

Dialog som alternativ henvisning

Henvisning og epikrise er den vanligste kommunikasjonsformen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kompliserte sykdomsforløp og psykososiale forhold lar seg vanskelig beskrive grundig nok i en henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien. Mangelfull informasjon gir frustrasjon og uheldige utslag i inntaksvurderingene. I Indre Salten har vi utviklet et alternativ til tradisjonelle henvisninger: Samarbeidsmøter der familien, lokale instanser og spesialisthelsetjenesten sammen klargjør problemstillinger og treffer beslutningene.

En god henvisning forutsetter at legen har nært kjennskap til barn og familie og samarbeider med helsestasjon, skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og andre involverte instanser. Ofte er det ikke slik (1). Min erfaring er i samsvar med oppsummeringen i Norges offentlige utredninger 2009 nr. 22: «Kravet om at fastlege må utarbeide henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge, innebærer i mange sammenhenger at primærlegen oppleves som et unødig mellomledd i en tiltakskjede. Rigide krav til fastlegehenvisning vil gjerne fortone seg som uhensiktmessig bruk av tid og kompetanse i tilfeller der fastlegen for øvrig ikke har noen vesentlig rolle i oppfølgingen av tjenestemottakerne» (2).

Familiemøtet

Familie, helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole, barnehage og PPT er sentrale samarbeidspartnere for Barne- og Ungdomspsykiatrien (Bup) i Indre Salten. I dette nettverket har det vokst frem en særegen praksis med dialog som alternativ henvisning. Vi kaller det familiemøte. Det typiske er at familien og helsesøster tar utgangspunkt i en bekymring for et barn og inviterer aktuelle lokale aktører og Bup til et møte. Familien presenterer sin fortelling. Så følger en samtale mellom likeverdige parter der hensikten er å få frem de ulike perspektivene, informere og treffe beslutning om veien videre. Møtet har en fast struktur, foregår på helsestasjonen eller i PPTs lokaler og varer en time. Dette arbeidet er den viktigste delen av det faste samarbeidet mellom Bup og kommunene. Bup har avsatt faste tidspunkter hver måned. Vår erfaring er at tidlig, direkte kontakt mellom brukere og samarbeidende parter fremmer gode pasientforløp og er tids- og kostnadseffektivt.

Intensjonen er at familiemøtet skal styrke brukerinnflytelsen, fremme samhandlingen, være et lett tilgjengelig tilbud og en god måte å starte et pasientforløp på (3). Det skal bidra til å bygge ned tersklene for å ta opp spørsmål om mental helse. Aktiv deltakelse og tverrfaglige bidrag antas å ha betydning for å styrke familiens tro på egne ressurser og skape motivasjon for endring. Tradisjonell henvisning oppfattes ofte som passiviserende og bidrar til at lokalt samarbeid stilles

i bero. Henvisninger som ikke er godt forankret i familien eller presset frem av andre, kan være konfliktfremmende.

Erfaringer så langt

Med bakgrunn i tre fokusgruppeintervjuer med fagfolk, en masteroppgave (4) og en rekke møter kan erfaringene med familiemøtet sammenfattes i seks punkter:

- 1) Økende betydning. Familiemøtet var første kontakt i om lag 40 % av sakene som ble henvist til Bup i 2012. Bup følger opp om lag halvparten av sakene.
- 2) Positivt og nyttig. De fleste foreldre og fagfolk er tilfreds med gjennomføringen og innholdet i familiemøtet. Flere fremhever betydningen av at alles syn vekt-

«Vår erfaring er at tidlig, direkte kontakt mellom brukere og samarbeidende parter fremmer gode pasientforløp og er tids- og kostnadseffektivt»

legges. Dette fremmer helhetssyn og problemavklaring og bidrar til at nødvendig informasjon om de ulike mulighetene kommer frem. Det er kort vei til Bup. Det er oppsiktsvekkende at begge foreldre, tross store uenigheter, møter i langt større grad enn i andre møter.

- 3) Holdningsmessige endringer. De profesjonelle beskriver endringer i egen tankegang og språkbruk med tanke på både brukere og samarbeid. En ofte brukt formulering er «å snakke med og ikke om folk». Å måtte bruke hverdagsspråk ser ut til å virke frigjørende og øke presisjonen i beskrivelser av relevante forhold.
- 4) Ryggdekning. Fagfolk opplever at de har handlingsrom, og at møteformen bidrar til at det gjøres beslutninger med større trygghet, støtte og faglig tyngde.

5) Krevende. Samtalene kan gå i stå dersom enkelte for fort doserer løsninger og fordeler ansvar. Møtene er avhengig av en god struktur, et tillitsfullt klima og en profesjonell møteledelse.

6) Potensial. Det er grunn til å tro at familiemøtet kan skape en bred plattform for samarbeid i saker som krever lengre tids oppfølging og tilrettelegging. Et eksempel kan være barn med AD/HD, der oppfølgingen stiller krav til god kommunikasjon og koordinering på tvers av fagfelter og systemer (5).

Behov for forskning

Erfaringene utfordrer den tradisjonelle modellen med henvisning fra fastlege. Innen barnepsykiatrien har også barnevernet henvisningsrett. Våren 2013 starter et prøveprosjekt der PPT får henvisningsrett, og Bup og PPT i vårt område skal delta. Etter anbefalinger fra flere statlige utvalg, forventes det at også helsesøstre og psykologer vil få henvisningsrett.

Vi mener familiemøtet er i samsvar med målsettinger om familiestøtte og brukerinnflytelse, og følger opp prinsippene i samhandlingsreformen. I tillegg utvikles samhandlingskompetanse, og organiseringen forenkles. Derfor bør vi beskrive og forske på familiemøtets betydning. Det er behov for inkluderende forskningsdesign som ivaretar at familiemøtet har vokst frem i et kollektiv av modige familier, engasjerte helsesøstre, lærere og mange andre personer i ulike posisjoner. Det er fra denne fellesskapskulturen vi må rekruttere forskere og utforme forskningsspørsmål og -design (6). Det er neste utfordring.

Tverrfaglighetens vilkår

Tverrfaglig samarbeid utvikles bare om felles praksis deles, systematiseres og inngår i lokalt tilpassede modeller. 5. april 2013 møttes praktikere fra sju kommuner, PPT og BUP i Indre Salten for å utveksle synspunkter om familiemøtets betydning og fremtid. Ambisjonen er nå å etablere en arbeidsgruppe som samler kunnskap og legger til rette for regelmessige møter.

Dette er ingen selvfølge. Tendensen er at instansene avgrenser egne arbeidsområder og begrenser fagfolks handlingsrom. Ved å definere hva som ligger utenfor primær-

oppgavene, utvikles kultur for å avvise og henvise. Tverrfaglig og brukerstyrt samarbeid gjøres til salderingspost. Det blir lettere å spørre hvem som kan ta seg av problemet i stedet for fordomsfritt å forsøke å utnytte felles ressurser samtidig og tidlig.

Olav Eldøen

olav.eldoen@nordlandssykehuset.no

Olav Eldøen (f. 1948) er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og enhetsleder ved Nordlandssykehusets poliklinikk for Indre Salten(Bupis). Han har tidligere vært spesialist i allmennmedisin.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Jacobsen E. Misfornøyde sykehusleger. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 217.
2. Norges offentlige utredninger. Det du gjør, gjør det helt. NOU 2009: 22.
www.regjeringen.no/pages/2272040/PDFS/NOU200920090022000DDDPDFS.pdf [12.4.2013].
3. Willumsen E, red. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
4. Larssen I. Familiemøtet. Masteroppgave i praktisk kunnskap. Bodø: Universitetet i Nordland, 2011.
5. Wolraich ML, Du Paul GJ. ADHD diagnosis and management. Baltimore: Paul Brooks, 2009.
6. Hoagwood KE, Jensen PS, McKay M et al., red. Children's mental health research. The power and partnerships. Oxford: Oxford Press, 2010.

Mottatt 7.2. 2013, første revisjon innsendt 3.3. 2013, godkjent 12.4. 2013. Medisinsk redaktør Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.