

Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge

Helle Wessel Andersson

SINTEF Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
7465 Trondheim
Rapport 2/09

ISBN 978-82-14-04669-4

ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning

Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Trykk og omslagsdesign: Tapir Uttrykk

**SINTEF****SINTEF RAPPORT**

SINTEF Teknologi og samfunn
 Helsetjenesteforskning

Postadresse:
 Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
 7465 Trondheim
 Telefon:
 40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
 Telefaks:
 22 06 79 09 (Oslo)
 73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Pasienter og behandlingstilbud
 i psykisk helsevern for barn og unge**

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A9714	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Trude Hagen	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04669-4	PROSJEKTNR. 78i10030	ANTALL SIDER OG BILAG 133
ELEKTRONISK ARKIVKODE: 17853 PSYKISK HAI/Prosjekt178i10030 BARN OG UNGE PASIENTREGISTRERINGIRAPPORT		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <i>Solveig O. Ose</i> Solveig Osborg Ose
ARKIVKODE E	DATO 2009-03-03	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	<i>Britt Venner</i>

SAMMENDRAG

Det overordnede målet med denne undersøkelsen er å tilføre økt kunnskap om kjennetegn ved barn og unge som mottar behandling i psykisk helsevern, pasientsammensetning, tilstand og hjelpebehov. Studien omfatter analyser av udekket behandlingsbehov, samt geografiske forskjeller i behandlingstilbud for barn og unge i målgruppen. Andre sentrale tema er ventetid, prioritering og prioriteringskriterier, bruk av individuell plan, samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre instanser. Studien fokuserer dessuten på brukernes medvirkning og rolle i behandlingsprosessen, og deres tilfredshet med behandlingstilbudet ved dag- og døgninstitusjonene. Undersøkelsen er et viktig bidrag i evalueringen av Opptreppingsplanen for psykiske helse, og for vurdering av i hvilken grad man har nådd sentrale helsepolitiske mål.

Økt kapasitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til en betydelig økning i antall barn og unge som mottar et behandlingstilbud. Denne undersøkelsen viser at det spesialiserte tilbudet i stor grad er tilpasset pasientenes behov når det gjelder omsorgsnivå og terapitilbud. Mange pasienter vurderes imidlertid å ha et udekket behov for kommunal oppfølging, eller omfattes av et tilbud der samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig. Resultatene tyder på at man fremdeles har utfordringer i forhold til å gi barn og unge med psykiske lidelser et helhetlig og samordnet behandlingstilbud.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsevern for barn og unge	Child and adolescent mental health services
GRUPPE 2	Poliklinisk behandling	Outpatient treatment
EGENVALGTE	Institusjonsbehandling	Inpatient treatment
	Brukertilfredshet	User satisfaction

Forord

Denne rapporten presenterer resultater fra tre delstudier som er gjennomført i psykisk helsevern for barn og unge i 2007/2008. Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet, og er del av evalueringen av Opptappingsplanen for psykiske helse. Prosjektet omfatter en tverrsnittregistrering av alle barn og unge som mottok et institusjonstilbud i psykisk helsevern 20. november 2007, samt en registrering av alle som mottok et poliklinisk behandlingstiltak i løpet av en 14-dagers periode våren 2008. I tillegg til pasientregistreringene er det gjennomført en brukerundersøkelse, der barn, ungdom og foresatte har vurdert ulike aspekter ved institusjonstilbudet. Samlet gir disse tre delstudiene et grunnlag for å vurdere hvorvidt man har nådd sentrale mål i Opptappingsplanen. Undersøkelsen er en revidert og utvidet oppfølging av tidligere pasientregistreringer i psykisk helsevern for barn og unge (1999/2000 og 2003/ 2004).

Prosjektet har hatt referansegruppe sammensatt av klinikere og fagpersoner knyttet til psykisk helsevern for barn og unge. Følgende personer har medvirket og takkes herved for deltagelse og engasjement: overlege/stipendiat Ketil Hanssen-Bauer, R-BUP Øst og Sør; klinikkisjef Bjørn Reigstad, Nordlandssykehuset HF, BUPA Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling; enhetsleder Liv Ristvedt, Sykehuset Buskerud Drammen, BUPA ungdomsenheten; avdelingsjef Håkon Ruud, Ullevål Universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon, Klinikk for psykisk helse barn og unge og overlege Jannike Engelstad Snoek, Ullevål Universitetssykehus, Ungdomspsykiatrisk akuttavdeling.

SINTEF har samarbeidet med VISMA Unique A/S om et elektronisk spørreskjema som er anvendt i registreringen av pasienter som mottar polikliniske tiltak. Vi retter en spesiell takk til Morten Lossius for hans bidrag til gjennomføringen av undersøkelsen.

Sist, men ikke minst, en stor takk til alle behandlere og brukere som har medvirket til et stort og interessant datagrunnlag. Dette er et viktig bidrag til å belyse situasjonen i psykisk helsevern for barn og unge ved utgangen av den 10-årige Opptappingsplanen for psykisk helse.

Trondheim, mars 2009

Helle Wessel Andersson
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt.....	7
Figuroversikt	12
Sammendrag	13
1 Innledning	23
1.1 Psykisk helsevern for barn og unge.....	23
1.2 Kunnskapsgrunnlaget	23
1.3 Mål	25
1.4 Delstudier og problemstillinger.....	25
1.4.1 Delstudie 1 Det polikliniske behandlingstilbudet	26
1.4.2 Delstudie 2 Institusjonstilbudet.....	26
1.4.3 Delstudie 3 Brukernes tilfredshet med institusjonstilbudet.....	27
2 Diskusjon og samlet vurdering av resultatene	29
3 Det polikliniske behandlingstilbudet	37
3.1 Metode.....	37
3.1.1 Prosedyrer	37
3.1.2 Utvalg.....	37
3.1.3 Registreringsskjema	37
3.1.4 Datagrunnlaget.....	38
3.2 Kjennetegn ved pasientene	40
3.2.1 Kjønn, alder og representativitet.....	40

3.2.2	Foresattes utdanningsnivå.....	40
3.2.3	Omsorgssituasjon.....	41
3.2.4	Henviser	42
3.2.5	Barnevernets rolle ved inntak	42
3.2.6	Henvisningsgrunn	43
3.2.7	Diagnoser	45
3.2.8	Forekomst av suicidalatferd	47
3.2.9	Forekomst av selvskading	48
3.2.10	Forekomst av rusmiddelproblematikk.....	48
3.2.11	Rettighetspasienter, ø-hjelp og prioritet	49
3.3	Geografiske variasjoner i pasientsammensetning	51
3.4	Ventetid	53
3.4.1	Hastegrad/prioritet og reell ventetid	54
3.4.2	Geografiske variasjoner i ventetid	55
3.4.3	Ventetid etter pasientkjennetegn	56
3.5	Behandlingstilbudet.....	57
3.5.1	Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel.....	57
3.5.2	Tilbud utenfor det psykiske helsevernet	59
3.5.3	Mangelfullt kommunalt oppfølgingstilbud.....	60
3.5.4	Geografiske forskjeller i det kommunale tilbudet	60
3.6	Tverrfaglig samarbeid	61
3.6.1	Samarbeid med kommunale instanser	61
3.6.2	Samarbeid i spesialisthelsetjenesten.....	63
3.6.3	Årsaker til samarbeidsproblemer	64
3.7	Individuell plan og ansvarsgruppe	64
3.7.1	Årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet.....	65
3.7.2	Ansvarsgruppe.....	66
3.8	Brukernes medvirkning og innflytelse.....	66
4	Institusjonstilbudet	69
4.1	Metode.....	69

4.1.1	Prosedyrer	69
4.1.2	Rekruttering og utvalg	69
4.1.3	Registrerings skjema	69
4.1.4	Datatilfang og representativitet.....	70
4.2	Kjennetegn ved pasientene	71
4.2.1	Alder og kjønn	71
4.2.2	Sosiale bakgrunnsfaktorer	71
4.2.3	Barnevernets rolle ved inntak	73
4.2.4	Henvising	74
4.2.5	Henvisningsformaliteter	75
4.2.6	Diagnoser	76
4.2.7	Forekomst av suicidalatferd, selvskading og rusmiddelproblemer	79
4.2.8	Ø- hjelp	81
4.2.9	Hastegrad og ventetid	81
4.2.10	Tidligere pasienthistorie	83
4.2.11	Varighet av oppholdet.....	83
4.2.12	Tvangsbehandling	84
4.3	Oppholdet.....	84
4.3.1	Avdelingsenheter	84
4.3.2	Mottar pasienten behandling ved riktig behandlingsnivå?	86
4.3.3	Kommunal psykisk helsetjeneste som alternativ til det psykiske helsevernet?	88
4.4	Terapier og behandlingstilbud	89
4.5	Andre tilbud utenfor psykisk helsevern for barn og unge	92
4.5.1	Tverrfaglig samarbeid	94
4.5.2	Kjennetegn ved pasienter som omfattes av samarbeid som ikke fungerer godt	96
4.5.3	Årsaker til at tverrfaglig samarbeid ikke fungerer godt.....	97
4.6	Individuell plan.....	97
4.6.1	Samhandling mellom behandler og pasient/familie	99
5	Brukernes tilfredshet med institusjonstilbudet	101
5.1	Metode.....	101

5.1.1	Spørreskjema og prosedyrer.....	101
5.1.2	Datatilfang og svarprosent	103
5.1.3	Kjennetegn ved brukerne i undersøkelsen	103
5.2	Svarfordeling for påstander og tema i undersøkelsen	107
5.2.1	Tilgjengelighet	108
5.2.2	Tillit og trivsel.....	111
5.2.3	Informasjon og medvirkning.....	114
5.2.4	Samarbeid	116
5.2.5	Effekter av behandlingen.....	118
5.2.6	Brukenes totalvurdering av behandlingstilbudet	121
5.3	Tilfredshetsindikatorer	121
5.3.1	Korrelasjoner mellom tilfredshetsindikatorer	124
5.4	Sammenhenger mellom tilfredshet med tilbudet og kjennetegn ved brukerne	125
6	Referanser	129

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Registrerte pasienter etter helseforetak og helseregion.....	39
Tabell 3.2	Pasienter etter kjønn og alder. Antall og prosentandel pasienter (n=9403). ...	40
Tabell 3.3	Foresattes utdanningsnivå. Antall og prosentandel pasienter.	41
Tabell 3.4	Omsorgssituasjonen. Antall og prosentandel pasienter (n=8203).	41
Tabell 3.5	Henvissende instans. Antall og prosentandel pasienter (n=9163).	42
Tabell 3.6	Barnevernets rolle ved inntak. Antall og prosentandel pasienter.....	43
Tabell 3.7	Henvissingsgrunn. Prosentandel pasienter.	44
Tabell 3.8	Diagnose. Klinisk psykiatrisk syndrom (Akse 1). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.....	45
Tabell 3.9	Diagnose. Psykososiale forhold (Akse 5). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.....	46
Tabell 3.10	Diagnose. Funksjonsnivå (Akse 6) (CGAS) Antall og prosentandel pasienter. .	47
Tabell 3.11	Suicidal atferd. Prosentandel pasienter.....	48
Tabell 3.12	Selvskadende atferd. Prosentandel pasienter.	48
Tabell 3.13	Forekomst av rusmiddelproblematikk. Antall og prosentandel pasienter etter aldersgrupper.....	49
Tabell 3.14	Type rusmiddel for pasienter med rusmiddelproblematikk. Antall pasienter....	49
Tabell 3.15	Hastegrad/prioritet. Antall og prosentandel pasienter.	50
Tabell 3.16	Henvissingsgrunner etter vurdert hastegrad. Prosentandel pasienter.	51
Tabell 3.17	Variasjoner i pasientsammensetning mellom helseregionene.	52
Tabell 3.18	Tid fra henvisning til behandling igangsatt. Antall og prosentandel pasienter..	53
Tabell 3.19	Gjennomsnittlig ventetid etter år behandlingen ble igangsatt.....	54
Tabell 3.20	Gjennomsnittlig og median ventetid etter helseregion.	55
Tabell 3.21	Ventetid etter kjønn, alder og symptomer.....	56
Tabell 3.22	Resultat binomisk regresjonsanalyse. Pasientkjennetegn assosiert med lengre ventetid.	57
Tabell 3.23	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel etter terapier/behandlingsformer.	58
Tabell 3.24	Faktisk og udekket tilbud fra aktører/instanser utenfor psykisk helsevern.....	59
Tabell 3.25	Årsaker til mangelfullt kommunalt oppfølgingstilbud (n=1519).	60

Tabell 3.26	Variasjoner mellom helseregioner i andel pasienter med udekket behov for kommunal oppfølging.	60
Tabell 3.27	Pasienter som omfattes av samarbeid mellom BUP og kommunale instanser..	62
Tabell 3.28	Omfang av pasienter som omfattes av samarbeid med andre instanser i spesialisthelsetjenesten.	63
Tabell 3.29	Status for utarbeidelse av individuell plan.....	65
Tabell 3.30	Status for utarbeidelse av individuell plan etter helseregioner.....	65
Tabell 3.31	Årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet.	66
Tabell 3.32	Omfang av pasienter med ansvarsgruppe.....	66
Tabell 3.33	Behandlers vurdering av kommunikasjon med pasienten og foresatte.....	67
Tabell 4.1	Kjønn, alder og diagnosesammensetning i utvalget, sammenlignet med nasjonal statistikk. Prosentandel pasienter.....	70
Tabell 4.2	Pasienter etter kjønn og alder. Antall og prosentandel pasienter.	71
Tabell 4.3	Foresattes utdanningsnivå. Antall og prosentandel pasienter.	72
Tabell 4.4	Bosituasjon hjemme. Antall og prosentandel pasienter.	72
Tabell 4.5	Hvem har foreldreansvaret. Antall og prosentandel pasienter.	73
Tabell 4.6	Barnevernets rolle ved inntak. Antall og prosentandel pasienter.....	73
Tabell 4.7	Hvem har henvist pasienten. Antall og prosentandel pasienter.....	74
Tabell 4.8	Henvisningsgrunn. Prosentandel pasienter. Antall og prosentandel pasienter.	74
Tabell 4.9	Henvisningsformalitet ved inntak. Antall pasienter.	75
Tabell 4.10	Spesialistvedtak. Antall pasienter.	76
Tabell 4.11	Diagnose. Klinisk psykiatrisk syndrom (Akse 1). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.....	77
Tabell 4.12	Diagnose. Psykososiale forhold (Akse 5). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.....	78
Tabell 4.13	Diagnose. Psykososial fungering (Akse 6). Ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.	79
Tabell 4.14	Suicidalatferd. Prosentandel pasienter.....	79
Tabell 4.15	Selvskadende atferd. Prosentandel pasienter.	80
Tabell 4.16	Forekomst av rusmiddelproblematikk. Antall og prosentandel pasienter etter aldersgrupper.....	80
Tabell 4.17	Vurdering av hastegrad. Antall og prosentandel pasienter.	81

Tabell 4.18	Tid fra henvisning til behandlingsstart. Antall og prosentandel pasienter.	82
Tabell 4.19	Tid fra henvisning til behandlingsstart. Prosentandel pasienter etter alder.	82
Tabell 4.20	Tidligere pasienthistorie. Antall og prosentandel pasienter.....	83
Tabell 4.21	Planlagt varighet av oppholdet. Prosentandel pasienter.....	83
Tabell 4.22	Bruk av tvangsmidler i behandling av pasienten.	84
Tabell 4.23	Antall pasienter ved ulike enheter og behandlingsnivå. Antall og prosentandel pasienter.	85
Tabell 4.24	Enhetstilknytning for pasienter som mottar ambulant oppfølging og polikliniske tilbud. Prosentandel pasienter.....	86
Tabell 4.25	Behandlernes ønsker om annet tilbud for pasienter ved ulike enheter/tilbud. Antall ønsker/etterspørsler.	87
Tabell 4.26	Årsaker til at pasienten ikke mottar behandling fra ideell enhet/nivå.....	88
Tabell 4.27	Forutsetninger, og kombinasjoner av disse, som måtte være tilstede dersom pasienten skulle overføres til et kommunalt oppfølgingstilbud. (n=393).	89
Tabell 4.28	Tilgjengelige terapier og udekket etterspørsel etter terapier. Prosentandel pasienter.	90
Tabell 4.29	Antall pasienter fordelt etter omfang av udekte terapibehov.	91
Tabell 4.30	Årsaker til at pasienten ikke mottar et adekvat terapitilbud.	91
Tabell 4.31	Tilgjengelige tilbud utenfor psykisk helsevern og udekket etterspørsel etter tilbudene.	92
Tabell 4.32.	Tilgjengelige terapier og udekket etterspørsel etter terapier. Antall og prosentandel pasienter.	93
Tabell 4.33	Instanser som er involvert i tverrfaglig samarbeid om pasienten. Antall og prosentandel pasienter (n=393).	94
Tabell 4.34	Instanser som er involvert i tverrfaglig samarbeid om pasienten. Prosentandel pasienter.	96
Tabell 4.35	Årsaker til at tverrfaglig samarbeid ikke fungerer godt. Prosentandel pasienter.	97
Tabell 4.36	Status for arbeid med individuell plan 2007. Antall og prosentandel pasienter.	97
Tabell 4.37	Årsaker til at pasienten ikke har en individuell plan.	98
Tabell 4.38	Status for etablering av ansvarsgruppe. Antall og prosentandel pasienter.....	99

Tabell 4.39	Behandlers vurdering av kommunikasjonen med pasienten og foresatte. Prosentandel pasienter.	99
Tabell 5.1	Problemområder blant ungdommer som medvirker i brukerundersøkelsen. Prosentandel.	104
Tabell 5.2	Aktører/instanser ungdommene har snakket med om problemene. Prosentandel.	105
Tabell 5.3	Respondentens hovedaktivitet siste uke.	106
Tabell 5.4	Foresattes utdanningsnivå.	106
Tabell 5.5	Problemområder blant pasienter som er representert i undersøkelsen. Prosentandel.	107
Tabell 5.6	Barn og ungdom. Svarfordeling påstander relatert til tilgjengelighet.	109
Tabell 5.7	Foresatte. Svarfordeling påstander relatert til tilgjengelighet.	110
Tabell 5.8	Barn og ungdom. Svarfordeling for påstander relatert til tillit og trivsel.	112
Tabell 5.9	Foresatte. Svarfordeling påstander relatert til tillit og trivsel.	113
Tabell 5.10	Barn og ungdom. Svarfordeling påstander relatert til informasjon og medvirkning.	114
Tabell 5.11	Foresatte. Svarfordeling påstander relatert til informasjon og medvirkning. .	115
Tabell 5.12	Svarfordeling påstander relatert til samarbeid. Barn og unge.	116
Tabell 5.13	Svarfordeling påstander relatert til samarbeid. Foresatte.	117
Tabell 5.14	Svarfordeling påstander relatert til effekt av behandlingen. Barn og unge.	119
Tabell 5.15	Svarfordeling påstander relatert til effekt av behandlingen. Foresatte.	120
Tabell 5.16	Svarfordeling på totalvurdering av behandlingstilbudet for de tre brukerutvalgene. Prosentandel brukere.	121
Tabell 5.17	Beskrivende statistikk for indikatoren Tilgjengelighet.	122
Tabell 5.18	Beskrivende statistikk for indikatoren Tillit og trivsel.	122
Tabell 5.19	Beskrivende statistikk for indikatoren Informasjon og medvirkning.	123
Tabell 5.20	Beskrivende statistikk for indikatoren Samarbeid.	123
Tabell 5.21	Beskrivende statistikk for indikatoren "Effekt".	123
Tabell 5.22	Korrelasjon mellom tilfredshetsindikatorer og totaltvurdering av tilbudet. Barn 12-15 år og ungdom fylt 16 år.	125
Tabell 5.23	Korrelasjon mellom tilfredshetsindikatorer og totaltvurdering av tilbudet. Foresatte.	125

Tabell 5.24	Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet.	126
Tabell 5.25	Tilfredshet etter kjennetegn pasienter 12-15 år.	126
Tabell 5.26	Tilfredshet etter kjennetegn. Ungdom fylt 16 år.	127
Tabell 5.27	Tilfredshet etter kjennetegn foresatte.	128

Figuroversikt

Figur 3.1	Forholdet mellom prioritet/hastegrad og reell ventetid.....	54
Figur 3.2	Variasjoner mellom helseforetak i median ventetid (antall dager).....	55
Figur 3.3	Prosentandel pasienter med udekket behov for kommunal oppfølging. Etter helseforetak.	61
Figur 3.4	Behandlernes vurderinger av kvalitet i samarbeidet med kommunale instanser.	62
Figur 3.5	Behandlernes vurderinger av kvalitet i samarbeidet med instanser i spesialisthelsetjenesten.	64
Figur 4.1	Instanser og prosentandel pasienter som omfattes av samarbeid. 2003 og 2007.	95
Figur 5.1	Prosentandel mindre tilfredse brukere. Tilgjengelighet.	111
Figur 5.2	Prosentandel mindre tilfredse brukere. Tillit og trivsel.....	113
Figur 5.3	Prosentandel mindre tilfredse brukere. Informasjon og medvirkning.	116
Figur 5.4	Prosentandel mindre tilfredse brukere. Samarbeid.	118
Figur 5.5	Prosentandel mindre tilfredse brukere. Effekt.	120
Figur 5.6	Gjennomsnittsscorer på indikatorer for tilfredshet med behandlingstilbudet. Barn, ungdom og foresatte.	124

Sammendrag

Det overordnede målet med undersøkelsen er å tilføre økt kunnskap om kjennetegn ved barn og unge som mottar behandling i psykisk helsevern, pasientsammensetning, tilstand og hjelpebehov. Studien omfatter analyser av udekket behandlingsbehov, samt geografiske forskjeller i behandlingstilbud for barn og unge i målgruppen. Andre sentrale tema er ventetid, prioritering og prioriteringskriterier, bruk av individuell plan, samarbeid mellom poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og andre instanser. Studien fokuserer dessuten på brukernes medvirkning og rolle i behandlingsprosessen, og deres tilfredshet med behandlingstilbudet ved dag- og døgninstitusjonene. Undersøkelsen er et viktig bidrag i evalueringen av Opptreppingsplanen for psykiske helse, og for vurdering av i hvilken grad man har nådd sentrale helsepolitiske mål.

I det følgende gis en oppsummering av hovedfunn fra de tre delstudiene: *Det polikliniske behandlingstilbudet; Institusjonstilbudet; Brukernes tilfredshet med institusjonstilbudet.*

Det polikliniske behandlingstilbudet

Undersøkelsen er basert på en anonym tverrsnittregistrering av alle pasienter som mottok et direkte eller indirekte tiltak fra en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge i perioden fra 31. mars til 11. april 2008. Registreringen ble gjennomført ved at ansvarlig behandler fylte ut et elektronisk registrerings skjema for hver aktuell pasient. Opplysninger i registrerings skjemaet ble koblet til utvalgte variabler i pasientjournalen. Pasientregistreringen omfatter i alt 9 403 barn og unge fra 74 poliklinikker. Samtlige av landets helseforetak er representert.

Kjennetegn ved pasientene

Ungdommer i aldersgruppen 13-18 år utgjør nær halvparten av pasientene. Jenter er i overtall i de eldste aldersgruppene, mens gutter er i flertall blant de yngste (<6 år og 6-12 år).

Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker og atferdsvansker er angitt som henvisningsgrunner for henholdsvis 21 og 20 prosent av pasientene, men forekommer betydelig oftere blant gutter enn jenter. En like stor andel av pasientene er henvist for tristhet/depresjon. Denne henvisningsgrunnen er hyppigere angitt for jenter (27 prosent) enn gutter (14 prosent).

Blant pasienter som har fått en diagnose (60 prosent av utvalget) er i alt 28 prosent diagnostisert innen kategorien hyperkinetiske forstyrrelser. Diagnosen er mer vanlig for gutter enn jenter. Diagnoser innen kategorien nevrotiske lidelser og affektive lidelser forekommer også relativt hyppig. Tre av fire pasienter har avvikende psykososiale forhold.

Behandlerne rapporterer om suicidal atferd hos 17 prosent av pasientene, og om ulike former for selvskading for 15 prosent. Både suicidal atferd og selvskading er mer vanlig blant jenter enn gutter.

I henhold til behandlernes vurderinger er 15 prosent av pasientene gitt høy prioritet ved inntak, mens 28 prosent er gitt lav prioritet/hastegrad. I det totale pasientutvalget er fem prosent vurdert til ikke å ha rett til prioritert helsehjelp.

Endring i pasientsammensetning siste fire år

Sammenligning med statistikk fra forrige pasientregistrering i psykisk helsevern (2004), tyder på en økning i andel pasienter i de to eldste aldersgruppene. Videre er det en økning i andel henvist for, – og diagnostisert innen kategorien hyperkinetiske forstyrrelser. Andel pasienter med diagnosen nevrotiske lidelser er noe lavere i 2008 sammenlignet med i 2004.

Regionale forskjeller i pasientsammensetning

Resultatene tyder på at det er regionale forskjeller i pasientsammensetning. Helse Nord og Vest har en høyere andel pasienter i aldersgruppen 13-17 år enn de to øvrige helseregionene. Når det gjelder henvisningsgrunner har helse Midt-Norge en lavere andel pasienter henvist for tristhet/depresjon, sammenlignet med de øvrige helseregionene. Helse Nord skiller seg ut fra de øvrige helseregionene med å ha en betydelig høyere andel pasienter diagnostisert innen kategoriene hyperkinetiske forstyrrelser og nevrologiske lidelser.

Ventetid

Statistikk over ventetid, målt som antall dager fra henvisningen er mottatt ved poliklinikken til behandlingen er igangsatt, viser at 70 prosent av pasientene har ventet mindre enn 3 måneder på behandlingstilbudet. En av fem har ventet mer enn 4 måneder. Den gjennomsnittlige ventetiden er 72,2 dager. Rettighetspasienter har en gjennomsnittlig ventetid på 71,7 dager, mens de som ikke har rett til prioritert helsehjelp har ventet 119,6 dager i gjennomsnitt. Det er høyt samsvar mellom behandlernes vurdering av hastegrad/ prioritet og den reelle ventetiden.

Geografiske forskjeller i ventetid

Median ventetid varierer fra 4 dager til 98 dager mellom helseforetakene. Når vi sammenligner helseregionene finner vi at pasienter tilhørende helseregion Sør- Øst har en betydelig kortere ventetid enn de øvrige pasientene (median=39). Pasienter tilhørende helseregion Vest venter lengst (median=79).

Faktorer relatert til variasjoner i ventetid

Regresjonsanalyse viser at følgende pasientkjennetegn er relatert til lengre ventetid; gutt, alder 6-12 år, eksternaliserende symptomer og høyt funksjonsnivå.

Terapier

Behandlerne rapporterer at 69 prosent av pasientene fortsatt er under utredning. Individuell psykoterapi og familiearbeid er de to behandlingsformene som hyppigst

er igangsatt (ca 50 prosent av pasientene). Nær en av fem er under medikamentell behandling.

Behovet for andre terapiformer enn de som er tilgjengelige, er vurdert som forholdsvis lite. Det er størst udekket etterspørsel etter familierterapi og familiearbeid. Begge disse tiltakene etterspørres for fem prosent av pasientene. Den udekte etterspørselen varierer fra en til tre prosent når det gjelder de øvrige terapitilbudene. I henhold til vurderingene gjort av behandlerne har i alt 14 prosent av pasientene (n=1296 pasienter) minst ett udekket terapibehov. I 12 prosent av tilfellene er dette begrunnet med mangelfull kapasitet. Hovedårsak til at pasienten ikke mottar et ideelt behandlingstilbud er at pasient/familie ikke ønsker et annet, eller utvidet tilbud (52 prosent).

Omsorgsnivå

I henhold til behandlernes vurderinger burde åtte prosent av pasienter som mottar et poliklinisk tilbud hatt et behandlingstilbud på et høyere nivå. Tilbud fra en dagenhet eller døgnenhet i psykisk helsevern er de mest etterspurte tilbudene for denne gruppen. Årsak til at pasientene ikke behandles på ideelt omsorgsnivå er oftest at pasienten/familien motsetter seg dette, og skyldes i mindre grad kapasitetsproblemer.

Tilbud utenfor det psykiske helsevernet

Pedagogisk-psykologisk-tjeneste (PPT) og fastlegetjenesten er de instanser som hyppigst yter samtidige tilbud med psykisk helsevern. Dette omfatter rundt 30-40 prosent av pasientene. Barneverntjenesten har igangsatt tiltak ovenfor om lag en av fem, mens helsesøster er involvert i oppfølgingstiltak i 15 prosent av sakene. I henhold til behandlernes vurderinger er det størst udekket behov for tiltak fra PPT. Dette gjelder 10 prosent av pasientene. Åtte prosent av pasientene vurderes å ha et udekket behov for støttekontakt.

I henhold til vurderingene gjort av behandlerne har i alt 23 prosent av pasientene minst ett udekket behov for oppfølging - eller hjelpetiltak fra instanser utenfor BUP. I de fleste tilfeller skyldes dette mangel på ressurser og kapasitet (34 prosent av sakene), eller at pasient/familie ikke ønsker et utvidet tilbud (24 prosent av sakene).

Geografiske forskjeller i udekket etterspørsel etter behandling og hjelpe/støttetiltak

Det er små og ikke statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene i forhold til andel pasienter som har behov for behandling på et høyere omsorgsnivå, og i udekket etterspørsel etter terapier/behandlingstilbud.

Resultatene viser imidlertid at det er geografiske variasjoner med hensyn til hvordan behandlerne vurderer det kommunale oppfølgingstilbudet for pasienter i psykiske helsevern. Andel pasienter som har et mangelfullt kommunalt tilbud er høyere i helseregion Vest, sammenlignet med de øvrige helseregionene.

Samarbeid med kommunale instanser

Behandlerne rapporterer at PPT er den instans som er mest sentral i det tverrfaglige samarbeidet om pasientene. Tjenesten er involvert i nær halvparten av

sakene. Andre sentrale instanser er barneverntjenesten og fastlegetjenesten, som hver er involvert i omlag en av fire saker.

Vurdering av kvaliteten i samarbeidet med de ulike kommunale instansene viser at mange pasienter omfattes av et tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer godt nok. I henhold til behandlernes vurderinger er det spesielt samarbeidet med fastleger, skoleleger og sosial omsorgstjeneste som oppleves problematisk.

Individuell plan

Individuell plan er utarbeidet, eller er under utarbeidelse for 11 prosent av pasientene. Årsaker til at individuell plan ikke er påbegynt er i de fleste tilfeller at pasienten ikke har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og derfor ikke fyller kriteriene for retten til en individuell plan.

Brukernes medvirkning og innflytelse

I tre av fire saker har man i stor grad brukt ressurser på å informere foresatte om behandlingsopplegget. Det brukes i noe mindre grad ressurser på å gi tilsvarende informasjon til pasienten. Overfor 30 prosent av pasientene har man bare i liten eller noen grad lagt til rette for å involvere foresatte og pasient i behandlingsopplegget. Resultatene tyder imidlertid på at mange pasienter og foresatte ikke viser interesse, og at de ikke ønsker å involvere seg. Dette er trolig medvirkende årsaker til at brukernes medvirkning og innflytelse ikke er optimal.

Institusjonstilbudet

Studien er basert på en anonym tverrsnittregistrering av alle barn/unge som mottok dag- eller døgnbaserte tilbud (pasienter i tiltaksfase) pr 20. november 2007. Undersøkelsen ble gjennomført ved at behandlingsansvarlig fylte ut et registreringsskjema for hver av sine aktuelle pasienter som var til stede ved enheten den aktuelle dagen. Pasientregistreringen er gjennomført ved 53 av 59 institusjoner (90 %), og omfatter i alt 393 pasienter.

Kjennetegn ved pasientene

Ungdommer i alderen 13-17 år er den dominerende pasientgruppen. Jenter er i flertall blant de eldste, mens det er en betydelig større andel gutter i aldersgruppen 6-12 år.

Materialet viser at 15 prosent av pasientene har foresatte med grunnskole som høyeste utdanningsnivå. For 19 prosent har de foresatte avsluttet utdanningen etter videregående skole. 25 prosent har foresatte med høyskole/universitetsutdanning av lavere grad, mens hele 41 prosent har foresatte med høyskole/universitetsutdanning av høyere grad. Sammenligning med data fra et normalutvalg elever i videregående skoler viser at det i pasientutvalget er en relativt høy andel barn med foreldre som har lavt utdanningsnivå (kun grunnskoleutdanning), eller høyt utdanningsnivå (universitet/høgskoleutdanning høyere nivå).

De fleste pasientene har en omsorgssituasjon der de bor sammen med både mor og far, og det er mest vanlig at disse har foreldreansvaret sammen. Når barnet ikke bor sammen med begge foreldrene, bor det vanligvis sammen med bare mor. Ett av fem barn kommer fra familier der mor har foreldreansvaret alene. I underkant av 10 prosent av pasientene bor ikke sammen med noen av foreldrene. Barne-

vernet er involvert i tiltak for 35 prosent av pasientene. Over 80 prosent av pasientene har avvikende psykososiale forhold.

Hyperkinetiske forstyrrelser, affektive lidelser/stemningslidelser¹, og nevrotiske lidelser² er de diagnosekategoriene som forekommer hyppigst. Gutter dominerer i gruppen med hyperkinetiske forstyrrelser, mens det er en betydelig overvekt av jenter blant de som har affektive og nevrotiske lidelser. Vurdering av funksjonsnivå viser at de fleste pasientene har en moderat til alvorlig sosial forstyrrelse.

Avvikende psykososiale forhold er angitt for over 80 prosent av pasientene, der avvikende relasjoner innen familien er det forholdet som forekommer hyppigst.

En av tre pasienter har ønsker, tanker eller planer om å ta sitt eget liv, mens 11 har gjort forsøk på å ta sitt eget liv før eller under oppholdet i institusjonen. Det rapporteres om selvskadende atferd hos totalt 42 prosent av pasientene, der ni prosent karakteriseres som alvorlige eller svært alvorlige former for selvskading. Suicidalatferd og selvskading forekommer hyppigere blant jenter enn gutter. Rusmiddelproblematikk forekommer hos 7 prosent av pasientene.

Endringer i pasientsammensetning i løpet av de siste fire årene

Andel pasienter i aldersgruppen 6-12 år er lavere i 2007 sammenlignet med i 2003. Samtidig ser vi en økning i andel pasienter over 17 år.

Sammenlignet med statistikk fra pasientregistreringen i 1999 er det en tredobling av barn og unge henvist for tristhet/depresjon, og omtrent en halvering av pasienter med atferdsvansker og hyperaktivitet som henvisningsgrunn³.

Sammenligning av pasientenes funksjonsnivå på de to registreringstidspunktene, viser at andel pasienter med høyt funksjonsnivå (scorer 0-3 på, Akse 6) er høyere i 2007 enn i 1999⁴.

Det er en økning fra 2003 til 2007 i andel pasienter med affektive lidelse (fra 8-13 prosent). For øvrig ser vi ingen vesentlige endringer i denne perioden når det gjelder diagnosesetting⁵. Andel pasienter med affektive lidelser var omtrent like stor i 1999 (7 prosent), som i 2003. Økningen i andel pasienter innen denne diagnosekategorien har altså kommet i løpet av de siste årene.

Sammenlignet med statistikk fra 1999 finner vi en reduksjon i andel pasienter med diagnosen atferdsforstyrrelser, og likeså en reduksjon i pasienter innen diagnosekategoriene blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser og forstyrrelser i sosial fungering. Endringer fra 1999 til 2007 i andel pasienter innen de ulike diagnosekategoriene må imidlertid tolkes med forsiktighet, da andel pasienter som ikke har registrert diagnose er høyere i 2007.

1 Omfatter moderate og alvorlige depressive episoder.

2 Omfatter angstlidelser, tvangslidelser, posttraumatiske stresslidelser og tilpasningsforstyrrelser.

3 Sammenlignbar statistikk fra 2004 er ikke tilgjengelig.

4 Resultatet må imidlertid tolkes med forsiktighet fordi andel ubesvarte på akse 6 er betydelig høyere i 1999 (31 %) enn i 2007 (13 %).

5 Flere diagnoser har en redusert forekomst i 2007, sammenlignet med i 2004, men dette utgjør ikke statistisk signifikante endringer.

Ventetid

Over halvparten av pasientene har ventet mindre enn en måned på behandlingstilbudet. I alt 23 prosent har imidlertid ventet mer enn 3 måneder. Sammenlignet med statistikk fra 1999 er det i 2007 en større andel pasienter som får tilbud innen en måned, og samtidig færre som venter 1-2 måneder, og mer enn 6 måneder. Andel som venter 3- 6 måneder er imidlertid uforandret sammenlignet med i 1999.

Enheter og behandlingsnivå

De fleste pasientene som inngår i registreringen har et døgntilbud (77 prosent), enten ved en langtidsenhet/klinikkavdeling (20 prosent), ved et behandlingshjem (18 prosent), ved en intermedieæravdeling (11 prosent), eller akutt døgnenhet (24 prosent). Det er registrert 15 pasienter som mottar et familiebasert døgntilbud (4 prosent).

61 prosent av pasientene har et opphold med planlagt varighet på mer enn 60 dager. Om lag ett av fire barn/unge har et tilbud som vil vare mindre enn en måned. Langtidsopphold over ett år er aktuelt for 18 prosent av pasientene.

Det er en relativt liten andel pasienter som mottar dagbaserte tilbud (8 prosent). Forøvrig omfatter utvalget en forholdsvis stor andel barn/unge som mottar et ambulant oppfølgingstilbud (19 prosent), og i alt 28 prosent av pasientene har samtidig tilbud om poliklinisk behandling.

Terapier og behandlingstilbud

Godt over halvparten av pasientene er fremdeles under utredning. Nær femti prosent mottar individuell psykoterapi, og like mange er under medikamentell behandling. Foreldrearbeid og miljøterapi er iverksatt for de aller fleste pasientene.

Bruk av tvang og ulike tvangsformer

Vedtak om tvangsbehandling foreligger for 11 av de registrerte pasientene⁶. Bruk av tvangsmidler i løpet av oppholdet er rapportert for 50 pasienter. I alt 44 prosent av disse pasientene har et behandlingstilbud med planlagt varighet over 6 måneder.

Flere ulike tvangsmidler anvendes, og det er til sammen rapportert om 85 tilfeller av tvangsmiddelbruk overfor de 50 pasientene. Holding er det hyppigst anvendte tvangsmiddelet (45 pasienter). Man gjør også bruk av skjerming (14 pasienter), isolasjon (5 pasienter), mekaniske tvangsmidler (7 pasienter), og legemidler (9 pasienter).

Enheter og behandlingsnivå

Det er høyest udekket etterspørsel etter ambulante oppfølgingstilbud. I henhold til behandlernes vurderinger burde 16 prosent av pasientene hatt dette tilbudet, i stedet for eller i tillegg til det de faktisk mottar. Behandlerne etterspør også døgnplasser ved langtidsenheter, og ved døgnbaserte familieenheter.

⁶ Tvangsbehandling er kun aktuelt for aldersgruppen over 16 år. Studien gir ikke grunnlag for å anslå prosentandel pasienter under tvangsbehandling i den aktuelle aldersgruppen.

Det er i hovedsak pasienter ved akuttavdelingene som vurderes å ha et udekket behov for alternative tilbud. For de 96 pasientene som har et akutt døgntilbud angis i alt 56 ønsker om annet tilbud i stedet for, eller i tillegg til det aktuelle tilbudet. Det er spesielt behov for lagtids døgnplasser, men også relativt høy udekket etterspørsel etter tilbud ved en døgnbasert familieenhet og ambulant oppfølging.

Det er i alt 131 pasienter (33 prosent) som i følge behandler ikke mottar behandling ved riktig enhet eller behandlingsnivå.

Terapier og behandlingstilbud

I alt 33 prosent av pasientene har et udekket terapibehov. Det er størst udekket etterspørsel etter familierapi. I henhold til behandles vurderinger burde 15 prosent av pasientene hatt dette tilbudet i stedet for/eller i tillegg til det de faktisk mottar. Foreldrearbeid etterspørres for en av ti pasienter. Andel pasienter som har et udekket behov varierer mellom 6-9 prosent når det gjelder de øvrige terapitilbudene. Det er ingen statistisk signifikante endringer fra 2004 i andel pasienter med udekte behov når det gjelder de nevnte terapiformene.

Årsaker til udekket behov

Årsaker til at det aktuelle tilbudet er vurdert som inadekvat er rapportert for 80 pasienter (20 prosent). Hovedårsaken er angitt å være at pasienten eller familien ikke ønsker at annet tilbud (50 prosent). For en av fire pasienter er årsaken at enheten mangler aktuell kompetanse. De terapitilbudene som i hovedsak etterspørres for denne sistnevnte gruppen er individuell psykoterapi og familierapi.

Tverrfaglig samarbeid

For nær tre av fire pasienter er det etablert et samarbeid med den lokale poliklinikken. PPT og barnevernet er de to kommunale tjenestene som er involvert i flest saker. Om lag halvparten av pasientene omfattes av et tilbud der det psykiske helsevernet samarbeider med en av disse instansene. Fastlegen og kommunal psykisk helsetjeneste er involvert i samarbeid om henholdsvis 27 prosent og 22 prosent av pasientene. Omfanget av pasienter som omfattes av et samarbeid med fastlege er statistisk signifikant høyere i 2007 sammenlignet med i 2004.

I alt 47 prosent av pasientene omfattes av et tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer godt. Det er særlig samarbeidet med fastlegene som oppleves problematisk. Regresjonsanalyse viser økt sannsynlighet for at samarbeidet med fastlegene og barneverntjenesten fungerer dårlig for pasienter med lavt funksjonsnivå.

For få møtepunkter og ansvarsforskyvning angis i mange tilfeller som årsaker til at samarbeidet ikke fungerer. For øvrig er behandlernes vurderinger av det tverrfaglig samarbeidet uendret fra 2004.

Individuell plan

20 prosent av pasientene har en individuell plan. For en omtrent like stor andel har man påbegynt en individuell plan, men ikke gjort den ferdig. Nær halvparten av pasientene har ikke en individuell plan, og for 9 prosent er det ukjent hvorvidt

pasienten har en IP. Det er ingen statistisk signifikant endring fra 2004 til 2007 i andel pasienter som har/har fått påbegynt en individuell plan.

Brukenes medvirkning og innflytelse

For de aller fleste pasienter (88 prosent) er det i stor grad brukt ressurser for å gi foresatte og pasienten informasjon om behandlingsopplegget. Foresatte mottar i noe større grad enn barnet/ungdommen slik informasjon.

Man har også overfor de fleste foresatte og pasienter i stort grad lagt til rette for at de skal kunne involvere seg i behandlingsopplegget (hhv. 67 prosent og 75 prosent). For om lag en av fem har man i noen grad lagt til rette for dette.

Spørsmål om i hvilken grad foresatte faktisk involverer seg, viser at de fleste gjør det i stor - eller noen grad (93 prosent). Variasjonen er større når det gjelder i hvilken grad barn/ungdom selv har vist interesse for eget behandlingsopplegg. En av fem pasienter har i liten grad vist interesse for dette.

Brukernes tilfredshet med institusjonstilbudet

Brukerundersøkelsen omfatter 110 barn (12-15 år), 84 ungdommer (fylt 16 år), og 203 foresatte. Brukerne mottok et institusjonstilbud i psykisk helsevern i løpet av perioden fra 31. mars til 15. juni 2008. Undersøkelsen er gjennomført ved bruk av spørreskjema, som ble utdelt av – og returnert til personalet ved klinikken.

Studien belyser og sammenligner barn, ungdom og foresattes tilfredshet med ulike dimensjoner av behandlingstilbudet, og peker på områder som har et forbedringspotensial. Disse er vektlagt i oppsummeringen som følger.

Tilgjengelighet

Resultatene indikerer at 30-40 prosent av barna og ungdommene opplever at de ikke har mottatt rett hjelp til rett tid, og at behandlerne ikke forstår hvordan de har det. Barn opplever i noe større grad enn ungdommer at behandlerne ikke vet nok om de problemene de har. Blant de foresatte er det relativt sett størst misnøye med omfanget av den behandlingen som gis. I alt 45 prosent mener at de trenger mer oppfølging fra behandler.

Tillit og trivsel (personalet)

Nær en av fire barn og ungdommer opplever at de ikke kan stole på personalet, og er ikke tilfredse med at de mottar behandling ved den aktuelle klinikken. Om lag halvparten av alle ungdommene kritiserer de fysiske lokalitetene ved klinikken. Også blant foresatte er det relativt stor misnøye med klinikkens lokaler.

Informasjon og medvirkning

Om lag 30- 40 prosent av barn og ungdom er mindre tilfredse med hvordan, og hva de ansatte formidler vedrørende undersøkelser og behandlingsopplegg. Nær halvparten tilbakemelder at de får for lite informasjon om årsaker til psykiske problemer. Videre er omtrent en av tre barn og ungdom misfornøyd med sine muligheter for medvirkning. Blant de foresatte er det størst misnøye (20-30

prosent) med den informasjon som gis om barnets problemer og hvordan disse kan behandles.

Samarbeid

Barn og ungdom opplever at samarbeidet internt på klinikken er bedre enn samarbeidet mot det øvrige hjelpeapparatet. Om lag en av fem brukere synes at dette eksterne samarbeidet ikke er tilfredsstillende. Nær en av fire foresatte tilbakemelder at samarbeidet med skole ikke er tilfredsstillende.

Effekt

Rundt 30-40 prosent av barn og ungdom opplever at behandlingen ikke bidrar til at de føler seg bedre eller fungerer bedre sosialt sett, og nesten halvparten mener at behandlingen ikke har noen effekt i forhold til hvordan de mestrer skolearbeidet. Om lag en av to ungdommer er ikke tilfredse med hvordan behandlingen hjelper familien. De foresatte er i større grad tilfredse med hvordan behandlingen hjelper dem selv og familien, og rapporterer relativt sett størst misnøye med den effekt behandlingen har på barnets problemer.

Totalt tilfredshet

I analysene har vi benyttet et samlemål på tilfredshet, som er basert på alle påstandene i spørreskjemaet. Sammenligning av total tilfredshetsscore mellom barn, ungdom og foresatte viser at barn og ungdom vurderer tilbudet forholdsvis likt. De foresatte er mer tilfredse enn barna og ungdommene.

Tilfredshet varierer i liten grad med kjennetegn ved pasienten. Imidlertid finner vi at barn innlagt ved døgnavdelinger er mer tilfredse med tilbudet enn barn som er pasienter ved andre avdelinger (dagavdeling, familieavdeling eller akuttavdeling), og at ungdom som har en opplevelse av tvang, er mindre tilfredse enn de som opplever frivillighet ved behandlingen. I svarene fra de foresatte finner vi systematiske forskjeller relatert til utdanningsnivå. Foresatte med utdanning på universitetsnivå er mindre tilfredse med tilbudet, enn de som har lavere utdanning.

Konklusjon

Økt kapasitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til en betydelig økning i antall barn og unge som mottar et behandlingstilbud. Denne undersøkelsen viser at det spesialiserte tilbudet i stor grad er tilpasset pasientenes behov når det gjelder omsorgsnivå og terapitilbud. Mange pasienter vurderes imidlertid å ha et udekket behov for kommunal oppfølging, eller omfattes av et tilbud der samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten fungerer dårlig. Resultatene tyder på at man fremdeles har utfordringer i forhold til å gi barn og unge med psykiske lidelser et helhetlig og samordnet behandlingstilbud.

1 Innledning

1.1 Psykisk helsevern for barn og unge

Barn og unges psykiske helse har vært høyt prioritert i Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63, 1997-98; St.prp. nr. 1, 2003-2004). Det har vært en helsepolitisk ambisjon å kunne tilby et spesialisert behandlingstilbud til minst fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen innen utgangen av planperioden (2008). Økt produktivitet ved poliklinikkene har vært et sentralt virkemiddel for å oppnå økt tilgjengelighet til tjenesten.

Andre sentrale mål for spesialisthelsetjenesten har vært økt fokus på forebyggende arbeid og samarbeid med kommunale tjenester. Man har vektlagt at det psykiske helsevernet fortsatt skal utvikles som en utadrettet tjeneste, med vekt på poliklinisk aktivitet, og med arbeid rettet mot kommune og lokalsamfunn.

Satsningen på barn og unge er også presisert gjennom 100 konkrete tiltak i regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003). Strategiplanen kan sees på som en forsterkning av Opptrappingsplanen når det gjelder tiltak og tjenester. Planen presenterer et helhetsperspektiv, der ett av hovedmålene er å komme barn og unge i møte. Det er en sentral utfordring for tjenesteapparatet å oppnå en organisering ut fra barns, unges og familiers behov for tilgjengelighet, kontinuitet og helhet, samt en utadrettet tjeneste som er riktig dimensjonert på ulike nivå.

Riktig dimensjonering av tjenestene er viktig for å sikre at man kan tilby et adekvat hjelpe- og behandlingstilbud på riktig nivå. Helsemyndighetene er opptatt av at barn og unge så langt som mulig bør gis tiltak og behandling i sitt nærmiljø, uten institusjonsinnleggelse (Regjeringens strategiplan, 2003). Institusjonstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge representerer et tilbud til de aller mest hjelpetrengende. Tilbudet omfatter opphold ved døgninstitusjon eller dagavdeling. I løpet av de seneste årene har bruk av ambulante tiltak vokst frem som en behandlingsmetode, som for mange barn og unge kan være et alternativt til institusjonsinnleggelse (Furre, Jacobsen & Halvorsen, 2006).

1.2 Kunnskapsgrunnlaget

Den årlige SAMDATA psykisk helsevern publikasjonen er en viktig kilde til kunnskap om utviklingstendenser for det psykiske helsevernet. I SAMDATA-rapportene presenteres og vurderes status for Opptrappingsplanen i forhold til barn og unge. Det fokuseres her på måltallene for fagpersonell og produktivitetsøkning ved poliklinikkene, døgnplasser for ungdom og dekningsgrad. Statistikk presentert i SAMDATA sektorrapport for det psykiske helsevernet i 2007 (Bjørngaard et al., 2008) viser at i alt 48 332 barn og unge mottok et poliklinisk tilbud, mens 2 315

var heldøgns pasienter eller mottok dagbehandling⁷. Det totale antall behandlede pasienter i 2007 tilsvarer 4,5 prosent av befolkningen under 18 år. Man har nådd mål om personell og produktivitetssøkning i poliklinikkene, men dette har i hovedsak skjedd ved at hver pasient har mottatt flere tiltak. Ved utgangen av 2007 var det etablert 334 heldøgns institusjonsplasser for barn og unge. Dette tilsvarer 66 færre plasser enn de reviderte måltallene som ble presentert i statsbudsjettet for 2005. For å nå målet om at fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen skal motta et behandlingstilbud, må det totale antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge økes til ca 55 000 fra 2007-2008.

I løpet av det siste året er det utgitt flere andre rapporter som fokuserer spesifikt på psykisk helsevern for barn og unge. Rapportene dokumenterer aktuelle utfordringer for spesialisthelsetjenesten; for lang ventetid, geografiske variasjoner i tilbudet (Riksrevisjonen, 2007) og for lite samhandling mellom BUP og de kommunale tjenestene (Andersson & Norvoll, 2006). Sistnevnte rapport gjengir resultater fra en undersøkelse av samhandlingen mellom kommunale instanser og BUP i forbindelse med henvisning av barn og unge, og ved oppfølging etter endt behandling. Studien er gjennomført i forbindelse med gjennomføringen av Opptappingsplanen, som et ledd i en kvalitetssikring av praksis ved henvisning av barn og unge. I rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet har man sett spesielt på hvordan retten til helsehjelp kan styrkes for barn og unge med psykiske lidelser (Agledal et al., 2006). Fra R- BUP Øst og Sør er det i oktober 2006 utgitt en rapport som omhandler ambulante tjenester knyttet til psykisk helsevern for barn og unge. Rapporten gjengir resultater fra en kartlegging og vurdering av de erfaringer man har i Norge i forhold til denne type virksomhet (Furre, Jacobsen, & Halvorsen, 2006). Relatert til dette arbeidet har Kunnskapscenteret (2006), utgitt en oppsummering basert på oversikter over metoder og modeller for ambulante tjenester i psykisk helsevern, som har vært evaluert gjennom kontrollerte studier.

Pasientregistreringer som er gjennomført i psykisk helsevern for barn og unge gir kunnskap om hvilke behandlingstilbud og type terapier barn og unge mottar i psykisk helsevern (Andersson, 2001; Andersson, Ose & Sitter, 2005). Kunnskap om omfanget av barn og unge som er underlagt tvunget psykisk helsevern er imidlertid mangelfullt (Helsetilsynet, 2006).

Det er et viktig helsepolitisk mål at barn og unges behov legges til grunn for tiltak og behandling. Samarbeidet med barn, unge og deres pårørende anses som vesentlig, både i forhold til enkelttiltak og for den videre utvikling av tjenestene. Strategier for brukermedvirkning retter seg mot det direkte samarbeidet med den enkelte familie eller ungdom, om valg og utforming av tiltak, utforming av individuell plan, samt realisering av rettigheter nedfelt i pasientrettighetsloven. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) er det presisert at barn, unge og pårørende som mottar behandling fra det psykiske helsevernet skal ha anledning til å formidle sine opplevelser og erfaringer med behandlingstilbudet. Konkrete tiltak er i denne sammenheng økt fokus på individuelle planer (tiltak 61), og kartlegginger av barn og unges erfaringer (tiltak 53).

En innfallsvinkel til brukermedvirkning er klient og resultatstyrt terapi. Dette er en metode som gir brukeren en sentral og aktiv rolle i utforming og vurdering av egen behandling. Resultater fra en erfaringsstudie om bruk av denne metoden er presentert i en rapport utgitt fra R-BUP Øst- og Sør (Tuseth et al., 2006).

⁷ I rapporten blir det presisert at tallene for heldøgnsopphold og dagbehandling er usikre.

Den første nasjonale brukerundersøkelsen i psykisk helsevern for barn og unge ble gjennomført av SINTEF Helse i 2004 (Andersson, Ose, & Sitter, 2005). Undersøkelsen omfattet i alt 2 253 foresatte og 1 236 barn og unge i poliklinisk behandling, og målte brukernes tilfredshet med ulike dimensjoner ved tilbudet. Resultatene viste generelt sett en høy grad av tilfredshet med tilbudet, men at barn/unge var mindre tilfredse enn de foresatte. Brukerne var mest tilfredse med personalet, og minst tilfredse med mulighetene for medbestemmelse og opplevd effekt av behandlingen. Funn i en senere studie av foresattes vurderinger av det polikliniske tilbudet i psykisk helsevern for barn og unge, gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, harmonerer med disse resultatene (Bjertnæs et al., 2008; Holboe, Dahle & Helgeland (2008). Det er ikke tidligere gjennomført brukerundersøkelser blant pasienter som mottar et institusjonstilbud (døgn eller dagtilbud) i psykisk helsevern for barn og unge.

1.3 Mål

Det overordnede målet med denne undersøkelsen er å tilføre økt kunnskap om kjennetegn ved barn og unge som mottar behandling i psykisk helsevern, pasientsammensetning, tilstand og hjelpebehov. Studien omfatter analyser av udekket behandlingsbehov, samt geografiske forskjeller i behandlingstilbud for barn og unge i målgruppen. Andre sentrale tema er ventetid, prioritering og prioriteringskriterier, bruk av individuell plan, samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og andre instanser. Fordi kunnskapen om bruk av tvang er mangelfull omfatter registreringene ved dag - og døgnenhetene også problemstillinger relatert til dette. Undersøkelsen fokuserer dessuten på brukernes medvirkning og rolle i behandlingsprosessen, og deres tilfredshet med behandlingstilbudet ved dag- og døgninstitusjonene

Undersøkelsen er et viktig bidrag i evalueringen av Opptappingsplanen for psykiske helse, og for vurdering av i hvilken grad man har nådd sentrale helsepolitiske mål.

1.4 Delstudier og problemstillinger

Undersøkelsen består av tre separate delstudier. Delstudie 1 og 2 er basert på en kartlegging av pasienter som mottar henholdsvis polikliniske behandling og behandling ved døgn eller dag avdeling i psykiske helsevern. En overordnet felles problemstilling for disse delstudiene er å belyse i hvilke grad pasientene har et adekvat behandlingstilbud. I hver av delstudiene reises et sett delproblemstillinger som gir grunnlag for å besvare den overordnede problemstillingen. Delstudie 3 er en brukerundersøkelse gjennomført ved døgn- og dagavdelingene i psykisk helsevern. Studien fokuserer på brukernes tilfredshet med ulike dimensjoner ved behandlingstilbudet, og gir således et viktig bidrag til evalueringen av i hvilke grad behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge er tilpasset brukernes behov.

1.4.1 Delstudie 1 Det polikliniske behandlingstilbudet

DELPROBLEMSTILLINGER:

- Hva kjennetegner barn og unge som mottar et poliklinisk behandlingstilbud i psykisk helsevern?
- Har det skjedd en endring i pasientsammensetning i løpet av de siste tre årene?
- Er det geografiske forskjeller i pasientsammensetning?
- Hva er ventetiden for å få poliklinisk behandling?
- Er det geografiske/regionale forskjeller i ventetid for poliklinisk behandling?
- Hvilke faktorer kan forklare variasjoner i ventetid?
- Hvilke behandlingsformer og terapier mottar barn og unge i poliklinisk behandling?
- Eventuelt hvilke behandlingsformer og terapier er det udekket etterspørsel etter?
- Er det geografiske forskjeller i andel pasienter med udekket behov for behandling?
- I hvilken grad samarbeider psykisk helsevern med kommunale instanser?
- Hvilke er de mest hyppige samarbeidsinstansene?
- I hvilken grad har BUP etablert gode samarbeidsrutiner med kommunale instanser?
- Er det geografiske forskjeller i andel pasienter med udekket behov for kommunal oppfølging?
- Hvor stor andel av pasientene har fått utarbeidet en individuell plan?
- Er det geografiske variasjoner i forhold til status for, - og rutiner med utarbeidelse av individuell plan?
- I hvilken grad, og på hvilken måte ivaretas pasientenes rett til bruker-medvirkning?

1.4.2 Delstudie 2 Institusjonstilbudet

DELPROBLEMSTILLINGER

- Hva kjennetegner barn og unge som mottar et institusjonstilbud i psykisk helsevern? (kjønn, alder, henvisningsgrunn, diagnose, funksjonsnivå).
- Har det skjedd en endring i pasientsammensetning i løpet av de siste tre årene?
- Hva er ventetiden for dag/døgnbaserte behandlingstilbud?
- Hvilke behandlingsformer og terapier mottar pasientene?
- Eventuelt hvilke behandlingsformer og terapier er det udekket etterspørsel etter?

- Hva er forekomst av bruk av tvang og i hvilket omfang brukes ulike tvangsformer?
- I hvilken grad samarbeider psykisk helsevern med kommunale instanser?
- Hvilke er de mest hyppige samarbeidsinstansene?
- I hvilken grad har det psykiske helsevernet etablert gode samarbeidsrutiner med kommunale instanser?
- Hvor stor andel av pasientene har fått utarbeidet en individuell plan?
- I hvilken grad, og på hvilken måte ivaretas pasientenes rett til bruker-medvirkning?

1.4.3 Delstudie 3 Brukernes tilfredshet med institusjonstilbudet.

PROBLEMSTILLINGER

- I hvilken grad er barn/ungdom og foresatte tilfreds med følgende dimensjoner ved behandlingstilbudet?:
 - Tilgjengelighet og kontinuitet
 - Personalet (tillit og trivsel)
 - Informasjon og medvirkning
 - Samarbeid og helhet
 - Effekt

2 Diskusjon og samlet vurdering av resultatene

Hovedproblemstillingen som er reist i pasientregistreringene er i hvilken grad barn og unge i psykisk helsevern har et adekvat behandlingstilbud. Spørsmålet er belyst ved å besvare en rekke delproblemstillinger relatert til behandlingstilbudet ved henholdsvis dag- og døgnenheter, og i poliklinikker. Resultater fra pasientregistreringene er supplert med en brukerundersøkelse gjennomført blant barn, unge og foresatte som mottar et institusjonstilbud i psykisk helsevern. Samlet gir de tre delstudiene et rikt datagrunnlag, og er et viktig bidrag til å belyse situasjonen i psykisk helsevern for barn og unge ved utgangen av den 10-årige Opptreppingsplanen for psykisk helse.

Kjennetegn ved pasientene

Kartlegging av kjennetegn ved barn og unge som er pasienter i det psykiske helsevernet viser at ungdommer i alderen 13-17 år er en dominerende aldersgruppe. Jenter er i flertall blant de eldste pasientene, mens det er en overvekt av gutter blant de yngste. Ved sammenligning av statistikk i foreliggende studie med statistikk fra pasientregistreringen i 2003/2004, ser vi en reduksjon i andel pasienter i de yngste aldersgruppene, og en økning i andel pasienter i de eldste aldersgruppene. Resultatene er i samsvar med statistikk presentert i SAMDATA sektorrapport (2007), og tyder på at tilgjengeligheten til det spesialiserte tilbudet særlig har blitt bedre for ungdommer.

I løpet av Opptreppingsplanperioden har det kommunale tilbudet blitt styrket og bedre rustet til å håndtere psykiske problemer hos barn og unge. Utbyggingen av tilbudet, med blant annet etablering av ungdomshelsestasjoner har gjort tilbudet mer tilgjengelig. Resultater fra tidligere studier indikerer imidlertid at de kommunale tjenestene ofte opplever å ha for lite kompetanse til å kunne gi barn og unge adekvate tilbud (se for eksempel Andersson & Steihaug, 2008; Andersson, Ose & Norvoll, 2006; Helsetilsynet, 2007). Økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten for ungdommer er trolig relatert til økt etterspørsel for denne gruppen. Dette kan reflektere at de i større grad enn yngre barn presenterer problematikk som det kommunale hjelpeapparatet ikke har kompetanse til å håndtere.

Årsaker til at barn/unge henvises til poliklinisk behandling er i de fleste tilfeller symptomer på hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, atferdsvansker eller tristhet/depresjon. Andel pasienter som henvises for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, og som diagnostiseres innen kategorien hyperkinetiske forstyrrelser har økt i løpet av de fire siste årene. Resultatet er i tråd med nasjonal statistikk over pasienter behandlet i psykisk helsevern i perioden fra 2004-2007 (Samdata sektorrapport, 2007). Det har i de senere årene vært et betydelig fokus på hyperkinetiske forstyrrelser hos barn og unge, blant annet med utgivelse av en veileder i

diagnostikk og behandling av AD/HD (Sosial- og helsedirektoratet⁸, 2005⁹). Økt oppmerksomhet rundt pasientgruppen og økt kompetanse om symptomer på AD/HD problematikk, kan ha bidratt til at flere oppdages og henvises til spesialisthelsetjenesten.

I psykisk helsevern for barn og unge benyttes skalaen Childrens Global Assessment Scale (CGAS) for måling av pasientenes psykososiale fungering. CGAS skal gjengi pasientenes funksjonsnivå ved igangsettelse av saken (www.kith.no/bup). Fordi pasientregistreringen ble gjennomført kort tid etter innføring av CGAS, mangler denne scoren for mange av de aktuelle pasientene (pasienter med igangsatte saker før 01.01.08). Score foreligger imidlertid for et såpass stort utvalg barn og unge at resultatene har verdi i en beskrivelse av pasientkjennetegn. Gjennomsnittsscoren i det foreliggende utvalget er for øvrig nært sammenfallende med scoren i et stort representativt klinisk utvalg barn og unge fra Australia (Burgess et. al, 2005), noe som indikerer god validitet. Våre resultater viser at de fleste pasienter som behandles poliklinisk har en lett til moderat forstyrrelse av funksjonen. Utvalget omfatter en liten gruppe pasienter (2 prosent) som i henhold til CGAS trenger betydelig eller konstant tilsyn og omsorg. Dette kan dreie seg om hjemmeboende pasienter, eller pasienter innlagt ved institusjon i psykisk helsevern, som oppsøkes for poliklinisk konsultasjon.

Blant gruppen barn og unge som henvises til institusjonsbehandling er tristhet/depresjon den hyppigste henvisningsgrunnen, og gjelder nær en av tre pasienter. Blant de som mottar et institusjonstilbud ser vi også en økning i løpet av de fire siste årene i andel pasienter som får en diagnose innen kategorien affektive lidelser/stemningslidelser.

Pasienter med depressive symptomer domineres av jenter. Dette samsvarer med internasjonal forskning som viser høyere forekomst av slik problematikk hos jenter sammenlignet med gutter (Haavet, Dalen & Straand, 2005; Steinhausen & Winkler Metzke, 2003; Van Roy et al., 2006; Zahn-Waxler, Shirtcliff & Marceau, 2008). Populasjonsbaserte studier tyder dessuten på at forekomsten av depressive symptomer er økende blant jenter, og det er påpekt et behov for videre forskning relatert til dette (Sourander et al., 2008). Over 80 prosent av barn og unge som mottar et institusjonstilbud har i følge behandlerne avvikende psykososiale forhold. Dette gjenspeiler at avvikende relasjoner innen familien og negative livshendelser er risikofaktorer for psykiske lidelser hos barn og unge (Sourander, 2008; Mathiesen et. al, 2007; Helland & Mathiesen, 2009).

Psykososiale belastninger og psykiske problemer er en risikofaktor for villet egenskade og suicidalitet (Langlo, Ramberg & Grøholt, 2003; Ystgaard et al., 2003; Nruham, Larsson & Sund, 2008¹). Gjennom tverrsnittregistreringene har vi kartlagt suicidalatferd og forekomst av selvskadende atferd blant pasientene. Resultatet viser at i overkant av 40 prosent av pasientene som er i institusjonsbehandling har suicidalatferd. Forekomsten er lavere blant de polikliniske pasientene, der dette rapporteres for om lag en av seks pasienter.

Forekomst av selvskading rapporteres for henholdsvis 42 prosent og 15 prosent av pasienter i institusjons - og poliklinisk behandling. De foreliggende funnene sammenlignet med resultater fra befolkningsbaserte studier (Magde et. al., 2008), tyder på at selvskading har en høyere forekomst i pasientpopulasjonen.

⁸ Nå: Helsedirektoratet.

⁹ Utgitt 11/2005, sist revidert 10/2007 (IS- 1244).

I begge utvalgene finner vi at suicidalatferd og selvskading er høyere blant jenter enn gutter. Resultatene er i overensstemmelse med forskning på kjønnsforskjeller i forekomst av selvmordsforsøk og selvskading (Rossow, 1999; Ystgaard, et. al., 2003; Magde et. al, 2008; O'Connor et al., 2009), og har vært tolket som en konsekvens av ulike kjønnsroller (Jack, 1992). Resultatene fra pasientregistreringen viser at de fleste som har suicidalatferd også er selvskadere, og at tristhet og depresjon er relativt hyppig forekommende symptomer i denne gruppen. Nyere forskning fra Norge har også dokumentert at depressive symptomer er assosiert med suicidalatferd (Nrugham, Larsson & Sund, 2008²).

Rusmiddelproblematikk forekommer hos fem prosent av ungdommene i alderen 13-17 år som behandles poliklinisk, og hos sju prosent av pasientene i institusjonsbehandling. Disse prevalenstillene synes lave sett i forhold til refererte tall fra Folkehelseinstituttet som viser at 39 prosent av barn og unge i Oslo som har psykiske vansker også har et alkoholmisbruk (Agledal et. al, 2006). I den foreliggende undersøkelsen er tall på forekomst av rusmiddelproblematikk basert på et enkelt spørsmål "Har pasienten rusmiddelproblematikk?", som er besvart med enten "Ja" eller "Nei". Mange har unnlatt å svare, kanskje fordi man ikke vet om pasienten har slik problematikk. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Geografiske forskjeller i behandlingstilbudet

Det er et sentralt helsepolitisk mål å gi alle barn og unge likeverdige tilbud og utviklingsmuligheter, uavhengig av hvor i landet de bor. De geografiske forskjellene i behandlingstilbudet i psykisk helsevern har vært fokusert i de årlige SAMDATA psykisk helsevern rapportene. Den nasjonale statistikken viser at det gjennom hele Opptappingsplanperioden har vært store forskjeller mellom helseregioner og helseforetaksområder, med hensyn til ressursinnsats og tilgjengelighet til det psykiske helsevernet for barn og unge (Bjørngaard et. al, 2008). De geografiske ujevnheterne i det spesialiserte tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser har også blitt kritisert av Riksrevisjonen (2007). I den foreliggende studien har vi belyst de geografiske forskjellene i behandlingstilbudet ved å undersøke forskjeller i pasientsammensetning mellom helseregionene. Resultatene viser at sammensetningen av pasienter etter alder, henvisningsgrunner og diagnose varierer noe mellom ulike regioner. Helseregion Nord, som har høyest dekningsgrad for barn og unge med psykiske problemer (Bjørngaard et al., 2008), har en høyere andel pasienter innen diagnosekategorien hyperkinetiske forstyrrelser og nevrotiske lidelser, sammenlignet med de øvrige helseregionene. Resultatet kan tyde på at det er variasjoner mellom helseregionene i prioritering av pasientgrupper. Den nylig utarbeidede prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge vil kunne bidra til at barn og unge får et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av hvor i landet de bor (Helsedirektoratet, 2008).

Ventetid

Nær tre av fire pasienter som er henvist til et institusjonstilbud har ventet mindre enn 3 måneder på behandling. Også resultatene fra poliklinikkregistreringen viser at de aller fleste barn og unge (70 prosent) har ventet mindre enn tre måneder på et behandlingstilbud. En av fem har ventet mer enn fire måneder. Den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter som omfattes av registreringen er 72,2 dager, som er noe lavere enn hva Norsk pasientregister har presentert på grunnlag

av nasjonale tall for poliklinisk behandling for 1. tertial 2008¹⁰ (Helsedirektoratet, 2008). Dette kan skyldes at det er gjort beregninger basert på ulike pasientgrunnlag, og at ventetiden har vært relativt lav for de pasientene som har startet sin behandling i 2008, sammenlignet med de som har startet behandlingen tidligere år. De foreliggende resultatene viser at det er forholdsvis stor variasjon i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene og regionene. Sammenligning av ventetider på regionalt nivå viser at pasienter tilknyttet helse Sør-Øst har ventet i gjennomsnitt 59,7 dager, mens pasienter ved Helse Vest har en gjennomsnittlig ventetid på 94,8 dager. Ventelister oppstår ved at etterspørselen etter behandling er større enn kapasiteten. Fordi etterspørsel kan være en funksjon av kapasitet, altså at tilbud skaper etterspørsel, er det ikke nødvendigvis en sammenheng mellom dekningsgrad og ventetid.

Det er nylig innført en ventetidsgaranti i psykisk helsevern for barn og unge (01.09.08). Garantien innebærer blant annet at ingen skal vente mer enn 90 kalenderdager (65 virkedager) fra henvisningen mottas til behandling igangsettes. Det er ennå for tidlig å si noe om i hvilken grad det psykiske helsevernet vil prioritere ressurser til å kunne innfri garantien, og i hvilken grad garantien kan bidra til en utjevning av de geografiske forskjellene i tilgjengelighet. Tidligere studier har vist at ventetid for poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge varierer både med kjennetegn ved pasienten og tjenesterelaterte faktorer, som produktivitet (Andersson, 2004). I samsvar med dette finner vi i foreliggende undersøkelse at følgende pasientkjennetegn er assosiert med lengre ventetid; gutt, alder 6-12 år, eksternaliserende atferdsproblematikk og høyt funksjonsnivå. Resultatet gjenspeiler trolig at det er en relativt høy etterspørsel etter behandling for pasienter innen disse kategoriene, og at man prioriterer pasienter med alvorlige tilstander/lavt funksjonsnivå.

Behandlingstilbudet

Institusjonstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge representerer et tilbud til de mest hjelpetrengende. Helsemyndighetene har i løpet av Opptappingsplanperioden nedjustert behovet for døgnplasser for barn og unge fra 500 til 400, blant annet fordi det i de senere årene har skjedd en faglig utvikling innen feltet, med etablering av ambulante tjenester og oppsøkende metoder som alternativer til innleggelse. Statistikk fra SAMDATA psykisk helsevern (Bjørngaard et. al 2008), viser at nettotilveksten av døgnplasser har vært vesentlig lavere enn måltallet, og at det ved utgangen av 2007 var etablert 334 plasser.

En viktig hensikt med pasientregistreringen er å kartlegge hvilke behandlingsformer og terapier pasientene mottar, samt den udekkede etterspørselen etter behandling. Resultater basert på behandlernes vurderinger av om pasienten mottar behandling på ideelt omsorgsnivå og med adekvat terapeutisk innhold, indikerer i hvilken grad struktur og innhold i tilbudet er tilpasset pasientenes behov. Resultatene viser at om lag ett av fire barn/unge som mottar et institusjonstilbud ideelt sett burde vært ved en annen enhet eller avdeling. Den udekkede etterspørselen er størst for pasienter innlagt ved akuttavdelinger. De tilbudene som primært etterspørres for denne gruppen er opphold ved langtidsenhet eller familieenhet. I samsvar med dette finner vi også at familierapi og foreldrearbeid er de terapiformer som det er størst udekket etterspørsel etter. Resultatene kan reflektere kapasitetsproblemer ved langtidsenhetene og familieenhetene. Imidlertid avdekker undersøkelsen at

¹⁰ Henholdsvis 76 og 99 dager for rettighetspasienter og pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp.

årsaker til "feilpassering" også i mange tilfeller skyldes at pasienten eller familien motsetter seg det "ideelle tilbudet".

I henhold til behandlernes vurderinger burde om lag åtte prosent av de pasientene som har et poliklinisk tilbud fått behandling på et høyere omsorgsnivå. Opphold ved dag eller døgnerhet er de tilbud som det er størst udekket etterspørsel etter. Videre indikerer resultatene at 14 prosent av pasientene ideelt sett burde hatt et annet eller utvidet terapitilbud.

Igjen er årsaken til at tilbudet ikke er det ideelle oftest at pasient/familie motsetter seg annet tilbud, og i mindre grad begrunnet med kapasitetsproblemer. Sammenligning med resultater fra forrige pasientregistrering i psykisk helsevern for barn og unge (Andersson, Ose & Sitter, 2005), viser dessuten at det ikke har skjedd særlige endringer, verken i forhold til hvilke terapier og behandlingsformer som igangsettes, eller i forhold til udekket etterspørsel etter behandling.

Det kommunale oppfølgingstilbudet

Styrking av det kommunale tilbudet for barn og unge med psykiske vansker har vært et sentralt mål i Opptappingsplanen. I siste del av planperioden har man lagt vekt på behovet for oppbygging av lavterskeltilbud, som kan yte utredning, behandling og oppfølgingstiltak (St.prp. nr. 1, 2006-2007). Resultater fra den foreliggende undersøkelsen viser at PPT er den av de kommunale instansene som flest pasienter mottar samtidig tilbud fra. I de fleste tilfeller vil dette dreie seg om tilrettelagt undervisning. Fastlegen er også relativt hyppig involvert i oppfølgingen av pasientene. For mange er trolig kontakten med fastlege relatert til medikamentell behandling. I henhold til behandlernes vurderinger har nær ett av fire barn/unge i poliklinisk behandling et mangelfullt kommunalt tilbud. For om lag en av tre pasienter skyldes dette mangel på kommunale ressurser/ kapasitet.

Kartleggingen viser at det spesielt er et udekket behov for tiltak fra PPT. For de mest alvorlig syke pasientene er det særlig et udekket behov for støttekontaktordninger. I løpet av Opptappingsplanperioden har helsemyndighetene presisert et behov for at PPT blir bedre innrettet for å imøtekomme behovet hos målgruppen (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). De foreliggende resultatene tyder imidlertid på at man hatt for lite fokus på de behovene barn og unge med psykiske lidelser har i skole og undervisningssammenheng.

Tverrfaglig samarbeid

Mange barn og unge med psykiske problemer har behov for tiltak fra mer enn én tjeneste. I mange tilfeller vil derfor samarbeidet på tvers av tjenester, enheter og nivå være nødvendig for å sikre at den enkelte bruker får et helhetlig tilbud. Kvaliteten på samarbeidet, fleksibilitet og grad av kontakt mellom de involverte instanser kan ha stor betydning for om pasienten får rask og adekvat hjelp. En viktig hensikt med tverrfaglig samarbeid er at man skal utnytte den samlede faglige kompetansen, samt utvikle et felles kunnskapsgrunnlag. Den foreliggende undersøkelsen viser at PPT, barneverntjenesten og fastlegetjenesten er de instanser som BUP hyppigst samarbeider med. Resultatene viser at svært mange pasienter omfattes av et behandlingstilbud der det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende. I henhold til behandlernes vurderinger er det spesielt samarbeidet med fastleger som er problematisk. Utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet om barn og unge med psykiske vansker og lidelser er dokumentert i flere tidligere arbeid (Andersson & Steihaug, 2008; Andersson & Ådnanes, 2006), og kan være

relatert til kapasitetsproblemer, prioritering, mangelfull samarbeidskompetanse, uenighet i problemforståelse, og/eller at det finnes for få møtepunkter.

Individuell plan

Pasientens rett til individuell plan (IP) fremgår av pasientrettighetsloven. Hensikten med IP er at den skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. En IP skal inneholde informasjon om behandlingstilbudet; hvilket tilbud pasienten kan forvente å få, når tilbudet skal gis, samt hvem som har ansvar for de ulike tiltakene og koordineringen av disse. I 2008 ble det utgitt et tipshefte som skal bidra til at arbeidet med å utarbeide individuell planer blir enklere (Helsedirektoratet, 2008).

IP er først og fremst viktig for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Resultatene viser da også at bruk av dette vektøyet er betydelig mer utbredt for pasienter som mottar et institusjonstilbud, der nær halvparten har en plan ferdig eller under utarbeidelse. Resultater fra tidligere studier viser at rutine rundt arbeidet med IP ikke fungerer godt nok, og at det er delte meninger blant fagfolk om dette er et hensiktsmessig verktøy for å få til et godt samarbeid om barn og unge med psykiske vansker og lidelser. Arbeidet med IP har dessuten blitt beskrevet som både ressurs- og kompetansekrevende (Andersson & Steihaug, 2008). Dette kan være årsaker til at bruk av individuell plan ikke er mer utbredt.

Brukermedvirkning og innflytelse

Brukermedvirkning har vært et sentralt tema i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Rett til medvirkning og informasjon fremgår av pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-2. Brukermedvirkning handler om å sikre brukeren mulighet til selv å medvirke og ta beslutninger i forhold som angår han eller henne. Brukeren har rett til å få informasjon om egen helsetilstand og behandling. I denne undersøkelsen har vi bedt ansvarlig behandler foreta en vurdering av i hvilken grad man bruker ressurser på å gi brukene informasjon, og har tilrettelegger for brukermedvirkning. Resultatene indikerer at det psykiske helsevernet i stor grad bruker ressurser på å informere foresatte, men at slik ressursbruk er noe mindre omfattende overfor barnet/ungdommen. Det er viktig å presisere at disse resultatene ikke sier noe om kvaliteten på innholdet i den informasjonen som blir gitt.

Mulighetene for medvirkning er til stede for de fleste pårørende og pasienter. Det er likevel grunn til å bemerke at det for om lag 30 prosent av brukene bare i liten - eller noen grad lagt tilrette for dette.

Det er i denne sammenheng viktig å understreke at vi gjennom pasientregistreringene ikke har kartlagt i hvilken grad foresatte/pasient fastisk ønsker å medvirke. Ved vurdering av resultatene er det grunn til å legge merke til at halvparten av pasientene bare i liten, eller noen grad viser interesse for eget behandlingsopplegg. Dessuten at nær en av fire foresatte i mindre grad involverer seg i behandlingstilbudet, slik behandlerne ser det.

Brukernes erfaringer

Pasienttilfredshet er en viktig variabel i evalueringen av det psykiske helsevernet, blant annet som en indikator på kvalitet i tilbudet. Kunnskap fra brukerundersøkelser er også et viktig bidrag i arbeidet med å legge brukernes behov til grunn i utvikling og utforming av tjenestene.

Det har ikke tidligere vært gjennomført brukerundersøkelser blant pasienter og pårørende som mottar institusjonstilbud i psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Den foreliggende undersøkelsen har metodiske svakheter. Det vært vanskelig å anslå den eksakte svarprosenten i undersøkelsen, men anslag tyder på at den er forholdsvis lav. Dette medfører en usikkerhet i forhold til representativiteten i utvalget, og legger begrensninger på generaliserbarheten av resultatene. Vi har ikke grunnlag for å vurdere eventuell systematisk frafallsskjevhet. Vi har henvendt oss til brukere som har, - eller er berørt av en alvorlig psykisk lidelse. Dette er en sårbar gruppe, og trolig er det de relativt sett mest ressurssterke som har svart på spørreskjemaene. Konsekvenser av eventuell frafallsskjevhet kan blant annet være at det er de som er mest tilfredse med behandlingstilbudet, og som opplever å få god og adekvat hjelp for sine problemer som har deltatt.

Fordi man har brukt ulike instrumenter er det ikke mulig å gjøre direkte sammenligninger av resultater i denne studien med resultat fra tidligere brukerundersøkelser i psykisk helsevern for barn og unge. Flere av hovedfunnene harmonerer imidlertid med tidligere resultater. Resultat som viser at foresatte er mer tilfredse enn barna/ungdommene, og at det er størst misnøye med effekt og utbytte av behandlingen og med den informasjonen som blir gitt om behandlingsopplegget, samsvarer med funn i brukerundersøkelsen gjennomført ved poliklinikkene våren 2004 (Andersson, Ose, og Sitter, 2005). Også Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten finner relativt høy grad av misnøye med informasjon i sin undersøkelse blant foresatte til barn/ungdom i poliklinisk behandling (Bjertnæs et al., 2008).

Konklusjon

Økt kapasitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til en betydelig økning i antall barn og unge som mottar et behandlingstilbud. Denne undersøkelsen viser at det spesialiserte tilbudet i stor grad er tilpasset pasientenes behov når det gjelder omsorgsnivå og terapitilbud. Mange pasienter vurderes imidlertid å ha et udekket behov for kommunal oppfølging, eller omfattes av et tilbud der samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten ikke fungerer godt. Resultatene tyder på at man fremdeles har utfordringer i forhold til å gi barn og unge med psykiske lidelser et helhetlig og samordnet behandlingstilbud.

3 Det polikliniske behandlingstilbudet

3.1 Metode

3.1.1 Prosedyrer

Undersøkelsen baserte seg på en anonym tverrsnittregistrering av alle barn og unge som mottok polikliniske tiltak¹¹ i psykisk helsevern for barn og unge i perioden fra 31. mars til 11. april 2008.

Registreringen ble gjennomført ved at ansvarlig behandler fylte ut et elektronisk registreringsskjema for hver aktuell pasient. Det elektroniske registreringsskjemaet ble utarbeidet i samarbeid med VISMA Unique AS og lagt inn i det pasientadministrative systemet BUPDATA, som anvendes ved landets poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge¹². Opplysninger innhentet gjennom registreringsskjemaet ble på denne måten koblet til opplysninger i pasientjournalen. VISMA bidro for øvrig med brukerstøtte overfor poliklinikkene i forbindelse med gjennomføringen, og med kvalitetssikring av datainnsamlingsprosedyren.

Undersøkelsen ble tilrådd av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og godkjent av Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk, region Midt-Norge.

3.1.2 Utvalg

Samtlige av landets poliklinikker ble invitert til å delta i undersøkelsen. Poliklinikkene mottok en første orientering om undersøkelsen i e-post utsendt fra VISMA Unique i samarbeid med SINTEF Helse i desember 2007. Denne informasjonsmailen inneholdt opplysninger om BUPDATA-versjoner i 2008, samt ga en kort orientering om den forestående tverrsnittregistreringen. SINTEF sendte deretter ut en nærmere orientering og detaljert beskrivelse av undersøkelsen pr brev.

3.1.3 Registreringsskjema

SINTEF Helse inviterte en gruppe på fem klinikere fra psykisk helsevern for barn og unge til å delta i en referansegruppe for prosjektet. Gruppen samarbeidet med

¹¹ Direkte tiltak(undersøkelse/observasjon, terapi/samtale), og/eller indirekte tiltak (fagperson fra poliklinikken har møte med, eller yter konsultasjon/rådgivning/veiledning overfor eksternt samarbeidsinstans i forhold til barnet/ungdommen, der verken barnet/ungdommen eller foresatte er til stede).

¹² En poliklinikk som anvender en annen elektronisk pasientjournal enn BUPDATA fylte ut papirversjon av spørreskjemaet.

SINTEF Helse om utarbeidelse av registrerings skjema for undersøkelsen. Det ble foretatt noen mindre revisjoner av skjemaet som ble benyttet ved forrige pasientregistrering. Dette for å sikre at aktuelle tema og helsepolitiske mål kunne belyses. Skjemaet dekket følgende tema: i) *Henvisning/mottaksopplysninger*: kjønn, alder, foresattes utdanning, omsorgssituasjon, foreldreansvaret, barnevernets rolle, henviser, henvisningsgrunn ventetid (dager fra henvisningen mottatt, til behandling igangsatt), rett til prioritert helsehjelp, ø-hjelp og vurdering av hastegrad, ii) *Pasientens tilstand*: diagnose (akse 1,5, og 6), suicidalatferd, selvskadende atferd, rusmiddelproblematikk, iii) *Behandles vurdering av behandlingstilbudet*: omsorgsnivå, terapier, tilbud utenfor psykisk helsevern for barn og unge, kommunikasjonen med pasient/familie, individuell plan, ansvarsgruppe og tverrfaglig samarbeid.

3.1.4 Datagrunnlaget

Registreringen omfatter i alt 9403 barn og unge som mottok et direkte eller et indirekte tiltak ved en poliklinikk i psykisk helsevern i løpet av en to ukers periode våren 2008. Utvalget representerer omlag en femtedel av det totale antall barn og unge som mottar behandling i BUP i løpet av et år (Bjørngaard et. al, 2008).

I henhold til institusjonsstatistikken for det psykiske helsevernet (Midttun, 2008) finnes det 82 aktuelle poliklinikker. I alt 74 av disse (90 prosent) medvirker i denne undersøkelsen¹³. Samtlige av landets helseforetak er representert. Tabellen under viser fordelingen av pasienter etter helseforetak og helseregion for poliklinikken.

¹³ To poliklinikker ga skriftlig beskjed om at de ikke ville delta. Dette ble begrunnet med sykdom hos personalet og problemer med BUP- data i forbindelse med oppstart av konsernløsning.

Tabell 3.1 Registrerte pasienter etter helseforetak og helseregion.

Helseforetak	Antall registrerte pasienter	Prosentandel pasienter
Sykehuset Østfold HF	457	8,6
Ullevål universitetssykehus HF	677	12,8
Akershus universitetssykehus HF	333	6,3
Sykehuset Asker og Bærum HF	463	8,7
Aker universitetssykehus HF	228	4,3
Sykehuset Innlandet HF	876	16,5
Sykehuset Buskerud HF	135	2,5
Ringerike sykehus HF	181	3,4
Blefjell sykehus HF	250	4,7
Psykiatrien i Vestfold HF	204	3,8
Sykehuset i Telemark HF	313	5,9
Sørlandet sykehus HF	580	10,9
Nic Waals institutt ¹	324	6,1
BUP Vest ¹	123	2,3
<i>Totalt helseregion Sør-Øst</i>	<i>5 305</i>	<i>100</i>
Helse Stavanger HF	413	27,8
Helse Fonna HF	153	10,3
Helse Bergen HF	635	42,8
Helse Førde HF	283	19,1
<i>Totalt helseregion Vest</i>	<i>1 484</i>	<i>100</i>
St. Olavs Hospital HF	477	32,2
Helse Sunnmøre HF	550	37,1
Helse Nordmøre og Romsdal HF	260	17,6
Helse Nord-Trøndelag HF	194	13,1
<i>Totalt helseregion Midt-Norge</i>	<i>1 481</i>	<i>100</i>
Helse Finnmark HF	109	9,6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	443	39,1
Nordlandssykehuset HF	334	29,5
Helgelandssykehuset HF	247	21,8
<i>Totalt helseregion Nord</i>	<i>1 133</i>	<i>100</i>

¹ Ikke organisert under helseforetak, men har driftsavtale med Helse Sør-Øst.

3.2 Kjennetegn ved pasientene

3.2.1 Kjønn, alder og representativitet

Tabell 3.2 viser pasientenes alders- og kjønnsfordeling.

Tabell 3.2 Pasienter etter kjønn og alder. Antall og prosentandel pasienter (n=9403).

Aldersgrupper	Gutter		Jenter		Totalt
	Antall	(Prosent)	Antall	(Prosent)	Prosent
0-5 år	188	(4)	125	(3)	3
6-12 år	2 509	(49)	1 116	(26)	39
13-17 år	2 162	(42)	2 367	(56)	48
Over 17 år	285	(6)	622	(15)	10
Totalt	5 144	(100)	4 230	(100)	100

Note: 20 pasienter har ikke opplysning om kjønn. 7 pasienter har ikke opplysning om alder.

Ungdommer i alderen 13 -17 år utgjør nær halvparten av pasientgruppen. Jenter dominerer blant de eldste pasientene, mens gutter er i flertall i de to yngste aldersgruppene.

Nasjonal statistikk over alle barn og unge som mottok poliklinisk behandling i 2007 viser at barn i alderen 0- 5 år utgjør seks prosent av pasientpopulasjonen (Sitter, 2008). Det er derfor grunn til å tro at barn i den yngste aldersgruppen er underrepresentert i den foreliggende studien, der de utgjør kun tre prosent av de registrerte pasientene. De yngste mottar i gjennomsnitt færre konsultasjoner enn eldre pasienter (Sitter, 2008). Dette kan være årsak til at mange av de yngste pasientene ikke fanges opp av pasientregistreringen.

Fordelingen av pasienter i henholdsvis aldersgruppene 6-12 år, 13- 17 år og over 17 år samsvarer i stor grad med den nasjonale statistikken (Sitter, 2008). Når vi studerer ending i alderssammensetning har vi derfor konsentrert oss om disse gruppene.

Alderssammensetningen er sammenlignet med data fra pasientregistreringen våren 2000 (Andersson, 2001). Resultatet av kji-kvadrattester viser at det er en statistisk signifikant reduksjon i andel pasienter i aldersgruppen 6-12 år ($p < 0,001$). Det er samtidig en økning i andel pasienter i de to eldste aldersgruppene ($p < 0,001$).

3.2.2 Foresattes utdanningsnivå

For 3308 av pasientene har behandler svart at opplysninger om utdanningsnivå er ukjent, og spørsmålet er ubesvart for 297 pasienter. Pasienter i disse to gruppene (n=3605) er holdt utenfor i beregning av andel innen de ulike utdanningsnivå-kategoriene (Tabell 3.3).

Tabell 3.3 Foresattes utdanningsnivå. Antall og prosentandel pasienter.

Høyest fullført utdanning	Antall	Prosent
Grunnskole	888	15
Videregående skole	1 734	30
Høgskole/universitet lavere grad	2 181	38
Høgskole/universitet høyere grad	995	17
Totalt	5 798	100

Som sammenligningsgrunnlag for disse tallene har vi benyttet data fra en undersøkelse som omfatter et tilfeldig utvalg på 3 683 elever i videregående skole (se Andersson et. al, 2009 og Kaspersen et al., 2009). I elevmaterialet har åtte prosent foreldre med grunnskole som høyeste fullførte utdanning, mens 43 prosent har videregående skole som høyeste utdanning. Videre har henholdsvis 22 og 27 prosent høgskoleutdanning av lavere og høyere grad.

Sammenligningen viser at det i pasientutvalget er en relativt høy andel barn/unge som har foresatte med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og at en noe lavere andel har foresatte med endt utdanning etter videregående skole. Videre finner vi en noe høyere andel foresatte med høgskole/universitetsutdanning av lavere grad, mens andel med høyeste utdanningsnivå er lavere enn i elevmaterialet.

3.2.3 Omsorgssituasjon

Neste tabell presenterer en oversikt over barnet/ungdommens omsorgssituasjon.

Tabell 3.4 Omsorgssituasjonen. Antall og prosentandel pasienter (n=8203).

Barnet/ungdommen bor hos	Antall	Prosent
Begge foreldre	3 607	44
En av foreldrene	2 471	30
En av foreldrene med samboer	791	10
Pendler mellom mor og far	611	7
Fosterhjem	464	6
På institusjon	111	1
Besteforeldre/annen familie	46	1
Alene	34	0,5
Totalt	8 203	100

Note: Spørsmålet om omsorgssituasjon er ubesvart for 1200 pasienter (13 prosent av utvalget).

De fleste bor sammen med begge foreldrene. Det er imidlertid nesten like vanlig at barnet bor sammen med en av foreldrene. Sju prosent av pasientene er under omsorg utenfor familien. Sammenlignet med statistikk fra SSB (www.ssb.no) er det blant pasientene relativt sett færre som bor sammen med begge foreldrene, og flere som bor med en av foreldrene.

3.2.4 Henviser

I det standardiserte henvisningsskjemaet som benyttes ved henvisning til BUP er det avsatt et eget felt der man angir henvisende instans. I tillegg skal skjemaet signeres av lege eller leder av barneverntjenesten, som er de to aktører i 1. linjetjenesten som har henvisningsrett. Tidligere studier har vist at det er ulik registreringspraksis i forhold til hvordan disse feltene fylles ut. Noen ganger vil henvisende lege/barnevernleder også signere feltet med henvisende instans. Det vil derfor ikke alltid fremgå av henvisningsdokumentet hvilken "instans" som står bak henvisningen, som den sentrale og ansvarlige utreder i saken (Andersson & Norvoll, 2006). Foreliggende datasett er basert på informasjon i henvisningsskjemaet. Det tas forbehold om de begrensninger som ligger i disse opplysningene i forhold til angivelse av henvisende instans.

Tabellen under gir en oversikt over hvilke instanser/aktører som er registrert som henviser.

Tabell 3.5 Henvisende instans. Antall og prosentandel pasienter (n=9163).

Henviser	Antall	Prosent
Fastlege/allmennlege	4 477	49
PP-tjeneste	1 267	14
Skolehelsetjeneste/helsestasjon	992	11
Barnevern kommune	910	10
Somatisk sykehus	433	5
Annen BUP poliklinikk	437	5
Pasient/familie	52	1
Skolefritidsordning/barnehage	180	1
Andre	416	4
Totalt	9 163	100

Note: Andre omfatter: spesialskole (n=3), statlig kompetansesenter, (n=3), annet innen skolesektor (n=13), habiliteringstjeneste (n=44), annen somatisk helsetjeneste (n=31), rusmiddelomsorg (n=1), voksenpsykiatri (n=46), psykolog/psykiater (n=18), annen helsetjeneste (N=75), sosialkontor (n=44), barnevern statlig (n=33), flyktning/innvandrertjeneste (n=1), annen sosialtjeneste (n=1), hjelpetjenesten for barn og unge (N=61), familievernkontor (n=3), krisesenter (n=2), kriminalomsorg (n=1), "andre" (n=36). Spørsmålet om hvem som henvist er ubesvart for 240 pasienter.

Fastlege/allmennlege er registrert som henviser for om lag halvparten av pasientene. Andre sentrale instanser i henvisningen/utredningen er PPT, skolehelsetjenesten og den kommunale barneverntjenesten. Disse tre instansene er involvert i om lag en av tre henvisninger.

3.2.5 Barnevernets rolle ved inntak

Tabellen under fremstiller statistikk over barnevernets rolle ved inntak.

Tabell 3.6 Barnevernets rolle ved inntak. Antall og prosentandel pasienter.

Barnevernets rolle	Antall	Prosent
Arbeider ikke med saken	1 888	69
Rollen ikke fastlagt	143	5
Hjelpetiltak	310	11
Undersøkelser	140	5
Omsorgstiltak	142	5
Frivillig plassering	65	2
Annet	23	1
Totalt	2 718	100

Note: For 5688 pasienter mangler opplysning om barnevernets rolle ved inntak. "Annet" omfatter følgende: I institusjon med samtykke (n=2), I institusjon uten samtykke (n=5), Tatt foreldreansvaret (n=8), Akutt vedtak (n=8).

Spørsmålet om barnevernets rolle ved inntak er besvart for kun 40 prosent av pasientene. I denne gruppen av totalt 3 715 pasienter er svaralternativet "vet ikke" benyttet for i alt 27 prosent av pasientene. Hjelpetiltak og omsorgstiltak er de hyppigst iverksatte tilaksformene. I de tilfeller der det er kjent at barnevernet er involvert (n=2 718), er hjelpetiltak iverksatt for 11 prosent av pasientene, mens 5 prosent omfattes av omsorgstiltak.

3.2.6 Henvisningsgrunn

Tabellen under viser viktigste henvisningsgrunn angitt av henviser.

Tabell 3.7 Henvisningsgrunn. Prosentandel pasienter.

Henvisningsgrunn	Gutter (n=4751)	Jenter (n=3808)	Totalt (n=8579)
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	26	13	21
Atferdsvansker	27	12	20
Tristhet/depresjon	14	27	20
Angst/fobi	7	12	9
Hemmet atferd	3	4	3
Suicidalfare	2	4	3
Spiseproblem	1	5	3
Tvangstrekk	3	3	3
Lærevansker	2	2	2
Skolefravær	2	3	2
Autistiske trekk	2	1	2
Psykotiske trekk	1	1	1
Somatiske symptomer	1	3	2
Annet	7	10	9
Totalt	100	100	100

Note. 20 pasienter mangler opplysninger om kjønn. For i alt 438 pasienter er kategorien "ingen henvisningsgrunn" brukt. Disse er behandlet som ubesvart i analysene. Det totale antall med ubesvart er da 824 pasienter.

Hyperkinetiske forstyrrelser, atferdsforstyrrelser, tristhet/depresjon og angst/fobi er de hyppigst angitte henvisningsgrunnene. De to førstnevnte forekommer betydelig oftere blant gutter enn blant jenter. Tristhet/depresjon og angst/fobi forekommer imidlertid oftere blant jenter.

Sammenligning med statistikk fra pasientregistreringen i 2004 viser at det er en statistisk signifikant økning i andel pasienter som er henvist for hyperkinetiske forstyrrelser/konsentrasjonsvansker, (fra 15,2 i 2004, (n=5583), $\chi^2=63,2$, $p<0,001$). Dette gjelder både for jenter (økt fra 7 – 13 prosent, $\chi^2=58,9$, $p<0,000$), og for gutter (økt fra 22 – 26 prosent, $\chi^2=16,1$, $p<0,001$)¹⁴. Vi finner dessuten en liten, men statistisk signifikant økning i andel pasienter som er henvist for skolefravær ($\chi^2=7,4$, $p<0,01$). For øvrig ser vi at færre er henvist for suicidalfare i 2008 sammenlignet med i 2004 (endring fra 4 prosent i 2004 til 3 prosent i 2008; $\chi^2=10,7$, $p<0,001$).

Økningen i andel med hyperkinetiske forstyrrelser/konsentrasjonsvansker harmonerer med resultater basert på nasjonal årsstatistikk for BUP (Pedersen, Lilleeng, & Sitter, 2008).

¹⁴ Pasienter med ingen henvisningsgrunn eller ubesvart på spørsmålet om henvisningsgrunn er holdt utenfor i de analysene som er gjennomført.

3.2.7 Diagnoser

KLINISK PSYKIATRISK SYNDROM

Tabellen under viser fordelingen av pasienter etter hoveddiagnose (ICD-10, Akse 1).

Tabell 3.8 Diagnose. Klinisk psykiatrisk syndrom (Akse 1). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.

Diagnosekategorier	Gutter (n=5145)	Jenter (n=4236)	Totalt (n=9403)
Affektive lidelser (F30-F39)	3	9	6
Nevrotiske lidelser (F40-F48)	8	13	10
Atferdssyndromer forbundet med fysiske faktorer (F50-F59)	<1	4	2
Utviklingsforstyrrelser (F80-F89)	5	2	3
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90-F90,9)	22	11	17
Atferdsforstyrrelser (F91-F91,9)	3	1	2
Blandede atferd- og følelsesmessig forstyrrelser (F92-F92,9)	2	1	2
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen (F93-F93,9)	4	4	4
Forstyrrelser i sosial fungering (F94-F94,9)	2	2	2
Tics (F95-F95,9)	1	<1	1
Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser (F98-98,9)	2	1	2
Z- diagnoser	9	9	9
Annet	1	1	1
Diagnostisk vurdering mangler/ukjent/ikke reg. diagnose	39	42	40
Totalt	100	100	100

Note: Opplysning om kjønn mangler for 202 pasienter. Annet omfatter følgende: Organiske, symptomatiske lidelser (F00-F09), Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktiva (F10-F19), Schizofreni og paranoide lidelser (F20-F29), Personlighet og atferdsforstyrrelse (F60-F69), Psykisk utviklingshemming (F70-F79), Uspesifisert psykisk lidelse (F99-F99,9), R-diagnoser.

Diagnoser innen kategorien Hyperkinetiske forstyrrelser er hyppigst forekommende, og omfatter i alt 1 568 av pasientene (17 prosent). Det fremgår av tabellen at så mye som 40 prosent av pasientene (n=3759) ikke har fått en diagnose. Hyperkinetiske forstyrrelser har en forekomst på 28 prosent blant de som har fått en diagnose (n=5644), og er betydelig mer vanlig blant gutter enn blant jenter ($\chi^2=198,9$, $p<0,001$).

En av ti pasienter som mottar behandling har en diagnose innen kategorien Nevrotiske forstyrrelser (n=951) De mest vanlige diagnosene innen denne kategorien er Tilpascningsforstyrrelser (F43,2) (22 prosent), Posttraumatisk stresslidelse (F43,1), (15 prosent), og Sosial fobier (F40,1) (10 prosent). Diagnoser innen kategorien nevrotiske forstyrrelser forekommer oftere blant jenter enn blant gutter ($\chi^2=67,6$, $p<0,001$).

Også affektive lidelser, som er den tredje hyppigste diagnosekategorien, er mer vanlig blant jenter ($\chi^2=175,9$, $p<0,001$). Hyppig forekommende diagnoser innen

denne kategorien er Moderat depressiv episode (F32,1) (37 prosent), og Mild depressiv episode (F32,0) (26 prosent).

Statistikk over diagnoser er sammenlignet med datamaterialet fra pasientregistreringen i 2004, som omfattet i alt 5 997 pasienter. Vi finner at andel pasienter innen diagnosekategorien hyperkinetiske forstyrrelser er statistisk signifikant høyere i 2008 enn i 2004 ($\chi^2=40,0$, $p<0,001$). Andel pasienter med diagnoser innen kategorien nevrotiske forstyrrelser er lavere i 2008 sammenlignet med i 2004 ($\chi^2=16,2$, $p<0,000$). For øvrig er den ingen vesentlige endringer i løpet av perioden, i forekomst av de ulike diagnosene.

AVVIKENDE PSYKOSOSIALE FORHOLD

I neste tabell presenteres fordelingen på Akse 5, som angir avvikende psykososiale forhold.

Tabell 3.9 Diagnose. Psykososiale forhold (Akse 5). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.

Diagnosekategorier	Gutter (n=3016)	Jenter (n=2531)	Totalt (n=5567)
Avvikende relasjoner innen familien	13	16	15
Psykisk forstyrrelse, avvik eller funksj.hem. i barnets nærmeste familie	14	16	15
Inadekvat/forstyrret kommunikasjon innen familien	4	5	4
Avvikende sider ved oppdragelsen	3	3	3
Avvikende nærmiljø	24	20	22
Akutte livshendelser	7	11	9
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	1	1	1
Kronisk mellommenneskelig belastning	5	4	4
Belastende hendelser som resultat av barnets forstyrrelse	4	3	4
Ikke påvist avvikende psykososiale forhold	23	19	21
Mangelfull informasjon til å kode på aksene	2	2	1
Totalt	100	100	100

Note: 3836 pasienter (41 prosent) har ubesvart på spørsmålet om psykososiale forhold (1707 jenter, og 2129 gutter). Opplysning om kjønn mangler for 20 pasienter.

"Avvikende nærmiljø" er den hyppigst forekommende kategorien på Akse 5. Kategorien omfatter "Oppvekst i institusjon", "Avvikende foreldresituasjon", "Isolert familie", "Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon", og "Annet avvikende nærmiljø". "Avvikende foreldresituasjon" er angitt for i alt 87 prosent av pasientene som er kodet innen denne kategorien (n=1208). Det er flere gutter enn jenter blant disse pasientene ($\chi^2=11,7$, $p<0,001$).

"Avvikende relasjoner innen familien", og "Psykisk forstyrrelse, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie" forekommer også relativt hyppig som psykososiale risikofaktorer. Det er flere jenter enn gutter innen begge disse kategoriene (hhv $\chi^2=8,4$, $p<0,01$, og $\chi^2=4,3$, $p<0,05$).

FUNKSJONSnivÅ

Fra 01.01.2008 ble skalaen Childrens Global Assessment Scale (CGAS) innført i psykisk helsevern for barn og unge for skåring av pasientens psykososiale fungering¹⁵. Gyldige koder på CGAS er en verdi mellom 1 og 100, der lave verdier indikerer dårlig psykososial fungering I henhold til Veileder i multiaksal klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), skal CGAS gjengi pasientens funksjonsnivå ved igangsettelse av saken, dvs. etter at pasienten ble tatt av ventelisten (www.kith.no/bup).

Tabellen under viser fordeling av CGAS skårer for pasientene.

Tabell 3.10 Diagnose. Funksjonsnivå (Akse 6) (CGAS) Antall og prosentandel pasienter.

Kategorier/skårer	Antall	Prosent
Utmerket funksjon på alle områder /100-91	9	<1
God funksjon på alle områder /81-90	72	2
Lett forstyrrelse av funksjonen /71-80	419	11
Noe vansker på et enkelt område, men fungerer generelt temmelig bra /70-61	927	23
Variabel funksjon med sporadiske vansker eller symptomer på flere men ikke alle sosiale områder /60-51	1 175	29
Moderat påvirket funksjon på de feste sosiale områder eller alvorlig forstyrrelse av funksjonen på ett område /50-41	987	25
Alvorlig svekket funksjon på flere områder /40-31	246	6
Ute av stand til å fungere på nesten alle områder /30-21	30	1
Trenger betydelig tilsyn og omsorg /11-20	17	<1
Trenger konstant tilsyn /10-1	94	2
Totalt	3 976	100

Skåre på CGAS mangler for en stor andel av pasientene (58 prosent), og opplysninger i tabellen har derfor begrenset verdi i fremstillingen av kliniske kjennetegn ved pasienter i BUP. Fordelingen blant de som har fått en CGAS skåre er forholdsvis normalfordelt. De fleste er skåret innen kodene 61-70, 51-60 og 41-50, som indikerer lett til moderat forstyrrelse av funksjonen. Gjennomsnittsscoren er 56 (SD=14,7).

3.2.8 Forekomst av suicidalatferd

Tabellen under viser forekomsten av ulike former for suicidal atferd blant pasientene, slik dette er vurdert av behandler.

¹⁵ Skalaen erstattet Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD).

Tabell 3.11 Suicidal atferd. Prosentandel pasienter.

	Gutter (n=5145)	Jenter (n=4238)	Totalt (n=8231)
Passive dødsønsker, ikke aktive	6	10	8
Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer	5	11	7
Konkrete selvmordsplaner	<1	1	<1
Gjort selvmordsforsøk før inntak	1	2	1
Ingen selvmordstanker/planer	65	57	61
Suicidal atferd ikke kjent/ubesvart	23	21	22
Totalt	100	100	100

Behandlerne rapporterer om suicidal atferd hos i alt 17 prosent av pasientene. Passive dødsønsker og tanker om å ta sitt eget liv er typisk suicidalatferd som forekommer hyppigere blant jenter (24 prosent) enn blant gutter (11 prosent).

3.2.9 Forekomst av selvskading

Neste tabell fremstiller forekomst av – og alvorlighetsgrad ved selvskadende atferd.

Tabell 3.12 Selvskadende atferd. Prosentandel pasienter.

	Gutter (n=5145)	Jenter (n=4238)	Totalt (n=9403)
Ingen	80	65	73
Mindre alvorlig	6	18	12
Alvorlig	1	4	2
Svært alvorlig	<1	1	<1
Ubesvart/ukjent	13	12	13
Totalt	100	100	100

Behandlerne rapporterer om kjennskap til selvskadende atferd hos 15 prosent av pasientene. Vanligvis er dette mindre alvorlig former for selvskading. Selvskading forekommer hyppigere blant jenter (23 prosent) enn blant gutter (7 prosent) ($\chi^2=477,4$, $p<0,001$).

3.2.10 Forekomst av rusmiddelproblematikk

Tabellen under viser forekomst av rusmiddelproblematikk etter aldersgrupper.

Tabell 3.13 Forekomst av rusmiddelproblematikk. Antall og prosentandel pasienter etter aldersgrupper.

Aldersgrupper	(n)	Antall med rusmiddelproblemer	Prosentandel med rusmiddelproblemer
Under 6 år	(314)	0	0
6-12 år	(3 632)	25	0,7
13-17 år	(4 541)	240	5,3
Over 17 år	(909)	90	9,9
Ubesvart	(7)	2	
Totalt	(9 403)	357	3,8

Rusmiddelproblematikk er naturlig nok mest fremtredende blant pasienter i den eldste aldersgruppen. I alderen 13-17 år har en av 20 pasienter et rusmiddelproblem. I tabellen under ser vi nærmere på hvilke typer rusmiddel som er i bruk.

Tabell 3.14 Type rusmiddel for pasienter med rusmiddelproblematikk. Antall pasienter.

Aldersgrupper	Ant. med rusmiddelproblemer (n=357)	Type rusmiddel angitt (antall pasienter)		
		Alkohol	Narkotika	Medikamenter
6-12 år	25	2	15	0
13-17 år	240	158	103	24
Over 17 år	90	55	48	14
Ubesvart	2	1	1	0

Blant de yngste er narkotika det mest vanlige rusmiddelet. I de to eldste aldersgruppene forekommer alkoholmisbruk noe hyppigere enn bruk av narkotika.

3.2.11 Rettighetspasienter, ø-hjelp og prioritet

I følge prioriteringsforskriften har pasienten rett til prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når tilstanden anses å være alvorlig, og helsehjelpen anses å være nyttig og kostnadseffektiv. Medio mars 2009 vil det foreligge en nasjonal prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge. Veilederen er basert på vurderinger av pasientrettighetsloven og hovedvilkårene i prioriteringsforskriften. Det vil her bli gitt anbefalinger på gruppenivå (pasientgruppe/klinisk bilde/tilstand) i forhold til maksimumsfrist for de pasientene som tildeles rettighetsstatus.

I det totale utvalget pasienter som inngår i registreringen er det fem prosent (n=444) som er vurdert til ikke å ha rett til prioritert helsehjelp¹⁶. En av fire i denne gruppen er henvist for atferdsvansker. Guttene er i flertall (56 prosent), og over halvparten er i aldersgruppen 13-17 år (52 prosent).

Fem prosent av pasientene er ø-hjelpspasienter. Denne gruppen domineres av jenter (59 prosent), og suicidalfare og tristhet er de hyppigst angitte årsaker til

¹⁶ Spørsmålet er ubesvart for i alt 729 pasienter.

henvisning (hhv 24 prosent og 23,5 prosent). De fleste er i aldersgruppen 13-17 år (64 prosent).

I studien har behandler gitt en vurdering av hastegrad/prioritet. Det ble presisert at vurderingen skulle baseres på den interne inntaksvurderingen (ved henvisningsmøtet), og den frist som ble satt i forhold til igangsetting av behandling for rettighetspasienter. Videre, at en her ikke etterspør den reelle ventetiden, men vurderingen av hvor lenge pasienten *kan* vente, og at følgende kriterier skulle benyttes for vurderingen av hastegrad: Høy: 0-1 mnd ventetid; Middels: 1-3 mnd ventetid, Lav: > 3 mnd ventetid, Ikke aktuelt: Ikke rett til prioritert helsehjelp¹⁷.

Tabellen under viser fordeling av hastegrad for pasientene.

Tabell 3.15 Hastegrad/prioritet. Antall og prosentandel pasienter.

Hastegrad	Antall	Prosent
Høy	1 306	15
Middels	4 556	51
Lav	2 515	28
Ikke aktuelt	553	6
Totalt	8 930	100

Note. Spørsmålet om hastegrad er ubesvart for 473 pasienter.

De fleste pasientene, og om lag halvparten vurderes å ha tilstander med middels hastegrad for igangsetting av behandling. Andel som vurderes å ha høy hastegrad er relativt lav.

I forhold til den kommende prioriteringsveilederen er det interessant å se hvordan pasientgrupper fordeler seg etter vurdert hastegrad. Tabellen under viser hvordan pasienter innen de seks hyppigst forekommende kategorier for henvisningsgrunner (jf. Tabell 3.7) fordeler seg i henholdsvis høy, middels og lav prioritet.

¹⁷ Kriteriene for høy og lav prioritet som er brukt i studien harmonerer med kategorier i veiledende anbefalinger presentert i høringsutkast til prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge, der man har brukt følgende maksimumsfrister: 2 uker, 4 uker, 8 uker, 12 uker, 26 uker.

Tabell 3.16 Henvisningsgrunner etter vurdert hastegrad. Prosentandel pasienter.

Henvisningsgrunner	Prosentandel pasienter etter hastegrad			Totalt (n=8579)
	Høy (n=1183)	Middels (n=4556)	Lav (n=2515)	
Tristhet/depresjon	23	19	14	20
Suicidalfare	11	2	1	3
Atferdsvansker	12	19	20	20
Angst/fobi	8	9	7	9
Spiseproblem	8	9	1	3
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	7	17	28	21
Annet	31	32	29	24

Det fremgår av tabellen at pasienter med symptomer på tristhet/depresjon er den gruppen som hyppigst gis høy prioritet til behandling. Videre ser vi at det er pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser/konsentrasjonsvansker som er størst blant pasienter som er vurdert til å ha lav hastegrad.

3.3 Geografiske variasjoner i pasientsammensetning

For å studere eventuelle geografiske variasjoner i pasientsammensetning har vi sammenlignet alder, henvisningsgrunner og diagnoser for pasienter tilhørende de ulike regionen. I tabellen under fremgår fordelingen av pasienter innen disse kategoriene, etter helseregion.

Tabell 3.17 Variasjoner i pasientsammensetning mellom helseregionene.

Pasientkjennetegn	Pasienter etter helseregion							
	Sør-Øst		Vest		Midt		Nord	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	n
<i>Alder</i>								
0-5 år	4	(209)	3	(43)	3	(45)	2	(17)
6-12 år	39	(2 075)	37	(544)	41	(605)	36	(408)
13-17 år	47	(2 504)	51	(753)	47	(692)	52	(592)
Over 17 år	10	(510)	10	(144)	9	(139)	10	(116)
(ubesvart alder)		(7)		(0)		(0)		(0)
<i>Henvisningsgrunner</i>								
Hyperaktivitet/kons.vansker	20	(971)	22	(309)	22	(279)	20	(200)
Atferdsvanser	21	(1 026)	18	(252)	18	(236)	21	(211)
Tristhet/depresjon	18	(976)	20	(273)	17	(221)	22	(226)
(ubesvart henvisningsgrunn)		(396)		(103)		(200)		(125)
<i>Diagnoser</i>								
Hyperkinetisk forstyrrelse	16	(847)	15	(206)	17	(258)	23	(257)
Nevrotiske lidelser	11	(566)	9	(125)	8	(118)	13	(142)
Affektive lidelser	6	(295)	6	(87)	5	(74)	6	(72)

Resultatene viser at det er små, og ikke statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene når det gjelder andel pasienter i de to yngste aldersgruppene, samt aldersgruppen over 17 år.

Helseregion Nord har en statistisk signifikant høyere andel pasienter i aldersgruppen 13-17 år sammenlignet med helseregion Sør-Øst og Midt ($X^2=7,9$, $p<0,0$). Helseregion Vest har også en høyere andel i denne aldersgruppen, sammenlignet med helseregion Sør-Øst ($X^2=5,6$, $p<0,05$), og Midt ($X^2=4,8$, $p<0,05$),

Sammenligningen av andel pasienter innen de tre mest hyppige forekommende henvisningsgrunnene på nasjonalt nivå, (jf. Tabell 3.7) viser også noe variasjon mellom helseregionene. Forskjellene i andel pasienter henvist for atferdsvansker er statistisk signifikant høyere i Sør-Øst enn i Vest (X^2). Videre finner vi at andel pasienter henvist for tristhet/depresjon er lavere i Midt-Norge sammenlignet med de øvrige helseregionene¹⁸ ($X^2=6,0$, $p<0,05$).

Helseregion Nord har en statistisk signifikant høyere andel pasienter innen diagnosekategorien hyperkinetiske forstyrrelser, og nevrotiske lidelser sammenlignet med de øvrige helseregionene^{19 20} (hhv $X^2=33,5$, $p<001$ og $X^2=8,3$,

¹⁸ Når vi slår sammen helseregionene Sør-Øst, Vest og Nord finner vi at 20 prosent av pasientene er henvist for tristhet/depresjon.

¹⁹ Når vi slår sammen helseregionene Sør-Øst, Vest og Midt-Norge forekommer diagnosen hos 16 prosent av pasientene.

²⁰ Når vi slår sammen helseregionene Sør-Øst, Vest og Midt-Norge forekommer diagnosen hos 10 prosent av pasientene.

$p < 0,01$). Forskjellen mellom helseregion Sør-Øst og Midt i andel pasienter med nevrotiske lidelser er også statistisk signifikant ($\chi^2=8,1$, $p < 0,01$).

3.4 Ventetid

Tabellen under gir en oversikt over ventetider for pasienter som omfattes av denne undersøkelsen.

Tabell 3.18 Tid fra henvisning til behandling igangsatt. Antall og prosentandel pasienter.²¹

Ventetid	Antall	Prosent
<14 dager	1 535	17
14-29 dager	1 651	18
30-59 dager	1 792	20
60-89 dager	1 410	15
90-119 dager	961	10
>119 dager	1 892	20
Totalt	9 151	100

Note. Opplysninger om ventetid mangler for 252 pasienter.

Tabellen viser at om lag hvert tredje barn/ungdom som var i poliklinisk behandling våren 2008 har ventet mindre enn en måned på dette tilbudet, og de fleste (70 prosent) har ventet mindre enn 3 måneder. En av fem pasienter har ventet mer enn 4 måneder.

Den gjennomsnittlige ventetiden i pasientutvalget er 72,2 dager ($SD=70,0$). Median ventetid er 51,0 dager. Gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter ($n=8048$) er 71,7 dager ($SD=66,9$), mens pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp ($n=431$) har ventet i gjennomsnitt 119,6 dager ($SD=99$).

Tabellen under viser gjennomsnittlig ventetid etter hvilket år pasienten fikk sin behandling igangsatt.

²¹ Omfatter pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp ($n=431$).

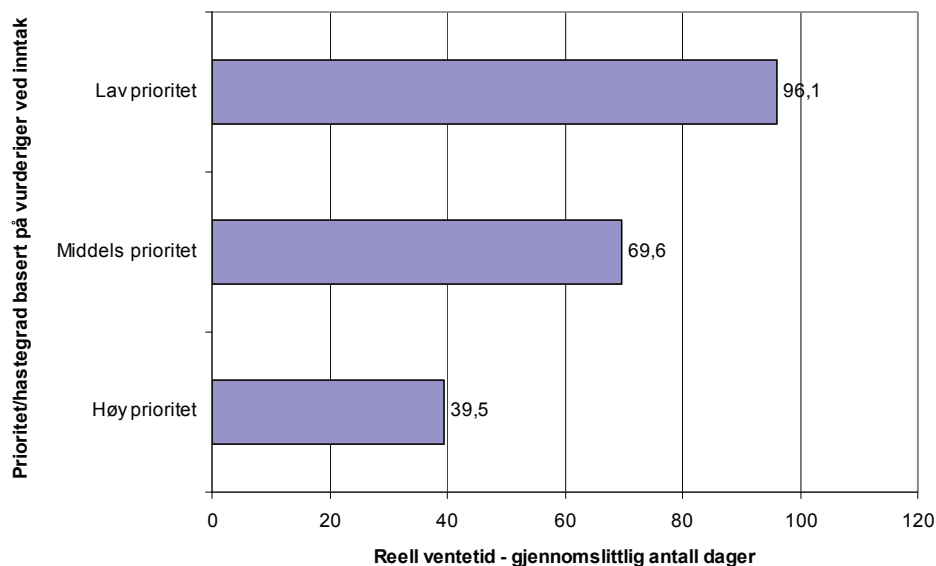
Tabell 3.19 Gjennomsnittlig ventetid etter år behandlingen ble igangsatt²².

År behandling igangsatt	Antall pasienter	Gjennomsnittlig ventetid (dager)	SD
Før 2004	412	74,5	82,9
2004	299	69,1	68,6
2005	573	72,2	73,9
2006	1 318	74,2	77,5
2007	3 743	71,3	67,2
2008	2 604	71,4	66,3
Totalt	9 151	72,2	70,0

Det fremgår av tabellen at barn/unge som startet sin behandling i 2004 hadde den korteste ventetiden. Ser vi bort fra disse, finner vi at ventetiden er lavere for de som startet behandling i 2007 og 2008, sammenlignet med de som har startet tidligere år.

3.4.1 Hastegrad/prioritet og reell ventetid

Gjennom studien har vi innhentet opplysninger både om hastegrad/prioritet basert på vurderinger gjort i inntaksmøtet, samt opplysninger om reell ventetid. I det følgende har vi sett nærmere på forholdet mellom disse to parametrene. Vi forventer å finne at pasienter med høyest prioritet og hastegrad også er de som har den gjennomsnittlig korteste ventetiden. Resultatene fremgår av figuren under.



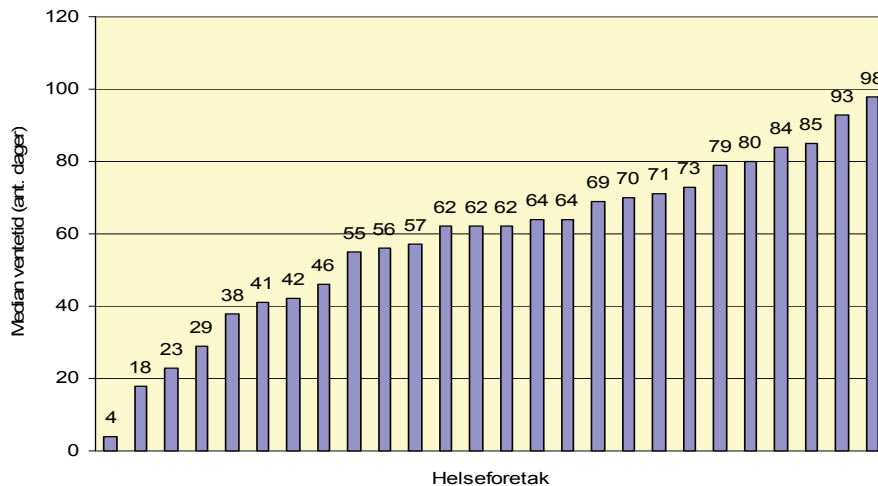
Figur 3.1 Forholdet mellom prioritet/hastegrad og reell ventetid.

²² Omfatter pasienter som ikke har rett til prioritert helsehjelp (n=431).

Som forventet finner vi høyt samsvar mellom den vurdering som ble foretatt ved inntaksmøtet i forhold til hastegrad og prioritet, og den reelle ventetiden for pasienten.

3.4.2 Geografiske variasjoner i ventetid

For å belyse eventuelle geografiske variasjoner i ventetid har vi sammenlignet median ventetid mellom helseforetakene i undersøkelsen²³. Resultatet er presentert i figuren under.



Figur 3.2 Variasjoner mellom helseforetak i median ventetid (antall dager).

Det fremgår av figuren at det er betydelig variasjon mellom helseforetakene i median ventetid. Ved det helseforetaket som har kortest ventetid er median 4 dager. I motsatt ender finner vi et helseforetak der median ventetid er i overkant av 3 måneder.

I tabellen under fremgår gjennomsnittlig og median ventetid etter helseregion.

Tabell 3.20 Gjennomsnittlig og median ventetid etter helseregion.

Helseregion	Antall pasienter*	Mean ventetid (dager)	SD	Median ventetid (dager)
Sør-Øst	5 189	59,7	59,4	39,0
Vest	1 445	94,8	80,1	79,0
Midt	1 436	91,4	81,7	70,0
Nord	1 081	76,5	56,0	71,2
Totalt	9 151	72,2	69,9	51,0

Note. Opplysning om ventetid mangler for 252 pasienter.

²³ Analysen omfatter to institusjoner som ikke er organisert under helseforetak, men som har driftsavtale med Helse Sør-Øst.

Det fremgår av tabellen at pasienter som mottar behandling ved en poliklinikk tilhørende i helseregion Sør-Øst har hatt betydelig kortere ventetid enn pasienter i de øvrige helseregionene. Pasienter ved poliklinikker i helseregion Vest har hatt lengst ventetid.

3.4.3 Ventetid etter pasientkjennetegn

I det følgende ser vi nærmere på i hvilken grad ventetid varierer med pasientens kjennetegn.

I tabellen under presenteres gjennomsnittlig og median ventetid etter kjønn og alder, samt etter problemområde (type symptomer) og funksjonsnivå. Årsaker til henvisning (type symptomet) er kategorisert i henholdsvis internaliserende symptomer (tristhet/depresjon, hemmet atferd, angst/fobi), eksternaliserende symptomer (hyperkinetiske forstyrrelser, atferdsvansker) og andre symptomer. Funksjonsnivå fremgår av CGAS. I analysen er CGAS kategorisert i henholdsvis scorer over og under gjennomsnittet (56).

Tabell 3.21 Ventetid etter kjønn, alder og symptomer.

Pasientkjennetegn	(n)	Mean	Median	SD
Gutt	(5 024)	79,1	73,4	73,4
Jente	(4 108)	63,7	64,5	64,5
0-5 år	(299)	45,1	34,0	38,7
6-12 år	(3 525)	83,7	65,0	72,6
13-17 år	(4 437)	68,8	48,0	69,9
Over 17 år	(883)	52,8	33,0	57,4
Eksternaliserende symptomer	(3 420)	90,2	72,0	78,4
Internaliserende symptomer	(2 688)	61,8	45,0	58,4
Andre symptomer	(3 043)	61,3	41,0	64,8
Lavt funksjonsnivå (CGAS 1-55)	(1 950)	68,5	66,6	66,6
Høyt funksjonsnivå (CGAS 56-99)	(1 928)	75,1	69,4	69,4

Det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig ventetid mellom gutter og jenter ($t=-10,6$, $p<0,001$). De yngste barna har lavere gjennomsnittlig ventetid enn pasienter i de øvrige aldersgruppene ($t=6,8$, $p<0,001$), og pasienter mellom 6-12 år er den aldersgruppen som venter lengst ($t=-12,6$, $p<0,001$).

Når vi sammenligner ventetiden for pasienter med ulike symptomer, finner vi at pasienter med eksternaliserende symptomer har betydelig lengre ventetid enn pasienter med internaliserende symptomer ($t=15,7$, $p<0,001$), eller med andre symptomer ($t=16,0$, $p<0,001$).

Det er også en statistisk signifikant forskjell i ventetid for pasienter med høyt sammenlignet med lavt funksjonsnivå ($t=-3,00$ ($p<0,01$)).

Vi har videre gjennomført en binomisk logistisk regresjonsanalyse for å studere prediktorer for ventetid. I fremstilling av resultatene viser vi effekten av variablene

som odds ratio. Når odds ratio er lik 1, er det ingen effekt av den uavhengige variabelen. Som eksempel kan vi tenke oss en dikotom²⁴ avhengig variabel Y, og en odds ratio som overstiger 1. Da vil odds ratio uttrykke hvor mye høyere sannsynlighet det er for at Y skal være 1, snarere enn 0, i én gruppe sammenlignet med i en annen. Og omvendt, dersom ratioen er mindre enn 1 gir dette et mål på hvor mye lavere i sannsynlighet dette målet er, i den ene gruppen sammenlignet med den andre.

Avhengig variabelen i analysen er ventetid dikotomisert over (1) og under (0) median²⁵. De uavhengige variablene er kjønn (1=gutt, 0=jente), alder (1= 6-12 år, 0=andre aldersgrupper), symptomer (1=eksternaliserende, 0= andre), og funksjonsnivå (1=høyt, 0=lavt).

Tabell 3.22 viser resultatet av regresjonsanalysen.

Tabell 3.22 Resultat binomisk regresjonsanalyse. Pasientkjennetegn assosiert med lengre ventetid.

Variabler	OR	95 % CI	
		Lower	Upper
Kjønn (gutt)	1,3	1,27	1,68
Alder (6-12 år)	1,5	1,47	1,95
Symptomer (eksternaliserende)	1,7	1,12	1,47
Funksjonsnivå (høyt)	1,2	1,06	1,37

Note. n=3860

Hver av de uavhengige variablene i analysen er statistisk signifikant assosiert ($p < 0,01$) med ventetid, når det er kontrollert for de øvrige variablene.

Det er en økt sannsynlighet (30 prosent) for at gutter må vente lengre enn jenter, at aldersgruppen 6-12 år venter lengre enn andre aldersgrupper (50 prosent), at de med eksternaliserte symptomer venter lenger enn de som har internaliserende eller annen problematikk (70 prosent), samt at barn/unge med høyt funksjonsnivå venter lenger enn de med lavt funksjonsnivå (20 prosent).

3.5 Behandlingstilbudet

3.5.1 Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel

VURDERING AV BEHANDLINGSNIVÅET

Undersøkelsen omfatter spørsmålet om pasienten mottar behandling på riktig omsorgsnivå, og evt. hvilket alternativt behandlingstilbud pasienten burde hatt. Spørsmålet er besvart for i alt 7 506 pasienter. I henhold til behandlernes vurderinger burde i alt 594 pasienter (8 prosent) mottatt behandling på et høyere nivå.

²⁴ Variabel kategorisert i to grupper (med verdiene 0 og 1).

²⁵ Median ventetid er 51 dager (jf. tabell 2.19)

Følgende tilbud etterspørres for denne gruppen: dagenhet (167 pasienter), døgnenhet (106 pasienter), familieenhet (77 pasienter), akutenhet (7 pasienter), ambulant oppfølging (100 pasienter), annet (137 pasienter).

Spørsmål om årsak til at pasienter ikke mottar behandling på ideelt nivå er besvart for 441 pasienter. For 127 pasienter er årsaken angitt å være at pasient/familie motsetter seg et annet tilbud, mens for liten kapasitet vurderes å være hovedproblemet for 65 pasienter. For øvrig er "annet" angitt som årsak til at poliklinisk behandling ikke representerer det ideelle behandlingsnivået (n=249). Den udekkede etterspørselen varierer i liten grad mellom helseregionene ²⁶.

TERAPIER/BEHANDLINGSFORMER I PSYKISK HELSEVERN

Behandler er bedt om å krysse ut terapi- og behandlingsformer pasienten faktisk mottar, samt foreta en vurdering av terapi/behandling pasienten ideelt sett burde hatt, men som ikke gis/ikke gis i tilstrekkelig omfang. Resultater av denne kartleggingen og vurderingen er presentert i tabellen under.

Tabell 3.23 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel etter terapier/behandlingsformer.

Terapier/behandlingsformer	Prosentandel pasienter (n=9403)	
	Får nå	Burde fått
Utredning/kartlegging	69	3
Individuell psykoterapi	47	3
Medikamentell behandling	23	3
Gruppeterapi	5	2
Familieterapi	20	5
Foreldrearbeid	51	5
Miljøterapi	5	3
Ettervern	4	1

Utredningen er ofte del av en behandlingsprosess, og ikke nødvendigvis ferdig før ved fullendt behandling (Rimehaug & Helmersberg, 1995). Det er likevel overraskende at over halvparten av pasientene fremdeles er under utredning. Supplerende analyser viser at andel pasienter under utredning varierer fra 69 til 79 prosent mellom helseregionene, og fra 48 til 81 prosent mellom helseforetakene.

Nær en av to mottar individuell psykoterapi. Foreldrearbeid er også forholdsvis hyppig igangsatt, og omfatter om lag halvparten av pasientene, mens familieterapi er iverksatt for en av fem pasienter. Om lag en av fire er under medikamentell behandling.

Behovet for andre tilbud enn det som faktisk gis er vurdert som lite. Det er størst udekket etterspørsel etter familieterapi og familiearbeid. I henhold til behandlernes vurderinger har 441 pasienter (5 prosent) et udekket behov for disse tiltakene.

²⁶ Sør-Øst: 7 prosent, Vest: 7,8 prosent, Midt-Norge: 6,8 prosent, Nord: 8,8 prosent. Forskjellene mellom helseregionene er ikke statistisk signifikante.

Spørsmålet om årsaker til at pasienten ikke har et ideelt terapitilbud er besvart for 1296 pasienter (14 prosent), og er i de fleste tilfeller oppgitt å være at pasienten ikke ønsker annet tilbud (n=680). For liten kapasitet er angitt som årsak for 156 pasienter, mens "annen årsak" er angitt for de resterende (n=460). Det er små, og ikke statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene i forhold til andel pasienter som etter behandlerens vurderinger ikke har et ideelt terapitilbud²⁷.

3.5.2 Tilbud utenfor det psykiske helsevernet

Tabellen under gir en oversikt over samtidige tilbud pasienten mottar fra instanser utenfor det psykiske helsevernet, samt behandlerens vurderinger av udekket etterspørsel etter disse tilbudene.

Tabell 3.24 Faktisk og udekket tilbud fra aktører/instanser utenfor psykisk helsevern.

Tilbud	Pasienter (n=9403)			
	Får nå		Burde fått	
	Ant.	(%)	Ant.	(%)
Oppfølging fra fastlege	3 089	(33)	387	(4)
Oppfølging fra helsesøster	1 389	(15)	313	(3)
Tiltak fra PPT	4 054	(43)	937	(10)
Tilrettelagt undervisning	3 993	(43)	734	(8)
Tilrettelagt barnehageplass	399	(4)	64	(1)
Støttekontakt	656	(7)	718	(8)
Avlastning	821	(9)	514	(6)
Omsorgsvurdering	590	(6)	287	(3)
Fosterhjem	609	(7)	103	(1)
Annet tilbud fra barnevernet	1 227	(13)	259	(3)
Ergoterapi	130	(1)	41	(<1)
Fysioterapi	502	(5)	142	(2)
Behandling fra somatisk spesialisthelsetjeneste	775	(8)	76	(<1)
Tiltak fra rusinstitusjon	126	(1)	52	(<1)
Behandling i psykisk helsevern for voksne	165	(2)	81	(1)

Note. Hver pasient kan motta mer et ett tilbud og mer enn ett udekket behov. Tabellen summerer seg derfor ikke til 100.

Tabellen viser at PPT og fastlegetjenesten er involvert i tiltak for om lag 30-40 prosent av pasientene. Nær en av fem pasienter mottar tiltak fra barneverntjenesten, mens helsesøster er involvert i oppfølging av 15 prosent av pasientene. Det er størst udekket etterspørsel etter tiltak fra PPT og tilrettelagt undervisning, samt støttekontaktordning. Den udekte etterspørselen etter disse tiltakene omfatter rundt 8-10 prosent av pasientene.

²⁷ Sør-Øst: 12,6 prosent, Vest: 15,7 prosent, Midt-Norge: 15,5 prosent, Nord: 4,7 prosent.

3.5.3 Mangelfullt kommunalt oppfølgingstilbud

I henhold til behandlernes vurderinger har i alt 2 448 pasienter (26 prosent) minst ett udekket behov for kommunalt oppfølgingstilbud. Behandlernes vurderinger av hva som er årsaker til dette er angitt for om lag halvparten av disse pasientene (Tabell 3.25).

Tabell 3.25 Årsaker til mangelfullt kommunalt oppfølgingstilbud (n=1519).

Årsaker	Antall	Prosent
Pasient/familie ønsker ikke annet tilbud	273	22
Mangel på ressurser/kapasitet	386	30
Mangel på kompetanse i de aktuelle tjenestene	145	11
Annet	468	37
Totalt	1 272	100

I de tilfeller der behandler har begrunnet at pasienten ikke har et adekvat kommunalt oppfølgingstilbud (n=1272) er kapasitetsproblemer og mangel på kompetanse presentert som hovedårsak for om lag 40 prosent av pasientene.

3.5.4 Geografiske forskjeller i det kommunale tilbudet

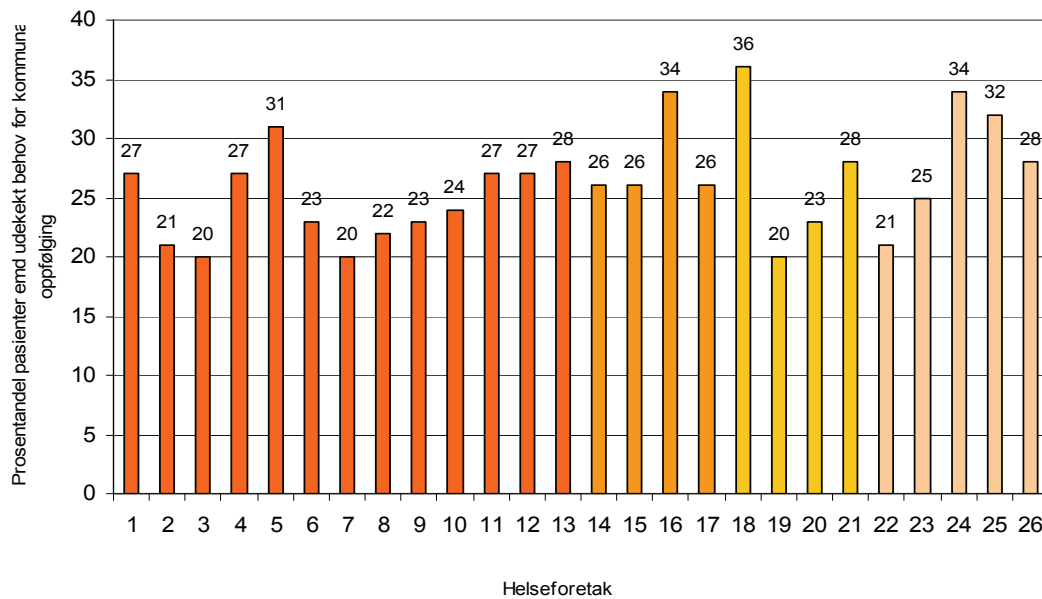
Vi har sett nærmere på gruppen barn og unge som i følge behandlerne har et mangelfullt kommunalt tilbud (n=2448). For å undersøke eventuell geografisk variasjon har vi foretatt en sammenligning mellom helseregionene i forhold til andel pasienter med udekket behov for kommunal oppfølging (Tabell 3.26).

Tabell 3.26 Variasjoner mellom helseregioner i andel pasienter med udekket behov for kommunal oppfølging.

Helseregion	Antall pasienter totalt	Ant. pasienter med mangelfullt kommunalt tilbud	Prosentandel pasienter med mangelfullt kommunalt tilbud
Sør-Øst	5 305	1 283	24
Vest	1 484	467	32
Midt-Norge	1 4 81	367	25
Nord	1 133	331	29

Resultat av en kji-kvadrattest viser at Helse Vest har en statistisk signifikant høyere andel pasienter med mangelfullt kommunalt tilbud sammenlignet med de øvrige helseregionene ($\chi^2=27,0$, $p<0,001$).

Variasjoner mellom helseforetakene i andel pasienter som har et udekket behov for kommunal oppfølging fremgår av figuren under.



Figur 3.3 Prosentandel pasienter med udekket behov for kommunal oppfølging. Etter helseforetak.

I figuren er helseforetakene sortert, og gitt fargekode etter helseregion (hhv Sør-Øst, Vest, Midt og Nord fra venstre mot høyre). Det fremgår at det er en betydelig variasjonsbredde mellom helseforetakene i forhold til andel pasienter som har et udekket kommunalt oppfølgingsbehov. Variasjonen er også stor innen den enkelte helseregion.

3.6 Tverrfaglig samarbeid

I undersøkelsen har vi sett nærmere på omfang av samarbeid mellom BUP og kommunale instanser. Behandlerne har dessuten gitt en vurdering av kvaliteten på samarbeidet med de ulike involverte instansene.

3.6.1 Samarbeid med kommunale instanser

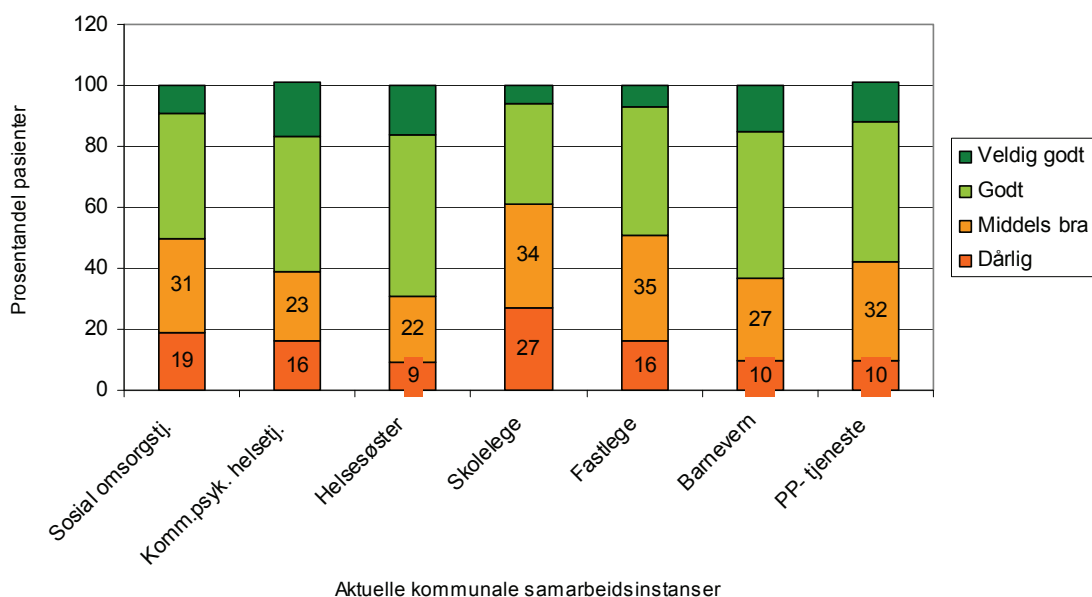
Tabellen under gir en oversikt over antall pasienter som omfattes av samarbeid med ulike kommunale instanser.

Tabell 3.27 Pasienter som omfattes av samarbeid mellom BUP og kommunale instanser.

Samarbeidsinstanser i kommunen	Antall pasienter	Prosentandel pasienter ²⁸
PP-tjeneste	4 279	46
Barnevern	2 267	24
Fastlege	2 168	23
Skolelege	322	3
Helsesøster	1 334	14
Kommunal psykisk helsetjeneste	489	5
Sosial omsorgstjeneste	496	5

Det fremgår av tabellen at PPT er den av de kommunale instansene som BUP hyppigst samarbeider med. Dette samarbeidet omfatter i alt 46 prosent av pasientene. Barneverntjenesten og fastlege er også forholdsvis ofte involvert i det tverrfaglige samarbeidet om pasientene. Omfanget av pasienter som omfattes av tilbud fra de ulike kommunale instansene er omtrent på samme nivå som ved forrige pasientregistrering (Andersson, Ose & Sitter, 2005).

Figuren under gjengir resultater av behandlernes vurderinger av hvordan samarbeidet med de ulike instansene fungerer.

Figur 3.4 Behandlernes vurderinger av kvalitet i samarbeidet med kommunale instanser.²⁹

²⁸ Fordi én pasient kan være omfattet av samarbeid med mer enn én tjeneste, summerer ikke prosentandelene til 100.

²⁹ Antall pasienter i analysen (n) varierer for de ulike samarbeidsinstansene, jf. Tabell 2.26.

Hovedinntrykket er at en stor andel pasienter omfattes av et samarbeid mellom BUP og kommunale instans som ikke fungerer optimalt. Vi legger spesielt merke til at samarbeidet med fastleger (n=2168), skoleleger (n=322) og sosial omsorgstjeneste (n=496) vurderes som dårlig eller mindre bra for nær halvparten av pasientene. Samarbeidet med PPT, barneverntjenesten og helsesøster vurderes som godt eller veldig godt for de fleste pasientene, men også her er det verd å legge merke til at 30-40 prosent av pasientene omfattes av et samarbeid som vurderes som dårlig eller middels bra fungerende. Sett i forhold til resultatene fra pasientregistreringen i 2004, er det få endringer i forhold til hvordan behandlere i BUP vurderer samarbeidet med de kommunale instansene.

3.6.2 Samarbeid i spesialisthelsetjenesten

Tabellen under gir en oversikt over omfanget av pasienter som omfattes av samarbeid med andre instanser i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3.28 Omfang av pasienter som omfattes av samarbeid med andre instanser i spesialisthelsetjenesten.

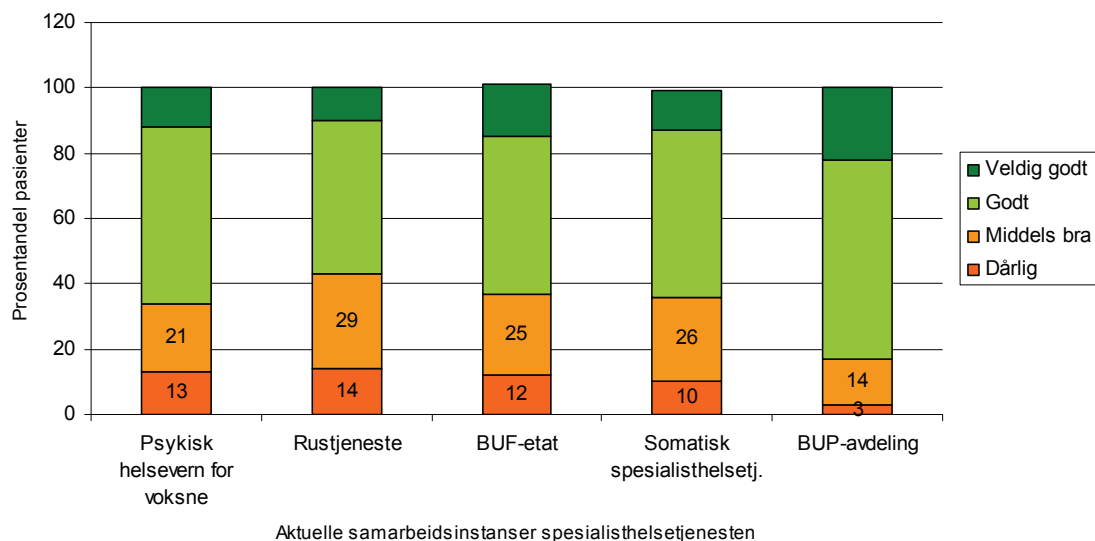
Samarbeidsinstanser i spesialisthelsetjenesten	Antall pasienter	Prosentandel pasienter ³⁰
Institusjon i psykisk helsevern for barn og unge	670	7
Somatisk spesialisthelsetjeneste	418	4
BUF- etat	370	4
Rustjeneste	156	2
Psykisk helsevern for voksne	245	3

Tabellen viser at samarbeid med andre instanser i spesialisthelsetjenesten er forholdsvis lite utbredt. Samarbeid med annen BUP-avdeling forekommer noe mer hyppig enn med øvrige aktuelle instanser.

Figuren under illustrerer behandlernes vurderinger av kvaliteten i samarbeidet med de aktuelle instanser i spesialisthelsetjenesten³¹.

³⁰ Fordi en pasient kan være omfattet av samarbeid med mer enn en tjeneste, summerer ikke prosentandelene til 100.

³¹ Antall pasienter i analysen varierer for de ulike instansene, jf. Tabell 3.28.



Figur 3.5 Behandlernes vurderinger av kvalitet i samarbeidet med instanser i spesialisthelsetjenesten.

Figuren viser at samarbeidet med annen BUP-avdeling gis en bedre vurdering enn samarbeidet med de øvrige aktuelle tjenestene. For øvrig legger vi merke til at en relativt stor andel av pasientene (30- 40 prosent) omfattes av samarbeid som ikke fungerer godt.

3.6.3 Årsaker til samarbeidsproblemer

Gjennom undersøkelsen har vi søkt å få et inntrykk av hva som kan være barrierer i det tverrfaglige samarbeidet. Registreringsskjemaet inneholdt en liste over aktuelle utfordringer, der behandler ble bedt om å krysse ut hvilke av disse som oppleves som barrierer for et velfungerende samarbeid for den enkelte pasient. Fremgangsmåten gjør det ikke mulig å undersøke i hvilken grad utfordringene varierer i forhold til de ulike aktuelle samarbeidsinstansene, og belyser kun generelle årsaksfaktorer for samarbeidsproblemer.

Registreringen viser at totalt 3 058 pasienter (33 prosent) omfattes av et samarbeid, mellom BUP og annen instans, som fungerer dårlig eller middels bra. Årsaker til samarbeidsproblemene er imidlertid ubesvart for en stor andel av disse pasientene. Med forbehold om denne svakheten i datamaterialet viser undersøkelsen at "For få møteplasser" og at "Samarbeidende instans mangler ressurser" er de to årsaksforhold som hyppigst er rapportert (for hhv. 17 prosent og 14 prosent av pasientene). Øvrige aktuelle barrierer, som "Ulik faglig forankring", "ansvarsforskyvning", "Uenighet i forståelse/iverksetting av tiltak", "Mangler koordinator", "BUP mangler ressurser", er angitt som aktuelle for 4-9 prosent av pasientene som omfattes av mindre bra tverrfaglig samarbeid.

3.7 Individuell plan og ansvarsgruppe

Retten til individuell plan fremgår av pasientrettighetsloven § 2-5. Retten gjelder pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Pasienten skal samtykke til at planen utarbeides, og har rett til å delta i utarbeidelsen av den.

Hovedmålet med individuell plan er å bidra til at pasienten får et individuelt tilpasset tilbud, som er helhetlig og koordinert. Tabellen under viser statistikk over status for utarbeidelse av individuell plan.

Tabell 3.29 Status for utarbeidelse av individuell plan.

Status for utarbeidelse av individuell plan	Antall	Prosent
Har individuell plan	579	6
Påbegynt med ikke ferdig	487	5
Vet ikke	852	9
Har ikke en individuell plan	5 743	61
Ubesvart	1 742	18
Totalt	9 403	100

Resultatene indikerer at individuell plan er utarbeidet, eller under utarbeidelse for 11 prosent av pasientene. Tilsvarende statistikk fra pasientregistreringen i 2004 viste at man da arbeidet med en individuell plan for i alt 20 prosent av pasientene. Spørsmålet er imidlertid ubesvart for en forholdsvis høy andel av pasientene i denne pasientregistreringen, noe som vanskeliggjør tolkningen av resultatene og en direkte sammenligning med tallene fra 2004.

I tabellen under sammenligner vi helseregionene med hensyn til status for utarbeidelse av individuell plan for pasientene.

Tabell 3.30 Status for utarbeidelse av individuell plan etter helseregioner.

Status for utarbeidelse av individuell plan	Prosentandel pasienter			
	Sør-Øst (n=5305)	Vest (n=1484)	Midt-Norge (n=1481)	Nord (n=1133)
Har individuell plan	6	7	5	6
Påbegynt med ikke ferdig	5	6	5	6
Vet ikke	9	9	12	8
Har ikke en individuell plan	61	62	63	60
Ubesvart	20	16	16	21
Totalt	100	100	100	100

Det fremgår av denne sammenligningen av helseregionene at det er ubetydelig variasjon i forhold til andel pasienter som har fått utarbeidet en individuell plan. Også disse resultater må tolkes med forsiktighet da andel pasienter med ubesvart på spørsmålet om IP varierer noe mellom regionene.

3.7.1 Årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet

Behandlernes vurdering av årsaker til at det ikke er utarbeidet en individuell plan er presentert i tabellen under.

Tabell 3.31 Årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet.

Årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Pasienten fyller ikke kriteriene	3 686	54
Pasient/pårørende ønsker det ikke	542	8
Uklart hvem som skal ta initiativ til igangsettelse	353	5
Forhold i 1.linjen	230	3
Vet ikke	877	13
Annet	1 107	16
Totalt	6 795	100

Årsaker til at det ikke er utarbeidet en individuell plan er krysset ut for 6 795 pasienter (72 prosent). At pasienten ikke fyller kriteriene er den begrunnelse som hyppigst er oppgitt for disse. Dette indikerer at behandler vurderer at pasienten ikke har behov for langvarige og koordinerte tjenester. I 13 prosent av tilfellene vet ikke behandler hva som er årsaken til at det ikke finnes en individuell plan.

3.7.2 Ansvarsgruppe

Ansvarsgruppe er et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for brukere/pårørende og tjenesteutøverne. Det er et tilbud til personer med omfattende og sammensatte behov, som har behov for tiltak fra mer enn en tjeneste/etat, og hvor samarbeid utenom de faste kanaler er nødvendig. Gjennom ansvarsgruppen skal personen få et koordinert tjenestetilbud, og kunnskap om sine rettigheter. Bruker/pårørende er fast deltager i gruppen, og gruppen har alltid en hovedkontakt

Spørsmålet om det er etablert ansvarsgruppe for pasienten er besvart for 6 337 pasienter. Svarfordelingen er presentert i tabellen under.

Tabell 3.32 Omfang av pasienter med ansvarsgruppe.

Er det etablert en ansvarsgruppe for pasienten?	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Ja	2 255	24
Nei	2 716	29
Ikke aktuelt	1 366	15
Ubesvart	3 066	33
Totalt	9 403	100

Spørsmålet om ansvarsgruppe er ubesvart for en stor andel av pasientene, og tallene i tabellen gir derfor ikke et godt bilde av status for bruk av ansvarsgrupper i psykisk helsevern for barn og unge. Ansvarsgruppe oppgis å være etablert for 24 prosent av pasientene.

3.8 Brukernes medvirkning og innflytelse

I følge pasientrettighetslovens § 3-1 og § 3-2, (LOV 1999-07-02 nr. 63), har pasienten rett til å medvirke og delta aktivt når vedkommende får helsehjelp, samt

rett til å få informasjon om egen helsetilstand og behandling. For å kartlegge i hvilke grad disse rettighetene oppfylles er det i denne undersøkelsen stilt 6 spørsmål til behandler vedrørende kommunikasjonen med pasient og familie. Spørsmålene er besvart på en 3-delt skala, fra "I liten grad" til "I stor grad". I tillegg har det vært mulig å krysse av for "Ikke aktuelt".

Spørsmålene og svarene som er gitt er presentert i tabellen under. Spørsmålene er ubesvart for 9-16 prosent av pasientene. Disse er holdt utenfor ved beregning av svarfordelingene som er presentert i tabellen, og gjør at resultatene i tabellen må tolkes med forsiktighet

Tabell 3.33 Behandlers vurdering av kommunikasjon med pasienten og foresatte.

I hvilken grad:	(n)	Prosentandel pasienter			
		I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Er det brukt ressurser på å informere foresatte om behandlingsopplegget?	(8 551)	4	22	71	3
Er det brukt ressurser på å informere pasienten om behandlingsopplegget?	(8 447)	9	27	58	6
Er det lagt tilrette for å involvere foresatte i valg av behandlingsopplegg?	(8 447)	6	24	68	3
Er det lagt til rette for at pasienten skal kunne fremme sine synspunkter/ønsker i behandlingen?	(8 370)	9	25	61	6
Har pasienten vist interesse for eget behandlingsopplegg?	(7 856)	16	34	42	8
Har foresatte involvert seg i behandlingsopplegget?	(8 403)	5	21	71	3

De to første spørsmålene er relatert til retten til informasjon. I henhold til behandlernes vurderinger har man i tre av fire saker i stor grad brukt ressurser på å informere foresatte om behandlingsopplegget. Resultatene viser at ressursbruk i forhold til å informere barn/ ungdom er noe mindre omfattende. Her oppgis det at man i 36 prosent av sakene i liten/eller noen grad har lagt vekt på informasjonstiltak.

Når det gjelder medvirkning oppgir behandlerne at man i de fleste saker i stor grad har lagt til rette for å involvere foresatte og pasienten i behandlingsopplegget. Det er imidlertid grunn til å bemerke at i 30 prosent av sakene oppgir man at slik tilrettelegging bare forekommer i noen eller liten grad over for foresatte og pasient.

4 Institusjonstilbudet

4.1 Metode

4.1.1 Prosedyrer

Pasientregistreringen ved dag- og døgnenheter baserte seg på en anonym tværsnittregistrering av alle barn/unge som mottok dag – eller døgnbaserte tilbud (pasienter i tiltaksfase) pr 20. november 2007. Undersøkelsen ble gjennomført ved at behandlingsansvarlig fylte ut ett registreringsskjema for hver av sine aktuelle pasienter.

Utfylte registreringsskjema ble sendt samlet til SINTEF Helse i konvolutt uten logo, for å sikre anonymiteten i undersøkelsen. Hver av de deltagende enhetene sendte i tillegg inn en oversikt over antall skjema som ble returnert, samt informasjon om kontaktperson ved enheten. En ferdigfrankert svarkonvolutt ble benyttet til dette.

Undersøkelsen ble tilrådd av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og godkjent av Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk, region Midt-Norge.

4.1.2 Rekruttering og utvalg

Samtlige enheter i psykisk helsevern for barn og unge som gir dag - eller døgnbaserte behandlingstilbud ble invitert til å delta i undersøkelsen. De 59 aktuelle enhetene mottok en første orientering om undersøkelsen per brev i september 2007. Med utsendingen av registreringsskjema primo november, fulgte en detaljert beskrivelse av fremgangsmåte og en presisering av hvilke pasienter undersøkelsen skulle omfatte. Det fremgikk av denne at undersøkelsen skulle omfatte alle pasienter i tiltaksfase ved en klinikk/enhet/avdeling i psykisk helsevern for barn og unge, også de som er omfattet av et slikt tilbud i kombinasjon med poliklinisk og ambulant oppfølging. Det ble videre presisert at bare pasienter som var til stede ved enheten/avdelingen, evt. som hadde kontakt med ambulant team den aktuelle dagen, skulle inkluderes. I tillegg ble det orientert om at pasienter som mottar rene polikliniske tilbud, fra en poliklinikk i psykisk helsevern, ville omfattes av en egen kartleggingsundersøkelse på et senere tidspunkt.

4.1.3 Registreringsskjema

Det ble utarbeidet et fire-siders registreringsskjema i samarbeid med referansegruppen (jf. pkt 2.1.1). Skjemaet ble revidert og utvidet i forhold til det som ble benyttet ved forrige pasientregistreringen i 2003. Skjemaet dekket følgende tema: i) Henvisning/mottaksopplysninger (kjønn, alder, foresattes utdanning, omsorgs-

situasjon, hvem som ha foreldreansvar, henvisende instans, barnevernets rolle ved inntak, henvisningsformalitet ved inntak, spesialistvedtak ved innleggelse og nåværende status, ventetid, vurdering av hastegrad/ prioritet, henvisningsgrunn, tidligere behandling i psykisk helsevern); ii) Vurdering av pasientens tilstand (suicidalatferd, selvskadende atferd, rusmiddelproblematikk, diagnose (akser 1, 5 og 6), iii) Behandlingen (planlagt varighet av oppholdet, vedtak om tvangsbehandling, bruk av tvangsmidler, kommunikasjonen med pasienten og foresatte, bruk av individuell plan og ansvarsgruppe, tverrfaglig samarbeid); iii) Behandlers vurdering av behandlingstilbudet/udekket behov (enhet/omsorgsnivå, terapier, andre tilbud utenfor psykisk helsevern for barn og unge). For å sikre anonymiteten i undersøkelsen ble det ikke innhentet opplysninger om navn på institusjon, eller hvilket helseforetak eller helseregion denne er tilknyttet.

4.1.4 Datatilfang og representativitet

Vi mottok svarskjema med navn på kontaktperson fra i alt 53 institusjoner (90 prosent). Tverrsnittsregistreringen omfatter totalt 393 pasienter.

Vi har beregnet representativitet ved å sammenligne fordelingen av kjønn, alder og de fem mest hyppig forekommende diagnosene, for pasienter i utvalget og i den nasjonale statistikken over barn og unge som mottok et institusjonstilbud i psykisk helsevern i 2007 (Bjørngaard et al., 2008). Dette er fremstilt i Tabell 4.1.

Tabell 4.1 Kjønn, alder og diagnosesammensetning i utvalget, sammenlignet med nasjonal statistikk. Prosentandel pasienter.

Pasientkjennetegn	Nasjonal statistikk (n=2315)	Utvalg (n=393)
Gutter	45,3	43,8
Jenter	54,4	51,4
Kjønn ubesvart	0,3	4,8
< 6 år	2,0	1,0
6-12 år	24,8	27,2
13-17 år	62,9	58,3
Over 17 år	10,4	12,0
Alder ubesvart	0,0	1,5
Affektive lidelser (F30 – F39)	10,5	13,0
Nevrotiske lidelser (F40-F48)	10,2	11,7
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	8,8	13,5
Blandede atferd- og følelsesmessig forstyrrelser (F92)	2,2	3,8
Atferdssyndr. forb. med fysiologiske forstyr. og fysiske fakt. (F50-F59)	2,5	5,6
Annet	24,6	19,3
Ukjent/ingen diagnose	41,2	33,1

Det fremgår av tabellen at utvalget er relativt representativt i forhold til kjønns- og aldersfordelingen, men har en noe høyere andel pasienter innen kategorien Hyper-

kinetiske forstyrrelser (F90), og innen kategorien Atferdsforstyrrelser forbundet med fysiologiske forhold og fysiske faktorer (F50-F59³²), sammenlignet med den nasjonale årsstatistikken. Andel pasienter som har fått en diagnose er høyere i utvalget, og dette kan forklare de observerte forskjellene i diagnosesammenheng.

4.2 Kjennetegn ved pasientene

4.2.1 Alder og kjønn

Tabell 4.2 viser pasientenes alders- og kjønnsfordeling.

Tabell 4.2 Pasienter etter kjønn og alder. Antall og prosentandel pasienter.

Aldersgrupper	Gutter		Jenter	
	Antall	(Pst)	Antall	(Prosent)
0-5 år	2	(50)	2	(50)
6-12 år	78	(79)	21	(21)
13-17 år	81	(37)	140	(63)
Over 17 år	7	(16)	37	(84)

Note: 19 pasienter har ikke opplysning om kjønn. 6 pasienter har ikke opplysning om alder.

Ungdommer i alderen 13-17 år er den dominerende pasientgruppen, etterfulgt av barn i alderen 6- 12 år. Jenter er i et klart flertall i de to eldste aldersgruppene, mens det er flere gutter enn jenter blant de yngre. I alt 12 prosent av pasientene er over 17 år.

For å studere i hvilken grad det er endringer i pasientsammensetning i løpet av de tre siste årene er data innhentet i 2007 (n=393) sammenlignet med datamaterialet fra tilsvarende pasientregistrering gjennomført høsten 2003 (n=331) (se Andersson, Ose & Sitter, 2005). Forskjeller mellom utvalgene er analysert ved bruk av kji- kvadrattester. Vi finner en tendens til en økning i andel jenter fra 48 pst. til 54 pst. Endringen er imidlertid ikke statistisk signifikant ($X^2=2,8$, $p=0,09$).

Andel pasienter i aldersgruppen 6-12 år er lavere i 2007 (27 pst), sammenlignet med i 2004 (37 pst), ($X^2=7,3$, $p=0,007$), samtidig finner vi en statistisk signifikant økning av pasienter i alderen over 17 år fra 2 pst. til 12 pst. ($X^2=27,3$, $p<0,000$).

4.2.2 Sosiale bakgrunnsfaktorer

For å beskrive nærmere kjennetegn ved pasientene er det innhentet opplysninger om følgende sosiale bakgrunnsfaktorer; foresattes utdanningsnivå, pasientens omsorgssituasjon, samt hvem som har foreldreansvaret. De tre neste tabellene presenterer statistikk over disse forholdene.

³² Omfatter spiseforstyrrelser (F50,0 – F50,9).

Tabell 4.3 Foresattes utdanningsnivå. Antall og prosentandel pasienter.

Høyest fullført utdanning	Antall	Prosent
Grunnskole	43	15
Videregående skole	57	19
Høgskole/universitet lavere grad	73	25
Høgskole/universitet høyere grad	123	41
Totalt	296	100

Note: For 74 pasienter er det svart "vet ikke". For 23 pasienter er spørsmålet ubesvart.

Spørsmålet om foresattes utdanningsnivå er besvart for 296 av pasientene (75 prosent). Materialet viser at 15 prosent av pasientene har foresatte der høyeste utdanningsnivå er grunnskole, mens 19 prosent har avsluttet utdanningen etter videregående skole. 25 prosent har foresatte med høyskole/universitetsutdanning av lavere grad, mens hele 41 prosent har foresatte med høyskole/universitetsutdanning av høyere grad.

Sammenligning med tilgjengelig statistikk over foresattes utdanningsnivå blant elever i videregående skole (se Kaspersen et al., 2009, jf. Kap 2.2.2 side 24) viser at pasientutvalget har en relativt høy andel der foresatte har grunnskole som høyeste utdanningsnivå, og samtidig en betydelig høyere andel der minst en av de foresatte har en høyskoleutdanning.

I neste tabell ser vi på pasientenes bosituasjon hjemme.

Tabell 4.4 Bosituasjon hjemme. Antall og prosentandel pasienter.

Barnet/ungdommen bor hos	Antall	Prosent
Begge foreldre	140	36
Pendler mellom mor og far	28	7
Mor	108	28
Far	31	8
Mor med samboer	39	8
Far med samboer	3	1
I fosterhjem	13	3
På institusjon	22	6
Annet	9	2
Totalt	393	100

Opplysninger vedrørende omsorgssituasjon er ikke innhentet ved tidligere pasientregistreringer ved dag/døgntilbudet i psykisk helsevern. Foreliggende statistikk viser at de fleste av pasientene bor hos begge foreldrene. De som ikke bor sammen med begge foreldrene bor vanligvis sammen med mor. I underkant av 10 prosent av pasientene bor ikke sammen med mor eller far.

Tabellen under viser hvem som har foreldreansvaret.

Tabell 4.5 Hvem har foreldreansvaret. Antall og prosentandel pasienter.

Hvem har foreldreansvaret	Antall	Prosent
Mor og far	275	70
Mor	81	21
Far	21	5
Andre	13	3
Totalt	390	100

Note: For 3 pasienter mangler opplysning om hvem som har foreldreansvaret.

Det er mest vanlig at mor og far har foreldreansvaret sammen. Om lag en av fem pasienter lever i familier der mor alene har foreldreansvaret. For tre prosent barna/ungdommene er det andre enn foreldrene som har forelderansvaret. Dette kan enten være fosterforeldre eller barnevernet.

4.2.3 Barnevernets rolle ved inntak

Sviktende omsorg og psykososiale belastninger i oppvekstmiljøet er relatert til psykiske problemer hos barn (f eks Cicchetti & Tooth, 1998; Dwyer, Nicholsson, & Battistutta, (2003). Barnevernet kan derfor være involvert i tiltak overfor barn og unge som har behov for behandling i psykisk helsevern. Tiltakene kan omfatte ulike former for hjelpetiltak, som for eksempel besøkshjem og avlastningshjem og støttekontakt, undersøkelser vedrørende barnets/ungdommens situasjon og hvordan foreldrene klarer omsorgen. Barnevernet benytter seg dessuten av ulike omsorgstiltak utenfor hjemmet; fosterhjem og institusjoner. (Senter for Atferdsforskning, 2003; www.bufetat.no) Tabellen under viser barnevernets rolle ved inntak i institusjonen.

Tabell 4.6 Barnevernets rolle ved inntak. Antall og prosentandel pasienter.

Barnevernets rolle	Antall	Prosent
Arbeider ikke med saken	223	58
Rollen ikke fastlagt	26	7
Hjelpetiltak	76	20
Undersøkelser	20	5
Omsorgstiltak	12	3
Frivillig plassering	13	3
I institusjon med samtykke	7	2
I institusjon uten samtykke	2	1
Tatt foreldreansvaret	1	1
Totalt	387	100

Note: For 6 pasienter mangler opplysning om barnevernets rolle ved inntak.

Det fremgår av tabellen at barnevernet er involvert i forhold til 35 prosent av pasientene, der den mest vanlige formen for tiltak er i kategorien hjelpetiltak.

4.2.4 Henvisning

I tabellen under ser vi hvilke instanser som er registrert som henviser av barnet/ungdommen.

Tabell 4.7 Hvem har henvist pasienten. Antall og prosentandel pasienter.

Henviser	Antall	Prosent
Poliklinikk (BUP)	270	69
Fastlege/allmennlege	35	9
Allmennlegevakt	21	5
Annen dag/døgnet	20	5
Somatisk spesialisthelsetjeneste	13	3
Sosialtjeneste	10	2
Andre	20	5
Totalt	389	100

Note: Andre omfatter følgende: pasienten selv (n=2), helsesøster (n=1), egen enhet (n=1), PP-tjeneste (n=2). For 4 pasienter mangler opplysning om hvem som har henvist pasienten.

Det fremgår av tabellen at de aller fleste barn/ungdommer er henvist fra en poliklinikk. Om lag en av ti pasienter er henvist av fastlege eller allmennlege. Andre instanser som allmennlegevakt, somatisk spesialisthelsetjeneste og kommunale instanser henviser forholdsvis sjelden.

I neste tabell ser vi på årsakene til at barn/unge er henvist til behandling.

Tabell 4.8 Henvisningsgrunn. Prosentandel pasienter. Antall og prosentandel pasienter.

Problemområder angitt av henviser	Gutter	Jenter	Totalt
Tristhet/depresjon	27	38	32
Atferdsvansker	23	9	16
Suicidalfare	4	14	9
Angst/fobi	11	6	8
Psykotiske trekk	9	6	8
Spiseproblem	1	8	6
Autistiske trekk	10	3	6
Tvangstrekk	2	4	3
Hemmet atferd	1	3	2
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	6	3	4
Annet	6	7	6
Ikke angitt av henviser	1	0	1
Totalt	100	100	100

Note: For 19 pasienter mangler opplysning henvisningsgrunn.

Tristhet/depresjon er den tilstand som hyppigst er angitt som årsak til henvisning, og angår nær en av tre pasienter. Atferdsvansker er også relativt hyppig forekommende, og angitt som viktigste henvisningsgrunn for 16 prosent av pasientene.

Sammenlignet med statistikk fra 1999³³ er det en tredobling av i barn/unge som henvises for tristhet/depresjon (fra 11 pst. til 32 pst), og en omtrent en halvering av pasienter som henvises for atferdsvansker (fra 35 pst til 16 pst) og hyperaktivitet (fra 10 pst. til 4 pst.)

Suicidalfare, og psykotiske trekk angår om lag en av ti pasienter. Det er ikke endringer i forekomst av disse tilstandene siden 1999. Andel barn/unge som henvises for angst/fobi har økt fra fire prosent i 1999 til åtte prosent i 2007.

4.2.5 Henvisningsformaliteter

Det psykiske helsevernet reguleres av psykisk helsevernloven (LOV 1999-07-02 nr. 62) kapittel fire, og dens tilhørende forskrifter. Psykisk helsevern skal som hovedregel skje ved frivillighet. I visse tilfeller gir imidlertid psykisk helsevernloven hjemmel for bruk av tvang. I henhold til psykisk helsevernloven må pårørende samtykke til anvendelse av tvungent psykisk helsevern for barn under 16 år. Ungdom kan også innlegges mot sin egen og foreldrenes vilje i institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge etter barnevernloven (LOV 1992-07-17 nr. 100) (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Samleopplysninger i institusjonsstatistikken til SSB viser at det i 2007 var 156 vedtak om tvangsinnleggelse for ungdom 16-18 år (Bjørngaard et. al, 2008).

Tabellen under viser henvisningsformalitet ved inntak, dvs. den paragraf pasienten er søkt innlagt etter.³⁴

Tabell 4.9 Henvisningsformalitet ved inntak. Antall pasienter.

Henvisningsformalitet	Antall
Frivillig	368
Tvungen observasjon	12
Tvungent psykisk helsevern	9
Annet	2
Totalt	391

Note: For 2 pasienter mangler opplysning henvisningsformalitet. "Annet" omfatter Barnevernloven (n=1) og Annen lov hjemmel (n=1)

Materialet viser at 12 pasienter er søkt innlagt etter § 3-2 *Vedtak om tvungen observasjon*, mens § 3-3 *Vedtak om tvungent psykisk helsevern* er benyttet for ni pasienter.

I spørreskjema ble det skilt mellom henvisningsformalitet og vedtaket til lege/ psykolog ved institusjonen. Innleggelsesformaliteten er presentert i tabellen under,

³³ Opplysninger om henvisningsgrunn ble også innhentet i pasientregistreringen i 2004. Fordi registreringskjemaet den gang var utformet slik at man kunne angi mer enn én henvisningsgrunn, er ikke dette materialet egnet for sammenstilling med opplysninger innhentet i 2007, der man har registrert kun én henvisningsgrunn (viktigste henvisningsgrunn) for pasienten.

³⁴ Datamaterialet ikke gir mulighet til å skille ut pasienter i den aktuelle aldersgruppen (> 16 år).

der det også er skilt mellom vedtaket ved innleggelse og på registreringstidspunktet (dvs. 20. november 2007).

Tabell 4.10 Spesialistvedtak. Antall pasienter.

Spesialistvedtak	Ved innleggelse	På registreringstidspunktet
	Antall pasienter	Antall pasienter
Frivillig innleggelse	354	251
Kontrakt	3	1
Tvungen observasjon	9	1
Tvungent psykisk helsevern	9	10
Annet	2	1
Totalt	377	264

Note: For 16 pasienter mangler opplysning om spesialistvedtak ved innleggelse. For 129 pasienter mangler opplysning om spesialistvedtak på registreringstidspunktet. Annet omfatter Dømt til tvungent psykisk helsevern (n=1) og Barnevernloven (n=1).

Spørsmålet om spesialistvedtak er ubesvart for en del pasienter, og det er derfor ikke mulig å direkte sammenligne henvisningsformaliteten ved inntak med spesialistvedtaket ved innleggelse, og på registreringstidspunktet. Oversikten over spesialistvedtak på registreringstidspunktet viser at § 2-2 *Samtykke om å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern* (kontrakt), § 3-2 *Vedtak om tvungent psykisk helsevern*, og § 3-3 *Vedtak om tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven*, er anvendt for til sammen 13 pasienter.

4.2.6 Diagnoser

Neste tabell viser fordelingen av pasienter etter hoveddiagnose (ICD-10 Akse 1, Kliniske psykiatrisk syndrom).

Tabell 4.11 Diagnose. Klinisk psykiatrisk syndrom (Akse 1). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.

Diagnosekategorier	Gutter (n=172)	Jenter (n=202)	Totalt (n=393)
Schizofreni og paranoide lidelser	4	6	5
Affektive lidelser	6	19	13
Nevrotiske lidelser	6	16	12
Atferdssyndromer forbundet med fysiske faktorer	1	8	6
Hyperkinetiske forstyrrelser	24	5	13
Atferdsforstyrrelser	3	2	2
Blandede atferd- og følelsesmessig forstyrrelser	6	3	4
Andre atferdsforstyrrelser	0	1	1
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	4	2	3
Tics	3	1	2
Annet (F70-79; F80-89)	8	2	5
Diagnostisk vurdering mangler/ukjent/ikke reg. diagnose	33	36	33
Totalt	100	100	100

Note: Opplysning om kjønn mangler for 19 pasienter.

Hyperkinetiske forstyrrelser (F90.0, F90.1, F90.8, F90.9), affektive lidelser/stemningslidelser (F30-F39) og nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F48)³⁵ er de diagnosekategoriene som forekommer hyppigst.

Det fremgår av tabellen at det er vesentlige forskjeller mellom gutter og jenter med hensyn til fordelingen på disse tre diagnosekategoriene. Gutter dominerer blant de som har diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser ($X^2=29,4$, $p<0,001$), mens det er en betydelig overvekt av jenter blant de som har affektive lidelser ($X^2=12,6$, $p<0,001$) og nevrotiske lidelser ($X^2=10,1$, $p<0,001$).

Det er en statistisk signifikant økning i andel pasienter med affektive lidelse, fra 8 pst. i 2003 til 13 pst. i 2007 ($X^2=5,0$, $p=0,03$). For øvrig ser vi ingen vesentlige endringer i denne perioden når det gjelder diagnosesetting³⁶. Andel pasienter som mangler diagnostisk vurdering, eller ikke har registrert diagnose er også uforandret fra 2003 til 2007.

Når vi sammenligner diagnosedata i 1999 og 2007 finner vi imidlertid flere endringer. Andel pasienter med affektive lidelser/stemningslidelser var omtrent like stor i 1999 (7 prosent), som i 2004. Økningen i andel pasienter innen denne diagnosekategorien har altså kommet i løpet av de siste årene. Videre ser vi en reduksjon i andel pasienter med diagnosen atferdsforstyrrelser, (fra 8 prosent til 2 prosent, $X^2=12,8$, $p<0,001$), og likeså en reduksjon i pasienter innen diagnosekategorien blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser ($X^2=17,1$, $p<0,001$) og forstyrrelser i sosial fungering ($X^2=6,2$, $p<0,05$). Endringer i andel pasienter

³⁵ De mest hyppig forekommende diagnosene i denne kategorien er F42,2 (Blandede tvangstanker og tvangshandlinger), F43,1 (Posttraumatisk stresslidelse) og F43,2 (Tilpasningsforstyrrelser).

³⁶ Flere diagnoser har en redusert forekomst i 2007 sammenlignet med i 2004, men dette utgjør ikke statistisk signifikante endringer.

innen de ulike diagnosekategoriene må imidlertid tolkes med forsiktighet, da andel pasienter som ikke har diagnose er høyere i 2007 sammenlignet med i 1999 (Mangler diagnostisk vurdering: $X^2=25,7$, $p<0,001$; Ukjent diagnose: $X^2=15,7$, $p<0,001$).

Tabellen under viser fordelingen på ICD-10, Akse 5 – Avvikende psykososiale forhold. Aksen er et hjelpemiddel for koding av betydelige avvikende sider ved barnet/ungdommens psykososiale situasjon, som i følge tilgjengelig dokumentasjon utgjør risikofaktorer for barn/unges utvikling og tilpasning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006¹).

Tabell 4.12 Diagnose. Psykososiale forhold (Akse 5). Hovedtilstand ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.

Diagnosekategorier	Gutter (n=150)	Jenter (n=187)	Totalt (n=355)
Avvikende relasjoner innen familien	41	35	38
Psykisk forstyrrelse hos mor eller far	7	12	9
Inadekvat/forstyrret kommunikasjon innen familien	9	14	11
Avvikende sider ved oppdragelsen	3	3	3
Avvikende nærmiljø	5	7	6
Akutte livshendelser	5	4	5
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	3	3	3
Kronisk mellommenneskelig belastning	3	4	3
Belastende hendelser som resultat av barnets forstyrrelse	7	2	5
Ingen åpenbar forstyrrelse	17	17	18
Totalt	100	100	100

Note: 38 pasienter har ubesvart på spørsmålet om psykososiale forhold (22 gutter, 15 jenter). Opplysning om kjønn mangler for 19 pasienter.

Avvikende psykososiale forhold er angitt for over 80 prosent av pasientene. Avvikende relasjoner innen familien³⁷ er den kategorien som er angitt for flest pasienter (38 pst.). De to nest hyppigst forekommende kategoriene er psykisk forstyrrelse hos mor eller far og inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien.

Global vurdering av pasientenes funksjonsnivå (ICD-10, Akse 6, Global Assessment og Psychosocial Disability (GAPD))³⁸ fremgår av tabellen under. Denne standardiserte kliniske skåringen skal gjenspeile hvordan pasienten fungerte psykologisk og psykososialt i starten av den aktuelle episoden. Hovedtilstanden er den tilstand som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006¹).

³⁷ Kategorien omfatter følgende forhold: Manglende varme i mor-barn forholdet, Disharmoni mellom voksne i familien, Fiendtlighet eller sydebukkgjøring av barnet, Fysisk barnemishandling, Seksuelle overgrep, Annen type avvikende relasjoner innen familien.

³⁸ Denne skalaen var i bruk på registreringstidspunktet. Den utgikk 01.01.08, og ble da erstattet av skalaen Children's Global Assessment Scale (CGAS).

Tabell 4.13 Diagnose. Psykososial fungering (Akse 6). Ved behandlingsstart. Prosentandel pasienter.

Skåre/Diagnosekategorier	Gutter (n=153)	Jenter (n=172)	Totalt (n=343)
0/Utmerket/god sosial fungering	1	4	3
1/Moderat sosial fungering	9	11	9
2/Lett sosial forstyrrelse	8	13	11
3/Moderat sosial forstyrrelse	22	24	23
4/Alvorlig sosial forstyrrelse	42	29	35
5/Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	9	12	11
6/Ute av stand til å fungere på de fleste områder	5	3	4
7/Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	3	3	3
8/Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	1	2	2
Totalt	100	100	100

Note: 50 pasienter har ubesvart på spørsmålet om psykososial fungering (19 gutter, 30 jenter). Opplysning om kjønn mangler for 19 pasienter.

Fordelingen av skårer på akse 6 er noe skjevfordelt, med forholdsvis få pasienter som har skårer på 7 og 8. De fleste pasientene har skårer som indikerer moderat til alvorlig sosial forstyrrelse. Gutter har en noe høyere gjennomsnittsskåre enn jenter ($t=-1,07$), men forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p=0,09$).

Andel pasienter med høyt funksjonsnivå (scorer 0-3) er statistisk signifikant høyere i 2007 (48 pst.) enn i 1999 (36 pst.), ($X^2=7,7$, $p<0,05$).

4.2.7 Forekomst av suicidalatferd, selvskading og rusmiddelproblemer

Gjennom tverrsnittregistreringen har vi kartlagt suicidalatferd og forekomst av selvskadende atferd blant pasientene. Tabellen under viser forekomst av ulike former for suicidalatferd.

Tabell 4.14 Suicidalatferd. Prosentandel pasienter.

	Gutter (n=169)	Jenter (n=201)	Totalt (n=393)
Passive dødsønsker, ikke aktive	11	12	12
Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer	11	23	17
Konkrete selvmordsplaner	3	6	4
Gjort selvmordsforsøk før inntak	3	14	9
Gjort selvmordsforsøk under oppholdet	1	3	2
Ukjent	11	7	10
Ingen selvmordstanker/planer	62	34	47
Totalt	100	100	100

Note: "Ukjent" omfatter fire pasienter der spørsmålet om suicidalatferd er ubesvart. For 19 pasienter er ikke kjønn oppgitt.

I henhold til behandlernes vurderinger har i alt 169 pasienter (43 pst.) ønsker, tanker eller planer om å ta sitt eget liv. I denne gruppen er det elleve prosent som har gjort selvmordsforsøk før inntak eller under oppholdet, hvorav de aller fleste er jenter (83 prosent). Nær halvparten (46 prosent) har tristhet/depresjon som viktigste henvisningsgrunn. Videre er det er det blant disse pasientene en statistisk signifikant høyere andel med affektive lidelser ($X^2=18,8$, $p<0,001$), og en lavere andel med hyperkinetiske forstyrrelser ($X^2=7,6$, $p<0,01$), sammenlignet med den øvrige pasientgruppen. Suicidalatferd forekommer betydelig hyppigere blant jenter enn blant gutter ($X^2=35,5$, $p<0,000$).

Blant pasienter med suicidalatferd er det i alt 119 (70 prosent) som også har selvskadende atferd. Tabellen under viser forekomst – og alvorlighetsgrad av selvskadende atferd i det totale pasientutvalget.

Tabell 4.15 Selvskadende atferd. Prosentandel pasienter.

	Gutter (n=169)	Jenter (n=201)	Totalt (n=389)
Ingen	79	38	58
Mindre alvorlig	19	46	33
Alvorlig	1	13	7
Svært alvorlig	0	4	2
Totalt	100	100	100

Note: Fire pasienter har ubesvart på spørsmålet om selvskadende atferd.

Det rapporteres om selvskadende atferd for totalt 42 prosent av pasientene, der ni prosent karakteriseres om alvorlige, eller svært alvorlige former for selvskading. Det er en betydelig overvekt av jenter med selvskadende atferd ($\chi^2=64,3$, $p<0,000$). I alt 212 pasienter (54 prosent) har enten suicidalatferd eller selvskadende atferd.

Det er begrenset kunnskap om forekomst av samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblem hos ungdommer. Internasjonal forskning viser imidlertid at barn med psykiske problemer har en øket risiko for å utvikle rusmiddelproblemer i ungdomsalderen (f eks Regier, Farmer & Goodwin, 1992). Forekomst av rusmiddelproblematikk i pasientgruppen er presentert i neste tabell.

Tabell 4.16 Forekomst av rusmiddelproblematikk. Antall og prosentandel pasienter etter aldersgrupper.

Aldersgrupper	(n)	Antall med rusmiddelproblemer	Prosentandel med rusmiddelproblemer
Under 12 år	111	2	2
13-17 år	229	14	6
Over 17 år	47	10	21
Ubesvart	6	1	
Totalt	393	27	7

Note: Sju pasienter har ubesvart på spørsmålet om rusmiddelproblematikk.

Det fremgår av tabellen at samtidig rusmiddelproblematikk forekommer for totalt sju prosent av pasientene. Som forventet er forekomst høyest i den eldste aldersgruppen, der det rapporteres at nær en av fem pasienter har rusmiddelproblematikk. Det er for øvrig en tendens til hyppigere forekomst blant jenter enn blant gutter, men forskjellen er ikke statistisk signifikant ($X^2= 3,2$, $p=0,08$).

4.2.8 Ø-hjelp

Rett til prioritert helsehjelp fremgår av pasientrettighetsloven (LOV - 1999-07-02-63), paragraf 2-1. Det er her presisert at barn og unge med psykiske lidelser som har akutt behov for hjelp skal få nødvendig helsehjelp uten unødig opphold. I forskrift av 21. desember 2000 nr 1409 er det gitt regler for øyeblikkelig hjelp, hvor en blant annet har en oppregning av tilstander som i hovedsak utløser plikt til å gi øyeblikkelig hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000).

Blant pasienter som omfattes av denne tverrsnittregistreringen er det i alt 99 (25 pst.) som er øyeblikkelig-hjelp pasienter. I alt 70 prosent av disse er jenter, og ni av ti er i aldersgruppen 13-18 år. De vanligste henvisningsgrunnene er suicidalfare (30 pst.), tristhet/ depresjon (25 pst.) og psykotiske trekk (16 pst.). De fleste har tidligere vært pasienter i psykisk helsevern (84 pst.). Affektive lidelser er den hyppigst forekommende (22 pst.) diagnosekategorien i denne gruppen. I alt 35 prosent har ukjent/ikke registrert diagnose (15 pst.), eller mangler en diagnostisk vurdering (22 pst.)

4.2.9 Hastegrad og ventetid

Pasienter som ikke vurderes å ha tilstander som krever øyeblikkelig hjelp skal henvises, og har da rett til å få en vurdering av sin helsetilstand innen 30 virkedager. Innen denne tidsfristen skal det tas stilling til om pasienten har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp, og evt. at det fastsettes en individuell frist for når helsehjelp senest skal gis.

I spørreskjemaet har behandler anmerket vurdering av hastegrad/prioritet for pasienten. Vurderingen er basert på den interne inntaksvurderingen (ved henvisningsmøtet), og den frist som ble satt i forhold til igangsetting av behandling for rettighetspasienter.

Tabell 4.17 Vurdering av hastegrad. Antall og prosentandel pasienter.

Hastegrad	Antall	Prosent
Høy	157	49
Middels	125	39
Lav	15	5
Ikke aktuelt	23	7
Totalt	320	100

Note: For 73 pasienter mangler opplysning om hastegrad.

Vurderingen av hvor lenge pasienten kan vente viser at de fleste og nær halvparten av pasientene som omfattes av tverrsnittregistreringen er vurdert å ha en høy hastegrad. Bare fem prosent vurderes å ha lav hastegrad. Svaralternativet ikke aktuelt er brukt for sju prosent av pasientene.

Ventetid er i spørreskjemaet definert som tiden fra henvisningen er mottatt ved institusjonen til pasienten mottar helsehjelp (jf. Norsk pasientregister). Tabellen under gjengir ventetiden for pasientene i utvalget.

Tabell 4.18 Tid fra henvisning til behandlingsstart. Antall og prosentandel pasienter.

Tid	Antall	Prosent
Under en uke	75	24
1-4 uker	93	30
1-2 måneder	75	24
3-6 måneder	55	18
7-12 måneder	7	2
Over ett år	9	3
Totalt	314	100

Note: Opplysningen mangler for 79 pasienter.

Det fremgår av tabellen at over halvparten av pasientene har ventet mindre enn en måned på behandlingstilbudet, og at de aller fleste mottar et behandlingstilbud innen et halvt år fra henvisning. Tjuetre prosent av pasientene har ventet mer enn 3 måneder på et behandlingstilbud.

Det er mulig å sammenligne ventetidsstatistikken med data innhentet ved institusjonene høsten 1999³⁹ (Andersson, 2001). Vi finner en statistisk signifikant økning i andel pasienter som venter mindre enn en måned, ($X^2=40,7$, $p<0,001$). Det er samtidig en reduksjon i andel som venter fra 1-6 måneder ($X^2=17,8$, $p<0,001$), og mer enn 6 måneder ($X^2=4,2$, $p<0,05$). Andel som venter 3- 6 måneder er imidlertid uforandret.

I neste tabell ser vi på ventetid i forhold til pasientens alder.

Tabell 4.19 Tid fra henvisning til behandlingsstart. Prosentandel pasienter etter alder.

Tid	Prosentandel pasienter		
	Under 13 år (n=92)	13-17 år (n=183)	Over 17 år (n=33)
Under en uke	15	25	39
1-4 uker	34	29	21
1-2 måneder	24	24	30
3-6 måneder	25	15	9
Over 6 mnd	2	8	0
Totalt	100	100	100

Note. 79 pasienter mangler opplysninger om ventetid. Seks pasienter mangler opplysning om alder.

Det er en overvekt av ungdom over 17 år blant de som venter mindre enn en måned på et behandlingstilbud. I denne aldersgruppen har de aller fleste mottatt et

³⁹ Opplysninger om ventetid ble ikke innhentet i 2003.

tilbud innen tre måneder. Dette gjenspeiler høyst sannsynlig at det i denne aldersgruppen relativt sett er flere pasienter med akutte og eller alvorlige tilstander. I alle aldersgruppene venter de fleste mindre enn 3 måneder. I gruppen barn under 13 år venter en av fire fra tre til seks måneder på et behandlingstilbud.

4.2.10 Tidligere pasienthistorie

Tabellen under gir en oversikt over tidligere pasienthistorie

Tabell 4.20 Tidligere pasienthistorie. Antall og prosentandel pasienter.

Pasienthistorie	Antall	Prosent*
Tidligere innskrevet med samme tilstand	78	20
Tidligere innskrevet med annen tilstand	27	7
Ikke innskrevet tidligere	73	19
Tidligere behandlet poliklinisk	265	67
Ikke tidligere behandlet i psykisk helsevern	30	8
Annet	16	4

Note: n= 393. Hver pasient kan ha mer enn én "historie".

Tabellen viser at om lag en av fire pasienter har vært innlagt tidligere, - i de fleste tilfeller gjelder dette samme tilstand. Godt over halvparten har mottatt et poliklinisk tilbud før institusjonstilbudet. Under 10 prosent er pasienter uten erfaring med det psykiske helsevernet.

4.2.11 Varighet av oppholdet

Varigheten av et opphold ved institusjon i psykisk helsevern vil variere med type institusjon og enhet, i tillegg til alvorlighetsgrad ved den psykiske lidelsen. Tabellen under gir en oversikt over den planlagte varigheten av oppholdet for pasienter i utvalget

Tabell 4.21 Planlagt varighet av oppholdet. Prosentandel pasienter.

	Gutter (n=153)	Jenter (n=172)	Totalt (n=343)
1-7 dager	6	7	6
8-30 dager	14	27	20
1-2 måneder	12	15	14
2-6 måneder	22	22	23
6-12 måneder	19	19	20
1-2 år	26	10	17
Over 2 år	2	1	1
Totalt	100	100	100

Note: 10 pasienter har ubesvart på spørsmålet om planlagt varighet av oppholdet (7 gutter, 3 jenter). Opplysning om kjønn mangler for 19 pasienter.

Tabellen viser at 61 prosent av pasientene har et opphold som varer mer enn 60 dager. Om lag ett av fire barn/unge har et tilbud som varer mindre enn en måned. Langtidsopphold over ett år er aktuelt for 18 prosent av pasientene.

4.2.12 Tvangsbehandling

Vedtak om tvangsbehandling⁴⁰ foreligger 11 av de registrerte pasientene. Vedtaket omfatter legemiddelbehandling (n=7), ernæring, (n=1) eller annen behandling (n=3). Bruk av tvangsmidler i behandlingen er rapportert for 50 pasienter. Tabellen under gir en oversikt over hvilke tvangsmidler som er anvendt.

Tabell 4.22 Bruk av tvangsmidler i behandling av pasienten.

Type tvangsmiddel	Antall (n=50)	Prosent
• Mekaniske tvangsmidler	7	14
• Holding	45	90
• Isolasjon	5	10
• Legemidler	9	18
• Skjerming	14	28

Pasienter som omfattes av tvangsmiddelbruk er innlagt ved følgende avdelingsenheter: akutt døgnenhet (n=15), langtids døgnenhet (n=13), intermediearenhet (n=6), behandlingshjem (n=10), og dagenhet (n=6). Det ble fattet vedtak om tvangsbehandling for sju av disse (14 prosent) i løpet av siste måned før registreringen fant sted.

For hver pasient kan det være anvendt ulike former for tvangsmidler. Det er til sammen rapportert om 85 tilfeller av tvangsmiddelbruk overfor de 50 pasientene som er tvangsbehandlet, der holding er det mest vanlige (45 pasienter). Skjerming, bruk av legemidler, mekaniske tvangsmidler og isolasjon forekommer, men i betydelig mindre omfang (5-14 pasienter).

4.3 Oppholdet

4.3.1 Avdelingsenheter

Tabellen under viser antall pasienter ved ulike enheter og behandlingsnivå på registreringstidspunktet.

⁴⁰ Tvangsbehandling er kun aktuelt for aldersgruppen over 16 år. Studien gir ikke grunnlag for å anslå prosentandel pasienter under tvangsbehandling i den aktuelle aldersgruppen.

Tabell 4.23 Antall pasienter ved ulike enheter og behandlingsnivå. Antall og prosentandel pasienter.

Avdelingsenhet	Antall pasienter (n=393)	Prosentandel pasienter
Akutt døgnenhet	96	24
Langtidsenhet	77	20
Intermediæravdeling ⁴¹	42	11
Behandlingshjem	70	18
Familieenhet døgnbasert tilbud	15	4
Familieenhet dagbasert tilbud	11	3
Dagenhet	21	5
Ambulant oppfølging	73	19
Poliklinisk tilbud	112	28

De fleste av pasientene som inngår i registreringen har et døgntilbud, enten ved en langtidsenhet/klinikkavdeling (20 prosent), ved et behandlingshjem (18 prosent), eller ved en intermediæravdeling (11 prosent). I alt 96 av pasientene innlagt ved en akutt døgnenhet (24 prosent). Det er registrert 15 pasienter som mottar et familiebasert døgntilbud (4 prosent).

Det er en relativt mindre andel pasienter som mottar dagbaserte tilbud (8 prosent). For øvrig omfatter utvalget en forholdsvis stor andel barn/unge som mottar et ambulant oppfølgingstilbud (19 prosent), og i alt 28 prosent av pasientene har samtidige tilbud om polikliniske behandling.

Sammenlignet med datamaterialet fra pasientregistreringen i 2003 har andel pasienter som mottar ambulant oppfølging økt (fra 6 prosent), likeså andel som mottar polikliniske tilbud (fra 18 prosent). I materialet fra 2003 var det imidlertid en større andel pasienter i dagbehandling (24 prosent).

Av datamaterialet fremkommer at både ambulant oppfølging og polikliniske tilbud gis som del av et opphold ved en dag - eller døgnenhet. Tabellen under viser antall pasienter som omfattes av ulike slike kombinasjoner av tilbud/tiltak.

⁴¹ Benevnelsen Intermediærenhet er i KITH's definisjonskatalog erstattet med rehabiliterings- og korttidsenhet. Enheten kan tilby ambulant oppfølging og polikliniske tilbud.

Tabell 4.24 Enhetstilknytning for pasienter som mottar ambulant oppfølging og polikliniske tilbud. Prosentandel pasienter.

Enheter/tilbud	Prosentandel pasienter	
	Ambulant oppfølging (n=73)	Polikliniske tilbud (n=112)
Akutt døgnenhet	10	25
Langtidsenhet	8	7
Rehabilitering og kortidspost	3	8
Behandlingshjem	3	5
Familieenhet døgnbasert	-	4
Familieenhet dagbasert	-	3
Dagenhet	6	2
Poliklinisk tilbud	38	-
Ambulant oppfølging	-	34
Enhet ikke angitt	6	12
Totalt	100	100

I alt 38 prosent av pasienter som mottar ambulant oppfølging har også et poliklinisk behandlingstilbud. Pasienter som er omfattet av dette behandlingstilbudet er i nær 20 prosent av tilfellene innlagt ved en akutt døgnenhet eller ved en langtidsenhet. Tilbudet er noe sjeldnere forekommende ved kortidsposter og dagenheter, og fraværende for pasienter ved familieavdelinger.

Polikliniske behandling er hyppigst kombinert med ambulant oppfølging. En av fire pasienter som mottar et slikt tilbud er innlagt ved en akutt døgnenhet. Polikliniske tilbud forekommer for øvrig for pasienter ved hver av de aktuelle enhetene

4.3.2 Mottar pasienten behandling ved riktig behandlingsnivå?

Behandler har i undersøkelsen foretatt en vurdering av det nåværende behandlingstilbudet ved å angi ved hvilken enhet/omsorgsnivå pasienten ideelt sett burde ha vært plassert. Tabellen under viser omfanget av slik "feilplassering" ved hver av de aktuelle enhetene, som prosentandel pasienter som i henhold til behandles vurderinger burde hatt et annet tilbud.

Tabell 4.25 Behandlernes ønsker om annet tilbud for pasienter ved ulike enheter/tilbud. Antall ønsker/etterspørslar.

Faktisk enhet (antall pasienter)	Ideell enhet/ideelt tilbud (antall ønsker)									Ønsker om annet tilbud
	Akutt døgn	Lang- tids	Inter- med	Beh. hjem	Fam. døgn	Fam. dag	Dag	Amb.- lant	Poli- klinisk	
Akutt døgnenh. (96)		13	5	4	9	6	3	10	7	58
Langtidsenhet (77)	1		-	-	5	-	1	10	5	22
Intermediær (42)	1	2		3	5	1	-	8	3	23
Behandlingshj. (70)	-	1	-		2	4	2	20	6	35
Fam.enhet.døgn(15)	-	-	-	-		-	-	-	-	0
Fam.enhet dag (11)	-	1	1				-	1	-	3
Dagenhet (21)	-	1	-	-	-	1		1	1	4
Ambulant oppf. (73)	-	6	1	1	8	3	-		6	25
Poliklinisk tilb. (112)	1	7	1	2	10	5	2	14		42
Totalt	3	31	8	10	39	20	8	64	29	212

For hver pasient kan det være angitt mer enn ett ønsket tilbud. Tabellen angir derfor "sum ønsker", (og ikke sum pasienter) når det udekkede behovet for behandlingsplasser/tilbud presenteres.

Det fremgår at den udekkede etterspørselen er høyest for pasienter som er innlagt ved akutt døgnavdeling. For de 96 pasientene fremmes totalt 58 ønsker om et annet tilbud, enten i tillegg til, eller i stedet for tilbudet som pasienten faktisk mottar. Den udekkede etterspørselen for denne gruppen omfatter alle alternative enheter/tilbud, - men spesielt plass ved langtids døgnavdeling, tilbud til hele familien, ambulant oppfølging og polikliniske tilbud.

Det er også forholdsvis høy udekket etterspørsel etter annet tilbud for pasienter som har andre døgnbaserte tilbud. Blant disse etterspørres primært ambulante tilbud. etterspørselen etter dette tilbudet er spesielt høyt i gruppen barn/unge som er innlagt ved behandlingshjemmene, de det etterspørres for 29 prosent av pasientene.

HVOR MANGE PASIENTER ER "FEILPLASSETE"?

Analyser på pasientnivå viser at det i alt er 105 pasienter i utvalget (27 prosent) som i følge behandler ideelt sett burde hatt behandlingstilbud ved en annen enhet/nivå enn der de faktisk befinner seg på registreringstidspunktet.

Tabellen under viser behandleres vurderinger av årsaker til at pasienten ikke mottar behandling ved ideell enhet/nivå.

Tabell 4.26 Årsaker til at pasienten ikke mottar behandling fra ideell enhet/nivå.

Årsaker	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Pasient/familie motsetter seg annet tilbud	22	28
For liten kapasitet/ressurser	28	35
Annet	29	37
Totalt	79	100

Årsak til at pasienten mottar tilbud ved "feil" enhet er angitt for i alt 79 av de 105 "feilplasserte" pasientene. I de fleste tilfeller skyldes "feilplasseringen" mangel på kapasitet og ressurser, men det er også en forholdsvis stor andel som motsetter seg et annet tilbud.

Andre årsaksforhold er angitt for 29 pasienter. For noen av disse pasientene har behandler benyttet fritekstfelt i spørreskjemaet til å presisere hva som ligger i dette:

"Pasienten har skrevet seg ut fra langtidsenhet som han ble henvist til", "Venter på fast omsorgshjem/base", "Venter på å få bytte terapeut", "Mangler akutt familieenhet døgnbasert tilbud", "Står på vent", "Pasienten motsetter seg samarbeid med familien", "Utredning ikke ferdig", "Nylig innskrevet ordinært tilbud etter ambulant", "Dette er noe vi begynner å se først nå, og det er mulig det vil bli søkt i samarbeid med familieenheten, for et kortere opphold"⁴², "Barneverntjenesten har etablert nytt omsorgstilbud ved et interkommunalt psykiatrisk senter, derfor vært innlagt lenger enn nødvendig", "Venter på fornyet omsorgsbaser", "Kommer ikke i gang, mye sykdom hos mor, glemmer etc.", "kommunen har ikke tilbud", "Er ikke kommet i gang", "Tidligere omsorgsbaser oppløst", "mangel i kommunen på "tunge" tilbud ved psykotisk ungdom", "Tilbud finnes ikke", "Familien har fått tilbud, men ikke bestemt seg ennå", "Vanskelig å finne et egnet tilbud", "Svært sammensatt og kritisk problem/nedbygging av PU- omsorg", "Ikke tilgjengelig tilbud", "Lang reisevei", "Det er ikke rom for å foreslå for familien", "Manglende kompetanse/erfaring hos lokal barneverntjeneste", "Uenighet om tilbud", "Behov vurdert først nå, - for intermedier avdeling", "Avventer utredning", "Skulle hatt rusomsorg i kombinasjon med psykiatri", "Barnevernet er uenig".

4.3.3 Kommunal psykisk helsetjeneste som alternativ til det psykiske helsevernet?

I undersøkelsen ble behandler bedt om å vurdere hvorvidt kommunalt psykisk helsearbeid, gitt visse forutsetninger, kunne vært et alternativ til institusjonsbehandling/innleggelse i psykisk helsevern. Tabellen under viser resultater av den vurderingen behandlerne har gjort i forhold til dette. I skjemaet var det mulig å krysse av for mer enn en forutsetning. For en del pasienter er det anmerket to eller flere forutsetninger. Antall pasienter som omfattes av de ulike forutsetningene og kombinasjoner av disse er presentert i tabellen under.

⁴² Presiseringen gjelder for pasient som ideelt sett har behov for tilbud ved familieenhet, dagbasert tilbud.

Tabell 4.27 Forutsetninger, og kombinasjoner av disse, som måtte være tilstede dersom pasienten skulle overføres til et kommunalt oppfølgingstilbud. (n=393).

	Hvis hjemmesituasjonen bedre	Hvis kompetansen i kommunen var bedre	Hvis kapasiteten i kommunen var bedre
Hvis hjemmesituasjonen var bedre	76 pasienter		
Hvis kompetansen i kommunen var bedre	2 pasienter	5 pasienter	
Hvis kapasiteten i kommunen var bedre	11 pasienter	16 pasienter	5 pasienter

Resultatene indikerer at mange av pasientene har en vanskelig hjemmesituasjon, eller et ressursvakt hjem. I henhold til behandlernes vurderinger kunne 20 prosent av pasientene vært utskrevet til et lavere omsorgsnivå dersom de hadde en bedre hjemmesituasjon. For to pasienter vurderer man at en annen hjemmesituasjon, i kombinasjon med bedre kompetanse i kommunen, ville være nødvendig. For 11 pasienter er behandlingssituasjonen relatert til både hjemmesituasjonen og kapasiteten i kommunen. Videre ser vi at ti pasienter kunne vært utskrevet dersom den kommunale kompetansen eller kapasiteten var bedre, mens for 16 pasienter er kombinasjonen økt kapasitet og kompetanse i kommunen en forutsetning for dette. Med andre ord; for sju prosent av pasientene er et mangelfullt kommunalt tilbud, - enten i form av for liten kapasitet, kompetanse eller kombinasjonen av disse forholdene, av betydning for at behandling ikke gis på et lavere omsorgsnivå.

4.4 Terapier og behandlingstilbud

I undersøkelsen har saksansvarlig behandler også registrert hvilke former for terapier pasienten mottar, samt gjort en vurdering av om det er andre behandlingsformer som burde vært iverksatt i stedet for, eller i tillegg til, det som gis på registreringstidspunktet.

Tabellen gir en oversikt over aktuelle terapiformer, hvilke som faktisk gis, og hvilke som i henhold til behandler ideelt sett burde ha vært iverksatt. Tabellen viser prosentandel pasienter som mottar de ulike terapiformene, og andel som har en udekket etterspørsel etter disse. Hver pasient kan motta, og kan ha et udekket behov for mer enn en av de angitte terapiformene.

Tabell 4.28 Tilgjengelige terapier og udekket etterspørsel etter terapier. Prosentandel pasienter.

Terapiformer	Prosentandel pasienter (n=393)	
	Faktisk tilbud	Udekket behov
Utredning/kartlegging	63	7
Individuell psykoterapi	47	9
Gruppeterapi	4	2
Familieterapi	27	15
Foreldrearbeid	72	10
Miljøterapi	70	7
Medikamentell behandling	47	6
Ettervern	9	4

FAKTISK TILBUD

I gjennomsnitt mottar hver pasient om lag tre forskjellige typer terapiformer på registreringstidspunktet (mean =3,4, SD= 1,4).

Godt over halvparten av pasientene er fremdeles under utredning. Nær femti prosent mottar individuell psykoterapi, og like mange er under medikamentell behandling. Foreldrearbeid og miljøterapi er iverksatt for de aller fleste pasientene.

Opplysninger om terapitilbud er også innhentet ved de to tidligere pasientregistreringene (Andersson, 2001; Andersson, Ose & Sitter, 2005). Når det gjelder andel pasienter som omfattes av utredningstiltak er denne redusert i forhold til i 1999 ($\chi^2=11,6$, $p<0,001$), men øket sammenlignet med i 2004 ($\chi^2=13,5$, $p<0,001$).

Andel som mottar individuell psykoterapi er like høy i 2007 som i 1999. Andel som mottar gruppeterapi er imidlertid lavere i 2007, sammenlignet med data både fra 1999 ($\chi^2=11,3$, $p<0,001$), og 2004 ($\chi^2=19,1$, $p<0,001$). Flere pasienter mottok familieterapi i 1999 sammenlignet med i 2007 ($\chi^2=74,1$, $p<0,001$). Det er imidlertid ingen endring fra 2004 til 2007 når det gjelder omfanget av denne terapiformen. I 1999 mottok i alt 85 prosent av pasientene miljøterapeutiske tiltak, - dette representerer en høyere andel enn i 2007 ($\chi^2= 22,2$, $p<0,001$)⁴³.

I 1999 og 2004 mottok 35 prosent av pasientene medikamentell behandling. Denne andelen er statistisk signifikant høyere i 2007 ($\chi^2=10,0$, $p<0,001$). Andel pasienter under ettervern er omtrent like høy i 2004 og 2007.

Det er størst udekket etterspørsel etter familieterapi. I henhold, til behandlernes vurderinger burde 15 prosent av pasientene hatt dette tilbudet i stedet for/eller i tillegg til det de faktisk mottar. Foreldrearbeid etterspørres for en av ti pasienter. Andel pasienter som har et udekket behov varierer mellom 6-9 prosent når det gjelder de øvrige terapitilbudene. Det er ingen statistisk signifikante endringer fra 2004 i andel pasienter med udekte behov når det gjelder de nevnte terapiformene⁴⁴.

⁴³ Når det gjelder omfanget av pasienter som mottar hhv individuell psykoterapi og miljøterapeutiske tilbud er ikke sammenlignbar statistikk for 2004 tilgjengelig.

⁴⁴ Når det gjelder omfang av pasienter som mottar hhv familieterapi, foreldrearbeid og ettervern, er ikke sammenlignbar statistikk fra 1999 tilgjengelig.

UDEKKET BEHOV

I gjennomsnitt har hver pasient 0,6 udekte behov for terapitilbud på registreringstidspunktet (SD=1,0). I alt 33 prosent av pasientene har minst ett udekket behov (Tabell 4.29).

Tabell 4.29 Antall pasienter fordelt etter omfang av udekte terapibehov.

Antall udekkede behov for terapiformer	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
0	263	67
1	67	17
2	38	10
3	14	4
4	8	2
5	3	1

ÅRSAKER TIL AT PASIENTEN IKKE HAR ET ADEKVAT TERAPITILBUD

Årsakene til at pasienter i psykisk helsevern ikke mottar et adekvat tilbud kan være relatert til ulike forhold ved den aktuelle tjenesten, som kapasitet og ressurser, men like gjerne skyldes pasientrelaterte forhold. I undersøkelsen ble behandleren bedt om å angi årsaker til at pasienten ikke mottar et adekvat terapitilbud. Årsaker er rapportert for i alt 80 pasienter (20 prosent av utvalget). Resultatet fremgår av neste tabell.

Tabell 4.30 Årsaker til at pasienten ikke mottar et adekvat terapitilbud.

Årsaker	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Pasient/familie ønsker ikke annen behandling	40	50
Enheten mangler aktuell kompetanse	21	26
Enheten har for liten kapasitet/for få ressurser	2	3
Annet	17	21
Totalt	80	100

Det fremgår at årsaken til at man ikke kan gi et adekvat tilbud i de fleste tilfeller skyldes at pasient eller familie ikke ønsker et annet tilbud enn det de faktisk mottar. For om lag en av fire forklares mangelfullt tilbud med at enheten mangler aktuell kompetanse. Terapitilbud som etterspørres for disse pasientene er i hovedsak individuell psykoterapi (n=7) og familierapi (n=10).

For 17 pasienter er kategorien "annet" avkrysset. Materialet gir følgende eksempler på hva dette kan omfatte: "Deponering av tidligere medikamenter, venter på ny oppstart", "bosituasjon i institusjon midlertidig løsning", "Får tilbudet i januar 08", "Dialog mellom pasient/foreldre/behandler noe fastlåst", "Intermediærpost søkt først nå", "Under utarbeidelse", "I startfase etter nylig innskrivning", "Er i ferd med å utvikle tilbud i samarbeid med kommunen", "Søker nå videre utredning i Habiliteringstjenesten", "Mangler kompetanse/erfaring hos lokal barneverntjeneste",

“Behov for å se hele familien samlet over tid, noe vår enhet ikke har rammer til”,
 “Det mangler behandlingstilbud for rusmisbruk kombinert med psykiatri hos ungdommer”, “Barnevernet må jobbe med saken”.

4.5 Andre tilbud utenfor psykisk helsevern for barn og unge

For å få en oversikt over det totale behandlings – og oppfølgingstilbudet for pasientene, omfatter undersøkelsen også en kartlegging av hvilke tilbud pasienten mottar fra instanser utenfor det psykisk helsevernet. I registreringskjemaet er dessuten behandler bedt om å foreta en vurdering av om pasienten har et udekket behov for tilbud fra noen av disse instansene. Resultatet av denne kartleggingen og vurderingen er presentert i tabellen under.

Tabell 4.31 Tilgjengelige tilbud utenfor psykisk helsevern og udekket etterspørsel etter tilbudene.

Tilbud	Prosentandel pasienter (n=393)	
	Tilgjengelige tilbud	Udekket etterspørsel
Oppfølging fra fastlege	25	8
Oppfølging fra helsesøster	7	6
Tiltak fra PPT	36	12
Tilrettelagt undervisning	60	12
Somatisk spesialisthelsetjeneste	10	1
Behandling i VOP	1	2
Ergoterapi	1	1
Fysioterapi	7	5
Støttekontakt	7	24
Avlastning	10	14
Omsorgsvurdering	8	9
Fosterhjem	4	4
Andre tiltak fra barnevernet	12	10

Note. Listen over aktuelle tilbud omfattet i tillegg Tilrettelagt barnehageplass og Tiltak fra rusinstitusjon. Disse tilbudene er angitt som aktuelle for henholdsvis én og to pasienter.

Tilbudene utenfor psykisk helsevern dreier seg i hovedsak om pedagogiske tiltak og oppfølging fra fastlege og annen somatisk helsetjeneste. Nesten samtlige av pasientene mottar tiltak fra PPT eller tilrettelagt undervisning, mens en av fire har et oppfølgingstilbud fra fastlegen. De øvrige tilbudene gis i forholdsvis lite omfang. I henhold til behandlernes vurderinger er det et udekket behov for støttekontakt og avlastningstilbud til en forholdsvis stor andel av pasienten. I alt en av fire vurderes å ha behov for støttekontakt.

Det er mulig å gjøre sammenligninger med statistikk fra 1999 og 2003 når det gjelder andel barn/unge som omfattes av støttekontaktordning og avlastning. Vi finner at omfanget av støttekontaktordning er redusert fra å omfatte 17 prosent og 15 prosent av pasienter i henholdsvis 1999 og 2003, til sju prosent i 2007 ($\chi^2=12,7$, $p<0,001$). Det er også en reduksjon i andel pasienter som mottar

avlastningstilbud, fra henholdsvis 13 prosent og 21 prosent i 1999 og 2003, til 10 prosent i 2007 ($\chi^2=18,5$, $p<0,000$)⁴⁵.

ÅRSAKER TIL AT PASIENTEN IKKE MOTTAR ET ADEKVAT TILBUD UTENFOR PSYKISK HELSEVERN

I undersøkelsen ble behandleren bedt om å angi årsaker til at pasienten ikke mottar et adekvat tilbud fra tjenester utenfor psykisk helsevern. Årsaker er rapportert for i alt 135 pasienter (35 prosent av utvalget). Resultatet fremgår av tabellen under.

Tabell 4.32. Tilgjengelige terapier og udekket etterspørsel etter terapier. Antall og prosentandel pasienter.

Årsaker til at pasienter ikke mottar adekvate tiltak/tjenester	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Pasient/familie ønsker ikke annet tilbud	43	31
Mangel på kompetanse ved den/de aktuelle tjenesten(e)	51	37
Mangel på kapasitet/ressurser ved den/de aktuelle tjenesten(e)	7	5
Annet	37	27
Totalt	138	100

Manglende kompetanse ved den eller de aktuelle tjenestene er det forhold som hyppigst er angitt som årsak til at pasienten ikke har et adekvat tilbud. Nærmere analyse av datamaterialet viser at kompetanse vurderes å være mangelfull i samtlige av de aktuelle tilbudene (jf. Tabell 4.31), men spesielt i forhold til etablering av støttekontaktordning (23 pasienter), tilrettelagt undervisning (12 pasienter), og andre tiltak fra barnevernet (11 pasienter). I omtrent like mange tilfeller er årsaken at pasient eller familie ikke ønsker et annet tilbud.

For 37 pasienter er "annet" angitt som årsak. Dette er i et frittekstfelt i spørreskjemaet presisert å omfatte følgende: "Vår enhet skal opprinnelig være en ambulant modell, men vi har tidligere vært både døgn- og dagenhet, så vi har kompetanse men mangler rammene", "Er ikke klar for annet selv", "Skal søkes", "Barnevernet undersøker nå omsorgssituasjonen med tanke på aktuelle hjelpetiltak", "Skal overføres til voksenpsykiatrien. Burde flytte for seg selv etter hvert (med støtte fra kommunen)", "Må prøve ut tiltak i familien før andre tiltak vurderes", "Skolesetting ikke ideell", "Venter på støttekontakt til oppholdet er avsluttet", "Er under utredning", "Alder", "Står på trappene", "Tilbud utarbeides - tar tid..", "Tilbud under utforming, først aktuelt ved utskrivelse", "Det tar tid å bygge opp egnede tiltak", "Er i arbeid med barnevern, ikke igangsatt tiltak enda", "Vet ikke om han mottar tiltak/tjenester"⁴⁶, "Barnevernet er uenig", "Behov er nylig kommet frem", "Ting Tar Tid!" "Behov for tiltak i langt større grad enn det som er nå", "PPT utreder kun", "PPT organisert kun for utredning", "Barnevernet er forespurt", "Vår enhet er i utgangspunktet en utadrettet, arenafleksibel modell, som ikke er beregnet på "rene" dagbehandlinger. Ved sammenslåing av 2 enheter til én har vi "arvet" dagbarn".

⁴⁵ De oppgitte resultatene av kji- kvadrattester gjelder endring fra 2004 til 2007.

⁴⁶ Gjelder pasient som har skrevet seg ut fra langtidshenhet.

4.5.1 Tverrfaglig samarbeid

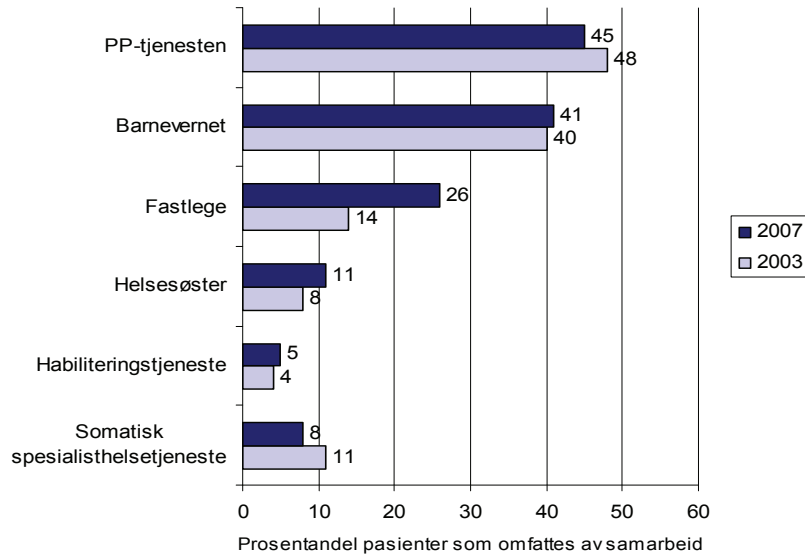
Tabellen under viser hvilke instanser som er involvert i det tverrfaglige samarbeidet om pasienten.

Tabell 4.33 Instanser som er involvert i tverrfaglig samarbeid om pasienten. Antall og prosentandel pasienter (n=393).

Samarbeidsinstanser	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
PPT	176	45
Barnevernet	162	41
Fastlege	103	26
Kommunal psykisk helsetjeneste	54	14
Helsesøster	42	11
Sosial omsorgstjeneste	26	7
Habiliteringstjeneste	19	5
Somatisk spesialisthelsetjeneste	32	8
BUF-etat	24	6
Rustjeneste	4	1
Lokal BUP poliklinikk	297	76
Psykisk helsevern for voksne	22	6

Det fremgår av tabellen at PPT og barnevernet er de kommunale instansene som hyppigst er involvert i samarbeid om pasientene. For nær tre av fire pasienter er den lokale BUP poliklinikken involvert i samarbeidstiltak. Fastlege er involvert i én av fire saker, og den kommunale psykiske helsetjenesten medvirker overfor om lag én av sju pasienter.

Vi har vi mulighet til å se på ending fra 2003 til 2007 i omfang pasienter som omfattes av tverrfaglig samarbeid forhold til noen av de aktuelle samarbeidsinstansene. Dette er presentert i figuren under.



Figur 4.1 Instanser og prosentandel pasienter som omfattes av samarbeid. 2003 og 2007.

Resultatet viser at det er en statistisk signifikant større andel pasienter som omfattes av et samarbeid med fastlege i 2007, sammenlignet med i 2004 ($X^2=17,9$, $p<0,001$). Fordi vi ser denne økningen er det interessant å se nærmere på kjennetegn ved den gruppen barn og unge som omfattes av samarbeid med fastlegen. Vi finner at den er en liten overvekt av jenter (51,5 prosent), og at gruppen domineres av ungdommer over 13 år (77 prosent). Hyppigst rapporterte henvisningsgrunn er tristhet/depresjon (32 prosent), og den hyppigst forekommende diagnosen er affektive lidelser (15,5 prosent).

For øvrig er det bare mindre, og ikke statistisk signifikante forskjeller fra 2004 til 2007, i omfang av barn og unge som omfattes av samarbeid.

Tabellen under gir en oversikt over aktuelle samarbeidsinstanser, samt presenter behandlers vurderinger av kvaliteten i samarbeidet, som andel pasienter som omfattes av godt/veldig godt, middels bra og dårlig tverrfaglig samarbeid.

Tabell 4.34 Instanser som er involvert i tverrfaglig samarbeid om pasienten. Prosentandel pasienter.

Samarbeidsinstanser	Vurdering av kvalitet i samarbeidet		
	Prosentandel barn og unge		
	Dårlig	Middels bra	Godt/veldig godt
PPT (n=176)	9	28	63
Barnevernet (n=162)	15	25	60
Fastlege (n=103)	16	33	51
Helsesøster (n=42)	7	19	74
Habiliteringstjeneste (n=19)	11	26	63
Kommunal psykisk helsetjeneste (n=54)	17	15	68
Sosial omsorgstjeneste (n=26)	8	23	69
Somatisk spesialisthelsetjeneste (n=32)	3	22	75
Lokal BUP poliklinikk (n=297)	3	18	79
Psykisk helsevern for voksne (n=22)	18	23	59

Note: Samarbeid med rustjeneste omfatter kun fire pasienter og er derfor ikke tatt med i tabellen.

I alt 174 pasienter (47 prosent) omfattes av et tverrfaglig samarbeid som vurderes å fungere dårlig eller middels bra. Det er særlig samarbeidet med fastlege og psykisk helsevern for voksne som oppleves problematisk.

Sammenlignet med data fra 2003 (Andersson, Ose, Og Sitter, 2005) er det ingen statistisk signifikante endinger i vurderinger av kvaliteten på samarbeidet med de mest sentrale instansene (PPT, barnevernet, fastlege og helsesøster)⁴⁷.

4.5.2 Kjennetegn ved pasienter som omfattes av samarbeid som ikke fungerer godt

Vi har sett nærmere på hva som kjennetegner pasienter som omfattes av dårlig/middels bra samarbeid med tre av de mest sentrale kommunale samarbeidsinstansene; henholdsvis PPT, barneverntjenesten og fastlege. I binomisk regresjonsanalyser er følgende uavhengige variabler tatt med: kjønn, alder (<13 år/eldre enn 13 år), symptom (internaliserende/eksternaliserende)⁴⁸, alvorlighetsgrad (funksjonsnivå høyt/lavt)⁴⁹.

Når det gjelder samarbeidet med barneverntjenesten og fastleger, finner vi økt sannsynlighet for at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer godt når barnet har et lavt funksjonsnivå (hhv. OR=2,3, p=0,04 og OR=2,7, p=0,05). Ingen av de uavhengige variablene predikerer utfallet av vurderingen av samarbeidet med PP-tjenesten.

⁴⁷ Forskjeller i vurdering av kvalitet i tverrfaglig samarbeid er analysert ved bruk av kji-kvadrattester.

⁴⁸ Internaliserende symptomer omfatter følgende henvisningsgrunner: tristhet/depresjon, hemmet atferd, angst/fobi, tvangstrekk. Eksternaliserende symptomer omfatter følgende henvisningsgrunner: atferdsvansker, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

⁴⁹ Funksjonsnivå høyt: ICD-10 Akse 6, verdi 0-3; Funksjonsnivå lavt: ICD-10 Akse 6, verdi 4-8.

4.5.3 Årsaker til at tverrfaglig samarbeid ikke fungerer godt

I kartleggingen har behandler foretatt en vurdering av i hvilken grad ulike faktorer er årsaker til at det tverrfaglig samarbeid ikke fungerer. Spørsmålet er besvart for i alt 130 av pasientene. Resultatene er gjengitt i tabellen under.

Tabell 4.35 Årsaker til at tverrfaglig samarbeid ikke fungerer godt. Prosentandel pasienter.

Faktorer som virker hemmende på tverrfaglig samarbeid	Prosentandel pasienter (n=130)
Ulik faglig forankring	9
Ansvarsforskyvning	15
Uenighet i forståelse og iverksetting av tiltak	10
For få møtepunkter	24
Mangler en koordinator	6
Psykisk helsevern for barn og unge mangler ressurser	4
Aktuell samarbeidsinstans mangler ressurser	13
Annet	20

For få møtepunkter er den enkeltfaktor som i flest tilfeller angis å være årsak til at det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer.

4.6 Individuell plan

Tabellen under presenterer statistikk over status for utarbeidelse av individuell plan.

Tabell 4.36 Status for arbeid med individuell plan 2007. Antall og prosentandel pasienter.

Status for arbeid med individuell plan	Antall	Prosent
Har en individuell plan	79	20
Individuell plan er påbegynt, men ikke ferdig	97	25
Vet ikke om pasienten har individuell plan	34	9
Har ikke individuell plan	181	46
Totalt	391	100

Note: 2 pasienter mangler opplysning om status for arbeid med individuell plan.

Nær halvparten av pasientene har ikke en individuell plan, og for ni prosent rapporteres det at en ikke vet om pasienten har en IP. Det er ingen statistisk signifikant endring fra 2004 til 2007 i andel pasienter som har/har fått påbegynt en individuell plan (se Andersson, Ose & Sitter, 2005).

Tabellen under gjengir behandleres rapportering av hva som er årsaken til at pasienter ikke har en individuell plan

Tabell 4.37 Årsaker til at pasienten ikke har en individuell plan.

Årsaker	Antall	Prosent
Pasient/pårørende ønsker det ikke	20	10
Uklart hvem som skal ta initiativ til igangsettelse	21	11
Forhold i 1. linjetjenesten	26	13
Pasienten fyller ikke kriteriene	44	23
Vet ikke	43	22
Annet	41	21
Totalt	195	100

Det forhold som oftest er angitt som årsak til at det ikke er utarbeidet en individuell plan, er at pasienten ikke oppfyller kriteriene. I like mange tilfeller vet man ikke hva årsaken er. I om lag ett av fire tilfeller begrunner man fravær av plan med at det er uklart hvem som skal ta initiativ til igangsettelse eller forhold i førstelinjetjenesten og i ett av ti tilfeller er årsaken at pasienten eller de foresatte ikke ønske det.

HVA KJENNETEGNER PASIENTER SOM HAR EN INDIVIDUELL PLAN?

For å undersøke om vi kan identifisere kjennetegn ved pasienter som har en individuell plan eller hvor individuell plan er påbegynt, har vi gjennomført en binær logistisk regresjonsanalyse der følgende uavhengige variable har inngått (n=291): kjønn, alder (<13 år/over 13 år), foresattes utdanningsnivå (grunnskole og videregående skole/universitet lavere eller høyere grad), funksjonsnivå ICD-10 akse 6 (lavt: score 4-8/høyt: score 1-3), samt hastegrad (middels-lav/høy). Resultatet viser at det er mer sannsynlig at pasienten har en individuell plan/at man har påbegynt arbeidet med individuell plan når pasienten har et lavt funksjonsnivå (score 4-8) (OR=2,0, CI: 1,2-3,3).

ANSVARSGRUPPE

Ansvarsgruppen er et kommunalt anliggende, som er tverrfaglig og tverretatlig sammensatt. I gruppen inngår vanligvis personer fra instanser som er involvert i tiltak overfor pasienten (for eksempel PPT, skole, helse og sosialtjeneste), samt foreldre/foresatte og pasienten selv.

Et viktig mål for ansvarsgruppen er å bidra til at pasienten og familien får kunnskap om sine rettigheter, og at det blir enklere å forholde seg til tjenesteapparatet ved samordnet planlegging og oppfølging av tiltak. Tabellen under gir en oversikt over status for etablering av ansvarsgruppe for pasientene i dette utvalget.

Tabell 4.38 Status for etablering av ansvarsgruppe. Antall og prosentandel pasienter.

Status for arbeid med ansvarsgruppe	Antall	Prosent
Har ansvarsgruppe	211	56
Har ikke ansvarsgruppe	144	38
Ikke aktuelt	21	6
Totalt	376	100

Note. 17 pasienter mangler opplysning om status for etablering av ansvarsgruppe.

Det fremgår av tabellen at litt over halvparten av pasientene har en ansvarsgruppe. Det er ikke ved tidligere pasientregistreringer innhentet opplysninger om bruk av ansvarsgrupper.

4.6.1 Samhandling mellom behandler og pasient/familie

I tabellen under fremgår behandlerens vurderinger av ulike aspekter i samhandlingen med pasient/påførende.

Tabell 4.39 Behandlers vurdering av kommunikasjonen med pasienten og foresatte. Prosentandel pasienter.

Kommunikasjon og informasjon	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Ikke aktuelt
Brukt ressurser på å informere foresatte om behandlingsopplegget (n=391)	1	11	88	0
Brukt ressurser på å informere barnet/ungdommen om behandlingsopplegget (n=390)	2	20	77	1
Lagt til rette for å involvere foresatte i valg av behandlingsopplegg (n=390)	6	26	67	2
Lagt til rette for at barnet/ungdommen skal kunne fremme sine synspunkter i valg av behandlingsopplegg (n=389)	2	22	75	1
Barnet/ungdommen har vist interesse for eget behandlingsopplegg (n=387)	21	45	33	2
Foresatte har involvert seg i behandlingstilbudet (n=391)	6	30	63	0

For de aller fleste pasienter er det i stor grad brukt ressurser for å gi foresatte og pasienten informasjon om behandlingsopplegget. Det fremgår av resultatene at foresatte i noe større grad enn barnet/ungdommen mottar slik informasjon.

Man har også overfor de fleste foresatte og pasienter i stort grad lagt til rette for at de skal kunne involvere seg i behandlingsopplegget. For om lag en av fem har man i noen grad lagt til rette for dette.

Spørsmål om i hvilken grad foresatte faktisk involverer seg, viser at de fleste gjør det i stor- eller noen grad. Variasjonen er større når det gjelder i hvilken grad barn/ungdom har vist interesse for eget behandlingsopplegg. Én av fem pasienter har i liten grad vist interesse for dette.

5 Brukernes tilfredshet med institusjons-tilbudet

5.1 Metode

Rekrutteringen av brukere var basert på et samarbeid med ansatte/fagpersoner ved de aktuelle institusjonene, ved at de informerte om undersøkelsen, delte ut og samlet inn spørreskjema.

Brukerundersøkelsen omfattet barn 12-15 år, ungdom 16-18 år og deres foresatte, som mottok dag eller døgnbasert behandling⁵⁰, og var i kontakt med institusjonen, i perioden fra 31. mars til 15. juni 2008. Det ble videre satt som kriterium at bruker skulle ha vært i tiltaksfase i minst tre dager for å inkluderes i undersøkelsen, og at spørreskjema skulle deles ut så sent i behandlingsfasen som mulig.

De aktuelle institusjonene fikk tilsendt materiell for undersøkelsen to uker før den aktuelle gjennomføringsperioden.

Institusjonsoversikter viser at det er i alt er 59 klinikker/enheter innen psykisk helsevern for barn og unge. Det foreligger ingen tilgjengelige oversikter over omfang pasienter i ulike aldersgrupper som behandles ved de respektive klinikkene/enhetene. Samtlige av de 59 klinikkene mottok derfor spørreskjema for hver av de tre aktuelle brukergruppene, barn 12-15 år, ungdom 16-18 år og foresatte.

Brukerundersøkelsen ble gjennomført med tilrådning fra personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og godkjent av Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk, region Midt-Norge.

5.1.1 Spørreskjema og prosedyrer

Ved utvikling av spørreskjema tok vi utgangspunkt i eksisterende måleinstrumenter som har blitt brukt i tidligere brukerundersøkelser (Andersson, Ose & Sitter, 2005; Holmboe & Garratt, 2007; Ayton et al., 2007). Det ble utarbeidet tre versjoner av spørreskjema, tilpasset hver av de aktuelle brukergruppene; henholdsvis barn 12-15 år, ungdom 16-18 år og foresatte. All tre skjemaversjoner omfattet følgende temaområder:

- Tilgjengelighet
- Tillit og trivsel
- Informasjon/medvirkning

⁵⁰ Det ble presisert overfor institusjonene at brukere som bare omfattes av poliklinisk/ambulant virksomhet ikke skulle omfattes.

- Samarbeid
- Behandlingsopplegget

Spørreskjemaet var basert på påstander som ble besvart på en 4-punkts skala fra "Helt uenig" til "Veldig enig". I tillegg ble det stilt et oppsummerende spørsmål om hvor fornøyd man er med det samlede tilbudet. Dette siste spørsmålet ble besvart på en 4-punkt skala fra "Svært misfornøyd" til "Svært fornøyd".

Spørreskjemaet til barn 12-15 år og ungdom (fylt 16 år) inneholdt 24 påstander, mens foreldreversjonen inneholdt 28 påstander. Det var stor grad av overlapping av påstander i skjemaene til barn og ungdom.

BARN/UNGE 12-15 ÅR

Undersøkelsen ble gjennomført anonymisert. For å sikre anonymiteten ble det ikke innhentet opplysninger om ved hvilken institusjon barnet mottok behandling. Av samme grunn ble demografiske opplysninger begrenset til å omfatte kjønn, tid i kontakt med klinikken, og type avdeling/enhet en mottar behandling ved.

Foresatte ble informert om brukerundersøkelsen i brev som ble delt ut/sendt ut fra SINTEF Helse, via institusjonen, i forkant av undersøkelsen. Spørreskjema, informasjon om undersøkelsen og svarkonvolutt ble delt ut til alle aktuelle brukere. Barnet besvarte spørreskjemaet alene, og returnerte det til personalet i lukket svarkonvolutt.

UNGDOM FYLT 16 ÅR

Det ble innhentet noen flere demografiske opplysninger fra ungdom fylt 16 år. I tillegg til spørsmål om kjønn, og hvor lenge en har hatt kontakt med avdelingen, ble det innhentet opplysninger om årsak til henvisning, samt hvilke aktører/instanser enn har hatt kontakt med vedrørende problemene.

Spørreskjemaet til ungdommer var påført et registreringsnummer som refererte til behandlende institusjon. Spørreskjema, informasjon om undersøkelsen og svarkonvolutt ble delt ut til alle aktuelle brukere. Utfylt spørreskjema ble returnert til personalet i lukket svarkonvolutt.

FORESATTE

I foresattes versjon var opplysninger om demografiske forhold utvidet til å omfatte respondentens morsmål, hovedaktivitet siste uke, og utdanningsnivå, samt hvem som har den daglige omsorgen for barnet.

Spørreskjemaet var påført et registreringsnummer som identifiserte behandlende institusjon. Spørreskjema, informasjon om undersøkelsen og svarkonvolutt ble delt ut til alle foresatte som var til stede ved enheten. Utfylt spørreskjema ble returnert til personalet ved enheten i lukket svarkonvolutt. Foresatte som ønsket å ta med seg spørreskjemaet hjem fikk anledning til det. De fikk da med seg en ferdig-frankert svarkonvolutt, adressert til SINTEF Helse.

5.1.2 Datatilfang og svarprosent

Det foreligger utfylte spørreskjema fra 110 barn/unge (12-15 år), 84 ungdommer (fylt 16 år) og 203 foresatte. Det samlede datamaterialet viser at i alt 42 av 59 klinikker/enheter deltar i undersøkelsen (71 prosent).

Vi vet ikke hvor mange brukere som faktisk var innom klinikken/enheten i løpet av den aktuelle perioden (aktuelle respondenter). Institusjonene/enhetene som deltok i brukerundersøkelsen ble imidlertid bedt om å rapportere på et eget skjema hvor mange brukere, henholdsvis barn 12-15 år, ungdom 16-18 år og foresatte som fikk utdelt vårt spørreskjema. Vi har benyttet data i dette rapporteringsskjemaet for å anslå svarprosenten i undersøkelsen. Ikke alle deltagende institusjoner returnerte disse opplysningene.

Ved vurdering av svarprosenten må det tas forbehold om usikkerhet i nøyaktighet i rapporteringsskjemaet, samt at anslaget er basert på et utvalg av de deltagende institusjonene. Vi mottok rapporteringsskjema over antall utdelte spørreskjema fra 30 av de aktuelle klinikkene/enhetene. I alt 29 av disse klinikkene/enhetene tilbakemelder at de har utdelt spørreskjema til den yngste aldersgruppen (12-15 år) (totalt 155). Fordi undersøkelsen blant de yngste er gjennomført uten registrering av institusjonstilknytning (anonymisert), er det ikke mulig å beregne svarprosent da vi ikke har komplette opplysninger om antall utdelte skjema totalt.

Når det gjelder ungdommer fylt 16 år, foreligger opplysninger om antall skjema utdelt og returnert fra 19 klinikker/enheter. Ved disse er det totalt utdelt 103 skjema- hvorav 33 er fylt ut og returnert (32 prosent). Svarprosenten varierer fra 0 til 100 mellom de 19 enhetene/klinikkene.

Anslag for svarprosent for foresatte er basert på opplysninger fra 21 klinikker/enheter vedrørende antall utdelte – og returnerte spørreskjema. Totalt fra disse er det utdelt 326 skjema til denne brukegruppen, hvorav 111⁵¹ er besvart og returnert (34 prosent).

5.1.3 Kjennetegn ved brukerne i undersøkelsen

BARN 12-15 ÅR

Undersøkelsen blant de yngste brukene (n=110) omfatter 54 prosent jenter og 46 prosent gutter⁵². De fleste (63 prosent), har hatt kontakt med klinikken mer enn to måneder hvorav 13 prosent mer enn ett år. Om lag 30 prosent har hatt kontakt i 2-4 uker, og rundt sju prosent i mindre enn en uke. De fleste er pasienter ved en døgnavdeling (n=55). For øvrig fordeler pasientene seg omtrent likt på dagavdeling (n=16), familieavdeling (n=13), og akutenhet (n=8).⁵³

UNGDOM FYLT 16 ÅR

Undersøkelsen blant ungdommene (n= 84) omfatter 73 prosent jenter og 27 prosent gutter. De fleste (68 prosent) har hatt kontakt med klinikken i mer enn 2 måneder, hvorav 17 prosent i mer enn ett år. En av fem har hatt kontakt i 2-4

⁵¹ Av disse har totalt 84 benyttet anledningen til å ta med spørreskjema hjem, og returnert i ferdigfrankert svarkonvolutt.

⁵² Opplysninger om kjønn mangler for 2 pasienter.

⁵³ Opplysninger om type enhet mangler for 8 pasienter.

uker, og de resterende i mindre enn 2 uker (12 prosent). Også her er døgnavdelingene mest representert (n=63). I alt 18 pasienter har tilbud ved en akutenhet og 3 er innlagt ved en familieenhet.

Tabellen under viser ungdommenes rapporteringer av årsaker til at de er henvist. Det var mulig å krysse ut for flere problemområder.

Tabell 5.1 Problemområder blant ungdommer som medvirker i brukerundersøkelsen. Prosentandel.

Problemområder angitt av pasienten	Gutter (n=23)	Jenter (n=61)	Totalt (n=84)
Atferdsvansker	35	13	19
AD/HD	26	10	14
Problemer med å være sammen med andre	48	15	24
Tristhet/depresjon	48	77	69
Angst	48	46	46
Tvangssymptomer	22	13	16
Forvirret/psykose	35	15	20
Spiseforstyrrelser	4	23	18
Selvskading	13	53	42
Selv mordstanker	44	69	62
Familieproblemer	39	34	36

Det fremgår av tabellen at ungdommene har sammensatte problemer. Tristhet/depresjon, selvmordstanker og angst er de problemene som flest har angitt som årsaker til henvisningen. I overensstemmelse med andre datakilder ser vi tydelige kjønnsforskjeller, med hyppigere forekomst av internaliserende problemer hos jenter enn hos gutter⁵⁴.

Tabellen under viser hvilke aktører og instanser ungdommene har hatt kontakt med de siste tre månedene i forhold til de problemene de har. Også her har det vært mulig å krysse av for flere, og tabellen summerer seg derfor ikke til 100.

⁵⁴ Kji-kvadrat tester viser følgende statistisk signifikante kjønnsforskjeller i forekomst: Atferdsvansker ($p < 0,05$), Problemer med å være sammen med andre ($p < 0,01$), Tristhet/depresjon ($p < 0,01$), Spiseforstyrrelser ($p < 0,05$), Selvskading ($p < 0,01$), Selvmordstanker ($p < 0,01$).

Tabell 5.2 Aktører/instanser ungdommene har snakket med om problemene. Prosentandel.

Aktører/instanser	Gutter (n=23)	Jenter (n=61)	Totalt (n=84)
Lærer	35	38	37
PPT	13	12	12
Helsesøster	22	10	13
Barnevernet	13	34	29
Fastlege	13	23	20
Legevakt	4	20	16
Sykehuset	13	31	26
Psykisk helsetjeneste	35	33	33
Tjeneste for rusmiddelproblemer	0	8	6
BUP poliklinikk	52	56	55
Psykolog eller psykiater	52	57	56

Over halvparten av pasientene, både gutter og jenter, rapporterer at de i løpet av de tre siste månedene har hatt kontakt med noen ved en poliklinikk, og med en psykolog eller psykiater. Nær 4 av 10 har snakket med en lærer om de problemene de har. For øvrig rapporterer en av tre at de har hatt kontakt med psykisk helse-tjeneste. Det er i spørreskjemaet ikke presisert at psykisk helsetjeneste er en kommunal instans. Ved vurdering av antall som svarer at de har hatt kontakt med denne tjenesten må det tas forbehold om usikkerhet i forståelsen av betegnelsen "Psykisk helsetjeneste" (som her for eksempel kan være tolket som spesialisthelse-tjenestetilbudet ved poliklinikkene). Det er videre en forholdsvis høy andel av pasientene som har hatt kontakt med barnevernet (29 prosent) og somatiske tjenester. Nær en av fire pasienter har hatt kontakt med sykehuset, en av fem har snakket med fastlege, og noen færre med legevakt (16 prosent). Det er ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller med hensyn til aktører/instanser en har hatt kontakt med.

FORESATTE

Hvem som har fylt ut skjemaet

Det er flest mødre som har besvart spørreskjemaet (56 prosent). Far, eller begge foreldre har fylt ut skjemaet i henholdsvis 30 prosent og 11 prosent av tilfellene, mens sju skjema (4 prosent) er fylt ut av "andre".

Morsmål

Fire prosent av respondentene har ikke norsk som morsmål.

Hovedaktivitet

Tabellen under viser respondentenes hovedaktivitet uken før skjemaet ble fylt ut.

Tabell 5.3 Respondentens hovedaktivitet siste uke.

Hovedaktivitet siste uke	Antall	Prosent
Yrkesaktiv	117	59
Sykmeldt, på uføretrygd eller attføring	59	30
Hjemmearbeidende	10	5
Annet*	14	7

Note. Tre har ubesvart på spørsmålet om hovedaktivitet. Annet omfatter "Under utdanning" (n=2) og "Arbeidsledig" (n=2).

De fleste respondentene er yrkesaktive. I alt 30 prosent er sykmeldt, på uføretrygd eller attføring, mens en av 20 er hjemmearbeidende.

Utdanningsnivå

Tabellen under viser utdanningsnivå for foresatte som medvirker i undersøkelsen⁵⁵. Respondenten ble bedt om å sette kryss for den av barnets foreldre som har høyest utdanning.

Tabell 5.4 Foresattes utdanningsnivå.

Utdanningsnivå	Antall	Prosent
Ungdomsskole/grunnskole	26	14
Videregående skole yrkesfag/yrkesskole	61	32
Videregående skole med allmennfag	24	13
Høgskole/universitet inntil 4 år	42	22
Høgskole/universitet 4 år eller mer	39	20

Note. To har ubesvart på spørsmålet om foresattes utdanning.

Det fremgår av tabellen at en av tre foresatte som medvirker eller er representert i undersøkelsen har videregående skole med yrkesfag/yrkesskole som høyeste utdanningsnivå, mens 14 prosent har avsluttet utdanningen etter grunnskolen. Foresatte med høgskoleutdanning utgjør 42 prosent av utvalget, hvorav 20 prosent har høyere utdanning.

Hvem som har daglig omsorg for barnet

I de fleste tilfeller bort barnet hos en av foreldrene (46 prosent), men omtrent like mange bor sammen med begge foreldrene (44 prosent). De øvrige pendler mellom mor og far (4 prosent), bor i fosterhjem (2 prosent), hos besteforeldre (1 prosent), eller alene (1 prosent)⁵⁶.

⁵⁵ Tilfeller der spørreskjema er besvart av andre enn foresatte (n=7) er ikke inkludert.

⁵⁶ 2 prosent har krysset av i kategorien "annet".

Kjennetegn ved barna som er representert i undersøkelsen blant foresatte.

Litt over halvparten av barna/ungdommene som er representert i undersøkelsen er jenter (55 prosent). De fleste er i alderen 12-16 år (59 prosent). De yngste (< 12 år) og de eldste pasientene (>16 år) utgjør henholdsvis 10 prosent og 27 prosent av utvalget.

Brukere som har hatt kontakt med klinikken i mer enn 3 måneder utgjør 75 prosent av utvalget, hvorav 18 prosent har hatt kontakt i mer enn ett år. De øvrige har enten hatt kontakt i 2-4 uker (17 prosent) eller i mindre (8 prosent).

Tabellen under viser problemområder for pasienter som er representert i undersøkelsen.

Tabell 5.5 Problemområder blant pasienter som er representert i undersøkelsen. Prosentandel.

Barnets problemområder angitt av Respondenten	(Antall)	Prosent
Atferdsvansker	(83)	41
AD/HD	(55)	27
Problemer med å være sammen med andre	(87)	43
Tristhet/depresjon	(115)	57
Angst	(71)	35
Tvangssymptomer	(29)	14
Forvirret/psykose	(25)	12
Spiseforstyrrelser	(32)	16
Selvskading	(44)	22
Selvmordstanker	(63)	31
Familieproblemer	(50)	25

Det fremgår av tabellen at tristhet/depresjon, atferdsvansker og problemer med å være sammen med andre er de hyppigst forekommende problemområder for barn/unge som er representert i brukerundersøkelsen blant foresatte. Dette harmonerer med tidligere oversikter over tilstander blant barn/unge som mottar institusjonstilbud i psykisk helsevern. I brukerundersøkelsen har respondenten hatt mulighet til å angi mer enn ett problemområde for barnet/ungdommen, og tallene i tabellen kan derfor ikke direkte sammenlignes med statistikk fra tverrsnittregistreringen i institusjonene (jf. Kap. 4, Tabell 4.8) der problemområder er angitt som viktigste henvisningsgrunn.

5.2 Svarfordeling for påstander og tema i undersøkelsen

I det følgende presenteres svarfordelinger for de ulike påstandene fremsatt i spørreskjemaene. Påstandene er relatert til ulike tema eller dimensjoner ved tilbudet, og i er fremstillingen sortert under disse: Tilgjengelighet, Tillit og trivsel, Informasjon og medvirkning, Samarbeid og Effekt. Resultatene presenteres separat for hvert av de tre utvalgene i undersøkelsen.

5.2.1 Tilgjengelighet

BARN 12-15 ÅR OG UNGDOM FYLT 16 ÅR

I regjeringens strategiplan defineres tilgjengelighet til å omfatte tilgjengelig kunnskap om tjeneste, kontinuitet i form av fast kontaktperson, og måten man blir møtt på av tjenesteapparatet.

Sju testledd i spørreskjemaet til barn i alderen 12 -15 år, og seks testledd i skjemaet for ungdom fylt 16 år er relatert til tilgjengelighet. Tabellen under viser de aktuelle hvilke testleddene, og svarfordelingen for de to brukergruppene.

Tabell 5.6 Barn og ungdom. Svarfordeling påstander relatert til tilgjengelighet.

JEG FÅR DEN HJELPEN JEG TRENGER				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=108)	12	16	45	27
Ungdom (n=83)	8	25	45	22
JEG FIKK HJELP NÅR JEG TRENGTE DET				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=106)	18	27	37	17
Ungdom (n=79)	11	22	35	31
JEG HAR EN FAST KONTAKTPERSON				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=109)	5	19	26	51
Ungdom (n=81)	4	20	32	44
BEHANDLER VET MYE OM DE PROBLEMENE JEG HAR				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=108)	7	26	34	32
Ungdom (n=82)	1	13	57	28
BEHANDLER HAR FOR LITE TID TIL MEG				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=106)	43	36	10	10
Ungdom (n=82)	40	39	12	9
DE SOM JOBBER HER FORSTÅR HVORDAN JEG HAR DET				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=109)	9	22	50	19
Ungdom (n=83)	11	27	54	8
JEG TRENGER MER HJELP FRA BEHANDLER*				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år ⁵⁷ (n=110)	35	37	19	9

Resultatene indikerer at 30-40 prosent av barna og ungdommene opplever at de ikke har mottatt rett hjelp til rett tid, og at behandlerne ikke forstår hvordan de har det. Barn opplever i noe større grad enn ungdommer at behandlerne ikke vet nok om de problemene de har. Rundt 20 prosent mener at behandlerne har for lite tid til dem. Om lag en av fire barn og unge rapporterer at de har en fast kontaktperson.

⁵⁷ Ikke fremsatt for ungdom.

FORESATTE

Mål på foresattes tilfredshet med tilgjengeligheten måles ved 8 påstander i spørreskjemaet. De aktuelle påstandene, og svarfordelingen er fremstilt i tabellen under.

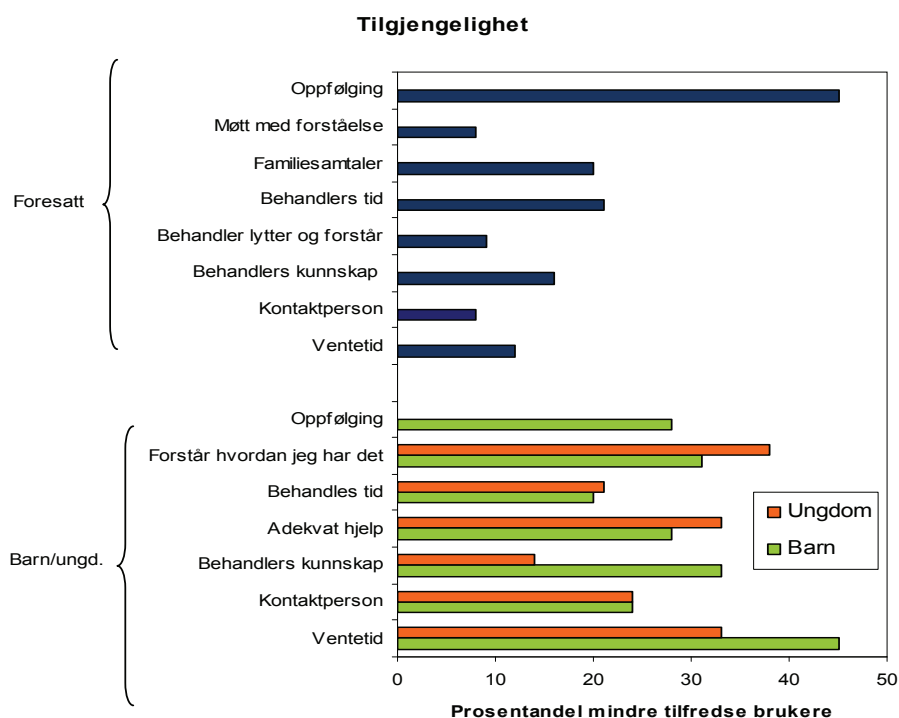
Tabell 5.7 Foresatte. Svarfordeling påstander relatert til tilgjengelighet.

BARNET MITT VENTET FOR LENGE PÅ Å FÅ Plass ved klinikken				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(201)	41	23	23	12
VI HAR EN FAST KONTAKTPERSON				
(201)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(201)	1	7	31	62
BEHANDLER VET MYE OM DE PROBLEMENE JEG HAR				
(202)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(202)	2	14	42	43
BEHANDLER LYTTET TIL OSS OG FORSTÅR VÅRE PROBLEMER				
(202)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(202)	1	8	30	61
BEHANDLER HAR FOR LITE TID TIL OSS				
(199)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(199)	52	27	16	5
VI TRENGER MER OPPFØLGING FRA BEHANDLER				
(200)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(200)	24	32	30	15
VI DELTAR I FAMILIESAMTALER				
(199)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(199)	12	8	22	58
DE SOM JOBBER HER FORSTÅR MIN SITUASJON SOM FORESATT				
(200)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(200)	2	6	38	55

De foresatte er forholdsvis tilfredse med den tiden de måtte vente før barnet fikk tilbud om behandling. De er også forholdsvis tilfredse med den tiden behandler avsetter til dem. Dette, samt resultater som viser at mellom 80- 90 prosent mener de blir forstått, og at behandler har kunnskap om problemene, indikerer at de er tilfredse med møtet med tjenesten. Flere (45 prosent) opplever imidlertid at de ikke får nok oppfølging. Over 90 prosent har en fast kontaktperson, og deltagelse i familiesamtaler er svært vanlig (80 prosent).

I figuren under har vi oppsummert resultater fra de to foregående tabellene. Figuren illustrerer aspekter ved tilgjengelighet som har størst forbedringspotensial, ved å vise andel mindre tilfredse brukere i de tre utvalgene. Mindre tilfredse er her

definert som andel som svarer "litt uenig" eller "helt uenig" på positivt ladede påstander, eller "ganske enig" eller "veldig enig" på negativt ladede påstander.



Figur 5.1 Prosentandel mindre tilfredse brukere. Tilgjengelighet.

Av figuren fremgår forskjellene mellom de tre brukergruppene i hvordan de vurderer aspekter ved tilgjengelighet. Vi ser at de foresatte er mer fornøyde med de fleste aspekter ved tilgjengeligheten, enn barn og unge. De er imidlertid mindre fornøyd enn barna/ ungdommene med omfanget av behandling som gis.

5.2.2 Tillit og trivsel

BARN 12–15 ÅR OG UNGDOM FYLT 16 ÅR

Fire testledd i spørreskjemaet til barn 12-15 år, og fem testledd i spørreskjema til ungdom er relatert til tillit og trivsel. Tabellen under viser de aktuelle påstandene, og andel brukere som er henholdsvis enige og uenige i disse.

Tabell 5.8 Barn og ungdom. Svarfordeling for påstander relatert til tillit og trivsel.

JEG ER GLAD FOR AT JEG HAR FÅTT Plass HER				
	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
Barn 12-15 år (n=107)	11	18	32	39
Ungdom (n=83)	6	18	31	45
DE SOM JOBBER HER ER GREIE				
	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
Barn 12-15 år (n=109)	3	6	33	58
Ungdom (n=82)	1	11	45	43
JEG STOLER PÅ DE SOM JOBBER HER				
	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
Barn 12-15 år (n=110)	9	17	35	39
Ungdom (n=83)	10	18	40	33
ROMMENE HER ER TRIVELIGE				
	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
Barn 12-15 år (n=108)	20	6	26	28
Ungdom (n=83)	16	34	34	17
JEG ER HER FRIVILLIG ⁵⁸				
	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
Ungdom (n=82)	12	16	28	44

De aller fleste barn/ungdom (ca 90 prosent) synes at de ansatte ved klinikken er greie. Nær en av fire opplever imidlertid at de ikke kan stole på personalet, og er ikke tilfredse med å ha fått dette behandlingstilbudet. Halvparten av ungdommene synes ikke at lokalene ved klinikken er trivelige, og nær 30 prosent anser ikke dette som et frivillig opphold.

FORESATTE

Mål på foresattes opplevelse av trivsel og tillit er basert på fem av påstandene i spørreskjemaet. Påstandene og grad av tilfredshet fremgår av tabellen under.

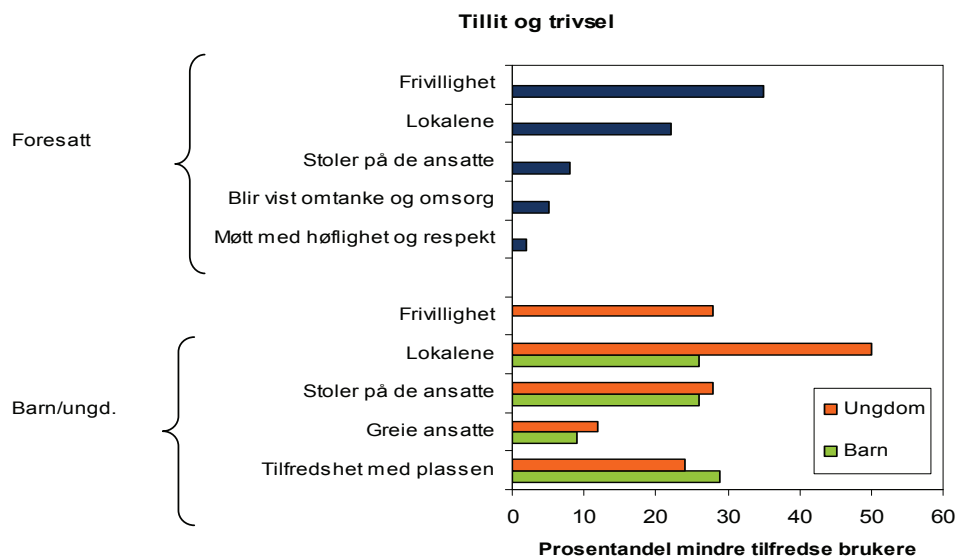
⁵⁸ Ikke fremsatt for barn 12-15 år

Tabell 5.9 Foresatte. Svarfordeling påstander relatert til tillit og trivsel.

VI BLIR MØTT MED HØFLIGHET OG RESPEKT				
(n)	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
(203)	0	2	22	76
BEHANDLERNE HER VISER OMTANKE OG OMSORG FOR OSS				
(n)	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
(203)	1	4	29	66
KLINIKKENS LOKALE ER TRIVELIGE				
(n)	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
(202)	4	18	30	48
BARNET MITT MOTTAR BEHANDLING MOT SIN EGEN VILJE				
(n)	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
(201)	41	23	23	12
JEG STOLER PÅ DE SOM JOBBER HER				
(n)	Helt uenig	Litt uenig	Ganske enig	Veldig enig
(203)	0	8	28	65

De aller fleste foresatte (92-98 prosent) rapporterer om høy grad av trivsel og tillit med tilbudet, ved å bli møtt med høflighet og respekt, omtanke og omsorg, samt opplevelse av å kunne stole på de som jobber der. Om lag en av fem opplever imidlertid at klinikkens lokaler ikke er trivelige. I alt 35 prosent rapporterer at barnet mottar behandling mot sin egen vilje.

I figuren under oppsummeres resultater i Tabell 5.8 og 5.9, ved å fremstille andel mindre tilfredse brukere.



Figur 5.2 Prosentandel mindre tilfredse brukere. Tillit og trivsel.

Tre av fem påstander vedrørende tillit og trivsel er like for barn/unge og foresatte. Andel foresatte og ungdom som rapporterer at oppholdet ikke er frivillig er omtrent like stor. Foresatte og barn 12-15 år girt omtrent samme vurdering av klinikkens lokaler, mens ungdommene er betydelig mer kritiske i forhold til klinikklokalene. Andel som rapporterer i at de ikke stoler på de ansatte er høyere blant barn og unge enn blant foresatte.

5.2.3 Informasjon og medvirkning

Indikatoren informasjon og medvirkning er basert på seks testledd i spørreskjema til barn og ungdom. Tabellen under viser grad av tilfredshet i de to brukerutvalgene.

Tabell 5.10 Barn og ungdom. Svarfordeling påstander relatert til informasjon og medvirkning.

DET ER LETT Å FORSTÅ HVA DE VOKSNE HER MENER				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=110)	11	21	40	28
Ungdom (n=83)	2	24	45	29
DE HAR FORTALT MEG OM DE FORSKJELLIGE UNDERSØKELSENE				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=103)	19	24	32	24
Ungdom (n=82)	13	21	50	16
DE HAR FORTALT MEG OM HVORDAN MAN KAN FÅ PROBLEMER				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=106)	24	31	31	14
Ungdom (n=81)	26	24	36	15
DE HAR FORTALT MEG HVA SOM KAN HJELPE MEG				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=106)	12	15	45	27
Ungdom (n=83)	6	17	53	24
JEG FÅR VÆRE MED Å BESTEMME TING SOM ANGÅR MEG				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=107)	13	23	41	22
Ungdom (n=82)	6	24	42	28
DE VOKSNE HER HØRER PÅ MEG				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=110)	6	22	42	30
Ungdom (n=82)	9	18	43	31

Om lag 30- 40 prosent av brukerne er mindre tilfredse med hvordan og hva de ansatte ved klinikken formidler vedrørende undersøkelser og behandlingsopplegg.

Rundt halvparten er mindre tilfredse med informasjon som gis om årsaker til at psykiske problemer oppstår. Nær en av tre barn og unge er misfornøyde med muligheter for medvirkning.

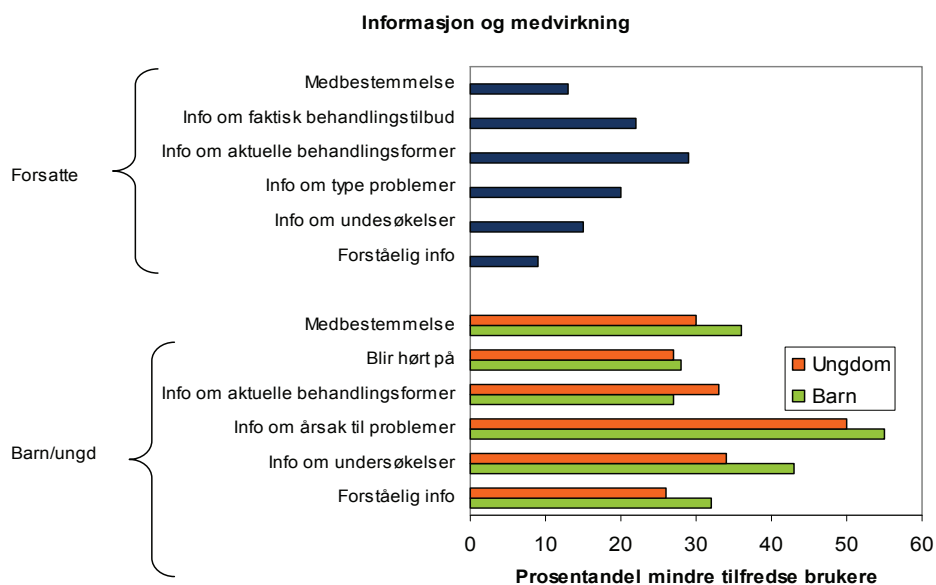
Foresattes tilfredshet med informasjon og medvirkning er målt ved seks påstander. Tabellen under viser svarfordelingen på de aktuelle påstandene.

Tabell 5.11 Foresatte. Svarfordeling påstander relatert til informasjon og medvirkning.

DET ER LETT Å FORSTÅ HVA DE VOKSNE HER MENER				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(202)	1	8	39	52
JEG HAR FÅTT INFORMASJON OM DE UNDESØKELSER SOM ER GJORT				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(200)	4	11	33	52
JEG HAR FÅTT INFORMASJON OM SLIKE PROBLEMER SOM BARNET MITT HAR				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(200)	4	16	34	46
JEG HAR FÅTT INFORMASJON OM HVORDAN PROBLEMENE KAN BEHANDLES				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(199)	6	23	42	29
JEG FÅR VÆRE MED Å BESTEMME TING SOM ANGÅR OSS				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(199)	3	10	35	52
JEG HAR GOD KJENNSKAP TIL DET BEHANDLINGSTILBUDET BARNET MITT FÅR				
(n)	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(200)	3	19	37	42

De aller fleste (ca 85-90 prosent) er tilfredse med hvordan, og hvilken informasjon som gis i forbindelse med utredning. Når det gjelder informasjon som gis om barnets problemer og hvordan disse kan behandles er imidlertid andel misfornøyde noe høyere (Rund 20-30 prosent). Nær 90 prosent opplever å ha anledning til å medvirke i forhold til saker som angår dem.

Figuren under oppsummerer andel brukere som er mindre fornøyde med informasjon og muligheter for medvirkning.



Figur 5.3 Prosentandel mindre tilfredse brukere. Informasjon og medvirkning.

Foresatte opplever i større grad enn barn og unge at de har anledning til å medvirke i utforming av behandlingsopplegget, og de yngste brukerne er minst tilfredse med muligheter for medbestemmelse. Tilfredshet med den informasjonen som er gitt om aktuelle behandlingsformer vurderes forholdsvis likt mellom de tre brukergruppen. Barn og unge er mindre tilfredse enn de foresatte med informasjon om undersøkelser, og opplever i større grad at informasjonen ikke er forståelig.

5.2.4 Samarbeid

Indikatoren samarbeid er basert på tre testledd i skjemaene til barn og ungdom. Disse er presentert i tabellen under.

Tabell 5.12 Svarfordeling påstander relatert til samarbeid. Barn og unge.

DE SOM JOBBER HER SAMARBEIDER OM Å HJELPE MEG				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=107)	7	9	43	40
Ungdom (n=82)	5	10	46	39
DE SOM JOBBER HER SAMARBEIDER MED DE ANDRE HJELPETJENESTENE				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=99)	9	11	35	44
Ungdom (n=74)	1	18	53	28
DE SOM JOBBER HER SAMARBEIDER GODT MED FAMILIEN MIN				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=106)	8	16	34	42
Ungdom (n=81)	6	17	39	37

Hovedinntrykket er at barn og ungdom opplever at det samarbeides om gi dem et hjelpetilbud. Samarbeidet mellom de ansatte på klinikken oppleves noe mer positivt enn Samarbeidet mot andre hjelpetjenester og familien, der om lag en av fem brukere synes at dette ikke fungerer.

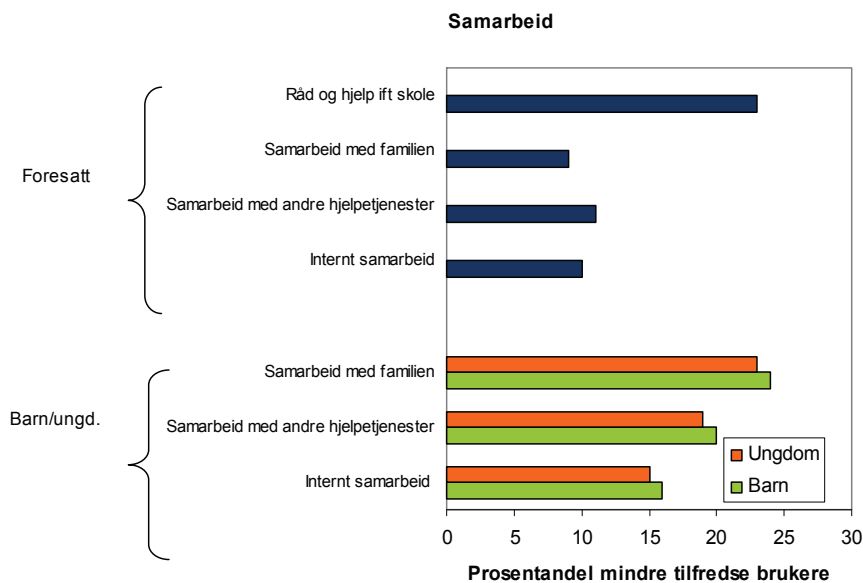
Foresattes tilfredshet med informasjon og samarbeid er målt ved fire påstander i spørreskjemaet. Grad av tilfredshet presenteres i tabellen under.

Tabell 5.13 Svarfordeling påstander relatert til samarbeid. Foresatte.

DE FORSKJELLIGE BEHANDLERNE HER SAMARBEIDER OM Å HJELPE OSS				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(201)	2	8	32	59
DE SOM JOBBER HER SAMARBEIDER MED DE ANDRE HJELPETJENESTENE				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(198)	3	8	36	53
BEHANDLERNE SAMARBEIDER GODT MED OSS I FAMILIEN				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(201)	2	7	29	63
VI HAR FÅTT RÅD OG HJELP I FORHOLD TIL SKOLE OG UNDERVISNING				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(196)	5	18	37	41

De aller fleste foresatte (ca 90 prosent) tilbakemelder tilfredshet både med det interne samarbeidet ved klinikken samt med klinikkens samarbeid mot andre hjelpetjenester og familien. Resultatene tyder imidlertid på at flere (23 prosent) opplever at samarbeidet med skole ikke er tilfredsstillende.

Figuren under oppsummerer ande brukere som er mindre fornøyde med forhold relatert til samarbeid.



Figur 5.4 Prosentandel mindre tilfredse brukere. Samarbeid.

Også når det gjelder aspekter ved dimensjonen samarbeid ser vi at barn og ungdom er mindre tilfredse enn de foresatte. Barn og ungdom har forholdsvis like vurderinger av forhold relatert til dette.

5.2.5 Effekter av behandlingen

Spørreskjemaet til barn og ungdom omfatter fire påstander relatert til opplevd effekt av behandlingen. De aktuelle påstandene og brukernes grad av enighet fremgår av tabellen under.

Tabell 5.14 Svarfordeling påstander relatert til effekt av behandlingen. Barn og unge.

<i>HJELPEN JEG FÅR GJØR AT JEG FØLER MEG BEDRE</i>				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=108)	13	18	39	31
Ungdom (n=83)	11	24	46	19
<i>HER FÅR OGSÅ FAMILIEN MIN HJELP</i>				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=100)	14	13	42	31
Ungdom (n=78)	19	26	30	25
<i>HJELPEN GJØR DET LETTERE FOR MEG I FORHOLDET TIL ANDRE</i>				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n=107)	13	23	45	19
Ungdom (n=80)	10	30	44	16
<i>HJELPEN GJØR AT JEG LETTERE GREIER SKOLEARBEIDET</i>				
	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
Barn 12-15 år (n= 107)	27	22	35	17
Ungdom (n=80)	25	33	26	16

Om lag 30-40 prosent av barn og unge opplever at behandlingen ikke bidrar til at de føler seg bedre eller fungerer bedre sosialt sett, og nesten halvparten opplever ingen effekt i forhold til mestring av skolearbeid. Barn opplever i større grad enn ungdom at hele familien får hjelp, - nær halvparten av ungdommene er ikke tilfredse med det hjelpetilbudet familien får.

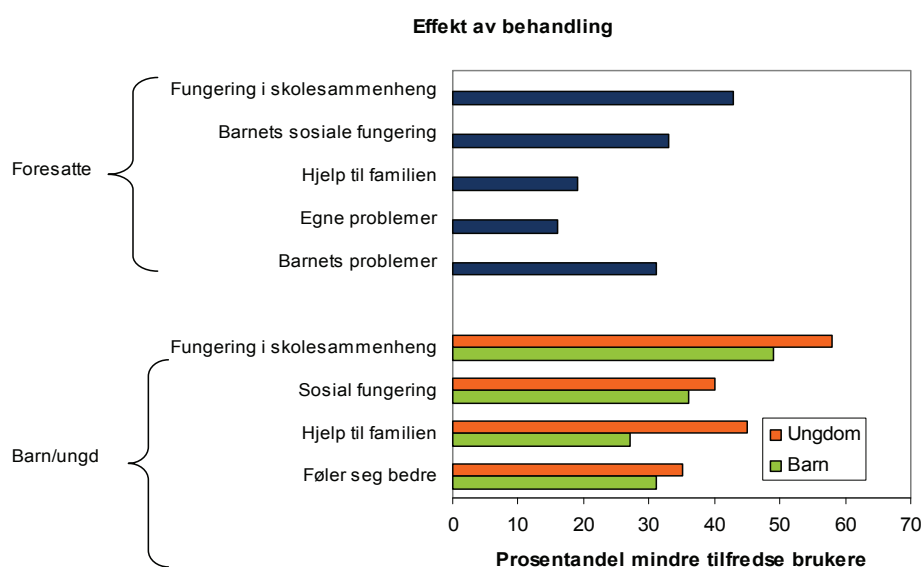
Fem påstander i spørreskjemaet til foresatte er relatert til deres opplevelse av effekten av behandlingen. Påstandene presenteres i tabellen under.

Tabell 5.15 Svarfordeling påstander relatert til effekt av behandlingen. Foresatte.

BARNETS PROBLEMER HAR BLIR MINDRE ETTER AT VI FIKK HJELP HER				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(198)	12	19	40	28
BEHANDLINGEN HJELPER MEG				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(197)	6	10	46	38
BEHANDLINGEN HJELPER HELE FAMILIEN				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(198)	5	14	48	33
BEHANDLINGEN GJØR AT BARNET MITT KLARER SEG BEDRE SOSIALT SETT				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(196)	10	23	44	23
BEHANDLINGEN GJØR AT BARNET MITT FUNGERER BEDRE PÅ SKOLEN				
(n)	<i>Helt uenig</i>	<i>Litt uenig</i>	<i>Ganske enig</i>	<i>Veldig enig</i>
(190)	16	27	39	18

Rundt 60-70 prosent av de foresatte er tilfredse med hvordan behandlingen virker på barnets problemer, og i forhold til sosial fungering og på skolen. Flere er imidlertid fornøyde med den effekten hjelpen har på dem selv og på hele familien (80-90 prosent).

Figuren under oppsummerer andel brukeres om ikke er tilfredse med effekt av behandlingen.



Figur 5.5 Prosentandel mindre tilfredse brukere. Effekt.

I forhold til de foregående dimensjonene med tilbudet, synes det som om det er større grad av enighet mellom foresatte og barn/ungdom i vurderingen av effekten av behandlingstilbudet. Alle tre brukergruppene er relativt sett lite tilfredse med den effekten behandlingen har på fungering i skolesammenheng og sosialt. Ungdommer er minst tilfredse med hvordan behandlingen hjelper hele familien.

5.2.6 Brukenes totalvurdering av behandlingstilbudet

Avslutningsvis i spørreskjemaet ble respondentene bedt om å oppsumme hvor fornøyde de er med tilbudet de får. Likelydende spørsmålsformulering ble stilt i de tre spørreskjemaversjonene. Resultatene er gjengitt i tabellen under.

Tabell 5.16 Svarfordeling på totalvurdering av behandlingstilbudet for de tre brukerutvalgene. Prosentandel brukere.

Utvalg	(n)	Alt i alt, hvor fornøyd er du med det tilbudet du får her?			
		Svært misfornøyd	Ganske misfornøyd	Ganske fornøyd	Svært fornøyd
Barn 12-15 år	(106)	8	8	58	26
Ungdom fylt 16	(83)	2	12	62	23
Foresatte	(201)	2	5	35	58

På spørsmålet "Alt i alt, hvor fornøyd er du med tilbudet du får her" svarer om lag en av fire barn/ungdom at de er svært fornøyd, mens 14-16 prosent uttrykker at de er ganske eller svært misfornøyd. Nær 60 prosent av de foresatte er svært fornøyd med behandlingstilbudet, og andel som er misfornøyd er lavere enn blant barn og ungdom.

5.3 Tilfredshetsindikatorer

Svaralternativene i spørreskjemaet er kodet slik at høyere grad av tilfredshet har høyere verdi⁵⁹ Vi har konstruert fem tilfredshetsindikatorer som er gjennomsnittsscore for aktuelle påstander under henholdsvis dimensjonene Tilgjengelighet, Tillit og trivsel, Informasjon og medvirkning, Samarbeid, og "Effekt" (jf.). Ved konstruksjon av indeksene er det søkt å oppnå høyst mulig indre konsistens reliabilitet. Dette innebærer at testledd som reduserer reliabiliteten⁶⁰ er ekskludert. Denne fremgangsmåten gjør det mulig å sammenligne grad av tilfredshet med de ulike dimensjonen av tilbudet mellom de tre brukergruppene.

Tabellene under gir oversikt over antall testledd, gjennomsnittsscore (Mean), standardavviket (SD), samt minimumsscore (Min.) og maksimumsscore (Max) for indikatorene, for hver av de tre brukergruppene. Tabellene gjengir også indikatorenes indre konsistens reliabilitet, målt ved Cronbach's alpha (Alpha).

⁵⁹ Dette innebærer at svar på positivt ladede påstander kodes slik: Helt uenig=1, Litt uenig=2, Ganske enig=3, Veldig enig=4. Svar på negativt ladede påstander kodes slik: Helt uenig=4, Litt uenig=3, Ganske enig=2, Veldig enig=1.

⁶⁰ Basert på reliabilitetsanalyse utført i statistikkprogrammet SPSS.

TILGJENGELIGHET

Tabell 5.17 viser beskrivende statistikk for indikatoren Tilgjengelighet.

For barn 12-15 år inngår de sju testleddene som vi har kategorisert under dimensjonen Tilgjengelighet (jf. Tabell 5.7). For ungdom inngår fem av de seks testleddene som er sortert under denne dimensjonen. Her er testleddet "Jeg har en fast kontaktperson" ekskludert ved konstruksjon av indikatoren, da det bidro til reduksjon av reliabiliteten.

Tabell 5.17 Beskrivende statistikk for indikatoren Tilgjengelighet.

Brukergruppe	(n)	Ant. testledd	Mean	SD	Min.	Max.	Alpha
Barn 12-15 år	99	7	2,9	0,6	1,3	4,0	0,70
Ungdom fylt 16 år	75	4	3,0	0,6	1,5	4,0	0,64
Foresatte	186	8	3,2	0,5	1,9	4,0	0,65

Det fremgår av tabellen at det er en liten og ubetydelig forskjell mellom barn 12-15 år og ungdoms tilfredshet med tilgjengeligheten av tilbudet. Foresatte har imidlertid en statistisk signifikant mer positiv vurdering av tilgjengelighet enn barn ($t=-4,8$, $p<0,01$) og ungdom ($t=-3,1$, $p<0,01$).

TILLIT OG TRIVSEL

Av Tabell 5.18 fremgår beskrivende statistikk for indikatoren Tillit og trivsel.

For barn inngår fire, - og for ungdom fem testledd som tidligere er kategorisert under denne dimensjonen. For foresatte inngår fire av de fem testleddene som er sortert under dimensjonen (jf.) Testleddet "Barnet mitt mottar behandling mot sin egen vilje" er ekskludert da reliabilitetsanalysen viser at dette gir høyest mulig indre konsistens reliabilitet.

Tabell 5.18 Beskrivende statistikk for indikatoren Tillit og trivsel.

Brukergruppe	(n)	Ant. testledd	Mean	SD	Min.	Max.	Alpha
Barn 12-15 år	100	4	3,0	0,7	1,0	4,0	0,75
Ungdom fylt 16 år	81	5	3,0	0,6	1,6	4,0	0,72
Foresatte	202	4	3,5	0,5	1,75	4,0	0,76

Det fremgår av tabellen at barn og ungdom scorer likt på dimensjonen Tillit og trivsel. Foresatte har en mer positiv vurdering, som også er statistisk signifikant høyere enn barns score ($t=-6,9$, $p<0,01$), og ungdommenes score ($t=-7,4$, $p<0,01$).

INFORMASJON OG MEDVIRKNING

Tabell 5.19 viser deskriptiv statistikk for indikatoren Informasjon og medvirkning.

For barn og ungdom inngår de seks testleddene som er kategorisert under dimensjonen. Også for foresatte inngår samtlige seks opprinnelig valgte testledd for indikatoren.

Tabell 5.19 Beskrivende statistikk for indikatoren Informasjon og medvirkning.

Brukergruppe	(n)	Ant. testledd	Mean	SD	Min.	Max.	Alpha
Barn 12-15 år	100	6	2,7	0,6	1,0	4,0	0,72
Ungdom fylt 16 år	80	6	2,7	0,6	1,0	4,0	0,73
Foresatte	195	6	3,2	0,6	1	4,0	0,87

Barn og ungdom scorer likt ved vurdering av forhold relatert til informasjon og medvirkning, mens foresatte har en statistisk signifikant positiv vurdering også av denne dimensjonen ved tilbudet ($t=-6,4$, $p<0,01$; $t=-6,1$, $p<0,01$).

SAMARBEID

Tabellen under presenterer beskrivende statistikk for indikatoren Samarbeid.

For både barn og ungdom inngår tre testledd i denne dimensjonen. For foresatte inngår fire testledd. Indikatoren har høy indre konsistens reliabilitet for alle tre utvalgene.

Tabell 5.20 Beskrivende statistikk for indikatoren Samarbeid.

Brukergruppe	(n)	Ant. testledd	Mean	SD	Min.	Max.	Alpha
Barn 12-15 år	99	3	3,1	0,8	1,0	4,0	0,78
Ungdom fylt 16 år	72	3	3,1	0,7	1,0	4,0	0,76
Foresatte	191	4	3,4	0,6	1,0	4,0	0,85

Også her oppnår barn og unge samme gjennomsnittsscore, mens foresatte har en statistisk signifikant høyere score, som indikerer en mer positiv vurdering ($t=-2,9$, $p<0,01$; $t=-3,2$, $p<0,01$).

EFFEKT

Tabellen under presenterer beskrivende statistikk for indikatoren "Effekt".

For barn og ungdom inngår fire testledd i denne indikatoren. For foresatte inngår fem testledd.

Tabell 5.21 Beskrivende statistikk for indikatoren "Effekt".

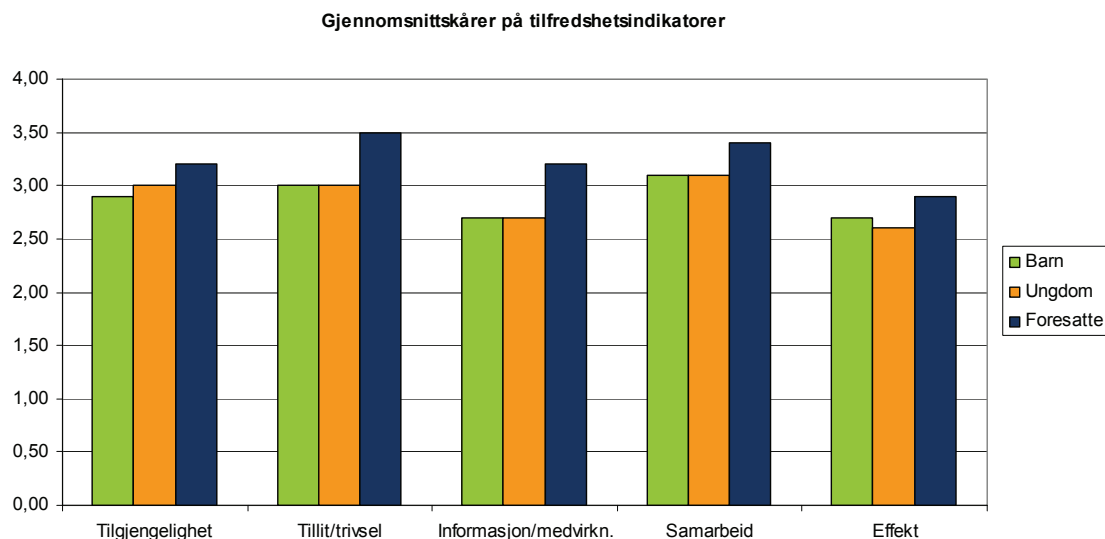
Brukergruppe	(n)	Ant. testledd	Mean	SD	Min.	Max.	Alpha*
Barn 12-15 år	98	4	2,7	0,7	1,0	4,0	0,68
Ungdom fylt 16 år	73	4	2,6	0,7	1,3	4,0	0,71
Foresatte	187	5	2,9	0,8	1,0	4,0	0,88

*Indre konsistens reliabilitet uttrykt ved Cronbach's alpha.

Ungdom har en noe lavere gjennomsnittsscore på denne indikatoren enn barn i aldersgruppen 12-15 år, men forskjellen mellom disse gruppene er ikke statistisk

signifikant forskjellig. Foresatte har høyere gjennomsnittsscore enn barn og ungdom, men statistisk signifikant bare i forhold til ungdommenes score.

Figuren under oppsummerer resultatene av sammenligning av gjennomsnittsscorer på de ulike indikatorene, mellom det tre brukerutvalgene.



Figur 5.6 Gjennomsnittsscorer på indikatorer for tilfredshet med behandlingstilbudet. Barn, ungdom og foresatte.

Når vi betrakter resultatene fra de tre utvalgene samlet, ser vi at Samarbeid er den dimensjonen ved tilbudet som gis best vurdering, mens dimensjonene Informasjon og Effekt gis minst positiv vurdering. Ser vi på utvalgene separat finner vi at barn og ungdom er mest fornøyd med dimensjonen Samarbeid, mens foresatte gir høyest score til dimensjonen Tillit og trivsel.

5.3.1 Korrelasjoner mellom tilfredshetsindikatorer

I dette avsnittet anvender vi korrelasjonsanalyser for å se på samvariasjonen mellom brukernes vurderinger av de ulike dimensjonene av behandlingstilbudet. Vi undersøker også om det er en statistisk sammenheng mellom hver av indikatorene og brukerens totale vurdering av behandlingstilbudet, som er et uttrykk for begrepsvaliditet.

Tabellen under viser korrelasjonen mellom tilfredshetsindikatorer for barn 12-15 år og ungdom. Korrelasjonskoeffisienter for ungdom er presentert i øvre høyre del av tabellen.

Tabell 5.22 Korrelasjon mellom tilfredshetsindikatorer og totaltvurdering av tilbudet. Barn 12-15 år og ungdom fylt 16 år.

Indikatorer	1	2	3	4	5	6
1 Tilgjengelighet		0,59*	0,55*	0,57*	0,67*	0,63*
2 Tillit/trivsel	0,61*		0,66*	0,63*	0,52*	0,67*
3 Informasjon/medvirkning	0,62*	0,52*		0,68*	0,66*	0,62*
4 Samarbeid	0,63*	0,57*	0,70*		0,68	0,60*
5 Effekt	0,51*	0,63*	0,51*	0,57		0,50*
6 Totalvurdering	0,50*	0,68*	0,43*	0,50*	0,57*	

Note. * $p < 0,001$

Det fremgår av resultatene av korrelasjonsanalysen at det er høy grad av samvariasjon mellom vurderinger av de ulike dimensjonene av tilbudet. Hovedbildet er altså at barn og ungdom som er tilfredse med én dimensjon – også er tilfredse med de øvrige dimensjonene ved tilbudet. Det er også høy statistisk signifikant korrelasjon mellom hver av dimensjonene og brukernes totalvurdering av tilbudet.

Tabellen under viser tilsvarende korrelasjonsanalyse av data fra foresatte.

Tabell 5.23 Korrelasjon mellom tilfredshetsindikatorer og totaltvurdering av tilbudet. Foresatte.

Indikatorer	1	2	3	4	5	6
1 Tilgjengelighet						
2 Tillit/trivsel	0,67*					
3 Informasjon/medvirkning	0,69*	0,59*				
4 Samarbeid	0,76*	0,74*	0,77*			
5 Effekt	0,51*	0,50*	0,57*	0,60*		
6 Totalvurdering	0,66*	0,69*	0,71*	0,78*	0,64*	

Note. * $p < 0,001$

Data fra foresatte viser også samme høye samvariasjon mellom vurderinger de ulike dimensjonene ved tilbudet. Score på hver av dimensjonene korrelerer også høyt med brukeres totalvurdering av tilbudet.

5.4 Sammenhenger mellom tilfredshet med tilbudet og kjennetegn ved brukerne

TOTALTILFREDSHETSINDIKATOR

For å undersøke om tilfredshet med tilbudet varierer med kjennetegn ved respondenten benytter vi et samlemål på tilfredshet. Samlemålet er basert på svar på alle påstandene i spørreskjemaet, og svaralternativene er kodet slik at høyere

grad av tilfredshet har høyere verdi⁶¹. På grunnlag av dette er det utregnet en totaltilfredshetsindikator for hver bruker. Tabellen under viser beskrivende statistikk for dette samlemålet for hvert av de tre utvalgene.

Tabell 5.24 Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet.

Totaltilfredshetsindikator	n	Ant. testledd	Mean	SD	Min	Max
Barn 12-15	81	24	2,9	0,5	1,13	3,96
Ungdom	58	23*	2,9	0,5	1,52	3,91
Foresatte	164	28	3,2	0,5	1,52	3,91

Note. Respondenter som har ubesvart på minst en påstand i spørreskjemaet oppnår ikke en totalscore, dvs. behandles som "missing" i denne analysen.

Påstandene "Jeg er her frivillig", som er fremsatt i spørreskjemaet til ungdom, og "Barnet mitt mottar behandling mot sin egen vilje" som er fremsatt i spørreskjemaet til foresatte inngår ikke i totaltilfredshetsindikatorene, da de i senere analyser benyttes som uavhengige variabler.

Tabellen viser at samlemålet har en gjennomsnittsverdi på 2,9 for barn og ungdom, og 3,2 for foresatte. Totalt sett er foresatte er statistisk signifikant mer tilfredse med tilbudet enn barn/ungdom ($t=-5,9$, $p<0,001$).

BARN 12-15 ÅR

For å sikre anonymiteten i undersøkelsen blant de yngste pasientene (12-15 år) er bakgrunnsopplysninger begrenset til kjønn, tid i kontakt med klinikken, samt type behandlingssenheter i dette utvalget. I tabellen under har vi sammenlignet total tilfredshetscore mellom gutter og jenter, mellom pasienter som har kort kontakttid (< 3 måneder) og lengre kontakttid, og mellom pasienter innlagt ved døgnavdelinger og andre typer behandlingssenheter.

Tabell 5.25 Tilfredshet etter kjennetegn pasienter 12-15 år.

Pasientkjennetegn	n	Tilfredshetscore	SD
Gutt	38	2,93	0,55
Jente	42	2,88	0,49
Kort kontakttid	44	2,87	0,47
Lengre kontakttid	35	2,95	0,58
Døgnavdeling	41	3,11	0,37
Annen avdeling	40	2,70	0,56

Students T-test er benyttet for å undersøke om det er statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Det er små, og ikke statistisk signifikante forskjeller mellom gutter og jenter, og mellom pasienter med henholdsvis kort og lengre

⁶¹ Dette innebærer at svar på positivt ladede påstander kodes slik: Helt uenig=1, Litt uenig=2, Ganske enig=3, Veldig enig=4; mens svar på negativt ladede påstander kodes slik: Helt uenig=4, Litt uenig=3, Ganske enig=2, Veldig enig=1.

kontakttid. Pasienter innlagt ved døgnavdelinger gir en mer positiv vurdering av tilbudet enn pasienter ved øvrige avdelinger⁶² ($t=3,9$, $p<0,001$).

UNGDOM FYLT 16 ÅR

I tabellen under fremgår resultater av sammenligning av gjennomsnittlig tilfredshetsscore for ungdom inndelt i grupper etter ulike kjennetegn.

Tabell 5.26 Tilfredshet etter kjennetegn. Ungdom fylt 16 år.

Pasientkjennetegn	n	Tilfredshetsscore	SD
Gutt	17	2,99	0,44
Jente	41	2,83	0,51
Kort kontakttid (<3 mo)	27	2,96	0,49
Lengre kontakttid	31	2,80	0,50
Inntil 3 ulike problemområder	26	2,92	0,49
Mer enn 3 ulike problemområder	32	2,83	0,50
Tjenestekontakt – høy grad (3 eller flere tjenester)	34	2,92	0,55
Tjenestekontakt – mindre grad (0-2 tjenester)	24	2,80	0,43
Opplever behandlingen som frivillig	41	3,04	0,41
Opplever ikke behandlingen som frivillig*	16	2,47	0,49

Note. *Helt uenig* eller *Litt uenig* i påstanden "Jeg er her frivillig".

Students T-test er benyttet for å undersøke om det er statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Resultatene viser at pasienter som opplever at behandlingen er frivillig har en statistisk signifikant høyere score enn de som ikke opplever frivillighet ($t=-4,4$, $p<0,001$). Det er ikke statistisk signifikant forskjeller mellom henholdsvis gutter og jenter, pasienter med kort og lengre kontakttid, pasienter med høy grad av – og mindre grad av sammensatt problematikk, eller mellom pasienter som har kontakt med mange i forhold til færre tjenester.

FORESATTE

I tabellen under fremgår resultater av sammenligning av gjennomsnittlig tilfredshetsscore for foresatte inndelt i grupper etter ulike kjennetegn.

⁶² Andre avdelinger: dagavdeling, familieavdeling, akuttenhet.

Tabell 5.27 Tilfredshet etter kjennetegn foresatte.

Kjennetegn respondenten	n	Tilfredshetsscore	SD
Pasientens mor/mor og far	113	3,26	0,49
Pasientens far	45	3,19	0,51
Yrkesaktiv	92	3,19	0,51
Ikke yrkesaktiv	69	3,29	0,47
Høyeste utdanning Videregående skole	93	3,32	0,42
Høyeste utdanning høgskole/universitet	67	3,10	3,10
Barnet bor med begge foreldre	71	3,19	0,51
Barnet bor ikke med begge foreldre	93	3,27	0,48
Barnets kjønn jente	90	3,17	0,54
Barnets kjønn gutt	68	3,31	0,43
Barnets alder < 16 år	108	3,25	0,48
Barnets alder 16 år eller mer	44	3,13	0,53
Kort kontakttid med klinikken (<3 mo)	70	3,25	0,42
Lengre kontakttid med klinikken	92	3,22	0,55
Barnet har inntil 3 ulike problemområder	84	3,23	0,51
Barnet har mer enn 3 ulike problemområder	80	3,24	0,48

Students T-test er benyttet for å undersøke om det er statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Resultatet viser at foresatte med høgskole- eller universitetsutdanning er statistisk signifikant mindre tilfredse med behandlingstilbudet sammenlignet med de som har videregående skole som høyeste utdanning ($t=2,7$, $p<0,01$). Utvidede analyser viser at gruppen foresatte med det høyeste utdanningsnivået (høgskole/universitet > 4 år, $n=30$) har laveste gjennomsnittlige tilfredshetsscore (score= 2,94), og at denne også er statistisk signifikant lavere enn scoren for de med høgskole/universitetsutdanning av lavere grad (< 4 år) ($n=37$, score=3,23), ($t=2,1$, $p<0,05$). For øvrig er det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de gruppene som er sammenlignet.

6 Referanser

Agledal, S. A, et al. (2006). Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av helse- og omsorgsministeren. Oslo.

Andersson, H.W., Kaspersen, S. L., Bjørngaard, J.H., Bungum, B., Ådnes, M., Buland, T. (2009). Psykisk helse i skolen - Effektevaluering av opplæringsprogrammene *Hva er det med Monica?*, *STEP - ungdom møter ungdom* og *Venn1*. Delrapport A. Rapport SINTEF A10362.

Andersson, H.W. (2004). Factors associated with waiting time for access to mental health services for children and adolescents in Norway. *Child Care in Practice*, 10, 47-56.

Andersson, H.W. & Steihaug, S. (2008). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Rapport A4727 SINTEF Helse.

Andersson, H.W. & Ådnes, M. (2005). Faktorer som hemmer eller fremmer samarbeid om barn og unge. I: Andersson, H.W. (red.), Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., & Ådnes, M. Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. SINTEF Helse, Rapport 3/05.

Andersson, H.W., & Norvoll, R. (2006). Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen. SINTEF Rapport. A595.

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

Andersson, H.W. (2001). Barn og unge med psykiske lidelser. Karakteristika ved pasientene og det spesialiserte behandlingstilbudet. Rapport 4/01. SINTEF Unimed, Helsetjenesteforskning.

Andersson, H.W., Ose, S.O., & Norvoll, R. (2006). Helsesøsters kompetanse. Rapport A558. SINTEF Helse.

Burgess, P., Pirkis, J., Morris -Yates, Coombs, T., Clarke, A., Jones-Ellis, D, & Browman, B. (2005). Australian Mental Health Outcomes and Classification Network. Sharing information to improve outcomes. Child & adolescent national outcomes & casemix collection standard reports. 1st Edition, Version 1.0. Australian Government Department of Health and Ageing.

Ayton, A.K. Mooney, M.P., Sillifant, K., Powls, J., & Rasool. H. (2007). The development of the child and adolescent version of the Verona Service Satisfaction Scale (CAMHSSS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42: 892-901.

Bjertnæs, Ø.A., Garratt, A., Helgeland, J., Holmboe, O., Dahle, K.A., Hanssen-Bauer, K., & Røttingen, J-A. (2008). Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskr Nor Legeforen*, 128, 1041-1045.

Bjørngaard, J.H. (red.), Bjerkan, A.M., Bremnes, R., Hatling, T., Kaspersen, S.L., Pedersen, P.B., Sitter, M., & Waagan, T. (2008). SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007. SINTEF Helse, Rapport A7840.

Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. I: I.E. Sigel & K.A. Renninger, (Eds.). W. Damon (Ed): *Handbook of child psychology: Vol 4. Child Psychology in Practice*. New York: Wiley (5. edt).

Dwyer, S.B., Nicholson, J.M., & Battistutta, D. (2003). Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 699-711.

Grøholt, B. (2008). Fornøyde foreldre og alt såre vel? *Tidsskr Nor Legeforen*, 9, 1040.

Furre, A., Jacobsen, H., & Halvorsen, I. (2006). Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester i psykisk helsevern for barn og unge. *Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør*.

Hawkins E.H. (2009). A tale of two systems: co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annu Rev psychol*, 60, 197-227.

Helland, M.J., & Mathiesen, K.S. (2009). 13-15-åringene fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse. *Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2009:1*

Helse- og omsorgsdepartementet (2000). FOR 2000-12-21 nr. 1385.

Helsedirektoratet (2008). "Gjør det så enkelt som mulig". Tipshefte om Individuell plan. IS-1544.

Helsedirektoratet (2008). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2007. *Norsk pasientregister. Rapport IS-1553*.

Helsedirektoratet (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. IS-1570.

Helsetilsynet (2006). Bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport 4/2006.

Helsetilsynet (2007). Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007.

Holmboe, O., & Garratt, A. (2007). Foresattes erfaringer med tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker: Utvikling av spørreskjema og innsamlingsmetode. *Notat Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*.

Holmboe, O., Dahle, K.A., & Helgeland, J.(2008). Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Resultater fra en nasjonal undersøkelse. PasOPP-rapport nr 2. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.

Jack, R. (1992). *Women and attempted suicide*. Hillsdale, USA. Lawrence Erlbaum Ass.

Kaspersen, S. L., Bungum, B., Andersson, H.W., Bjørngaard, J.H., Ådnanes, M., Buland, T. (2009). Deskriptiv fremstilling av datamaterialet for effektevaluering av opplærings-programmene *Hva er det med Monica?, STEP - ungdom møter ungdom og Venn1.no*. Delrapport B. Rapport SINTEF A10365.

Langlo, S.R., Ramberg, M., & Grøholt, B. (2003). Suicidal ungdom - hva skal klinikere se etter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 16, 2246-2249.

LOV 1999-07-02 nr. 63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Magde, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Lea, D, & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667-677.

Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2007:5.

Midttun, L (red.) (2008). SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten, 2007. Rapport 1/08. SINTEF Helse.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). (2006). Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling. Kunnskapsoppsummering. Rapport fra Kunnskapssenteret, nr. 22- 2006.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret). (2006). Brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005. Rapport fra Kunnskapssenteret, Nr. 9 – 2006.

Nrugham, L., Larsson, B., & Sund, A.M., (2008)¹. Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 111, 83-93.

Nrugham, L., Larsson, B., & Sund, A.M., (2008)². Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors. *Journal of Affective Disorders*, 109, 35-45.

O'Connor, R.C., Rasmussen, S., Miles, J., & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-reported survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry*, 194, 68-72.

Pedersen, P.B., Lilleeng, S.E., & Sitter, M. (2008). Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. SINTEF Helse. Rapport A 6400.

Portzky, G., & van Heeringen, K. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 337-42.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykisk helse.... Sammen om psykisk helse (2003).

Riksrevisjonen (2007). Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr 3:7 (2006-2007).

Rimehaug, T. & Helmersberg, I. (1995). Barnepsykiatrisk utredning - fra produkt til prosess. *Fokus på familien*, 2 (3), 145-156.

Rossow, I. (1999). Kjønnforskjeller i suicidal atferd. *Norsk Epidemiologi*, 129-134.

Senter for Atferdsforskning (2003). Barnevernboka. Årbok for barnevernet, 2003. Senter for Atferdsforskning, Høgskolen i Stavanger, 2002.

Sitter, M. (2008). Tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Et utviklingsprosjekt om bruk av det multiaksale klassifikasjonssystemet akse 1-6, i perioden 2005-2007. SINTEF Helse. Rapport A9124.

Sosial – og helsedirektoratet (2006)². Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. IS- 1370.

Sosial – og helsedirektoratet. Informasjon om pasienters rettigheter. IS-1196.

Sosial – og helsedirektoratet (2006)¹. Veileder for multiaksal klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge. Utarbeidet av arbeidsgruppe, ved leder Ketil Hanssen – Bauer, Den Norske legeforening ved Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk forening, oppnevnt av Sosial – og helsedirektoratet. www.kith.no/bup.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Rapport, IS 1315.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. IS- 1244 Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger. Rapport IS-127.

Steinhausen, H-C., & Winkler - Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zürich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (Suppl. 418), 20-23.

St.prp. nr 63 (1997-98). Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

St.prp nr 1. (2003-2004) For budsjetterminen 2004. Helse – og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr 1. (2005-2006). For budsjettåret 2007. Helse - og omsorgsdepartementet.

Sourander, A., Niemelä, S., Santalahti, P., Helenius, H., & Piha, J. (2008). Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16- year population-based time-trend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47, 317-327.

Tuseth, A-G., Sverdrup, S., Hjort, H., & Friestad, C. (2006). Å spørre den det gjelder. Erfaringer med klient - og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid. Region-senter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.

Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J.(2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population of 10-19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ- questionnaire. *Eur Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 189-198.

www.ssb.no. Barn etter foreldrenes samlivsform. 1. januar 2008.

Ystgaard, M., Reinholdt, N.P, Husby, J. & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 16, 2241-2251.

Zahn-Waxler, C, Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 275-303.