

STF78 A035005

Gradering: Åpen

Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene

Helle Wessel Andersson og Trond Hatling

Februar 2003

Unimed Helsetjenesteforskning



SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge:
Opptrappingsplanens effekt på psykisk
helsearbeid i kommunene**

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson, Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd og Sosial- og helsedirektoratet

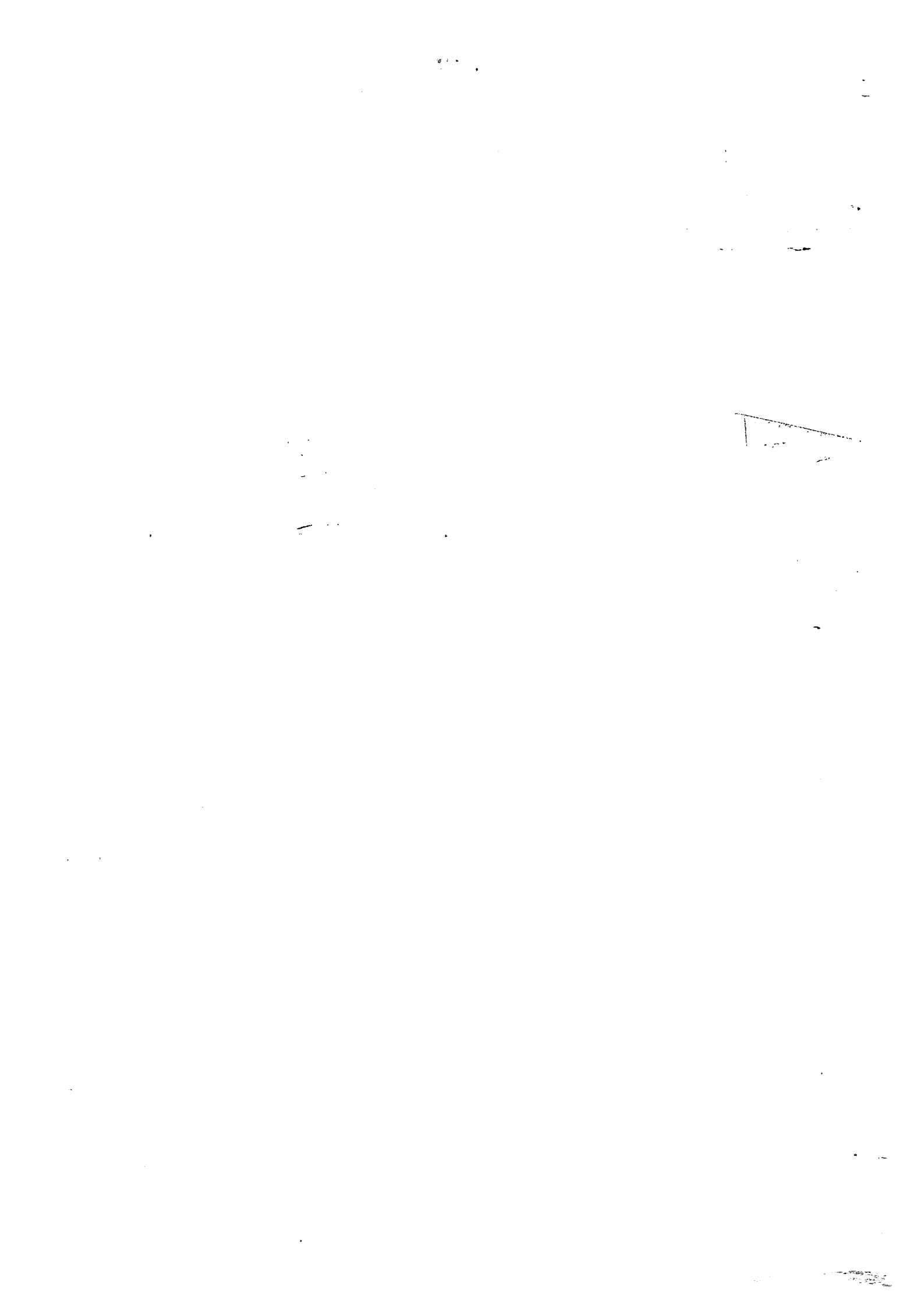
RAPPORTNR. STF78 A035005	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Signe Bang / Prosjektnummer NFR : 146330/330	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02954-6	PROSJEKTNR. 78520701	ANTALL SIDER OG BILAG 72
ELEKTRONISK ARKIVKODE lpha785208	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2003-02-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud <i>Torleif Ruud</i>	

SAMMENDRAG

Prosjektet studerer virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Hovedfokus er rettet mot den bistand som ytes ved sentrale kommunale hjelpeinstanser overfor denne gruppen. Viktige delmål er å vurdere omfanget av, - og kjennetegn ved barn og unge med psykiske problemer som er brukere av disse instansene, hvilke tilbud og tiltak de mottar, og om dette endres i løpet av opptrappingsperioden. I tillegg vil en søke å identifisere faktorer som påvirker tilgjengeligheten av tjenestene. Prosjektet er basert på tre datakilder. En spørreskjemaundersøkelse omfatter 1773 barn og unge med psykiske problemer som har mottatt tjenester fra PP-tjenesten eller helsesøstervirksomhet i ca 40 kommuner. Det er i tillegg gjennomført intervju i tre kommuner med ansatte ved disse tjenestene, samt ved det kommunale barnevernet og ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Studien gjør også bruk av et nasjonalt datasett over pasienter og aktivitet i BUP. Rapporten beskriver situasjonen i 2002. Dette materialet vil danne "baseline" for videre oppfølging i 2002 og 2004 av tilgjengeligheten av tjenester for barn og unge med psykiske problemer.

Resultatene viser en betydelig variasjon mellom kommuner i forhold til volumet av barn og unge med psykiske problemer som mottar et hjelpetilbud. Slik variasjon kan være et uttrykk for at tilgjengeligheten av tjenester for denne gruppen barn varierer med egenskaper ved kommunen, eller med forhold som er spesifikke for den enkelte tjeneste. Analyser av sosiodemografiske faktorer viser blant annet at nær 70 pst. av barn som inngår i studien har en kjent risikofaktor i sitt oppvekstmiljø. Gutter i alderen 6-12 år er en dominerende brukergruppe ved PP-tjenesten, mens jenter over 12 år er den største brukergruppen ved helsesøstervirksomheten. Barn som mottar tilbud fra PP-tjenesten er oftest henvist for atferdsproblemer, og omlag 40 pst av disse barna er vurdert å ha et alvorlig psykisk problem. Unge som mottar bistand fra helsesøster har ofte søkt hjelp på grunn av emosjonelle problemer. Helsesøsters vurdering tilsier at omlag 20 pst. av brukerne har et alvorlig psykisk problem. Den gjennomsnittlige ventetiden på hjelp fra PP-tjenesten er 9,5 uker. Ventetiden varierer imidlertid betydelig mellom kommuner. Samtale med barnet og foreldre, arbeid med fagpersoner i skolemiljøet, og undersøkelse og utredning er hyppig iverksatte tiltaksformer ved PP-tjenesten. Samtaletiltak er dominerende tiltaksformer ved helsesøstervirksomheten. For omlag ett av tre barn har PP-tjenesten etablert et samarbeid med BUP. PP-tjenesten i små kommuner synes å ha et mer utstrakt samarbeid med andre instanser enn PP-tjenesten i større kommuner. Omlag 50 prosent av unge som mottar bistand fra helsesøster omfattes av et samarbeid mellom henne og allmennlegen. Resultatene tyder på at helsesøster i mindre kommuner har et mer omfattende samarbeid med andre instanser sammenlignet med helsesøster i større kommuner. Prosjektet omfatter mål på kompetanse og ressurser ved de aktuelle instansene. Dette kan være relevante faktorer i studiet av tilgjengelighet. Gjennom studien vil en kunne evaluere i hvilken grad disse faktorer styrkes i løpet av opptrappingsplanperioden. Intervjuundersøkelsen belyser betydningen av samarbeid mellom instanser og kompetanse om psykiske problemer hos barn, for tilgjengelighet av tjenester.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsearbeid	Mental health services
EGENVALGTE	Barn og unge	Children and adolescents



Forord

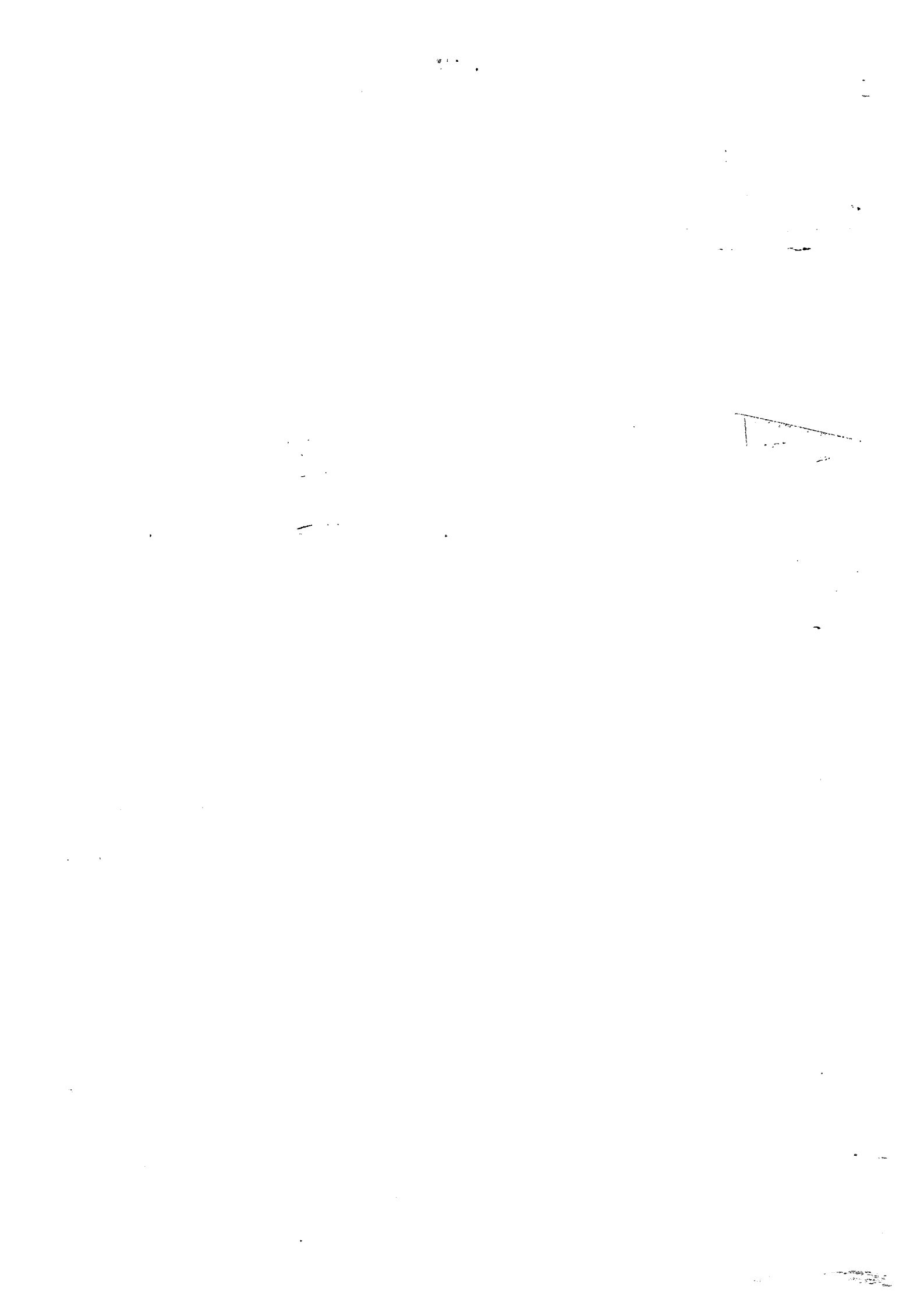
Foreliggende rapport inngår i den forskningsbaserte evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse, og er utarbeidet etter oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og Norges forskningsråd.

Rapporten presenterer resultater fra første del av en flerårig studie vedrørende tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Dette første delprosjektet er gjennomført for å kartlegge og evaluere situasjonen tidlig i opptrappingsplanperioden. De foreliggende resultatene gir et utgangspunkt for oppfølging og evaluering av opptrappingsplanens betydning for det psykiske helsearbeidet som utføres i kommunene i løpet av de fire neste år av planperioden.

Anledningen benyttes til å takke alle helsesøstre og ansatte ved PP-tjenesten som deltar i undersøkelsen, og som har lagt ned et betydelig arbeid med utfylling av spørreskjema. Det rettes også en takk til våre informanter ved helsesøstervirksomhet, PP-tjeneste, barnevernet og ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, som har bidratt ved å gi omfattende intervju.

Trondheim, februar 2003

Helle Wessel Andersson



Innholdsfortegnelse

Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	9
Spørreskjemaundersøkelsen	13
1 Bakgrunn.....	13
1.1 Kommunale hjelpeinstanser for barn og unge med psykiske problemer.....	14
1.2 Helsestasjonen og skolehelsetjenesten- arbeidsoppgaver og funksjoner.....	14
1.2.1 Helsestasjoner og skolehelsetjeneste som "døråpnere" til andre hjelpeinstanser	15
1.3 Pedagogisk psykologisk tjeneste; arbeidsoppgaver og funksjoner	15
1.3.1 Hvordan jobber PP-tjenesten?	16
1.3.2 Generelle utviklingstrekk for PP-tjenesten.....	16
1.3.3 Felles oppgaver for PP -tjenesten og helsesøstervirksomheten: forebyggende tiltak	16
2 Problemstillinger	17
3 Design	19
3.1 Delprosjekt I. Etablering av "baseline".....	19
3.2 Delprosjekt II og III. Oppfølging og evaluering	19
3.3 Koblinger mot andre aktuelle prosjekter	19
4 Metode.....	21
4.1 Datakilder	21
4.2 Utvalg	21
4.2.1 Utvalg og utvalgsprosedyre for spørreskjemaundersøkelsen	21
4.2.2 Valg av kommuner.....	22
4.2.3 Valg av instanser i de utvalgte kommunene	23

4.2.4	Utvalg og utvalgsprosedyre for intervjuundersøkelsen	23
4.3	Instrumenter	23
4.3.1	Fremgangsmåte for utvikling av spørreskjema.....	23
4.3.2	Registreringsskjema for barn og unge med psykiske problemer som er brukere av PP-tjenesten	23
4.3.3	Skjema om PP-tjenestekontoret	24
4.3.4	Registreringsskjema for barn og unge som mottar hjelpetilbud fra helsesøster ved helsestasjon eller skolehelsetjeneste.....	24
4.3.5	Skjema om helsestasjonen	24
4.3.6	Skjema om skolehelsetjenesten.....	24
4.4	Gjennomføring.....	24
4.4.1	Utsending av informasjon	24
4.4.2	Praktisk gjennomføring.....	25
4.4.3	Anvendelse av informasjon tilgjengelig gjennom BUP- data.....	25
4.5	Datatilfang	25
4.6	Analyser	26
4.7	Metodiske begrensninger	27
5	Resultater.....	29
5.1	Antall barn og unge med psykiske plager som er registrert ved PP-tjenesten.....	29
5.1.1	Antall registrerte barn i forhold til antall brukere av PP-tjenesten.....	29
5.2	Punktprevalens og estimert- ett års insidens	29
5.2.1	Relasjoner mellom tilgjengelighet til PP-tjenesten og egenskaper ved kommunen.....	30
5.3	Antall barn og unge som er registrert ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten ...	31
5.3.1	Registrert ved helsestasjoner	31
5.3.2	Relasjoner mellom tilgjengelighet til helsesøstertjenester og egenskaper ved kommunen	32
5.3.3	Registrert ved skolehelsetjenesten.....	32
5.4	Antall barn og unge med psykiske problemer som mottar spesialiserte behandlingstilbud	33
5.5	Demografiske kjennetegn ved barn og unge som mottar tjenester innen psykisk helsevern i kommunene	33
5.5.1	Kjønn og alder.....	34
5.5.2	Henvisningsgrunner	36
5.5.3	Vurdering av alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problem.....	39
5.5.4	Risikofaktorer i barnets miljø.....	40

5.6	Karakteristika ved tjenestetilbudet i kommunen for barn og unge med psykiske plager	41
5.6.1	Henvissende instans	41
5.6.2	Kommunale instanser som henvisere til spesialisert psykisk helsevern	42
5.6.3	Ventetid for tjenestetilbud ved PP-tjenesten. 2002.....	43
5.6.4	Omfang av iverksatte tiltak for barn og unge med psykiske problemer	44
5.6.5	Samarbeid mellom instanser om tiltak overfor barn med psykiske problemer	45
5.7	Ressurser og kompetanse ved tjenestetilbud i kommunen.....	49
5.7.1	Personell og kompetanse ved PP-tjenesten	49
5.7.2	Tilgjengelige ressurser og kompetanse ved helsestasjoner	51
5.7.3	Tilgang til screening metodikk	52
5.8	Relasjoner mellom tilgjengelighet til tjenester og kompetanse ved kommunale hjelpeinstanser	52
6	Oppsummering og diskusjon - resultater fra spørreskjemaundersøkelsen	55
7	Kunnskap fra dybdeintervjuene.....	59
7.1	Innledning	59
7.2	Metode og materiale.....	59
7.2.1	Utvalg og utvalgsprosedyre for intervjuundersøkelsen	59
7.2.2	Gjennomføring av intervjuene	59
7.2.3	Intervjuguiden	60
7.3	Definisjon av tilgjengelighet.	60
7.4	Samarbeidsformer og tilgjengelighet	61
7.5	Organisatoriske løsninger.....	62
7.6	Forhold som påvirker forholdet mellom samarbeid og tilgjengelighet	62
7.6.1	Geografisk nærhet	63
7.6.2	Eksterne og historiske føringer for samarbeid.....	63
7.6.3	Hvordan fortolker en vanligvis sitt ansvarsområde	65
7.6.4	Ressurser – nødvendig forutsetning for samarbeid	67
7.7	Kompetanse og tilgjengelighet.....	68
7.7.1	Kompetansen innen egen tjeneste	69
7.7.2	Andre tjenesters kompetanse.....	70
7.8	Oppsummering - resultater fra dybdeintervjuene	70

8	Referanser	71
---	------------------	----

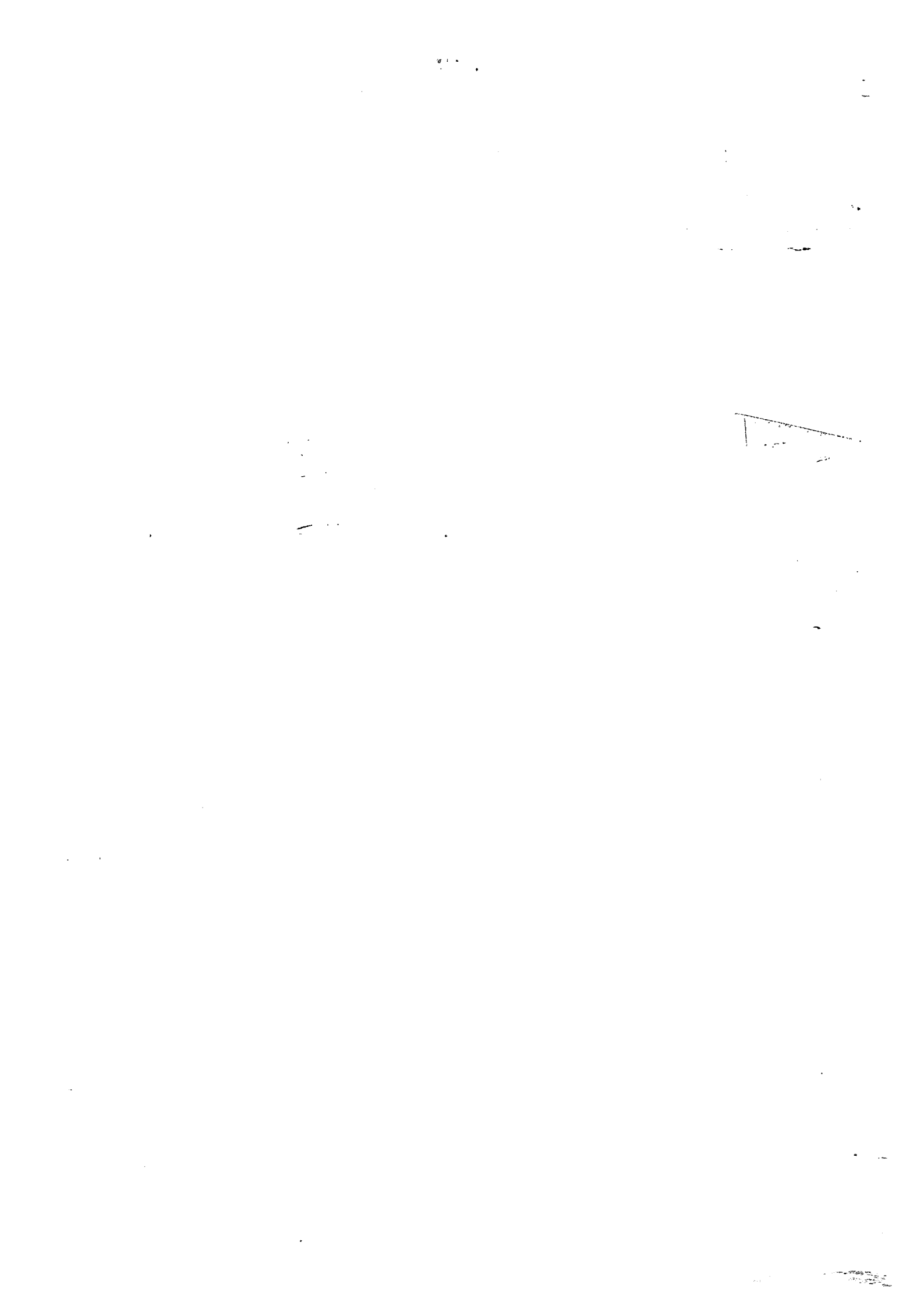
Tabelloversikt

Tabell 5.1	Antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved PP-tjenestekontor. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.	29
Tabell 5.2	Brukere ved PP-tjenesten med psykiske problemer. Punktprevalens og estimert ett- års insidens etter egenskaper ved bostedskommunen. (n=860). 2002.	30
Tabell 5.3	Antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved helsestasjoner. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.....	31
Tabell 5.4	Barn og unge med psykiske problemer som mottar tilbud ved helsestasjoner. Punktprevalens og estimert ett- års insidens etter egenskaper ved bostedskommunen. (n= 284). 2002.....	32
Tabell 5.5	Antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved skolehelsetjenesten. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.	32
Tabell 5.6	Barn og unge med psykiske problemer som mottar tilbud ved skolehelsetjenesten. Punktprevalens og estimert ett- års insidens etter egenskaper ved kommunen. (n= 444 elever). 2002.	33
Tabell 5.7	Demografiske kjennetegn ved barn og unge med psykiske problemer som mottar kommunale hjelpetilbud. 2002.	34
Tabell 5.8	Viktigste meldingsgrunner for barn med psykiske problemer samt den ansattes vurdering av barnets hovedproblem. Pst. andeler. 2002.....	37
Tabell 5.9	Vurdering av alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problem. Etter instans. 2002.	39
Tabell 5.10	Risikofaktorer i barnets miljø. Etter instans. 2002.	40
Tabell 5.11	Instanser som har bidratt ved henvisning til PP-tjenesten. Antall og prosentandel henviste barn etter instans (n=1045). 2002.....	41
Tabell 5.12	Instanser som har tatt initiativ til kontakt med helsesøster. 2002.	42
Tabell 5.13	Middelverdier for antall uker barnet har ventet på tilbud ved PP-tjenesten. Etter størrelse på bostedskommunen. 2002.	44
Tabell 5.14	Ulike tiltaksformer ved PP-tjenesten og ved helsesøstervirksomheten. Andel barn som mottar tiltakene. 2002.	45
Tabell 5.15	Samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barn med psykiske problemer. Antall og prosentandel barn med psykiske problemer. 2002.....	46

Tabell 5.16	Antall besatte stillinger i PP-tjenesten etter faggrupper. Gjennomsnitt og min- max verdier etter størrelse på bostedskommunen. 2002.	50
Tabell 5.17	Tilgjengelige personellressurser ved helsestasjoner på registreringstidspunktet. Gjennomsnitt og min- max verdier etter egenskaper ved bostedskommunen *. 2002.	52

Figuroversikt

Figur 5.1	Gjennomsnittsalder for barn som mottar kommunale hjelpetilbud etter kjønn og hjelpeinstans. 2002.	35
Figur 5.2	Aldersfordeling blant barn med psykiske problemer som mottar kommunale hjelpetilbud. Etter instans. 2002.	36
Figur 5.3	Viktigste årsak til melding til PP-tjenesten (de seks hyppigst angitte) og den ansattes vurdering av barnets problem. 2002.	38
Figur 5.4	Viktigste kontaktårsak ved helsestasjon (de seks hyppigst angitte) og helsesøster sin vurdering av barnets problem. 2002.	38
Figur 5.5	Viktigste kontaktårsak ved skolehelsetjenesten (de seks hyppigst angitte) og helsesøsters vurdering av barnets problem. 2002.	38
Figur 5.6	Andel barn og unge innen spesialisert psykisk helsevern som er henvist fra PP-tjenesten, barnevernet, helsestasjoner eller skolehelsetjenesten. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.	43
Figur 5.7	Prosentandel av brukere med psykiske problemer som PP-tjenesten samarbeider med annen instans om. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002. (n=1045*)	47
Figur 5.8	Prosentandel barn og unge med psykiske problemer som helsesøster ved helsestasjon samarbeider med annen instans om. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002. (n=284).	48
Figur 5.9	Prosentandel barn og unge med psykiske problemer som helsesøster ved skolehelsetjenesten samarbeider med annen instans om. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002. (n=474).	49
Figur 5.10	Prosentvis fordeling av faggrupper i PP-tjenesten etter egenskaper ved kommunen.	51



Sammendrag

Prosjektet studerer virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. Hovedfokus er rettet mot sentrale hjelpeinstanser i kommunen. Viktige delmål er å vurdere omfanget av barn og unge med psykiske problemer som er brukere av kommunale hjelpeinstanser, samt studere eventuelle endringer i karakteristika ved brukerne og det tilbudet de får. Gjennom prosjektet vil en i tillegg studere faktorer som påvirker tilgjengelighet av tjenester, med hovedvekt på betydningen av grad av samarbeid og samordning mellom tilstøtende tjenester innen kommunen og mellom de ulike forvaltningsnivå.

Opptrappingsplanen skal bidra til at tilbudet til barn og ungdom med psykiske problemer styrkes. Noen av virkemidlene er økt støtte til psykososiale tjenester og helsesøstervirksomhet. De foreliggende resultatene gir et utgangspunkt for vurdering og evaluering av eventuelle endringer i omfang og type av barns problemer, og i det psykiske helsearbeidet som gjøres i kommunene for denne brukergruppen i løpet av planperioden.

Prosjektet er basert på tre datakilder. Det gjennomføres en spørreskjemaundersøkelse rettet mot helsestasjonstjenesten og den pedagogisk – psykologiske tjenesten (PP-tjenesten) i et utvalg kommuner. I tillegg gjennomføres kvalitative intervju med et mindre utvalg ansatte ved henholdsvis PP-tjenesten, helsesøstervirksomheten, det kommunale barnevernet og ved det spesialiserte psykiske helsevernet for barn og unge. Deler av intervjuundersøkelsen gjennomføres i samarbeid med Norsk institutt for by og regionsforskning og Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, UiTø. Studien gjør også bruk av et nasjonalt datasett over pasienter og aktivitet i det spesialiserte psykiske helsevernet for barn og unge ("BUP-data").

Kapitlene 1-6 i den foreliggende rapporten gjengir resultater fra spørreskjemaundersøkelsen. I kapittel 7 presenteres intervjuundersøkelsen og noen hovedresultater fra denne.

Spørreskjemaundersøkelsen omfattet i alt 1045 barn med psykiske problemer som i løpet av en 14-dagers periode våren 2002 var brukere av PP-tjenesten ved 45 PP-tjenestekontor i 42 kommuner. Utvalget omfattet i tillegg 728 barn med psykiske problemer som var i direkte kontakt med helsesøster, enten ved en helsestasjon i en av 42 kommuner, eller gjennom skolehelsetjenesten ved 75 skoler i 45 kommuner.

Omfanget av barn og unge med psykiske problemer som er brukere av kommunale instanser er analysert i forhold til befolkningsgrunnlaget i kommunen, og sammenlignet mellom kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag. Et estimat av antall nye barn som vil motta et direkte hjelpetilbud fra en av de tre aktuelle instansene i løpet av et år, varierer fra 2.5 til 7.9 prosent av befolkningen i aldersgruppen. Det er betydelig variasjon mellom kommune i forhold til volumet av barn og unge med psykiske problemer som mottar et hjelpetilbud. Variasjonen kan være et uttrykk for at tilgjengelighet av tjenester for denne gruppen barn og unge varierer med egenskaper ved kommunen, og eller med forhold som er spesifikke for den enkelte tjeneste. Nærmere analyser av det kvalitative materialet i denne studien vil kunne bidra til en bedre forståelse av hvilke faktorer som påvirker tilgjengelighet av tjenester.

Analyser av sosio- demografiske faktorer viser at nær 50 prosent av barna som inngår i studien bor sammen med begge foreldrene, og omtrent 70 prosent har en kjent risikofaktor i sitt oppvekstmiljø. Gutter i alderen 6- 12 år er en dominerende brukergruppe ved PP-tjenesten, mens jenter over 12 år er den største brukergruppen ved helsesøstervirksomheten. Barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten er oftest henvist for atferds-

problemer, og nær 40 prosent av barna har etter fagfolks vurdering et alvorlig psykisk problem.

Unge som mottar hjelp fra helsesøster har ofte søkt hjelp på grunn av emosjonelle problemer, og helsesøster har vurdert det dithen at omlag 20 prosent av disse har et alvorlig psykisk problem. Barn med psykiske problemer som meldt til PP-tjenesten eller helsesøster-virksomhet er vanligvis meldt i samråd med skolen. Omlag ett av fire barn og unge som mottar tiltak fra helsesøster har selv tatt initiativ til kontakt.

De kommunale hjelpeinstansene har en viktig funksjon i forhold til å identifisere barn og unge med alvorlige psykiske problemer som har behov for behandling i spesialist-helse-tjenesten. Analyser av "BUP- data" viser at særlig PP-tjenesten har en sentral rolle som henviser til det spesialiserte psykiske helsevernet. På landsbasis har PP-tjenesten henvist omlag 15 prosent av barn og unge som mottok spesialisert behandling våren 2002. Analysene tyder for øvrig på at PP-tjenesten har en mer aktiv rolle som henviser til 2. linje tjenesten i små kommuner enn i større kommuner.

Den gjennomsnittlige ventetiden på hjelp fra PP-tjenesten er 9,5 uker. Hvor lenge et barn med psykiske problemer må vente varierer imidlertid betydelig mellom kommunene. Medianverdier for antall uker barnet har ventet på et tilbud, viser at de som er bosatt i de minste kommunene har kortest ventetid på tilbud fra PP-tjenesten. Barn bosatt i de største kommunen venter lengst på et slikt tilbud.

Hverken helsesøstervirksomheten eller arbeidet ved PP-tjenesten er beregnet på å skulle behandle sykdom. Begge tjenestene er i hovedsak av forebyggende art, men det ytes også helsefremmende arbeid som omfatter tiltak for å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter for å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet. Analyser av hvilke tiltaksformer de ulike instansene har iverksatt viser at samtale med barnet og foreldrene er den hyppigst iverksatte tiltaksformen ved PP-tjenesten, etterfulgt av arbeid med fagpersoner i skolemiljøet. Undersøkelse og utredning er en tredje viktig tiltaksform ved PP-tjenesten. Ulike samtale-tiltak er de dominerende tiltaksformer ved helsesøstervirksomheten.

Psykiske problemer hos barn er vanligvis sammensatte, og for å kunne gi et adekvat behandlingstilbud kan det ofte være nødvendig at flere tjenester samarbeider om tiltak. Tilgjengelighet til tjenester kan dermed variere med graden av samordning og samarbeid mellom ulike instanser. Resultatene viser at både PP-tjenesten og helsesøstervirksomhet har et utstrakt samarbeid med skolen. Videre er barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) en viktig samarbeidsinstans for PP-tjenesten. Det går frem av analysene at disse to instansene samarbeider om tiltak overfor ett av tre barn som er registrert ved PP-tjenesten. Resultatene tyder ellers på at barn og unge som er registrert ved PP-tjenesten i små kommuner mottar et tilbud som i større grad omfatter et samarbeid mellom flere tilstøtende tjenester, sammenlignet med de som er registrert ved PP-tjenesten i større kommuner.

For helsesøster er samarbeid med allmennlegen viktig, og omtrent halvparten av barn og unge som er registrert ved helsesøstervirksomheten omfattes av dette. Resultatene tyder ellers på at helsesøster ved helsestasjoner i de minste kommunene har et mer utstrakt samarbeid med andre instanser, som PP-tjenesten, barnevernet og BUP, sammenlignet med helsesøstre i større kommuner. Det er mindre variasjoner mellom kommunene når en studerer grad av samarbeid mellom skolehelsetjenesten og de tilstøtende tjenestene.

Både kompetanse og ressurser ved de aktuelle hjelpeinstansene er relevante faktorer i studiet av tilgjengelighet. I hvilken grad en får adekvat hjelp vil f.eks. kunne variere med kapasiteten og bemanningen ved tjenesten. Dette prosjektet omfatter derfor mål på ressurser og kompetanse ved PP-tjeneste og ved helsestasjoner. Gjennom studien vil en da også kunne evaluere i hvilken grad dette styrkes i løpet av opptrappingsplanperioden.

Analyser av personellsammensetningen ved PP-tjenesten viser at pedagogisk- psykologisk rådgivere utgjør en større andel av personalet ved PP-tjeneste kontor i større kommuner, sammenlignet med mindre kommuner. I de minste kommunene er ansatte med sosialfaglig bakgrunn den dominerende personellgruppen. Analyser av tilgjengelige personellressurser

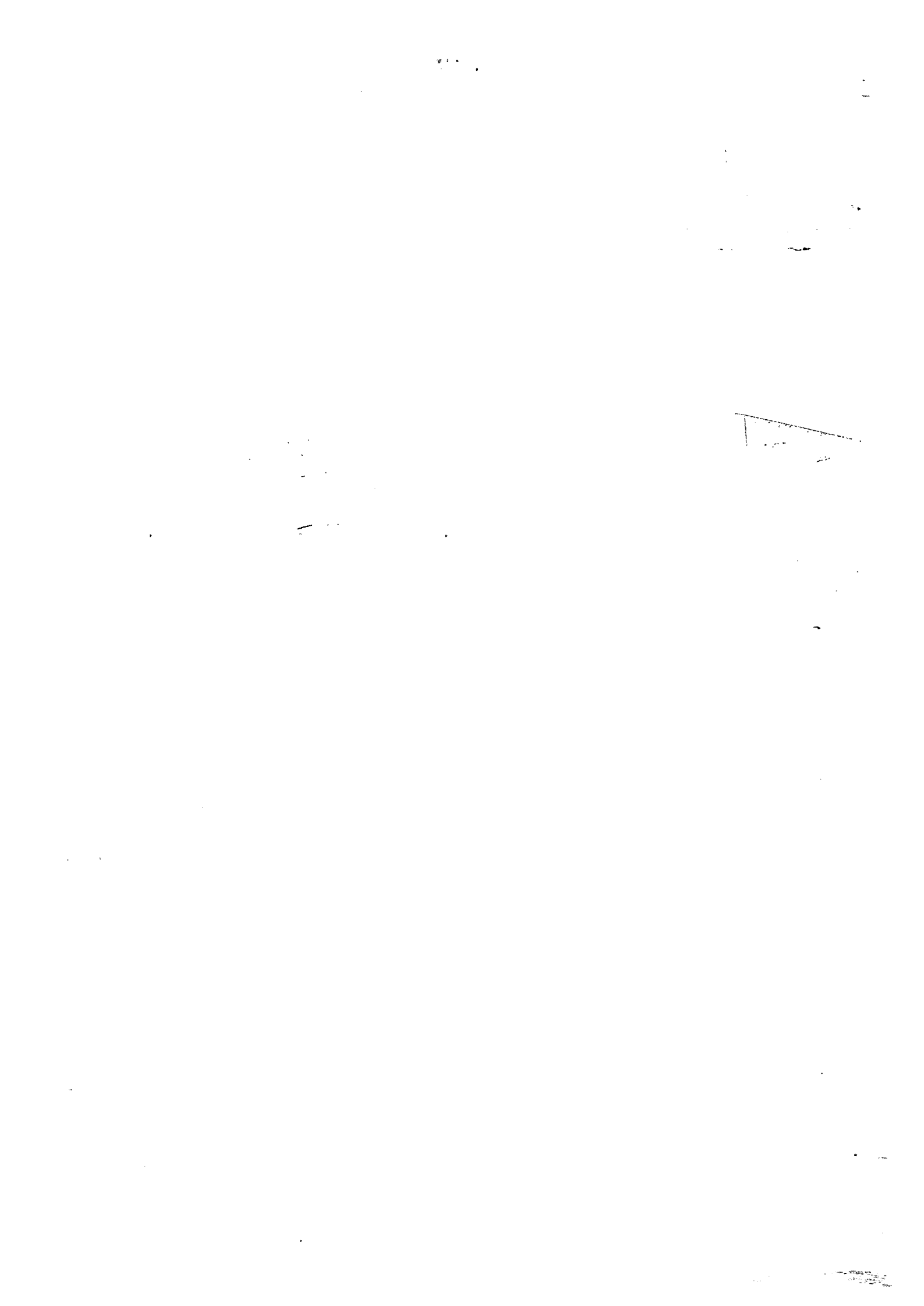
ved helsestasjonene viser at flere av kommunene som inngår i denne studien har ubesatte stillinger for helsesøster.

For å gi adekvate behandlingstilbud til barn med psykiske problemer er det nødvendig med samarbeid og samordning mellom de tilstøtende tjenestene i første linjen, og også mellom tjenester på ulike forvaltningsnivå. I den kvalitative delen av denne studien har vi ønsket å belyse to problemstillinger, for derigjennom å supplere det kvantitative materialet; for det første om tilgjengelighet av tjenester er relatert til ulike samarbeidsformer mellom-kommunale og fylkeskommunale instanser, og for det andre om tilgjengelighet av tjenester varierer med kompetansenivå og type kompetanse i førstelinjetjenesten. I årets rapporteringen har vi av ressurs hensyn konsentrert oss om å identifisere fenomener informantene direkte eller indirekte mener har betydning for våre to problemstillinger. Analyser av utbredelsen av, og om mulig hvor stor relativ betydning det enkelte fenomen har, vil vi komme tilbake til i senere rapporter.

Begrepet tilgjengelighet ble av våre informanter primært forstått som ventetid, og god tilgjengelighet blir dermed tilnærmet synonymt med kort ventetid. Tilgjengelighet forstått som tilgang på adekvat hjelp var de mindre opptatt av. Det er rimelig å forvente at deres operative definisjon, slik den her framkommer, vil være styrende i forhold til hvordan de arbeider for å bedre tilgjengeligheten framover.

Flere former for samarbeid synes å ha konsekvenser for tilgjengeligheten av tjenester. Dette omfatter både hvordan en beslutter ansvar for oppfølging av potensielt felles klienter, hvilke tjenester som skal ha et primæransvar, og hvordan andre tjenester eventuelt skal bidra. I kommunene som inngår i studien har det vært organisasjonsendringer de siste årene, hvorav noen med en klar barn og familieorientering. Det var ikke så langt mulig å spore store konsekvenser av dette med hensyn til samarbeid mellom instanser.

Det er et komplekst samspill mellom egen og andre tjenesters kompetansenivå, type kompetanse og tilgjengelighet av tjenester. I tillegg synes erfaring hos tjenesteutøvere å være viktig, både i forhold til bredden og dybden i det tilbudet som gis til barn og unge med psykiske problemer.



Spørreskjemaundersøkelsen

1 Bakgrunn

Basert på epidemiologiske studier er det anslått at omlag 20 prosent av barn og unge til enhver tid har psykiske lidelser. Omlag 5 prosent av disse antas å ha alvorlige lidelser (f.eks. Verhulst, Berden & Sanders-Wondstra, 1985; Lavigne et al., 1996) med behov for tilbud fra spesialisthelsetjenesten, mens 15 prosent antas å ha milde psykiske lidelser (f.eks. Lavigne et al., 1996; Offord, 1995) med behov fra bistand fra kommunale hjelpetjenester. I Norge tilsvarer sistnevnte gruppe omlag 160 000 barn og unge. Iverksetting av hjelpetiltak overfor disse barna er spesielt viktig fordi de er i risiko for å utvikle alvorlige psykiske lidelser. Det er grunn til å tro at det er store mørketall og skjulte hjelpebehov i befolkningen. Økt oppmerksomhet rundt psykiske lidelser vil imidlertid kunne avdekke skjulte behov. Slik vil etterpørsel etter hjelp kunne øke i løpet av opptrappingsperioden.

Det er antatt at kapasiteten ved det kommunale tilbudet er for dårlig. Som et ledd i Opptrappingsplanen er det derfor lagt opp til en styrking av tilbudet for barn og ungdom med psykiske lidelser, gjennom økt støtte til psykososiale tjenester samt skolehelsetjeneste/helsestasjonsarbeid (St. prp. 63, 1997-1998). Med en styrking av dette tjenestetilbudet vil en forvente økt tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med milde psykiske lidelser.

En tilgjengelig tjeneste gir rett hjelp til rett tid. Tilgjengelighet av tjenester kan handle om hvor raskt man kommer i kontakt med hjelpeinstansen, men kan også defineres til å omfatte hvorvidt en får adekvat hjelp. Tilgjengeligheten vil dermed kunne variere med kapasiteten og bemanningen ved tjenesten. Det meldte behovet for tjenester kan avhenge av tilgjengelige kommunale ressurser og kompetanse, slik vil knappe ressurser i form av mangel på fagfolk, kunne være et hinder for å imøtekomme befolkningens behov for tjenester. Konsekvenser kan være at et barn ikke henvises, fordi tilbudet ikke finnes, eller fordi det er lang ventetid for å få hjelp.

Kompetanse om psykiske lidelser hos barn og unge er nødvendig for å kunne tolke tidlige faresignaler slik at en raskt kan iverksette tiltak for å forhindre senere og mer alvorlige konsekvenser. En tidligere rapport fra SINTEF Unimed (Andersson, 1998) har blant annet vist at det kommunale kompetansenivået kan ha konsekvenser for om barn ivaretas av 1. linje tjenesten eller henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

Videre er samordning og samarbeid mellom tilstøtende tjenester innen 1. linjen, og mellom ulike forvaltningsnivå, nødvendig for å gi gode behandlingstilbud. Tilgjengelighet av tjenester vil dermed også variere med graden av samordning og samarbeid mellom disse tjenestene.

I en evaluering av faktorer som kan påvirke tjenestetilgjengelighet vil det derfor være viktig å ta i betraktning karakteristika ved tjenestetilbudet både på 1. og 2. linjenivå, samt oppgavefordeling og grad av samarbeid mellom de ulike instansene.

Dette prosjektet vil i gi grunnlag for å si noe om omfang og type av barns problemer, og bidrar generelt til økt kunnskap om det psykiske helsearbeidet som gjøres i kommunene for barn og unge. Videre vil den kunnskap som erverves gjennom prosjektet gi muligheter for å følge opp og evaluere dimensjoneringen av psykiatrisatsingen overfor barn og unge i løpet av den kommende perioden

1.1 Kommunale hjelpeinstanser for barn og unge med psykiske problemer

I Opptrappingsplan for psykisk helse (St. prp. nr 63) er helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot barn og unge et prioritert innsatsområde. Det legges opp til både en kvantitativ og en kvalitativ styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunene. Det er særlig aktuelt å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten og psykososiale tjenester. Tjenestene styrkes ved at det opprettes 800 årsverk innen helsestasjon og skolehelsetjeneste. I tillegg skal det opprettes stillinger innen rådgivende og forebyggende art (f eks. psykologer, barnevernspedagoger). Styrkingen av tjenestetilbudene i kommunene finansieres, fra statens side, gjennom øremerkede tilskudd.

1.2 Helsestasjonen og skolehelsetjenesten- arbeidsoppgaver og funksjoner

Helsesøster arbeid, enten ved helsestasjon eller ved skolehelsetjenesten, reguleres av Lov om helsetjenesten i kommunene, av 1982- 11-19 (Kommunehelsetjenesteloven). I paragraf 1-2 (helsetjenestens formål) heter det: *"Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen"*.

Helsesøstertjenesten er godt innarbeidet i samfunnet. Helsesøster er ofte den fagperson som får den første kontakten med barnet og dets familie, og har derfor en viktig rolle med hensyn til identifikasjon av tidlige symptomer på psykiske problemer. Det faglige innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er definert gjennom Veileder for helsestasjons – og skolehelsetjenesten (Statens helsetilsyn, 1998). Gjennom Kommunehelsetjenesteloven er kommunene pålagt å sørge for helsestasjonstjeneste, inklusive skolehelsetjeneste.

Skolehelsetjenesten og helsestasjonen har som mål å fremme en best mulig helsemessig utvikling hos barn. Helsestasjonsarbeidet er ikke beregnet på å skulle behandle sykdom. Tjenesten er i hovedsak av *forebyggende art* ved at arbeidet er fokusert mot å fjerne, hindre eller redusere faktorer som kan føre til sykdom eller psykososiale problemer. I tillegg ytes helsefremmende arbeid som omfatter tiltak for å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter for å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet. Dersom sykdom eller andre forhold som tilsier behandling blir oppdaget, vil helsestasjonstjenesten henvise barnet til nødvendige behandlings- og hjelpeinstanser.

Skolehelsetjenesten er et tilbud til barn i barneskole, ungdomsskole og videregående skole. De aller fleste skoler i landet (med unntak av de aller minste skolene) har et eget kontor for skolehelsetjenesten der elevene selv kan ta direkte kontakt med helsesøster. Oftest kan helsesøster treffes på bestemte tidspunkt. Også foreldre kan ta direkte kontakt med helsesøstertjenesten ved skolen.

1.2.1 Helsestasjoner og skolehelsetjeneste som "døråpnere" til andre hjelpeinstanser

I veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra Statens helsetilsyn understrekes betydningen av å styrke den helsefremmende og primærforebyggende innsatsen i denne virksomheten. Det er påpekt at tjenesten skal arbeide med særlig oppmerksomhet mot barn og unge med særskilte behov, og tidlig identifikasjon av sårbare og utsatte grupper. Overfor denne gruppen skal helsestasjon/ skolehelsetjeneste kunne tilrettelegge støttetilbud og iverksette spesielle tiltak. En svært viktig funksjon ved helsestasjoner og skolehelsetjeneste er imidlertid at de skal være "døråpnere" til andre hjelpeinstanser når det trengs. Det er antatt at behovet for samarbeid med andre instanser er stort, både innen for kommunesektoren og med andrelinje- tjenesten (Statens helsetilsyn, 1998). Det foreligger per i dag ingen undersøkelse som beskriver helsestasjonen og skolehelsetjenestens henvisnings- og samarbeidspraksis.

1.3 Pedagogisk psykologisk tjeneste; arbeidsoppgaver og funksjoner

PP-tjenesten har sin hjemmel i Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa fra 1998, også kalt Opplæringsloven. Alle kommuner er etter Opplæringslovens § 5-6 pålagt å ha en pedagogisk psykologisk tjeneste. PP-tjenesten er imidlertid organisert ulikt i de forskjellige kommunene. I mange kommuner vil PP-tjenesten være knyttet til skolesektoren. Det vil kunne variere mellom kommunene hvorvidt PP-tjenesten omfattes av Opptrappingsplanen, og hvorvidt denne tjenesten tilføres øremerkede psykiatrimidler i løpet av opptrappingsperioden. PP-tjenesten representerer altså en tjeneste for barn og unge som *ikke* kommer inn under helselovgivningen.

Skolen disponerer sin egen PP-tjeneste, som vurderer behov for spesialundervisning, og som sannsynligvis med betydelig stor lokal variasjon gir tilbud for vansker ved anvendelse av metoder som iblant grenser opp til behandling. PP-tjenesten er likevel ofte den av de kommunale instanser som har størst kompetanse i forhold til barns utvikling, utviklingsavvik og læring. Fagpersonell ved et PP-tjeneste kontor omfatter vanligvis psykologer, spesialpedagoger og sosialfaglig personell. PP-tjenesten gir imidlertid ikke i utgangspunktet behandlingstilbud, men utreder og gir tilrådinger til skolene. Tjenesten skal gi sakkyndige vurderinger av høy kvalitet og stå for praktisk faglig veiledning til skole og foreldre. Det forventes at PP-tjenesten skal være den viktigste instansen barnehagene og skolene kan gå til når de trenger hjelp.

PP-tjenesten skal samarbeide med andre hjelpeinstanser og ha rollen som nettverksbygger og formidler. For at PP-tjenesten skal fungere godt må den være nær brukerne, ha god lokalkunnskap og en innarbeidet posisjon som sakkyndig og rådgivende organ. I tillegg skal PP-tjenesten være en koordinerende instans i forhold til barn og unge som henvises til spesialisthelsetjenesten. PP-tjenesten kan i så måte karakteriseres som en generalisttjeneste, der de mest sentrale arbeidsmåtene kan samles under overskriftene hjelp/rådgivning, konsultasjon/utredning og samarbeid/utredning.

Ved behov for psykisk diagnose og behandling vil PP-tjenesten og henviser til spesialisthelsetjenesten (barne- og ungdomspsykiatrien). I noen saker vil barnet bli fulgt gjennom en ansvarsgruppe, mens behandlingsansvaret kan ligge i 2. linjetjenesten. PP-tjenesten har ofte støttesamtaler med barn eller samtaler av rådgivende – eller veiledende art med foreldre og personalet på skoler og i barnehager.

PP-tjenesten skal etter opplæringsloven bistå skoler i arbeidet med å legge undervisningen til rette for barn og unge med særskilte behov. Bakgrunnen for en henvisning kan ofte være at foresatte og eller barnehage/ skole opplever at et barn ikke lærer som forventet og dermed ikke får et tilfredsstillende utbytte av opplæringen. Spørsmålet kan være om opplæringen ikke er godt nok tilrettelagt, og/eller om barnet har psykiske vansker som hindrer læring.

Før henvisning til PP-tjenesten skal barnehage eller skole ha foretatt de nødvendige undersøkelser selv (jfr. Opplæringsloven, § 5-4), og de skal ha prøvd ut og vurdert ulike tiltak. I arbeidet med enkelt saker foretar PP-tjenesten observasjoner og egne utredninger der det er

nødvendig, gir veiledning, deltar i utarbeiding og vurdering av individuelle utviklings- og opplæringsplaner, deltar i ansvarsmøter mm.

Foreldre eller barnet selv kan ta direkte kontakt med PP-tjenesten, eller de kan henvende seg gjennom skole/ banehage, lege eller helsestasjon. Mange barn følges opp over år, og noen gjennom hele skolegangen.

1.3.1 Hvordan jobber PP-tjenesten?

En undersøkelse som faglig enhet for PP-tjenesten gjennomførte ved 88 kontor i 1996 (Faglig enhet for PPT, 1996) vedrørende deres arbeidsprofil viste at kontorene i gjennomsnitt bruker 42% av tiden til arbeid med enkeltindivider og foreldre. Undersøkelser og utredning av barn og unges muligheter og begrensninger hadde også klart høyest prioritet blant de ansatte. Arbeid rettet mot fagpersonell i skole og barnehage utgjorde i gjennomsnitt 28% av arbeidstiden i skoleåret 95/96. Det var veiledning og konsultasjon til fagpersoner som hadde høyest prioritet i forhold til disse målgruppene, mens FOU arbeid hadde lavest prioritet. Kontoret brukte i gjennomsnitt 30% av tiden til henholdsvis samarbeid med andre etater og instanser og til internt arbeid og ledelse.

1.3.2 Generelle utviklingstrekk for PP-tjenesten

Basert på data innsamlet av Møreforskning og Faglig enhet for PP-tjenesten har departementet gjennom Stortingsmelding nr. 23 (1997-98) blant annet vist at det har vært en stagnasjon i antall opprettede stillinger i PP-tjenesten de siste årene,- samtidig har presset mot PP-tjenesten har vært økende. I denne stortingsmeldingen sies det videre at PP-tjenesten har ca 80- 90.000 brukere årlig, og at det etter sakkyndig vurdering er gjort enkelttiltak for omlag 55.000 brukere. Tjenesteytelse fra PP-tjenesten er for øvrig i endring ved at PP -tjenesten ønsker å bruke mer ressurser på utoverrettet systemarbeid i skoler og barnehager, og noe mindre ressurser til individuelt klientarbeid.

1.3.3 Felles oppgaver for PP -tjenesten og helsesøstervirksomheten: forebyggende tiltak

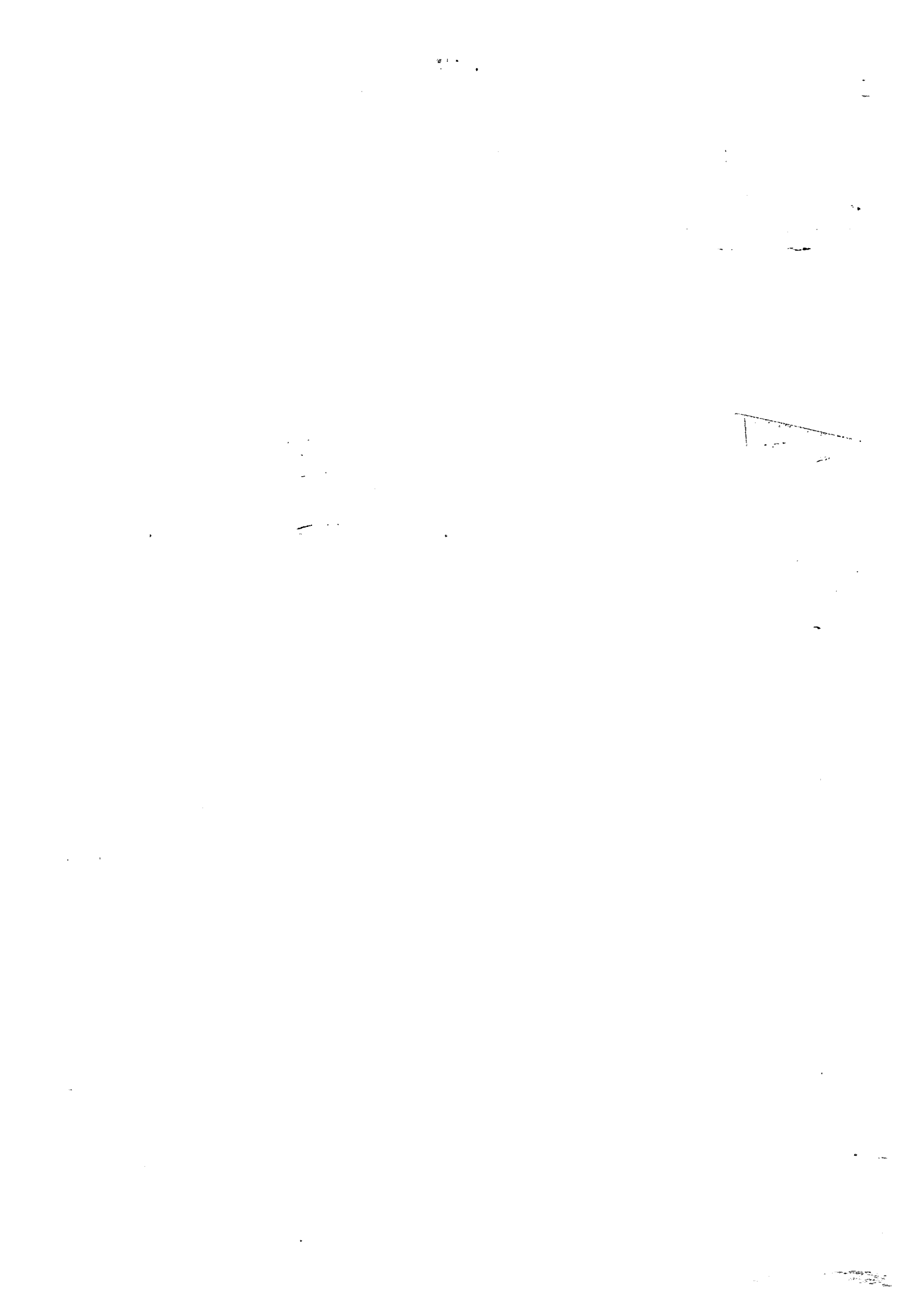
Forebygging er viktige lovfestede oppgaver både for PP-tjenesten og for helsestasjons- virksomheten. Forebygging kan inndeles i primær, sekundær og tertiær forebyggende tiltak. Arbeidsoppgavene ved helsesøstervirksomheten og ved PP-tjenesten er i hovedsak av primær og sekundærforebyggende art. De primærforebyggende tiltakene er generelt rettet mot *alle* barn, mens sekundærforebyggende tiltak er tiltak rettes spesielt mot utsatte grupper.

2 Problemstillinger

Det er en sentral målsetting i dette prosjektet å studere tilgjengeligheten av tjenester for barn og unge med psykiske problemer, hvilke faktorer som påvirker tjenestetilgjengelighet, og hvordan denne eventuelt endres i løpet av opptrappingsperioden..

Følgende problemstillinger blir reist:

1. Hvor mange barn og unge mottar tilbud fra sentrale kommunale hjelpeinstanser for sitt psykiske problem, og øker dette antallet i løpet av opptrappingsplanperioden?
2. Hvilke kjennetegn har barn og unge med psykiske problemer som er brukere av aktuelle kommunale instanser, og endres karakteristika ved disse brukerne i løpet av opptrappingsperioden?
3. Medfører Opptrappingsplanen endringer i karakteristika ved tjenestetilbudet i kommunene i form av a) redusert ventetid, b) endring i typer behandlingstilbud/tiltak, c) omfang av samarbeid mellom instanser ? - Og er endringer ved tjenestetilbudet relatert til karakteristika ved brukerne?
4. Varierer tilgjengelighet av tjenester med kompetansenivå og type kompetanse i 1. linjetjenesten?
5. Er tilgjengelighet av tjenester relatert til ulike samarbeidsformer mellom kommunale instanser og mellom kommunale og fylkeskommunale instanser?



3 Design

Prosjektet består av tre delprosjekt. Delprosjekt I er gjennomført i 2002 for å kartlegge og evaluere situasjonen tidlig i opptrappingsplanperioden. Resultater fra dette delprosjektet gir et utgangspunkt for oppfølging og evaluering av utviklingen i løpet av de neste 4 årene i planperioden. I hvert av delprosjektene benyttes både kvantitative og kvalitative metodiske tilnærminger. Det vil bli utarbeidet egne rapporter fra hvert av de tre delprosjektene.

3.1 Delprosjekt I. Etablering av "baseline"

Gjennom dette første delprosjekt er det etablert en "baseline" for tjenestetilgjengelighet i kommunene. Denne vil gi informasjon om hvordan situasjonen i kommunene er i dag med hensyn til volumet av barn og unge som mottar tjenestetilbud for psykiske plager, samt karakteristika ved brukerne og det tilgjengelige hjelpetilbudet. Delprosjekt I gir også kunnskap om i hvilken grad tilgjengelighet av tjenester varierer mellom kommuner, hvordan tilgjengelighet varierer med kompetansenivå og type kompetanse i 1. linjen, og/eller hvorvidt ulike samarbeidsformer mellom tilstøtende tjenester har betydning for tilgjengelighet.

3.2 Delprosjekt II og III. Oppfølging og evaluering

Delprosjekt II og III vil bli gjennomført som oppfølgende undersøkelser i 2004 og 2006. Det er en sentral målsetting å vurdere eventuelle effekter av Opptrappingsplanen. Sentrale spørsmål er om antall barn og unge som mottar kommunale hjelpetilbud har økt, om karakteristika ved klientpopulasjonen er endret, og om tilgjengeligheten til tjenestene i kommunene er endret, gjennom redusert ventetid og bedret/utvidet samarbeid mellom tilstøtende tjenester.

3.3 Koblinger mot andre aktuelle prosjekter

Deler av prosjektet er koblet til et prosjekt som gjennomføres ved Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR), (Kristofersen, 2001), som har til hensikt å studere opptrappingsplanens betydning for fleksibilitet i tjenester mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En del av denne NIBR studien vil være basert på data innhentet gjennom intervju med ansatte i den kommunale barneverntjenesten, og med ansatte i BUP.

Koblingen mot dette prosjektet vil bidra til et mer helhetlig bilde av hvilke tilbud som er tilgjengelige for barne- og ungdomsbefolkningen i kommunen. En sammenstilling av resultater fra de to prosjektene vil i tillegg kunne bidra til økt kunnskap om hvordan samarbeid mellom ulike etater som jobber med risikoutsatte barn fungerer og eventuelt endres over tid.

Prosjektet er i tillegg koblet mot en evalueringsstudie som gjennomføres ved Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, UiTø, av forsøk med familiesenter i 6 kommuner. Dette forsøket, som ble iverksatt fra 2001, er finansiert gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse og skal gå over tre år. En hovedhensikt med etablering av familiesentraler er at man samordner virksomheter som arbeider for barn og unges, og foreldres helse og trivsel. Familiesentrene skal være et lavterskeltilbud der et tverrfaglig team på et tidlig tidspunkt skal kunne avdekke eventuelle problemer, og sette inn tiltak evt i form av viderehenvisning til

spesialisthelsetjenesten. I konseptet inngår et basisteam som til daglig jobber sammen. Av aktuelle faggrupper er helsesøster, førskolelærer, sosionom, psykolog m.v. Hovedformålet er å skape helhetlige og mer tilgjengelige tjenester for barn, unge og deres familier gjennom samlokalisering og bedre samordning av disse tjenestene.

Koblinger mot de to ovennevnte prosjektene innebærer i praksis at det samarbeides om gjennomføring av intervju av ansatte i helse- og sosialtjenester i et mindre utvalg kommuner. Samarbeidet omfatter utforming av intervjuguide, samt gjennomføring av intervju med henholdsvis PP-tjenesten, skolehelsetjenesten, barneverntjenesten og BUP. En vil senere utveksle resultater som fremkommer gjennom denne kvalitative delen av studiet.

4 Metode

4.1 Datakilder

Prosjektet er basert på tre datakilder:

1. Spørreskjemaundersøkelse rettet mot PP-tjenesten og helsestasjoner/skolehelsetjeneste i utvalgte kommuner.
2. Kvalitative intervju med kommunalt ansatte i PP-tjenesten, helsestasjon/ skolehelsetjenesten, den kommunale barneverntjenesten, og ansatte i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i et sub-utvalg kommuner/ fylkeskommuner.
3. Pasientdata fra spesialisert psykisk helsevern ("BUP- data").

4.2 Utvalg

4.2.1 Utvalg og utvalgsprosedyre for spørreskjemaundersøkelsen

Utvalget omfatter barn og unge med psykiske plager, som mottar hjelpetjenester fra pedagogisk psykologisk tjeneste eller fra helsesøstertjenesten i løpet av henholdsvis 10- og 30 virkedager våren 2002, og som er bosatt i et utvalg av landets kommuner. For å oppnå sammenlignbare resultater mellom kommuner, og også mellom deltagende etater innen kommunen, er følgende inklusjonskriterer lagt til grunn for registrering av barn og unge med psykiske problemer som er brukere av pedagogisk-psykologisk tjeneste:

Det er meldingsgrunn/ kontaktårsak som indikerer om barnet skal inngå i registreringen. PP-tjenesten skal registrere saker der de i den angitte perioden er i direkte kontakt med barnet og/ eller barnets foresatte, dvs. hvor en treffer/ observerer barnet og/ eller barnets foresatte. *Og/ eller* PP-tjenesten skal registrere saker der de i den angitte perioden har direkte kontakt med annen instans (f. eks lærer, BUP) om barnet.

Følgende inklusjonskriterer er lagt til grunn for registrering av barn og unge med psykiske problemer som mottar hjelpetilbud fra helsesøster:

Helsesøster skal registrere barn og unge (0- 18 år) som har tegn / symptom på psykisk plage. Helsesøster skal registrere saker der de i den angitte perioden har vært direkte kontakt med barnet og/ eller barnets foresatte, dvs. hvor en treffer/ observerer barnet og/ eller barnets foresatte. *Og/ eller* helsesøster skal registrere saker der de i den angitte perioden har vært direkte kontakt med annen instans (f. eks lærer, BUP) om barnet.

Meldingsgrunn er ikke brukt som inklusjonskriterium for registrering av barn og unge som mottar hjelpetilbud fra helsesøster. Begrunnelsen for dette er at helsesøster har andre arbeidsrutiner enn PP-tjenesten. Hos helsesøster oppnås kontakt med barn ofte via innkallinger, som f. eks ved skolestartundersøkelser eller gjennom helseopplysningsgrupper. Helsesøster må, i motsetning til den pedagogiske psykologisk tjenesten som kun arbeider ut i fra meldinger, ofte være oppsøkende evt. drive kartleggingsarbeid for å oppdage barn med

psykiske plager. Dette innebærer at det er helsesøsters *vurdering* av barnets funksjonsevne som ligger til grunn for registrering.

De angitte kriterier for registrering, både ved PP-tjenesten og ved helsesøstertjenester, innebærer at saker som det utelukkende arbeides indirekte med i perioden, som telefoner med foreldre eller annen instans, ikke blir registrert.

4.2.2 Valg av kommuner

Valg av kommuner er trukket delvis strategisk for å sikre geografisk spredning. Ved valg av kommuner er følgende kriterier lagt til grunn;

1. *Alle fylker skal være representert*
2. *Ulike kommunestørrelser (basert på folketall) skal være representert.*

Kommunene er inndelt i fire grupper etter antall innbyggere i alderen 0-17 år; (0-2000, 3-5000, 6-8000, og >9000 innbyggere).

Kommunene er trukket systematisk ved at en fortløpende har valgt første kommune i hvert fylke (basert på kommunenummer) som oppfyller kriteriet til befolkningstall. I fylker der det ikke finnes kommuner med mer enn 5000 innbyggere har en istedet valgt den kommune med flest innbyggere. Videre, fordi ikke alle kommuner har eget PP -tjenestekontor, har en i tillegg anvendt et kriterium om at det finnes et PP- tjenestekontor i kommunen

For større bykommuner, der PP-tjenesten er organisert i distrikter (Trondheim, Bergen, Oslo), er det valgt strategisk to distrikt fra hver kommune. Valg av distrikt i disse byene har i hovedsak vært basert på geografi.

3. *Kommuner som deltar i forsøket med familiesentre*

Som et ledd i samarbeidet med forskere ved Avdeling for barne – og ungdomspsykologi, UiTø, som gjennomfører evaluering av forsøket med familiesentre (jfr. avsnitt 3.3) er de seks kommunene som inngår i dette forsøket valgt ut for deltagelse i prosjektet. ABUP, UiTø har utarbeidet følgende kriterier for valg av disse forsøkskommunene :

- ulike kommune størrelser (by/land)
- geografisk spredning (nord/sør)
- hvor langt i prosessen mot en familiesentral kommunene er kommet
- sosioøkonomiske faktorer, minoritetsproblematikk
- universitetstilknytning
- nettverkstilhørighet
- spredning av kommunene på en slik måte at de er overkommelige for prosjektleder

I en av disse forsøkskommunene har ledende helsesøster i samråd med øvrige helsesøstre i kommunen gitt sitt samtykke til at spørreskjemaundersøkelsen rettes mot samtlige barneskoler, ungdomsskoler og videregående skoler, samt til de seks helsestasjonene i kommunen. Dette innebærer at det vil foreligge et svært omfattende og fyldig datamaterialet for kommunen. Denne kommunen vil derfor egne seg godt som et "case" for dybdestudier av tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske problemer. For øvrig er dette en kommune i utvikling, blant annet i forhold til planlegging av tverrfaglig, helhetlig arbeid med barn og unge. Gjennom et dybdestudium av tjenestetilgjengelighet i denne kommunen vil en kunne innhente kunnskap om noe som eventuelt kan videreføres og videreutvikles i en større sammenheng.

4.2.3 Valg av instanser i de utvalgte kommunene

Undersøkelsen er rettet mot PP- tjeneste kontor i samtlige av de deltagende kommunene. De øvrige instanser som inngår i undersøkelsen fra hver av kommunene; helsestasjon og skolehelsetjeneste, er trukket ut systematisk. Dette innebærer bruk av en på forhånd valgt utvalgsprosedyre der en har valgt første barneskole og første ungdomsskole samt første helsestasjon anført på liste over skoler og helsestasjoner i kommunen (liste presentert på internett eller oppført på Opplysningen 180). Et systematisk utvalg som trekkes fra en liste på denne måten, blir tilnærmet likeverdig med et randomisert utvalg, forutsatt at listen ikke er ordnet etter et spesielt system som kan føre til at utvalget ikke blir representativt.

4.2.4 Utvalg og utvalgsprosedyre for intervjuundersøkelsen

Valg av kommuner som inngår i den kvalitative delen av studien er dels basert på at kommunene deltar i den kvantitative delen av studien, dels basert på kommunestørrelse (målt i antall innbyggere). Slik er både storbyer, mellomstore byer og små kommuner representert i utvalget.

4.3 Instrumenter

4.3.1 Fremgangsmåte for utvikling av spørreskjema

Den konkrete utformingen av registreringskjemaene ble gjennomført i samarbeid med representanter fra de aktuelle deltagende instanser for studien. I en første fase av denne prosessen ble to ansatte ved PP -tjenesten og tre helsesøstre fra Sør- Trøndelag orientert om undersøkelsen, for deretter å bistå i utformingen av utkast til registreringskjema. I andre fase ble utkastene sendt til henholdsvis helsesøstre ved tre helsestasjoner og til to PP -tjeneste kontor, som på forhånd hadde gitt sitt samtykke til å delta i en pilotundersøkelse. Skjema for registrering ved PP -tjenesten ble i tillegg sendt til Faglig enhet for PPT, Statens utdanningskontor i Hedmark. I fase tre ble de endelige registreringskjemaene utformet, da basert på innkomne kommentarer fra de instanser som deltok i piloteringen, samt på innspill mottatt fra Faglig enhet for PPT.

Det ble utarbeidet to spørreskjema tilpasset henholdsvis PP-tjenesten og helsesøster-tjenesten. De to skjemaene hadde imidlertid flere overlappende spørsmål.

4.3.2 Registreringskjema for barn og unge med psykiske problemer som er brukere av PP-tjenesten

Registreringskjemaet dekket opplysninger om a) demografiske forhold (fødselsår, kjønn, alder, nasjonalitet, og omsorgssituasjon), b) ventetid før oppstart c) antall uker barnet har mottatt tilbud ved enheten, d) førstegangs- henvendelse, e)meldingsinstans, f) meldingsgrunn og PP- tjeneste ansatt sin vurdering av barnets psykiske problem, g) vurdering av alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problem, h) problemområder i barnets miljø, i) PP-tjenesten sitt ansvar i saken, k) instanser som PP-tjenesten samarbeider med, l) tiltak som er iverksatt av PP-tjenesten og/ eller annen instans, m) aktuelle instanser for viderehenvisning.

Det var meldingsgrunn som indikerte om barnet skulle inngå i registreringen. PP-tjenesten ble gjennom veiledningsskjema for utfylling av registreringskjemaet bedt om å ta utgangspunkt i de problemområder som var angitt i spørreskjemaet (under pkt. *Meldingsgrunn*). Dette punktet ga en utfyllende liste over meldingsgrunner (problemområder). Lista inneholdt noen problemområder som når de opptrer alene ikke kan defineres som psykisk problem, som lærevesker, skolevegring, mobbing, spiseproblem, rusproblem, funksjonshemming og medisinske årsaker. Disse problemområdene ble angitt i listen over meldingsgrunner fordi de

ofte opptrer i kombinasjon med psykiske problemer hos barn. Registreringsskjemaet ga mulighet for å anmerke slike kombinasjoner av meldingsgrunner, og også den ansattes vurdering av barnets problemområder.

Registreringsskjemaet var anonymisert slik at personopplysninger i forbindelse med kartleggingen ikke direkte kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Det ble sendt søknad til Sosial- og helsedirektoratet om utlevering av helseopplysninger og dispensasjon fra taushetsplikten. Sosial- og helsedirektoratet ga i brev av 11.03.02 sitt samtykke til at de-ønskede opplysningene kunne innhentes fra PP-tjenesten og fra helsesøstertjenesten. De opplysninger som ble innhentet utløser imidlertid konsesjonsplikt i henhold til Lov om behandling av personopplysninger § 33, første ledd. Det ble derfor sendt konsesjonssøknad til Datatilsynet via Datafaglig sekretariat. Konsesjon ble gitt i brev av 06.05.02.

4.3.3 Skjema om PP-tjenestekontoret

Et enkelt skjema ble utformet for å fremskaffe opplysninger om karakteristika ved PP-tjeneste kontoret. Spørsmålene omfattet organisering av enheten, antall besatte og ubesatte stillinger etter profesjoner, antall ansatte og deres stillingsandel etter kompetanse, samt spørsmål som vedrører dekningsgrad (antall barn og unge i opptaksområdet og det totale antall aktive saker ved enheten).

4.3.4 Registreringsskjema for barn og unge som mottar hjelpetilbud fra helsesøster ved helsestasjon eller skolehelsetjeneste

Registreringsskjemaet omfattet i alt 14 punkter som dekket opplysninger om a) demografiske forhold (fødselsår, kjønn, alder, nasjonalitet, og omsorgssituasjon), b) status for barnet i perioden (førstegangshenvendelse), c) hvem tok initiativ til kontakt, d) meldingsgrunn og helsesøster sin vurdering av barnets psykiske problem, e) vurdering av alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problem, f) problemområder i barnets miljø, g) helsesøster sitt ansvar i saken, i) instanser som helsesøster samarbeider med j) tiltak som er iverksatt av helsesøster og/ eller annen instans, k) aktuelle instanser for viderehenvisning.

4.3.5 Skjema om helsestasjonen

Et enkelt skjema ble utformet for å fremskaffe opplysninger om karakteristika ved helsestasjonen. Spørsmålene omfattet organisering av enheten, antall besatte og ubesatte stillinger, anvendelse av metoder for tidlig screening, samt spørsmål vedrørende dekningsgrad (antall barn / unge i opptaksområdet).

4.3.6 Skjema om skolehelsetjenesten

Et forenklet skjema vedrørende enheten ble sendt til skolehelsetjenesten. Dette omfattet spørsmål om det totale antall elever ved skolen. I tillegg ga skjemaet muligheter for å anføre eventuelle merknader og kommentarer.

4.4 Gjennomføring

4.4.1 Utsending av informasjon

Informasjon om undersøkelsen ble sendt til ledere for helsevern – og sosiale tjenester i de utvalgte kommunene i god tid før gjennomføringen. I tillegg ble det sendt utfyllende informasjon til de utvalgte instansene. I samarbeid med Faglig enhet for PPT ble en

utfyllende presentasjon av undersøkelsen lagt inn på web siden til PP-tjenesten (pptNett, <http://skolenettet.is.no>).

4.4.2 Praktisk gjennomføring

Generell informasjon om undersøkelsen, registrerings skjema og veiledning for utfylling av skjemaene ble sendt direkte til de utvalgte instansene 14 dager før den på forhånd fastsatte registreringsperioden. En ferdig frankert svarkonvolutt ble vedlagt denne forsendelsen.

Ved helsestasjoner og ved skolehelsetjenesten ble ansvarlig helsesøster bedt om å fylle ut registrerings skjema, og å gi informasjon om ressurser og kompetanse ved enheten. Ved PP-tjenesten ble leder bedt om å administrere registreringen og å tilbakemelde om personellressurser og kompetanse ved enheten.

4.4.3 Anvendelse av informasjon tilgjengelig gjennom BUP- data

BUP- pasientdata, som er et elektronisk registreringssystem for BUP- sektoren, inneholder informasjon om pasientenes hjemkommune og antall pasienter henvist fra henholdsvis PP-tjeneste og helsestasjon/skolehelsetjeneste til BUP i den enkelte kommune. Denne databasen er benyttet som et supplement til det datamaterialet som innhentes i denne studien. Anvendelse av BUP- data gir blant annet mulighet for å sammenligne karakteristika ved pasienter i det spesialiserte psykiske helsevernet, med barn og unge som ivaretas av kommunale instanser innen et geografisk område. Eventuelt vil en kunne studere hvorvidt karakteristika ved det spesialiserte tilbudet, som f.eks. produktivitet og lengde på ventelista, har konsekvenser for det tilbud som ytes i 1. linjetjenesten.

I denne første del- rapporten er BUP- data benyttet for å studere omfang av henvisninger til det spesialiserte psykiske helsevernet fra de kommunale instansene som inngår i denne studien. I de oppfølgende delstudiene (som vil være basert på data fra hhv 2004 og 2006) vil utfyllende analyser av BUP- data inngå.

4.5 Datatilfang

De utvalgte kommunene ble gruppert etter størrelse på barne- og ungdomsbefolkningen i kommunen; 0-2000 < 18 år, 3-5000 < 18 år, 6-8000 < 18 år, >9000 < 18 år. I tillegg inngikk en gruppe kommuner som deltar i forsøk med familiesentraler (jf. 4.1.2).

Fem av de 70 kommunene som ble forespurt om å delta uteble helt fra deltagelse. Disse kommunene representerte fylkene Østfold, Akershus, Vestfold (2) og Nord- Trøndelag. Tre av disse kommunene representerte de med lavest befolkningsgrunnlag. En kommune var blant de med mellom 2-5000 innbyggere i alderen 0-17 år, og en kommunene representerte gruppen med befolkningsgrunnlag >9000 barn og unge.

For ytterligere 10 kommuner deltok ikke helsesøstertjenesten (hverken ved helsestasjon eller ved skolehelsetjeneste). De kommunene der helsesøstertjenesten frafalt helt fordelte seg over 9 fylkeskommuner. Rogaland fylke var representert med to av disse kommunene. Videre kan kommuner der helsesøstertjenesten falt fra karakteriseres ved at tre av dem tilhørte gruppen med færre enn 2000 innbyggere, to tilhørte gruppen kommuner med mellom 3-5000 innbyggere, tre tilhørte gruppen med 6-8000 innbyggere under 18 år, og to tilhørte gruppen av storbykommuner. Det er ingenting som tyder på at frafallet av kommuner er skjævt fordelt i forhold til geografi eller størrelse på kommunen.

Data fra helsestasjoner manglet fra 28 av de 70 kommunene. Med andre ord deltok 42 av 70 utvalgte kommuner. Dette ga en svarprosent på 60% for helsestasjonene.

Av de i alt 116 skolene som ble forespurt om deltagelse i studien ble de mottatt svar fra 75 skoler (64 prosent), og 45 av de 70 utvalgte kommunene ble representert (64 prosent). I

alt 45 kommuner deltok i undersøkelsen gjennom skolehelsetjenesten, enten gjennom registreringer utført ved en barneskole og/eller ved en ungdomsskole i kommunen. Svarprosenten var 64 prosentsett i forhold til kommunedeltagelse.

For 22 av de 70 utvalgte kommunene manglet data fra PP-tjenesten. Frafallet av kommuner var større i de minste kommunene (14 kommuner med færre enn 6000 innbyggere < 18 år); enn i de større kommunene. Videre, fordi noen av PP- tjenestekontorene leverte mangelfulle opplysninger, vil antallet enheter og klienter i de ulike analysene variere noe. En oppslutning om undersøkelsen fra 47 av de 70 forespurte PP tjenestekontorene ga en svarprosent på 69 prosent.

4.6 Analyser

Sammenligning mellom kommuner er basert på en inndeling av kommunene etter befolkningsgrunnlag. Analyser av omfang brukere med psykiske problemer ved PP-tjenesten og deres ventetid før oppstart baseres på følgende gruppering av kommuner: *a. 0-2000 innbyggere <18 år, b. 3-5000 innbyggere <18 år, c. 6-8000 innbyggere <18 år, d. mer enn 9000 innbyggere <18 år, e. kommuner i forsøk med familiesentraller.*

Fra helsesøstertjenesten deltok relativt få enheter fra de største byene i undersøkelsen. I analyser av omfang barn og unge som mottar tjenester fra helsesøster sammenlignes derfor følgende fire kommunegrupper; *0-2000 innbyggere <18 år, 3-5000 innbyggere <18 år, over 6000 innbyggere <18 år og kommuner i forsøk med familiesentraller.*

Analysene er ellers basert på to ulike indikatorer for tjenestetilgjengelighet. En slik indikator er *antall barn og ungdom som mottar kommunale hjelpetilbud for psykiske lidelse i forhold til befolkningstettheten under 18 år*. Nivået på tjenestetilgjengelighet vurderes opp mot antatt forekomst av milde psykiske lidelser i barne- og ungdomsbefolkningen (basert på resultater fra epidemiologiske studier), samt ved sammenligning mellom kommuner. En annen indikator for tjenestetilgjengelighet er *grad av tilgang til ulike typer tjenester*. Nivået på tjenestetilgjengelighet vurderes her ved å sammenligne tilbudet i kommuner med hensyn til i hvor stor grad det i enkeltsaker er etablert samarbeid med andre kommunale instanser og/eller med spesialisthelsetjenesten (som f. eks BUP).

Det kvantitative datamaterialet som fremkommer gjennom spørreskjemaundersøkelsen gir generelt et grunnlag å beskrive bruk av kommunale helsetjenester og karakteristika ved det kommunale hjelpetilbudet, - samt variasjoner i dette mellom kommuner og endring over tid. Korrelasjonsanalyser, (og evt. multivariate analyser i oppfølgende analyser), anvendes for å studere eventuelle relasjoner mellom antall brukere med psykiske lidelser og egenskaper ved kommunen (befolkningsgrunnlag) og den kommunale tjenesten (kompetanse og ressursser).

Det kvalitative datamaterialet som fremkommer gjennom intervju med fagfolk i kommunene gir grunnlag for å beskrive ulike samarbeidsformer, og relasjoner mellom instanser innen 1. linjetjenesten og mellom forvaltningsnivåene, - og de eventuelle konsekvenser disse har for tjenestetilgjengelighet.

Som et supplement inngår også analyser av BUP data. Statistikk over barn og unge som har mottatt tjenester fra spesialisert psykisk helsevern er tilgjengelig for første halvår 2002 (1 januar- 30 juni 2002), som representerer perioden da grunnlagsdata for denne studien ble innhentet. BUP-data gir et grunnlag for å analysere og evaluere utviklingen av henvisningspraksis fra hjelpeinstanser i 1 linjetjenesten til spesialisthelsetjenesten i løpet av opptrappingsperioden. I første delprosjekt gjøres analyser av volumet av barn og unge som er henvist fra de respektive kommunale hjelpeinstanser for barn og unge (PP- tjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste, og barnevern) til BUP. Disse analysene er, som de fleste øvrige analyser, gjennomført etter kommunegrupper basert på befolkningstall.

4.7 Metodiske begrensninger

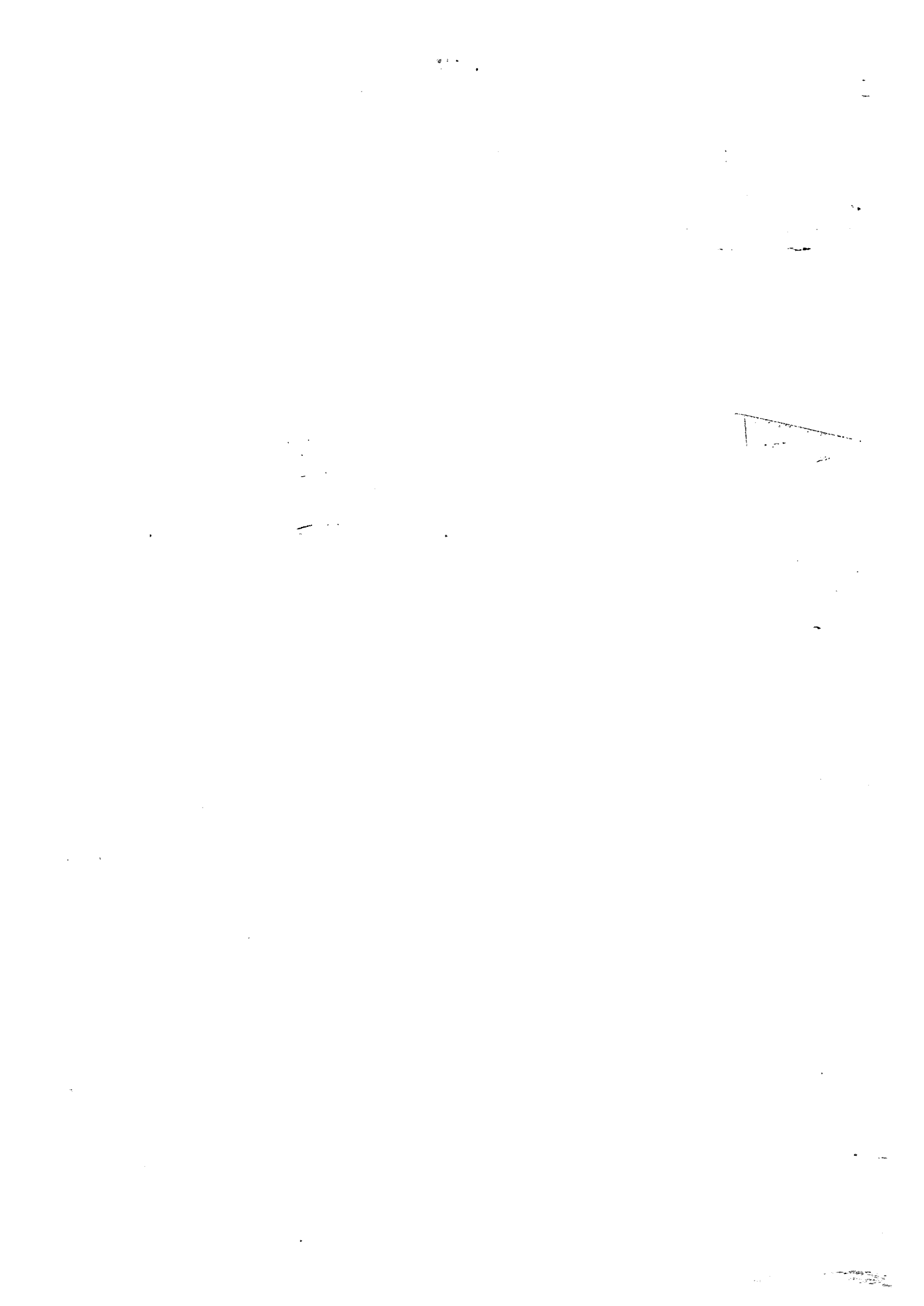
Denne studien omfatter barn og unge som i løpet av registreringsperiodene har vært i direkte kontakt med helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste. Med den fokus undersøkelsen har på den *direkte* hjelpen som ytes fra disse instansene, vil den bare fange opp en mindre andel av barn og unge som får hjelp. Disse forhold setter begrensninger ved de vurderinger en gjør av *omfang* barn og unge med psykiske problemer som mottar hjelp fra de kommunale instansene. Det er grunn til å tro at disse instansene bistår langt flere barn med psykiske problemer enn de som kartlegges gjennom denne undersøkelsen.

Videre, med de kriterier som er valgt i forhold til *hvem* som skal registreres, vil studien også ha begrensninger i forhold til at den ikke fanger opp barn og unge med psykiske problemer som helsesøster og eller PP-tjenesten yter hjelp overfor, der meldingsgrunn/kontaktårsak indikerer noe annet enn et psykisk problem. Hos noen barn vil psykiske problemer arte seg som rent somatiske plager, og i noen tilfeller vil det f. eks først etter samtale med barnet avdekkes at hovedproblemet er av psykisk art.

Det er grunn til å understreke at studien ikke gir et godt bilde av aktiviteten ved helsesøster-virksomheten og ved PP-tjenesten i forhold til forebyggende arbeid overfor barn i risiko-situasjon for psykiske problemer. Ved helsestasjoner jobbes det f. eks. aktivt forebyggende overfor barn i familier der mor og/eller far har psykiske problemer. Denne studien fanger ikke opp dette arbeidet.

Undersøkelsen gjennomføres som en evalueringsstudie, der en ønsker å studere hvorvidt tiltak som iverksettes gjennom Opptappingsplanen fører til bedre tjenestetilgjengelighet for barn og unge med psykiske problemer. For å kunne vurdere hvorvidt Opptappingsplanen har effekt på tilgjengelighet av kommunale tjenester må man kunne kontrollere for andre forhold som er virksomme i løpet av perioden. Slike andre forhold kan omfatte kommune-politiske forhold, eller være direkte tjenestespesifikke. Et eksempel på det sistnevnte er forventninger om sterkere vektlegging av systemperspektivet på tjenester som ytes overfor barn og unge med hjelpebehov. Dette perspektivet, som i hovedsak gjelder for PP tjenestens virke, innebærer en forandring i tjenesteprofil og for mange også en forandring i arbeids-måte. En systemrettet tankegang vil blant annet kunne få konsekvenser for samarbeidsfor-mer mellom PP – tjenesten og andre instanser.

I dette prosjektet har en valgt å supplere den kvantitativ metodiske tilnærming med en kva-litativ tilnærming. Slik metodetriangulering gir større muligheter for å vurdere årsak - effekt.



5 Resultater

5.1 Antall barn og unge med psykiske plager som er registrert ved PP-tjenesten

Kartleggingsstudien omfattet i alt 1045 barn og unge. De er registrert ved 45 PP- tjenestekontor i 42 kommuner. Utvalget er presentert i Tabell 5.1.

Tabell 5.1 Antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved PP- tjenestekontor. Etter egenskaper ved bostedskommunen, 2002.

Kommunegrp. ant. innb.<18 år	Antall	Prosent
0-2000	41	3.9
3-5000	299	28.6
6-8000	204	19.5
>9000	414	39.6
familiesentraler	87	8.3
Totalt	1045	100.0

5.1.1 Antall registrerte barn i forhold til antall brukere av PP-tjenesten

Analyser basert på opplysninger fra PP- tjenestekontoret om det *totale antall brukere* i registreringsperioden, viser at forbruksraten, eller antall brukere av PP- tjenester i prosent av befolkningen under 18 år, varierer fra 8.1 prosent til 11.4 prosent mellom kommunegruppene. Antall barn og unge registrert i denne undersøkelsen utgjør fra 6-9 prosent av det totale antall brukere ved PP- tjenestekontoret.

5.2 Punktprevalens og estimert- ett års insidens

Tabell 5.2 viser antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved PP-tjenestekontor relatert til befolkningstall.

Med "punktprevalens" menes i denne sammenheng antall barn og unge som er registrert ved PP tjenestekontoret per 1000 i aldersgruppen. Når det fremgår av tabellen at gjennomsnittlig punktprevalens er 5.1, betyr dette at per 1000 i aldersgruppen 0-17 år, har fem barn et psykisk problem og mottar et direkte tiltak fra PP-tjenesten i registreringsperioden.

Med "ett- årsinsidens" menes antall *nye* klienter med psykiske plager som får bistand fra PP-tjenesten per 1000 i befolkningen i aldersgruppen 0-17 år. Denne årsinsidensen er beregnet med utgangspunkt i opplysninger gitt gjennom kartleggingsstudien av antall uker barnet har mottatt tilbud ved enheten frem til en angitt dato.

Resultatene som angår volum er først og fremst egnet til å vurdere eventuelle endringer i volumet av barn og unge med psykiske problemer som mottar kommunaler hjelpetilbud i løpet av opptrappingsplanperioden. Det er imidlertid nødvendig å understreke at vurderinger av volumet av registrerte klienter ved PP-tjenesten forutsetter at det ikke er systematiske forskjeller mellom PP- tjenestekontor i de ulike kommunegruppene med hensyn til forståelse av hvilke klienter som skal inngå i registreringen, og i forhold til hvor representativ den aktuelle registreringsperioden er for virksomheten ved kontoret.

Ett PP- tjenestekontor, som i et følgebrev ved innsending av registreringsskjema ga uttrykk for at registreringen ikke var representativ for aktiviteten ved kontoret, er ekskludert fra analyser av omfanget av klienter. Ut over dette har en ikke muligheter for å kontrollere for eventuelle systematiske skjevheter. Tall som viser forskjeller mellom kommunegrupper mht volumet av registrerte klienter må derfor tolkes med varsomhet.

Tabell 5.2 Brukere ved PP-tjenesten med psykiske problemer. Punktprevalens og estimert ett-års insidens etter egenskaper ved bostedskommunen. (n=860¹). 2002.

Kommune grp. ant. innb <18 år	Punktprevalens				Estimert ett- års insidens			
	ant enheter	mean	med	SD	ant enheter	mean	med	SD
0-2000	7	5.1	5.1	1.9	6	13.8	12.8	7.0
3-5000	10	8.1	6.7	5.7	10	5.5	3.9	6.7
6-8000	7	4.7	4.6	1.2	7	3.9	4.5	1.7
>9000	7	3.0	2.7	2.2	7	2.9	2.0	2.9
familiesentraler	5	3.3	2.7	2.2	4	6.1	5.5	4.2

Det fremgår av tabellen at punktprevalensen varierer noe mellom kommunegruppene i utvalget. Gjennomsnittlig punktprevalens er relativt høy i de to gruppene av kommuner med færrest antall innbyggere, og lavest i gruppen av kommuner med flest antall innbyggere. Punktprevalensen er klart høyest i gruppen av kommuner med fra 3-5000 innbyggere under 18 år. Den gjennomsnittlige punktprevalens for disse kommune er 8.1, det vil si nær en prosent av barne og ungdomsbefolkningen er meldt til – og mottar direkte hjelp fra PP-tjenesten på grunn av et psykisk problem på registreringstidspunktet. Standardavviket² viser imidlertid at det er betydelig variasjon i forekomst *innen* denne kommunegruppen.

Den estimerte ett- års insidensen er betydelig høyere i gruppen av kommuner med færrest antall innbyggere enn i de øvrige kommunegruppene. Gjennomsnittsanslaget for kommuner med færre enn 2000 innbyggere under 18 år viser at nær 1.5 prosent av barne – og ungdomsbefolkningen vil bli meldt til – og vil motta direkte hjelp fra PP-tjenesten på grunn av et psykisk problem i løpet av ett år. Det relativt høye standardavviket viser at det også for den estimerte ett- års insidensen er en betydelig variasjon mellom kommunene *innen* kommunegruppen (jfr. standardavviket).

5.2.1 Relasjoner mellom tilgjengelighet til PP-tjenesten og egenskaper ved kommunen

Sammenhenger mellom antall innbyggere i en kommune og tilgjengelighet av tjenester, målt som årsinsidens og punktprevalens, er også analysert ved bruk av korrelasjonsanalyser.

1 Klienter som er registrert ved PPT- kontor i større byer, der kontoret dekker en del av kommunen (distrikter), er utelatt fra disse analysene.

2 Standardavviket er det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet.

Disse analysene viser en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom antall innbyggere (< 18 år) i en kommune og tilgjengelighet, når dette er målt som årsprevalens ($r=-0,43$, $p=0.01$). Det er også en negativ sammenheng mellom antall innbyggere og punktprevalensen, ($r=-0.31$, $p=0.06$).

Resultatene fra korrelasjons analysene må imidlertid tolkes med forsiktighet. Det er stor variasjon i tilgjengelighet slik den er målt her, mellom kommuner med sammenlignbart befolkningsgrunnlag. Sammenhengen vi finner mellom tilgjengelighet og befolkningsgrunnlag kan skyldes en eller to ekstremverdier, og generaliserbarheten av resultatene er dermed svekket.

Et annet forhold som gjør resultatene vanskelig å tolke er at en på grunnlag av bivariate analyser ikke kan trekke noen slutninger vedrørende årsak og effekt. I dette tilfellet vil det f.eks. ikke være antall innbyggere i kommunen i seg selv som påvirker tilgjengelighet, men være andre underliggende egenskaper ("tredje-variabler") ved kommuner som kan forklare sammenhengen.

5.3 Antall barn og unge som er registrert ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten

5.3.1 Registrert ved helsestasjoner

Kartleggingsstudien omfatter i alt 284 barn. Barna er registrert ved 45 enheter i 42 kommuner. Tabell 5.3 viser utvalget fordelt etter kommunegruppe.

Tabell 5.3 Antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved helsestasjoner. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.

Kommune grp. ant. innb<18 år	Antall	Prosent
0-2000	76	26.7
3-5000	51	18.0
>6000	133	46.8
familiesentral	24	8.5
Totalt	284	100

Tabell 5.4 viser antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved helsestasjonene relatert til befolkningstall. Punktprevalensen viser antall barn og unge som er registrert ved helsestasjoner per 1000 barn under 18 år.

En estimert ett-års insidens er et anslag over hvor mange barn og unge per 1000 i aldersgruppen som vil ha direkte kontakt med helsesøster i forbindelse med et psykisk problem i løpet av et år. Dette uttrykket for volumet er beregnet med utgangspunkt i opplysninger om antall barn som var i kontakt med helsesøster i den aktuelle registreringsperioden, og der dette var en førstegangs kontakt. Det er bare kommuner der all helsestasjonsvirksomhet er fanget opp i løpet av registreringsperioden som inngår i disse analysene.

Tabell 5.4 Barn og unge med psykiske problemer som mottar tilbud ved helsestasjoner. Punktprevalens og estimert ett- års insidens etter egenskaper ved bostedskommunen. (n= 284). 2002.

Kommune grp. ant. innb.<18 år	Punktprevalens				Estimert ett- års insidens			
	ant enheter	mean	med	SD	ant enheter	mean	med	SD
0-2000	11	5.6	3.6	5.5	11	9.5	4.2	10.6
3-5000	11	1.2	1.0	1.6	11	3.7	2.8	3.8
>6000	14	1.5	0.4	3.1	14	2.8	0.5	5.8
familiesentral	3	1.8	1.9	1.4	3	3.2	3.6	3.0

Resultatene viser at både den gjennomsnittlige punktprevalensen og gjennomsnittet for estimert ett- års insidens er høyest i kommunegruppen med færrest antall innbyggere. Det høye standardavviket viser at det er betydelig variasjon mellom kommunene *innen* denne gruppen.

5.3.2 Relasjoner mellom tilgjengelighet til helsesøstertjenester og egenskaper ved kommunen

Korrelasjonsanalyser viser tendenser til negativ samvariasjon mellom tilgjengelighet av tjenester ved helsestasjoner, målt som punktprevalens og årsinsidens, og antall innbygger i kommunen (hhv., $r=-0.29$, $p=0.08$ og $r=-0.26$, $p=0.13$).

5.3.3 Registrert ved skolehelsetjenesten

Kartleggingsstudien ved skolehelsetjenesten omfatter i alt 444 barn. Barna er registrert ved 75 enheter i 45 kommuner. Tabell 5.5 viser utvalget fordelt etter kommunegruppe.

Tabell 5.5 Antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved skolehelsetjenesten. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.

Kommunegrp. ant. innb. <18 år	Antall skoler	Antall registrerte elever
0-2000 innb < 18 år	11	125
3-5000 innb <18 år	17	81
>6000 innb < 18 år	28	195
Familiesentralkommune	19	43
Totalt	75	444

Tabell 5.6 viser antall barn og unge med psykiske problemer som er registrert ved skolehelsetjenesten. "Punktprevalens" er i denne sammenheng *prosentandel* barn ved skolen som løpet av en 6 ukers periode har direkte kontakt med helsesøster i forbindelse med et psykisk problem.

Den estimert ett- års insidensen er et anslag over hvor mange barn i *prosent* av antall barn på skolen som i løpet av ett år vil ha direkte kontakt med helsesøster i forbindelse med et psykisk problem. Det er ikke skilt mellom barneskoler og ungdomsskoler i analysene.

Tabell 5.6 Barn og unge med psykiske problemer som mottar tilbud ved skolehelsetjenesten. Punktprevalens og estimert ett- års insidens etter egenskaper ved kommunen. (n= 444 elever). 2002.

Kommunegrp. Ant innb. < 18 år	Punktprevalens				Estimert ett- års insidens			
	ant skoler	mean	med	SD	ant skoler	mean	med	SD
0-2000	9	2.2	1.3	2.3	9	2.3	0.9	4.1
3-5000	17	1.6	1.5	1.3	17	5.7	4.6	7.5
>6000	28	1.6	1.3	1.4	28	4.3	3.1	3.8
familiesentral	19	1.5	1.0	1.7	19	1.8	0	3.6

Resultatene fra registreringen ved skolehelsetjenesten viser at omlag 1.5 -2 prosent av elever i barne- og ungdomsskolene har direkte kontakt med helsesøster i forbindelse med et psykisk problem i løpet av en seks ukers periode. Det er små forskjeller i slik forekomst når disse gjennomsnittsverdiene sammenlignes mellom kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag.

Gjennomsnittlig anslag over antall barn i prosent av den totale elevpopulasjonen, som i løpet av et år vil motta et direkte hjelpetilbud fra helsesøster i forbindelse med et psykisk problem, varierer fra 1.8 til 5.7 prosent mellom kommunegruppene. Det er stor variasjon mellom kommuner innen gruppene i estimert ett- års insidens.

Dersom man summerer estimert ett- års insidens for de tre instansene som inngår i undersøkelsen, får man et estimert antall nye brukere per år som ligger mellom 2.5 prosent og 7.9 prosent av befolkningen under 18 år.

5.4 Antall barn og unge med psykiske problemer som mottar spesialiserte behandlingstilbud

Isolert sett kan tallene vedrørende omfang av barn og unge som mottar kommunale hjelpetilbud være vanskelige å tolke. For sammenligning kan en imidlertid benytte nasjonal statistikk over antall barn og unge som har mottatt tiltak innen det spesialiserte psykiske helsevernet. I 2001 mottok i alt 29 465 barn og unge et slikt tilbud, - dette tilsvarer nær 2.8 prosent av befolkningen i aldersgruppen. Av disse var 13 562 henvist i statistikkåret (eller "nye" saker). Dette gir en ett- års insidens, estimert som antall "nye saker" i det spesialiserte psykiske helsevern per 100 barn i befolkningen, på 1.3.

5.5 Demografiske kjennetegn ved barn og unge som mottar tjenester innen psykisk helsevern i kommunene

I det følgende presenteres demografiske kjennetegn ved barn og unge som mottar tjenestetilbud ved hhv PP-tjenesten, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. I tabell 5.7 er dette presentert samlet for kommune som inngår i undersøkelsen, men separat for hver av de tre instansene.

Tabell 5.7 Demografiske kjennetegn ved barn og unge med psykiske problemer som mottar kommunale hjelpetilbud, 2002.

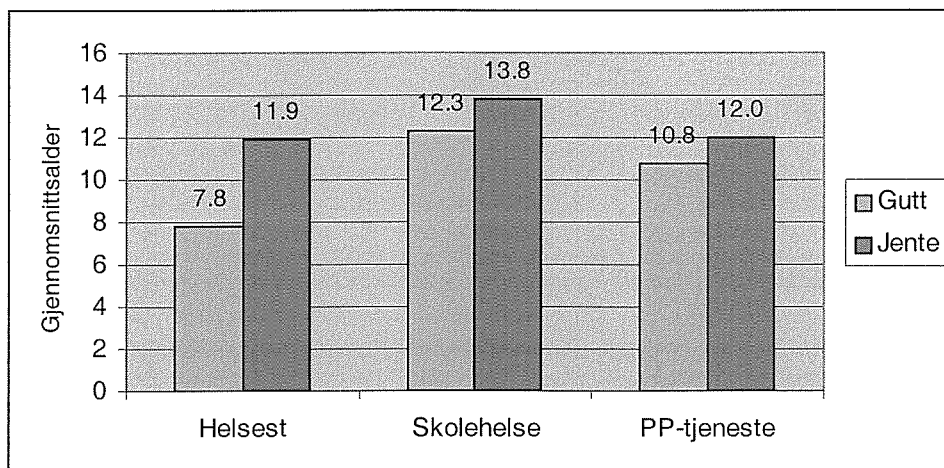
Kjennetegn	PP-tjenesten		Helsestasjon		Skolehelsetjeneste	
	n	%	n	%	n	%
Kjønn:	1031		279		454	
Gutt	745	72.3	117	41.9	190	41.9
Jente	286	27.7	162	58.1	264	58.1
Bor med:	994		267		421	
mor og far	474	47.7	131	49.1	186	44.2
mor m. samb	116	11.7	35	13.1	58	13.8
far m. samb	20	2.0	4	1.5	11	2.6
mor	250	25.2	77	28.8	103	24.5
far	59	5.9	8	3.0	19	4.5
andre	75	7.2	12	4.5	44	10.5

Det fremgår av tabell 5.7 at barn med psykiske problemer som mottar hjelpetilbud fra PP-tjenesten i all hovedsak er gutter (72 prosent). Det er imidlertid en høyere prosentandel jenter (58 %) enn gutter (42%) blant de som mottar hjelpetilbud fra helsesøstertjenesten.

I underkant av 50 prosent av barna bor sammen med begge foreldrene, mens omlag hvert fjerde barn er registrert bosatt sammen med bare mor. Til sammenligning viser nasjonal barnestatistikk fra SSB at 76 prosent av barn under 18 år bor med begge sine foreldre, og at 17 prosent bor sammen med bare mor (SSB, Befolkningsstatistikk).

5.5.1 Kjønn og alder

Barn med psykiske problemer som er registrert ved helsestasjoner har en gjennomsnittsalder på 10 år. Gjennomsnittsalderen er noe høyere (13 år) for barn som er registrert ved skolehelsetjenesten, mens barn med psykiske problemer som mottar tilbud fra PP-tjenesten har en gjennomsnittsalder på 11 år. Figur 5.1 viser gjennomsnittsalder for de registrerte barna etter kjønn og hjelpeinstans.



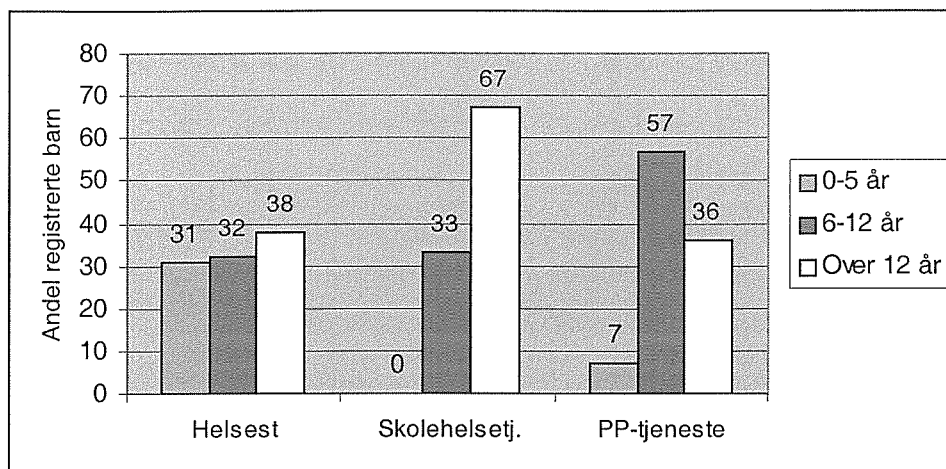
Figur 5.1 Gjennomsnittsalder for barn som mottar kommunale hjelpetilbud etter kjønn og hjelpeinstans, 2002.

Det fremgår av figuren at jenter som mottar kommunale hjelpetilbud i forbindelse med et psykisk problem har en høyere gjennomsnittsalder en gutter som mottar slike hjelpetilbud. En Student's t- test viser at det er statistisk signifikante forskjeller i gjennomsnittsalder mellom gutter og jenter ved alle de tre hjelpeinstansene³. Kjønnforskjellen i alder er særlig stor for de som mottar hjelpetilbud ved en helsestasjon.

Tidligere analyser av BUP- data har vist at barn i alderen 0-5 år bare utgjør rundt 10 prosent av pasientpopulasjonen i spesialisert psykisk helsevern (Samdata psykisk helsevern, Tabeller, 2001). Nyere epidemiologiske studier viser imidlertid at forekomst av psykiske problemer er relativt høy også i tidlig barndom (se feks. KeEnan et al., 1998; Koot et al., 1997; Mathiesen & Sanson, 2000; Prior et al., 2000). I lys av disse forhold blir det spesielt interessant å analysere aldersfordelingen for barn med psykiske problem som mottar kommunale hjelpetilbud.

Figur 5.2 viser aldersfordelingen for barn som er registrert ved de ulike kommunale hjelpeinstansene.

³ Ved helsestasjon: $t=6.4$, $p<0.000$, ved skolehelsetjeneste: $t=5.5$, $p<0.000$, ved PP-tjeneste: $t=4.8$, $p<0.000$



Figur 5.2 Aldersfordeling blant barn med psykiske problemer som mottar kommunale hjelpetilbud. Etter instans, 2002.

Figuren viser at barn i alderen 0-5 år utgjør 31 prosent av det totale antall barn som er registrert ved helsestasjoner (n=284), mens barn over 12 år utgjør den største aldersgruppen. I gruppen barn som er registrert ved skolehelsetjenesten (n=474) er det en klar overvekt av barn over 12 år. Ved PP-tjenesten er imidlertid barn i alderen 6-12 år en dominerende aldersgruppe (n=1045).

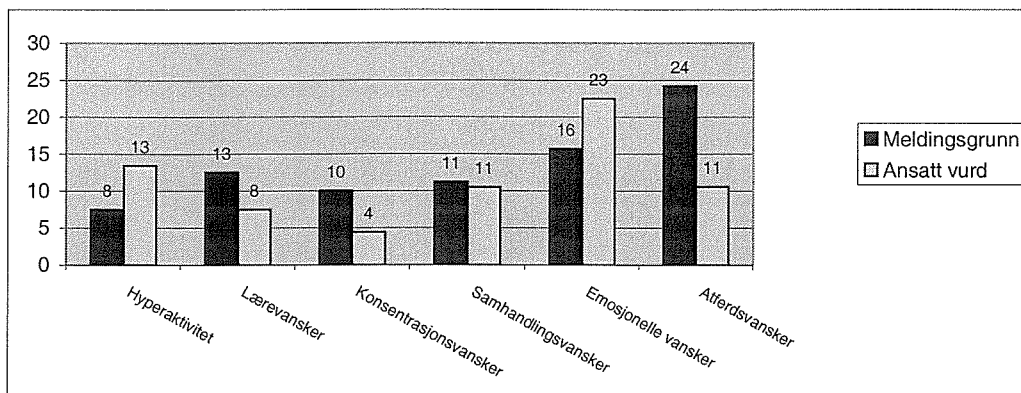
5.5.2 Henvisningsgrunner

Tabell 5.8 gir en oversikt over barnets viktigste meldingsgrunn, slik dette er angitt av henviser. I tillegg viser tabellen fagperson ved PP-tjenesten og helsesøster sin angitte vurdering av barnets hovedproblem.

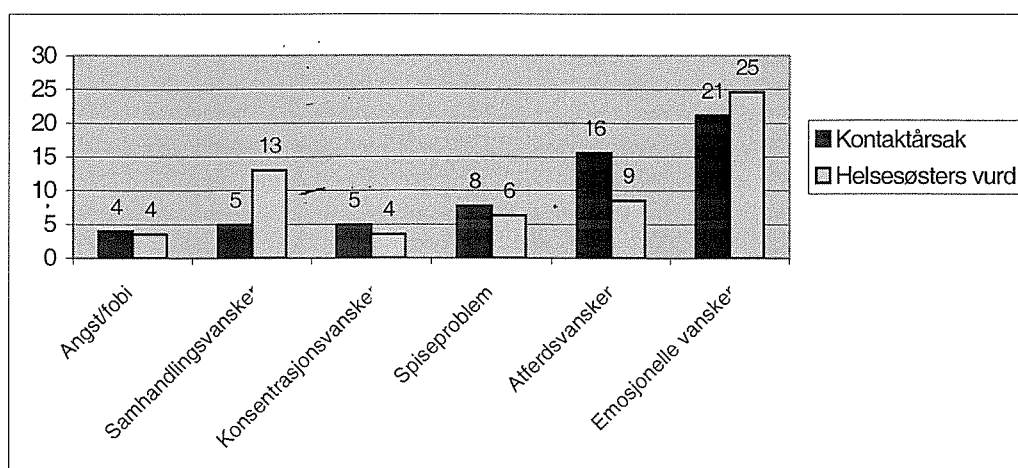
Tabell 5.8 Viktigste meldingsgrunner for barn med psykiske problemer samt den ansattes vurdering av barnets hovedproblem. Pst. andeler, 2002.

Viktigste meldingsgrunn	PP-tjenesten (n=1045)		Helsestasjon (n=284)		Skolehelsetjeneste (n=444)	
	Henvisers vurd.	Ansattes vurd.	Henvisers vurd.	Ansattes vurd.	Henvisers vurd.	Ansattes vurdering
	Pst.	Pst.	Pst	Pst	Pst	Prosent
Atferdsvansker	24.2	10.6	15.5	8.5	11.6	6.8
Motorisk uro	2.5	1.2	3.2	2.1	1.1	1.1
Kons.vansk.	10.0	4.4	4.9	3.5	5.1	3.6
ADHD trekk	7.5	13.4	1.1	2.1	2.5	2.5
Lærevansker	12.5	7.5	0.7	0.4	1.5	0.2
Skolevegring	3.4	1.3	2.1	0.7	6.1	1.9
Mobbing	1.0	0.8	2.1	2.1	3.8	2.5
Samhandl. vansk.	11.2	10.5	4.9	13.0	4.0	7.4
Emosj. vansk.	15.7	22.5	21.1	24.6	23.4	32.3
Spiseproblem	0.2	0.1	7.7	6.3	9.9	6.1
Suicidalfare	0.6	0.5	0.4	1.4	2.1	1.7
Psykotiske trekk	0.5	0.5	0.7	0.7	0.4	0.2
Angst/fobi	1.5	2.4	3.9	3.5	3.8	3.8
Autistiske trekk	1.9	3.1	1.4	1.4	0.8	0.8
Rusproblemer	0.1	0.1	1.8	1.4	1.9	0.6
Funksjonshemm.	1.1	1.2	0.7	0.4	0.8	1.1
Med. årsaker	1.3	1.1	4.6	1.4	4.4	1.9
Annet	4.2	2.0	10.2	7.7	5.7	3.2
Ubesvart	0.7	16.7	13.0	18.7	10.8	22.4
Totalt	100	100	100	100	100	100

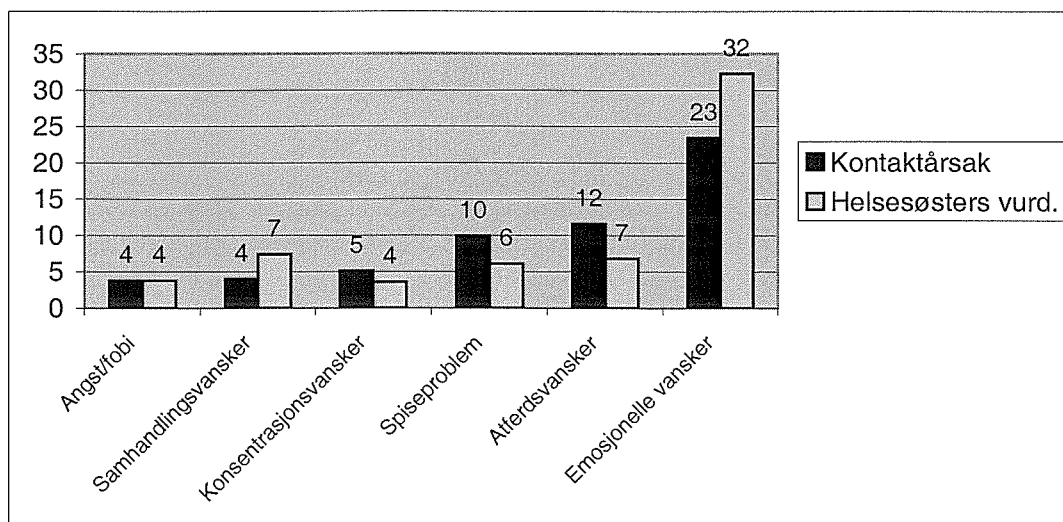
Forholdet mellom den viktigste meldingsgrunn /kontaktårsak og den ansattes vurdering av barnets hovedproblem fremgår også av figurene 5.3, 5.4 og 5.5, der de seks hyppigst forekommende meldingsgrunner/ kontaktårsaker er presentert for hver av de tre aktuelle instansene.



Figur 5.3 Viktigste årsak til melding til PP-tjenesten (de seks hyppigst angitte) og den ansattes vurdering av barnets problem. 2002.



Figur 5.4 Viktigste kontaktårsak ved helsestasjon (de seks hyppigst angitte) og helsesøster sin vurdering av barnets problem. 2002.



Figur 5.5 Viktigste kontaktårsak ved skolehelsetjenesten (de seks hyppigst angitte) og helsesøsters vurdering av barnets problem. 2002

Resultatene som fremgår av tabell 5.6 og figurene 5.3, 5.4 og 5.5 viser at atferdsvansker er den hyppigst angitte meldingsgrunn for barn med psykiske problemer som mottar hjelpetilbud fra PP-tjenesten. Nær ett av fire barn som er registrert ved PP-tjenesten har dette som viktigste meldingsgrunn. Etter den ansattes vurdering av barnas hovedproblem er imidlertid forekomsten av atferdsproblemer mindre fremtredende enn hva meldingsgrunn indikerer. De ansatte har angitt at atferdsproblemer er hovedproblem for rundt 10 prosent av de registrerte barna.

Samme tendens til uoverensstemmelse mellom henvisers meldingsgrunn og den ansattes vurdering av barnets problem viser seg ved helsesøstervirksomheten; prosentvis flere barn har atferdsproblem som viktigste kontaktårsak (ca 12-16 prosent) i forhold til hvordan helsesøster har vurdert barnets hovedproblem (ca 7-9 prosent).

Helsesøster ved skolehelsetjenesten har angitt at i overkant 30 prosent av barn hun hadde kontakt i seks- ukers perioden har emosjonelle vansker, og at dette var et klart dominerende problemområde for barn med psykiske problemer som hun var i kontakt med.

5.5.3 Vurdering av alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problem

Basert på internasjonale epidemiologiske studier er det antatt at omlag femten prosent av barn og unge under 18 år har milde psykiske problemer. Det antas videre at mange av disse barna kan få nødvendig hjelp for å mestre sine problemer ved kommunale tjenester, som f. eks ved helsesøstervirksomheten og ved PP-tjenesten. Disse kommunale instansene vil imidlertid ofte være avhengig av et samarbeid med andre instanser, herunder det spesialiserte psykiske helsevernet, for å gi barna et adekvat tilbud. De kommunale hjelpetjenestene har også en viktig rolle med hensyn til identifisere tegn på alvorlig psykiske problem, og å henvise videre de barn som har behov for spesialiserte behandlingstilbud. Det er derfor rimelig å anta at de kommunale instansene treffer og bistår barn både med milde og mer alvorlige psykiske problemer og at denne variasjonen i alvorlighetsgrad gjenspeiles i denne kartleggingsundersøkelsen. I tabell 5.9 er helsesøster og PP- tjeneste ansatt sin vurdering av alvorlighetsgraden ved barnets psykisk problem fremstilt.

Tabell 5.9 Vurdering av alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problem. Etter instans. 2002.

Vurdering av alvorlighetsgrad	PP-tjenesten		Helsesøster helsestasjon		Helsesøster skolehelsetjeneste*	
	Ant	Pst	Ant	Pst	Ant	Pst
Mild	164	16.6	79	27.8	92	20.1
Moderat	372	37.7	125	44.0	191	41.7
Alvorlig	403	40.9	67	23.6	143	31.2
Ikke grunnlag for vurd.	47	4.8	13	4.6	31	6.8
Totalt	986	100	284	100	458	100
Ubesvart	59		0		16	

*Etterregistrering av 30 barn er innarbeidet i tabellen.

Ansatte ved PP-tjenesten har angitt at omlag 40 prosent av barn med psykiske problemer som mottar deres tjenester i løpet av den to uker lange registreringsperioden har et alvorlig psykisk problem. Tall for helsesøstervirksomheten er noe lavere. Ved helsestasjonen er det angitt at omlag 20 prosent av barn helsesøster treffer i løpet av registreringsperioden (6 uker) har et alvorlig psykisk problem, mens ved skolehelsetjenesten har helsesøster angitt at omlag ett av tre barn som mottar hjelp forhold til et psykisk problem, har et problem av alvorlig karakter.

5.5.4 Risikofaktorer i barnets miljø

En betydelig mengde internasjonale studier, herunder også norske studier, har dokumentert relasjoner mellom tilpasningsvansker hos barn og risikofaktorer i deres oppvekstmiljø (Brenner & Fox, 1998; Fox, et al., 1995; Webster-Stratton, 1988; Deater-Decard & Dodge, 1997; Andersson & Sommerfelt, 2001). På bakgrunn av dette er det interessant å se nærmere på de vurderinger ansatte har gjort av risikofaktorer i miljøet for barn med psykiske problemer som er kartlagt gjennom denne undersøkelsen.

Tabell 5.10 presenterer risikofaktorer i barnets miljø slik dette er vurdert av fagpersoner ved PP-tjenesten, og helsesøster ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten.

Tabell 5.10 Risikofaktorer i barnets miljø. Etter instans. 2002.

Risikofaktorer	PP-tjenesten (n=1045)	Helsesøster helsestasjon (n=284)	Helsesøster skolehelsetj (n=474*)
	Pst	Pst	Pst
Avvikende relasjoner innen familien	22.3	16.9	15.8
Psykisk forstyrrelse hos mor eller far	6.1	12.7	6.3
Rusmisbruk mor og eller far	2.9	6.3	7.0
Avvikende nærmiljø	2.3	1.1	2.3
Akutte livshendelser	7.7	11.6	14.1
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	2.0	0.7	1.1
Mellommenneskelig belastning ifb skole	7.4	4.6	2.7
Belastning som resultat av barnets problem	7.6	3.2	3.8
Annet	3.6	18.4	24.3
Ingen kjente problemområder	26.4	16.5	14.6
Ubesvart	11.8	8.1	8.0
Totalt	100	100	100

*Etterregistrering av 30 barn er innarbeidet i tabellen.

Tabell 5.10 viser at avvikende relasjoner i familien er den hyppigst angitte risikofaktor i barnets miljø ved alle tre tjenester. Den relative andelen barn som har psykisk forstyrrelse hos mor eller far angitt som risikofaktor, er betydelig høyere ved helsestasjoner enn ved skolehelsetjenesten og ved PP-tjenesten. Dette resultatet gjenspeiler trolig det forhold at helsestasjonen representerer en instans som i større grad enn de øvrige to instansene oppnår kontakt med barnets familie. Videre viser resultatene at akutte livshendelser er hyppigere angitt som risikofaktorer for barn som har hatt kontakt med helsesøster, (enten på helsestasjonen eller ved skolehelsetjenesten), enn for barn som har fått bistand fra PP-tjenesten. Dette er også trolig et resultat av at helsesøstertjenesten representerer et lavterskel tilbud, - der barn og familier kan henvende seg direkte når det oppstår et behov for hjelp. Samlet sett har 60 prosent av barn med psykiske problem som får bistand fra PP-tjenesten en angitt risikofaktor i oppvekstmiljøet. Nær ett av fire barn som får direkte hjelp fra helsesøster for sitt psykisk problem har en angitt risikofaktor i miljøet.

5.6 Karakteristika ved tjenestetilbudet i kommunen for barn og unge med psykiske plager

5.6.1 Henvisende instans

En henvisning til PP-tjenesten skal alltid gå via barnet og barnets pårørende. I registrerings-skjemaet ble derfor PP-tjenesten bedt om å anføre hvilke instanser barnet eventuelt ble meldt til PP-tjenesten i samråd med. Tabell 5.11 gir en oversikt over instanser som har bidratt ved melding til PP-tjenesten.

Tabell 5.11 Instanser som har bidratt ved henvisning til PP-tjenesten. Antall og prosentandel henviste barn etter instans (n=1045). 2002.

Instanser som har bidratt ved melding til PP-tjenesten	Antall barn	Prosentandel barn
Skole	684	65.5
Barnehage	194	18.6
Helsesøster	93	8.9
Allmennlege	38	3.6
Barnevern	51	4.9
Sosialetat	6	0.6
Habiliteringstjeneste	15	1.4
BUP	52	5.0
Annet	43	4.1

*Det var mulig å krysse av for mer enn en henvisende instans.

Tabell 5.11 viser at skolen er den mest sentrale instans i forbindelse med henvisning til PP-tjenesten. To av tre barn som inngår i registreringen er meldt til PP-tjenesten i samråd med skolen. Nær hvert 5 barn er meldt i samråd med barnehage.

Helsesøstre ble bedt om å anføre hvem som tok initiativ til kontakt med helsesøster, evt. hvordan kontakt ble initiert. Også her var det mulig å krysse av for mer enn en instans. Resultater for helsestasjoner og skolehelsetjeneste er presentert i tabell 5.12.

Tabell 5.12 Instanser som har tatt initiativ til kontakt med helsesøster, 2002.

Initiativ til kontakt tatt av	Helsestasjoner (n=284)		Skolehelsetjenesten (N=444)	
	antall barn	prosent	antall barn	prosent
Barnet/ ungdommen selv	67	23.6	146	30.8
Barnets pårørende	94	33.1	120	25.3
Venner/ naboer	4	1.4	21	4.4
Barnehage/skole	177	62.3	266	56.1
Som ledd i helsekontroll	62	21.8	65	13.7
Allmennlege	6	2.1	1	0.6
PP- tjeneste	7	2.5	12	2.5
BUP	2	0.7	9	1.9
Andre	20	7.0	34	7.2

* Det var mulig å krysse av for mer enn en instans.

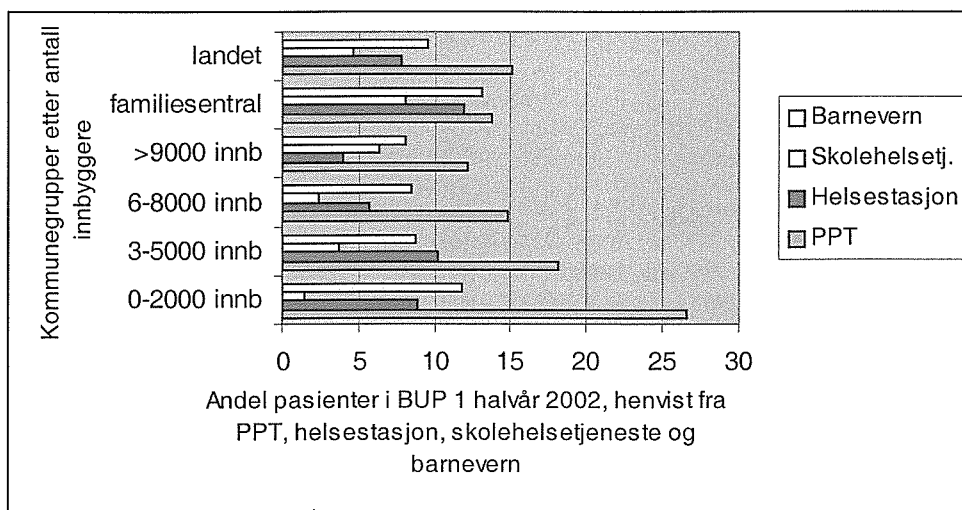
Resultatene viser at skole/barnehage er den instans som hyppigst initierer kontakt med helsesøstertjenesten for barn med psykiske problemer. Godt over halvparten av barna har fått kontakt med helsesøster etter et initiativ fra skolen eller barnehagen. Omlag ett av fire barn tar selv initiativ til kontakt, eller kommer i kontakt med helsesøster via pårørende. Resultatene tyder på at andelen barn med psykiske problemer som identifiseres gjennom rutinemessige helsekontroller er relativt lav.

5.6.2 Kommunale instanser som henvisere til spesialisert psykisk helsevern

De kommunale hjelpeinstanser for barn og unge har en viktig funksjon i forhold til å identifisere barn og unge med alvorlige psykiske problemer som har behov for tiltak fra spesialisthelsetjenesten. I det følgende presenteres statistikk som viser den rolle henholdsvis PPT, helsestasjoner, skolehelsetjeneste, og kommunalt barnevern har som henvisende instanser til spesialisert psykisk helsevern for barn og unge som er bosatt i de kommunene som inngår i denne studien.

Statistikken som presenteres i figur 11.3 er basert på BUP data⁴ for første halvår 2002, som da også tilsvarer den perioden baseline data ble innsamlet. Spesialisert psykisk helsevern for barn og unge omfattet i alt 23 489 saker i første halvår 2002. Fra de kommunene som inngår i denne studien mottok i alt 12 755 tiltak fra 2. linjetjenesten (dette tallet omfatter hele Oslo og hele Trondheim, som i denne undersøkelsen kun inngår med enkelte bydeler). Fordi deltagelse i denne studien fra Oslo kommune er svært begrenset, tatt i betraktning Oslos høyere befolkningstall, er Oslo holdt utenfor i analysene av de kommunale instansene som henvisere. Dette for å gjøre tallmaterialet fra BUP mest mulig sammenlignbart med data-materialet i den foreliggende studien. Datamaterialet fra BUP omfatter da i alt 9522 barn og unge som mottok et behandlingstilbud første halvår 2002.

⁴ BUP-data er innhentet av SINTEF Unimed på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, og i samarbeid med HIADATA AS og Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner



Figur 5.6 Andel barn og unge innen spesialisert psykisk helsevern som er henvist fra PP-tjenesten, barnevernet, helsestasjoner eller skolehelsetjenesten. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002.

Figur 5.6 viser at PP-tjenesten er den av de fire kommunale instansene som har henvist flest barn og unge til spesialisert psykisk helsevern. Andelen pasienter som er henvist fra PP-tjenesten varierer imidlertid noe mellom kommunegruppene. Nær 27 prosent av de pasientene som er bosatt i de minste kommunene er henvist til spesialiserte tjenester fra PP-tjenesten. Videre er pasienter bosatt i små- og mellomstore kommuner oftere henvist fra PP-tjenesten enn pasienter bosatt i de større kommunene.

Det kan videre synes som om kommuner som deltar i forsøket med familiesentraller har et noe annet henvisningsmønster enn de øvrige kommunegruppene i dette utvalget. En relativt høy andel pasienter bosatt i disse kommunene er henvist til spesialisert psykisk helsevern fra både helsestasjoner, skolehelsetjenesten og det kommunale barnevernet, sammenlignet med pasienter bosatt i de øvrige kommunegruppene, og med pasienter i hele landet.

5.6.3 Ventetid for tjenestetilbud ved PP-tjenesten. 2002.

En tilgjengelig tjeneste gir rett hjelp til rett tid, og mål på hvor raskt man kommer i kontakt med tjenesten kan være en indikator på dens tilgjengelighet. Tilgjengeligheten vil trolig variere med kapasiteten og bemanningen ved tjenesten, og knappe ressurser i form mangel på fagfolk kan medføre at barn må vente urimelig lenge på et adekvat hjelpetilbud.

I registreringsskjemaet for barn med psykiske problemer som mottok hjelpetiltak fra PP-tjenesten ble det anført hvor lenge barnet hadde ventet, fra henvisning til oppstart av tiltak.

Tabell 5.13 viser middelveier for ventetid (gjennomsnitt og median) etter størrelse på bostedskommunen.

Tabell 5.13 Middelerverdier for antall uker barnet har ventet på tilbud ved PP-tjenesten. Etter størrelse på bostedskommunen. 2002.

Kommunegruppe ant innb < 18 år	n	Gjennomsnitt antall uker	Median antall uker	SD
0-2000	31	3.8	2.0	4.1
3-5000	233	12.7	4.0	31.1
6-8000	138	6.2	4.0	11.6
>9000	332	9.4	5.0	14.2
Familiesentralkommune	61	8.4	3.0	12.3
Totalt	795	9.5	4.0	20.2
Ubesvart	250			

Resultatene kan tyde på at barn bosatt i de minste kommunene i landet, har kortest ventetid før oppstart ved PP-tjenesten. Den tilsynelatende relativt korte ventetiden i de minste kommune er imidlertid ikke statistisk signifikant forskjellig fra den gjennomsnittlige ventetiden i de øvrige kommunegruppene. I gjennomsnitt venter barn bosatt i kommuner med mellom 3-5000 innbygger lengst på et tilbud fra PP-tjenesten. Standardavviket for ventetid viser imidlertid en betydelig variasjonen i ventetid mellom barn *innen* denne kommunegruppen. Medianverdiene for ventetid varierer fra 2 til 5 uker mellom kommunegruppene, og er høyest i kommuner med mer enn 9000 innbyggere.

Materialet sett under ett viser at den gjennomsnittlige ventetiden på tilbud fra PP-tjenesten er 9,5 uker.

5.6.4 Omfang av iverksatte tiltak for barn og unge med psykiske problemer

Hverken helsesøstervirksomheten eller arbeidet ved PP-tjenesten er beregnet på å skulle behandle sykdom. Begge tjenestene er i hovedsak av forebyggende art, men det ytes i tillegg helsefremmende arbeid som omfatter tiltak for å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter for å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet. Både helsesøstervirksomheten og PP-tjenesten skal henvise barnet til et spesialisert behandlingstilbud dersom symptomer som tilsier behov for behandling blir oppdaget.

Tabell 5.14 viser omfang av ulike tiltaksformer som er iverksatt overfor barn og unge ved hhv PP-tjenesten, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Omfanget er vist som prosentandel barn som mottar de ulike tiltaksformene.

Tabell 5.14 Ulike tiltaksformer ved PP-tjenesten og ved helsesøstervirksomheten. Andel barn som mottar tiltakene⁵ 2002.

Tiltaksformer	PP-tjenesten n=1045		Helsestasjon =284		Skolehelsetjeneste n=474	
	Iverksatt av PPT	Iverksatt av andre	Iverksatt av helses.	Iverksatt av andre	Iverksatt av helses.	Iverksatt av andre
	prosent	prosent	prosent	prosent	prosent	prosent
Samtale barnet	41.7	14.3	59.9	9.9	74.5	16.9
Samtale foreldre	32.2	14.8	76.4	14.1	69.8	18.8
Samtale barn og foreldre	64.0	14.7	26.1	8.1	23.2	10.3
Samtale i grupper			5.3	1.8	6.3	2.7
Undersøkelse utredning	60.9	20.5	12.3	20.4	15.0	16.2
Arb med fagpers i skole/bhg	62.1	6.6	1.6	12.0	11.4	11.8
Tiltak i klasse/bhg.miljø	41.5	12.1	3.5	17.3	5.7	15.8
Tiltak i hjemmemiljø	10.0	14.5	6.0	10.6	5.3	9.9
Tiltak i sosiale nettverk	6.7	9.0	4.2	5.6	3.2	9.9
Videre henvisning	28.8	6.5	20.8	6.6	21.3	14.3
Annet	3.0	1.1	3.5	0.7	2.3	0.4

Samtale med barn og foreldre er den hyppigst iverksatte tiltaksform ved PP-tjenesten, etterfulgt av arbeid med fagpersoner i skole/ barnehage. I tillegg er undersøkelse og utredning andre vanlige tiltaksformer ved denne instansen.

Ulike samtaletiltak er av de tiltak som helsesøster hyppigst har iverksatt, og dette er også de helt klart dominerende tiltaksformene ved helsesøstervirksomheten.

Resultatene viser for øvrig at PP-tjenesten og helsesøstervirksomheten har noe ulike samtaleprofiler; mens PP-tjenesten i større grad gir samtaletiltak med barnet og foreldrene, gir helsesøster oftere samtaler med barnet alene eller foreldrene alene. Den relativt høye andelen barn som omfattes av tiltak i klasse eller barnehagemiljøet blant de som mottar hjelp ved PP-tjenesten, tyder på at denne instansen jobber mer utadrettet enn helsesøster.

Andelen barn som er videre henvist til annen instans er omtrent like høy for PP-tjenesten og helsesøstervirksomheten. Resultatene viser videre at de tre instansene i relativt liten grad jobber nettverksbasert.

5.6.5 Samarbeid mellom instanser om tiltak overfor barn med psykiske problemer

Barns psykiske problem er vanligvis sammensatt, og for å kunne gi et adekvat behandlingstilbud kan det ofte være nødvendig at flere tjenester samarbeider om tiltak. Tilgjengelighet til tjenester kan med andre ord variere med graden av samordning og samarbeid mellom ulike instanser.

I registreringskjemaene som ble anvendt, både ved PP-tjenesten og ved helsesøstervirksomheten, ble utfyller bedt om å registrere hvilke instanser det var igangsatt samarbeid med

⁵ Fordi barn ofte mottar mer enn en type tiltak hadde utfyller av registreringskjemaet anledning til å avmerke flere tiltak for hvert barn.

om tiltak overfor barnet. Tabell 5.15 viser omfang av samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barna som inngikk i registreringen ved de tre instansene.

Tabell 5.15 Samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barn med psykiske problemer. Antall og prosentandel barn med psykiske problemer. 2002.

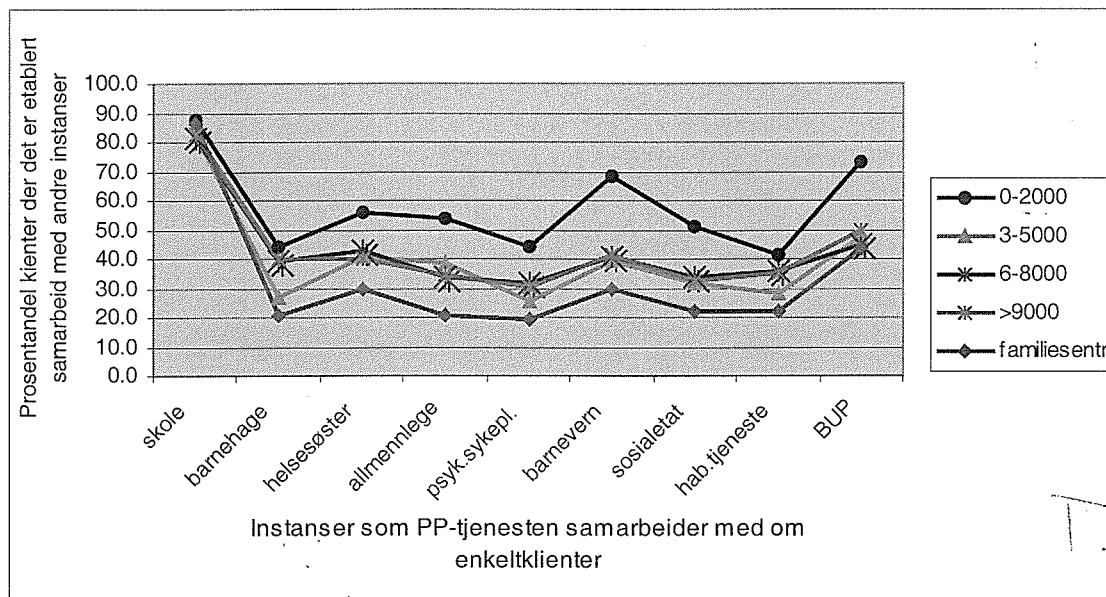
Instanser som det samarbeides med	PPT (n=1045)		Helsestasjon (n=284)		Skolehelsetj.* (n=474)	
	Ant	Pst	Ant	Pst	Ant	Pst
Skole	812	77.7	133	46.8	353	74.5
Barnehage	116	11.1	28	9.9	3	0.6
Allmennlege	101	9.7	163	57.4	249	52.5
Psyk. sykepleier	15	1.4	12	4.2	20	4.2
Barnevern	212	20.3	51	18.0	103	21.7
Sosialetat	68	6.5	6	2.1	13	2.7
Habiliteringstjeneste	68	6.5	12	4.2	8	1.7
BUP	333	31.9	38	13.4	76	16.0
Voksøpsykiatri	9	0.9	6	2.1	2	0.4
Rusomsorg	3	0.3	1	0.4	2	0.4
Somatisk sykehus	38	3.6	21	7.4	16	3.4
Helsesøster	170	16.3				
PPT			77	27.1	96	20.3
Andre	110	10.5	31	10.9	64	13.5

*Etterregistrering av 30 barn fra en kommune er innarbeidet i tabellen

Særlig PP-tjenesten og helsesøster ved skolehelsetjenesten har et utstrakt samarbeid med skolen overfor barn og unge med psykiske problemer. For PP-tjenesten er BUP en annen viktig samarbeids instans, ved at det samarbeides om tiltak for omlag ett av tre barn. Resultatene indikerer at BUP i betydelig mindre grad er en samarbeidende instans for helsesøster.

Helsesøstre samarbeider med allmennlege om tiltak for rundt 50 prosent av barna. Både helsesøster og PP-tjenesten samarbeider med barnevernet om tiltak overfor ca ett av fem barn.

Figurene 5.7, 5.8 og 5.9 viser variasjoner mellom kommunegrupper etter befolkningsgrunnlaget i omfang av samarbeid med andre instanser i forhold til enkeltklienter. Figurene viser prosentandel av de registrerte barna som instansen samarbeider med annen instans om.

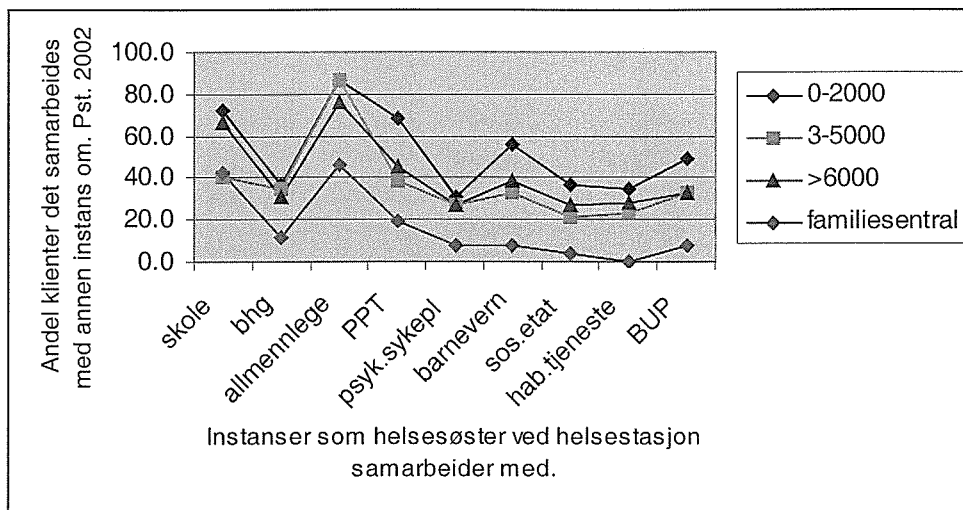


*0-2000 innb. n=41, 3-5000 innb., n=299, 6-8000 innb. N=204, >9000 innb., n=414, fam.sentral kommune, n=87.

Figur 5.7 Prosentandel av brukere med psykiske problemer som PP-tjenesten samarbeider med annen instans om. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002. (n=1045*)

Figur 5.7 viser liten variasjon mellom kommunegruppene i forhold til andel brukere som det samarbeides med skole og barnehage om. Videre, mens det er relativt liten forskjell mellom kommunegruppene av mellomstore og store kommuner i omfang av samarbeid med andre instanser, skiller småkommuner og kommuner som inngår i forsøket med familiesentrer seg fra disse. Sammenlignet med større kommuner, mottar brukere av PP-tjenesten i småkommuner et tilbud som i større grad omfatter et samarbeid mellom flere tilstøtende tjenester. Situasjonen er imidlertid motsatt for kommunegruppen som består av kommunene der en etablerer familiesentrer, bortsett fra grad av samarbeid med BUP, som er på samme nivå som i gruppene med mellomstore og større kommuner.

Figur 5.8 viser tilsvarende sammenligning mellom kommunegrupper for barn som mottar tilbud fra helsesøster ved helsestasjon.

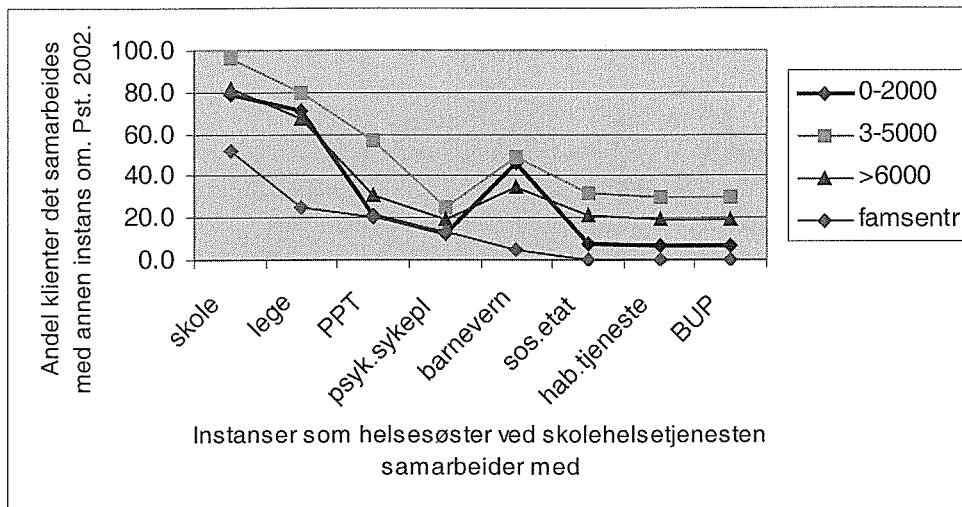


*0-2000 innb. n=76, 3-5000 innb., n=51, >6000 innb. N=133, fam.sentral kommune, n=24.

Figur 5.8 Prosentandel barn og unge med psykiske problemer som helsesøster ved helsestasjon samarbeider med annen instans om. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002. (n=284).

Figur 5.8 viser at småkommuner og kommuner som inngår i forsøket med familiesentraller skiller seg noe fra de to øvrige kommunegruppene med hensyn til hvor stor andel av brukerne som det er iverksatt samarbeid med andre instanser om. I gruppen av kommuner med mindre enn 2000 innbyggere har særlig helsesøster et mer omfattende samarbeid med PP-tjenesten, barnevernet og BUP, enn helsesøstre i de øvrige kommunegruppene. Resultatene viser motsatte tendens i kommuner som inngår i forsøket med familiesentraller, der helsesøster generelt sett synes å samarbeide mindre med de øvrige instansene om tiltak overfor barn med psykiske problemer. Det er imidlertid nødvendig å tolke resultatene fra familiesentralkommunene med forsiktighet da antallet barn som inngår i registreringen er lavt.

I figur 5.9 er omfang av samarbeid mellom helsesøster ved skolehelsetjenesten og andre instanser illustrert.



*0-2000 innb. n=125, 3-5000 innb., n=81, >6000 innb. n=195, fam.sentral kommune, n=43.

Figur 5.9 Prosentandel barn og unge med psykiske problemer som helsesøster ved skolehelsetjenesten samarbeider med annen instans om. Etter egenskaper ved bostedskommunen. 2002. (n=474).

Figur 5.9 viser en svak trendens til at helsesøstre ved skolehelsetjenesten i de mellomstore kommunene, i større grad enn helsesøstre i de minste kommunene og i kommuner som medvirker i forsøket med familiesentraler, samarbeider med tilstøtende tjenester overfor barn med psykiske problemer.

5.7 Ressurser og kompetanse ved tjenestetilbud i kommunen

5.7.1 Personell og kompetanse ved PP-tjenesten

PP-tjenesten er en del av skolesystemet og hjemlet i skolelovgivningen. Tjenesten har likevel en selvstendig stilling vis a vis skolen, og har karakteristika som skiller den fra de øvrige delene av skoleverket. Den har egne ledere, og i de fleste kommunene egen administrasjon. Selvstendigheten innebærer at tjenesten på eget faglig grunnlag kan velge innfallsvinkler til arbeidet, prioritere arbeidsoppgaver, og gjennom dette gi det enkelte PP- tjenestekontor en faglig profil.

I dag er tjenesten organisert i nærmere 300 kontor- og bemannet med ca 1200 fagpersoner (Faglig enhet for PPT).

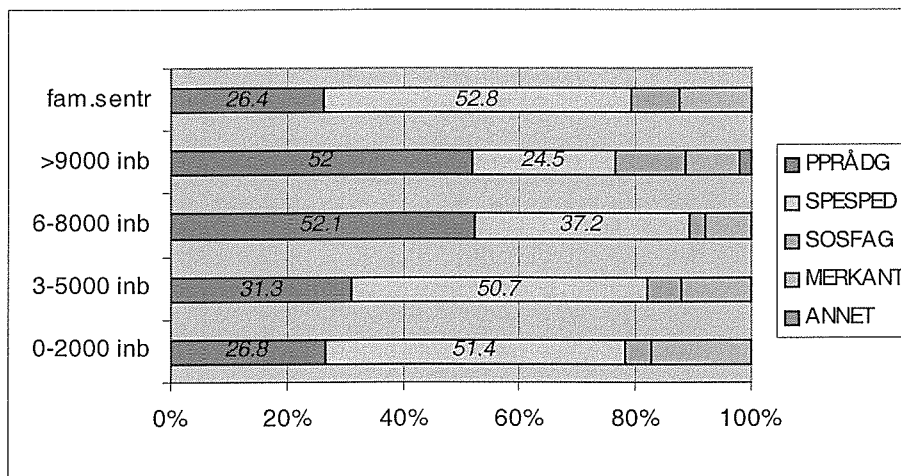
Utviklingen av personellsammensetningen, organiseringen og arbeidsoppgavene til PP-tjenesten vil påvirkes av den skoleutvikling og skoletenkning som stadig foregår lokalt og nasjonalt. Det forventes derfor at både antallet besatte stillinger, samt personellsammensetningen varierer mellom kommunene som inngår i utvalget for denne undersøkelsen. Tabell 5.16 viser gjennomsnittlig antall besatte stillinger etter faggrupper og etter kommunegruppe.

Tabell 5.16 Antall besatte stillinger i PP-tjenesten etter faggrupper. Gjennomsnitt og min- max verdier etter størrelse på bostedskommunen, 2002.

Faggrp	Kommunegrp. ant innb. <18 år 0-2000		Kommunegrp. ant innb. <18 år 3-5000		Kommunegrp. ant innb. <18 år 6-8000		Kommunegrp. ant innb. <18 år >9000		Kommunegrp. Familiesentral-kommune	
	Ant. stillinger		Ant. stillinger		Ant. stillinger		Ant. stillinger		Ant. stillinger	
	Gj. snitt	min-max	Gj. snitt	min-max	Gj. snitt	min-max	Gj. snitt	min-max	Gj. snitt	min-max
PP-rådgiver	1.1	0.0-2.0	2.3	0.0-4.0	5.2	1.0-11.0	9.2	4.0-25.0	2.5	1.0-5.0
Spesial pedagog	1.6	0.8-3.5	3.2	1.0-6.0	3.7	1.0-6.0	4.4	1.0-12.0	5.0	2.0-9.5
Sosialfag. personell	0.6	0.0-1.0	1.0	0.0-1.0	0.3	0.0-1.0	2.1	0.0-6.0	0.8	0.0-2.0
Merkantilt personell	0.7	0.0-1.0	1.0	0.0-2.0	0.8	0.0-2.0	1.7	0.0-3.5	1.2	0.8-2.0
Annet personell	0	0-0	0	0-0	0	0-0	0.3	0.0-4.2	0	0-0
Sum stillinger	3.1	1.5-5.0	6.3	2.7-12.0	10.3	6.0-18.0	18.7	8.0-35.5	9.7	5.0-18.5

Resultater presentert i tabell 5.16 viser i hovedsak sammenhengen mellom kommune-størrelse (antall innbyggere) og størrelse på PP- tjenestekontoret (antall ansatte). Videre går det frem av tabellen at det er stor variasjon mellom kommunene innen hver av gruppene med hensyn til antall ansatte, og fordelingen av de ulike faggruppene ved det enkelte kontor.

Den prosentvise fordelingen av de ulike faggruppene innen hver kommunegruppe er illustrert ytterligere i figur 5.10.



Figur 5.10 Prosentvis fordeling av faggrupper⁶ i PP-tjenesten etter egenskaper ved kommunen.

Figur 5.10 viser at pedagogisk – psykologisk rådgivere utgjør en større andel av personalet ved PP- tjenestekontor i kommuner med relativt høyt befolkningsgrunnlag sammenlignet med mindre kommuner og kommuner som inngår i forsøket med familiesentraler. I de minste kommunene, og i familiesentralkommunene er spesialpedagoger en dominerende faggruppe. Andel av personalet med sosialfaglig bakgrunn er relativt sett høyest i kommuner med flest antall innbyggere.

5.7.2 Tilgjengelige ressurser og kompetanse ved helsestasjoner

De fleste kommunene som inngår i utvalget har gjennom spørreskjemaundersøkelsen gitt opplysninger om totalt antall besatte helsesøsterstillinger og øvrige besatte stillinger ved helsestasjoner i kommunen. For ni kommuner er imidlertid opplysninger om besatte stillinger begrenset til en helsestasjon (blant flere helsestasjoner i kommunen). Tall som presenteres i tabell 5.17 gir en mulighet for å studere eventuelle endringer i personellsituasjonen ved de deltagende helsestasjonene i løpet av planperioden, ved at tilsvarende opplysninger samles inn flere ganger. Tabellen viser gjennomsnittsverdier og spredning (minimum og maksimumsverdier) for antall stillinger for fagpersonell og merkantilt personell etter helsestasjoner i de ulike kommunegruppene.

⁶ Beregningen er basert på antall besatte stillinger på registreringsstidspunktet

Tabell 5.17 Tilgjengelige personellressurser ved helsestasjoner på registreringstidspunktet. Gjennomsnitt og min- max verdier etter egenskaper ved bostedskommunen *. 2002.

Faggrp	Kommunegrp 0-2000 innb. <18 år		Kommunegrp 3-5000 innb. <18 år		Kommunegrp >6000 innb. <18 år		Kommunegrp Familiesentral	
	Ant. stillinger		Ant. stillinger		Ant. stillinger		Ant. stillinger	
	Gj. snitt	Min-max	Gj. snitt	Min-max	Gj. snitt	Min-max	Gj. snitt	Min-max
Helsesøster	2.1	1.0-4.3	5.0	0.3-7.8	4.4	0.9-9.6	3.9	2.6-4.6
Lege	0.3	0-1.0	0.4	0-0.5	0.5	0.0-2.0	0.4	0.3-0.6
Jordmor	0.6	0-1.0	0.8	0.0-2.0	0.6	0.0-1.5	0.4	0.0-0.8
Merkantile	0.5	0-1.0	1.0	0.0-1.6	1.2	0.0-2.3	1.2	1.0-1.4
Andre	0.0	0-0.5	0.6	0.1-1.6	0.2	0.0-0.8	1.0	1.0-1.0
Besatte tot.	3.3	1.6-6.1	7.5	0.5-9.3	6.6	1.5-13.5	6.6	4.8-8.3
Ubesatte tot.	0.3	0-1.2	0.6	0.0-4.0	0.4	0.0-2.0	1.0	0.0-1.5

*Ant. kommuner /helsestasjoner i kommunegruppene er hhv. 12, 12, 14 og 3.

Det fremgår av tabellen at flere av kommunene har ubesatte stillinger ved helsestasjonene. Min- max verdiene viser at det er stor variasjon mellom kommunene innen hver av gruppene.

Det er i tillegg gjort analyser som viser at antall ubesatte stillinger for *helsesøster* summeres til 14 stillinger for de 41 kommunene som inngår i disse analysene. Dette gir et gjennomsnitt på 0.3 ubesatte stillinger per helsestasjon. Gjennomsnitt antall ubesatte stillinger for *helsesøster* varierer fra 0.6 stillinger ved helsestasjoner i kommuner der en etablerer familiesentraler, til 0.4 i kommuner med 0-2000 og 3-5000 innbyggere. Gjennomsnittlig antall ubesatte stillinger for *helsesøster* er lavest (0.2) i de relativt store kommunene (>6000 innbyggere).

5.7.3 Tilgang til screening metodikk

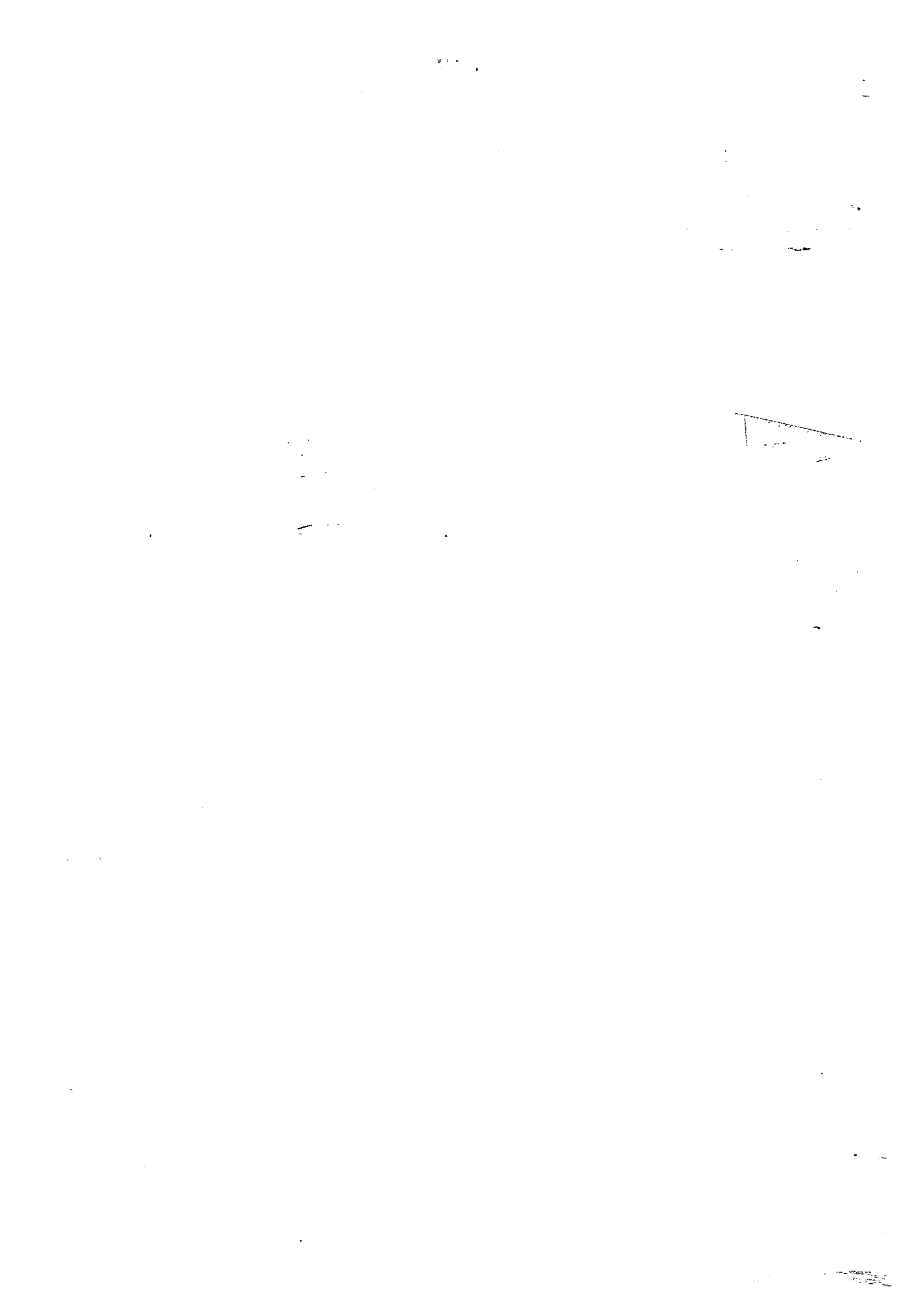
På spørsmål om helsestasjonen besitter metoder for tidlig oppdaging svarte 8 av 42 enheter at de anvendte slike metoder. Det var ingen forskjeller mellom kommunegruppene i andel enheter som anvendte instrumenter for tidlig identifikasjon.

5.8 Relasjoner mellom tilgjengelighet til tjenester og kompetanse ved kommunale hjelpeinstanser

Korrelasjonsanalyser er anvendt for å studere eventuell samvariasjon mellom *type* kompetanse ved PP-tjenesten og tilgjengelighet til tjenesten for barn og unge med psykiske problemer, målt som punktprevalens og årsinsidens. Kompetanse er i disse analysene operasjonalisert som i) prosentandel pedagogisk – psykologisk rådgivere (PP- rådgiver) av totalt antall besatte stillinger ved kontoret, ii) prosentandel personell med sosialfaglig bakgrunn av totalt antall ansatte ved kontoret, iii) prosentandel spesialpedagoger av totalt antall ansatte ved kontoret.

Resultatene viser svake tendenser til negativ samvariasjon mellom tilgjengelighet til PP-tjenesten, målt som årsinsidens, og kompetanse målt som andel PP- rådgivere ($r=-0.24$,

p=0.17) og andel personell med sosialfaglig bakgrunn ($r=-0.15$, $p=0.4$). Det er en positiv korrelasjon mellom andel spesialpedagoger ved PPT- kontoret og årsinsidens ($r=0.28$, $p=0.1$). Ingen av korrelasjonene er imidlertid statistisk signifikante.



6 Oppsummering og diskusjon - resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

En overordnet målsetting med denne studien er å studere virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. En hovedhensikt med den kvantitative delstudien, som omfatter en spørreskjemaundersøkelsen ved PP-tjenestekontor og ved helsesøstervirksomhet, er å innhente opplysninger som kan benyttes for å vurdere omfang av barn og unge med psykiske problemer som er brukere av kommunale hjelpeinstanser, hvilke karakteristika disse brukere har, og hva som kjennetegner det tilbudet de får. Disse opplysningene utgjør baselinedata, og et utgangspunkt for å studere eventuelle endringer i tilgjengelighet av tjenester for barn og unge løpet av de fire neste år av planperioden.

Volūmet, eller antall barn og unge med psykiske problemer som er brukere av PP-tjenesten og helsesøstervirksomhet er analysert i forhold til befolkningsgrunnlaget. Disse analysene er gjort separat for hver av de tre instansene som inngår i undersøkelsen. Både punktprevalens, eller antall barn med psykiske problemer som er registrert i forhold til befolkningen i aldersgruppen, og estimert ett-års insidens, som er en beregning av antall nye brukere per år, viser først og fremst at det er stor variasjon mellom kommuner med hensyn til omfanget av barn og unge med psykiske problemer som mottar hjelp fra de aktuelle instansene.

Slik variasjon kan være et uttrykk for at tilgjengelighet av tjenester varierer med egenskaper ved kommunen, som f.eks. organisering av de kommunale tjenestene, og hvilke samarbeidsformer instanser som jobber med risikoutsatte barn og unge har. Variasjonen kan også skyldes forhold som er spesifikke for den enkelte tjeneste, som f.eks. kompetanse om, - og erfaring med psykiske problemer hos barn og unge. Nærmere analyser av det kvalitative datamaterialet i denne studien vil kunne bidra til en bedre forståelse av hvilke faktorer som har betydning for tilgjengeligheten av tjenester.

Det gjennomsnittlige estimat ev antall nye brukere per år for kommunegrupper, summert fra hver av de tre instansene som inngår i studien, viser at mellom 2.5 prosent og 7.9 prosent av befolkningen i aldersgruppen vil være nye brukere av disse tjenestene i løpet av ett år. I vurdering av volum må en ta i betraktning at det i tillegg til de nye brukere også er barn med langvarige problemer, som følges opp av helsesøstervirksomheten og PP-tjenesten over flere år. Til sammenligning var 1.3 prosent av barne og ungdomsbefolkningen nye brukere av det spesialiserte psykiske helsevernet i 2001.

Den gjennomsnittlige punktprevalensen for kommunegrupper, summert for de tre instansene, varierer mellom 1.2 prosent og 3.4 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen. Dette uttrykket for volum kan virke lavt når det relateres til resultater fra internasjonale studier som har antydnet at omlag 15 prosent av barne og ungdomsbefolkningen har milde former for psykiske problemer, med behov for hjelp fra primærhelsetjenesten (f.eks. Offord, 1999; Olsson & von Knorring, 1999; Lavigne, 1996; Steinhausen et al., 1998).

Mulighetene for å vurdere av mål på volumet, i forhold til antatt forekomst i befolkningen, er imidlertid begrenset ut i fra flere forhold, hvorav noen er relatert til metodiske begrensninger i denne studien. Ett forhold er at denne studien omfatter barn og unge med psykiske problemer som det arbeides direkte med, dvs der en treffer/ observerer barnet og/eller barnets foresatte. Det er grunn til å tro at et betydelig antall barn får hjelp indirekte, f.eks. gjen-

nom telefonsamtaler med helsesøster. Det er også grunn til å bemerke at denne studien ikke fanger opp barn og unge med psykiske problemer som mottar hjelp fra allmennleger.

Det hefter i tillegg en rekke potensielle feilkilder ved kunnskap innhentet gjennom denne typen undersøkelser, og særlig en vurdering av dataene pålitelighet bør få en plass ved tolkning av funnene. Det er blant annet nødvendig å vurdere validiteten ved det foreliggende datamaterialet vedrørende volumet av brukere. Et aktuelt spørsmål er hvorvidt de valgte registreringsperiodene er representative for virksomheten ved de aktuelle instansene. Instanser som meldte tilbake at registreringen ikke ville gi et korrekt bilde av deres daglige aktivitet ble ekskludert fra analyser av volum. En har imidlertid ikke hatt mulighet for ytterligere kontroll av representativiteten.

Vurdering av validitet eller gyldighet er også aktuelt i forhold til det utvalget av barn og unge som denne undersøkelsen omfatter, og da særlig i forhold til den operasjonelle definisjonen av begrepet *psykisk problem* som er anvendt (begrepsvaliditeten⁷). Det finnes ingen konsensus om, eller objektive kriterier for hvordan et psykisk problem skal defineres. Dette skyldes i stor grad at det generelt er vanskelig å skille mellom normal fungering og patologisk fungering. Symptomer på avvik kan være spesielt vanskelige å avdekke hos barn. Voksne kan ofte selv kan avgjøre hvorvidt profesjonell hjelp er nødvendig for behandling av symptomer på psykiske problemer. Et barn vil ikke ha forutsetninger for slik selvinnsett. Barn vil også for eksempel i mindre grad enn voksne kunne rapportere om psykiske problemer. Epidemiologiske studier anvender ofte kriterier for psykiske problemer fra DSM (IV)⁸, gjennom objektive spørreskjemaundersøkelser og eller kliniske intervju. Ved studier av barn er ofte foreldre og lærere trukket inn i vurderingen. Flere epidemiologiske studier av forekomst av psykiske problemer hos barn viser til dels store avvik i rapportering fra foreldre og lærere. Manglende samtidig validitet⁹ gir en usikkerhet ved tolkning av resultatene. Forskerne Schahill & Schwab (2000) har presentert en samlet oversikt over studier av forekomst av ADHD i barne- og ungdomsbefolkningen. Resultatene viser at prevalensrater varierer fra 2 prosent til 17 prosent i disse studiene. Forskerne peker på at den store variasjonen mellom studier i rapporterte prevalensrater i hovedsak skyldes bruk av ulike informanter, ulike utvalgsprosedyrer og ulike diagnostiske definisjoner.

Den metodiske fremgangsmåten som er valgt i denne studien er dels basert på egen vurdering av helsetilstand, dels på foreldre, læreres og fagfolks vurdering av barns psykiske helse. Den kvalitative vurderingen som ligger til grunn, f.eks. for at en henvisning til PP-tjenesten utløses, vil kunne variere med kompetanse og erfaring i skolesektor, og/eller hos helsesøster om barns psykisk helse. Til tross for de begrensninger som først og fremst ligger i at det ikke er brukt en standardisert metode for å kartlegge barn og unge med psykiske problemer, anses metoden som egnet, fordi det i stor grad er individuelle skjønnsmessige vurderinger som ligger til grunn for daglige beslutninger om psykiske helsevern tiltak.

Det er i tillegg viktig å erkjenne at vår kunnskap per i dag om forekomst av psykiske problemer hos barn og unge i stor grad er basert på utenlandske studier. Fordi forekomst av psykiske problemer vil kunne variere med sosiale og kulturelle forhold, i ulike lokalsamfunn og i forhold til urbaniseringsgrad (Lavik, 1976; Rutter et al., 1975, Zahner et al., 1993; Wichstrøm et al., 1996), er det høyst usikkert om utenlandske forskningsfunn er generaliserbare og representative for norske forhold. Vurderinger av antallet barn og unge med psykiske problemer som mottar hjelpetiltak i relasjon til antatt behov bør derfor gjøres med forsiktighet, i påvente av resultater fra norske befolkningsstudier om utbredelse av psykiske problemer hos barn.

Analyser av brukernes demografiske kjennetegn viser en noe ulik kjønns- og aldersfordeling ved de tre instansene som inngår i studien. Gutter i alderen 6 til 12 år er en dominerende brukergruppe ved PP-tjenesten, mens jenter over tolv år er den største gruppen brukere ved

⁷ Begrepsvaliditet er uttrykk for i hvilken grad de man observerer er et sant uttrykk for de man vil måle.

⁸ Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1994).

⁹ Samtidig validitet (concurrent validity) uttrykker sammenfallet mellom det man måler og et eller annet kriterium.

helsesøstervirksomheten. Slike funn henger trolig sammen med at psykiske problemer arter seg ulikt hos gutter og jenter. En rekke studier har vist at forekomst av utagerende atferdsproblemer er betydelig høyere hos gutter enn hos jenter (f.eks. James & Taylor, 1990; Berry et al., 1995; Gaub & Carlson, 1997) og at denne kjønnsforskjellen synes å være spesielt tydelig i 6-12 års alderen (Andersson, 2003). Barns atferdsproblemer kan være spesielt synlige i en klasseroms- setting, og vil ofte virke forstyrrende på lærings situasjonen. Fordi PP-tjenesten er den kommunale instans med best kompetanse om barns læring, og med dens sammensetning av fagpersoner med både psykologi og spesialpedagogikk, er den naturlig en sentral instans som skole og foreldre henvender seg til når barn har problemer i skolesammenheng. De foreliggende resultatene viser da også at skole og barnehage er de instanser som hyppigst bidrar til at barn henvises til PP-tjenesten.

Helsesøstertjenesten på sin side representerer i større grad et lavterskel- tilbud, et sted barn og ungdom kan henvende seg direkte for å få hjelp når problemer oppstår. Resultatene viser at en stor andel av barn og ungdommer som helsesøster er i kontakt med har tatt initiativ til dette selv. Resultatene viser videre at ungdoms søken etter hjelp fra helsesøster ofte er forbundet med emosjonelle problemer, som tristhet og depresjoner. Forekomst av slike problemer kan være relatert til utviklingsmessige faktorer, som modning og pubertet. Det forhold at jenter har en høyere modningsrate enn gutter (Eme, 1992), kan dermed forklare at jenter er en dominerende brukergruppe ved skolehelsetjenesten.

Den kommunale hjelpetjenesten skal i tillegg til å bistå barn med milde former for psykiske problemer også kunne identifisere tegn på alvorlige psykiske problemer, og henvise videre de som har behov for spesialiserte behandlingstilbud. Ansatte ved PP-tjenesten har angitt at nær 40 prosent av barn med psykiske problemer som de treffer har problemer av alvorlig karakter. Ved helsesøstertjenesten har omlag 20 prosent av barna et alvorlig problem.

I underkant av halvparten av barn som inngår i studien bor sammen med begge foreldrene, og i alt 67 prosent av barna har en kjent risikofaktor i sitt oppvekstmiljø. Nasjonal barnestatistikk fra SSB viser til sammenligning at 76 prosent av norske barn i denne aldersgruppen bor med begge sine foreldre (SSB, Befolkningsstatistikk). Resultatet som viser relasjoner mellom familiesituasjon og psykiske problemer hos barn er i overensstemmelse med internasjonale studier som har dokumentert en sammenheng mellom barns oppvekstmiljø og barns tilpasningsvansker (f.eks. Brenner & Fox, 1998; Fox et al., 1995; Andersson & Sommerfelt, 2001).

Analyser av kjennetegn ved det psykiske helsearbeidet i kommunene viser at særlig PP-tjenesten har en viktig rolle som henviser til det spesialiserte psykiske helsevernet. Resultatene tyder imidlertid på at PP-tjenestens rolle som henviser varierer med befolkningsgrunnlaget i barnets bostedskommune. BUP- data viser at også barnevernet og helsesøstervirksomheten er sentrale instanser i forhold til henvisning til BUP.

En tilgjengelig tjeneste gir rett hjelp til rett tid. Analyser av ventetid for tilbud fra PP-tjenesten viser at ventetiden vanligvis er mellom 2 til 5 uker. Resultatene avdekker imidlertid at det er betydelig variasjon i hvor lenge et barn må vente på tilbud fra PP-tjenesten. Analyser av hvilke tiltaksformer som iverksettes overfor barn med psykiske problemer viser at PP-tjenesten relativt hyppig gjennomfører undersøkelser og utredning, i tillegg til å yte bistand overfor fagpersoner i skolen og barnehagen. Det er liten variasjon mellom kommuner i hvor stor grad PP-tjenesten samarbeider med skole og barnehage om tiltak overfor barna. Resultatene tyder imidlertid på at PP-tjenesten har et mer utstrakt samarbeid med øvrige instanser i småkommuner sammenlignet med større kommuner, og med kommuner der man etablerer en familiesentral. Geografiske nærhet mellom instanser som arbeider med risikoutsatte barn kan forklare noe av dette. Hvilke faktorer som har betydning for samarbeid mellom instanser vil for øvrig bli analysert nærmere på grunnlag av det kvalitative materialet som foreligger i denne studien.

Samtale med barnet eller foreldrene er de hyppigst iverksatte tiltaksformene ved helsesøstertjenesten. Mens helsesøster samarbeider relativt lite med BUP, samarbeider hun derimot oftere med allmennleger. Både PP-tjenesten og helsesøstervirksomheten

samarbeider imidlertid relativt hyppig med barnevernet om tiltak overfor barn og unge med psykiske problemer.

Analyser av fagsammensetning og personellsituasjonen ved PP-tjenesten viser at fagkompetanse varierer med kommunestørrelse. Pedagogisk- psykologisk rådgivere utgjør en større andel av fagpersonalet ved PP-tjenesten i relativt store kommuner sammenlignet med mindre kommuner, mens spesialpedagoger er en dominerende faggruppe i de mindre kommunene. Analyser av tilgjengelige personell ressurser ved helsestasjonene viser at flere av helsestasjonene som inngår i denne studien har ubesatte stillinger for helsesøster.

Opptrappingsplanen skal bidra til at tilbudet til barn og ungdom med psykiske problemer styrkes. Virkemidlene er økt støtte til psykososiale tjenester og helsesøstervirksomhet. De foreliggende resultatene gir et grunnlag for vurdering og evaluering av eventuelle endringer i omfang og type av barns problemer, og av det psykiske helsearbeidet som gjøres i kommunene i løpet av planperioden.

7 Kunnskap fra dybdeintervjuene

7.1 Innledning

Gjennom dybdestudien ønsker vi å undersøke to forhold;

- om tilgjengelighet av tjenester varierer med kompetansenivå og type kompetanse i førstelinjetjenesten;
- og om tilgjengelighet av tjenester er relatert til ulike samarbeidsformer mellom kommunale og fylkeskommunale instanser.

Vi har belyst dette gjennom semistrukturerte intervju med ledende fagfolk innen fire tjenester; de tre kommunale tjenestene helsesøstertjenesten, pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT), barnevern og den geografisk ansvarlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken.

I foreliggende rapport har vi av ressurs hensyn konsentrert oss om å identifisere fenomener informantene direkte eller indirekte mener har betydning for våre to problemstillinger. Analyser av utbredelsen av, og om mulig hvor stor relativ betydning det enkelte fenomen har, vil vi komme tilbake til i senere rapporter.

7.2 Metode og materiale

7.2.1 Utvalg og utvalgsprosedyre for intervjuundersøkelsen

Kommunene som inngår i den kvalitative delen av studiet er for det første valgt ut fra at de deltar i den kvantitative delen av studien. Deretter ble det foretatt et strategisk utvalg etter kommunestørrelse (målt i antall innbyggere), slik at både storbyer, mellomstore byer og små kommuner er representert i utvalget. Totalt inngår 12 kommuner i det felles materialet for SINTEF Unimed, NIBR og UiTø. I årets rapport inngår bare en analyse av de tre kommunene SINTEF Unimed har gjennomført intervjuer i. En av kommunene er en større bykommune, en er en mellomstor by og en er en mellomstor landkommune.

7.2.2 Gjennomføring av intervjuene

Vi gjennomførte semistrukturerte intervju med ledere og ansatte i barnevernet, helsesøstertjenesten og PPT i de aktuelle kommunene, samt faglig ledelse ved den tilhørende barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken. Intervjuene ble i all hovedsak gjennomført i siste halvdel av 2002, men to intervju måtte av praktiske grunner utsettes til tidlig i 2003. Alle instanser ble tilskrevet med informasjon om prosjektet, og ble senere kontaktet telefonisk. Vi ba om å få intervju leder og en erfaren medarbeider innen hver av tjenestene sammen, men det viste seg ikke å være mulig alle steder. De fleste stedene stilte lederen opp. Ved to av instansene stilte en erfaren medarbeider i stedet for leder, og ved seks av stedene stilte bare en person opp til intervjuet. Totalt inngår 18 informanter i materialet. Intervjuene ble tatt opp på bånd, etter at informantene ga sitt samtykke, og er nå under utskrivning for mulig

senere fulltekstanalyse. Foreliggende analyser er basert på notater og delvis gjennomhøring av bånd.

7.2.3 Intervjuguiden

Intervjuguiden er utformet i et samarbeid mellom NIBR og UiTø, slik at vi gjennom intervjuene dekker tematiske områder for alle de tre prosjektene. Intervjuguiden er delt i to deler; en generell del alle instanser ble spurt om, og en spesiell del tilpasset hver enkelt del-tjeneste. Den generelle delen omfattet

- bakgrunnsspørsmål om informantene,
- spørsmål om
 - tilgjengelighet
 - Opptrappingsplanen
 - bemanning, organisering og lokalisering av de kommunale tjenestene samt prosessen fram mot dagens organisering
 - å vurdere organisering, lokalisering og ledelsen – dets betydning for tilgjengelighet
 - å vurdere ansattes kompetanse i forhold til arbeidsoppgaver
 - brukeres og ansattes fornøydhet
 - familiesentraler
 - noen overordnede vurderinger av tilgjengelighet.

Den spesielle delen omfattet spørsmål om

- kapasitet ved egen og tilstøtende tjeneste
- tjenesteinnhold og organisering, med særlig vekt på omfang av og innhold i samarbeidet med andre instanser. Innholdet var utdypet i forhold til de øvrige tre instanser som inngår i undersøkelsen.
- å vurdere samarbeidet
- problemområder/typer saker.

På slutten av hver av delområdene, i både den generelle og spesielle delen, ba vi informantene vurdere hvilken betydning dette delområdet hadde for tilgjengelighet.

Intervjuene tok mellom 1 ½ og 2 ½ time.

7.3 Definisjon av tilgjengelighet.

I et eget spørsmål ble informantene spurt om begrepet tilgjengelighet. Vi startet spørsmålet med å redegjøre for vårt hovedfokus; tilgjengelighet til samt fleksibilitet i tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Vi ba de deretter om å si hvordan de tenkte rundt tilgjengelighet, og hvordan de definerte god tilgjengelighet.

Informantene var særlig opptatt av tilgjengelighet som ventetid, dvs. hvor lenge man måtte vente før man fikk et tilbud. God tilgjengelighet innebar dermed at tjenesten hadde kort ventetid. Flere tiltak var iverksatt for å redusere ventetiden, og dermed bedre tilgjengeligheten. Selv om ventetiden for å få et tilbud kunne være lang, eksempelvis 6 måneder, hadde flere utviklet ordninger hvor man tilbød en forsamtale eller førstegangssamtale i løpet av et par uker. Tilsvarende ordninger fantes også ved en BUP, hvor en ga rask tilbakemelding til henviser etter en slik forsamtale.

Vi introduserte en mer omfattende definisjon av tilgjengelighet, som i tillegg til rask tilgang også inkluderer hvorvidt en får adekvat hjelp og/eller den hjelpen en føler behov for. Informantene var mindre opptatt av denne tilleggsdimensjonen, selv om de var enige i at den var viktig.

Det er rimelig å forvente at deres operative definisjon, slik den her framkommer, vil være styrende i forhold til hvordan de arbeider for å bedre tilgjengeligheten. En hypotese, som kan testes ut i neste intervjurunde, vil derfor være at de framover primært arbeider for å bedre tilgjengeligheten ved å redusere ventetiden.

7.4 Samarbeidsformer og tilgjengelighet

En viktig hensikt med intervjuene var å gi grunnlag for en nærmere forståelse av hvilke mekanismer og faktorer i samarbeid mellom instanser som er av betydning for tilgjengelighet av tjenester. Selv om det interne samarbeidet også har konsekvenser for tilgjengelighet, vil vi i denne omgang belyse trekk ved det eksterne samarbeidet. Informantene var særlig opptatt av tilgjengelighet forstått som ventetid; jo kortere ventetid, jo bedre tilgjengelighet. Hvilke trekk ved det eksterne samarbeidet kan identifiseres som betydningsfulle for ventetidstilgjengelighet?

Et forhold som ble omtalt var det en kan kalle potensielt felles klienter, eller gråsoneproblematikk. Disse pasientene kunne ideelt sett sluses til den av tjenestene som har best kapasitet (kortest ventetid). Selv om flere identifiserte dette som et viktig virkemiddel, er det en krevende samarbeidsform. For å få dette til å fungere er man for det første avhengig av løpende kontakt om kapasiteten i hverandres tjenester, fortrinnsvis både på ledelses- og behandlernivå. Her var det stor variasjon, og ikke nødvendigvis bare mellom kommuner. I en kommune hadde BUP-poliklinikken månedlige møter med deler av det kommunale apparatet. De hadde en klar opplevelse av at de som ikke deltok hadde en lite oppdatert forståelse av BUP'ens ventetid. For det andre må det også være en form for konsensus om hva denne gråsoneproblematikken består i. Et eksempel er utredningsarbeid, hvor PPT og BUP-poliklinikken kan ha delvis overlappende praksis, men ikke nødvendigvis være enig om hvor arbeidsdelingen bør gå. Et eksempel på utfordringene knyttet til denne samarbeidsformen var en BUP som prioriterer etter alvorlighetsgrad, og hadde laget seg en inndeling i gruppe I og gruppe II. Det mest omtalte i gruppe II i intervjuet var ADHD av "lettere" grad, som de mente i større grad burde være PPTs ansvar.

En annen samarbeidsform hvor en adresserte ventetidstilgjengeligheten var i forhold til allerede etablerte pasientforhold (som fikk faglig sett utilfredsstillende tilbud) i en tjeneste. Her ble det gitt veiledning fra mer kompetente tjenester, i påvente av at denne tjenesten kunne ta over oppfølgingen. På denne måten fikk pasienten et tilbud, om enn suboptimalt, raskere. Alternativet ville vært å avslutte, eller ikke påbegynt, det første tilbudet i påvente av det mest kompetente, for pasienten sannsynligvis et dårlig alternativ.

Denne samarbeidsformen ble også anvendt i forhold til *tilgjengelighet forstått som adekvat hjelp*. Ved å tilføre en tjeneste økt kompetanse gjennom veiledning ble denne tjenesten i stand til å yte adekvat hjelp i forhold til flere typer problematikk. Et eksempel på slikt samarbeid var tilbud fra en BUP til helsesøstertjenesten om opplæring i behandlingsmetoder overfor barn med konsentrasjonsvansker.

Det største behovet for samarbeid i forhold til denne tilgjengelighetsformen er en annen form for slusing; hvilken tjeneste bør ut fra faglige hensyn følge opp denne pasienten videre (etter en første kontakt)? Flere modeller for samarbeid ble trukket fram i intervjuene. Den vanligste formen er henvisningen, hvor en skriftlig beskriver problematikken, og ber den aktuelle tjenesten følge opp videre. Dette blir ofte opplevd som en nokså tungrodd samarbeidsform, som kan ta lang tid å behandle, og hvor en ikke er sikker på hvordan saken blir fulgt opp videre. I en kommune hadde lederne for de tre tjenestene ukentlige møter hvor de blant annet tok opp tvilstilfeller, som det riktignok ikke var så mange av, og avgjorde videre oppfølging. Dette samarbeidet involverte ikke BUP-poliklinikken. En poliklinikk hadde et inntaksteam som kalte inn henvisende instans (og ofte foreldre) til en samtale hvis de var

usikker på om dette var deres eller andre instansers problematikk. Disse to samarbeidsformene var i tillegg langt raskere enn henvisning, og bidrar derfor sannsynligvis også til bedre tilgjengelighet forstått som ventetid.

7.5 Organisatoriske løsninger

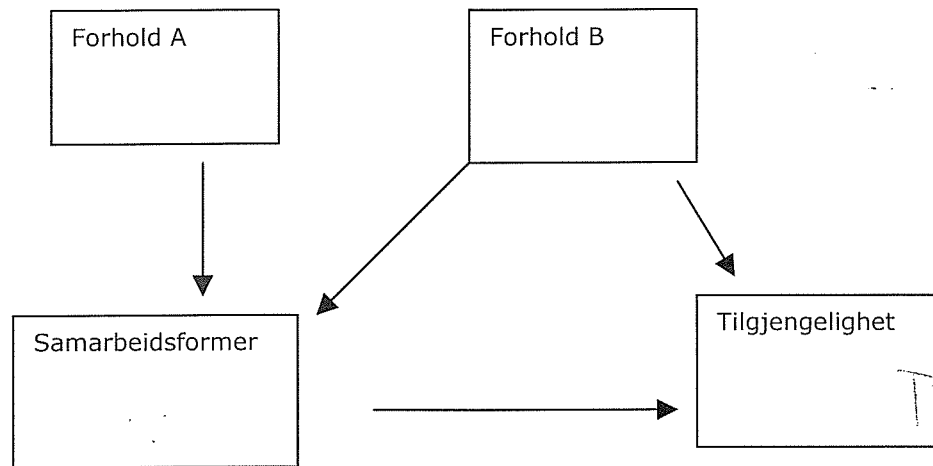
I alle de tre kommunene har en i de siste par årene gjennomført store organisatoriske endringer. To av kommunene har endt opp med barn og familieenheter, mens den tredje har opphevet etatsnivået og likestilt alle deler av tjenesteapparatet i såkalte resultatenheter (totalt ca 140). Endringene er av ny dato, og i følge informantene var det derfor ennå ikke mulig å trekke klare konklusjoner med hensyn til konsekvenser for blant annet tilgjengelighet. Dette vil bli fulgt opp i senere intervjuer.

Omorganiseringene hadde etter informantenes oppfatning primært hatt et økonomifokus. Ved å fjerne mange mellomledere har en ønsket å spare en del ressurser. I den grad det hadde vært ideologiske begrunnelser ble disse i hovedsak opplevd som noe som ble heengt på omorganiseringen underveis i prosessen. Samtidig var det delte oppfatninger i kommunene med familie og barn-organisering om hvorvidt den ideologiske begrunnelsen for en slik organisering faktisk var i tråd med behovene. Det var samtidig stor enighet om at en ideologisk betinget organisering i seg selv ikke bidro noe særlig. Utfordringen lå i hvilke praktiske konsekvenser en slik organisering skulle få. Flere mente derfor at en var avhengig av en prosess både innad i de enkelte deltjenestene, og for enheten samlet, hvor en kunne drøfte dette åpent. En slik prosess måtte ledes, noe en ikke hadde prioritert i løpet av den korte tiden omorganiseringen hadde vart.

Lokalisering og organiseringens konsekvenser er med andre ord mangetydig - et spørsmål som står åpent til senere er om barn- og familieorganiseringen nødvendigvis gir bedre tverretattlig samarbeid?

7.6 Forhold som påvirker forholdet mellom samarbeid og tilgjengelighet

Gjennom intervjuene framkom flere forhold som påvirket sammenhengen mellom samarbeid og tilgjengelighet. Grovt sett kan de kategoriseres i to grupper; forhold som påvirker samarbeidsformene, og derigjennom tilgjengelighet, og forhold som både påvirker samarbeidsformene, og i tillegg tilgjengelighet direkte. Dette kan illustreres i følgende modell:



7.6.1 Geografisk nærhet

Geografisk nærhet er framholdt som en viktig stimulans i forhold til samarbeid. I de tre kommunene er den geografiske plasseringen svært forskjellig. En kommune har all "vår" kommunale virksomhet plassert i en bygning. To av tjenestene er plassert i samme etasje, mens den tredje ligger en etasje under. Den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken er i en egen bygning ca 50 meter unna. I motsatt ytterlighet finner vi en annen kommune, hvor de fire tjenestene er spredt over hele kommunen, men hvor spesialisttilbudet er lokalisert til kommunen. Den tredje er i en mellomposisjon, hvor de kommunale tjenestene er lokalisert delvis i samme, delvis i ulike bygg, men innen 100 meters avstand. Spesialisttilbudet ligger i en annen kommune, ca tre mil unna.

Hvilken betydning mente så informantene selv at geografisk nærhet hadde for samarbeid? Det er vanskelig å spore noen entydighet i svarene, det er hverken en nødvendig eller tilstrekkelig forutsetning for godt samarbeid. Det virker likevel som om den geografiske nærheten skal være svært nær for at den har direkte, positiv betydning i seg selv. Der alle kommunale tjenester lå i samme bygg, hvorav to i samme etasje, ble trappen identifisert som en barriere for daglig, tilfeldig kontakt. Fordi en er avhengig av kontakt mellom tjenestene for å gi et koordinert tilbud, både på saksbehandler- og ledernivå, må det utvikles samarbeidsrelasjoner uavhengig av fysisk lokalisering. Svært nær geografisk lokalisering gir en tilleggsgevinst i form av bedre mulighet for uformelt samarbeid. I den grad uformelt samarbeid gir bedre tilgjengelighet er tett geografisk samlokalisering å foretrekke.

I to av kommunene viste enkelte informanter til at de hadde et felles kommunalt informasjonstilbud, hvor innbyggerne kunne henvende seg og få informasjon om alle tjenestetilbud i kommunen. I den ene kommunen ble dette beskrevet som et viktig supplement til tjenestetilbudsnærhet for befolkningen, mens det i den andre kommunen tilsvarende kompenserte for stor spredning av tilbudet.

7.6.2 Eksterne og historiske føringer for samarbeid

De fire tjenestene vi har intervjuet har alle barn og unge som sitt primære ansvarsområde, om enn med ulike innfallsvinkler. Graden av samarbeid vil blant annet være påvirket av om

dette ansvarsområdet på forskjellig vis (organisatorisk, styringsmessig og juridisk) er identifisert som et kollektivt anliggende, eller om slike eksterne og historiske føringer virker desintegrerende. For å belyse dette beskrives hver av de fire deltjenestene kort i forhold til tradisjonell organisasjonstilknytning, lovverk og nasjonal styringsmyndighet.

Helsesøstre

Helsesøstre har tradisjonelt vært en del av de kommunale helsetjenestene. Organisatorisk har dette vært løst på mange måter, men ofte har de vært en del av helseetaten sammen med de kommunale legetjenestene. Deres primære lovverk er Lov om kommunehelsetjenesten av 1982, og nasjonal styringsmyndighet er Helsedepartementet.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Pedagogisk-psykologisk tjeneste har tradisjonelt tilhørt den kommunale skoleetaten. Deres primære lovverk er Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringsloven) av 1998. Nasjonal styringsmyndighet er Utdannings- og forskningsdepartementet.

Barnevernet

Barnevernet har tradisjonelt tilhørt den kommunale sosialetaten (som de i sin tid sprang ut av). Deres primære lovverk er Lov om barneverntjenester. Nasjonal styringsmyndighet er Barne- og familiedepartementet.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene har tradisjonelt vært autonome enheter i den fylkeskommunale spesialisthelsetjenesten, selv om det på landsbasis også har vært andre modeller. Deres primære lovverk er Lov om spesialisthelsetjenesten av 1999 og Psykisk helsevernloven av 1999. Nasjonal styringsmyndighet er Helsedepartementet.

Som det framgår av denne svært korte gjennomgangen har de fire deltjenestene tradisjonelt vært organisatorisk forankret i forskjellige enheter innen offentlig forvaltning (delvis også forskjellig forvaltningsnivå). På samme måte har tjenestene forskjellig lovverk, og de har, med unntak av helsesøstertjenesten og BUP, hvert sitt departement som sin nasjonale styringsmyndighet. Slik sett peker de fleste eksterne og historiske føringer i retning av lokal desintegrasjon av arbeidet i forhold til barn og unge med psykiske problemer.

Gjennom intervjuene med informantene ble de eksterne og historiske føringene hyppig framholdt som viktige for hvordan de så på dagens organisering og hvilke arbeidsoppgaver de anså som viktigst.

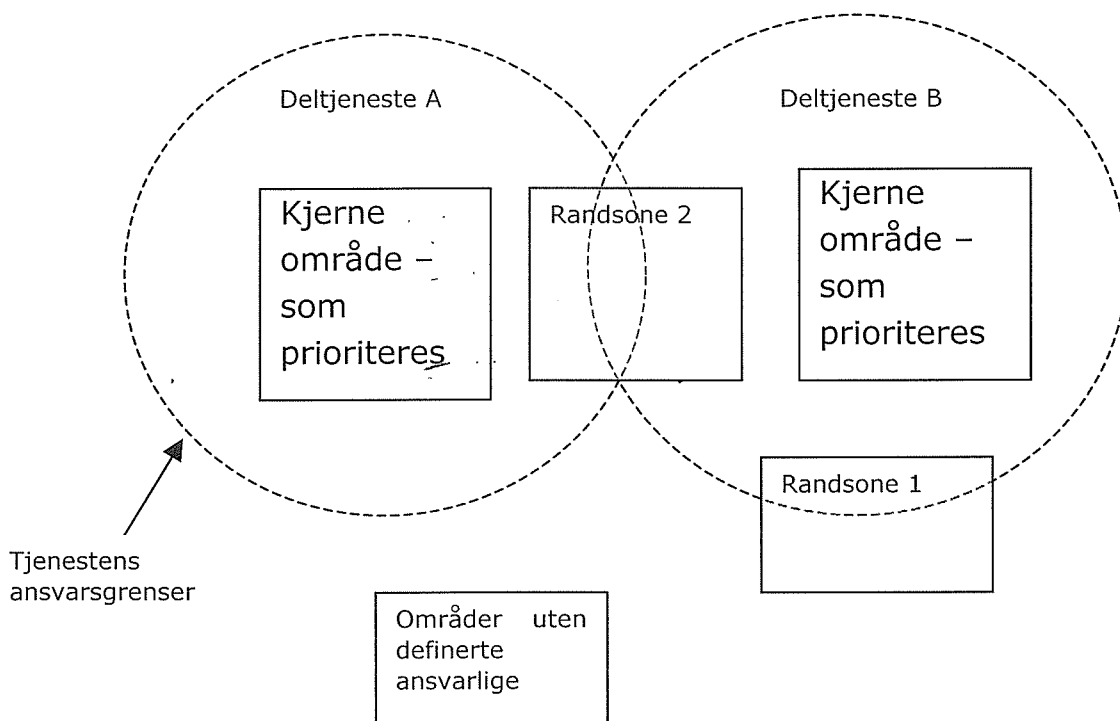
Eksempelvis ble det fra enkelte PPT-ansatte vist til at den nye organiseringen i en barn- og familieenhet ikke ivaretok deres fortsatt viktigste samarbeidsrelasjon; skolesamarbeidet. Tilsvarende mente også informanter fra barnevernet at de hadde fått til dels betydelig dårligere samarbeid med den øvrige sosialtjenesten som følge av denne omorganiseringen.

Det blir i de neste årene interessant å se om disse oppfatningene er "overgangs fenomener", bunnset i en universell skepsis til endring, eller om det er uttrykk for at slike nye, overordnede barn- og familieorganiseringer er skrivebordskonstruksjoner mer enn funksjonelle enheter. På lokalt plan blir det dermed viktig å fange opp hvilke skritt som tas for å overvinne disse hindringene. Samtidig slutfører Helsedepartementet nå en strategiplan for arbeidet med barn og unge med psykiske problemer, en plan som også adresserer disse overordnede desintegrerende faktorene. Vi vil dermed også være interessert i å fange opp hvordan denne planen vurderes og implementeres lokalt.

7.6.3 Hvordan fortolker en vanligvis sitt ansvarsområde

Et sentralt spørsmål i forhold til tilgjengelighet blir tilgjengelighet for hvilken type problematikk, jfr. også tidligere om gråsoneproblematikk? Hvis en skal bistå i forhold til barn og unge med psykiske problemer henger dette nært sammen med hvilken del av dette området en skal definere som sitt hovedansvar. Tilgjengelighet handler dermed også om hva som er viktige områder i den enkelte tjenestes arbeid.

Idealtypisk kan en dermed si at tilgjengeligheten vil være avhengig av hvordan problematikken defineres:



Det vil være ulike mekanismer i sving, avhengig av hvilket område problemet eller behovet tilhører.

I kjerneområdene vil tilgjengeligheten til tjenesten være best. Dette vil være de områdene som gir legitimitet både i tjenesten selv og fra omgivelsene. Å nedprioritere disse områdene vil derfor rukke ved selve grunnlaget for den enkelte deltjeneste. Så langt er ikke behovet for tjenester til barn og unge med psykiske problemer definert som kjerneområde for noen deltjenester på kommunalt nivå.

Randsone 1 omfatter behov hvor ingen andre tjenester har ansvar, og hvor behovet befinner seg i utkanten av det som vanligvis defineres som tjenestens ansvarsområde. Disses behovsdekning vil være avhengig av ressurstilgang, og at noen internt i tjenesten har interesser ut over kjerneaktivitet. Deres tilgjengelighet vil dermed være sårbar for svingninger i begge. Både presset på kommunal økonomi og at det ofte er snakk om små miljøer er viktige premisser i dagens situasjon.

Randsone 2 omfatter behov hvor flere tjenester har et ansvar. To mekanismer gjør at disse behovene vil ha lavere tilgjengelighet. For det første vil behov i dette randsoneområdet tilgjengelighetsmessig være underlagt den samme mekanismen som i randsone 1. For det andre er en her avhengig av et samarbeid ut over egen deltjeneste for å avgjøre hvilken tjeneste som skal ta ansvar for hva. Det er stor støtte i litteraturen omkring tverretattlig

samarbeid for at slike randsoner er problematiske. Et vanlig problem er forsøk på ansvarsoverføring. To typisk eksempel innen psykisk helsevern er pasienter med både rusdiagnose og psykiatrisk problematikk og barn med omsorgsproblematikk og psykiske problemer.

Områder hvor ingen tjenester har definert dette som sitt ansvarsområde vil ha svært lav, om noen, tilgjengelighet.

Både opplevd kompetanse, beredskap for å håndtere problematikken og vilje til å prioritere vil være avhengig av hvorvidt dette oppfattes å ligge innenfor eller utenfor sentrale områder. Med den ressursituasjonen tjenestene nå opplever at de har vil de behovene som ligger utenfor kjerneområdene ha særlig dårlige vilkår for tilgjengelighet.

Hvilke områder er det så en definerer som sine kjerneområder, hva befinner seg i randsoner, og hvilke områder har ingen "adressat"? Først vil vi beskrive de fire tjenestene i forhold til det en kan forstå som forløp av psykososiale problemer for barn og unge. Med den variasjon i arbeidsformer og prioriteringer som finnes lokalt, avhengig av blant annet profesjonstilhørighet, vil dette nødvendigvis være overordnede beskrivelser. Med stadiefokus tenkes særlig på hvor i utviklingen fra primærforebygging via tidlig identifikasjon til behandling/oppfølging tjenesten primært arbeider.

	PPT	Helsesøster	Barnevernet	BUP
Primærforebygging	Lite opptatt av hittil. Det systemrettede arbeidets potensiale framover uavklart.	Mindre opptatt av på området psykisk helse (ellers viktig arbeidsfelt). Viktig unntak helsestasjon for ungdom.	Lite opptatt av	Lite opptatt av. Skal heller ikke drive med dette – jfr. Rundskriv nr. ??
Tidlig identifikasjon	Hovedfokus – utredning etter at andre (lærere/ foreldre) har påpekt behovet først)	Hovedfokus.	Et ønske innen tjenesten – et ressurs spørsmål	Avhengig av henvisningsinstansenes oppmerksomhet
Behandling av barnet	Ikke definert som ansvarsområde. Et visst innslag, avhengig av profesjon.	Ikke definert som ansvarsområde. Henviser primært videre (PPT/BUP).	Ikke definert som ansvarsområde.	Hovedfokus
Tilrettelegging av miljøet rundt barnet	Hovedtiltaksform – særlig rettet mot læringsmiljø.	Lite påaktet	Hovedfokus - tiltak rettet mot barnets omsorgssituasjon når problemet er oppstått.	Et betydelig innslag gjennom familiebehandling. Lite ellers.
Stadiefokus	Tidligere, og i stor grad ennå, vært opptatt av tidlig identifikasjon.	Opptatt av tidlig identifikasjon (lav terskel) og "bry seg om" underveis.		Primært opptatt av å behandle barnet (og delvis familien) når problemet er oppstått.

Ut fra denne oversikten er det særlig på to områder som er svakt dekket. For det første er det liten oppmerksomhet knyttet til primærforebygging (område uten definerte ansvarlige). I forhold til tilgjengelighet for barn og unge som har psykiske problem er ikke dette noe problem, men gitt at man har effektive forebyggingsmetoder (sjekk her Aarø/Thuén) innebærer dette at man ikke får gjort noe med tilstrømmingen. For det andre mangler et kommunalt behandlingstilbud for barnet, dette tilbudet gis i all hovedsak i poliklinikkene (Randsone 1). Den tradisjonelle ansvarsfordelingen mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten, hvor førstelinjen tar de mindre kompliserte tilfellene, ser dermed ikke ut til å gjelde innen dette feltet. Dette gir to konsekvenser for tilgjengelighet; for det første at presset på spesialisthelsetjenesten blir unødige stort, med dårlig tilgjengelighet for alle grupper som resultat, for det andre at i en prioriteringsprosess vil særlig de med lettere og midlere lidelser komme dårlig ut.

Hvis en så i neste omgang ser på hvordan de definerer sin behandlingsinnretning; hva gjør en når problemene først er identifisert? Hvordan fortolker en "vanligvis" sitt ansvarsområde, eller for å være mer konkret, hvilken enhet arbeider en i forhold til? Er det barnet med dets problemer, er det familien (med et barn som har problemer) og/eller forsøker man å tilrettelegge systemer slik at barn med problemer lettere kan fungere der?

	PPT	Helsesøster	Barnevernet	BUP
Hvilken enhet arbeider man primært i forhold til?	Utredet barnet – arbeider i oppfølgingsfasen hovedsakelig med skolepersonalet	I småbarnsfasen arbeider en både med foreldre (primært) og barn, for større barn og ungdom primært med barnet/ungdom (men familie inngår delvis)	Arbeider med både barn og foreldre – som mottakere av tiltak	Arbeider med både barn og foreldre, tyngden mellom disse avhengig av alder (mest kombinasjon i lav alder) og behandlingstilnærming. Lite mot andre systemer

Koplet med den forrige tabellen innebærer denne inndelingen at BUP i liten grad har definert inn et systemfokus, og at det er profesjons/individavhengig. Deler av første- og andrelinjetjenesten snakker dermed lett ulikt språk, noe som styrker behovet for møteplasser for å avklare perspektiver.

7.6.4 Ressurser – nødvendig forutsetning for samarbeid

Et forhold som ble trukket fram av svært mange aktører var sammenhengen mellom ressurser og arbeidsområder. De fleste opplevde ressursknapphet, også i forhold til de kjerneoppgavene de var satt til å utføre. Kjerneoppgavene var naturlig nok det de prioriterte, ettersom dette var oppgaver ingen andre ellers ville utføre. Dette hadde ifølge informantene to konsekvenser for arbeidet med barn og unge med psykiske problemer. For det første er dette i utgangspunktet ikke et kjerneområde for noen av tjenestene i kommunene, selv om alle har befatning med denne problematikken. Gitt at det ikke skjer endringer vil det dermed forbli et spesialisthelsetjenesteansvar. For det andre at det å utvikle dette til et definert ansvarsområde også innen det kommunale tjenestetilbudet forutsatte ressurser til samarbeid, og strategisk samarbeid var noe man prioriterte lavt i ressursknappe tider. Regelmessige møtefora ble framholdt som viktig, både for å utvikle et strategisk samarbeid, men også for å gjennomføre regelmessig aktivitet. Kapasitetsmangel har gjort at dette er nedprioritert.

Ressurser er hovedsakelig behandlerkapasitet, og jo færre ansatte, jo mer ble aktiviteten konsentrert rundt kjerneaktivitet. Dermed ble også oppsøkende og forebyggende arbeid

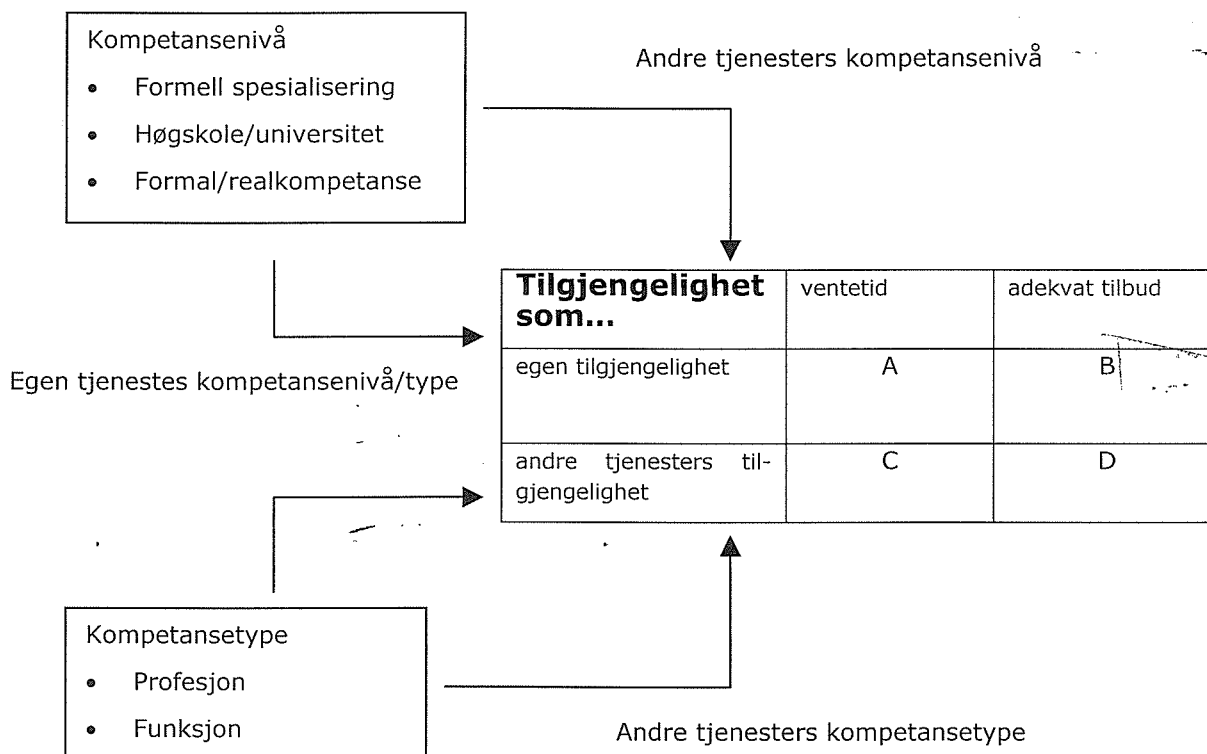
nedprioritert, og tilsvarende også kompetansesamarbeid. At ressursmangelen ikke bare berører randsonaktivitet var tydelig. Helsesøster har i utgangspunktet ansvar for alle barn, men i en av kommunene prioriteres småbarn og ungdom. Det siste via nyopprettet utekontakt – tidligere helsestasjon for ungdom. Denne prioriteringen hadde resultert i påpeking fra fylkeslegen om manglende dekning i forhold til barneskolen. I en annen kommune prioriterer barnevernet nå kun kjernebarnevernet, dvs. etter alvorlighetsgrad, grunnet ressursmangel. Selv om de innså at de ved å gå inn tidligere i forløp kunne forhindre alvorligere utvikling hadde de kun ressurser til de som allerede hadde utviklet store problemer.

Samlet sett kan er dermed si at (opplevd) ressursknapphet rammer mange samarbeidsdimensjoner, og dermed indirekte også tilgjengelighet. I tillegg virker den også direkte gjennom tilgang på behandlerressurser.

7.7 Kompetanse og tilgjengelighet

Vår andre hovedproblemstilling var knyttet til forholdet mellom kompetanse og tilgjengelighet. Informantene ble derfor gjennom flere spørsmål bedt om å vurdere både egen og andre instansers kompetanse, og hvordan kompetanse virket inn på tilgjengelighet. Kompetanse er samtidig ikke noe entydig begrep, og vi har derfor sett på både kompetansenivå og kompetansetype. I kompetansenivå inkluderer vi både grad av spesialisering, hvorvidt det er høgskole- eller universitetskompetanse og betydningen av formal- vs. realkompetanse. Med kompetansetype tenker vi både på profesjonstilhørighet og funksjonskompetanse, det vil si hvilke funksjoner man kan utøve. Familiebehandling er et eksempel på en type tilbud som ikke er profesjonsavhengig, mens medikamentell behandling er en profesjonsspesifikk oppgave. Som for samarbeid vil også kompetanse forholde seg til tilgjengelighetens to dimensjoner; ventetid og adekvat tilbud. Samlet sett kan dette igjen settes opp i følgende modell:

Modell for sammenhengen mellom kompetanse og tilgjengelighet.



7.7.1 Kompetansen innen egen tjeneste

I en del kommuner er særlig mangelen på psykologer og psykiatere, særlig innen BUP, men for psykologer også innen PPT, et problem. PPT's rekrutteringsproblemer ble begrunnet i for mye arbeid rundt sakkyndigutredninger. I en av "våre" kommuner hadde rekrutteringsproblemene innen PPT og BUP derfor medført at helsesøstertjenesten og barnevernet hadde sett det som nødvendig å bygge opp egen psykologkompetanse. På denne måten kunne både helsesøstertjenesten og barnevernet tilby mer kvalifisert hjelp, og utvider dermed egen tilgjengelighet i forhold til type tilbud (celle B i modellen over). Flere andre former for kompetanseheving ble nevnt som virkemidler i forhold til det samme. Gjennom videreutdanning og kurs blir mye kompetanse bygges opp. Informanter i alle "våre" kommuner, og fra alle de kommunale tjenestene, viser her særlig til utdanningstilbudet i forhold til barn av psykisk syke foreldre drevet av Voksne for barn.

Flere informanter trakk fram erfaringens betydning, og da erfaring som konsekvens av lang yrkeserfaring, som en annen kompetansefaktor (i forhold til celle B). Lang erfaring gjør at behandlerne kan stå i mer kompliserte saker, og kan jobbe selvstendig med de mer kompliserte saker. Tilgjengelighet blir dermed ikke så avhengig av samarbeidet med andre tjenester, en blir i større grad i stand til å gi et adekvat tilbud selv. Tilsvarende blir en tjeneste hvor få har erfaring (som ofte har vært et problem i barnevernet) mer avhengig av samarbeid med andre tjenester.

Erfaring har også konsekvenser for ventetidstilgjengelighet, på to måter. Enkelte pekte på at nyutdannede hadde et større behov for veiledning fra mer erfarne innen tjenesten, noe som trakk ressurser vekk fra direkte klientbehandling (celle A i figuren). Erfaring gjorde ikke bare at man kunne gå inn i de mer kompliserte tilfellene, man håndterte som regel også et bre-

dere register av problemer. Dette utvidet enten tjenestens kapasitet innen kjerneområdet (hvis tilbudet var anerkjent av ledelse), eller styrket enkelte randsonetilbud. Begge ga bedre ventetidstilgjengelighet for enkelte pasientgrupper.

Det var også mulig å identifisere en parallell, men motsatt, tendens av lang erfaring. I følge en leder var andre profesjoner blitt flinkere til å sette faglige grenser, de krevde at psykolog skulle inn.

7.7.2 Andre tjenesters kompetanse

Tilsvarende konsekvenser finnes også når det gjelder betydningen av andre tjenesters kompetanse. Hvis behandlere i den andre tjenesten hadde et tilstrekkelig kompetansenivå, men at det samlet sett var for lite av den, medførte det lav tilgjengelighet i form av lang ventetid (celle C). Psykolog- og eller psykiatermangel i BUP og PPT ble av helsesøstertjenesten trukket fram som eksempler på dette. Deler av det disse universitetsprofesjonene kunne gjøre lot seg ikke erstatte av andre profesjoner, som pedagoger eller sosionomer, selv om disse hadde klinisk spesialitet. Hvis dette var et tilbud tjenesten overhodet ikke hadde, medfører det redusert tilgjengelighet i form av mangel på adekvat tilbud (celle D).

Andre tjenesters funksjonskompetanse var også viktig for tilgjengelighet. Eksempler på dette var behandlingstilnærminger (som familiebehandling) eller metoder i forhold til spesielle grupper (spiseforstyrrelser). Utfall i forhold til tilgjengelighet vil her både være i forhold til celle C (ventetid) og celle D (adekvat tilbud) avhengig av om tilbudet var til stede, men i for lite omfang, eller fraværende.

7.8 Oppsummering - resultater fra dybdeintervjuene

Denne kvalitative delen av studiet gjennomføres for å supplere det kvantitative materialet. Det er i hovedsak to problemstillinger som belyses; for det første om tilgjengelighet av tjenester er relatert til ulike samarbeidsformer mellom kommunale og fylkeskommunale instanser, og for det andre om tilgjengelighet av tjenester varierer med kompetansenivå og type kompetanse i førstelinjetjenesten. Det er gjennomført semistrukturerte intervju med ledende fagfolk innen fire tjenester i tre kommuner. Studien omfatter de tre kommunale tjenestene helsesøstertjenesten, pedagogisk- psykologisk tjeneste, barnevern, og den geografisk ansvarlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken. De utvalgte kommunene representerer en større bykommune, en mellomstor by og en mellomstor landkommune.

Gjennom intervjuene framkom flere forhold som påvirket sammenhengen mellom samarbeid og tilgjengelighet. Geografisk nærhet var ett forhold som ble fremholdt som en viktig faktor i forhold til tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. Fordi samlokalisering av tjenester gjør det lettere å etablere kontakter og samarbeidsrelasjoner, oppnås også bedre koordinerte tjenester, og mer adekvate tilbud til brukerne.

Flere former for samarbeid synes å ha konsekvenser for tilgjengeligheten av tjenester. Dette omfatter både på hvordan en beslutter ansvar for oppfølging av potensielt felles klienter, hvilke tjenester som skal ha et primæransvar, og hvordan andre tjenester eventuelt skal bidra. I kommunene som inngår i studien har det vært organisasjonsendringer de siste årene, hvorav noen med en klar barn og familieorientering. Det var ikke så langt mulig å spore store konsekvenser av dette med hensyn til samarbeid mellom instanser.

Det er et komplekst samspill mellom egen og andre tjenesters kompetansenivå, type kompetanse og tilgjengelighet av tjenester. I tillegg synes erfaring hos tjenesteutøvere å være viktig, både i forhold til bredden og dybden i det tilbudet som gis til barn og unge med psykiske problemer.

8 Referanser

- Andersson, H.W. (2002). Gender differences among children with externalizing behavior disorders in a clinic population. *Child Care in Practice*, 8(4), In press.
- Andersson, H.W. & Sommerfelt, K. (2001). The relationship between cognitive abilities and maternal ratings of externalizing behaviors in preschool children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42 (5), 437-444.
- Andersson, H.W. (1998). Barne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud: Fylkesvise forskjeller i henvisningspraksis. NIS Minirapport. SINTEF, Unimed, Trondheim.
- Berry, C.A., Schaywitz, A.E., & Schaywitz, B.A. (1995). Girls with attentiondeficit disorder, a silent minority? A report on behavioral and cognitive characteristics. *Pediatrics*, 76, 801-809.
- Breñner, V., & Fox, R.A. (1998). Parental discipline and behavior problems in young children. *The Journal of Genetic Psychology*, 159, 251-256.
- Dieter-Deckard, K., & Dogde, K. (1997). Externalizing behavior problems and discipline revisited. Nonlinear effects and variations by culture, context and gender. *Psychological Inquiry*, 8, 161-175.
- Eme, R.F. (1992). Selective female affliction in the development of disorder of childhood: A literature review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 354-364.
- Faglig enhet for PP-tjenesten. Statens utdanningskontor i Hedmark. PP-tjenesten i Norge 1996. Rapport fra en spørreskjemaundersøkelse. 1997.
- Fox, R.A., Platz, D.L., & Bentley, K.S. (1995). Maternal factors related to parenting practices, developmental expectations, and perceptions of child behavior problems. *The Journal of Genetic Psychology*, 156, 431-441.
- Gaub, M., & Carlson, C. (1997). Gender difference in ADHD. A meta analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- James, A., & Taylor, E. (1990). Sex differences in the hyperkinetic syndrome of childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 437-446.
- Keenan, K., Shaw, D., Delliquadri, E., Giovannelli, J., & Walsh, B. (1998). Evidence of the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 441-452.
- Koot, H.M., Van den Oord, E.J., Verhulst, F.C., Bootsma, D.I. (1997). Behavioral and emotional problems in young preschoolers: cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 183-196.
- Kristofersen, L B (2001). Bidrar Opptrappingsplanen for psykisk helse til at risikoutsatte barn får mer fleksible hjelpetjenester? Opptrappingsplanene betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. Prosjektbeskrivelse til Programmet for forskningsbasert evaluering av opptrappingsplan for psykisk helse.
- Lavik, N.J. (1972). Ungoms mentale helse: En empirisk psykiatrisk undersøkelse av psykisk helse og tilpasning blant ungdomsskoleelever i et by- og bygdeområde i Norge. Oslo: Universitetsforlaget.

Lavigne, J V, et al. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.

Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringsloven), 1998-17-07, 61.

Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven), 1984-01-01.

Mathiesen, K.S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18-30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 15-31.

Offord, D. (1995). Child psychiatric epidemiology: Current status and future prospects. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 284-287.

Olsson, G.I. & von Knorring, A-L. (1999). Adolescent depression: Prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 98, 262-271.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Pedlow, R., & Oberklaid, T. (1992). Transient versus stable behavior problems in a normative sample: Infancy to school age. *Journal of pediatric psychology*, 17, 423-443.

SAMDATA psykisk helsevern; Tabeller 2001, (2001). SINTEF, Unimed. Trondheim.

Schahill L, & Schwab M (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; 9: 541-55.

SSB, Befolkningsstatistikk, Barn 1 januar 2002. www.ssb.no.

Statens helsetilsyn (1998). Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Steinhausen, H.C., et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 98, 262-271.

St. meld. nr. 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Lov om helsetjenesten i kommunene av 11 juni 1982 nr 66 (Kommunehelsetjenesteloven).

St prp. nr 63 (1997-1998). Opptappingsplan for et bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser 1999-2006.

Webster-Stratton, C. (1988). Mother's and father's perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 909-915.

Wichstrøm, L., Skogen, K. & Øia, T. (1996). Increased risk of conduct problems i urban areas: What is the mechanism? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 471-479.

Zahner, G., Jacobs, J.H., Freeman, D.H. & Trainor, K.F. (1993). Rural -urban child psychopathology in a Northwestern United States State 1986-1989. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 378-387.