

SINTEF A6800

RAPPORT

Fra henvisning til avslutning:

***En analyse av forskjeller i poliklinisk praksis
i psykisk helsevern for barn og unge basert
på nasjonale pasientdata for 2006***

Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan, Vidar Halsteinli

SINTEF Helse

Mai 2008

**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

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Fra henvisning til avslutning:**En analyse av forskjeller i poliklinisk praksis i psykisk helsevern for barn og unge basert på nasjonale pasientdata for 2006**

FORFATTER(E)

Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan, Vidar Halsteinli

OPPDRAKSGIVER(E)

Sosial og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A6800	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Trude Hagen	
GRADER, DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04376-1	PROSJEKTNR. 78i12330	ANTALL SIDER OG BILAG 78
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78i12330 SAMDATA Analyse BUP praksis polikliniker\Rapportering\Rapport A6800 BUP praksis.doc		PROSJEKTFØRER (NAVN, SIGN.) Vidar Halsteinli	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Marit Sitter
ARKIVKODE E	DATO 2008-05-19	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

God tilgang til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser har vært et prioritert helsepolitisk mål i mange år. Geografiske forskjeller knyttet til helseforetakenes sørge-for ansvar er viktige i forhold til nasjonale helsepolitiske mål om likeverdige tilbud.

Formålet med dette prosjektet har vært å se nærmere på forskjeller mellom helseforetakene slik poliklinikkens praksis kommer til uttrykk gjennom nasjonale pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR). Med utgangspunkt i informasjon fra et utvalg av pasienter som avsluttet behandlingen i 2006, har vi analysert forskjeller i tid fra henvisning ble mottatt til igangsatt behandling, forskjeller i behandlingens varighet, samt forskjeller i hyppighet av kontakt mellom behandler og pasient (direkte tiltak per måned).

For pasienter diagnostisert med ADHD var det forholdsvis stor forskjell mellom helseforetaket med henholdsvis laveste og høyeste medianverdi for de ulike utfallsvariablene. Median tid fra henvisning ble mottatt til behandlingen ble igangsatt lå i intervallet 5 til 26 uker. Median behandlingsvarighet varierte fra 5 til 22 måneder. Samtidig var det generelt stor spredning *innad* i alle foretak.

For pasienter henvist med internaliserte symptomer lå median tid fra henvisning ble mottatt til behandlingen ble igangsatt innenfor 2 til 8 uker. Median behandlingsvarighet varierte fra 3 til 10 måneder. Median kontakthypighet varierte fra 0,8 til 2,3 direkte tiltak per måned. Det syntes å være mindre forskjeller mellom helseforetakene for denne gruppen sammenliknet med pasientene med ADHD.

Selv om pasientkarakteristika hadde størst betydning, viste analysen at en signifikant andel av variansen på pasientnivå kunne knyttes til faktorer som karakteriserte kommune- eller helseforetaksnivået. Analysen har imidlertid i liten grad klart å identifisere hvilke faktorer dette dreier seg om. Selv om det er påvist forskjeller mellom helseforetakene, er de store forskjellene *innen* helseforetakene et naturlig utgangspunkt for videre analyse.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern for barn og unge	Mental health services
EGENVALGTE	Poliklinisk praksis	Outpatient practice

Forord

Denne rapporten presenterer resultater fra et selvstendig analyseprosjekt under SAMDATA-prosjektet og er finansiert av Sosial- og Helsedirektoratet.

I gjennomføringen av prosjektet har vi hatt stor nytte av å diskutere med og å få råd fra flere eksterne kontakter: Bjørn Reigstad (Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Nordlandssykehuset Bodø), May Britt Drugeli (Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Midt-Norge), Thomas Jozefiak (RBUP Midt-Norge), Frank Krogh (Norsk Pasientregister, SHDIR) og May Kvello Bukten (Norsk Pasientregister, SHDIR). Innholdet i rapporten står imidlertid for forfatterens regning.

Rapporten er skrevet av Ragnild Bremnes, Anne Mette Bjerkan og Vidar Halsteinli, med sistnevnte som prosjektleder. Marit Sitter har kommet med svært nyttige bidrag underveis og Hanne Kvam har bistått med ferdigstilling av rapporten. Vi takker ellers kolleger ved SINTEF Helse for nyttige kommentarer underveis.

Trondheim 19. mai 2008

Vidar Halsteinli
(prosjektleder)

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt	7
Figuroversikt	9
Sammendrag	11
1 Bakgrunn – problemstillinger	13
2 Valg av pasientgrupper	17
2.1 Datagrunnlaget og spesifikasjon av pasientgrupper	17
2.2 Gruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD.....	18
2.3 Gruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer	18
2.4 Gruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, eksklusiv de som var diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD	19
2.5 Gruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnoser	19
2.6 Gruppe 5: Barn 0 - 3 år	19
3 Tilrettelegging av datamaterialet og metode	21
3.1 Kort beskrivelse av datakilder	21
3.2 Tilrettelegging pasientdata: Utvalget av behandlede pasienter	22
3.3 Utfallsvariabler	26
3.3.1 Behandlings forløp: Tid før behandlingsstart og behandlingstid.....	26
3.3.2 Behandlings omfang: Direkte og indirekte tiltak og hyppighet av behandlerkontakt.....	27
3.4 Valg av analyseenhet: Helseforetak kontra helseforetaksområde.....	28
3.5 Metodemessig tilnærming for deskriptive beskrivelser	28

3.6	Flernivåanalyse.....	29
3.6.1	Empirisk spesifikasjon og metode.....	30
3.6.2	Forklaringsvariabler.....	30
4	Beskrivelse av forskjeller i praksis	33
4.1	Gruppe I: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.....	33
4.2	Gruppe II: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.....	38
4.3	Sammenlikning – fem pasientgrupper	43
5	Analyse av forskjeller i praksis	45
5.1	Resultater – flernivåanalyse.....	45
6	Avsluttende kommentarer	49
	Litteraturliste.....	51
7	Vedlegg	53
	Vedlegg I: Gruppe 3 - Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse	53
	Vedlegg II: Gruppe 4 - Barn og unge med depresjonsdiagnose	57
	Vedlegg III: Gruppe 5 - Barn 0-3 år.....	61
	Vedlegg IV: Definisjon av helseforetak og helseforetaksområder.....	65
	Vedlegg V: Korrelasjon mellom utfallsvariabler på pasientnivå.....	70
	Vedlegg VI: Korrelasjon mellom utfallsvariabler og forklaringsvariabler på kommunenivå. 73	
	Vedlegg VII: Korrelasjon mellom utfallsvariabler og forklaringsvariabler på helseforetaksområdenivå.	75

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Alle henvisningsperioder som gjelder pasienter 0 – 20 år.	24
Tabell 3.2	Fordeling mellom de ulike henvisningsgrunnene. Antall og prosent. Alle henvisningsperioder som gjelder pasienter 0 – 20 år.	25
Tabell 4.1	Fordeling etter henvisningsgrunn. Antall og prosent. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.	34
Tabell 4.2	Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Helseforetak.	35
Tabell 4.3	Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.	39
Tabell 4.4	Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer. Helseforetak.	40
Tabell 4.5	Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Standardavvik i parentes. Alle pasienter samlet og alle pasienter i hver pasientgruppe. Behandling avsluttet i 2006.	43
Tabell 5.1	Flernivåanalyse: Tom modell. Intra Class Correlation (ICC).	46
Tabell 5.2	Flernivåanalyse: Modeller hvor alle forklaringsvariabler er inkludert. Z-verdier i parentes. Signifikansnivå ≤ 0.05 markert med * og uthevet.	47
Tabell v.1	Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostiser med hyperkinetisk forstyrrelse.	54
Tabell v.2	Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostiser med hyperkinetisk forstyrrelse. Helseforetak.	55
Tabell v.3	Fordeling mellom de ulike henvisningsgrunnene. Antall og prosent. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose.	58
Tabell v.4	Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose. Helseforetak.	59
Tabell v.5	Fordeling mellom de ulike henvisningsgrunnene. Antall og prosent. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år.	62
Tabell v.6	Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år.	62

Tabell v.7	Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 5: Barn 0 – 3 år. Helseforetak med minst 10 pasienter i gruppen.	63
Tabell v.8	Helseforetak og helseforetaksområder med oversikt over institusjoner og kommuner i opptaksområdet.	65
Tabell v.9	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Alle pasienter.	70
Tabell v.10	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.	70
Tabell v.11	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.	71
Tabell v.12	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.	71
Tabell v.13	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose.	72
Tabell v.14	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 5: Barn 0 – 3 år.	72
Tabell v.15	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på kommunenivå) og forklarningsvariabler som gjelder kommunene. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Kommune. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.	73
Tabell v.16	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på kommunenivå) og forklarningsvariabler som gjelder kommunene. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Kommune. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.	74

Tabell v.17	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på helseforetaksområdenivå) og forklarningsvariabler som gjelder helseforetaksområdet. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Helseforetaksområde. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser.	75
Tabell v.18	Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på helseforetaksområdenivå) og forklarningsvariabler som gjelder helseforetaksområdet. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Helseforetaksområde. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.	76

Figuroversikt

Figur 3.1	Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Alle henvisningsperioder som gjelder pasienter i alderen 0 – 20 år.	26
Figur 3.2	Pasientens behandlingsforløp fra henvisning mottas ved institusjonen til behandlingen er avsluttet. Gjelder pasient med to episoder i henvisningsperioden.	27
Figur 4.1	Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.	33
Figur 4.2	Spredning i utfallsvariablene for pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Helseforetak. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for indirekte tiltak i hele pasientgruppen). Corr (Direkte tiltak, indirekte tiltak) = 0,4.	36
Figur 4.3	Uker før behandlingsstart og behandlingstid: Fordeling av datamaterialet. Stigende fra venstre etter medianverdi. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Grå søyle viser grenser for 25. og 75. percentil med medianverdi avmerket i hvitt. Hele søylen viser grenser for 5. og 95. percentil. ° og * markerer henholdsvis "outliers" og ekstremverdier. Helseforetak.	37
Figur 4.4	Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.	38

Figur 4.5	Spredning i utfallsvariablene. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for <i>indirekte</i> tiltak i hele pasientgruppen.) Corr (direkte tiltak, indirekte tiltak) = 0,5. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer. Helseforetak.	41
Figur 4.6	Uker før behandlingsstart og behandlingstid: Fordeling av datamaterialet. Stigende fra venstre etter medianverdi. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer. Grå søyle viser grenser for 25. og 75.percentil med medianverdi avmerket i hvitt. Hele søylen viser grenser for 5. og 95.percentil. ° og * markerer henholdsvis "outliers" og ekstremverdier. Helseforetak.	42
Figur v.1	Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.	53
Figur v.2	Spredning i utfallsvariablene. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for indirekte tiltak i hele pasientgruppen.) Corr (Direkte tiltak, indirekte tiltak) = 0,0. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse. Helseforetak.	56
Figur v.3	Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose.	57
Figur v.4	Spredning i utfallsvariablene. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for indirekte tiltak i hele pasientgruppen.) Corr (Direkte tiltak, indirekte tiltak) = 0,0. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose. Helseforetak.	60
Figur v.5	Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år.	61
Figur v.6	Spredning i utfallsvariablene. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for <i>indirekte</i> tiltak i hele pasientgruppen.) Corr (Direkte tiltak, Indirekte tiltak) = -0,1. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år. Helseforetak med minst 10 pasienter i gruppen.	64

Sammendrag

God tilgang til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser har vært et prioritert helsepolitisk mål i mange år. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har både den kommunale innsatsen og spesielt spesialisthelsetjenestens innsats økt betraktelig for denne målgruppen (St.prp. nr. 63 (1997–98)). Til tross for dette erkjente helsemyndighetene i 2005 at "utsatte og sårbare grupper erfaringsvis ikke alltid får et tilfredsstillende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten" og at "ventetiden på behandling er for lang og i tillegg varierer mellom helseregionene" (Agledal-rapporten, 2006). Geografiske forskjeller knyttet til helseforetakenes sørge-for ansvar er viktig når nasjonal helsepolitisk måloppnåelse skal vurderes, noe som ble illustrert av rapportens forslag om å redusere forskjeller og å søke en mer enhetlig praksis.

Formålet med dette prosjektet har vært å se nærmere på forskjeller mellom helseforetakene slik poliklinikkens praksis kommer til uttrykk gjennom nasjonale pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR). Med utgangspunkt i informasjon om et utvalg av pasienter som avsluttet behandlingen i 2006, har vi analysert forskjeller i tid fra henvisning ble mottatt til igangsatt behandling, forskjeller i behandlingens varighet, samt forskjeller i hyppighet av kontakt mellom behandler og pasient (direkte tiltak per måned).

Vi har sett nærmere på helseforetakenes praksis for to grupper av pasienter som i volum utgjør nær halvparten av alle pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge:

1. Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
2. Barn og unge henvist med internaliserte symptomer (tristhet, depresjon, sorg mm)

I tillegg ble tre pasientgrupper valgt ut for en mer kortfattet beskrivelse:

3. Barn og unge henvist for atferdsrelaterte problemer, eksklusiv de som var diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
4. Barn og unge med depresjonsdiagnose
5. Barn 0-3 år.

Forskjeller i praksis kan være relatert både til pasientsammensetning, forhold knyttet til kommunene og forhold knyttet til poliklinikkene/helseforetakene. Vi har valgt å *beskrive forskjeller* i praksis med fokus på helseforetakene, og dernest å *analysere årsak* til variasjon i praksis ut fra en flernivåtilnærming hvor pasienter hører hjemme i kommuner som igjen hører inn under et helseforetaksområde.

For pasienter diagnostisert med ADHD var det forholdsvis stor forskjell mellom helseforetakene med hensyn til laveste og høyeste medianverdi for de ulike utfallsvariablene. Median tid fra henvisning ble mottatt til behandlingen ble igangsatt lå i intervallet 5 til 26 uker. Median behandlingsvarighet varierte fra 5 til 22 måneder. Median kontakthypighet varierte fra 0.7 til 1.8 direkte tiltak per måned. Samtidig var det generelt stor spredning innad i alle foretak for de ulike utfallsvariablene.

For pasienter henvist med internaliserte symptomer var det en viss forskjell på laveste og høyeste medianverdi for de ulike utfallsvariablene. Median tid fra henvisning ble mottatt til behandlingen ble igangsatt lå innenfor 2 til 8 uker. Median behandlingsvarighet varierte fra 3 til 10 måneder. Median kontakthypighet varierte fra 0.8 til 2.3 direkte tiltak per måned. Det

syntes å være mindre forskjeller mellom helseforetakene for denne gruppen sammenliknet med for pasientene med ADHD, men også for pasienter med internaliserte symptomer var det generelt stor spredning innad i helseforetakene for de ulike utfallsvariablene.

Vi undersøkte hvor mye av variasjonene i utfallsvariablene på pasientnivå som kunne knyttes til karakteristika ved henholdsvis pasientene, kommunene og helseforetakene. Analysen viste at den klart største andelen av variansen var knyttet til pasientnivået – uansett pasientgruppe eller utfallsvariabler. Mellom 80 og 95 prosent av variansen var knyttet til karakteristika ved pasientene:

- Jenter ventet kortere enn gutter på oppstart av behandling (både ADHD-pasienter og pasienter henvist med internaliserte symptomer).
- Pasienter over 13 år med ADHD ventet kortere tid på behandlingsstart enn yngre pasienter med ADHD. Behandlingen varte også lenger for de eldste i pasientgruppen, men med sjeldnere behandlerkontakt.
- Pasienter over 13 år henvist med internaliserte symptomer hadde kortere behandlingstid og sjeldnere behandlerkontakt enn yngre pasienter med samme symptomer.
- For pasienter under 5 år var behandlingens varighet generelt kortere enn for pasienter i andre aldersgrupper.
- Og: For pasienter henvist med symptomer definert som høyt prioriterte, gikk det kortere tid til behandlingsstart enn for øvrige pasienter.

Selv om pasientkarakteristika hadde størst betydning, viste analysen at en signifikant andel av variansen kunne knyttes til kommune- eller helseforetaksnivået. Resultatene forteller med andre ord at situasjonen både i kommunene og helseforetakene var assosiert med utfallene – om enn i begrenset grad. Å identifisere *hvilke* karakteristika ved kommunene og helseforetakene som hadde betydning krever imidlertid mer inngående analyser enn den foreliggende. I vår analyse fant vi ikke støtte for at nivået på helseforetakenes polikliniske behandlingsskapasitet var assosiert med tid før behandling, behandlingens varighet eller hyppighet av behandlerkontakt.

De resultatene som foreligger bør sees i lys av potensielle feilkilder knyttet til ulik koding ved registrering av data. Dette gjelder spesielt ulik registreringspraksis for tiltak og datofelt som beskriver behandlingsforløpet. I tillegg er det viktig å minne om at pasientdata *ikke* inneholder informasjon om hva slags type behandling som har vært gitt, enten i form av psykoterapeutisk behandling, medikamentell behandling eller annet. Vi bruker følgelig konsekvent begrepet *praksis*, og ikke behandlingspraksis.

Resultatene viste at for utvalgte grupper av pasienter, basert på diagnose og/eller henvisningsgrunner, var det store forskjeller *innen* helseforetakene. Nye analyser bør undersøke om dette f. eks. kan knyttes til ulikheter mellom poliklinikkene i de ulike foretakene. Det er også påvist betydelige forskjeller mellom helseforetakene. I forhold til nasjonale mål om likeverdighet, kan likevel det å få en bedre forståelse av de store forskjellene innen foretakene synes som et viktig første steg. Spørsmålet er hvor stor del av forskjellene både innen og mellom foretakene som er et uttrykk for ulik praksis, men også hvor stor del av forskjellene som skyldes at pasientene i de spesifiserte gruppene var heterogene og følgelig hadde ulike behov.

1 Bakgrunn – problemstillinger

God tilgang til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser har vært et prioritert helsepolitisk mål i mange år. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har både den kommunale innsatsen og spesielt spesialisthelsetjenestens innsats økt betraktelig for denne målgruppen (St.prp. nr. 63 (1997–98)). Antall polikliniske årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP) økte med 83 prosent fra 1998 til 2006 og antall poliklinisk behandlede pasienter økte med 141 prosent (Solstad, 2007). Til tross for dette erkjente helsemyndighetene i 2005 at *"utsatte og sårbare grupper erfaringsvis ikke alltid får et tilfredsstillende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten"* og at *"ventetiden på behandling er for lang og i tillegg varierer mellom helseregionene"* (Agledal-rapporten, 2006). Arbeidsgruppen som sto bak rapporten og som ble nedsatt for å komme med forslag til hvordan rett til helsehjelp kunne styrkes overfor barn og unge, foreslo i sin rapport for det første tiltak for å øke behandlingsskapiteten gjennom endret tidsbruk i poliklinikkene (økt produktivitet). Deretter foreslo den tiltak for å bedre samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten blant annet når det gjelder henvisningsrutiner og oppfølging i ventetiden. For det tredje foreslo arbeidsgruppen tiltak for å styrke pasientrettighetene og at en maksimalfrist for ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skulle fastsettes og forankres gjennom nasjonale retningslinjer i forskrift. Et viktig aspekt ved forslagene var at det skulle legges nasjonale føringer som skulle bidra til å redusere *"store variasjoner i praksis"*.

De aller fleste som hvert år mottar et behandlingstilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP) får det i form av et poliklinisk tilbud. Hvert regionale helseforetak har flere helseforetak, og i hvert helseforetak er det flere poliklinikker som i realiteten fungerer som selvstendige behandlingssenheter selv om de organisatorisk kan være en enhet. Forskjeller i praksis kan følgelig oppstå mellom poliklinikker innen et helseforetak og det kan være forskjeller mellom helseforetakene. I dette prosjektet har vi fokusert på det siste.

Nå er det ikke nødvendigvis et mål at helseforetakene skal bli "like" på alle områder, blant annet fordi behovet for helsehjelp kan være geografisk ulikt fordelt og fordi kompetansen og kapasiteten i kommunene kan variere. Likevel – forslagene om å redusere forskjeller og å søke en mer enhetlig praksis illustrerer at kunnskap om geografiske forskjeller knyttet til helseforetakenes sørge-for ansvar er viktig, fordi det berører sentrale helsepolitiske mål. Formålet med dette prosjektet har vært å se nærmere på forskjeller mellom helseforetakene slik poliklinikkens praksis kommer til uttrykk gjennom nasjonale pasientdata fra Norsk Pasientregister (NPR). Med utgangspunkt i informasjon om et utvalg av pasienter som avsluttet behandlingen i 2006, har vi analysert forskjeller i tid fra henvisning ble mottatt til igangsatt behandling, forskjeller i behandlingens varighet, samt forskjeller i hyppighet av kontakt mellom behandler og pasient.

Det psykiske helsevernet for barn og unge tar hånd om et bredt spekter av pasienter med ulikt behov både med hensyn til hvor raskt behandling bør komme i gang, hva slags type behandling det er behov for, hvilke samarbeidende instanser som er involvert og hvor lang varighet behandlingen bør ha. Vi har sett nærmere på helseforetakenes praksis for to grupper av pasienter som i volum utgjør nær halvparten av alle pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge:

1. Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD

2. Barn og unge henvist med internaliserte symptomer (tristhet, depresjon, sorg mm)

I tillegg ble tre pasientgrupper valgt ut for en mer kortfattet beskrivelse:

3. Barn og unge henvist for atferdsrelaterte problemer, eksklusiv de som var diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
4. Barn og unge med depresjonsdiagnose
5. Barn 0-3 år.

Selv om pasientene innen gruppene kan tenkes å ha sammenlignbare behov, vil en inndeling som ovenfor medføre at det fremdeles kan være relativt store forskjeller mellom pasientene *innen* gruppene mht symptomer og behandlingsbehov. For barn- og unge skilles det gjerne mellom psykiske *vansker* og psykiske *lidelser* (Veileder, psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, 2007). Med psykiske vansker menes ulike følelsesmessige plager som sinne, angst, tristhet, spiseproblemer etc.¹, og som er så alvorlige at barnet trenger en eller annen form for hjelp. De fleste i denne gruppen skal i utgangspunktet få adekvat hjelp fra førstelinjetjenesten i kommunene. Spesialisthelsetjenestens oppgave er å gi et tilbud til de barna som har så alvorlige vansker at det betegnes som en psykisk lidelse, og poliklinikkene må gjennom sin inntakspraksis definere hvilke pasienter som faller inn under spesialisthelsetjenestens ansvar, herunder hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp (Rundskriv IS-12/2004, SHDIR).

Barnets symptomer, komorbide tilstander, belastninger/sykdom hos foreldre og søsken, isolasjon og avvisning fra jevnaldrende, fare for rask forverring og tilstandens varighet er viktige faktorer ved vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Flere helseforetak har tidligere utarbeidet kriterier eller tilstandsbilder som hjelp til vurdering av hvorvidt vilkårene for rett til helsehjelp foreligger og derest hva som er lengste forsvarlige ventetid (se f eks Retningslinjer Helse Sør RHF eller Intern retningslinje St Olavs Hospital, 2007). Mens alvorlig depresjon med suicidalproblematikk, alvorlige samhandlingsavvik knyttet til små barn, mistanke om psykose og alvorlig anorektisk utvikling krever raskt igangsatt behandling (lengste forsvarlige ventetid mindre enn en måned), vurderes ventetid opp til tre måneder som forsvarlig for pasienter med mer moderate affektive lidelser og opp til seks måneder som forsvarlig for alvorlige atferdsforstyrrelser. Poliklinikkene fastsetter om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp, rett til annen helsehjelp eller om de ikke vurderes å ha rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Den siste gruppen omfatter for eksempel pasienter med moderate/lettere atferdsproblemer og mindre alvorlig depresjon. For tiden arbeides det med å etablere nasjonale retningslinjer i form av en Prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten, som etter planen skal implementeres i løpet av 2008. Utkast til veiledere for psykiske helsevern for barn og unge ble publisert i april 2008 (http://www.shdir.no/prioriteringer_helsetjenesten).

Mens pasienter med rett til "nødvendig" eller "annen" helsehjelp åpenbart er BUP sitt ansvar, kan grenseoppgangen mot dem som i utgangspunktet skal ivaretas gjennom det kommunale tilbudet være vanskelig. Fastlegene spiller en viktig rolle, både med hensyn til henvisning og senere oppfølging, i tillegg til helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Indikasjoner på kapasitetsforskjeller mellom kommunene i helsestasjons- og skolehelsetjenester er rapportert, selv om de observerte forskjellene delvis kan ha sammenheng med finansieringsordningene for kommunene (Ose, 2007; Kaspersen et al, 2008). Manglende kapasitet og kompetanse i kommunene kan medføre at BUP poliklinikker velger å gi et tilbud selv om ansvaret i utgangspunktet er kommunalt. Det kan med andre ord være forskjeller i pasientsammensetningen (med hensyn til alvorlighetsgrad og behov) mellom poliklinikkene, men det kan også være at forskjeller i det tilbudet som ytes til ellers "like" pasienter. Disse forskjellene *kan* være assosiert med kommunene og deres kapasitet og kompetanse.

¹ Gjelder anslagsvis 20 prosent av barn og unge under 18 år.

Helseforetakene har ansvar for å yte spesialiserte behandlingstjenester til befolkningen i sitt opptaksområde. Av de som mottok behandling i regi av BUP i 2006, fikk 98 prosent poliklinisk behandling (Pedersen, 2007). Foretakets polikliniske kapasitet og kompetanse spiller følgelig en avgjørende rolle for hvordan ansvaret blir ivarettatt. Til tross for at behandlingsskapasiteten på nasjonalt nivå nærmer seg Opptrappingsplanens mål om årlig å nå fem prosent av barn og unge, var det i 2006 relativt store forskjeller i dekningsgrad mellom helseforetaksområdene. Dekningsgraden varierte fra tre til sju prosent (se SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevesenet 2006 - Pedersen, 2007). Disse forskjellene kan ha sammenheng med ulik behandlerkapasitet men også med ulik produktivitet målt som antall pasienter per fagårsverk. Det er videre dokumentert relativt store forskjeller i antall tiltak per pasient, enten det er snakk om direkte kontakt mellom behandler og pasient/foresatte (direkte tiltak) eller kontakt mellom behandlere og ulike kommunale instanser (indirekte tiltak).

Forskjeller i praksis kan med andre ord være relatert til både pasientsammensetning, forhold knyttet til kommunene og forhold knyttet til poliklinikkene/helseforetakene. I dette prosjektet, har vi først ønsket å *beskrive forskjeller* i praksis slik de fremkommer gjennom nasjonale pasientdata. Vi har lagt vekt på å beskrive forskjeller *mellom* helseforetakene, men også forskjeller mellom pasienter *innen* helseforetakene, og vi har i hovedsak fokusert på tre utfallsvariabler som karakteriserer praksis:

- Antall uker fra henvisning ble mottatt til behandling startet
- Antall måneder med behandling
- Kontakthypighet målt som antall direkte tiltak per måned

Dernest har vi forsøkt å svare på følgende spørsmål:

- I hvilken grad kunne ulik praksis knyttes til karakteristika ved kommunene og helseforetakene?
- Var forskjellene assosiert med kommunale forskjeller i befolkningens behov eller kommunale forskjeller i antall årsverk på helsestasjons- og skolehelsetjenester?
- Var forskjellene assosiert med helseforetakenes nivå på behandlingsskapasitet målt ved polikliniske årsverk?

Pasientdata, rutinemessig samlet inn av NPR for driftsåret 2006, utgjør analysens datakilde. Pasientdata inneholder informasjon om tidspunkter og en relativt grov kategorisering av type (og omfang) av tiltak som er gjennomført, noe som gir grunnlag for å definere utfallsvariabler som beskriver poliklinikkens praksis. Det er imidlertid viktig å være klar over at det ligger enkelte begrensninger i datamaterialet, som igjen har betydning for hvordan resultatene både kan og bør tolkes:

Pasientdata inneholder *ikke* informasjon om hva slags type behandling som har vært gitt, enten i form av psykoterapeutisk behandling, medikamentell behandling eller annet. Vi bruker følgelig konsekvent begrepet *praksis* og ikke *behandlingsskapasitet*. Videre vil ulik registreringspraksis mellom poliklinikker kunne ha betydning både for registrering av tidspunkter og tiltak. Resultatene må derfor tolkes med dette i mente og vi bruker bevisst begrepet "assosiasjon" om påviste sammenhenger mellom ulike forklaringsfaktorer og det tilbudet pasientene har mottatt. Til tross for disse begrensninger, er det god grunn til å tro at resultater basert på det nasjonale pasientdatasettet har substansiell informasjonsverdi.

Rapporten er organisert som følger. I neste kapittel gjør vi nærmere rede for valg av pasientgrupper. I kapittel tre gir vi en detaljert beskrivelse av datagrunnlaget og metodemessig tilnærming, mens kapittel fire presenterer beskrivende statistikk av forskjeller i praksis. I kapittel fem presenteres analysene av praksis sammenholdt med karakteristika ved pasienter, kommuner og helseforetak, og i kapittel seks oppsummerer vi resultatene.

2 Valg av pasientgrupper

Pasientgruppene ble definert med utgangspunkt i to variabler fra det nasjonale pasientdatasettet: Henvisningsgrunn og diagnose. Henvisningsgrunn refererer seg til det nasjonale kodesettet i pasientdata, mens diagnose er hentet fra akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom i det multiaksiale klassifikasjonssystemet for BUP (ICD-10). Henvisningsgrunn uttrykker henvisende instans sin vurdering av barnets viktigste symptom, mens diagnose uttrykker behandelende instans sin diagnostiske vurdering. I pasientdata for 2006 hadde disse to variablene god utfyllingsgrad (lav andel missing) til forskjell fra mange andre pasientvariabler som ble vurdert. Det ble lagt vekt på at pasientgruppene skulle være klinisk meningsfulle og at pasientene innen gruppene skulle ha et sammenliknbart behov for behandling.

2.1 Datagrunnlaget og spesifikasjon av pasientgrupper

For henvisningsgrunn finnes det to typer variabler hvor den ene retter fokus mot *barnet*, og inkluderer aspekter som for eksempel atferdsproblematikk, rusmiddelbruk, angst / fobier og skolefravær. Henvisningsgrunnen knyttet til barnets *miljø* omfatter belastninger i barnets familie, i nærmiljøet, akutte livshendelser og belastninger i skole eller barnehage. Begge disse to variablene er åpenbart relevante for å kunne skille mellom pasientgrupper med ulikt tilstandsbilde og behov. For variabelen "henvisningsgrunn barnets miljø" var imidlertid andel missing for høy (46 prosent) og derfor ble "henvisningsgrunn barnet" benyttet. Vi viser ellers til tabell 3.2 som gir en oversikt over hvordan pasientene fordeler seg på ulike henvisningsgrunner i det samlede pasientutvalget.

Diagnoseinformasjon kodes etter det multiaksiale klassifikasjonssystemet ICD-10:

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

På de ulike aksene var det generelt høy andel missing, men "Akse 1, klinisk psykiatrisk syndrom" hadde lavere andel missing enn de øvrige aksene og ble følgelig benyttet (se forøvrig SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 - Pedersen, 2007). En oversikt over hvordan pasientene fordeler seg på ulike diagnosekategorier er gjengitt i tabell 3.1 for det samlede utvalget.

Følgende pasientgrupper ble valgt ut for nærmere gjennomgang:

1. Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
2. Barn og unge med internaliserte symptomer som henvisningsgrunn: Suicidalfare, hemmet atferd, tristhet/depresjon/sorg eller angst/fobi
3. Barn og unge henvist til behandling på grunn av atferdsvansker, eksklusiv de som var diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
4. Barn og unge med depresjonsdiagnoser
5. Barn mellom 0 og 3 år gamle.

2.2 Gruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD

Pasienter registrert med diagnosekategoriene F90 til F909 i ICD-10 (hyperkinetisk forstyrrelse) ble inkludert i denne gruppen. I klinisk praksis benyttes ofte betegnelsen ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) fra den amerikanske psykiatriske sykdomsklassifikasjonen DSM-IV. Siden ADHD-betegnelsen er mye brukt, har vi i denne rapporten, for enkelhets skyld, valgt å bruke det begrepet, selv om kriteriene er knyttet til kodeverket fra ICD-10.

ADHD er den vanligste lidelsen blant barn og en av de mest prevalente forstyrrelsene innen psykisk helsevern for barn og unge (Nærde og Neuer, 2003). For at barn skal kunne diagnostiseres med ADHD er kriteriet at symptomer på tilstanden skal være til stede før fylte 6 år (American Psychiatric Press 1994). Videre skal symptomene være til stede i to eller flere situasjoner, og det skal foreligge signifikant svekkelse i sosial, skolemessig eller arbeidsmessig fungering.

Flere gutter får diagnosen enn jenter (Sosial- og Helsedirektoratet 2005). Hos de fleste pasienter skjer det en aldersmessig modning som fører til at antallet pasienter som fyller alle kriteriene for ADHD avtar med økende alder. Til tross for dette indikerer studier at symptomer på ADHD vedvarer hos 30-70 prosent av voksne som har blitt diagnostisert med lidelsen på et tidligere tidspunkt. Forskning på området indikerer at symptomene hyperaktivitet og impulsivitet kan bli mindre uttalt med årene og videre at de symptomer som i størst grad vedvarer synes å være konsentrasjonsvansker (Biederman et al 2000). For en gjennomgang av diagnostisering og behandling av ADHD viser vi til Andersson et al (2004) og Sosial og Helsedirektoratet (2005a).

2.3 Gruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer

Denne gruppen gjelder pasienter henvist med kode 3 (suicidalfare), 4 (hemmet atferd), 5 (angst/fobi) eller 7 (tristhet/depresjon/sorg).

Problematferd observert hos barn og unge kan grovt sett deles inn i to hovedgrupper: Utagerende atferd (aggresjon, konsentrasjonsvansker mm) og internaliserte problemer som angst, depresjon, sosial isolering og hemmet atferd. Tidligere undersøkelser viser at jenter generelt henvises oftere til behandling med bakgrunn i internaliserte symptomer enn gutter (Andersson et al, 2005).

I 2006 utgjorde henvisningsårsaken tristhet/depresjon/sorg 17 prosent av henvisningene av barn og unge til behandling innen psykisk helsevern for barn og unge (Pedersen, 2007). Andelen blant pasienter mellom 13 og 17 år var (23 prosent). Det er tidligere vist at denne henvisningsårsaken økte kraftig i perioden 1992-2001, noe som er satt i sammenheng med en generelt økende erkjennelse av at barn og unge med depresjon, på samme måte som voksne, hadde behov for behandling for lidelsen (Reigstad, 2004).

Tristhet og lettere depresjoner er vanlig forekommende i barne- og ungdomsårene (Statens helsetilsyn, 2000). Tristheten er ofte ikke så tydelig for andre, men barnet kan til gjengjeld vise større grad av irritabilitet og aggresjon. Større barn kan bli innadvendte, miste søvn og appetitt og få problemer med å konsentrere seg på skolen. Videre blir sykdommer påvirket av stress og psykiske belastninger som indikerer sammenhengen mellom barnets symptomer og belastninger i barnets miljø. Utløsende faktorer kan ofte være av psykisk karakter, men også fysiske traumer kan utløse en psykisk lidelse som depresjon.

2.4 Gruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, eksklusiv de som var diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD

Pasienter henvist med atferdsvansker (kode 9) ble inkludert i denne pasientgruppen. Av disse ble pasienter med registrert diagnose hyperkinetiske forstyrrelser (F90 til F909) ekskludert.

Vedvarende problematferd hos barn eldre enn tre år betegnes ofte som atferdsvansker. Atferdsvansker blant barn er et av barnealderens mest vanlige problemer (Smith, 2004) og er en av de vanligste grunnene til at barn og ungdom henvises til undersøkelse eller behandling ved BUP poliklinikker (Andersson et al. 2004). Atferdsvansker omtales ofte som ulike følelsesmessige reaksjoner som ikke står i forhold til den aktuelle situasjonen eller hendelsen som har utløst situasjonen. Atferdsforstyrrelser karakteriseres ved gjentatt og vedvarende mønster av antisosial, aggressiv og trassig atferd som viser klare brudd på sosiale forventninger og normer sett i forhold til alderen, og som vedvarer i minst 6 måneder. Atferdsforstyrrelser er vanligere blant gutter enn blant jenter og vanligere i byen enn på landet. Forekomsten er estimert til 7 prosent blant alle barn uavhengig av alder (Garløv, 1998).

2.5 Gruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnoser

Pasienter med diagnose F30-F39 (affektive lidelser), samt F432 (tilpassningsforstyrrelse) og F920 (depressive atferdsforstyrrelser) ble inkludert i denne gruppen.

Affektive lidelser omfatter lidelser der den fundamentale forstyrrelsen kan være en endring i stemningsleie fra dyp depresjon til manisk heving av stemningsleie. Inn under affektive lidelser inkluderes mer spesifikke diagnoser som bipolare lidelser, depressive episoder og vedvarende stemningslidelser. Pasienter som hadde blitt diagnostisert innen kategoriene F432 (tilpassningsforstyrrelser) og F920 (depressive atferdsforstyrrelser) er også inkludert i gruppen med depresjonsdiagnose.

2.6 Gruppe 5: Barn 0 - 3 år

De aller yngste barna (0–3 år) er tatt med som egen gruppe fordi det er en gruppe som har fått økt oppmerksomhet og prioritet fra helsemyndighetene sin side, mens det generelt er lite dokumentasjon på symptomer og behandlingstilbud. Mistanke om alvorlig samhandlingsavvik mellom små barn og foreldre er en indikasjon på behov for rask intervensjon fra spesialisthelsetjenesten (se f.eks. Intern retningslinje St Olavs Hospital, 2007).

3 Tilrettelegging av datamaterialet og metode

Vi har benyttet tre ulike datakilder: Data på pasientnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), data på institusjonsnivå innhentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og tilrettelagt gjennom SAMDATA-prosjektet og data på kommunenivå hentet fra KOSTRA (SSB). Data omfatter driftsåret 2006 for pasient- og institusjonsdata og 2005 for kommunedata.

3.1 Kort beskrivelse av datakilder

Pasientdata

Pasientdata er basert på rapportering fra alle landets offentlige institusjoner innen det psykiske helsevernet for barn og unge. Pasientopplysninger om poliklinisk behandling er hentet fra "Samdatautvalget", et datasett tilrettelagt av SINTEF Helse gjennom SAMDATA-prosjektet (se www.samdata.no for en grundigere beskrivelse). Datasettet inneholder pasientinformasjon, datofelt som beskriver behandlingsforløpet, informasjon om omfang av tiltak² og opplysninger om behandlingens omsorgsnivå³.

Materialet gir informasjon om pasienter på *episodenivå*. Episodene representerer en generalisering av et avdelingsopphold, en serie av polikliniske konsultasjoner eller en serie av dagbehandlinger. Generelt defineres tidsperioden fra mottak av henvisning til utredning, behandling og oppfølging er gjennomført, og ingen nye kontakter er avtalt, som en *henvisningsperiode*. Hver henvisningsperiode består av én eller flere episoder, som kan ha forskjellig omsorgsnivå, men disse gjelder oftest samme diagnose. Diagnosen kan imidlertid endres i løpet av henvisningsperioden, eller samme pasient kan også ha flere enn én henvisningsperiode samtidig innen en helseinstitusjon dersom det gjelder ulike lidelser. Samdatautvalget inkluderer alle episoder i henvisningsperioder med aktivitet i rapporteringsåret, i vårt tilfelle i 2006. Henvisningsperiodenes startår vil variere betydelig.

² Tiltak er gruppert som undersøkelse/ observasjon, terapi/ samtale og indirekte tiltak.

³ Det skilles mellom tre omsorgsnivå: Poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Institusjonsdata

Institusjoner i det psykiske helsevernet rapporterer årlige samleoppgaver til SSB med opplysninger om personell, døgnplasser mm på institusjonsnivå. Også disse dataene er tilrettelagt av SINTEF Helse i forbindelse med SAMDATA-prosjektet (se www.samdata.no for en grundigere beskrivelse).

Kommunedata

KOSTRA er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet. Data rapporteres fra kommunene til SSB. Informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder er sammenstilt av SSB. Vi har benyttet opplysninger om årsverk til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste⁴.

Med utgangspunkt i opplysninger som befolkningssammensetning og sosiale forhold i kommunene, er det også laget en behovsindikator for den enkelte kommune (se NOU 2008:2 for en beskrivelse av indikatoren).

For data på kommunenivå benyttes tall for 2005. Dette gir et "legg" på ett år i forhold til institusjons- og pasientdata og begrunnes med at endringer i praksis som kan relateres til forhold i kommunen ikke vil skje umiddelbart, men gi en tilpasning over tid.

Kommunedata er koblet til pasientdata via opplysninger om pasientenes hjemkommune. Henvisningsperioder som gjelder pasienter hvor kommunenummer for bostedskommune ikke er registrert, hvor kommunenummer er feilregistrert⁵ og henvisningsperioder hvor oppgitt bostedskommune ikke samsvarer med kommunestruktur i 2005, er tatt ut i flernivåanalysene som presenteres i kapittel 5.

3.2 Tilrettelegging pasientdata: Utvalget av behandlede pasienter

Pasientdata fra NPR for 2006 (jfr. Samdatautvalget) omfatter i alt 58 113 episoder. Fordi det kan være registrert flere episoder per pasient i løpet av en henvisningsperiode, og også flere henvisningsperioder per pasient i et rapporteringsår, vil ikke de rapporterte episodene tilsvare det antall pasienter som mottok behandling. Episodene gjelder 48 760 henvisningsperioder fordelt på totalt 47 236 pasienter⁶. Datamaterialet ble aggregert til nivået henvisningsperiode. Henvisningsperiode ble valgt som nivå framfor pasient fordi pasienter med flere henvisningsperioder i mange tilfeller er henvist med ulik begrunnelse og med ulik diagnose. En slik tvetydighet i materialet ville være problematisk ved utvelgelse av pasientgrupper (jfr. utvalgskriterier, se kapittel 2).

Utvalget av henvisningsperioder i dette prosjektet ble basert på to kriterier:

- Det måtte være registrert minst én poliklinisk episode i henvisningsperioden.
- 2006 skulle være registrert som sluttår for henvisningsperiodens siste avsluttede episode.

⁴ Årsverk beregnes som rate per 10 000 innbygger 0-17 år.

⁵ Angitt kommunenummer eksisterer ikke.

⁶ Data som leveres til NPR er ikke personentydige på tvers av rapporteringsenhetene, og man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles ved flere enheter. Aggregering av data fra episodenivå til henvisningsperiode- og pasientnivå er derfor bare mulig innenfor samme rapporteringsenhet. Dersom pasienten overføres til en annen enhet, vil ikke dette fanges opp, men bli registrert som separate henvisningsperioder som gjelder ulike pasienter. Omfanget av overføringer for poliklinisk behandling antas å være for lite til at denne feilkilden vil få vesentlige konsekvenser for analysene som gjelder dette prosjektet.

Ca 40 prosent av henvisningsperiodene i datasettet oppfylte disse kriteriene. Av disse ble henvisningsperioder med følgende egenskaper ekskludert:

1. Henvisningsperioder med flere registrerte diagnoser ble tatt ut⁷. Det samme gjaldt henvisningsperioder for pasienter eldre enn 20 år i 2006.
2. For å kunne studere behandlingsforløpet benyttet vi datofeltene i episodene. For henvisningsperioder med flere episoder ble datofeltene vurdert samlet og episodene slått sammen til ett behandlingsforløp. Mangelfull utfylling av datofelt og feilregistrering kan gi tidskronologiske avvik i datofeltene slik at for eksempel registrert dato for henvisning er etter dato for første behandling. Dette problemet var spesielt knyttet til henvisningsperioder med flere episoder. Kronologien i datovariablene ble derfor kontrollert og henvisningsperioder med ulogiske datofelt ble ekskludert fra utvalget. Henvisningsperioder med åpenbare feilregistreringer i datofeltene ble også tatt ut. Det samme ble henvisningsperioder med mer enn ett år fra henvisning til behandlingsstart eller mer enn tre år fra behandlingsstart til sluttdato for siste episode. Begrunnelsen for dette er, for det første, at vi primært ønsker å fremstille forskjeller i praksis i perioden 2004-2006, dernest at potensielle feilkilder i data skulle unngås i størst mulig grad. Underlagsmaterialet viser at pasienter med svært lang behandlingstid forekom i alle helseforetak. Vi har derfor ikke grunn til å tro at dette var uttrykk for en systematisk forskjell i kodingspraksis.
3. Dersom sluttdato manglet for minst én episode i en henvisningsperiode, kan dette skyldes to forhold: Manglende rapportering eller uavsluttet behandling. Fordi vi ikke kunne skille mellom disse to mulighetene, ble alle henvisningsperioder hvor sluttdato ikke var registrert for alle episoder ekskludert.
4. Pasientene kan motta behandling på ulike omsorgsnivå i løpet av en henvisningsperiode. Ved aggregering av data til henvisningsperiodenivå, kan opplysninger om behandling gjelde både poliklinisk behandling, avdelingsopphold og dagbehandling for pasienter med flere registrerte episoder. I dette prosjektet, hadde vi fokus på poliklinikkens behandlingspraksis, og for å sikre at innholdet i behandlingstilbudet som inkluderes i den enkelte henvisningsperiode var mest mulig sammenlignbart, ble henvisningsperioder hvor behandlingen i hovedsak ble antatt å være dag- eller døgnbehandling, ekskludert. Dette gjaldt spesielt pasienter behandlet ved behandlingshjem med stor overvekt av døgnbehandling.

Det endelige utvalget besto av totalt 14 175 henvisningsperioder. Til tross for en liten differanse mellom antall henvisningsperioder og antall pasienter i datasettet, har vi valgt å bruke "pasient" synonymt med "henvisningsperiode" ved omtale av data på individnivå. Dette for å lette fremstillingen. Pasientene kan deles inn i tre grupper:

1. Pasienter med kun én poliklinisk episode (81 prosent).
2. Pasienter med flere polikliniske episoder (15 prosent).
3. Pasienter med minst én poliklinisk episode i kombinasjon med dag- eller døgnbehandling (4 prosent).

Tabell 3.1 og 3.2 gir en oversikt over utvalget av pasienter fordelt på henholdsvis diagnoser og henvisningsgrunn.

⁷ Dette gjelder 47 henvisningsperioder. Data viser altså at diagnosen sjelden endres i løpet av en henvisningsperiode.

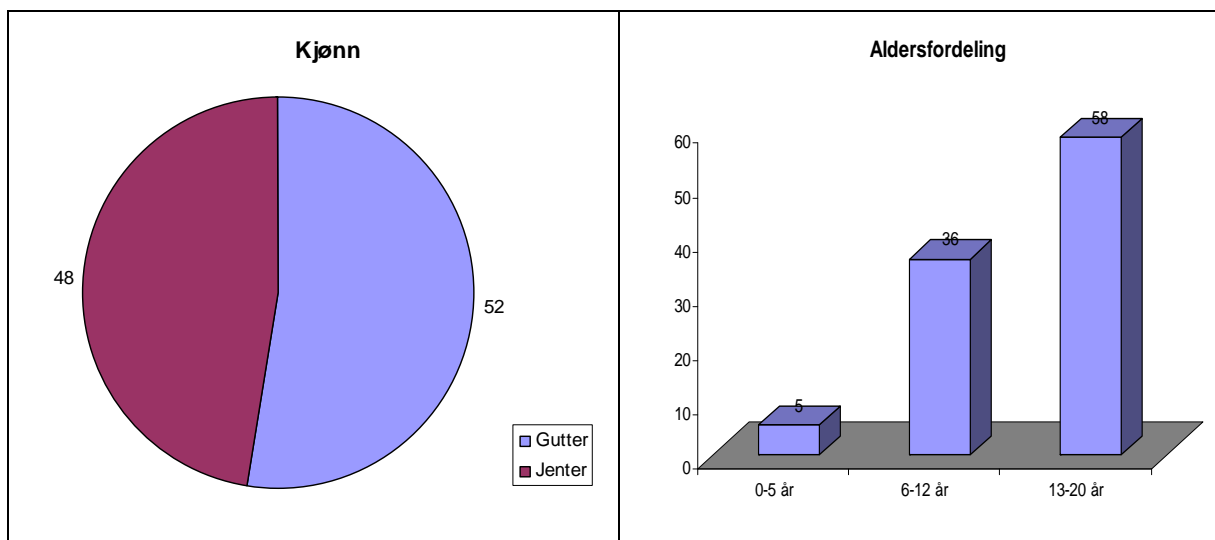
Tabell 3.1 Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Alle henvisningsperioder som gjelder pasienter 0 – 20 år.

Diagnose: Tilstand 1 akse 1	Antall	Prosent
Organiske symptomatiske lidelser	17	0
Psykiske lid og atferdsforstyrrelser v/ psykoaktiva	28	0
Schizofreni og andre paranoide lidelser	43	0
Affektive lidelser	993	7
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	1 665	12
Atferdssyndromer forb med fysiske faktorer	256	2
Personlighets og atferdsforstyrrelse	25	0
Hyperkinetisk forstyrrelse	2 203	16
Atferdsforstyrrelser	270	2
Blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser	257	2
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	461	3
Forstyrrelser i sosial fungering	167	1
Tics	129	1
Andre atferdsforstyrrelser og følm forstyrrelser	287	2
Uspesifisert psykisk lidelse	28	0
Annet, F70-F79, F80-F89, Z diagnoser	2 740	19
Totalt	9 569	68
Ikke registrert	4 606	32
SUM	14 175	100

Tabell 3.2 Fordeling mellom de ulike henvisningsgrunnene. Antall og prosent. Alle henvisningsperioder som gjelder pasienter 0 – 20 år.

Henvisningsgrunn	Antall	Prosent
Autistiske trekk	229	2
Psykotiske trekk	143	1
Suicidalfare	524	4
Hemmet adferd	371	3
Angst/fobi	1 087	8
Tvangstrekk	243	2
Tristhet/depresjon/sorg	2 565	18
Skolefravær	272	2
Atferdsvansker	2 107	15
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	2 444	17
Rusmiddelbruk	55	0
Asosial/kriminalitet	31	0
Lærevansker	301	2
Språk/talevansker	115	1
Syn/hørselsproblem	11	0
Spiseproblem	384	3
Andre somatiske symptomer	389	3
Annet	1 214	9
Ingen	54	0
Totalt	12 539	88
Ikke registrert	1 636	12
SUM	14 175	100

Figur 3.1 viser hvordan pasientene i utvalget fordelte seg på henholdsvis kjønn og alder.



Figur 3.1 Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Alle henvisningsperioder som gjelder pasienter i alderen 0 – 20 år.

3.3 Utfallsvariabler

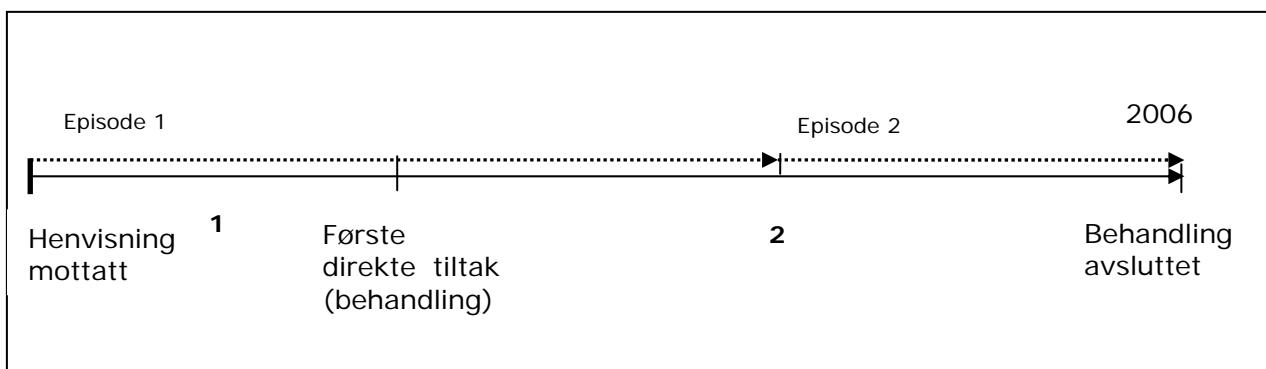
For å beskrive forskjeller i praksis ble tre utfallsvariabler definert:

- Tid før behandlingsstart, målt som antall uker fra henvisning ble mottatt til første dato for behandling (behandlingsstart).
- Behandlingstid, målt som antall måneder fra behandlingsstart til sluttdato for siste episode.
- Kontakthypighet behandler - pasient, målt som antall direkte tiltak per måned i behandlingstiden.

3.3.1 Behandlingens forløp: Tid før behandlingsstart og behandlingstid

Figur 3.2 viser behandlingsforløpet fra "henvisning mottatt" til "behandling avsluttet" for en pasient med to episoder i henvisningsperioden. *Tid før behandlingsstart* defineres som antall uker fra henvisning mottas ved institusjonen til dato for første direkte tiltak av typen *behandling*⁸ (jfr. 1 i figuren). Intensjonen har vært å finne et best mulig uttrykk for hvor lang tid det tok fra henvisningen var mottatt til behandlingen startet. *Behandlingstid* defineres som antall måneder fra behandlingsstart til sluttdato for siste avsluttede episode i henvisningsperioden (jfr. 2 i figuren).

⁸ Se også avsnitt 3.3.2.



Figur 3.2 Pasientens behandlingsforløp fra henvising mottas ved institusjonen til behandlingen er avsluttet. Gjelder pasient med to episoder i henvisningsperioden.

Det kan diskuteres hvorvidt første behandlerkontakt uansett om det er tale om *utredning* eller *behandling* bør definere behandlingens start. En av de nasjonale kvalitetsindikatorene er "ventetid til første konsultasjon" definert som "antall dager fra institusjonen mottar henvisingen til primærbehandling/klinisk vurdering starter" (se for eksempel <http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer>). Ventetid defineres her som tid frem til første behandlerkontakt og til vanlig vil dette være en behandlerkontakt av typen utredning. Vår variabel skiller seg altså fra denne ved at vi har beregnet tid frem til dato for første behandlerkontakt av typen *behandling*. For å unngå misforståelser har vi konsekvent unnlatt å bruke betegnelsen "ventetid" om vår utfallsvariabel. Årsaken til at vi valgte dato for første behandling ved beregning av våre utfallsvariable, var blant annet at vi ønsket å fokusere på "behandling igangsatt" mer enn på ventetid som sådan. I tillegg var det høy missing på dato for første utredning, og dato for første utredning falt i tid *etter* dato for første behandling i en høy andel av henvisningsperiodene. Det kan imidlertid være at pasienter i enkelte tilfeller ikke møter til avtalt tid. Dette vil i så fall influere på tidsvariablene. Det er også grunn til å ha i mente at det er heftet en viss usikkerhet til praksis for utfylling av datofeltene. Dersom det var forskjeller mellom poliklinikkene i kodingspraksis (når ble kontakttype "behandling" brukt og når ble kontakttype "utredning" brukt), ville dette også ha influert på variablene. Det kan med andre ord være grunn til å se tid før behandlingsstart og behandlingens varighet i sammenheng.

Henvisningsdato var tilnærmet komplett utfylt, mens dato for første behandling var noe mer mangelfullt utfylt. I om lag 50 prosent av registreringene lå rapportert dato for første behandling innenfor intervallet 10 dager før til 10 dager etter oppgitt "startdato" for episoden. For å kunne inkludere flere av henvisningsperiodene i analysene ble derfor dato for første behandling estimert ved å sette denne lik "startdato" dersom dato for første behandling ikke var registrert. Dette gjaldt ca 500 henvisningsperioder. Omfanget varierte lite mellom helseforetakene og mellom pasientgruppene. Manglende rapportering ga derfor ikke grunn til å anta større usikkerhet i beregnet tid før behandlingsstart eller behandlingstid for noen pasientgrupper eller helseforetak.

3.3.2 Behandlingens omfang: Direkte og indirekte tiltak og hyppighet av behandlerkontakt

Behandlingens omfang ble definert som antall tiltak i løpet av henvisningsperioden. Et tiltak kan være en poliklinisk konsultasjon, en dagbehandling eller et tilfelle av indirekte pasientarbeid. Det skilles mellom fire typer: (1) Utredning, (2) behandling, (3) kontroll og (4) indirekte pasientarbeid. I utfallsvariablene som gjelder omfang skilles det mellom "antall direkte tiltak" (type 1 og 2), "antall indirekte tiltak" (type 4) og "antall tiltak totalt" (type 1, 2 og 4). Det er bare unntaksvis rapportert tiltak av type 3, og dette er derfor holdt utenfor analysene. Fordi data er aggregert til henvisningsperiodenivå og pasienten kan motta behandling på alle tre omsorgsnivå i løpet av henvisningsperioden, vil omfanget av tiltak

også inkludere tiltak i tilknytning til dag- og døgnbehandling for pasienter som ikke utelukkende er behandlet poliklinisk. Fordeling mellom omsorgsnivåene er ikke kjent for disse pasientene. Omfanget av dag- og/eller døgnbehandling i tillegg til poliklinisk behandling i vårt utvalg var imidlertid svært lavt (gjelder 4 prosent av alle pasienter i utvalget).

Kontakthypighet mellom behandler og pasient (eventuelt foresatte) ble definert som gjennomsnittlig antall direkte tiltak per måned. Hyppigheten er altså høyere for høyere verdier av variabelen.

3.4 Valg av analyseenhet: Helseforetak kontra helseforetaksområde

Fordi analysene i dette prosjektet gjaldt til dels små pasientgrupper, var det ikke hensiktsmessig å bruke institusjon/poliklinikk som enhet idet mange av poliklinikkene behandlet svært få pasienter i de definerte pasientgruppene. I *beskrivelsen* av variasjon i praksis (kapittel 4), ble derfor *helseforetak*⁹ valgt som analyseenhet. For å analysere årsaker til variasjon i de definerte utfallsvariablene benyttes *helseforetaksområde*¹⁰ som enhet (kapittel 5). Dette gjøres fordi egenskaper ved pasientenes hjemkommune inngår i analysene (se definisjoner og omtale av datagrunnlag/PV7 på www.samdata.no for en grundigere redegjørelse for begrepene). For i størst mulig grad å kunne knytte observerte forskjeller beskrevet i kapittel 4 til analysene i kapittel 5 ble disse to enhetene gjort mest mulig sammenlignbare ved å gruppere institusjoner med felles opptaksområde i samme helseforetak. I praksis betyr dette at private institusjoner under Helse Vest RHF legges under Helse Bergen HF og at Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet og private institusjoner under Helse Øst RHF behandles som ett helseforetak kalt "Oslo og Follo HF". For poliklinisk behandling av barn og unge, er det stor grad av samsvar mellom helseforetak og helseforetaksområder. I fortsettelsen vil derfor *helseforetak* benyttes ved omtale av *begge analyseenhetene*. Se for øvrig vedlegg 4 for en fullstendig oversikt over helseforetak/ helseforetaksområder, institusjoner og opptaksområde.

3.5 Metodemessig tilnærming for deskriptive beskrivelser

Vi har altså valgt å ekskludere pasienter med *mer* enn tre års behandlingsvarighet, samt pasienter hvor det gikk mer enn ett år fra henvisningen var mottatt til behandlingsstart. Det betyr at utvalget av pasienter består av pasienter hvor det har gått mindre enn ett år fra poliklinikken mottok henvisningen til behandlingen startet og hvor behandlingen varte i maksimalt tre år.

For de ulike utfallsvariablene har vi valgt å bruke *medianverdier* for å illustrere forskjellene mellom helseforetak. Årsaken er at gjennomsnittsverdien for de aller fleste helseforetakene trekkes opp av en mindre gruppe pasienter med relativt høye verdier. Median gir derfor et bedre uttrykk for det som er det "mest vanlige" for pasienter fra de respektive helseforetakene.

⁹ Pasientene grupperes etter institusjonen de er behandlet ved og institusjonene grupperes i helseforetak.

¹⁰ Pasientene grupperes etter bostedskommune og kommunenes grupperes i helseforetaksområder.

Tabell 3.3 viser gjennomsnittsverdi, standardavvik, median og 10. og 90. percentil for utfallsvariablene for hele utvalget av pasienter med avsluttet poliklinisk behandling i 2006.

Tabell 3.3 Utfallsvariabler. Gjennomsnitt, 10.percentil, median og 90.percentil. Alle pasienter 0 – 20 år.

		Uker før behandlingsstart	Behandlingstid (mnd)	Omfang		Direkte tiltak per mnd
				Direkte tiltak	Indirekte tiltak	
Alle (N = 14 175)	Gjennomsnitt	10	10	16	6	3,5
	Std.avvik	10	9	20	11	10,0
	10.percentil	0	0	1	0	0,5
	Median	6	7	10	3	1,6
	90.percentil	26	23	39	16	5,5

Generelt ligger medianverdien vesentlig lavere enn gjennomsnittet og nærmere 10. percentil enn 90. percentil. Denne fordelingen finner vi i stor grad igjen på helseforetaksnivå, samt for de ulike pasientgruppene.

Tabell 3.3 viser også at standardavviket generelt er høyt og høyere enn gjennomsnittet. Standardavviket er spesielt høyt for kontakthypighet. Dette indikerer at det samlet sett er stor spredning i datamaterialet, noe som også karakteriserer de ulike helseforetakene. Vi finner også stor spredning når vi selekterer på ulike pasientgrupper.

Stor spredning gjør at det å sammenlikne medianverdier for helseforetak kan gi et skjevt bilde fordi fordelingen av pasienter innad i helseforetakene kan være svært ulik. Vi har derfor benyttet *box-plot* for også å beskrive hvordan pasientene fordeler seg innad i de enkelte helseforetakene.

For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at det kun er helseforetak med minst 10 pasienter i pasientgruppen som er tatt med i oversiktene. Dette gjelder spesielt gruppe fem (barn 0-3 år). I tillegg er helseforetakene av praktiske grunner ikke identifisert med navn i figurene. Helseforetakene er imidlertid identifisert i utvalgte tabeller.

Medianverdiene er fremkommet ved å ta median verdi for pasienter behandlet ved alle poliklinikker *organisatorisk* tilhørende det respektive helseforetak. Fordi barn og unge i all hovedsak behandles ved poliklinikker som tilhører det helseforetaksområdet som deres hjemkommune hører inn under, vil man i all hovedsak få samme resultat enten man beregner medianverdi for helseforetak eller for helseforetaksområde (som beskrevet over).

I vedleggene 5, 6 og 7 presenteres korrelasjonsmatriser for utfallsvariablene på pasientnivå, kommunenivå og helseforetaksnivå for de ulike pasientgruppene.

3.6 Flernivåanalyse

For å analysere sammenhengen mellom utfallsvariablene¹¹ (praksis) og karakteristika ved pasientene, kommunene og helseforetakene nærmere, har vi benyttet en flernivåtilnærming basert på forutsetningen om at pasienter (nivå 1) er hjemmehørende i kommuner (nivå 2), og at kommuner igjen inngår i et helseforetaksområde (nivå 3).

I og med at vi har ønsket å undersøke tre ulike utfallsvariable og to ulike pasientgrupper, har vi valgt et felles analyseopplegg for de seks modellene. Vi analyserer først en såkalt "tom"

¹¹ Gjelder variablene tid før behandlingsstart, behandlingstid og kontakthypighet.

modell som vil si at vi analyserer en modell uten forklaringsvariable. Derneft analyserer vi en modell hvor pasient-, kommune- og helseforetaksvariable er inkludert.

I det f3lgende gir vi f3rft en kort beskrivelse av den empiriske spesifikasjonen som ligger til grunn for analysene og noen metodemessige poenger. Vi gir s3 en kort omtale av forklaringsvariablene.

3.6.1 Empirisk spesifikasjon og metode

For hver av utfallsvariablene for de to pasientgruppene estimerte vi en likning p3 f3lgende form:

$$Y_{ijk} = a + bP_{ijk} + cK_{jk} + dH_k + \varepsilon_{ijk} + u_{jk} + v_k$$

I likningen er utfallsvariabelen Y vekselvis lik antall uker f3r behandlingsstart, antall m3neder med behandling og antall direkte tiltak per m3ned.

P er en vektor av pasientkarakteristika, og en tilh3rende koeffisient b for hver pasientvariabel ble estimert. K er en vektor av kommunekarakteristika og H en vektor av karakteristika ved helseforetakene, og de tilh3rende koeffisientene c og d ble estimert. "i" st3r for pasient i, mens "j" st3r for kommune j og "k" for helseforetak k.

Vi antok at koeffisientene b, c og d¹² var lik for alle pasienter i alle kommuner og tilh3rende alle helseforetak (fixed effect). De stokastiske restleddene ε , u og v representerer de tilfeldige avvikene, knyttet til hhv pasientniv3et, kommuneniv3et og helseforetaksniv3et, fra konstanten a, gitt pasientens verdier p3 hhv pasient-, kommune- og helseforetaksvariablene inkludert i P, K og H. Restleddene ε , u og v er antatt ukorrelerte og normalfordelte med gjennomsnitt lik 0 og varians σ_ε^2 , σ_u^2 og σ_v^2 .

3.6.2 Forklaringsvariable

I oversikten nedenfor gj3r vi kort rede for de forklaringsvariablene som er inkludert p3 henholdsvis pasient-, kommune- og helseforetaksniv3 i flerniv3analysen.

¹² Formelt sett st3r b, c og d for vektorer av koeffisientene tilsvarende vektorene av variable P, K og H.

Tabell 3.4 Beskrivelse av forklaringsvariabler i flernivåanalysen.

Forklaringsvariabel	Beskrivelse
Variabler på pasientnivå	
Jente	Dummyvariabel med verdien 1 hvis jente, null hvis gutt.
Aldersgruppe 0-5 år	Dummyvariabler med verdien 1 hvis pasientens alder er i aldersgruppen. Aldersgruppa 6-12 år brukes som referansekategori.
Aldersgruppe 13-20 år	
Bor hos mor og far	Dummyvariabel med verdien 1 hvis for pasienten bodde hos både mor og far, og null ellers. Pasienter som <u>ikke</u> bodde sammen med begge sine foreldre brukes med andre ord som referansekategori.
Henvising med høy prioritet	Dummyvariabel med verdien 1 hvis pasientene hadde en henvisningsgrunn definert med høy prioritet, ellers null. Følgende grunner er definert til å ha høy prioritet: Psykotiske trekk, suicidalfare, tristhet/ depresjon/ sorg eller spiseproblemer.
Variabler på kommunenivå	
Årsverk skole/ helsestasjon (per 10 000 innbygger 0-17 år)	Antall årsverk i skolehelsetjenesten og ved helsestasjoner. Per 10 000 innbygger 0-17 år i kommunen. Benyttes som indikator for kommunens <i>tilbud</i> av forebyggende helsetjenester til barn og unge.
Behovsindeks	Indeks som uttrykker relativt behov for tjenester fra BUP for kommunens innbyggere. Indeksen er basert på opplysninger om sosiale forhold i kommunen og benyttes som indikator for kommunens <i>etterspørsel</i> etter forebyggende helsetjenester til barn og unge. (Se NOU 2008: 2 for en grundigere beskrivelse av indeksen).
Variabler på helseforetaksområdenivå	
Poliklinisk personell (per 10 000 innbygger 0-17 år)	Antall polikliniske årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbygger 0-17 år i helseforetaksområdet. (Se www.samdata.no for en grundigere beskrivelse).
Døgnplasser (per 10 000 innbygger 0-17 år)	Antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge per 10 000 innbygger 0-17 år i helseforetaksområdet. (Se www.samdata.no for en grundigere beskrivelse).

I analysene ble utfallvariablene logaritmisk transformert.

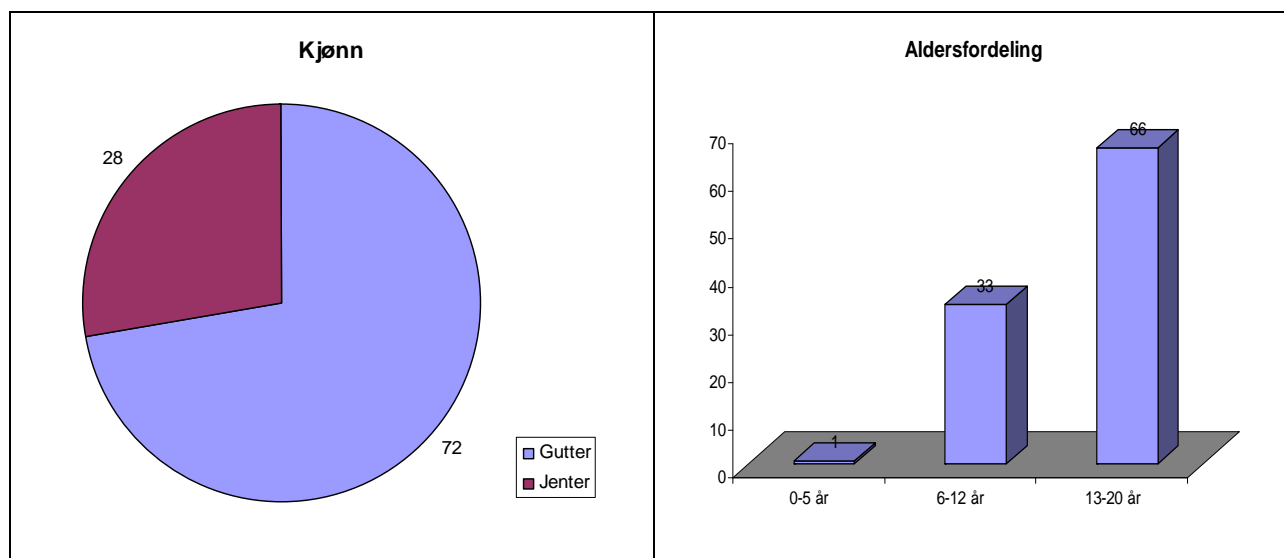
4 Beskrivelse av forskjeller i praksis

I det følgende presenterer vi deskriptiv statistikk av praksisforskjeller mellom helseforetakene for pasientgruppe en (diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD) og gruppe to (internaliserte symptomer som henvisningsgrunn). For de øvrige tre pasientgruppene er deskriptiv statistikk gitt i vedlegg 1, 2 og 3, men da uten nærmere kommentarer enn de som gis i oppsummeringen for de ulike pasientgruppene i avsnitt 4.3.

Vi minner om at dette gjelder pasienter med avsluttet behandling i 2006. Behandlingens varighet var inntil tre år, og antall uker fra henvisningen ble mottatt til behandlingsstart var maksimum ett år. Med andre ord inkluderer utvalget pasienter som ble henvist i perioden etter 1. januar 2003.

4.1 Gruppe I: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD

Barn og unge diagnostisert med ADHD utgjorde 2 190 pasienter. Figur 4.1 viser at jentene var betydelig underrepresentert i gruppen: Tre av fire pasienter var gutter. Majoriteten av pasientene var 13 år eller eldre (66 prosent), mens førskolebarn nesten ikke var representert.



Figur 4.1 Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.

Tabell 4.1 viser at 71 prosent av pasientene¹³ var henvist for atferdsvansker eller hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker. Det var altså godt samsvar mellom henvisningsgrunn og diagnose.

Tabell 4.1 Fordeling etter henvisningsgrunn. Antall og prosent. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.

Henvisningsgrunn	Antall	Prosent
Autistiske trekk	20	1
Psykotiske trekk	4	0
Suicidalfare	24	1
Hemmet atferd	22	1
Angst/fobi	37	2
Tvangstrekk	15	1
Tristhet/depresjon/sorg	91	4
Skolefravær	24	1
Atferdsvansker	417	19
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	1 132	52
Rusmiddelbruk	3	0
Asosial/kriminalitet	7	0
Lærevansker	78	4
Språk/talevansker	12	1
Syn/hørselsproblem	1	0
Spiseproblem	9	0
Andre somatiske symptomer	15	1
Annet	51	2
Ingen	2	0
Totalt	1 964	90
Ikke registrert	226	10
SUM	2 190	100

Medianverdier for utfallsvariablene er vist for alle helseforetak i tabell 4.2.

¹³ Merk at henvisningsgrunn var ikke registrert for 10 prosent av pasientene i gruppa slik at den totale andelen disse pasientene utgjør sannsynligvis er høyere.

Tabell 4.2 Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Helseforetak.

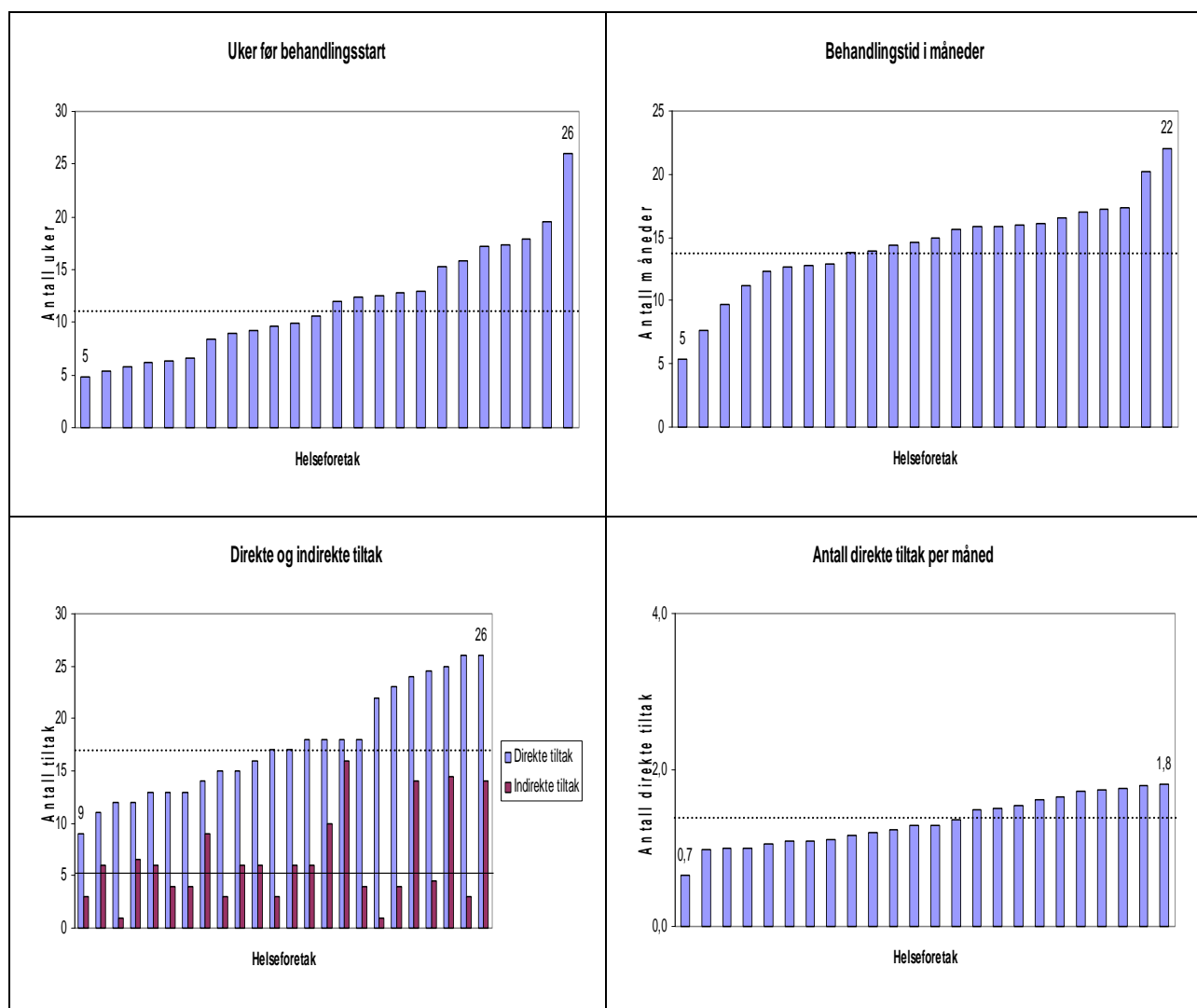
	Antall uker fra h.v. mottatt til behandl.start (median)	Antall mnd fra behandl.start til beh.slutt (median)	Antall mnd fra h.v. mottatt Til beh.slutt (median)	Antall direkte tiltak (median)	Antall indirekte tiltak (median)	Antall dir.tiltak per mnd. (median)	N
Østfold HF	7	16	19	13	6	1,1	175
Akershus HF	13	16	19	24	14	1,6	114
Asker og Bærum HF	18	16	20	15	3	1,0	27
Oslo og Follo HF	6	14	17	18	6	1,5	201
Innlandet HF	6	16	19	16	6	1,1	154
Buskerud HF	10	12	15	17	3	1,2	81
Ringerike HF	8	15	16	12	1	1,2	37
Blefjell HF	5	22	25	13	4	0,7	39
Vestfold HF	20	13	17	22	1	1,8	154
Telemark HF	13	13	18	25	15	1,7	52
Sørlandet HF	9	17	20	18	10	1,1	145
Stavanger HF	16	10	14	15	6	1,8	241
Fonna HF	26	20	25	26	3	1,3	41
Bergen HF	17	16	21	23	4	1,8	103
Førde HF	12	17	20	17	6	1,5	17
Sunnmøre HF	5	14	17	25	5	1,7	54
Nordm. og Romsd. HF	11	13	17	18	16	1,4	102
St. Olavs Hospital HF	13	17	20	18	4	1,2	97
Nord-Trøndelag HF	17	15	21	13	4	1,0	19
Helgeland HF	9	17	19	26	14	1,8	43
Nordland HF	10	8	10	9	3	1,6	182
Hålogaland HF	15	5	11	12	7	1,3	10
Univ.sh. i Nord-N. HF	12	11	15	11	6	1,1	77
Finmark HF	6	14	16	14	9	1,0	25
Totalt	11	14	17	17	5	1,4	2 190

For helseforetakene sett under ett var median tid fra henvisningen ble mottatt til behandlingen startet 11 uker, mens median behandlingsvarighet var 14 måneder. Median tid før behandlingsstart varierte mellom helseforetakene, fra fem uker i Helse Blefjell og Helse Sunnmøre, til 26 uker i Helse Fonna. På samme måte varierte median behandlingsvarighet fra fem måneder i Hålogaland helseforetak til 22 måneder i Blefjell helseforetak. Selv om både Hålogaland helseforetak og Helse Fonna hadde relativt få pasienter sammenliknet med andre helseforetak, noe som kan ha medført tilfeldighet mht til medianverdi, tyder resultatet på relativt store avstand mellom laveste og høyeste verdi for utfallsmålene.

Som tidligere nevnt er det grunn til å sammenholde det enkelte helseforetaks tid før behandling og varighet av behandling, og for sammenlikningens skyld er samlet antall måneder fra henvisning ble mottatt til behandling var avsluttet, gjengitt i tabellen. Som eksempel hadde Vestfold Helseforetak forholdsvis lang tid før behandlingsstart (20 uker) men samtidig forholdsvis kort behandlingsvarighet (13 mnd). Samlet tid fra henvisning til behandlingsstart var derfor på nivå med utvalget totalt sett (17 mnd).

I tillegg er det verdt å merke seg at kontakthyppheten var høy for pasienter i Vestfold. Median antall direkte tiltak her var 1.8 mens det for utvalget sett under ett var 1.4. Kontakthyppheten var lavest i Helse Blefjell (0,7), mens flere helseforetak lå på 1.8 som det høyeste. Selv om vi anbefaler å se utfallsvariablene i sammenheng, finner vi ingen signifikant korrelasjon mellom utfallsvariablene på helseforetaknivå – bortsett fra at antall direkte tiltak naturlig nok er positivt korrelert med behandlingstid (corr.= 0,51). Se vedlegg 7.

Figur 4.3 illustrerer forskjeller mellom helseforetakene i median tid før behandlingsstart, behandlingsvarighet, omfang av tiltak samt kontakthypphetet.



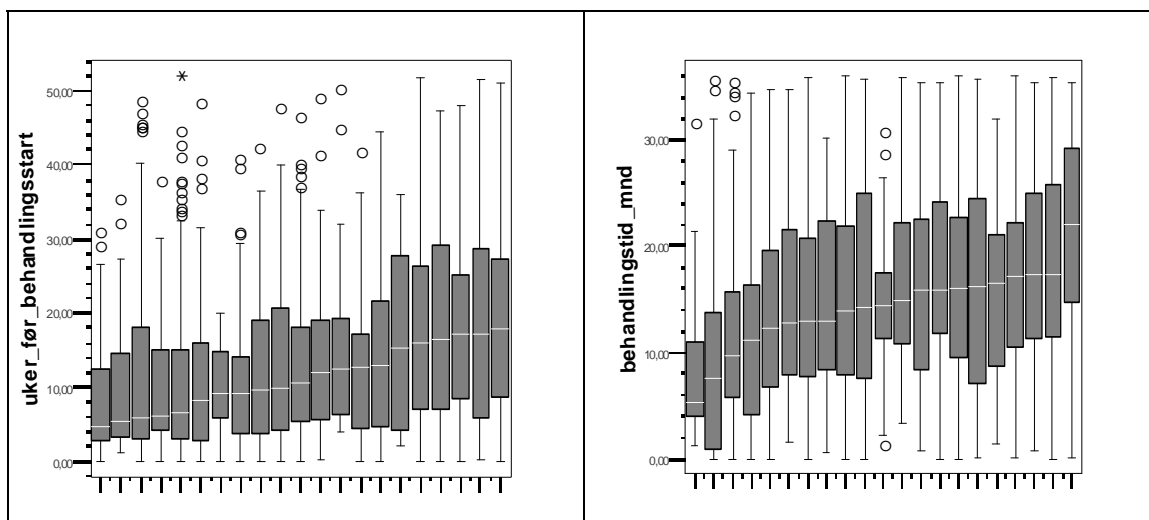
Figur 4.2 Spredning i utfallsvariablene for pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Helseforetak. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukket linje viser medianverdi for indirekte tiltak i hele pasientgruppen). Corr (Direkte tiltak, indirekte tiltak) = 0,4.

Vi ser at omtrent halvparten av helseforetakene lå pluss/minus fire uker fra medianverdien for tid før behandling for pasientgruppen samlet sett (11 uker). Når det gjelder median behandlingstid var majoriteten av helseforetakene pluss/minus tre måneder fra samlet medianverdi (14 måneder).

Figuren som viser omfanget av direkte og indirekte tiltak illustrerer først og fremst at det ikke synes å være noen systematikk ved at lavt omfang av direkte tiltak kompenseres ved et høyt antall indirekte tiltak, eller motsatt. For flertallet av helseforetak lå median antall direkte tiltak per måned innenfor intervallet 1,0 til 1,8.

Som tidligere nevnt, har vi valgt medianverdier fordi det gir et bedre uttrykk for "det mest vanlige" nivået enn gjennomsnittet. Det å sammenlikne medianverdier mellom helseforetak kan imidlertid også gi et skjevt bilde fordi fordelingen av pasienter innad i helseforetakene kan være svært ulike. Figur 4.3 viser et box-plot av hvordan pasientene fordeler seg for de enkelte helseforetakene, og foretakene er sortert stigende etter medianverdi. Den tykke grå søylen representerer kvartilene og illustrerer intervallet som de midterste 50 prosent av pasientene befant seg i. De heltrukne linjene viser 95 prosent-intervallet, mens rundinger og kryss viser enkeltobservasjoner karakterisert som outliers.

De to figurene er tatt med for å illustrere tre forhold. For det første at det generelt var stor spredning innad i helseforetakene. Det gjelder enten vi ser på uker før behandlingsstart eller måneder med behandling. For det andre: Selv med like kvartiler, kan medianverdiene være svært ulike. Det skyldes at "tyngden" av pasientene er ulikt plassert på skalaen. For det tredje: Mens de grå kvartilsøylene i stor grad overlapper hverandre på tvers av helseforetak når det gjelder tid før behandlingsstart, er det noe mindre overlapp for behandlingsvarighet. I den grad det er systematiske forskjeller mellom helseforetakene, synes det derfor i større grad å være til stede for behandlingstid enn tid før behandlingsstart.



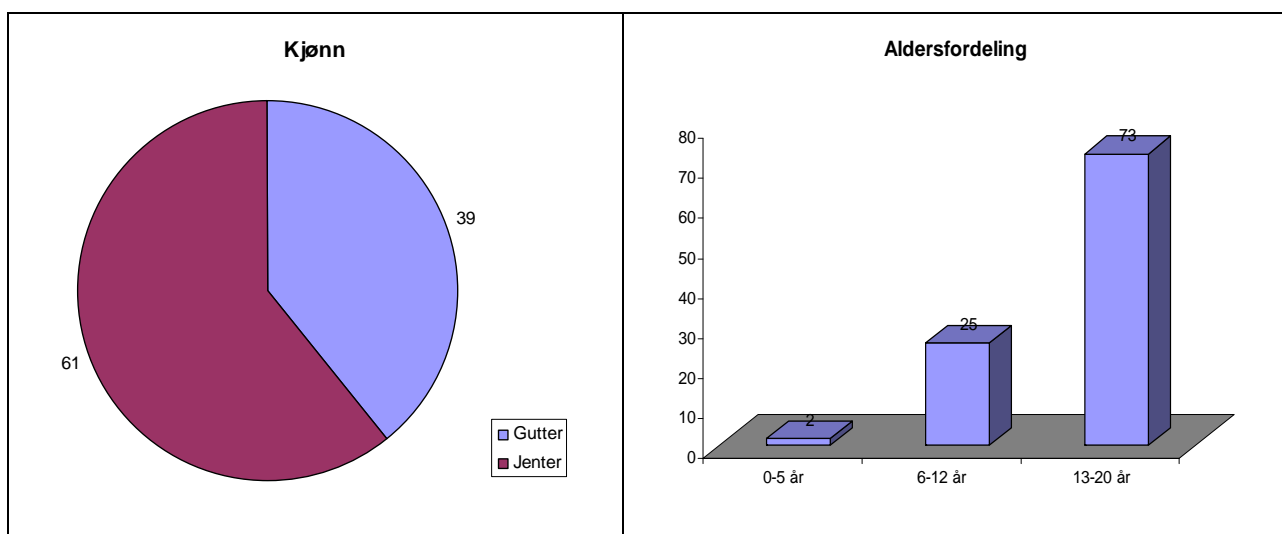
Figur 4.3 Uker før behandlingsstart og behandlingstid: Fordeling av datamaterialet. Stigende fra venstre etter medianverdi. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Grå søyle viser grenser for 25. og 75. percentil med medianverdi avmerket i hvitt. Hele søylen viser grenser for 5. og 95. percentil. ° og * markerer henholdsvis "outliers" og ekstremverdier. Helseforetak.

Var det da store forskjeller i praksis mellom helseforetakene for pasienter diagnostisert med ADHD? Medianverdiene viser at det var forholdsvis stor forskjell på "bunn" og "topp" for de ulike utfallsvariablene, men samtidig var det generelt stor spredning innad i alle foretak. Det synes å være mer systematikk i forskjellene når det gjelder behandlingens varighet enn for tid før behandlingsstart. Med andre ord: Det var forskjeller, men forskjellene innen helseforetakene var også store.

En faggruppe i tidligere Helse Sør har vurdert "lengste medisinsk forsvarlige ventetid" for "alvorlig atferdsforstyrrelse" til tre til seks måneder, delvis avhengig av alder (se Retningslinjer Helse Sør RHF). Vi har ikke identifisert hvilken prioriteringsgruppe pasientene i utvalget tilhører og vi har heller ikke beregnet ventetid som sådan, men det er verdt å legge merke til at median tid fra henvisningen ble mottatt til behandling ble igangsatt lå innenfor 26 uker for samtlige helseforetak.

4.2 Gruppe II: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer

Barn og unge henvist for internaliserte symptomer utgjorde 4 507 pasienter. Figur 4.4 viser at jentene var i flertall (61 prosent). Tre av fire pasienter var 13 år eller eldre (73 prosent), mens førskolebarn nesten ikke var representert.



Figur 4.4 Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.

Tabell 4.3 gir en oversikt over diagnosefordeling for pasientgruppa. Diagnose mangler for 25 prosent av pasientene.

Tabell 4.3 Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.

Diagnose : Tilstand 1 akse 1	Antall	Prosent
Organiske symptomatiske lidelser	3	0
Psykiske lid og atferdsforstyrrelser v/ psykoaktiva	11	0
Schizofreni og andre paranoide lidelser	12	0
Affektive lidelser	679	15
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	912	20
Atferdssyndromer forbindelse med fysiske faktorer	41	1
Personlighets og atferdsforstyrrelse	14	0
Hyperkinetisk forstyrrelse	174	4
Atferdsforstyrrelser	41	1
Blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser	92	2
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	238	5
Forstyrrelser i sosial fungering	51	1
Tics	9	0
Andre atferdsforstyrrelser og følm forstyrrelser	42	1
Uspesifisert psykisk lidelse	13	0
Annet, F70-F79, F80-F89, Z diagnoser	672	15
Totalt	3 004	67
Ikke registrert	1 503	33
SUM	4 507	100

For de 67 prosent av pasientene med registrert diagnose, var affektive lidelser, nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser og "andre" lidelser de hyppigst forekommende.

Medianverdier for utfallsvariablene er vist for alle helseforetak i tabell 4.4.

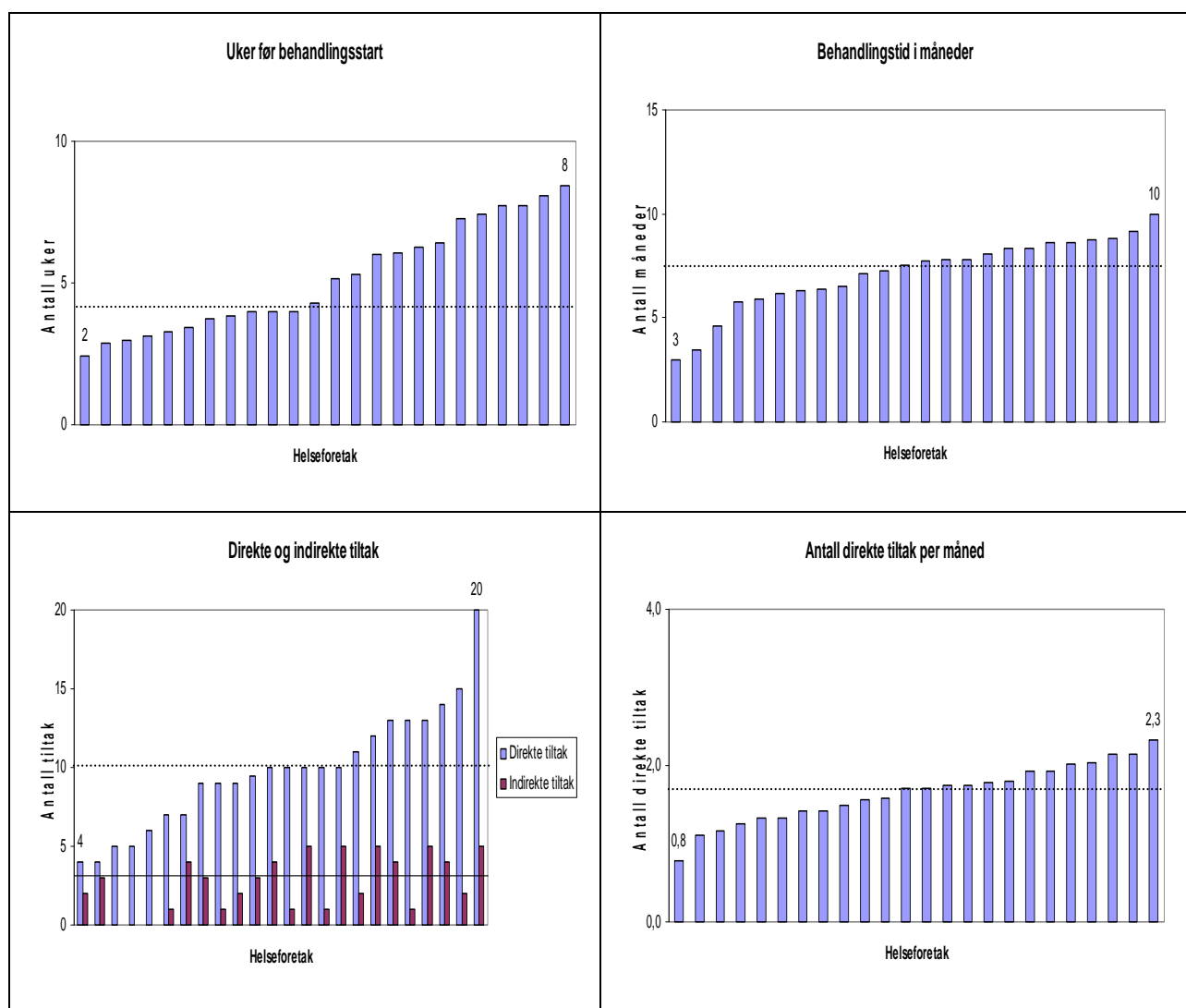
Tabell 4.4 Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer. Helseforetak.

	Antall uker fra h.v. mottatt til behandl.start (median)	Antall mnd fra behand.start til beh.slutt (median)	Antall mnd fra h.v. mottatt til beh.slutt (median)	Antall direkte tiltak (median)	Antall indirekte tiltak (median)	Antall dir.tiltak per mnd. (median)	N
Østfold HF	4	9	11	10	4	1,3	264
Akershus HF	5	9	11	20	5	2,3	180
Asker og Bærum HF	7	8	10	11	2	1,5	147
Oslo og Follo HF	3	8	10	13	4	1,8	552
Innlandet HF	3	8	10	10	3	1,4	372
Buskerud HF	3	3	5	6	0	2,1	156
Ringerike HF	6	5	7	5	0	1,4	97
Blefjell HF	3	6	7	4	2	1,3	69
Vestfold HF	5	3	6	5	0	2,0	135
Telemark HF	4	9	11	12	5	1,7	113
Sørlandet HF	2	6	7	9	3	1,8	392
Stavanger HF	6	7	9	14	4	2,0	218
Fonna HF	8	6	8	10	1	1,9	169
Bergen HF	8	8	11	13	1	1,9	297
Førde HF	8	10	13	15	2	1,6	103
Sunnmøre HF	4	8	10	9	1	1,6	127
Nordm. og Romsd. HF	8	6	10	10	5	1,7	114
St. Olavs Hospital HF	6	6	9	10	1	1,7	207
Nord-Trøndelag HF	6	8	9	7	1	1,2	112
Helgeland HF	4	9	10	13	5	2,1	168
Nordland HF	4	8	9	9	2	1,3	212
Hålogaland HF	7	7	9	4	3	0,8	35
Univ.sh. i Nord-N. HF	4	7	8	10	5	1,8	151
Finmark HF	3	9	10	7	4	1,1	117
Totalt	4	7	9	10	3	1,7	4 507

For helseforetakene sett under ett var median tid fra henvisningen ble mottatt til behandlingen startet 4 uker, mens median behandlingsvarighet var 7 måneder. Median tid før behandlingsstart var forskjellig for helseforetakene, fra to uker i Sørlandet helseforetak til åtte uker i Fonna, Bergen, Førde og Nordmøre og Romsdal helseforetak. På samme måte varierte median behandlingsvarighet fra tre måneder i Buskerud Helseforetak og Vestfold Helseforetak til 10 måneder i Førde Helseforetak.

Det var med andre ord en viss avstand mellom laveste og høyeste verdi. Som tidligere nevnt er det viktig å sammenholde ulike utfallsvariabler for de enkelte helseforetak ved sammenlikning. Korrelasjonsmatrisen gjengitt i vedlegg 7¹⁴ viser imidlertid ingen korrelasjon utover at antall tiltak økte ved lengre behandlingstid. Samlet sett var median tid fra poliklinikkene mottok henvisningen til behandlingsslutt 9 måneder. Median antall direkte tiltak per måned varierte fra 0,8 i Hålogaland helseforetak (merk at antall pasienter var lavt) til 2,3 i Akershus helseforetak, mens den samlet sett var 1,7.

Figur 4.5 illustrerer forskjeller mellom helseforetakene.



Figur 4.5 Spredning i utfallsvariablene. Stigende fra venstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for *indirekte* tiltak i hele pasientgruppen.) Corr (direkte tiltak, indirekte tiltak) = 0,5. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer. Helseforetak.

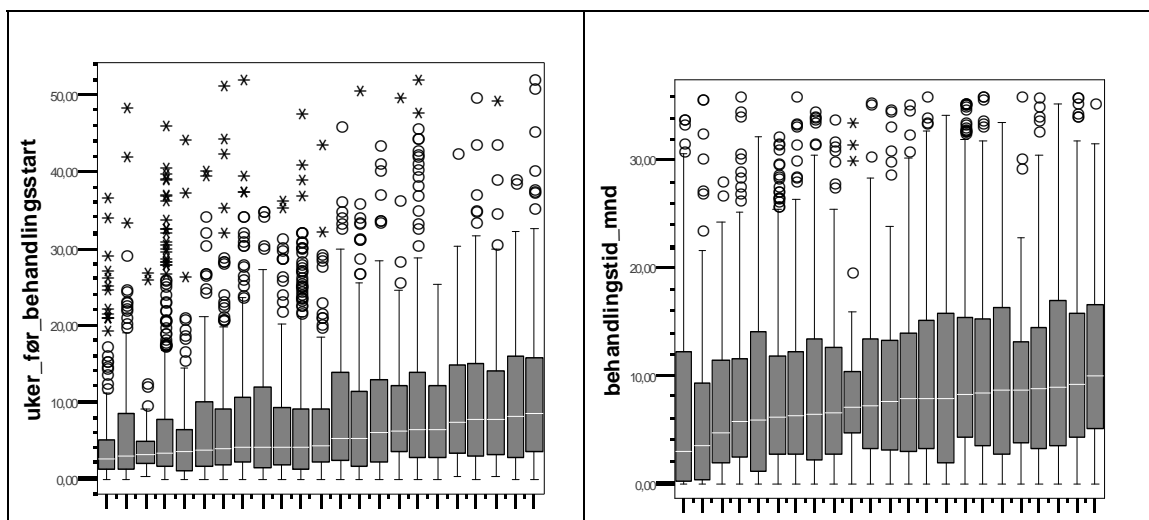
Helseforetakene fordelte seg jevnt i intervallet to til åtte uker før behandlingsstart. For majoriteten av helseforetakene lå median behandlingstid pluss/minus en måned fra samlet medianverdi (sju måneder).

¹⁴ Korrelasjonsmatrisen gjelder medianverdi for utfallsvariabler for helseforetaksområdene (jfr. kap 4.1).

Median antall direkte tiltak varierte betydelig, fra fire til 20, men helseforetaket med 20 i medianverdi lå vesentlig høyere enn alle øvrige helseforetak. Omfanget av indirekte tiltak varierte fra ingen til fem i medianverdi. Samlet sett hadde halvparten av pasientene 1.7 eller færre direkte tiltak per måned i behandlingsperioden.

Det å sammenlikne medianverdier mellom helseforetak kan som tidligere nevnt gi et skjevt bilde fordi fordelingen av pasienter innad i helseforetakene kan være svært ulik. Figur 4.6 viser et box-plot av hvordan pasientene fordeler seg for de enkelte helseforetakene, og foretakene er sortert stigende etter medianverdi. Den tykke grå søylen representerer kvartilene og illustrerer intervallet som de midterste 50 prosent av pasientene befant seg i. De heltrukne linjene viser 95 prosent-intervallet, mens rundinger og kryss viser enkeltobservasjoner karakterisert som outliere.

De to figurene er tatt med for å illustrere to forhold. For det første at det generelt var stor spredning *innad* i helseforetakene. Det gjelder enten vi ser på uker før behandlingsstart eller måneder med behandling. For det andre: De grå kvartilsøylene overlapper i stor grad hverandre på tvers av helseforetak, både når det gjelder tid før behandlingsstart og behandlingsvarighet. Det synes i liten grad å være systematiske forskjeller mellom helseforetakene og generelt kan det synes som om helseforetakene er relativt "like" til tross for en viss forskjell i medianverdier.



Figur 4.6 Uker før behandlingsstart og behandlingstid: Fordeling av datamaterialet. Stigende fra venstre etter medianverdi. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer. Grå søyle viser grenser for 25. og 75.percentil med medianverdi avmerket i hvitt. Hele søylen viser grenser for 5. og 95.percentil. ° og * markerer henholdsvis "outliers" og ekstremverdier. Helseforetak.

Var det da store forskjeller i praksis mellom helseforetakene for pasienter henvist for internaliserte symptomer? Medianverdiene viser at det var en viss forskjell på "bunn" og "topp" for de ulike utfallsvariablene, men samtidig var det generelt stor spredning innad i alle foretak. Det synes ikke å være spesielt store forskjeller mellom helseforetakene. De forskjellene som er observert kan likevel være egnet til å stille spørsmål, uten at disse dermed skal betraktes som normative utsagn om enkelte helseforetak. Som eksempel: Sett fra et pasientsynspunkt kan det være stor forskjell på at det går 8-9 uker i stedet for 2 uker til behandlingsstart. Spørsmålet er om dette handler om forskjeller som kan relateres til forhold i helseforetakene, eller om forskjeller i pasientsammensetning kan være forklaringen? Vårt utvalg kan generelt inneholde et relativt differensiert utvalg av pasienter mht alvorlighetsgrad.

En faggruppe i tidligere Helse Sør har vurdert "lengste medisinsk forsvarlige ventetid" for "alvorlig affektiv lidelse" til to uker og gitt disse pasientene høy prioritet (se Retningslinjer Helse Sør RHF). Vi har som nevnt ikke identifisert hvilken prioriteringsgruppe pasientene i utvalget tilhører og vi har heller ikke beregnet ventetid som sådan, men vi ser at median tid før behandlingsstart for de aller fleste helseforetak er mer enn to uker.

4.3 Sammenlikning – fem pasientgrupper

I tabell 4.5 har vi for satt sammen medianverdier for utfallsvariablene for alle fem pasientgrupper – helseforetakene sett under ett.

Tabell 4.5 Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Standardavvik i parentes. Alle pasienter samlet og alle pasienter i hver pasientgruppe. Behandling avsluttet i 2006.

	Uker før behandlings- start	Behandlingstid (mnd)	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd	N
Gr. 1: Hyperkinetiske forst.	11 (11)	14 (9)	17 (19)	5 (11)	1,4 (9,8)	2 190
Gr. 2: Internaliserte sympt.	4 (9)	7 (8)	10 (21)	3 (11)	1,7 (9,2)	4 507
Gr. 3: Atferdsproblemer	7 (11)	7 (8)	9 (18)	3 (9)	1,5 (8,8)	1 660
Gr. 4: Depresjon	4 (8)	10 (8)	17 (25)	3 (12)	1,9 (5,4)	1 546
Gr. 5: Barn 0-3 år	2 (5)	4 (6)	4 (12)	1 (4)	1,6 (10)	365
Alle pasienter	6 (10)	7 (9)	10 (20)	3 (11)	1,6 (10,0)	14 175

Det er for det første verdt å merke seg at pasienter *henvist* med atferdsproblematikk (gruppe 3) hadde kortere tid før behandlingsstart enn pasienter *diagnostisert* med ADHD (gruppe 1)¹⁵. Også behandlingstiden var kortere, men konsultasjonshyppighet var tilnærmet lik. En årsak til dette kan være at mange av pasientene henvist for atferdsproblemer hadde tilleggspromblematikk som medførte økt alvorlighetsgrad og høyere prioritet i forhold til tid før behandlingsstart, men uten at det kvalifiserte for diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD.

Vi ser at antall pasienter med depresjonsdiagnose (gruppe 4) er langt færre enn de som ble henvist med internaliserte symptomer (gruppe 2). Gruppe to og fire er ikke gjensidig utelukkende, og pasienter kan med andre ord inngå i begge grupper. Dette kan kanskje være en årsak til at median tid før behandlingsstart er lik for disse to gruppene. Det er imidlertid verdt å merke seg at behandlingstid for pasienter med depresjonsdiagnose var lenger og kontakthyppigheten var høyere enn for pasienter generelt henvist med internaliserte symptomer.

Barn under 3 år utgjorde en relativt liten andel av det totale antall behandlede pasienter. Median tid før behandlingsstart var kort (to uker) og reflekterer nok at de aller minste barna har høy prioritet når henviser har tatt skrittet og sendt henvisning til BUP. Median behandlingsvarighet var relativt kort sammenliknet med de øvrige pasientgruppene (fire måneder). Vedlegg 3 viser at kun 10 helseforetak hadde 10 eller flere behandlede pasienter i denne pasientgruppen.

Generelt er standardavviket for direkte tiltak per måned svært høyt. Det indikerer at det er spesielt store forskjeller mellom pasientene innad i hver pasientgruppe med hensyn til kontakthyppighet.

Hovedbildet blir med andre ord:

¹⁵ Merk at det ikke er overlapp mellom pasientgruppe 1 og pasientgruppe 3 (gjensidig utelukkende).

- De aller yngste hadde kortest tid fra henvisning til behandlingsstart, men også kortest behandlingstid.
- Pasienter med ADHD hadde lengst tid fra henvisning til behandlingsstart, men også lengst behandlingstid.
- Pasienter med depresjonsdiagnose hadde kort tid fra henvisning til behandlingsstart og hyppig behandlerkontakt.
- Pasienter henvist med internaliserte symptomer hadde generelt kortere tid fra henvisning til behandlingsstart enn pasienter henvist for atferdsproblematikk.

Dette hovedbildet synes i stor grad å reflektere de prioriteringer som fremkommer av f eks prioriteringskriteriene utarbeidet av en faggruppe i tidligere Helse Sør (se Retningslinjer Helse Sør RHF). Men samtidig vet vi altså at det er *store* forskjeller mellom pasientene innad i pasientgruppene og innad i helseforetakene.

5 Analyse av forskjeller i praksis

Vi har vist at det var relativt store forskjeller mellom helseforetakenes medianverdier for de ulike utfallsvariablene. Samtidig har vi illustrert at spredningen *innad* i helseforetakene også var betydelig. Medianverdiene ga slik sett uttrykk for hvilken verdi som var "mest vanlig" i hvert helseforetak, men fordelingen av pasienter rundt "det mest vanlige" kunne være ulik. Det er med andre ord et svært sammensatt bilde som har kommet til syne. Spørsmålet er om det likevel er mulig å finne et mønster i utfallsvariablene og antydningssvis noen forklaringer på hvorfor både tid før behandlingstart, behandlingsvarighet og direkte tiltak per måned varierer.

For å analysere dette nærmere har vi benyttet en flernivåtilnærming basert på for det første at pasienter (nivå 1) er hjemmehørende i kommuner (nivå 2), og at kommuner igjen tilhører et helseforetaksområde¹⁶ (nivå 3). Spørsmålet vi har stilt er

1. I hvilken grad kunne ulik praksis knyttes til karakteristika ved kommunene og helseforetakene?
2. Var forskjellene assosiert med kommunale forskjeller i befolkningens behov eller kommunale forskjeller i nivået på helsestasjons- og skolehelsetjenester?
3. Var forskjellene assosiert med helseforetakenes nivå på behandlingsskapitet?

Vi analyserte først en såkalt "tom" modell som vil si en modell uten forklaringsvariabler. Modellen ga informasjon som gjør at vi kan besvare spørsmål én. Deretter analyserte vi en modell hvor pasient-, kommune- og helseforetaksvariabler ble inkludert og som ga informasjon for å besvare spørsmål to og tre.

5.1 Resultater – flernivåanalyse

Tabell 5.1 viser intra class correlation (ICC) for såkalte tomme modeller med tre nivå. ICC indikerer andelen av variansen på pasientnivå forklart av de tre nivåene i gruppestrukturen i data. Den kan også tolkes som den forventede korrelasjonen mellom to tilfeldige observasjoner som tilhører samme gruppe. I vårt tilfelle kan det for eksempel være den forventede korrelasjonen mellom to tilfeldige pasienter behandlet i samme helseforetak. For en nærmere beskrivelse av beregning av ICC og flernivåanalyse generelt viser vi til Hox (2002).

Tabellen viser at den klart største andelen av variansen er knyttet til pasientnivået – uansett diagnosegruppe eller utfallsvariabler. Mellom 80 og 95 prosent av variansen er knyttet til karakteristika ved pasientene. Dette er ikke overraskende og på mange måter betryggende ut fra et likeverdighetsperspektiv: Hvor lang tid det tok før behandling startet, varigheten av behandlingen eller hyppighet av behandlerkontakt handlet først og fremst om karakteristika knyttet til pasienten selv. Karakteristika ved kommunene eller helseforetakene spilte isolert sett mindre rolle. Likevel er det verdt å legge merke til at en signifikant andel av variansen kunne knyttes til kommune- eller helseforetaksnivået. Resultatene forteller med andre ord at selv om pasientkarakteristika hadde størst betydning, så hadde situasjonen både i

¹⁶ Omtales videre fortsatt som helseforetak (se avsnitt 3.4).

kommunene og helseforetakene innvirkning på utfallene. Dette virker også på mange måter betryggende: Forholdene i kommunene og helseforetakene hadde faktisk betydning.

Tabell 5.1 Flernivåanalyse: Tom modell. Intra Class Correlation (ICC).

Utfallsvariabel	Uker før behandlingsstart		Behandlingstid (mnd)		Direkte tiltak per mnd	
	Hyperkinetisk forstyr./ADHD	Internaliserte henvisn. gr.	Hyperkinetisk forstyr./ADHD	Internaliserte henvisn. gr.	Hyperkinetisk forstyr./ADHD	Internaliserte henvisn. gr.
Andel av varians på						
- helseforetaksnivå	7	4	13	1	8	3
- kommunenivå	5	5	6	1	8	3
- pasientnivå	88	91	81	97	83	94
SUM	100	100	100	100	100	100

Noen interessante nyanser som fremkommer:

- Det var generelt større varians knyttet til kommune/helseforetak for pasienter med ADHD sammenliknet med for pasienter henvist med internaliserte symptomer. Dette virker rimelig ettersom pasienter med atferdsproblematikk i mange tilfeller har komplekse tilstandsbilder med sterk involvering av både familie, barnehage/skole og fastlege, noe som kan gi opphav til ulik praksis. Dette kan dreie seg om ulik praksis knyttet til avslutning av saker og knyttet til samhandlingen mellom første – og andrelinjetjenesten.
- Størst varians knyttet til helseforetaksnivået fant vi for antall måneder med behandling av ADHD. Med andre ord var det her forskjellene mellom helseforetakene synes å være størst. På den annen side: For pasienter med internaliserte symptomer hadde kommune eller helseforetak minimal betydning for varigheten av behandlingen. Dette kan tyde på en mer lik praksis på tvers av helseforetakene for pasienter med depresjonsproblematikk sammenliknet med for pasienter med atferdsforstyrrelser.

I tabell 5.2 presenteres resultater fra flernivåanalyser hvor forklaringsvariabler er inkludert.

Tabell 5.2 Flernivåanalyse: Modeller hvor alle forklaringsvariabler er inkludert. Signifikansnivå ≤ 0.05 markert med * og uthevet.

	Utfallsvariabel	Uker før behandlingsstart		Behandlingstid (mnd)		Direkte tiltak per mnd	
		Hyperkinetisk forstyr./ADHD	Internaliserte henvisn. gr.	Hyperkinetisk forstyr./ADHD	Internaliserte henvisn. gr.	Hyperkinetisk forstyr./ADHD	Internaliserte henvisn. gr.
Pasient	Jente (gutt er referanse)	-0,11*	-0,14*	-0,01	-0,01	0,17*	-0,10*
	0-5 år (6-12 år er referanse)	-0,21	-0,27	-1,17*	-0,41*	0,94*	-0,12
	13-20 år (6-12 år er referanse)	-0,16*	-0,07	0,13*	-0,20*	-0,17*	-0,13*
	Bor hos mor og far	-0,02	-0,01	0,04	-0,15*	-0,03	-0,01
	Henvisn. gr. med høy prioritet	-0,36*	-0,27*	0,10	-0,11*	0,18*	-0,18*
	Kommune	Årsv. skole/ helsest. (per 10 000 innb)	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	0,00
Behovsindeks		0,02	-0,17	-0,24	-0,09	-0,03	-0,08
HF-område	Polikl. personell (per 10 000 innb)	-0,02	-0,01	-0,02	-0,01	0,00	-0,00
	Døgnplasser (per 10 000 innb)	0,00	-0,01	-0,05	-0,06*	0,07	-0,02
	Konstant	2,75*	-1,71*	3,26*	-1,37*	0,17	-0,45
Varians	nivå 1 (pasient)	-1,00*	-1,32*	-1,08*	-1,76*	-0,70*	-0,96*
	nivå 2 (kommune)	-0,07*	-0,07*	-0,07*	-0,02	-0,09*	-0,03*
	nivå 3 (helseforetak)	-0,07*	-0,06*	-0,14*	-0,01	-0,07*	-0,03*
	-2Log likelihood	5527	13043	5775	14670	4976	12143
N	nivå 1 (pasient)	2130	4132	2155	4297	2155	4297
	nivå 2 (kommune)	300	377	300	377	300	377
	nivå 3 (helseforetak)	24	24	24	24	24	24

De estimerte koeffisientene (multiplisert med 100) gjengitt i tabell 5.2 kan tolkes som *prosent endring i utfallsvariabelen ved en enhet endring i forklaringsvariabelen*. Av de inkluderte variablene var det i hovedsak kun pasientvariabler som var signifikant assosiert med utfallsvariablene. Vi fant med andre ord ikke støtte for at nivået på det kommunale tilbudet i form av årsverksinnsats i skolehelsetjeneste og helsestasjon hadde betydning for helseforetakenes praksis. Heller ikke forskjeller i behov spesifisert ved behovsindeksen

utarbeidet av Magnussen-utvalget (NOU 2008:2) hadde betydning. På samme måte hadde heller ikke helseforetakenes polikliniske kapasitet eller nivået på døgnplasser betydning, men med ett unntak: Økt nivå på døgnplasser var assosiert med redusert behandlingstid for pasienter med internaliserte symptomer. Hovedresultatet er med andre ord at de inkluderte kommune- og helseforetaksvariablene ikke bidro til å forklare forskjeller i poliklinisk praksis.

De observerte variasjonene som kan knyttes til kommune- og helseforetaksnivået må med andre ord forklares av andre faktorer enn de som er inkludert i denne analysen. Det kan imidlertid være at signifikante pasientvariabler kan forklare noe av variasjonen på kommune- og/eller foretaksnivå dersom det er forskjeller mellom kommuner/helseforetak i pasientsammensetning. Vår antagelse er likevel at forklaringen på forskjeller i praksis mellom helseforetak primært må søkes blant andre faktorer som karakteriserer henholdsvis kommunene eller helseforetakene.

Beholdningen fra denne analysen er med andre ord at enkelte pasientvariabler var assosiert med pasientenes tid før behandling, behandlingens varighet og kontakthypighet med behandler:

- Jenter med ADHD ventet i gjennomsnitt 11 prosent kortere enn gutter på oppstart av behandling (14 prosent kortere for pasienter med internaliserte symptomer)
- Jenter hadde høyere kontakthypighet blant ADHD-pasienter (17 prosent), men lavere kontakthypighet blant pasienter med internaliserte symptomer (-10 prosent).
- Blant pasienter med ADHD gikk det i gjennomsnitt 16 prosent kortere tid til behandlingsstart for de over 13 år sammenliknet med yngre pasienter. Behandlingsvarigheten var 13 prosent lenger.
- Pasientene over 13 år hadde lavere kontakthypighet enn yngre pasienter.
- Pasienter under 5 år hadde generelt kortere behandlingsvarighet.
- Pasienter med internaliserte symptomer som bodde sammen med både mor og far hadde 15 prosent kortere behandlingstid.
- Og: Pasienter henvist med symptomer definert som høyt prioritert, hadde kortere tid før behandlingsstart enn andre.

Resultatene virker på mange måter plausible: Alvorlighetsgrad hadde betydning, noe som må betraktes som betryggende ut fra et prioriteringsperspektiv. Og det er kanskje heller ikke overraskende at kjønn og alder hadde en viss betydning for både antall uker før behandling, behandlingens varighet og hypighet av kontakt med behandler.

6 Avsluttende kommentarer

Vi har i dette prosjektet analysert forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder BUP-poliklinikkens praksis og fokusert på forskjeller i tid fra henvisning ble mottatt til behandling ble igangsatt, forskjeller i behandlingens varighet og dernest forskjeller i hyppighet av kontakt mellom behandler og pasient. Analysen er gjort med utgangspunkt i informasjon om et utvalg av pasienter som avsluttet behandlingen i 2006, hentet fra nasjonale pasientdata fra NPR. Vi har fokusert på to hovedgrupper av pasienter: Pasienter som var diagnostisert med ADHD og pasienter henvist med internaliserte symptomer.

For pasienter diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD var det forholdsvis stor forskjell mellom helseforetakene med laveste og høyeste medianverdi for de ulike utfallsvariablene. Median tid fra henvisning ble mottatt til behandlingen ble igangsatt lå i intervallet 5 til 26 uker. Median behandlingsvarighet varierte fra 5 til 22 måneder. Median kontakthypighet varierte fra 0,7 til 1,8 direkte tiltak per måned. Samtidig var det generelt stor spredning innad i alle foretak. Forskjellene mellom helseforetakene hadde et mer systematisk preg for behandlingens varighet enn for tid før igangsatt behandling.

For pasienter henvist med internaliserte symptomer var det en viss forskjell på laveste og høyeste medianverdi for de ulike utfallsvariablene. Median tid fra henvisning ble mottatt til behandlingen ble igangsatt lå innenfor 2 til 8 uker. Median behandlingsvarighet varierte fra 3 til 10 måneder. Median kontakthypighet varierte fra 0,8 til 2,3. Også for pasienter henvist med internaliserte symptomer var det generelt stor spredning innad i alle foretak. Det syntes å være mindre forskjeller mellom helseforetakene for denne gruppen sammenliknet med pasientene med ADHD.

Vi har videre undersøkt hvor mye av variasjonene i utfallsvariablene som kunne knyttes til karakteristika ved henholdsvis pasientene, kommunene og helseforetakene. Analysen viser for det første at den klart største andelen av variansen var knyttet til pasientnivået – uansett diagnosegruppe eller utfallsvariabler. Mellom 80 og 95 prosent av variansen var knyttet til karakteristika ved pasientene:

- Jenter ventet kortere enn gutter på oppstart av behandling (både ADHD-pasienter og pasienter henvist med internaliserte symptomer).
- Pasienter over 13 år med ADHD ventet kortere tid på behandlingsstart enn yngre pasienter med ADHD. Behandlingen varte også lenger for den eldste pasientgruppen, men de hadde sjeldnere behandlerkontakt.
- Pasienter over 13 år henvist med internaliserte symptomer hadde kortere behandlingstid og sjeldnere behandlerkontakt enn yngre pasienter med samme symptomer.
- For pasienter under 5 år var behandlingens varighet generelt kortere enn pasienter i andre aldersgrupper.
- Og: For pasienter henvist med symptomer definert som høyt prioriterte, gikk det kortere tid til behandlingsstart enn for øvrige pasienter.

Selv om pasientkarakteristika hadde størst betydning, viste analysen at en signifikant andel av variansen kunne knyttes til kommune- eller helseforetaksnivået. Resultatene forteller med andre ord at situasjonen både i kommunene og helseforetakene var assosiert med utfallene – om enn i begrenset grad. Å identifisere hvilke karakteristika ved kommunene og

helseforetakene som hadde betydning krever imidlertid mer inngående analyser enn den foreliggende. En mulig start er å se nærmere på for eksempel fastlegenes rolle i forhold til henvisning og avslutning, små versus store kommuner, reiseavstander og forskjeller mellom poliklinikker innen helseforetak. Også innen poliklinikker kan det selvsagt være forskjeller i den forstand at individuelle behandlere naturlig nok påvirker spesielt kontakthypighet og behandlingens varighet i stor grad.

I vår analyse fant vi ikke støtte for at nivået på helseforetakenes polikliniske behandlingsskapasitet var assosiert med tid før behandlingsstart, behandlingens varighet eller hyppighet av behandlerkontakt.

Vi fant at både alder, kjønn og henvisningsgrunn hadde betydning for utfallene for pasientene. Nye analyser av praksisforskjeller kan med fordel se nærmere på to typer forskjeller mellom helseforetakene som vi i dette prosjektet ikke har hatt anledning til å gå nærmere inn på. For det første kan det tenkes at karakteristika ved foretakene virket inn på betydningen av ulike pasientvariabler (interaksjonseffekter). Et tenkt eksempel kan være at økt bemanningskapasitet potensielt utligner noe av forskjellene mellom pasienter med høyt prioriterte henvisningsgrunner og andre pasienter. Det kan også tenkes at betydningen av ulike pasientvariabler i utgangspunktet varierte mellom helseforetakene, f. eks. ved at forskjellene mellom gutter og jenter varierte mellom helseforetak.

De resultatene som foreligger bør sees i lys av potensielle feilkilder: Ulik kodingspraksis i forhold til begrepet henvisningsperiode kan ha forekommet, og i tillegg kan ulik registreringspraksis for tiltak ha påvirket tallene. Det er også viktig å minne om at vi ikke har hatt informasjon om hva slags type behandling som har vært gitt, enten i form av psykoterapeutisk behandling, medikamentell behandling eller annet. Det er følgelig praksis knyttet til noen avgrensede *ytre* kjennetegn ved behandlingen som har vært analysert.

Det har skjedd store endringer i psykisk helsevern for barn og unge de siste ti årene. Både Opptrappingsplanen for psykisk helse og Tiltaksplanen for barn og unge har bidratt til dette. Resultatene som presenteres i denne rapporten er et uttrykk for praksis slik den var i perioden 2004-2006. Som følge av at BUP er i endring, bør man også ha i mente at praksis i helseforetakene kan ha endret seg i tiden *etter* 2006.

Resultatene viste at for utvalgte grupper av pasienter basert på diagnose og/eller henvisningsgrunner, var det store forskjeller *innen* helseforetakene. Nye analyser bør undersøke om dette f. eks. kan knyttes til ulikheter mellom poliklinikkene i de ulike foretakene. Det er også påvist betydelige forskjeller mellom helseforetakene. I forhold til nasjonale mål om likeverdighet, kan likevel det å få en bedre forståelse av de store forskjellene innen foretakene synes som et viktig første steg. Spørsmålet er hvor stor del av forskjellene både innen og mellom foretakene som er et uttrykk for ulik praksis, men også hvor stor del av forskjellene som skyldes at pasientene i de spesifiserte gruppene var heterogene og følgelig hadde ulike behov.

Den store spredningen innen helseforetakene viser også at generelt kan både gjennomsnittstall og medianverdier for helseforetak være vanskelig å tolke. Dette kan være viktig å ha i mente dersom en indikator knyttes til kvalitet/ tilgjengelighet og ikke minst dersom den benyttes som informasjonsgrunnlag for valg av for eksempel behandlingssted, jfr. ordningen med fritt sykehusvalg.

Dette prosjektet har benyttet nasjonale pasientdata for å undersøke forskjeller i praksis. Et nasjonalt datasett er svært verdifullt fordi det blir et stort og mangfoldig materiale. Samtidig vil et slikt datasett alltid kunne inneholde svakheter som følge av eksempelvis forskjeller i lokale registreringsrutiner og elektroniske uttaksrutiner. Tilgjengelighet og kvalitet handler mye om hvordan pasientforløpene er, og datofelt med reliabel informasjon er viktig for å kunne beskrive pasientforløp. Erfaringene fra dette prosjektet tilsier at et økt fokus på informasjonskvaliteten i datofelt, kan bidra til å øke datamaterialets anvendbarhet. Og da særlig i forhold til å analysere forskjeller i praksis.

Litteraturliste

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

Andersson, H. W., Ose, S. og Sitter, M. (2005). Psykisk helsevern for barn og unge. Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. SINTEF-rapport STF78 A055009. Trondheim: SINTEF Helse.

Andersson, H. W., Ådnes M. og Hatling, T. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ ADHD. SINTEF-rapport STF78 A045012. Trondheim: SINTEF Helse.

American Psychiatric Press. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM IV) Washington (DC) (1994): The Press, 1994.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-Dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. American Journal of Psychiatry 157: 816-818.

Garløv I. (1998). Psykiske lidelser og psykiske vansker hos barn og unge. Et informasjonshefte til bruk i allmennpraksis. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning, 1998.

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

Hox. Joop (2002). Multilevel Analysis. Techniques and Applications. Lawrence Erlbaums Associates, Inc.

Kaspersen, S. L., Ose, S. O., Bremnes, R., Hatling, T. (2008). Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999 – 2006. (Rep.No.SINTEF A4639). Trondheim. SINTEF Helse.

Kompetansesenteret for IT i helsesektoren (2008) <http://www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm>. ICD 10, Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10 revisjon.

Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren (2007). Veileder for multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), 2007. Versjon 1.0 pr. 9 mars 2007.

National Institute of Health and Clinical Excellence (2007). Parent-training / education programmes in the management of children with conduct disorders.

NOU 2008:2. Fordeling av inntekt mellom regionale helseforetak. Utredning avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 10. januar 2008 (Magnussen-utvalget).

Nærde, A., & Neuer, S.P. (2003). Psykiske lidelser blant barn 0-12 år. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. ISBN 82-8082-046-9, elektronisk utgave.

Ose, S. O (2007). Psykisk helsearbeid. Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. (Rep.No.SINTEF A1254). Trondheim. SINTEF Helse.

Smith, L. (2004). Barn med atferdsvansker: En utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Solstad, K (red) (2007). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006. Rapport 1/07. Trondheim: SINTEF Helse.

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

Reigtsad B, Jørgensen K, Wichstrøm L (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. *Sos Psychiatry Epidemiol* (2004) 39: 818-827.

Retningslinjer Helse Sør RHF. Prioriteringskriterier for rett til nødvendig helsehjelp med angivelse av lengste medisinske forsvarlige ventetid. Utarbeidet av faggruppe BUP Helse Sør.

Sosial og Helsedirektoratet (2004). Rundskriv IS-12/2004. Lov om pasientrettigheter.

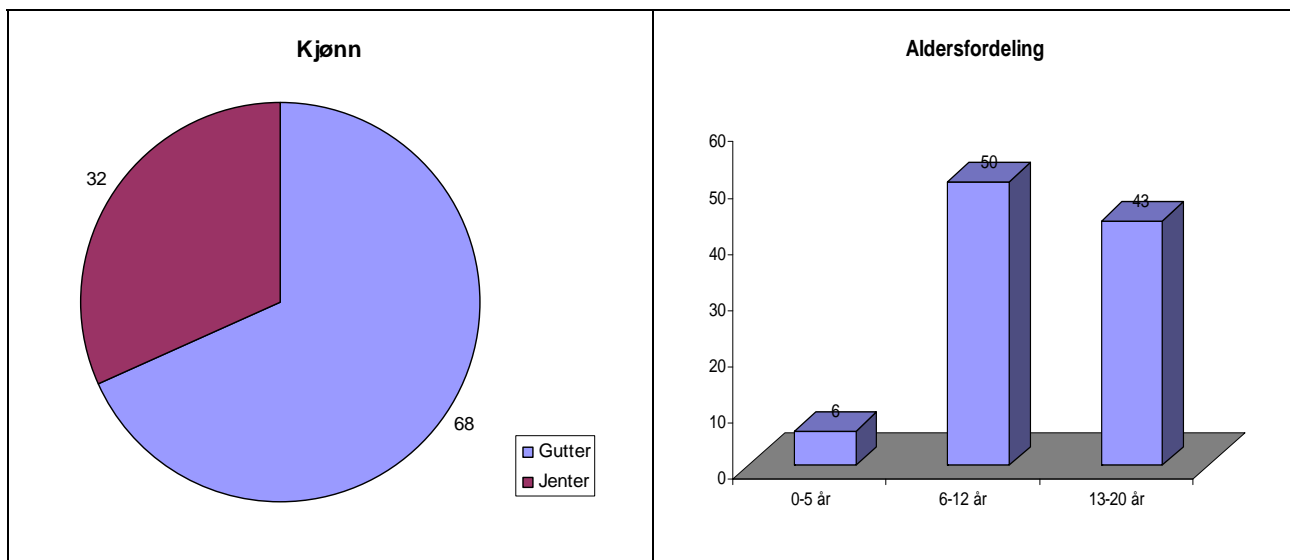
Sosial og Helsedirektoratet (2005a). Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD: Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) hos barn, ungdom og voksne.

Sosial- og helsedirektoratet (2005b). Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. IS-1405.

St Olavs Hospital (2007). Intern retningslinje; Inntak ved elektiv behandling BUP-klinikk. Barne og ungdomspsykiatrisk klinikk, 1. juli 2007.

7 Vedlegg

Vedlegg I: Gruppe 3 - Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse



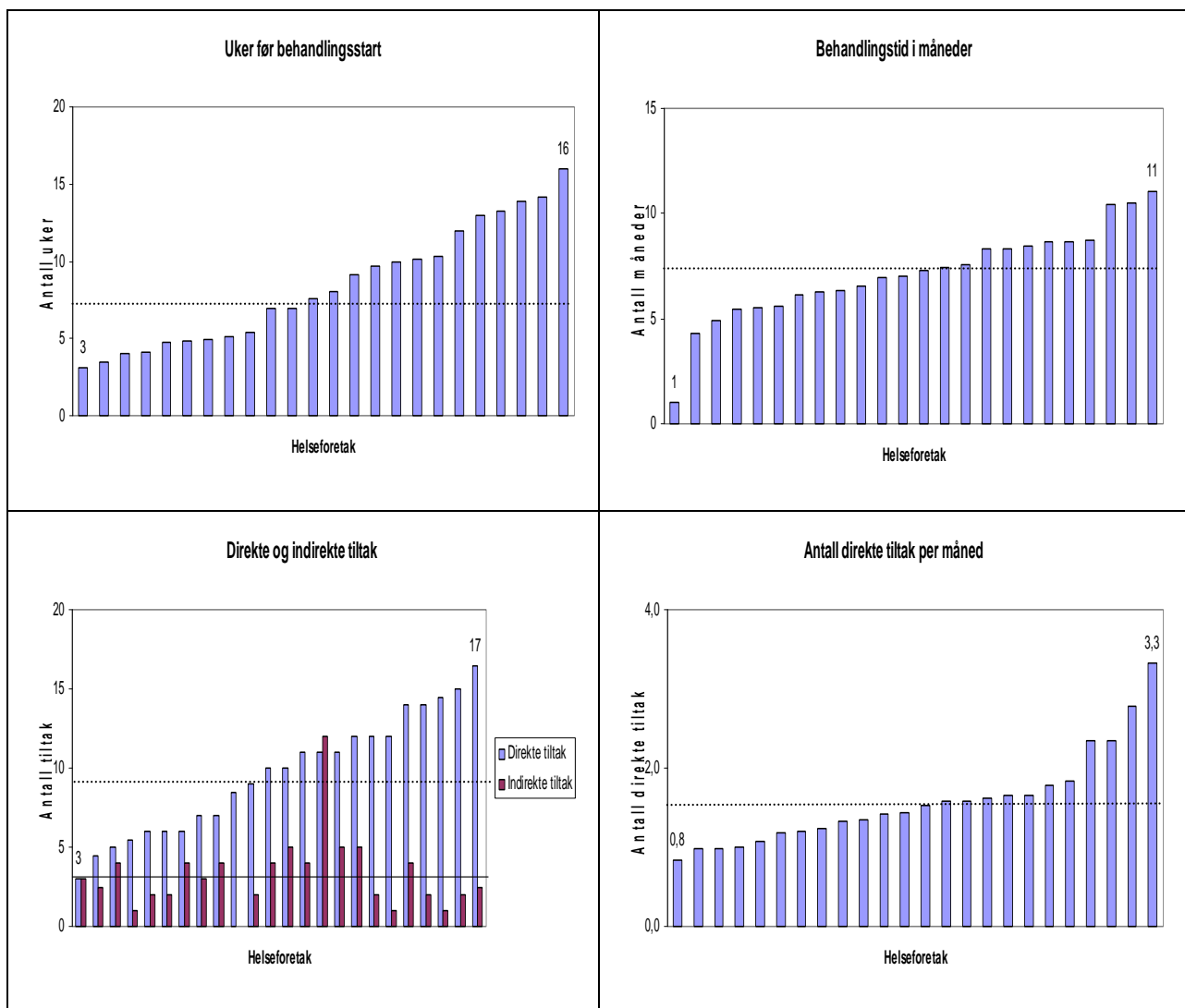
Figur v.1 Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.

Tabell v.1 Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostiser med hyperkinetisk forstyrrelse.

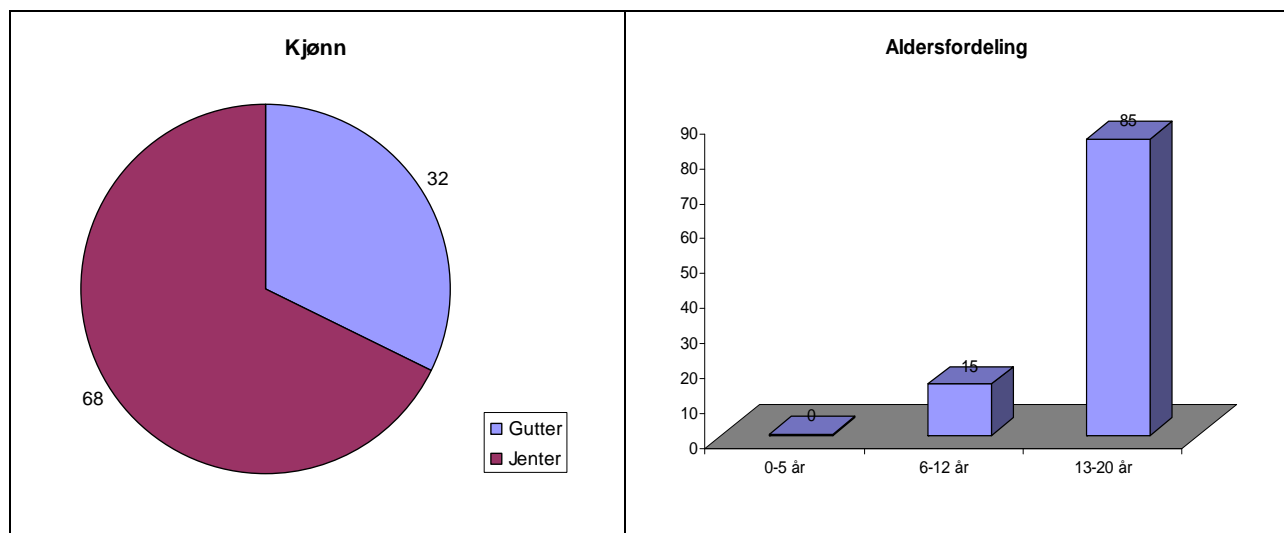
Diagnose: Tilstand 1 akse 1	Antall	Prosent
Organiske symptomatiske lidelser	1	0
Psykiske lid og atferdsforstyrrelser v/ psykoaktiva	4	0
Schizofreni og andre paranoide lidelser	2	0
Affektive lidelser	40	2
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	110	7
Atferdssyndromer forbindelse med fysiske faktorer	2	0
Personlighets og atferdsforstyrrelse	2	0
Atferdsforstyrrelser	144	9
Blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser	79	5
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	65	4
Forstyrrelser i sosial fungering	37	2
Tics	17	1
Andre atferdsforstyrrelser og følm forstyrrelser	45	3
Uspesifisert psykisk lidelse	4	0
Annet, F70-F79, F80-F89, Z diagnoser	411	25
Totalt	963	58
Ikke registrert	697	42
SUM	1 660	100

Tabell v.2 Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostiser med hyperkinetisk forstyrrelse. Helseforetak.

	Antall uker fra h.v. mottatt til behandl.start	Antall mnd fra behand.start til beh.slutt	Antall mnd fra h.v. mottatt til beh.slutt	Antall direkte tiltak	Antall indirekte tiltak	Antall dir.tiltak per mnd.	N
	(median)	(median)	(median)	(median)	(median)	(median)	
Østfold HF	4	8	10	7	3	1,0	97
Akershus HF	5	9	11	12	5	2,8	58
Asker og Bærum HF	10	8	11	12	2	1,6	65
Oslo og Follo HF	5	6	8	11	4	1,7	222
Innlandet HF	5	7	11	10	4	1,4	123
Buskerud HF	4	4	5	6	2	1,6	59
Ringerike HF	10	8	9	9	0	1,3	38
Blefjell HF	3	7	8	5	3	1,0	26
Vestfold HF	8	1	6	6	1	3,3	52
Telemark HF	12	6	11	5	4	1,4	45
Sørlandet HF	3	8	10	10	5	1,5	137
Stavanger HF	10	7	12	14	4	2,3	81
Fonna HF	16	7	12	12	1	1,7	45
Bergen HF	14	6	10	14	2	2,3	102
Førde HF	8	9	14	9	2	1,3	47
Sunnmøre HF	5	10	12	15	2	1,8	56
Nordm. og Romsd. HF	10	10	15	11	12	1,1	49
St. Olavs Hospital HF	14	9	14	17	3	1,8	90
Nord-Trøndelag HF	13	11	16	15	1	1,2	26
Helgeland HF	13	6	11	11	5	1,6	37
Nordland HF	7	5	8	6	2	1,2	78
Hålogaland HF	9	6	10	7	4	0,8	15
Univ.sh. i Nord-N. HF	7	7	11	6	4	1,2	70
Finnmark HF	5	5	10	3	3	1,0	42
Totalt	7	7	10	9	3	1,5	1 660



Vedlegg II: Gruppe 4 - Barn og unge med depresjonsdiagnose



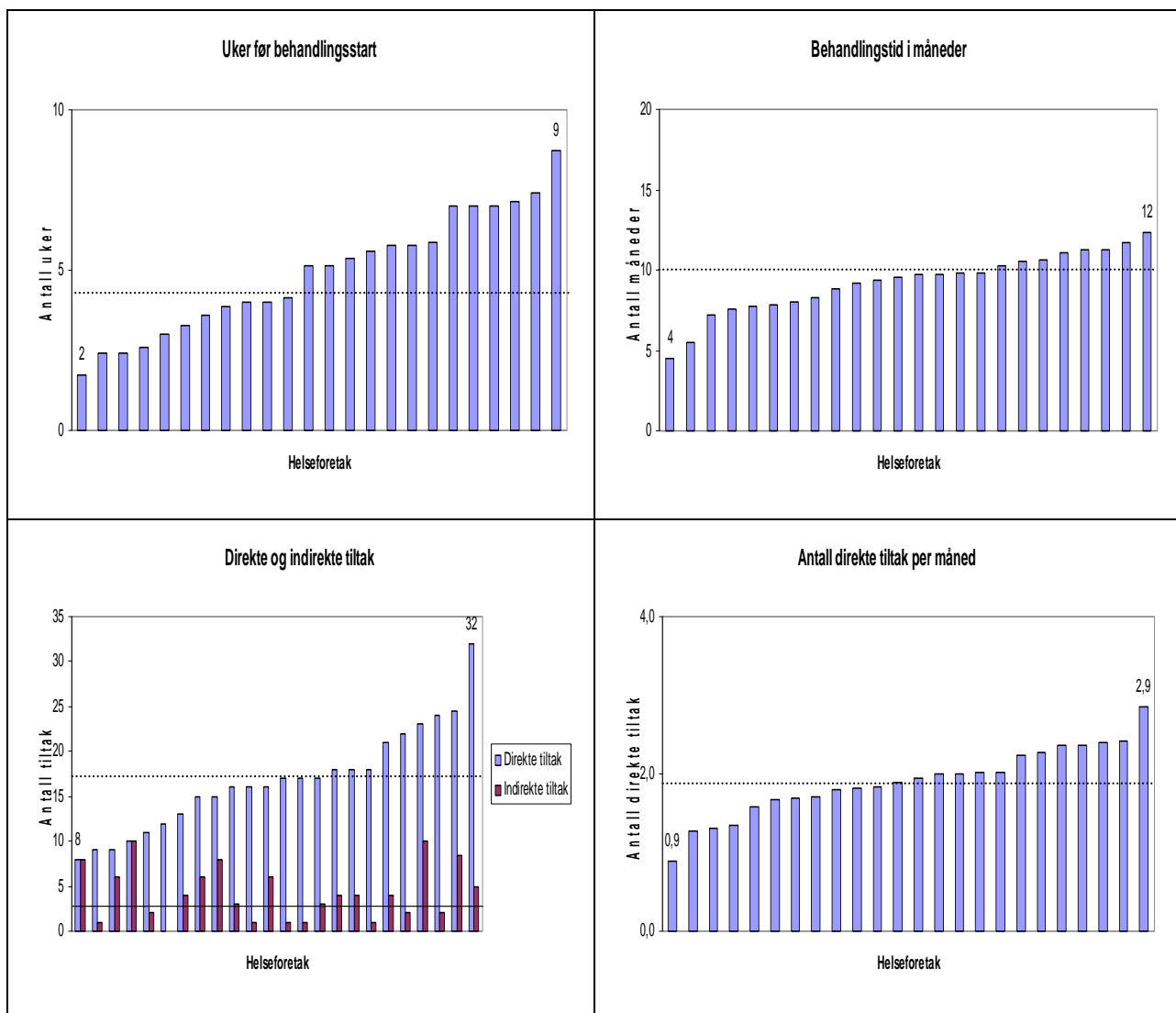
Figur v.3 Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose.

Tabell v.3 Fordeling mellom de ulike henvisningsgrunnene. Antall og prosent. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose.

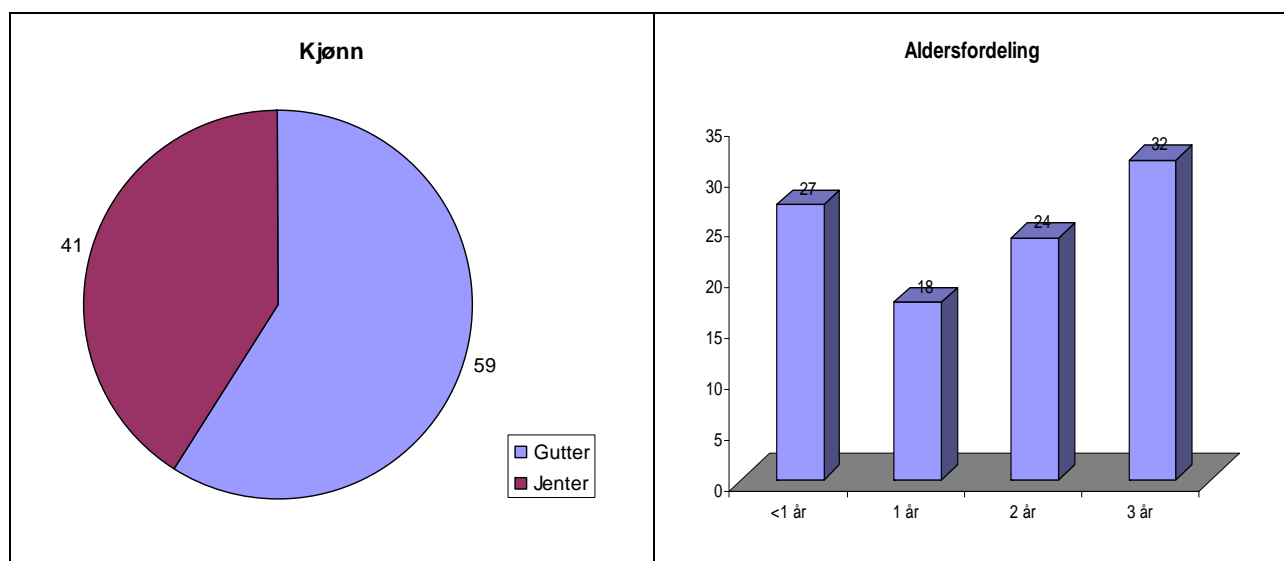
Henvisningsgrunn	Antall	Prosent
Autistiske trekk	6	0
Psykotiske trekk	19	1
Suicidalfare	168	11
Hemmet adferd	45	3
Angst/fobi	103	7
Tvangstrekk	8	1
Tristhet/depr/sorg	665	43
Skolefravær	27	2
Atferdsvansker	109	7
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansk	31	2
Rusmiddelbruk	2	0
Asosial/kriminalitet	5	0
Lærevansker	9	1
Språk/talevansker	1	0
Syn/hørselsproblem	2	0
Spiseproblem	24	2
Andre somatiske symptomer	25	2
Annet	103	7
Ingen	2	0
Totalt	1 354	88
Ikke registrert	192	12
SUM	1 546	100

Tabell v.4 Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose. Helseforetak.

	Antall uker fra h.v. mottatt til behandl.start	Antall mnd fra behand.start til beh.slutt	Antall mnd fra h.v. mottatt til beh.slutt	Antall direkte tiltak	Antall indirekte tiltak	Antall dir. tiltak per mnd.	N
	(median)	(median)	(median)	(median)	(median)	(median)	
Østfold HF	3	10	12	15	6	1,8	89
Akershus HF	6	12	14	32	5	2,9	71
Asker og Bærum HF	6	12	14	21	4	1,8	50
Oslo og Follo HF	4	11	12	18	4	1,8	203
Innlandet HF	4	10	11	16	3	1,6	123
Buskerud HF	2	4	6	11	2	2,4	39
Ringerike HF	9	8	9	12	0	1,7	27
Blefjell HF	3	11	12	8	8	0,9	11
Vestfold HF	7	10	12	16	1	2,0	77
Telemark HF	5	9	13	23	10	2,4	29
Sørlandet HF	3	8	9	13	4	2,0	129
Stavanger HF	5	10	13	18	4	2,0	100
Fonna HF	7	8	11	18	1	2,0	64
Bergen HF	4	10	13	22	2	2,3	123
Førde HF	6	10	12	17	1	1,7	34
Sunnmøre HF	2	9	11	24	2	2,0	36
Nordm. og Romsd. HF	7	7	11	15	8	2,4	33
St. Olavs Hospital HF	4	9	11	17	1	2,2	51
Nord-Trøndelag HF	7	8	10	9	1	1,3	33
Helgeland HF	6	11	14	25	9	2,4	56
Nordland HF	4	11	12	17	3	1,9	81
Univ.sh. i Nord-N. HF	5	11	12	16	6	1,7	56
Finmark HF	2	8	9	9	6	1,3	28
Totalt	4	10	12	17	3	1,9	1 546



Vedlegg III: Gruppe 5 - Barn 0-3 år



Figur v.5 Prosentvis fordeling mellom gutter og jenter og mellom aldersgrupper. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år.

Tabell v.5 Fordeling mellom de ulike henvisningsgrunnene. Antall og prosent. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år.

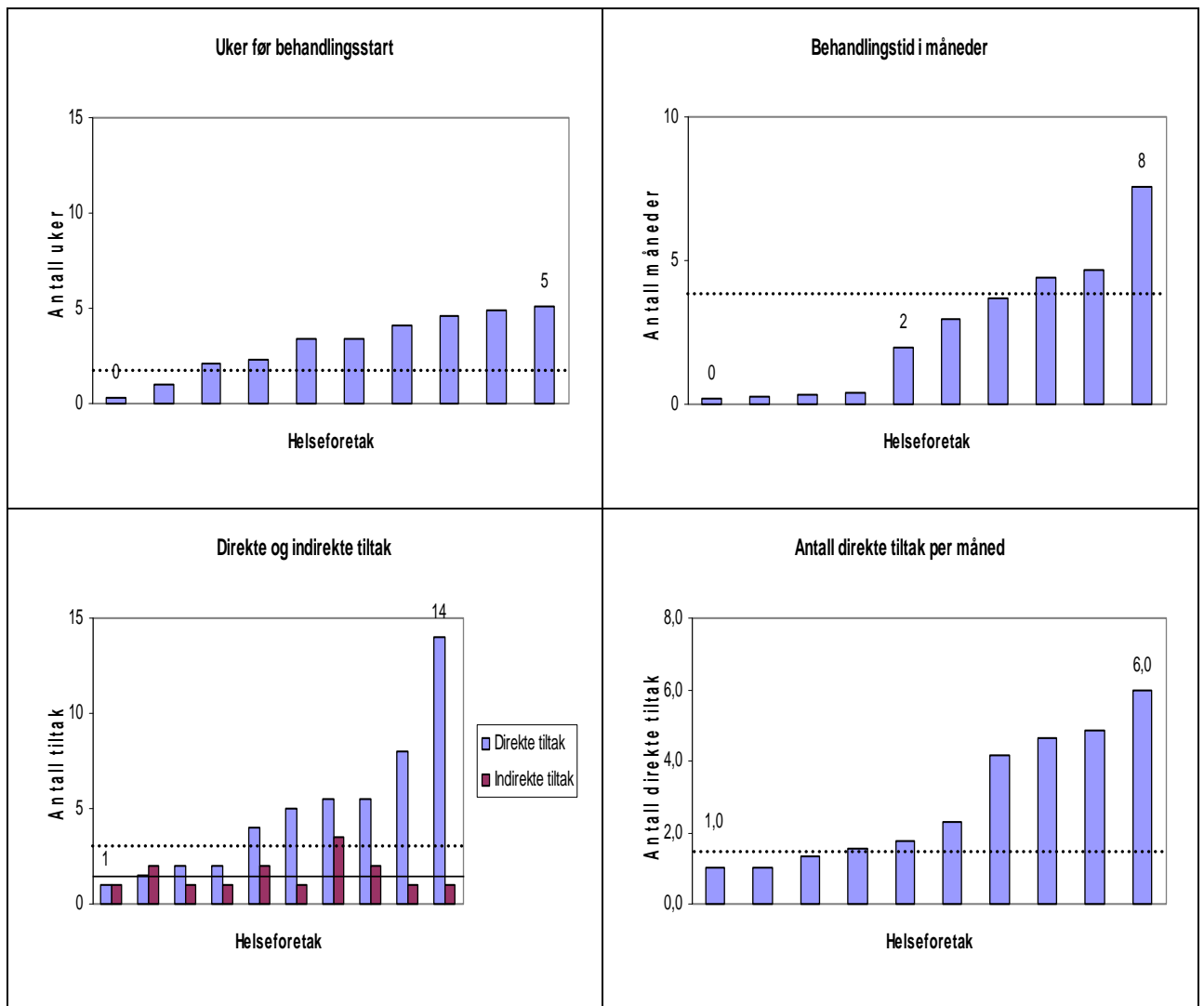
Henvisningsgrunn	Antall	Prosent
Autistiske trekk	10	3
Hemmet atferd	8	2
Angst/fobi	8	2
Tvangstrekk	1	0
Tristhet/depresjon/sorg	11	3
Atferdsvansker	26	7
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	20	5
Lærevansker	1	0
Språk/talevansker	5	1
Syn/hørselsproblem	2	1
Spiseproblem	19	5
Andre somatiske symptomer	48	13
Annet	124	34
Ingen	26	7
Totalt	309	85
Ikke registrert	56	15
SUM	365	100

Tabell v.6 Fordeling mellom de ulike diagnosegruppene. Antall og prosent. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år.

Diagnose: Tilstand 1 akse 1	Antall	Prosent
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	8	2
Atferdssyndromer forbindelse med fysiske faktorer	4	1
Atferdsforstyrrelser	1	0
Blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser	4	1
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	20	5
Forstyrrelser i sosial fungering	1	0
Andre atferdsforstyrrelser og følm forstyrrelser	4	1
Uspesifisert psykisk lidelse	1	0
Annet, F70-F79, F80-F89, Z diagnoser	183	50
Totalt	226	62
Ikke registrert	139	38
SUM	365	100

Tabell v.7 Antall pasienter og medianverdi for alle utfallsvariabler. Pasientgruppe 5: Barn 0 – 3 år. Helseforetak med minst 10 pasienter i gruppen.

	Antall uker fra h.v. mottatt til behandl.start	Antall mnd fra behand.start til beh.slutt	Antall mnd fra h.v. mottatt til beh.slutt	Antall direkte tiltak	Antall indirekte tiltak	Antall dir.tiltak per mnd.	N
	(median)	(median)	(median)	(median)	(median)	(median)	
Akershus HF	5	4	6	6	4	1,5	16
Oslo og Follo HF	1	5	5	4	2	1,3	175
Innlandet HF	5	2	3	2	1	1,0	11
Buskerud HF	2	8	8	14	1	2,3	22
Vestfold HF	4	0	3	5	1	4,2	15
Sørlandet HF	2	3	4	6	2	1,8	10
Bergen HF	0	0	0	1	1	4,9	31
Førde HF	3	4	6	8	1	1,0	11
Nordland HF	3	0	2	2	2	4,6	10
Univ.sh. i Nord-N. HF	5	0	2	2	1	6,0	12
Total (alle helseforetak)	2	4	5	4	1	1,6	365



Figur v.6 Spredning i utfallsvariablene. Stigende fra vanstre etter medianverdi. Stiplet linje viser medianverdi for hele pasientgruppen (heltrukken linje viser medianverdi for *indirekte* tiltak i hele pasientgruppen.) Corr (Direkte tiltak, Indirekte tiltak) = -0,1. Pasientgruppe 5: Barn 0-3 år. Helseforetak med minst 10 pasienter i gruppen.

Vedlegg IV: Definisjon av helseforetak og helseforetaksområder

Tabell v.8 Helseforetak og helseforetaksområder med oversikt over institusjoner og kommuner i opptaksområdet.

Helseforetak/ helseforetaksområde	Institusjoner	Kommuner
Østfold	BUP poliklinikk Askim	Halden, Sarpsborg, Aremark, Rakkestad, Fredrikstad,
	BUP poliklinikk Fredrikstad	Hvaler, Marker, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg,
	BUP poliklinikk Halden	Skiptvet, Hobøl, Moss, Råde, Rygge, Våler
	BUP poliklinikk Moss	
	BUP poliklinikk Sarpsborg	
	Ungdomspsyk poliklinikk Østfold	
Akershus	Grorud barne- og ungd.psyk poliklinikk	Rømskog, Aurskog-Høland, Sørum, Fet, Rælingen,
	Jessheimklinikken BUP poliklinikk	Enebakk, Lørenskog, Skedsmo, Nittedal, Gjerdrum,
	Lillestrømklinikken barne- og ungd.psyk	Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal
Asker og Bærum	Psykiatrisk senter Asker, BUP	Bærum, Asker
	Psykiatrisk senter Bærum, BUP	

Oslo og Follo ¹⁷	Barne- og ungd.psyk seksj Rikshospitalet Barneavd for psyk helse, Ullevål BUP poliklinikk Furuset BUP poliklinikk Tøyen BUP poliklinikk Follo BUP poliklinikk Nord BUP poliklinikk Syd Mentalhygienisk rådgivningskontor Nic Waals institutt Ungdomsavd for psyk helse, Ullevål	Oslo, Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård
Innlandet	Sh Innlandet HF, barne- og ungd.psyk	Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue, Åsnes Hamar, Ringsaker, Våler Løten, Stange Elverum, Trysil, Åmot, Rendalen, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os, Stor-Elvdal, Engerdal, Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Jevnaker, Lunner, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Vang, Lillehammer, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebu, Øyer, Gausdal
Buskerud	Sykehuset Buskerud, BUPA	Drammen, Nedre Eiker, Lier, Røyken, Hurum
Ringerike	Ringerike sykehus, BUP poliklinikk Ringe Ringerike sykehus, BUP poliklinikk Ål	Ringerike, Hole, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Krødsherad, Modum
Blefjell	Kongsberg sykehus BUP poliklinikk Notodden sykehus BUP	Kongsberg, Sigdal, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Notodden, Bø, Sauherad, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje

¹⁷ Omfatter institusjoner fra Aker universitetssykehus HF, Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet og private institusjoner direkte under Helse Øst RHF.

Vestfold	Psyk i Vestfold, BUP-avd	Horten, Holmestrand, Svelvik, Sande, Hof, Tønsberg, Re, Nøtterøy, Tjøme, Sandefjord, Larvik, Andebu, Stokke, Lardal
Telemark	DPS Vestmar, BUP poliklinikk Sykehuset Telemark BUP	Skien, Siljan, Nome, Porsgrunn, Bamble, Kragerø, Drangedal
Sørlandet	Barne- og ungd.psyk avd Arendal Barne- og ungd.psyk avd Kristiansand	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Mandal, Vennesla, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes, Kristiansand, Songdalen, Søgne, Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
Stavanger	Stavanger universitetssjukehus, BUPA	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Sola, Sandnes, Gjesdal, Stavanger, Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy
Fonna	BUP Helse Fonna	Karmøy, Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Utsira, Vindafjord, Sveio, Ølen, Etne, Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang, Eidfjord, Modalen, Ølen, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes
Bergen ¹⁸	Betanien BUP poliklinikk Haukeland univ.sykehus, BUP avd Voss sjukehus, BUP avd	Sund, Fjell, Askøy, Øygarden, Osterøy, Meland, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden, bydelene Arna, Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal, Fusa, Samnanger, Os, Austevoll, Bergen
Førde	Førde BUP Nordfjord BUP Sogndal BUP	Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen, Stryn, Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, Bremanger

¹⁸ Omfatter også private institusjoner direkte under Helse Vest RHF.

Sunnmøre		Psyk helsev for barn og unge, H Sunnmøre		Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Volda, Ørsta, Ålesund, Hareid, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Sykkylven, Skodje, Sula, Giske, Haram
Nordmøre Romsdal	og	Helse Nordmøre og Romsdal BUP		Molde, Vestnes, Rauma, Nesset, Midsund, Sandøy, Aukra, Fræna, Eide, Gjemnes, Sunndal, Kristiansund, Averøy, Frei, Tingvoll, Surnadal, Rindal, Aure, Halså, Tustna, Smøla, Aure
St. Olavs Hospital		Barne- og ungdomspsykiatri		Selbu, Tydal, Malvik, Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Oppdal, Rennebu, Meldal, Orkdal, Rørås, Holtålen, Midtre Gauldal, Skaun Melhus, Klæbu, Trondheim, Ørland, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan
Nord-Trøndelag		Sykehuset Levanger, BUP avd Sykehuset Namsos, BUP poliklinikk		Meråker, Stjørdal, Frosta, Levanger, Steinkjer, Leksvik, Verdal, Mosvik, Inderøy, Snåsa, Osen, Namsos, Verran, Namdalseid, Lierne, Røyrvik, Namsskogan, Grong, Høylandet, Overhalla, Fosnes, Flatanger, Vikna, Nærøy, Leka, Bindal
Helgeland		Mo i Rana BUP poliklinikk Mosjøen BUP poliklinikk og familieavd Sandnessjøen BUP poliklinikk		Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna, Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy
Nordland		Nordlandssykehuset Vesterålen, poliklinikk Nordlandssykehuset Lofoten, BUP poliklinikk Rønvik, BUP avdeling	BUP	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes
Hålogaland		Bup poliklinikk Sør-Troms Narvik BUP poliklinikk		Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, Narvik, Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Bjarkøy, Ibestad

Univ.sh. i Nord-N	Barne- og ungdomsklinikken, BUP Tromsø	Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Lyngen, Storfjord, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik, Gaivuotna/Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvæningen
	BUP Nord-Troms, Storslett	
	Senter for psykisk helse Midt-Troms, BUP poliklinikk	
Finnmark	BUP poliklinikk Alta	Hammerfest, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Guovdageaidnu-Kautokeino, Porsanger, Karasjohka-Karasjok, Lebesby, Gamvik, Vardø, Vadsø, Berlevåg, Deatnu/Tana, Unjarga-Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger
	BUP poliklinikk Hammerfest	
	BUP poliklinikk Midt-Finnmark	
	BUP poliklinikk Øst-Finnmark	

Vedlegg V: Korrelasjon mellom utfallsvariabler på pasientnivå.

Tabell v.9 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Alle pasienter.

	Uker før behandlingstart	Behandlingstid	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd
Uker før behandlingstart	1,00				
Behandlingstid (mnd)	0,09(**)	1,00			
Direkte tiltak	0,04(**)	0,60(**)	1,00		
Indirekte tiltak	0,03(**)	0,44(**)	0,60(**)	1,00	
Direkte tiltak per mnd	-0,03(**)	-0,22(**)	-0,01	-0,03(**)	1,00

N = 14 175

Tabell v.10 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.

	Uker før behandlingstart	Behandlingstid	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd
Uker før behandlingstart	1,00				
Behandlingstid (mnd)	-0,01	1,00			
Direkte tiltak	0,02	0,50(**)	1,00		
Indirekte tiltak	-0,04	0,40(**)	0,55(**)	1,00	
Direkte tiltak per mnd	-0,01	-0,25(**)	-0,05(*)	-0,06(**)	1,00

N = 2 190

Tabell v.11 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.

	Uker før behandlingstart	Behandlingstid	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd
Uker før behandlingstart	1,00				
Behandlingstid (mnd)	0,07(**)	1,00			
Direkte tiltak	0,04(*)	,66(**)	1,00		
Indirekte tiltak	0,01	0,46(**)	0,60(**)	1,00	
Direkte tiltak per mnd	-0,08(**)	-0,20(**)	0,00	-0,02	1,00

N = 4 507

Tabell v.12 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 3: Barn og unge henvist for atferdsvansker, men ikke diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.

	Uker før behandlingstart	Behandlingstid	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd
Uker før behandlingstart	1,00				
Behandlingstid (mnd)	0,03	1,00			
Direkte tiltak	0,06(**)	0,60(**)	1,00		
Indirekte tiltak	0,07(**)	0,44(**)	0,51(**)	1,00	
Direkte tiltak per mnd	-0,03	-0,22(**)	0,00	-0,04	1,00

N = 1660

Tabell v.13 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 4: Barn og unge med depresjonsdiagnose.

	Uker før behandlingstart	Behandlingstid	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd
Uker før behandlingstart	1,00				
Behandlingstid (mnd)	0,05(*)	1,00			
Direkte tiltak	-0,01	0,60(**)	1,00		
Indirekte tiltak	0,01	0,40(**)	0,55(**)	1,00	
Direkte tiltak per mnd	-0,09(**)	-0,26(**)	0,14(**)	0,04	1,00

N = 1 546

Tabell v.14 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariablene. (** Signifikant på en-prosent nivå, * signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Pasientnivå. Pasientgruppe 5: Barn 0 – 3 år.

	Uker før behandlingstart	Behandlingstid	Direkte tiltak	Indirekte tiltak	Direkte tiltak per mnd
Uker før behandlingstart	1,00				
Behandlingstid (mnd)	0,01	1,00			
Direkte tiltak	0,00	0,64(**)	1,00		
Indirekte tiltak	0,02	0,34(**)	0,39(**)	1,00	
Direkte tiltak per mnd	-0,03	-0,29(**)	-0,03	-0,10	1,00

N = 365

Vedlegg VI: Korrelasjon mellom utfallsvariabler og forklaringsvariabler på kommunenivå.

Tabell v.15 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på kommunenivå) og forklaringsvariabler som gjelder kommunene. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Kommune. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetisk forstyrrelse.

	Uker før beh. start	Beh. tid	Dir. tiltak	Indir. tiltak	Dir. tiltak per mnd	Jenter	6-12 år	Prioritet	Års-verk helse-st/skolehelsetj.	Behovs-indeks
Uker før behandlingsstart (median)	1,00									
Behandlingstid i mnd (median)	-0,03	1,00								
Direkte tiltak (median)	-0,03	0,43*	1,00							
Indirekte tiltak (median)	0,01	0,41*	0,41*	1,00						
Direkte tiltak per mnd (median)	-0,06	-0,31*	-0,13*	-0,12*	1,00					
Jenter (andel)	-0,05	0,09	-0,01	0,06	0,04	1,00				
6-12 år (andel)	-0,05	0,02	0,05	0,07	-0,16*	0,15*	1,00			
Prioritet (andel)	-0,05	0,14*	0,08	-0,01	-0,07	0,17*	0,19*	1,00		
Årsverk helsestasjon og skolehelsetjeneste (per 10 000 innb. 0-17år)	-0,05	-0,01	-0,03	0,03	0,13*	0,18*	-0,05	0,03	1,00	
Kommunal behovsindeks	0,00	0,03	0,02	-0,03	-0,05	-0,02	0,03	0,00	-0,15*	1,00

N = 300

Tabell v.16 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på kommunenivå) og forklaringsvariabler som gjelder kommunene. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Kommune. Pasientgruppe 2: Barn og unge henviset for internaliserte symptomer.

	Uker før beh. start	Beh. tid	Dir. tiltak	Indir. tiltak	Dir. tiltak per mnd	Jenter	6-12 år	Prioritet	Års-verk helse-st/skolehelsetj.	Behovs-indeks
Uker før behandlingsstart (median)	1,00									
Behandlingstid i mnd (median)	0,05	1,00								
Direkte tiltak (median)	0,02	0,55*	1,00							
Indirekte tiltak (median)	-0,02	0,47*	0,65*	1,00						
Direkte tiltak per mnd (median)	0,04	-0,24*	0,07	0,04	1,00					
Jenter (andel)	-0,07	-0,09	-0,02	-0,02	0,12*	1,00				
6-12 år (andel)	0,00	0,01	0,09	0,12*	0,04	0,14*	1,00			
Prioritet (andel)	-0,10	-0,04	0,06	-0,01	0,07	0,07	0,25*	1,00		
Årsverk helsestasjon og skolehelsetjeneste (per 10 000 innb. 0-17år)	0,05	0,09	-0,03	0,05	0,04	0,03	0,05	0,09	1,00	
Kommunal behovsindeks	-0,06	-0,03	-0,01	-0,05	-0,04	-0,02	-0,02	0,00	-0,18*	1,00

N = 377

Vedlegg VII: Korrelasjon mellom utfallsvariabler og forklaringsvariabler på helseforetaksområdenivå.

Tabell v.17 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på helseforetaksområdenivå) og forklaringsvariabler som gjelder helseforetaksområdet. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Helseforetaksområde. Pasientgruppe 1: Barn og unge diagnostisert med hyperkinetiske forstyrrelser.

	Uker før beh. start	Beh. tid	Dir. tiltak	Indir. tiltak	Dir tiltak per mnd	Jenter	6-12 år	Prioritet	Pol. pers.	Døgnpl.
Uker før behandlingsstart (median)	1,00									
Behandlingstid i mnd (median)	0,15	1,00								
Direkte tiltak (median)	0,36	0,51*	1,00							
Indirekte tiltak (median)	-0,16	0,15	0,26	1,00						
Direkte tiltak per mnd (median)	0,26	-0,33	0,45*	0,12	1,00					
Jenter (andel)	-0,20	-0,45*	-0,64*	-0,37	-0,14	1,00				
6-12 år (andel)	0,12	0,15	-0,29	-0,01	-0,42*	0,27	1,00			
Prioritet (andel)	0,08	-0,13	-0,24	-0,15	-0,16	0,43*	0,29	1,00		
Poliklinisk personell (per 10 000 innb 0-17år)	-0,35	-0,30	-0,30	-0,02	0,02	0,23	-0,08	-0,21	1,00	
Døgnplasser (per 10 000 innb 0-17år)	0,05	0,10	0,15	0,17	0,30	0,34	0,11	0,21	0,04	1,00

N = 24

Tabell v.18 Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (medianverdi på helseforetaksområdenivå) og forklaringsvariabler som gjelder helseforetaksområdet. (* hvis signifikant på fem-prosent-nivå). Pearsons korrelasjonskoeffisient. Helseforetaksområde. Pasientgruppe 2: Barn og unge henvist for internaliserte symptomer.

	Uker før beh. start	Beh. tid	Dir. tiltak	Indir. tiltak	Dir tiltak per mnd	Jenter	6-12 år	Prioritet	Pol. pers.	Døgnpl.
Uker før behandlingsstart (median)	1,00									
Behandlingstid i mnd (median)	0,06	1,00								
Direkte tiltak (median)	0,20	0,66*	1,00							
Indirekte tiltak (median)	-0,29	0,53*	0,54*	1,00						
Direkte tiltak per mnd (median)	-0,03	-0,17	0,56*	0,21	1,00					
Jenter (andel)	-0,07	0,03	0,11	0,24	0,08	1,00				
6-12 år (andel)	-0,04	0,17	0,15	0,18	-0,03	0,77*	1,00			
Prioritet (andel)	-0,11	-0,09	-0,16	-0,15	0,01	0,30	0,46*	1,00		
Poliklinisk personell (per 10 000 innb 0-17år)	-0,19	-0,04	-0,12	0,23	0,03	0,15	0,00	0,21	1,00	
Døgnplasser (per 10 000 innb 0-17år)	-0,15	0,47*	0,57*	0,40	0,31	0,56	0,43	0,15	0,04	1,00

N = 24