



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07

11 Pasienter i psykisk helsevern for barn og unge

Anne Mette Bjerkan og Marit Sitter

Sammendrag

Totalt mottok 47 280 pasienter behandling i psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2006. Dette er en økning på 3 854 pasienter (ni prosent) fra 2005. Til sammenlikning var økningen mellom 2004 og 2005 på ti prosent.

Opptappingsplanen har som mål at minimum fem prosent av den totale barne- og ungdomsbefolkningen skal motta et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge innen utgangen av planperioden (2008). Den nasjonale dekningsgraden var i 2006 4,3 prosent. Til sammenlikning var dekningsgraden 4,0 prosent i 2005. I alt var 56,5 prosent av pasientene gutter, mens 43,5 prosent var jenter i 2006. Guttene er gjennomgående yngre enn jentene, 55 prosent var under 13 år gamle, mot 34 prosent av jentene. I aldersgruppen 13 år og eldre utgjør jentene flertallet. Barn mellom null og seks år utgjorde seks prosent av pasientene.

Nær halvparten av pasientene bor sammen med begge foreldre (45 prosent), sammen med den ene av foreldrene (30 prosent), eller den ene forelderen og dennes samboer (elleve prosent). Fem prosent bor i fosterhjem og to prosent i institusjon.

Primærlege/fastlege står for brorparten av henvisningene av pasientene til det psykiske helsevernet (60 prosent). Andre viktige henvisningsinstanser er barnehage, skole og PPT (17 prosent), sosialtjeneste og barnevern (elleve prosent) og øvrig primærhelsetjeneste (åtte prosent).

Hyppigste bakgrunn for henvisningene var hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (23 prosent), atferdsvansker (20 prosent) og tristhet, depresjon eller sorg (17 prosent). Blant jentene er dette den hyppigste henvisningsgrunnen (25 prosent), blant guttene er hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (29 prosent) den viktigste henvisningsgrunnen. Henvisningsgrunnene varierer med alder. Barn og ungdom henvist med utgangspunkt i "sosiale" lidelser som eksempelvis suicidalfare, rusmiddelbruk, asosial eller kriminell atferd, tristhet/depresjon/sorg og spiseproblemer er i gjennomsnitt signifikant eldre enn pasienter henvist med bakgrunn i lidelser som eksempelvis autistiske trekk, språk/talevansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

Hyppigste kliniske syndrom (diagnoseakse 1) er hyperkinetiske forstyrrelser (27 prosent) og nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (14 prosent). På diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå, ble 21 prosent vurdert å ha fra alvorlig til svært alvorlige sosiale forstyrrelser, 24 prosent blant guttene og 18 prosent blant jentene. Disse resultatene kan imidlertid være unøyaktige, grunnet mangelfull registrering av diagnoser.

Nær åtte prosent av pasientene har fått utarbeidet individuell plan.

11.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet undersøke noen kjennetegn ved pasienter under behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2006.

Pasientdata for barn og unge er brukt som datagrunnlag for dette kapitlet. Data er samlet inn av Norsk Pasientregister (NPR) og kvalitetskontrollert av NPR og SINTEF Helse i løpet av våren 2007. Datamaterialet er i hovedsak basert på det pasientadministrative systemet BUP-data, med Visma Unique som systemleverandør. Samtlige av landets offentlige institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge inngår i datagrunnlaget for 2006.

Det som i dette kapitlet omtales som antall pasienter er ikke det samme som antall personer som har mottatt behandling. Det som er registrert i datamaterialet er antall personer som mottok behandling i en institusjon i løpet av året. Dersom en pasient mottar behandling ved flere institusjoner i løpet av året 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 da fremstå som to eller flere pasienter. Dette problemet er imidlertid lite.

En del av datagrunnlaget er mangelfullt utfyllt av enkelte institusjoner. I de tilfeller hvor det er en stor andel ikke angitte svar, er resultatene likevel rapportert for å vise tendenser i datamaterialet. I de tilfeller hvor antall manglende verdier er stort, er problemet at data kan være skjevfordelte. Dermed kan resultatene være mindre generaliserbare. Videre er problemet med en høy andel manglende data at man ikke vet hvorvidt de er tilfeldig fordelt over institusjoner, eller om det er et mønster blant de som har unnlatt å rapportere enkelte opplysninger.

En liten andel av pasientene registrert i det psykiske helsevernet for barn og unge var over 18 år ved utgangen av registreringsåret. I enkelte analyser er disse synliggjort. I 2006 var det registrert 907 (1,7 prosent) pasienter som var 19 år eller eldre ved utgangen av året. Den største gruppen av pasienter som er inkludert i gruppen "over 18 år" er imidlertid pasienter som fylte 18 år i løpet av 2006, og som derfor hører inn under det psykiske helsevernet for barn og unge. I datamaterialet fra NPR finnes det ingen mulighet for å kontrollere når på året pasienten er født, gruppen "over 18 år" inkluderer derfor pasienter som kan være født i desember 1988, og som dermed har sin rettmessige plass i PHVBU ved utgangen av året. Videre er det slik at noen pasienter fortsetter behandlingen i det psykiske helsevernet for barn og unge til de får et tilbud i det psykiske helsevernet for voksne. I tillegg får enkelte gravide oppfølging av BUP før barnet er født, og registreres derfor som pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Ved enkelte familieavdelinger er det også slik at alle familiemedlemmer registreres som pasienter ved innleggelse på institusjonen.

11.2 Pasienter etter kjønn og alder

I 2006 mottok flere gutter (56,5 prosent) enn jenter (43,5 prosent) behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, se tabell 11.1.

Tabell 11.1 Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge etter kjønn. Antall og prosentandel pasienter. 2006.

Kjønn	Antall	Prosent
Gutter	26 707	56,5
Jenter	20 541	43,5
Totalt	47 248	100
Ikke angitt	32	0,1
Totalt utvalg	47 280	100

Datakilde: NPR.

Den gjennomsnittlige alderen på pasienter behandlet i 2006 var 13 år (SD=4,29). Pasientenes alders- og kjønnsfordeling er gjengitt i tabell 11.2.

Tabell 11.2 Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge etter kjønn og alder. Antall og prosentandel av behandlede pasienter. 2006.

Aldersgrupper	Gutter		Jenter		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0 til 5 år	1 730	6,5	1 089	5,3	2 827	6,0
6 til 12 år	13 020	48,8	5 877	28,6	18 908	40,0
13 til 17 år	10 515	39,4	11 301	55,0	21 827	46,2
18 år og eldre	1 442	5,4	2 274	11,1	3 718	7,9
Totalt	26 707	100	20 541	100	47 280	100

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

Totalt utvalg = 47248

Den største pasientgruppen er barn og unge i alderen 13 år til og med 17 år (46 prosent), mens 40 prosent var i alderen seks til tolv år. Seks prosent av pasientene var under seks år gamle.

Aldersfordelingen er forskjellig for jenter og gutter. Guttene er gjennomgående yngre enn jentene, 55 prosent var under 13 år gamle, mot 34 prosent av jentene. I aldersgruppen 13 år og eldre utgjør jentene flertallet.

11.3 Pasientenes bosituasjon

Tabell 11.3 gir en oversikt over hvem pasienten bor sammen med.

Tabell 11.3 Pasientenes bosituasjon etter kjønn. Pasienter totalt i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Omsorgssituasjon, hvem pasienten bor sammen med	Totalt		Kjønn ¹⁾	
	Antall	Prosent	Prosent gutter	Prosent jenter
Hos begge foreldrene	17 571	44,8	46,3	42,8
Pendler mellom mor og far	2 084	5,3	5,6	5,0
Bor hos en av foreldrene	11 873	30,3	30,1	30,5
En forelder og en samboer	4 148	10,6	10,5	10,7
Hos besteforeldre/andre	259	0,7	0,5	0,9
Bor i fosterhjem	2 011	5,1	4,8	5,6
Bor på institusjon	690	1,8	1,4	2,2
Bor alene	244	0,6	0,3	1,1
Annet	352	0,9	0,6	1,3
Total	32 239	100	100	100
Ikke angitt	8048	17,0		
Totalt utvalg	47 280	100		

Datakilde: NPR.

1) Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

Nær halvparten av pasientene bor sammen med begge foreldrene (45 prosent). Andelen av gutter som bor sammen med begge foreldre, er noe større enn andelen for jentene. Dette må sees på bakgrunn av at guttene gjennomgående er yngre enn jentene (se tabell 11.2). En noe mindre andel (både gutter og jenter) bor sammen med en av foreldrene (30 prosent), eller den ene av foreldrene og dennes samboer (elleve prosent). En liten andel (0,7 prosent) av pasientene bor hos besteforeldre, mens fem prosent bor i fosterhjem og to prosent på institusjon. Et fåtall pasienter (0,6 prosent) bor alene. Vi vil minne om at det mangler opplysninger om omsorgssituasjon for relativt mange pasienter (17,0 prosent). Dette kan ha påvirket fordelingen.

11.4 Henvisende instanser til psykisk helsevern for barn og unge

Tabell 11.4 og 11.5 gir en oversikt over hvilke instanser som henviste de behandlede pasientene til psykisk helsevern for barn og unge i 2006, fordelt etter pasientenes kjønn og alder.

Tabell 11.4 Henvisende instans for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel totalt og for hvert kjønn. 2006.

Henvisende instans	Totalt		Gutter		Jenter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Pasienten selv	24	0,1	6	0,0	18	0,1
Fastlege/primærlege	22 049	60,3	11 812	57,0	10 233	64,8
Øvrig primærhelsetjeneste	2 790	7,6	1 506	7,3	1 280	8,1
Spesialisthelsetjenesten	171	0,5	88	0,4	83	0,5
Barnehage, skolesektor, PPT	6 225	17,0	4 553	22,0	1 670	10,6
Sosialtjeneste, barnevern	3 950	10,8	2 080	10,0	1 869	11,8
Politi/fengsel/rettsvesen	13	0,0	5	0,0	8	0,1
Andre tjenester	1 298	3,6	670	3,2	622	3,9
Privatpraktiserede spesialister	25	0,1	12	0,1	13	0,1
Totalt	36 545	100	20 732	100	15 796	100
Manglende svar	10 735	22,7				

Datakilde: NPR

Tabell 11.5 Henvisende instans for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Prosentandel totalt og innen ulike aldersgrupper. 2006.

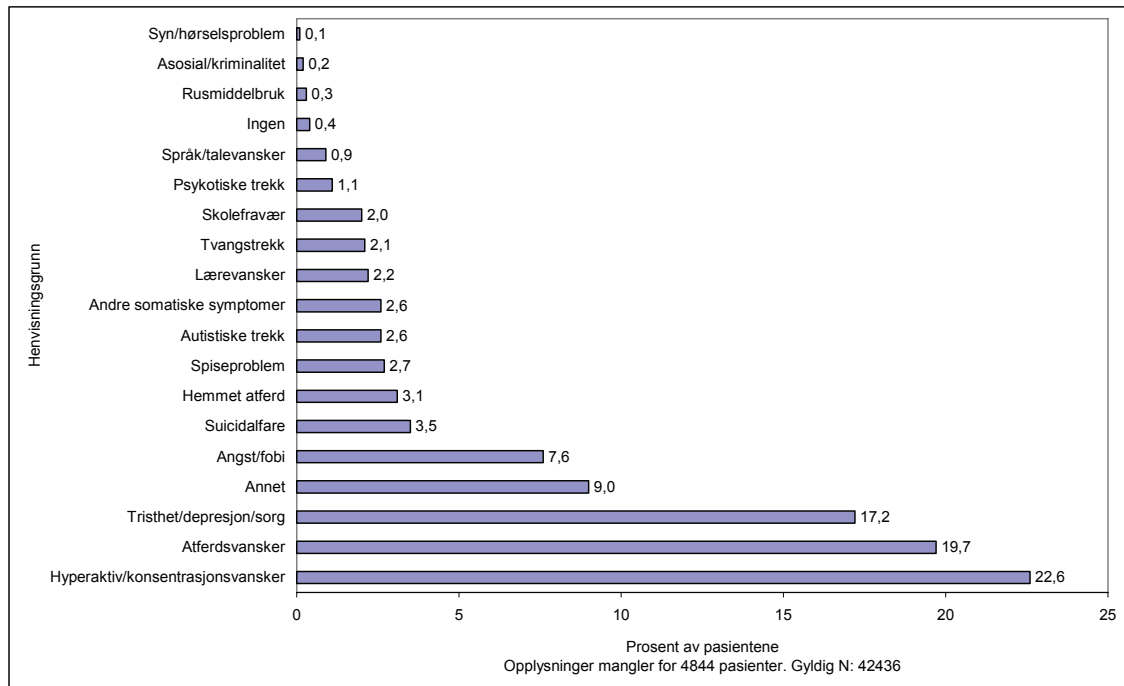
Henvisende instans	Totalt		0 tom 5 år		6 tom 12 år		3 tom 17 år		Over 18 år	
	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent	Antall	Pro-sent
Pasienten selv	24	0,1	1	0,0	0,0	0,0	11	0,1	12	0,4
Fastlege/ primærlege	22 049	60,3	1 547	67,8	8 357	56,7	10 247	61,2	1 898	67,8
Øvrig primærhelse- tjeneste	2 790	7,6	144	6,3	909	6,2	1 458	8,7	279	10,0
Spesialist- helsetjenesten	171	0,5	7	0,3	72	0,5	73	0,4	19	0,7
Barnehage, skolesektor, PPT	6 225	17,0	225	9,9	3 384	23,0	2 392	14,3	224	8,0
Sosialtjeneste, barnevern	3 950	10,8	261	11,4	1 494	10,1	1 943	11,6	252	9,0
Politi/fengsel/ rettsvesen	13	0,0	0	0,0	3	0,0	7	0,0	3	0,1
Andre tjenester	1 298	3,6	96	4,2	507	3,4	585	3,5	110	3,9
Privatpraktiserede spesialister	25	0,1	0	0,0	7	0,0	15	0,1	3	0,1
Totalt	36 545	100,0	2 281	100,0	14 733	100,0	16 731	100,0	2 800	100,0
Manglende svar	10 735	22,7								

Datakilde: NPR

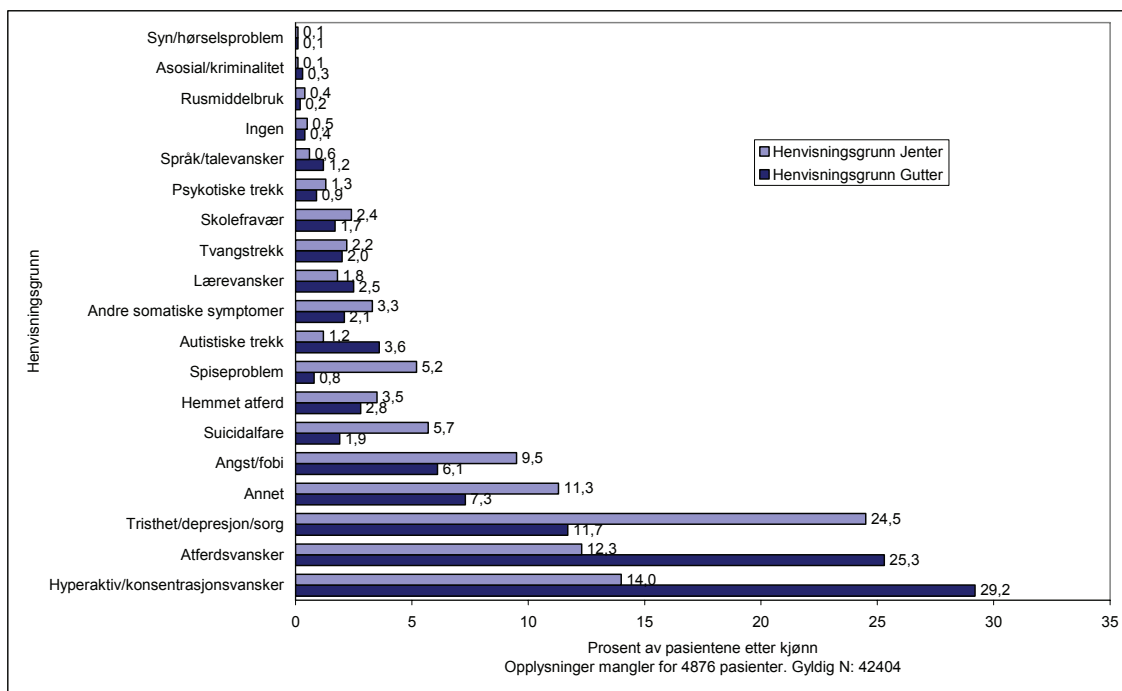
Det er fastlegen/primærlegen som står for den største andelen av henvisningene (60 prosent), både blant gutter (57 prosent) og blant jenter (65 prosent), og over ulike aldersgrupper. Deretter kommer henvisninger fra barnehage, skolesektor og PPT (17 prosent), hyppigere blant guttene (22 prosent) enn blant jentene (elleve prosent), og noe hyppigere blant barn i alderen 6-12 år (23 prosent) enn i de øvrige aldersgruppene. Sosialtjeneste og barnevern (elleve prosent) og øvrig primærhelsetjeneste (7 prosent) er også viktige instanser for henvisning. Mønsteret er her det samme blant gutter og jenter og også innen ulike aldersgrupper.

11.5 Grunner for henvisning

I det psykiske helsevernet for barn og unge behandles pasienter fra null til atten år og deres familier for et vidt spekter av lidelser. Lidelsene strekker seg fra sosiale og emosjonelle problemer av ulik alvorlighet og intensitet til utviklingsforstyrrelser og andre biologiske tilstander. Figur 11.1 gir en oversikt over henvisningsgrunner. Figur 11.2 viser den samme fordelingen for hvert av kjønnene.



Figur 11.1 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. Prosentvis fordeling. 2006.



Figur 11.2 Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. Prosentvis fordeling for hvert kjønn.

Flest pasienter ble henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (23 prosent), atferdsvansker (20 prosent) og tristhet, depresjon og uro (17 prosent).

Henvisningsgrunnene er forskjellige for gutter og jenter. Tristhet/depresjon/sorg utgjør den vanligste henvisningsgrunnen blant jenter (25 prosent), mens hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker er den vanligste henvisningsgrunnen blant gutter (29 prosent). En større andel gutter henvises med bakgrunn i atferdsvansker (25 prosent) enn jenter (tolv prosent). Jentene ble i større grad enn gutter henvist med problemer som for eksempel suicidalfare (seks prosent av jentene), angst/fobi (ti prosent av jentene) og spiseproblemer (fem prosent av jentene).

Vi har også undersøkt henvisningsgrunner i ulike aldersgrupper, se tabell 11.6.

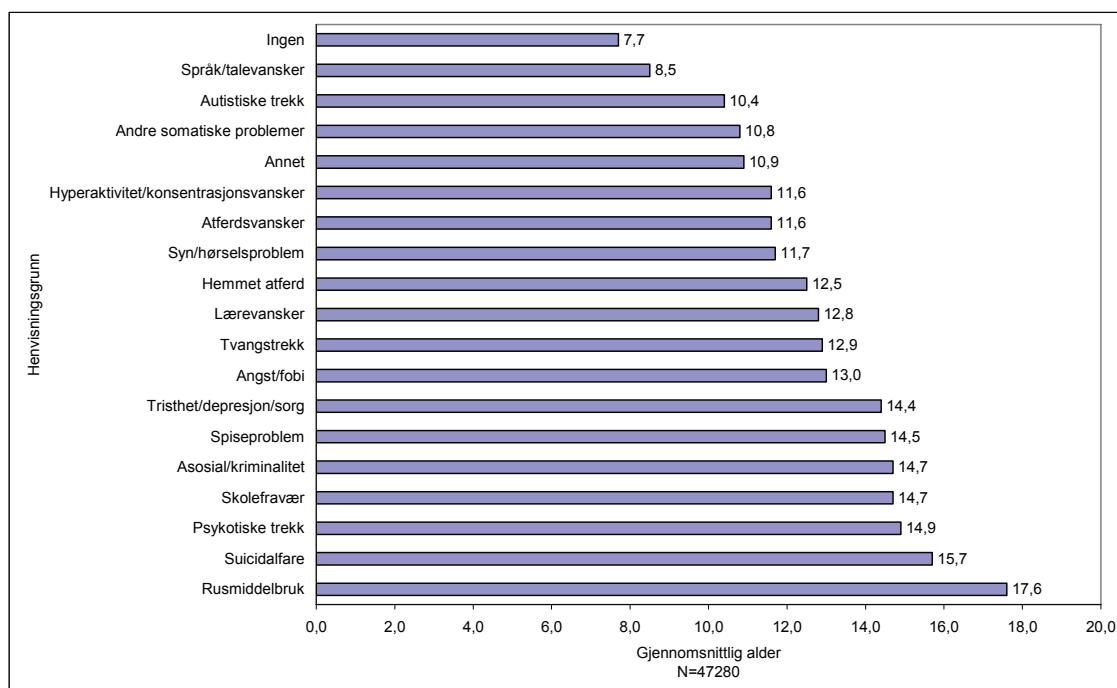
Tabell 11.6 Henvisningsgrunn for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. Prosentandel totalt og innen ulike aldersgrupper. 2006.

	Totalt		0 tom 5		6 tom 12		13 tom 17		18 år og eldre	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Autistiske trekk	1 089	2,6	158	6,4	582	3,4	311	1,6	38	1,2
Psykotiske trekk	460	1,1	3	0,1	89	0,5	294	1,5	74	2,3
Suicidalfare	1 494	3,5	0	0,0	126	0,7	1 097	5,6	271	8,5
Hemmet atferd	1 301	3,1	67	2,7	523	3,0	626	3,2	85	2,7
Angst/fobi	3 212	7,6	84	3,4	1 331	7,7	1 485	7,6	312	9,8
Tvangstrekk	893	2,1	23	0,9	370	2,1	437	2,2	63	2,0
Tristhet/depresjon/sorg	7 294	17,2	88	3,6	1 799	10,4	4 513	23,1	894	28,0
Skolefravær	847	2,0	2	0,1	130	0,8	639	3,3	76	2,4
Atferdsvansker	8 359	19,7	455	18,5	4 358	25,3	3 215	16,5	331	10,4
Hyperaktiv/ konsentrasjonsvansker	9 611	22,6	391	15,9	5 288	30,7	3 502	17,9	430	13,5
Rusmiddelbruk	141	0,3	0	0,0	2	0,0	89	0,5	50	1,6
Asosial/kriminalitet	87	0,2	0	0,0	21	0,1	53	0,3	13	0,4
Lærevansker	947	2,2	15	0,6	414	2,4	472	2,4	46	1,4
Språk/talevansker	402	0,9	103	4,2	225	1,3	66	0,3	8	0,3
Syn/hørselsproblem	35	0,1	6	0,2	8	0,0	18	0,1	3	0,1
Spiseproblem	1 135	2,7	78	3,2	134	0,8	748	3,8	175	5,5
Andre somatiske symptomer	1 123	2,6	183	7,4	462	2,7	421	2,2	57	1,8
Annet	3 828	9,0	725	29,4	1340	7,8	1 508	7,7	255	8,0
Ingen	178	0,4	83	3,4	40	0,2	48	0,2	7	0,2
Sum	42 436	100	2 464	100	17 242	100	19 542	100	3188	100
Ikke angitt	4 844	10,2								
Totalt antall pasienter	47 280	100								

Datakilde: NPR

23 prosent av pasientene ble henvist med bakgrunn i hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. Andelen var høyere for aldersgruppen seks til tolv år (31 prosent) enn for de øvrige aldersgruppene (14-18 prosent). 17 prosent var henvist for tristhet/depresjon/sorg. Andelen var høyere blant pasienter over 18 år (28 prosent) og mellom 13 og 17 år (23 prosent) enn i de øvrige aldersgruppene. Tristhet/depresjon/sorg, utgjør den mest hyppige henvisningsårsaken i aldersgruppen 13-17 år. Suicidalfare og spiseforstyrrelser gjelder hovedsakelig pasienter som er 13 år og eller eldre. For barn og unge mellom seks og tolv år er hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (31 prosent) og atferdsvansker (25 prosent) de mest vanlige henvisningsgrunnene.

Vi har undersøkt om det er en signifikant forskjell i alder mellom pasienter med ulike henvisningsgrunn²³. Figur 11.3 viser gjennomsnittsalder etter henvisningsgrunn.



Figur 11.3 Gjennomsnittsalder for pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge etter henvisningsgrunn. 2006.

Resultatene viser at alderen var signifikant forskjellig for ulike henvisningsgrunner ($p < 0,001$)²⁴. Barn og ungdom henvist med utgangspunkt i "sosiale" lidelser som eksempelvis suicidalfare, rusmiddelbruk, asosial eller kriminell atferd, tristhet/depresjon/sorg og spiseproblemer, er i gjennomsnitt signifikant eldre enn pasienter henvist med bakgrunn i lidelser som for eksempel autistiske trekk, språk/talevansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker.

11.6 Multiaksial klassifikasjon i PHBU

Det ICD 10-baserte klassifikasjonssystemet "Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske lidelser" benyttes for å kode tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. Verdens Helseorganisasjon gav ut dette klassifikasjonssystemet i 1996 (WHO, 1996). Formålet med å benytte et multiaksialt system er å bedre beskrive forskjellige sider ved pasientens tilstand, og med dette gi et mer dekkende bilde av hva lidelsen betyr for pasientens liv.

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet består av følgende diagnoseakser:

- Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom
- Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- Akse 3: Intelligensnivå
- Akse 4: Somatiske tilstander

²³ Enveis variansanalyser (UNIANOVA). Post hoc tester ble gjennomført ved bruk av Bonferronis post hoc test.

²⁴ $F = 360,77$, $df = 18$, $R^2 = 0,132$

- Akse 5: Avvikende psykososiale forhold
- Akse 6: Global vurdering av funksjonsnivå (GADP)

I et fleraksialt kodesystem må alle aksene kodes, og hver kode hører hjemme på kun én akse. Ingen av aksene har forrang foran de andre, og begrepet hovedtilstand benyttes innen hver av aksene 1, 2, 4 og 5 (Hansen-Bauer, 2006). Fem av aksene vurderer pasientens symptom mønster, og diagnoseakse 6 omhandler pasientens globale funksjonsnivå. Diagnoseakse 6 er en global vurdering av pasientens psykososiale funksjonsnivå ved innkomst og utskrivning. I det fleraksiale kodesystemet skal hovedtilstanden registreres først. Hovedtilstanden er den som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Dersom det er slik at mer enn en tilstand betraktes som hovedtilstand, skal den mest ressurskrevende tilstanden velges.

Det har i økende grad blitt rettet søkelys på diagnoser og tilstander i psykisk helsevern for barn og unge. Samtidig har det av ulike årsaker vært en viss tilbakeholdenhet med å sette diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge.

En av kvalitetsindikatorerne i Nasjonalt indikatorsett for psykisk helsevern er "Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien". Aksene 1, 2, 5 og 6 inngår i denne kvalitetsindikatoren. Målet er at 90 prosent av pasientene i psykisk helsevern for barn og unge skal være diagnostisert. I regi av Sosial og Helsedirektoratet er en veileder for multiaksial klassifikasjon for psykisk helsevern for barn og unge under utarbeidelse. Denne vil bli gjeldende fra 1.1.2008.

Registreringen av diagnosedata er fortsatt svært mangelfull for flere av aksene. Tabell 11.7 viser andel manglende data for hver av aksene.

Tabell 11.7 Andel rapportert ingen diagnose/tilstand på aksene innen det multiaksiale klassifikasjonssystemet. Fordelt på gutter og jenter. 2006.

Totalt	Akse 1	Akse 2	Akse 3	Akse 4	Akse 5	Akse 6
N	15 504	32 608	31 940	26 357	21 044	20 321
Prosent	32,8	69,0	67,6	55,7	44,5	43
Jenter						
N	6 979	14 575	15 014	11 500	9 046	8 901
Prosent	34,0	71,0	73,1	56,0	44,0	43,3
Gutter						
N	8 503	18 002	16 895	14 829	11 970	11 392
Prosent	31,8	67,4	63,3	55,5	44,0	43,3

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

For diagnoseakse 2, 3 og 4 mangler vi data for over halvparten av pasientene. I årets rapport presenteres derfor bare tall for diagnoseakse 1 og diagnoseakse 6, se tabell 11.8 og 11.9. For diagnoseakse 1, klinisk psykiatrisk syndrom, mangler diagnose for 33 prosent av pasientene. For diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå, mangler svar for 43 prosent av pasientene.

11.6.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Tabell 11.8 Diagnoseakse 1, klinisk psykiatrisk syndrom, fordelt på kjønn. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Diagnoseakse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	Totalt		Gutter		Jenter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Organiske symptomatiske lidelser	34	0,1	19	0,1	15	0,1
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser v/psykoaktiva	89	0,3	43	0,2	46	0,3
Schizofreni og andre paranoide lidelser	183	0,6	94	0,5	89	0,7
Affektive lidelser	2 395	7,5	657	3,6	1 737	12,8
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	4 380	13,8	1 751	9,6	2 627	19,4
Atferdssyndromer i forbindelse med fysiske faktorer	663	2,1	69	0,4	594	4,4
Personlighets- og atferdsforstyrrelse	82	0,3	31	0,2	51	0,4
Hyperkinetisk forstyrrelse	8 506	26,8	6 368	35,0	2 138	15,8
Atferdsforstyrrelser	821	2,6	574	3,2	247	1,8
Blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser	895	2,8	539	3,0	356	2,6
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	1 455	4,6	691	3,8	763	5,6
Forstyrrelser i sosial fungering	763	2,4	371	2,0	392	2,9
Tics	516	1,6	431	2,4	85	0,6
Andre atferdsforstyrrelser og føl.m. forstyrrelser	831	2,6	533	2,9	298	2,2
Uspesifisert psykisk lidelse	64	0,2	26	0,1	38	0,3
Annet, F70-F79, F80-F89, Z-diagnoser	8 530	26,8	5 141	28,2	3 383	24,9
Ingen diagnose	1 569	4,9	866	4,8	703	5,2
Sum	31 776	100,0	18 204	100,0	13 562	100,0
Ukjent, ikke registrert diagnose	15 504	32,8	8503	31,8	6979	34,0
Totalt utvalg	47 280	100				

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn mangler for 32 personer i utvalget.

Diagnoseakse 1 omhandler klinisk psykiatrisk syndrom. Tabell 11.8 viser at den hyppigst forekommende diagnosen/tilstanden er hyperkinetiske forstyrrelser (26,8 prosent). Hyperkinetiske forstyrrelser er tilstander preget av forstyrret konsentrasjon og oppmerksomhet og/eller sykkelig høyt aktivitetsnivå. Tilstanden må være til stede i minimum seks måneder før fylte syv år for å tilfredsstille kravene til diagnosen. Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (13,8 prosent) er også hyppig forekommende diagnoser i tillegg til andre diagnosekategorier som F70-F79, F80-F89 og Z-diagnoser (26,8 prosent).

En større andel gutter har fått diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser (35,0 prosent), sammenlignet med jenter (15,8 prosent). Hyperkinetiske forstyrrelser er den vanligste diagnosen blant gutter som mottok et tilbud i psykisk helsevern for barn og unge i 2006. En

større andel jenter enn gutter hadde fått diagnosen "nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser" (19,4 prosent) og "affektive lidelser" (12,8 prosent). Diagnosekategorien "nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser" var den hyppigst forekommende diagnosekategorien blant jenter i 2006, sammen med kategorien "annet, F70-F79, F80-F89 og Z-diagnoser" (se tabell 11.8).

11.6.2 Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå

I ICD-10 er det også gitt muligheter for bruk av multiple diagnoser for å beskrive tilstanden mest mulig nyansert. På diagnoseakse 6 skal barnets/ungdommens funksjonsnivå registreres. Resultatene fra en frekvensanalyse på denne diagnosekategorien (tabell 11.9) må tolkes med forsiktighet, grunnet et høyt antall manglende data.

Tabell 11.9 Diagnoseakse 6, global vurdering av funksjonsnivå (GADP), fordelt på kjønn. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Diagnoseakse 6: Global vurdering av funksjonsnivå	Totalt		Gutter		Jenter	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Utmerket, god sosial fungering	723	2,7	338	2,2	384	3,3
Moderat (alminnelig) sosial fungering	5 083	18,9	2 415	15,8	2 666	22,9
Lett sosial forstyrrelse	7 175	26,6	3 948	25,8	3 226	27,7
Moderat sosial forstyrrelse	8 237	30,6	4 982	32,5	3 255	28,0
Alvorlig sosial forstyrrelse	4 288	15,9	2 700	17,6	1 588	13,6
Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	963	3,6	636	4,2	327	2,8
Ute av stand til å fungere på de fleste områder	257	1,0	140	0,9	117	1,0
Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	187	0,7	123	0,8	64	0,5
Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	46	0,2	33	0,2	13	0,1
Totalt	26 959	100	15 315	100	11 640	100
Ikke angitt/Manglende svar	20 321	43				
Totalt utvalg	47 280					

Datakilde: NPR

Opplysninger om kjønn manglet for 32 pasienter i 2006.

Totalt var 21 prosent av pasientene klassifisert innen kategoriene fra en alvorlig til svært alvorlig sosial forstyrrelse. Tendensen viser at en større andel av guttene (24 prosent) som mottok et tilbud i 2006 enn jenter (18 prosent) hadde blitt klassifisert innen en av disse kategoriene.

11.7 Individuell plan

Pasientrettighetslovens § 2–5 regulerer retten til individuell plan og innebærer at personer som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en slik plan. Formålet med en individuell plan er at den enkelte persons behov for tjenester skal sikres. Planen skal benyttes til å styre tjenestenes utforming og sammenstilling, og skal være et hjelpemiddel for å kartlegge behovet for tjenester, samt beskrive

aktuelle tiltak for den enkelte pasient. Den individuelle planen kan samtidig være et viktig virkemiddel for å plassere ansvar og oppgaver mellom ulike tjenester og nivåer.

Barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier kan ofte oppleve å møte et fragmentert hjelpeapparat, der de ulike tjenesteyterne ikke koordinerer tjenestene i tilstrekkelig grad. Målet er at den enkeltes familie og barnet eller ungdommen skal bli hørt, samtidig som de skal ha reell innflytelse på det tilbudet som blir gitt. I Psykisk helsevernlovens § 4 pålegges institusjonene innen psykisk helsevern for barn og unge en rettslig plikt til å utarbeide individuelle planer, der helseforetakene har et overordnet ansvar for at dette blir gjort.

Tidligere studier har vist at bruk av individuell plan er mer utbredt blant pasientgrupper med antatt mer alvorlige og sammensatte vansker, sammenlignet med pasientgrupper med antatt lettere problematikk (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Andersson, Ose og Sitter (2005) undersøkte og kartla behandlingstilbudet for barn og ungdom som mottok behandling innen psykisk helsevern på et gitt tidspunkt i 2003/2004. Resultatene fra denne studien viser at i alt 20 prosent av pasientene hadde en individuell plan. De fant også at individuell plan ble brukt bevisst og målrettet mot pasienter med antatt mer alvorlige og sammensatte lidelser.

Tabell 11.10 viser hvor stor andel av pasientene som hadde fått utarbeidet individuell plan.

Tabell 11.10 Antall og andel pasienter som har/ikke har fått utarbeidet individuell plan. Psykisk helsevern for barn og unge, 2006.

Individuell plan	Antall	Prosent
Ja	3 662	7,7
Nei	43 294	91,6
Totalt	46 956	99,3
Missing	324	0,7
Totalt utvalg	47 280	100

Datakilde: NPR

Knappt åtte prosent av pasientene hadde fått utarbeidet en individuell plan. Dette er betydelig lavere enn i undersøkelsen referert ovenfor. Årsaken til denne forskjellen er sannsynligvis utvalgsriteriene. Den refererte undersøkelsen bygde på punktregistreringer. Dette gir en høyere andel pasienter med behov for langvarig behandling og alvorligere problematikk enn en undersøkelse som baseres på alle pasienter behandlet i løpet av ett år.

Individuell plan er en lovfestet rett for mennesker med langvarige og sammensatte psykiske lidelser. Vi har derfor undersøkt hvilke diagnosegrupper som hadde fått utarbeidet en individuell plan, og for få et innblikk i hvilke diagnosegrupperinger hvor man mener dette er nødvendig. Resultatene er gjengitt i tabell 11.11.

Tabell 11.11 Antall og prosent i ulike diagnosegrupper (akse 1) totalt og for henholdsvis med og uten individuell plan. Andel og prosent. Pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge. 2006.

Diagnose	Har individuell plan		Har ikke individuell plan		Totalt	
	Antall	Prosent totalt	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ingen diagnose	120	3,8	1 449	5,1	1 569	5,0
Organiske symptomatiske lidelser	5	0,2	28	0,1	33	0,1
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser v/psykoaktiva	11	0,3	75	0,3	86	0,3
Schizofreni og andre paranoide lidelser	37	1,2	145	0,5	182	0,6
Affektive lidelser	278	8,8	2 095	7,3	2 373	7,5
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	444	14,1	3 920	13,8	4 364	13,8
Atferdssyndromer i forbindelse med fysiske faktorer	82	2,6	576	2,0	658	2,1
Personlighets- og atferdsforstyrrelse	7	0,2	75	0,3	82	0,3
Hyperkinetisk forstyrrelse	907	28,7	7 568	26,5	8 475	26,8
Atferdsforstyrrelser	76	2,4	745	2,6	821	2,6
Blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser	116	3,7	778	2,7	894	2,8
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	237	7,5	1 217	4,3	1 454	4,6
Forstyrrelser i sosial fungering	107	3,4	656	2,3	763	2,4
Tics	51	1,6	463	1,6	514	1,6
Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser	101	3,2	727	2,6	828	2,6
Uspesifisert psykisk lidelse	7	0,2	57	0,2	64	0,2
Annet, F70-F79, F80-F89, Z-diagnoser	573	18,1	7 933	27,8	8 506	26,9
Sum	3 159	100,0	28 507	100,0	31 666	100,0
Ukjent, ikke registrert diagnose	503	13,7	14 787	34,2	15 290	32,6
Totalt	3 662		43 294		46 956	

Datagrunnlag: NPR.

Opplysninger om kjønn mangler for 32 pasienter i 2006.

Det er gjennomgående små forskjeller med hensyn til utarbeidelse av individuell plan etter diagnosegrupper. En noe større andel med diagnosene følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen, schizofreni og andre paranoide lidelser, affektive lidelser og blandede atferds og følelsesmessige forstyrrelser hadde fått utarbeidet individuell plan, sammenlignet med de pasientene som ikke hadde fått en slik plan.

Av de 3 662 pasientene som i 2006 hadde individuell plan hadde 28,7 prosent fått diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse. Hyperkinetisk forstyrrelse er en utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved normal begavelse, men problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon,

høyt aktivitetsnivå og stor grad av impulsivitet. Hyperkinetiske forstyrrelser kan gi problemer på skolen, sosiale problemer som for eksempel vansker med å forholde seg til flere personer om gangen, og andre problemer som eksempelvis problemer med å organisere seg. Videre var 14,1 prosent av pasientene som hadde fått utarbeidet en individuell plan diagnostisert med nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, som for eksempel fobier og andre angstlidelser.