

## **Veileder for landsomfattende tilsyn 2002**

# **Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer**

**Godkjent av avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig 15. april 2002**

Denne veilederen er et arbeidsdokument for tilsynsmyndighetene, og den er skrevet for at Helsetilsynet i fylkenes/fylkesmennenes gjennomføring av tilsynet skal skje likt i hele landet.

Veilederen er ikke skrevet for offentlig publisering. Helsetilsynet legger den likevel på internett, for at grunnlaget for tilsynet skal være offentlig tilgjengelig, og for at de som har ansvar for tjenester og andre kan gjøre seg nytte av innholdet.

## ***Innholdsfortegnelse:***

<b>I.</b>	<b>BAKGRUNN OG MÅLSETTING.....</b>	<b>2</b>
<b>II.</b>	<b>AVGRENSNINGER OG TILNÆRMING.....</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>GJENNOMFØRING.....</b>	<b>4</b>
<b>IV.</b>	<b>VALGTE OMRÅDER – drøfting av lovgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
	<b>Kommunehelsetjenesten:</b>	
	1. Individuelle undersøkelser og oppfølging.....	7
	2. Samarbeid om barn og unge med psykiske problemer.....	10
	3. Individuelle planer.....	12
	<b>Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk:</b>	
	4. Individuelle vurderinger og tilbakemeldinger.....	15
	5. Rett prioritering..	17
	6. Individuelle planer	18
	7. Veiledningsplikten	19
<b>V.</b>	<b>FORBEREDELSE.....</b>	<b>20</b>
<b>VI.</b>	<b>RAPPORTERING.....</b>	<b>21</b>
	<b>Vedlegg 1: Kriterier for prioritering av pasienter innen BUP.....</b>	<b>23</b>

## I. BAKGRUNN OG MÅLSETTING

I opptrappingsplanen for psykisk helse legges det vekt på økt satsing og utbygging av tjenester til barn og unge med psykiske problemer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg har fylkeslegene ut ifra sin kjennskap til helsetjenesten i flere år foreslått å gjennomføre felles tilsyn med denne delen av helsetjenesten. Sosial og helsedepartementet har også gjentatte ganger spilt inn psykiatri, og ulike deler av den, som forslag til tema for tilsyn.

Erfaringene fra helsetjenesten viser at faren for svikt i tjenesteytingen er stor der samarbeidspartene er mange og tiltakene nivåovergrepene. I den nye helselovgevingen er det kommet bestemmelser knyttet til samhandling og pasientrettigheter (vurderingsgaranti, veiledningsplikt og rett til individuell plan) som skal redusere denne risikoen for svikt. Tilsynsmyndigheten har i flere virksomhetstilsyn hatt fokus på samhandling mellom nivåene, men har aldri tidligere gått inn i korresponderende virksomheter i kommune- og spesialisthelsetjeneste samtidig.

På bakgrunn av dette har Helsedirektøren bestemt at det skal gjennomføres:

- Et situasjonsbestemt overordnet faglig tilsyn i 2001. Dvs at det skal lages en ”systematisk oversikt over de viktigste datakilder og faktagrunnlag om psykiske helseforhold og tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser i kommunene og fylkeskommunene” (ref. Helsetilsynets plan for overordnet tilsyn.).
- Felles virksomhetstilsyn i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Mandatet for felles virksomhetstilsyn er slik:

*Det skal utarbeides veileder for felles virksomhetstilsyn med tjenester til barn og unge innen psykisk helsevern. Revisjonen skal omfatte samhandling, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene. Arbeidsgruppen skal velge avgrensninger og innretning av virksomhetstilsynet basert på den samlede vurderingen av tilgjengelig faktagrunnlag. Fylkeslegenes og Sosial- og helsedepartementets innspill til tema for felles tilsyn skal også vurderes og legges til grunn i arbeidet.*

Forberedelse, gjennomføring og rapportering av tilsynet skal være i henhold til vedtatt prosedyre (*Losen: vår etat/felles fylkeslegemeny/tilsynsmeny for fylkeslegene/prosedyrer*) og rapportmal (*fil Ny/ generelt/fylkeslegemal*). Dog vil det være slik at tilsynets fokus på samhandling både innen og mellom nivåene i helsetjenesten gir oss metodiske utfordringer som må møtes og håndteres noe annerledes enn vi er vant til, (jfr. bl.a. kap VI om rapportering.).

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å forberede og gjennomføre disse punktene. Arbeidsgruppens sammensetning: fylkeslege Petter Øgar (leder) Sogn og Fjordane, fylkeslege Odd Herder, Nordland, fylkeslege Helga Arianson, Hordaland (til 01.12.01), underdirektør Lasse Johnsen, Østfold, psykiatrirådgiver Heidi Talsethagen, Troms, John William Glad, Pål Børresen, Kristina Totlandsdal og Heidi Merete Rudi fra Statens helsetilsyn.

Gruppen har valgt å skrive en egen rapport om eksisterende faktagrunnlag innen psykiatrien.

Den overordnede hensikt med tilsynet er å bidra til kontinuerlig forbedring av helsetjenesten. Helsetilsynet og arbeidsgruppen har på bakgrunn av kunnskap om tjenesten og vurdering av risiko og sårbarhet valgt ut hvilke områder som skal undersøkes. På disse områdene skal tilsynet se til at praksis er i tråd med de myndighetskravene som stilles.

## **II AVGRENSNINGER OG TILNÆRMING**

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i behandlingsskjeden med fokus på:

- samarbeid/samhandling
- tilgjengelighet og prioritering
- kompetanse

Samhandling omhandler både spørsmål om samhandlingsstrukturer (møter, rutiner) og omfang, innhold og resultater av de prosesser som foregår innenfor rammen av disse strukturene.

Revisjonen skal rettes mot kommunehelsetjenestens arbeid med barn og unge med psykiske problemer, og deres samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien. Revisjonen skal omfatte hvordan kommunen sikrer at disse barna får individuelle undersøkelser og oppfølging gjennom kommunens styring, organisering og planlegging av tjenestetilbudet i helsestasjon og skolehelsetjeneste og samarbeidet med allmennlegetjenesten.

Barn og unge med tegn til psykiske problemer fanges ofte opp på andre arenaer enn i helsetjenesten, og oppfølgingen på kommunalt nivå vil kreve godt samarbeid mellom kommunens ulike deltjenester. For å belyse samhandlingen innen kommunen fra andre deler enn helsetjenesten, skal fylkeslegen i forbindelse med revisjonen innhente informasjon fra samarbeidspartene pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barnevernet.

Kommunene har frihet til å organisere sitt arbeid med barn og unge på ulike måter. Hvis kommunene har valgt å legge ansvar og oppgaver for barn og unge med psykiske problemer til andre enheter enn helsetjenesten, må det tas hensyn til dette under revisjonen, men det skal ikke føres tilsyn med andre enheters tjenester/tiltak.

I spesialisthelsetjenesten er tilsynet avgrenset til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP). Fylkeslegen skal vurdere hvordan tjenesten sikrer at barn og unge med psykiske problemer får nødvendige spesialisthelsetjenester ved å se på ivaretagelsen av myndighetskravene om rett til vurdering, prioritering, rett til individuell plan og veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten. Disse myndighetskravene er rettet mot BUPP, men dreier seg generelt om samhandling innen og mellom nivåene i helsetjenesten. BUPP samarbeider ikke bare med helsetjenesten i kommunen, men også med sosialtjenesten, barnevernet, skoler og PPT. Informasjonen som innhentes fra PPT og barnevern må også være egnet til å belyse samarbeidet med BUPP.

### III GJENNOMFØRING

Det skal i alle fylker gjennomføres revisjoner ved to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUPP), og med to samarbeidende kommuner for hver enkelt BUPP. Triaden en BUPP og to kommuner skal gjennomføres som en helhet med felles forvarsling enten gjennom felles skriftlig varsel eller gjennom felles formøte, og revisjonene skal gjennomføres i løpet av relativt kort tid (4 uker). Formålet med dette er at de samhandlende aktørene skal få felles informasjon om hensikten med tilsynet, tema for tilsynet og om gjennomføringen. Helsetilsynet har ikke funnet det riktig å legge bindende føringer på rekkefølgen av tilsynene, men mye taler for at rekkefølgen bør være *først kommune 1 deretter BUPP og så kommune 2*. Da vil prosessen starte der behandlingskjeden starter og hos den som er bestiller av spesialisthelsetjenester, samtidig som man kan få gått ”ned igjen” og sett på samhandlingen med det bakteppet man da har fått.

Revisjonene i hver enkelt virksomhet skal gjennomføres som vanlig med åpnings- og sluttmøte, intervjuer og verifikasjoner. Det skal utarbeides en tilsynsrapport som bare angår helsetjenesten i aktuelle virksomhet etter hver revisjon. Informasjonen fra PPT og barnevernet kan inngå som observasjoner i rapportene, forutsatt at de fyller kravene for å være revisjonsbevis. Fylkeslegen skal følge opp de avvik og merknader som er anført i de ulike virksomhetenes respektive tilsynsrapporter.

Etter at tilsynene med de tre samarbeidende virksomhetene er gjennomført, skal det utarbeides en ”samhandlingsrapport” for erfaringsoverføring, på basis av observasjonene i de tre tilsynsrapportene. Hensikten med å sammenstille de funnene som er relevante for samhandling i en egen ”samhandlingsrapport”, er å gi de samarbeidende virksomhetene et felles ståsted for deres forbedringsarbeid knyttet til samhandling dem i mellom. Denne rapporten er ikke en ordinær tilsynsrapport, men skal være fylkeslegens samlede vurdering av de forhold som er relevante for samhandlingen, sett i lys av den målsetting og hensikt som virksomhetene fikk presentert i felles forvarsel eller formøte. Rapporten skal ikke omhandle eller vurdere andre forhold enn de som fremgår av rapportene til den enkelte virksomhet.

Fylkeslegens samlede erfaringer etter tilsynene skal tilbakeføres helsetjenesten i fylket på en formålstjenlig måte.

Tilsynet med BUPP skal ikke rettes mot de regionale helseforetakene. Helsetilsynet forutsetter imidlertid at regionalt helseforetak er interessert i fylkeslegens rapporter. Det kan derfor være hensiktsmessig at fylkesleger innen de enkelte regionale helseforetaks områder seg i mellom drøfter gjennomføringen av tilsynet og de vurderinger som gjøres av funnene i tjenestene. Varsel om tilsyn og tilsynsrapporten skal for BUPP- enes del sendes foretakene (jfr V s 20 Forberedelse), da denne tilbakerapporteringen vil være viktig for foretakenes styring av BUPP-ene.

## IV VALGTE OMRÅDER – DRØFTING AV LOVGRUNNLAG

Helsetilsynet ønsker at fylkeslegene etter disse revisjonene skal ha oversikt over følgende områder:

Om kommunehelsetjenesten har planlagt, organisert og styrt sine helsetjenester slik at :

1. barn og unge med psykiske problemer får individuelle undersøkelser og oppfølging
2. samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer ivaretas
3. det utarbeides individuelle planer for barn og unge med psykiske problemer

Om barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har planlagt, organisert og styrt sine tjenester slik at :

4. barn og unge med psykiske problemer blir individuelt vurdert med tilbakemeldinger til henvisende instans
5. pasientene gis rett prioritering.
6. det utarbeides individuelle planer
7. kommunehelsetjenesten gis veiledning

Tilsynet skal gjøres som en systemrevisjon som avdekker om virksomheten oppfyller de aktuelle myndighetskrav på en systematisk måte slik internkontrollplikten forutsetter. Dette skal gjennomføres ved at fylkeslegene på hvert enkelt av de ovennevnte områder skal etterspørre hvordan virksomhetene har planlagt, organisert og styrt sin tjenester til barn og unge med psykiske problemer, og om de materielle kravene etterleves. Dernest skal funnene på hvert enkelt område vurderes opp mot kravet til IK-system.

Under hvert av de syv områdene er det listet flere myndighetskrav som det hver for seg kan finnes avvik fra. Når det gjelder kravet til planlegging, organisering og styring for å sikre etterlevelse av disse kravene, skal observasjonene summeres til ett eventuelt avvik fra tilsynsloven § 3 for hvert av de syv valgte områdene. Ved dette tilsynet etterspør vi ikke om den enkelte virksomhet har et overordnet internkontrollsystem for hele virksomheten, kun om internkontrollplikten etterleves for de aktuelle hovedområdene.

### **Tilnærming til internkontroll ved dette tilsynet**

Utkastet til forskrift om internkontroll er nå kommet på høring, og omtalen av internkontroll i denne veilederen anses i det vesentlige å være i overensstemmelse med forskriftsutkastet, om enn med andre ord og formuleringer. Forskriftsutkastet er bl.a. hjemlet i loven om statlig tilsyn § 7, i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og i helsepersonelloven § 16. I drøftingene av myndighetskrav og konstatering av avvik i denne veilederen har vi i hovedsak valgt å anvende tilsynsloven § 3, samt helsepersonelloven § 16 i forhold til organisering av virksomheter knyttet til helsepersonells plikter.

Fremstillingen i dette kapitlet bygger også på, men er betydelig forkortet i forhold til, veilederne for felles tilsyn i 2001 med tjenester til aldersdemente og innsatte i fengsler. Vi henviser til disse veilederne for eventuell utdyping.

Fra og med 2001 vurderes internkontrollplikten som et ordinært myndighetskrav undergitt vanlig juridisk fortolkning. Mangelfull etterlevelse av internkontrollplikten vil medføre avvik hjemlet i tilsynsloven § 3 første ledd.

Arbeidsgruppa har lagt opp til at ivaretagelse av internkontrollplikten i helsetjenesten skal undersøkes ved å se på virksomhetens styring av de temaer/områder som er gjenstand for

systemrevisjonene. Ved å gjennomføre systemrevisjon med virksomhetenes systematiske styring av de områder som omhandler samarbeid med andre virksomheter og de områder hvis oppfyllelse er grunnleggende forutsetninger for samarbeid, vil man få indikasjoner/bekreftelser på oppfyllelse av internkontrollkravet. Fylkeslegene må derfor i sin tilnærming på de enkelte temaer/områder etter spørre virksomhetens systematiske tiltak for å ivareta de enkelte plikter for å kunne ta stilling til om internkontrollplikten ivaretas.

Hvordan man skal vurdere avvik og anmerkning i forhold til internkontrollplikten og aktuelle lov og forskriftskrav er omtalt der det er relevant nedenfor.

Internkontrollsystemet slik det framstår i tilsynsloven § 3 første ledd er et lovpålagt styringssystem. Hovedkravet er at tjenesteproduksjonen er faglig forsvarlig og i samsvar med helselovgivningen for øvrig, og at virksomheten for å sikre dette både planlegges, utføres og kontrolleres og korrigeres på en systematisk måte. Internkontrollsystemet skal tilpasses de behov virksomheten har. Krav til skriftlige prosedyrer vil bare være absolutt dersom det er nødvendig for å sikre at myndighetskravene oppfylles.

Helsetilsynet legger til grunn at følgende sju elementer inngår i et internkontrollsystem:

1. Beskrivelse av organisasjon, ansvar og myndighet
2. Målsetting for tjenesten
3. Oversikt over og kunnskap om hvilke myndighetskrav som stilles til tjenestene
4. Prosedyrer som sikrer de viktigste arbeidsprosessene, særlig der det er fare for svikt som kan innebære sikkerhetsrisiko for brukere av helsetjenesten
5. Sikring av tjenesteutøvernes kompetanse i forhold til oppgaver
6. Avvikshåndtering: virksomheten skal aktivt og systematisk bruke feil/uhell/nestenuhell som ledd i kvalitetsutviklingsarbeidet og gjennomføre systematisk kontroll med egen virksomhet for å se at man etterlever myndighetskravene og oppnår de mål som settes
7. Vedlikehold av internkontrollsystemet

Virksomheters avvik fra krav i helselovgivningen kan indikere eller bekrefte at virksomhetene ikke har et fungerende IK-system. Prinsipielt innebærer avvik fra krav i helselovgivningen, som ikke erkjennes og lukkes av virksomheten selv, svikt i IK-systemet.

Avvik fra krav i helselovgivningen bør derfor beskrives som avvik fra aktuelle myndighetskrav, men også rubriseres som observasjon i forhold til internkontrollkravet for å få frem at virksomheten ikke har tilfredsstillende styring av dette område.

På den annen side innebærer ikke et mangelfullt IK-system i seg selv at virksomhetene ikke oppfyller øvrige myndighetskrav, men virksomhetenes ledelse har ikke sikkerhet for at kravene er oppfylt. Det kan for eksempel være slik at de barn og unge som har rett til individuell plan får en slik plan, selv om det er uklarheter knyttet til fordeling av ansvar og myndighet på dette området.

Av hensyn til målsettingen om harmonisering av fylkeslegenes tilsyn skal valg av hjemler for avvik ved dette fellestilsynet gjøres i tråd med denne veilederen.

## Områder

### **1. Har kommunehelsetjenesten planlagt, organisert og styrt sine helsetjenester slik at barn og unge med psykiske problemer får individuelle undersøkelser og oppfølging.**

For vårt tilsyn er spørsmålene om barn og unge med psykiske problemer får nødvendig helsehjelp, herunder faglig forsvarlig oppfølging av kommunehelsetjenesten og i samarbeid med andre, og at kommunehelsetjenestens arbeid skjer systematisk gjennom planlegging, utførelse, kontroll og korrigerende.

Kommunehelsetjenesten skal yte befolkningen nødvendig helsehjelp, og har ansvaret for de helsetjenester som ikke er spesialisthelsetjenester. Dette tilsynet skal tilse kommunens tjenester overfor barn og unge med psykiske problemer og fokus skal derfor være på helsestasjon, skolehelsetjeneste og almenlegetjenesten i kommunene.

Kunnskap om forekomst og varighet av psykiske problemer og konsekvenser av problematferd, peker på betydningen av tidlig intervensjon. Tidlig intervensjon forutsetter tidlig identifisering av barn som risikerer å utvikle varige psykiske plager. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er i en sentral posisjon til å kunne fange opp barn og unge med (tegn til) psykiske problemer. For å få det til, må tjenestene der være tilgjengelige og ha tilstrekkelig kapasitet, i tillegg til nødvendig kompetanse. I dette tilsynet skal vi rette fokus på om tjenesten er planlagt og organisert slik at det er lagt til rette for å oppdage barn med begynnende problemer, og hvordan dette håndteres videre etter at barnet og dets problemer er identifisert.

#### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

##### Tilgjengelighet/kapasitet:

Det er vitenskapelig dokumentert at det allerede fra to- til treårsalder er mulig å identifisere barn med begynnende psykiske problemer. Gjennom regelmessig kontakt med helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil helsepersonellet kunne få informasjon og finne funksjonsnivå eller atferd som virker uvanlig for alderen. Tegn på psykiske problemer vil sjeldnere komme frem på et tidlig stadium i enkeltstående møter med helsetjenesten. Helsetilsynets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefaler et program for regelmessig kontakt, og gir med det signaler om hva som er faglig forsvarlig etter helselovgivningen.

I de første ukene og månedene fram til 15 måneders alder gir oppfølgingen av vaksinasjonsprogrammet helsestasjonen mange anledninger til å kunne observere barnet og samspillet foreldre –barn. Vi har en god vaksinasjonsdekning som indikator på at dette skjer, og skal derfor ikke kontrollere hvilke rutinemessige undersøkelser helsestasjonen gjennomfører for denne aldersgruppen.

Fra vaksinen (MMR) ved 15 måneders alder, og frem til skolestartundersøkelsen har vi holdepunkter for å tro at helsestasjonsprogrammet varierer mye fra kommune til kommune. Helsetilsynet mener at de kommuner som har lagt opp til et program som ikke ivaretar behovet for undersøkelse og kontakt i denne fasen (i helsestasjonsveilederen kalt ”2 års- og 4 års undersøkelsen”), må kunne redegjøre for de faglige begrunnelser og standarder de da forholder seg til. Kommunehelsetjenesten må kunne vise hvordan disse helsekontrollene av



barn ivaretas gjennom planlegging, organisering og styring jfr. pasientrettighetsloven § 6-1, kommunehelsetjenesteloven §§ 2-2 og 1-3a og tilsynsloven § 3.

I skolehelsetjenesten skal vi i dette tilsynet ikke gå inn i de rutinemessige undersøkelsene, men begrense tilsynet til skolehelsetjenestens oppfølging gjennom målrettede undersøkelser og deltagelse i strukturert tverrfaglig samarbeid.

Indikasjoner for målrettede undersøkelser kan være:

- dersom foreldrene er bekymret eller har spørsmål om barnets utvikling
- dersom det observeres faktorer som kan hemme barnets utvikling eller det ved 2 konsultasjoner ikke har vært mulig å observere barnet i aktiv samhandling
- barn med risiko for utviklingsrelaterte problemer, mistanke om utviklingsavvik (avvik i konsentrasjon og/eller aktivitetsnivå, lærevansker, kognitive forstyrrelser eller motoriske vansker, uvanlig skolefravær)
- barn i familier med store sosial problemer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må ha tilstrekkelig kapasitet til å kunne følge opp med målrettede undersøkelser når det er nødvendig, jfr kommunehelsetjenesteloven §§ 2-1 og 6-3, forskrift for helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjenesteforskriften og deres kommentarer, veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten IK 2617. Ut ifra anamnese, observasjon og undersøkelse skal det konkluderes. Fylkeslegen skal se på hvilke praktiske ordninger helsestasjonen og skolehelsetjenesten har for å sikre at målrettede undersøkelser blir gjort ved indikasjon, og at undersøkelsene fører til at det planlegges og gjennomføres evt videre oppfølging. Videre skal fylkeslegen se på om virksomheten fanger opp og korrigerer dersom de avviker fra egne rutiner.

### Kompetanse

For å administrere og ivareta oppgavene skal kommunene ansette personell med nødvendige kvalifikasjoner, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 3-3 og 6-3.

Helsesøstre er spesielt utdannet for å kunne vurdere barn og barns utvikling. Dersom kommunen ikke har helsesøster, kan stillingen besettes med en sykepleier. Kommunen må da sørge for at denne sykepleierens manglende kompetanse blir komplettert gjennom tett(-ere) samarbeid med f.eks allmennlege, PPT, barnevern og spesialisthelsetjeneste som kan gi råd og veiledning. Kommunen må forventes å ha et opplegg som sikrer at den aktuelle sykepleieren får tilegnet seg nødvendig kompetanse.

Kommunen må også forventes å ha rutiner som sikrer vedlikehold og videreutvikling av ulik fagkompetanse, for eksempel helsesøsterkompetansen, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-2 og tilsynsloven § 3.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha en medisinsk faglig ansvarlig, som i samarbeid med helsesøster skal sikre forsvarlige tjenester, jfr. forskrift om helsestasjonsvirksomhet § 3 og forskrift om skolehelsetjeneste § 7. Ut fra risikoen for å overse annen sykdom forventes virksomheten å ha rutiner/praksis som sikrer at barn med tegn til psykiske problemer blir vurdert av lege før videre tiltak, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og tilsynsloven § 3. Ved spørsmål om henvisning til spesialisthelsetjenesten eller PPT skal barnet bli vurdert og eventuelt henvist av lege, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-3 og pasientrettighetsloven § 2-2 om vurdering fra spesialisthelsetjenesten som forutsetter henvisning fra lege.

Kommunen har også plikt til å ha allmennlegetjeneste. Etter Helsetilsynets mening er dette å betrakte som en "sørge for" plikt, som innebærer at kommunen skal ha inngått et tilstrekkelig antall fastlegeavtaler. Hvordan kommunen fordeler ansvar og oppgaver mellom helsestasjons-/skolelege og fastlegene vil variere. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal fremme barns helse, men er ikke forutsatt å drive kurativ virksomhet. Hvorvidt kommunen har søkt å dra fastlegene inn i et tverrfaglig arbeid rundt enkeltindivider i tilstrekkelig grad, blir i stor grad en skjønnsvurdering. I tilsynet må fylkeslegen innhente informasjon om samarbeidsrutiner mellom fastlegene og øvrig kommunal helsetjeneste, f.eks om hvilke rutiner helsestasjon/skolehelsetjenesten har for når og hvordan de informerer fastlegen om bekymringer/tiltak. Helsetilsynet forventer at helsestasjonen eller skolehelsetjenesten har rutiner som sikrer at fastlegen blir informert dersom et barn med psykiske problemer henvises eller andre tiltak iverksettes fra helsestasjons- eller skolehelsetjenesten, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 1-3a.

I hvilken grad fastlegen fra sin side forventes å skulle informere helsestasjons- og skolehelsetjeneste om problemer eller tiltak overfor et barn/unge med psykiske problemer, avhenger av behovet for tverrfaglige og tverretatlige tiltak, jfr. helsepersonelloven § 4. Fastlegene har ansvaret for allmennlegetilbudet til personene på sine lister innen de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og inngåtte avtaler jfr. fastlegeforskriften § 7. Det følger ikke av fastlegeordningen at fastlegene utover ordinært legearbeid har noe særskilt ansvar for barn og unge med psykiske problemer. Fastlegenes ansvar for undersøkelse, behandling, henvisning og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer vil derfor følge av forsvarlighetskravet og deres opplysningsplikt til sosialtjenesten og barneverntjenesten.

Fastlegene vil i varierende grad ha ansvar for barn og unge med psykiske problemer, men vil avhengig av antall slike pasienter ha informasjon om hvordan de som en del av kommunens allmennlegetjeneste kontaktes/brukes og hvordan de samarbeider med henholdsvis kommunens øvrige deltjenester og BUPP. Fastlegene vil på denne måte kunne gi informasjon om hvordan de som kommunens allmennlegetjeneste bidrar til at barn og unge med psykiske problemer får koordinerte og sammensatte tjenester dersom det er behov for det. Den enkelte fastleges praksis er ikke gjenstand for vurdering ved dette tilsynet, slik at fylkeslegen må legge informasjonen om fastlegenes rolle og bidrag til grunn i sin helhetlige vurdering av om kommunen sikrer at barn og unge med psykiske problemer får individuelle undersøkelser og oppfølging.

Kommunehelsetjenesten må kunne vise hvordan de ivaretar tilgjengeligheten til individuelle undersøkelser og behandling, og hvordan de ivaretar henvisning til BUPP og annen spesialisthelsetjeneste, i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 2-1, jfr 1-3a og tilsynsloven § 3.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom kommunen ikke kan godtgjøre at de rutinemessig og regelmessig ivaretar behovet for undersøkelse av barn i mellom 15 måneders alder og skolestart, er det et avvik fra kravet om helsekontroll etter kommunehelsetjenesteloven § 2-2, jfr tilsynsloven § 3.

Dersom kommunen ikke har organisert, planlagt og styrt sine tjenester slik at barn og unge får målrettede undersøkelser ved indikasjon, er det avvik fra kravet om rett til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1, jfr tilsynsloven § 3.

Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at helsestasjonen og skolehelsetjenesten systematisk arbeider for at elever som har behov for oppfølging får dette, vil dette være et avvik fra tilsynsloven § 3, jfr kommunehelsetjenesteloven §§ 2-1 og 6-3.

Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at de systematisk ivaretar at barn med psykiske problemer blir undersøkt av lege, er dette et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jfr. § 2-1. Avviket fra kravet til faglig forsvarlighet innebærer en risiko for at annen sykdom overses.

Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at helsestasjon og skolehelsetjeneste systematisk ivaretar at barn med psykiske problemer henvises til spesialisthelsetjenesten eller PPT av lege, er dette et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jfr. § 2-1 og pasientrettighetsloven § 2-2. Avvik fra kravet til faglig forsvarlighet innebærer en risiko for at annen sykdom overses og forsinket vurdering av spesialisthelsetjenesten.

Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at helsestasjon og skolehelsetjeneste informerer fastlegen når de henviser eller iverksetter andre tiltak overfor barn med psykiske problemer, er dette et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 1-3a.

Dersom kommunen ikke har sørget for å ansette personell med nødvendige kvalifikasjoner og på annen måte sørget for tilstrekkelig kompetanse, er det et avvik fra tilsynsloven § 3, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 3-3 og 6-3.

## **2. Har kommunehelsetjenesten planlagt, organisert og styrt sine helsetjenester slik at samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer ivaretas**

Vi vet at andre instanser i kommunen som barnevern og PPT henviser til spesialisthelsetjenesten i vel så stor grad som kommunehelsetjenesten. I mange kommuner fungerer det slik at helsetjenesten ikke er informert om når, hvor og hva som skjer med barn og unge med psykiske problemer, noe som vanskeliggjør et godt samarbeid og koordinering av tjenester. I dette tilsynet skal vi derfor fokusere på hvilke rutiner, avtaler, praksis og samarbeidsarenaer som finnes i kommunen og om disse fungerer, men det skal ikke gjøres vurderinger av andre kommunale tjenester enn helsetjenesten. Tilsvarende må vi ha fokus på ordninger og praksis for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Kravet til individuelle planer innebærer også krav til samarbeid og koordinering, men dette kravet behandles som eget tema i dette tilsynet.

### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

Helsepersonellet innenfor kommunehelsetjenesten skal samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker. De skal videre være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenesten, og av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold etter samtykke fra klienten eller innenfor rammen av taushetspliktsbestemmelsene, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-6a og helsepersonelloven § 32.

Kommunens helsetjenester skal organiseres slik at helsepersonell kan ivareta opplysningsplikten til og samarbeidet med sosialtjenesten, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-6a og helsepersonelloven § 16.

Helsepersonell skal også være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra barnevernet side, og skal uten hinder av taushetsplikt gi opplysninger til barnevernet dersom når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt eller et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jfr. helsepersonelloven § 33. Alvorlige former for omsorgssvikt omhandler blant annet at foreldre ikke sørger for undersøkelse eller behandling når det er grunn til å tro at barnet lider av en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade. Kommunehelsetjenesten skal sikre at helsepersonellet er kjent med meldeplikten og hva den innebærer, i henhold til helsepersonelloven § 16, jfr § 33.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som mål og fremme god helse blant barn og unge. De skal arbeide med å identifisere og løse barn og unges helseproblemer, men har ikke noe kurativt ansvar. En viktig forutsetning for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et strukturert samarbeid både innen helsetjenesten og med andre etater, så som barnehager, skoler, PPT, barneverntjenesten og sosialtjenesten.

Skolehelsetjenesten skal arbeide for å identifisere og løse helseproblemer som er knyttet til skoleelevers situasjon i samarbeid med hjemmet og det øvrige hjelpeapparat, jfr. skolehelsetjenesteforskriften § 2, andre ledd. Skolehelsetjenesten skal omfatte et ”Strukturert tverrfaglig samarbeid spesielt med skolen, pedagogisk-psykologisk tjeneste, sosialtjenesten og den offentlige tannhelsetjeneste”, jfr. skolehelsetjenesteforskriften § 3, andre strekpunkt.

Tilsvarende skal helsestasjonen arbeide for å identifisere og løse helseproblemer knyttet til barns situasjon i samarbeid med hjemmet og det øvrige hjelpeapparat, jfr. målsettingen i helsestasjonsforskriften § 1 og kravene i kommunehelsetjenesteloven §§ 2-1, 2-2, 6-6a og 6-3. For å ivareta disse oppgavene på en forsvarlig måte, må også helsestasjonsvirksomheten omfatte et strukturert samarbeid med de tidligere nevnte instanser og etater.

Et sentralt poeng er at helsestasjon og skolehelsetjeneste bør etablere rutiner for det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet om blant annet barn med psykiske problemer. ”Veileder i habilitering av barn og unge (IK 2614)” understreker at skolehelsetjenesten bør ha et nært samarbeid med ansvarsgruppene for denne målgruppen. ”Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (IK-2617)” anbefaler at helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha en prosedyre for å sikre at familier med psykososiale problemer får et utvidet tilbud om støtte og veiledning, og at de bør etablere en lokal samarbeidsmodell for det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet om barn med psykiske problemer.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom skolehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at det er etablert et strukturert tverrfaglig samarbeid med andre instanser for å hjelpe elever med helsemessige problemer, herunder psykiske problemer, er dette et avvik fra forskrift om skolehelsetjenesten § 3 andre strekpunkt, jfr. tilsynsloven § 3.

Dersom helsestasjonen ikke kan godtgjøre at det er etablert et strukturert tverrfaglig samarbeid med andre instanser for å hjelpe elever med helsemessige problemer, herunder

psykiske problemer, er dette et avvik fra kommunehelsetjenesteloven § 6-3, jfr. tilsynsloven § 3. Avviket innebærer en risiko for at barn og unge med psykiske problemer ikke får faglig forsvarlige helsetjenester

Det er ikke et absolutt krav at alle de nevnte instanser deltar, men dersom det i et slikt samarbeid inngår klart færre instanser enn forutsatt i forskriften kan dette tas opp i merknad. Dersom tilsynet omfatter veldig små enheter må fylkeslegen foreta en skjønnsvurdering av hvilke krav til struktur det er rimelig å stille.

Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at tjenestene er organisert slik at helsepersonell kan ivareta opplysningsplikten til og samarbeidet med sosialtjenesten, er dette avvik fra tilsynsloven § 3, jfr kommunehelsetjenesteloven § 6-6a.

Dersom helsestasjon og skolehelsetjeneste ikke kan godtgjøre at helsepersonellet er gjort kjent med meldeplikten til barnevernet og hva den innebærer, er dette avvik fra helsepersonelloven § 16, jfr § 33.

### **3. Har kommunehelsetjenesten planlagt, organisert og styrt sine helsetjenester slik at barn og unge med psykiske problemer får utarbeidet individuelle planer**

#### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

Det skal utarbeides individuelle planer etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, psykisk helsevernloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Bestemmelsene trådte i kraft 1. juli 2001 og korresponderer med pasienters rett til å få utarbeidet individuelle planer med fokus på koordinering, samarbeid og ansvars plassering av tjenester og tiltak, jfr. pasientrettighetsloven § 2-5. Det er gitt nærmere bestemmelser i Forskrift om individuelle planer av 8. juni 2001 med samme ikrafttredelsesdato. Formålet med bestemmelsene er å bidra til et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud blant annet ved å styrke samarbeidet mellom tjenester og etater ved at det utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient når flere instanser er involvert.

Kommunene skal av eget tiltak utarbeide individuelle planer for de med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a.

For å oppfylle plikten til å sørge for individuelle planer, må kommunehelsetjenesten selv vurdere hvilke pasienter som har behov for ”langvarige og koordinerte tjenester”. Plikten til å igangsette arbeidet med individuelle plan inntre når det erkjennes at barnet har slike behov, og kommunen har her et selvstendig ansvar. Det er ikke en betingelse at pasient eller foresatt må be om en individuell plan, og utarbeidelse av en slik plan krever frivillighet fra pasient/pårørende. Også når helsetjenesten får henvendelser fra andre etater og tjenester, vil plikten til å igangsette arbeidet kunne inntre, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 2-1, 2 .ledd.

For pasienter som er under psykisk helsevern skal psykiatrien utarbeide individuelle planer uavhengig av om pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester, jfr. psykisk helsevernloven § 4-1. Kommunens helse-og sosialtjenester plikter å medvirke ved psykiatriens utarbeidelse av individuelle planer, jfr. 4. ledd.

Kravet til individuelle planer er et godt utgangspunkt for å føre tilsyn med kommunene og BUPP ut fra et samarbeidsperspektiv og et styringsperspektiv. Det er viktig å være oppmerksom på at utarbeidelse av individuelle planer ikke nødvendigvis sier noe om hvordan tjenestene generelt samarbeider, og om tjenestene er forsvarlige. Det er blant annet viktig å se på om planarbeidet evalueres og forbedres av kommunene og BUPPene.

Hvis skolehelsetjenesten eller helsestasjon identifiserer barn og unge med psykiske problemer eller får slike henvendelser, skal de igangsette arbeidet med utarbeidelse av individuelle planer for de med behov av langvarige og koordinerte tjenester, jfr.

kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og § 5 i forskrift om individuell plan. Kommunen kan legge ansvaret for å utarbeide individuelle planer til andre tjenester/enheter i kommunen, men de deler av helsetjenesten som pasienten eller foresatt henvender seg til, har selvstendig plikt til å igangsette arbeidet. Det følger av § 8 i Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28. juni 2001 at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomheten, og kommunen kan gi en slik enhet ansvaret for å koordinere arbeidet med individuelle planer i kommunen.

Den rettslige regulering av individuelle planer er forholdsvis ny, men ansvaret for de tjenester/tiltak som de ulike tjenestegrener/ etater skal yte endres ikke ved kravet om individuell plan. Denne type planer har også blitt brukt i helsetjenesten, og arbeidsmetodikken innen helsestasjon, skolehelsetjeneste og barn- og ungdomspsykiatri har vært utpreget tverrfaglig og tverretattlig. Det som er nytt, er at pasienter med langvarige og koordinerte behov har rett til én individuell plan.

Ved dette tilsyn fokuseres på den ene side om skolehelsetjenesten og helsestasjonen systematisk igangsetter og utarbeider individuelle planer for barn og unge med psykiske problemer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og på den annen side om kommunens helsetjenester medvirker når barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk utarbeider individuelle planer.

I forhold til kommunehelsetjenestens medvirkning til barne- og ungdomspsykiatriens utarbeidelse av individuelle planer inntreer plikten ved mottagelse av anmodning om slik medvirkning.

### **Innholdet i en individuell plan**

§ 6 i Forskrift om individuelle planer angir kravet til innholdet i individuelle planer. Innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient. Planen skal ikke være mer omfattende en nødvendig, og en kan avvike fra grunnstrukturen og sløyfe punkter dersom individuelle hensyn tilsier det, jfr. s. 23 i Sosial- og helsedepartementets "Veileder for individuell plan 2001".

Selv om innholdet skal beskrive og tilpasses den enkelte pasients behov må minimumskravene til en individuell plans innhold i hvert fall være at:

- tiltak og tjenester er klart beskrevet, jfr. forskriften § 6 bokstav e
- hvem som har ansvaret for å yte tjenestene/tiltakene er klart beskrevet, jfr. forskriften § 6 bokstav e
- hvem som skal sikre samordningen av planen er angitt, jfr forskriften § 6 bokstav c
- hvem som skal sikre fremdriften/gjennomføringen i arbeidet med planen er angitt, jfr forskriften § 6 bokstav c

Det er viktig å se på planen som et redskap og del av en prosess som er gjenstand for utprøving, oppfølging, evaluering og korrigerende. Hvis ikke disse punktene er beskrevet i de individuelle planene, vil dette være avvik fra de sentrale hovedpunkter i forskriften § 6.

### **Utarbeidelse av individuelle planer**

Kommunen skal sørge for utarbeidelse av de individuelle planene, mens det vil være deltjenestene/helsepersonell som møter barn og unge med psykiske problemer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen må ha sørget for og sikret seg at de som skal ivareta plikten til å igangsette og utarbeide individuelle planer kjenner regelverket og hva dette innebærer, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og tilsynsloven § 3.

For å kunne ivareta kommunens forpliktelser for utarbeidelse av individuelle planer, må kommunen organisere arbeidet slik at den sikrer:

- igangsetting og utarbeidelse av individuelle planer, jfr. forskriften § 5
- ytelse av tjenester/tiltak, jfr. forskriften § 6 bokstav e
- samordning av den enkelte plan, jfr. forskriften § 6 bokstav c
- fremdrift/gjennomføring av den enkelte plan, jfr. forskriften § 6 bokstav c

Kommunen må også sørge for organisatoriske løsninger for:

- oppfølging av kommunens arbeid med individuelle planer på eget initiativ og eller på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller tjenester/etater som skal medvirke ved planleggingen
- justering av planens innhold ved endret tilstand hos pasienten

Kravet til utarbeidelse av individuell plan er nytt. Helsetilsynet ønsker derfor at fylkeslegene skal legge vekt på om kommunen kan godtgjøre at den gjennom behandlingsplaner, samarbeidsrutiner, deltakelse i ansvarsgruppe og lignende sikrer de sentrale elementene i individuell plan og om den arbeider systematisk for å etablere individuelle planer for nye og gamle pasienter som har rett til det.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom kommunen ikke kan godtgjøre at de har fordelt ansvar og myndighet og systematisk igangsetter utarbeidelse av planer for nye pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og som ønsker en slik plan, vil dette være et avvik fra tilsynsloven § 3, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Avviket innebærer en risiko for at barn og unge med psykiske problemer ikke får en slik plan og et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestebehov.

Dersom kommunen ikke kan godtgjøre at den medvirker ved psykiatriens utarbeidelse av individuelle planer, er det et avvik fra tilsynsloven § 3, jfr. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og psykisk helsevernloven § 4-1, fjerde ledd.

Dersom kommunehelsetjenesten utarbeider individuelle planer, men planene ikke ivaretar de omtalte hovedpunktene i individuelle planer, er dette et avvik fra Forskrift om individuell plan § 6. Avviket innebærer at barn- og unge med psykiske problemer ikke får en individuell plan som sikrer et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Dersom kommunen kan godtgjøre at de ivaretar hovedpunktene i individuelle planer, selv om de ikke har utarbeidet én slik plan for hver enkelt pasient, skal det anføres som en merknad (forbedringspotensiale) knyttet til forskrift om individuell plan § 5, andre ledd, dersom

arbeidet med planen er planlagt eller påbegynt. Hvis en enhetlig individuell plan mangler innebærer det en risiko for sviktende oppfølging, evaluering og korrigerende av tjenester/tiltak.

Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan godtgjøre at de har tilrettelagt rutiner eller prosedyrer for oppfølging av innholdet i individuelle planer, er det et avvik fra tilsynsloven § 3. Avviket innebærer en risiko for at barn og unge med psykiske problemer ikke får tildelt de tiltak og tjenester de har rett til.

**Fylkeslegens observasjoner knyttet til planlegging, organisering og styring av de ulike områdene skal summeres til ett eventuelt avvik fra tilsynsloven § 3 for hvert av de tre områdene i kommunehelsetjenesten (jfr s.5).**

#### **4. Har barne- og ungdomspsykiatrien planlagt, organisert og styrt sine tjenester slik at barn og unge med psykiske problemer blir vurdert med tilbakemeldinger til henvisende instans**

##### **Generelt**

Ansvar for å planlegge, organisere og styre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker vil avhenge av organiseringen innen helseforetaket. Pliktsubjektene vil være den eller de som har et organisatorisk ansvar for å utforme tjenestene slik at barn og unge med psykiske problemer får forsvarlig og nødvendig helsehjelp. Fylkeslegene må vurdere pliktsubjektet ut fra sin lokalkunnskap og hva som fremkommer under tilsynet, og på det grunnlag velge om det skal intervjues noen fra helseforetaket.

Ansvar omfatter også dimensjonering av tjenester, og plikten til å sørge for spesialiserte helsetjenester er tillagt de regionale helseforetak. På grunn av de rettslige og metodiske utfordringer dette reiser, har Helsetilsynet valgt å ikke føre tilsyn med de regionale helseforetaks plikt til å sørge for spesialiserte helsetjenester, men begrenset tilsynet til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Som kjent er ikke bestemmelsene om fritt sykehusvalg gitt virkning for barne- og ungdomspsykiatrien slik at pasientene i praksis må forholde seg til den lokale enhet.

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker skal først og fremst arbeide med psykiatrisk utredning og behandling. Veiledning, samarbeid og oppfølging av pårørende, primærhelsetjeneste, barnehage, skole, pedagogisk psykologisk tjeneste og barnevern er også sentrale elementer.

Pasientene har rett til vurdering og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jfr. pasientrettighetsloven § 2-2 og 2-1 med tilhørende Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til nødvendig helsehjelp av 1. desember 2000. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening har i samarbeid med Norsk Psykologforening utarbeidet kriterier for hvilke pasienter i den barne- og ungdomspsykiatriske pasientgruppen som faller innenfor kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp, se vedlegg. Disse er av Sosial- og helsedepartementet anbefalt som retningsgivende for praktisering av klinisk skjønn. Poliklinikken må styre virksomheten og forholde seg til disse kriteriene eller eventuelt egne kriterier innenfor rammen av pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften. Alle pasienter som henvises skal vurderes i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2 og det skal avgjøres om behandlingsbehovet innebærer rett til nødvendig helsehjelp.



Mindre forskjeller fra foreningens kriterier eller tilsvarende kriterier i henhold til prioriteringsforskriften vil ikke nødvendigvis innebære avvik. Det sentrale er om barne- og ungdomspsykiatrien har planlagt, organisert og styrt prioriteringen slik at pasienter blir vurdert i henhold pasientrettighetsloven § 2-2, og får retten til nødvendige helsetjenester oppfylt innen de frister som kravet til faglig forsvarlighet innebærer.

### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

Når et barn eller ungdom er henvist til barne- og ungdomspsykiatrien skal det foretas en vurdering innen 30 dager fra mottagelsen av henvisning fra lege eller barnevern i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering. Den skal skje på bakgrunn av henvisningen og påføres henvisningsskjema I-0908B/97I.

Registrering av pasient for vurdering innebærer bare en forpliktelse til å vurdere pasienten. Dato for mottak av henvisningen er utgangspunktet for vurderingsfristen etter pasientrettighetsloven § 2-2 og retten til nødvendig helsehjelp innen de frister kravet til faglig forsvarlighet setter.

Om nødvendig skal vurderingen skje etter innhenting av supplerende opplysninger eller undersøkelse av pasienten. Kravet til forsvarlighet avgjør om det må innhentes ytterligere opplysninger eller om pasienten må undersøkes, eller om vurdering basert på henvisningens opplysninger er tilstrekkelig. Ansvar for at det foreligger tilstrekkelige opplysninger for en forsvarlig vurdering av det som skal vurderes påhviler barne- og ungdomspsykiatrien, og de må tilrettelegge for at en forsvarlig vurdering kan effektueres innen fristen.

Det som skal vurderes, avgjøres og informeres om er:

- helsetilstand
- sykdommens alvorlighet
- behandlingsbehov
- opplegg for behandling
- når behandling forventes gitt
- om behandlingsbehovet innebærer rett til nødvendig helsehjelp

Om retten til en faglig forsvarlig vurdering er oppfylt i det enkelte tilfelle avhenger av en konkret helhetsvurdering, men det må ut fra vurderingen være mulig å avgjøre om pasienten har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Pasienten eller dennes foresatte og henvisende lege eller barnevern skal umiddelbart ha beskjed om vurderingen, jfr. pasientrettighetsloven 2-2 og kommentarene i forarbeidene. Umiddelbar tilbakemelding til henvisende lege/barnevern er en grunnleggende og sentral forutsetning for faglig forsvarlighet og samarbeid.

For å kunne ivareta plikten til vurdering, må barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker tilrettelegge et system som sikrer at alle henvisninger blir;

- mottatt,
- vurdert og
- effektivt

innen henholdsvis 30 dager og innen de grenser som kravet til faglig forsvarlighet setter ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke kan godtgjøre at de systematisk sørger for at nødvendig informasjon foreligger for å kunne foreta vurderingen, eventuelt ved undersøkelse av barnet/ungdommen, vil det være avvik fra pasientrettighetsloven § 2-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. tilsynsloven § 3.

Dersom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke kan godtgjøre at de systematisk vurderer og informerer om helsetilstand, alvorlighet, behandlingsbehov, opplegg for behandling, tidspunkt for behandling og rett på nødvendig helsehjelp innen 30 dager og eventuelt raskere ved alvorlig eller livstruende sykdom, vil det være avvik fra pasientrettighetsloven § 2-2, jfr. tilsynsloven § 3.

## **5. Har barne- og ungdomspsykiatrien planlagt, organisert og styrt sine tjenester til barn og unge med psykiske problemer slik at pasientene gis rett prioritering**

### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

Pasientene som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal prioriteres for behandling og behandles innenfor grensen av hva som er faglig forsvarlig, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1, Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp §§ 2 og 3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

I vurderingene etter pasientrettighetsloven § 2-2 skal det som nevnt i forrige punkt tas stilling til om behandlingsbehovet innebærer rett til helsehjelp, hvilken behandling som skal gis og når dette forventes gjort.

Tidsfastsettelsen er ikke rettslig bindende, men poliklinikkene må planlegge, organisere og styre for å oppfylle avgjørelsene i vurderingene innenfor grensen av hva som er faglig forsvarlig, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1 og tilsynsloven § 3. Det vil måtte bero på en konkret vurdering om de som er vurdert å ha rett på nødvendig helsehjelp, får hjelp innenfor de grenser kravet til faglig forsvarlighet setter. Et holdepunkt ved vurderingen av faglig forsvarlighet vil være nevnte kriterier utarbeidet av Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening i samarbeid med Norsk Psykologforening (kriteriene er vedlagt denne veilederen). Det opereres der med to prioritetsgrupper etter Lønning II utvalgets inndeling i grunnleggende helsetjenester og utfyllende helsetjenester. Begge gruppene omfattes av retten til nødvendig helsehjelp om enn med forskjellig hastegrad. Det fremgår av merknadene til § 2 i Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, at bestemmelsen er en effektivering av Lønning II utvalgets forslag til prioriteringsgruppe 1 og 2. Det må på denne bakgrunn kunne kreves at barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker kan godtgjøre at de prioriterer og iverksetter behandling for begge gruppene om enn med noe forskjellig hastegrad og innenfor grensen av kravet til faglig forsvarlighet.

Som et ledd i tilretteleggingen må barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker til enhver tid holde ventelistene oppdaterte. De som etter vurderingen ikke er aktuelle for behandling skal strykes, og det skal fremgå hvem som har rett på nødvendig helsehjelp.

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke kan godtgjøre at de systematisk prioriterer og behandler de som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp innenfor kravet til

faglig forsvarlighet, er dette et avvik fra pasientrettighetsloven § 2-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jfr. tilsynsloven § 3.

## **6. Har barne- og ungdomspsykiatrien planlagt, organisert og styrt sine tjenester slik at det utarbeides individuelle planer**

### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

Det vises til drøftingen under område/spørsmål 3.

For pasienter som er under psykisk helsevern skal det utarbeides individuelle planer uavhengig av om pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester, jfr. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1.

Ansvar for å utarbeide en individuell plan for pasienter under psykisk helsevern er i loven lagt direkte til psykiatrien. I departementets veileder på s.10 uttales imidlertid at kommunen vil ha ansvaret for en rekke tjenester til brukeren, og at det derfor vil være naturlig at det individuelle planarbeidet forankres i kommunen. Videre sies det at i den grad det er aktuelt å igangsette arbeidet i spesialisthelsetjenesten, bør dette gjøres i samarbeid med kommunen. Etter Helsetilsynets mening kan det ofte ut fra tjenestebehov være naturlig at kommunen har hovedansvaret for å utarbeide planen, men barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har uansett ansvaret for igangsette arbeidet og sørge for at de hovedpunkter som følger av at barn-unge er under psykisk helsevern inngår i planen. Det er også psykiatrien som i sin planlegging kan kreve at kommunenes helse- og sosialtjenester skal medvirke til planleggingen.

Poliklinikkens plikt til å igangsette og utarbeide individuelle planer inntreer når barnet eller den unge er under psykisk helsevern, jfr. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 4-1 og 1-2.

Den individuelle planen skal kartlegge behovet for psykisk helsevern, angi hva som er målet med vernet, hva slags psykiatriske tjenester som er aktuelle og omfanget av disse. Planen skal videre beskrive gjennomføringen av vernet og det nødvendige samarbeidet med andre helse- og sosialtjenester. Det skal foretas nødvendige revisjoner av planen.

På samme måte som for kommunen, er minimumskravene til en individuell plans innhold etter Helsetilsynets mening at:

- tiltak og tjenester er klart beskrevet, jfr. forskriften § 6 bokstav e
- hvem som har ansvaret for å yte tjenestene/tiltakene er klart beskrevet, jfr. forskriften § 6 bokstav e
- hvem som skal sikre samordningen av planen er angitt, jfr forskriften § 6 bokstav c
- hvem som skal sikre fremdriften/gjennomføringen i arbeidet med planen er angitt, jfr forskriften § 6 bokstav c

For å kunne ivareta poliklinikkens forpliktelser for utarbeidelse av individuelle planer, må poliklinikken ha rutiner som sikrer:

- igangsetting og utarbeidelse av individuelle planer, jfr. forskriften § 5
- ytelse av tjenester/tiltak, jfr. forskriften § 6 bokstav e
- samordning av den enkelte plan, jfr. forskriften, jfr. forskriften § 6 bokstav c
- fremdrift/gjennomføring av den enkelte plan, jfr. forskriften § 6 bokstav c

Poliklinikken må også tilrettelegge for:

- oppfølging av poliklinikken arbeid med individuelle planer på eget initiativ og eller på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasienter eller tjenester/etater som skal medvirke ved planleggingen
- justering av planens innhold ved endret helsetilstand hos pasienten

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom poliklinikken ikke kan godtgjøre at de systematisk igangsetter og utarbeider individuelle planer, eventuelt i samarbeid med kommunen, for barn og unge som er under psykisk helsevern, vil dette være et avvik fra lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1, jfr tilsynsloven § 3. Avviket innebærer en risiko for at barn og unge med psykiske problemer ikke får en slik plan og et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset psykisk helsevern.

Dersom poliklinikken ikke kan godtgjøre at de ivaretar hovedpunktene i de individuelle planene, er dette et avvik fra Forskrift om individuell plan § 6. Avviket innebærer at barn- og unge under psykisk helsevern risiko for manglende helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Dersom poliklinikken ikke kan godtgjøre at de har tilrettelagt rutiner og prosedyrer for oppfølging av de individuelle planenes innhold, er dette et avvik fra tilsynsloven § 3 og innebærer en risiko for at barn- og unge under psykisk helsevern ikke får tildelt de tjenester de har rett til.

Dersom BUPP ikke kan godtgjøre at de systematisk samarbeider med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater, vil det være avvik fra lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1 og § 5 i forskrift om individuelle planer, jfr. tilsynsloven § 3. Avviket innebærer risiko for manglende helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for barn- og unge under psykisk helsevern.

## **7. Har barne- og ungdomspsykiatrien planlagt, organisert og styrt sine tjenester slik at kommunehelsetjenesten gis veiledning**

### **Myndighetskrav og drøfting av disse**

Helsepersonell innen spesialisthelsetjenesten er forpliktet å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Veiledningsplikten omfatter helsemessige forhold som angår barnets psykiske eller fysiske helse. Dette kan være forhold knyttet til undersøkelse, behandling, pleie og omsorg. Slik veiledning skal gis av eget tiltak eller på anmodning.

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er forpliktet til å tilrettelegge slik at helsepersonell kan ivareta sin veiledningsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, jfr. helsepersonelloven § 16 og tilsynsloven § 3. En poliklinikk kan utpeke en med en koordineringsansvar for å gi råd, men det foreligger ikke krav om dette.

Ved dette tilsynet er det viktig å se på om og eventuelt hvordan poliklinikken har organisert helsepersonells veiledningsplikt. Hvem og hvordan håndteres anmodninger om bistand i form av konkrete råd, forespørsler om å delta i møter med pasient/pårørende sammen med primærhelsetjenesten, og hvordan evalueres og justeres organiseringen av veiledningsarbeidet på bakgrunn av egne erfaringer og/eller tilbakemeldinger fra kommunene?

### **Konstatering av avvik og merknader**

Dersom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke kan godtgjøre at de har tilrettelagt for at helsepersonell kan ivareta sin veiledningsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, vil dette være avvik fra helsepersonelloven § 16.

**Fylkeslegens observasjoner knyttet til planlegging, organisering og styring av de ulike områdene skal summeres til ett eventuelt avvik fra tilsynsloven § 3 for hvert av de fire områdene i spesialisthelsetjenesten (jfr s.5).**

## **V FORBEREDELSE**

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal motta felles varsel om tilsyn. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten skal varsel om tilsyn sendes til foretaket med gjenpart til BUPP.

I tilknytning til revisjonen skal det innhentes informasjon fra kommunens PP-tjeneste og barnevern, jfr.pkt. 2 om avgrensning/tilnærming. Disse deltjenestene er ikke forpliktet til å snakke med fylkeslegen, så fylkeslegen må gjøre en formell henvendelse og forespørre kommunens ledelse på forhånd. Fylkeslegen skal også informere Fylkesmannen og Utdanningsdirektøren om denne henvendelsen. De spørsmål som skal belyses er de samme som fylkeslegen vil ta opp med intervjuobjektene i revisjonen.

For å få belyst om internkontrollplikten etterleves er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i Demings sirkel – (planlegging, utførelse, kontroll og korrigerings) når de konkrete spørsmålene til intervjuene skal utarbeides.

Stikkord:

- Prosedyrer for henvisning og tilbakemelding
- Praktisering av meldeplikten til barnevernet
- Samarbeidsrutiner (struktur og innhold), inkludert samarbeid knyttet til utarbeidelse av individuelle planer
- Opplevde problemer (ansvars- og oppgavefordeling, samhandling, helsetjenestens tilbud – omfang og innhold)

Innhenting av opplysningene kan skje på flere måter: ved skriftlig henvendelse og svar, forberedt telefonsamtale, møte før revisjonen, eller i et møte med representanter fra disse tjenestene før åpningsmøtet. For at de innhentede opplysningene skal kunne brukes i revisjonene, skal de dokumenteres skriftlig eventuelt gjennom et referat som fylkeslegen nedfeller og får tilslutning til.

Den informasjon som mottas foreslås brukt på en åpen og aktiv måte i forhold til kommunehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien. Informasjonen fra PPT og

barnevern kan brukes som observasjoner i tilsynsrapporten, forutsatt at de fyller kravene til å være revisjonsbevis. Det skal imidlertid ikke gjøres noen vurderinger av PPT eller barnevernets innsats eller deltakelse, dette skal det uttrykkelig informeres om i forbindelse med henvendelsen til kommunen.

Dersom kommunen eller PPT og eller barnevern ikke ønsker på svare fylkeslegen på spørsmålene vil det ikke ha konsekvenser for tilsynet utover at informasjonen om tjenestene blir mer begrenset. Vi anser ikke at dette innebærer at ikke tilsynet ellers vil kunne gjøres som normalt.

Valg av intervjuobjekter vil bl.a. være avhengig av ansvars- og myndighetsfordelingen slik dette fremgår av bakgrunnsdokumentasjonen for tilsynet.

Aktuelle intervjuobjekter kan være:

I kommunen:

- administrativt ansvarlig for helsetjenesten
- ledende helsesøster (administrativt ansv. for helsestasjon og skolehelsetjeneste)
- medisinsk faglig rådgiver
- fastleger
- helsestasjon og skolehelsetjeneste: lege og helsesøster

I spesialisthelsetjenesten:

- administrativt ansvarlig for BUPP på foretaksnivå
- administrativt og faglig ansvarlig i BUPP
- en person med merkantilt ansvar (journalføring, registrering, kjoordning)
- behandlere fra teamene (lege, psykolog, klinisk pedagog, sosionom, evt annet høyskoleutdannet personell som utløser refusjon)

### **Verifikasjoner:**

Gjennomgang av journaler:

- for å få bekreftet at helsesøster og medisinsk faglig ansvarlig har vurdert og drøftet barnet før henvisning til annen kommunal instans eller til spesialisthelsetjenesten.
- for å få bekreftet at barn som trenger det gis målrettede undersøkelser
- referater fra tverrfaglige møter
- individuelle planer
- innfrielse av vurderingsgarantien

Referater fra samarbeidsmøter og lignende

Nedskrevne rutiner eller prosedyrer eller andre hjelpemidler som sikrer samarbeid om pasienter

## **VI. RAPPORTERING**

Helsetilsynet foreslår at det utarbeides egne rapport for hver enkelt virksomhet samt en "samhandlingsrapport" (jfr kap III s 4). Rapporten som omhandler spesialisthelsetjenesten skal sendes helseforetaket med gjenpart til BUPP.

Det vises til prosedyre for systemrevisjon og mal for tilsynsrapport som ble sendt Fylkeslegene vedlagt brev av 10. mai 2000 og som finnes på henholdsvis *Losens: vår*

*etat/felles fylkeslegemeny/tilsynsmeny for fylkeslegene/prosedyrer og rapportmal fil Ny/  
generelt/fylkeslegemal.*

I prosedyren står det under pkt 5.7.5: *Vedlagte rapportmal skal brukes ved rapportering. Alle områder som revideres skal omtales i rapporten, også de områder der det ikke er påpekt avvik eller merknader.*

Rapportmalen skal revideres, men Helsetilsynet vil allerede nå komme med noen utdypninger. Helsetilsynet ber om at sammendragene i rapporten skal gi svar på de spørsmålene nummerert 1-3 eller 4-7 under kapittelet om valgte områder og lovgrunnlag ( IV). Rapportene skal gjøre rede for hva man har sett på, og angi avvik og merknader med underliggende observasjoner. Av pedagogiske hensyn skal rapporten også inneholde de observasjonene som understøtter at Fylkeslegen ikke har funnet grunn for å konstatere avvik eller merknader. Rapportene skrives til de reviderte, men må også kunne forstås av allmennheten.

Kopi av rapporten og oversendelsesbrevet, varslingsbrevet og andre dokumenter som er nødvendige for å få oversikt over hele revisjonsprosessen skal sendes til Helsetilsynet. Tilsynsrapporten skal samtidig sendes Helsetilsynet til e-postadresse [leonora.martinussen@helsetilsynet.dep.no](mailto:leonora.martinussen@helsetilsynet.dep.no) for å bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider på internett og på Losen, etatens intranett. Fylkeslegen har ansvar for å følge opp de påpekte avvik.

Helsetilsynet vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en felles rapport for det felles tilsynet.

## VEDLEGG 1:

### Kriterier for prioritering av pasienter innen barne og ungdomspsykiatrien.

NORSK BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK FORENING utarbeidet i 2000 forslag til felles kriterier for prioritering av pasienter innen barne og ungdomspsykiatrien. Oversendt Helsetilsynet i brev av 29. februar 2000 (delvis gjengitt):

Barne- og ungdomspsykiatrisk forening har etter oppfordring fra Statens helsetilsyn gått igjennom materialet fra den foreliggende undersøkelsen og litteratur angående dokumentert effekt. Lønning-II-utvalgets inndeling i , *grunnleggende helsetjenester (prioritet I)* og *utfyllende helsetjenester (prioritet II)* er lagt til grunn for forslaget til prioriteringskriterier for alvorlige psykiatriske tilstander hos barn og unge. En anser at begge disse gruppene kommer inn under lovens definisjon av retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, om enn med forskjellig hastegrad. Dette er holdt opp mot de føringer som er lagt i Stortingsmelding 25, *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, i Rundskriv I-24/ *Psykisk helse. Opptrappingsplan for psykisk I!*(lse 11M() - 2006 fra Sosial- og helsedepartementet samt de nye helselovene.

På denne bakgrunn har Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening i forståelse med Norsk psykologforening kommet frem til følgende prioriteringsgrupper i medhold av pasientrettighetsloven:

### *Venteliste - prioritet gruppe I*

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

### *Venteliste - prioritet gruppe II*

- Kontaktforstyrrelser uten åpenbare psykotiske trekk, men med uttalt labil psykisk fungering (borderline-tilstander)
- Mindre alvorlige psykiske symptomer sekundært til alvorlige somatisk sykdommer
- Mindre alvorlig depresjon, angst, tilbaketrekking, psykosomatikk
- Hjerneorganisk betingede lidelser med moderate psykiske symptomer
- Atferdsforstyrrelser, utredning og behandlingsplanlegging
- Psykisk lidelse etter mishandling/ andre traumer eller kriser hvor omsorgssituasjonen er ivaretatt/klarert (foreldre/familie/barnevern)
- Barn av foreldre med alvorlig psykisk lidelse