

SAMDATA

Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007

Johan Håkon Bjørngaard
(Red.)

SINTEF Helse
7465 TRONDHEIM
Telefon: 4000 2590
Telefaks: 932 70 800
Rapport 2/08

ISBN 978-82-14-04511-6
ISSN 0802-4979

SINTEF © Helse
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

5 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge – 1998-2007

Anne Mette Bjerkan

5.1 Sammendrag

Dette kapitlet undersøker utviklingen og endringen i pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge i løpet av perioden 1998 til 2007. Formålet er å kartlegge hvilke grupper av barn og unge som i løpet av perioden har mottatt et tilbud fra det psykiske helsevernet, samt også i hvilke grupper veksten i pasientmassen har funnet sted. Pasientsammensetningen presenteres på nasjonalt nivå, med utgangspunkt i pasientens kjønn, alder og viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet.

I løpet av perioden 1998 til 2007 har antall barn og unge som mottar et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet økt kraftig. Antall pasienter økte fra 20 634 i 1998 til 49 479 i 2007, noe som representerer en økning på 140 prosent. Dekningsgraden (prosent av befolkningen) har økt fra 2,0 prosent i 1998 til 4,5 prosent i 2007. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes med drøyt ti prosent fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås.

Dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge har også økt i alle landets helseregioner, med høyest dekning i helseregion Nord og lavest dekning i helseregion Vest. Men, fortsatt har bare helseregion Nord nådd Opptreppingsplanens mål om å gi et behandlingstilbud til fem prosent av befolkningen yngre enn 18 år.

Poliklinisk behandling er i omfang den dominerende behandlingsformen, og polikliniske pasienter har i løpet av hele perioden utgjort majoriteten av pasientmassen i det psykiske helsevernet. I løpet av perioden 1998 til og med 2007 økte antall polikliniske pasienter med 153 prosent, fra 19 097 pasienter i 1998 til 48 332 polikliniske pasienter i 2007. Dette utgjør en sterkere vekst enn for det totale pasienttallet i det psykiske helsevernet for barn og unge. Antallet barn og unge som mottar et døgn- eller dagtilbud har steget med 51 prosent i løpet av perioden. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til datakvaliteten for denne type behandling.

Gutter har høyere behandlingsrate enn jenter i det psykiske helsevernet, og forskjellen har økt i løpet av perioden. Gutter har hatt en sterkere vekst i behandlingsraten (155 prosent) enn jenter (141 prosent). Forskjellene i behandlingsratene mellom gutter og jenter var signifikante i alle årene fra 1998 til og med 2007. Gutter har også de høyeste behandlingsratene opp til fylte 12 år, mens jenter har den høyeste behandlingsraten fra 13 år og oppover. Generelt har gutter hatt en sterkere vekst i behandlingsrater enn jenter i perioden, dette gjelder uavhengig av aldersgruppe. Dette betyr at mens forskjellene mellom kjønnene har økt for barn under 12 år i perioden har den blitt redusert for ungdom mellom 13 og 18 år.

Pasienter mellom 13-17/18 år har den klart høyeste behandlingsraten i det psykiske helsevernet for barn og unge, mens de yngste pasientene (0-5/6 år) har den laveste behandlingsraten. Generelt har dekningsgraden økt i alle aldersgrupper, men er høyest for de eldste pasientene. I 2007 ble dekningsgraden for pasienter mellom 13-17 år beregnet til 7,1

prosent. Til sammenligning ble dekningsgraden for de yngste pasientene beregnet til 0,9 prosent. Forskjellene mellom aldersgruppene var signifikante i alle årene, men har blitt forsterket i perioden, ved at veksten har vært størst for de eldste pasientene og lavest for de yngste pasientene.

Fra 1998 til 2004 var behandlingsratene høyest for barn og unge henvist til behandling med bakgrunn i atferdsvansker. Fra 2005 og ut 2007 har derimot hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker vært den største enkeltgrunnen til henvisning til behandling i det psykiske helsevernet. Veksten i behandlingsrater har vært størst for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, etterfulgt av tristhet/depresjon/sorg, atferdsvansker og angst/fobi. Totalt i perioden økte antall pasienter henvist med bakgrunn i disse fire henvisningsgrunnene med 176 prosent.

Resultatene viste klare kjønnsforskjeller med hensyn til viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet. Mens ratene for gutter var høyest for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker i 2007 var ratene for jenter høyest for tristhet/depresjon og sorg begge årene. Den relative veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2007 var imidlertid for begge kjønn sterkest for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Det er også forskjeller i henvisningsgrunn i ulike aldersgrupper. Blant førskolebarn (0-6 år) utgjør barn med atferdsvansker den største pasientgruppen i hele perioden. Det samme gjelder barn i alderen 7-12 år i første del av opptrappingsperioden, mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er viktigste henvisningsgrunn i 2007. Tristhet, depresjon og sorg er viktigste henvisningsårsaker for ungdom (13-18 år) i hele perioden. For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

I det psykiske helsevernet for barn og unge blir pasienter med alvorlig depresjon, suicidalproblematikk, mistanke om psykose og alvorlige spiseforstyrrelser prioritert ved inntak av pasienter for elektiv behandling. Ratene var større for jenter enn gutter for de prioriterte pasientgruppene både i 1998 og i 2007. Det har i perioden vært en svakere vekst i behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak, enn barn henvist for andre årsaker. Dette indikerer at veksten i det psykiske helsevernet har gitt større rom for å gi et behandlingstilbud til pasienter som ikke inngår i gruppen blant de høyest prioriterte pasientene.

5.2 Innledning

Et av Opptrappingsplanens overordnede mål er å styrke tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer (St.prp. Nr. 63, 1997-1998, St.meld. Nr 25, 1996-97). Dette målet skal nås både ved at det kommunale tilbudet bygges ut, og ved at tilbudet i spesialisthelsetjenesten styrkes. I Opptrappingsplanen er det også knyttet konkrete måltall til utbyggingen av tjenestene både når det gjelder kapasitet, produktivitet og dekningsgrad. Et av de sentrale målene for spesialisthelsetjenesten er at den årlig skal gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Målet om fem prosents dekning skal være oppnådd innen Opptrappingsplanens slutt i 2008.

Dette kapitlet undersøker pasientsammensettingen i det psykiske helsevernet for barn og unge. Fokus vil i det etterfølgende rettes mot å undersøke nasjonale utviklingstrekk i løpet av perioden. Hovedtendensene vil bli redegjort for med hensyn til pasientenes kjønns- og alderssammensetting og videre også med viktigste henvisningsgrunn til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge.

5.3 Data og metode

Datagrunnlaget for dette kapitlet er pasientdata for barn og unge i det psykiske helsevernet, og omfatter her statistikkårene fra 1998 til og med 2007. Fra 1998 til 2002 ble data-materialet samlet inn av HIADATA AS etter avtale med Norsk Forening for Barne- og Ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI). Data er kvalitetskontrollert av SINTEF i samarbeid

med HIADATA AS. Datamaterialet i perioden fra 2003 til og med 2007 er innhentet og kvalitetskontrollert av Norsk Pasientregister (NPR). Materialet er i stor grad basert på det pasientadministrative systemet BUP-data, med Visma Unique AS som systemleverandør.

I løpet av perioden har pasientdata for barn og unge i blitt mer komplette. I de tilfellene hvor vi blir kjent med manglende data, benyttes det et estimat for de aktuelle institusjonene for beregning av tall på regionnivå. Dette betyr at vi har komplette rater for alle statistikkårene. Med unntak for enkelte år, inngår samtlige av landets offentlige institusjoner i det psykiske helsevernet for barn og unge i datasettene. Begrensninger i datamaterialet er i stor grad knyttet til ulik registreringspraksis innad i sektoren. Vi gjør spesielt oppmerksom på at datakvaliteten knyttet til dag og døgnvirksomhet er beheftet med usikkerhet. Disse tallene må derfor leses og tolkes med forsiktighet.

Vi vil påpeke at det som omtales som *antall pasienter* ikke nødvendigvis det samme som *antall personer* som mottok behandling i en institusjon. Det som er registrert i datamaterialet er antall personer som mottok behandling i en institusjon i løpet av disse årene. Dersom en pasient mottar behandling ved flere institusjoner i løpet av et statistikkår vil han eller hun registreres/telles flere ganger. Det samme gjelder dersom en institusjon leverer flere rapporter/filer og det finnes pasienter som har registrerte episoder i flere av rapportene. Pasienten vil i dette tilfellet framstå som flere pasienter. Dette problemet er imidlertid lite i omfang.

5.3.1 Sentrale variabler

I dette kapittelet brukes følgende variabler: "pasientens kjønn", "pasientens alder" og "viktigste henvisningsgrunn barnet". Aldersinndelingen er endret i perioden og på grunn av mangel på konsesjon for fødselsårsvariabelen for årgangene fra 1998 til 2004, har vi ikke sammenliknbare aldersgrupper for samtlige år. For årgangene 1998 og 2007 har vi imidlertid sammenliknbare grupperinger, noe som gjør det mulig å belyse endringer i løpet av perioden for de samme alderskategoriene.

"Viktigste henvisningsgrunn barnet" er brukt for å belyse pasientsammensettingen med hensyn til pasientens psykiske vansker/lidelser. Denne variabelen gjenspeiler førstelinjetjenestens definisjon av problemet og brukes til å belyse pasientens problemområde for perioden. Årsaken til at vi har valgt å bruke denne variabelen er at opplysninger om diagnose/tilstand er beheftet med mangelfulle registreringer. Ved å bruke henvisningsgrunn gjenspeiles førstelinjetjenestens definisjon av barnets problem. Det er imidlertid viktig å påpeke at dette ikke nødvendigvis er sammenfallende med spesialisthelsetjenestens vurdering av barnets lidelse. Man bør være oppmerksom på denne begrensningen i tolkningen av resultatene.

Dette kapitlet presenterer relative fordelinger og dekningsgrad på nasjonalt nivå primært ved hjelp av grafiske framstillinger. Dekningsgraden i landets ulike helseregioner vil kun presenteres for det totale pasienttallet i årene fra 1998 til 2007, og kategoriseres således ikke inn i omsorgsnivå¹⁰.

Ved hjelp av kji-kvadrat tester (Pearsons X^2) og korrelasjonstester (Phi & Cramers V) analyseres gruppeforskjeller i det enkelte statistikkår og videre også hvorvidt forskjeller mellom grupper blir statistisk signifikant større eller mindre i perioden 1998 til 2007.

Opplysninger om kjønn og alder er i stor grad komplette, og det er derfor ikke korrigerert for ubesvarte responser ved presentasjon av dekningsgrad fordelt på kjønn og/eller alder. Manglende utfylte data på de aktuelle variablene vil medføre en liten diskrepans mellom total dekningsgrad og summen av de fordelte ratene. For aldersvariabelen er i tillegg pasienter over 18 år ikke inkludert i de presenterte aldersgruppene, men inngår i totalratene. For variabelen henvisningsgrunn er andelen ubesvarte noe høyere (mellom 6 og 11 prosent), og

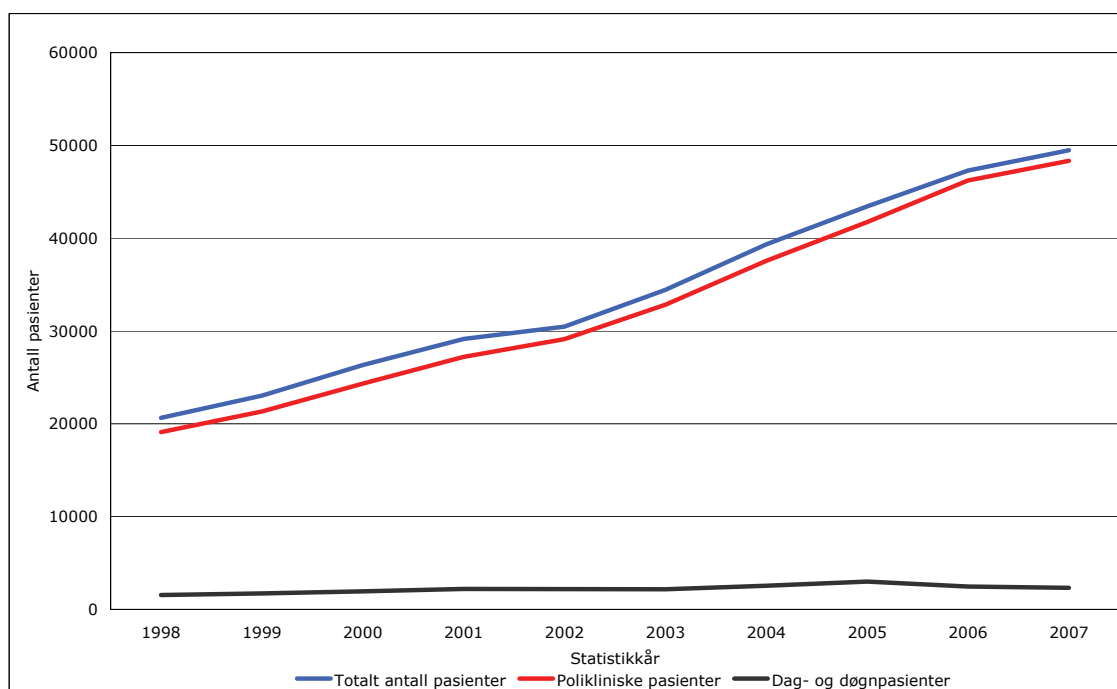
10 For en mer utfyllende redegjørelse av endringer i og utviklingen i pasientsammensetting og dekningsgrad ulike helseregioner henvises leseren til rapporten "Evaluering av Opptreppingsplene for psykisk helse – supplerende analyser. Delrapport I" (Pedersen, Lilleeng og Sitter, 2008)

det er derfor korrigert for manglende utfylte data ved presentasjon av dekningsgrad fordelt etter henvisningsgrunn. For enkelte år er totalt pasienttall i pasientdata for barn og unge korrigert i ettertid.

5.4 Utvikling på nasjonalt nivå

5.4.1 Utvikling i antall behandlede pasienter

Barn og unge er et prioritert satsningsområde i Opptappingsplanen for psykisk helse. I 2003 lanserte Regjeringen en egen strategiplan for barn og unges psykiske helse, denne planen "... sammen om psykisk helse ..." er et uttrykk for en samlet strategi og en helhetlig politisk tenkning for å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske vansker. Til sammen 100 konkrete tiltak er presentert for å bidra til å realisere strategiplanen. Ett av de mest sentrale målene i Opptappingsplanen for psykisk helse er at det psykiske helsevernet for barn og unge skal gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år. Figur 5.1 viser utviklingen i antall pasienter som har mottatt et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet for barn og unge i perioden 1998 til 2007, fordelt etter omsorgsnivå.



Datakilde: NPR

Figur 5.1 Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2007

Det har vært en kraftig vekst i antall pasienter som mottar behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge fra Opptappingsplanens start i 1999 fram til og med 2007.

Pasienttallet har økt fra 20 634 pasienter i 1998 til 49 479 pasienter i 2007. Dette representerer en økning på 140 prosent i løpet av perioden¹¹.

Poliklinisk behandling er i omfang den dominerende behandlingsformen, og polikliniske pasienter har i hele perioden utgjort den største andelen av pasientmassen (se figur 5.1). I 1998 mottok 93 prosent av pasientene et poliklinisk tilbud, tilsvarende tall for 2007 er 98 prosent¹². I løpet av perioden 1998 til 2007 har antall polikliniske pasienter økt med 153 prosent, og utgjør med dette en sterkere vekst enn veksten for pasienttallet totalt i det psykiske helsevernet for barn og unge. Årsaken til dette henger trolig sammen med en økt satsning på polikliniske og ambulante tilbud i den samme perioden.

Pasienter som mottar dag eller døgnbehandling utgjør en relativt liten andel av pasientmassen som behandles i det psykiske helsevernet. I 2007 mottok 4,7 prosent av pasientene et slikt tilbud. Enkelte pasienter mottar behandling på flere omsorgsnivå, og dette forklarer hvorfor summen av polikliniske pasienter og dag/døgnpasienter overstiger 100 prosent. I løpet av perioden som helhet har det vært en økning i antall dag og døgnpasienter på 51 prosent¹³.

5.4.2 Dekningsgrad

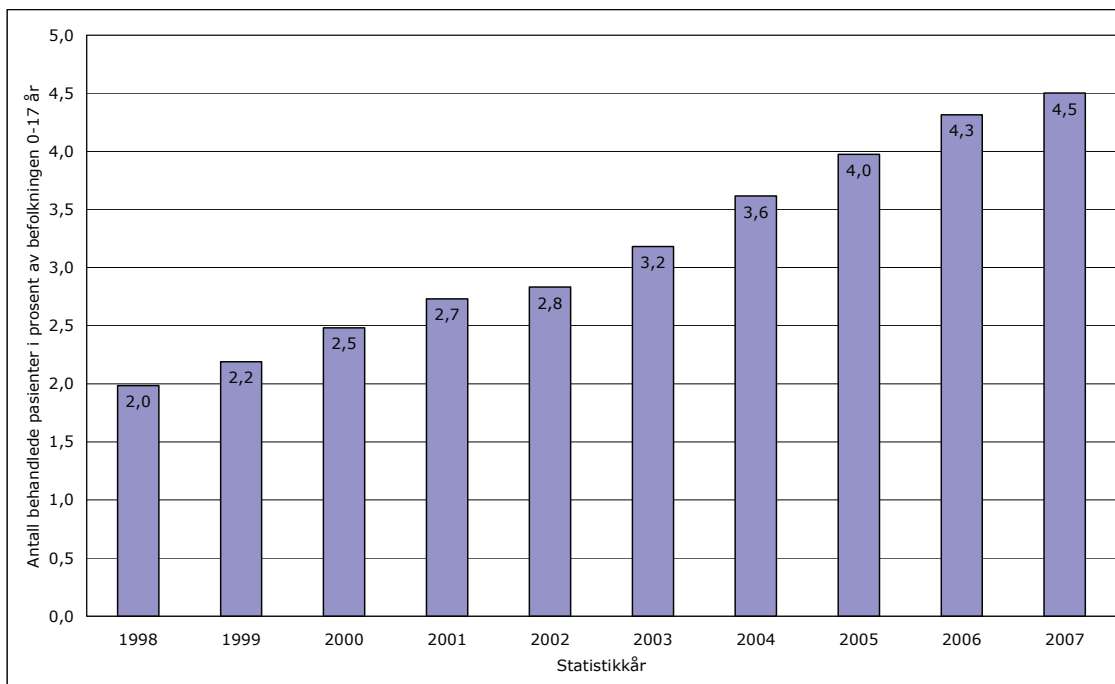
Ved Opptappingsplanens start i 1999 ble den nasjonale dekningsgraden for pasienter i det psykiske helsevernet beregnet til to prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Som nevnt tidligere var et av hovedmålene i Opptappingsplanen at tjenesten årlig skal tilby hjelp til fem prosent av alle barn og unge under 18 år. Konkret innebærer dette at ca 55 000 barn og unge skal kunne motta et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet innen utgangen av planperioden i 2008. I 2007 mottok 49 479 pasienter behandling, dette betyr at om lag 29 000 flere pasienter fikk behandling sammenlignet med basisåret 1998.

Figur 5.2 presenterer utviklingen i dekningsgrad (antall behandlede i prosent av befolkningen) i løpet av perioden 1998 til 2007.

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

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

13 Det er knyttet usikkerhet til kvaliteten på data for døgn- og dagvirksomheten. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Fra 2005 til 2007 er det en tilsynelatende nedgang i pasienter i døgn- og dagbehandling. Dette skyldes i all hovedsak endring i registreringspraksis ved enkelte institusjoner og kan trolig ikke tilskrives en reell aktivitetsnedgang (Samdata Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006 1/07).

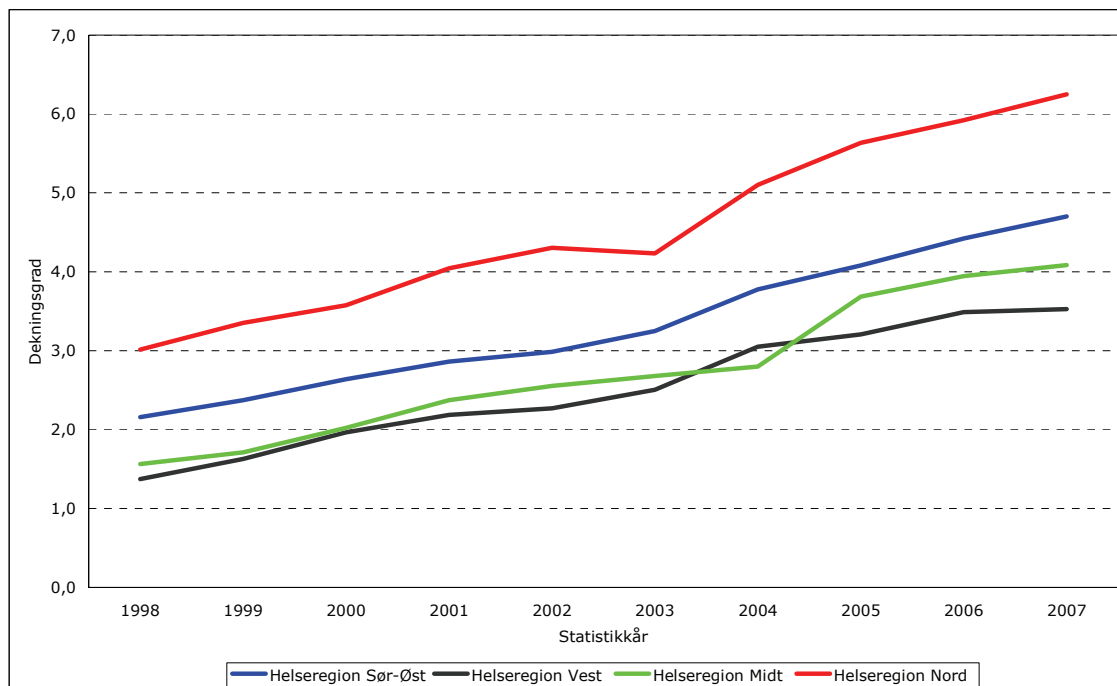


Datakilde: NPR

Figur 5.2 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Nasjonalt nivå. 1998 – 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 – 2007

Dekningsgraden for barn og unge har økt fra 2,0 per 100 innbyggere i 1998 til 4,5 per 100 innbyggere i 2007. Målet er altså ennå ikke nådd, og tallet på pasienter må økes med drøyt ti prosent fra 2007 til 2008 for at målet om fem prosent dekning skal nås.

Figur 5.3 gir en oversikt over dekningsgraden i landets helseregioner i perioden fra 1998 til 2007. For å få sammenlignbare tall for hele perioden ble tidligere helseregion Sør og helseregion Øst slått sammen i årene fra 1998 til 2006 under benevnelsen region Sør-Øst.



Datakilde: NPR

Figur 5.3 Dekningsgrad i det psykiske helsevernet for barn og unge. Regionalt nivå. 1998-2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater for perioden 1998 – 2007

Dekningsgraden varierer mellom landets helseregioner, men at den har økt i alle regionene. Høyest dekningsgrad i 2007 finner vi i helseregion Nord (6,3 prosent) og lavest dekning finner vi i helseregion Vest (3,5 prosent). Disse helseregionene hadde også den høyeste og laveste dekningsgraden i 1998 (se figur 5.3). Helseregion Sør-Øst og helseregion Midt-Norge hadde i 2007 en dekningsgrad på henholdsvis 4,7 prosent og 4,1 prosent. I 1998 ble dekningsgraden i disse regionene beregnet til henholdsvis 3,0 og 1,4 prosent. Figur 5.3 viser også at én helseregion har oppnådd målet om å gi et behandlingstilbud til fem prosent av den totale barne- og ungdomsbefolkningen ett år før Opptreppingsplanens slutt.

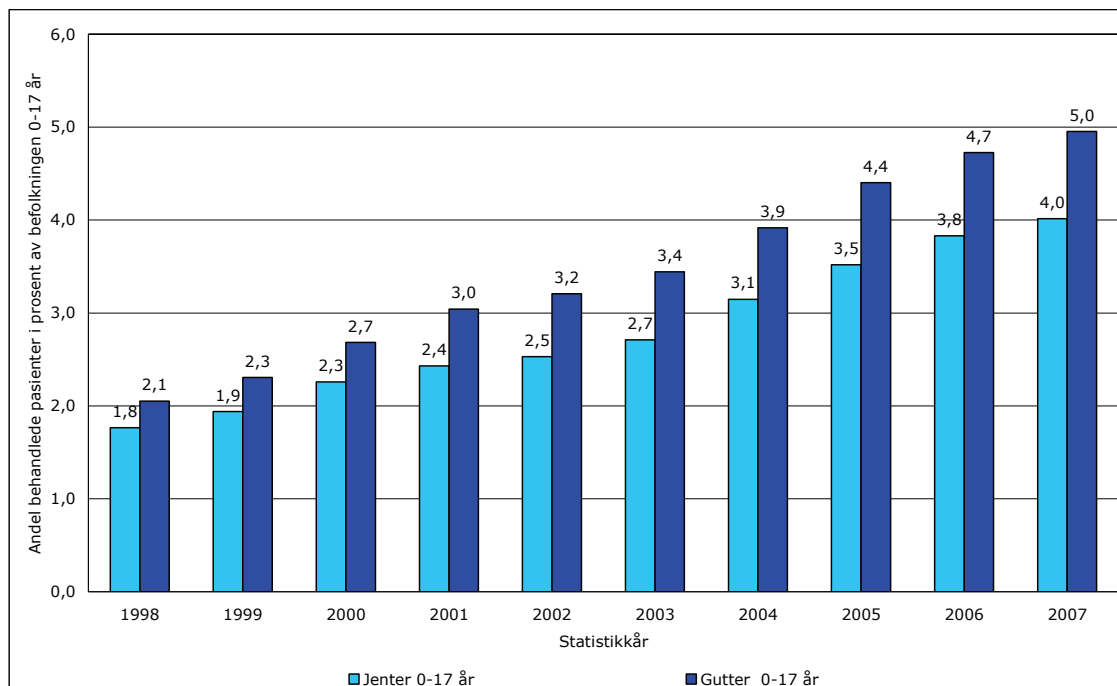
Formålet med dette kapitlet er som nevnt å undersøke pasientsammensettingen i det psykiske helsevernet for barn og unge. I det etterfølgende vil vi derfor undersøke pasientsammensettingen og endringer i denne i perioden 1998 til 2007 med fokus på pasientens kjønn, alder og viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet.

5.4.3 Behandlingsrater for ulike pasientgrupper

I dette avsnittet ser vi på behandlingsrater for gutter og jenter samt for ulike aldersgrupper som mottok behandling i det psykiske helsevernet i perioden 1998 til 2007.

Kjønn

Figur 5.4 viser dekningsgraden for barn og unge i det psykiske helsevernet, fra 1998 til 2007 fordelt etter pasientens kjønn.



Datakilde: NPR

Figur 5.4 Dekningsgrad for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt på kjønn. 1998 - 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn for 1998 og 2007

Behandlingsratene for gutter er høyere sammenlignet med behandlingsratene for jenter. Dette gjelder for samtlige år fra 1998 til 2007. I 1998 mottok 1,8 prosent av jenter i alderen 0-17 år et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet, tilsvarende rater for gutter var på 2,1 prosent. Figur 1.4 viser at mønsteret har vært det samme i samtlige statistikkår for perioden 1998 til 2007. I 2007 mottok 4,0 prosent av jenter et behandlingstilbud sammenlignet med 5,0 prosent av gutter i alderen 0-17 år. Forskjellene mellom kjønnene er signifikante for hele perioden ($p < 0,001$)¹⁴.

Forskjellen mellom gutter og jenter som mottar behandling virker å ha økt noe fra 1998 til 2007. I antall behandlede pasienter har gutter hatt den sterkeste veksten, med en økning i behandlingsraten på 155 prosent, tilsvarende tall for jenter er 141 prosent. En Pearsons kji-kvadrattest viser at forskjellene mellom gutter og jenter var signifikant større i 2007 enn i 1998 ($\chi^2 = 35,9$, $df = 2$, $p < 0,001$).

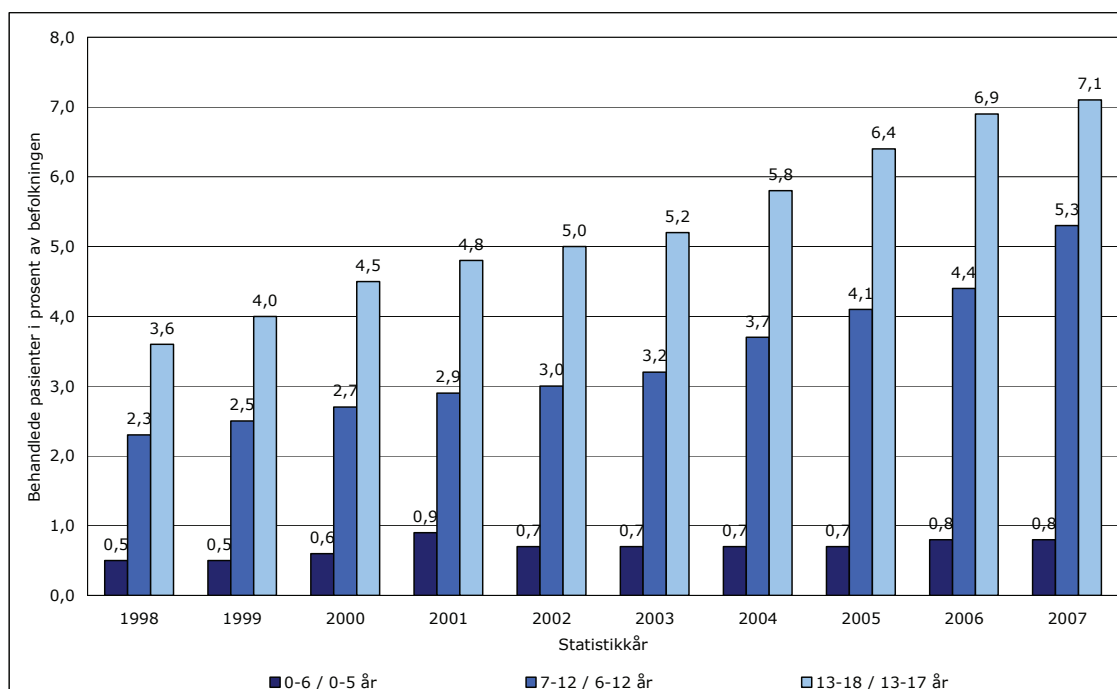
Dette innebærer at gutter som i utgangspunktet hadde den høyeste behandlingsraten i 1998, og i tillegg har hatt den sterkeste veksten i perioden, i større grad enn jenter mottar et behandlingstilbud i det psykiske helsevernet.

Alder

Figur 5.5 viser behandlingsratene for ulike aldersgrupper i perioden 1998 til 2007. På grunn av endring i aldersinndelingen i pasientdatasettene i løpet av perioden, opereres det med ulike aldersgrupperinger før og etter 2003. Fra 1998 til 2002 er pasientene fordelt på følgende aldersgrupper; 0-6 år, 7-12 år og 13 til og med 18 år. Fra 2003 til 2007 er følgende aldersinndeling brukt; 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år. Dette medfører endringer i alle alderskategorier, og at pasienter som fyller 18 i statistikkåret ikke er inkludert i fordelingene etter

14 Phi og Cramers V.

2003. På grunn av dette skiftet vil utviklingen før og etter 2003 ikke være fullstendig sammenliknbar¹⁵.



Datakilde: NPR

Figur 5.5 Dekningsgrad for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge fordelt etter alder. 1998 - 2007. Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter alder for 1998-2007

Det er ungdom (13 – 17/18 år) som hadde den klart høyeste behandlingsraten i det psykiske helsevernet i hele perioden, mens de yngste barna (fra 0-5/6 år) hadde den laveste behandlingsraten i samtlige år. I 2007 mottok 0,8 prosent av de yngste barna behandling, sammenlignet med 7,1 prosent av ungdom mellom 13 og 17 år. Dekningsgraden for barn mellom 6 til og med 12 år ble beregnet til 5,3 prosent, en økning fra 2,3 prosent fra 1998 (7-12 år). Forskjellene mellom aldersgruppene er signifikante i alle de inkluderte årene ($p < 0,001$)¹⁶.

Dekningsgraden har økt i alle aldersgrupper i løpet av perioden (se figur 5.5). Størst er økningen blant de eldste (13-17/18 år) pasientene. I 1998 ble dekningsgraden blant ungdom mellom 13-17/18 år beregnet til 3,6 prosent, tilsvarende tall for 2007 viser en dekningsgrad på 7,1 prosent for denne aldersgruppen. Totalt har behandlingsraten for pasienter mellom 13-17/18 år økt med 159 prosent, mens raten for de yngste barna har økt med 45 prosent fra 1998 til 2007. Dekningsgraden for barn mellom 6 og 12 år har økt med 158 prosent i løpet av perioden 1998 til 2007. Mellom 2006 og 2007 økte dekningsgraden for pasienter mellom 6 og 12 år fra 4,4 prosent til 5,3 prosent, som utgjør den sterkeste veksten blant denne pasientgruppen siden Opptrappingsplanens oppstart.

En Pearsons kji-kvadrat test viste at det har vært en signifikant endring i alderssammensettingen i løpet av perioden 1998 til 2007 ($\chi^2=198,0$, $df=2$, $p > 0,001$). Andelen pasienter

15 På grunn av konsesjonskrav har vi ikke fødselsårsvariabel for årgangene 1998 til 2004. For perioden 2005-2007 har vi imidlertid konsesjon for denne variabelen, og dette gjør det mulig å lage sammenliknbare aldersgrupper for 1998 og 2006 (0-6 år, 7-12 år og 13-18 år).

16 Phi og Cramers V.

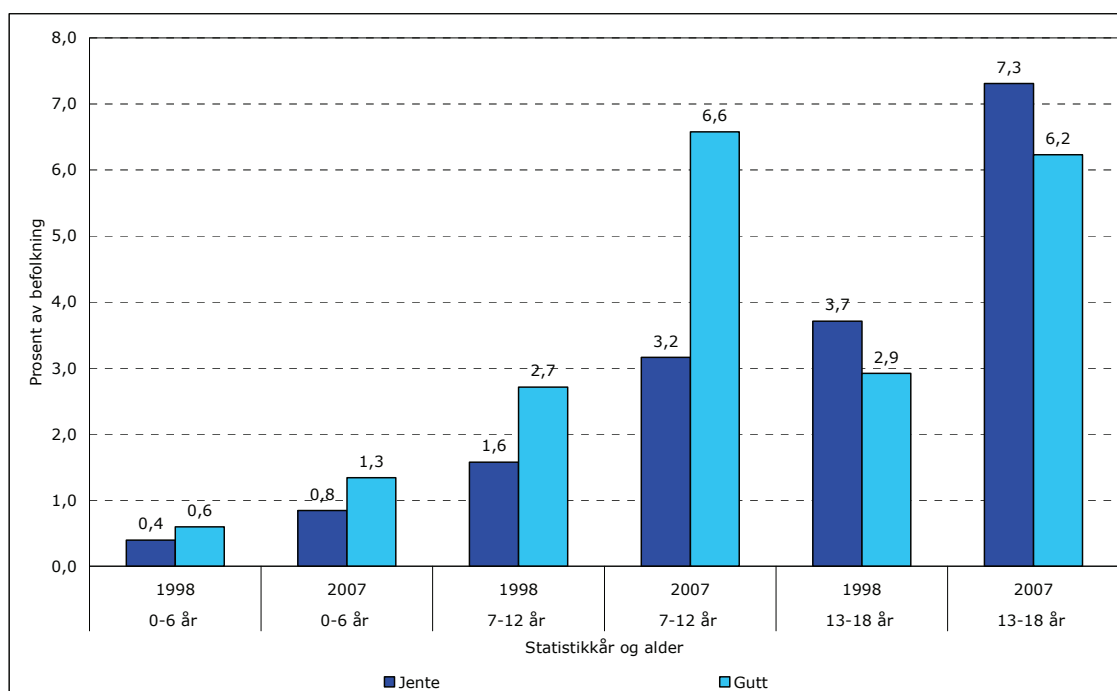
under 12 år hadde gått noe ned i løpet av perioden, til tross for at antallet pasienter har blitt fordoblet. Andelen pasienter eldre enn 13 år har økt noe i løpet av perioden som vist i figur 5.5.

Dette betyr at ungdom, som i utgangspunktet hadde den høyeste behandlingsraten i 1998 også er den gruppen pasienter som har hatt den sterkeste veksten i andel og antall behandlede pasienter. Samlet gjør dette at ungdom mellom 13 og 18 år framstår som den mest prioriterte aldersgruppen i det psykiske helsevernet for barn og unge. Barn i førskolealder har den laveste behandlingsraten og veksten i perioden.

Kjønn og alder

Figur 5.6 presenterer fordelingen for kjønn og alder samlet. Dette for å undersøke kjønnsforskjeller i behandlingsraten blant ulike aldersgrupper.

For å muliggjøre en sammenligning mellom statistikkåret 1998 og 2007 ble aldersinndelingen for 2007 data omgruppert. Aldersinndelingen ble omgruppert inn i følgende kategorier: 0-6 år, 7-12 år og 13-18 år. Dette medfører at det er en diskrepans mellom tall for 2007 i figur 5.5 (hvor aldersinndelingen er 0-5 år, 6-12 år og 13-17 år) og 5.6.



Datakilde: NPR

Figur 5.6 Prosent av barn og unge som mottar behandling fra det psykiske helsevernet. Rater etter kjønn og alder for 1998 og 2007

Gutter har de høyeste behandlingsratene i det psykiske helsevernet for barn og unge opp til 12 år. Dette gjelder både for 1998 og 2007. Fra 13 år og eldre er derimot dekningen for jenter noe høyere enn for gutter. Dette gjelder både for statistikkåret 1998 og 2007. Forskjellene mellom gutter og jenter var signifikante både i 1998 og 2007 ($p < 0,001$).

Forskjellene mellom kjønnene og aldersgruppene er signifikante både i 1998 og i 2007 (Pearsons kji-kvadrattest 1998; $\chi^2 = 704,1$ $df=2$, $p < 0,001$) (kjkvadrattest 2007; $\chi^2 = 2037,7$ $df=2$, $p < 0,001$).

Dekningsgraden har økt mer for gutter enn for jenter i alle aldersgrupper. For barn opp til 12 år øker forskjellene mellom kjønnene ved at gutter har hatt en sterkere behandlingsvekst enn jenter. Resultatene viser også samme tendens for de eldste pasientene hvor veksten i dekning for jenter er mindre enn for gutter i samme periode, dette betyr at veksten i behandlingsratene er sterkere for gutter i samtlige alderskategorier.

En kjiqvadrattest viser at det er signifikant større forskjell mellom jenter og gutter i 2007 enn i 1998 for barn under 12 år ($\chi^2=54,7$, $df=2$, $p<0.001$). Forskjellen mellom kjønnene var også signifikant for pasienter eldre enn 13 år, men forskjellen var noe mindre sammenlignet med de yngste pasientene ($\chi^2=21,6$, $df=2$, $p<0.001$).

5.4.4 Pasientsammensetning og problemområde (henvisningsgrunn)

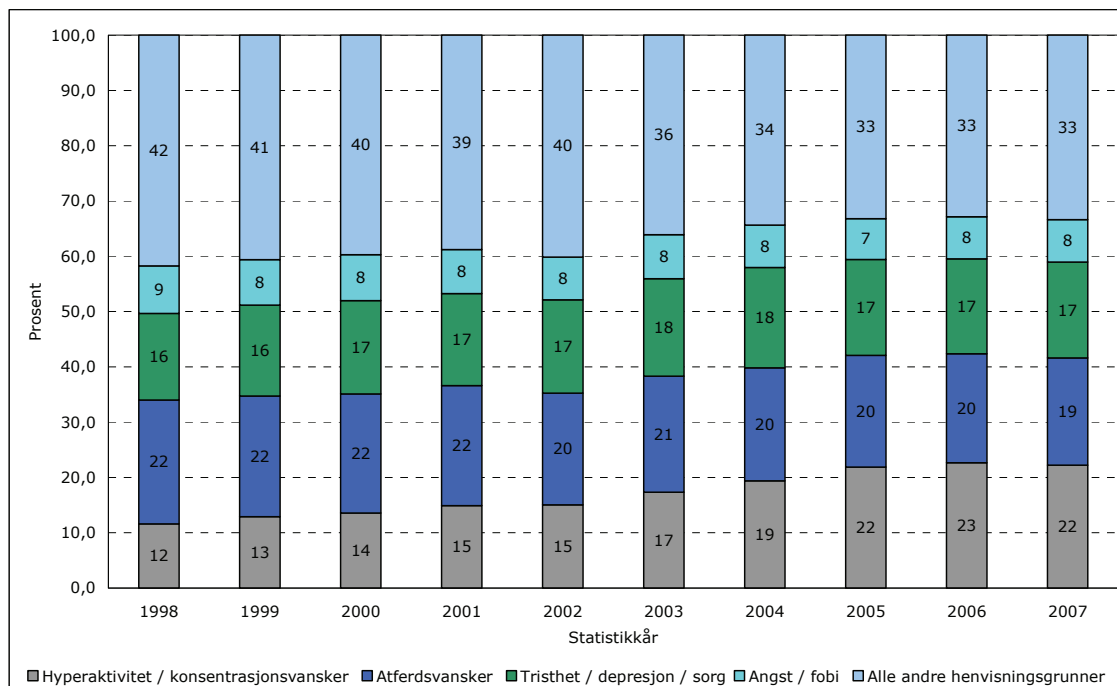
Den etterfølgende delen av dette kapitlet fokuserer på pasientsammensetningen i det psykiske helsevernet for barn og unge etter pasientens problemområde for perioden. Pasientens problemområde presenteres som den viktigste henvisningsårsaken som er knyttet til pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for barn og unge. "Viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet" gjenspeiler førstelinjetjenestens definisjon av problemet, og er derfor ikke nødvendigvis sammenfallende med spesialisthelsetjenestens definisjon av problemet. Bakgrunnen for å presentere "Viktigste henvisningsgrunn barnet" er at tilstander/diagnoser er manglende utfyllt i flere av statistikkårene mellom 1998 og 2007.

Opplysninger mangler for en del av de registrerte pasientene med hensyn til variabelen "viktigste henvisningsgrunn barnet". Andel med mangelfulle data varierer mellom 5,5 og 10,8 prosent. For å kunne studere utviklingen over tid, har vi derfor korrigert behandlingsratene som presenteres i figur 5.7 forholdsmessig for mangelfull registrering for hvert av de enkelte statistikkårene¹⁷.

De hyppigst forekommende henvisningsårsakene til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge er 1) hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, 2) atferdsvansker, 3) tristhet/depresjon/sorg og 4) angst/fobi. På grunn av dette har vi i det etterfølgende valgt å legge vekt på disse, og samle de øvrige henvisningsårsakene til en kategori kalt "andre henvisningsgrunner". I figur 5.7 presenteres andelen pasienter for de fire hyppigst brukte henvisningsgrunnene for pasienter i det psykiske helsevernet i alle årene fra 1998 til 2007¹⁸. I tillegg vises andelen for alle andre henvisningsgrunner samlet.

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

18 Analysene omfatter alle pasienter som har mottatt behandlingstilbud i statistikkåret 1998 og 2006.



Datakilde: NPR

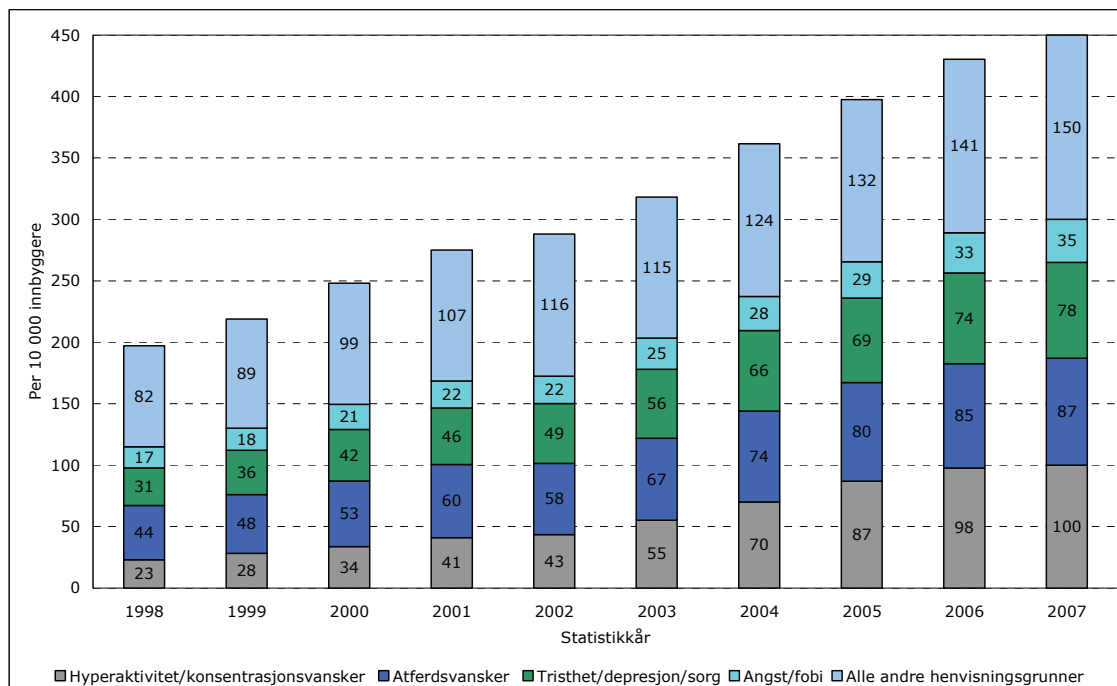
Figur 5.7 Prosentandel barn og unge i det psykiske helsevernet fordelt etter viktigste henvisningsgrunn. 1998 og 2007

I 1998 utgjorde atferdsvansker 22 prosent av henvisningsårsakene, mens tristhet/depresjon/sorg utgjorde 16 prosent av henvisningene. Hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker og angst/fobi utgjorde henholdsvis 12 og 9 prosent av henvisningsgrunnene. I løpet av perioden fra 1998 til 2007 økte andelen av disse fire henvisningsgrunnene til å utgjøre 67 prosent av totalt antall henvisninger.

I perioden 1998-2007 har andel pasienter henvist til behandling med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsproblemer økt fra 12 prosent i 1998 til 22 prosent i 2007. Figuren viser også at andelen pasienter henvist til behandling med bakgrunn i atferdsvansker har gått i motsatt retning. I 1998 ble 22 prosent av pasientene henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk, denne andelen har gått gradvis ned til å utgjøre 19 prosent av pasientene i 2007. Andelen pasienter som henvises på bakgrunn av tristhet, depresjon eller sorg har hatt en liten økning i perioden (1 prosentpoeng), mens andelen med angst /forbi har gått noe ned fra 1998 til 2007 (1 prosentpoeng).

Figur 5.7 viser også en reduksjon i andelen pasienter (42 til 33 prosent) i gruppen "andre henvisningsgrunner". Denne reduksjonen består i hovedsak av nedgang i prosentandel; suicidalfare, hemmet atferd, spiseproblemer og kategorien "ingen".

I figur 5.8 tas det hensyn til befolkningsutviklingen og figuren viser behandlingsrater for pasienter med de fire hyppigste henvisningsgrunnene for samtlige år i perioden 1998 til 2007. Også her presenteres en samlekategori for alle andre henvisningsgrunner. På grunn av at gruppene er såpass små er ratene i figuren beregnet ut fra hver 10 000 innbyggere.



Datakilde: NPR

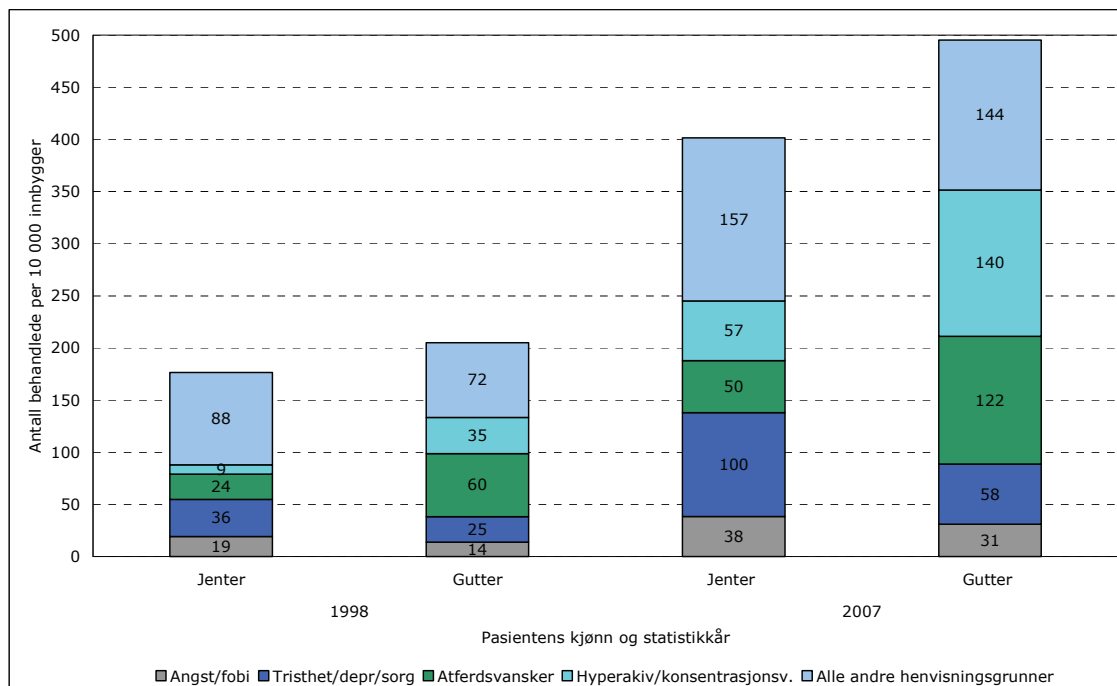
Figur 5.8 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2007

Som nevnt tidligere er atferdsvansker, tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi de hyppigst forekommende henvisningsgrunnene for pasienter som henvises til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette gjelder for samtlige år i perioden 1998 til 2007.

I perioden fra 1998 til 2004 var behandlingsraten for barn henvist på grunn av atferdsvansker høyest blant disse fire. Resultatene presentert i figur 5.8 viser at mellom 44 og 74 pasienter per 10 000 innbyggere ble henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk i denne perioden. Fra 2005 til 2007 er det hyperaktivitet/ konsentrasjonsvansker som er den største enkeltgrunnen til henvisning til behandling i det psykiske helsevernet. Mellom 87 og 100 pasienter per 10 000 innbyggere ble i disse årene henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. Antall pasienter per 10 000 innbyggere henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon/sorg og angst/fobi har også økt i løpet av perioden som helhet (fra 1998-2007). I 1998 ble 31 pasienter per 10 000 innbyggere behandlet med bakgrunn i tristhet/depresjon/sorg. Tilsvarende tall for 2007 var 78 pasienter per 10 000 innbyggere. Tristhet/depresjon/sorg utgjorde fram til 2003 den nest største pasientgruppen per 10 000 innbyggere, men fra 2004 utgjorde barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker en større pasientgruppe.

Dersom man ser på økningen i behandlingsrate fordelt på de ulike årsakene til henvisning, har barn med hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker hatt den klart kraftigste veksten fra 23 pasienter per 10 000 innbyggere i 1998 til 100 pasienter per innbyggere i 2007. Dette tilsvarer en vekst på 362 prosent, eller 77 pasienter per 10 000 innbyggere i perioden 1998 til 2007. Behandlingsraten for barn henvist for tristhet/depresjon og sorg har økt med 47 pasienter per 10 000 innbyggere i perioden (167 prosent), mens gruppene henvist for atferdsvansker og angst/fobi har hatt en vekst på henholdsvis 43 og 18 pasienter per 10 000 innbyggere (167 og 115 prosent). Til sammenlikning har samlekategorien av andre henvisningsgrunner økt med 68 pasienter per 10 000 innbyggere i perioden (93 prosent).

Videre analyser ble gjennomført for å undersøke veksten i de ulike henvisningskategoriene fordelt etter kjønn og ulike aldersgrupper. Resultatene er gjengitt i figur 5.9 og figur 5.10.

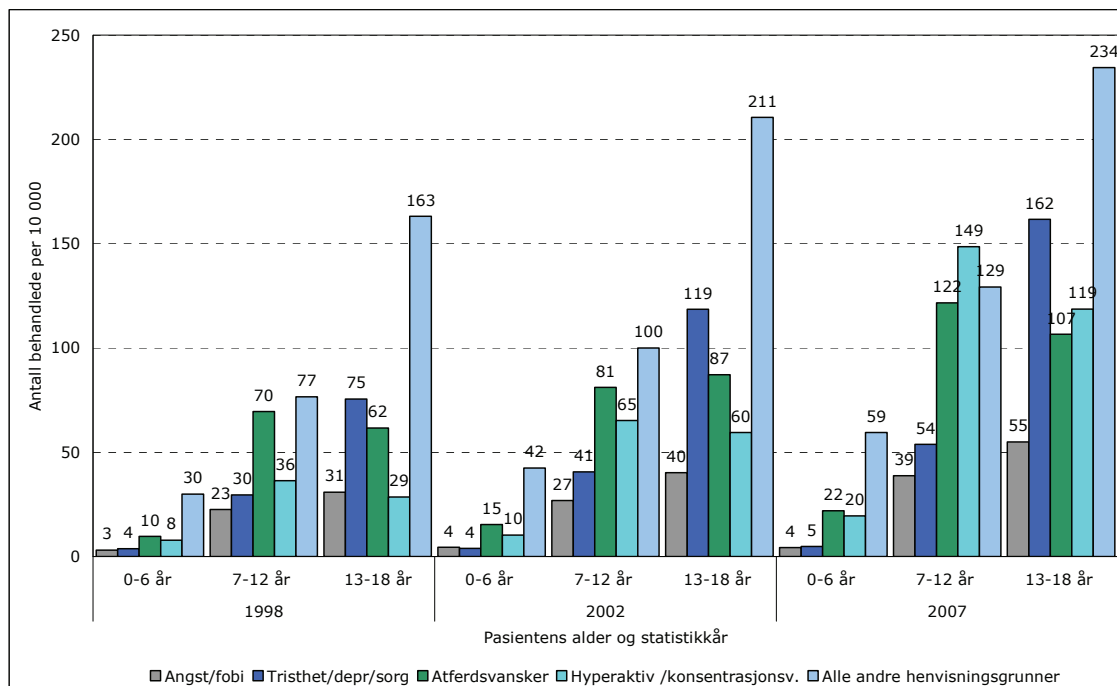


Datakilde: NPR

Figur 5.9 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på kjønn. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 og 2007

Det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder hvilke henvisningsgrunner som blir hyppigst brukt. Resultatene viser at behandlingsratene for gutter var størst for atferdsvansker i 1998 og hyperaktivitet/konsentrasjonsproblemer i 2007. For jenter var behandlingsratene for tristhet/depresjon og sorg størst både i 1998 og 2007. Forskjellene mellom kjønnene var signifikante år (Pearsons kji-kvadrattest 1998; $\chi^2 = 1597,7$ df=4, $p < 0.001$) (Pearsons kji-kvadrattest 2007; $\chi^2 = 3382,7$ df=4, $p < 0.001$). Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2007 var størst for henvisningsgrunnen hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker både for gutter og jenter.

Vi har også undersøkt utviklingen i henvisningsgrunner fordelt etter pasientens alder. Figur 5.10 viser behandlingsrater for de fire hyppigste henvisningsgrunnene fordelt etter pasientens alder i tre statistikkår: 1998, 2002 og 2007.



Datakilde: NPR

Figur 5.10 Behandlingsrater etter viktigste henvisningsgrunn fordelt på alder. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998, 2002 og 2007¹⁹

For førskolebarn (0-6 år) utgjør barn henvist for atferdsvansker den største pasientgruppen for alle de tre utvalgte årene (10, 15 og 22 pasienter per 10 000 innbyggere). For barn i alderen 7-12 år er atferdsvansker viktigste henvisningsgrunn i 1998 og 2002 (70 og 81 pasienter 10 000 innbyggere), men i 2007 ble flest barn i denne alderen henvist til behandling i det psykiske helsevernet med bakgrunn i problematikk relatert til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. I 2007 ble 149 pasienter i alderen 7-12 år per 10 000 innbyggere henvist til behandling med bakgrunn i denne typen problematikk.

For ungdom mellom 13 og 18 år er tristhet/depresjon/sorg den mest hyppige henvisningsårsaken. Dette gjelder både i 1998, i 2002 og i 2007 (75, 119 og 162 pasienter per 10 000 innbyggere). For samtlige aldersgrupper har imidlertid veksten i behandlingsraten i perioden vært sterkest for barn henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

5.4.5 Pasientgrupper med høy prioritet ved inntak

Ved inntak av pasienter for elektiv behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, blir pasientene tatt inn etter prioritering og satt på venteliste. Etter henvisning blir pasienten vurdert i forhold til "Retten til nødvendig helsehjelp" fra det psykiske helsevernet, og i forhold til når denne retten eventuelt må innfris. Ifølge nasjonale lover og forskrifter (Pasientrettighetsloven § 2-1, FOR-2004-07-07-1121) skal ventetiden for vurdering ikke overstige 10 dager. Per 01.09.08 trådte også den nye ventelistegarantien i kraft. Ventelistegarantien for barn og unge med psykiske problemer skal sikre at ingen med rett til nødvendig helsehjelp skal måtte vente i lenger enn i maks 65 virkedager på behandling, og alle får rett til en vurdering innen 10 virkedager.

¹⁹ Pasienter over 18 år er ikke inkludert.

I henhold til prioriteringskriterier for "Rett til nødvendig helsehjelp" og angivelse av lengste medisinsk forsvarlige ventetid²⁰, vil vi som en del av dette kapitlet undersøke pasienter som har denne retten til helsehjelp og som i hovedsak skal få denne retten innfridd i løpet av en måned. Dette er pasienter som det psykiske helsevernet prioriterer først ved inntak.

Følgende prioriteringskriterier brukes:

- Alvorlig depresjon med/uten suicidalproblematikk
- Mistanke om psykose
- Alvorlig anorektisk utvikling eller annen alvorlig spiseforstyrrelse

Ved hjelp av variabelen henvisningsgrunn, har vi forsøkt å skille ut denne gruppen pasienter. For de tre angitte pasientgruppene brukes følgende henvisningsgrunner:

- Tristhet/depresjon/sorg og suicidalfare
- Psykotiske trekk
- Spiseproblemer

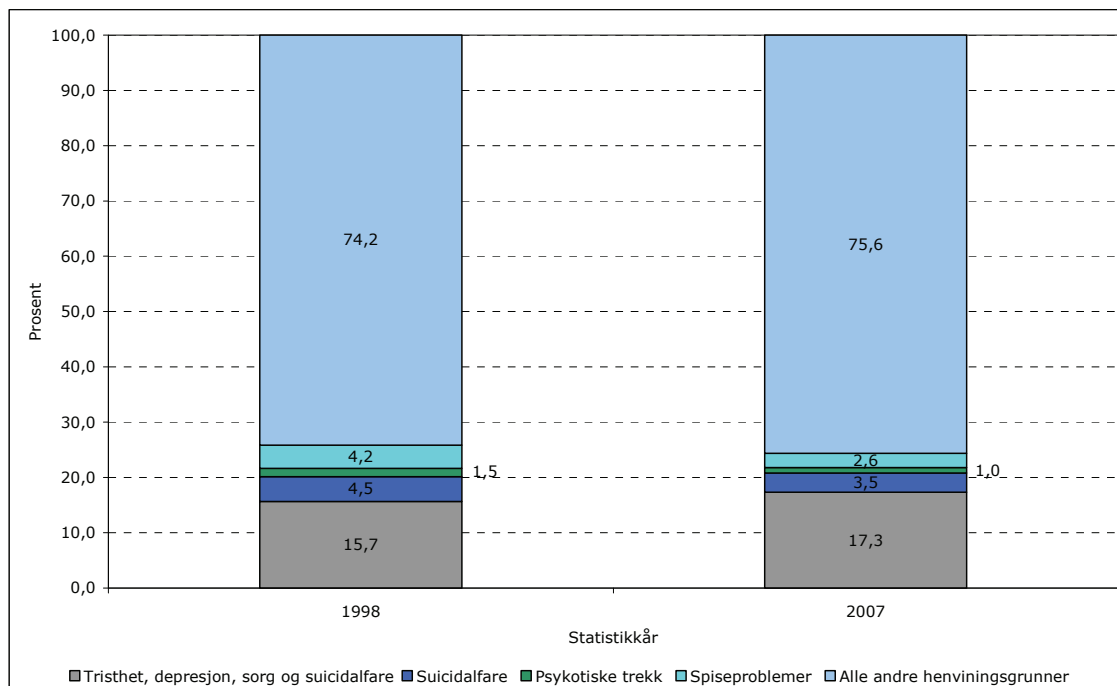
Variabelen "Viktigste henvisningsgrunn knyttet til barnet" inneholder ikke informasjon som gjør det mulig å skille på alvorlighetsgrad ved en depresjon. På grunn av dette vil variabelen inneholde informasjon som omfatter flere enn de pasientene som har en alvorlig depresjon. Implikasjonen er at vi i de etterfølgende analysene som omhandler prioriterte pasienter favner bredere enn de spesifikke kriteriene tilsier. Dette må tas hensyn til i tolkningen av resultatene.

I tillegg til prioriteringskriteriene nevnt ovenfor er alvorlige samhandlingsavvik hos barn under skolealder og alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser og katastrofer også prioritert innen samme gruppe. Disse er vanskelig å skille ut på grunnlag av henvisningsgrunn, og de er derfor ikke inkludert i de etterfølgende analysene.

Hovedformålet med å presentere utviklingen for pasientene som prioriteres høyest ved inntak i det psykiske helsevernet, er å undersøke om det er denne pasientgruppen som står for veksten i antall pasienter i løpet av Opptappingsperioden, eller om det er andre grupper av pasienter som har hatt større vekst i løpet av samme periode. På bakgrunn av endringer i pasientrettighetsloven § 2-1 som ga pasientene rett til en individuell frist for behandling, først ble gjeldende fra 2004, er det ikke sikkert at de samme prioriteringene ble gjort før dette tidspunkt. I de etterfølgende analysene må vi imidlertid forutsette at de samme pasientgruppene i hele perioden har blitt prioritert ved inntak til behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge.

Figur 5.11 gir en oversikt over hvor stor prosentandel de prioriterte pasientgruppene utgjør av totalt antall pasienter i det psykiske helsevernet i 1998 og 2007. I tillegg til de prioriterte pasientgruppene er også "alle andre henvisningsgrunner samlet" inkludert i figuren. I figur 5.11 presenteres behandlingsrater for de prioriterte pasientgruppene for 1998 og 2007.

20 Interne retningslinjer utarbeidet av foretak i sektoren, se f.eks. Retningslinjer Helse Sør RHF eller Intern retningslinje St. Olavs Hospital, 2007.



Datakilde: NPR

Figur 5.11 Prosentandel barn og unge fordelt etter henvisningsgrunner som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. 1998 og 2007

Prioriterte pasienter utgjorde til sammen om lag 26 prosent av det totale pasienttallet i 1998 og tilsvarende om lag 24 prosent av totalt antall pasienter i 2007.

Pasienter henvist med bakgrunn i tristhet/depresjon og sorg utgjør den største gruppen av pasienter både i 1998 og i 2007 (henholdsvis 15,7 prosent og 17,3 prosent). Som nevnt innledningsvis inkluderer denne pasientgruppen trolig flere pasienter enn de med alvorlige depresjoner, og framstår derfor i denne sammenhengen som noe større enn de i realiteten er.

Den nest største gruppen (både i 1998 og i 2007) består av pasienter henvist til behandling med bakgrunn i suicidalfare, henholdsvis 4,5 og 3,5 prosent av pasientene, deretter følger pasienter henvist på grunn av spiseproblemer (4,2 og 2,6 prosent). Andelen pasienter henvist med bakgrunn i psykotiske trekk utgjør den minste gruppen av de prioriterte pasientene både i 1998 og i 2007, og utgjør en liten andel av den totale pasientmassen begge år (henholdsvis 1,5 og 1,0 prosent).

Andel pasienter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til tristhet/depresjon og sorg har økt med to prosentpoeng i perioden, mens andelen henvist til behandling med bakgrunn i problematikk relatert til psykotiske trekk, spiseproblemer og suicidalfare relativt sett har gått ned. Deler av økningen i tristhet/depresjon og sorg kan sannsynligvis tilskrives pasienter med moderate og lettere depresjoner, som tilhører gruppen "andre henvisningsgrunner". Andel pasienter i denne gruppen skulle derfor vært høyere både i 1998 og 2007.

Den totale andelen av prioriterte pasienter har gått noe ned i løpet av perioden 1998 til 2007, fra om lag 26 prosent i 1998 til 24,4 prosent i 2007. Til tross for dette har antall prioriterte pasienter økt fra 5 303 pasienter i 1998 til 12 053 pasienter i 2007, noe som representerer en økning på 127 prosent i løpet av perioden som helhet. Økningen er derimot mindre enn for pasienter som faller inn under kategorien "andre henvisningsgrunner", hvor antallet pasienter økte med 146 prosent i løpet av perioden. Denne samlekategorien inneholder henvisningsgrunner som eksempelvis atferdsvansker, hyperaktivitet/

konsentrasjonsvansker og angst/fobi. Tidligere i dette kapittelet har det også blitt vist at den sterkeste veksten i behandlingsrater er å finne blant pasienter henvist med bakgrunn i problematikk relatert til hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Oppsummert betyr disse resultatene at den relative veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge primært har kommet innen andre pasientgrupper enn for pasienter som blir prioritert høyest ved inntak.

Dersom vi ser utviklingen relatert til befolkningsveksten finner vi samme tendens. Tabell 5.1 gir en oversikt over behandlingsrater fordelt etter henvisningsgrunn med høyest prioritet ved inntak til behandling i det psykiske helsevernet.

Tabell 5.1 Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 – 2007

	Statistikkår									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tristhet, depresjon, sorg	31	36	42	46	4	56	66	69	74	78
Suicidalfare	9	11	13	13	12	13	15	15	15	16
Psykotiske trekk	3	3	3	4	3	4	4	4	5	4
Spiseproblemer	8	9	9	10	9	10	11	11	11	12
Total prioriterte grupper	51	59	67	73	73	81	96	99	105	110
Alle andre henvisningsgrunn.	147	160	181	200	215	235	266	298	326	340
Total	198	219	248	273	288	318	362	397	431	450

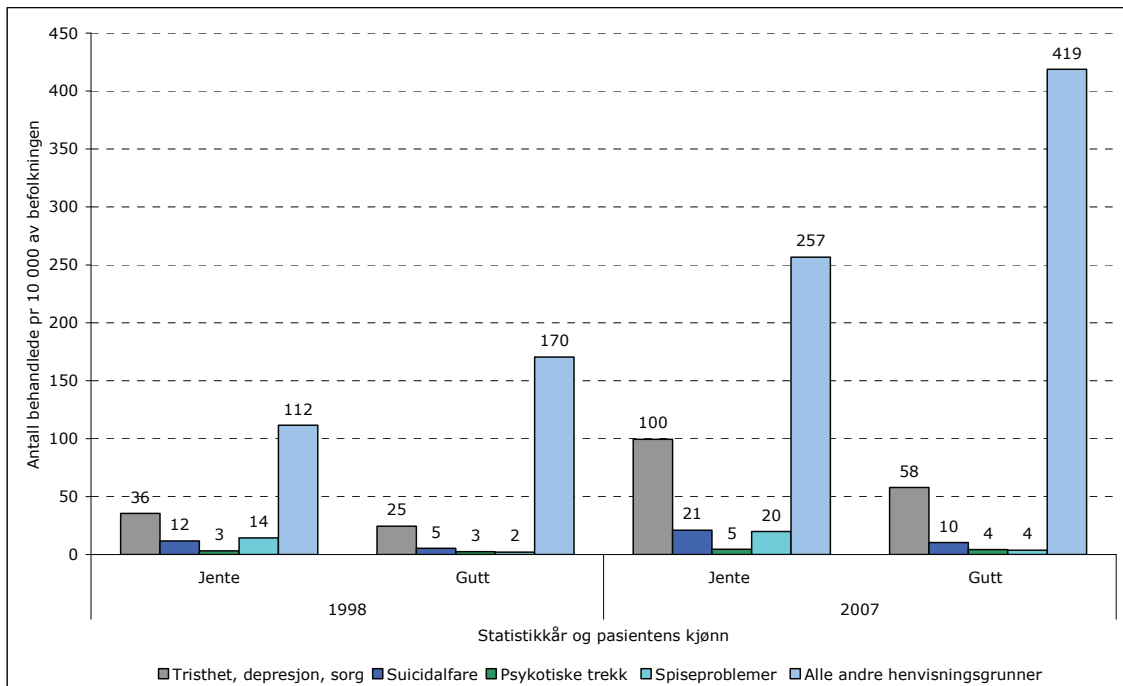
Datakilde: NPR

Behandlingsraten for barn som blir prioritert først ved inntak har økt fra 51 til 106 behandlede pasienter i perioden fra 1998 til 2007. Som nevnt tidligere utgjør dette en vekst på 6 750 pasienter, noe som tilsvarer 127 prosent. Behandlingsraten for barn henvist for andre grunner har tilsvarende økt med 146 prosent i den samme perioden. Trolig er veksten i sistnevnte gruppe enda sterkere med tanke på at deler av de prioriterte pasientene i denne sammenhengen også innbefatter pasienter henvist med bakgrunn i lettere til moderate depresjoner.

Samlet sett indikerer disse resultatene at veksten i det psykiske helsevernet for barn og unge har bidratt til et større behandlingstilbud til pasienter som ikke inngår i gruppen blant de høyest prioriterte ²¹.

Figur 5.12 viser behandlingsrater for prioriterte grupper, fordelt etter kjønn og alder.

21 Det kan her være snakk om pasienter med moderate eller lettere depresjon eller annen affektiv lidelse, nevropsykiatriske tilstander, atferdsforstyrrelser, alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom, angst/tvang/fobi, selvskadning, mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Asperger, Tourette, ADD, ADHD etc), avhengighetsproblematikk (spill, rus) og tilknytningsproblematikk.



Datakilde: NPR

Figur 5.12 Behandlingsrater etter henvisningsgrunn som har høyeste prioritet ved inntak i det psykiske helsevernet for barn og unge. Rater per 10 000 innbyggere 0-17 år. 1998 - 2007

Figuren viser at det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder behandlingsrater for prioriterte pasientgrupper i det psykiske helsevernet for barn og unge. Ratene er størst for jenter for de utvalgte pasientgruppene både i 1998 og i 2007, mens ratene for alle andre henvisningsgrunner er størst for gutter begge år.

Veksten i behandlingsratene fra 1998 til 2007 var imidlertid for begge kjønn størst for tristhet, depresjon og sorg.

5.5 Vedleggstabeller

Tabell 5.2 Antall pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Totalt og fordelt på omsorgsnivå. 1998 – 2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Endring 1998-2007	Prosent endring
Totalt antall pasienter	20 634	23 048	26 320	29 149	30 467	34 434	39 340	43 426	47 280	49 479	28 845	140
Herav: Polikliniske pasienter	19 097	21 321	24 372	27 211	29 137	32 838	37 565	41 722	46 214	48 332	29 235	153
Dag- og døgn-pasienter	1 537	1 727	1 948	2 203	2 177	2 165	2 534	3 004	2 461	2315	778	51

Datakilde: NPR

Tabell 5.3 Viktigste henvisningsgrunn for barnet. Det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall og prosentandel. 1998 og 2007

	1998		2007	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1. Autistiske trekk	440	2,4	1 157	2,3
2. Psykotiske trekk	279	1,5	437	0,9
3. Suicidalfare	831	4,5	1 540	3,1
4. Hemmet atferd	885	4,8	1 364	2,8
5. Angst/fobi	1 596	8,6	3 416	6,9
6. Tvangstrekk	417	2,2	944	1,9
7. Tristhet/depresjon/sorg	2 905	15,7	7 707	15,6
8. Skolefravær	487	2,6	895	1,8
9. Atferdsvansker	4 156	22,4	8 623	17,4
10. Hyperaktivitet / konsentrasjonsvansker	2 150	11,6	9 872	20,0
11. Rusmiddelmisbruk	69	0,4	151	0,3
12. Asosial/kriminalitet	85	0,5	95	0,2
13. Lærevansker	360	1,9	933	1,9
14. Språk/talevansker	165	0,9	389	0,8
15. Syn/hørselsproblem	39	0,2	35	0,1
16. Spiseproblem	779	4,2	1 143	2,3
17. Andre somatiske symptomer	727	3,9	1 263	2,6
18. Annet	1 789	9,6	4 276	8,6
19. Ingen	392	2,1	205	0,4
Total	18 551	100	44 445	89,8
Ubesvart	1 968	9,6	5 034	10,2
Totalt for landet	20 519		49 479	100,0

Datakilde: NPR