

Vurdering av henvisninger i DPS: erfaringer fra en konsernrevisjon



Tone Schøyen

Bærum DPS, Vestre Viken HF

tonetherese.schoyen@vestreviken.no

Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Inntaksteamene gjør et kompetent arbeid, men presset på tjenestene utfordrer systemet.



Tone Schøyen

Foto: privat

Det har pågått en debatt om prioriteringer i de psykiske helsetjenestene, der spesialisthelsetjenesten står i en situasjon med høye forventninger, og hvor kapasiteten utfordres. Vi er nødt til å prioritere hvilke behov som skal møtes med de ressursene som er tilgjengelige, og omfanget av pasienter og oppgaver vil trolig fortsatt øke (Karlsen, 2025).

I debatten drøftes blant annet om psykologer mangler prioriteringskompetanse (Elvik, 2025), og om vi trenger et prioriteringsfag (Karlsen, 2025). I den sammenheng kan det være nyttig å kjenne til funn fra Helse Sør-Øst RHF sin konsernrevisjon som nylig undersøkte vurderingspraksis i DPS, med utgangspunkt der pasienten hadde fått avslag på henvisning.

I de siste årene har henvisningsøkningen i psykisk helsevern fått mye oppmerksomhet, og det har vært en jevn økning i avslag. Helse Sør-Øst RHF har uttrykt bekymring for om avslag blir gitt på feil grunnlag. Kan det være slik at kapasitet påvirker rettighetsvurderingene? Og kan variasjoner mellom og i helseforetakenes vurderingspraksis handle om ulik forståelse av prioriteringskriteriene?

Som leder for inntaksteamet i Bærum DPS ble jeg våren 2024 bedt om å ta oppdraget som ekstern fagrevisor for konsernrevisjonen i Helse Sør Øst RHF, hvor man ønsket å undersøke DPS-enes vurderingspraksis, og der vi spesielt skulle se nærmere på om avslag ble gjort i henhold til gjeldende regelverk.

Bakgrunn for konsernrevisjonen



For å bedre forstå årsakene til henvisningsøkningen og den høye avvisningsandelen iverksatte HSØ RHF et analysearbeid der konsernrevisjonen *Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurdering av henvisninger* ble gjennomført. Som fagrevisor med erfaring fra inntaksarbeid ble min oppgave å bidra med vurderinger og innsikt i revisjonsarbeidet.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst er en uavhengig internrevisjon som rapporterer direkte til styret i det regionale helseforetaket. Revisjonen skal bidra til å styrke risikostyring, internkontroll og kvalitet i tjenestene, og har som mål å være en ressurs for læring og forbedring i helseforetakene.

Å prioritere krever faglig trygghet

For å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester må helseforetakene ha system som sikrer at henvisninger til spesialisthelsetjenesten tolkes og vurderes etter det samme kriteriesettet, uavhengig av behandlingssted (HSØ RHF, 2024a, b, c). Helseforetakene må påse at vurderingsansvarlige har tilstrekkelig kompetanse og er kjent med føringene som ligger til grunn for å vurdere henvisninger. I et inntaksteam i psykisk helsevern/DPS sitter det erfarne psykologer og leger med spesialistkompetanse. Rettighetsvurderinger i TSB krever ytterligere tverrfaglighet, og her finner vi medisinskfaglig, sosialfaglig og psykologfaglig kompetanse i inntaksteamene.

Ved manglende vurderingskompetanse eller uklare føringer er det en risiko for at «like» pasienter vurderes ulikt, og at henvisninger avslås på feil grunnlag. Prioriteringsveilederen er ment å sikre at rett til helsehjelp bygger på en vurdering av de nasjonale prioriteringskriteriene kost, nytte og alvorlighet. Den skal være et praktisk hjelpemiddel for helsepersonellet som skal gjøre en samlet vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015).

Kompleksitet og rammer i vurderingsarbeid

Rettighetsvurdering er en krevende beslutningsoppgave som forutsetter tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til føringene som ligger til grunn for å vurdere henvisninger. Gode prioriteringer forutsetter også kunnskap om evidensbasert praksis og virksomme faktorer i behandling (Karlsen, 2025).

Spesialister i inntaksteamene må veksle mellom behandleroppgaver og prioriteringsoppgaver. Med økende henvisningsmengde er inntaksteamene ofte i en presset situasjon, med korte vurderingsfrister. I prioriteringsarbeidet møter de komplekse faglige og etiske dilemmaer; de står i en «myndig beslutningsposisjon som kan være krevende å innta» (Karlsen, 2025). Å prioritere er å ta bevisste valg om hva som skal gjøres først, og hva som må vente, om hvem som skal få, og hvem som skal få mindre eller ikke skal få (Helsedirektoratet, 2024). Prioriteringsvalg er vanskelige fordi de har implikasjoner som er viktige for liv og helse. De er gode for noen og ikke så gode for andre.

De organisatoriske rammene rundt vurderingsarbeid er viktige. Ryddige strukturer og rutiner, tilstrekkelig bemanning og tid er nødvendig. Det er også vesentlig at det er godt samarbeid mellom spesialister, inntakskoordinator og ledelse. Og ikke minst jevn kommunikasjon på tvers av tjenestenivåer, der fastlege, samhandlingslege, ansatte i helsetjeneste i kommune/bydel er viktige samarbeidspartnere.

En god rettighetsvurdering bør ikke kun handle om å inkludere eller ekskludere pasienter fra et spesifikt tilbud. Den bør også handle om hvorvidt pasienten trenger noe, og eventuelt hvilke andre behov vedkommende har (Karlsen, 2025). Som for eksempel helsehjelp og mestringsstøtte

i kommune/bydel. Der det er naturlig, bør henviser få veiledende faglig tilbakemelding om dette (Helsedirektoratet, 2024).



Variasjon i vurderingspraksis

Konsernrevisjonen *Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurdering av henvisninger* ble i 2024 gjennomført i Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Sørlandet HF, herunder i seks DPS. Formålet var å undersøke om praksis for vurdering av henvisninger var i tråd med gjeldende føringer, samt belyse årsakene til den høye avslagsprosenten. Videre undersøkte revisjonen hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten ble gjennomført.

To problemstillinger ble definert: Hvordan sikrer helseforetakene at avslåtte henvisninger er vurdert og begrunnet i tråd med de nasjonale prioriteringskriteriene? Og hvordan samarbeider helseforetakene med henvisende instanser og kommuner for å sikre at pasienter blir ivaretatt på rett omsorgsnivå?

Gjennomføring av revisjonen

For å svare ut problemstillingene ble det gjennomført intervjuer og dokumentgjennomgang for å belyse organiseringen av og hvilke føringer som lå til grunn for inntaksarbeidet ved de enkelte DPS. Det ble vurdert om det var en uønsket variasjon i gjeldende vurderings- og dokumentasjonspraksis mellom DPS-ene, og gjennomført undersøkelser av DPS-ene sitt samarbeid med primærhelsetjenesten.

For å undersøke avslagsbegrunnelsene ble et utvalg avslåtte henvisninger grundig gått gjennom. Og for å få et mer helhetlig bilde av utfordringene knyttet til samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ble det gjennomført samtaler med kommuneoverleger og fastleger i opptaksområdene til de reviderte DPS-ene. Henvisninger der det var gitt rett til helsehjelp, inngikk ikke i undersøkelsen, og revisjonen kan derfor ikke uttale seg om pasienter har fått rett til helsehjelp uten å fylle prioriteringskriteriene.

Hva fant vi?

Revisjonen fant at undersøkte rettighetsvurderinger utføres i tråd med nasjonale prioriteringskriterier. Rettighetsvurderingene var i all hovedsak i samsvar med fagrevisors vurderinger. Revisjonen fant heller ikke store variasjoner i vurderingspraksis mellom DPS-ene. Bekymringen om urettmessige avslag i spesialisthelsetjenesten begrunnet i kapasitetsutfordringer ble ikke støttet av konsernrevisjonens resultater i denne undersøkelsen. Rettighetsvurderingene ble dokumentert i standardiserte vurderingsnotater, og vurderingene var i stor grad individuelt tilpasset med utdypende vurderinger og begrunnelser. Eksempelvis hadde SH Østfold HF etablert en god praksis ved bruk av standardiserte vurderingsnotater, som ga en god oversikt over status, noe som ville komme til nytte ved eventuelle rehenvisninger eller hvis pasienten velger å klage på avslaget.

De fleste vurderingsnotatene inneholdt veiledende informasjon om annen helsehjelp, f.eks. i kommune/bydel. Samtidig er det slik at tilbudene i kommune/bydel varierer. En bydelsoverlege sa det slik: «Ved å anbefale tilbud i bydelene skapes det ofte en urealistisk forventning til hva bydel kan tilby. Som regel er det flere måneders ventetid.» Der det var gitt avslag på «ADHD-henvisninger», ble det ofte benyttet en standard tekst som beskrev hvorfor henvisningen avslås, og hvilket symptomtrykk

pasientene må ha for å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ved alle avslag fikk henviser kopi av pasientbrevene, som inneholdt samme tekst som i vurderingsnotatene. En fastlege sa det slik: «Det er til god hjelp at pasientbrevene inneholder gode begrunnelser for avslaget og hva som må til for å ikke få avslag. Dette er til hjelp når jeg får pasienter med lignende problemer eller symptomer.»



Når det gjaldt organisering av inntaksteamene, fant revisjonen at klinikkenes rutiner var tydelige og ga føringer for ansvars- og rollefordeling. Erfarne spesialister rettighetsvurderte henvisningene. Ved Oslo universitetssykehus HF ble mester-svenn-modellen benyttet ved opplæring, og det ble gjennomført systematiske kontroller av vurderingspraksis. Ved SH Sørlandet HF ble det gjennomført faste kalibreringsmøter mellom DPS-ene, for å sikre ensartet praksis og samlet forståelse av prioriteringsveileder. Det er grunn til å tro at kalibreringsmøtene er viktige for å unngå uønsket variasjon, samt at de bidrar til innsikt i praksis og tilnærming på tvers av DPS-ene.

I HSØ RHF er målet at avvisningsandelen reduseres. De reviderte DPS-ene la på sin side vekt på at rettighetsvurderingene skulle være i tråd med prioriteringsveileder, fremfor å ha oppmerksomheten rettet mot et mål som ikke oppleves realistisk. Både ledere og spesialister viste til at avslagsprosenten ikke nødvendigvis reflekterte feil i vurderingene, men snarere et høyt antall henvisninger som ikke oppfyller kriteriene for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det viktige var at gode faglige vurderinger lå til grunn for avslagsvedtakene.

Konsernrevisjonens gjennomgang av avslåtte henvisninger viste at ca. 30 prosent i stor grad fremsto som en «bestilling» av ADHD-utredning, der symptombylde/alvorlighetsgrad ikke tilsa rett til helsehjelp. De øvrige avslåtte henvisningene omhandlet ofte lettere symptomer, eller andre milde plager og utfordringer som gjerne betegnes som livsbelastninger.

Observasjonene viste at inntaksteamenes arbeid er ressurs- og tidkrevende. Og ved at DPS-ene mottar et stort antall henvisninger som ikke oppfyller kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, belastes driften ytterligere. Mye tid går med til å gi avslag på henvisninger av tilstander som heller bør hjelpes i primærhelsetjenesten.

Samarbeid med fastleger og kommunen

Flere DPS opplevde at fastleger i opptaksområdet kunne være nyutdannet med begrenset klinisk erfaring, der manglende kjennskap til symptom- og sykdomsbildet hos pasienten kunne være en årsak til henvisning av pasienter i «gråsonen». En fastlege uttalte: «Selv om henvisningen blir avslått, vil en spesialistvurdering være til hjelp for fastlegens avklaringer om annen helsehjelp, og for videre samarbeid med pasienten.» En kommuneoverlege beskrev det slik: «Det er ikke alt som krever spesialist, mye kan løses i kommunen. Men jeg oppfatter at noen fastleger har mer tillit til spesialisthelsetjenesten enn til psykisk helse i kommunene.» Noen mente også at lang ventetid i kommunen for tildeling av vedtak medførte at man heller henviste til DPS.

Selv om enkelte fastleger gir uttrykk for at det er spesialisthelsetjenesten som har den rette kompetansen til å vurdere om pasientens symptomtrykk tilsier behov for spesialisthelsetjenester, mener revisjonen at fastlegene i større grad bør vurdere nødvendighet og kostnad før de sender en henvisning som mest sannsynlig vil bli avslått. En kommuneoverlege viste til at det ikke er kompetansemål knyttet til psykisk helse i grunnmodulene til allmennlegespesialiseringen. En styrking av spesialiseringen innen psykisk helse vil være et viktig bidrag for å utvikle fastlegenes kunnskap på området, og på sikt kunne bidra til færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten som i utgangspunktet forventes å bli avslått.



De tjenester en pasient mottar ved behandlingsbehov, inngår i en kjede av sammenhengende tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid på tvers av tjenestenivåer er utfordrende. Det gjelder å finne de gode løsningene i et samarbeid der kommunene og helseforetakene er likeverdige parter. Revisjonen gjorde ulike funn med varierende grad av samarbeid med tilhørende primærhelsetjeneste. I noen helseforetak er det imidlertid stor variasjon i antall kommuner og avstand til disse, i de ulike opptaksområdene. Derfor varierer både samarbeidsform og grad av samarbeid. Noen hadde behov for å etablere ytterligere samarbeid med primærhelsetjenesten, mens andre hadde etablerte samarbeidsformer og avtaler på et overordnet nivå med solide strukturer, som virket å fremme god kommunikasjon og samarbeid.

Eksempler kunne være regelmessige møter med psykisk helse-tjenester i kommunen for gjensidig informasjonsutveksling og møter mellom samhandlingslege, klinikk og fastlegene. «Dashbord» ga klinikkledelsen oversikt over hvilke fastleger som får en betydelig andel avslag på sine henvisninger, og der det gis tilbakemelding til fastlegene det gjelder. Andre eksempler er tilbud om informasjon, opplæring og hospitering, faste telefontider for å ta kontakt ved behov for faglig veiledning, råd og beslutningsstøtte. Nyhetsbladet *Praksisnytt* i regi av samhandlingslegene var en viktig kilde for informasjon for fastlegene. «Felles tjenestevurderingsteam» var nyttig for å avklare tjenestenivå og samhandlingsmøter med tildelingsansvarlige for kommunale helsetjenester. Nyhetsbrev fra helseforetaket med informasjon om hva en henvisning bør inneholde, var et annet godt tiltak, samt sjekkliste for «den gode henvisning» på DPS sin hjemmeside, med mer (se Helse Sør-Øst RHF (2024a, b, c).

Felles ansvar for helhetlig helsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har et felles ansvar for å tilby helsetjenester på riktig omsorgsnivå til personer med psykiske lidelser og behov for helsehjelp. For å sikre en helhetlig og effektiv pasientbehandling er det avgjørende at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider tett. Tjenestenivåene bør ha kunnskap om og forståelse for hverandres ansvarsområder og oppgaver.

Konsernrevisjonen vektlegger betydningen av å sikre gode rettighetsvurderinger og samarbeid med primærhelsetjenesten, noe som bidrar til sammenhengende helsetjenester på tvers av nivåene, og anbefaler at foretakene har et kontinuerlig forbedringsarbeid slik at god kvalitet opprettholdes og videreutvikles gjennom disse oppsummerte anbefalingene:

- Sikring av at rettighetsvurderinger er i samsvar med nasjonale prioriteringskriterier, og at det er en lik praksis på tvers av DPS-ene
- Bruk av spesialistressurser på dem som trenger det mest
- Tilrettelegging for samarbeid på tvers av tjenestenivåene, styrking av samarbeidet med kommune/bydel slik at ressursene benyttes på beste måte på de ulike tjenestenivåene
- Gjennomføring av tiltak som viser god effekt på helsetjenesten, på tvers av DPS-ene
- Ivaretagelse av spesialisthelsetjenestens informasjons- og veiledningsplikt til primærhelsetjenesten, tilbud om støtte og veiledning av fastlegene i god henvisningspraksis
- Opprettholde en god dialog med pasienter og henvisende instanser for å sikre at alle parter er godt informert og involvert
- Videreutvikling av samarbeidet med kommunene for å redusere avslagsprosenten
- Kartlegge og analysere organisering og arbeidsform i inntaksteamene

Oppsummering



Det er knyttet store forventninger til hva spesialisthelsetjenesten kan hjelpe til med, og myndighetene ønsker at avslagsprosenten reduseres. Samtidig oppfyller ikke alle kriterier for rett til nødvendig helsehjelp, selv om ønsket om den typen helsehjelp er til stede. Befolkningen vil aldri ha perfekt helse, og derfor verken kan eller skal helsetjenestene dekke alle behov (Skard, 2025). På den annen side oppfordres det til åpenhet om psykiske helseplager og til å be om hjelp. Mange kan derfor bli overrasket når de følger oppfordringen, oppsøker fastlegen for å bli henvist til psykisk helsevern, for så å erfare at de får avslag fra DPS.

Årsakene til den høye avvisningsandelen er trolig sammensatt, og kan ikke forklares fullt ut innenfor rammene av en revisjon. Revisjonen vurderte at det kan ha sammenheng med generell økt åpenhet om psykisk helse, som kan medføre økende forventninger i befolkningen om tilgang til helsetjenester. Dette kan igjen gi vekst i henvendelser til fastlegene, der fastlegens portvokterrolle blir utfordret. En høy avvisningsandel i spesialisthelsetjenesten bør derfor også sees i lys av fastlegenes rammer og henvisningspraksis (HSØ RHF, 2024a, b, c).

Konsernrevisjonen har gitt viktig innsikt i vurderingspraksis i DPS, og i samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Funnene viser at inntaksteamene utfører et samvittighetsfullt og kompetent arbeid, men også at presset på tjenestene og variasjonen i kommunale tilbud utfordrer systemet. En høy avvisningsandel kan ikke tilskrives enkeltforhold, men må forstås i lys av økende åpenhet om psykisk helse, høye forventninger i befolkningen og varierende rammer for fastlegenes portvokterrolle. Funnene i revisjonen understreker behovet for systematisk samarbeid, kompetanseheving og tydelig prioriteringspraksis på alle nivåer i tjenestekjeden.

Referanser

- Elvik, I. (2025). Psykologer mangler prioriteringsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44–47. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologer-mangler-vurderingsferdigheter>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2024). *Om prioritering i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften*. Helsedirektoratet.
- Helse Sør-Øst RHF. (2024a). *Konsernrevisjonen. Rapport 1–2024–1. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurderinger av henvisninger*. Oslo universitetssykehus HF. styresak-2025–019–01-konsernrevisjonen-rapport-1–2024-prioritering-av-helsetjenester-i-psykisk-helsevern-for-voksn.pdf
- Helse Sør-Øst RHF. (2024b). *Konsernrevisjonen. Rapport 1/2024–2. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurderinger av henvisninger*. Sykehuset Østfold HF. <https://www.helse-sorost.no/4ac025/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2024/revisjonsrapport-1–2024–2-prioritering-av-helsetjenester---vurdering-av-henvisninger.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF. (2024c). *Konsernrevisjonen. Rapport 1/2024–3. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurderinger av henvisninger*. Sørlandet sykehus HF. <https://www.helse-sorost.no/48d032/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2024/revisjonsrapport-1–2024–3-prioritering-av-helsetjenester---vurdering-av-henvisninger.pdf>
- Karlsen, K. E. (2025). Vi trenger et prioriteringsfag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as04ae-Vi-trenger-et-prioriteringsfag>

- Kraft, B. (2025). Psykologene må ville prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologene-ma-ville-prioritere>
- Skard, H. K. (2025). Prioriteringens kunst 2.0. *Norsk psykologforening*. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/prioriteringens-kunst-2-0>

