

Tiltakspakken

«Alle vurdert»

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, BUP



Nordhordland Mars 2022

Forbedringsprosjektet «Alle Vurdert» ble ledet av psykologspesialistene Monica Sture og Magne Furevik, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Nordhordland, Psykisk helsevern barn og unge (PBU), Divisjon psykisk helsevern ved Haukeland Universitetssjukehus

Tiltakspakken «Alle vurdert» er laget av poliklinikkleder/psykologspesialist Monica Sture med bistand fra Seksjon for pasientsikkerhet, FOU avdelingen ved Haukeland Universitetssjukehus.

Hensikten med tiltakspakken er på en enkel og oversiktlig måte, å vise hvordan BUP Nordhordland har jobbet med å kartlegge behov for - og å implementere vurderingssamtaler i den daglige driften, for å sikre helsehjelp til alle barn og unge som har rett til helsehjelp ved BUP.

Tiltakspakken inneholder to deler:

Del 1 beskriver forarbeidet og gjennomføringen av prosjektet ved BUP Nordhordland

Del 2 tar for seg hvordan vi har jobbet med forbedringsmetodikken og knyttet sammen metode med eksempler fra vår drift.

Ønsker dere mer informasjon om forbedringsprosjektet «Alle vurdert»?

Kontakt: monica.sture@helse-bergen.no

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
DEL 1	4
Bakgrunn	4
Driverdiagram.....	6
Fem tiltak som underbygger gjennomføringen av vurderingssamtaler.....	7
1. Ledelsesforankring og ressurser.....	7
2. Motivasjon.....	8
3. Kompetanse og ferdigheter.....	9
4. Ressursplanlegging, struktur og logistikk	9
Flytskjema.....	11
5. Brukermedvirkning.....	12
Veien videre og utvikling av prosjektet	12
Noen tanker til slutt – utfordringer fremover	13
DEL 2	14
Forbedring i praksis - Hvordan komme i gang med vurderingssamtaler ved bruk av forbedringsmodellen.....	14
Forbedringsmodellen	14
Forbedringsmodellens del 1.....	15
0. Hva er problemet? Null-spørsmålet.....	15
1. Hva ønsker vi å oppnå? Mål	15
2. Hvordan vet vi at en forandring er en forbedring? Målinger.....	16
3. Hvilke endringer kan vi iverksette for å skape forbedring? Tiltak og ideer	18
Forbedringsmodellens del 2.....	19
Læringsnettverk.....	22
VEDLEGG	23
Vedlegg 1: Intern kartleggingsrapport, bakgrunnsinfo forbedringsprosjekt «Alle vurdert»	24
Vedlegg 2: Historisk utvikling og trend i talet på vurderte pasienthenvisninger	33
Vedlegg 3: Spørreskjema foreldre/barn/ungdom.....	34
Vedlegg 4: Faglig standard for: Basisutredning av barn og unge	36
Vedlegg 5: Kriterier for å gi avslag på henvisning til PBU Nordhordland	39

Innledning

Rett seleksjon av henviste pasienter og å gi rett hjelp til rett tid og på rett nivå er svært viktig for å kunne tilby god og effektiv helsehjelp til barn og unge med psykiske lidelser¹. Det er variabel kvalitet på henvisningene som kommer til Psykisk helsevern for barn og unge (PBU), se vedlegg 1. Dette kan gi et usikkert grunnlag for vurdering av om pasienten har rett til helsehjelp, og kan potensielt utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko².

Forbedringsarbeidet «Alle Vurdert» beskriver en modell for hvordan man, gjennom å foreta en tidlig vurderingssamtale med henvist pasient og deres foresatte, kan få et bedre grunnlag for rettighetsvurdering. Gjennom skjemasbasert screening, klinisk vurdering av pasienten og innhenting av informasjon fra foresatte, får man et bedre grunnlag for å vurdere om pasienten skal ha videre oppfølging for sine psykiske lidelser i BUP, i de kommunale tjenestene eller om de ikke har behov for oppfølging.

BUP Nordhordland er en av syv poliklinikker i Psykisk helsevern for barn og unge (PBU) ved Haukeland Universitetssykehus (HUS). Det er 15 fagårsverk ved poliklinikken, foruten 2 kontorfaglig ansatte og 1 seksjonsleder. Fagårsverkene består av psykologspesialist/psykolog, barne- og ungdomspsykiater/lege i spesialisering (LIS), klinisk pedagog og sosionom. Det er seks kommuner i poliklinikkens opptaksområde og barnebefolkningen er på omkring 8500.

DEL 1

Bakgrunn

Det har vært en stor økning i antall nye henviste pasienter til PBU, Haukeland universitetssykehus (HUS) med rett til helsehjelp de siste årene. Fra 2019 til 2021 var denne økningen på 33.2%, se vedlegg 2. Det blir desto viktigere å bruke ressursene i PBU rett ved at de som trenger det mest tilbys helsehjelp. Leger, psykologer og leder for barneverntjenesten har henvisningsrett til BUP. Ved utarbeidelsen av en henvisning skal det sikres en bred kartlegging og vurdering av barnet/ungdommen, som ofte krever innhenting av informasjon fra og koordinering av flere kommunale instanser³. Samtykke fra pasient og/eller foreldre må innhentes og foreldreansvar avklares. Henviser bør som hovedregel ha møtt og snakket med barnet i forkant av henvisning, og mulige somatiske årsaker til tilstanden bør være vurdert. Henvisningen bør inneholde en beskrivelse av pasientens

¹ [Sykehustalen 2022: Vi skal styrke vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol, 11.01.22 \(lastet ned 25. februar 2022\).](#)

² [Ungdom med uavklart tilstand - Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten UKOM, Rapport 3-2020 \(lastet ned 25. februar 2022\).](#)

³ [Helsedirektoratet \(2021\) Psykisk helsearbeid for barn og unge – en innsiktsrapport. Oslo: Helsedirektoratet \(sist faglig oppdatert 19.5 2021, lastet ned 25.2 2022\).](#)

psykiske status presens, utviklingshistorie, familie og annet nettverk, tidligere hjelpetiltak, og behovet for utredning og behandling i poliklinikken⁴.

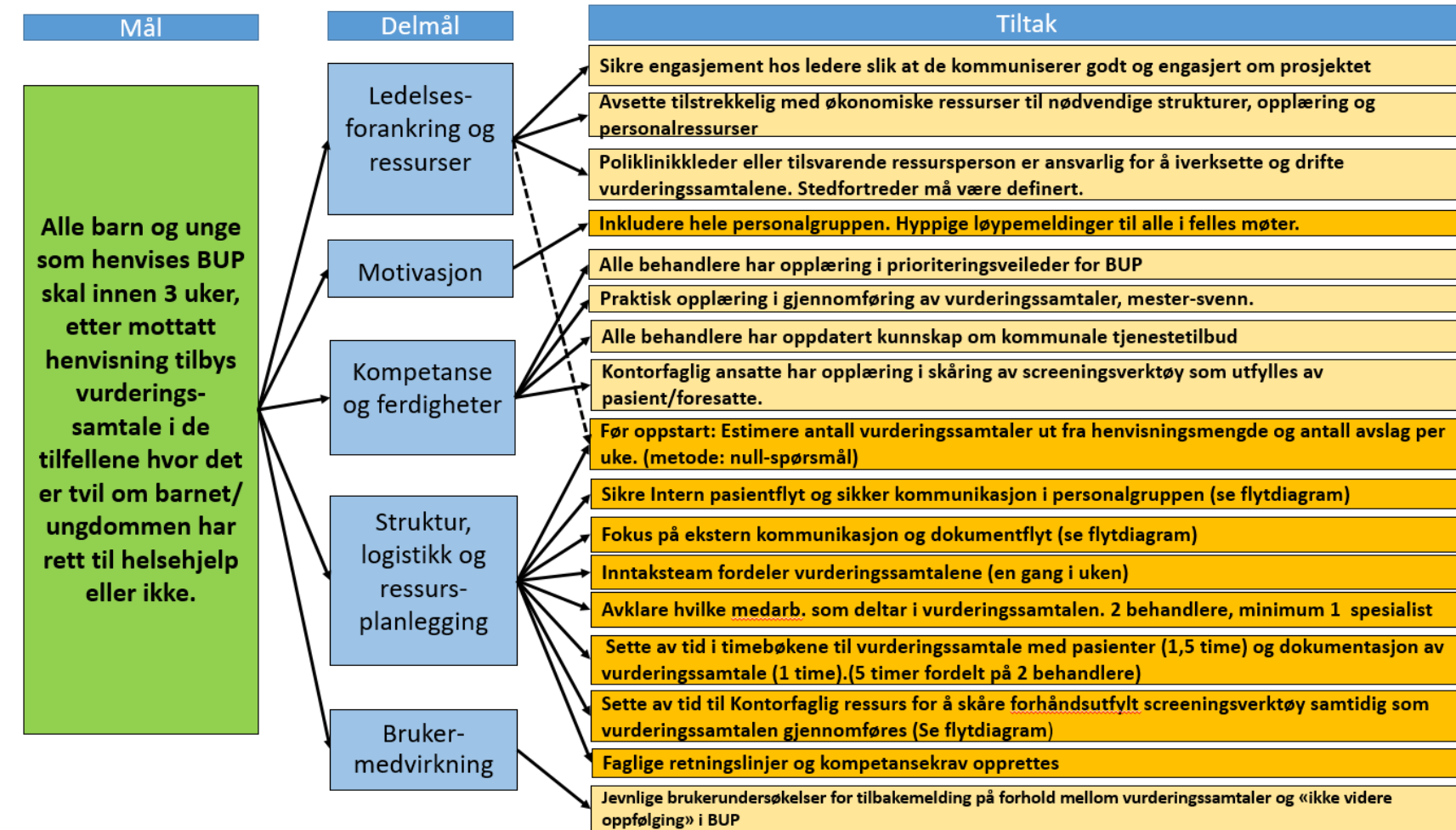
Våren 2018, i forkant av forbedringsarbeidet «Alle Vurdert», ble det gjort en gjennomgang av 155 primærhenvisninger ved BUP Nordhordland. Av disse ble 16 % henvist fra barnverntjenesten, 4,3 % fra psykolog og resten fra fastlege/lege. I 10 prosent av henvisningene hadde henviser åpenbart ikke møtt pasienten i forkant av utarbeidelse av henvisningen. I 23% av henvisningene var det ikke mulig å avgjøre om henviser hadde møtt pasienten eller ikke. Beskrivelse av symptomer, funksjonstap i hverdagen og psykisk status presens varierte mye. Avslagsprosenten ved BUP Nordhordland var på 28,6 % i 2018. De som fikk avslag, fikk et svarbrev med skriftlig informasjon om at de ikke hadde rett til helsehjelp, med råd om å henvende seg til kommunale tjenester. Av de 155 kartlagte henvisningene var 34 % rehenvisninger og 12 % av pasientene var rehenvist etter å ha fått avslag/klaget på avslag i løpet av de siste 12 månedene, se vedlegg 1. Rehenviste pasienter eller pasienter som klager på avslag må behandles på nytt av inntaksteamet for å avklare om de har rett til helsehjelp og et eventuelt nytt avslag må begrunnes. Samtidig som hjelpeapparatet bruker tid på å innhente informasjon, gjøre vurdering og sende henvisninger, går tiden for det aktuelle barnet/ungdommen, tid man kunne brukt på å hjelpe. Man kan risikere at deres tilstand blir mer alvorlig, så man må spørre seg om poliklinikkens ressurser blir benyttet på best mulig måte gjennom å jobbe slik og om en alvorlig syk pasient kan risikere å få avslag på feil grunnlag.

På bakgrunn av dette ble det satt i gang et forbedringsarbeid hvor målet var at alle barn og unge som henvises til BUP skulle tilbys vurderingssamtale innen 3 uker, i de tilfellene hvor det var tvil om de skulle ha rett til helsehjelp eller ikke. Slik kunne man få et bedre grunnlag for å vurdere pasientens symptomer og funksjonsnedsettelse i hverdagen, og sikre at de rette pasientene fikk rett hjelp på rett sted til rett tid.

⁴ [Helsedirektoratet \(2019\). Kartlegging og henvisning. Oslo: Helsedirektoratet \(sist faglig oppdatert 30. januar 2019, lastet ned 25. februar 2022\).](#)

Driverdiagram

Diagrammet gir en visuell fremstilling av målsetningen for arbeidet og de viktigste tiltakene for å kunne implementere vurderingssamtalene. Ved å lese diagrammet fra høyre mot venstre ser man hvordan og med hvilke tiltak målsetningen kan nås.



Fem tiltak som underbygger gjennomføringen av vurderingssamtaler

Vurderingssamtalene gjennomføres ved den enkelte poliklinikk. Det krever forankring i ledelse og blant medarbeidere i poliklinikken for få til en god kommunikasjonsflyt og engasjement. Ledelsesforankring er en viktig forutsetning for å lykkes med prosjektet, da det sikrer at tilstrekkelige økonomiske- og personellmessige ressurser stilles til rådighet for prosjektet. Dette er essensielt, spesielt i implementeringsfasen. Godt samarbeid internt på poliklinikken, tverrfaglig engasjement og motivert ledelse og medarbeidere er viktig for å sikre fremdrift av implementering, og ikke minst overgang til daglig drift. Opplæring av nyansatte og kontinuerlig informasjon om status på felles møter er nødvendig for å vedlikeholde både kvaliteten på vurderingssamtalene, og motivasjonen for å følge dette opp.

1. Ledelsesforankring og ressurser

Fra politisk hold har det vært uttrykt bekymring over den høye avslagsprosenten i psykisk helsevern over tid, spesielt når det gjelder barn og unge. Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol nevnte i sykehustalen 11.01.22⁵:

«Spesielt blant barn og unge ser vi en økt pågang til psykisk helsevern, og flere har mer alvorlige lidelser ... mange av dere ikke får gitt så rask og langvarig behandling som dere mener pasientene trenger».

I oppdragsdokumentet til Helse Vest for 2022 står følgende⁶:

«Helse Vest RHF skal leggje til rette for å tilby vurderingssamtale innan psykisk helsevern, særleg for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerande informasjon, eller der lege/tilvisar meiner det er behov for rask avklaring før eventuell tilvising».

I 2019 sørget ledelsen i Psykiatrisk divisjon i Helse Bergen for at BUP Nordhordland fikk opplæring og økt kompetanse i forbedringsmetodikk. Videre, ble det satt av øremerkede midler for at vurderingssamtalene skulle kunne prøves ut ved BUP Nordhordland. Det har vært god støtte og kommunikasjon i linjen, med direktøren for Divisjon psykisk helsevern og klinikkdirektøren i Psykisk helsevern barn og unge underveis i utprøvingen, og løypemeldinger for prosjektet har blitt etterspurt. Dette har vært viktig for å opprettholde motivasjon og engasjement blant medarbeidere. Forbedringsprosjektet ble presentert i ulike fora, blant annet på Kvalitets- og registerkonferansen 2021, Helse Vest RHF.

⁵ [Sykehustalen 2022: Vi skal styrke vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol, 11.01.22 \(lastet ned 25. februar 2022\).](#)

⁶ [Helse- og omsorgsdepartementet \(2022\). Oppdragsdokument 2022 Helse Vest RHF. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet \(lastet ned 25. februar 2022\).](#)

Internt på poliklinikken har poliklinikkleder og leders stedfortreder sammen hatt hovedansvaret for planleggingen og iverksettingen av vurderingssamtalene. Dette arbeidet kan også bli ivaretatt av andre med tilsvarende kompetanse og mandat, for eksempel spesialister i inntaksteamet. Det at noen har et tydelig ansvar og leder forbedringsarbeidet, samt at dette er forankret hos enhetsleder er viktig for å sikre god fremdrift i arbeidet.

2. Motivasjon

Felles motivasjon og inkludering av hele personalgruppen er ytterligere en viktig faktor for å lykkes. Utgangspunktet for prosjektet var et ønske om å bruke poliklinikkens ressurser på best mulig måte for pasienter og foreldre. Det å utrede og behandle de riktige pasientene, ble av alle også sett på som et verktøy for å avhjelpe et stort arbeidspress. Det ble avholdt felles idedugnader rundt konsekvenser av å gjøre inntaksvurdering på svakt grunnlag; ut fra pasientens, poliklinikkens og samfunnets perspektiv. Alle behandlere har fått delta i gjennomføringen av vurderingssamtalene. Det har vært hyppige løypemeldinger fra enhetsleder til hele personalgruppen og evalueringer i inntaksteamet om fremdriften av prosjektet. De kontorfaglig ansatte har kommet med viktige innspill i forhold til logistikk og tekniske løsninger i DIPS. De har i tillegg spilt en viktig rolle i gjennomføringen av vurderingssamtalene ved at de har hatt ansvar for å skåre forhåndsutfylt screeningverktøy. Dette har vært positivt for det tverrfaglige samarbeidet og samholdet på poliklinikken.

Tilbakemelding om brukernes opplevelser har vært motiverende. Pasienter og dere foreldres opplevelse av vurderingssamtalen ble kartlagt gjennom bruk av spørreskjema, se vedlegg 3. Utsagn som,

«Fikk mange positive forslag, enkelte AHA opplevelser som var POSITIVE»,

«Ble møtt på en veldig fin måte, kjente vi ble tatt vare på»

«Fikk god støtte for at vi snakker videre med lærer på skolen og/eller kommunepsykolog»

var noe av det som ble meldt tilbake til oss. Dette gjorde at vurderingssamtalene ble opplevd som meningsfulle og gav inspirasjon i en travel hverdag.

Vi har feiret underveis og hatt fokus på det vi har fått til. Medarbeidere har meldt tilbake at det har vært faglig engasjerende å jobbe med vurderingssamtalene, samt at de har lært mer om BUP sin prioriteringsveileder og tilbudene som finnes i kommunene. Deltakere fra inntaksteamet har kjent på en større tilfredshet rundt rettighetsvurdering, og det har blitt brukt mindre tid på drøfting. Overlegen i inntaksteamet vårt sa følgende:

«Det er godt å slippe å grue seg til mandager med lange diskusjoner og usikkerhet i inntaksteamet. Det å kunne tilby en vurderingssamtale direkte med de det gjelder når vi er i tvil, føles mye tryggere.»

3. Kompetanse og ferdigheter

Målet med dette arbeidet er å sikre at de rette pasientene får rett hjelp på rett sted til rett tid. Dette forutsetter at behandlerne ikke bare har rett faglig kompetanse, men også at enheten har tilstrekkelig med ressurser til å gjennomføre vurderingssamtalene som planlagt. Alle behandlere fikk opplæring i *Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for barn og unge*⁷. Dette ble gjort internt av spesialister med lang erfaring fra inntaksarbeid.

Det ble lagt til rette for Mester-svenn læring i arbeidshverdagen. Minst en spesialist med erfaring fra inntaksarbeid var med i gjennomføringen av vurderingssamtalen. Spesialisten har det endelige ansvaret for å avklare videre oppfølging av pasienten, samt å kvalitetssikre den endelige dokumentasjonen som sendes til henviser og eventuelle andre samarbeidsinstanser. Resten av personalet ruller på å være med i arbeidet med vurderingssamtalene. På denne måten får alle opplæring i å gjøre en helhetlig vurdering ut fra barnets psykiske status presens, alvorlighetsgrad av symptomer og funksjonsnedsettelse i hverdagen. Dette er nyttig kunnskap i alt pasientarbeid. I tillegg er det viktig med oppdatert kunnskap om hvilke tjenestetilbud de ulike kommunene kan tilby. Ved stor turnover og ansettelse av nye medarbeidere, må man sikre at denne kompetansen videreføres slik at det til enhver tid er nok medarbeidere som kan gjennomføre vurderingssamtalene.

Det er behov for opplæring av kontorfaglig ansatte i det å kunne punche data for screeningsverktøy (ASEBA)⁸. Resultatene på screeningsverktøyet ble tolket av behandlere

4. Ressursplanlegging, struktur og logistikk

Våren 2019 ble det innhentet informasjon om antall mottatte henvisninger de to forgående årene, samt hvor mange henviste pasienter som fikk avslag, se vedlegg 2. Ut fra dette ble det gjort et estimat på hvor mange timer som måtte settes av til vurderingssamtaler per uke, og disse ble definert og markert i de aktuelle behandlerens timebøker. Tidsbruken for arbeidet i inntaksteamet, administrasjonen av henvisningene og den kontorfaglige ressursen ble også estimert, og for en poliklinikk på denne størrelsen ble det anslått til å utgjøre totalt en stilling for å komme i gang. For en større poliklinikk vil ressursbehovet øke tilsvarende.

Man brukte tid på å avholde vurderingssamtalene, men samtidig sparte man tid ved at drøfting i inntaksteamet gikk fortere, og det kom ingen klager eller rehenvisninger i prosjektperioden. Dessuten, gjennom vurderingssamtalen får man gjennomført store deler av basiskartleggingen som inngår i pakkeforløpet i psykisk helsevern for barn og unge, slik at

⁷ [Helsedirektoratet \(2015\). Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet \(sist faglig oppdatert 02. november 2015, lastet ned 25. februar 2022\).](#)

⁸ [The Achenbach System of Empirically Based Assessment \(ASEBA\): Development, Findings, Theory, and Applications - ASEBA](#)

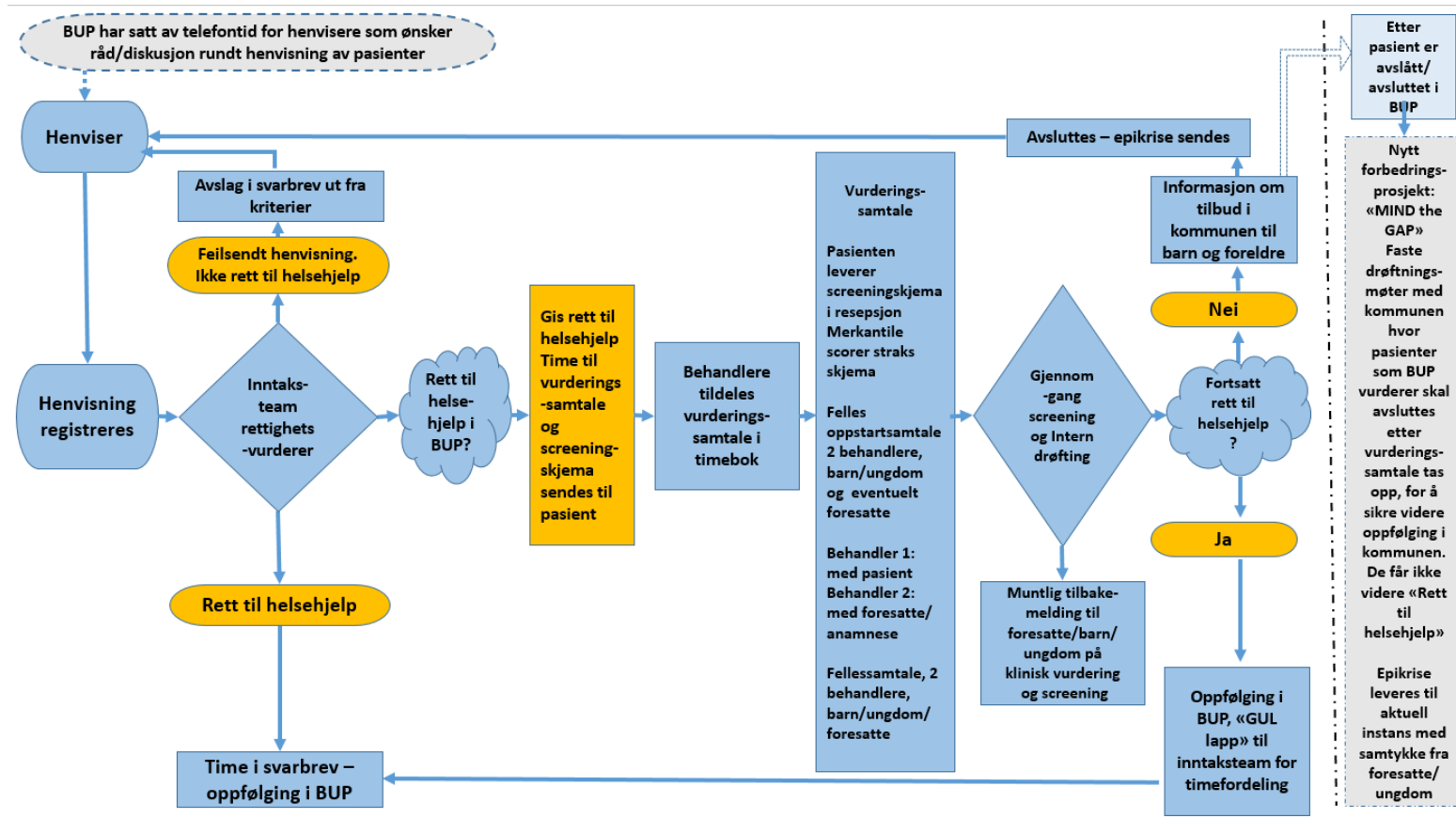
det bare gjenstår å innhente noe mer utfyllende informasjon. Dette frigjør tid på poliklinikken i utredningsfasen.

God pasientflyt og sikker kommunikasjon internt i poliklinikken og eksternt med samarbeidsinstanser er nødvendig for å lykkes. Både «gule lapper», egne arbeidsgrupper og timedefinisjoner i timebok har vært nyttige verktøy i den elektroniske pasientjournalen DIPS. I tillegg er det viktig at epikrisetider holdes og at henviser får tilbakemelding når det har blitt tatt en klinisk beslutning i pasientforløpet. Dersom pasienten ikke skal ha videre oppfølging i BUP, men det er behov for tiltak i de kommunale tjenestene, innhentes samtykke for å sende skriftlig informasjon til aktuell kommunale instans.

Innholdet i vurderingssamtalen følger i stor grad de faglige standardene i PBU for basiskartlegging (se vedlegg 4).

Flytskjema

Flytskjema er en visuell fremstilling av hvordan pasientflyt og kommunikasjon går fra henvisning er mottatt i poliklinikken til det er avklart om pasienten skal ha rett til helsehjelp eller ikke. I tillegg presiseres viktigheten av at det til enhver tid er en definert person som har mandat til å tilse at arbeidet blir gjennomført og kvalitetssikret.



5. Brukermedvirkning

Våren 2020, over en periode på 3 måneder, ble både pasienter og foresatte bedt om å besvare et kort spørreskjema om deres opplevelse av vurderingssamtalen, se vedlegg 3. Dette ble fylt ut før de forlot poliklinikken. Informasjonen fra pasienter og foreldre var viktig både for å få tilbakemelding på hva som var nyttig for dem, men også som motivasjon til medarbeiderne ved BUP Nordhordland. Selv om ca. 70% av de som kom til vurderingssamtale ikke skulle ha videre oppfølging i BUP, så fortalte de om økt forståelse av egen situasjon og psykiske helse etter samtalen. Mange uttalte at de følte at noen lyttet til dem, og at de følte seg godt ivaretatt. De fikk enkelte «Aha- opplevelser» og støtte til å snakke videre med skole eller andre tjenester. Alle som ble spurt var enige i BUP sin vurdering vedrørende om de hadde rett på videre helsehjelp eller ikke.

I tillegg til spørreskjema ble både pasienter og foreldre tatt med på en drøfting av hva som kan være aktuell oppfølging etter samtalen ut fra deres behov. Noen ganger ble det tatt direkte kontakt med kommunale tjenester i etterkant av vurderingssamtalen.

Veien videre og utvikling av prosjektet

Vurderingssamtalene er nå en del av ordinær drift ved BPU Nordhordland. Det er fokus på å vedlikeholde engasjementet hos medarbeidere og sørge for at nye ansatte raskt blir involvert i arbeidet. Det er også viktig å sikre at dette arbeidet fortsetter selv med noe turnover av personale. Rundt 1,5 år etter oppstart av vurderingssamtalene har noen få pasienter, som tidligere har vært til vurderingssamtale, blitt rehenvist. De hadde av ulike årsaker ikke fått hjelpen de hadde behov for gjennom de kommunale tjenestene. Høsten 2021 ble det avholdt et møte med Kommunalsjef for oppvekst i Alver kommune og hennes ledergruppe, der dette ble drøftet. På bakgrunn av dette møtet ble det opprettet et nytt forbedringsarbeid, «Mind The Gap», for å sikre at de pasientene som etter vurderingssamtalen ikke skal ha oppfølging hos BUP, får den nødvendige hjelpen gjennom de kommunale tjenestene.

Dette forbedringsarbeidet innebærer at seksjonsleder ved BUP Nordhordland har regelmessige møter hver 3. uke med ledere i tre kommunale instanser; henholdsvis Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), Helsestasjon/skolehelsetjeneste og Psykisk helse og rus. Pasienter som ikke skal fortsette hos BUP, men som trenger oppfølging fra kommunale tjenester blir drøftet i dette møtet, med samtykke fra pasient/foresatte. Det blir i møtet avgjort hvilke/n kommunal instans som skal følge opp barnet/ungdommen, og de får med seg skriftlig epikrise etter vurderingssamtalen. Fra slutten av november 2021 til midten av februar 2022 har 10 pasienter blitt drøftet og overført til kommunal tjeneste gjennom dette arbeidet.

Det har også blitt opprettet fast konsultasjonstid for fastleger hver mandag, hvor de kan ringe og drøfte pasienter i forkant av henvisning eller få annen konsultasjon. Dette er enda et tiltak for å sikre at det er de riktige pasientene som blir henvist til BUP.

Noen tanker til slutt – utfordringer fremover

Den høye avslagsprosenten i BUP er bekymringsfull. Det er også bekymringsfullt at det i ca. 30 prosent av henvisningene er uklart om henviser har vurdert barnet i forkant av at henvisning blir sendt. Gjennom å tilby vurderingssamtaler vil man på en bedre måte kunne selektere ut de pasientene som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Likevel kan man på sikt møte en del utfordringer ved å gjøre det på denne måten. Dersom man bruker for stor del av spesialistkapasiteten til å gjøre vurderinger av barn og unge som har lette til moderate psykiske lidelser, så vil det være mindre ressurser igjen til jobbe med de som er alvorlig syke og trenger det mest. Det blir stilt entydige krav til spesialisthelsetjenesten, som tidsfrister i pakkeforløp, epikrisetider, korte ventetider, forløp uten unødvendige opphold osv. Det å kunne stille noen tydelige forventninger og krav til de kommunale tjenestene ville gjort behovet for vurderingssamtaler mindre; for eksempel at det i henvisningen skal fremgå en klar beskrivelse av symptomer og funksjonsnedsettelse, vurdering av status psykisk presens, men også krav til at henviser må ha kjennskap til hvilke kommunale tilbud som finnes. Dette ville gjort behovet for vurderingssamtaler mindre.

DEL 2

Forbedring i praksis - Hvordan komme i gang med vurderingssamtaler ved bruk av forbedringsmodellen

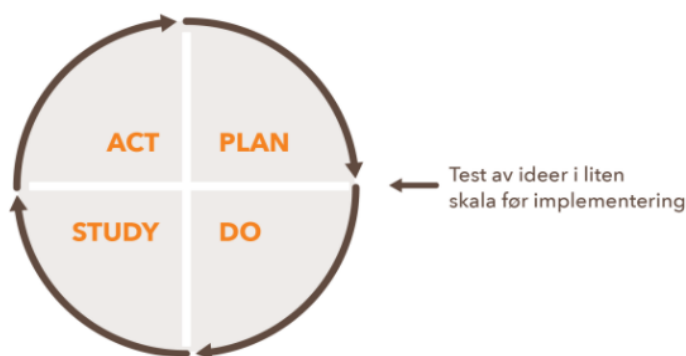
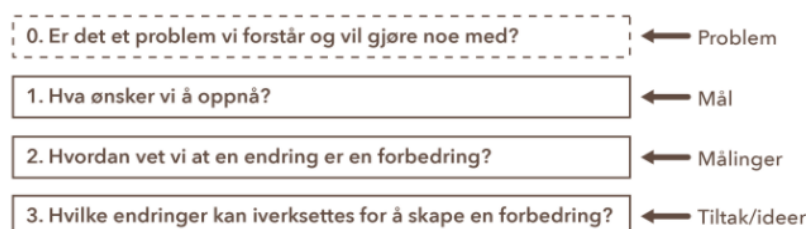
Forbedringsarbeid kan defineres som:

«En kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.» Jf. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring⁹

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen - en metode for å gjennomføre forbedringer:

Å skape forbedring krever en systematisk tilnærming. *Forbedringsmodellen* (The Model for Improvement¹⁰) er en enkel og anerkjent metode for å planlegge og gjennomføre systematisk forbedringsarbeid. Modellen er todelt og er sentral for planlegging og gjennomføring av forbedringsarbeid. I den første delen planlegges forbedringsarbeidet gjennom å svare ut fire viktige spørsmål. Den andre delen omhandler å teste ut endrings idéer fra liten- til stadig større skala. Testing gjennomføres helt til det er høy tiltro til at ideene/tiltakene fungerer. Forbedringsmodellen og forbedringsmetodikken er grundig beskrevet på Helsedirektoratets nettsider «I trygge hender 24/7»¹¹.



⁹ [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#)

¹⁰ [How to Improve | IHI - Institute for Healthcare Improvement](#)

¹¹ [Introduksjon til forbedringsmodellen – I trygge hender \(itryggehender24-7.no\)](#) 1.3.2022

Forbedringsmodellens del 1

0. Hva er problemet? Null-spørsmålet

Det vi alltid må spørre oss selv om før vi går i gang med et forbedringsarbeid er: «Er dette et problem vi forstår og vil gjøre noe med»? Det såkalte null-spørsmålet.

I vår poliklinikk ble 28,6% av alle henvisninger i 2018 avslått. Samtidig brukte vi mye tid på tverrfaglig drøfting i inntaksteamet hver uke. I forbedringsarbeidet «Alle Vurdert» ble alle mottatte henvisninger ved BUP Nordhordland i første halvår av 2018 kartlagt, totalt 155 henvisninger. Det viste at i 10 % av henvisningene hadde henviser ikke møtt pasienten i forkant av henvisningen. I 23 % var det ikke mulig å avgjøre om henviser hadde møtt pasienten. Dette bekreftet vår mistanke om at dette kunne være en potensiell pasientsikkerhetsrisiko, og vi ønsket å få et bedre informasjonsgrunnlag å vurdere henvisningene på.

Videre handler den første delen i forbedringsmodellen om tre grunnleggende spørsmål som forbedringsprosjektet bør ta stilling til for å sikre felles forståelse av problemet, målet, og prosessen mot måloppnåelse. De tre spørsmålene videre er:

1. Hva ønsker vi å oppnå? Mål

Etter å ha kartlagt problemet/ utfordringen, skal «Det første spørsmålet» hjelpe til med å sette et klart mål for arbeidet.

Målformuleringen bør spesifisere "hvor mye, innen når og for hvem".

Vær obs på at: «Noe er ikke et tall, snart er ikke et tidsbegrep, å håpe er ikke en metode».

En godt målformulering kjennetegnes av at det er «SMART», hvilket innebærer at det er:

Spesifikt:	Er målet konkret, detaljert, og klart definert?
Målbart:	Kan det måles? Eks. i hvor mye, hvor mange, hvor ofte?
Attraktivt og akseptert:	Er målet attraktivt og akseptert av dem som skal bidra?
Realistisk:	Er det mulig å gjennomføre eller nå målet?
Tidsbestemt:	Følger målet en tidsplan? Er det definert på hvilket bestemt tidspunkt målet og eventuelle tilhørende delmål skal oppnås?

Vårt mål i BUP Nordhordland var:

Alle barn og unge som henvises til BUP skal tilbys vurderingssamtale innen 3 uker etter mottatt henvisning, i de tilfellene hvor det er tvil om barnet/ungdommen skal ha rett til helsehjelp eller ikke.

2. Hvordan vet vi at en forandring er en forbedring? Målinger

«Det andre spørsmålet» hjelper til å bestemme hvilke målinger som skal gjennomføres for å vite om endringene faktisk fører til forbedringer. Å definere et sett med indikatorer er sentralt her (sjekklister for utvikling av indikatorer¹²). Både resultat indikator(er), prosessindikatorer og balanserende indikatorer kan være aktuelt her:

Resultatindikator:

Den direkte gevinsten for pasienten, som også knytter seg til målsettingen.

Antall barn og unge som får tilbud om vurderingssamtale ved BUP innen 3 uker, når det er tvil om de skal ha rett til helsehjelp eller ikke.

BUP Nordhordland mottok 256 henvisninger i prosjekt perioden 01.09.19 – 30.06.20. I de tilfellene der det var tvil om de skulle ha helsehjelp eller ikke, fikk alle tilbud om vurderingssamtale innen 10 dager etter mottatt henvisning.

Det var omkring 10% som fikk avslag på henvisning på papir fortsatt. Dette var tilfeller der henvisning ble vurdert som feilsendt ut fra visse kriterier (se vedlegg 1), og det var derfor ikke tvil om deres manglende rett til helsehjelp.

Strukturindikator:

Sier noe om tilgjengelige rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.¹³

Forutsetning: For å kunne gjennomføre dette prosjektet måtte vi ha tilstrekkelig antall behandlere med rett faglig kompetanse, og enheten måtte ha tilstrekkelig med ressurser, menneskelige og økonomiske, til å gjennomføre vurderingssamtalene etter plan.

¹² [Sjekklister for indikator – I trygge hender \(itryggehender24-7.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer#relevantelenker)

¹³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer#relevantelenker>. (lastet ned 1. mars 2022)

Prosessindikator:

Beskriver en konkret aktivitet, uttrykker om pasienten har fått den behandlingen han skal. Er konkrete prosedyrer utført (eks. andel sjekklister brukt, andel pasienter screenet, andel pasienter med daglig indikasjon for kateter) Knytter seg til endringene våre.

Rehenvisninger og klager på avslag:

Vi monitorerte antall mottatte klager på avslag eller rehenvisninger før og i prosjektperioden

I kartleggingsperioden (baseline) før prosjektet i 2018 var 12% av mottatte henvisninger formelle klager etter avslag eller rehenvisninger mottatt innen 12 mnd. Vi antok at innen 12 måneder kunne være en indikasjon på at inntaksvurdering ble gjort på et svakt grunnlag.

I prosjektperioden mottok BUP Nordhordland 0 klager eller rehenvisninger.

Balanserende indikator:

Er det behov for å følge med på andre virkninger av prosjektet?

Antall henvisninger etter oppstart av prosjektet ble monitorert. Vi fryktet økning i antall henvisninger til BUP som et resultat av at kommunene visste at nesten alle pasienter ble tatt imot.

Dette viste seg å være ubegrunnet. I 2018 mottok BUP 308 henvisninger, i 2019 328 henvisninger og i 2021 398 henvisninger. Det er en viss økning, men trolig skyldes dette den pågående pandemien siden det har vært en generell økning i henvisninger til BUP over hele landet. Det konkluderes derfor med at denne måten å arbeide på ikke har ført til økt henvisningsmengde.

Brukerundersøkelse:

Brukeropplevelse: *Både pasient og foreldre sin opplevelse etter vurderingssamtalen ble kartlagt, og om de var enige i BUP sin vurdering vedrørende videre oppfølging. Av totalt 256 henvisninger i prosjektperioden, ble 50 (20%) tatt imot til vurderingssamtale. Av disse ble 70% avsluttet etter vurderingssamtalen. Det vil si at det ble rådet til annen oppfølging enn hos BUP. I brukerundersøkelsen svarte 100% at de var enige i BUP sin vurdering.*

3. Hvilke endringer kan vi iverksette for å skape forbedring? Tiltak og ideer

«Det tredje spørsmålet» omhandler de kliniske og/eller organisatoriske tiltakene som skal iverksettes for å skape en forbedring, og som skal sikre at målet nås. Tiltakene i forbedringsarbeid beskriver hva vi skal gjøre. Der tiltakene knytter seg til endring av systemer og prosesser, er det viktig med forståelse for hvordan sette systemet og prosessen henger sammen og fungerer. For å sikre god forankring, er det viktig at interessenter som skal utføre tiltakene, får mulighet delta utviklingsprosessen av tiltakene.

*Driverdiagrammet vårt viser hva vi mener må til for gi alle henviste barn og unge vurderingssamtale. Tiltakene i Driverdiagrammet kan med stor nytte spesifiseres til å gjelde den enhet som skal gjennomføre forbedring. **Se Driverdiagrammet på side 6***

Forbedringsmodellens del 2

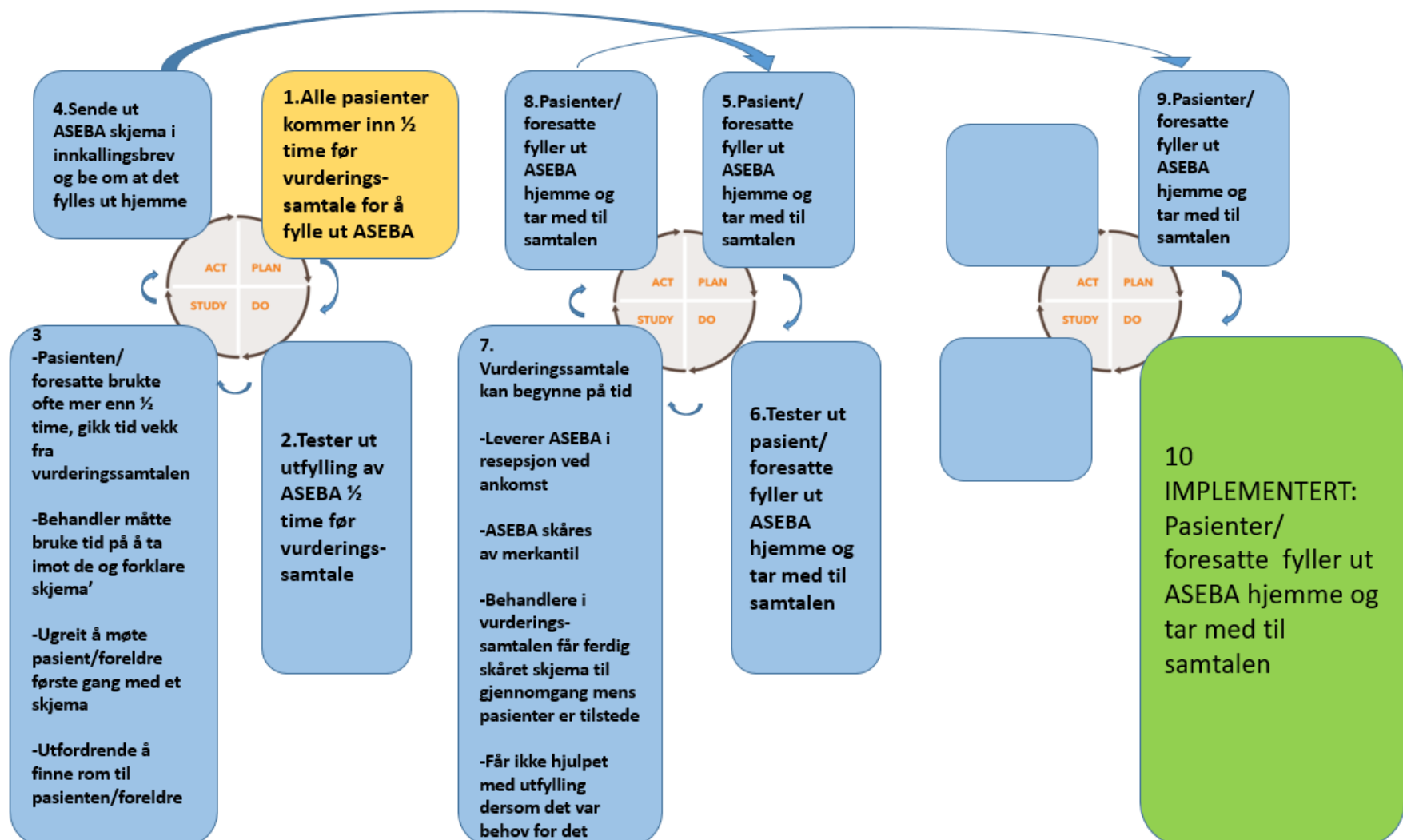
Forbedringsmodellens andre del handler om å teste ut forbedringstiltakene i liten skala for å lære om hvordan de fungerer i praksis. For å gjennomføre dette benyttes PDSA-sirkler. PDSA står for Plan (planlegge), Do (utføre), Study (studere/evaluere) og Act (handle/korrigere). Formålet er å få en forståelse av hvordan tiltakene kan gjennomføres for alle relevante pasienter, enten det er på dagtid, kveldsvakt, ukedag eller helg. Relevante spørsmål som PDSA-testen kan svare ut er:

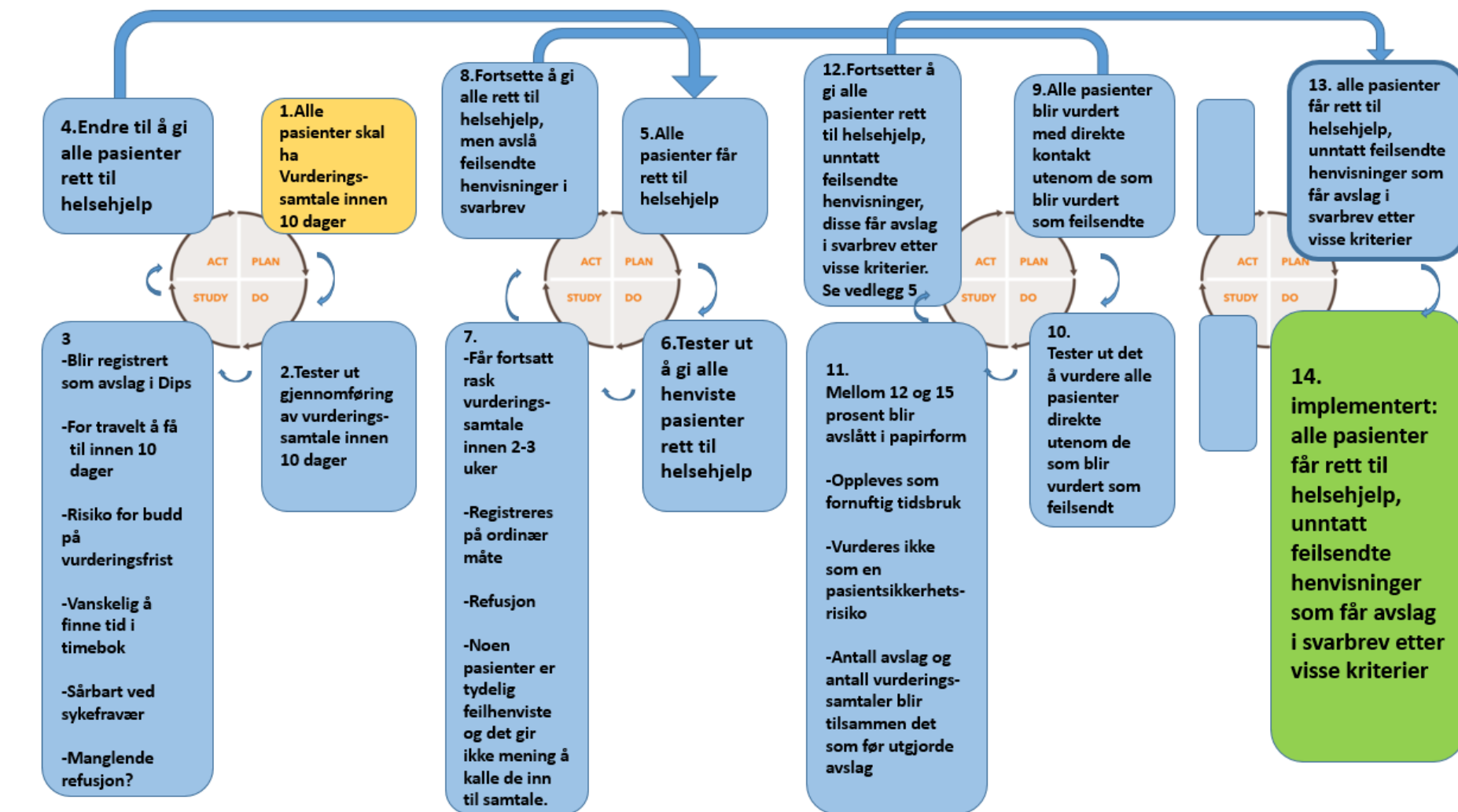
- Når bør tiltaket(ene) gjøres?
- Hvem bør utføre tiltaket(ene)?
- Skal tiltaket utføres i sammenheng med andre rutiner?
- Hvor bør utføringen av tiltaket dokumenteres?

I forbedringsarbeidet vårt «Alle vurdert» har vi måttet gå mange runder (=PDSA sirkler) for å komme frem til den arbeidsformen og de rutinene vi har i dag. Utprøving, vurdering og utvikling er en del av arbeidet vi kontinuerlig gjør og som vi fortsetter med nå, selv om vi anser «Alle vurdert» som implementert. Under vises eksempler på enkle PDSA-sirkler som har blitt gjort i vårt forbedringsarbeid, for å illustrere det kontinuerlige arbeidet med å planlegge, utføre, kontrollere og korrigere.

Vi startet med å gjennomføre alle vurderingssamtalene innen 10 dagers fristen for vurdering av rett til helsehjelp. Underveis ble tidsbruk på vurderingssamtalene registrert hver uke, for å estimere hvor mye tid som måtte settes av til dette. Etter hvert som vi testet det ut oppdaget vi flere uheldige konsekvenser; noen uker ble det så travelt at vi hadde vanskeligheter med å gjennomføre samtalene. Det var risiko for brudd på vurderingsfrist; det ble registrert som avslag i journalsystemet; og vi fikk ikke refusjon. Det ble besluttet at alle som skulle ha vurderingssamtale fikk rett til helsehjelp. Etter en stund vurderte vi også at det å ta inn absolutt alle til vurderingssamtale, selv ved klare feilhenvisinger, ikke var fornuftig ressursbruk. Det ble derfor laget noen kriterier for når en henvisning kunne gis avslag på papir uten vurderingssamtale. I disse tilfellene var det ikke tvil i inntaksteamet om at henvisning kunne avslås, se vedlegg 5

I starten ble pasient og foreldre bedt om å komme en halv time før samtalen for å fylle ut kartleggingsskjemaet ASEBA. Etter en stund ble det gjort endringer av dette siden det fikk en del uheldige konsekvenser (se figurer med PDSA-sirkler nedenfor). Nå blir alle spørreskjema sendt ut i svarbrev, og de får beskjed om å fylle det ut hjemme og levere det i resepsjonen når de kommer til vurderingssamtale..





Læringsnettverk¹⁴

Hvis flere enheter bestemmer seg for å implementere «Alle Vurdert» anbefales det å benytte Læringsnettverk.

Læringsnettverk er en internasjonal anerkjent metode for å implementere forbedringstiltak, og Helsedirektoratet, ved i Trygge hender 24/7 har utarbeidet en manual¹⁵

«Ved å arrangere læringsnettverk bidrar du til at tverrfaglige team av helsepersonell deler erfaringer, får praktisk kompetanse i forbedringsarbeid og øker sjansen for at de skal lykkes med å iverksette kliniske forbedringstiltak i praksis».

¹⁴ [Slik arrangerer du et læringsnettverk – I tryggehender \(itryggehender24-7.no\)](#)

¹⁴ [Manual for læringsnettverk. En praktisk guide for arrangører av læringsnettverk - PDF Free Download \(docplayer.me\)](#)

VEDLEGG

- Vedlegg 1: Intern kartleggingsrapport. Bakgrunnsinfo, forbedringsprosjekt «Alle vurdert» BUP Nordhordland, 2022.
- Vedlegg 2: Økning i henvisninger i PBU Haukeland universitetssjukehus.
1: Tall fra Helsetjenesteutvikling, FOU Haukeland Universitetssjukehus
2: Intern oppsummering fra PBU Nordhordland.
- Vedlegg 3: Spørreundersøkelse foresatte og barn/ungdom
1: Spørreskjema etter vurderingssamtale foreldre
2: Spørreskjema etter vurderingssamtale barn/ungdom
- Vedlegg 4: Basis kartlegging og faglig standard. (EK)
- Vedlegg 5: Kriterier for å gi avslag på henvisning til PBU Nordhordland (EK)

Vedlegg 1: Intern kartleggingsrapport, bakgrunnsinfo forbedringsprosjekt «Alle vurdert»

Data fra gjennomgang av mottatte henvisninger 1. halv år 2018

Kvaliteten på henvisninger har vært og er fortsatt meget varierende. Dette til tross for at henvisningskvalitet er tematisert gjentatte ganger i møter med legekontorer og kommunale tjenester og i tilbakemeldinger til enkelthensvisere. Henvisningskvalitet har flere ganger vært et tema i statlige dokumenter, seinest i forarbeidene til iverksetting av pakkeforløpene innen psykisk helsevern

Antall mottatte henvisninger har for BUP Nordhordland økt fra år til år og antall avslag tilsvarende. I poliklinikkens første ordinære driftsår – år 2000, ble det mottatt 91 henvisninger og avslått 10. I 2018 ble det mottatt 308 henvisning og 88 av disse ble avvist.

De siste årene har det vært mulig for fastlegene å sende elektroniske henvisninger. Dette er en rask og effektiv måte å henvise på. Samtidig har det over tid dannet seg et inntrykk av at disse henvisningene er mindre informative, enn henvisninger sendt som brev. I et forsøk på å se om det er noen forhold som kjennetegner avviste henvisninger, ble alle mottatte henvisninger fra 1. halvår 2018 gjennomgått og vurdert ut fra en rekke variabler (se kodebok).

Totalt ble det mottatt 162 henvisninger, hvorav 7 var sekundærhenvisninger. Disse 7 skal ikke rettighetsvurderes og er holdt utenfor i gjennomgangen. Der alle variabler med rimelig sikkerhet kunne vurderes er N=155.

Når kvalitet på henvisninger mottatt i 2018 skal vurderes kan Agledalutvalgets anbefalinger fra 2006 være et fint bakteppe.

Henvisningen bør blant annet inneholde:

En tydelig beskrivelse av problemet.

God anamnese som inneholder både somatiske og psykiske problem/lidelser

Informasjon om familie- og sosial anamnese

Resultat av relevante utredninger og undersøkelser

Hva er prøvd av behandling tidligere så vel i 1. som i 2. linje

Uttalelser fra fastlege, helsesøster, PPT, barnevern, foreldre, skole, sosialtj. mfl.

Status om individuell plan

Som det vil framgå av data under er vi fortsatt et stykke unna Agledal sine anbefalinger.

Alder og kjønn

Gjennomsnittsalderen på henvisningstidspunktet er 11,4 år, med et SD på 3,8 år. Hovedtyngden av pasienter er i alderen 7,5 til 15,2 år. Gutter utgjør nær 54% og jenter vel 46 %. Ser en på fordelingen mellom jenter og gutter i førskole, grunnskole og ungdomsår og utgjør gutter et flertall i de to yngste kategoriene, mens jenter utgjør et stort flertall i gruppen 13+. Alder og kjønnsfordeling på henviste pasienter synes ikke å avvike fra den kjønns- og aldersfordeling en normalt finner i en BUP –populasjon.

Tabell 1. Kjønn og alder.

		SPM. 2		Total	
		jente	gutt		
førskole=0-6;skole=7-12;Teenage=13+	0-6 år	Count	3	16	19
		% within SPM. 2	4,1%	19,5%	12,3%
	7-12 år	Count	24	45	69
		% within SPM. 2	32,9%	54,9%	44,5%
	13 år +	Count	46	21	67
		% within SPM. 2	63,0%	25,6%	43,2%
Total	Count	73	82	155	
	% within SPM. 2	100,0%	100,0%	100,0%	

Hvem henviser til BUP

Det stor flertall av henvisninger mottas fra lege – hovedsakelig fastlege/kommunal lege. Gruppen andre er barneverntjenesten som står for 4,3 % av henvisningene, mens PPT/kommunale psykologer har henvist 16% av pasienten. I tillegg er 4 % sekundærhenvist.

Tabell 2. Henvisere

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Andre	40	24,7	24,7	24,7
Lege	122	75,3	75,3	100,0
Total	162	100,0	100,0	

Nyhenvist - rehvist – klage

53% av de henviste er førstegangshenvisninger, men 34% er rehvistninger av pasienten. Disse fordeler seg relativt jevnt mellom de som henvises på nytt allerede innen 6 mnd. til de som rehvistes etter mer enn 3 år.

12% av pasientene er henvist etter tidligere avslag/klage på avslag i løpet av siste 12 mnd.

Tabell 3. Nyhenvist - rehenvist – klage

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nyhenvist	83	51,2	53,2	53,2
	Avslag/ klage	20	12,3	12,8	66,0
	Rehenvist	53	32,7	34,0	100,0
	Total	156	96,3	100,0	

Papirbasert henvisning vs. elektronisk henvisning

Bruken av elektroniske henvisninger oppleves å ha økt i løpet av de siste årene. Det er kun leger som har datasystemer som gjør det mulig å sende elektronisk. Andre kommunale tjenester har ikke valgmulighet, men må sende henvisningene som post. Legene sitt datasystem gir ikke mulighet for å sende vedlegg elektronisk, disse må sendes pr. post. Dette blir tidvis komplisert, da legens henvisning mottas og utløser frist for vurdering, uten at andre dokumenter som skal ligge til grunn for vurderingen foreligger.

Slik tabellen under viser, så utgjør de elektroniske henvisningene 35%. Tallet er økende.

Tabell 4 Papir vs. elektronisk henvisning.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Papir	99	61,1	64,7	64,7
	Elektronisk	54	33,3	35,3	100,0
	Total	153	94,4	100,0	
Missing	System	9	5,6		
Total		162	100,0		

Møter henviser pasient før henvisning.

Det mottas med jevne mellomrom henvisninger der det er tvil om henviser har møtt pasienten. Når dette systematisk gjennomgås finner vi at 10,3% av pasientene er henvist på bakgrunn av telefon, mail, SMS eller konsultasjon med en foreldre, men uten at barnet er sett av henviser. I tillegg til dette er innholdet i vel 20% av henvisningene slik at det er umulig å avgjøre om legen har sett pasienten. Det er f.eks. ingen opplysninger om at pasienten er somatisk undersøk og heller ingen beskrivelser av pasienten atferd under konsultasjonen. Hvis våre data er representative for BUP feltet, kan dette i beste fall bety at 10% henvises uten at

henviser har møtt og vurdert pasienten. I verste fall kan dette gjelde for inntil 1/3 av pasientene.

Tabell 5. Har henviser møtt pasienten ved henvisning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 møtt	104	64,2	67,1	67,1
	1 ikke møtt	16	9,9	10,3	77,4
	2 ikke mulig å avgjøre	35	21,6	22,6	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Kvalitet på henvisningen.

Slik vist til innledningsvis har henvisningskvalitet vært et tema i en rekke sammenhenger og over lang tid. Fortsatt oppleves kvaliteten på henvisninger som svært variable. Alle henvisninger er vurdert i forhold til beskrivelse av symptomer, funksjonstap og om status presens er beskrevet. Ved henvisning av tidligere og godt kjente pasienter er det ikke gjort noen bedømmelse av kvalitet på beskrivelse av symptomer og funksjonstap, når disse er som ved tidligere henvisninger.

Tabell 6. Beskrivelse av symptomer.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Godt beskrevet	78	48,1	50,3	50,3
	2 Noe beskrevet	51	31,5	32,9	83,2
	3 Ikke beskrevet	7	4,3	4,5	87,7
	4 Kjent pasient	19	11,7	12,3	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Halvparten av pasienten er godt beskrevet mht til symptomer, og tar en med de som er kjent fra tidligere kontakt, vil opp mot 2/3 av henvisningene gi en god beskrivelse av symptomer.

Tabell 7. Beskrivelse av funksjonstap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1 Godt beskrevet	52	32,1	33,5	34,2
	2 Noe beskrevet	64	39,5	41,3	75,5
	3 Ikke beskrevet	19	11,7	12,3	87,7
	4 Kjent pasient	19	11,7	12,3	100,0
	Total	154	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
	Total	162	100,0		

Kun 1/3 av henvisningen gir god beskrivelse av funksjonstap. Tar vi med rehenviste pasienter som poliklinikken kjenner god øker andelen til ca. 45%.

Tabell 8. Beskrivelse av status presens.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ja beskrevet	6	3,7	3,9	3,9
	1 nei ikke beskrevet	88	54,3	56,8	60,6
	2 noe beskrevet	60	37,0	38,7	99,4
	Total	154	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
	Total	162	100,0		

Det er grunn til å merke seg at i mer enn 50% av henvisningen er det ikke mulig å finne noen form for vurdering av status presens. Der det er registret «noe beskrevet» er selv den minste beskrivelse av atferd under konsultasjon gitt kreditt - «sitter i ro, lar seg undersøke», «svarer greit på spørsmål».

Kravet til hva som blir bedømt som god beskrivelse eller noe beskrevet, kan ikke sammenlignes med statuspresens beskrivelse slik den eks. vis ligger inne i våre maler.

Basert på symptom, funksjonstap og beskrivelse av status presens er det laget en Felles karakter for disse variablene (tab.10) Kjente pasienter med kroniske tilstander er holdt utenfor.

Topp karakter er 6 som betyr god beskrivelse av symptomer, funksjonstap og status presens. Karakteren 0 betyr at det ikke finnes slike data i henvisningen, noe som kun gjelder 6 henvisninger. På den andre siden er det bare 4 henvisninger som får «topp karakter», mens flertallet av henvisningene får «karakter» fra 2-4.

Tabell 9. Felleskarakter for beskrivelse av symptom, funksjonstap og status presens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	6	4,4	4,5	4,5
	1,00	9	6,7	6,7	11,2
	2,00	25	18,5	18,7	29,9
	3,00	25	18,5	18,7	48,5
	4,00	45	33,3	33,6	82,1
	5,00	20	14,8	14,9	97,0
	6,00	4	3,0	3,0	100,0
	Total	134	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		135	100,0		

Kvaliteten på henvisningen er i tab. 11 sett opp mot hvem som er henviser, dvs henvist fra lege, barneverntjenesten eller andre kommunale tjenester/kommunale psykologer.

Tabell 10. Henvisningskvalitet for ulike grupper av henvisere.

Lege=2;BV=1;Psykolog=0 * Felleskarakter Crosstabulation										
		Felleskarakter							Total	
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00		
Lege=2;BV=1;Psykolog=0	,00	Count	0	1	3	3	11	3	2	23
		% within Lege=2;BV=1;Psykolog=0	0,0%	4,3%	13,0%	13,0%	47,8%	13,0%	8,7%	100,0%
		% within Felleskarakter	0,0%	11,1%	12,0%	12,0%	24,4%	15,0%	50,0%	17,2%
	1,00	Count	1	0	3	2	0	0	0	6
		% within Lege=2;BV=1;Psykolog=0	16,7%	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Felleskarakter	16,7%	0,0%	12,0%	8,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%
2,00	Count	5	8	19	20	34	17	2	105	
	% within Lege=2;BV=1;Psykolog=0	4,8%	7,6%	18,1%	19,0%	32,4%	16,2%	1,9%	100,0%	
	% within Felleskarakter	83,3%	88,9%	76,0%	80,0%	75,6%	85,0%	50,0%	78,4%	
Total	Count	6	9	25	25	45	20	4	134	
	% within Lege=2;BV=1;Psykolog=0	4,5%	6,7%	18,7%	18,7%	33,6%	14,9%	3,0%	100,0%	
	% within Felleskarakter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Slik tabellen over viser er kvaliteten på henvisninger fra barneverntjenesten dårligst, men det må tas høyde for at antall henvisninger er lite, N=6. Ingen av henvisningen fra barnevernet får høyere karakter enn 3. Henvisninger fra barnevernet kjennetegnes ofte av at forhold rundt barnet kan være godt beskrevet, men barnet symptomer og funksjonstap er lite beskrevet.

Det mest informative henvisningen kommer fra kommunale psykologer, noe som nok henger sammen med at disse vanligvis har hatt en relativt tett kontakt med pasient over tid, noe som

ikke i samme grad gjelder leger eller barneverntjenesten. Nærmere 70% av henvisningene fra kommunale psykologer får karakteren 4 eller høyere. Tilsvarende for leger er ca. 50%.

Anamnestiske opplysninger

Det forutsettes at det i henvisning er gitt et riss av pasientens utviklingshistorie eller i det minste opplyst om vansker som kan ha påvirket pasients utvikling og fungering. I om lag halvparten av henvisningene finnes det ikke slike anamnestiske opplysninger, men det foreligger i knapt 1/5. Holdes rehenviste pasienter utenfor ser vi at knapt 30% av henvisningen inneholder anamnestiske opplysninger, mens om lag 70% av nyhenviste er uten anamnestiske opplysninger. Det er grunn til å understreke at bare 3 henvisninger ble vurdert som gode mht til anamnestiske opplysninger.

Tabell 11. Foreligger anamnestiske opplysninger

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	3	1,9	1,9	1,9
	Nei	76	46,9	49,0	51,0
	Noe	29	17,9	18,7	69,7
	Kjent pas.	47	29,0	30,3	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Er pasienten somatisk undersøkt?

Når pasienter henvises til psykisk helsevern, er det forventet at de er somatisk undersøkt eller at somatisk helse i det minste er beskrevet/vurdert. Slik tabellen viser er nær 60% henvist uten at det foreligger opplysninger om somatisk undersøkelse. Det må her tas hensyn til at det ved henvisninger fra PPT, kommunepsykolog eller barnevern sjelden er vedlagt legeopplysninger. Noe som igjen er et eksempel på at henvisninger ikke er koordinert, slik det i ulike statlige dokumenter er forventet. Bak kategorien delvis kan det ligge kopi av blodprøveresultater uten at disse nødvendigvis er datert.

Tabell 12. Er pasienten somatisk undersøkt.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Ja	40	24,7	25,8	25,8
	Nei	90	55,6	58,1	83,9
	Delvis	24	14,8	15,5	99,4
		1	,6	,6	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Er det vedlagt opplysninger fra andre? Koordinerte henvisninger

En av forventningene som ble tydeliggjort i forbindelse med forarbeidene til pakkeforløpene og som Agledalutvalget for 15 år siden påpekte, er koordinering av kommunale tjenester sin rolle i forbindelse med henvisninger.

Slik det framgår av tabellen under hadde knapt 40% av henvisningene vedlagt opplysninger som beskrev andre kommunale tjenester sin kontakt med pasienten og beskrivelser av utredning som var gjort. I mer enn 60% av henvisningene manglet slike opplysninger.

Tabell.14. Koordinerte henvisninger. Vedlagt opplysninger fra andre tjenester?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	60	37,0	38,7	38,7
	Nei	95	58,6	61,3	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Oppsummering

Systematisk gjennomgang og vurderinger av henvisninger mottatt over et tidsrom på 6 måneder, viser at vi er langt unna den henvisningskvalitet som Agledalutvalget tok til orde for i 2006 i sin rapport «Tidlige hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer». De samme forventningen til kommunal innsats ble framholdt i forarbeidene til innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern, men forsvant underveis. Det kan også nevnes at BUP-lederne i Hordaland i 2000 sendte et felles brev til fylkeslegen med spørsmål om samarbeid og støtte for å få bedre kvalitet på henvisningene. BUP-ledernes bønn ble ikke hørt.

Dersom det nå innføres et krav om at alle som henvises til BUP skal tas inn til vurderingssamtaler, må dette følges opp med at det stilles krav til kvalitet på henvisningene og det kommunale forarbeidet. Det kan umulig være et krav at pasienter som henvises skal tas inn til vurderingssamtaler, dersom ingen i kommunen har møtt og vurdert pasienten før henvisning. Det kan heller ikke være slik at pasienter kan henvises BUP med utgangspunkt i lærevansker, fordi PPT har så lang ventetid. Eller tilsvarende at barn med behov for informasjon og støttesamtaler henvises BUP, fordi kommunepsykolog har inntaksstopp. BUP kan ikke være en «vikar» som kompenserer for manglende kommunale tjenester.

Innføres et krav om at alle skal inn til vurderingssamtaler uten at det er stilt noen krav til kommunal innsats, kan en frykte kollaps i BUP-feltet. Det er vel ingen tjent med.

Magne Furevik

Psykologspesialist

Vedlegg 2: Historisk utvikling og trend i talet på vurderte pasienthenvisningar

Fristbrot ventetid og vurderingstid - Power BI Report Server (helse-vest.no)				
Gjelder historisk utvikling på vurderte primærhenvisninger				
TidID - Ye	TidID - Mc	Talet på v	% endring	
			-100,0 %	
	2019 January	348		2019 3 385
	2019 February	290		2020 3 404
	2019 March	299		2021 4 232 Endring fra 2019 til 2021 25 %
	2019 April	280		
	2019 May	264		
	2019 June	296		
	2019 July	179		
	2019 August	151		
	2019 September	271		
	2019 October	365		
	2019 November	311		
	2019 December	331		
	2020 January	284	-4,9 %	
	2020 February	326	23,5 %	
	2020 March	278	23,5 %	
	2020 April	163	-28,3 %	
	2020 May	230	5,4 %	
	2020 June	304	7,7 %	
	2020 July	220	24,8 %	
	2020 August	178	14,7 %	
	2020 September	282	4,4 %	
	2020 October	361	12,2 %	
	2020 November	383	28,8 %	
	2020 December	395	19,0 %	
	2021 January	371	18,7 %	
	2021 February	399	33,2 %	
	2021 March	404	40,8 %	
	2021 April	348		
	2021 May	387	61,8 %	
	2021 June	413	46,2 %	
	2021 July	263	26,5 %	
	2021 August	225	9,4 %	
	2021 September	343	24,1 %	
	2021 October	344	-0,9 %	
	2021 November	363	-5,5 %	
	2021 December	372	-8,4 %	

1. Utvikling i henvisningsmengde og avslag Helse Bergen, Divisjon psykisk helsevern, Psykisk helsevern barn og unge, BUP Nordhordland

Henvist	Avslag	Prosent avslag
• 2000	91	10 11,0 %
• 2017	333	126 37,8 %
• 2018	308	88 28,6 %
• 2020	328	41 12,5 %
• 2021	398	61 15,3 %

1. Spørreskjema etter vurderingssamtale

- foreldre

Sett ring rundt det som passer:

- | | | | |
|--|----|-----|----------|
| 1. Fikk barnet ditt videre oppfølging ved BUP? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 2. Var du enig i avgjørelsen vedr. videre oppfølging? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 3. Forstod du begrunnelsen for avgjørelsen? | Ja | Nei | Usikker |
| 4. Var innholdet i henvisning kjent for deg? | Ja | Nei | Litt |
| 5. Var bruk av spørreskjema nyttig? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 6. Hvis dere ikke skal til BUP, vet dere hvor dere kan henvende dere for å få hjelp? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 7. Hvordan var din opplevelse av å komme til vurderingssamtale på BUP? | | | |

Positiv

Nøytral

Negativ

Utfyllende opplysninger:

8. Har du fått nyttige råd for at barnet ditt/du skal få det bedre? Ja Nei Usikker

Utfyllende opplysninger:

9. Har du gode råd til BUP for at vurderingssamtalen skal bli bedre for foreldre/pasient?

2. Spørreskjema etter vurderingssamtale

- barn/ungdom

- | | | | |
|--|----|-----|----------|
| 1. Fikk du tilbud om videre oppfølging ved BUP? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 2. Var du enig i avgjørelsen vedr. videre oppfølging? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 3. Forstod du begrunnelsen for avgjørelsen? | Ja | Nei | Usikker |
| 4. Var innholdet i henvisning kjent for deg?
(det vil si opplysningene som ble sendt til BUP i forkant) | Ja | Nei | Litt |
| 5. Var bruk av spørreskjema nyttig? | Ja | Nei | Vet ikke |
| 6. Hvis du ikke skal til BUP, vet du hvor du kan få hjelp? | Ja | Nei | Vet ikke |

7. Hvordan var din opplevelse av å komme til vurderingssamtale til BUP?

Positiv

Nøytral

Negativ

Utfyllende opplysninger:

8. Har du fått nyttige råd for at du skal få det bedre? Ja Nei Usikker

I så fall hva har vært nyttig?

9. Har du gode råd til BUP for at vurderingssamtalen skal bli bedre?

Vedlegg 4: Faglig standard for: Basisutredning av barn og unge

Elektronisk kvalitetshåndbok, Helse Bergen. Dok.id: D30762 Ref.nr: 02.19.4.2.9.1-03

[Lov om helsepersonell §4 Forsvarlighet](#)
[Rundskriv I-20/2001 HOD](#); Lov om helsepersonell m./merknader
[Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 Sykehusenes oppgaver](#)

1. Innhenting av informasjon

All relevant informasjonsinnhenting kan gjøres som en eller flere kliniske samtaler. Man bør også vurdere å få samtykke til å innhente komparentopplysninger fra skole og andre som kjenner barnet/ungdommen godt. Som et supplement til den kliniske samtalen kan man gjennomføre semistrukturerte diagnostiske intervju og administrere spørreskjema, gjennomføre samspillsobservasjon eller observasjon i hjem/barnehage/skole.

Henvisningsgrunn: Hvem har henvist barnet/ungdommen og hva er oppgitt som henvisningsgrunn? Opplever pasient/foresatte at henvisningen gir et riktig bilde av barnet/ungdommens aktuelle utfordringer?

Barnets livssituasjon: Hvem bor barnet sammen med? Har barnet [søsken som pårørende](#)? Hvilken skole går barnet på? Har det vært vesentlige endringer i barnets miljø? Behandler bør også vurdere om det er aktuelt å kartlegge opplevd livskvalitet og relasjoner til venner og voksne, kulturbakgrunn eller migrasjonserfaring, økonomi og andre materielle utfordringer, foreldrenes tilknytning til arbeidsliv og ev. behov for tjenester fra NAV.

Arbeid ved andre instanser: Hvilke andre instanser er inne i bildet og hva er deres aktuelle oppdrag i saken? (For eksempel PPT, barneverntjenesten, helsesøster). Har det tidligere blitt gjennomført utredninger v/BUP eller andre instanser? Hva var resultatet av dette?

Tidligere behandling/løsningsforsøk: Hvilke tiltak har vært forsøkt hjemme og på skolen, og hvilken effekt har disse hatt?

Aktuell symptombeskrivelse: Beskrivelse av symptomenes frekvens, intensitet og varighet. I hvilke situasjoner vises symptomene?

Utviklingsanamnese: Formålet er å få kartlagt vesentlige sider ved barnets / ungdommens utvikling, som er relevant for å vurdere disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer til de symptomene. Anamneseopptak kan gjøres som klinisk intervju. Man kan også be foreldrene fylle ut et anamneseskjema, som deretter bør gjennomgås muntlig.

2. Vurdering

Vurderinger kan foretas og journalføres fortløpende etter hvert som man innhenter relevant informasjon. Når man har tilstrekkelig informasjon til å foreta en differensialdiagnostisk vurdering bør man oppsummere eventuelle tidligere vurderinger. Det skal fremkomme hvilken informasjon vurderingen er basert på (klinisk inntrykk, informasjon fra pasienten selv, informasjon fra foresatte/lærere, testresultater etc.).

Somatisk status presens: Inkluderer vurdering av tannhelse, ernæringsstatus, ev. vektendringer, somatisk undersøkelse og blodprøver. Somatisk status bør som hovedregel avklares hos fastlege, men det skal vurderes om det er nødvendig med ny somatisk undersøkelse eller supplerende undersøkelser.

Psykiatrisk status presens: Dette journalføres etter første time hvor pasienten selv møter. Formålet er observasjon og beskrivelse av påkledning, hygiene, atferd / motorikk, emosjonell tilstand, realitetssans, hukommelse, oppmerksomhet, kommunikasjonsevne, kontaktevne, eventuelle symptomer på hallusinasjoner / vrangforestillinger / tankeforstyrrelser.

Det skal screenes for traumer (for eksempel ved bruk av kartleggings skjemaet **KATES-barn /KATES-foreldre og veiledning**

Risikofaktorer for **selvmord** og **selvskading** skal kartlegges for barn over 10 år. For barn og ungdom over 10 år skal bruk av rusmidler kartlegges. Bruk av rusmidler hos foreldre bør også kartlegges.

Vurderingen bør også inkludere:

- Vurdering av voldsrisiko** og belastende miljøbetingelser.
- Vurdering av relasjonen mellom pasient og foresatte.
- Vurdering av barnets / ungdommens subjektive opplevelse og innsikt i egne vansker, samt motivasjon for behandling (eventuelt foreldrenes motivasjon for veiledning).
- Vurdering av ressurser hos barnet / ungdommen selv eller i omgivelsene (familie, venner, nærmiljø, på skolen).
- Vurdering av **levevaner** (også hos foreldre), inkludert røyking, kosthold/ernæring, fysisk aktivitet og søvn.

Differensialdiagnostikk og vurdering av komorbiditet:

Vurderingen skal utelukke andre sykdommer/lidelser som årsaker til de aktuelle symptomene, og inkludere samtidige sykdommer/lidelser i videre planlegging av utredning og behandling. Differensialdiagnostiske vurderinger bør gjøres av et tverrfaglig team der legespesialist inngår. I et oppsummerende vurderingsnotat skal man ta stilling til om pasienten har symptomer som avkrefter/bekrefter mistanke om:

- psykose
- affektiv lidelse
- angstlidelse
- tvangslidelse
- traumerelatert lidelse
- selvskading
- spiseforstyrrelse
- gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- hyperkinetisk forstyrrelse
- atferdsforstyrrelse
- tics-lidelse
- tilknytningsforstyrrelse

Når man konkluderer diagnostisk, skal man vurdere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for den aktuelle Akse I- diagnosen, og eventuell komorbiditet.

Man skal også sette diagnoser på Akse II-VI og journalføre vurderingen som ligger til grunn for disse. Det bør gjøres en vurdering av mulige årsaker og

oppretholdende faktorer til pasientens vansker og hva dette har å si for videre behandling.

3. Videre planlegging av pasientarbeidet

Pasienten og/eller foresatte skal medvirke når det skal tas beslutning om behov for videre tiltak. Det skal tas beslutning om det er behov for utvidet utredning innen psykisk helsevern, behov for tiltak i annen instans, behov for behandling innen psykisk helsevern eller ikke behov for videre oppfølging. Fastlege og henvisende instans informeres om beslutningen og hvem som har ansvaret for den videre oppfølgingen. Det skal vurderes om det er behov for samarbeidsmøte med pasient og/eller foreldre, henviser/fastlege og ev. andre instanser.

Utvidet utredning: I samarbeid med pasient/foresatte skal det vurderes behov for ytterligere undersøkelser og innhenting av supplerende informasjon (for eksempel somatiske undersøkelser, funksjonsnevrologisk undersøkelse, nevropsykologisk utredning, administrering av diagnosespesifikke utredningsverktøy). Ved behov for utvidet utredning fortsetter utredningen uten opphold. Det skal skisseres en tidfestet plan for gjennomføring av dette innen 6 uker.

Behandling: Ved behov for behandling i psykisk helsevern skal behandlingen starte uten opphold. I samarbeid med pasient/foresatte skal det utarbeides en konkret **behandlingsplan** som inkluderer målsettinger for behandlingen, valg av metode og tidspunkt for evaluering. Behandlingsplanen skal evalueres etter 6 uker, deretter hver 12. uke.

Dersom barnet/ungdommen har søsken som pårørende skal disse ivaretas etter gjeldende **retningslinjer**.

Dersom andre instanser er involvert (for eksempel barneverntjenesten eller kommunehelsetjenesten) skal videre samarbeid rundt behandlingen avklares.

Vedlegg 5: Kriterier for å gi avslag på henvisning til PBU Nordhordland

Elektronisk kvalitetshåndbok, Helse Bergen

Dette dokumentet er ikke godkjent/ferdigstilt, men tas med som eksempel

Hensikt

Sikre rett helsehjelp til rett tid til de barn og unge som har behov for oppfølging ved BUP-Nordhordland. Alle henviste barn og unge får rett til helsehjelp. I de tilfellene der det er tvil omkring rettighet får pasient og foresatte tilbud om en vurderingssamtale innen ca 3 uker. Noen henvisninger skal fortsatt avslås, dette dokumentet beskriver hvilke kriterier som ligger til grunn når henvisninger skal avslås og barn/unge ikke skal gis tilbud om vurderingssamtale.

Målgruppe og avgrensning

Alle henvisninger som mottas ved BUP Nordhordland blir vurdert.

Ansvar

Inntaksteamet har ansvar for å gi avslag til de henvisninger som skal ha avslag uten vurderingssamtale.

Gjennomføring

Henvisningen skal avslås når:

- Henviser ikke har møtt pasienten og ikke gjort noen form for undersøkelse eller vurdering. Det kommer fram av henvisning at den skjer på bakgrunn av at foresatte har vært til konsultasjon, eller at henviser har mottatt en mail/SMS fra foreldre. Årsaken for henvisningen er ikke akutt eller knyttet til alvorlige affektive tilstander eller annen alvorlig risikoatferd.
- Rehenvisning etter kort tid, fra annen henviser, for utredning av samme tilstand, uten at det foreligger nye opplysninger som kan påvirke tidligere konklusjon.
- Henviser ber om utredning av språk og lærevansker, uten at det blir bedt om utredning av mulig psykisk utviklingshemming.
- Henviser ber om oppfølging/støttesamtaler, uten at dette er knyttet til symptomer på psykisk lidelse, men som et forebyggende tiltak knyttet til pasienten livssituasjon.
- Henviser ber om råd/konsultasjon vedrørende endring i medikamentell behandling på kjent pasient, som kan avhjelpes med skriftlig tilbakemelding i svarbrev eller dialogmelding.

Referanser

Interne referanser

Eksterne referanser

Endringer siden forrige versjon