

www.sintef.no



**SINTEF Helse**

Postadresse:  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/  
7465 Trondheim  
Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Psykisk helsevern for barn og unge –**
**Behandlernes og brukernes vurderinger av  
behandlingstilbudet**

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson, Solveig Osborg Ose, Marit Sitter

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055009	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Mari Trommald	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03689-5	PROSJEKTNR. 78I015	ANTALL SIDER OG BILAG 136
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\785207		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-03-01	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth, ass. forskningssjef <i>Jorid Kalseth</i>	

**SAMMENDRAG**

Mål i undersøkelsen er å:

- Vise hva som karakteriserer barn unge som er brukere av psykisk helsevern; pasient-sammensetningen, pasientenes tilstand og hjelpebehov
- Gi kunnskap om kvalitative aspekter ved tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge
- Fremstille brukernes tilfredshet med det polikliniske behandlingstilbudet

Rapporten presenterer resultater fra en nasjonal undersøkelse i psykisk helsevern for barn og unge, gjennomført i 2003/ 2004. Undersøkelsen er basert på tre delstudier:

- a) Kartlegging av behandlingstilbudet for barn og ungdom som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern (Kapittel 2)
- b) Brukernes vurderinger av det polikliniske behandlingstilbudet (Kapittel 3)
- c) Kartlegging av behandlingstilbudet for barn og unge som mottar dag - eller døgntilbud i psykisk helsevern (Kapittel 4)

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsevern for barn og unge	Child and adolescent mental health services
GRUPPE 2	Kjennetegn ved brukerne	User characteristics
EGENVALGTE	Poliklinisk behandling	Outpatient treatment
	Institusjonsbehandling	In-patient treatment
	Brukertilfredshet	User satisfaction

## Forord

Denne rapporten presenterer resultater fra en tverrsnitteregistrering av barn og ungdom som mottok behandling i psykisk helsevern på et gitt tidspunkt i 2003/ 2004, og fra en brukerundersøkelse gjennomført ved poliklinikkene våren 2004. Undersøkelsen er en revidert og utvidet oppfølging av en studie som ble gjennomført i 1999/2000.

Målene er å vise hva som karakteriserer barn og unge som er brukere av psykisk helsevern, og å gi kunnskap om kvalitative aspekter ved tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge. Rapporten fokuserer på tema som er fremhevet gjennom helsepolitiske målsettinger, og vil være et viktig bidrag i en evaluering av status for utviklingen av det spesialiserte behandlingstilbudet for barn og unge med psykiske vansker.

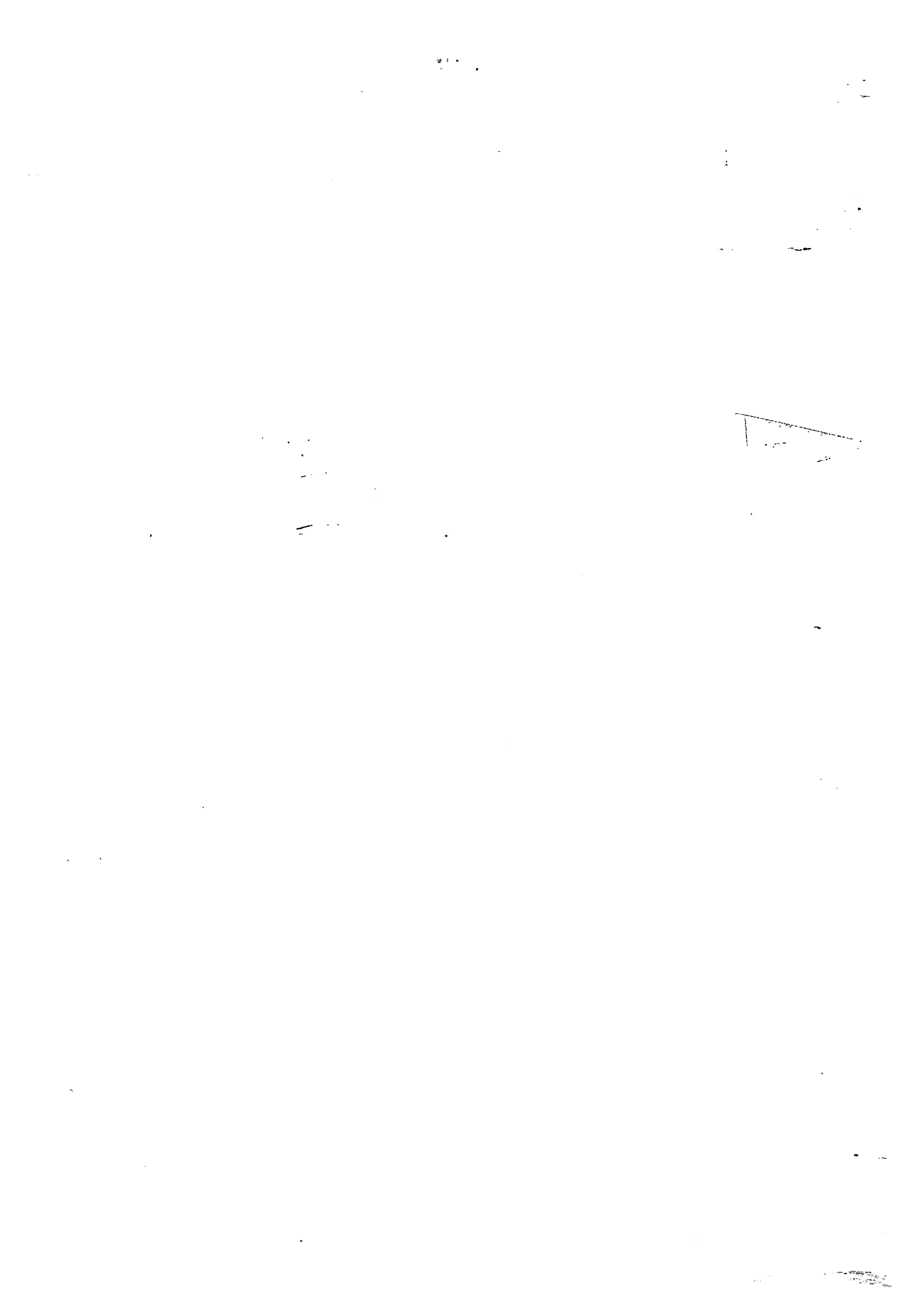
Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. De viktigste støttespillerne i gjennomføringen av prosjektet har vært fagpersoner og merkantilt personell ved institusjonene i psykisk helsevern. Takk til alle dere for engasjement og innsats i forbindelse med prosjektet. Videre rettes en stor takk til alle brukerne, foresatte og barn og ungdommer, som har tatt seg tid til å besvare våre spørreskjema.

I arbeidet med å utarbeide spørreskjema for brukerundersøkelsen har SINTEF Helse samarbeidet med fagpersoner og representanter fra landets Regionsenter for barn og unges psykisk helse. Følgende personer har deltatt i denne arbeidsgruppen: Ketil Hanssen-Bauer, stipendiat R-BUP Øst og Sør, Simon-Peter Neumer, konst. forskningsleder R-BUP Øst og Sør, Gro Peck, avd. direktør BUPA Stavanger, Mikael Heimann, professor, R-BUP Vest, Tuire Tyldum, psykologspesialist BUP- Klinikk, Trondheim, Bo Larsson, professor, R-BUP Midt- Norge, og Bjørn Reigstad, psykologspesialist, BUPA Bodø. Alle takkes herved for interessen og deltagelsen i dette arbeidet.

SINTEF Helse har i tillegg hatt et samarbeid med HIADATA AS (nå Visma Unique) i utvikling av en metode for gjennomføring av pasientregistreringen og brukerundersøkelsen. Vi retter en spesielt stor takk til Morten Lossius for hans bidrag, innsats og engasjement i forbindelse med prosjektet.

TRONDHEIM 1. MARS, 2005

Helle Wessel Andersson



# Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Innholdsfortegnelse .....	5
Tabelloversikt.....	8
Figuroversikt.....	12
Sammendrag .....	15
1 Formål og bakgrunn .....	21
1.1 Delstudier.....	21
1.2 Forekomst av psykiske problemer hos barn og ungdom.....	21
1.3 Psykisk helsevern for barn og ungdom .....	22
1.4 Helsepolitiske mål.....	23
1.5 Status for psykisk helsevern for barn og unge.....	24
2 Poliklinisk behandling – pasientene og behandlingstilbudet.....	25
2.1 Metode.....	25
2.1.1 Rekruttering til deltagelse i undersøkelsen.....	25
2.1.2 Gjennomføring av pasientregistreringen ved poliklinikkene.....	25
2.2 Utvalget .....	26
2.3 Pasienter etter kjønn og alder .....	27
2.4 Henvisningssår .....	28
2.5 Ventetid .....	29
2.6 Henvisningsgrunner .....	31
2.7 Diagnoser.....	33

2.7.1	Diagnostisering ICD-10, Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom .....	34
2.7.2	Diagnostisering ICD-10 Akse VI Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå.....	36
2.8	Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel .....	37
2.9	Samarbeid med andre instanser .....	39
2.9.1	Barrierer i samarbeidet mellom kommunale tjenester og BUP .....	42
2.10	Bruk av individuell plan .....	43
2.11	Bruk av koordinator .....	47
2.12	Oppsummering og vurderinger .....	48
3	Brukernes vurdering av det polikliniske behandlingstilbudet .....	51
3.1	Innledning .....	51
3.2	Gjennomføring av brukerundersøkelsen.....	52
3.3	Utvalg og representativitet .....	54
3.3.1	Om poliklinikkene.....	55
3.3.2	Kjønns sammensetning .....	57
3.3.3	Alders sammensetning .....	58
3.3.4	Diagnoser.....	60
3.4	Tilfredshetsindikatorer.....	63
3.4.1	Tilgjengelighet .....	63
3.4.2	Personale .....	69
3.4.3	Tilfredshet med informasjon .....	75
3.4.4	Medvirkning .....	81
3.4.5	Samarbeid.....	83
3.4.6	Behandlingsopplegget.....	86
3.4.7	Andre forhold ved poliklinikken .....	95
3.5	Samlemål på tilfredshet.....	99
3.6	Oppsummering og vurdering av metode for gjennomføring av undersøkelsen .....	105
4	Institusjonsbehandling – pasientene og behandlingstilbudet .....	109
4.1	Innledning .....	109
4.2	Metode og gjennomføring .....	109

4.3	Utvalg og representativitet .....	109
4.3.1	Kjønn og alder .....	110
4.3.2	Pasientenes behandlingsregion.....	111
4.3.3	Henvising til spesialisthelsetjenesten.....	113
4.3.4	Diagnoser.....	115
4.4	Behandlingsoppholdet .....	116
4.4.1	Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel .....	116
4.4.2	Terapi- og behandlingsformer .....	119
4.5	Personell .....	123
4.6	Koordinator .....	126
4.7	Involverte samarbeidsinstanser .....	127
4.8	Planer .....	129
4.8.1	Individuell plan .....	129
4.8.2	Behandlingsplan.....	130
4.9	Oppsummering og konklusjoner .....	133
5	Referanser .....	135

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Antall medvirkende institusjoner og antall registrerte pasienter etter institusjonens tilknytningsregion. ....	26
Tabell 2.2	Registrete pasienter etter alder og kjønn.....	27
Tabell 2.3	Pasienter etter bostedsfylke og alder ved henvisning .....	28
Tabell 2.4	Henvisningsår. Antall pasienter. ....	29
Tabell 2.5	Antall pasienter etter ventetid for poliklinisk behandling. ....	29
Tabell 2.6	Ventetid etter kjønn og alder .....	30
Tabell 2.7	Ventetider etter bostedsregioner. Gjennomsnitt, median og standardavvik. ....	31
Tabell 2.8	Viktigste henvisningsgrunn for barnet/ ungdommen. Etter kjønn.....	32
Tabell 2.9	Diagnose, ICD-10 Akse I Klinisk psykiatrisk syndrom .....	34
Tabell 2.10	Diagnose, ICD-10 Akse VI Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå.....	36
Tabell 2.11	Udekket etterspørsel etter institusjonsbehandling blant pasienter som mottar polikliniske tiltak. ....	37
Tabell 2.12	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel etter terapiformer og behandlingstilbud i poliklinisk behandling .....	38
Tabell 2.13	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel etter hjelpe- og støttetjenester.....	39
Tabell 2.14	Antall og andel pasienter som omfattes av samarbeid med annen instans .....	40
Tabell 2.15	Status for utarbeidelse av individuell plan.....	44
Tabell 2.16	Status for utarbeidelse av individuell plan etter helseregioner .....	44
Tabell 2.17	Aktuelle årsaker til at en ikke har utarbeidet individuell plan.....	45
Tabell 2.18	Prosentandel pasienter som har – eller har planlagt individuell plan. Etter kjennetegn ved pasientene.....	46
Tabell 2.19	Om pasienten har en koordinator for det samlede tjenestetilbudet.....	47
Tabell 2.20	Koordinator for det samlede tilbudet. ....	47
Tabell 3.1	Svarprosent i forhold til antall spurte. ....	54
Tabell 3.2	Antall og andel av poliklinikkene som er med i utvalget og andel pasienter dekket av disse institusjonene. ....	55
Tabell 3.3	Fordeling av respondenter mellom fylker.....	57
Tabell 3.4	Kjønnsfordeling i ulike utvalg. ....	57



Tabell 3.5	Aldersfordeling i brukerundersøkelsen i forhold til SAMDATA – utvalget.....	59
Tabell 3.6	Aldersfordeling i brukerundersøkelsen i forhold til pasientregistreringen.....	60
Tabell 3.7	Diagnoser, ICD-10 Akse I Klinisk psykiatrisk syndrom, SAMDATA - utvalget og utvalg for brukerundersøkelsen.....	61
Tabell 3.8	Ventetiden fra henvisning til første samtale var altfor lang. Svarfordeling i prosent.....	63
Tabell 3.9	Jeg kan få kontakt med behandler utenom avtalt tid hvis det er behov for det. Svarfordeling i prosent.....	65
Tabell 3.10	Fordi vi ikke snakker samme språk, forstår behandler og jeg hverandre dårlig. Svarfordeling i prosent.....	66
Tabell 3.11	Forskjeller i kulturell bakgrunn gjør at behandler og jeg forstår hverandre dårlig. Svarfordeling i prosent.....	67
Tabell 3.12	Korrelasjon mellom tilgjengelighetsvariabler foresatte.....	68
Tabell 3.13	Korrelasjon mellom tilgjengelighetsvariabler foresatte.....	68
Tabell 3.14	Personalet viser omtanke og forståelse for min/vår situasjon. Svarfordeling i prosent.....	69
Tabell 3.15	Behandler har ofte for lite tid når vi møtes. Svarfordeling i prosent.....	70
Tabell 3.16	Jeg har tillit til behandler. Svarfordeling i prosent.....	71
Tabell 3.17	Jeg synes behandleren vet mye om slike problemer jeg har/vi søker hjelp for. Svarfordeling i prosent.....	72
Tabell 3.18	Korrelasjon mellom personalvariabler for foresatte.....	74
Tabell 3.19	Korrelasjon mellom personalvariabler for barn og unge.....	74
Tabell 3.20	Jeg har fått god informasjon om de undersøkelser som har blitt gjort eller skal gjøres. Svarfordeling i prosent.....	75
Tabell 3.21	Jeg har fått god informasjon om slike problemer som barnet mitt/jeg har. Svarfordeling i prosent.....	77
Tabell 3.22	Jeg har fått god informasjon om hvordan problemene skal behandles. Svarfordeling i prosent.....	78
Tabell 3.23	Jeg har fått god informasjon om virkninger av medisiner barnet mitt/jeg får eller har fått. Svarfordeling i prosent.....	79
Tabell 3.24	Jeg har fått god informasjon om hvor jeg skal henvende meg hvis jeg vil klage. Svarfordeling i prosent.....	79
Tabell 3.25	Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for foresatte.....	80

Tabell 3.26	Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for barn og unge.....	81
Tabell 3.27	Jeg har fått bestemme for lite når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Svarfordeling i prosent.....	81
Tabell 3.28	Kritikk mot behandlingsopplegget eller personalet har blitt taklet på en dårlig måte. (Uaktuelt=ikke kommet med kritikk). Svarfordeling i prosent. ...	82
Tabell 3.29	Det virker som behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Svarfordeling i prosent.....	83
Tabell 3.30	Behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP, som også har kontakt med barnet. Svarfordeling i prosent.....	84
Tabell 3.31	Etter at vi kom til klinikken har barnets/ungdommens /mine problemer blitt mindre. Svarfordeling i prosent. ....	86
Tabell 3.32	Samtalene ved klinikken hjelper meg. Svarfordeling i prosent.....	88
Tabell 3.33	Medisiner hjelper barnet mitt/jeg. Svarfordeling i prosent. ....	90
Tabell 3.34	Medisiner hjelper barnet mitt/jeg: Kun de som bruker medisiner. Svarfordeling i prosent.....	90
Tabell 3.35	Behandlingen hjelper barnet mitt/meg. Svarfordeling i prosent.....	91
Tabell 3.36	Behandlingen hjelper familien/familien min. Svarfordeling i prosent.....	92
Tabell 3.37	Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for foresatte. ....	93
Tabell 3.38	Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for foresatte. ....	94
Tabell 3.39	Jeg har blitt behandlet nedlatende eller respektløst. Svarfordeling i prosent...	95
Tabell 3.40	Jeg er fornøyd med hjelpen fra klinikken totalt sett. Svarfordeling i prosent...	96
Tabell 3.41	Jeg kan tenke meg å anbefale andre til å søke hjelp ved denne klinikken. Svarfordeling i prosent.....	97
Tabell 3.42	Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet. ....	99
Tabell 3.43	Tilfredshet og kjønn og alder. ....	99
Tabell 3.44	Tilfredshet og hvem som har svart på skjemaet .....	100
Tabell 3.45	Regresjonsanalyser på samlemål for tilfredshet i svarene til foresatte (n=2106). ....	103
Tabell 3.46	Regresjonsanalyser på samlemål for tilfredshet i svarene til barn og ungdom (n=511*). ....	104
Tabell 4.1	Pasienter i døgn- og døgnetaker i psykiske helsevern for barn og unge. Fordelt etter kjønn og alder. Prosent. November 2003. ....	110

Tabell 4.2	Pasienter per 10 000 innbyggere i døgn- og døgneheter og døgnplassdekning fordelt etter helseregion. ....	112
Tabell 4.3	Henvisningsgrunner for pasienter i døgn- og dagvirksomheten i psykisk helsevern. Antall og prosent. ....	113
Tabell 4.4	Pasienter etter hoveddiagnosegrupper fordelt etter kjønn og alder. Antall og prosentandel.....	115
Tabell 4.5	Faktisk og ønsket behandlingsenhet for pasienter i døgn- og døgneheter i psykisk helsevern for barn og unge. Antall pasienter.....	118
Tabell 4.6	Hva er årsaken hvis pasienten ikke har et tilstrekkelig tilbud? .....	120
Tabell 4.7	Har pasienten hatt en positiv utvikling i løpet av behandlingsperioden? .....	121
Tabell 4.8	Vurdering av tilbud fra andre instanser. Prosent. ....	122
Tabell 4.9	Prosentandel ansatte som deltar i behandlingen av pasientene. Fordelt etter personellkategori og roller i behandlingen.....	123
Tabell 4.10	Koordinator for det samlede tilbudet. Antall og prosent. ....	127
Tabell 4.11	Hvem er involverte samarbeidsinstanser og hvordan fungerer samarbeidet? .....	128
Tabell 4.12	Har pasienten en skriftlig individuell plan? .....	129
Tabell 4.13	Hvis pasienten ikke har en skriftlig individuell plan, hva er årsak til dette?... ..	130
Tabell 4.14	Foreligger en behandlingsplan for pasientene? .....	130
Tabell 4.15	Er behandlingstilbudet i tråd med behandlingsplanen? .....	131
Tabell 4.16	Er behandlingstilbudet planlagt som langtidsbehandling?.....	132

## Figuroversikt

Figur 2.1	Viktigste henvisningsgrunn. Endring fra 2000 til 2004.....	33
Figur 2.2	Andel diagnostiserte pasienter etter fylke.....	35
Figur 2.3	Udekket etterspørsel etter samarbeid med annen instans.....	41
Figur 2.4	Behandlers vurdering av hvordan samarbeid med annen instans fungerer.....	42
Figur 2.5	Angitte årsaker til at samarbeid med kommunal instans ikke fungerer godt...	43
Figur 2.6	Status for utarbeidelse av individuell plan (IP) etter fylker. Andel pasienter med / med planlagt IP.....	45
Figur 3.1	Representativitet i forhold til geografisk beliggenhet og størrelse på poliklinikken.....	56
Figur 3.2	Representativitet i utvalg i forhold til aldersfordeling.....	59
Figur 3.3	Diagnoser i SAMDATA - utvalget og utvalg for brukerundersøkelsen. ....	61
Figur 3.4	Ventetiden fra henvisning til første samtale var altfor lang. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	64
Figur 3.5	Jeg kan få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	66
Figur 3.6	Fordi vi ikke snakker samme språk, forstår behandler og jeg hverandre dårlig. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	67
Figur 3.7	Personalet viser omtanke og forståelse for min situasjon. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	70
Figur 3.8	Behandler har ofte for lite tid når vi møtes. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	71
Figur 3.9	Jeg har tillit til behandler. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	72
Figur 3.10	Jeg synes behandleren vet mye om slike problemer jeg har/vi søker hjelp for. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	73
Figur 3.11	Jeg synes behandleren vet mye om slike problemer pasientene har ut fra diagnosegrupper. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	74
Figur 3.12	Jeg har fått god informasjon om de undersøkelser som har blitt gjort eller skal gjøres. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.....	76
Figur 3.13	Jeg har fått god informasjon om slike problemer som barnet mitt/jeg har. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.....	77

Figur 3.14	Jeg har fått god informasjon om hvordan problemene skal behandles. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	78
Figur 3.15	Jeg har fått god informasjon om hvor jeg skal henvende meg hvis jeg vil klage. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	80
Figur 3.16	Jeg har fått bestemme for lite når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	82
Figur 3.17	Det virker som behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	84
Figur 3.18	Behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP, som også har kontakt med barnet. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	85
Figur 3.19	Grad av bedring av problemene og henvisningsår, gjennomsnittskåre. Høyere verdi jo større bedring de føler de at de har hatt. ....	87
Figur 3.20	Etter at vi kom til klinikken har barnets/ungdommens /mine problemer blitt mindre. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	88
Figur 3.21	Samtalene ved klinikken hjelper meg. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	89
Figur 3.22	Behandlingen hjelper barnet mitt/meg. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	91
Figur 3.23	Behandlingen hjelper familien/familien min. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	93
Figur 3.24	Jeg har blitt behandlet nedlatende eller respektløst. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	96
Figur 3.25	Jeg er fornøyd med hjelpen fra klinikken totalt sett. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	97
Figur 3.26	Jeg kan tenke meg å anbefale andre til å søke hjelp ved denne klinikken. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd. ....	98
Figur 3.27	Forskjeller i tilfredshet mellom poliklinikker .....	101
Figur 3.28	Forskjeller i tilfredshet mellom poliklinikker, kryssdiagram. ....	101
Figur 3.29	Fylkesforskjeller i total tilfredshet. ....	102
Figur 4.1	Prosentandel pasienter i døgn- og døgneheter i psykisk helsevern for barn og unge. Fordelt etter kjønn og alder. ....	111
Figur 4.2	Antall pasienter og døgnplasser fordelt etter helseregion. ....	112

Figur 4.3	Viktigste henvisningsgrunner fordelt på kjønn. Prosent. ....	114
Figur 4.4	Prosentandel pasienter etter hoveddiagnosegrupper fordelt på kjønn. ....	116
Figur 4.5	Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel. Prosent.....	117
Figur 4.6	Terapi- og behandlingsformer. Prosent.....	120
Figur 4.7	Prosentandel pasienter med tilbud fra andre instanser. ....	121
Figur 4.8	Tilbud til pasientene etter utskrivning fra døgn- og dagenheten.....	122
Figur 4.9	Personellgrupper som er involvert i behandlingen. Prosent av antall pasienter.....	124
Figur 4.10	Personellgrupper som er saksansvarlige for behandlingen. Prosent av antall pasienter.....	125
Figur 4.11	Personellgrupper som rådgivere/veiledere i behandlingen. Prosent av pasienter.....	125
Figur 4.12	Personellgrupper som deltar direkte i behandlingen. Prosent av antall pasienter.....	126
Figur 4.13	Involverte samarbeidsinstanser. Prosent. ....	127
Figur 4.14	Omfang av skriftlig individuell plan fordelt på kjønn. Prosent. ....	129
Figur 4.15	Omfang av behandlingsplaner fordelt på kjønn. Prosent. ....	131
Figur 4.16	Behandlingstilbud planlagt som langtidsbehandling fordelt på kjønn. Prosent. ....	132

# Sammendrag

## **FORMÅL MED PROSJEKTET**

Undersøkelsen har som mål å vise hva som karakteriserer barn og unge som er brukere av psykisk helsevern, både i forhold til pasientsammensetning, problemområder og hjelpe behov. Undersøkelsen skal videre gi kunnskap om kvalitative aspekter ved tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge, gjennom fremstillinger av behandlernes og brukernes tilfredshet med behandlingstilbudet. Rapporten fokuserer på tema som er fremhevet gjennom i helsepolitiske mål for psykisk helsevern for barn og unge. Undersøkelsen er et viktig bidrag i en evaluering av status for utviklingen av det spesialiserte behandlingstilbudet for barn og unge med psykiske vansker.

## **SENTRALE FUNN**

### ***PASIENTER SOM MOTTAR POLIKLINISK BEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN***

Undersøkelsen omfatter i alt 5997 barn og ungdommer som i løpet av 10 virkedager våren 2004 mottok et behandlingstilbud ved en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Gutter dominerer i aldersgruppene 0-6 år og 7-12 år. I den eldste aldersgruppen (13-18 år) er det imidlertid flere jenter enn gutter. Resultatene indikerer store variasjoner i dekningsgrad for psykisk helsevern for den yngste aldersgruppen (0-6 år).

Barn og ungdommer som har mottatt spesialisert behandling over flere år (henvist før 2003) utgjør 36 prosent av pasientene i BUP. Tristhet/ depresjon og atferdsvansker er de to store kategoriene av problemområder som er angitt ved henvisning av barn til BUP, etterfulgt av hyperkinetiske forstyrrelser / konsentrasjonsvansker. Flere gutter enn jenter er henvist for eksterne problematikker. Jenter er i klart flertall blant de som er henvist for tristhet og depresjon.

Diagnoser innen kategorien Hyperkinetiske forstyrrelser er de hyppigst anvendte diagnosene (ICD-10, Akse I) (22 prosent av pasientene), etterfulgt av diagnoser i kategorien Nevrotisk og belastningsrelaterte lidelser (21 prosent av pasientene). En stor andel av pasientene har ikke fått diagnose (41 prosent). Skårer på ICD-10 Akse VI, Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå, viser at de fleste pasientene har skårer mellom 2 og 4, som indikerer fra lett til alvorlig sosial forstyrrelse. En stor andel av pasientene har ikke blitt skåret på Akse VI (57 prosent).

### ***DET POLIKLINISKE BEHANDLINGSTILBUDET I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE***

Hvert fjerde barn eller ungdom hadde ventet minst 3 måneder på det polikliniske behandlingstilbudet. Gjennomsnittlig ventetid er kortest for barn og ungdom som er bosatt i helse-region Nord, og lengst for de som er bosatt i helse-region Vest.

Kartleggingen, som er basert på behandlernes vurderinger, viser at seks prosent av pasienter som mottar polikliniske behandlingstilbud (ca 350 barn/ungdommer) ideelt sett burde ha hatt behandling på et høyere omsorgsnivå. Resultatene for øvrig tyder på at behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og ungdom i stor grad er tilpasset pasientenes behand-

lingsbehov. Udekket etterspørsel omfatter i hovedsak veiledning til skole eller barnehage (for ni prosent av pasientene), og tilbud om støttekontakt (for åtte prosent av pasientene).

For mange av pasientene har BUP etablert et samarbeid med kommunale instanser. De instansene som det er mest vanlig å samarbeide med, er pedagog i skolen, PP- tjenesten, barnevernet og fastlege. I henhold til behandlernes vurderinger er det udekket behov for et samarbeid med PP- tjenesten og spesialpedagog for henholdsvis for 10 prosent og åtte prosent av pasientene. Videre er det et udekket behov for samarbeid med helsesøster og barnevern for henholdsvis sju og åtte prosent av pasientene. Resultatene tyder på at BUP opplever barrierer i samarbeidet med kommunale instanser. Det er særlig samarbeidet med PP- tjenesten, barnevern, fastlege, og sosial- og omsorgstjenesten som av behandlerne vurderes å fungere mindre optimalt. "For få møteplasser", som trolig er et uttrykk for fysisk avstand, er den enkeltårsak som peker seg ut som en hindring i forhold til godt og effektivt samarbeid mellom BUP og kommunale tjenester.

I alt 20 prosent av pasientene har en individuell plan, eller har fått påbegynt et arbeid med å utarbeide en plan. Analysene viser at bruk av individuell plan er mer utbredt for pasientgrupper med antatt mer alvorlige og sammensatte vansker, sammenlignet med pasientgrupper med antatt lettere problematikk. Dette tyder på at individuell plan brukes bevisst og målrettet til en viss grad. Resultatene indikerer at institusjoner, fylker og helseregioner har kommet ulikt langt i forhold til å etablere rutiner for utarbeidelse av individuelle planer. Variasjon mellom fylker i andel pasienter som har, eller har påbegynt arbeid med en individuell plan, tyder på at det mange steder er et betydelig forbedringspotensial i forhold til å utarbeide individuelle planer for barn og unge i psykisk helsevern.

## **BRUKERNES VURDERINGER AV BEHANDLINGSTILBUDET**

### **TILGJENGELIGHET**

Totalt var 41 prosent av de foresatte og 29 prosent av barn og unge som delvis/i stor grad/helt var utilfredse med ventetiden fra henvisning til første samtale. Mange av disse var samtidig lite tilfredse med mulighet for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov, og 24 prosent av de foresatte og 34 prosent av barn og unge var delvis/i stor grad/helt utilfredse med denne tilgjengelighetsfaktoren. Omtrent fem prosent av de foresatte og 11 prosent av barn og unge mener at ulikt språk til en viss grad gjør at behandler og dem selv forstår hverandre dårlig. Her er det mulig at ulikt språk tolkes som mer en vanlige språkproblemer (for eksempel vanskelig språk i forhold til mange faguttrykk osv).

Vi finner at foresatte til gutter er noe mindre tilfreds med ventetid og muligheten for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid. Dette gjenspeiler trolig at gutter generelt har høyere gjennomsnittlig ventetid enn jenter. For de samme indikatorene finner vi stort sett at foresatte til 7-12 åringer og barn og unge 11-12 åringer er noe mindre fornøyd enn de andre aldersgruppene, og særlig gjelder dette for gutter. Dette er også konsistent med at det er disse brukerne som venter lengst i følge tverrsnittsregistreringen ved poliklinikkene.

### **PERSONALET**

Barn og unge er mindre tilfredse med behandler og personalet ved poliklinikken enn det foresatte er. Totalt i utvalget er i overkant av 80 prosent i stor grad eller helt tilfredse med behandler og resten av personalet. Omtrent en av fem av barn og unge er mer eller mindre utilfreds med personalet, mens mer enn en av 10 er mindre tilfredse blant de foresatte. Det er tendenser til at brukere i den eldste aldersgruppen er mindre fornøyd enn andre, og kjønnsforskjellene trekker i retning av at gutter er minst tilfredse.

Det er også slik at de som har tillit til behandler også mener at behandler har mye kunnskap om problemene til barnet/ungdommen. Det å bli møtt med omtanke og forståelse fra personalet har positiv sammenheng med tillit til behandler.

### **INFORMASJON**



I forhold til å gi informasjon om det som skal skje på poliklinikken (undersøkelser og behandling), har poliklinikkene et forbedringspotensial. Dette er det forholdet brukerne er minst fornøyd med. Omtrent en av tre mener de får for lite informasjon, om vi ser på svarene som gjelder informasjonspåstandene samlet. Barn og unge føler i noe større grad enn foresatte at de får for lite informasjon om undersøkelser og behandling. Kanskje kan pasienter i 11-årsalder ta i mot og bearbeide mer informasjon enn behandlerne tror.

#### MEDVIRKNING

Generelt er det en relativt stor andel av brukerne som ikke er tilfredse med medvirkningsmulighetene når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Hver femte foresatte og nesten hvert fjerde barn/ungdom er delvis/i stor grad/helt enig i at de har fått bestemme for lite under planleggingen. Likevel er det 83 prosent av de foresatte som ikke har kommet med kritikk mot behandlingsopplegget eller mot personalet. Tre prosent av de foresatte sier at kritikken de har kommet med delvis/i stor grad/helt har blitt taklet på en dårlig måte ved poliklinikken.

Dette betyr at både foresatte og barn/unge mener de bør få bestemme mer når undersøkelser eller behandlingsopplegg planlegges, men at potensiell kritikk fra de foresatte i de aller fleste tilfellene blir taklet tilfredsstillende av personalet ved poliklinikken.

#### SAMARBEID

Resultatene av brukerundersøkelsen tyder på at omtrent 13 prosent av brukerne mener at dette samarbeidet ikke er helt tilfredsstillende. Omtrent seks prosent av brukerne mener det i stor grad/helt er slik at behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Jenter i alderen 11-12 år er relativt mer misfornøyd enn de andre, og det er særlig mange som i stor grad/helt er misfornøyd i denne gruppen.

Vi finner videre at 20 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge delvis/i stor grad/helt mener at behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP som også har kontakt med barnet. Særlige er barn og unge 11-12 år lite fornøyd med det eksterne samarbeidet, og dette stemmer overens med behandlernes oppfatninger. Det er altså relativt mange brukere som ikke er tilfredse med samarbeidet med andre instanser, og dette er klart et punkt poliklinikkene kan forbedre seg på.

Det er også slik at de som er tilfredse med det eksterne samarbeidet også er tilfredse med det interne samarbeidet. Dette kan bety at poliklinikker som er gode på å samarbeide internt også er bedre i stand til å få til et godt samarbeid med eksterne fagpersoner.

#### BEHANDLINGSOPPLEGG

Over 60 prosent av brukerne føler til en viss grad at problemene har blitt mindre etter at de kom til poliklinikken. Det er likevel rundt 20 prosent av brukerne som føler at problemene ikke har blitt særlig mindre. Det er spesielt "nye brukere" eller de som ble henvist senere enn 2002 som ikke føler særlig bedring. I tillegg føler jenter i tenårene lavere grad av bedring enn gutter og yngre jenter.

De fleste foresatte mener de får god hjelp gjennom samtalene de har med personalet på poliklinikken. Det kan se ut som foresatte til jenter i tenårene er minst fornøyd med utbytte av samtalene.

Omtrent 70 prosent av barna og ungdommene i utvalget bruker medisiner. De fleste som får medisiner (70 prosent), mener at medisinene er til stor hjelp.

I overkant av halvparten av de foresatte og nesten 60 prosent av barn og unge mener at behandlingen de får ved poliklinikken er til stor hjelp. Det er likevel 23 prosent av brukerne som mener det bare delvis er slik at behandlingen hjelper. Ni prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener behandlingen ikke er til hjelp i særlig grad. Tenåringer er mindre tilfreds enn 11-12 åringer. Dette gjelder både for både gutter og jenter.

Nesten 60 prosent av de foresatte og halvparten av barn og unge, mener at behandlingen er til god hjelp for familien. Syv prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener at behandlingen ikke hjelper familien i særlig grad.

Det er sterk grad av samvariasjon i spørsmålene som gjelder behandlingsopplegget. De som mener at barnet/ungdommen har stort utbytte av behandlingen mener også at familien har stort utbytte. Tilfredshet med utbyttet av oppholdet ved poliklinikken er i stor grad knyttet til tilfredshet med utbyttet av behandlingen og vice versa.

#### ANDRE FORHOLD

91 prosent av de foresatte og 87 prosent av barn og unge svarer at de aldri har blitt behandlet nedlatende eller respektløst på poliklinikken. Fire prosent av de foresatte og syv prosent av barn og unge har av og til/ofte eller alltid blitt behandlet nedlatende eller respektløst.

84 prosent av de foresatte og 79 prosent av barn og unge er i stor grad eller helt fornøyd med hjelpen fra poliklinikken totalt sett. Det er likevel 8 prosent av de foresatte og 11 prosent av barn og unge som svarer at de bare delvis er fornøyd med den hjelpen de har fått. Tre prosent av de foresatte og 8 prosent av barn og unge har enten svart at de ikke er fornøyd eller at de ikke er fornøyd i særlig grad med hjelpen fra poliklinikken totalt sett.

86 prosent av de foresatte og 77 prosent av barn og unge kan i stor grad/helt tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne poliklinikken. Hhv seks og 10 prosent av de foresatte og barn/unge mener at de bare delvis kan tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne poliklinikken. To prosent av de foresatte og ni prosent av barn og unge kan ikke/ikke i særlig grad tenke seg å anbefale poliklinikken til andre.

#### TOTALT TILFREDSHETSMÅL

Når vi samler alle tilfredshetsindikatorerne til et felles eller totalt tilfredshetsmål, finner vi at den poliklinikken som kommer best ut blant de foresatte (høyest gjennomsnittlig tilfredshet blant foresatte), ligger 14 prosent høyere i vårt tilfredshetsmål enn den poliklinikken som kommer dårligst ut. I svarene til barn og unge ligger den beste poliklinikken 21 prosent høyere enn den poliklinikken som kommer dårligst ut. Variasjonen kan se kunstig høy ut fordi vi ser på ytterpunktene i fordelingene. Her er det viktig å kommentere at dersom vi ser på den totale variasjonen mellom poliklinikkene i forhold til variasjonen mellom svarene til den enkelte bruker, finner vi at variasjonen, i all hovedsak ligger i forskjeller mellom brukerne og ikke mellom poliklinikkene. Dette er diskutert i kapittel 3.5.

Det er en positiv korrelasjon mellom svarene til foresatte og svarene til barn og unge i det totale tilfredshetsmålet på poliklinikknivå. I de tilfeller foresatte er fornøyd er også barn og unge i større grad fornøyd og vice versa.

I svarene til de foresatte finner vi at det ikke er systematiske forskjeller mellom gutter og jenter. Det er imidlertid tydelige aldersforskjeller. Tilfredsheten er høyest blant foresatte til den yngste aldersgruppen (0-6 år), og lavest blant de eldste (13-18 år), når vi samtidig kontrollerer for andre forhold. Foresatte til barn og unge ved en stor poliklinikk er mindre tilfredse enn foresatte til barn og unge ved en mindre poliklinikk. Når mor svarer på spørreskjemaet er hun systematisk mer tilfreds enn i de tilfeller far svarer på spørreskjemaet. Jo lenger det er siden barnet/ungdommen ble henvist, jo mer tilfreds er de foresatte.

I svarene til barn og unge finner vi at det er systematiske forskjeller mellom gutter og jenter. Jenter er mer tilfredse enn gutter. Det er ikke systematiske variasjoner mellom aldersgrupper i dette utvalget (11 til 18 åringer). Det er heller ingen forskjell i brukertilfredshet mellom store og små poliklinikker. Også her finner vi at jo lenger det er siden barnet/ungdommen ble henvist, jo mer tilfredse er de.

### **PASIENTER SOM MOTTAR ET INSTITUSJONSTILBUD I PSYKISK HELSEVERN**

Undersøkelsen omfatter i alt 331 pasienter som mottok tilbud ved en i døgn- eller dagenhet i psykisk helsevern for barn og unge 5. november 2003. I utvalget er det en noe større andel gutter (52 prosent) enn jenter (48 prosent). Pasienter i alderen 13-17 år utgjør den største aldersgruppen. Antall behandlede pasienter per innbygger varierer kraftig mellom regionene på registreringstidspunktet. Helseregion Øst behandler 4,2 pasienter per 10 000 innbygger under 18 år mens landsgjennomsnittet ligger på knapt 3 pasienter per 10.000 innbygger i aldersgruppen.

Atferdsvansker er den hyppigste årsaken til at pasientene henvises til døgn- og dagenhetene (41 prosent) i det psykiske helsevernet. En av tre pasienter er henvist på grunn av tristhet eller depresjon. For nær en av fem pasienter er viktigste henvisningsgrunn hyperaktivitet eller skolefravær. Det er klare forskjeller når det gjelder hvorfor jenter og gutter henvises til døgn- eller dagbehandling i psykisk helsevern. Hele 60 prosent av guttene er henvist på grunn av atferdsvansker, mens dette kun er tilfelle for 21 prosent av jentene. For nesten dobbelt så mange jenter enn gutter er tristhet og depresjon viktigste henvisningsgrunn. Pasienter med hoveddiagnose hyperkinetiske forstyrrelser utgjør den største diagnosegruppen i døgn- og dagenhetene (14 prosent). En relativt stor andel av pasientene (28 prosent) har ikke angitt hoveddiagnose på registreringstidspunktet.

### **INSTITUSJONSTILBUDET I PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE**

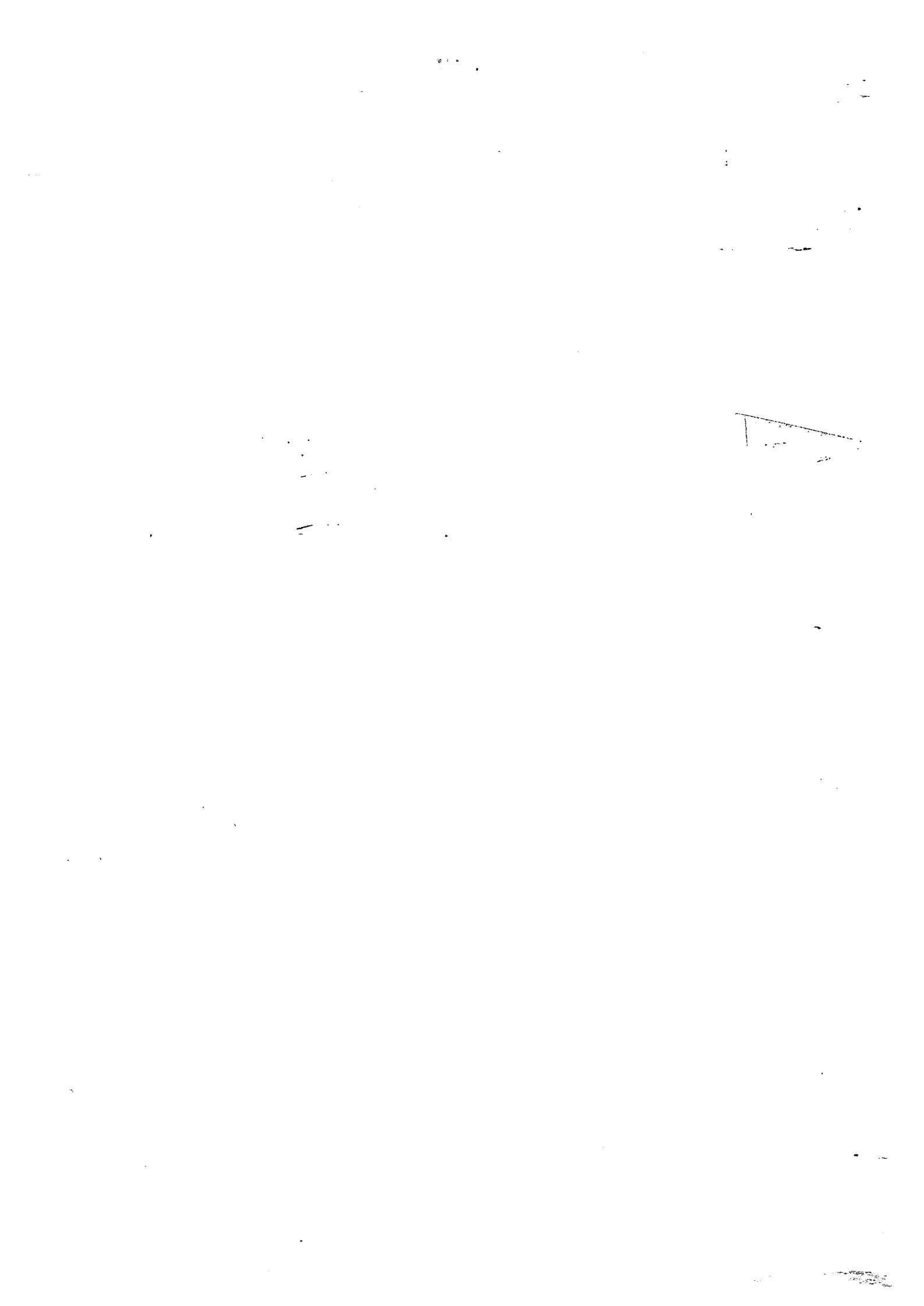
Døgnbehandling ved langtidsenhet er det tilbudet flest pasienter mottar på registreringstidspunktet (31 prosent). Nesten en av fire mottar dagbehandling, mens nær en av fem har et utredningsopphold ved døgnenhet. Poliklinisk behandling omfatter 18 prosent av utvalget, og en av ti pasienter har behandling ved akutenhet eller utredningsopphold ved dagenhet. Udekket etterspørsel gjelder primært døgnbehandling ved langtidsenhet (5 prosent), ambulerende behandling (5 prosent), samt poliklinisk behandling (5 prosent).

I gjennomsnitt mottar hver av de 331 pasientene i døgn- og dagenheten i overkant av 3 ulike terapitilbud på registreringstidspunktet. Over halvparten av pasientene og deres familier mottar samtaleterapi, 39 prosent parterapi/foreldrearbeid og 31 prosent mottar familierterapi. Medikamentell behandling benyttes for 36 prosent av pasientene. Det er størst udekkede etterspørsel etter terapiformer som familierterapi (8 prosent) nettverksarbeid (7 prosent), samspillsbehandling (6 prosent), samt kognitiv atferdsterapi (6 prosent).

For over 60 prosent av pasientene vurderes poliklinisk behandling som det mest aktuelle behandlingstilbudet etter utskrivning. Videre viser undersøkelsen at PP- tjenesten og barnevernet også representerer sentrale oppfølgende tilbud.

Døgn- og dagenhetene i psykisk helsevern har et utstrakt samarbeid med skole/barnehage. For omlag halvparten av pasientene er det etablert et samarbeid med PP- tjenesten og for 40 prosent av barna samarbeides det med barnevernet.

Nesten halvparten av pasientene i døgn- og dagvirksomheten mangler en skriftlig individuell plan. Kun 21 prosent har dette. For omlag 27 prosent av pasientene er det imidlertid planlagt å utarbeide en individuell plan, men arbeidet er ikke ferdigstilt.



# 1 Formål og bakgrunn

HELLE WESSEL ANDERSSON

Undersøkelsen har følgende mål:

- ✦ Vise hva som karakteriserer barn unge som er brukere av psykisk helsevern; pasientsammensetningen, pasientenes tilstand og hjelpebehov
- ✦ Gi kunnskap om kvalitative aspekter ved tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- ✦ Fremstille brukernes tilfredshet med det polikliniske behandlingstilbudet

Behandlernes vurdering av behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge er oppfølging av en studie som ble gjennomført i 1999/2000. Foreliggende undersøkelse benytter samme metodiske fremgangsmåte som den gang. Studien er basert på en tverrsnittregistrering, der behandlerne har fylt ut ett registrerings skjema for hver pasient som på et angitt tidspunkt mottok poliklinisk behandling eller et institusjonstilbud. De registrerings skjemaene som er benyttet er imidlertid betydelig revidert, og ikke identisk med det som ble brukt ved undersøkelsene i 1999 /2000. Det er i foreliggende rapport derfor ikke lagt vekt på å beskrive endringer i tilbudet siden forrige undersøkelse. Sammenligninger med resultater fra studien i 1999/2000 gjøres imidlertid for noen av de forhold som belyses.

Rapporten har hovedfokus på tema som er fremhevet i de helsepolitiske målsettingene for psykisk helsevern for barn og unge. Undersøkelsen vil slik være et viktig bidrag i evaluering av status for utviklingen av det spesialiserte tjenestetilbudet for barn og unge, når vi nå er godt over midtveis i planperioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr 63, 1997-1998). Den foreliggende undersøkelsen innebærer en utvidelse i forhold til den som ble gjennomført i 2000, ved at man ved poliklinikkene også innhenter brukernes vurderinger og tilfredshet med tilbudet.

## 1.1 Delstudier

Undersøkelsen har følgende tre delstudier:

- a) Kartlegging av behandlingstilbudet for barn og ungdom som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern (Kapittel 2)
- b) Brukernes vurderinger av det polikliniske behandlingstilbudet (Kapittel 3)
- c) Kartlegging av behandlingstilbudet for barn og ungdom som mottar dag - eller døgntilbud i psykisk helsevern (Kapittel 4)

## 1.2 Forekomst av psykiske problemer hos barn og ungdom

Resultater fra epidemiologiske studier viser tall for forekomst av psykiske problemer hos barn og ungdom som varierer fra at omlag 8-15 prosent av barn og ungdomsbefolkningen (f eks. Petersen & Bilenberg, 2003; Bird, 1996; Offord, 1995; Olsson & von Knorring; 1999;

Nøvik, 1999; Steinhausen et al., 1998; Kunnskapssenteret, 2004; Heian, 2004). Studier har vist at forekomst er like høy for yngre, - som for eldre barn og ungdommer (Lavigne et al., 1995).

Forekomst kan variere med kulturelle og sosiale forhold (Verhulst, 1995), i ulike lokalsamfunn, og i forhold til urbaniseringsgrad. Variasjon i beregningene av forekomst skyldes i tillegg at studiene har benyttet ulike utvalgsteknikker, ulike utvalgsstørrelser, ulike aldersgrupper og brukt ulike metoder. Blant annet varierer det mellom undersøkelsene i hvor stor grad en har definert forekomst av alvorlige psykiske problemer. Med en faglig god tilretteleggelse vil en stor andel av disse barna og ungdommene kunne motta adekvate hjelpetilbud og tiltak i kommunal regi. Resultater fra klinisk forskning har også vist at hjelp som gis på lokalt nivå, i barnets nærmiljø, er den hjelpen som har best effekt på psykiske vansker hos barn (Fonagy & Roth, 1996).

Epidemiologiske studier har vist at det er kjønnsforskjeller i forekomst av psykiske vansker, og da at gutter rammes hyppigere enn jenter (Hannesdottir, 1995; Halfon, & Newacheck, 1999). Videre finner en forskjeller mellom gutter og jenter i forhold til hvilke problemer de rammes av, og i forhold til hvordan og når symptomer på psykiske problemer blir synlig (f. eks Sen, 2004; Proctor et al., 1991; Goodman & Scott, 1999).

### 1.3 Psykisk helsevern for barn og ungdom

Det psykiske helsevernet for barn og ungdom (BUP) omfatter polikliniske tilbud, dagtilbud, og døgnbehandling. I 2003 var det i alt 33 658 barn og unge, eller 3,1 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen) som mottok et behandlingstilbud i BUP.

Det spesialiserte behandlingstilbudet til barn og unge med psykiske vansker er fortsatt preget av geografiske forskjeller, både i forhold til andel av barn og unge som får behandling, og i forhold til typer tjenester som er tilgjengelige. Blant annet vil tilgjengeligheten til akutt- eller langtidsavdelinger, eller til familieavdelinger variere i forhold til bosted (SAMDATA psykisk helsevern, 2004).

Årsaker til geografiske forskjeller i tilgjengelighet til BUP, målt som andel av barn og ungdom som mottar tjenester, kan skyldes forskjeller i ressursinnsats. Ulik ressursinnsats skyldes variasjoner i tilgang på antall behandlerårsverk, tilbudsstruktur (forholdet mellom poliklinisk behandling og døgnbehandling) og produktiviteten ved poliklinikken. Andre årsaker kan være relatert til de valg og prioriteringer som gjøres i klinisk praksis. Blant annet vil ulike fagideologier gjøre at valg og prioriteringer i klinisk praksis varierer mellom institusjoner/ fylker. Ved noen institusjoner kan man f. eks velge en behandlingsprofil som innebærer "bredde", dvs. "litt hjelp til mange", mens en annen institusjon prioriterer dybde, og en tilnærming som innebærer "mye behandling til få". En kan imidlertid ikke utelukke at noen av de geografiske forskjellene i andel behandlede pasienter skyldes forskjeller i "pasienttyngde", dvs. hvor ressurskrevende behandlingen er for ulike pasientgrupper. De indikatorene som man i dag benytter for å måle produktivitet ved poliklinikkene korrigerer ikke for ulike pasientsammensetning mellom institusjonene. I tillegg er det et faktum at psykisk helsevern for barn og unge sliter med å rekruttere kvalifisert fagpersonale. Geografiske forskjeller i forhold til muligheter for å tilby etterutdanning, fordypningsmuligheter, samt et interessant fagmiljø vil kunne ha betydning både i forhold til rekruttering og i hvor stor grad en kan beholde erfarent og spesialisert fagpersonell.

De fleste barn og unge som mottar behandling i BUP mottar et poliklinisk behandlingstilbud (omlag 94 prosent av pasientene). Ved poliklinikkene foretas kartlegginger og utredninger, og det gis råd og behandling overfor barn, ungdom og deres familier. Poliklinikkene har for øvrig et viktig ansvar i forhold til forebyggende arbeid i tilknytning til barn og unges psykiske helse. I tillegg er veiledning og samarbeid overfor instanser i 1. linjetjenesten, som for eksempel fastleger, PP- tjenesten, barnevernet og helsestasjoner sentrale oppgaver for poliklinikkene (Statens Helsetilsyn, 2001).

Institusjonstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge er for de mest hjelpetrengende. Institusjonstilbudet kan enten være i form av et dagtilbud eller et døgntilbud. Dagtilbudet er et tilbud til de som trenger et mer omfattende behandlingsopplegg enn det som kan tilbys poliklinisk, samtidig som en får mulighet til å bevare tilknytningen til foreldre og hjemmemiljø.

I 2003 var det ved i alt 337 plasser tilgjengelig ved sengeavdelinger. Dette er i all hovedsak akuttenheter og utredningsenheter for ungdommer der det er mistanke om alvorlige psykiske problemer. I noen fylker finnes familieavdelinger, med leiligheter for innleggelse av familier. Behandlingshjem er et annet institusjonstilbud innen psykisk helsevern, der barn og ungdommer kan bo og motta behandling over en lengre periode.

#### 1.4 Helsepolitiske mål

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp. nr, 63, 1997-1998) har som mål å bygge ut og utvikle lett tilgjengelige og kvalitativt gode tjenester for barn og ungdom. Det forutsettes en kraftig utbygging av psykisk helsevern, økt kapasitet og økt effektivisering.

Opptrappingsplanen fremstiller også behovet for å styrke den faglige kvaliteten i det psykiske helsevernet, og å bedre samarbeidet mellom forvaltningsnivåene. Det legges vekt på behovet for å utvikle nye og utadrettede arbeidsformer, med tettere samarbeid med kommunale helse - og sosialtjenester, blant annet barnevernet. Psykiske helsevern for barn og unge (BUP) skal være del av en sammenhengende behandlingsskjede. Tiltaksplanen forutsetter en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak på tvers av sektorgrensene.

Helhetsperspektivet er også et viktig prinsipp i Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003). Tjenester for barn og unge skal oppleves som helhetlige for barnet og familien, og omfatter derfor både organiseringen av tjenestene, samarbeidet mellom berørte tjenester, kontinuitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet.

Brukerperspektivet står sentralt i de helsepolitiske målsettingene; respektfullt og likeverdig samarbeid med bruker og familie. Det er en uttalt målsetting å kunne gi kvalitativt gode og individuelt tilpassede tjenester til brukerne (St. prp. nr 63). I Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003) rettes fokus mot barn og unges møte med tjenestene. I planen legges det vekt på at den enkelte brukers behov, ønske og forståelse av egen situasjon skal legges til grunn for behandling og tiltak.

Som strategier for å bidra til at brukernes behov legges til grunn ved utforming av tilbud og tjenester, fremheves økt samarbeid med barn, unge og deres pårørende, blant annet ved direkte samarbeid med den enkelte familie / ungdom og ved utforming av individuell plan. Økt fokus på individuelle planer er tiltak 61 i Regjeringens strategiplan. Tiltaket omfatter en utgivelse av en veileder for utarbeidelse av individuelle planer (SINTEF Helse/ Sosial og Helsedirektoratet, 2003). Veilederen skal være et hjelpemiddel i planprosessen og bidra til at arbeidet med individuelle planer forenkles for tjenestene.

Riktig dimensjonering av tjenester er en forutsetning for å kunne møte barn og unges behov. For barn og unge med psykiske vansker vil mange tjenester kunne være aktuelle. Tilbud til barn og ungdom med psykiske vansker skal så langt det er mulig tilbys på lokalt nivå, nær brukeren. Dette krever en kommunal hjelpetjeneste som har kompetanse og kapasitet til å hjelpe barn og ungdommer med psykiske vansker. Dimensjoneringen, og utbyggingsgraden av de kommunale tjenestene vil kunne ha betydning både i forhold til behovet for, - og etterspørselen etter spesialiserte behandlingstilbud.

Målet for det psykiske helsevernet er å kunne yte spesialisert hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år hvert år. Veksten i tilbudet er forevent oppnådd gjennom en kombinasjon av bedret produktivitet og utbygging av nye tjenester.

Det legges vekt på at ventetiden for spesialisert behandling skal reduseres (Regjeringens strategiplan, tiltak 72), og at ressurser skal utnyttes bedre. I tillegg skal spesialisthelse-

tjenesten ha økt fokus på forebyggende arbeid og samarbeidet med de kommunale tjenestene (St. prp. nr. 63, 1997-1998). Tiltakene kommer i hovedsak i form av utvikling og utbygging av kommunale tilbud, som på sikt vil kunne redusere presset på spesialisthelsetjenesten, samt ved utvikling av polikliniske tiltak i spesialisthelsetjenesten. En satser i tillegg på en forsiktig utbygging av institusjonstilbud for ungdommer.

Tiltak for å utvikle tjenester i tråd med brukernes behov omfatter også etablering av kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern for barn og unge (tiltak 63 i Regjeringens strategiplan). Innen psykisk helsevern er det nå innført målinger av kvalitet ved bruk av et sett kvalitetsindikatorer (Sosial- og helsedirektoratet). For BUP har man valgt å benytte følgende kvalitetsindikatorer; epikrisetid<sup>1</sup>, ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering)<sup>2</sup>, og andel av pasienter som er diagnostisk vurdert i forhold til henholdsvis Akse 1, 2, 5, og 6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (ICD-10, WHO, 1996).

## 1.5 Status for psykisk helsevern for barn og unge

Psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP) behandler stadig flere pasienter. Poliklinikkene har hatt en gunstig utvikling i produktiviteten, og ligger an til å innfri målet om 50 prosent produktivitetsvekst. Samtidig er helsemyndighetene oppmerksomme på at det faglige innholdet og kvaliteten i tjenestene varierer, at kunnskapsgrunnlaget for en del av tjenestene er mangelfull, og at det er behov for kompetanseutvikling og styrking av kunnskapsgrunnlaget (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Gjennom SAMDATA psykisk helsevern presenteres indikatorer som gjør det mulig å følge utviklingen i forhold til Opptrappingsplanens mål. SAMDATA psykisk helsevern med statistikk for driftsåret 2003 ble presentert høsten 2004 (SINTEF Helse, 2004). Statistikken viser at 3,1 prosent av barn og unge mottok et spesialisert behandlingstilbud i 2003. Dette representerer en økning på 62 prosent siden 1998. Fra 2002 til 2003 var økningen i antall behandlede pasienter på 9 prosent. Den nasjonale statistikken viser betydelige regionale forskjeller i forhold til hvor stor andel av barne- og ungdomsbefolkningen som mottar tilbud fra BUP.

Denne statistikken viser at Opptrappingsplanen bidrar til at antall barn og unge som får spesialisert hjelp øker. Vi har imidlertid mindre kunnskap om de kvalitative aspektene ved tjenestetilbudet. I utviklingen av tjenestetilbudet er det av vesentlig betydning at kravet om økt produktivitet og lønnsom drift ikke kommer i konflikt med kvaliteten på de tilbudene som ytes. Kvaliteten på behandlingstilbud i psykisk helsevern har i økende grad blitt et vektlagt tema for helsemyndighetene.

---

<sup>1</sup> N-010: Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager (etter utskrivningsdato/ avslutningsdato, etter avsluttet behandling ved innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjonsserie (episode i NPR- record). Epikrise er en skriftlig oppsummering av en sykdoms status, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling. Lang epikrisetid svekker pasientens mulighet til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging etter utskrivelse. Indikatoren sier noe om samhandlingsgrad av de ulike etatene i et system (Den norske lægeforening).

<sup>2</sup> N-012: Antall dager fra institusjonen mottar henvisningen til primærbehandling/ klinisk vurdering finner sted. Det skilles her mellom de som har rett til helsehjelp (jfr. forskrift), og de som ikke har det.



## 2 Poliklinisk behandling – pasientene og behandlingstilbudet

HELLE WESSEL ANDERSSON

### 2.1 Metode

#### 2.1.1 Rekruttering til deltagelse i undersøkelsen

Samtlige poliklinikker mottok brev sommeren 2003 med en første orientering om undersøkelsene. Videre, i november 2003 ble de holdt et dagsseminar i Oslo, for ledere og merkantilt personell ved poliklinikker, for å gi en grundig orientering om de nasjonale undersøkelsene i BUP- sektoren våren 2004<sup>3</sup>. Seminaret ble holdt i samarbeid med HIADATA AS. Tema for seminaret var bakgrunn for undersøkelsene, aktuelle problemstillinger, metodevalg og gjennomføring, tidsrammer og bruk av innsamlede data. I tillegg ble et utkast til registreringsskjema presentert, og deltagerne fikk anledning til å komme med innspill og kommentarer til dette. HIADATA orienterte om bruk av BUPDATA til registrering av skjema. Nær samtlige av landets poliklinikker var representert på seminaret. I samarbeid med HIADATA AS ble også utarbeidet "Brukerhåndbok" for ansatte ved poliklinikkene, som ga grundig informasjon om gjennomføringen de aktuelle undersøkelsene. Brukehåndboken ble sendt ut til samtlige av landets poliklinikker.

#### 2.1.2 Gjennomføring av pasientregistreringen ved poliklinikkene

Undersøkelsen ble gjennomført som en tverrsnittstudie, der ansvarlige behandler kartla, - og vurderte behandlingstilbudet for hvert enkelt barn/ungdom, som i løpet av perioden 1-14 mars, 2004 mottok tiltak (direkte eller indirekte tiltak<sup>4</sup>) ved poliklinikken.

Det ble laget et elektronisk registreringsskjema i samarbeid med HIADATA<sup>5</sup>. Skjemaet ble satt inn som en skjemamodul i det pasientadministrative systemet BUPDATA, og koblet til BUPDATA på personnivå. Valg av denne metoden for å innhente data er funksjonell og tids-effektiv i forhold til "papirmetoden". Metoden gjør at den enkelte behandler kan administrere utfyllingen, - etter når det passer med egen timeplan.

HIADATA bisto også med utvikling av en metode for å generere statistikken, - en datafil fra hver institusjon der alle registreringsskjema som var utfylt ble tatt ut. Metoden ga et omfattende datamateriale for den enkelte pasient, ved at opplysningene i registreringsskjemaet ble koblet mot opplysninger som allerede var registrert i det pasientadministrative systemet.

---

<sup>3</sup> Omfattet også en orientering om prosjektet "Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge", som SINTEF Helse gjennomførte på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet våren 2003-2004 (Andersson, et al., 2004).

<sup>4</sup> Direkte tiltak er undersøkelse/ observasjon, terapi/ samtale. Indirekte tiltak er når fagperson fra poliklinikken har møte med, - eller konsultasjon/ rådgivning/veiledning overfor eksternt samarbeidsinstans om barnet/ ungdommen, der verken barnet / ungdommen eller foreldre er til stede.

<sup>5</sup> Nå Visma Unique.

For institusjoner som ikke benyttet BUPDATA, eller som ikke hadde den oppdaterte versjonen av elektronisk pasientjournal, ble det anvendt papirversjoner av spørreskjemaet. Dette var aktuelt for seks institusjoner. Undersøkelsen ved poliklinikkene ble gjennomført anonymisert og med godkjenning fra Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk for helseregion Midt-Norge.

## 2.2 Utvalget

Totalt 61 av landets poliklinikker deltok i undersøkelsen av i alt 70 aktuelle poliklinikker<sup>6</sup>. De aller fleste benyttet elektronisk registrering ved bruk av BUPDATA. Blant de institusjoner som medvirket var det fem institusjoner som benyttet papirversjoner av registreringsskjemaet. Datagrunnlaget fra disse institusjonene er derfor begrenset sammenlignet med den statistikk som foreligger fra de øvrige institusjonene. Tabell 2.1 gir en oversikt over antall registrerte pasienter etter helseregioner.

Tabell 2.1 Antall medvirkende institusjoner og antall registrerte pasienter etter institusjonens tilknytningsregion.

Regioner	Antall poliklinikker som medvirker	Antall registrerte pasienter	Andel registrerte av totalt antall behandlede pasienter i 2003 <sup>7</sup>	Totalt antall poliklinikker
Øst	21	2 086	19	25
Sør	8	937	15	9
Vest	11	1 040	18	13
Midt-Norge	7	973	25	8
Nord	14	957	20	15
Totalt (vektet)	61	5 993	19	70

Note. Fire pasienter mangler opplysninger om region.

Registreringen omfattet i alt 5997 barn og unge som mottok et poliklinisk behandlingstilbud i den aktuelle registreringsperioden. Tabellen viser at pasienter som inngår i utvalget representerer totalt 19 prosent av antall pasienter som mottok et poliklinisk behandlingstilbud i BUP i 2003<sup>8</sup>.

Det fremgår av tabellen at pasienter i helseregion Midt-Norge i høyere grad er representert i undersøkelsen, sammenlignet med pasienter som behandles i de øvrige helseregionene. To relativt store institusjoner, fra hhv. helseregion Sør<sup>9</sup> og fra helseregion Vest<sup>10</sup> deltar ikke i undersøkelsen, og gjør at pasienter fra disse regionene er noe underrepresentert i undersøkelsen.

<sup>6</sup> Institusjoner som ikke ønsket å medvirke oppga kapasitetsproblemer som en hovedårsak til dette. Av de poliklinikkene som ikke deltok ligger fire i helseregion Øst, en i helseregion Sør, to i helseregion Vest, en i helseregion Midt-Norge, og en i helseregion Nord.

<sup>7</sup> Pasienter i poliklinisk behandling, 2003 etter bostedsområde: Øst:11178, Sør: 6275, Vest:5806, Midt-Norge:3900, Nord: 4830. Hele landet: 32 022 (Samdata Psykisk helsevern, 2004).

<sup>8</sup> Antall behandlede pasienter i 2004 er pr dato ukjent. Det er imidlertid grunn til å anta at antall behandlede pasienter har økt fra 2003. Antall registrerte pasienter i denne tverrsnittregistreringen (våren 2004) vil derfor ikke representere 19 prosent av de som mottok behandling i 2004, men sannsynligvis en lavere andel.

<sup>9</sup> Psykiatrien i Vestfold, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.

<sup>10</sup> Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Stavanger.

### 2.3 Pasienter etter kjønn og alder

Flere epidemiologiske studier har vist at psykiske vansker forekommer oftere hos gutter enn hos jenter (f eks. Hannesdottir, 1995; Halfon & Newacheck, 1999). Kjønnforskjeller i psykisk helse hos gutter og jenter viser seg imidlertid også i forhold til hvordan, og når psykiske vansker presenterer seg (Sen, 2004; Proctor et al, 1992;). Gutter har oftere enn jenter psykiske vansker før puberteten, mens det motsatte gjelder etter puberteten (Goodman & Scott, 1999). I dette utvalget er de registrert i alt 3175 gutter (53 prosent) og 2818 jenter (47 prosent). Tabell 2.2 viser registrerte pasienter etter kjønn og alder.

Tabell 2.2 Registrerte pasienter etter alder og kjønn.

Aldersgrupper	0-6 år		7-12 år		13-18 år	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Gutter	554	66	1 759	68	857	34
Jenter	280	34	836	32	1 685	66
Totalt*	834	100	2 595	100	2 542	100

Note. Mangler opplysninger: Alder ved henvisning: n=11; Kjønn: n=11. Pasienter over 18 år (n=13) er ikke tatt med.

I tråd med resultater fra epidemiologisk forskning, som viser kjønnforskjeller i forekomst og debut for psykiske vansker (f eks. Goodman & Scott, 1999), dominerer gutter i de to yngste aldersgruppene (hhv 0-6 år, og 7-12 år). I aldersgruppen 13-18 år er det betydelig flere jenter enn gutter.

Fra den epidemiologiske forskningen er det også presentert funn som indikerer at forekomst av psykiske vansker er like høy hos førskolebarn, som hos eldre barn og ungdommer (Lavigne et al., 1996). På bakgrunn av dette er det interessant å se hvordan dette kliniske utvalget fordeler seg i de ulike aldersgruppene. Tabell 2.3 viser pasientfordelingen etter bostedsfylke og andel registrerte pasienter i ulike aldersgrupper.

Tabell 2.3 Pasienter etter bostedsfylke og alder ved henvisning.

Fylker*	Antall pasienter	Andel 0-6 år	Andel 7-12 år	Andel 13-18 år
Østfold	150	13	42	45
Akershus	531	12	45	43
Oslo	940	23	41	36
Hedmark	253	12	48	40
Oppland	208	13	41	46
Buskerud	183	22	38	39
Telemark	215	10	47	44
Aust-Agder	157	9	35	56
Vest-Agder	374	12	47	41
Rogaland	170	18	50	32
Hordaland	633	10	46	44
Sogn og Fjordane	233	20	39	41
Møre og Romsdal	424	14	40	45
Sør-Trøndelag	388	12	48	40
Nord-Trøndelag	157	13	46	41
Nordland	476	9	44	48
Troms	123	9	37	54
Finnmark	353	10	41	49
Ubesvart	8	13	13	25
Totalt (vektet)	5 976	14	43	43

Note. Psykiatrien i Vestfold deltar ikke i undersøkelsen, og åtte pasienter registrert med bosted i Vestfold er utelatt. Tretten pasienter over 18 år er ikke tatt med i tabellen.

Med utgangspunkt i alder ved henvisning viser tabellen viser at barn i den yngste aldersgruppen utgjør 14 prosent av de totalt utvalget<sup>11</sup>. Det er imidlertid relativt store variasjoner mellom fylkene i forhold til hvor stor andel de yngste barna utgjør av det totale utvalget. I Buskerud er for eksempel i alt 22 prosent av pasientene i alderen 0-6 år når de henvises. I Troms, Nordland og Aust-Agder utgjør førskolebarna under 10 prosent av pasientene som henvises til BUP. Dersom en antar at forekomst av alvorlige psykiske vansker for barn i alderen 0-6 år er likt fordelt mellom fylkene, indikerer resultatene at det er store variasjoner i dekningsgrad for denne aldersgruppen.

## 2.4 Henvisningssår

For en nærmere beskrivelse av pasientsammensetningen i BUP, presenteres pasientenes fordeling etter hvilket år de ble henvist til BUP. Behandlingstiden i BUP vil variere med type tilstand, og alvorlighetsgrad. Noen pasienter vil ha god nytte av intensiv behandling, mens

<sup>11</sup> Analyser av pasientfordelingen etter barnet/ ungdommens alder i 2004, viser at den yngste aldersgruppen 0-6 år utgjør 8 prosent av pasientpopulasjonen. Dette indikerer at mange av barna som er i den yngste alderskategorien ved henvisning til BUP, mottar intensive eller kortvarige behandlingstilbud.

andre kan ha behov for en lengre behandlingsperiode. Tabell 2.4 viser antall og andel pasienter etter hvilket år de ble henvist.

Tabell 2.4 Henvisningsår. Antall pasienter.

År henvist	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Før 2000	280	5
2000	231	4
2001	465	8
2002	1 071	19
2003	2 957	52
2004	665	12
Total*	5 669	100

Note. Opplysning om henvisningsår mangler for 328 pasienter.

Det fremgår av tabellen at en relativt stor andel av pasientene har mottatt polikliniske tilbud fra BUP over en lengre periode. Barn og ungdom som er henvist i år 2002 eller tidligere utgjør i alt 36 prosent av pasientene.

## 2.5 Ventetid

Det er et helsepolitisk mål at ventetiden på behandling i psykisk helsevern skal reduseres. Det er satt som et mål at ventetid på vurderingssamtale skal være maksimum 10 dager. Målet skal nås gradvis gjennom opptrappingsplanperioden (Regjeringens strategiplan, 2003). I det følgende presenteres statistikk vedrørende pasientenes ventetid, fra henvisningsdato til behandling er i gang<sup>12</sup>. Tabell 2.5 viser antall pasienter etter ventetider.

Tabell 2.5 Antall pasienter etter ventetid for poliklinisk behandling.

Ventetid	Antall pasienter	Prosent pasienter
<14 dager	1 165	21
14-29 dager	1 122	20
30-59 dager	1 126	20
60-89 dager	686	23
90-119 dager	480	9
> 119 dager	961	17
Totalt	5 540*	100

\*Mangler opplysninger om ventetiden: n=457

Resultatene viser at hvert fjerde barn/ungdom som var i poliklinisk behandling våren 2004 hadde ventet i minst 3 måneder på det polikliniske behandlingstilbudet. Omlag 40 prosent av pasientene hadde ventet mindre enn en måned.

<sup>12</sup> Dato da det første gang er registrert ressursbruk fra poliklinikken i saken, etter at pasienten kommer fra venteliste.

Tabell 2.6 viser forskjeller mellom gutter og jenter, og mellom aldersgrupper, - i gjennomsnittlig ventetid (antall dager).

Tabell 2.6 Ventetid etter kjønn og alder

Variabler	n	Ventetid gjennomsnitt ant. dg	Variasjons- koeffisient <sup>13</sup>
<b>Kjønn*</b>			
Gutt	2 964	78	106
Jente	2 575	54	124
<b>Alder**</b>			
0-6 år	788	67	126
7-12 år	2 439	81	126
13-18 år	2 306	51	119

\*t=-11,1 p<0,001, \*\*F=63,6, p<0,001

Tabellen viser at gutter hadde en gjennomsnittlig ventetid på 78 dager, mens jenter i gjennomsnitt ventet 54 dager på at behandlingstilbudet skulle settes i gang. Forskjellen i gjennomsnittlig ventetid, som også er statistisk signifikant forskjellig, gjenspeiler høyst sannsynlig en kjønnsforskjell i forhold til hvilke psykiske problemer gutter og jenter rammes av. Den betydelig kortere ventetiden for jenter enn for gutter, indikerer at de oftere enn gutter har utviklet symptomer av en viss alvorlighetsgrad, og tilstander som kommer inn i gruppen av de først prioriterte for spesialisert behandling. Variasjonskoeffisienten viser at det er større variasjon i ventetiden for gutter enn for jenter.

Ungdommer i alderen 13-18 år er den aldersgruppen som har kortest ventetid, med et gjennomsnitt på 51 dager. Variasjonskoeffisienten viser i tillegg at de er mindre variasjon i ventetid for ungdommer, enn for pasienter i de yngre aldersgruppene. Barn i alderen 7- 12 år er den gruppen som må vente lengst på at behandlingen igangsettes. Også dette resultatet gjenspeiler høyst sannsynlig at ungdommer som henvises til spesialisthelsetjenesten har mer alvorlige lidelser enn de som er i de yngre aldersgruppene, og at de derfor skal prioriteres ved inntak til behandling.

Det er en uttalt helsepolitisk målsetting at psykisk helsevern skal være rettferdig fordelt, med lik tilgjengelighet uavhengig av bosted. Tabell 2.7 viser variasjoner mellom helse-regioner i gjennomsnittlig ventetid.

<sup>13</sup> Variasjonskoeffisienten = (SD/gjennomsnitt)100

Tabell 2.7 Ventetider etter bostedsregioner. Gjennomsnitt, median og standardavvik.

Region	Gjennomsnitt ant. dg.	Median ant dg.	SD	N*
Øst	65	41	69,2	1 993
Sør	71	40	80,2	907
Vest	74	41	92,0	1 009
Midt-Norge	64	40	75,8	864
Nord	61	33	67,5	773
Totalt	67	39	76,6	5 536

\*Mangler opplysninger om ventetiden: n=457; mangler opplysning om bostedsfylke: n=4.

Resultatene viser at ventetiden er kortest i helseregion Nord, der barn og unge i gjennomsnitt ventet 61 dager på et behandlingstilbud. Pasienter bosatt i helseregion Vest ventet lengst på igangsetting av behandling.

Ventetid kan trolig påvirkes av flere faktorer, i tillegg til alvorlighetsgrad ved tilstanden og retningslinjer for prioriteringer. Variasjonene en ser mellom helseregionene kan blant annet gjenspeile forskjeller i effektivitet og ressursinnsats ved de tjenesteytende instansene innen regionene. Hver av de fem helseregionene representerer store geografiske områder, og innen hvert område er det flere BUP poliklinikker. Ventetid på behandling vil være relatert til forhold ved den enkelte institusjonen, som for eksempel institusjonens ressurser og effektivitet, samt behandlingskultur og prioriteringer. Like fullt kan ressurser og kompetanse om psykiske lidelser hos barn og unge i det tilstøtende tjenestetilbudet i 1. linjetjenesten ha innvirkning på etterspørselen etter spesialiserte behandlingstilbud (Andersson, 2003).

## 2.6 Henvisningsgrunner

Tabell 2.8 viser pasientenes viktigste henvisningsgrunn. Dette er barnets eller ungdommens problemområde slik henviser har vurdert symptomene.

Tabell 2.8 Viktigste henvisningsgrunn for barnet/ ungdommen. Etter kjønn.

Henvisningsgrunner	Antall pasienter	Pst	Gutter pst.* n=3175	Jenter pst.** n=2447
Autistiske trekk	66	1	2	0
Psykotiske trekk	49	1	1	1
Suicidalfare	203	4	2	6
Hemmet adferd	198	4	3	4
Angst/fobi	489	9	7	11
Tvangstrekk	111	2	2	2
Tristhet/depresjon/sorg	1097	21	14	29
Skolefravær	97	2	2	2
Atferdsvansker	1 119	21	30	11
Hyperaktiv/konsentrasjonsvansk.	825	16	23	7
Rusmiddelbruk	10	0	0	0
Asosial/kriminalitet	11	0	0	0
Lærevansker	98	2	2	1
Språk/talevansker	50	1	1	1
Syn/hørselsproblem	4	0	0	0
Spiseproblem	203	4	1	8
Andre somatiske symptomer	139	3	2	3
Annet	504	10	8	12
Ingen	24	1	0	1
Total	5 297	100	100	100
Ubesvart	700			
SUM	5 997			

\*Antall ubesvarte: 325. \*\*. Antall ubesvarte: 371

Andelen pasienter som er henvist for tristhet/ depresjon/ sorg og atferdsproblemer er like stor (21 prosent). Dette er de to kategoriene av henvisningsgrunner som er hyppigst angitt av henviser, etterfulgt av hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker (16 prosent). Det er en betydelig større andel gutter enn jenter som er henvist for eksternaliserte problemer; atferdsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser, mens jenter dominerer i gruppen barn og unge som er henvist for internaliserte problemer, de "stille" problemene som tristhet og depresjon.

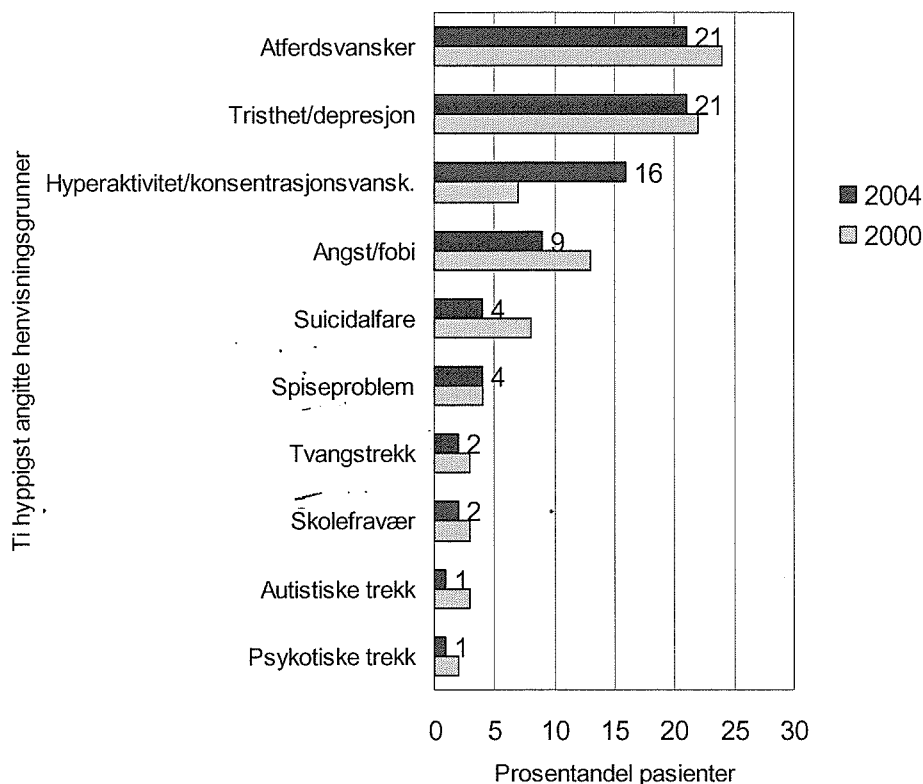
Figur 2.1 viser endring fra 2000 i forhold til hvilke henvisningsgrunner barna og ungdommene har. Figuren viser de 10 hyppigst angitte henvisningsgrunnene<sup>14</sup>. Datamaterialet fra 2000 er basert på resultater fra tilsvarende tverrsnittregistrering i poliklinikkene (se Andersson, 2001), og med bruk av de samme kategoriene for problemområder. Undersøkelsen i 2000 var imidlertid basert på manuell utfylling av registreringsskjema. Ved

<sup>14</sup> Andel pasienter med "besvart"/ missing er 2 % i 2000 og 12 % i 2004. Disse er ikke tatt med ved beregning av prosentandelene som er presentert i figuren.



sammenligning av disse datasettene må en ta forbehold om at resultatene kan være påvirket av bruk av ulike metoder for å innhente opplysningene.

Figur 2.1 Viktigste henvisningsgrunn. Endring fra 2000 til 2004.



Ved sammenligning av det foreliggende datamaterialet (n=5997) med materialet som ble innhentet i 2000 (n=5793), ser en at det er noen endringer i forhold til hvor hyppig de ulike henvisningsgrunnene forekommer. Resultatene tyder på en økning i andel barn og ungdommer som henvises for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker. Resultatet kan gjenspeile økt fokus på denne tilstanden i løpet av de senere årene, og at både foreldre og helsepersonell derfor er blitt mer oppmerksomme på, - og i større grad enn tidligere identifiserer barn som viser symptomer på hyperkinetiske forstyrrelser. Videre viser resultatene at det er en liten reduksjon i andel som er henvist for henholdsvis atferdsvansker, angst/fobi og suicidalfare.

## 2.7 Diagnoser

ICD-10, "Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer", ble tatt i bruk som klassifikasjonssystem for psykiske lidelser i Norge i 1997. Diagnoselisten omfatter et multiaksalt klassifikasjonssystem, som gjør det mulig å beskrive ulike fasetter ved psykiske vansker og lidelser hos et barn eller en ungdom. De ulike aksene skal være gjensidig supplerende, og de skal kunne brukes i klinisk praksis (Zeiner & Nøvik, 1999). Følgende seks akser er valgt i ICD-10; Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom, Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser, Akse III: Intelligensnivå, Akse IV: Somatisk sykdom, Akse V: Aktuelle vanskelige psykososiale forhold, Akse VI: Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå. ICD-10 er oversatt og tilrettelagt for norske forhold av Spurkeland og Vandvik (1994). En korrekt diagnose er et godt utgangspunkt for riktig behandling, varighet av be-

handling, og sannsynligvis også for prognose og videre hjelpebehov (Zeiner & Nøvik, 1999; 2000). Vi ser i det følgende på Akse I og Akse VI.

### 2.7.1 Diagnostisering ICD-10, Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Tabell 2.9 viser fordelingen på de ulike diagnosekategoriene på ICD-10 Akse I.

Tabell 2.9 Diagnose, ICD-10 Akse I Klinisk psykiatrisk syndrom

Diagnosekategorier	Antall	Pst	Prosentandel for kjønn	
			Gutter (n=3175)	Jenter (n=2818)
Affektive lidelser	352	10	5	16
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	731	21	14	28
Atferdssyndromer forbundet med fysiske faktorer	125	4	0,5	7
Hyperkinetisk forstyrrelse	775	22	32	10
Atferdsforstyrrelser	145	4	5	3
Blandede atferd- og følelsesmessige forstyrrelser	181	5	6	4
Følelsesmessig forstyrrelse oppstått i barndommen	216	6	5	8
Forstyrrelser i sosial fungering	109	3	3	3
Tics	66	2	3	1
Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser.	147	4	5	3
Annet*	358	10	18	13
Ingen	135	4	3	5
<b>Total</b>	<b>3 531</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Ubesvart/ukjent	2 466	41	37	45
<b>Totalt</b>	<b>5 997</b>			

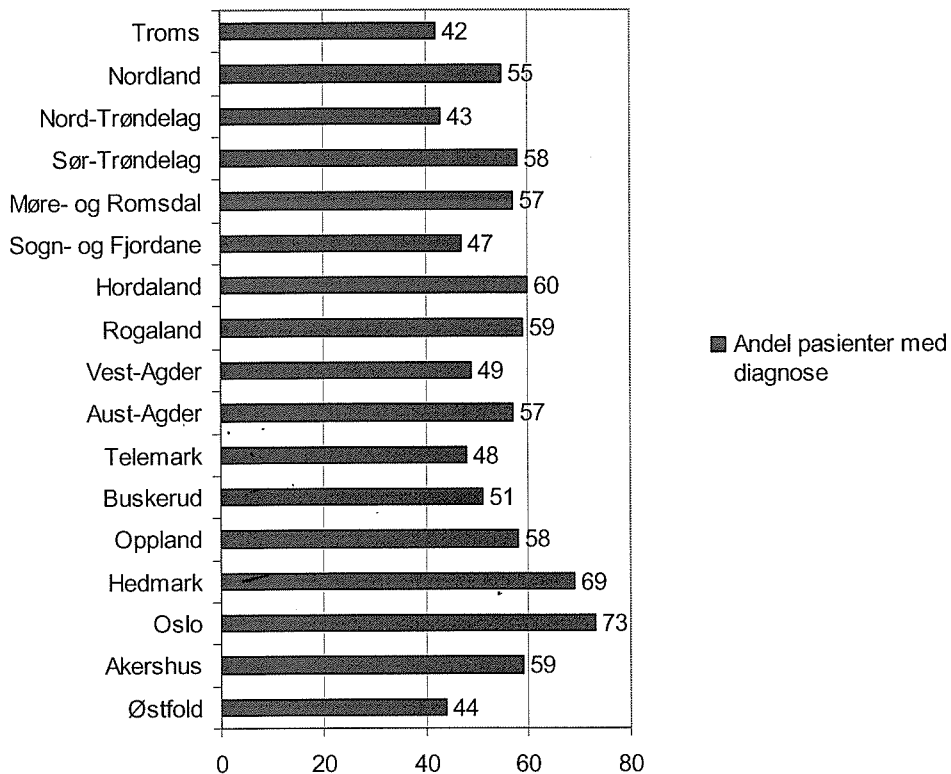
\*Annet: F70-79, F80-89

Det fremgår av tabellen at diagnoser i kategorien hyperkinetiske forstyrrelser (ICD-10; F90,0-F90,9) er de hyppigste anvendte diagnosene (22 prosent), etterfulgt av diagnoser i kategorien Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser (ICD-10; F40,0-F48,9), (21 prosent) og Affektive lidelser (ICD10; F30,0-F38,8), (10 prosent). Gutter er en dominerende gruppe blant pasienter som har diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser, mens det er betydelig flere jenter enn gutter innen diagnosekategoriene Nevrotiske belastningsrelaterte lidelser og Affektive lidelser.

En stor andel av barn og ungdom som mottar behandling i psykisk helsevern har ikke fått diagnose (41 prosent). Andel som ikke har diagnose er noe høyere i dette utvalget enn i nasjonal statistikk over behandlede pasienter i 2003<sup>15</sup> (SINTEF Helse, 2004). Dette kan skyldes at utvalget omfatter en større andel barn og ungdommer som er nyhenviste til psykisk helsevern. Figur 2.2 viser variasjoner mellom fylker i hvor stor andel av pasientene som er diagnostisert.

<sup>15</sup> Andel pasienter i psykisk helsevern uten diagnose var 36 prosent i 2003 (Sitter, 2004).

Figur 2.2 Andel diagnostiserte pasienter etter fylke



Figuren viser at det er relativt stor variasjon mellom fylkene i forhold til hvor stor andel av pasientene som har fått en diagnose. I alt 73 prosent av pasienter som er behandlet ved en poliklinikk i Oslo har fått diagnose. I Troms er 42 prosent av pasientene diagnostisert.

Årsaker til at mange barn og ungdommer som er pasienter i psykiske helsevern ikke har fått diagnose er hittil ukjent. Det har imidlertid blitt framsatt hypoteser om at tilbakeholdenhet i forhold til å sette diagnoser kan skyldes at psykiatriske diagnoser oppfattes som stigmatiserende. Andre mulig forklaringer er at man ikke har godt nok kjennskap til diagnosesystem og trening i å sette diagnoser, eller at en mangler gode diagnostiske instrumenter som kan gi grunnlag for å sette en ICD-10 diagnose (von Plessen et al., 2003). Gitt at det ikke er forskjeller mellom fylkene i pasientsammensetning og i andel pasienter i ulike faser av behandlingen, kan variasjonen mellom fylker i forhold til holdninger og / eller kompetanse i å sette diagnoser. En mulig fremgangsmåte for å undersøke disse hypotesene og problemstillingene videre er å undersøke nærmere, gjennom en oppfølgingsstudie, hva som kjennetegner institusjoner der en relativt høy andel av pasientene får diagnose og samtidig kontrollere for pasientsammensetning.

## 2.7.2 Diagnostisering ICD-10 Akse VI Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå

Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå, Akse IV i ICD-10, er en standardisert klinikerskåring. Aksen skal gjenspeile hvordan pasienten fungerte psykologisk og sosialt for et foregående tidsrom på tre måneder. Vurderingen skal blant annet baseres på i hvor stor grad barnet eller ungdommen opprettholder en harmonisk relasjon til foreldre, søsken og lærer, i hvor stor grad barnet mestrer skolen og skoletimene, og etablerer gjensidig vennskap med jevnaldrende (Spurkeland & Vandvik, 1994). Vurderingen skåres på en skala fra 0 til 8, der 0 indikerer utmerket/ god sosial fungering, og 8 indikerer ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse. En dansk undersøkelse har vist at Akse VI har akseptabel validitet og reliabilitet (Dyrborg, et al., 2000). Vurdering og skåring av pasientens funksjonsnivå kan ha stor betydning i planlegging av behandlingen, og kan også brukes for å vurdere effekt av behandling.

Aksen er i bruk i BUP, men foreløpig bare som en måling ved oppstart av behandling. Ved innføring av Akse VI som en kvalitetsindikator i BUP bør skåringen gjøres både ved start, og avslutning av behandling (von Plessner et al., 2003).

I det følgende presenteres statistikk som viser bruk av Akse VI i BUP. Tabell 2.10 viser hvordan pasientene fordeles i forhold til skåring.

Tabell 2.10 Diagnose, ICD-10 Akse VI Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå.

ICD-10 Akse 6	Antall pasienter	Prosent	Prosent gutter (n=3175)	Prosent jenter (n=2818)
0 Utmerket/ god sosial fungering	53	2	1	3
1 Moderat sosial fungering	423	17	12	22
2 Lett sosial forstyrrelse	708	28	28	28
3 Moderat sosial forstyrrelse	795	31	33	29
4 Alvorlig sosial forstyrrelse	455	18	21	14
5 Betydelig og utbredt sosial forstyrrelse	91	4	4	3
6 Ute av stand til å fungere på de fleste områder	18	1	1	1
7 Alvorlig og utbredt sosial forstyrrelse	8	0,5	0,5	0,5
8 Ekstrem og gjennomgripende sosial forstyrrelse	1	0	0	0
Sum	2 552	100	100	100
Ubesvart	3 445		1 772	1 669

For 326 pasienter er det ikke innhentet opplysninger om global fungering. Disse inngår blant ubesvart/ukjent i tabellen. Gjelder pasienter der behandler har fylt ut papirversjon av registreringsskjema.

Det fremgår av tabellen at fordelingen av skårer er skjevfordelt. Det er få pasienter som har henholdsvis skårer 7 og 8 på Akse VI. De aller fleste pasientene har skårer som ligger mellom 2 og 4; fra lett til alvorlig sosial forstyrrelse. Ved sammenligning av skårer for gutter og jenter ser vi at en større andel gutter enn jenter har lavt funksjonsnivå (skåre 4-8). En svært stor andel av barn og ungdommer som behandles i psykisk helsevern har ikke blitt skåret på Akse VI (57 prosent).

## 2.8 Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel

Et formål med tverrsnittregistreringen er å kartlegge eventuelle udekkede behov for behandlingstilbud for pasientgruppen. Registreringsskjemaet var utformet slik at behandlerne kunne angi tilbud og tjenester som pasienten, etter deres vurdering har behov for i stedet for eller i tillegg til det tilbud som faktisk gis. Listen over tilbud som kunne krysses av omfattet terapeutiske behandlingsformer som tradisjonelt gis i poliklinikkene, tilbud fra andre statlige instanser, herunder dag og døgntilbud i psykisk helsevern, samt tilbud og tjenester fra kommunale instanser.

Omfanget av udekket etterspørsel etter behandling på et høyere omsorgsnivå, ved dag eller døgninstitusjoner, er presentert i tabell 2.11.

Tabell 2.11 Udekket etterspørsel etter institusjonsbehandling blant pasienter som mottar polikliniske tiltak.

Type tilbud ønsket	Antall pasienter	Prosentandel pasienter
Utredningsopphold ved dagenhet	50	1
Dagbehandling	28	0,5
Utredningsopphold ved døgnenhet	92	2
Døgnbehandling	64	1
Døgnbehandling ved familieavdeling	116	2
<b>Totalt</b>	<b>350</b>	<b>6</b>

Resultater gjengitt i tabellen viser at i alt seks prosent av barn og unge som mottar polikliniske tilbud har et udekket behov for tilbud på et høyere omsorgsnivå, i henhold til behandlernes vurderinger. Den udekkede etterspørselen er størst etter døgntilbud ved familieavdeling, og etter utredningsopphold ved døgnenhet. Udekket etterspørsel etter institusjonstilbud for pasienter i poliklinisk behandling er på omtrent samme nivå som i 2000 (Andersson, 2001).

Tabell 2.12 viser andel pasienter som mottar ulike behandlingsformer, terapier, kartlegging og utredning. I tabellen presenteres også behandlernes vurderinger av behandlingstilbud som pasienten ideelt sett burde ha fått, enten i tillegg til eller i stedet for faktisk behandlingstilbud, angitt i prosentandel pasienter dette gjelder for. Vurdering av tilbud pasienten burde ha fått, indikerer udekket etterspørsel etter behandlingstilbud i poliklinisk behandling.

Tabell 2.12 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel etter terapiformer og behandlingstilbud i poliklinisk behandling

Behandlingsformer	Får nå Prosentandel pasienter	Burde fått Prosentandel pasienter
Utredning	27	4
Samtaleterapi	24	2
Kartlegging	19	2
Medikamentell behandling	18	4
Parterapi/foreldrearbeid	12	2
Terapi mor/ foresatt	11	3
Kognitiv atferdsterapi	7	2
Samspillsbehandling	5	4
Familieterapi	5	5
Psykodynamisk terapi	4	1
Psykoødukativ behandling	4	1
Nettverksarbeid	4	3
Terapi far/ foresatt	3	1
Miljøterapeutiske tiltak	3	4
Gruppeterapi barn	2	1
Parent Management Training	2	3
Leketerapi	1	2

Note. Prosentandeler er beregnet på grunnlag av totalt antall registrerte pasienter (n=5997)

For tolkning av resultatene i tabellen er det viktig å gjøre oppmerksom på at hver pasient kan motta flere av de angitte terapiformene og behandlingstilbudene, og ha flere udekkede behov.

Det fremgår av resultatene at det udekkede behovet etter de angitte behandlingsformene er vurdert som lite. Det er størst udekket etterspørsel etter familieterapi, - som er en familieorientert tilnærming der en fokuserer på barnet i relasjon til omgivelsene. I henhold til behandlernes vurderinger har fem prosent av pasientene, eller 290 barn eller ungdommer, et udekket behov for denne type behandling. Udekket etterspørsel etter henholdsvis utredning, miljøterapeutiske tiltak og medikamentell behandling omfatter fire prosent av pasientene (240 barn eller ungdommer).

Tabellen viser at henholdsvis 27 prosent og 19 prosent av pasientene fremdeles er under utredning og kartlegging. Tradisjonelt består dette arbeidet i å innhente opplysninger fra involverte kommunale instanser, anamnese av foreldre, samt observasjon og testing av barnet eller ungdommen. Utredning er ofte en del av behandlingsprosessen, og utredningen vil derfor ofte ikke være ferdig før fullført behandling (Rimehaug og Helmersberg, 1995).

Samtaleterapi, som er direkte pasient- terapeutkontakt, samt former for terapier som omfatter minst en av foreldrene, er vanlige behandlingsformer. I alt 18 prosent av pasientene mottar medikamentell behandling.

Tabell 2.13 viser andel pasienter som mottar andre former for hjelpe- og støttetiltak, samt behandlernes vurderinger av det udekkede behovet for denne type tilbud, angitt i prosentandel pasienter dette gjelder for.

Tabell 2.13 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel etter hjelpe- og støttetjenester

Behandlingsformer	Får nå Prosentandel pasienter	Burde fått Prosentandel pasienter
Veiledning til foresatte	33	8
Veiledning skole/barnehage	22	9
Tilrettelagt undervisning	19	6
Avlastning	7	6
Oppfølging/ medisinerer fastlege	6	3
Støttekontakt	6	8

Resultatene viser en udekket etterspørsel etter veiledning til foresatte og til skole eller barnehage. Hvert av disse udekkede behovene omfatter omlag 500 barn og ungdommer. For seks prosent av pasientene ønskes tilbud om tilrettelagt undervisning. Udekket behov for støttekontakt gjelder for åtte prosent av pasientene, mens tilbud om avlastning etterspørres for seks prosent pasientene / familiene (360 familier).

## 2.9 Samarbeid med andre instanser

Barn og ungdom med psykiske vansker kan ofte ha sammensatte vansker, og behov for hjelp fra flere instanser. I helsemyndighetenes målsettinger for utviklingen av tjenestetilbudet for barn og unge er helhetlig tjenestetilbudet vektlagt (Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003). Et helhetlig tjenestetilbud innebærer at tilbudet inneholder alle de tjenestene barnet / ungdommen har behov, at disse er koordinerte, sammenhengende og individuelt tilpasset. Et helhetlig tjenestetilbud vil kreve effektivt og godt samarbeid mellom involverte instanser i kommunen, og mellom de kommunale instansene og spesialisthelsetjenesten. Kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale instanser vedrører ofte rådgivning i forhold til barn og ungdommer man arbeider med, samt delt ansvar for oppfølging av pasienter (Leikanger, 2004).

Tabell 2.14 presenterer hvilke andre instanser som er involvert i tiltak overfor barn og ungdom i dette utvalget, samt omfang av pasienter som omfattes av samarbeid mellom BUP og de ulike aktuelle samarbeidsinstansene.

Tabell 2.14 Antall og andel pasienter som omfattes av samarbeid med annen instans

Samarbeidsinstanser	Ant. pasienter som omfattes av samarbeid	Prosentandel pasienter som omfattes av samarbeid (n=5997)
Pedagog i skole	2 902	48
PP- tjeneste	2 216	37
Barnevern	1 417	24
Fastlege	1 148	19
Spesialpedagog	800	13
Helsesøster	781	13
Somatisk sykehus	394	7
Annen BUP institusjon	277	5
Sosial omsorgstjeneste	260	4
Skolelege/helsestasjonslege	203	3

Note. Tabellen presenterer de 10 mest hyppige samarbeidsinstanser for BUP

Det fremgår av tabellen at det for nær halvparten av pasientene er etablert et samarbeid mellom BUP og pedagog i skolen. PP- tjenesten, barnevernet og fastlege er andre hyppige samarbeidsinstanser for BUP.

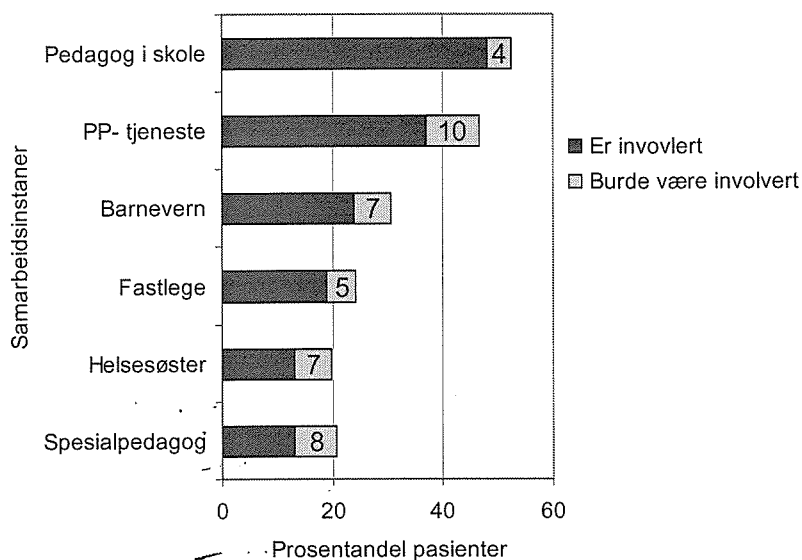
En undersøkelse ved Molde sjukehus (Leikanger 2004) dokumenterer at både ansatte i kommunale tjenester og ansatte i BUP har erfaring med at en ikke har søkt kontakt om samarbeid, selv om man har sett at dette kunne være nyttig (Leikanger, 2004). I samme undersøkelse har man forsøkt å avdekke hva som kan være barrierer for samarbeid mellom instanser i kommunen og BUP. I undersøkelsen finner man ingen hindringer som klart peker seg ut. Resultatene indikerer imidlertid at ansatte ved BUP ser på tilgjengelighet eller fysisk avstand som en utfordring for effektivt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Videre viser undersøkelsen at BUP ansatte til en viss grad vurderer manglende kompetanse eller usikkerhet hos kommunalt ansatte i forhold til psykisk vansker hos barn og unge som en hindring i forhold til effektivt samarbeid.

I foreliggende undersøkelse belyses samarbeidsproblemer mellom BUP og andre instanser ved en kartlegging av hvilke instanser behandlerne i BUP mener burde være involvert i samarbeid med om den enkelte pasient. Videre, i de tilfeller samarbeid er etablert, er behandlerne bedt om å gjøre en vurdering av hvordan dette fungerer, separat for hver av de aktuelle samarbeidsinstansene. Også denne vurderingen er gjort på pasientnivå.

Behandlernes uttrykk for udekket behov for samarbeid med annen instans er presentert i Figur 2.3.



Figur 2.3 Udekket etterspørsel etter samarbeid med annen instans

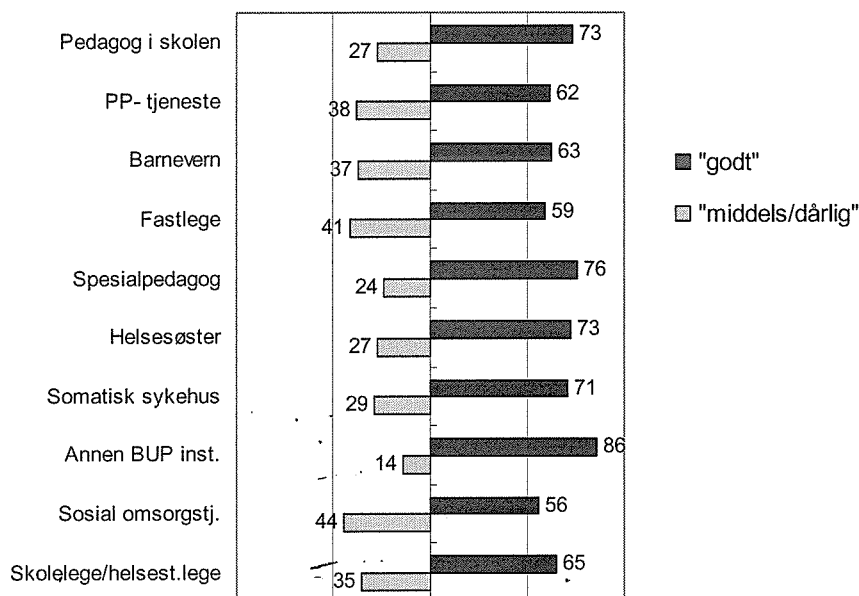


Figuren viser at i alt 10 prosent av pasientene har et udekket behov for samarbeid mellom BUP og PP- tjenesten. Videre, etter behandlernes vurderinger, burde BUP hatt et samarbeid med helsesøster for sju prosent av pasientene. Etterspørselen etter samarbeid med barnevernet omfatter også sju prosent av pasientene.

Kvaliteten på samarbeidet mellom de involverte tjenestene og aktørene kan ha betydning for om barnet/ ungdommen får et adekvat hjelpe- behandlingstilbud. I tverrsnittundersøkelsen ble behandlerne bedt om å vurdere kvaliteten på samarbeidet med annen instans for den enkelte pasient. De hyppigste samarbeidsinstansene for BUP er pedagog i skole, helsesøster, fastlege, PP- tjeneste og barnevern (se Tabell 2.14). Av det totale antall barn eller ungdommer i utvalget er det i alt 1931 pasienter (33 prosent) som omfattes av et "middels bra" eller "dårlig" samarbeid mellom BUP og en av disse instansene.

Figur 2.4 viser resultater av behandlernes vurderinger av hvor godt samarbeidet med den enkelte instans fungerer.

Figur 2.4 Behandlers vurdering av hvordan samarbeid med annen instans fungerer



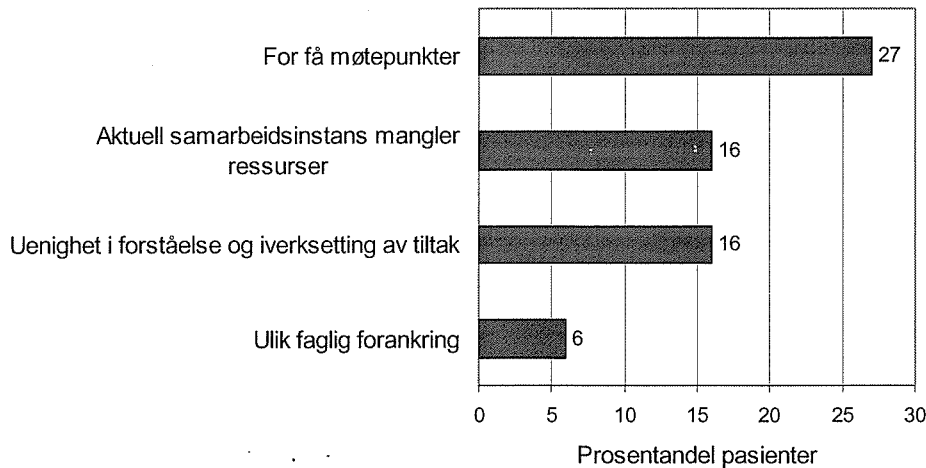
Note. Prosentandel pasienter angitt i figuren er beregnet med utgangspunkt i antall barn / unge som faktisk omfattes av samarbeid mellom BUP og aktuell instans. I analysen vil derfor antall pasienter (n) variere for de ulike samarbeidsinstansen. Antall pasienter (n) fremgår for øvrig av Tabell 2.14.

Figuren viser at det særlig er samarbeidet med PP- tjeneste, barnevern, fastlege og sosial omsorgstjeneste som for en stor andel av pasientene vurderes å fungere mindre optimalt. Av totalt 2902 pasienter som omfattes av samarbeid mellom BUP og PP- tjenesten vurderer behandler dette samarbeidet som bare "middels bra" eller "dårlig" for i alt 38 prosent av pasientene. Blant pasienter som omfattes av samarbeid mellom henholdsvis BUP og barnevernet, og BUP og fastlegen, vurderes samarbeidet som "middels bra" eller "dårlig" for 37 og 41 prosent av pasientene. Dette indikerer at det finnes barrierer i systemet av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Slike barrierer vil ha konsekvenser for helheten i tilbudet, og vil også kunne ha betydning for kvalitet og effekt av de tjenestene som ytes.

### 2.9.1 Barrierer i samarbeidet mellom kommunale tjenester og BUP

Mulige årsaker til at samarbeid mellom BUP og kommunale instanser ikke fungerer optimalt, er undersøkt ved å innhente behandlernes vurderinger av dette. Behandlerne ble bedt om å krysse av på en liste over aktuelle hindringer. Det var mulig å sette flere kryss for hvert barn, altså angi mer enn en aktuell hindring. Figur 2.5 viser hvordan svarene fordeler seg på de ulike svaralternativene. Fordelingen er beregnet med utgangspunkt i antall barn og ungdom der behandlere har rapportert at samarbeidet med en eller flere av følgende kommunal instanser/aktører fungerer "middels bra" eller "dårlig"; pedagog i skolen, PP- tjeneste, barnevern og fastlege og helsesøster (n= 1931).

Figur 2.5 Angitte årsaker til at samarbeid med kommunal instans ikke fungerer godt



Resultatene viser at "for få møtepunkter" er den enkeltårsak som peker seg ut som en hindring i forhold til godt og effektivt samarbeid mellom BUP og kommunale instanser. Det er grunn til å tro at dette er et uttrykk for manglende tilgjengelighet, der fysisk avstand kan være en av flere forklaringsfaktorer. For 16 prosent av pasientene er "uenighet i forståelse og i verksetting av tiltak" oppgitt som en utfordring i forhold til samarbeid. Dette kan være et uttrykk for kommunikasjonsproblemer som følge av ulik kompetanse/kunnskap om barn med psykiske problemer. Resultatene er i overensstemmelse med resultatene fra undersøkelsen som er gjennomført ved Molde sjukehus (Leikanger, 2004).

## 2.10 Bruk av individuell plan

I Psykisk helsevernloven § 4- heter det: "Når en person er under psykisk helsevern, skal institusjonen utarbeide en individuell plan for vernet..." Denne bestemmelsen pålegger en rettslig plikt for institusjonene innenfor det psykiske helsevernet til å utarbeide individuelle planer, der helseforetakene har et overordnet ansvar for at det blir gjort. Den individuelle planen skal blant annet kartlegge behovet for tjenester og beskrive aktuelle tiltak. Planen skal også beskrive samarbeidspartnere og hvem som har ansvar. Utarbeidelse av individuell plan for brukere vil derfor i stor grad fungere som en metode for å skape prosesser for samarbeid og samordning mellom aktuelle tjenester. For mange brukere vil utarbeidelse av individuell plan være nødvendig for at aktuelle samarbeidspartnere skal se behovet for samarbeid og samordning av tjenester (Kjellevoll, 2002).

Individuell plan skal bidra til å gi større trygghet og forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning, slik at tjenestene fremstår som helhetlige og i tråd med brukeren/familiens egne mål. Planen skal sikre koordinering og samarbeid, mellom tjenesteytere og vil derfor også være et viktig samarbeidsdokument. Individuell plan skal blant annet inneholde en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester, en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen, en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av, og fremdriften i arbeidet med planen, samt en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater (Kjellevoll, 2003).

Det er et uttalt helsepolitisk mål å oppnå økt fokus på bruk av individuelle planer i arbeid med barn og unge med psykiske vansker (Regjeringens strategiplan, 2003). Tabell 2.15 viser status for utarbeidelse av individuell plan for pasienter i psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 2.15 Status for utarbeidelse av individuell plan

Status for individuelle planer	Antall	Prosent
Ja, har individuell plan	546	9
Planlagt, men ikke ferdig	683	11
Nei, har ikke individuell plan	4 280	71
Vet ikke om pasienten har	408	7
Ubesvart	80	1
Totalt	5 997	100

Tabellen viser at til sammen 20 prosent av pasientene har fått utarbeidet en individuell plan, eller har fått startet et arbeid med å utarbeide en individuell plan. Om lag 70 prosent av pasientene har ikke en individuell plan. For sju prosent av pasientene vet ikke behandler om dette er utarbeidet. Om lag 40 prosent av disse pasientene er henvist til psykisk helsevern før 2003. Samlet viser disse resultater at den lovpålagte plikten om å utarbeide IP for pasienter i psykisk helsevern på langt nær er oppfylt.

Arbeidet med individuelle planer ble fremhevet i styringsdokumenter for 2003 til helseforetakene. Samme år er rådgivere i psykisk helsearbeid ved Fylkemannsembetene bedt om å prioritere arbeidet med å bidra til at tjenestene utarbeider individuelle planer for barn og unge med psykiske vansker (Regjeringens strategiplan, 2003). Veiledningshefte for utarbeidelse av individuell planer for barn og unge forelå i høsten 2003, med 2. opplag ute høsten 2004 (SINTEF Helse / Sosial- og helsedirektoratet). Det har altså vært en betydelig økt fokusering på bruk av dette verktøyet de siste årene. Det er derfor grunn til å tro at andel pasienter som får utarbeidet individuelle planer øker.

I Tabell 2.16 presenteres variasjoner mellom helseregionene i forhold til status for utarbeidelse av individuell plan for pasienter i BUP.

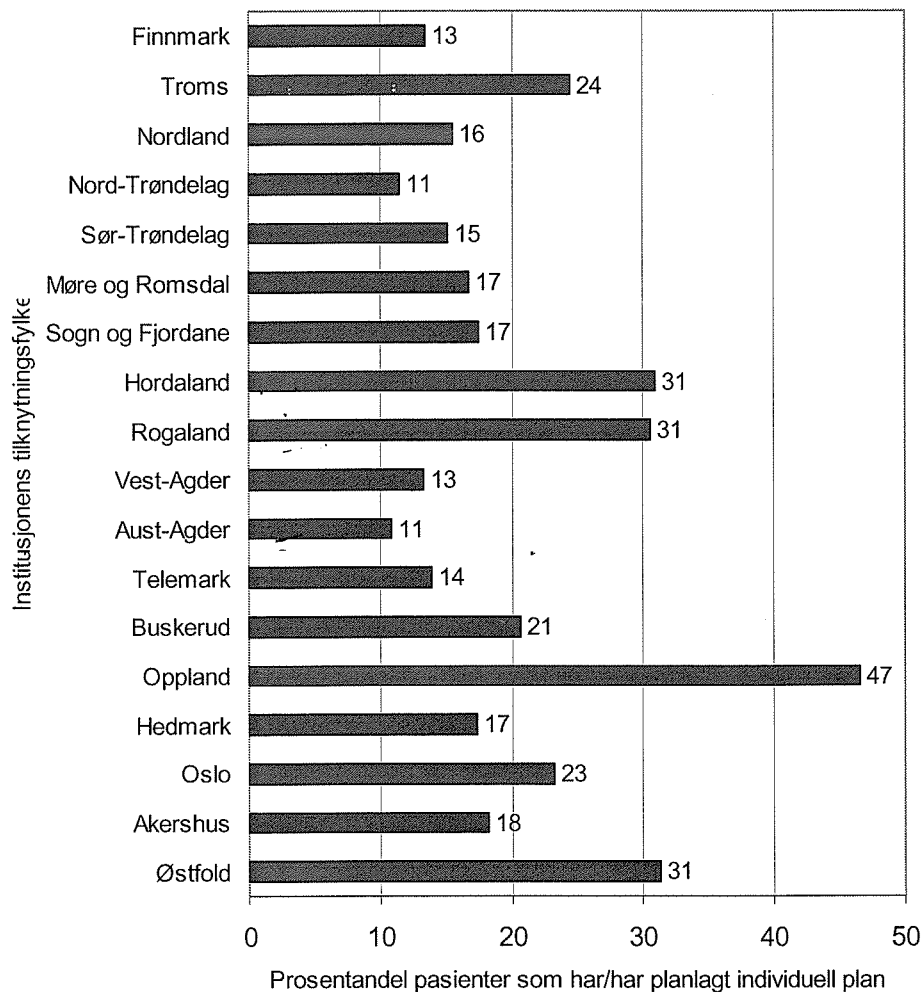
Tabell 2.16 Status for utarbeidelse av individuell plan etter helseregioner

Status for individuelle planer	Prosentandel pasienter etter helseregioner*				
	Øst n=2084	Sør n=939	Vest n=1038	Midt n=971	Nord n=957
Har individuell plan	11	7	11	8	6
Planlagt, men ikke ferdig	13	7	17	8	10
Har ikke individuell plan	69	77	67	71	75
Vet ikke om pasienten har	5	7	4	12	8
Ubesvart	2	1	1	1	1
Totalt	100	100	100	100	100

Resultatene tyder på at institusjoner, fylker og regioner per 2004 har kommet ulikt langt i forhold til å ha etablert rutiner for utarbeidelse av individuelle planer for barn og unge i psykisk helsevern. Det er helseregion Vest som har kommet lengst i forhold til utarbeidelse av individuelle planer. Her har i alt 28 prosent av pasientene enten fått utarbeidet en plan (11 prosent), eller en har påbegynt arbeidet med å utarbeide denne (17 prosent). Helseregion Sør kommer dårligst ut av helseregionene. Her er det utarbeidet individuell plan, eller påbegynt slikt arbeid for i alt 14 prosent av pasientene.

Figur 2.6 viser fylkesvis variasjon i andel pasienter som har/ har planlagt individuell plan.

Figur 2.6 Status for utarbeidelse av individuell plan (IP) etter fylker. Andel pasienter med / med planlagt IP



Det vil være ulike årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet. Noen aktuelle årsaker er presentert i Tabell 2.17. De angitte årsakene er basert på besvarelser fra pasientenes hovedbehandler.

Tabell 2.17 Aktuelle årsaker til at en ikke har utarbeidet individuell plan

Angitte årsaker	Andel pasienter (n=4276)
Ikke behov for koordinerte tiltak	64
Manglende interesse fra foreldre	4
Forhold i førstelinjen	7
Har ikke hatt tid	11
Ubesvart	14
Totalt	100

Note. Prosentandeler tabellen er beregnet på grunnlag av antall pasienter som ikke har individuell plan (jfr. tabell 3.10)

Tabellen viser at en hovedårsak til at individuell plan ikke er utarbeidet, slik behandler ser det, er at det ikke er behov for koordinerte tiltak. Dette er angitt som årsak for 64 prosent av de pasientene som har individuell plan. For henholdsvis 11 prosent og 7 prosent av pasientene er tidsmangel og forhold i førstelinjen angitt som årsaker til at individuell plan ikke er utarbeidet. Det er grunn til å tro at noen familier ikke ønsker utarbeidelse av individuell plan. De foreliggende resultatene tyder imidlertid på at disse utgjør en relativt liten andel av de som ikke har individuell plan.

Bruk av individuell plan kan belyses ytterligere ved å se på graden av utarbeidelse for ulike pasientgrupper, med ulike kjennetegn. Resultater av en slik analyse er presentert i Tabell 2.18.

Tabell 2.18 Prosentandel pasienter som har – eller har planlagt individuell plan. Etter kjennetegn ved pasientene

Kjennetegn	Andel med IP	Kjennetegn	Ande med IP	X <sup>2</sup>
Gutt (n=769)	25 %	Jente (n=459)	16 %	60,0**
<13 år (n=767)	23 %	13-18 år (n=461)	18 %	17,7**
Eksternaliserte symptomer. <sup>16</sup> (n=470)	24 %	Internaliserte symptomer <sup>17</sup> (n=336)	17 %	29,2**
Henvist før 2002 (n=313)	33 %	Henvist 2002-2004 (n=873)	19 %	89,4**
Har diagnose (akse1) (n=766)	25 %	Har ikke diagnose (akse1) (n=389)	16 %	64,9**
Lavt funksjonsnivå (n=232)	41 %	Høyt funksjonsnivå (n=440)	23 %	77,7**

\*\*p<0.001.

Note Diagnose: Kategoriene "Ingen diagnose" og "Ukjent diagnose" behandles som missing i denne analysen.. Gruppen "Har ikke diagnose er derfor pasienter som ha ubesvart/missing på diagnose. .

Sammenligningen av grupper pasienter etter visse kjennetegn med hensyn til andel som har utarbeidet, eller planlagt en individuell plan (IP), viser at en statistisk høyere andel gutter enn jenter har IP. Videre, at det er en høyere andel pasienter som har IP blant de som har eksternaliserte symptomer, sammenlignet med pasienter som har internaliserte symptomer. Blant pasienter som har vært i behandling over flere år (henvist før 2002) er det en større andel med IP, sammenlignet med de som er henvist til BUP de siste to årene. Likedan er det flere med IP blant de som har fått en diagnose, sammenlignet med de som ikke har en diagnose. Blant de som har lavt funksjonsnivå (ICD-10 Akse VI, skårer fra 4-8) er det en større andel med IP sammenlignet med de som har høyere funksjonsnivå (skårer fra 0-3). Flere av disse funnene kan bety at individuell plan brukes bevisst og målrettet.

<sup>16</sup> Eksternaliserte symptomer er atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvasker. Totalt er det 1982 pasienter i denne kategorien.

<sup>17</sup> Internaliserte symptomer er angst/fobi, tvangstrekk, tristhet/ depresjon, og hemmet atferd. Totalt 1997 pasienter er i denne kategorien.

## 2.11 Bruk av koordinator

Et helhetlig tilbud vil innebære at tilbudet inneholder alle de tjenester som barnet/ ungdommen har behov for. Disse tjenestene må koordineres på en måte som gjør at tilbudet henger sammen. En koordinator er en person som brukeren kan forholde seg til, som et bindeledd mellom bruker og tjenesteapparat, som har kontakt med alle de involverte tjenesteyterne, slik at helhet og sammenheng i tjenestetilbudet vedlikeholdes. Koordinatoren har et viktig ansvar i forhold til å systematisere eller organisere det hver av de involverte tjenesteytere gjør, slik at tiltakene er tilpasset hverandre. Tabell 2.19 viser andel pasienter som har en koordinator.

Tabell 2.19 Om pasienten har en koordinator for det samlede tjenestetilbudet

Har pasienten en koordinator for det samlede tjenestetilbudet?	Antall pasienter	Prosentandel
Ja	2 054	34
Nei, ikke behov for koordinator	1 792	30
Behov for koordinator, men har ingen ennå	442	7
Vet ikke hvem som er koordinator	145	2
Ubesvart	1 536	27
Totalt	5 997	100

Det fremgår av tabellen at det for 34 prosent av pasientene finnes en kontaktperson som har ansvar for å koordinere det sammensatte tilbudet for pasientene. I henhold til behandlernes vurderinger er det i alt 442 barn eller ungdommer (7 prosent) som har behov for en koordinator, men som ennå ikke har fått det.

I alt 30 prosent av pasientene har i henhold til behandlernes vurderinger ikke behov for en koordinator. Spørsmålet er ubesvart for mer enn av fire pasienter. Dette kan skyldes at problemstillingen er ansett som irrelevant, fordi pasienten, etter behandlers vurdering, ikke har behov for koordinerte tiltak. Tabell 2.20 viser hvem som har rollen som koordinator.

Tabell 2.20 Koordinator for det samlede tilbudet.

Hvem er koordinator?	Antall	Prosent
Behandler, primærkontakt i BUP	883	43
Annen fagperson i psykisk helsevern	59	3
Fastlegen	25	1
Fagperson fra PP- tjenesten	329	16
Fagperson fra barnevernet	486	24
Annen fagperson i 1. linjetjenesten	272	13
Totalt	2 054	100

Det er oftest behandler, eller pasientens primærkontakt i BUP som fungerer som koordinator for hjelpetilbud til pasienten. For en del av pasientene er fagpersoner fra barnevernet eller fra PP- tjenesten koordinatorene.

## 2.12 Oppsummering og vurderinger

I dette kapitlet har vi gitt en beskrivelse av karakteristika ved barn og ungdommer som mottar polikliniske tilbud i BUP, en oversikt over hvilke behandlingstilbud de mottar, samt hvilke instanser som er involvert i samarbeid rundt pasientene. Kapitlet har hatt en særlig fokus på behandlernes vurderinger av samarbeid med andre tjenesteutøvere, samt bruk av individuell plan.

I tråd med funn fra epidemiologisk forskning viser tverrsnittregistreringen at gutter er en dominerende pasientgruppe frem til 13 års alderen, mens jenter er i flertall i aldersgruppen 13-18 år. Barn i alderen 0-6 år utgjør 14 prosent av pasientene som henvises til BUP. Det er store forskjeller mellom fylkene i forhold til hvor stor andel de yngste barna utgjør av den totale pasientgruppen. Resultatet indikerer geografisk ulikhet i dekningsgrad for spesialisert behandling for de yngste barna.

Det er et uttalt helsepolitisk mål at ventetiden på behandling i psykisk helsevern for barn og unge skal reduseres (Regjeringens Strategiplan, 2003). De foreliggende resultatene viser at hvert fjerde barn eller ungdom som mottar behandling i BUP hadde ventet i minst 3 måneder på å få behandling. Gutter har i gjennomsnitt lengre ventetid enn jenter, noe som høyst sannsynlig skyldes at jenter oftere har problemer som kommer inn i gruppen av tilstander som skal prioriteres først. Jenter henvises oftere enn gutter for tristhet og depresjon. Viktigste henvisningsgrunner for gutter er hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og atferdsvansker. Kjønnforskjellene i forhold til type problematikk viser seg også tydelig i forhold til diagnose, der den vanligste diagnosen for gutter er hyperkinetiske forstyrrelser. Jenter diagnostiseres hyppigst innen kategorien nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser. Omlag 40 prosent av pasientene har ikke en diagnose på Akse I. Det er ikke kjent hva som er årsak til dette. Relativt stor variasjon mellom fylker i andel pasienter som har fått diagnose kan tyde på at det er variasjoner mellom institusjoner i holdninger til diagnostisering av barn og unge, og/ eller i kompetanse til å sette diagnoser. Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå er Akse VI i ICD-10. Skåring av funksjonsnivå kan ha stor betydning i planleggingen av behandlingen, og kan også brukes for å vurdere effekt av behandlingen. Skåring på akse må da selvsagt gjøres både ved start og avslutning av behandling. Aksene er i bruk i BUP, men brukes foreløpig bare ved oppstart av behandling. Andel pasienter som ikke er skåret på Akse VI er betydelig (57 prosent).

For at helsetjenesten skal kunne møte behovet hos barn og unge med psykiske vansker er det en forutsetning at tjenesten dimensjoneres riktig. Helsemyndighetene legger vekt på at mange barn og ungdommer med psykiske vansker skal kunne tilbys adekvat hjelp fra kommunale instanser (St prp. nr 63, 1997- 1998). Spesialisthelsetjenesten skal være et behandlingstilbud for barn og ungdommer med alvorlige psykiske vansker. Fra myndighetenes side er poliklinikkene tiltenkt en nøkkelrolle innenfor det psykiske helsevernet. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp. nr 63, 1997-1998) vil man imidlertid også bygge ut institusjonstilbudet i psykisk helsevern for barn og ungdom.

Et mål i denne undersøkelsen har vært å kartlegge barn og unges udekkede behov for behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, når vi nå er godt over halvveis i planperioden. Kartleggingen, som er basert på behandlernes vurderinger, viser at seks prosent av pasienter som mottar polikliniske behandlingstilbud (360 barn/ungdommer) ideelt sett burde hatt behandling på et høyere omsorgsnivå. Resultatet indikerer et behov for å styrke institusjonstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge. Resultatene for øvrig tyder på at behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og ungdom i stor grad er tilpasset pasientenes behandlingsbehov.

Mange barn og ungdommer med psykiske vansker har sammensatte hjelpebehov. Tverrsnittregistreringen viser at halvparten av pasientene omfattes av samarbeid mellom BUP og pedagog i skolen, og at det for 37 prosent av pasientene er etablert et samarbeid med PP -tjenesten. Barnevernet er inne i 24 prosent av sakene, mens fastlegen er involvert i tiltak for ett av fem barn. For å kunne gi adekvate hjelpetilbud til brukere med behov for hjelp fra flere instanser må tjenestene og ytelsene være koordinerte og samordnet, - og de involverte tjenesteytere må samarbeide. Det foreliggende materialet viser at omlag 40 prosent av pasi-



entene har en kontaktperson som koordinerer det tilbudet barnet eller ungdommen mottar. Samtidig viser resultatene at en stor andel av barn og ungdom som mottar behandling i BUP er berørt av et samarbeid mellom BUP og kommunale instanser, som av behandlerne er vurdert til å fungere bare "middels bra" eller "dårlig". Dette indikerer at det finnes barrierer mellom tjenestene, hindringer som gjør at tilbudet ikke fungerer helhetlig, og koordinert. I henhold til behandlerens vurderinger er "for få møteplasser" en hovedutfordring i forhold til effektivt og godt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette er sannsynligvis uttrykk for at fysisk avstand mellom tjenestene er en barriere for samarbeid. Uttrykket kan i tillegg omfatte mangel på formaliserte samarbeidsavtaler, og eller mangelfulle prosedyrer eller rutiner for samarbeid mellom tjenestene.

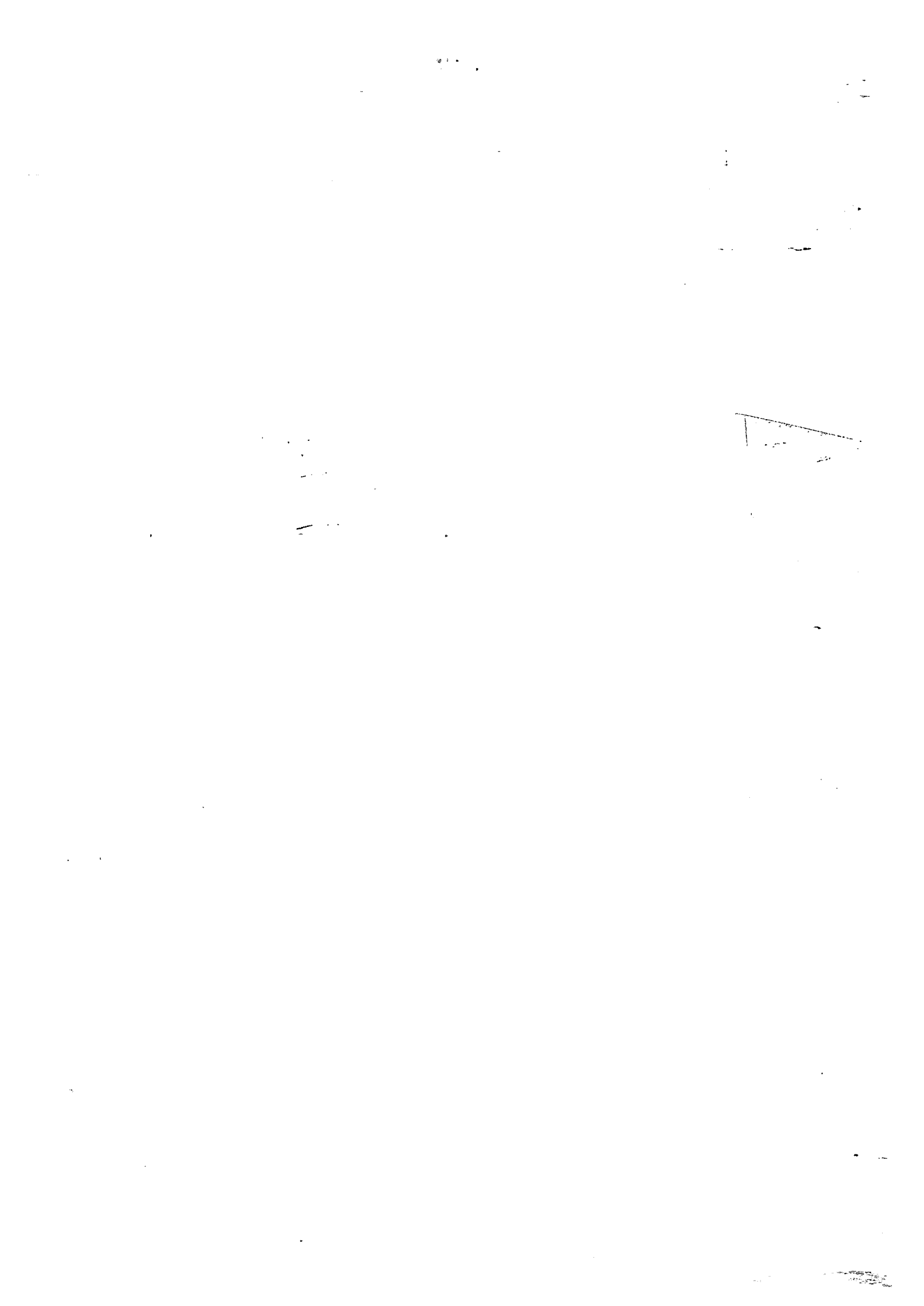
Bruk av individuelle planer (IP) kan gjøre samarbeidet mellom instanser i 1. og 2. linjen bedre, blant annet ved at man gjennom planen får en tydeliggjøring av den enkelte instans rolle og ansvar i arbeidet med det enkelte barn eller ungdom, og en avklaring av behovet for møteplasser. En individuell plan kan slik bidra til at opplevde samarbeidsvansker mellom involverte tjenesteytere reduseres. Bruk av IP vil kunne fungere som et verktøy for samordning og koordinering av tjenester. I tillegg til å beskrive pasientens mål, ressurser og behov for tjenester, skal IP inneholde en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere (Forskrift om individuell planer § 6). Planen skal beskrive samarbeidspartnere, og gi føringer for koordinering av tjenester, samt en ansvarsavklaring. Barn og unge med sammensatte behov har rett til å få utarbeidet en individuell plan, og noen instanser har plikt til å utarbeide en plan. Gjennom utarbeidelse av individuelle planer vil hver av de involverte instansene ha plikt til å planlegge sine tjenester, og også å se disse i sammenheng med tjenester som ytes fra andre instanser.

Denne undersøkelsen viser at bare 20 prosent av pasienter som mottar polikliniske behandlingstilbud i BUP har, - eller har planlagt utarbeidelse av IP. Resultater viser imidlertid at bruk av individuell plan er mer utbredt for pasientgrupper med antatt mer alvorlige og sammensatte tilstander, sammenlignet med pasientgrupper med antatt lettere problematikk. Dette kan tyde på at individuell plan brukes bevisst og målrettet til en viss grad. Resultatene indikerer betydelige variasjoner mellom fylkene i hvor langt en har kommet i forhold til å etablere rutiner og prosedyrer for å utarbeide individuelle planer. I ett fylke har nær halvparten av pasientene i BUP en plan, eller en plan under utarbeidelse. Variasjonen mellom fylkene viser at det mange steder ligger et betydelig forbedringspotensial i forhold til arbeidet med individuell plan.

Det er over tre år siden forskrift om individuell plan trådte i kraft. Det kan være flere årsaker til at man ennå har kommet kort i forhold til å ta i bruk dette verktøyet. Ett slikt forhold er at det kan oppleves som uklart hvem som skal ta initiativ til, - og har ansvaret for koordineringen av planarbeidet. Både kommunen, helseforetak og psykisk helsevern er pålagt en plikt til å utarbeide individuelle planer. Gjennom lovgivningen er det imidlertid ingen av disse pålagt et større ansvar for å ta initiativ til utarbeidelse av IP. I forskrift om individuell plan heter det; "Den del av helsetjenesten som pasienten henvender seg til har plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes". I tilfeller der et barn mottar tilbud fra kommunale tjenester i en periode, og fra psykisk helsevern i en annen periode er det nødvendig at de ulike instansene blir enige om hvem som skal ha koordineringsansvaret. Hvilke instanser som skal ta initiativ, og som har et koordineringsansvar er vagt formulert i lovgivningen. I veileder for individuell plan (2001) er det sagt at kommunen har et særlig viktig ansvar for at det blir utarbeidet en plan.

Økt fokus på bruk av individuell plan de siste årene, og i tillegg utvikling og bruk av webbaserte løsninger for å koordinere arbeidet med individuelle planer<sup>18</sup>, vil trolig gjøre at dette verktøyet for samordning og koordinering av tjenester etter hvert vil bli tatt i bruk for betydelig flere barn og unge med psykiske vansker som har behov for hjelp fra flere instanser.

<sup>18</sup> SamPro er et Web- basert verktøy som støtter samarbeidet omkring individuelle planer. Dette samarbeidsverktøyet tilbyr et møtested på tvers av faggrenser og forvaltningsnivå. I tillegg til å styre den individuelle planen inneholder SamPro flere andre samarbeidsverktøy som felles kalender, meldingsutveksling og dokumentarkiv.(www.sampro.no).



## 3 Brukernes vurdering av det polikliniske behandlingstilbudet

SOLVEIG OSBORG OSE<sup>19</sup>

### 3.1 Innledning

Det er viktig å fremskaffe kunnskap om brukernes egne oppfatninger og vurderinger av tjenestetilbudet som ledd i både kvalitetssikring og -kontroll i helsesektoren. Det finnes etter hvert en del forskning som ser på brukertilfredshet med tjenester for voksne med psykiske lidelser (Powel et al., 2004), men dette er et lite utforsket område i forhold til barn og unge (Anderson et al., 1998).

Det ble gjennomført en nasjonal brukerundersøkelse ved alle landets poliklinikker for *voksne* høsten 2004 (Aanjesen Dahle et al., 2004). Denne undersøkelsen var et resultat av et samarbeid mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og SINTEF Helse, hvor målet var å utvikle et godt verktøy for måling av brukererfaringer (Andresen et al., 2004). Undersøkelsen vi nå har gjennomført, er rettet mot *barn og unge og deres foresatte*, som brukere av det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette gir ny og verdifull kunnskap om hvordan brukerne opplever tjenestetilbudet. I tillegg gir dette kunnskap om, og erfaring med hvordan denne typen storskalaundersøkelser fungerer for barn og unge og deres foresatte. Fra dette arbeidet har vi høstet nyttige erfaringer med hvordan slike undersøkelser bør gjennomføres i fremtiden.

Metoden for gjennomføring av denne nasjonale, brukerbaserte evalueringen av tjenester til barn og unge med psykiske problemer, er utarbeidet i samarbeid med fagfolk/klinikere og representanter fra landets Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Foresatte, barn og ungdom som er fylt 11 år har blitt forespurt om å besvare et spørreskjema om sine erfaringer med poliklinikken. Undersøkelsen er gjennomført i april/mai 2004 og omfatter alle poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge. Informasjonen gitt i skjemaet er koblet sammen med informasjon i pasientfilene ved poliklinikken, for slik enkelt å hente informasjon om demografiske og kliniske variabler.

I kapittel 3.2 beskriver vi hvordan undersøkelsen er gjennomført og i 3.3 diskuteres egenskaper ved utvalget med tanke på representativitet. Her ser vi både på kjønns-, alders- og diagnosefordeling i utvalget i forhold til nasjonale tall, i tillegg til geografisk representativitet. I hovedkapitlet 3.4 går vi gjennom resultatene fra spørreundersøkelsen. Her ser vi på svarfordeling og forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper og i noen tilfeller også i forhold til diagnose. I kapittel 3.5 analyserer vi forskjeller i et samlemål for brukertilfredshet. Vi undersøker om det er systematiske forskjeller mellom gutter og jenter, ulike aldersgrupper, størrelsen på institusjoner m.m. Til slutt oppsummerer vi hovedfunnene og sier litt om hva som kan gjøres bedre neste gang brukerne av poliklinikker for barn og unge med psykiske problemer skal si hva de mener om poliklinikken og behandlingstilbudet.

---

<sup>19</sup> Takk til Ivar Pettersen og Johan Håkon Bjørngaard for nyttige diskusjoner og innspill i arbeidet med analysene.

## 3.2 Gjennomføring av brukerundersøkelsen

Undersøkelsen er gjennomført med godkjenning fra Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk for helseregion Midt-Norge.

Alle poliklinikker (ikke behandlingshjem eller institusjoner med kun akutt plasser) er forespurt om å være med i brukerundersøkelsen (om representativitet i forhold til institusjonene, se kapittel 3.3.1).

Aktuelle personer i utvalget er alle som var i tiltaksfasen og som mottok direkte tiltak ved poliklinikken i løpet av perioden 19. april – 14. mai 2004, dvs 19 virkedager. Alle disse skulle spørres om å delta i brukerundersøkelsen (se svarprosent i tabell 3.1).

Brukere defineres her som tilhørende i tre kategorier:

- Foresatte
- Barn/ungdom som er fylt 11 år, og som kommer sammen med foresatt
- Ungdom som er fylt 16 år, og som kommer *uten* foresatt.

Det er ett spørreskjema til foresatte og ett til ungdom som har fylt 11 år. I forkant av undersøkelsen sendte SINTEF Helse ut spørreskjema og informasjonsskriv i tillegg til en slipp for samtykkeerklæring til poliklinikkene. Det er ulikt hvordan samtykke blir gitt avhengig av om barnet er under eller over 11 år.

### Om prosedyren

Når foresatte ankom poliklinikken sammen med barn under 11 år:

1. Foresatt ble informert om brukerundersøkelsen og fikk utlevert informasjonsskrivet utarbeidet av SINTEF Helse.
2. Foresatt ble bedt om å samtykke skriftlig til å delta i brukerundersøkelsen. Dette ble gjort ved å signere samtykkeerklæringen som var vedlagt informasjonsskrivet.

Når foresatte ankom sammen med barn/ungdom over 11 år:

1. Foresatt og barn/ungdom (fylt 11 år) ble informert om brukerundersøkelsen og fikk utlevert informasjonsskrivet fra SINTEF Helse.
2. Foresatt ble bedt om å samtykke skriftlig, til egen deltagelse og til barnets/ungdommens deltagelse i brukerundersøkelsen. Dette ble gjort ved å signere samtykkeerklæringen som var vedlagt informasjonsskrivet.

Det ble fremhevet i brukerhåndboken som ble utarbeidet i forbindelse med dette prosjektet (se avsnitt 2.1.1), at ungdommer i alderen 11-15 år som kom uten foresatte ikke skulle være med i undersøkelsen. Det ble utarbeidet egne prosedyrer for ungdommer som hadde fylt 16 år, og som ikke var i følge med foresatt, se under.

Når foresatte ga sitt samtykke til deltagelse, ble et spørreskjema, som på forhånd var påført saksnummer, delt ut til foresatt og til ungdommen som har fylt 11 år. Spørreskjemaet skulle fylles ut mens brukerne ennå var ved poliklinikken. De ferdig utfylte skjemaene ble levert i lukket konvolutt til merkantilt personell eller til saksansvarlig ved poliklinikken. Merkantilt personell registrerte opplysningene fra spørreskjemaene inn i skjemamodulene i BUPDATA, og sperret skjemaene for innsyn. Dette betyr at det bare er den som har registrert skjemaet som har hatt tilgang til informasjonen etter at den er lagret. Det ble produsert en egen datafil for skjematypen. Denne filen inneholdt ikke navn eller fødselsnummer. Filene ble så sendt til SINTEF Helse i posten, på CD eller diskett. Etter at SINTEF Helse hadde mottatt den

aktuelle filen har den lokalt ansvarlige gjennomført en sletterutine som fjernet alle registrerte skjema fra pasientsystemet. Papirskjemaene ble deretter makulert.

Det var ikke mulig å hente inn samtykke fra ungdom som hadde fylt 16 år, og som ankom uten foresatt. Disse fikk derfor en anonymisert versjon av spørreskjemaet, der opplysningene ikke ble lagt inn i BUPDATA. Liknende prosedyrer som for de andre brukergruppene ble gjennomført: Ungdommen ble informert om brukerundersøkelsen ved poliklinikken og fikk utlevert informasjonsskrivet og spørreskjemaet fra SINTEF Helse. Ferdig utfylte skjema ble levert i lukket konvolutt til merkantilt personell eller til saksansvarlige. Opplysningene gitt i dette spørreskjemaet ble altså ikke registrert ved poliklinikken, men sendt til SINTEF Helse når datainnsamlingsperioden var over. Dette ble deretter registrert manuelt i datafilen hos SINTEF Helse.

Resultatet av denne måten å gjennomføre brukerundersøkelsen på er at vi får to ulike utvalg av brukere:

- Foresatte
- Barn og unge

I mange tilfeller har både barnet/ungdommen selv svart i tillegg til foresatt (kun en av de foresatte kunne svare på spørreskjemaet for hvert barn/ungdom). Erfaringene for barnet/ungdommens kontakt med poliklinikken er i disse tilfellene representert i begge utvalgene, men vi vet ikke hvem dette gjelder. Vi kan derfor ikke undersøke hva foresatte har svart i forhold til det barnet/ungdommen selv har svart. For en del ungdommer, og særlig de som har fylt 16 år, har bare ungdommen selv svart. I mange tilfeller der foresatte har vært med, har bare de foresatte svart. Vi har gjennom den valgte prosedyren ikke mulighet for å si i hvilke tilfeller svarene gjelder det samme barnet eller ungdommen. I tillegg har selvsagt ikke barn under 11 år svart. Vi kommer derfor ikke til å legge særlig vekt på å sammenligne forskjellene i svarene fra foresatte og fra barn og unge selv.

### Om spørreskjemaet

Spørreskjemaet ble utviklet i samarbeid med en arbeidsgruppe av fagfolk og klinikere og representanter fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse.<sup>20</sup>

Spørreskjemaet inneholder påstander om behandlingstilbudet ved poliklinikken. Følgende temaområder er dekket gjennom spørreskjemaet:

- Tilgjengelighet
- Personale
- Informasjon
- Medvirkning
- Samarbeid
- Behandling/utbytte

Det er seks svaralternativer for hvert spørsmål og skjemaet består av en enkelt A4 side.

For barn og unge inneholder spørreskjemaet 21 spørsmål. For foresatte er tilsvarende 21 spørsmål inkludert i tillegg til fire ekstraspørsmål. Ekstraspørsmålene er relatert til kulturell bakgrunn, påvirkningsmuligheter, hvordan personalet håndterer kritikk og om samtalene ved klinikken har vært til hjelp for foresatte.

I kapittel 3.6 vurderer vi hvordan disse prosedyrene har fungert.

<sup>20</sup> Arbeidsgruppen ble koordinert av SINTEF Helse, og ledet av stipendiat Ketil Hanssen-Bauer ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

### 3.3 Utvalg og representativitet

I dette avsnittet bruker vi andre datakilder for å sammenlikne utvalget fra brukerundersøkelsen for å si noe om representativiteten. Den første kilden er SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrappport 2003. Med unntak av to institusjoner, inngår samtlige av landets offentlige institusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge i datagrunnlaget for SAMDATA 2003. Dette kan derfor sies å være svært nært landets populasjon når det gjelder pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge i 2003, og kan brukes som en indikator på om utvalget vårt er representativt. Vi ser på hvilke poliklinikker som er med, kjønnsfordeling, aldersfordeling og diagnosefordeling. Den andre datakilden er pasientregistreringen som er utført ved alle landets BUP klinikker i løpet av en kortere periode våren 2004, som beskrevet i kapittel 2. Den nasjonale statistikken som presenteres i SAMDATA omfatter alle barn/unge som har mottatt et behandlingstilbud i BUP i løpet av året, mens pasientregistreringen og brukerundersøkelsen avgrenses til å inkludere de som får behandling ved poliklinikken i løpet av hhv 10- og 19 virkedager. Brukerundersøkelsen bør dermed være mer lik pasientregistreringen i forhold til kjennetegn ved utvalget/brukerne. En mulig skjevhet i forhold til å representere det totale bildet i løpet av et år, er at brukere som hyppig har kontakt med poliklinikken har større sannsynlighet for å inngå i et tidsavgrenset utvalg. Vi ser først på svarprosenten blant de som faktisk er spurt om å delta.

#### Svarprosent

Det er viktig å poengtere at vi ikke vet hvor mange som har vært innom poliklinikken i løpet av denne perioden eller hvor stort engasjement den enkelte poliklinikk viste i forhold til å rekruttere brukere til brukerundersøkelsen. Vi kan derfor ikke beregne hvor mange av de som var innom poliklinikken i løpet av perioden som faktisk har deltatt i undersøkelsen. Vi vet bare hvor mange av de som faktisk ble spurt, som ønsket å delta.

Institusjonene ble bedt om å rapportere på et eget skjema hvor mange som ikke ønsket å delta i brukerundersøkelsen. Ved vurdering av svarprosenten er det imidlertid nødvendig å ta forbehold om usikkerheten i nøyaktigheten ved rapporteringen av antall brukere som ikke ønsket å delta, da vi ikke har hatt mulighet til å kontrollere dette. Tabell 3.1 viser at 87 prosent av de foresatte som ble spurt om å delta, ønsket å delta. Andelen blant barn og unge med samtykke fra foresatte er noe lavere (74 prosent), mens 87 prosent av de som var fylt 16 år ønsket å delta. Totalt tilsvarer dette at hele 85 prosent av de som ble spurt, har deltatt på undersøkelsen.

Tabell 3.1 Svarprosent i forhold til antall spurte.

	Antall forespurte	Antall som deltar	Svarprosent
Foresatte	2 588	2 253	87
Barn m/samtykke fra foresatte	698	518	74
Ungdom med samtykkekompetanse (fylt 16 år)	823	718	87

Totalt har 2 253 foresatte og 1 236 barn og unge svart på spørreskjemaet. Det varierer noe for hvor mange vi har informasjon for når det gjelder kjønn, alder og diagnose.

Vi starter med å se nærmere på institusjonene som er representert i brukerundersøkelsen. Når det gjelder variasjoner i brukertilfredshet mellom institusjonene kommer vi tilbake til dette i kapittel 3.5.

## 3.3.1 Om poliklinikkene

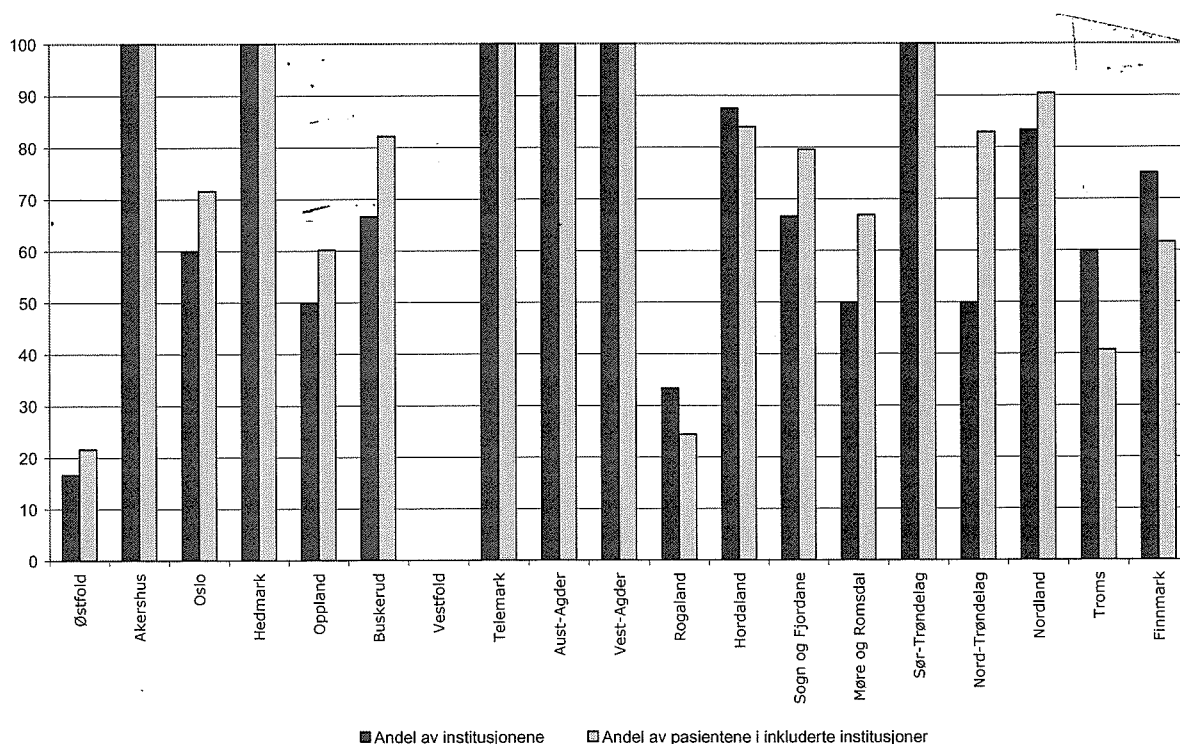
Totalt er det i SAMDATA - tallene for 2003 registrert 89 institusjoner med poliklinisk virksomhet for barn og unge. Av disse er det en del som bare har akutt plasser eller er behandlingshjem og det gjenstår 72 poliklinikker foruten disse. Alle disse har fått tilbud om å være med i brukerundersøkelsen, men av ulike grunner er det omtrent 30 prosent av disse som ikke har ønsket å delta. Begrunnelsen for at de ikke ønsket å delta var hovedsakelig at de synes undersøkelsen var for ressurskrevende. Når vi gjør utvalgene sammenliknbare (bruker samme institusjonsnummer), kommer vi frem til 49 av totalt 72 poliklinikker. Dette gjør at vi kan sammenlikne de vi har brukervurderinger fra, med de vi ikke har data for. Totalt var det 32 185 pasienter i de 72 institusjonene. De 49 poliklinikkene i brukertutvalget behandlet 22 630 av pasientene i 2003. Dette betyr at vi dekker 70 prosent av pasientene og 68 prosent av institusjonene. Dette er tilnærminger, da SAMDATA - utvalget er hentet fra siste tilgjengelige statistikk, som er fra 2003, mens brukerundersøkelsen er en tverrsnittsundersøkelse fra 2004. Vi kan nå undersøke om det er skjevheter i vårt utvalg i forhold til institusjonsstørrelse (målt ved antall behandlede pasienter) eller skjevheter i forhold til geografisk beliggenhet (fylke), se tabell 3.2. I de tilfeller en større andel av pasientene er dekket i forhold til andel institusjoner som er dekket (se siste og nest siste kolonne), betyr det at store institusjoner er overrepresentert og omvendt.

Tabell 3.2 Antall og andel av poliklinikkene som er med i utvalget og andel pasienter dekket av disse institusjonene.

	Poliklinikker i SAMDATA - utvalget (n=72)	Poliklinikker i brukerundersøkelsen (n=49)	Prosent av institusjonene som er med i utvalget	Prosent av pasientene dekket av institusjonene i vårt utvalg
Østfold	6	1	17	22
Akershus	4	4	100	100
Oslo	10	6	60	72
Hedmark	4	4	100	100
Oppland	2	1	50	60
Buskerud	3	2	67	82
Vestfold	1	0	0	0
Telemark	3	3	100	100
Aust-Agder	1	1	100	100
Vest-Agder	2	2	100	100
Rogaland	3	1	33	24
Hordaland	8	7	88	84
Sogn og Fjordane	3	2	67	80
Møre og Romsdal	4	2	50	67
Sør-Trøndelag	1	1	100	100
Nord-Trøndelag	2	1	50	83
Nordland	6	5	83	90
Troms	5	3	60	41
Finnmark	4	3	75	62
Gjennomsnitt (vektet)			68	72

I Østfold er kun en av seks institusjoner representert. Denne institusjonen behandlet i 2003 22 prosent av pasientene i fylket. Den institusjonen vi har med er derfor noe større (målt i antall behandlede pasienter) enn gjennomsnittet i fylket. I Akershus er alle de fire institusjonene med, noe som innebærer at alle pasientene i fylket er dekket av institusjonene som er med i undersøkelsen. Videre ser vi at store institusjoner er overrepresentert i Oslo, Oppland, Buskerud, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Nordland. Små institusjoner er overrepresentert i Rogaland, Hordaland, Troms og Finnmark. I de fleste tilfellene er dette bare marginale forskjeller som ikke bør gi store skjevheter i utvalget. Når vi ser på totaltallene ser vi at institusjonene i utvalget vårt (68 prosent av institusjonene) står for 72 prosent av det totale antall behandlede pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien. Generelt er det derfor slik at store institusjoner er noe overrepresentert, men ikke i særlig grad. I figur 3.1 illustreres dette grafisk. I Vestfold finnes én poliklinikk for barn og unge med psykiske problemer, men denne er ikke representert i brukerundersøkelsen.

Figur 3.1 Representativitet i forhold til geografisk beliggenhet og størrelse på poliklinikken.



Det er selvsagt bare en liten andel av brukerne ved de ulike institusjonene som har svart på brukerundersøkelsen. Dessverre er det ikke informasjon for alle respondentene om hvilken poliklinikk de tilhører. Dette gjør at utvalget begrenses sterkt for barn og unge når vi ser på institusjonsforskjeller eller fylkesforskjeller. I tabell 3.3 vises fordelingen blant de brukerne vi har informasjon for.

Her ser vi igjen at det er ingen brukere av poliklinikker i Vestfold som er med i undersøkelsen, mens ingen barn og unge har svart i poliklinikker i Aust-Agder. Vi må være varsom når vi ser på fylkes- og institusjonsforskjeller, da det er mange som mangler denne informasjonen i utvalget for barn og unge.

*Vi konkluderer med at institusjonene er godt representert i alle fylker foruten Vestfold, Østfold og til dels Rogaland. Store institusjoner er marginalt overrepresentert totalt.*



Tabell 3.3 Fordeling av respondenter mellom fylker.

	Foresatte (n=2 164)	Barn og unge (n=518)
Østfold	0,4	0,6
Akershus	8,8	16,4
Oslo	19,2	12,7
Hedmark	7,7	7,7
Oppland	3,5	5,6
Buskerud	6,0	4,2
Vestfold	0,0	0,0
Telemark	5,0	4,4
Aust-Agder	4,7	0,0
Vest-Agder	3,7	1,0
Rogaland	3,1	2,5
Hordaland	11,8	15,4
Sogn og Fjordane	2,5	3,1
Møre og Romsdal	4,2	2,1
Sør-Trøndelag	8,8	9,5
Nord-Trøndelag	1,0	1,7
Nordland	5,4	8,9
Troms	2,2	1,9
Finnmark	2,1	2,1
Totalt	100	100

### 3.3.2 Kjønnssammensetning

Her sammenlikner vi fordelingen i utvalget for brukerundersøkelsen med SAMDATA - utvalget og utvalget fra pasientregistreringen (jf kapittel 2).

Tabell 3.4 Kjønnfordeling i ulike utvalg.

	Gutter %	Jenter %	Antall
SAMDATA - utvalget	57	43	31 779
Pasientregistreringen	53	47	5 994
Foresatte	59	41	2 247
Barn og ungdom	35	65	1 229
Totalt utvalg i brukerundersøkelsen	51	49	3 476

Fra tabell 3.4 ser vi at for hele året (fra SAMDATA) er 57 prosent av de polikliniske pasientene gutter. Ved pasientregistreringen som ble gjennomført i løpet av 14 dager våren 2004 er det en relativt lavere andel gutter. Dette kan tyde på at jenter er overrepresentert både i pasientregistreringen og i brukerundersøkelsen. Overrepresentasjon i begge disse utvalgene kan tyde på at jentene har hyppigere behandling enn gutter, altså større sannsynlighet for at de skal være innom poliklinikken i løpet av en gitt periode. Dette bekreftes også av bakgrunns materialet for SAMDATA der statistikken viser at jenter generelt har flere direkte og indirekte tiltak per pasient. Jenter hadde i gjennomsnitt 14,3 tiltak per person i 2003 mens det samme tallet for gutter er 13,5. Jenter er i enda sterkere grad overrepresentert ved brukerundersøkelsen. Dette kan selvsagt delvis skyldes det samme som i pasientregistreringen, men i tillegg kan det også være kjønnsforskjeller i hvem som i størst grad synes det er greit å fylle ut slike skjema. Dette ser vi særlig i utvalget der barn og unge selv svarer, hvor hele 65 prosent er jenter. Vi vet at gutter i større grad har atferdsproblemer, som gjør at de kan ha mindre lyst, interesse og dårligere forutsetninger for å fylle ut denne typen spørreskjema. Det er generelt en større andel gutter som har lærevansker og/eller språk og talevansker av barn og unge i psykisk helsevern, se tabell 12.3 SAMDATA psykisk helsevern, sektorrappport 2003.

Når vi ser på det totale utvalget i brukerundersøkelsen, ser vi at jenter er svakt overrepresentert i forhold til kjønnsfordelingen av de som får poliklinisk behandling i løpet av ett år.

*Vi konkluderer med at jenter er overrepresentert i brukerundersøkelsen i forhold til den totale pasientmengden i løpet av ett år og til en viss grad også sammenliknet med pasientregistreringen. Dette kan skyldes både at de er oftere ved poliklinikken og dermed har større sannsynlighet for å komme med i utvalget, og at de kanskje i større grad synes det er greit å fylle ut slike skjema.*

### 3.3.3 Alderssammensetning

På nasjonalt nivå fikk 3,1 prosent av befolkningen under 18 år et behandlingstilbud, men det er stor variasjon mellom aldersgrupper i bruk av tjenestene. I alderen 0-5 år mottok 0,7 prosent av barna et behandlingstilbud i 2003. I alderen 6-12 år mottok 3,2 prosent et tilbud, mens 5,1 prosent i aldersgruppen 13-17 år mottok et tilbud. (Se tabell 12.1 i SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrappport 2003).

I vår sammenheng er det mest interessant å se på antall pasienter som har fått poliklinisk behandling i løpet av det siste året vi har informasjon for, dvs år 2003. Det var da 32 022 barn og unge i aldersgruppen 0-17 år som mottok poliklinisk behandling (direkte og indirekte tiltak).

I tabell 3.5 vises aldersfordelingen i forhold til utvalget i brukerundersøkelsen. Vi ser at svarene fra de foresatte inneholder en noe større andel 6-12 åringer i forhold til SAMDATA - utvalget, og noe færre i den eldste aldersgruppen. For de barn som har svart selv, er det ingen i den yngste aldersgruppen, men naturlig nok en stor overvekt i den eldste gruppen. Dersom vi sammenstiller de foresatte som har svart og de barn og unge som har svart, ser vi at det er relativt nært SAMDATA - utvalget. Det er noe færre i den aller yngste og midterste aldersgruppen, og relativt flere i den eldste.<sup>21</sup> Totalt utvalg er summen av respondenter i de ulike gruppene både fra foresatte og barn og unge.

---

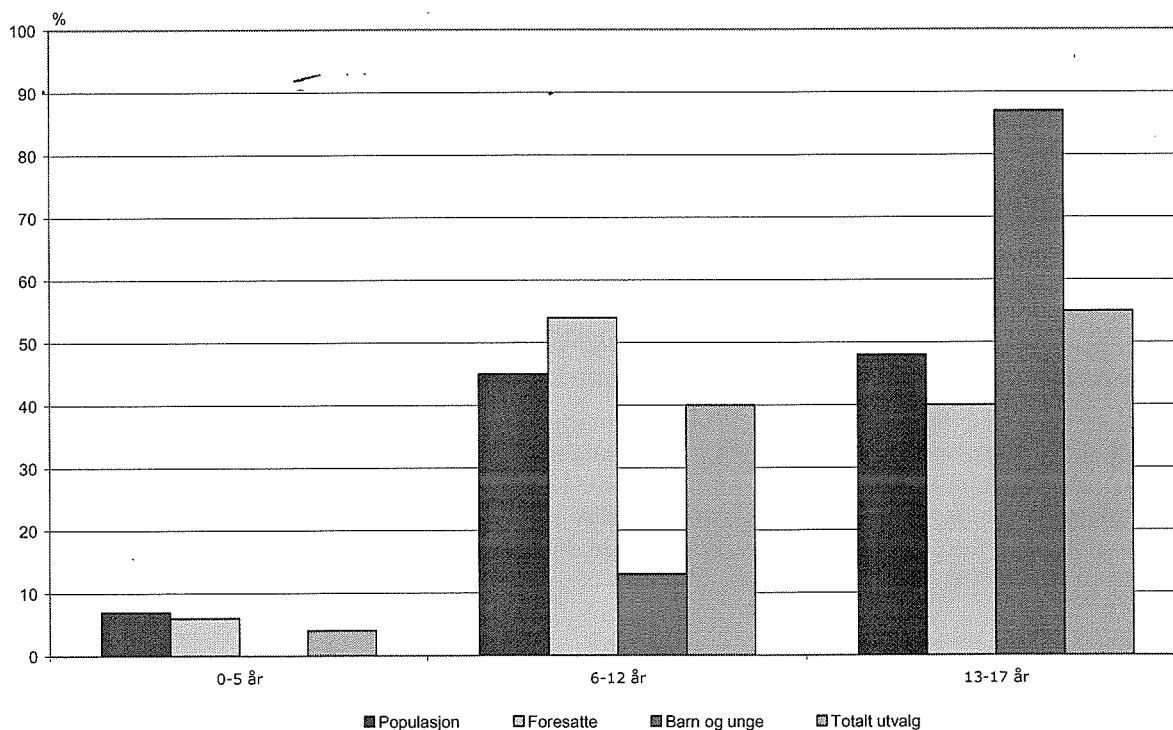
<sup>21</sup> I tillegg er det en del over 18 år som har fått hjelp ved BUP som har svart på brukerundersøkelsen. Dette er 60 ungdommer (54 attenåringer og 6 nittenåringer) som foresatte har svart for i tillegg til 128 besvarelser fra unge selv der de fleste er attenåringer (107), 13 er nitten år og 8 er mellom 20 og 24 år. Disse blir tatt med i resten av analysen, men utelates her for å kunne sammenlikne utvalget vårt med aldersgruppene i SAMDATA - utvalget.

Tabell 3.5 Aldersfordeling i brukerundersøkelsen i forhold til SAMDATA – utvalget.

	0-5 år	6-12 år	13-17 år	Antall mellom 0-17 år
SAMDATA - utvalget	7	45	48	32 022
Foresatte	6	54	40	2 180
Barn og unge	0	13	87	1 092
Totalt utvalg	4	40	55	3 273

I følge SAMDATA rapporten, er det aldersgruppen 6-12 år som har flest polikliniske tiltak per pasient. Det er altså denne aldersgruppen en har størst sannsynlighet for å møte på et gitt tidspunkt når en samtidig tar hensyn til antall pasienter i de ulike aldersgruppene. Vi kan fremstille fordelingen i en figur for å se bildet tydeligere.

Figur 3.2 Representativitet i utvalg i forhold til aldersfordeling.



Det er selvsagt den eldste aldersgruppen som har størst mulighet for å fylle ut spørreskjemaet selv. Dersom vi lar foresattes og barn og ungdoms egne svar telle akkurat likt, ser vi på nederste linje at 4 prosent av de totale svarene fra brukerne (både barn og ungdom og foresatte) gjelder barn i alderen 0- 5 år, mens 55 prosent gjelder ungdom i alderen 13-17 år. Fra tabellen kan vi også regne ut at litt over halvparten av svarene fra den eldste aldersgruppen kommer fra ungdommene selv.

Aldersfordelingen kan vi undersøke videre gjennom pasientregistreringen ved BUP poliklinikkene, som ble gjennomført våren 2004. Denne registreringen viser aldersfordelingen til pasientene i løpet av en 14 - dagers periode og kan dermed bedre sammenliknes med de som har svart på brukerundersøkelsen. Her brukes en annen aldersinndeling, men siden brukerundersøkelsen inneholder informasjon om begge intervallene, kan den sammenliknes også med denne.

Tabell 3.6 Aldersfordeling i brukerundersøkelsen i forhold til pasientregistreringen.

	0-6 år	7-12 år	13-18 år	Over 18 år	Totalt:antall
Pasientregistrering	8	36	54	2	5 991
Foresatte	11	48	41	0	2 240
Barn og ungedom	0	12	86	2	1 220
Totalt utvalg	7	35	57	1	3 460

Som vi ser fra tabell 3.6 er alderssammensetningen fra utvalget i pasienttellingen relativt likt utvalget i brukerundersøkelsen. Det er en noe større andel i alderen 13-18 år som svarer på brukerundersøkelsen.

*Vi konkluderer med at aldersgruppen 13-18 år er noe overrepresentert i brukerundersøkelsen både i forhold til aldersfordelingen for pasienter i løpet av ett år, men også i forhold til ett tverrsnitt i løpet av et gitt tidsintervall. Det ser ikke ut som dette skyldes at det er større sannsynlighet for at disse er på poliklinikken, men heller at de kanskje ønsker å delta mer aktivt i en slik evaluering enn foresatte og barn og unge i de to yngre aldersgruppene.*

Som et siste kriterium på representativitet, ser vi på fordeling av brukere med ulike diagnoser.

### 3.3.4 Diagnoser

I SAMDATA psykisk helsevern (2004) fremgår det en oversikt over fordelingen av diagnoser blant barn og unge i 2003. I brukerundersøkelsen finnes denne informasjonen for 1860 personer (for omtrent 67 prosent av personene som de foresatte representerer og i underkant av 30 prosent av der barn og unge svarer selv). Denne relativt lave andelen blant barn og unge skyldes i stor grad ungdom over 16 år som ikke er koblet til BUPDATA.<sup>22</sup>

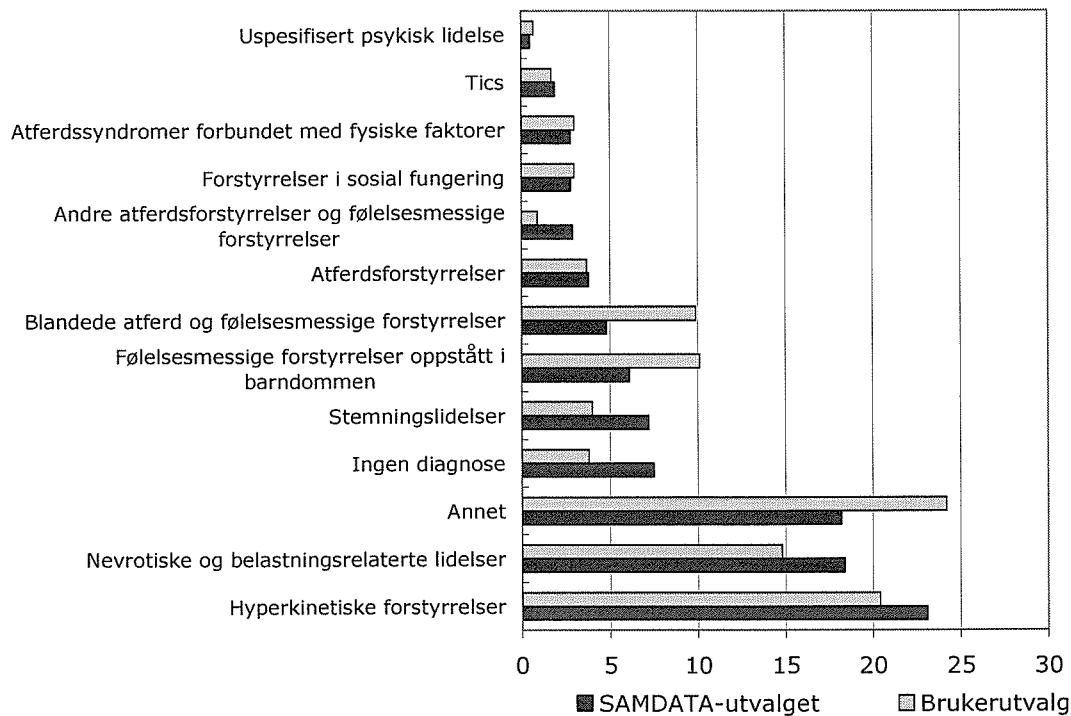
Som vi ser fra denne oversikten, er hyperkinetiske forstyrrelser den største diagnosegruppen både i SAMDATA - utvalget og i utvalget for brukerundersøkelsen. Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser og affektive lidelser ser ut til å være noe underrepresentert i utvalget, mens følelsesmessige forstyrrelser som har oppstått i barndommen er noe overrepresentert. Flere av diagnosene ser ut til å omfatte en tilnærmet lik andel pasienter i de to utvalgene.

<sup>22</sup> Det at det ikke er registrert diagnose i BUPDATA, antas ikke å være avhengig av diagnose men heller rutiner ved poliklinikken. Om dette er riktig, bør det ikke være spesielle skjevheter i forhold til hvilke diagnoser som faktisk er registrert.

Tabell 3.7 Diagnoser, ICD-10 Akse I Klinisk psykiatrisk syndrom, SAMDATA - utvalget og utvalg for brukerundersøkelsen.

Diagnose	SAMDATA - utvalget	Brukerutvalget
Hyperkinetiske forstyrrelser	23,1	20,4
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	18,4	14,8
Stemningslidelser	7,2	4,0
Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	6,1	10,1
Blandede atferd og følelsesmessige forstyrrelser	4,8	9,9
Atferdsforstyrrelser	3,8	3,7
Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser	2,9	0,9
Forstyrrelser i sosial fungering	2,8	3,0
Atferdssyndromer forbundet med fysiske faktorer	2,8	3,0
Tics	1,9	1,7
Uspesifisert psykisk lidelse	0,5	0,7
Annet (F22, F70-79, F80-89)	18,2	24,2
Ingen diagnose	7,5	3,8

Figur 3.3 Diagnoser i SAMDATA - utvalget og utvalg for brukerundersøkelsen.



Vi konkluderer med at utvalget for brukerundersøkelsen er relativt representativt i forhold til fordeling på ulike diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge. Dette betyr at det ikke er brukere med visse diagnoser som systematisk har valgt å delta i undersøkelsen.

### **Oppsummering av representativitetsanalysene**

Utvalget i brukerundersøkelsen er funnet å være representativt i forhold til geografisk spredning av institusjonene, med unntak av at Vestfold ikke er representert. I noen fylker er det også svært få brukere som har svart fra hver institusjon. Det ser ikke ut til at store eller små poliklinikker er særlig over- eller underrepresentert. Videre er jenter overrepresentert i undersøkelsen, noe som kan forklares med at de hyppigere er ved poliklinikken i forhold til gutter, og derfor har større sannsynlighet for å havne i et tverrsnittsutvalg, men også at de kanskje i større grad synes det er greit å fylle ut slike skjema. Aldersgruppen 13-18 år er noe overrepresentert i brukerundersøkelsen, og dette ser ikke ut til å skyldes større sannsynlighet for at de er på poliklinikken, men heller at de kanskje ønsker å delta mer aktivt i en slik evaluering enn yngre brukere. Vi konkluderer også med at utvalget for brukerundersøkelsen er relativt representativt i forhold til fordeling på ulike diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge. Dette betyr at det ikke er brukere med visse diagnoser som systematisk har valgt å delta i undersøkelsen. Alt i alt mener vi at utvalget er et representativt utvalg av brukerne ved poliklinikker for barn og unge med psykiske lidelser.

### 3.4 Tilfredshetsindikatorer

I dette kapitlet går vi gjennom svarfordelingen for de ulike påstandene som er fremsatt i spørreskjemaet. Grupperingen i ulike tema i spørreskjemat er beskrevet i avsnitt 3.2 og resultatene presenteres i denne rekkefølgen. Vi har her valgt å regne ut prosentfordelingene basert på de totale antall skjemaene, dvs vi inkluderer også andel som ikke har svart i en egen kategori. Fremstillingene gjøres i de fleste tilfeller både ved bruk av tabeller og figurer. I tabellene viser vi svarfordelingen med samme svarkategorier som er brukt i spørreskjemaet. I figurene ønsker vi å si noe om kjønns- og aldersforskjeller, og grupperer svarene i forhold til de kategoriene som indikerer lavest tilfredshet med de ulike indikatorene.

I forslaget til spørreskjema<sup>23</sup> var et par av spørsmålene oppgitt med mulighet for å svare "uaktuelt". Grunnet en inkurie inneholdt samtlige spørsmål dette svaralternativet når spørreskjemaet det ble sendt ut til poliklinikkene. I noen av spørsmålene er det mange som har valgt dette alternativet, og vi vurderer hvordan dette behandles under fremstillingen av svarfordelingen for hvert spørsmål.

#### 3.4.1 Tilgjengelighet

Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp. nr 63, 1997-1998) har som mål å bygge ut og utvikle lett tilgjengelige og kvalitativt gode tjenester for barn og unge. I denne delen av spørreskjemaet ser vi nærmere på tilgjengeligheten til tjenestene. Tilgjengeligheten måles med fire spørsmål/påstander:

- Ventetid fra henvisning til første samtale
- Mulighet for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov
- Tilgjengelighet i forhold til språk
- Tilgjengelighet i forhold til kulturell bakgrunn

Vi går gjennom disse fortløpende og starter med ventetid fra henvisning der fordelingen er illustrert i tabell 3.8.

Tabell 3.8 Ventetiden fra henvisning til første samtale var altfor lang. Svarfordeling i prosent.

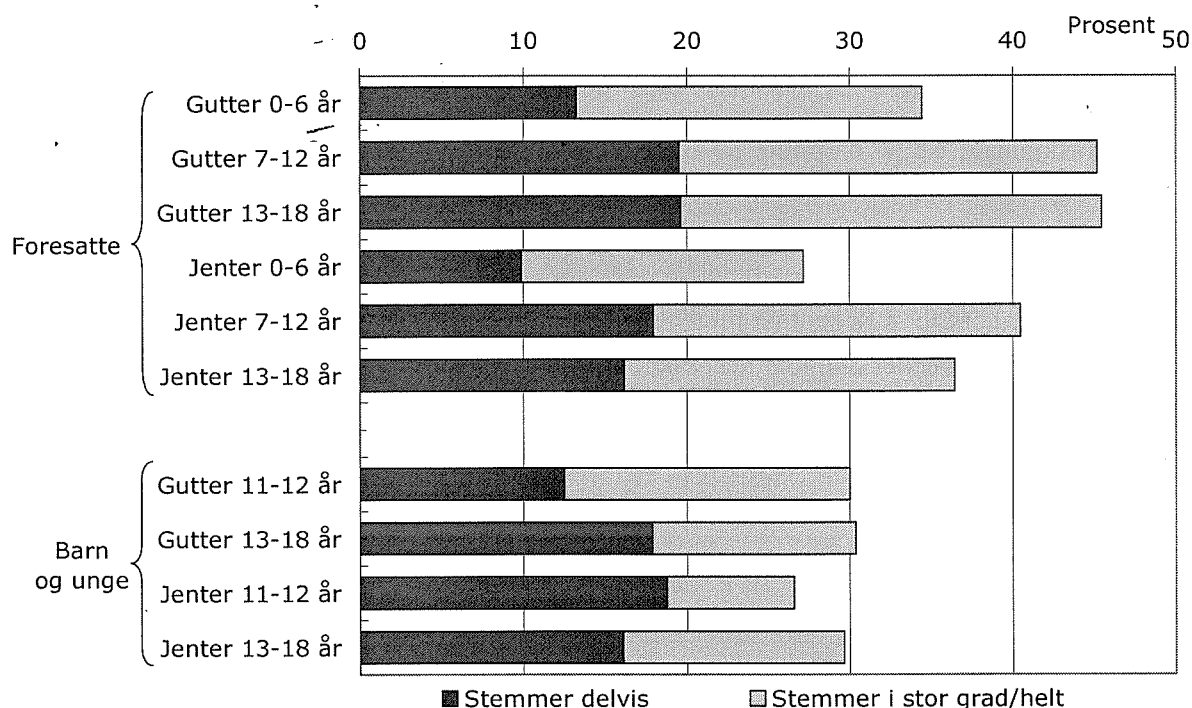
	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	9	17	12
Stemmer ikke	28	31	29
Stemmer ikke i særlig grad	21	21	21
Stemmer delvis	18	16	17
Stemmer i stor grad	14	8	12
Stemmer helt	9	5	8
Missing/ ikke svart	2	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

<sup>23</sup> Spørreskjemaet ble utarbeidet i samarbeid med en arbeidsgruppe av fagfolk, klinikere og representanter for landets Regionsenter for barn og unge psykiske helse. Se avsnitt 3.2 om spørreskjemaet.

Vi ser fra tabell 3.8 at den største gruppen er de som sier at det ikke stemmer eller at det ikke i særlig grad stemmer at ventetiden til første samtale var for lang. Totalt tilsvarer dette 50 prosent av hele utvalget. Det er likevel 23 prosent av de foresatte og 13 prosent av barn og unge som sier at dette stemmer i stor grad eller helt. To prosent av brukerne i begge utvalg har unnlatt å svare på dette spørsmålet. Totalt er det 12 prosent som sier at denne påstanden er uaktuell. Dette kan bety at disse brukerne mener det er uaktuelt fordi de ikke synes ventetiden fra henvisningen til første samtale var alt for lang eller at de ble akuttthenvist.

Det som er verdt å merke seg her, er at det tross alt totalt er 41 prosent av de som har svart som mener at ventetiden delvis/i stor grad/helt er for lang. Dette ser vi nærmere på i neste figur. Vi antar her at de som svarer uaktuelt mener at dette ikke stemmer eller ikke stemmer i særlig grad og beregner prosenter i forhold til de som er minst fornøyd.<sup>24</sup>

Figur 3.4 Ventetiden fra henvisning til første samtale var altfor lang. Kjønnns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Fra figur 3.4 ser vi at for gutter øker misnøyen med ventetiden med alder.<sup>25</sup> Fra pasientregistreringen som er diskutert i kapittel 2, vet vi at gutter har signifikant lengre gjennomsnittlig ventetid på et poliklinisk behandlingstilbud sammenliknet med jenter. Fra samme kilde vet vi også at det er de i alderen 7-12 år som venter lengst i gjennomsnitt. Figuren over viser at dette også kan relateres til misnøyen med ventetiden og særlig i svarene til foresatte er dette tydelig.

Vi ser også fra denne figuren at de foresatte i større grad mener ventetiden var for lang sammenliknet med barn og unge selv. Dette er interessant i forhold til de resultatene som presenteres i resten av kapitlet der barn og unge generelt ser ut til å være mindre tilfredse enn de

<sup>24</sup> Bildet blir det samme om vi behandler uaktuelt som missing/ikke svart, men prosenten som delvis/i stor grad/helt er enig i at ventetiden var for lang, blir noe høyere.

<sup>25</sup> Ingen barn under 11 år har deltatt i brukerundersøkelsen.



foresatte. Vi må likevel ta hensyn til at disse to utvalgene ikke er direkte sammenliknbare, se avsnitt 3.2.

Den neste påstanden i spørreskjemaet går direkte på tilgjengelighet i forhold til muligheten for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid hvis det er behov for det, se tabell 3.9.

Tabell 3.9 Jeg kan få kontakt med behandler utenom avtalt tid hvis det er behov for det. Svarfordeling i prosent.

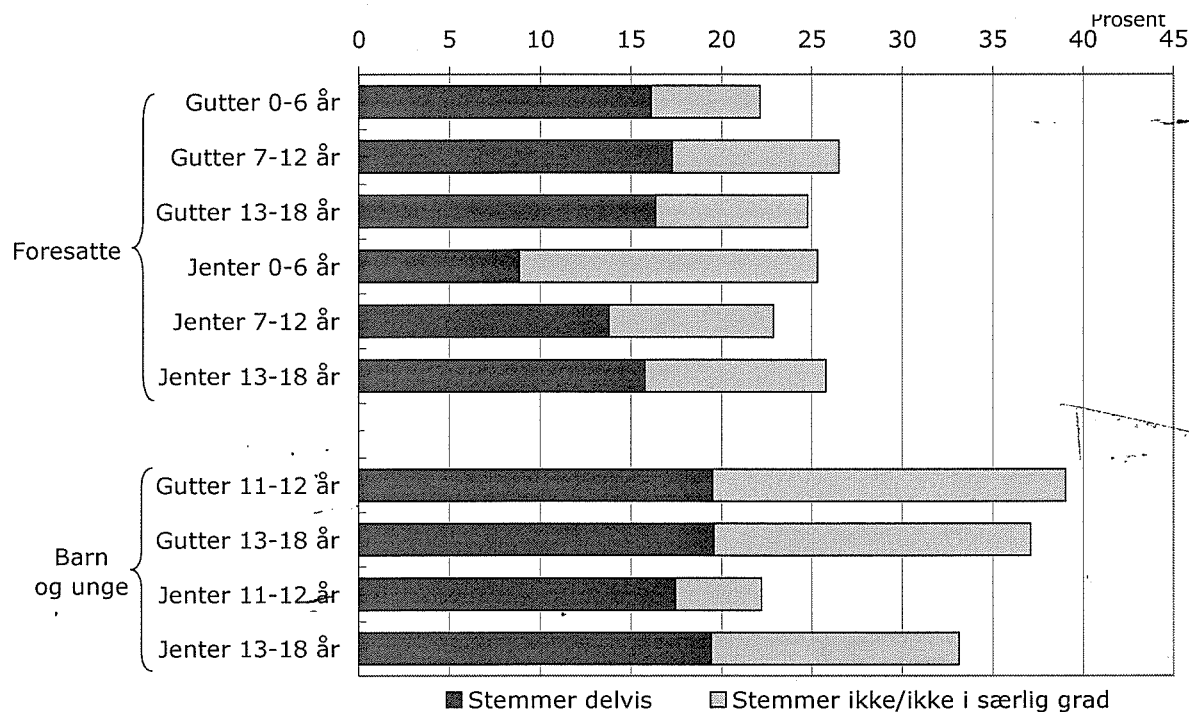
	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	12	17	14
Stemmer ikke	4	7	5
Stemmer ikke i særlig grad	5	8	6
Stemmer delvis	15	19	16
Stemmer i stor grad	37	26	33
Stemmer helt	22	21	22
Missing/ ikke svart	4	3	4
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Vi ser fra tabell 3.9 at de aller fleste mener det stort sett ikke er noe problem å få kontakt med behandleren utenom avtalt tid om det er behov for det. De som svarer uaktuelt tolkes her som de som ikke har behov eller noen gang har hatt behov for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid. Vi kan likevel ikke være sikre på at alle som har svart på de andre alternativene, faktisk har hatt behov for å kontakte behandler utenom avtalt tid. For å ikke gjøre tallene kunstig høye, antar vi at de som svarer uaktuelt er relativt tilfredse. Vi ser på den andre enden av skalaen, dvs de som er minst tilfredse og fremstiller tallene i samme type figur som over for å illustrere kjønns- og alderforskjeller.

Vi ser fra figur 3.5 på neste side at blant de som til en viss grad er uenig i denne påstanden (mindre tilfreds) er de aller fleste av de foresatte av den oppfatningen at påstanden stemmer delvis. Barn og unge er gjennomgående mindre tilfredse enn foresatte, og særlig synes gutter i alderen 11-12 år at det er vanskelig å få kontakt med behandler utenom avtalt tid om det er behov for det. Det er kanskje ikke urimelig at særlig gutter synes det er problematisk, siden det også er de som venter lengst med å få behandling.

Den neste påstanden kan være en indikasjon på tilgjengelighet for noen grupper brukere og handler om opplevde språkproblemer.

Figur 3.5 Jeg kan få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.

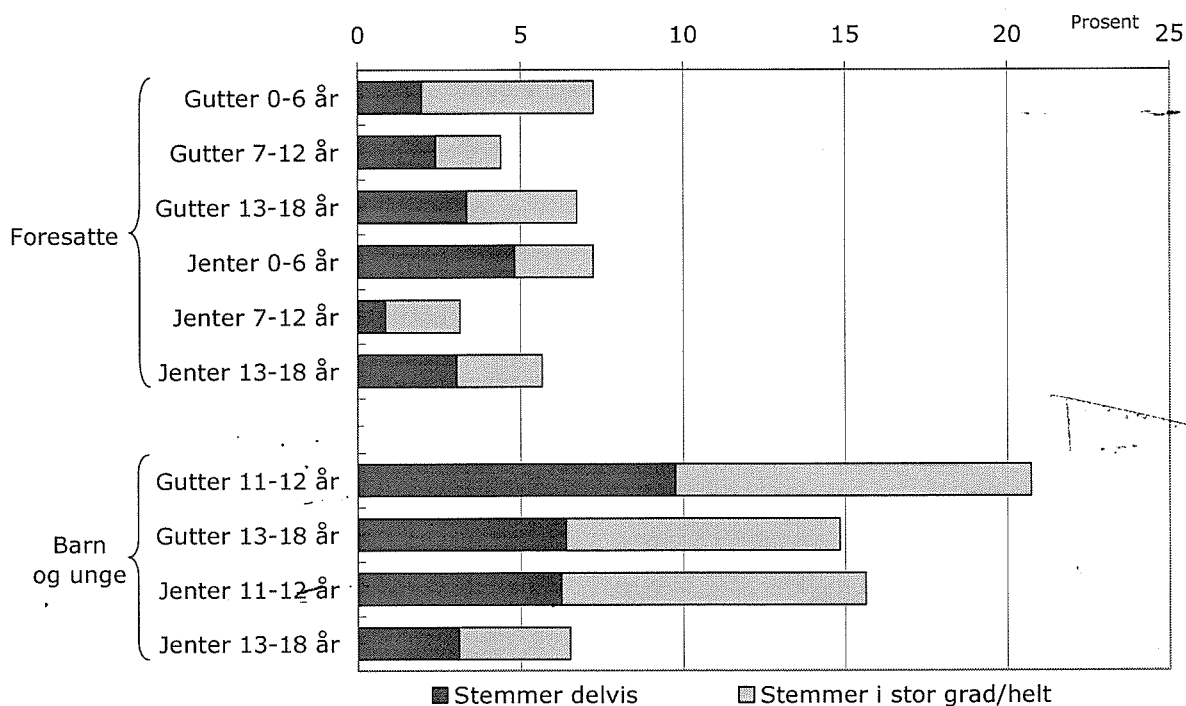


Tabell 3.10 Fordi vi ikke snakker samme språk, forstår behandler og jeg hverandre dårlig. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	57	37	50
Stemmer ikke	30	37	32
Stemmer ikke i særlig grad	6	13	9
Stemmer delvis	3	5	3
Stemmer i stor grad	1	3	2
Stemmer helt	1	3	2
Missing/ ikke svart	2	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Her er det også vanskelig å vite hva uaktuelt betyr. Det er nok litt tilfeldig om de som svarer krysser av på uaktuelt eller at påstanden ikke stemmer. Generelt ser det ikke ut til å være problem for mange, men vi kan ikke si noe om for eksempel hvor stor andel av de fremmedspråklige som føler det problematisk. Ved mange poliklinikker er det en relativt stor andel barn og unge fra innvandrerfamilier, uten at dette nødvendigvis avspeiler noe annet enn befolkningssammensetningen i opptaksområdet. Dette hadde vært interessant å undersøke nærmere, men ramme og tilgjengelige data tilsier ikke videre diskusjon om dette her. I alders og kjønnsfordelingen for dette spørsmålet teller vi med kategorien uaktuelt, og tolkes da som "stemmer ikke" eller "ikke i særlig grad" fordi vi ser på den andre enden av skalaen.

Figur 3.6 Fordi vi ikke snakker samme språk, forstår behandler og jeg hverandre dårlig. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Generelt er det få som synes ulikt språk er et problem. Likevel ser vi at barn og unge mener i større grad dette er problematisk. En mulighet er at barn og unge tolker spørsmålet på en måte som betyr at de ikke forstår hva behandler mener. Dette kan for eksempel være at behandlerne bruker et for voksent språk, eller at de bruker mye faguttrykk. Dette bør undersøkes nærmere i en oppfølgingsstudie av funnene i brukerundersøkelsen.

Det siste punktet vi ser på under punktet tilgjengelighet, er relatert til kulturell bakgrunn. Her er bare de foresatte spurt, og svarfordelingen er vist i tabell 3.11.

Tabell 3.11 Forskjeller i kulturell bakgrunn gjør at behandler og jeg forstår hverandre dårlig. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte
Uaktuelt	66,3
Stemmer ikke	25,3
Stemmer ikke i særlig grad	2,7
Stemmer delvis	0,9
Stemmer i stor grad	0,9
Stemmer helt	1,3
Missing/ ikke svart	2,5
	100
Antall observasjoner	2 253

I overkant av tre prosent av de foresatte svarer at det delvis/i stor grad/helt er slik at forskjell i kulturell bakgrunn gjør at den foresatte og behandler forstår hverandre dårlig. Disse tre kategoriene utgjør i alt 72 personer av 2 253. Her blir det for få i hver aldersgruppe

til å fremstille marginale forskjeller, men det ser ut til at foresatte til den eldste aldersgruppen er de som i noe høyere grad mener forskjeller i kulturell bakgrunn utgjør et problem.

Til slutt ser vi på sammenhengen mellom svarene som er gitt i forhold til påstandene om tilgjengelighet. Her undersøker vi om det er de samme personene som svarer at de er tilfredse/utilfredse med de samme tilgjengelighetsindikatorerne. Er det for eksempel de samme brukerne som både mener at ventetiden er for lang og at det er vanskelig å få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov. Dette er viktig å undersøke, slik at vi kan si noe mer konkret om sammenhengen mellom ulike indikatorer. Dette presenterer vi gjennom korrelasjonsmatriser av de variablene som er presentert over. Variablene er i alle tilfeller kodet slik at høyere verdi gir økt tilfredshet og alle svarene fra "uaktuelt" kategoriene er satt lik missing.<sup>26</sup>

Tabell 3.12 Korrelasjon mellom tilgjengelighetsvariabler foresatte.

	Ventetid	Kontakt med behandler	Språkproblemer	Kulturell bakgrunn
Ventetid	1			
Kontakt med behandler	0,16*	1		
Språkproblemer	0,16*	-0,02	1	
Kulturell bakgrunn	0,11*	0,02	0,59*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå.

Fra tabell 3.12 kan vi lese at de som er tilfredse/utilfredse med ventetiden også er tilfredse/utilfredse med muligheten for kontakt med behandler utenom avtalt tid. Det er også en sammenheng mellom de som svarer at ventetiden er for lang og at det finnes språkproblemer og problemer knyttet til kulturell bakgrunn. For å kunne si noe mer om hva disse sammenhengene skyldes, trengs det andre typer analyser. Det er ingen systematisk samvariasjon mellom det brukerne svarer på mulighet for å få kontakt med behandler og problemer knyttet til språk og kulturell bakgrunn. Det er en sterk sammenheng mellom de som føler at de og behandler forstår hverandre dårlig på grunn av språk og de som føler kontakten er vanskelig grunnet forskjeller i kulturell bakgrunn.

Når vi ser på sammenhengen mellom disse spørsmålene i forhold til barn og unge, ser vi at sammenhengen er svakere men likevel systematisk. Barn og unge har ikke svart på spørsmålet om problemer knyttet til kulturell bakgrunn.

Tabell 3.13 Korrelasjon mellom tilgjengelighetsvariabler foresatte.

	Ventetid	Kontakt med behandler	Språkproblemer
Ventetid	1		
Kontakt med behandler	0,09*	1	
Språkproblemer	0,04*	0,04*	1

### Oppsummering av tilfredshet i forhold til tilgjengelighet

Økt tilgjengelighet er et viktig mål i Opptappingsplanen. I 2004 var det totalt 41 prosent av de foresatte og 29 prosent av barn og unge som delvis/i stor grad/helt var tilfredse med ventetiden fra henvisning til første samtale. Mange av disse var samtidig lite tilfredse med mulighet for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov, og 24 prosent av de

<sup>26</sup> Sammenhengene endres ikke om uaktuelt behandles som beskrevet under hvert av punktene.

foresatte og 34 prosent av barn og unge var delvis/i stor grad/helt utilfredse med denne tilgjengelighetsfaktoren. Omtrent fem prosent av de foresatte og 11 prosent av barn og unge mener at ulikt språk til en viss grad gjør at behandler og dem selv forstår hverandre dårlig. Her er det mulig at ulikt språk tolkes som mer en vanlige språkproblemer (for eksempel vanskelig språk i forhold til mange faguttrykk osv), og bør undersøkes nærmere.

Vi finner at foresatte til gutter er noe mindre tilfreds med ventetid og muligheten for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid. Dette gjenspeiler trolig at gutter generelt har høyere gjennomsnittlig ventetid enn jenter. For de samme indikatorene finner vi stort sett at foresatte til 7-12 åringer og barn og unge 11-12 åringer er noe mindre fornøyd enn de andre aldersgruppene, og særlig gjelder dette for gutter. Dette er også konsistent med at det er disse brukerne som venter lengst i følge pasientregistreringen (jf tabell 2.6).

### 3.4.2 Personale

Hvordan brukerne opplever personalet og behandler vil sannsynligvis være viktig i en vurdering av kontakten med poliklinikken. Forholdet til personalet ved poliklinikken måles ved følgende indikatorer:

- Omtanke og forståelse hos personale
- Tid tilgjengelig hos behandler
- Tillit til behandler
- Kunnskap hos behandler

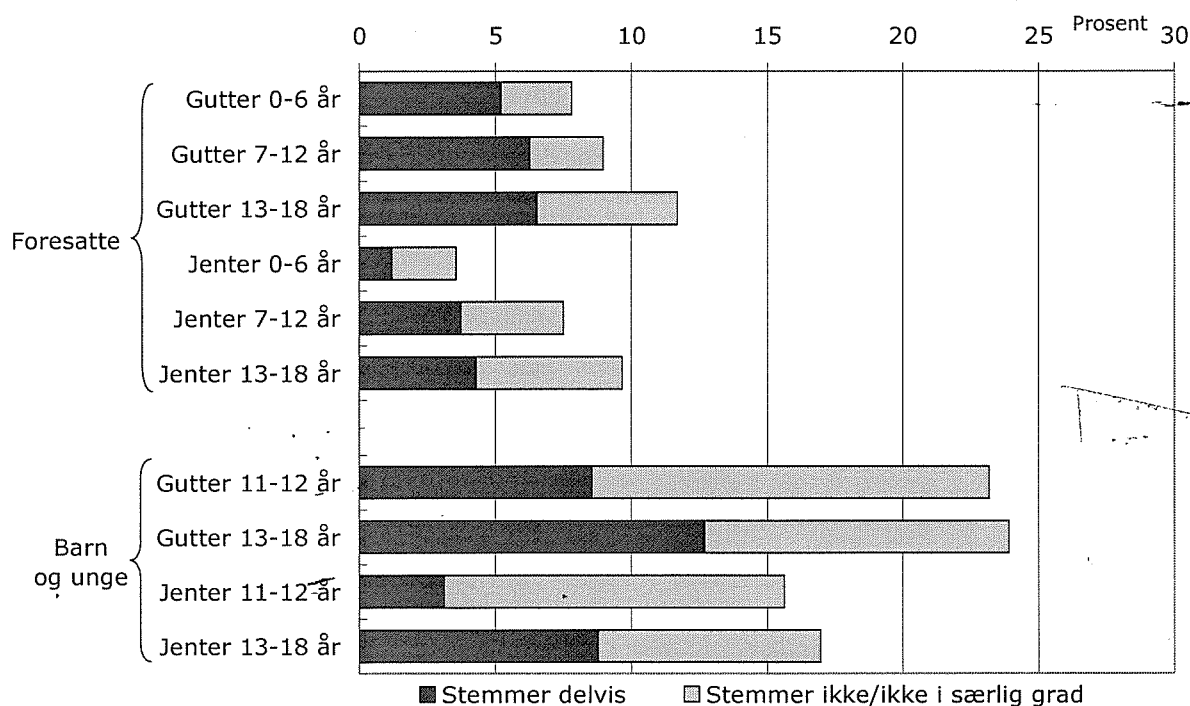
Alle disse punktene vil være viktig i forhold til hvordan brukerne opplever poliklinikken og fordelingene presenteres i det følgende. Først ser vi på hvordan brukerne opplever at personalet viser omtanke og forståelse for deres situasjon, se tabell 3.14.

Tabell 3.14 Personalet viser omtanke og forståelse for min/vår situasjon. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	2	3	2
Stemmer aldri	2	4	3
Stemmer sjelden	1	6	3
Stemmer av og til	5	9	7
Stemmer ofte	37	34	36
Stemmer alltid	50	43	48
Ikke svart	2	1	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Det store flertallet sier at personalet ofte eller alltid viser omtanke og forståelse for situasjonen. Dette tilsvarer 87 prosent av de foresatte og 77 prosent av barn og unge. Totalt tilsvarer dette 84 prosent av utvalget. Omtrent 8 prosent av de foresatte og 19 prosent av barn og unge, mener likevel at dette bare stemmer av og til/sjelden eller aldri. Her er det få som svarer uaktuelt. Vi ser nærmere på de som i mindre grad er fornøyd i figur 3.7.

Figur 3.7 Personalet viser omtanke og forståelse for min situasjon. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Det ser ut som foresatte i større grad er fornøyd med omtanken og forståelsen enn barn og unge selv. Det er viktig å huske på at dette ikke gjelder det samme utvalget barn og unge, og der er derfor vanskelig å sammenlikne foresattes svar med svarene gitt av barn og unge. Tydeligvis er det også her guttene selv og foresatte til gutter som er minst tilfredse med personalet på dette punktet. Vi ser også at det tydelig er slik at tilfredsheten er høyere jo yngre brukerne er. Dette kan bety at personale er svært omtenkssomme og forståelsesfulle for de yngste, men at også foresatte og særlig barn og unge selv ønsker mer omtanke og forståelse fra personalet enn de faktisk får, og da spesielt gutter i tenårene.

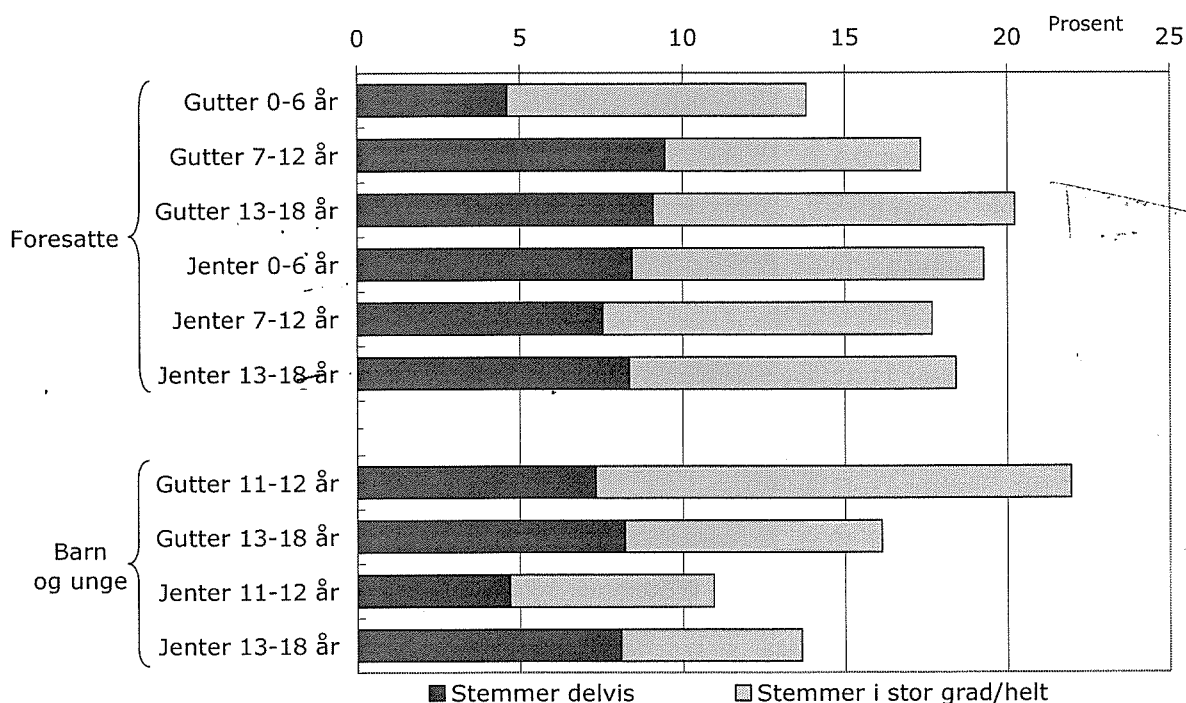
Vi ser videre på vurdering av tid tilgjengelig hos behandler. I tabell 3.15 presenteres fordelingen av svarene.

Tabell 3.15 Behandler har ofte for lite tid når vi møtes. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	17	29	21
Stemmer aldri	47	41	45
Stemmer sjelden	16	14	15
Stemmer av og til	8	8	8
Stemmer ofte	5	3	4
Stemmer alltid	5	4	5
Ikke svart	2	1	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Det er omtrent fem prosent som mener at behandler alltid har for lite tid når de møtes. Det er også en del som svarer at dette stemmer av og til (8 prosent i begge utvalg), mens omtrent fire prosent totalt sier at det ofte er slik. Her tolker vi uaktuelt som om de svarer at det ikke er noe problem. At de svarer uaktuelt kan bety at de ikke føler det er behov for lenger tid enn det som er avtalt, og at dette derfor ikke er aktuelt. Det blir da riktig å kode det til stemmer ikke. Dette er interessant å se i forhold til kjønns- og aldersforskjeller.

Figur 3.8 Behandler har ofte for lite tid når vi møtes. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Her ser vi noen forskjeller mellom ulike aldersgrupper, men de er ikke systematiske. Særlig unge gutter mener de får for lite tid.

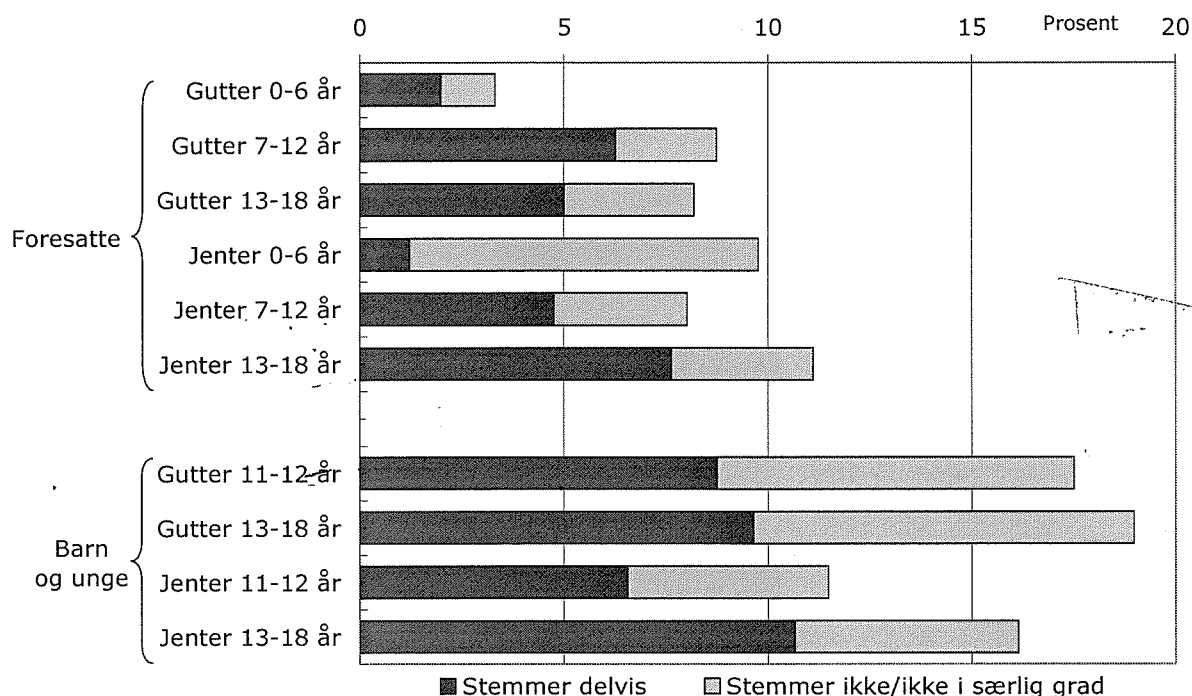
Det neste punktet vi ser på i forhold til personalet, er tillit til behandler. Som vi ser fra tabell 3.16 er det svært få som uttrykker at de ikke har tillit til behandler. Barn og unge har litt lavere grad av tillitt enn foresatte, uten at disse utvalgene er direkte sammenliknbare.

Tabell 3.16 Jeg har tillit til behandler. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	1	2	2
Stemmer ikke	2	3	2
Stemmer ikke i særlig grad	1	4	2
Stemmer delvis	5	10	7
Stemmer i stor grad	33	28	31
Stemmer helt	55	52	54
Ikke svart	3	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Likevel er det 8 prosent av de foresatte og 17 prosent av barn og unge som kun delvis/i særlig grad/ikke har tillit til behandler. De som svarer uaktuelt kodes til missing; Vi ser videre på kjønns- og aldersforskjeller i figur 3.9.

Figur 3.9 Jeg har tillit til behandler. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Vi ser her det samme mønster som tidligere, - foresatte mer fornøyd. De eldste er minst fornøyd, og gutter er mindre fornøyd når barn og unge selv svarer, mens det ikke er systematiske kjønns- og aldersforskjeller i svarene til foresatte.

Neste påstand er relatert til kunnskap hos behandler. Fra tabell 3.17 ser vi at behandler generelt vurderes til å vite mye om problemene det søkes hjelp for. Henholdsvis 84 og 74 prosent av foresatte og barn og ungdom er i stor grad eller helt tilfredse med behandlerens kunnskap om problemene de søker hjelp for. Likevel er det 12 prosent blant de foresatte og over 20 prosent blant barn og unge som mener dette ikke stemmer/ikke i særlig grad eller bare delvis stemmer.

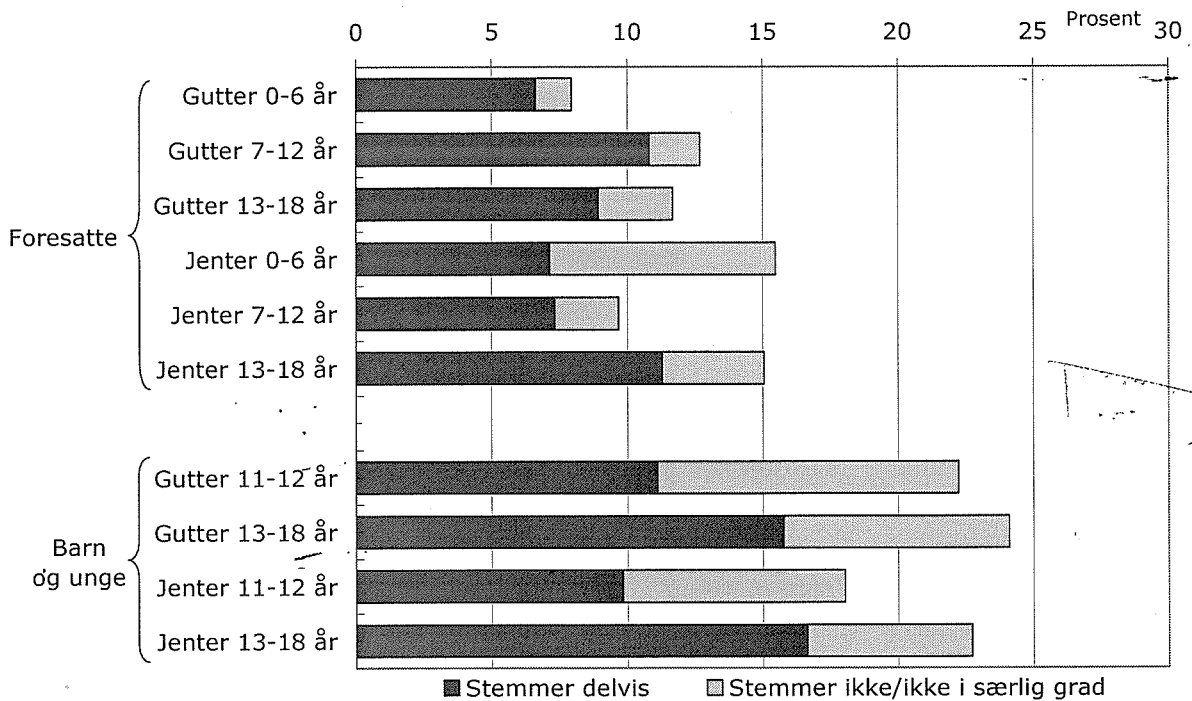
Tabell 3.17 Jeg synes behandleren vet mye om slike problemer jeg har/vi søker hjelp for. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	1	2	1
Stemmer ikke	1	3	1
Stemmer ikke i særlig grad	2	4	3
Stemmer delvis	9	15	11
Stemmer i stor grad	45	39	43
Stemmer helt	39	35	38
Ikke svart	2	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489



Vi kan se videre på dette i forhold til kjønn og aldersgrupper i figur 3.10.

Figur 3.10 Jeg synes behandleren vet mye om slike problemer jeg har/vi søker hjelp for. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.

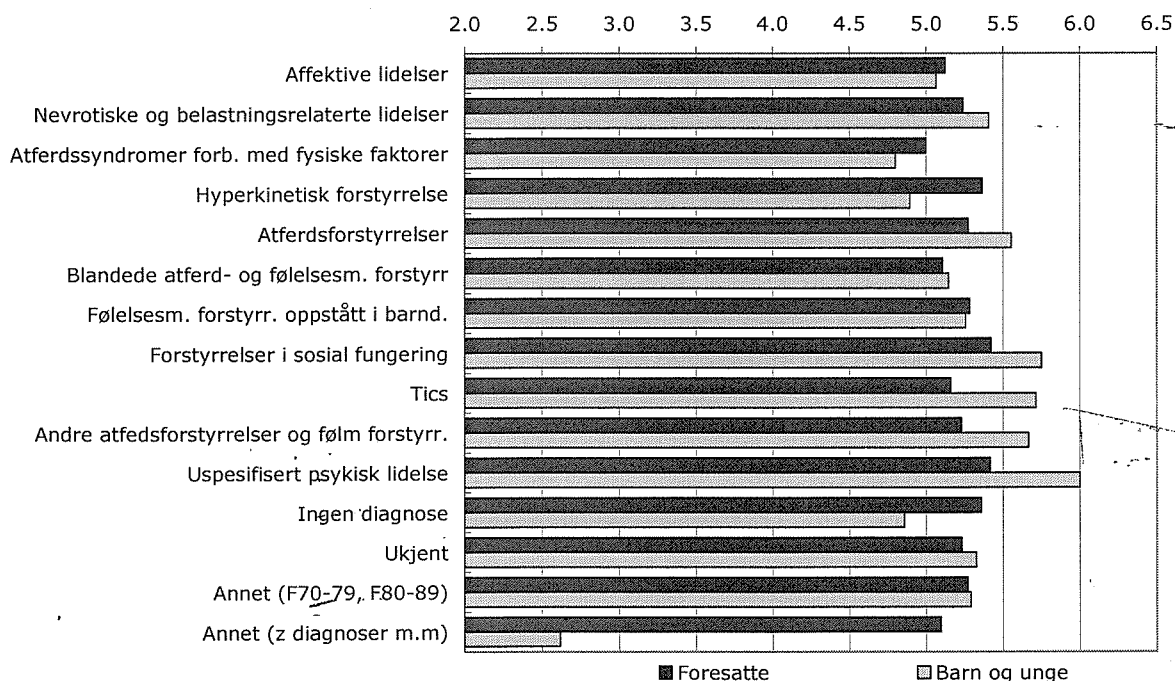


Barn og unge er mindre tilfredse enn foresatte også på dette punktet. Det er ikke systematiske forskjeller mellom kjønn og alder i svarene til de foresatte, men i svarene til barn og unge ser vi at 13-18 åringer er noe mindre tilfredse med kunnskapen til behandleren enn 11-12 åringer. Det er også slik at gutter er noe mindre tilfredse enn jenter i samme aldersgrupper.

Vi kan også undersøke om tilfredshet med behandlerens kunnskap varierer mellom ulike diagnosegrupper, se figur 3.11 på neste side.

I figur 3.11 er det slik at jo høyere verdi, jo mer fornøyd er brukerne. Totalt vet vi at foresatte er mer fornøyd enn barn og unge i forhold til dette punktet. Det er store variasjoner mellom relativt ulike diagnosegrupper. Spesielt er barn og unge relativt lite fornøyd dersom de ikke har noen diagnose (ingen diagnose). Også de som har Atferdssyndromer og Hyperkinetisk forstyrrelser mener den behandlerende lege ikke vet nok om problemene vedkommende sliter med. Særlig de som har en uspesifisert lidelse, de som lider av Tics (lite utvalg) og Forstyrrelser i sosial fungering, mener behandleren vet mye.

Figur 3.11 Jeg synes behandleren vet mye om slike problemer pasientene har ut fra diagnosegrupper. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Vi kan til slutt i dette punktet se nærmere på om det er systematisk slik at lav tilfredshet med den ene variabelen for personalvurdering også betyr lav tilfredshet med andre personalvariabler. Se tabell 3.18. Vi ser det er signifikante korrelasjoner mellom omtanke og forståelse og de andre variablene som er relatert til personalet. Det er systematisk samvariasjon i svarene i forhold til de som er misfornøyd med tiden hos behandler, men korrelasjonene er mye svakere.

Tabell 3.18 Korrelasjon mellom personalvariabler for foresatte.

	Omtanke og forståelse	Tid hos behandler	Tillit til behandler	Kunnskap hos behandler
Omtanke og forståelse	1			
Tid hos behandler	0,12*	1		
Tillit til behandler	0,42*	0,05*	1	
Kunnskap hos behandler	0,40*	0,06*	0,55*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå

Mønsteret er det samme for barn og unge, se tabell 3.19.

Tabell 3.19 Korrelasjon mellom personalvariabler for barn og unge.

	Omtanke og forståelse	Tid hos behandler	Tillit til behandler	Kunnskap hos behandler
Omtanke og forståelse	1			
Tid hos behandler	0,08*	1		
Tillit til behandler	0,50*	0,14*	1	
Kunnskap hos behandler	0,46*	0,06*	0,51*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå.

### Oppsummering av tilfredshet med personalet

Generelt svarer barn og unge at de er mindre tilfredse med behandler og personalet ved poliklinikken enn det foresatte er. Totalt i utvalget er i overkant av 80 prosent i stor grad eller helt tilfredse med behandler og resten av personalet. Omtrent en av fem av barn og unge er mer eller mindre utilfreds med personalet mens mer enn en av 10 er mindre tilfredse blant de foresatte. Det er tendenser til at brukere i den eldste aldersgruppen er mindre fornøyd enn andre, og kjønnsforskjellene trekker i retning av at gutter er minst tilfredse.

Det er også slik at de som har tillit til behandler samtidig mener at behandler har mye kunnskap om problemene til barnet/ungdommen. Det er også slik at de som føler de blir møtt med omtanke og forståelse fra personalet, generelt har høyere tillit til behandler.

#### 3.4.3 Tilfredshet med informasjon

Det er viktig for foresatte å motta informasjon om behandlingen barnet eller ungdommen får på poliklinikken. Det er viktig i forhold til at de foresatte skal vite hva som skjer for å kunne støtte og snakke med barnet/ungdommen. Forskning viser at foreldrenes rolle og tilfredshet med behandlingen er viktig for å unngå at behandlingen avsluttes for tidlig (Rey et al., 1998). Det er derfor viktig at foresatte er informert. Det er trolig også svært viktig for barnet/ungdommen å få nødvendig informasjon for å kunne forstå og tro på behandlingsopplegget.

Den neste delen av spørreskjemaet dreier seg om hvorvidt brukerne mener de har fått god informasjon om følgende forhold:

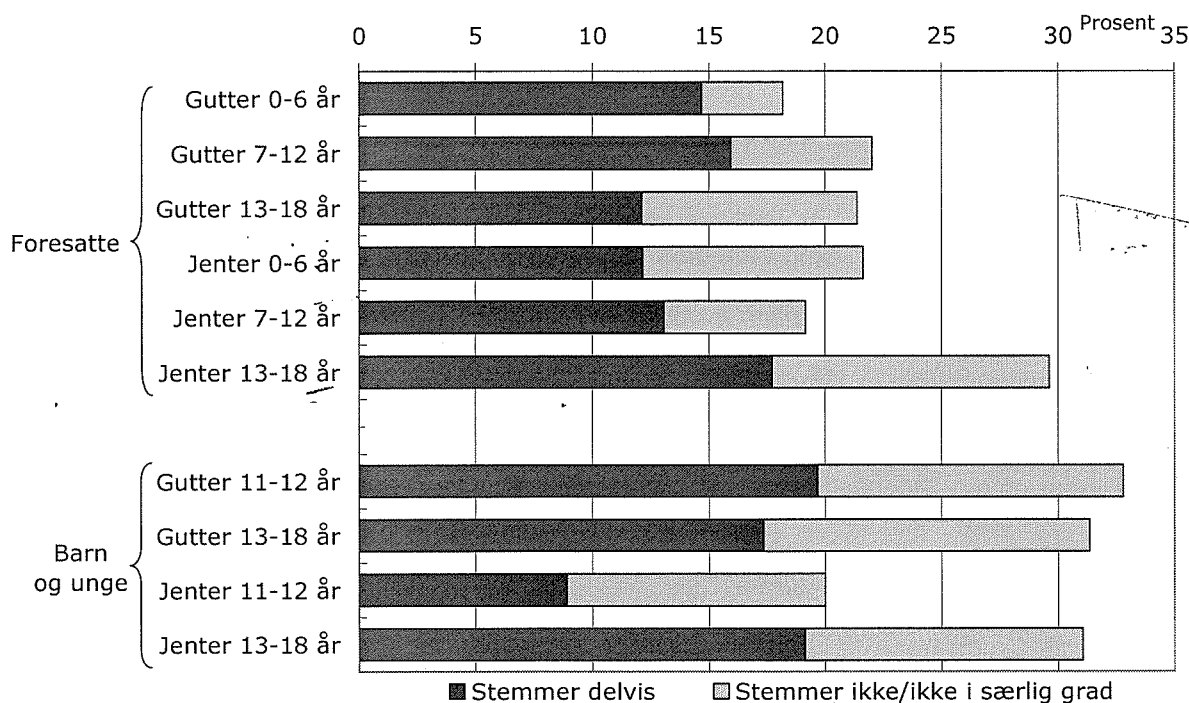
- Undersøkelser som gjøres
- Problemene som må håndteres
- Behandling
- Virkninger av medisiner
- Klagehenvendelser

Tabell 3.20 Jeg har fått god informasjon om de undersøkelser som har blitt gjort eller skal gjøres. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	6	14	9
Stemmer ikke	2	3	2
Stemmer ikke i særlig grad	5	8	6
Stemmer delvis	14	15	14
Stemmer i stor grad	36	31	34
Stemmer helt	35	27	32
Stemmer ikke	2	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Fra tabell 3.20 ser vi at 71 prosent av de foresatte og 58 prosent av barn og unge, er i stor grad eller helt tilfredse med informasjonen som gis om undersøkelser som utføres. Hhv 21 og 26 prosent av de foresatte og barn og unge mener informasjonen bare delvis/ikke i særlig grad/ikke er god i det hele tatt. Vi ser nærmere på kjønns- og aldersforskjeller i neste figur, der de som har svart uaktuelt kodes til missing.

Figur 3.12 Jeg har fått god informasjon om de undersøkelser som har blitt gjort eller skal gjøres. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Det er flere foresatte som mener de har fått god informasjon om de undersøkelser som har blitt gjort eller som skal gjøres, enn barn og unge. Jenter og foresatte til jenter er mindre tilfredse med informasjonen om de er i den eldste aldergruppen. For guttene er det ingen systematisk sammenheng med alder. Vi kan merke oss at foresatte til de i den yngste aldersgruppen ikke er mer tilfredse enn andre når det gjelder informasjon om undersøkelser, slik vi har sett for de andre indikatorene.

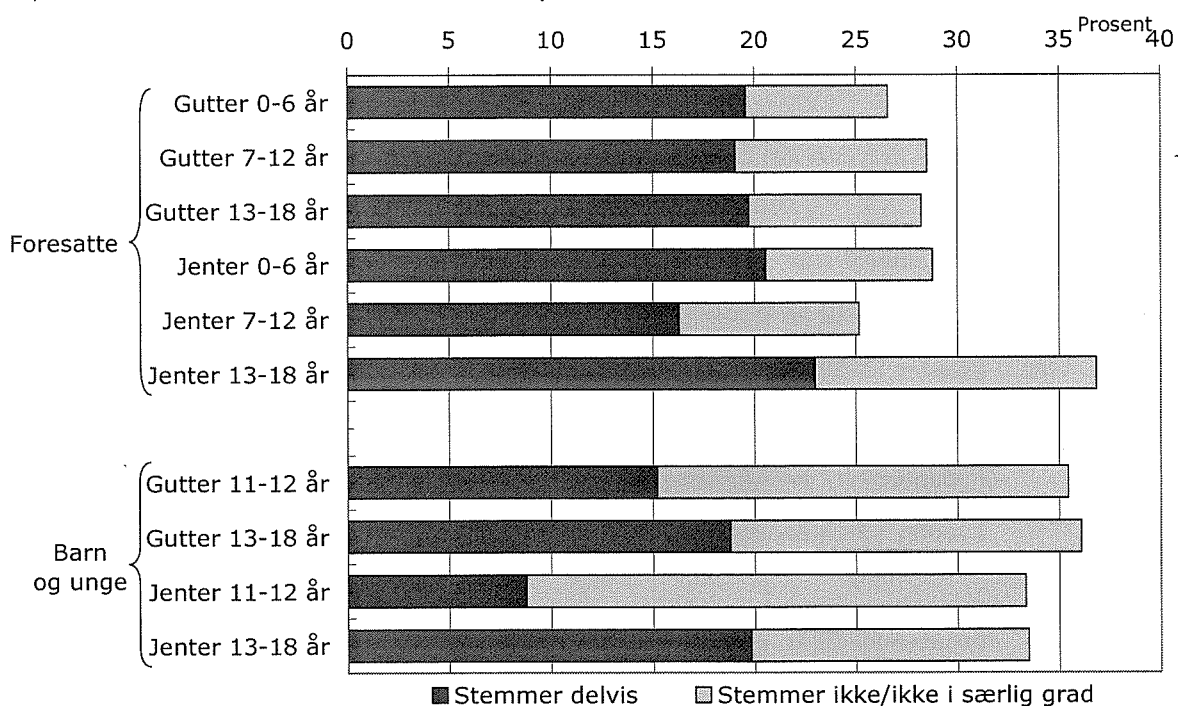
Vi ser videre på informasjon i forhold til problemene barnet/ungdommen har. Fra tabell 3.21 ser vi at det er relativt mange som svarer at dette bare delvis stemmer at de har fått god informasjon om problemene barnet/ungdommen har, mens over halvparten mener at dette stemmer i stor grad eller helt.

Vi antar at de som sier at det stemmer i stor grad/helt at de får god nok informasjon, er tilfredse, mens resten er mer eller mindre utilfredse. Da finner vi at 28 prosent av de foresatte og 33 prosent av barn og unge ikke er tilfredse med informasjonen som gis om problemene barnet eller ungdommen har. Vi ser videre på kjønns- og aldersforskjeller i figur 3.13.

Tabell 3.21 Jeg har fått god informasjon om slike problemer som barnet mitt/jeg har. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	3	4	3
Stemmer ikke	2	4	3
Stemmer ikke i særlig grad	7	11	8
Stemmer delvis	19	18	18
Stemmer i stor grad	38	36	37
Stemmer helt	28	26	28
Ikke svart	2	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Figur 3.13 Jeg har fått god informasjon om slike problemer som barnet mitt/jeg har. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Det ser ikke ut til å være tydelige forskjeller mellom jenter og gutter eller ulike aldersgrupper når vi ser på svarene til foresatte, med unntak av foresatte til jenter 13-18 år som i gjennomsnitt er mindre fornøyd. Det er heller ikke store forskjeller mellom gutter og jenter og ulike aldersgrupper i svarene til barn og unge.

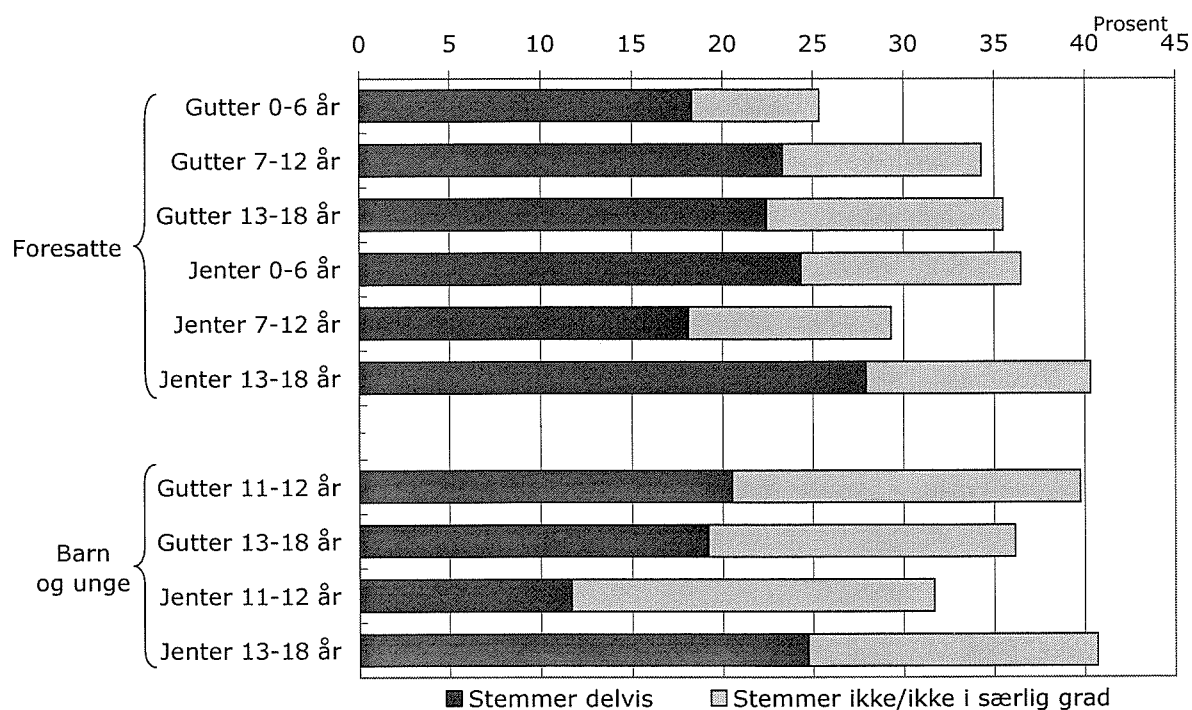
I neste tabell ser vi på informasjon om hvordan problemene skal behandles. Fra tabell 3.22 ser vi at også her er det en relativt stor andel som svarer at de ikke har fått god informasjon eller bare delvis fått god informasjon.

Tabell 3.22 Jeg har fått god informasjon om hvordan problemene skal behandles. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Tøtalt
Uaktuelt	4	4	4
Stemmer ikke	3	5	3
Stemmer ikke i særlig grad	8	11	9
Stemmer delvis	21	21	21
Stemmer i stor grad	36	32	35
Stemmer helt	25	24	25
Ikke svart	4	3	4
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Hhv 61 og 56 prosent av de foresatte og barn og unge er i stor grad/helt tilfredse med informasjonen som gis om hvordan problemene skal behandles. Blant de foresatte er det omtrent en av tre som ikke/ikke i særlig grad/delvis synes de får god nok informasjon, mens det er noen flere blant barn og ungdom som ikke er tilfredse. Vi ser på kjønns- og aldersforskjeller i figur 3.14.

Figur 3.14 Jeg har fått god informasjon om hvordan problemene skal behandles. Kjønns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Det er ikke tydelige forskjeller mellom det foresatte svarer sammenliknet med det barn og ungdom svarer. Det er relativt tydelige aldersforskjeller blant jenter (de eldste er minst fornøyd), men ikke blant gutter.

Det neste punktet vi har spurt om gjelder informasjon om virkninger av medisiner. Her er både foresatte og barn og unge spurt, men kun svarene til foresatte vises i tabellen. Det ser

ut til å være tydelig at barn og unge har svart "stemmer ikke" når de burde svart "uaktuelt". Dette bør undersøkes nærmere i en oppfølgingsstudie da vi ikke kan være helt sikre på at det ikke er en stor andel barn og unge som mener de får for lite informasjon om virkningene av medisinene.

Tabell 3.23 Jeg har fått god informasjon om virkninger av medisiner barnet mitt/jeg får eller har fått. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte
Uaktuelt	66
Stemmer ikke	1
Stemmer ikke i særlig grad	2
Stemmer delvis	5
Stemmer i stor grad	12
Stemmer helt	10
Ikke svart	3
	100
Antall observasjoner	2 253

Fra dette ser det ut som totalt 66 prosent av pasientene ikke har fått medisiner. Omtrent 8 prosent av de foresatte mener de ikke/ikke i særlig grad/delvis har fått god informasjon om virkninger av medisinene. I mange av aldersgruppene er det svært få som bruker medisiner og dette fremstilles derfor ikke i en figur.

Til slutt i informasjonsbolken, er det spurt om informasjon i forhold til klager. Her er bare foresatte spurt, og fordelingen av svarene vises i tabell 3.24.

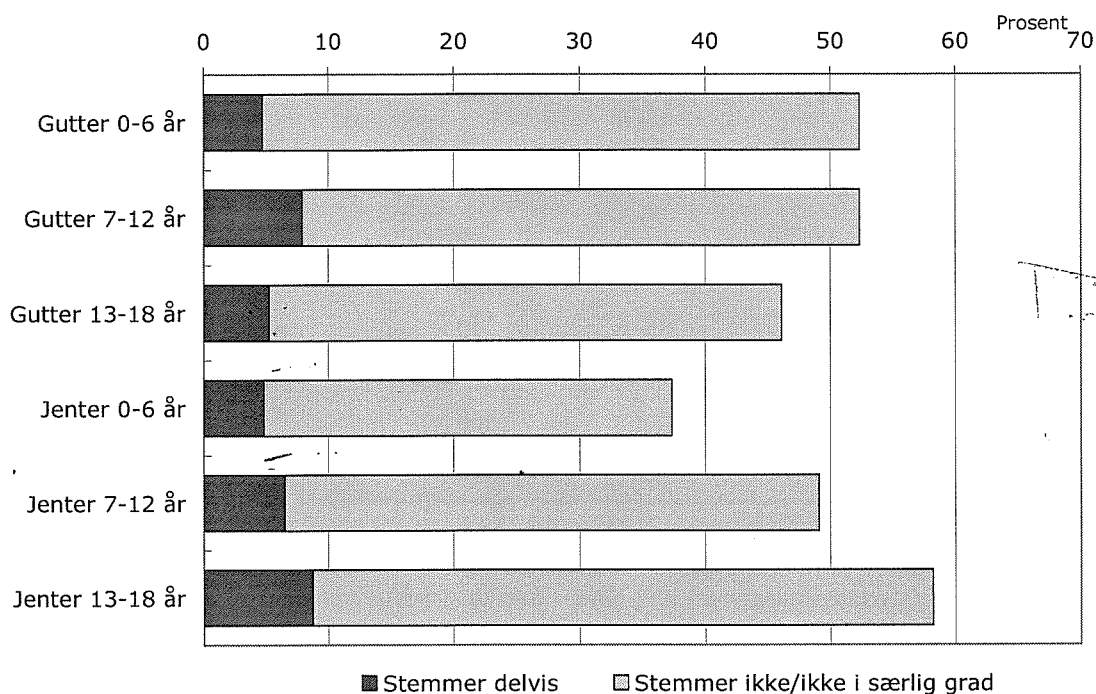
Tabell 3.24 Jeg har fått god informasjon om hvor jeg skal henvende meg hvis jeg vil klage. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte
Uaktuelt	28
Stemmer ikke	31
Stemmer ikke i særlig grad	12
Stemmer delvis	7
Stemmer i stor grad	9
Stemmer helt	10
Ikke svart	4
	100
Antall observasjoner	2 253

Her sier 19 prosent at de i helt eller i stor grad har fått god nok informasjon om hvor de skal henvende seg hvis de vil klage. De som svarer uaktuelt er sannsynligvis de som ikke har hatt behov for å klage. Det kan selvsagt også være at de som ikke synes de får god nok informasjon av denne typen, selv om de ikke har hatt behov for det, svarer stemmer ikke – altså lite tilfreds. Totalt svarer halvparten av alle foresatte at de ikke/ikke i særlig grad/delvis har fått god nok informasjon om hvor de skal henvende seg om de vil klage på

noe. Vi ser videre på kjønns- og aldersforskjeller, men må her tolke de som svarer uaktuelt som tilfredse, da en ellers bare sammenlikner med de som har hatt noe å klage på. Det kan også være mulig at de som er tilfredse i utgangspunktet er de som ikke har noe å klage på. Vi vil få frem dette i korrelasjonene etter neste figur.

Figur 3.15 Jeg har fått god informasjon om hvor jeg skal henvende meg hvis jeg vil klage. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Vi ser fra figur 3.15 at mønsteret er nært motsatt for foresatte til gutter og jenter i forhold til ulike aldersgrupper. Foresatte til gutter er minst fornøyd med klageinformasjonen for de yngste mens foresatte til jenter er minst fornøyd om de har jenter i den eldste aldersgruppen.

Vi ser videre på hvordan spørsmålene om informasjon samvarierer i forhold til tilfredshet.

Tabell 3.25 Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for foresatte.

	Undersøkelser som gjøres	Problemer som må håndteres	Behandling	Virkinger av medisiner	Klage - henvendelser
Undersøkelser som gjøres	1				
Problemer som må håndteres	0,73*	1			
Behandling	0,66*	0,78*	1		
Virkinger av medisiner	0,52*	0,56*	0,57*	1	
Klagehenvendelser	0,32*	0,34*	0,37*	0,34*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå

Fra tabell 3.25 ser vi at korrelasjonene mellom alle variablene er relativt sterke og signifikante. Spesielt er det sterk samvariasjon mellom tilfredshet med informasjon som gis i



forbindelse med undersøkelser, problemhåndtering og behandling. Da er det også slik at de som er utilfredse med ett av disse punktene har høyere sannsynlighet for å være utilfredse også med de to øvrige faktorene.

Tabell 3.26 Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for barn og unge.

	Undersøkelser som gjøres	Problemene som må håndteres	Behandling
Undersøkelser som gjøres	1		
Problemene som må håndteres	0,55*	1	
Behandling	0,43*	0,68*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå

Fra tabell 3.26 ser vi at det er sterk samvariasjon også mellom svarene til barn og unge, men ikke så sterke som for svarene til foresatte.

### Oppsummering av informasjon som gis ved poliklinikken

I forhold til å gi informasjon om det som skal skje på poliklinikken (undersøkelser og behandling), har poliklinikkene et forbedringspotensial. Omtrent en av tre mener de får for lite informasjon om vi ser på svarene som gjelder informasjonspåstandene samlet. Barn og unge føler i noe større grad enn foresatte at de får for lite informasjon om undersøkelser og behandling, og kanskje kan pasienter i 11-årsalder ta i mot og bearbeide mer informasjon enn behandlerne tror.

#### 3.4.4 Medvirkning

I Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003) fokuseres det på barn og unges møte med tjenestene. I planen legges det vekt på at den enkelte brukers behov, ønske og forståelse av egen situasjon skal legges til grunn for behandling og tiltak. I denne delen av brukerundersøkelsen ser vi på hvordan brukerne selv får påvirke behandlingen. Denne delen inneholder ett hovedspørsmål som er likt for foresatte og for barn og unge og et tilleggsspørsmål kun til foresatte. Temaene er:

- Medbestemmelse ved undersøkelser og behandlingsopplegg
- Hvordan behandlingspersonalet takler kritikk

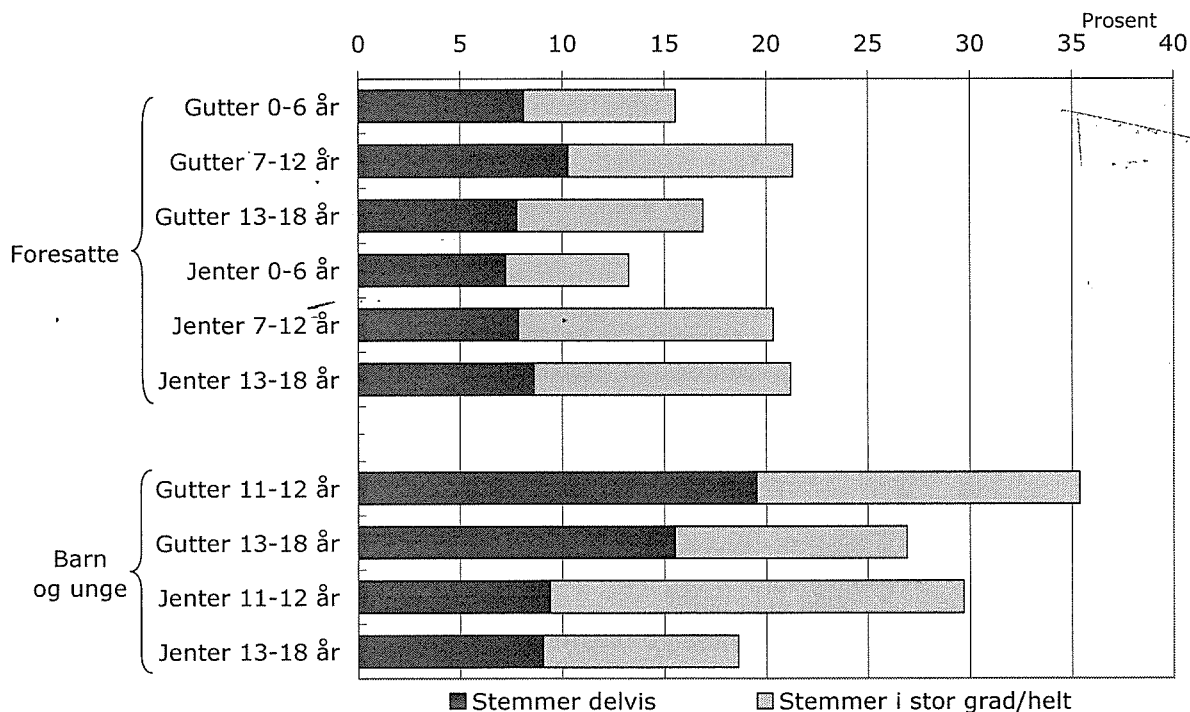
Vi starter med å se på medbestemmelse og svarfordelingen er gitt i tabell 3.27.

Tabell 3.27 Jeg har fått bestemme for lite når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	29	30	29
Stemmer ikke	37	32	35
Stemmer ikke i særlig grad	12	14	13
Stemmer delvis	8	12	10
Stemmer i stor grad	6	6	6
Stemmer helt	4	5	4
Ikke svart	4	1	3
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Vi ser at nesten halvparten mener de ikke/ikke i særlig grad har bestemt for lite. De som svarer uaktuelt er trolig de som ikke mener de har hatt behov for å bestemme, eller at det ikke er noe fast opplegg de forholder seg til slik at det blir vanskelig å vurdere. For å ikke gjøre andelen som ikke er fornøyd kunstig store, antar vi at de som svarer uaktuelt er relativt fornøyd. Vi ser også at 18 prosent av de foresatte og 23 prosent av barn og unge mener de delvis/i stor grad/helt har fått bestemme for lite når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Vi ser nærmere på kjønns- og aldersfordelingen i figur 3.16.

Figur 3.16 Jeg har fått bestemme for lite når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Det er ingen tydelige forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper i svarene til foresatte. I svarene til barn og unge, ser det ut til at de yngste er i større grad mener at de har fått bestemme for lite i planleggingen av hva barnet eller ungdommen skal gjøre ved poliklinikken.

Tabell 3.28 Kritikk mot behandlingsopplegget eller personalet har blitt taklet på en dårlig måte. (Uaktuelt=ikke kommet med kritikk). Svarfordeling i prosent.

	Foresatte
Uaktuelt	83
Stemmer ikke	8
Stemmer ikke i særlig grad	3
Stemmer delvis	2
Stemmer i stor grad	1
Stemmer helt	0
Ikke svart	3
Antall observasjoner	2 253

83 prosent av de foresatte sier dette er uaktuelt, dvs de har ikke kommet med kritikk. Dette ser i liten grad ut til å være noe problem. Vi ser ikke på kjønns- og aldersforskjeller her da de ulike grupperingene inneholder for få brukere til å kunne si noe fornuftig om forskjellene.

### Oppsummering av tilfredshet med medvirkningsmulighetene

Generelt er det er relativt stor andel av brukerne som ikke er tilfredse med medvirkningsmulighetene når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Hver femte foresatte og nesten hvert fjerde barn/ungdom er delvis/i stor grad/helt enig i at de har fått bestemme for lite under planleggingen. Likevel er det 83 prosent av de foresatte som ikke har kommet med kritikk mot behandlingsopplegget eller mot personalet. Tre prosent av de foresatte sier at kritikken de har kommet med delvis/i stor grad/helt har blitt taklet på en dårlig måte ved poliklinikken.

Dette betyr at både foresatte og barn/unge mener de bør få bestemme mer når undersøkelser eller behandlingsopplegg planlegges, men at potensiell kritikk fra de foresatte i de aller fleste tilfellene blir taklet tilfredsstillende av personalet ved poliklinikken.

#### 3.4.5 Samarbeid

Helhetsperspektivet er et viktig prinsipp i Regjeringens strategiplan for psykisk helse (2003). Tjenester til barn og unge skal oppleves som helhetlige for barnet og familien, og omfatter blant annet samarbeidet mellom berørte tjenester. I denne delen av undersøkelsen ser vi på internt og eksternt samarbeid ved poliklinikken:

- Samarbeid mellom behandlerne ved BUP
- Samarbeid med andre fagpersoner utenom BUP

Vi starter med å se på samarbeidet internt i poliklinikken. Her spørres det om samarbeidet mellom for eksempel psykolog, lege, sosionom, pedagog eller andre i skjemaet til foresatte, mens disse gruppene ikke er nevnt i skjemaet til barn og unge. Svarfordelingen vises i tabell 3.29.

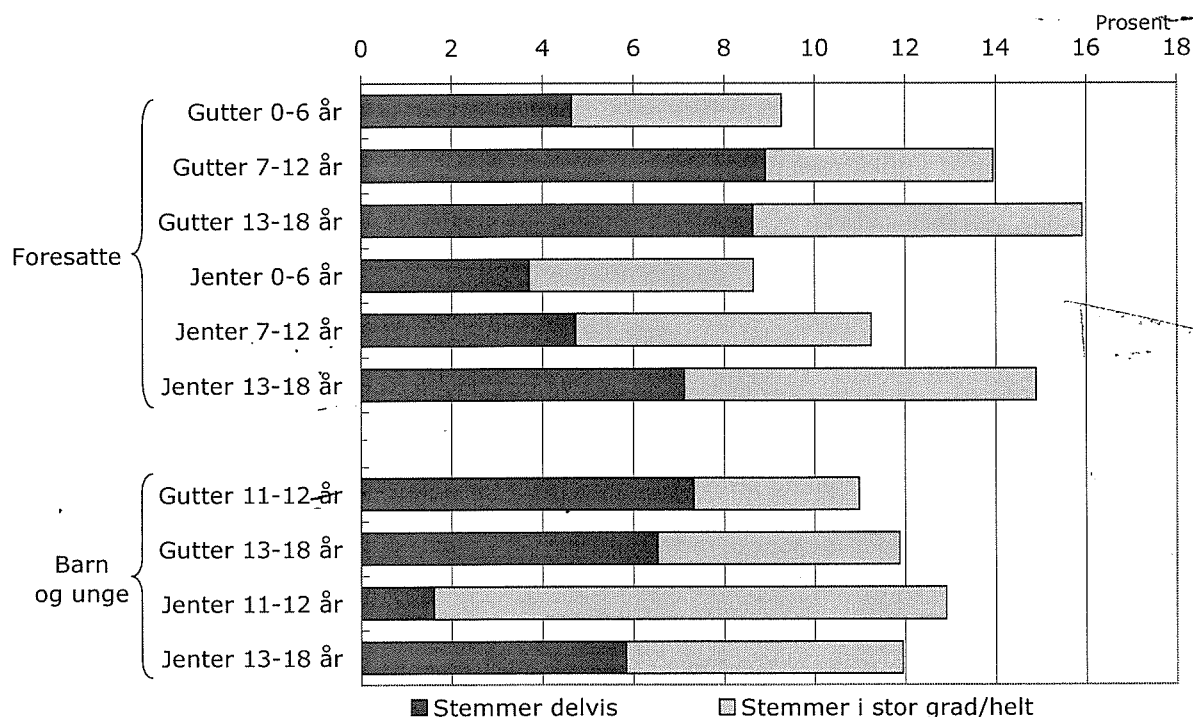
Tabell 3.29 Det virker som behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	29	44	34
Stemmer ikke	43	31	39
Stemmer ikke i særlig grad	12	10	11
Stemmer delvis	7	6	7
Stemmer i stor grad	4	4	4
Stemmer helt	2	2	2
Ikke svart	4	4	4
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Relativt mange anser dette punktet som uaktuelt og grunnen kan være at de kun har kontakt med en behandler til enhver tid. Til sammen er det likevel 13 prosent av de foresatte og 12 prosent av barn og unge som delvis/i stor grad/helt mener at behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget.

Når vi ser på kjønns- og aldersforskjeller i neste figur, antar vi at de som svarer uaktuelt ikke/i liten grad synes dette er noe problem.

Figur 3.17 Det virker som behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Kjønns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



I svarene til foresatte vises det at tilfredshet i forhold til internt samarbeid ved BUP er høyest for foresatte til 0-6 åringer. Foresatte til ungdom i alderen 13 til 18 år er minst tilfredse med det interne samarbeidet. I svarene til barn og unge er det tydelige aldersforskjeller for jenter, der en signifikant større andel av de i alderen 11-12 år er mindre tilfreds enn 13-18 åringer. Vi ser her at den andelen som svarer "stemmer delvis" er lav i forhold til de som svarer "stemmer i stor grad/helt."

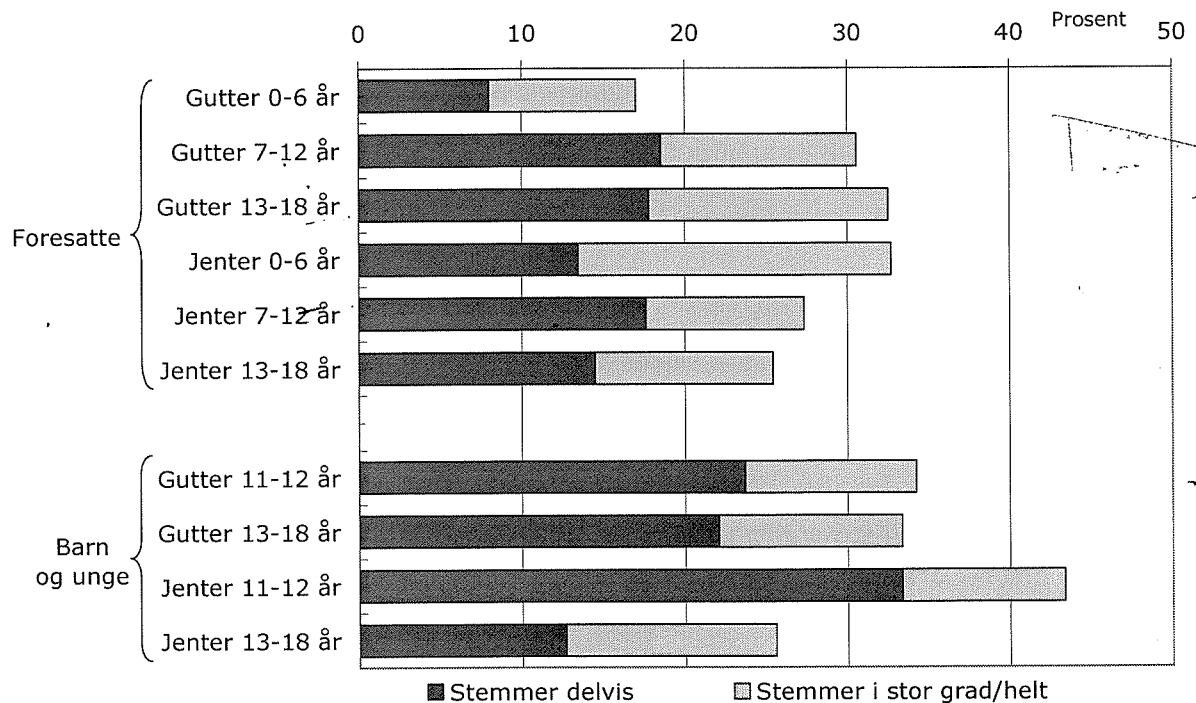
Vi går videre med å se på tilfredshet med samarbeidet mellom eksterne fagpersoner. Svarfordelingen er vist i tabell 3.30.

Tabell 3.30 Behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP, som også har kontakt med barnet. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	28	43	33
Stemmer ikke	36	24	32
Stemmer ikke i særlig grad	11	14	12
Stemmer delvis	11	9	10
Stemmer i stor grad	6	4	5
Stemmer helt	3	2	2
Ikke svart	5	4	4
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Det er litt det samme mønsteret her som for tilfredshet med internt samarbeid, men det er relativt flere som ikke er tilfreds. Om vi antar at de som svarer uaktuelt ikke har noe å utsette på samarbeidet (kanskje fordi de ikke omfattes av et slikt samarbeid) er 75 prosent av de foresatte og 81 prosent av barn og unge tilfredse med samarbeidet eksternt. Likevel er det 20 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge som mener behandlerne ved poliklinikken delvis/i stor grad/helt samarbeider for lite med eksterne fagpersoner. Vi ser videre på kjønns- og aldersfordelingen i figur 3.18.

Figur 3.18 Behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP, som også har kontakt med barnet. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Det er vanskelig å finne et entydig mønster, men det kan se ut som de i den nest eldste alderskategorien er de som synes samarbeidet er for dårlig når vi ser på svarene til barn og unge. Særlig er forskjellene store for jenter.

Ved å undersøke korrelasjonen mellom de to samarbeidsspørsmålene finner vi at korrelasjonen mellom tilfredshet for foresatte i internt og eksternt samarbeid er 0,63 og for barn og unge er 0,43. Uaktuelt er da behandlet som missing. Dette betyr at de som er tilfredse med det interne samarbeidet i stor grad er tilfredse med det eksterne samarbeidet og vice versa.

### Oppsummering av internt og eksternt samarbeid

Det er viktig at de ulike fagpersonene ved poliklinikken samarbeider om opplegget til den enkelte. Resultatene av brukerundersøkelsen tyder på at omtrent 13 prosent av brukerne mener at dette samarbeidet ikke er helt tilfredsstillende. Omtrent seks prosent av brukerne mener det i stor grad/helt er slik at behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Jenter i alderen 11-12 år er relativt mer misfornøyd enn de andre, og det er særlig mange som i stor grad/helt er misfornøyd i denne gruppen.

Vi vet fra pasientregistreringen presentert i kapittel 2 at en stor andel barn og unge som omfattes av tjenester som gjør det nødvendig for poliklinikken å samarbeide med eksterne fagpersoner. Dette kan være både kommunale etater (for eksempel pp-tjeneste, pedagog i

skole, barnevern og helsesøster) og andre statlige institusjoner (for eksempel somatiske sykehus eller en annen BUP institusjon). Brukerundersøkelsen viser at 20 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge delvis/i stor grad/helt mener at behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP som også har kontakt med barnet. Særlige er barn og unge 11-12 år lite fornøyd med det eksterne samarbeidet, og dette stemmer overens med behandlernes oppfatninger. Det er altså relativt mange brukere som ikke er tilfredse med samarbeidet med andre instanser, og dette er klart et punkt poliklinikkene kan forbedre seg på. Som nevnt i kapittel 2, kan grunner til at dette samarbeidet ikke fungerer særlig godt være relatert til at det finnes for få møtepunkter, mangel på ressurser eller uenighet i forståelse og iverksetting av tiltak.

Det er også slik at de som er tilfredse med det eksterne samarbeidet også er tilfredse med det interne samarbeidet. Dette kan bety at poliklinikker som er gode på å samarbeide internt også er bedre i stand til å få til et godt samarbeid med eksterne fagpersoner. I en oppfølgingsstudie av dette funnet kunne vi undersøkt om det var spesielle kjennetegn med poliklinikker som skårer høyt på samarbeidsspørsmålene sammenliknet med de poliklinikkene som har brukere som er mindre tilfreds. Ulikt samarbeidsklima kan for eksempel være relatert til geografisk beliggenhet (ulik tilgang på for eksempel kommunale ressurser) og størrelsen på poliklinikken.

### 3.4.6 Behandlingsopplegget

En viktig indikator på hvor tilfreds brukerne er med poliklinikken er hvorvidt de føler at de får den hjelpen de trenger og at behandlingen hjelper på barnets eller ungdommens problemer. Nedenfor har vi sett på følgende punkt i forhold til behandlingsopplegget:

- Utbytte av oppholdet ved poliklinikken
- Samtalenes nytteverdi for pårørende
- Utbytte av medisiner
- Utbytte av behandling
- Familiens utbytte av behandlingen

Vi starter med å se på svarfordelingen for om brukerne mener problemene har blitt mindre etter at de kom til poliklinikken, se tabell 3.31.

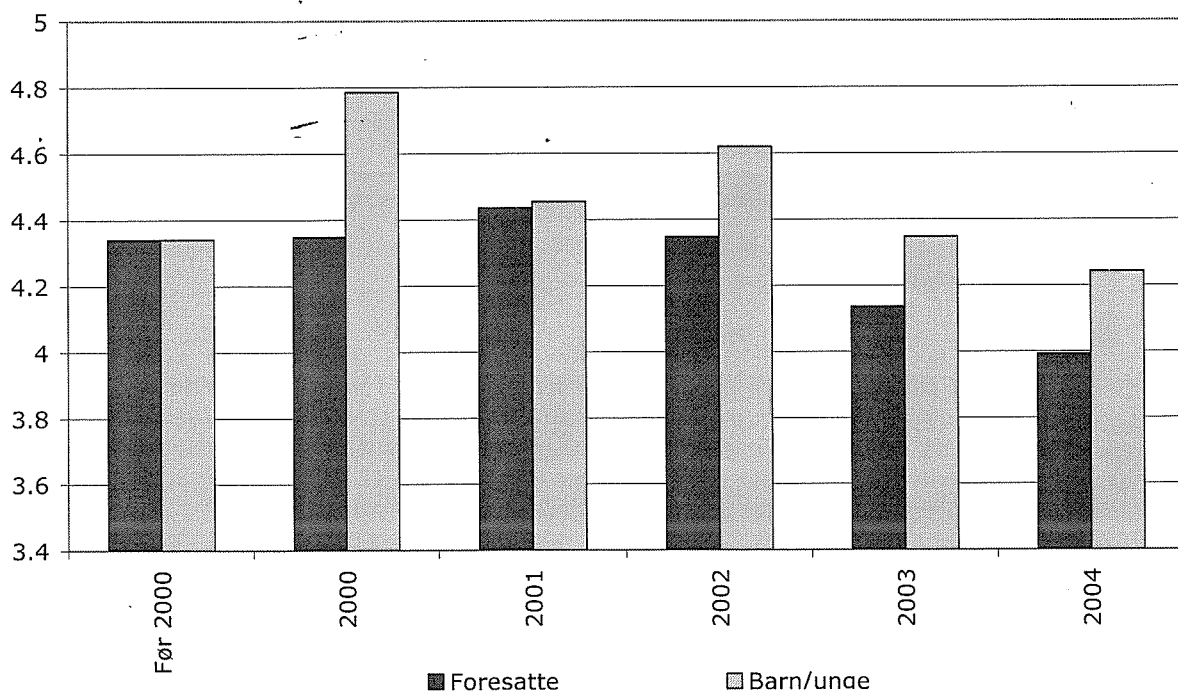
Tabell 3.31 Etter at vi kom til klinikken har barnets/ungdommens /mine problemer blitt mindre. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	10	9	10
Stemmer ikke	10	7	9
Stemmer ikke i særlig grad	12	13	12
Stemmer delvis	24	23	24
Stemmer i stor grad	30	27	29
Stemmer helt	9	19	13
Ikke svart	5	2	4
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Fra tabell 3.31 ser vi at 39 prosent av de foresatte og 46 prosent av barn og unge mener at problemene har blitt mindre i stor grad eller helt. Omtrent 22 prosent av de foresatte og 20 prosent av barn og unge mener at de ikke/ikke i særlig grad at problemene har blitt mindre. I underkant av hver fjerde bruker mener problemene delvis har blitt mindre. Her er det vanskelig å si hva uaktuelt betyr, men rundt 10 prosent av brukerne mener dette er uaktuelt for de. Vi koder disse til missing og utelater de dermed fra beregningene.

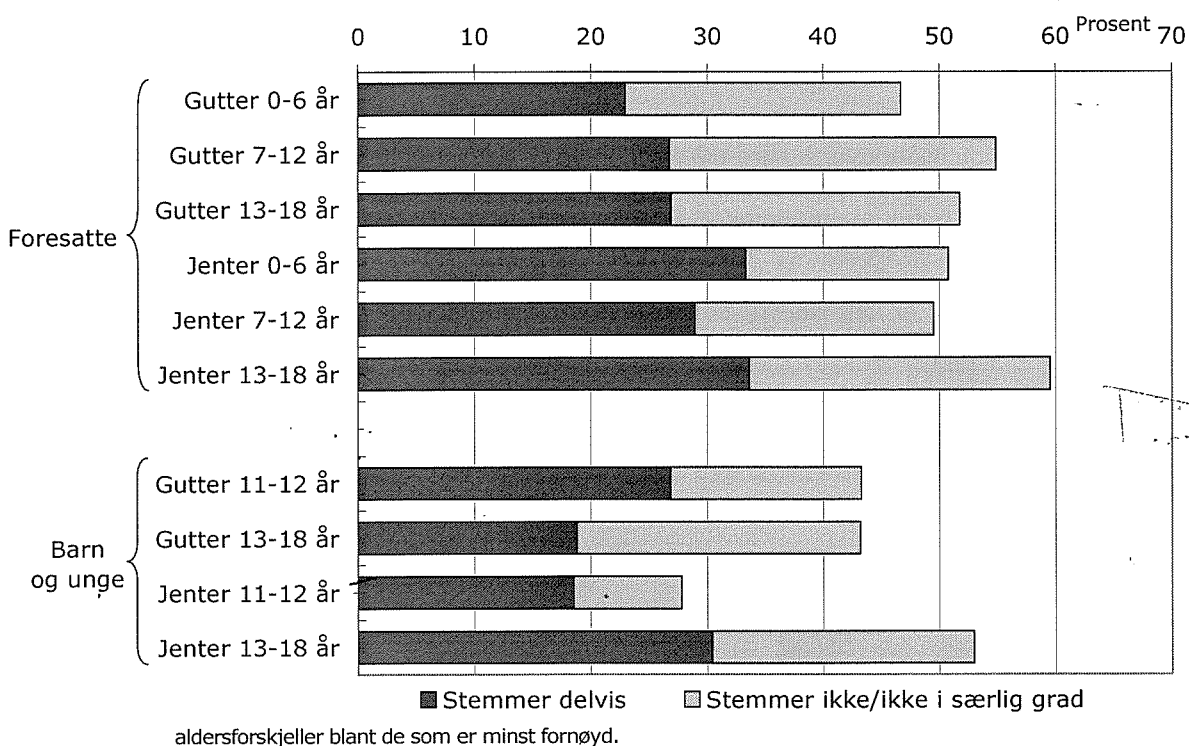
Her er det interessant å undersøke om det er "nye brukere" eller brukere som har fått behandling i poliklinikken over lengre tid som svarer at de ikke har blitt bedre. Fra figur 3.19 ser vi at gjennomsnittskåren reduseres med senere henvisningsår. Redusert gjennomsnittskåre betyr at problemene ikke har blitt mindre i sterkere og sterkere grad. Dette betyr dermed at det er de "nyeste" brukerne som i minst grad føler at de har blitt bedre, og at sammenhengen er lineær i forhold til hvor lenge det er siden de ble henvist. De som er henvist i 2004 er helt klart de som føler minst bedring etter de kom til poliklinikken.

Figur 3.19 Grad av bedring av problemene og henvisningsår, gjennomsnittskåre. Høyere verdi jo større bedring de føler de at de har hatt.



Vi går videre med å se om det er noen tydelige kjønns- og aldersforskjeller i forhold til om brukerne opplever at de ikke har blitt bedre.

Figur 3.20 Etter at vi kom til klinikken har barnets/ungdommens /mine problemer blitt mindre. Kjønn- og



Generelt er det slik at foresatte opplever noe større bedring i problemene enn barn og unge selv, uten at disse utvalgene direkte kan sammenliknes. Det er ikke tydelige forskjeller mellom gutter og jenter eller mellom ulike aldersgrupper i svarene fra foresatte. Når vi ser på svarene til barn og unge, ser ut til at jenter i alderen 11-12 år i større grad føler bedring enn jenter i tenårene. For gutter er ikke forskjellene systematiske.

I det neste spørsmålet er de foresatte spurt om de selv har nytte av samtalene ved poliklinikken. Svarfordelingen er vist i tabell 3.32.

Tabell 3.32 Samtalene ved klinikken hjelper meg. Svarfordeling i prosent.

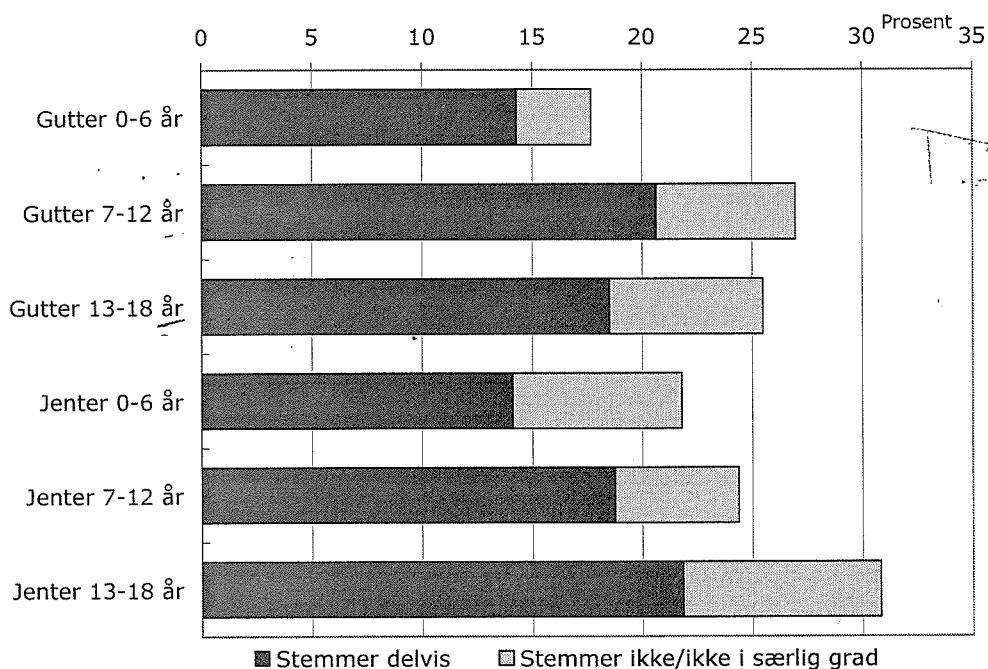
	Foresatte
Uaktuelt	5
Stemmer ikke	2
Stemmer ikke i særlig grad	4
Stemmer delvis	18
Stemmer i stor grad	44
Stemmer helt	23
Ikke svart	4
	100
Antall observasjoner	2 253



Vi ser at de aller fleste mener at samtalerne er til god hjelp. Totalt svarer to av tre foresatte at samtalerne ved klinikken hjelper de i stor grad/helt. Fem prosent mener dette er uaktuelt. Dette kan være de som ennå ikke har snakket med noen ved poliklinikken eller som føler at de ikke har behov for å snakke med noen. Det er seks prosent av de foresatte som mener at de ikke/ikke i særlig grad har noe nytte av disse samtalerne, mens 18 prosent mener at de delvis har nytte av samtalerne.

I figur 3.21 vises kjønns- og aldersforskjeller for de som er minst tilfredse med dette punktet. Her er uaktuelt kodet som missing.

Figur 3.21 Samtalerne ved klinikken hjelper meg. Kjønns- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Som vi ser fra figuren er foresatte til jenter i noe større grad utilfredse med utbytte av samtalerne ved poliklinikken for de yngste og eldste aldersgruppene. Foresatte til 0-6 åringer er mer tilfredse enn de andre foresatte. Det er vanskelig å vite hva det betyr når de foresatte mener at samtalerne ikke hjelper de. Det kan bety at de ikke får snakket nok med behandlerne, eller at de ikke får snakket om de tingene de selv ønsker å snakke om. Det er derfor vanskelig å si hva forskjellene mellom gutter og jenter kan skyldes, men resultatene kan tyde på at foresatte til jenter, og særlig de eldste, har behov for mer/bedre samtaler ved poliklinikken.

Tabell 3.33 Medisiner hjelper barnet mitt/jeg. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	70	68*	58
Stemmer ikke/aldri	1	1	12
Stemmer ikke i særlig grad/sjelden	2	4	3
Stemmer delvis/av og til	5	7	6
Stemmer i stor grad /ofte	11	10	11
Stemmer helt/alltid	7	8	7
Ikke svart	3	3	3
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

\* Opprinnelig 37 prosent på uaktuelt og 32 prosent på stemmer ikke. Dette justeres da dette må skyldes feiltolkning av spørsmålet fordi det ikke er så mange som bruker medisin.

Vi ser at omtrent 70 prosent svarer at de ikke bruker medisin. For å se på hvordan brukerne føler at medisinen hjelper, ser vi kun på de 593 foresatte som har barn som bruker medisiner og de 371 barn og unge i utvalget som bruker medisiner. Dette er vist i tabell 3.34.

Tabell 3.34 Medisiner hjelper barnet mitt/jeg. Kun de som bruker medisiner. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Stemmer ikke	4	5	4
Stemmer ikke i særlig grad	7	13	9
Stemmer delvis	19	25	21
Stemmer i stor grad	43	33	39
Stemmer helt	27	25	26
	100	100	100
Antall observasjoner	593	371	964

Vi ser at omtrent fem prosent, av de som bruker medisiner, mener at medisinen ikke hjelper. Totalt mener 70 prosent av de foresatte og 58 prosent av barn og unge at medisinen er til stor hjelp. Vi vet ikke hvor lenge de enkelte brukerne har brukt medisinen, men forskjellene i vurderingen av hvordan medisinen virker kan være avhengig av dette. Her er det for få i hver aldersgruppe til at vi kan se på kjønns- og aldersforskjeller.

Vi går videre med å se på tilfredshet med selve behandlingen. Svarfordelingen vises i tabell 3.35.

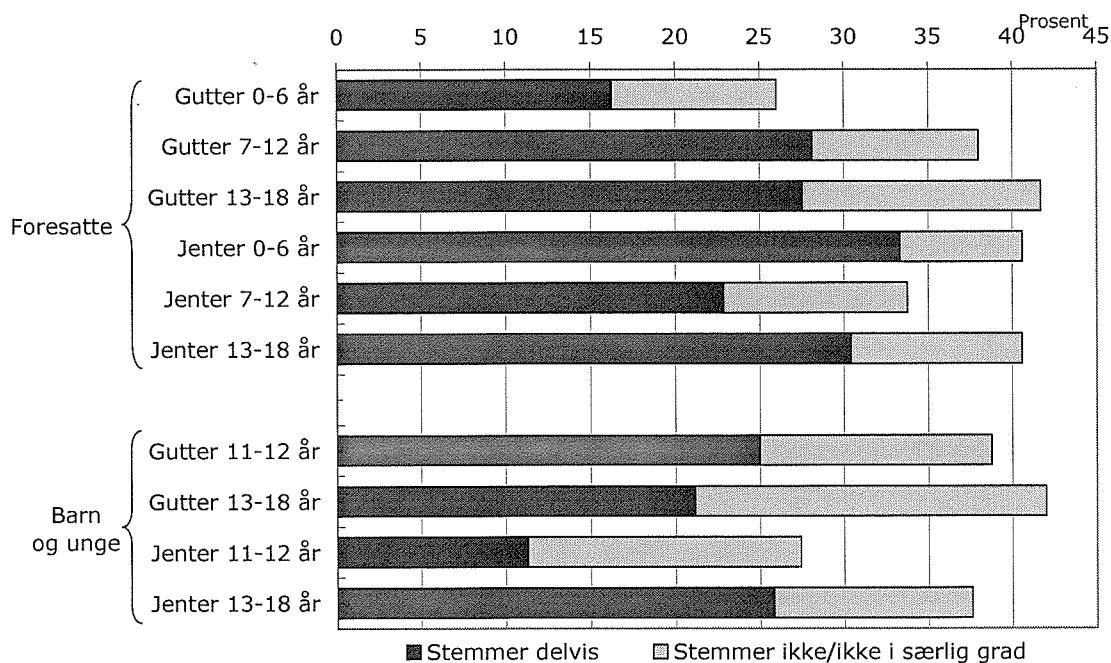
Tabell 3.35 Behandlingen hjelper barnet mitt/meg. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	10	3	8
Stemmer ikke	2	6	4
Stemmer ikke i særlig grad	7	8	7
Stemmer delvis	23	23	23
Stemmer i stor grad	36	33	35
Stemmer helt	16	26	20
Ikke svart	5	1	4
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Fra tabell 3.35 ser vi at i overkant av halvparten av de foresatte og nesten 60 prosent av barn og unge, mener at behandlingen er til stor hjelp (stor grad eller helt). Likevel er det 23 prosent av brukerne som mener at dette stemmer bare delvis, mens 9 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener behandlingen ikke er til hjelp i særlig grad. Det er vanskelig å vite hva de 10 prosentene av de foresatte mener når de sier at dette er uaktuelt. En mulighet kan være at dette er "nye brukere" og derfor ikke synes det er relevant å svare på om behandlingen er virksom eller ikke. Vi undersøker dette i svarene til de foresatte og finner at blant de 226 foresatte som svarte uaktuelt på dette spørsmålet, var 14 prosent henvist før 2002, 60 prosent henvist i 2003 og resten (26 prosent) var henvist i 2004.

Her er det også interessant å se på gjennomsnittskåren for dette spørsmålet basert på henvisningsår. Vi har gjort dette, men finner at det er ingen systematiske sammenhenger.

Figur 3.22 Behandlingen hjelper barnet mitt/meg. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Vi ser fra denne figuren at her er ikke de foresatte mer fornøyd enn barn og unge. Særlig er foresatte til den eldste aldersgruppen mindre tilfredse. Dette finner vi også igjen i svarene til barn og unge, der 13-18 åringer er mindre tilfredse enn 11-12 åringer.

I det neste punktet ser vi på om brukerne mener at behandlingen hjelper familien, se tabell 3.36.

Tabell 3.36 Behandlingen hjelper familien/familien min. Svarfordeling i prosent.

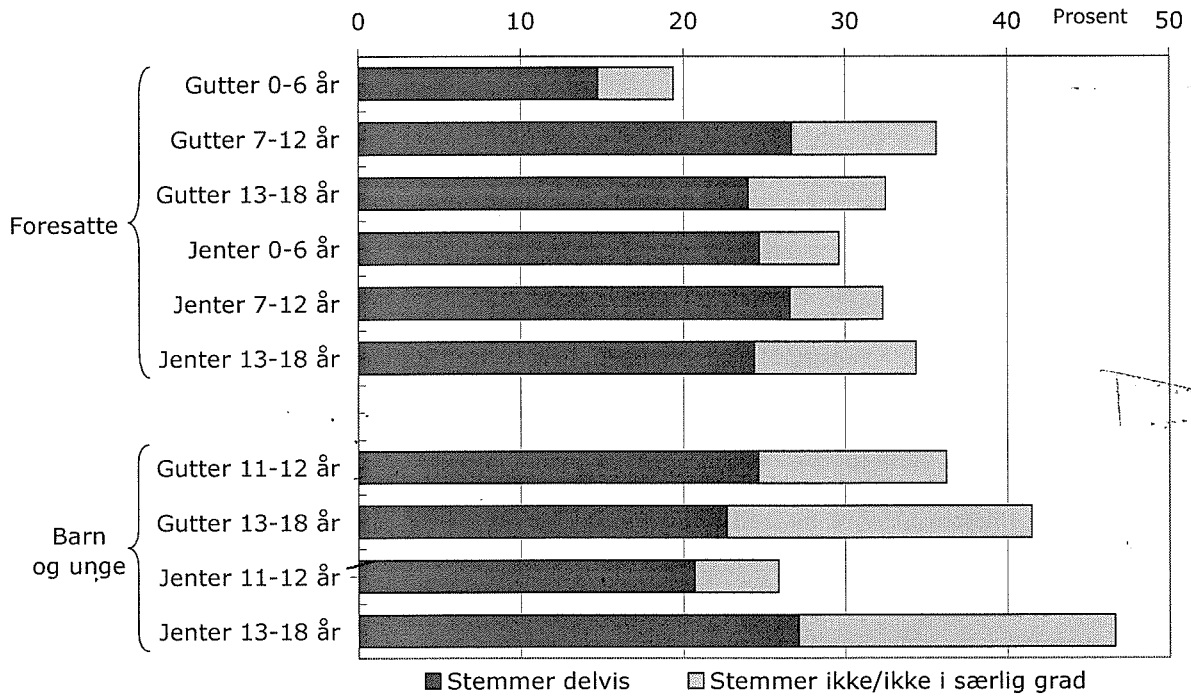
	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	8	13	10
Stemmer ikke	2	6	4
Stemmer ikke i særlig grad	5	9	7
Stemmer delvis	22	21	22
Stemmer i stor grad	40	29	36
Stemmer helt	17	18	18
Ikke svart	6	2	3
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Her ser vi at 57 prosent av de foresatte og 47 prosent av barn og unge, mener at behandlingen hjelper familien i stor grad/helt. Det er likevel 7 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge som mener at behandlingen ikke hjelper eller ikke hjelper i særlig grad. I overkant av 20 prosent mener at behandlingen bare delvis hjelper.

Vi ser videre på forskjeller mellom gutter og jenter og ulike aldersgrupper når det gjelder de som er minst fornøyd.

Vi ser fra figuren at barn og unge til en viss grad synes behandlingen hjelper i mindre grad enn foresatte. Av jentene er særlig de eldste som ser ut til å ha lite utbytte av behandlingen. Den samme tendensen finnes for gutter, men bildet er noe blandet.

Figur 3.23 Behandlingen hjelper familien/familien min. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Vi ser i det følgende på om det er systematisk samvariasjon i svarene som gjelder behandlingen.

Tabell 3.37 Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for foresatte.

	Utbytte av oppholdet ved poliklinikken	Samtalenes nytteverdi for pårørende	Utbytte av medisiner	Utbytte av behandling	Familiens utbytte av behandlingen
Utbytte av oppholdet ved poliklinikken	1				
Samtalenes nytteverdi for pårørende	0,46*	1			
Utbytte av medisiner	0,48*	0,28*	1		
Utbytte av behandling	0,64*	0,59*	0,59*	1	
Familiens utbytte av behandlingen	0,29*	0,42*	0,36*	0,76*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå

Fra tabell 3.37 ser vi at korrelasjonene mellom alle variablene er relativt sterke og signifikante. Spesielt er det sterk samvariasjon mellom tilfredshet med utbytte av oppholdet ved poliklinikken og utbytte av behandlingen og mellom utbytte av behandlingen og familiens utbytte av behandlingen.

Tabell 3.38 Korrelasjon mellom informasjonsvariabler for foresatte.

	Utbytte av oppholdet ved poliklinikken	Utbytte av medisiner	Utbytte av behandling	Familiens utbytte av behandlingen
Utbytte av oppholdet ved poliklinikken	1			
Utbytte av medisiner	0,21*	1		
Utbytte av behandling	0,65*	0,20*	1	
Familiens utbytte av behandlingen	0,40*	0,14*	0,51*	1

\* Signifikant korrelasjon på 5 % nivå

Fra tabell 3.38 ser vi at det er sterk samvariasjon også mellom svarene til barn og unge, men ikke så sterke som for svarene til foresatte. Her er for øvrig korrelasjonen mellom utbytte av oppholdet ved poliklinikken og utbytte av behandlingen sterkere enn korrelasjonen mellom utbytte av behandlingen og familiens utbytte av behandlingen. Dette kan tyde på at barn og unge ikke i alle tilfeller tror at behandlingen også hjelper familien.

#### **Oppsummering av tilfredshet med behandlingen som gis ved poliklinikken.**

Over 60 prosent av brukerne føler til en viss grad at problemene har blitt mindre etter at de kom til poliklinikken. Det er likevel rundt 20 prosent av brukerne som føler at problemene ikke har blitt særlig mindre etter at de kom til poliklinikken. Det er spesielt "nye brukere" eller de som ble henvist senere enn 2002 som ikke føler særlig bedring. I tillegg føler jenter i tenårene lavere grad av bedring enn gutter og yngre jenter.

De fleste foresatte mener de får god hjelp gjennom samtalene de har med personalet på poliklinikken. Det kan se ut som de minst fornøyde med utbytte av samtalene er foresatte til jenter i tenårene.

Omtrent 70 prosent av barna og ungdommene i utvalget, bruker medisiner. Andelen de som bruker medisiner øker med aldersgruppene for både gutter og jenter. De fleste som får medisiner (70 prosent), mener at medisinerne er til stor hjelp.

I overkant av halvparten av de foresatte og nesten 60 prosent av barn og unge, mener at behandlingen de får ved poliklinikken er til stor hjelp. Det er likevel 23 prosent av brukerne som mener det bare delvis er slik at behandlingen hjelper, og 9 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener behandlingen ikke er til hjelp i særlig grad. Tenåringer er mindre tilfreds enn 11-12 åringer for både gutter og jenter.

Nesten 60 prosent av de foresatte og halvparten av barn og unge, mener at behandlingen er til god hjelp for familien. Syv prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener at behandlingen ikke hjelper familien i særlig grad.

Det er sterk grad av samvariasjon i spørsmålene som gjelder behandlingsopplegget. De som mener at barnet/ungdommen har stort utbytte av behandlingen, mener også at familien har stort utbytte. Tilfredshet med utbyttet av oppholdet ved poliklinikken er i stor grad knyttet til tilfredshet med utbyttet av behandlingen og vice versa.

### 3.4.7 Andre forhold ved poliklinikken

I resten av dette avsnittet skal vi se på følgende tre punkter som delvis kan betraktes som generelle eller globale vurderinger av poliklinikken. Disse spørsmålene kan brukes til å teste reliabilitet i forhold til noen av de andre spørsmålene uten at dette er gjort i særlig grad i denne omgang. Følgende forhold gjenstår:

- Har blitt behandlet nedlatende eller respektløst
- Fornøyd med hjelpen totalt sett
- Vil anbefale poliklinikken til andre

Vi starter med å se på om noen føler at de har blitt behandlet nedlatende eller respektløst. Svarfordelingen er vist i tabell 3.39.

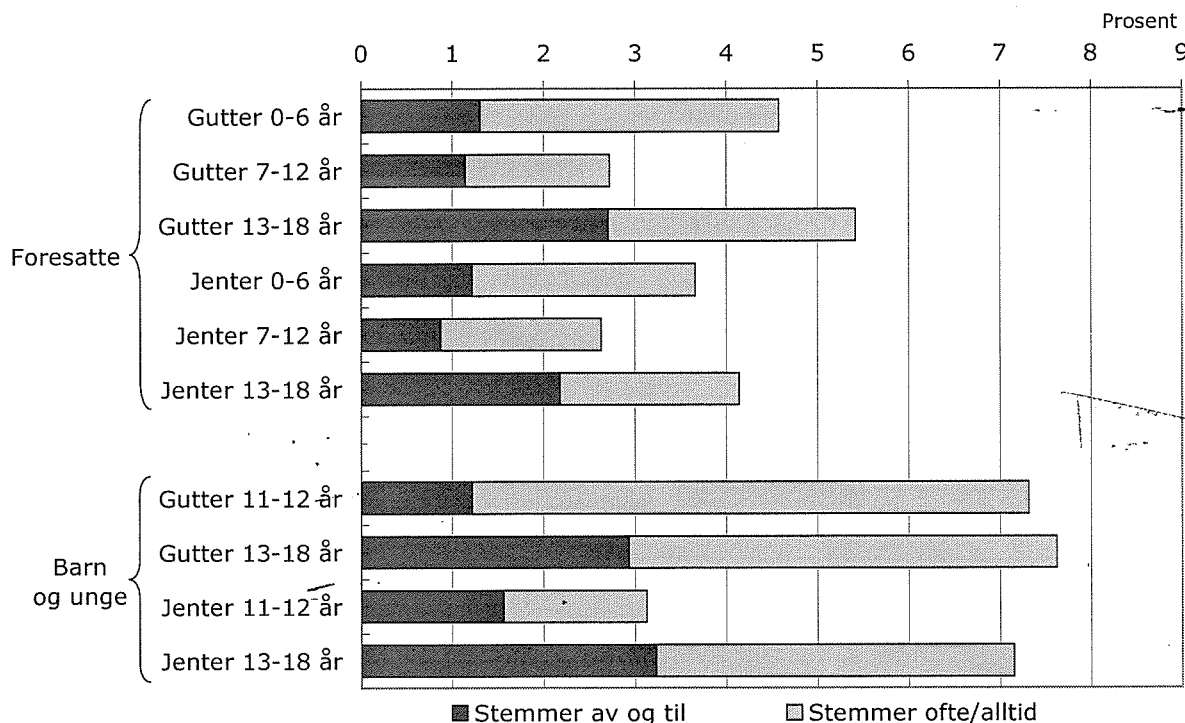
Tabell 3.39 Jeg har blitt behandlet nedlatende eller respektløst. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	35	52	41
Stemmer aldri	56	35	48
Stemmer sjelden	3	4	3
Stemmer av og til	2	3	2
Stemmer ofte	1	2	1
Stemmer alltid	1	2	1
Ikke svart	3	2	2
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Her er det mange som svarer uaktuelt. Dette kan være de som aldri har vært i en situasjon der de kunne blitt behandlet på denne måten, og det blir derfor mest riktig å si at det ikke stemmer at de har blitt behandlet nedlatende og respektløst. Vi får derfor at 91 prosent av de foresatte og 87 prosent av barn og unge aldri har blitt behandlet nedlatende eller respektløst. Fire prosent av de foresatte og syv prosent av barn og unge har av og til/ofte eller alltid blitt behandlet nedlatende eller respektløst.

Vi ser fra figuren at det er flere barn og unge som føler at de har blitt behandlet nedlatende og respektløst enn foresatte, selv om utvalgene ikke er direkte sammenliknbare. Gutter føler det slik i større grad enn jentene og særlig er det store kjønnsforskjeller i alderen 11 til 12 år.

Figur 3.24 Jeg har blitt behandlet nedlatende eller respektløst. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Neste påstand er et globalt tilfredshetsmål som åpner for å brukeren kan foreta en helhetlig vurdering av hjelpen de har mottatt fra poliklinikken. Svarfordelingen er vist i tabell 3.40.

Tabell 3.40 Jeg er fornøyd med hjelpen fra klinikken totalt sett. Svarfordeling i prosent.

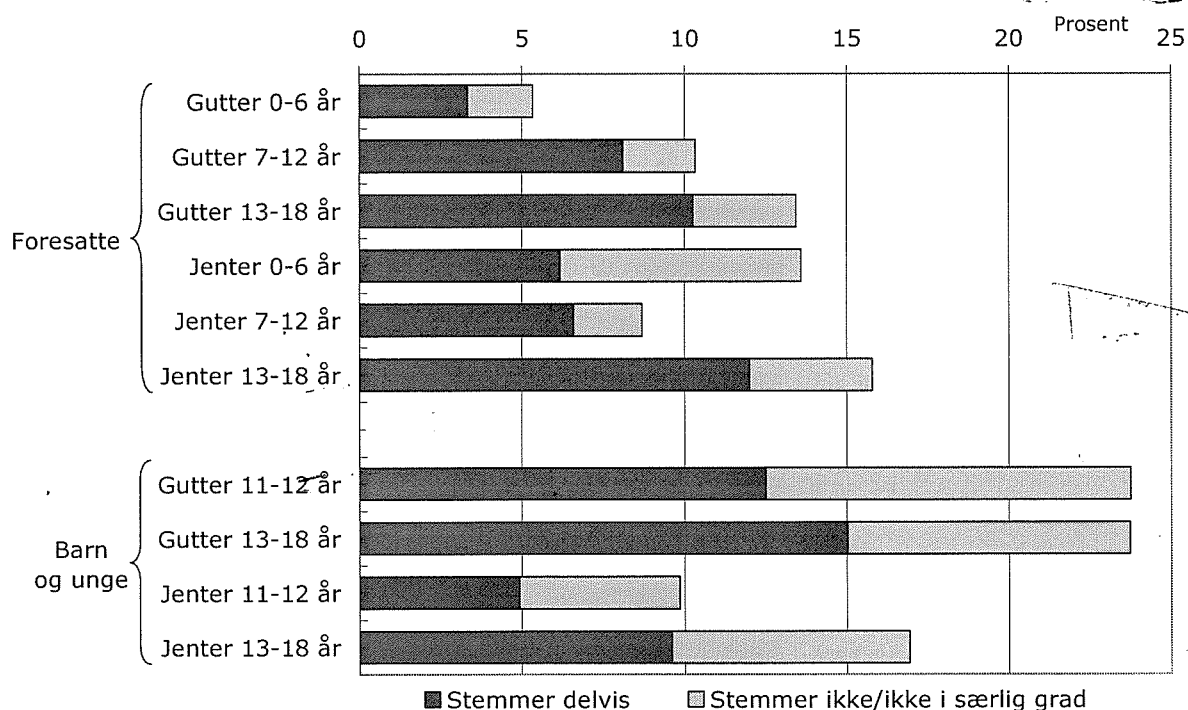
	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	2	1	2
Stemmer ikke	1	3	2
Stemmer ikke i særlig grad	2	5	3
Stemmer delvis	8	11	9
Stemmer i stor grad	40	37	39
Stemmer helt	44	42	43
Ikke svart	3	2	3
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

Fra tabell 3.40 ser vi at 84 prosent av de foresatte og 79 prosent av barn og unge er i stor grad eller helt fornøyd med hjelpen fra poliklinikken totalt sett. Det er likevel 8 prosent av de foresatte og 11 prosent av barn og unge som svarer at de bare delvis er fornøyd med den hjelpen de har fått. Tre prosent av de foresatte og 8 prosent av barn og unge har enten svart at de ikke er fornøyd eller at de ikke er fornøyd i særlig grad med hjelpen fra poliklinikken



totalt sett. De som har svart uaktuelt kodes som missing. Vi ser videre på de som er minst tilfredse i figur 3.25.

Figur 3.25 Jeg er fornøyd med hjelpen fra klinikken totalt sett. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Fra figur 3.25 ser vi mye av det vi har sett i de andre spørsmålene. Foresatte er mer fornøyd enn barn og unge og tilfredsheten er høyere jo yngre pasienten er, selv om dette ikke er helt systematisk.

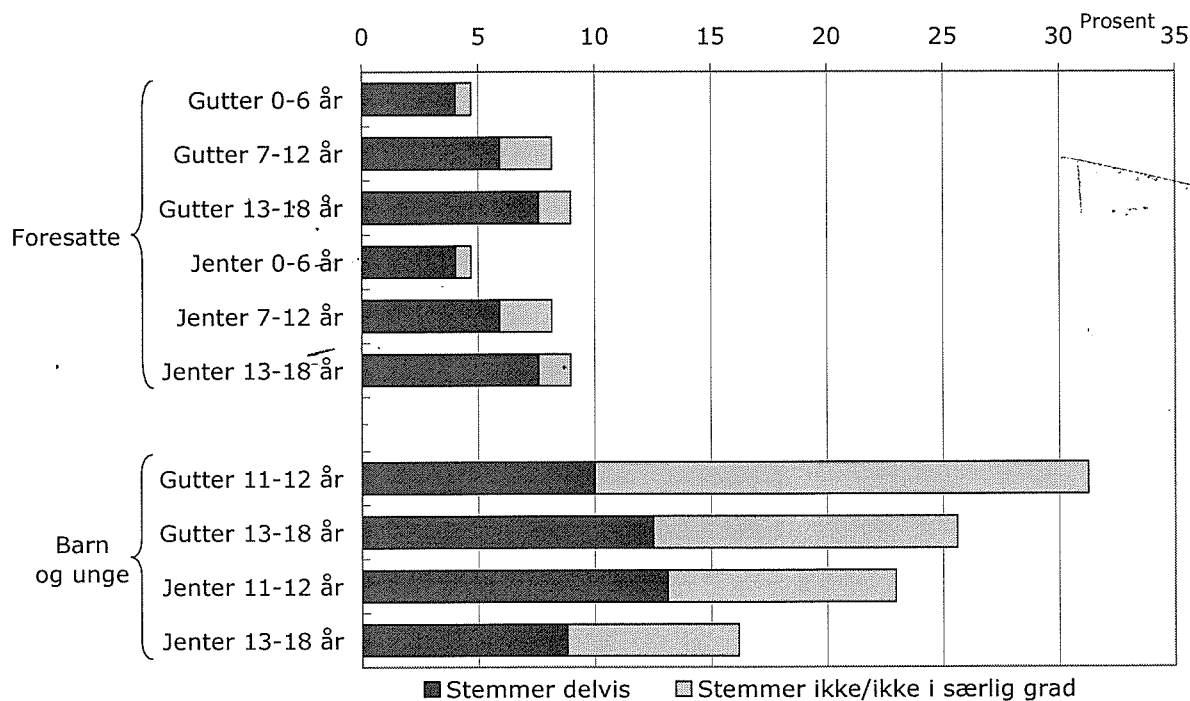
Det siste globale tilfredshetsmålet er om brukerne kan tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne klinikken. Svarfordelingen er vist i tabell 3.41.

Tabell 3.41 Jeg kan tenke meg å anbefale andre til å søke hjelp ved denne klinikken. Svarfordeling i prosent.

	Foresatte	Barn og unge	Totalt
Uaktuelt	5	3	4
Stemmer ikke	1	4	2
Stemmer ikke i særlig grad	1	5	3
Stemmer delvis	6	10	8
Stemmer i stor grad	33	27	31
Stemmer helt	53	50	52
Ikke svart	0	1	0
	100	100	100
Antall observasjoner	2 253	1 236	3 489

86 prosent av de foresatte og 77 prosent av barn og unge kan i stor grad/helt tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne poliklinikken. Hhv seks og 10 prosent av de foresatte og barn/unge mener at de bare delvis kan tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne poliklinikken. To prosent av de foresatte og 9 prosent av barn og unge kan ikke/ikke i særlig grad tenke seg å anbefale poliklinikken til andre. De som svarer uaktuelt behandles som missing. Vi ser videre på forskjeller mellom gutter og jenter og ulike aldersgrupper i figur 3.26.

Figur 3.26 Jeg kan tenke meg å anbefale andre til å søke hjelp ved denne klinikken. Kjønn- og aldersforskjeller blant de som er minst fornøyd.



Vi ser klart fra figuren at foresatte igjen er mer fornøyd enn barn og unge. I tillegg ser vi tydelig i svarene til de foresatte at tilfredsheten er høyere jo yngre barna er. For barn og unge er det relativt flere i alderen 11-12 år som er utilfredse enn de i alderen 13-18 år. Forskjellene er for øvrig ikke statistisk signifikant.

I neste avsnitt konstruerer vi et samlemål på tilfredshet. Vi lar da alle forhold som er beskrevet i dette kapitlet telle like mye i et total-tilfredshetsmål. Forskjellene i forhold til globale spørsmål som beskrevet her og det som vises i kapittel 3.5, er at brukerne selv vektet hva som er viktig i de globale tilfredshetsmålene.

### 3.5 Samlemål på tilfredshet

I forrige kapittel så vi på hver påstand i spørreskjemaet separat. I dette kapitlet lager vi et samlemål på tilfredshet, og undersøker om det er systematiske forskjeller i dette tilfredshetsmålet mellom kjønn, aldersgrupper, geografisk beliggenhet og størrelse på institusjonene (målt i antall pasienter).

Spørreskjemaet inneholder for foresatte 25 påstander og 21 påstander i skjemaet til barn og unge. Noen av påstandene er formulert slik at om respondenten svarer at det stemmer, er han eller hun tilfreds, mens andre spørsmål er stillet slik at om påstanden stemmer, er de svært misfornøyd. Dette betyr at for å lage ett enkelt samlemål, må den ene gruppen av spørsmål rekodes i forhold til svaralternativene. Det er i alt seks svaralternativ, der det første (verdi=1) er uaktuelt. Dette kan bety ulike ting, og de som svarer uaktuelt er derfor ikke tatt med i totalvurderingen. For de spørsmålene som er formulert slik at økende verdi (påstanden stemmer i større og større grad) gir lavere brukertilfredshet, kodes to til seks, tre til fem, fire forblir fire, fem til tre og seks til to. Dette bør ikke gi for store utslag når vi har fem svarkategorier. Alternativt kunne vi laget to sett med tilfredshetsindikatorer av de to gruppene variabler. Vi lar derfor ikke svarene "uaktuelt" telle med i den enkelte brukers totaltilfredshet. Det er altså regnet ut en totaltilfredshetsindikator for hver enkelt bruker.

Den totale tilfredshetsindikatoren vi har konstruert her har derfor en minste verdi på to. Jo høyere verdi, jo mer tilfredse er brukerne. Som vist i tabell 3.42, er gjennomsnittet 4,98 for foresatte og 4,82 for barn og unge.

Tabell 3.42 Beskrivende statistikk for samlemål på tilfredshet.

Tilfredshet	Obs	Gjennomsnitt	Standardavvik	Min	Max
Foresatte	2 245	4,98	0,57	2,00	7,63
Barn og unge	1 230	4,82	0,61	2,33	6,00

Her er det selvsagt mange krysstabeller som kan presenteres, men vi begrenser oss til å se på forskjeller mellom gutter og jenter, ulike aldersgrupper, fylker og størrelsen på poliklinikken målt i antall behandlede pasienter i 2003.

Totalt er gutter mindre tilfredse enn jenter. Totalt tilfredshet måles i samlemålet til å være 4,75 for gutter i gjennomsnitt, mens det tilsvarende tallet for jenter er 4,85. Total tilfredshet er også lavere for 11-12 åringer (4,72) i forhold til 13-18 åringer (4,83). I tabell 3.43 vises disse forskjellene for de ulike aldersgruppene fordelt på kjønn.

Tabell 3.43 Tilfredshet og kjønn og alder.

	Foresatte		Barn og unge	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
0-6 år	5,14	5,07		
7-12 år	4,98	5,02	4,68	4,77
13-18 år	4,97	4,93	4,77	4,86

Vi ser at foresatte til gutter i alderen 0-6 år er de som er mest fornøyd totalt sett. Dette stemmer godt med funnene tidligere i rapporten. Blant barn og unge er det totalt sett de eldste jentene som er mest tilfredse og gutter 11-12 år som er minst tilfredse.

Blant de foresatte finner vi også at det er forskjell i total tilfredshet avhengig av hvem som svarer på spørreskjemaet. Dette vises i tabell 3.44.

Tabell 3.44 Tilfredshet og hvem som har svart på skjemaet

	Tilfredshetsmål
Begge foresatte	5,01
Far/foresatt	4,90
Mor/foresatt	4,99

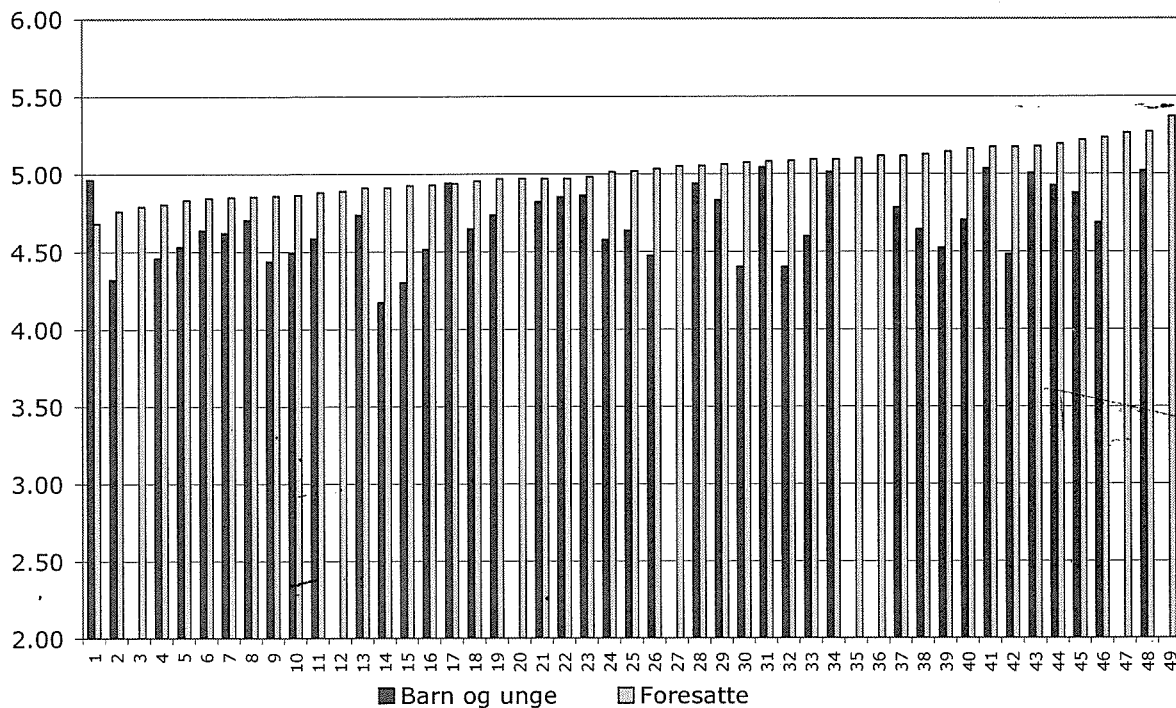
Vi ser at det er små forskjeller når begge foresatte svarer og når mor svarer. Det er relativt store forskjeller mellom tilfredshet til far og tilfredshet til mor. Mor er mer tilfreds enn far i brukerundersøkelsen.

### Variasjon mellom poliklinikkene

Vi finner gjennomsnittet for hver poliklinikk i svarene til foresatte og i svarene til barn og unge separat. Variasjonen mellom poliklinikkene er større i svarene blant barn og unge enn i svarene til de foresatte. Den poliklinikken som kommer best ut blant de foresatte ligger 14 prosent høyere i vårt tilfredshetsmål enn den poliklinikken som kommer dårligst ut. I svarene til barn og unge ligger den beste poliklinikken 21 prosent høyere enn den poliklinikken som kommer dårligst ut. Variasjonen kan se kunstig høy ut fordi vi ser på ytterpunktene i fordelingene. Her er det viktig å kommentere at dersom vi ser på den totale variasjonen mellom poliklinikkene i forhold til variasjonen mellom svarene til den enkelte bruker, finner vi at variasjonen ligger i all hovedsak i forskjeller mellom brukerne og ikke mellom poliklinikkene. En mulig tolkning av dette resultatet er at poliklinikkene gir et ensartet behandlingstilbud som er lite tilpasset enkelte grupper av brukere som er jevnt fordelt mellom poliklinikkene. Dette betyr at det er brukerkjennetegn som er determinanter for tilfredshet, og ikke kjennetegn ved poliklinikken. Et annet poeng er at vi ikke får frem variasjon mellom behandlerne på poliklinikkene, som kan være avgjørende, mao det kan være viktigere for tilfredsheten hvem du får som behandler enn hvilken poliklinikk du havner i (Hubble et al., 2000).

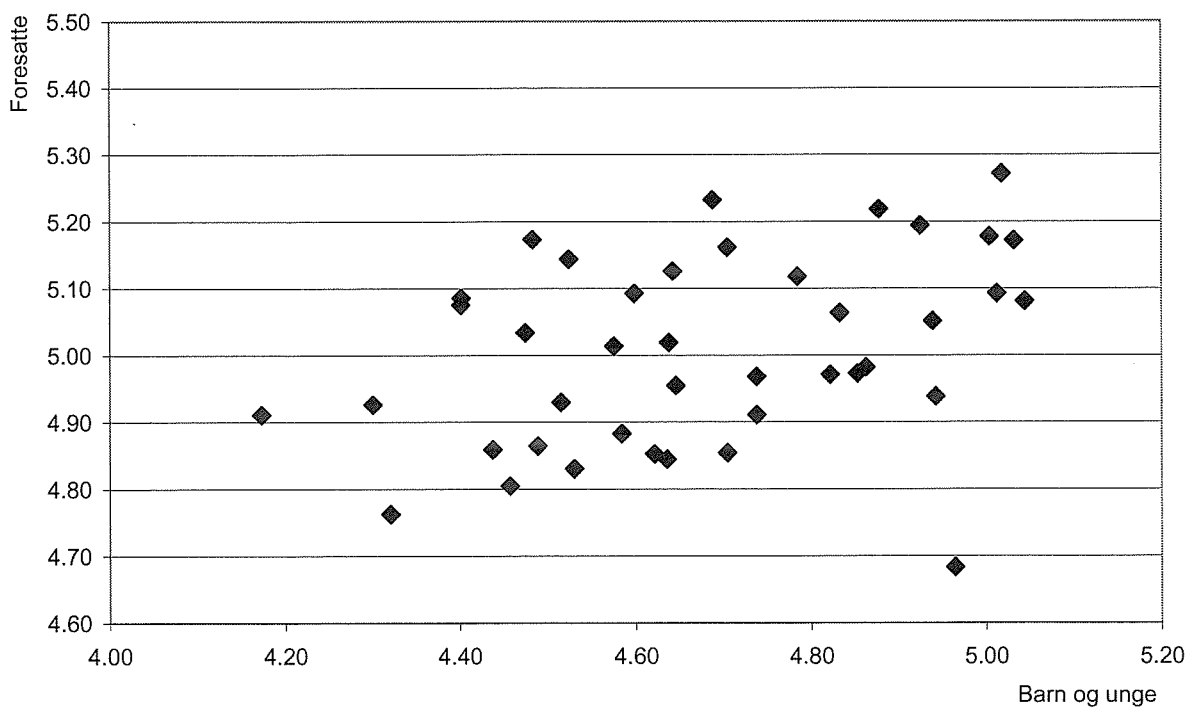
I den neste figuren har vi sortert poliklinikkene etter stigende tilfredshet for foresatte (fordi dette utvalget inkluderer flest poliklinikker). Vi ser for eksempel at ingen barn og unge har svart for den poliklinikken der de foresatte er aller mest fornøyd. Det ser ut til å være relativt stor variasjon mellom det foresatte mener og det barn og unge mener, men det kan være vanskelig å se et tydelig mønster i figur 3.27. Vi viser derfor et kryssdiagram for de poliklinikkene som har svar fra både foresatte og barn og unge, se figur 3.28.

Figur 3.27 Forskjeller i tilfredshet mellom poliklinikker



Fra figur 3.28 ser vi at det er et relativt tydelig mønster, ved at poliklinikker som har høy tilfredshet blant de foresatte også har høy tilfredshet for barn og unge og vice versa, men med klare unntak.

Figur 3.28 Forskjeller i tilfredshet mellom poliklinikker, kryssdiagram.

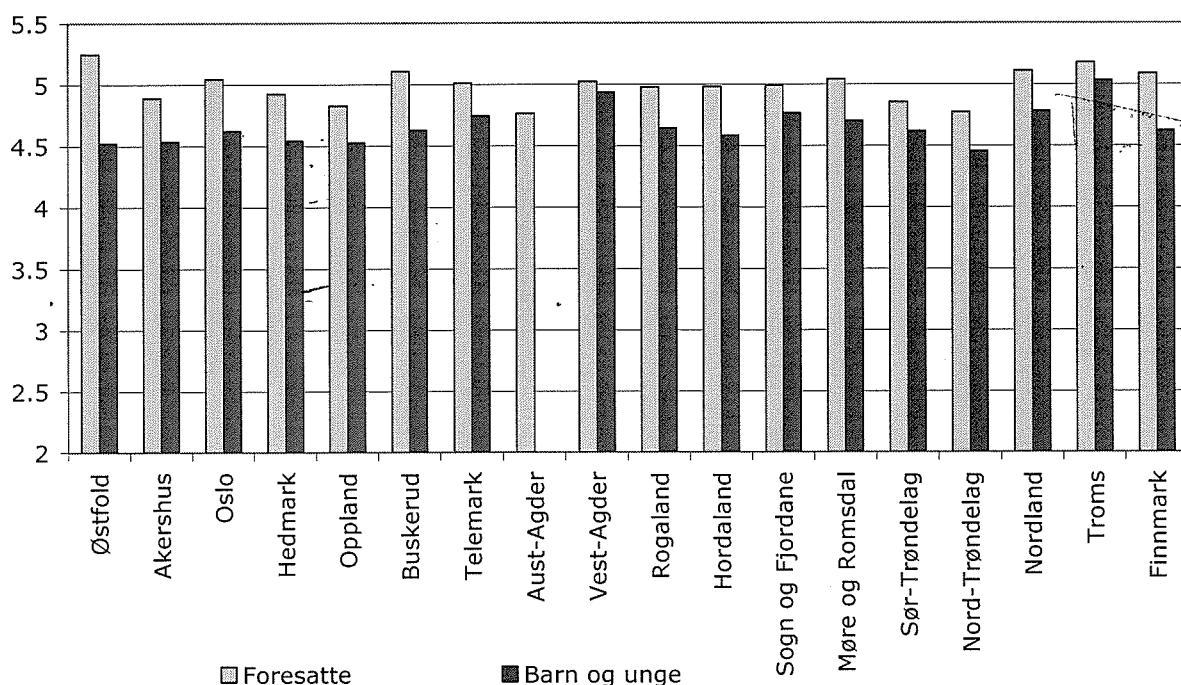


Videre kan vi fremstille geografiske forskjeller i samlemålet på brukertilfredshet.

### Fylkesforskjeller i total tilfredshet

Her bruker vi fylket poliklinikken ligger i, og ikke fylket brukeren bor i. Det fylket som kommer best ut i svarene til de foresatte har 10,2 prosent høyere tilfredshet målt på skalaen som vist over, i forhold til det fylket som kommer dårligst ut. I svarene til barn og unge ligger det fylket med høyest brukertilfredshet 13 prosent høyere enn fylket med lavest tilfredshet. Det er dermed relativt mindre variasjon mellom fylker enn mellom poliklinikker.

Figur 3.29 Fylkesforskjeller i total tilfredshet.



Tabell 3.2 tidligere i kapitlet viser hvor mange institusjoner som er med i utvalget fra det enkelte fylke, mens tabell 3.3 viser hvor stor andel av brukerne (som vi har denne informasjonen for), har fått behandling ved poliklinikkene i de ulike fylkene. Fra dette vet vi at foresatte er spesielt dårlig representert i Østfold. Barn og unge har i liten grad deltatt i fylkene Østfold og Vest-Agder.

Fra figur 3.29 ser vi at blant de foresatte er det institusjonene i Østfold, Troms og Nordland som kommer best ut mens Aust-Agder og Nord-Trøndelag kommer dårligst ut. Om vi sammenlikner dette med for eksempel det som kommer frem i figur 2.5 i kapittel 2, ser vi at det er nettopp Aust-Agder og Nord-Trøndelag som har den laveste andel med eller med planlagt individuell plan, mens Østfold har kommet lengst på dette punktet. Dette kan være tilfeldig og vi har ikke undersøkt om det systematisk er slik at de poliklinikkene som har kommet lengst med arbeidet med individuelle planer og andre områder er de som har de mest fornøyde brukerne. Når vi ser på svarene til barn og unge, finner vi at Troms og Vest-Agder er de som kommer best ut, mens de minst fornøyde brukerne finnes i Nord-Trøndelag (relativt få brukere representert), Østfold (svært få brukere representert), Oppland og Hedmark. Institusjonen i Aust-Agder er ikke representert av noen brukere. Det kan likevel være store variasjoner innen hvert fylke.

### Regresjonsanalyser på samlemål for tilfredshet

I dette avsnittet presenterer vi enkle tverrsnittsregresjoner på den totale tilfredshetsindikatoren som er presentert over. Dette gjøres for å kunne se på utvalgte forklaringsfaktorer samtidig, for å finne ut om det er systematisk eller statistisk signifikante forskjeller mellom ulike grupper. Vanlig minste kvadraters metode er benyttet, da samlemålet for tilfredshet fremstår som en kontinuerlig variabel. Analysene utføres separat på utvalget av de foresatte og barn og unge. Resultatene for sammenhengene for foresatte presenteres i tabell 3.45.

Tabell 3.45 Regresjonsanalyser på samlemål for tilfredshet i svarene til foresatte (n=2106).

	Koeffisient	Std.avvik	t-verdi	P>t
Jenter	0,0063	0,03	0,2	0,811
7-12 år	-0,1303	0,04	-3,1	0,002
13-18 år	-0,1910	0,04	-4,4	0,000
Bup størrelse	-0,0001	0,00	-2,2	0,026
Far har svart	-0,0944	0,04	-2,2	0,030
Mor har svart	-0,0151	0,03	-0,4	0,664
Henvísningsår	-0,0272	0,01	-3,2	0,001
Konstant	59,6730	16,82	3,6	0,000

Variablene, utenom størrelsen på poliklinikken og henvísningsår, inngår som dummier med verdien en om jente og null om gutt osv. Fra resultatene ser vi følgende:

- Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller. Det betyr at det ikke er systematiske forskjeller mellom svarene til foresatte for gutter og jenter i tilfredshet totalt når vi samtidig kontrollerer for variasjon mellom ulike aldersgrupper, osv.
- Det er tydelige aldersforskjeller. Foresatte til 7-12 åringer og 13-18 åringer er signifikant mindre tilfreds enn foresatte til den yngste aldersgruppen. Gjennom en tilleggstest finner vi at foresatte til 13-18 åringer er signifikant mindre fornøyd enn foresatte til 7-12 åringer.
- Med basis i det som har kommet frem tidligere i rapporten om kjønns- og aldersforskjeller, har vi også satt inn et interaksjonsledd mellom kjønn og alder. Dette viser seg ikke å være statistisk signifikant. Vi vet fra tidligere at her var det store forskjeller mellom de enkelte spørsmålene, der jenter var mer fornøyd i noen tilfeller og visa versa i andre tilfeller. Den gjennomsnittseffekten som vi her finner viser at totalt sett når vi ser på alle faktorene samlet, er det ikke slik at alder og kjønn har viktige interaksjonseffekter. Dette er ikke vist i tabellen.
- Størrelsen på poliklinikken (Bup størrelse) har signifikant effekt og funnet betyr at jo større poliklinikken er jo mindre tilfredse er de foresatte. Størrelsen på poliklinikken er målt som antall pasienter behandlet ved institusjonen i 2003. Denne får da den samme verdien for alle brukerne ved den samme poliklinikken, noe som innebærer at standardavviket blir nedjustert for denne variabelen og dermed lettere får signifikant effekt.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Vi har kontrollert for dette, og denne effekten er da ikke lenger signifikant. Dette er sterke korrigeringer og tar sannsynligvis bort for mye av den effekten vi ønsker å fange opp med størrelsesvariabelen.

- Videre finner vi at tilfredsheten er signifikant lavere om far svarer, sammenliknet med at begge svarer. Gjennom en videre test finner vi at selv om mor ikke er signifikant ulikt tilfreds sammenliknet med tilfeller der begge har svart sammen, svarer hun signifikant forskjellig fra far. (I 16 prosent av tilfellene har begge svart, 17 prosent av svarene kommer fra far mens mor har svart i 67 prosent av tilfellene).
- Henvisningsår har negativ signifikant effekt. Dette betyr at foresatte til barn og unge som er henvist nylig, er mindre tilfreds enn de som er henvist lengre tilbake i tid. Vi finner særlig at de som er henvist før 2002 er mer tilfredse enn de som er henvist senere. Dette kan for eksempel ha årsak i at de har ventet lenge på å starte behandlingen.

Vi har også kontrollert for fylkeseffekten som er vist i figur 3.29, og noen av fylkene har tydelig lavere tilfredshet enn sammenlikningsfylket som settes til Østfold, også når vi nå kontrollerer for kjønns- og alderssammensetningen. Dette gjelder Aust-Agder, Nord-Trøndelag og Nordland. Det er ikke store forskjeller, men de er systematiske. Når fylkesdummiene inkluderes, er ikke lenger effekten av størrelsen på poliklinikken signifikant. Dette kommer av at det er relativt få poliklinikker i hvert fylke, noe som betyr at det gjenstår lite variasjon å forklare mellom poliklinikker når vi har tatt bort fylkeseffekten.

Vi går videre med å se på systematiske sammenhenger i svarene til barn og unge. Resultatene fra regresjonsanalysene er presentert i tabell 3.46.

Tabell 3.46 Regresjonsanalyser på samlemål for tilfredshet i svarene til barn og ungdom (n=511\*).

	Coef.	Std.avvik	t-verdi	P>t
Jenter	0,1309	0,058	2,3	0,0
13-18 år	-0,0929	0,064	-1,4	0,2
Bup størrelse	-0,0001	0,000	-1,0	0,3
Henvisningsår	-0,0427	0,017	-2,5	0,0
Konstant	90,17	34,95	2,6	0,0

\* Årsaken til at det her er få observasjoner er at det er mange som ikke er koblet til BUPDATA og derfor mangler vi informasjon om BUP størrelse og henvisningsår.

- Også her er det signifikante forskjeller mellom gutter og jenter, og jenter er mer tilfredse enn gutter.
- Det er ikke signifikante forskjeller mellom de to aldersgruppene i utvalget.
- Det er ikke signifikante forskjeller mellom ulike poliklinikker ut fra størrelse målt i antall behandlede pasienter i 2003.
- Brukere som er henvist senere, er signifikant mindre tilfredse enn brukere som har tidligere henvisningsår.

Alternativt til dette opplegget kunne vi brukt faktoranalyser for å undersøke underliggende dimensjoner i svarene. Da hadde vi sett på korrelasjonen mellom de ulike påstandene for hver bruker og samlet sammen variabler som var høyt korrelerte i ulike grupper eller dimensjoner. Dette er et større analyseprosjekt som faller utenfor rammene til dette prosjektet.



### 3.6 Oppsummering og vurdering av metode for gjennomføring av undersøkelsen

#### Erfaringer med gjennomføringen

Brukerundersøkelsen var basert på at behandler eller merkantilt personell informerte om undersøkelsen og delte ut spørreskjema til aktuelle brukere. Det er gitt tilbakereporteringer om at behandlere noen ganger har glemt å gjøre dette. Skjemaene, som krevde en del administrering blant ansatte ved poliklinikken (blant annet i forhold til innhenting av samtykke), kan også ha vært nødvendige å utelate i en travel hverdag ved poliklinikkene.

En del barn og unge kommer til avtaler ved poliklinikkene uten at de følges av foresatte. Barnet/ungdommen har da ikke kunnet delta fordi en ikke har fått foresattes samtykke til opplysninger gis. I disse tilfellene fikk man heller ikke innhentet de foresattes erfaringer. En del fremmedspråklige brukere har ikke kunnet besvare spørreskjemaene da det kun er utarbeidet en norsk versjon, og er derfor ikke representert i undersøkelsen. Familier/barn/ungdommer med akutte vansker/i krise har ikke blitt forespurt om å delta.

Det ble i informasjons/veiledningsskriv til brukerne ikke presisert at skjemaet skulle besvares ut fra brukers forhold til behandler. Noen kan derfor ha besvart spørreskjemaet ut i fra erfaringer med sin foreldrekontakt, og ikke behandler. Dette setter begrensninger ved validiteten ved de opplysningene som foreligger.

Noen behandlere har rapportert at enkelte brukere har hatt problemer med å forstå spørreskjemaet. Dette gjelder spesielt for de yngste barna (11-13 åringer), som har hatt problemer med å forstå vekslingen mellom positivt og negativt formulerte utsagn. Enkelte foresatte kan ha hatt problemer med det samme. Dette kan være en feilkilde, i begge retninger, ved tolkning av data.

Vi mener spørreskjemaet innholdsmessig er godt. Det er basert på forskning på brukertilfredshet og er satt sammen på en måte som gjør at en får mye informasjon ut fra spørsmålene. Generelt ser vi at spørreskjemaet ser ut til å fungere tilfredsstillende for de foresatte, mens det er for kompakt og kan være vanskelig å besvare for barn og unge. Det kan være nyttig å vurdere en annen type layout til barn og unge enn til foresatte, der for eksempel skjemaet til barn og unge har større skrift og mer rom mellom de ulike spørsmålene.

#### Oppsummering og hovedfunn

Totalt har 2 253 foresatte og 1 236 barn og unge deltatt i brukerundersøkelsen som ble gjennomført i landets poliklinikker i løpet av 19 virkedager i april/mai 2004. Vi vet ikke hvor mange som har vært inntatt i poliklinikkene i løpet av denne perioden, og kan derfor ikke beregne hvor mange av disse som deltok i undersøkelsen. Poliklinikkene ble derimot bedt om å rapportere på et eget skjema hvor mange av de som faktisk ble spurt om å delta som ønsket å delta i undersøkelsen. De aller fleste som ble spurt, ønsket å delta (85 prosent).

Foresatte og barn/ungdom (fylt 11 år), ble forespurt om å besvare et spørreskjema om sine erfaringer ved poliklinikken. Informasjonen gitt i skjemaet er koblet sammen med informasjonen i pasientfilene ved poliklinikken, slik at vi enkelt har informasjon om demografiske og kliniske variabler. Spørreskjemaet er utviklet i samarbeid med fagfolk/klinikere og representanter fra landets Regionsenter for barn og unges psykiske helse.

Utvalget i brukerundersøkelsen er funnet å være representativt i forhold til geografisk spredning av institusjonene, med unntak av at Vestfold ikke er representert. I noen fylker er det også svært få brukere som har svart fra hver institusjon. Det ser ikke ut til at store eller små poliklinikker er særlig over- eller underrepresentert. Videre er jenter overrepresentert i undersøkelsen, noe som kan forklares med at de hyppigere er ved poliklinikken i forhold til

gutter, og derfor har større sannsynlighet for å havne i et tverrsnittsutvalg, men også at de kanskje i større grad synes det er greit å fylle ut slike skjema. Aldersgruppen 13-18 år er noe overrepresentert i brukerundersøkelsen, og dette ser ikke ut til å skyldes større sannsynlighet for at de er på poliklinikken, men heller at de kanskje ønsker å delta mer aktivt i en slik evaluering enn yngre brukere. Vi konkluderer også med at utvalget for brukerundersøkelsen er relativt representativt i forhold til fordeling på ulike diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge. Dette betyr at det ikke er brukere med visse diagnoser som systematisk har valgt å delta i undersøkelsen. Alt i alt mener vi at utvalget er et representativt utvalg av brukerne ved poliklinikker for barn og unge med psykiske lidelser.

### **Tilgjengelighet**

Totalt var 41 prosent av de foresatte og 29 prosent av barn og unge som delvis/i stor grad/helt var utilfredse med ventetiden fra henvisning til første samtale. Mange av disse var samtidig lite tilfredse med mulighet for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid ved behov, og 24 prosent av de foresatte og 34 prosent av barn og unge var delvis/i stor grad/helt utilfredse med denne tilgjengelighetsfaktoren. Omtrent fem prosent av de foresatte og 11 prosent av barn og unge mener at ulikt språk til en viss grad gjør at behandler og dem selv forstår hverandre dårlig. Her er det mulig at ulikt språk tolkes som mer en vanlige språkproblemer (for eksempel vanskelig språk i forhold til mange faguttrykk osv).

Vi finner at foresatte til gutter er noe mindre tilfreds med ventetid og muligheten for å få kontakt med behandler utenom avtalt tid. Dette gjenspeiler trolig at gutter generelt har høyere gjennomsnittlig ventetid enn jenter. For de samme indikatorene finner vi stort sett at foresatte til 7-12 åringer og barn og unge 11-12 åringer er noe mindre fornøyd enn de andre aldersgruppene, og særlig gjelder dette for gutter. Dette er også konsistent med at det er disse brukerne som venter lengst i følge tverrsnittsregistreringen ved poliklinikkene.

### **Personalet**

Barn og unge er mindre tilfredse med behandler og personalet ved poliklinikken enn det foresatte er. Totalt i utvalget er i overkant av 80 prosent i stor grad eller helt tilfredse med behandler og resten av personalet. Omtrent en av fem av barn og unge er mer eller mindre utilfreds med personalet, mens mer enn en av 10 er mindre tilfredse blant de foresatte. Det er tendenser til at brukere i den eldste aldersgruppen er mindre fornøyd enn andre, og kjønnsforskjellene trekker i retning av at gutter er minst tilfredse.

Det er også slik at de som har tillit til behandler også mener at behandler har mye kunnskap om problemene til barnet/ungdommen. Det å bli møtt med omtanke og forståelse fra personalet har positiv sammenheng med tillit til behandler.

### **Informasjon**

I forhold til å gi informasjon om det som skal skje på poliklinikken (undersøkelser og behandling), har poliklinikkene et forbedringspotensial. Dette er det forholdet brukerne er minst fornøyd med. Omtrent en av tre mener de får for lite informasjon, om vi ser på svarene som gjelder informasjonsspåstandene samlet. Barn og unge føler i noe større grad enn foresatte at de får for lite informasjon om undersøkelser og behandling. Kanskje kan pasienter i 11-årsalder ta i mot og bearbeide mer informasjon enn behandlerne tror.

### **Medvirkning**

Generelt er det en relativt stor andel av brukerne som ikke er tilfredse med medvirkningsmulighetene når undersøkelser eller behandlingsopplegg har blitt planlagt. Hver femte foresatte og nesten hvert fjerde barn/ungdom er delvis/i stor grad/helt enig i at de har fått bestemme for lite under planleggingen. Likevel er det 83 prosent av de foresatte som

ikke har kommet med kritikk mot behandlingsopplegget eller mot personalet. Tre prosent av de foresatte sier at kritikken de har kommet med delvis/i stor grad/helt har blitt taklet på en dårlig måte ved poliklinikken.

Dette betyr at både foresatte og barn/unge mener de bør få bestemme mer når undersøkelser eller behandlingsopplegg planlegges, men at potensiell kritikk fra de foresatte i de aller fleste tilfellene blir taklet tilfredsstillende av personalet ved poliklinikken.

### **Samarbeid**

Resultatene av brukerundersøkelsen tyder på at omtrent 13 prosent av brukerne mener at dette samarbeidet ikke er helt tilfredsstillende. Omtrent seks prosent av brukerne mener det i stor grad/helt er slik at behandlerne ved BUP samarbeider for lite om opplegget. Jenter i alderen 11-12 år er relativt mer misfornøyd enn de andre, og det er særlig mange som i stor grad/helt er misfornøyd i denne gruppen.

Vi finner videre at 20 prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge delvis/i stor grad/helt mener at behandlerne ved BUP samarbeider for lite med andre fagpersoner utenom BUP som også har kontakt med barnet. Særlige er barn og unge 11-12 år lite fornøyd med det eksterne samarbeidet, og dette stemmer overens med behandlernes oppfatninger. Det er altså relativt mange brukere som ikke er tilfredse med samarbeidet med andre instanser, og dette er klart et punkt poliklinikkene kan forbedre seg på.

Det er også slik at de som er tilfredse med det eksterne samarbeidet også er tilfredse med det interne samarbeidet. Dette kan bety at poliklinikker som er gode på å samarbeide internt også er bedre i stand til å få til et godt samarbeid med eksterne fagpersoner.

### **Behandlingsopplegg**

Over 60 prosent av brukerne føler til en viss grad at problemene har blitt mindre etter at de kom til poliklinikken. Det er likevel rundt 20 prosent av brukerne som føler at problemene ikke har blitt særlig mindre. Det er spesielt "nye brukere" eller de som ble henvist senere enn 2002 som ikke føler særlig bedring. I tillegg føler jenter i tenårene lavere grad av bedring enn gutter og yngre jenter.

De fleste foresatte mener de får god hjelp gjennom samtalene de har med personalet på poliklinikken. Det kan se ut som foresatte til jenter i tenårene er minst fornøyd med utbytte av samtalene.

Omtrent 70 prosent av barna og ungdommene i utvalget bruker medisiner. De fleste som får medisiner (70 prosent), mener at medisinene er til stor hjelp.

I overkant av halvparten av de foresatte og nesten 60 prosent av barn og unge mener at behandlingen de får ved poliklinikken er til stor hjelp. Det er likevel 23 prosent av brukerne som mener det bare delvis er slik at behandlingen hjelper. Ni prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener behandlingen ikke er til hjelp i særlig grad. Tenåringer er mindre tilfreds enn 11-12 åringer. Dette gjelder både for både gutter og jenter.

Nesten 60 prosent av de foresatte og halvparten av barn og unge, mener at behandlingen er til god hjelp for familien. Syv prosent av de foresatte og 15 prosent av barn og unge mener at behandlingen ikke hjelper familien i særlig grad.

Det er sterk grad av samvariasjon i spørsmålene som gjelder behandlingsopplegget. De som mener at barnet/ungdommen har stort utbytte av behandlingen mener også at familien har stort utbytte. Tilfredshet med utbyttet av oppholdet ved poliklinikken er i stor grad knyttet til tilfredshet med utbyttet av behandlingen og vice versa.

## Andre forhold

91 prosent av de foresatte og 87 prosent av barn og unge svarer at de aldri har blitt behandlet nedlatende eller respektløst på poliklinikken. Fire prosent av de foresatte og syv prosent av barn og unge har av og til/ofte eller alltid blitt behandlet nedlatende eller respektløst.

84 prosent av de foresatte og 79 prosent av barn og unge er i stor grad eller helt fornøyd med hjelpen fra poliklinikken totalt sett. Det er likevel 8 prosent av de foresatte og 11 prosent av barn og unge som svarer at de bare delvis er fornøyd med den hjelpen de har fått. Tre prosent av de foresatte og 8 prosent av barn og unge har enten svart at de ikke er fornøyd eller at de ikke er fornøyd i særlig grad med hjelpen fra poliklinikken totalt sett.

86 prosent av de foresatte og 77 prosent av barn og unge kan i stor grad/helt tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne poliklinikken. Hhv seks og 10 prosent av de foresatte og barn/unge mener at de bare delvis kan tenke seg å anbefale andre å søke hjelp ved denne poliklinikken. To prosent av de foresatte og ni prosent av barn og unge kan ikke/ikke i særlig grad tenke seg å anbefale poliklinikken til andre.

## Totalt tilfredshetsmål

Når vi samler alle tilfredshetsindikatorerne til et felles eller totalt tilfredshetsmål, finner vi at den poliklinikken som kommer best ut blant de foresatte (høyest gjennomsnittlig tilfredshet blant foresatte), ligger 14 prosent høyere i vårt tilfredshetsmål enn den poliklinikken som kommer dårligst ut. I svarene til barn og unge ligger den beste poliklinikken 21 prosent høyere enn den poliklinikken som kommer dårligst ut. Variasjonen kan se kunstig høy ut fordi vi ser på ytterpunktene i fordelingene. Her er det viktig å kommentere at dersom vi ser på den totale variasjonen mellom poliklinikkene i forhold til variasjonen mellom svarene til den enkelte bruker, finner vi at variasjonen, i all hovedsak ligger i forskjeller mellom brukerne og ikke mellom poliklinikkene. Dette er diskutert i kapittel 3.5.

Det er en positiv korrelasjon mellom svarene til foresatte og svarene til barn og unge i det totale tilfredshetsmålet på poliklinikknivå. I de tilfeller foresatte er fornøyd er også barn og unge i større grad fornøyd og vice versa.

I svarene til de foresatte finner vi at det ikke er systematiske forskjeller mellom gutter og jenter. Det er imidlertid tydelige aldersforskjeller. Tilfredsheten er høyest blant foresatte til den yngste aldersgruppen (0-6 år), og lavest blant de eldste (13-18 år), når vi samtidig kontrollerer for andre forhold. Foresatte til barn og unge ved en stor poliklinikk er mindre tilfredse enn foresatte til barn og unge ved en mindre poliklinikk. Når mor svarer på spørreskjemaet er hun systematisk mer tilfreds enn i de tilfeller far svarer på spørreskjemaet. Jo lenger det er siden barnet/ungdommen ble henvist, jo mer tilfreds er de foresatte.

I svarene til barn og unge finner vi at det er systematiske forskjeller mellom gutter og jenter. Jenter er mer tilfredse enn gutter. Det er ikke systematiske variasjoner mellom aldersgrupper i dette utvalget (11 til 18 åringer). Det er heller ingen forskjell i brukertilfredshet mellom store og små poliklinikker. Også her finner vi at jo lenger det er siden barnet/ungdommen ble henvist, jo mer tilfredse er de.

## 4 Institusjonsbehandling – pasientene og behandlingstilbudet

MARIT SITTER

### 4.1 Innledning

Dette kapitlet setter fokus på behandlingssituasjonen for barn og ungdom som mottar behandlingstilbud i døgn- og daginstitusjoner i psykisk helsevern for barn og unge. Institusjonsbehandling i form av døgn- og dagtilbud finnes ved klinikkavdelinger og behandlingshjem. I kapitlet presenteres pasientenes demografiske og kliniske kjennetegn, faktisk behandlingstilbud og behandlernes vurderinger av udekket etterspørsel. Videre belyses samarbeid med eksterne instanser samt bruk av individuell plan.

### 4.2 Metode og gjennomføring

Den nasjonale registreringen av pasienter i døgn- eller daginstitusjoner i psykisk helsevern for barn og unge, ble gjennomført 5. november 2003.

Registreringen ble gjennomført ved at ansvarlig behandler fylte ut ett registreringsskjema for hvert barn/ ungdom som var innlagt, eller mottok et dagtilbud ved institusjonen på registreringstidspunktet. For barn som mottok behandling ved daginstitusjoner, ble det presisert at registreringen skulle omfatte de barn og ungdom som var tilstede ved institusjonen på registreringstidspunktet.

Utkast til registreringsskjema ble sendt til samtlige av landets døgn - eller daginstitusjoner ved avdelingsleder. Det ble mottatt en del kommentarer og innspill som ble innarbeidet i den endelige versjonen av registreringsskjemaet. Undersøkelsen ble gjennomført anonymisert og med godkjenning fra Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk for helseregion Midt-Norge.

I analysene i rapporten skilles det ikke mellom klinikker og behandlingshjem. I løpet av de siste årene har det foregått en utvikling i retning av at stadig flere behandlingshjem samorganiseres med klinikker. Et av målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse er at behandlingshjem omdannes til mer aktive behandlingseenheter (St.prp.nr.63). En konsekvens av denne omorganiseringen, er at enkelte klinikker og tidligere behandlingshjem rapporteres samlet. Det vil i denne sammenheng derfor ikke være hensiktsmessig å foreta dette skille mellom institusjonstyper.

### 4.3 Utvalg og representativitet

Tverrsnittsregistreringen omfatter i alt 331 pasienter som mottok et behandlingstilbud i døgn- og dagesenheter på registreringstidspunktet. Med unntak av en institusjon omfatter registreringen samtlige institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge.

I hvilken grad pasientene som er kartlagt i tverrsnittsregistreringen er representative for døgn- og dagpasienter i psykisk helsevern, er testet ved å sammenlikne utvalgets fordelinger i forhold til kjønn, alder og henvisningsgrunn med data for alle behandlede døgn- og dagpasienter i 2003<sup>28</sup>.

#### 4.3.1 Kjønn og alder

I tabell 4.1 presenteres antall døgn- og dagpasienter i psykisk helsevern for barn og unge fordelt etter kjønn og alder.

Tabell 4.1 Pasienter i døgn- og dagenheter i psykiske helsevern for barn og unge. Fordelt etter kjønn og alder. Prosent. November 2003.

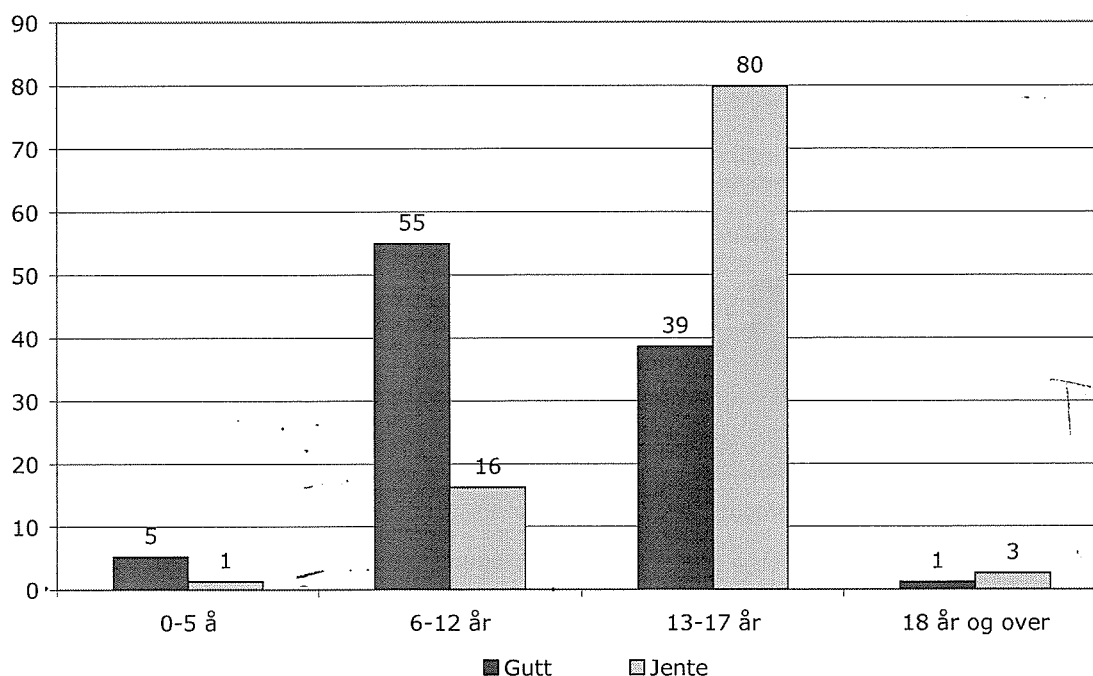
Aldersgrupper	Tverrsnittsregistreringen 5. november 2003			Pasienter i døgn- og dagenheter i 2003 (n=2187) <sup>29</sup>
	Gutt (n=171)	Jente (n=154)	Totalt (n=325)	
0-5 år	5	1	3	4
6-12 år	55	16	37	29
13-17 år	39	80	58	58
18 år og over	1	3	2	9
Totalt	100	100	100	100

Antall ubesvarte for kjønn = 4. Antall ubesvarte for alder = 2.

Totalt ble det registrert 331 pasienter i døgn- og dagenheter i psykisk helsevern for barn og unge 5. november 2003. I utvalget er det en noe større andel gutter (52 prosent) enn jenter (48 prosent). Barn og ungdom i alderen 13-17 år utgjør den største pasientgruppen totalt sett. Blant gutter er det flest pasienter i aldersgruppen 6-12 år, mens det er flest jenter i alderen 13-17 år. Det er svært få barn under 6 år som mottar et behandlingstilbud i døgn- og dagenhetene. Tabell 4.1 viser også at psykisk helsevern for barn og unge har enkelte pasienter over 17 år. Dette kan skyldes ulike forhold som ettervern eller at pasienter fyller 18 år mens de er under behandling. Denne aldersgruppen utgjør imidlertid en liten andel av utvalget. Figur 4.1 gir en grafisk fremstilling av pasientenes kjønns- og aldersfordeling.

<sup>28</sup> og <sup>2</sup> SAMDATA psykisk helsevern 2003. Data som omhandler behandlede pasienter er basert på pasientdata for barn og unge i psykisk helsevern 2003, Norsk pasientregister SINTEF Helse.

Figur 4.1 Prosentandel pasienter i døgn- og dagesheter i psykisk helsevern for barn og unge. Fordelt etter kjønn og alder.



#### REPRESENTATIVITET

Utvalget i tverrsnittsregistreringen har en noe større andel pasienter i alderen 6-12 år sammenliknet med totalt antall døgn- og dagpasienter i 2003 (Samdata psykisk helsevern 2003), vist i kolonne fire i tabell 4.1. Tilsvarende er andelen pasienter over 17 år mindre. Dette er ikke uventet da registreringsens veiledning presiserer at det er barn og ungdom i alderen 0-18 år som skal være med. Aldersgruppen 13-17 år som utgjør den største pasientgruppen, har den samme andelen pasienter i tverrsnittsregistreringen som i pasientpopulasjonen.

Når det gjelder kjønnsfordeling er det for aktivitetsåret 2003 lik fordeling mellom kjønnene<sup>30</sup>. I utvalget for denne undersøkelsen er det en noe større andel gutter (52 prosent) enn jenter (48 prosent).

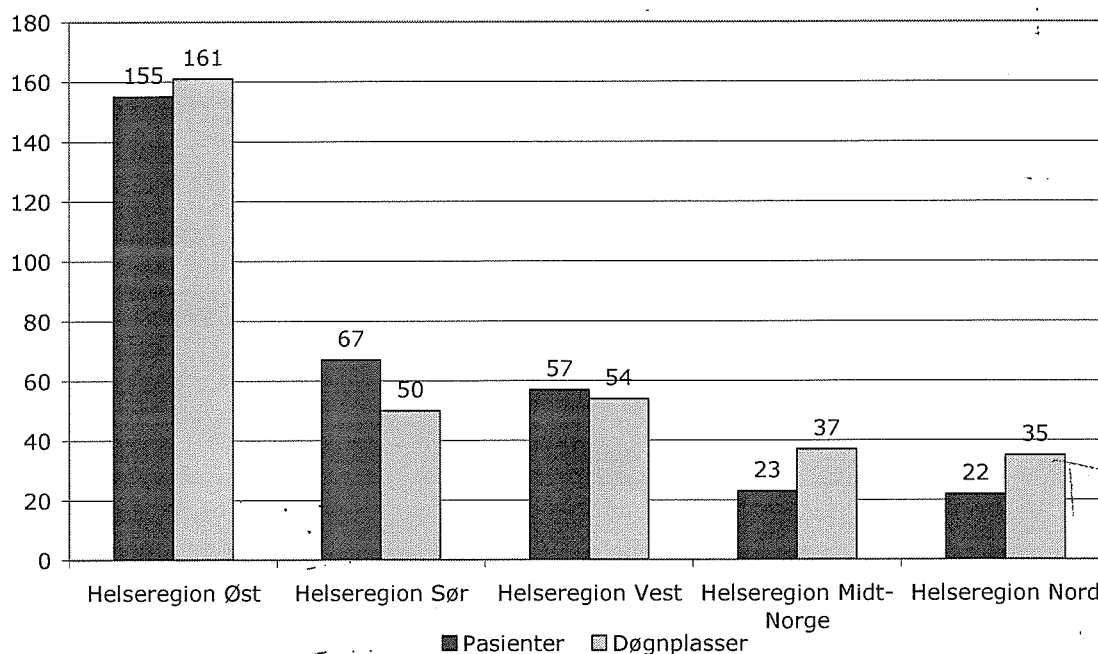
Gutter og aldersgruppen 6-12 år er altså noe overrepresentert i pasientregistreringen sammenliknet med totalt antall behandlede døgn- og dagpasienter i 2003.

#### 4.3.2 Pasientenes behandlingsregion

Døgn- og dagvirksomhetene i psykisk helsevern for barn og unge er geografisk spredt i alle de fem helseregionene. Figur 4.2 presenterer fordelingen av døgn- og dagpasienter og døgnplasser<sup>4</sup> i forhold til behandlingstilslutning.

<sup>30</sup> Pasientdata for barn og unge i psykiske helsevern 2003, Norsk pasientregister SINTEF Helse.

Figur 4.2 Antall pasienter og døgnplasser<sup>31</sup> fordelt etter helseregion.



Figur 4.2 viser at Helseregion Øst har flest døgn- og dagpasienter på registreringstidspunktet. Nesten halvparten av alle registrerte pasienter behandles i institusjoner med tilknytning til denne regionen. Helseregion Midt-Norge<sup>32</sup> og Helseregion Nord har det laveste antall pasienter.

Det er en relativt lik fordeling av antall pasienter og antall døgnplasser på regionsnivå. I Helse Sør og Helse Vest er det registrert et noe større antall pasienter enn døgnplasser. En mulig forklaring kan være at pasienter i dagbehandling utgjør en større andel av pasientene i disse regionene. For de øvrige regioner er antall pasienter lavere enn døgnplassstallet. Dette betyr trolig at døgnplasskapasiteten ikke er fullt utnyttet på registreringstidspunktet.

Ulik fordeling av pasienter mellom regionene skyldes ulikt befolkningsgrunnlag og variasjon i regionenes døgn- og dagbehandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dersom man ser antall behandlede pasienter i relasjon til befolkningsgrunnlaget i regionene, kan man sammenlikne regionene ved å presentere befolkningsbaserte rater (pasienter per 10 000 innbyggere). Tabell 4.2 viser befolkningsbaserte rater og døgnplassdekning for de ulike helseregionene.

Tabell 4.2 Pasienter per 10 000 innbyggere i døgn- og dagenheter og døgnplassdekning fordelt etter helseregion.

	Pasienter per 10 000 innbygger i døgn- og dagenheter 5. november 2003	Døgnplasser per 10 000 innbygger per 31. desember 2003
Helseregion Øst	4,2	4,4
Helseregion Sør	3,2	2,4
Helseregion Vest	2,4	2,2
Helseregion Midt-Norge <sup>1</sup>	1,5	2,4
Helseregion Nord	2,0	3,1
Totalt	3,1	3,1

1) Det er mangelfulle data for Helseregion Midt-Norge.

<sup>31</sup> Tall for antall døgnplasser er hentet fra SAMDATA psykisk helsevern 2003.

<sup>32</sup> Det er mangelfulle data for Helseregion Midt-Norge.



Tabellen viser at antall behandlede pasienter per innbygger varierer mellom regionene på registreringstidspunktet. Helseregion Øst behandler 4,2 pasienter per 10 000 innbygger på registreringstidspunktet, mens landsgjennomsnittet ligger på knapt 3 pasienter. Døgnplassdekningen (per 10 000 innbygger) varierer på samme måte mellom helse-regionene. Helseregion Øst har eksempelvis dobbelt så mange døgnplasser per innbygger sammenliknet med Helseregion Vest, som har laveste døgnplassdekning. Helseregion Øst sin særstilling skyldes blant annet at tidligere Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri – nå Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri, ble overført fra staten til Oslo kommune i 1999. Denne institusjonen representerer et stort antall døgnplasser og påvirker døgnplasskapasiteten i Helse Øst betydelig. Regionale variasjoner i døgn- og dagtilbud i spesialisthelsetjenesten henger også sammen med ulik tilbudsstruktur (vektlegging av poliklinisk tilbud eller døgn- og dagtilbud) og ressursinnsats i regionene.

#### 4.3.3 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

I denne delen settes fokus på hvorfor døgn- og dagpasientene er henvist til det psykiske helsevernet. I tabell 4.3 presenteres de viktigste henvisningsgrunnene.

Tabell 4.3 Henvisningsgrunner for pasienter i døgn- og dagvirksomheten i psykisk helsevern. Antall og prosent.

Henvisningsgrunner	Tverrsnittsregistreringen 5. november 2003			Døgn- og dagpasienter i 2003 <sup>33</sup> (n=1757)
	Antall	Prosent av antall henvisningsgrunner	Prosent av antall pasienter (n=331)	
Autistiske trekk	11	2	3	3
Psykotiske trekk	40	6	12	7
Suicidalfare	53	8	16	13
Angst/fobi	33	5	10	7
Tvangstrekk	20	3	6	2
Tristhet/depresjon	106	16	32	14
Skolefravær	58	9	18	3
Atferdsvansker	137	21	41	25
Hyperaktivitet	60	9	18	12
Rusmiddelbruk	5	1	2	1
Asosialitet/kriminalitet	4	1	1	0
Språk/talevansker	18	3	5	1
Syn/hørselproblem	0	0	0	1
Spiseproblem	30	5	9	4
Andre somatiske symptomer	20	3	6	1
Annet	56	9	17	7
Ingen	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>651</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

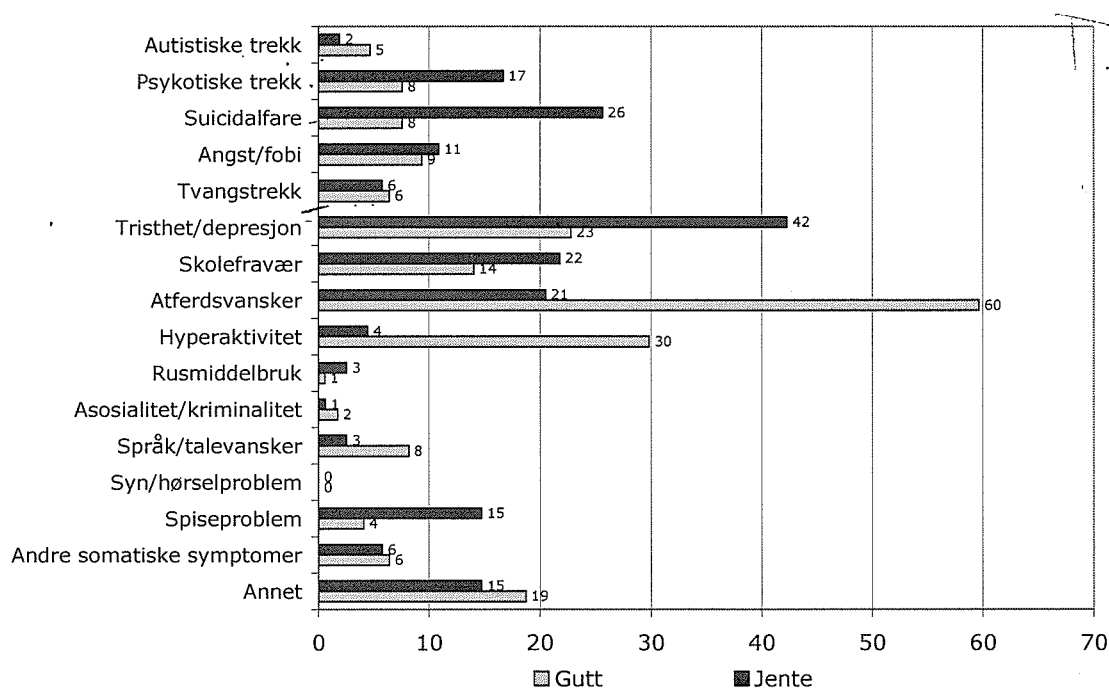
<sup>33</sup> SAMDATA psykisk helsevern 2003.

I alt 651 henvisningsgrunner ble rapportert for de 331 pasientene som var i døgn- og dageshetene på registreringstidspunktet. Dette betyr at det i gjennomsnitt ble oppgitt nær to henvisningsgrunner per pasient<sup>34</sup>. Tabell 4.3 viser at adferdsvansker er den hyppigste årsaken til at pasientene henvises til døgn- og dageshetene (41 prosent) i det psykiske helsevernet. Videre ser man at en av tre pasienter er henvist på grunn av tristhet eller depresjon. For nesten en av fem pasienter er viktigste henvisningsgrunn hyperaktivitet eller skolefravær.

I siste kolonne vises fordeling av henvisningsgrunner for alle døgn- og dagpasienter behandlet i 2003. Sammenliknet med denne fordelingen har utvalget i tverrsnittsregistreringen en liten overrepresentasjon av pasienter med skolefravær og tristhet /depresjon, og en noe mindre andel pasienter med adferdsvansker og hyperaktivitet.

Neste figur viser henvisningsgrunner blant pasienter i tverrsnittsregistreringen fordelt på kjønn.

Figur 4.3 Viktigste henvisningsgrunner fordelt på kjønn. Prosent.



Det er klare forskjeller når det gjelder hvorfor jenter og gutter henvises til døgn- eller dagbehandling i psykisk helsevern. Adferdsvansker som er den viktigste henvisningsgrunnen totalt, er langt vanligere blant gutter enn jenter. Hele 60 prosent av guttene har adferdsvansker som en henvisningsgrunn, mens dette kun er tilfelle for 21 prosent av jentene. Hyperaktivitet er en annen henvisningsgrunn som fordeler seg svært ulikt mellom kjønnene. Mens 30 prosent av guttene henvises med dette som en av henvisningsgrunnene, gjelder dette for kun 4 prosent av jentene. Den viktigste grunnen til at jenter henvises til døgn- og / eller dagbehandling i psykisk helsevern, er tristhet/depresjon. For nesten dobbelt så mange jenter oppgis dette som henvisningsgrunn sammenliknet med gutter. Suicidalfare og spiseproblemer utgjør også en langt viktigere henvisningsgrunn blant jenter enn gutter. Tre ganger flere jenter enn gutter henvises på grunn av dette.

<sup>34</sup> For å synliggjøre hvor stor andel av pasientene som har de ulike henvisningsgrunnene, presenteres prosentandeler beregnet i forhold til antall pasienter (n=331) i kolonne tre i tabell 4.3.

## 4.3.4 Diagnoser

Neste tabell viser fordeling av pasienter etter diagnosekategorier (ICD-10 Akse I, klinisk psykiatrisk syndrom).

Tabell 4.4 Pasienter etter hoveddiagnosegrupper fordelt etter kjønn og alder. Antall og prosentandel.

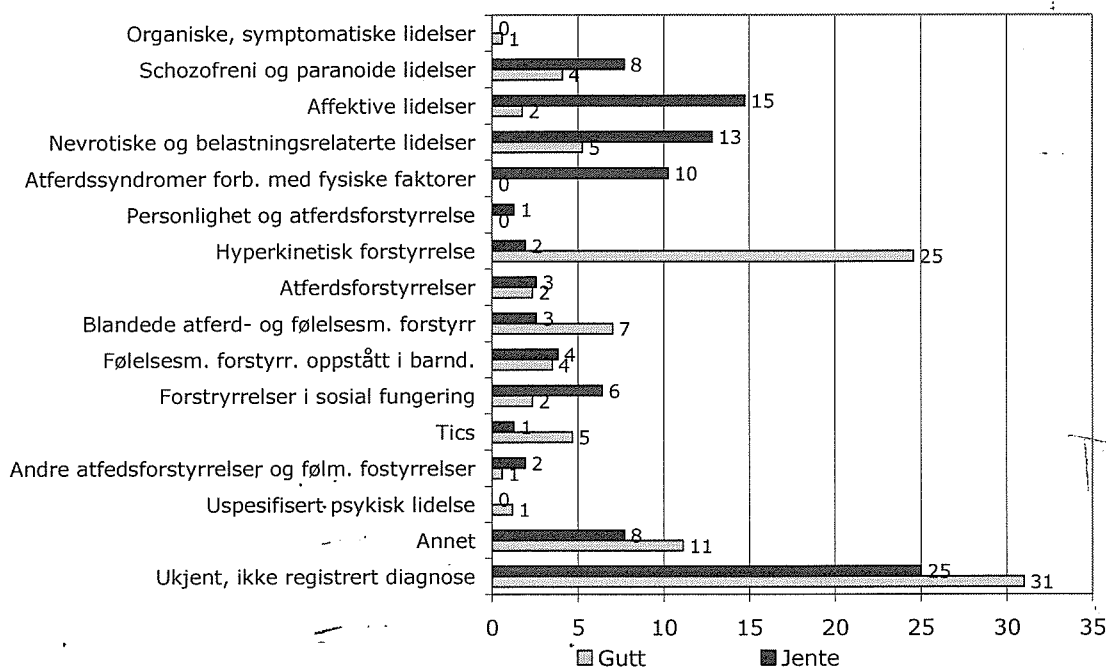
Diagnosegrupper	Antall	Prosent	Kjønn <sup>1)</sup>		Alder Gj.snitt
			Gutter (n=171)	Jenter (n=156)	
Organiske, symptomatiske lidelser	1	0	1	0	12
Schizofreni og paranoide lidelser	19	6	4	8	16
Affektive lidelser	26	8	2	15	15
Nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser	29	9	5	13	15
Adferdssyndr forb. med fysiske faktorer	16	5	0	10	15
Personlighet og atferdsforstyrrelse	2	1	0	1	16
Hyperkinetisk forstyrrelse	47	14	25	2	11
Atferdsforstyrrelser	9	3	2	3	10
Blandede atferd- og følelsesm. forstyrrelser	16	5	7	3	13
Følelsesm. forstyr. oppstått i barnd.	12	4	4	4	13
Forstyrrelser i sosial fungering	14	4	2	6	12
Tics	10	3	5	1	13
Andre atferd- og følelsesm. forstyrrelser	4	1	1	2	12
Uspesifisert psykisk lidelse	2	1	1	0	15
Annet, A90.0, E-diagnoser	24	7	9	5	12
Annet Z-diagnoser, G47.2, Q86.0	7	2	2	3	14
Ikke angitt	93	28	31	25	12
<b>Totalt</b>	<b>331</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>13</b>

1) Mangler verdi på kjønn for 3 pasienter.

En relativt stor andel av pasientene (28 prosent) har på registreringstidspunktet ikke angitt hoveddiagnose. Dersom man ser bort fra denne gruppen, viser tabell 3 at pasienter med hoveddiagnose hyperkinetiske forstyrrelser utgjør den største diagnosegruppen i døgn- og dagenhetene i psykisk helsevern for barn og unge (14 prosent). Det er imidlertid klare kjønnsforskjeller i diagnosefordeling. Affektive lidelser er den største diagnosegruppen blant jenter (15 prosent), mens det blant gutter er flest pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser (25 prosent). Tabellen viser også gjennomsnittsalder for de ulike diagnosegruppene. Pasienter med schizofreni og paranoide lidelser samt personlighet- og adferdsforstyrrelser, har den høyeste gjennomsnittsalderen (16 år). Laveste gjennomsnittsalder har pasienter innenfor diagnosegruppen adferdsforstyrrelser (10 år).

Kjønnsfordelingen for de ulike diagnosegruppene vises grafisk i figur 4. 4

Figur 4.4 Prosentandel pasienter etter hoveddiagnosegrupper fordelt på kjønn.



## 4.4 Behandlingsoppholdet

I denne delen av rapporten presenteres hvilke behandlingstilbud og behandlingsformer pasientene mottar på registreringstidspunktet, samt hvilke tilbud pasientene burde ha i følge behandlerne. Videre ser vi på hvilke tilbud pasientene mottar fra andre instanser, og hvilke oppfølgingstilbud som vil bli igangsatt etter utskrivning.

### 4.4.1 Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel

Figur 4.5 viser hvilke behandlingstilbud pasientene har på registreringstidspunktet, og hvilke tilbud pasientene burde ha i følge behandlingsansvarlig.

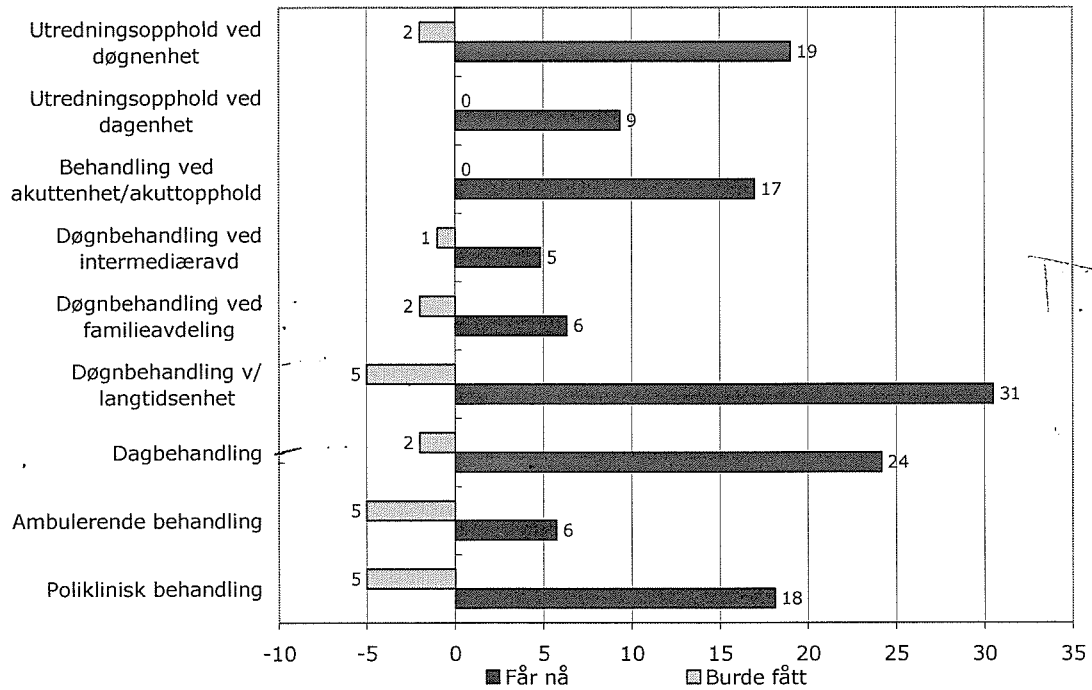
Det er rapportert 446 faktiske behandlingstilbud til de 331 registrerte døgn- og dagpasientene, det vil si i gjennomsnitt 1,3 tilbud per pasient. Dette betyr at en del pasienter mottar to eller flere behandlingstilbud parallelt. Figur 4.5 viser at døgnbehandling ved en langtidsenhet er det tilbudet flest pasienter mottar på registreringstidspunktet (31 prosent). Nesten en av fire mottar dagbehandling, mens nær en av fem har et utredningsopphold ved døgnenhet. Poliklinisk behandling omfatter 18 prosent av utvalget, og 17 prosent har behandling ved akutenhet/akutttopphold. Døgnbehandling ved familieenhet eller ambulerende behandling mottas av omlag seks prosent av pasientene.

Dersom det faktiske behandlingstilbudet pasientene mottar ikke ansees som adekvat eller tilstrekkelig, er behandler bedt om å registrere de ideelle tilbudene for pasientene. De grå kolonnene til venstre i figuren viser omfanget av det behandlingstilbudet pasientene burde ha i følge behandlingsansvarlig, enten i tillegg til eller i stedet for faktisk behandlingstilbud<sup>35</sup>. Behandlernes vurderinger tilsier at fem prosent av alle registrerte pasienter burde ha døgnbehandling ved langtidsenhet i tillegg til de som allerede mottar dette tilbudet. Udekket

<sup>35</sup> Samme pasient kan motta flere behandlingstilbud parallelt og behandler kan registrere flere ønskede tilbud per pasient. Samme pasient kan derfor være registrert flere ganger.

etterspørsel etter ambulerende behandling (5 prosent) og poliklinisk behandling (5 prosent) vurderes til å være i samme størrelsesorden. For 2 prosent av pasientene vurderes dagbehandling som et ønsket tilbud ifølge behandlingsansvarlig.

Figur 4.5 Faktisk behandlingstilbud og udekket etterspørsel. Prosent.



Figur 4.5 viser med andre ord at det for døgn- og dagpasienter primært er en udekket etterspørsel etter døgnbehandling ved langtidsenhet, ambulerende behandling samt poliklinisk behandling. I neste tabell presenteres hvor pasientene som etter behandlernes vurdering burde hatt et annet tilbud befinner seg, og hva som er ønsket behandlingssenheter for disse pasientene. Forholdet mellom faktisk og ønsket behandlingssenheter er vist i tabell 4.5.

Tabell 4.5 Faktisk og ønsket behandlingssenheter for pasienter i døgn- og døgner i psykisk helsevern for barn og unge. Antall pasienter<sup>36</sup>.

Faktisk behandlingssenheter	Ønsket behandlingssenheter											Ønsker annen behandlingssenheter	
	Faktisk behandlingsstilbud	Antall pasienter											
Faktisk behandlings- enhet	Faktisk behandlingsstilbud	Poliklinisk behandling	Ambulerende behandling	Dagbehandling	Døgnbehandling v/ langtidssenheter	Døgnbehandling v/ familieavd.	Døgnbehandling v/ intermed.avd.	Akutt opphold ved akutt enhet	Utredning ved døgner	Utredning ved døgner	Utredning ved døgner	Antall	Prosent
Poliklinisk behandling	(60)	-	8	4	4	3	4	1	0	0	2	22	37
Ambulerende behandling	(19)	4	-	0	1	1	0	0	0	0	2	7	37
Dagbehandling	(80)	3	2	-	2	1	0	0	1	1	1	10	13
Døgnbehandling v/langtidssenheter	(101)	4	7	1	-	-	5	0	0	0	4	21	21
Døgnbehandling v/familieavd.	(21)	4	0	0	1	-	-	0	0	0	0	5	24
Døgnbehandling v/intermed.avd.	(16)	2	3	2	0	0	0	-	1	0	0	8	50
Akutt opphold /akutt enhet	(55)	10	9	3	8	3	3	4	-	0	2	39	71
Utredning ved døgner	(31)	1	2	2	1	0	0	0	-	-	1	7	23
Utredning ved døgner	(63)	5	7	2	4	2	2	2	0	1	-	23	37
Udekket etterspørsel	(446)	33	38	14	20	15	7	1	2	11	142	-	-

<sup>36</sup> Samme pasient kan motta flere behandlingstilbud parallelt og behandler kan registrere flere ønskede tilbud per pasient. Samme pasient kan derfor være registrert flere ganger.

Tabellen viser hvilke tilbud pasienter ved de ulike enhetene ideelt sett burde ha, ifølge behandlingsansvarlig. Dette kan enten være tilbud i tillegg til, eller i stedet for faktisk behandlingstilbud. På registreringstidspunktet mottok eksempelvis 60 pasienter poliklinisk behandling. Av disse vurderer behandlingsansvarlig at 22 pasienter (37 prosent) burde ha behandling ved annen enhet/omsorgsnivå enten i tillegg til eller i stedet for poliklinisk behandling. For disse pasientene er det udekket behov for ambulerende behandling (åtte pasienter), dagbehandling (fire pasienter), døgnbehandling i familieavdeling (fire pasienter) samt døgnbehandling i langtidsavdeling (tre pasienter). Videre ser vi at av 101 pasienter som mottar behandling ved langtidsenheter, burde 21 pasienter (21 prosent) ideelt sett ha et annet tilbud i stedet for eller som et supplement til langtidsbehandlingen. For disse pasientene er poliklinisk behandling (fire pasienter), ambulerende behandling (sju pasienter) og utredning ved døgnenhet (fire pasienter) ønskede behandlingstilbud ifølge ansvarlig behandler. Av de 55 pasientene som mottar behandling i akuttenheter, bør 39 pasienter (71 prosent) i følge behandler ha et annet behandlingstilbud. Poliklinisk og ambulerende behandling (ti og ni pasienter) samt døgnbehandling i langtidsenhet (åtte pasienter), anses som ideelt tilbud i henhold til ansvarlig behandler vurdering.

Oppsummert viser tabell 4.5 at det er udekket etterspørsel etter 142 behandlingstilbud ved andre enheter enn ved de faktiske behandlingseenhetene<sup>37</sup>. Pasienter i akuttopp- hold/avdelinger har den største andelen pasienter med behov for andre behandlingstilbud (71 prosent) i tillegg til eller i stedet for tilbud på registreringstidspunktet. Resultatet kan tyde på at en del døgn- og dagpasienter blir værende ved akuttavdelinger lenger enn nødvendig. Dette kan skyldes kapasitetsproblemer eller plassmangel ved ønsket behandlingseenhet, som i dette tilfelle er poliklinisk og ambulerende behandling, samt døgnbehandling i langtidsenhet. Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet da antallet pasienter er lavt.

#### 4.4.2 Terapi- og behandlingsformer

Innenfor de ulike behandlingstilbud, benyttes ulike terapi- og behandlingsformer.

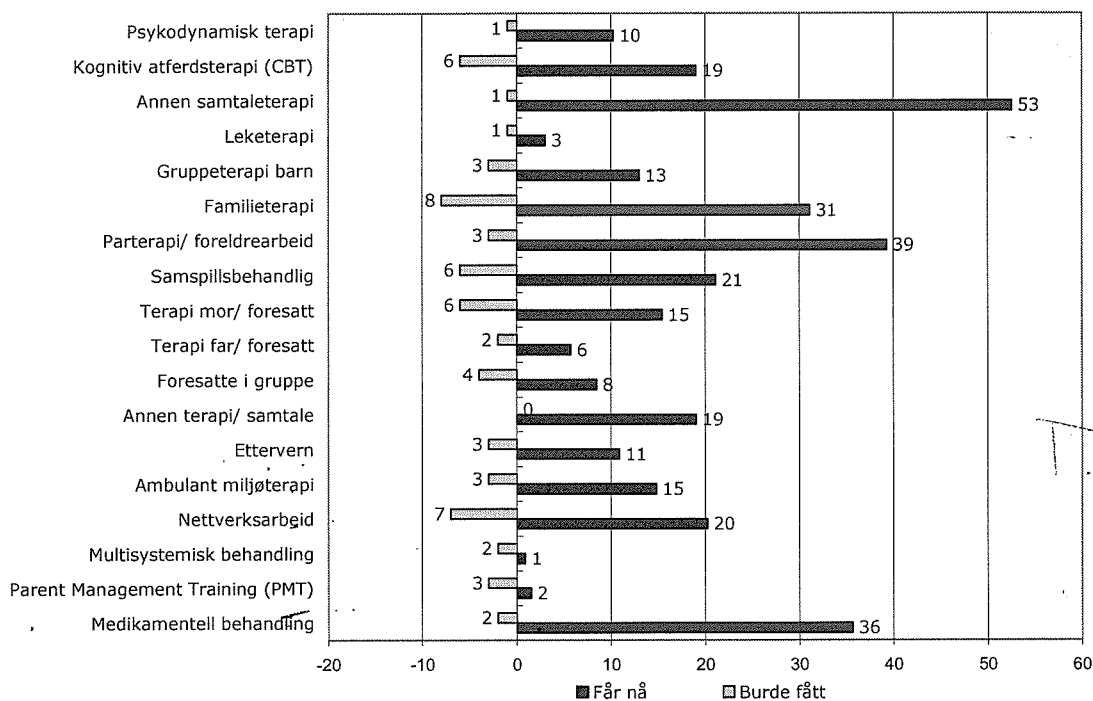
Figur 4.6 viser hvilke behandlingsformer og type terapier pasientene mottar i døgn- og dagvirksomhetene, samt hvilke tilbud de burde få i henhold til ansvarlig behandler vurdering.

I gjennomsnitt mottar hver av de 331 pasientene i døgn- og dagenheten i overkant av tre ulike terapitilbud på registreringstidspunktet. Over halvparten av pasientene og deres familier mottar samtalerapi, 39 prosent parterapi/foreldrearbeid og 31 prosent mottar familierapi. Medikamentell behandling benyttes for 36 prosent av pasientene. Miljøterapi ansees som en sentral behandlingsform i psykisk helsevern for barn og unge, og er i denne figuren rapportert under annen terapi /samtale og ambulant miljøterapi.

I følge behandlerens vurdering burde ytterligere åtte prosent av pasientene motta familierapi. De grå kolonnene til venstre i figuren viser udekket omfang av ulike terapiformer. Det er størst udekkede etterspørsel etter terapiformer som nettverkarbeid (sju prosent), samspillsbehandling (seks prosent) samt kognitiv adferdsterapi (seks prosent).

<sup>37</sup> Her kan samme pasient ha udekket etterspørsel etter flere tilbud parallelt.

Figur 4.6 Terapi- og behandlingsformer. Prosent.



#### IKKE TILSTREKKELIG TILBUD – HVA ER ÅRSAKEN?

Tabell 4.6 viser hvorfor en del av pasientene i følge behandlernes vurderinger, ikke har et godt nok behandlingstilbud på det aktuelle tidspunktet for pasientregistreringen.

Tabell 4.6 Hva er årsaken hvis pasienten ikke har et tilstrekkelig tilbud?

	Antall	Prosent
Mangler kompetanse her	12	8
Samarbeid med kommunal instans fungerer dårlig	14	10
Har kompetanse med for liten kapasitet	22	15
Pasient/pårørende ønsker ikke mer hjelp	27	19
Pasienten er under utredning	43	30
Annet	24	17
Sum	143	100

Den viktigste grunnen til at pasienter mangler tilstrekkelige tilbud, er ifølge behandlerne at pasienten er under utredning. Dette gjelder omlag en av tre pasienter (30 prosent). For 19 prosent av de som ikke mottar et tilstrekkelig tilbud, er årsaken at pasienten eller pårørende ikke ønsker mer hjelp, og for 15 prosent er det begrenset kapasitet ved behandlingstilbudet som er årsaken. Dårlig fungerende samarbeid med kommunale instanser og manglende kompetanse i psykisk helsevern, oppgis som forklarende årsaker i henholdsvis ti og åtte prosent av tilfellene.



## UTVIKLING I BEHANDLINGSPERIODEN

I neste figur presenteres behandlernes vurdering av pasientens utvikling i behandlingsperioden.

Tabell 4.7 Har pasienten hatt en positiv utvikling i løpet av behandlingsperioden?

	Antall	Prosent
Ja	245	92
Nei	22	8
Total	267	100

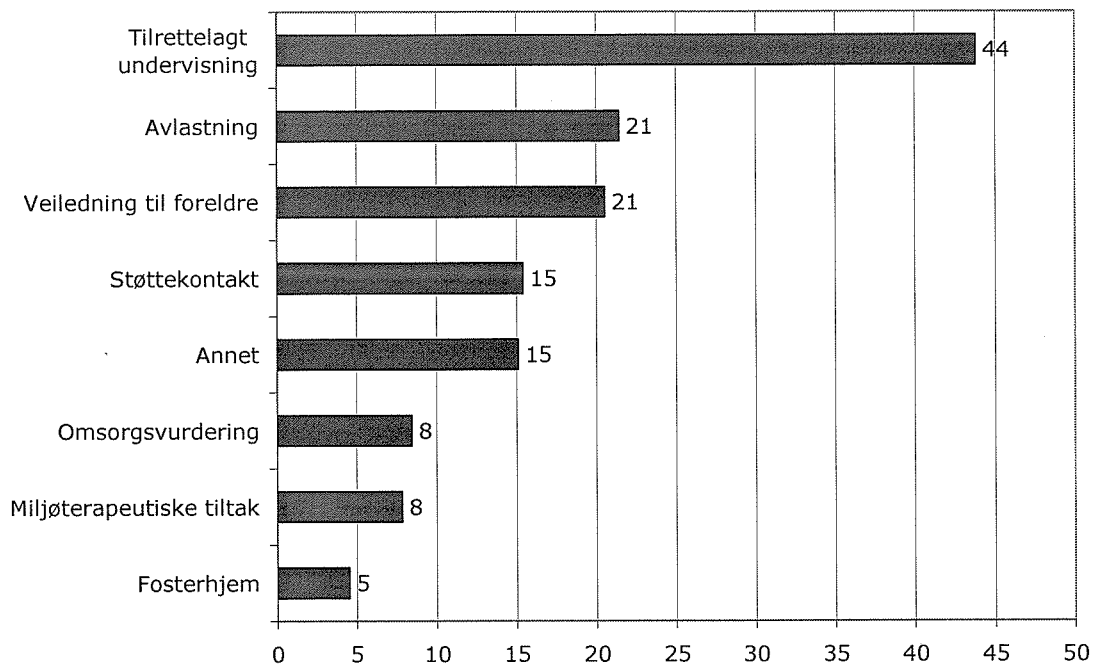
Antall ubesvarte = 20. Antall ikke relevante = 43.

Et klart flertall (92 prosent) av pasientene har i følge behandlerne hatt en positiv utvikling i løpet av behandlingsperioden. Kun en mindre andel av pasientene mener dette ikke er tilfelle (8 prosent).

## TILBUD FRA ANDRE INSTANSER

Neste figur viser hvilke tilbud døg- og dagpasientene mottar fra andre instanser på registreringstidspunktet.

Figur 4.7 Prosentandel pasienter med tilbud fra andre instanser.



Figuren viser at en stor andel av barn og ungdom i døg- og/eller dagenheter mottar tjenester fra andre instanser mens de er under behandling i psykisk helsevern. Tilrettelagt undervisning i skole eller barnehage er det eksterne tilbudet som omfatter flest pasienter. Blant døg- og dagpasientene i registreringen har 44 prosent tilrettelagt undervisning. En av fem mottar veiledning til foreldre eller avlastningstilbud, mens 15 prosent har støttekontakt. Tabell 4.8 viser behandlerne vurderinger av tilbudet fra andre instanser med hensyn på omfang, innhold og kompetanse.

Tabell 4.8 Vurdering av tilbud fra andre instanser. Prosent.

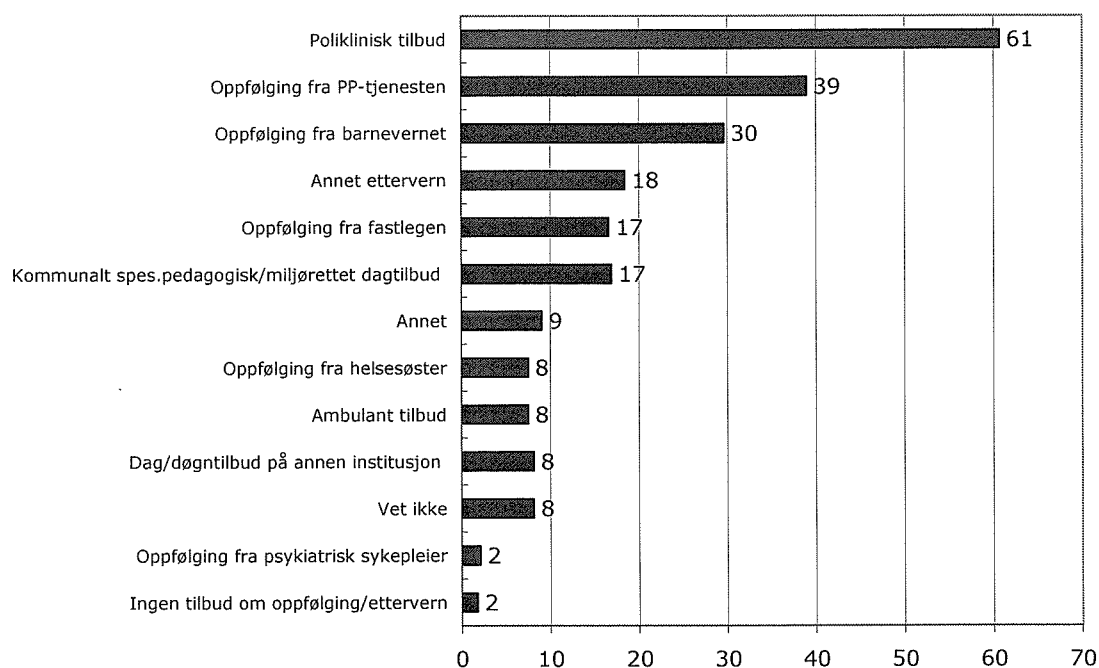
	Tilstrekkelig omfang (n=258)	Adekvat innhold (n=238)	Adekvat kompetanse (n=239)
Nei	31	15	13
Ja	46	54	55
Vet ikke	22	30	32
Totalt	100	100	100

Tabell 4.8 viser at for omlag halvparten av pasientene vurderer behandlingsansvarlig tilbudet fra andre instanser som tilstrekkelig i omfang og adekvat i forhold til innhold og kompetanse. For en relativt stor andel av pasientene kjenner behandler ikke til innholdet i tilbudene (30 prosent) eller hvilken kompetanse (32 prosent) de andre instansene innehar.

#### FRAMTIDIG OPPFØLGING

Hvilke behandlingstilbud vil pasientene i følge behandlerne få når de skrives ut fra døgn- eller dagenhetene? I figur 4.8 presenteres behandlernes vurdering av tilgjengelige tilbud for oppfølging av pasientene.

Figur 4.8 Tilbud til pasientene etter utskrivning fra døgn- og dagenheten.



Poliklinisk tilbud ansees av de behandlingsansvarlige som det mest aktuelle tilbudet til pasienter etter utskrivning. For over 60 prosent av pasientene er poliklinisk behandling aktuelt som oppfølging. Videre ser vi at PP-tjenesten (39 prosent) og barnevernet (30 prosent) også representerer sentrale oppfølgende tilbud. Oppfølging fra fastlegen, dagtilbud i kommunal regi eller annet ettervern er aktuelt for nær en av fem pasienter. For to prosent av pasientene er det ikke aktuelt med ettervern etter utskrivning, ifølge behandlerne.

## 4.5 Personell

I pasientregistreringen kartlegges hvilke personellgrupper som deltar i behandlingen av døgn- og dagpasientene. Tabell 4.9 viser hvilke faggrupper som innehar ulike roller i behandlingen av pasientene, og figur 4.9 til 4.12 gir grafiske framstillinger for den enkelte rolle.

Tabell 4.9 Prosentandel ansatte som deltar i behandlingen av pasientene. Fordelt etter personellkategori og roller i behandlingen.

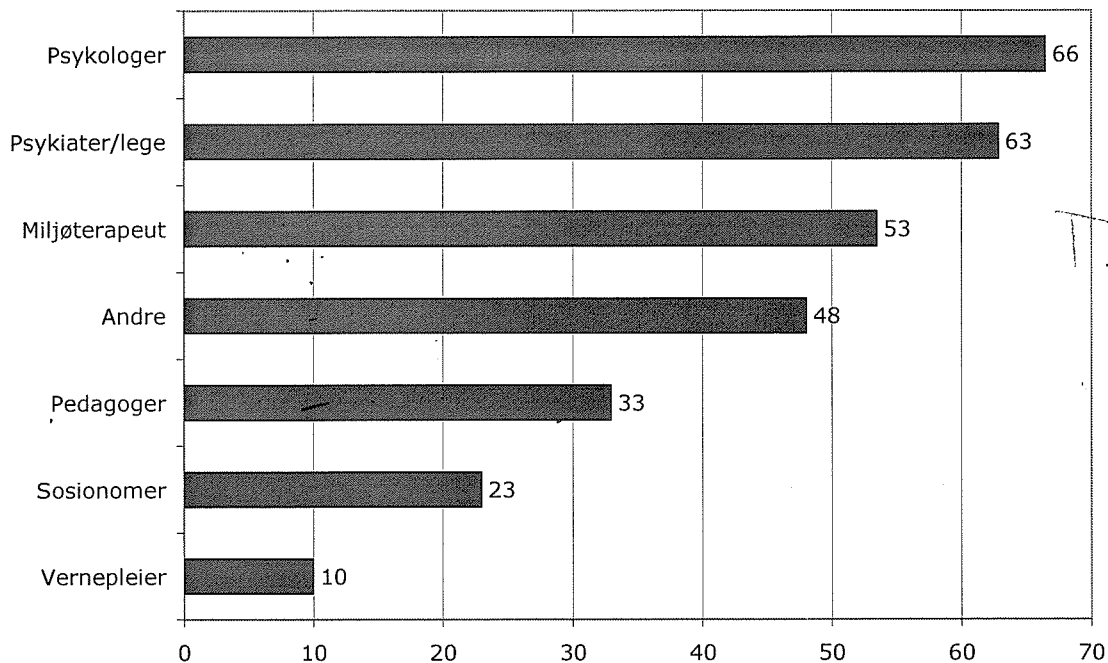
	Involvert (n=982)	Saks- ansvarlig (n=335)	Rådgiver /veileder (n=185)	Deltar direkte i behandling (n=789)	Annen rolle (n=118)
Barnepsykiater	47	15	22	16	10
Lege i utdanning	16	11	0	11	1
Psykolog spesialist	28	15	11	15	3
Psykolog i utdanning	17	11	0	5	3
Psykolog	22	18	6	11	2
Klinisk sosionom	20	9	4	16	2
Klinisk barnevernspedagog	16	4	2	21	2
Klinisk vernepleier	7	0	0	7	3
Sosionom i utdanning	3	0	0	4	1
Barnevernspedagog i utdanning	8	1	0	10	1
Vernepleier i utdanning	3	0	0	3	0
Klinisk pedagog	7	1	1	6	0
Pedagog i utdanning	2	1	0	2	1
Miljøterapeut	53	3	3	63	1
Familieterapeut	16	7	1	16	1
Webster-Stratton- terapeut	1	0	0	1	1
Marte Meo-terapeut	1	1	0	3	0
Fysioterapeut	3	0	0	3	0
Ergoterapeut	4	0	0	4	0
Musikkterapeut	0	0	0	1	0
Kunstterapeut	0	0	0	2	0
Andre	23	5	5	22	5
<b>Totalt antall døgn- og dagpasienter</b>	<b>(331)</b>	<b>(331)</b>	<b>(331)</b>	<b>(331)</b>	<b>(331)</b>

Tabellen viser andel fagpersoner som deltar i behandlingen av de 331 pasientene i døgn- og dagenheten på registreringstidspunktet. Det er en sammensatt gruppe av ulike personellkategorier som deltar i behandlingen av døgn- og dagpasientene, og faggruppene innehar tildels ulike roller. Miljøterapeuter er involvert eller deltar direkte i behandlingen til over halvparten av pasientene. Psykologer og leger har en sentral rolle som saksansvarlige og

rådgivere. I figurene 4.9 til 4.12 presenteres mer detaljerte resultater for de ulike rollene i behandlingen av pasientene.

Figur 4.9 viser hvilke personellgrupper som er involvert i behandlingen av døgn- og dagpasientene.

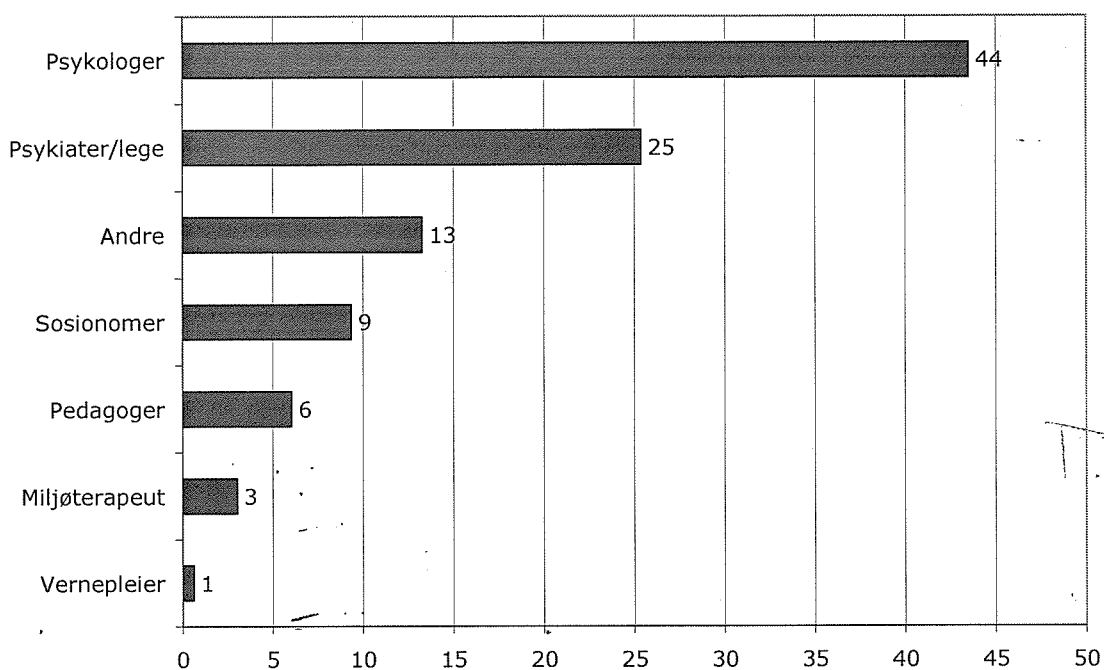
Figur 4.9 Personellgrupper som er involvert i behandlingen. Prosent av antall pasienter.



For døgn- og dagpasientene er det registrert totalt 982 involverte ansatte. Dette betyr at det i gjennomsnitt er nesten tre ulike personellkategorier involvert i behandlingen av den enkelte pasient. Psykologer og leger er involvert i behandlingen av henholdsvis 66 og 63 prosent av pasientene. For omlag halvparten av pasientene er miljøterapeuter involvert i behandlingen, mens for en av tre pasienter er en pedagog involvert. For nesten halvparten av pasientene deltar også andre typer personell enn de som er nevnt eksplisitt her. Dette viser at det er relativt mange faggrupper involvert i behandlingen av barn og unge i det psykisk helsevernet.

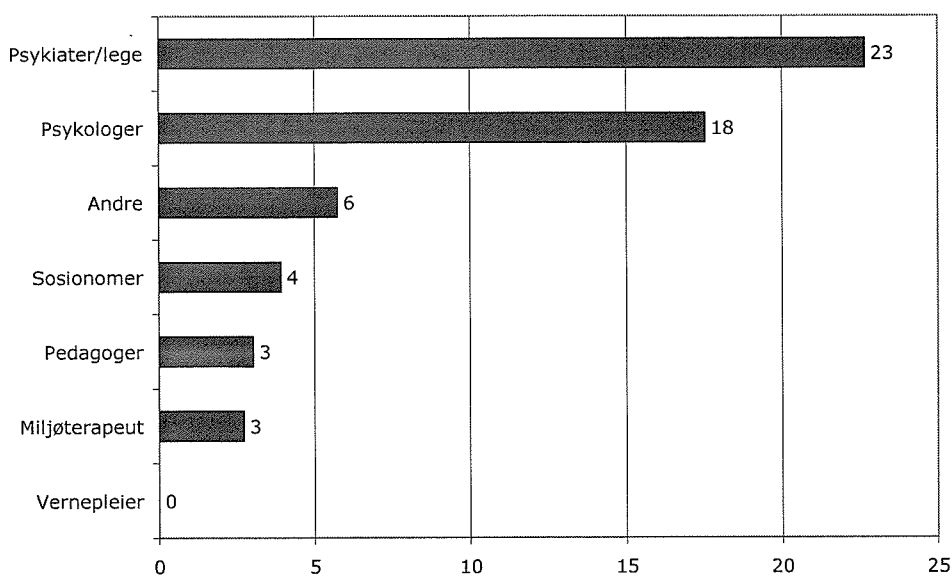
I figur 4.10 presenterer hvilke faggrupper som har rollen som saksansvarlige i behandlingen.

Figur 4.10 Personellgrupper som er saksansvarlige for behandlingen. Prosent av antall pasienter.



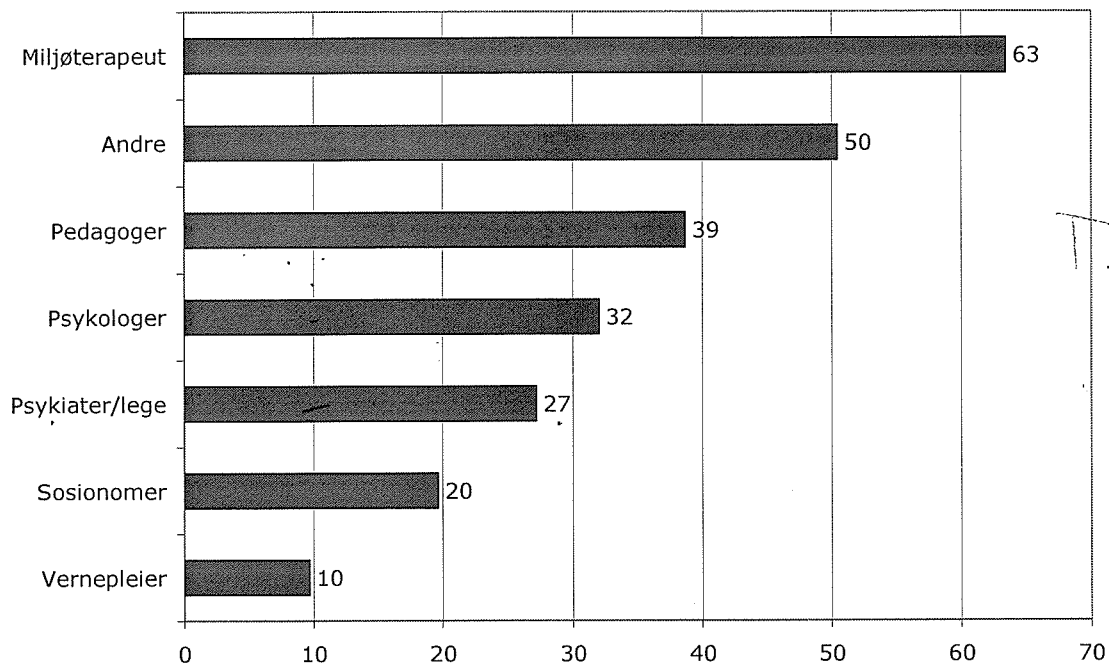
Det er registrert 335 saksansvarlige i forhold til de 331 pasientene som var i døgn-dagenhetene i november 2003. På bakgrunn av disse tallene, er det grunn til å tro at alle registrerte pasienter har en saksansvarlig blant de ansatte, og enkelte har to. Figur 10 viser at psykologer i størst grad innehar rollen som saksansvarlig blant døgn- og dagpasientene, dernest kommer personellkategorien leger. Pedagoger eller sosionomer er saksansvarlig for under 10 prosent av pasientene. Figur 4.11 viser hvilke personellgrupper som er rådgivere eller veiledere i behandlingen av pasientene.

Figur 4.11 Personellgrupper som rådgivere/veiledere i behandlingen. Prosent av pasienter.



Rollen som rådgiver eller veileder innehas av 185 ansatte i døgn- og dagvirksomheten på registreringstidspunktet. Psykologer og leger fyller denne funksjonen for henholdsvis 18 og 23 prosent av pasientene. I de tilfeller fagfolk av denne kategorien ikke er involvert på annen måte, benyttes de trolig som rådgivere der dette er nødvendig. De andre personellkategoriene innehar i liten grad rollen som rådgiver/veileder. Neste figur viser hvilke personellkategorier som deltar direkte i behandlingen av pasientene.

Figur 4.12 Personellgrupper som deltar direkte i behandlingen. Prosent av antall pasienter.



Knappt 800 ansatte deltar direkte i behandlingen av de 331 registrerte pasientene. Miljøterapeuter er den faggruppen av ansatte som deltar direkte i forhold til flest pasienter (63 prosent). Halvparten av pasientene har dessuten personell som sorterer under "andre" som er direkte involvert i behandlingen. Dette er blant annet allmennlege, familieterapeut, lærer, psykiatrisk sykepleier og voksenpsykiater. Pedagoger deltar direkte i forhold til 39 prosent av pasientene, mens tilsvarende tall for psykologer og leger er henholdsvis 32 og 27 prosent. En av fem pasienter har en relasjon til en sosionom i forbindelse med behandlingen.

## 4.6 Koordinator

En sentral funksjon i arbeidet med pasienter som mottar tjenester fra flere faggrupper og instanser, er rollen som koordinator for det samlede tjenestetilbudet. Tabell 4.10 viser hvem som ivaretar denne funksjonen for pasientene på registreringstidspunktet.

Tabell 4.10 Koordinator for det samlede tilbudet. Antall og prosent.

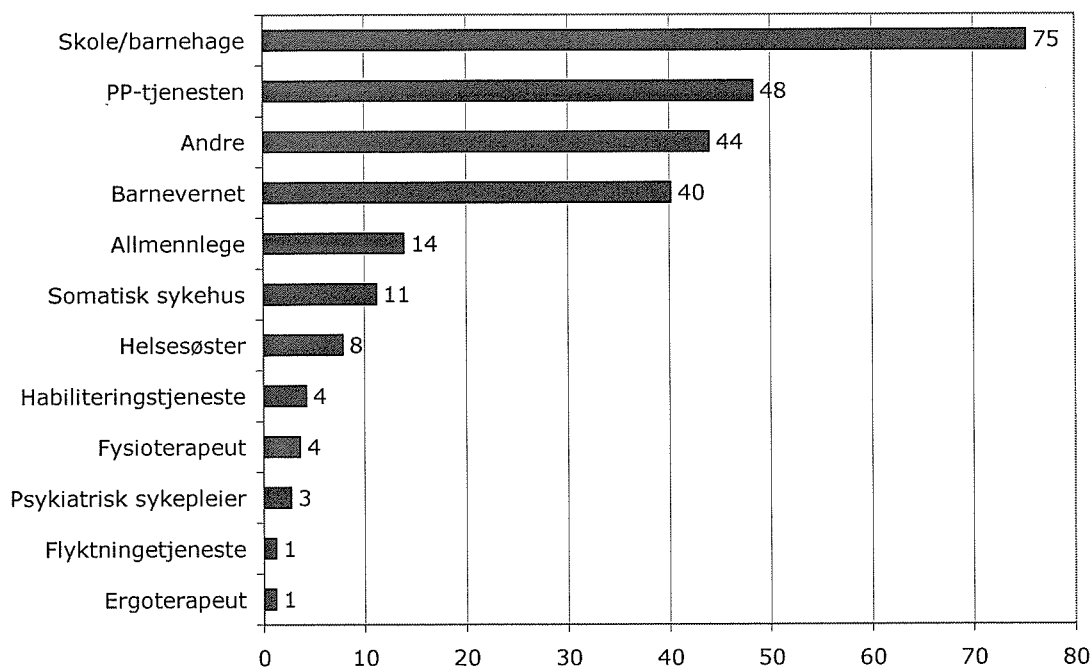
	Antall	Prosent	Prosent
Behandlingsansvarlig/saksansvarlig	204	65	79
Annen fagperson i psykisk helsevern	34	11	13
Primærlege	3	1	1
Annen fagperson i primærhelsetjenesten	16	5	6
Sum	257	82	100
Ikke behov for noen koordinator	8	2	-
Behov for koordinator, men har ingen ennå	15	5	-
Vet ikke	12	4	-
Annet	22	7	-
Sum	57	18	-
<b>Totalt</b>	<b>314</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

For en stor andel av pasientene ivaretas rollen som koordinator av fagpersoner i det psykiske helsevernet. Et klart flertall av pasientene i døgn- og dagenhetene har behandlingsansvarlig/saksansvarlig som koordinator for det totale tjenestetilbudet som mottas. Som vi så av figur 4.10, ivaretas denne rollen av psykofer og leger for omlag 70 prosent av pasientene. Fagpersoner i førstelinjen har koordineringsansvar for kun en liten andel av pasientene (6 prosent).

#### 4.7 Involverte samarbeidsinstanser

I registreringen har man kartlagt hvilke instanser som er involvert i samarbeid vedrørende pasientene som har et døgn- og/eller dagtilbud i psykisk helsevern for barn og unge. I figur 4.13 presenteres de ulike samarbeidsinstansene som er involvert.

Figur 4.13 Involverte samarbeidsinstanser. Prosent.



I alt 1153 samarbeidsrelasjoner er registrert for de 331 pasientene på registreringstidspunktet. Det vil si at det for hver pasient i gjennomsnitt er 3,5 relasjoner til samarbeidende instanser.

Figur 4.13 viser at døgn- og dagenhetene i psykisk helsevern har et ustrakt samarbeid med skole og barnehage (75 prosent). For omlag halvparten av pasientene er det etablert et samarbeid med PP-tjenesten og for 40 prosent av barna er det kontakt med barnevernet. For de øvrige aktuelle samarbeidsinstansene varierer andelen pasienter det samarbeides om med mellom en og 14 prosent.

Tabell 4.11 presenterer hvordan samarbeidet mellom de ulike instansene fungerer i henhold til behandlernes vurderinger. For flere instanser samarbeides det om et lite antall pasienter, og i disse tilfellene vil det være usikkerhet forbundet med tolkningen av resultatene. I de tilfeller der samarbeidet omfatter mindre enn 10 pasienter, er det ikke presentert data. I tabellen angis antall pasienter det samarbeides om i forhold til de ulike instansene.

Tabell 4.11 Hvem er involverte samarbeidsinstanser og hvordan fungerer samarbeidet?

	Godt	Middels	Dårlig	Sum	n
Skole/barnehage	72	25	3	100	249
PP-tjenesten	57	35	8	100	160
Helsesøster <sup>2)</sup>	62	31	8	100	26
Psykiatrisk sykepleier <sup>1)</sup>	.	.	.	.	9
Allmennlege <sup>2)</sup>	50	26	24	100	46
Barnevernet	65	32	4	100	133
Somatisk sykehus <sup>2)</sup>	62	30	8	100	37
Habiliteringstjeneste <sup>2)</sup>	64	36	0	100	14
Flyktningetjeneste <sup>1)</sup>	.	.	.	.	4
Fysioterapeut <sup>2)</sup>	75	25	0	100	12
Ergoterapeut <sup>1)</sup>	.	.	.	.	4
Andre	81	15	4	100	147

1) Det presenteres ikke data på grunn av lavt antall pasienter (n<10).

2) Karakteristika av samarbeidet er beheftet med usikkerhet på grunn av lavt antall pasienter (n<50).

Tabell 4.11 viser hvordan behandlerne synes samarbeidet fungerer i forhold til de ulike samarbeidsinstansene. Behandlingsansvarlige i døgn- og dagenhetene betegner i stor grad samarbeidet med de eksterne instansene som godt fungerende. Figur 4.13 viste at døgn- og dagenhetene i størst grad samarbeider med skole/barnehage, PPT og barnevern. Av tabell 4.11 ser vi at samarbeidet med skole/barnehage karakteriseres som godt for 72 prosent av pasientene. Tilsvarende tall for barnevernet er 65 prosent og PP-tjenesten 57 prosent. Samarbeidet med allmennlegene skiller seg noe ut. Her betegnes 24 prosent av samarbeidsrelasjonene angående pasientene som dårlige, 26 prosent som middels og 50 prosent som gode. En av de forklarende kommentarene er at legene ikke har tid til samarbeid. Andre sentrale forklaringer dersom samarbeidet mellom instansene ikke fungerer, er manglende rutiner for samarbeid, begrensede ressurser, kapasitetsproblemer, mangel på kontinuitet i forhold til tjenesteyter samt ulike faglige forankringer.



## 4.8 Planer

Temaet i denne delen av rapporten er i hvilken grad ulike planerverktøy er i bruk i behandlingen av døgn- og dagpasientene.

I avsnitt 4.8.1 settes fokus på omfanget av skriftlig individuell planer for pasientene, deretter presenteres bruk av behandlingsplaner (avsnitt 4.8.2).

### 4.8.1 Individuell plan

Individuell plan er et planleggings- og dokumentasjonsverktøy som benyttes å skape helhetlige og individuelt tilpassede tjenestetilbud for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester<sup>38</sup>. I tabell 4.12 presenteres i hvilken grad pasientene i døgn- og dagvirksomhetene har en individuell plan.

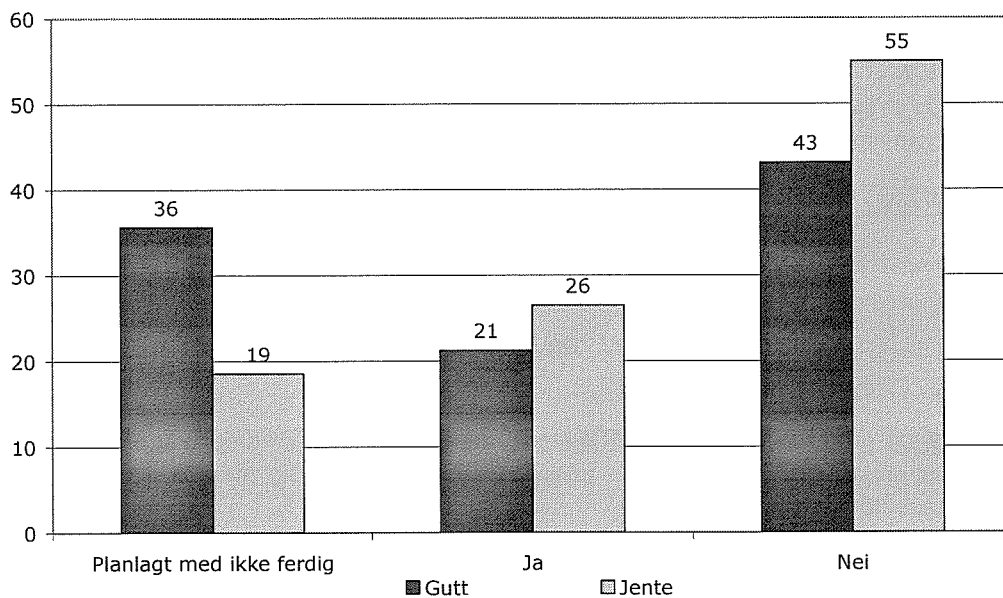
Tabell 4.12 Har pasienten en skriftlig individuell plan?

	Antall	Prosentandel
Planlagt med ikke ferdig	86	27
Ja	74	23
Nei	155	49
Total	315	100

Antall ubesvarte = 16.

Tabellen viser at nesten halvparten av pasientene i døgn- og dagvirksomheten ikke har fått utarbeidet en skriftlig individuell plan. Kun 23 prosent har dette. For omlag 27 prosent av pasientene er det imidlertid planlagt å utarbeide en individuell plan, men arbeidet er ikke ferdigstilt. Figur 4.14 gir en grafisk fremstilling av omfanget av individuelle planer fordelt på kjønn.

Figur 4.14 Omfang av skriftlig individuell plan fordelt på kjønn. Prosent.



<sup>38</sup> Retten til individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven §2-5 og i lov om sosiale tjenester § 4-3.

På registreringstidspunktet foreligger det individuelle planer for en noe større andel av jentene enn guttene. Figur 4.14 viser imidlertid at det er planlagt å utarbeide individuelle planer i langt større grad for gutter enn jenter. Hele 55 prosent av jentene mangler helt en individuell plan, mens tilsvarende tall for guttene er 43 prosent.

I neste tabell presenteres årsaker til at pasienter mangler individuelle planer.

Tabell 4.13 Hvis pasienten ikke har en skriftlig individuell plan, hva er årsak til dette?

	Antall	Prosent
Har ikke hatt tid	20	14
Forhold i førstelinjen	48	35
Manglende interesse fra foreldrene	3	2
Annet	67	49
Total	138	100

Antall ubesvarte = 193.

Det er trolig flere årsaker til at det for en del pasienter ikke foreligger individuelle planer. Av de 155 pasientene som verken hadde en ferdigstilt plan eller en plan under utarbeidelse, er det for 138 pasienter registrert årsaker til dette. Tabell 4.13 viser at den viktigste enkeltårsaken er forhold i førstelinjen (35 prosent). For nær halvparten av pasientene er det andre årsaker til at de ikke har en individuell plan, og i de utdypende kommentarene nevnes årsaker som at pasienten er under utredning, at det er for tidlig i prosessen/forløpet og at andre instanser har ansvar for utarbeidelsen av individuell plan. Manglende interesse fra foreldrene oppgis i svært liten grad som forklarende årsak (2 prosent).

#### 4.8.2 Behandlingsplan

I behandling av pasientene utarbeider institusjonene ofte interne behandlingsplaner for den enkelte pasient.

Tabell 4.14 viser i hvilken grad døgn- og dagpasientene har en slik behandlingsplan på registreringstidspunktet.

Tabell 4.14 Foreligger en behandlingsplan for pasientene?

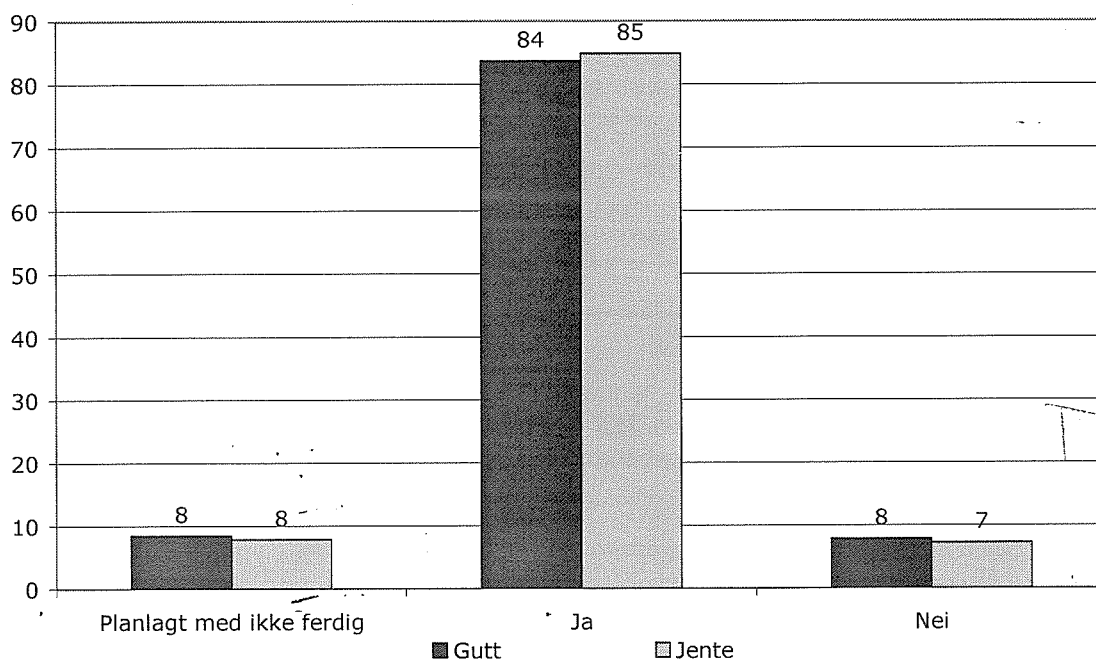
	Antall	Prosentandel
Planlagt, men ikke ferdig	27	8
Ja	270	84
Nei	24	8
Total	322	100

Antall ubesvarte=9.

En svært stor andel av pasientene har på registreringstidspunktet en ferdig utarbeidet behandlingsplan (84 prosent). Kun en mindre andel har verken en ferdig plan (8 prosent) eller en plan under utarbeidelse (8 prosent).

Figur 4.15 viser omfanget av behandlingsplaner for pasientene fordelt på kjønn.

Figur 4.15 Omfang av behandlingsplaner fordelt på kjønn. Prosent.



Figuren viser at det er tilnærmet ingen forskjell mellom jenter og gutter vedrørende omfanget av behandlingsplaner. For begge kjønn har majoriteten av pasientene en behandlingsplan.

#### SAMSVARER BEHANDLINGSPLAN OG BEHANDLINGSTILBUD?

Tabell 4.15 viser i hvilken grad behandlingstilbudet som pasientene mottar følger behandlingsplanen.

Tabell 4.15 Er behandlingstilbudet i tråd med behandlingsplanen?

	Antall	Prosent
Ja	283	98
Nei	5	2
Total	289	100

Antall ubesvarte = 16.

Uaktuelt = 27.

Behandlingsplanen ser ut til å være et verktøy som blir benyttet i behandlingen av pasientene. Tabell 4.15 viser at behandlingstilbudet er i tråd med behandlingsplanen for en svært stor andel av pasientene (98 prosent).

## PLANLAGTE BEHANDLINGSTILBUD

I tabell 4.16 presenteres tall for behovet for langtidsbehandling blant pasientene i døgn- og dagvirksomhetene.

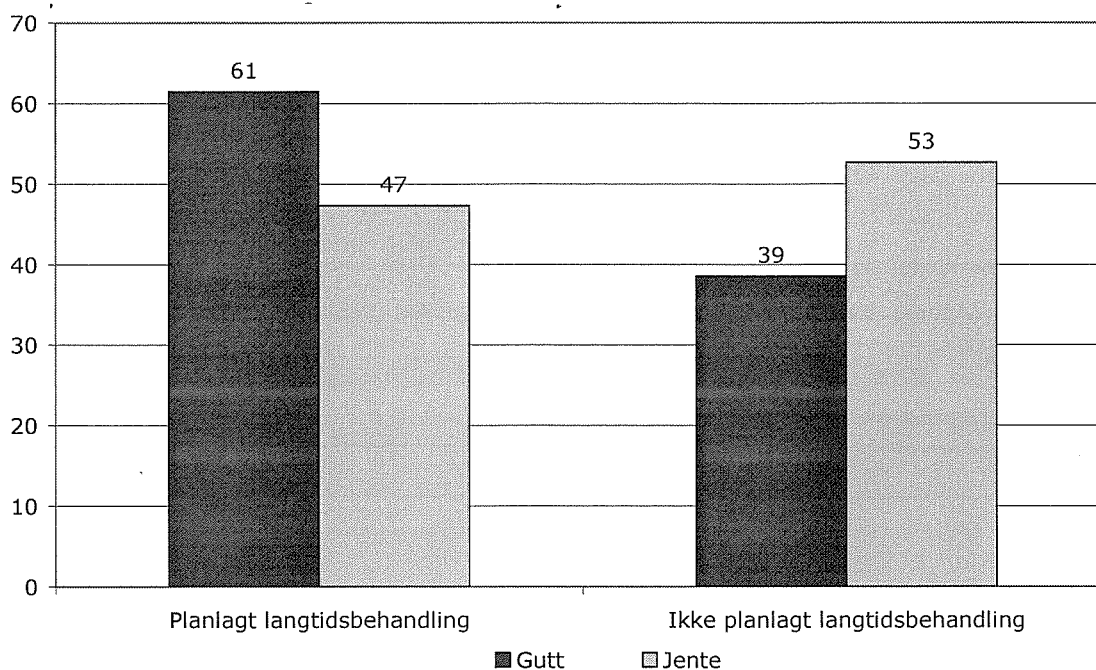
Tabell 4.16 Er behandlingstilbudet planlagt som langtidsbehandling?

	Antall	Prosent
Ja	174	55
Nei	145	45
Totalt	319	100

Antall ubesvarte = 12

Tabellen viser at for over halvparten (55 prosent) av døgn- og dagpasientene er behandlingstilbudet planlagt som langtidsbehandling. Figur 4.16 viser behovet for langtidsbehandling fordelt på kjønn.

Figur 4.16 Behandlingstilbud planlagt som langtidsbehandling fordelt på kjønn. Prosent.



Det er klare kjønnsforskjeller når det gjelder om behandlingstilbudet er planlagt som langtidsbehandling. For guttene er det planlagt langtidsbehandling for over 60 prosent av pasientene, mens det for under halvparten av jentene planlegges tilsvarende behandlingstilbud.

## 4.9 Oppsummering og konklusjoner

I dette kapitlet har vi satt fokus på barn og ungdom som mottar døgn- og/eller dagbehandling i psykisk helsevern for barn og unge. Gjennom tverrsnittsregistreringen 5. november 2003 har en kartlagt behandlernes vurderinger av behandlingstilbud og terapiformer som pasientene mottar i døgn- og dagenhetene, framtidig oppfølging etter utskrivning samt udekket etterspørsel etter behandlingstilbud. Undersøkelsen gir også en oversikt over samarbeid med andre instanser, og bruk av individuell plan.

Tverrsnittsregistreringen viser at barn og ungdom i alderen 13-17 år utgjør den største pasientgruppen i døgn- og daginstitusjoner. Svært få barn under 6 år mottar institusjonsbehandling på registreringstidspunktet (3 prosent). Gutter er den største pasientgruppen frem til 13-årsalderen, mens jenter er i flertall i alderen 13 til 18 år.

Omfanget av behandlede pasienter varierer mellom helseregionene på registreringstidspunktet. Helseregion Øst behandler 4,2 pasienter per 10 000 innbygger, mens landsgjennomsnittet ligger på knapt 3 pasienter. Dette skyldes blant annet regionale variasjoner i døgn- og dagtilbud i spesialisthelsetjenesten. Ulik tilbudsstruktur og ressursinnsats i regionene forklarer noe av variasjonen.

Adferdsvansker er den hyppigste årsaken til at pasientene henvises til døgn- og dagenhetene i det psykiske helsevernet. Tristhet/depresjon, hyperaktivitet og skolefravær er andre viktige henvisningsgrunner. Det er klare forskjeller når det gjelder hvorfor jenter og gutter henvises til døgn- og/eller dagbehandling i psykisk helsevern. Hele 60 prosent av guttene har adferdsvansker som henvisningsgrunn, mens dette kun er tilfelle for 21 prosent av jentene. For nesten dobbelt så mange jenter som for gutter er tristhet og depresjon henvisningsgrunn. Det er også klare kjønnsforskjeller når det gjelder pasientenes hoveddiagnose. Blant gutter utgjør hyperkinetiske forstyrrelser den største diagnosegruppen, mens affektive lidelser er vanligste hoveddiagnose blant jenter i døgn- og dagbehandling.

En del av døgn- og dagpasientene mottar flere behandlingstilbud parallelt. Døgnbehandling ved langtidsenhet er det tilbudet flest pasienter mottar på registreringstidspunktet (31 prosent). I tillegg har en av fem pasienter et utredningsopphold ved døgnenhet. Nesten en av fire pasienter har et dagtilbud, mens poliklinisk behandling mottas av 18 prosent av pasientene. Tilsvarende tall for behandlingsopphold ved akuttenheter omfatter 17 prosent av utvalget.

De behandlingsansvarlige i døgn- og dagenhetene har ved å vurdere ideelt tilbud til pasientene, gjort det mulig å presentere udekket etterspørsel etter behandling på ulike omsorgsnivå. Resultatene viser at det for døgn- og dagpasienter primært er en udekket etterspørsel etter døgnbehandling ved langtidsenhet, ambulerende behandling samt poliklinisk behandling. Blant pasienter med opphold i akuttavdelinger er det størst andel pasienter<sup>39</sup> (71 prosent) med behov for andre behandlingstilbud. Resultatene indikerer at en del døgn- og dagpasienter er i akuttavdelinger lenger enn nødvendig. Dette kan skyldes kapasitetsproblemer eller plassmangel ved ønsket behandlingseenhet.

I behandling av pasienter i døgn- og daginstitusjoner benyttes ulike terapi- og behandlingsformer. I gjennomsnitt mottar hver pasient i overkant av tre ulike terapitilbud på registreringstidspunktet. De behandlingsformer som omfatter flest pasienter i døgn- og dagbehandling er samtalerterapi, parterapi/foreldrearbeid og familieterapi. Medikamentell behandling benyttes for omlag en av tre pasienter. I følge behandlerne er det størst udekket etterspørsel etter terapiformer som familieterapi, nettverkarbeid, samspillsbehandling samt kognitiv adferdsterapi.

Det har den siste tiden vært stort fokus på hva som skjer med pasientene etter utskrivning fra psykisk helsevern, og hvilke ettervernstilbud som eksisterer for pasientene utenfor insti-

<sup>39</sup> Resultatene må tolkes med forsiktighet da antallet pasienter er lavt.

tusjonene. For over 60 prosent av døgn- og dagpasientene vurderer ansvarlig behandler at poliklinisk behandling er det mest aktuelle behandlingstilbudet etter utskrivning. Videre viser resultatene fra tverrsnittsregistreringen at PP-tjenesten og barnevernet ansees som sentrale oppfølgende tilbud.

For pasienter som mottar tjenester fra flere instanser, vil samarbeid og koordinering av tjenestene være svært viktig for å oppnå helhetlige og sammenhengende tjenester. Resultater fra tverrsnittsregistreringen viser at døgn- og dagenhetene i psykisk helsevern har et ustrakt samarbeid med skole og barnehage. For tre av fire pasienter eksisterer et slikt samarbeid. For omlag halvparten av pasientene er det etablert et samarbeid med PP-tjenesten, og for 40 prosent er det opprettet kontakt med barnevernet.

Individuell plan er et planleggings- og dokumentasjonsverktøy som benyttes å skape helhetlige og individuelt tilpassede tjenestetilbud for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester<sup>40</sup>. Nesten halvparten av pasientene i døgn- og dagvirksomhetene mangler skriftlig individuelle planer. Kun 23 prosent har en ferdig utarbeidet plan, mens det for 27 prosent av pasientene er planlagt å utarbeide en individuell plan.

En svært stor andel av pasientene har på registreringstidspunktet en ferdig utarbeidet behandlingsplan (84 prosent).

For å kunne nå Opptappingsplanens mål om at det psykiske helsevernet årlig skal gi hjelp til fem prosent av barn og unge under 18 år, er et av virkemidlene å øke kapasiteten i døgn- og dagvirksomheten. Et av målene i Opptappingsplanen er å øke antall døgnplasser til ungdom i planperioden med 205 plasser. Halvveis i opptappingsperioden (2003) har imidlertid veksten i døgnplasser vært vesentlig lavere enn planlagt, med en vekst på 18 prosent av måltallet<sup>41</sup>. Økt kapasitet og produktivitet i poliklinisk virksomhet har i større grad bidratt til økt tilgjengelighet til psykisk helsevern for barn og unge de siste årene. Resultatene fra denne undersøkelsen viser imidlertid udekket etterspørsel etter flere typer behandlingstilbud. Dette indikerer fortsatt behov for økt kapasitet og tilgjengelighet både i poliklinisk virksomhet og døgn- og dagvirksomhet for å kunne tilby adekvate behandlingstilbud.

---

<sup>40</sup> Retten til individuell plan er hjemlet i pasientrettighetsloven §2-5 og i lov om sosiale tjenester § 4-3.

<sup>41</sup> SAMDATA psykisk helsevern 2003

## 5 Referanser

- Anderson, J.A., Rivera, V.R., & Kutash, K. (1998): Measuring consumer satisfaction with children's mental health services. I M.Epstein, K.Kutash, & A.Duchnowski (Eds), *Outcomes for children & youths with behavioral and emotional disorders and their families. Programs & evaluation best practices*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Andersson, H.W. (2001). Barn og unge med psykiske lidelser. Karakteristika ved pasientene og det spesialiserte behandlingstilbudet. Rapport 4/01. SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Andersson, H.W. (2003). Variasjoner i ventetid for barn og unge. I SAMDATA psykisk helsevern. Rapport 3 /03, side 71-76.
- Andersson, H.W., Ådnanes, M., & Hatling, T. (2004). Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og unge med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. Rapport SINTEF Helse. ISBN 82/14/03508
- Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry*, 37, 35-49.
- Den norske lægeforening (2004). Kvalitetsindikatorer for barne- og ungdomspsykiatri.
- Dyrborg, J., Warborg Larsen, F., Nielsen, S., Byman, B., Buhl Nielsen, B., Gautré-Delay, F. (2000). The Childrens Global Assessment Scale (CGAS) and Global Assessment og Psychosocial Disability (GAPD) in clinical practice; substance and reliability as judged by interclass correlations. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 195-201.
- Fonagy, P., & Roth, C.(1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. The Guilford press, New York: London
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2001). *Lærebok I barnepsykiatri*. 3. utgave. Universitetsforlaget AS, Oslo
- Halfon, N., & Newacheck, P.W. (1999). Prevalence and impact of parent- reported disabling mental health conditions among U.S. children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 600-613.
- Hannesdottir, H. (1995). The Icelandic child mental health study. *Arctic Medical Research*, 54 Suppl. 1, 86-92.
- Heian, F. (2004). Psykiske vansker hos barn og unge i fire romsdalskommuner. I Rapport fra prosjektet SiU Samarbeid i Utvikling. Kapittel 10, side 100-110. Helse Nordmøre og Romsdal. Avdeling for barn og unge. Barne – og ungdomspsykiatrisk avdeling Molde sjukehus i samarbeid med kommunene i romsdal og fire kommuner på Nordmøre.
- Kjellevoid, A.(2002). *Retten til individuell plan*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Lavigne et al.(1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among pre-school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Leikanger, E. (2004). BUA og kommunene - service og samarbeid. I Rapport fra prosjektet SiU Samarbeid i Utvikling. Helse Nordmøre og Romsdal. Kapittel 5, side 39-47. Avdeling for barn og unge. Barne – og ungdomspsykiatrisk avdeling Molde sjukehus i samarbeid med kommunene i Romsdal og fire kommuner på Nordmøre.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Barnerapporten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 1-2004. ISBN 82-8121-000-1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004). Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Ungdomsrapporten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 2-2004. ISBN 82-8121-002-8

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2000). Veileder i Barne - og Ungdomspsykiatri. Oslo: Den norske lægeförening.

Nøvik, T.S. (1999). Validity and Use of the Child Behavior Checklist in Norwegian Children and Adolescents. An Epidemiological and Clinical Study. Doctoral thesis, University of Oslo.

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.

Petersen, D.J., & Bilenberg, N. (2003). Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9 årige børn. Ugekrift for Læger, 165, 3822-3825.

Proctor, E., Vosler, N., & Murty, S. (1992). Child demographics and DSM Diagnosis: A multi axis study. Child Psychiatry and Human Development, 22, 165-183.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse .....sammen om psykisk helse.

Rey, J.M., Plapp, J.M., & Simpson, P.L. (1999): Parental satisfaction and outcome: a 4-year study in a child and adolescent mental health service. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33:22-28.

Rimehaug, T., & Hølmersberg, I. (1995). Barnepsykiatrisk utredning - fra produkt til prosess. Fokus på familien, 23 (3), 145-156.

Sen, B. (2004). Adolescent propensity for depressed mood and help seeking: race and gender differences. Journal of Mental Health Politics and Economics, 7, 133-145.

Spurkeland, I., & Vandvik, I.H. (1994). ICD-10. Multiaksal klassifikasjon til bruk i barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri.

Statens Helsetilsyn (2001). Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Utredningsserien 2: 2001. Oslo.

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

St prp. nr 63. (1997-1998). Opptappingsplanen for psykisk helse

SINTEF Helse/ Sosial - og helsedirektoratet (2004). Individuell plan for psykisk helse (barn og unge). Verktøy for planlegging og samhandling. SINTEF Helse 2004.

SINTEF Helse (2004). SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2003, 2/04.

Verhulst, F.C. (1995). A review of community studies. I F. Verhulst H.M & Koot (Eds.): The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology. Oxford Medical Publications: Oxford.

von Plessen, K. Hanssen-Bauer, K., & Skandsen, J. (2003). Forslag til kvalitetsindikatorer i barne- og ungdomspsykiatri. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Den norske lægeförening. Oslo.

Zeiner, P., & Nøvik, T. S. (2000). Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri. I Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeförening. Oslo: 2000.

Zeiner, P., & Nøvik, T.S. (1999). I Kodebok for BUP. Norsk forening for Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner / HIADATA AS. ISBN 82-91-446-07-5.



