



# Veileder

for poliklinikker  
i psykisk helsevern  
for barn og unge



Heftets tittel: Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge

Utgitt: 2008

Bestillingsnummer: IS-1570

ISBN-nummer: ISBN: 978-82-8081-107-3

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling psykisk helse  
Postadresse: Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2

Tlf.: 810 200 50  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling: Oppgi bestillingsnummer IS-1570

Foto: Katrine Lunke  
Grafisk design: Ultimatum design, Aase Bie  
Trykk: Oslo Forlagstrykkeri

Det er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. De aller fleste barn og unge som er i behov for tjenester fra psykisk helsevern behandles ved poliklinikkene (BUP). Poliklinikkene er hovedpilaren i det psykiske helsevern for barn og unge. Tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestetilbudet ved poliklinikkene er derfor avgjørende for å sikre at barn og unge får et tilfredsstillende tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Samordning og samhandling innad og mellom de ulike tjenestenivåene medfører fremdeles store utfordringer. Større grad av samarbeid med god flyt er avgjørende for å gi forutsigbare og helhetlige tjenester. Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405) gir anbefalinger til det kommunale tjenesteapparatet om hvordan tjenestene bør legges opp og utøves. Disse to veilederne bør derfor ses i sammenheng.

For å sikre barn og unge et bedre tilbud, har Stortinget gitt sin tilslutning til regelfesting av en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Ventetidsgarantien vil tre i kraft fra 1. september 2008. I tillegg er det utarbeidet en prioriteringsveileder for å sikre en likere vurdering av rett til prioritert helsehjelp.

Formålet med denne veilederen er å gi tydelige føringer for videreutviklingen av poliklinikkens tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. I forbindelse med utarbeidelsen av veilederen har Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør på oppdrag fra Helsedirektoratet ledet et viktig utviklingsarbeid.

Veilederen henvender seg til ledere på ulike nivåer, til utøvere og til brukere av tjenestene. Vi håper at veilederen vil oppleves som en viktig støtte i det videre arbeidet, gi klarere retning for videreutvikling av tjenestene og bidra til styrking av kvaliteten på den behandling som gis barn og unge.

Vi ønsker dere lykke til med arbeidet!



*Bjørn-Inge Larsen*  
Direktør

<b>1.</b>	<b>INNLEDNING</b> . . . . .	5
	Bakgrunn . . . . .	5
	Kvalitet i tjenesten . . . . .	6
	Formål med veilederen . . . . .	7
	Målgruppe . . . . .	7
	Juridisk grunnlag . . . . .	7
	Faglige råd . . . . .	8
	Arbeidsgruppen . . . . .	8
<b>2.</b>	<b>SAMHANDLIG, ANSVAR OG OPPGAVEFORDELING</b> . . . . .	10
	Anbefalinger . . . . .	11
2.1	Sammenhengende tjenester med tjenestemottakeren i sentrum	11
2.2	Oversikt over opptaksområdet, sammenheng og kontinuitet . . .	12
2.3	Brukermedvirkning . . . . .	13
	Brukermedvirkning på individnivå . . . . .	14
	Brukermedvirkning på systemnivå . . . . .	14
	Tilrettelegging for barn og unges medvirkning . . . . .	15
2.4	Poliklinikkens bidrag til samarbeid med andre faginstanser . . .	16
	Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og kommunale tjenester . . . . .	17
	Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og den øvrige spesialisthelsetjeneste . . . . .	20
2.5	Overganger mellom ulike hjelpeinstanser . . . . .	21
<b>3.</b>	<b>KJERNEOPPGAVER</b> . . . . .	22
	Anbefalinger . . . . .	23
3.1	Henvising og inntaksvurdering . . . . .	25
	-Tilbakemeldinger til henviser og pasient/familie . . . . .	28
3.2	Utredning . . . . .	28
	Selvmordsvurdering . . . . .	30
3.3	Diagnostikk . . . . .	31
3.4	Behandlingsplan . . . . .	32
3.5	Behandling . . . . .	33
3.6	Behandlingsavslutning, evaluering og epikrise . . . . .	34
3.7	Journaldokumentasjon . . . . .	36
	Koding og tilstander . . . . .	37
3.8	Øyeblikkelig hjelp-plikt og akutthjelp . . . . .	38
3.9	Ambulant behandling . . . . .	39
3.10	Individuell plan . . . . .	40
3.11	Kontakt med foreldre . . . . .	41
3.12	Forebygging og veiledning til kommunene . . . . .	41
3.13	Opplæring av pasienter og pårørende . . . . .	42
3.14	Opplæring og utdanning av helsepersonell . . . . .	42
3.15	Forskning og fagutvikling . . . . .	43

<b>4.</b>	<b>ARBEID MED SÆRSKILTE GRUPPER</b>	44
4.1	Sped- og småbarns psykiske helse	44
	Utfordringer	44
	Anbefalinger	45
4.2	Ungdom med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer	47
	Nødvendig kompetanse	47
	Utfordringer	47
	Anbefalinger	48
4.3	Barn og ungdom i vanskelige livssituasjoner	48
	Flyktninger og asylsøkere, barn i mottak – rett til helsehjelp	48
	- <i>Personer som er innvilget asyl eller oppholdstillatelse</i>	48
	- <i>Personer med asylsøknad til behandling</i>	49
	- <i>Personer med endelig avslag</i>	49
	Nødvendig kompetanse	49
	Særskilte utfordringer	50
	Anbefalinger	51
	Arbeid med barn i familier med etnisk minoritetsbakgrunn	51
	Barn i barnevern	51
	Anbefalinger	52
	Barn av psykisk psyke og/eller rusmiddelavhengige foreldre	52
	Anbefalinger	53
<b>5.</b>	<b>FAGLIGE RESSURSER OG KOMPETANSE</b>	54
	Anbefalinger	55
5.1	Kompetanseprofil	55
	Basiskompetanse	56
	Spisskompetanse og særskilte kompetanseområder	56
	Utnyttelse av klinikkens faglige ressurser	57
5.2	Krav til utvikling og vedlikehold av kompetanse	58
	Internundervisning og veiledning	58
	Arbeidsformer der flere behandlere arbeider sammen	58
	Videre- og etterutdanninger	58
	Spesialistutdanning	59
<b>6.</b>	<b>FAGLIG KVALITET I TJENESTEN</b>	60
	Anbefalinger	61
6.1	Organisasjonskultur med vekt på kvalitet, læring og forbedringsarbeid	61
6.2	Fokus på resultat av behandling	63
	Kunnskapsbaserte tjenester	63
	Behandlingsresultat	64
	Evaluering av behandlingsforløp	64
6.3	Fokus på riktig prioritering	64
	God ressursutnyttelse	65

6.4	Helhetlig kvalitetssystem, internkontroll og kvalitetsforbedring . . . . .	65
	Forsvarlige ressurser til internkontroll og kvalitetsutvikling . . . . .	66
	Kvalitetsutvalg . . . . .	66
	Utøvelse i tråd med retningslinjer og kunnskapsbasis . . . . .	67
	Lederens ansvar . . . . .	67
	Kvalitetssikring av utredning, behandling og avslutning samt av samarbeid med andre instanser . . . . .	67
	Evaluering av kvalitet på det kliniske arbeidet . . . . .	68
	Forutsetninger for evaluering . . . . .	68
	Nasjonale kvalitetsindikatorer . . . . .	69
	Akkrediterings/sertifiseringssystemer . . . . .	70
	Kontinuerlig forbedringsarbeid . . . . .	70
6.5	Dokumentasjon, nasjonalt og lokalt . . . . .	70
<b>7.</b>	<b>ORGANISERING OG LEDELSE . . . . .</b>	<b>72</b>
7.1	Organisering . . . . .	72
7.2	Ledelse og ledelsesutfordringer . . . . .	72
	Kontoransattes rolle . . . . .	73
	Rammebetingelsene for utøvelse av lederskap . . . . .	74
	Skape forståelse og motivasjon for behovet for endring . . . . .	75
	Leders ansvar for forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling . . . . .	75
7.3	Medansvar for det samlede behandlingstilbudet . . . . .	75
<b>8.</b>	<b>RETTSLIGE RAMMER . . . . .</b>	<b>77</b>
8.1	Regler om helsetjenestene mv. . . . .	77
8.2	Regler om helsepersonell . . . . .	79
8.3	Pasientrettigheter . . . . .	79
8.4	Barns rettigheter . . . . .	80
	Rett til medvirkning og informasjon. . . . .	81
	Samtykke . . . . .	84
	Taushetsplikt . . . . .	86
	Hva når foreldrene ikke samtykker til helsehjelp som barnet trenger? . . . . .	86
	Aktuelle forskrifter . . . . .	87
<b>9.</b>	<b>REFERANSER . . . . .</b>	<b>88</b>



# 1.

## Innledning

### Bakgrunn

St. meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet* beskriver utfordringene i tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Stortingsmeldingen slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for en omfattende styrking og omstrukturering av tjenestetilbudene. Psykisk helsevern måtte få en klarere spesialistprofil med mer differensierte og lettere tilgjengelige tjenester for befolkningen og psykisk helsevern for barn og unge måtte bygges ut. Dette var bakgrunnen for *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (St prp nr. 63 1997–98).

Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse... (2003) er en ytterligere forsterkning av Opptrappingsplanens målsettinger i forhold til å styrke og videreutvikle innsatsen for å bedre barn og unges psykiske helse. Et av tiltakene her er utarbeidelse av en Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: «Økt kvalitet i behandling gjennom kliniske retningslinjer for poliklinikker»

med følgende oppdragsbeskrivelse: «Poliklinikkene er grunnpilaren i det psykiske helsevern for barn og ungdom. Tidsbruk, rutiner og behandlingsopplegg synes å variere til dels betydelig mellom poliklinikker. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide retningslinjer for arbeid ved poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge. Retningslinjer skal omfatte kriterier for tidsmessig prioritering for utredning og krisehjelp, samarbeid og rådgivning til kommunale instanser.»

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer (Dokument nr. 3:7, 2006–2007), konkluderer med at behandlingstilbudet til barn og unge ikke er likeverdig:

- Store forskjeller i kapasitet og andel spesialister mellom poliklinikkene og mellom helseregionene
- Ingen sammenheng mellom kapasitet og ventetid
- Ventetiden er lang og økende
- Arbeidet med kvalitetssikring er ikke godt nok
- Samarbeids- og planverktøy brukes i liten grad, individuell plan, utredningsplan og behandlingsplan er nærmest fraværende
- Mangelfullt samarbeid mellom tjenestene
- Uklart ansvar og manglende samarbeidsavtaler
- Kvaliteten på styringsdata er for dårlig

Problemstillinger knyttet til ulik praksis for registrering, inntak, prioritering og vurdering av rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp<sup>1</sup>, har lenge vært en utfordring innen psykisk helsevern for barn og unge.

I tillegg til innføring av ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, i kraft fra 1. september 2008, er det utarbeidet en ny registreringsveileder fra Norsk Pasientregister (NPR) og en ny prioriteringsveileder. Alle disse dokumentene må ses i sammenheng som bidrag for å utbedre uheldig variasjon i tjenestetilbudet for barn og unge.

### **Kvalitet i tjenesten**

Helsetjenestene skal til enhver tid utøves faglig forsvarlig og i samsvar med god faglig praksis. For å bidra i kvalitetsarbeidet utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet i 2005 en kvalitetsstrategi, «...og bedre skal det bli!» Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015. Denne strategien skal bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres og at tjenestemottakere får sosial- og helsetjenester av god kvalitet.

<sup>1</sup> I det følgende benyttes begrepet «rett til prioritert helsehjelp» synonymt med lovens begrep «rett til nødvendig helsehjelp». Dette gjøres for å synliggjøre at det sentrale med rettighetsvurderingen er å prioritere pasienter opp eller ned ut fra den enkeltes behov. Pasienter som har fått rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp vil i det følgende bli omtalt som rettighetspasienter. Vi har valgt å bruke disse begrepene av hensyn til den allmenne forståelsen av prioriteringsforskriften selv om det innebærer at det brukes to begreper for samme lovmessige forhold.

Målet med strategien er å sikre at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse målområdene har vært retningsgivende for veilederen.

Et likeverdig tjenestetilbud til barn og unge, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor er en helsepolitisk målsetting. Et likeverdig tilbud vil imidlertid kunne innebære variasjoner ut fra lokale forhold der lokale tilpasninger er nødvendig.

### **Formål med veilederen**

Formålet med veileder for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge er å bidra til at poliklinikkene utvikles i tråd med den målsetting og de intensjoner som ligger i Opptrappingsplanen for psykisk helse og gjeldende regelverk. I tillegg til å tydeliggjøre helsepolitiske føringer og forventninger samt å gi faglige råd til tjenestene, angir også veilederen det juridiske grunnlag for tjenestene.

### **Målgruppe**

Målgruppen for veilederen er ledere og øvrig fagpersonell innen psykisk helsevern for barn og unge, samt brukere og personell i andre tjenester som psykisk helsevern for voksne, kommunal helsetjeneste og andre som samarbeider med poliklinikkene. Veilederen er ment som et hjelpemiddel for poliklinikker, men kan også være nyttig for å hjelpe samarbeidspartnere og brukere til å få en bedre oversikt over hvordan poliklinikkene er utformet og hvilke tjenester poliklinikken kan bidra med og tilby.

### **Juridisk grunnlag**

Spesialisthelsetjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge er hjemlet i ulike lovverk, blant annet spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven med tilhørende forskrifter.

Når det står «skal» i veilederen, betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller er så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt. For øvrig er anbefalingene i veilederen ikke juridisk bindende. Men dersom man velger å ikke følge dem, bør dette begrunnes i pasientens journal.

Juridiske spørsmål er tatt opp fortløpende i teksten, og i tillegg gir kapittel 8 en mer samlet fremstilling av viktige deler av aktuelt regelverk.

### **Faglige råd**

Selve behandlingen – møtet mellom to eller flere mennesker – kan ikke styres gjennom en veileder, men veilederen er ment å være en hjelp til leder og øvrige ansatte for å lage gode rammer rundt behandlingsarbeidet. Veilederen er ment å bidra til at poliklinikken kan holde fokus på de viktigste arbeidsoppgavene, herunder samarbeid med brukere og andre instanser og hvordan driften kan kvalitetssikres.

I møte med pasienter vil poliklinikken ha behov for et mangfold av verktøy og forståelsesmodeller, herunder også kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og kosthold. Ulike modeller kan tjene som nyttige supplement og korrektiver til hverandre i forsøket på å forstå og hjelpe pasientene og familiene.

Det er en forventning om at veilederen kan bidra til en mer felles forståelse om hva som er god praksis ved at:

1. Etablert god praksis stimuleres og videreføres
2. Uheldig variasjon i praksis danner utgangspunkt for forbedringsarbeid
3. Områder som generelt ikke synes å fungere godt, gis særlig fokus med tanke på forbedringer

### **Arbeidsgruppen**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse – helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) har på oppdrag fra Helse- direktoratet utarbeidet et utkast til veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. En tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe fra fagfeltet, samt representanter fra bruker- organisasjonene har deltatt i arbeidet. Arbeidsgruppen har vært organisert i tre mindre arbeidsgrupper med hver sine ansvarsområder. I tillegg har det vært en redaksjonsgruppe. Det har vært lagt opp til en prosess med kontinuerlige tilbakemeldinger, hvor fagfeltet har bidratt med viktige innspill.

*Prosjektleder:*

Helen Johnsen Christie, direktør, RBUP Øst og Sør

*Redaktører:*

Betty Van Roy, AHUS

Christin Bauer, RBUP Øst og Sør

*Arbeidsgruppene:*

*Gruppe 1 (Kjerneoppgaver)*

Astrid Furre, (leder) RBUP Øst og Sør  
Magne Mæhle, RBUP Vest  
Gro Traavik, BUP Furuset  
Jan Myrvold-Hansen, Bærum BUP  
Marit Steigre, Kongsberg BUP  
Katie Wikstrøm, BUP klinikk, St. Olavs hospital  
Björg Antonsen, Sykehuset Innlandet HF

*Gruppe 2 (Samhandling, ansvar og oppgavefordeling)*

Inger Hodne, (leder) RBUP Øst og Sør  
Ingebjørg Hestetun, Skien BUP  
Lene Holum, RBUP Øst og Sør  
Liv Ristvedt, Sykehuset Buskerud HF, avd. BUPA  
Roy Madsen, Sykehuset Sørlandet, avd. BUPA  
Henny Brenna, BUPA Tønsberg  
Karin Källsmyr, Voksne for Barn  
Per Lunde, ADHD Norge  
Marit Hafting, Voss BUP  
Magne Furevik, BUP Nordhordland

*Gruppe 3 (Faglig kvalitet i tjenesten)*

Sonja Heyerdahl, (leder) RBUP Øst og Sør  
Ketil Hanssen-Bauer, RBUP Øst og Sør  
Anne Andersen, RBUP Øst og Sør  
Einar Heiervang, RBUP Vest  
Håkan Persson/Siv Kvernmo, RBUP Nord  
Håkon Ruud, BUP, Oslo Syd

I tillegg har følgende personer bidratt under kapittel 4  
Arbeid med særskilte grupper:

- Sped- og småbarns psykiske helse:  
Marit Bergum Hansen, Nasjonal kompetansenettverk for  
sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør og  
Nancy Moss, RBUP Øst og Sør
- Ungdom med psykiske problemer og rusmiddelproblemer:  
Lene Beate Granly, Lillestrøm BUP
- Flyktninger og asylsøkere, barn i mottak:  
Mette Bengtson og Anne Kirsti Ruud, Nic Waals Institutt
- Barn i barnevern og barn av psykisk syke og/ eller  
rusmiddelavhengige foreldre:  
Øyvind Kvello, Psykologisk institutt, NTNU

## 2. Samhandling, ansvar og oppgavefordeling



### Anbefalinger

- Poliklinikken har god kjennskap til befolkningen og behovet for tjenester, samt til det øvrige tjenesteapparatet i opptaksområdet.
- Poliklinikken anvender brukerkompetanse og brukererfaringer på individ- og systemnivå som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget.
- Poliklinikken legger til rette for et godt samarbeid med kommunale og statlige tjenester. Samarbeidet bør forankres i skriftlige avtaler, evalueres gjensidig og forbedringer bør iverksettes ved behov.
- Poliklinikken har et særskilt ansvar for å bidra til gode overganger for pasientene når flere instanser bidrar i samarbeidet eller når et annet tjenestested skal overta ansvaret.

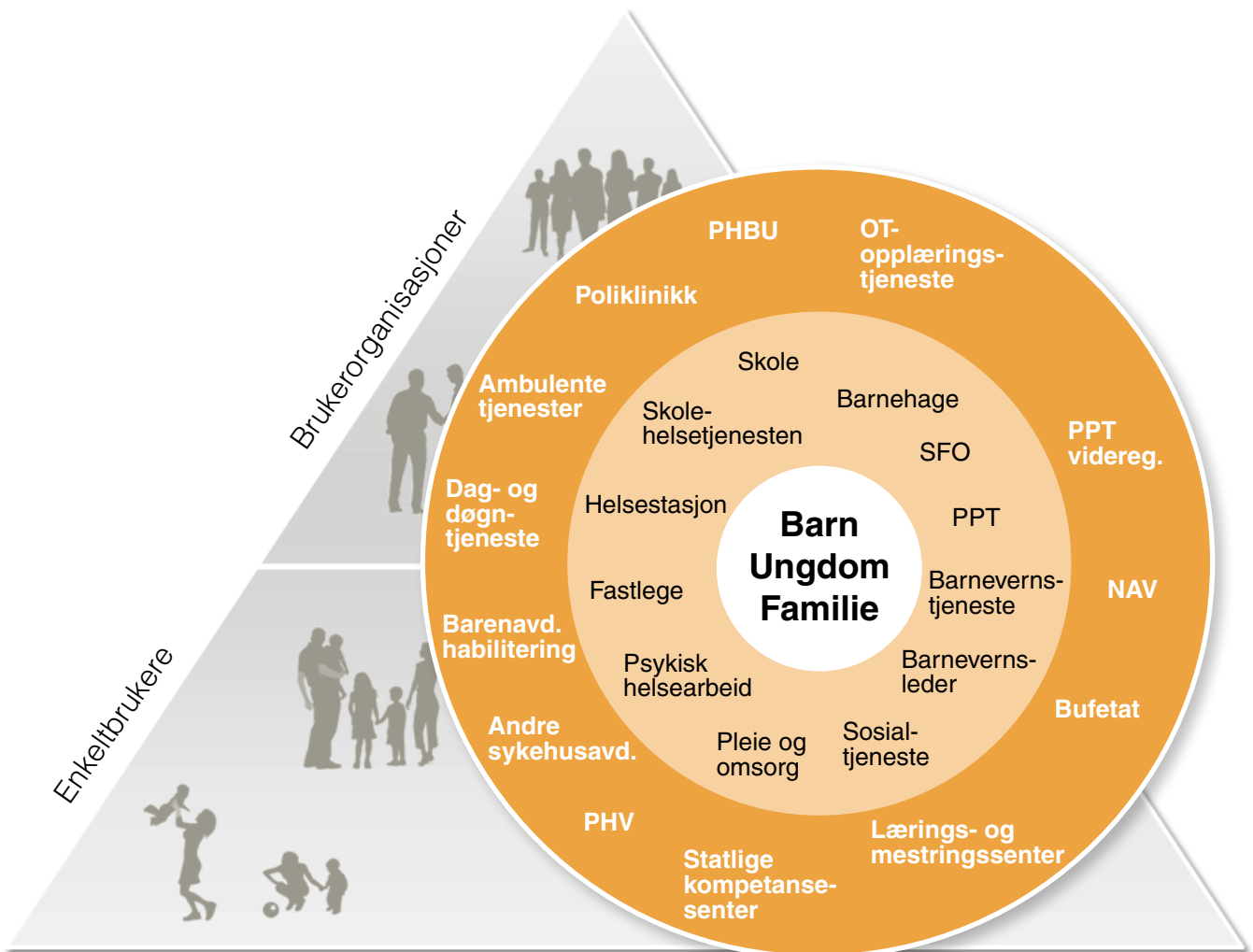
## 2.1 Sammenhengende tjenester med tjenestemottakeren i sentrum

For å ivareta brukerens interesser og tilgang til helsehjelp, er prinsippet om tjenestetilbud på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) retningsgivende i hele helsevesenet. Det innebærer blant annet at psykisk helsevern ikke alltid bør «overta», men heller tre inn i tillegg til de kommunale tjenestene.

*I noen tilfeller er brukerens behov så sammensatte og omfattende at en felles innsats fra mange tjenesteytere er nødvendig*

I noen tilfeller er brukerens behov så sammensatte og omfattende at en felles innsats fra mange tjenesteytere er nødvendig. Da har tjenestemottakeren rett til å få en individuell plan, et planleggings- og arbeidsverktøy for brukermedvirkning og koordinerte tjenester, se kapittel 3.10.

Hver kommune har ansvar for å gi et tjenestetilbud til barn og unge med psykiske vansker og deres foreldre. Hva dette tilbudet bør omfatte, er beskrevet i *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (IS-1405). Den foreliggende veilederen for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge må ses i sammenheng med veilederen for kommunene.



Figuren viser de kommunale tjenestene i den gule sirkelen nærmest barn/ungdom og familie, mens det statlige tjenestenivå er beskrevet i den grønne sirkelen. Brukermedvirkning bør finne sted på alle nivåer. Tjenestestedene bør samarbeide med brukerorganisasjonene på systemnivå.

PHBU: Psykisk helsevern for barn og unge

PHV: Psykisk helsevern

SFO: Skolefritidsordning

PPT: Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Bufetat: Barne- ungdoms- og familieetaten

## 2.2 Oversikt over opptaksområdet, sammenheng og kontinuitet

Poliklinikkens samarbeid med kommunale instanser forutsetter kunnskap om lokale forhold. Befolkningsansvaret og hensynet til spesielle behov i befolkningen lokalt, må tas med når planer for kompetanse i poliklinikkene utformes. Psykisk helsevern og kommunale tjenester må ses i sammenheng. Modelldistrikt-organiseringen som prøves ut i noen kommuner i Nord-Norge er en måte å realisere dette på, se ramme.

## MODELLDISTRIKT

Forebyggingsenheten ved RBUP Nord driver forskningsprosjekt Modelldistrikt. Formålet er å utvikle modeller og nye strukturer for god praksis og samhandling mellom poliklinikk og kommuner i poliklinikkens opptaksområde. Med samhandling forstås i denne sammenheng samhandling på tvers av kommunegrenser, mellom første og andrelinjetjenesten og mellom praksis og forskningsfelt.

*RBUP Nord, forebyggingsenheten  
(post.rbup@fagmed.uit.no)*

På samme måte som folketall og organisering av tjenester i kommunene varierer, er det også stor variasjon i størrelse og kapasitet i poliklinikkene. Poliklinikkene kan organisere seg med noen større klinikker, som i tillegg til å betjene et geografisk opptaksområde, også har forpliktelser overfor flere mindre poliklinikker i nærheten, for eksempel når det gjelder tjenester til enkelte pasientgrupper, utdanning osv.

For å oppnå helhetlige behandlingstilbud, er det avgjørende at tjenesteutøvere i hver enkelt enhet er oppmerksom på sammenhengen mellom egen innsats og innsatsen fra det øvrige behandlingsnettverket, samt at de kan informere brukerne om dette.

## 2.3

### Brukermedvirkning

Brukere har rett til medvirkning på system- og individnivå. Brukerne i tjenester rettet mot barn og unge er definert som barn, unge og deres foreldre. De voksnes ansvar for barnas situasjon gir brukerbegrepet et litt annet innhold i tjenester for barn og unge enn det som gjelder for voksne.

Det psykiske helsevernet for barn og unge skal være kunnskaps- og erfaringsbasert, og brukererfaringer er en del av kunnskapsgrunnlaget. Poliklinikkene og brukerorganisasjonene bør i felleskap finne fram til gode måter å innhente brukererfaringer og ta dem i bruk i utviklingen av tjenestene.

### **Brukermedvirkning på individnivå**

Behandlingsansvarlig skal aktivt etterspørre og innhente synspunkter og forslag til forbedringer fra barn, unge og familier vedrørende tjenestene de mottar. Kvalitet i tjenesten er også et spørsmål om opplevd kvalitet, og behandlerne i poliklinikken må anerkjenne brukerens rett til å definere kvalitet, mål og resultat på egne vegne.

Sentrale punkter i tilrettelegging for brukermedvirkning:

- Barn/unge, foreldre og behandlere bør i fellesskap sette mål for utredningen og behandlingen. Brukerens opplevelse bør vektlegges. Fagpersonalet har ansvar for å utarbeide en utrednings- og behandlingsplan der disse felles målene beskrives.
- Rammene for behandlingen (møtetider, møtesteder, hyppighet etc.) diskuteres og avtales med pasienten og pårørende.
- Fagpersonalet bør ta opp hvordan eventuelle vansker barn/unge og/eller foreldre måtte oppleve i behandlingen kan komme fram, slik at nødvendige endringer kan iverksettes.
- Det bør legges opp til regelmessig evaluering av behandlingen, der både barn/unge, foreldre og behandlere (og eventuelt andre) er informanter. Evalueringsspørsmål til brukere bør omfatte opplevd likeverd, samarbeid om måloppnåelse og planer, åpenhet om vanskeligheter i samarbeidet og barn/unges og foreldres vurdering av bedring og tilfredshet med tjenesten.

### **Brukermedvirkning på systemnivå**

Poliklinikkene bør samarbeide med brukerorganisasjoner og slik legge til rette for at brukererfaringer og brukerkunnskap inngår i det totale kunnskapsgrunnlaget for tjenesten. Dette kan for eksempel organiseres gjennom halvårlige eller årlige møter. Poliklinikkene har selv et ansvar for å ta initiativ til slike møter.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører regelmessige nasjonale brukerundersøkelser på oppdrag fra de regionale helseforetakene og fra helsemyndighetene (se [www.kunnskapssenteret.no/PasOpp](http://www.kunnskapssenteret.no/PasOpp)). Poliklinikkleder eller helseforetaket bør også ta initiativ til lokale brukerundersøkelser i samarbeid med brukerorganisasjoner. Resultater fra disse undersøkelsene bør, i likhet med synspunktene fra brukerorganisasjonene, benyttes i klinikkens kvalitetsutvikling.

<b>Aktuelle bruker- og interesseorganisasjoner</b>	
ADHD Norge	<a href="http://www.adhdnorge.no">www.adhdnorge.no</a>
Autismeforeningen	<a href="http://www.autismeforeningen.no">www.autismeforeningen.no</a>
Ananke (tvangslidelser)	<a href="http://www.ananke.no">www.ananke.no</a>
Angstringen	<a href="http://www.angstringen.no">www.angstringen.no</a>
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	<a href="http://www.ffo.no">www.ffo.no</a>
Interesseforeningen for kvinner med spiseforstyrrelse	<a href="http://www.iks.no">www.iks.no</a>
Landsforeningen for barnevernsbarn	<a href="http://www.barnevernsbarna.no">www.barnevernsbarna.no</a>
Landsforeningen for Pårørende i Psykiatri	<a href="http://www.lpp.no">www.lpp.no</a>
Mental Helse Norge	<a href="http://www.mentalhelse.no">www.mentalhelse.no</a>
Mental helse Ungdom	<a href="mailto:mhu@mentalhelse.no">mhu@mentalhelse.no</a>
Norsk Tourette Forening	<a href="http://www.touretteforeningen.no">www.touretteforeningen.no</a>
Norsk Fosterhjemsforening	<a href="http://www.fosterhjemsforening.no">www.fosterhjemsforening.no</a>
Prematurforeningen	<a href="http://www.prematurforeningen.no">www.prematurforeningen.no</a>
Psykiatrisk Opplysningsfond	<a href="http://www.psykopp.no">www.psykopp.no</a>
Voksne for Barn	<a href="http://www.vfb.no">www.vfb.no</a>

<b>Prosjekt/tiltak som kan være relevante</b>	
«Bruker spør bruker»	<a href="http://www.bruckererfaring.no">www.bruckererfaring.no</a>
Brukerlærere	<a href="http://www.bruckerlærerne.no">www.bruckerlærerne.no</a>
Brukerstyrt pårørendesenter (LPP/VFB)	<a href="http://www.psenteret.no">www.psenteret.no</a>
Familienettet	<a href="http://www.familienettet.no">www.familienettet.no</a>
Klient- og resultatstyrt behandling (KOR)	<a href="http://www.r-bup.no/nettverk/kor">www.r-bup.no/nettverk/kor</a>
Morild, nettsted for barn og unge	<a href="http://www.morild.org">www.morild.org</a>
Nettungen psykisk helse (NOVA-rapport)	<a href="http://www.nettungen.no">www.nettungen.no</a>
Oppvekstbanken	<a href="http://www.oppvekstbanken.no">www.oppvekstbanken.no</a>
Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser (02/2006, IS-1349)	<a href="http://www.helsedir.no">www.helsedir.no</a>

### **Tilrettelegging for barn og unges medvirkning**

Barn og unges rett til brukermedvirkning forutsetter at poliklinikken i samarbeid med foreldre legger til rette for at barn og unge kan inkluderes og delta på egne premisser. I arbeid med barn må man ofte ta i bruk andre kommunikasjonsformer og kommunikasjonsverktøy enn de man benytter med voksne. Samtalen alene kan være en vanskelig form for mange barn og unge i møte med voksne. Når barn og unge inviteres til deltakelse og medvirkning, er det sentralt at de opplever at deres erfaringer tas på alvor og at de har en reell innflytelse.

Det er mulig å søke råd og hente eksempler på gode kommunikasjonsverktøy og tilnærminger for barn og unges brukermedvirkning fra arbeidet som gjøres i regi av interesse- og

brugerorganisasjonene, for eksempel Voksne for barn. ([www.vfb.no](http://www.vfb.no)). Når det gjelder barn og unge kan også fokusgruppeintervju være nyttig for å innhente brukererfaringer.

Klient- og resultatstyrt terapi (KOR) har utarbeidet skalaer for time- og endringsvurdering som er tilpasset barn ([www.r-bup.no/nettverk/kor](http://www.r-bup.no/nettverk/kor)). I Storbritannia har University College London og Anna Freud Center utarbeidet en brosjyre «Choosing what's best for you», der barn og unge kan finne informasjon og råd om behandling for ulike psykiske lidelser ([www.annafreud.org/ebpu](http://www.annafreud.org/ebpu)). Poliklinikkene bør ha informasjonsmateriale fra de ulike brukerorganisasjonene tilgjengelig for pasienter og deres familier.

## 2.4 Poliklinikkens bidrag til samarbeid med andre faginstanser

For å oppnå målsettingen om helhetlige tjenester, er det avgjørende at poliklinikken samarbeider godt med helse- og sosialtjenestene, barnevernet, utdanningssektoren, og andre med ansvar for barn og unge. Samarbeid fører til at fagpersonell gjensidig blir kjent med mandat, arbeidsformer og kriterier for god tjenesteutøvelse. I tillegg kan godt samarbeid på systemnivå sikre det konkrete samarbeidet i enkeltsaker.

Dette kan organiseres på ulike måter, for eksempel som samarbeidsråd (se ramme).

Ved Voss lokalsykehusområde finnes et samarbeidsforum «Samarbeidsråd mellom sykehuset/helseforetaket og de kommunale instansene». Samarbeidsrådet har et underutvalg for barn og unges psykiske helse. Mandatet for underutvalget er som følger: Bidra til utvikling av godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten gjennom å tilrettelegge for

- Utveksling av relevant informasjon om lovverk, rammer, etc.
- Avklaring av forventninger
- Avklaring av roller
- Bistand i utvikling. Opplærings- og undervisningsopplegg for ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Bistand til økt satsing på forebyggende arbeid
- Initiering av utviklingsarbeid og prosjekter
- Sikring av kontinuitet i samarbeidsprosessen

*[www.samarbeidsraadet.no](http://www.samarbeidsraadet.no)*

## Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og kommunale tjenester

De kommunale tjenestene utgjør som regel «laveste effektive omsorgsnivå», og forventes å være de instansene som identifiserer psykiske helseproblemer og gir primær hjelp. I dette arbeidet er fastlegen tillagt en sentral og koordinerende rolle for den medisinske oppfølgingen. I en rekke kommuner har man også ansatt psykologer, og det er en politisk satsing på økt rekruttering av psykologkompetanse til kommunene.

Barnehage, skole og PPT er ofte involvert i de lokale hjelpetiltakene. Barnehagepersonell, lærere og SFO-ansatte som har ansvar for barn og unge i det daglige, er viktige samarbeidspartnere både for foreldre og for ansatte i poliklinikken. De kan gi sentrale bidrag til forståelsen av barnet, iverksette tiltak for å bedre barnets situasjon, fungere som barnets daglige støttepersoner og gi tilbakemeldinger om hvordan behandlingssinnsatsen ser ut til å virke i barnets dagligliv. Det bør som hovedregel være kontakt og samarbeid mellom poliklinikken, barnehage/skole og eventuelt PPT når barn er i poliklinisk behandling. Felles kompetanseoppbyggingsprogrammer for 1. og 2. linjetjenesten er tiltak som kan bidra til god samhandling mellom tjenestenivåene.

Når et barn eller en ungdom blir henvist til poliklinikken, opprettholdes de kommunale tjenestenes oppfølgingsansvar. Samarbeid og avtaler om oppgavefordeling med henvisende lege/barneverntjeneste og andre kommunale instanser er følgelig en sentral del av poliklinikkens oppgaver.

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Barneverntjenesten skal dekke omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås.

Det foreligger meldeplikter til barneverntjenesten. Dette fremgår av barnevernloven § 6-4 andre ledd: «Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. §§ 4-10, 4-11 og 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. § 4-24. Like med offentlige myndigheter regnes organisasjoner og private som utfører oppgaver for stat, fylkeskommune eller kommune.»

Denne meldeplikten er også pålagt alt helsepersonell gjennom helsepersonelloven § 33. andre ledd: «Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.»

I § 33 tredje ledd fremgår at «etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger». Dette betyr at om helsepersonell ikke har oppfylt sin meldeplikt, eller mener at vilkårene for dette ikke er oppfylt, vil det foreligge informasjonsplikt etter pålegg fra barneverntjenesten, fylkesmannen, og andre som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester.

Og i § 33 fjerde ledd er det presisert at ved helseinstitusjoner som poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge skal det «utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger».

Se også:

Rundskriv Q-24/2005 *Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten* ([www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24\\_rundskriv\\_taushetsplikt.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf))

og Rundskriv IS-17/2006 *Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, og ved misbruk av rusmidler under graviditet* ([www.shdir.no/publikasjoner/rundskriv/helsepersonells\\_plikt\\_og\\_rett\\_til\\_\\_gi\\_opplysninger\\_til\\_barneverntjenesten\\_\\_politiet\\_og\\_sosialtjenesten\\_i\\_saker\\_som\\_dreier\\_seg\\_om\\_\\_55909](http://www.shdir.no/publikasjoner/rundskriv/helsepersonells_plikt_og_rett_til__gi_opplysninger_til_barneverntjenesten__politiet_og_sosialtjenesten_i_saker_som_dreier_seg_om__55909))

Poliklinikkene bør være preget av serviceorientering i forhold til behovene som beskrives av brukerne selv og/eller tjenestene i kommunene. Noen anbefalinger for poliklinikkens samarbeid med kommunene:

- Poliklinikkene formidler tydelig hvilke tjenester som kan tilbys fra det psykiske helsevernet for barn og unge. Serviceerklæringer som er lett tilgjengelige for pasienter, foreldre, samarbeidspartnere og henvisere er en mulighet

- (se for eksempel [www.helse-stavanger.no](http://www.helse-stavanger.no) => barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling => serviceerklæringer).
- Poliklinikkene gir ved behov tilbud om konsultasjon før henvisning (over telefon eller i møter med pasient/foreldre eller ansatte i kommunale tjenester).
  - Poliklinikkene har gode tilbakemeldingsrutiner til både brukere og samarbeidsinstanser.
  - Behandlere deltar i ansvarsgrupper når poliklinikken har behandlingsansvaret.
  - Den enkelte behandler tar ansvar for å initiere og delta i utarbeidelse av individuell plan der pasient/foreldre har rett på og ønsker dette.
  - Det kan være hensiktsmessig for samarbeidet at poliklinikkene er organisert i geografiske team. Dersom poliklinikkene er organisert i team med ulik spisskompetanse, er det en fordel om de ulike team kan ha medlemmer i det avtalefestede samarbeidet med kommunale instanser.

På Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet sykehus er det gjort gode erfaringer med at poliklinikkens ansatte legger deler av sin arbeidstid til kommunale helse- eller sosialtjenester, for eksempel en halv dag eller en dag pr. uke. Samarbeidet finner sted på den kommunale instansens premisser ved at kommunale fagmedarbeidere lager programmet for den poliklinikkansattes arbeidsdag i kommunen. Arbeidet registreres som NN-tiltak i poliklinikken med en grense på 2 konsultasjoner pr. barn/ ungdom og familie. Hvis arbeidet går ut over dette, lages det en formell henvisning til poliklinikken. Dette har ført til et nært og godt samarbeid, og deltakerne rapporterer at kompetansen heves både i de kommunale tjenestene og i poliklinikken. Dermed regnes dette også som en måte å ivareta sykehusets veiledningsansvar overfor kommunene.

(e-post: [abup.sshf@sshf.no](mailto:abup.sshf@sshf.no))

Et annet eksempel er fra Østfold:

### Behandlingslinje for barn og unge med ADHD i Østfold

«Hvem gjør hva når?»

Oppfangning	Henvisning	Utredning/ diagnostisering	Oppfølging, tiltak, behandling	Manueller Fastlege – PPT – BUPP – foreldre – barnehage/skole – helsestasjon – barnevern
Fastlege PPT BUPP Foreldre Barnehage/skole Helsestasjon Barnevern Andre	Fastlege PPT BUPP Foreldre Barnehage/skole Helsestasjon Barnevern Andre	Fastlege PPT BUPP Foreldre Barnehage/skole Helsestasjon Barnevern Andre	Fastlege PPT BUPP Foreldre Barnehage/skole Helsestasjon Barnevern Andre	Sykehuset Østfold i samarbeid med kommunene i Østfold

[http://www.sykehuset-ostfold.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=1957&I=5614](http://www.sykehuset-ostfold.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=1957&I=5614)

## Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og den øvrige spesialisthelsetjeneste

Når poliklinikken henviser til andre enheter i det psykiske helsevernet for barn og unge, følger vanligvis behandleren i poliklinikken pasienten og familien gjennom oppholdet i avdeling, for eksempel ved å delta på behandlingsmøter, nettverksmøter osv. Samarbeidet mellom poliklinikken og andre avdelinger avklares for hver enkelt pasient.

### *Barneavdelinger og habiliteringstjenesten*

Barn og unge med somatiske lidelser og ulike funksjonsnedsettelse, herunder også psykisk utviklingshemming, har økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Samtidig kan barn med psykiske lidelser ha somatiske plager og utviklingsforstyrrelser. Gjensidige henvisninger, konsultasjons- og rådgivningstjenester mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og barneavdelinger/barnehabiliteringen bør sikre helhetlig behandling og nødvendig oppfølging.

### *Psykisk helsevern for voksne (PHV)*

Det er særlig to pasientgrupper som forutsetter samarbeid mellom psykisk helsevern for voksne og for barn/unge:

1. Pasienter som nærmer seg 18 år, enten ved henvisningstidspunktet eller som har vært pasienter i poliklinikken over tid

Det bør legges til rette for at unge med tilbud i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, også etter fylte 18 år, kan beholde sin behandler i de tilfeller der det er etablert et tillitsforhold, og de unge selv ønsker det. Dette tilbudet bør kunne gis inntil fylte 23 år.

I det psykiske helsevernet for barn og unge bør det utvises fleksibilitet som gjør at man kan følge opp ungdom etter fylte 18 år når det er grunn til å anta at pasienten vil være ferdigbehandlet innen relativt kort tid (1–6 måneder), eller når det foreligger særskilte grunner knyttet til samarbeidet med skole, barneverntjeneste e.l. Ungdommer som nærmer seg 18 år og som man ved henvisning antar trenger langvarig oppfølging, bør evt. henvises direkte til distriktpsikiatrisk senter (DPS).

2. Pasienter i poliklinikken som har foreldre med psykiske lidelser og som eventuelt er pasienter i psykisk helsevern for voksne, se kapittel 4.3

Poliklinikkleder bør ha samarbeidsmøter med ledere i det psykiske helsevernet for voksne minst én gang i året. I møte-

ne bør felles oppgaver defineres og eksisterende samarbeid og rutiner gjennomgås og evalueres. En måte å legge til rette for et godt og forpliktende samarbeid er felles retningslinjer for planmessig og forutsigbar overføring av aktuelle pasienter. Poliklinikken bør utarbeide retningslinjer for hvordan psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne skal samhandle når barnet er pasient ved poliklinikken og en eller begge foreldre er pasienter i psykisk helsevern for voksne.

Psykisk helsevern for barn og unge og for voksne har etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 et lovmessig ansvar for veiledning og kompetanseoverføring til kommunene. I noen sammenhenger kan det være hensiktsmessig at poliklinikkene ivaretar veiledningsplikten i felles forum.

Et felles konsultasjonstilbud fra psykisk helsevern for barn/unge og voksne til barnevernet har vært utprøvd ved poliklinikkene i Helse Bergen HF. Tilbudet er evaluert av barneverntjenesten som en viktig støtte både i undersøkelsesfase og i planlegging og gjennomføring av tiltaksarbeid. Felles konsultasjon fanger opp barnevernets behov for barnefaglig kompetanse og kunnskap om hvilke vansker ulike psykiske lidelser hos foreldre vil kunne representere i utøvelse av daglig omsorg.

## 2.5 Overganger mellom ulike hjelpeinstanser

Brukererfaringer og evalueringer av tjenestene (bl.a. Sitter 2008), viser at det er svært viktig å ivareta overgangen mellom ulike instanser. Det kan dreie seg om overgangen fra kommunale tjenester til psykisk helsevern, om tilbakeføringen til kommunale tjenester, om overføring fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne osv. Ved behov bør poliklinikken følge saker etter overføring, for eksempel gjennom avtalte oppfølgingsmøter/overlappingsamtaler der pasient også deltar. Individuell plan kan være et godt verktøy ved slike overganger, se kapittel 3.10.

Ved overganger er det viktig at den enkelte tjenesteutøver er kjent med mandat, arbeidsformer og kriterier for god tjenesteutøvelse for de ulike samarbeidspartnerne. I den grad man oppfatter den andre partens arbeid som lite tilfredsstillende, generelt eller i enkeltsaker, bør dette tas opp i riktig forum.

### 3. Kjerneoppgaver



### Anbefalinger

- Utrednings- og behandlingsvirksomheten er planmessig og gjennomføres i tett samarbeid med pasient og familie.
- Behandlingsplanen inneholder målsetting, arbeidsformer, metodisk tilnærming og tentativ behandlingstidslengde.
- Poliklinikken samarbeider med relevante kommunale tjenester.
- Poliklinikken sørger for at ansatte får opplæring og veiledning slik at arbeidsoppgavene kan utføres på en forsvarlig måte.
- Poliklinikken stimulerer de ansatte til forskning og fagutvikling.

Kjerneoppgavene ved poliklinikken er:

- Utredning/diagnostikk og behandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Veiledning overfor kommunehelsetjenesten

God ressursutnyttelse i poliklinikken forutsetter kunnskap om forekomst av psykiske lidelser i ulike grupper (alder, kjønn og utviklingsnivå), om prognose og om sannsynlig effekt av behandling. Slik kunnskap skal være retningsgivende for utrednings- og behandlingstilbudet. Poliklinikken bør av den grunn ha formelle prosedyrer for pasientforløpet.

Det anbefales at den enkelte poliklinikk utarbeider skriftlige prosedyrer på følgende områder:

- Oppstart/førstegangssamtale
- Utredning og diagnostikk
- Tilbakemelding til pasient/foreldre/henviser eventuelt andre
- Behandlingsplan
- Individuell Plan (IP)
- Evaluering av behandling
- Avslutning

Administrativt består pasientforløpet av følgende faser:

- Inntak
  - Vurderingsperiode starter (fra den dato henvisningen er mottatt).
  - Inntaksvurdering (dato for vurdering i inntaksteam/samtale med pasienten og familien) med eventuelle tentative diagnoser (tentativ diagnose som overveies i utredningsfasen skal ikke kodes – kun dokumenteres i løpende journal). Det vises til prioriteringsveilederen for fastsetting av

rettighet og frist for den enkelte pasient. Vurdering av henvisning og fastsetting av rettighetsstatus for denne pasientgruppen (barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet) må skje senest innen 10 virkedager regnet fra den dato henvisningen er mottatt, jf. prioriteringsforskriften § 4 a første ledd. Fristen på 10 virkedager er en maksimumsfrist, og det må vurderes om faglig forsvarlighet påkrever at vurderingen må foretas raskere.

- Vurderingsperiode slutt (regnes fra den dagen rettighetsstatus er bestemt). Brev sendes til pasient og henvisende instans om rettighetsstatus og eventuell frist for oppstart av helsehjelp. Både utredning og behandling er helsehjelp.
- Ventetid
  - Starter når rettighetsstatus er bestemt. Brev blir sendt til pasienten om rettighetsstatus og eventuell frist for oppstart av helsehjelp. Fristen for oppstart av helsehjelp skal fastsettes på grunnlag av en konkret og individuell vurdering av pasientens tilstand. Fristen må imidlertid ikke overstige 65 virkedager regnet fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, jf. prioriteringsforskriften § 4 a annet ledd. 65 virkedager er derfor maksimal ventetid for denne pasientgruppen. De pasientene som etter en faglig forsvarlig vurdering trenger helsehjelp raskere enn innen 65 virkedager, har fortsatt rett til det.
  - Slutt når utredning eller behandling starter.
- Helsehjelp
  - Starter når utredning eller behandling påbegynnes
  - Start behandling (dato for evt. behandlingsstart etter at helsehjelp i form av utredning er ferdig). Koding av diagnose.
- Avslutning
  - Dato for utskrivning (epikrise)

Se Prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for barn og unge, og Prioriteringsveileder innen psykisk helsevern for voksne (utgis av Helsedirektoratet høsten 2008) og Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern (utgitt av Norsk Pasientregister mars 2008) for mer detaljer.

### 3.1

## Henvisning og inntaksvurdering

For å motta utredning eller behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, trenger pasienten en henvisning. Et unntak er pasienter som oppsøker poliklinikk med akuttansvar for øyeblikkelig hjelp, og poliklinikken finner det nødvendig å undersøke/behandle vedkommende.

Hvem som kan henvise til det psykiske helsevernet for barn og unge fremgår av forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. I henhold til poliklinikkforskriften skal pasienten som hovedregel være henvist fra lege for at det skal gis godtgjørelse for utgiftene. Som et tillegg til hovedregelen har også barneverntjenesten og sosialtjenesten henvisningsrett til psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Poliklinikker bør ha et nært samarbeid med kommunale helse-tjenester, herunder fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sosial- og barneverntjenestene i opptaksområdet for å oppnå best mulig helhetlig vurdering og utredning av henviste pasienter. Det foreligger et eget skjema som bør benyttes ved henvisning til poliklinikken ([www.nfbui.no](http://www.nfbui.no)). En grundig utfylt henvisning i samråd med foreldre og/eller den unge selv vil bidra til en konstruktiv og målrettet behandling ut fra en felles forståelse av hensikten med henvisningen.

Det er viktig at andre relevante utredninger (eksempelvis fra PPT og helsestasjons- og skolehelsetjenesten) er foretatt så langt som mulig, og at aktuelle tiltak på kommunalt nivå er iverksatt. Henvisningen bør inneholde en beskrivelse av pasientens tilstand og situasjon, utvikling, familie og annet nettverk, tidligere hjelpetiltak, henviserens vurdering og behovet for utredning/behandling i poliklinikken.

Rett til prioritert helsehjelp er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-1. Med ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet er det vedtatt hjemmel til å fastsette i forskrift særskilte frister for vurdering av henvisning og oppstart av behandling for rettighetspasienter, jf. pasientrettighetsloven § 2-1 syvende ledd og § 2-2 femte ledd. I Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) fremgår det at departementet tar sikte på å fastsette en vurderingsfrist på

*Dette innebærer at pasienter innenfor denne gruppen barn og unge med rett til nødvendig helsehjelp ikke skal vente lenger enn 65 virkedager før oppstart av behandling*

10 virkedager og behandlingsfrist på 65 virkedager, totalt 75 virkedager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at barn og unge med rett til prioritert helsehjelp ikke skal vente lenger enn 65 virkedager fra rettigheten er gitt til helsehjelpen starter. Fristen på 65 virkedager er en maksimumsfrist, og endrer ikke på det forholdet at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få oppfylt sin rettighet. Fristen skal også for denne gruppen fastsettes på grunnlag av en konkret og individuell vurdering av pasientens tilstand, hvor faglig forsvarlighet vil kunne tilsi at helsehjelpen må gis raskere enn innen 65 virkedager. Dersom denne juridiske fristen ikke overholdes, vil rettighetspasienter kunne kreve oppfyllelse gjennom NAV pasientformidling.

Innen vurderingsfristen skal poliklinikken vurdere om pasienten har rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten ikke får rett til prioritert helsehjelp, skal det vurderes om pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten eller om pasienten ikke har behov for slik helsehjelp. Det overordnede ansvaret for inntaksvurderingen ligger hos ledelsen ved poliklinikken, men kan delegeres til kompetent fagperson/team. Det stilles ingen formelle krav til hvem som kan vurdere om en pasient har rett til prioritert helsehjelp i det psykiske helsevern. Spørsmålet reguleres i kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 og helsepersonellovens § 4. På bakgrunn av deres kompetanse, og fordi det er tale om vedtak som er pålagt spesialisthelsetjenesten å fatte, er Helsedirektoratets vurdering at slike vedtak bør fattes i samråd med psykologspesialist eller psykiater for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Den/de inntaksansvarlige skal vurdere henvisningene i forhold til vilkårene som må være oppfylt for å få rett til prioritert helsehjelp, hvilke henvisninger som må avklares nærmere, og hvilke som avslås/avvises.

Inntaksvurderingen bør, så langt det er mulig, skje i direkte kontakt med pasient/foreldre.

Poliklinikken bør utarbeide prosedyrer knyttet til vedtak som ivaretar forsvarlighetskravet. Slike prosedyrer bør beskrive hvilken kompetanse som forutsettes og må tilegnes for å utføre gitte arbeids- og ansvarsoppgaver.

### Prioriteringsveileder

Det er utarbeidet en nasjonal prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge som utgis høsten 2008. Formålet med prioriteringsveilederen er at den skal bidra til at «like» pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de bor og uavhengig av hvilket sykehus de henvises til. Den skal være et praktisk hjelpemiddel når spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til om en pasient som er henvist skal ha prioritert («nødvendig») helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. For prioriterte pasienter gir prioriteringsveilederen en veiledende frist for når helsehjelpen skal starte.

I tillegg til veiledende rettighetsstatus og frist for når helsehjelpen senest skal starte, gir prioriteringsveilederen en oversikt over individuelle forhold, som kan tillegges vekt, utover dem som generelt beskriver den kliniske tilstanden som er vurdert. Det er fordi veiledertabellen inneholder anbefalinger på gruppenivå mens pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften omhandler individuelle pasienters rettigheter. Individuelle forhold kan tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.<sup>2</sup>

Prioriteringsveilederen er basert på vurderinger av pasientrettighetsloven og av hovedvilkårene i prioriteringsforskriften. Pasientrettighetsloven § 2-1 fastslår at pasienten har «rett til nødvendig helsehjelp» (prioritert helsehjelp) fra spesialisthelsetjenesten dersom «pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt».

Prioriteringsforskriften konkretiserer dette nærmere ved at pasienten har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller betydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.
2. Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen.
3. De forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Alle tre vilkår må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til prioritert helsehjelp og dermed gis forrang i forhold til andre som også vurderes å ha behov for spesialisthelsetjenester, men med lavere prioritet.

<sup>2</sup> Individuelle forhold skal tas i betraktning før det konkluderes om rettighet og frist for den enkelte pasient.

### Tilbakemelding til henviser og pasient/familie

Det skal alltid gis tilbakemelding til henviser om mottatt henvisning med kopi til pasient/familie.

Sjekkliste for tilbakemelding til henviser:

- Poliklinikkens vurdering: Har pasienten rett til prioritert helsehjelp eller ikke, og i tilfelle med hvilken frist, samt sannsynlig ventetid
- Oppfordre henviser til å ta kontakt dersom henviser mener det er behov for råd om oppfølging i ventetiden tilstanden skulle endre seg/forverres
- Kontaktperson i poliklinikken
- Anbefalinger om hva som bør skje i ventetiden

Sjekkliste for tilbakemelding til pasient:

- Poliklinikkens vurdering: Har pasienten rett til prioritert helsehjelp eller ikke, og i tilfelle med hvilken frist, samt sannsynlig ventetid og informasjon om hvilken helsehjelp pasienten har rett på
- Oppfordre pasient/familie til å ta kontakt med henviser dersom:
  - De har behov for råd/oppfølging i ventetiden
  - Tilstanden skulle endre seg/forverres
- Orienterer om hvor pasient/familie kan henvende seg ved behov for øyeblikkelig-hjelp
- Orienterer om hva som er anbefalt i ventetiden til henvisende instans

Pasientene som tas i mot skal registreres på venteliste, jf. forskrift av 7. desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering. Dette bør ivaretas av pasientadministrativt system (PAS).

## 3.2 Utredning

Alle pasienter som mottar hjelp i poliklinikker skal, der det er hensiktsmessig, utredes for aktuell problematikk, symptomutforming, funksjonsnivå, omsorgssituasjon, opplærings-situasjon, risikofaktorer, ressurser og pasient/foreldres ønsker og forventninger.

I første fase av pasientforløpet vil det ofte fokuseres på utredning og/eller det å bli kjent. Utredningen må ha et familie-,

mestrings- og utviklingsperspektiv og dekke vesentlige psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i barnets/ungdommens liv.

Dialog med og anerkjennelse av pasientens evne til å forstå og fortolke seg selv bør danne grunnlag for en felles forståelse som kan bidra til løsninger på pasientens vansker. En reflektert praksis anvender ulike forståelsesmodeller og tilnærminger i forsøket på å bidra til løsninger på pasientens vansker.

*En reflektert praksis anvender ulike forståelsesmodeller og tilnærminger i forsøket på å bidra til løsninger på pasientens vansker*

Når saken er igangsatt, bør det snarest mulig lages en utredningsplan, der det er aktuelt. Planen lages sammen med barnet/ungdommen og foreldre og drøftes i tverrfaglig team, når det er hensiktsmessig.

Planen bør inneholde:

- Planlagte utredninger
- Fagpersoner som skal delta
- Tidspunkt for ferdigstilling

Utredningsplanen kan sendes pasient/foreldre og henviser.

Innhold i utredningen kan være:

- Anamnese som dekker tidligere utvikling, familiesituasjon, skole/opplæringsituasjon, tidligere fysisk og psykisk helse, kontakt med hvilke hjelpeinstanser, belastende livshendelser, belastninger i familien, sykdom/helse i familie/slekt, samt ressurser og mestringsstrategier hos barnet/ungdommen og familien
- Kartlegging av relevante vansker og funksjonsnivå
- Systematisk diagnostisk vurdering som ofte bør inkludere systematisk intervju med pasient og foreldre
- Utredning i forhold til kognitiv funksjon og språk- og lærevansker der dette er relevant
- Somatisk undersøkelse med eventuelle supplerende undersøkelser ved behov
- Supplerende informasjon fra skole/barnehage

Systematisk diagnostisk intervju, bruk av spørreskjema og standardiserte utredningsinstrumenter er gode hjelpemidler i utrednings- og behandlingsarbeidet. Det anbefales at poliklinikken systematisk benytter standardiserte instrumenter. En viktig begrunnelse for bruk av diagnostiske hjelpemidler er at fagpersonen blir veiledet til å spørre om og vurdere hele spekteret av symptomer og funksjoner.

## Egnede instrumenter for generell kartlegging av psykisk helse:

### *Diagnostiske intervju*

- Kiddie-SADS – klinisk semistrukturert intervju
- CAS (Child Assessment Schedule) – klinisk semistrukturert intervju
- ADIS (Anxiety Disorders Schedule) – klinisk semistrukturert intervju, primært utviklet for angsttilstander, dekker et bredt spekter av diagnoser
- DAWBA (Development and Wellbeing Assessment) Strukturert intervju – kan fylles ut elektronisk, nettversjon

### *Generelle spørreskjema*

- ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) – multi-informant spørreskjema
- SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) Kort multi-informant spørreskjema, inngår også i DAWBA-intervjuet

### *Skåring ved behandler*

- CGAS – skåring av funksjon, inngår i ICD-10 diagnose (Akse 6)
- HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales) skåring av symptomer og funksjon
- Valg av instrument avhenger av problemstilling og sammenheng det skal brukes i
- Bruk flere informanter om mulig
- For spesifikke problemstillinger finnes andre instrumenter

Bruken av kartleggingsinstrumenter erstatter ikke kliniske vurderinger og skjønn, men sikrer et sett standardiserte mål. De kan også lette evalueringen av behandlingsarbeidet underveis og ved avslutning. Det bør være en felles plan og skriftlige retningslinjer for hvilke instrumenter som bør benyttes, når de skal brukes og av hvem. Dette forutsetter systematisk opplæring og vedlikehold av kompetanse i bruk av instrumentene. Dersom poliklinikken ønsker å inkludere ett eller flere instrumenter fast i utredning og behandlingsevaluering av alle pasienter, bør man vurdere hensikten og nytten i forhold til den tiden det tar å gjennomføre dem.

### **Selvordsvurdering**

Alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, bør kartlegges for selvmordsrisiko. Dette er en av anbefalingene i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Dette

innebærer at pasienter bør spørres om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Kartlegging bør gjøres ved kontaktetablering og bør dokumenteres. For pasienter som svarer positivt på noen av kartleggingsspørsmålene, bør det foretas en grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko. Vurderingen bør gjentas ved endringer i pasientens tilstand, behandlingssopplegg eller livssituasjon. Det bør utarbeides lokale prosedyrer ut fra de anbefalinger og konkrete forslag til prosedyrer som er gitt i denne retningslinjen.

All kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, samt tiltak som iverksettes, skal dokumenteres i pasientjournalen, i tråd med journalforskriften. Alle selvmord og alvorlige selvmordsforsøk skal meldes til Helsetilsynet i fylket. Selvmord skal også meldes til politiet. For mer detaljer, se Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511).

### 3.3 Diagnostikk

Diagnostisk vurdering utgjør overgangen fra utredningsfasen til behandlingsfasen i pasientforløpet. Selv om det administrativt er viktig å skille disse fasene, bør det i praksis være mer fleksibelt. En god terapeutisk relasjon bør ivaretas fra første kontakt, konkrete behandlingstiltak kan være nødvendige i utredningsfasen og supplerende utredningstiltak kan bli nødvendige i behandlingsfasen. Etter inntakssamtalen bør det stilles tentativ diagnose som dokumenteres i løpende journal.

Den diagnostiske vurderingen i forbindelse med utredningen skal være en samlet vurdering av pasientens tilstand og livssituasjon, både problemer og ressurser. Dette bør gjøres så snart det foreligger tilstrekkelig informasjon.

Den diagnostiske prosessen kan oppsummeres ved vurdering av følgende:

- Hvilke psykiske problemer har barnet? Hvilken diagnose?
- Hvilke faktorer (biologiske, psykiske, familiære, sosiokulturelle, sosioøkonomiske) bidrar til utvikling av vanskene?
- Hvilke faktorer opprettholder vanskene?
- Hvilke styrker, kompetanser og ressurser har barnet/ungdommen og familien?

- Hvilke faktorer vil kunne fremme en god utvikling?
- Hvilken behandling anbefales?

Det stilles ingen formelle krav til hvem som kan foreta en diagnostisk vurdering i det psykiske helsevern utover kravet til forsvarelig i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4. Diagnostisk vurdering bør drøftes i et tverrfaglig møte, med psykologspesialist og/eller psykiater tilstede. På bakgrunn av deres formelle diagnostiske kompetanse er Helsedirektoratets vurdering at psykologspesialist og/eller psykiater bør sette diagnoser, på grunnlag av den tverrfaglige drøftingen. Andre faggrupper med klinisk videreutdanning kan gjøre diagnostiske vurderinger innenfor sine fagområder. Det gjøres i denne sammenhengen også oppmerksom på følgende bestemmelse i helsepersonelloven § 4 tredje ledd: «Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.» Ved arbeid innen psykisk helsevern for barn og unge finner Helsedirektoratet at psykologspesialist og psykiater kan likestilles med hensyn til faglig ansvar, se på tilsvarende måte psykisk helsevernloven § 1-4 etter lovendringene i 2006, unntatt spørsmål om medisiner og differensialdiagnostikk i forhold til somatikk.

Diagnostiske vurderinger skal dokumenteres i pasientjournalen, herunder informasjonsgrunnlaget og de faglige vurderingene.

Resultatene fra utredningen inklusiv diagnose, bør gjennomgås med pasient/foreldre som grunnlag for drøfting av videre tiltak og eventuelt utarbeidelse av behandlingsplan. Det skal alltid gis en forståelig tilbakemelding til pasient/foreldre. Pasient/foreldre har også rett på en second-opinion fra annen fagperson/instans om ønskelig.

### 3.4 Behandlingsplan

Etter utredning og diagnostisering skal det utarbeides en behandlingsplan sammen med pasient og/eller foreldre. Behandlingsplanen er et redskap for å sikre gode tjenester og samhandling med bruker. Planen skal være konkret og tidsavgrenset, og brukes aktivt når man skal planlegge avslutning og evaluere behandlingen.

### Hovedpunkter i behandlingsplan:

- Henvisningsgrunn
- Diagnostiske vurderinger (multiaksial klassifikasjon) og kasusformulering
- Behandlingsfokus og målsetting
- Behandlingstilnærming med kort begrunnelse
- Antatt hyppighet av behandlingskontakter og varighet
- Navn på involverte fagpersoner (inkl pasientansvarlig) og deres roller
- Avtale om informasjon og samarbeid med foreldre
- Tentativ behandlingstidslengde/avslutningstidspunkt
- Tidspunkt og form for evaluering/revidering av behandlingsplanen
- Avtale om tilbakemelding til henviser evt. andre
- Behandlingsplanen bør referere til individuell plan dersom pasienten har en slik plan
- Samarbeid med andre instanser
- Andre aktuelle forhold

Behandlingsplanen bør evalueres regelmessig og på en måte som muliggjør at alle involverte parter synspunkter fremkommer. Evalueringsspørsmål knyttet til de ovenfor nevnte tema kan være:

- Status i forhold til målsetting
  - Endring i problemer, funksjon og livskvalitet
- Samarbeid om måloppnåelse
  - Brukertilfredshet
  - Åpenhet om opplevde vanskeligheter i samarbeidet

## 3.5 Behandling

Det har vært økende fokus på utvikling og implementering av kunnskapsbasert behandling de siste årene. Poliklinikken bør utforme sine behandlingstilbud i tråd med vitenskapelig dokumentasjon om virkningsfulle behandlingsformer der dette finnes, eller i tråd med konsensus fra ekspertgrupper. Poliklinikken bør også ha rutiner for spredning av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. For de pasientgrupper der det finnes publiserte nasjonale eller internasjonale retningslinjer eller veiledere, bør disse følges.

Dersom tjenesten avviker fra hovedlinjene i retningslinjer, bør dette begrunnes og journalføres. I klinisk praksis forekommer det imidlertid situasjoner hvor bruk av retningslinjer ikke er mulig. Det foreligger foreløpig få nasjonale retningslinjer eller behandlingsveiledere som spesifikt omhandler barn og ungdom.

Det kan også være at de som søker hjelp, ikke ønsker den typen behandling som anbefales, eller at behandleren/poliklinikken ikke har den kompetansen som behandlingstilnærmingen krever. Dersom poliklinikken ikke har den nødvendige kompetanse, bør denne skaffes eller pasienten henvises til instans hvor dette finnes.

Behandlingstilbudet bør bygge på en behandlingsplan som er utformet i samarbeid med pasient og evt. foreldre. Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient og familiens ønsker og behov.

Poliklinikken bør tilstrebe en bredde i sitt behandlingstilbud for å kunne møte ulike behov hos pasienter og familier. Man bør sikre at behandlingstilbudet er innrettet for å gi best mulig hjelp, og mest mulig kostnadseffektiv hjelp for de problemtyper barne- og ungdomsbefolkningen i området har.

Det er i praksis ofte flere behandlingsmetoder som iverksettes i forhold til samme pasient både på individ- og familienivå. Eksempler på dette er individualterapi, foreldresamtaler, familierapi, gruppeterapi, tilpassede miljøterapeutiske metoder, veiledning til skole/barnehage og medisinerings. Flere av metodene kan foregå samtidig, eller til ulik tid i samme behandlingsforløp.

### 3.6 Behandlingsavslutning, evaluering og epikrise

Drøfting av avslutning av behandlingen skal alltid skje i samarbeid med pasienten og eventuelt familien. Det bør utarbeides lokale retningslinjer for gjennomgang og evaluering av behandlingsforløp som legges til grunn ved videreføring eller avslutning av behandlingen. Det bør fokuseres på endring og fornøydhet. Både pasient, foreldre og behandler bør bidra i evalueringsprosessen.



Følgende forhold bør vektlegges når man vurderer å avslutte behandlingen:

- Er behandlingsmålene nådd?
- Endring i problemer, funksjon og livskvalitet
- Pasientens nåværende situasjon
- Behov for og effekt av videre behandling

Poliklinikken bør ha felles kriterier for avslutning av behandling. Aktiv bruk av behandlingsplaner gjør evaluering og avslutning av behandlingen mer forutsigbar. Hvis avslutning ikke er i tråd med behandlingsplan, bør avgjørelsen ikke tas av behandler alene. Dersom helsehjelpen skal ytes over flere år, bør det foreligge særlige begrunnelser for dette.

Henviser og fastlege skal informeres om avslutning av helsehjelpen, resultatene av denne, og evt. behov for videre tiltak fra førstelinjen. Dette bør også være tema for kontinuerlig drøfting med henviser og fastlege fra henvisningstidspunktet. Journalforskriften § 9 pålegger poliklinikken å sende epikrise så snart som mulig og innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Pasient og foreldre bør få kopi av epikrisen. Behandler bør gå gjennom epikrisen med pasient/foreldre, og dette bør journalføres. Epikrisen skal sendes til det helseper-

sonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Ofte vil også andre instanser enn henviser og fastlege ha nytte av informasjon fra poliklinikken når saken avsluttes. Denne informasjonen bør formidles gjennom brev eller eget notat tilpasset formålet, skrevet med utgangspunkt i epikrisen. Utsendelse av informasjon, inkludert epikrise bør gjøres i samråd med pasient/foreldre.

### Mal for epikrise

- Navn, fødselsdato, adresse, dato for påbegynt behandling, dato for avsluttet behandling
- Diagnoser (multiaksial klassifikasjon)
- Henviser og henvisningsgrunn
- Resymé av relevant anamnese med beskrivelse av symptomer og problemer
- Utredningsresultater
- Behandling og forløp
- Vurdering ved avslutning
- Råd til henviser og eventuelle andre instanser om videre oppfølging/behandling, inklusive eventuell medisiner

## 3.7 Journaldokumentasjon

Krav til journalføring og til journalinnholdet reguleres av helsepersonelloven § 39 og framgår mer detaljert av journalforskriften § 8 (forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385).

Opplysningene i journalen bør være relevante og nødvendige.

*Journalen skal skrives på en slik måte at den kan leses av pasienten og familien*

Journalen skal dokumentere hva som har funnet sted i konsultasjonen og retningslinjer for videre arbeid. Det skal nedtegnes eksplisitte og begrunnede vurderinger og oppsummeringer. Journalen skal skrives på en slik måte at den kan leses av pasienten og familien. Foreldre har innsynsrett når barna er under 16 år (se kapittel 8.4 for unntak).

Elektroniske samhandlingsløsninger for kommunikasjon med pasient, foreldre og samarbeidspartnere kan benyttes.

## Et eksempel på elektronisk samhandlingsløsning: «BUPkom»

BUPkom er en nyutviklet tilleggsmodul til BUPdata og innføres i en rekke helseforetak. Modulen gir ansatte i poliklinikken mulighet til å samhandle elektronisk med pasienter, foreldre, samarbeidende helseforetak, kommuner og legekantor. All kommunikasjon skjer med utgangspunkt i pasientens journal i BUPdata.

BUPkom følger nasjonale standarder for elektronisk kommunikasjon, og er ett eksempel på elektronisk pasientkommunikasjon som bruker «Min side».

BUPkom inneholder følgende hovedfunksjoner:

Elektronisk meldingsutveksling

Motta og sende henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og dialogmeldinger mellom BUP og andre aktører i helsevesenet. Meldingene blir direkte journalført i pasientens journal.

### Elektronisk pasientdialog

Mulighet for å etablere en sikker elektronisk kommunikasjon mellom behandler og pasient samt foreldre og eventuelt andre samarbeidspersoner.

### SMS-timevarsling

Automatisk utsendelse av timepåminnelser via SMS til pasient/foreldre.



Tegningen er fra en brosjyre om bruken av pasientdialog som er laget ved ABUP, Sørlandet sykehus HF.

For å sikre best mulig journaldokumentasjon er det viktig med en helhetlig løsning, hvor all aktivitet knyttet til pasienten, inkludert sikker kommunikasjon via internett med pasient og pårørende er elektronisk og registreres i pasientens journal.

### Koding av tilstander

Tilstander kodes for å gi systematisk informasjon om pasientens kontakt med helsevesenet, basert på informasjonsgrunnlaget i journalen. Koding er først aktuelt i pasientjournalen når utredningsfasen er ferdig og den diagnostiske vurderingen er gjennomført. Foreløpige eller tentative diagnoser som overveies i utredningsfasen skal kun dokumenteres i løpende journal. Koding skal endres eller suppleres i behandlingsfasen hvis ny informasjon gir grunnlag for det. Hver tilstand

**Akse 1:**

Klinisk psykiatrisk syndrom

**Akse 2:**

Spesifikke utviklingsforstyrrelser

**Akse 3:**

Psykisk utviklingshemming

**Akse 4:**

Somatiske tilstander

**Akse 5:**

Avvikende psykososiale forhold

**Akse 6:**

Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

eller problem som ble håndtert eller tatt hensyn til i behandlingsserien skal kodes om den var til stede bare en kortere del. Kodingen er endelig først ved avslutningen av behandlingsserien.

I kodingen skal multiaksial klassifikasjon for BUP brukes og alle 6 akser skal kodes. Egen kodeveiledning er publisert på [www.kith.no](http://www.kith.no).

Lege skal alltid konsulteres ved koding av Akse 4 «Somatiske tilstander». Dette trenger ikke være lege ved poliklinikken. Det gjelder også koding av «Villet egenskade» hvor selve skaden skal kodes. Lege trenger ikke kode «ingen aktuell tilstand» eller «mangelfull informasjon» på akse 4. Koding av CGAS (akse 6) skal gjelde siste måned før oppstart av behandlingsserien.

### 3.8

#### Øyeblikkelig hjelp-plikt og akutthjelp

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd skal regionalt helseforetak utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner i helseregionen som skal ha *øyeblikkelig hjelp-plikt* overfor pasienter som trenger akutt helsehjelp i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette gjelder også pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer.

Poliklinikker som ikke har avtalt øyeblikkelig hjelp-plikt bør likevel *yte akutthjelp i kontortiden* overfor pasienter som henvender seg/man får henvendelser om – og da uten normale henvisnings- og vurderingsprosedyrer. Samarbeidspartnere som henvender seg telefonisk til poliklinikken vedrørende akuttpregede problemstillinger, bør raskt kunne komme i kontakt med kompetent fagperson for nærmere drøfting og få hjelp i faglige vurderinger.

Slik plikt til å yte hjelp i akuttsituasjoner kan utledes av det allment virkende forsvarlighetskravet som både gjelder institusjonen som sådan og det enkelte helsepersonell som arbeider der. Helsepersonell har også en hjelpeplikt etter hpl. § 7 dersom helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Etter tredje ledd gjelder ikke plikten i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen. Den

enkelte poliklinikk skal registrere akutthjelpen, og vanlige regler om journalføring gjelder også i slike situasjoner.

Behandlingstid som brukes til akutthjelp og hvilken beredskap som kreves for å ha slik beredskap, bør vurderes opp mot antall akutte henvendelser som kan forventes. Leder må avgjøre hvilke behandlere som har den nødvendige kompetanse for å yte akutt hjelp/øyeblikkelig hjelp.

### 3.9 Ambulant behandling

Behandlingen er ambulant når den finner sted i pasientens eget miljø og inkluderer ofte familie og nettverk. En av målsettingene ved ambulant behandling er at miljøforholdene skal ligge bedre til rette når behandlingen avsluttes, slik at behandlingseffekten kan bli mer langvarig. Ambulant behandling kan brukes både i akutte saker, avgrensede behandlingsoppdrag, i langtidsoppfølging av pasienter og overfor pasienter som ikke kan/vil møte poliklinisk.

En av hovedmålsettingene med ambulant behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge er å bedre tilgjengeligheten, øke fleksibiliteten i tilbudene og sikre at pasienter får riktig tilbud på riktig nivå til riktig tid.

En ambulant arbeidsform kan forhindre og forkorte opphold i institusjon, samt være egnet til å fremme frivillighet og unngå situasjoner der en må bruke tvang i behandlingen. De ambulante teamene bør delta aktivt i samarbeidsfora der man drøfter barn og unges situasjon, og gjennom dette etablere et tett samarbeid med de kommunale tjenestene.

Alle helseforetak bør etablere ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge eller øremerke stillinger til denne arbeidsformen. Den ambulante virksomheten bør være en integrert del av det totale behandlingstilbudet i poliklinikken, og tilstrebe kontinuitet og sammenheng med det øvrige tjenestetilbudet der.

Best mulig ressursutnyttelse innebærer å ikke benytte ambulant behandling dersom like god eller bedre utredning og behandling kan ivaretas poliklinisk, og ikke bruke døgnbehandling dersom like god eller bedre behandling kan gjennomføres ambulant eller poliklinisk.

For mer informasjon om ambulante tjenester, se rapport: Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge (RBUP Øst og Sør, 2006).

### 3.10 Individuell plan

Retten til individuell plan (IP) gjelder for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Plikten til å utarbeide en slik plan er fastlagt i sentrale helse- og sosialtjenestelover.<sup>3</sup>

Hovedformålet med individuell plan er å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud der pasientens egne mål og ressurser er i sentrum. Samhandling med frivillig sektor er viktig for tilrettelegging av lokale tilbud.

#### Om individuell plan:

- IP er en overordnet plan. Fagplaner/behandlingsplaner, individuelle opplæringsplaner (IOP) og øvrige planer pasienten måtte ha, skal samordnes under den sektorovergripende individuelle planen.
- Barnevern, PPT og skole/barnehage bør delta i planarbeidet når de har iverksatt tiltak for pasienten, selv om disse tjenestene ikke har den samme lovmessig plikt til å utarbeide IP som spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenester.
- Det skal til enhver tid være en ansvarlig tjenesteyter/koordinator i planarbeidet. Koordinators oppgave er å sikre oppfølgingen og god framdrift i planprosessen. Koordinator skal sikre at brukeren får informasjon og har innflytelse underveis i prosessen. Det at pasienten og pårørende får en bestemt person i tjenesteapparatet å forholde seg til, er en svært viktig del av ordningen med IP.
- Foreldre har (dersom de ønsker det) en sentral plass i planarbeidet fram til barnet fyller 16 år. Barn skal likevel sikres innflytelse og medbestemmelsesrett, og deres synspunkter skal i økende grad høres fram mot fylte 16 år.
- Ansvar for å utarbeide IP er pålagt både kommuner og helseforetak. Begge har en selvstendig plikt til å sørge for at planarbeidet kommer i gang. Koordineringen av arbeidet skal ligge enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunens helse- eller sosialtjeneste. I praksis vil ofte hovedansvaret for koordineringen ligge i kommunen ut fra nærhetsprinsippet. Å ta initiativ til planarbeidet betyr ikke automatisk at man må være koordinerende instans.
- Det bør sikres at pasientene får informasjon om IP, og det bør skriftliggjøres hvordan denne informasjonen skal gis.

<sup>3</sup> Pasientrettighetsloven § 2-5, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, psykisk helsevernloven § 4-1, og sosialtjenesteloven § 4-3a

Helsedirektoratet har gitt ut Veileder til forskrift om individuell plan, 2007 (IS-1253), samt Tipshefte om Individuell plan «Gjør det så enkelt som mulig», 2008 (IS-1544).

Nærmere bestemmelser om framgangsmåte ved utarbeidelse av individuell plan, kravet til brukemedvirkning og hva planen (minimum) må inneholde, framgår av forskrift av 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

### 3.11 Kontakt med foreldre

Det psykiske helsevernet for barn og unge har plikt til å samarbeide med og informere foreldre når pasienten er under 16 år. For ungdom over 16 år kan ikke lege, psykolog eller andre behandlere ta kontakt med foreldre uten samtykke fra ungdommen. Unntaket er ved fare for liv og alvorlig skade, eller når foreldre trenger informasjon for å kunne ivareta foreldreansvaret på en forsvarlig måte. Det vises til nærmere redegjørelse for disse reglene i kapittel 8.4.

### 3.12 Forebygging og veiledning til kommunene

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 slår fast at helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Dette vil kunne innebære at poliklinikkene bidrar i det primærforebyggende arbeidet, gjennom bl.a. veiledning, undervisning og informasjonsarbeid og ved å samarbeide med kommunale helsetjenester, barneverntjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT).

Veiledning til kommunene bør omfatte:

- Konsultasjon i forhold til ikke-registrert pasient for vurdering av henvisningsbakgrunn
- Veiledning ved behov rundt enkeltpasienter og kompliserte situasjoner
- Pasientrettet veiledning i faste veiledningsmøter
- Gjensidig informasjon, råd og veiledning på overordnet nivå, for eksempel når det gjelder oppgaver og utforming av helsetjenesten

Veilednings- og konsultasjonsmuligheten er viktig for alle tjenesteytende etater for å bedre beslutningsgrunnlaget og kompetansen om felles målgruppe. Det bør stimuleres til at det utarbeides systematiske planer for gjensidig informasjon, samt veiledning og konsultasjon til kommunene.

### 3.13 Opplæring av pasienter og pårørende

Det framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusenes oppgaver. Plikten påligger spesialisthelsetjenesten og gjelder ansatte i poliklinikker og andre deler av spesialisthelsetjenesten enn ordinære sykehus. Brukerorganisasjoner bør trekkes aktivt inn i dette arbeidet. Det bør tilbys opplæring om sykdommen/diagnosen, symptomer, forløp, gjenkjenning av tidlige varseltegn for å forebygge nye tilbakefall etc.

En anerkjent modell for opplæring av pasienter og pårørende er Lærings- og mestringssentra (LMS). Her sidestilles brukers erfaring og kunnskap med fagpersoners erfaring og kunnskap i utvikling, gjennomføring og evaluering av læringstilbud for pasienter og pårørende. Brukers involvering i LMS-arbeidet er å anse som likemannsarbeid – overføring fra bruker til bruker. LMS en naturlig samhandlingsarena mellom brukere og fagpersoner både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Spesielt ved kronisk sykdom/varig funksjonshemming trengs kunnskap for å mestre situasjonen. LMS er etablert ved alle landets helseforetak.

Denne informasjonen kan hjelpe familien til bedre å kunne vurdere og følge opp symptomer, redusere eller mestre stressituasjoner og dermed bidra til en best mulig omsorg og behandling. Det er viktig at familien har god kunnskap og forståelse av problembildet hos den henviste pasienten. Undervisning i ulike strategier for å møte og løse problemer kan hjelpe familier med å støtte pasienten slik at vedkommende får et bedre liv. Slik opplæring kan gis til enkeltfamilier eller til grupper av familier.

### 3.14 Opplæring og utdanning av helsepersonell

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 pålegger regionale helseforetak (RHF) et sørge-for-ansvar slik at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.

På tilsvarende måte pålegger spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 virksomhetene et ansvar for å gi ansatt helsepersonell opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, dvs. at det må stå i forhold til de oppgavene som skal utføres.

### 3.15

## Forskning og fagutvikling

De regionale helseforetakene er tillagt ansvar for pasientrettet klinisk forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. Forsknings samarbeid og nasjonal samordning er viktige tiltak for å understøtte forskningsmiljøer av høy kvalitet og forskning på områder der det er behov for særskilt kompetanseoppbygging.

De regionale helseforetakene står for en viktig forskningsaktivitet. Det er viktig at det legges til rette for forskning i det psykiske helsevernet for barn og unge. Forsknings- og utviklingsenheter ved helseforetakene bør særlig stimulere og støtte forskning i poliklinikkene. De fleste pasientene i psykisk helsevern for barn og unge behandles ved poliklinikker, og forskningsaktiviteten bør reflektere dette.

I tillegg til å stimulere til fagutvikling, vil økt forskningsaktivitet ved poliklinikken være et viktig tiltak for å rekruttere og beholde fagpersoner slik at man kan tilby tjenester av god kvalitet.

Implementering av forskningsresultater er en svært viktig oppgave i poliklinikkene. Dette innebærer anvendelse av forskningskunnskap og implementering av forskningsbaserte utrednings- og behandlingsmetoder.

Universitetsklinikkene har et særskilt ansvar for fagutvikling og forskning og må derfor legge til rette for slik aktivitet gjennom avsetning av ressurser m.v.

Det er opprettet Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) i hver helseregion. Disse har blant annet som målsetting å bedre kvaliteten på tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge i helseregionen ved å ta seg av oppgaver innenfor utdanning, forskning og utviklingsarbeid som er relevant for tjenestene, se kapittel 4.2. For å utvikle forskning i det psykiske helsevernet for barn og unge bør samarbeid mellom helseforetakene, universitene, høgskoler, RBUP og andre relevante kompetansmiljøer stimuleres.

## 4. Arbeid med særskilte grupper

Det er økt fokus på noen grupper innen psykisk helsevern for barn og unge. Veilederen vil i dette kapitlet omtale noen. Disse gruppene er: sped- og småbarn, ungdom med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, samt barn og unge i vanskelige livssituasjoner som flyktninger og asylsøkere, barn i barnevern og barn av foreldre med psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengige. En annen kjent risikogruppe er barn og unge med funksjonsnedsettelse og psykiske helseplager. Det vises til NAKUs rapport om helseoppfølging av personer med utviklingshemming<sup>4</sup> for mer informasjon

Alle disse gruppene krever en kompetanseheving innen det psykiske helsevernet for barn og unge og mobilisering og koordinering av innsatser på mange nivåer og i forhold til ulike funksjons- og livsområder. Poliklinikken bør utarbeide prosedyrer/forløpsmodeller for de særskilte problemstillingene disse gruppene kan ha.

### 4.1 Sped- og småbarns psykiske helse

Det er den totale belastningen på barnet og familien som bestemmer risikoen for forstyrrelser i barnets utvikling. Sped- og småbarn har et begrenset sett av uttrykksformer og tegn på mistilpasning og skjevutvikling kan være vanskelige å oppdage.

Helsesøster eller barneverntjenesten er ofte de første som kommer i kontakt med sped- og småbarnsfamilier som trenger bistand fra psykisk helsevern for barn og unge. For at risikoutsatte barn skal kunne identifiseres og henvises tidlig, er det særlig viktig med effektive samarbeidsrutiner. Adekvat hjelp forutsetter at poliklinikken har spesifikk utrednings- og behandlingskompetanse i forhold til sped- og småbarn. For tidlig fødte barn er en gruppe med særskilt risiko for å utvikle psykiske helseplager, jf. Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (IS-1419).

#### Utfordringer

Det spesielle i arbeidet med sped- og småbarnsfamilier er at mye av behandlingen må foregå via foreldre. Den voksnes egne relasjonserfaringer og psykososiale stressfaktorer har betydning for relasjonen til barnet. Ved siden av kartlegging av barnets kognitive, kommunikative og emosjonelle vansker, må utredningen også rette seg mot den voksnes oppfatning av barnet og relasjonen til barnet.

<sup>4</sup> Rapport (2007). Helseoppfølging av personer med utviklingshemming. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming.



ICD-10 koder som brukes i dagens multiaksiale klassifikasjonssystem er lite egnet når det gjelder de minste barna. Det er utarbeidet et nytt internasjonalt klassifiserings- og diagnosesystem, DC 0-3, som brukt sammen med dagens diagnosesystem, er en måte å beskrive sped- og småbarns problemer innenfor en omsorgs- og samspillramme.

### Anbefalinger

- Det er en minimumsstandard for kartlegging, bestående av utredning av barnets utviklingsnivå og vansker, foreldrenes situasjon og funksjon og en vurdering av samspillet mellom barnet og foreldrene.
- Alle intervensjoner i sped- og spedbarnsfamilier tar sikte på å tilrettelegge for et best mulig utviklingsfremmende samspill mellom barnet og foreldrene og å ivareta barnets grunnleggende tilknytningsbehov.
- Der foreldrenes omsorgsfunksjon er svak på grunn av stress, sykdom eller traumer, rettes tiltak både mot samspillet og de forhold som virker negativt inn på relasjonen.
- Behandling av barn som lever i en belastende omsorgssituasjon prioriteres.
- Det opprettes faste rutiner for samarbeid med kommunene der medarbeidere fra poliklinikken møter ansatte fra helsetjenesten og barnevernet for drøfting av saker med tanke på et helhetlig behandlingsopplegg. Samarbeidet kan inkludere veiledning ved oppfølging av familier i kommunen og deltakelse i enkeltstående samtaler mellom helsesøster eller barnevernet og barnets foreldre.

En modell for slikt samarbeid er utarbeidet ved Spedbarnsteamet ved poliklinikken i Drammen (se ramme).

### Modelldistrikt

Spedbarnsteamet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Drammen ble opprettet i 2001. Teamet har seks ansatte som har faste drøftingsmøter på hver sin helsestasjon der de møter helsesøster, jordmor, lege, barnevernet og eventuelt BUFetat. Dette kan resultere i at kommunen arbeider videre med familien, eventuelt med veiledning fra spedbarnsteamet, at teammedarbeideren møter familien sammen med helsesøster for inntil 3 samtaler eller at familien tas inn til behandling ved Spedbarnsteamet. Når henviste familier mottar bistand fra barnevernet, er det et tett samarbeid om oppfølging av saken. En medarbeider har fast konsultasjon på nyfødtavdelingen med veiledning til personalet, foreldresamtaler og veiledning i foreldre-barn samspillet. Det gis også konsultasjon til føde- og barselavdelingen og barneavdelingen.

Spedbarnsteamet tilbyr utredning og behandling til barn 0–3 år og deres familier der det av ulike grunner er vansker i samspillet eller stor bekymring for barnets utvikling. Barnet kan vise tegn på utviklingsavvik som kan være en biomedisinsk tilstand, utviklingsforstyrrelse, eller inadekvat utviklingsstøtte. Det kan handle om vansker knyttet til det å være forelder, som for eksempel psykiske vansker hos foreldrene. En del av foreldrene lever under forhold som påvirker barnets utviklingsbetingelser på en uheldig måte.

Barnet utredes med en rekke metoder for samspillobservasjon, foreldrefungering og utviklingsvurdering. Behandlingen er individuelt tilpasset, og den foregår på enheten, helsestasjonen eller hjemme. Det kan dreie seg om samtaler med mor og far, alene eller sammen, med eller uten barnet, og noen ganger med viktige personer i familiens nettverk. Ages and Stages Questionnaires brukes systematisk som et grovt uttrykk for barnets utvikling i behandlingsperioden, og administreres slik at det har en intervensjonspsykoedukativ effekt. Videofeedback på samspillet er hyppig brukt som intervensjon. Det gis også tilbud om behandling i grupper som settes sammen av familier som passer i forhold til livssituasjon, problematikk og barnets alder.

Det legges vekt på korte behandlingsperioder med løpende samarbeid med kommunetjenesten som viderefører nødvendige tiltak etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

## 4.2 Ungdom med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Psykisk helsevern for barn og unge skal gi tilbud til unge under 18 år med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og unge med spilleavhengighet. Poliklinikkene må derfor ha kompetanse og et bevisst fokus på arbeidet med denne ungdomsgruppen.

Det varierer mellom helseforetakene om Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA) eller Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) tar ansvar for ungdommer under 18 år med definerte rusmiddelproblemer. Der ARA eller PUT gir et tilbud til denne gruppen, vil poliklinikken i all hovedsak arbeide med dette problemområdet hos pasienter som er henvist for psykiske helseproblemer, og hvor rusmiddelproblemet avdekkes i løpet av behandlingsforløp.

### **Nødvendig kompetanse**

Poliklinikken bør ha tilstrekkelig kompetanse til både å avdekke og behandle rusmiddelrelaterte problemer. Sakenes kompleksitet krever ofte en tverrfaglig og tverretattlig tilnærming. Dette betinger en klar definisjon av ansvarsområder og målsettinger for pasientarbeidet.

Barn og ungdom med rusmiddelproblemer er en gruppe som i mange tilfeller krever spesialkompetanse på rusmiddelproblematikk. Da kan det være naturlig å henvende seg til Sosialmedisinsk poliklinikk for konsultasjon og kompetanseoverføring.

### **Utfordringer**

Ungdom med rusmiddelproblemer har ofte et ambivalent forhold til å motta hjelp og erkjenne problemets omfang. Det er derfor en særskilt utfordring å komme i posisjon til disse ungdommene og opprettholde et godt samarbeidsforhold over tid. Dette krever stor fleksibilitet og utstrakt samarbeid med familie og nettverk.

Enkelte av ungdommene med både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer er i behov for institusjonsbehandling, om nødvendig ved bruk av tvangshjemler. Dette utgjør en stor utfordring som i mange tilfeller krever et godt samarbeid med barnevernet.

### Anbefalinger

- Oppgavefordeling mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre instanser som arbeider med rusmiddelproblemer avklares innenfor det enkelte helseforetak.
- Poliklinikken har kunnskap om hvilke tilbud som finnes til denne målgruppen i opptaksområdet.
- Ungdom med rusmiddelproblemer og samtidig psykiske lidelser, får et koordinert og tilpasset behandlingstilbud fra det psykiske helsevernet for barn og unge.
- Når ungdom henvises til det psykiske helsevernet for barn og unge, kartlegges det hvilket forhold ungdommen har til rusmidler, om det eksisterer misbruk eller om ungdommen er i risiko for å utvikle misbruk.
- DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) og AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) er korte selvutfyllingsskjemaer med spørsmål om henholdsvis alkohol og illegale rusmidler. De er oversatt til norsk og anbefales som screeningsinstrument i tillegg til samtale om/klinisk vurdering av inntak og forhold til rusmidler.
- Det psykiske helsevernet for barn og unge gir tilbud om vurdering av ungdom i risikogruppe, for eksempel de som blir lagt inn på sykehus med akutt rusmiddelforgiftning.
- Alle ansatte i poliklinikkene tilegner seg en basiskompetanse om rusmidler og avhengighet. I tillegg bør et tilstrekkelig antall ansatte i poliklinikkene ha spesiell kompetanse i terapeutisk arbeid med unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Ved større poliklinikker kan det opprettes spesialiserte team som har kompetanse på samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Disse bør da samarbeide nært med kommunehelsetjenesten, barnevernet og rusmiddelomsorgen.

## 4.3

### Barn og ungdom i vanskelige livssituasjoner

#### **Flyktninger og asylsøkere, barn i mottak – rett til helsehjelp**

Hvilke rettigheter flyktninger og asylsøkere har til helsehjelp avhenger av status i asylsaken.

#### *Personer som er innvilget asyl eller oppholdstillatelse*

Personer som er innvilget asyl eller oppholdstillatelse av en viss varighet (vanligvis ett år eller mer), er å anse som bosatt

i Norge, og har derfor rett til helsehjelp, på lik linje med andre som er bosatt i landet. Dette gjelder selv om personen fortsatt bor i mottak i påvente av bosetting i en kommune.

### ***Personer med asylsøknad til behandling***

Asylsøkere er medlemmer av folketrygden med begrenset trygdedekning. De har, i medhold av forskrift til folketrygdloven § 2-16, rett til stønad ved helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5 (med unntak av stønad ved fødsel utenfor institusjon etter § 5-13). Asylsøkere har derved rett til helsehjelp, på lik linje med andre personer som er bosatt i landet.

### ***Personer med endelig avslag***

Etter endelig avslag vil en person ha plikt til å forlate landet, og medlemskapet i folketrygden opphører, jf. ovennevnte forskrift. Det er likevel ikke slik at personer uten lovlig opphold i Norge, er fratatt enhver rett til helsehjelp. Spesielt gjelder dette barn fordi FNs barnekonvensjon sikrer at alle barn som oppholder seg i landet, har rett til helsehjelp.

*Barnekonvensjonens § 24 fastslår at barn under norsk jurisdiksjon har rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering*

Dette er ikke klargjort i prioriteringsforskriften, men barnekonvensjonens § 24 fastslår at barn under norsk jurisdiksjon har rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Barnekonvensjonens bestemmelser skal gis forrang dersom rettigheter etter denne synes å bli innskrenket ved norsk lov eller forskrift. Dette framgår av menneskerettsloven § 3.

Det legges derfor til grunn at barnekonvensjonen innebærer at alle barn har rett til helsehjelp fra så vel kommunehelsetjenesten som spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om oppholdet i landet er lovlig.

Barnekonvensjonen gjelder barn og unge under 18 år. Personer over 18 år har rett til øyeblikkelig hjelp fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utover øyeblikkelig hjelp har personer over 18 år uten lovlig opphold ikke rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at de har rett til noe helsehjelp fra kommunehelsetjenesten

### **Nødvendig kompetanse**

Det er nødvendig med spesiell kompetanse om traumer og posttraumatiske reaksjoner, tilknytning og tilknytningsbrudd. Videre er det nødvendig å ha kompetanse på arbeid med

tolk, da barnet og/eller foreldre som regel ikke behersker norsk godt nok til at samtaler kan foregå på norsk. Samarbeid med asylmottak er spesielt viktig for denne målgruppen.

### **Særskilte utfordringer**

Mange flyktningfamilier vegrer seg for kontakt med det psykiske helsevernet. I enkelte tilfeller kan det derfor være hensiktsmessig at utredningen finner sted annet sted. Informasjon om poliklinikkene, og hva kontakten vil innebære er spesielt viktig i kontakt med flyktninger da de ikke er kjent med det norske hjelpeapparatet.

I utredning av flyktningbarn er det spesielt viktig å få kunnskap om fungering, situasjon og hendelser i hjemlandet, under flukten, så vel som den aktuelle situasjonen i Norge.



### **Anbefalinger**

- Alle ansatte innen psykisk helsevern for barn og unge har kunnskap om rettighetsstatus til asylsøkere og flyktninger i forhold til helsetjenester.
- Det er ønskelig med spesialiserte team ved de store poliklinikkene for å samle tilstrekkelig erfaring og kunne tilby optimal hjelp.

### **Arbeid med barn i familier med etnisk minoritetsbakgrunn**

Poliklinikken bør ha kunnskap om tema og problemstillinger som angår etniske minoritetsfamilier, som konflikter rundt kulturelle forventninger, rasisme og diskriminering, ekteskapsinngåelse, psykiske konsekvenser etter omskjæring, skam knyttet til psykiske lidelser etc. Arbeid med disse familiene kan kreve metoder og løsninger som kan skille seg veldig fra det som er aktuelt for etnisk norske familier. Bruk av tolk er sentralt i arbeid med mange etniske minoritetsfamilier. Det er derfor viktig at poliklinikken har kunnskap om hvordan å benytte tolk i klinisk arbeid, samt å sikre kvalitet på tolking ved bruk av autorisert tolk. Undersøkelser<sup>5,6</sup> tyder på et vesentlig underforbruk av tolk i helsetjenester. God kunnskap om bruk av tolk bør være en målsetting.

### **Barn i barnevern**

Mange av barna som er i kontakt med barnevernet, har også psykiske lidelser. Barn og familier som er i kontakt med barnevernet kan også ha behov for bistand fra det psykiske helsevernet for vurdering og evt. behov for behandling mens barnevernet bistår familien med andre tiltak.

Barn og ungdommer i barnevernet skal henvises, vurderes og tas i mot i poliklinikken på samme måte som andre barn og ungdommer. Dette gjelder også familier hvor foreldres omsorgsevne er under vurdering. Disse barna og ungdommene kan ha særlige hjelpebehov på grunn av den aktuelle situasjonen og fordi omsorgssituasjonen kan ha vært mangelfull over lang tid.

Familiene ønsker ofte at det skal etableres et samarbeid mellom barnevernet, poliklinikken og dem selv, og det bør derfor legges til rette for et slikt samarbeid. I slike tilfeller er det viktig at poliklinikken avklarer sin rolle overfor familien, barnevernet og andre som er involvert i saken.

Barn og unge som barnevernet har overtatt omsorgen for og som er bosatt i fosterhjem eller barnevernsinstitusjon, har rett

<sup>5</sup> Kale, E. (2006) «Vi tar det vi har». Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreundersøkelse, NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.

<sup>6</sup> IMDi-rapport 6-2007. Fastleger og tolketjenester.

til hjelp fra poliklinikken som dekker den kommunen de til enhver tid oppholder seg.

Hjelpen fra poliklinikken kan være rettet direkte mot barnet/ungdommen eller mot institusjonen eller fosterhjemmet som barnet eller ungdommen bor i. I mange tilfeller kan veiledning til institusjon eller fosterforeldre være den mest egnede måten å gi hjelpen på.

### **Anbefalinger**

Psykisk helsevern for barn og unge bør:

- gi hjelp til barn og unge som har kontakt med barnevernet på ulike nivåer både i form av utredninger og behandling.
- ha kompetanse om hvilke særlige belastninger denne gruppen barn og unge er utsatt for, for å kunne gi dem adekvat og tilpasset hjelp.
- etablere et nært samarbeidsforhold til barnevernet i opp-taksområdet og tilby sin kompetanse både direkte og indirekte i saker der poliklinikken og barnevernet i samarbeid finner dette nødvendig og ønskelig.

### **Barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre**

Barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre er en risikoutsatt gruppe og det krever omfattende tiltak på mange nivåer for å forebygge at disse barna selv utvikler psykiske lidelser. Mange av disse barna bor til daglig kun sammen med den psykisk syke, og mange av dem utvikler selv psykiske lidelser i løpet av livet (Berg-Nielsen, T.S., Vikan, A. & Dahl, A.A., 2002). Forklaringen kan være både miljømessig og/eller genetisk. Vurdering av foreldrenes omsorgsevne er vesentlig da omsorgsevnen påvirker barnas utvikling mer enn diagnosen.

*Vurdering av foreldrenes omsorgsevne er vesentlig da omsorgsevnen påvirker barnas utvikling mer enn diagnosen*

Det er gjort flere forsøk på estimere hvor mange barn og unge i Norge som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser, men det foreligger per i dag ikke noen sikre tall. SINTEF har imidlertid nylig gjennomført Pasienttelling i psykisk helsevern 2007/2008. Her spør de blant annet behandlerne om hvorvidt pasienten har omsorg for egne barn og hvor mange barn pasienten har. Resultatene fra døgnvirksomhet vil foreligge i desember 2008, mens resultater fra poliklinisk virksomhet vil foreligge i mars 2009.

Pasienter i psykisk helsevern for voksne er ofte bekymret for hvordan deres fungering vil prege barna og ønsker at deres

behandler tar opp dette temaet. Psykisk helsevern for voksne har et ansvar for å kartlegge om deres pasienter har barn, skaffe seg informasjon om hvordan barnet har det og sikre at barna blir tilstrekkelig godt ivaretatt. Se også Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-5/2006 Oppfølging av barn til psykisk syke og /eller rusavhengige foreldre ([www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-5\\_2006\\_7992a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-5_2006_7992a.pdf)).

For bedre å ivareta barns behov når foreldre er psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke eller skadet, har Helse- og omsorgsdepartementet sendt ut på høring et lovutkast som vil pålegge helsepersonell, gjennom en egen bestemmelse i helsepersonelloven, særskilt å vurdere barns situasjon når foreldre er behandlingstrengende pasienter. Målet er å styrke disse barnas rettigheter slik at de oppdages og ivaretas i helsetjenesten på en bedre og mer systematisk måte. Barn og foreldre skal gis informasjon, veiledning og tas med på råd. Specialisthelsetjenesten skal også ha helsepersonell med særskilt ansvar for å følge opp barn, såkalt barneansvarlig personell. Men psykisk helsevern for barn og unge må ikke vente på at dette blir en lovforankret pliktbestemmelse for å prioritere denne type vurderinger og utarbeide samhandling med psykisk helsevern for voksne der barn er inne i bildet.

Barn av rusmiddelavhengige foreldre har mange belastninger. I tillegg bærer en del av barna preg av å ha vært rusmiddeleksponert under svangerskapet. Foreldre som misbruker rusmidler, vil ofte svinge i psykisk fungering, i tillegg til at mange familier med slike vansker kjennetegnes av belastende psykososiale forhold og stigmatisering. Barn av foreldre med rusmiddelavhengighet har en forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk.

### **Anbefalinger**

- Psykisk helsevern for barn og unge har et tett samarbeid med psykisk helsevern for voksne og Avdelinger for Rus og Avhengighet for å styrke sin kompetanse og for å ivareta barn som pårørende.
- Poliklinikken har sammen med kommunene et ansvar for å bidra til at forebyggende tiltak igangsettes.

## 5. Faglige ressurser og kompetanse



## Anbefalinger

- Klinikkenes kompetanse- og utviklingsplaner beskriver basiskompetanse som alt fagpersonell må ha, spesielle kompetanseområder som noen av de fagansatte skal dekke og områder for spisskompetanse. Fagområdene som skal dekkes er utredning, behandling, brukerinvolvering, evaluering, samarbeid, veiledning/konsultasjon og forskning.
- Klinikkenes arbeidsformer og møtestrukturer sikrer at alle saker er tverrfaglig belyst.
- Poliklinikkleder bruker kompetanse- og utviklingsplanene aktivt ved ansettelser og planlegging av videre- og etterutdanning for de ansatte.

## 5.1 Kompetanseprofil

Kompetanse defineres i denne sammenhengen som det sett av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er relevant og nødvendig i utrednings- og behandlingsarbeidet, i det interne samarbeidet på poliklinikken og i samarbeidet med andre tjenester.

*Barn og foreldre må også kunne forvente å bli hørt og involvert i behandlingen, slik at de selv opplever medvirkning og mestring*

Henviste barn og familier har rett til å bli møtt av personell med kompetanse i å vurdere og iverksette behandling i forhold til et bredt spekter av tilstander og faktorer som virker inn på barn og unges utvikling og psykiske helse. Barn og foreldre må også kunne forvente å bli hørt og involvert i behandlingen, slik at de selv opplever medvirkning og mestring.

Mangfoldet og kompleksiteten i oppgavene som poliklinikken skal ivareta, krever at praksisen bygger på mange ulike kunnskapskilder. Poliklinikkene bør kunne tilby et bredt spekter av metodiske tilnærminger i utrednings- og behandlingsarbeidet.

Arbeidet i poliklinikkene har tradisjonelt vært organisert rundt fire faggrupper; psykolog, pedagog, sosionom og lege. Ny organisering av bistanden til barn og unge med psykiske helseproblemer (f.eks. oppbygging av psykisk helsearbeid i kommunene), ny kunnskap (f.eks. om gode behandlingsformer ved spesifikk problemutforming) og nye oppgaver og arbeidsformer (f.eks. ambulant behandling) stiller nye krav til kompetansen i poliklinikkene. Det kan derfor være formåls-

tjenlig å eventuelt utvide teamet med fagmedarbeidere med annen type utdanning og relevant kompetanse som f.eks. idrettspedagog, fysioterapeut og/eller klinisk ernæringsfysiolog. Analyse av befolkningens behov for bistand og klinikkens kompetansebehov bør danne grunnlaget for bemanningsplaner.

### **Basiskompetanse**

Alle medarbeidere i psykisk helsevern for barn og unge må ha grunnleggende kunnskap om normalutvikling og skjevutvikling, samt psykiske lidelser hos barn og unge knyttet til en biopsykososial forståelse. Videre må alle ha nødvendig kompetanse i utredning og behandling innenfor sitt fagområde, samt i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Fagpersonellens relasjonelle kompetanse er grunnleggende, sammen med ferdigheter knyttet til motivasjonsarbeid og mobilisering av ressurser i og rundt pasienten. Relasjonell kompetanse opparbeides og vedlikeholdes gjennom refleksjon over praksiserfaringer, tilbakemeldinger fra brukerne og veiledning.

Utgangspunktet for god behandling er en grundig forståelse av pasientens situasjon med problemområder og tilgjengelige ressurser. Utredningen må dekke vesentlige psykologiske, medisinske, pedagogiske og psykososiale forhold, samt døgnrytme, kostvaner og fysisk aktivitet og munne ut i en konkret beskrivelse av vanskene man antar hindrer barnet/ungdommen og familien i deres hverdagsfungering.

Relevant utredningskompetanse inkluderer anvendelse av generell og spesifikk utredningsmetodikk. Klinikkenes kompetanseplaner bør skissere utredningsmetodikk og verktøy som alle medarbeidere skal beherske, samt spesifikk utredningskompetanse som må ivaretas av de ulike yrkesgruppene.

Behandlingskompetanse inkluderer foreldreveiledning, familie-, gruppe-, miljø- og individualterapeutiske tilnærminger og medikamentell behandling. Den omfatter akutt- og kriseintervensjoner, så vel som kortere og lengre tidsforløp. For å sikre helhetlig hjelp til barn/unge og foreldre, må familie- og nettverksbaserte tilnærminger være en del av basiskompetansen i klinikken.

### **Spisskompetanse og særskilte kompetanseområder**

De ulike faggruppene i poliklinikken bør bidra med sin profesjonsspesifikke spisskompetanse i det tverrfaglige samarbeidet. I tillegg kan det utgjøre en god disponering av de faglige ressur-

sene at noen i personalgruppen opparbeider spesialkompetanse på enkelte områder. Det kan f.eks. dreie seg om utredning og behandling av barn og unge med psykiske lidelser som forekommer sjelden, om enkelte utrednings- og behandlingsmetoder, eller at noen tar et særskilt ansvar for kjerneoppgaver i klinikken, for eksempel knyttet til brukerinvolvering, veiledning/konsultasjon eller klinisk forskning.

Spesialiseringen i den enkelte poliklinikk bør reflektere behov i befolkningen og retningslinjer for kunnskapsbasert praksis, se kapittel 5.

### **Utnyttelse av klinikkens faglige ressurser**

Kravene til faglig kompetanse i pasientarbeidet er mangfoldige og sammensatte. I poliklinikken forvalter hver medarbeider sitt fag sammen med pasienter og kolleger i poliklinikken og i de kommunale tjenestene. Ulikhetene i oppgaver, erfaring og kompetanse utnyttes best gjennom bevisst og systematisk samarbeid. I et godt samarbeid må forventninger avklares og felles overordnet oppgave defineres. Til de poliklinikkansattes samarbeidsbidrag hører også gode tilbakemeldinger til barn/unge og foreldre, henvisere, andre instanser etc.

Tverrfaglig samarbeid i klinikken er en arbeidsform som skal sikre god utnyttelse av ulik spisskompetanse (profesjonsbasert, metodebasert og personlig). Det bidrar til kvalitetssikring av tjenestene når alle medarbeidere har en viss «tverrfaglig kunnskap», i den betydning at de har kjennskap til de andre profesjonenes kjerneområder, og at hver fagmedarbeider kjenner kollegaenes kompetanse. Det er en lederoppgave å legge til rette for at medarbeiderne opparbeider slik tverrfaglig kunnskap, slik at den enkelte behandler kan hente råd og bistand fra kolleger med nødvendig kompetanse i utrednings- eller behandlingsoppgaver.

En måte å ivareta dette på er å lage faste tverrfaglige møter knyttet til utredning og oppstart av behandling, til evalueringstidspunktene og til avslutning, og når det oppstår noe man vil drøfte med kolleger i et konkret pasientarbeid. Inntakene bør fordeles til medarbeidere med den særskilte kompetanse (profesjonsbetinget, metodisk eller personlig) man forventer at god pasientbehandling i den konkrete saken vil kreve. Organiseringen kan ivareta at saker, i den grad det er behov for det, er tverrfaglig belyst, og at beslutninger og anbefalinger om behandling og videre saksgang blir kvalitets-sikret.

## 5. 2

### Krav til utvikling og vedlikehold av kompetanse

Det er lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at alle virksomheter i psykisk helsevern skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Poliklinikkleder bør utarbeide årlige opplærings- og kompetanseutviklingsplaner der kompetanseutvikling er rettet mot å møte behovene poliklinikken skal dekke. Tiltak som bør inngå i slike planer er:

- Intern veiledning og undervisning
- Arbeidsmodeller der flere behandlere arbeider sammen
- Oppgaveorientert etter- og videreutdanning
- Spesialistutdanning

#### **Internundervisning og veiledning**

Internundervisning er et viktig virkemiddel i utvikling og vedlikehold av kompetanse, da den når mange og gir felles kunnskap. I tillegg bør alle ansatte kunne få veiledning ved behov. Klinikkledelsen bør bidra til en kultur med åpenhet både om vellykkede forløp og om feil og opplevde vansker. Veiledningsformer der pasientarbeidet vises direkte, er å anbefale for å sikre at forhold den enkelte behandler ikke er oppmerksom på kan tematiseres.

#### **Arbeidsformer der flere behandlere arbeider sammen**

Det kan utgjøre en god prioritering kompetansemessig at flere behandlere arbeider i samme sak. I kompliserte saker kan behandlerne innta ulike posisjoner i arbeidet, for eksempel aktiv/regisserende og lyttende/refleksiv posisjon. Dette kan gi muligheter for ulike innfallsvinkler og minke sannsynligheten for at viktig informasjon blir oversett. Videre kan det gi samme mulighet for tilbakemeldinger på pasientarbeidet som nevnt under direkte veiledning, og det gir nye fagmedarbeidere mulighet for å se seniorer i arbeid.

Å utføre felles pasientarbeid med fagfolk fra kommune eller andre poliklinikker eller enheter kan gi mulighet for gjensidig læring og utvikling av kompetanse hos begge parter.

#### **Videre- og etterutdanninger**

Poliklinikkleder har ansvar for at poliklinikken forvalter den nødvendige bredde og dybde i kompetanse. Videre- og etter-

utdanninger er et viktig virkemiddel i den forbindelse. Ofte kan det være gunstig at flere behandlere fra samme arbeidssted deltar på samme utdanning for bedre å sikre at kunnskapen blir omsatt i det daglige arbeidet.

Deltakelse i felles utdanning mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bidrar til utvikling av felles kompetanse og er ofte relasjonsbyggende. Mange av oppgavene som ligger til poliklinikkene krever imidlertid spesialisert utrednings- og behandlingskompetanse som må ivaretas i egne undervisningsopplegg.

### **Spesialistutdanning**

Profesjonsforeningene og Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) har sentrale roller i spesialistutdanning til det psykiske helsevernet for barn og unge. Det er de ulike profesjonsforeningene som lager regelverk og godkjenner spesialistutdanningene. Profesjonsforeningene som er spesielt aktuelle i det psykiske helsevernet for barn og unge, er Fellesorganisasjonen (Fagforbundet for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere), Den norske legeforening, Kliniske pedagogers forening, Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund. Norsk Psykologforening og Den norske legeforening driver egne programmer rettet mot spesialisering i henholdsvis klinisk barne- og ungdomspsykologi og barne- og ungdomspsykiatri.

RBUPene har et spesielt ansvar for forskning og kompetanseutvikling. Helsedirektoratet har gitt RBUPene i oppdrag å bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig og klinisk/praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Regionsentrenes undervisningsvirksomhet har som målsetting å bidra til økt kompetanse hos personell som arbeider med barn og unges psykiske helse, til økt rekruttering til fagfeltet, til helhetsperspektiv og godt samarbeid mellom ulike etater. Sentrene har fått et spesielt ansvar for spesialistutdanninger og kliniske videreutdanninger til de faggruppene som arbeider i poliklinikken.

## 6. Faglig kvalitet i tjenesten



### Anbefalinger

- Poliklinikken legger til rette for en *åpen kultur* hvor tilbakemeldinger, læring av egen praksis og fokus på kvalitet står sentralt.
- Det er fokus på *resultat av behandling*. Er tjenestene som tilbys virkningsfulle? Hvordan kan resultat av behandlingen evalueres/måles?
- Det er fokus på *riktig prioritering* i tjenestetilbudet. Gir man rett tjeneste til rett bruker, på rett måte til rett tid? Utnyttes ressursene på en god måte?
- Det etableres et *godt internkontrollsystem* som sikrer at arbeidsoppgaver planlegges, utføres og vedlikeholdes i tråd med gjeldende lover og regelverk. Dette bør være del av et *helhetlig kvalitetssystem* som ivaretar kvalitet og kvalitetsutvikling også på områder hvor kvalitetskrav ikke er lovpålagt.
- *Brukerperspektivet* er en integrert del av tjenestetilbudet, utredning og behandling.

For å kunne tilby tjenester av høy faglig kvalitet, må det arbeides bevisst og kontinuerlig med kvalitetsforbedring.

Helsetjenester skal til enhver tid være faglig forsvarlige og i samsvar med god faglig praksis og gjeldende regelverk. Helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet, tilgjengelige og rettfærdig fordelt, at brukerne er involvert og at ressursene utnyttes på en god måte (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, Shdir 2005).

Helsetjenesten er pålagt å etablere system for kvalitetssikring og internkontroll, se nærmere om kravene i internkontrollforskriften i kapittel 6.4. Hensikten med internkontroll er å bidra til kvalitet på tjenesten gjennom at krav i lov og forskrift er oppfylt.

## 6.1 Organisasjonskultur med vekt på kvalitet, læring og forbedringsarbeid

En grunnleggende forutsetning for å utvikle god faglig kvalitet, er at kvalitetsarbeidet er bredt forankret i tjenesten. En åpen organisasjonskultur stimulerer til refleksjon over egen

praksis. Tilbakemeldinger og annen informasjon om tjenesten danner grunnlag for læring og forbedringsarbeid. Dette innebærer også en holdning til å lære av avvik, klager, svikt, mangler og de vellykkede tiltakene.

Knyttet til Kvalitetsstrategien for helse- og sosialtjenesten «... Og bedre skal det bli!» er det samlet metoder og verktøy for kvalitetsutvikling på nettstedet [www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/](http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/)

I kvalitetsutviklingsarbeid må man analysere virksomheten i egen institusjon. Eksempler på spørsmål som kan være nyttige i en slik analyse er vist på følgende figur:

*Eksempler på spørsmål som kan være nyttige i en analyse av egen organisasjon/enhet. Fra «... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten»*

[www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/metoder\\_verktoy/](http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/metoder_verktoy/)

#### Er tjenestene virkningsfulle?

- Bygger beslutninger om tiltak eller behandling på kunnskapsbasert praksis?
- Utnyttes kunnskap fra forskning og praksis i beslutningsprosessene?
- Er oppdatert kunnskap tilgjengelig for de ansatte?
- Følges pasientene eller klientene opp i etterkant for å sikre at tiltaket eller behandlingen virket etter hensikten?
- Har de ansatte mulighet for kontinuerlig og tilrettelagt kompetanseoppbygging?

#### Er tjenestene trygge og sikre?

- Avdekkes svikt som har satt eller kunne ha satt liv og helse i fare?
- Fokuseres det på systemet og ikke på personfeil?
- Har vi et system og en kultur som bruker denne informasjonen til systematisk forbedring?
- Har vi rutiner for å gjennomføre jevnlig risiko- og sårbarhetsanalyser?
- Drives internkontroll i henhold til forskriftene?

#### Er brukerne involvert og gitt innflytelse?

- Gjennomføres brukerundersøkelser?
- Brukes svarene fra brukerundersøkelser til systematisk forbedringsarbeid?
- Involverer vi brukeren i beslutninger i det enkelte møte?
- Involverer vi brukeren i beslutninger på systemnivå?
- Involverer vi brukeren aktivt i forbedringsarbeid?
- Opplever brukeren seg som likestilte samarbeidspartnere i møte med oss?

#### Er tjenestene samordnet og preget av kontinuitet?

- På hvilken måte kartlegger og forbedrer vi kjerneprosessene våre?
- Koordinerer vi tjenestene for pasienten/klienten på tvers av avdelinger, nivåer og tjenesteområder?
- Hva sier brukerundersøkelsene om brukerens oppfatning av samordning, kontinuitet?
- Har pasienter fått oppfylt sine rettigheter i forhold til Individuell Plan?

#### Utnyttes ressursene på en god måte?

- Hvordan sikrer vi at vi tilbyr rett tjeneste til rett bruker på rett måte til rett tid?
- Organiserer og leverer vi tjenestene på en slik måte at vi får mest mulig ut av de ressursene som stilles til disposisjon?
- Tar vi hensyn til brukernes behov, problemets alvorlighetsgrad og forventet kostnad og nytte ved valg av tiltak eller behandling?
- Vurderer og analyserer vi potensielle over- og underforbruk i vår praksis?

#### Er tjenestene tilgjengelige og rettferdig fordelt?

- Sikrer vi at våre brukere har lik tilgang på våre tjenester uavhengig av kjønn, bosted og sosial status?
- Arbeider vi for at f.eks. rusmisbrukere får et like bra tilbud og blir møtt på samme måte som andre brukergrupper?
- Hvordan vet vi at vi klarer å tilby de tjenestene brukerne har behov for og krav på?
- Prioriterer vi i henhold til gitte føringer i lovverk og vedtak?
- Har vi rutiner for å vurdere og om nødvendig sette inn tiltak for å redusere saksbehandlingstiden?

## 6.2 Fokus på resultat av behandling

Et nøkkelspørsmål i forhold til poliklinikkens faglige aktivitet er om tjenestene som tilbys er virkningsfulle. Dette dreier seg både om tjenestene baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak, og om man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat.

### Kunnskapsbaserte tjenester

Utforming av tjenester og innholdet i arbeidet bør være basert på kunnskap om virkning av tjenester og tiltak.

Følgende definisjon av evidensbasert praksis er bredt anerkjent: «Evidensbasert praksis er integrering av den best tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Tidsskrift for norsk psykologforening, 2007). Praksis i det psykiske helsevernet for barn og unge bør bygge på dette grunnsynet. Faglig kvalitet innebærer at rutiner og praksis kvalitetssikres i tråd med dette.

Helsebiblioteket, [www.helsebiblioteket.no/](http://www.helsebiblioteket.no/) bidrar til at oppdatert kunnskap er tilgjengelig for helsepersonell, og det er opprettet et eget emnebibliotek Psykisk helse.



Modellen er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

### Behandlingsresultat

Behandlingsresultat bør måles systematisk, og ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat og brukerfornøydhets. Måleinstrumenter og systemer er tilgjengelige for rutinemessig klinisk bruk. Eksempelvis er det etablert slike rutiner i prosjektet «BUP Nord» (BUP Tromsø/RBUP Nord), og enkelte poliklinikker deltar i det britiske Child and Adolescent Mental Health Research Consortium (CORC) [www.corc.uk.net/](http://www.corc.uk.net/)

### Evaluering av behandlingsforløp

- Når?
  - Faste evalueringstidspunkter
- Hva?
  - Måling av endring i symptomer, funksjon, evt. livskvalitet
  - Brukerfornøydhets
- Hvem?
  - Vurdering ved pasient, foreldre, behandler, evt. andre
- Bruk av resultatene
  - Vurdering av forløp i forhold til mål og forventet endring
  - Gjennomgang av resultatene med pasient/foreldre og i team
  - Resultater på gruppenivå gir grunnlag for kvalitetsutviklingsarbeid generelt og kompetanseutvikling

## 6.3

### Fokus på riktig prioritering

Gir man rett tjeneste til rett bruker, på rett måte, og til rett tid? Både pasientrettigheter, etiske problemstillinger og begrensninger i ressurser innebærer at prioriteringsproblemer er grunnleggende, både for den enkelte institusjon, den enkelte fagperson, og ikke minst for helsemyndighetene. Den nasjonale prioriteringsveilederen innenfor psykisk helsevern for barn og unge gir faglige anbefalinger for rettighetstildeling og fristfastsetting jf. Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, se også kapittel 3. Formålet med prioriteringsveilederen er å hjelpe spesialisthelsetjenesten til å praktisere prioriteringsforskriften på samme måte når de skal vurdere om en pasient skal få rett til prioritert helsehjelp.

Andre viktige prioriteringsproblemer må basere seg på vurderinger av faglig kvalitet, forsvarlighet og ressursutnyttelse og effekten av denne, for eksempel:

- fordeling av innsats til behandling versus forebyggende tiltak

- hvilke tiltak man vil prioritere i poliklinikken, og nødvendig kompetanse for å gi det tilbudet man ønsker
  - omfang og varighet av tiltak for ulike pasienter/pasientgrupper
- Disse prioriteringene må basere seg på vurderinger av faglig kvalitet, forsvarlighet og god ressursutnyttelse.

### God ressursutnyttelse

God ressursutnyttelse innebærer bl.a. å tilby rett tjeneste til rett tid. Dette fordrer igjen at poliklinikken opprettholder forsvarlig kapasitet og utnytter sin kapasitet optimalt. Da er det nødvendig å ha rutiner som sikrer at saker avsluttes når forventet nytte av ytterligere tiltak ikke står i forhold til ressursinnsatsen. Dermed frigjøres kapasitet til å ta inn nye pasienter.

Effektiv ressursutnyttelse og prioritering av innsatsen skal ikke gå på bekostning av kvalitet, men er tvert imot en forutsetning for at poliklinikken skal kunne leve opp til det helhetlige kvalitetsbegrepet.

## 6.4 Helhetlig kvalitetssystem, internkontroll og kvalitetsforbedring

Institusjoner som yter helsetjenester skal ha et helhetlig kvalitetssystem for systematisk vurdering, styring og kontinuerlig forbedringsarbeid av tilbud og drift av tjenestene.

En grunnmur i et slikt system er et internkontrollsystem, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og kommunehelsetjenesteloven § 1-3a med tilhørende forskrift (forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, her omtalt som: internkontrollforskriften), se også hjemmelsgrunnlaget i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 7, jf. § 3. Daværende Sosial- og helsedirektorat utarbeidet i 2004 i samarbeid med Helsetilsynet en veileder om internkontroll i helse- og sosialtjenesten: «Hvordan holde orden i eget hus – internkontroll i sosial- og helsetjenesten» (IS-1183).

Poliklinikk Syd ved Ullevål Universitetssykehus har gjennomført et omfattende kvalitetsprosjekt i samarbeid med helsejurist. I kvalitetsdokumentene som ble utarbeidet, er sentrale bestemmelser og begrep i lov/forskrift omtalt og konkret applisert i forhold til behandling og drift av poliklinikken. Eksempler er:

- Oversikt over pasientforløp: inntak, utredning, behandling og avslutning

- Kvalitetssikring av utredning og behandling
- Forsvarlighet, pasientansvarlig med mer
- Prosedyre for avslutning av saker
- Opplæring i vurdering av selvmordsrisiko
- Enhetlig rapportering av aktivitet
- Pasientens rett til innsyn i journal/utlevering av journalkopi
- Pasientmedvirkning og informasjon i forbindelse med helsehjelp ved poliklinikken

Hensikten med internkontroll er å sikre at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige, i tråd med god faglig praksis og gjeldende lovverk. En godt fungerende internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem som skal oppfylle lovgivers krav, men også bidra til utvikling av kvalitet på tjenesten på områder som ikke er lovregulert. Ansattes initiativ og aktive medvirkning, samt bruk av brukererfaringer, er sentrale elementer ved utforming av kvalitetssystemer.

Erfaring viser at kvalitetssystem som ensidig er toppstyrt, ofte ikke blir reelt kvalitetsutviklende. Derimot gir et system der de ansattes erfaringer og initiativ står sentralt bedre utvikling. Dette forutsetter at ledelsen tar sitt ansvar for å prioritere, strukturere og lede prosessene.

Gjeldende lover og forskrifter som regulerer tjenesten, må være lett tilgjengelig og kjent for de ansatte. Dette er nødvendig for å tilfredsstille kravet om forsvarlig helsehjelp og ivaretagelse av pasientrettigheter. Det er et lederansvar å sørge for at nødvendig opplæring i ajourført lovverk inngår i internkontrollsystemet, se internkontrollforskriften § 4 bokstav b.

### **Forsvarlige ressurser til internkontroll og kvalitetsutvikling**

Kontinuerlig kvalitetsarbeid er helt nødvendig for å utvikle og opprettholde forsvarlighet i tilbudet, noe som krever fagressurser. Det er derfor viktig at eier (HF) legger til rette for at poliklinikkene kan sette av nødvendige faglige ressurser til dette arbeidet, og at det ikke legges produksjonskrav på denne stillingsressursen.

### **Kvalitetsutvalg**

Helseinstitusjoner har etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 plikt til å opprette kvalitetsutvalg som ledd i sin internkontroll.

Utvalgets hovedoppgave er pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.

Noen relevante oppgaver er:

- Følge opp meldepliktige hendelser og andre rapporterte avvik
- Se til at klagesaker følges opp
- Bidra til å etablere, evaluere og forbedre kvalitets-systemene i institusjonen

### **Utøvelse i tråd med retningslinjer og kunnskapsbasis**

Ledelsen har et særlig ansvar for å sikre at de kliniske oppgavene, utredning og behandling, utøves i tråd med nasjonale retningslinjer og for en ansvarlig og inkluderende kunnskaps- og forskningsbasert praksis.

Ledelsen ved den enkelte kliniske enhet har ansvar for at det utarbeides planer for undervisning om og effektiv implementering av veiledere og retningslinjer. Selv om den enkelte behandler er oppmerksom på ny kunnskap og ønsker å endre praksis, er dette vanskelig hvis ikke ledelsen og fagmiljøet stimulerer til slik endring.

Undervisning og implementering må ivareta kompleksiteten i beslutninger i møte med enkeltpasienter. Generelle faglige anbefalinger kan ikke erstatte vurderinger basert på enkeltpasienters og familiers situasjon og preferanser.

### **Lederens ansvar**

- Etablere fagkultur og rammer som stimulerer til læring, både fra nasjonale retningslinjer, oppdatert kunnskap og tilbakemeldinger om egen praksis
- Sikre implementering av nasjonale retningslinjer og veiledere
- Sikre at oppgavene utøves i tråd med kunnskapsbasert praksis
- Sikre faglig forsvarlige vurderinger ut fra behandlerens erfaring, ekspertise og skjønn, samt pasient/foreldres preferanser

### **Kvalitetssikring av utredning, behandling og avslutning, samt av samarbeid med andre instanser**

Mange sider ved poliklinikkdriften vil omfattes av kvalitetssystem. Helsedirektoratet vil her særlig framheve betydningen av at det finnes rutiner for å kvalitetssikre diagnostikk/utredning,

behandling og avslutning. Dette bør være et hovedområde i interne revisjoner.

Kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling forutsetter at det foreligger prosedyrer og standarder for de aktiviteter som skal sikres, se kapittel 3. Både i utredning og behandling bør nasjonale veiledere og retningslinjer legges til grunn når slike foreligger, og utgjøre den standard man bruker, se også: [www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Psykisk+helse](http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Psykisk+helse)

Når retningslinjer ikke foreligger, må praksis baseres på best mulig dokumentasjon om effekt av tiltak. Poliklinikken bør utvikle gode rutiner og legge til rette for et godt samarbeid med andre instanser. Det er derfor særlig viktig at rutiner kvalitetssikres, og at man sikrer gode rammer og prosedyrer for dette arbeidet på systemnivå, se kapittel 2.

### Evaluering av kvalitet på det kliniske arbeidet

Virksomhetene skal jevnlig evaluere kvaliteten på det kliniske arbeidet, også pågående behandlingsopplegg.

Målet for virksomheten er størst mulig helsegevinst og fornøydhet for brukerne. For at tjenester skal være fleksible og kunne tilpasse seg befolkningens behov, må man sette klare mål, undersøke om målene nås og endre tjenestene basert på funn fra evalueringen. Det er viktig å involvere ansatte, samarbeidspartnere og brukere i arbeidet med mål og prioriteringer.

*Deltakelse i forskningsprosjekter kan være motiverende både for pasienter og behandlere*

Både intern og ekstern evaluering er nyttig for å forbedre praksis. Innhold og utforming av tjenestene bør bygge på systematisk evaluering. Klinikker og forskningsinstitusjoner bør samarbeide for å evaluere klinisk praksis og endringer i denne. Deltakelse i forskningsprosjekter kan være motiverende både for pasienter og behandlere. Det er stort behov for forskning i klinikken på effekt og nytte av metoder og prosedyrer. Forskningskompetanse gjør behandlere bedre i stand til å vurdere vitenskapelig litteratur og til å drive og bidra til kliniske studier.

### Forutsetninger for evaluering

- Forankring i ledelsen
- Relevante, pålitelige data
- Ressurser til opplæring og innhenting av data
- Kompetanse på metoder for evaluering og tolkning av funn
- Kompetanse på gjennomføring av endringsprosesser

### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er nøkkeltall som benyttes i Norge og mange andre land for å belyse kvaliteten i helsetjenesten. Bruken av kvalitetsindikatorer kan ha flere formål og kan:

- benyttes som kilde for kvalitetsforbedringsarbeid
- bidra med styringsinformasjon for administrasjon, ledelse og helsemyndigheter
- gi allmennheten innsyn i kvaliteten på helsetjenestene

Kvalitetsindikatorer skal si noe om komplekse fenomener som i seg selv er vanskelige å måle. Kvalitetsindikatorer knyttes gjerne opp mot vurderinger av om bestemte krav eller standarder er oppfylt. Indikatorene må være gyldige, pålitelige og anvendbare. Tiltak som sikrer datakvalitet er derfor essensielt:

- Relevante indikatorer som oppleves som meningsfulle
- Opplæring
- Resultater benyttes i lokal kvalitetsforbedring

De første nasjonale kvalitetsindikatorer for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge i Norge ble innført i 2004. [www.shdir.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=71894&sectionId=7807](http://www.shdir.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=71894&sectionId=7807) og [www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/psykisk\\_helsevern\\_14591](http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/psykisk_helsevern_14591)

Kvalitetsindikatorer kan deles inn i struktur-, prosess- eller resultatmål. Det er vanskelig å finne gode indikatorer, og arbeidet må ses som en prosess, hvor de valgte indikatorer kan ha en funksjon i en fase. De kan bidra til å sette fokus på et område, eksempelvis bruk av individuelle planer. Indikatorene som brukes i psykisk helsevern for barn og unge er primært prosessindikatorer, som skal indikere om utvalgte prosedyrer følges. Det arbeides imidlertid med å utvikle flere resultatindikatorer. Indikatorer på effekt av behandling, vil være svært nyttig.

Resultater vedrørende kvalitetsindikatorer legges ut på [www.sykehusvalg.no](http://www.sykehusvalg.no)

Norske fagmiljø bør vurdere mulige kvalitetsregistre for barn og unge med psykisk helseproblemer. Et kvalitetsregister bør inkludere informasjon om bedring og fornøydhet for den enkelte pasient. Det kan danne grunnlag for kvalitetsforbedring og kompetanseutvikling ved poliklinikkene.

### **Akkrediterings/sertifiseringssystemer**

Det er etablert internasjonale sertifiseringssystemer for kvalitetsstyring og ledelsessystemer (ISO 9001:2000). Bruken av ISO-standarden i helsevesenet har vært økende, og noen helseforetak bruker ISO 9001 som virkemiddel. Eksempelvis vil Sykehuset Asker og Bærum i løpet av 2008 sertifisere alle sine kliniske avdelinger for å sikre kvalitet i arbeidet.

### **Kontinuerlig forbedringsarbeid**

Kontinuerlig forbedring av tjenestene er et grunnleggende mål. En metode som er dokumentert effektiv, er det såkalte forbedringshjulet, Demings sirkel eller PDSA (plan-do-study-act). Metoden er beskrevet på nettsiden [www.ogbedreskal-detbli.no/metoder\\_verktoy](http://www.ogbedreskal-detbli.no/metoder_verktoy). Det var denne metoden som ble benyttet i et stort nasjonalt gjennombruddsprosjekt i 2004 for å forbedre utredning, diagnostikk og behandling av ADHD (ADHD – Forbedre utredning, diagnostikk og behandling. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling. Den norske lægeforening 2006). For å dokumentere endringer ble det benyttet statistisk prosesskontroll, som har et stort potensial i lokalt forbedringsarbeid. Ett av hovedpunktene i kvalitetsstrategien er «Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningen» for å gi helsepersonell den kompetansen som bl.a. ble benyttet i dette prosjektet, og som førte til betydelig redusert ventetid på utredning ved flere institusjoner.

## **6.5**

### **Dokumentasjon, nasjonalt og lokalt**

Gode rutinedata om tjenestene er viktig for å kunne planlegge, dimensjonere og kvalitetssikre tilbudene i forhold til behov. Data om ressurser: økonomi, personell og kapasitet, og om institusjonenes faglige aktivitet registreres i dag ved alle poliklinikker og inngår i helseforetakets, Norsk pasientregister, NPR ([www.shdir.no/norsk\\_pasientregister/psykisk\\_helsevern/](http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/psykisk_helsevern/)) og Statistisk sentralbyrå ([www.ssb.no/emner/03/02/speshelsepsyk/index.html](http://www.ssb.no/emner/03/02/speshelsepsyk/index.html)) sitt datagrunnlag. Dataene danner grunnlag for beslutninger om tjenestene og brukes også for å vurdere om sentrale målsettinger innen det psykisk helsevern nås. Data som registreres til lokale, regionale og nasjonale formål bør i størst mulig grad samordnes.

I tillegg til den etablerte registreringen av ressurser og aktivitet bør det stimuleres til registrering av informasjon om forløp og resultat: symptom- og funksjonsendring, endring i livskvalitet osv. og brukernes erfaring og fornøydhet med tjenesten. Slik informasjon vil kunne gi bedre grunnlag for evaluering av ulike tiltaks nytteverdi.

*Viktige faktorer for å oppnå god datakvalitet:*

- Enhetlig registreringspraksis
- Lokalt uttak og bruk av tall om egne tjenester
- Gode kontroll- og oppfølgingsrutiner

Registrering av informasjon må være mest mulig pålitelig og korrekt. Et viktig bidrag til dette er lokal opplæring av alle som registrerer rutinemessig informasjon. Det må settes av tilstrekkelig tid til slik registrering. Det må legges til rette for at de som registrerer data, får tilbakemelding om resultater, og opplever nytteverdien ved gode data. Det bør gis opplæring i hvordan data kan brukes lokalt. Resultatene må brukes i styring av virksomheten og i fagutvikling lokalt. Gode data vil gi mulighet til å foreta sammenligning over tid og med andre institusjoner.

For å sikre god kvalitet på data må det legges inn kontroll- og oppfølgingsrutiner knyttet til det enkelte pasientforløp før de benyttes lokalt eller sendes inn til NPR. Det er utarbeidet egen registreringsveileder for data som skal sendes til Norsk Pasientregister ([www.npr.no](http://www.npr.no)) og en egen veileder for koding av diagnoser i tråd med multiaksial klassifikasjon for psykisk helsevern for barn og unge ([www.kith.no/bup](http://www.kith.no/bup)). De nødvendige veiledere må være tilgjengelige, samt eventuell relevant lokal tilleggsinformasjon.

Brukernes erfaringer og fornøydhet bør kartlegges rutinemessig, og informasjonen benyttes som grunnlag for å forbedre tjenesten. Kunnskapssenteret har utviklet spørreskjema som brukes i det nasjonale kvalitetsindikatorsettet for psykisk helsevern for barn og unge ([www.kunnskapssenteret.no/](http://www.kunnskapssenteret.no/)). Disse kan lastes ned og benyttes lokalt. Det finnes også kortere skjema (ESQ, jf [www.corc.net.uk](http://www.corc.net.uk)) som prøves ut på en rekke poliklinikker. Løpende tilbakemelding til terapeuter prøves også ut i klient og resultatstyrt terapi (KOR) ([www.r-bup.no](http://www.r-bup.no)).

## 7. Organisering og ledelse

Poliklinikkene er faglige og administrative selvstendige enheter med ansvar for det allmenne psykiske helsevern for barn og unge fra 0–18 år innenfor et gitt geografisk område. Fra september 2004 ble det innført fritt sykehusvalg for psykisk helsevern for barn og unge, se pasientrettighetsloven § 2-4. De polikliniske og ambulante tjenestene bør utvikles og utøves som del av et behandlingsnettverk i samarbeid med kommunale tjenester, institusjonstilbud innen psykisk helsevern for barn og unge og andre deler av spesialisthelsetjenesten.

### 7.1 Organisering

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-9 skal virksomheter organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer, det vil si for hver enkelt poliklinikk og hver institusjon. Innenfor de lokale helseforetak er de forskjellige tjenestene ofte organisert innenfor egne avdelinger for psykisk helsevern for barn og unge med en felles overordnet ledelse, men det er regionalt helseforetak som kan bestemme den nærmere organiseringen.

### 7.2 Ledelse og ledelsesutfordringer

Tjenestetilbudet skal ivareta mange ulike oppgaver. En god og tydelig ledelse er avgjørende for å utvikle en godt fungerende spesialisthelsetjeneste.

Helsetjenester som tilbys skal være forsvarlige, se spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dette innebærer at funksjoner som planlegging, kompetanse- og kvalitetsutvikling, organisering, koordinering, drift og vedlikehold av tjenesten må innrettes slik at forsvarlighetskravet kan etterleves.

Leder må bygge opp strukturer, utforme klare retningslinjer for daglig og faglig drift og skape grobunn for faglig utvikling, med siktemål å ha en optimal bruk av de samlede ressurser og en kontinuerlig utvikling og forbedring av pasientbehandlingen. Det bør finnes råd og utvalg som støtter opp om en hensiktsmessig ledelse, eksempelvis kvalitetsråd, brukerråd og FoU-utvalg.



Det er et ledelsesansvar å følge med på, analysere, prioritere og koordinere aktiviteten ved den enkelte poliklinikk med utgangspunkt i virksomhetens kjerneoppgaver. Leder skal sikre ressurser, kompetanse, interne kontrollsystemer og brukervedvirkning som støtter opp under kjerneoppgavene. Se for øvrig vedlegg for eksempel på prosedyre for forsvarlighet, pasientansvarlig med mer.

Eksempelvis bør leder legge til rette for at fagpersonalet får nødvendig støtte til administrative oppgaver slik at større del av arbeidstiden kan gå til pasientrettet arbeid.

### **Kontoransattes rolle**

Oppnåelse av måltall på kvalitets- og styringsindikatorer krever god datakvalitet. Registrering av pasientdata danner grunnlaget for publisering av nasjonal statistikk og kvaliteten på nasjonal publisering fordrer derfor gode rutiner for registrering av henvisningsinformasjon fra henvisende instans. Dette gjelder spesielt følgende henvisningsinformasjon: individuell plan, barnevernets rolle, henvisningsgrunn, barnets miljø og hvem som var henvisende instans.

Kontoransattes kompetanse i BUPData er et viktig bidrag i form av opplæring av behandlere i riktig registrerings-

praksis. Uttak av tallmateriale er kjerneområder for det kontorfaglige personalet og god samhandling mellom kontoransatte og behandlere er en viktig del av kvalitetsarbeidet (Jensen 2006, 2008). Kontorfaglig personell driver kvalitetskontroll i flere sammenhenger som for eksempel ved oppstart og avslutninger av pasientsaker, kontroller i forbindelse med uttak av månedsrapporter, tertialrapporter (fra NPR) og refusjonsrapporter. Alt dette er med på å heve kvaliteten på data fra poliklinikken. Denne faggruppen bør derfor ha en plass i kvalitetsarbeidet.

Det kontorfaglige personalet bør ses på som en integrert del av poliklinikkens virksomhet og det er avgjørende at det etableres et nært samarbeid mellom faglig ledelse og merkantilt personale når det gjelder det pasientadministrative systemet, særlig med tanke på registrering og uttak av virksomhetsdata.

Leder må legge til rette for at det kontorfaglige personalet får videreutviklet sin kompetanse for å bidra til god praksis, gjennom for eksempel videreutdanning for kontoransatte i BUP, oppdatert kunnskap om det pasientadministrative systemet (bl.a. med sikte på lokalt uttak av tall), bakgrunn for og innhold i kvalitetsindikatorer og andre styringstall og kunnskap om lovverk og formelle krav.

### **Rammebetingelsene for utøvelse av lederskap**

En tydelig ledelse og ledelsesstruktur sikrer mest effektiv og velfungerende drift. Helseforetakene må ta et særlig ansvar for at ledelse blir prioritert og at det gis nødvendige rammebetingelser for å utøve godt lederskap.

Forventninger bør tydeliggjøres, samtidig som det må gis handlingsrom og nødvendig støtte i strategisk planlegging og videreutvikling av tjenestene. Rammebetingelsene må sikre at det settes av tid til å utøve lederskap. I tillegg må det finnes klare funksjons- og stillingsbeskrivelser for alle lederstillinger.

Leder må ha en bakgrunn som gjør vedkommende kompetent til å lede poliklinikken som en helsetjeneste og kunnskapsbedrift, ha gjennomgått opplæring, ha erfaring innen ledelse, få veiledning i å inneha en lederrolle og ha lyst til å påta seg lederoppgaver. Det bør derfor gis nødvendig lederopplæring og tilbys lederveiledning for de som ønsker det. Alternativ til lederveiledning kan være å etablere nettverk for ledere der ledere kan gi hverandre gjensidig veiledning og støtte.

I tillegg må det utvikles en kultur hvor utøvelse av tydelig lederskap blir stimulert og anerkjent.

### **Skape forståelse og motivasjon for behovet for endring**

Lederen har et særskilt ansvar for å utvikle sin virksomhet som en lærende organisasjon. En lærende organisasjon kjennetegnes ved at det tidlig oppdages svikt og problemer, identifiseres endringsbehov og at det skjer en korrigerende av disse. Samtidig som et kontinuerlig forbedringsarbeid pågår med søking etter nye og bedre arbeidsformer, metoder og rutiner, finnes kontinuerlige læringsprosesser på individ- og organisasjonsnivå.

### **Leders ansvar for forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling**

Lederen har et særlig ansvar for å sikre at de kliniske oppgavene utøves i tråd med nasjonale retningslinjer og en ansvarlig og inkluderende kunnskaps-, forsknings- og erfaringsbasert praksis.

I tillegg må lederen etablere et fungerende internkontrollsystem, se kapittel 6.4. Tydelig organisering og ansvarsplassering, samt et hensiktsmessig system for håndtering av avvik og forebygging av svikt, er viktige forutsetninger for forsvarlig virksomhet. Dette bør derfor være sentrale elementer i internkontrollsystemet ved den enkelte poliklinikk.

For å oppnå gode utviklingsprosesser må ledere som et minimum:

- Etablere hensiktsmessige styringssystemer
- Tilrettelegge for kontinuerlig evaluering av egen virksomhet
- Utarbeide planer for videreutvikling av tjenestene
- Utarbeide årlige kompetanseutviklingsplaner for den enkelte behandlingseenhet og for den enkelte medarbeider

Årlige medarbeidersamtaler er et godt verktøy til å evaluere den enkeltes bidrag og behov ift poliklinikkens måloppnåelse.

## **7.3**

### **Medansvar for det samlede behandlingstilbudet**

Det er et overordnet mål å skape helhetlige tjenester. For å ivareta helheten i behandlingstilbudet, bør det finnes overordnede planer for utvikling og drift av det psykiske helsetilbudet innenfor hvert helseforetak, i tråd med helsepolitiske føringer.

Et felles ledelsesforum for alle ledere innen psykisk helsevern for barn og unge er en forutsetning for å legge til rette for en forpliktende samhandling og en bedre styring, koordinering og ressursutnyttelse innen det totale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Helhetlige tjenester krever en god og velfungerende samhandling horisontalt og vertikalt mellom tjenester og nivåer, bygd på klare avtaler om ansvar og oppgavefordeling. Lederen har et særskilt ansvar for utvikling av faste møteplasser og samhandlingsarenaer med andre deler av hjelpeapparatet for å utvikle optimale tjenester og sikre fornuftig oppgavefordeling, se kapittel 2.



## 8. Rettslige rammer

Det er gitt ulike typer rettsregler som regulerer helseinstitusjoners, helsepersonells og pasienters rettsstilling, og som er relevante for virksomheten ved poliklinikken. Slike regler er i stor grad gitt i lovs form av Stortinget eller som forskrift av forvaltningen. Helsetjenesten er forpliktet til å følge opp bestemmelser og forpliktelser fastlagt i lov og forskrift. Det er derfor viktig at driften tilrettelegges på en slik måte at krav i regelverket overholdes, se for eksempel kapittel 6.4 vedrørende krav til internkontroll og kvalitetsforbedring.

En del aktuelle regler er blitt omtalt underveis i veilederen, og da knyttet til de ulike temaene. I det følgende gis i tillegg en kort omtale av regelverk som er aktuelt for virksomheten ved poliklinikken, men uten at det tas sikte på en uttømmende framstilling av alle aktuelle bestemmelser.

Alle gjeldende lover og forskrifter finnes oppdatert til enhver tid på Lovdatas åpne nettsted [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no). I tillegg finnes de samlet og tilgjengelige på nettstedet til Helsedirektoratet ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)) og Statens helsetilsyn ([www.helse-tilsynet.no](http://www.helse-tilsynet.no)); de to siste nettstedene har særlig fokus på lover og forskrifter som er relevante for helsetjenesten.

### 8.1 Regler om helsetjenestene mv.

Det er gitt generelle regler om organisering, drift og finansiering av institusjoner og tilbud innen helsetjenesten. For poliklinikken er spesialisthelsetjenesteloven av betydning, for regulering av i hovedsak organisatoriske og administrative forhold, men den har også regler om krav til forsvarlighet (§ 2-2), øyeblikkelig hjelp (§ 3-1), journalføringssystemer (§ 3-2) og kvalitetsutvalg (§ 3-4).

*Alle gjeldende lover og forskrifter finnes oppdatert til enhver tid på Lovdatas åpne nettsted [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)*

Disse bestemmelsene er det redegjort for ovenfor. Staten har etter loven det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, se § 2-1. Dette sørge for-ansvaret er videre i § 2-1a pålagt de regionale helseforetakene for befolkningen innen hver helseregion. Dette gjelder blant annet nødvendige somatiske helsetjenester, tjenester etter psykisk helsevernloven og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Spesialisthelsetjenesten er organisert som helseforetak som eies av fire Regionale helseforetak. Denne organisasjonsformen framgår av lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

For å tilfredsstillere kravet om at tjenesten skal yte forsvarlig helsehjelp og ivareta lovfestede pasientrettigheter, må gjeldende lover og forskrifter være kjent og bli fulgt. Dette er et ansvar som påligger både eier (helseforetaket) og lederen på det enkelte nivå.

I spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrifter finnes som nevnt sentrale bestemmelser for virksomheten ved poliklinikken, herunder bl.a. om forsvarlighet, ventelisteregistrering, journal- og informasjonssystemer, meldeplikt til Helsetilsynet, kvalitetsutvalg, deltagelse i undervisning og opplæring, pasientansvarlig lege, organisering av ledelse, krav om opplæring, etterutdanning og videreutdanning, informasjon, særlige bestemmelser om behandling av pasienter for rusmiddelmissbruk, veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten samt bestemmelser om finansiering av tjenestene.

Psykisk helsevernloven gir særlige regler for etablering og gjennomføring av både frivillig og tvungent psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, både i og utenfor sykehus. Loven er sentral for pasienters rettssikkerhet da den gir hjemmel for bruk av tvang. For barn og ungdom under 16 år vil foreldresamtykke være viktigste hjemmel for ulike behandlingstiltak i psykisk helsevern for barn og unge, se nedenfor.

Som påpekt flere ganger ovenfor er barnevernet – både det kommunale og det statlige – viktige samarbeidspartnere for poliklinikken, både vedrørende forebyggende tiltak og for samlet tilrettelegging av tiltak overfor barn i faresonen og for barn med etablerte behandlingstrengende tilstander.

Ansvar for drift og finansiering av kommunale helsetjenester er regulert i kommunehelsetjenesteloven. Etter § 1-1 er landets kommuner pålagt å sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunehelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for poliklinikken, bl.a. i forhold til utarbeidelse av individuell plan. Det vises videre til sosialtjenesteloven som også kan være av betydning for pasienter som mottar tjenester ved poliklinikken når det kan eller bør ytes sosiale tjenester etter sosialtjeneste-

loven kapittel 4 eller økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven kapittel 5.

## 8.2 Regler om helsepersonell

Det enkelte helsepersonells rettigheter og plikter reguleres av helsepersonelloven med tilhørende forskrifter. Det gis sentrale bestemmelser om helsepersonells yrkesutøvelse, bl.a. krav til forsvarlighet, organisering og øyeblikkelig hjelp-plikt.

Videre er det gitt regler om taushetsplikt, opplysningsrett/plikt, meldeplikt og dokumentasjonsplikt. Kravene til journalføring er videre utdypet i journalforskriften.

Alle ansatte i poliklinikken som driver klinisk arbeid, er underlagt reglene i helsepersonelloven. Dette gjelder selvfølgelig alle ansatte som er autorisert helsepersonell, men det gjelder også for pedagoger, sosionomer og andre som yter helsehjelp ved poliklinikken. Dette framgår av helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2.

## 8.3 Pasientrettigheter

De generelle pasientrettighetene utgjør en viktig del av helselovgivningen, og pasientrettighetsloven med tilhørende forskrifter er derfor sentral for virksomheten ved poliklinikken. Pasientrettighetsloven skal sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, og bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste, og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Tilsynserfaringer har påvist mangelfull kjennskap til generelle pasientrettigheter innen psykisk helsevern. Selv om det er gitt særlige regler for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i psykisk helsevernloven, gjelder pasientrettighetslovens bestemmelser også for pasienter som mottar tjenester fra psykisk helsevern. Dette er utvetydig fastslått i psykisk helsevernloven § 1-5.

Pasientrettighetenes stilling ble, ved lovendringer vedtatt i

2006, tydeliggjort og styrket både i psykisk helsevernloven og i pasientrettighetsloven. Den tidligere reservasjonen i psykisk helsevernloven § 1-5 om at pasientrettighetslovens bestemmelser bare skal gjelde «så langt det passer», er opphevet. Loven gjelder således fullt ut innen psykisk helsevern. Kun der det er nødvendig på grunn av bruk av tvungent vern, er det gitt særlige unntak, enten i pasientrettighetsloven eller i psykisk helsevernloven selv.

Barn og ungdoms rett til helsetjenester fra psykisk helsevern ble i tillegg styrket gjennom en lovendring i 2007 om en behandlingssgaranti for barn og ungdom med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Denne ble lovfestet i pasientrettighetsloven, som en forskriftshjemmel i § 2-1 sjuende ledd,

Pasientrettighetsloven inneholder bl.a. bestemmelser om rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendig helsehjelp. Disse bestemmelsene er nedfelt i pasientrettighetsloven kapittel 2. Videre inneholder loven rettigheter pasienten får etter at et pasientforhold er etablert, bl.a. rett til å medvirke til behandling (§ 3-1), rett til informasjon (§§ 3-2 flg.), regler om samtykke (kapittel 4), innsyn i journal (§ 5-1), og i kapittel 6 oppstilles krav om utformingen av institusjoner hvor barn skal oppholde seg over et visst tidsrom samt om kontakt mellom barn og foreldre. Pasienten er også gitt formelle rettigheter som gjelder saksbehandling, og det er gitt egne klageregler dersom rettighetene etter loven ikke blir oppfylt (kapittel 7). Klagereglene skal bidra til at pasienten mottar de nevnte rettighetene.

## 8.4 Barns rettigheter

Pasientrettighetsloven behandler eksplisitt barns rett til medvirkning og informasjon (§ 3-4) og samtykke til helsehjelp på vegne av barn (§ 4-4). Disse bestemmelsene må tolkes i lys av de generelt virkende reglene i barnelovens kapittel 5 om foreldreansvaret og om barns rett til med- og selvbestemmelse. Da FNs barnekonvensjon ble gitt status som norsk lov ved inkorporering i menneskerettsloven, ble samtidig barns rett til å bli hørt og deres rett til medbestemmelse styrket, både i barneloven og barnevernloven. Dette vil ha betydning for forståelsen av de nevnte bestemmelsene i pasientrettighetsloven.



### **Rett til medvirkning og informasjon**

Barnet har selv, uansett alder, krav på informasjon om sin tilstand og om behandlingen, og da tilpasset alder og forutsetninger. Dette framgår klart av pasientrettighetsloven § 3-4 første ledd. For barn under 16 år framgår samme sted at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal gis slik informasjon som er nødvendig for å få innsikt i barnets helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som gis til barnet eller er planlagt gitt til barnet. Her må kravet i § 3-4 ses i sammenheng med informasjonsplikten i § 3-2 første ledd som gjelder for voksne pasienter, dvs. pasienter over 16 år som er normalt utviklet for alderen.

Både barnet og foreldre har rett til medvirkning når det finnes flere forsvarlige behandlingsformer; dette framgår av pasientrettighetsloven § 3-1. Etter pasientrettighetsloven § 4-3 er den «helserettslige myndighetsalder» normalt 16 år; dette får betydning både i forhold til reglene om samtykke, og om taushetsplikt, se nedenfor.

I utgangspunktet har derfor foreldrene krav på informasjon om barnet før fylte 16 år, og ikke krav på tilsvarende informasjon etter fylte 16 år. Det er i pasientrettighetsloven § 3-4 lovfestet to unntak.

For det første heter det i § 3-4 andre ledd: «Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette». Det følger av rundskriv

IS-12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet side 27 og 28 at det kan være flere årsaker til at foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, både rent personlige (for eksempel mishandlingsaker) og ulike overbevisningsgrunner. Og videre: «Eksempler på grunner som bør respekteres kan være prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd eller lettere psykiske problemer på grunn av mobbing.»

Det er samme sted understreket: «Mer alvorlige psykiske lidelser kan ikke helsepersonell unnlate å informere foreldrene om. Dette gjelder særlig ved fare for selvskading eller redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler eller større fysiske skader pga. kriminelle handlinger. Det kan være grunn til å journalføre at slik informasjon er gitt.»



Det andre unntaket gjelder for informasjon som er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret. Selv om hovedregelen er at helsepersonell har taushetsplikt overfor pårørende til pasienter over 16 år, er det tatt inn et unntak i prl. § 3-4 tredje ledd. Det er viktig å sikre at foreldrene eller andre med foreldreansvaret tilføres den nødvendige informasjon slik at de settes i stand til å oppfylle foreldreansvaret. Forhold som kan omfattes av unntaket kan bl.a. være opplysninger om selvmordsrisiko, hvor pasienten befinner seg og innleggelse i sykehus pga livstruende tilstander.

Når ungdommen er fylt 18 år, er det ikke etter pasientrettighetslovens bestemmelser adgang til å videreformidle informasjon til foreldrene mot pasientens vilje, så lenge vedkommende er samtykkekompetent. Men det finnes hjemmel for dette i helsepersonelloven § 23 nr. 4 som åpner for at taushetsbelagt informasjon kan videregis når «tungtveiende private eller offentlige interesser» gjør dette rettmessig.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12, har også barneverntjenesten rett til informasjon på linje med foreldre og andre med foreldreansvaret. Dette framgår av pasientrettighetsloven § 3-4 fjerde ledd.

Etter en egen bestemmelse i barneloven § 47 har også den av foreldrene som ikke har del i foreldreansvaret, rett til å få visse opplysninger om barnet; det gjelder bl.a. opplysninger fra helsevesenet. Dette gjelder opplysninger som ikke på annet grunnlag er undergitt taushetsplikt. Informasjonsplikten inntreffer på anmodning fra vedkommende i det enkelte tilfellet.

Slike opplysninger kan nektes gitt dersom det kan være til skade for barnet. Avslag på et slikt krav om opplysninger kan påklages til fylkesmannen. I særlige situasjoner kan fylkesmannen avgjøre at den som ikke har foreldreansvaret, skal tape opplysningsretten etter bestemmelsen.

*Etter en egen bestemmelse i barneloven § 47 har også den av foreldrene som ikke har del i foreldreansvaret, rett til å få visse opplysninger om barnet*

Det er videre lovfestet en meldeplikt fra psykisk helsevern for barn og unge til sosialtjenesten eller barnevernet i tilfeller der det psykiske helsevern står overfor henholdsvis en gravid rusmiddelmissbruker eller en person i en situasjon som angitt i barnevernloven §§ 4-10 til 4-12 (behandlingskrevende og/eller omsorgsvikt) eller barnevernloven § 4-24 (alvorlige atferdsvansker). Meldepliktene gjelder selv om barnet er i behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, og

uavhengig av om foreldrene og/eller barnet samtykker til, eller motsetter seg, at slik melding blir gitt. Bestemmelsene om meldepliktene til barnevernet er gjengitt ovenfor i punkt 2.4.

### Samtykke

Det er psykisk helsevernloven som gjelder når det etableres individuelle behandlingstiltak innen psykisk helsevern for barn og unge. Fra 2007 fastslår psykisk helsevernloven § 2-1, som gjelder ved etablering av frivillig psykisk helsevern, at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven.

Videre framgår av andre ledd: «Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.»

I de alminnelige samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven er det særlig § 4-4 som er av betydning. Bestemmelsen lyder «Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.» For barn og unge under 16 år kan etablering av psykisk helsevern skje på grunnlag av samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. Dette er den normale måten å etablere psykisk helsevern på for mindreårige. Men det er i pasientrettighetsloven ikke en så klart uttalt 16-års aldersgrense som ved den tidligere reguleringsmåten etter psykisk helsevernloven, se nedenfor. Avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret, slik at foreldre som ikke har foreldreansvar, heller ikke har myndighet til å samtykke på vegne av barnet.

Etter lovtekstens ordlyd må foreldre med felles foreldreansvar ta avgjørelser om helsehjelp for barnet i fellesskap, og de må derfor begge samtykke på vegne av barnet. Dersom en av foreldrene nekter, vil det ikke foreligge noe gyldig samtykke.<sup>8</sup> Det er ikke helsevesenets oppgave å tilsidesette foreldrenes rettsstilling i medhold av foreldreansvaret; muligheten for slike inngrep i foreldreansvaret er nærmere regulert i barnevernlovens bestemmelser, se nedenfor om taushetsplikt.

Regelverket vedrørende foreldresamtykke kan føre til konflikt om helsehjelp i psykisk helsevern. Manglende samtykke fra en av foreldrene kan føre til at barn ikke får helsehjelp i situasjoner hvor foreldrene er i konflikt, ved mulig overgrep osv. Slik behandling må da evt. iverksettes etter vedtak i fylkesnemnda etter barnevernlovens regler.

<sup>8</sup> I juridisk teori hevdes det at hvis barnet bor fast hos den ene forelder, og den andre ikke engasjerer seg og ikke besvarer henvendelser vedrørende samtykke, vil den ene foreldrenes samtykke kunne være tilstrekkelig. Det må da journalføres i hvilken utstrekning den andre forelderens samtykke er forsøkt innhentet.

Dagens regelverk åpner for at helsetjenesten i visse tilfeller kan yte helsehjelp til tross for manglende samtykke fra foreldre med foreldreansvar. Etter pasientrettighetsloven § 4-4 andre ledd har barneverntjenesten en selvstendig rett til å samtykke til helsehjelp dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12. Selv om foreldrene fremdeles innehar foreldreansvaret, er det barneverntjenesten som tar avgjørelser om helsehjelp overfor barn under 16 år når omsorgen for barnet er overtatt. Men barneverntjenesten bør samtidig se hen til oppfatningene til barnets foreldre, selv om det er barnets beste som skal ligge til grunn for samtykke til helsetjenester. Helsepersonell må derfor ivareta informasjonsplikten til barneverntjenesten i slike situasjoner, se pasientrettighetsloven § 3-4 fjerde ledd.

Videre gis det nå også innen det psykiske helsevernet en viss mulighet for barn under 16 år til selv å samtykke til helsehjelp i enkelte tilfeller. Selv om 16 år er grensen for den helserettlige myndighetsalder, fremgår det av pasientrettighetsloven § 4-3 bokstav b at barn under 16 år kan samtykke selv når det følger «av tiltakets art». I lovforarbeidene (Ot.prp. nr 65, 2005–2006, på side 35) nevnes som eksempel en situasjon hvor et barn ønsker samtaleterapi, og en eller begge foreldrene er en del av en alvorlig konfliktsituasjon og derfor ikke ønsker å samtykke. Bestemmelsen innebærer et forholdsvis snevert unntak fra hovedregelen om foreldresamtykke. Den må sees i sammenheng med bestemmelsen i § 4-4 tredje ledd som sier at det skal legges økende vekt på hva barnet har å si etter hvert som barnet utvikles og modnes. Selvstendig samtykkekompetanse vil antakelig bare være aktuelt for barn som ligger nær aldersgrensen i bestemmelsen.

*Innen det psykiske helsevernet gis en viss mulighet for barn under 16 år til selv å samtykke til helsehjelp*

En mindreårig kan sikres mot at foreldrene mottar informasjon om den mindreåriges helsetilstand, se pasientrettighetsloven § 3-4 som åpner for at «opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette». Dette må samtidig innebære, innen de samme rammer, at den mindreårige også må kunne gi et gyldig samtykke. Dette legges også til grunn i Ot. prp. nr. 65 for 2005–2006, se punkt 6.3.2.4.

### **Taushetsplikt**

Etter pasientrettighetsloven § 4-3 er som nevnt den «helserettslige myndighetsalder» normalt 16 år. Helsepersonell har som hovedregel taushetsplikt overfor foreldrene når det gjelder barn over 16 år, med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis eller det finnes lovbestemmelser som gjør dette rettmessig. Det er ovenfor vist til at informasjon om en ungdom mellom 16 og 18 år kan gis til foreldrene med hjemmel i pasientrettighetsloven § 3-4 tredje ledd når informasjonen er nødvendig for å kunne ivareta foreldreansvaret. Poliklinikken må imidlertid først prøve å oppnå samtykke til at slik informasjon gis.

Om ungdommen er fylt 18 år, foreligger ikke lenger et foreldreansvar som grunnlag for å informere foreldrene. Da må nødvendig informasjon evt. kunne gis i medhold av helsepersonelloven § 23 nr. 4 når det finnes tungtveiende grunner for dette, selv om ungdommen ikke samtykker til at informasjonen gis.

Uavhengig av om informasjon kan gis til foreldrene ut fra bestemmelser om opplysningsrett eller ikke, foreligger som nevnt lovfestede opplysningsplikter til sosialtjenesten (gravide rusmiddelmissbrukere) og barnevernet (barn i en utsatt situasjon). Dette er regelfestet i helsepersonelloven § 32 andre ledd og § 33 andre ledd (som viser til alvorlig omsorgssvikt, jf. barnevernloven § 4-10, § 4-11 og § 4-12 og barn med vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. barnevernloven § 4-24).

### **Hva når foreldrene ikke samtykker til helsehjelp som barnet trenger?**

Når behandlingstiltak i psykisk helsevern for en mindreårig pasient framstår som nødvendig av hensyn til barnets beste, og en eller begge foreldre klart motsetter seg dette, kan bestemmelser i barnevernloven (bvl.) kapittel 4 gi hjemmel for ulike undersøkelsesavgjørelser og behandlingstiltak, herunder også etablering av psykisk helsevern. Etter bvl. § 4-10 kan fylkesnemnda fatte vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling uten samtykke fra foreldrene. Bestemmelsen kan anvendes når foreldrene ikke sørger for at et barn med livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade kommer til undersøkelse og behandling. Etter bvl. § 4-11 kan fylkesnemnda vedta ulike behandlingstiltak overfor barn som har særlige behandlings- og opplæringsbehov når foreldrene ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpe-

trengende barn får dekket sine behov for behandling og opplæring. Et vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling etter disse bestemmelsene forutsetter ikke at barneverntjenesten overtar omsorgen for barnet, men medfører en plikt for foreldrene til å følge opp pålagte undersøkelser og behandlingstiltak. Dersom foreldrene saboterer et slikt pålegg, kan omsorgsovertakelse framstå som nødvendig for å sikre barnet nødvendig helsehjelp.

Dersom foreldrene ikke følger opp barnets behov for noe mer langvarig helsehjelp, kan det treffes et vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12; særlig aktuell er inngrepshjemmelen i § 4-12 første ledd bokstav b. Etter omsorgsovertakelsen er det barneverntjenesten som samtykker til helsehjelp på barnets vegne, jf. pasientrettighetsloven § 4-4 andre ledd.

Det kan også være aktuelt å plassere et barn på en institusjon i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven. Det krever at omsorgen overtas og at den etterfølgende plasseringen skjer i medhold av bvl. § 4-14 bokstav c. Også atferdsplassering kan skje i behandlings- og opplæringsinstitusjon, herunder institusjon i psykisk helsevern, se bvl. § 4-24 andre ledd. Slike vedtak skal normalt fattes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker, og sakene forberedes av det kommunale barnevernet.

### **Aktuelle forskrifter**

- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift av 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak
- Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal
- Forskrift av 1. desember 2000 nr. 1218 om pasientansvarlig lege m.m.
- Forskrift av 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Forskrift av 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp
- Forskrift av 7. desember 2000 nr. 1233 om venteliste-registrering

Se [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no) for mer informasjon om lover og forskrifter

## 9. Referanser



Andersson, H. W., Ose, S.O. & Sitter, M. (2005). *Psykisk helsevern for barn og unge: Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. Oslo: SINTEF Helse. Rapport STF78 A055009.

Bakken, K., Landheim, A. S. & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38, 54–59.

Barne- og familiedepartementets rundskriv (2005). *Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten*, Q-24/2005.

Berg-Nielsen, T.S., Vikan, A. & Dahl, A.A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 529–552.

Bjertnæs, Ø.A., Garratt, A., Helgeland, J., Holmboe, O., Dahle, O., Aanjesen, K. et al. (2008). Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 118, 1041–1045.

Brittain, C. R. (Red.). (2005). *Understanding the medical diagnosis of child maltreatment: A guide for nonmedical professionals*. New York: Oxford University Press.

Helsedirektoratet. (2008). «Gjør det så enkelt som mulig»: *Tipshefte om individuell plan*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1544.

Horwath, J. (2007). *Child neglect: Identification and assessment*. New York: Palgrave.

IMDi-rapport 6-2007. *Fastleger og tolketjenester*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Jensen, S. (2006). *Fra uunnværlige enkeltpersoner til faggruppe i et tverrfaglig samarbeid?* Rapport fra prosjektet Kontoransattes rolle i kvalitetssikring. Oslo: Nic Waals Institutt.

Jensen, S. (2008). Når samhandling forstås som hjelp: Forholdet mellom kontoransattes kompetanse og samhandlingen med klinikerne i psykisk helsevern for barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 133–140.

- Kale, E. (2006) «Vi tar det vi har». *Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreundersøkelse*, NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.
- Kjønstad, A. (2008). *Taushetsplikt*. I Kjønstad, A. & Syse, A. (Red.), *Velferdsrett II: barnevern og sosiale tjenester*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*. 12, 309–318.
- Lie, T., Nesvåg, S. (2006). *Evaluering av rusreformen*. Stavanger: IRIS. Rapport IRIS-2006/227.
- Mayes, L., Fonagy, P. & Target, M. (2007). *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation*. London: Karnac Books.
- Miller-Perrin, C. L. & Perrin, R. D. (2007). *Child maltreatment: An introduction*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (2007). *Helseoppfølging av personer med utviklingshemming*. Oslo: NAKU. Rapport.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006) *Psykisk helsetjeneste – Utvikling av kvalitetsindikatorer*. Notat fra Kunnskapssenteret. Retrieved 16. may 2008, from [www.kunnskapssenteret.no/filer/06\\_Kvalindik\\_psyk\\_helsev.pdf](http://www.kunnskapssenteret.no/filer/06_Kvalindik_psyk_helsev.pdf).
- Neumayer, S.M., Skreslett, A., Borchrevink, M.C., Gravråkmo, S. et al. (2006). *Psykososialt arbeid med flyktningbarn – Introduksjon og fagveileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 44, 1127–1128.

Pedersen, P.B. (Red.). (2007). SAMDATA. *Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006*. Trondheim: SINTEF Helse. NIS-rapport 2/07. A2152.

Riksrevisjonen. (2007). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer*. Dokument nr 3:7 (2006–2007). Oslo: Riksrevisjonen.

Rygh, L.H. & Mørland, B. (2006). Jakten på de gode kvalitetsindikatorerne. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 126, 2822–2825.

Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton & Company.

Sitter, M. & Andersson, H.W. (2005). *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker*. Trondheim: SINTEF Helse. STF78 Rapport A055005.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktpsikiatriske sentre: Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1388 Veileder.

Sosial- og helsedirektoratets rundskriv (2006). *Oppfølging av barn til psykisk syke og /eller rusavhengige foreldre*, IS-5/2006.

Sosial- og helsedirektoratets rundskriv (2006). *Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten i saker som dreier seg om; – mishandling av barn i hjemmet – andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn – misbruk av rusmidler under graviditet*, IS-17/2006.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Hvordan holde orden i eget hus: Internkontroll i Sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1183.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Individuell plan 2007: Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1253 Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). – *og bedre skal det bli : Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1502 Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). – *og bedre skal det bli: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten (2005–2015): Til deg som leder og utløver*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1162 Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1405 Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet: Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1455 Rapport.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1419.

Syse, A. (2004). *Pasientrettighetsloven: Med kommentarer*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Syse, A. (2007) *Psykisk helsevernloven: Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern: Kommentarutgave med forskrifter*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuseth, A-G., Sverdrup, S., Hjort, H. & Friestad, C. (2006). *Å spørre den det gjelder: Erfaringer med klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*. Oslo: R-BUP helseregion øst og sør.

Wachs, C. & Jacobs, L. (Red). (2006). *Parent-focused child therapy: Attachment, identification, and reflective functions*. New York: Jason Aronson.