

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

Per Bernhard Pedersen
(Red.)

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

ISBN 978-82-14-04803-2
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn
Helsetjenesteforskning
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

4 Barn og unge i det psykiske helsevernet – 1998-2008

Marit Sitter

4.1 Sammendrag

I dette kapitlet undersøker vi utvikling og endring i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge (0-17 år) i løpet av opptrappingsperioden. Vi har sett på hvilke grupper av barn og unge som har mottatt tilbud, og innenfor hvilke pasientgrupper veksten har funnet sted. Pasientsammensetningen er belyst med utgangspunkt i pasientenes kjønn, alder og problemområde.

Det har i løpet av opptrappingsperioden vært en kraftig vekst i antallet barn og unge som har mottatt behandling. Fra 1998 til 2008 økte antallet pasienter fra 20 634 til 53 111, en vekst på 157 prosent. Dekningsgraden (pasienter i prosent av antall barn og unge) økte fra 2,0 prosent i 1998 til 4,8 prosent i 2008. Målet om fem prosent dekning er derfor langt på vei innfridd på nasjonalt nivå.

Til tross for målet om lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted, har det gjennom hele perioden vært store regionale forskjeller i dekningsgraden. Ved Opptrappingsplanens slutt hadde helseregion Nord og helseregion Sør-Øst nådd målet om fem prosent dekningsgrad. Helseregion Midt-Norge, og særlig helseregion Vest lå fortsatt betydelig under måltallet.

Gjennom hele perioden har det vært høyere behandlingsrater blant gutter enn blant jenter. Mens 1,8 prosent av jentene hadde et behandlingstilbud i 1998, var dekningsgraden for gutter 2,1 prosent. Ved opptrappingsplanens slutt var dekningsgraden 4,2 prosent for jenter og 5,3 prosent for gutter. Forskjellene mellom gutter og jenter som mottok behandling økte derfor fra 1998 til 2008. Mens behandlingsratene for jenter økte med 133 prosent i perioden, var tilsvarende tall for gutter 152 prosent.

Det er også klare forskjeller i tilgangen til tjenesten for ulike aldersgrupper. Ungdom 13 år og eldre hadde den høyeste behandlingsraten per innbygger i hele opptrappingsperioden, mens de yngste barna hadde den laveste raten samtlige år. Det er også i ungdomsgruppen vi finner den sterkeste økningen de siste årene. Mens 1,0 prosent av førskolebarn mottok et behandlingstilbud i 2008, var behandlingsraten for ungdomsgruppen 7,6 prosent. Blant barn i alderen 6-12 år mottok 4,9 prosent behandling. Barn i førskolealder synes å ha blitt prioritert sterkere i Opptrappingsplanens slutfase, hvor vi ser en sterkere vekst de siste tre år.

Fra 1998 og fram til 2004 var behandlingsratene høyest for barn og unge henvist for atferdsvansker. Fra 2005 til 2008 var flest henvist pga hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Det har gjennom hele perioden vært klare forskjeller mellom kjønnene i bakgrunnen for henvisningene. For guttene var behandlingsratene i 1998 størst for pasienter henvist for atferdsvansker. I 2008 utgjorde hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den vanligste årsaken. Blant jenter var behandlingsratene høyest for pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg

begge år. Den relative veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2008 var imidlertid sterkest for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker for begge kjønn.

Det var også forskjeller i henvisningsgrunn i ulike aldersgrupper. Blant førskolebarn (0-6 år) utgjorde barn med atferdsvansker den største pasientgruppen. Det samme gjaldt barn i alderen 7-12 år i første del av opptrappingsperioden, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker var viktigste henvisningsgrunn i 2008. Tristhet, depresjon og sorg var viktigste henvisningsårsak for ungdom (13-18 år). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Avslutningsvis i dette kapitlet har vi presentert pasientenes fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Opplysningene om diagnose har gjennom hele perioden vært mangelfullt registrert. Andelen pasienter som mangler diagnose har imidlertid gått ned fra 47,0 prosent i 1998 til 33,5 prosent i 2008.

Blant pasientene som er diagnostisert har andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser økt fra 15 prosent i 1998 til 26 prosent i 2008. Tilsvarende ser vi en nedgang i andelen pasienter med andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, fra 35 prosent i 1998 til 17 prosent i 2008. Prosentandelen med affektive lidelser har økt fra omlag fem prosent til nær sju prosent. Videre ser vi at pasienter med Z-diagnoser har økt markant i perioden, fra fem prosent i 1998 til nær 20 prosent i 2008.

4.2 Innledning og problemstilling

Et overordnet mål i Opptrappingsplanen for psykisk helse var å styrke tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer (St.prp. nr. 63, 1997-1998, St.meld. nr. 25, 1996-97). Dette omfattet både utbygging av kommunale tilbud og styrking av det psykiske helsevernet. Det ble knyttet konkrete måltall til utbyggingen av tjenestene både når det gjaldt kapasitet, produktivitet og dekningsgrad. Et av de sentrale målene for spesialisthelsetjenesten var å gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen innen planperiodens slutt. Med en dekningsgrad på 4,8 prosent i 2008, er dette målet langt på vei innfridd på nasjonalt nivå.

Hvilke pasientgrupper har så blitt ivaretatt gjennom spesialisthelsetjenestens økte tilbud? Er pasientsammensetningen endret i perioden, ved at nye pasientgrupper har fått tilbud om behandling? Eller er forholdet mellom pasientgruppene fortsatt den samme som ved starten av opptrappingsperioden?

I dette kapitlet vil vi studere hvem de nye brukerne i psykisk helsevern for barn og unge er. Vi vil redegjøre for hovedtendenser med hensyn til pasientenes kjønns- og alderssammensetning og fordeling etter henvisningsgrunn for perioden 1998 til 2008. Utviklingstall presenteres i hovedsak på nasjonalt nivå.

4.3 Data og metode

Analysene i kapitlet er basert på pasientdata for barn og unge i psykisk helsevern og omfatter statistikkårne 1998 til 2008. Datasettene for årgangene 1998 til 2002, ble innsamlet av HIADATA AS etter avtale med Norsk Forening for Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI), og kvalitetskontrollert av SINTEF i samråd med HIADATA AS. Fra 2003 ble datasettene innhentet og kvalitetskontrollert av Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet. Materialet er i stor grad basert på det pasientadministrative systemet BUP-data, med Visma Unique AS som systemleverandør.

Pasientdata for barn og unge har i perioden i økende grad blitt mer komplett. Med unntak for enkelte år, inngår samtlige av landets offentlige institusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge i datasettene. Begrensninger i datamaterialet er i stor grad knyttet til ulik registreringspraksis i sektoren. Vi gjør spesielt oppmerksom på at kvaliteten på data for

døgn- og dagvirksomheten er beheftet med usikkerhet, og derfor bør tolkes med forsiktighet. Vi viser til de årlige SAMDATA-rapportene for nærmere beskrivelse av datagrunnlag og kompletthet for det enkelte statistikkår.

Analysene i dette kapitlet omfatter bruk av variablene kjønn, alder og henvisningsgrunn. Aldersinndelingen er endret i perioden og på grunn av mangel på konsesjon for fødselsårsvariabelen for årgangene fra 1998 til 2004, har vi ikke sammenliknbare aldergrupper for samtlige år. For årgangene 1998 og 2008 har vi imidlertid sammenliknbare grupperinger, og dette gjør det mulig å belyse endring i perioden for de samme alderskategoriene.

For å belyse pasientsammensetning i forhold til pasientenes psykiske vansker/lidelser (problemområde) er henvisningsgrunn benyttet, dette på grunn av at variablene knyttet til tilstand/diagnose er beheftet med høy andel missing/ubesvarte samtlige år. Ved bruk av henvisningsgrunn gjenspeiles førstelinjetjenestens definisjon av barnets problem, og dette er ikke nødvendigvis sammenfallende med spesialisthelsetjenestens vurdering av barnets lidelse. En tidligere SINTEF-studie viser imidlertid at det er et tydelig samsvar mellom henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten og hvilke diagnoser som settes i det psykiske helsevernet for barn og unge (Sitter, 2008).

Avslutningsvis i kapitlet presenteres fordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i opptrappingsperioden. Til tross for at variablene som måler tilstander/diagnoser er beheftet med manglende responser for samtlige år, ønsker vi å vise hvordan utviklingen har vært både for andelen ubesvarte samt fordelingen for de øvrige diagnosekategoriene fra 1998 til 2008.

I analysene i dette kapitlet presenteres relative fordelinger og dekningsgrad på nasjonalt nivå ved hjelp av grafiske fremstillinger for perioden 1998 til 2008 fordelt på kjønn, alder og henvisningsgrunn. Befolkningsbaserte rater på regionalt nivå tar hensyn til befolkningsutviklingen i helseregionene i perioden. I hvilken grad variasjonen i dekningsgrad mellom regionene endres i perioden, måles ved variasjonskoeffisienten CV¹⁰.

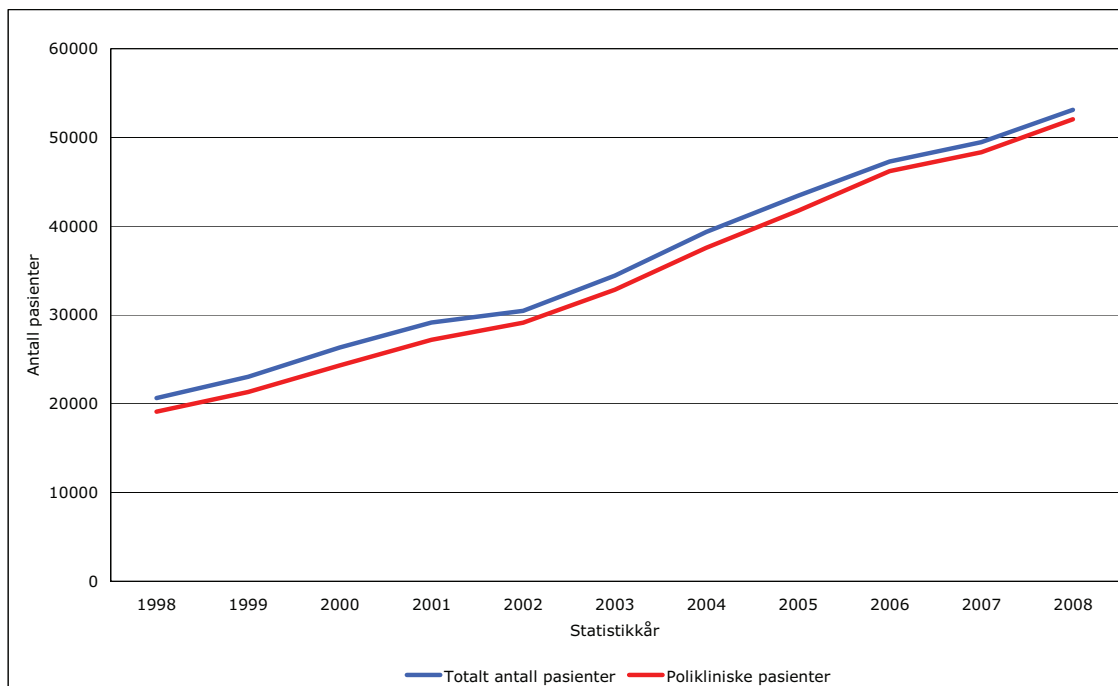
4.4 Utvikling for barn og unge i det psykiske helsevernet 1998-2008

4.4.1 Utvikling i antall barn og unge som har mottatt behandling i opptrappingsperioden

Barn og unge har vært et prioritert satsingsområde i Opptrappingsplanen for psykisk helse, og ett av de mest sentrale målene var å gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år innen planperiodens slutt.

Figur 1.1 viser utviklingen i antall pasienter som har mottatt et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 1998 til 2008, fordelt på omsorgsnivå.

¹⁰ CV er definert som standardavviket dividert med gjennomsnittet.



Datakilde: NPR

Figur 4.1 Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998–2008

Det har vært en jevn og kraftig vekst i antall pasienter som har mottatt behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge fra Opptrappingsplanens start i 1999 og fram til avslutningen i 2008. Totalt økte pasienttallet fra 20 634 pasienter i 1998 til 53 111 pasienter i 2008, en vekst på 157 prosent¹¹. Dette betyr at om lag 33 000 flere pasienter fikk behandling i 2008 enn i basisåret 1998.

Polikliniske pasienter har i hele perioden utgjort den største andelen av pasientmassen. I 1998 mottok 93 prosent av pasientene et poliklinisk tilbud. Tilsvarende tall for 2008 var 98 prosent¹². Økt satsing på polikliniske og ambulante tilbud i opptrappingsperioden har gjort at veksten i antallet polikliniske pasienter har økt sterkt (172 prosent).

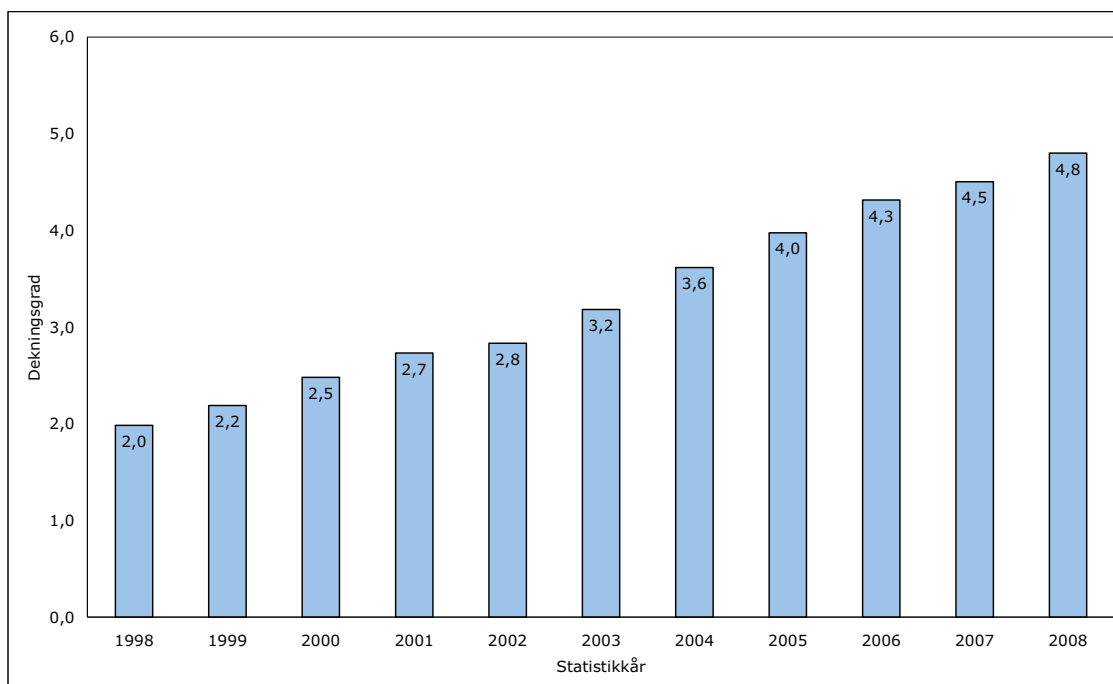
4.4.2 Utvikling i dekningsgraden for barn og unge i opptrappingsperioden

Ved Opptrappingsplanens start ble den nasjonale dekningsgraden for pasienter i det psykiske helsevernet beregnet til å omfatte to prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. For å nå 5-prosentmålet var det nødvendig med en kraftig kapasitetsvekst i form av nye behandlerårsverk og økte økonomiske rammer. I tillegg ble det satt fokus på økt produktivitet i poliklinikkene, for derigjennom å oppnå at hver fagperson behandlet flere pasienter. Ved utgangen av 2008 hadde det polikliniske personellet økt med 105 prosent og årsverk knyttet til døgn- og dagbehandling med 50 prosent. Driftskostnadene økte med 88 prosent i samme periode (SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2008 1/09).

I figur 4.2 ser vi utviklingen i dekningsgrad (antall behandlede i prosent av befolkningen) i perioden 1998 til 2008.

¹¹ Antallet pasienter som presenteres er alle pasienter som mottar behandling i det enkelte statistikkår. Dette innebærer at pasienter som behandles over flere år, vil være med i tallgrunnet for samtlige år de mottar behandling.

¹² Da enkelte pasienter både mottar poliklinisk og døgn- /dagbehandling, vil antall pasienter samlet sett være lavere enn summen av pasienter på ulike omsorgsnivå. Dette gjelder også ved presentasjon av andelen polikliniske og døgn-/dagspasienter.



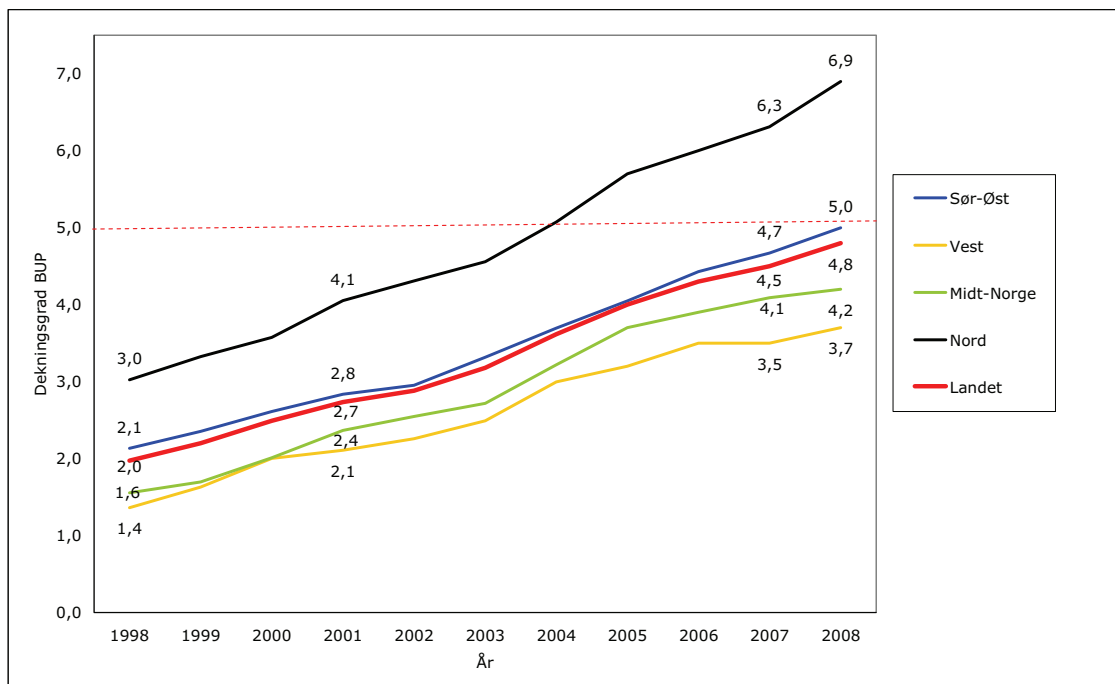
Figur 4.2 Dekningsgrad i psykisk helsevern for barn og unge. Nasjonalt nivå. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998-2008

I løpet av opptrappingsperioden økte dekningsgraden for barn og unge fra 2,0 prosent per 100 innbyggere i 1998 til 4,8 prosent i 2008. Målet om fem prosent dekning av barne- og ungdomsbefolkningen var derfor langt på vei innfridd på nasjonalt nivå ved utgangen av opptrappingsperioden.

4.4.3 Dekningsgrad i helseregionene

På regionalt nivå har det i hele opptrappingsperioden vært store forskjeller mellom helseregionene i andelen barn og unge som har mottatt behandling. Til tross for at lik tilgang til tjenester uavhengig av bosted fortsatt er et sentralt helsepolitisk mål, har tilgjengeligheten til denne tjenesten vært ulik for barne- og ungdomsbefolkningen i helseregionene i hele opptrappingsperioden.

Figur 4.3 gir en oversikt over utviklingen i dekningsgrad i helseregionene fra 1998 til 2008. For å få sammenlignbare tall for hele perioden, ble tidligere helseregion Sør og helseregion Øst slått sammen i årene fra 1998 til 2006 under benevnelsen helseregion Sør-Øst.



Datakilde: NPR

Figur 4.3 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Regionalt nivå. 1998-2008

Det har i perioden 1998-2008 vært en klar vekst i andelen barn og unge som har mottatt behandling i samtlige helseregioner. Helseregionene hadde imidlertid ulikt utgangspunkt ved Opptrappingsplanens start i 1998. Helseregion Nord ga allerede i 1998 et behandlingstilbud til tre prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i sitt opptaksområde, og har i hele opptrappingsperioden hatt en langt høyere dekningsgrad enn de øvrige regionene. Motsatt hadde helseregion Vest lavest dekning for barn og unge i hele 10-årsperioden. Helseregion Midt-Norge lå i første del av perioden omtrent på samme nivå som helseregion Vest, men hadde utover perioden sterkere vekst enn region Vest. Helseregion Sør-Øst hadde nest høyeste dekning blant helseregionene samtlige år.

Ved utgangen av planperioden ga helseregion Nord tilbud til nær syv prosent av barne- og ungdomsbefolkningen, mens helseregion Vest hadde en dekning på 3,7 prosent. Til tross for denne forskjellen i tilgangen til tjenestene i 2008, har det skjedd en tilnærming mellom regionene i perioden ved at forskjellene i dekningsgrad har blitt mindre (CV=0,35 i 1998, CV=0,28 i 2008).

Figur 4.3 viser at to av helseregionene, Nord og Sør-Øst, har nådd femprosentmålet ved Opptrappingsplanens slutt i 2008. De to øvrige helseregionene, og spesielt helseregion Vest, men har fortsatt et behandlingstilbud til en betydelig lavere andel av barne- og ungdomsbefolkningen enn måltallet.

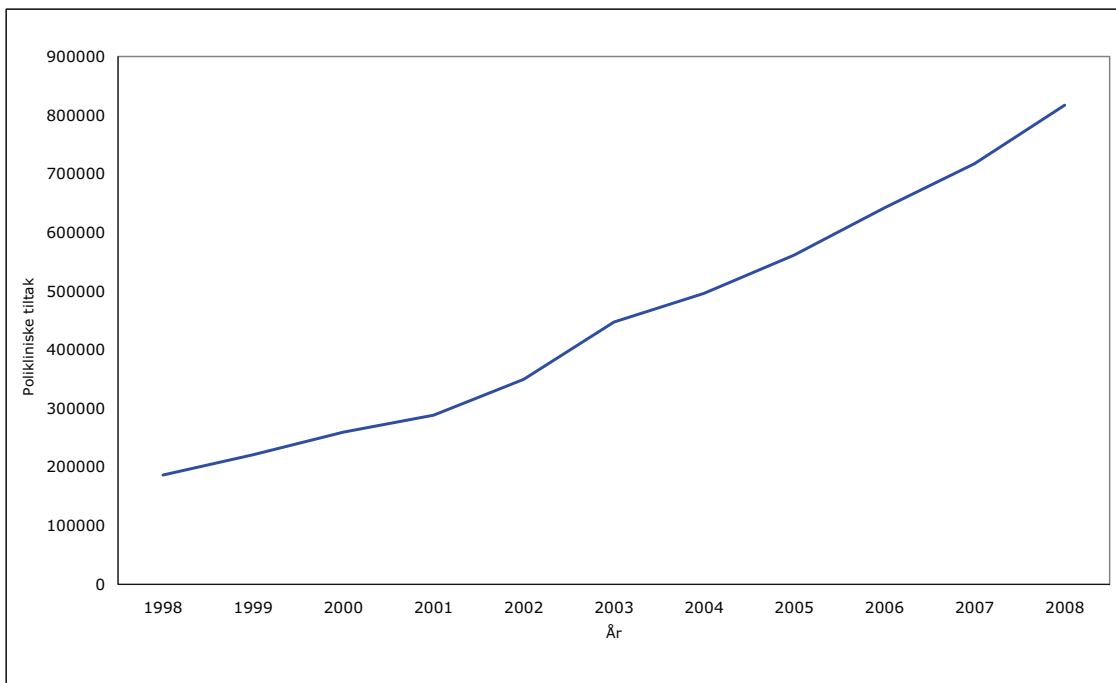
Det er for øvrig store forskjeller innad i helseregionene og mellom helseforetaksområdene i dekningsgrad og tilgjengelighet til tjenestene. Dette er belyst nærmere i kapittel 7.

4.4.4 Polikliniske tiltak – nasjonal og regional utvikling

Ved poliklinisk behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, blir behandlingen målt i antall polikliniske tiltak. Tiltakene kan både være direkte og indirekte. Direkte tiltak er enten utredning, observasjon eller behandling (terapi/samtale), mens indirekte tiltak er i

hovedsak ulike former for samarbeid med andre instanser som har en rolle overfor den enkelte pasient.

Figur 4.4 viser utviklingen i antall polikliniske tiltak som ble utført i det psykiske helsevernet i opptrappingsperioden.

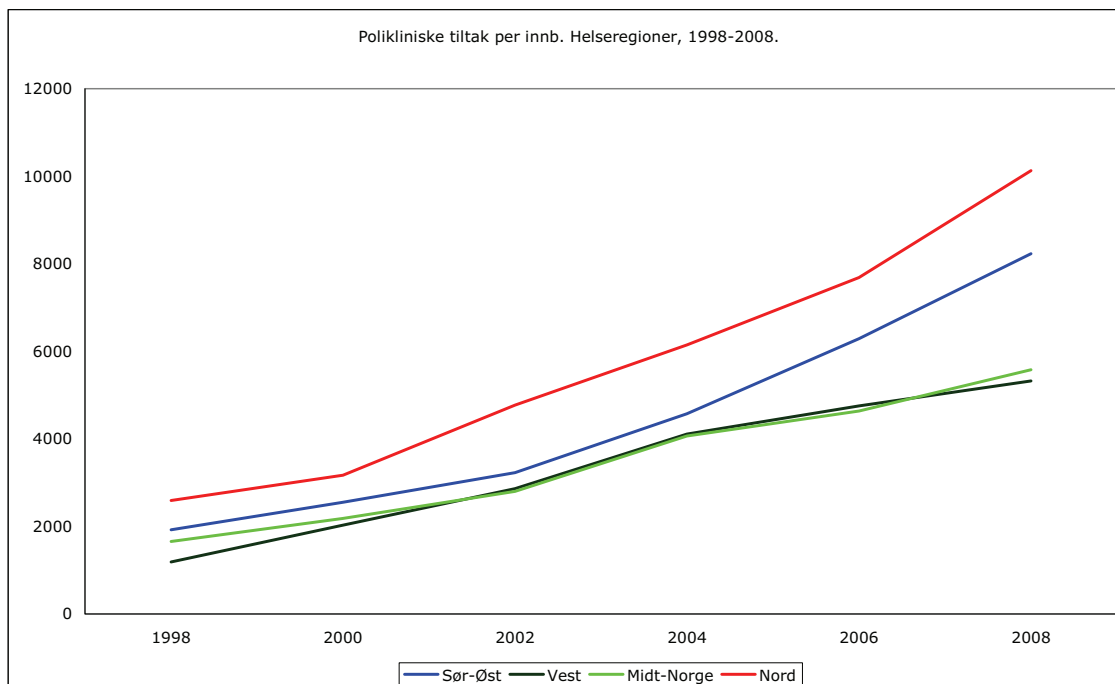


Datakilde: NPR

Figur 4.4 Antall polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998–2008.

Antallet polikliniske tiltak i det psykiske helsevernet for barn og unge økte fra om lag 186 000 i 1998 til 817 000 i 2008. Dette utgjør en vekst på 339 prosent i perioden. Sammenstilt med veksten i behandlede polikliniske pasienter i samme periode (172 prosent), viser dette at hver pasient i gjennomsnitt mottar over 60 prosent flere tiltak i 2008 enn i 1998.

Figur 4.5 viser omfanget av polikliniske tiltak sett i relasjon til befolkningsstørrelsen i de ulike helseregionene fra 1998 til 2008.



Datakilde: NPR

Figur 4.5 Polikliniske tiltak per 10 000 innbyggere (0-17 år), i det psykiske helsevernet for barn og unge. Helseregioner. 1998-2008¹³

I hele opptrappingsperioden hadde barn og unge i helseregion Nord et høyere tiltaksnivå per innbygger enn i de øvrige regionene. Både i 1998 og 2008 mottok befolkningen i helseregion Nord om lag dobbelt så mange tiltak per innbygger som befolkningen i helseregion Vest. Helseregionene Vest og Midt-Norge lå i store deler av opptrappingsperioden om lag på samme nivå, men både ved periodens start og slutt var omfanget av tiltak per innbygger høyest i helseregion Midt-Norge. Befolkningen i helseregion Sør-Øst hadde nest høyeste tiltaksnivå i hele opptrappingsperioden.

Forskjellene mellom helseregionene i polikliniske tiltak per innbygger har holdt seg tilnærmet stabile i perioden (Variasjonskoeffisienten $CV=0,318$ i 1998, $CV=0,312$ i 2008).

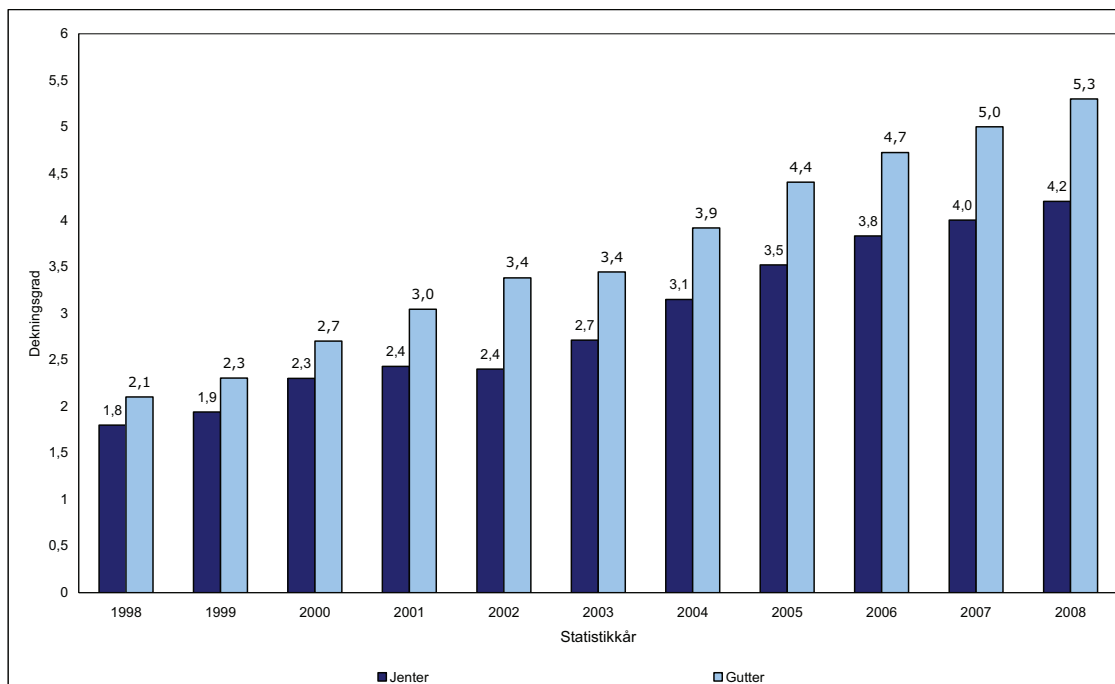
4.5 Utvikling i behandlingsrater for ulike pasientgrupper

I dette avsnittet vil vi analysere pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge i opptrappingsperioden. Dette for å undersøke om det har vært endringer i hvilke pasientgrupper som mottar behandling i løpet av 10-årsperioden. I det etterfølgende vil vi derfor ha fokus på pasientsammensetning mht kjønn, alder og viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten.

4.5.1 Behandlingsrater etter kjønn

I dette avsnittet belyses pasientsammensetning i forhold til kjønn, og i figur 4.6 presenteres forskjeller i behandlingsrater for gutter og jenter som mottok behandling i det psykiske helsevernet i perioden 1998 til 2008.

¹³ I 2008 er pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet fra NPR til forskjell fra tidligere år organisert på kontaktnivå i stedet for oppholdsserier. Dette gir som konsekvens at polikliniske tiltak ikke er direkte sammenliknbare med tidligere år.



Datakilde: NPR

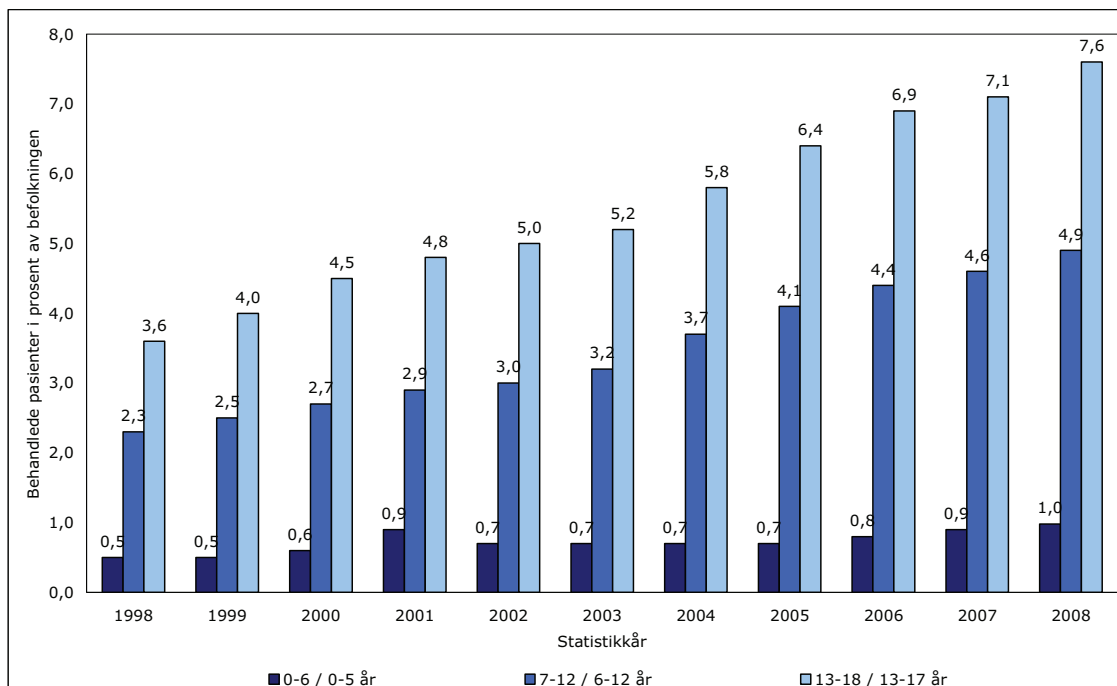
Figur 4.6 Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt på kjønn. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2008

Gjennom hele perioden har det vært høyere behandlingsrater blant gutter enn blant jenter. Mens 1,8 prosent av jentene hadde et behandlingstilbud i 1998, var dekningsgraden for gutter 2,1 prosent. Ved opptrappingsplanens slutt var dekningsgraden 4,2 prosent for jenter og 5,3 prosent for gutter. Forskjellene mellom gutter og jenter som mottok behandling økte derfor fra 1998 til 2008. Mens behandlingsratene for jenter økte med 133 prosent i perioden, var tilsvarende tall for gutter 152 prosent.

4.5.2 Behandlingsrater for ulike aldersgrupper

Figur 4.7 viser behandlingsratene for ulike aldersgrupper for perioden 1998 til 2008. På grunn av endring i aldersinndelingen i pasientdatasettene i løpet av perioden, opereres det med ulike aldersgrupper før og etter 2003. Fra 1998 til 2002 er pasientene fordelt på følgende aldersgrupper; 0-6 år, 7-12 år og 13 til og med 18 år. Fra 2003 til 2006 er følgende inndeling benyttet; 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Dette medfører endringer i alle alderskategorier, og at pasienter som fyller 18 i statistikkåret ikke er med i fordelingen etter 2003. På grunn av dette skiftet vil utviklingen før og etter 2003 ikke være fullstendig sammenliknbar¹⁴.

¹⁴ På grunn av konsesjonskrav har vi ikke fødselsårsvariabel for årgangene 1998 til 2005. For 2008 har vi imidlertid konsesjon for denne variabelen, og dette gjør det mulig å lage sammenliknbare aldersgrupper for 1998 og 2008 (0-6 år, 7-12 år og 13-18 år). Ved beregning av relativ vekst fra 1998 til 2008 er de sammenliknbare endringstallene satt i parentes.



Datakilde: NPR

Figur 4.7 Dekningsgrad for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter alder. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998 og 2008

Figuren over viser at ungdom (13–17/18 år) hadde den klart høyeste behandlingsraten per innbygger i hele opptrappingsperioden, mens de yngste barna hadde den laveste raten samtlige år. Mens 1 prosent av førskolebarn mottok et behandlingstilbud i 2008, var behandlingsraten for ungdomsgruppen 7,6 prosent samme år.

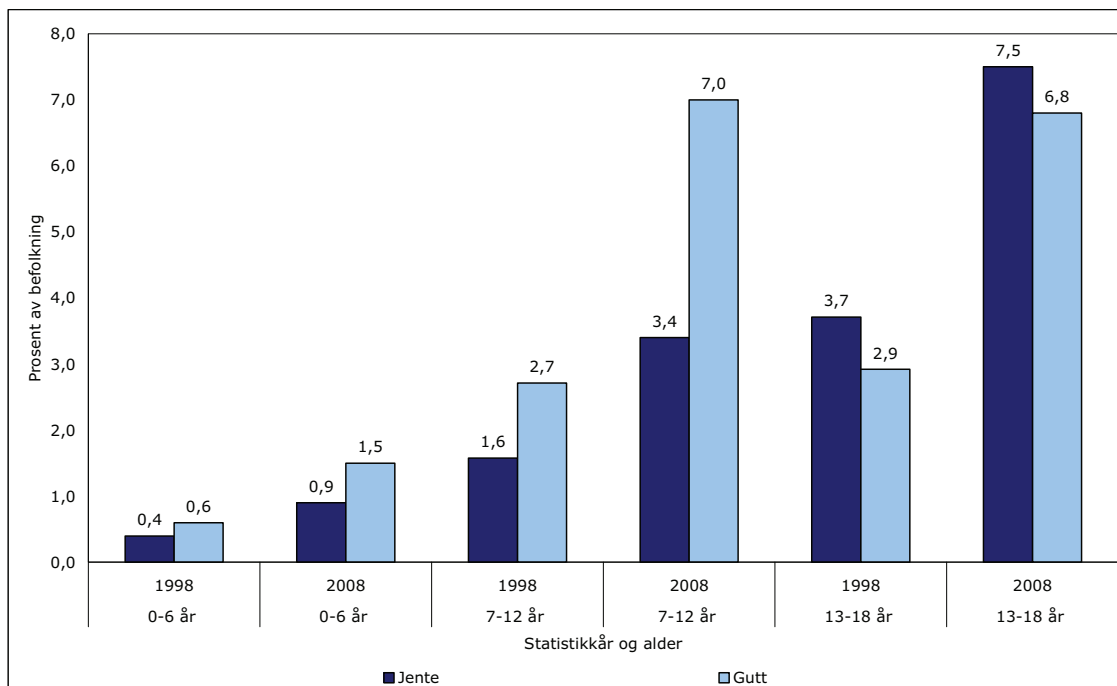
Dekningsgraden økte for samtlige tre aldersgrupper i opptrappingsperioden. Veksten var sterkest for barn alderen 6 til 12 år med en økning på 113 prosent i løpet av perioden 1998 til 2008. Blant de eldste var økningen i behandlingsraten på 111 prosent, mens raten for de yngste barna økte med 100 prosent.

Mens ungdomsgruppen hadde høyeste dekning samtlige år, hadde barn i førskolealder den laveste behandlingsraten og veksten i løpet av planperioden. Likevel synes denne gruppa til å ha blitt prioritert sterkere i Opptrappingsplanens slutfase, veksten i behandlingsraten økte med 43 prosent fra 2005 til 2008.

4.5.3 Behandlingsrater etter kjønn og alder

Figur 4.8 presenterer fordelingen for kjønn og alder samlet. Dette for å undersøke kjønnsforskjeller i behandlingsraten i ulike aldersgrupper.

For å muliggjøre en sammenligning mellom statistikkåret 1998 og 2008 ble aldersinndelingen for 2008 data omgruppert. Aldersinndelingen ble omgruppert inn i følgende kategorier: 0-6 år, 7-12 år og 13-18 år. Dette medfører at det er en diskrepans mellom tall for 2008 i figur 5.5 (hvor aldersinndelingen er 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år) og 5.6.



Datakilde: NPR

Figur 4.8 Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2008

Figuren viser at gutter hadde de høyeste behandlingsratene for barn opp til 12 år. Dette gjaldt både i 1998 og 2008. Jenter hadde derimot høyere behandlingsrater blant ungdom begge år.

Fra 1998 til 2008 økte dekningsgraden sterkere for gutter enn for jenter i alle aldersgrupper. Dette bidro til å øke forskjellene mellom gutter og jenter ytterligere for de to yngste alderkategoriene. For pasienter i den eldste aldersgruppen bidro denne veksten til en tilnærming i dekningsgrad mellom kjønnene, i og med at jenter hadde den høyeste raten for denne gruppen i 1998.

4.5.4 Pasientsammensetning og problemområde (henvisningsgrunn)

Har veksten i behandlede pasienter i opptrappingsperioden spesielt vært knyttet til enkelte typer lidelser blant barn og ungdom, eller har økningen vært likt fordelt mellom de ulike kategoriene av problemområder? I dette avsnittet presenteres pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge etter pasientenes problemområde for opptrappingsplansperioden.

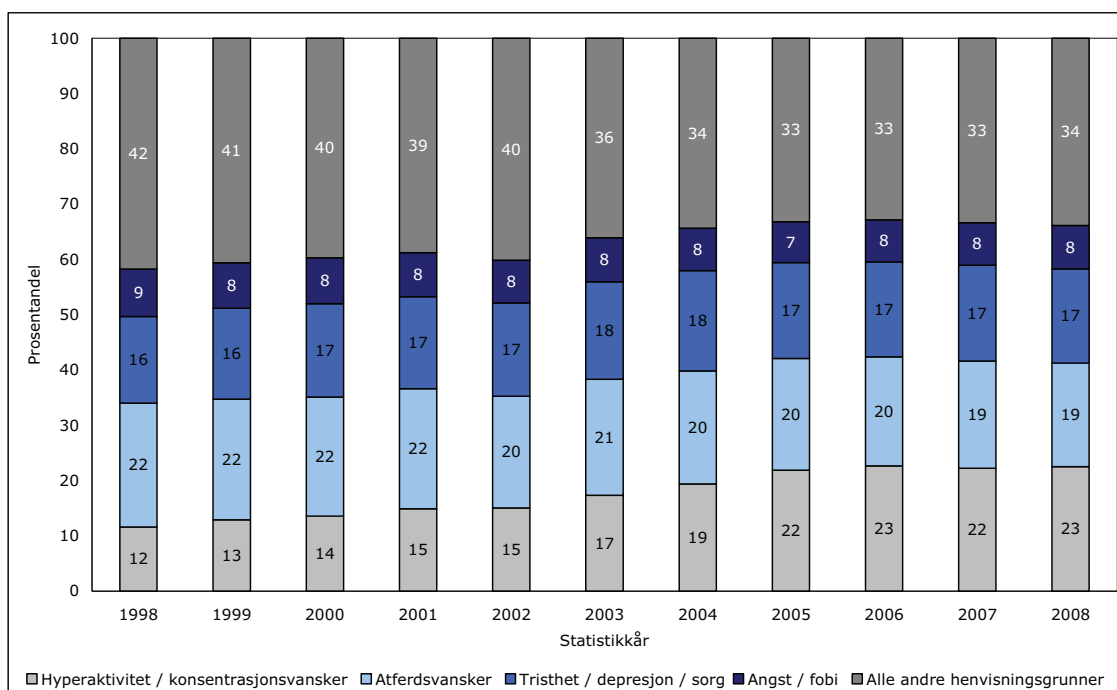
På grunn av mangelfull registrering av tilstander/diagnoser i pasientdatasettene, benyttes barnets viktigste henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten for å beskrive pasientenes problemområde og studere endringer i pasientsammensetning i perioden. Denne variabelen gjenspeiler førstelinjens definisjon av barnets problem, og tilsvarer nødvendigvis ikke spesialisthelsetjenestens vurdering av problemet. En tidligere SINTEF-studie viser imidlertid at det er et tydelig samsvar mellom henvisningsgrunn fra førstelinjetjenesten og hvilke diagnoser som settes i det psykiske helsevernet for barn og unge (Sitter, 2008).

Også når det gjelder variabelen henvisningsgrunn mangler vi opplysninger for en del av pasientene. For å kunne studere utviklingen over tid, har vi derfor korrigert behandlings-

ratene som presenteres forholdsmessig for mangelfull registrering for hvert av årene¹⁵. Fordi gruppene er små, standardiseres ratene i forhold til 10 000, og ikke per 100 innbyggere som i det foregående.

De hyppigst forekommende henvisningsårsakene til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge er 1) hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, 2) atferdsvansker, 3) tristhet/depresjon/sorg og 4) angst/fobi. På grunn av dette har vi i det etterfølgende valgt å legge vekt på disse, og samle de øvrige henvisningsårsakene til en kategori kalt "andre henvisningsgrunner".

I figur 4.9 presenteres prosentandelen pasienter for de fire hyppigst brukte henvisningsårsakene i det psykiske helsevernet fra 1998 til 2008. I tillegg vises andelen for alle andre henvisningsgrunner samlet.



Datakilde: NPR

Figur 4.9 Prosentandel barn og unge i psykisk helsevern fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998-2008

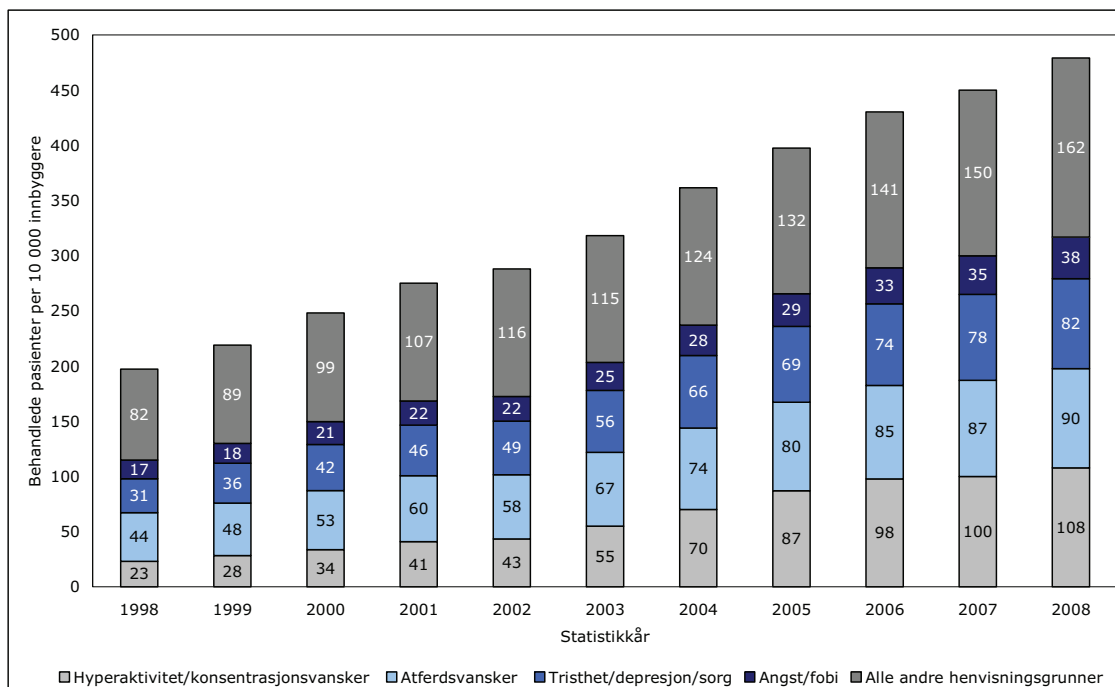
For pasienter som mottok behandling i det psykiske helsevernet i 1998 utgjorde de fire største årsakene til henvisning 58 prosent. I 2008 utgjorde de samme henvisningsgrunnene til sammen 67 prosent.

Økningen i perioden har primært vært knyttet til barn og unge henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. I opptrappingsperioden økte andelen pasienter i denne gruppen fra 12 prosent i 1998 til 23 prosent i 2008. Figuren viser også at andelen pasienter henvist for atferdsvansker gikk noe ned i perioden. Mens 22 prosent av pasientene ble henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk i 1998, gikk andelen gradvis ned til 19 prosent av pasientene i 2008. Andelen pasienter som ble henvist på bakgrunn av tristhet, depresjon eller sorg økte med ett prosentpoeng i perioden, mens andelen med angst/fobi gikk ned fra 1998 til 2008 med ett prosentpoeng.

¹⁵ Andel ubesvarte er fordelt på de ulike henvisningskategoriene i forhold til den prosentvise fordelingen for variabelen for hvert av årene.

Figur 4.9 viser også en reduksjon i andelen pasienter (42 til 34 prosent) i gruppen "andre henvisningsgrunner". Denne reduksjonen består i hovedsak av nedgang i prosentandel pasienter med suicidalfare, hemmet atferd, spiseproblemer og kategorien "ingen".

I figur 4.10 er det tatt hensyn til befolkningsutviklingen, og behandlingsrater for pasienter med de fire hyppigste henvisningsgrunnene for samtlige år i perioden presenteres.



Datakilde: NPR

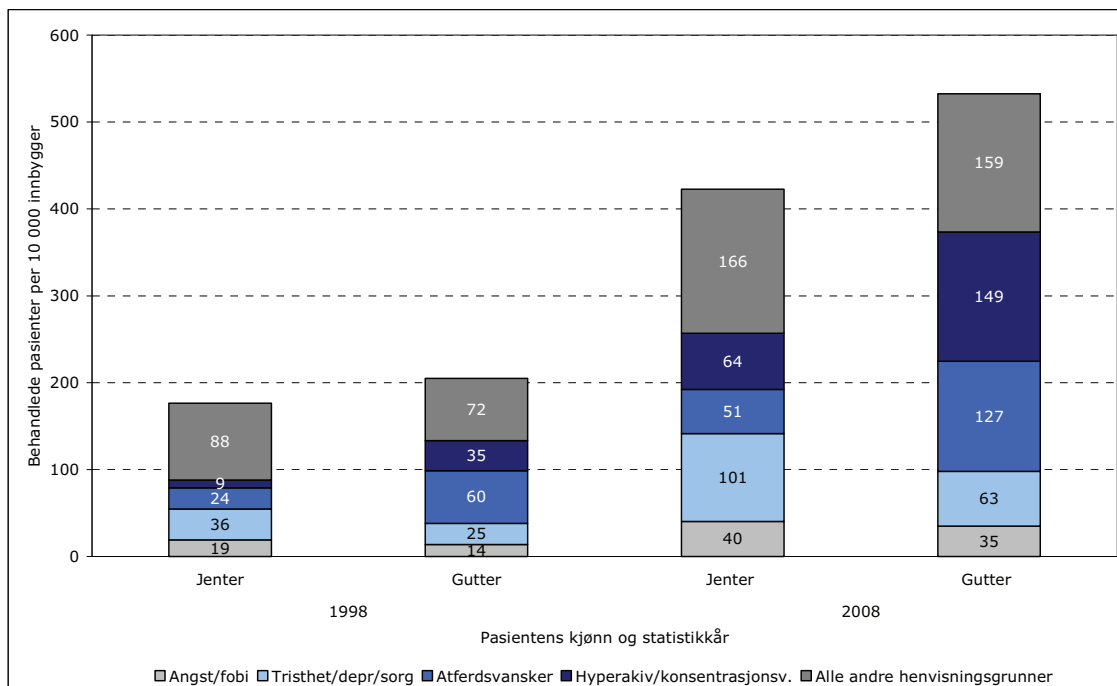
Figur 4.10 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i psykisk helsevern for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998-2008

Barn og unge henvist for atferdsvansker, tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi har også de høyeste befolkningsbaserte behandlingsratene i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 1998 til 2008.

Fra 1998 til 2004 var behandlingsraten for barn henvist på grunn av atferdsvansker høyest blant disse fire (44-74 pasienter per 10 000 innbyggere). Fra 2005 ble hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den største enkeltgrunnen til henvisning til behandling i det psykiske helsevernet. Mens 87 pasienter per 10 000 innbyggere ble henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2005, var tallet steget til 108 pasienter per 10 000 innbyggere i 2008. Behandlingsrater for pasienter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi økte også i løpet av opptrappingsperioden. I 1998 ble 31 pasienter per 10 000 innbyggere behandlet med bakgrunn i tristhet/depresjon/sorg. Tilsvarende tall for 2008 var 82 pasienter per 10 000 innbyggere. Pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg var fram til 2003 den nest største pasientgruppen, men fra 2004 utgjorde barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker en større pasientgruppe.

Dersom man ser på økningen i behandlingsrate fordelt på de ulike årsakene til henvisning, har barn med hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker hatt den klart kraftigste veksten (370 prosent) i perioden 1998 til 2008. Behandlingsraten for barn henvist for tristhet/depresjon/sorg økte 165 prosent, mens gruppene henvist for atferdsvansker og angst/fobi hadde en vekst på henholdsvis 105 og 124 prosent. Til sammenlikning økte samlekategorien av andre henvisningsgrunner med 98 prosent i opptrappingsperioden.

I figur 4.11 og 4.12 undersøkes veksten i de ulike henvisningskategoriene fordelt etter kjønn og ulike aldersgrupper.

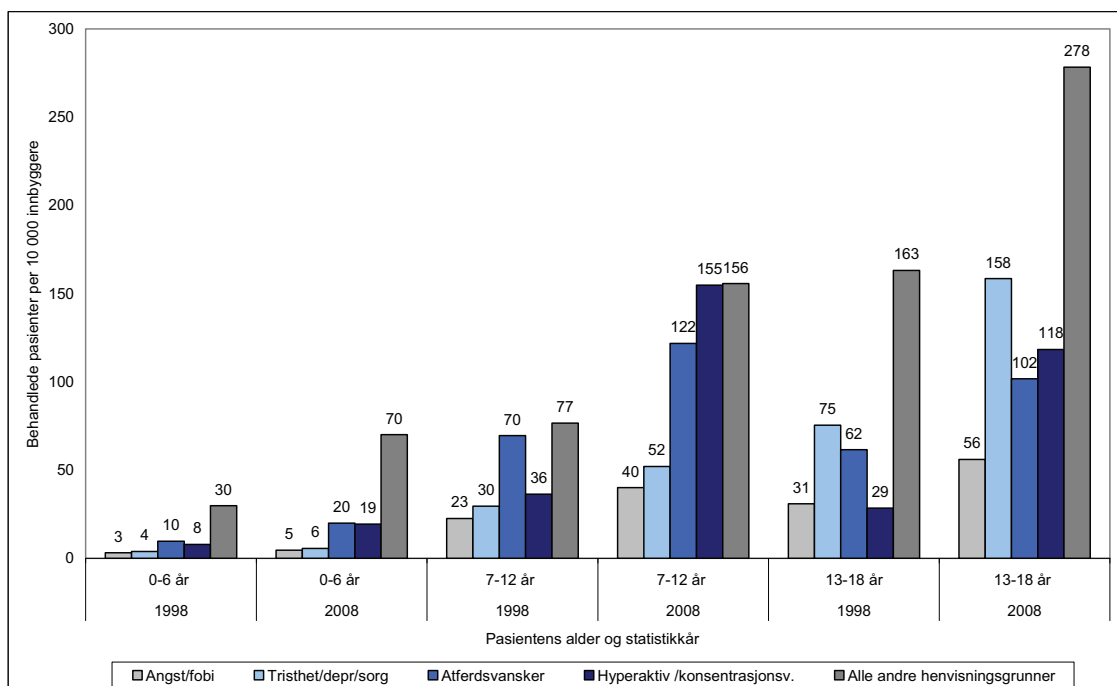


Datakilde: NPR

Figur 4.11 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2008

Det var klare kjønnsforskjeller i henvisningsgrunner til det psykiske helsevernet både ved Opptrappingsplanens start og slutt. For gutter var behandlingsratene i 1998 størst for pasienter henvist for atferdsvansker. I 2008 utgjorde hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker den vanligste årsaken til henvisning for denne gruppen. Blant jenter var behandlingsratene høyest for pasienter henvist for tristhet/depresjon/sorg begge år. Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2008 var imidlertid for begge kjønn størst for pasienter henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Vi har også undersøkt utviklingen i henvisningsgrunner fordelt etter pasientens alder. Figur 4.12 viser behandlingsrater for de fire hyppigste henvisningsgrunnene fordelt etter pasientens alder i 1998 og 2008.



Datakilde: NPR

Figur 4.12 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2008¹⁶

For førskolebarn (0-6 år) utgjorde barn henvist for atferdsvansker den største pasientgruppen både i 1998 og 2008 (10 og 20 pasienter per 10 000 innbyggere). For barn i alderen 7-12 år var atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn i 1998 (70 pasienter per 10 000 innbyggere), men i 2008 ble flest barn i denne alderen henvist til behandling i det psykiske helsevernet med bakgrunn i problematikk relatert til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (155 pasienter per 10 000 innbyggere). For ungdom mellom 13 og 18 år var tristhet/depresjon/sorg den vanligste henvisningsårsaken begge år (75 og 158 pasienter per 10 000 innbyggere). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

4.5.5 Utvikling i Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Avslutningsvis i dette kapitlet presenteres fordelingen på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom for opptrappingsperioden. Til tross for at variablene som måler tilstander/diagnoser er beheftet med manglende responser for samtlige år, ønsker vi å vise hvordan utviklingen har vært både for andelen ubesvarte og fordelingen for de øvrige diagnosekategoriene.

Figur 4.13 viser fordelingen for Opptreppingsplanens start- og sluttår, samt fordeling etter halvgått planperiode i 2003. For å kunne sammenlikne de ulike år, er prosenteringen gjort i forhold til summen av pasienter som er diagnostisert, dvs at pasientene uten diagnose er holdt utenfor beregningen. Summen av diagnosekategoriene og gruppen uten diagnose overstiger derfor 100 prosent.

For perioden 1998 til 2008 ser vi en endring i fordeling for noen av de største kategori-blokkene. Andelen pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser har økt fra 15 prosent i 1998 til nær 26 prosent i 2008. Tilsvarende ser vi en nedgang i andelen pasienter med andre

¹⁶ Pasienter over 18 år er ikke inkludert.

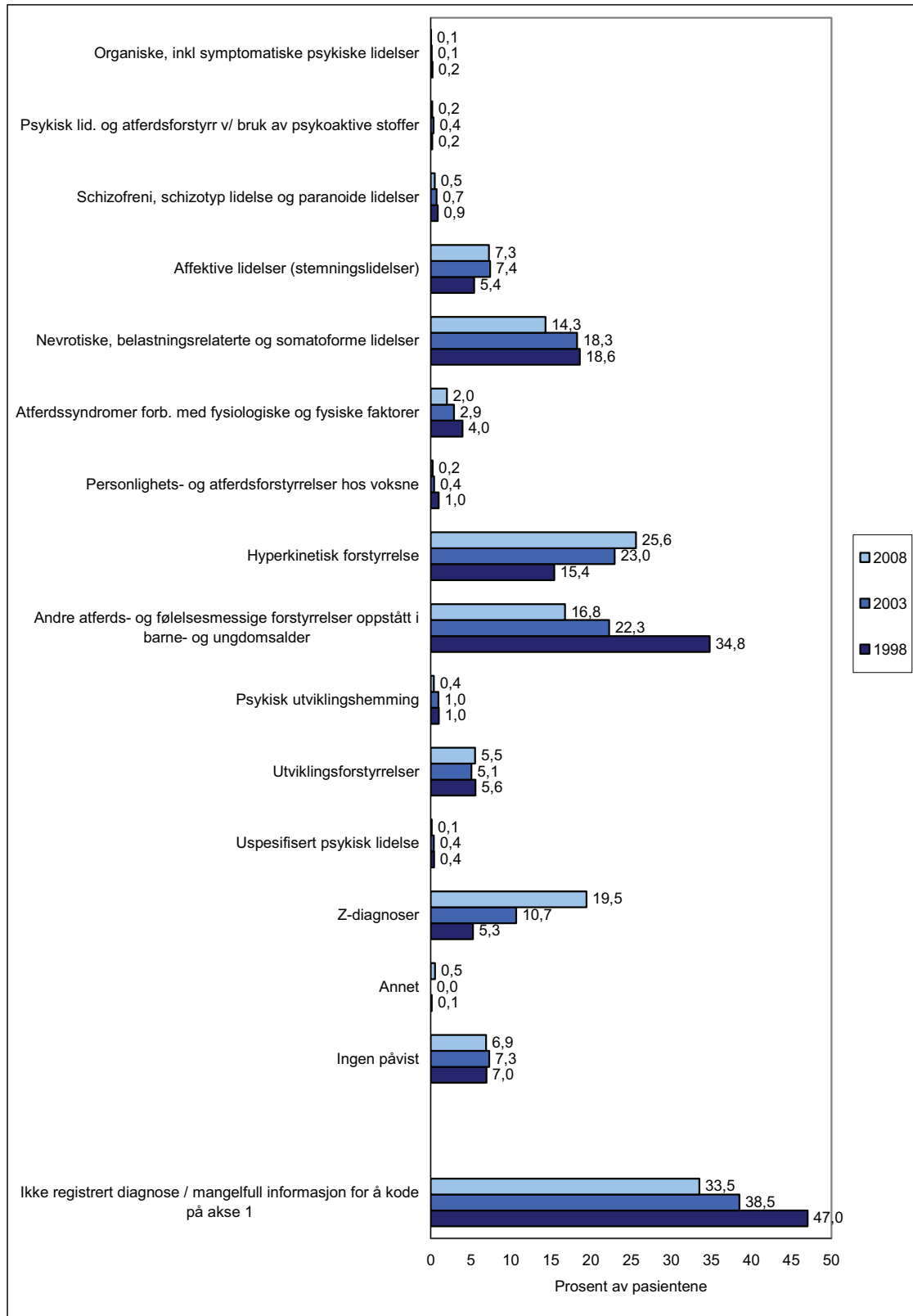
atferds- og følelsesmessige forstyrrelser fra 35 prosent i 1998 til 17 prosent i 2008. Prosentandelen med affektive lidelser har økt fra omlag 5 prosent til nær 7 prosent. Videre ser vi at pasienter med Z-diagnoser har økt markant i perioden, fra 5 prosent i 1998 til nær 20 prosent i 2008.

Det er et positivt utviklingstrekk at en større andel av pasientene er diagnostisert på Akse 1 i 2008 enn ved starten av opptrappingsperioden. Andelen pasienter som mangler diagnose har gått ned fra 47,0 prosent i 1998 til 33,5 prosent i 2008.

Det er viktig å være oppmerksom på at fordelingen gjelder samtlige pasienter som har mottatt behandling i statistikkåret, uavhengig av når i året de er henvist og behandling satt i gang. I fortsettelsen skal vi skille mellom pasienter henvist samme år og pasienter henvist året før eller tidligere. Dette for å få et bilde av hvordan diagnose fordeler seg når pasienten har vært i systemet over en periode.

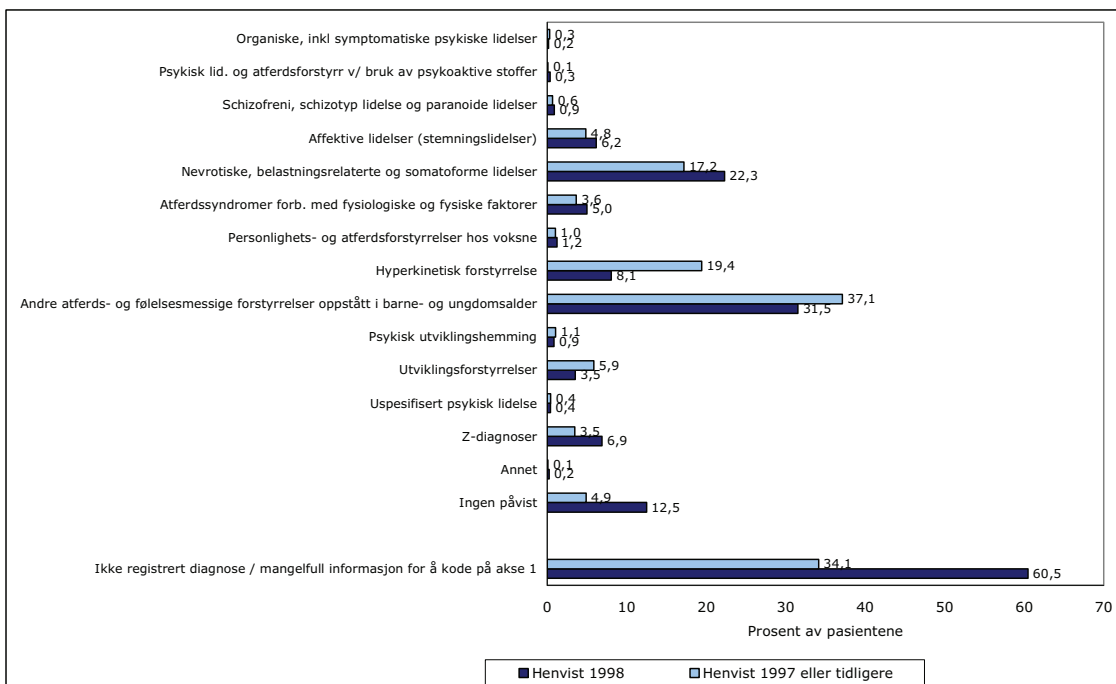
I figur 4.14 presenteres fordelingen på Akse 1 for pasienter behandlet i 1998, fordelt på nyhenviste og overførte pasienter fra tidligere år. Figuren viser at blant pasienter som var henvist samme år (1998) var over 60 prosent uten diagnose. Tilsvarende andel for pasienter som hadde vært i behandlingsapparatet et år eller mer var 34 prosent. For pasienter behandlet i 2008 (figur 4.15) var tilsvarende tall 53 prosent for nyhenviste og 19 prosent for overførte pasienter. Dette indikerer at en større andel av pasientene blir diagnostisert i 2008 enn ved Opptrappingsplanens start, og at dette skjer tidligere i behandlingsforløpet i 2008 enn i 1998.

Det kan se ut som at enkelte diagnosekategorier settes tidligere i behandlingsforløpet enn andre. For eksempel er andelen pasienter med schizofreni/paranoide lidelser, nevrotiske lidelser, atferdssyndromer og til dels affektive lidelser, nesten like høy blant nyhenviste som blant overførte pasienter. For diagnosekategoriene hyperkinetiske forstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser, er andelen diagnostiserte langt høyere blant pasienter som har vært i behandling minimum et år sammenliknet med nyhenviste pasienter. Dette kan indikere at for enkelte kategorier av psykiske lidelser tar det lengre tid å fastsette en diagnose enn ved andre typer lidelser. En annen forklaring kan være at dette er pasientgrupper som mottar behandling i det psykiske helsevernet over en lengre tidsperiode enn de førstnevnte, og på denne måten fremstår i statistikken med en større prosentandel blant overførte pasienter.



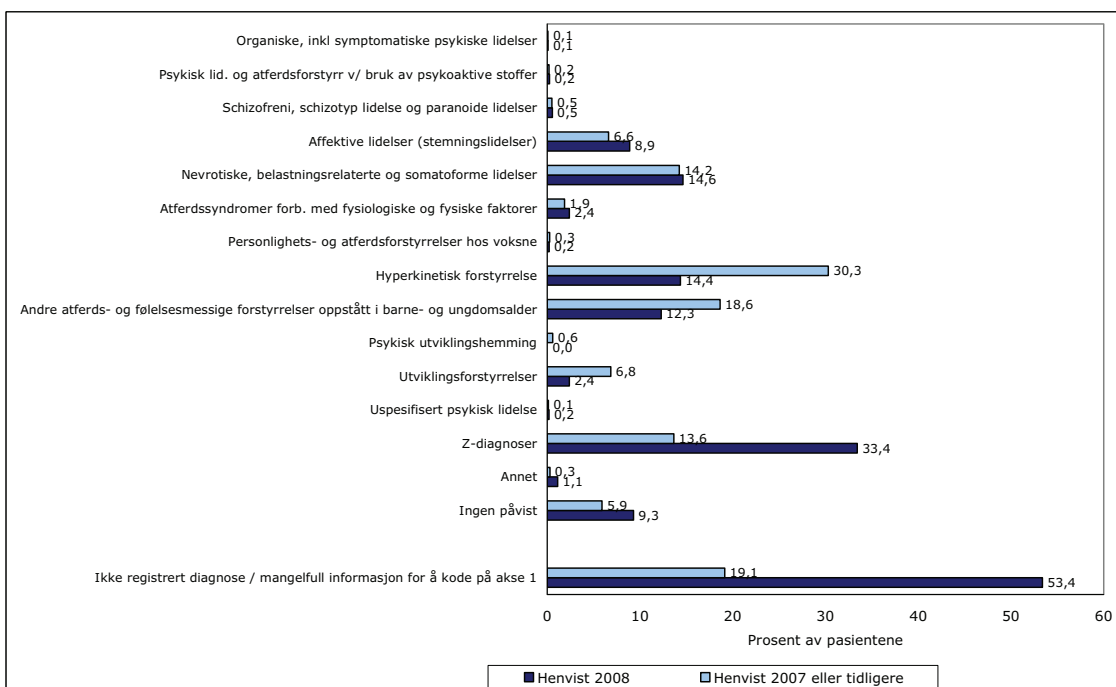
Datakilde: NPR

Figur 4.13 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. 1998, 2003 og 2008



Datakilde: NPR

Figur 4.14 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Nyhenviste og overførte pasienter. 1998



Datakilde: NPR

Figur 4.15 Fordeling på Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom i det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Nyhenviste og overførte pasienter. 2008

Vedleggstabeller

Tabell 4.1 Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og poliklinisk. 1998–2008

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Endr. 1998- 2008	Pro- sent endr.
Totalt antall pasienter	20 634	23 048	26 320	29 149	30 467	34 434	39 340	43 426	47 280	49 479	53 111	32 477	157
Herav: Polikliniske pasienter	19 097	21 321	24 372	27 211	29 137	32 838	37 565	41 722	46 214	48 332	52 038	32 941	172

Datakilde: NPR

Tabell 4.2 Viktigste henvisningsgrunn for barnet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosentandel. 1998 og 2008¹

	1998		2008	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Autistiske trekk	440	2,4	1 273	2,7
Psykotiske trekk	279	1,5	430	0,9
Suicidalfare	831	4,5	1 585	3,4
Hemmet atferd	885	4,8	1 366	2,9
Angst/fobi	1 596	8,6	3 702	7,9
Tvangstrekk	417	2,2	1 022	2,2
Tristhet/depresjon/sorg	2 905	15,7	8 008	17,0
Skolefravær	487	2,6	1 067	2,3
Atferdsvansker	4 156	22,4	8 825	18,7
Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	2 150	11,6	10 593	22,5
Rusmiddelmisbruk	69	0,4	117	0,2
Asosial/kriminalitet	85	0,5	122	0,3
Lærevansker	360	1,9	949	2,0
Språk/talevansker	165	0,9	427	0,9
Syn/hørselsproblem	39	0,2	38	0,1
Spiseproblem	779	4,2	1 258	2,7
Andre somatiske symptomer	727	3,9	1 370	2,9
Annet	1 789	9,6	4 709	10,0
Ingen	392	2,1	219	0,5
Sum pasienter	18 551	100	47 080	100
Ubesvart	1 968	9,6	5 794	11,0
Totalt antall pasienter	20 519		52 874	

Datakilde: NPR

1) I 2008 ble totalt 53 111 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tre institusjoner hadde ikke levert data for 2008, og vi har derfor benyttet 2007-tall som estimat for disse institusjonene. Vi har derfor ikke disse pasientene med i fordelingen over henvisningsgrunner/tilstander i tabell 4.2 og tabell 4.3. Det er derfor en differanse mellom totalt antall pasienter for 2008 i tabell 4.1 og 4.2/4.3.

Tabell 4.3 Akse 1, Klinisk psykiatrisk syndrom. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998 og 2008¹

	1998			2008		
	Antall	Prosent av pasienter totalt	Prosent av antall diagnostiserte pasienter	Antall	Prosent av pasienter totalt	Prosent av antall diagnostiserte pasienter
Ingen påvist	758	3,7	7,0	2 428	4,6	6,9
Organiske, inkl symptomatiske lidelser	26	0,1	0,2	24	0,0	0,1
Psykisk lid. og atferdsforstyr v/bruk av psykoaktive stoffer (F10-F19)	21	0,1	0,2	70	0,1	0,2
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)	95	0,5	0,9	178	0,3	0,5
Affektive lidelser (stemningslidelser) (F30-F39)	591	2,9	5,4	2 558	4,8	7,3
Nevrotiske, belastnings-relaterte og somatoforme lidelser (F40-F48)	2 024	9,9	18,6	5 043	9,5	14,3
Atferdssyndromer forb. med fysiologiske og fysiske faktorer (F50-F59)	432	2,1	4,0	708	1,3	2,0
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-F69)	110	0,5	1,0	87	0,2	0,2
Hyperkinetisk forstyrrelse (F90)	1 675	8,2	15,4	9 002	17,0	25,6
Andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barn- og ungdoms-alder (F91-F98)	3 783	18,4	34,8	5 895	11,1	16,8
Psykisk utviklingshemming (F70-F79)	111	0,5	1,0	144	0,3	0,4
Utviklingsforstyrrelser (F80-F89)	607	3,0	5,6	1 943	3,7	5,5
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	47	0,2	0,4	47	0,1	0,1
Z-diagnoser	574	2,8	5,3	6 841	12,9	19,5
Annet	16	0,1	0,1	186	0,4	0,5
Sum diagnostiserte pasienter	10 870	53,0	100	35 154	66,5	100
Ikke registrert diagnose/ mangelfull informasjon for å kode på Akse 1	9 649	47,0		17 720	33,5	
Totalt antall pasienter	20 519	100		52 874	100	

Datakilde: NPR

1) I 2008 ble totalt 53 111 pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Tre institusjoner hadde ikke levert data for 2008, og vi har derfor benyttet 2007-tall som estimat for disse institusjonene. Vi har derfor ikke disse pasientene med i fordelingen over henvisningsgrunner/tilstander i tabell 4.2 og tabell 4.3. Det er derfor en differanse mellom totalt antall pasienter for 2008 i tabell 4.1 og 4.2/4.3.