

RAPPORT



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIHPPIJVIESSO



ULLEVÅL
universitetssykehus



Sykehuset Buskerud

En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2005 – Sluttrapport

- *Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog*
- *Akuttpost for ungdom i Bodø*
- *Ungdomsenheten i Drammen*
- *Akuttpost ved BUP Klinikk, St. Olavs hospital*
- *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, Kjersti Heberg, Anne Marie Hesle, Gunnar Jensen, Kjetil Nilssen, Frank Ivar Nohr, Pål M. Olstad, Liv Ristvedt, Kjersti Syversen, Tarje Tinderholt, Per Kristian Vistung, Marit Leer Øyaas,

SINTEF Helse

**SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2005.**- Sluttrapport**

FORFATTER(E)

Kari Birkhaug, Lise Baklund, Andreas Bolgjen, Trond Hatling, Kjersti Heberg, Anne Marie Hesle, Gunnar Jensen, Kjetil Nilssen, Frank Ivar Nohr, Pål M. Oistad, Liv Ristvedt, Kjersti Syversen, Tarje Tinderholt, Per Kristian Vistung, Hannele Yttrehus, Marit Leer Øyaas,

OPPDRAKSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. A688	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Seniorrådgiver Bjørg Gammersvik	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04193-4 82-14-04193-7	PROSJEKTNR. 78I057	ANTALL SIDER OG BILAG 169
ELEKTRONISK ARKIVKODE i:\7853 Psykisk HA\78I05730\Rapport 2006	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2006-12-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forsknings sjef Britt Venner <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

Prosjektet En multisenterstudie 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. Enhetene har i 2004, 2005 og 2006 fått delfinansiering fra henholdsvis R.BUP Øst og Sør, R.BUP Midt-Norge og i 2005 også fra R.BUP Nord. Multisenterstudiet har så langt to hovedproblemstillinger:

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

Rapporten er en samlet beskrivelse av fem akutt enheter for ungdom innen psykisk helsevern for barn og unge, og redegjør for tilstanden i 2005. Beskrivelsene er utarbeidet av hver av de fem enhetene, hvor en har samarbeidet nært om hvilke tema beskrivelsen skulle dekke. Denne rapporten er den tredje og siste publikasjonen hvor vi beskriver akutttilbudet for ungdom (se Birkhaug et al.2005a, Birkhaug et al. 2005b). I forhold til de to forrige rapportene er denne rapporten vesentlig utvidet, oppdatert og systematisert.

- En betydelig forbedring av pasientopplysningene
- Utdyping/presisering av en lang rekke underpunkter for å gjøre innholdet mer sammenlignbart på tvers av enhetene.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helse	Mental health
GRUPPE 2	Ungdom	Adolescents
EGENVALGTE	Akutttilbud	Acute care
	Enhetsbeskrivelser	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 Drammen, BUP klinikk i Trondheim og Ungdomspsykiatrisk akuttenhet 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 akuttenhetene 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?

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 litteraturliste om akutttilbudet for ungdom. Hovedvekten har i prosjektets andre fase vært å samle inn opplysninger om hvert enkelt opphold ved hjelp av et såkalt episodeskjema, som del av Evalueringsnettverk for akuttpsykiatri (vedlegg 1). Her ble det samlet inn opplysninger om ca 440 episoder totalt.

Denne rapporten er den tredje og siste publikasjonen hvor vi beskriver akutttilbudet for ungdom (se Birkhaug et al. 2005a, Birkhaug et al. 2005b). Med bakgrunn i erfaringene fra de to første rapportene har det vært gjennomført et stort systematiseringsarbeid rundt innhold og oppbygging i forberedelsene til sluttrapporten. I forhold til de to forrige rapportene er denne rapporten vesentlig utvidet, oppdatert og systematisert, blant annet:

- En betydelig forbedring av pasientopplysningene
- Utdyping/presisering av en lang rekke underpunkter for å gjøre innholdet mer sammenlignbart på tvers av enhetene

Denne rapporten behandler ikke spørsmålet om konsekvenser av de ulike organisasjons- og arbeidsformer. Dette vil bli analysert i videre publikasjoner.

To publikasjoner er nå under arbeid, hvor en delvis anvender opplysninger fra denne rapporten.:

1. *Acute mental health services for adolescents – what is it?*
 - Med hovedvekt på å beskrive tilbud og innhold samlet og mellom de fem enhetene, ved å anvende opplysninger fra både enhetsbeskrivelsene og episodeskjemaet.
2. *Adolescents in psychiatric acute care in Norway: Patients characteristics, symptom severity and change.*
 - Hva karakteriserer de som får tilbudet? Type og grad av problemer og symptomer.
 - Hvordan endrer de seg i løpet av oppholdet?
 - Er det enhetsforskjeller (pasienter og endring)?
 - Er det pasientforskjeller når det gjelder endring? Kan kjennetegn ved pasienten predikere endring? (alvorlighetsgrad, paragraf, diagnose, etc.)

For begge artiklene inngår deltakere fra alle de fem akutenhetene, med fordelt skriveansvar.

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 (i 2006 erstattet av sosiolog Inger Ohren), prosjektsekretær Kjersti Heberg
- Bodø: Prosjektleder psykolog Gunnar Jensen, prosjektmedarbeidere miljøterapeutene Kjersti Syversen (gikk ut av prosjektet i 2006) og Frank Ivar Nohr
- Drammen: Prosjektleder klinisk pedagog Kjetil Nilssen, prosjektmedarbeidere filosof Lise Baklund og enhetsleder Liv Ristvedt, prosjektsekretær Hannele Yttrehus.
- Sør-Trøndelag: Prosjektleder overlege Andreas Bolgien (prosjektmedarbeider fra 2006), prosjektmedarbeider miljøterapeut Marit Leer Øyaas (prosjektleder fra 2006) og prosjektmedarbeider miljøterapeut Pål M. Olstad.
- Ullevål: Prosjektleder barnevernpedagog/miljøarbeider m TVIP 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 og 2005 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. Det lokale prosjektet i Bodø ble etter søknad delvis finansiert av midler fra R.BUP Nord for 2005. Alle de fem enhetene har fått midler fra sine respektive R.BUP i 2006.

Innholdsfortegnelse

Innledning	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt	14
1 Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog. Avdelingsbeskrivelse 2005	19
Forord	21
1.1 Organisatorisk oppbygging/rammer	22
1.1.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	23
1.1.2 Opptaksområde	23
1.1.3 Målgruppe	23
1.1.4 Funksjon	23
1.2 Ressurser	23
1.2.1 Personellressurser	23
1.2.2 Bygningsmessige ressurser	25
1.2.3 Øvrige ressurser	25
1.2.4 Undervisning/veiledning/opplæring av eget personale	25
1.3 Behandlingstilbudet	25
1.3.1 Type "omsorgsform"	25
1.3.2 Ideologi/grunnlagstenkning	25
1.3.3 Inntak	26
1.3.3.1 Ulike typer inntak	26
1.3.3.2 Inntaksprosedyre	26
1.3.4 Utredningsmetoder	27
1.3.5 Individualterapi	27

1.3.6	Miljøterapi	28
1.3.7	Husregler	29
1.3.8	Familieterapi/familiearbeid	30
1.3.9	Gruppetilbud.....	30
1.3.10	Medikamentell behandling	30
1.3.11	Skole	31
1.3.12	Faglig struktur i enheten	33
1.3.13	Skjerming og grensesetting	33
1.3.14	Bruk av tvang	33
1.3.15	Sikkerhetsprosedyrer	34
1.3.15.1	Pasientrelatert	34
1.3.15.2	Øvrige sikkerhetsprosedyrer	34
1.3.16	Møter og samarbeidsformer i enheten	35
1.3.16.1	Møter	35
1.3.17	Utskriving.....	35
1.3.17.1	Utskrivingskriterier	35
1.3.17.2	Utskrivingsprosedyre	35
1.4	Samarbeid med andre	36
1.5	Pasientdata 2005	36
1.5.1	Kommentarer til tabellene	36
1.5.2	Kjernetall	36
2	Akuttpost for ungdom Bodø. Avdelingsbeskrivelse 2005.....	49
	Forord	51
2.1	Organisatorisk oppbygging / rammer	51
2.1.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	51
2.1.2	Opptaksområde.....	51
2.1.3	Målgruppe	51
2.1.4	Funksjon	51
2.2	Ressurser	52
2.2.1	Personellressurser	52

2.2.2	Bygningsmessige ressurser.....	53
2.2.3	Øvrige ressurser.....	53
2.2.4	Undervisning/veiledning/opplæring av personale.....	53
2.3	Behandlingstilbudet.....	54
2.3.1	Type omsorgsform	54
2.3.2	Ideologi/grunnlagstenkning	54
2.3.3	Inntak.....	54
	2.3.3.1 Ulike hovedgrupper av inntak	54
	2.3.3.2 Inntaksprosedyre.....	55
2.3.4	Utredningsmetoder.....	55
2.3.5	Individualterapi.....	56
2.3.6	Miljøterapi	56
2.3.7	Husregler	57
2.3.8	Familieterapi / familiesamtaler / familiearbeid.....	58
2.3.9	Gruppetilbud.....	59
2.3.10	Medikamentell behandling	59
2.3.11	Skole.....	59
2.3.12	Faglig struktur i enheten	60
2.3.13	Skjerming og grensesetting	60
2.3.14	Bruk av tvang.....	60
2.3.15	Sikkerhetsprosedyrer.....	61
	2.3.15.1 Pasientrelatert	61
	2.3.15.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer	61
2.3.16	Møte og samarbeidsformer – i enheten	61
	2.3.16.1 Møter	61
2.3.17	Annet internt samarbeid.....	61
2.3.18	Utskriving.....	62
	2.3.18.1 Utskrivningskriterier	62
	2.3.18.2 Utskrivningsprosedyre	62
2.4	Samarbeid med andre	62
2.4.1	Innad i BUPA-systemet	63

2.4.2	Andre deler av psykisk helsevern	63
2.4.3	Barnevern	63
2.4.4	Somatiske sykehus.....	63
2.4.5	Kommuner/bydeler.....	63
2.4.6	Universitet/høgskoler	63
2.5	Pasientdata 2005	63
2.5.1	Kommentarer til tabellene	63
2.5.2	Kjernetall:	63
3	Ungdomsenheten ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Drammen. Enhetsbeskrivelse 2005.	73
	Forord.....	75
3.1	Organisatorisk oppbygging/rammer	75
3.1.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	75
3.1.2	Opptaksområde.....	75
3.1.3	Målgruppe	76
3.1.4	Funksjon	76
3.2	Ressurser	76
3.2.1	Personellressurser	76
3.2.2	Bygningsmessige ressurser.....	78
3.2.3	Øvrige ressurser.....	78
3.2.4	Undervisning/veiledning/opplæring av eget personale.....	78
3.3	Behandlingstilbudet	79
3.3.1	Type "omsorgsform"	79
3.3.2	Ideologi/grunnlagstenkning	80
3.3.3	Inntak.....	82
	3.3.3.1 Ulike typer inntak	82
	3.3.3.2 Inntaksprosedyre.....	82
3.3.4	Utredningsmetoder	83
3.3.5	Individualterapi.....	83
3.3.6	Miljøterapi	83

3.3.7	Husregler for døgnenheten	84
3.3.8	Andre rutiner ved døgnenheten	84
3.3.9	Familieterapi	84
3.3.10	Gruppetilbud	85
3.3.11	Medikamentell behandling	85
3.3.12	Skole	86
3.3.13	Faglig struktur i enheten	86
3.3.14	Skjerming og grensesetting	86
3.3.15	Bruk av tvang	87
3.3.16	Sikkerhetsprosedyrer	87
3.3.16.1	Pasientrelatert	87
3.3.16.2	Øvrige sikkerhetsprosedyrer	87
3.3.17	Møte- og samarbeidsformer – i enheten	87
3.3.17.1	Møter	87
3.3.18	Utskriving	88
3.3.18.1	Utskrivningskriterier	88
3.3.18.2	Utskrivningsprosedyrer	88
3.4	Samarbeid med andre	89
3.4.1	Innad i BUP-systemet	89
3.4.2	Andre deler av psykisk helsevern	89
3.4.3	Barnevernet	89
3.4.4	Somatisk sykehus	90
3.4.5	Kommuner	90
3.4.6	Universitet/høgskoler	90
3.4.7	Andre helseforetak/andre akuttinstitusjoner for ungdom	90
3.5	Pasientdata 2005	90
3.5.1	Kommentarer til tabellene	90
3.5.2	Kjernetall	91

4	Akuttposten, BUP klinikk Trondheim St. Olavs Hospital universitetssykehus HF. Enhetsbeskrivelse 2005	107
	Forord	109
4.1	Organisatorisk oppbygning/rammer	109
4.1.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	113
4.1.2	Opptaksområdet	113
4.1.3	Målgruppe	113
4.1.4	Funksjon	113
4.2	Ressurser	113
4.2.1	Personalmessige ressurser	113
4.2.2	Bygningsmessige ressurser.....	115
4.2.3	Øvrige ressurser.....	115
4.2.4	Undervisning / veiledning / opplæring av eget personale	115
4.3	Behandlingstilbudet	116
4.3.1	Type "omsorgsform"	116
4.3.2	Ideologi/grunnlagstenkning	116
4.3.3	Inntak.....	116
	4.3.3.1 Ulike typer inntak	116
	4.3.3.2 Inntaksprosedyre.....	117
4.3.4	Utredningsmetoder	117
4.3.5	Individuallterapi.....	119
4.3.6	Miljøterapi	119
4.3.7	Husregler	121
4.3.8	Familieterapi/familiesamtaler.....	121
4.3.9	Gruppetilbud.....	122
4.3.10	Medikamentell behandling	122
4.3.11	Skole	122
4.3.12	Faglig struktur i enheten	125
4.3.13	Skjerming og grensesetting	125
4.3.14	Bruk av tvang	125

4.3.15	Sikkerhetsprosedyrer	126
4.3.15.1	Pasientrelatert	126
4.3.15.2	Øvrige sikkerhetsprosedyrer	126
4.3.16	Møte – og samarbeidsformer	126
4.3.16.1	Møter	127
4.3.16.2	Annet internt samarbeid	127
4.3.17	Utskriving.....	127
4.3.17.1	Utskrivingskriterier.....	127
4.3.17.2	Utskrivingsprosedyre	128
4.4	Samarbeid med andre	128
4.4.1	Innad i BUP-systemet	128
4.4.2	Andre deler av psykisk helsevern	128
4.4.3	Barnevern	129
4.4.4	Somatiske sykehus.....	129
4.4.5	Kommuner / bydeler.....	129
4.4.6	Universitet / høgschooler	129
4.5	Pasientdata 2005	130
4.5.1	Kommentar til tabellene	130
4.5.2	Kjernetall	130
5	Ungdomspsykiatrisk akutt enhet Ullevål universitetssykehus. Enhetsbeskrivelse 2005.....	141
Forord	143
5.1	Organisatorisk oppbygging / rammer	144
5.1.1	Øvrige enheter i BUP-organisasjonen	144
5.1.2	Opptaksområde.....	145
5.1.3	Målgruppe	145
5.1.4	Funksjon	145
5.2	Ressurser	145
5.2.1	Personalressurser	145
5.2.2	Bygningsmessige ressurser.....	146

5.2.3	Øvrige ressurser	147
5.2.4	Undervisning / veiledning / opplæring av eget personale	147
5.3	Behandlingstilbudet	147
5.3.1	Type "omsorgsform"	147
5.3.2	Ideologi/grunnlagstenkning	147
5.3.3	Inntak.....	148
	5.3.3.1 Ulike typer inntak	148
	5.3.3.2 Inntaksprosedyre.....	148
5.3.4	Utredningsmetoder	149
5.3.5	Individualterapi	150
5.3.6	Miljøterapi	150
5.3.7	Husregler	151
5.3.8	Familieterapi / familiesamtaler	152
5.3.9	Gruppetilbud.....	153
5.3.10	Medikamentell behandling	153
5.3.11	Skole	153
5.3.12	Faglig struktur i enheten	154
5.3.13	Skjerming og grensesetting	154
5.3.14	Bruk av tvang	155
5.3.15	Sikkerhetsprosedyrer	156
	5.3.15.1 Pasientrelatert	156
	5.3.15.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer	156
5.3.16	Møte- og samarbeidsformer – i enheten	156
	5.3.16.1 Møter	156
5.3.17	Utskriving.....	157
	5.3.17.1 Utskrivingskriterier	157
	5.3.17.2 Utskrivingsprosedyre	157
5.4	Samarbeid med andre	158
5.4.1	Innad i BUP-systemet	158
5.4.2	Andre deler av psykisk helsevern	158
5.4.3	Barnevern	158

5.4.4	Somatiske sykehus.....	158
5.4.5	Kommuner/bydeler.....	158
5.4.6	Universitet / høyskoler.....	159
5.5	Pasientdata 2005.....	159
5.5.1	Kommentar til tabellene.....	159
5.5.2	Kjernetall.....	159

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Personalressurser	23
Tabell 1.2	Kjernetall.....	36
Tabell 1.3	Oversikt saker	37
Tabell 1.4	Kjønn/alder	37
Tabell 1.5	Henvisende instans	38
Tabell 1.6	Viktigste henvisningsgrunn barnet	38
Tabell 1.7	Inntil 3 henvisningsgrunner barnet	38
Tabell 1.8	Viktigste henvisningsgrunn barnets miljø.....	39
Tabell 1.9	Inntil 3 henvisningsgrunner barnets miljø	39
Tabell 1.10	Hjemmel for innleggelse	40
Tabell 1.11	Foreldreretten	40
Tabell 1.12	Omsorgssituasjon	40
Tabell 1.13	Etnisk tilhørighet mor og far	41
Tabell 1.14	Hjemmespråk.....	41
Tabell 1.15	Barnevernets rolle ved henvisning	42
Tabell 1.16	Barnevernets rolle – oppdatert.....	42
Tabell 1.17	Hva skjedde etter avslutning	42
Tabell 1.18	Diagnose ICD 10 - akse I	43
Tabell 1.19	Diagnose ICD 10 - akse II	44
Tabell 1.20	Diagnose ICD 10 - akse III	44
Tabell 1.21	Diagnose ICD 10 - akse IV	44
Tabell 1.22	Diagnose ICD 10 - akse V	45
Tabell 1.23	Diagnose ICD akse VI	45
Tabell 2.1	Personalressurser	52
Tabell 2.2	Oversikt saker	64
Tabell 2.3	Kjønn/alder	64
Tabell 2.4	Henvisende instans	65
Tabell 2.5	Henvisningsgrunn barnet	65

Tabell 2.6	Henvisningsgrunn miljøet	66
Tabell 2.7	Hjemmel for innleggelse	66
Tabell 2.8	Foreldre-retten	66
Tabell 2.9	Omsorgssituasjon	67
Tabell 2.10	Barnevernets rolle v/henvisning	67
Tabell 2.11	Barnevernets rolle, oppdatert	68
Tabell 2.12	Hva skjedde etter avslutning	68
Tabell 2.13	Diagnose ICD 10 Akse 1	68
Tabell 2.14	Diagnose ICD 10 Akse 2.....	69
Tabell 2.15	Diagnose ICD 10 Akse 3.....	70
Tabell 2.16	Diagnose ICD 10 Akse 4.....	70
Tabell 2.17	Diagnose ICD 10 Akse 5.....	71
Tabell 2.18	Diagnose ICD 10 Akse 6.....	71
Tabell 3.1	Personalressurser	76
Tabell 3.2	Årsverk etter profesjon.	77
Tabell 3.3	Oversikt over videreutdanning:	79
Tabell 3.4	Noen kjernetall	91
Tabell 3.5	Øyeblikkelig hjelp saker i 2005 fordelt på innleggelser, polikliniske og ambulante saker	92
Tabell 3.6	Oversikt polikliniske og ambulante tiltak i 2005:	92
Tabell 3.7	Oversikt saker	92
Tabell 3.8	Kjønn/alder	93
Tabell 3.9	Alder (som barnet fyller i år). Opptelling av henvisningsperioder.	93
Tabell 3.10	Henvisende instans	93
Tabell 3.11	Viktigste henvisningsgrunn barnet	94
Tabell 3.12	Inntil 3 henvisningsgrunner barnet	95
Tabell 3.13	Viktigste henvisningsgrunn barnets miljø.....	96
Tabell 3.14	Inntil 3 henvisningsgrunner barnets miljø	96
Tabell 3.15	Hjemmel for innleggelse	96
Tabell 3.16	Foreldreretten	97

Tabell 3.17	Omsorgssituasjon	97
Tabell 3.18	Etnisk tilhørighet mor	97
Tabell 3.19	Etnisk tilhørighet far	98
Tabell 3.20	Hjemmespråk	98
Tabell 3.21	Barnevernets rolle ved henvisning	98
Tabell 3.22	Barnevernets rolle oppdatert	99
Tabell 3.23	Hva skjedde etter avslutning	99
Tabell 3.24	Hoveddiagnoser ICD 10 Akse 1	99
Tabell 3.25	Alle diagnoser ICD 10 Akse 1	101
Tabell 3.26	Hoveddiagnose ICD 10 Akse 2	102
Tabell 3.27	Hoveddiagnose ICD 10 Akse 3	102
Tabell 3.28	Hoveddiagnose ICD 10 Akse 4	103
Tabell 3.29	Hoveddiagnose ICD 10 Akse 5	103
Tabell 3.30	Alle diagnoser ICD 10 Akse 5	104
Tabell 3.31	Hoveddiagnose ICD 10 Akse 6	105
Tabell 3.32	Alle diagnoser ICD 10 Akse 6	106
Tabell 4.1	Øvrige ressurser – samletabell.	114
Tabell 4.2	Oversikt saker.	130
Tabell 4.3	Kjønn/alder	131
Tabell 4.4	Henvisende instans.	131
Tabell 4.5	Viktigste henvisningsgrunn barnet	132
Tabell 4.6	Inntil 3 henvisningsgrunn barnet	132
Tabell 4.7	Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø	133
Tabell 4.8	Inntil 3 henvisningsgrunn barnets miljø	133
Tabell 4.9	Hjemmel for innleggelse	133
Tabell 4.10	Foreldreretten	134
Tabell 4.11	Omsorgssituasjon	134
Tabell 4.12	Etnisk tilhørighet mor	134
Tabell 4.13	Etnisk tilhørighet far	135
Tabell 4.14	Hjemmespråk	135

Tabell 4.15	Barnevernets rolle v henvisning	135
Tabell 4.16	Barnevernets rolle oppdatert.	136
Tabell 4.17	Hva skjedde etter avslutning	136
Tabell 4.18	Diagnoser (alle) ICD-10 Akse 1	136
Tabell 4.19	Diagnoser ICD-10 Akse 2	137
Tabell 4.20	Diagnoser ICD-10 Akse 3	138
Tabell 4.21	Diagnoser ICD-10 Akse 4	138
Tabell 4.22	Diagnoser ICD-10 Akse 5	139
Tabell 4.23	Diagnoser ICD-10 Akse 6	140
Tabell 5.1	Personalressurser	145
Tabell 5.2	Oversikt saker.	160
Tabell 5.3	Kjønn/alder	160
Tabell 5.4	Henvisende instans.	161
Tabell 5.5	Viktigste henvisningsgrunn barnet	161
Tabell 5.6	Inntil 3 henvisningsgrunn barnet	161
Tabell 5.7	Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø	162
Tabell 5.8	Inntil 3 henvisningsgrunn barnets miljø	162
Tabell 5.9	Hjemmel for innleggelse	163
Tabell 5.10	Foreldreretten	163
Tabell 5.11	Omsorgssituasjon	163
Tabell 5.12	Etnisk tilhørighet mor	164
Tabell 5.13	Etnisk tilhørighet far	164
Tabell 5.14	Hjemmespråk	164
Tabell 5.15	Barnevernets rolle v henvisning	165
Tabell 5.16	Barnevernets rolle oppdatert.	165
Tabell 5.17	Hva skjedde etter avslutning	165
Tabell 5.18	Diagnoser (alle) ICD-10 Akse 1	166
Tabell 5.19	Diagnoser ICD-10 Akse 2	167
Tabell 5.20	Diagnoser ICD-10 Akse 3	167
Tabell 5.21	Diagnoser ICD-10 Akse 4	168

Tabell 5.22	Diagnoser ICD-10 Akse 5	168
Tabell 5.23	Diagnoser ICD-10 Akse 6	169

1 Ungdomspsykiatrisk klinikk Lørenskog. Avdelingsbeskrivelse 2005.



Besøksadresse: Sykehusveien 55, 1478 Lørenskog

Postadresse: Sykehusveien 55, 1478 Lørenskog

Telefon: 67 91 24 00

Telefaks: 67 91 24 49

Kontaktpersoner: Kari Birkhaug, Kjersti Heberg

Epostadresse: kari.birkhaug@ahus.no, kjersti.heberg@ahus.no

Forord

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

Før bruk av tekst eller tall må forfatter kontaktes.

Dette prosjektet "En sammenlignende studie av akutttilbudet for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge", støttes finansielt av *Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør*.

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

Kort historikk

"Gamle Uk", døgninstitusjon opprettet 06.11.95 med 6 plasser for ungdom i alderen 13-18 år.

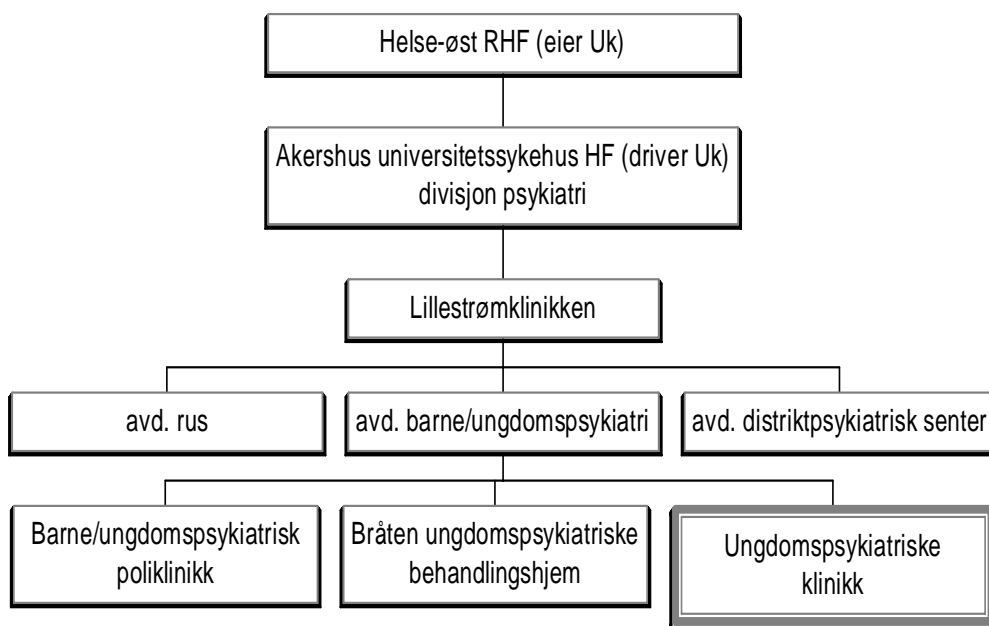
"Nye Uk" åpnet i nye lokaler 01.09.02 med fordoblet antall plasser (14 plasser, samt 2 skjermplasser, og 2 isolat).

"Mobilt Behandlingsteam" opprettet 15.08.05 med fem stillinger.

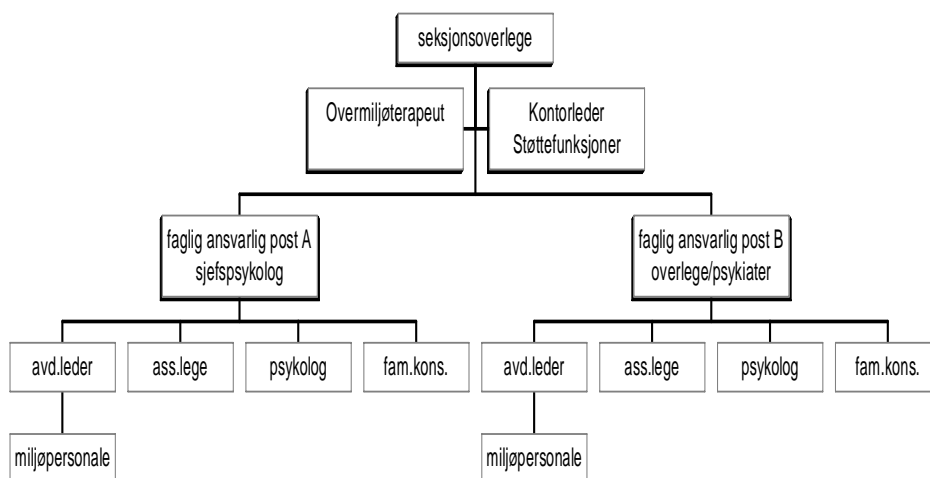
1.1 Organisatorisk oppbygging/rammer

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

Forenklet organisasjonskart 2005



Faglig internt organisasjonskart - Uk 2005



1.1.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Stillingene må ses i sammenheng med utarbeidede stillingsinstrukser.

Lillestrømklinikken er en allklinikk med tre enheter;

- avdeling rus
- avdeling distriktpsikiatrisk senter
- avdeling barne- og ungdomspsykiatri

Avdeling barne- og ungdomspsykiatri – består av:

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

1.1.2 Opptaksområde

Klinikken dekker Akershus fylke, unntatt 6 av 7 kommuner i Follo-regionen, samt bydelene Grorud og Stovner i Oslo Kommune og Rømskog kommune i Østfold fylke.

Dette utgjør det samlede opptaksområdet til 5 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker; Jessheim Bup, Lillestrømklinikken Bup, Asker Bup, Bærum Bup og Grorud Bup.

Opptaksområdets totale befolkningsantall er 446.761 (per 01.01.06), herunder 30.976 i aldersgruppen 13-17 år.

1.1.3 Målgruppe

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

1.1.4 Funksjon

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

1.2 Ressurser

1.2.1 Personellressurser

Tabell 1.1 Personellressurser

Målgruppe	12 - 18
Årsverk stab planlagt	9
Årsverk Stab faktisk	9
Antall ansatte staben totalt	9
Årsv. Overleger	2
Årsv. Psyk-spes	2
Årsv. ass-leger	2
Årsv. Psykologer	1
Årsv. fam-terap	2

Målgruppe	12 - 18
Årsv. Andre (avdelingssykepleier)	-
Årsverk Miljøet planlagt	53,25
Årsverk Miljøet, faktisk	50,3
Antall ansatte miljøet totalt	72
Hvorav Sykepl	12,5
Hvorav Vernepleier	7,9
Hvorav sosionomer	5,7
Hvorav pedagoger	5,1
Hvorav bv-pedagoger	12,6
Andre	6,5
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	15
Miljøterapi	3
Familieterapi	2
Psykisk helsearbeid	8
Rus	-
Veilednings-/konsultasjonsteknikk	3
Andre	-
Antall ekstravakter	Ca 34
Årsverk ekstravakt	-
Årsverk kontor	2,5
Andre (vaktmester, kokk etc)	3,5
Senger	14
Skjermet/krise	2
Isolat	
Fam-leilighet	1 ⁽¹⁾
Pas-hotell	Nei
Nyhenviste	98
Tatt imot	72
Alle i 2005	113
Innleggelser	90 (hvorav 18 reinnleggelser)
Antall forskjellige pasienter	-
Liggedøgn	4868
Gj liggedøgn	42,70
Beleggsprosent	83,35 ⁽²⁾
Sendt til VOP	-
Sendt til BK	-
Befolkningstall i målgruppa	31009 (13-17 år)
Opptaksområdet	Øvre/nedre Romerike, Grorud/Stovner bydel, Asker, Bærum, Rømskog og Enebakk kommune.

1) Familieenheten ved Uk er inkludert i antall senger

2) Her er beleggsprosent regnet ut fra 16 plasser. På 14 plasser beleggsprosenten 80,70.

1.2.2 Bygningsmessige ressurser

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, garderober, 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 garderober.

I 1.etg har stab og støttefunksjoner sine kontorer.

Klinikken har egen skole, med gymsal, og stort uteareale. Skolen har et areal ca 500 m².

1.2.3 Øvrige ressurser

Klinikken er en del av Lillestrømklinikken, og derved Akershus Universitetssykehus, og har derved tilgang til samme fasiliteter som andre ansatte i foretaket, jf. Organisasjonskart, for eksempel bibliotek og velferdsordninger.

1.2.4 Undervisning/veiledning/opplæring av eget personale

- Klinikken tar imot studenter fra følgende utdanninger; sykepleie/barnevernpedagogikk, vernepleie og psykologi.
- Miljøpersonalet har fast ekstern veiledning 1,45 time annenhver uke.
- Psykologer som ikke er spesialister, og leger i assistentlegestillinger 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 tar man opp aktuelle tema. Det være seg forhold som angår klinikken og samarbeidet, eller mer faglig påfyll og oppdatering.

1.3 Behandlingstilbudet

1.3.1 Type "omsorgsform"

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

1.3.2 Ideologi/grunnlagstenkning

Klinikken vektlegger en HELHETLIG forståelse av pasient og problematikk.

I dette inngår individualterapeutisk perspektiv, familie- og nettverksperspektiv.

Behandlingstilnærmingen er EKLEKTISK - ved at man ut fra 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 utskriving. Arbeid med individuell plan er sentral i denne sammenheng.

1.3.3 Inntak

1.3.3.1 Ulike typer inntak

a) Akuttinnleggelser

Akuttinnleggelse skjer uten mulighet til forberedelser (til forskjell fra 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 utredningsaker.

b) Elektive innleggelser / (halv)-styrte innleggelser

Dette er innleggelser der man prøver å utsette en innleggelse til neste dag, eventuelt over helgen. Dette for å gi pasienten og avdelingen anledning til å gjøre nødvendig forberedelser og eventuelt vurdere igjen om krisen avtar.

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.

1.3.3.2 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 kontrollkommisjonen 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.

Før inntak

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, polikliniklege eller psykiatrisk legevakt/ordinær legevakt begjærer pas. innlagt som øyeblikkelig hjelp. Det vurderes i hvert enkelt tilfelle om pasienten er i stand til å samarbeide om en frivillig innleggelse.

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

Ved inntak

Innleggelser skjer i medhold av psykisk helsevernloven. Når ungdommene kommer til enheten blir de tatt imot av en lege / psykolog / overlege og ett (eller flere) miljøpersonale. Ved tvangsinnleggelser skal det innen 24 timer fattes vedtak om innleggelse av person med vedtaksmyndighet (overlege eller psykologspesialist). På kveld / helg er det vakthavende

lege som, sammen med miljøpersonale, tar imot nye pasienter. I denne ordningen har en assistentlege primærvakt og en overlege bakvakt, forhold til tvangsinnleggelse.

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, miljøterapeuter, lærer og kontorfaglig har egne rutiner / prosedyrer for å sikre informasjon og oversikt. Teamet til hver enkelt pasient blir som oftest opprettet innen et døgn etter innleggelsen. Ved innleggelse i helger, kan det gå noe lenger tid.

Pårørende følger ofte ungdommene ved innleggelse og deltar ofte på innkomstsamtalen. Unntakene er ved høyt konfliktnivå eller at ungdom ikke ønsker å snakke med foreldre / pårørende tilstede. Løsningen kan da være at ungdommen og de pårørende snakker etter hverandre.

Når pasienter blir lagt inn for døgnopphold, kommer de rett inn i enheten, med mindre de har behov for skjerming på skjermet enhet.

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

1.3.4 Utredningsmetoder

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

- SCL-90-R – Symptom check-list
- MMPI-A- Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent.
- WISC-III- Wechsler Intelligence Scale for Children - III
- WAIS- Wechsler Adult Intelligence Scale
- Nevropsykologiske tester
- Becks depresjonsskala
- PANSS – Positive and Negative Symptom Scale
- CBCL – Child Behaviour Checklist (Achenbach)
- ADES – Adolescent Dissosiative Experiences Scale
- Rorschach
- Raven

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

For å vurdere egnede tester, intervjuer og skalaer for hver pasient benyttes særlig

- a). "Veileder i barne- og ungdomspsykiatri" utgitt av Den Norske Lægeforening.
- b). Målemetoder – utgitt av Rbup, helseregion IV, og
- c). Skalaer for ulike diagnosegrupper utgitt av Den Norske psykologforening.

1.3.5 Individualterapi

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.

Psykologen tester pasientene etter behov og problemstilling, jf. pkt. 1.3.4. Utredningsmetoder.

Behandler har individualsamtaler med pasienten. Det er behandlingsansvarlig lege / psykolog som tilbyr individualterapi til pasientene. Disse samtalene er i utgangspunktet alene med pasienten, for at de skal ha et psykisk rom hvor de ikke trenger å utlevere seg til flere enn nødvendig. Behandlingsansvarlig gir informasjon til resten av teamet og enheten etter en vurdering om hva det er nødvendig og hensiktsmessig at flere vet. I noen tilfeller har

behandlingsansvarlig samtaler med pasientene sammen med en miljøterapeut fra teamet. Disse samtalerne kan være i tillegg til de individuelle samtalerne eller det kan være at det er miljøterapeut tilstede hvis det er stor fare for uro hos pasienten.

Hyppighet og varighet varierer sterkt i forhold til pasientens form og evne til å nyttiggjøre seg individualterapi, alt fra 10 minutter to/tre ganger pr. uke – til en time to/tre ganger pr. uke. Individualterapi er i all hovedsak planlagt og skjer på dagtid på behandlingsansvarlige sitt kontor.

Klinikken tilbyr en individuelt tilpasset tilnærming, hvor terapiform og innhold i stor grad avhenger av pasientens funksjon og behov. Innhold / tema i samtalerne vil derfor på samme måte variere.

1.3.6 Miljøterapi

Den miljøterapeutiske virksomheten på Uk er sammensatt og bygger på kunnskap fra flere fag- og teoriområder. Klinikkenes faglige grunnholdning er basert på en psykodynamisk tenkning. I tillegg kommer systemteori og et humanistisk menneskesyn klart frem i arbeidet med pasientene i avdelingene. Fokus på motivasjonsterapi og kognitiv atferdsterapi har vært en tendens i det miljøterapeutiske arbeidet på begge postene. Avdelingene vektlegger teoriperspektiver som er handlings- og relasjonsorienterte og som setter fokus på ressurser og mestring.

Strukturen på avdelingen danner grunnlaget for miljøterapien. Det målrettede endringsarbeidet krever at det er en planmessighet og systematikk i det som skjer, slik at muligheten for ny læring og mestring er tilstede. Miljøterapeutisk struktur handler om å tilrettelegge for nye positive erfaringer. Disse erfaringene tenkes å ha en overføringsverdi til livet utenfor Uk. Det legges både opp til aktiviteter internt på klinikken og i ungdommens hjemmemiljø.

Ungdommer som er innlagt på Uk vil oppleve den miljøterapeutisk grunnstrukturen gjennom hele døgnet. I tillegg til de fysiske rammene er elementer som døgnrytme, faste måltider, husregler, planlagte møter, felles aktiviteter, skole, ukeplan, felles plikter og planlagte permisjoner en del av strukturen. Faste kontaktpersoner, felles holdninger hos personalet og avklarte tilsynsordninger er også med på å danne en forutsigbarhet i avdelingen. Tilpassede rammer bidrar til å skape orden og trygghet for den kriserammede ungdommen. Ytre struktur vil i en forvirringstilstand til en viss grad kompensere for indre kaos. En døgnbasert avdeling gir miljøterapeutene døgnbaserte observasjoner og kontinuitet i behandlingsopplegg. Dette skiller miljøterapien fra andre terapiformer ved klinikken.

Utover strukturen i avdelingen er relasjonen mellom ungdom og miljøterapeut utgangspunktet for endringsarbeidet. Det er i relasjonen balansegangen mellom omsorg og ansvar utformes. I relasjonen til den voksne skal ungdommen oppleve grenser, mestring og samspillvariasjoner. Metodevalget forsøkes tilpasset ungdommens ressurser, problemer og situasjon. Sammensatt og variert problematikk krever en fleksibilitet i forhold til valg av verktøy og tilnærming. I den grad ungdommen er i stand til det, oppfordres han eller hun til å være deltakende i utformingen av målsettinger og tiltak i arbeidet. Å anerkjenne ungdommen ved å gyldiggjøre opplevelsene og følelsene han eller hun har, er sentralt i det relasjonelle arbeidet.

Empatisk kommunikasjon vektlegges i miljøterapien på Uk. Det betyr i første rekke at man i samspillet med ungdommen oppfatter ungdommens følelser. Dette for å gi støtte i forhold til tristhet, redsel, sårhet, glede og iver. En empatisk kommunikasjon handler imidlertid også om å forholde seg til følelser hos ungdommen som kan være vanskelig å forene med miljøterapeutens ønske om å bety noe positivt og å være til hjelp. Å formidle forståelsen av ungdommens følelser, tanker eller atferd på en god og hensiktsmessig måte, er en viktig del av arbeidet i avdelingene. Nærhet og avstand, respekt og nysgjerrighet blir dermed sentrale elementer i den miljøterapeutiske virksomheten. Dette krever at personalet drøfter erfaringene og gir hverandre støtte og korrigerende i forhold til de valg man tar.

Miljøterapeutene blir veiledet av ekstern offentlig godkjent veileder. Avslutningen på hver vakt brukes dessuten til en debrifing i personalgruppa til dette formålet.

1.3.7 Husregler

1. Det forventes at du deltar i de aktiviteter, møter og skoletilbud som Uk legger opp til (se egen timeplan, avdelingsrutiner, døgnrytmeplan og ukeplan).
2. Det er ikke tillatt å bruke eller oppbevare rusmidler/private medisiner under oppholdet ved UK.
3. Pengespill, bytting, kjøp og salg er ikke tillatt på Uk.
4. Røyking er forbudt på posten og på rommene. Røyking på anvist plass. Alle må ha foreldre- eller foresattes samtykke til å røyke.
5. Rommet skal holdes ryddig hver dag. Felles vaskedag fredag etter skolen. Dersom du trenger hjelp, spør om en av personalet kan hjelpe deg.
6. Verktøy, vaskemidler eventuelt barbersaker, lighter og lignende skal ikke medtas eller oppbevares på posten eller på rommet. Dette er ting som skal være innelåst. Miljøpersonalet avgjør hvor mye klær o.a. du kan oppbevare på rommet.
7. Kjøkkenet, skyllerom, vaskerom og aktivitetsrom er åpent for deg når ett av personalet er tilstede. Du har ikke adgang til personalkontor, medisinrom, lintøyrom eller matlager.
8. Alle telefonsamtaler foretas med Uks pasienttelefon før kl. 22.00. Snakk med ett av miljøpersonalet dersom du må ta en telefon. Private mobiltelefoner skal ikke medtas til posten (disse overleveres til foreldre/foresatte), hvis ikke miniteamet har bestemt noe annet.
9. Datautstyr, TV og stereoanlegg kan ikke medbringes til posten. Walk-Man og lignende kan benyttes på rommet. TV kan benyttes fra klokken 16:00 på hverdager. I helgen avtales TV bruk med kontaktperson.
10. Ødeleggelse av utstyr o.a. på posten eller rommet kan medføre erstatningsansvar. Primærkontakt i samarbeid med avdelingsleder avgjør hva en eventuell erstatning vil innebære (i tråd med retningslinjer fra miniteam).
11. Permisjoner og utgang (turer ut) skal alltid avtales med en av miljøpersonalet ut fra de rammene miniteamet har bestemt. Du skal være tilbake i avdelingen senest kl. 21.30.
12. Besøk avtales mellom deg, personalet og de besøkende.
13. Du skal være på rommet kl. 22.30. Ro på posten etter kl. 23.00.
14. Det er ikke anledning til å ta med dyr inn på posten.
15. Leksetid/rotid hver dag fra 14.30 - 15.30. Da skal du ikke oppholde deg i fellesarealene.

For best mulig trivsel og trygghet på posten, vil vi legge stor vekt på å skape et miljø, hvor det forventes at alle viser respekt for hverandre.

1.3.8 Familierterapi/familiearbeid

- 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 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 innleggelser, jobbe familierapeutisk.

1.3.9 Gruppetilbud

Pga svært dårlige pasienter og stor "gjennomtrekk" har det seg ikke gjøre å ha faste, gjennomgående grupper.

Periodevis, når vi har ungdommer som er bra nok og lenge nok, og når flere har samme problematikk tilbys for eksempel temabaserte grupper, for eksempel gruppe for selvskadingsproblematikk.

Vi har også tilbud om kreativ gruppe.

Gruppetilbudet er en gang pr. uke, og gruppene har vært ledet av psykolog og miljøterapeut. Miljøterapeutene har skiftet på pga turnus men det er i hovedsak de som er interessert og engasjerte som deltar.

1.3.10 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.

Praktisk prosedyre

Sykepleier/vernepleier er ansvarlig for medikamentadministrasjon en gitt dag hver uke, bestiller de medikamentene det er behov for. Dette gjøres etter gjennomgang av lagerbeholdning. Skriftlig bestilling underskrives av lege. Medikamenter oppbevares på eget

medisinrom, i ett låsbare skap, med egen låst seksjon for A-preparater og ett for øvrige medikamenter. Det avtales for hver vakt hvilken sykepleier/vernepleier som har "medisinansvar".

Det er lege som ordinerer medikasjon i avdelingens skriftlige papirbaserte medikamentkardex og i Bupdata. Vanligvis er det den legen som er i team, eller som har blitt oppnevnt som medisinansvarlig lege for pasienten. Ordinering gjøres løpende under oppholdet. Medikamentene pasienten skal ha legges opp av sykepleier/vernepleier på natt. Medikamentene som er klargjort kontrolleres og gies til pasientene av den sykepleier/vernepleier som er utnevnt til å ha medisinansvar på dag og kveldsvakter. Hvis sykepleier/vernepleier med medisinansvar på dag og kveld må prioritere andre oppgaver, avtales det at annen sykepleier/vernepleier overtar utdelingen.

Postene har skriftlige prosedyrer for håndtering og administrasjon av medikamenter.

1.3.11 Skole

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

Lærerne er tilsatt ved Østbytnet skole. Skolen ligger på klinikkens område, og det er tilgang til skolen via en gangbro eller direkte utenfra.

Skolens pedagogiske grunnsyn/elevsyn/lærersyn

I vår grunntenkning ligger et humanistisk menneskesyn. Vi fokuserer på å gi elevene mestringsopplevelser slik at de kan ta i bruk sine iboende ressurser og gis muligheter til å påvirke egen utvikling.

Vi bestreber oss på å møte eleven med respekt, åpenhet, omsorg og forståelse under faste rammer. Oppholdet på UK er primært for å ivareta ungdommens helsetilstand, og elevens motivasjon og vilje til skole og aktivitet er derfor sterkt vektlagt.

Vi ser på elevene som frie individer med en selvstendig tenkning. Det er derfor viktig for oss å støtte oss til samtaler med eleven. Vi etterstreber å være bevisst vår uttrykksform, stil og evne til både nærhet og distanse i samspillet med eleven. Gjennom jevnlig diskusjoner og refleksjoner med utgangspunkt i egnede situasjoner, jobber vi for å bli bevisst egen tilnæringsstil og utvikle våre kommunikasjonsferdigheter.

Skolens fysiske rammer

Skolen er et frittliggende bygg, tilknyttet klinikken via gangbro som brukes av elevene til og fra timer. Skolen inneholder gymsal, 3 undervisningsrom, formingsrom, musikkrom, avdelingslederkontor og lærerværelse. Vi kunne ønske at undervisningsrommene var noe større, at vi hadde et spesialrom til, et møterom og et læreroppholdsrom. Lærerrømmet fungerer i dag både som arbeidsrom, møterom og oppholdsrom.

Måten skolen er knyttet til klinikken på, fungerer fint da den markerer en tydelig forskjell på skole og klinikk, samtidig som den understøtter og letter det nære samarbeidet skole og klinikk skal ha rundt ungdommene.

Kartlegging/utredning/testing

Vi kartlegger elevens skolehistorie gjennom en formalisert skolesamtale ved innkomst, og gjennom kontakt med hjemmeskole. Andre opplysninger, f. eks vedrørende ungdommens helsetilstand og problematikk, får vi gjennom samarbeidet med klinikken. Testing av ungdommene har vi så langt ikke jobbet videre med. Dette blir i stor grad besørget ved klinikken.

Rapporteringsrutiner

Det skrives daglig rapporter om den enkelte for internt bruk på skole og klinikk. Skrives på Bupdata. Disse inneholder observasjoner av elevenes funksjon, ut fra hva det tverrfaglige teamet rundt ungdommen tenker er viktig å observere ut fra innleggelsesgrunn. Det skrives ellers pedagogisk rapport til skoler og andre instanser som har behov for dette i videre arbeid med ungdommen. Disse rapportene inneholder beskrivelse av skoletilbud, faglig og sosial fungering under innleggelsen. De kan og inneholde forslag til tilrettelegging for ungdommen i eksisterende eller nytt skoletilbud.

Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen.

Hjemmeskolen blir nesten uten unntak informert om innleggelsen, gitt en informasjon om UK-skolen og alltid invitert til et samarbeid rundt eleven i liggeperioden. Fokus vil oftest være på tilrettelegging for vellykket tilbakeføring. Hjemmeskolen sitter med viten om ungdommens fungering som er verdifull for behandlings- og skoletilbud under oppholdet her.

Det blir drøftet med eleven i hvilken grad hjemmeskolen skal informeres om bakgrunn for innleggelsen og hvem som bør vite hva av lærere og elever. Eleven blir oppfordret til å være så åpen som mulig rundt dette. Samarbeidet foregår for det meste pr tlf, men vi kan og bidra med veiledning eller informasjon til lærere og/eller elever ved eksisterende eller nytt skoletilbud.

Lærerrollen

Det stilles krav om 1.avd spes.ped. Ellers prøver vi til enhver tid på å ha god kompetanse i basisfagene matte, norsk og engelsk, og i musikk og forming.

Skolehverdagen

Faglighet kontra omsorg og veiledning.

I det daglige arbeidet med eleven blir det i stor grad tatt utgangspunkt i skolesamtalen vi har ved inkomst. Vi legger til grunn elevens oppfatning av egen skolegang, sin oppfatning av egen faglig og sosiale fungering, og ikke minst hvordan eleven ønsker å utnytte tiden på UK-skolen. Motivasjon og ønsker blir vektlagt når innholdet i tilbudet blir lagt. Dette ser vi i sammenheng med at det er nødvendig og naturlig for oss å vurdere elevens helsetilstand. Oppholdet ved UK skal i første omgang være til hjelp for elevens helsetilstand, og skolen er et tilbud hvor eleven kan vedlikeholde og følge opp hjemmeskolens planer, eller forberedes for videre skolegang/opplæring ut fra vår tilrettelegging.

Ungdom uten elevstatus

Ved klinikk og skole har vi en holdning om at skole er en del av behandlingsopplegget her. Dermed blir ungdommene gitt tilbud om, og oppfordret til skoleaktiviteter. Det blir da tatt utgangspunkt i elevens interesser for å lage skolemotiverende aktiviteter tilpasset disse. En viktig del i dette arbeidet er motivering av eleven for videre skole/opplæring etter utskrivelse herfra.

Skolens aktiviteter

(Ikke direkte knyttet til fag/læreplaner) Vi benytter oss mye av de praktisk/estetiske fagene for å komme i posisjon til ungdommene. Bli kjent, og holde på daglige rutiner, gi mestringsopplevelser og motivere for å knytte arbeidet gradvis mer opp mot fag/læreplaner.

Organisering av undervisning

Undervisningen foregår mellom 9.15 og 14.45, men hovedtyngden er på skole fra 10-14, med lunsj på avdelingen fra 11.30-12.30. Skoletilbudets innhold og varighet er individuelt tilpasset. Hver elev har sin kontaktlærer som har ansvar for arbeidet rundt eleven i forhold til tverrfaglig team på klinikken, hjemmeskole og andre utenforliggende instanser. I undervisningen vil eleven som oftest forholde seg til flere lærere. I overkant av 2/3 av undervisningen skjer med fra 2-5 elever og 1-3 lærere, det resterende er eneundervisning.

Samarbeidsrutiner

Kontaktlærer her tar kontakt med hjemmeskolen ved inntak av ny elev. Vi etterspør skolehistorie, faglig og sosial fungering, eventuelt tilrettelegging, og fungering siste tid frem mot innleggelse. Vi presenterer UK-skolen og inviterer til samarbeid rundt eleven under innleggelsen. Dette vil ofte bestå i at hjemmeskolen bistår oss i prioriteringer rent faglig, og drøftinger rundt tilrettelegging ved tilbakeføring. Heri ligger veiledning og rådgiving.

Kontaktlærer er en del av det tverrfaglige teamet som er rundt den enkelte ungdommen ved klinikken, og jobber gjennom dette opp mot utenforliggende instanser som BUP, PPT/OT og foresatte.

Teamarbeid

Skolen er delaktig i alle saker hvor skole/opplæring/aktivitetstilbud er tema, og kontaktlærer er da tilknyttet tverrfaglig team rundt ungdommen. Lærer er ansvarlig for å hente inn skoleopplysninger, ha skolesamtale m eleven hvor elevens egen skolehistorie og ønsker for tiden på UK og for videre skolegang blir vektlagt. I samarbeid m teamet rundt ungdommen skal lærer bidra med å lage mål for skolegang under oppholdet. Lærer er ansvarlig for å lage et tilpasset skoletilbud under innleggelsen, og samarbeide med hjemmeskolen med tanke på tilrettelegging for vellykket tilbakeføring, eventuelt annet skole/opplæringstilbud. Kontaktlærer deltar som en del av teamet i alle møter internt på klinikken og med andre instanser som omhandler ungdommen.

1.3.12 Faglig struktur i enheten

Det arbeides i team rundt hver pasient – **miniteam**. Teamet består av behandlende lege/psykolog, to miljøterapeuter (særkontakter), familieterapeut, og lærer fra skolen, jfr pkt. 1.3.1.

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, jf. Pkt 1.3.16.

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", Pkt 1.3.16.

1.3.13 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. Varer skjermingstiltaket utover 48 timer, fattes skjermingsvedtak som kan være inntil 3 uker jf. Psykisk helsevernlovens § 4.3.

1.3.14 Bruk av tvang

I tillegg til de to skjermingsenhetene, finnes to 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.

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". De ulike typene tvangsmidler er:

Isolering (ikke tillatt for pas. under 16 år.) : brukes ikke ved enheten

Mekaniske tvangsmidler (beltelegging) (ikke tillatt for pas. under 16 år)

Korttidsvirkende legemidler

Tvangsmidler skal bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten 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. Det fattes vedtak for hver gang tvang utøves.

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.

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

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 av 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.

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

Korttidsvirkende legemidler forordnes av lege i forkant etter forskrifter. Det skal føres i tvangsmiddelprotokoll av ansvarlig *sykepleier* og underskrives av vakthavende lege.

Tvangsbehandling med legemidler krever særskilt vedtak som kan påklages til fylkeslegen, enten av pasienten selv eller pårørende. Klagefristen er 48 timer, og tvangsbehandling kan først iverksettes når denne fristen er utløpt eller en eventuell klage er behandlet. Vedtak om tvangsbehandling må fornyes hver 3. måned.

1.3.15 Sikkerhetsprosedyrer

1.3.15.1 Pasientrelatert

Enheten har skriftlige prosedyrer i forhold til eventuell suicid, rømming, alvorlig skade eller brann.

1.3.15.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer

Ungdomspsykiatrisk klinikk har flere ulike skriftlige prosedyrer og rutiner som skal ivareta sikkerheten på behandlingstilbudet. Klinikken har skriftlige, forpliktende prosedyrer for:

- Bruk av alarm – som alle miljøterapeuter skal ha på seg. Avdelingene har avtale om back-up av personale fra hverandre ved uro.
- Sikkerhetsinstruks – konflikthåndtering ved uro og utagering.
- Ransaking – ved skjellig grunn til mistanke om at pasienter har farlige gjenstander, skal det vurderes ransaking av enten pasient/rom eller avdeling. Avdelingene praktiserer i tillegg gjennomgang av de gjenstander som pasienter ønsker å ha på sine rom eller i fellesarealer. Hvis pasienten ikke ønsker en slik gjennomgang blir gjenstandene værende på et eget, låst, pasientlager. Gjenstandene blir utlevert når pasientene forlater avdelingen.

1.3.16 Møter og samarbeidsformer i enheten

1.3.16.1 Møter

Det er utarbeidet møteplaner, på både dags og ukenivå.

Begge avdelinger har samme type og antall møter, men til noe forskjellige tidspunkt, jf. pkt. 1.3.16.

Avdelingene har møtestruktur som binder de ulike gruppene sammen

Disse er:

Rapport – hver vakt starter med rapport, og avsluttes med "debrifing" 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.

Refleksjonsmøte – etter behov – oftest en gang pr. uke.

I tillegg møtes avdelingslederne fast en gang pr. uke med overmiljøterapeut.

1.3.17 Utskriving

1.3.17.1 Utskrivingskriterier

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.

1.3.17.2 Utskrivingsprosedyre

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

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 Samarbeid med andre

Mellom avdelingen og andre enheter

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

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

Møtene er ikke institusjonaliserte, men pasientbaserte.

Under ungdommens opphold på klinikken har vi alltid samarbeid med henvisende innstans, og eller andre aktuelle deler av hjelpeapparatet (jf. Pkt. 1.3.2. Uk som ledd i en kjede). Dette for å sikre kontinuitet og oppfølging etter utskrivelsen. Vi tilstreber at pasienten/familien skal ha fått timeavtale med eventuelt poliklinisk behandler – før utskrivning – eventuelt avtale med/på institusjon – og at instansmøte/evalueringsmøte er datofestet. Dette i tillegg til at ansvar for individuell plan er forankret.

Mobilt team

Mobilt behandlingsteam ble startet opp ved klinikken fra 15.08.05. (De beskriver seg selv slik, jf. Appendix 1).

1.5 Pasientdata 2005

1.5.1 Kommentarer til tabellene

I alle tabellene våre opererer vi med tallet 113. Dette tallet favner alle henvisninger i 2005, overligger fra 2004, søknad med avslag og søknader som først ble besvart i 2006.

1.5.2 Kjernetall

Tabell 1.2 Kjernetall

Klinikken har 16 sengeplasser, herunder 2 skjermingsplasser.

Beleggsprosent	83,35 pr. 16 plasser, (95,26 pr. 14 plasser)
Totalt antall liggedøgn	4868 (inklusive tall fra Mobilt behandlingsteam som har 705)
Gjennomsnittlig liggedøgn	42,70 (for pasienter innlagt i 2005)
Gjennomsnittlig liggedøgn fordelt på kjønn	
Antall episoder	90 episoder
Antall ø-hjelp	74 episoder (82,2%)
Antall reinnleggelser døgn	1316
Antall unike pasienter	71

Tabell 1.3 Oversikt saker

Henvisninger	Antall	Prosent
Tatt i mot	98	86,73
Avslag pga kapasitet	0	0
Avslag faglig grunn	13	11,50
Vurdering foreløpig	0	0
Ubesvart	2	1,77
Totalt henvist i perioden	113	100

I denne tabellen har vi 98 pasienter tatt i mot. Dette inkluderer 8 pasienter som er overliggere fra 2004, herunder en pasient med ett saksnummer men to episoder.

Tatt i mot	Antall	Prosent
Behandling	83	73,45
Undersøkelse	30	26,55
Konsultasjon	0	0
Faglig bistand barnevernet	0	0
Annet/uavklart	0	0
TOTAL	131	100

Tabell 1.4 Kjønn/alder

Alder (som barnet fyller i år)	Jente	Gutt	Total	Prosent
11		1	1	
12		1	1	
14	6	1	7	6
15	17	3	20	17
16	21	14	35	30
17	18	10	28	24
18	12	9	21	18
Total	74	39	113	
Prosent	65	34		100

Tabell 1.5 Henvisende instans

Henvisende instans	Antall	Prosent
Lege	42	37,17
Somatisk sykehus	7	6,19
Annen somatisk helsetj.	4	3,54
BUP poliklinikk/avdeling	44	38,94
Annen helsetjeneste	3	2,65
Barnevernet (kommunen)	3	2,65
Ubesvart	10	8,85
TOTAL	113	100

Tabell 1.6 Viktigste henvisningsgrunn barnet

Henvisningsgrunn barnet	Antall	Prosent
Autistiske trekk	1	1
Psykotiske trekk	24	21,24
Suicidalfare	51	45,13
Angst/fobi	5	4,42
Tvangstrekk	2	1,77
Tristhet/depresjon/sorg	11	9,73
Atferdsvansker	4	3,54
Spiseproblem	12	10,62
Annet	2	1,77
Ubesvart	1	0,88
TOTAL	113	100

Tabell 1.7 Inntil 3 henvisningsgrunner barnet

Tekst	Antall	Prosent
Autistiske trekk	1	0,48
Psykotiske trekk	34	16,35
Suicidalfare	62	29,81
Hemmet adferd	5	2,40
Angst/fobi	13	6,25
Tvangstrekk	6	2,88
Tristhet/depr/sorg	47	22,60
Skolefravær	9	4,33
Atferdsvansker	5	2,40

Tekst	Antall	Prosent
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	3	1,44
Rusmiddelmissbruk	2	0,96
Asosial/kriminalitet	1	0,48
Spiseproblem	16	7,69
Andre somatiske symptomer	1	0,48
Annet	3	1,44
TOTAL	208	100

Tabell 1.8 Viktigste henvisningsgrunn barnets miljø

Henvisningsgrunn miljøet	Antall	Prosent
Avvik relasjoner i familien	11	9,73
Psykisk forstyrrelse i familien	1	0,88
Avvik kommunikasjon i familien	1	0,88
Avvikende sider oppdragelsen	2	1,77
Avvikende nærmiljø	4	3,54
Akutte livshendelser	8	7,08
Samf.mess.belastninger	0	0
Kronisk belastning skole/arb	1	0,88
Belastende hendelser i oppv	4	3,54
Ingen åpenbare forstyrrelser	3	2,65
Ubesvart	78	69,03
TOTAL	113	100

Tabell 1.9 Inntil 3 henvisningsgrunner barnets miljø

Inntil 3 henv.gr.barnets miljø	Antall	Prosent
Avvik relasjoner i familien	12	27,27
Psykisk forstyrrelse i familien	3	6,82
Avvik kommunikasjon i familien	2	4,55
Avvikende sider oppdragelsen	6,	13,64
Avvikende nærmiljø	5,	11,36
Akutte livshendelser	8	18,18
Samfunnsmessige belastn.faktorer	0	0
Kronisk belastning skole/arbeid	1	2,27
Belastende hendelser oppvekst	4	9,09
Ingen åpenbare forstyrrelser	3	6,82
Sum	44	100

Tabell 1.10 Hjemmel for innleggelse

Hjemmel	Antall	Prosent
Lov om psyk.helsev § 2.1	52	46,02
Lov om psyk.helsev § 2-2.1	14	12,39
Lov om psyk.helsev § 3-3	1	0,88
Lov om psyk.helsev § 3-6	16	14,16
Lov om psyk.helsev § 3-7	1	0,88
Lov om psyk.helsev § 3-8	22	19,47
Ubesvart	7	6,19
TOTAL	113	100

Tabell 1.11 Foreldreretten

Foreldrerett	Antall	Prosent
Mor og far sammen	79	69,91
Mor	22	19,47
Far	2	1,77
Annet	6	5,31
Ubesvart	4	3,54
TOTAL	113	100

Tabell 1.12 Omsorgssituasjon

Omsorg	Antall	Prosent
Hos begge foreldrene	49	43,36
Pendler mellom mor og far	9	7,96
Bor hos en av foreldrene	27	23,89
En foreldre og samboer	8	7,08
Hos besteforeldre/andre	4	3,54
Bor i fosterhjem	3	2,65
Bor på institusjon	8	7,08
Annet	1	0,88
Ubesvart	4	3,54
TOTAL	113	100

Tabell 1.13 Etnisk tilhørighet mor og far

Etnisk tilhørighet mor	Antall	Prosent
Norsk	94	83,19
Samisk	0	
Nordisk	0	
Europeisk	5	4,42
Asiatisk	5	4,42
Afrikansk	3	2,65
Latin-amerikansk	0	
Nord-amerikansk	0	
Australsk	0	
Ubesvart	6	5,31
TOTAL	113	100
Etnisk tilhørighet far	Antall	Prosent
Norsk	93	82,30
Samisk	0	
Nordisk	1	0,88
Europeisk	5	4,42
Asiatisk	5	4,42
Afrikansk	2	1,77
Latin-amerikansk	0	
Nord-amerikansk	0	
Australsk	0	
Ubesvart	7	6,19
TOTAL	113	100

Tabell 1.14 Hjemmespråk

Hjemmespråk	Antall	Prosent
Norsk	97	85,84
Annet hjemmespråk	3	2,65
To-språklig	6	5,31
Ubesvart	7	6,19
TOTAL	113	100

Tabell 1.15 Barnevernets rolle ved henvisning

Barnevernets rolle	Antall	Prosent
Arbeider ikke med saken	85	75,22
Rollen ikke fastlagt	8	7,08
Undersøkelser § 4-3	1	0,88
Hjelpetiltak § 4.4	6	5,31
Frivillig plassering § 4.4	3	2,65
Omsorgsovertak § 4.12/4.8	2	1,77
Akuttvedtak § 4.6	5	4,42
Vet ikke	1	0,88
I inst. med samtykke § 4.26	1	0,88
Ubesvart	1	0,88
TOTAL	113	100

Tabell 1.16 Barnevernets rolle – oppdatert

Barnevernet oppdatert	Antall	Prosent
Arbeider ikke med saken	83	73,45
Rollen ikke fastlagt	8	7,08
Undersøkelser § 4-3	1	0,88
Hjelpetiltak § 4.4	6	5,31
Frivillig plassering § 4.4	3	2,65
Omsorgsovertak § 4.12/4.8	2	1,77
Akuttvedtak § 4.6	5	4,42
Vet ikke	1	0,88
I inst. med samtykke § 4.26	1	0,88
Ubesvart	3	2,65
TOTAL	113	100

Tabell 1.17 Hva skjedde etter avslutning

Hva skjedde	Antall	Prosent
Tilbake til henviser	41	36,28
Henvist annen instans	42	37,17
Ikke behov for oppfølging	1	0,88
Annet	7	6,19
Ubesvart	22	19,47
TOTAL	113	100

Tabell 1.18 Diagnose ICD 10 - akse I

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	1	0,88
F120	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. Br. av cannab. ak. intoks.	1	0,88
F125	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. Br. av cannab. psykot. lid.	1	0,88
F155	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. Br. av a. stim. psykot. lid.	1	0,88
F200	Paranoid schizofreni	3	2,65
F202	Kataton schizofreni	1	0,88
F203	Udifferensiert schizofreni	2	1,77
F220	Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)	1	0,88
F233	Akutt paranoid psykose	1	0,88
F238	Akutt forbigående psykose	1	0,88
F239	Akutt forbigående psykose	3	2,65
F320	Mild depressiv episode	1	0,88
F321	Moderat depressiv episode	14	12,39
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	2	1,77
F329	Uspesifisert depressiv episode	6	5,31
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	1,77
F332	Tilb.v. depr. lid.	1	0,88
F409	Uspesifisert fobisk angstlidelse	1	0,88
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	4	3,54
F413	Andre blandede angstlidelser	1	0,8
F431	Posttraumatisk stresslidelse	4	3,54
F438	Andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning	1	0,88
F439	Uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning	1	0,88
F452	Hypokondrisk lidelse	1	0,88
F500	Anorexia nervosa	5	4,42
F501	Atypisk anorexia nervosa	1	0,88
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	2	1,77
F849	Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	1	0,88
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	1	0,88
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	1	0,88
F910	Atferdsforstyrrelser begrenset til familien	1	0,88
F919	Uspesifisert atferdsforstyrrelse	1	0,88
F928	Andre spes. blandede atf.forst. og følelsesmessige forst.	3	2,65
F932	Sosial angstlidelse i barndommen	1	0,88
F938	Andre spes. følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	2	1,77
F949	Uspesifisert forstyrrelse av sosial fungering i barndommen	3	0,88
F952	Kombinerte vokale og multiple motoriske "tics"	2	1,77
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	7	6,19
Z039	Observasjon ved mistanke om uspes. sykdom eller tilstand	1	0,88
	Ubesvart	26	23,01
	TOTAL	113	100

Tabell 1.19 Diagnose ICD 10 - akse II

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	15	13,27
999	Ukjent	62	54,87
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	0,88
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innl	3	2,65
F812	Spesifikk forstyrrelse i regneferdighet	2	1,77
F88	Andre psykiske utviklingsforstyrrelser	1	0,88
F89	Uspesifiserte psykiske utviklingsforstyrrelser	1	0,88
	Ubesvart	28	24,78
	TOTAL	113	100

Tabell 1.20 Diagnose ICD 10 - akse III

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ	1	0,88
3	Normal intelligens	27	23,89
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	3	2,65
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	4	3,54
99	Ukjent	52	46,02
	Ubesvart	26	23,04
	TOTAL	113	100

Tabell 1.21 Diagnose ICD 10 - akse IV

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	7	6,19
999	Ukjent	36	31,86
E039	Uspesifisert hypotyreose	3	2,65
H905	Uspesifisert nevrogen hørselstap	3	2,65
L40	Psoriasis	2	1,77
L919	Uspesifisert hypertrofisk hudlidelse	2	1,77
M41	Skoliose	1	0,88
Q676	Pectus excavatum	1	0,88
S39	Andre og uspes. skader i buk	1	0,88
T4n	Forgiftning med terapeutiske legem. og biologiske substanser	1	0,88
X6n	Villet egenskade	1	0,88
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	28	24,78
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	1	0,88
	Ubesvart	26	23,04
	TOTAL	113	100

Tabell 1.22 Diagnose ICD 10 - akse V

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
00	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	20	17,70
1	Avvikende relasjoner innen familien	2	1,77
1.0	Manglende varme i foreldre-barn relasjonene	3	2,65
1.1	Disharmoni mellom voksne i familien	8	7,08
1.2	Fiendtlighet mot eller syndebukk-gjøring av barnet	1	0,88
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	2	1,77
1.8	Annet	3	2,65
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	7	6,19
2.1	Forelder funksjonshemmet/ufør	1	0,88
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	7	6,19
4.2	Manglende viktige erfaringer - understimulering	2	1,77
4.8	Annet	1	0,88
5.0	Oppvekst i institusjon	13	0,88
5.1	Avvikende foreldresituasjon	13	11,50
6	Akutte livshendelser	1	0,88
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	5	4,42
6.2	Negativ forandring av familiesammensetningen	2	1,77
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	1	0,88
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	4	3,54
9.8	Annet	1	0,88
	Ubesvart	26	23,01
	TOTAL	113	100

Tabell 1.23 Diagnose ICD akse VI

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	12	10,62
2	Lett sosial forstyrrelse	18	15,93
3	Moderat sosial forstyrrelse	22	19,47
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	24	21,24
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	3	2,65
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	1	0,88
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	4	3,54
9	Ukjent	1	0,88
	Ubesvart	28	24,78
	TOTAL	113	100

Appendix 1

Mobilt behandlingsteam

Målsetting med mobilt behandlingsteam

- Å kunne gi fleksibel krisehjelp til ungdom og deres familier, der en anser at innleggelse ikke er nødvendig/ønskelig. Da pasienten vil være formelt innskrevet ved klinikken vil akutte korte innleggelser enkelt la seg utføre og slik fungere optimalt fleksibelt. Korte kriseinnleggelser for familien vil også kunne bli vurdert.

- Å være et alternativ til innleggelse der poliklinisk tilbud ikke er tilstrekkelig, og der innleggelse i lukket institusjon ikke anses optimalt.

- Å gi et tilbud til innlagt ungdom ved Ungdomspsykiatrisk klinikk, i påvente av annet behandlingstilbud eller der en anser at poliklinisk oppfølging p.t. ikke er tilstrekkelig.

Teamet sin sammensetning og kompetanse.

Vi har lang erfaring fra en rekke felter, PPT, sosialkontor, 1. linje barnevern, 2. linje barnevern, skole, barnehage, spesialskole, fengsel, rusinstitusjon, voksenpsykiatri, utekontakten, sexologisk veiledning, ungdomspsykiatrisk akuttpost, prosjekter, forskning og lengre utenlandsopphold.

Alderen på de ansatte i teamet varierer fra 27 til 54 år.

Utgangspunktet for oss alle var en sterk motivasjon og tro på at ambulant jobbing vil kunne bety en forskjell og være til stor hjelp for våre ungdommer og deres familier

Noen tanker og prinsipper for den faglige jobbingen.

➤ Målsetningsstyrt

I stedet for å ha konkrete tidsrammer for perioden vi skal jobbe med en sak, jobber vi for å oppnå en målsetning som settes når vi begynner å jobbe med en sak. Overordnet er det tenkt at vi skal jobbe kortvarig og intensivt.

➤ Brukermedvirkning

Vi legger stor vekt på at ungdommen og familien skal være med på å definere den målsetningen som vi skal hjelpe til med. Dette blir også viktig når vi er et frivillig tiltak.

➤ Jobbe i nærmiljøet

Vi reiser ut og kommer til det nærmiljøet hvor ungdommen holder til. Vi ser dem da i sine rette omgivelser og trekker også inn venner hvor det er mulig og hensiktsmessig.

➤ Jobber alltid to og to på en sak samt bruker hele teamet til diskusjon

Dette er av faglige grunner for å kunne få flere vinklinger og se forskjellige perspektiver. Et annet viktig moment er sikkerhet. Siden vi drar ut og hjem til folk, er det ikke forsvarlig å gjøre det alene. Når situasjonen er avklart, kan vi jobbe alene hvis det er behov for det. I forhold til sykdom og fravær er det også fordelaktig å være to som er

godt oppdatert. Vi diskuterer alle sakene hver uke slik at hele teamet, inkludert ledelsen, har innsikt i hva vi jobber med.

- Støttefunksjon, være der for ungdom og familie både praktisk og mentalt

Bare det faktum at familien vet at det er noen de kan ringe til som kan komme raskt og som har kompetanse, har vist seg å gi stor effekt. Det blir en opplevelse av trygghet som gjør at de håndterer situasjoner som ellers hadde vært for vanskelige. Dette har ført til at vi har hatt en del ringeavtaler i helg. Dette er avtalt med ledelse da det er overtid.

Diverse ambulante instrumenter

Vi har i utgangspunktet tatt i bruk noen instrumenter som har vist seg nyttige i ambulant sammenheng.

Brosjyre for mobilt team UK

Vi har selv laget og trykt opp en informasjons brosjyre om teamet vårt. Den er delt ut til noen samarbeidspartnere og var med på fagtorget på Lillehammer. Dette er for å gjøre teamet og tilbudet kjent.

Det er også skrevet en artikkel, om teamet, i A-hus sin interne avis "Kikkhullet" samt publisert på intranettet.

Visittkort

Vi har fått trykket opp visittkort med mobilnummer til jobbtelefonen. Et meget billig og greit hjelpemiddel. Disse bruker vi også til å skrive avtaler og ting vi er blitt enige med ungdommen om på. Det har vist seg at ungdommene tar vare på kortet vårt.

Bil

Bil er et avgjørende hjelpemiddel. Brukes både til å oppsøke ungdommene der de bor og ferdes, samt at den brukes som et sted for samtaler. Autoterapi er et godt begrep i denne sammenheng. Mobiliteten til teamet er avgjørende for å kunne gjøre en effektiv jobb. Siden vi er spredd utover store geografiske områder, er vi avhengige av å bruke egne biler.

Mobiltelefoner

Dette er selve livsnerven av hjelpemidler. Gjør det mulig å være ambulant og likevel tilgjengelig. Vi ser at ungdommene svarer når de ser det er vårt mobilnummer som ringer selv om de ikke svarer når vi ringer fra fast telefon. Det er også ungdommer som sier veldig tydelig at det er godt å ha noen å sende melding til som en vet ringer tilbake.

Sms er et helt egen kommunikasjonsform som vi bruker mye av, og som det sikkert vil bli enda mer av. Både ungdommene og mange av de voksne vi har jobbet med, bruker denne formen for kommunikasjon og kan formidle ting via sms som de ikke gjør på andre måter. Det er jo også et glimrende verktøy for å lage avtaler.

2 Akuttpost for ungdom Bodø. Avdelingsbeskrivelse 2005.



Besøksadresse: Kløveråsveien 1

Postadresse: 8092 Bodø

Telefon: 75501844

Telefax: 75501948

Kontaktpersoner: Gunnar Jensen, Frank Ivar Nohr

Emailadresser gjn@nlsh.no, fin@nlsh.no

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Gunnar Jensen, Kjersti Syversen og Frank Ivar Nohr, Akuttpost for ungdom Bodø. Før bruk av tekst eller tall må forfatterne kontaktes.

2.1 Organisatorisk oppbygging / rammer

2.1.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Akuttpost for ungdom (APU) tilhører helseregion nord. APU er en del av BUPA systemet ved Nordlandssykehuset, som for øvrig består av Ungdomsavdelingen, Familieavdeling, Nevroenheten, Team for spiseforstyrrelser, Autismeenheten, og poliklinikken for Bodø (BUP-YS) og Fauske (BUP-IS). Det er planlagt en ny kortidsavdeling som vil åpne i 2007. Se for øvrig vedlagt organisasjonskart sist i rapporten.

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 (langtidsopphold). Psykoseteamet (Del av voksenpsykiatrisk poliklinikk) har i enkelte tilfeller behandlet ungdom under 18 år.

2.1.2 Opptaksområde

Nordland fylke, men vi har også hatt enkelte innleggelser fra Troms og Finnmark. Befolkningstallet i Nordland er 235787 pr 01.01.05. Landareal er 36434 km². Innbyggertall for målgruppen 15 -17 år er 9800. I praksis vil akuttposten også ta inn yngre pasienter etter vurdering (6 pasienter under 15 år i 2005)

2.1.3 Målgruppe

Psykose eller mistanke om psykose og alvorlig depresjon med suicidalfare i aldersgruppen 15-18 år. Disse tilstandene prioriteres. I praksis er problematikk ofte variert og sammensatt. Enheten har praksis på å ikke ta inn ungdom med atferdsproblemer og spiseforstyrrelser utenom Ø-hjelp, men dette vil i mange tilfeller være en del av et sammensatt symptom-bilde. Av innlagte ungdommer er fortrinnsvis suicidalfare oppgitt som registrert "første innleggelsesgrunn". Vi har i praksis også ungdommer under 15, unntaksvis over 18 år etter spesielle vurderinger.

2.1.4 Funksjon

Ø-hjelp plikt for ungdom i Nordland fylke. Ved kapasitet kan posten ta imot henvisninger på planlagte utrednings og behandlingsopphold.

2.2 Ressurser

2.2.1 Personellressurser

Tabell 2.1 Personalressurser

Målgruppe	15 – 17
Årsverk stab planlagt	7
Årsverk Stab faktisk	6
Antall ansatte staben totalt	6
Årsv. Overleger	2
Årsv. Psyk-spes	2
Årsv. ass-leger	
Årsv. Psykologer	1 (50/50 % forskning/klinikk)
Årsv. fam-terap	1
Årsv. Andre (avdelingssykepleier)	
Årsverk Miljøet planlagt	22.5
Årsverk Miljøet, faktisk	22.5
Antall ansatte miljøet totalt	26
Årsv. Sykepleiere	10
Årsv. Vernepleier	2
Årsv. sosionomer	4
Årsv. pedagoger	2
Årsv. bv-pedagoger	7
Årsv. andre	1
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	
Miljøterapi	4
Familieterapi	0
Psykisk helsearbeid	12
Rus	0
Veilednings-/konsultasjonsteknikk	
Andre/psyk spl	5
Antall ekstravakter	ESTIMERT TIL 15
Årsverk ekstravakt	INGEN DATA
Årsverk kontor	1 (PÅ STABSBUDSJETT)
Andre (vaktmester, kokk etc)	1 (KJØKKENHJELP)
Senger	6
Skjermet/krise	1
Isolat	0
Fam-leilighet	2
Pas-hotell	Ja
Nyhenviste	63

Målgruppe	15 – 17
Tatt imot	61
Alle i 2005	66
Innleggelser	62
Antall forskjellige pasienter	50
Liggedøgn	1751
Gj liggedøgn	32 (MEDIAN 14)
Beleggsprosent	80.1 %
Sendt til VOP	
Sendt til BK	
Befolkningstall i målgruppa	9800
Opptaksområdet	36434 km ²

Kommentar: Alle faggrupper i miljøet er ansatt som miljøterapeuter, unntatt psykepleiere.

En del endringer i personellgruppen i 2005, oversikt tar ikke hensyn til personell som sluttet og starter i løpet av året.

2.2.2 Bygningsmessige ressurser

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

Antall pasientrom er 6 pluss en skjermet enhet.

Det er 2 pårørende-leiligheter som deler kjøkken.

Ungdom har også bodd i pårørende-leilighet sammen med foreldre etter vurdering av hvorvidt dette er behandlingssmessig formålstjenlig. Ellers kan pårørende benytte seg av hotelltilbud fra sykehuset. Leilighet kan også benyttes som et individuelt tilpasset behandlingstilbud for pasienter.

2.2.3 Øvrige ressurser

Enheten er en del av Nordlandssykehuset, og har dermed tilgang til tjenester som eget bibliotek, seksjon for kunnskapsbygging m.m. I tillegg bidrar R-Bup Nord med midler til kompetanseheving gjennom blant annet forskning og videreutdanninger.

2.2.4 Undervisning/veiledning/opplæring av personale

Det er internundervisning på posten annen hver onsdag mellom 1300 – 1500. Ansatte på posten og eksterne ressurser deler på å legge frem tema etter oppdrag fra undervisningskomiteen. Denne komiteen består av personal fra ulike systemer på avdelingen (lærer, miljøpersonale, stabspersonale). Akuttpost for ungdom har tradisjon på å til enhver tid å ha personal ute i videreutdanning/deltakelse på kurs.

Miljøpersonalet har felles veiledning 1 gang i måneden. Det gies også ekstra veiledning til nyansatte og andre ved behov.

Personalet på posten gir veiledning for studenter under hovedpraksis, videreutdanninger og grunnutdanninger. Posten jobber også med konsultasjon til kommunalt/statlig barnevern, primærleger og lokale Bup.

2.3 Behandlingstilbudet

2.3.1 Type omsorgsform

Avdelingen gir hovedsaklig døgntilbud. I spesielle tilfeller og etter vurdering kan det gis et dagtilbud, dvs at ungdommen ikke har eget rom i avdelingen og sover hjemme, men går på avdelingens skole og mottar ett behandlingstilbud på dagtid. Behandlere kan følger opp ungdom poliklinisk for en kortere periode. Dette skjer i spesielle tilfeller og etter vurdering, hovedsak i etterkant av innleggelse. Unntaksvis kan avdelingen også gi ett ambulansetilbud som innebærer forhåndsavtalte samtaletilbud/miljøterapi i hjemmet.

2.3.2 Ideologi/grunnlagstenkning

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. I mange tilfeller gis en kombinasjon av medikamentell behandling og samtaleterapi. Problematikk er gjerne sammensatt, og fokus og tiltak i behandlingen vil velges utifra hva som synes egnet i den enkelte sak. Behandlingen består både av individualsamtaler, familiesamtaler, miljøterapi, psykofarmaka og nettverksarbeid. APU har i økende grad fokusert på familie- og nettverksarbeid. Familieleilighetene brukes kontinuerlig.

Det er et mål at ungdom, foreldre og henvisende innstans skal oppleve å ha fått hjelp i en kritisk situasjon, og at oppholdet på APU skal øke opplevelsen av livsmestring og evne til å arbeide videre mot mer langsiktig mål. Vi ønsker å fokusere på mestring, styrke og ressurser. Hovedprosessen i vårt arbeid kan generelt sies å bestå av kartlegging/utredning, diagnostisering, behandling og planlegging av oppfølging etter utskrivelse.

2.3.3 Inntak

2.3.3.1 Ulike hovedgrupper av inntak

Innleggelser skjer i henhold til Lov om psykisk helsevern.

Inntakene kan inndeles i 4 hovedgrupper:

Ø-hjelp innleggelser; etter ø-hjelp forskrifter.

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 klirger av evt. ved lokale tiltak og om innleggelse er unødig.

Utredningsopphold; Pasienter taes inn etter søknad om utredning. Disse forsøkes å planlegges i forkant og hovedformålet er utredning. Fortrinnsvis tilstander der det er mistanke om psykoseutvikling evt sammensatte tilstander med behov for tverrfaglig utredning i avdeling og hvor dette er vanskelig å gjøre poliklinisk.

Planlagt opphold; Planlagte innleggelse (ofte reinnleggelse) der tidsperiode for opphold og behandlingsformål er mer avklart i samarbeid med pasient og lokale hjelpeinstanser på forhånd.

2.3.3.2 Inntaksprosedyre

Før inntak:

Henvisninger skjer etter Lov om psykisk helsevern, og skal normalt skje gjennom den lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk. Dersom det ikke er mulig kan lege eller annen helseinstitusjon henvise direkte. Vurderinger av henvendelser skjer ved inntaksansvarlig (dagtid) som er leder eller leders stedfortreder, eller ved vakthavende lege i NLSH psykiatri (etter ordinær arbeidstid). På dagtid vil inntak, eventuelt alternative tiltak, vurderes og drøftes pr telefon sammen med henviser. Innleggelse skal i størst mulig grad baseres på frivillighet. Der det er mulig, skal akuttposten inngå i ett forvernsarbeid sammen med henvisende innstans, ungdom og foreldre evt. andre i hjelpenettverk. Forvernet kan være på akuttposten, men hos oftest hos henviser. Vanligvis reiser en representant fra stab og en fra miljøet på forvernet. Forvern avklares av inntaksansvarlig på dagtid. Formålet kan være å motivere for frivillig innleggelse, eller drøfte hensiktsmessige tiltak/avklare innleggelse. Akuttposten kan også reise på hjemmebesøk under forvernet der det anses som mer formålstjenelig.

Det er ikke psykiatrisk legevakt i dekningsområdet.

Ved inntak

Innleggelse skjer i henhold til psykisk helsevernloven.

Innkomstsamtale foretas av stabspersonell på dagtid og vakthavende lege på kveld med miljøpersonalet tilstede. Vi forventer at foresatte er med ved inntak og ledsager ungdommen til posten. Foreldre undertegner samtykkeerklæring hvis ungdommen er under 16 (§2.1.4). Foreldrene deltar i innkomstsamtalen, men etter vurdering kan denne tas med ungdom og foreldre hver for seg. Somatisk undersøkelse ved ankomst. Bagasje gjennomgås i avdelingen. Suicidalvurdering og behov for spesiell oppfølging gjøres i innkomstsamtalen. Ungdommen får eget rom og omvisning i avdelingen med mindre det er behov for skjerming direkte. Teamsammenstetning avtales neste dag (eventuelt samme dag ved innleggelse på dagtid/ mandag ved innleggelse i helga.). Behandlingsplan skal skrives innen tre dager, og utdypes og justeres i løpet av oppholdet. Snaresst mulig etter innleggelse bør det avholdes ett inntaksmøte der foreldre, ungdom og henvisende innstans deltar, evt. i tillegg til andre hjelpeinstanser.

2.3.4 Utredningsmetoder

Utredningen vil bestå av en grundig somatisk undersøkelse, utredning av utvikling og oppvekst, familiehistorie og skolehistorie, samt kartlegging av aktuell familiesituasjon og psykisk fungering. APU har ingen standardisert prosedyre for hvilke kartleggingsinstrumenter som benyttes. Dette vil avhenge av problematikk, ansvarlig behandler, hva som er gjort av utredning tidligere, kapasitet osv. Grad/dybde av utredning og supplerende undersøkelser vil vurderes i hvert tilfelle. Akuttpostens pasienter bør gis prioritet fra andre sykehusavdelinger der det er nødvendig å gjennomføre andre undersøkelser (eks CT, EEG, nevropsykologisk utredning).

Noen aktuelle kartleggingsverktøy som brukes på posten er:

(ASEBA-skjemaer)

MMPI

BDI, MADRS,

Wisc/Wais

Eating disorder inventory

KAS

Angst - test

PANSS

Anamneseintervju

Family dialogue set

CPT-II

KIDDIE-SADS

Et viktig ledd i utredningen og diagnostisering vil være miljøobservasjon fra avdelingen og skolen her. Skolen kan foreta utredning med tanke på lese/skrive vansker.

Det er således ingen standardisert mal mht utredning, men det skal tas stilling til hvorvidt en har nok opplysning til å sette diagnoser på alle 6 akser i ICD-10. Akuttposten har ukentlig diagnosemøter der ansvarlige behandlere møtes og gjennomgår diagnostikk.

2.3.5 Individualterapi

Det er stabspersonell som i hovedsak gir individualterapi til pasientene. Disse samtalerne skjer på dagtid, enten på stab sitt kontor eller i samtalerom i avdelingen. I utgangspunktet er dette "trekantsamtaler" der en person fra teamet eller avdelingen deltar i samtalen. Stab kan også ha samtalen alene etter vurdering, eventuelt etter ungdommens ønske. Noen ganger kan også lærer i teamet delta i samtalen hvis tema er skolerelatert. Noen ganger har to fra stab samtaler med pasient sammen hvis dette vurderes som hensiktsmessig. Samtalen avtales som regel på morgenmøtet til et fast tidspunkt på dagen. Hyppighet og varighet av samtaler varierer etter pasientens tilstand og behov, kan være alt fra 5 min til 1,5 timer. Noen av samtalerne er familiesamtaler, evt nettverksmøter. Akuttposten tilstreber en helhetlig forståelse av ungdommen, og samtalerne vil omhandle ulike tema som forhold til familie, venner, skole, problemer, ressurser og hverdagen i avdelingen, og behov for oppfølging etter utskrivelse osv. Tema eller tilnærming i samtalerne og behandlingstilbudet for øvrig velges på bakgrunn av hva som synes mest egnet for den enkelte ungdom, dvs tilpasses den enkeltes problematikk og behov. Miljøpersonell kan også tilby forhåndsavtalte samtaler med ungdom og familie på ettermiddag/kveldstid hvis det er hensiktsmessig, men da uten stab tilstede i samtalerne. Stabkontakt har det primære behandlingsansvar for pasientene, som innbærer koordineringsansvar og ansvar for framdrift i saken, for utredning/kartlegging og behandling. Behandlingen og tiltak planlegges og koordineres i teamene. Innholdet i samtalerne og problemstillinger i behandlingen for øvrig drøftes åpent i teamene og med øvrige ansatte i posten.

2.3.6 Miljøterapi

Akuttposten har i de senere år hatt ett spesielt fokus på å beskrive og utvikle miljøterapien, dette arbeidet pågår fortløpende. Miljøterapien blir ivaretatt og beskrevet i henhold til tre hovedtemaer; familie- og nettverksarbeid, relasjonsarbeid og strukturarbeid.

Den primære miljøterapeutiske hovedoppgaven er å legge til rette for at ungdom med akutte psykiske lidelser ivaretas og gis mulighet til å arbeide med utvikling og forandring. Dette gjøres gjennom relasjonsarbeid, strukturarbeid og familie- og nettverksarbeid. I dette arbeidet har vi i stor grad fokus på ressurser hos den enkelte ungdom, dennes familie og nettverk, men også i forhold til gruppen av ungdommer som er innlagt i avdelingen. I miljøterapien har vi tro på et utrednings- og behandlingsmiljø med en anerkjennende holdning til ungdommene som kommer til oss. Vi har tro på at god behandling har med vår

evne til å lytte, vår evne til å vise åpenhet, respekt og vår evne til å være følelsesmessige tilstede i samspillet med ungdommene, deres familie og øvrig nettverk. Vi ønsker å fokusere på mestring, styrke og ressurser.

Relasjonsarbeid: En stor utfordring i relasjonsarbeidet ved akuttposten er å få etablert et samarbeid mellom ungdommene og personalet raskt. Vi har en utfordring som personale og voksne i å møte ungdommen på en måte som danner grunnlag for trygghet, respekt og gjensidig tillit.

I relasjonsarbeidet har vi tro på metoder som refleksjon, samtaler og aktivitet. Personalet skal også framstå som gode modeller for ungdommene.

Strukturarbeid: 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 er utarbeidet generelle dags- og ukeplaner i avdelingen. I tillegg blir det ofte utarbeidet individuelle ukeplaner for hver enkelt ungdom.

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.

2.3.7 Husregler

"Dagliglivets" rutiner og regler som gjelder for ungdommene innlagt ved APU

Vi har 4 overordnede "husregler" som vi alltid presenterer for ungdommene når de kommer hit;

1. Det er de voksne som bestemmer.
2. Det er ikke lov til å skade seg selv eller andre (slå, sparke, spytte osv.).
3. Ungdommene skal være oppe på dagen og sove om natten.
4. Dersom noe er uklart, er det den første regelen som gjelder.

Ellers forsøker vi å ha følgende praksis i forhold til:

ÅPEN STUEDØR; vaktansvarlig har delegert myndighet til å åpne denne ved behov. Det skal ALLTID være personal sammen med ungdommen ute på plenen.

MOBIL- OG PC- BRUK; mellom 2030 og 2230. Oppbevares på indre vaktrom. Ungdommene har adgang til å få ringe fra sykehusets telefon.

KAFFE-KOKING; Vi bruker koffein-fri kaffe til ungdommene på kveldstid. Dette da mange sliter med søvnproblemer, og bruker innsovningsmedikamenter.

BESØK PÅ ROMMENE; pasient-rommene er "privat" sone. Samvær skal foregå i fellesrom.

VIDEO; skal forbeholdes fredag kveld og helg. Ved spesielle situasjoner, som for eksempel avslutning, kan annet bestemmes. Personalet sitter sammen med ungdommene og ser/vurderer filmens innhold. Ved for eksempel mer vold enn hva innføen uttrykker skal filmen stoppes. OBS: aldersgrenser.

RØYKING; ungdommene må spise før de får røyk om morgenen. Ungdommene har anvist røykeplass utenfor skoledelen. I utgangspunktet skal røyking være avsluttet innen klokken 2200. Nattevaktene vurderer selv muligheten for å utvide dette.

Ved tvangsinnleggelse og behov for skjerming inne, kan pasienten røyke på anvist plass, inne, med personal tilstede. Dette avklares nærmere i hvert enkelt tilfelle. Personalet har ikke adgang til å kjøpe røyk til ungdommene. Posten låner ikke ut penger til kjøp av røyk.

UTGANG; i utgangspunktet har alle ungdommene utgang med følge av personal. Ved andre bestemmelser skal dette nedfelles i behandlingsplanen

2.3.8 Familieterapi / familiesamtaler / familiearbeid

Enheten har ingen formell definisjon på hva som menes med familie, men i praksis vil en tenke at dette er biologisk familie og fosterfamilier. Enheten jobber mest med foreldrene, biologiske, adoptiv eller fosterforeldre. Vi arbeider sammen med familie som ungdommen ikke bor sammen med, når dette vurderes som hensiktsmessig og kan bety noe for ungdommens situasjon og bedring. Dette gjelder også der foreldre ikke har omsorgsansvar eller foreldreretten for innlagt ungdommer. Enheten jobber sjelden med vennene til ungdommen eller familien og men kan etter vurdering trekke inn søsken i familiearbeidet når det er hensiktsmessig.

Familiearbeidet foregår i enheten, per telefon, ved hjemmebesøk eller gjennom aktiviteter utenom avdelingen. Familien kan som hovedregel ikke komme inn i enheten hvor alle pasientene befinner seg. Foreldrene kan imidlertid gjerne få se enheten og ungdommens rom, men det er ikke vanlig eller ønskelig at de skal oppholde seg i selveste avdelingen sammen med andre ungdommer og personell, unntatt på egne samtalerom/besøksrom. Det forventes at foreldre ledsager ungdommen til avdelingen ved inntak, eventuelt andre omsorgspersoner hvis dette av ulike grunner ikke lar seg gjøre. Dette kan også være representanter fra barnevern eller institusjon. Akuttposten disponerer 2 familieleiligheter i 1 etasje under selveste avdelingen. Ungdommen har anledning til å besøke foreldrene der. Eventuelt kan de bo sammen med foreldrene i familieleilighet hvis det anses som hensiktsmessig i behandlingen. I noen tilfeller har foresatte deltatt aktivt i behandlingen i avdelingen ved skjerming som en trygghetsfaktor for ungdommene. Ellers har sykehuset eget pårørende hotell noen kilometer unna posten der foreldre har bo-tilbud under oppholdet. Foreldrene bor gjerne hjemme på egen adresse hvis det er innen rimelig avstand til enheten. Enheten kan også jobbe med familier deres eget hjem. Dette kan være i forbindelse med forvern, ettervern, hjemmebesøk under oppholdet eller i forbindelse med permisjoner. Det er ikke vanlig praksis, men skjer etter vurdering der det også må tas hensyn til øvrig drift og tilgjengelige personalressurser i avdelingen.

Både stabspersonal og miljøterapeuter deltar i familiearbeidet. Familiearbeid i en akuttavdeling er oftest ikke familieterapi i streng betydning. Mye handler om å innhente informasjon, tilrettelegge for bedre fungering og overlapp til samarbeidsinnstanser etter utskrivelse. Akuttposten ønsker å ha fortløpende kontakt og samarbeid med familien under oppholdet. Arbeidsfordeling og roller vil avgjøres i teamet og fra sak til sak.

I en akuttavdeling med et vidt spekter av problemstillinger og ulike grader av krise kan en ikke låse seg til spesifikke teoretiske tilnæringsmetoder. Stabspersonalet vil gjerne avtale faste samtaler med foreldre på dagtid der miljøterapeut også deltar. På kveldstid vil kontakt

med familien enten gjennom tlf, samtaler eventuelt aktivitet med ungdom og familie ivaretas av miljøpersonalet

Familiene kan gjerne motta psykoedukasjon av personell ved enheten i forhold til aktuell diagnose/problematikk. Vi vil gjerne at familien skal være aktiv i refleksjonen rundt aktuelle problemstillinger. Enheten har ikke praksis på å undervise flere familier sammen. Familien vil som oftest delta på nettverksmøter sammen med samarbeidsinstanser.

Personell ved enheten vil som oftest lage nettverkskart og familiegenogrammer. Enheten kan også bruke "family dialogue set" i samtalene. Den mest sentrale "redskapet" i familiearbeidet vil imidlertid være samtalen, ellers brukes mer strukturerte utredningsverktøy når dette anses som hensiktsmessig.

2.3.9 Gruppetilbud

Enheten har fast samtalegruppe hver onsdag på ettermiddag der innlagte ungdommer deltar. Miljøpersonell på vakt vil lede samtalegruppen. I utgangspunktet er dette obligatorisk for ungdommene, men en vil vurdere i enkeltsaker om noen ikke bør delta i samtalegruppen. Tema vil ofte være "her og nå" fokusert og ungdommene er med på å bestemme hva de ønsker å snakke om. Det kan være aktuelle problemstillinger for hvordan de har det i avdelingen, hvordan det er å møte venner/skole etter innleggelsen, selvskading osv. En vil ikke gå dypt inn i enkeltungdoms problematikk.

2.3.10 Medikamentell behandling

Sykepleier/vernepleier er daglig ansvarlig for medikamentadministrasjonen. Vernepleiere har dispensasjon for å kunne administrere medikamenter på posten.

Medikamenter oppbevares på eget medisinerom, i to låsbare skap, ett for A preparater og ett for øvrige medikamenter. Det avtales for hver vakt hvem som har medisinsansvar. Denne har til enhver tid ansvar for administrering av medikamenter, herunder bestilling, utdeling med mer. Det er lege som ordinerer medikasjon i avdelingens medikamentkardex, samt bup-data. Medikamentene bestilles fra Sykehusapoteket ved Nordlandssykehuset.

Enheten har skriftlige instruksjoner for håndtering og administrasjon av medikamenter.

2.3.11 Skole

Skolen ved enheten ligger i samme bygning med dør direkte fra avdelingen inn til skolen. Skolen har tre lærere som er spesialpedagoger. Det foretrekkes lærere med spesialpedagogisk utdanning, men dette kravet er ikke absolutt. Det vektlegges også erfaring fra tidligere arbeid i skolen. En representant fra skolen deltar daglig på morgenmøtene. De er også med i teamene til den enkelte ungdom og deltar i teammøter ved behov. Lærerne deltar også på institusjonens undervisnings, planleggings- og evalueringsdager.

Skolen arbeider for vekst, utvikling og læring hos elever ut i fra et helhetsperspektiv. Skolen forsøker å møte den enkelte elev der han/hun befinner seg og legge forholdene til rette for trygghet, trivsel og mestring. Skolen hovedoppgave er å tilrettelegge for opplæring, samtidig som man forsøker å vise forståelse for den situasjonen elevene er i. Mange ganger vil en se at en myk og forsiktig tilnærming til opplæringen er helt nødvendig. Å legge til rette for opplæring og gi omsorg og trygghet går ofte hånd i hånd. Ungdom uten et skoletilbud har også et skoletilbud på enheten. Det kan tilrettelegges for alternative aktiviteter og hjelp til å søke videre skolegang dersom de ønsker dette.

Skolen har en fast timeplan med 22 undervisningstimer i uken. Innenfor denne timeplanen organiseres undervisningen individuelt, både aleneundervisning og flere sammen alt etter behov.

Skolen tar kontakt med rektor eller kontaktlærer så snart som mulig etter innleggelse og holder mange ganger løpende kontakt under oppholdet. Skolen har også møter med hjemmeskolen. Skolen samarbeider tett med klassestyrer og rådgiver / skoleledelse ved hjemmeskolen evt andre aktuelle samarbeidspartnere mht tilrettelegging av videre skoletilbud og i avdelingen, kartlegging av skolehistorie. Ungdommene vil få tilbud om at lærer fra skolen drar til lokal klasse og informerer generelt om akuttposten sammen med innlagt ungdom. Informasjon til klassen om aktuell problematikk diskuteres med hver enkelt elev.

Skolen gjøre fortløpende faglige vurderinger og observasjoner. Skolen kan også teste elevene mht lese/skrive og matematikkferdigheter etter vurdering. Ved utskriving lages en faglig oppsummering som sendes til hjemmeskolen. Andre rapporter skrives etter behov / eller på bestilling fra behandler eller skole. Kopier legges i akuttenshetens behandlingsjournaler.

2.3.12 Faglig struktur i enheten

Enheden er inndelt i stabspersonell, miljøpersonell og lærere fra skolen.

Hver pasient får et behandlingsteam med to miljøterapeuter, en lærer og en fra stab. Enheden har ikke faste team, men de settes sammen utifra hvem som har kapasitet og ved behov basert på type problematikk/behov for spesifikk kompetanse. Antall teammedlemmer kan også økes etter vurdering. Teamet etableres så raskt som mulig etter inntak. Teamet avtaler møtetidspunkter etter behov. Behandlingen planlegges og arbeidsoppgaver fordeles og koordineres i behandlingsteamet. Stabspersonell vil ha det primære behandlingsansvar for pasientene, som innebærer koordineringsansvar og ansvar for framdrift i saken i forhold til utredning, diagnostikk og behandling. Miljøpersonell vil være ungdommenes faste kontaktpersoner i avdelingen og ivareta miljøterapien i avdelingen. Skolen jobber i forhold til utredning av skoleproblematikk og tilrettelegging på lokal skole/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 på dagtid og vil ha formelt ansvar for vurdering av oppfølgingsstatus i avdelingen. Miljøterapeut fra teamet deltar som regel i samtalene og møtene. Stabspersonell har egne diagnosemøter ukentlig. Utenom et tverrfaglig samarbeid innad i teamet vil også enhetene ha et tverrfaglig samarbeid med personell på enheten for øvrig hvor en henter inn spesifikk kompetanse fra kollegaer. Leger og sykepleiere vil ha et særskilt ansvar for somatiske forhold, medikamentell behandling og administrering av dette.

2.3.13 Skjerming og grensesetting

Posten har et eget skjermingsavsnitt integrert i avdelingen. Posten har også egen belteseng. Personalet har i bolker fått undervisning/opplæring i håndtering av uro i avdelingen, men også hos den enkelte ungdom.

Erfaringen til APU tilsier at skjerming og grensesetting er dynamiske begreper. Det er hele tiden ulike variabler i forhold til hva den enkelte ungdom har behov for. Det er nedskrevet allmenne punkter i forhold til dette temaet ved posten. Individuelle tilnærminger/strukturer i forhold til den enkelte ungdom skal nedskrives i behandlingsplanen.

2.3.14 Bruk av tvang

Apu fikk belteseng etter ombygging i mars 2004. Posten har ingen øvrige mekaniske tvangsmidler.

2.3.15 Sikkerhetsprosedyrer

2.3.15.1 Pasientrelatert

Posten har skriftlige prosedyrer i forhold til rømning, brann og ved alvorlig skade. Nordlandssykehuset har utarbeidet et eget hefte for prosedyrer ved suicid.

2.3.15.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer

Akuttposten har flere ulike prosedyrer/beskrivelser/rutiner som skal ivareta sikkerheten og kvaliteten i posten herunder blant annet;

Bruk av alarm, som brukes under uro, grensesetting og skjerming. Alarmsystemet er på natt tilknyttet oversykepleier på annen avdeling.

Nordlandssykehuset har utarbeidet felles rutiner ved selvmordsfare. I dette er det utarbeidet skjemaer hvor behandlingsansvarlig skal definere og nedskrive viktige elementer i oppfølgingen av den enkelte pasient.

Det er utarbeidet egen instruks ved mottak av ungdommer, både ved innskrivelse og ved tilbakekomst fra permisjoner.

Personal som til enhver tid er på jobb skal til enhver tid prøve å holde avdelingen ryddet og fri for eventuelle farlige gjenstander.

2.3.16 Møte og samarbeidsformer – i enheten

2.3.16.1 Møter

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

Rapport ved vaktskifte i miljøet, daglig.

Personalmøte/veiledning av miljøpersonell, vekselvis annen hver onsdag 13.00-15.00.

Undervisning 14.00-15.00 annen hver onsdag.

Stabsmøte, en time ukentlig.

Teammøter etter behov.

Evaluerings av utvalgt pasient, utvidet morgenmøte onsdag etter rapport til 10.00

Miljømøte hver onsdag kl 10.15-11.00. Alt miljøpersonell på jobb den dagen deltar.

2.3.17 Annet internt samarbeid

Ingen andre teamformer enn behandlingsteamene. Teamet suppleres med nødvendig kompetanse/personell etter behov

2.3.18 Utskriving

2.3.18.1 Utskrivningskriterier

Ingen formaliserte kriterier for utskrivelse, annet enn at kriteriene for Ø-hjelp ikke er tilstede. I teorien er det da mulig å skrive ut pasienter. I praksis er varigheten av oppholdet mye influert av faktorer utenom avdelingen. Utskrivelse vurderes individuelt utifra problematikk, målsetning i behandlingen og om dette er forsvarlig med tanke på ungdommens videre oppfølgingstilbud. Utskrivelse vil og vurderes utifra hvorvidt det er overbelegg på posten.

2.3.18.2 Utskrivningsprosedyre

Enheten samarbeider med lokalt hjelpeapparat under oppholdet 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 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 Samarbeid med andre

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.

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.

2.4.1 Innad i BUPA-systemet

Ledelsen på Akuttpost for ungdom deltar på leder-råd sammen med de andre avdelingene innenfor BUPA-systemet.

Innad i BUPA-systemet samarbeider Akuttpost for ungdom med ungdomsavdelingen, familieavdelingen, BUP-YS, nevroenheten, autismeenheten og team for spiseforstyrrelser i saker hvor dette er aktuelt. Utover lederråd er det ikke faste møter med disse instansene.

2.4.2 Andre deler av psykisk helsevern

Akuttpost for ungdom har ikke noe formalisert samarbeid med andre deler av psykisk helsevern, utover det arbeidet som skjer fra sak til sak.

2.4.3 Barnevern

Mange ungdommer har behov for bistand fra lokalt barnevern. Dette handler fortrinnsvis om hjelpetiltak hvor kommunene har et ansvar. Barnevernet kalles i denne sammenhengen inn til nettverksmøter. Posten har faste møter med BUF-etat på ledernivå.

2.4.4 Somatiske sykehus

Akuttpost for ungdom bruker fortrinnsvis Nordlandssykehuset i forhold til forskjellig type utredning, undersøkelser, behandling og ved behov for medisinsk hjelp.

2.4.5 Kommuner/bydeler

Akuttpost for ungdom samarbeider med kommuner i Nordland fra sak til sak.

2.4.6 Universitet/høgskoler

Akuttpost for ungdom tilbyr praksisplasser til studenter fra ulike grunn- og videreutdanninger. Ansatte på posten kan undervise på høgskoler eller andre aktuelle steder på forespørsel.

2.5 Pasientdata 2005

2.5.1 Kommentarer til tabellene

63 henvisninger er mottatt, hvorav 61 er tatt imot, 1 er avslått og en til vurdering (uavklart). 5 overliggere fra 2004 betyr et antall på 66 saker totalt i 2005. Tabellene inkluderer alle henviste 2005 (63) og 5 overliggere, totalt 68 pasienter.

2.5.2 Kjernetall:

Beleggsprosent: 80,1 %

Totalt antall liggedøgn: 1751 (inkludert permisjoner)

Gjennomsnittlig liggetid: 32 døgn (median 14)

Antall episoder: 62 innlagt i avdelingen inkludert overliggere fra 2004

Antall re-innleggelser: 13 (manuell telling).

Antall unike pasienter: 50

Tabell 2.2 Oversikt saker

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	63
2	Derav tatt imot	61
3	Avvist pga kapasitet-mangel	0
4	Avvist av faglige grunner	1
5	Til vurdering (uavklart)	1
	Tatt imot	
6	Behandling	50
7	Undersøkelse	8
8	Konsultasjon	0
9	Faglig bistand barnevernet	1
10	Annet / uavklart	2
	Aktuelle i år	
11	Henv. overført fra året før	5
12	Alle aktuelle henv. i året (2+11)	66
13	Avsluttet i løpet av året	61

Tabell 2.3 Kjønn/alder

Alder	Jente	Gutt	Ubesvart	Sum	Prosent
13	0	1	0	1	1,47
14	4	1	0	5	7,35
15	4	4	0	8	11,76
16	23	1	0	24	35,29
17	8	4	0	12	17,65
18	14	4	0	18	26,47
Sum	53	15	0	68	100,0

Tabell 2.4 Henvisende instans

Kode	Tekst	Nyhenviste	Overførte	Ubesvart	Sum	Prosent
31	Lege	29	1	0	30	44,12
35	Somatisk sykehus	6	1	0	7	10,29
43	BUP poliklinikk/avdeling	27	3	0	30	44,12
44	Voksenpsykiatri	1	0	0	1	1,47
	Sum	63	5	0	68	100,0

Tabell 2.5 Henvisningsgrunn barnet

Kode	Tekst	Nyhenviste	Overførte	Ubesvart	Sum	Prosent
1	Autistiske trekk	0	0	0	0	0,0
2	Psykotiske trekk	10	3	0	13	19,12
3	Suicidalfare	37	1	0	38	55,88
4	Hemmet adferd	0	0	0	0	0,0
5	Angst/fobi	1	0	0	1	1,47
6	Tvangstrekk	2	0	0	2	2,3
7	Tristhet/depr/sorg	8	1	0	9	13,24
8	Skolefravær	1	0	0	0	1,47
9	Atferdsvansker	4	0	0	4	5,88
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsv.	0	0	0	0	0,0
11	Rusmiddelmisbruk	0	0	0	0	0,0
12	Asosial/kriminalitet	0	0	0	0	0,0
13	Lærevansker	0	0	0	0	0,0
14	Språk/talevansker	0	0	0	0	0,0
15	Syn/hørselsproblem	0	0	0	0	0,0
16	Spiseproblem	1	0	0	1	1,47
17	Andre somatiske symptomer	1	0	0	1	1,47
18	Annet	0	0	0	0	0,0
19	Ingen	0	0	0	0	0,0
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0	0	0	0,0
0	Ubesvart	0	0	0	0	0,0
	Sum	63	5	0	68	100,0

Tabell 2.6 Henvisningsgrunn miljøet

Kode	Tekst	Nyhenviste	Overførte	Ubesvart	Sum	Prosent
1	Belastninger i familien	18	2	0	20	29,41
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	4	0	0	4	5,88
3	Belastn. i skole/barnehage	10	1	0	11	16,18
4	Akutte livshendelser	8	0	0	8	11,76
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	9	0	0	9	13,24
6	Ingen	2	1	0	3	4,41
7	Ikke fylt ut av henviser	12	1	0	13	19,12
0	Ubesvart	0	0	0	0	0
	Sum	63	5	0	68	100,0

Tabell 2.7 Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	§ 2.1	34	50,00
2	§ 2.1-4	24	35,29
3	§ 3.1	1	1,47
4	§ 3.6	6	8,82
	Ubesvart	3	4,41
	Total	68	100

Tabell 2.8 Foreldre-retten

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	42	61,76
2	Mor	20	29,41
3	Far	4	5,88
4	Annet	1	1,47
	Ubesvart	1	1,47
	Total	68	100

Tabell 2.9 Omsorgssituasjon

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	18	26,47
2	Pendler mellom mor og far	1	1,47
3	Bor hos en av foreldrene	30	44,12
4	En foreldre og samboer	8	11,76
5	Hos besteforeldre/andre	0	0
6	Bor i fosterhjem	1	1,47
7	Bor på institusjon	6	8,82
8	Bor alene	0	0
9	Annet	3	4,41
	Ubesvart	1	1,47
	Total	68	100

Tabell 2.10 Barnevernets rolle v/henvisning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	25	36,76
2	Rollen ikke fastlagt	11	16,18
3	Undersøkelser §4.3	7	10,29
4	Hjelpetiltak §4.4	13	19,12
5	Frivillig plassering §4.4	5	7,35
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	1,47
8	Akuttvedtak §4.6	2	2,94
10	Vet ikke	4	5,88
	Ubesvart	0	0
	Total	68	100

Tabell 2.11 Barnevernets rolle, oppdatert

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	22	32.35
2	Rollen ikke fastlagt	2	2.94
3	Undersøkelser §4.3	11	16.18
4	Hjelpetiltak §4.4	18	26.47
5	Frivillig plassering §4.4	7	10.29
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	0
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	1	1.47
8	Akuttvedtak §4.6	3	4.41
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0
10	Vet ikke	4	5.88
	Ubesvart	0	0
	Total	68	100

Tabell 2.12 Hva skjedde etter avslutning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	37	54,41
2	Henvist annen instans	24	35,29
3	Mangler tilbud	0	0
4	Ikke behov for oppfølging	0	0
5	Annet	3	4,41
	Ubesvart	4	5,88
	Total	68	100

Tabell 2.13 Diagnose ICD 10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	4	5,88
F101	Psyk.lid og atf. forst. s. br. av alkohol	3	4,41
F129	Psyk. lid. og atf. forst. s. sk. br. av. cannabis	1	1,47
F192	Psyk. lid. og atf. forst. sk. br. av. fl. st.	1	1,47
F201	Hebefren schizofreni	1	1,47
F239	Akutt forbigående psykose	2	2,94
F28	Andre ikke-organiske psykoser	1	1,47
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	2	2,94
F302	Mani med psykotiske symptomer	2	2,94

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F310	Bipolar affektiv lidelse	1	1,47
F320	Mild depressiv episode	1	1,47
F321	Moderat depressiv episode	6	8,82
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	1,47
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	2,94
F334	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	1,47
F401	Sosiale fobier	1	1,47
F419	Uspesifisert angstlidelse	1	1,47
F422	Blandede tvangstanker og tvangshandlinger	2	2,94
F431	Posttraumatisk stresslidelse	4	5,88
F500	Anorexia nervosa	1	1,47
F606	Engstelig personlighetsforstyrrelse	1	1,47
F700	Lett psykisk utviklingshemming	2	2,94
F845	Aspergers syndrom	2	2,94
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	2	2,94
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	1	1,47
F908	Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	3	4,41
F928	Andre spes. blandede atf. forst. og følels.	5	7,35
F929	Uspes. blandet atf. forst. og følelsesmessige.	2	2,94
F988	A. spes. atf.-/følels. mess. forst.	1	1,47
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	2	2,94
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser	8	11,76
Z033	Observasjon ved mistanke om forstyrrelse	1	1,47
	Total	68	100

Tabell 2.14 Diagnose ICD 10 Akse 2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	25	36,76
999	Ukjent	33	48,53
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter	4	5,88
F82	Blandet utviklingsforstyrrelse av spesifikke ferdigheter	1	1,47
	Ubesvart	5	7,35
	Total	68	100

Tabell 2.15 Diagnose ICD 10 Akse 3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ 115-129	1	1,47
3	Normal intelligens IQ 85-114	17	25
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	5	7,35
5	Mild psykisk utviklingshemming (F70)	3	4,41
99	Ukjent	41	60,29
	Ubesvart	1	1,47
	Total	68	100

Tabell 2.16 Diagnose ICD 10 Akse 4

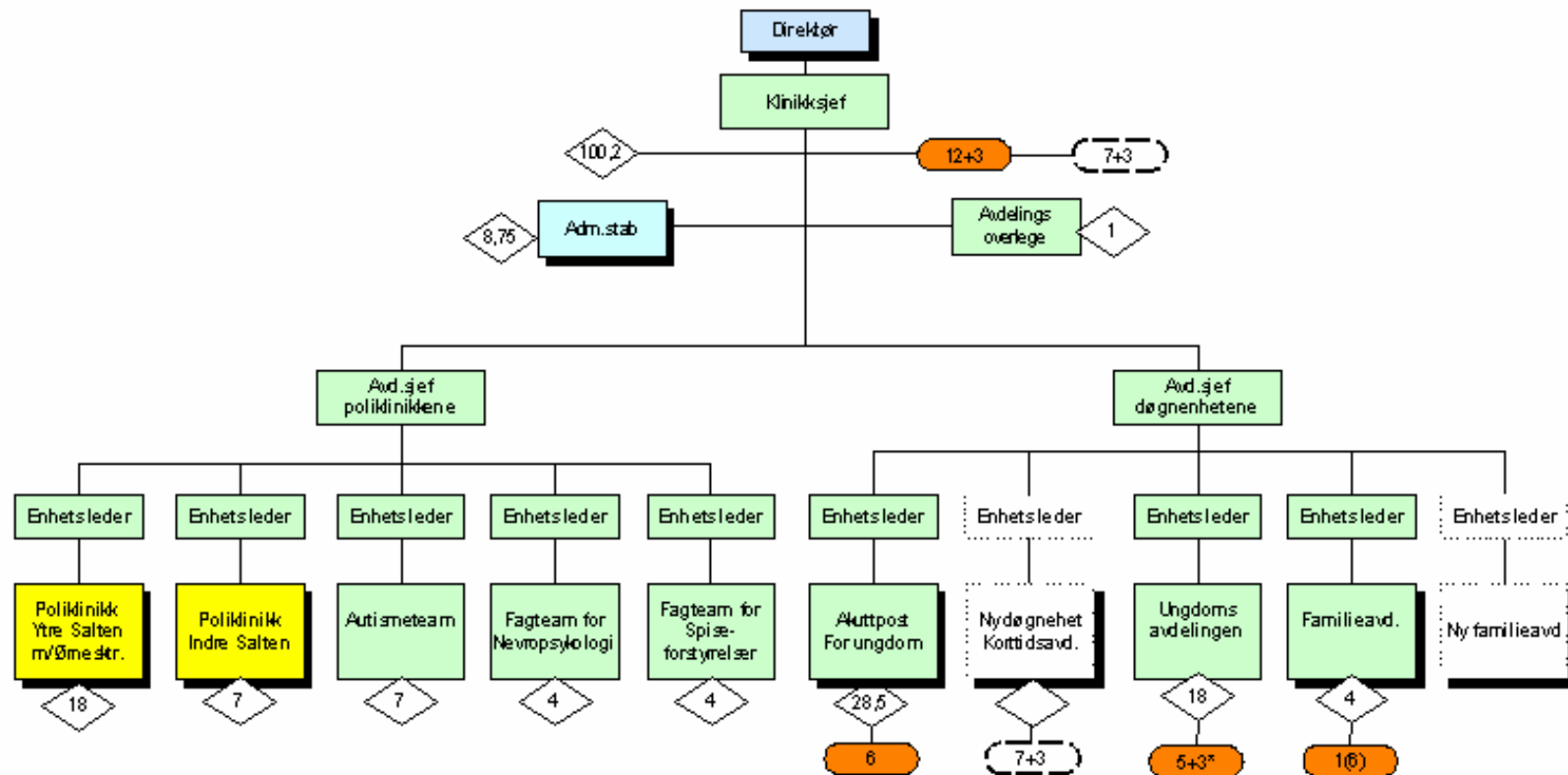
Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	14	20,59
999	Ukjent	19	27,94
E661	Legemiddelutløst fedme	1	1,47
G401	Lok. rel. (fok/part.) sympt. epi/epi.syndr.	1	1,47
G43	Migrene	1	1,47
J06	Ak. infek. i øvre luftveier	1	1,47
J209	Uspesifisert akutt bronkitt	1	1,47
J450	Hovedsakelig allergisk astma	1	1,47
K25	Sår i magesekk	1	1,47
K590	Forstoppelse	1	1,47
L209	Uspesifisert atopisk dermatitt	1	1,47
L700	Acne vulgaris	1	1,47
M239	Uspesifisert kneleddlidelse	1	1,47
M932	Osteochondritis dissecans	1	1,47
R440	Hørselshallusinasjoner	1	1,47
T784	Uspesifisert allergi	1	1,47
X6n	Villet egenskade	12	17,65
Z049	Undersøkelse og observasjon av uspesif.	1	1,47
	Ubesvart	8	11,76
	Total	68	100

Tabell 2.17 Diagnose ICD 10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
00	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	5	7,35
1	Avvikende relasjoner innen familien	3	4,41
1.1	Disharmoni mellom voksne i familien	3	4,41
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	5	7,35
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	8	11,76
2.1	Forelder funksjonshemmet/ufør	1	1,47
2.2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	2	2,94
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	3	4,41
4.8	Annet	5	7,35
5.0	Oppvekst i institusjon	1	1,47
5.1	Avvikende foreldresituasjon	10	14,71
5.3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	1	1,47
5.8	Annet	1	1,47
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	1	1,47
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	6	8,82
6.5	Skremmende personlige erfaringer	2	2,94
7.0	Forfølgelse eller negativ diskriminering	1	1,47
8.2	Uro i skole/arbeidsmiljøet	2	2,94
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	3	4,41
9.2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	1	1,47
99	Ukjent	3	4,41
	Ubesvart	1	1,47
	Total	68	100

Tabell 2.18 Diagnose ICD 10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	4	5,88
2	Lett sosial forstyrrelse	15	22,06
3	Moderat sosial forstyrrelse	18	26,47
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	15	22,06
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	2	2,94
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	8	11,76
9	Ukjent	5	7,35
	Ubesvart	1	1,47
	Total	68	100



- Fylkesdekkende
- Lokalsykehus funksjon
- ^) Eksternatplasser
- Senger
- ◇ Stillingshjemler-2004



3 Ungdomsenheten ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Drammen. Enhetsbeskrivelse 2005.



Besøksadresse: Valbrottveien 23, 3024 Drammen

Postadresse: Sykehuset Buskerud, BUPA Ungdomsenheten, 3004 Drammen

Telefon: 32 86 19 50

Telefaks: 32 86 19 51

E-post: bupa-ungdomsenheten@sb-hf.no

Kontaktpersoner: Kjetil Nilssen, Lise Baklund, Liv Ristvedt

Forord

Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av enhetsleder Liv Ristvedt, klinisk pedagog Kjetil Nilssen, filosof Lise Baklund og sekretær Hannele Yttrehus ved Sykehuset Buskerud HF, BUPA Ungdomsenheten i Drammen.

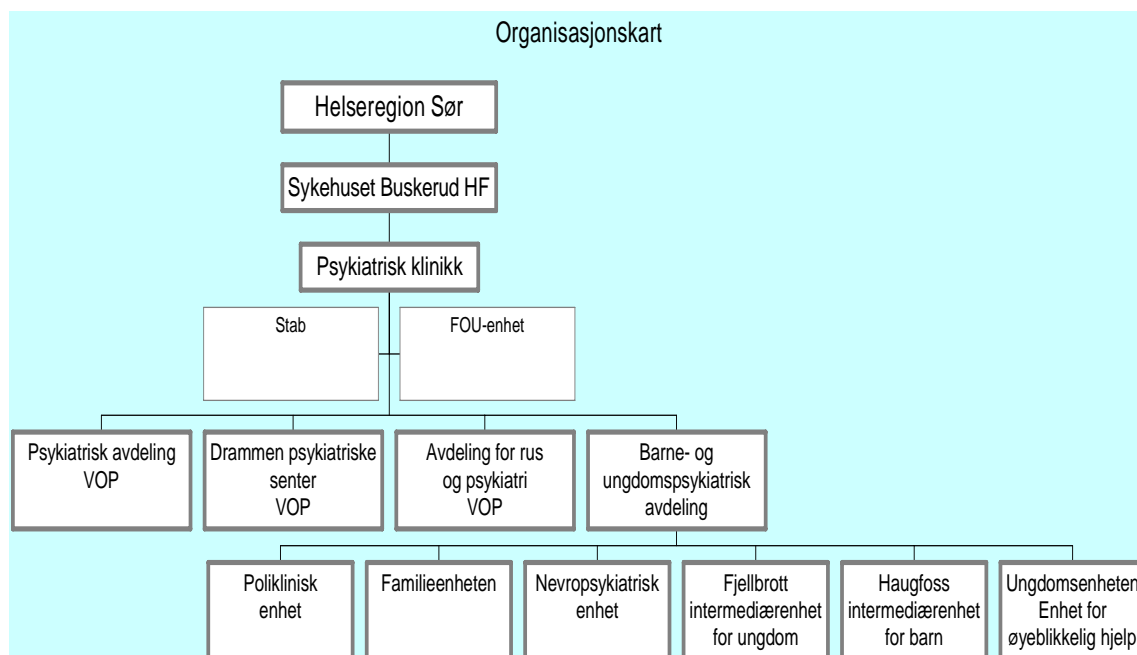
Før eventuell videreformidling av materiale kontakt en av forfatterne.

Dette prosjektet, " En sammenlignende studie av akuttilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge", har blitt støttet finansielt av Regionsenteret for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør i 2004, 2005 og 2006.

3.1 Organisatorisk oppbygging/rammer

3.1.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling er en av fire avdelinger knyttet til psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Buskerud HF. Sykehuset Buskerud HF er en del av Helseregion Sør. BUPA-organisasjonen i Drammen består av 6 enheter. Fem av disse er fylkesdekkende enheter og en enhet er lokal poliklinikk for nedre del av Buskerud.



3.1.2 Opptaksområde

Opptaksområdet er hele Buskerud fylke som er 14.927 km² stort og består av 21 kommuner. Befolkningstallet er 245.000 innbyggere. 55 000 av disse er barn og unge under 18 år og 16 000 av disse er i aldersgruppen 13-17 år. BUPA Ungdomsenheten har, som

fylkesdekkende enhet for øyeblikkelig hjelp, ansvaret for tre lokale poliklinikker; en på Kongsberg, en på Ringerike og en i Drammen.

3.1.3 Målgruppe

Målgruppen er hovedsakelig ungdom med selvmordsproblematikk og selvskading som følge av depressive tilstander. Målgruppen omfatter også pasienter med alvorlige psykosomatiske tilstander og psykoseproblematikk. Enheten har i tillegg det fylkesdekkende ansvaret for å gjøre psykoseutredninger, samt det fylkesdekkende ansvaret for behandlingstilbudet til pasienter med alvorlig grad av spiseforstyrrelse.

3.1.4 Funksjon

BUPA Ungdomsenheten har et fylkesdekkende ansvar for å gi et psykiatrisk øyeblikkelig hjelp- tilbud til barn og unge under 18 år og deres familier. Enheten har to funksjoner:

Å gi et intensivt poliklinisk/ambulant tilbud til ungdom med akutte og alvorlige psykiske problemer hvor tradisjonell poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig.

- Å drifte 2 døgnplasser – for innleggelser knyttet til øyeblikkelig hjelp.
- Å gi et intensivt poliklinisk/ambulant tilbud til ungdom.

Driften er hovedsakelig basert på intensiv poliklinisk behandling i kombinasjon med ambulant terapi, og de 2 døgnplassene benyttes kun til korte innleggelser.

3.2 Ressurser

3.2.1 Personellressurser

Tabell 3.1 Personalressurser

	Planlagt	Faktisk
Årsverk merkantil/kontor	2	2
Antall ansatte husøkonom	1	1
Årsverk adm./ledelse	1	1
Sum merkantil/teknisk/ledelse	4	4
Årsverk døgnskoordinator	1	1
Årsverk overleger	1	1
Årsverk assistent leger	1	1
Årsverk psykologspesialister	2	2
Årsverk psykologer	1	1
Årsverk klinisk pedagog	1	1
Årsverk klinisk sosionom	1	1
Sum	8	8

Tabell 3.2 Årsverk etter profesjon.

ÅRSVERK I TURNUS ER FORDELT PÅ FØLGENDE PROFESJONER:	
Årsverk vernepleier	2
Årsverks sosionomer	1
Årsverk filosof	1
Årsverk sykepleiere	4
Årsverk barnevernpedagoger	3
Årsverk helgestillinger	1
Årsverk nattevakter	3
Sum	15

Kommentarer

BUPA Ungdomsenheten er organisert annerledes enn de fleste andre akuttenheter. Alle fagstillinger i enheten arbeider hovedsakelig poliklinisk og ambulant ved behov. BUPA Ungdomsenheten har til sammen 27 årsverk i 2005, hvorav 23 er fagstillinger.

På BUPA Ungdomsenheten skilles det ikke mellom stillinger i stab og miljø. Enheten er tverrfaglig sammensatt. Alle fagstillinger ved enheten har videreutdanning i familierapi og flere har i tillegg også andre videreutdanninger. Flere innenfor de ulike profesjonene er godkjente som kliniske spesialister.

Enheten har 1 overlege som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, 1 ass.lege, 2 psykologspesialister, 1 psykolog, 1 klinisk pedagog og 1 klinisk sosionom. Disse stillingene arbeider kun dagtid og er ikke turnusbelagt. I **ressurs** benyttes ett årsverk av disse stillingene til å serve døgnenheten, de andre av disse stillingene er refusjonsberettigede stillinger som bare arbeider poliklinisk/ambulant.

Stillinger i turnus er 15 stillinger. Stillingene er tverrfaglig sammensatt av filosof, barnevern-pedagoger, vernepleiere, sosionomer og psykiatriske sykepleiere, samt andre med relevant høyskole/universitetsutdanning. 3 av de 15 stillingene er nattevaktstillinger og ett årsverk benyttes til helgevakter.

Turnuspersonalet (med unntak av nattevakter og helgevakter) utgjør derfor 11 årsverk, og disse deler sin arbeidstid mellom å arbeide 50% i døgnenheten og 50% poliklinisk/ambulant. Av disse 11 årsverkene utgjør altså **ressurs** brukt til poliklinisk/ambulant virksomhet om lag 6 årsverk. Sammen med dagstillingene utgjør **samlet ressurs** 12 refusjonsberettigede årsverk.

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

BUPA Ungdomsenheten har enhetlig ledelse med enhetsleder. En stilling benyttes som døgnkoordinator. Denne er tillagt et spesielt ansvar for å koordinere oppgavene i døgnenheten; vaktinnleie, turnusoppsett, prosedyrehåndtering, veiledning og opplæring.

Videre har enheten 2 merkantile stillinger, en førstesekretær og en sekretær. Begge har sekretær-utdanning. Stillingene har ulike funksjoner og ansvarsområder. Enheten har også en stilling for husøkonom som har ansvaret for brannvern, renhold, innkjøp av rekvisita, matinnkjøp, m.v.

3.2.2 Bygningsmessige ressurser

- Ungdomsenhetens lokaler (poliklinikk og døgnenhet) utgjør til sammen 910 kvm. Utearealet består av en have på ca. 200 kvm. Døgnenheten har:
- 2 ordinære senger
- 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.

3.2.3 Øvrige ressurser

Alle anorexipasienter som trenger innleggelse, blir innlagt på barneavdelingen ved Sykehuset Buskerud. Det nedsettes et team ved BUPA Ungdomsenheten som har behandlingsansvaret for saken, og disse samarbeider med et team på barneavdelingen så lenge pasienten er innlagt.

BUPA Ungdomsenheten samarbeider også med andre somatiske avdelinger ved Sykehuset Buskerud HF. Videre samarbeider vi med Nevropsykiatrisk enhet i BUPA, Drammen eller med Habiliteringstjenesten for barn- og unge i de saker hvor det er nødvendig med større bredde i utredningen.

For å sikre samarbeid og ressursutnyttelse på tvers av ulike enheter som arbeider med psykose-problematikk i Psykiatrisk klinikk, har Ungdomsenheten et godt samarbeid med Utrednings-enheten for psykoser (VOP) dersom det er behov for differensial-diagnostiske vurderinger/utredninger. Dette gir god mulighet for tidlig intervensjon, samt raskere, smidigere og bedre pasientflyt når det gjelder best mulig utredning av unge med psykoseproblematikk. I 2005 ble 2 pasienter fra BUPA Ungdomsenheten overført til denne enheten.

BUPA Fjellbrott intermedisærnenhet for ungdom har 3 døgnplasser, og er den enheten innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling vi overfører klienter til dersom de trenger døgnopphold utover det Ungdomsenheten som enhet for øyeblikkelig hjelp kan tilby.

Psykiatrisk klinikk har en egen FOU-enhet, som kan bistå enheten når det gjelder utviklingsprosjekter og forskning.

BUPA Ungdomsenheten har ikke egen institusjonsbil, men liseser en bil som egner seg til pasienttransport.

3.2.4 Undervisning/veiledning/opplæring av eget personale

Hvert semester utarbeider enheten egen plan for internundervisning som til sammen utgjør 4 dager pr. semester. I tillegg kan enheten delta på to fagdager for hele avdelingen hvert år.

Eksterne veiledere er engasjert for å gi veiledning i familierapi til det tverrfaglige behandlings-personalet en gang pr måned. Nattevakter og helgevakter mottar også veiledning 1 gang pr måned. Det blir gitt regelmessig opplæring i brannvern og førstehjelp til både fast personale og ekstravakter.

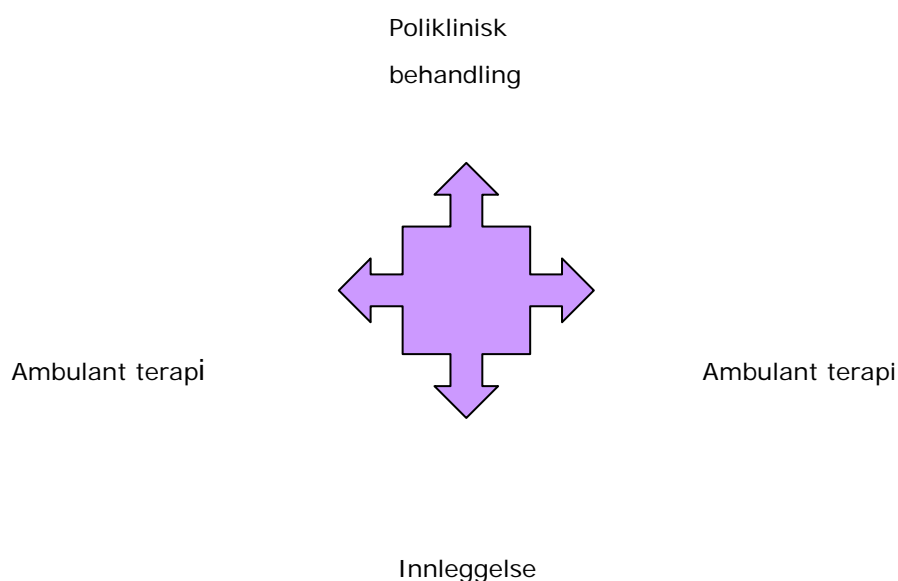
Nytilsatte gjennomgår introduksjonskurs og opplæring. Alle ekstravakter får opplæringsvakter i henhold til egen opplæringsmal.

Enheten har investert mye i kompetanseheving i form av både etterutdanninger/kurs og ulike videreutdanninger. Alle ansatte ved enheten har familierapiutdanning eller er i ferd med å utdanne seg innen familierapi/systemisk konsultasjon. Mange har flere relevante videreutdanninger og to holder på med mastergradutdanning. Det fokuseres spesielt på opplæring i de tema/områder enheten har ansvaret for; suicidalitetsproblematikk, selvskadning, psykoseproblematikk og anorexi, samt opplæring i medikamenthåndtering.

Tabell 3.3 Oversikt over videreutdanning:

Profesjon/funksjon	Videreutdanning
Overlege	Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri
Ass.lege	I spesialistutdanning
Psykologspesialister	Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri
Barnevernpedagoger	Familieterapi, rus, miljøterapi, kognitiv terapi, veiledningspedagogikk, flerfamiliearbeid
Vernepleiere	Familieterapi, psykisk helsearbeid, pedagogikk, flerfamiliearbeid
Psykiatriske sykepleiere	Psykisk helsearbeid, familieterapi, rus, flerfamiliearbeid
Sosionomer	Familieterapi, flerfamiliearbeid
Klinisk pedagog	Familieterapi, kognitiv terapi, flerfamiliearbeid
Filosof	Familieterapi
Nattevakter	Psykisk helsearbeid, veiledningspedagogikk, spesialpedagogikk
Enhetsleder	Spesialpedagogikk, sosialpedagogikk, familieterapi, helse- og sosialadministrasjon, ledelse

3.3 Behandlingstilbudet



3.3.1 Type "omsorgsform"

BUPA Ungdomsenheten arbeider etter en integrert modell hvor man hovedsakelig gir intensiv poliklinisk behandling i kombinasjon med ambulant terapi der dette er ønskelig og mulig. Enheten har 2 døgnplasser for korte innleggelse knyttet til øyeblikkelig hjelp. Dersom intensiv poliklinisk behandling, evt. i kombinasjon med ambulant terapi ikke er tilstrekkelig, må det foretas en innleggelse.

Det er det samme behandlerlaget som har hatt ansvaret poliklinisk/ambulant som følger opp klienten når denne er innlagt. Gjennomsnittlig liggetid har i årene 2001-2005 vært 10 dager, og i 2005 var gjennomsnittlig liggetid 8,5 dager. Kort liggetid er mulig fordi klienten etter døgnoppholdet fortsetter i intensiv poliklinisk/ambulant behandling på BUPA

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.

3.3.2 Ideologi/grunnlagstenkning

Kontinuitet er et grunnleggende prinsipp i BUPA Ungdomsenheten. Vi vektlegger derfor at pasienten og familien skal være sikret et tilbud om behandlingskontakt så lenge pasienten selv og / eller omsorgspersonene opplever det som nødvendig. Videre ønsker vi å tilstrebe at pasienten og familien skal kunne forholde seg til ett behandlerteam, uavhengig av tilbud / tiltak, så lenge de får behandling ved vår enhet.

Vi mener innleggelse bare bør skje når undersøkelse / behandling ikke kan gjennomføres faglig forsvarlig på annen måte, og at innleggelse / liggetiden i tilfelle skal være så kort som mulig.

Samarbeid og støtte til foreldrene/omsorgspersonene vektlegges spesielt både under poliklinisk behandling, ved ambulante tjenester og når pasienten er innlagt fordi foreldrene betraktes som vår viktigste samarbeidsressurs. Det inngår i vår grunnleggende ideologi at foreldrene skal delta i behandlingen, og dersom det er nødvendig med innleggelse, ønsker vi at minst én av foreldrene skal være til stede under hele eller store deler av oppholdet. Dette er ikke bare et ønske fra vår side, men også en rettighet, jf. "Lov om pasientrettigheter" § 6.2² og "Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon"³.

Alltid tilgjengelig er et annet viktig prinsipp, likeså prinsippene om *fleksibilitet* og *forutsigbarhet*. I det følgende vil vi forsøke å utdype noen av disse prinsippene i henhold til følgende punkter:

Fokus på relasjon og familieterapeutiske intervensjoner

Selvmondsforsøk/alvorlig grad av villet egenskade 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.

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 at gode alternativer til innleggelse finnes.

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

I oppfølgingen etter suicidalforsøk utgjør familieterapeutiske tilnærminger en viktig del av behandlingen. Familieterapi har også en sentral plass i behandlingen av pasienter med anorexi og pasienter med psykoseproblematikk. I tillegg har enheten de siste to årene hatt et tilbud om kunnskapsbasert flerfamiliearbeid for pasienter med psykoseproblematikk og deres familier. Dette utdypes i kapittel 3.3.9 og 3.3.10.

² Lov om pasientrettigheter av 02.07.1999 nr. 63, med endringer gjeldende fra 01.03.2005.

³ Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 01.12.2000, hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven av 02.07.1999

Tilgjengelighet

BUPA Ungdomsenheten ønsker å være et lavterskeltilbud for ungdom og deres familier. Foreldre, ungdommen selv, evt. med hjelp av pårørende, offentlig myndighet (barnevern/politi) eller andre, kan 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).

Ungdomsenheten har en 24-timers 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.

Kontinuitet

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 BUPA Ungdomsenheten poliklinisk **over tid** med de fleste sakene som tas inn som øyeblikkelig hjelp.

Fleksibilitet i tilbudet

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, ambulant terapi 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.

Personalet samarbeider derfor tett med foreldrene/de pårørende om å sikre situasjonen rundt ungdommene. Tilbudet består i at enheten kan tilby 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 ivareta brukerperspektivet ved å tilby akuttpsykiatrisk hjelp der hvor brukerne i samarbeid med behandlerne finner det mest hensiktsmessig.

Kunnskapssyn

Kunnskapssynet i enheten baserer seg i all hovedsak på systemisk tenkning, kommunikasjon- og relasjonsforståelse, sosial-konstruksjonisme, hermeneutikk og positivisme. Ved enheten er vi derfor opptatt av å forstå meningssammenhenger, hva symptomer er uttrykk for, det å forstå problemer sirkulært fremfor lineært, mennesket som en del av større systemer, språkets virkelighetsskapende karakter, samt relasjonens, refleksjonens og dialogens betydning. Videre baserer den teoretiske forankringen seg i et utviklingsperspektiv på individ og familie, traumeteori, narrativ terapi, og kognitiv terapi.

Biomedisinsk og sosialmedisinsk forståelse er en del av vårt kunnskapssyn og medisinerer inngår om ett av elementene i behandlingen når dette er hensiktsmessig. Derfor kan en nevropsykologisk / psykiatrisk utredning være vel så viktig som en familierapeutisk tilnærming, avhengig av den enkelte sak.

Behandlingstilbudet i enheten er bredt sammensatt og kan bestå av; somatisk og psykiatrisk utredning, medisinerer, familiesamtaler/terapi, psykoeduktivt flerfamiliearbeid, individuelle

samtaler/terapi, nettverkssamtaler/terapi og kognitiv terapi eller andre behandlingstilnærminger.

Nærhetsetikken ligger til grunn for arbeidet og ifølge nærhetsetikken er det nettopp i møtet og gjennom nærheten til andre (" den Andre") at fenomener som tillit, toleranse og omsorg oppstår og utvikles. I øyeblikkelig hjelp arbeidet tillegges relasjonens kraft stor betydning.

3.3.3 Inntak

3.3.3.1 Ulike typer inntak

Øyeblikkelig hjelp: Enheten har et fylkesdekkende ansvar for å gi et psykiatrisk øyeblikkelig hjelp tilbud til barn og unge under 18 år og deres familier og bruker i hovedsak det meste av kapasiteten til å ivareta øyeblikkelig hjelp plikten. Som tidligere nevnt, har Ungdomsenheten øyeblikkelig hjelp beredskap gjennom en egen vaktordning 24 timer i døgnet og er alltid tilgjengelig. Ungdomsenheten er et lavterskeltilbud for øyeblikkelig hjelp til barn, ungdom og deres familier og det kreves ingen henvisning.

Psykoseutredninger: Enheten har også det fylkesdekkende ansvaret for psykoseutredninger og tidlig intervensjon ved psykoseproblematikk. Dette betyr at enheten gjør planlagte inntak når det gjelder psykoseutredninger.

Anorexibehandling: Når det gjelder inntak av anorexipasienter, skjer noen av disse som øyeblikkelig hjelp, mens andre er planlagte.

3.3.3.2 Inntaksprosedyre

Ved inntak av øyeblikkelig hjelp saker følges kriteriene som fremgår av "Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet" ¹. Alle øyeblikkelig hjelp henvendelser mottas og behandles samme dag. Øyeblikkelig – hjelp – vaktteamet gir pasienten og familien tilbud om undersøkelse/vurdering samme dag som henvendelsen finner sted.

Dersom vurderingen/undersøkelsen konkluderer med at kriteriene for øyeblikkelig hjelp er til stede, får pasienten og familien et tilbud om videre behandling, et behandlingsteam blir nedsatt, og behandlingen starter neste dag.

Når det gjelder saker som ikke er øyeblikkelig hjelp, det vil si søknader om psykoseutredning eller planlagt anorexibehandling, gjelder følgende inntaksprosedyre:

1. Søknad sendes fra en av de tre lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene, som er innsøkende instans.
2. Lokal BUP skal ha gjort en vurdering om at videre utredning/ behandling ikke kan gis lokalt før søknaden sendes til BUPA, Sykehuset Buskerud v/ inntaksansvarlig.
3. Før søknad sendes er det ønskelig at lokal BUP drøfter saken med BUPA Ungdomsenheten.
4. Søknad skal være underskrevet av enhetsleder ved den lokale BUP.
5. Som vedlegg til søknaden skal det foreligge henvisning/kopi av henvisningen fra fastlege eller barnevernleder. Denne skal ikke være eldre enn 10 mnd. Navn på fastlege skal være oppgitt.

¹ Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, vedtatt 21.12.2000 nr 1409, hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven av 02.07 1999

6. Søknad stiles til en fylkesdekkende enhet og sendes Sykehuset Buskerud HF, BUPA v/ inntaksansvarlig.
7. Inntaksansvarlig ved BUPA, Sykehuset Buskerud HF sender brev om at søknad er mottatt, til pasient/foresatte og innsøkende instans.
8. Søknad oversendes deretter til enhetsleder ved BUPA Ungdomsenheten.
9. Søknaden behandles. Svar med pasientrettighetsskriv sendes pasient/foresatte med kopi til den lokale BUP, fastlege og/eller barnevernleder. Svar kan også sendes andre berørte parter etter avtale med klient/foresatte. Dersom enheten ikke finner det hensiktsmessig å gi aktuelle pasient den behandling som er etterspurt, skal dette drøftes med den lokale poliklinikken for å komme til enighet. Hvis det likevel skulle oppstå situasjoner hvor søknad avslås, skal avslag begrunnes og klageadgang beskrives. Avdelingssjefen skal skrive under på brev om avslag.
10. Hvis det er antydning om ønske om bistand fra flere enheter enn Ungdomsenheten, skal enhetsleder ved den enheten som har mottatt søknaden, kontakte enhetsleder ved den/de andre aktuelle enhetene. De aktuelle enhetslederne samkjører innhenting av ytterligere opplysninger, eventuelt søknadsmøte, beslutning om behandlingstilbud og utsendelse av svar.

3.3.4 Utredningsmetoder

Kartleggingsverktøy: ASEBA, MADRS, BECKS, PANNS, A-DES, KIDDIE –SADS, WISC-III, WAIS-III, MMPI-A, CY-BOCS. Som hovedregel gjøres anamneseopptak og familiehistorie kartlegges via genogram. Nettverkskartlegging benyttes når dette er hensiktsmessig.

Miljøobservasjon: enten i døgnenheten eller ambulant.

Psykoseutredning: BUPA Ungdomsenheten har utviklet en egen, standard mal for psykoseutredning som benyttes i alle saker hvor det er grunn til å gjøre denne type utredning. Enheten har også utviklet egne retningslinjer for kartlegging av alvorlighetsgrad knyttet til anorexi-problematikk.

3.3.5 Individualterapi

Ungdomsenheten har to psykologspesialister, en psykolog og en barnepsykiater. Disse kan ha hovedansvaret for individualterapien, men andre behandlere kan også ha individualsamtaler/terapi med ungdommen når dette inngår som en del av det helhetlige behandlingssopplegget.

3.3.6 Miljøterapi

Miljøterapien ved enheten er basert på grunnholdninger knyttet til å være observerende og ivaretagende. Videre å følge de målsettinger som er beskrevet av det tverrfaglige behandlingsteamet, samt de husregler som er nedfelt for døgnenheten dersom ungdommen er innlagt.

Det er behandlersteamet som sammen med pasienten og familien utformer en individuell plan for det miljøterapeutiske opplegget rundt den enkelte ungdom ut ifra hva den enkelte ungdom har behov for. Det lages individuelle avtaler med den enkelte ungdom og både planer og avtaler legges til grunn for de miljøterapeutiske innfallsvinkler som benyttes både på døgnenheten og i ambulant terapi.

Planer og innhold for det miljøterapeutiske innholdet er forankret i enhetens ideologi og kunnskapssyn (kap.3.3.2), hvor fundamentet er å betrakte mennesket som et relasjonelt vesen hvor samspillet med andre er konstituerende for det enkelte mennesket. Siden vi ønsker foreldrene til stede under døgninnleggelse, tones også betydningen av miljø-

terapeutens rolle ned, og vi vektlegger det å støtte foreldrene i foreldrerollen og å arbeide med det relasjonelle forholdet mellom ungdom og foreldre.

Fokus på mestring står sentralt. Miljøterapien skal ikke "*konkurrere med livet selv*", men bidra til å hjelpe ungdommen til å mestre det vanlige livet, utenfor institusjonen. Derfor ønsker vi også at døgnopphold skal være korte, både for å opprettholde mestringsfaktorer i det vanlige livet og for å hindre institusjonalisering og kronifisering.

3.3.7 Husregler for døgnenheten

- Det finnes TV, video, PC, CD- og DVD-spiller på døgnenheten. Derfor behøver du ikke ha med deg dette.
- Du kan oppbevare inntil kr. 500,- og evt andre verdisaker på vaktrommet, men det er best om verdisaker blir oppbevart hjemme eller på annet egnet sted. Det du oppbevarer i døgnenheten har du ansvar for selv.
- Du kan ha foreldre sammen med deg under hele døgnoppholdet. Slekt og venner kan du ha besøk av mellom kl. 17.00 og 21.00, når dette er avtalt med personalet.
- Skal du ringe venner, kan du avtale dette med personalet og ringe mellom klokken 17.00 – 21.00. Foreldre og annen familie kan du ringe når du måtte ønske.
- Om du har mobiltelefon skal denne oppbevares på vaktrommet. Du kan få den ut for å sjekke meldinger mellom kl.17.00 – 18.00. Annen bruk må avtales spesielt med personalet.
- Du kan ikke ha levende dyr inne på døgnenheten, men *kosebamses* er velkommen.
- Det er ikke tillatt å røyke inne i døgnenheten. Alle ungdommer under 18 år må ha skriftlig samtykke fra sine foreldre/foresatte for å kunne røyke. Fyrtøy oppbevares av personalet på vaktrommet.
- Det er ikke lov til å bruke eller oppbevare rusmidler i døgnenheten.
- Vi har vaskemaskin i kjelleren slik at du kan få vasket tøyet ditt her. Dine foreldre/foresatte/personalet vil kunne hjelpe deg med dette.
- Det skal holdes orden på alle rom. Pasienten og familien skal bidra til at det er rent og ryddig både på pasientrom og fellesrom.
- Natten starter kl. 23.00 når neste dag er hverdag og kl. 01.00 når neste dag er helgedag.
- På hverdager vekkes alle kl.08.00 og vi spiser frokost kl. 09.00.

3.3.8 Andre rutiner ved døgnenheten

I tillegg til *husregler* har enheten utarbeidet skriftlig beskrivelse av ansvarsvaktens rolle, rutine for døgnrytme på døgnenheten, rutiner for bruk av kjøkken, vaktrom og aktivitetsrom, samt rutine for bestilling av mat fra sentralkjøkkenet. Videre er det rutine for tøyhåndtering og rutine for håndtering av avfall med kroppsvæske.

Det er skriftlige nøkkelrutiner for bruk av/tilgang til medisinskap.

3.3.9 Familieterapi

Vår behandlingstilnærning har et sterkt fokus på relasjon og familierapeutiske intervensjoner. Vi arbeider derfor i nært samarbeid med foreldrene/de omsorgspersonene ungdommene bor sammen med, men også i saker hvor barnevernet har overtatt omsorgen samarbeider vi med og tilbyr at biologiske foreldre kan delta i behandlingen. Vi definerer

familien som "de som ungdommen bor sammen med", men samarbeider med biologisk familie og andre personer i ungdommens nettverk når dette er viktig. Søskene blir gjerne tatt med i familierapien og øvrig nettverk mobilisert til deltakelse i nettverksmøter når det er behov for dette.

Det tilstrebes at alle behandlere skal ha videreutdanning i familierapi og alle får fast veiledning i familierapi 1 gang per måned. Alle behandlerne i BUPA Ungdomsenheten har derfor god kjennskap til systemisk inspirert teori og de ulike systemorienterte familierapiretningene.

De familierapeutiske innfallsvinkler vi benytter har sin forankring i strategisk og strukturell familierapi, språkssystemisk familierapi, samt narrative og løsningsfokuserede tilnærminger. Familierapiens fundament er å finne i erkjennelsen av mennesket som et relasjonelt vesen hvor avhengigheten til andre er sentral. Vi mener at et nært samarbeid mellom behandlerne, pasienten og omsorgspersonene øker effekten av behandlingen, og både ved døgnbehandling og poliklinisk /ambulant terapi betrakter vi dette samarbeidet som en forutsetning for vellykket behandling.

Suicidal atferd/villet egenskade kan betraktes som et forsøk fra ungdommen på å kommunisere til omgivelsene at noe er galt; et rop om hjelp. Samarbeidet med foreldre, barnevernstiltak og andre nærpå personer som skal ivareta den unges livskvalitet, er derfor av stor betydning. Det å møte pasienten og familien midt i en krise, gir oss en unik mulighet til å arbeide med både relasjonelle og intensjonelle forhold knyttet til for eksempel selvmordsforsøk/villet egenskade.

Gjentatte selvmordsforsøk er en risikofaktor for selvmord. Ved BUPA Ungdomsenheten samarbeider vi tett med foreldrene for å sikre situasjonen rundt pasienten. Vår erfaring er at den psykologiske betydningen av at den unge opplever at de nærmeste bryr seg og passer på, er mer effektivt enn innleggelse i lukket avdeling. Vi anser mobilisering av pasientens familie og andre personer i nettverket, samt foreldrenes deltakelse i behandlingsopplegget til å være selvmordsforebyggende.

Familierapeutiske tilnærminger har også en selvskreven og sentral plass i behandlingen av anorexipasienter og pasienter med psykoseproblematikk.

3.3.10 Gruppetilbud

De siste to årene har enheten hatt et tilbud om kunnskapsbasert (psykoedukativt) flerfamiliearbeid for pasienter med psykoseproblematikk og deres familier. Kunnskapsbasert flerfamiliearbeid foregår i en gruppe med inntil fem familier hvor både foreldrene og pasienten selv er med. Gruppen samles hver 14 dag over en periode på to år og ledes av to til tre gruppeledere. Det arrangeres i tillegg egne helgeseminarer hvor både pasienten og foreldrene mottar undervisning om psykoseproblematikk.

En kjent effekt av kunnskapsbasert flerfamiliearbeid er reduksjon av risiko for tilbakefall, bedring av livskvalitet, styrking av familierelasjoner og en klar økning i sosialfunksjon hos pasienten. I tillegg opplever de pårørende flerfamiliegruppen som en viktig kilde til støtte og problemløsning. Gjennom kunnskap om sykdommen, metoder for problemløsning og erfaringsutveksling blir familien en viktig støttespiller i behandling og rehabilitering. I tillegg rustes familien til å mestre situasjoner som kan oppleves som belastende, både praktisk og følelsesmessig.

3.3.11 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 medikamentgruppene.

3.3.12 Skole

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

Spesialpedagogene fra Fjellbrott skole kommer til Ungdomsenheten to dager pr uke, eller oftere ved behov. De kan gi tilbud om undervisning til innlagte ungdommer, koordinere samarbeidet og veilede hjemmeskolen til ungdom som får et tilbud ved enheten. Dette gjelder både pasienter som er innlagt eller som får intensivt poliklinisk og/eller ambulant tilbud.

Spesialpedagogenes oppfølging av elever som er tilknyttet BUPA Ungdomsenheten kan deles i tre hovedgrupper:

1. Undervisning av ungdom innlagt i døgnenheten. Denne type oppdrag kan skje sporadisk, da ungdommen ofte har et kort døgnopphold eller er lite tilgjengelig for opplæring under oppholdet.
2. Undervisning av ungdom som BUPA Ungdomsenheten arbeider med poliklinisk/ambulant. I hovedsak dreier dette seg om ungdom med vegringsproblematikk i forhold til skole, tilbaketrekningsproblematikk, eller ungdom som av andre grunner trenger en periode med et oversiktlig og trygt skolemiljø med spesialkompetanse på tilrettelegging av undervisning for ungdom med psykisk lidelse.
3. Ambulant oppfølging av ungdom på deres hjemmeskole. Dette kan være en ren konsultativ veiledning av lærere, team med videre, men er vanligvis også knyttet opp mot direkte elevkontakt i form av observasjon, samtaler og deltakelse i undervisningen.

Fra og med 01.08.06 planlegges oppstart av en Sosial-Medisinsk – Institusjonsskole (SMI-skole), hvor man planlegger å organisere tilbudet slik at det innebærer en videreføring av det differensierte tilbudet som er nevnt ovenfor.

3.3.13 Faglig struktur i enheten

Enhetsleder er både faglig og administrativ leder for enheten og har ansvaret for at driften til enhver tid er faglig forsvarlig. Overlegen er medisinskfaglig rådgiver for enhetsleder.

Alle behandlere med tilstrekkelig utdanning og klinisk kompetanse har behandlingsansvar, saksansvar og journalansvar.

Overlegen er overordnet faglig ansvarlig for behandlingen og alle behandlere gjennomgår sine saker sammen med overlegen 1 gang pr mnd. Legene har ansvaret for somatisk undersøkelse av alle innlagte pasienter.

For hver ny sak opprettes et behandlingsteam bestående av to personer. En av disse blir hovedansvarlig i saken. Behandlingsteamet har ansvaret for planlegging og iverksetting av behandlingsopplegg, samt å samarbeide med pasienten og familien slik at deres synspunkter blir ivarettatt.

3.3.14 Skjerming og grensesetting

I enkelte tilfelle kan det være behov for at ungdommen må skjermes for å begrense inntrykk eller redusere muligheten for å utføre skade mot seg selv / andre.

Personalet iverksetter da hensiktsmessige tiltak og skjermingsrommet på avdelingen blir benyttet.

Ved utagerende atferd benyttes først og fremst stressreducerende teknikker. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig med fastholdning.

3.3.15 Bruk av tvang

Ungdomsenheten har ingen mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering har ikke forekommet i de fem årene enheten har eksistert. Isolering benyttes ikke. Enheten har utarbeidet egen prosedyre for bruk av tvangsmidler/fysisk grensesetting.

3.3.16 Sikkerhetsprosedyrer

3.3.16.1 Pasientrelatert

Enheten har utarbeidet skriftlige prosedyrer for:

- Oppfølging av pasienter med deres familier etter selvmordsforsøk
- Behandling av pasienter med selvmordsproblematikk i døgnenheten
- Rømming
- Alvorlig skade. Enheten benytter skjema fra Statens Helsetilsyn IK-2448 når det har oppstått betydelig eller fare for betydelig personskade på pasient.

Videre er det utarbeidet risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til:

- Evakuering av pasienter og pårørende ved brann
- Å forebygge selvmordsforsøk mens pasienter er innlagt i døgnenheten.

3.3.16.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer

Det er utarbeidet egen instruks for den som har ansvarsvakt.

Enheten har et trådløst alarmsystem som personalet kan benytte når de er på vakt og situasjonen tilsier bruk av alarm for tilkalling av assistanse fra annet personale.

Det er lagt inn alarm i hele bygningsmassen til enheten og dette serves av et vaktelskap som sjekker bygningene hver kveld og rykker ut dersom tyverialarmen går.

Videre er det utarbeidet risiko- og sårbarhetsanalyse for evakuering av personale ved brann og dersom det oppstår trusler/vold mot personale.

3.3.17 Møte- og samarbeidsformer – i enheten

3.3.17.1 Møter

Enheten har et **morgenmøte** hver dag à 0,5 time hvor alt personale møtes for å få informasjon om nye øyeblikkelig hjelp saker fra siste døgn. I dette møtet blir også nye øyeblikkelig hjelp saker fordelt og behandlingsteam opprettet. Videre blir det gitt rapport knyttet til inneliggende klienter på døgnenheten. Tilrettelegging av arbeidet rundt polikliniske og ambulante saker er også et sentralt tema på morgenmøtet.

Hver uke avholdes et **enhetsmøte** à 1 time. Dette møtet er i hovedsak et personalmøte hvor det blir utvekslet informasjon og hvor man kan drøfte saker av samarbeidsmessig og/eller driftsmessig karakter.

Rapport/overlapping avholdes morgen, ettermiddag og kveld på døgnetenheten. Her deltar kun det personalet som har vært på vakt og det personalet som kommer på vakt. Behandlingsteamet kan også delta i overlappingene.

En gang per måned har behandlingsteamene et møte med overlegen hvor det foretas **faglig gjennomgang av saker**. Møtet har en veiledende form, men er i utgangspunktet en form for STAFF-møte hvor man oppsummerer, drøfter diagnostisering og planlegger videre behandling.

Debriefings-møter for personalet avholdes etter behov knyttet til spesielle hendelser og krevende arbeidsinnsats. Debriefingen ledes av ansvarsvakt på døgnetenheten eller av vaktansvarlig i øyeblikkelig- hjelp- vaktordningen. Ved behov deltar enhetsleder i debriefingen.

3.3.18 Utskriving

3.3.18.1 Utskrivningskriterier

Kriterier for utskrivning fra døgnetenheten kan være at øyeblikkelig hjelp fasen er over, dvs at pasienten vurderes til å ikke være akutt suicidal eller psykotisk. Et like viktig kriterium som at øyeblikkelig hjelp fasen er over, er at det pasienten kan forplikte seg til ikke å skade seg og at det vurderes som trygt nok å utskrive pasienten hjem til sine foreldre/foresatte, til omsorgstiltak i regi av barnevernet eller at pasienten kan varetas av annen familie /nettverk.

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

I noen tilfeller vil et kriterium for utskrivning fra Ungdomsenheten være at klienten trenger mer omfattende utredning og derfor overføres til intermediaærenheten for ungdom.

3.3.18.2 Utskrivningsprosedyrer

Utskriving skal planlegges sammen med ungdommen og foreldre/foresatte og andre viktige samarbeidspartnere.

I forbindelse med utskrivning fra døgnetenheten skal klienten og familien få et tilbud om intensiv poliklinisk oppfølging/behandling og behovet for ambulant terapi skal vurderes.

Både ved utskrivning fra døgnetenheten og ved poliklinisk/ambulant behandling blir det avholdt et utskrivningsmøte hvor ungdommen, foreldrene og aktuelle samarbeidspartnere deltar. Her skal det inngås en avtale om hvem som er ansvarlig for hva, og hva det videre behandlingstilbudet skal inneholde. Nedenfor er prosedyre for utskrivning gjengitt:

1. Permisjoner/utskrivning skal planlegges sammen med ungdommen og foreldre/foresatte og 1. linjetjenesten i hjemkommunen.
2. I forbindelse med permisjoner/utskrivning bør klienten og familien få et tilbud om intensiv poliklinisk oppfølging/behandling. Ambulante støttetiltak eller ambulant terapi vurderes.

3. I forbindelse med utskriving skal det alltid holdes et utskrivingsmøte hvor det inngås en avtale om hvem som er ansvarlig for hva, og hva det videre behandlingstilbudet skal inneholde.
4. 1.-linjetjenesten i hjemkommunen må orienteres om permisjoner og utskrivninger.
5. Ved utskriving skal det lages epikrise. Etter at epikriser er skrevet avsluttes saken/episoden i Bup-data.

3.4 Samarbeid med andre

3.4.1 Innad i BUP-systemet

Innad i egen BUPA- organisasjon deltar enhetsleder på møte med de andre enhetslederne 3 timer hver 14. dag. Enhetsleder for Ungdomsenheten og enhetsleder for Fjellbrott intermedisærnenhet samtaler hver 14. dag eller etter behov for gjensidig oppdatering og informasjon om pasientflyt. Ut over dette er det ikke noe formalisert samarbeid med andre enheter, men møter/konsultasjoner blir etablert etter behov knyttet til aktuelle klientsaker.

BUPA Ungdomsenheten har øyeblikkelig hjelp ansvaret for tre lokale poliklinikker i Buskerud; en på Kongsberg, en på Ringerike og en i Drammen. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale med de tre lokale poliklinikkene som bidrar til å styrke samarbeidet rundt den enkelte klient.

3.4.2 Andre deler av psykisk helsevern

De lokale, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene er primære samarbeidspartnere, likeså psykisk helsevern og helsestasjonene for barn og unge i kommunene, samt skolehelsetjenesten.

Det samarbeides med voksenpsykiatrien i saker hvor det er viktig å planlegge over lang tid for å få til en god overføring av pasienter som skal fortsette i voksenpsykiatrien etter fylte 18 år. Videre samarbeides det tett med Ruspoliklinikken i Drammen rundt ungdommer med dobbel-diagnoseproblematikk hvor rus inngår.

3.4.3 Barnevernet

Våre erfaringer ved BUPA Ungdomsenheten tilsier at det i flere saker er nødvendig å skille mellom kriser på grunn av omsorgssituasjonen, skjermingsbehov og akuttpsykiatriske behandlingsbehov. Det er vår oppfatning at både skjerming og akuttpsykiatriske behandling i mange tilfeller ivaretas best uten innleggelse. Derfor er samarbeidet med barnevernet viktig i saker hvor omsorgssituasjonen bør styrkes fremfor at ungdommen får flere unødvendige innleggelser i akuttpsykiatriske døgninstitusjon.

Dette betyr ikke at Ungdomsenheten ikke gir disse ungdommene psykiatriske øyeblikkelig hjelp når dette er nødvendig, men det betyr at vi vil samarbeide med barnevernet om å styrke totalsituasjonen rundt ungdommen gjennom behandling, veiledning og ambulante støttetiltak i biologiske hjem, fosterhjem og barneverninstitusjoner. I de tilfellene hvor barn/unge er plassert av barnevernet i fosterhjem, institusjoner eller andre tiltak, foretrekker vi å forflytte våre personalressurser og arbeide ambulant der hvor ungdommen bor.

Det er utarbeidet en lokal samarbeidsavtale med BUF-etat hvor Ungdomsenheten og BUF-etat i løpet av 48 timer er gjensidig forpliktet til å stille opp på møter hos hverandre i

akuttsaker hvor vi har behov for hverandres kompetanse, og hvor det er vesentlig med en rask avklaring rundt for eksempel omsorgssituasjonen. En regional avtale mellom Helse Sør RHF og BUF-etat – region Sør er under utarbeidelse.

3.4.4 Somatisk sykehus

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

Videre samarbeider også Ungdomsenheten nært med både barneavdelingen og medisinske avdelinger på Sykehuset Buskerud HF i saker hvor pasienter fra Ungdomsenheten trenger somatisk behandling. Rehabiliteringstjenesten for barn- og unge (tilhørende Kvinne- barnklinikken) er også en sentral samarbeidspartner når det gjelder utredninger innen autismspekteret.

3.4.5 Kommuner

BUPA Ungdomsenheten samarbeider med følgende aktuelle etater i kommunene; psykisk helsetjeneste, pleie- og omsorgstjenesten, barnevern, PPT, sosialkontor og politi i saker hvor dette er nødvendig. Det vanligste er at det blir opprettet en ansvarsgruppe hvor aktuelle samarbeidspartnere blir innkalt.

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

3.4.6 Universitet/høgskoler

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

Videre samarbeider enheten også med universiteter og høyskoler når det gjelder gjennomføringen av mastergradsstudier for ansatte ved enheten.

3.4.7 Andre helseforetak/andre akuttinstitusjoner for ungdom

I 2005 har enheten undervist ved flere helseforetak rundt om i landet. Enheten har også mottatt en rekke studiebesøk av personale i fra lignende virksomhet innen det akuttpsykiatriske feltet.

3.5 Pasientdata 2005

3.5.1 Kommentarer til tabellene

Ungdomsenheten arbeidet i 2005 med til sammen 261 saker med tiltak, og sakene er mange fordi BUPA Ungdomsenheten, ut i fra prinsippet om kontinuitet, arbeider videre over tid med pasienter som er over den akutte øyeblikkelig hjelp fasen. Av de 261 sakene var 110 nye saker i 2005 og 151 saker ble avsluttet i løpet av året. I de følgende er det fokus på de 137 øyeblikkelig hjelp sakene som enheten arbeidet med i 2005 og tabellene viser derfor kun pasientdata knyttet til de 137 øyeblikkelig hjelp sakene. Av de 137 øyeblikkelig hjelp sakene enheten arbeidet med i 2005, var 110 nye øyeblikkelig hjelp saker og 27 øyeblikkelig hjelp

saker overført i fra året før. 104 av 110 nyhenviste øyeblikkelig hjelp saker i 2005 ble avsluttet i løpet av året.

* Systemet for å registrere ambulante saker og tiltak har ikke vært godt nok, og det antas derfor at det foreligger en underregistrering både når det gjelder ambulante saker og ambulante tiltak. Det er en utfordring å etablere gode registreringssystemer for ambulante tiltak innenfor vårt pasientadministrative system BUP- data.

(**) Dette er henvisninger som i kontakt med bakvaktordningen har fått opprettet sak i BUP-data. Det er av ulike grunner ikke blitt arbeidet videre med disse sakene og/eller det har ikke vært grunnlag for å sette diagnose.

(***)Praksis på Ungdomsenheten er at det settes ukjent (F99) dersom det ikke foreligger evnetest.

3.5.2 Kjernetall

Tabell 3.4 Noen kjernetall

2005	Tall	Kommentarer
Totalt antall ø-hjelps saker	137	110 nye i 2005 og 27 overførte fra 2004
Antall ulike pasienter	109	
Nye saker 2005	110	
Overførte saker fra 2004	27	
Antall innleggelser	45	
Antall liggedager	382	
Antall re-innleggelser	17	I løpet av året ble 7 av disse ungdommene reinnlagt; 1 ungd ble reinnlagt 6 g, 1 ungd ble reinnlagt 4 g, 2 ungd ble reinnlagt 2 g mens de øvrige 3 ble reinnlagt 1 gang.
Gjennomsnittelig liggetid	8,5 dager	(382/45)
Gjennomsnittelig liggetid jenter	8,7 dager	(321/37)
Gjennomsnittelig liggetid gutter	7,6 dager	(61/8)
Beleggs prosent i døgnenhet m/2plasser	52,4 %	
Antall % saker behandlet poliklinisk/ambulant .	67%	
Antall % saker behandlet ved døgninnleggelser.	33%	

Tabell 3.5 Øyeblikkelig hjelp saker i 2005 fordelt på innleggelser, polikliniske og ambulante saker

Type saker:	Prosent
45 av 137 saker var innleggelser.	33%
62 av 137 saker ble behandlet <u>intensivt</u> poliklinisk.	45%
23 av 137 saker ble behandlet i en kombinasjon av intensiv poliklinisk behandling og ambulante tiltak.	17%
7 av 137 ble registrert som rene ambulante episoder/tiltak.	5%
	100%

Til sammen ble 67% behandlet intensivt poliklinisk og ambulant, mens 33% av sakene var innleggelser i 2005.

Tabell 3.6 Oversikt polikliniske og ambulante tiltak i 2005:

	Polikliniske tiltak	Ambulant terapi	Tiltak totalt: både poliklinisk og ambulant	Av disse var refusjonsberettigede tiltak
2005	2756	800*	3556	1927

* Systemet for å registrere ambulante saker og tiltak har ikke vært godt nok, og det antas derfor at det foreligger en underregistrering både når det gjelder ambulante saker og ambulante tiltak. Det er en utfordring å etablere gode registreringssystemer for ambulante tiltak innenfor vårt pasientadministrative system BUP- data.

Tabell 3.7 Oversikt saker

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	110
2	Derav tatt imot	110
3	Avvist pga kapasitetsmangel	0
4	Avvist av faglige grunner	0
5	Til vurdering (uavklart)	0
Tatt imot		
6	Behandling	93
7	Undersøkelse	16
8	Konsultasjon	1
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet/uavklart	0
Aktuelle i år		
11	Saker overført fra året før	27
12	Alle aktuelle saker i året (2+11)	137
13	Avsluttet i løpet av året	104

Tabell 3.8 Kjønn/alder

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Jente	105	76,64
2	Gutt	32	23,36
	TOTAL	137	100

Tabell 3.9 Alder (som barnet fyller i år). Opptelling av henvisningsperioder.

Alder gruppert	Antall	Prosent
8	1	0,73
11	1	0,73
12	2	1,46
13	5	3,65
14	18	13,14
15	33	24,09
16	22	16,06
17	33	24,09
18	21	15,33
19	1	0,73
Total	137	100

Tabell 3.10 Henvisende instans

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Pasienten	0	0
12	Foreldre/foresatte	24	17,52
13	Fosterhjem	1	0,73
14	Andre fra nærmiljø	0	0,00
21	Skole/fritidsordning	7	5,11
22	Barnehage / førskole	0	0,00
23	PP-tjenesten	1	0,73
24	Spesialskole	0	0,00
25	Statlig kompetansesenter	0	0,00
26	Annet innenfor skolesektor	0	0,00
31	Lege	30	21,90
32	Skolehelsetjenesten	1	0,73
33	Helsestasjon	5	3,65

Kode	Tekst	Antall	Prosent
34	Habiliteringstjeneste barn	0	0,00
35	Somatisk sykehus	19	13,87
36	Flyktninghelsetjenesten	1	0,73
37	Annen somatiskhelsetjeneste	1	0,73
41	Rusmiddelomsorg	0	0,00
42	Habiliteringstjeneste voksne	0	0,00
43	BUP poliklinikk/avdeling	13	9,49
44	Voksenpsykiatri	2	1,46
45	Psykolog/psykiater privat	0	0,00
46	Annen helsetjeneste	5	3,65
51	Sosialkontor	0	0,00
52	Barnevern (kommunen)	16	11,68
53	Barnevern (fylkeskommunen)	1	0,73
54	Barneverninstitusjon	5	3,65
55	Flyktning/innvandringstjenesten	0	0,00
56	Annen sosialtjeneste	0	0,00
61	Hjelpetjenesten for barn/unge	1	0,73
71	Familievernkontor	0	0,00
72	Utekontakt/uteseksjon	0	0,00
74	Krisesenter	0	0,00
76	Politi/lensmann/rettsvesen	1	0,73
77	Arbeidsmarkedstiltak	0	0,00
78	Andre	3	2,19
Sum		137	100

Tabell 3.11 Viktigste henvisningsgrunn barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	0	0,00
2	Psykotiske trekk	10	7,30
3	Suicidalfare	98	71,53
4	Hemmet adferd	1	0,73
5	Angst/fobi	3	2,19
6	Tvangstrekk	2	1,46
7	Tristhet/depr/sorg	13	9,49
8	Skolefravær	0	0,00

Kode	Tekst	Antall	Prosent
9	Atferdsvansker	1	0,73
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	0	0,00
11	Rusmiddelmissbruk	0	0,00
12	Asosial/kriminalitet	0	0,00
13	Lærevansker	0	0,00
14	Språk/talevansker	0	0,00
15	Syn/hørselsproblem	0	0,00
16	Spiseproblem	9	6,57
17	Andre somatiske symptomer	0	0,00
18	Annet	0	0,00
19	Ingen	0	0,00
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0,00
	Ubesvart	0	0,00
	TOTAL	137	100

Tabell 3.12 Inntil 3 henvisningsgrunner barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	0,40
2	Psykotiske trekk	17	6,75
3	Suicidalfare	107	42,46
4	Hemmet adferd	8	3,17
5	Angst/fobi	5	1,98
6	Tvangstrekk	6	2,38
7	Tristhet/depr/sorg	67	26,59
8	Skolefravær	3	1,19
9	Atferdsvansker	13	5,16
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	1	0,40
11	Rusmiddelmissbruk	1	0,40
12	Asosial/kriminalitet	0	0,00
13	Lærevansker	0	0,00
14	Språk/talevansker	0	0,00
15	Syn/hørselsproblem	0	0,00
16	Spiseproblem	14	5,56
17	Andre somatiske symptomer	2	0,79
18	Annet	7	2,78
19	Ingen	0	0,00
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0,00
	Ubesvart	0	0,00
	TOTAL	252	100

Tabell 3.13 Viktigste henvisningsgrunn barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	85	62.04
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	7	5.11
3	Belastn. i skole/barnehage	12	8.76
4	Akutte livshendelser	7	5.11
5	Belastn. Res. av forstyr./fh.	12	8.76
6	Ingen	12	8.76
7	Ikke fylt ut av henviser	2	1.46
	Ubesvart	0	0.00
	TOTAL	137	100

Tabell 3.14 Inntil 3 henvisningsgrunner barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	88	47,83
2	Belastn. i nærmiljø/samfunn	19	10,33
3	Belastn. i skole/barnehage	24	13,04
4	Akutte livshendelser	23	12,50
5	Belastn. res. av forstyr./fh.	16	8,70
6	Ingen	12	6,52
7	Ikke fylt ut av henviser	2	1,09
	Ubesvart	0	0,00
	TOTAL	184	100

NB: Valgte spørsmål teller inntil 3 ganger pr.henv. Derfor avviker SUM fra antall henv.perioder !

Tabell 3.15 Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall
1	Lov om psyk.helsevern § 2-1	30
2	Lov om psyk.helsevern § 2-1.4	2
3	Lov om psyk.helsevern § 2-2.1	6
7	Lov om psyk.helsevern § 3-6	
9	Lov om psyk.helsevern § 3-8	7
	TOTAL	45

Tabell 3.16 Foreldreretten

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	87	63,50
2	Mor	45	32,85
3	Far	1	0,73
4	Annet	1	0,73
	Ubesvart	3	2,19
TOTAL		137	100

Tabell 3.17 Omsorgssituasjon

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	53	38,69
2	Pendler mellom mor og far	5	3,65
3	Bor hos en av foreldrene	41	29,93
4	En foreldre og samboer	10	7,30
5	Hos besteforeldre/andre	0	0,00
6	Bor i fosterhjem	6	4,38
7	Bor på institusjon	16	11,85
8	Bor alene	1	0,73
9	Annet	4	2,92
	Ubesvart	1	0,73
TOTAL		137	100

Tabell 3.18 Etnisk tilhørighet mor

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	117	85,40
2	Samisk	0	0,00
3	Nordisk	1	0,73
4	Europeisk	3	2,19
5	Asiatisk	13	8,76
6	Afrikansk	0	0,00
7	Latin-Amerikansk	1	0,73
8	Nord-Amerikansk	0	0,00
9	Australsk	0	0,00
	Ubesvart	2	2,19
TOTAL		137	100

Tabell 3.19 Etnisk tilhørighet far

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	112	81,75
2	Samisk	0	0,00
3	Nordisk	0	0,00
4	Europeisk	3	2,19
5	Asiatisk	15	10,95
6	Afrikansk	0	0,00
7	Latin-Amerikansk	0	0,00
8	Nord-Amerikansk	1	0,73
9	Australsk	0	0,00
	Ubesvart	6	4,37
TOTAL		137	100

Tabell 3.20 Hjemmespråk

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	119	86,86
2	Annet hjemmespråk	3	2,19
3	To-språklig	14	10,22
	Ubesvar	1	0,74
TOTAL		137	100

Tabell 3.21 Barnevernets rolle ved henvisning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	74	54,01
2	Rollen ikke fastlagt	11	8,03
3	Undersøkelser §4.3	5	3,65
4	Hjelpetiltak §4.4	25	18,25
5	Frivillig plassering §4.4	6	4,38
6	Und./behandling §4.10/4.11	2	1,46
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	7	5,11
8	Akuttvedtak §4.6	1	0,73
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0,00
10	Vet ikke	6	4,38
	Ubesvart	0	0,00
TOTAL		137	100

Tabell 3.22 Barnevernets rolle oppdatert

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	74	54,01
2	Rollen ikke fastlagt	8	5,84
3	Undersøkelser §4.3	7	5,11
4	Hjelpetiltak §4.4	28	20,44
5	Frivillig plassering §4.4	6	4,38
6	Und./behandling §4.10/4.11	2	1,46
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	7	5,11
8	Akuttvedtak §4.6	1	0,73
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0,00
10	Vet ikke	4	2,92
	Ubesvart	0	0,00
TOTAL		137	100

Tabell 3.23 Hva skjedde etter avslutning

Kode	Tekst	Total	Prosent
1	Tilbake til henviser	15	10,95
2	Henvist annen instans	29	21,17
3	Mangler tilbud	2	1,46
4	Ikke behov for oppfølging	21	15,33
5	Annet	44	32,12
	Ubesvart	26	18,98
TOTAL		137	100

Tabell 3.24 Hoveddiagnoser ICD 10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	1	0,73
999	Ukjent	5	3,65
F201	Hebefren schizofreni	1	0,73
F239	Akutte og forbigående psykoser	1	0,73
F302	Mani med psykotiske symptomer	1	0,73
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	1	0,73
F32	Mild depressiv episode	11	8,03
F321	Moderat depressiv episode	15	10,95

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotisk	3	2,19
F329	Uspesifisert depressiv episode	3	2,19
F33	Tilbakevendende depressiv episode	2	1,46
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse	3	2,19
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	3	2,19
F332	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	1,46
F341	Dystymi	1	0,73
F410	Panikk lidelse	1	0,73
F411	Generalisert angst lidelse	1	0,73
F412	Blandet angst lidelse og depressiv lidelse	2	1,46
F420	Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsg	1	0,73
F422	Blandede tvangstanker og tvangshandlinger	1	0,73
F43	Tilpassningsforstyrrelser og reaksjoner	1	0,73
F432	Tilpassningsforstyrrelser	12	8,76
F500	Anorexia nervosa	6	4,38
F501	Atypisk anorexia nervosa	1	0,73
F502	Bulimia nervosa	1	0,73
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	1	0,73
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	1	0,73
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	2	1,46
Z032	Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser	41	29,93
Z038	Observasjon ved mistanke om annen sp	1	0,73
Z039	Observasjon ved mistanke om uspesifisert sykdom eller tilstand	1	0,73
Z048	Undersøkelse og observasjon av annen	2	1,46
	Ubesvart(**)	8	5,84
TOTAL		137	100

Tabell 3.25 Alle diagnoser ICD 10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	1	0,66
999	Ukjent	5	3,29
F12	Psyk.lid.og atf.forst.som skyldes bruk av canna	1	0,66
F93	Følelsemessige forstyrrelser oppstått i barndommen	1	0,66
F139	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av sed/hyp.us	1	0,66
F200	Paranoid schizofreni	0	0,00
F201	Hebefren schizofreni	1	0,66
F239	Akutte og forbigående psykoser	1	0,66
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	1	0,66
F32	Depressiv episode	1	0,66
F320	Mild depressiv episode	12	7,89
F321	Moderat depressiv episode	19	12,5
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotisk	3	1,97
F329	Uspesifisert depressiv episode	3	1,97
F33	Tilbakevendende depressiv episode	2	1,31
F330	Tilbakevendende depressiv lidelse	3	1,97
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	3	1,97
F332	Tilbakevendende depressiv lidelse	2	1,31
F341	Dystymi	1	0,66
F410	Panikk lidelse	1	0,66
F411	Generalisert angstlidelse	1	0,66
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	2	1,31
F420	Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsg	1	0,66
F421	Hovedsakelig tvangshandlinger	1	0,66
F422	Blandede tvangstanker og tvangshandlinger	2	1,31
F43	Tilpassningsforstyrrelser og reaksjoner	1	0,66
F432	Tilpasningsforstyrrelser	12	7,89
F445	Dissosiative krampetilstander	1	0,66
F500	Anorexia nervosa	7	4,60
F501	Atypisk anorexia nervosa	1	0,66
F502	Bulimia nervosa	1	0,66
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	1	0,66
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	3	1,97
F920	Depressiv atferdsforstyrrelse	1	0,66
F952	Kombinerte vokale og multiple motoriske "tics"	1	0,66

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
Z032	Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser	42	27,63
Z038	Observasjon ved mistanke om annen sp	1	0,66
Z039	Observasjon ved mistanke om uspesifisert sykdom eller tilstand	1	0,66
Z048	Undersøkelse og observasjon av annen	2	1,31
	Ubesvart(**)	8	5,26
TOTAL		152	100

Tabell 3.26 Hoveddiagnose ICD 10 Akse 2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	33	24,09
999	Ukjent	87	63,50
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	0,73
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innlæringsforstyrrelser	0	0,00
F89	Uspesifiserte psykiske utviklingsforstyrrelser	2	1,46
	Ubesvart (**)	14	10,22
TOTAL		137	100

Tabell 3.27 Hoveddiagnose ICD 10 Akse 3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Høy intelligens IQ 115-129	1	0,73
3	Normal intelligens IQ 85-114	9	6,57
4	Litt under normal intelligens IQ 70-84	6	4,38
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70)	3	2,19
99	Ukjent (***)	104	75,91
	Ubesvart (**)	14	10,22
TOTAL		137	100

Tabell 3.28 Hoveddiagnose ICD 10 Akse 4

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
000	Ingen	35	25,55
999	Ukjent	81	59,12
G80	Infantil cerebral parese	1	0,73
M41	Skoliose	1	0,73
N288	Andre spesifiserte forstyrrelser i nyre og	3	2,19
R39	Andre symptomer og tegn med tilknytning	1	0,73
	Ubesvart(**)	15	10,95
	TOTAL	137	100

Tabell 3.29 Hoveddiagnose ICD 10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale	20	14,60
1	Avvikende relasjoner innen familien	20	14,60
1.1	Disharmoni mellom voksne i familien	7	5,11
1.3	Fysisk barnemishandling	2	1,46
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	4	2,92
1.8	Annet	2	1,46
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	5	3,65
2.1	Foreldre funksjonshemmet /ufør	1	0,73
2.2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	1	0,73
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	13	9,49
4.2	Manglende viktige erfaringer – understim	2	1,46
4.3	Utilbørlig press fra foreldrene	1	0,73
4.8	Annet	1	0,73
5.0	Oppvekst i institusjon	1	0,73
5.1	Avvikende foreldresituasjon	8	5,84
5.3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	7	5,11
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	7	5,11
6.1	Fjerning fra hjemmet som medfører en b	1	0,73
6.3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	2	1,46
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	2	1,46
6.8	Annet	1	0,73
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	6	4,38
8.2	Uro i skole/arbeidsmiljøet	3	2,19

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
8.8	Annet	1	0,73
9	Belastende hendelser/forhold	3	2,19
9.1	Fjerning fra hjemmet	1	0,73
9.2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	1	0,73
99	Ukjent	2	1,46
	Ubesvart(**)	12	8,76
	TOTAL	137	100

Tabell 3.30 Alle diagnoser ICD 10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	20	10,10
1	Avvikende relasjoner innen familien	22	11,11
1.0	Manglende varme i foreldre-barn relasjonene	1	0,50
1.1	Disharmoni mellom voksne i familien	10	5,05
1.2	Fiendtlighet mot eller syndebokkjøring av barnet	3	1,51
1.3	Fysisk barnemishandling	2	1,01
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	4	2,02
1.8	Annet	2	1,01
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	12	6,06
2.1	Foreldre funksjonshemmet /ufør	3	1,51
2.2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	2	1,01
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	17	8,58
4	Avvikende sider ved oppdragelser	1	0,50
4.1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	4	2,02
4.2	Manglende viktige erfaringer – understim	1	0,50
4.3	Utilbørlig press fra foreldrene	1	0,50
4.8	Annet	2	1,01
5.0	Oppvekst i institusjon	1	0,50
5.1	Avvikende foreldresituasjon	12	6,06
5.2	Isolert familie	1	0,50
5.3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	12	6,06
6	Akutte livshendelser	2	1,01
6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	11	5,55
6.1	Fjerning fra hjemmet som medfører en b	2	1,01

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
6.2	Negativ forandring av familiesammensetningen	1	0,50
6.3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	3	1,51
6.4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	4	2,02
6.5	Skremmende personlige erfaringer	2	1,01
6.8	Annet	1	0,50
7	Samfunnsmessige belastningsfaktorer	3	1,51
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	8	4,04
8.2	Uro i skole/arbeidsmiljøet	5	2,52
8.8	Annet	1	0,50
9	Belastende hendelser/forhold	4	2,02
9.1	Fjerning fra hjemmet	1	0,50
9.2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	3	1,51
99	Ukjent	2	1,01
	Ubesvart(**)	12	6,06
TOTAL		198	100

Tabell 3.31 Hoveddiagnose ICD 10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Utmerket/god sosial fungering	2	1,46
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	39	28,47
2	Lett sosial forstyrrelse	26	18,98
3	Moderat sosial forstyrrelse	23	16,79
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	14	10,22
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	4	2,92
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	5	3,65
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	4	2,92
9	Ukjent	6	4,38
	Ubesvart (**)	14	10,22
TOTAL		137	100

Tabell 3.32 Alle diagnoser ICD 10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Utmerket/god sosial fungering	2	1,40
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	39	27,46
2	Lett sosial forstyrrelse	27	19,01
3	Moderat sosial forstyrrelse	25	17,60
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	15	10,56
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	4	2,82
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	5	3,52
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	5	3,52
9	Ukjent	6	4,22
	Ubesvart (**)	14	9,86
TOTAL		142	100

4 Akuttposten, BUP klinikk Trondheim St. Olavs Hospital universitetssykehus HF. Enhetsbeskrivelse 2005.



Besøksadresse: Vådanneien 41

Postadresse: Postboks 6810 Elgeseter 7433 Trondheim

Telefon: 73 86 53 60

Telefax: 73 86 44 01

Kontaktpersoner: Marit Leer Øyaas, Pål Marius Olstad, Sonja Lysklett Einskar

Emailadresser: marit.leer.oyaas@stolav.no, pal.marius.olstad@stolav.no,
sonja.lysklett.einskar@stolav.noForord

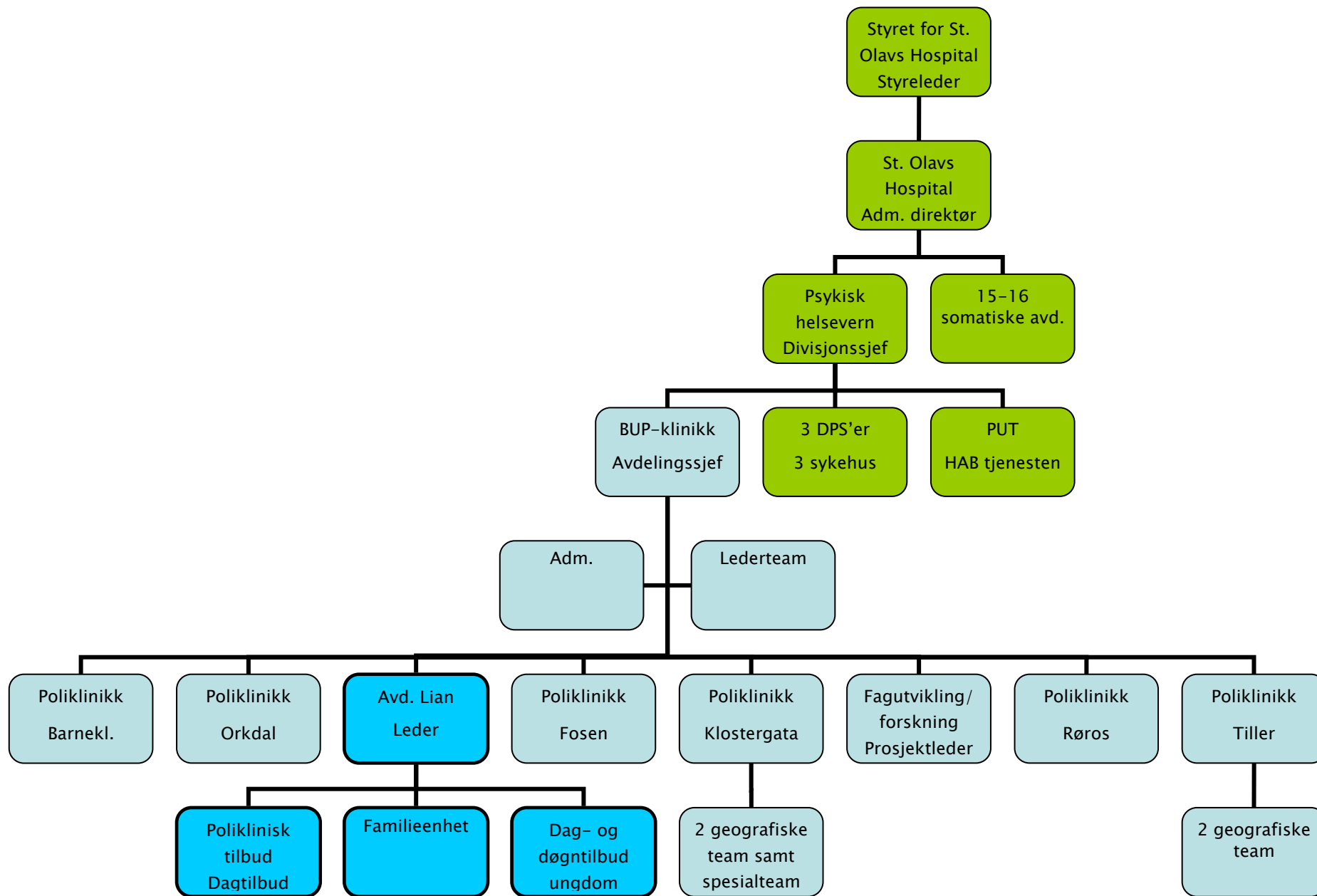
Forord

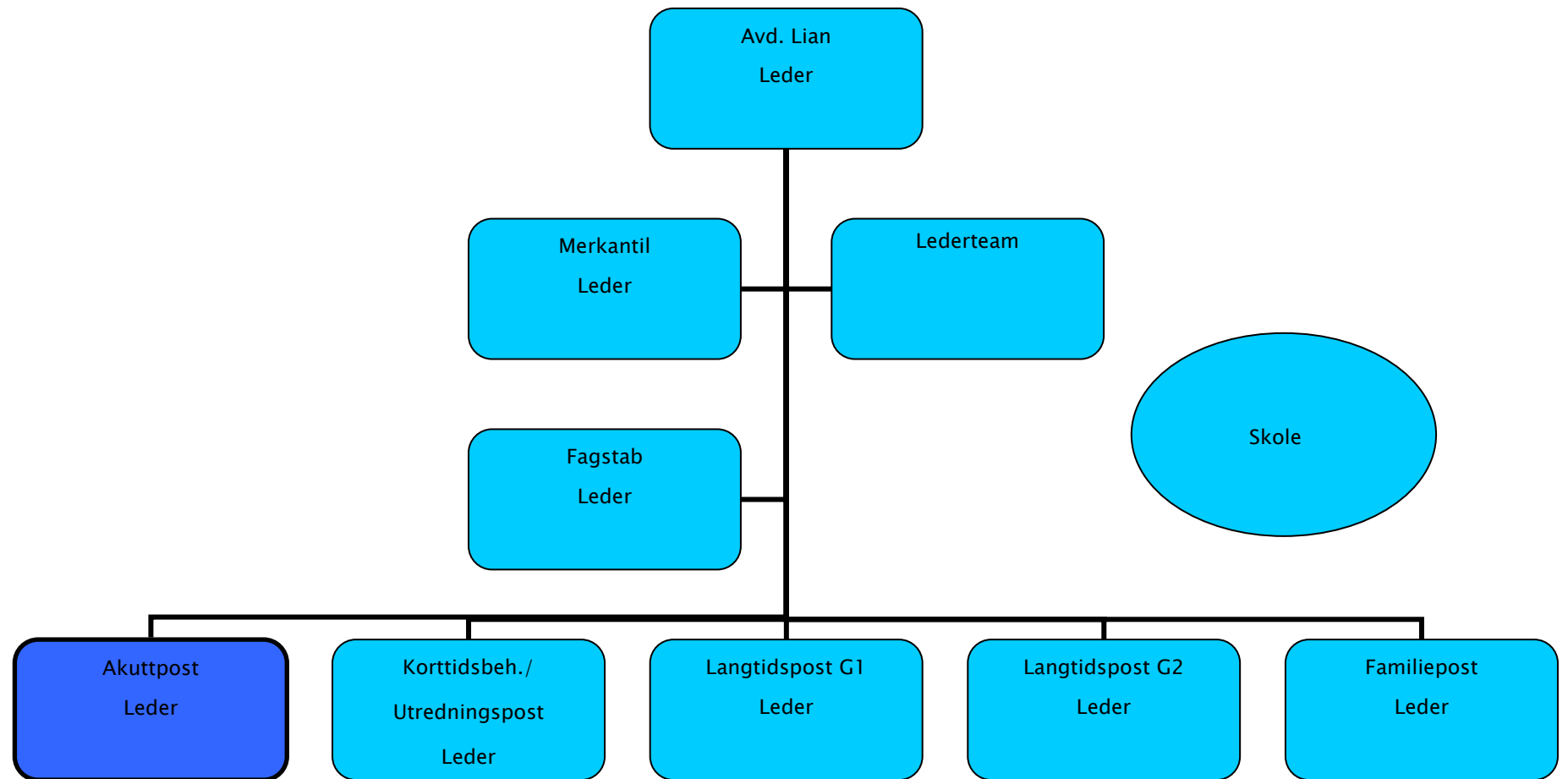
Enhetsbeskrivelsen er skrevet av Andreas Bolgien, Pål Marius Olstad og Marit Leer Øyaas ved avdeling Lian, BUP Trondheim for. En stor takk også til Sonja Lysklett Einskar, May Kvello Bukten og Roger Harli for gode bidrag.

Før bruk av tekst eller tall skal forfatterne kontaktes.

Dette prosjektet, "En sammenligningsstudie av akutt-tilbudet i psykisk helsevern for barn og unge", støttes finansielt av Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Midt, i 2004, 2005 og 2006

4.1 Organisatorisk oppbygning/rammer





4.1.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen

BUP klinikk avdeling Lian består, foruten akuttposten, av en langtidspost med 4 døgn- og 1 dagplass, en helge- og feriestengt langtidspost med 4 døgn- og 1 dagplasser. Avdelingen har videre en utredningspost med 5 døgnplasser (helge- og feriestengt), i hele 2005 har denne posten hatt 2 akutt plasser og er med det inkludert i MAPstudiets tallmateriale. Til slutt har avdelingen to familieavdelinger med plass til 2 familier samtidig, denne er helge- og feriestengt.

4.1.2 Opptaksområdet

Opptaksområdet er Sør-Trøndelag med ca 275 403 innbyggere, herunder ca 18500 i aldersgruppen 12 -17 år (pr 01.01.06). Avdelingen har og en avtale med Nord-Trøndelag, hvor vi tar øyeblikkelig-hjelp saker i de tilfeller de ikke har kapasitet nok. I tillegg pasienter mellom 12 og 16 år som legges inn etter lov om Psykisk helsevern § 3.6 og/eller hvis det er spesielle forhold ved avdelingen i Nord-Trøndelag som vanskeliggjør innleggelse der.

4.1.3 Målgruppe

Hovedmålgruppen er ungdom mellom 12 og 17 år, med akutte psykiatriske tilstander. Det vil si at det først og fremst dreier seg om ungdom med psykotiske tilstander, suicidalitet, affektive lidelser, spiseforstyrrelser, tvangslidelser,

I enkelte tilfeller kan også yngre pasienter legges inn, 0-17 år

4.1.4 Funksjon

Akuttposten har en øyeblikkelig-hjelp funksjon. Enheten tar imot pasienter med psykose, akutt suicidalitet og andre alvorlige livstruende tilstander (for eksempel anoreksi). Etter kapasitet tas også inn pasienter til avrusning. Posten vil i enkelte tilfeller også virke som en avlastning for andre poster, for eksempel når andre poster er helgestengt. En tar i en viss grad utredningsoppgaver for pasienter som behøver en lukket post. Har etter kapasitet et fleksibelt ettervernstilbud med dag - eller helgetilbud. Driver i liten grad med poliklinisk virksomhet (overgang til oppfølging fra poliklinikk eller voksenpsykiatrien). I hele 2005 har postens skjermet avsnitt vært i bruk av en pasient, det vil si at posten har hatt to plasser mindre tilgjengelig gjennom hele året. Dette har og ført til at posten ikke har hatt samme mulighet for skjerming av pasienter som har hatt behov for det. På grunn av dette har to plasser hos avdelingens utrednings - og intermedier post vært forbeholdt akutte innleggelser. Videre har dette ført til at det har vært nødvendig med et samarbeid med voksenpsykiatrien, pasienter akuttposten ikke har hatt forutsetninger for og ivareta har blitt overført til voksenpsykiatrien. Pasienten som har vært på skjermet avsnitt i 2005 er definert som langtidspatient.

4.2 Ressurser

4.2.1 Personalmessige ressurser

BUP Trondheim er bygd opp etter en konsernmodell. Det var i 2005 budsjett for poliklinikker, de forskjellige sengeposter, staben på Avdeling Lian (inkludert merkantil enhet) og familieposten som opprinnelig er en egen avdeling. Det vil si at akuttpostens budsjett inneholdt kun utgifter i forbindelse med miljøpersonalet, ikke stab, merkantil, administrativ og teknisk virksomhet. Dette medfører at det ikke kan gies nøyaktige 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 taes i betraktning at hele legegruppen av BUP går vakt (både for- og bakvakt). Dessuten finnes det en poliklinisk øyeblikkelig-hjelp-funksjon i Poliklinikken i Trondheim på hverdager mellom kl 0800-15.30, men ikke i de mindre poliklinikker i distriktet. Etter kl 15.30 overtar akuttposten denne funksjonen, samt at akuttposten fungerer som sentralbord og får alle henvendelser til klinikken i dette tidsrommet. Videre serverer den sentrale administrasjonen blant annet teknisk avdeling og andre på de forskjellige nivåer akuttposten.

Miljø

Miljøterapeutene jobber i todelt turnus; dag, kveld og hver tredje helg, samt at det er en egen turnus for nattevakter.

Ekstravakter

Alle ekstravakter (ca. 15) har 3-årig utdanning som sykepleier, vernepleier, barneverns-pedagog. Disse ekstravaktene brukes av de 3 andre avdelingene også.

Tabell 4.1 Øvrige ressurser – samletabell.

	Trondheim
Målgruppe	13 – 17
Årsverk merkantil	1
Årsverk stab planlagt	5
Årsverk Stab faktisk	4,5
Antall ansatte staben totalt	7
Årsv. Overleger	1
Årsv. Psyk-spes	0
Årsv. Ass-leger	1
Årsv. Psykologer	1
Årsv. fam-terapi	0,38
Årsv. Andre	0
Årsverk Miljøet planlagt	20,5
Årsverk Miljøet faktisk	20,5
Antall ansatte miljøet totalt	28
Årsv. Sykepl	8
Årsv. Vernepleier	4
Årsv. Sosionomer	0
Årsv. pedagoger	2
Årsv. Bv-pedagoger	4,5
Årsv. andre	1,5
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	
Miljøterapi	1

	Trondheim
Målgruppe	13 – 17
Familieterapi	0
Psykisk helsearbeid	7
Rus	1
Veilednings-/ konsultasjonsteknikk	1
Målrettet miljøarbeider	0
Antall ekstravakter	15
Årsverk ekstravakt	
Årsverk kontor	1
Andre (vaktmester, kokk etc)	
Senger	6

4.2.2 Bygningsmessige ressurser

Akuttposten er en atskilt 2-etasje-bygning (752 kvm). 1. etasjen er på 395,5 kvm, og er den egentlige posten med pasientareal. I sokkel er kontor for lege (turnuslege), prosjektkontor, aktivitetsrom, møterom, teknisk rom og lignende. Stabsfolk har ikke kontor på posten. Størrelsen på pasientrommene varierer mellom 8,5 kvm på skjermet avsnitt og 13 kvm på posten. Alle rom har eget bad/wc.

Areal for hele avdeling Lian er 8700 kvm. BTA til akuttposten er 511 kvm pluss 149 kvm for bygg, etasje og område. Det finnes ikke noe gjerde mot turområdet.

Enheten har 4 senger i hovedavsnitt, og 2 senger på skjermet avsnitt. Skjermet avsnitt har også egen stue/oppholdsrom og eget kontor med et lite kjøkken. I 2005 ble skjermet avsnitt brukt til kun en pasient som bodde på avsnittet hele året.

1 leilighet for pårørende på området som disponeres av hele Avdeling Lian.

Kontorer for staben og merkantil enhet er plassert i annen bygning.

4.2.3 Øvrige ressurser

1 bil disponeres av hele Avdeling Lian, enheten har fast dag på tirsdager. Da brukes denne til sosial trening.

Enheten er en del av St Olavs Hospital, og har dermed tilgang til samme ressurser og fasiliteter som andre ansatte i foretaket. Det kan være alt fra bibliotek til idrettslag.

4.2.4 Undervisning / veiledning / opplæring av eget personale

Enhetens miljøpersonale hadde i deler av 2005 veiledning annenhver uke i 1,5 timer av ekstern veileder. I tillegg har klinikken internundervisning en gang i måneden, i tillegg har enheten intern undervisning annen hver uke. Enheten har prosedyrer for fadderordning for nytilsatt personell. Miljøpersonalet har mulighet til å ta videreutdanning (klinikkenes satsningsområde har her vært videreutdanning i psykisk helsearbeid) og forskjellige kurs.

Enheten tar imot studenter i praksis fra grunnutdanningene barnevernpedagog, vernepleier og sykepleier. I tillegg tar enheten imot studenter fra videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Assistentlege er i opplæringsstilling og får intern veiledning. Det finnes undervisning av medisinstudenter som innbærer pasientkontakt..

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 (for eksempel suicidalitet/selvskading fra barneklubben). Akuttposten har vanligvis studenter fra de forskjellige nevnte yrkesgrupper og deltar i undervisning av medisinstudenter.

4.3 Behandlingstilbudet

4.3.1 Type "omsorgsform"

Vi tilbyr i hovedsak behandling på døgnbasis. Vi kan dog i enkelte tilfeller, som avslutning i et behandlingsopplegg, gi pasientene et tilbud som dagpasienter. Vi kan også tilby poliklinisk ettervern (individualterapi). Poliklinisk oppfølging for en periode kan være i påvente av annen oppfølging, da som regel fra ordinær poloklinikk. Posten etterstreber, og forsøker å være fleksible ut i fra pasientens behov.

4.3.2 Ideologi/grunnlagstenkning

Ideologien er eklektisk med vekt på bio-psyko-sosio-kulturell forståelse. Vi vektlegger en helhetlig tenkning, med både psykodynamisk og kognitiv bakgrunn og tenkning. Ulike behandlingstilnæringer blir valgt ut fra en helhetlig forståelse av problemet. Dette i samarbeid med pasient og pårørende. Utgangspunktet for all behandling er et tett samarbeid med foreldre, skole, 1., 2. og 3. linjetjenestene etter behov, pasientens sosiale nettverk forøvrig.

4.3.3 Inntak

4.3.3.1 Ulike typer inntak

Enheten bruker i all hovedsak hele kapasiteten på å ivareta øyeblikkelig-hjelpsplikten. I 2005 var 1 episode en planlagt innleggelse, resterende øyeblikkelig hjelp. Det finnes også grader av elektive innleggelser, hvor innleggende instans i forkant er i kontakt med enheten, dette for å forberede en innleggelse eller for å samarbeide om tidspunkt for innleggelsen.

Enheten praktiserer bruk av åpen retur. Dette brukes gjerne når pasienten har hatt flere reinnleggelser, og/eller har et adferdsmønster eller lidelse som tilsier at innleggelse ikke er den beste løsningen. Dette kan være ved for eksempel selvskadingsproblematikk og/eller mistanke om personlighetsforstyrrelser. Flere pasienter fikk i 2005 dette tilbudet

Enheten har etter kapasitet mulighet til å ta imot pasienter for avrusning, dette tilbudet ble ikke benyttet i 2005.

4.3.3.2 Inntaksprosedyre

Før inntak

Alle innleggelser ved enheten skal være hjemlet i lov om Psykisk helsevern. Pasientene blir vurdert og henvist via Bup poliklinikk, fastlege eller legevakt. Unntakene er de ungdommene som har en åpen- retur avtale, de kan komme direkte til posten for en vurdering. De blir ikke automatisk innlagt, men vurderes av en av postens leger, eller vakthavende lege.

Henvissende instans tar kontakt med enheten, enheten har da plikt til å vurdere pasienten dersom henvissende instans begjærer pasienten innlagt som øyeblikkelig hjelp. Det etterstrebtes å legge inn pasienter på et frivillig grunnlag, dette vurderes i hvert enkelt tilfelle ut i fra om pasienten er i stand til å samarbeide om en frivillig innleggelse.

Øyeblikkelig hjelp kan ikke avvises dersom kriteriene for innleggelse er tilstede, uavhengig av om enheten er fullt belagt.

Ved inntak

Når ungdommene kommer til enheten blir de tatt imot i ordinær kontortid av postens lege, psykolog eller overlege. På kveld / helg er det vakthavende lege som tar i mot. I mottakelsen er også ett (eller flere) av miljøpersonale med. Enheten har en vaktlegeordning på kveld / helg hvor en assistentlege har forvakt, og hvor en overlege har en bakvakt.

Ved innleggelse gjennomfører lege og miljøpersonale en samtale med pasienten, og eventuelle pårørende som følger. Hvis mulig foretas en somatisk undersøkelse. Ved innleggelse av ungdom under 16 år, må den eller de som har foreldreansvaret underskrive samtykkeerklæring. Ungdommene må opplyses om kontrollkommisjonene, og muligheten til å klage på fattede vedtak. Personalet skal stille seg behjelpelige med utformingen av en klage hvis pasienten ønsker å klage. Informasjon individuell plan og samtykke som skolen er avhengig av, og annen informasjon gis så raskt som det vurderes at det er hensiktsmessig. Behandlingsteam blir opprettet så rakt som mulig, enheten etterstreber å gjennomføre et planleggingsmøte dagen etter innleggelse, eller første virkedag etter helg. Første behandlingsmøte gjennomføres innen en uke etter innleggelsestidspunkt.

Pårørende følger ofte ungdommene ved innleggelse, og deltar som regel på innkomstsamtalen. Hvis ungdommen ikke ønsker det, kan ungdommen og de pårørende snakke etter hverandre.

Pasienten kommer rett inn i enheten ved en innleggelse, med mindre det er behov for skjerming på skjermet enhet.

Det tas urinprøve av alle pasienter.

4.3.4 Utredningsmetoder

For alle, så langt det er gjennomførbart:

- CBCL – fylles ut av begge foreldre
- YSR – fylles ut av ungdommen, evt. sammen med miljøkontakt eller behandler
- TRF – fylles ut av lærer ved hjemskolen (kalles samlet for ASEBA)
- HoNOSCA – vurdering av total symptombelastning – fylles ut av behandlingsteam
- Kiddie-SADS – barne- og ungdomspsykiatrisk intervju med ungdom og foreldre hver for seg
- Egen klinisk vurdering skjer selvsagt i forhold til alle ungdommer

Ved depresjon/selvskade/suicidalitet:

- Beck Depression Inventory (Becks depresjonsskala)
- Montgomery and Åsberg Depression Scale (MADRS)
- "Humøret ditt" lang og kortversjon (MFQ – Mood and Feeling Questionare)
- Selvutfyllingsskjema vedr. selvskading (egenprodusert i posten)

Ved bipolare lidelser:

- Young Mania Rating Scale (YMRS-C) – norsk versjon med pasient og foreldreutgaver

Ved angst:

- Social Phobia Rating Scale – norsk versjon av Nordahl og Vogel
- Social cognitions Questionnaire – norsk versjon av Nordahl og Vogel

Ved tvang og tics-lidelser:

- Leyton OCD-sjekkliste
- CY-BOCS Yale-Brown tvangssyndromskala – barnevernversjon
- Yale Tourette Syndrom Symptom List – norsk versjon av Hundervat

Ved autisme/Asperger syndrom:

- Aspergers syndrom - Ehlers og Gillberg sitt skjema oversatt av Anne Mari Sund
- The Australian Scale for Asperger Syndrom

Ved ADHD/ADD:

- Barkleys vurderingsskjema for atferd (hjemmeversjon og skoleversjon)
- Brown ADD-scales

Ved mistanke om psykose/dissosiasjon:

- A-DES – selvutfyllingsskjema i forhold til dissosiative symptomer
- PANNS – intervjumanual i forhold til positive og negative psykosesyntomer
- SIMP – Strukturert Intervju for evaluering av Mulig Psykoserisiko v/Paul Møller
- Enkelt skjema for Prodromal symptomer utgitt av TIPS-prosjektet

Projektive- og personlighetstester:

- TAT - (thematic apperception test) for ungdommer/voksne
- CAT – utgave for mindre barn, umodne ungdommer
- MMPI-A - brukes for tiden ikke, men forsøkes gjenopptatt

Kognitive prøver:

- WISC-R – intelligensnivå for ungdom opp til 16 år
- WAIS III – intelligensnivå over 16 år
- Raven – ikke-verbal generell test
- Leiter – ikke-verbal test
- CAVLT-II – test ift innlæringssevne

Ved spiseforstyrrelser:

- EDI – Eating Disorder Inventory

Kartlegging av utviklingsnivå:

- Vineland Social and Mental Age – kartlegger nivå av kommunikasjon, dagliglivets ferdigheter og sosiale ferdigheter

Risikovurdering:

- SAVRY – et kartleggingsverktøy til bruk for vurdering av farlighetsgrad

EEG, MR og blodprøver taes i samarbeid med St. Olavs hospital. Urinprøver i forhold til rusmidler taes av alle pasienter.

4.3.5 Individualterapi

Individualterapeut for pasienten er behandlingsansvarlig lege eller psykolog. Disse samtalerne er alene med pasienten eller sammen med miljøkontakt der det er hensiktsmessig. Individualkontakten har varierende kontakt med pasientene, alt fra daglig kontakt til bare et par ganger i uka. Individualterapien er planlagt og skjer på dagtid enten på pasientrom eller på samtalerom.

Individualterapien er individuelt tilpasset, hvor selv innholdet er tilpasset pasientens funksjon og behov.

4.3.6 Miljøterapi

Det arbeides i team rundt hver pasient. Teamet består av avdelingsleder/assisterende avdelingsleder, 2 miljøkontakter, individualterapeut, overlege, familieterapeut 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 prosessene beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Disse prosessene eksisterer i alle behandlingsmiljø, og vektleggingen av de ulike prosessene/behandlingsstilnærmingene er avhengig av pasientens relasjonelle prosessnivå / GAF – nivå. Vektleggingen gjøres med individuelle tilpasninger i forhold til den enkelte pasient. Vi jobber miljøterapeutisk etter en behandlingsmodell utarbeidet av den amerikanske psykologen John Gunderson som bygger på disse 5 prosessene. Gundersons miljøterapeutiske behandlingsmodell tar i hovedsak for seg disse 5 miljøterapeutiske prosessene som finnes i et miljø. Disse brukes som utgangspunkt i en behandlingsplan. Prosessene fungerer som miljøterapeutens og behandlingsteamets rettesnor på hvor pasientens hjelpebehov til en hver tid befinner seg.

John Gunderson definerer miljøterapi på følgende måte: " miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid".

Alle pasienter GAF-skåres ved innkomst. GAF (Global funksjonsskåringsskala for mental helse/sykdom) angir en persons psykososiale funksjonsnivå. Skalaen går fra 100 (best fungerende) til 1 (dårligst fungerende). Skåringen angir pasientens funksjonsnivå for en gitt periode, for eksempel siste uke før innleggelse. Skalaen er todelt, så vi får en skår for psykiske symptomer og en for psykososial fungering. Skåring fungerer som et mål på psykologisk/psykiatrisk behandlingsbehov, den reflekterer behandlingsbehovet. I og med at vi jobber med unge mennesker i utvikling, og ungdommens kompleksitet, ser vi symptomene/den sosiale fungeringen i et helhetlig perspektiv. Ut i fra denne skåren, brukes Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser som utgangspunkt i en behandlingsplan. Denne

utarbeides i samarbeid med pasienten (der det er mulig). Gundersons miljøterapeutiske prosesser er teamets rettesnor på hvilke hjelpebehov pasienten til en hver tid har, og behandlingen styres av dette. Ressursers, mål og hjelpebehov er tydelig definert i samarbeid med pasienten. I praksis kan en i kort form eksemplifisere de fem elementene slik: Beskyttelse: Trygge, skjerme eller ta hånd om. Mål; hindre destruktiv/utflytende atferd. Kontrolltiltak og ivaretagelse. Støtte: Øke selvfølelsen gjennom bevisst, planlagte handlinger og ytringer. Viktig med hvor mye støtte og hva slags støtte, ikke gjøre pasienten hjelpavhengig/inkompetent. Mål; minske fortvilelse eller angst. Struktur: Planlagte ytringer/handlinger (rutiner) i miljøet som skaper forutsigbarhet over tid for sted og situasjon. Mål; fremme forandring i sosialt uheldig symptomer og atferdsmønstre. (dagplaner og ukeplaner). Engasjement: Bevisst, planlagte handlinger og ytringer som fører til at pasienten knytter seg aktivt til sitt sosiale miljø (innenfor og utenfor avdelingen) og "lever" i dette. Mål; pasienten komme inn i en aktivt handlende fase, en følelse av å mestre tilværelsen, spesielt i sosial sammenheng. Pasienten ta mer ansvar for sine handlinger. Gyldiggjøring: Bekreftelse av pasientens egenart i samtale og aktivitet. Mål; høyere funksjonsnivå og øke graden av innsikt i sen egen situasjon.

På akuttposten kommer en ofte ikke lengre enn til å bruke elementene beskyttelse, støtte og struktur. Graden av disse vil variere ut fra pasientens tilstand. Gå fram og tilbake med grad av beskyttelse og støtte. Engasjement begynner ofte i akuttposten, men dras videre med i jobbingen utenfor akuttposten. Gjennom miljøterapien jobbes det i interaksjon med pasienten, familie og eventuelt andre. Betydningen av en behandlingmessig relasjon er avgjørende for hvordan miljøterapien virker på den enkelte pasient.

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 dyptgående individualsamtaler. Det gjennomføres fra miljøets side en daglig samlingsstund med 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 familieterapeut 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. Familieterapeut taes som oftest kun inn ved lengre opphold og indikasjon for familieterapeutisk oppfølging etter utskrivning.

På Avdeling Lian finnes en psykoedukativ 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. 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.

4.3.7 Husregler

1. Det forventes at ungdommene følger postens døgnrytme og møter til alle måltider. At ungdommen deltar i aktiviteter og møter til skole etter avtaler gjort med den enkelte. Avtaler som går utenom disse rammene bestemmes ut i fra den enkeltes behandlingmessige behov.
2. Det er ikke tillatt å bruke eller oppbevare rusmidler underoppholdet. Dette gjelder også på permisjoner.
3. Respekter hverandres private område. Sosialt samvær skal primært foregå i postens fellesarealer.
4. Ungdommen skal være på 22.30, og i seng 23.00.
5. Siste mulighet til røyk er 21.30. Røyking krever tillatelse fra foresatte. Røyking foregår på terrassen på baksiden av huset.
6. Alle permisjoner og all utgang avtales med personalet. Ved permisjoner skal permisjonsavtale skrives.
7. Posten har egen bærbar telefon som kan benyttes av ungdommene. Bruken av denne kan begrenses ut i fra et behandlingmessig behov. Alle har uansett rett til å ringe foreldre/nærmeste pårørende, advokat, prest offentlige instanser. Bruk av egen mobil skal foregå på rommet. Alle mobiltelefoner tas inn av personalet 21.30. Ikke bruk mobilens kamera eller mulighet til lydopptak i posten.
8. Besøk avtales med personalet. Besøket skal foregå på rommet og avsluttes senest 21.30.
9. Posten har vaskemaskin til disposisjon. Denne kan benyttes etter avtale med personalet.
10. Opphold på kjøkkenet er ikke tillatt, med unntak etter avtale og når personale er tilstede.
11. Rommene har egne veggtafler for timeplan, ukeplan og private gjenstander den enkelte vil henge opp. Husk at noen skal bo der etter deg.
12. Datautstyr, filmer, stereoanlegg er ikke tillatt uten etter avtale med behandlingsteam. Bruk av discman, mp3-spiller skal foregå på rommet. Posten har også egen musikkrok som kan brukes. Hvis hensyn til medpasienter når du hører på musikk. Bruk av tv avtales på den daglige 17-kaffen.
13. Det er ikke tillatt med dyr i posten.
14. Onsdag er fast vaskedag av rommene. Be om hjelp hvis du trenger det.

4.3.8 Familieterapi/familiesamtaler

Biologisk familie og fosterfamilier defineres som familie. Ved alle innleggelse er det kontakt med dem som har daglig omsorg for pasienten.

Etter innkomst foretar stab og/eller familieterapeut en grundig kartlegging av sosial anamnese. Det settes opp genogram for familien hvor en har fokus på relasjoner mellom familiemedlemmene.

Familiearbeidet/terapi foregår enten i enheten eller på familieterapeutens kontor. I noen tilfeller foregår familiearbeidet pr. telefon (ved lange avstander til pasientens hjemsted). Familien kan komme inn i enheten på besøk men dette skal da foregå på pasientens rom. I tilfeller hvor dette kan bli for tett har vi tatt i bruk disponible kontorer. Enheten har en familieleilighet som står til disposisjon, den benyttes sporadisk. I noen tilfeller legges foreldre inn sammen med pasienten, det er helst når pasienten er veldig utrygg at dette praktiseres.

Psykoedukativ tilnærming med fokus primært å gi forståelse for aktuell diagnose/symptomforståelse og mestring. Dette tenkes som en rådgiving til de pårørende. Dette gjøres tidvis i grupper sammen med andre poster.

Familierapi fortsetter i enkelte tilfeller etter utskrivning, men stort sett overføres dette arbeidet til poliklinikkene.

4.3.9 Gruppetilbud

Enheten har som tidligere nevnt egen døgnrytmeplan. Tirsdager er det felles tur ut, hvor en har som målsetting å trene sosiale ferdigheter i form av byturer, kino, bowling, tur i skog og mark med mer. I 2005 har det vært en temabasert gruppe for pasienter som selvskafer, her har og tidligere inneliggende pasienter deltatt.

4.3.10 Medikamentell behandling

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

4.3.11 Skole

Enheten har eget team ved Lianvannet skole. Skolen ligger i umiddelbar nærhet. Lianvannet er en kommunal drevet skole.

Skolens ressurser

Skolen har ressurser tilsvarende ca. 18 årsverk. Av dette er ca. 15,5 årsverk knyttet til undervisning. Dette er ressurser som fordeles mellom enheten ved Familieavdelingen og enheten knyttet til ungdomsavdelingen ved BUP-klinikk avdeling Lian.

Som prinsipp har vi to-lærersystem i alle gruppetimer med mulighet for individuelle tilbud i tillegg, det være seg som tilbud på skolen eller på postene. De individuelle tilbudene må pga ressurser vurderes nøye.

Til akutt-teamet er det knyttet 4 faste lærere. I tillegg har faglærere fra andre team noen timer på teamet. I timer disponerer akutt-teamet ca. 40 t/uke. Disse skal dekke lærerbehovet i de 17 team-timene. I tillegg kommer som vist over de 11 fellestimene. I disse timene er det alltid 4-5 lærere tilstede, herav lærere som fast er knyttet til akutt-teamet.

Lederressursen utgjør 2,5 årsverk fordelt på rektor 100 %, undervisningsinspektør 60 % og skolesekretær

Skolens pedagogiske grunnsyn/elevsyn/lærersyn

Elevsyn

Vårt grunnleggende elevsyn er at alle mennesker er forskjellige, likeverdige og har krav på å bli møtt med respekt. Videre at alle har iboende behov for å mestre, arbeide med meningsfulle oppgaver, behov for å få varierte erfaringer og opplevelser som knyttes til mestring og utvikling. Vi mener at alle har iboende positive ressurser som gir grunnlag for et godt sjølbilde og personlig utvikling. Alle har behov for å være del av et opplevd sosialt fellesskap. Til slutt så mener vi at alle har evne til å være medansvarlige for egne læringsmål og eget læringsarbeid i samarbeid med og med støtte fra voksne.

Læringsssyn

Vi mener at læring er noe som skjer i og med eleven, og at elevene opplever å lykkes og mestrer er en forutsetning for motivasjon og læring. Den mest varige læringen skjer når vi finner fram til hver enkelt elevs ståsted og bygger videre på dette. Vi gjør det gjennom dialog og veiledning, gjennom å gi rom for erfaringer på mange områder og ved å vektlegge at eleven skal forstå sammenhenger og sin egen rolle i disse sammenhengene. Læringsarbeidet må foregå individuelt, i samarbeid med andre elever og med lærerne, og det må foregå på ulike arenaer der ulike arbeidsmåter og læringsstrategier tas i bruk. Vi mener det skal være god sammenheng mellom læringsarbeidet og vurderingsarbeidet.

Kunnskapssyn

Vi skal legge til rette for at elevene kan utvikle kunnskaper som setter dem i stand til å ta ansvar for sitt eget liv og forstå og delta i grunnleggende samfunnsprosesser. Kunnskapen tilegnes av hvert enkelt individ og viser seg innenfor følgende områder: - faglig kompetanse

sosial kompetanse

språklig kompetanse

kulturell kompetanse

fysiske og praktiske ferdigheter

Skolens fysiske rammer

Skolen holder til i eget bygg, ca 100 meter fra akuttposten. Den er bygd for formålet og har gode, egnete lokaler. Elevene fra akuttposten utgjør ei elevgruppe som disponerer et klasserom ca 30 kvm, grupperom på ca.8 kvm. Klasserommet har egen inngang, garderobe og toalett. I tillegg benyttes spesialrom som kjøkken, formingsrom, musikkrom og bibliotek. En viktig ressurs er uteområdet, vi ligger i utkanten av Bymarka. Vi vurderer det som positivt og normaliserende at ungdommene må ut for å gå til skolen. Samtidig er avstanden så kort at det er lett å organisere følge for de som trenger det. Avstanden er heller ikke større enn at personalet på akuttposten raskt kan være på pletten på skolen ved behov.

Kartlegging/utredning/testing

Diagnostisering /testing har som regel lite fokus for akuttinnlagte, derfor gjennomføres kartlegging gjennom skolefaglig jobbing. Det vil si at vi har en diagnostiserende holdning til arbeidet. Dersom testing er aktuelt kan vi i forhold til lese/skrivevansker bruke STAS, Arbeidsprøven og Aston Index. Ellers bruker vi ITPA, språktest og M-prøvene i matematikk.

I prinsippet skal de fleste lærerne kunne gjennomføre testing, men vi har to lærere som har utviklet spisskompetanse og kan bistå de andre ved behov. Det vurderes fra elev til elev når testene skal tas.

Rapporteringsrutiner

Det skrives pedagogisk rapport ved avsluttet opphold. Rapporten går til foresatte med kopi til klinikken, hjemskole og 1.linjetjeneste. Når det gjelder rapportens innhold så har vi utarbeidet en felles mal for skolen. Overskrifter her er: generell informasjon, omfang og organisering av tilbudet, mål, gjennomføring og vurdering, samarbeid, oppsummering og videre arbeid. Videre så vil lengden på oppholdet vil være avgjørende for rapportens omfang.

Kontakt mellom skolen og hjemmeskolen

Hvilken informasjon som gis til klasse og hjemmeskole varierer fra elev til elev, men et minimum er den pedagogiske rapporten. I tillegg kan vi organisere besøk av elever og lærer

fra hjemmeskolen til oss, vi kan besøke klassen, informere om skolen, eleven og elevens situasjon. Det siste skjer alltid i samarbeid med eleven selv. Videre kan vi delta i oppfølgende møter med lærer(e) og 1.linjetjeneste. Det er kontakt med hjemmeskolen under oppholdet for gjensidig informasjon.

Lærerolle

I faste stillinger krever vi spesial pedagogisk utdanning. Litt avhengig av oppgaver ønsker vi slik utdanning tilsvarende 30 vekttall/90 studiepoeng. Videre vil det være krav om ulik fagkompetanse. Utover dette vurderes personlig egnethet.

Skolehverdagen

Generelt er skolens mandat omfattende. Tilpasset opplæring er et overordnet krav. Dette tilsier at omsorg og veiledning er viktig, men vi er svært opptatt av vår rolle som pedagoger sett i forhold til klinikkens behandleroppgave.

Ungdom uten elevstatus

Vi har et tilbud uavhengig av elevstatus, men vi ser det som en viktig oppgave å motivere og hjelpe ungdommene med tilrettelegging i hjemmeskolen slik at elevstatus evt. kan gjenopprettes. Ellers vises til punkt om skolens aktiviteter.

Skolens aktiviteter

Skolen har muligheter til å legge til rette for aktiviteter som ikke er direkte knyttet til fag/læreplaner. Dette kan være ulike formingsaktiviteter, musikk, tilbud om opplegg knyttet til hest/hestestell/riding, fysisk aktivitet. Slike aktiviteter kan også fungere som inngangsporten til mer skolefaglige aktiviteter eller at skolefaglige aktiviteter knyttes til de alternative oppleggene.

Organisering av undervisning

I utgangspunktet skjer opplæringa i grupper med to-lærersystem. Ved behov har vi eneundervisning Skoledagene begynner og slutter til fast tid. Utgangspunktet er ei skoleuke på 20 timer for akuttinnlagte. Timetallet kan økes til 28. Det innebærer deltagelse i skolens fellestimer. For øvrig gjøres det avtale for den enkelte elev når det gjelder antall timer og når på dagen disse skal ligge. Vi har ikke ettermiddag/kveldsundervisning.

Samarbeidsrutiner

Foresatte kan delta på oppfølgingsmøter, det kan være foreldresamarbeid under innleggelse, men i noen tilfelle ser vi ikke foreldrene. Dette gjelder de helt korte innleggelsene. Se for øvrig på punkt om kontakt mellom skole og hjemskole.

Teamarbeid

Lærerne deltar på behandlingsmøter og DK. I tillegg er det daglig kontakt mellom skole og post. Skolen har ansvar for innhenting av opplysninger fra hjemmeskolen, samt å gi slik info tilbake. Se for øvrig rapporteringsrutiner og kontakt mellom skolen og hjemmeskolen.

4.3.12 Faglig struktur i enheten

Det arbeides i behandlingsteam rundt den enkelte ungdom. Behandlingstemaet består av behandlende lege eller psykolog, avdelingsleder/assisterende avdelings leder, to miljøterapeuter, familierapeut og lærer fra skolen. Behandlingsansvarlig har delegert ansvar som pasientansvarlig, informasjonsansvarlig og behandlingsansvarlig, i tråd med bestemmelsene fra Helselovene. Behandlingsteamet har behandlingsmøter 1 gang i uka (oftere ved behov).

Faggruppene har ansvar for sine områder; individualterapi, miljøterapi, familierapi og skole.

Enheten har ikke faste team men setter sammen team for hver pasient.

Det er en fast dag og ukeplan for avdelingen, det forventes at ungdommene følger dette, men en gjør unntak ved andre behov (dette bestemmes i behandlingsmøter).

4.3.13 Skjerming og grensesetting

Enheten har en skjermet enhet med to rom/senger, disse brukes også som ordinære senger ved behov. Skjermet enhet har eget bad, og eget vaktrom kombinert med et kjøkken. Slik kan skjermingsenheten fungere uavhengig av resten av enheten. Pasientene kan skjermes for inntil 48 timer før vedtak må fattes av enhetens overlege. Vedtak om skjerming fattes etter lov om Psykisk helsevern § 4-3, dette når den strekker seg ut over 48 timer. Vedtak om skjerming gjelder i inntil 3 uker.

Grensesetting er ofte en del av behandlingen. Grensesetting kan foregå både verbalt og fysisk. Fysisk grensesetting, fastholding, føres i protokoll som skrives under av lege, og legges fram for kontrollkommisjonen. Fastholding er ikke regulert gjennom lovverket, å føre protokoll som legges fram for kontrollkommisjonen er ikke lovpålagt. Ansatte i enheten ser det som en fordel, for både personalet og pasientene, å ha denne praksisen.

I 2005 hadde ikke enheten noe skjermet enhet tilgjengelig. Dette fordi 1 pasient bodde i enheten hele året. Dette ble gjort fordi pasienten hadde et behandlingsmessig behov. Pasienten bodde i enheten som da fungerte som en leilighet for denne. I 2005 ble derfor pasienter med skjermingsbehov skjermet på deres eget rom. I tillegg hadde enheten avtale om å sende de mest urolige/utagerende til voksenpsykiatrisk avdeling. Dette gjaldt i fjor 1 pasient. På grunn av at skjermet enhet ble brukt til et slikt formål, reduserte dette enhetens pasientplasser, dette ble kompensert ved at Utredningsposten kuttet ned på sine plasser, og hadde to akutt plasser.

4.3.14 Bruk av tvang

Lov om psykisk helsevern sier at de ulike typene tvangsmidler er:

- Isolering (ikke tillatt for pasienter under 16 år), brukes ikke av enheten
- Mekaniske tvangsmidler (beltelegging) (ikke tillatt for pasienter under 16 år)
- Psykofarmaka

Enheten har mekaniske tvangsmiddel i form av belter. Dette er en seng som står på skjermet avdeling. Sengen er utformet på en måte som gjør at den også brukes som en vanlig seng. I 2005 ble ikke noen pasienter lagt i belter.

Ved stor uro/utageringssituasjoner med pasienter, praktiseres fastholding, dette er som sagt tidligere ikke regulert gjennom lov. Enheten har allikevel et fokus på denne praksisen gjennom å legge fram protokoll for kontrollkommisjonen.

Psykofarmaka ble brukt som tvangsmiddel i 2005, det var stort sett en pasient som gjorde det nødvendig å tvangsmedisinere, denne pasienten var den som bodde på skjermet enhet gjennom hele året. Denne bruken av tvangsmiddel ble kun brukt i situasjoner hvor alle andre lempelige midler har vist seg å være åpenbart forgjeves, eller utilstrekkelig. Tvangsmidlet ble kun brukt når det var uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.

Bruken av tvangsmidler forordnes av lege i forkant etter forskrifter. Det føres i tvangsmiddelprotokoll av ansvarlig lege og underskrives av vakthavende lege. Denne protokollen blir så raskt som mulig lagt fram for kontrollkommisjonen. Psykofarmaka kan brukes som tvangsmiddel i en akuttsituasjon.

4.3.15 Sikkerhetsprosedyrer

4.3.15.1 Pasientrelatert

Enheten har skriftlige prosedyrer i forbindelse med eventuelt suicid, suicidforsøk, alvorlig skade og rømming. Enheten har også prosedyrer ved brann, enheten er ansvarlig ved brann på klinikken.

4.3.15.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer

Enheten har flere ulike skriftlige prosedyrer og rutiner som skal ivareta sikkerheten på behandlingstilbudet. Enheten har skriftlige, forpliktende prosedyrer for:

- Alarm – vaktansvarlig pluss en til to miljøterapeuter skal ha alarm på seg. Ved bruk av alarm går denne til de tre andre postene også, slik at en har back-up ved behov.
- Ransaking – enheten praktiserer gjennomgang av det pasientene ønsker å ta med inn i enheten. Ved mistanke om farlige gjenstander prøver en først med frivillig ransaking og der det ikke går, fattes vedtak av overlege. Jf psykisk helsevernloven.
- Enheten har beskrevne definisjoner av hyppig tilsyn, fastvakt og fotfølge

4.3.16 Møte – og samarbeidsformer

Enheten har møter med klinikkledelse, avdelingsledelse, stab, miljøterapeuter, merkantil enhet og lærere.

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 vurderinger 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) angående videre tilbud, omsorgsbasis, individuell plan) og 3. linje (rettspsykiatrisk avdeling) angående 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. Ettetankemøter gjennomføres etter utskrivning for å evaluere vanskelige saker.

4.3.16.1 Møter

Rapport er det tre ganger per dag. På morgenrapport deltar avdelingsleder, ass. Avd. leder, stab og miljøterapeuter. På seinvaktsrapport og nattrapport deltar miljøterapeuter. Rapportenes tema er pasientenes tilstand siste døgn. På slutten av hver rapport planlegger påtroppende vaktlag sin vakt. Rapportene har rådgivende informativ funksjon

Avdelingsledermøte er møte mellom alle avdelingslederne på klinikken. Besluttende møte

Lederteamsmøte hvor alle avdelingsledere, leder for stab og merkantil enhet deltar. Dette er et rådgivende møte for enhetsleder av klinikken.

Planleggingsmøte rett etter, men senest dagen etter innkommst. Her planlegges behandlingsopplegg fram til første behandlingsmøte. Alle pasienter skal GAF skåres her. Her deltar behandlingsteamet rundt pasienten. Det utarbeides for hver pasient observasjonspunkter og en skisserer et planlagt behandlingsforløp.

Behandlingsmøte er en gang i uken for hver pasient (oftere ved behov). Her deltar hele teamet, og pasienten selv hvis de ønsker det. Tema her er pasientens behandlingsopplegg. Møtet er besluttende.

Personalmøte er en gang hver 14. dag. Dette er et møte for avdelingsleder og personal.

Miljøterapeutmøte er et møte som styres av miljøterapeutene, her har en fokus på det faglige. Undervisning foregår også her.

Ettertankemøte og stopp-oppmøte arrangeres etter behov. Tema her er behandlingsopplegg, samarbeid og samhandling.

Veiledning er en gang hver 14. dag. Stab og miljøterapeuter hver for seg.

Tillitsvalgsmøter ved behov.

4.3.16.2 Annet internt samarbeid

Avdelingsleder sitter i møter med avdelingslederen fra de andre postene på klinikken. I tillegg finnes et felles miljøterapeutmøte en gang i måneden for alle miljøterapeuter i klinikken.

4.3.17 Utskriving

4.3.17.1 Utskrivingskriterier

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

Det blir vurdert om utskrivelsen er forsvarlig ut fra hvilken annen oppfølging pasienten kan få. Det er ikke uvanlig at pasienter blir lenger enn nødvendig på grunn av at videre oppfølging ikke er på plass. Dette kan være poliklinisk oppfølging, og ofte at ungdommen ikke har en omsorgsbasis å returnere til. Det tar da gjerne noe tid å finne et nytt botilbud.

Pasienter som har flere innleggelser, da gjerne på grunn av selvskadingsatferd kan få et tilbud om åpen retur. Dette innebærer at pasienten kan komme direkte til enheten for en vurdering. Vi har sett at en slik avtale kan fungere godt for enkelte ungdommer. Slike avtaler ble gjort med flere ungdommer i 2005.

Enheden tilbyr i noen tilfeller videre poliklinisk oppfølging når dette anses som hensiktsmessig. Noen pasienter får også tilbud om dagplass hvis det er behov. Dette ble ikke gjort i 2005.

4.3.17.2 Utskrivingsprosedyre

Alle pasienter får en utskrivingsamtale. Den gjennomføres helst med individualterapeut og en fra personalet hvis mulig. Samtalen foretas fortrinnsvis med foreldre/foresatte til stede. Eksterne instanser deltar ved behov. Skolen ved enheten gjennomfører egne møter med hjemskole slik at overføringen mellom skolen blir ivaretatt på best mulig måte.

Enheten har løpende kontakt med samarbeidende instanser under oppholdet for å forberede utskrivelsen. Når pasienten har behov for videre oppfølging poliklinisk etterstreber vi å ha dette på plass ved utskrivelse. Hvis det er behov så gjennomføres det også møter med andre hjelpeinstanser.

Vi prøver å unngå utskrivelser i helger, dette for å sikre at pasienten får den avslutningen som er nødvendig. Miljøterapeutene har også en sjekklister for å kvalitetssikre utskrivelsen. Nye sjekklister og prosedyrer ble utarbeidet på slutten av året.

Ved behov kan vi også tilby ettervern, dette i form av avtaler for samtaler, eller mer vanlig, ringeavtaler for en periode.

Ved utskrivelse skrives en epikrise, og miljøpersonalet utarbeider en miljørapport hvis oppholdet har vært lengre enn 14 dager.

4.4 Samarbeid med andre

4.4.1 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, inkludert akuttpostens leder) og et inntaksteam (samme folk pluss staben). Begge team møtes ukentlig. Akuttpostens inntak går ikke gjennom inntaksteam, men det drøftes også belegg og behov for overføring av pasienter.

Det finnes en ettervernsgruppe for ungdommer som gjerne brukes fra tidligere akutt pasienter og en psyko-educativ gruppe for hele familier. Begge grupper møter annen hver uke, unntatt ferietid.

Det finnes et fellesalarmsystem for miljøpersonale på alle poster, unntatt familieposten, slik at det kan tilkalles personale som forsterkning umiddelbart ved behov.

Det finnes en felles ferieavvikling av turnusarbeidende folk. Det vil si at akuttens personale slås sammen med det fra utredningsposten for å avvikle ferie. Personale kan flyttes mellom poster jamfør Konsernmodellen og dette ble gjort i 2005 for å lage et spesielt team for en krevende pasient.

Det finnes en felles intern undervisning 1/måneden for hele personalgruppe og et felles ukentlig stabsmøte for hele Avdeling Lian. Sistnevnte brukes fra staben blant annet for faglige drøftinger.

4.4.2 Andre deler av psykisk helsevern

Det avtaltes med voksenpsykiatrien i desember 2005 at pasienter med stor skjermingsbehov kunne overføres uansett alder snarest fordi egen skjerming avsnitt var stengt på lengre sikt på grunn av en pasient. Avtalen ble brukt 2 ganger i 2005

Enheten samarbeider med voksenpsykiatriens psykoseteam, med en egen enhet for nysyke unge psykotiske pasienter. Dette ut i fra behov. Samarbeider også med psykiatrisk ungdomsteam når det er nødvendig. Enheten har gjennom dette samarbeidet opprettet en plass for avrusning. Denne ble ikke benyttet i 2005.

Ellers samarbeider enheten med den instans som er nødvendig ut o fra den enkeltes behov for behandling og oppfølging.

4.4.3 Barnevern

BUP er med i et kompetanseteam sammen med Psykiatrisk ungdomsteam og rettspsykiatrisk avdeling. BUP bidrar her med en 50 % stilling. I 2005 var tjenester fra dette teamet lite etterspurt. BUP avdeling Lian hadde fra september en psykologspesialist tilknyttet teamet. Kompetanseteamet ga veiledning til tre barneverninstitusjoner.

Det finnes en generell samarbeidskontrakt mellom barnevernet og BUP og et pasientfokusert samarbeid mellom Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) og BUP, dette i form av enheten har en avrusningsplass til disposisjon. Denne plassen var avhengig av ledig kapasitet.

Fra oktober hadde enheten et tett samarbeid med kommunalt barnevern i forbindelse med overføring av en ungdom. Dette samarbeidet innebar at personal fra institusjonen jobbet med ungdommen i enheten. I tillegg var det et tett samarbeid med Buf-etat i denne saken.

Enheten samarbeidet ellers med barnevernet etter behov fra sak til sak.

4.4.4 Somatiske sykehus

BUP har egen poliklinikk ved St. Olavs hospital, barneklubben. Denne enheten var i 2005 under utvikling, enheten hadde ved slutten av året leder i 100 % som var psykiater, videre en psykiatrisk sykepleier 100 %, klinisk pedagog i 80 % stilling, en psykolog i 80 % stilling, en assistentlege i 100 % og en psykologspesialist i 100 5 stilling. I tillegg en sekretær i 50%.

Denne enheten henviste i 2005 flere pasienter til akuttposten, dette gjaldt for det meste suicidalvurderinger.

4.4.5 Kommuner / bydeler

Det finnes en 20 % psykologstilling knyttet til samarbeid mot kommunenes barneverntjeneste og 1.linjetjenste. Psykologen skulle taes ved behov med i deres drøftinger og til- eller fraråder henvisninger. Denne tjenesten ikke etterspurt i 2005.

4.4.6 Universitet / høyskoler

St Olavs hospital er en universitetsklinikk, enheten er da gjennom avtaler med Helse Midt-Norge forpliktet til å ta imot studenter fra ulike grunn – og videreutdanninger. De mest aktuelle er da grunnutdanninger som barnevernpedagog, vernepleier og sykepleier. Mest aktuelle videreutdanninger er psykisk helsearbeid, miljøterapi og familierapi.

Enheten tar også imot legestudenter, psykologstudenter, videre leger og psykologer i spesialistutdanning. Medisinstudenter får også mulighet til å treffe pasienter fra enheten gjennom undervisning som foregår på klinikken. Dette er en dag i uka gjennom skoleåret.

Personale kan også undervise ved høyskoler og universitet på forespørsel.

4.5 Pasientdata 2005

4.5.1 Kommentar til tabellene

I tabellene opererer vi med 112 episoder, av dette har vi 42 reinnleggelser. Reinnleggelser inkluderer kun de som innlagt i 2005 og igjen reinnlagt i samme år.

På grunn av at det i 2005 ikke var mulig å få ut korrekte tall fra BUPdata, er tallene håndplukket av forfatterne.

4.5.2 Kjernetall

Beleggsprosent: 89,02 % (inkludert døgn- og dagpasienter)

Gjennomsnittlig liggetid pr episode(dag + døgn): 11

Antall episoder: 112

Totalt antall liggedøgn: 1598

Antall reinnleggelser: 42, dvs. 37,5%

Tabell 4.2 Oversikt saker.

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	112
2	Derav tatt imot	112
3	Avvist pga kapasitets-mangel	
4	Avvist av faglige grunner	
5	Til vurdering (uavklart)	
Tatt imot		
6	Behandling	
7	Undersøkelse	
8	Konsultasjon	
9	Faglig bistand barnevernet	
10	Annet/uavklart	
Aktuelle i år		
11	Henv. overført fra året før	
12	Alle aktuelle henv. i året (2+11)	
13	Avsluttet i løpet av året	

Tabell 4.3 Kjønn/alder

Alder	Jente	Gutt	Total	Prosent
11		2	2	1,8
12			0	
13	2	1	3	2,7
14	5	8	13	11,6
15	6	5	11	9,8
16	18	4	22	19,6
17	32	8	40	35,7
18	18	3	21	18,8
Total	81	31	112	
Prosent	72,3	31,7		100

Tabell 4.4 Henvisende instans.

Tekst	Antall	Prosent
Barnevern	8	7,1
BUP avdeling	1	0,9
BUP poliklinikk/avdeling	14	12,5
Familevernkontor	1	0,9
Foreldre/foresatte	1	0,9
Helsestasjon	1	0,9
Hjelpetjenesten for barn og unge	6	5,4
Lege	65	58
Skolehelsetjenesten	3	2,7
Somatisk sykehus	8	7,1
Sosialkontor	1	0,9
Voksenpsykiatri	1	0,9
Ubesvart	2	1,8
TOTAL	112	100

Tabell 4.5 Viktigste henvisningsgrunn barnet

Tekst	Antall	Prosent
Asosial/kriminalitet	2	1,8
Psykotiske trekk	11	9,8
Suicidalfare	56	50
Angst/fobi	4	3,6
Tristhet/depr/sorg	12	10,7
Atferdsvansker	16	14,3
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansker	1	0,9
Spiseproblem	2	1,8
Tvangstrekk	3	2,7
Annet	4	3,6
Ubesvart	1	0,9
TOTAL	112	100

Tabell 4.6 Inntil 3 henvisningsgrunn barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	2	0,9
2	Psykotiske trekk	24	10,7
3	Suicidalfare	63	28
4	Hemmet adferd	1	0,4
5	Angst/fobi	9	4
6	Tvangstrekk	4	1,8
7	Tristhet/depr/sorg	49	21,8
8	Skolefravær	8	3,6
9	Atferdsvansker	21	9,3
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvanske	10	4,4
11	Rusmiddelmisbruk	6	2,7
12	Asosial/kriminalitet	2	0,9
13	Lærevansker	5	2,2
14	Språk/talevansker	4	1,8
15	Syn/hørselsproblem	0	0
16	Spiseproblem	7	3,1
17	Andre somatiske symptomer	1	0,4
18	Annet	8	3,6
19	Ingen	0	0
20	Ikke fylt ut av henviser	1	0,4
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	225	100

Tabell 4.7 Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	1	0,9
2	Belastn i nærmiljø/samfun	9	8
3	Belastn i skole/barnehage	6	5,4
4	Akutte livshendelser	19	17
5	Belastn res av forstyr/fh	1	0,9
6	Ingen	15	13,4
7	Ikke fylt ut av henviser	53	47,3
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	112	100

Tabell 4.8 Inntil 3 henvisningsgrunn barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	1	0,3
2	Belastn i nærmiljø/samfun	12	3,6
3	Belastn i skole/barnehage	8	2,4
4	Akutte livshendelser	20	6
5	Belastn res av forstyr/fh	6	1,8
6	Ingen	15	4,5
7	Ikke fylt ut av henviser	53	15,8
	Ubesvart	199	59
	TOTAL	336	100

Tabell 4.9 Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. helsev. §2-1	60	53,6
2	Lov om psyk. helsev. §2-1.4	33	29,5
3	Lov om psykisk helsev. §2-2.1	0	
5	Lov om psykisk helsev. §3-1	1	0,9
9	Lov om psyk. helsev. §3-8	18	16,1
	Ubesvart		
	TOTAL	112	100

Tabell 4.10 Foreldreretten

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	60	53,6
2	Mor	20	17,9
3	Far	1	0,9
4	Annet	15	13,4
	Ubesvart	16	14,3
	TOTAL	112	100

Tabell 4.11 Omsorgssituasjon

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	21	18,8
2	Pendler mellom mor og far	1	0,9
3	Bor hos en av foreldrene	26	23,2
4	En foreldre og samboer	14	12,5
7	Bor på institusjon	30	26,8
	Bor i fosterhjem	5	4,5
8	Bor alene	4	3,6
9	Annet	9	8
	Ubesvart	2	1,8
	TOTAL	112	100

Tabell 4.12 Etnisk tilhørighet mor

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	107	95,5
4	Europeisk	0	
5	Asiatisk	0	
6	Afrikansk	5	4,5
	Ubesvart	0	
	TOTAL	112	100

Tabell 4.13 Etnisk tilhørighet far

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	100	89,3
3	Nordisk	4	3,6
4	Europeisk	2	1,8
5	Asiatisk	1	0,9
6	Afrikansk	2	1,8
9	Australsk	0	
	Ubesvart	3	2,7
	TOTAL	112	100

Tabell 4.14 Hjemmespråk

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	106	94,6
2	Annet hjemmespråk	0	
3	Tospråklig	6	5,4
	Ubesvart	0	
	TOTAL	112	100

Tabell 4.15 Barnevernets rolle v henvisning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	24	21,4
2	Rollen ikke fastlagt	4	3,6
3	Undersøkelser § 4.3	2	1,8
4	Hjelpetiltak § 4.4	7	6,3
5	Frivillig plassering § 4.4	5	4,5
6	Und./behandling § 4.10/4.11	0	
7	Omsorgsovertak § 4.12/4.8	17	15,2
8	Akuttvedtak § 4.6	5	4,5
9	Tatt foreldreansvar § 4.20	1	0,9
10	Vet ikke	39	34,8
11	I inst. uten samtykke § 4.24	0	
12	I inst. med samtykke § 4.26	0	
	Ubesvart	8	7,1
	TOTAL	112	100

Tabell 4.16 Barnevernets rolle oppdatert.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	31	27,7
2	Rollen ikke fastlagt	6	5,4
3	Undersøkelser § 4.3	4	3,6
	Tatt foreldreansvar § 4.20	2	1,8
	Under behandling § 4.1/§ 4.11	2	1,8
4	Hjelpetiltak § 4.4	5	4,5
5	Frivillig plassering § 4.4	19	17
7	Omsorgsovertak § 4.12/4.8	23	20,5
8	Akuttvedtak § 4.6	0	
10	Vet ikke	7	6,3
	Ubesvart	13	11,6
TOTAL		112	100

Tabell 4.17 Hva skjedde etter avslutning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	13	11,6
2	Henvist annen instans	29	25,9
3	Mangler tilbud	0	
4	Ikke behov for oppfølging	1	0,9
5	Annet	10	8,9
	Ubesvart	59	52,7
TOTAL		112	100

Tabell 4.18 Diagnoser (alle) ICD-10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	3	
F100	Psyk.lid. og atf.forst. s. sk. br. av alkohol ak. intoks	1	
F122	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av cannab. Avh.syndr.	1	
F125	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av cannab. Psykot. lid.	1	
F191	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av fl. st. sk. Bruk	1	
F201	Hebefren schizofreni	1	
F203	Udifferensiert schizofreni	1	
F238	Akutt forbigående psykose	1	
	Akutt polymorph psykose	2	
	Andre ikke-organiske psykoser	4	
F311	Bipol. aff. lid.	3	

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F320	Mild depressiv episode	2	
F321	Moderat depressiv episode	8	
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	1	
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	1	
F329	Uspesifisert depressiv episode	2	
F332	Tilb.v. depr. lid.	1	
F431	Posttraumatisk stresslidelse	19	
F432	Tilpasningsforstyrrelser	5	
F845	Aspergers syndrom	2	
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	2	
F908	Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	7	
F913	Opposisjonell atferdsforstyrrelse	2	
F919	Uspesifisert atferdsforstyrrelse	1	
F928	Andre spes. blandede atf.forst. og følelsesmessige forst.	2	
F938	Andre spes. følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	1	
F942	Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen	1	
	Lett psykisk utviklingshgemming	1	
	Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	4	
	Sosialisert atferdsforstyrrelse	1	
F422	Blandede tvangstanker og tvangshandlinger	5	
	Uspesifisert disosiativ lidelse	3	
	Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse	4	
	Uspesifisert spiseforstyrrelse	2	
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	16	
	TOTAL	112	

Tabell 4.19 Diagnoser ICD-10 Akse 2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	12	10,7
999	Ukjent	68	60,7
	Blandet utviklingsforstyrrelse av spesifikke ferdigheter	4	3,6
F813	Blandet utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter	6	5,4
	Ubesvart	22	19,6
	TOTAL	112	100

Tabell 4.20 Diagnoser ICD-10 Akse 3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Svært høy intelligens IQ > 130	0	
2	Høy intelligens IQ	0	
3	Normal intelligens	27	24,1
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	8	7,1
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	9	8
6	Moderat psykisk utviklingshemning (F71) IQ 35- 49	0	
	Ubesvart	20	17,9
99	Ukjent	48	42,9
	TOTAL	112	100

Tabell 4.21 Diagnoser ICD-10 Akse 4

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	7	6,3
999	Ukjent	43	38,4
	Allergisk rinitt som skyldes pollen	2	1,8
	Andre spes. unormale funn ved diagnostisk	2	1,8
	Annen spesifisert infantil cerebral parese	1	0,9
J45	Astma	8	7,1
	Atypisk foreldresituasjon	1	0,9
	Glaukom	2	1,8
	Insulinavhengig diabetes mellitus uten kom	8	7,1
	Isolert proteinuri	1	0,9
	Komplisert migrene	1	0,9
	Nedsatt syn	1	0,9
	Nystagmus og andre irregul're øybevegelse	1	0,9
	Unormale resultater ved funksjonsstudier a	2	1,8
	Uspesifisert epilepsi	1	0,9
	Uspesifisert nevrogen hørselstap	1	0,9
	Uspesifisert synsforstyrrelse	1	0,9
T310	Brannskader som omfatter mindre enn 10 % kroppsoverflaten	1	0,9
	Villet egenskade	11	9,8
	TOTAL	112	100

Tabell 4.22 Diagnoser ICD-10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	6	5,6
1	Avvikende relasjoner innen familien		
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	12	10,7
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	2	1,8
1,8	Annet	1	0,9
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	5	4,5
2,1	Forelder funksjonshemmet/ufør		
2,2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken		
2,8	Annet		
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	6	5,6
4,1	Inadekvat foreldretilsyn/kontroll	10	8,9
5,1	Avvikende foreldresituasjon	31	27,7
6,3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	1	0,9
6,4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	3	2,7
6,5	Skremmende personlige erfaringer	1	0,9
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	2	1,8
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e		
9,1	Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/på		
9,2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse		
9,8	Annet		
	Akutte livshendelser	2	1,8
	Manglende varme i foreldre/barn relasjonene	3	2,7
	Manglende viktige erfaringer – understimulering	2	1,8
	Oppvekst i institusjon	3	2,7
	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	1	0,9
99	Ukjent	14	12,6
	Ubesvart	8	7,1
	TOTAL	112	100

Tabell 4.23 Diagnoser ICD-10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Lett sosial forstyrrelse	2	1,8
3	Moderat sosial forstyrrelse	25	22,3
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	27	24,1
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	14	12,5
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	17	15,2
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse		
8	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse		
	Ubesvart	22	19,6
	Ukjent	5	4,5
	TOTAL	112	100

5 Ungdomspsykiatrisk akutenhet Ullevål universitetssykehus. Enhetsbeskrivelse 2005.



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

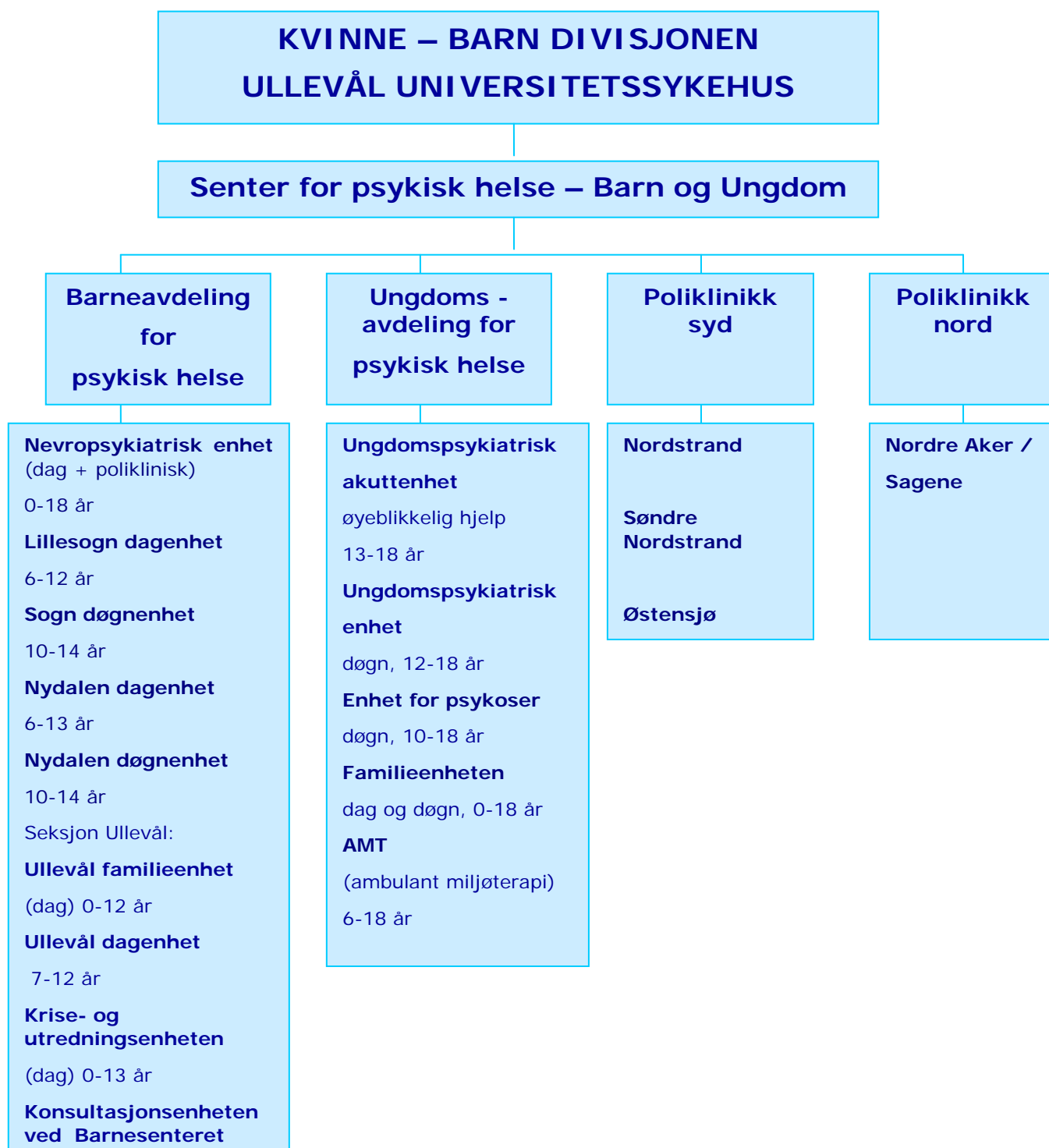
Enhetsbeskrivelsen er utarbeidet av Tarje Tinderholt, Per-Kristian Vistung og Anne-Marie Hesle ved Ungdomspsykiatrisk akutenhet, Ullevål universitetssykehus. Takk også til Tore Sandbakken, Trine Nebell, Elisabeth Martinsen og Jannike E. Snoek for gode bidrag.

Før eventuell videreformidling av materiale kontakt: Prosjektleder Tarje Tinderholt

Dette prosjektet, "En sammenlignende studie av akutt tilbud i psykisk helsevern for barn og unge", har blitt støttet finansielt av *Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion Øst + Sør* i 2004, 2005 og 2006.

5.1 Organisatorisk oppbygging / rammer

5.1.1 Øvrige enheter i BUP-organisasjonen



Enheten har ikke eget intern organisasjonskart.

5.1.2 Opptaksområde

Opptaksområde er Oslo kommune/fylke, med unntak av bydelene Stovner og Grorud. I tillegg dekker enheten 6 av de 7 kommunene i Folloregionen. Unntakene er Enebakk og Rømskog. Denne endringen i opptaksområde gjelder fra 01.04.04.

Befolkningstall for alderen 13-17 er 30.345. Det eksisterer ikke noe øyeblikkelig-hjelp tilbud på døgn for de under 13, så enheten må enkelte ganger i kortere tidsrom også gi tilbud til disse. Samlet befolkning fra 0-17 år i opptaksområdet er 121.094 i 2005.

5.1.3 Målgruppe

Enheden tar inn ungdom med akutte behov for psykiatrisk utredning og behandling. Det medfører at enheten er lukket og har stor vekt på sikkerhetsrutiner. Målgruppen vil være 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.

Enheden har praksis på å vurdere at atferdsproblemer og spiseforstyrrelser ikke oppfyller kriteriene for innleggelse. Disse typer problematikk er likevel ofte en del av pasientenes symptombilde.

5.1.4 Funksjon

UPA har ansvar for å ivareta psykiatrisk øyeblikkelig-hjelp for ungdom i sitt opptaksområde.

5.2 Ressurser

5.2.1 Personalressurser

Tabell 5.1 Personalressurser

Målgruppe	13 – 17
Årsverk stab planlagt	5
Årsverk Stab faktisk	4,25
Antall ansatte staben totalt	5
Årsv. Overleger	2
Årsv. Psyk-spes	1
Årsv. ass-leger	1
Årsv. Psykologer	1
Årsv. fam-terap	-
Årsv. Andre (avdelingssykepleier)	1
Årsverk Miljøet planlagt	18
Årsverk Miljøet, faktisk	20,96
Antall ansatte miljøet totalt	21
Årsv. Sykepleiere	15,8
Årsv. Vernepleier	-

Målgruppe	13 – 17
Årsv. sosionomer	-
Årsv. pedagoger	-
Årsv. bv-pedagoger	1
Årsv. andre	5,16
Tilleggsutdanning i miljøet totalt	15
Miljøterapi	-
Familieterapi	-
Psykisk helsearbeid	12
Rus	0
Veilednings-/konsultasjonsteknikk	1
Andre	2
Antall ekstravakter	26
Årsverk ekstravakt	8,5
Årsverk kontor	2
Andre (vaktmester, kokk etc)	-
Senger	4
Skjermet/krise	1
Isolat	0
Fam-leilighet	0
Pas-hotell	Ja
Nyhenviste	66
Tatt imot	66
Alle i 2005	75
Innleggelser	66
Antall forskjellige pasienter	62
Liggedøgn	1932
Gj liggedøgn	29,72
Beleggsprosent	105,86%
Sendt til VOP	4
Sendt til BK	0
Befolkningstall i målgruppa	30345 ²
Opptaksområdet	1239 km ²

Ved vår enhet er det 3 som har utdanning i familiearbeid/ relasjons – og nettverksarbeid. Alle disse jobber i stab.

5.2.2 Bygningsmessige ressurser

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

² Tall pr 01.01.05 fra Statistisk sentralbyrå og Oslo Kommune

enhet som regnes med som en plass. Dette medfører at muligheten til skjerming av inneliggende pasienter på skjermingsenheten ikke er tilstede ved full avdeling.

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

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

5.2.3 Øvrige ressurser

Enheten er en del av Ullevål universitetssykehus, og har dermed tilgang på for eksempel medisinsk bibliotek og FoU-avdeling.

5.2.4 Undervisning / veiledning / opplæring av eget personale

Enheten tar jevnlig mot studenter fra forskjellige utdanninger; sykepleiestudenter, ergoterapeutstudenter, barnevernpedagogstudenter, studenter fra videreutdanning i psykisk helsearbeid og legestudenter. Vi har lege og psykolog i spesialisering. 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. Alt miljøpersonale får 3 dagers opplæring av en fast ansatt miljøterapeut når de begynner ved enheten. Denne opplæringen har en egen, fast prosedyre.

Enheten har internundervisning en time hver uke og faglige forum (fagdager) fire dager i året, som hele personalgruppa kan delta på.

Enheten gir jevnlig personale mulighet til å ta videreutdanning og forskjellige kurs.

5.3 Behandlingstilbudet

5.3.1 Type "omsorgsform"

Vi tilbyr i hovedsak behandling på døgnbasis. Vi kan også, gjerne som avslutning i et behandlingsopplegg, gi 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. Poliklinisk oppfølging av nyhenvist pasient for en periode skjer av og til, selv om det ikke blir døgnopphold, inntil annen oppfølging er på plass.

5.3.2 Ideologi/grunnlagstenkning

Behandlingsideologien er eklektisk med vekt på bio-psyko-sosio-kulturell forståelse og psykodynamisk 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.

5.3.3 Inntak

5.3.3.1 Ulike typer inntak

Enhetene bruker i all hovedsak hele kapasiteten på å ivareta øyeblikkelig-hjelpsplikten. I 2005 hadde enheten 3 episoder som ikke oppfylte kriterier for øyeblikkelig-hjelp, som var planlagte innleggelser. Målsettingene med disse var å hindre akutte re-innleggelser. Tidsperiode for opphold og behandlingsformål er da avklart med pasient og lokale hjelpeinstanser på forhånd. Hovedmålet er behandling og ikke utredning.

Det finnes også grader av elektive innleggelser, hvor innleggende instans i forkant er i kontakt med enheten, for å forberede en innleggelse eller for å samarbeide om tidspunkt for innleggelsen. Henvissende instans har ofte en bestilling og ønske om utredning.

5.3.3.2 Inntaksprosedyre

Før inntak

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. Det vurderes i hvert enkelt tilfelle om pasienten er i stand til å samarbeide om en frivillig innleggelse.

Forvern er sjelden aktuelt, siden enheten i all hovedsak har øyeblikkelig – hjelp innleggelser.

Øyeblikkelig hjelp kan ikke avvises dersom kriteriene for innleggelse er tilstede, uavhengig av hvor fullt det er i enheten. Det er stor variasjon i antall konsultasjoner (pr tlf) og hvor mye hver innleggelse blir vurdert sammen med henviser.

Det er en psykiatriske legevakt i nedslagsfeltet, for øvrig kommer henvendelser på kveld / natt fra vanlige legevakter.

Ved inntak

Innleggelser skjer i medhold av psykisk helsevernloven. Når ungdommene kommer til enheten blir de tatt imot av en lege / psykolog / overlege og ett (eller flere) miljøpersonale. Ved tvangsinnleggelser skal det innen 24 timer fattes vedtak om innleggelse av person med vedtaksmyndighet (overlege eller psykologspesialist). På kveld / helg er det vakthavende lege som, sammen med miljøpersonale, tar imot nye pasienter. I denne ordningen har en assistentlege primærvakt og en overlege bakvakt, forhold til tvangsinnleggelser.

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, miljøterapeuter, lærer og kontorfaglig har egne rutiner / prosedyrer for å sikre informasjon og oversikt. Teamet til hver enkelt pasient blir som oftest opprettet innen et døgn etter innleggelsen. Ved innleggelse i helger, kan det gå noe lenger tid.

Pårørende følger ofte ungdommene ved innleggelse og deltar ofte på inntakssamtalen. Unntakene er ved høyt konfliktnivå eller at ungdom ikke ønsker å snakke med foreldre / pårørende tilstede. Løsningen kan da være at ungdommen og de pårørende snakker etter hverandre.

Når pasienter blir lagt inn for døgnopphold, kommer de rett inn i enheten, med mindre de behov for skjerming på skjermet enhet.

5.3.4 Utredningsmetoder

Enheten vurderer i hvert enkelt tilfelle, ut i fra hvilke opplysninger vi sitter med om tidligere utredning, hvilke undersøkelser og utredning som oppfattes som hensiktsmessig i saken.

Utredningsprosedyrene ved enheten 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.

- HoNOSCA – Vurdering av total symptombelastning, fylles ut av 2 klinikere sammen
- CAS-intervju
- Kiddie-SADS
- Egen klinisk vurdering – kontaktforhold, empati, terapitilgjengelighet.

Ved depresjon / selvskading / suicidalitet:

- Becks depresjonsskala
- MADRS
- SIMS – selvutfyllingsskjema ifht selvskading

Becks og MADRS 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 skåringsskjemaet god veiledning når det gjelder positive og negative symptomer.

Projektive- og personlighetstester (brukes for tiden lite):

- TAT (thematic apperception test) - projektiv testing, personlighetsvurdering
- Rorschach - projektiv testing, personlighetsvurdering
- MMPI-A – brukes for tiden ikke pga manglende instans for skåring

Kognitive prøver:

- WISC.R – intelligensnivå for ungdom opp til 16 år
- WAIS III – intelligensnivå, over 16 år
- Raven – ikke verbal generell evneprøve
- Diverse nevropsykologiske tester.

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

5.3.5 Individualterapi

Det er behandlingsansvarlig lege / psykolog som tilbyr individualterapi til pasientene. Disse samtalerne er i utgangspunktet alene med pasienten, for at de skal ha et psykisk rom hvor de ikke trenger å utlevere seg til flere enn nødvendig. Behandlingsansvarlig gir informasjon til resten av teamet og enheten etter en vurdering om hva det er nødvendig og hensiktsmessig at flere vet. I noen tilfeller har behandlingsansvarlig samtaler med pasientene sammen med en miljøterapeut fra teamet. Disse samtalerne kan være i tillegg til de individuelle samtalerne eller det kan være at det er miljøterapeut tilstede hvis det er stor fare for uro hos pasienten.

Hypppighet og varighet varierer sterkt i forhold til pasientens form og evne til å nyttiggjøre seg individualterapi, alt fra 10 minutter en gang i uka til en time daglig. Individualterapi er i all hovedsak planlagt og skjer på dagtid på eget samtalerom eller den behandlingsansvarlige sitt kontor.

Individualterapeuten har regelmessige samtaler med pasienten, og med foresatte. Videre har han / hun ansvar for å ha kontakt med eventuelt tidligere og kommende individualterapeuter, samt har ansvar (evt. i samråd med overordnede) for å søke pasienten inn til videre behandling ved poliklinikk eller institusjon. Videre følger de opp behovet for utredning av pasienten. Utredning omfatter også supplerende medisinsk undersøkelse ved somatiske avdelinger ved Ullevål sykehus, i tillegg til legeundersøkelse ved enheten.

Vi tilbyr en individuelt tilpasset tilnærming, hvor terapiform i stor grad avhenger av pasientens funksjon og behov. Innhold / tema i samtalerne vil derfor på samme måte variere.

5.3.6 Miljøterapi

Miljøterapeutene utfører miljøterapi. Her er viktige stikkord observasjon av ungdommene i forhold til for eksempel stemningsleie, selvkontroll, atferd, selvbilde, aktiviteter, samspill. I tillegg er det ofte viktig å grensesette, gi ungdommen mestringsopplevelser i forhold 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 eventuelt 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 til fortiden. Grunnlaget for å utøve miljøterapi finner vi i det daglige livet i enheten; 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 utrykke 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 jeg-ressursene 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.

5.3.7 Husregler

1. Vi forventer at alle ungdommene deltar i de aktiviteter, måltider og det skoletilbud som enheten legger opp til sammen med den enkelte.
2. Sosialt samvær skal fortrinnsvis være i fellesarealer.
3. Vi oppfordrer deg til ikke å gi opplysninger til utenforstående om de andre ungdommene på enheten. Dette i respekt for den enkeltes rett til anonymitet.
4. Kjøkkenet, vaskerommet, aktivitetsrommet i kjelleren og skolerom, skal kun brukes sammen med personalet.
5. Det vil vanligvis ikke bli servert mat mellom måltider.
6. Ønsker du å høre på musikk, er musikkrommet stedet. Av hensyn til andre som ferdes på enheten, må du etter avtale bruke walk-man / discman / mp3-spiller / radio på rommet ditt. Dette skal oppbevares på lageret når du ikke bruker det.
7. På hverdager er det mulig å se på TV mellom kl. 17.00 og 22.00. Ønsker du å se mer på TV, må dette avtales spesielt med din kontaktperson. På fredager og lørdager utvides tiden til kl. 23.00. Lørdag og søndag er det lov å se TV på dagtid. All TV-titting bør avtales i fellesskap etter middag, eller med din kontaktperson. Fordi alle har forskjellige tålegrense i forhold til å se vold, ber vi deg respektere enhetens forbud mot å se programmer med innslag av hard vold.
8. Hvis du skal ringe, vil du etter avtale få utlevert et telefonapparat av din kontaktperson. Telefoner skal være tatt innen kl. 22.00. Vanlig avtale er maksimum to telefoner inn og to telefoner ut pr. vakt. Mobiltelefon ønsker vi ikke at du har i enheten. Men hvis ønskelig, kan den oppbevares av personalet, og du kan gjøre avtale om å sjekke tekstmeldinger.

9. Besøk avtales mellom deg, personalet og de besøkende. Det må avtales hvem som kommer, og når besøket skal være. Besøket skal primært foregå på besøksrommet i 1. etg. De besøkende bes ringe på forhånd for å gjøre besøksavtaler. Besøkstiden er vanligvis mellom kl. 17.00 - 20.00.
10. Verktøy, vaskemidler, barbersaker, lighter eller andre farlige gjenstander skal ikke oppbevares ute i enheten, eller på rommene. Disse tingene skal oppbevares av personalet og utleveres etter avtale med din kontaktperson.
11. Det er ikke lov til å bruke eller oppbevare rusmidler under oppholdet her. Det er heller ikke lov å bytte, kjøpe eller selge klær eller andre gjenstander med de andre ungdommene under oppholdet.
12. Hvis dine foreldre tillater at du røyker, må det gjøres utendørs. Siste "røykepause" er kl. 21.30. (I helger og ferier, kl. 22.00.)
13. Allergi gjør at vi dessverre ikke kan tillate dyr inne på enheten.
14. Det skal være ro i enheten etter kl. 22.00. På hverdager må du være på rommet etter den tid, og i seng kl. 23.00. På fredager og lørdager utvides tidene med en time. Eventuelt lenger etter spesiell avtale med din kontaktperson og nattvaktene.

Vi oppfordrer alle til å respektere husets regler !

5.3.8 Familieterapi / familiesamtaler

Vi definerer biologisk familie og fosterfamilier som familie. Enheten jobber mest med foreldre, biologiske, adoptiv eller fosterforeldre. Vi arbeider sammen med familie som ungdommen ikke bor sammen med, når dette er hensiktsmessig og kan bety noe for ungdommens situasjon. På samme måte arbeider enheten også med foreldre som ikke har omsorgsansvar for den henviste ungdommen. Enheten jobber sjelden med vennene til ungdommen eller familien.

Familiearbeidet foregår i enheten eller per telefon. Familien kan som hovedregel ikke komme inn i enheten hvor alle pasientene befinner seg. Unntaket er under selve innleggelsen hvor vi tilstreber at foreldrene får se enheten. Ellers er det ikke vanlig eller ønskelig, slik vi er organisert, at foreldre oppholder seg i enheten. Foreldrene bor på egen adresse mens vi arbeider sammen med dem og ungdommen. Enheten har ikke egen familieleilighet, men det finnes pasienthotell ved sykehuset. Dette benyttes sjeldent, siden de fleste foreldre bor i rimelig nær avstand til enheten.

Vi jobber i noen få tilfeller med familiene i deres eget hjem. Dette kan gjøres i forbindelse med planlegging av utskrivelse. Det er da miljøpersonale som er med på å trygge hjemmesituasjonen eller trene på å reise til eller fra hjemmet.

Både stabspersonal og miljøterapeuter deltar i familiearbeidet. Familiearbeid i en akuttavdeling er oftest ikke familieterapi i streng betydning. Mye handler om å innhente informasjon, og å tilrettelegge for bedre fungering etter utskrivelse. Det egentlige familiearbeidet forventes å ligge på poliklinikken. Hvilke roller det er hensiktsmessig at ulike medarbeidere har i en sak vil vurderes fra gang til gang. Vi bruker mye refleksjon, men ikke reflekterende team. Psykoedukasjon benyttes der det er hensiktsmessig. I en akuttavdeling med et vidt spekter av problemstillinger og ulike grader av krise kan en ikke låse seg til teoretiske tilnæringsmetoder. Vi benytter ikke reflekterende team i foreldrearbeidet. Vi tenker det hører hjemme i familieterapi.

Enheten underviser familiene, i hovedsak en og en familie. Noen foreldre deltar på mer strukturert undervisning i forhold til psykose, organisert fra langtidsavdeling vi samarbeider med. Dette initieres av oss. Noe seminarvirksomhet foregår på annen enhet. Tema for undervisningen er symptomforståelse og mestring. Vi underviser med utgangspunkt i ferdiglaget materiale (allianse, psykop) og ut fra kunnskap om ulike lidelser og ungdommens

behov. Det er behandlingsansvarlig og primærkontaktene i miljøet som står for undervisningen. Familiene deltar ikke på noen av enhetens faste møter.

Det brukes et bredt spekter av strukturerte utredningsverktøy som Kiddie-Sads, Vineland, Brief, AQ, ASEBA, Genogram osv. Hensikten med disse er først og fremst å forstå sykehistorie, symptombelastning og utviklingsnivå med tanke på videre behandlingsplanlegging.

Gjennomgående er overskriften i denne enheten at vi ikke driver familierapi, men et tilpasset familiearbeid rundt den enkelte ungdom og den krisesituasjonen som har ført til akuttinnleggelse. Ungdommen og familien tilbakehenvises til poliklinikken så snart som mulig, eller poliklinikken fortsetter et allerede påbegynt familierapeutisk arbeid mens ungdommen er innlagt hos oss. Det har også forekommet at vi har samarbeidet med familieavdelingen på Sogn.

5.3.9 Gruppetilbud

Enheden har ikke noe eget gruppetilbud, utover målsettingen om at pasientene i størst mulig grad skal følge enhetens rutiner, inkludert fellesaktiviteter som måltider, fellesmøter, sosialt samvær og diverse aktiviteter. Skolen tilbyr i noen tilfeller undervisning i grupper.

Enheden tilbyr ikke gruppebehandling, verken i forhold til pasienter eller pårørende. Via samarbeid med annen døgnenhet tilbys opplæring for pårørende i form av kurs som arrangeres for grupper.

5.3.10 Medikamentell behandling

Sykepleier er ansvarlig for medikamentadministrasjon en gitt dag hver uke, bestiller de medikamentene det er behov for. Dette gjøres etter gjennomgang av lagerbeholdning. Skriftlig bestilling underskrives av lege. Medikamenter oppbevares på eget medisinerom, i to låsbare skap, ett for A preparater ("narkotikaskap") og ett for øvrige medikamenter. Det avtales for hver vakt hvilken sykepleier som har "medisinansvar". Han får overlevert nøkler fra foregående medisinsansvarlig sykepleier.

Det er lege som ordinerer medikasjon i avdelingens skriftlige papirbaserte medikamentkardex og i bub-data. Vanligvis er det den legen som er i team, eller som har blitt oppnevnt som medisinsansvarlig lege for pasienten. Ordinering gjøres løpende under oppholdet. Avdelingen har ikke rutiner for daglig tilsyn av medikamentordinasjonene fra legene.

Medikamentene pasienten skal ha legges opp av sykepleier på natt. Medikamentene som er klargjort kontrolleres og gies til pasientene av den sykepleier som er utnevnt til å ha medisinsansvar på dag og kveldsvakter. Hvis sykepleier med medisinsansvar på dag og kveld må prioritere andre oppgaver, avtales det at annen sykepleier overtar utdelingen.

Enheden har skriftlige instruksjoner for håndtering og administrasjon av medikamenter.

5.3.11 Skole

Skoleavdelingen ved akutenheten har tre lærerstillinger. Lærerne er tilsatt ved Kirkeveien videregående skole / skolesjefen i Oslo. De administreres og veiledes ukentlig av Kari Berntzen, rektor ved Kirkeveien videregående skole.

Ved lærertilsettinger er det lagt vekt på at lærerne skal kunne dekke skolefag både på grunnskolen og videregående skoles nivå. Det stilles også krav om at lærerne har spesialpedagogisk tilleggsutdanning.

Skoleavdelingen ved UPA har kontor og klasserom i akutenhetens lokaler. Lærerrum er i 3. etasje, og 3 små klasserom er i kjelleren. Nærheten til avdelingen gjør at skolen er godt

integreert i husets rutiner, lærerne er med på rapport, miniteam- og behandlingsmøter. Skolens observasjoner inngår som en del av avdelingens vurderinger og behandlingsplan.

Skolens hovedoppgave er å holde pasienten / eleven à jour med arbeidet på hjemskolen. Det er skoleavdelingens oppgave å sørge for at sykehusoppholdet ikke gir tilleggshandikapp på grunn av skolefravær, og pasienten får tilbud om undervisning umiddelbart etter innleggelse. Skolen mener at det er viktig å komme i gang med skole så raskt som mulig, og tar utgangspunkt i elevenes sterke sider og mestring. Det gis tilbud til alle som er innlagt ut fra deres evner, interesser og kapasitet, også til ungdom uten elevstatus.

Skoleavdelingen samarbeider tett med klassestyrer og rådgiver / skoleledelse ved hjemskolen, og det meste av undervisningen legges opp etter hjemskolens arbeidsplaner.

Skjema for tillatelse til å innhente skoleopplysninger blir underskrevet ved innleggelse. Opplysningene brukes både til å opprettholde faglig kontinuitet for eleven, og til å hente opplysninger som er relevante for behandlingen i avdelingen. BUP, PPT og OT blir kontaktet etter behov. Skolen driver rådgiving når det gjelder videre skolegang, eventuelle omvalg eller skolebytter.

Skoleavdelingens timeplan er tilpasset avdelingens rutiner og legges innenfor en ramme av seks undervisningstimer per dag. Det meste av undervisningen foregår som enetimer. Innenfor akutenhetens rammer er det av flere grunner vanskelig å organisere større grupper. Antall timer per elev tilpasses den enkeltes behandlingsopplegg, hjemskolens planer og elevens mottakelighet for undervisning. Omfanget er også i noen grad avhengig av kapasitet.

Skoleavdelingen fører løpende rapport fra hver undervisningstime. Ved utskrivning lages en faglig oppsummering som sendes til hjemskolen. Andre rapporter skrives etter behov / eller på bestilling fra behandler eller skole. Kopier legges i akutenhetens behandlingsjournaler. Skolen tester ikke elevene systematisk, men gjør fortløpende faglige observasjoner og vurderinger.

5.3.12 Faglig struktur i enheten

Alle enhetene arbeider i behandlingsteam ovenfor den enkelte ungdom. Behandling og tiltak planlegges, struktureres og koordineres i teamene. Hvert team ledes av en individualterapeut. Denne vil ha delegert ansvar som pasientansvarlig, informasjonsansvarlig og behandlingsansvarlig (jfr. Helselovene). Disse ansvarsområdene sammenfattes i pasientansvarlig lege eller psykolog. Hvis behandlingsansvarlig er psykolog, inngår også en lege i teamet som har det medisinskfaglige ansvaret. Videre består teamet av 2-3 miljøterapeuter og en lærer. Enheten har ikke faste team, men setter sammen nye team til hver pasient. Teamet har ikke faste møtetider, men avtaler ukentlig møter som passer i forhold til miljøterapeutenes turnus.

Oppgaver og roller fordeles innad i teamet og hver av faggruppene har i utgangspunktet ansvar for å følge opp sine ansvarsområder; individualterapi, familierarbeid, miljøterapi og skole. Pårørende følges opp av behandlingsansvarlig og eventuelt miljøterapeutene i teamet.

Faglig leder ved enheten har det overordnede journal- og behandlingsansvaret. Både journal- og behandlingsansvaret blir delegert til den som er behandlingsansvarlig som oppnevnes i hver sak.

5.3.13 Skjerming og grensesetting

Enheten 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 skjerming. 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 (fastholding), selv om dette ikke er pålagt, og vakthavende lege blir kontaktet.

5.3.14 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". De ulike typene tvangsmidler er:

Isolering (ikke tillatt for pas. under 16 år.) : brukes ikke ved enheten

Mekaniske tvangsmidler (beltelegging) (ikke tillatt for pas. under 16 år)

Korttidsvirkende legemidler

Tvangsmidler skal bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten 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. Det fattes vedtak for hver gang tvang utøves.

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.

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

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 av 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.

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

Korttidsvirkende legemidler forordnes av lege i forkant etter forskrifter. Det skal føres i tvangsmiddelprotokoll av ansvarlig *sykepleier* og underskrives av vakthavende lege.

Tvangsbehandling med legemidler krever særskilt vedtak som kan påklages til fylkeslegen, enten av pasienten selv eller pårørende. Klagefristen er 48 timer, og tvangsbehandling kan først iverksettes når denne fristen er utløpt eller en eventuell klage er behandlet. Vedtak om tvangsbehandling må fornyes hver 3. måned.

5.3.15 Sikkerhetsprosedyrer

5.3.15.1 Pasientrelatert

Enheten har skriftlige prosedyrer i forhold til eventuell suicid, rømming, alvorlig skade eller brann.

5.3.15.2 Øvrige sikkerhetsprosedyrer

Ungdomspsykiatrisk akutenhet har flere ulike skriftlige prosedyrer og rutiner som skal ivareta sikkerheten på behandlingstilbudet. Enheten har skriftlige, forpliktende prosedyrer for:

- ❑ Bruk av alarm – som alle miljøterapeuter skal ha på seg. Enheten har ingen avtale om back-up av personale fra andre enheter ved uro.
- ❑ Sikkerhetsinstruks – definerer farlige gjenstander, gir bestemte retningslinjer i forhold til samhandling ved uro / utagering og stiller krav om absolutt lojalitet til personale.
- ❑ Ransaking – ved skjellig grunn til mistanke om at pasienter har farlige gjenstander, skal det vurderes ransaking av enten pasient eller hele enheten (inkludert alle pasienter). Enheten praktiserer i tillegg gjennomgang av de gjenstander som pasienter ønsker å ha på sine rom eller i fellesarealer. Hvis pasienten ikke ønsker en slik gjennomgang blir gjenstandene værende på et eget, låst, pasientlager. Gjenstandene blir utlevert når pasientene forlater avdelingen.

5.3.16 Møte- og samarbeidsformer – i enheten

5.3.16.1 Møter

Enheten har møtestruktur som binder ledelse, kontor, individualterapeuter, miljøterapeuter, lærere og ekstravakter sammen.

Rapport avholdes tre ganger per dag. På morgenrapporten deltar ledelsen, individualterapeuter, miljøterapeuter, lærere og vakthavende leger. På ettermiddagsrapporten deltar i hovedsak miljøterapeuter og vakthavende leger. Tema på rapportene er pasientenes tilstand siste døgn, koordinering og samarbeid. Rapportene har i utgangspunktet en rådgivende funksjon.

Morgenmøte (ettermøte) avholdes for individualterapeutene etter morgenrapport (utenom fredag). Møtet brukes blant annet til å vurdere behov for videre utredning hos hver pasient.

Enhetsmøte (enhetsråd) arrangeres hver måned. Her deltar ledelse og tillitsvalgte. Møtet kan være besluttende i forhold til overordnede tema.

Behandlingsmøte er et sentralt møte i den daglige drift. Det er to behandlingsmøter i uken, hvor ledelse, individualterapeuter, miljøterapeuter, lærere og eventuelt eksterne samarbeidspartnere deltar. Tema er de enkelte pasientenes behandlingsopplegg og møtet er besluttende. *Miniteam*, avholdes ca en gang per uke, og er også besluttende i forhold til de enkelte pasientenes behandlingsopplegg. Her deltar alle medlemmene av teamet og eventuelt pasienten selv.

STAFF arrangeres en gang per pasientopphold (eventuelt to ganger ved lange opphold). Her deltar faglig ledelse, individualterapeuter, miljøterapeuter, lærere og eventuelle eksterne samarbeidspartnere. Hensikten med møtet er å oppsummere, diagnostisere og planlegge videre behandling.

Personalmøte finner sted en gang per måned og er det møtet hvor alle yrkesgrupper på enheten er representert; ledelse, kontor, individualterapeuter, miljøterapeuter og lærere. Møtet blir brukt til informasjon og diskusjon og kan være besluttsende.

Ettertanke møte (utblåsning) blir arrangert for miljøterapeutene etter dag- og kveldsvakten. Tema her er samarbeid, samhandling og hvordan personale har opplevd vakten.

Hver uke er det *miljømøte* med avdelingssykepleier og fast ansatt miljøpersonale. Tema for dette møtet er situasjonen i avdelingen og faglige innspill i forhold til miljøterapi. Miljømøtet er et rådgivende organ.

Miljøpersonale og stabspersonale har *veiledning* hver for seg. Miljøpersonale har en time veiledning i uken med ekstern veileder. Lege og psykolog i utdanningsstilling har ukentlig, individuell veiledning.

Enheten har en *evalueringsdag* hvert år. Her deltar ledelse, individualterapeuter, miljøterapeuter og lærere. Tema er evaluering av forskjellige sider av drift, samarbeid og sikkerhetsinstruks. Dette møtet kan være besluttsende. I tillegg arrangerer enheten 3 hele *fagdager* for samme målgruppe, hvor hensikten er undervisning.

Tillitsvalgte har egne møter ved behov, og deltar også ved ansettelse, sammen med ledelse.

5.3.17 Utskriving

5.3.17.1 Utskrivingskriterier

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 enheten enn nødvendig.

Enheten tilbyr i noen tilfeller videre poliklinisk oppfølging når dette anses som hensiktsmessig.

5.3.17.2 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 og familien ha konkret timeavtale på BUP ved utskrivelsen og eventuelt ha møtt ny behandler og vært på poliklinikken.

Selve utskrivings samtalen bør foregå med ungdommen og de foresatte for å unngå uklarerheter omkring videre oppfølging og avtaler. Eksterne instanser deltar ved behov.

Skolen ved enheten har egne møter med hjemskolen i forhold til videre skolegang, eventuelt sammen med pasienten. Disse møtene kan finne sted både på enheten eller på hjemskolen.

Miljøterapeutene har egen sjekkliste og prosedyre for å kvalitetssikre utskrivelsene. Epikrise og miljørapport er obligatorisk for alle pasientene. Det finnes også diverse sjekklister og prosedyrer for å sikre og dokumentere pasientdata ved utskrivelse. Dette ivaretas av behandlingsansvarlig og de kontorfaglig ansatte.

Enheten har ingen fast prosedyre i forhold til å tilby ettervern, men gjør dette etter vurdering.

5.4 Samarbeid med andre

5.4.1 Innad i BUP-systemet

Fra 01.11.04 ble det gjennomført en intern omorganisering som medfører at enhetene som nevnt i punktet under ikke lenger er eksterne, men interne samarbeidspartnere med felles ledelse (avdeling ungdom – se organisasjonskart).

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 (i Ungdomsavdeling for psykisk helse, barnesenteret, voksenpsykiatriske avdelinger), barnevern eller skoler. Vi har ingen faste møter med andre instanser eller noe ikke-pasientrettet samarbeid.

De viktigste samarbeidspartnere er ungdommens lokale BUP. De mest brukte samarbeidspartnere i forhold til fortsatt institusjonsbehandling andre enheter innen Ungdomsavdeling for psykisk helse: Ungdomspsykiatrisk avdeling med 6 plasser, Psykoseavdelingen med 6 plasser (betjener hele Helseregion øst + noen pasienter fra landet for øvrig) og Familieavdelingen med 4 plasser. Disse enhetene tar kun imot frivillige innleggelse. Det er knyttet stor usikkerhet til antall plasser framover hos enhetene i Ungdomsavdeling for psykisk helse. Det eksisterer også ambulante team; Ambulant miljøterapi, Nettverksteam v/BUP Nydalen og BUP Holmlia. Disse har målgruppe 6-18 år.

5.4.2 Andre deler av psykisk helsevern

Enheten har ikke noe formalisert samarbeid med andre deler av psykisk helsevern utover det som er pålagt gjennom lovverk og retningslinjer. Samarbeidet her skjer eventuelt fra sak til sak.

Vi samarbeider ved behov med Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem, som har 14 plasser for ungdom 12-16 år. Det er en privat stiftelse (Kirkens bymisjon) med driftsavtale med Oslo. Ungdommene må ha annet omsorgstilbud ifht helg og ferier.

5.4.3 Barnevern

Avdelingen har ikke noe formalisert samarbeid med barnevernet, men samarbeider etter behov fra sak til sak. Ullevål universitetssykehus har en samarbeidsavtale på direktørnivå med Barne- og familieetaten i Oslo Kommune.

5.4.4 Somatiske sykehus

Enheten har siden 2003 vært en del av Ullevål universitetssykehus. Først plassert i divisjon psykiatri, men ble fra 01.01.04 ført over til Kvinne / Barn divisjon. Enheten bruker andre avdelinger / enheter ved sykehuset i forhold til forskjellig type utredning, undersøkelser og ved behov for medisinsk hjelp. Vaktstående overlege har avtale om nødvendig tilsyn på barneavdelingen i helger. Dette ivaretas ellers av et fast konsultasjonsteam.

5.4.5 Kommuner/bydeler

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

5.4.6 Universitet / høyskoler

Enheten tilbyr praksisplass til studenter fra ulike grunn- og videreutdanninger. Faglig leder underviser på forespørsel ved Høgskolen i Oslo. Som universitetssykehus er ungdomsavdelingen forpliktet til å bistå med "kasus" ved eksamen for legestudenter.

5.5 Pasientdata 2005

5.5.1 Kommentar til tabellene

Systemansvarlig: Anne-Marie Hesle

Vi hadde i 2005 totalt 75 saker hvorav re-innleggelser er inkludert. I 2005 var det 12 re-innleggelser. Re-innleggelser inkluderer kun de som var innlagt og re-innlagt i 2005. Pasienter som for eksempel hadde en innleggelse i 2004 kommer ikke med i disse tallene. Polikliniske episoder og dag episoder er som regel ny episode i samme periode, og defineres utenom begrepet re-innleggelser.

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 enheten. Plassene kan derfor ikke brukes av andre.

Tallene fra 2005 viser en sterk overvekt av jenter (70,67 %) og at aldersgruppen fra 15 år og oppover utgjør 89,34 % av innleggelsene (begge kjønn inkludert). Psykotiske trekk og suicidalfare er viktigste henvisningsgrunn i henholdsvis 21,33 og 64 % av innleggelsene. Diagnosene på akse 1 viser imidlertid (etter observasjon og utredning) et bredt spekter av diagnoser.

5.5.2 Kjernetall

Beleggsprosent: 105,86 % (inkludert døgn- og dagpasienter)

Gjennomsnittlig liggetid pr episode(dag + døgn): 29,72

Totalt antall liggedøgn: 1932

Antall reinnleggelser: 12

Tabell 5.2 Oversikt saker.

Nyhenviste i perioden		
1	I alt	66
2	Derav tatt imot	66
3	Avvist pga kapasitets-mangel	0
4	Avvist av faglige grunner	0
5	Til vurdering (uavklart)	0
Tatt imot		
6	Behandling	15
7	Undersøkelse	51
8	Konsultasjon	0
9	Faglig bistand barnevernet	0
10	Annet/uavklart	0
Aktuelle i år		
11	Henv. overført fra året før	9
12	Alle aktuelle henv. i året (2+11)	75
13	Avsluttet i løpet av året	69

Tabell 5.3 Kjønn/alder

Alder	Jente	Gutt	Total	Prosent
12		1	1	1,33
13	1		1	1,33
14	2	4	6	8
15	9	1	10	13,33
16	13	7	20	26,67
17	13	3	16	21,33
18	14	5	19	25,33
19		1	1	1,33
20	1		1	1,33
Total	53	22	75	
Prosent	70,67	29,33		100

Tabell 5.4 Henvisende instans.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Pasienten	1	1,33
12	Foreldre/foresatte	1	1,33
31	Lege	3	4
35	Somatisk sykehus	8	10,67
37	Annen somatisk helsetjeneste	22	29,33
43	BUP poliklinikk/avdeling	25	33,33
44	Voksenpsykiatri	14	18,67
46	Annen helsetjeneste	1	1,33
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.5 Viktigste henvisningsgrunn barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	1,33
2	Psykotiske trekk	16	21,33
3	Suicidalfare	48	64
5	Angst/fobi	1	1,33
7	Tristhet/depr/sorg	5	6,67
9	Atferdsvansker	2	2,67
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvanske	1	1,33
18	Annet	1	1,33
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.6 Inntil 3 henvisningsgrunn barnet

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Autistiske trekk	1	0,76
2	Psykotiske trekk	24	18,18
3	Suicidalfare	53	40,15
4	Hemmet adferd	1	0,76
5	Angst/fobi	5	3,78
6	Tvangstrekk	1	0,76
7	Tristhet/depr/sorg	24	18,18
8	Skolefravær	1	0,76
9	Atferdsvansker	8	6,06
10	Hyperaktiv/konsentrasjonsvanske	3	2,27

Kode	Tekst	Antall	Prosent
11	Rusmiddelmisbruk	8	6,06
12	Asosial/kriminalitet	0	0
13	Lærevansker	1	0,76
14	Språk/talevansker	0	0
15	Syn/hørselsproblem	0	0
16	Spiseproblem	1	0,76
17	Andre somatiske symptomer	0	0
18	Annet	1	0,76
19	Ingen	0	0
20	Ikke fylt ut av henviser	0	0
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	132	100

Tabell 5.7 Viktigst henvisningsgrunn barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	26	34,67
2	Belastn i nærmiljø/samfun	3	4
3	Belastn i skole/barnehage	4	5,33
4	Akutte livshendelser	5	6,67
5	Belastn res av forstyr/fh	4	5,33
6	Ingen	2	2,67
7	Ikke fylt ut av henviser	31	41,33
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.8 Inntil 3 henvisningsgrunn barnets miljø

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Belastninger i familien	29	33,33
2	Belastn i nærmiljø/samfun	4	4,60
3	Belastn i skole/barnehage	5	5,75
4	Akutte livshendelser	8	9,20
5	Belastn res av forstyr/fh	8	9,20
6	Ingen	2	2,30
7	Ikke fylt ut av henviser	31	35,63
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	87	100

Tabell 5.9 Hjemmel for innleggelse

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Lov om psyk. helsev. §2-1	18	24
2	Lov om psyk. helsev. §2-1.4	20	26,67
3	Lov om psykisk helsev. §2-2.1	9	12
5	Lov om psykisk helsev. §3-1	1	1,33
9	Lov om psyk. helsev. §3-8	27	36
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.10 Foreldreretten

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Mor og far sammen	46	61,33
2	Mor	28	37,33
3	Far	0	0
4	Annet	1	1,33
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.11 Omsorgssituasjon

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Hos begge foreldrene	27	36
2	Pendler mellom mor og far	4	5,33
3	Bor hos en av foreldrene	33	44
4	En foreldre og samboer	3	4
7	Bor på institusjon	6	8
8	Bor alene	1	1,33
9	Annet	1	1,33
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.12 Etnisk tilhørighet mor

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	65	86,67
4	Europeisk	1	1,33
5	Asiatisk	6	8
6	Afrikansk	3	4
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.13 Etnisk tilhørighet far

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	58	77,33
3	Nordisk	1	1,33
4	Europeisk	2	2,67
5	Asiatisk	6	8
6	Afrikansk	6	8
9	Australsk	1	1,33
	Ubesvart	1	1,33
	TOTAL	75	100

Tabell 5.14 Hjemmespråk

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Norsk	64	85,33
2	Annet hjemmespråk	6	8
3	To-språklig	4	5,33
	Ubesvart	1	1,33
	TOTAL	75	100

Tabell 5.15 Barnevernets rolle v henvisning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	39	52
2	Rollen ikke fastlagt	8	10,67
3	Undersøkelser §4.3	3	4
4	Hjelpetiltak §4.4	7	9,33
5	Frivillig plassering §4.4	3	4
6	Und./behandling §4.10/4.11	0	0
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	4	5,33
8	Akuttvedtak §4.6	0	0
9	Tatt foreldreansvar §4.20	0	0
10	Vet ikke	11	14,67
11	I inst. uten samtykke §4.24	0	0
12	I inst. med samtykke §4.26	0	0
	Ubesvart	0	0
	TOTAL	75	100

Tabell 5.16 Barnevernets rolle oppdatert.

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Arbeider ikke med saken	35	46,67
2	Rollen ikke fastlagt	5	6,67
3	Undersøkelser §4.3	4	5,33
4	Hjelpetiltak §4.4	14	18,67
5	Frivillig plassering §4.4	2	2,67
7	Omsorgsovertak §4.12/4.8	4	5,33
8	Akuttvedtak §4.6	1	1,33
10	Vet ikke	7	9,33
	Ubesvart	3	4
	TOTAL	75	100

Tabell 5.17 Hva skjedde etter avslutning

Kode	Tekst	Antall	Prosent
1	Tilbake til henviser	34	45,33
2	Henvist annen instans	36	48
3	Mangler tilbud	0	0
4	Ikke behov for oppfølging	1	1,33
5	Annet	0	0
	Ubesvart	4	5,33
	TOTAL	75	100

Tabell 5.18 Diagnoser (alle) ICD-10 Akse 1

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
999	Ukjent	1	0,99
F122	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av cannab. avh.syndr.	1	0,99
F125	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av cannab. psykot. lid.	1	0,99
F191	Psyk. lid. og atf.forst. s. sk. br. av fl. st. sk. bruk	1	0,99
F200	Paranoid schizofreni	4	3,96
F201	Hebefren schizofreni	1	0,99
F203	Udifferensiert schizofreni	1	0,99
F209	Uspesifisert schizofreni	1	0,99
F21	Schizotyp lidelse	1	0,99
F259	Uspesifisert schizoaffektiv lidelse	2	1,98
F311	Bipol. aff. lid.	1	0,99
F319	Uspesifisert bipolar affektiv lidelse	1	0,99
F321	Moderat depressiv episode	3	2,97
F322	Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer	5	4,95
F323	Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer	7	6,93
F329	Uspesifisert depressiv episode	2	1,98
F331	Tilbakevendende depressiv lidelse	1	0,99
F332	Tilb.v. depr. lid.	2	1,98
F341	Dystymi	2	1,98
F410	Panikk lidelse	1	0,99
F411	Generalisert angstlidelse	1	0,99
F412	Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	4	3,96
F420	Hovedsakelig tvangstanker eller tvangsgrubling	1	0,99
F429	Uspesifisert obsessiv-kompulsiv lidelse	2	1,98
F431	Posttraumatisk stresslidelse	2	1,98
F432	Tilpasningsforstyrrelser	9	8,91
F443	Transe og besettelsestilstander	1	0,99
F502	Bulimia nervosa	1	0,99
F512	Ikke-organiske forstyrrelser av søvn-våknehetsrytmen	1	0,99
F603	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse	4	3,96
F840	Barneautisme	1	0,99
F845	Aspergers syndrom	1	0,99
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	4	3,96
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	2	1,98
F908	Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	3	2,97

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
F911	Usoialisert atferdsforstyrrelse	3	2,97
F913	Opposisjonell atferdsforstyrrelse	1	0,99
F919	Uspesifisert atferdsforstyrrelse	1	0,99
F928	Andre spes. blandede atf.forst. og følelsesmessige forst.	2	1,98
F929	Uspes. blandet atf.forst. og følelsesmessig forstyrrelse	2	1,98
F938	Andre spes. følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	2	1,98
F942	Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen	1	0,99
F949	Uspesifisert forstyrrelse av sosial fungering i barndommen	1	0,99
F988	A. spes. atf.-/føl.mess. forst.	1	0,99
F989	Uspes. atf.-/føl.mess. forst.	3	2,97
Z004	Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	5	4,95
Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	1	0,99
Z046	Generell psykiatrisk undersøkelse	1	0,99
Z710	Kontakt på vegne av annen person	1	0,99
	TOTAL	101	100

Tabell 5.19 Diagnoser ICD-10 Akse 2

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	16	21,33
999	Ukjent	53	70,67
F809	Uspesifisert utviklingsforstyrrelse av tale og språk	1	1,33
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innl	1	1,33
F819	Uspesifisert utviklingsforstyrrelse i skoleferdigheter	1	1,33
F89	Uspesifiserte psykiske utviklingsforstyrrelser	3	4
	TOTAL	75	100

Tabell 5.20 Diagnoser ICD-10 Akse 3

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
1	Svært høy intelligens IQ > 130	1	1,33
2	Høy intelligens IQ	6	8
3	Normal intelligens	18	24
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	4	5,33
5	Mild psykisk utviklingshemning (F70) IQ 50- 69	3	4
6	Moderat psykisk utviklingshemning (F71) IQ 35- 49	1	1,33
99	Ukjent	42	56
	TOTAL	75	100

Tabell 5.21 Diagnoser ICD-10 Akse 4

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen	12	16
999	Ukjent	26	34,67
E14	Uspesifisert diabetes mellitus	1	1,33
G439	Uspesifisert migrene	1	1,33
G933	Postviralt utmattelsessyndrom	1	1,33
H905	Uspesifisert nevrogen hørselstap	1	1,33
J301	Allergisk rinitt som skyldes pollen	1	1,33
J459	Uspesifisert astma	2	2,67
Q992	Fragilt X-kromosom	1	1,33
R51	Hodepine	1	1,33
R53	Uvelhet og tretthet	1	1,33
R940	Unormale resultater ved funksjonsstudier av CNS	5	6,67
X6n	Villet egenskade	16	21,33
Z00	Gen. u.s./utred. av personer uten sympt. el. kjent diagnose	2	2,67
Z000	Generell medisinsk undersøkelse	3	4
Z017	Laboratorieundersøkelse	1	1,33
	TOTAL	75	100

Tabell 5.22 Diagnoser ICD-10 Akse 5

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
0	Ingen åpenbar forstyrrelse eller mangel i det psykososiale m	5	6,67
1	Avvikende relasjoner innen familien	6	8
1,1	Disharmoni mellom voksne i familien	1	1,33
1,4	Seksuelle overgrep (innen familien)	5	6,67
1,8	Annet	1	1,33
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	5	6,67
2,1	Forelder funksjonshemmet/ufør	3	4
2,2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	1	1,33
2,8	Annet	1	1,33
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	7	9,33
4,1	Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	2	2,67
5,1	Avvikende foreldresituasjon	2	2,67
6,3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	2	2,67
6,4	Seksuelle overgrep (utenom familien)	4	5,33

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
6,5	Skremmende personlige erfaringer	1	1,33
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	1	1,33
9	Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets e	17	22,67
9,1	Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/på	1	1,33
9,2	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	5	6,67
9,8	Annet	1	1,33
99	Ukjent	4	5,33
TOTAL		75	100

Tabell 5.23 Diagnoser ICD-10 Akse 6

Diagnose	Tekst	Antall	Prosent
2	Lett sosial forstyrrelse	1	1,33
3	Moderat sosial forstyrrelse	14	18,67
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	25	33,33
5	Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	18	24
6	Ute av stand til å fungere på de fleste områder	7	9,33
7	Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	6	8
8	Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	4	5,33
TOTAL		75	100

REGISTRERING AV EPISODE I AKUTTENHET FOR UNGDOM
Utfyllingstidspunkt:

Vurderinger under D og G gjøres for anført tidspunkt.
 Resten kan fylles ut når informasjonen er tilgjengelig.
 Skjemaet er utformet slik at side 1-2 (A-D) vanligvis kan fylles ut ved episodestart og side 3-4 (E-H) ved utskrivning/avslutning.
 Opplysninger som registreres i Bupdata forutsettes lagt inn der.

Denne episoden gjelder :

Innleggelse **Poliklinisk** **Ambulant** **Dag**

A Henvisning

Henvisning mottatt ddmmaa
Innleggelsesdato ddmmaa

Ventetid (dager fra mottatt henv. til innlegg)

Ukedag

Man Tir Ons Tor Fre Lør Søn

Tidspunkt

Dag (08-16) Kveld (16-24) Natt (24-08)

Inntak som øyeblikkelig hjelp (innen 24 t) Ja Nei

Hvem som henviste pasienten?

- 1 Pasienten selv
 2 Far
 3 Mor
 4 Fastlegen
 5 Allmen legevakt
 6 PPT
 7 Barnevern
 8 Somatisk poliklinikk / avdeling
 9 Psykiatrisk enhet ved DPS (dag/døgn/poliklinikk)
 10 Psykiatrisk enhet ved sykehus
 11 BUP poliklinikk
 12 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
 13 Psykiatrisk legevakt
 14 Egen enhet
 15 Ruspoliklinikk
 16 Politiløge / tilsynslege i fengsel / rettsvesen
 17 Annet.....

Henvisningen er fra

- 1 Noen som kjenner og følger opp pasienten
 2 Noen som har hatt liten/ingen kontakt med pasienten

Henvisningsformalitet (satt av henvisende instans)

- 1 Frivillig (§2-1) med eget samtykke
 2 Tvungen observasjon (§3-6)
 3 Tvungent psykisk helsevern (§3-7)
 4 Tvungen observasjon/psyk. helsevern (både/og)
 5 Dømt til tvungent psykisk helsevern
 6 Barnevernsloven - finne paragraf !
 7 Sosialtjenesteloven - paragraf

Inntaksformalitet ved spesialistvedtak

- 1 Frivillig (§2-1) med eget samtykke (over 16 år)
 2 Frivillig (§2-1, 4.ledd) under 16 år, med samtykke
 3 Frivillig (§2-1, 4.ledd) under 16 år, uten samtykke
 4 Kontrakt (§2-2.1)
 5 Tvungen observasjon uten døgnopphold (§3-8.2)
 6 Tvungen observasjon med døgnopphold (§3-8.1)
 7 Tvungent psykisk helsev. uten døgnopph. (§3-1.2)
 8 Tvungent psykisk helsev. med døgnopph. (§3-1.1)
 9 Dømt til tvungent psykisk helsevern (§5-3.1)
 10 Barnevernsloven
 11 Sosialtjenesteloven

Pasientens første kontakt med psykisk helsevern?

- 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

Prosjekt: **Sak/episode nr:** -

Institusjon **Basisenhet** (post)

Hvilken episode i akuttperioden

B Opplysninger om pasienten

Fødselsår

Kjønn 1 Gutt 2 Jente

Om annen etnisk bakgrunn enn norsk

	1 Ja	2 Nei	3 Ukjent
1 Nødvendig med tolk i samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Asylsøker, søknad behandles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Asylsøker, søknad avslått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har vært utsatt for krig/tortur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hovedgjøremål

- 1 Ungdomsskole
 2 Videregående skole
 3 Arbeid
 4 Uten skolegang eller arbeid
 5 Annet:
 6 Ukjent:.....

Foresatte med ved episodestart

- 1 Mor
 2 Far
 3 Andre:

Foresatte som innlegges sammen med pasienten

- 1 Mor
 2 Far
 3 Annen foresatt:

Om ny akuttperiode på nytt innen ett år fra forrige

Dato for forrige akuttepisode ddmmaa

Nåværende inntak var planlagt 1 Ja 2 Nei

Status for nåværende psykiske lidelse

- 1 Psykisk lidelse som har debutert nylig
 2 Ny sykdomsperiode etter periode uten sykdom
 3 Forverrelse av langvarig vedvarende psykisk lidelse
 4 Ukjent

Status for skolegang / venner / fritid i perioden før episodestart

Hvor mange dager pr. uke i siste mnd har ungdommen:

	0	1-2	3-4	5-7
Gått på skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gått på arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samvær med venner på fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke fritidsinteresser/-aktiviteter har ungdommen?

	Daglig	Ukentlig	Månedlig
Data / Tv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiske aktiviteter / idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk (kor,korps,band)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evt. kommentar;			

C Tjenester mottatt i tiden før akuttperioden

Psykisk helsevern siste 12 mnd Måneder i alt
Ett kryss pr linje, tomt = ukjent 0 1-6 7-11 12

1 Poliklinisk tilbud (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Døgnopphold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Behandling ved rusteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Opphold rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ovenfor : 0 = ikke noe, 12 = hele siste året)

Grad av oppfølging siste 3 måneder

Ett kryss på hver linje, samt eventuelt på om avbrutt

	Ingen	Daglig	Flere ggr pr uke	Ukentlig	Månedlig	Avbrutt før innl.	Ukjent
1 Poliklinisk tilbud (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ambulant oppfølging (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Behandling ved rusteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Fastlegen eller annen lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 PPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Barnevernet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sosialtjenesten ellers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Evt. Kommentar;							

Tilbud/støtte mottatt siste 48 timer

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Fastlege | <input type="checkbox"/> 7 Tiltak fra barnevernet |
| <input type="checkbox"/> 2 Legevakt | <input type="checkbox"/> 8 Venner |
| <input type="checkbox"/> 3 Fagpers. i kommune | <input type="checkbox"/> 9 Familie |
| <input type="checkbox"/> 4 BUP poliklinikk | <input type="checkbox"/> 10 Støttetiltak fra skolehelsetj. |
| <input type="checkbox"/> 5 Ambulant team | <input type="checkbox"/> 11 Støttetiltak fra skole |
| <input type="checkbox"/> 6 Somatisk pol/avd | <input type="checkbox"/> 12 Evt. Kommentar;..... |

Psykofarmaka pasienten stod på

Medikamentnavn	mg /døgn

I hvilken grad pasienten tok psykofarmaka siste to uker

- 1 Tok medikamenter stort sett som foreskrevet
 2 Tok medikamentene bare delvis som foreskrevet
 3 Tok ikke / stort sett ikke foreskrevne medikamenter
 4 Bruker ikke medikamenter
 5 Ukjent

D Vurdering (innen 72 t)

HoNOSCA Problem med: (se veil.)

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	0	1	2	3	4
1 Forstyrrende / antisosial / aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Aktivitetsnivå / oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Selvskaade som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Alkohol / stoff / løsemiddel misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Skole- eller språkferdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hallusinasjoner / vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Somatiske symptomer m ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Emosjonelle og relaterte symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Forholdet til jevnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Egenomsorg og uanhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Familieliv og forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Dårlig skoleframsmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selvmondsfare

- 1 Ingen selvmordstanker/planer
 2 Passive dødsønsker, ikke aktive selvmordstanker
 3 Tanker om å ta sitt eget liv, ikke konkrete planer
 4 Konkrete selvmordsplaner
 5 Gjort selvmordsforsøk før inntak/innleggelse
 6 Ukjent

Om pasienten er ruset

- 1 Ikke påvirket av rusmidler
 2 Trolig påvirket av rusmidler
 3 Tydelig påvirket av rusmidler
 4 Tydelig påvirket + testet positivt på prøve

E Mål for nåværende episode

Mål for nåværende episode slik enheten ser det

(Kryss av de 5 viktigste punktene)

- Hjelp foresatte med å håndtere akutt krise
 Opprette ansvarsgruppe
 Opprette individuell plan
- Reduksjon av selvmordsfare/selvdestruktiv atferd
- Diagnostisk utredning
 Familierapeutisk utredning
 Miljøterapeutisk utredning
 Generell kartlegging/utredning av psykososiale vansker
- Bedring av praktiske fungering / egenomsorg
 Bedring av omsorgssituasjonen
 Bedring av sosial fungering
- Skjerming fra omgivelser (på skjermet enhet)
 Avlaste familie og pasient i akutt fastlåst krise
- Symptomreduksjon
 Bearbeide traumer / problemer
 Medikamentell utprøving/behandling
 Bedring av kommunikasjon/relasjoner i familien
 Evt. Kommentar;.....

F Samarbeid og koordinering

Hvilke av disse undersøkelser er gjort	1 Ja	2 Nei
1 Somatisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blodprøver, laboratorieprøver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Strukturert diagnostisk intervju *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Skåringsskalaer basert på intervju **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Psykologisk testing **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Bildediagnostikk av hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 DNA / kromosomanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Kartlegging av familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Kartlegging av nettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Omfattende anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Nevropsykologisk utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre utredninger / tester : _____

Behandling og tiltak som er gitt

	ingen	En dag	Flere dager	Jevnlige
Sett ett kryss på hver linje	1	2	3	4
1 Samtaler med en hovedbehandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Samtaler med primærkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gruppespsykoterapi/gruppesamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Familie/nettverkssamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Familieterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Samarbeidsmøter med lokal BUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Samarbeidsmøter med kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Aktiviteter i gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Individuelt tilrettelagte aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Bistand med økonomi eller bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Bistand med andre praktiske ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Fastvakt / fotfølging i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Skjerming på avsnitt / eget rom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Bruk av belter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Andre tvangstiltak:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Medisinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Annet / kommentar:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				

Pasienten har under episoden	1 Ja	2 Nei	3 Ukjent
1 Selvskadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Selvmordsforsøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Skadet andre fysisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle endringer og vedtak

Dag etter innlegg.

1 Vedtak tvungent psykisk helsevern		
2 Opphevet vedtak om tvangsinnleggelse		
3 Vedtak om tvangsmedisinering		
4 Tvangsmedisinering iverksatt		

Hvem har behandlerteamet/ enheten hatt kontakt med under oppholdet?

Pasientens foreldre / foresatte	<input type="checkbox"/>
Andre pårørende	<input type="checkbox"/>
Venner av pasienten	<input type="checkbox"/>
Verge / hjelpeverge	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt	<input type="checkbox"/>
Fastlege / annen primærlege	<input type="checkbox"/>
PPT / OT	<input type="checkbox"/>
Barnevernsinstitusjon	<input type="checkbox"/>
Fosterhjem / ungdomsfamilie	<input type="checkbox"/>
Saksbehandler i barnevernet	<input type="checkbox"/>
Sosialtjenesten	<input type="checkbox"/>
Sykepleier / annen fagpers. i kommunen	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykiater / psykolog	<input type="checkbox"/>
Annen fast terapeut annet sted	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehusavdeling	<input type="checkbox"/>
Distriktpsikiatrisk senter BUP	<input type="checkbox"/>
Somatisk sykehusavdeling / poliklinikk	<input type="checkbox"/>
Rusteam, rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>
Arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>
Skole / utdanningssted	<input type="checkbox"/>
Aetat	<input type="checkbox"/>
Trygdekontor	<input type="checkbox"/>
Politi, fengsel, kriminalomsorg i frihet	<input type="checkbox"/>
Annen instans:	<input type="checkbox"/>

Hvilke av disse tilbudene har pasienten fra før, - eller har fått under behandlingen?

Sett ett kryss på hver linje

	Hadde fra før	Fått under opph.	Ikke blitt tilbudt	Pas ønsker ikke	Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5
1 Skoletilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Arbeidstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fast hovedbehandler i psyk. h. vern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ansvarsgruppe i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Individuell plan i følge loven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Barneverntjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Annet :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G Vurdering ved utskrivning

HoNOSCA Problem med: (se veil.)

Ved ukjent settes det ikke noe kryss

	0	1	2	3	4
1 Forstyrrende / antisosial / aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Aktivitetsnivå / oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Selvskaade som ikke skyldes uhell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Alkohol / stoff / løsemiddel misbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Skole- eller språkferdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fysisk sykdom / funksjonshemming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hallusinasjoner / vrangforestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Somatiske symptomer m ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Emosjonelle og relaterte symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Forholdet til jevnaldrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Egenomsorg og uanhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Familieliv og forhold til andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Dårlig skoleframmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan avslutning skjer

- 1 Gjennomført med utskrivningssamtale
- 2 Pasienten droppet ut / avsluttet uten avtale
- 3 Pasienten tok livet sitt
- 4 Pasienten døde av annen årsak

Enhetens vurdering av tidspunkt for avslutning av perioden og grunn for det. Gjelder kun dersom ikke videre oppfølging

- 1 Utskrives tidligere enn ønskelig for å frigjøre plass
- 2 Utskrives tidligere enn ønskelig av annen grunn
- 3 Utskrives på riktig/passe tidspunkt
- 4 Vært her lenger enn ønskelig fordi venter på annet tilbud
- 5 Har vært innlagt her lenger enn ønskelig av annen grunn

Psykofarmaka pasienten står på ved utskrivning

Medikamentnavn	mg /døgn

H Situasjon ved episode slutt

Dato for avslutning av episoden

ddmmåå

Tidspunkt for utskrivning

Dag (08-16) Kveld (16-24) Natt (24-08)

Hvem som skal gi tilbud videre til pasienten

Det kan settes kryss på flere

- 1 Har ikke behov for videre tilbud
- 2 Pasienten ønsker ikke oppfølging
- 3 Fastlege
- 4 BUP poliklinikk
- 5 DPS poliklinikk
- 6 Videre oppfølging fra enheten
- 7 PPT
- 8 Barnevernet
- 9 Sosialtjenesten
- 10 Annen døgnavdeling i psykisk helsevern
- 11 Somatisk poliklinikk / avdeling
- 12 Rusteam / rusinstitusjon
- 13 Privatpraktiserende psykiater/psykolog
- 14 Annet.....
- 15 Ikke noe avtalt / ukjent

Om pasienten skal følges opp ved annen instans, hva har vært gjennomført av kontakt før utskrivning?

(Det kan settes flere kryss)

	Ja	Nei
1 Telefonkontakt med dem som skal følge opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Møte med dem som skal følge opp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pasienten har fått time/tid ved ny enhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pasienten har fått tildelt ny behandler (navngitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pasienten besøkt ny enhet / møtt ny behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle stikkord om andre viktige forhold (skriv)

.....

.....

.....

.....

.....