

RAPPORT



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLANDA SKIHPPJIVIESSO



ULLEVÅL
universitetssykehus



Sykehuset Buskerud

En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2003

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

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

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

SINTEF Helse

SINTEF Helse

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)

TITTEL

En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2003

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

FORFATTER(E)

Kari Birkhaug, Lise Baklund, Andreas Bolgien, Trond Hatling, Anne Marie Hesle, Gunnar Jensen, Kjersti Karlsen, Kjetil Nilssen, Liv Ristvedt, Tarje Tinderholt, Per Kristian Visting, Mari Leer Øyaas

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055010	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Seniorrådgiver Bjørg Gammersvik	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03773-5	PROSJEKTNR. 78i002	ANTALL SIDER OG BILAG 154
ELEKTRONISK ARKIVKODE l:ph\prosjekt\78i002\bup\enhetsbeskrivelser 2003\Alle enhetsbeskrivelser 140305.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-03-14	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud, Forsknings sjef	

SAMMENDRAG

Rapporten er en samlet beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge, og redegjør for tilstanden i 2003. Beskrivelsene er utarbeidet av hver av de fem enhetene, hvor en har samarbeidet nært om hvilke tema beskrivelsen skulle dekke.

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

Multisenterstudiet har så langt to hovedproblemstillinger;

Hva kjennetegner akutttilbudet for ungdom?

Hvilke konsekvenser gir de ulike organisasjons- og arbeidsformene?

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

Prosjektet har i den første, deskriptive fasen belyst to hovedområder; en beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hvert fylke samt beskrive sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom. Et viktig delmål med fase en har vært å øke kvaliteten på de pasientadministrative opplysningene. I tillegg er det også arbeidet med å bygge opp en felles litteraturløse om akutttilbudet for ungdom. Denne rapporten er den første i en rekke planlagte publikasjoner hvor en vil studere akutttilbudet for ungdom.

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

Innledning

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

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

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

Prosjektet har så langt to hovedproblemstillinger;

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

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

Prosjektet har i den første, deskriptive fasen belyst to hovedområder; en beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hvert fylke samt beskrive sentrale trekk ved pasientstrømmen ved akutttilbudet for ungdom. Et viktig delmål med fase en har vært å øke kvaliteten på de pasientadministrative opplysningene. I tillegg er det også arbeidet med å bygge opp en felles litteraturløse om akutttilbudet for ungdom.

Denne rapporten er den første i en rekke planlagte publikasjoner hvor en studerer akutttilbudet for ungdom. Rapporten er en samlet beskrivelse av hver av de fem deltakende akutttenhetene, og redegjør for tilstanden i 2003. Ved at disse beskrivelsene er standardisert på tvers av enhetene, samt at det samarbeides om metoder, er prosjektet velegnet til å foreta tversgående analyser.

Fem publikasjoner er nå under arbeid, hvor en tar utgangspunkt i disse enhetsbeskrivelsene. Publikasjonene er planlagt ferdigstilt sommeren 2005. Her vil en sammenligne de fem enhetene langs følgende dimensjoner (jfr. også vedlegg 6):

- Den organisatoriske oppbyggingen
- Hvilke elementer inngår?
- Hvilke ressurser har en?
- Den omliggende organisasjonen
- Hvilke andre ressurser kan en/drar en veksler på inn i akutttenheten?

Analyse- og skrivearbeidet er fordelt mellom de fem enhetene.

Prosjektorganisering:

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

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

Finansiering

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

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
1 Ungdomspsykiatrisk klinikk – Lørenskog Klinikkbeskrivelse 2003	11
Forord	13
1.1 Lovverk etc.....	14
1.2 Organisatorisk oppbygging/rammer	14
1.2.1.....	15
1.2.2 Øvrige enheter i Bup-organisasjonen	15
1.2.3 Opptaksområde	15
1.2.4 Målgruppe.....	15
1.2.5 Funksjon.....	15
1.3 Ressurser	16
1.3.1 Personalmessige	16
1.3.1.1 Miljø.....	16
1.3.1.2 Stab.....	16
1.3.1.3 Kontor/støttefunksjoner.....	16
1.3.1.4 Ekstravakter.....	16
1.3.2 Økonomi – regnskap.....	17
1.3.3 Øvrige ressurser	17
1.4 Behandlingstilbudet	17
1.4.1 Type "omsorgsform"	17
1.4.2 Behandlingsideologi.....	17
1.4.2.1 Miljøterapi.....	18
1.4.2.2 Stabspersonale/individualterapeuter.....	18
1.4.2.3 Familiearbeid/familieterapi	18

1.4.3	Tilbud i avdelingen	19
1.4.3.1	Medikamentell behandling	19
1.4.4	Møte- og samarbeidsformer	19
1.4.4.1	I avdelingen/ved klinikken	19
1.4.4.2	Mellom avdelingen og andre enheter	20
1.4.5	Skjerming og grensesetting	20
1.4.6	Bruk av tvang	20
1.4.7	Inntak	20
1.4.7.1	Kriterier	20
1.4.7.2	Inntaksprosedyre	21
1.4.8	Utredningsmetoder	21
1.4.9	Utskriving	21
1.4.10	Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving	22
1.5	Samarbeidspartnere	22
1.6	Pasientdata for 2003	22
2	Akuttpost For Ungdom Bodø. Avdelingsbeskrivelse	31
	Forord	33
2.1	Lovverk	34
2.2	Organisatorisk oppbygging/rammer	34
2.2.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	34
2.2.2	Opptaksområde	34
2.2.3	Målgruppe	34
2.2.4	Funksjon	34
2.3	Ressurser	34
2.3.1	Bygningsmessige	34
2.3.2	Personalmessig	35
2.3.2.1	Miljø	35
2.3.2.2	Stab/individualterapeuter	35
2.3.2.3	Kontor	35
2.3.2.4	Ekstravakter	35

2.3.3	Regnskap for akutteneheten.....	36
2.3.4	Øvrige ressurser	36
2.4	Behandlingstilbudet	36
2.4.1	Type omsorgsform	36
2.4.2	Behandlingsideologi	36
2.4.2.1	Miljøterapeutisk tenking.....	37
2.4.2.2	Blant stabspersonalet/individualterapeuter.....	38
2.4.3	Tilbud i avdelingen	38
2.4.3.1	Medikamentell behandling.....	38
2.4.4	Møte og samarbeidsformer	39
2.4.4.1	I avdelingen	39
2.4.4.2	Mellom avdelingen og andre enheter.	39
2.4.5	Skjerming og grensesetting.....	39
2.4.6	Bruk av tvang.....	40
2.4.7	Inntak	40
2.4.7.1	Kriterier	40
2.4.7.2	Inntaksprosedyre.....	40
2.4.8	Utredningsmetoder.....	40
2.4.9	Utskriving	41
2.4.9.1	Kriterier.....	41
2.4.9.2	Utskrivningsprosedyre	41
2.4.10	Øvrig tilbud - Undervisning/kompetanseheving.....	41
2.5	Samarbeidspartnere	41
2.5.1	Innad i BUPA-systemet	41
2.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	41
2.5.3	Mot somatisk sykehus.....	42
2.5.4	Mot kommuner/bydeler.....	42
2.6	Pasientdata 2003	44
3	Ungdomsenheten ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Drammen. Beskrivelse	53

Forord	55
3.1 Lovverk etc	56
3.2 Organisatorisk oppbygging/rammer	56
3.2.1 Øvrige enheter i BUPA-organisasjonen	56
3.2.2 Opptaksområde	57
3.2.2.1 Befolkningstall/geografisk område.....	57
3.2.3 Målgruppe	57
3.2.4 Funksjon	57
3.3 Ressurser	58
3.3.1 Bygningsmessige	58
3.3.2 Personalmessige	58
3.3.2.1 Enhetlig ledelse	59
3.3.2.2 Døgnkoordinator	59
3.3.2.3 Miljø-/familieterapeuter	59
3.3.2.4 Stab/individualterapeuter/familieterapeuter	59
3.3.2.5 Kontor	59
3.3.2.6 Ekstravakter.....	59
3.3.3 Økonomi	59
3.3.4 Øvrige ressurser	60
3.4 Behandlingstilbudet	60
3.4.1 Type "omsorgsform"	60
3.4.2 Behandlingsideologi	61
3.4.2.1 Miljøpersonalet/familieterapeutene	62
3.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter	62
3.4.3 Tilbud i enheten	62
3.4.3.1 Medikamentell behandling	63
3.4.4 Møte- og samarbeidsformer	63
3.4.4.1 I enheten	63
3.4.4.2 Mellom enheten og andre enheter	63
3.4.5 Skjerming og grensesetting	63
3.4.6 Inntak	63

3.4.6.1	Kriterier	63
3.4.6.2	Inntaksprosedyre	64
3.4.7	Utredningsmetoder	64
3.4.8	Utskriving	64
3.4.8.1	Kriterier	64
3.4.8.2	Utskrivingsprosedyre	64
3.4.9	Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving/veiledning	64
3.5	Samarbeidspartnere	65
3.5.1	Innad i BUPA-systemet	65
3.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	65
3.5.3	Mot somatiske sykehus	65
3.5.4	Mot kommuner/bydeler	65
3.6	Pasientdata for 2003	65
4	BUP-klinikk avd. Lian Trondheim. Akuttposten. Avdelingsbeskrivelse 2003	71
	Forord	73
4.1	Lovverk	74
4.2	Organisatorisk oppbygging/rammer	75
4.2.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	76
4.2.2	Opptaksområdet	76
4.2.3	Målgruppe	76
4.2.4	Funksjon	76
4.3	Ressurser	76
4.3.1	Bygningsmessige	76
4.3.2	Personalmessige	77
4.3.2.1	Miljø	77
4.3.2.2	Stab	77
4.3.2.3	Kontor	78
4.3.2.4	Ekstravakter	78
4.3.3	Regnskap 2003	78

4.3.4	Øvrige ressurser	79
4.4	Behandlingstilbudet	79
4.4.1	Type omsorgsform	79
4.4.2	Behandlingsideologi	79
	4.4.2.1 Blant miljøterapeuter	79
	4.4.2.2 Blant individualterapeuter	79
4.4.3	Tilbud i avdelingen	80
	4.4.3.1 Medikamentell behandling	80
4.4.4	Møte og samarbeidsformer	80
4.4.5	Skjerming og grensesetting	81
4.4.6	Bruk av tvang	81
4.4.7	Inntak	81
	4.4.7.1 Kriterier	81
	4.4.7.2 Inntaksprosedyre	82
4.4.8	Utredningsmetoder	82
4.4.9	Utskrivning	82
	4.4.9.1 Kriterier	82
	4.4.9.2 Prosedyrer	82
4.4.10	Øvrige tilbud	82
4.5	Samarbeidspartnere	83
4.5.1	Innad i BUP-systemet	83
4.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	83
4.5.3	Mot somatiske sykehus	83
4.5.4	Mot kommuner	83
4.6	Pasientdata 2003	83
5	UPA, Ullevål universitetssykehus. Beskrivelse 2003	89
	Forord	91
5.1	Lovverk etc	92
5.2	Organisatorisk oppbygging/rammer	92
5.2.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	92

5.2.2	Opptaksområde	93
5.2.3	Målgruppe	93
5.2.4	Funksjon	93
5.3	Ressurser	93
5.3.1	Bygningsmessige	93
5.3.2	Personalmessige	93
	5.3.2.1 Miljø.....	93
	5.3.2.2 Stab/individualterapeuter.....	94
	5.3.2.3 Kontor	94
	5.3.2.4 Ekstravakter.....	94
5.3.3	Regnskap for akuttenheten.....	94
5.3.4	Øvrige ressurser	94
5.4	Behandlingstilbudet	95
5.4.1	Type "omsorgsform"	95
5.4.2	Behandlingsideologi	95
	5.4.2.1 Miljøterapi.....	95
	5.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter	96
5.4.3	Tilbud i avdelingen	97
	5.4.3.1 Medikamentell behandling.....	97
5.4.4	Møte- og samarbeidsformer.....	97
	5.4.4.1 I avdelingen	97
	5.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter	97
5.4.5	Skjerming og grensesetting	97
5.4.6	Bruk av tvang.....	98
5.4.7	Inntak	99
	5.4.7.1 Kriterier	99
	5.4.7.2 Inntaksprosedyre.....	100
5.4.8	Utredningsmetoder.....	100
5.4.9	Utskriving	101
	5.4.9.1 Kriterier	101
	5.4.9.2 Utskrivingsprosedyre.....	101

5.4.10	Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving	101
5.5	Samarbeidspartnere	101
5.5.1	Innad i BUPA-systemet	101
5.5.2	Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet	102
5.5.3	Mot somatiske sykehus	102
5.5.4	Mot kommuner/bydeler	102
5.6	Pasientdata 2003	102
6	Vedlegg	115
	En multisenterstudie av akutttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge	115
23	Litteraturreferanser	153

1 Ungdomspsykiatrisk klinikk – Lørenskog

Klinikkbeskrivelse 2003



Besøksadresse: Sykehusveien 55, 1474 Nordbyhagen

Postadresse: Sykehusveien 55, 1478 Lørenskog

Telefon: 67 91 24 00

Telefax: 67 91 24 49

Kontaktpersoner: Kari Birkhaug, Kjersti Karlsen

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

Forord

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

Før bruk av tekst eller tall må forfatter kontaktes.

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

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

Kort historikk

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

"Nye Uk" åpnet i nye lokaler 01.09.02 med fordoblet antall plasser (14 plasser, 2 skjerm-plasser, 1 isolat) og personaldekning;

1.1 Lovverk etc

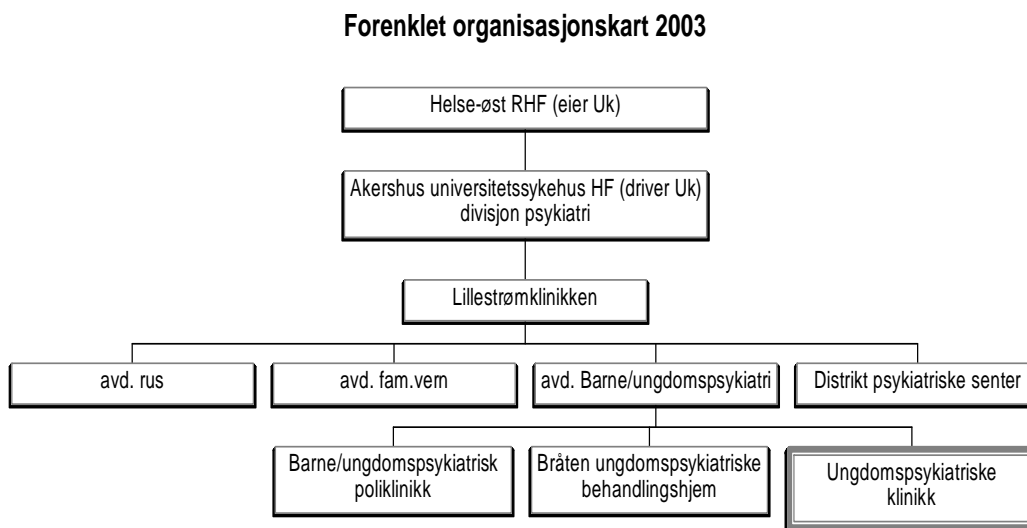
Klinikkens drift er regulert av offentlige lover og forskrifter.

Disse er:

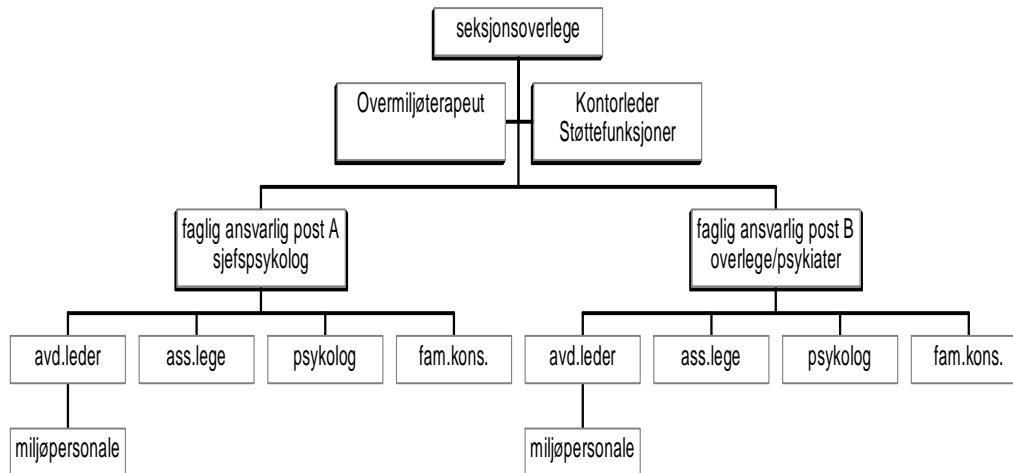
- Psykisk helsevernloven
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsesloven
- Pasientrettighetsloven
- Forvaltningsloven

1.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

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



Faglig internt organisasjonskart - Uk 2003



1.2.2 Øvrige enheter i Bup-organisasjonen

Lillestrømklinikken er en allklinikk med fire enheter;

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

Avdeling barne- og ungdomspsykiatri – består av:

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

1.2.3 Opptaksområde

Klinikken dekker hele Akershus fylke. Befolkningstallet er 483.283, (pr. 01.01.03.) fordelt på et landareal på 4.916 km², og dekker 4 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker; Jessheim, Åråsen, Follo, og Asker og Bærum.

1.2.4 Målgruppe

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

1.2.5 Funksjon

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

1.3 Ressurser

1.3.1 Bygningsmessige

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

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

I 1.etg har stab og støttefunksjoner sine kontorer.

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

1.3.1 Personalmessige

1.3.1.1 Miljø

Personalgruppen består av sykepleiere (15), vernepleiere (8), barnevernpedagoger (13), pedagoger (8), sosionom (13), barne- og ungdomsarbeidere (3), ergoterapeut (1) og fysioterapeut (1). Disse personene fyller totalt 51 stillingshjemler.

1.3.1.2 Stab

Stabsgruppen består av seksjonsoverlege (1), overlege (1), assistentlege (2), sjefpsykolog (1), psykolog (2), og familierapeut (2).

1.3.1.3 Kontor/støttefunksjoner

Klinikken har 2,5 stillinger for merkantil sektor. Disse er dekket av en kontorleder i 100% stilling, og to sekretærer i 75% stilling. Kontorleder har utdanning fra handel- og kontor, med etterutdanning innen It, økonomi, lønn- og personalsaksbehandling, og administrasjon i tillegg til videreutdanning for kontoransatte i Bup. Klinikken har stilling for vaktmester (100%), renholder (100%), og kokk (2 x 75% pr. post).

1.3.1.4 Ekstravakter

Klinikken benytter seg av ekstravakter ved vakansvakter, og ved fravær av kortere, og lengre art. Vi har 30 registrerte ekstravakter. Disse har ulik bakgrunn, men hovedsak har de helsefaglig utdanning. Vi benytter også studenter som ekstravakter. Personlig egnethet vektlegges.

1.3.2 Økonomi – regnskap

Regnskap for klinikken 2003

Totalt budsjett	33 708 000
Herunder:	
Totalt lønnsbudsjett	31 387 000
Faste stillinger	17 486 000
Diverse tillegg/faste tillegg	3 000 800
Overtid	330 000
Vikarlønn/vikarer m.ref	1 955 000
Arbeidsgiveravgift	4 085 000
Pensjon	2 847 000
Driftsbudsjett	1 769 000
Medisiner/med.forbr.varer	292 000
Matvarer	460 000

1.3.3 Øvrige ressurser

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

Lærerne er tilsatt ved Østbyttunet skole. Skolen ligger på klinikkens område, og det er tilgang til skolen via en gangbro eller direkte utenfra. Lærerne deltar i avdelingens møter, og er ellers tilstede etter egen arbeidsplan. Kontaktlærer deltar i pasientens miniteam. Det er også kontaktlærer som kontakter pasientens hjemskole.

Klinikken disponerer en 7-seters Opel Zafira, for bruk ved for eksempel sosial trening.

1.4 Behandlingstilbudet

1.4.1 Type "omsorgsform"

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

1.4.2 Behandlingsideologi

Klinikken vektlegger en HELHETLIG forståelse av pasient og problematikk.

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

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

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

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

Klinikken betrakter seg som et ledd i en kjede.

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

1.4.2.1 Miljøterapi

Spesielt for ungdomspsykiatrisk døgninstitusjon er at man kan a) foreta døgnobservasjon (og behandling), - (i motsetning til poliklinisk behandling), og b) drive miljøterapeutiske tiltak over tid.

Miljøterapien bærer i seg elementer av struktur, som for eksempel de fysiske rammene, gjeldende lover og regler, dagsrytme etc. Den rommer også muligheter for ny læring, og nye erfaringer som for eksempel mestringsopplevelse.

1.4.2.2 Stabspersonale/individualterapeuter

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

Behandler har individualsamtaler med pasienten

Psykologen tester også pasientene etter behov og problemstilling, jmf. pkt. 1.4.7. Utredningsmetoder.

Klinikken har også et gruppebehandlingstilbud. Dette er temabasert.

Pr.d.d. selvskadingsproblematikk.

1.4.2.3 Familiearbeid/familieterapi

- "I alle saker skal det være kontakt med de/den som har den daglige omsorg for pasienten.
- Skape et klima for et konstruktivt samarbeid med foreldre/foresatte/nær familie, ved å innkalle til samtale umiddelbart etter en innleggelse.
- Foreta grundig kartlegging/sosialanamnese.
- Sammen med familie/pårørende/pasienten sette opp genogram, hvor genetisk/biologiske aspekter, samt relasjoner mellom familiemedlemmer står i fokus. Ut fra en vurdering ta Kvæbeks skulpturtest med pasient/foreldre/søsken.
- Jobbe systemisk med familien hvor anerkjennelse og respekt er grunnleggende for å skape tillit, og herved skape muligheter for endring til det beste for pasienten.
- Psykoedukativ tilnærming med fokus på å gi kunnskap om psykiske lidelser til foreldrene, og rådgiving knyttet opp mot stress – sårbarhetstenkning.
- Kontakt med samarbeidsinstanser der ute
- Innkalle til møter

- Holde løpende kontakt med de instanser i kommunen som er viktige i saken, for eksempel barneverntjenesten og psykiatritjenesten
- Innhente nødvendig dokumentasjon, slik som tidligere psykologiske, pedagogiske, og medisinske tester/utredninger.
- Ved lengre tids innleggelse, jobbe familierapeutisk”.

1.4.3 Tilbud i avdelingen

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

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

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

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

1.4.3.1 Medikamentell behandling

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

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

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

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

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

Antidepressiva blir benyttet, også på pasienter med OCD, og forsøksvis på pasienter med anorexia” (Kjell Wigert, seksjonsoverlege).

1.4.4 Møte- og samarbeidsformer

1.4.4.1 I avdelingen/ved klinikken

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

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

Avdelingene har møtestruktur som binder de ulike gruppene sammen

Disse er:

- Rapport – hver vakt starter med rapport, og avsluttes med ”debriefing” for miljøpersonalet. Fagstab er tilstede ved morgenrapport.
- Miniteam – avholdes en gang pr. uke pr. pasient

- Behandlingsmøte – avholdes hver 14. dag
- Personalmøte – avholdes ca hver 6. uke.
- Miljømøte – avholdes ukentlig.
- Veiledning – avholdes ukentlig.
- Fagmøte – avholdes hver 14. dag
- Ledermøte – avholdes hver uke.

1.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter

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

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

Møtene er ikke institusjonaliserte, men pasientbaserte.

1.4.5 Skjerming og grensesetting

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

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

1.4.6 Bruk av tvang

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

Bruk av tvangsmidler føres i egen tvangsmiddelprotokoll.

1.4.7 Inntak

1.4.7.1 Kriterier

a) Akuttinnleggelser

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

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

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

b) Elektive innleggelser / (halv)-styrte innleggelser

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

c) Utredninger

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

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

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

1.4.7.2 Inntaksprosedyre

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

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

1.4.8 Utredningsmetoder

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

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

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

1.4.9 Utskriving

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

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

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

Det miljøterapeutiske arbeidet avsluttes med miljørapport.

1.4.10 Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving

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

1.5 Samarbeidspartnere

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

Bråten behandlingshjem og skole, har 16 plasser (8 dag, og 8 døgn), og dekker aldersgruppen 12 – 18 år. Gjennomsnittlig beleggsprosent er 100%.

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

Østbyttet behandlingshjem og skole, har 22 plasser, og dekker aldersgruppen 6 – 14 år. Gjennomsnittlig beleggsprosent er 90%.

En har også et nært samarbeid med kommune og barnevern, utfra behov i den enkeltes sak (jfr. pkt 1.4.4.2.).

1.6 Pasientdata for 2003

Tall for 2003

Oversiktstabell med samletall

Nyhenviste i perioden		Antall
1	I alt	99
2	Derav tatt imot	85
3	Avvist pga kapasitets-mangel	1
4	Avvist av faglige grunner	12
5	Til vurdering (uavklart)	1
Tatt imot		
6	Behandling	71
7	Undersøkelse	13
8	Konsultasjon	0
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet/uavklart	1
Aktuelle i år		
11	Saker overført fra året før	11
12	Alle aktuelle saker i året (2+11)	96
13	Avsluttet i løpet av året	94

Tatt i mot, Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Tatt imot	96	87,27
2	Avslag pga kapasitet	1	0,91
3	Avslag faglig grunn	11	10
4	Vurdering foreløpig	1	0,91
	Ubesvart	1	0,91
	TOTAL	110	100

Type øyeblikkelig hjelp. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Nei	10	9,09
2	Øyeblikkelig hjelp	80	72,73
3	Annen akutt-sak	3	2,73
	Ubesvart	17	15,45
	TOTAL	110	100

Kjønn/alder

Alder (antall år)	Jente	Gutt	Ubesvart	Total	Prosent
12	1	0	0	1	0,95
13	2	0	0	2	1,9
14	6	5	0	11	10,48
15	17	4	0	21	20
16	21	13	0	34	32,38
17	22	6	0	28	26,67
18	7	1	0	8	7,62
	Total	76	29	105	100

Viktigste henv.gr. barnet. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	0,91
2	Psykotiske trekk	16	14,55
3	Suicidalfare	45	40,91
5	Angst/fobi	3	2,73
6	Tvangstrekk	2	1,82
7	Tristhet/depr/sorg	13	11,82
9	Atferdsvansker	11	10

10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	2	1,82
11	Rusmiddelmisbruk	1	0,91
16	Spiseproblem	13	11,82
18	Annet	1	0,91
	Ubesvart	2	1,8
TOTAL		110	100

I nntil 3 henvisningsgr. barnet. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	2	1,12
2	Psykotiske trekk	22	12,36
3	Suicidalfare	58	32,58
5	Angst/fobi	13	7,3
6	Tvangstrekk	5	2,81
7	Tristhet/depr/sorg	38	21,35
8	Skolefravær	2	1,12
9	Atferdsvansker	15	8,43
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	3	1,69
11	Rusmiddelmisbruk	1	0,56
16	Spiseproblem	16	8,99
18	Annet	3	1,69
TOTAL		178	100

I nntil 3 henv.gr. barnet. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Avvik relasjoner i familien	13	37,14
2	Psykisk forstyrrelse i familie	4	11,43
3	Avvik kommunikasjon i familie	7	20
4	Avvikende sider oppdragelsen	1	2,86
5	Avvikende nærmiljø	5	14,29
6	Akutte livshendelser	4	11,43
10	Ingen åpenbar forstyrrelse	1	2,86
TOTAL		35	100,01

Diagnose ICD 10 Akse I Hoved. Opptelling av saker

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	3	2,73
999	Ukjent	16	14,45
F122	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av cannab. avh.syindr.	1	0,91
F20	Schizofreni	2	1,82
F200	Paranoid schizofreni	1	0,91
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	1	0,91
F232	Akutt schizofrenilignende psykose	1	0,91
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	1	0,91
F31	Bipolar affektiv lidelse	1	0,91
F320	Mild depressiv episode	3	2,73
F321	Moderat depressiv episode	16	14,59
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	1	0,91
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	1	0,91
F329	Uspesifisert depressiv episode	1	0,91
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	1,82
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	3	2,73
F431	Posttraumatisk stresslidelse	6	5,45
F432	Tilpasningsforstyrrelser	5	4,55
F443	Transe og besettelsestilstander	1	0,91
F449	Uspesifisert dissosiativ lidelse	1	0,91
F500	Anorexia nervosa	2	1,82
F502	Bulimia nervosa	1	0,91
F601	Schizoid personlighetsforstyrrelse	1	0,91
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	3	2,73
F604	Dramatiserende personlighetsforstyrrelse	1	0,91
F606	Engstelig personlighetsforstyrrelse	1	0,91
F845	Aspergers syndrom	2	1,82
F90	Hyperkinetiske forstyrrelser	1	0,91
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	5	4,55
F91	Atferdsforstyrrelser	1	0,91
F92	Blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forst.	2	1,82
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	3	2,73
F929	Uspes. blandet atf.forst. og følelsesmessig forstyrrelse	1	0,91
F93	Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	1	0,91
F939	Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	4	3,64
F988	A. spes. atf.-/føl.mess. forst.	1	0,91
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	2	1,82
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	5	4,55
	Ubesvart	6	5,45
	TOTAL	110	100

Diagnose ICD 10 Akse II Hoved. Opptelling av saker

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	3	2,73
999	Ukjent	86	78,27
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	0,91
F810	Spesifikk leseforstyrrelse	1	0,91
	Ubesvart	19	17,18
	TOTAL	110	100

Diagnose ICD 10 Akse III Hoved. Opptelling av saker

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ	1	0,91
3	Normal intelligens	18	17
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	3	2,73
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	3	2,73
99	Ukjent	70	63,64
	Ubesvart	15	12,99
	TOTAL	110	100

Diagnose ICD 10 Akse IV Hoved. Opptelling av saker

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	4	3,64
999	Ukjent	53	49,09
L409	Uspesifisert psoriasis	1	0,91
N390	Urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon	1	0,91
T4n	Forgiftning med terapeutiske legem. og biologiske substanser	1	0,91
Z00	Gen. u.s./utred. av personer uten sympt. el. kjent diagnose	2	1,82
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	29	25,38
	Ubesvart	19	17,34
	TOTAL	110	100

Diagnose ICD 10 Akse V Hoved. Opptelling av saker

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
00	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m.	7	6,36
1,0	Manglende varme i foreldre-barn relasjonene	1	0,91
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	11	10
1,3	Fysisk barnemishandling	1	0,91
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	1	0,91
1,8	Annet	2	1,82
2,0	Forelder psykisk syk/avvikende	2	1,82
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	7	6,36
4,0	Overbeskyttende foreldre	4	3,64
4,1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	2	1,82
4,2	Manglende viktige erfaringer - understimulering	1	0,91
5,1	Avvikende foreldresituasjon	9	8,18
6	Akutte livshendelser	1	0,91
6,2	Negativ forandring av familiesammensetningen	1	0,91
6,4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	2	1,82
6,5	Skremmende personlige erfaringer	3	2,73
7,1	Flytting eller sosial omplassering	1	0,91
8,0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	3	2,73
99	Ukjent	35	31,82
	Ubesvart	16	14,53
	TOTAL	110	100

Diagnose ICD 10 Akse VI Hoved. Opptelling av saker

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Utmerket/god sosial fungering	1	0,91
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	3	2,73
2	Lett sosial forstyrrelse	8	7,27
3	Moderat sosial forstyrrelse	11	10
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	15	13,64
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	2	1,82
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	2	1,82
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	4	3,64
8	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	1	0,91
9	Ukjent	50	45,45
	Ubesvart	13	11,81
	TOTAL	110	100

Hjemmel for innleggelse. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. helsev. §2-1	52	47,27
3	Lov om psyk. helsev. §2-2.1	28	25,45
6	Lov om psyk. helsev. §3-3	1	0,91
7	Lov om psyk. helsev. §3-6	9	8,18
9	Lov om psyk. helsev. §3-8	10	9,09
55	Lov om psykisk helsev. §5	1	0,91
	Ubesvart	9	8,19
	TOTAL	110	100

Barnevernets rolle ved henvisning. Opptelling av saker.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	90	81,82
2	Rollen ikke fastlagt	1	0,91
4	Hjelpetiltak §4.4	4	3,64
5	Frivillig plassering §4.4	2	1,82
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	0,91
10	Vet ikke	7	6,36
12	I inst. Med samtykke §4.26	1	0,91
	Ubesvart	4	3,63
	TOTAL	110	100

Sak type. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Behandling	85	77,27
2	Undersøkelse	24	21,82
	Ubesvart	1	0,91
	TOTAL	110	100

Avslutningsgrunn. Opptelling av saker

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Fullført oppdrag	83	75,45
2	Pasienten avbrøt	7	6,36
4	Over aldersgrensen	1	0,91
5	Flyttet/ feil distrikt	1	0,91
7	Avslag	7	6,37
8	Kom ikke igang	1	0,91
	Ubesvart	10	9,09
	TOTAL	110	100

Registrert bruk av tvang

Registrert bruk av tvang	Antall
Tekst	
Holding	140
Ført på rom	23
Skjerming	17
Isolat	43
Tvangsmedisinering	18

2 Akuttpost For Ungdom Bodø. Avdelingsbeskrivelse



Besøksadresse: Kløveråsveien 1

Postadresse: 8092 Bodø

Telefon: 75501844

Telefax: 75501948

Kontaktpersoner: Gunnar Jensen, Kjersti Syversen, Frank Ivar Nohr

Emailadresser: gunnar.jensen@nordlandssykehuset.no, ksy@nlsh.no

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Gunnar Jensen, Akuttpost for ungdom, Bodø.
Før bruk av tekst eller tall må forfatter kontaktes.

2.1 Lovverk

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

2.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

2.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

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

APU har i perioden oktober 2000 – 31.12.03 vært midlertidig organisert under avd.Rehab. Tilbakeført til BUPA 01.01.04. Akuttposten er en lukket post med Ø-hjelpsplikt.

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

2.2.2 Opptaksområde

Nordland fylke, men vi har også hatt enkelte innleggelser fra Troms og Finnmark. Befolkningstallet i Nordland er 236950 pr 01.01.03. Landareal er 36434 km². Befolkningstetthet er 6.5 innbyggere pr km².

2.2.3 Målgruppe

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

2.2.4 Funksjon

Ø-hjelp plikt for ungdom i Nordland fylke.

2.3 Ressurser

2.3.1 Bygningsmessige

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

Antall hybler 6 og et besøksrom. Besøksrommet er blitt benyttet som vanlig hybel ved overbelegg og som skjermet enhet.

2 pårørendeleiligheter, deler kjøkken.

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

2.3.2 Personalmessig

2.3.2.1 Miljø

Avdelingen har totalt 22.5 årsverk i avdelingen. Disse inkluderer 3.5 nye stillinger som ble tilført i 2003, og som bl.a ble brukt til opprettelse av 2 stillinger som klinisk konsulent.

Sykepleiere:

-4 sykepleiere hvorav 1 er under videreutdanning i psykisk helse, 1 er under videreutdanning i miljøterapi. 6 spesialsykepleiere (inkludert avd.spl. og ass.avd.spl.). Av totalt 10 sykepleiestillinger er syv av disse 100%, 3 sykepleiere på natt i 66% stilling

-Kliniske konsulenter, 2 100 % stillinger, 1 i perioden mars – desember

-Miljøterapeuter

7 barnevernpedagoger hvorav 3 har videreutdanning i psykisk helse, 2 er under videreutdanning i psykisk helse, 1 er under videreutdanning i idrettsfag

4 sosionomer hvorav 2 har videreutdanning i miljøterapi, 1 har også videreutdanning i psykisk helse

2 vernepleiere, 1 har videreutdanning både i psykisk helse og miljøterapi, 1 er under videreutdanning i psykisk helse.

Vernepleier 100 %

Miljøterapeut 100 %: 7 stillinger

Miljøterapeut helg 18 %

Ledig miljøterapeut-ressurs 18 % (styrking av helger)

miljøarbeider natt 66%, 3 stillinger

Kjøkkenassistent 100 %

2.3.2.2 Stab/individualterapeuter

Leder/overlege (ikke på personalplan, ansatt rehab 2)

Overlege

Overlege (ledig)

Ass.lege (januar – september, permisjon sept-desember)

Sjefpsykolog

Psykologspesialist

Forsker/psykolog (50%-50%)

Familiekonsulent, klinisk sosionom

Psykolog har hospitert ved APU fra januar til juli 2003, (lønnet av UNN).

2.3.2.3 Kontor

Sekretær i 100 % stilling på posten, IT kandidat.

2.3.2.4 Ekstravakter.

Avdelingen benytter seg av ekstravakter som kontaktes ved behov.

2.3.3 Regnskap for akuttenheten

Budsjett avdelingen:

Faste stillinger (22,5 årsverk): 7329000,-

Overtid og ekstrahjelp: 352000,-

Tjenestereise: 203000,-

Sum vikarer inkludert tillegg: 992000,-

Sum andre driftskostnader/pasienttransport: 498000,-

Totalt: 10563000,-

Budsjett stab:

2 879.000,- for 2003.

2.3.4 Øvrige ressurser

Skolen ved APU har tre spesialpedagoger i full stilling.

Forskning og videreutdanning:

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

Midler fra NLSH: Søkes for videre og etterutdanning.

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

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

2.4 Behandlingstilbudet

2.4.1 Type omsorgsform

Avdelingen gir hovedsaklig døgntilbud. I spesielle tilfeller og etter vurdering kan det gis et dagtilbud eller at behandling følger opp ungdom poliklinisk for en kortere periode. Ingen ambulant virksomhet i 2003.

2.4.2 Behandlingsideologi

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

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

2.4.2.1 Miljøterapeutisk tenking

Postens miljøterapeuter har i de senere år hatt et spesielt fokus på å beskrive og utvikle miljøterapien. Dette ble presentert på et dagsseminar våren 2003, der APU inviterte representanter for lokale Bupør og lokalt barnevern i Nordland til Bodø. Vi har i denne prosessen utarbeidet en definisjon på miljøterapien på posten;

"Miljøterapien på akuttpost for ungdom er et terapeutisk arbeid som på en systematisk måte har som mål å legge forholdene til rette for nye erfaringer.

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

Mange ungdommer som kommer til APU er ofte i en krise der verden rundt oppleves som kaotisk, noe som igjen kan være med på å skape opplevelsen av indre kaos. Vi har erfart at det er viktig å tilby disse ungdommene en strukturert hverdag når de kommer til avdelingen.

Den miljøterapeutiske grunnstrukturen har fokus på at ungdommene skal ha en normal døgnrytme i avdelingen, at de skal gå på skole under oppholdet, delta på samtaler, møter og felles aktiviteter. Det ligger også en forventning fra personalet til ungdommene om at de følger avdelingens regler og rutiner.

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

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

Skolens ideologi

SMI-skolen skal arbeide for vekst, utvikling og læring hos elevene ut fra et helhetsperspektiv. Menneskesyn og elevsyn som presenteres i skolens virksomhetsplan skal komme til uttrykk i vårt forhold til elevene i det daglige arbeidet. Vi skal møte elevene med respekt og forventning, og legge forholdene til rette slik at de opplever trygghet, trivsel og mestring.

Skolen har et tett samarbeid med institusjonen. Skolens hovedoppgaver er å:

- gi og tilrettelegge ulike opplæringsstilbud forankret i de nasjonale læreplaner og lovverket
- legge til rette og opprettholde kontakten med elevenes hjemmeskole
- besøk og informasjon til klassen
- bidra i utredningsarbeidet i forhold til observasjoner, tester, skolehistorie mm.
- inngå som en del av det helhetlige behandlingstilbudet rundt den enkelte ungdom.

Det kan legges til rette for opplæring i samlet gruppe, mindre gruppe eller individuelt.

Elevene får et skoletilbud på 22 timer i uka.

Mål

- være med på å snu en eventuell negativ skolehistorie
- bidra til struktur og forutsigbarhet i elevens hverdag
- legge til rette for mestring og positive opplevelser av egne ferdigheter
- gi eleven mulighet til å arbeide videre med eget pensum i samsvar med hjemmeskolens planer

- hjelpe eleven til å opprettholde en kontinuerlig kontakt med hjemmeskolen under innleggelsen
- legge forholdene til rette for en vellykket oppstart ved hjemmeskolen etter innleggelsen
- bidra til å kartlegge elevens skolesituasjon i forhold til både de faglige og sosiale sidene
- inngå som en del av institusjonens utrednings- og behandlingstilbud

2.4.2.2 Blant stabspersonalet/individualterapeuter

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

2.4.3 Tilbud i avdelingen

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

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

Avdelingen praktiserer ikke gruppeterapi/samtaler. Det er imidlertid planlagt oppstart av samtalegruppe, som en del av det miljøterapeutiske behandlingstilbudet. Tema i gruppen vil være "her og nå" fokusert.

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

Fellesturer hver onsdag ettermiddag, noen har fokus på aktivitet. Denne er i utgangspunktet obligatorisk.

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

2.4.3.1 Medikamentell behandling

Psykofarmaka er gitt ved 37 av innleggelsene i 2003, dvs i ca halvparten av sakene. De dårligst fungerende ungdommene er de som har høyest forekomst av reinnleggelser, og vil dermed trekke medisineringsprosenten opp (telles flere ganger). Medisinering er ikke tidligere registrert systematisk i APU.

2.4.4 Møte og samarbeidsformer

2.4.4.1 I avdelingen

Morgenmøte/rapport 08.30-09.30, daglig. Representant fra skolen deltar.

Rapport ved vaktskifte, daglig.

Personalmøte/prosessmøte, vekselvis hver mandag 14.00-15.00. Hele personalgruppen deltar.

Undervisning 14.00-15.00 hver onsdag. Hele personalgruppen deltar.

Stabsmøte, en time ukentlig. Saksansvarlig og sekretær deltar.

Teammøter etter behov. Flest mulig fra teamet deltar.

Evaluering av utvalgt pasient, utvidet morgenmøte onsdag fra 9-10. Hele personalgruppen deltar.

Miljø møte hver onsdag kl 10.15-11.00. Alt tilgjengelig miljøpersonell på jobb den dagen deltar.

Planleggingsmøte i begynnelsen av innkomst.

2.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter.

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

Akuttposten får ofte prioritet i ventelista når de er innlagt med tanke på utredning hos nevropsykolog/somatisk sykehus. Dette for å få fortløp i utredning mens de er innlagt her. Ungdommene som innlegges her har ofte allerede et tilbud fra hjelpeapparatet (BUP, primærlege, barnevern). Sentralt er å innhente informasjon av hva som er gjort av tidligere utredninger og tiltak fra nettverket. Instanser som følger opp klienten lokalt kan eventuelt innkalles til et nettverksmøte. Etter vurderinger og praktiske muligheter kan lokal behandler i noen tilfeller delta i samtaler på akuttposten. Ungdom som ikke har et tilbud før innleggelse vil prioriteres i 2 linja med hensyn på videre oppfølging. Det avholdes nettverksmøter der lokalt behandlingsapparat og familie innkalles, eller at akuttposten reiser ut til lokalt behandlingsapparat. I de fleste tilfeller vil det bli avholdt et utskrivelsesmøte med lokale hjelpeinstanser og foreldre deltar. Skolen på APU og hjemmeskolen deltar ofte på møtene etter vurdering. Skolen har også egne møter med hjemmeskole. For øvrig kan de reise ut til lokale skoler og informere klassen til innlagte ungdommer om akuttposten og generelle problemstillinger om ungdom og psykiske lidelser. Dette etter avtale og drøfting med den aktuelle ungdom som er innlagt APU.

Ledelsen deltar i administrative møter med høyere nivåer innenfor helseforetaket.

2.4.5 Skjerming og grensesetting

APU manglet skjermingsavsnitt og har drevet på dispensasjon fra forskriftenes krav. Ombygging av posten for å innfri kravene startet i januar 2004, ferdig i mars. Besøksrommet har fungert som skjerming avsnitt og som vanlig hybel når det er flere enn 6 ungdommer i avdelingen.

2.4.6 Bruk av tvang

Tvangsmedisinering eller mekaniske tvangsmidler har ikke vært brukt 2003. Avdelingen har ikke noen mekaniske tvangsmidler, men vil få belteseng i 2004.

2.4.7 Inntak

2.4.7.1 Kriterier

Alle innleggelser er hjemlet i psykisk helsevernloven

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

Utredningsopphold der ungdommer tas inn etter søknad. Innleggelser skjer etter vurderinger internt og i samråd med henviser. Er dette innenfor målgruppen til APU, kan problematikk håndteres i 1 og andrelinje (konsultasjon)? Er dette primært en sak for barnevernet?

2.4.7.2 Inntaksprosedyre

Innleggelser skjer i henhold til psykisk helsevernloven.

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

2.4.8 Utredningsmetoder

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

Aktuelle kartleggingsverktøy som brukes på posten er:

Child behaviour Checklist

MMPI

BDI, MADRS,

Wisc/Wais

Eating disorder inventory

KAS

Angst - test

PANSS

Anamneseintervju

Family dialogue set

Somatisk undersøkelse ved innkommst.

Det er rutine å ta blodprøve, urinprøve, vekt og høyde under oppholdet.

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

2.4.9 Utskriving

2.4.9.1 Kriterier

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

2.4.9.2 Utskrivningsprosedyre

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

2.4.10 Øvrig tilbud - Undervisning/kompetanseheving

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

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

Videre har stabpersonell også oppdrag i fylkesnemnda og tingsretten.

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

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

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

2.5 Samarbeidspartnere

2.5.1 Innad i BUPA-systemet

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

2.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

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

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

Primærlege er ofte en viktig samarbeidspartner i forhold til medikamentell oppfølging i de tilfeller der behandler i 2 linje ikke er lege eller det ikke er lege i lokal Bup som kan bistå med medikamentell oppfølging. (se for øvrig punkt 2.4.4.2)

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

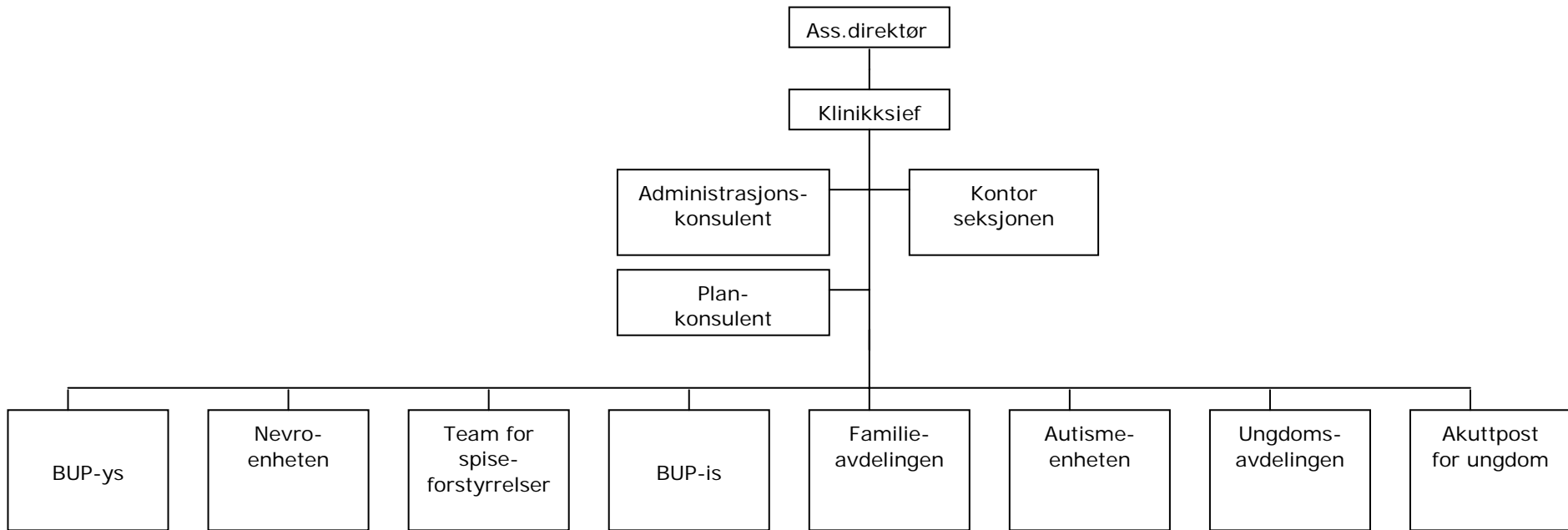
2.5.3 Mot somatisk sykehus

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

2.5.4 Mot kommuner/bydeler

APU samarbeider med lokale hjelpeinstanser fra sak til sak

ORGANISASJONSKART BUPA



2.6 Pasientdata 2003

Av 77 henviste er alder:

Modus 17 år (22 stk)

Median 15 år (9 stk)

Mean 16.06 (jenter 16.24, gutter 15.77)

Her er noen kjernetall:

Beleggsprosent: 67.5

Totalt antall liggedøgn: 1479

Gjennomsnittlig liggedøgn: 21.5 dager

Permisjoner er inkludert i antall liggedøgn. Permisjoner blir brukt som en del av behandlingen og pasientene vil ha en seng stående ledig i avdelingen.

Oversiktstabell med samletall

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	77
2	Derav tatt imot	68
3	Avvist pga kapasitets-mangel	0
4	Avvist av faglige grunner	9
5	Til vurdering (uavklart)	0
Tatt imot		
6	Behandling	41
7	Undersøkelse	13
8	Konsultasjon	1
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet/uavklart	13
Aktuelle i år		
11	Saker overført fra året før	2
12	Alle aktuelle saker i året (2+11)	70
13	Avsluttet i løpet av året	70

Kjønn

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Jente	52	65.82
2	Gutt	27	34.18
Total		79	100

Kjønn/alder

Alder	Jente	Gutt	Total	Prosent
8	0	1	1	1.30
13	1	2	3	3.90
14	5	1	6	7.79
15	9	6	15	19.48
16	7	6	13	16.88
17	22	6	28	36.36
18	6	5	11	14.29
Total	50	27	77	100.00

Viktigste henv.gr. barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
2	Psykotiske trekk	13	16.88
3	Suicidalfare	43	55.84
5	Angst/fobi	1	1.30
6	Tvangstrekk	1	1.30
7	Tristhet/depr/sorg	9	11.69
9	Atferdsvansker	5	6.49
10	Hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker	1	1.30
16	Spiseproblem	1	1.30
18	Annet	3	3.90
19	Ingen	0	0
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0
	Ubesvart	0	0
Total		77	100

Henvisende innstans

Kode	Tekst	Antall	Prosent
12	Foreldere/foresatte	1	1.30
21	Skole/Fritidsordning	1	1.30
26	Annet innen skolesektor	1	1.30
31	Lege	38	49.35
35	Somatisk sykehus	2	2.60
43	BUP poliklinikk/avdeling	25	32.47
52	Barnevern (kommunen)	1	1.30
78	Andre	1	1.30
	Ubesvart	4	5.19
Total		77	100

Viktigst henv.gr. barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	24	31.17
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	9	11.69
3	Belastn. i skole/barnehage	5	6.49
4	Akutte livshendelser	8	10.39
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	6	7.79
6	Ingen	0	0.00
7	Ikke fylt ut av henviser	7	9.09
	Ubesvart	18	23.38
Total		77	100

Sak Type

Kode	Tekst	Antallta	Prosent
1	Behandling	43	54.43
2	Undersøkelse	18	22.78
3	Konsultasjon henviser	1	1.27
4	Sakkyndig bistand BV	1	1.27
5	Annet/ Ubestemt	2	2.53
	Ubesvart	2	2.53
Total		79	100

Innleggelser etter paragraf

Kode	Tekst	Antall	Prosent
	Lov om psyk. Helsev, §2.1	41	59.42
	Lov om psyk. Helsev, §2.1.4	20	28.99
	Lov om psyk. Helsev, §3.1	1	1.44
	Lov om psyk. Helsev, §3.6	7	10.14
Total		69	100

Diagnose ICD 10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	6	7.79
F102	Psyk.lid. og atf.først.som.sk.br.av alkohol	1	1.30
F19	Psyk. lid. og atf.først. som skyldes bruk av flere stoffer	1	1.30
F230	Akutt polymorf psykose (non-szizofreniform)	1	1.30
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	3	3.90
F30	Manisk episode	1	1.30
F31	Bipolar affektiv lidelse	2	2.60
F320	Mild depressiv episode	3	3.90
F321	Moderat depressiv episode	7	9.09
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	2	2.06
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	4	5.19
F431	Posttraumatisk stresslidelse	1.	1.30
F432	Tilpasningsforstyrrelser	7	9.09
F500	Anorexia nervosa	1	1.30
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	8	10.39
F70	Lett psykisk utviklingshemming	1	1.30
F711	Moderat psykisk utviklingshemming	1	1.30
F845	Aspergers syndrom	1	1.30
F849	Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	1	1.30
F900	Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet	6	7.79
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	3	3.90
F912	Sosialisert atferdsforstyrrelse	1	1.30
F913	Opposisjonell atferdsforstyrrelse	2	2.60
F92	Blandede atferdsforstyrrelse og følelsesmessig	1	1.30
F989	U. spes. atf./føl.mess. først.	1	1.30
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og	4	5.19
Z877	Oppl. Om medf. Misd./deform./kromosomav	1	1.30
	Ubesvart	6	7.79
Total		77	100

Diagnose ICD 10 Akse 2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	12	15.19
999	Ukjent	15	18.99
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	2	2.53
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innl	5	6.33
F83	Blandet utviklingsforstyrrelse av spesifikke ferdigheter	2	2.53
F82	Spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoris	1	1.27
	Ubesvart	42	53.16
Total		79	100

Diagnose ICD 10 Akse 3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ	3	3.80
3	Normal intelligens	18	22.78
5	Mild psykisk utviklingshemming (F70)	1	1.27
6	Moderat psykisk utviklingshemning (F71)	1	1.27
99	Ukjent	14	17.72
	Ubesvart	42	53.16
Total		79	100

Diagnose ICD 10 Akse 4

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	6	7.59
999	Ukjent	16	7.59
E 10	Insulinavhengig diabetes mellitus	2	2.53
E639	Uspesifisert mangelsykdom	1	1.27
M420	Juvenil osteokondrose i ryggstøyle	2	2.53
Q850	Nevrofibromatose	1	1.27
R071	Brystsmerte ved pusting	1	1.27
R440	Hørselshallusinasjoner	1	1.27
R940	Unormale resultater ved funksjonsstudie	1	1.27
X6n	Villet egenskade	5	6.33
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	2	2.53
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser	2	2.53
	Ubesvart	50	63.29
Total		79	100

Diagnose ICD 10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
00	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	6	7.59
1.0	Manglende varme i foreldre-barn relasjonen	2	2.53
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	4	5.06
1,2	Fiendtlighet mot eller syndebukk-gjøring av barnet	1	1.27
1.3	Fysisk barnemishandling	1	1.27
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	1	1.27
2,0	Forelder psykisk syk/avvikende	3	3.80
2.1	Forelder funksjonshemmet/ufør	1	1.27
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	5	6.33
4,1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	2	2.53
5,1	Avvikende foreldresituasjon	10	12.66
5,3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	1	1.27
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	1	1.27
6,3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	1	1.27
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	2	2.53
6.5	Skremmende personlige erfaringer	1	1.27
8,0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	1	1.27
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	5	6.33
99	Ukjent		
	Ubesvart	31	39.24
Total		79	100

Diagnose ICD 10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Utmerket/god sosial fungering	1	1.27
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	4	5.06
2	Lett sosial forstyrrelse	11	13.92
3	Moderat sosial forstyrrelse	12	15.92
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	7	8.86
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	3	3.80
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	5	6.33
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	1	1.27
8	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	1	1.27
9	Ukjent	1	1.27
	Ubesvart	33	41.77
Total		79	100

Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. helsev. §2-1	44	55.70
2	Lov om psyk. helsev. §2-1.4	25	31.65
7	Lov om psyk. helsev. §3-6	10	12.66
	Ubesvart	0	0
Total		79	100

Omsorgssituasjon

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	23	29.11
2	Pendler mellom mor og far	1	1.27
3	Bor hos en av foreldrene	17	21.52
4	En forelder og samboer	5	6.33
5	Hos besteforeldre/andre	1	1.27
6	Bor i fosterhjem	1	1.27
7	Bor på institusjon	1	1.27
8	Bor alene	4	5.06
9	Annet	2	2.53
	Ubesvart	24	30.38
Total		79	100

Barnevernets rolle v henvisning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	18	22.78
2	Rollen ikke fastlagt	6	7.59
3	Undersøkelser §4.3	2	2.53
4	Hjelpetiltak §4.4	18	22.78
5	Frivillig plassering §4.4	2	3
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	2
8	Akuttvedtak §4.6	1	2
10	Vet ikke	4	5.06
	Ubesvart	31	39.24
Total		79	100

Barnevernets rolle oppdatert

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	10	12.66
2	Rollen ikke fastlagt	2	2.53
3	Undersøkelser §4.3	3	3.80
4	Hjelpetiltak §4.4	23	29.11
5	Frivillig plassering §4.4	1	1.27
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	1.27
8	Akuttvedtak §4.6	1	1.27
10	Vet ikke	1	1.27
	Ubesvart	37	46.84
Total		79	100

Kjønn/Hva skjedde etter avslutning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	34	43.04
2	Henvist annen instans	23	29.11
5	Annet	2	2.53
	Ubesvart	20	25.32
Total		79	100

Sluttkommentar:

De ulike tabellene har litt ulike tall på det totale antall.

Vi hadde 77 henviste for året 2003, 50 jenter og 27 gutter.

Av 77 henviste og 2 overført fra året før er antallet 52 jenter og 27 gutter, totalt 79

Av 77 henviste er 68 tatt imot, 9 er avvist av faglige grunner.

Beleggsrapporten viser imidlertid 69 opphold. Tabellen "innleggelse etter paragraf" viser også et totalt antall på 69

Vår populasjon i prosjektet er definert som alle som er tatt imot på enheten. Så spørsmålene blir; 1. Hvordan få tatt ut statistikk på disse, dvs. skille mellom henviste og tatt imot. 2. Er vår populasjon også inkludert overliggere fra året før, hvordan skal vi forholde oss/ta ut statistikk om ungdommer der innleggelsesperioden er i årsskiftet?

3 Ungdomsenheten ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Drammen. Beskrivelse 2003



Besøksadresse: Valbrottveien 23, 3024 Drammen

Postadresse: Sykehuset Buskerud, BUPA Ungdomsenheten, 3004 Drammen

Telefon: 32 86 19 50

Telefaks: 32 86 19 51

Kontaktpersoner: Kjetil Nilssen, Lise Baklund, Liv Ristvedt

Emailadresser: Kjetil.nilssen@sb-hf.no, lise.baklund@sb-hf.no, liv.ristvedt@sb-hf.no

Emailadresse: bupa.ungdom@sb-hf.no

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Kjetil Nilssen, Lise Baklund og Liv Ristvedt ved Ungdomsenheten, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Drammen.

Før bruk av tekst eller tall må forfatterne kontaktes.

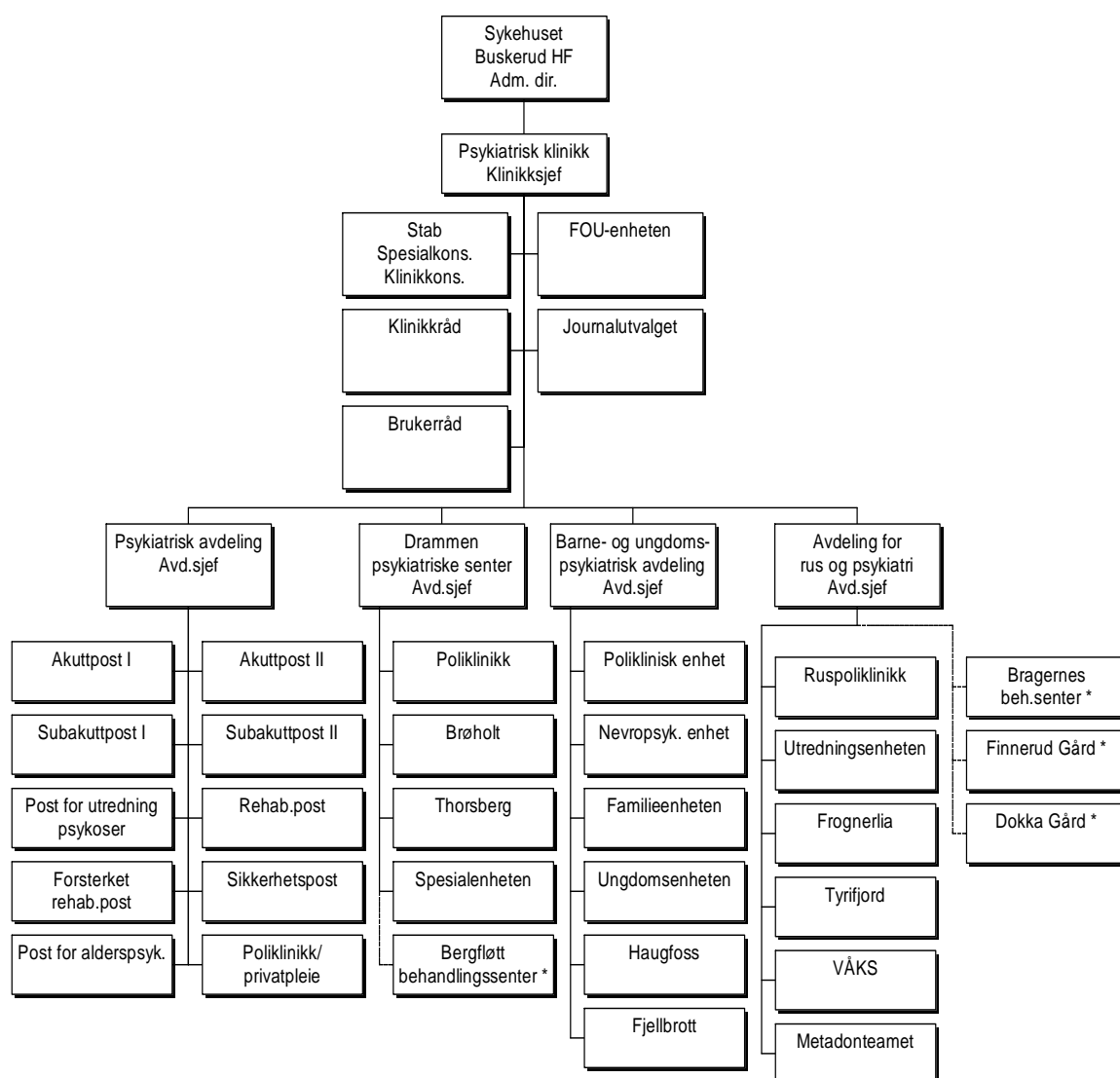
Dette prosjektet, "En sammenlignende studie av akutttilbud i psykisk helsevern for barn og unge", støttes finansielt av *Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion Øst + Sør*.

3.1 Lowerk etc

Ungdommer kan innlegges i døgnenheten i h.h.t. Psykisk helsevernloven §§ 2.1, 2.2,(frivillig) og 3.6 og 3.7 (tvang).

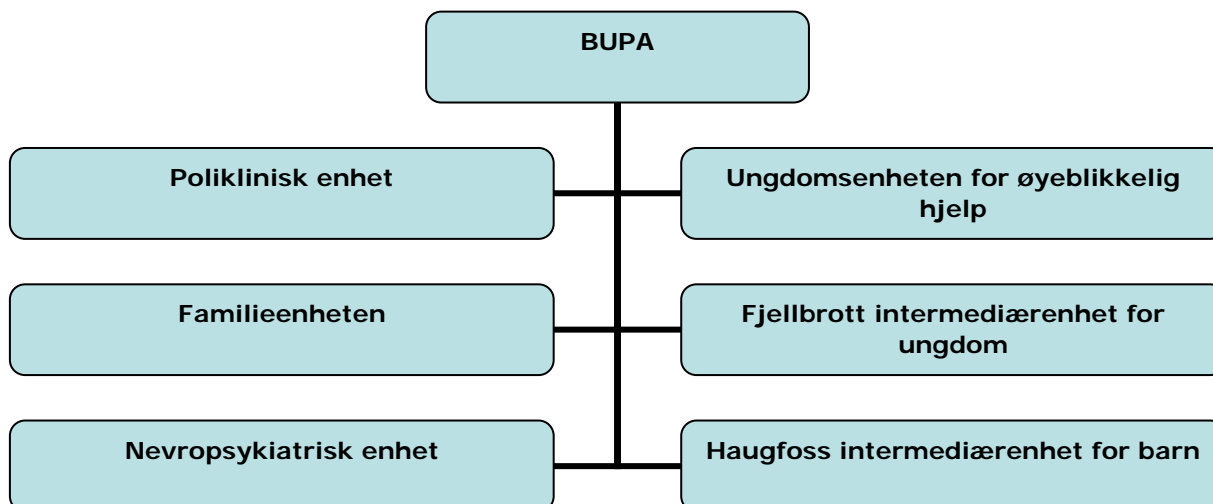
3.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

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



3.2.1 Øvrige enheter i BUPA-organisasjonen

Poliklinisk enhet, Nervropsykiatrisk enhet, Familieenheten, Fjellbrott, intermediearenhet for ungdom og Haugfoss, intermediearenhet for barn.



Fjellbrott intermediærenhet for ungdom har 3 døgnplasser, og er den enheten innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling vi overfører klienter til dersom de trenger døgnopp- hold ut over det Ungdomsenheten som akutenhet kan tilby.

3.2.2 Opptaksområde

Buskerud fylke. Ungdomsenheten server tre lokale poliklinikker på Kongsberg, Ringerike og i Drammen.

3.2.2.1 Befolkningstall/geografisk område

240.000 innbyggere. 54.000 barn og unge under 18 år.

3.2.3 Målgruppe

- Suicidal / selvdestruktiv ungdom
- Psykotisk / psykosetruet ungdom

I tillegg gir Ungdomsenheten også tilbud til ungdom som har:

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

3.2.4 Funksjon

Enheden har to funksjoner:

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

- 2 døgnplasser – for korte akuttinnleggelser knyttet til øyeblikkelig hjelp

3.3 Ressurser

- Ungdomsenheten samarbeider med somatiske avdelinger ved Sykehuset Buskerud HF, Nevropsykiatrisk enhet i BUPA, Drammen eller med Habiliteringstjenesten i de saker hvor det er nødvendig med større bredde i utredningen.
- Alle anorexipasienter som trenger innleggelse, blir innlagt på barneavdelingen ved Sykehuset Buskerud. Det nedsettes et team ved Ungdomsenheten som har behandlingsansvaret for saken, og disse samarbeider med et team på barneavdelingen så lenge pasienten er innlagt.
- For å sikre samarbeid og ressursutnyttelse på tvers av ulike enheter som arbeider med psykoseproblematikk i Psykiatrisk klinikk, har Ungdomsenheten et godt samarbeid med Utredningsenheten for psykoser (VOP). Dette gir god mulighet for tidlig-intervensjon, samt raskere, smidigere og bedre pasientflyt når det gjelder best mulig utredning av unge med psykoseproblematikk.
- Mulighet for overføring av pasienter til Fjellbrott intermedisærerenhet for ungdom som har 3 døgnplasser.
- Ungdomsenheten har ikke egen skole, men har to spesialpedagoger som kommer to dager i uken. Disse er ansatt på Fjellbrott skole.

3.3.1 Bygningsmessige

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

3.3.2 Personalmessige

Antall stillinger	Profesjon/funksjon	Videreutdanning
1 100%	Overlege, Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri	
1 100%	Ass.lege	
2 100%	Psykologspesialister	
3 100%	Barnevernpedagoger	Familieterapi, rus, miljøterapi, kognitiv terapi
3 100%	Vernepleiere	Familieterapi, psykisk helsearbeid, pedagogikk
3 100%	Psykiatriske sykepleiere	Psykisk helsearbeid, familieterapi
2 100%	Sosionomer	Familieterapi
1 100%	Klinisk pedagog	Familieterapi, kognitiv terapi
1 100%	Filosof	Familieterapi
3 66%	Våken nattevakt	Psykisk helsearbeid
3 35%	Hvilende nattevakt	Spesialpedagogikk
1 100%	Enhetsleder	Ledelse
2 100%	Sekretærer	
1 100%	Husøkonom	

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

3.3.2.1 Enhetlig ledelse

Enheten har enhetlig ledelse med enhetsleder. Ingen øvrige mellomlederstillinger.

3.3.2.2 Døgnkoordinator

Enheten benytter 1 stilling til døgnkoordinator. Denne er tillagt et spesielt ansvar for å koordinere oppgavene i døgnenheten, vaktinnleie, turnusoppsett, veiledning og opplæring.

3.3.2.3 Miljø-/familieterapeuter

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

3.3.2.4 Stab/individualterapeuter/familieterapeuter

1 overlege som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, 1 ass.lege, 2 psykologspesialister, 1 klinisk pedagog og 1 klinisk sosionom. Overlegen er medisinskfaglig rådgiver for enhetsleder. Alle stillinger arbeider ambulant ved behov.

3.3.2.5 Kontor

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

3.3.2.6 Ekstravakter

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

3.3.3 Økonomi

	Budsjett 2004	Regnskap 2003 ⇒	
<u>Inntekter:</u>			
Tilskudd og rammeoverføring:	10 784 000	10 903 000	
<u>Refusjonsinntekter</u>	<u>2 500 000</u>	<u>3 340 000</u>	
<u>Årsbudsjett</u>	<u>13 284 000</u>	<u>14 243 000</u>	<u>14 243 000</u>

Utgifter:

Varekostnader, medisiner, mat m.m.	116 000	287 000	
Andre driftsutgifter	809.000	1 215 000	
Pensjons- og sosiale kostnader	2 743 000	2 573 000	
<u>Totalt lønnsbudsjett, inkl. tillegg</u>	<u>9 616 000</u>	<u>8 610 000</u>	
<u>Sum utgifter</u>	<u>: 13 284 000</u>	<u>12 685 000</u>	<u>12 685 000</u>
<u>Mindreforbruk 2003</u>			<u>- 1 558 000</u>

Av det totale lønnsbudsjettet utgjør:

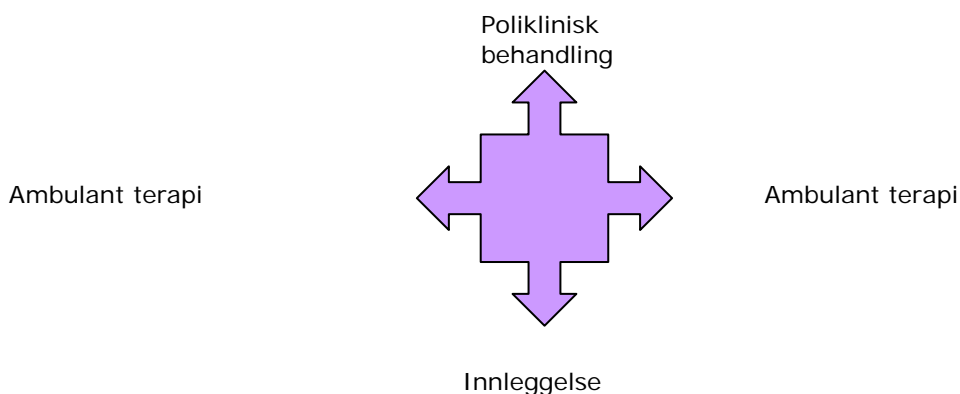
Overtid	:	400 000	370 000
Vikarlønn	:	155 000	175 000
Ekstrahjelp	:	400 000	380 000
Vaktordning, inkl. utrykning	:	512 000	400 000

Merknad til økonomien: Mindreforbruket i 2003 skyldes vakanser, samt større refusjonsinntekter enn budsjettet. I 2004 er refusjonsinntektene likevel budsjettet lavere, pga lavere takster for poliklinisk virksomhet.

3.3.4 Øvrige ressurser

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

3.4 Behandlingstilbudet



3.4.1 Type "omsorgsform"

Vi tilbyr i hovedsak intensiv poliklinisk behandling, gjerne i kombinasjon med ambulant terapi hvor de sentrale prinsippene er kontinuitet, tilgjengelighet og fleksibilitet. Enheten har 2 døgnplasser for innleggelser knyttet til øyeblikkelig hjelp. Dersom intensiv poliklinisk behandling, evt. i kombinasjon med ambulant terapi ikke er tilstrekkelig, må det foretas en innleggelse. Det er da det samme behandlerteamet som har hatt ansvaret poliklinisk som

følger opp klienten når denne er innlagt. Gjennomsnittelig liggetid har i årene 2001-2004 vært 10,5 dager. Dette er mulig fordi klienten etter døgnoppholdet fortsetter i poliklinisk behandling på Ungdomsenheten hos det samme behandlerteamet som har hatt behandlingsansvaret gjennom hele behandlingsforløpet. Klientene overføres til de lokale poliklinikkene på Kongsberg, Ringerike og Drammen dersom det er behov for dette etter utskrivning fra Ungdomsenheten.

3.4.2 Behandlingsideologi

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

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

Samarbeid med foreldre/pårørende:

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

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

Tilgjengelighet:

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

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

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

Fleksibilitet i tilbudet:

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

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

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

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

3.4.2.1 Miljøpersonalet/familierapeutene

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

3.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter

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

3.4.3 Tilbud i enheten

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

- Utredning
- Familiesamtaler/terapi
- Individuelle samtaler/terapi
- Nettverkssamtaler/terapi
- Eksternalisering
- Endringsfokuserede samtaler
- Psykologisk sikring

- Nyskriving av historier
- Eksponeringsterapi
- Psykoedukativ metode og flerfamiliegrupper ved psykoseproblematikk
- Medisinering
- Ambulant støtte i hjemmet/på fritiden

3.4.3.1 Medikamentell behandling

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

3.4.4 Møte- og samarbeidsformer

3.4.4.1 I enheten

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

3.4.4.2 Mellom enheten og andre enheter

Enhetsleder deltar på møte med de andre enhetslederne 3 timer hver 14. dag. Enhetsleder for Ungdomsenheten og enhetsleder for Fjellbrott intermediearenhet møtes hver 14. dag for gjensidig oppdatering og informasjon om pasienter. Ut over dette er det ikke noe formalisert samarbeid med andre enheter, men møter/konsultasjoner blir etablert etter behov knyttet til aktuelle klientsaker. Dette fungerer tilfredsstillende.

3.4.5 Skjerming og grensesetting

Bruk av "tvang":

Tvangsmidler: Ungdomsenheten har ingen mekaniske tvangsmidler.

Tvangsmedisinering: Foregår sjelden/aldri.

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

3.4.6 Inntak

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

3.4.6.1 Kriterier

Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

3.4.6.2 Inntaksprosedyre

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

3.4.7 Utredningsmetoder

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

Miljøobservasjon

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

3.4.8 Utskriving

3.4.8.1 Kriterier

Kriterier for utskrivning er at øyeblikkelig hjelp fasen er over slik at klienten kan utskrives hjem.

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

I noen tilfeller vil et kriterie for utskrivning fra Ungdomsenheten være at klienten trenger intermedieeropphold og derfor utskrives og overføres til intermedieerenheten for ungdom.

3.4.8.2 Utskrivingsprosedyre

Utskriving skal planlegges sammen med ungdommen og foreldre/foresatte.

I forbindelse med utskrivning skal klienten og familien få et tilbud om intensiv poliklinisk oppfølging/behandling. Ambulant terapi vurderes.

Det skal alltid holdes et utskrivingsmøte hvor det inngås en avtale om hvem som er ansvarlig for hva, og hva det videre behandlingstilbudet skal inneholde.

1.-linjetjenesten i hjemkommunen og behandler i lokal BUP skal orienteres om permisjoner og utskrivninger

3.4.9 Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving/veiledning

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

Til andre deler av spesialisthelsetjenesten: I 2003 og 2004 har enheten undervist ved flere akuttenheter rundt om i landet. Enheten har også mottatt mye besøk og personale i fra lignende virksomhet innen spesialisthelsetjenesten som har ønsket å hospitere.

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

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

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

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

3.5 Samarbeidspartnere

3.5.1 Innad i BUPA-systemet

- Ungdomsenheten samarbeider med alle andre enheten i BUPA- systemet når dette er ønskelig.

3.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

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

3.5.3 Mot somatiske sykehus

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

3.5.4 Mot kommuner/bydeler

Ungdomsenheten samarbeider med alle aktuelle etater i kommunene, PLO, barnevern, PPT, sosialkontor og politi.

3.6 Pasientdata for 2003

Ungdomsenheten arbeidet i 2003 med 124 øyeblikkelig hjelp saker. Av disse var 94 nye saker og 30 overførte i fra året før. Her er noen kjernetall. Hensikten med å ta med tall for 2003 har også vært å registrere "missing", slik at de pasientadministrative data for 2004 skulle bli et bedre utgangspunkt for forskningsprosjektet.

Totalt antall liggedøgn:	536 dager	(73,5% belegg på 2 døgnplasser)
Antall innleggelser, inkl reinnleggelser:	52	
Gjennomsnittelig liggetid:	10,3 dager	
Gjennomsnittelig liggetid, jenter:	10,3 dager	
Gjennomsnittelig liggetid, gutter:	10,3 dager	

Oversiktstabell med samletall fra BUP-data

Nyhenviste I perioden

1	I alt	94
2	Derav tatt i mot	93
3	Avvist pga kapasitetsmangel	0
4	Avvist av faglige grunner	0
5	Til vurdering/uavklart	1

Tatt imot:

6	Behandling	48
7	Undersøkelse	7
8	Faglig bistand barnevernet	36
9	Annet/uavklart	2

(Her antas å være en feilregistrering, ved at man ikke har krysset av for behandling i de saker hvor man også har krysset av for faglig bistand barnevernet.)

Årets aktuelle saker:

11	Saker overført fra året før	30
12	Aktuelle saker I året(2+11)	124
13		

Av de 124 øyeblikkelig hjelp saker Ungdomsenheten arbeidet med i 2003 ble 58% (72 saker) behandlet poliklinisk.

Det ble gjennomført 2745 konsultasjoner, av disse var 1700 refusjonsberettiget. Antall tiltak totalt inkl. ambulant terapi var 3792.

Kjønn/alder av antall øyeblikkelig hjelp saker totalt:

Alder	Jente	Gutt	Total	Prosent
7	0	1	1	0,81
8	0	1	1	0,81
11	1	0	1	0,81
12	1	1	2	0,61
13	5	2	7	5,65
14	13	3	16	12,90
15	11	11	22	17,74
16	20	8	28	22,58
17	14	12	26	20,97
18	12	2	14	11,29
19	4	0	4	3,23
20	2	0	2	1,61
Sum	83	41	124	100,0

Henvisningsgrunn barnet

Kode	Tekst	Nyhenviste	Overførte	Sum	Prosent
1	Autistiske trekk	0	0	0	0,00
2	Psykotiske trekk	18	1	19	15,32
3	Suicidalfare	58	18	76	61,29
4	Hemmet atferd	0	0	0	0,00
5	Angst/fobi	1	0	1	0,81
6	Tvangstrekk	0	0	0	0,00
7	Tristhet/depr/sorg	10	4	14	11,29
8	Skolefravær	0	0	0	0,00
9	Atferdsvansker	2	1	3	2,42
10	Hyperaktivitet/konstra.van	0	0	0	0,00
11	Rusmiddelbruk	0	0	0	0,00
12	Asosial/kriminalitet	0	0	0	0,00
13	Lærevansker	0	0	0	0,00
14	Språk/talevansker	0	0	0	0,00
15	Syn/hørselsproblem	0	0	0	0,00
16	Spiseproblem	1	4	5	4,03
17	Andre somatiske sympt	0	1	1	0,81
18	Annet	0	1	1	0,81
19	Ingen	0	0	0	0,00
20	Ikke utfylt av henviser	3	0	1	0,81
	Ubesvart	1	0	1	0,81
Sum		94	30	124	100,01

Henvisningsgrunn miljøet

Kode	Tekst	Nyhenviste	Overførte	Sum	Prosent
1	Belastninger i fam	17	6	23	18,55
2	Belastninger i nærmiljø/samfunn	2	0	2	1,61
3	Belastning I skole/barnehage	3	4	7	5,65
4	Akutte livshendelser	4	2	6	4,84
5	Belastn res av forstyr/fh	7	0	7	5,65
6	Ingen	0	0	0	0
7	Ikke fylt ut av henviser	59	18	77	62,10
	Ubesvart	2	0	2	1,61
Sum		94	30	124	100,01

Diagnose ICD 10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	6	4,84
F203	Udifferensiert schizofreni	1	0,81
F209	Uspesifisert schizofreni	1	0,81
F23	Akutte og forbigående psykoser	1	0,81
F230	Akutt polymorf psykose	1	0,81
F239	Akutt forbigående psykose	1	0,81
F316	Bipolar affektiv lidelse	2	1,61
F320	Mild depressiv episode	6	4,84
F321	Moderat depressiv episode	9	7,26
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske	2	1,61
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	0,81
F410	Panikk lidelse	1	0,81
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	2	1,61
F419	Uspesifisert angstlidelse	2	1,61
F42	Obsessiv-kompulsiv lidelse	1	0,81
F430	Akutt belastningslidelse	1	0,81
F432	Tilpasningsforstyrrelser	5	4,03
F500	Anorexia nervosa	4	3,23
F501	Atypisk anorexia nervosa	4	3,23
F503	Atypisk bulimia nervosa	1	0,81
F509	Uspesifisert spiseforstyrrelse	1	0,81
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	3	2,42
F609	Uspesifisert personlighetsforstyrrelse	1	0,81
F819	Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skolefer	1	0,81
F849	Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	1	0,81
F900	Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet	1	0,81
F929	Uspes. blandet atferdsforstyrrelse og følelesmessig	1	0,81
F952	Kombinerte vokale og mutiple motoriske	2	1,61
F982	Spiseforstyrrelse i barndommen	1	0,81
Z03	Med.obs og vurd ved mistanke om sykdom	2	1,61
Z032	Obs ved mistanke om psykisk lidelse	15	12,10
Z04	Undersøkelse og observasjon av andre årsaker	1	0,81
	Ubesvart	44	35,48
Sum		124	100,05

Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. Helsevern §2-1	39	
2	Lov om psyk.Helsevern §2-1.4	1	
3	Lov om psyk. Helsevern §2-2.1	5	
7	Lov om psyk. Helsevern §3-6	5	
8	Lov om psyk. Helsevern §3-7	2	
	TOTAL	52	100

Omsorgssituasjonen

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	52	37,68
2	Pendler mellom mor og far	4	2,90
3	Bor hos en av foreldrene	37	26,81
4	En foreldre og samboer	11	7,97
5	Hos besteforeldre/andre	1	0,72
6	Bor i fosterhjem	13	9,42
7	Bor på institusjon	2	1,45
8	Bor alene	1	0,72
9	Annet	1	0,72
	Ubesvart	16	11,59
	TOTAL	138	100

Barnevernets rolle ved henvisning

Kode	Tekst	Nyhenviste	Overførte	Sum	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	31	10	41	33,06
2	Rollen ikke fastlagt	7	0	7	5,65
3	Undersøkelse § 4.3	2	0	2	1,61
4	Hjelpetiltak §4,4	6	4	10	8,06
5	Frivillig plassering	2	1	3	2,42
6	Under behandling	0	0	0	0
7	Omsorgsvedtak	6	0	6	4,84
8	Akuttvedtak	3	1	4	3,23
9	Tatt foreldreansvar	1	0	1	0,81
10	Vet ikke	26	13	39	31,45
	Ubesvart	10	1	11	8,87
Sum		94	30	124	100,00

Barnevernets rolle oppdatert

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	47	31,06
2	Rollen ikke fastlagt	7	6,07
3	Undersøkelse § 4.3	2	1,45
4	Hjelpetiltak §4,4	10	7,25
5	Frivillig plassering	4	2,90
6	Under behandling	0	0
7	Omsorgsvedtak	7	6,07
8	Akuttvedtak	5	3,62
9	Tatt foreldreansvar	1	0,72
10	Vet ikke	44	31,38
	Ubesvart	11	7,97
Sum		138	100

Hva skjedde etter avslutning ?– Disse tallene har vi ikke for 2003.

Kode	Tekst	Jente	Gutt	Sum	Prosent
------	-------	-------	------	-----	---------

MERK:

Da Ungdomsenheten også har avhjulpet de tre poliklinikkene i fylket med å ta saker fra ventelista, samt at man ut i fra prinsippet om kontinuitet arbeider videre med en del saker etter øyeblikkelig hjelp fasen er over, arbeidet Ungdomsenheten totalt i 2003 med 218 saker. Denne differensen på 157 saker er ikke tatt med i oversiktene ovenfor, da dette ikke er øyeblikkelig hjelp saker.

Pasientdata for 2003 viser en del "missing" når det gjelder registreringer. Arbeidet med å registrere missing i 2003-data har gitt resultater i form av bedre registreringsrutiner, som igjen har ført til en klar bedring av kvaliteten på de pasientadministrative data som skal legges til grunn for forskningsprosjektet fra 2004.

4 BUP-klinikk avd. Lian Trondheim. Akuttposten. Avdelingsbeskrivelse 2003



Besøksadresse: Vådanveien 41

Postadresse: Postboks 6810 Elgeseter 7433 Trondheim

Telefon: 73 86 53 10

Telefax: 73 86 44 01

Kontaktpersoner: Andreas Bolgien, Marit Leer Øyaas

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

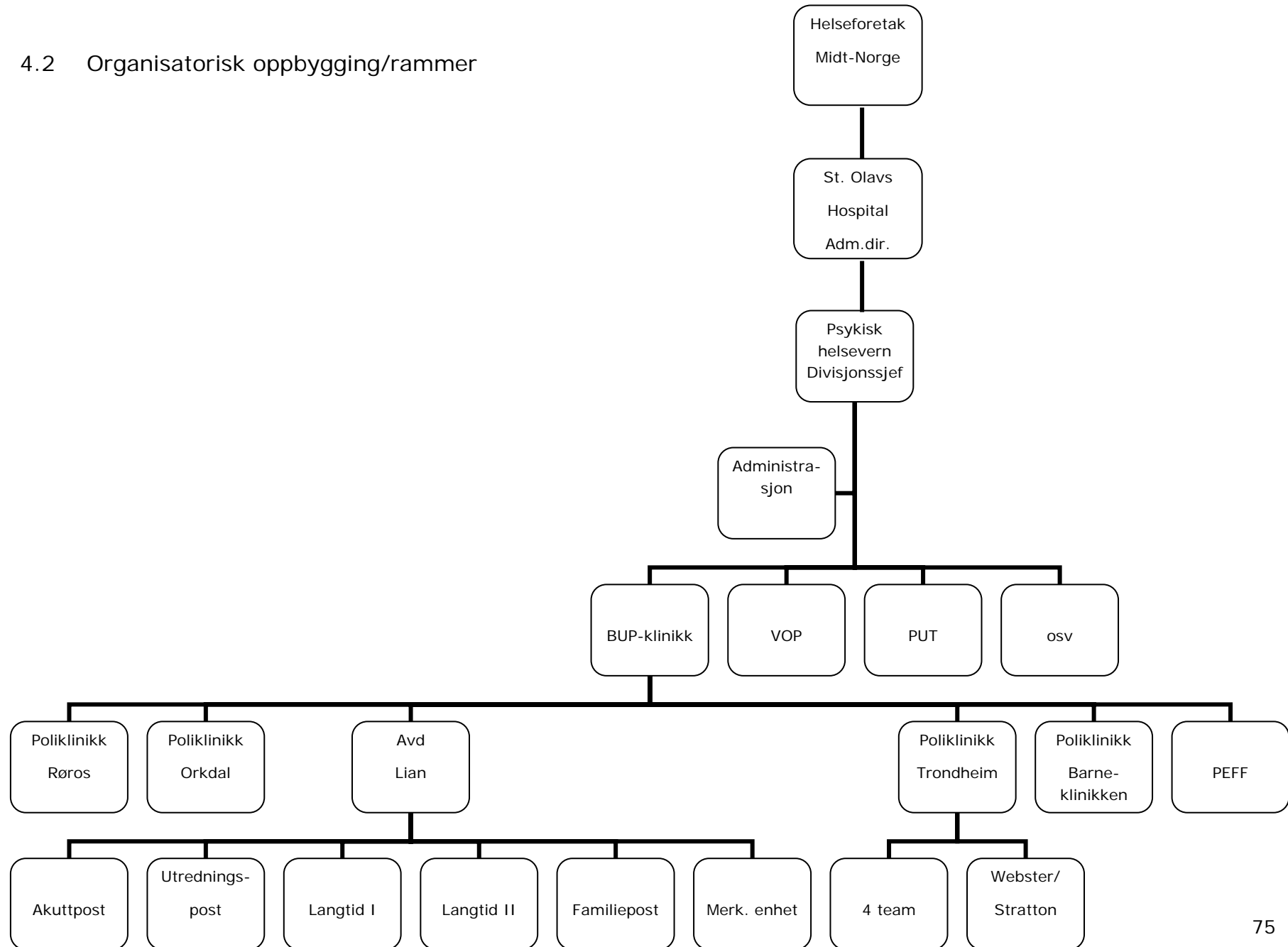
Forord

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

4.1 Lovverk

- Lov for Psykisk Helsevern
- Helsepersonelloven
- Spesialisthelseloven
- Pasientrettighetsloven

4.2 Organisasjonsoppbygging/rammer



4.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Akuttposten er del av Avdeling Lian med

- 1 langtidspost med 4 døgn- og 1 dagplasser
- 1 langtidspost med 4 døgn- og 1 dagplasser (helge- og feriestengt delvis kjørt som kun dagpost)
- 1 utredningspost med 5 døgnplasser (helge- og feriestengt)
- familieplasser (helge- og feriestengt)

4.2.2 Opptaksområdet

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

4.2.3 Målgruppe

Målgruppe er akutte psykiatriske tilstander ved ungdommer mellom 12 og 17 år, i enkle tilfeller innlegges yngre (ned til 11 år) pasienter. Dvs det dreier seg først og fremst om suicidalitet og psykoser resp mistanker om det.

4.2.4 Funksjon

Akuttposten har i utgangspunkt øyeblikkelig hjelp funksjon, dvs. tar imot pasienter med psykose, akutt suicidalitet og andre alvorlige livstruende tilstander (f. eks. anoreksi). Etter kapasitet drives det også med avrusning, men det har nærmest ikke kommet noen henvisninger. Posten blir i enkle tilfeller også 'overnattingsplass' for pasienter fra andre poster som er helgestengt, tar i visst grad utredningsoppgaver for pasienter som behøver en lukket post, har etter kapasitet et fleksibelt ettervernstilbud med dag- eller helgetilbud og driver i lite grad med poliklinisk virksomhet (overgang til oppfølging fra poliklinikken eller VOP).

4.3 Ressurser

4.3.1 Bygningsmessige

- Akuttposten er en atskilt 2-etasjer-bygning (752 kvm) i turområdet. Det er 1. etasjen med 395,5 kvm som er den egentlige posten med pasientareal. I sokkel er aktivitetsrom, møterom, teknisk rom osv. Stabsfolk har ikke kontor på posten. Størrelse av pasientrom varierer litt mellom 8,5 på skjermet avsnitt og 13 kvm på posten. Alle rom har eget bad/wc
- Areal for hele avdeling Lian skal være 8700 kvm. BTA til akuttposten er 511,155 kvm pluss 149,1 kvm for bygg, etasje og område. Det finnes ikke noe gjerde mot turområdet.
- senger pluss 2 senger på skjermet avsnitt
- 1 pårørendeleilighet på området som disponeres av hele Avdeling Lian
- Kontorer for staben og merkantil enhet er plassert i annen bygning

4.3.2 Personalmessige

BUP Trondheim bygges opp etter konsernmodell. Det fantes i 2003 budsjett for poliklinikker, de forskjellige sengeposter, staben på Avd. Lian (inkludert merkantil enhet) og familieposten som opprinnelig var en egen avdeling. Dvs at akuttpostens budsjett inneholdt kun miljøpersonalet, men ikke staben, merkantil, administrativ og teknisk virksomhet. Dette medfører at det ikke kan gies nøye tall for akuttpostens andel av staben og merkantil enhet. Stillinger i staben og merkantil enhet som faktisk server akuttposten, var ikke fastlagt. Videre må det tas i betraktning at hele legegruppen av BUP kjøres vakt (både for- og bakvakt). Dessuten finnes en poliklinisk ø-hj-funksjon i Poliklinikken i Trondheim i vanlig arbeidstid, men ikke i de mindre poliklinikker på landet. Videre server sentrale administrasjonen, teknisk avdeling osv. på de forskjellige nivåer bla. akuttposten.

4.3.2.1 Miljø

Det er 20 100%-stillinger i miljøet som fordeles på 28 fast ansatte (4 av dem i 15-24% stillinger). Miljøterapeutene settes sammen av

- 10 sykepleier
- 4 barnevernspedagoger
- 3 pedagoger
- 4 vernepleiere
- 1 autodidakt
- 1 kjøkkenintendant (80 % stilling i kjøkken/15 % i miljøet)

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

4.3.2.2 Stab

Faktisk besatt var staben på Lian i 2003:

- overleger 100-%
- assistentleger 100%-stillinger
- 2 familie-/distriktmiljøterapeuter (100%-stillinger, besatt med 75 resp 90 %),
- psykologer (psykologspesialister, psykologer på utdannings- og vikarstillinger) med forskjellige stillingsandeler

Stabsfolk som faktisk jobbet på akuttposten i 2003 var:

- 100 % assistentlege var tilknyttet Akuttposten (ca. 90 %) og server en familieplass i tillegg
- 50 % familieterapeut (37,5 % besatt)
- 80 % psykolog største del av året
- 100 % overlege (spesialist i VOP) servet Akuttposten med 40-50%. Resten av kapasiteten var tilknyttet administrative funksjoner

4.3.2.3 Kontor

Kontor var faktisk besatt med tre 100%-stillinger pluss en lærling tilknyttet til hele Avdeling Lian. Vanskelig å si hvor mange prosentdelar som server Akuttposten, men det gjettes det er 75- til 100%-stilling.

4.3.2.4 Ekstravakter

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

4.3.3 Regnskap 2003

2003 hadde både de forskjellige postene og staben inkludert merkantil enhet eget budsjett. Dessuten måtte taes felles administrasjonsutgifter (opp til nivå av SOHo), felles arealutgifter, vaktordning med i betraktning slik at tallene nødvendigvis ikke er nøye.

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

4.3.4 Øvrige ressurser

1 bil disponeres av hele Avdeling Lian.

Knyttet til Avdeling Lian er Lianvatnet-skole som tar imot innlagte pasienter bortsett fra 3 plasser. Skolen er administrativt underlagt kommunen og er internt organisert i team knyttet til de enkelte poster. Skolen har egen bygning på sykehusområdet. Rektoren deltar som observatør i avdelings Lians lederteam. Elever får en kontaktlærer som tar kontakt med deres hjemmeskole.

Akutteamet har 51 lærertimer, tilsvarende 3 100%-lærerstiller, fordelt på 4 lærere. Det kjøres et 2-lærer-system. Undervisningstilbud til Akuttposten er opp til 21 timer pluss 5 timer i større gruppe. Undervisning kan tilpasses individuelt fra enkle timer daglig, unntaksvis også på posten, opp til hele opplegg.

4.4 Behandlingstilbudet

4.4.1 Type omsorgsform

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

4.4.2 Behandlingsideologi

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

4.4.2.1 Blant miljøterapeuter

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

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

4.4.2.2 Blant individualterapeuter

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

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

4.4.3 Tilbud i avdelingen

Det arbeides i team rundt hver pasient. Teamet består av avdelingsleder/ass. avdelingsleder, 2 miljøkontakter, individualterapeut, overlege, familierapeut og lærer fra skoleavdelingen. Akuttpostens primære oppgave er å avhjelpe en krisesituasjon for deretter å behandle og jobbe for videre tiltak. Miljøterapeutisk tiltak i akuttposten vil hovedsakelig være bygd på elementene beskyttelse, støtte og struktur som delvis benyttes av akuttpasienter. Miljøterapeutiske oppgaver er av observerende, diagnostisk og terapeutisk natur (Gundersen). Det dreier seg om å grensesette, å gi mestringsopplevelser, være god rollemodell, være deltagende ledsager ved fritidsaktiviteter, fra å være fotfølging som fastvakt til å ta dyperegående individualsamtaler. Det finnes fra miljøets side en daglig samling av alle pasienter, en såkalt 5-kaffe, hvor kvelden planlegges. Det finnes en dag hver uke en felles sosialtrening (bowling, kino, restaurant etc.) som flest mulig pasienter skal delta i, avhengig av tilstanden deres.

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

På Avdeling Lian finnes en psykoeduaktiv familiegruppe som har selvskadende og personlighetsforstyrrete ungdommer som målgruppe. Gruppen ledes ikke av akuttpostens personal og har ca. 6 plasser til rådighet som delvis brukes av akuttpasienter. Andre grupper finnes ikke. En samtalegruppe for spiseforstyrrelser som prøvdes i 2003 ble nedlagt igjen etter noen uker pga dårlig oppslutning fra pasientenes side og prioriteringsproblemer fra personalets side.

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

4.4.3.1 Medikamentell behandling

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

4.4.4 Møte og samarbeidsformer

Det finnes vanligvis et planleggingsmøte rett etter, men senest dagen etter innkomst og et, i enkelte tilfeller også to, behandlingsmøter per uke. På møter deltar avdelingsleder, miljøkontakt, behandlingsansvarlig, lærer, delvis familierapeut, delvis overlege, delvis poliklinisk

individualterapeut, delvis pasient). Det utarbeides for hver pasient observasjonspunkter og en skisserer et planlagt behandlingsforløp.

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

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

4.4.5 Skjerming og grensesetting

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

4.4.6 Bruk av tvang

Det finnes ikke noe muligheter for isolering. Det finnes en belteseng som ikke ble brukt i 2003. Det ble heller ikke brukt tvangsmedisinering etter PHL, kun en sjelden gang i nød-situasjoner. Terskelen for reimseng er såpass høy at velting av møbler medfører vanligvis ikke bruk av den. Mer vanlig er holding, ransaking, kroppsvisitasjon, beslag etter PHL. Alle tvangsmidler bokføres i protokoller som legges frem for kontrollkommisjonen.

4.4.7 Inntak

4.4.7.1 Kriterier

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

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

4.4.7.2 Inntaksprosedyre

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

4.4.8 Utredningsmetoder

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

EEG, MR og blodprøver tas i samarbeid med SOHo. Urinprøver på rusmidler tas av nærmest alle pasienter.

4.4.9 Utskrivning

4.4.9.1 Kriterier

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

4.4.9.2 Prosedyrer

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

4.4.10 Øvrige tilbud

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

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

Akuttposten driver vanligvis ikke med undervisning til kommuner, skoler osv., men blir etterspurt i enkelte tilfeller (ang. suicidalitet/selvskadning fra barneklubben). Akuttposten har vanligvis studenter fra de forskjellige nevnte yrkesgrupper og deltar i undervisning av medisinstudenter.

4.5 Samarbeidspartnere

4.5.1 Innad i BUP-systemet

Akuttposten er en del av Avdeling Lian med flere ungdomsposter, en familiepost og en liten poliklinisk virksomhet. Det finnes et lederteam (leder, faglig ansvarlig for drift, alle avdelingsledere, rektor som observatør) og et inntaksteam (samme folk pluss staben). Innenfor Avd. Lian er samarbeid tett. Akuttpostens inntak går ikke gjennom inntaksteam.

4.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

Knyttet til BUP som helhet finnes det et kompetanseteam med hver 50%-psykologstilling fra både BUP og PUT og rettspsykiatriske avdeling. Sistnevnte hadde ikke stillingen besatt i 2003. Kompetanseteam ga veiledning til tre BV-institusjoner. Psykologen hadde sine andre stillingsandeler på Avdeling Lian.

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

4.5.3 Mot somatiske sykehus

Mars 2003 etablertes en egen liten poliklinikk (3 stillinger) i St Olavs Hospital som arbeider tett opp mot barneklubben.

4.5.4 Mot kommuner

Det finnes en 20% psykologstilling knyttet til samarbeid mot kommunenes barneverntjeneste og 1.linje. Psykologen taes ved behov med i deres drøftinger og til- eller fraråder henvisninger. Han hadde den øvrige 80% stillingsandel ved akuttposten.

4.6 Pasientdata 2003

Det var ikke mulig å ta ut data fra BUP-data-systemet for 2003, det var ikke et skille mellom sengeposter og poliklinikken. Dvs. at alle data er håndplukkete og med forholdsvis stor grad av usikkerhet slik at de ikke burde danne grunnlag for statistiske formål. Pga stor missing ble det sett bort fra å beregne prosentdel. Det var 54 pasienter som delvis var innlagt flere ganger slik det ble totalt 96 innleggelses i 2003. Ang henvisningsgrunn var det mulig å angi 3 grunner og det skiltes ved telling ikke mellom dem. Derfor er summen over 96.

Kjønnfordeling

Kjønn	Antall	Prosent
Gutt	12	22
Jente	42	78
Totalt:	54	100

Aldersfordeling

Alder jente	11 år	12 år	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	SUM
Antall	1	2	5	11	24	17	22	82
Alder gutt								
antall	0	2	2	1	3	4	2	14
SUM:	1	4	7	12	27	21	24	96

Omsorgsbasis

Omsorgsbasis	Antall:	Prosent
Hos begge foreldre	14	29
Pendler mellom mor og far	3	6
Bor hos en av foreldrene	16	33
En forelder og samboer	8	16
Hos besteforeldre/andre	0	0
Bor i fosterhjem	2	4
Bor på institusjon	2	4
Bor alene	1	2
Annet	3	6
SUM:	49	100

Henvisningsgrunn - barnet

Henvisningsgrunn	Antall:	Prosent
Barnet:		
1. Autistiske trekk	0	0
2. Psykotiske trekk	5	4
3. Suicidalfare	35	28
4. Hemmet atferd	1	0
5. Angst/fobi	4	3
6. Tvangstrekk	2	2
7. Tristhet/derp./sorg	40	33
8. Skolefravær	0	0
9. Atferdsvansker	13	11
10. Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	5	4
11. Rusmiddelbruk	4	3
12. Asosial/kriminalitet	1	1
13. Lærevansker	1	1
14. Språk-/talevansker	0	0
15. Syn- hørselproblem	0	0
16. Spiseproblem	10	8
17. Andre somatiske symptomer	1	1
18. Annet	1	1
19. Ingen	0	0
20. Ikke fylt ut av henviser	0	0
SUM:	123	99

Henvisningsgrunn - miljøet

Miljøet:	Antall:	Prosent
1. Belastninger i familien	15	24
2. Belastn. I nærmiljø/samfunn	9	14
3. Belastn. I skole/barnehage	4	6
4. Akutte livshendelser	10	16
5. Belastn. Res. Av forstyr. Fh.	4	6
6. Ingen	1	2
7. Ikke fylt ut av henviser	20	32
SUM:	63	100

Videre oppfølging

Videre oppfølging	Antall:
Overføring til annen post	17
Overføring til poliklinikk	47
Ettervern	24
Poliklinikk + ettervern	1
Avsluttet	5
Fortsatt innlagt	2
SUM:	96

Henvisende instans

Henvisende instans	Antall:
Poliklinikken, Tr.heim	8
Lege/fastlege	31
Allmennlegevakt	26
St. Olavs hospital	8
BUPP Orkdal	2
Helsestasjon	2
BUPP Røros	3
Barnevernet	2
NTNU	3
Hjelpetjenesten	1
Overflytta mellom poster	10
SUM:	96

Diagnoser etter ICD 10

Akse 1	Antall	Prosent
Z 03.2	26	43,33
F 10.1	1	1,66
F 19.1	4	6,66
F19.2	1	1,66
F20.0	2	3,33
F32.0	4	6,66
F32.1	5	8,33
F40.0	1	1,66

Akse 1	Antall	Prosent
F42.2	2	3,33
F43.0	1	1,66
F43.2	2	3,33
F44.0	2	3,33
F50.0	2	3,33
F50.1	1	1,66
F50.2	1	1,66
F60.3	1	1,66
F90.0	2	3,33
F90.1	1	1,66
F91.1	1	1,66
Sum	60	100

Akse 2	Antall
999	11
000	6
Ubesvart	79

Akse 3	Antall
3	3
4	1
5	1
99	13
Ubesvart	78

Akse 4	Antall
000	15
T78.3	1
J98.4	1
Ubesvart	79

Akse 5	Antall
2.1 (0)	1
4.1 (0)	1
5.1 (0)	5
6.3 (2)	1
6.4 (0)	1
6.5 (0)	1
8.0 (0)	1
999	3
000	1
Ubesvart	81

Akse 6	Antall
2	5
3	5
4	5
5	1
Ubesvart	80

Oppholdstid

Opphvarighet	1 – 2 dager	3 – 7 dager	1 – 2 uker	3 – 4 uker	> 5 uker
Antall	18	31	29	7	11

5 UPA, Ullevål universitetssykehus. Beskrivelse 2003



Besøksadresse: Sognsveien 9 B

Postadresse: 0407 Oslo

Telefon: 22 11 77 00

Telefax: 22 11 77 10

Kontaktpersoner: Tarje Tinderholt og Per Kristian Vistung

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

Forord

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

Før eventuell videreformidling av materiale kontakt: Prosjektleder Tarje Tinderholt

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

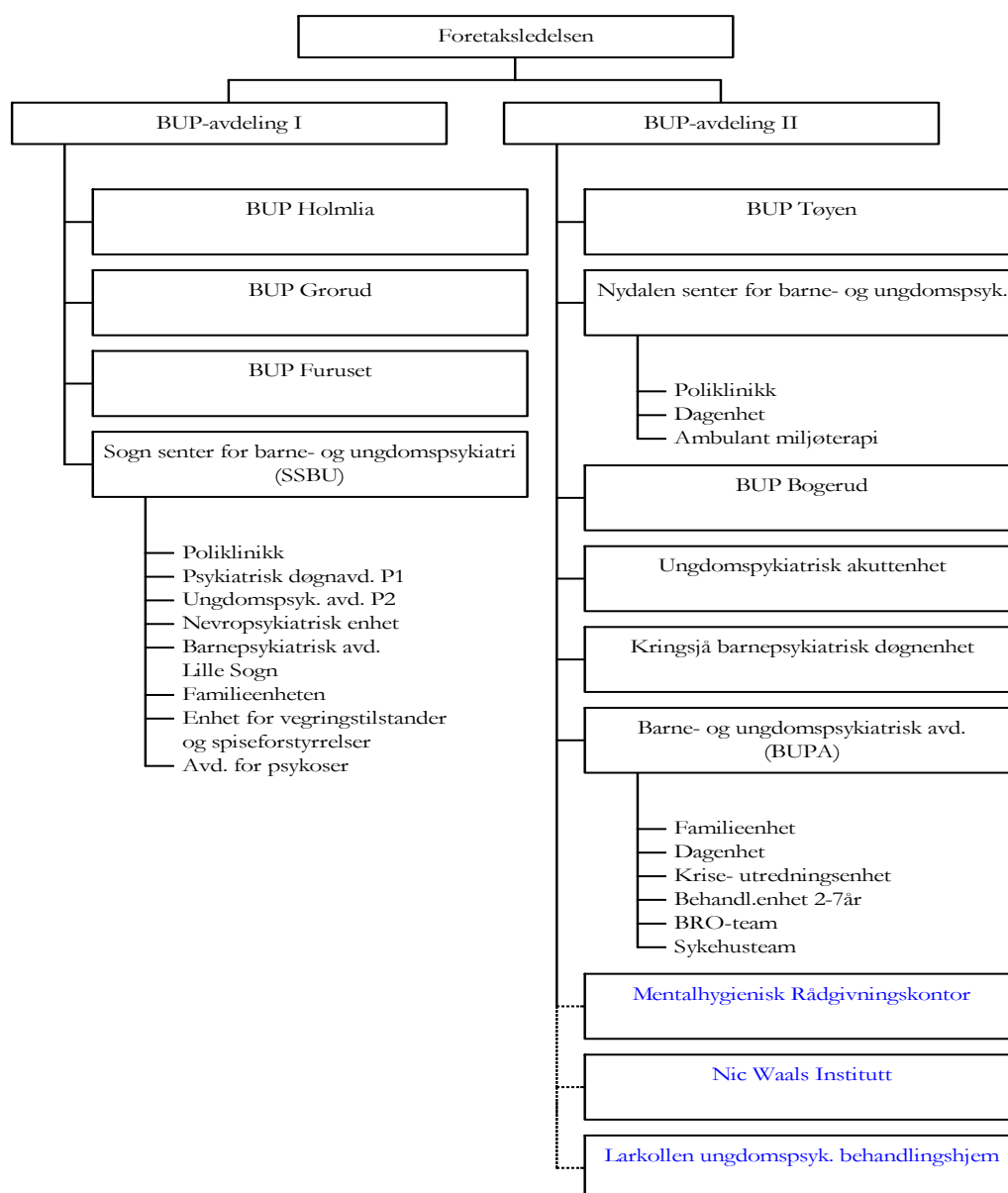
5.1 Lowerk etc

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

5.2 Organisatorisk oppbygging/rammer

5.2.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

ORGANISASJONSKART BUP-OSLO 2003



5.2.2 Opptaksområde

Opptaksområde er Oslo kommune (fylke). Befolkningstallet er 517 401 pr 01.01.03 (Statistisk sentralbyrå) fordelt på et landareal på 427 km². Dette gir en befolkningstetthet på 1 212,9 innbyggere pr. km².

5.2.3 Målgruppe

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

5.2.4 Funksjon

UPA har ansvar for å ivareta psykiatrisk øyeblikkelig-hjelp for ungdom i hele Oslo.

5.3 Ressurser

5.3.1 Bygningsmessige

Avdelingen har et samlet brutto areal på 1600m², hvor pasientene har adgang til 396,5 m². Utearealet er 1.2 mål (1200 m²). Avdelingen har 5 plasser. En av plassene er en skjermet enhet som regnes med som en plass.

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

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

5.3.2 Personalmessige

5.3.2.1 Miljø

Avdelingen har 24 stillinger i miljøet. Disse er tverrfaglig sammensatt med sosialpedagog, barnevernspedagog, ergoterapeut og flertall av sykepleiere. Flertall av sykepleiere er nødvendig ut fra Psykisk helsevernlovens krav til bemanning. Denne krever å til en hver tid ha medisinsk / sykepleiefaglig personell til stede.

Slik er stillingene besatt;

- ❑ 10 psykiatriske sykepleiere, fordelt på 9 kvinner og 1 mann. I tillegg har 2 av disse ytterligere videreutdanning i rusproblematikk, 1 er spesialist i klinisk sykepleie. – *Disse utgjør til sammen 8 hele stillinger*, en av disse er avdelingssykepleier (ikke direkte pasient kontakt.).
- ❑ 4 sykepleiere, fordelt på 3 kvinner og 1 mann. En sykepleier har videreutdanning i Kunst- og uttrykksterapi. *Disse utgjør til sammen 3 hele stillinger*.
- ❑ 11 miljøterapeuter med ulik bakgrunn, fordelt på 3 kvinner og 8 menn. Fordelt som følger; Sosialpedagog under videreutdanning i kunstterapi, embetsstudier i psykologi, musikkterapeut, instrumentalt hovedstudium Norges Musikkhøgskole, medisinerstudent (5.året), førskolelærer m/tvip, ergoterapeut, Sosionom, Statsvitenskap, Barnevernspedagog m/tvip *Disse utgjør til sammen 7.5 hele stillinger*.

5.3.2.2 Stab/individualterapeuter

Blant individualterapeutene er det avdelingsoverlege og overlege, som begge er spesialister i barne- og ungdomspsykiatri. Videre har vi assistentlege 90% stilling og psykolog, 85 %, i utdanningsstillinger. Av disse er tre kvinner og en mann. Avdelingen har også stillingshjemmel for 1 psykologspesialist og 1 overlege. Begge disse er nå vakante. Overlegestillingen holdes vakant av budsjettmessige grunner. Stillingen som psykologspesialist er utlyst.

5.3.2.3 Kontor

Avdelingen har to stillinger for kontorlag. Disse er dekket av en administrasjonskonsulent og en sekretær, begge kvinner. Administrasjons-konsulenten har utdanning fra sekretærskole og etterutdanning i IT, økonomi, personalsaksbehandling og administrasjon. Sekretæren har tatt handel og kontor, samt diverse bransjerelaterte kurs.

De to stillingene har ulike funksjoner og ansvarsområder.

5.3.2.4 Ekstravakter

Avdelingen benytter seg i tillegg av ekstravakter etter behov. Vi har 35 registrerte ekstravakter ved avdelingen. Disse har ulik bakgrunn, Vi ønsker å ha flest mulig med helsefaglig utdannelse, særlig sykepleiere. 10 av 35 ekstravakter er sykepleiere. Vi har også mange studenter som ekstravakter, hvor vi særlig vurderer personlig egnethet.

5.3.3 Regnskap for akuttenheten

Som skissert har avdelingen totalt 32 stillinger, fordelt på ulike profesjoner (se over). 7.5 stillinger er vakante. I tillegg har avdelingen 3 lærerstillinger knyttet opp til avdelingen, men disse er administrativt lagt under Kirkeveien videregående skole. Avdelingen har ikke eget vikarbudsjett, men kalkulerer med en vikarbruk(i miljøet) tilsvarende ca 1,5 stilling.

Total budsjett:	17 359 000,-
Faste stillinger:	6 247 000,-
Diverse tillegg:	2 982 000,-
Overtid:	598 000,-
Vikarlønn / annen ekstrahjelp:	3 009 000,-
Arbeidsgiveravgift:	1 837 000,-
Reisekostnader / drosje - ansatte:	27 000,-
Reisekostnader / drosje – pasienter	5 000,-

5.3.4 Øvrige ressurser

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

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

Lærerne har kompetanse for undervisning i grunnskole og videregående skole, og har i tillegg spesialpedagogisk kompetanse. De deltar i avdelingens møter og er ellers tilstede etter egen arbeidsplan. Kontaktlærer deltar i pasientens behandlingsteam. Det er kontaktlæreren som tar kontakt med pasientens hjemskole og som eventuelt samler inn informasjon fra tidligere skolegang som kan være til nytte for teamet.

Skolen tilbyr undervisning i fagene norsk, engelsk, samfunnsfag, økonomi og informasjonsbehandling, naturfag og matematikk. Vi kan også tilby undervisning i andre fag dersom det er behov for det. Undervisningen er i individuelt tilrettelagt da elevene følger sin hjemsteds-skoles læreplan. Hvis mulig organiserer vi undervisningen i grupper.

5.4 Behandlingstilbudet

5.4.1 Type "omsorgsform"

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

5.4.2 Behandlingsideologi

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

5.4.2.1 Miljøterapi

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

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

Miljøterapien har mange uttrykk. Det kan være å sette grenser, å gi en opplevelse av mestring, å konfrontere, å bidra til en struktur og rytme på dagen eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte, alt etter hva som er viktig for den enkelte. Kort sagt dreier miljøterapi seg om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin hverdag på en måte som gjør ham eller henne i bedre stand til å mestre sin livssituasjon. Som i all annen behandling

er det også i miljøterapien viktig å sette målene for forandring i samarbeid med den det gjelder, og på et nivå som gjør det mulig for pasienten å oppleve gleden ved økende mestring. Ulike pasientgrupper har svært forskjellig behov. Psykotiske pasienter trenger begrenset stimulering, miljøer som er oversiktlige, og hjelp til å strukturere hverdagen. Andre tåler et høyere aktivitetsnivå og større press eller trenger hjelp til å stå i konfliktsituasjoner. At man ikke skal være "fritidskelner", betyr ikke at man i det terapeutiske arbeidet ikke skal bruke aktiviteter som noen vil kalle enkle eller fritidspregede. Å lære å ta ansvar for stell av seg selv og sine egne klær eller få til å stå opp om morgenen, kan for en tilbaketrukket psykotisk pasient være inngangen til et nytt liv. Et kafèbesøk kan skape et vendepunkt for en person med sosial angst osv.

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

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

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

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

Littr. henv.:

Jan Kåre Hummelvoll; Helt, ikke stykkevis og delt, Gunn Von Krogh; Sykepleierens psykoterapeutiske virksomhet, Liv Strand; Fra kaos mot samling og helhet,

Vigdis Raad, SSBU P2, Jannike E. Snoek; Ungdomspsykiatri

5.4.2.2 Stabspersonalet/individualterapeuter

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

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

5.4.3 Tilbud i avdelingen

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

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

5.4.3.1 Medikamentell behandling

Utsettes med hensyn til detaljering til fase to.

5.4.4 Møte- og samarbeidsformer

5.4.4.1 I avdelingen

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

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

5.4.4.2 Mellom avdelingen og andre enheter

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

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

5.4.5 Skjerming og grensesetting

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

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

5.4.6 Bruk av tvang

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

UPA er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

TYPER

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

Kriterier for bruk:

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

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

Mekaniske tvangsmidler:

- ➤ I utageringssituasjoner med pasienter, praktiserer avdelingen stort sett "**holding**" av pasienten. Dette blir ikke direkte sett på som et tvangsmiddel, men som en grensesettingsmetode som ikke krever vedtak.
- ➤ Avdelingen har mekaniske tvangsmidler (**belter**). Disse brukes ved vurderte behov i forhold til aggresjon med utagering, der "holding" er lite hensiktsmessig.
- ➤ Mekaniske tvangsmidler kan brukes overfor frivillig innlagte pasienter og overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern (hvis over 16 år).

Gjennomføring:

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

Bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende.

Ansvarsforhold:

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

Protokollføring:

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

Psykofarmaka :

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

5.4.7 Inntak

5.4.7.1 Kriterier

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

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

- a) Psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse.
- b) Psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon, der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.
- c) Delirøse tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak.
- d) Tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonen ikke kan mestre og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

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

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

5.4.7.2 Inntaksprosedyre

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

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

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

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

5.4.8 Utredningsmetoder

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

For alle, så langt gjennomførbart:

- CBCL – fylles ut av begge foreldre
- YSR – fylles ut av ungdommen, eventuelt sammen med behandler
- TRF – fylles ut av lærer ved hjemskole der dette er meningsfylt

Disse tre ovenfor samles som ASEBA.

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

Ved depresjon / suicidalitet:

- Becks depresjonsskala
- MADRS

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

Ved mistanke om psykose / dissosiasjon:

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

Andre:

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

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

5.4.9 Utskriving

5.4.9.1 Kriterier

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

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

5.4.9.2 Utskrivingsprosedyre

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

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

5.4.10 Øvrig tilbud – undervisning/kompetanseheving

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

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

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

Ledelsen har planlagt en opptrapping av internundervisning og faglige forum (fagdager) fra 2004, som hele personalgruppa kan delta på.

Avdelingen gir jevnlig personale mulighet til å ta videreutdanning og forskjellige kurs. Også her skal det være en økning i 2004.

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

5.5 Samarbeidspartnere

5.5.1 Innad i BUPA-systemet

BUPA-systemet er en del av Ullevål universitetssykehus, i divisjon psykiatri.

5.5.2 Mot andre deler av psykisk helsevern/barnevernet

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

SSBU

- *Ungdomspsykiatrisk avdeling*, 6 plasser (minus helg)
- *Psykoaseavdelingen*, 6 plasser (betjener hele Helseregion øst + noen pasienter fra landet for øvrig).
- *Familieavdelingen*, 2 plasser
- *Tilbud for ungdom med skolevegring*, 6 plasser. Skolevegringsprosjektet er tilknyttet poliklinikken.

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

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

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

5.5.3 Mot somatiske sykehus

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

5.5.4 Mot kommuner/bydeler

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

5.6 Pasientdata 2003

Systemansvarlig: Anne Marie Hesle

Vi hadde i 2003 totalt 59 saker hvorav re-innleggelse er inkludert. Det var i 2003 14 re-innleggelse. Permisjoner er inkludert i antall liggedøgn. Permisjoner blir brukt som en del av behandlingen og pasientene har åpen retur hele døgnet. Forsøk på å gjennomføre permisjoner kan i noen tilfeller være mer ressurskrevende enn å ha ungdommen i avdelingen. Plassene kan derfor ikke brukes av andre.

Tallene fra 2003 viser en sterk overvekt av jenter (73%) og at aldersgruppen fra 15 år og oppover utgjør 91 % av innleggelsene (begge kjønn inkludert). Psykotiske trekk og suicidalfare er viktigste henvisningsgrunn i 80% av innleggelsene. Diagnosene på akse 1 viser imidlertid (etter observasjon og utredning) et bredt spekter av diagnoser.

Vi har en gjennomsnittlig på ca 30 dager og et totalt antall liggedøgn på 1792. Vi hadde 4 langtidspasienter som utgjorde 793 av disse liggedøgnene. Manglende videreføringsmuligheter er årsaken til at disse blir værende lenge.

Her er noen kjernetall:

Beleggsprosent: 98,2

Totalt antall liggedøgn: 1792

Gjennomsnittlig liggetid: 30 dager

Oversiktstabell med samletall

Nyhenviste i perioden

1	I alt	54
2	Derav tatt imot	51
3	Avvist pga kapasitets-mangel	0
4	Avvist av faglige grunner	3(*)
5	Til vurdering (uavklart)	0

Tatt imot

6	Behandling	36
7	Undersøkelse	15
8	Konsultasjon	0
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet/uavklart	0

Aktuelle i år

11	Saker overført fra året før	5
12	Alle aktuelle saker i året (2+11)	56
13	Avsluttet i løpet av året	50

(* er inne til undersøkelse og får §, med et spesielt unntak)

Dagavdeling

	jenter	gutter
antall pasienter	1	1
antall dager	20	3

Poliklinikk

	jenter	gutter
antall pasienter	3	1

Poliklinikkpasienter er ikke medregnet i den oppgitte beleggsprosenten.

Henvisende instans

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Pasienten	1	2
31	Lege	1	2
35	Somatisk sykehus	3	5
37	Annen somatisk helsetjeneste	1	2
43	BUP poliklinikk/avdeling	33	55
44	Voksenpsykiatri	13	22
45	Psykolog/psykiater privat	3	5
52	Barnevern (kommunen)	3	5
76	Politi/lensmann/rettsvesen	1	2
TOTAL		59	100

Kjønn

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Jente	43	73
2	Gutt	16	27
TOTAL		59	100

Kjønn/alder

Alder	Jente	Gutt	Total	Prosent
12	1	1	2	3
13	2		2	3
14	2		2	3
15	7	1	8	13
16	12	1	13	22
17	14	11	25	42
18	4	2	6	10
19	1		1	1
Total	43	16	59	
Prosent	72	27		100

Kjønn/Alder gruppert

Alder gruppert	Kjønn		Total	Prosent	
	Jente	Gutt			
1	0-6 år				
2	7-12 år	1	1	2	3
3	13-18 år	41	15	56	94
4	Over 18 år	1		1	1
	Total	43	16	59	
	Prosent	72	27		100

Viktigste henv.gr. barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	2
2	Psykotiske trekk	17	29
3	Suicidalfare	30	51
4	Hemmet adferd	2	3
5	Angst/fobi	2	3
6	Tvangstrekk	1	2
7	Tristhet/depr/sorg	5	8
17	Andre somatiske symptomer	1	2
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	59	100

Henvisningsgrunn barnet 2

Kode	Tekst	Antall	Prosent
2	Psykotiske trekk	6	10
3	Suicidalfare	6	10
4	Hemmet adferd	1	2
6	Tvangstrekk	1	2
7	Tristhet/depr/sorg	16	27
9	Atferdsvansker	2	3
11	Rusmiddelmisbruk	1	2
15	Syn/hørselsproblem	1	2
18	Annet	1	2
	Ubesvart	24	40
	TOTAL	59	100

Henvisningsgrunn barnet 3

Kode	Tekst	Antall	Prosent
2	Psykotiske trekk	1	2
5	Angst/fobi	2	3
7	Tristhet/depr/sorg	4	7
8	Skolefravær	1	2
11	Rusmiddelmisbruk	2	3
16	Spiseproblem	1	2
17	Andre somatiske symptomer	2	3
18	Annet	1	2
	Ubesvart	45	76
	TOTAL	59	100

Inntil 3 henvisningsgr. barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	1
2	Psykotiske trekk	24	22
3	Suicidalfare	36	33
4	Hemmet adferd	3	3
5	Angst/fobi	4	3
6	Tvangstrekk	2	2
7	Tristhet/depr/sorg	25	23
8	Skolefravær	1	1
9	Atferdsvansker	2	2
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsv.	0	
11	Rusmiddelmisbruk	3	3
12	Asosial/kriminalitet	0	
13	Lærevansker	0	
14	Språk/talevansker	0	
15	Syn/hørselsproblem	1	1
16	Spiseproblem	1	1
17	Andre somatiske symptomer	3	3
18	Annet	2	2
19	Ingen	0	
20	Ikke fylt ut av henviser	0	
	Ubesvart	0	
	TOTAL	108	100

Viktigst henv.gr. barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	12	20
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	1	2
3	Belastn. i skole/barnehage	1	2
4	Akutte livshendelser	3	5
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	7	12
6	Ingen	1	2
7	Ikke fylt ut av henviser	34	57
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	59	100

Henv.grunn barnets miljø 2

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	1	2
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	1	2
3	Belastn. i skole/barnehage	2	3
4	Akutte livshendelser	2	3
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	1	2
	Ubesvart	52	88
	TOTAL	59	100

Henv.grunn barnets miljø 3

Kode	Tekst	Antall	Prosent
	Ubesvart	59	100
	TOTAL	59	100

Diagnose ICD 10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	5	8
F063	Organiske affektive lidelser	2	3
F069	Uspesifisert organisk psykisk lidelse	1	1
F079	Uspesifisert organisk personlighets- og atferdsforstyrrelse	1	2
F12	Psyk. lid. og atf.forst. som skyldes bruk av cannabinoider	1	2
F125	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av cannab. psykot. lid.	1	2
F19	Psyk. lid. og atf.forst. som skyldes bruk av flere stoffer	1	2
F201	Hebefren schizofreni	2	3
F233	Akutt paranoid psykose	1	2
F239	Akutt forbigående psykose	3	5
F259	Uspesifisert schizoaffektiv lidelse	1	2
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	1	2
F301	Mani uten psykotiske symptomer	1	2
F316	Bipolar affektiv lidelse	1	2
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	1	2
F321	Moderat depressiv episode	5	8
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	2	3
F328	Andre spesifiserte depressive episoder	1	2
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	3
F341	Dystymi	5	8
F39	Uspesifisert affektiv lidelse	1	2
F411	Generalisert angstlidelse	1	2
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	1	2
F431	Posttraumatisk stresslidelse	4	6
F432	Tilpasningsforstyrrelser	1	2
F440	Dissosiativ amnesi	1	2
F449	Uspesifisert dissosiativ lidelse	2	3
F500	Anorexia nervosa	1	2
F845	Aspergers syndrom	2	3
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	1	2
F939	Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	1	2
F988	A. spes. atf./føl.mess. forst.	1	2
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA	2	3
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	2	3
TOTAL		59	100

Diagnose ICD 10 Akse 2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	11	18
999	Ukjent	41	69
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	2
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innl	1	2
F83	Blandet utviklingsforstyrrelse av spesifikke ferdigheter	3	5
F89	Uspesifiserte psykiske utviklingsforstyrrelser	1	2
	Ubesvart	1	2
	TOTAL	59	100

Diagnose ICD 10 Akse 3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ	4	7
3	Normal intelligens	11	18
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	1	2
7	Alvorlig psykisk utviklingshemning (F72) IQ 20- 34	1	2
9	Uspesifisert psykisk utviklingshemning (F79)	3	5
99	Ukjent	38	64
	Ubesvart	1	2
	TOTAL	59	100

Diagnose ICD 10 Akse 4

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	7	12
999	Ukjent	17	28
D760	Langerhanscellehistiocytose	2	3
H540	Blindhet	1	2
H903	Bilateralt nevrogent hørselstap	3	5
J303	Annen allergisk rinitt	1	2
J459	Uspesifisert astma	3	5
R35	Polyuri	1	2
R940	Unormale resultater ved funksjonsstudier av CNS	1	2
X6n	Villet egenskade	5	8
Z00	Gen. u.s./utred. av personer uten sympt. el. kjent diagnose	2	3
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	13	22
Z014	Gynekologisk undersøkelse (generell/rutinemessig)	1	2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
Z017	Laboratorieundersøkelse	1	2
	Ubesvart	1	2
TOTAL		59	100

Diagnose ICD 10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	1	2
1	Avvikende relasjoner innen familien	1	2
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	6	10
1,2	Fiendtlighet mot eller syndebukk-gjøring av barnet	1	2
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	3	5
2,0	Forelder psykisk syk/avvikende	5	8
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	6	10
4,1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	1	2
4,3	Utilbørlig press fra foreldrene	1	2
5,1	Avvikende foreldresituasjon	5	8
5,3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	2	3
6,1	Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/på	1	2
6,3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	4	7
8,0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	1	2
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	2	3
9,2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	8	13
99	Ukjent	11	19
TOTAL		59	100

Diagnose ICD 10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	1	2
2	Lett sosial forstyrrelse	2	3
3	Moderat sosial forstyrrelse	10	17
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	15	25
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	11	19
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	8	14
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	2	3
8	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	4	7

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
9	Ukjent	5	8
	Ubesvart	1	2
TOTAL		59	100

Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. helsev. §2-1	16	27
2	Lov om psyk. helsev. §2-1.4	9	15
3	Lov om psyk. helsev. §2-2.1	10	17
5	Lov om psyk. helsev. §3-1	6	10
7	Lov om psyk. helsev. §3-6	3	5
8	Lov om psyk. helsev. §3-7	1	2
9	Lov om psyk. helsev. §3-8	13	22
	Ubesvart	1	2
TOTAL		59	100

Omsorgssituasjon

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	26	44
2	Pendler mellom mor og far	5	8
3	Bor hos en av foreldrene	21	36
7	Bor på institusjon	3	5
9	Annet	4	7
	Ubesvart	0	0
TOTAL		59	100

Foreldreretten

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	40	68
2	Mor	11	18
3	Far	4	7
4	Annet	3	5
	Ubesvart	1	2
TOTAL		59	100

Barnevernets rolle v henvisning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	34	58
2	Rollen ikke fastlagt	3	5
3	Undersøkelser §4.3	2	3
4	Hjelpetiltak §4.4	4	7
5	Frivillig plassering §4.4	2	3
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	2
8	Akuttvedtak §4.6	1	2
10	Vet ikke	12	20
	Ubesvart	0	
	TOTAL	59	100

Barnevernets rolle oppdatert

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	34	58
2	Rollen ikke fastlagt	3	5
3	Undersøkelser §4.3	2	3
4	Hjelpetiltak §4.4	4	7
5	Frivillig plassering §4.4	2	3
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	2
8	Akuttvedtak §4.6	1	2
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	
10	Vet ikke	12	20
11	I inst. uten samtykke §4.24	0	
12	I inst. med samtykke §4.26	0	
	Ubesvart	0	
	TOTAL	59	100

Kjønn/Hva skjedde etter avslutning

Kode	Tekst	Jente	Gutt	Total	Prosent
1	Tilbake til henviser	23	5	28	47
2	Henvist annen instans	15	8	23	38
5	Annet	2	1	3	5
	Ubesvart	3	2	5	8
	Total	43	16	59	
	Prosent	72	27		100

6 Vedlegg

En multisenterstudie av akutttilbudet for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge

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

Versjon 2 – september 2004

Bakgrunn

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

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

1 Innledning

1.1 Nasjonale føringer

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

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

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

Denne gjennomgangen av de mest sentrale helsepolitiske dokumentene de siste 6-7 årene viser at en i drøftingen av akutttilbudet for ungdom særlig har vært opptatt av dimensjonering, og ønsket å se dette i sammenheng med tilbudet i andre deler av tjenesteapparatet. Det er samtidig argumentert for å utvikle alternativer til den rene institusjonsbehandlingen.

1.2 Et ressurskrevende – og skjevfordelt - tilbud?

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

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

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

1.3 Forskjellige modeller skal studeres

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

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

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

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

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

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

1.4 Prosjektets hovedproblemstillinger

Prosjektet har så langt to hovedproblemstillinger;

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

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

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

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

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

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

Fase en

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

2 En beskrivelse av akutttilbudets organisasjon i hver geografiske enhet

2.1 Problemstilling

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

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

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

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

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

2.2 Data, metode og analyse

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

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

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

2.3 Framdrift

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

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

3.1 Problemstilling

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Data, metode og analyse

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

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

3.3 Framdrift

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

4 Bidra til økt kvalitet på de pasient administrative opplysningene

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

4.1 Framdrift

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

5 Bygge opp en kunnskapsbase

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

Fase to

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

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

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

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

6.1 Problemstilling

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

6.2 Data, metode og analyse

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

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

6.3 Framdrift

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

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

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

7.1 Problemstilling

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

7.2 Data, metode og analyse

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

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

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

Data vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

7.3 Framdrift

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

Hovedansvaret for analyse av data vil bli fordelt mellom de enkelte enhetene etter kompetanse, hvor det er ønskelig at minst to prosjektledere dras inn i analyse- og skrivearbeidet. Arbeidet gjennomføres våren/høsten 2005. Dette vil i første omgang bli publisert som prosjektrapport, men med en ambisjon om at den også kan bearbeides til tidsskriftsartikkel høsten/vinteren 2005.

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

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

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

8.1 Mot poliklinikkene?

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

8.1.1 Problemstilling

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

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

8.1.2 Data, metode og analyse

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

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.1.3 Framdrift

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

8.2 Mot langtidstilbudet – behandlingshjem/langtidsavdelinger?

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

8.2.1 Problemstilling

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

8.2.2 Data, metode og analyse

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

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.2.3 Framdrift

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

8.3 Mot det somatiske sykehusstilbudet?

En del ungdom har lidelser som ligger i grenselandet mellom et somatisk og et psykiatrisk tilbud. Et eksempel på dette er behandling av ungdom med spiseforstyrrelser, som i enkelte

tilfeller og alvorlighetsgrader også har behov for tung somatisk oppfølging. Som nevnt i prosjektbeskrivelsens innledning har vi konstatert at det er forskjeller mellom de fem deltakende enhetene i hvordan de praktiserer dette samarbeidet.

8.3.1 Problemstilling

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

8.3.2 Data, metode og analyse

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

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.3.3 Framdrift

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

8.4 Mot barnevernet?

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

8.4.1 Problemstilling

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

8.4.2 Data, metode og analyse

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

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

8.4.3 Framdrift

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

9 Endres pasientpopulasjonen over tid?

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

9.1.1 Problemstilling

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

9.1.2 Data, metode og analyse

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

9.1.3 Framdrift

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

10 Karriere i systemet

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

10.1 Problemstilling

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

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

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

10.2 Data, metode og analyse

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

10.3 Framdrift

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

11 Hvilken behandling gis som ledd i et akutttilbud?

11.1 Problemstilling

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

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

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

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

En underproblemstilling er

- o hvilken praksis enhetene har når det gjelder skjerming?

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

11.2 Data, metode og analyse

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

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

For å beskrive skjerming vil en av prosjektlederne anvende deltakende observasjon over en uke ved hver enhet. Her vil vi bygge på den kunnskap forsker Reidun Norvoll har samlet inn i sitt pågående doktorgradsarbeid ved to skjermingsenheter i psykisk helsevern for voksne om samme tema.

11.3 Framdrift

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

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

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

12 Behandlingseffekt

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

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

12.1 Er ungdommene/pårørendes fornøyd med tilbudet?

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

12.1.1 Problemstilling

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

12.1.2 Data, metode og analyse

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

12.1.3 Framdrift

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

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

12.2.1 Problemstilling

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

12.2.2 Data, metode og analyse

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

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

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

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

Pasientopplysningene vil bli analysert ved hjelp av SPSS.

12.2.3 Framdrift

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

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

12.3 Hvordan vurderer henvisende instans akutttilbudet?

12.3.1 Av behandlingseffekt

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

12.3.1.1 Problemstilling

Hvordan vurderer henvisende instans behandlingseffekten av akuttilbudet?

12.3.1.2 Data, metode og analyse

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

12.3.1.3 Framdrift

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

12.3.2 Vurdering av samarbeidet

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

12.3.2.1 Problemstilling

Hvordan vurderer akuttilbudets samarbeidspartnere samarbeidet?

12.3.2.2 Data, metode og analyse

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

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

12.3.2.3 Framdrift

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

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

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

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

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

13.1 Framdrift

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

14 På hvilke måter praktiseres kontinuitetsbegrepet innen de tre systemene?

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

14.1.1 Pasientflyt

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

14.1.2 Personalflyt (miljøpersonale/stab)

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

14.1.3 "Sektorflyt"

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

14.2 Framdrift

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

15 Metode

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

15.1 Aldersavgrensning

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

15.2 Historiske data

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

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

15.3 Materiale

Er beskrevet under det enkelte tema/den enkelte problemstilling.

15.4 Måleinstrumenter

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

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

15.5 Datainnsamling

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

16 Vitenskapelig betydning

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

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

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

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

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

17 Organisering av prosjektarbeidet

17.1 Sentral organisering

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

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

17.1.1 Prosjektkoordinator

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

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

Den sentrale prosjektkoordinator skal ha følgende primær oppgaver:

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

17.1.2 Prosjektgruppe

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

17.1.3 Styringsgruppe

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

17.2 Lokal organisering

17.2.1 Akershus

Prosjekteier: Lillestrømklinikken, BUP.

Lokal prosjektleder: Sjefpsykolog Kari Birkhaug.

Lokal styringsgruppe: Administrasjonssjef Anne Lindgård, fagsjef Betty von Roy og seksjons-overlege Kjell Wigers.

17.2.2 Sør- Trøndelag

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

Lokal prosjektleder: Overlege Andreas Bolgien ved avd. Lian.

Lokal styringsgruppe: Leder Anne Lise Wold Aune ved avd. Lian og klinikkssjef Odd Sverre Westbye.

17.2.3 Buskerud

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

Lokale prosjektledere: Filosof/miljøarbeider Lise Baklund og barnevernpedagog/miljøarbeider Kjetil Nilssen.

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

17.2.4 Ullevål

Prosjekteier: Ullevål Universitetssykehus HF, UPA

Lokale prosjektledere: Psykiatrisk sykepleier/miljøarbeider Per Kristian Vistung og barnevernpedagog/miljøarbeider Tarje Tinderholt.

Lokal styringsgruppe: Avdelingsoverlege Axel Ødegaard og avdelingssykepleier Øyvind Marsteen.

17.2.5 Bodø

Prosjekteier: Nordlandssykehuset HF, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

Lokal prosjektleder: Psykolog Gunnar Jensen.

Lokal styringsgruppe: Klinikkssjef BUPA Bjørn Reigstad og sjefspsykolog/Leder Anne Mette Lyngstad.

17.3 Mandat/formål **(se også innledning)**

Utvikle hver enkelt deltakende enhets akuttpsykiatriske tilbud.

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

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

17.4 Andre samarbeidsrelasjoner

Prosjektet vil være med i Evalueringsnettverket i akuttpsykiatri.

18 Eiendomsrett til data

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

19 Fremdriftsplan

Det er redegjort for framdriftsplan under hver enkelt problemstilling.

20 Publisering og formidlig

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

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

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

21 Etikk/personvern

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

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

22 Finansiering

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

23 Litteraturreferanser

- Bjørngaard, Johan Håkon (Red.) (2001). *Samdata psykisk helsevern Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2000*, Trondheim: SINTEF Unimed.
- Blanz, Bernhard and Martin H. Smith (2000): Practitioner Review: Preconditions and Outcome of Inpatient Treatment in Child and Adolescent Psychiatry, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41, No6:703-12.
- Connor, Daniel F., Kevin P. Miller, Julie A. Cunningham, Richard H. Melloni (2002): What does Getting Better Mean? Child Improvement and Measure of Outcome in Residential Treatment, *Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 72, No 1:110-117.
- Hanssen-Bauer, Kjetil (2003): Spørreskjema om erfaringer fra kontakt med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Ungdomsskjema (11-18 år), Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo.
- Jerrell JM and W Hargraves (1991): The operating philosophy of Community Support Programs, Working Paper Series 18, Institute of mental Health Services Research, Berkeley, San Fransisco.
- Miles, Matthew B. and A. Michael Huberman (1994): *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook*, 2nd ed. Sage, Thousand Oaks.
- Rundskriv I-24/99: *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene 1999*, Sosial- og helsedepartementet
- Ruud, Torleif og Mardon Breimoen (1996): *Prakisk veiledning i bruk av noen evalueringsmetoder*, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 8, Statens helsetilsyn.
- Ruud, Torleif (1996a): *Erfaringer og resultat fra en utprøving av noen metoder*, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 7, Statens helsetilsyn.
- Ruud, Torleif (1996b): *Oppsummering av prosjektet og forslag til videre arbeid*, Helsetilsynets prosjekt Evaluering av psykiatriske helsetjenester, Delutredning 9, Statens helsetilsyn.
- Røssberg, Jon I. and Svein Friis (2003): A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale, *Acta Psychiatr Scand* Vol. 108:374-380.
- Skarbø, Turid et al. (1995): *Kvalitet i akuttpsykiatriske tjenester for barn og unge*, Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol. 32:1013-1023.
- Sitter, Marit (Red.) (2003). *Samdata psykisk helsevern Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2002*, Trondheim: SINTEF Unimed.
- Stortingsmelding nr 25 (1996-1997): Åpenhet og helhet, Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003a): *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger*.

Sosial- og helsedirektoratet (2003b): *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006.*

Stortingsmelding nr 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet*, Sosial- og helsedepartementet

St prp nr 63 (1997-8): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.* Sosial- og helsedepartementet

Wilkinson, Simon R. (2001): Developing Practice on a Ward for Adolescents with Psychiatric Disorders, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 6, No 1:151-163.

Wrate, R. M., D. J. Rothery, R. J. R. McCabe, J. Aspin and G. Bryce (1994): A prospective, multi-centre study of admissions to adolescent inpatient units, *Journal of Adolescence*, Vol. 17:221-237.