

Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten
i 2013 og 2014

Psykisk helsevern for barn og unge

Målgruppe: Tilsynsledere, revisjonsledere og revisorer i fylkesmannsembetene

Saksbehandler: seniorrådgiver Aud Frøysa Åsprang

Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen

Godkjent dato: 12. desember 2012, sist endret 12. februar 2013

Innholdsfortegnelse

1	Tilsynets og veilederens innretning	3
1.1	Bakgrunnsinformasjon om valg og innretning av tilsynet	3
1.2	Hva tilsynet skal handle om	3
1.3	Rettslig grunnlag.....	4
1.4	Hvordan veilederen skal forstås og brukes.....	6
2	Tilsynets tema: Psykisk helsevern for barn og unge	8
2.1	Generelt om psykisk helsevern for barn og unge.....	8
2.2	Mottak og vurdering av henvisninger	8
2.3	Utredning og diagnostisering.....	12
2.4	Behandling	22
2.5	Avslutning og oppfølging av behandling	24
2.6	Helseforetakets overordnede styring og oppfølging av psykisk helsevern for barn og unge	25
3	Tilsynets revisjonskriterier, oppsummering av kapittel 2.....	27
3.1	Generelt om forståelse og bruk av revisjonskriteriene	27
3.2	Tilsynets revisjonskriterier	28
4	Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet	32
4.1	Bakgrunn for valg av tilsynsopplegg.....	32
4.2	Tilsynsmetodikk og praktisk gjennomføring av tilsynet	33
4.3	Nødvendig kompetanse i tilsynslagene.....	34
4.4	Tilsynets tidsramme og omfang.....	34
5	Tilsynsrapporter	34
5.1	Tilsynsrapport fra den enkelte systemrevisjon.....	34
5.2	Regional oppsummering	35
5.3	Nasjonal oppsummeringsrapport	35
6	Referanser.....	35
7	Oversikt over vedlegg til veilederen	36

1 Tilsynets og veilederens innretning

1.1 Bakgrunnsinformasjon om valg og innretning av tilsynet

Statens helsetilsyn skal i 2013 og 2014 gjennomføre landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge (PHBU).

Psykisk helsevern for barn og unge er et relativt ungt fagmiljø i stor utvikling. Barn og unge med psykiske lidelser er en sårbar pasientgruppe med få sterke stemmer som målbærer deres interesser. Potensialet for å forebygge senere psykisk lidelse er stort ved tidlig intervensjon. Svikt i tjenestene vil kunne påføre den enkelte pasient og familie unødvendige belastninger. Konsekvensene kan være alvorlige for resten av livsløpet. Derfor er det essensielt at tjenestetilbudet fungerer og har god nok kvalitet. Det er ikke gjennomført landsomfattende tilsyn på dette området siden 2002. Ulike andre tilsynsaktiviteter i denne 10 års perioden viser at det er en del utfordringer innen PHBU knyttet til både ventelister og prioriteringer samt til arbeid av mer faglig karakter.

For å identifisere de viktigste risikoområdene i dette spesialisthelsetjenestetilbudet, ble det først gjort en gjennomgang av relevante tilsynsrapporter, tilsynssaker, § 3-3 meldinger, rettighetsklager samt et litteratursøk. Deretter ble aktuelle fag-, forsknings-, bruker- og interesseorganisasjoner (vedlegg 1) invitert til arbeidsmøter for å gi innspill om hvilke områder innen barne- og ungdomspsykiatrien det er særlige grunner til å være oppmerksom på. I tillegg inviterte vi Helsedirektoratet til eget møte der de formidlet sin kunnskap om risikoområder til oss.

Statens helsetilsyn ønsker at tilsynet skal ha effekt for alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUPer) i Norge. Derfor skal det benyttes en kombinasjon av flere tilsynsmetoder. Målet er at samtlige av landets 87 BUPer (vedlegg 10) skal involveres i tilsynet. Det skal gjennomføres systemrevisjon hos minst en BUP i hvert helseforetak. Alle BUPene bes om å fylle ut en egenvurdering som helseforetaket skal returnere til Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging. Ved behov anbefales det å gjøre en vurdering av om det skal tas stikkprøver av gjennomførte tiltak, og eventuelt også av enkelte virksomheter som gjennom egenvurderingen melder tilbake at alt er i orden. Tilsynet forventes å strekke seg inn i første halvår av 2014. Nærmere beskrivelse av tilsynsopplegget er beskrevet i kapittel 4.

Veilederen er utarbeidet av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe som har bestått av følgende seniorrådgivere fra Statens helsetilsyn: Anne Solberg (til 1. juli), Aud Frøysa Åsprang (oppgaveansvarlig), Elisabeth Arntzen, Jan Fredrik Andresen (direktør fra 19. november), Lars Ivar Widerøe og Rolf Krokene. I tillegg har barne- og ungdomspsykiater Trude Fixdal deltatt i arbeidsgruppa som innleid fagekspert. Anders Haugland har vært fagsjef for oppgaven.

1.2 Hva tilsynet skal handle om

Tilsynet har som mål å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsevern. Barn og unge omfatter i denne sammenhengen hovedsakelig aldersgruppen 0 til 18 år. Etter 18 år er det mulighet for videre behandling frem til 23 år, eller for overføring til psykisk helsevern for voksne.

Tilsynets hovedmålsetting er å undersøke om helseforetaket sørger for at pasientforløpet i disse tjenestene er preget av:

- God fremdrift og kontinuitet
- God kvalitet i arbeidet inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten samt skole/PPT og barnevern

Pasientforløpet kan deles inn i følgende fire faser som alle inngår i tilsynet:

- Mottak og vurdering av henvisninger
- Utredning og diagnostisering
- Behandling
- Avslutning og oppfølging av behandling

God behandling er helt avhengig av korrekte diagnoser basert på gode henvisninger og gode utredninger. Derfor er dette tilsynet innrettet med hovedfokus på oppstartsfasene i pasientforløpet og i mindre grad mot selve behandlingen og avslutningsfasen.

For å kunne bedømme om pasientforløpene er forsvarlige, har vi av praktiske årsaker valgt ut følgende to pasientgrupper:

- Barn mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD
- Barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon

Disse to pasientgruppene representerer de hyppigste henvisningsgrunnene til BUP, de er godt representert i alle landets BUPer og de gir også bra treffsikkerhet i forhold til selvmordsrisiko og rusproblematikk som inngår som tema i tilsynet. Ved å benytte samme pasientutvalg gjennom hele tilsynet, vil det dessuten være enklere å sammenholde ulike type informasjon fra ulike informasjonskilder.

Tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge har de senere årene vært preget av omstilling. Behandlingen foregår i dag hovedsakelig poliklinisk. Døgnbehandling foregår kun ved svært få virksomheter. Tilsynet vil konsentrere seg om helseforetakenes polikliniske virksomhet. Bruk av tvang er i all hovedsak knyttet til døgnbehandling. Derfor avgrenses dette tilsynet til ikke å omfatte tvangsbruk.

1.3 Rettslig grunnlag

Ved tilsynet står kravet til forsvarlig virksomhet og retten til nødvendig helsehjelp sentralt. Rettsgrunnlaget omtales på generelt grunnlag her, og drøftes og utdypes mot tilsynets tema i kapittel 2. Enkelte andre lovhemler omtales også i det kapittelet.

Forsvarlighetskravet

Kravet om forsvarlighet, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-2, er en rettslig standard og innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven.

Forsvarlighetskravet for helsetjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også

i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatning jf. Prop. 91 L (2010-2011) side 263-264.

Beskrivelsene i Helsedirektoratets publikasjoner gir uttrykk for nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god praksis og hvilke prioriteringer som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenestene. Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold, jf. Prop. 91 L (2010-2011) side 272, men kan ikke benyttes som hjemmel ved eventuelle avvik. Helsedirektoratet har utarbeidet følgende publikasjoner som er aktuelle for dette tilsynet:

- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570)
- Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD (IS-1244)
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511)
- Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge (IS-1581 og IS-1636)
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (IS-1561)¹
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser (IS-1948)

Klinisk praksis som følger anbefalingene i slike publikasjoner, vil bidra til at psykisk helsevern for barn og unge er av god kvalitet.

Internkontrollplikten

Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter, omfatter flere forhold som sammenfaller med kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet, jf. Prop. 91 L (2010-2011) side 264. Helsetjenesten er pålagt å etablere internkontroll for å sikre forsvarlige tjenester jf. *forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten). Eier og ledelse skal skape rammebetingelser og organisatoriske løsninger som gir god kvalitet i tjenestene og som reduserer sannsynligheten for menneskelig svikt og begrenser skadevirkningene. Kravene i forskriften skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. I dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 samt de lover og forskrifter som ellers nevnes i veilederens kapittel 2. Dette for å sikre robuste tjenester som har god kvalitet også de dagene rammebetingelsene ikke er optimale, for eksempel ved fravær av personell eller i situasjoner med stor pågang av pasienter. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at deres helsetjenester er i tråd med gjeldende regelverk og er forsvarlige.

Retten til nødvendig helsehjelp

Det følger av *lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-1b annet ledd at: ”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.”

¹ Retningslinjene gir føringer som også vil gjelde en del av BUPs pasienter, spesielt de mellom 16 og 23 år.

Det generelle forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 får betydning når innholdet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b skal tolkes. I *forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)* § 4 første ledd andre punktum står det: ”Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet.”

I henhold til prioriteringsforskriften § 4a første ledd har barn og unge under 23 år med psykiske lidelser rett til vurdering innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt. Vurderingen skal skje på bakgrunn av henvisningen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 tredje ledd. For barn og unge i det psykiske helsevernet vil det være denne fristen som legges til grunn. Det kan imidlertid tenkes tilfeller der faglig forsvarlighet tilsier enda raskere vurdering av henvisningen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp er eksempler på dette.

1.4 Hvordan veilederen skal forstås og brukes

Dette kapitlet omtaler hvordan veilederen skal forstås og brukes ved gjennomføring av systemrevisjon. Bruk av egenvurdering og tilsynsopplegget for øvrig, beskrives i veilederens kapittel 4.

Tilsynets tema presenteres i ulike delprosesser i kapittel 2. Kravene om faglig forsvarlighet, retten til nødvendig helsehjelp og internkontrollplikten konkretiseres og drøftes for de aktiviteter og prosesser som tilsynet omhandler. Når det gjelder krav knyttet til helseforetakets overordnede styring og oppfølging av psykisk helsevern for barn og unge, er det beskrevet og drøftet i kapittel 2.6. Kravene knyttet til internkontrollplikten er i hele dokumentet markert med **egen skrifttype** i den løpende teksten. Ellers gir vi i kapittel 2 noen praktiske tips knyttet til hvordan ulike forhold kan undersøkes, og også noen tips om hvordan enkelte funn kan vurderes og bedømmes. Slike tips er markert med **grå bakgrunn**.

Det er i en veileder vanskelig å beskrive alle eventualiteter, og det kan også være noen problemstillinger vi ikke har tenkt på. Derfor anbefaler vi at tilsynslaget tar kontakt med seniorrådgiver Aud Frøysa Åsprang, tlf. 21 52 99 88 eller afa@helsetilsynet.no, dersom dere har spørsmål knyttet til veilederen og dette tilsynet.

I kapittel 2 henvises det dessuten til en del vedlegg som er samlet i et eget dokument. Vedleggene er bakgrunnsinformasjon for å øke forståelsen av hva som skjer i en BUP, og vil være særlig nyttig for de i tilsynslaget som ikke er godt kjent med dette faget og fagmiljøet fra før. Noe bakgrunnsinformasjon finnes også i kapittel 2, og da under egne overskrifter.

Tilsynslagene skal gjøre grundige nok undersøkelser til at man sitter igjen med et faktabilde som er korrekt. Kravene presenteres som revisjonskriterier i kapittel 3 der det gis en samlet oversikt over hva som må undersøkes og hva som må være på plass for å kunne konkludere med at tjenestene innenfor psykisk helsevern for barn og unge er forsvarlige. Detaljene er beskrevet i kapittel 2. **Derfor må både kapittel 2 og 3 leses og danne grunnlag for forberedelser og gjennomføring av tilsynet. Ellers vil tilsynslaget ikke ha tilstrekkelig informasjon til å gjøre godt tilsyn.**

De faktiske opplysningene skal vurderes mot revisjonskriteriene. Først når alle revisjonskriteriene er sammenholdt med tilstrekkelige fakta (revisjonsbevis), vil det være mulig å formulere eventuell(e) konklusjon(er) om regelverksbrudd, det vil si selve avviksformuleringen(e). Avvikene skal være formulert og underbygget med revisjonsbevis slik at de tydelig kommuniserer hva det er i pasientbehandlingen som svikter eller hva det er som representerer uakseptabel høy fare for svikt i pasientbehandlingen. Fordi dette tilsynet gjennomføres som en systemrevisjon, er det helt avgjørende at avvikene også gjenspeiler hvilke elementer i internkontrollen som ikke fungerer tilfredsstillende for å sikre forsvarlig psykisk helsevern for barn og unge.

I vedlegg 11 er det gitt et forslag til hvordan rapportmalens kapittel 4 kan utformes. Det er viktig at det som skrives i tilsynsrapportens kapittel 4 er i tråd med det som faktisk er undersøkt. Statens helsetilsyn forutsetter at hvert tilsyn gjennomføres i tråd med og i det omfanget som denne veilederen gir anvisning på. Dersom det av ulike grunner likevel skulle være behov for å utelate noen temaer, må innholdet i kapittel 4 justeres tilsvarende.

Med rutiner menes i dette dokumentet innarbeidet praksis. Etter behov skal det i helseforetaket utarbeides skriftlige prosedyrer, sjekklister, maler, flytskjemaer eller lignende for å sikre at vedtatt praksis er kjent og etterlevs. Jo mer kompleks praksis og jo større BUP er, jo større er behovet for at rutinene er skriftliggjort.

Med avvikshåndtering mener vi i dette dokumentet at feil og mangler i daglig drift fanges opp og følges opp på en systematisk måte. Feil og mangler rettes samtidig som det legges til rette for at rutiner og praksis endres når det er nødvendig for å unngå lignende feil og mangler.

For utvelgelse av journaler, gir veilederen føring på at det skal velges journaler fra to definerte pasientgrupper. Dersom det ved små virksomheter er problematisk å få nok journaler uten at de blir for gamle, kan det etter skjønn velges journaler også fra andre pasientgrupper innenfor samme alderskategori. Det må eventuelt fremkomme av tilsynsrapportens kapittel 4.

Uttrekket av journaler bør så langt det er mulig gi informasjon om hva som er gjeldende praksis i virksomheten innenfor de forskjellige temaene. Dersom det bare gjøres ett utvalg basert på ferdigbehandlede pasienter, vil opplysningene om de første fasene i pasientforløpet kunne være ganske gamle og gi usikkerhet om dette er dagens praksis. Det anbefales derfor å gjøre flere uttrekk av pasientjournaler, samtidig som den totale mengden må være håndterbar. Forslag:

- Ett uttrekk av henvisninger innkommet 14 dager før tilsynet og tidligere (undersøkelser knyttet til kapittel 2.2).
- Ett uttrekk av journaler fra pasienter innskrevet (dato for mottatt henvisning) for minst 6 måneder siden (undersøkelser knyttet til kapittel 2.3).
- Ett uttrekk av journaler fra de sist utskrevne pasientene (undersøkelser knyttet til kapittel 2.4 og 2.5).

Be gjerne virksomhetens kontaktperson om en liste over aktuelle journaler, og gjør hensiktsmessige valg ut fra hva som skal undersøkes.

I tilsynet er vi opptatt av hva som er gjeldende praksis, ikke av enkeltstående tilfeller. Vi har derfor noen steder angitt toleransegrenser for vurdering av funn fra journalgjennomganger. Det angitte

antall journaler under hvert tema er veiledende for å sikre et solid faktagrunnlag. Dersom det underveis i journalgjennomgangen fremkommer et entydig bilde, kan et lavere antall vurderes som tilstrekkelig.

2 Tilsynets tema: Psykisk helsevern for barn og unge

Tilsynets hovedmålsetting er å undersøke om helseforetaket sørger for forsvarlige pasientforløp i disse tjenestene, og at pasientforløpene er preget av:

- **God fremdrift og kontinuitet**
- **God kvalitet i arbeidet inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten, også eventuelt skole/PPT og barnevern**

Forsvarlig behandling er helt avhengig av korrekte diagnoser basert på gode henvisninger og gode utredninger. Derfor er dette tilsynet i stor grad innrettet mot oppstartsfasene i pasientforløpet, og i mindre grad mot selve behandlingen. Fremdrift og kontinuitet i pasientforløpet er vurdert som et gjennomgående kritisk område som vi har tatt med oss i tilsynet i tillegg til avslutningsfasen som er kritisk med tanke på samhandling med andre instanser.

2.1 Generelt om psykisk helsevern for barn og unge

Psykisk helsevern for barn og unge er i hovedsak organisert som et poliklinisk tilbud som har som mål å hjelpe barn og unge fra 0 til 18 år og deres pårørende med å utrede, diagnostisere og behandle psykiske plager og tilstander som gir funksjonssvikt i dagliglivet. Problemene kan eksempelvis være tristhet, angst, konsentrasjonsproblemer, adferdsvansker, ettervirkninger etter ubehagelige hendelser og søvnproblemer. Også alvorlige psykiske tilstander som bipolar lidelse og schizofreni kan ha sin debut før 18 år, og diagnostiseres og behandles i BUP. Behandling som er påbegynt i BUP før pasienten er fylt 18 år, kan forlenges til pasienten er 23 år. BUP skal være et tilbud for pasienter med psykiske problemer som ikke kan løses i de kommunale helsetjenestene som hos fastlege eller helsesøster, i pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) eller barnevernet. Det er til sammen 87 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge, se vedlegg 10.

Tjenestetilbudet omfatter utredning, diagnostisering og behandling, se oversikt over pasientforløpet i vedlegg 9. Fagpersonellet er tverrfaglig sammensatt og består ofte av lege/barne- og ungdomspsykiater, psykolog/psykologspesialist, pedagog/klinisk spesialpedagog og sosionom/klinisk sosionom, men kan også inkludere andre som for eksempel barnevernspedagog/klinisk barnevernspedagog, sykepleier og ergoterapeut. Samarbeid med pårørende og andre aktører i barnets miljø er vesentlig. Blant disse kan nevnes barnehage, skole, helsestasjon, fastlege og barnevern. Utredning og behandling kan normalt ikke startes opp før det foreligger samtykke fra pasienten/foresatte eller barnevernet.

2.2 Mottak og vurdering av henvisninger

Følgende forhold skal undersøkes:

- **Vurderes alle henvisninger innen 10 virkedager fra de er mottatt, også de som er mangelfulle?**

- **Gjøres det individuelle vurderinger ved fastsettelse av fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp?**
- **Overholdes den maksimale fristen på 65 virkedager (13 uker) for oppstart av nødvendig helsehjelp?**

Det skal undersøkes om ledelsen på ulike organisatoriske nivå styrer og følger opp disse kritiske trinnene i pasientforløpet slik at helseforetakets praksis på disse områdene er robust.

Bakgrunnsinformasjon

Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner har etter oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et felles henvisningsskjema, ofte kalt BUP skjema (se vedlegg 2), som viser hvilke opplysninger som må foreligge for at BUP skal ha nok informasjon til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp innenfor psykisk helsevern. Det er ikke et krav at BUP skjemaet skal benyttes som henvisning, men skjemaet sikrer et minimum av opplysninger ved henvisning. Noen ganger suppleres opplysningene i skjemaet med et eget skriv med tilleggsopplysninger. Tilstrekkelig informasjon er nødvendig for å kunne gjennomføre en god og målrettet utredning som igjen er en forutsetning for god og målrettet behandling. Henvisningen skal være utfylt i samråd med pasient/foresatte, og den skal være signert av fastlege eller barnevernleder før den sendes til BUP. Navn på fastlege skal være oppgitt dersom henviser ikke er pasientens fastlege. Unntak fra regelen om henvisning er når pasienter oppsøker en poliklinikk med ansvar for øyeblikkelig hjelp, og poliklinikken finner det nødvendig å undersøke eller behandle pasienten.

Vurdering av henvisninger innen 10 virkedager fra henvisning mottas

Når BUP mottar en henvisning, får pasienten en rett til å få sin helsetilstand vurdert, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Fristen for å vurdere henvisninger for barn og unge som er under 23 år og som har psykiske lidelser, er 10 virkedager regnet fra den datoen henvisningen er mottatt. 10 dagers fristen er å forstå som en maksimumsfrist, noe som innebærer at vurderingen må foretas raskere dersom forsvarlighetshensyn tilsier dette. Innen fristen skal det besluttes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (utredning og/eller behandling) eller ikke, jf. prioriteringsforskriften §§ 4 første ledd og 4a første ledd. Avslag skal begrunnes. I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 tredje ledd skal den faglige vurderingen skje på grunnlag av henvisningen.

BUP må ha rutiner som sikrer at retten til vurdering ivaretas innen 10 dager eller raskere om nødvendig. BUPs ledelse må følge opp at etablerte rutiner fungerer og etterleves, og avviksbehandle det som ikke fungerer.

Mangelfulle henvisninger kan ikke returneres/avvises. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. En slik vurderingssamtale er imidlertid ikke å regne som oppstart av helsehjelp, se mer om dette temaet på side 14 og 15.

For å undersøke om mangelfulle henvisninger returneres eller avslås, anbefales det at tilsynslaget ser på de 10 til 15 siste saker der henvisningene er blitt avvist/returnert, fortrinnsvis fra de to pasientgruppene. For virksomheter som returnerer henvisningene, vil det kunne mangle dokumentasjon for at henvisningene i det hele tatt er kommet inn. Dette må undersøkes gjennom intervjuer.

Barn og unge som henvises fra barnevernet, skal vurderes på samme måte som andre barn og ungdommer. Dette gjelder også familier hvor foreldrenes omsorgsevne er under vurdering, jf. IS-1570, side 51 (1). Disse situasjonene eller andre situasjoner der omsorgssituasjonen er uavklart, gir ikke grunnlag for å returnere eller avvise henvisningen. Manglende samtykke til helsehjelp gir heller ikke grunnlag for å returnere eller avvise henvisningen. I slike tilfeller må det forsøkes å innhente nødvendig samtykke, gjerne ved å kontakte den som har undertegnet henvisningen.

Dersom 10 dagers fristen ikke overholdes, må det vurderes om det er en enkelthendelse eller en del av et mønster (BUPs praksis). For å vurdere om enkelthendelser er regelverksbrudd eller ikke, må det utøves noe skjønn. Forutsatt at ledelsen har rutiner for å følge med på at fristene overholdes, kan antydningssvis følgende aksepteres: <4 av 30 vurderinger er 1-2 dager forsinket eller 1 vurdering er 3-4 dager forsinket.

Barn og unge i barnevernet er en gruppe som kan være ekstra utsatt for avvisning. Derfor anbefales det å se særskilt på noen henvisninger fra barnevernet, om de behandles på lik linje med andre henvisninger. Alternativt anbefales det å se på de siste avvisningene. Eventuelle funn følges opp i intervjuer.

Det anbefales å undersøke gjennom intervju om denne fasen fungerer godt nok til å sikre at inntaksteamene har tilstrekkelig informasjon til å gjøre individuelle rettighetsvurderinger innen 10 virkedager av alle henviste pasienter. Fanges mangelfulle henvisninger opp tidnok til at det kan innhentes nødvendig informasjon og rettighetsvurderes innen 10 dagers fristen? Fanges øyeblikkelig hjelp opp tidnok? Har involvert personell hatt tilstrekkelig kompetanse? Følger BUPs ledelse med på dette?

Henvisningene skal registreres med den datoen de er mottatt i BUP. Henvisningen registreres som regel av sekretær/merkantilt personell. Det er viktig at ledelsen ved BUP har etablert rutiner for hvordan registrering av henvisninger skal foregå. Involvert personell må ha fått tilstrekkelig opplæring.

Henvisningene må gjennomgås fortløpende (daglig/flere ganger i uka). Det er nødvendig for å identifisere henvisninger med tilstander som trenger øyeblikkelig hjelp. For å kunne vurdere pasientens rett til helsehjelp innen 10 dagers fristen, er det også nødvendig med fortløpende gjennomgang for å avklare om det er behov for ytterligere opplysninger om pasientens tilstand. Det kan for eksempel være behov for en vurderingssamtale. Slik gjennomgang av henvisningene må foretas av en person med tilstrekkelig kompetanse. Dette er en oppgave for psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater, alternativt andre erfarne behandlere/fagpersoner. Det må være klare rutiner for hvem som skal foreta den første gjennomgangen og vurderingen av henvisningene, og hvordan dette arbeidet skal gjøres.

Inntaksvurdering/individuell vurdering ved fastsettelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp

For pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp skal det fastsettes en frist for oppstart av helsehjelpen på grunnlag av en konkret og individuell vurdering av pasientens tilstand. Fristen er juridisk bindende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Fristen må ikke overstige 65 virkedager (13 uker) regnet fra den datoen det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig

helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften § 4a annet ledd. 65 virkedager er maksimal ventetid for denne pasientgruppen, og pasienter som etter vurdering trenger helsehjelp raskere, har rett til dette. Ved fastsettelse av fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp, skal det i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b og prioriteringsforskriften § 4 gjøres en individuell forsvarlighetsvurdering, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Forhold som kan gi høyere prioritet og kortere frist for barn og unge i psykisk helsevern, er beskrevet i Helsedirektoratets prioriteringsveileder, IS-1636 (2). Der angis det blant annet at pasienter med mistanke om depresjon, skal vente maksimalt 20 virkedager (4 uker) ved moderat til alvorlig depresjon og 60 virkedager (12 uker) ved lette depresjoner. En pasient som oppfyller vilkårene for å få rett til nødvendig helsehjelp, benevnes gjerne som en rettighetspasient.

Vurderingene og fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp skal journalføres.

Selve inntaksvurderingen/rettighetsvurderingen gjennomføres i praksis på ulike måter. Vurderingen kan gjøres i inntaksmøter av et fast team, eller av én eller flere personer som utarbeider en inntaksvurdering som deretter legges frem for et inntaksteam. Det er vanlig praksis å ha ukentlige inntaksmøter. Enkelte steder gjøres inntak av en person alene.

Henvisingene skal i utgangspunktet rettighetsvurderes av personell med spesialistkompetanse, det vil si psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater, men også andre løsninger kan være akseptable. Dersom personell under spesialistutdanning eller andre erfarne behandlere som har fått tilstrekkelig opplæring benyttes, skal vurderingene kvalitetssikres av spesialist. Slik kvalitetssikring kan løses på ulike måter, men ledelsen må uansett følge opp at det faktisk skjer. Det avgjørende er at vedtakene er gjort eller alternativt kvalitetssikret av spesialist. Det må være rutiner for hvordan dette skal foregå. En løsning kan være at vurderingene drøftes med spesialist, eventuelt per telefon, og at det journalføres at det er gjort og hvilken spesialist som har vært involvert. En annen løsning kan være at det gjennomføres ukentlige teammøter med spesialist til stede, og at vurderinger kvalitetssikres der. Det bør da fremkomme av referater eller andre dokumenter fra teammøtene at det har vært spesialist til stede. Slik praksis vil være i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet, jf. IS-1570 side 26 (1). Ledelsen må følge med på at vedtatte rutiner fungerer, at det faktisk er spesialist til stede på teammøtene eller alternativt er spesialist tilgjengelig på telefon, og at spesialistkompetanse benyttes. Brudd på rutinen må avviksbehandles.

Ettersom det i journalsystemet benyttes mye initialer, anbefales det å få en liste over BUPs spesialister med tilhørende initialer. I den grad bruk av spesialistkompetanse er lite dokumentert, må dette undersøkes nærmere gjennom intervjuer.

Dersom BUP ikke har tilgang på egne spesialister, må det undersøkes om innleide spesialister kvalitetssikrer og følger opp at arbeidet har rett kvalitet, at de er involvert i de trinnene av pasientbehandlingen der det i denne veilederen er beskrevet som nødvendig. Eventuelle innleide spesialister bør derfor også intervjues, eventuelt per telefon.

Den som har foretatt vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal gi skriftlig tilbakemelding om resultatet av vurderingene både til henviser og pasient/foresatte (prioriteringsforskriften § 5). Tilbakemeldingen skal inneholde frist for oppstart av nødvendig helsehjelp. Utsendelse av svar er ikke et tilsynsystema denne gang, og skal derfor ikke ettergås i tilsynet. Brevene kan derimot være en aktuell faktakilde i dette tilsynet med hensyn på fristoverholdelser, og det er bakgrunnen for at temaet tas opp her.

Det anbefales å gjennomgå minimum 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2. Opplysninger om hvilke frister som er fastsatt, vil for eksempel fremgå av brev sendt til pasienten/foresatte. I tillegg styrkes faktagrunnlaget gjennom intervjuer og ved å se på aktuelle skriftlige prosedyrer som styrer dette området.

Dersom fristen gjennomgående settes til ca. 65 dager (alternativt 20/60 dager for pasienter med mistanke om depresjon) er det en indikasjon på at det i for liten grad gjøres individuelle vurderinger ved fastsettelse av fristen. Hvis alle stort sett har identisk ventetid, må det følges opp med intervju for å finne ut hva som er årsaken til det. Alternativt kan det avtales på forhånd at for eksempel BUP leder er tilgjengelig på slutten av den tiden som er satt av til journalgjennomgang.

2.3 Utredning og diagnostisering

Følgende forhold skal undersøkes:

- **Starter helsehjelpen innen utløp av fastsatt frist?**
- **Foretas det en planlagt og systematisk utredning?**
- **Kartlegges pasienter med tanke på selvmordsproblematikk, og følges det eventuelt opp?**
- **Kartlegges pasienter med tanke på sitt forhold til rusmidler, og følges det eventuelt opp?**
- **Settes det diagnose så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon og i tråd med føringene i multiaksialt diagnostesystem?**
- **Følges pasient/foresatte opp hvis de ikke møter til avtalte timer?**

Det skal undersøkes om ledelsen på ulike organisatoriske nivå styrer og følger opp disse kritiske trinnene i pasientforløpet slik at helseforetakets praksis på disse områdene er robust.

Bakgrunnsinformasjon

En utredning inneholder en systematisk gjennomgang av barnets/ungdommens sykehistorie, utviklingshistorie, aktuelle helsetilstand og omsorgsforhold. Det bør brukes et alderstilpasset klinisk diagnostisk intervju der generell fungering og aktuelle diagnoser kartlegges, og det skal innhentes opplysninger om fungering i skole/barnehage. Supplerende utredning og undersøkelser bestemmes ut fra resultatet av innledende utredning. Hva en utredning bør inneholde er nærmere beskrevet i vedlegg 3, 4 og 5. Der gis det også en oversikt over ulike utredningsinstrumenter.

Samtale, undersøkelse og observasjon av pasienten, familien og eventuelt andre i pasientens nettverk er grunnleggende i all utredning og diagnostikk for å få kartlagt biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer som påvirker pasientens helse og funksjon i hverdagen.

I spesialisthelsetjenesten i Norge benyttes det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (International Classification of Diseases, World Health Organization (WHO) 2000; WHO 2006) for å kode (klassifisere/registrere) diagnoser, tilstander og andre henvisningsgrunner. I tillegg til den diagnostiske kategoriseringen som benyttes innen somatisk helse og voksenpsykiatri, er det nødvendig å beskrive flere sider (dimensjoner) ved barnets symptomer, funksjon og miljø når de er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Dette for å ivareta hensynet til at barns symptomer og problemer må sees i sammenheng med deres miljø. I psykisk helsevern for barn og unge benyttes derfor det ICD-10 baserte ”Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske tilstander” som ble utgitt av WHO i 1996 (1, 3). Det multiaksiale diagnosesystemet som ble revidert i Norge i 2008 (3), beskriver ulike sider av barnets symptomer og barnets miljø, og består av følgende 6 akser (utredningsområder):

- **Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom.** Her kodes tilstander som for eksempel depresjon, angst, bipolar lidelse og psykoselidelser i tillegg til gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og adferdsforstyrrelser samt følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder. Uspesifisert psykisk forstyrrelse (lidelse INA) kodes også her dersom man vet at pasienten har en psykisk lidelse, men ikke hvilken. Det kan kodes mer enn en diagnose på akse I dersom pasienten har flere tilstander. Den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse (som er klart mest alvorlig), skal føres opp som hovedtilstand.
- **Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser.** Her kodes utviklingsforstyrrelser. For å kode en diagnose på akse II, skal det foreligge resultater fra standardiserte psykologiske eller pedagogiske tester, adekvat legeundersøkelse eller annen faglig forsvarlig utredning. Tester og undersøkelser kan være gjennomført annet sted, men behandlere ved BUP skal vurdere om informasjonen er tilstrekkelig til å kode diagnosen. Hvis det ikke foreligger slike undersøkelser, skal koden ”mangelfull informasjon” benyttes. Man kan også på denne akse kode at det ikke er påvist noen tilstand.
- **Akse III: Psykisk utviklingshemming/intelligensnivå.** På denne akse scores diagnoser for psykisk utviklingshemming. Diagnosen stilles på bakgrunn av testing som enten foretas ved BUP eller annet sted. Vanligvis brukes Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) for skolebarn, og Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) for førskolebarn. Se vedlegg 3. Det er i første rekke psykologer som gjennomfører testing og tolkning av evnetester. Utredning med WISC gjøres også av PPT. Dersom testing skjer annet sted, skal behandlere ved BUP konkludere og kode diagnostisk. Først må de vurdere om testingen og annen relevant informasjon er tilstrekkelig for å kode diagnosen. Man skal også kode om det foreligger adferdsproblemer eller ikke knyttet til den psykiske utviklingsforstyrrelsen. Kun en diagnose kan kodes på akse III. Alternativt kan man på denne akse kode at det ikke er påvist noen tilstand, eller at man har mangelfull informasjon for å kode.
- **Akse IV: Somatiske tilstander.** Her kodes alle relevante somatiske tilstander barnet eller ungdommen har i behandlingsperioden ved BUP, og kun de somatiske tilstandene som i behandlingsperioden ble håndtert, tatt hensyn til eller fikk konsekvenser for undersøkelser eller behandling i BUP. Det kan kodes mer enn en tilstand på akse IV. Diagnosen skal stilles av lege ved BUP eller annet sted. Den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse (som er klart mest alvorlig), skal føres opp som hovedtilstand.
- **Akse V: Avvikende psykososiale forhold.** Her kodes forhold i barnets miljø som virker inn på barnets tilstand. Det kan være forhold i familien, kulturelle forhold, psykisk eller somatisk sykdom hos foreldre, traumer eller oppvekst i institusjon for å nevne noe. Det kan på denne

aksen kodes flere forhold. Forholdene gis en alvorlighetsgrad som skal komme frem i diagnosesystemet.

- **Akse VI: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS).** Children`s Global Assessment Scale (CGAS) (Schaffer et al, 1983). Her velges et heltall mellom 0 -100 som beskriver barnets/ungdommens funksjonsnivå. Bare en kode er relevant på akse VI. For å kvalitetssikre scoring på CGAS, er det anbefalt opplæring og at vurderingene gjøres av mer enn en medarbeider. Se vedlegg 8.

Når det er konkludert/stilt diagnoser på alle 6 utredningsområdene, vil det være nyttig å utarbeide en "kassformulering". Det er en fenomenologisk (individets opplevelse av seg selv og sin omverden) forklaring på hvordan problemene har oppstått hos barnet. Tanker, følelser og adferd står sentralt. I en slik vurdering kombineres generell kunnskap om barns normalutvikling og psykopatologiske utvikling med vurdering av det enkelte barnets utviklingsnivå på flere områder, både intellektuelt, emosjonelt, sosialt og ferdighetsmessig. Kasusformuleringen gir rom for klinisk skjønn, og kan også gi en oversikt over beskyttende ressurser og vedlikeholdende faktorer (1, 6). Kasusformulering og diagnostikk brukes som grunnlag for å utarbeide en behandlingsplan.

Vedlegg 6 og 7 gir bakgrunnsinformasjon om kartlegging og oppfølging av henholdsvis selvmords- og rusproblematikk.

Oppstart av helsehjelp innen fastsatt frist

Fristen for oppstart helsehjelp er juridisk bindende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b.

BUP må ha rutiner for å sikre at fastsatte frister for oppstart helsehjelp overholdes. BUPs ledelse må følge med på virksomhetens praksis for overholdelse av frister. Ordninger for rapporteringer til helseforetakets ledelse må foreligge.

Fristene fastsettes individuelt for hver pasient. For å vurdere om fristen overholdes, må tidspunktet for første konsultasjon vurderes mot pasientens individuelle frist for oppstart helsehjelp.

Overskridelser må bedømmes som avvik dersom det ikke er snakk om pasientutsatte konsultasjoner eller at utsettelsen er faglig begrunnet. Ved enkeltstående og korte overskridelser kan det likevel utøves noe skjønn.

Dersom tilsynet avdekker at tidsfrister ikke overholdes, må det undersøkes gjennom intervjuer med BUP leder og overordnede ledere for all BUP virksomhet i helseforetaket om helseforetakets ledelse etterspør data for fristoverholdelse og om BUP ledelsen skal rapportere slike data. Det bør også undersøkes om de har mottatt klager på fristoverskridelser, og om slike klager følges opp.

Hva innebærer oppstart helsehjelp?

Erfaringer har vist at et antall virksomheter i spesialisthelsetjenesten har oppfattet reglene om frist for oppstart helsehjelp feil, at fristen overholdes/rettigheten innfris ved at det gis en enkeltstående konsultasjon.

Oppstart helsehjelp i psykisk helsevern for barn og unge vil vanligvis være oppstart av en strukturert og planlagt utrednings- og diagnostiseringsprosess. Rettigheten innfris bare dersom det er en reell oppstart av et slikt forløp. En enkeltstående konsultasjon innebærer i realiteten ikke at

helsehjelpen er satt i gang. Pasientforløpet skal preges av planmessighet, god fremdrift og kontinuitet.

Når en pasient har fått rett til nødvendig helsehjelp, innebærer det at helsehjelpen (utredning og/eller behandling) skal ha prioritet i hele utrednings- og behandlingsperioden, jf. prioriteringsforskriften § 4. Fristen for oppstart helsehjelp er satt på bakgrunn av en forsvarlighetsvurdering, og skal overholdes, noe som innebærer at første konsultasjon skal skje innen fristen og deretter etterfølges av jevnlig konsultasjoner.

God praksis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, tilsier at det i de fleste pasientforløpene innen psykisk helsevern for barn og unge, vil være hyppige kontakter med konsultasjoner ukentlig eller hver andre uke. Det kan være gode grunner for at det kan ta lengre tid mellom konsultasjoner, både faglige grunner og etter ønsker fra pasient/pårørende. Langt opphold mellom første og andre konsultasjon kan også ha sin årsak i at virksomheten har problemer med å igangsette utredningen (helsehjelpen) til fastsatt tid, for eksempel på grunn av dårlig organisering og kapasitetsproblemer. Dersom det er et tydelig mønster at det går lang tid mellom første og andre konsultasjon i flere saker, er det en sterk indikasjon på at utredningsløpet ikke i realiteten startes opp ved første konsultasjon, med mindre det av journalene/intervjuene fremkommer at dette er faglig begrunnet eller av hensyn til pasienten/foresatte.

BUPs ledelse må ha rutiner for å følge med på at første konsultasjon er starten på et forsvarlig pasientforløp med god fremdrift og kontinuitet.

Det er en kjent risiko at første konsultasjon ikke etterfølges av et kontinuerlig pasientforløp. I tilsynet skal det derfor i tillegg til å undersøke om helseforetaket overholder fristen for oppstart helsehjelp, også undersøkes om det er reelle fristoverholdelser. Dette undersøkes i journaler ved å se på tidsavstanden mellom første og andre konsultasjon. Det anbefales å se på minst 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2. Tilsynslaget bør finne frem til journaler der det er mer enn 2 til 3 uker mellom første og andre konsultasjon, og undersøke nærmere. Har det en akseptabel årsak? Jo lengre opphold og jo flere journaler med slike funn, jo sterkere indikasjon på at første konsultasjon i realiteten ikke var oppstart på utredningen. Her må det utøves noe skjønn. Det er virksomhetens praksis og ikke enkelthendelser vi ønsker å avdekke.

Planlagt og systematisk utredning og diagnostisering

Plan for utredning av barn og unge i BUP styres av kravet til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Formålet med utredning og diagnostisering er å forstå de problemene pasienten har søkt helsehjelp for, og å legge til rette for eventuell behandling. Diagnosen er konklusjonen på en utredning, og vil i mange tilfeller representere overgangen mellom utredning og behandling.

Utredningen skal foregå tverrfaglig og gjennomføres etter en plan. Dette kan være en egen utredningsplan, en del av en felles utrednings- og behandlingsplan eller det kan være beskrevet i journalnotater. Planen inneholder vanligvis informasjon om planlagte utredninger, fagpersoner som skal delta i utredningen og tidspunkt for planlagt ferdigstillelse av utredningen med videre.

Det skal være rutiner for etablering av utrednings- (og behandlings) planer, se kapittel 2.4. BUPs ledelse skal følge opp at det etableres slike planer, og at planene etterleves.

Underveis i utredningen skal funn og resultater drøftes tverrfaglig. En vanlig måte å løse det på er bruk av tverrfaglige team og at diagnostiske vurderinger drøftes i tverrfaglige møter. Det vil da være en forutsetning at også spesialist (barne- og ungdomspsykiater og/eller psykologspesialist) er tilstede. Alternativt må spesialist involveres på annen måte, for eksempel per telefon eller i egne møter, og det må kunne dokumenteres at spesialist har vært involvert i den diagnostiske vurderingen. Dette kan fremkomme i journalen, i møtereferater fra de tverrfaglige teammøtene eller på andre måter. Ledelsen må følge opp at spesialist involveres. Det er ikke nødvendig at spesialist fysisk ser alle pasienter, men Helsedirektoratets anbefaling er at barne- og ungdomspsykiater eller psykologspesialist setter diagnose på grunnlag av den tverrfaglige drøftingen (1). Psykologspesialist er likestilt med psykiater med hensyn til faglig ansvar, unntatt i spørsmål om medisiner og differensialdiagnostikk i forhold til somatikk, jf. *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (psykisk helsevernloven) § 1-4 og *forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.* (psykisk helsevernforskriften) § 5.

BUP har ansvar for en felles praksis, og at det etableres utrednings- og diagnostiseringsrutiner som er uavhengig av den enkelte behandler. En BUP skal ikke bestå av mange enkeltpraksiser.

Målsettingen med dette undersøkelsespunktet er å foreta en mer overordnet vurdering av om virksomheten har en etablert praksis for planlagte og systematiske utredningsforløp. De enkelte detaljene i utredningsplanene forventes ikke undersøkt/vurdert.

Diagnostisering i tråd med føringene i multiaksial diagnostisering av barne- og ungdomspsykiatriske tilstander

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge dreier det seg ofte om komplekse tilstander som krever utredning på flere områder. Følgende skal utredes, ende opp i konklusjoner/diagnoser og danne grunnlag for valg av behandlingsopplegg:

- Klinisk psykiatrisk syndrom
- Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Psykisk utviklingshemming/intelligensnivå
- Somatiske tilstander
- Avvikende psykososiale forhold
- Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Ved diagnosesetting innenfor psykisk helsevern for barn og unge benyttes det multiaksial klassifikasjon som verktøy for blant annet å sikre dette. I tråd med tilhørende fagterminologi sier man da at det skal kodes på alle 6 akser, altså konkluderes/settes diagnose på alle de 6 utredningsområdene. Koding på alle 6 akser vil derfor kunne være en indikasjon på om det er gjort en god kvalitativ utredning. For hver episode (det opprettes en episode ved hver henvisning) i psykisk helsevern for barn og unge skal det føres diagnose for alle aksene (3). Ingen av aksene har forrang fremfor andre, og begrepet "hovedtilstand" benyttes her innen hver av aksene I, II, IV og V,

der man kan kode flere tilstander. På akse III og VI er det ikke aktuelt med flere koder. Grunnlaget for diagnosene som stilles, skal gjenfinnes i journalen.

Det forventes at virksomheten har rutiner for hvordan diagnostikk skal foregå, og at ledelsen følger opp at vedtatte rutiner etterleves, og at det konkluderes/settes diagnoser på alle de seks utredningsområdene. BUPs ledelse må følge med på at det settes diagnoser, og at eventuelle brudd på rutinen avvikshåndteres.

I det multiaksiale klassifikasjonssystemet vil det på hver akse stå en kode med tilhørende kort beskrivelse av hva koden betyr, altså hvilken konklusjon/diagnose koden representerer. Kode for ingen diagnose er på noen av aksene en mulig og akseptabel konklusjon etter en utredning. Dersom det står en kode for ikke utredet, er det en mangel dersom det ikke er lagt inn kommentar om at det er under utredning.

Dette tilsynet skal undersøke om det er gjort utredning og konkludert/satt diagnose på alle 6 utredningsområdene, altså om alle sider ved diagnostikken er vurdert. Det vil gi en god indikasjon på at det er foretatt en tverrfaglig utredning. Dersom praksis er i tråd med dette, men uten at det multiaksiale klassifikasjonssystemet (aksesystemet) er benyttet, er dette ikke avvik i forhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Hovedpoenget er ikke kodesystemet i seg selv, men at det er gjort en planlagt og systematisk utredning, og at det gjenfinnes i journalen. Det skal ikke undersøkes om selve utredningen og kodingen er korrekt.

Kravet til en forsvarlig tverrfaglig utredning, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, innebærer at virksomheten må ha en styrt praksis der alle 6 utredningsområdene blir ivaretatt. Ved journalgjennomgangen bør det bare være unntaksvis at dette ikke er gjennomført.

BUPdata og DIPS BUP system er de to pasientadministrative datasystemene som er aktuelle i BUP. Begge har egne faner eller ikon for aksesystemet. Disse dataene er derfor lett tilgjengelige. Det anbefales å undersøke minst 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2.

Kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk

Pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, bør kartlegges for selvmordsproblematikk. Dette er viktig for å sikre god faglig praksis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, og er en anbefaling i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (5). Ettersom det er vanskelig å forutsi det enkelte selvmordstilfellet, er det også vanskelig å forutsi hvem som ikke er i faresonen. Derfor bør alle spørres i et forebyggingsperspektiv. Det skilles mellom kartlegging og vurdering.

Kartlegging kan i prinsippet gjøres av alle ansatte i spesialisthelsetjenesten, men det forutsettes at avdelingsledelsen må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Dette innebærer at ledelsen må ha tatt stilling til om det kreves egne kurs i selvmordskartlegging eller om opplæringen skal ivaretas i BUPen. Det må også tas stilling til hvordan slik kompetanse skal vedlikeholdes. I tillegg må det være etablerte rutiner for hvordan slik kartlegging skal gjennomføres.

Kartleggingen innebærer at pasienter skal spørres om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Helsedirektoratets anbefaling (5) er at kartlegging bør gjøres ved kontaktetablering, det vil si i løpet av de første konsultasjonene. For pasienter som svarer bekreftende på noen av kartleggingsspørsmålene, skal det raskt foretas en grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko.

BUP må ha tatt stilling til hvem som skal følge opp at adekvate tiltak iverksettes i de tilfeller selvmordsrisiko identifiseres, se IS-1511 side 16-17 (5). Vurderingen skal gjøres av lege eller psykolog etter opplæring, og gjentas ved endringer i pasientens tilstand, behandlingsopplegg eller livssituasjon. Det må finnes lokale rutiner for vurdering av selvmordsrisiko, samt rutiner for videre oppfølging av identifisert selvmordsrisiko. BUP må også ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for å utføre denne oppgaven. Videre forventes det at involvert personell tilbys nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse. Kravet til kvalifikasjoner vil være annerledes i øyeblikkelig hjelp situasjoner.

Rutinene for kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk må følges opp av BUPs ledelse med tanke på om de fungerer og etterleves. Hvis rutinene ikke fungerer og etterleves, må feil og mangler avvikshåndteres.

Kartlegging og eventuell oppfølging må dokumenteres i pasientens journal. Ellers er det problematisk for involvert personell å behandle pasienten forsvarlig. Selvmordsrisiko følges opp til risiko ikke lenger er forhøyet.

Kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk vil være mest aktuelt fra 10-12 års alder og oppover. Den nedre "aldersgrensen" angis som 10-12 fordi det i det aldersspennet må utøves noe skjønn med hensyn til barnets modenhet og utvikling. Det må derfor brukes skjønn ved valg av pasientjournaler. Tilsynet skal ikke ha fokus på hvilke tiltak som iverksettes, men at selvmordsrisiko kartlegges og eventuell påvist selvmordsrisiko følges opp. Dette kan undersøkes ved å se på minimum 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2. Det er ikke et absolutt krav at alle pasienter kartlegges for selvmordsrisiko. Samtidig vil konsekvensene av uoppdaget selvmordsrisiko være alvorlige. Det legges derfor til grunn at det må være en fast praksis at pasienter som kommer i kontakt med poliklinikken, kartlegges for selvmordsrisiko. Unntakene bør være få og faglig begrunnet. Dersom alle ikke kartlegges og følges opp med tanke på selvmordsproblematikk, må det vurderes om det er faglige begrunnede unntak/enkelthendelser eller om virksomheten har en variabel praksis. Dersom det mangler selvmordskartlegging i >3 av 30 pasientjournaler, bør det undersøkes om manglende selvmordskartlegging virker velbegrunnet. Det vil være aktuelt å bringe dette inn som tema i intervjuer for å få grunnlag/støtte for konklusjonene.

Kartlegging og oppfølging av rusproblematikk

Helsedirektoratets veileder (1), side 48, anbefaler at når barn og unge henvises til psykisk helsevern, skal det kartlegges hvilket forhold den enkelte har til rusmidler, om det eksisterer et misbruk eller om ungdommen er i fare for å utvikle misbruk. Dette betyr at barn og unge som kommer til utredning og behandling i BUP, i løpet av utredningsperioden må spørres om sitt forhold til rus. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (7), såkalte ROP-lidelser, understreker at pasienter med psykisk lidelse som også har rusproblemer, skal ha samordnet og integrert behandling, og at psykisk helse skal

kartlegges dersom pasienten har rusproblemer. Disse anbefalingene beskriver hva som vil være god faglig praksis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

BUP må ha rutiner som gjør at de fanger opp rusproblematikk blant sine pasienter, og at det ikke blir oversett. Kartlegging kan i prinsippet gjøres av alle ansatte i spesialisthelsetjenesten, men det forutsettes at avdelingsledelsen må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan gjøre slik kartlegging. Dette innebærer at ledelsen må ha tatt stilling til om det kreves egne kurs i rusproblematikk eller om opplæringen skal ivaretas i BUPen. Det må også tas stilling til hvordan slik kompetanse skal vedlikeholdes. I tillegg må det være etablerte rutiner for hvordan slik kartlegging skal gjennomføres.

Det forventes at BUP har rutiner for videre oppfølging dersom det avdekkes rusmisbruk. BUP må ha tatt stilling til hva som trengs av kompetanse for å følge opp identifisert rusproblematikk. Involvert personell må tilbys nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse. Dersom BUP selv ikke har tilstrekkelig kompetanse på vurdering og oppfølging av rusavhengighet, forventes det at man henviser til instans med tilstrekkelig kompetanse.

Kartlegging og oppfølging av rusproblematikk vil være mest aktuelt fra 10-12 års alder og oppover. Det må derfor brukes skjønn ved valg av pasientjournaler. Tilsynet skal ikke ha fokus på hvilke tiltak som iverksettes, men at eventuell rusproblematikk kartlegges og følges opp. Dette kan undersøkes ved å se på minimum 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2. Det er ikke et absolutt krav at alle kartlegges for rusproblematikk. Helsedirektoratets faglige retningslinjer må forstås slik at pasienter som kommer til poliklinikken vanligvis kartlegges med tanke på rusproblematikk, og at det er faglig begrunnet dersom det ikke gjøres. Dersom alle ikke kartlegges og følges opp med tanke på rusproblematikk, må det vurderes om det er faglige begrunnede unntak/enkelthendelser eller om virksomheten har en variabel praksis. Dersom det mangler kartlegging av rusproblematikk i >5 av 30 pasientjournaler, bør det undersøkes om manglende kartlegging virker velbegrunnet. Det vil være aktuelt å bringe dette inn som tema i intervjuer for å få grunnlag/støtte for konklusjonene.

Rutinene for kartlegging og oppfølging av rusproblematikk må følges opp av BUPs ledelse med tanke på om de fungerer og etterleves. Hvis rutinene ikke fungerer og etterleves, må feil og mangler avvikshåndteres.

Kartlegging og eventuell oppfølging skal dokumenteres i pasientens journal.

Kontinuitet og fremdrift i utrednings- og diagnostiseringsarbeidet

Som vist foran i denne veilederen er utredning og diagnostisering av barn og unge med psykiske lidelser en omfattende og sammensatt prosess. Det setter store krav til virksomhetens organisering av arbeidet. Her vil det være mange ”snubletråder” som kan føre til forsinkelser og utsettelse underveis. Samtidig er kravet til høyt tempo et gjennomgående trekk i lovgivningen som rettes mot denne pasientgruppen. Det samme må gjelde for hva som er forsvarlig bruk av tid i utredningsfasen.

Langvarig utredning fører til at behandlingen utsettes, og får dermed betydning for forsvarligheten til tjenesten. Det er et mål at utredning i tillegg til å være faglig god, også må gjennomføres med

tilstrekkelig fremdrift. Potensialet for å forebygge senere psykisk lidelse er stort ved tidlig intervensjon. Svikt i tjenestene vil kunne påføre den enkelte pasient og familie unødvendige belastninger. Konsekvensene kan være alvorlige for resten av livsløpet.

I dette tilsynet ønsker vi å fange opp om virksomheten driver slik at utredningsforløp blir unødige lange. Det foreligger ikke noen alminnelige tidskrav til gjennomføring av utredning innenfor psykisk helsevern for barn og unge i faglige retningslinjer. Vi har tatt utgangspunkt i at store deler av fagmiljøet anser 2 til 3 måneder som en normal utredningstid før diagnose bør foreligge. Dette ser vi sammen med et godt planlagt utredningsforløp med kontinuitet og god fremdrift. Vanligvis planlegges det jevnlig og relativt hyppige konsultasjoner, gjerne med ca. en ukes mellomrom eller oftere.

Den diagnostiske vurderingen skal gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon. BUPer som er godt organisert og godt utstyrt med kompetent personell inkludert spesialister, har dette som regel klart 3-4 uker etter første konsultasjon. For de fleste tilstander vil man kunne ha nok informasjon i løpet av 3 måneder dersom utredningen er systematisk. I praksis betyr dette ofte mellom 8 og 12 konsultasjoner. I Helsedirektoratets beskrivelse av indikatoren: *Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge* (Indikator N-024)², står det at det er et mål at diagnosekodene skal settes seinest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten. Se vedlegg 12. Dersom det tas utgangspunkt i dette målet og at det normalt er konsultasjoner ukentlig eller annenhver uke, se kapittel 2.2, så vil det være et rimelig utgangspunkt at en utredning kan ta ca. 10 til 12 uker. Dette understøtter at diagnose i de fleste tilfeller vil kunne settes i løpet av 3 måneder.

Det vil imidlertid kunne være gode grunner for at utredningsprosessen må ta lengre tid. Noen ganger er det nødvendig med flere konsultasjoner, og noen ganger vil det oppstå påregnelige forsinkelser. Det kan for eksempel dukke opp uforutsette tilstander som krever mer utredning. I noen tilfeller, særlig ved pasientutsatte timer eller omfattende medisinske undersøkelser, vil det kunne ta et par måneder ekstra.

Det er viktig å unngå lange pauser i utredningen på grunn av ikke tilstrekkelig:

- Planlegging og organisering av prosessen
- Kapasitet
- Tilgang på nøkkelkompetanse
- Oppfølging av pasienter som ikke møter

Det må forventes at BUP har satt mål om hvor lang tid det normalt bør ta før det skal foreligge en diagnose, og at de har rutiner som sikrer at de fleste av deres pasienter faktisk får en diagnose i løpet av den tiden. BUP må ha rutiner som sikrer at pasientene ikke får unødige opphold i sin utredning. Den enkelte pasients utrednings-/behandlingsplan må gjenspeile at det er en planlagt progresjon i utredningen. BUPs ledelse må følge med på om de holder seg innenfor planlagt og vedtatt tidsramme. Se også IS-1570 (1). Ledelsen må ha

² <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/N-024-Registrering.pdf>

rutiner for å fange opp og iverksette nødvendige tiltak dersom utredningsperioden tar for lang tid.

Under tilsynet skal det undersøkes om utredningen skjer på en planlagt og systematisk måte uten unødige ”pauser” i opplegget, og om det er en styrt prosess. Tidsangivelser kan være en indikator som kan si noe om dette, men tilsynslaget må foreta en helhetsvurdering. Det anbefales å undersøke minst 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2. I journaler der diagnose er satt (på alle 6 akser) innen 3 måneder, er det liten grunn til å undersøke dette nærmere. 3 måneder er ingen absolutt grense, men det er vanskelig å angi en høyere grense da det kan oppfattes som uforsvarlig i deler av fagmiljøet. Det er viktig ikke å bli absolutt på tid. Praksis må derfor også måles mot andre kriterier. I journaler med lengre utredningsforløp enn 3 måneder, må det undersøkes om det er pauser i utredningsprosessen som virksomheten med bedre styring burde ha forebygget. Ta utgangspunkt i konkrete ”case” fra journalmaterialet, og følg dette opp i intervjuer der det undersøkes hvordan dette styres og følges opp av BUPs ledelse. Dersom det planlegges med noe lengre løp enn 3 måneder, og planene etterleves og følges opp, bør det ikke konkluderes med avvik. Målet er å fange opp virksomheter der utredningsløpet drar ut i tid på grunn av mangelfull planlegging, kapasitet og kompetanse med videre.

Ved behov for ytterligere verifikasjon kan det søkes etter journaler der det ikke er satt diagnose. Det er egen kode når det ikke er satt diagnose, og også egen kode der det ikke er nok opplysninger til å kode. Derfor er disse journalene mulige å søke opp både i BUPdata og DIPS BUP system som er de to pasientadministrative datasystemene som er aktuelle innenfor dette fagområdet.

Det må undersøkes gjennom intervjuer med BUP leder og overordnede ledere for BUP virksomheten om ledelsen i helseforetaket etterspør data om utredningstid og om BUP ledelsen skal rapportere slike data.

Dette er et krevende vurderingstema i tilsynet! For rigid tilnærming til dette temaet kan føre til diskusjoner i sluttmøtet som tilsynslaget kan ha vansker med å håndtere. Ved å etablere en felles virkelighetsforståelse med virksomheten gjennom intervjuer om at foreliggende praksis ikke er akseptabel, og at det får konsekvenser for pasientene, vil det bli lettere å håndtere dette temaet.

Pasienter og foresatte som ikke møter til avtalte timer

Generelt vil det være pasientens ansvar å møte til avtalt tid. Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge (og psykisk helsevern for øvrig), vil manglende vilje/evne til å nyttiggjøre seg tjenestene kunne være en del av sykdomsbildet/problematikken. Det legges derfor til grunn at PHBU har et selvstendig ansvar for å følge opp manglende oppmøte. Pasienter og foresatte som ikke møter til avtalte timer er et hyppig problem.

BUP skal ha rutiner for hvordan de skal følge opp pasienter og foresatte som ikke møter til avtalte timer. Dette gjelder timer både til utredning og behandling. Rutinene må inkludere informasjon til pasient og/eller foresatte om hva som vil skje i ulike konkrete tilfeller dersom de ikke møter til avtalte konsultasjoner. BUPs ledelse må følge opp at rutinen etterleves, og avviksbehandle eventuelle brudd på rutinen.

Vanlig praksis er gjerne å ta kontakt med pasient/foresatte for å finne frem til hensiktsmessige løsninger. Hvis det ikke oppnås kontakt og dette skjer flere ganger etter hverandre, må det forventes at BUP gjør en vurdering av om det for eksempel er aktuelt å sende bekymringsmelding til barnevernet, jf. *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) § 33 andre ledd.

Det må forventes at rutinen inkluderer retningslinjer for når og hvordan BUP skal sende bekymringsmeldinger til barnevernet.

2.4 Behandling

Følgende forhold skal undersøkes:

- **Involveres pasient og foresatte i planlegging av behandlingen?**
- **Tilrettelegges det for nødvendig samhandling mellom BUP og førstelinjetjenesten, også skole/PPT og barneverntjenesten når det er nødvendig for god behandling?**

Det skal undersøkes om ledelsen på ulike organisatoriske nivå styrer og følger opp disse kritiske trinnene i pasientforløpet slik at helseforetakets praksis på disse områdene er robust.

Bakgrunnsinformasjon

Behandling av barn og ungdom i BUP må tilpasses den enkeltes symptomer, utviklingsnivå og livssituasjon. Samarbeid med foresatte er ønskelig og også nødvendig i de aller fleste tilfeller. Hos ungdom vil graden av involvering av foresatte i økende grad være avhengig av ungdommens samtykke.

Behandlingen avhenger av hvilken tilstand barnet eller ungdommen søker hjelp for. Hyppighet av kontakt vil også variere med hvilken behandling som er hensiktsmessig for den enkelte pasient og familie. I noen tilfeller vil for eksempel foreldre komme til samtaler uten barnet, eller behandlingen vil i perioder i hovedsak bestå av kontakt med andre instanser. Behandling i BUP skal være tverrfaglig, og ta hensyn til barnets symptombilde, utviklingsnivå, familie, sosial situasjon og skolesituasjon.

Behandling rettet mot familie og skole står sentralt i barne- og ungdomspsykiatrien. Behovet for behandling i hjem og skole vil avhenge av om barnet har tilleggsproblemer og av forhold i familien. For mange foreldre vil metoder for å håndtere vanskelig adferd og regulere følelser, være nyttig. Familierapi kan være nyttig der det er ønskelig å bedre kommunikasjonen i familien. Mange barn med for eksempel ADHD vil ha behov for tilrettelegging i skole eller i barnehage. Pedagogisk hjelp til strukturering av innlæring, tettere oppfølging av eleven, individuell opplæringsplan og bruk av hjelpemidler som PC, er tiltak som kan bedre skolesituasjonen. For barn i barnehage kan det være nødvendig med ekstra pedagogisk personell, og tilrettelegging av overgang fra barnehage til skole (8). Se vedlegg 4 og 5.

Brukermedvirkning

Pasient- og bruker har i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet i BUP skal så langt mulig utformes i samarbeid med pasient og foresatte som også har rett til å få informasjon om og innsikt i pasientens helsetilstand, jf. §§ 3-2 og 3-3 i samme lov. Pasienter/foresatte skal bli tatt med på råd, og de skal

ha mulighet til å uttale seg om det som skal foregå. BUP skal utarbeide en behandlingsplan i samarbeid med pasient og foresatte, jf. IS-1570 (1) side 32 og 33.

Virkosomheten skal ha rutiner som sikrer brukermedvirkning i utarbeidelsen av behandlingsplan. BUPs ledelse må følge opp at rutinene etterleves. Dersom vedtatte rutiner ikke etterleves, forventes det at forholdene avviksbehandles.

Praksis knyttet til brukermedvirkning ved utarbeidelse av behandlingsplaner, kan verifiseres ved gjennomgang av minimum 15 journaler fra hver av de to pasientgruppene som er beskrevet i kapittel 1.2. I tillegg styrkes faktagrunnlaget ved å se på aktuelle skriftlige prosedyrer som styrer dette området samt gjennom intervjuer. Disse kildene gir informasjon om hvordan ansatte i BUP jobber, og hvordan arbeidet er styrt.

I forberedelsen av tilsynet vil det kunne være nyttig å innhente informasjon fra pasienter/foresatte om hvilke erfaringer de har med brukermedvirkning. Mange BUPer har egne brukerråd/brukerutvalg som vil kunne være nyttige informanter eller bistå med å knytte kontakt med aktuelle pasienter/foresatte.

BUP må legge til rette for at pasienter og foresatte får reelle muligheter til innflytelse på utforming av tjenestene. Brukermedvirkning innebærer rett til å medvirke i alle faser av et behandlingsforløp.

Tilbakemeldinger fra pasient/foresatte om uønskede opplevelser og hendelser, og generelt om forhold de er misfornøyd med i møtet med BUP, må følges opp i behandlingen, og også benyttes i BUPs generelle forbedringsarbeid. Nødvendige korrigerende og forebyggende tiltak må iverksettes når det er behov for å endre rutiner. BUPs ledelse må ha etablert rutine for pasient- og brukermedvirkning, og også følge opp at rutinen fungerer.

Det må undersøkes om BUP har rutiner for å fange opp tilbakemeldinger fra pasient/foresatte, om rutinen etterleves, at slike hendelser avviksbehandles på tilsvarende måte som andre avdekte interne avvik og at det i oppfølgingen inngår en vurdering av om pasientens behandlingssopplegg eventuelt må justeres.

Samhandling med andre tjenesteytere om individuell plan

Et godt tjenestetilbud til barn og unge med psykiske lidelser forutsetter et nært samarbeid med barnets foresatte og andre aktører i barnets miljø. Blant disse kan nevnes barnehage, skole, PPT, helsestasjon, fastlege og barnevern.

BUP må legge til rette for nødvendig samarbeid og samhandling med de ulike instansene. Individuell plan er et verktøy for å få til slik samhandling. I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, jf. psykisk helsevernloven § 4-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, står det følgende: ”Helseforetaket skal utarbeide individuell plan (IP) for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.” Videre står det at ”dersom en pasient har behov for tjenester etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen,

og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan”. Følgelig skal det alltid gjøres en vurdering av om det er behov for individuell plan. Utarbeidelse av en slik plan krever samtykke fra pasient/foresatte. Ettersom denne pasientgruppen oftest også har behov for tjenester etter helse- og omsorgsloven, vil opprettelse av individuell plan som regel være kommunens ansvar. Det er derfor denne problemstillingen som skal undersøkes i tilsynet.

Den enkelte behandler skal ta ansvar for at det startes et arbeid med å opprette individuell plan der pasient/foresatte har rett på og ønsker dette. BUP må ha rutiner som sikrer at de varslers kommunen om behov for opprettelse av individuell plan, og at de deltar i arbeidet i de tilfellene førstelinjetjenesten har ansvar for opprettelsen. BUPs ledelse må følge opp at rutinene fungerer og etterleves, og avviksbehandler det som ikke fungerer. Det er entydig hvem som skal følge opp slik kontakt med førstelinjetjenesten, og hvordan det skal gjøres.

I dette tilsynet skal det ikke undersøkes om den enkelte pasient har IP, men at BUP har rutiner som sikrer opprettelse av individuell plan når det er behov for det. Dette undersøkes gjennom intervjuer og ved å se på eventuelle skriftlige prosedyrer.

2.5 Avslutning og oppfølging av behandling

Følgende forhold skal undersøkes:

- **Utskrives pasientene i samarbeid med pasient/foresatte og førstelinjetjenesten/ eventuelt psykisk helsevern for voksne?**

Det skal undersøkes om ledelsen på ulike organisatoriske nivå styrer og følger opp disse kritiske trinnene i pasientforløpet slik at helseforetakets praksis på disse områdene er robust.

Bakgrunnsinformasjon

Både underveis i og ved avslutning av et behandlingsforløp i BUP, skal samhandling med førstelinjetjenesten og andre relevante samarbeidspartnere være i fokus. BUP er et ledd i en behandlingsskjede, og overføring av informasjon og kunnskap er vesentlig for å sikre helhetlig behandling og oppfølging. Samhandling mellom og innad i de ulike tjenestene, er avgjørende for at barnet/ungdommen skal få god nok oppfølging. Aktuelle samarbeidspartnere vil befinne seg i følgende tre kjeder: En behandlingsskjede, en omsorgsskjede og en pedagogisk kjede (1).

- I behandlingsskjeden finner man fastlege/helsestasjonslege og annet helsepersonell i førstelinjen som helsesøster, psykolog, fysioterapeut og kommunal psykiatritjeneste. Helsepersonell i andre deler av spesialisthelsetjenesten kan også være aktuelle samarbeidspartnere.
- I omsorgsskjeden vil foreldre/pårørende være sentrale, og ofte sammen med utvidet familie og venner. Barnevernstjenesten overtar i noen tilfelle omsorgsoppgaver. Barn har rett på god omsorg, og av og til på bestemte stønader. Samarbeid med barnevern, kommunale omsorgstjenester og NAV blir derfor aktuelt i mange saker.
- I pedagogisk kjede vil barnehage, skole og PPT være vesentlige samarbeidspartnere da det ofte vil være behov for at skolen forstår og tilrettelegger for barn og unge med vansker, både faglig, sosialt og adferdsmessig.

Samhandling mellom og innad i de ulike tjenestene (kjedene) er avgjørende for at barnet/ungdommen skal få god nok oppfølging.

Avslutning i samarbeid med pasient/foresatte

Behandlingen i BUP skal avsluttes i samråd med pasient/foresatte, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pasient/foresatte har krav på informasjon om pasientens helsetilstand, jf. samme lov §§ 3-2 og 3-3. Det er vanlig at det gjennomføres en avslutningssamtale med pasient og foresatte, og at den tar utgangspunkt i behandlingsplanen.

Spesialist skal være involvert i beslutning om avslutning. Se kapittel 2.2 og 2.3 om bruk av spesialistkompetanse og alternative måter det kan gjøres på. Tilsvarende gjelder her. Det forventes at BUP har innarbeidede rutiner for hvordan avslutningen skal skje, hvordan det sikres at pasient og foresatte involveres i beslutningen og at behandlingsplanen inngår i vurderingen av om behandlingen skal avsluttes.

Avslutning i samarbeid med førstelinjetjenesten og andre aktuelle tjenestetilbud

Utskrivelsen skal planlegges slik at oppfølging i førstelinjen er sikret før avslutning i BUP. Dersom pasienten ikke motsetter seg det, er det vanlig at BUP arrangerer et samarbeidsmøte med pasient, foresatte og oppfølgende instanser i førstelinjen, også eventuelt skole/PPT og barnevern før avslutning av behandlingen. Ved eventuell overføring av pasienter mellom 18 og 23 år til psykisk helsevern for voksne (PHV), skal det også der etter samtykke fra pasienten, sikres oppfølging gjennom for eksempel et samarbeidsmøte mellom BUP og PHV.

BUP må ha rutiner som sikrer oppfølging i førstelinjetjenesten eller eventuelt i psykisk helsevern for voksne når behandlingen avsluttes i BUP.

Epikrisen kan gi indikasjon på om det sikres nødvendig samarbeid i avslutningsfasen.

2.6 Helseforetakets overordnede styring og oppfølging av psykisk helsevern for barn og unge

Helseforetakene har ansvar for at kravene i lovgivningen etterleves. Administrerende direktør har det overordnede ansvaret, og forventes å lede, organisere og styre driften slik at det sikres faglig forsvarlig pasientbehandling. Dette skal i tråd med myndighetskravene blant annet ivaretas gjennom et fungerende kvalitetsstyringssystem som er etablert i hele organisasjonen, og som tilfredsstiller kravene i internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten §§ 4 og 5. Delegerte oppgaver må på alle organisatoriske nivåer følges opp ved hjelp av rapporteringssystemer og møtevirksomhet. Det forventes spesiell oppmerksomhet rundt risikoområder.

Helseforetaket skal sørge for at pasientforløpene innenfor psykisk helsevern for barn og unge preges av god fremdrift, kontinuitet og kvalitet. Helseforetakets ledelse har det overordnede ansvaret for å følge opp at deres BUP tilbud er dimensjonert og styrt på en slik måte at:

- Etablerte utrednings- og behandlingsopplegg er resultat av en felles praksis og ikke av mange enkeltpraksiser.

- Lovfestede tidsfrister overholdes.
- Utredningsforløpet er godt planlagt og preget av god fremdrift, kontinuitet og kvalitet slik at det settes diagnoser innen akseptabel tid og i tråd med føringene i multiaksialt diagnosesystem om bred og tverrfaglig utredning.
- Det tilrettelegges for nødvendig samhandling med andre involverte instanser, inkludert utarbeidelse av individuell plan når pasienten har krav på og ønsker det.
- Det ved utskriving sikres nødvendig oppfølging fra neste ledd i behandlingsskjeden.

Det forventes at helseforetakets ledelse informeres og involveres dersom slike kritiske faktorer i pasientforløpet ikke fungerer, og at det er etablert rutiner for slik rapportering. Det forventes også at helseforetakets ledelse tilrettelegger for og følger med på at BUP har nødvendig kompetanse inkludert nødvendig tilgang på psykologspesialist og barne- og ungdomspsykiater. Den operative ledelsen av PHBU i helseforetaket vil normalt ivaretas av klinikkjef eller tilsvarende. Administrerende direktør må først og fremst forventes å ha informasjon om og være involvert i forhold til problemer som ikke løses lokalt.

Helseforetakets ledelse bør intervjues om hvordan de styrer og følger opp virksomheten i BUP. Tilsynslaget bør særlig konsentrere intervjuene om de av områdene nevnt ovenfor i dette kapitlet, der tilsynet har avdekket svikt eller for høy risiko for svikt.

Avdelingsleder i BUP forventes å etablere nødvendige organisatoriske strukturer og rutiner for å sikre at hele pasientforløpet preges av god fremdrift og kontinuitet. Videre skal det sikres god kvalitet i arbeidet inkludert nødvendig samhandling både med pasient, foresatte og førstelinjetjenesten, inkludert skole/PPT og barnevern når det er aktuelt. Dette innebærer at det skal etableres nødvendige rutiner, jf. kapittel 2.2 til 2.5, og ledelsen må følge opp at rutinene er kjent, etterleves og fungerer etter hensikten.

BUPs ledelse må dessuten ha innarbeidede rutiner for hvordan uønskede hendelser skal fanges opp, og hvordan det skal sikres at det iverksettes nødvendige tiltak for å hindre at det skjer på nytt. Det forventes at BUP avvikshåndterer brudd på vedtatte rutiner og når lovpålagte tidsfrister i pasientforløpet ikke overholdes. Det forventes også at avvik som ikke kan løses innenfor BUPs ansvarsområde og rammebetingelser, blir rapportert til helseforetakets ledelse, og at helseforetakets ledelse bidrar til å finne en løsning. Dette gjelder særlig avvik som truer pasientsikkerheten inkludert avvik der pasientrettigheter ikke ivaretas.

Ledelsen ved BUP skal etter behov gjennomføre interne revisjoner eller andre kontrolltiltak for å sikre at vedtatte rutiner etterleves og at gjeldende praksis har rett kvalitet. Kompetanse- og tidsstyring er særlig kritiske områder som det forventes god oppfølging av. Disse temaene vil også ha en naturlig plass i ledelsens årlige gjennomgang av om kvalitetsstyringssystemet fungerer hensiktsmessig eller om det må gjøres noen overordnede grep for å sikre at helseforetakets BUP tjenester er i tråd med gjeldende regelverk og er

faglig forsvarlige. Det forventes at beslutninger om slike vedtak følges opp av BUPs ledelse og at helseforetakets ledelse involveres når det er nødvendig for å rette opp feil og mangler ved tjenestene.

BUPs ledelse bør intervjues om hvordan de styrer og følger opp virksomheten i BUP. Det skal undersøkes om vedtatte rutiner (de som er relevante for tilsynets tema) etterlevs, og om og hvordan BUPs ledelse skaffer seg oversikt over det. Videre skal det undersøkes om eventuelle avvik fanges opp og følges opp med tanke på nødvendige korrigerende og forebyggende tiltak. Det skal også undersøkes hva slags svikt og mangler som skal rapporteres videre til helseforetakets ledelse, og hvordan slike saker eventuelt følges opp.

3 Tilsynets revisjonskriterier, oppsummering av kapittel 2

3.1 Generelt om forståelse og bruk av revisjonskriteriene

I kapittel 3.2 presenteres revisjonskriteriene samlet, det vil si alle sjekkpunktene (målestokkene) som helseforetakets praksis skal måles mot for å kunne konkludere om praksis er god nok og robust nok eller ikke. Det skal undersøkes om helseforetakets internkontroll sikrer at ulike faser i pasientforløpet innen psykisk helsevern for barn og unge er forsvarlige inkludert at de preges av brukermedvirkning og samhandling med andre tjenesteytere. Dette er visualisert i figuren nedenfor der den horisontale linja representerer internkontrollen og den vertikale linja representerer de faglige områdene, se nærmere beskrivelser i kapittel 2. I praksis innebærer dette at kravene relatert til den horisontale linja må undersøkes mot kravene relatert til den vertikale linja for å undersøke om tjenestene er tilstrekkelig styrt og fulgt opp av ledelsen både i BUP og i helseforetaket.

Faglig forsvarlige tjenester

IK Psykisk helsevern	Organi- sering Planlegging Ansvar	Tverrfaglige behandlings- team Kompetanse	Tilrette- legging for god praksis Rutiner	Avviks- behandling Oppfølging av uønskede hendelser	Ledelsens styring og oppfølging av risikoomr.
<u>Kap. 2.2:</u> Mott. og vurd. av henvi- sn.	Revisjonskriterier kapittel 3.2				
<u>Kap. 2.3:</u> Utredn. og diagnosti- sering					
<u>Kap. 2.3:</u> Behandling					
<u>Kap. 2.4:</u> Avslutn. og oppfølging av behandling					

Hvert revisjonskriterium representerer ikke nødvendigvis et avvik alene, men kan representere et symptom på en større svikt eller fare for større svikt. Helseforetakets psykiske helsevern for barn og unge må vurderes opp mot alle revisjonskriteriene for å kunne danne et godt bilde av om tjenestene er forsvarlige eller ikke, følgelig også hvilke tjenester som eventuelt ikke er robuste nok, det vil si ikke er tilstrekkelig sikret gjennom internkontrollen.

Avvikene (konklusjonene) skal ikke være formulert mer omfattende enn det funnene (faktagrunnlaget/bevisene) tilsier. Med mindre annet er angitt i kriteriene, er hjemmelen kriteriene bygger på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Alle krav til styring er hjemlet i internkontrollforskriften i sosial- og helsetjenesten § 4.

3.2 Tilsynets revisjonskriterier

NB! I gjennomgangen av kravene i kapittel 2.2 til 2.6 fremgår det avveininger og nyanser som det er viktig å ha med ved anvendelse av kravene. Kriteriene nedenfor er en oppsummering av kravene der disse nyansene og avveiningene blir litt borte. Kriteriene MÅ derfor leses i sammenheng med kapitlene 2.2 til 2.6!

Helseforetaket sørger for at mottak og vurdering av henvisninger til BUP danner et godt grunnlag for forsvarlig utredning og diagnostisering av barn og unge med psykiske problemer ved at:

- Alle henvisninger vurderes innen 10 virkedager fra henvisningen mottas, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og prioriteringsforskriften §§ 4 og 4a. Innen denne tiden vurderes det om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Vurderingen foretas raskere dersom forsvarlighetstilsyn tilsier det. Dersom henvisningene er mangelfulle, innhentes supplerende opplysninger slik at også disse vurderes innen 10 virkedager.
 - BUP sørger for at registrering av henvisninger utføres av personell som har fått tilstrekkelig opplæring.
 - Henvisningene gjennomgås fortløpende (flere ganger i uka) for å fange opp øyeblikkelig hjelp og for å sikre at alle henvisninger kan vurderes innen 10 virkedager. BUP har klare rutiner for hvem som skal foreta den første gjennomgangen og vurderingen av henvisningene, og hvordan dette arbeidet skal gjøres. Gjennomgangen foretas av psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater, alternativt andre erfarne behandlere/fagfolk.
 - Mangelfulle henvisninger returneres/avvises ikke. Henvisninger fra barnevernet vurderes på samme måte som andre henvisninger, også dersom henvisningene er mangelfulle.
 - Det er entydig hvem som skal følge opp mangelfulle henvisninger.
- Det gjøres individuelle vurderinger ved fastsettelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp (utredning og/eller behandling), jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b og prioriteringsforskriften § 4. Fristen overstiger ikke 65 virkedager regnet fra den datoen det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften § 4a.
 - Pasienter med mistanke om moderat til alvorlig depresjon venter maksimalt 20 virkedager (4 uker).
 - Pasienter med mistanke om lett depresjon venter maksimalt 60 virkedager (12 uker).
- BUPs ledelse sørger for innarbeidede rutiner

- for hvordan registrering av henvisninger skal foregå, hvordan det skal sikres godt nok grunnlag for vurdering av henvisninger, hvordan det skal sikres at eventuelt behov for øyeblikkelig hjelp fanges opp og at 10 dagers fristen overholdes.
- som sikrer at det ligger en individuell forsvarlighetsvurdering bak fastsettelse av fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp (første konsultasjonstime). Spesialist (psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater) involveres i slike vurderinger.
- for hvordan svikt og mangler ved mottak og vurdering av henvisninger skal fanges opp, og hvordan det skal sikres at det iverksettes nødvendige tiltak for å hindre at det skjer på nytt.
- Helseforetakets ledelse tilrettelegger for og følger med på at
 - det er etablert rutiner for mottak og vurdering av henvisninger.
 - BUP har nødvendig kompetanse inkludert nødvendig tilgang på psykologspesialist og barne- og ungdomspsykiater.
 - BUP er dimensjonert og styrt på en slik måte at lovfestede tidsfrister overholdes både ved vurdering av henvisninger og fastsettelse av frist for oppstart av nødvendig helsehjelp.

Helseforetaket sørger for at utredning og diagnostisering av barn og unge i BUP danner et godt grunnlag for forsvarlig behandling ved at:

- Første konsultasjon gjennomføres før fristen for oppstart helsehjelp utløper, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b.
 - BUP har rutiner som sikrer at fastsatte frister overholdes. BUPs ledelse følger med på virksomhetens praksis for overholdelse av frister. Ordninger for rapportering til helseforetakets ledelse foreligger.
- Rettighetspasienter har prioritet i hele utrednings- og diagnostiseringsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. Utrednings- og diagnostiseringsforløpet er planlagt og strukturert, og preges av god fremdrift og kontinuitet.
 - Første konsultasjon er en reell oppstart av nødvendig helsehjelp, og etterfølges av jevnlig konsultasjoner.
 - De fleste pasientforløpene preges av hyppige kontakter med konsultasjoner ukentlig eller hver andre uke. Lengre opphold har sin faglige begrunnelse eller sin årsak i pasientutsatte timer.
- Utredningen foregår tverrfaglig, og gjennomføres etter en plan som vanligvis inneholder informasjon om planlagte utredninger, fagpersoner som skal delta i utredningen og tidspunkt for planlagt ferdigstilling av utredningen.
 - BUP har rutiner for etablering av utredningsplaner. BUPs ledelse følger opp at det etableres slike planer, og at planene etterleves.
 - Funn og resultater drøftes tverrfaglig underveis i utredningen. Psykologspesialist og/eller barne- og ungdomspsykiater involveres i diagnostiske vurderinger.
- Diagnostisering baseres på systematisk og tverrfaglig utredning av følgende områder:
Klinisk psykiatrisk syndrom, spesifikke utviklingsforstyrrelser, psykisk

- utviklingshemming/intelligensnivå, somatiske tilstander, avvikende psykososiale forhold og global vurdering av funksjonsnivå (CGAS).
- Utredningen resulterer i konklusjoner/diagnoser på alle 6 områdene (aksene), og danner grunnlag for valg av behandlingsopplegg.
 - BUP har rutiner for hvordan diagnostikk skal foregå.
 - Ledelsen følger opp at vedtatte rutiner etterleves, og at det konkluderes/settes diagnoser på alle 6 utredningsområdene.
- BUPs pasienter kartlegges for selvmordsproblematikk fra 10-12 årsalderen, og følges opp med tanke på slik risiko når det identifiseres.
 - BUPs ledelse har tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan og skal gjøre slik kartlegging samt hvem som kan og skal følge opp identifisert selvmordsrisiko. BUPs ledelse følger opp at involvert personell har tilstrekkelig kompetanse inkludert at vurdering av avdekket selvmordsrisiko gjøres av lege eller psykolog etter opplæring.
 - BUPs ledelse sørger for innarbeidede rutiner for kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk.
 - BUPs pasienter kartlegges for rusproblematikk fra 10-12 årsalderen, og følges opp med tanke på slik problematikk når det avdekkes.
 - BUPs ledelse har tatt stilling til hva som trengs av kompetanse og hvem som kan og skal gjøre slik kartlegging samt hvem som kan og skal følge opp avdekket rusproblematikk. BUPs ledelse følger opp at involvert personell har tilstrekkelig kompetanse.
 - BUPs ledelse sørger for innarbeidede rutiner for kartlegging og oppfølging av rusproblematikk.
 - BUPs utrednings- og diagnostiseringsarbeid preges av kontinuitet og fremdrift
 - Vanligvis planlegges det jevnlig og relativt hyppige konsultasjoner, gjerne med ca. en ukes mellomrom eller oftere.
 - Den diagnostiske vurderingen gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon.
 - BUP har satt mål om hvor lang tid det normalt skal ta før det foreligger en diagnose, og har rutiner som sikrer at de fleste av deres pasienter faktisk får en diagnose i løpet av den tiden.
 - BUPs ledelse følger med på at de holder seg innenfor planlagt og vedtatt tidsramme.
 - BUPs ledelse har rutiner for å fange opp og iverksette nødvendige tiltak dersom utredningsperioden tar for lang tid.
 - Pasienter og foresatte som ikke møter til avtalte konsultasjoner, følges opp av BUP.
 - BUP har rutiner for hvordan de følger opp pasienter/foresatte som ikke møter til avtalte utrednings- (og behandlings)timer.
 - Rutinene inkluderer retningslinjer for når og hvordan BUP skal sende bekymringsmeldinger til barnevernet, jf. helsepersonelloven § 33.
 - Pasienter/foresatte er kjent med BUPs rutiner for oppfølging av manglende oppmøte.
 - BUPs ledelse sørger for innarbeidede rutiner

- som sikrer at pasientene ikke får unødige opphold i sin utredning på grunn av mangelfull planlegging, kapasitet og kompetanse.
- som sikrer at spesialist (psykologspesialist og/eller barne- og ungdomspsykiater) involveres i diagnostisk vurdering og diagnosesetting.
- for hvordan svikt og mangler i utrednings- og diagnostiseringsfasen skal fanges opp, og hvordan det skal sikres at det iverksettes nødvendige tiltak for å hindre at det skjer på nytt.
- Helseforetakets ledelse tilrettelegger for og følger med på at
 - det er etablert rutiner for utredning og diagnostisering.
 - BUP har nødvendig kompetanse inkludert nødvendig tilgang på psykologspesialist og barne- og ungdomspsykiater.
 - BUP er dimensjonert og styrt på en slik måte at utredningsforløpet er godt planlagt og preget av god fremdrift, kontinuitet og kvalitet slik at det settes diagnoser innen akseptabel tid og i tråd med multiaksialt diagnosesystem.

Helseforetaket sørger for at pasient og foresatte involveres i planlegging av behandlingen. Ved behov samhandles det med førstelinjetjenesten, skole/PPT og barneverntjenesten. Dette sikres ved at:

- BUP legger til rette for at pasienter og foresatte har reell mulighet til innflytelse på utforming av tjenestene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1, 3-2 og 3-3.
 - BUP utarbeider behandlingsplaner i samråd med pasient og foresatte. BUP har rutiner for slik pasient- og brukermedvirkning.
 - Tilbakemeldinger fra pasient/foresatte om uønskede opplevelser og hendelser, og generelt om forhold de er misfornøyd med i møtet med BUP, avviksbehandles på tilsvarende måte som avdekte interne avvik. I oppfølgingen inngår en vurdering av om pasientens behandlingsopplegg eventuelt må justeres.
- BUP legger til rette for nødvendig samarbeid og samhandling med aktuelle tjenesteytere som for eksempel kommunehelsetjenesten, skole/PPT og barnevern.
 - Den enkelte behandler tar ansvar for at det startes et arbeid med å opprette individuell plan der pasienten har behov for langvarige og koordinerte tilbud, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Den enkelte behandler starter arbeidet med å opprette individuell plan der pasient/foresatte har rett på og ønsker dette.
 - BUP har rutiner som sikrer at de varsler kommunen om behov for opprettelse av individuell plan, og at de deltar i arbeidet i de tilfellene førstelinjetjenesten har ansvar for opprettelsen. Det er entydig hvem som skal følge opp slik kontakt med førstelinjetjenesten, og hvordan det skal gjøres.
- BUPs ledelse sørger for innarbeidede rutiner for hvordan svikt og mangler i behandlingsfasen skal fanges opp, og hvordan det skal sikres at det iverksettes nødvendige tiltak for å hindre at det skjer på nytt.
- Helseforetakets ledelse tilrettelegger for og følger med på at
 - det er etablert rutiner for brukermedvirkning i behandlingsforløpet.

- BUP er dimensjonert og styrt på en slik måte at det i behandlingsforløpet tilrettelegges for nødvendig samhandling med andre involverte instanser, inkludert utarbeidelse av individuell plan når pasienten har krav på og ønsker det.

Helseforetaket sørger for kontinuitet i behandlingstilbudet til barn og unge når behandlingen i BUP avsluttes. Det samarbeides med førstelinjetjenesten eller alternativt psykisk helsevern for voksne. Dette sikres ved at:

- Behandlingen avsluttes i samråd med pasient og foresatte, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pasient/foresatte får informasjon om pasientens helsetilstand jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-3.
- Utskrivelsen planlegges slik at oppfølging i førstelinjetjenesten, også eventuelt skole/PPT og barnevern, eller alternativt psykisk helsevern for voksne, er sikret før avslutning i BUP.
- BUPs ledelse sørger for innarbeidede rutiner
 - for hvordan avslutningen skal skje, hvordan det sikres at pasient og foresatte involveres i beslutningen og at behandlingsplanen inngår i vurderingen av om behandlingen skal avsluttes.
 - som sikrer pasienten oppfølging i førstelinjen eller alternativt i psykisk helsevern for voksne.
 - som sikrer at spesialist (psykologspesialist eller barne- og ungdomspsykiater) involveres i vurderingen av om behandling skal avsluttes.
 - for hvordan svikt og mangler i avslutningsfasen skal fanges opp, og hvordan det skal sikres at det iverksettes nødvendige tiltak for å hindre at det skjer på nytt.
- Helseforetakets ledelse tilrettelegger for og følger med på at
 - det er etablert rutiner for avslutning av behandlingen i BUP.
 - BUP har nødvendig kompetanse inkludert nødvendig tilgang på psykologspesialist og barne- og ungdomspsykiater.
 - BUP er dimensjonert og styrt på en slik måte at det ved utskrivning sikres nødvendig oppfølging fra neste ledd i behandlingsskjeden.

4 Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet

4.1 Bakgrunn for valg av tilsynsopplegg

Tilsynets målsetting er å stimulere til nødvendige forbedringsaktiviteter i alle landets 87 BUPer, og slik bidra til et felles løft i helseforetakenes tjenester til en utsatt og sårbar pasientgruppe. Vi ønsker å tydeliggjøre helseforetakets overordnede ansvar for å legge til rette for og følge opp at deres helsetjenester er i tråd med gjeldende regelverk og er forsvarlige. BUPene er gjerne satellitt-virksomheter plassert et stykke unna helseforetakets sykehus, og kan derfor representere en ekstra styringsutfordring. Det er derfor viktig å undersøke hvordan helseforetakets ledelse engasjerer seg i denne driften, og om de sikrer robuste tjenester av god kvalitet. Vi ser det også som et mål at tilsynet skal bidra til erfaringsoverføringer mellom helseforetakets ulike BUPer.

Ved å kombinere systemrevisjoner med egenvurderinger, ser vi en mulighet for å kunne inspirere helseforetakene til selv å undersøke om deres pasientforløp innenfor psykisk helsevern for barn og unge, er forsvarlige og preges av god fremdrift, kontinuitet og kvalitet. Ved behov og dersom det er mulig ressursmessig, vil oppfølging av funn i noen tilfeller kunne effektiviseres gjennom tilsynsbesøk ved at det tas stikkprøver av virksomhetens praksis. Dette for å se om praksis faktisk er i tråd med gjeldende regelverk på ett eller flere av tilsynets områder, og også for eventuelt å øke forståelsen av hva som skal til for å rette påpekte avvik.

Gjennom dette tilsynsopplegget ønsker vi å vise helseforetakene at vi har tillit til at vi har felles mål om god pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. Derfor velger vi å sende ut egenvurderingsskjemaer sammen med tilsynsvarselet. Dette til tross for at helseforetaket gjennom skjemaet til dels får innblikk i tilsynets temaer. Vi ser det som en fordel om den BUPen der det gjennomføres systemrevisjon, også kan fylle ut et egenvurderingsskjema i forkant av tilsynet. Vi håper at vår åpenhet vil bidra til at helseforetaket ser muligheten til gode forbedringsprosesser som kommer pasientene til gode, snarere enn at de forsøker å ”pynte på resultatene”.

4.2 Tilsynsmetodikk og praktisk gjennomføring av tilsynet

Systemrevisjon skal i dette tilsynet kombineres med bruk av egenvurderingsskjema, og det anbefales å vurdere om det bør gjennomføres stikkprøvetilsyn hos noen BUPer for å følge opp om tilsynet kan avsluttes. I noen tilfeller vil det også kunne være aktuelt å gjennomføre stikkprøvetilsyn hos noen av de BUPene som gir tilbakemelding om at alt er i orden. Dette bør vurderes ut fra behov og ressurstilgang. Tilsynet gjennomføres i 2013 og første halvdel av 2014.

Oversikt over tilsynsopplegget

- Dette er et nytt opplegg for tilsyn som vil kreve innsats fra helseforetaket. Ideen er at helseforetakene skal bli inspirert og motivert til å bidra på frivillig basis. For å få de med tror vi det er klokt å gi en orientering til alle helseforetakene om tilsynsopplegget relativt tidlig, ved hjelp av brev, møter, telefon eller på andre måter, der det informeres om hvordan tilsynet skal gjennomføres og hvilken rolle helseforetaket er tiltenkt.
- Varsel om tilsyn til helseforetaket (systemrevisjon og egenvurderinger) med utsendelse av egenvurderingsskjema.
- Rask oppnevning av en kontaktperson i helseforetaket og i BUPen der det skal være systemrevisjon.
- Formøte (gjerne ved hjelp telefon eller video) der tilsynsopplegget presenteres for helseforetakets overordnede leder for PHBU. Det anbefales at også helseforetakets kontaktperson deltar på dette møtet.
- Helseforetaket følger opp at egenvurderingene gjennomføres i alle helseforetakets BUPer, og at de er klar for overlevering til tilsynslaget på åpningsmøtet. Det kan være aktuelt å be helseforetaket lage en oppsummert fremstilling av resultatene fra egenvurderingsskjemaene.
- Systemrevisjonen forberedes og gjennomføres på vanlig måte. Det som er spesielt her er:
 - Egenvurderingsskjemaene overleveres på åpningsmøtet med mindre det er avtalt en annen løsning.
 - Tilsynslaget foretar en rask gjennomgang av egenvurderingsskjemaene/helseforetakets oppsummering for å få en oversikt over status, forskjeller og likheter.

- Sluttmøte der helseforetakets overordnede leder for PHBU samt alle BUP lederne bør være til stede (eventuelt videooverføring). Sluttmøtet kan ha tre faser/mål: 1) presentasjon og enighet om funn fra systemrevisjonen, 2) kort oversiktspresentasjon og diskusjon av funn fra egenvurderingene, gjerne sett opp mot hverandre og mot funn i systemrevisjonen. Hva er likhetene? Hva er forskjellene? 3) Veien videre for alle BUPene, berede grunnen for et felles oppfølgings- og forbedringsarbeid i helseforetaket.
- Det skal være en samlet oppfølging av resultatene av systemrevisjonene og egenvurderingene i hvert helseforetak. Fylkesmannen sender ut et oversendelsesbrev til helseforetaket der: 1) Endelig rapport fra systemrevisjonen er vedlagt. 2) Helseforetaket bes om å utarbeide en plan for retting ut fra avvikene avdekket gjennom systemrevisjonen og egenvurderingene.
- Oppfølging av påviste avvik i tråd med ”Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter”.

Embetenes koordinering og styring av tilsynet

Det anbefales bruk av regionale tilsynslag, både av hensyn til harmonisering av praksis og av hensyn til sammensetting av tilsynslag med nødvendig kompetanse, se kapittel 4.3. Dette forutsetter utstrakt samarbeid mellom de ulike fylkesmannsembetene både når det gjelder forberedelser, gjennomføring og oppfølging. Det er nødvendig at samarbeidet oppfattes forpliktende. Statens helsetilsyn forventer at tilsynsmyndighetene opptre koordinert, gjør seg godt kjent med hele veilederen for tilsynet og sikrer at forholdene i BUPene blir grundig undersøkt slik at saken er tilstrekkelig opplyst før det trekkes konklusjoner.

4.3 Nødvendig kompetanse i tilsynslagene

Vi har lagt opp til et tilsyn uten bruk av fagrevisor. Det vil likevel være nyttig å ha med en psykiater, psykolog eller annen fagperson med erfaring og innsikt fra dette fagområdet. For øvrig gjelder tidligere anbefalinger for sammensetting av gode og kompetente tilsynslag, se prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon kapittel 5.2.1.

4.4 Tilsynets tidsramme og omfang

Tilsynet skal være gjennomført innen 1. juli 2014. Omfanget av tilsynet tilsier at det er behov for å bruke to hele dager til gjennomføringen av hver systemrevisjon. Der det er praktisk mulig kan det være en fordel å ha sluttmøte dagen etter gjennomføringen, slik at tilsynslaget får mulighet til å planlegge sluttmøtet bedre.

5 Tilsynsrapporter

5.1 Tilsynsrapport fra den enkelte systemrevisjon

Kopi av oversendelsesbrev til helseforetaket og endelige rapporter fra systemrevisjonene oversendes Statens helsetilsyn, postmottak@helsetilsynet.no, så snart de foreligger. Samtidig oversendes kopi av helseforetakets egenvurderingsskjemaer og eventuell oppsummering. Rapporter fra eventuelle stikkprøvetilsyn oversendes fortløpende så snart de foreligger. Det samme gjøres med helseforetakets handlingsplaner som vil være nyttige i Helsetilsynets evaluering av tilsynsopplegget

samt i arbeidet med nasjonal oppsummeringsrapport. Det er kun rapporter fra systemrevisjonene som publiseres på Helsetilsynets nettsider.

5.2 Regional oppsummering

Fylkesmennene bør oppsummere gjennomførte tilsyn i regionen. Oppsummeringen presenteres for det regionale helseforetaket på en egnet måte.

5.3 Nasjonal oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene, egenvurderingene og stikkprøvene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet. Helseforetakenes oppfølging og retting av påpekte avvik vil også inngå i rapporten.

6 Referanser

1. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. IS-1570. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
2. Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge. IS-1581. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. Med: Veiledertabell — Psykisk helsevern for barn og unge. IS-1636. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
3. Retningslinjer for koding. Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Versjon 1.3. Oslo: KITH og Helsedirektoratet, 2008.
<http://www.kith.no/upload/3552/Retningslinjer%20for%20multiaksial%20klass%20BUP%20veir%201%203.pdf> (10.12.2012)
4. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2011.
5. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
6. Stoltenberg SMK. Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2007; (44)1: 11-16.
7. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ROP-lidelser. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
8. Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. IS-1244. Sosial - og helsedirektoratet, 2007.
9. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. NICE guideline. Clinical Guideline 28. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
<http://guidance.nice.org.uk/CG28/niceguidance/pdf/English> (10.12.2012)
10. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Osl: Helsedirektoratet, 2009.

11. Ritvo R. Dynamic psychotherapy for the treatment of depression in youth. I: REY J, Birmaher B, eds. Treating Child and Adolescent Depression. Philadelphia a.o.: Wolters Kluwer 2009:140-150.
12. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatments. A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007; 297: 1683– 1696.
13. Jensen PS et al. The NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA). Rockville, MD: The National Institute of Mental Health (NIMH), 2001. Studien oppdateres på:
<http://www.nimh.nih.gov/trials/practical/mta/multimodal-treatment-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-mta-study.shtml>
14. Gapin JJ, Labban JD, Etnier JL. The effects of physical activity on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: the evidence. Prev Med. 2011; Jun; 52 Suppl 1: S70-4.
15. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; (123)16: 2241-2245.
16. Vedøy T, Skretting A. Ungdom og rusmidler. Sirius Rapport nr. 5, 2009. Oslo: SIRUS, 2009.
17. Bye EK, Østhus S. Alcohol and cannabis use in Norway during the period 1995 -2009. Norsk epidemiologi 2011; (21)1: 67-76.
18. The Drug Situation in Norway 2011. Oslo: SIRUS, 2011.
19. Shaffer D et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Psychopharmacology Bulletin 1985, 21, 747-48. Oversatt av I. H. Vandvik 3.august 2007. (10.12.2012)
20. Wichstrøm L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. Dev Psychol 1999; 35(1): 232–45.
21. Sund AM. Development of depressive symptoms in early adolescence: the youth and mental health study. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2004.
22. Psykiske lidelser hos barn og unge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010.

Referanselisten er felles for veilederen og tilhørende vedlegg.

7 Oversikt over vedlegg til veilederen

1. Møte med fag- og brukerorganisasjoner
2. Henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP skjema)
3. Generelt om utredning og diagnostisering, ulike typer spørreskjema (utredningsinstrumenter)
4. Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med tristhet og mistanke om depresjon
5. Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD
6. Kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk
7. Kartlegging og oppfølging av rusproblematikk

8. Akse 6 – CGAS, multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
9. Oversikt over pasientforløpet, tidsforløp fra henvisning til behandling
10. Landets BUPer
11. Tekst som kan benyttes i tilsynsrapportens kapittel 4: Hva tilsynet omfattet
12. Beskrivelse av indikatoren ”Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern for barn og unge”

Se eget dokument der alle vedleggene er samlet. Kun i intranett