103 barn i utvalget i denne undersøkelsen som ikke har hatt kontakt med lege i primærhelsetjenesten i forhold til ADHD- problematikken. Disse utgjør totalt 10,5 prosent av det totale ADHD - utvalget (n=980) i denne undersøkelsen. For øvrig er skole og PP- tjeneste de instansene som flest familier har hatt kontakt med i forhold til barnets problemer. I alt 83 prosent av barna har hatt kontakt med BUP.

I BUP - utvalget er det 27 prosent (28 barn) som oppgir at de har hatt kontakt med annen lege i forhold til barnets psykiske problemer. Ut i fra dette resultatet kan vi anslå at det i BUP- utvalget er i alt 75 barn som ikke har hatt kontakt med en primærlege i forhold til det psykiske problemet. Videre, i forhold til det totale utvalget barn i BUP - utvalget (n=293) i denne undersøkelsen, kan vi anslå at 26 prosent av barna, som er henvist til – og behandles i spesialisthelsetjenesten, ikke har konsultert en allmennlege i forhold til det psykiske problemet. Resultatene viser at også omfanget av kontakt med andre kommunale instanser er mindre i denne gruppen enn i ADHD - utvalget. PP- tjenesten og helsesøstertjenesten er de instanser som flest familier oppgir å ha hatt kontakt med.

#### FORVENTNINGER TIL FASTLÆGENS TILGJENGELIGHET

I det følgende presenteres resultater relatert til forventninger om fastlegens tilgjengelighet. Tabell 3.8 viser svarfordelingen på fire påstander vedrørende fastlegens arbeid med barn og unge med psykiske problemer. Analysene er gjort separat for de to utvalgene som inngår i undersøkelsen.

Tabell 3.28 Forventninger til fastlegens tilgjengelighet overfor barn og unge med psykiske.

<i>Det burde være lettere å kontakte fastlegen når man er bekymret for barnets psykiske helse</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	<i>n</i>
ADHD	9	8	30	54	291
BUP	6	13	29	52	99
<i>Det er lettere å kontakte en annen hjelper enn fastlegen når man er bekymret for et barns psykiske helse</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	<i>n</i>
ADHD	7	3	19	71	296
BUP	13	9	25	53	97
<i>Det ville være betryggende for oss om fastlegen deltok i samarbeid overfor barnet</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	<i>n</i>
ADHD	7	11	30	52	294
BUP	5	10	40	44	99
<i>Det ville være vanskelig å snakke med fastlegen om barnets psykiske problem</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	<i>n</i>
ADHD	54	19	15	12	292
BUP	55	18	21	6	97

Resultatene viser at nær 80 prosent av respondentene, i begge utvalgene, er litt eller helt enige i at det burde være lettere å kontakte fastlegen med bekymringer om barns psykiske helse (påstand 1). Det er også godt over 80 prosent som uttrykker et ønske om at fastlegen deltok i samarbeid overfor barnet (påstand 3). Manglende tilgjengelighet til fastlegen er også uttrykt i svarene i påstand to, der om lag 80 prosent av respondentene svarer at det er lettere å kontakte en annen hjelper enn fastlegen i forhold til denne type bekymringer. De aller fleste (ca 80 prosent) forventer at kommunikasjon og samtale med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer ville gå greit (påstand 4).

#### OPPFATNINGER OM FASTLEGENS KUNNSKAP OG INTERESSE FOR PSYKISK HELSE

Neste tabell presenterer resultater relatert til oppfatninger om fastlegens kunnskap og interesse for psykisk helse.

Tabell 3.29 Oppfatninger om fastlegens kunnskap og interesse vedrørende psykisk helse.

<i>Fastlegen vet for lite om psykiske problemer hos barn</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	<i>n</i>
ADHD	5	9	32	55	279
BUP	9	21	40	30	97
<i>Fastlegen er ikke særlig interessert i atferdsproblemer og psykiske problemer hos barn</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	<i>n</i>
ADHD	19	16	35	30	285
BUP	34	28	25	13	93
<i>Fastlegen burde hatt større ansvar for barn med ADHD/ psykiske vansker</i>					
	Ikke enig	Ikke særlig enig	Litt enig	Helt enig	
ADHD	12	10	35	43	291
BUP	16	13	39	32	98

Resultatene viser at 70- 80 prosent av respondentene er litt - eller helt enig i at fastlegen vet for lite om psykiske problemer hos barn. Andel som er helt enig i denne påstanden er betydelig høyere blant foresatte til barn med ADHD, enn blant foresatte til barn som er pasienter i BUP (30 prosent). Når det gjelder oppfatninger om fastlegens interesse for psykisk helse hos barn, svarer 65 prosent av foresatte til ADHD- barn at de er litt eller helt enig i en påstand om at fastlegen ikke er særlig interessert i dette. Blant foresatte til barn som er pasienter i BUP er det 38 prosent som sier seg enig i denne påstanden. En forholdsvis høy andel av respondentene (70 - 80 prosent) mener at fastlegen burde hatt større ansvar for barn med ADHD eller andre psykisk vansker.

### 3.5 Oppsummering og vurdering av resultater fra brukerundersøkelsen

I undersøkelsen inngår to utvalg; foresatte til barn som er pasienter i BUP og foresatte til barn med diagnosen. I begge utvalgene er det barn som har vært gjennom en utredningsfase i 1. linjetjenesten, - og som er henvist til spesialisthelsetjeneste for videre utredning, behandling og diagnostisering. I begge utvalgene er det altså familier som har erfaring med møte med helsetjenester og hjelpeinstanser i kommunen. Fordi samtlige barn i det ene utvalget har en diagnose (medlemmer i ADHD- foreningen), er det imidlertid grunn til å anta at disse barna og deres familier samlet har noe mer erfaring fra møtet med helse-tjenestene, enn familier til barn som er pasienter i BUP.

Undersøkelsen er basert på spørreskjema besvart av foresatte, og har fokusert på brukernes tilfredshet med følgende dimensjoner ved fastlegens tilbud; tilgjengelighet og kontinuitet, informasjon og medvirkning, fastlegens tiltak og fastlegens samarbeid med andre instanser.

Dimensjonen *tilgjengelighet* er målt ved flere indikatorer. Grad av tilfredshet varierer noe i forhold til type indikator. Om lag 60 prosent av brukerne er tilfredse med muligheten for å få time fastlege, mens 70- 80 prosent uttrykker tilfredshet med kommunikasjon med fastlegen i forhold til barnets problematikk.

Tilfredshet er noe lavere i forhold til konsultasjonstid og hyppigheten av kontakt med fast-legen. Foresatte i ADHD - utvalget er mindre tilfredse med tilgjengelighet og kontinuitet i fastlegetilbudet, enn foresatte til barn som er pasienter i BUP. Tilfredshet med tilgjengelighet i tjenestetilbudet er ikke assosiert med brukernes demografiske kjennetegn, eller med fast-legens kjønn.

Grad av tilfredshet med *dimensjonen informasjon og medvirkning* varierer også i forhold til type indikator som er brukt. Sammenlignet med tilfredshet med tilgjengelighet, er brukerne noe mindre tilfredse med den informasjonen de får fra fastlegen, - og spesielt informasjon i forhold til andre nyttige tjenester. Andel tilfredse varierer mellom 19 og 35 prosent i de to utvalgene.

Når det gjelder indikatorer for *medvirkning* finner vi imidlertid at andel tilfredse er relativt høy, med en variasjon mellom 52 og 67 prosent, avhengig av type indikator og utvalg. Foresatte i ADHD - utvalget er mindre tilfredse enn foresatte til barn som er pasienter i BUP. Tilfredshet med informasjon og medvirkning er ikke assosiert med brukernes demografiske kjennetegn, eller med fastlegens kjønn.

Tilfredshet med dimensjonen *fastlegens tiltak* er målt ved tre indikatorer. Andel tilfredse varierer mellom 32 - og 54 prosent, avhengig av type indikator og utvalg. Foresatte i BUP - utvalget er mest fornøyd med nytteverdien av fastlegens tiltak. Tilfredshet med fastlegens tiltak er assosiert med foresattes utdanningsnivå i ADHD -utvalget. Foresatte med høy utdanning er mindre tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte med lavere utdanning.

Tilfredshet med dimensjonen *fastlegens samarbeid* med andre instanser er målt ved to indikatorer. Den ene indikatoren er relatert til informasjonsutveksling mellom involverte instanser, den andre til kvalitet på samarbeidet mellom instansene i forhold til tiltak for barnet. Dette er den dimensjonen ved tjenestetilbudet som kommer dårligst ut i brukerundersøkelsen. Andel tilfredse varierer mellom 19 og 30 prosent, avhengig av type indikator og utvalg. Brukerne uttrykker minst grad av fornøydhet med fastlegens samarbeid med andre instanser. Foresatte i ADHD - utvalget er mindre tilfredse enn foresatte i BUP - utvalget. For ADHD - utvalget er det også en statistisk signifikant assosiasjon mellom tilfredshet og utdanningsnivå. Foresatte med høy utdanning er mindre tilfredse enn de med lavere utdanning.

Den foreliggende undersøkelsen viser at foresatte som er medlemmer i ADHD- foreningen er mindre tilfredse med alle de målte dimensjonene ved fastlegens tilbud, sammenlignet med foresatte til barn som er pasienter i BUP. Videre, for to dimensjoner ved fastlegetilbudet, er

foresatte med høyere utdanning mindre fornøyde med tjenester fra fastlegen, sammenlignet foresatte med lavere utdanning. Flere forskere har vært opptatt av å studere hvilke faktorer som er relatert til brukernes tilfredshet med tjenester. Det hevdes at målt tilfredshet *kan* være relatert til kvaliteten på tjenesten. Den kan imidlertid også være styrt av andre faktorer, som for eksempel sosiale - og økonomiske faktorer og helsemessige faktorer, eller sykdommens alvorlighetsgrad (Hofoss, 1986).

Assosiasjoner mellom fornøydhetsgrad med helsetjenester og sosioøkonomisk status er undersøkt i en rekke tidligere internasjonale undersøkelser. Resultatene er imidlertid ikke entydige. Høy tilfredshet er assosiert både med høyere og med lavere utdanning (Bjørnskau & Stene, 1999; Hall & Dornan, 1990). I en litteraturgjennomgang av Crow og medarbeidere (Crow et al., 2002) refereres det til i alt 31 studier, der en har sett på sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsetjenester. I 15 av studiene fant en ikke noen signifikant sammenheng mellom disse forholdene. Høyere utdanning var relatert til signifikant lavere tilfredshet i 11 av studiene, og signifikant høyere tilfredshet i fem av studiene. I en norsk studie av pasienters tilfredshet med primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen, er høy grad av tilfredshet med fastlegen assosiert med høy utdanning. Det er antatt at dette resultatet gjenspeiler betydningen av relasjonelle forhold i konsultasjon (Lian, 2003).

I den foreliggende studien kan assosiasjonen mellom høy utdanning og lav tilfredshet forklares med at utdanningsnivå er relatert til evner og muligheter for å tilegne seg informasjon om rettigheter, og slik et grunnlag for å kunne stille krav til tilbudet.

Det forhold at foreldre som er medlemmer i ADHD- foreningen er mindre tilfredse enn foreldre i BUP- utvalget kan også til en viss grad relateres til samme årsaksforhold. Det er grunn til å tro at medlemmer i foreningen representerer en relativt ressurssterk, aktiv og pågående foreldregruppe, som vet å stille krav til de aktuelle tjenestene. En kan imidlertid ikke se bort fra at forholdsvis lav tilfredshet blant foresatte til barn med ADHD gjenspeiler at barn med sammensatt problematikk, som denne gruppen representerer, er en spesielt utfordrende pasientgruppe for fastlegen.

Undersøkelsen har omfattet et utvalg som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problem. Spørsmål stilt til denne gruppen kan gi informasjon og opplysninger om hvilke kommunale instanser som fungerer alternativt til fastlegen i forhold til barn og unge med psykiske problemer. Dette er opplysninger som kan være viktige i en vurdering og diskusjon om fastlegens rolle i forhold til målgruppen.

I kliniske retningslinjer for utredning og behandling av barn med ADHD er det anbefalt at alle barn med symptomer på ADHD bør undersøkes av primærlege for å forsikre seg om at problemene ikke skyldes en underliggende somatisk sykdom (Taylor et al., 2004). Helsetilsynet (2003b) fremholder også at en faglig forsvarlig helsetjeneste skal ha rutiner som sikrer at alle barn med symptomer på psykiske problemer undersøkes av lege før de henvises til spesialisthelsetjenesten. I denne studien opplyser 31 prosent av foresatte til barn som har en ADHD- diagnose at de ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets ADHD- problematikk. I alt 199 av disse (67 prosent) har imidlertid hatt kontakt med annen allmennlege. Fra resultatene kan vi utlede at totalt 103 av barna i utvalget (10,5 prosent) ikke har hatt kontakt med lege i primærhelsetjenesten. I BUP - utvalget er det totalt 103 barn (35 prosent) som i følge foresatte ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til det psykiske problemet. Av disse er det 28 barn som har hatt kontakt med annen allmennlege. Resultatene indikerer at det fra det totale BUP - utvalget i undersøkelsen, er 75 barn (26 prosent) som ikke har hatt kontakt med lege i primærhelsetjenesten i forhold til den aktuelle problematikken. De foreliggende resultatene underbygger resultater rapportert fra Helsetilsynet (2003b), som viser at barn henvises til psykisk helsevern uten å ha blitt medisinsk undersøkt av lege.

Skole, helsesøstertjenesten og PP- tjenesten er de kommunale instanser som flest oppgir å ha hatt kontakt med i forhold til barnets psykiske problem. Resultatene viser for øvrig at de



fleste foresatte ønsker at fastlegen får en mer sentral rolle som aktør i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, men samtidig at de er skeptiske til om fastlegen har nok interesse og kompetanse om psykisk helse.

#### METODISKE BEGRENSNINGER

Det er noe usikkerhet knyttet til generaliserbarheten ved de foreliggende resultatene. Dette er i hovedsak relatert til den lave svarprosenten, og usikkerhet i forhold til om utvalgene er representative for pasientgruppen barn og unge med psykiske problemer. De analyser som er gjennomført i forhold til representativiteten tyder på at utvalget er skjevt i forhold til utdanningsnivå i ADHD - utvalget, og i forhold til alder/ problemområde i BUP - utvalget. I vurdering av resultatene må det tas forbehold om dette.

## 4 Oppsummerende diskusjon

Undersøkelsen har fokusert på det tverrfaglig samarbeid, tilgjengelighet og kontinuitet i fastlegens tilbud til barn og unge med psykiske problemer. Hovedmålet har vært å kartlegge i hvilken grad, - og hvordan fastlegen samarbeider med andre instanser i forhold til tiltak overfor denne målgruppen, samt studere hvilken rolle fastlegen har i dette arbeidet.

En viktig forutsetning for en god fastlegeordning for målgruppen er at samarbeidet fungerer, med andre instanser i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, samt tilgjengelighet og kontinuitet i tjenestetilbudet. Studien viser at fastlegeordningen har brakt med seg en forventning, - og et ønske om at fastlegen skal være en aktiv part i tiltakskjeden for barn og unge med psykiske problemer, men at forutsettingene for dette ikke alltid er tilstede. Det er identifisert flere barrierer i forhold til fastlegens arbeid med barn og unge med psykiske problemer, som gjør at fastlegen ofte får en perifer rolle i utredning, behandling og oppfølging. Barrierene er relatert til utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet, som for eksempel kommunikasjon og informasjonsutveksling, uklarhet knyttet til fastlegens rolle overfor pasientgruppen, manglende kompetanse og interesse, samt de strukturelle rammene om tjenestetilbudet.

Resultatene viser at det er lite faste rutiner og strukturert samarbeid mellom fastlegen og andre sentrale instanser, i forhold til tiltak for barn og unge med psykiske problemer. Initiativ for å øke kontaktflaten mellom BUP og fastlegene kan øke samarbeidet og kommunikasjonen. Det er imidlertid en utfordring å finne en fast modell, eller faste rutiner for samarbeidet mellom BUP og fastlege. Fastlegenes travle praksis gjør at de sjelden kan koordinere tiltak for barn i målgruppen. Resultater fra brukerundersøkelsen underbygger funn fra intervju materialet. Måling av brukernes tilfredshet indikerer at fastlegens samarbeid med andre instanser er den dimensjonen ved tilbudet som særlig har et forbedringspotensial.

Samarbeidende instanser opplever at fastlegens rolle er uklar, og at legetjenesten er lite involvert i det kommunale arbeidet med disse barna. Helsesøstertjenesten og PP- tjenesten trekkes frem som mer sentrale instanser. Fastlegene selv er opptatt av at deres rolle er å kartlegge og sortere ut de som har behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Noen er direkte på at deres rolle handler om medisinsk og somatisk utredning. Det at fastlegen i liten grad ser på sin rolle som oppsøkende eller forebyggende i forhold til psykisk helseproblematikk hos barn og unge, er en utfordring for fastlegens tilgjengelighet og koordinering i forhold til målgruppen. At fastlegen kan velge hvilken rolle han skal ha er også en ulempe i denne sammenheng.

Hos fagpersoner i BUP er det forskjellige synspunkt på hva som skal være fastlegens ansvar i forhold til barn og unge med psykiske problemer. Flere av informantene ønsker et nærmere samarbeid, og at fastlegen skal ha den samme rollen i forhold til behandling av psykiske problemer, som somatisk sykdom. Opplysningene fra brukerne indikerer et ønske om at fastlegen skal være en mer sentral aktør i forhold til tiltak for barn og unge med psykiske problemer.

Uklarhet i forhold til hvem som har ansvar kan gjøre at iverksetting av tiltak blir tilfeldige, og i stor grad avhengige av hvem man treffer i møtet med helsetjenesten. Fra helsetilsynets side er det fremlagt et tydelig ønske om at fastlegen i større grad skal involveres i tiltak for

barn og unge med psykiske problemer. Særlig etterlyses rutiner som sikrer at barn og unge som henvises til psykisk helsevern undersøkes medisinsk (Helsetilsynet, 2003b). Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av barn og unge med ADHD anbefaler at alle barn og unge som har symptomer på denne problematikken bør undersøkes av primærlege, for å sikre at problemene ikke skyldes en underliggende somatisk sykdom (Taylor et al., 2004). Barn og unge med ADHD problematikk utgjør den største pasientgruppen i det psykiske helsevernet for barn og unge (Andersson et al., 2005a).

Den foreliggende studien viser at mange barn henvises til spesialisthelsetjenesten uten å ha hatt kontakt med fastlegen. Noen er henvist uten å ha blitt medisinsk undersøkt av allmennlege. Fastlegen er imidlertid tiltenkt et viktig ansvar i forhold til henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Selv om det er vanlig praksis at andre profesjonsgrupper henviser til psykisk helsevern, gis ikke refusjon uten underskrift fra lege (eller leder for barneverntjenesten). Helsemyndighetene har imidlertid foreslått tiltak for enklere henvisningsrett. Dette kan for eksempel innebære at kompetent fagpersonell i kommunen, for eksempel psykolog ved PP- tjeneste, skal kunne henviser til spesialisthelsetjenesten. Ved innføring av enklere henvisningsrett er det forutsatt at et oppfølgende samarbeid med fastlegen skal etableres som rutine (Regjeringens strategiplan, 2003). Etablering av slike rutiner blir vesentlig for å sikre at fastlegen involveres, - og ikke får en enda mer perifer rolle i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer.

Bedre tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske problemer er et sentralt satsningsområde for helsemyndighetene. Tilgjengelighet og kontinuitet er bestemt av flere faktorer. Eksterne faktorer handler om hvordan andre samarbeidspartnere er med på å fasilitere at fastlegeordningen skal fungere, der informasjonsflyt inn til fastlegen er en viktig faktor. I enkelte kommuner har det vært utprøvd modeller for samarbeid, der fastlegen involveres i det første møtet med barnet hos BUP. Dette ser ut til å legge forholdene bedre til rette for kontinuitet og tilgjengelighet for pasientene. Interne faktorer handler om holdninger og preferanser som barn og unge i målgruppen, og deres foresatte har. Brukernes holdninger og preferanser er sannsynligvis relatert både til fastlegens tilgjengelighet, kompetanse og interesse for psykisk helse hos barn og unge.

Flere av informantene i undersøkelsen mener at fastleger har liten interesse for, - og kompetanse om psykisk helse hos barn og unge. Både legene selv og ansatte i psykisk helsevern peker på at manglende kompetanse og interesse hos fastlegen kan forsinke iverksetting av adekvate tiltak. Informanter fra psykisk helsevern mener at fastleger særlig bør ha bedre kompetanse i forhold til å vurdere barn og unges psykiske problemer, - skille alvorlige fra lettere lidelser. Fastlegene gir selv uttrykk for at det i mange saker er begrenset hva de kan bidra med. Fra fastlegene blir det i tillegg fremholdt at det kreves en spesiell interesse for fagfeltet dersom de skal jobbe med barn og unge i denne gruppen. Tiltak for å øke fastlegers kompetanse og interesse for psykisk helse hos barn og unge kan være som ledd i grunnutdanningen, og gjennom større grad av veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Resultater fra intervjuundersøkelsen angående fastlegens interesse og kompetanse underbygges til en viss grad av funn i brukerundersøkelsen. Brukernes vurderinger av nytteverdien av fastlegens tiltak, viser at andel tilfredse brukere varierer mellom 34 og 54 prosent, avhengig av type indikator og utvalg. Foresatte til barn med ADHD er mindre tilfredse med fastlegens tiltak enn foresatte til barn som er pasienter i BUP.

Dette resultatet kan gjenspeile at foresatte som er medlemmer i ADHD- foreningen er en relativt aktiv og pågående gruppe i forhold til å stille krav til hjelpeapparatet. Resultatet kan imidlertid også indikere at barn med sammensatt problematikk er en spesielt utfordrende gruppe pasienter for fastlegene. Blant brukere som ikke har hatt kontakt med fastlegen i forhold til barnets psykiske problemer, er det 70- 80 prosent som mener at fastlegen vet for lite om psykiske problemer hos barn. Mangelfull interesse for, - og kompetanse om psykisk helse kan medvirke til at fastlegen blir perifer og uaktuelle å kontakte i forhold til psykisk helse hos barn og unge.

Når det gjelder det totale kommunale tilbudet for barn og unge i målgruppen er fastlegen bare en av flere aktuelle aktører. Helsesøstertjenesten er sammen med PP- tjenesten en sentral instans for barn og unge med psykiske problemer (Andersson et al., 2005b; Rødje & Grøholt, 2004). Den foreliggende undersøkelsen viser at helsesøstere i mange tilfeller tar kontakt med helsestasjonslege eller skolelege i forhold til psykisk helseproblematikk. Tiden som settes av til legearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i de fleste kommuner dimensjonert etter det timetallet hver enkelt lege kan tilpliktes, og ikke etter behov hos barn og unge. Det at helsesøstere kontakter helsestasjonslege/ skolelege fremfor fastlegen sier derfor en god del om den mangelfulle tilgjengeligheten hos fastlegen for denne pasientgruppen.

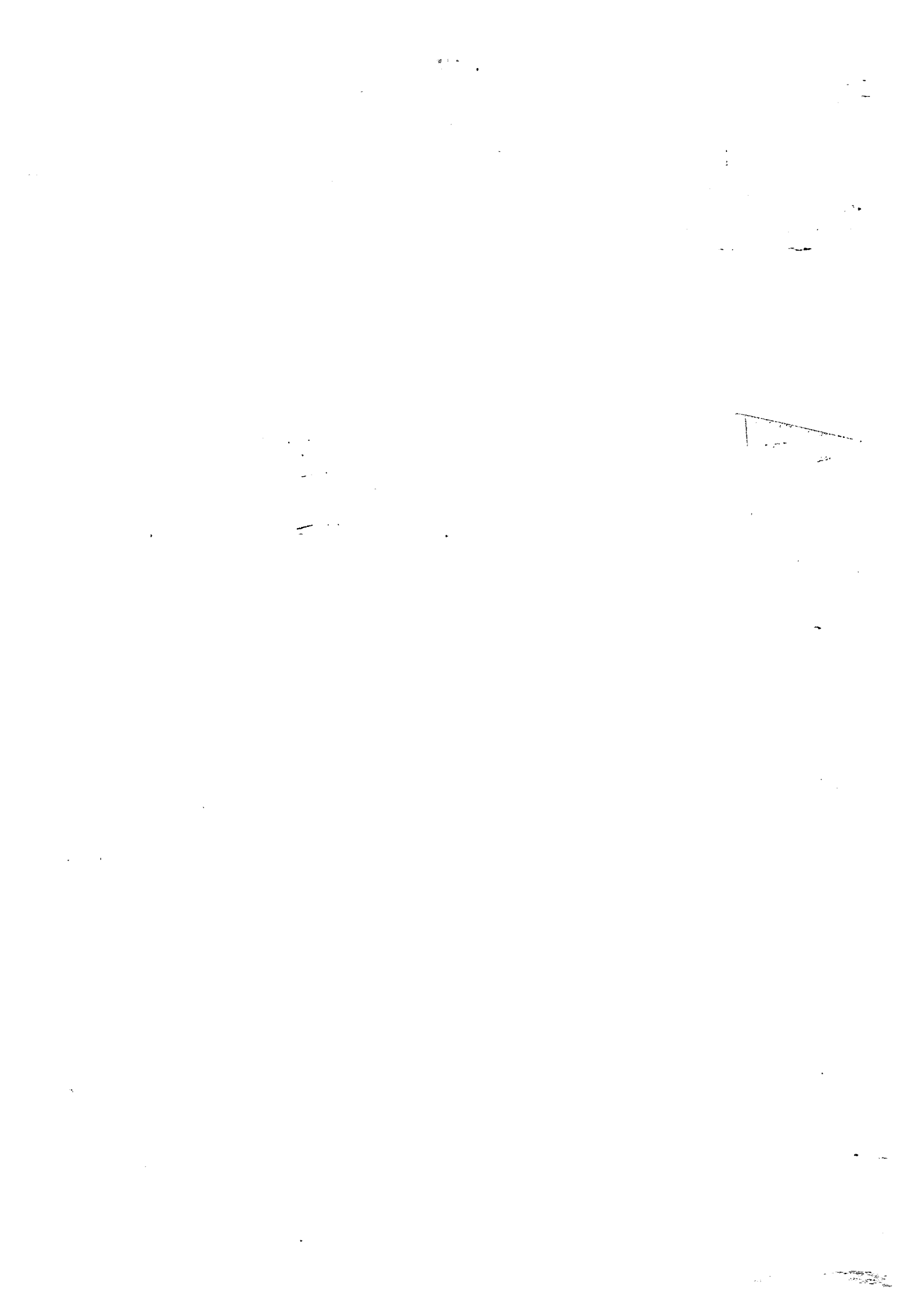
Noen rammer for kontinuitet og tilgjengelighet er satt av strukturen i fastlegeordningen, og av hvordan ulike incentiver prioriteres og premieres. Fastlegeordningen som struktur er ikke alltid er så godt tilpasset barn og unge med psykiske problemer. Forhold som kan trekkes frem i denne sammenheng er forholdsvis korte konsultasjonstider og egenandeler. I tillegg kan unge vegre seg for å oppsøke den samme legen som foreldrene har. Fastlegeordningen gjør også at det blir færre muligheter til å oppsøke andre leger, dersom en ikke er fornøyd med legen. Mye tyder imidlertid på at fastlegeordningen bidrar til å tydeliggjøre ansvar. Spesielt der spesialisthelsetjenesten har jobbet med å involvere fastleger i kommunikasjon og samhandling om pasienter, er fastlegene mer direkte på at de er ansvarlige for pasientene på sine lister.

Denne evalueringen er gjennomført tre til fire år etter at fastlegeordningen ble iverksatt. Dette gir klare begrensninger i forhold til å studere effekter av ordningen, blant annet fordi det parallelt har pågått en helsepolitisk reform for bedre tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Resultatene må vurderes i forhold til Opptappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997- 98) og Regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse (2003).

Gjennom Stortingets behandling av Opptappingsplan for psykisk helse (St prp. nr 63, 1997-98; St. prp nr 1, 2003-2004), er tiltak og tjenester for barn og unge med psykiske vansker blitt et nasjonalt satsningsområde. Tjenester til målgruppen, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, bygges ut og forbedres. Helsesøstertjenesten styrkes (St. prp, nr 63, 1997-98), med det mål at dette blir en tjeneste som får økt fokus på – og økt ansvar for oppfølging av barn og unge med psykiske problemer. Spesialisthelsetjenesten får tilført ressurser for å øke behandlingsskapiteten. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse (2003) er *helhetsperspektivet* er et viktig prinsipp. Tjenester for barn og unge skal oppleves som helhetlige for barnet og familien, og omfatter derfor både organiseringen av tjenestene, samarbeidet mellom berørte tjenester, kontinuitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet.

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 i forhold til målgruppen.

Fastlegetjenesten har foreløpig fått svært lite oppmerksomhet i de helsepolitiske planene for barn og unge med psykiske problemer. Det er viktig at man på systemnivå avklarer hva som skal være fastlegens ansvarsområde i forhold til målgruppen, - slik at det ikke blir tilfeldig hva slags hjelp som tilbys. Dersom målet er å øke fastlegens aktivitet og deltagelse i tiltak, 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 forhold relatert til kompetanse og tverrfaglig samarbeid.



## 5 Referanser

Alm- Andreassen, T., & Grut, L. (1994). Brukermedvirkning i norsk helsetjeneste. Kartlegging av former for brukermedvirkning som er prøvd ut i norsk helsetjeneste. Byggforsk/SINTEF SI, Prosjektrapport nr. 142. Oslo.

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

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., Ose, S.O., & Sitter, M. (2005 b). Psykisk helsevern for barn og unge- Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. Rapport SINTEF Helse. ISBN.

Bakke, H.K., (2005). Fastlegeordningen svært positivt evaluert. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3, 2005;125.

Bjørnskau, T., & Stene, R.J. (1999). Holdninger til helse – og omsorgstjenester. Resultater fra en spørreskjemaundersøkelse. Fafo- rapport 300- Oslo: Fafo.

Brekke, M., Gudim, H.B., & Hansen, T.E. (2001). Populasjonsansvaret i fastlegeordningen- blir vi annerledes leger etter 1.6? Tidsskr Nor Lægeforen, 121, 1725-1727.

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

Carlsen, B. (2003) Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen, 10, 1322-4.

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.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey L., et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systemic review of the literature. Health Technol Asses, 6, 32.

Dahle, R. Skilbrei, M-L (2003). Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov. Rapport 3/03. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

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.
- Finnvold, J.E., Svalund, J., & Paulsen, B. (2005). Etter innføring av fastlegeordning- brukervurdering av allmennlegetjenesten. Rapport 2005/1. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 2005.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Sic psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 487-496.
- Grytten, J., Skau, I., & Carlsen, F. (2004). Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 5, 652-654
- Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta- analysis. *Soc Sci Med*, 30, 811-18.
- 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 10<sup>th</sup> 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.
- Heen, H., Johnsen, E., Mo, T.O., Lurås, H.(1996). Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. AFI's Rapportserie nr 2.
- Heian, F.(2004). Tverretattlig 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.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). FOR 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Helse og omsorgsdepartementet (2004). Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år - erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003.
- 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.
- Hetlevik, Ø., & Hunskaar, S.(2004). Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 6, 813-15.
- Hofoss, D. (1986). Hva vet vi om pasienttilfredshet? *Tidsskr Nor Lægeforen*, 106, 1188-95.
- 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.

- Kvale, S. (2004). *Inter Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage.
- Lauvås, K., & Lauvås, R. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. 2. utgave. Universitetsforlaget.
- Lian, O.S. (2003). *Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen*. ISM skriftserie nr 70. Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Tromsø.
- Norsk selskap for allmennmedisin (2004). *Høring. Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin.
- NOU (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- Ot.prp.nr 99. (1998-99). *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og i visse andre loer (fastlegeordningen)*.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse....sammen om psykisk helse (2003).
- Riksrevisjonen (2005). *Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen*.
- Rikstrykdeverket (2002). *Styringsdata for fastlegeordningen per 30. september 2002*.
- Rødje, K., & Grøholt, B. (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus: Ungdomsrapport. Rapport nr 2-2004*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Samdata psykisk helsevern (2004). *Sektorrapport 2003, 2/04*. SINTEF Helse, 02/04.
- Sandvik, H. (2003). *Fastlegeordningen - forventninger og erfaringer*. Tidsskr Nor Lægeforen, 10, 1319-21.
- Spencer, N. (2003). *Social, economic, and political determinants of child health*. Pediatrics, 12, 704-706.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*.
- St. meld nr. 40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmede barrierer*.
- St. meld nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*.
- St. meld. nr. 23 (1996-1997). *Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunen og fastlegeordningen*.
- St. meld. nr. 25 (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*.
- St. prp. nr 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*.
- St. prp. nr 1. (2003-2004). *For budsjetterminen 2004*.
- Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A. (2004). *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13 Suppl 1:17-30.
- Thagaard, T.(1998). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget: Bergen - Sandviken.



