

Internrevisjon
Helse Vest RHF

Måloppnåing og styring i
psykisk helsevern for barn og
unge

Helse Førde HF

Innhald

1	Innleiing	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Innleiing.....	4
1.3	Føremål og problemstillingar	4
1.4	Avgrensing	5
1.5	Metode.....	5
1.6	Dokumentanalyse	5
1.7	Intervju	5
1.8	Revisjonskriteria.....	6
2	Datagrunnlag	7
2.1	Organisering og ansvarsfordeling	7
2.2	Dekningsgrad og tilgjenge.....	8
2.2.1	Ventetider	10
2.3	Produktivitet	11
2.3.1	Datakvalitet og styringsinformasjon	14
2.4	Samarbeid og forholdet til førstelinetenesta.....	14
2.5	Prioritering og vekst	17
3	Vurderingar og tilrådingar	18

Rapporttittel: Måloppnåing og styring i psykisk helsevern for barn og unge. Helse
Førde HF
Dato: November 2008
Oppdragsgjevar: Helse Vest v/revisjonskomiteen
Forfattar: Internrevisor Bjørn Tunland

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har på oppdrag frå revisjonskomiteen i Helse Vest RHF, gjennomført eit revisjonsprosjekt som omfattar barne- og ungdomspsykiatrien i alle dei fire sjukehusføretaka.

Prosjektet er gjennomført i perioden juni – november 2008, og resultatane er presentert i rapportar for kvart av dei fire helseføretaka.

1.2 Innleiing

Opptrappingsplanen for psykisk helse går ut i løpet av inneverande år. Føremålet med undersøkinga er å sjå nærare på måloppnåinga og etterlevinga av desse måla i helseføretaka. Den nasjonale opptrappingsplanen blei presentert i St.prp. nr 63 (1996-97), og var planlagt å vare ut 2006. Seinare blei den utvida med to år i St.prp. nr 1 (2003-2004).

Regjeringas strategiplan for barn og unges psykiske helse har og vore med å danna føringar og grunnlag for styringssignal.

I desember 2005 oppnemnte Helse og omsorgsministeren ei arbeidsgruppe som skulle utgreie korleis retten til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidingar kunne styrkast. Grappa kom med si utgreiing i juni 2006. Utgreiinga blir heretter kalla Agledalsrapporten, - etter leiar av denne arbeidsgruppa. Grappa kom og med ei rekke forslag mellom anna nye behandlingssgarantiar for barn og unge. Vidare fokuserte også rapporten på auka produktivitet og leiarkulturen innanfor barne og ungdomspsykiatrien. Rapporten kan betraktast som eit av forarbeida for forskriftsendringa om ny vurderings og behandlingssgaranti. Endringa tråtte i kraft 01.09.08.

Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt oppdragsdokument til Helse Vest RHF stilt krav om at ulike kvalitetsindikatorar skal brukast som styringsvariablar for å sikre heilskapelege og samanhengande tenester. Dette kravet blir vidareformidla i RHF'et sine styringsdokument til dei ulike helseføretaka.

Regional opptrappingsplan for psykisk helse blei lagt fram for og vedtatt av styret i Helse Vest RHF i mars 2004.

1.3 Føremål og problemstillingar

Føremålet med undersøkinga er å sjå nærare på måloppnåing i høve til dei måla som er sett i opptrappingsplanen, og i oppdrags- og styringsdokument, og om føretaka har etablert styringssystem som sikrar måloppnåing.

Vi har konkretisert måla i følgjande styringsvariablar:

- **Tilgang og tilgjenge:**
 - Dekningsgrad

- prosentdel av befolkninga under 18 år ein har hatt kontakt med
 - fagpersonell pr 10.000 innbyggjarar.
 - Ventetider og tal på ventande
 - Fristbrot
- **Produktivitet**
 - talet på pasientar per behandlarar
 - talet på tiltak per behandlarar
 - talet på tiltak per pasient.
- **Samarbeid med førstelinjetenesta.**
 - Vert grensesnittet opplevd som klart nok
 - I kva grad er det inngått samarbeidsavtalar med kommunane.
 - Målt i epikrisetid
 - Prosentdel ADHD-pasientar med individuell plan
- **Prioritering**
 - relativ vekst i barne- og ungdomspsykiatrien i forhold til PHV totalt sett

Når det gjeld kva styringssystem som er etablert for å nå måla, har vi konkretisert følgjande problemstillingar:

- I kva grad har BUPane
 - Ei tenleg organisering og administrative ressursar
 - Etablert og kommunisert grunnleggjande styringsprinsipp i eininga
 - Dokumenterte rutinar og prosedyrar, mellom anna for rapportering og oppfølging
 - Naudsynte fullmakter og instruksar
 - Tenlege administrative system og fagsystem
 - Tilgang på påliteleg styringsinformasjon

1.4 Avgrensing

Ettersom 98 % av all behandling av barn og unge innanfor psykisk helse skjer poliklinisk er det denne delen som er av størst interesse. Vi har vald å sjå nærare på to poliklinikkar for kvart føretak, ein i byområde og ein i mindre sentrale stork.

1.5 Metode

Kartlegginga er basert på data som er samla inn gjennom dokumentanalyse, intervju, offentleg statistikk som Samdata, Norsk Pasientregister (NPR), nettstaden www.frittpsykehusvalg.no, samt eigne data frå helseføretaka.

1.6 Dokumentanalyse

Internrevisjonen gjennomførte analyser av innhenta dokumentasjon, mellom anna styrande dokument frå Helse Vest, styresaker, rutinar, instruksar, rapportering og møtereferat frå helseføretaka.

1.7 Intervju

Det er gjennomført intervjuar med i alt sju personar i Helse Førde HF. Klinikkdirktør, leiarane for to utvalde BUP-ar, samt eit par tilsette ved kvar av desse einingane. Intervjureferata blei verifisert i etterkant.

1.8 Revisjonskriteria

I oppdragsdokument frå HOD og i føretaksprotokoll til Helse Vest RHF, samt styringsdokument frå Helse Vest RHF finn vi mål og krav til helseføretaka si styring og internkontroll

I føretaksprotokoll pkt 4.3.1 til Helse Vest for 2008 heiter det

”Styret skal sjå til at Helse Vest RHF har god intern kontroll og at det er etablert system for risikostyring for å førebyggje, hindre og avdekkje avvik

- (Helse Vest RHF skal setje i verk tiltak for å jamne ut skilnader mellom helseføretaka når det gjeld kor mange som blir tildelte rett til nødvendig helsehjelp i dei ulike pasientgruppene.)

Einsarta praksis ikkje bare mellom føretaka, men og mellom ulike einingar (BUP-ar) handlar både om pasientane sin rettstryggleik og god oppfølging av prioriteringsforskrifta.

I styringsdokumentet for 2008 vert det påpeika:

”... Det er ei målsetjing at dei regionale helseføretaka har gode system for levering av data”

Helse Vest RHF har følgjer opp krav frå HOD ved å ta dei inn i styringsdokumenta til føretaka. Når det gjeld krav om styring og internkontroll heiter det mellom anna:

”Sentrale element i styringa for 2008 vil vere tydelege krav til resultat, krav om tydeleg formell struktur og framleis satsing på internkontroll.”

Innanfor kapittel 3.1.2 Kvalitet kan ein henta blant anna følgjande sitat:

”Ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidningar eller rusmisbruk skal vente meir enn ti dagar på vurdering (lengre frist ved vurderingssamtale) av rett til nødvendig helsehjelp, eller meir enn 90 dagar (65 virkedagar) før behandling seinast blir sett i verk, der det ligg føre rett til nødvendig helsehjelp, jf. ny ventetidsgaranti som trer i kraft i 2008.”

”Det skal vere eit system for å overhalde behandlingsfristar og dermed unngå fristbrot.”

”Det er difor viktig at helseføretaka har fokus på samhandling, og ... samarbeider med kommunane for å sikre at pasientar med psykiske lidningar og rusmiddelmissbruk som har store og samansette behov, får god oppfølging på riktig omsorgsnivå”

”Kvalitetssikre talgrunnlaget for aktivitetsdata, ventelistedata og nasjonale og regionale indikatorar innanfor somatikk, BUP, VOP og rusfeltet.”

”Opptappingsplanen for psykisk helse blir avslutta i 2008. Dei overordna måla og verdigrunnlaget frå opptappingsplanen skal likevel leggjast til grunn for utforming og organisering av tenestetilbodet. ...

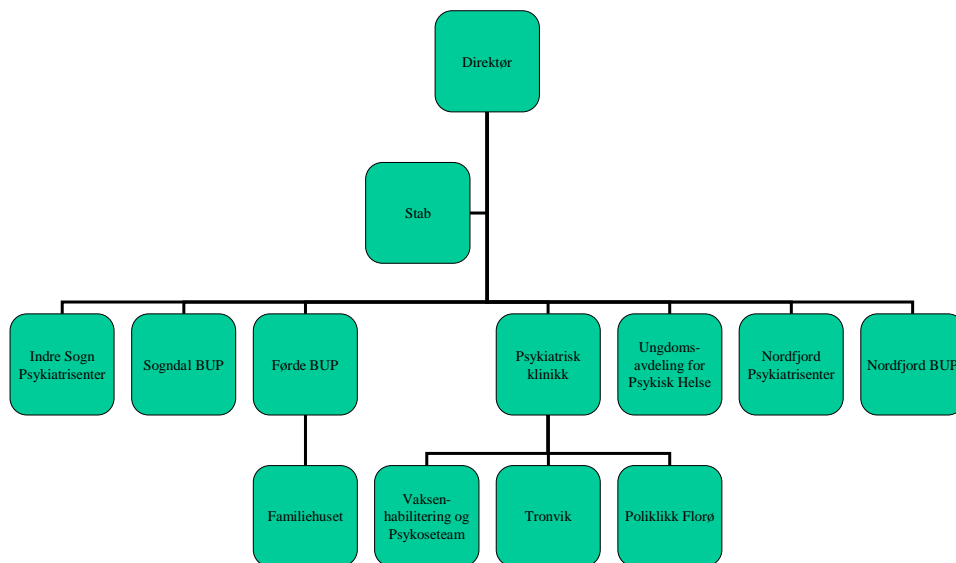
Helse Vest RHF vil i 2008 ha særleg fokus på dekningsgraden og ventetider innanfor barne- og ungdomspsykiatrien .”

2 Datagrunnlag

2.1 Organisering og ansvarsfordeling

Psykisk Helsevern blir leia av klinikkdirektør. Under klinikkane finn vi avdelingar og avdelingssjefane som utgjer leiarnivå 3. Som det går fram av den grafiske figuren er det tre BUP-ar i Førde, Sogndal og Nordfjord. Leiarane for desse poliklinikkane rapporterar direkte til direktøren. Ved den eine BUP-en, nemleg Førde er det organisatorisk knytt ei eining som kallast Familiehuset. Det er ein behandlingsinstitusjon for Sogn og Fjordane, knytt til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved Førde sentralsjukehus. Tilvisinga skjer gjennom lokal BUP (Nordfjord, Sogndal eller Førde). Institusjonen gir eit tilbod til familiar som har barn og ungdom med ulike vanskar.

Organisasjonskart for Psykisk Helsevern, Helse Førde



Dei ulike einingane er inndelt i lag eller team (i Sogndal er det eit barnelag og eit ungdomslag). Leiar av BUP og teamleiarane utgjer inntaksteamet. Dei tilsette, uavhengig av profesjon og ev spesialistkompetanse, har sjølvstendig fagleg ansvar for eige arbeid og i eigne saker. Avdelingssjef har overordna fagleg ansvar, mens teamleiar har dette ansvaret i det daglege arbeidet. Bare legar og psykologar har myndigheit til å stilla diagnoser, og bare lege kan vera medisinsk ansvarleg.

Det framgår av organisasjonskartet at det ikkje er etablert og utskilt eigne ambulante team, nevroteam eller liknande. Det er likevel tilsette ved dei enkelte BUPane med slik funksjon.

I Førde er det relativt lite dokumentasjon og beskrivne rutinar og prosedyrar. For tilvising/inntak, primærvurdering, prioritering og avvising nyttar dei ”Veileder for praktisering av pasientrettighetslovens prioriteringsforskrift innen fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri i Helse Bergen HF”.

BUPane er små og oversiktelege slik at faglege spørsmål blir tatt opp og drøfta i fagmøte på BUPane. Det er formulert ei rekke mål for verksemda, til dømes i opptrappingsplan og operasjonalisert i budsjettet for føretak og BUP. I den grad det blir utøvd risikostyring er det knytt til det som blir vurdert til å vera viktigaste mål, nemleg ventetider og fristbrot.

Det er møte mellom klinikkleiinga og BUP-leiarane anna kvar veke. Måloppnåinga ved dei ulike poliklinikkane blir då gjennomgått og drøfta. Vidare blir styret for føretaket presentert dei same resultatata ved kvart styremøte. Det inneber at styret blir gjort kjend med ventetid til første vurdering, fristbrot, produktivitet, epikrisetid, prosentdel pasientar med ADHD (samt også schizofreni) med individuell plan

2.2 Dekningsgrad og tilgjenge

Dekningsgrad blir uttrykt i form av talet på pasientar eller barn og ungdom i kontakt med spesialisthelsetenesta i forhold til barne- og ungdomsbefolkninga i området totalt. Dette nøkkeltallet har vore blant dei viktigaste indikatorane og måla i opptrappingsplanar og styringssignal innanfor dette området

Dekningsgrad	2006	2007
Helse Førde	4,7	4,8
Helse Bergen	3,4	3,5
Helse Fonna	3,6	3,8
Helse Stavanger	3,0	2,9
Helseregion vest	3,5	3,5
Landet totalt	4,3	4,5

Tabellen ovanfor viser at Helse Førde ligg godt over gjennomsnittet innanfor Helse Vest, og med ein dekningsgrad på 4,8 % ligg dei like under målet på 5 %.

Dekningsgraden ved utgangen av 2007 er for Førde BUP 4,4 %, Nordfjord BUP 5,74 % og Sogndal BUP 4,57 %. Ved intervju kjem det fram at dekningsgrad vert oppfatta som ein viktig og meningsfull styringsvariabel på overordna nivå, men at den får mindre utsagnskraft når ein måler for mindre geografiske område.

Eit anna mål for tilgang og dekning er talet på årsverk pr 10.000 innbyggjarar. Tabellen nedanfor viser at veksten i Førde frå 2006 til 2007 var negativ med - 0,2 %. På den andre sida er veksten frå 2002, då helsereforma starta, størst innanfor heile helseregionen.

Årsverk per 10 000 innb.	2002	2006	2007	Endring i % 02 - 07	Endring i % 06 - 07
Helse Førde	7,4	33,2	33,4	351 %	-0,2
Helse Bergen	7,8	25,9	24,7	217 %	-3,5
Helse Fonna	9,3	23,9	26,8	188 %	11,9
Helse Stavanger	11,8	25,9	28,7	143 %	9,3
Helse Vest RHF	8,6	26,3	27,4	219 %	3,6

Landet totalt	9,8	32	33,5	242 %	5,0
---------------	-----	----	------	-------	-----

I den regionale opptrappingsplanen blei norma for fagstillingar på poliklinikkane fastsett med utgangspunkt i ei barnebefolkning på 700 per behandlarstilling. Tabellen nedanfor viser at BUPane i Førde ligg om lag på fastsett norm. Sogndal har høgast bemanning i forhold til befolkninga. Førde har ei betydeleg endring frå 2007 til 2008. I intervju kjem det fram at det har vore ein del utskiftingar blant personalet og betydelege rekrutteringsproblem for heile føretaket generelt og for Førde BUP-en spesielt.

Barnebefolkning i forhold per behandlar ¹	2006	2007	2008
Førde BUP	680	645	711
Nordfjord BUP	710	704	704
Sogndal BUP	572	565	555

Sogndal har betydeleg betre personellinnsats enn norma, mens dei to andre er om lag på den nasjonale norma. Relativt sett er desse poliklinikkane ganske små.

Einingane er bevisste på prioritering av akutte behov, mens andre mindre akutte behov må vente lenger.

Tabellen nedanfor viser tal for nytilviste pasientar. Tala viser ikkje ein eintydig tendens, og ingen teikn på vekst.

Tal på tilvisingar ²	2006	2007	2008
Førde BUP	264	225	136
Nordfjord BUP	190	174	98
Sogndal BUP	115	112	60

Tabellen under viser at totaltalet på pasientar likevel har ein vekst frå 2006 til 2007.

Tal pasientar ³	2006	2007
Førde BUP	517	520
Nordfjord BUP	372	388
Sogndal BUP	240	268

Nasjonale og regionale statistikkar viser at prosentdelen av nytilviste pasientar som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp varierer betydeleg. I Riksrevisjonens rapport frå i fjor blir dette problematisert betydeleg.

Prosentdel tildelt rett til nødvendig helsehjelp	2006	2007	2008
Førde BUP	94 %	93 %	94 %
Nordfjord BUP	85 %	87 %	98 %
Sogndal	73 %	96 %	80 %

¹ Kjelde: Tal frå helseføretaket. Stillingar i bruk.

² NPR

³ NPR

Helse Førde har ein høg prosentdel pasientar som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Dette kan ha samband med at BUP-ane samarbeider godt med førstelinjetenesta. Dei ulike instansane førstelinja kan derfor ha klare forventningar om praksis for inntak, og at dei dermed ikkje tilvisar pasientar dei ikkje trur vil bli gitt slik rett.

I Helse Førde synes det, slik tabellen indikerer, å vera tilnærma lik praksis når det gjeld tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Riktig nok varierer prosentdelen mellom 73 og 98 %, men med så pass små tal for heile føretaket kan dette ligge innanfor det som er normale variasjonar.

2.2.1 Ventetider

Tabell Ventetid til poliklinisk utredning/behandling (Samdata s. 159)

	< 1 mnd	1-3 mnd	3-6 mnd	6-12 mnd	> 1 år	Sum
Helse Sør-Øst	39,3	30,9	24,0	5,8	0,0	100 %
Helse Vest	19,6	31,2	29,7	18,8	0,8	100 %
Helse Midt-Norge	21,2	28,1	33,7	16,5	0,6	100 %
Helse Nord	27,0	33,3	24,7	14,1	0,9	100 %
Landet totalt	30,9	30,9	26,7	11,2	0,4	100 %

Tabellen viser at Helse Vest har lågast prosentdel som ventar mindre enn ein månad, vidare er Helse Vest nest høgast for dei som ventar inntil eit kvartal eller og inntil eit halvt år, - og igjen høgast for dei som ventar inntil eit heilt år. Slik sett er det rimeleg å meina at pasientar innanfor Helse Vest RHF sitt området er dei som ventar lengst. Dette er vel heller ikkje så urimeleg når ein tar omsyn til at det er her dekningsgrad og tilgjenge er lågast.

Gjennomsnitt etter bustadområde	Dagar	Tal for ventande
Bergen	116	355
Fonna	108	167
Førde	84	136
Stavanger	121	348

I Førde er ventetida den lågaste blant føretaka.

I Førde og poliklinikkane er ein opptekne av å gjera prioriteringar blant dei ventande, slik at ein tar pasientar med meir akutte behov først.

Tabellen nedanfor viser prosentdel fristbrot både når det gjeld vurdering og behandling, for både første og andre tertial i 2008. Tala er henta frå NPR. Ein gjer merksam på at garantiane blei innført 01.09.08, og då kjem med i tala for 2. tertial.

Fristbrot i prosent ⁴	Vurderingsgaranti		Behandlingsgarantien	
	1. tertial	2. tertial	1. tertial	2. tertial
Bergen				
Fana	3,0 %	24,0 %	27,0 %	7,0 %
Fjell	1,0 %	2,0 %	19,0 %	56,0 %
Nordhordland	3,0 %	3,0 %	32,0 %	0,0 %
Sentrum	2,0 %	16,0 %	35,0 %	30,0 %
Åsane	32,0 %	45,0 %	39,0 %	38,0 %
Voss	0,0 %	9,0 %	8,0 %	2,0 %
Fonna				
Haugesund	11,0 %	16,0 %	16,0 %	10,0 %
Stord/Kvinnherad	13,0 %	50,0 %	39,0 %	41,0 %
Førde				
Førde	1,0 %	24,0 %	31,0 %	32,0 %
Nordfjord	0,0 %	3,0 %	6,0 %	9,0 %
Sogndal	2,0 %	0,0 %	5,0 %	4,0 %
Stavanger	2,0 %	19,0 %	31,0 %	35,0 %

Tabellen viser store forskjellar mellom BUPane, og frå første til andre tertial for nokre av desse BUPane. Det er ein markert auke i prosentvis brot i vurderingsgarantien frå første til andre tertial for mange av BUPane. Ein må rekna med at noko av dette skuldast ny garanti for vurdering på 10 dagar, sjølv om det bare er ein månad som her kjem med. Prosent brot på behandlingsgarantien har ikkje noko eintydig tendens, men varierer mykje.

I Helse Førde har dei få fristbrot når det gjeld vurderingane med unntak av BUP Førde andre tertial. BUPen i Førde har ein stor prosentdel fristbrot når det gjeld behandlingsgaranti, mens dei andre ligg godt an også på denne garantien.

NPR har også publisert gjennomsnittleg fristtid for første tertial 2008. Av alle BUPane i regionen er det berre Sogndal og Nordfjord som då ligg under kravet på 90 dagar. Dei andre ligg på mellom 95 til 119 dagar i snitt.

Leiarane er svært opptekne av å halda ventetidene nede og unngå fristbrot. Dette blir også bekrefta av andre tilsette.

I intervjuet kjem det fram at ein del av fristbrota skuldast at pasienten eller foreldra ønskjer å utsetja behandlinga. Likevel blir dette registrert som fristbrot. Vidare blir det nemnt at ved oppslag i BUPdata på ventetid og ventande ikkje blir skilt mellom dei med og utan rett til nødvendig helsehjelp. Det gjer det vanskelegare å følgje med og dermed unngå brot på behandlingsgarantien.

2.3 Produktivitet

I opptrappingsplanen (stortingsmeldinga) blei det lagt opp til ein produktivitetsvekst på 50 % fram til 2006. I styringsdokumenta frå Helse Vest RHF til føretaka blei det lagt til grunn ein produktivitetsvekst på 30 % frå 01.01.02 til 31.12.03, (altså i løpet av to år).

⁴ NPR

For å få eit bilete av utviklinga har vi sett på perioden frå 2001 til dei nyaste tala som er tilgjengelege, dvs 2007. Det vil seia frå helsereforma/etableringa av dei regionale helseføretake og fram til i dag. Perioden er såleis kortare enn stortingsmeldinga la til grunn, og kortare enn det som blei lagt til grunn for Helse Vest RHF si eiga målsetting.

Det blei fastsett normtal for kapasitetsutnyttinga eller produktiviteten i den polikliniske verksemda i den regionale planen, nemlig følgjande:

- Forholdstal pasientar pr behandlar pr år: 40
- Forholdstal direkte og indirekte tiltak pr behandlar pr år: 450

Pasientar per fagårsverk ⁵	2001	2006	2007	Endring 01-07	Endring 06-07
Bergen	25	25	26	4,0 %	4,0 %
Fonna	32	37	36	12,5 %	-2,7 %
Førde	24	31	30	25,0 %	-3,2 %
Stavanger	29	24	21	-27,6 %	-12,5 %
Helse Vest	28	27	26	7,1 %	-3,7 %
Landsgjennomsnitt	29	30	30	-3 %	0 %

I Førde er det 30 pasientar pr fagårsverk i 2007. Dette er heilt på landsgjennomsnittet og høgast i Helse Vest. Det har vore ein relativ høg vekst sidan helsereforma sett i forhold til dei andre føretaka, men auken ligg langt under forventa produktivitetsvekst i følgje opptrappingsplanen.

I intervju kjem det fram ulike syn på styringsvariabelen pasientar per fagårsverk. Det blir påpeika at det er store forskjellar mellom pasientar, nokre treng mykje fleire tiltak og meir behandling enn andre.

Både leiarane og andre tilsette i BUP-ane meiner styringsvariabelen tiltak per behandlar kanskje kan vera vel så relevant og viktig å styre etter enn pasientar pr behandlar.

Direkte tiltak er undersøkingar/konsultasjonar, (eksempelvis direkte samtale med pasient), mens indirekte tiltak kan vera møter, telefonsamtaler eller annen kommunikasjon med samarbeidande instansar, tilvisande instans eksempelvis PPT for å skaffa meir informasjon og betre behandling av pasienten.

Ein auke i indirekte tiltak inneber altså ikkje auka dekningsgrad eller også fleire pasientar per behandlar.

Tiltak pr fagårsverk ⁶	2001	2006	2007	Endring 01-07	Endring 06-07
Bergen	289	362	385	33,2 %	6,4 %
Fonna	347	377	396	14,1 %	5,0 %
Førde	294	383	379	28,9 %	-1,0 %
Stavanger	330	392	383	16,1 %	-2,3 %
Helse Vest	302	380	386	27,8 %	1,6 %

⁵ Kjelde: Samdata

⁶ Kjelde: Samdata

Landsgjennomsnitt	305	426	448	46,9 %	5,2 %
-------------------	-----	-----	-----	--------	-------

Som tabellen viser, er det små forskjellar mellom føretaka. Etter ein svak nedgang frå 2006, er det Førde som ligg lågast i 2007. Til liks med dei andre ligg også Førde betydeleg under norm og under landsgjennomsnittet.

Dersom ein ser på alle føretaka i landet kjem det fram at variasjonane på landsplan er større og at føretaka i Helse Vest ligg relativt lågt. Helse Sør-Øst har den sterkaste variasjonen, og har eit gjennomsnitt som ligg på 505. Helse Nord har eit snitt på 413, mens Helse Midt ligg lågast med eit snitt på 360. Det føretaket i landet som har lågaste er HF Nord-Trøndelag med 318, mens høgast skåre er HF Telemark med 893 tiltak per behandlar.

Tabellane nedanfor viser tiltak per behandlar og pasientar per behandlar per år.

Tiltak per behandlar ⁷	2006	2007	2008 (1.halvår)
Førde BUP	357	355	209
Nordfjord BUP	375	434	225
Sogndal	336	347	211

Pasientar per behandlar ⁸	2006	2007	2008 (1.halvår)
Førde BUP	30	28	24
Nordfjord BUP	33	40	33
Sogndal	24	26	22

Tabellane viser ein relativt stor forskjell mellom poliklinikkane og dessutan at dette varierar frå år til år. Dei indikerer likevel at Nordfjord er meir produktive enn dei andre to.

Alle intervjuobjekta (både leiarar og tilsette) synest å vera opptekne av styringsvariablane som gjeld produktivitet. Dei påpeikar alle svakheiter ved indikatorane, - at det er muleg å pynta på statistikken, - at det er store forskjellar på pasienttyngde, og på tiltak og tidbruk. Vidare blir det vist til at det er eit dilemma at god samhandling med førstelinjetenesta er nødvendig av omsyn til god pasientbehandling og å redusera presset på BUP-en, men inneber mykje tidsbruk som ikkje viser igjen i produktivitetsindikatorane.

Likevel har dei og ei erkjenning av at desse styringsvariablane indikerer noko om produksjon og produktiviteten, fordi det blir vist til at dekningsområdet med store avstandar og lange reisetider gjer at dei skårar relativt lågt. Alle viser til at Sogn og Fjordane fylke har ein geografi og topografi som gjer at til dømes deltaking i eit ansvarsgruppemøte lett kan innebera at eit dagsverk går bort i reisetid, dersom fleire enn ein behandlar skal vera med.

Leiar av BUP Sogndal gir (til liks med andre leiarar) uttrykk for at å vera leiar i barne og ungdomspsykiatrien ikkje er så enkelt:

Så lenge de tilsette har det bra, og poliklinikken får gode tilbakemeldingar pressar han ikkje på når det gjeld produktiviteten. Viss direktøren stiller klarare krav vil han og gjera det. Produktiviteten er ulikt fordelt mellom dei tilsette. Dersom BUP-en skal

⁷ Utrekna etter eigne tal frå føretaket

⁸ Utrekna etter eigne tal frå føretaket

klara meir må dei beste gjera endå meir, det kan resultera i sjukemeldingar og høgare turn-over blant dei tilsette. I Helse Førde har dei rekrutteringsproblem i utgangspunktet. Han er derfor bekymra for at auka press på dei tilsette i neste omgang vil føre til lågare produktivitet.

2.3.1 Datakvalitet og styringsinformasjon

Ovanfor kjem det fram ein del synspunkt om dei enkelte styringsindikatorane og relevansen av dei i styringa av verksemdene. Det er vidare nemnt noko om kvaliteten på data.

Alvoret i dette problemet blir understreka når ein går inn i statistikkgrunnlaget, - og ein treng heller ikkje gå spesielt djupt for å finna indikasjonar på dette problemet.

Tabellane nedanfor viser tal for pasientar og tiltak etter BUP frå to kjelder, nemleg frå NPR og tal dei sjølv hentar ut frå BUP-data.

Tal pasientar	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR
	2006	2006	2007	2007	2008(1.halvår)	2008
Førde BUP	590	517	566	520	446	
Nordfjord BUP	333	372	404	388	333	
Sogndal	255	240	279	268	246	

Tal på tiltak	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR	Eigne tal	NPR
	2006	2006	2007	2007	2008(1.halvår)	2008
Førde BUP	6 969	6 934	7 198	7 126	3 852	
Nordfjord BUP	3 754	3 734	4 342	4 271	2 254	
Sogndal	3 633	3 558	3 752	3 703	2 323	

Tabellane viser at det betydelege avvik i desse tala. Korkje klinikkleining eller leiinga i BUP-ane har forklaring på desse avvika. Det har i mange år blitt arbeidd mykje for å forbetra kvaliteten på data, mellom anna ved å endra rapporteringsopplegg til NPR. Ei elektronisk filoverføring på XML-format blir utprøvt, i tillegg er det også oversending av cd basert på rapport frå BUPdata, samt gamlemåten med utskrift som føreset ny innlegging.

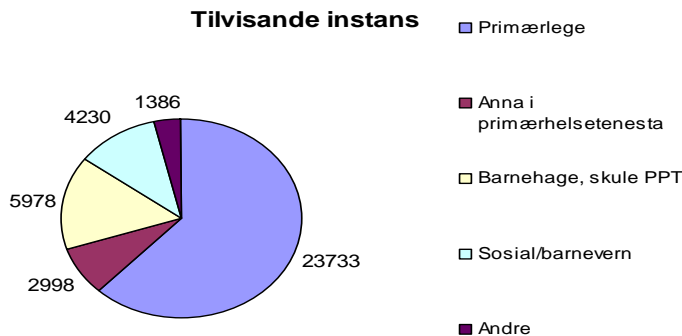
Det er vanskeleg å ha noko oppfatning av om kvaliteten er betre på lågare nivå, dvs BUP-nivå enn på høgare nivå på føretaksnivå. Intervjuobjekta meiner at NPR og SINTEF "vaskar" dei data dei får overført, men kan ikkje opplysa om kva dette inneber

2.4 Samarbeid og forholdet til førstelinetenesta

Det er nemnt ovanfor at det er viktig med eit godt samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og førstelinjetenesta generelt, og spesielt innafor barne- og ungdomspsykiatrien.

For pasientens del vil samarbeidet kunne betre effekten på behandlinga og styrke pasientens mestring, samt å unngå at pasienten blir ein kasteball mellom funksjonsnivå og einingar som følgjer opp pasienten.

Samarbeidet er også viktig for dei ulike ansvarsnivåa og behandlingstinstansane. For poliklinikkane sin del vil fagleg gode og fullstendige tilvisningar letta inntaksvurderingane. Vidare vil samarbeid kunne bidra til kompetanseheving i førstelinja slik at spesialisthelsetenesta i mindre grad treng fungera som kompensierende instans når det gjeld manglande oppfølging i kommunane. Bättre behandling og mindre tilbakefall vil redusere presset på sjukehusa.



Figuren viser at dei viktigaste samarbeidspartnarane er primærlege, PPT (skule og barnehage), samt sosial og barnevern.

BUP-ane er opptekne av å få til gode samarbeidsforhold med kommunane, BUFetat og primærlegane, og uttrykkjer ei betydeleg eigeninteresse i å få til godt samarbeid for å betra tilvisingane og dermed forenkla inntaksvurderingane. Intervjuobjekta seier alle at dei gir individuelle tilbakemeldingar til tilvisande instans for å betre desse. Likeeins er dei opptekne av å bidra til kompetanseheving i kommunane for å betra behandlinga og redusere gråsoneproblematikk.

Generell målsetting om at 80 % av epikrisene skal vera sendt innan ei veke gjeld også innanfor dette området. Ettersom gråsoneproblematikken er eit rimeleg stort problem innanfor barne og ungdomspsykiatrien er det ekstra viktig at samhandling mellom første og andrelinjetenesta fungerer godt.

Det er ulike oppfatningar av styringsindikatoren epikrisetid. Det blir hevda at alle samarbeidspartar i alle fall vil vera informert om behandlinga av vedkommande pasient, om avslutning av saka, samt poliklinikkens syn på korleis vedkommande bør følgjast opp frå ansvarsgruppemøtet. Dersom samarbeidet og ansvarsgruppene fungerer er det der slike avgjerder skal fattast.

Nokre intervjuobjekt har vanskeleg for å forstå kvifor det akkurat skal vera sju dagar ein skal målast på. Det viktigaste må vel vera blir det hevda at epikriser blir utarbeidd og sendt i rimeleg tid.

Det er ulike måtar å betre resultatata eller pynte på statistikken når det gjeld epikrisetid. Ein kan setja dato for avslutning av behandlinga i fagsystemet BUPdata så langt fram i tid at ein har fått ferdig epikrisa. Ein annan måte er når ein ser ein ikkje klarer å halda fristen på sju dagar, tar ein ekstrakontakt med pasient eller foreldra når epikrisa er ferdig. Dermed får ein journalført eit ekstra tiltak og samstundes høgare skåre på epikrisetid.

Mens andre meiner at avslutning av saker og – med det overlevering til neste instans er avgjerande for å få eit godt resultat. Epikrisetida er ein god indikator på dette. Dersom ikkje

samarbeidet og ansvarsgruppene fungerer akseptabelt, og dersom ein ikkje er god på avslutning og overlevering av pasientansvaret, vil pasienten få eit kvalitetsmessig dårleg tilbod.

Epikrisetid	2006	2007	2008
Førde BUP	70 %	49 %	69 %
Nordfjord BUP	55 %	25 %	94 %
Sogndal BUP	83 %	89 %	59 %

Som tabellen viser er det svært store ulikskapar mellom dei ulike BUP-ane sin skåre frå år til år. Sogndal har gode resultat i både 2006 og 2007.

Individuell plan (IP) er ein lovheimla rett for dei som har trong for det. IP kan og betraktast som eit verktøy for å samordna og regulera samarbeidet mellom fleire instansar som har ansvar for behandling, omsorg eller oppfølging. I ei undersøking TNS Gallup⁹ gjorde på oppdrag for Helsedirektoratet svarar 87 % av respondentane i kommunar og spesialisthelsetenesta at individuell plan fremjar samarbeidet

Nettstaden www.frittsykehusvalg.no legg ut den enkelte poliklinikken sine resultat når det gjeld indikatoren prosentdel ADHD-pasientar med eigen IP. I Helse Førde er dette dessutan ein av dei indikatorane ein rapporterer til styret om. Tradisjonelt har det vore slik at pasientar med diagnosar som ADHD, ulike former for autisme, Asberger eller liknande har vore krevjande, kanskje spesielt for kommunane, derfor er nok samhandling mellom instansane ekstra viktig. Styringsvariabelen prosentdel ADHD-pasientar med IP *kan* dermed vera relevant, - også som mål og indikator på samarbeidet.

Det er ikkje fastsett eksakt måltal for prosentdel som har fått individuell plan, men det blir gitt signal om at dette er viktig.

Prosentdel ADHD-pasientar med IP	
Førde BUP	10 %
Nordfjord BUP	24 %
Sogndal BUP	60 %

Når ein ser på alle landets poliklinikkar varierer prosentdelen svært mykje, - og i mange tilfelle synest det som om kvaliteten på data er rimeleg låg.

Det kjem fram delte synspunkt på om denne indikatoren er relevant og interessant å måle. Nokre hevdar at den knapt har utsegnskraft når det gjeld kvalitet på behandlinga. Det blir og vist til at det kan vera andre pasientgrupper der det er meir på sin plass med IP enn ADHD-pasientane. Intervjuobjekta meiner imidlertid at arbeidet med å laga individuelle planar er viktig og at dei bør bli betre på dette.

Frå føretaket si side blir det påpeika at dette blir ein ukorrekt statistikk med utgangspunkt i korleis BUPdata tel pasientar som er tildelt individuelle planar. I dei tilfella der det ikkje er gitt nokon kode fordi behandlinga ikkje er avslutta e l, blir ikkje desse talde med.

⁹ www.helserevyn.no

Tabellen nedanfor viser føresette sine vurderingar av poliklinikkane langs tre dimensjonar, nemleg behandlarane, i kva grad ein får informasjon og opplever medbestemming, samt kva utbytte pasienten har. Det er gjennomsnitt av svar på ulike spørsmål om desse elementa.

Føresettes vurderingar av poliklinikkar ¹⁰	Behandlarar	Informasjon/ Medbestemming	Utbytte
Fana	73 %	57 %	67 %
Fjell	70 %	53 %	67 %
Nordhordland	73 %	59 %	70 %
Sentrum	73 %	62 %	72 %
Åsane	74 %	62 %	71 %
Voss	74 %	59 %	69 %
Haugesund	70 %	54 %	67 %
Stord/Kvinnherad	70 %	56 %	71 %
Førde	76 %	60 %	74 %
Nordfjord	74 %	63 %	78 %
Sogndal	76 %	63 %	77 %
Stavanger barn og ungdom	73 %	57 %	66 %
Bryne	77 %	64 %	74 %
Egersund	75 %	67 %	73 %
Sandnes	77 %	61 %	71 %
Sola ¹¹			
Betanien	79 %	63 %	74 %
Landsgjennomsnitt	75 %	59 %	72 %

Det går fram av tabellen at alle poliklinikkane i Helse Førde skårar svært godt på denne undersøkinga.

2.5 Prioritering og vekst

Korrigert for gjestepasientoppgjjer og eksklusiv avskrivningar er det positiv realvekst i dei totale driftskostnadene i helseregion Vest. Realveksten for driftskostnadene i psykisk helsevern for barn og unge er i Helse Vest på 1,2 %, mens tilsvarende for vaksne er på 5,1 %.

Talet på årsverk er ein annan indikator på ressursinnsats, som vi har vore inne på ovanfor. Dette fordi ei så stor del av driftskostnadene er knytt til stillingar og talet på faktisk tilsette, særleg innanfor dette området. Samdata er difor og tydeleg på at det ein god og relevant indikator i så måte. Veksten i faktisk årsverkbruk vil dermed kunne seia noko om den faktiske prioriteringa av barne- og ungdomspsykiatrien, her målt mot vaksenpsykiatrien

Årsverk	BUP			PHV		
	2006	2007	06-07	2006	2007	06-07
Bergen	233	224	-3,9 %	1 099	1 059	-3,6 %
Fonna	88	98	11,4 %	569	578	1,6 %
Førde	88	88	0,0 %	353	353	0,0 %
Stavanger	211	231	9,5 %	778	889	14,3 %

¹⁰ Vitsskapeleg artikkel, publ tidsskrift for den norske legeförening, samt på www.kunnskapssenteret.no

¹¹ BUP Sola starta opp i 2006, talet på respondentar er så lågt at resultatet ikkje blei publisert.

Helse Vest	640	663	3,6 %	3 232	3 302	2,2 %
------------	-----	-----	-------	-------	-------	-------

For heile helseregionen er veksten noko større for BUP enn for PHV. Det vil seia desse tala støttar ikkje opp om konklusjonen ovanfor. Som det går fram, er det store forskjellar mellom føretaka. For Førde er det ingen auke i årsverk frå 2006 til 2007 korkje i BUP eller PHV.

Tabellen nedanfor presenterer personellinnsatsen per 10.000 innbyggjarar i poliklinikkane innanfor psykisk helse for barn og unge samanlikna med vaksne, og talet for sengeplassar tilsvarande. Talet er henta frå Samdata, og er i frå 2006.

	Personellinnsats pr 10.000 ¹²		Tal på døgnplassar	
	BUP	Vaksne	BUP	Vaksne
Fonna HF	12,3	43,1	3,6	14,9
Stavanger HF	15,0	42,0	2,2	16,2
Bergen HF	16,1	48,4	2,1	15,0
Førde HF	17,1	45,1	3,3	12,6
Helse Vest	15,1	45,0	2,6	15,1
Helse Midt	15,8	41,4	2,5	12,9
Helse Sør	15,9	39,3	2,1	12,0
Helse Øst	17,0	51,4	4,1	14,9
Helse Nord	22,4	48,6	3,2	12,9
Landet totalt	16,7	46,1	3,1	13,9

Førde har her den høgaste personellinnsatsen i BUP, vidare har dei rimeleg god innsats for vaksne og når det gjeld døgnplassar for barne og ungdomspsykiatrien. Dei har lågaste sengetal for vaksne, sjølv om det ikkje er spesielt lågt når ein ser på gjennomsnittet for heile landet.

Direktøren for Psykisk Helse i Førde framheld at Sogn og Fjordane fylkeskommune var tidleg ute med omlegginga av psykiatrien frå den gamle tradisjonelle asylbehandlinga til meir tidsriktig og nyare behandlingmetodar. Etter helsereforma kunne føretaket byggje vidare på dette. Han meiner derfor at dette utgangspunktet har medverka til at dei har kome så langt i Førde.

3 Vurderingar og tilrådingar

Dekningsgraden er rimeleg høg i Førde. Internrevisor registrerer at Førde er heilt i nærleiken av å kunna innfri målet, og reknar difor med at Førde vil klare å nå målet på 5 % dekning innan utgangen av året. Når det gjeld norm for personelldekninga har Førde klart å nå denne norma.

Talet på tilvisingar viser stabil utvikling, mens pasienttalet har ein svak auke. Det er ikkje grunnlag for å seia at praksis varierer særleg mykje mellom BUPane når det gjeld i kva grad ein tildeler nye pasientar rett til nødvendig helsehjelp. Prosentdelen tildelt rett varierar ikkje mykje, men er svært høg.

Helse Førde har ein høg prosentdel pasientar som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Dette kan ha samband med at BUP-ane samarbeider godt med førstelinjetenesta. Dei ulike instansane i førstelinja kan derfor ha klare forventningar om praksis for inntak, og at dei

¹² Tala for BUP gjeld poliklinikkane, mens det for vaksne gjeld heile tenesta; psykisk helsevern for vaksne

dermed ikkje tilvisar pasientar dei ikkje trur vil bli gitt slik rett.

Helse Førde er det føretaket som har lågast gjennomsnittleg ventetid. Dei har få og låg prosentdel fristbrot med omsyn til vurderingsgarantien. Prosentdel fristbrot på behandlingsgarantien for BUP Førde gjev likevel grunn til uro. Vi fekk opplyst at dei har problem med rekruttering av fagfolk/behandlarar i Førde. Slik sett er det grunn til å tru at fristbrot kan bli eit større problem nå framover etter innføring av dei nye garantiane, dersom dei ikkje maktar å gjera noko med kapasiteten på BUPen.

Helse Førde er det føretaket som har hatt sterkast vekst i talet på pasientar per behandlar frå oppstart av reforma i 2002 til 2007. I 2007 ligg dei på andreplass av dei fire sjukehusføretaka i regionen. Men er likevel langt frå fastsett norm i regional opptrappingsplan (40 pasientar/behandla) og frå nasjonale styringssignal (36 pasientar/behandlar).

Føretaka i Helse Vest ligg om lag på same nivå når det gjeld talet på tiltak per behandlar. Helse Førde har hatt den nest sterkaste veksten etter reforma, men ligg fortsett lågast, - og langt etter norm. (450 per behandlar).

Fastsett mål for talet på pasientar per behandlar er 40 i den regionale opptrappingsplanen. I Agledal-rapporten er tilsvarende tal 36 (etter ei omrekning av norm for bemanning og dekningsgrad). Internrevisjonen vil tilrå Helse Vest å vurdere sitt mål og ev heller leggje seg på sentral målsetting på 36. Slik det er nå, er oppfatninga at dette målet er så langt unna at det ikkje blir viktig å nå det.

Internrevisjonen meiner at det bør vera rom for ein auke i talet både når det gjeld pasientar per behandlar og talet på tiltak per behandlar. Internrevisjonen har ikkje grunn til å tvila på at dekningsområde sin geografi og topografi, skapar problem med omsyn til produktiviteten. Dersom ein skal vera tilgjengelege for samarbeidspartnarane, delta i ansvarsgrupper og liknande så tar dette tid og kapasitet. Helse Førde slit også med rekrutteringsproblem, spesielt når det gjeld fagfolk. Leiinga i Helse Førde må sjå til at verksemda ved BUPane er under forsvarleg styring, og leiinga ved BUPane må ta ansvar for å analysere utfordringane, og prioritera kva som skal gjerast og korleis på poliklinikken.. Det er viktig at det vert skapt legitimitet og rom for dette i Førde

Samarbeid er viktig.

Kanskje er gode samarbeidsrelasjonar med førstelinjetenesta endå viktigare i barne og ungdomspsykiatrien enn elles. Både leiing og tilsette i Førde er opptekne av å få til eit godt og føremålsteneleg samarbeid med både kommunar og BUFetat. Rettleiing, kompetansehevande tiltak og andre samarbeidsordningar vil kunna betra pasientbehandlinga og redusera presset på BUPane, men vil og innebera tidsbruk og redusera skåren på produktivitetsindikatorane. Det er internrevisjonens inntrykk at ein er gode på samarbeidet i Førde. Det ein er opptekne av og fokuserer på, blir ein ofte gode på og.

I Førde har ein ikkje ferdige sett med fullverdige samarbeidsavtalar med kommunane. Internrevisjonen kan og sjå at når samarbeidet er godt, kan det og vera slik at ein ikkje treng avtalar. Det er internrevisors inntrykk at samarbeidet med førstelinjetenesta er god.

BUPane i Førde er relativt små, noko som kan ha sine fordelar og ulemper: Ein har gjerne betre høve til å utvikle gode og stabile samarbeidsrelasjonar med dei andre instansane. På den

andre sida vil ein kunne vera meir sårbare. Ei eining skal gjerne vera av ein viss storleik for å kunne utvikla eit godt fagmiljø. Dersom ein slit med rekrutteringa i ein bransje der ein lett kan ”møte veggen”, kan andre tilsette også slutte, sjukemelde seg el.

BUPane i Førde får gode tilbakemeldingar frå foreldre/føresette. Internrevisor registrerer at prosentdelen ADHD-pasientar med individuell plan i liten grad blir vurdert å ha styringsmessig relevans, både som indikator på kvalitet i behandlinga og på gode samarbeidsrelasjonar. Likeeins ser ein ikkje så avgjerande på i kva grad ein har samarbeidsavtalar. Det er også variasjonar i synet på kor god styringsinformasjon som ligg i indikatoren epikrisetid. Det blir likevel framheva at dette er viktig. Likeeins er avslutning og overlevering av saker til neste instans avgjerande for både god pasientbehandling og produktivitet.

Internrevisjonen vil rå til at ein fortsett held sterkt fokus på epikrisetid. I kva grad prosentdel ADHD-pasientar blir tildelt individuell plan er den beste styringsindikatoren, kan truleg diskuteras, men det synest å vera liten usemje om at individuell plan er viktig for dei som har krav på det. Vidare vil vi tilrå at det blir vurdert om andre styringsindikatorar knytt til avslutning/overlevering av saker bør tas i bruk. Likeeins vil vi tilrå at prosedyrane knytt til avslutning/overlevering blir dokumentert.

Det synest ikkje å vera grunnlag for å tru at praksis varierar mykje med omsyn til å tildela rett til nødvendig helsehjelp. Men internrevisjonen vil tilrå at ein diskuterer om ein ikkje har lagt seg på eit vel høgt nivå. Kommunane i dekningsområdet er små og mange, kompetanse og kapasitet på dette området kunne nok vore betre, men det kan tenkast at føretaket kompensere vel mykje for manglande tiltak i førstelinja, samstundes som ein ikkje når alle dei som har behov for behandling i spesialisthelsetenesta.

Styringsinformasjon og variabelnes relevans

Kvaliteten på styringsdata er ikkje god nok. Datadiskrepansen mellom Helse Førde sine egne data og dei som blir publisert av NPR/Sintef er for stor, sjølv om den er større i andre føretak.

Det er som nemnt, ulike syn på styringsindikatorane sin relevans. Dette gjeld både dekningsgrad og tilgjenge, samt indikatorar på produktivitet (tiltak per behandlar og pasientar per behandlar) og samarbeid (epikrisetid, om ein har samarbeidsavtalar, prosentdel ADHD-pasientar med ip). Ventetid og fristbrot er det mindre usemje om. Ein fagleg diskusjon om kvaliteten på data og indikatorane sin relevans, kan innebera ein fare for at gjer desse spørsmåla uviktige og at styring i den rette retninga blir endå vanskelegare. Etter internrevisors meining gir indikatorane meining på eit tilstrekkeleg aggregeringsnivå. På same vis som at dekningsgrad på kommunenivå kan vera problematisk, bør ein også vera varsam med å legge for mykje i produktivitetstal for den enkelte medarbeidar, mens det for eininga gir visse indikasjonar

BUPane er gjennomgåande små og sårbare einingar og ansvarleg overordna må etablere eit system for monitorering og rapportering slik at ein har høve til å følgje med på utviklinga i styringsindikatorane, og såleis gjere det muleg å avdekke og eventuelt sette inn tiltak for å unngå avvik og manglande måloppnåing i BUPane.

Det har vore kjent i fleire år at kvaliteten på styringsdata er for dårleg. Dette skuldast mellom anna ulike tolkingar av kodeverk, ulike registreringsrutinar, truleg ulike taktiske vurderingar

knytt til desse forholda. I tillegg er det fleire som hevdar at BUPdata ikkje er noko godt styringsverktøy.

Helse Vest RHF har saman med føretaka eit program kalla Heilskapeleg styringsinformasjon. Programmet har hatt aktivitetar som val av applikasjonar, etablering av kodeverk, datavarehus og datakube, samt å leggja ein standard for styrerapporteringa. Det er planar om eit prosjekt for heilskapeleg styringsinformasjon innanfor helsefag nå i samband med innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ). Slik sett er det eit sideordna og parallelt prosjekt å få til ei helsefagleg kube med relevant og kvalitetsmessig god styringsinformasjon.

Internrevisor vil på bakgrunn av funn og vurderingar i rapporten tilrå at det blir gjort ei grundig utgreiing av styringsinformasjonen innanfor psykisk helsevern for barn og unge. Det blir lagt opp til at både psykiatri og somatikken skal ha felles EPJ. Internrevisor registrerer ulike syn på BUPdata, men har ikkje grunnlag for å meina at det evt bør erstattast av ny EPJ. Forhold som talar for ei utskifting er at ein då fekk høve til å gjera tilsvarande prosessar for BUP som for somatikken.

Litteraturliste

Agledal-rapporten (2006). Tidlig hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og Omsorgsministeren, datert 15. juni 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) kapittel 6: Nasjonal helseplan (2007 – 2010).

Halsteinli, Vidar (2008) SINTEF A6587: Produktivitetsutvikling i BUP poliklinikker 1998 – 2006: Betydningen av endret pasientsammensetning.

Pedersen P (red) (2007). SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006. Rapport 2/07. Trondheim: SINTEF Helse.

Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan, Vidar Halsteinli (2007) SINTEF A6800, RAPPORT: Fra henvisning til avslutning: En analyse av forskjeller i poliklinisk praksis i psykisk helsevern for barn og unge basert på nasjonale pasientdata for 2006

Bjertnæs ØA, Garratt A, Helgeland J, Holmboe O, Dahle K, Hanssen-Bauer K, Røttingen J
Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Vitenskapelig artikkel 2008. Tidsskr Nor Legeforen 2008;128(9):1041-5.

Regjeringas strategiplan for barn og unges psykiske helse.

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problem, Dokument nr. 3:7 (2006-2007).