

SINTEF A9124

# RAPPORT

*Tilstander/diagnoser i det psykiske  
helsevernet for barn og unge.*

*Et utviklingsprosjekt om bruk av det multiaksiale  
klassifikasjonssystemet akse 1-6, i perioden 2005-2007*

Marit Sitter

***SINTEF Helse***

Desember 2008





# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge

- Et utviklingsprosjekt om bruk av det multiaksiale klassifikasjonssystemet akse 1-6, i perioden 2005-2007.

FORFATTER(E)

Marit Sitter

OPPDRAKSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A9124	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Jin Marte Øvreeide	ANTALL SIDER OG BILAG 131 inkl.vedlegg
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04659-5	PROSJEKTNR. 78114230	
ELEKTRONISK ARKIVKODE A Rapport 9124 Tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Marit Sitter <i>Marit Sitter</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Ragnild Bremnes <i>Ragnild Bremnes</i>
ARKIVKODE E	DATO 2008-12-17	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

### SAMMENDRAG

Rapporten presenterer utvikling i diagnosefordeling på de seks aksene i det multiaksiale klassifikasjonssystemet i det psykiske helsevernet for barn og unge fra 2005-2007. I tillegg har vi undersøkt relasjonen mellom 1) diagnose og henvisningsgrunn og 2) diagnose og behandling i 2007. Analysene er foretatt på nasjonalt og regionalt nivå.

Resultatene viser at andelen diagnostiserte pasienter på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom har økt fra 64 prosent i 2005 til nær 68 prosent i 2007. Primært skyldes dette økt bruk av Z-diagnoser i perioden. Fordelingen på de øvrige diagnosekategoriene på akse 1 har holdt seg relativt stabil fra 2005 til 2007. Det samme gjelder fordeling på de øvrige diagnoseaksene 2-6.

Analysene indikerer at det er ulik praksis i bruk av Akse 1 mellom helseregionene, spesielt gjelder dette bruk av Z-koder, samt manglende diagnosesetting. Mens helseregion Nord har en relativt høy andel pasienter uten diagnose, benytter helseregion Midt-Norge Z-diagnoser i større grad enn de øvrige regionene.

Andelen diagnostiserte pasienter øker jo lengre pasientene har vært i behandling i det psykiske helsevernet. Mens over halvparten av nyhenviste pasienter (i behandlingsåret) er uten diagnose på Akse 1 i 2007, gjelder dette for 17 prosent av pasienter henvist tidligere år. Denne tendensen er sterkere blant ungdom enn yngre barn. Analysene indikerer også at diagnose settes tidligere i behandlingsforløpet i 2007 enn i 2005.

Det er et tydelig samsvar mellom henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten og hvilke diagnoser som settes i det psykiske helsevernet. Analysene viser klare kjønns- og aldersforskjeller med hensyn til henvisningsgrunn.

Polikliniske pasienter med avsluttet behandling mottar 15 tiltak (median) og har behandlingstid på 8,7 mnd (median). Det er stor variasjon i behandlingsomfang og behandlingstid innad i og mellom diagnosekategoriene, både på nasjonalt og regionalt nivå. Det er en tendens til at ungdom mottar flere tiltak og har lengre behandlingstid enn yngre pasienter.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health services
EGENVALGTE		



# Forord

SINTEF Helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført utviklingsprosjektet "Tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge". Prosjektet er tilknyttet Samdata-prosjektet, og har hatt som formål å foreta mer inngående analyser av utvikling i tilstander/diagnoser samt bruk av det multiaksiale klassifikasjonssystemet, enn det som tidligere er rapportert i de årlige Samdata-rapportene fra SINTEF Helse.

Pasiendata for barn og unge i det psykiske helsevernet er benyttet som datagrunnlag for analysene i rapporten. Data er samlet inn av Norsk pasientregister, Helsedirektoratet.

Marit Sitter har vært forfatter av rapporten og Ragnild Bremnes har vært kvalitetssikrer. Anne Mette Bjerkan takkes for nyttige kommentarer og innspill i prosjektets startfase. Hanne Kvam har vært prosjektsekretær og stått for ferdigstilling av rapporten.

Trondheim, desember 2008

Marit Sitter



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse .....	5
Tabelloversikt .....	7
Figuroversikt .....	8
1 Sentrale funn .....	13
1.1 Diskusjon .....	17
2 Innledning .....	19
2.1 Bakgrunn.....	19
2.2 Mål og problemstillinger .....	20
3 Data og metode .....	21
4 Utvikling i diagnoser/tilstander fra 2005 til 2007.....	25
4.1 Utvikling i andel diagnostiserte pasienter og fordeling på akse 1-6 fra 2005 til 2007.....	26
4.1.1 Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom.....	27
4.1.2 Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser.....	34
4.1.3 Akse 3 Intelligensnivå.....	36
4.1.4 Akse 4 Somatiske tilstander .....	37
4.1.5 Akse 5 Avvikende psykososiale forhold .....	39
4.1.6 Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå .....	41
4.2 Øker andelen diagnostiserte jo lengre ut i behandlingsforløpet man kommer? .....	42
4.3 Oppsummering kapittel 4 .....	49
5 Diagnose og henvisningsårsak .....	53

5.1	Hvordan er sammenhengen mellom diagnose (akse 1) og henvisningsårsak for pasienter i det psykiske helsevernet i 2007? .....	53
5.1.1	Hyperkinetiske forstyrrelser.....	55
5.1.2	Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen .....	58
5.1.3	Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser.....	62
5.1.4	Affektive lidelser .....	65
5.1.5	Pasienter med Z-diagnoser.....	68
5.1.6	Pasienter uten diagnose.....	71
5.2	Varierer relasjonen mellom viktigste henvisningsgrunn og diagnosekode mellom de ulike regionene?.....	74
5.3	Hvordan samvarierer de øvrige diagnoseaksene (akse 2-6) med henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten? .....	80
5.3.1	Henvisningsgrunn og Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser .....	80
5.3.2	Henvisningsgrunn og Akse 3, Intelligensnivå / psykisk utviklingshemming .....	81
5.3.3	Henvisningsgrunn og Akse 4, Somatiske tilstander .....	81
5.3.4	Henvisningsgrunn og Akse 5, Avvikende psykososiale forhold .....	82
5.3.5	Henvisningsgrunn og Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå .....	82
5.4	Oppsummering kapittel 5 .....	82
6	Diagnose og behandling .....	85
6.1	Variasjon i diagnosefordeling fordelt på omsorgsnivå.....	85
6.2	Er det forskjell i behandlingsomfang og behandlingstid for ulike diagnosegrupper? .....	91
6.2.1	Behandlingsomfang for polikliniske pasienter .....	93
6.2.2	Behandlingstid for polikliniske pasienter .....	99
6.3	Oppsummering kapittel 6 .....	104
	Vedlegg .....	107
	Litteraturliste .....	131



## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2005, 2006 og 2007. Fordelt på kjønn. ....	23
Tabell 3.2	Antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2005, 2006 og 2007. Fordelt på alder. ....	23
Tabell 4.1	Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. Barn og unge i psykisk helsevern for barn og unge. 2005-2007. Antall pasienter og prosent. ....	27
Tabell 4.2	Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent. ....	34
Tabell 4.3	Akse 3, Intelligensnivå. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent. ....	36
Tabell 4.4	Akse 4, Somatiske tilstander. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent. ....	38
Tabell 4.5	Akse 5, Avvikende psykososiale forhold. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent. ....	39
Tabell 4.6	Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent. ....	41
Tabell 6.1	Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, polikliniske pasienter og døgn- og dagpasienter. Antall og prosentandel. 2007. ....	87
Tabell 6.2	Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Polikliniske pasienter. Prosentandel. Helseregioner. 2007. ....	89
Tabell 6.3	Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Døgn- og dagpasienter. Prosentandel. Helseregioner. 2007. ....	90
Tabell 6.4	Fordeling av Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for polikliniske henvisningsperioder/pasienter med avsluttet behandling i 2007. Utvalg for beregning av behandlingsomfang. Antall og prosentandel. 2007. ....	93
Tabell 6.5	Medianverdi og gjennomsnittsverdi for polikliniske tiltak, samt standardavvik. Henvisningsperioder/pasienter med avsluttet behandling i 2007. ....	94
Tabell 6.6	Fordeling av Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom polikliniske henvisningsperioder/pasienter med avsluttet behandling i 2007. Utvalg for beregning av behandlingstid. Antall og prosentandel. 2007. ....	99
Tabell 6.7	Lengde på behandlingsopphold for ulike diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007. ....	100

## Figuroversikt

Figur 4.1	Fordeling på diagnoseakse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2005, 2006 og 2007. Prosentandel pasienter. ....	29
Figur 4.2	Utvikling i fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Sør-Øst. 2005-2007. Prosent. ....	30
Figur 4.3	Utvikling i fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Vest. 2005-2007. Prosent. ....	31
Figur 4.4	Utvikling i fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Midt-Norge. 2005-2007. Prosent. ....	32
Figur 4.5	Utvikling i fordeling på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Nord. 2005-2007. Prosent. ....	33
Figur 4.6	Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser fordelt på helseregion. Prosent. 2007. ....	35
Figur 4.7	Akse 3, Intelligensnivå fordelt på helseregion. 2007. Prosent. ....	37
Figur 4.8	Akse 5, Avvikende psykososiale forhold fordelt på helseregion. 2007. Antall pasienter og prosent. ....	40
Figur 4.9	Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå fordelt på helseregion. Prosent. 2007. ....	42
Figur 4.10	Prosentandel pasienter med og uten diagnose, Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Etter henvisningsår. ....	43
Figur 4.11	Prosentandel pasienter med ukjent / ikke registrert diagnose på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, etter henvisningsår. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2005 og 2007. ....	44
Figur 4.12	Prosentandel pasienter med og uten diagnose, Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Etter henvisningstidspunkt og kjønn. ....	45
Figur 4.13	Prosentandel pasienter med og uten diagnose, akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Etter henvisningstidspunkt og alder. ....	45
Figur 4.14	Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. 2007. ....	46
Figur 4.15	Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Sør-Øst. Prosent. 2007. ....	47

Figur 4.16	Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Vest. Prosent. 2007.....	48
Figur 4.17	Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Midt-Norge. Prosent. 2007.....	48
Figur 4.18	Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Nord. Prosent. 2007. ....	49
Figur 5.1	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent. ....	54
Figur 5.2	Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent. ....	54
Figur 5.3	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom (n=8 521) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007. ....	56
Figur 5.4	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=7 903) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007..	57
Figur 5.5	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=7 903) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007...	58
Figur 5.6	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=5 506) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007. ....	59
Figur 5.7	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=5 194) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007. ....	60
Figur 5.8	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=5 104) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007. ....	61
Figur 5.9	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=4 618) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007. ....	62

Figur 5.10	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=4 136) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007. ....	63
Figur 5.11	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=4 136) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007. ....	64
Figur 5.12	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=2 505) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007. ....	65
Figur 5.13	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=2 229) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007. ....	66
Figur 5.14	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=2 229) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007. ....	67
Figur 5.15	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=7 525) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007. ....	68
Figur 5.16	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007. ....	69
Figur 5.17	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007. ....	70
Figur 5.18	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter i kategorien "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen påvist diagnose" på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=17 607) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007. ....	71
Figur 5.19	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter i kategorien "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen påvist diagnose" på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=15 369) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007. ....	72

Figur 5.20	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter i kategorien "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen påvist diagnose" på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=15 369) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007. ....	73
Figur 5.21	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent. Helseregion. ....	74
Figur 5.22	Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent. Helseregioner. ....	76
Figur 5.23	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion. ....	77
Figur 5.24	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med diagnosen nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion. ....	78
Figur 5.25	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med diagnosen affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion. ....	78
Figur 5.26	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion. ....	79
Figur 5.27	Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 uten registrert diagnose affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion. ....	80
Figur 6.1	Kjønns- og aldersfordeling for polikliniske pasienter og døgn- og dagpasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2007.....	86
Figur 6.2	Kjønns- og aldersfordeling for polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007 (n=18 198). ....	93
Figur 6.3	Medianverdi for direkte og indirekte polikliniske tiltak for ulike diagnosegrupper, akse 1. Avsluttede polikliniske pasienter i 2007. Nasjonalt nivå. ....	95
Figur 6.4	Medianverdi for polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet) fordelt på kjønn og ulike diagnosegrupper, akse 1. Avsluttede pasienter i 2007. Nasjonalt nivå. ....	96
Figur 6.5	Medianverdi for polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet) fordelt på alder og ulike diagnosegrupper, akse 1. Avsluttede pasienter i 2007. Nasjonalt nivå. ....	96

Figur 6.6	Medianverdi for polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet) for ulike diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom fordelt på helseregion. Avsluttede pasienter i 2007. ....	98
Figur 6.7	Lengde på behandlingsopphold (median) for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n>50) fordelt på kjønn. Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007.....	101
Figur 6.8	Lengde på behandlingsopphold for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n>50). Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007. ....	102
Figur 6.9	Lengde på behandlingsopphold (medianverdi for antall mnd) for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n>50). Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007. Regionale helseforetak. ....	103

# 1 Sentrale funn

## ANDEL DIAGNOSTISERTE PASIENTER HAR ØKT I DET PSYKISKE HELSEVERNET

I det psykiske helsevernet for barn og unge har andelen diagnostiserte pasienter på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom økt i perioden 2005 til 2007, fra 64 prosent i 2005 til nær 68 prosent i 2007.

## BRUK AV Z-KODER HAR ØKT - STABILT NIVÅ FOR ØVRIGE DIAGNOSEKATEGORIER

Økningen i diagnostiserte pasienter skyldes i all hovedsak at det for en større andel av pasientene benyttes Z-koder som hovedtilstand på akse 1 i 2007 enn i 2005. Analysene viser en økning i andel pasienter med Z-diagnoser fra 10 prosent i 2005 til over 15 prosent i 2007. Det er primært kategorien Z00-Z13 "Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning" som er benyttet for pasienter med Z-diagnoser i 2007.

Fordelingen på de øvrige diagnosekategoriene på Akse 1 har holdt seg relativt stabil i perioden. Prosentandelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som utgjør den største enkeltkategorien på Akse 1 samtlige år, var 17,7 prosent i 2005 og 17,2 prosent i 2007.

## REGIONALE VARIASJONER I DIAGNOSEFORDELING PÅ AKSE 1 – ELLER ULIK PRAKSIS I BRUK AV AKSEN?

Analysene gir en indikasjon på ulik praksis i bruk av Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom mellom helseregionene. Spesielt gjelder dette bruk av Z-koder, samt manglende diagnosesetting. Helse Nord skiller seg ut med en relativt høy andel pasienter uten diagnose, mens Helse Midt-Norge benytter Z-diagnosene i større grad enn de øvrige helseregionene. Dette kan skyldes ulike rutiner i forhold til arbeidet med diagnosesetting og registrering av diagnosedata i det pasientadministrative systemet mellom institusjoner, helseforetak og regioner. Allikevel ser vi en tilnærming mellom regionene i perioden 2005 til 2007, hvor tendensen er redusert andel pasienter uten diagnose, og økende bruk av Z-diagnoser. For de øvrige diagnosekategoriene ser vi en variasjon mellom regionene i størrelsesorden 2-5 prosentpoeng i 2007.

## ØKNING I DIAGNOSTISERTE OG REDUKSJON I Z-DIAGNOSER JO LENGRE PASIENTENE HAR VÆRT I BEHANDLING

Andel diagnostiserte er langt høyere blant pasienter som har vært i det psykiske helsevernet i lengre tid (over 1 år) enn blant pasienter henvist samme år. Mens over halvparten (53 prosent) av nyhenviste pasienter (i behandlingsåret) er uten diagnose på Akse 1 i 2007, er tilsvarende prosentandel 17 prosent for pasienter henvist tidligere år (se figur 4.10). Denne tendensen er sterkere blant ungdom enn yngre barn (se figur 4.13). Mens 67 prosent av barn i alderen 0-5 år har en diagnose blant tidligere henviste pasienter, har nær 80 prosent diagnose blant de eldste (13-17 år).

I samtlige helseregioner ser vi samme tendens for nyhenviste og overførte pasienter. Andelen nyhenviste pasienter uten registrert diagnose varierer mellom 50-63 prosent, mens blant pasienter som har vært i det psykiske helsevernet i minimum ett år varierer andelen uten diagnose mellom 15-24 prosent. Mens Helse Nord har den høyeste andelen uten

registrert diagnose både blant nyhenviste og overførte pasienter, er det liten variasjon mellom de øvrige tre regionene i andel pasienter uten diagnose.

For de store diagnosekategoriene på Akse 1 ser vi samme tendens i samtlige regioner; andelen pasienter er betydelig større når de har vært i behandling i mer enn ett år sammenliknet med nyhenviste pasienter (se figur 4.15 til 4.18).

Når det gjelder pasienter med Z-diagnoser, ser vi imidlertid en klar tendens til at andelen pasienter er høyere for nyhenviste enn overførte pasienter. Mens nær 19 prosent av pasientene som var henvist i 2007 hadde Z-diagnoser ved utgangen av året, var andelen i denne diagnosekategorien 13 prosent for pasienter henvist tidligere år (se figur 4.14).

#### INDIKASJON PÅ AT DIAGNOSE SETTES TIDLIGERE I BEHANDLINGSFORLØPET I 2007 ENN I 2005

Ved sammenlikning av pasienter behandlet i 2005 og 2007, er andelen pasienter uten diagnose ikke vesentlig endret for pasienter henvist samme år (53 prosent begge år). Det har imidlertid skjedd en betydelig reduksjon i andel pasienter uten diagnose henvist tidligere år. For pasienter som har vært minimum ett år i det psykiske helsevernet har andelen uten diagnose gått ned fra 27 prosent i 2005 til 24 prosent i 2007. For pasienter henvist to år før, er andelen uten diagnose redusert fra nær 20 prosent til 12 prosent, og for pasienter henvist tre år før ser vi en reduksjon fra 18 prosent i 2005 til 8 prosent i 2007. For pasienter henvist fire år tidligere har andelen uten diagnose gått ned fra nær 14 prosent til om lag 6 prosent fra 2005 til 2007 (se figur 4.11). Dette kan indikere at det psykiske helsevernet for barn og unge setter diagnoser på Akse 1 tidligere i behandlingsforløpet i 2007 enn i 2005. Den totale andelen uten diagnose dermed går ned når man ser alle pasienter under ett.

#### LITEN ENDRING I ANDEL DIAGNOSTISERTE PASIENTER PÅ AKSE 2-6

På de øvrige diagnoseaksene i det multiaksiale klassifikasjonssystemet, Akse 2-6, er en stor andel av pasientene ikke diagnostisert. I 2007 utgjør andel diagnostiserte pasienter 32 prosent på Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser, 53 prosent på Akse 3, Intelligensnivå, 43 prosent på Akse 4, Somatiske tilstander, 55 prosent på Akse 5, Avvikende psykososiale forhold og 57 prosent på Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå.

I perioden 2005 til 2007 har det kun vært marginale endringer i prosentandel pasienter med og uten diagnose på Akse 2-6.

#### SAMSVAR MELLOM HENVISNINGSGRUNN OG DIAGNOSE PÅ AKSE 1

Når man sammenlikner pasientenes henvisningsgrunn fra henvisende instans (fastlege, skole, barnehage) med diagnose som settes i det psykiske helsevernet, er det et tydelig samsvar mellom hvordan førstelinjen vurderer vansker hos barn og unge, og diagnostisering i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som er den største diagnosekategorien, utgjør atferdsvansker og hyperaktivitet over 70 prosent av henvisningsgrunnene fra førstelinjen, og er de største årsakene til henvisning blant begge kjønn og alle alderskategorier.

Mens nesten halvparten av pasientene i diagnosekategorien nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser har angst/fobi eller tristhet/depresjon/sorg som viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten, er tristhet/depresjon/sorg den klart dominerende årsaken til henvisning blant pasienter i diagnosekategorien affektive lidelser. Suicidalfare er også en henvisningsgrunn av en visst omfang blant pasienter med affektive lidelser.

Til tross for at det er enkelte regionale variasjoner når det gjelder henvisningsgrunner for de store diagnosekategoriene, er hovedtendensen at det er relativt lik i fordeling mellom helseregionene.



#### PASIENTER UTEN DIAGNOSE OG Z-DIAGNOSER HAR MANGE OG ULIKE HENVISNINGSGRUNNER

Blant pasienter med Z-diagnoser eller pasienter uten registrert diagnose, er det benyttet et bredt spekter av henvisningsgrunner. Atferdsvansker, hyperaktivitet og tristhet/depresjon/sorg er de tre viktigste henvisningsgrunnene for pasienter uten diagnose eller med Z-diagnoser, samt at "annet"-kategorien benyttes i et relativt stort omfang (se figur 5.15 og 5.18).

Bruk av mange henvisningsgrunner fra førstelinjen og tentative eller manglende diagnose i spesialisthelsetjenesten, kan indikere at disse pasientgruppene kan være vanskelig å kategorisere for begge tjenestenivå, spesielt tidlig i behandlingsforløpet. Relativt store kjønns- og aldersforskjeller når det gjelder henvisningsgrunn (se figur 5.15 og 5.19), tyder også på at dette er sammensatte og heterogene grupper av pasienter.

#### ULIK FORDELING AV HENVISNINGSGRUNNER FOR GUTTER OG JENTER

Til tross for at hovedtendensen er samsvar mellom henvisningsgrunn og diagnose for de store diagnosekategoriene, er det signifikante forskjeller mellom gutter og jenter når det gjelder hvordan viktigste henvisningsgrunn fordeler seg i omfang.

Det er en tendens til at gutter i større grad henvises for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker enn jenter. Tilsvarende blir jenter oftere henvist for tristhet, depresjon, sorg, angst, fobi, suicidalfare og spiseproblemer (se figur 5.4, 5.7, 5.10, 5.13, 5.16 og 5.19).

#### SKOLEBARN HENVISES FOR ATFERDSPROBLEMER - UNGDOM FOR TRISTHET OG DEPRESJON

Tilsvarende er det en tendens til at barn og ungdom i ulike aldersgrupper henvises til det psykiske helsevernet av ulike årsaker. Mens barn i alderen 6 til 12 år i større grad henvises for atferdsproblematikk enn førskolebarn og ungdom, henvises ungdom i større grad for tristhet, depresjon og sorg, samt suicidalfare (se figur 5.5, 5.8, 5.11, 5.14, 5.17 og 5.20). En stor andel (33 prosent) av barn under 6 år har andre årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten enn de oppgitte, og er ofte plassert i "Annet"-kategorien. Førskolebarn henvises også i relativt større grad for somatiske symptomer, autistiske trekk samt språk- og talevansker enn eldre barn og ungdom.

#### ULIK PASIENTSAMMENSETNING BLANT PASIENTER I POLIKLINIKK OG DØGN-/DAGBEHANDLING

Det er ulik pasientsammensetning og diagnosefordeling mellom pasienter i poliklinikk og i døgn- og/eller dagbehandling. Mens hyperkinetiske forstyrrelser (17 prosent) og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (11 prosent) finnes i et større omfang blant pasienter i poliklinisk behandling, utgjør pasienter med affektive lidelser (10 prosent) og schizofreni/paranoide lidelser (3 prosent) en relativt større andel blant døgn-/dagpasientene. Pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser er en relativt omfattende og tilnærmet like stor diagnosekategori både blant polikliniske pasienter og døgn-/dagpasienter (9-10 prosent)(se tabell 6.1).

Blant polikliniske pasienter er andelen med hyperkinetiske forstyrrelser relativt lik mellom helseregionene, mens det er større variasjoner for de øvrige store diagnosekategoriene (se tabell 6.2). Blant døgn-/dagpasienter ser man relativt store variasjoner mellom helseregionene når det gjelder omfang av de store diagnosekategoriene (se tabell 6.3). Tall for døgn- og dagpasienter er imidlertid lave, og relativt små variasjoner kan dermed få store prosentvise utslag.

#### STOR VARIASJON I BEHANDLINGSOMFANG BLANT POLIKLINISKE PASIENTER - UNGDOM MOTTAR FLEST TILTAK

I analyse av behandlingsomfang blant polikliniske pasienter med avsluttet behandling i det psykiske helsevernet i 2007, er medianverdien 15 tiltak for alle diagnosekategorier samlet. Det er imidlertid stor variasjon i hvor mange tiltak hver pasientgruppe mottar i løpet av et behandlingsopphold. Pasienter med diagnosen "schizofreni og paranoide lidelser", som utgjør en liten diagnosegruppe, mottar langt flere tiltak enn pasienter i andre diagnosekategorier (medianverdi 82 tiltak). For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som utgjør den største enkeltgruppen av pasienter på akse 1, er medianverdien 31 tiltak. Omfanget av tiltak er langt lavere blant pasienter uten diagnose (medianverdi 4 tiltak) og blant pasienter med Z-diagnoser (medianverdi 9 tiltak).

De yngste pasientene (0-5 år) mottar gjennomgående færre tiltak i løpet av sitt behandlingsopphold enn pasienter fra 6 år og oppover. Medianverdien for tiltak for de yngste (medianverdi 7 tiltak) utgjør om lag halvparten av tiltakene for 6-12 åringer (medianverdi 14 tiltak) og pasienter over 12 år (medianverdi 16 tiltak) når man ser alle diagnosegrupper samlet. Unntaket er pasienter i diagnosekategorien utviklingsforstyrrelser, hvor barn i alderen 0-5 år mottar flest tiltak. Blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser mottar de eldste (13 år og oppover) flest tiltak (se figur 6.5).

#### STOR VARIASJON I OPPHOLDSTID - GUTTER OG UNGDOM ER LENGST I BEHANDLING

Når det gjelder behandlingstid i det psykiske helsevernet for barn og unge, viser analysene at polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007 har en median behandlingstid på 8,7 måneder. Pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har den lengste behandlingstiden (medianverdi 18,5 mnd), mens pasienter uten registrert diagnose har den korteste (medianverdi 2,3 mnd). Det er imidlertid stor variasjon i behandlingstid både innad og mellom diagnosekategoriene (se standardavvik i tabell 6.7).

Gutter har noe lengre behandlingstid enn jenter for utvalget samlet (medianverdi 9,4 mnd og 8 mnd, se figur 6.7), mens ungdom har gjennomgående lengre behandlingstid enn yngre pasienter i det psykiske helsevernet. Mens ungdom har en median oppholdstid på litt over ni måneder, er førskolebarn i behandling i underkant av 5 måneder. Variasjonen i oppholdstid mellom aldersgruppene er størst blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (se figur 6.8).

#### REGIONALE VARIASJONER I BEHANDLINGSOMFANG OG OPPHOLDSTID

For de ulike helseregionene er det liten forskjell i omfang av tiltak mellom regionene når man ser alle pasienter i utvalget samlet. For tre av regionene er medianverdien 15 tiltak per henvisningsperiode/pasient, for Helse Nord er medianverdien 13 tiltak. For de fleste diagnosekategorier er det imidlertid forskjeller mellom regionene i omfang av tiltak. For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser varierer antall tiltak mellom 23 og 35 tiltak, lavest i Helse Nord og høyest i Helse Sør-Øst. For pasienter med affektive og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser har Helse Nord høyeste omfang av tiltak blant polikliniske pasienter.

Median oppholdstid for polikliniske pasienter er relativt lik for de fire helseregionene, og varierer mellom 8 og 9 måneder. Helse Sør-Øst har lengst oppholdstid for de største diagnosekategoriene, mens helseregion Nord har de lengste oppholdene for pasienter med affektive lidelser og utviklingsforstyrrelser.

På grunn av stor variasjon i både behandlingsomfang og behandlingstid (se standardavvik i tabell 4.5 og 4.7) både innad i og mellom de ulike diagnosekategoriene, skal resultatene tolkes med forsiktighet.

## 1.1 Diskusjon

Et økende fokus på bruk av diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge, har trolig bidratt til at en større andel av pasientene er diagnostisert i 2007 enn i 2005. Kvalitetsindikatoren i Nasjonalt indikatorsett for psykisk helsevern som omhandler andel diagnostisk vurderte pasienter, synliggjør i hvor stor grad den enkelte institusjon har diagnostisert sine pasienter. Dette har trolig både ført til større oppmerksomhet rundt tema, og forventninger til sektoren i forhold til måloppnåelse om 90 prosent diagnostiserte ved endt behandling.

Dette har nok også bidratt til at bruken av Z-diagnoser (undersøkelse/observasjon) har økt i perioden. Z-kodene beskriver faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten, og er trolig ment brukt som tentative diagnoser i en utredningsfase. Det presiseres i Helsedirektoratets veileder for multiaksial koding (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007), at "bare dersom det ikke foreligger en F-kode, kan aktuell R- eller Z-kode være hovedtilstand", og at man generelt skal være tilbakeholdne med R – eller Z koder på Akse 1.

I løpet av Opptappingsplanen har det vært en kraftig vekst i antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet, og i perioden 2005-2007 økte pasienttallet med nær 14 prosent (SAMDATA Sektorrappport for det psykiske helsevernet 2007). Andelen nyhenviste har imidlertid holdt seg tilnærmet konstant i perioden (42-41 prosent). Det er derfor ikke grunnlag for å si at den økte bruken av Z-diagnoser skyldes en større andel pasienter i utredningsfasen, men det er mulig at forholdet mellom økt volum av pasienter og vekst i behandlingsskapasitet har ført til større press på den enkelte behandler. I hvilken grad dette påvirker bruk av Z-diagnoser har vi ikke kunnskap om.

Resultatene i rapporten viser også at det er store regionale variasjoner i bruk av Z-koder, noe som indikerer ulik praksis i bruk av Akse 1.

Det kan være ulike grunner til både manglende diagnosesetting og bruk av Z-diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Et hovedproblem med manglende diagnosesetting, er at det blir knyttet usikkerhet til fordelingen på de andre diagnosekategoriene. Så lenge man ikke kjenner til hvilke diagnosekategorier pasientene uten diagnose eller pasienter med Z-diagnoser egentlig faller innenfor, er det også knyttet usikkerhet til den eksisterende fordelingen på Akse 1. Er det en tilfeldig fordeling mellom pasienter uten diagnose, eller er det systematikk i hvilke pasienter som ikke er diagnostisert med hensyn til type vansker/lidelse. Så lenge vi ikke har informasjon om den virkelige fordelingen av pasientene, blir muligheten til å benytte datasettene begrenset. Analyser av ulike grupper av pasienter, og på tvers av f eks omsorgsnivå, kjønn, alder og regiontilhørighet blir derfor beheftet med usikkerhet.

Dette synliggjør behovet for mer enhetlig registreringspraksis i sektoren, og det er derfor viktig at veilederen "Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (Sosial- og helsedirektoratet, KITH) som var gyldig fra 1.1.2008, blir tatt i bruk av samtlige institusjoner i sektoren.

Resultatet i rapporten som indikerer at det psykiske helsevernet setter diagnoser tidligere i behandlingsforløpet i 2007 enn i 2005, kan både skyldes at man setter diagnoser tidligere, men det kan også skyldes endring i registreringspraksis fra 2005 til 2007. Ved økt bruk av Z-diagnoser i løpet av de siste årene, vil en mindre andel av pasienter som kom inn i systemet for noen år siden ha Z-diagnoser enn blant pasienter som er behandlet i 2007.

Når det gjelder resultatene knyttet til kjønns- og aldersforskjeller i fordeling av henvisningsgrunn, er dette i tråd med en tidligere SINTEF-undersøkelse (Pedersen, Lilleeng og Sitter, 2008). Samme lidelse kan arte seg ulikt for jenter og gutter samt for ulike aldersgrupper, og det er viktig at skole, barnehage og andre instanser i førstelinjetjenesten har kunnskap om disse ulikhetene ved henvisning. Samme undersøkelse har også vist at gutter, ungdom og barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker både har den høyeste behandlingsraten i det psykiske helsevernet (2006) og har hatt størst vekst i løpet av opptappingsperioden. Et sentralt spørsmål er derfor om det er disse gruppene som er

mest synlige for omgivelsene og i skole/barnehage, og at dette påvirker hvilke pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten.

Resultatene angående behandlingsomfang og behandlingstid er i tråd med tidligere undersøkelser (Bremnes, Bjerkan og Halsteinli, 2008). Både omfang av tiltak og oppholdstid varierer innad i og mellom diagnosekategorier.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunn

Det har i løpet av de senere år blitt et økende fokus rettet mot diagnoser og tilstander blant pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Dette gjenspeiles i en av de offisielle kvalitetsindikatorerne i Nasjonalt indikatorsett for psykisk helsevern, nemlig "Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i forhold til akse 1, 2, 5 og 6 i det multiaksiale klassifikasjonssystemet innen barne- og ungdomspsykiatrien". Målet er at 90 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge skal være diagnostisk vurdert ved endt behandling. Generelt forventes det at alle saker blir diagnostisk vurdert, og at en diagnostisk vurdering blir registrert så snart dette er forsvarlig i starten av kontakten.

Behandlere i psykisk helsevern for barn og unge har spesielle utfordringer ved at de møter barn og unge som både er i vekst og utvikling. Barn og unge kan ha mer uklare symptomer og er mer avhengige av omsorg sammenlignet med pasienter i det psykiske helsevernet for voksne. Med bakgrunn i dette er det av stor viktighet at klassifikasjonssystemer for diagnoser er pålitelige og ensartete på tvers av institusjoner. Et felles klassifikasjonssystem bidrar også til at det blir lettere å diskutere pasientene, diagnoser og aktuell behandling mellom behandlere.

Det ICD-10 baserte klassifikasjonssystemet "Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske lidelser" brukes for å kode tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette systemet ble utviklet av Verdens helseorganisasjon i 1996 (WHO, 1996). Årsaken til at man benytter et system bestående av mange akser er at man ofte møter komplekse tilstander i psykisk helsevern for barn og unge, og et diagnosesystem bestående av flere akser benyttes som et hjelpemiddel til å unngå at ulike klinikere vektlegger aspekter som psykiatriske syndromer, utvikling, somatikk, intelligens og funksjonsnivå ulikt. Det multiaksiale systemet bidrar på denne måten til å gjøre diagnostikken mer sammenlignbar og reliabel. Videre bidrar et felles diagnosesystem til å sikre pasientene lik behandling samt til å fremme faglig og metodisk utvikling innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er også et sentralt mål at den diagnostiske tenkningen innen feltet skal gjenspeile en målrettethet og en struktur som kan komme pasienten og familien til gode. Dagens diagnosesystemer, som det multiaksiale klassifikasjonssystemet stiller eksplisitte kriterier for å diagnostisere, og kan på denne måten bidra til økt forståelse blant andre enn fagpersoner, og videre bidra til en avmystifisering av psykiske lidelser.

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet i psykisk helsevern for barn og unge er et system som skal beskrive forskjellige sider ved en pasients tilstand og dermed gi et mer dekkende bilde av hva lidelsen innebærer for ham eller henne. Diagnosesystemet vil også gi muligheter for bruk av multiple diagnoser, og dermed kunne beskrive pasientens tilstand på en mer nyansert måte. Det multiaksiale klassifikasjonssystemet består av seks diagnoseakser, fem av aksene vurderer pasientens symptom mønster (akse en til fem), og akse seks omhandler pasientens globale funksjonsnivå. Disse seks aksene skal være gjensidig supplerende, alle aksene skal kodes og ingen av aksene skal ha forrang foran de andre (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007).

Samdata-rapportenes presentasjon av diagnosefordeling for barn og unge i psykisk helsevern de senere år har vist at en relativt stor andel av pasientene på nasjonalt nivå ikke

er registrert med diagnose/tilstander. Det er trolig ulike årsaker til mangel på diagnosesetting i psykisk helsevern for barn og unge. Diagnoser kan fremdeles oppfattes som stigmatiserende, eksempelvis ved at diagnosen kan medføre at personens atferd blir tolket på en forutinntatt måte og dermed at man i større grad kategoriserer atferden som en del av den spesifikke lidelsen enn det er dekning for. I tillegg er diagnosesetting krevende, da dette er et arbeid som forutsetter at behandleren har god kjennskap til barnet over tid og et tett samarbeid med familie og barnehage/skole. Dette kan bidra til at en eventuell diagnose settes langt ut i behandlingsforløpet, og dermed blir registrert sent i det pasientadministrative systemet.

## 2.2 Mål og problemstillinger

Formålet med prosjektet "Tilstander/diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge" har vært å undersøke diagnosesettingen i psykisk helsevern for barn og unge nærmere. Dette innebærer mer inngående analyser av tilstander/diagnoser enn det som tidligere er rapportert i de årlige Samdata-rapportene fra SINTEF Helse.

Prosjektet har studert utvikling i diagnosefordeling de tre siste år, samt undersøkt relasjonen mellom 1) diagnose og henvisningsgrunn og 2) diagnose og behandling i 2007. Analysene er foretatt på nasjonalt og regionalt nivå.

Følgende spørsmål er søkt besvart i prosjektet:

- Har det vært en økning i andel diagnostiserte pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fra 2005-2007 (akse 1-6)?
- For eventuelt hvilke tilstander/diagnosegrupper har det vært en økning/reduksjon i andel diagnostiserte?
- Øker andelen diagnostiserte pasienter jo lengre ut i behandlingsforløpet man kommer (akse 1)?
- Hvordan er sammenhengen mellom diagnose og henvisningsårsak i 2007 (akse 1)?
- Varierer diagnose og henvisningsårsak med pasientens kjønn og alder?
- Hvordan samvarierer de øvrige diagnoseaksene (akse 2-6) med henvisningsgrunn i 2007?
- Varierer relasjonen mellom viktigste henvisningsgrunn og diagnosekode (akse 1) mellom de ulike regionene?
- Er det variasjon i diagnosefordelingen mellom polikliniske pasienter og pasienter som mottar døgn- og/eller dagbehandling (akse 1)?
- Hvordan varierer behandlingsomfanget for ulike diagnosekategorier ((akse 1)?
- Er det forskjeller i behandlingens lengde for ulike diagnosekategorier (akse 1)?
- Er det regionale forskjeller med hensyn til diagnose og omsorgsnivå, diagnose og omfang av behandling samt diagnose og behandlingens lengde?

## 3 Data og metode

### DATAMATERIALET

Analysene i rapporten er basert på pasientdata for barn og unge, innsamlet av Norsk Pasientregister (NPR), Helsedirektoratet. Gjennom det ordinære Samdata-prosjektet er data kvalitetskontrollert og tilrettelagt for analyse av behandlede pasienter, det såkalte Samdata-utvalget<sup>1</sup>. Data inkluderer data fra alle landets offentlige institusjoner innen i det psykiske helsevernet, og materialet er i all hovedsak basert på det pasientadministrative systemet BUP-data. Visma Unique er systemleverandør for BUP-data.

I pasientdata registreres opplysninger på episodenivå som representerer en generalisering av avdelingsopphold, en serie av polikliniske konsultasjoner eller en serie dagbehandlinger. En pasient kan være registrert med flere episoder i løpet av et behandlingsopphold. En henvisningsperiode er et avgrenset tidsrom for kontakt/innleggelse ved spesialisthelsetjenesten for utredninger og eventuell behandling/pleie og/eller kontroll av en sykdomstilstand. En pasient kan ha flere henvisningsperioder i løpet av et registreringsår.

I dette prosjektet ligger fokus primært på pasientnivå og henvisningsperiodenivå. I hvert kapittel blir det innledningsvis gjort greie for hvilket analysenivå som benyttes.

Pasientdata fra 2005, 2006 og 2007 er brukt for å analysere problemstillingene i prosjektet.

### RELEVANTE VARIABLER

I pasientdata for barn og unge finnes det informasjon om pasientens kjønn og alder, disse er i hovedsak godt utfylte variabler, med liten grad av manglende responser. Samdatautvalget inneholder også informasjon om henvisningsgrunn og pasientens diagnose fordelt på seks diagnoseakser, som representerer det multiaksiale klassifikasjonssystemet innen psykisk helsevern for barn og unge. Det finnes flere variabler som undersøker henvisningsgrunn i pasientdata. Primært kan viktigste årsak til henvisning til videre utredning eller behandling denne deles inn i to hovedkategorier, hvorav den ene retter fokus mot barnet, og inkluderer aspekter som for eksempel skolefravær, angst/fobier og atferdsvansker. Den andre primære henvisningsgrunnen retter fokus mot barnets miljø og inkluderer for eksempel kategorier som belastninger i nærmiljøet og belastninger i familien. På variabelen som måler "henvisningsgrunn barnets miljø" mangler opplysninger for svært mange pasienter, noe som medfører problemer med å benytte denne i videre analyser. Andelen ikke angitte responser er derimot betydelig lavere på henvisningsårsaken som retter fokus mot barnet. Med bakgrunn i dette har vi valgt å benytte "viktigste henvisningsgrunn barnet" for å undersøke sammenhengen mellom henvisningsårsak og diagnosefordeling i dette prosjektet.

---

<sup>1</sup> I Samdata-utvalget har man tatt ut episoder som kun har indirekte tiltak i inntaks- og ventetidsfasen og hvor pasienten ikke er tatt til behandling etter ventetidens slutt. Dette kan enten være at 1) pasienten ikke ønsker behandling 2) pasienten er henvist til annet sykehus/institusjon 3) pasienten har valgt et annet sykehus/institusjon (Fritt sykehusvalg) 4) pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av RTV 5) annen årsak til ventetid slutt/behandling uaktuelt. Dette utgjør 482 av totalt 57126 episoder i 2007. Dette er gjort for å gjøre data sammenliknbare med tidligere års datasett i Samdata-prosjektet.

I pasientdata finnes det diagnoseinformasjon på seks akser. Disse er:

1. Klinisk psykiatrisk syndrom
2. Spesifikke utviklingsforstyrrelser
3. Intelligensnivå (psykisk utviklingshemming)
4. Somatiske tilstander
5. Avvikende psykososiale forhold
6. Global vurdering av funksjonsnivå

Med diagnose menes i dette prosjektet primært responser på diagnoseakse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. De øvrige diagnoseaksene vil i hovedsak omhandles i prosjektets kapittel 4 angående andel diagnostiserte og utvikling for de ulike aksene.

Dataene inneholder også informasjon knyttet til datofelt som beskriver behandlingsforløp og omfanget av tiltak som er gjennomført både i de aktuelle registreringsårene, men også samlet sett i hele behandlingsperioden. Tiltakene kan være av direkte eller indirekte karakter, direkte tiltak er enten utredning/observasjon eller behandling (terapi/samtale) der pasient og/eller foreldre deltar. Indirekte tiltak er i hovedsak ulike former for samarbeid med andre instanser som har en rolle overfor den enkelte pasient.

#### METODE

I den deskriptive delen (kapittel 4) vil det bli presentert frekvensfordelinger for de ulike diagnoseaksene på nasjonalt og regionalt nivå. Det presenteres også en korrelasjonsmatrise for å belyse samvariasjon mellom diagnoseaksene i vedlegget (tabell 1).

I kapittel 5 undersøkes sammenhengen mellom årsak til henvisning til det psykiske helsevernet og diagnosen som settes av spesialisthelsetjenesten. Vi har valgt å analysere de største diagnosekategoriene på akse 1, som til sammen utgjør 90 prosent av pasientene. For hver utvalgt diagnosekategori vil vi se på fordelingen av henvisningsårsaker totalt, og for kjønn og alder. Analysene foretas på nasjonalt og regionalt nivå. Korrelasjonsmålet Phi og Cramers V benyttes for å analysere samvariasjon mellom henvisningsgrunn og de ulike diagnoseaksene.

I analyse av behandlingsomfang og behandlingstid (kapittel 6), presenteres omfanget av tiltak og behandlingstid for polikliniske pasienter/henvisningsperioder innenfor ulike diagnosekategorier (akse 1). Analysene er foretatt på nasjonalt og regionalt nivå og fordelt på kjønn og alder, og omfatter kun pasienter som har avsluttet behandlingen i det psykiske helsevernet i 2007.

I hvert kapittel redegjøres det for utvalg og metode som benyttes i de aktuelle analysene.

#### BEGRENSNINGER I DATAMATERIALET

Det er ulik registreringspraksis innen sektoren i forhold til flere områder, det rapporteres for eksempel om ulik praksis når det gjelder registrering av tiltak. En annen begrensning ved datamaterialet er at det knyttes usikkerhet til data for rapportering av døgnvirksomhet ved de enkelte institusjonene. Det er i tillegg ulik praksis mellom institusjoner som behandler pasienter på flere omsorgsnivåer i forhold til om det opprettes nye episoder innenfor samme henvisningsperiode eller nye henvisningsperioder ved skifte av omsorgsnivå. Enkelte institusjoner registrerer videre i liten grad kontakter for dagbehandling. Det er også ulik praksis i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter i forbindelse med helg, samt at det er knyttet usikkerhet til omfanget av ulik registreringspraksis for pasienter som behandles i familieavdelinger.

#### KJENNETEGN VED PASIENTENE

Tabell 3.1 og 3.2 viser antall pasienter samt kjønn og aldersfordeling for de nasjonale pasientdatasettene for 2005-2007.



Tabell 3.1 Antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2005, 2006 og 2007. Fordelt på kjønn.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Gutt	24 677	56,8	26 707	56,5	27 898	56,4
Jente	18 736	43,1	20 541	43,4	21 520	43,5
Ikke spesifisert	13	0,0	32	0,1	61	0,1
Pasienter totalt	43 426	100	47 280	100	49 479	100

Tabell 3.2 Antall behandlede pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2005, 2006 og 2007. Fordelt på alder.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0 – 5 år	2 594	6,0	2 827	6,0	3 085	6,2
6 – 12 år	17 632	40,6	18 908	40,0	19 744	39,9
13 - 17 år	19 986	46,0	21 827	46,2	22 548	45,6
18 år og eldre	3 214	7,4	3 718	7,9	4 102	8,3
Pasienter totalt	43 426	100	47 280	100	49 479	100



## 4 Utvikling i diagnoser/tilstander fra 2005 til 2007

Vi skal i denne delen av rapporten undersøke i hvilken grad pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge blir diagnostisert, og hvordan andelen med og uten diagnose har utviklet seg over tid. Det vil bli gitt en beskrivelse av utvikling i fordelingen for de ulike diagnoseaksene fra 2005-2007, og regionale variasjoner i samme periode. Det blir også satt fokus på om andelen pasienter som er diagnostisert øker jo lengre ut i behandlingsforløpet man kommer.

Først presenteres andel diagnostiserte blant barn og unge behandlet i de enkelte statistikkår og utvikling i tilstander og diagnoser (kapittel 4.1). Deretter undersøkes relasjonen henvisningsår og diagnosesetting i kapittel 4.2. Avslutningsvis oppsummeres resultatene fra kapitlet i delkapittel 4.3

### KORT OM DATA OG METODE

Pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet for 2005, 2006 og 2007 er benyttet som datagrunnlag for å beskrive omfang av diagnostisering og utvikling i tilstander. Datasettene omfatter samtlige pasienter som har mottatt behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i de utvalgte statistikkårene.

Som omtalt i kapittel 3 har pasientdata for barn og unge informasjon om pasientene på episodenivå. I denne delen av analysen har vi valgt å benytte pasient som analysenivå. Alle episoder og henvisningsperioder med aktivitet er aggregert i henhold til anonymiserte pasientnummer, slik at informasjon om pasienten er samlet på pasientnivå. Hvis en pasient har flere henvisningsperioder i løpet av et år, og dette gjelder ulike typer lidelser, vil pasienten kunne ha flere diagnoser. I slike tilfeller vil diagnose fra første henvisningsperiode benyttes i analyse på pasientnivå. Det er imidlertid sjelden at pasienter har flere henvisningsperioder (gjelder knapt 10 prosent av pasientene i 2007). Videre er det mulig å endre diagnose i løpet av en henvisningsperiode, og i disse tilfellene vil også første diagnose benyttes i våre analyser. Ved å sammenlikne fordeling av første og siste diagnose ved aggregering, finner vi en noe større andel ubesvarte på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom på siste diagnose. Forøvrig er forskjellene marginale, noe som indikerer at endring av diagnose i løpet av en henvisningsperiode ikke foregår i stort omfang.

I pasientdata finnes diagnose-informasjon basert på det multiaksiale klassifikasjonssystemet bestående av seks diagnoseakser, fem av aksene vurderer pasientenes symptom mønster (akse en til fem), og diagnoseakse seks omhandler pasientens globale funksjonsnivå.

Det vil bli presentert frekvensfordelinger for de ulike diagnoseaksene på nasjonalt og regionalt nivå. Andel diagnostiserte er uttrykt som forholdet mellom alle pasienter med kode på diagnoseakse 1 og samtlige pasienter behandlet i det psykiske helsevernet det enkelte år. I analyse av diagnosesetting og behandlingsforløp presenteres også kjønns- og aldersfordelinger for akse 1.

I analysene av andel diagnostiserte pasienter og behandlingsforløp, skilles det mellom pasienter som er nyhenvist (i 2005 eller 2007) og pasienter som har vært i det psykiske helsevernet i ett eller flere år. Fordelingen mellom nyhenviste og overførte pasienter er for

de to årene tilnærmet identisk; i 2005 er 42 prosent av pasientene nyhenvist og 58 prosent henvist tidligere år, mens i 2007 er 41 prosent nyhenvist og 59 prosent overført.

For å belyse samvariasjon mellom de ulike diagnoseaksene presenteres en korrelasjonsmatrise med korrelasjonskoeffisienten Pearsons  $r$  i vedleggstabell 1. Tabellen viser at det er en bivariat signifikant samvariasjon i koding for flere av aksene i det multiaksiale klassifikasjonssystemet i 2007 (se kommentarer under tabell 1 i vedlegg).

Veileder "Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007) som var gyldig fra 1.1.2008 skisserer regler for koding på aksene. Til tross for at datamaterialet i denne rapporten er fra 2005-2007, er det nyttig å se resultatene i forhold til regler for koding i den aktuelle veilederen.

#### 4.1 Utvikling i andel diagnostiserte pasienter og fordeling på akse 1-6 fra 2005 til 2007

I dette avsnittet skal vi beskrive utvikling for de seks diagnoseaksene for perioden 2005 til 2007.

Følgende problemstillinger belyses for hver diagnoseakse:

- Hvordan har prosentandel pasienter med og uten diagnose utviklet seg fra 2005-2007?
- Utvikling i tilstander og diagnosekategorier på aksene i samme periode.

#### 4.1.1 Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

##### NASJONAL UTVIKLING I AKSE 1, KLINISK PSYKIATRISK SYNDROM, 2005-2007

I tabell 4.1 presenteres utvikling i ulike diagnosekategorier på akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (tilstand nr 1) fra 2005 til 2007. Vi har delvis benyttet inndelingen som skisseres i den omtalte veilederen for koding av multiaksial klassifikasjon (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007) og som definerer de gyldige kodene på akse 1, men med en noe mer detaljert oppdeling.

Tabell 4.1 Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. Barn og unge i psykisk helsevern for barn og unge. 2005-2007. Antall pasienter og prosent.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organiske, symptomatiske lidelser (F00-F09)	33	0,1	33	0,1	22	0,0
Psykisk lidelser og atferdsforstyrrelser/psykoaktiva (F10-F19)	63	0,1	88	0,2	84	0,2
Schizofreni/paranoide lidelser (F20-F29)	176	0,4	180	0,4	175	0,4
Affektive lidelser (F30-F39)	2 197	5,1	2 390	5,1	2 505	5,1
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (F40-48)	4 211	9,7	4 378	9,3	4 619	9,3
Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)	629	1,4	661	1,4	663	1,3
Personlighet og atferdsforstyrrelse (F60-F69)	76	0,2	80	0,2	83	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse (F90)	7 671	17,7	8 504	18,0	8 521	17,2
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen (F91-F98)	4 977	11,5	5 279	11,2	5 506	11,1
Psykiske utviklingshemming (F70-F79)	272	0,6	285	0,6	268	0,5
Utviklingsforstyrrelser (F80-F89)	1 551	3,6	1 759	3,7	1 821	3,7
Uspesifisert psykiske lidelse (F99)	56	0,1	64	0,1	60	0,1
Z-koder	4 533	10,4	6 457	13,7	7 525	15,2
Annet	4	0,0	9	0,0	35	0,1
Ingen påvist diagnose (000)	1 418	3,3	1 569	3,3	1 733	3,5
Sum diagnostiserte	27 867	64,2	31 736	67,3	33 620	67,9
Ukjent, ikke registrert diagnose (999)	15 559	35,8	15 500	32,8	15 859	32,1
Total	43 426	100	47 236	100	49 479	100

Når man ser samlet på alle pasienter som er behandlet hvert år i det psykiske helsevernet for barn og unge, er prosentandelen diagnostiserte pasienter økt fra omlag 64 prosent i 2005 til nær 68 prosent i 2007. Tilvarende har andelen uten registrert diagnose gått ned i perioden, fra 35,8 prosent i 2005 til 32,8 prosent i 2007.

Et økende fokus på at mange av pasientene i det psykiske helsevernet ikke er diagnostisert i form av registrering på aksene i det pasientadministrative datasystemet, har trolig ført til en økende forventning og endrede rutiner mht diagnosesetting blant behandlere i poliklinikker og døgn-/daginstitusjoner. Innføring av kvalitetsindikatoren angående andel pasienter som er diagnostisk vurdert i Nasjonalt indikatorsett for psykiske helsevern, har sannsynligvis vært en viktig årsak til det som ser ut til å være en endring i registrering av diagnoser på akse 1.

Hvordan har så denne reduksjonen i andelen uten diagnose påvirket fordelingen på Akse 1. For hvilke diagnosekategorier ser vi en økning og har det eventuelt skjedd forskyvninger mellom kategoriene i perioden?

Når man ser bort fra pasienter som mangler diagnose, viser tabellen at kategorien hyperkinetiske forstyrrelser utgjør den største enkeltdiagnosen på akse 1 for samtlige år. Prosentandelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har holdt seg tilnærmet konstant i perioden 2005-2007 og utgjør i 2007 17,2 prosent. Den samme tendensen gjelder for samtlige diagnosekategorier med unntak for pasienter med Z-diagnose.

Det mest interessante utviklingstrekket er nettopp at andel pasienter med Z-diagnoser har økt klart i perioden, fra nær 10 prosent i 2005 til over 15 prosent i 2007. Kapittel XXI i ICD-10 kodeverket omfatter kodene Z00-Z99 "Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten". I data for 2007 utgjør kategorien Z00-Z13 "Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning" 88 prosent av pasienter med Z-diagnoser. Blant disse utgjør Z00.4 "Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted" og Z03.2 "Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser" kategoriene med flest pasienter.

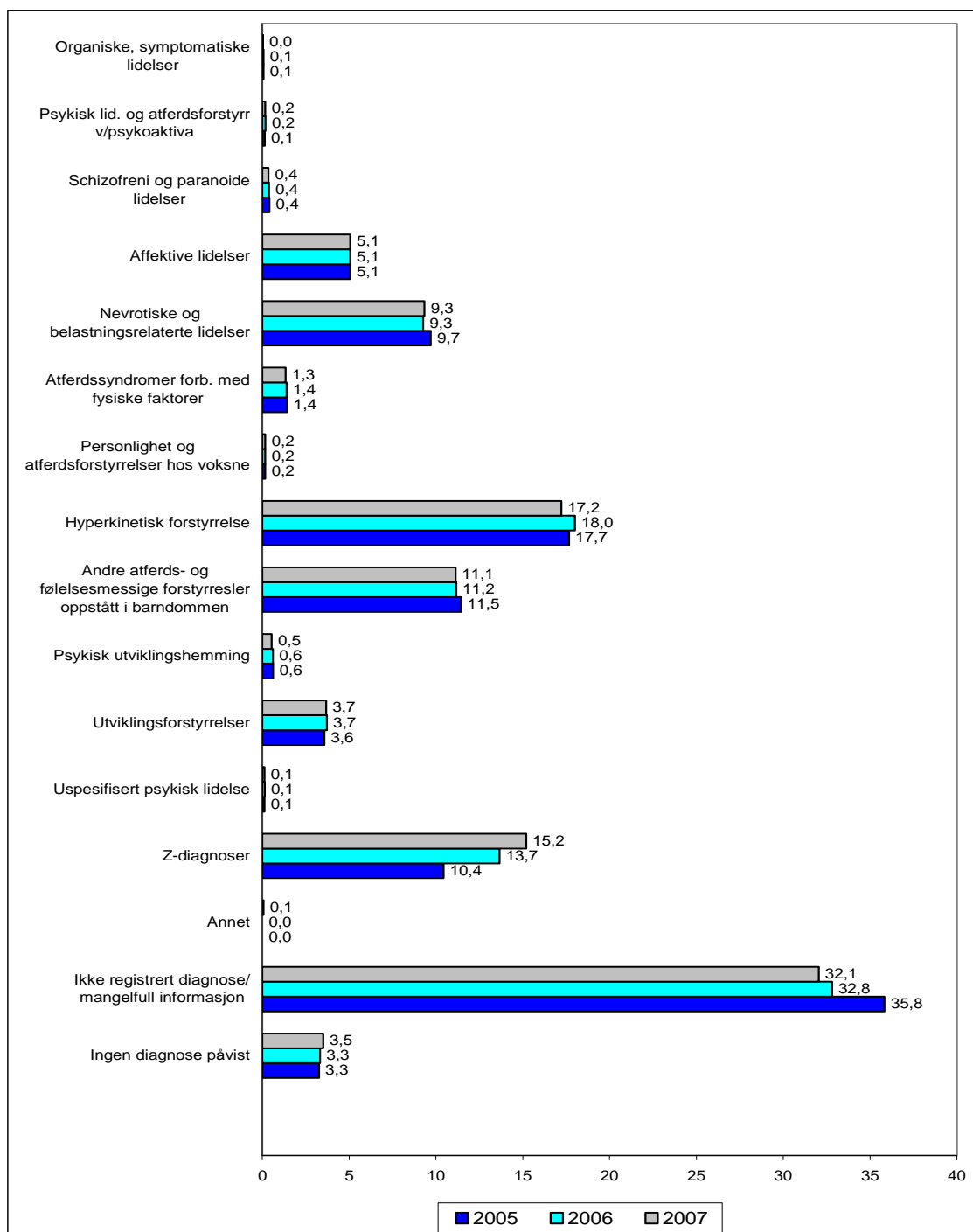
En fortolkning av resultatene i tabell 4.1 kan være at økt press og fokus på å øke andelen diagnostiserte pasienter, har ført til en økning i bruk av Z-diagnoser i de tilfeller det er knyttet usikkerhet til eksakt diagnose, eller der behandler trenger en viss tid til å fastsette en diagnose. Det ser ut til å være en tendens til forskyvning fra mangel på diagnoseregistrering til bruk av Z-diagnoser i perioden.

I hvilken grad pasienter blir stående med Z-diagnosene eller om diagnosen endres, kan vi ikke si med sikkerhet så lenge det ikke er mulig å følge pasienten gjennom behandlingsforløpet. Ut fra det vi kan se lese av datasettene, skjer det i imidlertid kun liten endring i omfang av Z-diagnoser innenfor ett registreringsår<sup>2</sup>. I siste del av kapitlet (kapittel 4.2) hvor vi skiller mellom nyhenviste og overførte pasienter fra tidligere år, skal vi spesielt se på hvordan Z-diagnosene fordeler seg, nettopp med tanke på om dette er midlertidige, tentative diagnoser.

I figur 4.1 vises fordelingen på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom for 2005-2007 grafisk.

---

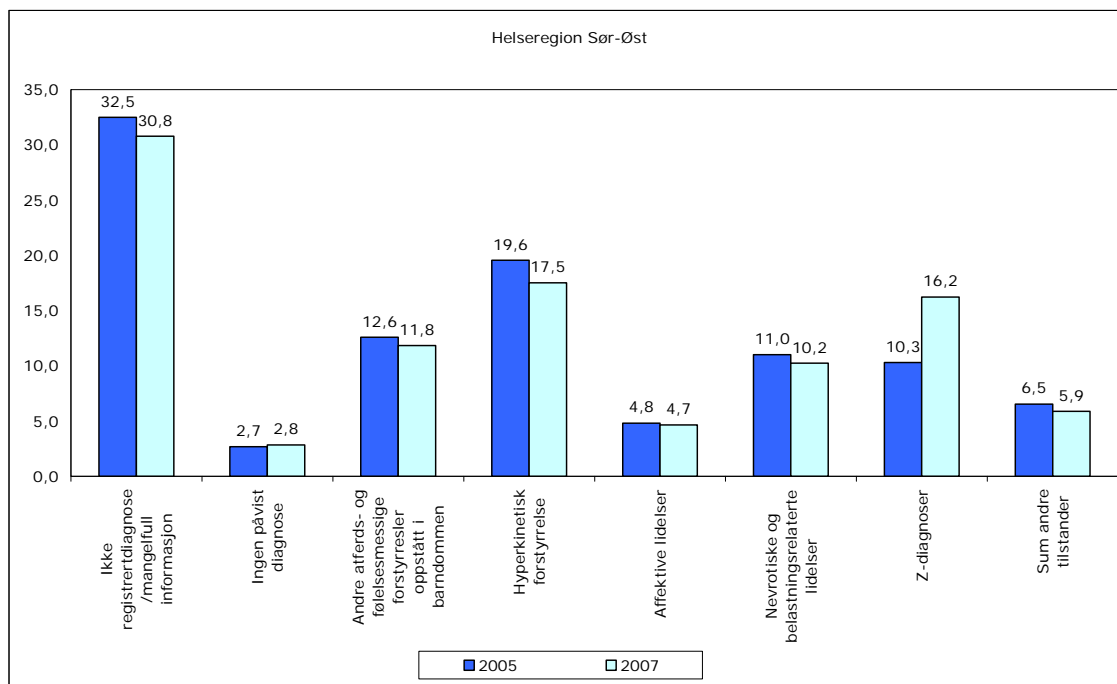
<sup>2</sup> Ved analyse av første og siste diagnose ved aggregering til pasientnivå, er det liten endring i andel med Z-diagnoser i løpet av 2007, en reduksjon fra å omfatte 15,2 prosent til 14,7 prosent av pasientene.



Figur 4.1 Fordeling på diagnoseakse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2005, 2006 og 2007. Prosentandel pasienter.

## REGIONAL UTVIKLING I AKSE 1 KLINISK PSYKIATRISK SYNDROM, 2005 -2007

I figurene 4.2 til 4.5 presenteres prosentvis fordeling for de fire største diagnosegruppene, Z-diagnoser, pasienter uten diagnose samt en samlekategori av de øvrige kategoriene på akse 1 for årene 2005-2007 for de ulike helseregionene. For å gjøre presentasjonen mer tilgjengelig, blir Helse Sør og Helse Øst behandlet sammen under helseregion Sør-Øst for hele perioden, tross for at sammenslåingen av de to helseregionene ikke var gyldig før 2007.



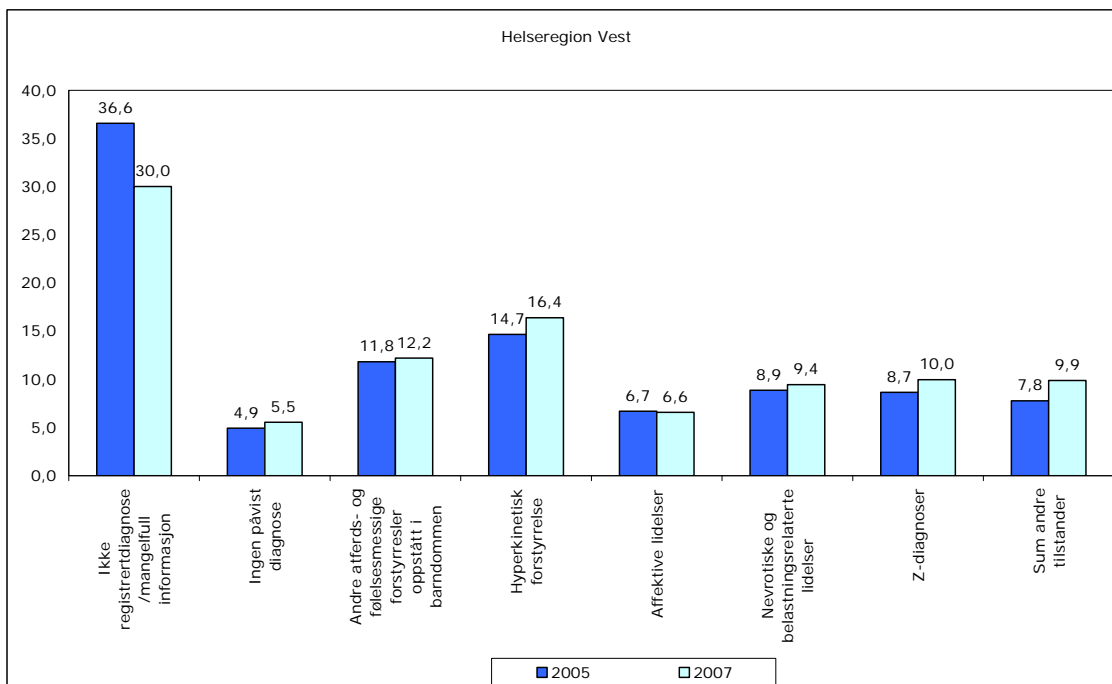
Figur 4.2 Utvikling i fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Sør-Øst. 2005-2007. Prosent<sup>3</sup>.

I helseregion Sør-Øst ser vi at andelen pasienter uten diagnose har gått noe ned i likhet med utviklingen for landet totalt. Til sammen utgjør "Ingen påvist-/ ikke registrert diagnose"-kategoriene en noe lavere andel enn landsgjennomsnittet i hele perioden, og i 2007 er 33,7 prosent av pasientene uten diagnose i regionen (ikke registrert /ingen påvist diagnose). Andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som utgjør den største diagnosekategorien, er redusert fra 19,6 til 17,5 prosent i perioden. For de øvrige diagnosegruppene er det også en svak nedgang i andelen pasienter. Det mest markante utviklingstrekket er imidlertid at pasienter med Z-diagnoser har økt betydelig i perioden, fra om lag 10 prosent til over 16 prosent.

Figur 4.3 viser tilsvarende utvikling for pasienter behandlet i helseregion Vest.

<sup>3</sup> Tall som ligger til grunn for figuren finnes i tabell 2 og 4 i vedlegg.





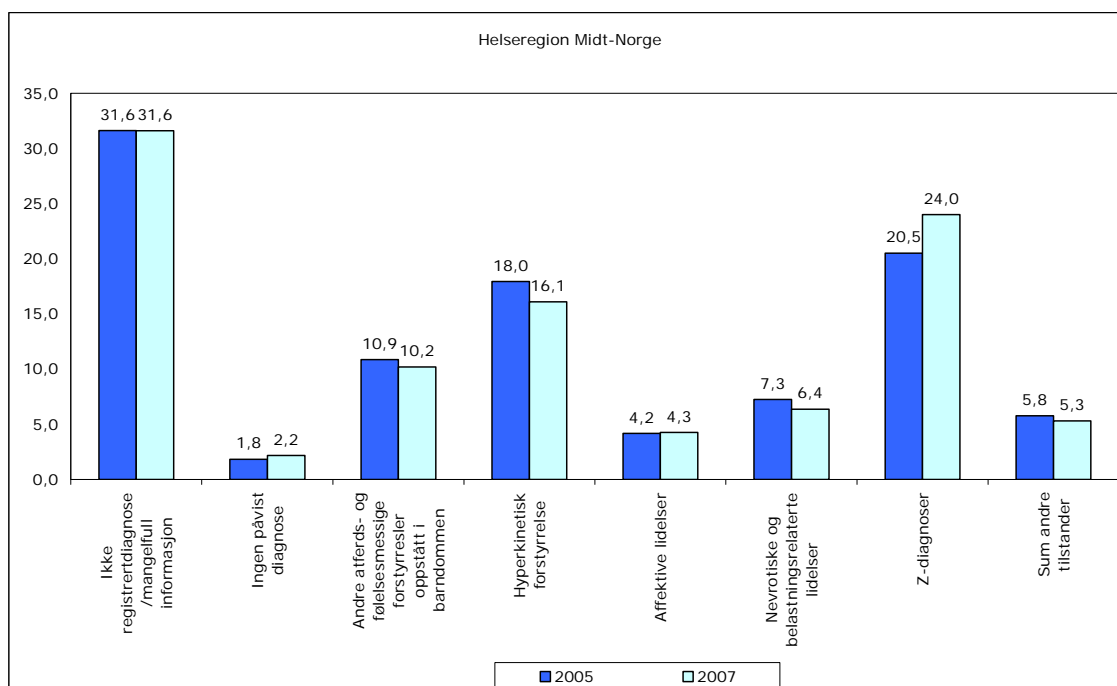
Figur 4.3 Utvikling i fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Vest. 2005-2007. Prosent<sup>4</sup>.

I helseregion Vest utgjorde andelen pasienter uten diagnose (ikke registrert /ingen påvist diagnose) over 40 prosent i 2005. Denne andelen er redusert til 35,5 prosent i 2007, og er dermed på nivå med landsgjennomsnittet (35,6 prosent). Andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser har økt i perioden, og begge diagnosekategoriene har omtrent samme omfang som landet sett under ett i 2007. Regionen har en noe høyere andel pasienter med affektive lidelser enn landsgjennomsnittet, og dette nivået har holdt seg stabilt i perioden på nær syv prosent.

Andelen pasienter med Z-diagnoser har også økt i perioden for pasienter i helseregion Vest. Nivået var imidlertid lavere i utgangspunktet enn for landet totalt og veksten svakere, noe som gjør at regionen i 2007 fortsatt har en relativt lav andel pasienter med Z-diagnoser.

I figur 4.4 presenteres tall for helseregion Midt-Norge for 2007.

<sup>4</sup> Tall som ligger til grunn for figuren finnes i tabell 2 og 4 i vedlegg.



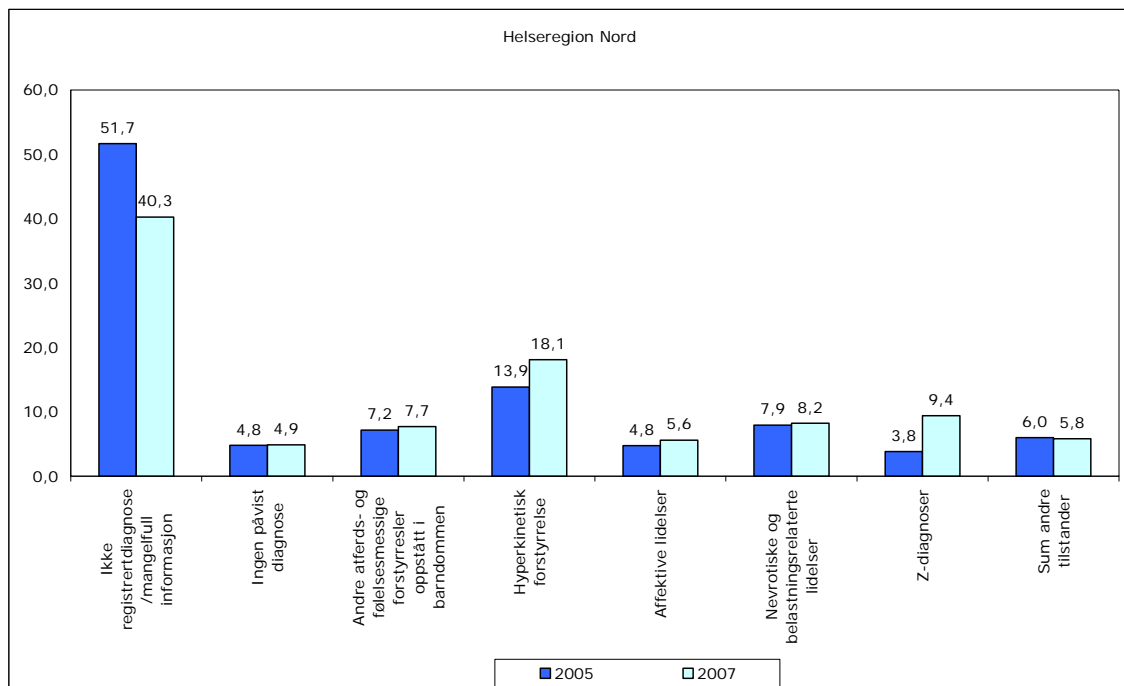
Figur 4.4 Utvikling i fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Midt-Norge. 2005-2007. Prosent<sup>5</sup>.

I helse Midt-Norge har andelen pasienter uten diagnose holdt seg stabil i perioden, og ligger noe under landsgjennomsnittet i 2007 med 33,8 prosent (ikke registrert /ingen påvist diagnose). Omfanget av pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser har gått noe ned i perioden og ligger i 2007 noe lavere enn landet sett under ett. Andelen pasienter med affektive lidelser har holdt seg stabil fra 2005 til 2007, men utgjør en noe mindre andel enn landsgjennomsnittet.

I helseregion Midt-Norge utgjør pasienter med Z-diagnoser et klart større omfang enn i de øvrige regionene i hele perioden fra 2005 til 2007. I tillegg har andelen pasienter i denne kategorien økt fra 20,5 prosent i 2005 til 24 prosent i 2007.

I figur 4.5 er helseregion Nord presentert.

<sup>5</sup> Tall som ligger til grunn for figuren finnes i tabell 2 og 4 i vedlegg.



Figur 4.5 Utvikling i fordeling på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom i Helseregion Nord. 2005-2007. Prosent<sup>6</sup>.

Helseregion Nord skiller seg fra de andre regionene med en svært høy andel pasienter uten diagnose, dette til tross for en kraftig nedgang i denne kategorien i perioden. I 2005 var hele 56,4 prosent av pasientene behandlet i helseregion Nord uten diagnose (ukjent/ikke registrert/ingen diagnose) ved årets slutt, mens tilsvarende andel i 2007 var om lag 45 prosent. Tilsvarende vekst har primært kommet i kategoriene hyperkinetiske forstyrrelser og Z-diagnoser, med en økning på henholdsvis 4 og 5,6 prosentpoeng i perioden. Til tross for dette utgjør andelen pasienter med Z-diagnoser i Helse Nord den lavest blant regionene i 2007. I tillegg ser vi en liten vekst i de øvrige diagnosekategoriene fra 2005 til 2007.

Analysene av de ulike helseregionene gir en indikasjon på at det er ulik praksis i bruk av akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Spesielt gjelder dette bruk av Z-diagnoser, samt manglende diagnosesetting. Helse Nord skiller seg ut med en relativt høy andel pasienter uten diagnose, mens Helse Midt-Norge benytter Z-diagnosene i høyere grad enn de øvrige helseregionene. Allikevel ser vi en tilnærming mellom regionene i perioden 2005 til 2007, hvor tendensen er redusert andel uten diagnose, og økende bruk av Z-diagnoser.

For de øvrige diagnosekategoriene ser vi en variasjon mellom regionene i størrelsesorden 2-5 prosentpoeng i 2007. Andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser varierer mellom 16,1 prosent i helseregion Midt-Norge og 18,1 prosent i helse Nord. For andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser er andelen lavest i helse Nord med 7,7 prosent og høyest i Helse Vest med 12,2 prosent. Andelen pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser varierer også mellom regionene; helseregion Sør-Øst har høyest andel (10,2 prosent) og Helse Midt-Norge lavest andel med denne diagnosen (6,4 prosent). Når det gjelder affektive lidelser har region Vest en noe høyere andel enn de øvrige regionene med nær 7 prosent. Helseregion Midt-Norge ligger også laveste for denne diagnosekategorien med en prosentandel på 4,3 prosent.

<sup>6</sup> Tall som ligger til grunn for figuren finnes i tabell 2 og 4 i vedlegg.

#### 4.1.2 Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

I tabell 4.2 presenteres akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser (tilstand nr 1) for 2005 til 2007.

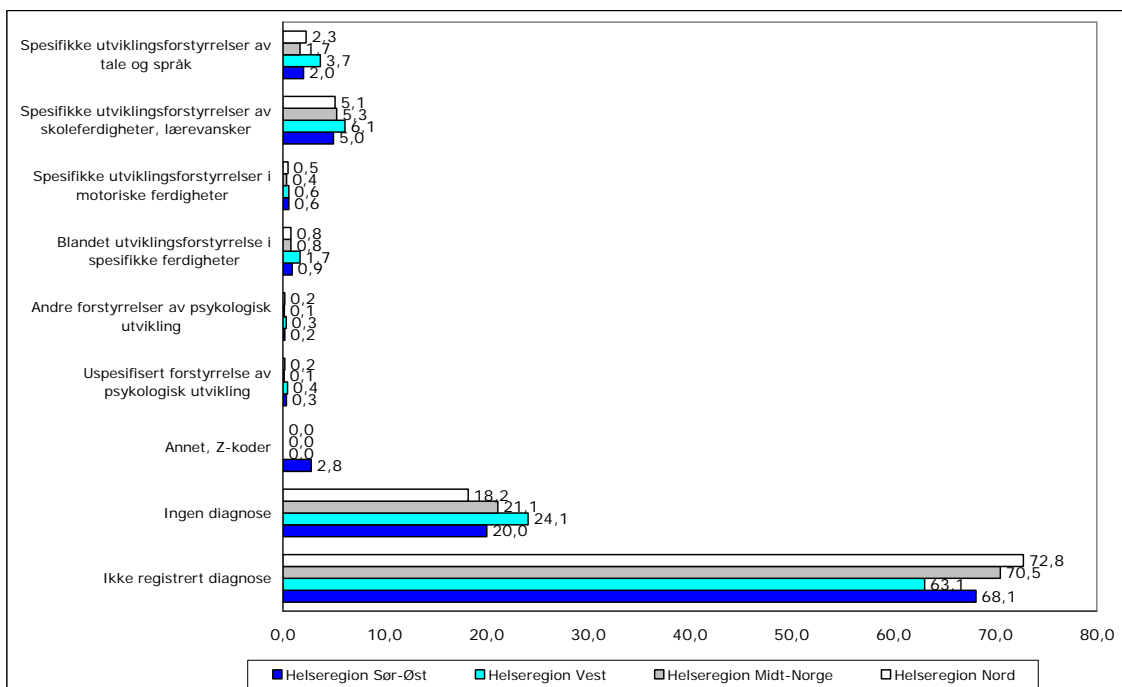
Tabell 4.2 Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	992	2,3	1 135	2,4	1 142	2,3
Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker	2 438	5,6	2 663	5,6	2 586	5,2
Spesifikke utviklingsforstyrrelser i motoriske ferdigheter	269	0,6	241	0,5	268	0,5
Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	563	1,3	539	1,1	499	1,0
Andre forstyrrelser i psykologisk utvikling	108	0,2	107	0,2	99	0,2
Uspesifisert forstyrrelse av psykologisk utvikling	193	0,4	188	0,4	155	0,3
Andre F koder	16	0,0	13	0,0	9	0,0
Annet, Z koder	782	1,8	310	0,7	777	1,6
Ingen diagnose/ ingen påvist tilstand akse 2	8 218	18,9	9 476	20,0	10 204	20,6
Sum diagnostiserte	13 579	31,3	14 672	31,0	15 739	31,8
Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon for å kode på akse 2	29 847	68,7	32 608	69,0	33 740	68,2
Totalt	43 426	100	47 280	100	49 479	100

For Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser, ser vi at forstyrrelser knyttet til skoleferdigheter og lærevansker utgjør den største gruppen blant pasientene som er behandlet i det psykiske helsevernet i perioden 2005 til 2007, med om lag 5 prosent årlig. Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk er den andre kategorien av en viss størrelse, og omfatter 2,3 prosent av pasientene i 2007. Det er svært små endringer i fordelingene på akse 2 i perioden 2005 til 2007.

Pasienter med ukjent/ikke registrert diagnose på akse 2 utgjør nær 70 prosent i hele perioden, samtidig er andelen med "ingen diagnose" rundt 20 prosent, så totalt er om lag 10 prosent av pasientene diagnostisert på akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser.

På grunn av marginale endringer i fordeling på aksene 2 i perioden 2005-2007, presenteres kun regionale variasjoner for 2007. I figur 4.6 ser vi hvordan akse 2 er fordelt på de ulike helseregionene i 2007.



Figur 4.6 Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser fordelt på helseregion. Prosent. 2007.

For samtlige helseregioner er andelen diagnostiserte pasienter på Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser lav. Dersom man ser kategoriene "Ingen diagnose" og "Ikke registrert diagnose" under ett, varierer andelen mellom ca 87 og nær 92 prosent for de ulike helseregionene. Utviklingsforstyrrelser knyttet til skoleferdigheter og lærevansker utgjør den største gruppen blant alle fire regioner og varierer mellom 5 og 6,1 prosent, mens spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk utgjør 1,7 prosent av pasientene i helseregion Midt-Norge og 3,7 prosent i region Vest. For de øvrige kategoriene på akse 2, er det små regionale forskjeller i andel pasienter.

### 4.1.3 Akse 3 Intelligensnivå

I tabell 4.3 presenteres akse 3, Intelligensnivå (tilstand nr 1) for 2005 til 2007.

Tabell 4.3 Akse 3, Intelligensnivå. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007<sup>7</sup>. Antall pasienter og prosent.

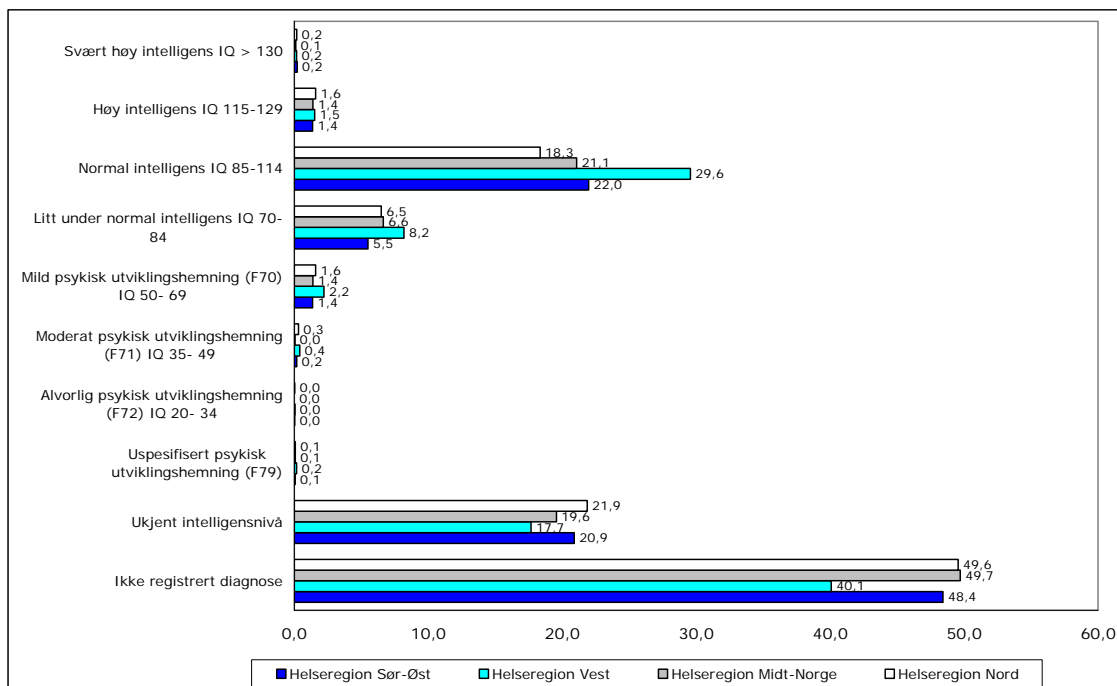
	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Svært høy intelligens IQ > 130	89	0,2	85	0,2	92	0,2
Høy intelligens IQ 115-129	631	1,5	704	1,5	702	1,4
Normal intelligens IQ 85-114	9 322	21,5	10 598	22,4	11 212	22,7
Litt under normal intelligens IQ 70- 84	2 437	5,6	2 938	6,2	3 088	6,2
Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	804	1,9	827	1,7	760	1,5
Moderat psykisk utviklingshemning (F71) IQ 35- 49	115	0,3	128	0,3	107	0,2
Alvorlig psykisk utviklingshemning (F72) IQ 20- 34	13	0,0	16	0,0	13	0,0
Dyp psykisk utviklingshemning (F73) IQ < 20					3	0,0
Uspesifisert psykisk utviklingshemning (F79)	31	0,1	44	0,1	39	0,1
Ukjent intelligensnivå	9 699	22,3	88	0,2	10 334	20,9
Sum diagnostiserte	23 141	53,3	15 428	32,6	26 350	53,3
Ikke registrert diagnose / mangelfull informasjon for å kode på akse 3	20 285	46,7	31 852	67,4	23 129	46,7
Total	43 426	100	47 280	100	49 479	100

Fordelingen på Akse 3 som måler pasientenes intelligensnivå er endret svært lite i perioden 2005-2007. Normal intelligens, som utgjør den klart største gruppen, har økt med ca ett prosentpoeng fra å omfatte 21,5 prosent til 22,7 av pasientene. Samtidig har pasienter med mild psykiske utviklingshemning gått ned med et halvt prosentpoeng, mens kategorien "litt under normal intelligens" har gått tilsvarende opp. Andelen med ukjent intelligensnivå er redusert fra 22,3 til 20,9 prosent, mens andelen uten registrert diagnose utgjør om lag 47 prosent i hele perioden.

I den nye veilederen for koding gjeldende fra 2008, er akse 3 omdefinert til Psykisk utviklingshemning.

I figur 4.7 presenteres fordeling på akse 3 for de ulike helseregionene i 2007.

<sup>7</sup> Fordelingen mellom kategoriene "Ukjent intelligensnivå" og "Ikke registrert diagnose" i 2006-data avviker fra fordelingene i 2005 og 2007. Totalt er imidlertid de to kategoriene i samme størrelsesorden for samtlige år.



Figur 4.7 Akse 3, Intelligensnivå fordelt på helseregion. 2007. Prosent.

Figuren over viser at det er noe variasjon i fordelingen på akse 3, intelligensnivå mellom helseregionene. Helse Vest skiller seg noe ut med lavere andel uten registrert diagnose og høyere andel pasienter i kategorien "Normal intelligens" enn de øvrige regionene. Samme tendens ser vi for kategoriene "litt under normal intelligens" og "mild psykiske utviklingshemning", hvor regionen har en noe høyere andel pasienter enn de andre regionene.

#### 4.1.4 Akse 4 Somatiske tilstander

I tabell 4.4 presenteres fordelingen på Akse 4, Somatiske tilstander for 2005 til 2007. Det er kun relevante somatiske tilstander som skal kodes på akse 4 (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007). Dette betyr at det bare er somatiske tilstander som i løpet av behandlingsperioden ble håndtert, tatt hensyn til, eller fikk konsekvenser for undersøkelser eller behandling i det psykiske helsevernet. Dette inkluderer somatiske tilstander som påvirkes av eller påvirker aktuell psykisk lidelse.

Tabell 4.4 Akse 4, Somatiske tilstander. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Visse infeksjonssykdommer og parasittære sykd	24	0,1	27	0,1	31	0,1
Svulster	104	0,2	104	0,2	119	0,2
Sykd i blod og bloddann.organ og visse tilst.ang immunsyst.	41	0,1	52	0,1	43	0,1
Endokr.sykd,ernæringssykd. og metabol. Forstyr	337	0,8	345	0,7	401	0,8
Psykiske lidelser og atferdsforstyr	141	0,3	148	0,3	161	0,3
Sykd. i nervesyst.	409	0,9	492	1,0	540	1,1
Sykd. i øyet og øyets omgivelser	87	0,2	113	0,2	98	0,2
Sykd. i øre og ørebenskute	84	0,2	89	0,2	95	0,2
Sykd. i sirkulasj.organ	35	0,1	45	0,1	46	0,1
Sykd. i åndedrettssyst	338	0,8	354	0,7	324	0,7
Sykd. fordøyelsessyst	130	0,3	128	0,3	141	0,3
Sykd. hud –underhud	95	0,2	95	0,2	101	0,2
Sykd. muskel-skjel og bindevev	106	0,2	135	0,3	158	0,3
Sykd. urin og kjønnsorg.	33	0,1	40	0,1	29	0,1
Svangersk.-fødsel og barseltid	10	0,0	11	0,0	17	0,0
Visse tilst i perinatalperioden	90	0,2	92	0,2	92	0,2
Medfødte misd. deform og kromosomavvik	398	0,9	388	0,8	420	0,8
Sympt. tegn, unorm kliniske funn ikke klass. annet sted	166	0,4	178	0,4	176	0,4
Skader, forgiftn og visse andre konsek av ytre årsak	74	0,2	88	0,2	88	0,2
Ytre årsak til sykd. skader og dødsfall	100	0,2	98	0,2	93	0,2
Faktorer av betydn. for helsetilst. og kontakt med helsetj.	1 141	2,6	969	2,0	891	1,8
Ingen aktuell tilstand på akse 4	6 184	14,2	7 094	15,0	7 343	14,8
Mangelfull informasjon for å kode på akse 4	9 375	21,6	9 838	20,8	9 760	19,7
Sum diagnostiserte	19 502	44,9	20 923	44,3	21 167	42,8
Ikke registrert diagnose	23 924	55,1	26 357	55,7	28 312	57,2
Totalt	43 426	100	47 280	100	49 479	100

Når det gjelder somatiske tilstander blant barn og unge i det psykiske helsevernet, er det for en betydelig andel av pasientene en uaktuell akse å kode. Nær 15 prosent av pasientene i 2007 er plassert i kategorien "ingen aktuell tilstand", og for om lag 20 prosent av pasientene er det mangelfull informasjon for å kode på akse 4. I tillegg er aksene ikke utfylt for 57 prosent av pasientene i 2007, og en stor andel av disse antas å tilhøre uaktuelt-kategorien. For disse kategoriene har det vært marginale endringer i perioden 2005-2007, andelen med mangelfull informasjon har gått noe ned (to prosentpoeng) og andelen uten diagnose har økt tilsvarende.



For øvrig utgjør kategorien "Faktorer av betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten" den største enkelt-kategorien på akse 4, og denne har gått ned fra 5,9 prosent til 4,2 prosent i perioden.

Ellers er pasienter med sykdommer i nervesystemet den nest største gruppen, og andelen har økt fra 2,1 prosent i 2005 til å utgjøre 2,6 prosent av pasientene i 2007. Pasienter med medfødte misdannelser og kromosomavvik har holdt seg tilnærmet konstant rundt 2 prosent i perioden, mens endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabole forstyrrelser har økt noe i perioden og utgjør nær 2 prosent i 2007. Andelen pasienter med sykdommer i åndedrettssystemet har hatt en svak nedgang, og utgjør 1,5 prosent av pasientene i 2007. De øvrige diagnosekodene på akse 4, omfatter en liten andel av pasientene, alle under en prosent og blant disse er det svært små endringer i perioden.

Regionale variasjoner for akse 4 er ikke presentert, da antallet pasienter for de ulike diagnosekategoriene er svært lavt når man fordeler aksene på regioner. Andel ubesvarte i 2007 varierer mellom 48 prosent for helseregion Vest og 63 prosent for helseregion Nord.

#### 4.1.5 Akse 5 Avvikende psykososiale forhold

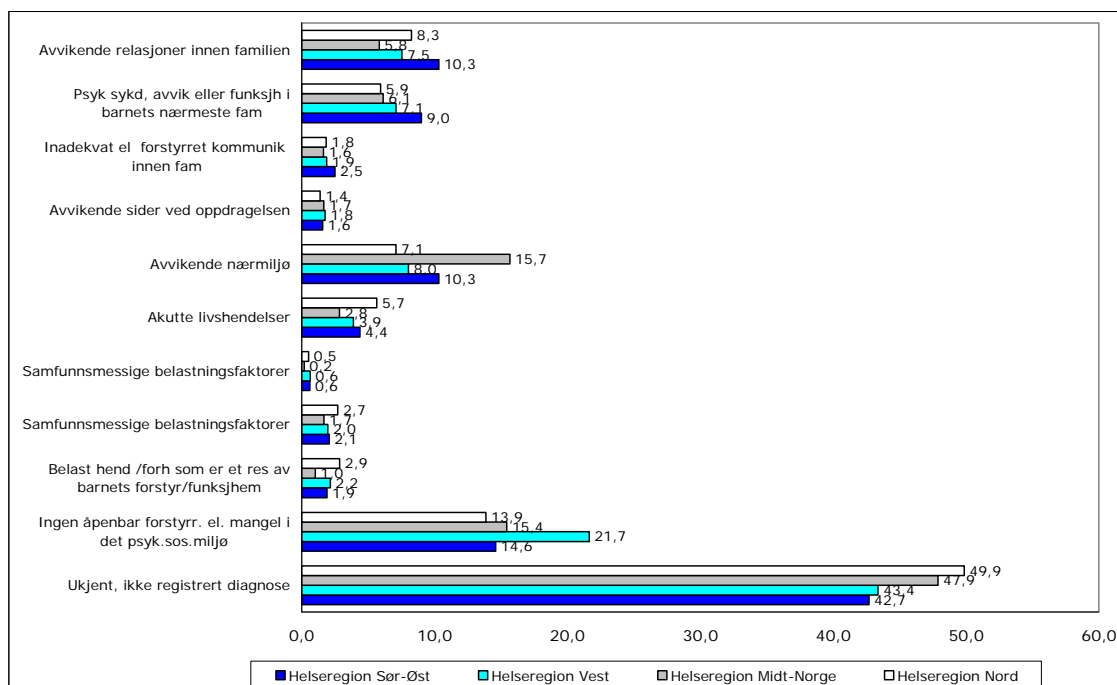
Akse 5 er i følge veilederen for multiaksial klassifikasjon (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007) et hjelpemiddel for koding av betydelige avvikende sider ved et barns psykososiale situasjon i forhold til barnets utviklingsnivå, tidligere erfaringer og rådende sosiokulturelle forhold.

Tabell 4.5 Akse 5, Avvikende psykososiale forhold. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale miljø	6 712	15,5	7 376	15,6	7 826	15,8
Avvikende relasjoner innen familien	3 959	9,1	4 371	9,2	4 447	9,0
Psykisk sykdom, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie	2 875	6,6	3 400	7,2	3 909	7,9
Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	966	2,2	1 081	2,3	1 085	2,2
Avvikende sider ved oppdragelsen	752	1,7	816	1,7	791	1,6
Avvikende nærmiljø	4 279	9,9	4 822	10,2	5 029	10,2
Akutte livshendelser	2 031	4,7	2 097	4,4	2 115	4,3
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	279	0,6	289	0,6	276	0,6
Kroniske mellommenneskelig belastning ifb. med skole/arbeid	1 027	2,4	1 004	2,1	1 035	2,1
Belastende hendelser /forhold som er et resultat av barnets forstyrrelse/ funksjonshemming	874	2,0	980	2,1	972	2,0
Sum diagnostiserte	23 754	54,7	26 236	55,4	27 485	55,5
Ikke registrert diagnose	19 672	45,3	21 044	44,5	21 994	44,5
Total	43 426	100	47 280	100	49 479	100

Det er svært marginale endringer i fordelingen på Akse 5, Avvikende psykososiale forhold blant pasienter i det psykiske helsevernet for årene 2005 til 2007. Pasienter med "ingen åpenbare forstyrrelser eller mangel i det psykososiale miljøet" utgjør nær 16 prosent i hele perioden. Trolig er denne gruppen langt større, da nesten 45 av pasientene ikke er kodet i forhold til denne aksen. Differansen mellom pasienter med diagnose (55,5 prosent) og pasienter uten forstyrrelse/mangel i det psykososiale miljøet (15,8 prosent), viser at for minst 40 prosent av pasientene er avvikende psykososiale forhold av betydning. Kategorien "avvikende nærmiljø" utgjør den største gruppen med ca 10 prosent av pasientene. Videre omfatter "avvikende relasjoner innen familien" en nesten like stor gruppe av pasienter og utgjør ca 9 prosent for samtlige år. Ellers er "psykisk sykdom, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie" en betydelig gruppe blant pasientene, og er den eneste kategorien som har hatt en vekst i perioden på over ett prosentpoeng (fra 6,6 til 7,9 prosent). Pasienter med "akutte livshendelser" utgjør litt over fire prosent av pasientene samtlige år.

Figur 4.8 illustrerer regional fordeling på akse 5 for 2007.



Figur 4.8 Akse 5, Avvikende psykososiale forhold fordelt på helseregion. 2007. Antall pasienter og prosent.

For samtlige helseregioner er andelen pasienter uten registrert diagnose på akse 5 stor, fra om lag 43 prosent i helseregion Sør-Øst til nær 50 prosent i helseregion Nord. Pasienter med "ingen åpenbare forstyrrelser eller mangel i det psykososiale miljøet" er høyere i region Vest enn i de øvrige regioner, og utgjør nær 22 prosent av pasientene i denne regionen. Når det gjelder kategorien "avvikende nærmiljø" er det stor variasjon mellom regionene i andelen pasienter; helseregion Midt-Norge har dobbelt så stor andel pasienter i denne kategorien (15,7 prosent) sammenliknet med helseregion Nord (7,1 prosent). Det er også en tendens til at helseregion Sør-Øst benytter kategoriene knyttet til avvik i familien i noe større grad enn de øvrige regionene. De tre øverste kategoriene i figuren utgjør om lag 22 prosent av pasientene for helseregion Sør-Øst, mens tilsvarende tall for pasienter i Midt-Norge er 13,5 prosent. Også når det gjelder "akutte livshendelser" er andelen pasienter ulik mellom regionene. Mens nær 3 prosent av pasientene i Midt-Norge er kodet i denne kategorien, er nesten 6 prosent av pasientene i helseregion Nord i tilsvarende kategori.

#### 4.1.6 Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå

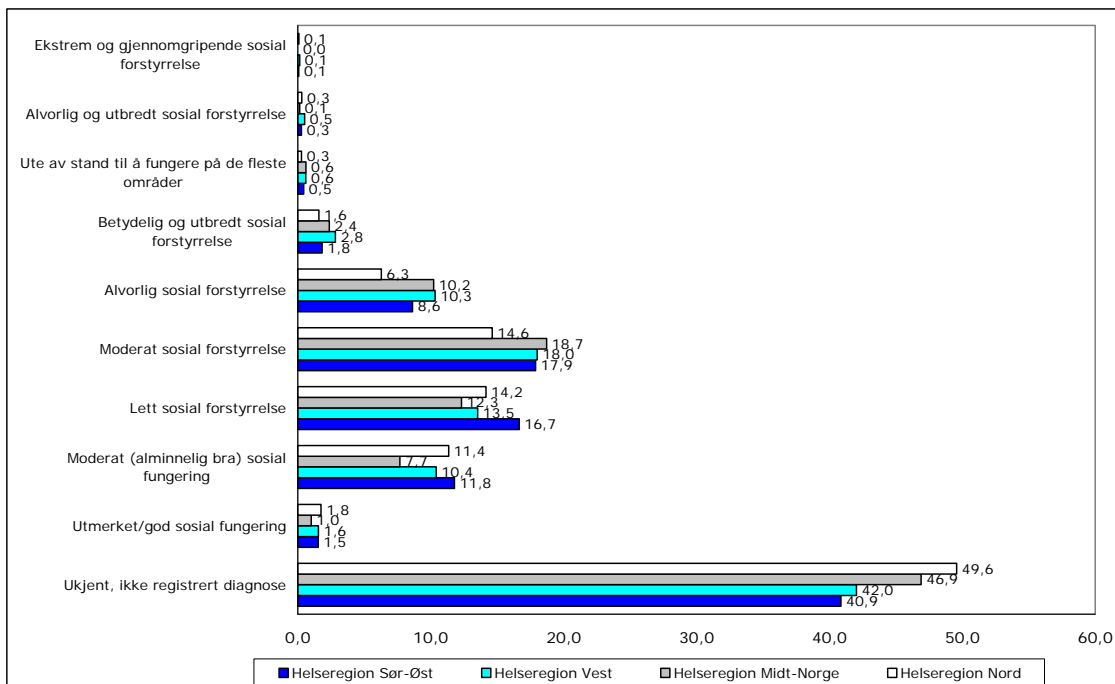
I tabell 4.6 vises fordeling på Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå (GAPD) for årene 2005-2007. Fra 1.1.2008 skal skalaen Children's Global Assessment Scale (CGAS) benyttes for koding på akse 6.

Tabell 4.6 Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå. Barn og unge i det psykisk helsevernet. 2005-2007. Antall pasienter og prosent.

	2005		2006		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Utmerket/god sosial fungering	673	1,5	723	1,5	743	1,5
Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	4 527	10,4	5 083	10,8	5 428	11,0
Lett sosial forstyrrelse	6 236	14,4	7 175	15,2	7 534	15,2
Moderat sosial forstyrrelse	7 270	16,7	8 237	17,4	8 694	17,6
Alvorlig sosial forstyrrelse	3 850	8,9	4 288	9,1	4 357	8,8
Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	838	1,9	963	2,0	1 009	2,0
Ute av stand til å fungere på de fleste områder	255	0,6	257	0,5	235	0,5
Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	152	0,4	187	0,4	152	0,3
Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	36	0,1	46	0,1	40	0,1
Sum diagnostiserte	23 837	54,8	26 959	57,0	28 192	57,0
Ukjent, ikke registrert diagnose	18 022	45,1	20 321	43,0	21 287	43,0
Total	43 426	100	47 280	100,0	49 479	100

Når det gjelder akse 6, ser vi at en noe større andel av pasientene er diagnostisert i forhold til funksjonsnivå i 2007 (57 prosent) enn i 2005 (54,8 prosent). Moderat sosial forstyrrelse utgjør den største gruppen av pasienter alle år, og omfatter 17,6 prosent av pasientene i 2007. "Lett sosial forstyrrelse" omfatter 15,2 prosent, og "moderat sosial fungering" omfatter 11 prosent av pasientene i 2007. Det har vært en svak vekst (0,5 -1 prosentpoeng) i disse tre kategoriene i perioden. "Alvorlig sosial forstyrrelse" utgjør nær 9 prosent av pasientene, mens "betydelig og utbredt sosial forstyrrelse" omfatter 2 prosent samtlige år.

I figur 4.9 presenteres fordelingen på akse 6 for 2007 for de ulike helseregionene.



Figur 4.9 Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå fordelt på helseregion. Prosent. 2007.

På Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå er det regionale forskjeller i andel diagnostiserte. Andelen pasienter uten registrert diagnose varierer med ca 10 prosentpoeng mellom helseregionene. Mens om lag halvparten av pasientene i helseregion Nord er diagnostisert, er tilsvarende tall for helseregion Sør-Øst om lag 60 prosent. Fordelingen på de øvrige kategoriene varierer også en del, men for samtlige regioner er kategorien "moderat sosial forstyrrelse" og "lett sosial forstyrrelse" de mest benyttede.

#### 4.2 Øker andelen diagnostiserte jo lengre ut i behandlingsforløpet man kommer?

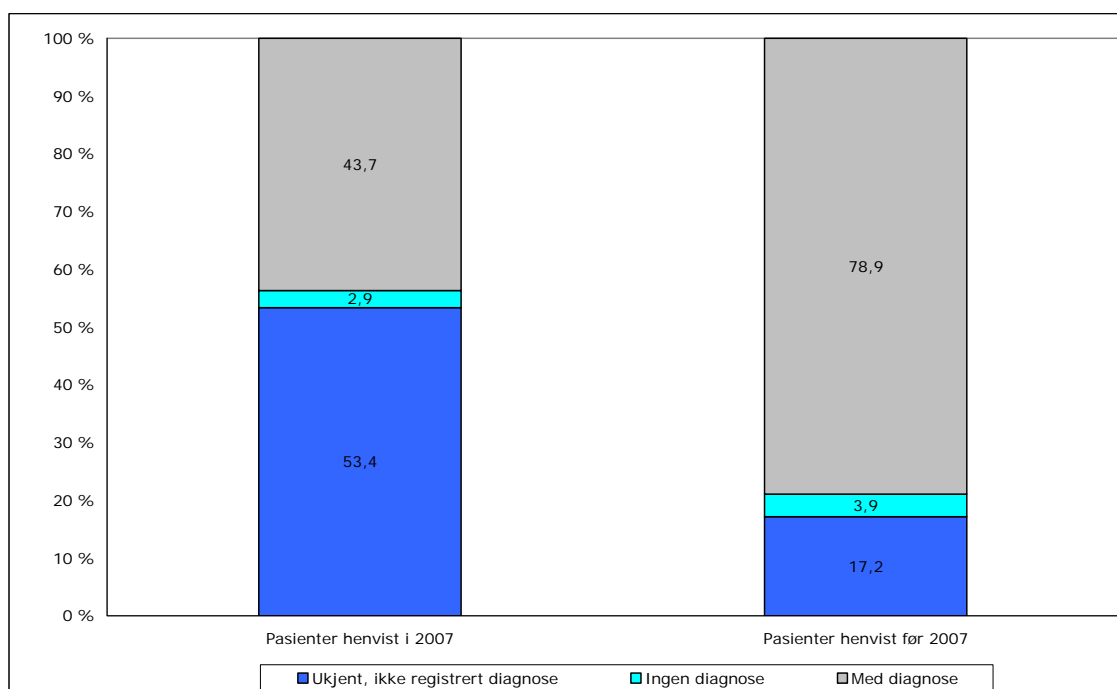
Vi har hittil i rapporten sett på alle pasienter under ett, dvs uavhengig av hvor lenge de har vært i behandlingssystemet eller når de ble henvist til spesialisthelsetjenesten. I denne delen av rapporten skal vi analysere hvilken betydning henvisningsår har i forhold til andel diagnostiserte pasienter.

Med tanke på at behandlingsapparatet trenger tid til å bli kjent med pasientene og deres problematikk, er det grunn til å anta at andelen diagnostiserte pasienter øker jo lengre ut i behandlingsforløpet man kommer, og at andel uten diagnose dermed avtar jo større avstand det er fra henvisningsåret.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren "andel diagnostiserte" ivaretar dette ved å sette som krav at det skal være utført 6 tiltak før pasienten tas med i beregningsgrunnlaget. Dette er en måte å sikre at behandlingen er i gang, og at man har kommet et stykke ut i behandlingsforløpet.

#### ANDEL DIAGNOSTISERTE OG HENVISNINGSÅR

I figur 4.10 presenteres prosentandel pasienter med og uten registrert diagnose behandlet i 2007, for henholdsvis nyhenviste pasienter i 2007 og pasienter henvist før 2007.



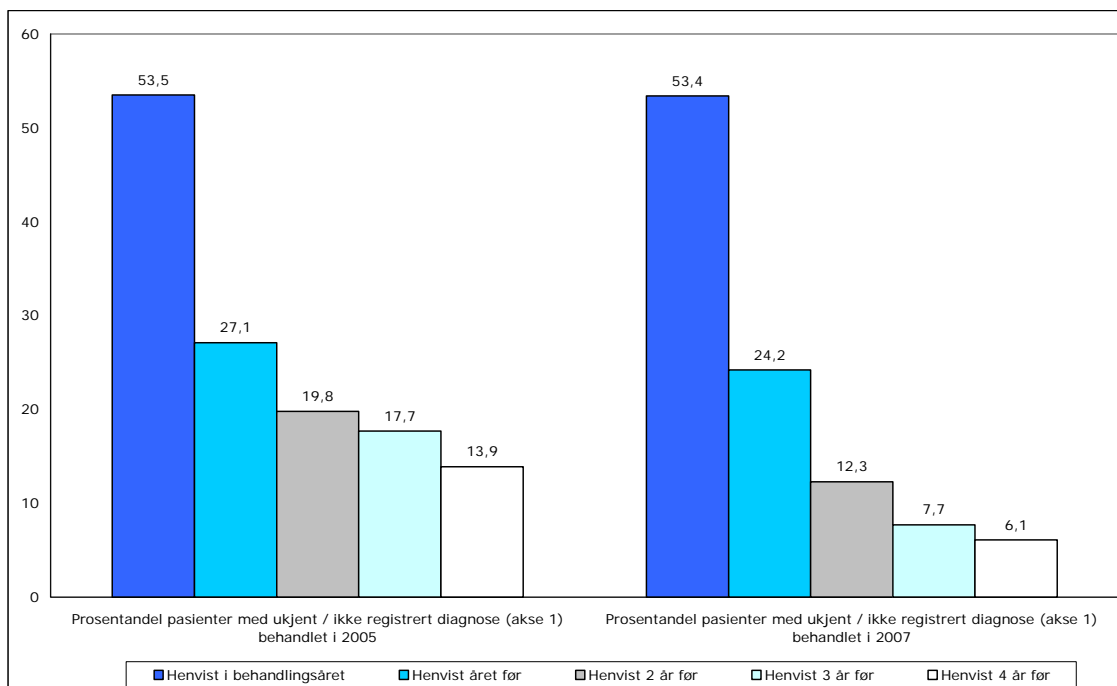
Figur 4.10 Prosentandel pasienter med og uten diagnose, Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Etter henvisningsår.

Figuren viser at andelen pasienter uten diagnose er lavere for pasienter som har vært under behandling mer enn ett år sammenliknet med nyhenviste pasienter. Mens 56 prosent av pasientene henvist i løpet av 2007 var uten diagnose (ikke registrert diagnose/ingen diagnose) ved årets slutt, var tilsvarende tall for pasienter henvist året før eller tidligere 21 prosent. Dette indikerer at diagnosesetting skjer et stykke ut i behandlingsforløpet, og at et mål som omfatter alle pasienter som er behandlet innenfor et år, kan være misvisende/ikke dekkende mht andel diagnostiserte.

#### UTVIKLING I ANDEL DIAGNOSTISERTE I PERIODEN 2005-2007

I første del av rapporten så vi at utviklingstall for akse 1 viste en svak nedgang i pasienter uten registrert diagnose, fra nær 36 prosent i 2005 til 32 prosent i 2007. For hvilke grupper har denne endringen funnet sted? Er det nyhenviste pasienter eller pasienter som har vært i det psykiske helsevernet i en lengre periode som raskere får en diagnose?

I figuren under ser vi fordelingen av pasienter med ukjent/ikke registrert diagnose behandlet i 2005 og 2007 fordelt på henvisningsår.



Figur 4.11 Prosentandel pasienter med ukjent / ikke registrert diagnose på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, etter henvisningsår. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2005 og 2007.

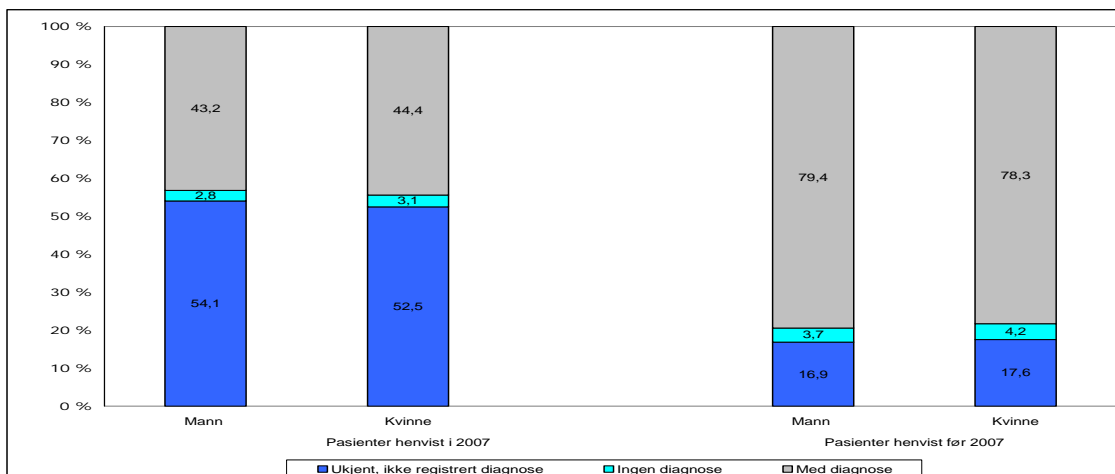
Figuren viser at tross for at andelen pasienter uten diagnose ikke er vesentlig endret for pasienter henvist samme år (53 prosent begge år), har det skjedd en betydelig endring i andel diagnostiserte for pasienter henvist tidligere år. For pasienter som har vært minimum et år i det psykiske helsevernet har andelen uten diagnose gått ned fra 27 prosent i 2005 til 24 prosent i 2007. For pasienter henvist to år før, er andelen uten diagnose redusert fra nær 20 prosent til 12 prosent, og for pasienter henvist tre år før ser vi en reduksjon fra 18 prosent i 2005 til 8 prosent i 2007. For pasienter henvist fire år før har andelen uten diagnose gått ned fra nær 14 prosent til om lag 6 prosent fra 2005 til 2007.

Dette indikerer at det psykiske helsevernet for barn og unge setter diagnoser tidligere i behandlingsforløpet i 2007 enn i 2005, og at den totale andelen uten diagnose dermed går ned når man ser alle pasienter under ett. Hvorfor pasienter henvist samme år ikke endres, kan ha sammenheng med arbeidsmetoder og behov for å ha pasientene i systemet / gjøre seg kjent med pasienten og deres vansker over en periode før man med størst mulig sikkerhet kan sette en diagnose.

#### KJØNN OG ALDER

Vil videre kjønn og alder være av betydning for andelen pasienter med og uten diagnose for henholdsvis nyhenviste og overførte pasienter?

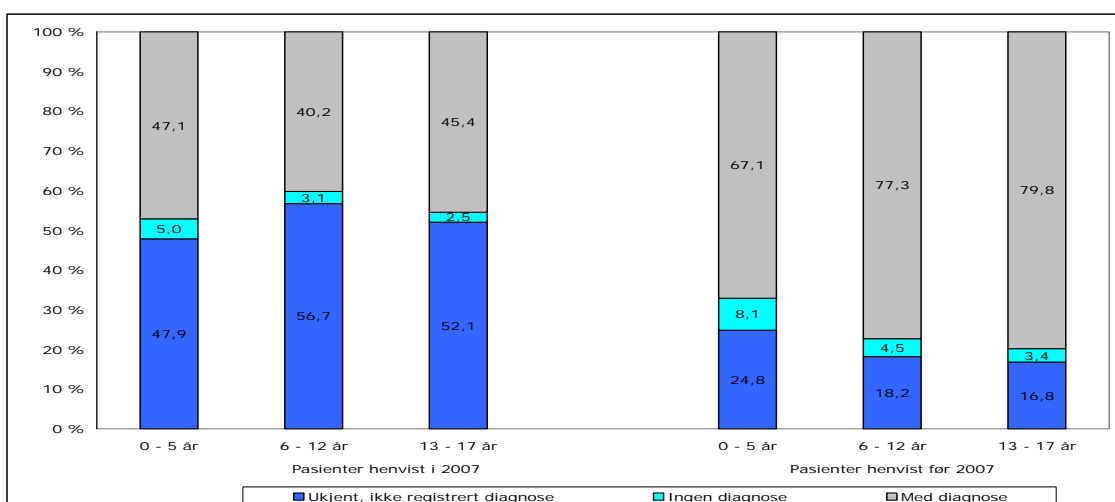
I figur 4.12 ser vi prosentandel pasienter behandlet i 2007 fordelt på kjønn og henvisningstidspunkt, for henholdsvis nyhenviste og pasienter henvist tidligere år.



Figur 4.12 Prosentandel pasienter med og uten diagnose, Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Etter henvisningstidspunkt og kjønn.

Figuren over viser at det ikke er store kjønnsforskjeller verken for nyhenviste eller overførte pasienter når det gjelder andel med og uten diagnose. Blant nyhenviste pasienter ser vi en noe større andel uten diagnose blant menn (54 prosent) enn kvinner (52 prosent). Blant overførte pasienter er det motsatt, men dette utgjør kun marginale forskjeller.

I figur 4.13 presenteres andelen pasienter med og uten diagnose for ulike aldersgrupper.

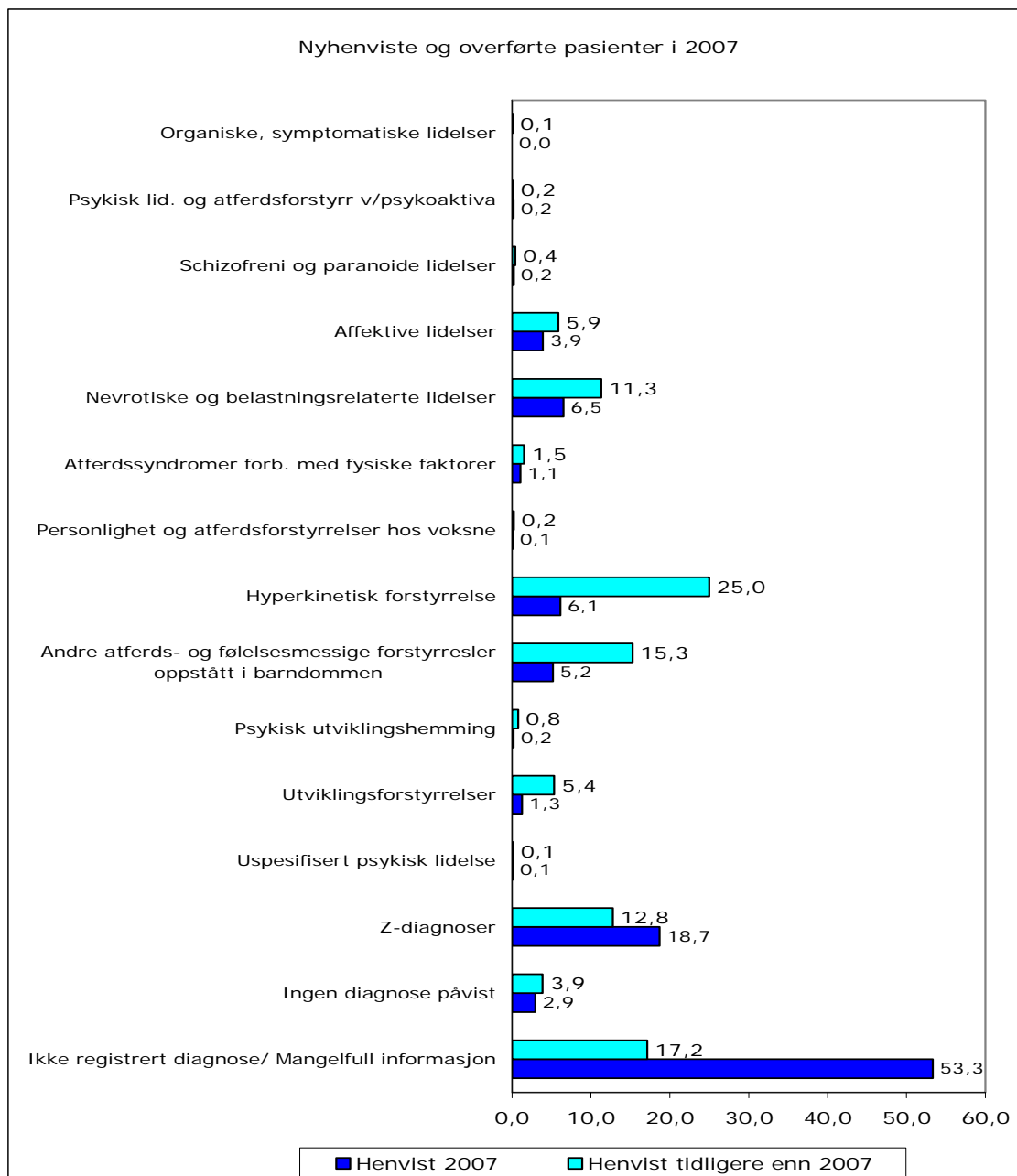


Figur 4.13 Prosentandel pasienter med og uten diagnose, akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Etter henvisningstidspunkt og alder.

Figuren viser forskjeller mellom aldersgruppene, spesielt når det gjelder overførte pasienter. Mens 67 prosent av barn i alderen 0-5 år har en diagnose blant overførte pasienter, har nær 80 prosent diagnose blant de eldste (13-17 år). Blant nyhenviste er situasjonen motsatt, her har den yngste aldersgruppen høyeste andel med diagnose, men forskjellene er mindre mellom aldersgruppene for pasienter henvist i 2007.

NYHENVISTE OG OVERFØRTE PASIENTER – FORDELING PÅ AKSE 1

I fortsettelsen skal vi se på pasienter som er diagnostisert og hvordan de fordeler seg på ulike diagnosegrupper (akse 1) for henholdsvis nyhenviste og overførte pasienter behandlet i 2007. I figur 4.14 illustreres dette grafisk.



Figur 4.14 Nyhenviste og overførte pasienter fordelt på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. 2007.

Det viktigste trekket i figuren er at for pasienter som har vært i behandlingssystemet i lengre tid (over 1 år) er andelen diagnostiserte langt høyere enn for pasienter henvist samme år. Mens over halvparten (53,3 prosent) av nyhenviste pasienter er uten diagnose på akse 1 i 2007, er tilsvarende tall for overførte pasienter 17 prosent.

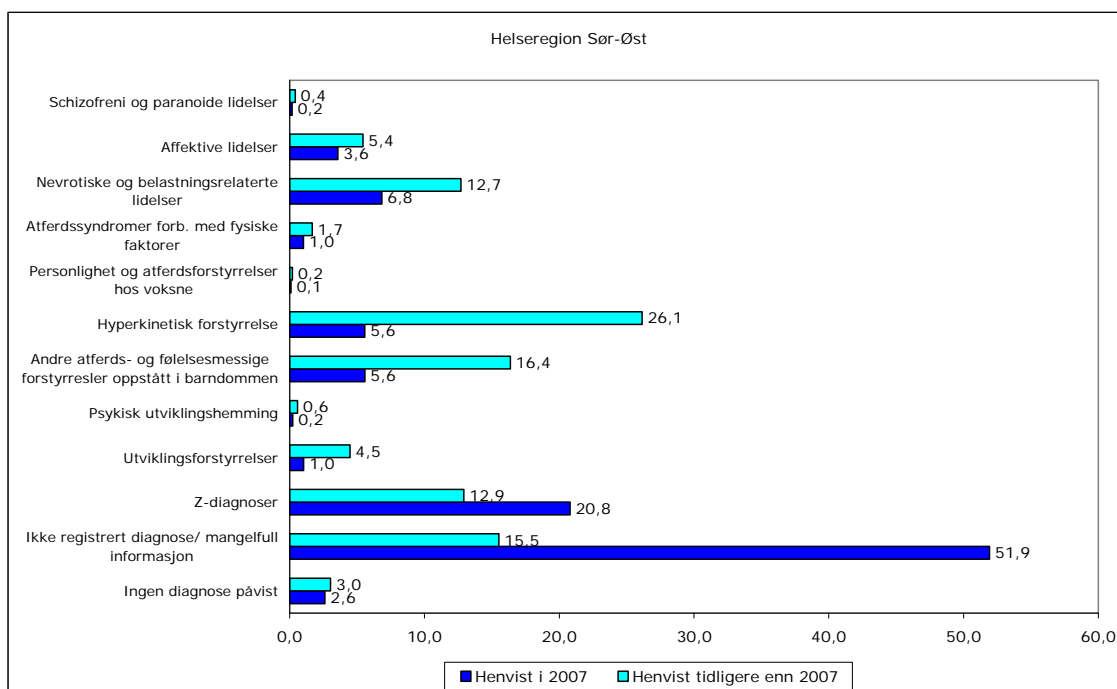


For de store diagnosekategoriene ser vi en markant forskjell mellom andelen pasienter henvist i 2007 og andelen henvist tidligere år. Mens om lag 6 prosent av pasientene henvist i 2007 har diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser, gjelder dette for 25 prosent av pasientene henvist i 2006 eller tidligere. Tilsvarende tendens ser vi også for andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, affektive lidelser samt utviklingsforstyrrelser. For de øvrige kategoriene på akse 1, som er mindre i omfang, ser vi også at andelen diagnostiserte øker for de fleste grupper. Blant pasienter med schizofreni og paranoide lidelser, er andelen eksempelvis 0,2 prosent blant nyhenviste og 0,4 prosent blant pasienter henvist tidligere år.

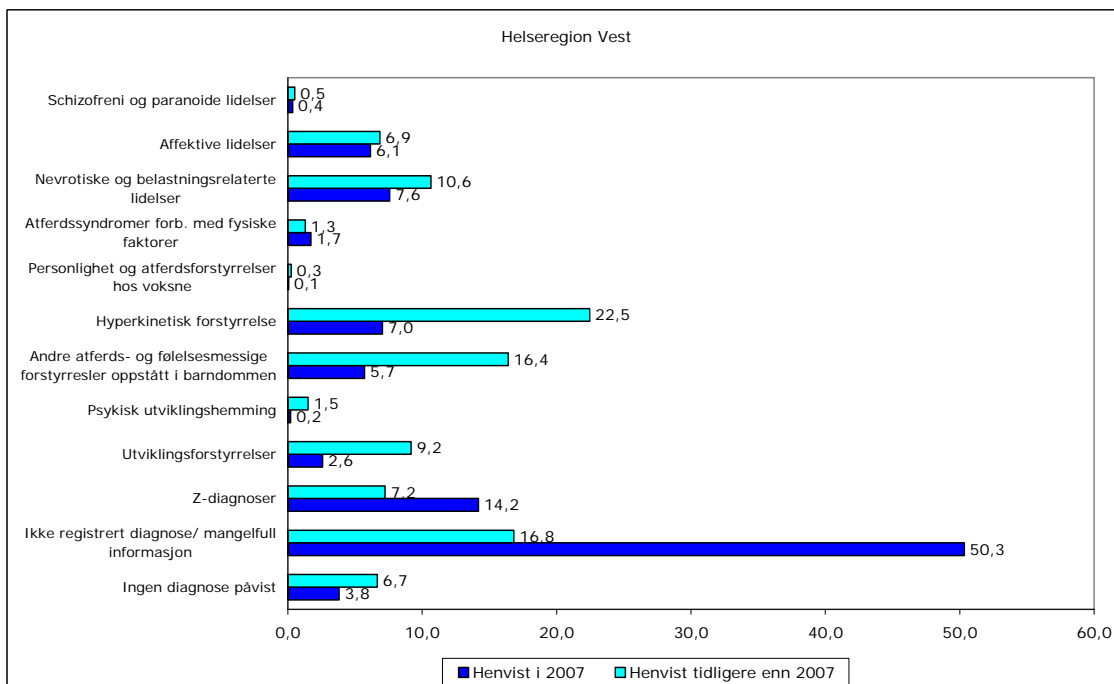
Når det gjelder pasienter med Z-diagnoser, ser vi imidlertid en klar tendens til at andelen pasienter med slike diagnoser er høyere for nyhenviste enn overførte pasienter. Mens 18,7 prosent av pasientene som var henvist i 2007 hadde Z-diagnoser ved utgangen av året, var andelen 12,8 prosent for pasienter henvist tidligere år.

#### HELSEREGION – NYHENVISTE OG OVERFØRTE PASIENTER I 2007

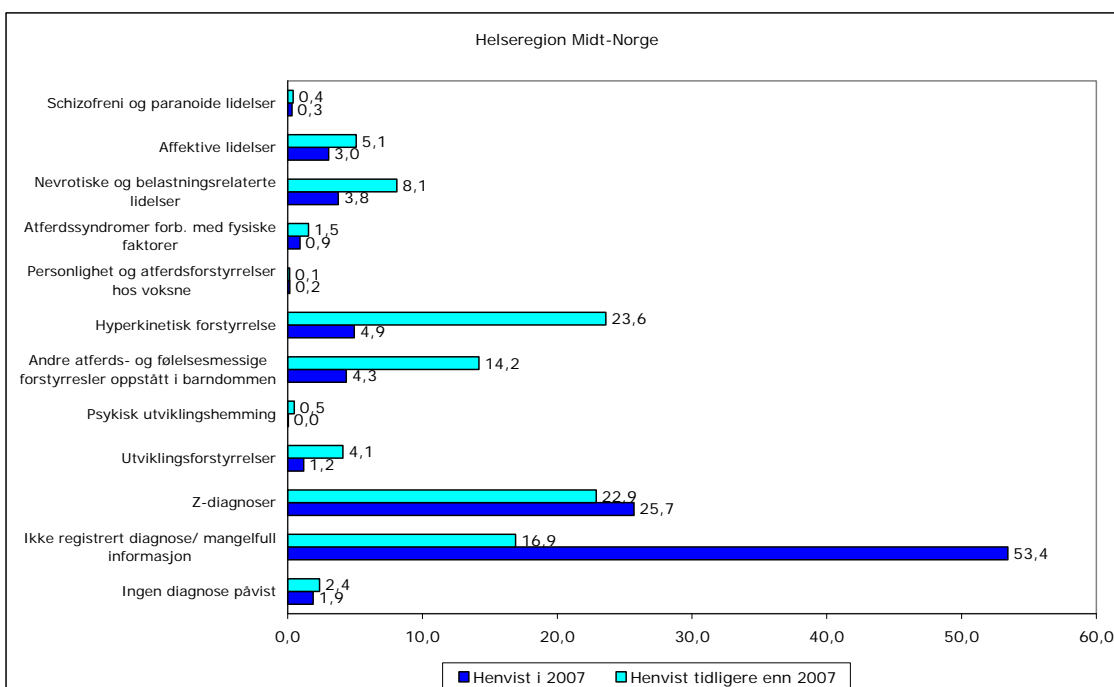
I figur 4.15 till 4.18 presenteres fordeling på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom for nyhenviste og overførte pasienter i de ulike helseregionene. De minste diagnosegruppene er ikke tatt med i fordelingen på regionnivå, da antallet pasienter er lavt i en eller flere regioner.



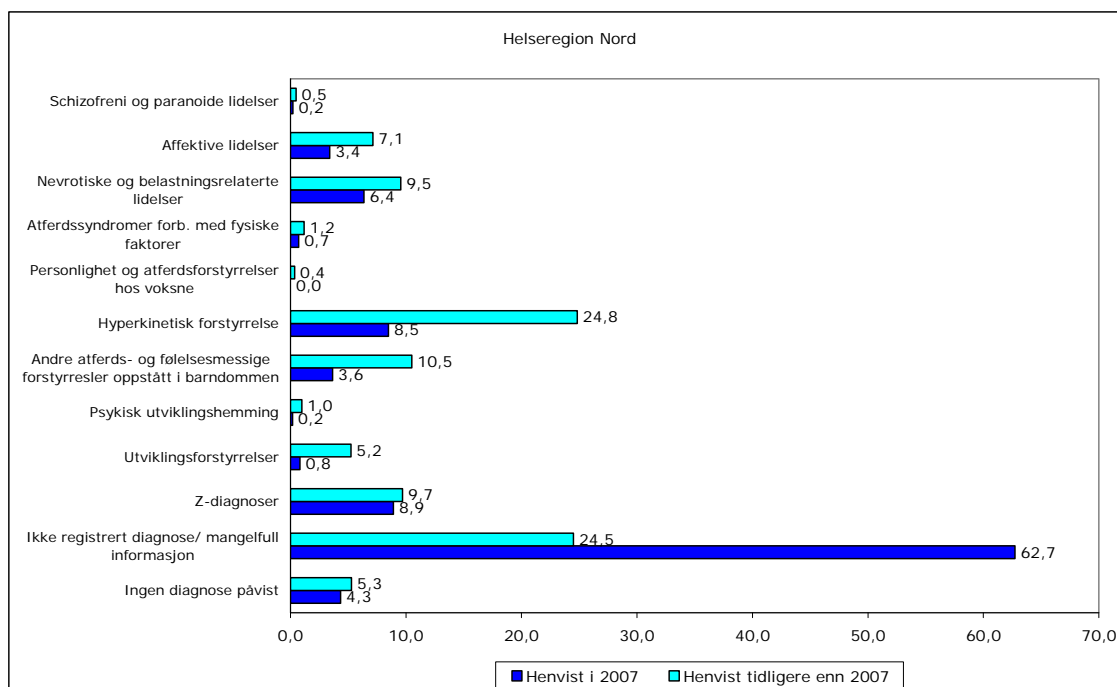
Figur 4.15 Nyhenviste og overførte pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Sør-Øst. Prosent. 2007.



Figur 4.16 Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Vest. Prosent. 2007.



Figur 4.17 Nyhenviste og overføre pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Midt-Norge. Prosent. 2007.



Figur 4.18 Nyhenviste og overførte pasienter fordelt på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Helseregion Nord. Prosent. 2007.

I samtlige helseregioner ser vi samme tendens for nyhenviste og overførte pasienter. Blant pasienter henvist i 2007 er det en langt høyere andel som ikke er diagnostisert enn blant pasienter henvist tidligere år. I de ulike helseregionene varierer andelen uten registrert diagnose mellom 50-63 prosent blant nyhenviste og 15-24 prosent blant pasienter som har vært i det psykiske helsevernet i minimum ett år.

Med unntak av pasienter behandlet i helseregion Nord, er andelen pasienter med Z-diagnoser større blant nyhenviste enn overførte pasienter i alle helseregioner. Som omtalt tidligere i kapitlet varierer bruk av Z-diagnoser mellom helseregionene, og dette gjenspeiles også tydelig når vi skiller på nyhenviste og overførte pasienter. Helseregion Midt-Norge har det høyeste nivået på andel pasienter med Z-diagnoser både for nyhenviste og overførte pasienter med henholdsvis 27 og 22 prosent, mens tilsvarende andel i helseregion Nord som ligger lavest blant helseregionene, er 9 prosent for nyhenviste og 10 prosent for overførte pasienter.

For de øvrige store diagnosekategoriene på akse 1 ser vi at andelen pasienter er markant større blant pasienter som har vært i behandlingsapparatet i lengre tid enn blant nyhenviste pasienter. Andel pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser øker kraftig i alle helseregioner når pasientene har vært i det psykiske helsevernet i minimum ett år. Det samme ser vi både for de øvrige store diagnosegruppene, og for mindre diagnosegrupper som pasienter med schizofreni og paranoide lidelser. Prosentandelen øker i samtlige regioner når pasientene har vært i behandling mer enn ett år.

### 4.3 Oppsummering kapittel 4

I det psykiske helsevernet for barn og unge har andelen diagnostiserte pasienter på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom økt i perioden 2005-2007, fra 64 prosent i 2005 til nær 68 prosent i 2007. Andelen pasienter i kategoriene "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen diagnose påvist" utgjorde henholdsvis 35,8 og nær 3,3 prosent i 2005, og 32,1 og 3,5 prosent i 2007.

Når man ser bort fra pasienter som mangler diagnose, utgjør kategorien hyperkinetiske forstyrrelser den største enkeltdiagnosen på akse 1 for samtlige år i perioden 2005-2007. Prosentandelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har holdt seg relativt stabil i perioden og utgjør 17,2 prosent i 2007. Den samme tendensen til stabilitet gjelder for samtlige diagnosekategorier med unntak for pasienter med Z-diagnoser og pasienter uten registrert diagnose (se figur 4.1).

Det mest interessante utviklingstrekket er nettopp at andelen pasienter med Z-diagnoser har økt klart i perioden, fra nær 10 prosent i 2005 til over 15 prosent i 2007. I data for 2007 utgjør kategorien Z00-Z13 "Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning" 88 prosent av pasienter med Z-diagnoser. Det antas at Z-kodene brukes som tentative diagnoser i en utredningsfase, og det presiseres i helsedirektoratets veileder for multiaksial koding (Sosial- og helsedirektoratet, KITH, 2007), at "bare dersom det ikke foreligger en F-kode, kan aktuell R- eller Z-kode være hovedtilstand" og at man generelt skal være tilbakeholdne med R- eller Z koder på akse 1.

Analysene av de ulike helseregionene, indikerer at det er ulik praksis i forhold til bruk av Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Spesielt gjelder dette bruk av Z-diagnoser, samt manglende diagnosesetting. Helse Nord har en relativt høy andel pasienter uten diagnose, mens Helse Midt-Norge benytter Z-diagnosene i større grad enn de øvrige helseregionene. Allikevel ser vi en tilnærming mellom regionene i perioden 2005 til 2007, hvor tendensen er redusert andel pasienter uten diagnose, og økende bruk av Z-diagnoser.

For de øvrige diagnosekategoriene ser vi variasjon mellom regionene i størrelsesorden 2-5 prosentpoeng i 2007. Andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser varierer mellom 16,1 prosent i helseregion Midt-Norge og 18,1 prosent i Helse Nord. For pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser er andelen lavest i Helse Nord med 7,7 prosent og høyest i Helse Vest med 12,2 prosent. Andelen pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser varierer også mellom regionene; helseregion Sør-Øst har høyest andel (10,2 prosent) og helse Midt-Norge lavest andel med denne diagnosen (6,4 prosent). Når det gjelder affektive lidelser har region Vest en noe høyere andel enn de øvrige regionene med nær 7 prosent. Helseregion Midt-Norge ligger også lavest for denne diagnosekategorien med 4,3 prosent.

Når vi sammenlikner nyhenviste pasienter (i behandlingsåret) med pasienter henvist tidligere år, er andelen diagnostiserte langt høyere for pasienter som har vært i behandlingssystemet i lengre tid (over 1 år) enn pasienter henvist samme år. Mens over halvparten (53,3 prosent) av nyhenviste pasienter er uten diagnose på akse 1 i 2007, er tilsvarende tall for overførte pasienter 17 prosent. Her kan man se forskjeller mellom aldersgruppene, spesielt når det gjelder overførte pasienter. Mens 67 prosent av barn i alderen 0-5 år har en diagnose blant overførte pasienter, har nær 80 prosent diagnose blant de eldste (13-17 år).

Hvis vi sammenlikner andelen pasienter uten diagnose behandlet i 2005 og 2007 etter henvisningsår, er andelen pasienter uten diagnose ikke vesentlig endret for pasienter henvist samme år (53 prosent begge år). Det har imidlertid skjedd en betydelig endring i andel diagnostiserte for pasienter henvist tidligere år. For pasienter som har vært minimum et år i det psykiske helsevernet har andelen uten diagnose gått ned fra 27 prosent i 2005 til 24 prosent i 2007. For pasienter henvist fire år før har andelen uten diagnose gått ned fra nær 14 prosent til om lag 6 prosent fra 2005 til 2007.

Dette kan indikere at det psykiske helsevernet for barn og unge setter diagnoser tidligere i behandlingsforløpet i 2007 enn i 2005, og at den totale andelen uten diagnose dermed går ned når man ser alle pasienter under ett.

For de store diagnosekategoriene ser vi en markant forskjell mellom andelen pasienter henvist i 2007 og andelen henvist tidligere år. Mens om lag 6 prosent av pasientene henvist i 2007 har diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser, gjelder dette for 25 prosent av pasientene henvist i 2006 eller tidligere.

Når det gjelder pasienter med Z-diagnoser, ser vi imidlertid en klar tendens til at andelen pasienter med slike diagnoser er høyere for nyhenviste enn overførte pasienter. Mens 18,7

prosent av pasientene som var henvist i 2007 hadde Z-diagnoser ved utgangen av året, var andelen 12,8 for pasienter henvist tidligere år.

I samtlige helseregioner ser vi samme tendens for nyhenviste og overførte pasienter. Blant pasienter henvist i 2007 er det en langt høyere andel som ikke er diagnostisert enn blant pasienter henvist tidligere år. I de ulike helseregionene varierer andelen uten registrert diagnose mellom 50-63 prosent blant nyhenviste og 15-24 prosent blant pasienter som har vært i det psykiske helsevernet i minimum ett år. Mens Helse Nord har den høyeste andelen uten diagnose både blant nyhenviste og overførte pasienter, er det liten variasjon mellom de øvrige tre regionene i andel uten diagnose.

Med unntak av pasienter behandlet i helseregion Nord, er andelen pasienter med Z-diagnoser større blant nyhenviste enn overførte pasienter i alle helseregioner. Helseregion Nord ligger for øvrig lavest blant helseregionene i bruk av Z-diagnoser med 9 prosent for nyhenviste og 10 prosent for overførte pasienter. Helseregion Midt-Norge har det høyeste nivået på andel pasienter med Z-diagnoser både for nyhenviste og overførte pasienter med henholdsvis 27 og 22 prosent.

For de øvrige store diagnosekategoriene på akse 1 ser vi at andelen pasienter er markant større blant pasienter som har vært i behandlingsapparatet i lengre tid enn blant nyhenviste pasienter. Samme tendens ser vi for pasienter med schizofreni og paranoide lidelser, som er en liten gruppe i omfang; prosentandelen øker i samtlige regioner når pasientene har vært i behandling i mer enn ett år.

På diagnoseaksene 2-6 i det multiaksiale klassifikasjonssystemet er en stor andel av pasientene ikke diagnostisert. I perioden 2005 til 2007 har det kun vært marginale endringer i prosentandel pasienter med og uten diagnose på akse 2-6. Andel diagnostiserte pasienter utgjør i 2007 32 prosent på Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser, 53 prosent på Akse 3, Intelligensnivå, 43 prosent på Akse 4, Somatiske tilstander, 55 prosent på Akse 5, Avvikende psykososiale forhold og 57 prosent på Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå.



## 5 Diagnose og henvisningsårsak

I denne delen av rapporten undersøkes sammenhengen mellom årsak til henvisning til det psykiske helsevernet og diagnosen som settes av spesialisthelsetjenesten. Denne sammenstillingen fokuserer på ulike tjenestenivås vurdering av barnets vansker, først førstelinjetjenestens definisjon av problemet i form av en henvisning, deretter spesialisthelsetjenestens i form av diagnosesetting.

Det vil være viktig å få et bilde av i hvilken grad det er samsvar mellom de ulike forvaltnings-/tjenestenivåene i problemdefinisjon og vurdering, både med tanke på enhetlig kompetanse i forhold til barn og unges psykiske lidelser, og i forhold til hvilke pasienter som blir framstilt for behandlingsapparatet. Førstelinjetjenesten, og spesielt fastlegene<sup>a</sup> vil til dels ha en portvakt-funksjon i forhold til hvilke barn og type lidelser som blir henvist og i neste runde får tilbud om behandling i det psykiske helsevernet. Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er om de "riktige" pasientene kommer inn i det psykiske helsevernet, dvs de med størst behov for bistand.

### KORT OM DATA OG METODE

Som i kapittel 4 benyttes data for samtlige pasienter som har mottatt behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. I analysene benyttes primært variablene diagnose Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (tilstand nr 1) og viktigste henvisningsgrunn. Vi vil imidlertid kort omtale relasjonen mellom henvisningsgrunn og de øvrige diagnoseaksene (akse 2-6) avslutningsvis i kapitlet.

Vi har valgt å analysere de største diagnosekategoriene på akse 1, som til sammen utgjør 90 prosent av pasientene. For hver utvalgt diagnosekategori vil vi se på fordelingen av henvisningsårsaker totalt, og for kjønn og alder. Da henvisningsgrunn og diagnose har ulike kategorier, vil en direkte sammenlikning ikke være mulig. Henvisningsårsaker beskriver i stor grad symptomer/atferd og i analysen vil vi derfor se om disse kan knyttes til de ulike diagnosekategoriene. Analysene foretas på nasjonalt og regionalt nivå.

Korrelasjonsmålet Phi og Cramers V benyttes for å analysere samvariasjon mellom henvisningsgrunn og de ulike diagnoseaksene.

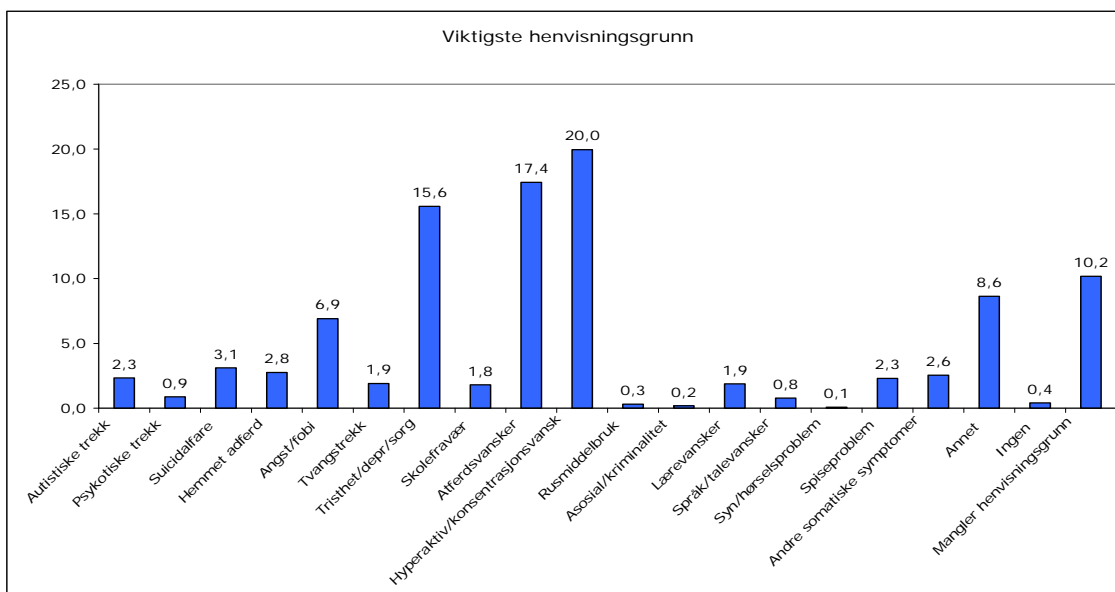
### 5.1 Hvordan er sammenhengen mellom diagnose (akse 1) og henvisningsårsak for pasienter i det psykiske helsevernet i 2007?

I dette delkapitlet forsøker vi å belyse i hvilken grad det er samsvar mellom førstelinjetjenestens årsak til henvisning av barnet, og det psykiske helsevernets diagnostisering på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for de største diagnosekategoriene.

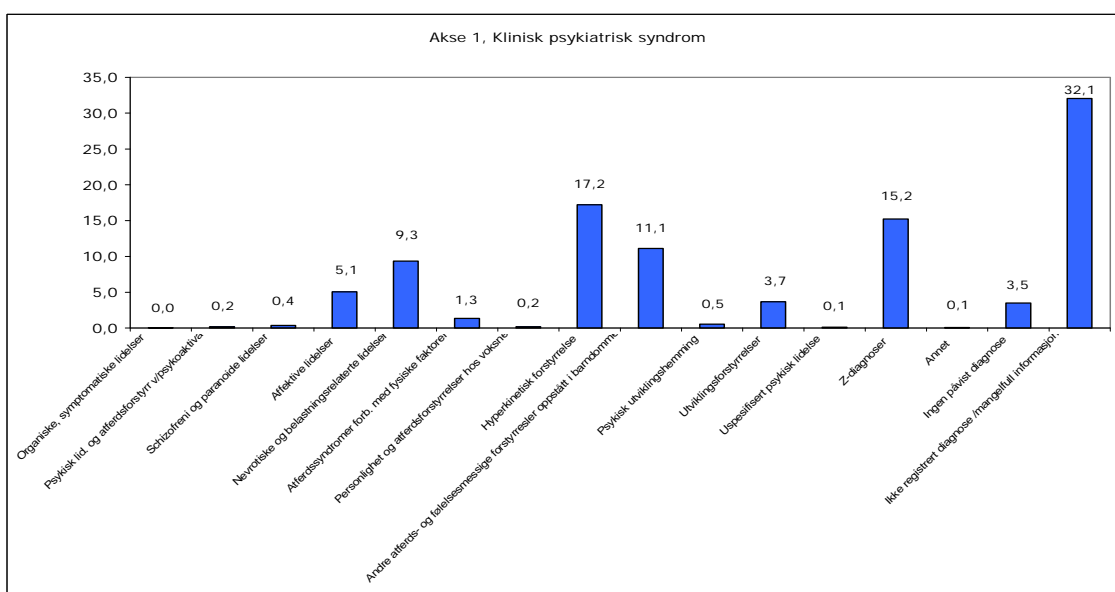
Først presenteres fordelingen på de aktuelle variablene i figur 5.1 og figur 5.2 for samtlige pasienter som har fått behandling i det psykiske helsevernet i 2007.

---

<sup>a</sup> Fastlegene står for 61,5 prosent av henvisningene fra førstelinjen i 2007. De andre henvisende instanser er øvrige primærhelsetjeneste (7,5 prosent), barnehage/skolesektor/ PPT (15,9 prosent), sosialtjeneste/barnevern (10,9 prosent), pasienten selv (0,1 prosent), spesialisthelsetjenesten (0,5 prosent) og øvrige tjenester (0,7 prosent).



Figur 5.1 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent.



Figur 5.2 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent.

Figur 5.1 viser at hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er den vanligste henvisningsårsaken blant pasienter som behandles i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. En av fem pasienter (20 prosent) er henvist fra førstelinjen med dette som årsak. Atferdsvansker (17,4 prosent) og tristhet og depresjon og sorg (15,6 prosent) er de øvrige mest benyttede henvisningsgrunnene fra førstelinjetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Angst/fobi utgjør også en viktig henvisningsårsak (6,9 prosent), mens suicidalfare er henvisningsgrunn for 3,1 prosent av pasientene. Om lag 10 prosent av pasientene mangler henvisningsgrunn.

Av figur 5.2 ser man at hyperkinetiske forstyrrelser er den største diagnosegruppen blant barn og unge i det psykiske helsevernet og utgjør 17,2 prosent av pasientene. De øvrige store diagnosekategoriene er andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i



barndommen (11,1 prosent), nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (9,3 prosent), samt affektive lidelser (5,1 prosent). I tillegg utgjør Z-diagnosene en betydelig prosentandel på akse 1 (15,2 prosent). Som omtalt i kapittel 4 omfatter Z-diagnosene i stor grad psykiatriske undersøkelser og observasjon av pasienten, og benyttes trolig i forhold til pasienter hvor man trenger tid til å fastsette en diagnose og/eller hvor det er usikkerhet mht diagnosesetting.

En korrelasjonsanalyse viser at det er statistisk samvariasjon mellom variablene henvisningsgrunn og Akse 1, Kliniske psykiatrisk syndrom ( $p < 0,000$ )<sup>9</sup>. Hvordan ser denne samvariasjonen ut for de enkelte diagnosekategoriene? Og hvordan varierer diagnose og henvisningsårsak med pasientenes kjønn og alder? I fortsettelsen ser vi på de største diagnosekategoriene og hvordan henvisningsgrunn fordeler seg for disse. Vi vil undersøke sammenhengen henvisningsgrunn og diagnose for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (kapittel 5.1.1), andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen (kapittel 5.1.2), nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (kapittel 5.1.3), affektive lidelser (kapittel 5.1.4) og pasienter med Z-diagnoser (kapittel 5.1.5). I tillegg ser vi på pasienter som ikke har en registrert diagnose ved årets slutt, samt pasienter hvor det ikke er påvist noen aktuell tilstand på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (kapittel 5.1.5).

### 5.1.1 Hyperkinetiske forstyrrelser

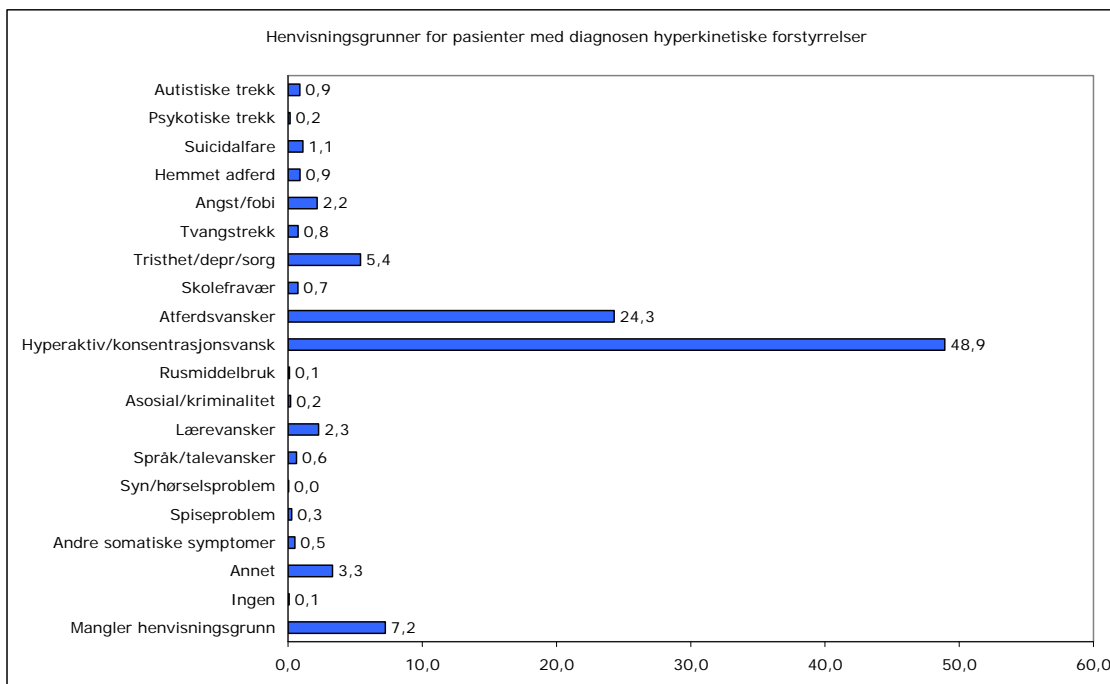
Pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (F90) utgjør den største enkeltdiagnosen blant barn som mottar behandling i det psykiske helsevernet (17,2 prosent). Det er en høyere andel med denne lidelsen blant gutter (22,4 prosent) enn blant jenter (10,5 prosent) (se tabell 5 i vedlegg), og en høyere andel blant barn i alderen 6-12 år (20,7 prosent) og over 12 år (16,3 prosent) enn blant førskolebarn (2,6 prosent) (se tabell 6 i vedlegg).

Denne diagnosekategorien kjennetegnes ved tidlig debut og en kombinasjon av overaktiv, dårlig tilpasset atferd med tydelig uoppmerksomhet og tendens til å skifte aktivitet eller til ikke å gjøre noe ferdig, og ved at disse atferdstrekkene vedvarer over tid (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Statens helsetilsyn, 2006).

Figur 5.3 viser hvilke årsaker som er lagt til grunn fra førstelinjen for henvisning til det psykiske helsevernet for disse pasientene.

---

<sup>9</sup> Korrelasjonsmålene Phi og Cramers V.



Figur 5.3 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom (n=8 521) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007.

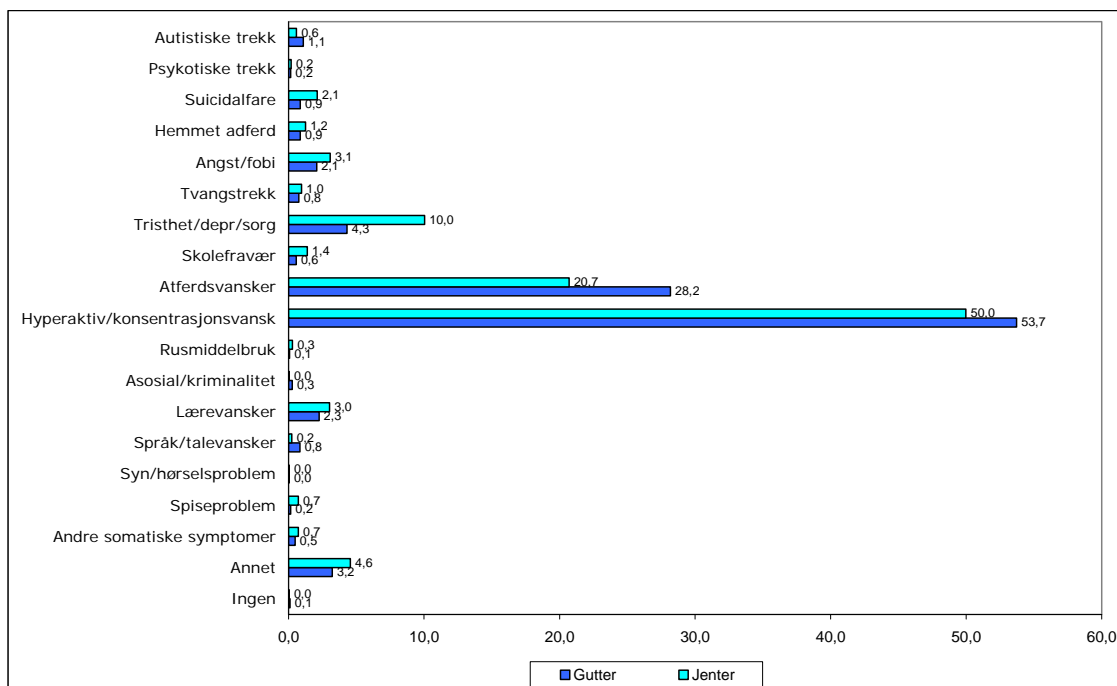
Figur 5.3 viser at hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er viktigste henvisningsgrunn for nær halvparten (48,9 prosent) av pasientene med denne diagnosen. Atferdsvansker er den andre store årsaken til henvisning av pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser med 24,3 prosent. Til sammen omfatter disse to henvisningsgrunnene over 70 prosent av pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser. I tillegg er tristhet, depresjon og sorg henvisningsgrunn for 5,4 prosent av pasientene med denne diagnosen, mens lærevansker og angst/fobi ligger til grunn for om lag 2 prosent hver.

I tillegg til overaktiv atferd, er tilknyttede lærevansker og andre skoleproblemer beskrevet som ofte forekommende for denne pasientgruppen (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Statens helsetilsyn, 2006). Barn med hyperkinetiske forstyrrelser er også ofte uforsiktlige og impulsive, samt viser sosial uhemmet atferd. De blir ofte upopulære blant andre barn, og kan lett bli isolert. Sekundære komplikasjoner omfatter asosial atferd og lav selvfølelse, noe som trolig kan ligge til grunn for enkelte av henvisningene knyttet til tristhet, depresjon og sorg. Første- og andrelinjens definisjon av pasientenes psykiske vansker ser med andre ord i stor grad ut til å være sammenfallende.

Om lag 7 prosent av pasientene mangler henvisningsgrunn i denne diagnosekategorien, og tre prosent er plassert i "annet"-kategorien av henvisningsgrunner.

#### KJØNN

I figur 5.4 presenteres fordelingen av viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn blant pasienter med diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



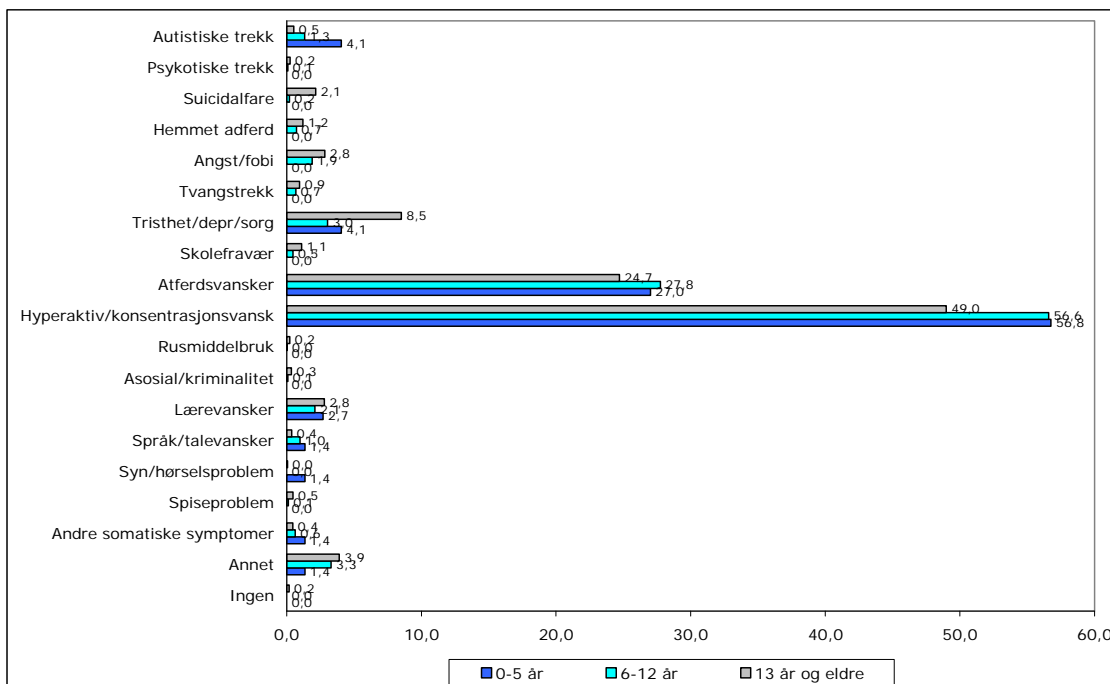
Figur 5.4 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=7 903) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007.

Figuren viser at det er variasjon i henvisningsgrunn mellom jenter og gutter blant barn med hyperkinetiske forstyrrelser, noe som utgjør en signifikant forskjell mellom kjønnene ( $p < 0.001$ )<sup>10</sup>. For begge kjønn er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker den viktigste henvisningsgrunnen, og utgjør nær 54 prosent for gutter og 50 prosent for jenter. Atferdsvansker som henvisningsgrunn er også noe mer utbredt blant gutter (28 prosent) enn jenter (20,7 prosent), mens andelen henvist for tristhet, depresjon og sorg er større for jenter (10 prosent) enn for gutter (4,3 prosent). Blant pasienter henvist for angst/fobi, lærevansker, skolefravær og suicidalfare er det også en større andel blant jenter enn gutter.

#### ALDER

I figur 5.5 presenteres viktigste henvisningsgrunn for pasienter i ulike alderskategorier med diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser i 2007. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.

<sup>10</sup> Phi og Cramers V.



Figur 5.5 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=7 903) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007.

For alle aldersgrupper er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker den viktigste årsaken til henvisning blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser. For barn opp til 12 år utgjør denne henvisningsårsaken 57 prosent, mens andelen er noe lavere blant ungdom (49 prosent). Tristhet/depresjon/sorg er en vanligere årsak til henvisning blant de eldste (8,5 prosent) enn blant yngre barn (3 og 4,1 prosent). Det er signifikant forskjell mellom de ulike aldersgruppene når det gjelder henvisningsgrunn ( $p < 0.001$ )<sup>11</sup>

#### SAMSVAR HENVISNINGSGRUNN OG DIAGNOSE?

Oppsummert ser det i stor grad ut til å være samsvar mellom første - og andrelinjens vurdering av vanskene for pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser. Atferdsvansker og hyperaktivitet utgjør over 70 prosent av årsakene til henvisning fra førstelinjen, og er de største årsakene til henvisning blant begge kjønn og alle alderskategorier. Det er imidlertid signifikante kjønns- og aldersforskjeller når det gjelder henvisningsgrunn. Det er en tendens til at gutter i større grad henvises for utagerende atferd, mens henvisning av jenter i større grad er knyttet til følelsesmessige problemer for denne pasientgruppen. Tilsvarende er det en tendens til at barn opp til 12 år henvises for atferdsproblematikk, mens ungdom i større grad henvises for tristhet, depresjon og sorg, angst/fobi og suicidalfare.

#### 5.1.2 Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen

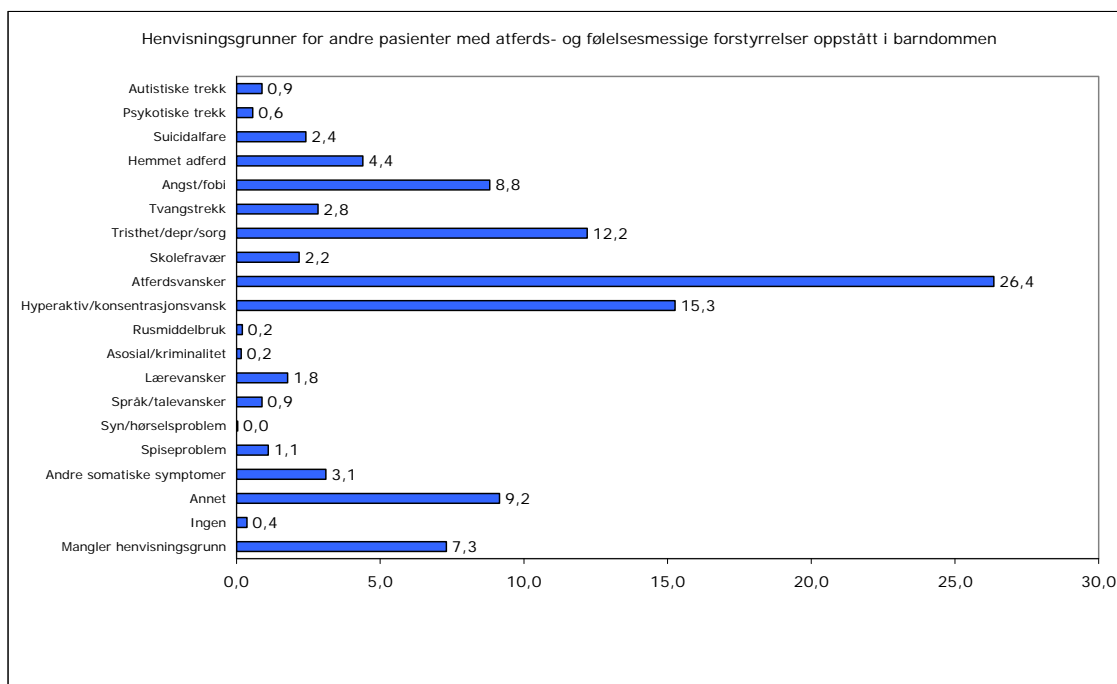
Diagnosekategorien "Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen" utgjør 11,1 prosent av alle som er behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007, og er en samlekategori fra Kategoriblokken F90-98 (ICD10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Statens helsetilsyn, 2006) med unntak for F90 Hyperkinetiske forstyrrelser som er behandlet atskilt i avsnittet 5.1.1. Gruppen består av atferdsforstyrrelser

<sup>11</sup> Phi og Cramers V.

(F91), blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (F92), følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen (F93), forstyrrelser i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder (F94), "Tics" (F95) og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F98).

Det er en noe høyere andel med denne lidelsen blant gutter (11,9 prosent) enn blant jenter (10,2 prosent) (se tabell 5 i vedlegg), og en høyere andel blant barn i alderen 6-12 år (13,2 prosent) enn blant barn over 12 år (9,7 prosent) og førskolebarn (10 prosent) (se tabell 6 i vedlegg).

I figur 5.6 presenteres henvisningsgrunner for barn i denne diagnosekategorien.

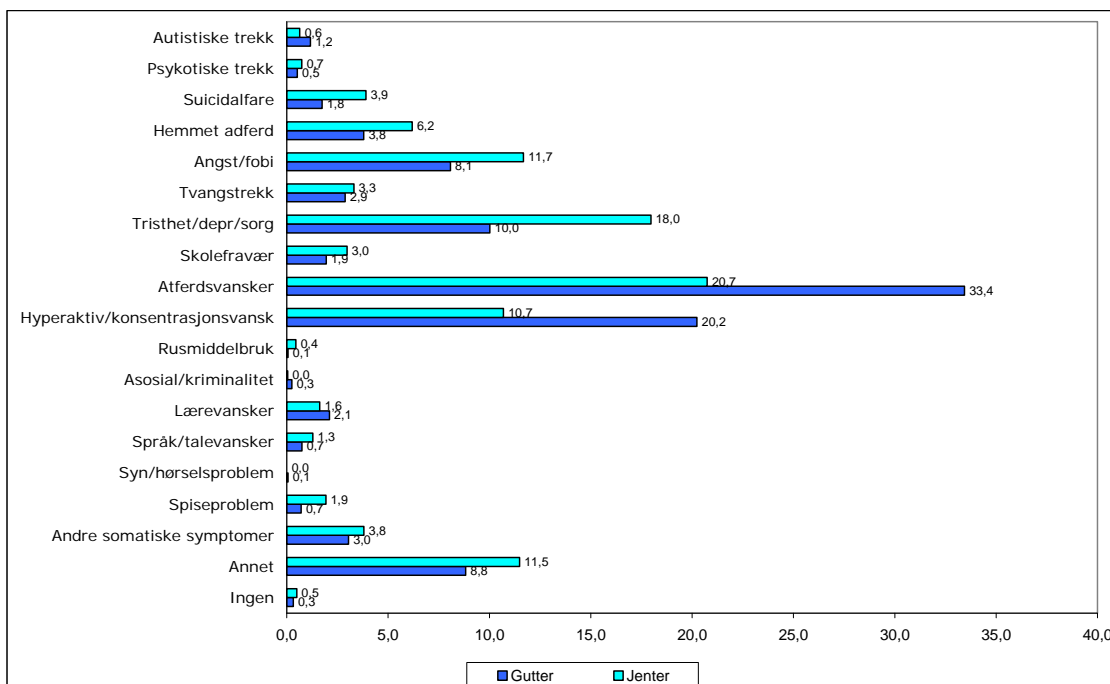


Figur 5.6 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=5 506) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007.

Atferdsvansker utgjør ikke uventet den vanligste årsaken til henvisning til det psykiske helsevernet blant barn og unge i denne diagnosekategorien, og omfatter over en av fire pasienter (26,4 prosent). Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker er den nest vanligste henvisningsgrunnen for denne pasientgruppen og utgjør 15,3 prosent, mens tristhet, depresjon og sorg utgjør 12,2 prosent. Angst/fobi er også en viktig årsak til henvisning (9 prosent), mens hemmet adferd, tvangstrekk og skolefravær gjelder som henvisningsgrunn for henholdsvis 4,4 prosent, 2,8 prosent og 2,2 prosent. Litt over 7 prosent mangler henvisningsgrunn, mens 9,2 prosent har andre årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

#### KJØNN

I figur 5.7 illustreres henvisningsgrunner fordelt på kjønn blant pasienter med atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



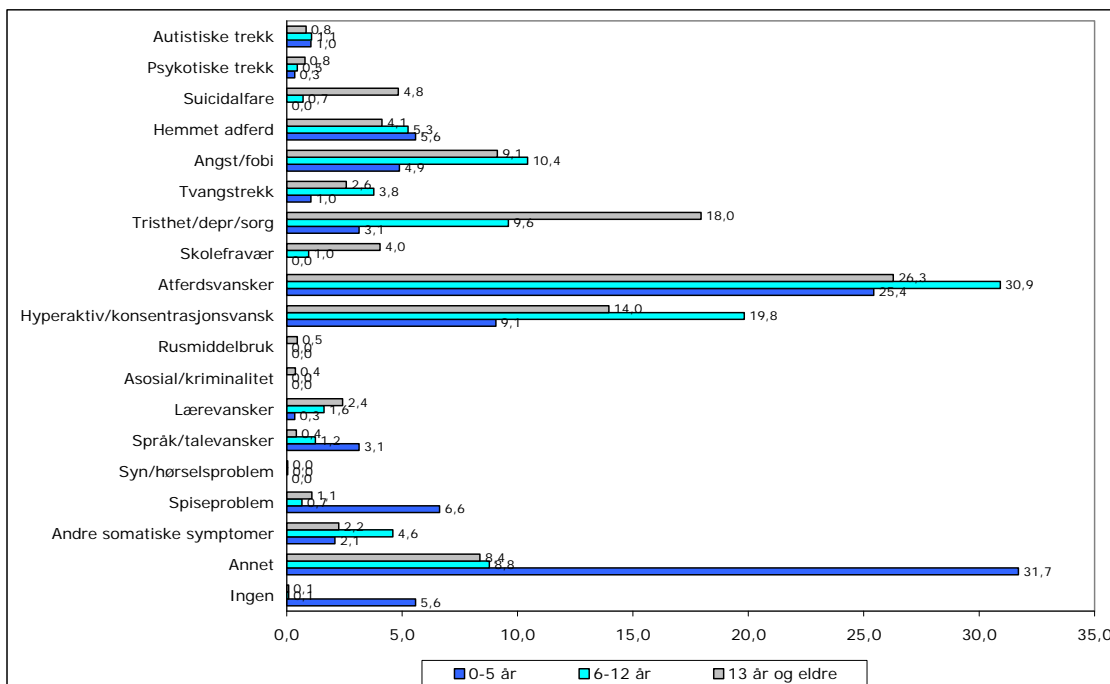
Figur 5.7 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=5 194) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007.

Til tross for at atferdsvansker er den vanligste årsaken til henvisning for både gutter og jenter, er det klare kjønnsforskjeller i henvisningsgrunn også for denne pasientgruppen ( $p < 0.001$ )<sup>12</sup>. Mens 33 prosent av guttene er henvist på bakgrunn av atferdsvansker, gjelder dette for 20,7 prosent av jentene. Tilsvarende tendens ser vi for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker som henvisningsgrunn. Blant guttene er 20 prosent henvist for dette, mens 11 prosent av jentene er i samme kategori. For de øvrige mest benyttede henvisningsgrunnene er andelen høyere blant jenter enn blant gutter. Mens 18 prosent av jentene i denne diagnosekategorien er henvist for tristhet, depresjon og sorg, gjelder dette for 10 prosent av guttene. Samme tendens ser vi for henvisningsgrunnene angst og fobi, hemmet atferd, suicidalfare og spiseproblemer.

#### ALDER

I figur 5.8 presenteres viktigste henvisningsgrunn for ulike aldersgrupper blant pasienter med atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.

<sup>12</sup> Phi og Cramers V.



Figur 5.8 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=5 104) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007.

Det er også klare forskjeller mellom de ulike aldersgruppene når det gjelder henvisningsgrunner blant barn med atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen ( $p < 0.001$ )<sup>13</sup>. Atferdsvansker står for henvisningene av minst en av fire pasienter i alle alderskategorier, og utgjør den vanligste årsaken til henvisning blant barn fra 6 år og oppover. Blant de yngste barna er imidlertid "annet"-kategorien den største henvisningsgrunnen med 31,7 prosent. Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker omfatter 20 prosent av 6-12 åringene, mens 14 prosent av de eldste og 9 prosent av førskolebarn er i denne henvisningskategorien. Tristhet, depresjon og sorg er langt vanligere som henvisningsårsak blant ungdom (18 prosent) enn blant yngre barn (9,6 prosent og 3,1 prosent), mens spiseproblemer ser ut til å være en vanligere årsak til henvisning blant førskolebarn (6,6 prosent) enn blant de eldre barna (0,7 og 1,1 prosent) for denne pasientgruppen.

#### SAMSVAR HENVISNINGSGRUNN OG DIAGNOSE?

Oppsummert benyttes flere ulike henvisningsgrunner for denne pasientgruppen, noe som er naturlig da kategori-blokken omfatter flere typer lidelser knyttet atferds- og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder. Atferdsforstyrrelser, hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker er ikke uventet de største årsakene til henvisning av denne pasientgruppen, og blant gutter gjelder disse henvisningsgrunnene for over halvparten av pasientene. Tristhet, depresjon og sorg og angst/fobi er også henvisningsårsaker av en betydelig størrelse, spesielt gjelder dette for jenter. Det er signifikant kjønns- og aldersforskjeller i henvisningsgrunn blant barn i denne diagnosekategorien. Det er en klar tendens til at gutter i større grad henvises for atferdsproblematikk enn jenter. Blant jenter utgjør tristhet, depresjon og sorg en nesten like vanlig henvisningsgrunn som atferdsvansker, mens for gutter utgjør dette en tredjedel. Til tross for at alle aldersgrupper har en

<sup>13</sup> Phi og Cramers V.

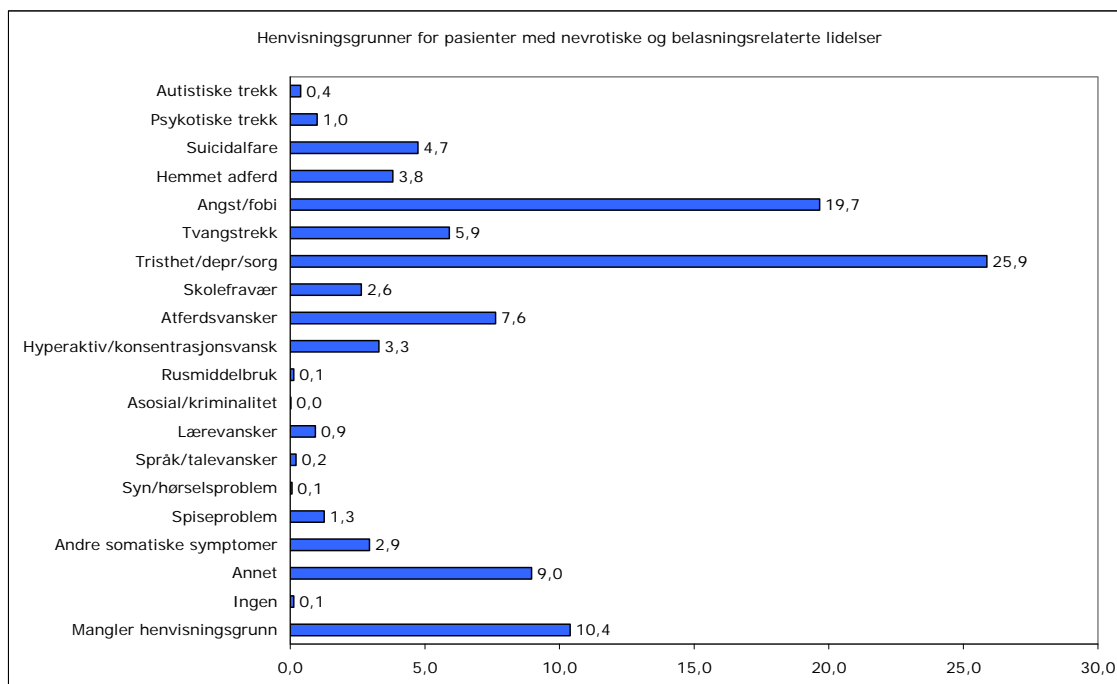
stor andel henvist for atferdsvansker, er det er en relativt større andel av barn i alderen 6-12 år som henvises for hyperaktivitet og atferdsproblematikk. Blant ungdom er andelen som henvises for tristhet, depresjon og sorg, samt suicidalfare høyere enn for de andre aldersgruppene.

### 5.1.3 Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser

Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (F40-48) er en stor samlegruppe av lidelser og består blant annet av ulike angstlidelser, tvangslidelser, tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Statens helsetilsyn, 2006).

Pasienter med denne typen lidelser utgjør 9,3 prosent av barn og unge som behandles i det psykiske helsevernet i 2007. Det er dobbelt så stor andel med denne diagnosen blant jenter (12,8 prosent) enn blant gutter (6,6 prosent) (se tabell 5 vedlegg), og en langt høyere andel blant ungdom (12,7 prosent) enn blant barn i alderen 6-12 år (6 prosent) og blant førskolebarn (2 prosent) (se tabell 6 i vedlegg).

I figur 5.9 presenteres de viktigste henvisningsgrunnene for barn og unge i det psykiske helsevernet med nevrologiske og belastningsrelaterte lidelser.



Figur 5.9 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med nevrologiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=4 618) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007.

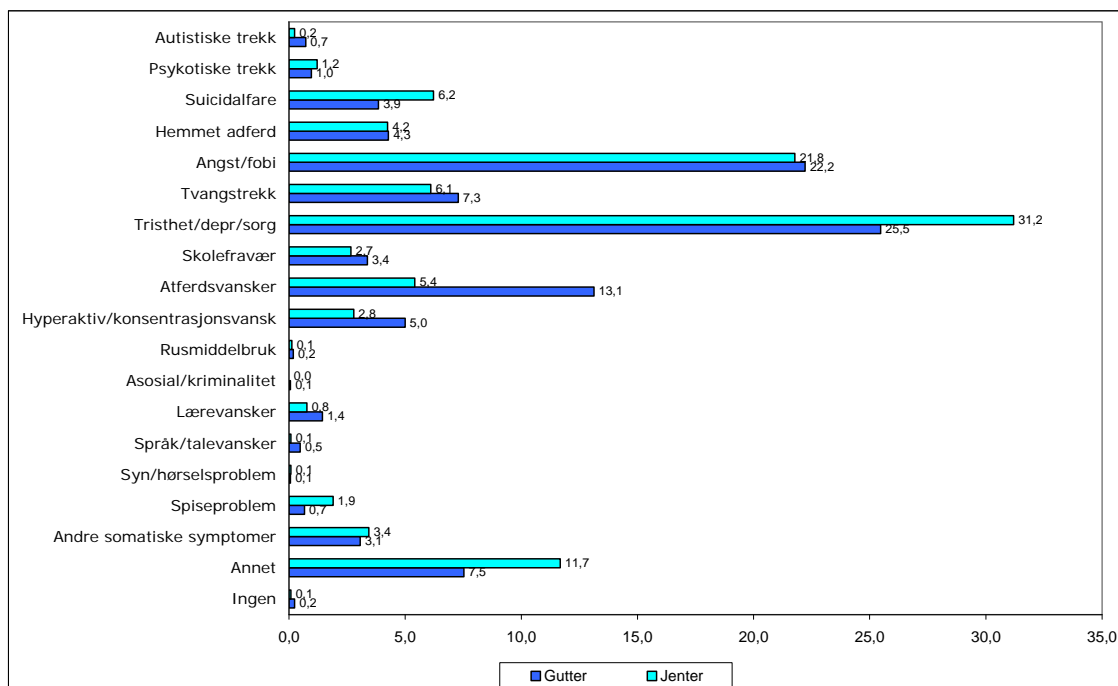
Nesten halvparten av pasientene i diagnosekategorien nevrologiske og belastningsrelaterte lidelser har angst/fobi (19,7 prosent) eller tristhet/depresjon/sorg (25,9 prosent) som viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten. Videre er tvangstrekk årsak til henvisningen for nær 6 prosent, mens hemmet adferd gjelder for nær 4 prosent av pasientene. I tillegg til de svært nærliggende årsakene til henvisning som angst og depresjon, er også atferdsvansker (7,6 prosent), hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (3,3 prosent) og suicidalfare (4,7 prosent) sentrale henvisningsgrunner for denne diagnosekategorien.



Om lag 10 prosent mangler henvisningsgrunn og 9 prosent har andre årsaker til å bli henvist til spesialisthelsetjenesten blant barn og unge med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser.

#### KJØNN

I figur 5.10 presenteres viktigst henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, fordelt på kjønn. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



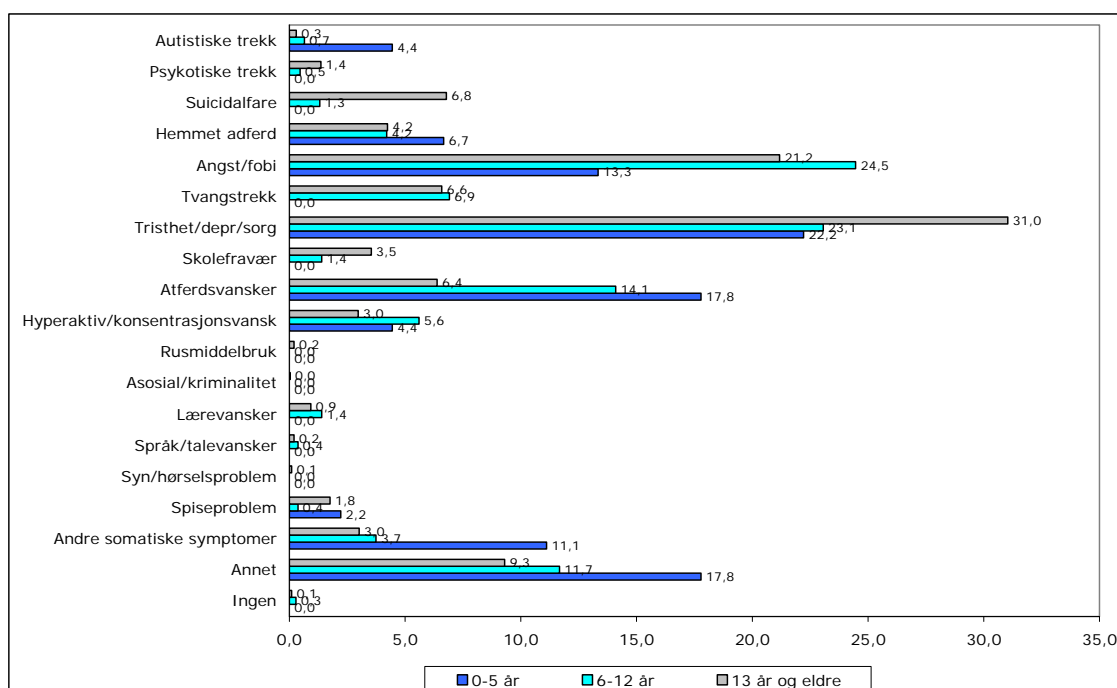
Figur 5.10 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=4 136) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007.

For pasienter med diagnosen nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, er det klare forskjeller i henvisningsgrunn mellom kjønnene ( $p < 0,001$ )<sup>14</sup>. For den vanligste årsaken til henvisning som er tristhet/depresjon/sorg, er andelen blant jenter (31 prosent) høyere enn blant gutter (25 prosent). For angst/fobi som er den nest vanligste årsaken til henvisning blant barn med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, er det kun små forskjeller mellom kjønnene. Blant barn henvist for atferdsvansker, er det imidlertid en langt høyere prosentandel blant gutter (13,1 prosent) enn blant jenter (5,4 prosent). Samme tendens ser vi for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, hvor 5 prosent av guttene og 2,8 prosent av jentene er henvist med dette som årsak. Situasjonen er motsatt for barn henvist for suicidalfare, som omfatter 6,2 prosent av jentene og 3,9 prosent av guttene. Pasienter henvist for tvangstrekk er noe høyere blant gutter (7,3 prosent) enn jenter (6,1 prosent), mens en høyere andel jenter er henvist for andre årsaker enn de nevnte (11,7 prosent) enn gutter (7,5 prosent).

<sup>14</sup> Phi og Cramers V.

## ALDER

I figur 5.11 presenteres viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, fordelt på ulike aldersgrupper. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



Figur 5.11 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=4 136) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007.

Blant førskolebarn med diagnosen nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser er tristhet, depresjon og sorg (22,2 prosent) og atferdsvansker (17,8 prosent) de viktigste årsakene til henvisning til det psykiske helsevernet. For barn i alderen 6-12 år er angst/fobi (24,5 prosent) og tristhet, depresjon og sorg (23,1 prosent) de mest brukte henvisningsgrunnene, mens for ungdom er tristhet, depresjon og sorg (31 prosent) den klart største årsaken til henvisning. Angst/fobi har også et betydelig omfang blant ungdom (21,2 prosent), samt suicidalfare som utgjør 6,8 prosent blant de eldste pasientene med denne typen lidelser. For denne pasientgruppen blir "Annet"-kategorien brukt i større grad blant de yngste enn blant de eldre pasientene.

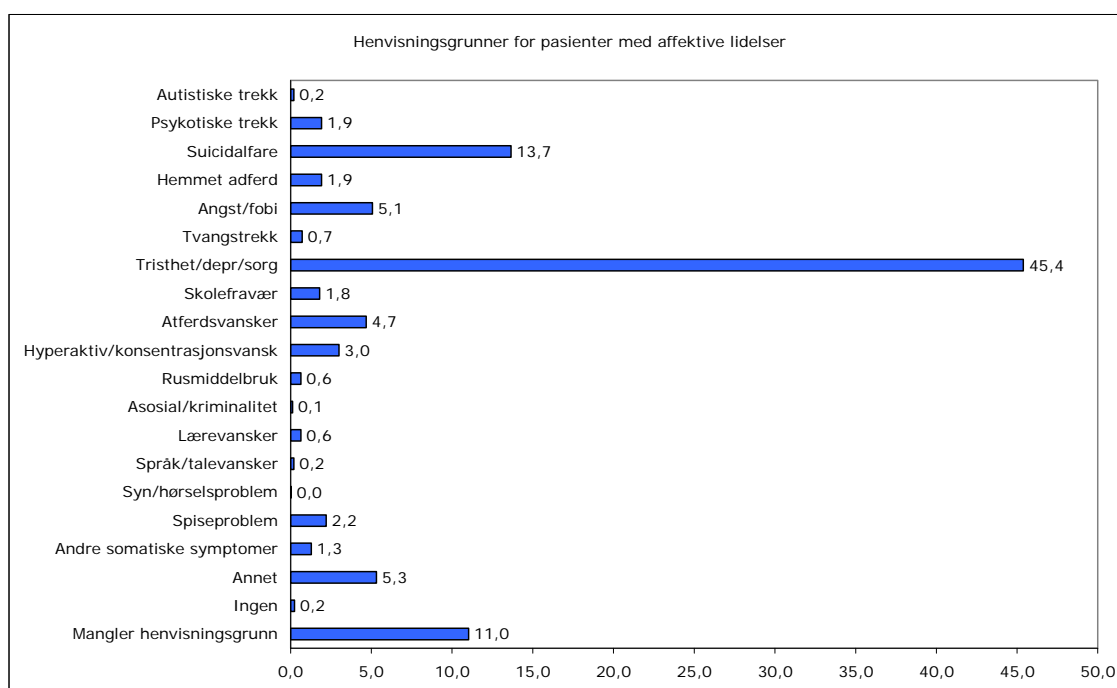
## SAMSVAR HENVISNINGSGRUNN OG DIAGNOSE?

Et relativt bredt spekter av årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten er gyldig for pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser. Dette gjenspeiler at denne diagnosegruppen er en stor samlegruppe av lidelser som blant annet omfatter ulike angstlidelser, tvangslidelser og tilpasningsforstyrrelser. Det er vanlig med blandede symptomer for denne diagnosegruppen og forekomst av både depresjon og angst er utbredt, særlig i de mindre alvorlige variantene av disse lidelsene som ofte sees i primærhelsetjenesten (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Statens helsetilsyn, 2006). Dette er i samsvar med førstelinjens mange benyttede henvisningsårsaker, hvor angst og depresjon er mest utbredt. Oppsummert ser det ut til å være et relativt godt samsvar mellom henvisningsgrunn og diagnose blant pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser.

#### 5.1.4 Affektive lidelser

Vi skal videre se på diagnosegruppen affektive lidelser eller såkalte stemningslidelser. I disse lidelsene er den grunnleggende forstyrrelsen endringer i stemningsleie eller affekter, vanligvis i retning av depresjon eller hevet stemningsleie (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, Statens helsetilsyn, 2006).

Pasienter med affektive lidelser utgjør 5,1 prosent av barn og unge behandlet i det psykiske helsevernet i 2007, herav 8,3 prosent blant jenter og 2,6 prosent blant gutter. Pasientgruppen består i all hovedsak av ungdom, og blant barn over 12 år utgjør denne pasientgruppen 8,9 prosent (se tabell 6 i vedlegg). Blant barn mellom 6-12 år utgjør pasienter med affektive lidelser en svært liten andel (0,7 prosent), og blant førskolebarn er det nesten ikke pasienter med denne typen lidelser under behandling i det psykiske helsevernet (se tabell 6 i vedlegg).



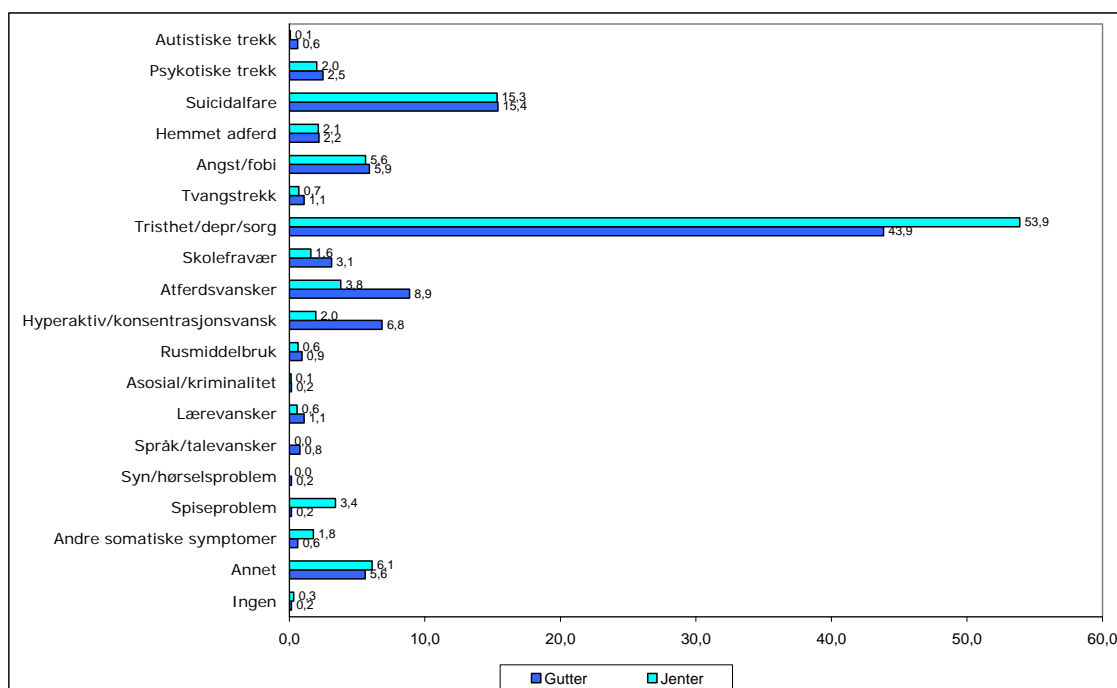
Figur 5.12 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=2 505) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007.

Figur 5.12 viser at tristhet, depresjon og sorg er den klart dominerende årsaken til henvisning blant pasienter med affektive lidelser. Hele 45 prosent av pasientene som hadde denne diagnosen i 2007 er henvist på bakgrunn av dette. Suicidalfare er også en svært viktig grunn for henvisning til spesialisthelsetjenesten blant denne pasientgruppen (nær 14 prosent). Om lag 5 prosent henvises for angst/fobi og atferdsvansker, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er henvisningsgrunn for 3 prosent blant barn og unge med affektive lidelser.

Også for denne gruppen mangler en del pasienter henvisningsgrunn (11 prosent) eller det er andre årsaker til henvisning enn de nevnte (5,3 prosent).

## KJØNN

I figuren under viser vi årsaker til henvisning for barn og unge med affektive lidelser i det psykiske helsevernet, fordelt på kjønn. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



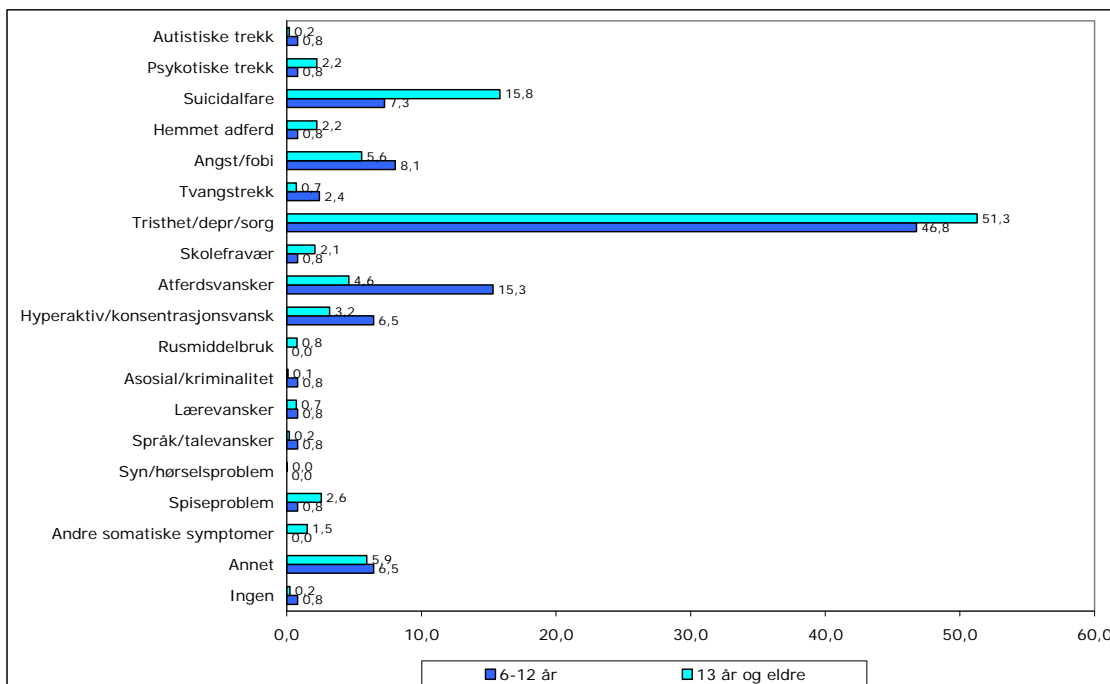
Figur 5.13 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=2 229) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007.

Også blant barn med diagnosen affektive lidelser er det kjønnsforskjeller når det gjelder årsak til henvisning til spesialisthelsetjenesten ( $p < 0,001$ )<sup>15</sup>. For begge kjønn er den viktigste henvisningsgrunnen tristhet, depresjon og sorg, men andelen er klart større blant jenter (53,9 prosent) enn gutter (43,9). Spiseproblemer som årsak til henvisning er også vanligere blant jenter (3,4 prosent) enn gutter (0,2 prosent). For gutter med affektive lidelser, benyttes atferdsvansker (8,9 prosent), hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (6,8 prosent) og skolefravær (3,1 prosent) som viktigste henvisningsgrunn i langt større grad enn for jenter (med henholdsvis 3,8 prosent, 2 prosent og 1,6 prosent). Til sammen utgjør disse tre henvisningsårsakene nær 19 prosent for gutter og knapt 7 prosent for jenter.

## ALDER

I figuren under viser vi årsaker til henvisning for barn og unge med affektive lidelser i det psykiske helsevernet, fordelt på alder. Da det kun var en pasient i alderen 0-5 år i denne pasientgruppen, presenteres kun tall for de to eldste alderskategoriene. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.

<sup>15</sup> Phi og Cramers V.



Figur 5.14 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=2 229) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007.

Tristhet, depresjon og sorg er den dominerende årsaken til henvisning blant barn med affektive lidelser både i aldersgruppen 6-12 år og for ungdom over 12 år, med en noe høyere andel blant de eldste. For de andre henvisningsgrunnene er det størst forskjell mellom aldersgruppene når det gjelder suicidalfare og atferdsvansker. Ungdom har en langt høyere andel som henvises for suicidalfare (15,8 prosent) enn yngre barn (7,3 prosent), mens situasjonen er motsatt for atferdsvansker, hvor henholdsvis 15,3 prosent av barn i alderen 6-12 år og 4,6 prosent av ungdom har dette som henvisningsgrunn. Samme tendens ser vi for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker som årsak til henvisning fra førstelinjetjenesten. Det er signifikante forskjeller i henvisningsgrunn mellom barn (6-12 år) og ungdom (13 år og eldre) ( $p < 0,001$ )<sup>16</sup>.

#### SAMSVAR HENVISNINGSGRUNN OG DIAGNOSE?

Oppsummert er det også for denne diagnosekategorien et tydelig samsvar mellom henvisningsgrunn og diagnose på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Tristhet, depresjon og sorg er den klart dominerende henvisningsårsaken blant pasienter med affektive lidelser, for begge kjønn og for de ulike alderskategoriene. Suicidalfare er også en svært viktig henvisningsgrunn for denne pasientgruppen. Allikevel ser vi signifikante forskjeller mellom gutter og jenter, og mellom barn og ungdom når det gjelder fordelingen av henvisningsgrunn for denne pasientgruppen. I likhet med de øvrige diagnosekategoriene henvises gutter i større grad for atferdsproblematikk enn jenter. Mens spiseproblemer og tristhet, depresjon og sorg utgjør en større andel blant jenter. Når det gjelder alder og henvisningsgrunn, er det størst forskjell mellom aldersgruppene når det gjelder suicidalfare og atferdsproblemer. Ungdom har en langt høyere andel som henvises for suicidalfare enn yngre barn, mens situasjonen er motsatt for atferdsvansker og hyperaktivitet.

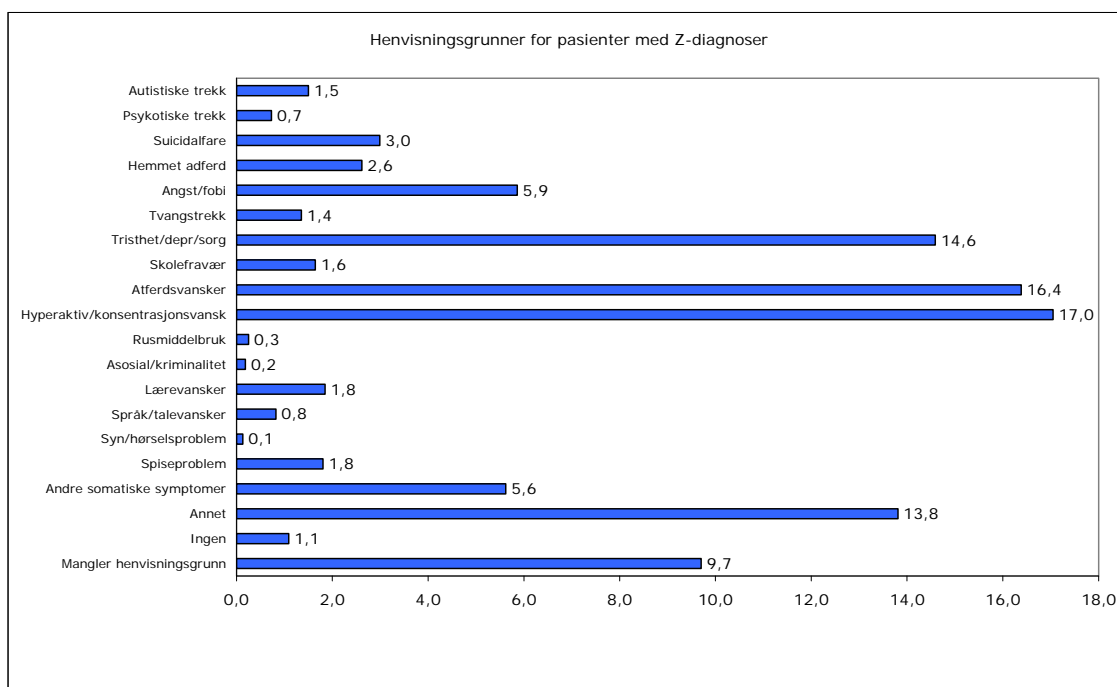
<sup>16</sup> Phi og Cramers V.

### 5.1.5 Pasienter med Z-diagnoser

Z-diagnosene på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom, omfattes av kodene Z00-Z99 "Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten". Som omtalt i kapittel 4.1.1, utgjør kategorien Z00-Z13 "Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning" 88 prosent av pasienter med Z-diagnoser i pasientdatasettet for 2007.

Pasienter med Z-diagnoser utgjør 15,2 prosent av alle behandlede pasienter i 2007, med en relativt lik fordeling blant gutter (14,9 prosent) og jenter (15,6) (se tabell 5 i vedlegg). Blant førskolebarn utgjør pasienter med Z-diagnoser hele 35 prosent, mens blant barn i alderen 6-12 år utgjør denne pasientgruppen 15,7 prosent. Blant de eldste pasientene (over 12 år) er andelen med Z-diagnoser 12,5 prosent (se tabell 6 i vedlegg).

Figur 5.15 viser fordelingen av henvisningsgrunner for pasienter med Z-diagnoser.

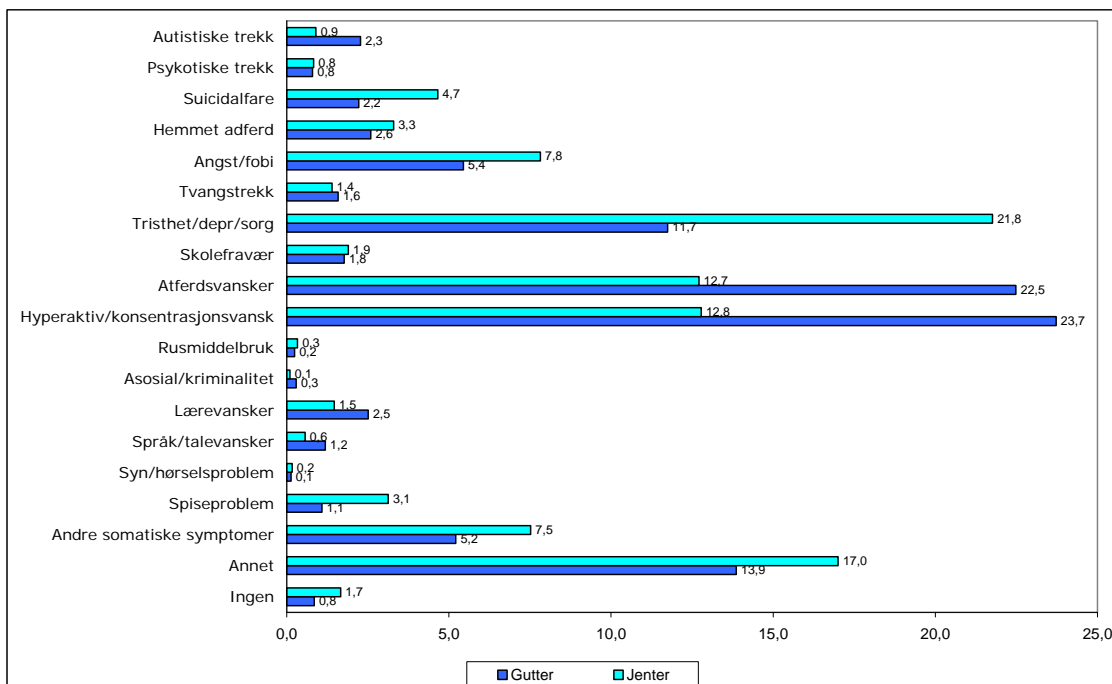


Figur 5.15 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=7 525) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007.

Ikke uventet er et bredt spekter av årsaker til henvisning benyttet i forhold til denne gruppen av pasienter. Atferdsvansker (16,4 prosent), hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (17 prosent) og tristhet/depresjon/sorg (14,6 prosent) er de tre viktigste henvisningsgrunnene for pasienter med Z-diagnoser. Andre henvisningsgrunner av en viss størrelse er angst/fobi (5,4 prosent), somatiske symptomer (5,6 prosent) og suicidalfare (3,0 prosent). "Annet"-kategorien er også stor for denne gruppen av pasienter (13,8 prosent).

#### KJØNN

I figur 5.16 presenteres viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet med Z-diagnoser, fordelt på kjønn. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



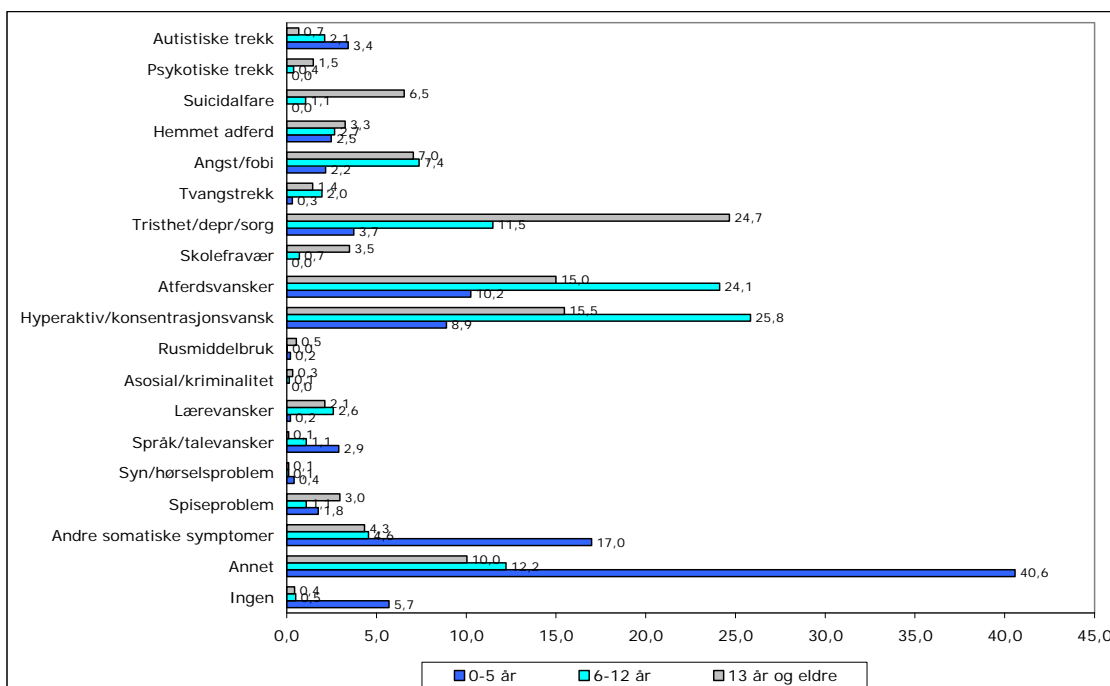
Figur 5.16 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007.

Også blant pasienter med Z-diagnoser ser vi store forskjeller mellom jenter og gutter når det gjelder årsak til henvisning fra førstelinjen ( $p < 0,001$ )<sup>17</sup>. Blant jenter er viktigste henvisningsgrunn tristhet/depresjon/sorg (21,8 prosent), mens blant gutter er atferdsvansker (22,5 prosent) og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (23,7 prosent) de vanligste årsakene til henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det er også kjønnsforskjeller for de fleste øvrige henvisningsårsaker. Angst/fobi, suicidalfare, hemmet adferd har en høyere andel blant jenter, mens lærevansker og autistiske trekk en høyere andel blant gutter.

#### ALDER

I figur 5.17 presenteres viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet med Z-diagnoser, fordelt på ulike aldersgrupper. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.

<sup>17</sup> Phi og Cramers V.



Figur 5.17 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007.

Blant pasienter med Z-diagnoser finner man også store forskjeller i henvisningsgrunn mellom de ulike aldersgruppene ( $p < 0,001$ )<sup>18</sup>. Blant førskolebarn med Z-diagnoser oppgir førstelinjetjenesten i stor grad andre årsaker til henvisning enn de nevnte (40,6 prosent). Omlag halvparten av pasientene i alderen 6-12 år har enten atferdsvansker eller hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker som henvisningsgrunn, mens blant de eldste er tristhet/depresjon/sorg viktigste årsak til henvisning fra førstelinjen, og omfatter nesten en av fire pasienter. Det er også klare forskjeller mellom aldersgruppene for de øvrige årsakene til henvisning fra førstelinjen.

#### SAMSVAR HENVISNINGSGRUNN OG DIAGNOSE?

Z-diagnoser som benyttes på akse 1 er i første rekke knyttet til psykiatrisk undersøkelse og observasjon av pasientene. Bare dersom det ikke foreligger en F-kode kan aktuell R- eller Z-kode være hovedtilstand. Felles for pasienter med Z-diagnoser er derfor at behandlingsapparatet trenger tid til utredning, og at tentative diagnoser derfor settes i en utredningsfase. At førstelinjetjenesten benytter mange årsaker til henvisning av denne gruppen av pasienter og at "annet"-kategorien er benyttet i betydelig grad, tyder på at dette er en sammensatt og heterogen gruppe av pasienter. Det kan også bety at det er knyttet usikkerhet i forhold til vurdering av pasientenes vansker, og kategorisering av dem. Store kjønns- og aldersforskjeller når det gjelder henvisningsgrunn for pasienter i denne diagnosekategorien, tyder også på at dette er en sammensatt gruppe av pasienter. Dette kan indikere at disse pasientene er krevende å plassere for begge tjenestenivå, både med hensyn til henvisningsgrunn og diagnose.

<sup>18</sup> Phi og Cramers V.



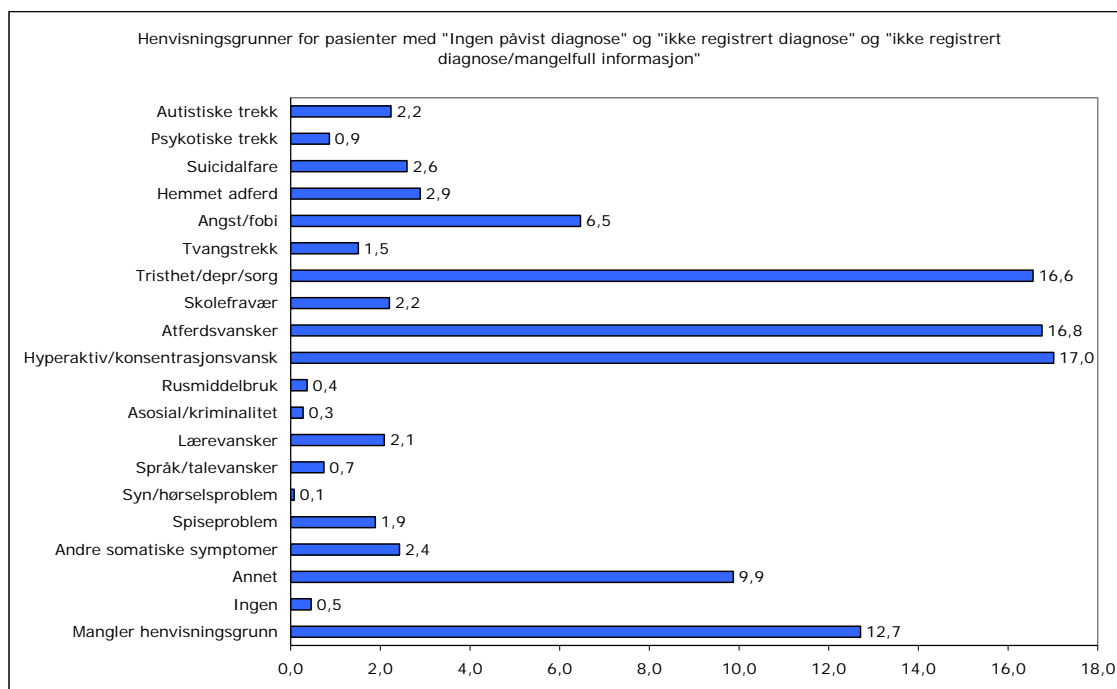
### 5.1.6 Pasienter uten diagnose

I dette avsnittet skal vi se nærmere på de pasientene som ikke har noen diagnose i 2007-dataene. Dette er pasienter i de to kategoriene "Ingen påvist diagnose" og "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom (tilstand nr 1).

Disse to gruppene av pasienter utgjør til sammen 35,6 prosent av alle behandlede pasienter i 2007, med en noe større andel blant jenter (36,5 prosent) enn blant gutter (34,7 prosent) (se tabell 5 i vedlegg). Blant førskolebarn utgjør pasienter uten diagnose hele 45,4 prosent, mens blant barn mellom 6-12 år er andelen 38,2 prosent. Blant ungdom er andelen uten diagnose 32,5 prosent) (se tabell 6 i vedlegg).

I og med at disse analysene omfatter alle pasienter som er behandlet i løpet av 2007, vil pasientene ha kommet ulikt i sine behandlingsforløp, og det vil ikke være naturlig at det er satt diagnose for alle. I kapittel 4 viste vi at andelen pasienter uten diagnose går kraftig ned jo lengre pasientene hadde vært i behandlingssystemet (se figur 4.11). Videre vet vi at andelen nyhenviste pasienter utgjør en langt større andel blant pasienter uten diagnose (65 prosent) enn blant pasienter med diagnose (28 prosent). Karakteristisk for denne pasientgruppen er derfor at den består av en relativt stor andel små barn og nyhenviste pasienter.

I figuren under presenteres viktigste henvisningsgrunn for pasienter uten diagnose i det psykiske helsevernet i 2007.



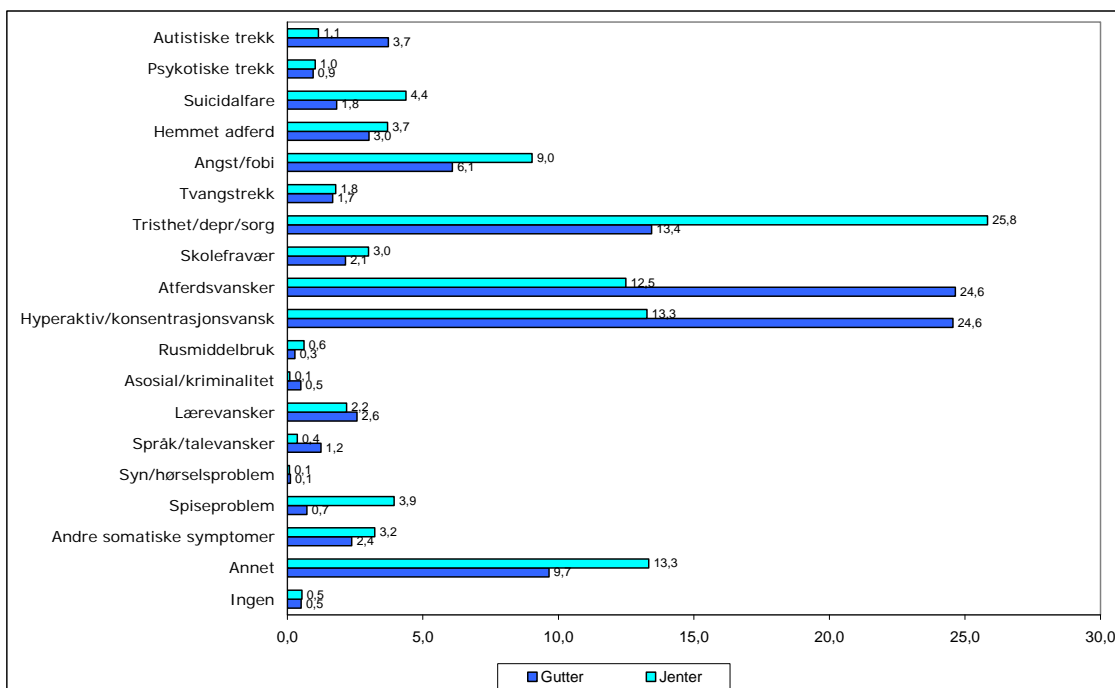
Figur 5.18 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter i kategorien "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen påvist diagnose" på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=17 607) i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel. 2007.

Når vi ser alle pasienter som mangler diagnose i 2007 under ett, er det tre henvisningsgrunner som er omtrent like store i omfang og utgjør om lag 17 prosent hver. Dette er atferdsvansker, hyperaktivitet og tristhet/depresjon/sorg. Pasienter henvist for angst/fobi utgjør også en relativt stor gruppe pasienter med 6,5 prosent. I tillegg ser vi at nær 13 prosent mangler henvisningsgrunn blant denne kategorien pasienter og nær 10 prosent av pasientene er henvist på bakgrunn av andre årsaker. Samtlige av de øvrige

årsakene til henvisning er benyttet for denne gruppen av pasienter og utgjør mellom 0,1 og 2,9 prosent.

#### KJØNN

Figur 5.19 viser viktigste henvisningsgrunn blant pasienter som mangler diagnose på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom fordelt på kjønn. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



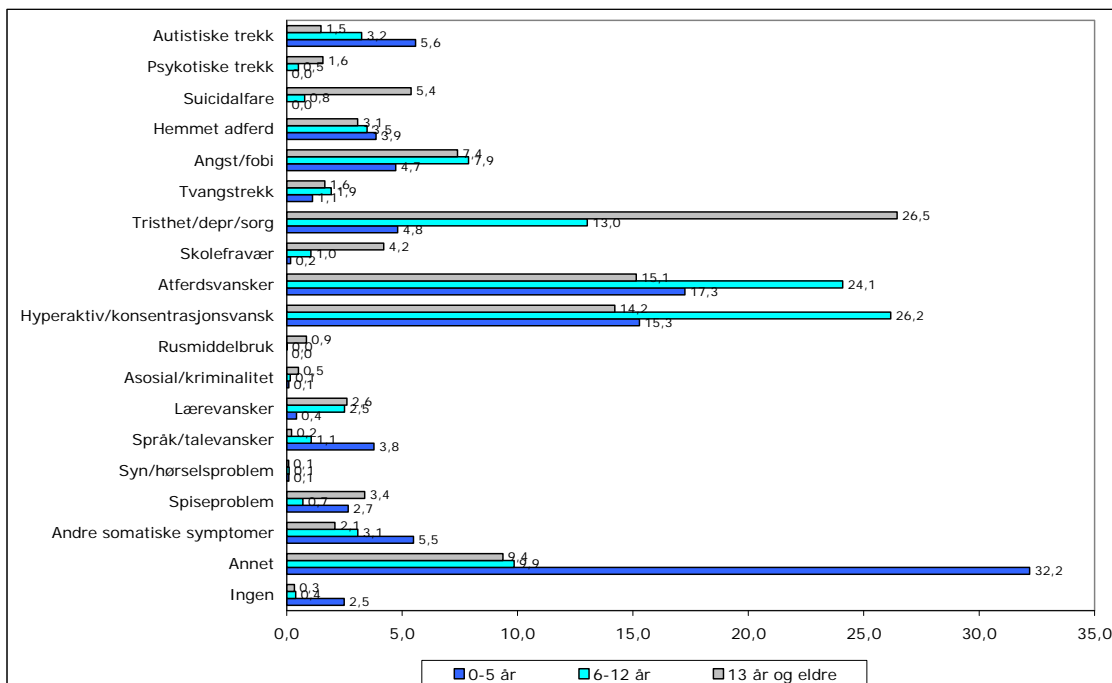
Figur 5.19 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter i kategorien "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen påvist diagnose" på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=15 369) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. Prosentandel. 2007.

Figuren viser at gutter uten diagnose i langt større grad henvises for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker enn jenter. Tilsvarende henvises jentene i større grad for tristhet/depresjon/sorg, angst/fobi, suicidalfare og spiseproblemer. Det er en signifikant forskjell mellom kjønn når det gjelder henvisningsgrunn for pasienter uten diagnose ( $p < 0,001$ )<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Phi og Cramers V.

## ALDER

I figuren under vises viktigste henvisningsgrunn blant pasienter som mangler diagnose på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom fordelt ulike på aldersgrupper. Pasienter som mangler henvisningsgrunn er ikke tatt med i figuren.



Figur 5.20 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for pasienter i kategorien "Ikke registrert diagnose/mangelfull informasjon" og "Ingen påvist diagnose" på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n=15 369) i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på alder. Prosentandel. 2007.

Figuren viser at barn i alderen 6-12 år i langt større grad henvises for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker enn førskolebarn og ungdom. Blant førskolebarn er "annet"-kategorien benyttet for 32 prosent av pasientene, mens tristhet/depresjon/sorg utgjør den viktigste henvisningsgrunn blant de eldste barna (over 12 år). Det er også signifikant forskjell mellom aldersgruppene når det gjelder henvisningsgrunn for pasienter uten diagnose ( $p < 0,001$ )<sup>5</sup>.

## HENVISNINGSGRUNN OG PASIENTER UTEN DIAGNOSE

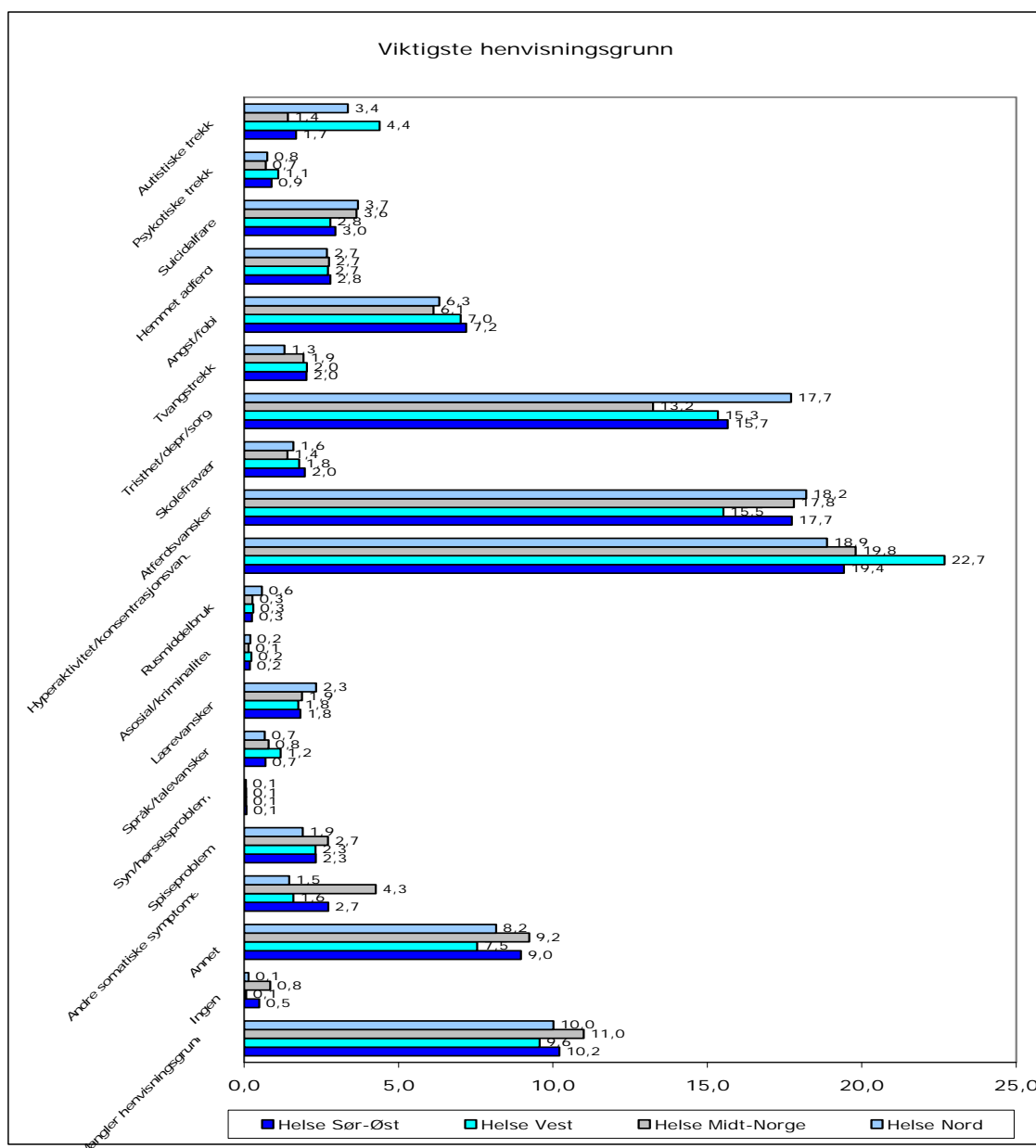
Blant pasienter uten diagnose er det en overvekt av nyhenviste pasienter (65 prosent) og relativt sett flere barn under 12 år enn blant pasienter med diagnose. Blant de minste barna (0-6 år) er hele 45 prosent uten diagnose på akse 1 i 2007.

Omlag halvparten av pasienter uten diagnose henvises for atferdsvansker, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker og tristhet/depresjon/sorg. Gutter henvises i langt større grad for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker enn jenter. Tilsvarende blir jenter i større grad henvist for tristhet/depresjon/sorg, angst/fobi, suicidalfare og spiseproblemer. Det er også signifikant forskjell mellom aldersgruppene når det gjelder henvisningsgrunn. Barn i alderen 6-12 år henvises oftere for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker enn førskolebarn og ungdom. Mens tristhet/depresjon/sorg utgjør den viktigste henvisningsgrunnen blant de eldste barna (over 12 år), benyttes "annet"-kategorien for en av tre pasienter blant de yngste.

## 5.2 Varierer relasjonen mellom viktigste henvisningsgrunn og diagnosekode mellom de ulike regionene?

Vi skal i dette kapitlet se nærmere på forholdet mellom henvisningsgrunn og diagnose (akse 1) for de ulike helseregionene. I likhet med analysen på nasjonalt nivå, ser vi på pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, affektive lidelser og pasienter med Z-diagnoser. I tillegg ser vi på pasienter som ikke har en registrert diagnose ved årets slutt samt pasienter hvor det ikke er påvist noen aktuell tilstand på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom.

Men først kommenteres figur 5.21 og 5.22 som viser regional fordeling for henholdsvis henvisningsgrunn og diagnose i 2007.



Figur 5.21 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent. Helseregion.

Når man ser alle pasienter som er behandlet i de ulike helseregionene under ett (uavhengig av diagnose) ser man at det er relativt lik fordeling mellom regionene når det gjelder henvisningsgrunn.

I samtlige regioner er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker den viktigste årsaken til henvisning av barn og unge fra førstelinjetjenesten til det psykiske helsevernet. Atferdsvansker og tristhet/depresjon/sorg er på samme måte henvisningsgrunn nummer to og tre i omfang i alle regioner.

Helse Vest har den høyeste andelen pasienter henvist for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, med 22,7 prosent. For de øvrige regionene varierer prosentandelen mellom 18,9 prosent og 19,8 prosent. Når det gjelder atferdsvansker som henvisningsgrunn, har Helse Vest den laveste andelen med 15,5 prosent mens de øvrige regionene ligger rundt 18 prosent.

Henvisningsårsaken tristhet, depresjon og sorg har størst andel blant pasientene i Helse Nord (17,7 prosent), mens pasienter i helseregion Midt-Norge har laveste prosentandel (13,2 prosent).

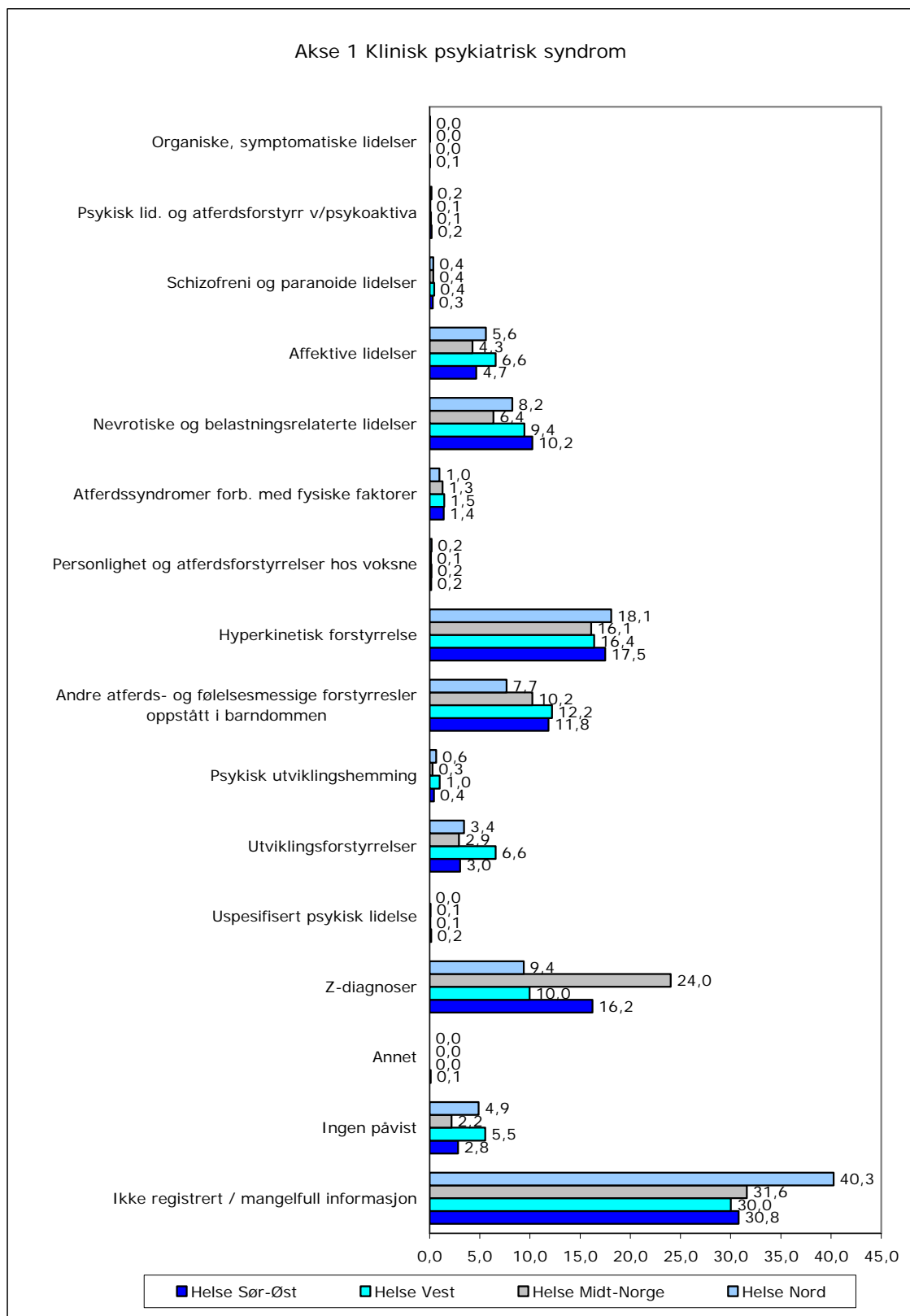
Blant de øvrige årsakene til henvisning, er det størst variasjon mellom regionene i henvisningskategorien autistiske trekk. Mens 1,4 prosent av pasientene henvises på bakgrunn av dette i helseregion Midt-Norge, er tilsvarende tall i helseregion Vest 4,4 prosent.

Andelen pasienter som mangler henvisningsgrunn er omtrent likt fordelt mellom regionene, og varierer mellom 9,6 og 11 prosent.

I figur 5.22 ser vi fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for pasienter i de ulike helseregionene. I kapittel 4 ble tilsvarende tall delvis kommentert i forbindelse med omtale av regionale utviklingstrekk, men det gis likevel en kort kommentar her.

De viktigste forskjellene mellom regionene i fordeling på Akse 1, er at Helse Nord har en høyere andel uten registrert diagnose enn de øvrige helseregionene og at Helse Midt-Norge i langt større grad benytter Z-diagnoser enn de andre regionene. Dette kan ha sammenheng med ulike rutiner for når og hvordan diagnoser settes i behandlingsforløpet, og registreres i det pasientadministrative datasystemet.

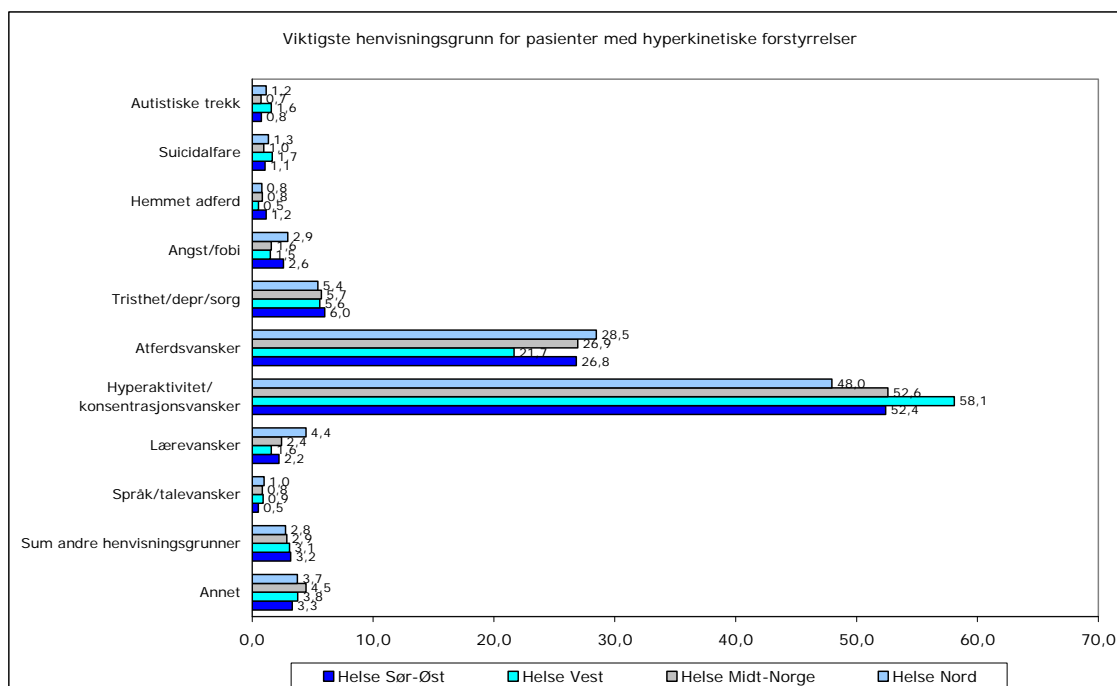
Det er også noe variasjon i fordeling på de øvrige store diagnosegruppene, helseregion Nord ligger høyest når det gjelder diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser, men lavest i kategorien andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser. Helse Sør-Øst har høyeste andel pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, mens Helse Vest har størst andel med affektive lidelser samt utviklingsforstyrrelser. Dette kan skyldes ulike behandlingstilbud i regionene, med for eksempel ulik vektlegging av døgn-/dagtilbud og polikliniske tilbud.



Figur 5.22 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007. Prosent. Helseregioner.

I fortsettelsen ser vi på de ulike store diagnosegruppene og fordeling av henvisningsgrunn fordelt på region.

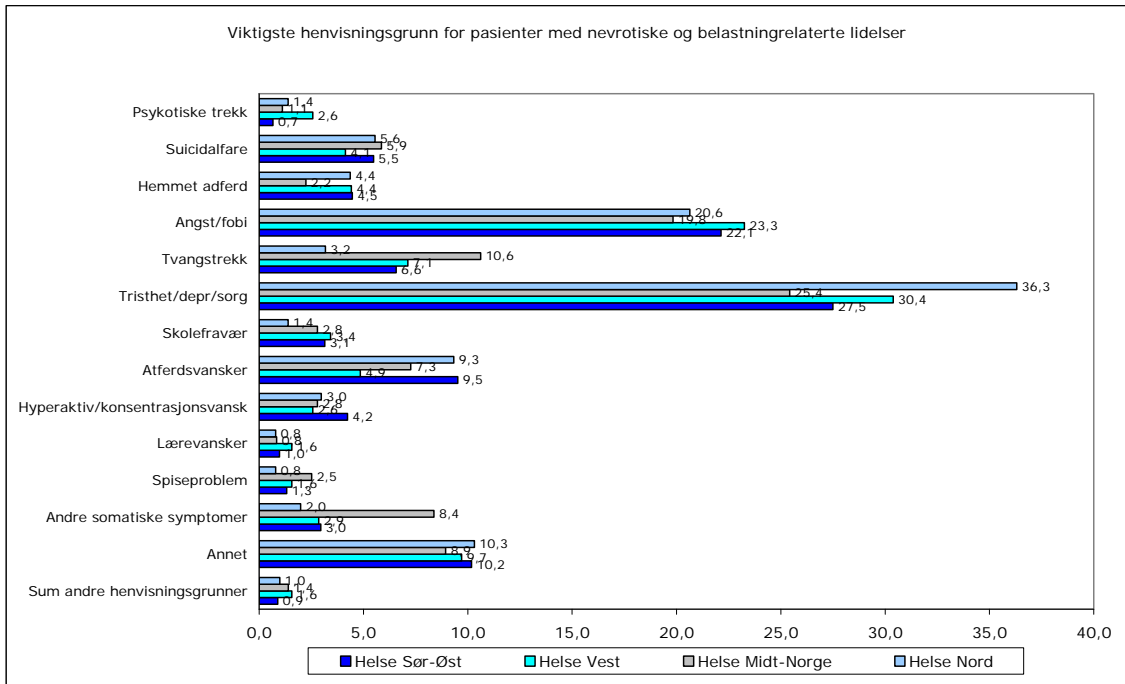
Figur 5.23 viser fordeling av henvisningsgrunn for de ulike helseregionene blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser.



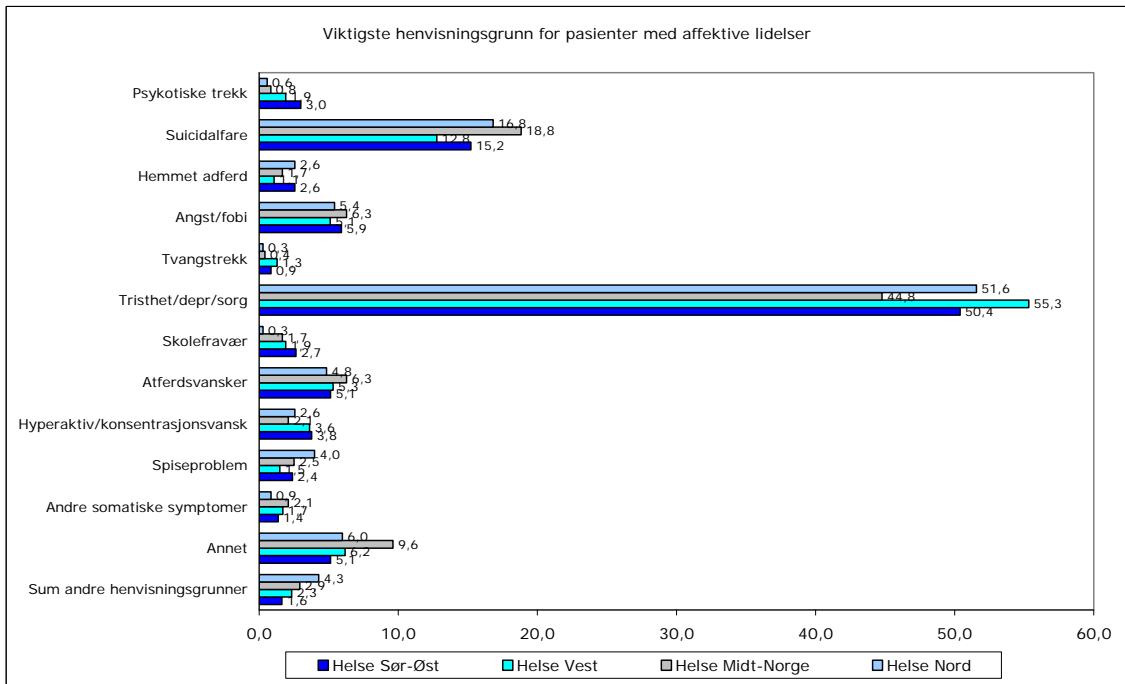
Figur 5.23 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion.

Figuren viser samme tendens i alle helseregioner; hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker er de to dominerende henvisningsårsakene blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser. Andelen pasienter varierer imidlertid noe mellom helseregionene. Mens 48 prosent av pasientene i Helse Nord er henvist for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, er tilsvarende andel i Helse Vest 58 prosent. Motsatt tendens ser vi for atferdsvansker som henvisningsgrunn; Helse Vest har den laveste andelen, mens Helse Nord har høyest andel pasienter. Figuren viser også regionale variasjoner for flere av de øvrige henvisningsgrunnene blant pasienter i diagnosekategorien hyperkinetiske forstyrrelser.

I figur 5.24 presenteres fordeling av viktigste henvisningsgrunn mellom helseregionene blant pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser. For denne diagnosekategorien er det størst variasjon mellom regionene i andelen henvist for tristhet, depresjon og sorg. Mens 36 prosent av pasientene i Helse Nord er henvist på bakgrunn av dette, er 25 prosent henvist for samme årsak i helseregion Midt-Norge. Også når det gjelder henvisningsgrunnene tvangstrekk og atferdsvansker er det regionale forskjeller av en viss størrelse. Mens nær 11 prosent av pasientene er henvist for tvangstrekk i helseregion Midt-Norge, er knapt 3 prosent henvist for dette Helse Nord. En nesten dobbelt så stor andel av pasientene i Helse Sør-Øst er henvist for atferdsvansker enn i helseregion Vest blant pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser.



Figur 5.24 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med diagnosen nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion.



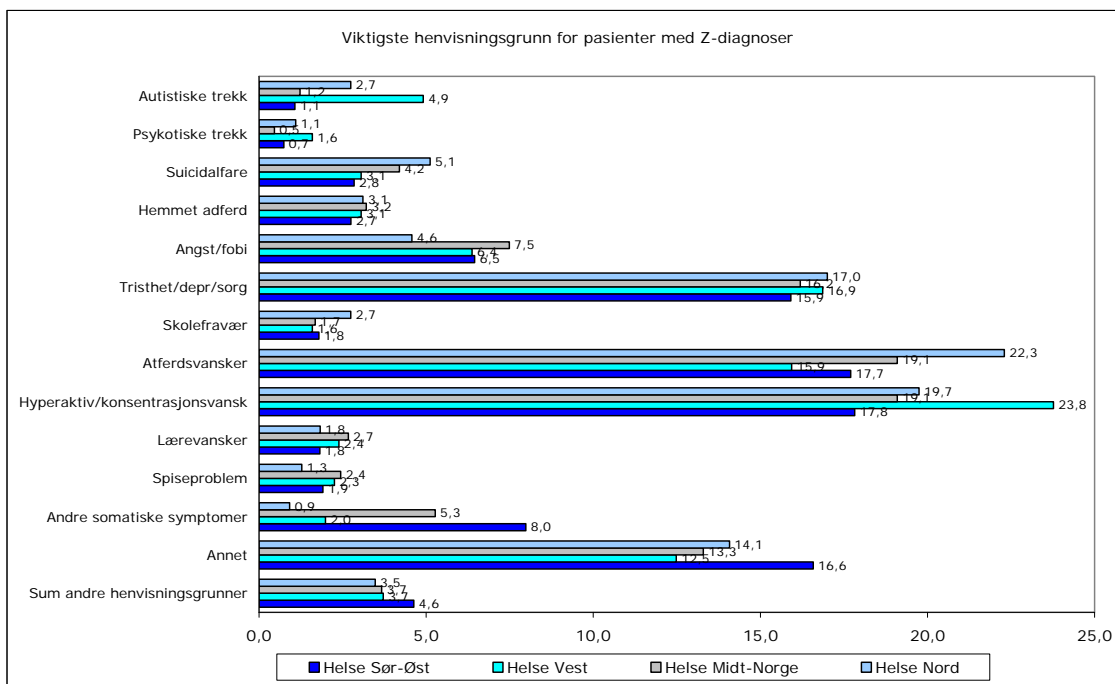
Figur 5.25 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med diagnosen affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion.

I figuren over er viktigste henvisningsgrunn for pasienter med affektive lidelser presentert. Forskjellene mellom helseregionene er størst blant pasienter henvist for tristhet, depresjon og sorg, som utgjør den vanligste henvisningsgrunnen i samtlige regioner. Helse Midt-Norge



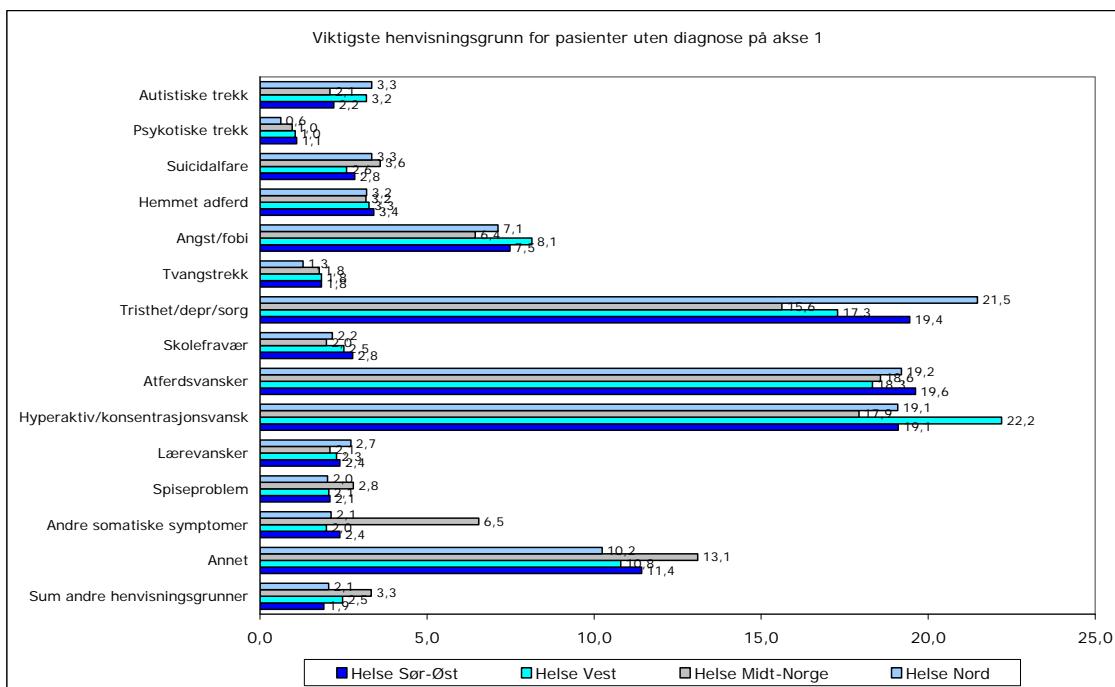
har den minste andelen pasienter med denne henvisningsgrunnen (44,8 prosent), mens helseregion Vest har den største andelen (55 prosent). Situasjonen er motsatt for pasienter henvist for suicidalfare, hvor andelen varierer fra 12,8 prosent i helseregion Vest til 18,8 prosent i Helse Midt-Norge.

I figur 5.26 og 5.27 viser regional fordeling av viktigste henvisningsgrunn blant pasienter med Z-diagnose og pasienter uten registrert diagnose.



Figur 5.26 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 med Z-diagnoser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion.

Blant pasienter med Z-diagnoser er forskjellene mellom regionene størst når det gjelder pasienter henvist for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. Mens om lag 16 prosent av pasientene i helseregion Vest er henvist for atferdsvansker, er 22 prosent henvist for det samme i helseregion Nord. Motsatt har Helse Vest den største andelen henvist for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (23,8 prosent), mens Helse Sør-Øst har laveste andel (17,8 prosent). Det er også regionale variasjoner for de øvrige årsakene til henvisning til det psykiske helsevernet blant pasienter med Z-diagnoser.



Figur 5.27 Fordeling av viktigste henvisningsgrunn for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 uten registrert diagnose affektive lidelser på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. Helseregion.

Blant pasienter uten diagnose er det en relativt lik fordeling mellom helseregionene i henvisningsgrunn sett i lys av at denne pasientgruppen ikke er en homogen gruppe. Blant pasienter henvist for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker er det imidlertid noe variasjon mellom regionene; mens 22 prosent i helseregion Vest har dette som viktigste henvisningsgrunn, er andelen i helseregion Midt-Norge ca 18 prosent. Og blant pasienter henvist for tristhet, depresjon og sorg er andelen pasienter i helse Nord størst (21,5 prosent), mens helseregion Midt-Norge har laveste andel (15,6 prosent).

### 5.3 Hvordan samvarierer de øvrige diagnoseaksene (akse 2-6) med henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten?

I dette delkapitlet vil vi kort kommentere hvordan henvisningsgrunn er relatert til de øvrige diagnoseaksene 2-6. I vedlegget er krysstabeller for hver diagnoseakse og viktigste henvisningsgrunn presentert for 2007. For de enkelte aksene kommenteres de største diagnosegruppene med referanse til de aktuelle tabellene. Da det er en høy andel uten registrert diagnose på samtlige diagnoseaks, vil disse kategoriene også kommenteres hvis de avviker eller har spesielle fordelinger.

#### 5.3.1 Henvisningsgrunn og Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser

På Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser er en stor andel av pasientene enten ikke diagnostisert (68,2 prosent) eller det er "ingen påvist tilstand" (20,6 prosent). Til tross for dette er det en signifikant samvariasjon mellom viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjen og fordeling på Akse 2<sup>20</sup>. Tabell 7 i vedlegget viser hvordan dette fordeler seg.

<sup>20</sup> Phi og Cramers V.

Spesifikke utviklingsforstyrrelser knyttet til skoleferdigheter og lærevansker utgjør den største kategorien av pasienter (5,2 prosent) på akse 2 (se tabell 4.2). For denne gruppen er 40,2 prosent henvist fra førstelinjen for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, 19,2 prosent er henvist for atferdsvansker og nær 11 prosent er henvist for tristhet, depresjon og sorg. En betydelig del er også henvist for lærevansker (7,6 prosent).

Pasienter med spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk er den andre kategorien av en viss størrelse og utgjør 2,3 prosent av pasientene i 2007 (tabell 4.2). Blant disse er de viktigste årsakene til henvisning til det psykiske helsevernet hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (33,1 prosent), atferdsvansker (20,4 prosent) og språk/talevansker (8,4 prosent).

For de øvrige kategoriene på Akse 2, som er mindre i omfang enn de omtalte, ser vi også at hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, atferdsvansker og til dels tristhet, depresjon og sorg er de viktigste årsakene til henvisning. Dette gjelder også blant de pasientene som enten ikke har fått påvist diagnose på Akse 2, eller hvor det ikke er registrert diagnose på akse.

### 5.3.2 Henvisningsgrunn og Akse 3, Intelligensnivå / psykisk utviklingshemming

Koding på Akse 3, Intelligensnivå skjer for omtrent halvparten av pasientene i det psykiske helsevernet og herav er 20 prosent diagnostisert med ukjent intelligensnivå (se tabell 4.3). Også for denne diagnoseaksen er det en signifikant samvariasjon mellom viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten og fordeling på akse 3<sup>21</sup>. Tabell 8 i vedlegget viser hvordan henvisningsgrunn fordeler seg for de ulike diagnosegruppene på denne akse.

Pasienter med normal intelligens utgjør den største pasientgruppen (22,7 prosent) på Akse 3 (se tabell 4.3), og blant disse er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (31 prosent), atferdsvansker (22,5 prosent) og tristhet, depresjon og sorg (13,3 prosent) de viktigste årsakene til henvisning til det psykiske helsevernet. Tilsvarende mønster finner vi for pasienter med litt under normal intelligens. For pasienter med høy eller svært høy intelligens, er atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn for om lag 28 prosent, mens hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker gjelder som viktigste henvisningsgrunn for henholdsvis 27 (høy intelligens) og 22 prosent (svært høy intelligens). For pasienter med mild psykisk utviklingshemming er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker vanligste årsak til henvisning (26,7 prosent), mens for pasienter med moderat eller alvorlig psykisk utviklingshemming er autistiske trekk viktigste henvisningsgrunn (26 og 25 prosent). Dette gjelder også for pasienter med uspesifisert psykiske utviklingshemming (25,7 prosent). De to siste omtalte diagnosekategoriene omfatter imidlertid få pasienter.

### 5.3.3 Henvisningsgrunn og Akse 4, Somatiske tilstander

På Akse 4, Somatiske tilstander skal det kun kodes tilstander som påvirkes av eller påvirker aktuell psykisk lidelse. I 2007-data er 42,8 prosent (se tabell 4.4) av pasientene diagnostisert på Akse 4, og herav har nær 15 prosent "ingen aktuell tilstand" og nær 20 prosent har "mangelfull informasjon for å kode på Akse 4". Det er også en signifikant samvariasjon mellom henvisningsgrunn og somatiske tilstander på Akse 4<sup>22</sup>. Tabell 9 i vedlegget viser fordeling av henvisningsgrunn for kategoriene på Akse 4.

Også for denne akse er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, atferdsvansker og tristhet, depresjon og sorg viktige årsaker til henvisning av pasientene i de ulike diagnosekategoriene, noe som blant annet gjelder for den største kategorien av pasienter på

---

<sup>21</sup> Phi og Cramers V.

<sup>22</sup> Phi og Cramers V.

Akse 4, "Faktorer av betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten". Men vi ser også at "Andre somatiske symptomer" og "Annet"-kategorien er benyttet som henvisningsgrunn for en stor andel av pasientene i flere av diagnosegruppene på Akse 4. Suicidalfare er også benyttet som viktigste henvisningsgrunn på denne aksen, og omfatter 44 prosent av pasientene i kategorien "Ytre årsak til sykdom, skader og dødsfall".

#### 5.3.4 Henvisningsgrunn og Akse 5, Avvikende psykososiale forhold

Litt over halvparten av pasientene (55,5 prosent) i det psykiske helsevernet for barn og unge er kodet på Akse 5, Avvikende psykososiale forhold i 2007 (se tabell 4.5). For nesten samtlige kategorier på denne aksen er de tre henvisningsgrunnene hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, atferdsvansker og tristhet, depresjon og sorg størst i omfang. For pasienter med avvikende nærmiljø, som utgjør den største kategorien på akse 5, er omtrent en av fem (26,1 prosent) henvist for hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (26,1 prosent) og atferdsvansker (24 prosent), mens nær 17 prosent er henvist for tristhet, depresjon eller sorg. For de øvrige kategoriene av en viss størrelse som "Avvikende relasjoner innen familien", "Psykisk sykdom, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie" og "Akutte livshendelser", er tristhet, depresjon og sorg vanligste henvisningsgrunn med henholdsvis 22,5 prosent, 20,3 prosent og 34,7 prosent. Det er en signifikant samvariasjon mellom henvisningsgrunn og Akse 5<sup>23</sup>. Tabell 10 i vedlegget viser hvor dette fordeler seg.

#### 5.3.5 Henvisningsgrunn og Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå

I 2007 var 57 prosent av pasientene diagnostisert på Akse 6 (se tabell 4.6). For pasienter med "lett" og "moderat sosial forstyrrelse" er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker viktigste henvisningsgrunn for om lag en av fire pasienter, mens for pasienter med "utmerket/god" eller "moderat (alminnelig bra) sosial fungering", er tristhet, depresjon og sorg viktigste henvisningsgrunn. For pasienter som har problemer med sosial fungering (fra "alvorlig sosial forstyrrelse" til "ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse") er vanligste henvisningsgrunn autistiske trekk (se tabell 11 i vedlegg).

### 5.4 Oppsummering kapittel 5

I dette kapitlet har vi undersøkt sammenhengen mellom årsak til henvisning fra førstelinjetjenesten og diagnosesetting i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Ved å se på fordelingen av viktigste henvisningsgrunn for de største diagnosegruppene på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, har vi fått et bilde av i hvilken grad det er samsvar mellom de to forvaltningsnivåenes vurdering av barn og unges psykiske vansker/lidelser.

Det overordnede resultatet er at det er et tydelig samsvar mellom hvordan henvisende instans i førstelinjen vurderer vanskene hos barn og unge, og hvilke diagnoser som settes i det psykiske helsevernet.

For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som er den største diagnosekategorien på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, utgjør atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker over 70 prosent av henvisningsårsakene fra førstelinjen, og er de vanligste årsakene til henvisning blant begge kjønn og alle alderskategorier.

Nesten halvparten av pasientene i diagnosekategorien nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser har angst/fobi (19,7 prosent) eller tristhet/depresjon/sorg (25,9 prosent) som viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten. I tillegg til de svært nærliggende årsakene som angst og depresjon, er også atferdsvansker (7,6 prosent), tvangstrekk (6

---

<sup>23</sup> Phi og Cramers V.

prosent) og suicidalfare (4,7 prosent) sentrale årsaker til henvisning av denne gruppen av pasienter.

Tristhet, depresjon og sorg er den klart dominerende henvisningsgrunnen blant pasienter med affektive lidelser (45,4 prosent), for begge kjønn og for de ulike alderskategoriene. Suicidalfare er også en viktig grunn for henvisning til spesialisthelsetjenesten blant denne pasientgruppen og har et relativt stort omfang (nær 14 prosent).

For pasienter med Z-diagnoser er det benyttet et bredt spekter av henvisningsgrunner. Atferdsvansker (16,4 prosent), hyperaktivitet (17 prosent) og tristhet/depresjon/sorg (14,6 prosent) er de tre viktigste henvisningsgrunnene for pasienter i denne kategorien, samt at "annet"-kategorien benyttes for et relativt stort omfang av pasienter (13,8 prosent). Z-diagnoser, som i stor grad er kategorier for psykiatrisk undersøkelse og observasjon av pasienten, benyttes trolig i en utredningsfase og som tentative diagnoser. Det er grunn til å tro at dette er saker hvor man trenger tid til finne eksakt diagnose til pasienten, eller hvor det er knyttet usikkerhet til diagnosesettingen. Bruk av mange henvisningsgrunner fra førstelinjen og tentative diagnoser i spesialisthelsetjenesten, kan indikere at denne pasientgruppen kan være vanskelig å kategorisere for begge tjenestenivå. Store kjønns- og aldersforskjeller når det gjelder henvisningsgrunn blant pasienter i denne diagnosekategorien, tyder også på at dette er en sammensatt og heterogen gruppe av pasienter.

For pasienter uten diagnose (ingen påvist diagnose eller ikke registrert diagnose) er det på samme måte flere ulike henvisningsgrunner som er benyttet. Det er tre årsaker til henvisning som er omtrent like store og utgjør om lag 17 prosent hver. Dette er atferdsvansker, hyperaktivitet og tristhet/depresjon/sorg.

Felles for alle diagnosekategorier er at det er signifikante forskjeller mellom gutter og jenter og mellom ulike aldersgrupper når det gjelder hvordan viktigste henvisningsgrunn fordeler seg. Det er en tendens til at gutter i langt større grad henvises for atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker enn jenter. Tilsvarende blir jenter i større grad henvist for tristhet/depresjon/sorg, angst/fobi, suicidalfare og spiseproblemer. Tilsvarende er det en tendens til at barn og ungdom i ulike aldersgrupper henvises til det psykiske helsevernet av ulike årsaker. Mens barn i alderen 6 til 12 år i større grad henvises for atferdsproblematikk enn førskolebarn og ungdom, henvises ungdom i større grad for tristhet, depresjon og sorg, samt suicidalfare. En stor andel av barn under 6 år har andre årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten enn de oppgitte, og ofte er plassert i "Annet"-kategorien. Førskolebarn henvises også i relativt større omfang for somatiske symptomer, autistiske trekk samt språk- og talevansker enn eldre barn og ungdom.

Til tross for at det er enkelte regionale variasjoner når det gjelder henvisningsgrunner for de store diagnosekategoriene, er det stor likhet i fordeling mellom helseregionene. Også når det gjelder pasienter uten diagnose, ser vi samme tendens mellom regionene.

Avslutningsvis har vi kort sett på hvordan de øvrige diagnoseaksene (akse 2-6) og henvisningsgrunn samvarierer. Til tross for at en stor andel av pasientene ikke er diagnostisert på disse aksene i 2007, ser vi en signifikant samvariasjon mellom henvisningsgrunn og de enkelte aksene.



## 6 Diagnose og behandling

I denne delen av rapporten settes fokus på diagnosesetting og behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. I kapittel 6.1 ser vi på variasjon i diagnosefordeling for ulike omsorgsnivå, kapittel 6.2 presenterer behandlingsomfang og forskjell i behandlingsslengde for ulike diagnosegrupper blant polikliniske pasienter og i kapittel 6.3 oppsummeres resultatene fra kapitlet.

### 6.1 Variasjon i diagnosefordeling fordelt på omsorgsnivå

I første del av dette kapitlet skal vi undersøke om det er variasjon i diagnosefordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom mellom pasienter som mottar poliklinisk behandling og pasienter som har et dag- og/eller døgntilbud i det psykiske helsevernet. Først presenteres resultater på nasjonalt nivå, deretter settes fokus på om det er regionale variasjoner med hensyn til diagnose og omsorgsnivå.

Tabell 6.1 viser diagnosefordelingen for henholdsvis polikliniske pasienter og pasienter med døgn- og/eller dagbehandling på nasjonalt nivå, mens tabell 6.2 og 6.3 presenterer tilsvarende fordeling på Akse 1 for de ulike helseregionene for henholdsvis polikliniske og døgn- og dagpasienter. Men først en kort omtale av data og metode, samt beskrivelse av utvalgene (figur 6.1).

#### KORT OM DATA OG METODE

I analyse av omsorgsnivå og diagnose, benyttes pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet for 2007, det såkalte "samdata-utvalget" som er omtalt i kapittel 3. Dette datasettet inkluderer alle barn og unge som har mottatt behandling i det psykiske helsevernet i 2007, uavhengig av når de er henvist og når de avslutter behandlingen. Dette utgjør totalt 49 479 pasienter.

Variabelen "omsorgsnivå" beskriver hvilken type behandling pasientene mottar i behandlingsforløpet, og er splittet i poliklinisk behandling, døgnbehandling og dagbehandling. I analyse av omsorgsnivå og diagnose, vil vi operere med to kategorier; polikliniske pasienter og døgn/dagpasienter.

I pasientdatasettet for barn og unge er opplysningene om pasientene registrert på episodenivå<sup>24</sup>. I analysene av diagnose og omsorgsnivå aggregeres data fra episode til pasientnivå. Polikliniske pasienter vil minimum ha en poliklinisk behandlingsepisode, og døgn-/dagpasienter har minimum et døgn-/dagopphold i det psykiske helsevernet i løpet av året. I og med at samme pasient kan ha flere behandlingsepisoder i løpet av et år, og at disse kan være på ulike omsorgsnivå, vil såkalte polikliniske pasienter dermed kunne ha behandlingsepisoder i døgn- eller dagbehandling, og døgn-/dagpasienter kan ha polikliniske episoder. Dette betyr at enkelte pasienter både er med i kategorien polikliniske pasienter og døgn-/dagpasienter.

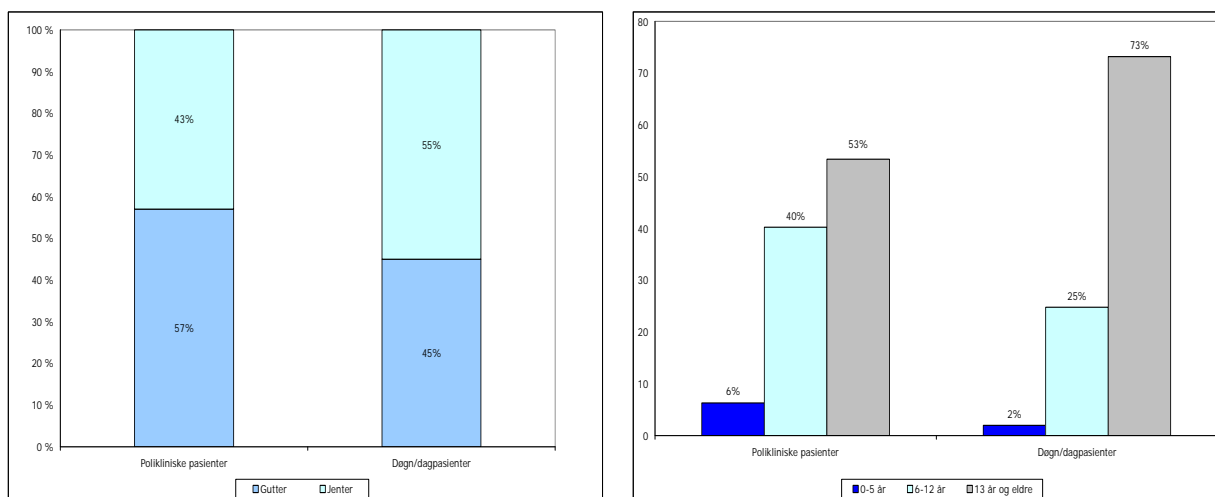
---

<sup>24</sup> En episode er en tidsperiode hvor en pasient får helsehjelp ved ett og samme behandlingssted for ett og samme helseproblem. En episode er enten et døgnopphold, et dagopphold, en poliklinisk kontakt eller en indirekte kontakt (Helsedirektoratet, IS-1541 09/2008).

## KJENNETEGN VED POLIKLINISKE PASIENTER OG DØGN-/DAGPASIENTER

Pasientdatasettet for barn og unge i det psykiske helsevernet i 2007 omfatter 56 644 episoder og 49 479 pasienter, herav 48 332 polikliniske pasienter og 2 315 døgn- og dagpasienter.

Figuren under viser kjønns- og aldersfordeling for de to pasientkategoriene.



Figur 6.1 Kjønns- og aldersfordeling for polikliniske pasienter og døgn- og dagpasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge, 2007.

Polikliniske pasienter og pasienter i døgn/dagbehandling kjennetegnes av ulik kjønns- og alderssammensetning. Mens andelen gutter er høyest blant pasienter i polikliniske behandling (57 prosent), utgjør jenter den største andelen (55 prosent) blant døgn- og dagpasientene.

Når det gjelder aldersfordeling, utgjør ungdom den største gruppen i begge pasientgruppene. Blant polikliniske pasienter utgjør barn og unge over 12 år 53 prosent, mens blant døgn- og dagpasientene hele 73 prosent. Barn i alderen 6-12 år utgjør 40 prosent blant polikliniske pasienter, mens tilsvarende tall for døgn- og dagpasientene er 25 prosent. Førskolebarn utgjør en liten gruppe både blant polikliniske pasienter (6 prosent) og døgn- og dagpasientene (2 prosent).

## DIAGNOSEFORDELING FOR POLIKLINISKE OG DØGN-/DAGPASIENTER PÅ NASJONALT NIVÅ

Tabell 6.1 viser diagnosefordelingen for Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for henholdsvis polikliniske pasienter og pasienter i døgn- og/eller dagbehandling i 2007.



Tabell 6.1 Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom, polikliniske pasienter og døgn- og dagpasienter. Antall og prosentandel. 2007.

	Polikliniske pasienter		Døgn- og dagpasienter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organiske, symptomatiske lidelser	20	0,0	3	0,1
Psykisk lid. og atferdsforstyrret v/psykoaktiva	72	0,1	15	0,6
Schizofreni og paranoide lidelser	138	0,3	66	2,9
Affektive lidelser	2 393	5,0	243	10,5
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	4 510	9,3	236	10,2
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	642	1,3	59	2,5
Personlighet og atferdsforstyrrelse	74	0,2	13	0,6
Hyperkinetisk forstyrrelse	8 411	17,4	203	8,8
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	5 423	11,2	188	8,1
Psykisk utviklingshemming	264	0,5	10	0,4
Utviklingsforstyrrelser	1 784	3,7	76	3,3
Uspesifisert psykisk lidelse	58	0,1	3	0,1
Z-diagnoser	7 387	15,3	240	10,4
Annet	28	0,1	8	0,3
Ingen påvist diagnose	1 706	3,5	34	1,5
Ukjent, ikke registrert diagnose	15 436	31,9	919	39,7
<b>Total</b>	<b>48 332</b>	<b>100</b>	<b>2 315</b>	<b>100</b>

Pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som totalt utgjør den største gruppen av pasienter som behandles i det psykiske helsevernet for barn og unge (se tabell 4.1), er ulikt fordelt mellom polikliniske pasienter og pasienter i døgn-/dagbehandling. Blant polikliniske pasienter utgjør denne diagnosegruppen den største diagnosegruppen i 2007, med 17,4 prosent. En langt mindre andel av døgn/dagpasientene er kategorisert i denne diagnosegruppen (8,8 prosent). Samme tendens ser man for pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen.

Blant døgn- og dagpasienter er affektive lidelser (10,5 prosent) og nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (10,2 prosent) de største diagnosekategoriene. Pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen utgjør også en betydelig gruppe (8,1 prosent), mens pasienter med schizofreni og paranoide lidelser utgjør 2,9 prosent blant døgn- og dagpasientene. Sistnevnte pasientgruppe utgjør kun 0,3 prosent blant polikliniske pasienter.

For både polikliniske pasienter og pasienter i døgn- og dagbehandling utgjør Z-diagnoser den nest største diagnosegruppen, med en prosentandel på henholdsvis 15 og 10 prosent. Som omtalt i kapittel 4 er Z-diagnoser primært en undersøkelses/observasjons-kategori. Kategorien brukes i større grad blant nyhenviste pasienter enn blant pasienter som har vært i behandlingssystemet i lengre tid, og antas derfor å ha karakter av å være midlertidige, tentative diagnoser.

Andelen pasienter uten diagnose er størst blant pasienter i dag- og/eller døgnbehandling. For nær 40 prosent av døgn-/dagpasientene er det ikke registrert diagnose på akse 1, og for 1,5 prosent er det ikke påvist diagnose. For polikliniske pasienter er tilsvarende størrelser henholdsvis 31,9 og 3,5 prosent (se tabell 6.1).

At en stor andel av pasientene enten mangler diagnose eller har en Z-diagnose, medfører som diskutert i kapittel 1, at det er vanskelig å fastsette omfanget på de andre diagnosekategoriene med sikkerhet. Det er derfor knyttet usikkerhet til sammenlikning av omfang av de ulike diagnosekategoriene på tvers av omsorgsnivå.

Til tross for denne usikkerheten knyttet til pasienter uten diagnose og Z-diagnoser, kan man på bakgrunn av fordelingen for de diagnostiserte pasientene anta at pasienter i poliklinisk behandling har en annen pasientsammensetning enn pasienter i døgn- og dagbehandling. Mens hyperkinetiske forstyrrelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser finnes i et større omfang blant pasienter i poliklinisk behandling, utgjør pasienter med affektive lidelser og schizofreni/paranoide lidelser en større andel blant døgn-/dagpasientene. Pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser er en relativt omfattende og ca like stor pasientgruppe både blant polikliniske pasienter og døgn-dagpasienter.

#### DIAGNOSEFORDELING FOR POLIKLINISKE OG DØGN-/DAGPASIENTER I HELSEREGIONENE

I denne delen av kapitlet ønsker vi å undersøke om det er variasjoner mellom regionene mht diagnosefordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for henholdsvis polikliniske pasienter og pasienter i døgn- og/eller dagbehandling. Tidligere undersøkelser har vist at det er ulike behandlingstilbud i regionene med ulik vektlegging av døgnbaserte versus polikliniske tjenester (Samdata Sektorrapport, 2008). Det er grunn til å tro at dette vil ha konsekvenser for hvilke pasienter som får behandling og pasientsammensetning i regionene. I tabell 6.2 presenteres fordeling på Akse 1 blant polikliniske pasienter i de ulike helseregionene i 2007.

Tabell 6.2 Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Polikliniske pasienter. Prosentandel. Helseregioner. 2007.

	Polikliniske pasienter			
	Helse Sør-Øst (n=27 245)	Helse Vest (n=8 296)	Helse Midt- Norge (n=6 140)	Helse Nord (n=6 651)
Organiske, symptomatiske lidelser	0,1	0,0	0,0	0,0
Psykisk lid. og atferdsforstyrrelser v/psykoaktiva	0,2	0,1	0,0	0,2
Schizofreni og paranoide lidelser	0,2	0,3	0,4	0,3
Affektive lidelser	4,6	6,2	4,3	5,5
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	10,2	9,4	6,5	8,3
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	1,4	1,5	1,3	0,9
Personlighet og atferdsforstyrrelse	0,1	0,1	0,1	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse	17,6	16,6	16,5	18,3
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	11,9	12,3	10,5	7,7
Psykisk utviklingshemming	0,4	1,0	0,3	0,7
Utviklingsforstyrrelser	3,0	6,6	2,9	3,4
Uspesifisert psykisk lidelse	0,2	0,1	0,1	0,0
Z-diagnoser	16,3	10,1	24,5	9,2
Annet	0,1	0,0	0,0	0,0
Ingen diagnose	2,9	5,6	2,0	4,9
Ikke registrert diagnose/mangelfull info.	30,8	30,0	30,5	40,5
Total	100	100	100	100

Blant polikliniske pasienter er gruppen med hyperkinetiske forstyrrelser tilnærmet i samme størrelsesorden i de ulike helseregionene (varierer mellom 16,5 og 18,3 prosent), og utgjør den største diagnosegruppen i tre av fire regioner.

I helseregion Midt-Norge utgjør imidlertid pasienter med Z-diagnoser den største gruppen, og omfatter nær en av fire pasienter (24,5 prosent). I de øvrige regionene varierer andelen med Z-diagnoser mellom 9,2 prosent i helseregion Nord til 16,3 prosent i helseregion Sør-Øst. I Helse Vest er andelen med Z-diagnoser 10,1 prosent. Det er med andre ord stor variasjon i bruk av undersøkelses-/observasjons-kategorien for polikliniske pasienter mellom helseregionene.

Når det gjelder omfanget av pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, ser man også variasjoner mellom helseregionene blant polikliniske pasienter. Mens denne pasientgruppen utgjør 6,5 prosent i helseregion Midt-Norge, varierer andelen mellom 8 og 10 prosent for de øvrige regionene.

Helse Vest har en noe høyere andel pasienter med affektive lidelser og utviklingsforstyrrelser enn de andre helseregionene, med en prosentandel på henholdsvis 6,2 prosent og 6,6 prosent i 2007.

Blant polikliniske pasienter utgjør andelen uten registrert diagnose omlag 30 prosent for alle regioner med unntak av Helse Nord, hvor andelen uten diagnose er over 40 prosent.

Det ser ut til at spesielt institusjoner i Helse Midt-Norge og Helse Nord har ulike tilnærminger til bruk av diagnoseakse 1 for polikliniske pasienter. Mens institusjonene i Helse Midt-Norge samlet bruker Z-diagnoser i større grad enn de øvrige regionene, har Helse Nord den laveste andelen pasienter i denne kategorien. Samtidig er andelen pasienter uten diagnose (ikke registrert diagnose/ingen påvist diagnose) høyest i helseregion Nord. Dette kan indikere ulik praksis i helseregionene i bruk av Z-diagnoser kontra manglende diagnosesetting. Dette impliserer videre usikkerhet med hensyn til å fastslå regionale variasjoner for de øvrige diagnosekategoriene.

I tabell 6.3 viser fordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i 2007 for døgn- og dagpasienter i helseregionene.

Tabell 6.3 Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Døgn- og dagpasienter. Prosentandel. Helseregioner. 2007.

	Døgn- og dagpasienter			
	Helse Sør-Øst (n=1 190)	Helse Vest (n=471)	Helse Midt- Norge (n=392)	Helse Nord (n=262)
Organiske, symptomatiske lidelser	0,1	0,0	0,3	0,4
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/psykoaktiva	0,7	0,8	0,3	0,8
Schizofreni og paranoide lidelser	2,5	4,0	2,0	3,4
Affektive lidelser	8,2	19,5	5,6	11,8
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	10,9	12,1	5,1	11,1
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	2,4	2,5	2,8	2,7
Personlighet og atferdsforstyrrelse	0,5	1,1	0,5	0,0
Hyperkinetisk forstyrrelse	9,2	7,6	6,4	12,2
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	8,1	9,6	6,4	8,4
Psykisk utviklingshemming	0,2	1,1	0,5	0,4
Utviklingsforstyrrelser	3,0	4,5	3,1	2,7
Uspesifisert psykisk lidelse	0,3	0,0	0,0	0,0
Z-diagnoser	12,3	4,9	10,5	11,5
Annet	0,6	0,2	0,0	0,0
Ingen påvist diagnose	0,5	0,8	3,3	4,2
Ikke registrert diagnose/mangelfull info.	40,6	31,2	53,3	30,5
Total	100	100	100	100

På nasjonalt nivå er affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser samt Z-diagnoser de største diagnosegruppene blant pasienter i døgn- og/eller dagbehandling. Når vi ser på de enkelte helseregionene, er det store variasjoner for samtlige tre diagnosegrupper.

Når det gjelder affektive lidelser skiller Helse Vest seg klart ut med en prosentandel på nær 20 prosent. For de øvrige regionene varierer andelen mellom 8 og 12 prosent for denne diagnosegruppen.

Pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser utgjør rundt 11-12 prosent av pasientene i Helse Nord, Vest og Sør-Øst. Blant pasienter i Helse Midt-Norge utgjør denne kategorien pasienter knapt 5 prosent.

Z-diagnoser utgjør den største diagnosegruppen i to av helseregionene blant døgn- og dagpasientene (Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge). Andelen varierer mellom 10 og 12 prosent i regionene Sør-Øst, Midt-Norge og Nord. I helseregion Vest er andelen langt lavere og utgjør knapt 5 prosent av pasienter i døgn- og/eller dagbehandling.

Hyperkinetiske forstyrrelser utgjør en noe mindre gruppe for døgn- og dagpasientene enn blant de polikliniske pasientene, og andelen varierer mellom 6 og 12 prosent i helseregionene, lavest i helseregion Midt-Norge og høyest i region Nord.

Blant døgn-/dagpasientene varierer andelen pasienter uten registrert diagnose på Akse 1, fra omlag 30 prosent i helseregion Nord til over 50 prosent i helseregion Midt-Norge.

I hvilken grad de omtalte variasjonene mellom helseregionene i fordelingen på Akse 1, blant døgn-/dagpasientene avspeiler ulik pasientsammensetning eller ulik bruk av diagnoseakse 1, er vanskelig å si eksakt. Høy og ulik andel uten diagnose i kombinasjon med ulik bruk av Z-diagnoser, gjør det vanskelig å fastslå hva som er reelle variasjoner. Tall for døgn- og dagpasienter er i tillegg lave, og relativt små variasjoner kan dermed få store prosentvise utslag.

## 6.2 Er det forskjell i behandlingsomfang og behandlingstid for ulike diagnosegrupper?

I denne delen av rapporten settes fokus på hvordan behandlingsomfang og behandlingstid varierer for ulike grupper av pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. I analysen presenteres omfanget av tiltak for polikliniske pasienter/henvisningsperioder innenfor ulike diagnosekategorier (akse 1)(kapittel 6.2.1). Videre presenteres behandlingstid for polikliniske pasienter/henvisningsperioder (kapittel 6.2.2). Analysene er foretatt på nasjonalt og regionalt nivå, og omfatter kun pasienter som har avsluttet behandlingen i det psykiske helsevernet i 2007. Vi har ikke analysert tid på behandlingsopphold blant døgn- og dagpasienter, da dette utgjør en liten gruppe å foreta slike analyser i forhold til.

### KORT OM UTVALG OG METODE

I denne analysen benyttes henvisningsperiode som enhet i motsetning til pasient som er benyttet tidligere i rapporten. Primært gjøres dette for å kunne selektere pasienter med avsluttet behandling i 2007, samt å ta hensyn til at enkelte pasienter kan ha flere henvisningsperioder samtidig innen en institusjon med ulike diagnoser. Variabelen henvisningsperiodens sluttdato benyttet for å selektere ut pasienter som har avsluttet sitt behandlingsopphold i 2007. Kravet om at pasienten skal motta poliklinisk behandling ivaretas ved at det minimum er en poliklinisk episode i henvisningsperioden.

Utvalget omfatter 18 198 henvisningsperioder, hvorav 17 701 pasienter har én henvisningsperiode, 235 pasienter har to henvisningsperioder og ni pasienter har tre henvisningsperioder. Da hele 98,6 prosent av utvalget kun har én henvisningsperiode, vil vi i fortsettelsen omtale henvisningsperioder som polikliniske pasienter.

Polikliniske pasienter har minimum en poliklinisk behandlingsepisode i det psykiske helsevernet i henvisningsperioden. I og med at samme pasient kan ha flere behandlingsepisoder parallelt og på ulike omsorgsnivå, vil såkalte polikliniske pasienter i tillegg kunne ha behandlingsepisoder i døgn- og/eller dagbehandling. Dette gjelder for kun 1,7 prosent av utvalget.

Pasientens diagnose kan endres i løpet av en henvisningsperiode, men ut fra det som er registrert i datasettet, skjer dette ikke i stort omfang. I denne analysen har vi brukt første diagnose i henvisningsperioden. Sammenliknet med aggregering på siste diagnose gir dette kun marginale endringer i diagnosefordeling, samt at siste diagnose er beheftet med flere ubesvarte/ikke registrert diagnose.

Tiltak benyttes for å måle behandlingsomfang i henvisningsperioden. Et tiltak kan være en poliklinisk konsultasjon, en dagbehandling eller indirekte pasientarbeid. Tiltak består av 1) direkte tiltak som omfatter utredning eller behandling, samt 2) indirekte tiltak som kan være kontakt/samarbeid med skole, barnehage eller andre instanser. Fordi data er aggregert til henvisningsperiodenivå og pasienten kan motta behandling på alle tre omsorgsnivå i løpet av en henvisningsperiode, vil omfanget av tiltak også kunne inkludere tiltak i tilknytning til dag- og døgnbehandling for pasienter som ikke utelukkende er behandlet poliklinisk. Omfanget av dag- og/eller døgnbehandling i tillegg til poliklinisk behandling er imidlertid svært lavt i dette utvalget (1,7 prosent).

For å beregne oppholdstid for polikliniske pasienter i det psykiske helsevernet, vil vi benytte datovariabel knyttet til start og slutt av pasientens henvisningsperiode. Behandlingsoppholdets start er her definert med første behandlingskonsultasjon, dvs dato for første behandling, mens oppholdets slutt er definert ved henvisningsperiodens sluttdato. Ved manglende opplysninger på datovariabel for første behandling, benyttes henvisningsperiodens startdato. I tillegg har vi tatt ut henvisningsperioder/pasienter som har ulogiske datofelt, dvs der eksempelvis utskrivningsdato kommer før innskrivningsdato, og oppholdstiden dermed blir negativ. For beregning av behandlingens lengde for polikliniske pasienter, er derfor utvalget noe lavere enn ved beregning av behandlingsomfang, og utgjør 17 661 henvisningsperioder/ pasienter.

For mer informasjon om data og metode, se kapittel 3.

#### SENTRALTENDENSMÅL OG SPREDNINGSMÅL

Vi har benyttet medianverdi som mål på sentraltendens i denne delen av rapporten. Median er den verdien som deler en ordnet fordeling i to like deler, dvs verdien til den enheten som ligger midt i rekka av enheter når de er ordnet etter stigende verdi (Hellevik, 2002). Dette for å unngå at henvisningsperioder med svært høye verdier (tiltak/behandlingslengde) påvirker målene på samme måte som for gjennomsnittsmål.

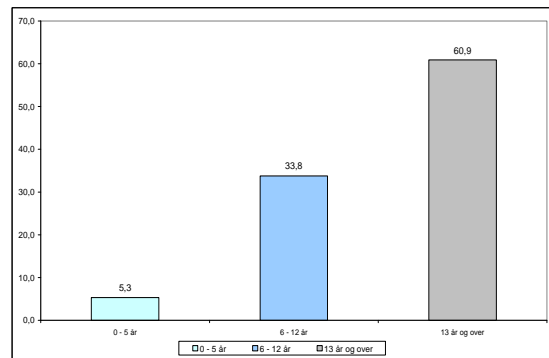
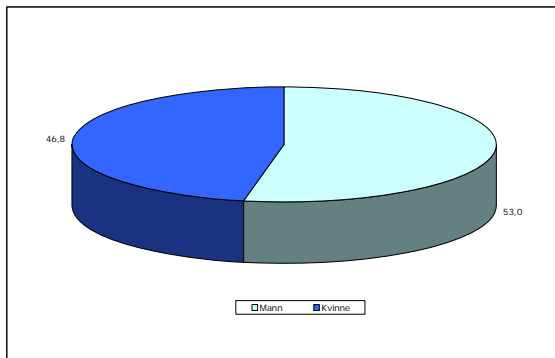
Det er viktig å være oppmerksom på at bruk av median som sentraltendensmål kan gi et ufullstendig bilde hvis det er en skjevfordeling av materialet. Hvis det for eksempel er en positiv skjevfordeling i materialet vil enkelte enheter ha svært høye verdier (her tiltak/behandlingslengde). Dette påvirker gjennomsnittsverdien slik at den blir høyere enn medianverdien. Ved en negativ skjevfordeling er situasjonen motsatt, ved at enkelte enheter har svært lave verdier og at gjennomsnittet dermed blir lavere enn medianverdien. I tabellene under vises i tillegg til medianen også spredningsmålet standardavvik<sup>25</sup>. Dette for å synliggjøre variasjonen/bredden i fordelingen.

#### KJENNETEGN VED UTVALGET

I figurene under presenteres kjønns- og aldersfordeling for polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007.

---

<sup>25</sup> Standardavviket er kvadratroten av summen av de kvadrerte avvikene fra gjennomsnittet for alle enheters verdier, dividert på antall enheter.



Figur 6.2 Kjønn- og aldersfordeling for polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007 (n=18 198).

Figuren til venstre viser at gutter utgjør den største andelen av utvalget med 53 prosent, mens jentene utgjør 47 prosent. Ungdom (13 år og over) utgjør den største aldersgruppen med hele 61 prosent, mens 34 prosent av utvalget er barn i alderen 6-12 år. De yngste barna (under 6 år) utgjør om lag 5 prosent av utvalget.

### 6.2.1 Behandlingsomfang for polikliniske pasienter

I tabell 6.4 vises diagnosefordelingen på Akse 1 for det polikliniske utvalget som benyttes ved beregning av behandlingsomfang.

Tabell 6.4 Fordeling av Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for polikliniske henvisningsperioder/pasienter med avsluttet behandling i 2007. Utvalg for beregning av behandlingsomfang. Antall og prosentandel. 2007.

	Polikliniske pasienter/ henvisningsperioder	Prosentandel
Organiske, symptomatiske lidelser	5	0,0
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/ psykoaktiva	44	0,2
Schizofreni og paranoide lidelser	53	0,3
Affektive lidelser	1 189	6,5
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	2 021	11,1
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	255	1,4
Personlighets- og atferdsforstyrrelse	34	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse	2 835	15,6
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	2 135	11,7
Psykisk utviklingshemming	117	0,6
Utviklingsforstyrrelser	587	3,2
Uspesifisert psykisk lidelse	29	0,2
Z-diagnoser	2930	16,1
Annet	12	0,1
Ukjent, ikke registrert diagnose	4 811	26,4
Ingen diagnose	1 146	6,3
<b>Total</b>	<b>18 198</b>	<b>100</b>

I presentasjon av omfang av tiltak vil diagnosekategorier med svært få pasienter (< 50) tas ut. Dette gjelder pasienter med organiske, symptomatiske lidelser (n=5), pasienter med psykisk lidelse og atferdsforstyrrelser ved psykoaktiva (n=44), personlighets- og atferdsforstyrrelse (n=34) og uspesifisert psykiske lidelse (n=29), samt annet-kategorien (n=12).

Pasienter med schizofreni og paranoide lidelser utgjør også en liten gruppe pasienter (n=53), men er tatt med i den videre presentasjonen. I fortolkningen av data er det viktig å være oppmerksom på at denne pasientgruppen omfatter få pasienter.

Tabellen under viser medianverdiene for polikliniske tiltak for de ulike diagnosekategoriene på Akse 1, samt mål for standardavvik.

Tabell 6.5 Medianverdi og gjennomsnittsverdi for polikliniske tiltak, samt standardavvik. Henvisningsperioder/pasienter med avsluttet behandling i 2007.

Polikliniske pasienter og tiltak i henv.perioden, avsluttet i 2007				
	Totalt antall tiltak (median)	Totalt antall tiltak (gj.snitt)	Standardavvik	Polikliniske pasienter / henvisningsperioder
Schizofreni og paranoide lidelser	82	95	83	53
Affektive lidelser	25	39	41	1 189
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	23	37	44	2 021
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	27	44	50	255
Hyperkinetisk forstyrrelse	31	43	42	2 835
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	27	41	45	2 135
Psykisk utviklingshemming	23	43	59	117
Utviklingsforstyrrelser	32	49	59	587
Z-diagnoser	9	16	19	2930
Ukjent, ikke registrert diagnose	4	10	18	4 811
Ingen diagnose	12	17	18	1 146
<b>Totalt alle diagnosegrupper</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>18 198</b>

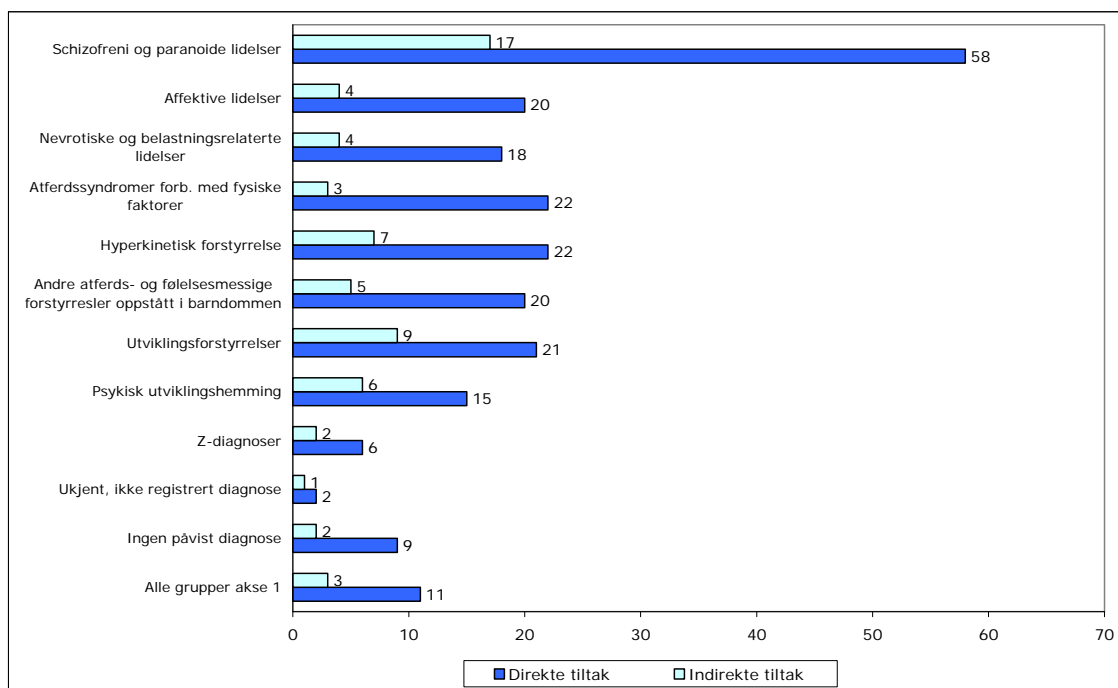
Tabellen viser at det er stor variasjon i hvor mange tiltak pasientene i hver diagnosekategori mottar i løpet av et behandlingsopphold. Pasienter med diagnosen "schizofreni og paranoide lidelser" mottar langt flere tiltak enn pasienter i andre diagnosekategorier. Medianverdien for denne gruppen er 82 tiltak. Medianverdien for alle diagnosegrupper samlet er til sammenlikning 15 tiltak i 2007. For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som utgjør den største enkeltgruppen av pasienter på akse 1, utgjør medianverdien 31 tiltak. For de andre store diagnosegruppene som affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, ser vi at omfanget av tiltak varierer mellom 23 og 27 tiltak. For grupper av pasienter uten diagnose, samt Z-diagnoser, er omfanget av tiltak langt lavere, og utgjør mindre enn halvparten av tiltakene til de store diagnosekategoriene og under snittet for alle kategorier sett under ett.

På grunn av stor variasjon i behandlingsomfang (se standardavvik) innad i de ulike diagnosekategoriene, skal resultatene tolkes med forsiktighet. Videre ser man at det er en



skjevfordeling i materialet i form av at en del pasienter har svært mange tiltak. Dette synliggjøres ved at gjennomsnittlig antall tiltak er klart høyere enn medianverdien for behandlingsomfang både totalt og for samtlige diagnosekategorier.

I figur 6.3 illustreres medianverdien for direkte og indirekte tiltak for polikliniske pasienter, fordelt på akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom.



Figur 6.3 Medianverdi for direkte og indirekte polikliniske tiltak for ulike diagnosegrupper, akse 1. Avsluttede polikliniske pasienter i 2007. Nasjonalt nivå.

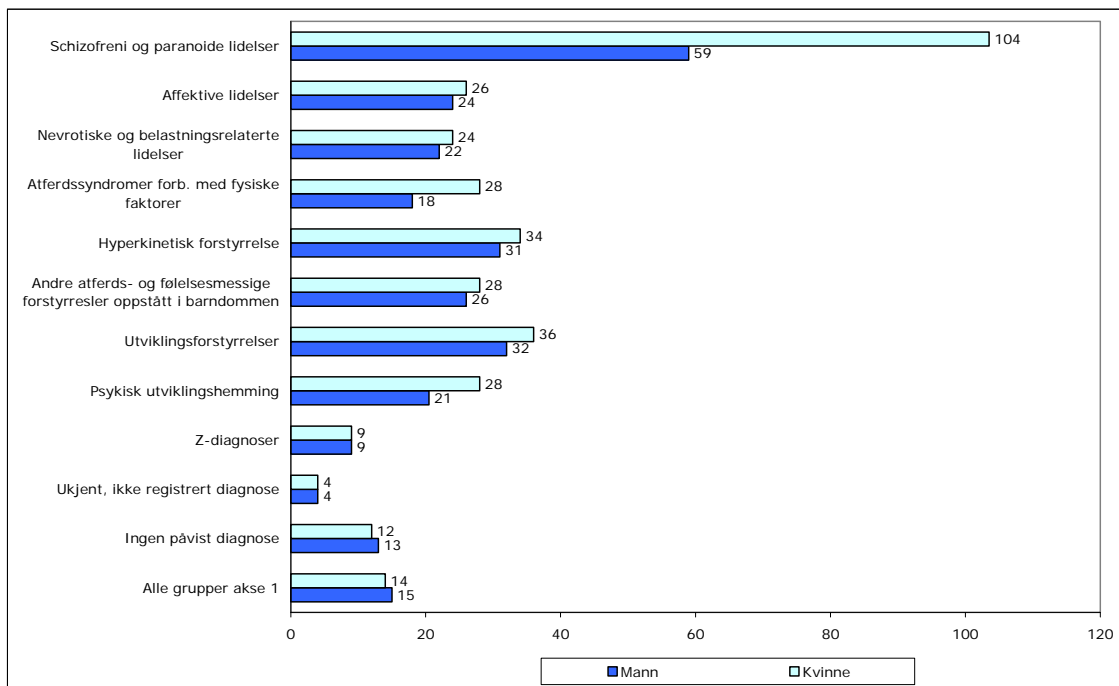
Figuren viser at samtlige diagnosekategorier mottar flere direkte enn indirekte tiltak i behandlingsperioden. For pasienter i kategorien "schizofreni og paranoide lidelser" er medianverdiene 58 direkte tiltak og 17 indirekte tiltak. Medianverdien for alle diagnosegrupper samlet var til sammenlikning 11 direkte tiltak og 3 indirekte tiltak. For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som utgjør den største enkeltgruppen av pasienter på Akse 1, utgjør medianverdiene 22 direkte tiltak og 7 indirekte tiltak. For de andre store diagnosekategoriene som affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, varierer direkte tiltak mellom 18 og 22 tiltak, og indirekte tiltak ligger i intervallet 4-7 tiltak. For pasienter med Z-diagnoser eller pasienter uten diagnose, er omfanget av både direkte og indirekte tiltak langt lavere.

#### KJØNN OG ALDER

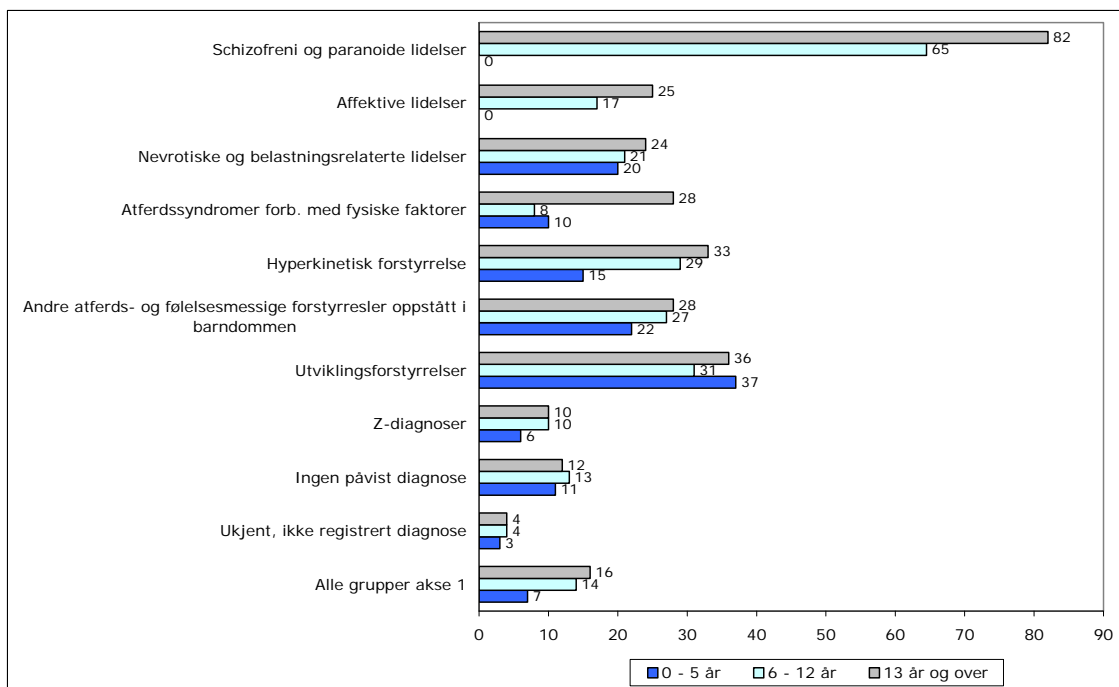
Vi skal videre vise hvordan polikliniske tiltak fordeler seg på kjønn og alder i figurene 6.4 og 6.5. For alle pasienter samlet, er det liten forskjell mellom hvor mange tiltak jenter og gutter får i løpet av behandlingsperioden. Medianverdien er henholdsvis 15 tiltak for gutter og 14 tiltak for jenter.

Det er imidlertid klare kjønnsforskjeller når det gjelder omfanget av tiltak pasientene mottar innenfor enkelte diagnosekategorier. Spesielt ser vi forskjellene mellom jenter og gutter når det gjelder pasienter med diagnosen "schizofreni og paranoide lidelser". Jentene med denne diagnosen mottar nesten dobbelt så mange tiltak som gutter, men på grunn av at antallet pasienter for denne pasientgruppen er relativt lavt må resultatene tolkes med forsiktighet.

Også når det gjelder diagnosene "atferdssyndromer i forbundet med fysiske faktorer" er medianverdien for polikliniske tiltak klart høyere for jenter (28 tiltak) enn for gutter (18 tiltak). Antallet gutter er relativt lavt i denne diagnosekategorien, noe som kan påvirke resultatet.



Figur 6.4 Medianverdi for polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet) fordelt på kjønn og ulike diagnosegrupper, akse 1. Avsluttede pasienter i 2007. Nasjonalt nivå.



Figur 6.5 Medianverdi for polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet) fordelt på alder og ulike diagnosegrupper, akse 1. Avsluttede pasienter i 2007. Nasjonalt nivå.

Når det gjelder omfanget av tiltak for pasienter i ulike aldersgrupper, er det klare forskjeller for flere kategorier på Akse 1. Totalt mottar de yngste pasientene (0-5 år) gjennomgående færre tiltak enn pasienter fra 6 år og oppover. Medianverdien for de yngste barna utgjør om lag halvparten av tiltakene for de to eldste alderskategoriene når man ser alle diagnosekategorier samlet. Unntaket er diagnosekategorien utviklingsforstyrrelser, hvor barn i alderen 0-5 år mottar flest tiltak. Blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser mottar de eldste (13 år og oppover) flest tiltak.

#### HELSEREGION

For de ulike helseregionene er det liten forskjell i omfang av tiltak mellom regionene når man ser alle pasienter i utvalget samlet. For tre av regionene er medianverdien 15 tiltak per henvisningsperiode/pasient, for Helse Nord er medianverdien 13 tiltak.

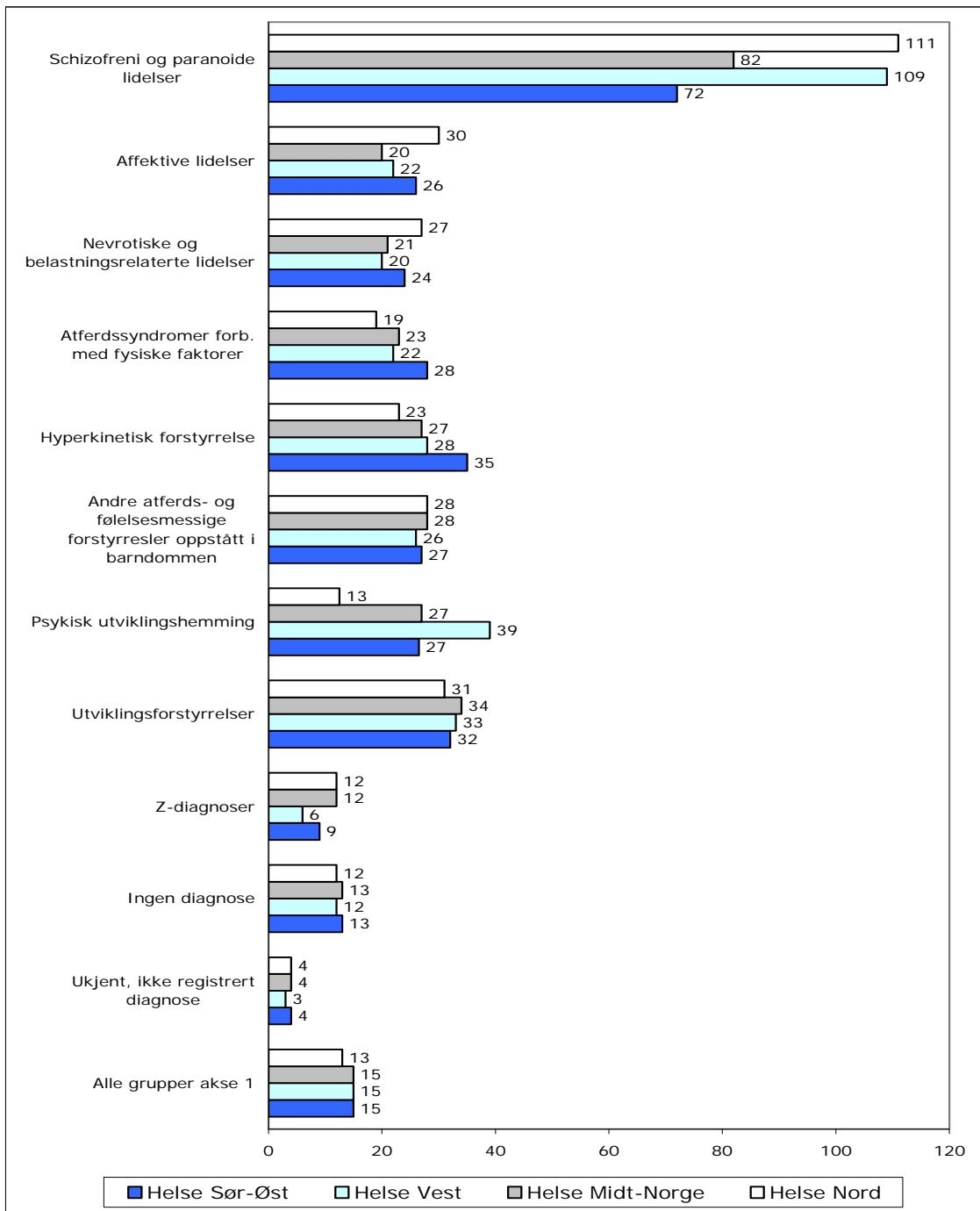
For de fleste diagnosekategorier er det imidlertid forskjeller i omfang av tiltak i behandlingsperioden. For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser varierer antall tiltak mellom 35 tiltak i Helse Sør-Øst og 23 tiltak i Helse Nord. For kategoriene affektive og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser har pasientene i Helse Nord høyeste omfang av tiltak, men for disse gruppene er forskjellene noe mindre.

Pasienter med schizofreni og paranoide lidelser, som er den gruppen som mottar flest tiltak i behandlingsforløpet, er det relativt store variasjoner mellom regionene. Mens pasientene i Helse Sør-Øst har en medianverdi på 72 tiltak, er tilsvarende tall for pasienter i Helse Nord og Helse Vest henholdsvis 111 og 109 tiltak. I helseregion Midt-Norge har pasienter i denne diagnosekategorien en medianverdi på 82 tiltak. Som tidligere nevnt er dette en liten pasientgruppe (n=53) og resultatene må tolkes i lys av dette.

Blant pasienter i diagnosekategorien "psykisk utviklingshemming" er variasjonene store mellom helseregionene. I helseregion Vest er medianverdien 39 tiltak, mens Helse Nord har tilsvarende 13 tiltak. Dette er en relativt liten pasientgruppe (n=117), og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Blant pasienter med Z-diagnoser blir det gitt flest tiltak i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord, her er medianverdiene 12 tiltak. Blant pasienter i Helse Sør-Øst ligger medianverdien på 9 tiltak, mens helseregion Vest har 6 tiltak for pasienter i denne diagnosekategorien.

Variasjoner i tiltak mellom helseregionene er illustrert i figur 6.6.



Figur 6.6 Medianverdi for polikliniske tiltak (direkte og indirekte samlet) for ulike diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom fordelt på helseregion. Avsluttede pasienter i 2007.

## 6.2.2 Behandlingstid for polikliniske pasienter

I tabell 6.6 vises fordelingen for ulike diagnosekategorier på Akse 1 for det polikliniske utvalget som benyttes ved beregning av behandlingstid.

Tabell 6.6 Fordeling av Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom polikliniske henvisningsperioder/pasienter med avsluttet behandling i 2007. Utvalg for beregning av behandlingstid. Antall og prosentandel.2007.

	Polikliniske pasienter / henvisningsperioder	Prosentandel
Organiske, symptomatiske lidelser	5	0,0
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/ psykoaktiva	44	0,2
Schizofreni og paranoide lidelser	53	0,3
Affektive lidelser	1 186	6,7
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	2 019	11,4
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	255	1,4
Personlighets- og atferdsforstyrrelse	34	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse	2 823	16,0
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	2 132	12,1
Psykisk utviklingshemming	116	0,7
Utviklingsforstyrrelser	586	3,3
Uspesifisert psykisk lidelse	29	0,2
Z-diagnoser	2 912	16,5
Annet	12	0,1
Ukjent, ikke registrert diagnose	1 143	6,5
Ingen diagnose	4 318	24,4
Total	17 661	100

I likhet med analysen av behandlingsomfang, vil diagnosekategorier med svært få pasienter (<50) tas ut i analysen av behandlingstid. Dette gjelder pasienter med organiske, symptomatiske lidelser (n=5), pasienter med psykisk lidelse og atferdsforstyrrelser ved psykoaktiva (n=44), personlighets- og atferdsforstyrrelse (n=34), uspesifisert psykiske lidelse (n=29), samt annet-kategorien (n=12).

Pasienter med schizofreni og paranoide lidelser utgjør fortsatt en liten gruppe pasienter (n=53), men er også her tatt med i den videre presentasjonen. I fortolkningen av data er det viktig å være oppmerksom på at denne pasientgruppen omfatter få pasienter.

Tabellen 6.7 viser lengde på behandlingsopphold for pasienter innen de ulike diagnosekategoriene på Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom, samt mål for standardavvik.

Tabell 6.7 Lengde på behandlingsopphold for ulike diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007.

	Polikliniske pasienter og lengde på behandlingsoppholdet i henv.perioden. Pasienter avsluttet i 2007.			Polikliniske pasienter / henvisningsperioder
	Behandlings- tid i mnd (median)	Behandlings- tid i mnd (gj.snitt)	Behandlings- tid i mnd (stand.avvik)	
Schizofreni og paranoide lidelser	16,2	22,6	19,0	53
Affektive lidelser	11,2	14,3	12,3	1 186
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	11,4	15,5	14,2	2 019
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	10,6	14,0	11,6	255
Hyperkinetisk forstyrrelse	18,5	24,9	23,5	2 823
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	13,9	18,8	16,9	2 131
Psykisk utviklingshemming	17,2	23,6	24,2	116
Utviklingsforstyrrelser	17,2	24,4	25,1	586
Z-diagnoser	6,2	8,7	9,5	2 912
Ingen diagnose	6,8	9,4	9,6	1 143
Ukjent, ikke registrert diagnose	2,3	5,2	8,1	4 318
Total	8,7	13,6	16,5	17 661

Tabellen viser at polikliniske pasienter som har avsluttet sin behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007, har en median behandlingstid på 8,7 måneder. Pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har den lengste behandlingstiden, mens pasienter uten registrert diagnose har den korteste. På grunn av stor variasjon i behandlingstid (se standardavvik) både innad i de ulike diagnosekategoriene og totalt<sup>26</sup>, skal resultatene tolkes med forsiktighet.

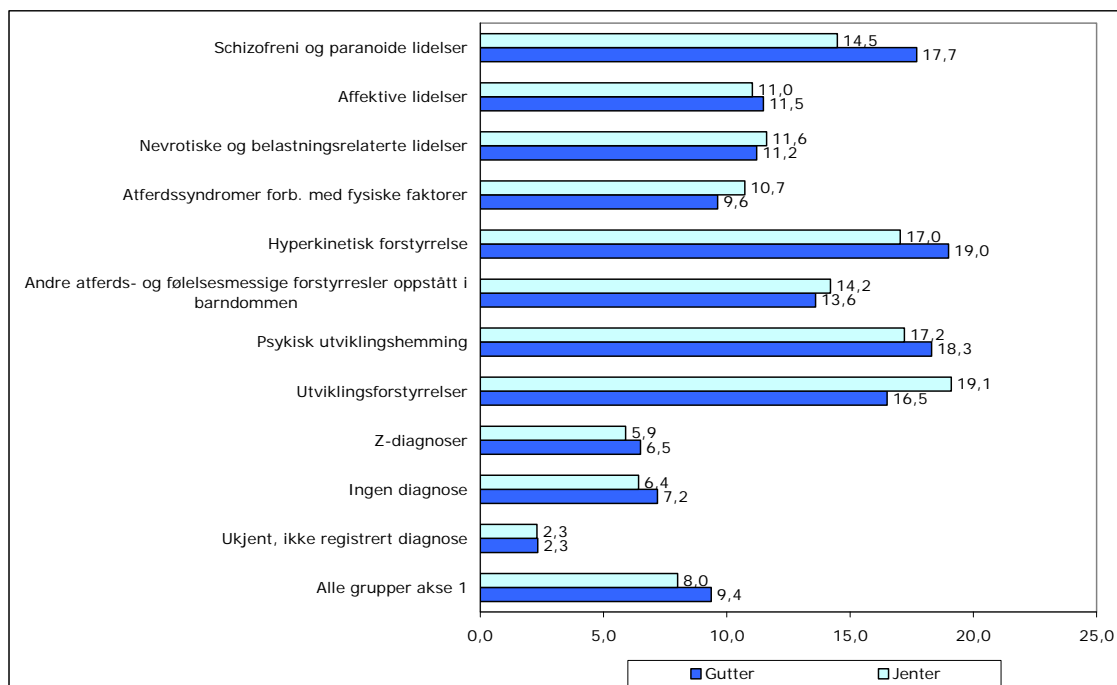
Videre ser man at det er en skjevfordeling i materialet i form av at en del pasienter har svært lange opphold. Dette synliggjøres ved at gjennomsnittlig behandlingstid er klart høyere enn median behandlingstid både totalt og for samtlige diagnosekategorier.

Når man analyserer alle pasienter som har mottatt behandling i utvalget, inkluderes også en del pasienter som har vært i behandlingssystemet svært lenge. Dersom man kun tar med pasienter som er behandlet de siste 5 år, vil median behandlingstid reduseres til 8,3 måneder med et standardavvik på 11 mnd. Vi har imidlertid valgt å inkludere alle pasienter i utvalget i denne analysen.

<sup>26</sup> 70 prosent av pasientene har oppholdstid under 15 måneder, 80 prosent under 21 måneder og 90 prosent under 32 måneder.

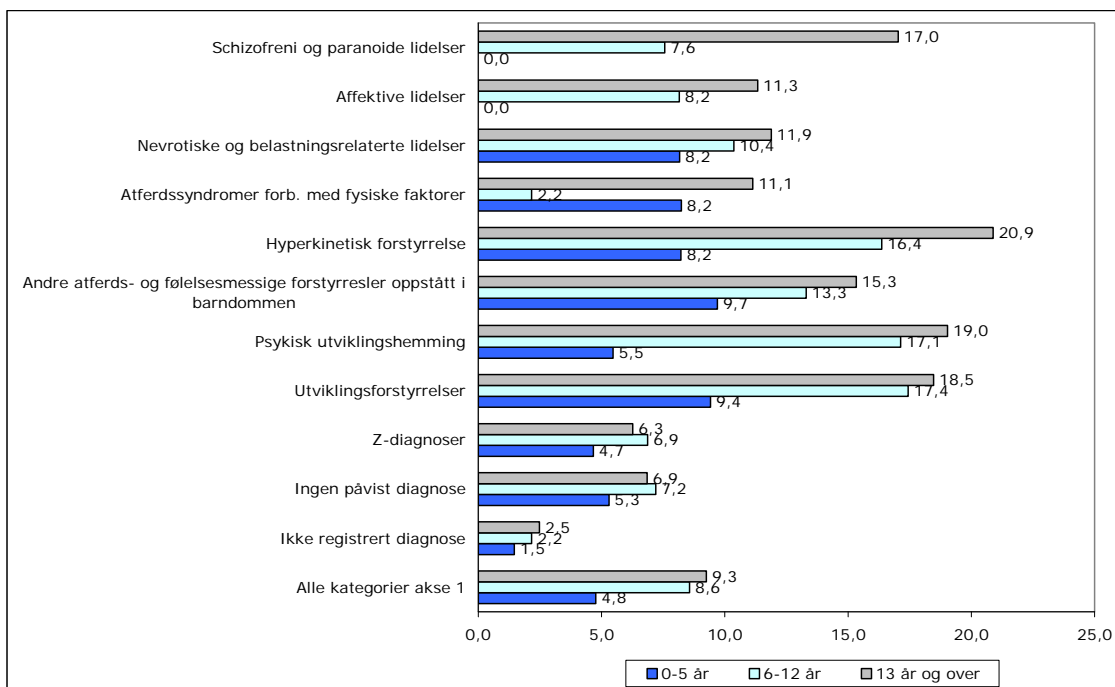
## BEHANDLINGSTID FOR POLIKLINISKE PASIENTER FORDELT PÅ KJØNN OG ALDER

I figur 6.9 presenteres median behandlingstid fordelt på kjønn.



Figur 6.7 Lengde på behandlingsopphold (median) for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n>50) fordelt på kjønn. Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007.

Gutter har noe lengre behandlingstid enn jenter for utvalget samlet, og for flere av diagnosekategoriene. Blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser er behandlingstiden (medianverdi) 19 måneder for gutter og 17 måneder for jenter. Tilsvarende tendens ser man for pasienter med schizofreni og paranoide lidelser og affektive lidelser. For pasienter med utviklingsforstyrrelser og atferds-/følelsesmessige forstyrrelser er situasjonen motsatt, for disse diagnosekategoriene har jenter lengre behandlingstid enn gutter.



Figur 6.8 Lengde på behandlingsopphold for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n>50). Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007.

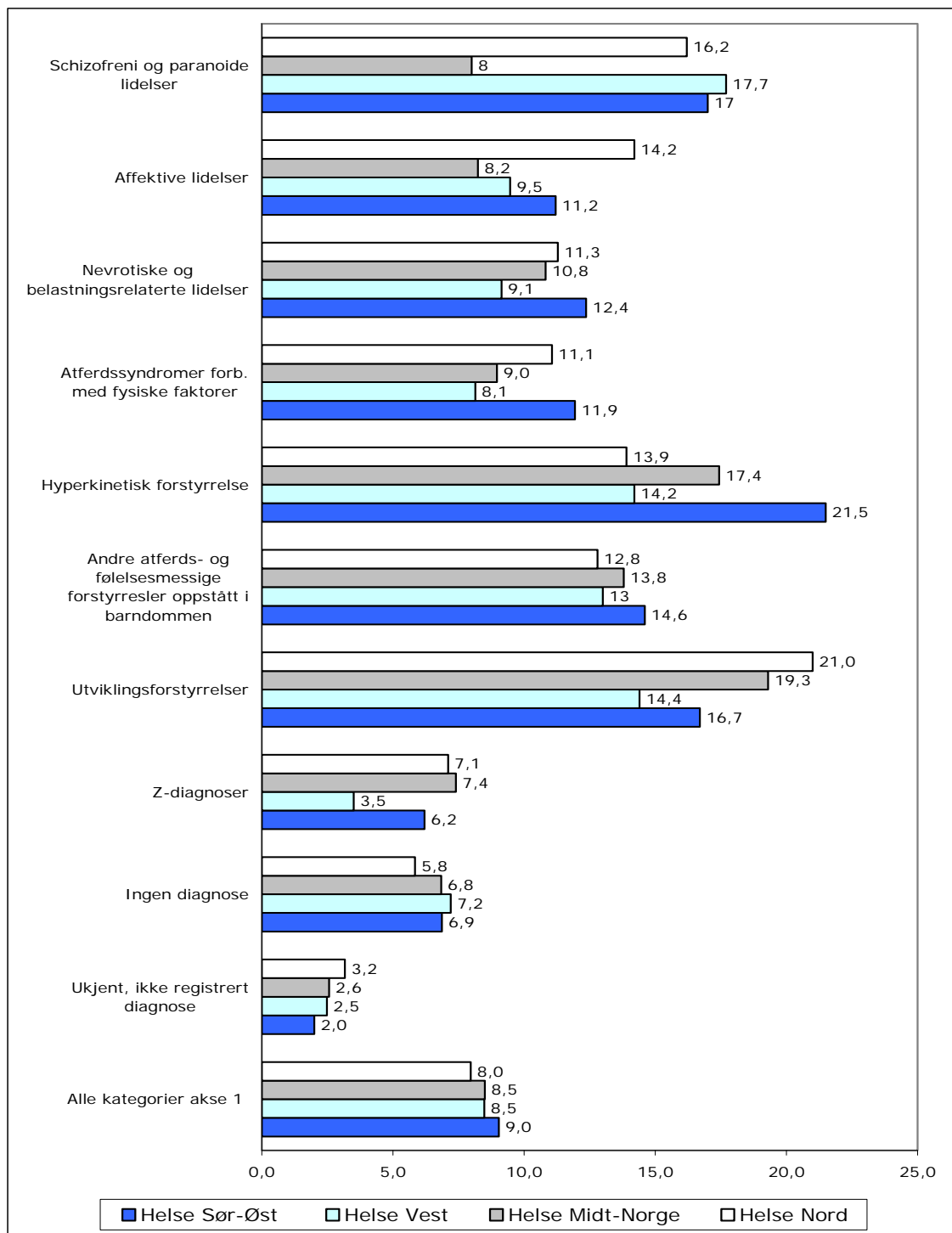
Figuren viser at ungdom har gjennomgående lengre behandlingstid enn yngre pasienter i det psykiske helsevernet. Mens ungdom har en median oppholdstid på litt over ni måneder, er førskolebarn i behandling i underkant av 5 måneder. Variasjonen i oppholdstid mellom aldersgruppene er størst blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser; barn under 6 år har en median behandlingstid på om lag 8 måneder, 6-12 åringer har 16 måneder og ungdom 21 måneder.

#### BEHANDLINGSTID FOR POLIKLINISKE PASIENTER – REGIONALT NIVÅ

Figur 7.11 viser lengde på behandlingsopphold for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1 blant polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007, fordelt på helseregion.

Figuren viser at polikliniske pasienter i helseregionene har relativt lik behandlingstid når vi ser alle diagnosekategorier under ett. Oppholdstiden varierer mellom 8 og 9 måneder. Helse Sør-Øst har lengst oppholdstid for de største diagnosekategoriene, mens pasienter i helseregion Nord har de lengste oppholdene for kategoriene affektive lidelser og utviklingsforstyrrelser. Med unntak for diagnosekategorien schizofreni og paranoide lidelser, tenderer Helse Vest til å ha blant de korteste oppholdstidene blant helseregionene.





Figur 6.9 Lengde på behandlingsopphold (medianverdi for antall mnd) for utvalgte diagnosekategorier på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom (n>50). Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007. Regionale helseforetak.

### 6.3 Oppsummering kapittel 6

I første del av dette kapitlet har vi undersøkt variasjon i diagnosefordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom mellom pasienter som mottar behandling på ulike omsorgsnivå i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Det er ulik pasientsammensetning og diagnosefordeling mellom pasienter i poliklinikk og i døgn-/dagbehandling. Mens hyperkinetiske forstyrrelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser finnes i et større omfang blant pasienter i poliklinisk behandling, utgjør pasienter med affektive lidelser og schizofreni/paranoide lidelser en større andel blant døgn-/dagpasientene. Pasienter med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser er en relativt omfattende og tilnærmet like stor pasientgruppe både blant polikliniske pasienter og døgn-/dagpasienter.

Ulik praksis i helseregionene mht bruk av Z-diagnoser og variasjon i andel uten registrert diagnose, medfører usikkerhet med hensyn til å fastslå regionale variasjoner for de ulike diagnosekategoriene på Akse 1. Vi ser imidlertid en tendens til at andelen polikliniske pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser er i omtrent samme størrelsesorden blant helseregionene, mens det er større variasjoner for de øvrige store diagnosekategoriene. Blant døgn-/dagpasienter ser man relativt store forskjeller mellom helseregionene for de største diagnosekategoriene. Antallet pasienter i døgn-/dagbehandling er imidlertid lavt, og relativt små variasjoner kan dermed få store prosentvise utslag.

I andre del av kapitlet har vi satt fokus på behandlingsomfang og behandlingstid blant polikliniske pasienter som har avsluttet behandlingen i det psykiske helsevernet i 2007.

Medianverdien for behandlingsomfang for avsluttede pasienter er 15 tiltak for alle diagnosekategorier samlet. Det er imidlertid stor variasjon i hvor mange tiltak hver pasientgruppe mottar i løpet av et behandlingsopphold. Pasienter med diagnosen "schizofreni og paranoide lidelser" som utgjør en liten pasientgruppe, mottar langt flere tiltak enn pasienter i andre diagnosekategorier. Medianverdien for denne gruppen er 82 tiltak. For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, som utgjør den største enkeltgruppen av pasienter på Akse 1, er medianverdien 31 tiltak. For de andre store diagnosekategoriene som affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, ser vi at omfanget av tiltak varierer mellom 23 og 27 tiltak. For grupper av pasienter uten diagnose, samt Z-diagnoser, er omfanget av tiltak langt lavere.

Analysene viser videre en tendens til at gutter mottar litt flere tiltak enn jenter i løpet av et behandlingsopphold, og at de yngste pasientene (0-5 år) gjennomgående mottar færre tiltak enn pasienter fra 6 år og oppover. Medianverdien for de yngste utgjør om lag halvparten av tiltakene for de to eldste gruppene når man ser alle diagnosegrupper samlet. Unntaket er pasientgruppen utviklingsforstyrrelser, hvor barn i alderen 0-5 år mottar flest tiltak. Blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser, affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, mottar de eldste (13 år og oppover) flest tiltak.

Når det gjelder behandlingstid, viser analysene at polikliniske pasienter som har avsluttet sin behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007, har en median behandlingstid på 8,7 måneder. Pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har den lengste behandlingstiden, mens pasienter uten registrert diagnose har den korteste. Det er imidlertid stor variasjon i behandlingstid (se standardavvik) både innad i og mellom diagnosekategoriene.

Gutter har noe lengre behandlingstid enn jenter for utvalget samlet, mens ungdom har gjennomgående lengre behandlingstid enn yngre pasienter i det psykiske helsevernet. Mens ungdom har en median oppholdstid på litt over ni måneder, er førskolebarn i behandling i underkant av 5 måneder. Variasjonen i oppholdstid mellom aldersgruppene er størst blant pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser.

For de ulike helseregionene er det liten forskjell i omfang av tiltak mellom regionene når man ser alle pasienter i utvalget samlet. For tre av regionene er medianverdien 15 tiltak per henvisningsperiode/pasient, for Helse Nord er medianverdien 13 tiltak. For de fleste

diagnosekategorier er det imidlertid forskjeller i omfang av tiltak i behandlingsperioden. For pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser varierer antall tiltak mellom 35 tiltak i Helse Sør-Øst og 23 tiltak i Helse Nord. For affektive og nevrotiske/belastningsrelaterte lidelser har Helse Nord høyeste omfang av tiltak.

Behandlingstid for polikliniske pasienter varierer mellom 8 og 9 måneder (median) i helseregionene. Helse Sør-Øst har lengst oppholdstid for de største diagnosekategoriene, mens helseregion Nord har de lengste oppholdene for pasienter med affektive lidelser og utviklingsforstyrrelser.

På grunn av stor variasjon i både behandlingsomfang og behandlingstid (stort standardavvik) både i og mellom de ulike diagnosekategoriene, skal resultatene tolkes med forsiktighet.



## Vedlegg



Tabell 1 Korrelasjonsmatrise (Pearsons r) for Akse 1, 2, 3, 5 og 6, multiaksial klassifikasjon. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	Akse 3 Intelligensnivå	Akse 5 Avvikende psykososiale forhold	Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå
Akse 1	1				
Akse 2	0,191**	1			
Akse 3	-0,021**	-0,134**	1		
Akse 5	0,275**	0,202**	0,015*	1	
Akse 6	0,005	-0,019**	0,005	-0,001	1

Tabellen over viser at det er en bivariat signifikant samvariasjon i koding for flere av aksene i det multiaksiale klassifikasjonssystemet i 2007.

- Koding på akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom samvarierer med koding på akse 2, 3 og 5.
- Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser samvarierer med koding på akse 2 og aksene 1, 3, 5 og 6.
- Akse 3, Intelligensnivå samvarierer med koding på akse 1, 2 og 5.
- Akse 5, Avvikende psykososiale forhold samvarierer med akse 1, 2 og 3.
- Akse 6, Global vurdering av funksjonsnivå samvarierer med akse 2.

Høy andel missing på aksene, bidrar trolig til denne samvariasjonen ved at pasienter som mangler diagnose på en akse i større grad mangler koding på andre akser.

Tabell 2 Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007. Helseregioner. 2005.

	Helseregion Sør-Øst		Helseregion Vest		Helseregion Midt-Norge		Helseregion Nord	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ukjent, ikke registrert diagnose	7 737	32,5	2 803	36,5	1 804	31,6	3 199	51,6
Ingen diagnose	638	2,7	378	4,9	105	1,8	297	4,8
Organiske, symptomatiske lidelser	21	0,1	3	0,0	4	0,1	5	0,1
Psykisk lid. og atferdsforstyrrelser v/psykoaktiva	32	0,1	15	0,2	12	0,2	4	0,1
Schizofreni og paranoide lidelser	94	0,4	41	0,5	24	0,4	17	0,3
Affektive lidelser	1 149	4,8	514	6,7	239	4,2	295	4,8
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	2 624	11,0	681	8,9	415	7,3	491	7,9
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	387	1,6	84	1,1	79	1,4	79	1,3
Personlighet og atferdsforstyrrelser	36	0,2	22	0,3	15	0,3	7	0,1
Hyperkinetisk forstyrrelse	4 661	19,6	1 126	14,7	1 026	18,0	858	13,9
Atferdsforstyrrelser	386	1,6	167	2,2	94	1,6	155	2,5
Blandede atferd- og følelsesm. Forstyrrelser	582	2,4	119	1,6	129	2,3	72	1,2
Følelsesm. forstyrrelser oppstått i barnd.	864	3,6	235	3,1	140	2,4	103	1,7
Forstyrrelser i sosial fungering	425	1,8	165	2,1	95	1,7	34	0,5
Tics	283	1,2	76	1,0	79	1,4	38	0,6
Andre atferdsforstyrrelser og føl.m. forstyrrelser	465	2,0	146	1,9	84	1,5	41	0,7
Uspesifisert psykisk lidelse	37	0,2	10	0,1	2	0,0	7	0,1
Annet, F70-79, F80-89, Z-diagnoser	3 419	14,3	1 092	14,2	1 369	24,0	492	7,9
<b>Total</b>	<b>23 840</b>	<b>100</b>	<b>7 677</b>	<b>100</b>	<b>5 715</b>	<b>100</b>	<b>6 194</b>	<b>100</b>



Tabell 3 Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. Psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner. 2006.

	Helseregion Sør-Øst		Helseregion Vest		Helseregion Midt-Norge		Helseregion Nord	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ukjent, ikke registrert diagnose	7 870	30,0	2 761	32,9	1 825	29,8	3 048	46,4
Ingen diagnose	714	2,7	442	5,3	124	2,0	289	4,4
Organiske, symptomatiske lidelser	22	0,1	2	0,0	4	0,1	6	0,1
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/psykoaktiva	56	0,2	15	0,2	7	0,1	11	0,2
Schizofreni og paranoide lidelser	93	0,4	45	0,5	20	0,3	25	0,4
Affektive lidelser	1 245	4,8	552	6,6	245	4,0	353	5,4
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	2 723	10,4	735	8,7	436	7,1	486	7,4
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	410	1,6	103	1,2	78	1,3	72	1,1
Personlighet og atferdsforstyrrelse	38	0,1	17	0,2	11	0,2	16	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse	5 025	19,2	1 336	15,9	1 063	17,4	1 082	16,5
Atferdsforstyrrelser	387	1,5	191	2,3	101	1,7	142	2,2
Blandede atferd- og følelsesm. Forstyr	574	2,2	133	1,6	106	1,7	82	1,2
Følelsesm. forstyr. oppstått i barnd.	957	3,7	227	2,7	160	2,6	111	1,7
Forstyrrelser i sosial fungering	446	1,7	174	2,1	108	1,8	35	0,5
Tics	313	1,2	78	0,9	89	1,5	36	0,5
Andre atferdsforstyrrelser og føl.m. forstyrrelser	487	1,9	202	2,4	90	1,5	52	0,8
Uspesifisert psykisk lidelse	32	0,1	9	0,1	11	0,2	12	0,2
Annet, F70-79, F80-89, Z-diagnoser	4 808	18,4	1 381	16,4	1 637	26,8	704	10,7
Total	26 200	100	8 403	100	6 115	100	6 562	100

Tabell 4 Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom. Psykisk helsevern for barn og unge. Helseregioner. 2007.

	Helseregion Sør-Øst		Helseregion Vest		Helseregion Midt-Norge		Helseregion Nord	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ukjent, ikke registrert diagnose	8 618	30,9	2 539	30,0	1 988	31,6	2 729	40,2
Ingen diagnose	795	2,8	469	5,5	137	2,2	332	4,9
Organiske, symptomatiske lidelser	15	0,1	1	0,0	3	0,0	3	0,0
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/psykoaktiva	56	0,2	12	0,1	4	0,1	12	0,2
Schizofreni og paranoide lidelser	89	0,3	38	0,4	23	0,4	25	0,4
Affektive lidelser	1 300	4,7	557	6,6	268	4,3	380	5,6
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	2 859	10,2	800	9,4	400	6,4	559	8,2
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	391	1,4	124	1,5	81	1,3	67	1,0
Personlighet og atferdsforstyrrelse	45	0,2	15	0,2	9	0,1	14	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse	4 891	17,5	1 389	16,4	1 013	16,1	1 228	18,1
Atferdsforstyrrelser	421	1,5	194	2,3	81	1,3	167	2,5
Blandede atferd- og følelsesm. Forstyr	559	2,0	111	1,3	101	1,6	79	1,2
Følelsesm. forstyr. oppstått i barnd.	1 072	3,8	236	2,8	161	2,6	122	1,8
Forstyrrelser i sosial fungering	457	1,6	169	2,0	122	1,9	46	0,7
Tics	306	1,1	77	0,9	81	1,3	46	0,7
Andre atferdsforstyrrelser og føl.m. forstyrrelser	492	1,8	246	2,9	98	1,6	61	0,9
Uspesifisert psykisk lidelse	47	0,2	5	0,1	6	0,1	2	0,0
Annet, F70-79, F80-89, Z-diagnoser	5 513	19,7	1 492	17,6	1 716	27,3	915	13,5
Total	27 926	100,0	8 474	100,0	6 292	100,0	6 787	100,0

Tabell 5 Kjønnfordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Kjønn					
	Mann		Kvinne		Ikke spesifisert	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mangelfull informasjon	8 761	31,4	7 054	32,8	44	72,1
Ingen påvist	932	3,3	798	3,7	3	4,9
Organiske, symptomatiske lidelser	15	,1	7	,0		
Psykisk lid. og atferdsforstyrrelser/psykoaktiva	27	,1	57	,3		
Schizofreni og paranoide lidelser	82	,3	93	,4		
Affektive lidelser	725	2,6	1 780	8,3		
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	1 853	6,6	2 764	12,8	2	3,3
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	83	,3	580	2,7		
Personlighet og atferdsforstyrrelser hos voksne	31	,1	52	,2		
Hyperkinetisk forstyrrelse	6 261	22,4	2 259	10,5	1	1,6
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	3 306	11,9	2 199	10,2	1	1,6
Psykisk utviklingshemming	152	,5	116	,5		
Utviklingsforstyrrelser	1 472	5,3	349	1,6		
Uspesifisert psykisk lidelse	27	,1	33	,2		
Z-diagnoser	4 156	14,9	3 359	15,6	10	16,4
Annet	15	,1	20	,1		
Total	27 898	100	21 520	100	61	100

Tabell 6 Aldersfordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Alder					
	0-5 år		6-12 år		13 år og over	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mangelfull informasjon	1 208	39,2	6 774	34,3	7 877	29,6
Ingen påvist	191	6,2	773	3,9	769	2,9
Organiske, symptomatiske lidelser	1	,0	7	,0	14	,1
Psykisk lid. og atferdsforstyrrelser/psykoaktiva					84	,3
Schizofreni og paranoide lidelser			5	,0	170	,6
Affektive lidelser	1	,0	136	,7	2 368	8,9
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	61	2,0	1 180	6,0	3 378	12,7
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	11	,4	51	,3	601	2,3
Personlighet og atferdsforstyrrelser hos voksne	1	,0	6	,0	76	,3
Hyperkinetisk forstyrrelse	79	2,6	4 093	20,7	4 349	16,3
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	308	10,0	2 601	13,2	2 597	9,7
Psykisk utviklingshemming	10	,3	96	,5	162	,6
Utviklingsforstyrrelser	125	4,1	878	4,4	818	3,1
Uspesifisert psykisk lidelse	5	,2	29	,1	26	,1
Z-diagnoser	1 081	35,0	3 107	15,7	3 337	12,5
Annet	3	,1	8	,0	24	,1
Total	3 085	100	19 744	100	26 650	100

Tabell 7 Akse 2, Spesifikke utviklingsforstyrrelser og viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Ukjent, ikke registrert diagnose (n=30 174)	Ingen diagnose (n=9200)	Spesifikke utvikl. forst. av tale og språk (n=1045)	Spesifikke utvikl. forst av skole ferdig heter, lære vansker (n=2433)	Spesifikke utvikl. forst i motoriske ferdig-heter (n=250)	Blandet utvikl. forst i spesifikke ferdig-heter (n=468)	Andre forstyr. av psyko-logisk utvikling (n=89)	Uspesifisert forstyr. av psyko-logisk utvikling (n=145)	Andre F-koder (n=8)	Annet, Z-koder (n=633)	Total (n=44445)
Autistiske trekk	2,6	1,8	6,8	2,2	4,4	7,7	12,4	8,3		1,6	2,6
Psykotiske trekk	1,0	0,9	0,4	0,8	0,4	0,4	3,4	2,1		0,5	1,0
Suicidalfare	3,8	3,3	1,3	1,7	0,8	2,8	2,2	0,7		2,5	3,5
Hemmet adferd	3,1	2,9	4,1	2,0	3,6	4,5	3,4	4,8	12,5	3,2	3,1
Angst/fobi	7,8	8,5	3,9	4,7	4,0	4,9	7,9	8,3	12,5	9,2	7,7
Tvangstrekk	2,0	2,8	0,9	1,3	2,4	3,0	1,1	2,8		3,2	2,1
Tristhet/depr/sorg	18,2	18,6	6,6	10,7	8,4	7,5	5,6	11,7	12,5	15,8	17,3
Skolefravær	2,2	2,0	0,9	1,5	0,4	0,2		1,4	12,5	1,9	2,0
Atferdsvansker	19,3	19,1	20,4	19,2	23,2	20,5	28,1	22,1	12,5	22,1	19,4
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	20,3	21,6	33,1	40,2	37,2	28,4	15,7	16,6	37,5	28,4	22,2
Rusmiddelbruk	0,4	0,3		0,1						0,2	0,3
Asosial/kriminalitet	0,2	0,1	0,2	0,2		0,2				0,3	0,2
Lærevansker	1,8	1,0	4,3	7,6	4,4	9,0	3,4	3,4		1,1	2,1
Språk/talevansker	0,7	0,4	8,4	0,9	0,8	2,8		2,1		0,6	0,9
Syn/hørselsproblem	0,1	0,1	0,4	0,1		0,2					0,1
Spiseproblem	2,7	3,2	0,7	0,7	0,4	0,4		0,7		2,8	2,6

	Ukjent, ikke registrert diagnose (n=30 174)	Ingen diagnose (n=9200)	Spesifikke utvikl. forst. av tale og språk (n=1045)	Spesifikke utvikl. forst av skole ferdig heter, lære vansker (n=2433)	Spesifikke utvikl. forst i motoriske ferdig heter (n=250)	Blandet utvikl. forst i spesifikke ferdig heter (n=468)	Andre forstyr. av psyko-logisk utvikling (n=89)	Uspesifisert forstyr. av psyko-logisk utvikling (n=145)	Andre F-koder (n=8)	Annet, Z-koder (n=633)	Total (n=44445)
Andre somatiske symptomer	2,9	3,4	2,0	1,2	3,2	0,6	5,6	4,8		1,3	2,8
Annet	10,4	9,3	5,6	4,7	6,4	6,8	11,2	10,3		5,4	9,6
Ingen	0,5	0,6	0,1	0,2							0,5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 8 Akse 3 Intelligensnivå og viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Svært høy intelligens IQ > 130 (n=81)	Høy intelligens IQ 115- 129 (n=646)	Normal intelligens IQ 85-114 (n=10 265)	Litt under normal intelligens IQ 70- 84 (n=2841)	Mild psykisk utviklings- hemning (F70) IQ 50- 69 (n=692)	Moderat psykisk utviklings- hemning (F71) IQ 35- 49 (n=100)	Alvorlig psykisk utviklings- hemning (F72) IQ 20- 34 (n=12)	Dyp psykisk utviklings- hemning (F73) IQ < 20 (n=3)	Uspesifiser t psykisk utviklings- hemning (F79) (n=35)	Ukjent intelligensn ivå (n=9213)	Totalt (n=24150)
Autistiske trekk	3,7	3,1	2,5	3,4	5,9	26,0	25,0		25,7	1,9	2,6
Psykotiske trekk	1,2	0,9	0,8	1,1	1,3	3,0		33,3	5,7	1,3	1,1
Suicidalfare	3,7	2,5	2,5	2,5	2,3	1,0				5,2	3,5
Hemmet adferd	2,5	2,8	2,7	3,0	3,8	4,0				3,2	3,0
Angst/fobi	4,9	5,9	6,0	5,4	5,9	5,0	8,3		2,9	9,8	7,4
Tvangstrekk	3,7	2,6	2,1	1,7	1,6	2,0			5,7	2,5	2,2
Tristhet/depr/sorg	13,6	12,7	13,3	9,6	9,0	5,0				22,1	16,2
Skolefravær	3,7	1,5	1,8	1,6	0,7					2,2	1,9
Atferdsvansker	28,4	28,9	22,5	22,5	21,0	18,0	25,0		22,9	14,6	19,6
Hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker	22,2	27,1	31,0	34,7	26,7	17,0			20,0	11,2	23,3
Rusmiddelbruk		0,2	0,1	0,2	0,1					0,5	0,3
Asosial/kriminalitet		0,3	0,1	0,4		1,0				0,1	0,2
Lærevansker		0,6	2,1	5,6	8,5	4,0				0,9	2,2
Språk/talevansker		0,3	0,8	1,5	2,9	5,0				0,7	0,9
Syn/hørselsproblem			0,0	0,1	0,1				2,9	0,1	0,1
Spiseproblem		1,7	1,7	0,7	0,9	1,0				4,3	2,6

	Svært høy intelligens IQ > 130 (n=81)	Høy intelligens IQ 115- 129 (n=646)	Normal intelligens IQ 85-114 (n=10 265)	Litt under normal intelligens IQ 70- 84 (n=2841)	Mild psykisk utviklings- hemning (F70) IQ 50- 69 (n=692)	Moderat psykisk utviklings- hemning (F71) IQ 35- 49 (n=100)	Alvorlig psykisk utviklings- hemning (F72) IQ 20- 34 (n=12)	Dyp psykisk utviklings- hemning (F73) IQ < 20 (n=3)	Uspesifiser t psykisk utviklings- hemning (F79) (n=35)	Ukjent intelligensn ivå (n=9213)	Totalt (n=24150)
Andre somatiske symptomer	1,2	2,5	2,8	1,1	1,3	1,0	8,3	66,7	11,4	4,0	3,0
Annet	11,1	6,0	6,7	4,9	7,4	7,0	33,3		2,9	14,4	9,5
Ingen		0,3	0,4	0,1	0,6					0,9	0,6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



Tabell 9 Akse 4, Somatiske tilstander og viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Ikke regi- strert (n=25 020)	Visse infeksj.syk og parasit- tære syk (n=27)	Svulster (n=111)	Sykd i blod og bloddann.or gan og visse tilst.and immunsyst (n=41)	Endokr.syk, ernærings- sykd og metabol. forstyr (n=357)	Psykiske lidelser og atferds- forstyr (n=144)	Sykd i nervesyst (n=496)	Sykd i øyet og øyets omgivelser (n=87)	Sykd i øre og ørebens- knote (n=92)	Sykd i sirkulasj.- organ (n=42)	Sykd i åndedr. Syst (n=292)	Sykdi for- døyses syst (n=122)
Autistiske trekk	2,6	3,7			0,6	2,1	5,4	4,6	3,3		2,4	
Psykotiske trekk	0,9	11,1		7,3	1,4	0,7	2,4		1,1		0,7	
Suicidalfare	3,3	3,7			4,5	2,1	2,8	1,1	4,3	7,1	1,7	2,5
Hemmet adferd	3,1			2,4	2,8	2,1	1,2	2,3		2,4	2,1	2,5
Angst/fobi	7,8	3,7	0,9	7,3	4,5	8,3	6,3	4,6	3,3	9,5	6,8	1,6
Tvangstrekk	2,1	3,7			1,4	1,4	2,4	2,3	1,1	2,4	2,7	1,6
Tristhet/depr/sorg	17,7	18,5	7,2	29,3	13,4	10,4	13,1	6,9	16,3	11,9	11,6	4,9
Skolefravær	2,1	3,7			1,4	0,7	3,0		1,1		1,7	4,9
Atferdsvansker	19,9	18,5		7,3	10,6	23,6	16,1	28,7	17,4	11,9	15,8	9,8
Hyperaktivitet/ konsentrasjons- vansker	22,3	11,1	4,5	17,1	14,0	23,6	23,8	29,9	31,5	11,9	36,6	18,0
Rusmiddelbruk	0,4					0,7	0,2					0,8
Asosial/kriminalitet	0,3						0,2					
Lærevansker	2,2		0,9	2,4		0,7	1,0	5,7	1,1		3,4	1,6
Språk/talevansker	0,9		0,9		0,3	1,4	1,0	3,4	2,2		1,0	0,8
Syn/hørselsproblem	0,1								6,5			

	Ikke regi- strert (n=25 020)	Visse infeksj.syk og parasit- tære sykd (n=27)	Svulster (n=111)	Sykd i blod og bloddann.or gan og visse tilst.and immunsyst (n=41)	Endokr.sykd, ernærings- sykd og metabol. forstyr (n=357)	Psykiske lidelser og atferds- forstyr (n=144)	Sykd i nervesyst (n=496)	Sykd i øyet og øyets omgivelser (n=87)	Sykd i øre og ørebens- knote (n=92)	Sykd i sirkulasj.- organ (n=42)	Sykd i åndedr. Syst (n=292)	Sykdi for- døyses syst (n=122)
Spiseproblem	2,5	7,4		2,4	4,2	4,9	0,8		3,3		1,7	9,0
Andre somatiske symptomer	2,4	14,8	22,5	4,9	6,4	9,0	11,1	1,1	2,2	19,0	3,1	26,2
Annet	9,3		57,7	17,1	31,9	8,3	8,3	9,2	5,4	23,8	7,5	14,8
Ingen	0,3		5,4	2,4	2,5		0,8				1,0	0,8
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fortsettelse akse 4, Somatiske tilstander og viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Sykd hud – underhud (n=87)	Sykd muskel- skjel og bindevev (n=149)	Sykd urin og kjønnsorg (n=28)	Svangerskf ødsel og barseltid (n=16)	Visse tilst i perinatal- perioden. (n=80)	Medfødte misd, deform og kromosom- avvik (n=401)	Sympt, tegn, unorm kliniske funn..ikke klass. annet sted (n=157)	Skader, forgiftn og visse andre konsekv av ytre årsak (n=67)	Ytre årsak til sykd, skader og dødsfall (n=74)	Faktorer av betydn for helsetilst og kontakt med helsetj. (n=728)	Ingen aktuell tilstand. (n=6 763)	Mangelfull informasjon for å kode på akse 4 (n=9 064)
Autistiske trekk	1,1				1,3	1,7		4,5	1,4	2,9	3,0	2,5
Psykotiske trekk	1,1	0,7				0,7	1,3	1,5	1,4	1,0	1,2	0,9
Suicidalfare	4,6	2,7				2,0	3,8	11,9	44,6	3,0	2,7	4,3
Hemmet adferd	2,3	0,7				0,5	2,5	1,5	2,7	3,2	3,0	3,5
Angst/fobi	8,0	10,7	14,3	18,8		6,7	7,6	4,5	2,7	6,0	7,1	8,6
Tvangstrekk	4,6					1,0	0,6			2,6	2,4	2,1
Tristhet/depr/sorg	13,8	14,1	14,3	6,3	1,3	7,0	8,3	13,4	27,0	12,6	15,6	19,7
Skolefravær	1,1	0,7				0,7	2,5	1,5	2,7	2,2	1,5	2,4
Atferdsvansker	21,8	6,7	7,1	6,3	10,0	8,7	17,8	10,4	8,1	20,3	20,2	19,4
Hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker	29,9	9,4	7,1	6,3	13,8	17,7	14,6	17,9	5,4	28,0	27,4	18,4
Rusmiddelbruk										0,4	0,4	0,3
Asosial/kriminalitet								1,5		0,3	0,1	0,2
Lærevansker	1,1	1,3	7,1		2,5	1,7	2,5	3,0		2,5	1,9	2,0
Språk/talevansker	2,3	0,7		6,3	1,3	0,7	0,6			0,7	1,0	0,8
Syn/hørselsproblem						0,2					0,0	0,1

	Sykd hud - underhud	Sykd muskel- skjel og bindevev	Sykd urin og kjønnsorg	Svangerskf ødsel og barseltid	Visse tilst i perinatal- perioden.	Medfødte misd, deform og kromosom- avvik	Sympt, tegn, unorm kliniske funn..ikke klass. annet sted	Skader, forgiftn og visse andre konsekv av ytre årsak	Ytre årsak til sykd, skader og dødsfall	Faktorer av betydn for helsetilst og kontakt med helsetj.	Ingen aktuell tilstand.	Mangelfull informasjon for å kode på akse 4
Spiseproblem	3,4	0,7			2,5	0,7	2,5	1,5	1,4	3,4	2,7	2,8
Andre somatiske symptomer	2,3	36,2	25,0	18,8	37,5	20,7	19,7	6,0		3,3	1,6	1,6
Annet	2,3	10,7	25,0	37,5	25,0	27,2	13,4	20,9	2,7	7,3	7,6	9,8
Ingen		4,7			5,0	1,7	1,9			0,3	0,4	0,6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 10 Akse 5 Avvikende psykososialt miljø og viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Ukjent, ikke registrert diagnose (n=19 308)	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psyk. sos miljø (n=7 236)	Avvikende relasjoner innen familien (n=4 023)	Psyk syk, avvik eller funksjh i barnets nærmeste fam (n=3 536)	Inadekvat eller forstyrret kommunik innen fam (n=992)	Avvikende sider ved oppdragelsen (n=734)	Avvikende nærmiljø (n=4 624)	Akutte livshendelser (n=1 895)	Samfunnsmessige belastningsfaktorer (n=244)	Kroniske mellommessige belastninger ifb med skole/arbeid (n=959)	Belast hend /forh som er et res av barnets forstyrrelse/ funksjhem (n=894)	Totalt (n=44 445)
Autistiske trekk	3,2	4,3	1,2	1,1	0,9	1,4	1,5	0,4	1,6	1,5	3,1	2,6
Psykotiske trekk	1,0	0,9	0,7	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	2,9	1,0	1,2	1,0
Suicidalfare	3,3	2,2	5,0	3,0	6,4	6,0	3,1	5,1	5,7	4,3	3,1	3,5
Hemmet adferd	2,9	3,2	3,3	3,8	2,4	3,1	2,8	2,8	4,9	3,5	2,8	3,1
Angst/fobi	7,7	8,2	7,0	8,2	6,3	6,7	6,5	10,6	9,8	7,9	6,0	7,7
Tvangstrekk	2,1	3,2	1,5	1,9	2,3	2,3	1,7	1,1	2,5	1,8	2,0	2,1
Tristhet/depr/sorg	17,3	9,6	22,5	20,3	21,2	14,9	16,6	34,7	18,0	16,3	12,1	17,3
Skolefravær	2,3	1,3	2,0	1,7	3,5	4,6	1,4	1,4	2,0	3,0	1,7	2,0
Atferdsvansker	19,4	15,3	21,0	18,6	23,8	25,2	24,0	12,6	22,1	25,2	23,7	19,4
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	22,1	29,3	17,4	18,3	15,0	16,3	26,1	8,8	12,3	24,0	27,1	22,2
Rusmiddelbruk	0,5	0,2	0,2	0,1	0,7	0,7	0,4	0,2		0,1	0,2	0,3
Asosial/kriminalitet	0,3	0,1	0,3	0,0	0,1	0,4	0,2	0,1	0,8	0,2	0,1	0,2
Lærevansker	2,1	2,9	1,5	1,6	1,1	2,3	2,0	1,3	1,6	2,3	2,6	2,1
Språk/talevansker	0,9	1,5	0,5	0,6	0,2	0,8	0,7	0,2	2,0	0,6	1,1	0,9

	Ukjent, ikke registrert diagnose (n=19 308)	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psyk. sos miljø (n=7 236)	Avvikende relasjoner innen familien (n=4 023)	Psyk syk, avvik eller funksj i barnets nærmeste fam (n=3 536)	Inadekvat eller forstyrret kommunik innen fam (n=992)	Avvikende sider ved oppdragelsen (n=734)	Avvikende nærmiljø (n=4 624)	Akutte livs-hendelser (n=1 895)	Samfunns-messige belastnings-faktorer (n=244)	Kroniske mellommenn eskelige belastninger ifb med skole/arbeid (n=959)	Belast hend /forh som er et res av barnets forstyrrelse/ funksjhem (n=894)	Totalt (n=44 445)
Syn/hørselsproblem	0,1	0,0	0,2	0,0			0,1	0,2			0,1	0,1
Spiseproblem	2,5	3,5	2,1	1,8	5,5	2,5	1,9	2,8	2,0	2,0	2,2	2,6
Andre somatiske symptomer	2,6	4,6	2,2	2,5	1,7	3,3	2,3	2,3	1,6	1,7	3,7	2,8
Annet	9,3	9,1	11,0	14,0	7,5	8,6	7,4	14,3	9,8	4,6	6,6	9,6
Ingen	0,4	0,6	0,4	1,5	0,4		0,3	0,3			0,4	0,5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 11 Akse 6 Globalt funksjonsnivå og viktigste henvisningsgrunn. Psykisk helsevern for barn og unge. 2007.

	Utmerket/god sosial fungering (n=632)	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering (n=4 899)	Lett sosial forstyrrelse (n=6 875)	Moderat sosial forstyrrelse (n=8 035)	Alvorlig sosial forstyrrelse (n=4 011)	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse (n=922)	Ute av stand til å fungere på de fleste områder (n=208)	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse (n=146)	Ekstrem og gjennom- gripende sosial forstyrrelse (n=35)	Totalt (n=26 958)
Autistiske trekk	0,5	0,3	1,0	2,3	4,2	12,5	12,0	22,6	31,4	2,5
Psykotiske trekk	0,5	0,6	0,7	0,7	1,6	3,6	5,3	8,9	17,1	1,0
Suicidalfare	2,7	3,2	3,6	3,7	4,6	3,5	4,3	5,5		3,7
Hemmet adferd	1,4	2,6	3,2	3,1	4,4	4,1	3,8	3,4	2,9	3,2
Angst/fobi	8,5	9,3	8,1	7,1	7,4	7,4	6,7	3,4		7,8
Tvangstrekk	2,2	2,9	2,3	2,0	2,4	2,2	3,4	4,1		2,3
Tristhet/depr/sorg	25,5	23,5	18,5	15,0	14,2	10,5	14,4	6,2	2,9	17,3
Skolefravær	2,4	1,1	1,5	1,7	3,1	2,7	2,4	2,1		1,9
Atferdsvansker	7,4	11,6	19,1	23,8	26,1	25,8	19,2	24,0	17,1	20,0
Hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker	19,1	22,0	25,6	26,1	20,2	15,8	12,5	8,2	5,7	23,3
Rusmiddelbruk		0,2	0,3	0,3	0,2			0,7	2,9	0,3
Asosial/kriminalitet	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,4	0,5	0,7		0,2
Lærevansker	1,6	2,4	2,1	2,4	1,9	1,1	1,9			2,1
Språk/talevansker		0,4	0,7	1,0	1,2	3,3	2,4	1,4	2,9	0,9
Syn/hørselsproblem		0,0	0,1	0,0	0,1	0,1		0,7		0,1
Spiseproblem	5,9	4,5	2,9	2,0	1,6	1,2	3,8	2,1		2,7

	Utmerket/god sosial fungering (n=632)	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering (n=4 899)	Lett sosial forstyrrelse (n=6 875)	Moderat sosial forstyrrelse (n=8 035)	Alvorlig sosial forstyrrelse (n=4 011)	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse (n=922)	Ute av stand til å fungere på de fleste områder (n=208)	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse (n=146)	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse (n=35)	Totalt (n=26 958)
Andre somatiske symptomer	3,2	3,0	2,0	1,6	1,5	0,9	1,9	0,7	5,7	2,0
Annet	17,4	11,3	7,9	6,9	5,1	5,0	4,8	5,5	8,6	8,4
Ingen	1,6	0,8	0,2	0,1	0,1		0,5		2,9	0,4
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2,5



Tabell 12 Antall henvisningsperioder/pasienter og medianverdi for direkte og indirekte polikliniske tiltak. Behandling avsluttet i 2007.

	Polikliniske pasienter og tiltak i henv.perioden, avsluttet i 2007			
	Direkte tiltak (utrening / behandling) (median)	Indirekte tiltak (median)	Totalt antall tiltak (median)	Polikliniske pasienter /henvisnings- perioder
Ukjent, ikke registrert diagnose	2	1	4	4 811
Ingen diagnose	9	2	12	1 146
Organiske, symptomatiske lidelser	4	4	9	5
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/psykoaktiva	14	4	20	44
Schizofreni og paranoide lidelser	58	17	82	53
Affektive lidelser	20	4	25	1 189
Nevrotiske og belastningsrelater te lidelser	18	4	23	2 021
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	22	3	27	255
Personlighet- og atferdsforstyrrelse	15	9	25	34
Hyperkinetisk forstyrrelse	22	7	31	2 835
Atferdsforstyrrelser	20	7	29	364
Blandede atferd- og følelsesm. forstyr r	26	9	37	331
Følelsesm. forstyr. oppstått i barnd.	20	4	24	635
Forstyrrelser i sosial fungering	21	8	32	254
Tics	15	4	21	170
Andre atferdsforstyrrelser og følm. Forstyrrelser	17	5	23	381
Uspesifisert psykisk lidelse	15	4	19	29
Annet, F70-79, F80-89, Z-diagnoser	8	3	12	3 641
Total	11	3	15	18 198

Tabell 13 Antall henvisningsperioder/pasienter og direkte og indirekte polikliniske tiltak. Behandling avsluttet i 2007.

	Polikliniske pasienter og tiltak i henv.perioden, avsluttet i 2007			Polikliniske pasienter / henvisningsperioder
	Direkte tiltak (utrening / behandling)	Indirekte tiltak	Totalt antall tiltak	
Ukjent, ikke registrert diagnose	3 0872	16 365	47 237	4 811
Ingen diagnose	1 4322	5 314	19 636	1 146
Organiske, symptomatiske lidelser	53	19	72	5
Psykisk lid. og atferdsforstyrret v/psykoaktiva	1 282	741	2 023	44
Schizofreni og paranoide lidelser	3 284	1 782	5 066	53
Affektive lidelser	35 122	10 898	46 020	1 189
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	56 878	17 662	74 540	2 021
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	8 870	2 315	11 185	255
Personlighet og atferdsforstyrrelse	1 467	677	2 144	34
Hyperkinetisk forstyrrelse	86 638	34 856	121 494	2 835
Atferdsforstyrrelser	9 925	4 366	14 291	364
Blandede atferd- og følelsesm. forstyrret	13 069	5 942	19 011	331
Følelsesm. forstyrret oppstått i barnd.	17 687	5 119	22 806	635
Forstyrrelser i sosial fungering	9 073	3 687	12 760	254
Tics	4 284	1 659	5 943	170
Andre atferdsforstyrrelser og følm. forstyrrelser	9 521	2 961	12 482	381
Uspesifisert psykisk lidelse	567	193	760	29
Annet, F70-79, F80-89, Z-diagnoser	55 864	24 112	79 976	3 641
<b>Total</b>	<b>358 778</b>	<b>138 668</b>	<b>497 446</b>	<b>18 198</b>

Tabell 14 Lengde på behandlingsopphold for ulike diagnosegrupper akse 1, kliniske psykiatrisk syndrom. Polikliniske pasienter med avsluttet behandling i 2007. Regionale helseforetak.

	Behandlingstid polikliniske pasienter/hen.vperioder							
	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Hele Midt-		Helse Nord	
	Median	n	Median	n	Median	n	Median	n
Ukjent, ikke registrert diagnose	3,2	821	2,5	540	2,6	496	2,0	2 461
Ingen diagnose	5,8	228	7,2	306	6,8	93	6,9	516
Organiske, symptomatiske lidelser	23,3	1	.	.	.	.	2,6	4
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/psykoaktiva	7,7	8	9,8	5	3,8	2	8,6	29
Schizofreni og paranoide lidelser	16,2	10	17,7	9	8,0	9	17,0	25
Affektive lidelser	14,2	187	9,5	247	8,2	147	11,2	605
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	11,3	262	9,1	361	10,8	200	12,4	1 196
Atferdssyndromer forb. med fysiske faktorer	11,1	29	8,1	45	9,0	36	11,9	145
Personlighet og atferdsforstyrrelse	14,7	13	17,7	7	.	.	15,5	14
Hyperkinetisk forstyrrelse	13,9	419	14,2	471	17,4	311	21,5	1 622
Atferdsforstyrrelser	11,6	68	10,8	80	12,3	35	13,7	181
Blandede atferd- og følelsesm. forstyr	12,6	30	11,4	45	14,8	43	17,4	212
Følelsesm. forstyr. oppstått i barnd.	12,8	63	13,7	74	12,0	78	12,3	420
Forstyrrelser i sosial fungering	14,1	22	18,3	58	15,1	35	18,5	139
Tics	12,0	15	15,3	24	16,4	24	16,2	105
Andre atferdsforstyrrelser og føl. forstyrrelser	17,1	30	12,8	121	15,0	39	14,5	191
Uspesifisert psykisk lidelse	14,7	1	15,6	3	8,2	3	6,2	22
Annet, F70-79, F80-89, Z-diagnoser	8,9	437	6,9	490	8,3	691	7,2	2 003
Total	8,0	2 644	8,5	2 886	8,5	2 242	9,0	9 890



## Litteraturliste

Bremnes, R., Bjerkan A., Halsteinli, V. (2008); Poliklinikkenes praksis i psykisk helsevern for barn og unge. En analyse av praksisforskjeller mellom helseforetak basert på nasjonale pasientdata for 2006.

Hellevik, O. (2002); Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap.

Pedersen, PB, Lilleeng, S., Sitter, M. (2008); Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport I.

Pedersen, P.B., Bjerkan A.M.(2008); Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III.

SINTEF Helse (2008); SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007.

Sosial- og helsedirektoratet, KITH (2007); "Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP).