

Fastlegen og psykisk sykdom blant barn og ungdom

Sammendrag

Bakgrunn. Barne- og ungdomspsykiatri i kommunehelsetjenesten er lite utforsket og beskrevet. Formålet med denne artikkelen er å beskrive noen aspekter ved fastlegenes rolle i helsetjenesten til barn og unge med psykiske lidelser.

Materiale og metode. Data ble innsamlet fra fire fokusgruppeintervju med til sammen 19 fastleger. Utvalget var strategisk sammensatt med henblikk på kjennetegn ved fastlegene av betydning for formålet. Materialet ble analysert ut fra en fenomenologisk tilnærming der målet var å utarbeide nye og dokumenterte beskrivelser av praksisfeltet sett i deltakernes perspektiv og tolket i forhold til tilgjengelig kunnskap om psykisk helsearbeid for barn og unge.

Resultater og fortolkning. Fastlegen har et godt utgangspunkt for å gi psykiatrisk helsetjeneste til barn og unge gjennom familie- og lokalsamfunnskunnskap, tillit i pasientgruppen og opparbeidet erfaringsgrunnlag til å skille ut de alvorlige tilstandene. Mange følte seg faglig utrygge ved mer spesifikke barne- og ungdomspsykiatriske problemstillinger. Noen av informantene deltok aktivt i det tverrfaglige samarbeidet rundt deres pasienter. Andre var lite involvert i og orientert om tiltak rundt pasientene. Kommunale instanser som forholder seg til barn og unge med vansker, involverte i tillegg sjelden disse legene. Pasienter som kunne fått et helhetlig utrednings- og behandlingstilbud i førstelinjen, kan derfor bli sluset utenom fastlegen til spesialisthelsetjenesten. Det etterlyses veiledning fra spesialisthelsetjenesten og tilbud om videre- og etterutdanning. Resultatene gir holdepunkt for at slike tiltak kan føre til at flere leger tar rollen som medisinsk-faglige premissleverandører i det tverrfaglige samarbeidet i førstelinjetjenesten.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Marit Hafting

marit.hafting@rbup.uib.no
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Helseregion Vest
Postboks 7800
5020 Bergen
og
BUP Voss
Voss sjukehus

Ida Garløv

Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Helseregion Vest
og
BUP Sandnes
4306 Sandnes

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2002 tilsyn med 82 kommuner og 41 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker over hele landet med særlig vekt på helsetjenesten for barn og unge med psykiske vansker (1). En av konklusjonene er at denne tjenesten er uforsvarlig etter kommunehelsesloven, spesialisthelsesloven og pasientrettighetsloven. Begrunnelsen er manglende medisinske vurderinger både i kommunehelsetjenesten og ved poliklinikkene. Ved poliklinikkene ligger årsaken i manglende legedekning og den generelle mangelen på barne- og ungdomspsykiatere, mens i kommunene er problemet at disse pasientene i liten grad blir vurdert av fastlegen når de blir henvist til barne- og ungdomspsykiatrien.

En litteraturgjennomgang viser at forekomsten av psykiatriske problemer er høyere blant barn og unge som søker primærlege enn i befolkningen generelt (2). Bare 2–5 % av disse søker imidlertid for spesifikke psykiatriske problemstillinger. Haavet og medarbeidere fant at allmennlegene er den gruppen helsearbeidere som oftest blir søkt av 10.-klassinger ved ungdomsskolene i Oslo i 2000 og 2001 (3). Barne- og ungdomspsykiatri i primærhelsetjenesten og ulike samarbeidsmodeller mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er undersøkt med tanke på effektivitet og kvalitet, særlig i England (4–6). Tjenesten sett fra primærlegenes ståsted er lite belyst, og vi har derfor gjennomført et forskningsprosjekt der problemstillingen er: Hva er etter fastlegenes mening god legetjeneste i førstelinjen for barn og unge med psykiske problemer?

Denne artikkelen er den første av flere fra dette prosjektet. Formålet er å utforske fastlegens rolle i helsetjenesten til unge pasienter med psykiske lidelser. Vår forforståelse

er den feltkunnskapen vi har som barne- og ungdomspsykiatere med klinisk erfaring fra arbeid ved poliklinikker i tett samarbeid med helse- og sosialtjeneste og pedagogisk tjeneste i kommunene.

Materiale og metode

Forskningsprosjektet rettet seg mot tanker, holdninger og erfaringer hos fastlegene. Vi valgte derfor en kvalitativ tilnærming der målet var å forstå deres praksiserfaringer (7). Samtidig var problemstillingen og praksisfeltet såpass avgrenset at vi mente det kunne hentes mye kunnskap ut av målrettede samtaler mellom representanter fra faggruppen. Vi inviterte fire grupper fastleger til fokusgruppeintervjuer. Vi ville hente inn erfaringer fra fastleger med forskjellig bakgrunn, dvs. fra et strategisk sammensatt utvalg (8). Vi arrangerte grupper i Bergen, Stavanger og Førde, og blant deltakerne var det spredning mht. kjønn, alder, tid i praksis, praksiserfaring fra by og land og helsestasjons- og skolelegeerfaring. Vi sørget for at det blant deltakerne var fastleger med fagforenings- og universitetstilknytning.

Opprinnelig ønsket vi også representanter for leger som sa de ikke ønsket barne- og ungdomspasienter på sin liste, men vi lyktes ikke i å rekruttere fra denne gruppen da de ikke opplevde temaet som relevant for dem. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ledet vekselvis av en av forfatterne mens den



Hovedbudskap

- Fastlegen har et godt utgangspunkt for å gi helsetjenester til barn og unge med psykiske lidelser og deres familier
- Mange fastleger synes de mangler spesifikke kunnskaper i barne- og ungdomspsykiatri og deltar lite i det tverrfaglige samarbeidet rundt disse barna
- Barn og unge med psykiske lidelser kan bli sluset utenom fastlegene direkte til spesialisthelsetjenesten når deres fastlege ikke er involvert i samarbeidsnettverket i førstelinjetjenesten
- Veiledning fra spesialisthelsetjenesten og tilbud om faglig oppdatering vil sannsynligvis kunne bidra til at fastlegene får en mer sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt disse pasientene

andre var praktisk tilrettelegger og loggfører. En av fokusgruppene var en etablert veiledningsgruppe i barne- og ungdomspsykiatri for fastleger som den ene forfatteren (IG) har ledet over flere år. Vi inkluderte denne gruppen fordi den representerte informanter som hadde et spesielt gjennomtenkt forhold til temaet (9). Her var MH intervjuer. Totalt deltok 19 fastleger. Intervjuene varte i to timer og hadde følgende hovedspørsmål: Hva er god fastlegetjeneste for disse pasientene? Hvilke barn og unge ser dere med psykiske problemer? Hva kan fastlegene gjøre for dem? Hvem samarbeider dere med? Materialet bestod av utskriftene fra intervjuene og loggbøkene med notater fra fokusgruppemøtene. Det ble bearbeidet av forfatterne sammen ut fra en fenomenologisk tilnærming (10, 11). Målet var å utarbeide nye og dokumenterte beskrivelser fra praksisfeltet sett i deltakernes perspektiv og tolket i forhold til tilgjengelig kunnskap om psykisk helsearbeid for barn og unge.

Resultater

Familiemedisin

I alle fire gruppene nevnes familieperspektivet spontant i forbindelse med legetjeneste til barn og unge med psykiske vansker. Kjennskap til familien er viktig ved avklaring av problemstillinger hos enkeltpasienten, og familien inngår i behandlingen enten ved at barn og foreldre møter til konsultasjonene eller at behandlingen av barnet går gjennom foreldrene som veiledning. Kunnskap om familien bygges opp ved at legen gjennom langvarig kontakt med et av familiemedlemmene får kjennskap til resten av familien og deres sosiale miljø. Noen forteller at de aktivt etterspør og noterer seg opplysninger om resten av familien. Samtidig problematiseres det at verken fastlegeordningen eller oversikt over lokalmiljøet sikrer dem kjennskap til familien. Familiemedlemmer kan ha forskjellige fastleger. Det at barn og foreldre også forholder seg til helsestasjons- og skoleleger, gjør bildet ytterligere komplisert.

Tillit

Flere nevner at det bygges opp tillit gjennom håndteringen av de somatiske hverdagsproblemene. Fastlegen har relevant medisinsk kunnskap når det trengs, og hun har kunnskap om lokalmiljøet, helsetjenesten og aktuelle samarbeidspartnere. Dette standpunktet nyanseres i løpet av samtalen. Det viser seg at det først og fremst er når barnet og den unge har psykosomatiske plager at fastlegen søkes. Ved andre psykiske vansker konsulteres de først og fremst hvis symptomene forstås som uttrykk for mulig kroppslig sykdom.

Tillit blir også knyttet til at legetjenesten står for konfidensialitet. Flere gir eksempler på at barn og unge med psykiske vansker kan ha en opplevelse av at «alle snakker sammen», for eksempel i det tverrfaglige sam-

beidet mellom foreldre, skolehelsetjeneste, skole og pedagogisk-psykologisk tjeneste. Særlig for ungdom kan slike samarbeidsnettverk oppleves som ensbetydende med «uhytet skole», eller «kjeft». Flere av informantene fortalte om potente behandlingsallianser når rammene for taushet var avklart.

Praksiskunnskap

Fagområdet barne- og ungdomspsykiatri beskrives av mange som ullent. De mener de har lite spesifikk kunnskap med seg fra grunnutdanningen, og at dette emnet har fått lite oppmerksomhet i videre- og etterutdanningen. Informantene sier de ofte føler seg faglig utrygge i møtet med barne- og ungdomspsykiatriske problemstillinger.

Samtidig trekker flere frem det brede erfaringsgrunnlaget de får fra allmennpraksis. En typisk uttalelse er: «Noe av den kompetansen vi har, ligger i alle de ungene vi har sett opp gjennom årene. Det er et stort normalmateriale.» Flere er opptatt av at dette er erfaringsbasert kunnskap de må forholde seg bevisst til og stole på. De hevder at denne kliniske kompetansen til å skille ut det uvanlige bør anerkjennes som gyldig for eksempel ved vurdering av behov for rask intervensjon. Flere hadde ved henvendelser til spesialisthelsetjenesten opplevd avvisning med krav om mer presis diagnostikk, men også at deres bekymring ble bekreftet etter hvert.

Fastlegen

og det tverrfaglig samarbeidet

Informantene beskriver at fastlegen ofte er utenfor samarbeidsnettverkene i førstelinjen, spesielt når det gjelder barn med atferds- og skolerelaterte problemer. De forteller at de får oversendt ferdige henvisninger til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker fra pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern og helsesøstre. Regelverket krever en leges underskift på henvisningene. Noen ganger innkaller fastlegen barn og foreldre. Andre ganger sender fastlegen henvisningen videre uten å ha sett pasienten, eventuelt med tilleggsopplysninger fra journalen. De gir alle uttrykk for at dette er en rolle de misliker, og en av dem sier: «Det er en lang prosess og foreldrene har investert mye energi i dette så jeg vil ikke være sand i maskineriet. Jeg benytter anledningen til å bli kjent med saken, og hvis jeg har overskudd, skriver jeg en syrlig kommentar om denne måten å gjøre det på. Det som er min jobb er å få saken videre.»

Noen av informantene avfinner seg med at de ikke blir involvert, verken av foreldre eller av andre samarbeidspartnere. De forteller at de ofte ikke vet om at et barn på deres liste har psykososiale vansker og mottar tiltak fra pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern, pediatrik eller barnpsykiatrisk hold. Andre var opptatt av at de må markedsføre seg, eller «hive seg utpå» i forhold til andre instanser i kommunen som er involvert i barn og unge. De forteller at da får de

oppgaver som kan være avgjørende for at disse barna, ungdommene og deres foreldre får god og effektiv medisinsk behandling. Dette gjaldt først og fremst medlemmene av veiledningsgruppen, men også noen fastleger som hadde vært i samme stilling over lang tid.

I gruppesamtalene diskuteres det at det er ulik holdning blant fastlegene. De fleste kjente til fastleger som sa at de ikke deltok i tverrfaglig samarbeid. Noen trekker frem at dette er et generasjonsproblem, dvs. at det først og fremst gjelder de litt eldre legene. En fastlege med samfunnsmedisinsk ansvar i en kommune med knapt 40 fastleger sier: ... «de som er eldre enn meg har en annen holdning enn de som er yngre. Etter hvert som det kommer nyeksaminerte leger, ser jeg at de er mye mer gira på å gå inn i denne rollen enn de som nærmer seg 60.»

Diskusjon

Utvalget var strategisk sammensatt (8), dvs. med spredning på kjennetegn ved fastlegene som ut fra vår feltkunnskap kan tenkes å ha betydning for utforming av fastlegerollen. Det inneholder imidlertid bare fastleger som mener temaet er relevant for dem ved at de har barn og unge med psykiske vansker i sin praksis og/eller fordi de ideologisk og helsepolitisk tenker at denne pasientgruppen hører til i fastlegetjenesten. Derfor er det rimelig at materialet i liten grad inneholder motforestillinger mot at disse pasientene skal ha et behandlingstilbud hos fastlegene. Denne tendensen blir antakelig forsterket ved at forskerne begge er barne- og ungdomspsykiatere. Våre informanter viser til aktuelle saker de har og hvordan de har arbeidet med dem. Vi mener derfor resultatene blir valide med tanke på hvilke muligheter den interesserte fastlegen har til å gi god legetjeneste til pasientgruppen.

Fastlegene har opparbeidet seg tillit i familien gjennom kontakt med familiemedlemmene over tid. Når fastlegene trekker frem at barne- og ungdomspsykiatri i førstelinjetjenesten forutsetter involvering av familien, beskriver de foreldrene som støtte i behandlingen og at tiltak formelt sett må skje på foreldrenes samtykke. Barn og unge med psykiske vansker er prisgitt de viktige voksne som omgir dem for at deres lidelse skal bli sett og komme til behandling. Sett fra et barnehelseperspektiv er det uheldig at fastlegeordningen ikke sikrer at foreldre og barn har samme fastlege. Ungdom kan imidlertid trenge fastleger som de anser ikke er for involvert med foreldrene.

Alle informantene vektlegger at de opparbeider seg kunnskap om barn og ungdoms helse fra det store antallet normale barn de møter. Dette gir et godt grunnlag for å skille ut de alvorlige tilstandene. Veiledningsgruppen tar i tillegg mål av seg til å drive mer spesifikk diagnostikk og behandling. En engelsk undersøkelse fra 1998 konkluderer med at de allmennpraktiserende legenes

evne til å fange opp barn med psykiske vansker viste høy spesifisitet, men lav sensitivitet (12).

Våre informanter deler seg i to grupper mht. hvor aktive de er i samarbeidsprosessen med andre instanser rundt barnet eller den unge. Ut fra beskrivelsene av hva de faktisk gjør, ser det ut til at dette mer er gradforskjeller enn kategoriske forskjeller mellom informantene. Det kan gjenspeile ulike oppfatninger av allmennpraktikerrollen; enten en rolle som i hovedsak retter seg mot individet mer avgrenset eller en som retter seg mer mot individet i samspill med omgivelsene. Informantene antyder et generasjonsskille: De som har vært lenge i praksis har større tendens til å søke en avgrenset og oversiktlig arbeidsdag enn de nyutdannede som tilbyr omfattende tjenester ved bl.a. å delta i tverrfaglig samarbeid. Våre resultater kan tyde på at de samarbeidsorienterte fastlegene i størst grad ser det som nødvendig å søke spesifikk kunnskap i fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at fastlegerollen gir mulighet for å bygge opp tillit. Mange fastleger har familiekunnskap og vesentlig generell medisinsk kunnskap om barn og unges psykiske helse. De tar imidlertid sjelden rollen som koordinator for legetjenesten til barna og de unge med psykiske vansker på deres liste, slik merknaden til Forskrift om fastlegeordning (13) forutsetter. De andre instansene som forholder seg til barn og unge med vansker, involverer ofte ikke fastlegen. Pasienter som kunne fått et helhetlig utrednings- og behand-

lingstilbud i førstelinjen blir derfor sluset utenom fastlegen og henvist til spesialisthelsetjenesten via bl.a. den pedagogisk-psykologiske tjenesten eller barnevernet eventuelt med en proforma underskrift fra fastlegene. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå følges ikke, og fastlegenes gode utgangspunkt for å gi god barne- og ungdomspsykiatrisk tjeneste blir ikke utnyttet. At dette er uheldig, underbygges av en litteraturgjennomgang der det konkluderes med at legetjenesten i førstelinjen har stor betydning for barn og unges psykiske helse (2). Ut fra vår undersøkelse kan det se ut til at et botemiddel kan være at de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene tar sitt lovpålagte ansvar om å tilby fastlegegruppen systematiske konsultasjoner og veiledning på alvor. Dette samsvarer med konklusjonen både på en finsk undersøkelse av 755 allmennpraktikeres vurdering av egne ferdigheter i barne- og ungdomspsykiatri (14) og Garraldas litteraturgjennomgang (2). Legeforeningens rapport fra 1998 om Legens rolle i det helsefremmende/sykdomsforebyggende arbeid for barn og unge (15), er ikke fulgt opp. Den foreslår at det bør knyttes videre- og etterutdanningsprogram for allmenntilleggsmedisin til «gode og formålstjenlige samarbeidsformer mellom første- og annenlinjetjenesten». Dette er i tråd med konklusjonen fra et engelsk forskermiljø (5, 6).

Manuskriptet ble godkjent 29.9. 2005.

Litteratur

1. Statens helsetilsyn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.

2. Garralda E. Child and adolescent psychiatry in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 308–14.
3. Haavet OR, Straand J, Hjortdahl P et al. Do negative life experiences predict the health-seeking behaviour of adolescents? A study of 15- and 16-year-old students in Oslo, Norway. *J Adolesc Health* 2005; 37: 128–34.
4. Harrington RC, Kerfoot M, Verduyn. Developing needs led child and adolescent mental health services: issues and prospects. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8: 1–10.
5. Bower P, Garralda E, Kramer T et al. The treatment of child and adolescent with mental health problems in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 2001; 18: 373–82.
6. Macdonald W, Bradley S, Bower P et al. Primary mental health workers in child and adolescent mental health services. *J Adv Nurs* 2004; 46: 78–87.
7. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
8. Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. I: Crabtree BG, Miller WL, red. *Doing qualitative research*. 2. utg. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999: 33–45.
9. Kvale S. *InterViews*. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.
10. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process – guidelines for the medical researcher. *Fam Pract* 1993; 10: 201–6.
11. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, red. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne Univ Press, 1985: 8–22.
12. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatr* 1998; 173: 508–13.
13. Helsedepartementet: FOR 2000–04–14 nr. 328, Forskrift om fastlegeordningen. Oslo: Helsedepartementet, 2004.
14. Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L et al. Child psychiatric skills in primary healthcare – self evaluation of Finnish health centre doctors. *Child Care Health Dev* 2002; 28: 131–7.
15. Rapport fra arbeidsgruppe FHAB/samarbeid. Forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge (FHAB). Oslo: Legeforeningen, 2000.