

RAPPORT



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIHPPÍJVIESSO



ULLEVÅL
universitetssykehus



Sykehuset Buskerud

En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2004

- ***Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog***
- ***Akuttpost for ungdom i Bodø***
- ***Ungdomsenheten i Drammen***
- ***Akuttpost ved BUP Klinikk, St. Olavs hospital***
- ***Ungdomspsykiatrisk akuttenhet – Ullevål
universitetssykehus***

En del av Multisenterstudiet av akutttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge

Kari Birkhaug, Lise Baklund, Andreas Bolgien, Trond Hatling, Kjersti Heberg, Anne Marie Hesle, Gunnar Jensen, , Kjetil Nilssen, Frank Ivar Nohr, Pål M. Olstad, Liv Ristvedt, Kjersti Syversen, Tarje Tinderholt, Per Kristian Vistung, Marit Leer Øyaas,

SINTEF Helse



SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2004

Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog, Akuttpost for ungdom i Bodø, Ungdomsenheten i Drammen, Akuttpost ved BUP Klinikk avd Lian, Sør-Trøndelag, Ungdomspsykiatrisk akutt enhet – Ullevål universitetssykehus

FORFATTER(E)

Kari Birkhaug, Lise Baklund, Andreas Bolgien, Trond Hatling, Kjersti Heberg, Anne Marie Hesle, Gunnar Jensen, Kjersti Karlsen, Kjetil Nilssen, Pål M. Olstad, Liv Ristvedt, Tarje Tinderholt, Per Kristian Vistung, Mari Leer Øyaas

OPPDRAAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAAGSGIVERS REF.	
STF78 A055026	Åpen	Seniorrådgiver Bjørg Gammersvik	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen	82-14-03839-1	78i002	178
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
l:\ph\prosjekt\78i002\bup\enhetsbeskrivelser\2004\		Trond Hatling	
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
E	2005-11-10	Torleif Ruud, Forskningssjef	<i>Torleif Ruud</i>

SAMMENDRAG

Rapporten er en samlet beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge, og redegjør for tilstanden i 2004. Beskrivelsene er utarbeidet av hver av de fem enhetene, hvor en har samarbeidet nært om hvilke tema beskrivelsen skulle dekke. Denne rapporten er den andre i en rekke planlagte publikasjoner hvor en vil studere akutttilbudet for ungdom (se Birkhaug et al. 2005 for status 2003). Av særlige endringer i årets rapport er

- en betydelig forbedring av pasientopplysningene
- en mer utdypende beskrivelse av skoletilbudet ved de fem enhetene

Prosjektet En multisenterstudiet av akutttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge er et samarbeid mellom Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog, Ungdomspsykiatrisk klinikk i Bodø, Ungdomsenheten i Drammen, Akuttposten ved BUP klinikk i Sør-Trøndelag og Ungdomspsykiatrisk akutt enhet ved Ullevål universitetssykehus. Prosjektet inngår som en del av prosjektet Evaluering av akuttpsykiatriske tilbud, ledet av SINTEF helse og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Enhetene har i 2004 og 2005 fått delfinansiering fra henholdsvis R.BUP Øst og Sør, R.BUP Midt-Norge og i 2005 også fra R.BUP Nord. Multisenterstudiet har så langt to hovedproblemstillinger;

- Hva kjennetegner akutttilbudet for ungdom?
- Hvilke konsekvenser gir de ulike organisasjons- og arbeidsformene?

I prosjektbeskrivelsen (kapittel 6) er begge disse belyst i kombinasjon i flere undertema. Prosjektet har i den første, deskriptive fasen belyst to hovedområder; en beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hvert fylke samt beskrive sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom. Et viktig delmål med fase en har vært å øke kvaliteten på de pasientadministrative opplysningene. I tillegg er det også arbeidet med å bygge opp en felles litteraturliste om akutttilbudet for ungdom. Hovedvekten har i prosjektets andre fase vært å samle inn opplysninger om hvert enkelt opphold ved hjelp av et såkalt episodeskjema, som del av Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri (vedlegg 1).

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helse	Mental health
GRUPPE 2	Ungdom	Adolescents
EGENVALGTE	Akutttilbud	Acute care
	Enhetsbeskrivelser	Unit descriptions

Innledning

Multisenterstudiet av akutttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge er et samarbeid mellom Ungdomspsykiatrisk klinikk i Akershus, Ungdomspsykiatrisk klinikk i Bodø, Ungdomsenheten i Buskerud, BUP klinikk i Trondheim og Ungdomspsykiatrisk akutenhet ved Ullevål universitetssykehus.

Prosjektet startet i 2003 som et ønske om å sammenligne akutttilbudet i Akershus med det i Sør-Trøndelag. Oppstarten av Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri, ledet av SINTEF Helse og finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, førte til at også akutenhetene ved Ullevål, i Bodø og Drammen ble med.

I dette prosjektet inngår fem delvis helt ulike modeller for akuttpsykiatrisk tilbud, henholdsvis i Akershus, Nordland, Buskerud, Oslo (Ullevål) og Sør-Trøndelag. Alle fem institusjonene gir tilbud til ungdom i alderen 13 – 17 år (Bodø primært 15-17) med alvorlige psykiske lidelser og har øyeblikkelig hjelp-plikt. For øvrig er de organisert på forskjellige måter.

Prosjektet har så langt to hovedproblemstillinger;

- Hva kjennetegner akutttilbudet for ungdom?
- Hvilke konsekvenser gir de ulike organisasjons- og arbeidsformene?

I prosjektbeskrivelsen (kapittel 6) er begge disse belyst i kombinasjon i flere undertema.

Prosjektet har i den første, deskriptive fasen belyst to hovedområder; en beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hvert fylke samt beskrive sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom. Et viktig delmål med fase en har vært å øke kvaliteten på de pasientadministrative opplysningene. I tillegg er det også arbeidet med å bygge opp en felles litteraturlbase om akutttilbudet for ungdom. Hovedvekten har i prosjektets andre fase vært å samle inn opplysninger om hvert enkelt opphold ved hjelp av et såkalt episodeskjema, som del av Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri (vedlegg 1).

Denne rapporten er den andre i en rekke planlagte publikasjoner hvor en studerer akutttilbudet for ungdom. Rapporten for 2003 ble utgitt i mars 2005 (Birkhaug et al. 2005). Foreliggende rapport er en samlet beskrivelse av hver av de fem deltakende akutenhetene, og redegjør for tilstanden i 2004. Beskrivelsene har gjennomgått en ytterligere standardisering på tvers av enhetene fra 2003 til 2004. Standardiseringen, samt at det samarbeides om metoder, gjør prosjektet velegnet til å foreta tversgående analyser. Av særlige endringer i årets rapport er

- en betydelig forbedring av pasientopplysningene
- en mer utdypende beskrivelse av skoletilbudet ved de fem enhetene

Fire delrapporter er nå under arbeid, hvor en primært tar utgangspunkt i enhetsbeskrivelsene fra 2003. Publikasjonene er planlagt ferdigstilt før jul 2005. Her vil en sammenligne de fem enhetene langs følgende dimensjoner (jfr. også kapittel 6):

- Den interne organiseringen
- Behandlingstilbudet, herunder inntaks- og utskrivingsrutiner, omsorgsform, behandlingssideologi, miljøterapi/gruppeterapi/familie/nettverksarbeid og skoletilbud

- Ressurstilgang
- Eksterne samarbeidsrelasjoner

Analyse- og skrivearbeidet er fordelt mellom de fem enhetene.

Prosjektorganisering:

Prosjektkoordinator er seniorforsker Trond Hatling, SINTEF Helse. Hver av de fem lokale prosjektene har en egen prosjektleder, samt en eller flere prosjektmedarbeidere.

- Akershus (Lørenskog): Prosjektleder sjefpsykolog Kari Birkhaug, prosjektsekretær Kjersti Heberg
- Bodø: Prosjektleder psykolog Gunnar Jensen, prosjektmedarbeidere miljøterapeutene Kjersti Syversen og Frank Ivar Nohr
- Drammen: Prosjektledere enhetsleder/klinisk pedagog Liv Ristvedt, klinisk pedagog/familieterapeut Kjetil Nilssen og familieterapeut og filosof Lise Baklund
- Sør-Trøndelag: Prosjektleder overlege Andreas Bolgien, prosjektmedarbeider miljøterapeut Marit Leer Øyaas og prosjektmedarbeider miljøterapeut Pål M. Olstad.
- Ullevål: Prosjektleder barnevernpedagog/miljøarbeider m TVIP Tarje Tinderholdt, prosjektmedarbeider psykiatrisk sykepleier Per Kristian Vistung

Finansiering

Prosjektkoordinators deltakelse er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet gjennom prosjektet Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri. Alle enhetene har finansiert prosjektet lokalt. I 2004 og 2005 ble etter søknad de lokale prosjektene i Lørenskog, Drammen og Ullevål delvis finansiert av midler fra R.BUP Øst og Sør, mens Sør-Trøndelag delvis ble finansiert av midler fra R.BUP Midt-Norge. Det lokale prosjektet i Bodø ble etter søknad delvis finansiert av midler fra R.BUP Nord for 2005.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Innholdsfortegnelse	3
1 Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog. Avdelingsbeskrivelse 2004	11
1.1 Lovverk etc	13
1.2 Organisatorisk oppbygging/rammer	13
1.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	14
1.2.2 Opptaksområde	14
1.2.3 Målgruppe	14
1.2.4 Funksjon	14
1.3 Ressurser	15
1.3.1 1.3.1 Personalressurser m.m	15
1.3.2 1.3.2 Bygningsmessig	16
1.3.3 Skole	17
1.3.4 Øvrige ressurser	19
1.4 Behandlingstilbudet	19
1.4.1 Type "omsorgsform"	19
1.4.2 Behandlingsideologi	19
1.4.2.1 Miljøterapi	20
1.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter	21
1.4.3 Tilbud i avdelingen	21
1.4.3.1 Medikamentell behandling	21
1.4.4 Møte- og samarbeidsformer	21
1.4.4.1 I avdelingen	21
1.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter	22

1.4.5	Skjerming og grensesetting	22
1.4.6	Bruk av tvang	22
1.4.7	Inntak	22
1.4.7.1	Kriterier	22
1.4.7.2	Inntaksprosedyre	23
1.4.8	Utredningsmetoder	23
1.4.9	Utskriving	23
1.4.9.1	Kriterier	23
1.4.9.2	Utskrivingsprosedyre	24
1.4.10	Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving	24
1.5	Samarbeidspartnere	24
1.5.1	Innad i BUP-systemet	24
1.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	24
1.5.3	Mot somatiske sykehus	24
1.5.4	Mot kommuner/bydeler	24
1.6	Pasientdata 2004	25
2	Akuttpost for ungdom Bodø. Avdelingsbeskrivelse.....	31
2.1	Lovverk	33
2.2	Organisatorisk oppbygging/rammer	33
2.2.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	33
2.2.2	Opptaksområde	33
2.2.3	Målgruppe	33
2.2.4	Funksjon	33
2.3	Ressurser	35
2.3.1	Bygningsmessige	36
2.3.2	Skoleressurser	37
2.3.3	Øvrige ressurser	37
2.4	Behandlingstilbudet	37
2.4.1	Type omsorgsform	37
2.4.2	Behandlingsideologi	37

2.4.2.1	Blant miljøpersonalet.....	37
2.4.2.2	Blant stabspersonalet/individualterapeuter.....	38
2.4.3	Tilbud i avdelingen	38
2.4.3.1	Medikamentell behandling.....	39
2.4.3.2	Skoletilbudet	39
2.4.4	Møte og samarbeidsformer	41
2.4.4.1	I avdelingen	41
2.4.4.2	Mellom avdelingen og andre enheter.	41
2.4.5	Skjerming og grensesetting.....	42
2.4.6	Bruk av tvang.....	42
2.4.7	Inntak	42
2.4.7.1	Kriterier	42
2.4.7.2	inntaksprosedyre	42
2.4.8	Utredningsmetoder.....	42
2.4.9	Utskriving	43
2.4.9.1	Kriterier.....	43
2.4.9.2	Utskrivningsprosedyre	43
2.4.10	Øvrig tilbud - Undervisning/kompetanseheving	43
2.5	Samarbeidspartnere	44
2.5.1	Innad i BUPA-systemet	44
2.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	44
2.5.3	Mot somatisk sykehus.....	44
2.5.4	Mot kommuner/bydeler.....	44
2.6	Pasientdata 2004	44
3	Ungdomsenheten ved Barne- og ungdoms psykiatrisk avdeling i Drammen. Avdelingsbeskrivelse 2004	55
3.1	Lovverk	57
3.2	Organisatorisk oppbygging/rammer	57
3.2.1	Opptaksområde	58
3.2.1.1	Befolkningstall / geografisk område.....	58
3.2.2	Målgruppe	58

3.2.3	Funksjon	58
3.3	Ressurser	58
3.3.1	Bygningsmessige	59
3.3.2	Skole	59
3.3.2.1	Enhetlig ledelse	59
3.3.2.2	Døgnkoordinator	59
3.3.2.3	Miljø-/familieterapeuter	59
3.3.2.4	Individualterapeuter/familieterapeuter	59
3.3.2.5	Kontor	59
3.3.2.6	Ekstravakter	60
3.4	Behandlingstilbudet	61
3.4.1	Type "omsorgsform"	61
3.4.2	Behandlingsideologi	62
3.4.2.1	Miljøterapi	63
3.4.2.2	Stabspersonalet/individualterapeuter	63
3.4.3	Tilbud i enheten	64
3.4.3.1	Medikamentell behandling	64
3.4.4	Møte- og samarbeidsformer	64
3.4.4.1	I avdelingen	64
3.4.4.2	Mellom BUPA ungdomsenheten og andre enheter	64
3.4.5	Skjerming og grensesetting	65
3.4.6	Bruk av tvang	65
3.4.7	1.4.6 Inntak	65
3.4.7.2	Inntaksprosedyre	65
3.4.8	Utredningsmetoder	65
3.4.9	Utskriving	65
3.4.9.1	Kriterier	65
3.4.9.2	Utskrivingsprosedyre	66
3.4.10	Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving	66
3.5	Samarbeidspartnere	67
3.5.1	Innad i BUPA-systemet og Sykehuset Buskerud HF.	67

3.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	67
3.5.3	Mot somatiske sykehus	67
3.5.4	Mot kommuner/bydeler	67
3.6	Pasientdata 2004	67
3.6.1	Kommentarer til tabellene	78
4	BUP-klinikk avd. Lian Trondheim – Akuttposten. Avdelingsbeskrivelse 2004	79
4.1	Lovverk	82
4.2	Organisatorisk oppbygging/rammer	83
4.2.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	85
4.2.2	Opptaksområdet	85
4.2.3	Målgruppe	85
4.2.4	Funksjon	85
4.3	Ressurser	85
4.3.1	Personalmessige	85
4.3.1.1	Miljø	86
4.3.1.2	Stab	86
4.3.1.3	Stabsfolk som faktisk jobbet på akuttposten i 2004 var:	86
4.3.1.4	Kontor	86
4.3.1.5	Ekstravakter	86
4.3.1.6	Regnskap 2004	87
4.3.2	Bygningsmessige	88
4.3.3	Skolens ressurser	88
4.3.4	Øvrige ressurser	89
4.4	Behandlingstilbudet	89
4.4.1	Type omsorgsform	89
4.4.2	Behandlingsideologi	89
4.4.3	Blant miljøterapeuter	89
4.4.4	Blant individualterapeuter	89
4.4.5	Tilbud i avdelingen	90

4.4.5.1	Utredningsmetoder	91
4.4.5.2	Medikamentell behandling	91
4.4.6	Møte og samarbeidsformer	91
4.4.7	Skjerming og grensesetting	92
4.4.8	Bruk av tvang	92
4.4.9	Skoletilbud	92
4.4.9.1	Skolens pedagogiske grunnsyn/elevsyn/lærersyn	92
4.4.9.2	Skolens fysiske rammer	93
4.4.9.3	Kartlegging/utredning/testing	93
4.4.9.4	Rapporteringsrutiner	93
4.4.9.5	Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen	93
4.4.9.6	Lærerrolle	93
4.4.9.7	Skolehverdagen	94
4.4.9.8	Ungdom uten elevstatus	94
4.4.9.9	Skolens aktiviteter	94
4.4.9.10	Organisering av undervisning	94
4.4.9.11	Samarbeidsrutiner	94
4.4.9.12	Teamarbeid	94
4.4.10	Øvrige tilbud	94
4.4.11	Inntak	95
4.4.11.1	Kriterier	95
4.4.11.2	Inntaksprosedyre	95
4.4.12	Utskrivning	95
4.4.12.1	Kriterier	95
4.4.12.2	Prosedyrer	95
4.5	Samarbeidspartnere	96
4.5.1	Innad i BUP-systemet	96
4.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	96
4.5.3	Mot somatiske sykehus	96
4.5.4	Mot kommuner	96
4.6	Pasientdata 2004	97

5	UPA, Ullevål universitetssykehus. Avdelingsbeskrivelse 2004	107
5.1	Lovverk etc	109
5.2	Organisatorisk oppbygging / rammer	109
5.2.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	109
5.2.2	Opptaksområde	110
5.2.3	Målgruppe	110
5.2.4	Funksjon	110
5.3	Ressurser	110
5.3.1	Personalressurser m.m	110
5.3.2	1.3.2 Bygningsmessige	112
5.3.3	Skoleressurser	112
5.4	Skolens fysiske rammer	112
5.4.1	Øvrige ressurser	112
5.5	Behandlingstilbudet	112
5.5.1	Type "omsorgsform"	112
5.5.2	Behandlingsideologi	112
	5.5.2.1 Miljøterapi	113
	5.5.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter	114
5.5.3	Tilbud i avdelingen	114
	5.5.3.1 Medikamentell behandling	114
5.5.4	Møte- og samarbeidsformer	114
	5.5.4.1 I avdelingen	114
	5.5.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter	115
5.5.5	Skjerming og grensesetting	115
5.5.6	Bruk av tvang	115
5.6	Typer	115
5.6.1	Inntak	116
	5.6.1.1 Kriterier	116
	5.6.1.2 Inntaksprosedyre	117
5.6.2	Utredningsmetoder	117

5.6.3	Utskriving	118
5.6.3.1	Kriterier	118
5.6.3.2	Utskrivingsprosedyre	118
5.6.4	Skolens tilbud	118
5.6.5	Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving	120
5.7	Samarbeidspartnere	120
5.7.1	Innad i BUPA-systemet	120
5.7.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	120
5.7.3	Mot somatiske sykehus	121
5.7.4	Mot kommuner/bydeler	121
5.8	Pasientdata 2004	121
6	En multisenterstudie av akutttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge	133
23	Litteraturreferanser	171

1 Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog. Avdelingsbeskrivelse 2004



Besøksadresse: Sykehusveien 55, 1478 Lørenskog

Postadresse: Sykehusveien 55, 1478 Lørenskog

Telefon: 67 91 24 00

Telefax: 67 91 24 49

Kontaktpersoner: Kari Birkhaug, Kjersti Heberg

Emailadresser: kari.birkhaug@ahus.no, kjersti.heberg@ahus.no

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Kari Birkhaug, og Kjersti Heberg ved Ungdomspsykiatrisk klinikk, Lørenskog.

Før bruk av tekst eller tall må forfatter kontaktes.

Dette prosjektet "En sammenlignende studie av akutttilbudet for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge", støttes finansielt av *Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør*.

Ungdomspsykiatrisk klinikk er en heldøgns ungdomspsykiatrisk klinikk – med øyeblikkelig-hjelp funksjon. Klinikken har 14 + 2 plasser.

Kort historikk

"Gamle Uk", døgninstitusjon opprettet 06.11.94 med 6 plasser for ungdom i alderen 13-18 år.

"Nye Uk" åpnet i nye lokaler 01.09.02 med fordoblet antall plasser (14 plasser, samt 2 skjermpasser).

1.1 Lovverk etc

Klinikkens drift er regulert av offentlige lover og forskrifter.

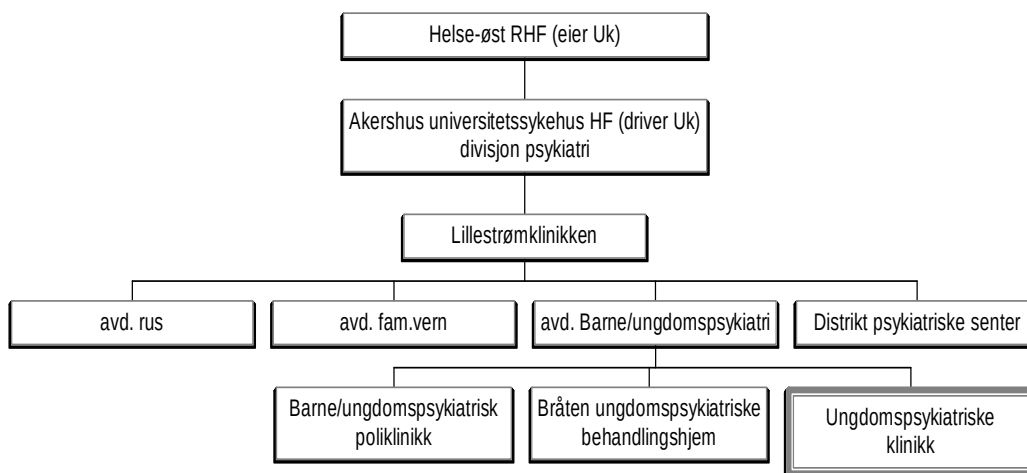
Disse er:

- Psykisk helsevernloven
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsesloven
- Pasientrettighetsloven
- Forvaltningsloven

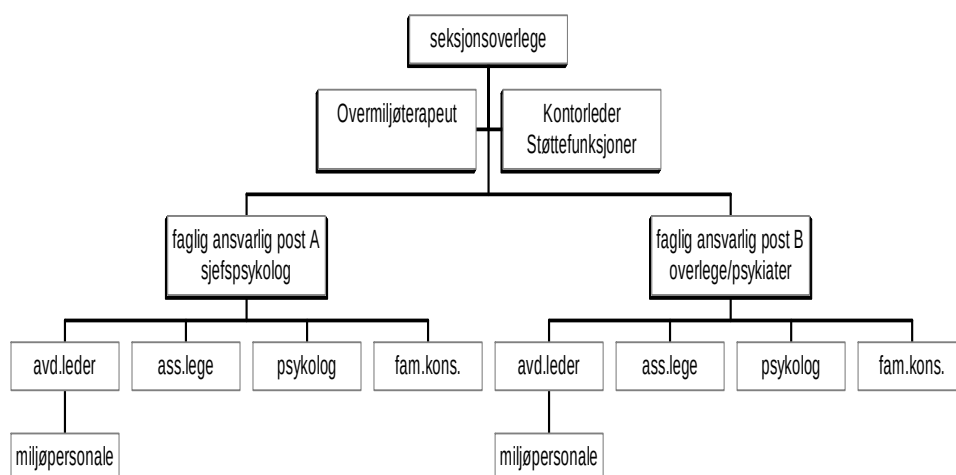
1.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

Ungdomspsykiatrisk klinikk er knyttet til Lillestrømklinikken ved Helse Øst RHF (region Helse foretak), og drives av Akershus universitetssykehus HF (helseforetak).

Forenklet organisasjonskart 2004



Faglig internt organisasjonskart - Uk 2004



1.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Lillestrømklinikken er en allklinikk med fire enheter;

- avdeling rus
- avdeling familievern
- distriktpsykiatrisk senter
- avdeling barne- og ungdomspsykiatri

Avdeling barne- og ungdomspsykiatri – består av:

- barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- Bråten ungdomspsykiatriske behandlingshjem og skole
- Ungdomspsykiatrisk klinikk

1.2.2 Opptaksområde

Klinikken dekker Akershus fylke og bydel Grorud i Oslo.

Befolkningstallet er 388.027, (pr. 01.01.04.), og dekker 4 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker; Jessheim, Lillestrøm, og Asker og Bærum.

1.2.3 Målgruppe

Ungdom i alderen 12 – 18 med alvorlige psykiske lidelser; herunder suicidalitet, psykoser, spiseforstyrrelser, angst, depresjon og tvangslidelser m.m.

1.2.4 Funksjon

Klinikken har i utgangspunktet øyeblikkelig hjelp plikt, men tar etter kapasitet, imot pasienter til utredning etter søknad.

1.3 Ressurser

1.3.1 1.3.1 Personalressurser m.m.

Målgruppe	13 – 17
Budsjett (sum)	34 715 000
Regnskap (sum)	34 549 000
Vikarlønn/ekstrahjelp	457 000
Post	-
Stab	-
Merkantil	-
	32 394 000 ¹
Årsverk stab planlagt	9
Årsverk Stab faktisk	9
Antall ansatte staben totalt	9
Årsv. Overleger	2
Årsv. Psyk-spes	2
Årsv. ass-leger	2
Årsv. Psykologer	1
Årsv. fam-terap	2
Årsv. Andre	-
Årsverk Miljøet planlagt	51
Årsverk Miljøet, faktisk	51
Antall ansatte miljøet totalt	80
Hvorav Sykepl	15
Hvorav Vernepleier	8
Hvorav sosionomer	13
Hvorav pedagoger	8
Hvorav bv-pedagoger	13
Hvorav andre	5
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	
Miljøterapi	3
Familieterapi	2
Psykisk helsearbeid	8

¹ Det viste seg vanskelig å skille lønnskostnader mellom kontor, stab og miljø, derfor er dette summert. I tillegg favner denne summen også lønn til ekstravakter/overtid

Målgruppe	13 – 17
Rus	
Veilednings-/konsultasjonteknikk	3
Andre	
Antall ekstravakter	Ca 34
Årsverk ekstravakt	-
Årsverk kontor	2,5
Andre (vaktmester, kokk etc)	3,5
Senger	14
Skjerm/krise	2
Isolat	2
Familieleilighet	1
Pas-hotell	Nei
Nyhenviste	89
Tatt imot	81
Alle i 2004	105
Innleggelser	81
Antall forskjellige pasienter	
Liggedøgn	4124
Gj liggedøgn	41,41
Beleggs-prosent	70,61 ²
Sendt til VOP	-
Sendt til BK	-
Befolkningstall i målgruppa	Ca 35000 ⁽³⁾
Opptaksområdet	

²⁾Her er beleggsprosent regnet utfra 16 plasser.

På 14 plasser er beleggsprosenten 80,70.

⁽³⁾Tallene kommer fra SSB, hvor aldersinndelingen går fra 13-15 og 16-19. Vi har derfor brukt skjønn for å finne ut tallene for 16-18 år utfra statistikk pr. 01.01.05.

1.3.2 1.3.2 Bygningsmessig

Klinikken har et samlet brutto areal på ca. 1600m², hvor pasienten har tilgang til 853 m², Utearealet er på ca. 3 mål (3000 m²). Klinikken avdelinger er lokalisert i 2.etg med to speilvendte identiske enheter og et atrium i midten.

Pasientrommene er på 10,9 m², og inneholder seng, garderobeskap, skrivebord og stol, Alle pasientrommene har egne bad/wc. Begge poster har tilgang til atriene hvor pasientene kan bevege seg fritt. I tillegg inneholder 2. etg familieenhet, møterom, aktivitetsrom, og garderober.

I 1.etg har stab og støttefunksjoner sine kontorer.

Klinikken har egen skole, med gymsal, og stort uteareale.

1.3.3 Skole

Klinikken har egen skole. Denne har et areal ca 500 m². Skolen er dekket med 5 ½ undervisningsstilling, og ½ stilling for inspektør. De er dekket med to adjunkter, og fire adjunkter med opprykk. Alle har spesialpedagogisk kompetanse.

Lærerne er tilsatt ved Østbytnet skole. Skolen ligger på klinikkens område, og det er tilgang til skolen via en gangbro eller direkte utenfra.

Skolens pedagogiske grunnsyn /elevsyn /lærersyn

I vår grunntenkning ligger et humanistisk menneskesyn. Vi fokuserer på å gi elevene mestringsopplevelser slik at de kan ta i bruk sine iboende ressurser og gis muligheter til å påvirke egen utvikling.

Vi bestreber oss på å møte eleven med respekt, åpenhet, omsorg og forståelse under faste rammer. Oppholdet på UK er primært for å ivareta ungdommens helsetilstand, og elevens motivasjon og vilje til skole og aktivitet er derfor sterkt vektlagt.

Vi ser på elevene som frie individer med en selvstendig tenkning. Det er derfor viktig for oss å støtte oss til samtaler med eleven. Vi etterstreber å være bevisst vår uttrykksform, stil og evne til både nærhet og distanse i samspillet med eleven. Gjennom jevnlig diskusjoner og refleksjoner med utgangspunkt i egnede situasjoner, jobber vi for å bli bevisst egen tilnærmingstil og utvikle våre kommunikasjonsferdigheter.

Skolens fysiske rammer

Skolen er et frittliggende bygg, tilknyttet klinikken via gangbro som brukes av elevene til og fra timer. Skolen inneholder gymsal, 3 undervisningsrom, formingsrom, musikkrom, avd.l kontor og lærerrom. Vi kunne ønske at undervisningsrommene var noe større, at vi hadde et spesialrom til, et møterom og et læreroppholdsrom. Lærerrommet fungerer i dag både som arbeidsrom, møterom og oppholdsrom.

Måten skolen er knyttet til klinikken på, fungerer fint da den markerer en tydelig forskjell på skole og klinikk, samtidig som den understøtter og letter det nære samarbeidet skole og klinikk skal ha rundt ungdommene.

Kartlegging / utredning / testing

Vi kartlegger elevens skolehistorie gjennom en formalisert skolesamtale ved innkost, og gjennom kontakt m hjemmeskole. Andre opplysninger, for eksempel vedrørende ungdommens helsetilstand og problematikk, får vi gjennom samarbeidet med klinikken.

Testing av ungdommene har vi så langt ikke jobbet videre med. Dette blir i stor grad besørget ved klinikken.

Rapporteringsrutiner

Det skrives daglig rapporter om den enkelte for internt bruk på skole og klinikk.

Skrives på BUPdata.

Disse inneholder observasjoner av elevenes funksjon, ut fra hva det tverrfaglige teamet rundt ungdommen tenker er viktig å observere ut fra innleggesgrunn.

Det skrives ellers pedagogisk rapport til skoler og andre instanser som har behov for dette i videre arbeid med ungdommen.

Disse rapportene inneholder beskrivelse av skoletilbud, faglig og sosial fungering under innleggelsen. De kan og inneholde forslag til tilrettelegging for ungdommen i eksisterende eller nytt skoletilbud.

Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen.

Hjemmeskolen blir nesten uten unntak informert om innleggelsen, gitt en informasjon om UK-skolen og alltid invitert til et samarbeid rundt eleven i liggeperioden. Fokus vil oftest være på tilrettelegging for vellykket tilbakeføring. Hjemmeskolen sitter med viten om ungdommens fungering som er verdifull for behandlings- og skoletilbud under oppholdet her.

Det blir drøftet med eleven i hvilken grad hjemmeskolen skal informeres om bakgrunn for innleggelsen og hvem som bør vite hva av lærere og elever. Eleven blir oppfordret til å være så åpen som mulig rundt dette.

Samarbeidet foregår for det meste pr tlf, men vi kan og bidra med veiledning eller informasjon til lærere og/eller elever ved eksisterende eller nytt skoletilbud.

Lærerrollen

Det stilles krav om 1.avd spes.ped. Ellers prøver vi til enhver tid på å ha god kompetanse i basisfagene matte, norsk og engelsk, og i musikk og forming.

Skolehverdagen

Faglighet kontra omsorg og veiledning.

I det daglig arbeidet med eleven blir det i stor grad tatt utgangspunkt i skolesamtalen vi har ved innkommst. Vi legger til grunn elevens oppfatning av egen skolegang, sin oppfatning av egen faglig og sosiale fungering, og ikke minst hvordan eleven ønsker å utnytte tiden på UK-skolen. Motivasjon og ønsker blir vektlagt når innholdet i tilbudet blir lagt. Dette ser vi i sammenheng med at det er nødvendig og naturlig for oss å vurdere elevens helsetilstand. Oppholdet ved UK skal i første omgang være til hjelp for elevens helsetilstand, og skolen er et tilbud hvor eleven kan vedlikeholde og følge opp hjemmeskolens planer, eller forberedes for videre skolegang/opplæring ut fra vår tilrettelegging.

Ungdom uten elevstatus

Ved klinikk og skole har vi en holdning om at skole er en del av behandlingsopplegget her. Dermed blir ungdommene gitt tilbud om, og oppfordret til skoleaktiviteter.

Det blir da tatt utgangspunkt i elevens interesser for å lage skolemotiverende aktiviteter tilpasset disse. En viktig del i dette arbeidet er motivering av eleven for videre skole/opplæring etter utskrivelse herfra.

Skolens aktiviteter

(Ikke dir knyttet til fag/læreplaner)

Vi benytter oss mye av de praktisk/estetiske fagene for å komme i posisjon til ungdommene. Bli kjent, og holde på daglige rutiner, gi mestringsopplevelser og motivere for å knytte arbeidet gradvis mer opp mot fag/læreplaner.

Organisering av undervisning

Undervisningen foregår mellom 9.15 og 14.45, men hovedtyngden er på skole fra 10-14, med lunsj på avd fra 11.30-12.30.

Skoletilbudets innhold og varighet er individuelt tilpasset.

Hver elev har sin kontaktlærer som har ansvar for arbeid rundt eleven i forhold til tverrfaglig team på klinikken, hjemmeskole og andre utenforliggende instanser.

I undervisningen vil eleven som oftest forholde seg til flere lærere.

I overkant av 2/3 av undervisningen skjer i grupper med fra 2-5 elever og 1-3 lærere, det resterende er eneundervisning.

Samarbeidsrutiner

Kontaktlærer her tar kontakt med hjemmeskolen ved inntak av ny elev. Vi etterspør skolehistorie, faglig og sosial fungering, evt. tilrettelegging, og fungering siste tid frem mot innleggelse. Vi presenterer Uk-skolen og inviterer til samarbeid rundt eleven under innleggelsen. Dette vil ofte bestå i at hjemmeskolen bistår oss i prioriteringer rent faglig, og drøftinger rundt tilrettelegging ved tilbakeføring. Heri ligger veiledning og rådgiving.

Kontaktlærer er en del av det tverrfaglige teamet som er rundt den enkelte ungdommen ved klinikken, og jobber gjennom dette opp mot utenforliggende instanser som BUP, PPT/OT og foresatte.

Teamarbeid

Skolen er delaktig i alle saker hvor skole/opplæring/aktivitetstilbud er tema, og kontaktlærer er da tilknyttet tverrfaglig team rundt ungdommen. Lærer er ansvarlig for å hente inn skoleopplysninger, ha skolesamtale m eleven hvor elevens egen skolehistorie og ønsker for tiden på Uk og for videre skolegang blir vektlagt. I samarbeid m teamet rundt ungdommen skal lærer bidra med å lage mål for skolegang under oppholdet. Lærer er ansvarlig for å lage et tilpasset skoletilbud under innleggelsen, og samarbeide med hjemmeskolen med tanke på tilrettelegging for vellykket tilbakeføring, evt annet skole/opplæringstilbud.

Kontaktlærer deltar som en del av teamet i alle møter internt på klinikken og med andre instanser som omhandler ungdommen.

1.3.4 Øvrige ressurser

1.4 Behandlingstilbudet

1.4.1 Type "omsorgsform"

Klinikken tilbyr døgnbehandling. I enkelte tilfeller tilbys også ettervern, enten i form av poliklinisk oppfølging; individualterapi og/eller miljøterapi.

1.4.2 Behandlingsideologi

Klinikken vektlegger en HELHETLIG forståelse av pasient og problematikk.

I dette inngår miljøperspektiv, individualterapeutisk perspektiv, familie- og nettverks-perspektiv, og skole.

Behandlingstilnærmingen er EKLEKTISK - ved at man utfra en helhetlig forståelse velger den type tilnærming som anses best egnet.

Klinikken har et psykodynamisk fundament, men har også kompetanse på nevropsykologi (spesialist), kognitiv terapi (og kognitiv/atferdsterapi), familie/nettverksterapi (herunder systemisk tilnærming) osv.

M.a.o. en bio-psyko-sosio-kulturell tilnærming.

Klinikken betrakter seg som et ledd i en kjede.

Kontakt med instansene utenfor blir derfor av største betydning i forhold til oppfølging etter utskriving. Arbeid med individuell plan er sentral i denne sammenheng.

1.4.2.1 Miljøterapi

Den miljøterapeutiske virksomheten på Uk er sammensatt og bygger på kunnskap fra flere fag- og teoriområder. Klinikkenes faglige grunnholdning er basert på en psykodynamisk tenkning. I tillegg kommer systemteori og et humanistisk menneskesyn klart frem i arbeidet med pasientene i avdelingene. Fokus på motivasjonsterapi og kognitiv atferdsterapi har vært en tendens i det miljøterapeutiske arbeidet på begge postene. Avdelingene vektlegger teoriperspektiver som er handlings- og relasjonsorienterte og som setter fokus på ressurser og mestring.

Strukturen på avdelingen danner grunnlaget for miljøterapien. Det målrettede endringsarbeidet krever at det er en planmessighet og systematikk i det som skjer, slik at muligheten for ny læring og mestring er tilstede. Miljøterapeutisk struktur handler om å tilrettelegge for nye positive erfaringer. Disse erfaringene tenkes å ha en overføringsverdi til livet utenfor Uk. Det legges både opp til aktiviteter internt på klinikken og i ungdommenes hjemmemiljø.

Ungdommer som er innlagt på Uk vil oppleve den miljøterapeutisk grunnstrukturen gjennom hele døgnet. I tillegg til de fysiske rammene er elementer som døgnrytme, faste måltider, husregler, planlagte møter, felles aktiviteter, skole, ukeplan, felles plikter og planlagte permisjoner en del av strukturen. Faste kontaktpersoner, felles holdninger hos personalet og avklarte tilsynsordninger er også med på å danne en forutsigbarhet i avdelingen. Tilpassede rammer bidrar til å skape orden og trygghet for den kriserammede ungdommen. Ytre struktur vil i en forvirringstilstand til en viss grad kompensere for indre kaos. En døgnbasert avdeling gir miljøterapeutene døgnbaserte observasjoner og kontinuitet i behandlingsopplegg. Dette skiller miljøterapien fra andre terapiformer ved klinikken.

Utover strukturen i avdelingen er relasjonen mellom ungdom og miljøterapeut utgangspunktet for endringsarbeidet. Det er i relasjonen balansegangen mellom omsorg og ansvar utformes. I relasjonen til den voksne skal ungdommen oppleve grenser, mestring og samspillsvariasjoner. Metodevalget forsøkes tilpasset ungdommenes ressurser, problemer og situasjon. Sammensatt og variert problematikk krever en fleksibilitet ift valg av verktøy og tilnærming. I den grad ungdommen er i stand til det, oppfordres han eller hun til å være deltakende i utformingen av målsettinger og tiltak i arbeidet. Å anerkjenne ungdommen ved å gyldiggjøre opplevelsene og følelsene han eller hun har, er sentralt i det relasjonelle arbeidet.

Empatisk kommunikasjon vektlegges i miljøterapien på Uk. Det betyr i første rekke at man i samspillet med ungdommen oppfatter ungdommens følelser. Dette for å gi støtte ift tristhet, redsel, sårhet, glede og iver. En empatisk kommunikasjon handler imidlertid også om å forholde seg til følelser hos ungdommen som kan være vanskelig å forene med miljøterapeutens ønske om å bety noe positivt og å være til hjelp. Å formidle forståelsen av ungdommens følelser, tanker eller atferd på en god og hensiktsmessig måte, er en viktig del av arbeidet i avdelingene. Nærhet og avstand, respekt og nysgjerrighet blir dermed sentrale elementer i den miljøterapeutiske virksomheten. Dette krever at personalet drøfter erfaringene og gir hverandre støtte og korrigerende ift de valg man tar.

Miljøterapeutene blir veiledet av ekstern offentlig godkjent veileder. Avslutningen på hver vakt brukes dessuten til en debriefing i personalgruppa til dette formålet.

1.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter

Psykologer og leger har behandlingsansvar for pasienten ved Uk. Som behandlingsansvarlig er man leder av miniteam. Man har koordineringsansvar og ansvar for fremdrift i saken, for utredning og behandling.

Behandler har individualsamtaler med pasienten. Psykologen tester også pasientene etter behov og problemstilling, jmf. pkt. 1.4.7. Utredningsmetoder. Klinikken har også et gruppebehandlingstilbud. Dette er temabasert. Pr.d.d. selvskadingsproblematikk.

1.4.3 Tilbud i avdelingen

Det arbeides i team rundt hver pasient – **miniteam**. Teamet består av to miljøterapeuter (særkontakter), individualterapeut, lege, familierapeut, og lærer fra skolen.

Miniteam finner sted en gang pr. uke. Her tas beslutninger som angår forståelse, og behandling.

For pasienter som er innlagt ved klinikken over tid, blir det også avholdt behandlingsmøter der man drøfter spesielle problemstillinger knyttet til forståelse, og tiltak.

Det finnes også dags- og ukeplaner for virksomheten i avdelingen. Det er en fast rytme og rutine i når ungdommene står opp, når de spiser frokost, når de er på skole, spiser lunsj etc. I utgangspunktet forventes det at ungdommene følger dette. Det legges også opp til fysisk aktivitet, og ulike slag av sosial trening som for eksempel kino, bowling og kafèbesøk. Hvis mulig og ønskelig, følger ungdommene opp sine vanlige aktiviteter på ettermiddags- og kveldstid. Disse planlegges på pasientenes faste "husmøte".

1.4.3.1 Medikamentell behandling

"Medikamentell behandling inngår, på lik linje med individualterapi og miljøterapi, i behandlingstilbudet ved klinikken. Imidlertid kan man si at vi er tilbakeholden med bruk av medikamenter.

Det er nevroleptika og antidepressiva som er de to mest brukte medikamentgruppene.

Når det gjelder nevroleptika ble Zyprexa mest foreskrevet tidligere, nå brukes Zeldox i økende grad, i noen tilfeller benyttes depot-preparater, fortrinnsvis Risperdal Consta. Nevroleptika brukes der det er klare indikasjoner på at pasienten er psykotisk.

Risperdal har blitt benyttet forsøksvis på pasienter som ikke er psykotiske, men har lav impuls kontroll og stor aggressivitet.

Nozinan blir gitt i en viss utstrekning på ikke-psykotiske pasienter, som et beroligende middel.

Antidepressiva blir benyttet, også på pasienter med OCD, og forsøksvis på pasienter med anorexia" (KW).

1.4.4 Møte- og samarbeidsformer

1.4.4.1 I avdelingen

Det er utarbeidet møteplaner, på både dags- og ukenivå.

Begge avdelinger har samme type og antall møter, men til noe forskjellige tidspunkt.

Avdelingene har møtestruktur som binder de ulike gruppene sammen

Disse er:

Rapport – hver vakt starter med rapport, og avsluttes med "debriefing" for miljøpersonalet. Fagstab er tilstede ved morgenrapport.

Miniteam – avholdes en gang pr. uke pr. pasient

Behandlingsmøte – avholdes hver 14. dag

Personalmøte – avholdes ca hver 6. uke.

Miljømøte – avholdes ukentlig.

Veiledning – avholdes ukentlig.

Fagmøte – avholdes hver 14. dag

Ledermøte – avholdes hver uke.

I tillegg møtes avdelingslederne fast 1. gang pr. uke med overmiljøterapeut.

1.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter

Seksjonsoverlegen deltar jevnlig i administrasjonsmøter, på høyre nivå i helseforetaket.

I de enkelte pasientsaker er det hyppig kontakt og møtevirksomhet med lokale BUP-poliklinikker og eventuelt andre instanser; somatiske sykehusavdelinger, psykoseteam, barnevern, PLO (pleie og omsorg) med flere.

Møtene er ikke institusjonaliserte, men pasientbaserte.

1.4.5 Skjerming og grensesetting

Grensesetting gjennomføres ved for eksempel holding, og føring inn på rom.

Ved skjerming benyttes en av de to skjermingsenhetene ved klinikken. Skjermplassene benyttes både for å skjerme pasienten fra stimuli – ved psykose, og for å skjerme medpasienter og personale - ved trusler og angrep.

1.4.6 Bruk av tvang

I tillegg til de to skjermingsenhetene, finnes to isolat med belteseng. Bruk av belter, og isolat er også regulert i lover og forskrifter. Det samme gjelder tvangsmedisinering.

Bruk av tvangsmidler føres i egen tvangsmiddelprotokoll.

1.4.7 Inntak

1.4.7.1 Kriterier

a) Akuttinnleggelser

Akuttinnleggelse – skjer uten mulighet til forberedelser slik det er ved inntak av utredningspasienter.

Ved akutt innleggelse – tilstrebes et møte i miniteam (behandler, 2 særkontakter fra avd., familiekonsulent, rep. fra skole) snarest mulig, helst samme dag eller dagen etter. I miniteam utarbeides en behandlingsplan og et behandlingsmål.

Det samme skjer ved elektive innleggelser, mens man tilstreber stor grad av planlegging i forkant av utredningssaker.

b) Elektive innleggelser / (halv)-styrte innleggelser

Innleggelser – der man i samarbeid med innleggende instans – prøver å utsette en innleggelse til neste dag, evt over helgen. Dette for å gi pasienten og avdelingen anledning til å gjøre nødvendig forberedelser – og evt vurdere igjen om krisen klinger av.

c) Utredninger

Der pasienter tas inn etter søknad – til utredningsopphold for 4-6 uker.

Det er oftest bup-poliklinikk som er henvisende instans på dagtid.

På kveld/natt og helg er det oftest legevakt som henviser.

1.4.7.2 Inntaksprosedyre

Dersom kriteriene for øyeblikkelig hjelp er tilstede, tas pasienten inn så snart dette er gjennomførbart i forhold til belegg og personale. Når pasienten kommer til klinikken blir han/hun tatt i mot av lege/psykolog, og minst ett miljøpersonale. Her tas opp anamnestiske opplysninger, alle nødvendige skjemaer fylles ut, og pasienten blir informert om kontrollkommisjonen og muligheten for å klage på fattede vedtak.

Alle pasienter blir sendt til blodprøve-/urinprøvetaking første virkedag etter inntak, hvor en bl.a. tester for rusmidler.

1.4.8 Utredningsmetoder

Det benyttes skjemaer, tester og standardiserte intervju m.m.

- SCL-90-R
- MMPI-A
- WISC-III
- WAIS
- Nevropsykologiske tester
- Becks depresjonsskala
- PANNS
- CBCL
- ADES
- Rorschach
- Raven

Det legges også stor vekt på den kliniske vurderingen både fra individual- og miljøterapeutens side.

1.4.9 Utskriving

1.4.9.1 Kriterier

Kriterier for utskrivning er at øyeblikkelig-hjelp fasen er slutt, eller at utredningsoppholdet er ferdig. I praksis spiller også andre forhold inn; det dreier seg for eksempel om kapasitet i post, og om tilbudet som er etablert (under etablering) i etterkant.

1.4.9.2 Utskrivingsprosedyre

Utskriving fra Ungdomspsykiatrisk klinikk foregår i samarbeid med pasient, og foreldre/foresatte.

Behandler avslutter oppholdet med en utskrivningssamtale med pasient. Epikrise utformes og sendes henvisende instans. Har dette vært legevakten, vil det imidlertid være aktuelt å i tillegg sende epikrise til for eksempel fastlege og/eller bup-poliklinikk.

Det miljøterapeutiske arbeidet avsluttes med miljørapport.

1.4.10 Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving

- Klinikken tar imot studenter fra følgende utdanninger; sykepleie/barnevernpedagog og vernepleier.
- Miljøpersonalet har fast ekstern veiledning 1,45 time annenhver uke.
- Psykologer som ikke er spesialister, og leger i assistentlegetillinger mottar også ukentlig veiledning.
- Kurs i konflikthåndtering følges opp med trening en gang pr. uke.
- Begge poster, og støttefunksjonene har to fagdager pr. år, der man tar opp aktuelle temaer.

1.5 Samarbeidspartnere

1.5.1 Innad i BUP-systemet

Bup-poliklinikker i Akershus fylke (jfr. pkt. 1.2.2.).

Bråten behandlingshjem og skole, har 16 plasser (8 dag, og 8 døgn), og dekker aldersgruppen 12 – 18 år.

Bjerketun behandlingshjem, har 26 plasser, og dekker aldersgruppen 12 – 18 år.

Østbyttetunet behandlingshjem og skole, har 22 plasser, og dekker aldersgruppen 6 – 14 år.

1.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

Klinikken har et nært samarbeid med andre deler av psykisk helsevern/barnevernet utfra enkeltstående pasienter.

1.5.3 Mot somatiske sykehus

Klinikken har også et nært samarbeid med somatiske sykehus på lik linje med pkt. 1.5.2.

1.5.4 Mot kommuner/bydeler

Jfr. Pkt 1.5.2.

1.6 Pasientdata 2004

Tabell 1.1 Noen kjernetall:

Beleggsprosent:	70,61 pr. 16 plasser (80,70 pr. 14 plasser)
Totalt antall liggedøgn	4124
Gjennomsnittlig liggedøgn	41,41
Antall episoder	81 nye episoder
Antall reinnleggelser	21

TABELLER:

Tabell 1.2 Oversikt saker:

Tatt imot	94
Avslag pga kapasitet	1
Avslag faglig grunn	6
Vurdering foreløpig	1
Ubesvart	3

Av totalt 94 pasienter tatt i mot, er 13 overført fra 2003.

Tabell 1.3 Kjønn/alder.

	Jente	Gutt	Total	Prosent
13	2		1	
14	7	3	8	7
15	12	9	20	19
16	24	7	27	25
17	22	10	37	35
18	6	2	12	11
20		1	105	100

Her er kommet inn en som kommer ut med 20 år, dette er søker som ble avvist pga for høy alder.

Tabell 1.4 Henvisende instans.

Lege	37
Somatisk sykehus	11
Annen somatisk helsetjeneste	3
BUP poliklinikk/avdeling	42
Voksenpsykiatri	2
Psykolog/psykiater privat	2
Hjelpetjenesten for barn/unge	1
Ubesvart	7
Total	105

Tabell 1.5 Viktigste henvisningsgrunn barnet.

Autistiske trekk	1
Psykotiske trekk	19
Suicidalfare	45
Hemmet adferd	2
Angst/fobi	3
Tvangstrekk	3
Tristhet/depr/sorg	13
Atferdsvansker	4
Hyperaktiv/konsentrasjonsvanske	1
Syn/hørselsproblem	1
Spiseproblem	10
Andre somatiske symptomer	1
Annet	2

Tabell 1.6 Inntil 3 henvisningsgrunner barnet.

Autistiske trekk	2
Psykotiske trekk	26
Suicidalfare	51
Hemmet adferd	4
Angst/fobi	11
Tvangstrekk	8
Tristhet/depr/sorg	38
Skolefravær	5
Atferdsvansker	9
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	1
Syn/hørselsproblem	1
Spiseproblem	14
Andre somatiske symptomer	1
Annet	7

Tabell 1.7 Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø.

Avvik relasjoner i familien	12
Psykisk forstyrrelse i familie	6
Avvik kommunikasjon i familie	3
Avvikende sider oppdragelsen	4
Avvikende nærmiljø	7
Akutte livshendelser	3
Belastende hendelser oppvekst	3
Ingen åpenbar forstyrrelse	1

Tabell 1.8 Hjemmel for innleggelse.

Lov om psyk. helsev. §2-1	60
Lov om psyk. helsev. §2-2.1	12
Lov om psyk. helsev. §3-1	2
Lov om psyk. helsev. §3-6	8
Lov om psyk. helsev. §3-7	2
Lov om psyk. helsev. §3-8	13
Lov om psykisk helsev. §5	1
Ubesvart	7
Total	105

Tabell 1.9 Foreldreretten.

Mor og far sammen	64
Mor	31
Far	5
Annet	3
Ubesvart	2

Tabell 1.10 Omsorgssituasjon.

Hos begge foreldrene	38
Pendler mellom mor og far	8
Bor hos en av foreldrene	33
En foreldre og samboer	11
Bor i fosterhjem	1
Bor på institusjon	7
Bor alene	1
Annet	3
Ubesvart	3

Tabell 1.11 Barnevernets rolle ved henvisning.

Arbeider ikke med saken	80
Rollen ikke fastlagt	4
Undersøkelser §4.3	2
Hjelpetiltak §4.4	4
Frivillig plassering §4.4	6
Omsorgsovertak §4.12/4.8	1
Akuttvedtak §4.6	2
Tatt foreldreansvar §4.20	1
Ubesvart	5

Tabell 1.12 Diagnose ICD 10 Akse 1.

F155	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av a. stim. psykot. lid.	1
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	1
F320	Mild depressiv episode	1
F329	Uspesifisert depressiv episode	2
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning	1
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	1
F500	Anorexia nervosa	1
F849	Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	1
F932	Sosial angstlidelse i barndommen	1
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	1
Z039	Observasjon ved mistanke om uspes. sykdom eller tilstand	1
Ubesvart		37

Tabell 1.13 Diagnose ICD 10 Akse 2.

999	Ukjent	10
F88	Andre psykiske utviklingsforstyrrelser	1
F89	Uspesifiserte psykiske utviklingsforstyrrelser	1
Ubesvart		37
Total		49

Tabell 1.14 Diagnose ICD 10 Akse 3.

3	Normal intelligens	3
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	1
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	1

99	Ukjent	7
	Ubesvart	37
Total		49

Tabell 1.15 Diagnose ICD 10 Akse 4.

0	Ingen	1
999	Ukjent	4
Q676	Pectus excavatum	1
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	5
	Ubesvart	38
Total		49

Tabell 1.16 Diagnose ICD 10 Akse 5.

0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	4
1	Avvikende relasjoner innen familien	1
5.1	Avvikende foreldresituasjon	6
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	1
	Ubesvart	37
Total		49

Tabell 1.17 Diagnose ICD 10 Akse 6.

1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	1
2	Lett sosial forstyrrelse	1
3	Moderat sosial forstyrrelse	4
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	4
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	1
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	1
9	Ukjent	1
	Ubesvart	36
Total		49

Tabell 1.18 Barnevernets rolle oppdatert

Arbeider ikke med saken	80
Rollen ikke fastlagt	3

Undersøkelser §4.3	1
Hjelpetiltak §4.4	4
Frivillig plassering §4.4	6
Omsorgsovertak §4.12/4.8	1
Akuttvedtak §4.6	2
Tatt foreldreansvar §4.20	1
Ubesvart	7
Total	105

Tabell 1.19 Hva skjedde etter avslutning.

Tilbake til henviser	22
Henvist annen instans	42
Annet	21
Ubesvart	20

2 Akuttpost for ungdom Bodø. Avdelingsbeskrivelse



Besøksadresse: Kløveråsveien 1

Postadresse: 8092 Bodø

Telefon: 75501844

Telefax: 75501948

Kontaktpersoner: Gunnar Jensen, Kjersti Syversen, Frank Ivar Nohr

Emailadresser: gjn@nlsh.no, ksy@nlsh.no, fin@nlsh.no

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Gunnar Jensen, Kjersti Syversen og Frank Ivar Nohr, Akuttpost for ungdom Bodø. Før bruk av tekst eller tall må forfatter kontaktes.

2.1 Lovverk

APU's drift er regulert av offentlige lover og forskrifter.

2.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

2.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Akuttpost for ungdom (APU) tilhører helseregion nord. APU er en del av BUPA systemet ved Nordlandssykehuset, som for øvrig består av Ungdomsavdelingen, Familieavdeling, Nevroenheten, Team for spiseforstyrrelser, Autismeenheten, og poliklinikken for Bodø (BUP-YS) og Fauske (BUP-IS). Se for øvrig vedlagt organisasjonskart sist i rapporten.

Akuttposten er en lukket post med Ø-hjelpsplikt.

Rehab 2 Nordlandssykehuset er ikke en del av BUPA, men målgruppen er unge schizofrene ned til 16 år. Psykoseteamet (Del av voksenpsykiatrisk poliklinikk) har i enkelte tilfeller behandlet ungdom under 18 år.

Akuttposten tok ikke imot innleggelser i perioden 25.01-15.03. Dette grunnet ombygging/tilførsel av eget skjermingsavsnitt i henhold til forskriftenes krav. Driften var organisert som et poliklinisk ambulant tilbud. Vi er kjent med at 3 ungdommer ble innlagt voksenpsykiatriske avdelinger ved NLSH i ombygingsperioden.

2.2.2 Opptaksområde

Nordland fylke, men vi har også hatt enkelte innleggelser fra Troms og Finnmark. Befolkningstallet i Nordland er 237570 pr 01.01.04. Landareal er 36 434 km². Befolkningstetthet er 6.5 innbyggere pr km².

2.2.3 Målgruppe

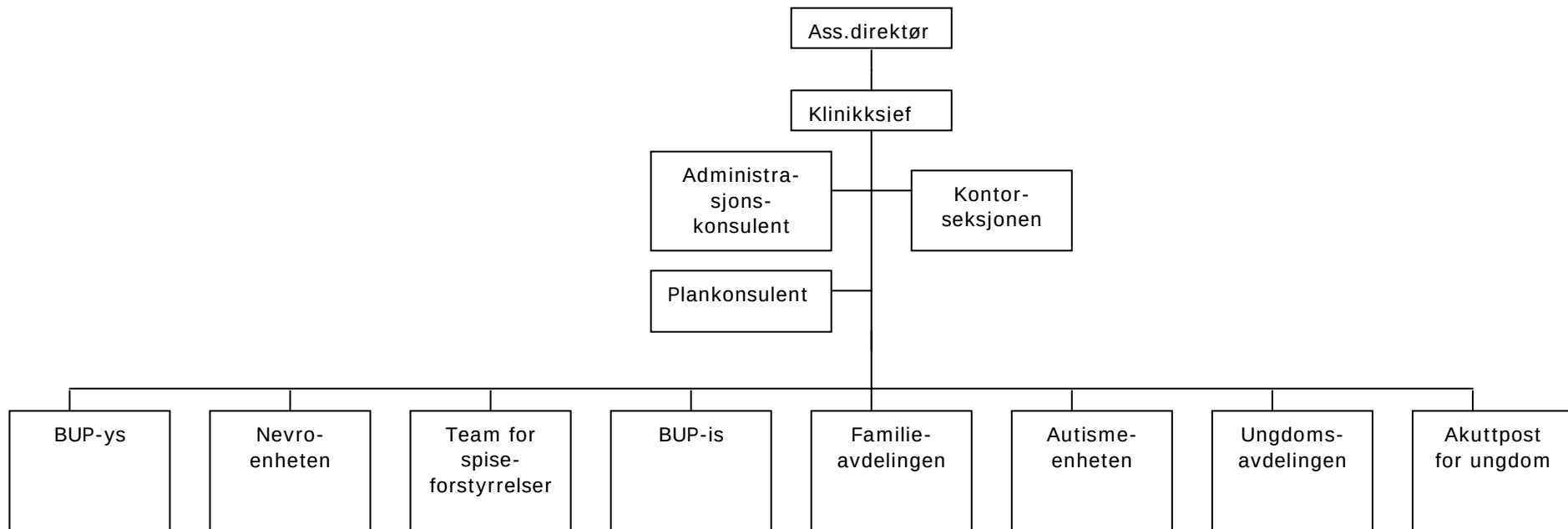
Psykoseproblematikk og Alvorlig depresjon med suicidalfare i aldersgruppen 15-18 år. Disse tilstandene prioriteres. I praksis er problematikk ofte variert og sammensatt. Hovedsaklige diagnoser har dreid seg om affektive lidelser og nervøse/stressrelaterte tilstander. Av innlagte ungdommer er fortrinnsvis suicidalfare oppgitt som registrert "første innleggelsesgrunn". Vi har tidvis ungdommer under 15, unntaksvis over 18 år etter spesielle vurderinger.

Vi tar også i mot ungdom på utredningsopphold.

2.2.4 Funksjon

Ø-hjelp plikt for ungdom i Nordland fylke.

ORGANISASJONSKART BUPA



2.3 Ressurser

	Trondheim	Akershus	Bodø	Drammen	Ullevål
Målgruppe	12 – 17	12 – 17	15 – 17		13 - 17
Budsjett (sum)			12.023.200		
Regnskap (sum)			12.801.315		
Vikarlønn/ ekstrahjelp			1.734.864		
Post			7.625.762		
Stab			2.934.689		
Merkantil					
Årsverk stab planlagt			6,15		
Årsverk Stab faktisk			6,15		
Antall ansatte staben totalt			6,15		
Årsv. Overleger			2		
Årsv. Psyk-spes			2		
Årsv. ass-leger			.		
Årsv. Psykologer			1		
Årsv. fam-terapi			1		
Årsv. Andre					
Årsverk Miljøet planlagt			22,5		
Årsverk Miljøet faktisk					
Antall ansatte miljøet totalt			26		
Årsv. Sykepl			10		
Årsv. Vernepleier			2		
Årsv. sosionomer			3		
Årsv. pedagoger			2		
Årsv. bv-pedagoger			8		
Årsv Andre/			0		
Kjøkkenassistent			1		
Tilleggsutdanning i miljøet totalt					
Miljøterapi			4		
Familieterapi			0		
Psykisk helsearbeid			7		
Rus			0		

	Trondheim	Akershus	Bodø	Drammen	Ullevål
Målgruppe	12 – 17	12 – 17	15 – 17		13 - 17
Veilednings-/ konsultasjonteknikk					
Andre/psyk spl			5		
Antall ekstravakter			40		
Årsverk ekstravakt					
Årsverk kontor			1		
Andre (vaktmester, kokk etc)					
Senger			6-8		
Skjermt/krise			1		
Isolat			0		
Fam-leilighet			2		
Pas-hotell			Ja		
Nyhenviste			84		
Tatt imot			78		
Alle i 2004			85		
Innleggelser			85		
Antall forskjellige pasienter					
Liggedøgn			1618		
Gj.snittlig liggedøgn			22		
Beleggsprosent			88,1		
Sendt til VOP					
Sendt til BK					
Befolkningstall					
I målgruppa					
12 – 17					
Opptaksområdet			36 434		

2.3.1 Bygningsmessige

Akuttposten er et eget bygg på sykehusområdet, med avdeling, samtale/møterom/vaktrom og skole i andre etasje, resepsjon, stabskontorer og leiligheter for pårørende i 1 etasje. Samlet brutto areal er 1000m².

Antall pasientrom er 6 pluss en skjermet enhet.

Det er 2 pårørendeleiligheter som deler kjøkken.

Ungdom har også bodd i pårørendeleilighet sammen med foreldre etter vurdering av hvorvidt dette er behandlingsmessig formålstjenlig. Ellers kan pårørende benytte seg av hotelltilbud fra sykehuset.

2.3.2 Skoleressurser

Skolen ved APU har tre spesialpedagoger i full stilling. Skolen er lokalisert i samme bygg og etasje som avdelingen.

2.3.3 Øvrige ressurser

Forskning og videreutdanning:

Midler fra ABUP: søkes primært for spesialistutdanning og videre-/ etterutdanning for miljøterapeuter og sykepleiere.

Midler fra NLSH: Søkes for videre og etterutdanning.

Midler til eksterne kurs, fordelt til ulike avdelinger, APU har 108000 for 2004.

Midler til kompetanseheving fra NLSH, 500000 fordeles BUPA og Barneavdelingen, 500 000 kr kan søkes.

2.4 Behandlingstilbudet

2.4.1 Type omsorgsform

Avdelingen gir hovedsaklig døgntilbud. I spesielle tilfeller og etter vurdering kan det gis et dagtilbud eller at behandler følger opp ungdom poliklinisk for en kortere periode.

2.4.2 Behandlingsideologi

Behandlingsideologi baserer seg på en eklektisk tenking der bio-psyko-sosio-kulturelle aspekter ivaretas i en helhetlig forståelse av problematikk. Nettverksorientert tenking og miljøterapi er essensielt. Parallelt med behandling av inneliggende ungdom jobbes det med eksterne samarbeidspartnere med tanke på ettervern og kontinuitet i behandlingskjeden. I mange tilfeller gis en kombinasjon av medikamentell behandling og samtaleterapi. Problematikk er gjerne sammensatt, og fokus og tiltak i behandlingen vil velges utifra hva som synes egnet i den enkelte sak. Behandlingen består både av individualsamtaler, familiesamtaler, miljøterapi, psykofarmaka og nettverksarbeid. APU har i økende grad fokusert på familie- og nettverksarbeid. Familieleilighetene brukes kontinuerlig. Foreldre og søsken til innlagte ungdommer gis oftere enn før et familieterapeutisk tilbud under oppholdet her.

Hovedprosessen i vårt arbeid kan generelt sies å bestå av kartlegging/utredning, diagnostisering, behandling og planlegging av oppfølging etter utskrivelse.

2.4.2.1 Blant miljøpersonalet

Postens miljøterapeuter har i de senere år hatt et spesielt fokus på å beskrive og utvikle miljøterapien. Dette ble presentert på et dagsseminar våren 2003, der APU inviterte representanter for lokale Bup'er og lokalt barnevern i Nordland til Bodø.

Vi har i denne prosessen utarbeidet en definisjon på miljøterapien på posten; "Miljøterapien på akuttpost for ungdom er et terapeutisk arbeid som på en systematisk måte har som mål å legge forholdene til rette for nye erfaringer.

"Det er en behandlingsform som benytter samtaler, aktiviteter, og som i stor grad har fokus på ressurser og her – og – nå – situasjoner. Dette i forhold til den enkelte ungdom, dennes familie og nettverk, men også i forhold til gruppen av ungdommer som er innlagt i avdelingen."

Mange ungdommer som kommer til APU er ofte i en krise der verden rundt oppleves som kaotisk, noe som igjen kan være med på å skape opplevelsen av indre kaos. Vi har erfart at det er viktig å tilby disse ungdommene en strukturert hverdag når de kommer til avdelingen. Den miljøterapeutiske grunnstrukturen har fokus på at ungdommene skal ha en normal døgnrytme i avdelingen, at de skal gå på skole under oppholdet, delta på samtaler, møter og felles aktiviteter. Det ligger også en forventning fra personalet til ungdommene om at de følger avdelingens regler og rutiner.

Det lages en individuell behandlingsplan for hver ungdom. Behandlingsplanen lages ut i fra hver enkelts ungdoms ressurser og behov.

Det er ønskelig at ungdommen er delaktig i utarbeidelse av behandlingsplan for oppholdet i samarbeid med teamet. Miljøterapeutiske tiltak vil være individuelt tilpasset den enkelte ungdoms problematikk.

Arbeidet med å utvikle miljøterapien har fortsatt i hele 2004. Arbeidet ferdigstilles i løpet av 2005.

2.4.2.2 Blant stabspersonalet/individualterapeuter

Stabskontakt står som saksansvarlig. Lege har et spesielt ansvar for medisinsk oppfølging og legeundersøkelse ved avdelingen. Tverrfaglighet er sentralt og vi samarbeider om utredning og behandling av pasientene i den grad det er hensiktsmessig.

2.4.3 Tilbud i avdelingen

Hver pasient får et behandlingsteam med to miljøterapeuter, en lærer og en fra stab. Behandlingen planlegges og koordineres i behandlingsteamet. Skolen jobber i forhold til utredning av skoleproblematikk og tilrettelegging på lokalskoler/arbeid. En lærer fra skolen deltar på morgenmøtet hver dag. Så langt det er mulig jobber ungdommene med pensum fra sin lokale skole også her.

Stab har individualsamtaler, familiesamtaler og nettverksmøter. Miljøterapeut fra teamet er som regel tilstede i samtalene. I noen saker blir det satt opp faste samtaler med miljøpersonal uten stabskontakt tilstede.

Avdelingen startet høsten 2004 med ukentlig samtalegruppe, som en del av det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Tema i gruppen er i utgangspunktet "her og nå" fokusert.

Det er et ettermiddagsmøte hver dag i miljøet der alle ungdommene og personalet på vakt deltar. Dagens program/aktiviteter avklares, og ungdommene kan ta opp problemstillinger fra miljøet som opptar dem. Aktiviteter på huset kan være turer ute i skog og mark, klatring, kino, bowling etc. Det er også et "ukestart" møte mandag 13.30-14.00 der ungdom og miljøpersonal på vakt planlegger ukas aktiviteter.

Fellesturer hver onsdag ettermiddag er i utgangspunktet obligatorisk. Avdelingen drar gjerne på fellestur i løpet av helga.

Avdelingen disponerer også gymsal flere timer i uka. Ungdommene lager som regel mat lørdag. Avdelingen har og et aktivitetsrom (maling, osv). Videre har vi et bordtennisbord og diverse spill.

2.4.3.1 Medikamentell behandling

Psykofarmaka er gitt ved 32 av innleggelsene i 2004, mens 44 av ungdommene ikke er medisinerter. I øvrige saker er medisin gitt sporadisk (eks. Innsøvningspreparater).

2.4.3.2 Skoletilbudet

Skolens pedagogiske grunnsyn/ elevsyn/lærersyn: Skolen arbeider for vekst, utvikling og læring hos elever ut i fra et helhetsspektiv. Vi forsøker å møte den enkelte elev der han/hun befinner seg og legge forholdene til rette for trygghet, trivsel og mestring.

Skolens fysiske rammer:

Skolens beliggenhet

Skolen ligger som en egen enhet i samme bygning som resten av avdelingen.

Positive sider ved skolens beliggenhet:

Muliggjør et tett og nært samarbeid med hele posten. Lettere å få elevene til å være på skolen. Bruker lite ressurser til å samordne skoleveien for elevene. God oversikt over hvor elevene befinner seg til enhver tid. Lettere å organisere og samordne skolens opplegg og postens opplegg (samtaler, behandling med mer) i løpet av dagen.

Negative sider ved skolens beliggenhet:

Vi føler at skolens beliggenhet er svært gunstig i forhold til den elevgruppen vi har.

Kartlegging/utredning/testing:

Hvilke testverktøy brukes?

KOAS – kartlegging av ordavkodningsstrategier

Kartleggingsprøve matematikk 8., 9. og 10 klasse. PP-tjenestens materiellservice

Kartlegging av leseferdighet 7. og 9. klasse. Nasjonalt læremiddelsenter

Diagnostisk lese-/skriveprøve2. Kåre Johnsen

Elevens selvrapport. PP-tjenestens materiellservice

Hvem utfører testene?

Alle tre lærere

Finnes det rutiner for når testene skal tas?

Dette vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle.

Rapporteringsrutiner:

Hvilke rapporter skrives?

Dagboknotater om hver enkelt ungdom i BUP-data

Skolerapport etter avsluttet opphold

Diverse rapporter ved behov (vedlegg til søknader ang. videre skolegang)

Hvem sendes rapportene til?

Dagboknotatene lagres i Bup-data.

Skolerapporten sendes til elevens hjemmeskole

Eventuelt Inntakskontor, PPT

Hva er rapportens innhold?

Dagboknotatene omhandler hva ungdommen har gjort i løpet av dagen, og hvilke observasjoner vi har gjort.

Skolerapporten gir en oversikt over hva eleven har arbeidet med, hvordan eleven har fungert på skolen og oppmøte på skolen.

Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen:

Hvilken informasjon gis til klasse og hjemmeskole?

Hjemmeskolen ved rektor eller kontaktlærer kontaktes så snart som mulig etter innleggelsen. Informasjon til klassen diskuteres med elevene i hvert enkelt tilfelle. De fleste ønsker at vi skal besøke klassen og informere om Akuttposten, noe vi også gjør.

Lærerollen:

a) Kreves det spesielle krav til utdanning for skolens lærere?

Ja

b) I tilfelle ja, hvilke?

Det foretrekkes lærere med spesialpedagogisk utdanning, men dette kravet er ikke absolutt. Det vektlegges også erfaring fra tidligere arbeid i skolen.

Skolehverdagen:

a) Hvordan vektlegger skolen faglighet kontra omsorg og veiledning?

Skolen hovedoppgave er å tilrettelegge for opplæring, samtidig som vi forsøker å vise forståelse for den situasjonen elevene er i. Mange ganger ser vi at en myk og forsiktig tilnærming til opplæringen er helt nødvendig. Å legge til rette for opplæring og gi omsorg og trygghet ser vi ofte går hånd i hånd.

Ungdom uten elevstatus:

a) Hvilke tilbud gis til dem?

De får også tilbud om å komme på skolen. Det kan tilrettelegges for alternative aktiviteter og hjelp til å søke videre skolegang dersom de ønsker det.

Skolens aktiviteter:

a) Har skolen muligheter til å legge til rette for aktiviteter som ikke er direkte knyttet til fag/læreplaner?

Ja, selv om skolens hovedoppgave er å gi opplæring er det også rom for å legge til rette alternative aktiviteter.

Organisering av undervisning:

a) Har dere eneundervisning eller flere sammen?

Vi har både eneundervisning og flere sammen alt etter behov.

b) Foregår undervisningen til bestemte tidspunkt?

Skolen har en fast timeplan på 22 undervisningstimer i uken. Innenfor denne timeplanen organiseres opplæringen for den enkelte elev individuelt.

c) Har dere enkelttimer, timer etter avtale, ettermiddags- /kveldsundervisning?

Ved behov kan det avtales enkelttimer med den enkelte elev. Vi har ikke ettermiddags- eller kveldsundervisning.

Samarbeidsrutiner:

a) Hvilke samarbeidsrutiner har man mellom institusjonens skole og hjemmeskolen/foresatte/PPT/OT- tjenesten?

Vi tar kontakt med rektor eller kontaktlærer så snart som mulig etter innleggelse. Vi holder løpende kontakt under hele oppholdet. Vi har også møter med hjemmeskolen.

Vi kartlegger ofte skolehistorien, og da er det naturlig å kontakte PPT, foresatte og andre samarbeidspartnere.

Teamarbeid:

a) Skolens rolle i teamarbeidet på institusjonen

Skolen deltar hver dag på morgenmøtene. De er også med i teamene rundt den enkelte ungdom. Vi deltar også på institusjonens undervisning, planleggings- og evalueringsdager.

2.4.4 Møte og samarbeidsformer

2.4.4.1 I avdelingen

Morgenmøte/rapport 08.30-09.30, daglig. Stab, miljø og lærere deltar.

Rapport ved vaktskifte, daglig.

Personalmøte/prosessmøte, vekselvis hver mandag 14.00-15.00.

Undervisning 14.00-15.00 hver onsdag.

Stabsmøte, en time ukentlig.

Teammøter etter behov.

Evaluerings av utvalgt pasient, utvidet morgenmøte onsdag etter rapport til 10.00

Miljømøte hver onsdag kl 10.15-11.00. Alt miljøpersonell på jobb den dagen deltar.

2.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter.

APU har utstrakt samarbeid med kommunal førstelinjetjeneste ved de lokale barnevernstjenestene og helsevesenet for øvrig (kommuneleger, helsesøstre, PPT-kontor etc.), fylkeskommunal andrelinjetjeneste (spesielt ved fylkets 8 lokale BUP-klinikker), fylkeskommunal tredje-linjetjeneste (Ungdomsavdelingen og Familieavdelingen tilknyttet NSS avdeling psykiatri), medisinsk og barne-avdelingen ved NSS avd. somatikk, samt Statens familie- og barnevern i Nordland. Aktuelle samarbeidsinnstanser vil være avhengig av problematikk hos ungdommen. Dette vil bli vurdert i løpet av oppholdet. APU har faste møter med Statens barn og familievern og ungdomsavdelingen BUPA på ledernivå.

Nevroteamet prioriterer ungdom som er innlagt på posten. Dette gjelder også somatisk sykehus. Ungdommene som innlegges her har ofte allerede et tilbud fra hjelpeapparatet (BUP, primærlege, barnevern). Sentralt er å innhente informasjon av hva som er gjort av tidligere utredninger og tiltak fra nettverket. Instanser som følger opp klienten lokalt kan eventuelt innkalles til et nettverksmøte. Etter vurderinger og praktiske muligheter kan lokal behandler i noen tilfeller delta i samtaler på akuttposten. Ungdom som ikke har et tilbud før innleggelse vil prioriteres i 2 linja med hensyn på videre oppfølging. Det avholdes nettverksmøter der lokalt behandlingsapparat og familie innkalles, eller at akuttposten reiser ut til lokalt behandlingsapparat. I de fleste tilfeller vil det bli avholdt et utskrivelsesmøte med lokale hjelpeinstanser og foreldre deltar. Skolen på APU og hjemmeskolen deltar ofte på

møtene etter vurdering. Skolen har også egne møter med hjemmeskole. For øvrig kan de reise ut til lokale skoler og informere klassen til innlagte ungdommer om akuttposten og generelle problemstillinger om ungdom og psykiske lidelser. Dette etter avtale og drøfting med den aktuelle ungdom som er innlagt i APU.

Ledelsen deltar i administrative møter med høyere nivåer innenfor helseforetaket.

2.4.5 Skjerming og grensesetting

APU manglet skjermingsavsnitt og har drevet på dispensasjon fra forskriftenes krav fram til 15. mars 2004. Ombygging av posten for å innfri kravene startet 25. januar 2004, posten var i ombygningsperioden stengt. Besøksrommet har fungert som skjermet avsnitt og som vanlig hybel når det er flere en 6 ungdommer i avdelingen før mars 2004. 4 vedtak om skjerming er fattet i 2004.

2.4.6 Bruk av tvang

Apu fikk belteseng etter ombygging i mars 2004. Posten har ingen øvrige mekaniske tvangsmidler. Beltesenga har ikke vært tatt i bruk i 2004. 1 vedtak om tvangsmedisinering er fattet (kortidsvirkende legemiddel). 4 vedtak om skjerming,

2.4.7 Inntak

2.4.7.1 Kriterier

Alle innleggelser er hjemlet i psykisk helsevernloven

Ø-hjelp kan ikke avvises hvis kriteriene for innleggelse er tilstede.

Utredningsopphold der ungdommer tas inn etter søknad. Innleggelser skjer etter vurderinger internt og i samråd med henviser.

2.4.7.2 inntaksprosedyre

Innleggelser skjer i henhold til psykisk helsevernloven.

Innkomstsamtale foretas av stabspersonell på dagtid og vakthavende lege på kveld med miljøpersonalet tilstede. Foreldre undertegner samtykkeerklæring hvis ungdommen er under 16 (§2.1.4). Somatisk undersøkelse ved ankomst. Bagasje gjennomgås i avdelingen. Suicidalvurdering og behov for spesiell oppfølging gjøres i innkomstsamtalen.

2.4.8 Utredningsmetoder

APU har ingen standardisert prosedyre for hvilke kartleggingsinstrumenter som benyttes. Dette vil avhenge av problematikk og ansvarlig behandler.

Aktuelle kartleggingsverktøy som brukes på posten er:

Child behaviour Checklist

MMPI

BDI, MADRS,

Wisc/Wais

Eating disorder inventory

KAS

Angst - test

PANSS

Anamneseintervju

Family dialogue set

Somatisk undersøkelse ved innkomst.

CPT-II

Et viktig ledd i utredningen og diagnostisering vil være miljøobservasjon og samtale med pasient og pårørende. Rapport og observasjoner fra skole er også viktig i utredningen. Skolen kan foreta utredning med tanke på lese/skrive vansker. Individuell plan skrives for oppholdet. Det arbeidet skal være igangsatt innen 3 døgn. Av denne framgår bl a ungdommens behov, ressurser, tiltak og målsetning. Det vil også framgå hva som blir viktig å observere, registrere og skrive ned i dagbokjournal.

2.4.9 Utskriving

2.4.9.1 Kriterier.

Ingen formaliserte kriterier for utskrivelse, annet enn at kriteriene for Ø-hjelp ikke er tilstede. Utskrivelse vurderes individuelt utifra problematikk og om dette er forsvarlig med tanke på ungdommens videre oppfølgingstilbud. Utskrivelse vil og vurderes utifra hvorvidt det er overbelegg på posten.

2.4.9.2 Utskrivningsprosedyre

APU jobber opp mot utskrivelse fra starten av oppholdet. Det vil si at en jobber opp mot lokalt hjelpeapparat slik at ungdommen har et tilbud etter utskrivelse. Hvilket tilbud og hvilke instanser som APU samarbeider med i forhold til utskriving og videre oppfølging vil være avhengig av problematikk og hvilke behov ungdommen har. I svært mange tilfeller opprettes en ansvarsgruppe der en arbeider mot et koordinert oppfølgingstilbud. Det avholdes et utskrivelsesmøte på APU eller APU reiser ut til lokalt hjelpeapparat. Lokale skoler (eks kasseforstander/rådgiver) er gjerne involvert i ansvarsgruppen etter vurdering.

2.4.10 Øvrig tilbud - Undervisning/kompetanseheving

Undervisning: Internundervisning på posten annenhver onsdag 14.00-15.00. Ansatte på posten i stab og miljø bytter på å legge fram valgfrie temaer.

Stab/miljøpersonale underviser også på interne poster på Nordlandsykehuset etter forespørsel, samt undervisningsoppdrag på høgskolen, lokale BUP'er i Nordland (kan også være andre deler av landet)

Videre har stabspersonell også oppdrag i fylkesnemnda og tingsretten.

Stab har veiledninger for studenter under hovedpraksis og videreutdanning, både individuell veiledning og gruppeveiledning (psykologstudenter i hovedpraksis og under spesialisering, sosionomer i videreutdanning, miljøterapeutgruppe ved ungdomsavdelinga i Bodø).

Miljøpersonalet veileder sykepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger under praksis på akuttposten, både i grunn- og videreutdanning.

APU jobber også med konsultasjon til kommunalt/statlig barnevern, primærleger og lokale Bup.

2.5 Samarbeidspartnere

2.5.1 Innad i BUPA-systemet

Innad i BUPA systemet samarbeider APU med ungdomsavdelingen, familieavdelingen, BUP-YS, nevroenheten, autismeenheten og team for spiseforstyrrelser i saker hvor dette er aktuelt.

2.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

Avdelingen har faste møter med ungdomsavdelingen og statens barn og familievern på ledernivå.

Mange ungdommer har behov for bistand fra lokalt barnevern. Dette handler fortrinnsvis om frivillige hjelpetiltak og lignende tiltak hvor barnevernet har et kommunalt ansvar. Barnevernet innkalles ofte på nettverksmøter. Barnevernstjenestens rolle er i flere tilfeller og utføre selvstendige vurderinger av omsorgssituasjonen etter forespørsel fra APU. En stabil og oversiktlig omsorgssituasjon anses som en sentral forutsetning for ungdommens fungering.

Primærlege er ofte en viktig samarbeidspartner i forhold til medikamentell oppfølging i de tilfeller der behandler i 2 linje ikke er lege eller det ikke er lege i lokal Bup som kan bistå med medikamentell oppfølging. (se for øvrig punkt 1.4.4.2)

Skolen her jobber opp mot lokal skole og PPT der det er aktuelt.

2.5.3 Mot somatisk sykehus

APU er en del av nordlandssykehuset. Ungdommene vil ofte prioriteres med tanke på somatisk utredning under oppholdet.

2.5.4 Mot kommuner/bydeler.

APU samarbeider med lokale hjelpeinstanser fra sak til sak

2.6 Pasientdata 2004

84 henvisninger er mottatt, hvorav 78 er tatt imot, og 6 er avslått (5 av faglige grunner, 1 av kapasitetsmangel), 7 overliggere fra 2003 betyr et antall på 85 saker totalt i 2004. Pga ombygging av APU for etablering av skjermingsavsnitt ble det ikke tatt imot ungdommer til ordinær innleggelse i perioden 25.01 til 15.03.04. I denne perioden ble det jobbet med 7 polikliniske saker, samt at ungdommer med familie var "innlagt" i APUs familieleiligheter, dvs. 10 saker i alt. Det betyr at 68 saker er tatt imot til ordinær innleggelse i 2004. Med 7 overliggere har det vært totalt 75 innleggelser i avdelingen. 10 saker er tatt imot til poliklinisk behandling eller familieopphold. Tabellene nedenfor vil variere i totalantall saker. Utrekk fra bupdata skiller ikke mellom ulike populasjoner, derfor vil konsultasjonssaker, henvisninger som er avvist osv inkluderes i tabellene. Opplysninger om saker som faktisk er innlagt i avdelingen er kvalitetssikret i BUP data, imidlertid er ikke opplysninger om øvrige saker dette. Dette vil trekke opp ubesvartandelen i tabellene.

Noen kjernetall:

Beleggsprosent: 88,1 %

Totalt antall liggedøgn: 1618 (inkludert permisjoner)

Gjennomsnittlig liggetid: 22 døgn (median 15)

Antall episoder: 75 innlagt i avdelingen inkludert overliggere fra 2003 (døgn), 7 polikliniske saker og tre "innlagt" i familieleilighet (uklart om dette defineres som døgn eller dag)

Antall reinnleggelser: 18 (manuell telling).

Antall unike pasienter: 73 (av alle nyhenviste inkludert overliggere og 2 annet/uavklart).

Tabell 2.1 Samletabell.

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	84
2	Derav tatt imot	78
3	Avvist pga kapasitetsmangel	1
4	Avvist av faglige grunner	5
5	Til vurdering (uavklart)	0
	Tatt imot	
6	Behandling	60
7	Undersøkelse	13
8	Konsultasjon	3
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet / uavklart	2
	Aktuelle i år	
11	Henv. overført fra året før	7
12	Alle aktuelle henv. i året (2+11)	85
13	Avsluttet i løpet av året	86

Tabell 2.2 Standardtabell Kjønn/alder.

Alder	Jente	Gutt	Ubesvart	Sum	Prosent
9	0	1	0	1	1,1
13	2	1	0	3	3,4
14	6	4	0	10	11,2
15	10	2	0	12	13,5
16	10	10	0	20	22,5
17	14	10	0	24	27,0
18	16	2	0	18	20,2
19	0	1	0	1	1,1
Sum	58	31	0	89	100,0

Tabell 2.3 Henvisende instans.

Kode		Nyhenviste	Overførte	Ubesvart	Sum	Prosent
11	Pasienten	1	0	0	1	1,1
12	Foreldre/foresatte	2	0	0	2	2,3
31	Lege	27	2	0	29	32,6
32	Skolehelsetjenesten	1	0	0	1	1,1
35	Somatisk sykehus	2	0	0	2	2,3
43	BUP poliklinikk/avdeling	44	0	0	44	49,4
44	Voksenpsykiatri	2	2	0	4	4,5
52	Barnevern (kommunen)	2	0	0	2	2,3
78	Andre	2	1	0	3	3,4
0	Ubesvart	0	1	0	1	1,1
Total		83	6	0	89	100,1

Tabell 2.4 Henvisningsgrunn barnet.

Kode		Nyhenviste	Overførte	Ubesvart	Sum	Prosent
1	Autistiske trekk	0	0	0	0	0,0
2	Psykotiske trekk	17	1	0	18	20,2
3	Suicidalfare	37	3	0	40	44,9
4	Hemmet adferd	0	0	0	0	0,0
5	Angst/fobi	2	0	0	2	2,3
6	Tvangstrekk	2	0	0	2	2,3
7	Tristhet/depr/sorg	14	0	0	14	15,7
8	Skolefravær	0	0	0	0	0,0
9	Atferdsvansker	4	1	0	5	5,6
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsv.	2	1	0	3	3,4
11	Rusmiddelmisbruk	0	0	0	0	0,0
12	Asosial/kriminalitet	0	0	0	0	0,0
13	Lærevansker	0	0	0	0	0,0
14	Språk/talevansker	0	0	0	0	0,0
15	Syn/hørselsproblem	0	0	0	0	0,0
16	Spiseproblem	1	0	0	1	1,1
17	Andre som. symptomer	0	0	0	0	0,0
18	Annet	4	0	0	4	4,5
19	Ingen	0	0	0	0	0,0
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0	0	0	0,0
0	Ubesvart	0	0	0	0	0,0
Total		83	6	0	89	100,0

Tabell 2.5 Henvisningsgrunn miljøet.

Kode		Ny-henviste	Overførte	Ubesvart	Sum	Prosent
1	Belastninger i familien	36	4	0	40	44,9
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	7	0	0	7	7,9
3	Belastn. i skole/barnehage	6	0	0	6	6,7
4	Akutte livshendelser	8	1	0	9	10,1
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	5	0	0	5	5,6
6	Ingen	6	0	0	6	6,7
7	Ikke fylt ut av henviser	13	0	0	13	14,6
0	Ubesvart	2	1	0	3	3,4
Total		83	6	0	89	99,9

Tabell 2.6 Innleggelser etter paragraf.

Kode		Antall	Prosent
1	§ 2.1	54	59,3
2	§ 2.1-4	30	33
3	§ 3.1	1	1,1
4	§ 3.6	3	3,3
	Ubesvart	3	3,3
Total		91	100

Tabell 2.7 Foreldreretten.

Kode		Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	44	48
2	Mor	37	41
3	Far	5	5
4	Annet	3	3
	Ubesvart	2	2
Total		91	100

Tabell 2.8 Omsorgssituasjon.

Kode		Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	28	31
2	Pendler mellom mor og far	1	1
3	Bor hos en av foreldrene	27	30
4	En foreldre og samboer	8	9
5	Hos besteforeldre/andre	1	1
6	Bor i fosterhjem	2	2
7	Bor på institusjon	8	9
8	Bor alene	11	12
9	Annet	2	2
	Ubesvart	3	3
	Total	91	100

Tabell 2.9 Barnevernets rolle v/henvisning.

Kode		Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	31	34
2	Rollen ikke fastlagt	9	10
3	Undersøkelser §4.3	7	8
4	Hjelpetiltak §4.4	16	18
5	Frivillig plassering §4.4	2	2
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	2	2
8	Akuttvedtak §4.6	0	
9	Tatt foreldreansvar §4.20	1	1
10	Vet ikke	17	19
	Ubesvart	6	7
	Total	91	100

Tabell 2.10 Barnevernets rolle, oppdatert.

Kode		Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	26	29
2	Rollen ikke fastlagt	6	7
3	Undersøkelser §4.3	9	10
4	Hjelpetiltak §4.4	23	25
5	Frivillig plassering §4.4	3	3
6	Und./behandling §4.10/4.11	2	2
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	1
8	Akuttvedtak §4.6	1	1
9	Tatt foreldreansvar §4.20	1	1
10	Vet ikke	12	13
	Ubesvart	7	8
Total		91	100

Tabell 2.11 Diagnose ICD-10 Akse 1.

Kode		Antall	Prosent
0	Ingen	1	1
999	Ukjent	8	9
F102	Psyk. lid. Og atf.forst. s. sk. Br. Av alkohol avh.syndr.	1	1
F122	Psyk. lid. Og atf.forst. s. sk. Br. Av cannab. Avh.syndr.	1	1
F28	Andre ikke-organiske psykoser	2	2
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	3	3
F301	Mani uten psykotiske symptomer	1	1
F302	Mani med psykotiske symptomer	2	2
F31	< Ukjent Diagnose >>	1	1
F320	Mild depressiv episode	2	2
F321	Moderat depressiv episode	14	15
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	7	8
F329	Uspesifisert depressiv episode	1	1
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	2
F400	Agorafobi	1	1
F42	< Ukjent Diagnose >>	1	1
F43	< Ukjent Diagnose >>	1	1
F431	Posttraumatisk stresslidelse	2	2
F432	Tilpasningsforstyrrelser	1	1

Kode		Antall	Prosent
F500	Anorexia nervosa	1	1
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	3	3
F606	Engstelig personlighetsforstyrrelse	1	1
F845	Aspergers syndrom	2	2
F90	< Ukjent Diagnose >>	2	2
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	3	3
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	1	1
F91	< Ukjent Diagnose >>	1	1
F92	< Ukjent Diagnose >>	1	1
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	5	5
F928	Andre spes. Blandede atf.forst. og følelsesmessige forst.	1	1
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	1	1
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	14	15
Z033	Observasjon ved mistanke om forstyrrelse i nervesystemet	1	1
Z877	Oppl. Om medf. Misd./deform./kromosomavv. I egen sykehist.	1	1
	Ubesvart	1	1
Total		91	100

Tabell 2.12 Diagnose ICD-10 Akse 2.

Kode		Antall	Prosent
0	Ingen	21	23
999	Ukjent	45	49
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	4	4
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter	6	7
F82	Spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoriske ferdigheter	6	7
F88	Andre psykiske utviklingsforstyrrelser	1	1
	Ubesvart	8	9
Total		91	100

Tabell 2.13 Diagnose ICD-10 Akse 3.

Kode		Antall	Prosent
3	Normal intelligens IQ 85-114	23	25
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	7	8
99	Ukjent	52	57
	Ubesvart	9	10
Total		91	100

Tabell 2.14 Diagnose ICD-10 Akse 4.

Kode		Antall	Prosent
0	Ingen	18	20
999	Ukjent	31	34
B181	Kronisk virushepatitt B uten delta-agens	1	1
B27	Mononukleose	1	1
E10	Insulinavhengig diabetes mellitus	1	1
E639	Uspesifisert mangelsykdom	1	1
G439	Uspesifisert migrene	2	2
H900	Bilateralt mekanisk hørselstap	1	1
H905	Uspesifisert nevrogen hørselstap	1	1
L400	Psoriasis vulgaris	1	1
M420	Juvenil osteokondrose i ryggstøyle	1	1
N921	Kraftig og hyppig menstruasjon med uregelmessig syklus	1	1
Q356	Midtstilt ganespalte	1	1
Q359	Uspesifisert ganespalte	1	1
Q985	Karyotype 47	1	1
R104	Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	1	1
R940	Unormale resultater ved funksjonsstudier av CNS	1	1
X6n	Villet egenskade	13	14
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	1	1
Z870	Opplysning om sykdom i luftveiene i egen sykehistorie	1	1
	Ubesvart	11	12
	Total	91	100

Tabell 2.15 Diagnose ICD-10 Akse 5.

Kode		Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	2	2
1	Avvikende relasjoner innen familien	5	5
1.1	Disharmoni mellom voksne i familien	3	3
1.2	Fiendtlighet mot eller syndebukk-gjøring av barnet	1	1
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	1	1
1.8	Annet	1	1
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	9	10
2.1	Forelder funksjonshemmet/ufør	2	2
2.2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	2	2

Kode		Antall	Prosent
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	6	7
4	Avvikende sider ved oppdragelsen	1	1
4.1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	2	2
5.1	Avvikende foreldresituasjon	7	8
5.3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	1	1
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	2	2
6.3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	1	1
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	6	7
6.5	Skremmende personlige erfaringer	2	2
7.1	Flytting eller sosial omplassering	3	3
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	2	2
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	8	9
9.1	Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/på	2	2
9.8	Annet	1	1
99	Ukjent	14	15
	Ubesvart	7	8
Total		91	100

Tabell 2.16 Diagnose ICD-10 Akse 6.

Kode		Antall	Prosent
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	8	9
2	Lett sosial forstyrrelse	14	15
3	Moderat sosial forstyrrelse	24	26
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	17	19
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	4	4
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	4	4
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	1	1
9	Ukjent	14	15
	Ubesvart	5	5
Total		91	100

Tabell 2.17 Hva skjedde etter avslutning?

Kode		Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	47	52
2	Henvist annen instans	32	35
3	Mangler tilbud	2	2
4	Ikke behov for oppfølging	0	
5	Annet	7	8
	Ubesvart	3	3
Total		91	100

3 Ungdomsenheten ved Barne- og ungdoms psykiatrisk avdeling i Drammen. Avdelingsbeskrivelse 2004



Besøksadresse: Valbrottveien 23, 3024 Drammen

Postadresse: Sykehuset Buskerud, BUPA Ungdomsenheten, 3004 Drammen

Telefon: 32 86 19 50 **Telefaks:** 32 86 19 51

E-post: bupa-ungdomsenheten@sb-hf.no

Kontaktpersoner: Kjetil Nilssen, Lise Baklund, Liv Ristvedt

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Kjetil Nilssen, Lise Baklund og Liv Ristvedt ved Sykehuset Buskerud HF, BUPA Ungdomsenheten i Drammen. Forfatterne må kontaktes før tekst eller tall kan brukes i andre sammenhenger.

Dette prosjektet, " En sammenlignende studie av akutttilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge", støttes finansielt av Regionsenteret for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør.

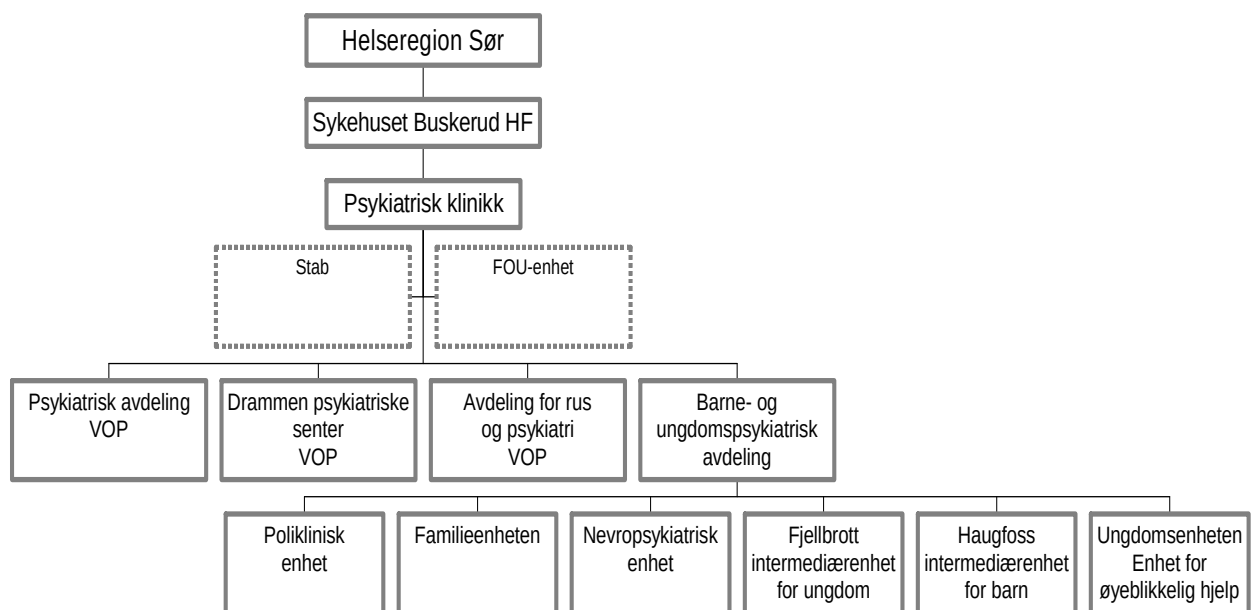
3.1 Lovverk

Virksomheten er hjemlet i de fire helselovene som trådte i kraft i 2001: Spesialisthelsetjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Pasientrettighetsloven og Helsepersonalloven, samt aktuelle forskrifter tilhørende disse lovene.

3.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er en av fire avdelinger knyttet til psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Buskerud HF. Sykehuset Buskerud HF er en del av Helseregion Sør.

Organisasjonskart



3.2.1 Opptaksområde

BUPA Ungdomsenheten har et fylkesdekkende ansvar for øyeblikkelig hjelp tilbudet til barn og unge i det psykiske helsevernet for barn og unge under 18 år i Buskerud.

3.2.1.1 Befolkningstall / geografisk område

243.000 innbyggere. 55.600 barn og unge under 18 år

3.2.2 Målgruppe

- Suicidal / selvdestruktiv barn/unge
- Psykotisk / psykosetruet ungdom
- Pasienter med alvorlig grad av spiseforstyrrelse

I tillegg gir Ungdomsenheten også tilbud til ungdom som har:

- Alvorlig grad av sosial tilbaketrekning / depresjon / selvskading
- Angst / tvangslidelse

3.2.3 Funksjon

Enheten har to funksjoner:

- poliklinikk for ungdom og deres familier – intensivt poliklinisk tilbud til ungdom med akutte og alvorlige psykiske problemer hvor tradisjonell poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig

2 døgnplasser – for korte akuttinnleggelser knyttet til øyeblikkelig hjelp

3.3 Ressurser

- Alle anorexipasienter som trenger innleggelse, blir innlagt på barneavdelingen ved Sykehuset Buskerud. Det nedsettes et team ved Ungdomsenheten som har behandlingsansvaret for saken, og disse samarbeider med et team på barneavdelingen så lenge pasienten er innlagt.
- For å sikre samarbeid og ressursutnyttelse på tvers av ulike enheter som arbeider med psykoseproblematikk i Psykiatrisk klinikk, har Ungdomsenheten et godt samarbeid med Utredningsenheten for psykoser (VOP). Dette gir god mulighet for tidligintervensjon, samt raskere, smidigere og bedre pasientflyt når det gjelder best mulig utredning av unge med psykoseproblematikk.
- Fjellbrott intermediaærenhet for ungdom har 3 døgnplasser, og er den enheten innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling vi overfører klienter til dersom de trenger døgnopphold utover det Ungdomsenheten som akutenhet kan tilby
- Ungdomsenheten har ikke egen skole, men har to spesialpedagoger som kommer to dager i uken. Disse er ansatt på Fjellbrott skole.

3.3.1 Bygningsmessige

- Ungdomsenheten lokaler utgjør 910 kvm. Utearealet består av en have på ca. 200 kvm.
- ordinære senger, samt 1 skjermingsrom
- Ungdomsenheten har eget rom for overnatting til foreldre/pårørende, samt en egen leilighet ca. 4 km fra enheten som også kan benyttes til dette formålet.

3.3.2 Skole

Da enheten har meget kort gjennomsnittelig liggetid, er det ikke etablert egen skole ved enheten. Det gis tilbud om pedagogisk kartlegging og veiledning fra 2 spesialpedagoger ved Fjellbrott institusjonsskole i de saker hvor det er behov for dette. Ellers tilstreber enheten et tett samarbeid med klientenes hjemmeskoler.

Spesialpedagogene fra Fjellbrott skole kommer to dager pr uke

De kan gi tilbud om undervisning til innlagte ungdommer, koordinere samarbeidet / veilede primærskolen til ungdom som får et tilbud ved enheten. Dette gjelder både innlagte og polikliniske pasienter.

3.3.2.1 Enhetlig ledelse

Enheten har enhetlig ledelse med enhetsleder. Ingen øvrige mellomlederstillinger. Overlegen er medisinsk faglig rådgiver for enhetsleder.

3.3.2.2 Døgnskoordinator

Enheten benytter 1 stilling til døgnskoordinator. Denne er tillagt et spesielt ansvar for å koordinere oppgavene i døgnsenheten; vaktinnleie, turnusoppsett, prosedyrehåndtering, veiledning og opplæring.

3.3.2.3 Miljø-/familieterapeuter

13 stillinger er turnusbelagt, hvorav 3 av disse er nattevaktstillinger. Stillingene er tverrfaglig sammensatt av filosof, barnevernspedagoger, vernepleiere, sosionomer og psykiatriske sykepleiere. 5 av disse er menn og 8 er kvinner. Personalet i turnus, (med unntak av nattevaktene), arbeider også poliklinisk som familie- og miljøterapeuter. I tillegg til stillingene som inngår i turnus har vi 6 kliniske fagstillinger som omtales nedenfor. Alle stillinger har videreutdanning i familieterapi. Alle stillinger arbeider ambulant ved behov.

3.3.2.4 Individualterapeuter/familieterapeuter

1 overlege som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, 1 ass.lege, 2 psykologspesialister, 1 klinisk pedagog og 1 klinisk sosionom. Disse jobber både med utredning, individualterapi og familieterapi.

3.3.2.5 Kontor

Enheten har 2 merkantile stillinger, en førstesekretær og en sekretær. Begge har sekretærutdanning. Stillingene har ulike funksjoner og ansvarsområder.

3.3.2.6 Ekstravakter

Ungdomsenheten har 45 ekstravakter som benyttes både som vikarer ved døgnenheten og som miljøterapeuter knyttet til ambulant virksomhet.

Tabell 3.1 Øvrige ressurser – samletabell.

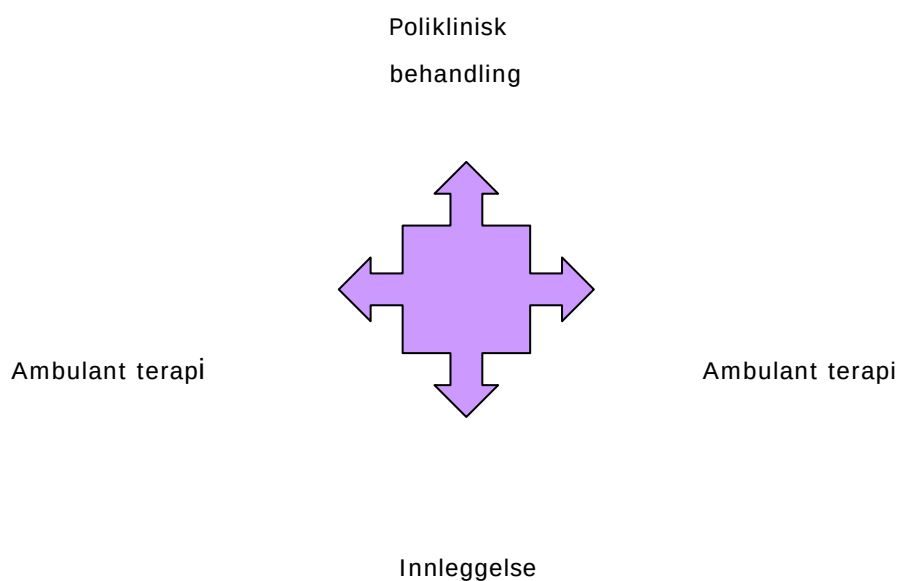
Drammen	Budsjett	Regnskap	Årsverk planlagt	Årsverk faktisk
Målgruppe 0 - 17				
Budsjett (sum)	13.284.000	12.694.000		
Tilskudd og rammeoverf.	10.784.000	10.784.000		
Polikliniske refusjonsinntekter	2.500.000	2.254.000		
Lønnsbudsjett (totalt), inkl. tillegg	9.655.000	9.103.000		
Lønn vikarer	246.000	371.000		
Lønn ekstrahjelp	473.000	347.000		
Årsverk merkantil/kontor			2	2
Antall ansatte teknisk			1	1
Årsverk adm./ledelse			1	1
Årsverks overleger			1	1
Årsverk psyk.spesialister			2	2
Årsverk ass. Leger			1	1
Årsverk klinisk pedagog			1	1
Årsverk klinisk sosionom			1	1
Årsverk i turnus			13	13
Av disse er:				
Årsverk sykepleiere			3	3
Årsverk vernepleier			3	3
Årsverks sosionomer			1	1
Årsverk barnevernpedagoger			3	3
Årsverk nattevakter			3	3
Antall ekstravakter			45	45

Ungdomsenheten har 24 stillingshjemler totalt i 2004, hvorav 20 er fagstillinger. 13 av disse inngår i turnus.

Tabell 3.2

Profesjon/funksjon	Videreutdanning
Overlege	Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri
Ass.lege	I spesialistutdanning
Psykologspesialister	Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri
Barnevernpedagoger	Familieterapi, rus, miljøterapi, kognitiv terapi, veiledningsped, flerfamiliearbeid
Vernepleiere	Familieterapi, psykisk helsearbeid, pedagogikk, flerfamiliearbeid
Psykiatriske sykepleiere	Psykisk helsearbeid, familieterapi, flerfamiliearbeid
Sosionomer	Familieterapi
Klinisk pedagog	Familieterapi, kognitiv terapi, flerfamilie-arbeid
Filosof	Familieterapi
Nattevakter	Psykisk helsearbeid, Veiledningped. Spes.ped.
Enhetsleder	Ledelse

3.4 Behandlingstilbudet



3.4.1 Type "omsorgsform"

Vi tilbyr i hovedsak intensiv poliklinisk behandling, gjerne i kombinasjon med ambulant terapi hvor de sentrale prinsippene er kontinuitet, tilgjengelighet og fleksibilitet. Enheten har 2 døgnplasser for innleggelser knyttet til øyeblikkelig hjelp. Dersom intensiv poliklinisk behandling, evt. i kombinasjon med ambulant terapi ikke er tilstrekkelig, må det foretas en innleggelse. Det er da det samme behandlerteamet som har hatt ansvaret poliklinisk som følger opp klienten når denne er innlagt. Gjennomsnittelig liggetid har i årene 2001-2004 vært 10 dager. Dette er mulig fordi klienten etter døgnoppholdet fortsetter i poliklinisk behandling på Ungdomsenheten hos det samme behandlerteamet som har hatt behandlings-

ansvaret gjennom hele behandlingsforløpet. Klientene overføres til de lokale poliklinikkene på Kongsberg, Ringerike og Drammen dersom det er behov for dette etter utskrivning fra Ungdomsenheten.

3.4.2 Behandlingsideologi

Våre målsettinger ved BUPA Ungdomsenheten er at pasienten og familien skal være sikret et tilbud om behandlingskontakt så lenge pasienten selv og / eller omsorgspersonene opplever det som nødvendig. Videre ønsker vi å tilstrebe at pasienten og familien skal kunne forholde seg til ett behandlerteam, uavhengig av tilbud / tiltak, så lenge de får behandling ved vår enhet. Vi mener innleggelse bare bør skje når undersøkelse / behandling ikke kan gjennomføres faglig forsvarlig på annen måte, og at innleggelse / liggetiden i tilfelle skal være så kort som mulig. Støtte til foreldrene (omsorgspersonene vektlegges spesielt både under poliklinisk behandling, ved ambulante tjenester og når pasienten er innlagt fordi foreldrene betraktes som vår viktigste samarbeidsressurs. Tilgjengelighet er vårt viktigste grunnprinsipp og gjennom vår 24 – øyeblikkelig hjelpvaktordning kan både pasienten selv og foreldrene til en hver tid komme i kontakt med oss for støtte og veiledning.

I det følgende vil vi forsøke å beskrive tjenestetilbudet og behandlingsideologien i henhold til følgende punkter:

Fokus på relasjon og familierapeutiske intervensjoner:

Selvmondsforsøk må alltid tas alvorlig. Enten meningen var å dø eller å få til en endring av en vanskelig livssituasjon, vil forsøket innebære en krise med muligheter for utvikling. Første prioritet er å sikre at den unge er trygg. I Ungdomsenheten gjøres dette først og fremst gjennom å sørge for omsorg og oppfølging fra foreldre/omsorgspersoner. Den psykologiske betydningen av at den unge ser at de nærmeste bryr seg og passer på, anser vi for å være mer effektivt enn innleggelse i lukket avdeling mht risiko for nye suicidalforsøk.

Ungdomsenheten samarbeider derfor tett med de pårørende om å sikre situasjonen rundt ungdommene. Tilbudet består i at enheten tilbyr personale, som i de mest akutte fasene kan bistå de pårørende, ved at Ungdomsenheten forflytter sine personalressurser ut til der ungdommene bor om dette er ønskelig. Dette kan dreie seg om hjemme hos biologiske foreldre, i barneverninstitusjoner, forsterkede fosterhjem eller andre tiltak som ungdommen er en del av. Hensikten er å tilby akuttpsykiatrisk hjelp der hvor brukerne i samarbeid med behandlerne finner det mest hensiktsmessig. Mobilisering av ungdommens familie og andre ressurspersoner i nettverket, samt lokale hjelpere, utgjør en viktig del av dette arbeidet.

Erfaringene viser at det for mange ungdommer faktisk er bedre med et tilrettelagt, intensivt poliklinisk tilbud. Ungdomsenheten vektlegger derfor å disponere ressursene slik at det er mulig å gi differensierte behandlingstilbud og at gode alternativer til innleggelse finnes.

I oppfølgingen etter suicidalforsøk utgjør familierapeutiske tilnærminger en viktig del av behandlingen. Familierapi har også en sentral plass i behandlingen av anorexiapasientene og pasienter med psykoseproblematikk. I tillegg har enheten det siste året hatt et tilbud om kunnskapsbasert flerfamiliearbeid for pasienter med psykoseproblematikk og deres familier. Kunnskapsbasert flerfamiliearbeid foregår i en gruppe med inntil fem familier hvor både foreldrene og pasienten selv er med. Gruppen samles hver 14 dag over en periode på to år og ledes av to til tre gruppeledere.

En kjent effekt av kunnskapsbasert flerfamiliearbeid er reduksjon av tilbakefallsrisiko, bedring av livskvalitet, styrking av familierelasjoner og en klar økning i sosialfunksjon hos pasienten. I tillegg opplever de pårørende flerfamiliegruppen som en viktig kilde til støtte og problemløsning. Gjennom kunnskap om sykdommen, metoder for problemløsning og erfaringsutveksling blir familien en viktig støttespiller i behandling og rehabilitering. I tillegg rustes familien til å mestre situasjoner som kan oppleves som belastende, både praktisk og følelsesmessig.

Tilgjengelighet:

Ungdomsenheten ønsker å være et lavterskeltilbud for ungdom og deres familier. Foreldre, ungdommen selv, evt. med hjelp av pårørende, offentlig myndighet (barnevern/politi) eller andre, henvende seg direkte til Ungdomsenheten. Ungdommen tilbys vurderingssamtale allerede samme dag. Dersom kriteriene for øyeblikkelig hjelp er til stede, vil ungdommen og familien umiddelbart få tilbud om intensiv poliklinisk behandling. Dette kan være familierapi (inntil tre samtaler i uken), individualterapi, ambulant miljøterapi eller annen forsterkning i hjemmemiljøet (der hvor ungdommen bor).

Når det av og til er likevel nødvendig å legge ungdommen inn i døgnenheten, mener Ungdomsenheten at det er ønskelig at foreldre/pårørende får anledning til å være sammen med ungdommen under hele oppholdet.

Ungdomsenheten har en øyeblikkelig hjelp- vaktordning som man kan henvende seg til hele døgnet, i alle helger og høytider. Vaktordningen består av lege og høyt kvalifisert miljøterapeut/annet behandlingspersonale.

Fleksibilitet i tilbudet:

Ungdomsenheten har 20 fagstillinger bestående av leger, psykologer, kliniske pedagog, kliniske sosionomer, psykiatriske sykepleiere, kliniske vernepleiere og barnevernspedagoger, samt en filosof; alle godt kvalifisert for øyeblikkelig hjelp/akuttarbeid gjennom sin utdanning og praksis. Alle ansatte ved enheten har familierapiutdanning eller er i ferd med å utdanne seg innen familierapi/systemisk konsultasjon.

Alle klienter og deres familier får tilbud fra et tverrfaglig sammensatt behandlingsteam, slik at det til enhver tid er flere personer som kan sikre kontinuiteten i tilbudet. Da Ungdomsenheten både driver poliklinisk behandling og døgnbehandling, har vi forsøkt å tilpasse å turnusene slik at behandlerne blir mest mulig fleksible og tilgjengelige for våre brukere og samarbeidspartnere. Turnuspersonalet er ikke bare knyttet opp til Ungdomsenhetens døgnenhet, men kan til enhver tid disponeres i de tiltak som er mest hensiktsmessige for brukeren.

Alle fagstillinger jobber både poliklinisk og har dagansvar i døgnenheten. Alle stillinger arbeider ambulant når det er behov for dette.

Ungdommen og familien er sikret et tilbud om behandlingskontakt så lenge den selv og/eller omsorgspersonene opplever det nødvendig, og **intensiteten** i tilbudet tilpasses det behov klienten og/eller familien og nettverket har for oppfølging knyttet til en øyeblikkelig hjelp episode. Derfor arbeider Ungdomsenheten poliklinisk over tid med de fleste sakene som tas inn som øyeblikkelig hjelp.

3.4.2.1 Miljøterapi

Den miljøterapeutiske holdningen på avdelingen er at man er observerende, ivaretagende og følger de målsettinger som er beskrevet for oppholdet og de regler som er nedfelt inne på avdelingen. Planer og innhold for det miljøterapeutiske innholdet er forankret i enhetens kunnskapssyn – se 1.4.3

Det er behandlerteamet som utformer miljøterapeutiske planer/innhold for den enkelte ungdom ut ifra innleggesgrunn.

3.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter

Ungdomsenheten har to psykologspesialister og en barnepsykiater. Disse har hovedansvaret for individualterapien, men også miljøterapeutene kan ha individualsamtaler med ungdommen når dette inngår som en del av det helhetlige behandlingsopplegget. Legene har ansvaret for somatisk undersøkelse av alle innlagte pasienter.

Miljø-/familieterapeutene har delegert behandlingsansvar, saksansvar og journalansvar. Overlegen er overordnet faglig ansvarlig for behandlingen og alle behandlere gjennomgår saker sammen med overlegen 1 gang pr. mnd.

3.4.3 Tilbud i enheten

Kunnskapssynet i enheten baserer seg i all hovedsak på systemisk tenkning, kommunikasjon- og relasjonsforståelse, sosialkonstruksjonisme, hermeneutikk og positivisme. Videre baserer den teoretiske forankringen seg i et utviklingsperspektiv på individ og familie, individueringprosesser, traumeteori, narrativ terapi, og kognitiv terapi. Både medisinsk og kontekstuell forståelse er viktige elementer i behandlingen. Tilbudet i enheten kan derfor være flere basert på følgende metoder:

- Utredning
- Familiesamtaler/terapi
- Individuelle samtaler/terapi
- Nettverkssamtaler/terapi
- Eksternalisering
- Endringsfokuserte samtaler
- Psykologisk sikring
- Nyskriving av historier
- Eksponeringsterapi
- Psykoedukativ metode
- Kunnskapsbaserte flerfamiliegrupper ved psykoseproblematikk
- Medisinering
- Ambulant støtte i hjemmet/på fritiden

3.4.3.1 Medikamentell behandling

Medikamentell behandling inngår som en del av behandlingstilbudet ved enheten, i de saker hvor dette er nødvendig. Nevroleptika og antidepressiva er de to mest brukte medikamentgruppene.

3.4.4 Møte- og samarbeidsformer

3.4.4.1 I avdelingen

- Enheten har et morgenmøte hver dag à 0,5 time hvor nye øyeblikkelig hjelp-saker fordeles og rapport knyttet til inneliggende klienter fra døgnenheten blir gitt.
- Ukentlig enhetsmøte à 1 time

3.4.4.2 Mellom BUPA ungdomsenheten og andre enheter

Enhetsleder deltar på møte med de andre enhetslederne 3 timer hver 14. dag. Enhetsleder for Ungdomsenheten og enhetsleder for Fjellbrott intermedisær enhet samtaler hver 14. dag eller etter behov for gjensidig oppdatering og informasjon om pasienter. Ut over dette er det

ikke noe formalisert samarbeid med andre enheter, men møter/konsultasjoner blir etablert etter behov knyttet til aktuelle klientsaker.

3.4.5 Skjerming og grensesetting

I enkelte tilfelle kan det være behov for at ungdommen må skjermes for å begrense inntrykk eller redusere muligheten for å utføre skade mot seg selv / andre.

Personalet iverksetter da hensiktsmessige tiltak og skjermingsrommet på avdelingen blir da benyttet.

3.4.6 Bruk av tvang

Tvangsmidler: Ungdomsenheten har ingen mekaniske tvangsmidler.

Tvangsmedisinering: Foregår sjelden/aldri.

Andre former for atferdshåndtering er først og fremst stressreducerende teknikker. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig med holdning.

3.4.7 1.4.6 Inntak

Ungdomsenheten har øyeblikkelig hjelp beredskap gjennom egen vaktordning 24 timer i døgnet og er alltid tilgjengelig. Alle henvendelser vurderes samme dag og klienten tas inn til undersøkelse. Ungdomsenheten er et lavterskeltilbud. Det er ikke nødvendig med henvisning fra lege.

3.4.7.1.1 Kriterier

Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

3.4.7.2 Inntaksprosedyre

Dersom kriteriene for øyeblikkelig hjelp er til stede tas klienten inn til behandling samme dag. Behandlerteamet bestemmes samme dag eller tidlig dagen etter.

3.4.8 Utredningsmetoder

Kartleggingsverktøy: ASEBA, MADRS, BECKS, PANNS, A-DES, KIDDIE –SADS, WISC-III, WAIS-III, MMPI-A, CY-BOCS.

Miljøobservasjon

Andre utredningsmetoder: Ungdomsenheten har utviklet en egen mal for psykoseutredning.

3.4.9 Utskriving

3.4.9.1 Kriterier

Kriterier for utskriving er at øyeblikkelig hjelp fasen er over slik at klienten kan utskrives hjem / omsorgstiltak i regi av barnevernet.

Et annet kriterium er at klienten ikke lenger er i behov av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og derfor kan overføres til lokal BUP for videre oppfølging.

I noen tilfeller vil et kriterium for utskriving fra Ungdomsenheten være at klienten trenger intermedieøpphold og derfor utskrives og overføres til intermedieenheten for ungdom.

3.4.9.2 Utskrivingsprosedyre

- Utskriving skal planlegges sammen med ungdommen og foreldre/foresatte.
- I forbindelse med utskriving skal klienten og familien få et tilbud om intensiv poliklinisk oppfølging/behandling. Ambulant terapi vurderes.
- Det skal alltid holdes et utskrivingsmøte hvor det inngås en avtale om hvem som er ansvarlig for hva, og hva det videre behandlingstilbudet skal inneholde.
- 1.-linjetjenesten i hjemkommunen og behandler i lokal BUP skal orienteres om permisjoner og utskrivninger

3.4.10 Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving

Til studenter og fagpersoner i opplæringsstillinger: Enheten har en avtale med Høyskolesenteret i Buskerud om å ta i mot 2-3 studenter i 10-ukers praksis knyttet til videreutdanning i psykisk helsearbeid. Disse får veiledning ved enheten.

Til andre deler av spesialisthelsetjenesten: I 2004 har enheten undervist ved flere helseforetak rundt om i landet. Enheten har også mottatt mye besøk og personale i fra lignende virksomhet innen spesialisthelsetjenesten som har ønsket å hospitere.

Internundervisning og intern veiledning: Hvert semester utarbeider enheten egen plan for internundervisning som til sammen utgjør 4 dager pr. semester. Veiledning gis til behandlingspersonalet i tverrfaglige grupper 1gg pr. måned. Nattevaktene mottar også veiledning 1 gang pr. måned.

Eget personells kompetanseheving: Enheten har investert mye i kompetanseheving. Alle ansatte ved enheten har familieterapiutdanning eller er i ferd med å utdanne seg innen familieterapi/systemisk konsultasjon. Mange har flere relevante videreutdanninger og to holder på med mastergrad-utdanning.

Til kommuner: Undervisning og informasjon gis til kommuner på forespørsel og etter behov.

Til pårørende: Et psykoedukativt tilbud gis som ledd i kunnskapsbasert flerfamiliearbeid ved psykoser eller ved behov.

3.5 Samarbeidspartnere

3.5.1 Innad i BUPA-systemet og Sykehuset Buskerud HF.

Ungdomsenheten samarbeider med somatiske avdelinger ved Sykehuset Buskerud HF og spesielt med sykehusets barneavdeling. Videre samarbeider vi med Nevropsykiatrisk enhet i BUPA, Drammen eller med Habiliteringstjenesten i de saker hvor det er nødvendig med større bredde i utredningen.

3.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

Ungdomsenheten har utarbeidet samarbeidsavtaler med de tre lokal BUP `ene og det statlige barnevernet. Dette regulerer også samarbeidet rundt den enkelte klient.

For å sikre samarbeid og ressursutnyttelse på tvers av ulike enheter som arbeider med psykoseproblematikk i Psykiatrisk klinikk, har Ungdomsenheten et godt samarbeid med Utredningsenheten for psykoser (VOP). Dette gir god mulighet for tidligintervensjon, samt raskere, smidigere og bedre pasientflyt når det gjelder best mulig utredning av unge med psykoseproblematikk.

3.5.3 Mot somatiske sykehus

Det samarbeides nært med barneavdelingen ved Sykehuset Buskerud HF når det gjelder de dårligste anorexipasientene som har behov for innleggelse.

- Alle anorexipasienter som trenger innleggelse, blir innlagt på barneavdelingen ved Sykehuset Buskerud. Det nedsettes et team ved Ungdomsenheten som har behandlingsansvaret for saken, og disse samarbeider med et team på barneavdelingen så lenge pasienten er innlagt.

3.5.4 Mot kommuner/bydeler

Ungdomsenheten samarbeider med alle aktuelle etater i kommunene, PLO, barnevern, PPT, sosialkontor og politi i saker hvor dette er nødvendig. Det blir da opprettet ansvarsgruppe hvor aktuelle samarbeidspartnere blir innkalt.

3.6 Pasientdata 2004

Ungdomsenheten arbeidet i 2004 med 147 øyeblikkelig hjelp saker. Av disse var 115 nye og 32 overført i fra året før.

Tabell 3.3 Noen kjernetall.

2004	Tall	Kommentarer
Totalt antall ø-hjelps saker	147	115 nye i 2004 og 32 overførte fra 2003
Antall ulike pasienter	127	
Nye saker 2004	115	
Overførte saker fra 2003	32	
Antall innleggelser	41	
Antall liggedager	412	
Antall reinnleggelser	10	Av disse var det i løpet av året ble 6 ungdommer reinnlagt; 2 ungdommer ble reinnlagt 2 ganger, mens de øvrige 4 ble reinnlagt 1 gang. \
Gjennomsnittlig liggetid	10 dager	
Gjennomsnittlig liggetid jenter	10,4 dager	
Gjennomsnittlig liggetid gutter	8,5 dager	
Beleggsprosent i døgnenhet m/2plasser	55%	
Antall % saker behandlet poliklinisk/ambulant	72%	

I tillegg til de 41 innleggelsene på Ungdomsenhetens døgnenhet var 6 ungdommer innlagt for anorexi på barneavdelingen på Sykehuset Buskerud, hvor Ungdomsenheten hadde behandlingsansvaret. 3 av disse ungdommene krevde tilnærmet døgnkontinuerlig bemanning fra Ungdomsenheten. Antall liggedøgn for disse pasientene registreres i hos somatisk barneavdeling.

MERK:

Da Ungdomsenheten ut i fra prinsippet om kontinuitet arbeider videre med utredning og behandling av mange av pasientene og deres familier etter at øyeblikkelig hjelp fasen er over, arbeidet Ungdomsenheten totalt i 2004 med 259 saker. Denne differensen på 112 saker ($259 - 147 = 112$) er ikke tatt med i tabellene nedenfor, da disse ikke var øyeblikkelig hjelp saker i 2004, og derav ikke definert inn som en del av tallmaterialet i Multisenterundersøkelsen for 2004.

Tabell 3.4 Oversikt konsultasjoner og tiltak i 2004 sammenlignet med 2003.

	Polikliniske konsultasjoner	Refusjonsberettigede tiltak	Tiltak totalt inkl. ambulant terapi
2004	2700	1709	3763
2003	2745	1700	3792

Tabell 3.5 Oversikt saker.

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	115
2	Derav tatt imot	113
3	Avvist pga kapasitets-mangel	0
4	Avvist av faglige grunner	2
5	Til vurdering (uavklart)	0
Tatt imot		
6	Behandling	80
7	Undersøkelse	9
8	Konsultasjon	0
9	Faglig bistand barnevernet	24(*)
10	Annet/uavklart	0
Aktuelle i år		
11	Saker overført fra året før	32
12	Alle aktuelle saker i året (2+11)	145
13	Avsluttet i løpet av året	120

Tabell 3.6 Kjønn.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Jente	111	75.51
2	Gutt	36	24.49
	Total	147	100

Tabell 3.7 Kjønn/Alder gruppert.

Alder gruppert		Antall	Prosent
1	0-6 år	0	0,00
2	7-12 år	2	4,08
3	13-18 år	137	93,20
4	Over 18 år	4	2,72
	Total	147	100

Tabell 3.8 Henvisende instans.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Pasienten	0	0
12	Foreldre/foresatte	24	16,33
13	Fosterhjem	1	0,68
14	Andre fra nærmiljø	0	0,00
21	Skole/fritidsordning	8	5,44
22	Barnehage / førskole	0	0,00
23	PP-tjenesten	3	2,04
24	Spesialscole	0	0,00
25	Statlig kompetansesenter	0	0,00
26	Annet innenfor skolesektor	0	0,00
31	Lege	23	15,65
32	Skolehelsetjenesten	0	0,00
33	Helsestasjon	5	3,40
34	Habiliteringstjeneste barn	0	0,00
35	Somatisk sykehus	21	14,29
36	Flyktningehelsetjenesten	0	0,00
37	Annen somatisk helsetjeneste	4	2,72
41	Rusmiddel-omsorg	0	0,00
42	Habiliteringstjeneste voksne	0	0,00
43	BUP poliklinikk/avdeling	27	18,37
44	Voksenpsykiatri	1	0,68
45	Psykolog/psykiater privat	0	0,00
46	Annen helsetjeneste	6	4,08
51	Sosialkontor	1	0,68
52	Barnevern (kommunen)	10	6,80
53	Barnevern (fylkeskommunen)	2	1,36
54	Barneverninstitusjon	9	6,12
55	Flyktning/innvandringstjenesten	0	0,00
56	Annen sosialtjeneste	0	0,00
61	Hjelpetjenesten for barn/unge	0	0,00
71	Familievernkontor	0	0,00
72	Utekontakt/uteseksjon	0	0,00
74	Krisesenter	0	0,00
76	Politi/lensmann/rettsvesen	1	0,68
77	Arbeidsmarkedstiltak	0	0,00
78	Andre	1	0,68
Total		147	100

Tabell 3.9 Viktigste henvisningsgrunn barnet.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	0,68
2	Psykotiske trekk	12	8,16
3	Suicidalfare	87	59,18
4	Hemmet adferd	0	0,00
5	Angst/fobi	1	0,68
6	Tvangstrekk	2	1,36
7	Tristhet/depr/sorg	20	13,61
8	Skolefravær	1	0,68
9	Atferdsvansker	5	3,40
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	1	0,68
11	Rusmiddelmisbruk	0	0,00
12	Asosial/kriminalitet	0	0,00
13	Lærevansker	0	0,00
14	Språk/talevansker	0	0,00
15	Syn/hørselsproblem	0	0,00
16	Spiseproblem	10	6,80
17	Andre somatiske symptomer	1	0,68
18	Annet	5	3,40
19	Ingen	0	0,00
20	Ikke fylt ut av henviser	1	0,68
	Ubesvart	0	0,00
	Total	147	100

Tabell 3.10 Inntil 3 henvisningsgrunner barnet.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	2	0,86
2	Psykotiske trekk	19	8,15
3	Suicidalfare	94	40,34
4	Hemmet adferd	2	0,86
5	Angst/fobi	7	3,00
6	Tvangstrekk	4	1,72
7	Tristhet/depr/sorg	50	21,46
8	Skolefravær	3	1,29
9	Atferdsvansker	11	4,72
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	3	1,29

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Rusmiddelmisbruk	2	0,86
12	Asosial/kriminalitet	0	0,00
13	Lærevansker	1	0,43
14	Språk/talevansker	0	0,00
15	Syn/hørselsproblem	0	0,00
16	Spiseproblem	15	6,44
17	Andre somatiske symptomer	7	3,00
18	Annet	12	5,15
19	Ingen	0	0,00
20	Ikke fylt ut av henviser	1	0,43
	Ubesvart	0	0,00
	Total	233	100

Tabell 3.11 Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
	Belastninger i familien	53	36,05
2	Belastninger i nærmiljø/samfunn	6	4,08
3	Belastninger i skole/barnehage	14	9,52
4	Akutte livshendelser	11	7,48
5	Belastninger res. av forstyr./fh.	18	12,24
6	Ingen	15	10,20
7	Ikke fylt ut av henviser	28	19,05
	Ubesvart	2	1,36
	Total	147	100

Tabell 3.12 Inntil 3 henvisningsgrunner barnets miljø.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	62	33,51
2	Belastninger i nærmiljø/samfunn	24	12,97
3	Belastninger i skole/barnehage	18	9,73
4	Akutte livshendelser	14	7,57
5	Belastninger res. av forstyr./fh.	24	12,97
6	Ingen	15	8,11
7	Ikke fylt ut av henviser	28	15,14
	Ubesvart	0	0
	Total	185	100

Tabell 3.13 Hjemmel for innleggelse.

Kode	Tekst	Antall
1	Lov om psyk. helsevern § 2-1	30
2	Lov om psyk. helsevern § 2-1.4	2
3	Lov om psyk. helsevern § 2-2.1	8
7	Lov om psyk. helsevern § 3-6	1
Total		41

Tabell 3.14 Foreldreretten.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	94	63,95
2	Mor	36	24,49
3	Far	4	2,72
4	Annet	4	2,72
	Ubesvart	9	6,12
Total		147	100

Tabell 3.15 Omsorgssituasjon.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	57	38,78
2	Pendler mellom mor og far	3	2,04
3	Bor hos en av foreldrene	43	29,25
4	En foreldre og samboer	13	8,84
5	Hos besteforeldre/andre	0	0,00
6	Bor i fosterhjem	14	9,52
7	Bor på institusjon	8	5,44
8	Bor alene	1	0,68
9	Annet	3	2,04
	Ubesvart	5	3,40
Total		147	100

Tabell 3.16 Barnevernets rolle ved henvisning.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	82	55,78
2	Rollen ikke fastlagt	11	7,48
3	Undersøkelser §4.3	2	1,36
4	Hjelpetiltak §4.4	11	7,48
5	Frivillig plassering §4.4	6	4,08
6	Und./behandling §4.10/4.11	1	0,68
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	15	10,20
8	Akuttvedtak §4.6	2	1,36
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0,00
10	Vet ikke	17	0,00
	Ubesvart	0	0,00
Total		147	100

Tabell 3.17 Barnevernets rolle oppdatert.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	75	51,02
2	Rollen ikke fastlagt	13	8,84
3	Undersøkelser §4.3	2	1,36
4	Hjelpetiltak §4.4	14	9,52
5	Frivillig plassering §4.4	8	5,44
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	0,00
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	15	10,20
8	Akuttvedtak §4.6	1	0,68
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0,00
10	Vet ikke	19	12,93
	Ubesvart	0	0,00
Total		147	100

Tabell 3.18 Hva skjedde etter avslutning.

Kode	Tekst	Total	Prosent
1	Tilbake til henviser	20	13,61
2	Henvist annen instans	26	17,69
3	Mangler tilbud	5	3,40
4	Ikke behov for oppfølging	21	14,29
5	Annet	52	35,37
	Ubesvart	23	15,65
	Total	147	100

Tabell 3.19 Diagnose ICD-10 Akse 1.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	2	1,36
999	Ukjent	19	12,93
F200	Paranoid schizofreni	3	2,04
F201	Hebefren schizofreni	1	0,68
F23	Akutte og forbigående psykoser	1	0,68
F238	Akutte forbigående psykoser	1	0,68
F316	Bipolar affektiv lidelse	2	1,36
F32	Depressiv episode	4	2,72
F320	Mild depressiv episode	7	4,76
F321	Moderat depressiv episode	13	8,84
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotisk	2	1,36
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotisk	3	2,04
F329	Uspesifisert depressiv episode	1	0,68
F33	Tilbakevendende depressiv episode	2	1,36
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	0,68
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	3	2,04
F332	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	0,68
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	2	1,36
F419	Uspesifisert angstlidelse	2	1,36
F42	Obsessiv-kompulsiv lidelse	2	1,36
F422	Blandede tvangstanker og tvangshandlinger	3	2,04
F43	Tilpassningsforstyrrelser og reaksjoner	1	0,68
F432	Tilpassningsforstyrrelser	9	6,12
F50	Spiseforstyrrelser	1	0,68
F500	Anorexia nervosa	8	5,44
F501	Atypisk anorexia nervosa	1	0,68
F502	Bulimia nervosa	1	0,68
F509	Uspesifisert spiseforstyrrelse	1	0,68

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F845	Aspergers syndrom	2	1,36
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	1	0,68
F939	A. spes. atf.-/føl.mess. forst.	2	1,36
F952	Kombinerte vokale og multiple motoriske	1	0,68
F989	Uspes.atf/føl.mess.forst	1	0,68
Z019	Uspesifisert målrettet undersøkelse	1	0,68
Z03	Med.obs.og vurd.ved mistanke om sykdom	1	0,68
Z032	Obs.ved mistanke om psykiske lidelser	27	18,37
Z038	Observasjon ved mistanke om annen sp	1	0,68
Z60	Kont.m.h.tj.pga. probl. i forbindelse med	1	0,68
Z634	Familiemedlem som forsvinner eller dør	1	0,68
	Ubesvart(**)	8	5,44
	Total	147	100

Tabell 3.20 Diagnose ICD-10 Akse 2.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	25	17,01
999	Ukjent	87	59,18
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	0,68
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innl	2	1,36
F89	Uspesifiserte psykiske utviklingsforstyrrelser	2	1,36
	Ubesvart (***)	30	20,41
	Total	59	100

Tabell 3.21 Diagnose ICD-10 Akse 3.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
3	Normal intelligens	4	2,72
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	4	2,72
5	Mild psykiskutviklingshemning (F70)	4	2,72
99	Ukjent (****)	106	72,11
	Ubesvart (***)	29	19,73
	Total	147	100

Tabell 3.22 Diagnose ICD-10 Akse 4.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
----------	-------	--------	---------

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	34	23,13
999	Ukjent	75	51,02
E038	Annen spesifisert hypotyreose	1	0,68
E10	Insulinavhengig diabetes mellitus	1	0,68
E109	Insulinavhengig diabetes mellitus	1	0,68
G408	Annen spesifisert epilepsi	1	0,68
G80	Infantil cerebral parese	2	1,36
H908	Uspesifisert blandet mekanisk og nevrologisk	1	0,68
I619	Uspesifisert hjerneblødning	1	0,68
X6n	Villet egenskade	1	0,68
K626	Sår i endetarmsåpning	1	0,68
M314	Aortabuesyndrom	1	0,68
	Ubesvart(***)	27	18,37
	Total	147	100

Tabell 3.23 Diagnose ICD-10 Akse 5.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	31	21,09
1	Avvikende relasjoner innen familien	13	8,84
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	4	2,72
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	2	1,36
1.8	Annet	2	1,36
2,0	Forelder psykisk syk/avvikende	7	4,76
2.1	Foreldre funksjonshemmet /ufør	3	2,04
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	3	2,04
4	Avvikende sider ved oppdragelsen	1	0,68
4,3	Utilbørlig press fra foreldrene	1	0,68
4.8	Annet	1	0,68
5	Avvikende nærmiljø	1	0,68
5.1	Avvikende foreldresituasjon	7	4,76
5,3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	1	0,68
5.8	Annet	1	0,68
6	Akutte livshendelser	3	2,04
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	6	4,08
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	2	1,36

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
6.5	Skremmende personlige erfaringer	1	0,68
7.1	Flytting eller sosial omplassering	2	1,36
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	5	3,40
9	Belastende hendelser/forhold	7	4,76
9.1	Fjerning fra hjemmet	2	1,36
99	Ukjent	11	19
	Ubesvart(***)	30	20,41
Total		147	100

Tabell 3.24 Diagnose ICD-10 Akse 6.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Utmerket/god sosial fungering	4	2,72
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	30	20,41
2	Lett sosial forstyrrelse	21	14,29
3	Moderat sosial forstyrrelse	19	12,93
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	13	8,84
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	4	2,72
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	4	2,72
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	7	4,76
9	Ukjent	16	10,88
	Ubesvart (***)	29	19,73

3.6.1 Kommentarer til tabellene

(*) Episoder med faglig bistand til barnevernet startet også opp med behandling ved enheten.

(**) Dette er henvisninger som i kontakt med bakvaktordningen har fått opprettet sak i BUP-data. Det er av ulike grunner ikke blitt arbeidet videre med disse sakene og det har ikke vært grunnlag for å sette diagnose.

(***) Dette er en missing hvor behandlerne mest sannsynlig har tenkt at det er ukjent, men glemt å sette denne diagnosen.

(****)Praksis på Ungdomsenheten er at det settes ukjent (F99) dersom det ikke foreligger evnetest.

4 BUP-klinikk avd. Lian Trondheim – Akuttposten. Avdelingsbeskrivelse 2004



Besøksadresse: Vådanveien 41

Postadresse: Postboks 6810 Elgeseter 7433 Trondheim

Telefon: 73 86 53 60

Telefax: 73 86 44 01

Kontaktpersoner: Andreas Bolgien, Marit Leer Øyaas, Pål Marius Olstad

Emailadresser: andreas.bolgien@pst-stfk.no, marit.oyas@pst-stfk.no
pal.marius.olstad@pst-stfk.no

Forord

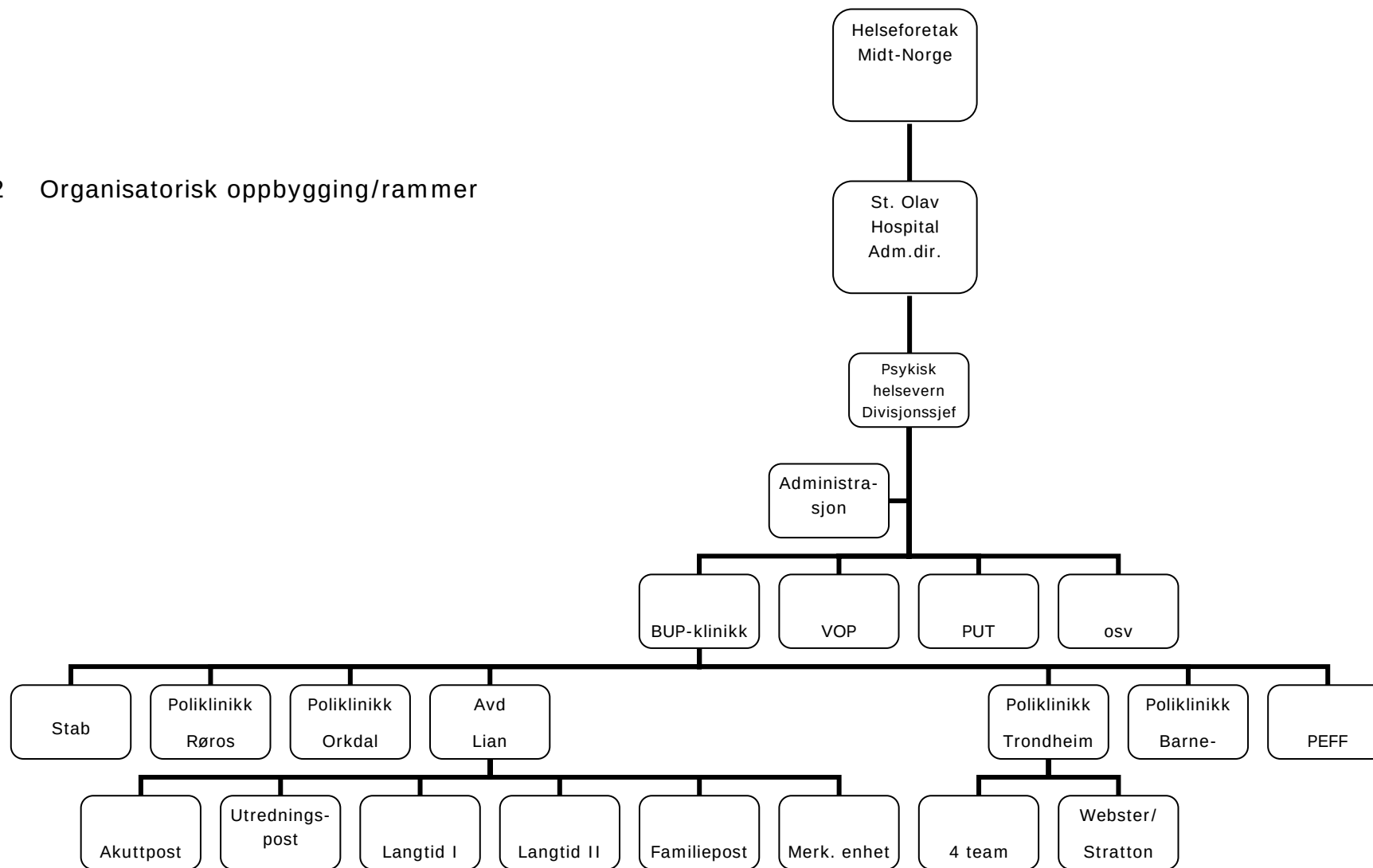
Avdelingsbeskrivelsen er skrevet av Andreas Bolgien og Marit Leer Øyaas v/Avd. Lian, BUP Trondheim for Akuttprosjektet, en multisenterstudie av akutttilbudet i psykisk helsevern for barn og unge. Før teksten eller tallene siteres, skal forfatterne kontaktes.

Studiet støttes finansielt av R-BUP-Midt-Norge.

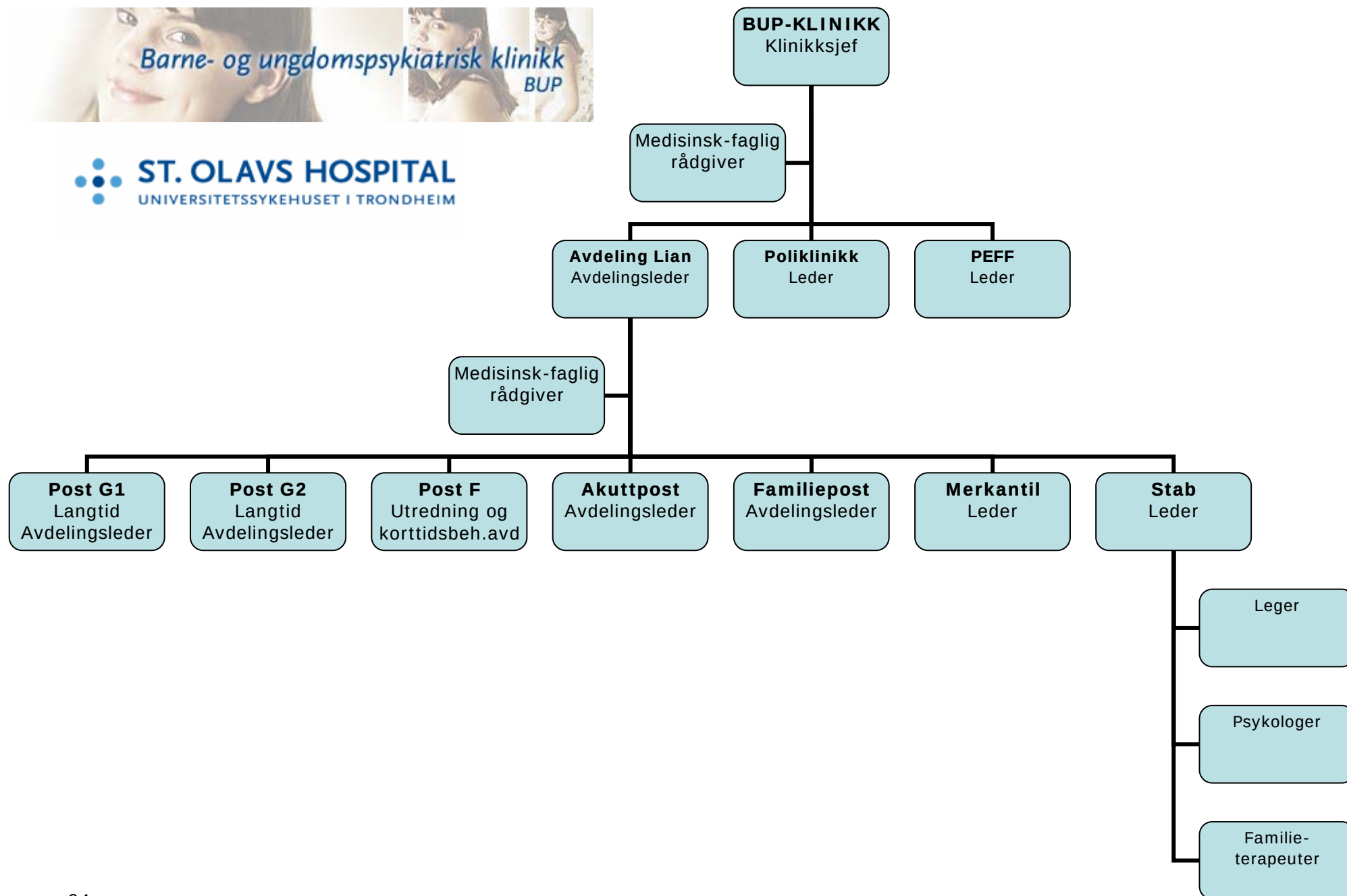
4.1 Lovverk

- Lov for Psykisk Helsevern
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelseloven
- Pasientrettighetsloven

4.2 Organisatorisk oppbygging/rammer



Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk
BUP



4.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Akuttposten er del av Avdeling Lian med

1 langtidspost med 4 døgn- og 1 dagplasser

1 langtidspost med 4 døgn- og 1 dagplasser (helge- og feriestengt, delvis kjørt som kun dagpost i 2003)

1 utredningspost med 5 døgnplasser (helge- og feriestengt), fra og med 22.11 ble tre av utredningsplassene brukt som akuttplasser og er inkludert i MAP.

2 familieposter (helge- og feriestengt)

4.2.2 Opptaksområdet

Serves hele Sør-Trøndelag med ca 260.000 innbyggere og 18.832 kvkm. Dessuten finnes en avtale med Nord-Trøndelag at vi tar deres øyeblikkelig-hjelp saker i tilfellet ikke de har kapasitet nok.

4.2.3 Målgruppe

Målgruppe er akutte psykiatriske tilstander hos ungdommer mellom 12 og 17 år, i enkelte tilfeller innlegges yngre (ned til 11 år) pasienter. Det vil si at det dreier seg først og fremst om suicidalitet og psykoser respektive mistanker om det. Målgruppen (12 – 17) omfattet ca 16.700 ungdommer.

4.2.4 Funksjon

Akuttposten har i utgangspunkt øyeblikkelig hjelp funksjon, det vil si tar imot pasienter med psykose, akutt suicidalitet og andre alvorlige livstruende tilstander (f. eks. anoreksi). Etter kapasitet tas også inn pasienter til avrusning, men det har nærmest ikke kommet noen henvisninger. Posten blir i enkelte tilfeller også 'overnattingsplass' for pasienter fra andre poster som er helgestengt. Tar i en viss grad utredningsoppgaver for pasienter som behøver en lukket post og har etter kapasitet et fleksibelt ettervernstilbud med dag- eller helgetilbud. Driver i lite grad med poliklinisk virksomhet (overgang til oppfølging fra poliklinikken eller VOP). Fra og med 22.11.2004 brukes hele skjermet avsnitt, dvs. 2 plasser, for en pasient. Derfor ble 3 senger på utredningsposten brukt fra og med samme dato som helgestengte akuttsenger.

4.3 Ressurser

4.3.1 Personalmessige

BUP Trondheim er bygd opp etter en konsernmodell. Det fantes i 2004 budsjett for poliklinikker, de forskjellige sengeposter, staben på Avd. Lian (inkludert merkantil enhet) og familieposten som opprinnelig var en egen avdeling. Det vil si at akuttpostens budsjett inneholdt kun utgifter i forbindelse med miljøpersonalet, ikke stab, merkantil, administrativ og teknisk virksomhet. Dette medfører at det ikke kan gies nøyaktige tall for akuttpostens andel av staben og merkantil enhet. Stillinger i staben og merkantil enhet som faktisk server akuttposten, var ikke fastlagt. Videre må det tas i betraktning at hele legegruppen av BUP kjøres vakt (både for- og bakvakt). Dessuten finnes en poliklinisk ø-hjelp-funksjon i Poliklinikken i Trondheim i vanlig arbeidstid, men ikke i de mindre poliklinikker på landet.

Videre server den sentrale administrasjonen blant annet teknisk avdeling og andre på de forskjellige nivåer. akuttposten.

4.3.1.1 Miljø

Miljøterapeutene jobber i todelt turnus; dag, kveld og hver tredje helg, og egen turnus for nattevakter.

4.3.1.2 Stab

Faktisk besatt var staben på Lian i 2004:

2 overleger 100- %

assistentleger 100- % -stillinger

2 familie-/distriktsmiljøterapeuter (100- % -stillinger, besatt med 75 resp 90 %),

psykologer (psykologspesialister, psykologer på utdannings- og vikarstillinger) med forskjellige stillingsandeler

4.3.1.3 Stabsfolk som faktisk jobbet på akuttposten i 2004 var:

100 % assistentlege var tilknyttet Akuttposten (ca. 90 %) og server en familieplass i tillegg

50 % familieterapeut (37,5 % besatt)

80 % psykolog største del av året

100 % overlege (spesialist i VOP) servet Akuttposten med 40-50%. Resten av kapasiteten var tilknyttet administrative funksjoner

I tillegg regnes andel for de 2 senger fra utredningsposten i fem ukers tid på slutten av året

4.3.1.4 Kontor

Kontor var faktisk besatt med fire 100- % -stillinger tilknyttet til hele Avdeling Lian. Vanskelig å si hvor mange prosentdelar som server Akuttposten, men det gåes ut fra en 100- % -stilling.

4.3.1.5 Ekstravakter

Alle ekstravakter (ca. 13) har 3-årig utdanning som sykepleier, vernepleier, barneverns-pedagog.

Tabell 4.1 Øvrige ressurser – samletabell.

Målgruppe	Trondheim
	13 – 17
	16.700
Budsjett (sum)	
Årsverk merkantil	1
Årsverk stab planlagt	
Årsverk Stab faktisk	3,25
Antall ansatte staben totalt	7
Årsv. Overleger	0,6
Årsv. Psyk-spes	0
Årsv. Ass-leger	1
Årsv. Psykologer	1,2
Årsv. fam-terapi	0,45
Årsv. Andre	0
Årsverk Miljøet planlagt	20,5
Årsverk Miljøet faktisk	20
Antall ansatte miljøet totalt	28
Årsv. Sykepl	8
Årsv. Vernepleier	4
Årsv. sosionomer	0
Årsv. pedagoger	2
Årsv. Bv-pedagoger	4,5
Årsv. andre	1,5
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	
Miljøterapi	1
Familieterapi	0
Psykisk helsearbeid	7
Rus	1
Veilednings-/ konsultasjonsteknikk	1
Målrettet miljøarbeider	1
Antall ekstravakter	30
Årsverk ekstravakt	?
Årsverk kontor	1
Andre (vaktmester, kokk etc)	
Senger	6,2

4.3.1.6 Regnskap 2004

2004 hadde både de forskjellige postene og staben inkludert merkantil enhet eget budsjett. Dessuten måtte taes felles administrasjonsutgifter (opp til nivå av St. Olavs hospital), felles arealutgifter, vaktordning med i betraktning slik at tallene nødvendigvis ikke er nøye.

Tabell 4.2

	Dir. kostnader akuttposten	Felleskostnader stab	Felleskostnader Merk	Interne kostnader	Sum
Faste stillinger	6 523 855	838 913	250 000		7 612 768
Refusjon sykepenger	-325 196				-325 196
Div tillegg	213 112	586 336			799 448
Overtid	110 615				110 615
Vikarlønn	841 895				841 895
Arbeidsgiveravgift	1 106 269	200 960	35 250		1 342 479
Pensjon	562 982	142 525	25 000		730 507
Pensjon	562 982	142 525	25 000		730 507
Reisekostnader ansatte	64 126				64 126
Reisekostnader pasient/familie	56433				56 433
Driftsbudsjett	59 364				65 021
Med forbruksvarer					59 364
Matvarer		173 123			173 123
Fordelte fellesutgifter		140 513	2 129 122		2 269 635
Areal utgifter				899 387	899 387
Driftsutgifter	9 300			322 407	331 707
Sum	9 287 776	2 082 368	2 439 372	1 221 794	15 031 311

4.3.2 Bygningsmessige

Akuttposten er en atskilt 2-etasjer-bygning (752 kvm). 1. etasjen er på 395,5 kvm, og er den egentlige posten med pasientareal. I sokkel er aktivitetsrom, møterom, teknisk rom osv. Stabsfolk har ikke kontor på posten. Størrelse av pasientrom varierer litt mellom 8,5 på skjermet avsnitt og 13 kvm på posten. Alle rom har eget bad/wc.

Areal for hele avdeling Lian skal være 8700 kvm. BTA til akuttposten er 511,155 kvm pluss 149,1 kvm for bygg, etasje og område. Det finnes ikke noe gjerde mot turområdet.

4 senger pluss 2 senger på skjermet avsnitt tom 22.11.2004. Fra og med samme dato reduseres skjermet avsnitt til én seng og det taes 3 helgestengte utredningsplasser som akuttplasser i bruk. Dvs. at det er 6,2 plasser på hele året.

1 pårørendeleilighet på området som disponeres av hele Avdeling Lian.

Kontorer for staben og merkantil enhet er plassert i annen bygning.

4.3.3 Skolens ressurser

Skolen har ressurser tilsvarende ca. 18 årsverk. Av dette er ca. 15,5 årsverk knyttet til undervisning. Dette er ressurser som fordeles mellom enheten ved Familieavdelingen og enheten knyttet til ungdomsavdelingen ved BUP-klinikk avd. Lian.

Som prinsipp har vi to-lærersystem i alle gruppetimer med mulighet for individuelle tilbud i tillegg, det være seg som tilbud på skolen eller på postene. De individuelle tilbudene må pga ressurser vurderes nøye.

Til akutt-teamet er det knyttet 4 faste lærere. I tillegg har faglærere fra andre team noen timer på teamet. I timer disponerer akutt-teamet ca. 40 t/uke. Disse skal dekke lærerbehovet i de 17 team-timene. I tillegg kommer som vist over de 11 fellestimene. I disse timene er det alltid 4-5 lærere tilstede, herav lærere som fast er knyttet til akutt-teamet.

Lederressursen utgjør 2,5 årsverk fordelt på rektor 100 %, undervisningsinspektør 60 % og skolesekretær 90 %

4.3.4 Øvrige ressurser

1 bil disponeres av hele Avdeling Lian.

4.4 Behandlingstilbudet

4.4.1 Type omsorgsform

Tilbudet er i hovedsak på døgnbasis, men i enkelte tilfeller, som avslutning i et behandlingsopplegg, også på dagbasis og poliklinisk ettervern til poliklinikken kan overta (ei uke opp til flere måneder). Pasienter over 17 ½ år gammel som ikke har vært i poliklinikken før innleggelse henvises som oftest direkte til VOP og følges opp til 18-års-grense. Skoletilbudet på Lian skole er knyttet til døgn- eller dagopphold, dvs. polikliniske pasienter taes ikke inn på Lian skolen.

4.4.2 Behandlingsideologi

Ideologien er eklektisk med vekt på bio-psyko-sosio-kulturell forståelse. Vi vektlegger en helhetlig tenkning, med både psykodynamisk og kognitiv bakgrunn. Tett samarbeid både med foreldre, skole, 1., 2. og 3. linje, sosial nettverk og multidimensionell utredning. Dette lykkes selvsagt kun ved lengre innleggelser. Ved et stort antall korte innleggelser blir det nok ideologi. Utredningen taes ofte etter klinisk skjønn og samarbeidet er begrenset på enkelte av de nevnte samarbeidspartnere.

4.4.3 Blant miljøterapeuter

Avdelingsleder er vernepleier med kognitiv bakgrunn uten at kognitiv tenkning er gjennomført prinsipp i miljøpersonalgruppa. Assisterende avdelingsleder er psykiatrisk sykepleier.

Blant miljøterapeutene er det flere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, en med videreutdanning i veiledning og konsultasjon og en med videreutdanning i rusproblematikk.

4.4.4 Blant individualterapeuter

Overlegen er voksenpsykiater med erfaring fra rettspsykiatri, men uten spesiell terapeutisk utdanning eller bakgrunn. Assistentlegene skifter hvert år grunnet utdanningsløpet sitt. Psykologenes skifting er omtrent like hyppig. Familieterapeuten er med 37,5 % fast tilknyttet til posten, men blir faktisk tatt mer i bruk av utredningsposten fordi planlegging er der mye lettere enn på en akuttpost.

Orientering av hele stabsgruppen er i stor grad pragmatisk og løsningsfokuseret. Dybde av utredning og behandling er først og fremst avhengig av kapasitet og respektive press på nye innleggelser.

4.4.5 Tilbud i avdelingen

Det arbeides i team rundt hver pasient. Teamet består av avdelingsleder/ass. avdelingsleder, 2 miljøkontakter, individualterapeut, overlege, familieterapeut og lærer fra skoleavdelingen. Akuttpostens primære oppgave er å avhjelpe en krisesituasjon for deretter å behandle og jobbe for videre tiltak. Miljøterapeutisk tiltak i akuttposten vil hovedsakelig være bygd på elementene beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (Gundersen). Alle pasienter GAF-skåres ved innkomst. Ut i fra denne skåren, brukes Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser som utgangspunkt i en behandlingsplan. Denne utarbeides i samarbeid med pasienten (der det er mulig). Gundersons miljøterapeutiske prosesser er teamets rettesnor på hvilke hjelpebehov pasienten til en hver tid har, og behandlingen styres av dette. Ressursers, mål og hjelpebehov er tydelig definert i samarbeid med pasienten. I praksis kan en i kort form eksemplifisere de fem elementene slik: Beskyttelse: Trygge, skjerme eller ta hånd om. Mål; hindre destruktiv/utflytende atferd. Kontrolltiltak og ivaretagelse. Støtte: Øke selvfølelsen gjennom bevisst, planlagte handlinger og ytringer. Viktig med hvor mye støtte og hva slags støtte, ikke gjøre pasienten hjelpavhengig/inkompetent. Mål; minske fortvilelse eller angst. Struktur: Planlagte ytringer/handlinger (rutiner) i miljøet som skaper forutsigbarhet over tid for sted og situasjon. Mål; fremme forandring i sosialt uheldig symptomer og atferdsmønstre. (dagsplaner og ukeplaner). Engasjement: Bevisst, planlagte handlinger og ytringer som fører til at pasienten knytter seg aktivt til sitt sosiale miljø (innenfor og utenfor avdelingen) og "lever" i dette. Mål; pasienten komme inn i en aktivt handlende fase, en følelse av å mestre tilværelsen, spesielt i sosial sammenheng. Pasienten ta mer ansvar for sine handlinger. Gyldiggjøring: Bekreftelse av pasientens egenart i samtale og aktivitet. Mål; høyere funksjonsnivå og øke graden av innsikt i sin egen situasjon.

På akuttposten kommer en ofte ikke lengre enn til å bruke elementene beskyttelse, støtte og struktur. Graden av disse vil variere ut fra pasientens tilstand. Gå fram og tilbake med grad av beskyttelse og støtte. Engasjement begynner ofte i akuttposten, men dras videre med i jobbingen utenfor akuttposten. Gjennom miljøterapien jobbes det i interaksjon med pasienten, familie og eventuelt andre. Betydningen av en behandlingsmessig relasjon er avgjørende for hvordan miljøterapien virker på den enkelte pasient.

Miljøterapeutiske oppgaver er av observerende, diagnostisk og terapeutisk natur (Gundersen). Det dreier seg om å grensesette, å gi mestringsopplevelser, være god rollemodell, være deltagende ledsager ved fritidsaktiviteter, fra å være fotfølging som fastvakt til å ta dyperegående individualsamtaler. Det gjennomføres fra miljøets side en daglig samlingsstund med alle pasienter, en såkalt 5-kaffe, hvor kvelden planlegges. Det finnes en dag hver uke en felles sosialtrening (bowling, kino, restaurant etc.) som flest mulig pasienter skal delta i, avhengig av tilstanden deres.

Ved innleggelse får hver ungdom to miljøkontakter. Disse er miljøterapeuter som jobber i turnus. Miljøkontaktene vil være ungdommens kontaktperson i posten, og er sammen med avdelingsleder og stabskontakt ansvarlig for det miljøterapeutisk behandlingsopplegget rundt hver ungdom. Miljøkontakten vil og være bindeleddet i forhold til avtaler rundt ungdommen og familien rundt oppholdet. Det er først og fremst psykolog, assistentlege/overlege (deltagelse på behandlingsmøte, klinisk veiledning, felles samtaler) som har det primære behandlingsansvaret for den enkelte pasient, bortsett fra tvangsinnlagte som overlegen tar primær ansvar for. Psykolog og assistentlege jobber tett sammen angående somatisk undersøkelse og psykologisk testing. Det skjer i enkelt tilfeller at miljøpersonal eller familieterapeut har det primære behandlingsansvaret med overlege i bakgrunn. Individualterapeuter har individualsamtaler og skisserer i samarbeid med miljøpersonal planlegging og behandlingsforløp. Det er behandlingsmøter ukentlig. Miljøkontaktene skriver behandlingsplan, som igjen evalueres i forkant av hvert behandlingsmøte. Tiltak som fattes i

behandlingsplan er styrende for oppholdet. Ved utskrivning evalueres oppholdet i en miljøterapisammenfatning. Ved familiesamtaler deltar vanligvis primærbehandler pluss miljøkontakt eller avdelingsleder. Familieterapeut taes som oftest kun inn ved lengre opphold og indikasjon for familieterapeutisk oppfølging etter utskrivning.

På Avdeling Lian finnes en Psykoedukativ familiegruppe som har selvskadende og personlighetsforstyrrete ungdommer som målgruppe. Gruppen ledes ikke av akuttpostens personal og har ca. 6 plasser til rådighet som delvis brukes av akuttpasienter. Andre grupper finnes ikke. En samtalegruppe for spiseforstyrrelser som prøvdes i 2004 ble nedlagt igjen etter noen uker pga dårlig oppslutning fra pasientenes side og prioriteringsproblemer fra personalets side.

Alle pasienter får et individuelt tilpasset skoletilbud, fra enkelte timer til full skoledag. Skoletilbud kan også gis på posten, men det er unntaksvis. Det kan foretaes som enkeltundervisning eller i postens gruppe eller i storgruppe sammen med pasientene fra andre poster.

4.4.5.1 Utredningsmetoder

Det foretaes etter behov standardiserte intervjuer og tester, for eksempel KIDDIE-sats, BECK, MADRS, WISC, Raven og andre. Det taes en ASEBA på alle ved innkomst og etter lengre opphold også ved utskrivning. Men hovedvekt ligger på klinisk vurdering både fra individual- og miljøterapeutens side. Det finnes en egen utredningspost som vanligvis tilbyr 6-ukers opphold og har opp til et halvt års ventetid.

EEG, MR og blodprøver taes i samarbeid med St. Olavs hospital. Urinprøver på rusmidler taes av nærmest alle pasienter

4.4.5.2 Medikamentell behandling

Utgjør kun en liten del av behandling. Antall innlagte psykoser eller ADHD er lav. Her brukes det nyere nevroleptika og, bortsett fra de vanlige sentralstimulanter var det også gjort erfaring med Strattera. Antidepressiva blir prøvd ved depresjon/selvskading, men (etter subjektiv vurdering) ofte uten overbevisende suksess. Medikamentell behandling ved avrusning var det ikke behov for.

4.4.6 Møte og samarbeidsformer

Det finnes vanligvis et planleggingsmøte rett etter, men senest dagen etter innkomst og et, i enkelte tilfeller også to, behandlingsmøter per uke. På møter deltar avdelingsleder, miljøkontakt, behandlingsansvarlig, lærer, delvis familieterapeut, delvis overlege, delvis poliklinisk individualterapeut, delvis pasient). Det utarbeides for hver pasient observasjonspunkter og en skisserer et planlagt behandlingsforløp.

Dessuten finnes samarbeidsmøter med andre enheter eller etater. Overføring til andre poster innebærer vanligvis et samarbeidsmøte med miljøterapeuter fra begge poster, delvis med individualterapeuter. Ved lengre opphold finnes det diagnostiske konferanser for å foreta en oppsummering, sammenfatning og diagnosesetting. Her, men delvis også på behandlingsmøter deltar som oftest også polikliniske individualterapeuter. Samarbeidsmøter har vi dessuten med 1. linje (kommune, pp-tjeneste, helsesøster) angående videre tilbud, omsorgsbasis, individuell plan) og 3. linje (rettspsykiatrisk avdeling) angående risikovurdering). Overføring fra Lian skole til hjemmeskole foretaes vanligvis fra skole uten at posten er med.

Ved vanskelige forløp taes såkalte stopp-opp-møter for å sjekke hvor vi står, hvor vi skal, hva som er mulig, hva som gikk galt. Ettertankemøter gjennomføres etter utskriving for å evaluere vanskelige saker.

4.4.7 Skjerming og grensesetting

Det finnes en egen skjermet enhet med to senger, men de blir ofte brukt som vanlige senger for pasienter som får fri tilgang til posten. Skjerming foretaes ved innkomst en dag og behøver vedtak fra legen når den går ut over 48 timer. Skjerming overstiger svært sjelden 3 uker. Grensesetting, både verbalt og fysisk, foretaes av miljøterapeutene, som oftest som holding. Holding ble ført i tvangsmiddelprotokoll.

4.4.8 Bruk av tvang

Det finnes ikke noen muligheter for isolering. Det finnes en belteseng som ikke ble brukt i 2004. Det ble heller ikke brukt tvangsmedisinering etter PHL, kun en sjelden gang i nødssituasjoner. Terskelen for reimseng er såpass høy at velting av møbler medfører vanligvis ikke bruk av den. Mer vanlig er holding, ransaking, kroppsvisitasjon, beslag etter PHL. Alle tvangsmidler bokføres i protokoller som legges frem for kontrollkommisjonen.

4.4.9 Skoletilbud

4.4.9.1 Skolenes pedagogiske grunnsyn/elevsyn/lærersyn

Elevsyn

Vårt grunnleggende elevsyn er at alle mennesker er forskjellige, likeverdige og har krav på å bli møtt med respekt. Videre at alle har iboende behov for å mestre, arbeide med meningsfulle oppgaver, behov for å få varierte erfaringer og opplevelser som knyttes til mestring og utvikling. Vi mener at alle har iboende positive ressurser som gir grunnlag for et godt sjølbilde og personlig utvikling. Alle har behov for å være del av et opplevd sosialt fellesskap. Til slutt så mener vi at alle har evne til å være medansvarlige for egne læringsmål og eget læringsarbeid i samarbeid med og med støtte fra voksne.

Læringssyn

Vi mener at læring er noe som skjer i og med eleven, og at elevene opplever å lykkes og mestre er en forutsetning for motivasjon og læring. Den mest varige læringen skjer når vi finner fram til hver enkelt elevs ståsted og bygger videre på dette. Vi gjør det gjennom dialog og veiledning, gjennom å gi rom for erfaringer på mange områder og ved å vektlegge at eleven skal forstå sammenhenger og sin egen rolle i disse sammenhengene. Læringsarbeidet må foregå individuelt, i samarbeid med andre elever og med lærerne, og det må foregå på ulike arenaer der ulike arbeidsmåter og læringsstrategier tas i bruk. Vi mener det skal være god sammenheng mellom læringsarbeidet og vurderingsarbeidet.

Kunnskapssyn

Vi skal legge til rette for at elevene kan utvikle kunnskaper som setter dem i stand til å ta ansvar for sitt eget liv og forstå og delta i grunnleggende samfunnsprosesser. Kunnskapen tilegnes av hvert enkelt individ og viser seg innenfor følgende områder:

- faglig kompetanse
- sosial kompetanse
- språklig kompetanse
- kulturell kompetanse
- fysiske og praktiske ferdigheter

4.4.9.2 Skolens fysiske rammer

Skolen holder til i eget bygg, ca 100 meter fra akuttposten. Den er bygd for formålet og har gode, egnete lokaler. Elevene fra akuttposten utgjør ei elevgruppe som disponerer et klasserom ca 30 kvm, grupperom på ca.8 kvm. Klasserommet har egen inngang, garderobe og toalett. I tillegg benyttes spesialrom som kjøkken, formingsrom, musikkrom og bibliotek. En viktig ressurs er uteområdet, vi ligger i utkanten av Bymarka. Vi vurderer det som positivt og normaliserende at ungdommene må ut for å gå til skolen. Samtidig er avstanden så kort at det er lettvis å organisere følge for de som trenger det. Avstanden er heller ikke større enn at personalet på akuttposten raskt kan være på pletten på skolen ved behov.

4.4.9.3 Kartlegging/utredning/testing

Diagnostisering /testing har som regel lite fokus for akuttinnlagte, derfor gjennomføres kartlegging gjennom skolefaglig jobbing. Det vil si at vi har en diagnostiserende holdning til arbeidet. Dersom testing er aktuelt kan vi i forhold til lese/skrivevansker bruke STAS, Arbeidsprøven og Aston Index. Ellers bruker vi ITPA, språktest og M-prøvene i matematikk.

I prinsippet skal de fleste lærerne kunne gjennomføre testing, men vi har to lærere som har utviklet spisskompetanse og kan bistå de andre ved behov. Det vurderes fra elev til elev når testene skal tas.

4.4.9.4 Rapporteringsrutiner

Det skrives pedagogisk rapport ved avsluttet opphold. Rapporten går til foresatte med kopi til klinikken, hjemskole og 1.linjetjeneste. Når det gjelder rapportens innhold så har vi utarbeidet en felles mal for skolen. Overskrifter her er: generell informasjon, omfang og organisering av tilbudet, mål, gjennomføring og vurdering, samarbeid, oppsummering og videre arbeid. Videre så vil lengden på oppholdet vil være avgjørende for rapportens omfang

4.4.9.5 Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen

Hvilken informasjon som gis til klasse og hjemmeskole varierer fra elev til elev, men et minimum er den pedagogiske rapporten. I tillegg kan vi organisere besøk av elever og lærer fra hjemmeskolen til oss, vi kan besøke klassen, informere om skolen, eleven og elevens situasjon. Det siste skjer alltid i samarbeid med eleven selv. Videre kan vi delta i oppfølgende møter med lærer(e) og 1.linjetjeneste. Det er kontakt med hjemmeskolen under oppholdet for gjensidig informasjon.

4.4.9.6 Lærerrolle

I faste stillinger krever vi spes.ped utdanning. Litt avhengig av oppgaver ønsker vi slik utdanning tilsvarende 30 vekttall/90 studiepoeng. Videre vil det være krav om ulik fagkompetanse. Utover dette vurderes personlig egnethet

4.4.9.7 Skolehverdagen

Generelt er skolens mandat omfattende. Tilpasset opplæring er et overordnet krav. Dette tilsier at omsorg og veiledning er viktig, men vi er svært opptatt av vår rolle som pedagoger sett i forhold til klinikkens behandleroppgave.

4.4.9.8 Ungdom uten elevstatus

Vi har et tilbud uavhengig av elevstatus, men vi ser det som en viktig oppgave å motivere og hjelpe ungdommene med tilrettelegging i hjemskolen slik at elevstatus evt. kan gjenopprettes. Ellers vises til punkt om skolens aktiviteter.

4.4.9.9 Skolens aktiviteter

Skolen har muligheter til å legge til rette for aktiviteter som ikke er direkte knyttet til fag/læreplaner. Dette kan være ulike formingsaktiviteter, musikk, tilbud om opplegg knyttet til hest/hestestell/riding, fysisk aktivitet. Slike aktiviteter kan også fungere som inngangsporten til mer skolefaglige aktiviteter eller at skolefaglige aktiviteter knyttes til de alternative oppleggene.

4.4.9.10 Organisering av undervisning

I utgangspunktet skjer opplæringa i grupper med to-lærersystem. Ved behov har vi eneundervisning. Skoledagene begynner og slutter til fast tid. Utgangspunktet er ei skoleuke på 20 timer for akuttinnlagte. Timetallet kan økes til 28. Det innebærer deltagelse i skolens fellestimer. For øvrig gjøres det avtale for den enkelte elev når det gjelder antall timer og når på dagen disse skal ligge. Vi har ikke ettermiddag/kveldsundervisning.

4.4.9.11 Samarbeidsrutiner

Foresatte kan delta på oppfølgingsmøter, det kan være foreldresamarbeid under innleggelse, men i noen tilfelle ser vi ikke foreldrene. Dette gjelder de helt korte innleggelsene. Se for øvrig på punkt om kontakt mellom skole og hjemskole.

4.4.9.12 Teamarbeid

Lærerne deltar på behandlingsmøter og DK. I tillegg er det daglig kontakt mellom skole og post. Skolen har ansvar for innhenting av opplysninger fra hjemmeskolen, samt å gi slik info tilbake. Se for øvrig rapporteringsrutiner og kontakt mellom skolen og hjemmeskolen.

4.4.10 Øvrige tilbud

Assistentlege og psykolog er i opplæringsstilling og får intern veiledning. Det finnes undervisning av medisinstudenter som innbærer pasientkontakt. Det finnes vernepleier-, sykepleier- og barnevernpedagogstudenter som er over en 8 resp 16 ukers periode på posten. Dessuten tilbys det kurs og veiledning ved behov til samarbeidspartnere. For hele tilbudet står BUP som helhet ansvarlig for og skilles det i lite grad mellom de enkelte enheter/avdelinger.

På avdeling Lian finnes et faglig forum for intern utvikling hvor stab, avdelingsledere og assisterende avdelingsledere deltar. Fagdag for hele BUP er to ganger hvert år for alle profesjoner.

Akuttposten driver vanligvis ikke med undervisning til kommuner, skoler osv., men blir etterspurt i enkelte tilfeller (for eksempel suicidalitet/selvskading fra barneklirikken). Akuttposten

har vanligvis studenter fra de forskjellige nevnte yrkesgrupper og deltar i undervisning av medisinstudenter.

4.4.11 Inntak

4.4.11.1 Kriterier

Suicidalitet, psykose, dårlige anoreksipasienter (< 2,5 persentilen). I realiteten er det nok en stor gråsone med 'mistanke om ...' slik at det som oftest dreier seg om pasienter med ny-oppdagete selvskadingsproblematikk eller forverring av tilstanden respektive bekymrete eller utslitne pårørende. Akuttposten har etter kapasitet (dvs. under og rett etter ferietiden) åpnet opp for avrusning, noe som i svært liten grad ble tatt i bruk.

Henvisende instans på dagtid skal først og fremst være BUP-poliklinikk etter øyeblikkelig hjelp-samtale. Poliklinikken i Trondheim har en øyeblikkelig hjelp-funksjon, men ikke de andre poliklinikker i Orkdal, Røros og på Fosen. Det finnes ikke psykiatrisk legevakt. Faktisk er vanlig legevakt en av hovedhenviserne.

4.4.11.2 Inntaksprosedyre

Vanligvis får henvisende lege eller psykolog telefonisk kontakt med overlegen. Det er en individualterapeut og en miljøterapeut som gjennomfører en innkomstsamtale. Ved tvilsomme henvisninger prøver overlege å være med på innkomst for å ta en vurdering allerede her. Det taes et planleggingsmøte snarest mulig etter innkomst.

4.4.12 Utskrivning

4.4.12.1 Kriterier

Teoretiske kriterium for utskrivning er at øyeblikkelig hjelp-fasen er avsluttet. Men det blir vurdert ut fra hvilke andre tilbud som kan ta oppfølging. Avgjørende er ofte belegg/kapasitet og spørsmål om faktiske muligheter i poliklinikken eller på andre poster. Det er ikke uvanlig at opphold er lengre enn ut over ren øyeblikkelig hjelpfase. Anorektiske pasienter og reinnlagte ustabile pasienter med selvskading får vanligvis hele behandlingsopplegget sitt på akuttposten. Men ved høyt belegg utskrives de rett etter akuttfasen og det mangler et intermediært tilbud.

4.4.12.2 Prosedyrer

Individualterapeut, hvis mulig pluss miljøkontakt, tar utskrivningssamtale med pasienten og foreldrene. Vi prøver å unngå utskrivning i helger slik at individualterapeut alltid kan være med på utskrivningssamtalen. Ved lengre opphold eller sammensatt problematikk har vi dessuten overføringsmøte med andre instanser. Skolen overfører til hjemmeskolen, vanligvis uten postpersonal. Poliklinisk avtale bør være avklart før utskrivning, men er ikke alltid det.

4.5 Samarbeidspartnere

4.5.1 Innad i BUP-systemet

Akuttposten er en del av Avdeling Lian med flere ungdomsposter, en familiepost og en liten poliklinisk virksomhet. Det finnes et lederteam (leder, faglig ansvarlig for drift, alle avdelingsledere, inkludert akuttpostens leder) og et inntaksteam (samme folk pluss staben). Begge team møtes ukentlig. Akuttpostens inntak går ikke gjennom inntaksteam, men det drøftes også belegg og behov for overføring av pasienter.

Det finnes en ettervernsgruppe for ungdommer som gjerne brukes fra tidligere akuttpasienter og en psyko-edukativ gruppe for hele familier. Begge grupper møte annen hver uke, unntatt ferietid.

Det finnes et fellesalarmsystem for miljøpersonale på alle poster, unntatt familieposten, slik at det kan tilkalles personale som forsterkning umiddelbart ved behov.

Det finnes en felles ferieavvikling av turnusarbeidende folk. Dvs. at akuttens personale slås sammen med det fra utredningsposten for å avvikle ferie. Personale kan flyttes mellom poster jamfør Konsernmodellen og dette ble gjort i 2004 for å lage et spesielt team for en krevende pasient.

Det finnes en felles intern undervisning 1/måned for hele personalgruppe og et felles ukentlig stabsmøte for hele Avdeling Lian. Sistnevnte brukes fra staben blant annet for faglige drøftinger.

4.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

Knyttet til BUP som helhet finnes det et kompetanseteam med hver 50- % -psykologstilling fra både BUP og PUT og rettspsykiatriske avdeling. Teamet hadde i hele 2004 maks 2 av de 3 50 % stillinger besatt. Kompetanseteam ga veiledning til tre BV-institusjoner. Psykologen hadde sine andre stillingsandeler på Avdeling Lian.

Det finnes en generell samarbeidskontrakt mellom BV og BUP og et pasientfokusert samarbeid mellom PUT og BUP.

Det avtaltes med VOP i desember 2004 at pasienter med stor skjermingsbehov kunne overføres uansett alder snarest fordi egen skjermet avsnitt var stengt på lengre sikt pga en pasient. Avtalen ble ikke brukt i 2004.

4.5.3 Mot somatiske sykehus

Det finnes en egen liten poliklinikk (3 stillinger) i St Olavs Hospital som arbeider tett opp mot barneklubben. En fikk inntrykk at det har vært mindre akuttinnleggelse pga anoreksi.

4.5.4 Mot kommuner

Det finnes en 20 % psykologstilling knyttet til samarbeid mot kommunenes barneverntjeneste og 1.linje. Psykologen skulle taes ved behov med i deres drøftinger og til- eller fraråder henvisninger. Han hadde den øvrige 80% stillingsandel ved utredningsposten. Den ble formelt ikke tatt i bruk fra kommunene pga deres interne omorganiseringen.

4.6 Pasientdata 2004

Kort innledning / kommentar

Det var ikke mulig å ta ut data fra BUP-data-systemet for 2004, det var ikke et skille mellom sengeposter og poliklinikken. Det vil si at alle data er håndplukkete og med forholdsvis stor grad av usikkerhet slik at de ikke burde danne grunnlag for statistiske formål. På grunn av stor missing ble det sett bort fra å beregne prosentdelene. Det var 54 pasienter som delvis var innlagt flere ganger slik det ble totalt 96 innleggelser i 2004. Ang henvisningsgrunn var det mulig å angi 3 grunner og det skiltes ved telling ikke mellom dem. Derfor er summen over 96.

Tabell 4.3 Noen kjernetall.

2004	Tall
Antall liggedøgn	1 626
Beleggsprosent	72,6
Antall episoder	102
Avsluttede saker	98
Første innleggelser	44
Reinnleggelser	58
Pasienter totalt	72
Gjennomsnittlig liggetid	15,94 dager

Tabell 4.4 Opptelling av episoder.

Alder/kjønn	1 - Jente	2 - Gutt	Ubesvart	Total	Prosent
11 - Alder (som barnet fyller i år)					
12	8			8	8
13	2	1		3	4
14	13			13	14
15	19	5		24	22
16	30	1		31	34
17	18	2		20	12
18	2	1		3	2
Total	92	10		102	
Prosent	85	15			100

Tabell 4.5 Foreldreretten.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	62	60,79
2	Mor	7	6,86
3	Far	2	1,97
4	Annet	22	21,56
	Ubesvart	9	8,82
	Total	102	100,00

Tabell 4.6 Omsorgssituasjon.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	30	29,41
2	Pendler mellom mor og far	0	0
3	Bor hos en av foreldrene	34	33,33
4	En foreldre og samboer	1	0,98
5	Hos besteforeldre/andre	0	0
6	Bor i fosterhjem	1	0,98
7	Bor på institusjon	28	27,45
8	Bor alene	0	0
9	Annet	3	2,94
	Ubesvart	5	4,9
	Total	102	100

Tabell 4.7 Nyhenvist i perioden. Opptelling av pasienter.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Nyhenvist	99	97,06
2	Overført	3	2,94
	Ubesvart	0	0
	Total	102	100

Tabell 4.8 Inntil 3 henvisningsgr. barnet.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	0	0
2	Psykotiske trekk	19	10,93
3	Suicidalfare	68	39,09
4	Hemmet adferd	0	0
5	Angst/fobi	1	0,57
6	Tvangstrekk	2	1,15
7	Tristhet/depr/sorg	35	20,12
8	Skolefravær	2	1,15
9	Atferdsvansker	3	1,72
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	1	0,57
11	Rusmiddelmisbruk	5	2,83
12	Asosial/kriminalitet	0	0
13	Lærevansker	1	0,57
14	Språk/talevansker	1	0,57
15	Syn/hørselsproblem	0	0
16	Spiseproblem	27	15,53
17	Andre somatiske symptomer	6	3,46
18	Annet	3	1,72
19	Ingen	0	0
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0
	Ubesvart	0	0
Total		174	100

Tabell 4.9 Henvisende instans.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Pasienten	6	5,88
12	Foreldre/foresatte	0	0
13	Fosterhjem	0	0
14	Andre fra nærmiljø	0	0
21	Skole/fritidsordning	0	0
22	Barnehage/førskole	0	0
23	PP-tjenesten	2	1,96
24	Spesialscole	0	0
25	Statlig kompetansesenter	0	0

Kode	Tekst	Antall	Prosent
26	Annet innen skolesektor	2	1,96
31	Lege	43	42,18
32	Skolehelsetjenesten	2	1,96
33	Helsestasjon	0	0
34	Habiliteringstjeneste for barn	0	0
35	Somatisk sykehus	8	7,84
36	Flyktningehelsetjeneste	0	0
37	Annen somatisk helsetjeneste	0	0
41	Rusmiddelomsorg	0	0
42	Habiliteringstjeneste for voksne	0	0
43	BUP poliklinikk/avdeling	15	14,7
44	Voksenpsykiatri	0	0
45	Psykolog/psykiater privat	0	0
46	Annen helsetjeneste	20	19,6
51	Sosialkontor	0	0
52	Barnevern (kommunen)	0	0
53	Barnevern (fylkeskommunen)	0	0
54	Barnevernsinstitusjon	0	0
55	Flyktning/innvandrerstjeneste	0	0
56	Annen sosialtjeneste	0	0
61	Hjelpetjenesten for barn/unge	1	0,98
71	Familievernkontor	0	0
72	Utekontakt/uteseksjon	0	0
74	Krisesenter	0	0
75	Kriminalomsorg	0	0
76	Politi/lensmann/rettsvesen	0	0
77	Arbeidsmarkedsetat	0	0
78	Andre	0	0
	Ubesvart	3	2,94
	Total	102	100

Tabell 4.10 Viktigste henvisningsgrunn barnet.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	0	0
2	Psykotiske trekk	8	7,84
3	Suicidalfare	56	54,9
4	Hemmet adferd	0	0
5	Angst/fobi	0	0
6	Tvangstrekk	0	0
7	Tristhet/depr/sorg	3	2,94
8	Skolefravær	0	0
9	Atferdsvansker	2	1,96
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	0	0
11	Rusmiddelmisbruk	3	2,94
12	Asosial/kriminalitet	0	0
13	Lærevansker	0	0
14	Språk/talevansker	0	0
15	Syn/hørselsproblem	0	0
16	Spiseproblem	27	26,47
17	Andre somatiske symptomer	0	0
18	Annet	2	1,96
19	Ingen	0	0
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0
	Ubesvart	1	0,98
Total		102	100

Tabell 4.11 Viktigste henvisningsgrunn barnets miljø.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	17	16,67
2	Belastninger i nærmiljø/samfunn	17	16,67
3	Belastninger i skole/barnehage	2	1,96
4	Akutte livshendelser	6	5,88
5	Belastninger res. Av forstyr./fh	9	8,82
6	Ingen	15	14,7
7	Ikke fylt ut av henviser	34	33,33
	Ubesvart	2	1,96
Total		102	100

Tabell 4.12 Inntil 3 henvisningsgrunner barnets miljø.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	18	16,36
2	Belastninger i nærmiljø/samfunn	18	16,36
3	Belastninger i skole/barnehage	8	7,27
4	Akutte livshendelser	7	6,36
5	Belastninger res. Av forstyr./fh	15	13,63
6	Ingen	10	9,09
7	Ikke fylt ut av henviser	34	30,9
	Ubesvart	0	0
Total		110	100

Valgt spørsmål teller inntil 3 ganger pr. henv. Derfor avviker SUM fra antall henv.perioder.

Tabell 4.13 Hjemmel for innleggelse.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. Helsev. §2-1	23	22,55
2	Lov om psyk. Helsev. §2-1.4	70	68,63
3	Lov om psyk. Helsev. §2-2.1	1	0,98
4	Lov om psyk. Helsev. §2-2.3	0	0
5	Lov om psyk. Helsev. §3-1	0	0
6	Lov om psyk. Helsev. §3-3	0	0
7	Lov om psyk. Helsev. §3-6	3	2,94
8	Lov om psyk. Helsev. §3-7	0	0
9	Lov om psyk. Helsev. §3-8	5	4,9
10	Lov om barnevern	0	0
51	Lov om psyk. Helsev. §4.1	0	0
52	Lov om psyk. Helsev. §4.2	0	0
53	Lov om psyk. Helsev. §4.3	0	0
54	Lov om psyk. Helsev. §3	0	0
55	Lov om psyk. Helsev. §5	0	0
	Ubesvart	0	0
Total		102	100

Tabell 4.14 Barnevernets rolle ved henvisning.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	56	54,57
2	Rollen ikke fastlagt	13	12,74
3	Undersøkelser §4.3	9	8,82
4	Hjelpetiltak §4.4	0	0
5	Frivillig plassering §4.4	0	0
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	0
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	8	7,84
8	Akuttvedtak §4.6	1	0,98
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0
10	Vet ikke	9	8,82
11	I inst. uten samtykke §4.24	0	0
12	I inst. med samtykke §4.26	0	0
	Ubesvart	6	5,88
	Total	102	100

Tabell 4.15 Barnevernets rolle oppdatert.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	31	30,39
2	Rollen ikke fastlagt	13	12,74
3	Undersøkelser §4.3	10	9,8
4	Hjelpetiltak §4.4	5	4,9
5	Frivillig plassering §4.4	13	12,74
6	Und./behandling §4.10/4.11	5	4,9
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	5	4,9
8	Akuttvedtak §4.6	6	5,88
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0
10	Vet ikke	4	3,92
11	I inst. uten samtykke §4.24	0	0
12	I inst. med samtykke §4.26	0	0
	Ubesvart	10	9,8
	Total	102	100

Tabell 4.16 Hva skjedde etter avslutning.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	24	23,53
2	Henvist annen instans	41	40,2
3	Mangler tilbud	0	0
4	Ikke behov for oppfølging	1	0,98
5	Annet	30	29,41
	Ubesvart	6	5,88
	Total	102	100

Tabell 4.17 Diagnose ICD-10 Akse 1.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F10	<Ukjent diagnose>>	1	0,98
F101	Psyk.lid. og atf.forst.s.sk.br. av alkoh	1	0,98
F195	Psyk.lid. og atf.forst.s.sk.br. av fl.st.p	1	0,98
F20	<Ukjent diagnose>>	1	0,98
F320	Mild depressiv episode	21	20,58
F321	Moderat depressiv episode	22	21,57
F432	Tilpasningsforstyrrelser	5	4,9
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig	1	0,98
F449	Uspesifisert dissosiativ lidelse	17	16,67
F500	Anorexia nervosa	8	7,84
F845	Aspergers syndrom	1	0,98
F900	Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksom	2	1,96
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser o	9	8,82
	Ubesvart	12	11,76
	Total	102	100

Tabell 4.18 Diagnose ICD-10 Akse 2.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	17	16,67
999	Ukjent	45	44,11
F83	Blandet utviklingsforstyrrelse av spesifikk	1	0,98
	Ubesvart	39	38,24
	Total	102	100

Tabell 4.19 Diagnose ICD-10 Akse 3.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
3	Normal intelligens	25	24,51
4	Litt under normal intelligens	1	1,43
99	Ukjent	27	26,47
	Ubesvart	49	48,04
Total		102	100

Tabell 4.20 Diagnose ICD-10 Akse 4.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	40	39,22
T783	Angionevrotisk ødem	6	5,88
X6n	Villet egetskade	22	21,57
999	Ukjent	6	5,88
	Ubesvart	28	27,45
Total		102	100

Tabell 4.21 Diagnose ICD 10 Akse 5.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
00	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i	6	5,88
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	6	5,88
2.8	Annet	2	1,96
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon	3	2,94
5.1	Avvikende foreldresituasjon	30	29,41
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	1	0,98
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	18	17,65
7.0	Forfølgelse eller negativ diskriminering	1	0,98
99	Ukjent	13	12,74
	Ubesvart	22	21,58
Total		102	100

Tabell 4.22 Diagnose ICD 10 Akse 6.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	1	0,98
2	Lett sosial forstyrrelse	8	7,84
3	Moderat sosial forstyrrelse	30	29,41
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	21	20,58
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	14	13,74
6	Ute av stand til å fungere på de fleste om	1	0,98
9	Ukjent	2	1,96
	Ubesvart	25	24,53
Total		102	100

5 UPA, Ullevål universitetssykehus. Avdelingsbeskrivelse 2004



Besøksadresse: Sognsveien 9 B

Postadresse: 0407 Oslo

Telefon: 22 11 77 00

Telefax: 22 11 77 10

Kontaktpersoner: Tarje Tinderholt og Per Kristian Vistung

Emailadresser: Tarje.tinderholt@ulleva.no, per-kristian.vistung@ulleva.no

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Tarje Tinderholt, Per Kristian Vistung og Anne-Marie Hesle ved UPA, Ullevål universitetssykehus.

Før eventuell videreformidling av materiale kontakt: Prosjektleder Tarje Tinderholt

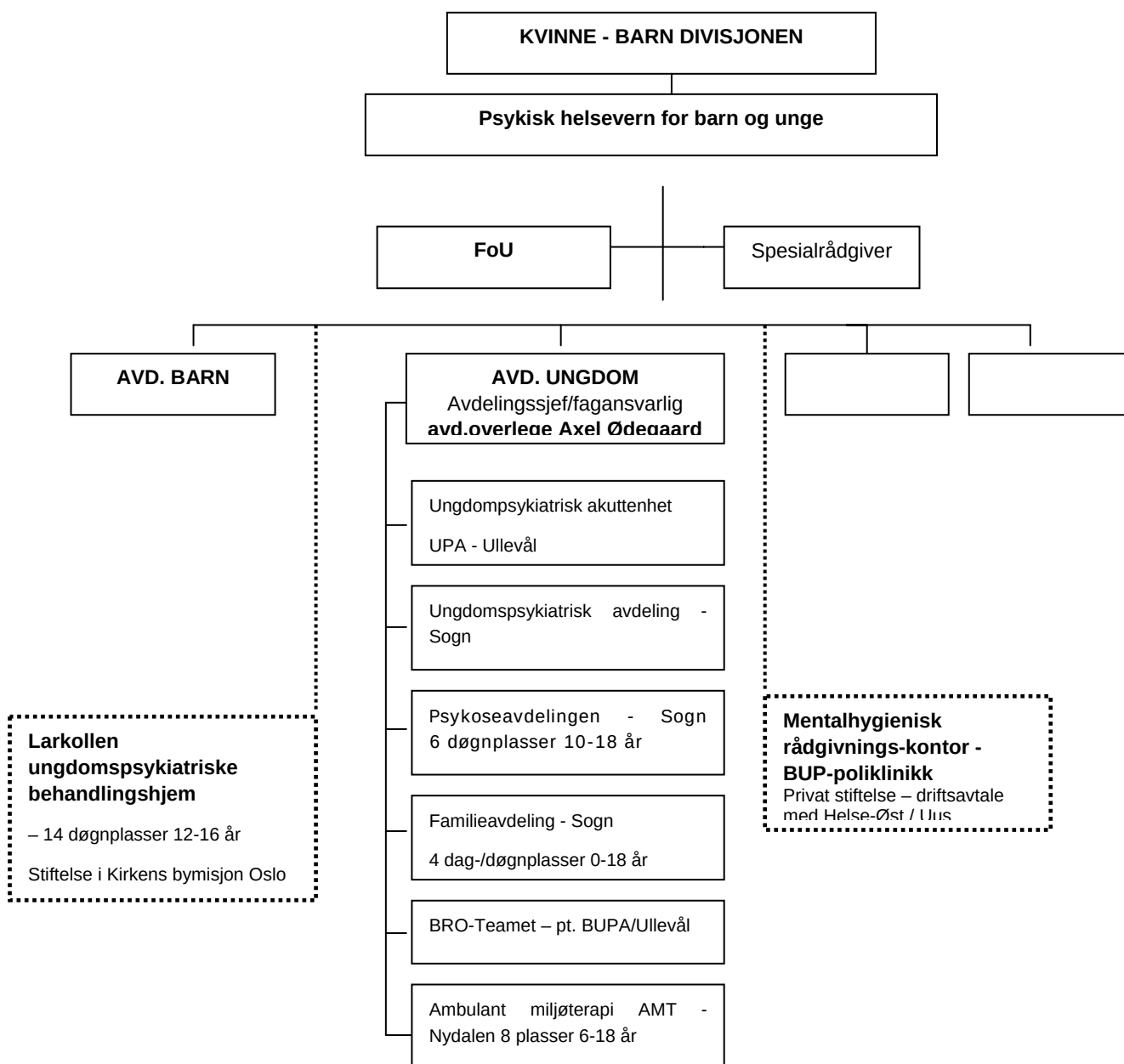
Dette prosjektet, "En sammenlignende studie av akutttilbud i psykisk helsevern for barn og unge", støttes finansielt av *Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion Øst + Sør*.

5.1 Lovverk etc

Den faglige virksomhet er hjemlet i de fire helselovene med forskrifter som trådte i kraft i 2001. Alle innleggelser skjer etter Psykisk helsevernloven med forskrifter. Andre relevante lover er: Specialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven.

5.2 Organisatorisk oppbygging / rammer

5.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen



5.2.2 Opptaksområde

Opptaksområde er Oslo kommune/fylke, med unntak av bydelene Stovner og Grorud. I tillegg dekker enheten 6 av de 7 kommunene i Folloregionen. Unntakene er Enebakk og Rømskog. Denne endringen i opptaksområde gjelder fra 01.04.04.

5.2.3 Målgruppe

Enheten tar inn ungdom med akutte behov for psykiatrisk utredning og behandling, det medfører at enheten er lukket og har stor vekt på sikkerhetsrutiner. Målgruppen vil være ungdom med alvorlige psykiske lidelser / forstyrrelser i aldersgruppen 13 - 17 år. Tilstander som prioriteres er: psykotiske tilstander, affektive lidelser (depresjon, maniske / depressive tilstander med suicidalfare), alvorlige psykosomatiske lidelser med selvdestruktive trekk, svær angst og uro og svære tvangstilstander.

5.2.4 Funksjon

UPA har ansvar for å ivareta psykiatrisk øyeblikkelig-hjelp for ungdom i sitt opptaksområde.

5.3 Ressurser

5.3.1 Personalressurser m.m

Målgruppe	13 – 17
Budsjett (sum)	17967000
Regnskap (sum)	19284000
Vikarlønn/ ekstrahjelp	2834000
Post	-
Stab	-
Merkantil	-
	15820000 ²
Årsverk stab planlagt	8
Årsverk Stab faktisk	8,5
Antall ansatte staben totalt	8
Årsv. Overleger	2
Årsv. Psyk-spes	0,5
Årsv. ass-leger	2
Årsv. Psykologer	1
Årsv. fam-terap	-
Årsv. Andre	1 (avd spl)
Årsverk Miljøet planlagt	25

² Det viste seg vanskelig å skille lønnskostnader mellom kontor, stab og miljø, derfor er dette summert

Målgruppe	13 – 17
Årsverk Miljøet, faktisk	24 (inkl x-vakter)
Antall ansatte miljøet totalt	18
Årsv. Sykepl	15,5
Årsv. Vernepleier	-
Årsv. sosionomer	0,5
Årsv. pedagoger	1,5
Årsv. bv-pedagoger	1
Årsv. andre	5,5
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	
Miljøterapi	
Familieterapi	
Psykisk helsearbeid	15
Rus	1
Veilednings-/konsultasjonsteknikk	3
Andre	1
Antall ekstravakter	Ca 25
Årsverk ekstravakt	8
Årsverk kontor	2
Andre (vaktmester, kokk etc)	-
Senger	4
Skjermet/krise	1
Isolat	0
Fam-leilighet	1
Pas-hotell	ja
Nyhenviste	76
Tatt imot	73
Alle i 2004	85
Innleggelser	73
Antall forskjellige pasienter	
Liggedøgn	1939
Gj liggedøgn	26,5
Beleggsprosent	105,96
Sendt til VOP	0
Sendt til BK	0
Befolkningstall i målgruppa	29408 ³
Opptaksområdet	1239 km ² ⁴

³ Tall pr 01.01.04, med unntak av bydel Grorud som kun hadde tall pr 01.01.05.

⁴ Endring ifht nytt opptaksområde, kilde Statistisk årbok for Oslo, 2004

5.3.2 1.3.2 Bygningsmessige

Avdelingen har et samlet brutto areal på 1600m², hvor pasientene har adgang til 396,5 m². Utearealet er 1.2 mål (1200 m²). Avdelingen har 5 plasser. En av plassene er en skjermet enhet som regnes med som en plass. Dette medfører at muligheten til skjerming av inneliggende pasienter på skjermingsenheten ikke er tilstede ved full avdeling.

Pårørende har i særskilte tilfeller mulighet for å overnatte sammen med pasienten i en leilighet i avdelingen. Ellers kan pårørende benytte seg av sykehusets hotelltilbud.

Avdelingen har tilgang til gymsal som ligger i BUPA (barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling) sine lokaler ca 200 meter unna.

5.3.3 Skoleressurser

Skoleavdelingen ved Akuttenheten har tre lærerstillinger. De er dekket av en adjunkt, adjunkt med spesialpedagogikk og en lektor. De er en kvinne og to menn.

Lærerne er tilsatt hos skolesjefen i Oslo og er administrativt underlagt Kirkeveien videregående skole. Avdelingen ved UPA er en frittliggende filial med kontor og klasserom i akuttenheten.

5.4 Skolens fysiske rammer

Skolen ligger i samme hus som avdelingen. Dette letter muligheten for tverrfaglig samarbeide med huset for øvrig. Skolen er godt integrert i husets rutiner.

Lærerrum er i 3.etasje og klasserom i kjelleren. Videre er klasserommene i kjelleren og de er mørke og lite innbydende. De er også lite fleksible.

5.4.1 Øvrige ressurser

5.5 Behandlingstilbudet

5.5.1 Type "omsorgsform"

Vi tilbyr i hovedsak behandling på døgnbasis. Vi kan også, gjerne som avslutning i et behandlingsopplegg, tilby pasientene tilbud som dagpasienter. Vi forsøker å være fleksible ifht pasientens behov. I noen tilfeller tilbyr vi ettervern, enten i form av poliklinisk oppfølging (individualterapi) eller miljøterapi.

5.5.2 Behandlingsideologi

Behandlingsideologi er eklektisk med vekt på bio-psyko-sosio-kulturell forståelse og psykodynamisk tenkning. Ulike behandlingstilnærminger blir valgt ut fra en helhetlig diagnostikk og forståelse av problemet, i samarbeid med pasient og pårørende og etter vurdering av faglig forsvarlig behandling. I nært samarbeid med den sektoransvarlige poliklinikk tilstreber vi et integrert behandlingsopplegg med utredning / diagnostikk, miljøterapi, individualterapi, skoletilbud, familiearbeid og sosialt nettverksarbeid - tilrettelagt etter den enkelte ungdoms behov og samarbeid om Individuell plan.

5.5.2.1 Miljøterapi

Miljøterapeutene utfører miljøterapi. Her har vi viktige stikkord som å observere ungdommene i f.h. til f.eks. stemningsleie, selvkontroll, atferd, selvbilde, aktiviteter, samspill. I tillegg er det ofte viktig å grensesette, gi ungdommen mestringsopplevelser i f.h. til deres evner / ressurser, være en god rollemodell, og hjelpe / støtte dem m.h.t. ungdommens kriser. I den grad pasienten er tilgjengelig for det, er det ønskelig at pasienten direkte, eller indirekte deltar på utformingen av sin individuelle behandlingsplan. Videre har miljøpersonalet et ansvar overfor foreldre / foresatte, og evt. andre samarbeidspartnere som teamet i fellesskap enes om.

Miljøterapien har mye til felles med kognitiv atferdsterapi ved at en benytter mange av de samme elementene, endring av tankemønstre og atferdsendring, men den er samtidig mer relasjonsorientert. Aktiviteter benyttes bevisst og målrettet for å skape situasjoner som kan føre til endring, og i den grad det knyttes samtaler til dette, handler de om følelser, opplevelser og mestring knyttet til den aktuelle situasjonen ikke, ikke til fortiden. Grunnlaget for å utøve miljøterapi finner vi i det daglige livet i avdelingen; under planlegging av aktiviteter, rengjøring, spisesituasjoner, drøfting av normer og regler osv. Gjennom dette har vi en mulighet for observasjon, samt at pasienten kan lære noe mer om seg selv og andre - til å få større selvinnsikt og å utvide sine mestrings- og problemløsningsmåter.

Miljøterapien har mange uttrykk. Det kan være å sette grenser, å gi en opplevelse av mestring, å konfrontere, å bidra til en struktur og rytme på dagen eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte, alt etter hva som er viktig for den enkelte. Kort sagt dreier miljøterapi seg om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin hverdag på en måte som gjør ham eller henne i bedre stand til å mestre sin livssituasjon. Som i all annen behandling er det også i miljøterapien viktig å sette målene for forandring i samarbeid med den det gjelder, og på et nivå som gjør det mulig for pasienten å oppleve gleden ved økende mestring. Ulike pasientgrupper har svært forskjellig behov. Psykotiske pasienter trenger begrenset stimulering, miljøer som er oversiktlige, og hjelp til å strukturere hverdagen. Andre tåler et høyere aktivitetsnivå og større press eller trenger hjelp til å stå i konfliktsituasjoner. At man ikke skal være "fritidskelner", betyr ikke at man i det terapeutiske arbeidet ikke skal bruke aktiviteter som noen vil kalle enkle eller fritidspregede. Å lære å ta ansvar for stell av seg selv og sine egne klær eller få til å stå opp om morgenen, kan for en tilbaketrukket psykotisk pasient være inngangen til et nytt liv. Et kafèbesøk kan skape et vendepunkt for en person med sosial angst osv.

Miljøterapi kan defineres innenfor flere retninger. Tre hovedretninger som er aktuelle for oss er ut fra en psykodynamisk tenkning, en lærings-psykologisk orientering og at vi tar utgangspunkt i en eksistensiell tenkning.

Når det gjelder psykodynamisk teori er egopsykologien en del av denne. Ut i fra egopsykologien har Sonja Levander utviklet en egostyrkende terapi for å hjelpe mennesker som i øyeblikket eller varig, har sviktende egofunksjon; at jeg-grensene er svake og derved jeg-ressursene lite tilgjengelige. Liv Strand har utviklet disse egostyrkende prinsipper videre. Egostøtte, hvor miljøterapeuter midlertidig overtar eller støtter pasientens egofunksjoner, brukes særlig ved akutte psykoser og forskjellige typer krisetilstander. Mer utfordring / konfrontasjon kan benyttes ved f.eks. nevroseproblematikk for å korrigere pasientens ego skjevhet.

Pasientenes atferd står sentralt i fokus i.f.t. den læringspsykologiske miljøterapien. Her legges det vekt på å reagere på handlinger og endre atferd i retning av det som er sosialt akseptabelt.

Det som er viktig i den eksistensielle modell er her og nå perspektivet. Miljøterapi fokuseres på den enkeltes pasients behov der og da. Mindre oppmerksomhet blir vist når det gjelder pasientens tidligere opplevelser. Møtet mellom pasient og miljøterapeut har et viktig fokus for å kunne skape en relasjon / følelsesmessig tilgjengelighet hos pasienten som kan føre til endring. Akseptasjon, respekt og forståelse vil bl.a. være viktige elementer som grunnlag for et godt møte.

5.5.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter

Individualterapeuten har regelmessige samtaler med pasienten, og med foresatte. Videre har han / hun ansvar for å ha kontakt med evt. tidligere og kommende individualterapeuter, samt har ansvar (evt. i samråd med overordnede) for å søke pasienten inn til videre behandling ved poliklinikk eller institusjon. Dersom individualterapeuten er psykiater, er det denne som er medisinsk ansvarlig. Psykologer og assistentleger har en psykiater som overordnet ansvarlig.

Når det gjelder behandling av ungdommene, utfører individualterapeutene individualterapi inkludert testing av pasienten. Utredning omfatter også supplerende medisinsk undersøkelse ved somatiske avdelinger ved Ullevål sykehus, i tillegg til legeundersøkelse ved avdelingen.

5.5.3 Tilbud i avdelingen

Behandlingen planlegges, struktureres og koordineres i Miniteam. Dette er en gruppe sammensatt av en pasientansvarlig lege eller psykolog ved enheten, som er individualterapeut for pasienten, to - tre primærkontakter for pasienten i miljøet, og en av lærerne fra vår skole. Miniteamet ledes av individualterapeuten. Denne vil ha delegert ansvar som pasientansvarlig, informasjonsansvarlig og behandlingsansvarlig (jfr. Helselovene). Disse ansvarsområdene sammenfattes i pasientansvarlig lege eller psykolog. Denne gruppen legger tilrette rammene for innleggelsesperioden. Den miljøterapeutiske behandlingsplanen inneholder hvilke avtaler, holdninger, observasjoner og tiltak som gjelder i f.h. til pasienten.

Avdelingen har ikke noe eget gruppetilbud, utover målsettingen om at pasientene i størst mulig grad skal følge avdelingens rutiner, inkludert fellesaktiviteter som måltider, fellesmøter, sosialt samvær og diverse aktiviteter.

5.5.3.1 Medikamentell behandling

Utsettes med hensyn til detaljering til fase to.

5.5.4 Møte- og samarbeidsformer

5.5.4.1 I avdelingen

Avdelingen har møtestruktur som binder de ulike gruppene kontor, individualterapeuter, miljøterapeuter, lærere og ekstravakter sammen.

- Rapport, tre x pr dag
- Behandlingsmøte, to x pr uke
- Personalmøte, en x pr mnd
- Miljømøte, en x pr uke
- Veiledning (for miljøet i gruppe), en x pr uke
- Miniteam, ca en x pr uke
- STAFF, en x pr pas, evt to ved lange opphold

5.5.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter

Ledelsen deltar jevnlig i administrative møter med høyere nivåer, både innenfor BUP - systemet og foretaket.

Individualterapeuter, miljøterapeuter eller lærere deltar i pasientrelaterte møter fra sak til sak. I et behandlingsforløp kan dette være poliklinikker, andre avdelinger (SSBU, barnesenteret, voksenpsykiatriske avdelinger), barnevern eller skoler. Vi har ingen faste møter med andre instanser eller noe ikke-pasientrettet samarbeid.

5.5.5 Skjerming og grensesetting

Avdelingen har en skjermet enhet, som også benyttes som en ordinær plass ved behov. Vi tilstreber at de pasientene som er i behov av skjerming får være på skjermet enhet. Det er imidlertid ikke uvanlig at vi har flere pasienter samtidig som trenger skjermning. Vi fatter vedtak om skjerming etter PHL §4-3, når dette strekker seg utover 48 timer og er imot pasientens uttrykte ønske. Vedtak om skjerming gjelder i inntil 3 uker.

Grensesetting er ofte en del av behandlingen og kan foregå på ulike nivåer; fysisk, psykisk, i forhold til seg selv eller andre. Vi fører protokoll over fysisk grensesetting (holding), selv om dette ikke er pålagt, og vakthavende lege blir kontaktet.

5.5.6 Bruk av tvang

Forskrifter om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, sier i §5 om krav til bemanning at: "Kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk / sykepleiefaglig kompetanse alltid er tilstede".

5.6 Typer

- Isolering (ikke tillatt for pas. under 16 år.) : brukes ikke ved avdelingen
- Mekaniske tvangsmidler (beltelegging) (ikke tillatt for pas. under 16 år)
- Psykofarmaka

Kriterier for bruk:

"Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempelige midler har vist seg å være åpenbart forgjeves, eller utilstrekkelige."

- Dersom man av fare for egen sikkerhet, f.eks. må stenge en pasient inne på et rom, har vi rett til dette i kraft av nødrettparagrafen.

Mekaniske tvangsmidler:

- I utageringssituasjoner med pasienter, praktiserer avdelingen stort sett "**holding**" av pasienten. Dette blir ikke direkte sett på som et tvangsmiddel, men som en grensesettingsmetode som ikke krever vedtak.
- Avdelingen har mekaniske tvangsmidler (**belter**). Disse brukes ved vurderte behov i forhold til aggresjon med utagering, der "holding" er lite hensiktsmessig.

- Mekaniske tvangsmidler kan brukes overfor frivillig innlagte pasienter og overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern (hvis over 16 år).

Gjennomføring:

Bruk av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig. Ved sammenhengende bruk av tvangsmidler ut over 8 timer skal det, så langt det er mulig ut i fra pasientens tilstand og forholdene forøvrig, sørge for at pasienten gies friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes. Ved bruk av tvangsmidler skal pasienten ha kontinuerlig tilsyn. Ved bruk av belteseng skal personale oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten motsetter seg dette, og dette er faglig forsvarlig.

Bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende.

Ansvarsforhold:

Tvangsmidler kan bare benyttes etter vedtak av lege (§4-8), med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig. Lege skal i så fall underrettes i etterkant, og vedtaket skal nedtegnes uten opphold.

Protokollføring:

"Tvangsmiddelprotokoll" skal fylles ut fullstendig av *ansvarsvakt* og signeres av lege for hver gangs bruk av tvangsmidler, og ved hver gang tvangsmidler endres.

Psykofarmaka :

- Forordnes av lege i forkant etter forskrifter.
- Skal føres i tvangsmiddelprotokoll av ansvarlig *sykepleier* og underskrives av vakthavende lege.
- Psykofarmaka kan brukes som tvangsmiddel i en akutsituasjon og som tvangsbehandling. Vedtak om tvangsbehandling kan vare i 3 måneder.

5.6.1 Inntak

5.6.1.1 Kriterier

Alle innleggelser ved Ungdomspsykiatrisk akutenhet skal være hjemlet i Psykisk helsevernloven (PHL). Pasienten skal være vurdert og henvist via en BUP-poliklinikk eller Psykiatrisk legevakt, fastlege eller legevaktslege. PHL stiller krav til prosedyre ved innleggelser til tvungent psykisk helsevern. Etter loven har vakthavende lege plikt til vurdering for innleggelse dersom fastlege, poliklinikklege eller psykiatrisk legevakt/ordinær legevakt begjærer pas. innlagt som øyeblikkelig hjelp.

Kriteriene for innleggelse beskrives slik i forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet §2:

- a) Psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse.
- b) Psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon, der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.
- c) Deliriose tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak.

- d) Tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonen ikke kan mestre og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Det er nødvendig med presisering rundt bokstav d). Psykiske tilstander som krever øyeblikkelig hjelp vil også for barn og unge stort sett falle inn under kriteriene som er angitt under a-c. Punktet skal ivareta særlige forhold som vedrører denne gruppen. Det vil si at behovet for øyeblikkelig hjelp skal sees i sammenheng med familiesituasjonen og de totale omsorgsmulighetene. Det avgjørende for om øyeblikkelig hjelp – plikten inntreffer etter dette punktet, er at det foreligger en tilstand hos barnet / ungdommen som gjør det absolutt påkrevet med hjelp fra det psykiske helsevernet.

Øyeblikkelig hjelp kan ikke avvises dersom kriteriene for innleggelse er tilstede, uavhengig av hvor fullt det er i avdelingen.

5.6.1.2 Inntaksprosedyre

Innleggelser skjer i medhold av psykisk helsevernloven. Når ungdommene kommer til avdelingen blir de tatt imot av en lege / psykolog / overlege og ett (eller flere) miljøpersonale. Ved tvangsinnleggelser skal det innen 24 timer fattes vedtak om innleggelse av person med vedtaksmyndighet (overlege eller psykologspesialist).

Ved innleggelse av ungdom under 16 år, må den eller de som har foreldreansvaret underskrive samtykkeerklæring. Begge må skrive under hvis det er to som har foreldreansvaret.

Ungdommene skal opplyses om kontrollkommisjonen og muligheten for å klage på fattede vedtak.

Individualterapeut, miljøterapeut, lærer og kontorfaglig har egne rutiner / prosedyrer for å sikre informasjon og oversikt.

5.6.2 Utredningsmetoder

Utredningsprosedyrene ved avdelingen danner grunnlaget for de diagnostiske vurderingene i staff-møtet. Utredningsverktøyene som brukes er;

For alle, så langt gjennomførbart:

- ☐ CBCL – fylles ut av begge foreldre
 - ☐ YSR – fylles ut av ungdommen, eventuelt sammen med behandler
 - ☐ TRF – fylles ut av lærer ved hjemskole der dette er meningsfylt
- Disse tre ovenfor samles som ASEBA.*

- ☐ CAS-intervju
- ☐ Kiddie-SADS
- ☐ Egen klinisk vurdering – kontaktforhold, empati, terapitilgjengelighet.

Ved depresjon / suicidalitet:

- ☐ Becks depresjonsskala
- ☐ MADRS

Begge disse gir indikasjoner på grad av depresjon, men er også egnet til å måle endringer gjennom et forløp / effekt av behandling. Det er derfor nyttig med flere registreringer gjennom et opphold.

Ved mistanke om psykose / dissosiasjon:

- ☐ A-DES – et selvutfyllingsskjema som gir holdepunkter for forekomst av dissosiativ lidelse.
- ☐ SCID-D – dersom A-DES bekrefter mistanke om dissosiativ lidelse
- ☐ PANNS – gir god informasjon om realitetstesting, om en ikke gjennomfører selve intervjuet, gir skåringsskjemaet god veiledning når det gjelder positive og negative symptomer.

Andre:

- ☐ Rorschach - projektiv testing, personlighetsvurdering
- ☐ TAT (thematic apperception test) - projektiv testing, personlighetsvurdering
- ☐ WISC.R – intelligensnivå for ungdom opp til 16 år
- ☐ Diverse nevropsykologiske tester
- ☐ WAIS III – intelligensnivå, over 16 år
- ☐ Raven – ikke verbal generell evneprøve
- ☐ SIMS – selvutfyllingsskjema ifht selvskading
- ☐ MMPI-A – brukes for tiden ikke pga manglende instans for skåring

I tillegg utgjør systematiske observasjoner fra miljøterapien en viktig del av utredningen og som bakgrunn for å stille diagnose.

5.6.3 Utskriving

5.6.3.1 Kriterier

Kriteriene for utskrivelse er at øyeblikkelig hjelp – fasen er ferdig.

Det blir vurdert om utskrivelse er forsvarlig ut fra hvilken annen oppfølging pasienten kan få. På grunn av få institusjonsplasser (og / eller andre tilbud) er det ikke uvanlig at de dårligste pasientene får lenger opphold i avdelingen enn nødvendig.

5.6.3.2 Utskrivingsprosedyre

Det er viktig at enheten har løpende kontakt med henvisende instans / ansvarlig poliklinikk og de pårørende, også for å forberede utskrivelse. Ansvarlig poliklinikk varsles i god tid før planlagt utskrivelse og inviteres eventuelt til et tilbakeførings / samarbeidsmøte. Der det er aktuelt med fortsatt oppfølging fra BUP, bør ungdommen / familien ha konkret timeavtale på BUP ved utskrivelsen. Selve utskrivingssamtalen bør foregå med ungdommen og de foresatte for å unngå uklarheter omkring videre oppfølging og avtaler.

Individualterapeut, miljøterapeut, lærer og kontorfaglig har egne rutiner / prosedyrer for å sikre informasjon og oversikt.

5.6.4 Skolens tilbud

Skolens pedagogiske grunnsyn / elevsyn / lærersyn

Vi mener at det er viktig å komme i gang med skole så raskt som mulig, og tar utgangspunkt i elevenes sterke sider og mestring.

Vi ser det som vår viktigste oppgave å holde eleven å jour med arbeidet på hjemmeskolen. Det er vår oppgave å sørge for at sykehusoppholdet ikke gir tilleggs- handikapp pga skolefravær.

Kartlegging / utredning / testing

Skolen tester ikke elevene, individualterapeutene gjør dette. Skolen kartlegger elevens sterke og svake sider mht skoleprestasjoner. Skolens rammer gir en unik anledning til å sette inn ressursene der de trengs mest.

Rapporteringsrutiner

Det skrives en kort daglig skolerapport på hver elev. Ved utskrivning lages en faglig oppsummering som sendes hjemmeskolen. Andre rapporter (særskilte vansker) etter behov/oppfordring. I hovedsak en faglig skolerapport. Kopi legges i journalen.

Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen

Skolen samarbeider tett med klassestyrer, rådgiver eller skoleledelse. Den informasjonen klassen får vurderes i hvert enkelt tilfelle. Vurdering i samarbeid med hjemmeskolen, eleven selv, behandler, og eventuelt foreldre.

Lærerrollen

Det kreves Grunnfag spesialpedagogikk for skolens lærere.

Skolehverdagen

Skolen vektlegger først og fremst faglighet og normal fungering. I den grad vi gir omsorg er det i form av arbeidsmåter og valg av pedagogisk innhold i timene. Å hjelpe elevene til å gjøre valg er den viktigste veiledningsoppgaven vi har.

Ungdom uten elevstatus

Det gis tilbud til alle som er innlagt ut fra deres evner, interesser og kapasitet. Også ungdom uten elevstatus.

Skolens aktiviteter

Skolen har muligheter til å legge til rette for aktiviteter som ikke er direkte knyttet til fag / læreplaner, men det en vanskelig grenseoppgang mot miljøterapien.

Organisering av undervisning

Hovedsakelig eneundervisning men dette er mest av praktiske grunner. Det er vanskelig å få grupper til å fungere over tid.

Hver dag har en fastsatt timeplan. Timene legges innenfor en ramme av seks undervisningstimer per dag. Antall timer tilpasses den enkelte elev. Skoledagen varer fra 9.45 til 15.00. Alle timer er etter avtale. Timeplan legges for en dag av gangen. Ingen kveldsundervisning.

Samarbeidsrutiner

Skjema for tillatelse til å innhente skoleopplysninger blir underskrevet ved innleggelse. Opplysningene brukes til både å opprettholde faglig kontinuitet for eleven og å bidra med opplysninger til teamet om elevens fungering på skolen og i skolemiljøet.

Kontakt med BUP, PPT og OT, her er det ingen faste rutiner. Kontakt etter behov.

Teamarbeid

Skolen deltar på alle team. Alle pasienter har en kontaktlærer som deltar på møtene omkring pasienten i den grad det er behov for det.

5.6.5 Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving

Avdelingen tar jevnlig mot studenter fra forskjellige utdanninger; sykepleiestudenter, ergoterapeutstudenter, barnevernpedagogstudenter, studenter fra videreutdanning i psykisk helsearbeid og legestudenter.

Vi har assistentlege og psykolog i opplæringsstillinger. Disse mottar intern veiledning. Det hender også at leger / psykologer fra andre deler av BUP hospiterer i perioder.

Miljøpersonale har ukentlig veiledning (en time) i gruppe av ekstern veileder. Det gis også ekstra veiledning til nyansatte. Videre er det fast samhandlingstrening to ganger i uka, og eventuelt mer ved behov / anledning.

Avdelingen har internundervisning en time hver uke og faglige forum (fagdager) fire dager i året, som hele personalgruppa kan delta på.

Avdelingen gir jevnlig personale mulighet til å ta videreutdanning og forskjellige kurs.

Vi har ingen organiserte kurs å tilby pårørende, men vi har mulighet til å knytte våre pårørende opp mot SSBU sine pårørende - kurs.

5.7 Samarbeidspartnere

5.7.1 Innad i BUPA-systemet

Fra 01.11.04 ble det gjennomført en intern omorganisering som medfører at enhetene som nevnt i punktet under ikke lenger er eksterne, men interne samarbeidspartnere med felles ledelse (avdeling ungdom – se organisasjonskart).

5.7.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

Avdelingen har ikke noe formalisert samarbeid med andre deler av psykisk helsevern eller barnevernet. Samarbeidet her skjer eventuelt fra sak til sak. De mest brukte samarbeidspartnerne er:

SSBU

- Ungdomspsykiatrisk avdeling, 6 plasser (minus helg)
- Psykoseavdelingen, 6 plasser (betjener hele Helseregion øst + noen pasienter fra landet for øvrig).
- Familieavdelingen, 4 plasser.

SSBU tar kun imot frivillige innleggelser. Det er knyttet stor usikkerhet til antall plasser framover hos SSBU.

Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem, 14 plasser for ungdom 12-16 år, privat stiftelse (Kirkens bymisjon) med driftsavtale med Oslo. Ungdommene må ha annet omsorgstilbud ifht helg og ferier.

3 ambulante team; Ambulant miljøterapi, Nettverksteam v/BUP Holmlia og Nettverksteam v/BUP Nydalen. Disse har målgruppe 6-18 år.

5.7.3 Mot somatiske sykehus

Avdelingen har siden 2003 vært en del av Ullevål universitetssykehus. Først plassert i divisjon psykiatri, men føres fra 01.01.04 over til Kvinne / Barn divisjon. UPA har ved flere anledninger blitt bedt om å bistå Barnesenteret (i Kvinne / Barn divisjon) i forbindelse med sondeernæring av deres pasienter med spiseforstyrrelser. Dette har ikke vært aktuelt i 2004, siden oppstart av Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål universitetssykehus.

5.7.4 Mot kommuner/bydeler

Samarbeid med bydelene i Oslo er i hovedsak poliklinikkens ansvar. Vi har ikke noe direkte samarbeid med bydelene i utgangspunktet. Men samarbeider fra sak til sak, deltar i ansvarsgrupper eller oppretter individuelle planer.

5.8 Pasientdata 2004

Systemansvarlig: Anne-Marie Hesle

Vi hadde i 2004 totalt 85 saker hvorav re-innleggelser er inkludert. I 2004 var det 7 re-innleggelser (døgn) Re-innleggelser inkluderer kun de som var innlagt og re-innlagt i 2004. Pasienter som for eksempel hadde en innleggelse i 2003 kommer ikke med i disse tallene. Polikliniske episoder og dag episoder er som regel ny episode i samme periode, og defineres utenom begrepet re-innleggelser.

Permisjoner er inkludert i antall liggedøgn. Permisjoner blir brukt som en del av behandlingen og pasientene har åpen retur hele døgnet. Forsøk på å gjennomføre permisjoner kan i noen tilfeller være mer ressurskrevende enn å ha ungdommen i avdelingen. Plassene kan derfor ikke brukes av andre.

Tallene fra 2004 viser en sterk overvekt av jenter (73%) og at aldersgruppen fra 15 år og oppover utgjør 87 % av innleggelsene (begge kjønn inkludert). Psykotiske trekk og suicidalfare er viktigste henvisningsgrunn i henholdsvis 23 og 54 % av innleggelsene. Diagnosene på akse 1 viser imidlertid (etter observasjon og utredning) et bredt spekter av diagnoser.

Noen kjernetall:

Beleggsprosent: 105,96 %

Gjennomsnittlig liggetid pr episode(dag + døgn): 22,29

Antall episoder: 9 (dag) og 78 (døgn), totalt 87

Totalt antall liggedøgn: 1939

Antall reinnleggelser: 7

Tabell 5.1 Oversikt saker.

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	76
2	Derav tatt imot	73
3	Avvist pga kapasitets-mangel	3
4	Avvist av faglige grunner	0
5	Til vurdering (uavklart)	0
Tatt imot		
6	Behandling	22
7	Undersøkelse	49
8	Konsultasjon	2
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet/uavklart	0
Aktuelle i år		
11	Henv. overført fra året før	9
12	Alle aktuelle henv. i året (2+11)	82
13	Avsluttet i løpet av året	76

Tabell 5.2 Kjønn/alder.

Alder	Jente	Gutt	Total	Prosent
12	1		1	1
13	1		1	1
14	9	1	10	11
15	10	6	16	19
16	14	4	18	22
17	21	6	27	32
18	3	6	9	10
19	3		3	3
Total	62	23	85	
Prosent	73	27		100

Tabell 5.3 Henvissende instans.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Pasienten	1	1
31	Lege	2	3
35	Somatisk sykehus	5	6
37	Annen somatisk helsetjeneste	14	16
43	BUP poliklinikk/avdeling	45	53
44	Voksenpsykiatri	17	20
45	Psykolog/psykiater privat	1	1
	Ubesvart	0	
	Total	85	100

Tabell 5.4 Viktigste henvisningsgrunn barnet.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	0	
2	Psykotiske trekk	19	23
3	Suicidalfare	46	54
4	Hemmet adferd	1	1
5	Angst/fobi	2	2
6	Tvangstrekk	0	
7	Tristhet/depr/sorg	11	13
8	Skolefravær	0	

Kode	Tekst	Antall	Prosent
9	Atferdsvansker	3	4
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	0	
11	Rusmiddelmisbruk	0	
12	Asosial/kriminalitet	0	
13	Lærevansker	0	
14	Språk/talevansker	0	
15	Syn/hørselsproblem	0	
16	Spiseproblem	2	2
17	Andre somatiske symptomer	1	1
18	Annet	0	
19	Ingen	0	
20	Ikke fylt ut av henviser	0	
	Ubesvart	0	
Total		85	100

Tabell 5.5 Inntil 3 henvisningsgrunn barnet.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	1
2	Psykotiske trekk	31	19
3	Suicidalfare	59	36
4	Hemmet adferd	1	1
5	Angst/fobi	5	3
6	Tvangstrekk	1	1
7	Tristhet/depr/sorg	38	23
8	Skolefravær	2	1
9	Atferdsvansker	8	5
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsv.	3	2
11	Rusmiddelmisbruk	3	2
12	Asosial/kriminalitet	1	1
13	Lærevansker	0	
14	Språk/talevansker	0	
15	Syn/hørselsproblem	1	1
16	Spiseproblem	4	2
17	Andre somatiske symptomer	1	1
18	Annet	2	1
19	Ingen	0	
20	Ikke fylt ut av henviser	0	
	Ubesvart	0	
Total		161	100

Tabell 5.6 Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	24	28
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	1	1
3	Belastn. i skole/barnehage	2	2
4	Akutte livshendelser	4	5
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	9	11
6	Ingen	7	8
7	Ikke fylt ut av henviser	38	45
	Ubesvart	0	
	Total	85	100

Tabell 5.7 Inntil 3 henvisningsgrunn barnets miljø.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	27	26
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	1	1
3	Belastn. i skole/barnehage	7	7
4	Akutte livshendelser	9	9
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	15	14
6	Ingen	7	7
7	Ikke fylt ut av henviser	38	36
	Ubesvart	0	
	Total	104	100

Tabell 5.8 Hjemmel for innleggelse.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. helsev. §2-1	28	33
2	Lov om psyk. helsev. §2-1.4	22	26
3	Lov om psyk. helsev. §2-2.1	13	15
5	Lov om psyk. helsev. §3-1	5	6
7	Lov om psyk. helsev. §3-6	1	1
8	Lov om psyk. helsev. §3-7	1	1
9	Lov om psyk. helsev. §3-8	15	18
	Ubesvart	0	
	Total	85	100

Tabell 5.9 Foreldreretten.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	44	52
2	Mor	32	37
3	Far	4	5
4	Annet	5	6
	Ubesvart	0	
	Total	85	100

Tabell 5.10 Omsorgssituasjon.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	24	28
2	Pendler mellom mor og far	6	7
3	Bor hos en av foreldrene	40	47
4	En foreldre og samboer	4	5
6	Bor i fosterhjem	1	1
7	Bor på institusjon	7	8
9	Annet	3	4
	Ubesvart	0	
	Total	85	100

Tabell 5.11 Barnevernets rolle v henvisning.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	52	61
2	Rollen ikke fastlagt	9	10
3	Undersøkelser §4.3	4	5
4	Hjelpetiltak §4.4	5	6
5	Frivillig plassering §4.4	4	5
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	5	6
8	Akuttvedtak §4.6	1	1
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	
10	Vet ikke	4	5
11	I inst. uten samtykke §4.24	1	1
12	I inst. med samtykke §4.26	0	
	Ubesvart	0	
	Total	85	100

Tabell 5.12 Diagnose ICD-10 Akse 1.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	4	5
F063	Organiske affektive lidelser	1	1
F079	Uspesifisert organisk personlighets- og atferdsforstyrrelse	1	1
F199	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av fl. st. uspes.	1	1
F200	Paranoid schizofreni	2	2
F201	Hebefren schizofreni	1	1
F203	Udifferensiert schizofreni	2	3
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	1	1
F239	Akutt forbigående psykose	2	2
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	2	2
F310	Bipolar affektiv lidelse	1	1
F311	Bipol. aff. lid.	1	1
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	2	2
F321	Moderat depressiv episode	4	5
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	6	8
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	2	2
F329	Uspesifisert depressiv episode	1	1
F332	Tilb.v. depr. lid.	2	2
F334	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	1
F341	Dystymi	2	2
F39	Uspesifisert affektiv lidelse	1	1
F401	Sosiale fobier	1	1
F410	Panikklidelse	3	4
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	2	3
F419	Uspesifisert angstlidelse	1	1
F42	Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)	1	1
F43	Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning	1	1
F430	Akutt belastningslidelse	1	1
F431	Posttraumatisk stresslidelse	3	4
F432	Tilpasningsforstyrrelser	8	10
F443	Transe og besettelsestilstander	1	1
F500	Anorexia nervosa	2	2
F841	Atypisk autisme	1	1
F845	Aspergers syndrom	1	1
F908	Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	2	3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F912	Sosialisert atferdsforstyrrelse	2	2
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	5	6
F929	Uspes. blandet atf.forst. og følelsesmessig forstyrrelse	2	3
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA	1	1
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	4	5
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	3	4
	Total	85	100

Tabell 5.13 Diagnoser ICD-10 Akse 2.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	13	16
999	Ukjent	66	78
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	1
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innl	1	1
F811	Spesifikk staveforstyrrelse	1	1
F819	Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter	1	1
F82	Spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoriske ferdigheter	1	1
F83	Blandet utviklingsforstyrrelse av spesifikke ferdigheter	1	1
	Total	85	100

Tabell 5.14 Diagnoser ICD-10 Akse 3.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ	3	3
3	Normal intelligens	15	18
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	4	5
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	1	1
7	Alvorlig psykisk utviklingshemning (F72) IQ 20- 34	1	1
9	Uspesifisert psykisk utviklingshemning (F79)	1	1
99	Ukjent	60	71
	Total	85	100

Tabell 5.15 Diagnoser ICD-10 Akse 4.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	20	24
999	Ukjent	21	25
E078	Andre spesifiserte forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunk.	2	3
F500	Anorexia nervosa	1	1
F951	Kroniske motoriske eller vokale "tics"	1	1
H540	Blindhet	1	1
H903	Bilateralt nevrogen hørselstap	1	1
H905	Uspesifisert nevrogen hørselstap	1	1
J459	Uspesifisert astma	1	1
R53	Uvelhet og tretthet	1	1
R940	Unormale resultater ved funksjonsstudier av CNS	3	4
S618	Åpent sår på andre spesifiserte deler av håndledd og hånd	1	1
X6n	Villet egenskade	12	14
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	14	17
Z003	Undersøkelse ved vekst og utvikling i ungdomstid	1	1
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	1	1
Z017	Laboratorieundersøkelse	1	1
Z018	Annen spesifisert målrettet undersøkelse	1	1
Z033	Observasjon ved mistanke om forstyrrelse i nervesystemet	1	1
Total		85	100

Tabell 5.16 Diagnoser ICD-10 Akse 5.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen �ppenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale miljø	4	5
1	Avvikende relasjoner innen familien	2	2
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	2	2
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	2	2
1,8	Annet	1	1
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	3	4
2,2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	1	1
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	13	16
4,1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	4	5
5.0	Oppvekst i institusjon	1	1
5,1	Avvikende foreldresituasjon	5	6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
5,2	Isolert familie	3	4
5,3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	1	1
6	Akutte livshendelser	1	1
6,3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	6	7
6,4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	1	1
6,5	Skremmende personlige erfaringer	1	1
7,1	Flytting eller sosial omplassering	2	2
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	1	1
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	7	8
9,1	Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/på	1	1
9,2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	14	17
99	Ukjent	9	11
	Total	85	100

Tabell 5.17 Diagnoser ICD-10 Akse 6.

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Lett sosial forstyrrelse	5	6
3	Moderat sosial forstyrrelse	12	14
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	31	37
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	12	14
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	6	7
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	8	9
8	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	6	7
9	Ukjent	5	6
	Total	85	100

Tabell 5.18 Barnevernets rolle oppdatert.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	51	60
2	Rollen ikke fastlagt	8	9
3	Undersøkelser §4.3	4	5
4	Hjelpetiltak § 4.4	6	7
5	Frivillig plassering §4.4	3	4
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	6	7
8	Akuttvedtak §4.6	1	1
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	
10	Vet ikke	3	4
11	I inst. uten samtykke §4.24	1	1
12	I inst. med samtykke §4.26	0	
	Ubesvart	2	2
Total		85	100
Ubesvart skyldes at pas fortsatt er innlagt			

Tabell 5.19 Hva skjedde etter avslutning.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	27	32
2	Henvist annen instans	45	53
3	Mangler tilbud	2	2
4	Ikke behov for oppfølging	1	1
5	Annet	4	5
	Ubesvart	6	7
Total		85	100

6 En multisenterstudie av akuttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge

Et samarbeid mellom Ungdomspsykiatrisk klinikk i Akershus, Ungdomspsykiatrisk klinikk i Bodø, Ungdomsenheten i Buskerud, BUP klinikk i Trondheim og Ungdomspsykiatrisk akutt-enhet ved Ullevål universitetssykehus.

Versjon 2 – november 2004

Bakgrunn

Høsten 2002 utvidet man Ungdomspsykiatrisk klinikk i Akershus. Som en del av denne utvidelsen valgte man en organisering med to poster, hvor det ble differensiert mellom tilstandene fremfor en modell med en akuttpost og en intermediærpost. Det var samtidig et ønske om å evaluere denne løsningen.

Etter kontakt med BUP klinikk i Trondheim kom man frem til at det mest hensiktsmessige ville være å sammenligne driftsformen ved flere klinikkavdelinger. Som følge av dette ble det avholdt et møte i Trondheim den 27. juni 2003. Til stede var representanter for Ungdomspsykiatrisk klinikk i Akershus, BUP klinikk i Trondheim og Ungdomsenheten i Buskerud og forsker Trond Hatling fra Sintef Helse, med det resultat at man ble enig om å lage et prosjekt med målsetting som over. Prosjektbeskrivelsen ble drøftet i et nytt møte på Åråsen 3. oktober s.å. Parallelt med dette initiativet hadde de ungdomspsykiatriske avdelingene i Bodø og ved Ullevål utviklet egne prosjektideer, med siktemål å komme med i det nasjonale akuttnettverket som var under etablering. Representanter for alle de fem miljøene deltok i en akuttnettverkssamling på Gardermoen 24-25/11-03, og drøftet der hovedinnholdet i denne prosjektbeskrivelsen. Prosjektbeskrivelsen er så bearbeidet etter flere møter våren og høsten 2004.

1 Innledning

Nasjonale føringer

Akuttilbudet for ungdom er i liten grad drøftet i de senere års helsepolitiske dokumenter. Stortingsmelding nr 25 (1996-97) viste til de store geografiske forskjellene når det gjelder plassdekning. I Opptappingsplanen (Ot prp. Nr 63 1997-98) ble det beregnet et behov for ytterligere døgnplasser for barn og ungdom på 205 plasser. I tillegg la en i bevilgningene opp til at behandlingshjem kunne omgjøres til klinikker med mer aktiv behandling. I rundskriv I-24/99 gjentas utbyggingsbehovet, i tillegg til at en her utdyper de faglige forskjellene i tilbud mellom klinikkavdelinger og behandlingshjem (liggetid, antall brukere, utredning og akuttilbud). Det slås fast at behandlingshjem ikke kan erstatte klinikkavdelinger, men at det finnes ulike modeller for institusjonsopphold over tid, som eksempelvis i barnevernsinstitusjoner, i et tett samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien. I rundskrivet argumenteres det også for å utvikle det polikliniske tilbudet i retning mer intensive, oppsøkende og familiebaserte arbeidsformer som alternativ til institusjonsopphold, for derigjennom å minske behovet for institusjonsplasser. En påpeker i rundskrivet videre behovet for å utvikle særskilte samarbeidsprosjekter mellom barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien for ungdom med debuterende psykoser.

Både i Sosial- og helsedirektoratets Statusrapport (2003a) midtveis i opptappingsplanen og i deres parallelle tiltaksrapport (2003b) vises det til at målet om ca 500 døgnplasser angitt i Opptappingsplanen ikke vil bli nådd. Direktoratet er ikke så bekymret for dette, og det heter i Statusrapporten at: *"Innen psykisk helsevern for barn og ungdom har det i årene etter at Opptappingsplanen ble lagt fram skjedd en faglig utvikling med flere ambulante og oppsøkende metoder, som i mange tilfeller utgjør alternativer til innleggelse. Av denne grunn er ikke lenger de opprinnelige måltall for døgnplasser like relevante."* (Sosial- og helsedirektoratet 2003a:60). Samtidig heter det i Tiltaksrapporten at det er behov for å utbedre den nåværende situasjonen (s. 22).

Selv om akuttilbudet er viktig i seg selv, er det også viktig å se det i sammenheng med andre tjenester, jfr. Statusrapporten: *"Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern for barn og ungdom i foretakene bør vurderes samlet, slik at institusjonskapasitet, utbygging av poliklinikkene og omfanget av bruken av nye behandlingsmetoder vurderes i sammenheng i den enkelte helseregion"* (Sosial- og helsedirektoratet 2003a:60). I Innledningen i Tiltaksrapporten drøfter en akuttilbudet for voksne og barn og unge samlet. Her beskrives forholdene ved mange akuttavdelinger som kritiske, og også her framheves behovet for en samlet vurdering av behandlingsskjeden: *"Løsningen er ikke nødvendigvis flere plasser ved akuttavdelingene, men kan i mange tilfeller være at nye tilbud bygges opp.."* (Sosial- og helsedirektoratet 2003b:22). Samtidig er en opptatt av å øke kunnskapsgrunnlaget: *"Erfaringene med forsøk med andre akuttilbud enn tradisjonelle akuttplasser vil bli vurdert nøye. Behovet for utbygging av døgnplasser bør vurderes konkret i det enkelte opptaksområde blant annet i lys av disse erfaringene"* (Ibid).

Denne gjennomgangen av de mest sentrale helsepolitiske dokumentene de siste 6-7 årene viser at en i drøftingen av akuttilbudet for ungdom særlig har vært opptatt av dimensjonering, og ønsket å se dette i sammenheng med tilbudet i andre deler av

tjenesteapparatet. Det er samtidig argumentert for å utvikle alternativer til den rene institusjonsbehandlingen.

1.1 Et ressurskrevende – og skjevfordelt - tilbud?

Vi vet ikke nøyaktig hvor store ressurser som brukes på akutttilbudet for ungdom i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette skyldes at en i nasjonal statistikk ikke skiller mellom akuttavdelinger og andre døgnenheter (langtidsavdelinger i klinikker samt behandlingshjem), og at det er problematisk å skille mellom personellressurser anvendt til dag- og døgnbehandling.

Samtidig er det all grunn til å tro at akutttilbudet er ressurskrevende. Mens en behandler i poliklinikk i snitt behandler ca 30 pasienter per år, er tilsvarende tall for døgnavdelinger 1,2. På nasjonal basis var over 54 % av fagårsverkene knyttet til dag- og døgnbehandling, mens om lag 7% av pasientene ble behandlet her (Sitter 2003).

Det er også all grunn til å tro at det er en betydelig geografisk skjevfordeling i tilbudet. Dag- og døgntilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge målt som antall pasienter per 10000 innbyggere under 18 år varierer fra 5,7 i Troms til 51,8 i Buskerud (Sitter 2003). Akutttilbudet som sådan er neppe like skjevfordelt, men det vet en mindre om.

1.2 Forskjellige modeller skal studeres

I dette prosjektet ønsker vi å inkludere fem delvis helt ulike modeller for akuttpsykiatrisk tilbud, henholdsvis i Akershus, Nordland, Buskerud, Oslo (Ullevål) og Sør-Trøndelag. Alle fem institusjonene gir tilbud til ungdom i alderen 13 – 18 år (Bodø primært 15-18) med alvorlige psykiske lidelser og har øyeblikkelig hjelp-plikt. For øvrig er de organisert på forskjellige måter.

Ut fra nasjonal statistikk framstår døgntilbudet for barn og unge i disse fylkene som svært forskjellig. Mens Oslo samlet sett i forhold til befolkning har en døgnplassdekning 75 prosent over landsgjennomsnittet, og Akershus 52 prosent over, ligger Buskerud 25 prosent under mens Nordland og Sør-Trøndelag er i en mellomposisjon henholdsvis 15 og åtte prosent under landsgjennomsnittet. Tilsvarende fylkesforskjeller finner en også når det gjelder bemanning og pasienter per fagårsverk. Det er ikke en gjennomført sektorisering i flere av fylkene, og disse tallene er derfor ikke nødvendigvis representative for den enkelte akuttavdeling som inngår i dette prosjektet.

Samtidig skilles det i denne statistikken ikke mellom akutttilbud og annet døgntilbud. Fylkene Akershus, Buskerud og Oslo har en kombinasjon av døgntilbud ved klinikkene og behandlingshjem, mens Nordland og Sør-Trøndelag kun har et døgntilbud tilknyttet klinikken. Og mens Buskerud i stor grad driver sin akuttjeneste for ungdom som et intensivt poliklinisk tilbud, er dette hovedsakelig organisert som døgndrift ved de øvrige ungdomspsykiatriske avdelingene.

Det er også interessante forskjeller i hvordan akutttilbudet er bygget opp internt. Lillestrømklinikken har to akuttposter, differensiert etter tilstand (diagnosegrupper), Sør-Trøndelag har tre poster, hovedsakelig differensiert etter liggetid (alle inngår ikke nødvendigvis i akutttilbudet), Buskerud har et tosenes døgntilbud, det øvrige som intensivt, ambulant poliklinisk tilbud, Bodø har en post med en mindre skjermingsenhet og Ullevål har en post.

Tilsvarende er det også forskjeller i hvilke samarbeidsordninger en har mot de somatiske sykehusene, blant annet arbeidsdelingen i forhold til langtidsbehandling av ungdom med spiseforstyrrelser.

Samlet sett er dette derfor fem leveringssystemer for akutttilbud i forhold til barn og unge som framstår som forskjellige, uten at det så langt har vært gjort forsøk på å finne ut av hvilke konsekvenser disse forskjellene har.

1.3 Prosjektets hovedproblemstillinger

Prosjektet har så langt to hovedproblemstillinger;

- Hva kjennetegner akutttilbudet for ungdom, og
- Hvilke konsekvenser gir de ulike organisasjons- og arbeidsformene?

I prosjektbeskrivelsen er begge disse belyst i kombinasjon i flere undertema.

Det er få studier av forskjellene i akutttilbudet for ungdom (Skarbø et al. 1995). Foreliggende prosjektbeskrivelse redegjør for de to første stadiene i det vi ønsker skal være et større program for å studere akutttilbudet for ungdom i Norge. Mens vi her ønsker å få dokumentert nærmere hva som forener og skiller fem tilsynelatende helt forskjellige måter å tilby akutte tjenester på, ser vi for oss at det i senere stadier vil være ønskelig å gjennomføre intervensjoner og/eller studere planlagte endringer.

Ettersom en ser for seg at dette vil være et samarbeid som skal virke over lang tid, vil det verken være mulig eller ønskelig å fastsette alle problemstillinger for tidlig i prosjektet. Så langt har vi derfor funnet det hensiktsmessig å operasjonalisere de to hovedproblemstillingene i en første og andre fase i prosjektet.

En utfordring i forhold til den deskriptive fasen er hvordan en skal beskrive noe nå, som er helt annerledes om to-tre år? Med den endringstakt som er i psykisk helsevern for tiden er det ingen grunn til å tro at verden vil være stabil i et to-tre års perspektiv. Vi legger derfor opp til en løpende registrering av sentrale parametre for å følge konsekvensene av de endringene som skjer.

Vi ser også for oss en fase 3 i prosjektet, hvor vi særlig ser på hva som kan forklare de forskjeller vi finner i fase 2. Gitt finansiering vil denne fasen tidligst starte fra januar 2006.

Fase en

Prosjektet vil i den første, deskriptive fasen belyse to hovedområder; en beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hvert fylke samt beskrive sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom. Et viktig delmål med fase en har vært å øke kvaliteten på de pasientadministrative opplysningene.

2 En beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hver geografiske enhet

2.1 Problemstilling

Foruten en beskrivelse av den organisatoriske oppbygningen, inngår også en beskrivelse av de ulike elementene som inngår (sengeavdelinger/poliklinisk tilbud, evt. øvrig tilbud som inngår – eks. skoletilbud). I dette samles også inn opplysninger om antall plasser, bemanning og kompetanse (profesjon og klinisk videreutdanning eller ikke) på postnivå. Det har vært nødvendig å gjøre dette manuelt, ettersom nasjonal statistikk ikke har en dekkende oppdeling av høgskoleprofesjonene.

For å få et bedre bilde av de faktiske ressursene som inngår i akuttavdelingens tilbud har en, i motsetning til i nasjonal statistikk, brutt opplysningene ned på både personer og stillinger (årsverk), og fordele på fast lønn vs. vikarbudsjett. Det har vært viktig å få tak i de samlede ressursene som brukes til dette formålet, dvs. også andel av administrative ressurser, husleie, avdelingens satsning på fagutvikling og forskning m.v.

Organisasjonen rundt er også beskrevet, inkludert hvilke helseforetak en forholder seg til.

En akuttavdelings kapasitet og kompetanse kan ikke forstås uavhengig av omgivelsene. I den første fasen beskriver vi derfor også hvilke andre ressurser/type kompetanse kan en dra veksler på inn i akuttposten, eksempelvis nevroteam og habiliteringstjeneste.

Her har det vært nødvendig med et nært samarbeid mellom de fem enhetene for å avklare hva som skal inngå i beskrivelsen.

2.2 Data, metode og analyse

Opplysninger om ressursinnsats, organisatorisk tilknytning m.v. har skjedd ved hjelp av omforente, standardiserte beskrivelser.

Opplysninger om bemanning m.v. er samlet inn ved hjelp av personellstatistikken. Denne har forutsatt et nært samarbeid med lønningsseksjonen. For å sikre sammenlignbare data ble det først utviklet en definisjon av årsverk, herunder hvordan en skal forholde seg til forhold som langvarige permisjoner (fødselspermisjoner m.v.), innleie av ekstrahjelp og fordeling av personell mellom akutttilbudet og andre virksomheter (poliklinikk, R-bup m.v.). Hensikten har vært å få så komplette og samtidig sammenlignbare opplysninger over årsverksinnsatsen som mulig.

Det vil i denne fasen ikke bli gjennomført noen egen analyse av disse opplysningene.

2.3 Framdrift

Det har blitt arbeidet med dette siden høsten 2003. Opplysningene ble samlet inn og bearbeidet vår og høst 2004. Resultatet vil bli publisert i en samlerapport på nyåret 2005.

3 En beskrivelse av sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom

3.1 Problemstilling

Hva er sentrale trekk ved pasientstrømmen, belyst ved hjelp av de pasientadministrative data? Pasientstrømmen kan igjen deles i en innfase, en tilbudsfasen og en utfase.

Innfasen vil først søke å gi svar på hvilke klientgrupper det er som mottar et akutttilbud, fordelt på kjønn, alder, diagnosegrupper (ICD-10 – alle akser) familie/familiebakgrunn (omsorgssituasjon), lovanvendelse og antall. Gitt at det er mulig å avgrense populasjonsansvaret vil deler av dette både bli framstilt som andeler og befolkningsbaserte rater.

Deretter vil vi også beskrive hvem som er de primære henviserne til et akutttilbud. På samme måte ønsker vi også svar på hvilke problemer henvisende instans identifiserer som viktige nok til at det defineres som et ø-hjelpsbehov.

I beskrivelsen av **tilbudsfasen** vil inngå en analyse av liggetid, både samlet og fordelt etter kjennetegn ved klientgrupper (kjønn, alder, diagnosegrupper og antall). Varighet på oppholdet vil bli framstilt både i forhold til max/min, gjennomsnitt og median. I en analyse av antall liggedager må det i første fase avklares hvordan en skal forholde seg til forhold som helgeperm, og hvorvidt det registreres andre ressurser ved overgang mot utskriving.

For di et av akutttilbudene som inngår i prosjektet er lagt opp som et hovedsakelig intensivt ambulant tilbud vil vi også inkludere opplysninger om ambulant innsats når den inngår som en del av akutttilbudet. Her vil vi både ta med antall refusjonsberettigede konsultasjoner og andre tiltak (i den grad de er registrert i BUP-datasystemet). Også her har vi i første fase av prosjektet avklart hvordan en skal forholde seg til forskjellig registreringspraksis; at refusjonsberettigede konsultasjoner er fortolket som avhengig av hvem som gjør det. Vi avdekker også hvordan ressurser i form av antall timer brukt registreres.

Det vil i beskrivelsen av tilbudsfasen også bli gitt en beskrivelse av øvrig tilbud som skoletilbud og arbeidstrening.

I en beskrivelse av **utfasen** er problemstillingen hva som skjer med pasienten når han/hun ikke lenger er definert som i behov av et akutttilbud. Her kartlegges i første omgang hvor pasientene blir fulgt opp etter utskriving fra akuttavdeling/tilbud. Også dette forsøkes framstilt i forhold til kjennetegn ved klientgrupper.

3.2 Data, metode og analyse

For hele dette punktet har en i fase en utelukkende basert seg på opplysninger det er mulig å hente direkte ut av det pasientadministrative systemet. Dette er begrunnet i behovet for å starte med arbeidsmessig håndterbare problemstillinger.

Det vil i denne fasen ikke bli gjennomført noen egen analyse av disse opplysningene.

3.3 Framdrift

Det har blitt arbeidet med dette siden høsten 2003. Opplysningene ble samlet inn og bearbeidet vår og høst 2004. Resultatet vil bli publisert i en samlerapport på nyåret 2005.

4 Bidra til økt kvalitet på de pasient administrative opplysningene

I første del av fase en har vi anvendt data for 2003 for å avdekke hvilke opplysninger som evt. mangler. Dette ble gjort ved å framstille missingandel for hver av variablene på enhetsnivå. Det ble så gjort et arbeid lokalt, hvor prosjektleder lokalt har samarbeidet med klinikerne om å etablere rutiner slik at data for 2004 har akseptabel missingandel på alle variabler. Dette har samtidig vært en viktig del av den enkelte akuttavdelings kvalitets-sikringsarbeid.

4.1 Framdrift

Det har blitt arbeidet med dette siden høsten 2003. Opplysningene ble samlet inn og bearbeidet vår og høst 2004. Resultatet vil bli publisert i en samlerapport på nyåret 2005.

5 Bygge opp en kunnskapsbase

Som vist i innledningen er det lite publisert om dette temaet i Norge. Som et ledd i utviklingen av en mer kunnskapsbasert tjenesteutvikling vil det i 2004 bli gjennomført litteratursøk i sentrale databaser for å få en oversikt over hva som er skrevet om dette internasjonalt. Ut fra vår kjennskap til feltet er publikasjonsmengden så liten at det vil være uhensiktsmessig å avgrense søket til Norge og Norden. Dette arbeidet vil bli koordinert med det arbeidet SINTEF Helse allerede har forpliktet seg til gjennom Evalueringsnettverket.

Fase to

Vi vil som i den første fasen beskrive de enkelte enhetene gjennom en årlig oppdatering. På denne måten vil vi kunne avdekke om det skjer endringer i hvordan enhetene arbeider. Ved at disse beskrivelsene er standardisert på tvers av enhetene, samt at det samarbeides om metoder, er prosjektet velegnet til å foreta tversgående analyser. I fase to vil vi ved hjelp av disse opplysningene analysere hvilke likheter og forskjeller det er mellom de fem enhetene. I tillegg ønsker vi i fase to å gå dypere inn i hva som karakteriserer akutttilbudet for ungdom, og analysere disse data på tvers av enhetene.

Det understrekes at problemstillingene som presenteres her delvis er foreløpige. Vi er avhengig av deltakende institusjoners gjennomføringsevne, og ønsker også å bygge på erfaring akkumulert underveis. Det legges derfor opp til et fleksibelt design, hvor enkelte problemstillinger kan endres eller forlates, mens andre kan tas inn.

Ved at beskrivelsene er standardisert på tvers av enhetene, samt at det samarbeides om metoder, er prosjektet velegnet til å foreta tversgående analyser. I fase to vil vi ved hjelp av disse opplysningene analysere hvilke likheter og forskjeller det er mellom de fem enhetene.

6 En beskrivelse av akuttilbudets organisasjon på tvers av de geografiske enhetene.

6.1 Problemstilling

Vi vil som i den første fasen beskrive de enkelte enhetene gjennom en årlig oppdatering. På denne måten vil vi kunne avdekke om det skjer endringer i hvordan enhetene arbeider. Hovedproblemstillingen i fase to vil være hva som kjennetegner akuttilbudets organisasjon på tvers av de geografiske enhetene. Analysen vil bli gjort innen fem tema (jfr. beskrivelsen under punkt 2); den organisatoriske oppbygningen, de ulike elementene som inngår, ressurser (antall plasser, bemanning, kompetanse og økonomi), den omliggende organisasjonen samt hvilke andre ressurser/type kompetanse kan en dra veksler på inn i akuttenheten.

6.2 Data, metode og analyse

Data vil her første gang være enhetsbeskrivelsene samlet inn våren/sommeren 2004. De senere enhetsbeskrivelsene vil, sammen med øvrige data, danne grunnlag for senere tilsvarende analyser.

De kvalitative opplysningene vil bli analysert ved bruk av komparativ metode (Miles og Huberman 1994), mens de kvantitative opplysningene vil bli punchet og analysert ved hjelp av SPSS.

6.3 Framdrift

Hovedansvaret for analyse av hver av de fem temaene vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene, hvor det er ønskelig at alle prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet. Arbeidet gjennomføres vinteren/våren 2004/2005. De tas sikte på at hvert av temaene i første omgang skal publiseres som prosjektrapporter. Det er en ambisjon at noen av temaene også kan bearbeides til tidsskriftsartikler høsten 2005.

7 Hva kjennetegner sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom?

Denne problemstillingen er i fase en besvart for hver av enhetene. Gjennom det standardiserings- og kvalitetsforbedrende arbeidet i fase en har vi beredet grunnen både for mer inngående studier av pasientstrømmen, og for analyser av pasientstrømmen på tvers av til dels helt ulike akutttilbud.

7.1 Problemstilling

Hva kjennetegner sentrale trekk ved pasientstrømmen (innfase, tilbudsfasen og utfasen) ved fem akutttilbud for ungdom? Hvilke likheter og forskjeller finner vi på tvers av de fem deltakende enhetene?

7.2 Data, metode og analyse

Store deler av pasientopplysningene for å besvare denne problemstillingen ligger i det ordinære pasientadministrative systemet (BUP-data) (jfr. pkt 3). Det vil bli laget et eget anonymisert uttrekk fra det lokale pasientadministrative systemet. Basert på opplysninger om innleggelser i 2003 er det om lag 400 innleggelser årlig samlet for de fem enhetene.

I Evalueringsnettverket er det utviklet et eget obligatorisk oppholdsskjema (Akutt opphold), og dette er bearbeidet for ungdom av de fem prosjektlederene. I dette skåres opplysninger om hver pasient, opplysninger som delvis kan hentes fra det eksisterende pasientadministrative systemet. Her inngår en rekke tilleggsopplysninger om innfase (tidspunkt for innleggelse, innleggelsesformalitet, tilbud forsøkt før innleggelse, klinisk vurdering ved innleggelse – HoNOSCA etc.), tilbudsfasen (en del om hvilke aktiviteter som har vært gitt under oppholdet, hvor ressurskrevende pasienten har vært etc.) og utfasen (klinisk vurdering ved innleggelse – HoNOSCA, tidspunkt for utskriving, oppfølgingsformer etc.). Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-2004-1/5-2005 ha skåret Akutt opphold for om lag 200 innleggelser.

Når det gjelder opplysningene i Akutt opphold håper vi å få utviklet en skjemamodul i BUP-data for innlegging av disse opplysningene i et samarbeid med VismaUnique og Morten Lossius, alternativt vil disse skjemaene bli punchet enkeltvis.

Data vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

7.3 Framdrift

Skåring av Akutt opphold vil starte 1/11-04, og foregå inntil videre.

Hovedansvaret for analyse av data vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene etter kompetanse, hvor det er ønskelig at minst to prosjektledere dras inn i analyse- og

skrivearbeidet. Arbeidet gjennomføres våren/høsten 2005. Dette vil i første omgang bli publisert som prosjektrapport, men med en ambisjon om at den også kan bearbeides til tidsskriftsartikkel høsten/vinteren 2005.

8 Hvilken grad av integrasjon er det mellom akuttenhetene og øvrig tjenestetilbud?

Mens vi i fase en ga en overordnet beskrivelse av hvilke andre ressurser/type kompetanse en kunne dra veksler på inn i akuttposten, vil vi i fase to gå nærmere inn på grad av integrasjon mellom akuttenhetene og øvrig tjenestetilbud. Bruken av eksterne ressurser er i følge Wrate et al. (1994) en viktig faktor i akutttilbudet for ungdoms behandlingseffekt. Ekstern integrasjon er igjen delt inn i fire hovedformer, poliklinikkene, langtids døgntilbud, somatisk sykehustilbud (barneavdeling) og barnevern.

Her vil vi både være opptatt av hvilken integrasjon som finner sted, og hvilke likheter og forskjeller vi finner mellom enhetene. Vi vil hovedsakelig se på integrasjonen rundt den enkelte pasient.

8.1 Mot poliklinikkene?

Over 90% av barn og ungdom behandles poliklinisk, og det er også vanlig at pasienter har vært i et poliklinisk tilbud før akuttinnleggelsen, og overføres til ordinær poliklinisk oppfølging etter innleggelsen. Her har de fem enhetene som inngår noe ulik praksis, hvor særlig Ungdomsenheten i Buskerud har langt større innslag av ambulant og poliklinisk tilbud som del av akutttilbudet. Det er derfor av interesse å se hvordan poliklinikkene inngår som en del av behandlingsnettverket, og hvilke variasjoner vi finner mellom de fem enhetene.

8.1.1 Problemstilling

I hvilken grad er poliklinikkene en del av behandlingsnettverket rundt den enkelte ungdom? Og overfor hvilke ungdommer er dette samarbeidet tettest?

Ved å studere når pasientene ble innlagt ved akuttavdeling - dato/klokkeslett – vil en også ha mulighet til å si noe om den polikliniske tilgjengeligheten. Hypotesen her er at hvis en stor andel av pasientene kommer inn til akuttavdeling utenfor poliklinikkens åpningstid kan dette tolkes som behov for endringer i det polikliniske tilbudet.

8.1.2 Data, metode og analyse

Tre ulike datakilder vil bli anvendt for å belyse denne problemstillingen. For det første anvendes de kvalitative enhetsbeskrivelsene utarbeidet vår/høst 2004. Det vil bli gjennomført en komparativ innholdsanalyse av enhetsbeskrivelsene.

I Akutt oppholdsskjemaet (se pkt 7.2) inngår en rekke opplysninger hvor poliklinisk tilbud er en svarkategori; hvem som henviste, tilbud siste 48 timer, tilbud siste 12 måneder, grad av oppfølging siste 3 måneder, hvem behandlere har hatt kontakt med under oppholdet, og hvem som skal følge opp etter utskrivingen. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-2004-1/5-2005 ha skåret Akutt opphold for om lag 200 innleggelser. Se pkt 7.2 for en beskrivelse av punching etc. av disse dataene.

Når det gjelder pasientkjennetegn vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Disse vil bli koplet, på individnivå, mot oppholdsskjemaet.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.1.3 Framdrift

Skåring av Akutt opphold vil starte 1/11-04, og foregå inntil videre. Hovedansvaret for analyse av de to datasettene vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene, hvor det er ønskelig at alle prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet av de fire problemstillingene nevnt under punkt åtte. Arbeidet gjennomføres våren/sommeren 2005. Det tas sikte på at problemstillingene beskrevet under punkt åtte skal publiseres som en samlet prosjektrapport. Det er en ambisjon at dette også kan bearbeides til tidsskriftsartikler høsten/vinteren 2005.

8.2 Mot langtidstilbudet – behandlingshjem/langtidsavdelinger?

Det skjer som ledd i Opptrappingsplanen en endring mot mer klinikkbehandling, og mindre langtidstilbud, for ungdom. De fem enhetene er del av, og omgitt av, ulike langtids behandlingstilbud for ungdom. Vi vil derfor belyse i hvilken grad det er en integrasjon mellom akutttilbudet og langtidstilbudet, og hvordan denne praksisen varierer mellom enhetene.

8.2.1 Problemstilling

I hvilken grad er langtidstilbudet en del av behandlingsnettverket rundt den enkelte ungdom? Og overfor hvilke ungdommer er dette samarbeidet tettest?

8.2.2 Data, metode og analyse

Tre ulike datakilder vil bli anvendt for å belyse denne problemstillingen. For det første anvendes de kvalitative enhetsbeskrivelsene utarbeidet vår/høst 2004. Det vil bli gjennomført en komparativ innholdsanalyse av enhetsbeskrivelsene.

I Akutt oppholdsskjemaet (se pkt 7.2) inngår en rekke opplysninger hvor langtidstilbud er en svarkategori; hvem som henviste, tilbud siste 48 timer, tilbud siste 12 måneder, grad av oppfølging siste 3 måneder, hvem behandlere har hatt kontakt med under oppholdet, og hvem som skal følge opp etter utskrivningen. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-2004-1/5-2005 ha skåret Akutt opphold for om lag 200 innleggelser. Se pkt 7.2 for en beskrivelse av punching etc. av disse dataene.

Når det gjelder pasientkjennetegn vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Disse vil bli koplet, på individnivå, mot oppholdsskjemaet.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.2.3 Framdrift

Skåring av Akutt opphold vil starte 1/11-04, og foregå inntil videre. Hovedansvaret for analyse av de to datasettene vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene, hvor det er ønskelig at alle prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet av de fire problemstillingene nevnt under punkt åtte. Arbeidet gjennomføres våren/sommeren 2005. Det tas sikte på at problemstillingene beskrevet under punkt åtte skal publiseres som en samlet

prosjektrapport. Det er en ambisjon at dette også kan bearbeides til tidsskriftsartikler høsten/vinteren 2005.

8.3 Mot det somatiske sykehus tilbudet?

En del ungdom har lidelser som ligger i grenselandet mellom et somatisk og et psykiatrisk tilbud. Et eksempel på dette er behandling av ungdom med spiseforstyrrelser, som i enkelte tilfeller og alvorlighetsgrader også har behov for tung somatisk oppfølging. Som nevnt i prosjektbeskrivelsens innledning har vi konstatert at det er forskjeller mellom de fem deltakende enhetene i hvordan de praktiserer dette samarbeidet.

8.3.1 Problemstilling

I hvilken grad er langtidstilbudet en del av behandlingsnettverket rundt den enkelte ungdom? Og overfor hvilke ungdommer er dette samarbeidet tettest?

8.3.2 Data, metode og analyse

Tre ulike datakilder vil bli anvendt for å belyse denne problemstillingen. For det første anvendes de kvalitative enhetsbeskrivelsene utarbeidet vår/høst 2004. Det vil bli gjennomført en komparativ innholdsanalyse av enhetsbeskrivelsene.

I Akutt oppholdsskjemaet (se pkt 7.2) inngår en rekke opplysninger hvor det somatiske sykehus tilbudet er en svarkategori; hvem som henviste, tilbud siste 48 timer, tilbud siste 12 måneder, grad av oppfølging siste 3 måneder, hvem behandlere har hatt kontakt med under oppholdet, og hvem som skal følge opp etter utskrivningen. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-2004-1/5-2005 ha skåret Akutt opphold for om lag 200 innleggelser. Se pkt 7.2 for en beskrivelse av punching etc. av disse dataene.

Når det gjelder pasientkjennetegn vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Disse vil bli koplet, på individnivå, mot oppholdsskjemaet.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.3.3 Framdrift

Skåring av Akutt opphold vil starte 1/11-04, og foregå inntil videre. Hovedansvaret for analyse av de to datasettene vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene, hvor det er ønskelig at alle prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet av de fire problemstillingene nevnt under punkt åtte. Arbeidet gjennomføres våren/sommeren 2005. Det tas sikte på at problemstillingene beskrevet under punkt åtte skal publiseres som en samlet prosjektrapport. Det er en ambisjon at dette også kan bearbeides til tidsskriftsartikler høsten/vinteren 2005.

8.4 Mot barnevernet?

I mange år har det fra offentlig side vært tatt til orde for et nærmere samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og barnevernet (St meld 25 1996-97). Dette har vært begrunnet med at det er et stort antall barn og ungdom som har behov for tjenester fra begge, og at det manglende samarbeidet har påført en del tungt belastende barn og unge ekstra belastninger.

8.4.1 Problemstilling

I hvilken grad er barnevernet en del av behandlingsnettverket rundt den enkelte ungdom? Og overfor hvilke ungdommer er dette samarbeidet tettest?

8.4.2 Data, metode og analyse

Tre ulike datakilder vil bli anvendt for å belyse denne problemstillingen. For det første anvendes de kvalitative enhetsbeskrivelsene utarbeidet vår/høst 2004. Det vil bli gjennomført en komparativ innholdsanalyse av enhetsbeskrivelsene.

I Akutt oppholdsskjemaet (se pkt 7.2) inngår en rekke opplysninger hvor barnevernet er en svarkategori; hvem som henviste, tilbud siste 48 timer, tilbud siste 12 måneder, grad av oppfølging siste 3 måneder, hvem behandlere har hatt kontakt med under oppholdet, og hvem som skal følge opp etter utskrivningen. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-2004-1/5-2005 ha skåret Akutt opphold for om lag 200 innleggelser. Se pkt 7.2 for en beskrivelse av punching etc. av disse dataene.

Når det gjelder pasientkjennetegn vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Disse vil bli koplet, på individnivå, mot oppholdsskjemaet.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.4.3 Framdrift

Skåring av Akutt opphold vil starte 1/11-04, og foregå inntil videre. Hovedansvaret for analyse av de to datasettene vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene, hvor det er ønskelig at alle prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet av de fire problemstillingene nevnt under punkt åtte. Arbeidet gjennomføres våren/sommeren 2005. Det tas sikte på at problemstillingene beskrevet under punkt åtte skal publiseres som en samlet prosjektrapport. Det er en ambisjon at dette også kan bearbeides til tidsskriftsartikler høsten/vinteren 2005.

9 Endres pasientpopulasjonen over tid?

Etter hvert som tilbudet for barn og unge bygges ut og endrer karakter vil det også være av interesse å se om det over tid skjer endringer i den akuttpsykiatriske pasientpopulasjon. Ut fra kliniske erfaringer er det depresjon, atferdsforstyrrelser og nevropsykologiske tilstander som øker.

9.1. Problemstilling

Skjer det over tid endringer i hvilke ungdommer som får et akutttilbud?

9.2 Data, metode og analyse

I Akutt oppholdsskjemaet (se pkt 7.2.) skårer en også kliniske opplysninger om hver pasient. For å belyse denne problemstillingen vil vi blant annet benytte HoNOSCA, henvisningsformalitet og selvmordsfare. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-31/12-2004 ha skåret Akutt opphold for om lag 60-70 innleggelser.

Når det gjelder pasientkjennetegn for øvrig vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Disse vil bli koplet, på individnivå, mot oppholdsskjemaet. Basert på opplysninger om innleggelser i 2003 er det om lag 400 innleggelser årlig samlet for de fem enhetene.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

9.3 Framdrift

I første omgang vil 2004-data bli analysert opp mot 2003-data, med de begrensninger som ligger både i kompletthet og at en for 2003 (og store deler av 2004) vil mangle opplysninger fra Akutt oppholdsskjemaet. Analysen vil bli framstilt i en rapport våren 2005. Denne analysen vil bli gjort hvert år, med et nytt årssett av pasientdata lagt til.

10 Karriere i systemet

Spørsmålet en over tid ønsker å få svar på her er hvorvidt det her er tale om en liten og avgrenset gruppe, eller om det akutte døgntilbudet er noe som gis til en stor gruppe ungdom.

10.1 Problemstilling

Har de som legges inn på akuttavdeling vært innlagt før, og/eller om de har vært forsøkt behandlet poliklinisk – eller om de kommer ukjent fra førstelinjetjenesten? Hypotesen er at det vil være en liten gruppe av gjengangere, og en større gruppe av ungdom som bare blir innlagt en gang.

Hva kjennetegner i så fall de to gruppene med hensyn til kjennetegn (alder, kjønn, problematikk, diagnose etc.)?

En tredje problemstilling er om det er forskjell mellom de fem enhetene i karriereprofil, og hva den i så fall består i?

10.2 Data, metode og analyse

I Akutt oppholdsskjemaet (se pkt 7.2.) skårer en opplysninger om behandlingshistorie (tidligere innlagt, tilbud siste år, tre måneder og 48 timer). Her skåres også kliniske opplysninger om hver pasient. For å belyse denne problemstillingen vil vi blant annet benytte HoNOSCA, henvisningsformalitet og selvmordsfare. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-31/12-2004 ha skåret Akutt opphold for om lag 60-70 innleggelser.

Når det gjelder pasientkjennetegn for øvrig vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Basert på opplysninger om innleggelser i 2003 er det om lag 400 innleggelser årlig samlet for de fem enhetene. Disse vil bli koplet, på individnivå, mot Akutt oppholdsskjemaet. Vi vil også bruke disse data til å verifisere behandlingshistorie i Akutt oppholdsskjemaet, med de begrensninger som nå ligger i kravet om institusjonsinterne data.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

10.3 Framdrift

Den første analysen vil bli gjort våren 2005, med basis i 2004-materialet. For Akutt opphold vil det begrense seg til to måneder, og det tas sikte på at problemstillingen i første omgang skal publiseres som prosjektrapport før sommeren 2005. Når en kan utvide dette med flere årssett vil det være mulig å tenke at dette kan bearbeides til tidsskriftsartikkel, tidligst i 2006.

11 Hvilken behandling gis som ledd i et akutttilbud?

11.1 Problemstilling

Akuttilbudet for ungdoms innhold er ennå lite kjent. Det er all grunn til å forvente at de fem deltakende enhetene i dette prosjektet også vil ha utviklet ulike behandlingsformer. I fase en ble denne problemstillingen begrenset til en mer generell beskrivelse. Denne beskrivelsen vil bli oppdatert årlig, for å dokumentere om det på et generelt nivå har skjedd endringer.

I fase to vil vi gå nærmere inn i dette ved å belyse to problemstillinger:

- Hvilket tilbud mottar den enkelte pasient?
- Hva kan er de sentrale delene av behandlingstilbudets innhold?

Her vil vi prøve å finne en felles mal for å beskrive hvilke arbeidsformer som brukes internt, hva som kjennetegner miljøet og hvordan stabspersonell og miljøpersonale er integrert i behandlingstilbudet. Et interessant aspekt i dette vil være ideologi, og en vil her bygge på det arbeidet som tidligere er gjort av Ruud og Breimoen (1996).

En underproblemstilling er

- hvilken praksis enhetene har når det gjelder skjerming?

Alle enhetene anvender skjerming, og både diskusjoner og omvisninger på enheter har vist at bruken av og innholdet i skjerming varierer mellom enhetene. Der er derfor ønskelig å få økt kunnskap om skjerming som behandlingsform.

11.2 Data, metode og analyse

Det er i akuttnettverket under utvikling et eget (frivillig) skjema for å beskrive hvilket tilbud som gis til den enkelte pasient gjennom et akuttforløp, og prosjektgruppen vil bearbeide dette videre til bruk i akuttenheter for ungdom. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/1-1/07-2005 ha skåret Akutt forløp for om lag 200 innleggelser.

To aktuelle metoder for å beskrive henholdsvis avdelingens miljø (Ward Atmosphere Scale – WAS) (Røssberg og Friis 2003) og avdelingens ideologi (CPPS) (Jerrell og Hargraves 1991, Ruud og Breimoen 1996) finnes så langt ikke i norske ungdomsversjoner, og det er igangsatt et arbeid mot nasjonale og internasjonale miljøer for å se hvor omfattende et slikt bearbeidingsarbeid vil være. Disse skjemaene skal skåres en gang. WAS skåres av både pasienter og personale, mens CPPS skåres av behandlingspersonalet. Basert på personaldata for 2003, og antall plasser i akuttenhetene, vil det gi ca 30-35 pasienter som kan skåre WAS og ca 125-150 personale som kan skåre WAS og CPPS – hvis registreringsperioden er en uke.

For å beskrive skjerming vil en av prosjektlederne anvende deltakende observasjon over en uke ved hver enhet. Her vil vi bygge på den kunnskap forsker Reidun Norvoll har samlet inn i

sitt pågående doktorgradsarbeid ved to skjermingsenheter i psykisk helsevern for voksne om samme tema.

11.3 Framdrift

Akutt forløp vil bli skåret fra 1/1-05, i første omgang fram til 1/7-05.

Høsten 2004/våren 2005 vil det bli arbeidet med å tilrettelegge WAS og CPPS i en ungdomsversjon. Om nødvendig vil det bli gjennomført en pilottesting. Skåring av disse vil bli gjennomført høsten 2005.

Når det gjelder studien av skjerming vil vi våren 2005 drøfte hvilke fenomener vi er særlig opptatt av å beskrive. Fra høsten 2005 planlegges selve feltarbeidet.

12 Behandlingseffekt

I fase to tas det sikte på å fange opp konsekvenser av behandlingstilbudet fra tre aktørgrupper; pasienter (inkludert pårørende), behandlere og samarbeidspartnere (eksempelvis henvisende instans).

Det er en utfordring å finne klinisk gjennomførbare instrument for å måle pasientbedring, og det forutsetter rutinemessig måling før innleggelse og etter. Her vil vi ta i bruk felles måleinstrumenter for behandlingsevaluering, hvilke redegjøres for under det enkelte punkt. Enkelte av miljøene som deltar har allerede tatt i bruk slike måleinstrument, og deres erfaringer vil inngå i beslutningsgrunnlaget.

12.1 Er ungdommene/pårørendes fornøyd med tilbudet?

Det er nå betydelig oppmerksomhet knyttet til pasienters/pårørendes fornøydhet med tjenestetilbudet. Som en delkomponent under fornøydhet ønsker vi også å inkludere spørsmål om brukermedvirkning, herunder noen spørsmål om Individuell plan.

12.1.1 Problemstilling

Er ungdommene/pårørendes fornøyd med tilbudet? Hvilke deler av tilbudet er de fornøyd med? Er det forskjeller mellom de fem enhetene når det gjelder ungdommenes og pårørendes fornøydhet?

12.1.2 Data, metode og analyse

Ingen etablerte instrument for måling av pasient/pårørendetilfredshet brukes så langt av alle de fem enhetene (se eget vedlegg for enhetenes bruk av kliniske instrument). Vi vil her bygge videre på et instrument om ungdoms erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, utviklet av Kjetil Hanssen-Bauer og SINTEF Helse (Hanssen-Bauer 2003). Dette er nå under utprøving som ledd i en større nasjonal undersøkelse. Basert på opplysninger om innleggelser i 2003 er det om lag 400 innleggelser årlig samlet for de fem enhetene. Med en svarprosent på 70% vil dette gi en N på om lag 280 for hele 2005.

12.1.3 Framdrift

Grunnet utviklingsarbeidet vil det ikke være mulig å ta disse skjemaene i bruk før 1/1-05. 2005 vil gå med til å samle inn og punche skjema. Analyse og skriving vil foregå våren 2006, og i første omgang bli publisert som en prosjektrapport.

12.2 Har det i følge behandler skjedd en bedring i pasientens tilstand gjennom oppholdet?

12.2.1 Problemstilling

Har det i følge behandler skjedd en bedring i pasientens tilstand gjennom oppholdet? Og hvilke pasientgrupper har størst bedring? Er det forskjeller i pasientbedring mellom de fem enhetene?

12.2.2 Data, metode og analyse

Her finnes det både globale (Akse 6 i ICD-10, HoNOSCA) og mer spesifikke måleinstrumenter tilpasset enkelte kliniske tilstander (MADRS, Becks. PANNS).

Når det gjelder de globale målene har vi gjennom første del av fase en kartlagt at det er til dels stor missing-andel på akse 6 i ICD-10 i de pasientadministrative systemene. Dette vil være korrigert i løpet av fase en. Det er i tillegg enighet blant prosjektlederne om å ta i bruk HoNOSCA i løpet av høsten 2004. I følge Hanssen-Bauer kreves det opplæring, praksis og kvalitetssikring for å vedlikeholde påliteligheten i skåring, og dette må gjennomføres først (se <http://www.liv.ac.uk/honosca/>).

HoNOSCA inngår som en del av Akutt innholdsskjemaet (både ved inntak og utskriving), og vil bli skåret for alle pasienter fra 1/11-04. Basert på tall fra 2003, og gitt at det er en jevn spredning av innleggelser over året, vil vi fra 1/11-1/05-2005 ha skåret Akutt opphold for om lag 200 innleggelser. Se pkt 7.2 for en beskrivelse av punching etc. av disse dataene.

Når det gjelder pasientkjennetegn vil vi hente ut opplysninger fra det pasientadministrative systemet (kjønn, alder, diagnose etc.). Disse vil bli koplet, på individnivå, mot oppholdsskjemaet.

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

12.2.3 Framdrift

Skåring av Akutt opphold vil starte 1/11-04, og foregå inntil videre. Det er ønskelig at minst to prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet av første halvår, fram til 1/5-05. Arbeidet gjennomføres sommeren/høsten 2005, og publiseres som prosjektrapport. Det er en ambisjon at et komplett datasett for 2004 og 2005 kan bearbeides til tidsskriftsartikkel våren/sommeren 2006.

Som det framgår av eget vedlegg for enhetenes bruk av kliniske instrument brukes så langt MADRS, Becks og PANNS av de fleste enhetene. Det ligger derfor til rette for at disse kan tas i bruk fra 1/1-05. Det som gjenstår er å sikre at disse kan inngå i de lokale pasientadministrative systemene.

12.3 Hvordan vurderer henvisende instans akutttilbudet?

12.3.1 Av behandlingseffekt

Den som henviser til et akutttilbud har sannsynligvis en forventning om at dette tilbudet skal bidra til bedring i ungdommens tilstand, og gi faglige innspill til oppfølgingsarbeidet etter utskriving. Vi ønsker gjennom dette delprosjektet å se nærmere på om disse forventningene oppleves innfridd.

12.3.2 Problemstilling

Hvordan vurderer henvisende instans behandlingseffekten av akutttilbudet?

12.3.3 Data, metode og analyse

Som et ledd i utviklingsarbeidet innen evalueringsnettverket foreligger det utkast til spørreskjema til lege og sykepleier om deres erfaringer med konkrete akutthenvisninger. I disse inngår også spørsmål om behandlingseffekt. Spørreskjemaene vil i løpet av høsten/vinteren bli revidert, og også tilpasset psykisk helsevern for barn og unge både med hensyn til aktører og spørsmålsstilling. Så langt er det lagt opp til at disse skjemaene er anonyme, det vil si at det ikke er mulig å knytte svarene opp til enkeltpasienter.

12.3.4 Framdrift

Grunnet utviklingsarbeidet vil det ikke være mulig å ta disse skjemaene i bruk før 1/4-05. I 2005 vil det dermed kun bli samlet inn og punchet data om denne problemstillingen. Analyse, skriving og publisering vil derfor først skje våren/sommeren 2006.

12.3.5 Vurdering av samarbeidet

Behovet for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og øvrig tjenestetilbud er både høyt på den helsepolitiske agenda og dokumentert gjennom mye forskning. Så langt har det i psykisk helsevern for barn og unge vært bare spredte forsøk på å fange opp hvilken vurdering eksterne aktører gir av det samarbeidet de er med på.

12.3.6 Problemstilling

Hvordan vurderer akutttilbudets samarbeidspartnere samarbeidet?

12.3.7 Data, metode og analyse

I skjemaene nevnt over inngår også noen spørsmål som berører samarbeidet mellom kommunale instanser og akutttilbudet. Som en del av Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester ble det også utviklet et skjema for å kartlegge primærhelsetjenestens erfaringer med de voksenpsykiatriske spesialisthelsetjenestene. Erfaringene med disse var overveiende gode (Ruud 1996 a og b). Disse er nå under revisjon som en del av evalueringsnettverkets utviklingsarbeid, og må i tillegg tilpasset psykisk helsevern for barn og unge både med hensyn til aktører og spørsmålsstilling.

Et viktig spørsmål å avklare før skjema tas i bruk vil være hvilke instanser som skal motta et slikt skjema, ettersom det ikke nødvendigvis er samsvar mellom den som er formell og reell henviser.

12.3.8 Framdrift

Grunnet utviklingsarbeidet vil det ikke være mulig å ta disse skjemaene i bruk før 1/4-05. I 2005 vil det dermed kun bli samlet inn og punchet data om denne problemstillingen. Analyse, skriving og publisering vil derfor først skje våren/sommeren 2006.

13 Hvilke alternative innsteder har man – barneavdelinger, psykisk helsevern for voksne, barnevern etc?

Det er ingen "objektiv" linje mellom klientkarakteristika og hvilket tilbud man gis, dette vil blant annet være avhengig av faktorer som tjenestetilbudenes kapasitet og kompetanse. Her vil vi velge ut noen hovedgrupper av pasienter hvor vi vil følge hvilke veier man har inn til et akutttilbud i de fem enhetene. Så langt har vi drøftet tre hovedgrupper ut fra en alvorlighetsvurdering:

1. psykosegruppen – men er man redd for å sette psykosediagnoser (særlig på poliklinikk)?
2. Spiseforstyrrelser – men er kun de alvorlige på døgn, de lette forblir på poliklinikk?
3. Suicid – men dette jobbes det også med poliklinisk

På den annen side er det også forhold som taler for et annet inklusjonskriterie enn alvorlighet; hvem er de største brukergruppene av akutttilbudet? Dette har vi delvis opplysninger om gjennom fase en, og inngår også i flere problemstillinger i fase to – redegjort for tidligere i prosjektbeskrivelsen.

13.1 Framdrift

Denne problemstillingen vil bli utviklet videre i løpet av høsten 2005, med sikte på å belyse den først i 2006.

14 På hvilke måter praktiseres kontinuitetsbegrepet innen de tre systemene?

I de innledende diskusjoner vi har hatt som ledd i å utvikle denne prosjektbeskrivelsen har vi også blitt klar over at kontinuitetsbegrepet forstås og praktiseres ulikt mellom avdelingene. Dette gir en unik mulighet for både å avdekke hva slags kontinuitetspraksis man har, og hvilke konsekvenser de ulike formene gir. Så langt ser vi for oss tre former for kontinuitet som bør studeres:

14.1 Pasientflyt

Er pasientene på den samme avdelingen gjennom hele oppholdet, eller skjer det en flytting mellom avdelinger? Hvis det siste skjer, hva er kriteriet(ene) for skifte av avdeling? Dette vil bli belyst ved en kombinasjon av kliniske data fra de pasientadministrative systemene og intervjuer med personalet om konkrete case.

14.2 Personalflyt (miljøpersonale/stab)

Er disse knyttet til en fast avdeling, eller følger de for eksempel pasienten? Hvilken utveksling av behandlere er det mellom poliklinikk og døgnavdeling, og hva er i så fall en slik praksis begrunnet i?

14.3 "Sektorflyt"

Den mest ambisiøse formen for kontinuitet vil være at det foregår en eller annen form for "sektorflyt" (personale, behandlingsformer, kunnskapsoverføring m.v.) mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen. I hvilken grad og på hvilke måter skjer dette, og hva er i så fall begrunnelsen for å (ikke) gjøre det? Flere studier viser til at godt oppfølgingsarbeid etter innleggelse er en viktig forutsetning for positiv langtidseffekt (se Blanz and Smith 2002 for en litteraturgjennomgang).

14.4 Framdrift

Hele denne problemstillingen vil bli utviklet videre i løpet av høsten 2005, med sikte på å belyse den først i 2006.

15 Metode

Data og metode er beskrevet under de enkelte tema/problemstillinger. I dette punkt utdypes kun enkelte punkt.

15.1 Aldersavgrensning

Det er ulik måte å gi tilbud til de under 13 år, noen gir innen akutttilbudet også tilbud til denne aldersgruppa (Buskerud). Prosjektet vil i første fase avgrense seg til å kartlegge tilbudet til ungdom fra 13-18.

15.2 Historiske data

En viktig avklaring har vært når vi skal starte registreringen fra. Den nåværende organiseringen av akutttilbudet har for flere av enhetene hatt forholdsvis kort varighet, fra september 2002 for Lillestrøm sin del, fra 2001 for Buskerud sin del og Sør-Trøndelag har også gjennomført endringer nylig. Vi ønsker å sikre samsvar mellom BUP-data og det de enkelte steder har av manuelle opptegninger, og samtidig unngå for mye arbeid med et stort og ukoordinert materiale. Prosjektet starter derfor med tall fra 1/1-2003, særlig med sikte på å vite mer om hvilke områder innen tallmaterialet som bør "skjerpes" fra 2004.

I den beskrivende delen vil det være en historisk beskrivelse av virksomheten fram til nå, uten å være alt for detaljert på pasientpopulasjonen og bemanningsstruktur.

15.3 Materiale

Er beskrevet under det enkelte tema/den enkelte problemstilling.

15.4 Måleinstrumenter

I fase en vil det ikke bli anvendt andre måleinstrument enn de som ligger tilgjengelig i BUP-data.

For problemstillingene beskrevet for fase to er det redegjort for måleinstrument under det enkelte punkt.

15.5 Datainnsamling

Ved hver av de deltakende institusjonene vil det være den lokale prosjektledelsen, i samarbeid med klinisk og merkantilt personale, som vil være ansvarlig for datainnsamling og –framstilling. Når det gjelder pasientopplysninger forutsetter det at disse utfylles på klinikernivå.

16 Vitenskapelig betydning

En av dette prosjektets delmål er å bygge opp en kunnskapsbase om akuttinnleggelser i akutttilbudet for ungdom. Ut fra de litteratursøk vi hittil har gjort viser dette seg å være et felt hvor en etterlyser flere studier hvor flere enheter inngår.

Det er både nasjonalt og internasjonalt gjort få komparative studier av akuttenheter for ungdom. De fleste har vært studier av en eller to enheter (Connor et al. 2002, Wilkinson 2001, Wrate et al. 1994, Blanz and Smith 2002). Blanz og Smith (2000) har gjennomført en større review av litteraturen omkring døgnbehandling for barn og ungdom. De konkluderer med at lite er kjent med hensyn til døgnbehandling, både når det gjelder hva som påvirker innleggelse, hva som utgjør behandlingstilbudet, hvilken type behandling som gir det beste resultatet og hvordan dette henger sammen med tilbudet etter døgnoppholdet. Samtidig viser de til at studiene de har gjennomgått, på tross av metodologiske begrensninger, gir grunn til optimisme mht. behandlingseffekt av døgnbehandling. De etterlyser likevel særlig studier om sammenhengen mellom oppholdstid og behandlingseffekt. Ettersom det normalt er få døgninnleggelser anbefaler de studier som innbefatter flere behandlingsenheter, fortrinnsvis der hvor en benytter de samme standardregistreringer.

I den grad det er gjennomført komparative studier er det gjort få sammenligninger av enhetene, dvs. i forhold til bemanning og ressurser (eksempelvis Wrate et al. 1994).

Huey et al. (2004) har evaluert effekten av MST i forhold til å redusere selvmordsforsøk blant ungdom, og randomiserte ungdommen til hhv. MST og sykehusinnleggelse. De finner ved ett-års oppfølging at begge behandlingsformene viser betydelig bedring i symptomer, men at MST var mer effektiv i å redusere frekvensen av selvmordsforsøk (selv om også hospitalisering medførte positiv endring).

Slik denne studien er planlagt gjennomført vil den derfor kunne møte flere av de innvendingene som er reist mot studier gjennomført på feltet så langt. Vår studie inkluderer også til dels svært ulike organisasjonsformer, og vi vil dermed kunne knytte behandlingseffekt opp mot andre tilsvarende studier.

17 Organisering av prosjektarbeidet

17.1 Sentral organisering

Prosjektet er tenkt organisert med en sentral/overgripende prosjektkoordinator, med en lokal prosjektleder på hver institusjon. I tillegg tar man sikte på å opprette en sentral referansegruppe, og knytte ressurspersoner til den lokale prosjektledelsen.

Oppdragsgiver er de fem helseforetakene, mens Sosial- og helsedirektoratet finansierer den sentrale prosjektkoordinatoren.

17.1.1 Prosjektkoordinator

Den sentrale prosjektkoordinator er seniorforsker Trond Hatling ved SINTEF Helse. Koordinatorstillingen er finansiert av midler fra Sosial- og helsedirektoratet til drift av et nasjonalt Evalueringsnettverk. Dette prosjektet går i første omgang fra 2003-2005.

I søknaden til Sosial- og helsedirektoratet legges det opp til at det startes med en mindre stillingsandel, som kan utvides etter hvert som prosjektet utvides med hensyn til tema og eventuell deltakelse fra flere akuttavdelinger.

Den sentrale prosjektkoordinator skal ha følgende primæroppgaver:

- ansvar for framdriftsplan og felles oppgavehåndtering
- ta ansvar for å lede utvidelse av prosjektet

17.1.2 Prosjektgruppe

Her inngår alle de fem lokale prosjektlederne, samt den sentrale prosjektkoordinatoren. Gruppen møtes 2-3 ganger per halvår.

17.1.3 Styringsgruppe

En representant fra hvert av helseforetakene (Klinikkssjef fra Sør-Trøndelag), samt en representant fra Sosial- og helsedirektoratet. Denne styringsgruppen "eier" prosjektet.

17.2 Lokal organisering

17.2.1 Akershus

Prosjekteier: Lillestrømklinikken, BUP.

Lokal prosjektleder: Sjeftpsykolog Kari Birkhaug.

Lokal styringsgruppe: Administrasjonssjef Anne Lindgård, fagsjef Betty von Roy og seksjonsoverlege Kjell Wigers.

17.2.2 Sør- Trøndelag

Prosjekteier: BUP-klinikk ved Prosjektenhet for fagutvikling og forskning (PEFF). Ansvarlige Odd Sverre Westbye/Sjur Ø. Tvette.

Lokal prosjektleder: Overlege Andreas Bolgien ved avd. Lian.

Lokal styringsgruppe: Leder Anne Lise Wold Aune ved avd. Lian og rådgiver Sjur Ø. Tvette

17.2.3 Buskerud

Prosjekteier: Sykehuset Buskerud HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Ungdomsenheten.

Lokale prosjektledere: Filosof/miljøarbeider Lise Baklund og klinisk pedagog/familieterapeut Kjetil Nilssen.

Lokal styringsgruppe: Enhetsleder Liv Ristvedt, klinikkssjef Bjørn Hoem, avdelingssjef Lars Hammer og enhetsleder Nina Helen Mjøsund (FOU).

17.2.4 Ullevål

Prosjekteier: Ullevål Universitetssykehus HF, ungdomspsykiatrisk akutenhet.

Lokal prosjektleder: Prosjektmedarbeider Barnevernpedagog/miljøarbeider Tarje Tinderholt.

Lokal styringsgruppe: Avdelingsoverlege Axel Ødegaard og avdelingssykepleier Øyvind Marsteen.

17.2.5 Bodø

Prosjekteier: Nordlandssykehuset HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Lokal prosjektleder: Psykolog Gunnar Jensen.

Lokal styringsgruppe; Klinikksjef BUPA Bjørn Reigstad og sjefpsykolog/Leder Anne Mette Lyngstad.

17.3 Mandat/formål (se også innledning)

Utvikle hver enkelt deltakende enhets akuttpsykiatriske tilbud.

Øke forsknings- og utredningsaktiviteten i forhold til akutttilbudet for ungdom for ungdom i Norge.

Etablere et fagutviklings- og forskningssamarbeid på tvers av akuttpsykiatriske enheter for ungdom i Norge.

17.4 Andre samarbeidsrelasjoner

Prosjektet vil være med i Evalueringsnettverket i akuttpsykiatri.

18 Eiendomsrett til data

I utgangspunktet er felles data å forstå som felleseie, mens hver institusjon eier sine data. Bruk av fellesdata godkjennes av styringsgruppen.

19 Fremdriftsplan

Det er redegjort for framdriftsplan under hver enkelt problemstilling.

20 Publisering og formidlig

En beskrivelse av akutttilbudets organisasjon og tilbud i hver av de fem geografiske områdene bli publisert som en samlerapport ved årsskiftet 2004/2005. Dette materialet vil bli analysert med tanke på internasjonal publisering sommeren 2005.

For hver av problemstillingene i prosjektbeskrivelsen vil det bli publisert delrapporter (jfr. beskrivelse). Vitenskapelig publisering vil være avhengig av kompetanse og kapasitet hos de lokale prosjektlederne.

Resultatene vil i tillegg bli formidlet som innlegg på lokale seminarer ved de enkelte enhetene, på Evalueringsnettverkets samlinger og de årlige akuttpsykiatrikonferansene arrangert av Forum for akuttpsykiatri.

21 Etikk/personvern

Når det gjelder pasientopplysninger anvendes i fase 1 kun allerede innsamlede opplysninger fra de pasientadministrative systemene, og disse vil før analyse bli anonymisert i tråd med retningslinjer for uttrekk gjort før data sendes til Norsk pasientregister. Det har derfor ikke vært nødvendig med egen søknad til Regional etisk komité/Datatilsynet for analyse av pasientdata i forbindelse med fase en.

Det legges opp til at en tidlig i fase to innhenter nødvendige tillatelser fra Regional etisk komité/Datatilsynet for å kunne belyse problemstillingene skissert i fase to. Det er sendt inn en søknad for å få godkjent Evalueringsnettverkets basisregistrering (Inntaks- og utskrivingsopplysninger), og denne er godkjent. Vi vil bygge på denne i vår søknad.

22 Finansiering

Når det gjelder finansiering har Sosial- og helsedirektoratet bevilget midler til den sentrale prosjektkoordinatoren for 2003-2005. Alle institusjoner/helseforetak har satt av deler av stillinger til lokal prosjektledelse. R-BUP Øst/sør har også bevilget midler for 2004 til delvis finansiering av tre av de lokale prosjektledelsene, i tillegg er det søkt tilsvarende finansiering for de to øvrige enhetene fra henholdsvis R-BUP Midt-Norge og R-BUP Nord.

23 Litteraturreferanser

Bjørngaard, Johan Håkon (Red.) (2001). *Samdata psykisk helsevern Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2000*, Trondheim: SINTEF Unimed.

Blanz, Bernhard and Martin H. Smith (2000): Practitioner Review: Preconditions and Outcome of Inpatient Treatment in Child and Adolescent Psychiatry, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41, No6:703-12.

Connor, Daniel F., Kevin P. Miller, Julie A. Cunningham, Richard H. Melloni (2002): What does Getting Better Mean? Child Improvement and Measure of Outcome in Residential Treatment, *Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 72, No 1:110-117.

Hanssen-Bauer, Kjetil (2003): Spørreskjema om erfaringer fra kontakt med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Ungdomsskjema (11-18 år), Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo.

Jerrell JM and W Hargraves (1991): The operating philosophy of Community Support Programs, Working Paper Series 18, Institute of mental Health Services Research, Berkeley, San Fransisco.

Miles, Matthew B. and A. Michael Huberman (1994): *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook*, 2nd ed. Sage, Thousand Oaks.

Rundskriv I-24/99: *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999*, Sosial- og helsedepartementet

Ruud, Torleif og Mardon Breimoen (1996): *Prakisk veiledning i bruk av noen evalueringsmetoder*, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 8, Statens helsetilsyn.

Ruud, Torleif (1996a): *Erfaringer og resultat fra en utprøving av noen metoder*, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 7, Statens helsetilsyn.

Ruud, Torleif (1996b): *Oppsummering av prosjektet og forslag til videre arbeid*, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 9, Statens helsetilsyn.

Røssberg, Jon I. and Svein Friis (2003): A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale, *Acta Psychiatr Scand* Vol. 108:374-380.

Skarbø, Turid et al. (1995): *Kvalitet i akuttpsykiatriske tjenester for barn og unge*, Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol. 32:1013-1023.

Sitter, Marit (Red.) (2003). *Samdata psykisk helsevern Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2002*, Trondheim: SINTEF Unimed.

Stortingsmelding nr 25 (1996-1997): Åpenhet og helhet, Sosial- og helsedepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet (2003a): *Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger*.

Sosial- og helsedirektoratet (2003b): *Opptappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006*.

Stortingsmelding nr 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet*, Sosial- og helsedepartementet

St prpr nr 63 (1997-8): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Sosial- og helsedepartementet

Wilkinson, Simon R. (2001): Developing Practice on a Ward for Adolescents with Psychiatric Disorders, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 6, No 1:151-163.

Wrate, R. M., D. J. Rothery, R. J. R. McCabe, J. Aspin and G. Bryce (1994): A prospective, multi-centre study of admissions to adolescent inpatient units, *Journal of Adolescence*, Vol. 17:221-237.

REGISTRERING AV EPISODE I AKUTTENHET FOR UNGDOM

Utfyllingstidspunkt:

Vurderinger under D og G gjøres for anført tidspunkt.
Resten kan fylles ut når informasjonen er tilgjengelig.
Skjemaet er utformet slik at side 1-2 (A-D) vanligvis kan fylles ut ved episodestart og side 3-4 (E-H) ved utskrivning/avslutning.
Opplysninger som registreres i Bupdata forutsettes lagt inn der.

Denne episoden gjelder :

Innleggelse ☐ **Poliklinisk** ☐ **Ambulant** ☐ **Dag** ☐

A Henvisning

Henvisning mottatt ddmmaa

Innleggesdato ddmmaa

Ventetid (dager fra mottatt henv. til innlegg)

Ukedag

☐ Man ☐ Tir ☐ Ons ☐ Tor ☐ Fre ☐ Lør ☐ Søn

Tidspunkt

☐ Dag (08-16) ☐ Kveld (16-24) ☐ Natt (24-08)

Inntak som øyeblikkelig hjelp (innen 24 t) ☐ Ja ☐ Nei

Hvem som henviste pasienten?

- ☐ 1 Pasienten selv
- ☐ 2 Far
- ☐ 3 Mor
- ☐ 4 Fastlegen
- ☐ 5 Allmen legevakt
- ☐ 6 PPT
- ☐ 7 Barnevern
- ☐ 8 Somatisk poliklinikk / avdeling
- ☐ 9 Psykiatrisk enhet ved DPS (dag/døgn/poliklinikk)
- ☐ 10 Psykiatrisk enhet ved sykehus
- ☐ 11 BUP poliklinikk
- ☐ 12 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
- ☐ 13 Psykiatrisk legevakt
- ☐ 14 Egen enhet
- ☐ 15 Ruspoliklinikk
- ☐ 16 Politilege / tilsynslege i fengsel / rettsvesen
- ☐ 17 Annet.....

Henvisningen er fra

- ☐ 1 Noen som kjenner og følger opp pasienten
- ☐ 2 Noen som har hatt liten/ingen kontakt med pasienten

Henvisningsformalitet (satt av henvisende instans)

- ☐ 1 Frivillig (§2-1) med eget samtykke
- ☐ 2 Tvungen observasjon (§3-6)
- ☐ 3 Tvungent psykisk helsevern (§3-7)
- ☐ 4 Tvungen observasjon/psyk. helsevern (både/og)
- ☐ 5 Dømt til tvungent psykisk helsevern
- ☐ 6 Barnevernsloven - finne paragraf !
- ☐ 7 Sosialtjenesteloven - paragraf

Inntaksformalitet ved spesialistvedtak

- ☐ 1 Frivillig (§2-1) med eget samtykke (over 16 år)
- ☐ 2 Frivillig (§2-1, 4.ledd) under 16 år, med samtykke
- ☐ 3 Frivillig (§2-1, 4.ledd) under 16 år, uten samtykke
- ☐ 4 Kontrakt (§2-2.1)
- ☐ 5 Tvungen observasjon uten døgnopphold (§3-8.2)
- ☐ 6 Tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1)
- ☐ 7 Tvungent psykisk helsev. uten døgnopph. (§3-1.2)
- ☐ 8 Tvungent psykisk helsev. med døgnopph. (§3-1.1)
- ☐ 9 Dømt til tvungent psykisk helsevern (§5-3.1)
- ☐ 10 Barnevernsloven
- ☐ 11 Sosialtjenesteloven

Pasientens første kontakt med psykisk helsevern?

- ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei ☐ 3 Vet ikke

Prosjekt: **Sak/episode nr:** -

Institusjon **Basisenhet (post)**

Hvilken episode i akuttperioden

B Opplysninger om pasienten

Fødselsår

Kjønn ☐ 1 Gutt ☐ 2 Jente

Om annen etnisk bakgrunn enn norsk

- | | 1 Ja | 2 Nei | 3 Ukjent |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Nødvendig med tolk i samtaler | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 Asylsøker, søknad behandles | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 Asylsøker, søknad avslått | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 Har vært utsatt for krig/tortur | ☐ | ☐ | ☐ |

Hovedgjøremål

- ☐ 1 Ungdomsskole
- ☐ 2 Videregående skole
- ☐ 3 Arbeid
- ☐ 4 Uten skolegang eller arbeid
- ☐ 5 Annet:
- ☐ 6 Ukjent:.....

Foresatte med ved episodestart

- ☐ 1 Mor
- ☐ 2 Far
- ☐ 3 Andre:

Foresatte som innlegges sammen med pasienten

- ☐ 1 Mor
- ☐ 2 Far
- ☐ 3 Annen foresatt:

Om ny akuttperiode på nytt innen ett år fra forrige

Dato for forrige akuttepisode ddmmaa

Nåværende inntak var planlagt ☐ 1 Ja ☐ 2 Nei

Status for nåværende psykiske lidelse

- ☐ 1 Psykisk lidelse som har debutert nylig
- ☐ 2 Ny sykdomsperiode etter periode uten sykdom
- ☐ 3 Forverrelse av langvarig vedvarende psykisk lidelse
- ☐ 4 Ukjent

Status for skolegang / venner / fritid i perioden før episodestart

Hvor mange dager pr. uke i siste mnd har ungdommen:

	0	1-2	3-4	5-7
Gått på skole	☐	☐	☐	☐
Gått på arbeid	☐	☐	☐	☐
Samvær med venner på fritiden	☐	☐	☐	☐

Hvilke fritidsinteresser/-aktiviteter har ungdommen?

	Daglig	Ukentlig	Månedlig
Data / Tv	☐	☐	☐
Fysiske aktiviteter / idrett	☐	☐	☐
Musikk (kor,korps,band)	☐	☐	☐
Evt. kommentar;			

C Tjenester mottatt i tiden før akuttperioden

Psykisk helsevern siste 12 mnd Måneder i alt
Ett kryss pr linje, tomt = ukjent 0 1-6 7-11 12

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Poliklinisk tilbud (BUP) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 Døgnoophold | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 Behandling ved rusteam | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 Opphold rusinstitusjon | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(Ovenfor : 0 = ikke noe, 12 = hele siste året)

Grad av oppfølging siste 3 måneder

Ett kryss på hver linje, samt eventuelt på om avbrutt

- | | Ingen | Daglig | Flere ggr pr uke | Ukentlig | Månedlig | Avbrutt før innl. | Ukjent |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Poliklinisk tilbud (BUP) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 Ambulant oppfølging (BUP) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 Behandling ved rusteam | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 Fastlegen eller annen lege | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 PPT | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 Barnevernet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 Sosialtjenesten ellers | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 Skole | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 Evt. Kommentar; | | | | | | | |

Tilbud/støtte mottatt siste 48 timer

- | | |
|---|--|
| ☐ 1 Fastlege | ☐ 7Tiltak fra barnevernet |
| ☐ 2 Legevakt | ☐ 8 Venner |
| ☐ 3 Fagpers. i kommune | ☐ 9 Familie |
| ☐ 4 BUP poliklinikk | ☐ 10 Støttetiltak fra skolehelsetj. |
| ☐ 5 Ambulant team | ☐ 11 Støttetiltak fra skole |
| ☐ 6 Somatisk pol/avd | ☐ 12 Evt. Kommentar;..... |

Psykofarmaka pasienten stod på

Medikamentnavn	mg /døgn

I hvilken grad pasienten tok psykofarmaka siste to uker

- ☐ 1 Tok medikamenter stort sett som foreskrevet
☐ 2 Tok medikamentene bare delvis som foreskrevet
☐ 3 Tok ikke / stort sett ikke foreskrevne medikamenter
☐ 4 Bruker ikke medikamenter
☐ 5 Ukjent

D Vurdering (innen 72 t)

HoNOSCA Problem med: (se veil.)

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Forstyrrende / antisosial / aggressiv | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 Aktivitetsnivå / oppmerksomhet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 Selvskade som ikke skyldes uhell | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 Alkohol / stoff / løsemiddel misbruk | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5 Skole- eller språkferdigheter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6 Fysisk sykdom / funksjonshemming | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7 Hallusinasjoner / vrangforestillinger | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8 Somatiske symptomer m ukjent årsak | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9 Emosjonelle og relaterte symptomer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10 Forholdet til jevnaldrende | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11 Egenomsorg og uanhengighet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12 Familieliv og forhold til andre | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13 Dårlig skoleframmøte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Selvmondsfare

- ☐ 1 Ingen selvmordstanker/planer
☐ 2 Passive dødsønsker, ikke aktive selvmordstanker
☐ 3 Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer
☐ 4 Konkrete selvmordsplaner
☐ 5 Gjort selvmordsforsøk før inntak/innleggelse
☐ 6 Ukjent

Om pasienten er ruset

- ☐ 1 Ikke påvirket av rusmidler
☐ 2 Trolig påvirket av rusmidler
☐ 3 Tydelig påvirket av rusmidler
☐ 4 Tydelig påvirket + testet positivt på prøve

E Mål for nåværende episode

Mål for nåværende episode slik enheten ser det
(Kryss av de 5 viktigste punktene)

- ☐ Hjelp foresatte med å håndtere akutt krise
☐ Opprette ansvarsgruppe
☐ Opprette individuell plan
- ☐ Reduksjon av selvmordsfare/selvdestruktiv atferd
- ☐ Diagnostisk utredning
☐ Familieterapeutisk utredning
☐ Miljøterapeutisk utredning
☐ Generell kartlegging/utredning av psykososiale vansker
- ☐ Bedring av praktiske fungering / egenomsorg
☐ Bedring av omsorgssituasjonen
☐ Bedring av sosial fungering
- ☐ Skjerming fra omgivelser (på skjermet enhet)
☐ Avlaste familie og pasient i akutt fastlåst krise
- ☐ Symptomreduksjon
☐ Bearbeide traumer / problemer
☐ Medikamentell utprøving/behandling
☐ Bedring av kommunikasjon/relasjoner i familien
☐ Evt. Kommentar;.....

Hvilke av disse undersøkelser er gjort	1 Ja	2 Nei
1 Somatisk undersøkelse	☐	☐
2 Blodprøver, laboratorieprøver	☐	☐
3 Strukturt diagnostisk intervju *	☐	☐
4 Skåringsskalaer basert på intervju **	☐	☐
5 Psykologisk testing **	☐	☐
6 Bildediagnostikk av hjernen	☐	☐
7 DNA / kromosomanalyse	☐	☐
8 Kartlegging av familie	☐	☐
9 Kartlegging av nettverk	☐	☐
10 EEG	☐	☐
11 Omfattende anamnese	☐	☐
12 Nevropsykologisk utredning	☐	☐

Andre utredninger / tester : _____

Behandling og tiltak som er gitt

	ingen	En dag	Flere dager	Jevnlig
Sett ett kryss på hver linje	1	2	3	4
1 Samtaler med en hovedbehandler	☐	☐	☐	☐
2 Samtaler med primærkontakt	☐	☐	☐	☐
3 Gruppepsykoterapi/gruppesamtaler	☐	☐	☐	☐
4 Familie/nettverkssamtaler	☐	☐	☐	☐
5 Familieterapi	☐	☐	☐	☐
6 Samarbeidsmøter med lokal BUP	☐	☐	☐	☐
7 Samarbeidsmøter med kommunen	☐	☐	☐	☐
8 Aktiviteter i gruppe	☐	☐	☐	☐
9 Individuelt tilrettelagte aktiviteter	☐	☐	☐	☐
10 Fysisk aktivitet	☐	☐	☐	☐
11 Bistand med økonomi eller bolig	☐	☐	☐	☐
12 Bistand med andre praktiske ting	☐	☐	☐	☐
13 Fastvakt / fotfølging i avdelingen	☐	☐	☐	☐
14 Skjerming på avsnitt / eget rom	☐	☐	☐	☐
15 Bruk av belter	☐	☐	☐	☐
16 Andre tvangstiltak:	☐	☐	☐	☐
17 Medisinering	☐	☐	☐	☐
18 Annet / kommentar:.....	☐	☐	☐	☐
.....				

Pasienten har under episoden	1 Ja	2 Nei	3 Ukjent
1 Selvskadet	☐	☐	☐
2 Selvmordsforsøk	☐	☐	☐
3 Skadet andre fysisk	☐	☐	☐

Eventuelle endringer og vedtak

Dag etter innlegg.

1 Vedtak tvungent psykisk helsevern	☐	☐
2 Opphevet vedtak om tvangsinnleggelse	☐	☐
3 Vedtak om tvangsmedisinering	☐	☐
4 Tvangsmedisinering iverksatt	☐	☐

F Samarbeid og koordinering

Hvem har behandlerteamet/ enheten hatt kontakt med under oppholdet?

Pasientens foreldre / foresatte	☐
Andre pårørende	☐
Venner av pasienten	☐
Verge / hjelpeverge	☐
Støttekontakt	☐
Fastlege / annen primærlege	☐
PPT / OT	☐
Barnevernsinstitusjon	☐
Fosterhjem / ungdomsfamilie	☐
Saksbehandler i barnevernet	☐
Sosialtjenesten	☐
Sykepleier / annen fagpers. i kommunen	☐
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	☐
Annen fast terapeut annet sted	☐
Psykiatrisk sykehusavdeling	☐
Distriktpsikiatrisk senter	☐
BUP	☐
Somatisk sykehusavdeling / poliklinikk	☐
Rusteam, rusinstitusjon	☐
Arbeidsgiver	☐
Skole / utdanningssted	☐
Aetat	☐
Trygdekantor	☐
Politi, fengsel, kriminalomsorg i frihet	☐
Annen instans:	☐

Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått under behandlingen?

	Hadde fra før	Fått under opph.	Ikke blitt tilbudt	Pas ønsker ikke	Ikke aktuelt
Sett ett kryss på hver linje	1	2	3	4	5
1 Skoletilbud	☐	☐	☐	☐	☐
2 Arbeidstilbud	☐	☐	☐	☐	☐
3 Fast hovedbehandler i psyk. h. vern	☐	☐	☐	☐	☐
4 Ansvarsgruppe i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐
5 Individuell plan i følge loven	☐	☐	☐	☐	☐
6 Fastlege	☐	☐	☐	☐	☐
7 Barneverntjenester	☐	☐	☐	☐	☐
8 Annet :.....	☐	☐	☐	☐	☐

G Vurdering ved utskrivning

HoNOSCA Problem med: (se veil.)

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	0	1	2	3	4
1 Forstyrrende / antisosial / aggressiv	☐	☐	☐	☐	☐
2 Aktivitetsnivå / oppmerksomhet	☐	☐	☐	☐	☐
3 Selvskaade som ikke skyldes uhell	☐	☐	☐	☐	☐
4 Alkohol / stoff / løsemiddel misbruk	☐	☐	☐	☐	☐
5 Skole- eller språkferdigheter	☐	☐	☐	☐	☐
6 Fysisk sykdom / funksjonshemming	☐	☐	☐	☐	☐
7 Hallusinasjoner / vrangforestillinger	☐	☐	☐	☐	☐
8 Somatiske symptomer m ukjent årsak	☐	☐	☐	☐	☐
9 Emosjonelle og relaterte symptomer	☐	☐	☐	☐	☐
10 Forholdet til jevnaldrende	☐	☐	☐	☐	☐
11 Egenomsorg og uanhengighet	☐	☐	☐	☐	☐
12 Familieliv og forhold til andre	☐	☐	☐	☐	☐
13 Dårlig skoleframmøte	☐	☐	☐	☐	☐

H Situasjon ved episode slutt

Dato for avslutning av episoden

ddmmåå ☐☐ ☐☐ ☐☐

Tidspunkt for utskrivning

☐ Dag (08-16) ☐ Kveld (16-24) ☐ Natt (24-08)

Hvem som skal gi tilbud videre til pasienten

Det kan settes kryss på flere

- ☐ 1 Har ikke behov for videre tilbud
- ☐ 2 Pasienten ønsker ikke oppfølging
- ☐ 3 Fastlege
- ☐ 4 BUP poliklinikk
- ☐ 5 DPS poliklinikk
- ☐ 6 Videre oppfølging fra enheten
- ☐ 7 PPT
- ☐ 8 Barnevernet
- ☐ 9 Sosialtjenesten
- ☐ 10 Annen døgnavdeling i psykisk helsevern
- ☐ 11 Somatisk poliklinikk / avdeling
- ☐ 12 Rusteam / rusinstitusjon
- ☐ 13 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
- ☐ 14 Annet.....
- ☐ 15 Ikke noe avtalt / ukjent

Om pasienten skal følges opp ved annen instans, hva har vært gjennomført av kontakt før utskrivning?

(Det kan settes flere kryss)

	Ja	Nei
1 Telefonkontakt med dem som skal følge opp	☐	☐
2 Møte med dem som skal følge opp	☐	☐
3 Pasienten har fått time/tid ved ny enhet	☐	☐

- 4 Pasienten har fått tildelt ny behandler (navngitt) ☐ ☐
- 5 Pasienten besøkt ny enhet / møtt ny behandler ☐ ☐

Hvordan avslutning skjer

- ☐ 1 Gjennomført med utskrivningssamtale
- ☐ 2 Pasienten droppet ut / avsluttet uten avtale
- ☐ 3 Pasienten tok livet sitt
- ☐ 4 Pasienten døde av annen årsak

Enhetens vurdering av tidspunkt for avslutning av perioden og grunn for det. Gjelder kun dersom ikke videre oppfølging

- ☐ 1 Utskrives tidligere enn ønskelig for å frigjøre plass
- ☐ 2 Utskrives tidligere enn ønskelig av annen grunn
- ☐ 3 Utskrives på riktig/passe tidspunkt
- ☐ 4 Vært her lenger enn ønskelig fordi venter på annet tilbud
- ☐ 5 Har vært innlagt her lenger enn ønskelig av annen grunn

Psykofarmaka pasienten står på ved utskrivning

Medikamentnavn	mg /døgn

Eventuelle stikkord om andre viktige forhold (skriv)

.....

.....

.....

.....

.....