

Team-utredning av ADHD



Det er klare fordeler med å organisere ADHD-utredninger i egne team.

TEKST

Reiel Andreas Storheil Pedersen

PUBLISERT 6. mars 2018

EMNER

ADHD

utredning

diagnoser

pakkeforløp

Jeg har i lengre tid ønsket å styrke kvaliteten på ADHD-utredninger i psykisk helsevern for barn og unge. Mitt håp er at vi slik kan bidra til at færre barn får diagnose på usikkert grunnlag, og dermed settes på medisiner når andre hjelpetiltak kunne være mer hensiktsmessige. Ved poliklinikken der jeg arbeider, har vi de siste to årene arbeidet mer intensivt og teamorientert i utredningsfasen av denne pasientgruppen. Så langt er vår erfaring at dette bedrer kvaliteten på utredningene og oppfølgingen av disse barna.

Økt utredningsbehov

De siste tiårene har det vært en sterk økning i antall henvisninger av barn med ADHD-lignende symptomer til psykisk helsevern for barn og unge (Reigstad et al., 2015). Mens det i 1992 var så vidt over én prosent av henvisningene som handlet om utredning av ADHD (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004), fant man at godt over 20 prosent av henvisningene i 2009 handlet om ADHD-utredninger (Sitter, 2010). Fra 1998 til 2009 ser vi også en vekst når det gjelder barn og unge med F. 90.0 Hyperkinetisk forstyrrelse: Fra 15,4 prosent til 25,9 prosent (Sitter, 2010). Riktig nok ser antall ADHD-henvisninger ut til

å ha stabilisert seg de senere årene, men tallene forteller at denne type utredninger fortsatt er en sentral oppgave for poliklinikkene.

Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022 («Mestre hele livet», 2017) opplyser at mellom 3 og 5 prosent av barn og unge i Norge har ADHD. Samtidig forteller Folkehelseinstituttets rapport 2016:4 både at det er store regionale forskjeller i hvor mange som diagnostiseres med ADHD, og hvor mange barn og unge det foreskrives sentralstimulerende medikamenter til. Det tyder på at helseforetakenes praksis i utredning og diagnostisering av ADHD varierer, og regjeringen har uttrykt bekymring for at den varierende praksisen kan utgjøre en fare for feilbehandling.

«En slik måte og jobbe på vil dessuten kunne tilfredsstillere kravene i pakkeforløpene»

En annen uttalt bekymring er den lange tiden det tar fra foreldrene henvender seg til helsetjenesten med ønske om at barnet deres utredes for ADHD, til det foreligger en endelig diagnose (Ørstavik, et al., 2016). Tor Eikeland, spesialrådgiver og tidligere generalsekretær i ADHD Norge, forteller om tidsforløp på opptil 3–4 år før endelig konklusjon om diagnose foreligger. Han mener dette er en av de viktigste utfordringene i dagens psykisk helsetjeneste, ikke minst fordi risikoen for at barnet utvikler annen tilleggsproblematikk, øker med tiden når barnet ikke får hjelp for sine vansker (Solberg & Strand, 2016).

Samtidighet

Min erfaring fra fire poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge forteller meg at utredningen av ADHD hos barn og unge hviler på forholdsvis ulik praksis. Alt fra at psykologer alene gjennomfører hele utredningen (med unntak av legeundersøkelsen), til at utredningen gjennomføres som et teamarbeid, men strukturen for effektivisering av arbeidet mangler. Erfaringen er også at slike utredninger gjerne tar lang tid. Det er ikke uvanlig at ADHD-utredninger kan ta 6 måneder, og noen ganger mer enn ett år, før en har samlet nok informasjon til å kunne konkludere når det gjelder diagnose. Det betyr også at man ofte forholder seg til journalnotater som er skrevet mange måneder tilbake i tid, og at man derfor ikke har tilgang til detaljene fra disse tidligere observasjonene og hypotesene.

Som spesialist i klinisk nevropsykologi har jeg sett nytten av å jobbe mer intensivt med enkeltsaker over kortere tidsperioder. Nevropsykologiske utredninger i somatiske avdelinger betydde som regel én sak om gangen, som så ble utredet og vurdert i løpet av en uke. Denne arbeidsmåten opplevde jeg som så fordelaktig at jeg ønsket å se om en slik arbeidsprosedyre kunne anvendes på ADHD-utredninger i BUP. Ved at ulike medarbeidere samkjører sine deloppgaver i utredningene, kunne vi utføre disse oppgavene mer eller mindre samtidig; som når en kliniker arbeider med barnet, samtidig som en annen jobber med de voksne, mens en tredje innhenter opplysninger

om skolefungering. Klarer man i tillegg å gjennomføre det diagnostiske vurderingsmøtet rett i etterkant av dette utredningsarbeidet, har man også informasjonen fra utredningen friskt i minne, noe som kan bidra til å styrke kvaliteten av vurderingene og konklusjonene som blir gjort.

Ved vår poliklinikk er jeg ansatt som teamkoordinator for et nevroteam som har ADHD-utredninger som en av sine hovedoppgaver. Her arbeider vi nå etter en modell der medarbeiderne samkjører sine arbeidsoppgaver i større grad enn tidligere. Følgen er at vi som regel slutfører ADHD-utredningen i løpet av en uke. De fleste undersøkelsene – slik som anamnese, individualsamtale med barnet, observasjoner av samspill mellom familiemedlemmene og testing av barnet – gjennomføres i løpet av en dag. Før vi setter i gang disse undersøkelsene, er det allerede gjennomført en somatisk og nevrologisk legeundersøkelse, og vi har hentet inn opplysninger om skolefungering. I slutten av uken deltar hele teamet i et vurderingsmøte, der vi konkluderer diagnostisk og vurderer aktuelle hjelpetiltak og videre oppfølging av barnet.

Erfaringer

Raske utredninger kan for noen gi inntrykk av at vi trekker kjappe slutninger på et tynt vurderingsgrunnlag. Dette opplever vi ikke er tilfellet. I løpet av de siste to årene har vi gjennomført mer enn 70 utredninger etter denne modellen, og våre erfaringer er så langt overveiende positive, både blant medarbeidere og hos familiene.

Medarbeiderne forteller at de opplever mer reelt teamsamarbeid når utredningene og oppfølgingen av barna har blitt et teamansvar, og ikke overlates til den enkelte behandler. Klinikerne sier også at de kjenner seg mer skjerpet under arbeidet når fokuset er på en pasient om gangen, og at mengdetreningen og strukturen gjør at de blir mer bevisst og tydelig i informasjonen de gir til pasientene. At man trekker konklusjonene i det diagnostiske vurderingsmøtet på grunnlag av observasjoner og funn klinikerne har friskt i minne, fører også til minsket risiko for feildiagnostisering, ikke minst fordi informasjon som ellers kunne vært glemt eller ikke blitt tilstrekkelig journalført, nå blir tatt med i vurderingene.

Den relativt stramme og tydelige planen for utredningen gir både pasienten og familien en forutsigbar struktur for utredningen, noe som er særlig nyttig for familier som kan ha færre ressurser, og der flere av de voksne kan slite med lignende problematikk, på bakgrunn av den høye arveligheten ved ADHD. Mange familier har også lang reisevei til poliklinikken, og da er det en stor fordel å slippe å møte til mange konsultasjoner i utredningsforløpet.

Ettersom rundt halvparten av barna vi utreder, *ikke* oppfyller kriteriene for en ADHD-diagnose, bidrar den raske utredningen til at de slipper å bekymre seg i lang tid for en diagnose som barnet kanskje ikke har. Og for de barna som faktisk har ADHD, bidrar vår arbeidsform til at man raskere kommer i gang med hjelpetiltak.

Noen av barna vi har hatt til utredning, har eldre søsken som har blitt utredet og fått ADHD-diagnosen noen år tilbake i tid. Foreldrene i disse familiene forteller oss at de

opplevde tidligere utredninger som frustrerende da det gikk lang tid før konklusjonen forelå. Den lange utredningen medførte også flere bytter av saksansvarlig behandler, noe de syntes var svært uheldig. Som foreldre var det også belastende å gå lenge uten å få svar på hva deres barn strevde med, og dermed heller ikke vite hvordan de kunne hjelpe barnet sitt på best mulig måte. Den intensive utredningen vi kunne tilby, bidro til at foreldrene følte seg bedre ivaretatt. I tillegg satte de stor pris på at de slapp å gjenta barnets historie til en hel serie av behandlere. Det var også befriende å få et raskt svar på barnets problematikk og dets vansker i hverdagen. Flere foreldre sier seg fornøyd med at utredningen er kort og konsis, og at det gir en bedre forståelse for hva utredningen innebærer.

Teamfordeler

Våre erfaringer forteller om klare fordeler ved å organisere ADHD-utredningen (og trolig også utredninger av andre tilstander) i egne team. God struktur i teamarbeidet kan bidra til raskere utredninger og et bedre vurderingsgrunnlag for diagnostiske avklaringer. Dette kan føre til færre feildiagnoser og raskere iverksatte hjelpetiltak rundt barnet og familien.

Jeg ser også klare fordeler ved at teamet består av klinikere med ulik fagbakgrunn, som alle bidrar i utredningen med sitt unike blikk. Over tid vil også teammedlemmene utvikle spisskompetanse på området de utreder, noe som kan styrke kvaliteten på utredningsarbeidet ytterligere. Siden motorisk uro og konsentrasjonsvansker hos barn kan ha mange årsaker, er det samtidig vesentlig å sikre at grundig kompetanse om differensial- og komorbiditetsdiagnostikk også er ivaretatt i ulike utredningsteam.

Oppsummerende betraktninger

Om en organiserer ADHD-utredninger som en oppgave for egne team i BUP, med en god planmessig struktur, kan dette bidra til mer effektive utredninger. En slik måte og jobbe på vil dessuten kunne tilfredsstillende kravene i pakkeforløpene om at grunnutredninger av ADHD skal gjennomføres på 6 uker. I tillegg styrkes kvaliteten i utredningsarbeidet, og barna og familiene vil kunne få raskere tilbud om videre oppfølging og hjelpetiltak. Slik jeg ser det, vil disse barna og familiene være mer tjent med at BUP anvender det meste av tiden på hjelpetiltak og oppfølging av disse barna, fremfor å bruke for mye tid på selve utredningsprosessen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 3, 2018, side 190-193

TEKST

Reiel Andreas Storheil Pedersen, BUP Namsos

+ **Vis referanser**

Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Mestret hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). Publikasjonskode: I-1180.

Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD - eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52/4, 302-311.

Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 818-827.

Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Oslo: Helsedirektoratet.

Solberg, P.O. & Strand, N. (2016). Mens vi venter på pakkeforløpet. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53/3, s. 183-191.

Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø, Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Rapport 2016:4, Folkehelseinstituttet.