

■ 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

SINTEF RAPPORT

TITTEL

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

Delrapport 2 i evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson, Kjerstina Røhme, Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd/Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. STF78 A055002	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Signe Bang./Prosjektnummer NFR: 146330/330	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03679-8	PROSJEKTNR. 785207	ANTALL SIDER OG BILAG 124
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\ph\prosjekt\785207		PROSJEKTLIDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-01-28	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud, forskningssjef	<i>Torleif Ruud</i>

SAMMENDRAG

Prosjektet studerer virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Hovedfokus er rettet mot aktiviteten ved helsestasjoner, skolehelsetjeneste og pedagogisk psykologisk tjeneste (PP- tjeneste).

Prosjektet reiser følgende spørsmål:

•Blir tilbudet ved helsesøstertjenesten og PP- tjenesten mer tilgjengelig for barn og ungdom med psykiske vansker i løpet av opptrappingsplanperioden?

- Endres volumet av brukere i løpet av planperioden?
- Hva er kjennetegn ved barn og unge med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjeneste og PP- tjeneste? - Blir tilbudet tilgjengelig for nye brukere i løpet av planperioden?
- Medfører Opptrappingsplanen endringer i tjenestetilbudet i kommunene?
- Er tilgjengelighet til tjenester relatert til kapasitet og kompetanse?
- Er tilgjengelighet til tjenester relatert til ulike måter å samarbeide på?

Prosjektet er basert på kartleggingsundersøkelser og spørreskjemaundersøkelser ved helsestasjoner og PP- tjeneste i et utvalg kommuner. I tillegg gjennomføres dybdeintervju med et utvalg fagpersonell fra tjenester som møter psykososial problematikk hos barn og unge.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helse	Mental health
GRUPPE 2	Barn og unge	Children and adolescents
EGENVALGTE	Psykisk helsearbeid	Mental health services
	Tilgjengelighet	Accessibility
	Tjenestebehov	Service needs

Forord

Prosjektet inngår i evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse, 1999-2008 (St. prp 63 1997-1998, St. pr nr 1 2003-2004), og gjennomføres på oppdrag fra Norges forskningsråd. Den foreliggende rapporten er delrapport nummer to i dette prosjektet. Rapporten presenterer resultater fra en undersøkelse som ble gjennomført i kommunene våren 2004. Det skal gjennomføres en tilsvarende undersøkelse, og en sluttevaluering i 2007.

Prosjektet har flere viktige støttespillere. Helsesøstre og ansatte ved PP- tjenesten har lagt ned et betydelig arbeid, både med administrasjon av undersøkelsen, og med utfylling av registreringsskjema og spørreskjema. I tillegg har flere fagpersoner bidratt som informanter i den kvalitative delen av studien. Alle takkes herved for viktige bidrag, interesse og innspill!

TRONDHEIM 28. JANUAR, 2005

Helle Wessel Andersson

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	9
Figuroversikt.....	12
1 Formål og problemstillinger	13
1.1 Målsettinger i prosjektet.....	13
1.2 Problemstillingene	13
2 Sentrale funn.....	15
2.1 Faktorer som har betydning for tjenestetilgjengelighet.....	15
2.1.1 Prediktorer for udekket tjenestebehov – helsesøsters vurdering	15
2.1.2 Prediktorer for udekket tjenestebehov – PP- tjenestens vurdering	16
2.1.3 Prediktorer for samarbeid mellom helsesøster og BUP.....	16
2.1.4 Prediktorer for samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP.....	16
2.2 Mulige effekter av Opptrappingsplanen på tjenestetilgjengelighet	17
2.3 Kompetanse, kapasitet og samarbeid.....	17
2.4 Barn og ungdom med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenester.....	18
2.5 Tilbud og tiltak - helsesøstertjenesten	19
2.6 Barn og ungdom med psykiske vansker som er brukere av PP- tjenesten	19
2.7 Tilbud og tiltak - PP- tjenesten	20
2.7.1 Ventetid PP- tjenesten	20
2.7.2 Tiltaksformer ved PP- tjenesten.....	20
2.8 Samarbeid mellom tjenesteytende instanser	20

2.8.1	Helsesøsters samarbeid med andre instanser.....	20
2.8.2	PP- tjenestenes samarbeid med andre instanser.....	21
3	Konklusjoner og utfordringer	23
4	Data og metode.....	25
	Vedlegg	27
5	Metode og gjennomføring.....	29
5.1	Design	29
5.2	Utvalg av kommuner for deltagelse i prosjektet.....	29
5.2.1	Deltagelse fra helsesøstertjenesten og PP- tjenesten i 2002.....	29
5.2.2	Rekruttering til deltagelse fra helsesøstertjenesten og PP- tjenesten i 2004.	29
5.2.3	Enheter i kartleggingen ved helsesøstertjenesten i 2004- revidert design.	30
5.3	Kartleggingsundersøkelsen ved helsesøstertjenesten og PP- tjenesten	30
5.3.1	Gjennomføring av kartleggingen ved helsesøstertjenesten.....	30
5.3.2	Inklusjonskriterier for kartlegging av barn og ungdom ved helsesøstervirksomheten 2004.....	30
5.3.3	Kartleggingsinstrument for barn og ungdom som er brukere av helsesøstertjenester 2004	31
5.3.3.1	Strenghts and Difficulties Questionnaire - modifisert.....	31
5.3.3.2	Demografiske variabler	32
5.3.3.3	Faktiske tilbud/tjenester og udekket tjenestebehov	32
5.3.3.4	Samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barnet/ungdommen	32
5.3.4	Inklusjonskriterier for kartlegging ved PP- tjenesten. 2004.....	32
5.3.5	Kartleggingsinstrument anvendt ved PP- tjenesten. 2004.....	33
5.3.5.1	Strenghts and Difficulties Questionnaire - modifisert.....	33
5.3.5.2	Demografiske variabler	33
5.3.5.3	Faktiske tilbud/tjenester og udekket tjenestebehov	33
5.3.5.4	Samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barnet/ungdommen	33
5.3.6	Spørreskjema om virksomheten	33
5.3.7	Dataanalyse	33
5.3.7.1	Bruk av indikatorer for tjenestetilgjengelighet.....	33
5.3.8	Statistiske analyser	34

5.3.8.1	Analysér av indikatorer for tilgjengelighet	34
5.4	Intervjuundersøkelse	35
5.4.1	Intervjuguiden	36
5.4.2	Analysér av kvalitativt datamateriale	36
6	Fakta.....	37
7	Analyse kvantitativt materiale	39
7.1	Antall kommuner som har medvirket i undersøkelsen.....	39
7.2	Om virksomheten ved helsesøstertjenesten	39
7.2.1	Organisering av helsesøstervirksomheten.....	39
7.2.2	Tilbud og tjenester ved helsesøstervirksomheten.....	42
7.2.3	Samarbeidsformer ved helsesøstertjenesten	43
7.2.4	Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved helsesøstertjenesten.....	43
7.3	Om virksomheten ved pedagogisk psykologisk tjeneste.....	45
7.3.1	Organisering, kompetanse og kapasitet ved PP- tjenesten	45
7.3.2	Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved PP- tjenesten.....	47
7.4	Kartlegging av barn og unge med psykiske vansker	49
7.4.1	Omfang barn og ungdom som er kartlagt våren 2004	49
7.5	Identifikasjon av brukere med psykiske problemer. Helsesøstertjenesten.	49
7.6	Forbruksrater helsesøstertjenesten	50
7.6.1	Har forbruksraten ved helsestasjonene økt i den første fasen av opptrappingsplanperioden? ..	51
7.6.2	Har forbruksraten ved skolehelsetjenesten økt i den første fasen av opptrappingsplanperioden?	52
7.7	Karakteristika ved barn og ungdommer som er brukere av helsesøstertjenester	52
7.7.1	Alvorlighetsgrad ved psykiske vansker. Helsesøstertjenesten.....	53
7.7.2	Om vaskenes varighet	54
7.7.3	Om vanskenes innvirkning.....	55
7.7.4	Hvem som tok initiativ til kontakt med helsesøster	56
7.7.5	Kontaktårsaker helsesøstertjenesten	57
7.7.6	Risikofaktorer i barnets miljø. Helsesøstertjenesten.	58
7.8	Tilbud og tiltak ved helsesøstertjenesten	59

7.8.1	Koordinering av tjenester	61
7.8.2	Instanser som helsesøster samarbeider med om tiltak overfor enkeltindivider.....	62
7.8.3	Samarbeid mellom helsesøster og andre instanser - variasjon mellom kommuner	63
7.8.4	Vurdering fra helsesøster av hvordan samarbeidet med annen instans fungerer.	63
7.8.5	Hva er årsaker til at samarbeid mellom helsesøster og andre instanser ikke fungerer?	64
7.9	Identifikasjon av brukere med psykiske problemer. PP- tjenesten	65
7.10	Forbruksrater PP- tjenesten	66
7.11	Karakteristika ved barn og ungdommer som er brukere av PP- tjenesten	67
7.11.1	Alvorlighetsgrad ved psykiske vansker. PP- tjenesten.	68
7.11.2	Om vanskenes varighet. Brukere av PP- tjenesten.....	69
7.11.3	Om vanskenes innvirkning. Brukere av PP- tjenesten.....	69
7.11.4	Henvissende instans PP- tjenesten	71
7.11.5	Meldingsgrunner. PP- tjenesten.....	72
7.11.6	Risikofaktorer i barnets miljø. PP- tjenesten	73
7.12	Ventetid for oppstart av tilbud ved PP- tjenesten	73
7.12.1.1	Endring i gjennomsnittlig ventetid ved PP- tjenesten fra 2002- 2004.	74
7.13	Tilbud og tiltak ved PP- tjenesten	74
7.13.1	Koordinering av tjenester	76
7.13.2	PP- tjenestens samarbeid med andre instanser om tiltak overfor enkeltindivid	77
7.13.3	Vurdering fra PP- tjenesten av hvordan samarbeidet med annen instans fungerer	78
7.13.4	Årsaker til at samarbeidet mellom PP- tjenesten og annen instans ikke fungerer	79
7.14	Analyser av faktorer relatert til tjenestetilgjengelighet	80
7.14.1	Prediktorer for udekket tjenestetilbud, helsesøstertjenesten	80
7.14.2	Prediktorer for udekket tjenestebehov PP- tjenesten.....	82
7.14.3	Prediktorer for samarbeid mellom helsesøster og BUP i forhold til den enkelte bruker	82
7.14.4	Prediktorer for samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP i forhold til den enkelte bruker	83
7.15	Samarbeid og psykososial kompetanse.....	84
7.15.1	Kvalitet på samarbeidet med annen instans.....	86
8	Analyse kvalitativt materiale	89
8.1	Tilgjengelighet til tjenester for barn og unge.....	89

8.1.1	Forståelse av begrepet tilgjengelighet.....	89
8.1.2	Barn og unge som opplever redusert tilgjengelighet	91
8.1.3	Tilgjengelighet til tjenester - et komplekst fenomen.....	93
8.2	Opptappingsplanens effekter.....	93
8.2.1	Antall stillinger og fordeling av disse.....	93
8.2.2	Opptappingsplanen kontra kommunal/ offentlig sparing	95
8.2.3	Faglige effekter av Opptappingsplanen.....	95
8.2.4	Opptappingsplanens økonomiske effekter er begrenset og presset av offentlig sparing	95
8.3	Samarbeid i førstelinjen	96
8.3.1	Organisasjonsmodellen i en landkommune	96
8.3.2	Organisasjonsmodellen i en mellomstor by	99
8.3.3	Organisasjonsmodellen i en større by.....	101
8.3.4	Samarbeidet i førstelinjen har fortsatt betydelig forbedringspotensial.....	101
8.4	Samarbeid mellom første - og andrelinjen	101
8.4.1	Henvising som samarbeidsform	101
•	Lang ventetid.....	101
•	Tilstrekkelig med informasjon i henvisingen	101
•	Tilbakemelding til henvisende instans	101
•	Hvem av barna/ ungdommene skal henvises til BUP?.....	101
•	Når skal barnet/ ungdommen inn til behandling i BUP?	101
•	Ulike måter å forstå familiene på.....	101
•	Adekvat tilbud	101
•	Oppfølging av barna/ ungdommene i ventetida inn til BUP.....	101
8.4.2	Veiledning som samarbeidsform.....	101
8.4.3	Samarbeidet mellom første- og andrelinjen fungerer men bør videreutvikles	101
8.5	Kapasitet, kompetanse og tilgjengelighet.....	101
8.5.1	Barnevernets kapasitet og kompetanse.....	101
8.5.2	Helsestasjonens kapasitet og kompetanse.....	101
8.5.3	PPT sin kapasitet og kompetanse	101
8.5.4	BUP sin kapasitet og kompetanse.....	101

8.5.5	Kapasitets- og kompetanseforholdet mellom første - og andrelinjen	101
8.5.6	Større kapasitet og økt kompetanse viktig for mer tilgjengelige helsetjenester.....	101
9	Vurdering.....	101
10	Referanser	101

Tabelloversikt

Tabell 7.1	Antall kommuner som har medvirket i undersøkelsen. Etter kommunestørrelse. 2004.....	39
Tabell 7.2	Organiseringsmodeller for helsesøstertjenesten.....	40
Tabell 7.3	Om organisering, kompetanse og kapasitet ved helsesøstervirksomheten.....	40
Tabell 7.4	Beskrivelser av former for samordning.....	41
Tabell 7.5	Eksempler på hvordan helsesøstertjenesten er styrket.....	42
Tabell 7.6	Iverksatte tilbud og tiltak ved helsesøstertjenesten for utsatte grupper.....	42
Tabell 7.7	Samarbeidsformer ved helsesøstertjenesten.....	43
Tabell 7.8	Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved helsesøstertjenesten.....	44
Tabell 7.9	Organiseringsmodeller for PP- tjenesten.....	45
Tabell 7.10	Organisering, kompetanse og kapasitet ved PP- tjenesten*.....	46
Tabell 7.11	Kapasitet ved PP- tjenesten.....	46
Tabell 7.12	Samarbeidsavtaler og samarbeidsformer ved PP- tjenesten.....	47
Tabell 7.13	Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved PP- tjenesten.....	48
Tabell 7.14	Antall barn og ungdom som er kartlagt ved helsesøstertjenesten og ved PP- tjenesten. Etter kommunestørrelse.....	49
Tabell 7.15	Helsesøsters vurdering på spørsmålet: Samlet, har barnet vansker på ett eller flere av følgende områder; med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker? (SDQ - modifisert).....	50
Tabell 7.16	Estimert forbruksrate 20 virkedager. Helsesøstertjenester. Etter kommunestørrelse.....	50
Tabell 7.17	Estimert forbruksrate 30 virkedager. Helsestasjoner. Barn 0-5 år.....	51
Tabell 7.18	Estimert forbruksrate 30 virkedager. Skolehelsetjenesten. Barn 6-15 år.....	52
Tabell 7.19	Antall barn og ungdommer med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenester. Etter kjønn og alder.....	53
Tabell 7.20	Alvorlighetsgrad ved psykisk vansker Helsesøstertjenesten. Modifisert SDQ....	53

Tabell 7.21	Om vanskenes varighet. Hvor lenge har vanskene vært til stede? Helsesøstertjenesten.....	55
Tabell 7.22	Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene? Helsesøstertjenesten.....	55
Tabell 7.23	Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til venner? Helsesøstertjenesten.	55
Tabell 7.24	Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til læring på skolen? Helsesøstertjenesten.....	56
Tabell 7.25	I hvilken grad er vanskene en belastning for klassen som helhet/lærer? Helsesøstertjenesten.	56
Tabell 7.26	Instanser som har tatt initiativ til kontakt med helsesøster. Helsestasjon og skolehelsetjeneste/ ungdomshelsestasjon.....	57
Tabell 7.27	Viktigste kontaktårsak for barn og ungdommer som mottar tiltak fra helsesøster.....	58
Tabell 7.28	Risikofaktorer i miljøet.	59
Tabell 7.29	Bruk av, - og behov for en koordinator.....	62
Tabell 7.30	Instanser som helsesøster samarbeider med om tiltak overfor det enkelte barn/ungdom.....	62
Tabell 7.31	Omfang barn/ ungdom som omfattes av samarbeid mellom helsesøster og andre instanser. Etter kommunestørrelse.	63
Tabell 7.32	Fagperson ved PPT sin vurdering på spørsmålet: Samlet har barnet vansker på ett eller flere av følgende områder; med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker? (modifisert SDQ)	65
Tabell 7.33	Estimert forbruksrate PP- tjenesten. Ti virkedager	66
Tabell 7.34	Estimert forbruksrate PP- tjenesten. Meldingsgrunn indikerer psykisk vanske. 10 virkedager. Etter kommunestørrelse.....	67
Tabell 7.35	Barn og unge kartlagt ved PP- tjenesten. Fordeling etter kjønn og alder.....	67
Tabell 7.36	Alvorlighetsgrad psykiske vansker. PP- tjenesten. Modifisert SDQ.....	68
Tabell 7.37	Om vanskenes varighet. PP- tjenesten Hvor lenge har vanskene vært til stede?.....	69
Tabell 7.38	Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene? PP- tjenesten	70
Tabell 7.39	Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til venner? PP- tjenesten	70
Tabell 7.40	Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til læring på skolen? PP- tjenesten.....	70

Tabell 7.41	I hvilken grad er vanskene en belastning for klassen som helhet/lærer? PP - tjenesten.....	71
Tabell 7.42	Instanser som barnet/ ungdommen er meldt til PP- tjenesten i samråd med..	71
Tabell 7.43	Viktigste meldingsgrunn og samtidige problemer. Barn og ungdommer som mottar tiltak fra PP- tjenesten.....	72
Tabell 7.44	Risikofaktorer i barnet/ ungdommens miljø. PP- tjenesten.....	73
Tabell 7.45	Ventetid for tiltak / tilbud ved PP - tjenesten. Etter kommunestørrelse.....	73
Tabell 7.46	Instanser som PP- tjenesten samarbeider med om tiltak overfor det enkelte barn/ ungdom. Etter kommunestørrelse. 2004.....	78
Tabell 7.47	Faktorer som predikerer udekket etterspørsel etter tilbud ved helsesøstertjenesten.....	81
Tabell 7.48	Faktorer som predikerer udekket etterspørsel etter tjenester ved PP- tjenesten.....	82
Tabell 7.49	Faktorer som predikerer samarbeid mellom helsesøster og BUP i forhold til den enkelte bruker	83
Tabell 7.50	Faktorer som predikerer samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP i forhold til den enkelte bruker	84
Tabell 7.51	Bruk av ulike samarbeidsformer. Forskjeller mellom kommuner som er styrket/ikke styrket gjennom OP	85
Tabell 7.52	Psykososial kompetanse. Sammenligning mellom kommuner som er styrket/ ikke styrket gjennom OP	86

Figuroversikt

Figur 7.1	Alvorlighetsgrad ved psykiske vansker, etter kjønn. Basert på modifisert SDQ. Helsesøstertjenesten.	54
Figur 7.2	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. Helsesøstertjenesten (A)	60
Figur 7.3	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. Helsesøstertjenesten (B)	61
Figur 7.4	Vurdering av samarbeid med andre instanser. Helsesøstertjenesten	64
Figur 7.5	Årsaker til at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt. Helsesøstertjenesten.	65
Figur 7.6	Alvorlighetsgrad for psykisk vanske, etter kjønn. Basert på modifisert SDQ. PP- tjenesten	69
Figur 7.7	Gjennomsnittlig ventetid for tiltak ved PP- tjenesten 2002 og 2004. Etter kommunestørrelse.....	74
Figur 7.8	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. PP- tjenesten (A)	75
Figur 7.9	Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. PP- tjenesten (B)	76
Figur 7.10	Vurdering av hvordan samarbeid med andre instanser fungerer. PP- tjenesten.....	79
Figur 7.11	Årsaker til at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt. PP- tjenesten.....	80
Figur 7.12	Andel barn/ ungdom som omfattes av "godt"/"veldig godt" samarbeid mellom helsesøster og annen instans. Helsesøsters vurderinger	87

1 Formål og problemstillinger

1.1 Målsettinger i prosjektet

Prosjektet studerer virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp nr 63, 1997-1998) i forhold til tilgjengelighet til tjenester for barn og ungdom med psykiske vansker. Hovedfokus er rettet mot den bistand som ytes gjennom helsestasjon - og skolehelsetjenesten, og pedagogisk psykologisk tjeneste (PP- tjeneste).

PP- tjenesten har sin hjemmel i Opplæringsloven § 5-6. De overordnede målformuleringer for tjenesten er knyttet til barn og unges utvikling og læring. PP- tjenesten er en hjelpeinstans som skal bidra til at barn og unge mestrer sine omgivelser. PP- tjenesten er en del av det kommunale hjelpeapparatet. Mål for tjenesten knyttes derfor også til helhet og sammenheng i tiltak for barn og unge (Faglig enhet for PP- tjenesten, 2001).

Helsestasjon - og skolehelsetjenesten reguleres av kommunehelsetjenesteloven (1982). Tjenestene inngår som en del av kommunenes plikt til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Som den eneste offentlige instans som gir tilbud til alle familier har helsestasjonen en særlig sentral rolle i denne sammenheng. Viktige prinsipper for det helsefremmende og forebyggende arbeidet er at tjenesten er lett tilgjengelig, har rutiner for henvisning, har adekvat fagkompetanse og samarbeider med andre kommunale instanser. I tillegg vil regelmessig kontakt med psykisk helsevern for barn og unge gi mulighet til å styrke det psykososiale arbeidet i helsestasjon - og skolehelsetjenesten (Statens Helsetilsyn, 1998).

Det er en sentral helsepolitisk målsetting at PP- tjenesten og helsestasjon - og skolehelsetjenesten bygges ut og styrkes, for bedre å kunne forebygge psykososiale problemer hos barn og ungdom, og for å kunne gi adekvate hjelpetilbud til de som allerede har utviklet problemer (Sosial - og helsedirektoratet, 2003).

1.2 Problemstillingene

Tilgjengelighet innebærer at nødvendig og adekvat hjelp gis på et tidligst mulig tidspunkt. For å sikre at nødvendig helsehjelp blir gitt, kreves kompetanse i å avdekke når det er behov for spesialisert utredning eller behandling, samt kunnskap og kompetanse i forhold til å se hvilke andre instanser og type kompetanse som bør trekkes inn i saken. Slik vil tilgjengelighet også være relatert til kvalitet på samarbeidet mellom ulike aktører og tjenesteytere.

Overordnet problemstilling:

- ❖ Blir tilbudet ved helsesøstertjenesten og PP- tjenesten mer tilgjengelige for barn og ungdom med psykiske vansker i løpet av opptrappingsplanperioden?

Delspørsmål:

1. Endres volumet av brukere i løpet av planperioden?
2. Hva kjennetegner barn og ungdom med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenester og PP- tjenesten? - Blir tjenestene tilgjengelige for nye brukere i løpet av opptrappingsplanperioden?
3. Medfører Opptrappingsplanen endringer i tjenestetilbudet i kommunene?
 - Blir tjenestene styrket?
 - Reduseres ventetid ved PP- tjenesten?
 - Endres tiltaksprofil ved tjenestene?
 - Endres omfang av samarbeid mellom instanser?
 - Endres samhandlingsmønster mellom instanser
4. Er tilgjengelighet til tjenester relatert til kapasitet og kompetanse?
5. Er tilgjengelighet av tjenester relatert til ulike måter å samarbeide på?

2 Sentrale funn

Opptrappingsplanen synes å ha en effekt på tjenestetilbud ved helsesøster-virksomheten ved å bidra til at tjenesten øker sitt fokus på rutiner og prosedyrer for samhandling med andre instanser, på rekruttering av fagpersonell med psykososial kompetanse, og på tiltak for å styrke eller oppdatere slik kompetanse. Psykososial kompetanse samt deltagelse i tverrfaglige forum kan bidra til at helsesøster lettere identifiserer psykososial problematikk og hjelpebehov hos barn og unge.

PP- tjenesten opplever i svært liten grad å bli styrket gjennom midler fra Opptrappingsplanen. Samtidig opplever tjenesten kapasitetsproblemer i forhold til å gi barn og unge et adekvat hjelpetilbud. Ventetiden for tiltak ved PP- tjenesten er like lang nå, som den var for to år siden.

Tilgjengeligheten til psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP) begrenses ved at det til tider oppleves som vanskelig både å rekruttere, - og å holde på spesialiserte fagfolk. BUP opplever å ha et kontinuerlig behov for kompetanseutvikling, blant annet innen rus og psykiatri, og i forhold til barn av psykisk syke foreldre.

Opplevd ressursknapphet begrenser samarbeidet mellom instanser. Økt grad av samarbeid vil gi den enkelte tjenesteyter bedre kjennskap til, - og forståelse av tilbudet som ytes ved de tilstøtende tjenestene. En bedre oversikt over det totale tjenestetilbudet vil kunne bidra til at flere barn og ungdommer får et bedre tilgjengelig tjenestetilbud; rett hjelp fra den rette instans, til rett tid.

2.1 Faktorer som har betydning for tjenestetilgjengelighet

2.1.1 Prediktorer for udekket tjenestebehov – helsesøsters vurdering

Sannsynligheten for et udekket tjenestebehov er, etter helsesøsters vurderinger, høyere for barn med tydelige og alvorlige psykiske vansker enn for barn med små psykiske vansker. Resultatet tyder på at tilgjengeligheten til spesialiserte behandlingstilbud er utilstrekkelig.

Sannsynligheten for at barn og ungdom vurderes å ha et udekket tjenestebehov er også høyere for barn som er bosatt i en kommune der det er etablert familiesentral, i kommuner der helsesøster deltar i tverrfaglige grupper for forebygging, der samarbeid ivaretas gjennom tverrfaglige ansvarsgrupper, og i kommuner der samarbeid ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer. Resultatet tyder på at denne type kontekstuelle forhold og aktiviteter ved helsesøstertjenesten gir et bedre grunnlag for å identifisere behandlingsbehov hos barn og ungdom med psykiske problemer.

Det er imidlertid mindre sannsynlig at barn og ungdom vurderes å ha et udekket tjenestebehov når helsesøstertjenesten er styrket med midler fra Opptrappingsplanen. Og videre, mindre sannsynlig at tjenestetilbudet oppfattes som utilstrekkelig når helsesøstertjenesten har etablert rutiner for utarbeidelse av individuelle planer, i forhold til når dette ikke er gjort. Resultatet indikerer at en styrking av helsesøstertjenesten, samt målrettet arbeid for å ta i bruk verktøy for samhandling, har en positiv effekt på tilgjengelighet til hjelpetilbud for barn og ungdom med psykiske vansker (Vedlegg; Tabell 7.47, side 81).

2.1.2 Prediktorer for udekket tjenestebehov – PP- tjenestens vurdering

I følge vurderinger som er gjort av fagperson ved PP- tjenesten, har barn og ungdommer med alvorlige psykiske vansker en betydelig økt sannsynlighet for å ha et udekket tjenestebehov sammenlignet med barn med mindre alvorlige psykiske vansker. Resultatet tyder på at tilgjengeligheten til spesialiserte tjenester er utilstrekkelig.

Det er mindre sannsynlig at fagperson ved PP- tjenesten vurderer tjenestetilbudet som utilstrekkelig i mellomstore kommuner, sammenlignet med i mindre eller større kommuner. Det er også mindre sannsynlig at fagperson ved PP- tjenesten vurderer tilbudet som inadekvat dersom PP- tjenesten deltar i tverrfaglige grupper for forebygging, og dersom PP- tjenesten har etablert rutiner for samhandling med fastlegen ved viderehenvisning til BUP (Vedlegg; Tabell 7.48, side 82).

2.1.3 Prediktorer for samarbeid mellom helsesøster og BUP

Det er en økt sannsynlighet for at helsesøster samarbeider med BUP når barnet har tydelige og alvorlige vansker, i forhold til når barnet har små vansker. Det er økt sannsynlighet for at det er etablert et samarbeid mellom helsesøster og BUP om den enkelte bruker i små kommuner (<3000 innb<18 år), sammenlignet med i større kommuner. Det er også en økt sannsynlighet for at helsesøster samarbeider med BUP om barn i skolealder, og da særlig om ungdommer, sammenlignet med yngre barn.

Det er mer sannsynlig at helsesøster samarbeider med BUP om tiltak overfor barn og ungdommer med psykiske vansker når helsesøstertjenesten har rekruttert fagpersonell med psykososial kompetanse, og når representanter fra tjenesten deltar i tverrfaglige grupper for forebygging. Resultatet indikerer at dette er forhold som gir et bedre utgangspunkt for å identifisere barn og ungdommer som har behov for spesialisert behandling, og evt. at dette også er forhold som gjør det lettere å kommunisere behovet for slike tiltak (Vedlegg; Tabell 7.49, side 83).

2.1.4 Prediktorer for samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP

Det er en betydelig økt sannsynlighet for at PP- tjenesten og BUP samarbeider når barnet/ ungdommen har tydelige og alvorlige psykiske vansker, sammenlignet med når det er små psykiske vansker. Det er videre økt sannsynlighet for at PP- tjenesten og BUP samarbeider om barn i skolealder, og særlig om ungdommer, sammenlignet med yngre barn (Vedlegg; Tabell 7.50, side 84).

2.2 Mulige effekter av Opptappingsplanen på tjenestetilgjengelighet

- SAMHANDLING MELLOM TJENESTER SOM INDIKATOR PÅ TJENESTETILGJENGELIGHET

I kommuner der helsesøstertjenesten er styrket med midler fra Opptappingsplanen (OP) har tjenesten i større grad laget prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan, og etablert rutiner for samarbeid med fastlegen, sammenlignet med kommuner der tjenesten ikke er styrket (Vedlegg; Tabell 7.51, side 85).

- KOMPETANSE OM PSYKOSOSIAL PROBLEMATIKK SOM INDIKATOR PÅ TJENESTETILGJENGELIGHET

I kommuner der helsesøstertjenesten er styrket med midler fra OP har personell ved tjenesten i større grad tilstrekkelig kompetanse om psykososial problematikk, og det er i større grad etablert tiltak for å styrke/ oppdatere den psykososiale kompetansen, sammenlignet med når tjenesten ikke er styrket gjennom OP (Vedlegg; Tabell 7.52, side 86).

- KVALITET PÅ SAMARBEID MELLOM INSTANSER SOM INDIKATOR PÅ TJENESTETILGJENGELIGHET

I kommuner der helsesøstertjenesten er styrket med midler fra OP omfattes en større andel barn og ungdom av godt / veldig godt samarbeid mellom helsesøster og fastlege, sammenlignet med kommuner der tjenesten ikke er styrket (hvor da en større andel barn/ ungdommer omfattes av mindre bra eller dårlig samarbeid mellom disse aktørene) (Vedlegg; Figur, 7.12, side 87).

2.3 Kompetanse, kapasitet og samarbeid

- KOMPETANSE OG KAPASITET VED HELSESØSTERTJENESTEN

Det varierer betydelig mellom kommunene hvordan og i hvilken grad helsesøstertjenesten er styrket gjennom midler fra Opptappingsplanen (Vedlegg; Tabell 7.5, side 42).

I en av tre kommuner har personell ved helsesøstertjenesten, i følge ledende helsesøster, tilstrekkelig kompetanse om psykiske problemer hos barn. I nær tre av fire kommuner finnes tiltak for å styrke den psykososiale kompetansen ved helsesøstertjenesten (Vedlegg; Tabell 7.3, side 40).

- SAMARBEID OG SAMHANDLING - HELSESØSTERTJENESTEN

Ved i alt seks av ti kommuner har helsesøstertjenesten utarbeidet prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan. Tre av fire ledende helsesøstere rapporterer at samarbeidet om barn og ungdom med psykiske vansker ivaretas gjennom ansvarsgrupper, med tverrfaglig deltagelse (Vedlegg; Tabell 7.8 side 44). Fra under halvparten av kommunene er det rapportert at helsesøstertjenesten har etablert rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvisning av et barn eller ungdom (Vedlegg; Tabell 7.7, side 43).

- KOMPETANSE OG KAPASITET VED PP- TJENESTEN

Åtte prosent av PP- tjenestekontorene som inngår i undersøkelsen rapporterer at de er styrket med midler fra Opptappingsplanen (Vedlegg; Tabell 7.10, side 46). Omlag tre av fire

PP- tjenestekontor rapporterer at de har kapasitetsproblemer, både i forhold til direkte arbeid med enkeltindivider, og i forhold til å skulle bistå skolene med kompetanse og organisasjonsutvikling (Vedlegg; Tabell 7.11, side 46).

- SAMARBEID OG SAMHANDLING – PP- TJENESTEN

Med hensyn til samarbeid med andre instanser om psykososial problematikk viser undersøkelsen at 65 prosent av PP- tjenestekontorene deltar i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker hos barn og ungdom. Videre, at nær halvparten av PP- tjenestekontorene ikke har etablert faste, formaliserte møter med BUP, eller tilsvarende møter med kommunale instanser eller etater. PP- tjenesten har sjelden etablerte rutiner for samarbeid med fastlegen (Vedlegg; Tabell 7.12, side 47). De færreste PP- tjenestekontorene har laget prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan. Tre av fire PP- tjenestekontor rapporterer at samarbeid om barn / ungdom med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse (Vedlegg; Tabell 7.13, side 48).

2.4 Barn og ungdom med psykiske vansker som er brukere av helse-søstertjenester

- OMFANG AV BRUKERE

Resultatene tyder på en økning de to siste årene, i andel barn og ungdom med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsesøster ved skolehelsetjenesten.¹ Median for brukerraten for skolehelsetjenesten (prosentandel barn og unge i forhold til elevtallet, som i løpet av 30 virkedager har direkte kontakt med helsesøster i forbindelse med en psykisk vanske) varierer fra 1,5 prosent i de største kommunene til 1,3 prosent i de minste kommunene (Vedlegg; Tabell 7.18, side 52). Resultatene viser ingen endring av betydning i forhold til omfang brukere av helsestasjonene (Vedlegg; Tabell 7.17, side 51).

- KJENNETEGN VED BRUKERNE

Barn i den yngste aldersgruppen utgjør 10 prosent av brukerne av helsesøstertjenesten (Vedlegg; Tabell 7.19, side 53). Det er en overvekt av gutter (67 prosent) i den yngste aldersgruppen. Det er en betydelig overvekt av jenter blant ungdommer som er brukere av helsesøstertjenesten (72 prosent). Gjennomsnittsalderen for brukere av helsesøstertjenesten er 11,9 år (SD=4,4), og noe høyere enn den man fant i "baseline" materialet for 2002, (se Andersson og Hatling, 2003). Resultatet kan gjenspeile en tendens til at helsesøstertjenesten blir mer tilgjengelig for ungdommer.

Barn og ungdommer med tydelige psykiske vansker er den største gruppen, og utgjør over halvparten av utvalget (Vedlegg; Tabell 7.20, side 53). Fjorten prosent av barna / ungdommene har i følge helsesøster alvorlige psykiske vansker, mens 28 prosent har små vansker med følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller å komme overens med andre (Vedlegg, Tabell 7.20, side 53). Det er en overvekt av gutter blant de som har alvorlige psykiske vansker (Vedlegg; Figur 7.1, side 54).

Barn som er kartlagt ved helsestasjoner fanges i hovedsak opp gjennom de ordinære helsekontrollene. For øvrig er det ofte foresatte som tar initiativ til kontakt med helsesøster i denne aldersgruppen (Vedlegg; Tabell 7.23, side 55).

¹ I den vurdering av ending som gjøres her, i forhold til forbruksrate for skolehelsetjenesten, tas det forbehold om en metodisk svakhet som følge av at inklusjonskriterier for kartleggingen er noe ulik formulert i de to delstudiene (2002 og 2004, jfr. bruk av SDQ i 2004)

Atferdsvansker er hyppigste kontaktårsak for de yngste barna, mens emosjonelle vansker (internaliserte vansker som for eksempel tristhet/depresjon, engstelighet) utgjør den desidert største kategorien henvisningsgrunner for brukere som er over fem år (Vedlegg; Tabell 7.27, side 58).

2.5 Tilbud og tiltak - helsesøstertjenesten

Samtaler med barn/ ungdom og foreldre er de hyppigst iversksatte tiltaksformer ved helsesøstertjenesten for brukere med psykiske vansker. Det er ubetydelige endringer i tiltaksprofil ved helsesøstertjenesten de siste to årene.

I alt 18 prosent av barna/ ungdommene mottar samtidig tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). I alt 10 prosent av utvalget har en individuell plan, mens 15 prosent mottar et tilbud fra fastlegen i relasjon til det psykiske problemet.

I alt 12 prosent av barna/ ungdommene som er brukere av helsesøstertjenesten har, etter helsesøsteres vurdering, et udekket behov for tiltak i hjemmemiljøet. Ti prosent av brukerne har et udekket behov for hhv. tiltak i det sosiale nettverket, og samtale med foreldrene. Vurderingene viser i tillegg at ni prosent av brukerne burde fått tilbud om utredning / undersøkelse, og at i alt 17 prosent har et udekket behov for poliklinisk tilbud i psykisk helsevern (BUP) (Vedlegg; Figur 7.2 side 60 og Figur 7.3 side 61).

2.6 Barn og ungdom med psykiske vansker som er brukere av PP-tjenesten

- OMFANG AV BRUKERE

I alt 76 prosent av alle barn og unge som mottar tiltak fra PP- tjenesten har psykiske vansker. Resultatene gir ikke indikasjoner på at omfanget brukere med psykiske vansker har økt de siste to årene (Vedlegg; pkt. 7.15 side 66).

- KJENNETEGN VED BRUKERNE

Barn som mottar tiltak fra PP- tjenesten har en gjennomsnittsalder på 10,3 år (SD=4,0). Brukere av PP- tjenesten er i gjennomsnitt nesten ett år yngre enn i 2002.

Det er en klar overvekt av gutter (69 prosent) i forhold til jenter (Vedlegg; Tabell 7.35, side 67). Gutter er også i gjennomsnitt yngre (10,0 år, SD=3,9) enn jenter (11,0 år, SD=4,2, $p<0.001$). Hvert fjerde barn som mottar tiltak fra PP- tjenesten har en alvorlig psykisk vanske, mens over halvparten har en tydelig psykisk vanske. Det er en større andel gutter enn jenter med tydelige vansker, og flere jenter enn gutter som har små vansker.

Skolen er den instans som vanligvis bidrar ved melding til PP- tjenesten, i samråd med barnets foresatte og/eller barnet/ ungdommen selv (Vedlegg; Tabell 7.42, side 71). Det er en tendens til at flere barn henvises til PP- tjenesten fra barnehage og fra helsesøster, sammenlignet med for to år siden. Dette, samt lavere gjennomsnittsalder hos brukerne, kan tyde på at både ansatte i barnehager og helsesøstere har blitt mer oppmerksomme på psykiske vansker og hjelpebehov hos små barn. Samtidig kan PP- tjenesten har blitt mer tilgjengelig for denne aldersgruppen.

Språkvansker, lærevansker og atferdsvansker er de tre hyppigst angitte meldingsgrunnene, og angår 10-15 prosent av barna/ ungdommene. Omtrent hvert fjerde barn / ungdom har enten emosjonelle problemer, samhandlingsvansker eller konsentrasjonsvansker som samtidig problematikk. Det er tendens til en svak økning i løpet av de to siste årene, i andel barn og ungdom som er henvist for konsentrasjonsvansker og samhandlingsvansker (Vedlegg; Tabell 7.43, side 72).

2.7 Tilbud og tiltak - PP- tjenesten

2.7.1 Ventetid PP- tjenesten

For tiltak ved PP- tjenesten er det en gjennomsnittlig ventetid på ni uker, med en median på fire uker (SD=14,6) (Vedlegg; 7.45, side 73). Det er en betydelig variasjon mellom PP- tjenestekontor i hvor lenge et barn eller ungdom må vente på tiltak. Det er ingen endring i gjennomsnittlig ventetid ved PP- tjenesten siden 2002 for barn/ungdommer med psykiske vansker. Tilgjengeligheten til PP- tjenesten, målt som gjennomsnittlig ventetid, er best for barn som er bosatt i de minste og mellomstore kommunene (om lag sju ukers ventetid). Tilgjengeligheten er betydelig dårligere for barn som er bosatt i større kommuner. Her er gjennomsnittlig ventetid 12 uker. Forskjellen i ventetid for barn i de minste og største kommunene er statistisk signifikant forskjellig ($t=5,6$, $p<0.001$) (Vedlegg; Figur 7.7, side 74).

2.7.2 Tiltaksformer ved PP- tjenesten

Andel barn/ungdommer som mottar direkte tiltak i form av samtaler med fagpersoner, enten fra PP- tjenesten eller fra annen hjelpeinstans, er lavere i 2004 (32 prosent) enn i 2002 (56 prosent, (se Andersson & Hatling, 2003). Det er ikke grunnlag nok til å vurdere hvorvidt dette gjenspeiler endringer i tjenesteprofil ved PP- tjenesten de siste to årene. Tre av ti brukere med psykiske vansker har en ansvarsgruppe. I alt 67 prosent får tilbud om undersøkelse og utredning. Det er 17 prosent som også mottar polikliniske tilbud fra BUP.

Ni prosent av brukerne har, i henhold til fagperson ved PP- tjenesten sin vurdering, et udekket behov for tiltak i hjemmemiljøet, mens hhv. åtte og sju prosent har behov for tiltak i det sosiale nettverket, og veiledning til foreldrene. Åtte prosent av barna /ungdommene burde fått et poliklinisk behandlingstilbud i BUP (Vedlegg, Figur 7.8, side 75 og Figur 7.9 side 76).

2.8 Samarbeid mellom tjenesteytende instanser

Samarbeidet i førstelinjen har fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder å avklare roller, oppgave- og ansvarsfordeling. En bedring av disse forholdene kan bidra til at flere barn med psykiske vansker oppdages tidlig, og at de som trenger koordinerte tjenester får et bedre tjenestetilbud (Vedlegg, pkt 8.3, side 96).

Det er behov for å videreutvikle rutiner for samarbeid mellom hjelpeinstansene. Dette er et gjensidig ansvar, og gjelder både i forhold til henvisningspraksis og veiledning. En sentral utfordring er å avklare ansvarsfordelingen i forhold til hvilke barn skal henvises til BUP og hvordan ivareta de som må vente på behandling (Vedlegg, pkt. 8.4, side 104).

2.8.1 Helsesøsters samarbeid med andre instanser

Skole/ barnehage, barnevern, fastlege og BUP er de instanser som helsesøster hyppigst har et samarbeid med om barn / ungdommer med psykiske problemer (Vedlegg; Tabell 7.30, side 62). Relativt sett flere barn /ungdommer omfattes av samarbeid mellom hhv. helsesøster og fastlege, barnevern og BUP i de minste kommunene (<3000 innbyggere < 18 år), sammenlignet med større kommuner (Vedlegg, Tabell 7.31, side 63).

Når helsesøster samarbeider med sosialetaten, barnevernet, fastlege eller BUP, oppleves dette å fungere "middels bra" eller "dårlig" for 30- 40 prosent av brukerne (Vedlegg; Figur 7.4, side 57). "For få møtepunkter" er den enkeltårsak som hyppigst er angitt som hindring i forhold til å få til et godt samarbeid med annen instans (Vedlegg, Figur 7.5, side 65).

2.8.2 PP- tjenestenes samarbeid med andre instanser

Sammenligning mellom grupper av kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag viser tendenser til større omfang av samarbeid mellom PP- tjeneste, og henholdsvis helsesøster, fastlege, skolelege/ helsestasjonslege og barnevern i de minste kommunene, sammenlignet med i de største kommunene (Vedlegg, Tabell 7.46, side 78).

For ett av fem barn opplever fagperson ved PP- tjenesten at samarbeidet med annen instans ikke fungerer godt. Det er særlig samarbeidet med allmennleger; fastlege, skolelege og helsestasjonslege, som oppleves som problematisk (Vedlegg; Figur 7.10, side 79). For få møtepunkter er hovedutfordringen i forhold til å få samarbeid til å fungere godt (Vedlegg, Figur 7.11, side 80).

3 Konklusjoner og utfordringer

BEHOV FOR FORTSATT UTBYGGING AV KOMMUNALE LAVTERSKELTILBUD MED PSYKOSOSIAL KOMPETANSE

Omfanget av barn og ungdom med psykisk vansker, som er brukere av de mest sentrale kommunale hjelpetjenestene, er betydelig mindre enn det antatte antall med behov for hjelpetiltak.

Etablering av flere lavterskeltilbud, i regi av både PP- tjenesten og helsesøstertjenesten, med kompetanse for å møte psykososial problematikk hos barn og ungdom, bør derfor være et sentralt satsningsområde for kommunene i de nærmeste årene. Slik vil en kunne nå frem til flere av de barn og ungdommer som har hjelpebehov.

BÅDE HELSESØSTER- OG PP- TJENESTEN BØR STYRKES FOR Å I STØRRE GRAD KUNNE TILBY BARN OG UNGDOM MED PSYKISKE PROBLEMER ADEKVATE HJELPETILBUD

Problemomfang og alvorlighetsgrad ved psykiske vansker hos barn og ungdom som henvises til disse tjenestene indikerer et betydelig hjelpebehov. Så langt har en i Opptrappingsplanregi valgt å bygge ut helsesøstertjenesten, mens lite midler er tilført PP- tjenesten.

Det er et fortsatt behov for statlig stimulering av helsesøstertjenesten. I tillegg bør PP- tjenesten inkluderes i Opptrappingsplanens økonomiske satsing på det kommunale arbeidet i forhold til psykiske problemer hos barn og ungdom.

TYDELIGGJØRING AV HELSESØSTERTJENESTENS OG PP- TJENESTENS ROLLE OG OPPMERKSOMHET RUNDT PSYKISKE PROBLEMER

Det gjenstår fortsatt mye før PP- tjenesten og helsesøstertjenesten har definert tilbudet til barn og unge med psykiske problemer som deler av sin kjerneaktivitet. Det udekkede behovet viser også nødvendigheten av at tjenestene styrker sin oppmerksomhet på psykisk helse for at barn og unge skal få adekvate hjelpetilbud.

Både helsesøstertjenestens og PP- tjenestens rolle som sentrale instanser i forhold til det psykiske helsearbeidet i det kommunale hjelpeapparatet bør tydeliggjøres. Tjenestene bør også hjelpes i forhold til prioriteringsutfordringene dette medfører knyttet til tjenestenes nåværende hovedvirksomheter.

BEHOV FOR BEDRE TILGJENGELIGHET TIL TJENESTER FOR GUTTER I UNGDOMSALDEREN

En betydelig større andel jenter enn gutter har kontakt med helsesøstertjenesten i ungdomsalderen.

En bør vurdere muligheter for å utvikle nye tilnærmingsformer ved helsesøstervirksomheten, evt. utprøve modeller for kommunale lavterskeltilbud, som er bedre tilpasset gutters væremåte.

BEHOV FOR ØKT KAPASITET INNENFOR UTREDNING OG BEHANDLING

De foreliggende resultatene viser at mange barn og ungdommer som er i kontakt med helsesøster eller med PP- tjenesten vurderes å ha et udekket behov for behandlingstilbud fra BUP.

Det er behov for fortsatt å øke i kapasiteten i psykisk helsevern for barn og unge. En bør i tillegg vurdere utbygging av kommunale tjenester, som kan tilby hjelp ut over den psykososiale støtten som helsesøstere kan gi. Tilgjengeligheten til tjenester for barn og ungdom med psykisk problemer kan bli betydelig bedre ved f eks etablering av en kommunal tjeneste der det finnes fagpersoner med kompetanse innenfor utredning og behandling, og som i tillegg tidlig kan identifisere barn og ungdommer som har behov for mer omfattende tiltak.

BEHOV FOR TILTAK FOR Å BEDRE SAMARBEID MELLOM TJENESTEYTERE

Resultatene fra undersøkelsen viser at både helsesøster og fagpersoner fra PP- tjenesten ofte opplever at samarbeidet med annen instans ikke fungerer godt. For barn med sammensatte hjelpebehov kan funksjonaliteten i samarbeidet mellom involverte tjenesteytere være av avgjørende betydning for at barnet/ ungdommen får et adekvat behandlingstilbud. Bruk av verktøy for samhandling, som f eks individuell plan, synes å ha en positiv effekt på tilgjengeligheten til tjenestene.

Tiltak, initiativ og modeller som kan ha en positiv effekt på samarbeid mellom tjenesteytere bør evalueres og spres. Kommunene bør oppfordres til økt innsats for å finne effektive og funksjonelle samarbeidsstrukturer mellom instanser i hjelpeapparatet, - herunder utvide bruken av individuell plan.

4 Data og metode

Dette evalueringsprosjektet startet i 2002, med innsamling av grunnlagsdata. Denne rapporten presenterer resultater fra en følgeevaluering som ble gjennomført i 2004. Det skal gjennomføres en sluttevaluering i 2007.

I evalueringen gjennomføres kartleggingsundersøkelser ved helsestasjoner og skolehelse-tjeneste og ved PP- tjenesten, av barn og ungdom med psykiske vanker som er brukere av tjenestene. Kartleggingen gjennomføres som en tverrsnittregistrering, der det fylles ut ett registreringsskjema for hvert barn / ungdom som er bruker av tjenesten innenfor en avgrenset tidsperiode, og som oppfyller gitte inklusjonskriterier. Studien gjennomføres i et utvalg kommuner, som er valgt strategisk etter størrelse og geografi. I tillegg benyttes et eget spørreskjema for å innhente opplysninger om kontekstuelle forhold og aktivitet ved tjenestene. Dette spørreskjemaet besvares av leder ved PP- tjenesten, og av ledende helse-søster i kommunene.

Data fra kartleggingsundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen gir generelt et grunnlag å beskrive bruk av kommunale helsetjenester og karakteristika ved det kommunale hjelpetilbudet, variasjoner mellom kommuner og endring over tid.

For å komme i dybden på problemstillinger knyttet til Opptappingsplanens effekt på tilgjengeligheten til tjenester for barn og ungdom gjennomføres en kvalitativ intervjuundersøkelse. Undersøkelsen er gjennomført i tre ulike kommuner. I hver av kommunene har vi intervjuet ledende fagfolk innen de fire deltjenestene barnevernstjenesten, helsestasjonen og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), samt den geografisk ansvarlige barne- og ungdoms-psykiatriske poliklinikken. Datamaterialet for 2004 består av i alt 15 informanter fra de 12 ulike deltjenestene. Denne rapporten baseres på data hovedsakelig innhentet i 2004, men også i noen grad på tilsvarende data innhentet i 2002. Intervjuundersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Norsk institutt for by - og regionsforskning (NIBR)².

² SINTEF Helse samarbeider med NIBR, ved forsker Lars Kristofersen, om utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervju med fagpersoner tilknyttet det kommunale hjelpeapparatet og psykisk helsevern for barn og unge. Kristofersen er prosjektleder for prosjektet "Bidrar Opptappingsplanen for psykisk hele til at risikoutsatte barn får mer fleksible hjelpetjenester? Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern". SINTEF Helse og NIBR har for øvrig samarbeidet med R-BUP Nord, og forskere tilknyttet prosjektet "Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge", om utarbeidelse av intervjuguide.

Vedlegg

5 Metode og gjennomføring

5.1 Design

Prosjektet gjennomføres i tre delprosjekt. Første delprosjekt ble gjennomført i 2002, og gir grunnlagsdata for følgeevalueringen. Denne rapporten er andre delprosjekt. Siste del av evalueringen gjennomføres i 2007.

Hvert av delprosjektene er basert på følgende tre datakilder:

1. Kartleggingsundersøkelse av barn og unge som har psykiske vansker som er brukere av PP- tjenesten eller helsesøstertjenesten i et utvalg kommuner.
2. Spørreskjemaundersøkelse om kompetanse, kapasitet, arbeidsformer og organisering blant ledere ved PP- tjenesten og blant ledende helsesøstere i et utvalg kommuner.
3. Kvalitativt intervju med fagpersoner fra PP- tjenesten, helsesøstertjenesten, kommunal barneverntjeneste, og fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i et sub- utvalg kommuner.

5.2 Utvalg av kommuner for deltagelse i prosjektet

Valg av kommuner er trukket delvis strategisk for å sikre geografisk spredning og variasjon i størrelse (innbyggertall), dels også basert på hvordan tjenester for barn og unge er organisert³. I utgangspunktet (2002) ble det trukket ut 70 kommuner som fikk forespørsel om deltagelse i evalueringsprosjektet.

5.2.1 Deltagelse fra helsesøstertjenesten og PP- tjenesten i 2002

Ved gjennomføring av prosjektet i 2002 deltok helsestasjoner fra 42 av de 70 utvalgte kommunene (60 prosent). Skolehelsetjenesten medvirket i 45 av kommunene (64 prosent). Fra ti av de opprinnelig valgte kommunene mottok vi tilbakemeldinger om at deltagelse i prosjektet av ulike årsaker var upassende. I alt 47 av de 70 forespurte PP- tjenestekontorene (69 prosent) deltok i kartleggingsundersøkelsen i 2002.

5.2.2 Rekruttering til deltagelse fra helsesøstertjenesten og PP- tjenesten i 2004.

Å sikre deltagelse fra informanter / instanser er en utfordring i evalueringsdesign som strekker seg over flere år. Av hensyn til rekrutteringen til prosjektet, fra helsesøstertjenesten og fra PP- tjenesten, valgte vi ut 60 kommuner, fra de opprinnelig 70 kommunene i utvalget,

³ I prosjektet har en tilstrebet å inkludere kommuner som deltar i forsøk med familiesenter. Dette forsøket gjennomføres som et eget prosjekt innenfor Opptappingsplanen. Det er i denne sammenheng etablert et samarbeid med forskere tilknyttet RBUP Nord, som er ansvarlige for gjennomføring av en evaluering av forsøket med familiesenter.

som hadde deltatt i baselinestudien, enten med deltagelse fra helsesøstervirksomheten/ skolehelsetjenesten og/eller PP- tjenesten.

Det ble utsendt en orientering til helsesjefen i hver av de 60 kommunene, samt brev til ledende helsesøster. Forespørsel om deltagelse i oppfølgingsprosjektet ble også sendt til leder ved PP- tjenesten i de 60 utvalgte kommunene (jfr. pkt. 5.2),

5.2.3 Enheter i kartleggingen ved helsesøstertjenesten i 2004- revidert design.

Kartlegging av brukere ble gjennomført ved *samtlige* helsestasjoner, innbefattet ungdomshelsestasjoner, samt ved skolehelsetjenesten over en fire- ukers periode. Designet av undersøkelsen innebærer en revisjon i forhold til det som ble brukt i base-linestudien i 2002.

Det ble presisert, per brev og veiledning, at det var ønskelig med deltagelse fra *samtlige* helsestasjoner (inkl. ungdomshelsestasjoner), og *fra inntil 12 skoler* med skolehelsetjeneste (inkl. videregående skole). I kommuner med mer enn 12 skoler med skolehelsetjeneste ba vi om deltagelse fra et *utvalg* av skolene i kommunen, der både grunnskole (1.—7. trinn og 8.-10. trinn) og videregående skole var representert.

5.3 Kartleggingsundersøkelsen ved helsesøstertjenesten og PP-tjenesten

5.3.1 Gjennomføring av kartleggingen ved helsesøstertjenesten

Med registreringsskjemaene ble det utsendt en veiledning med inklusjonskriterier, samt prosedyrer for gjennomføring. Det ble presisert at det fylles ut ett registreringsskjema for hver aktuelle bruker i perioden 19/4- 14/5. Videre, at registreringsskjemaet fylles ut av den fagperson, ved den aktuelle helsestasjonen/ skolehelsetjenesten, som møter den aktuelle bruker i registreringsperioden. Fagpersoner kan være helsesøster, psykiatrisk sykepleier, psykolog, eller miljøarbeider. Helsesøstere ble gjennom veiledningsskjemaet påminnet om at utfylte skjema skulle returneres til kontaktperson for helsesøstervirksomheten i kommunen.

Kontaktperson ved helsesøstervirksomheten i kommunene hadde ansvar for å formidle registreringsskjema og veiledningsskjema ut til de ulike enhetene i kommunene. Kontaktpersonene hadde også ansvar for å sende samtlige utfylte skjema fra kommunen til SINTEF Helse innen angitt tidsfrist.

5.3.2 Inklusjonskriterier for kartlegging av barn og ungdom ved helsesøstervirksomheten 2004

Kartleggingen omfattet:

1 Barn og ungdommer som i perioden hadde direkte kontakt med helsesøster gjennom ordinær helsekontroll/helseundersøkelse/helseopplysning eller vaksinerings, som viser tegn eller symptom på psykisk plage, og som helsesøster iverksetter / planlegger å iverksette målrettet undersøkelse /tiltak i forhold til.

2. Barn og ungdommer som viser tegn eller symptom på psykisk plage og som helsesøster iverksetter / planlegger å iverksette målrettet undersøkelse /tiltak i forhold til, når helsesøster har direkte kontakt med a) foresatt, eller b) annen instans om dette barnet/ ungdommen i registreringsperioden.

3. I tillegg, alle barn og ungdom, i alderen 0-18 år, der helsesøster i perioden har direkte kontakt med barnet/ ungdommen gjennom en målrettet undersøkelse relatert til psykisk helse.

Det ble særskilt gjort oppmerksom på at inklusjonskriteriene innebar at ikke alle barn og ungdom som mottar ordinær helsekontroll/helseundersøkelse/helseopplysning, eller vaksinerings skulle registreres. Det ble i tillegg presisert at psykolog og/eller psykiatrisk sykepleier som evt. var tilsatt ved helsestasjonen kunne gjennomføre registreringen i de tilfeller der de hadde den aktuelle brukerkontakten.

Inklusjonskriteriene innebar at kartleggingen omfattet barn og ungdom som hadde kontakt med helsesøster, og der kontakten var relatert til psykisk helse. De to første punktene i inklusjonskriteriene innebærer en mer tydelig presisering sammenlignet med de kriterier som ble brukt i første delstudie.⁴ Kriteriene for registrering innebærer videre en utvidelse sammenlignet med kartleggingen i 2002, med anvendelse av punkt 3 i inklusjonskriteriene. Registreringsskjemaet ble revidert i henhold til endrede inklusjonskriterier, og i forhold til å bevare muligheter for sammenligning og evaluering av utvikling over tid.

5.3.3 Kartleggingsinstrument for barn og ungdom som er brukere av helsesøster-tjenester 2004

Et kartleggingsinstrument ble anvendt for å fange opp og beskrive barn og ungdommer med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenester.

5.3.3.1 Strengths and Difficulties Questionnaire - modifisert

Registreringsskjemaet omfattet en modifisert versjon av lærer- spesifikk utvidet Strength and Difficulties Questionnaire, (SDQ), (Goodman, 1999) "*Vanskenes innvirkning*" (Heyerdahl, 2003). Denne supplementdelen av SDQ kan gi indikasjon på hvordan vanskene påvirker barnet/ ungdommens daglige fungering (Goodman, 1999; Glazebrook et al., 2003).

Modifiseringen av "*Vanskenes innvirkning*" for denne studien omfattet inklusjon av et ekstra svaralternativ, "*vet ikke*" på hvert av de totalt seks spørsmålene. Dette for å gjøre avkrysning tilpasset respondentene i denne undersøkelsen (hhv. helsesøstere og fagpersoner ved PPT, som antas å kjenne barn/ungdom de har kontakt med i mindre grad enn hva lærer gjør). Spørsmålene i modifisert utvidet SDQ ble for øvrig anvendt for alle aktuelle brukere under 18 år, og ikke avgrenset til aldersgruppen 4-16 år som i den standardiserte lærer-versjonen av utvidet SDQ.

Spørsmål i modifisert utvidet SDQ er for det første hvorvidt respondenten mener barnet/ungdommen har problemer innenfor ett eller flere av følgende områder: *følelser, konsentrasjon, eller med å komme overens med andre mennesker*. Spørsmålet besvares på en skala fra 0 til 4, der 0 = "nei", 1="små vansker", 2="tydelige vansker", 3= "alvorlige vansker", og 4= "vet ikke". Responsen på dette spørsmålet brukes for å definere utvalget i denne undersøkelsen; barn og ungdom med score 1, 2, eller 3 ("Vet ikke" behandles som "ubesvart").

Respondenter som svarer at barnet/ ungdommen har små, tydelige eller alvorlige vansker som blir videre bedt om å besvare de resterende spørsmålene;

Om varighet, (på skala fra 1-5: 1=mindre enn 1 mnd., 2= 1-5 mnd., 3=6-12 mnd, 4=over ett år, 5=vet ikke).

⁴ Inklusjonskriterier for helsesøstertjenesten anvendt ved kartleggingsundersøkelsen i 2002: *Helsesøster skal registrere barn og unge (0-18 år) som har tegn/symptom på psykisk plage. Helsesøster skal registrere saker der det i den angitte perioden har vært direkte kontakt (fysisk) med barnet/ og eller barnets foresatte. Og/ eller helsesøster skal registrere saker der det i den angitte perioden har vært direkte kontakt med annen instans (f. eks. lærer) om barnet.*

Om innvirkning. (a) om barnet forstyrres/ plages av vanskene, b) om vanskene påvirker barnets dagligliv i forhold til venner og c) om vanskene påvirker barnets dagligliv i forhold til læring på skolen; på skala fra 0-4: 0=ikke i hele tatt, 1=bare litt, 2= en god del, 3= mye, 4=vet ikke).

Om belastning. (i hvilken grad vanskene er en belastning for klassen som helhet/-lærer; på skala fra 0-4: 0=ikke i de hele tatt, 1=bare litt, 2=en god del, 3= mye 4=vet ikke,).

5.3.3.2 Demografiske variabler

Kartleggingsinstrumentet inneholdt videre punkter som dekket følgende forhold; fødselsår, kjønn, hvem som tok initiativ til kontakt, viktigste meldingsgrunn og samtidige problemer, samt problemområder i barnets miljø.

5.3.3.3 Faktiske tilbud/tjenester og udekket tjenestebehov

I tillegg inneholdt skjemaet en liste over tiltak og tjenester der helsesøster skulle krysse av a) de tiltak og tilbud barnet faktisk mottar fra helsesøstertjenesten eller fra annen instans, og b) de tiltak og tilbud som barnet/ ungdommen etter helsesøster sin vurdering ideelt sett burde ha fått. En slik kartlegging vil gi en oversikt over det faktiske tilbudet ved helsesøstertjenesten, samt en indikasjon på udekket tjenestebehov for gruppen barn/ ungdommer med psykiske vansker som mottar tilbud fra helsesøstertjenesten.

5.3.3.4 Samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barnet/ungdommen

Gjennom registreringsskjemaet ble også samarbeidet mellom helsesøster og andre instanser kartlagt. Helsesøster ble også bedt om å gi en vurdering av hvordan samarbeidet med hver av de aktuelle instansene fungerer, samt evt. årsaker til at samarbeid ikke fungerer godt. Skjemaet inneholdt også spørsmål vedrørende koordinering av tjenester.

5.3.4 Inklusjonskriterier for kartlegging ved PP- tjenesten. 2004.

Det var behov for å revidere inklusjonskriteriene som ble benyttet i 2002, men samtidig ikke endre for mye i forhold til å ha muligheter for sammenligning og evaluering av utvikling over tid. Følgende inklusjonskriterier ble benyttet:

Alle barn som PP- tjenesten har direkte kontakt med, eller hvor PP- tjenesten har direkte kontakt med foresatt(e) eller annen instans om (f. eks lærer, helsesøster, fagperson fra BUP) i den aktuelle perioden⁵. Kartleggingen ved PP- tjenesten strakk seg over en to- ukers periode.

⁵ I baselinestudien (2002) ble barn og ungdommer inkludert i kartleggingen fra PP- tjenesten dersom meldingsgrunn indikerte et psykisk problem (basert på fagperson ved PPT sin fortolkning av meldingsgrunn). Tidlig i registreringsskjemaet var det presentert en liste over ulike typer meldingsgrunner som en vanligvis forbinder med psykiske problemer og vansker hos barn / ungdom. Anvendelse av disse som kriterier for kartleggingen har imidlertid den svakhet at de må fortolkes av fagperson fra PPT fra sak til sak. Det er blant annet ingen standardisering på dette nivået mellom de ulike instansene som henviser til PPT. Teksten i henvisninger fra skole blir det opp til PP- tjenesten å fortolke.

5.3.5 Kartleggingsinstrument anvendt ved PP- tjenesten. 2004

5.3.5.1 Strenghts and Difficulties Questionnaire - modifisert

For å fange opp barn og ungdommer med psykiske vansker som er brukere av PP- tjenesten ble det anvendt et kartleggingsinstrument. Den modifiserte lærer- versjonen av supplement- delen av SDQ (Goodman, 1999), som ble benyttet ved helsesøstervirksomheten (jfr. pkt. 5.3.3.1) ble også benyttet ved PP- tjenesten.

5.3.5.2 Demografiske variabler

Kartleggingsinstrumentet for PP- tjenesten dekket for øvrig opplysninger om fødselsår, kjønn, år meldt til PPT først gang, ventetid før oppstart, meldeinstans, meldingsgrunn og samtidige problemer, samt problemområder i barnets miljø.

5.3.5.3 Faktiske tilbud/tjenester og udekket tjenestebehov

Som i kartleggingsinstrumentet for helsesøstertjenesten, inneholdt skjemaet i tillegg en liste over tiltak og tjenester der fagperson skulle krysse av a) de tiltak og tilbud barnet faktisk mottar fra PPT eller fra annen instans, og b) de tiltak og tilbud som barnet/ ungdommen etter fagperson sin vurdering, ideelt sett burde ha fått. En slik kartlegging vil gi en oversikt over tilbudet ved PP- tjenesten, samt gi en indikasjon på udekket tjenestebehov for barn og ungdommer med psykiske vansker som mottar tilbud fra PP- tjenesten.

5.3.5.4 Samarbeid med andre instanser om tiltak overfor barnet/ungdommen

Gjennom registreringsskjemaet ble også samarbeidet med andre instanser kartlagt. Og fagperson ved PP- tjenesten ble bedt om å gi en vurdering av hvordan samarbeidet fungerer, samt evt. årsaker til at samarbeid ikke fungerer godt. Skjemaet inneholdt i tillegg et spørsmål vedrørende koordinering av tjenester.

5.3.6 Spørreskjema om virksomheten

I tillegg til kartleggingsundersøkelsen ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse om kompetanse, kapasitet, arbeidsformer og organisering blant ledere ved PP- tjenesten og blant ledende helsesøstere i de utvalgte kommunene.

5.3.7 Dataanalyse

5.3.7.1 Bruk av indikatorer for tjenestetilgjengelighet

I prosjektet anvendes flere indikatorer for tjenestetilgjengelighet:

1) *Antall barn og ungdom som mottar kommunale hjelpetilbud for psykiske vansker i forhold til befolkningsmengden under 18 år.*

2) *Udekket etterspørsel etter tilbud/tiltak/ tjenester*

Udekket etterspørsel etter tilbud/ tiltak/tjenester på individnivå benyttes som indikator for i hvilken grad tilbudet er tilpasset barna/ ungdommenes behov, eller er et adekvat/tilgjengelig tilbud. Antall tiltak som a)helsesøster mener barnet/ ungdommen burde fått (som ikke ble gitt/ ikke var tilgjengelig på registreringstidspunktet), og som b) fagpersoner ved PPT mener barnet/ungdommen burde ha fått, er summert for hvert enkelt individ. Denne sumskåren gir

en indeks for grad av udekket etterspørsel etter tilbud ved henholdsvis helsesøstertjenesten og PP- tjenesten.

3) Samarbeid

Følgende indikatorer på samarbeid blir benyttet:

- a) Bruk av ulike samarbeidsformer/avtaler/prosedyrer
- b) Vurdering av kvalitet på samarbeidet med annen instans i forhold til enkeltindivid⁶
- c) Etablert samarbeid

5.3.8 Statistiske analyser

5.3.8.1 Analyser av indikatorer for tilgjengelighet

1) Antall barn og ungdom som mottar kommunale hjelpetilbud for psykiske vansker i forhold til befolkningstallet under 18 år.

Anslag over omfanget barn og ungdom som mottar tilbud fra PP- tjenesten og helsesøstertjenesten vurderes opp mot antatt forekomst av milde psykiske lidelser i barne- og ungdomsbefolkningen (basert på resultater fra epidemiologiske studier), samt ved sammenligning mellom kommuner.

2) Udekket etterspørsel etter tilbud/tiltak/ tjenester

Analyser av prediktorer for udekket etterspørsel er basert på kobling av data fra virksomheten (jfr. pkt 5.3.7) og data fra tverrsnittregistreringen.

Indeks for udekket etterspørsel etter tilbud/tiltak /tjenester brukes som avhengig variabel i multivariate analyser (binær logistisk regresjonsanalyse). Det gjennomføres separate analyser for PP- tjenesten og helsesøstertjenesten, der den avhengige variabelen (dikotomisert) er; 0=udekket etterspørsel etter mindre enn to tiltak/tilbud, 1= udekket etterspørsel etter to eller flere tilbud/tiltak.

For helsesøstertjenesten er de uavhengige variablene kategorisert som følger; kommunestørrelse (1=>9000 innb., 2=6-8999 innb., 3=3-5999 innb, 4=<3000 innb), alvorlighetsgrad ved psykisk vanske 1=små vansker, 2= tydelige vansker, 3=alvorlige vansker, aldersgruppe (1=0-5 år, 2= 6-12 år, 3=13-17 år,) kommunen har familiesenter, (0=nei/1=ja), helsesøstertjenesten er styrket med midler fra OP (0=nei/1= ja), det er rekruttert fagpersoner til helsesøstervirksomheten i løpet av de siste to år, som har formal kompetanse på psykososialt arbeid (0= nei/ 1=ja), det finnes tiltak i kommunen for å styrke eller oppdatere den psykososiale kompetansen hos eksisterende personell i helsesøstervirksomheten (0=nei/1=ja), representanter fra helsesøstervirksomheten deltar i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn/ ungdom (0=nei, 1=ja), representanter fra helsesøstervirksomheten deltar i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske problemer hos barn/ ungdom (0=nei/1=ja), helsesøstertjenesten har faste, formaliserte møter med BUP (0=nei/1=ja), helsesøstertjenesten har faste, formaliserte møter med andre kommunale tjenester og etater (0=nei/1=ja), samarbeid rundt barn og unge med psykiske vansker som har behov for koordinerte tjenester ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer (0=aldri/av og til, 1= ofte/alltid), det er laget prosedyrer ved helsesøstertjenesten for utarbeidelse av individuelle planer (0=nei, 1=ja), systematisk igangsetting av individuelle planer svikter (0=stemmer helt/stemmer/stemmer litt, 1= stemmer ikke), samarbeid rundt barn med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse 0=aldri/av og til, 1= ofte/alltid).

⁶ Basert på data fra tverrsnittregistreringen

For PP- tjenesten inngår følgende uavhengige variabler i analysene; kommunestørrelse (1=>9000 innb., 2=6-8999 innb., 3=3-5999 innb., 4=<3000 innb.), alvorlighetsgrad ved psykisk vanske 1=små vansker, 2= tydelige vansker, 3=alvorlige vansker, aldersgruppe (1=0-5 år, 2= 6-12 år, 3=13-17 år,) PP- tjenesten opplever å ha kapasitetsproblemer på ett eller flere områder (0=ja/1=nei), fagperson fra PPT deltar i fagnettverksgrupper for psykososiale vanske hos barn/ungdom (0=nei/1=ja), fagperson fra PPT deltar i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker hos barn/ungdom (0=nei/1=ja), PP- tjenesten har faste, formaliserte møter med BUP (0=nei/1=ja), PP- tjenesten har faste, formaliserte møter med andre kommunale tjenester/etater om psykososial problematikk hos barn/ungdom (0=nei, 1=ja), det er etablert rutiner for samarbeid og/eller informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvisning (0=nei/1=ja), samarbeid rundt barn og ungdom med psykiske problemer som har behov for koordinerte tjenester ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer (0=nei/1=ja), det er laget prosedyrer ved PP- tjenesten for utarbeidelse av individuelle planer, systematisk igangsetting av individuelle planer svikter (0=stemmer helt/stemmer/stemmer litt, 1= stemmer ikke), samarbeid rundt barn med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse.

3) Samarbeid

a) *Analyse av bruk av ulike samarbeidsformer/avtaler/prosedyrer i helsesøstertjenesten* baseres på en sammenligning mellom kommuner der helsesøstertjenesten er styrket/ ikke styrket gjennom midler fra Opptrappingsplanen. For å undersøke om forskjeller mellom kommunegrupper er statistisk signifikante benyttes kji- kvadrattester. Som tilleggssanalyse vil en her også undersøke om det er forskjeller mellom disse kommunegruppene i forhold til kompetanse om psykososiale problemer hos barn / ungdom.

b) *Vurdering av kvalitet på samarbeidet med annen instans i forhold til enkeltindivid*

Analysen gjøres ved å sammenligne kommuner som er styrket/ ikke styrket gjennom Opptrappingsplanen med hensyn til helsesøsternes vurderinger på kvalitet i samarbeid med annen instans i forhold til enkeltindivid. Analysen baseres på individdata fra tverrsnittregistreringen, koblet med opplysning om styrking/ ikke styrking av tjenesten, som er gitt av ledende helsesøster i kommunen.

c) *Etablert samarbeid*

Logistiske regresjonsanalyser benyttes for å analysere prediktorer for samarbeid. Det gjøres separate analyser med følgende avhengige variabler; a) *etablert samarbeid på individnivå* mellom helsesøster og BUP, (ja=1/ 0=nei), b) *etablert samarbeid på individnivå* mellom PPT og BUP (1=ja, 0=nei). I analysene kobles data fra tverrsnittregistreringene med opplysninger gitt av hhv ledene helsesøster og leder ved PPT. Som uavhengige variabler benyttes de samme variablene som er benyttet for analyse av prediktorer for udekket etterspørsel (se avsnitt over).

5.4 Intervjuundersøkelse

Undersøkelsen baseres på datainnsamlinger fra sentrale informanter i barnevernstjenesten, helsestasjonen, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og tilhørende poliklinikk i psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP), i 2002 og 2004.

Utvalget i den kvalitative delen av studiet består for det første av kommuner som inngår i utvalget for den kvantitative delen av studien. For det andre er det foretatt et strategisk utvalg etter kommunestørrelse (målt i antall innbyggere), slik at både storbyer, mellomstore byer og små kommuner er representert i utvalget. Denne rapporten innbefatter en analyse

⁷ Basert på data fra tverrsnittregistreringen

av intervjumateriale fra de tre kommunene, og i alt 12 tjenester, der SINTEF Helse har gjennomført intervjuer⁸. En av kommunene er en større bykommune, en er en mellomstor by og en er en mellomstor landkommune.

I 2002 ble det gjennomført semistrukturerte intervju med ledere og ansatte i barnevernstjenesten, helsestasjonen og PPT i de aktuelle kommunene, samt faglig ledelse ved den tilhørende barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken. I de fleste av disse intervjuene ble leder for tjenesten intervjuet og i noen av intervjuene deltok en medarbeider fra tjenesten i tillegg til lederen. Totalt inngår 18 informanter i datamaterialet for 2002. Datamaterialet for 2004 består i all hovedsak av de samme informantene som i utvalget i 2002, men i enkelte tilfeller har tjenesten byttet leder og dermed har nye informanter kommet til i datamaterialet. I utgangspunktet har vi intervjuet én fagperson fra barnevernstjenesten, helsestasjonen, PPT og BUP i hver av de tre kommunene. Men i intervjuet hos en BUP og hos to PP- tjenestekontor deltok to fagpersoner, slik at utvalget består av totalt 15 informanter fra 12 ulike tjenesteenheter.

5.4.1 Intervjuguiden

For i størst mulig grad å kunne sammenligne data fra 2002 til 2004 etterstrebet vi å ha en mest mulig lik intervjuguide. Det er derfor foretatt kun mindre endringer i intervjuguiden⁹.

Hovedstikkord i guiden er:

- Begrepet tilgjengelighet
- Opptrappingsplanen og Strategiplanen for barn og unge
- Tjenestene i kommunene, organisering og lokalisering
- Tjenesteinnhold og samarbeid
- Vurdering av samarbeidet
- Kapasitet ved egen og andres tjeneste
- Kompetanse ved egen og andres tjeneste
- Brukermedvirkning
- Familiesentraler

Intervjuene hadde en varighet på 1 ½ til 2 ½ time.

5.4.2 Analyser av kvalitativt datamateriale

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

⁸ Fra et samarbeid med NIBR foreligger intervjudata fra i alt seks kommuner og 12 deltjenester for årene 2002 og 2004. Dette materialet vil dels inngå i rapportering fra evalueringsprosjekt som gjennomføres ved NIBR (v/ prosjektleder Lars Kristofersen), dels inngå sluttevaluering fra SINTEF Helse i 2008.

⁹ Revidering av intervjuguiden er gjort i samarbeid med NIBR og R-BUP Nord

6 Fakta

Et sentralt punkt i Opptrappingsplanen er flere og bedre kommunale tjenester for barn og ungdom. Forebygging og tidlig hjelp er en av grunnpilarene i planen. Barn og ungdom som allerede befinner seg i en risikosituasjon for utvikling av psykiske problemer skal få et godt tilbud, og helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid styrkes spesielt med tanke på barn og unge i risikozonen. Tilbudene i kommunene skal styrkes ved at det skal tilsettes psykologer og andre relevante faggrupper ved helsestasjoner, barnevernet, og innenfor psykososiale tjenester. Fordi helsestasjon - og skolehelsetjenesten er det eneste stedet der helsetjenesten treffer alle barn og ungdommer, er disse tjenestene særlig viktig i forhold til det forebyggende arbeidet blant barn og unge. En har særlig sett behovet for å bygge ut tilbudet "Helsestasjon for ungdom".

Evalueringsrapporter og statusrapporter som allerede er publisert tyder på at man generelt sett, gjennom først del av planperioden, har lagt et viktig grunnlag for videre utbygging og styrking av tjenestene. Det betydelig økte fokus på psykiske lidelser og psykiske vansker hos barn og ungdom har etter all sannsynlighet gjort tjenesteytere ved kommunale instanser mer bevisst på denne brukergruppen, hvilke tiltak og tjenester de har behov for, herunder betydningen av samarbeid mellom kommunale etater og mellom 1. og 2. linjetjenester.

Statusrapporten for Opptrappingsplanen (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) viser at enkelte tjenester er dårlig utbygd i mange kommuner. Dette gjelder spesielt tilbudene til barn og unge, - skolehelsetjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste nevnes særskilt. I Sosial- og helsedirektoratets tiltaksrapport for perioden 2003- 2006 (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) fremheves da også behovet for en økt styrking av helsesøstervirksomheten og pedagogisk- psykologisk tjeneste, slik at disse tjenestene blir bedre innrettet mot å yte adekvate tjenester overfor barn og ungdom med psykososiale problemer. I dette ligger et behov for samordning mellom kommunale instanser, slik at de effektivt kan arbeide med forebygging og gi lavterskeltiltak.

Det er lagt opp til en gradvis økning av driftsutgifter og investeringer for styrking av tilbudet og tjenestene. I 2003 gjensto hoveddelen av opptrappingsplanmidlene (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Opptrappingsplanen for psykisk helse utvides for å sikre at en skal nå de forutsatte målene (St. prp. nr 1, 2003-2004). På bakgrunn av de ovennevnte forholdene er det grunn til å forvente at en særlig i løpet av de kommende årene vil kunne se effekter i kommunene av opptrappingen av tjenestetilbudene til barn og ungdom med psykiske vansker.

7 Analyse kvantitativt materiale

7.1 Antall kommuner som har medvirket i undersøkelsen

Tabell 7.1 gir en oversikt over antall kommuner som har medvirket i kartleggingsundersøkelsen ved helsesøstertjenesten og PP- tjenesten. Tabellen viser også antall kommuner der ledende helsesøster har besvart spørreskjema om helsesøstervirksomheten i kommunen, og der leder ved PP- tjenesten har besvart tilsvarende spørreskjema om PP- tjenesten.

Tabell 7.1 Antall kommuner som har medvirket i undersøkelsen. Etter kommunestørrelse. 2004.

Kommunestørrelse ant.innb<18 år	Data om helsesøster- virksomheten	Kartlegging ved helsesøster- virksomheten	Data om virksomheten ved PPT	Kartlegging ved PPT
	Ant. komm.	Ant. komm.	Ant. komm.	Ant. komm.
0-2999	17	16	15	17
3-5999	18	21	12	19
6-9000	8	8	6	6
>9000	12	12	8	9
Totalt	55	57	40	51

I forhold til baseline studien som ble gjennomført våren 2002 (Andersson & Hatling, 2003), er det for helsesøstertjenesten rekruttert flere kommuner til oppfølgingsundersøkelsen. I alt 57 kommuner medvirket i kartleggingen ved helsestasjoner våren 2004, mot 42 i 2002. I tillegg foreligger opplysninger fra ledende helsesøster om virksomheten ved helsesøstertjenesten for 55 av de 60 kommunene som ble forespurt om deltagelse. I alt 51 kommuner har deltatt i kartleggingsundersøkelsen ved PP- tjenesten. I 2002 deltok 47 PP- tjenestekontor. Det foreligger opplysninger om virksomheten ved PP- tjenesten fra 40 av kommunene i utvalget for 2004.

7.2 Om virksomheten ved helsesøstertjenesten

7.2.1 Organisering av helsesøstervirksomheten

Gjennom spørreskjema som ble besvart av ledende helsesøster, er ulike organisasjonsmodeller for helsesøstertjenesten kartlagt (Tabell 7.2).

Tabell 7.2 Organiseringsmodeller for helsesøstertjenesten

Organiseringsmodeller helsesøstervirksomheten	Antall kommuner
Helse og sosialetat	35
Oppvekstetat	5
Egen resultatenhet/ selvstendig tjeneste	7
Resultatområde helse og barnevern	2
Enhet helse og forebygging	2
Sosial og familieavdeling	1
Helseetat	1
Forebyggende enhet for barn og unge	1
Ubesvart	1
Totalt	55

Det fremgår av Tabell 7.2 at helsesøstervirksomheten hyppigst er organisert under Helse og Sosialetaten. Andre relativt vanlige måter å organisere tjenesten på er under Oppvekstetat, eller som egen resultatenhet.

Tabell 7.3 gir en oversikt over organisering, kompetanse og kapasitet ved helsesøster-tjenesten i kommunene i utvalget.

Tabell 7.3 Om organisering, kompetanse og kapasitet ved helsesøstervirksomheten

<i>Har helsesøstertjenesten blitt omorganisert siste 2 år?</i>		<i>Har helsesøstertjenesten blitt styrket siste to år med midler fra Opptreppingsplanen?</i>	
Ja	Nei	Ja	Nei
26	29	42	13
<i>Er noen av kommunenes helsestasjoner samorganisert med andre hjelpetjenester (for eksempel i familiesentral el)?</i>		<i>Rekruttert fagpersoner med psykososial kompetanse?</i>	
Ja	Nei	Ja	Nei
38	15	25	29
<i>Innehar personell ved helsesøstertjenesten i kommunen tilstrekkelig kompetanse om psykiske problemer hos barn og ungdommer?</i>		<i>Finnes tiltak i kommunene for å styrke eller oppdatere den psykososiale kompetansen hos eksisterende personell i helsesøstervirksomheten?</i>	
Ja	Ja	Ja	Nei
23	31	37	18

*n= 55 kommuner

I nesten halvparten av kommunene har helsesøstertjenesten blitt omorganisert de siste to årene. I omlag to av tre kommuner er helsestasjoner samorganisert med andre helsetjenester. Tabell 7.4 viser eksempler på former for slik samordning. Omlag tre av fire kommuner har styrket helsesøstervirksomheten gjennom midler fra Opptreppingsplanen. Det varierer imidlertid betydelig mellom kommunene hvordan, - og i hvilken grad tjenesten er styrket. Tabell 7.5 gir noen eksempler på dette.

Tabell 7.4 Beskrivelser av former for samordning

Eksempler på former for samordning
<i>"Barnehage, Home Start, Psykiatrikontoret"</i>
<i>"Barnevern, familiesenter og helsestasjon utgjør Oppvekstenheten"</i>
<i>"Barnevern, sosialtjenesten, og utekontakten"</i>
<i>"Familiesenter er i noen enheter samorganisert med helsestasjonen; her jobber helsesøster barnevernspedagog, småbarnspedagog, psykiatrisk sykepleier, og fysioterapeut"</i>
<i>"Familiesenter opprettet i kommunen i 2004. Familiesenteret er organisert som en avd. under helse, - på linje med helsesøstertjenesten"</i>
<i>"Familiesentral planlegges"</i>
<i>"Har familiesenter ved to av helsestasjonene"</i>
<i>"Helsesøstervirksomhet/skolehelsetjenesten er en del av familiesenter. PPT og BUP deltar ikke fast i Familiesenterets virksomhet, men er faste medlemmer i et tverrfaglig team ved senteret, det er spesialpedagog som er med både fra BUP og PPT (øvrige faginstanser)"</i>
<i>"Er ikke samorganisert, men har tett samarbeid pga felles enhet"</i>
<i>"Sentrum helsestasjon har felles hus med barnevern og PPT"</i>
<i>"Mørkved familiesenter"</i>
<i>"Barneverntjenesten forebyggende arbeid, Familiesenter"</i>
<i>"Organisert sammen med PPT og barnevern, som tre selvstendige enheter"</i>
<i>"Organisert sammen med PPT, logoped, fysioter., pedagogisk samordning utekontakt"</i>
<i>"PPT og barnevern"</i>
<i>"PPT, forebyggende barnevern, fysioterapi, ergoterapi, jordmødre"</i>
<i>"Ressurshelsestasjon"</i>
<i>"Sosial og familieavd. , samt 1. linjeteam for barn og unge"</i>
<i>"Samarbeider med PPT, barnevern, fysioterapeut, jordmor, flyktningskoordinator, -men de ligger ikke under helsesøstertjenesten"</i>
<i>"Startet med et familiesenter i januar 2004. Har forbindelse med PPT, fysioterapeut, ergoterapeut, og spesialpedagog, i basisteam"</i>

Tabell 7.5 Eksempler på hvordan helsesøstertjenesten er styrket

Eksempler på hvordan helsesøstertjenesten er styrket; beskrivelser fra ledende helsesøster:
"30 % stilling til skolehelsetjenesten"
"50 % stilling til arbeid rettet mot ungdom"
"60 % helsesøsterstilling"
"Har opprettet Psykisk helsetjeneste for barn og ungdom -et eget tjenestested med psykolog, lege, helsesøster, sosionom"
"Fått ca 700 000 i psykiatrimidler"
"Fått tilført nye stillinger gjennom etablering av Familiesenter"
"Fått tilført midler til helsestasjon for ungdom"
"Helsesøster har gjennomført Marte- Meo kurs"
"Helsestasjon - og skolehelsetjenesten har fått en 100 % stilling som familieveileder"
"Forebyggende barnevern styrket med sosialfaglig kompetanse og familierådgiver"
"Har utvidet en stilling med 30 % pluss et 20 % engasjement ved helsestasjon for ungdom"

I 25 av 55 kommuner har helsesøstertjenesten rekruttert fagpersonell med psykososial kompetanse i løpet av de siste to årene I 23 av kommunene (32 prosent) mener ledende helsesøster at personell ved helsesøstertjenesten har tilstrekkelig kompetanse om psykiske problemer hos barn/ungdom. I nær tre av fire kommuner finnes tiltak for å styrke den psykososiale kompetansen hos personell ved helsesøstertjenesten.

7.2.2 Tilbud og tjenester ved helsesøstervirksomheten

Tabell 7.6 viser en oversikt over i hvilken grad helsesøstertjenesten i kommunene tilbyr tjenester til familier, barn og unge med særskilte behov.

Tabell 7.6 Iverksatte tilbud og tiltak ved helsesøstertjenesten for utsatte grupper

Er det etablert samtalegrupper for familier med særskilte hjelpebehov?		Er arbeid iverksatt rettet mot forebygging av psykiske problemer hos barn 0-12 år?	
Ja	Nei	Ja	Nei
17	38	33	22
Er det etablert handlingsgrupper for barn og ungdom med særskilte hjelpebehov?		Er arbeid iverksatt rettet mot forebygging av psykiske problemer hos ungdom?	
Ja	Nei	Ja	Nei
17	36	41	14
Er det etablert andre former for familiegrupper?		Er det iverksatt andre tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper?	
Ja	Nei	Ja	Nei
25	30	27	28

Ved et mindretall av kommunene i utvalget (ca 30 prosent) kan helsesøstertjenesten tilby samtalegrupper eller handlingsgrupper for familier, barn eller ungdom med særskilte hjelpebehov. Flere kommuner (45 prosent) har imidlertid etablert andre former for familiegrupper. I de fleste kommunene (75 prosent) arbeides det aktivt med forebygging av psykiske problemer hos ungdom. Dette arbeidet synes ikke å være like utbredt for barn i alderen opp til 12 år. I omtrent halvparten av kommunene har helsesøstertjenesten iverksatt andre typer tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper.

7.2.3 Samarbeidsformer ved helsesøstertjenesten

Tabell 7.7 viser i hvilken grad helsesøstertjenesten i de utvalgte kommunene har iverksatt ulike former for samarbeid med andre instanser, i forhold til arbeid rettet mot psykisk helse hos barn og ungdommer.

Tabell 7.7 Samarbeidsformer ved helsesøstertjenesten

<i>Deltar representant(er) fra helsesøstertjenesten i fagnettverksgruppe(r) for psykososiale vansker hos barn/ungdom?</i>		<i>Har helsesøstertjenesten faste, formaliserte møter med BUP?</i>	
Ja	Nei	Ja	Nei
36	19	38	17
<i>Deltar representant(er) fra helsesøstertjenesten i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske problemer?</i>		<i>Har helsesøstertjenesten faste, formaliserte samarbeidsmøter med andre kommunale etater og tjenester?</i>	
Ja	Nei	Ja	Nei
42	13	48	7
<i>Deltar representant(er) fra helsesøstertjenesten i tverrfaglige grupper for å ta i mot henvendelser vedrørende psykiske problemer hos barn/ungdom?</i>		<i>Er det etablert rutiner for samarbeid og/eller informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvisning av et barn /ungdom?</i>	
Ja	Nei	Ja	Nei
30	24	21	34

Det fremgår av Tabell 7.7 at helsesøstertjenestens samarbeid med andre instanser, samt deltagelse i faggrupper for psykisk helse hos barn / ungdommer, er relativt vanlig. Imidlertid, fra under halvparten av kommunene er det rapportert om at helsesøstertjenesten har etablert rutiner for samarbeid / informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvisning av et barn/ungdom.

7.2.4 Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved helsesøstertjenesten

Tabell 7.8 viser i hvilken grad, - og hvordan helsesøstertjenesten i kommunene anvender verktøy for samordning og samarbeid med andre instanser; individuell plan og ansvarsgruppe. Begge disse verktøyene kan like mye betraktes som metoder for å skape prosesser for samarbeid og samordning. Individuell plan er et planleggings- og dokumentasjonsverktøy som brukes for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Planen skal bidra til å skape et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud. En ansvarsgruppe skal være tverrfaglig og tverretattlig sammensatt, og jobbe for samordnet planlegging og oppfølging av planer og tiltak. Gruppen skal bidra til at barn/ unge og deres foresatte får kunnskap om sine rettigheter, og gjøre det enklere for brukeren å forholde seg til tjenesteapparatet.

Tabell 7.8 Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved helsesøstertjenesten

Samarbeid rundt barn og unge med psykiske vansker som har behov for koordinerte tjenester ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer	Antall kommuner	Pst. kommuner
Aldri	5	9
Av og til	30	55
Ofte	18	33
Alltid	1	2
Ubesvart	1	2
<i>Det er laget prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan for barn/ungdom som har behov for koordinerte tiltak</i>		
Ja	33	60
Nei	15	27
Annet	7	13
Ubesvart	0	0
<i>BUP deltar i samarbeid om utarbeidelse av individuelle planer</i>		
Aldri	22	40
Av og til	26	47
Ofte	4	7
Alltid	2	4
<i>Systematisk igangsetting og utarbeiding av individuelle planer svikter</i>		
Stemmer helt	3	5
Stemmer	7	13
Stemmer litt	33	60
Stemmer ikke	11	20
Ubesvart	1	2
<i>Samarbeid om barn/ungdom med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse</i>		
Aldri	1	2
Av og til	13	24
Ofte	33	55
Alltid	8	14
Ubesvart	3	5

Resultatene presentert i Tabell 7.8 tyder på at helsesøstertjenesten i stor grad praktiserer og tenker bruk av individuell plan i forhold til barn med psykiske vansker. Resultatene viser blant annet at helsesøstertjenesten i 33 av 55 kommuner (60 prosent) har utarbeidet prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan. Til tross for at det finnes rutiner, tilbakemelder en relativt stor andel av de ledende helsesøstrene at den systematiske igangsettingen og utarbeidelsen av individuell plan svikter.

Tre av fire ledende helsesøstere rapporterer at samarbeidet om barn / ungdom med psykiske vansker ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse.

7.3 Om virksomheten ved pedagogisk psykologisk tjeneste

7.3.1 Organisering, kompetanse og kapasitet ved PP- tjenesten

Tabell 7.9 viser hvordan PP- tjenestekontor som medvirker i undersøkelsen er organisert.

Tabell 7.9 Organiseringsmodeller for PP- tjenesten

Organiseringsmodeller PP- tjenesten	Antall kommuner
Egen virksomhet direkte under rådmannen	7
Egen virksomhet under skolekontor/	8
Inngår i fellestjeneste med andre	8
Interkommunal løsning	10
Organisert i sosial/familieavdeling	1
Egen virksomhet under kultur/opplæring	4
Tilsatt på skole med rektor som overordnet	1
Totalt	40

I alt 10 av kontorene som deltar har en interkommunal løsning. Ellers er det vanlig at PP- tjenesten er organisert som egen virksomhet under skolekontor, eller inngår i fellestjeneste med andre.

Tabell 7.10 viser at 11 av 40 PP- tjenestekontor har blitt omorganisert i løpet av de to siste årene, og at 12 av kontorene (30 prosent) har blitt styrket i denne perioden. Imidlertid er det bare tre av kontorene (8 prosent) som er styrket med midler fra Opptappingsplanen.

Tabell 7.10 Organisering, kompetanse og kapasitet ved PP- tjenesten*

<i>Har PP- tjenesten blitt omorganisert siste 2 år?</i>	
Ja	Nei
11	29
<i>Har PP- tjenesten blitt styrket siste to år?</i>	
Ja	Nei
12	28
<i>Er evt. styrking av tjenesten basert på midler fra Opptrappingsplanen?</i>	
Ja	Nei
3	9

* n= 40 kommuner

Tabell 7.11 viser i hvilken grad leder ved PP- tjenesten opplever kapasitetsproblemer i forhold til ulike aktiviteter ved kontoret.

Tabell 7.11 Kapasitet ved PP- tjenesten

Er det kapasitetsproblemer ved PPT i forhold til noen av følgende arbeidsoppgaver?	Ikke i hele tatt (%)	I liten grad (%)	I noen grad (%)	I stor grad (%)
Arbeid direkte med enkeltindivider (n=38)	3	18	29	50
Rådgivning/veiledning til foreldre/foresatte (n=38)	5	21	24	40
Rådgivning/konsultasjon til skole/barnehage (n=38)	5	15	49	31
Hjelp til kompetanse og organisasjonsutvikling skole (38)	8	11	29	53
Arbeid med sakkyndige uttalelser (38)	11	11	61	18
Internt arbeid/ledelse (37)	8	30	38	24

Generelt sett gir resultatene inntrykk av at PP- tjenesten har kapasitetsproblemer innenfor flere av de arbeidsoppgavene de utfører.

Rundt tre av fire PP- tjenestekontor rapporterer om kapasitetsproblemer, "i noen grad" eller "i stor grad", både i forhold til arbeid direkte med enkeltindivider, og i forhold til å skulle bistå skolene med kompetanse og organisasjonsutvikling.

Tabell 7.12 viser i hvilken grad PP- tjenesten har iverksatt ulike former for samarbeid med andre instanser i forhold til arbeid rettet mot psykisk helse hos barn og ungdom.

Tabell 7.12 , Samarbeidsavtaler og samarbeidsformer ved PP- tjenesten

<i>Deltar fagpersoner fra PPT i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn/ ungdom?</i>	
Ja	Nei
27	12
<i>Deltar fagpersoner fra PPT i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker hos barn/ ungdom?</i>	
Ja	Nei
26	14
<i>Har PP- tjenesten faste, formaliserte møter med BUP?</i>	
Ja	Nei
23	17
<i>Har PP- tjenesten faste, formaliserte møter med andre kommunale tjenester og etater om psykososial problematikk hos barn/ ungdom?</i>	
Ja	Nei
20	20
<i>Er det etablert rutiner for samarbeid / informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvvisning av et barn til BUP?</i>	
Ja	Nei
8	31

Det fremgår av tabellen at omlag tre av fire PP- tjenestekontor er representert i fagnettverksgrupper for psykososiale vansker hos barn/ ungdom. Ved 65 prosent av kontorene deltar også PP- tjenesten i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske vansker hos barn og ungdom. Nær halvparten av PP- tjenestekontorene har ikke etablert faste, formaliserte møter med BUP, eller tilsvarende møter med kommunale instanser eller etater. PP- tjenesten har sjelden etablerte rutiner for samarbeid med fastlegen.

7.3.2 Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved PP- tjenesten

De samme spørsmål vedrørende bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe, som ble stilt til ledende helsesøster (jfr. Tabell 7.8), ble stilt til leder ved PP- tjenesten. Tabell 7.13 viser fordelingen av svarene.

Tabell 7.13 Bruk av individuelle planer og ansvarsgruppe ved PP- tjenesten

Samarbeid rundt barn og unge med psykiske vansker som har behov for koordinerte tjenester ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer	Antall PPT-kontor	Pst. PPT-kontor
Aldri	4	10
Av og til	25	64
Ofte	9	23
Alltid	4	10
Ubesvart	1	
Det er laget prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan for barn/ungdom som har behov for koordinerte tiltak		
JA	10	26
NEI	18	46
Annet	11	28
Ubesvart	1	
BUP deltar i samarbeid om utarbeidelse av individuelle planer		
Aldri	15	43
Av og til	19	54
Ofte	1	3
Ubesvart	5	
Systematisk igangsetting og utarbeiding av individuelle planer svikter		
Stemmer helt	3	9
Stemmer	5	14
Stemmer litt	21	60
Stemmer ikke	6	17
Ubesvart	5	
Samarbeid om barn/ungdom med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse		
Av og til	8	21
Ofte	27	69
Alltid	4	10
Ubesvart	1	3

Som ved helsesøstertjenesten (jfr. Tabell 7.8) er det en relativt stor andel ledere ved PP-tjenesten som opplever at bruk av individuelle planer bidrar til å ivareta samarbeid mellom tjenester for barn med psykiske vansker. Imidlertid er det en relativt stor andel kontorer som rapporterer at det ikke er laget prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan (46 prosent). Videre er det en noe større andel PP- tjenestekontor, enn helsesøstertjeneste, som rapporterer at systematisk igangsetting av individuelle planer svikter (23 prosent). Bruk av

ansvarsgruppe er imidlertid utbredt. Tre av fire PP- tjenestekontor rapporterer at samarbeid om barn, / ungdom med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse.

7.4 Kartlegging av barn og unge med psykiske vansker

7.4.1 Omfang barn og ungdom som er kartlagt våren 2004

Tabell 7.14 viser det totale antall barn og ungdommer som er kartlagt, ved henholdsvis helsesøstertjenesten og PP- tjenesten våren 2004.

Tabell 7.14 Antall barn og ungdom som er kartlagt ved helsesøstertjenesten og ved PP- tjenesten. Etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse ant.innb<18 år	Antall barn og ungdommer	
	Kartlagt ved helsesøster- virksomheten	Kartlagt ved PP- tjenesten
0-2999	309	435
3-5999	847	825
6-9000	559	550
>9000	1 350	1 358
Totalt	3 065	3 168

Ved helsesøstertjenesten ble det i alt kartlagt 3065 barn og ungdommer i henhold til gitte inklusjonskriterier (jfr pkt 5.3.2). Ved PP- tjenesten er det kartlagt totalt 3168 barn og ungdommer (jfr. inklusjonskriterier pkt 5.3.5).

7.5 Identifikasjon av brukere med psykiske problemer. Helsesøster-tjenesten.

Identifikasjon av brukere med psykiske vansker er basert på en modifisert versjon av lærer-versjonen av Strenghts and Difficulties Questionnaire (jfr. pkt. 5.3.3.1).

Tabell 7.15 viser fordelingen på de ulike svarkategorier i modifisert SDQ. Dette angir helsesøsters vurderinger av om barnet/ ungdommen har psykiske vansker, samt vurdering av alvorlighetsgrad ved en evt. vanske.

Tabell 7.15 Helsesøsters vurdering på spørsmålet: Samlet, har barnet vansker på ett eller flere av følgende områder; med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker? (SDQ - modifisert)

	<i>Nei</i>	<i>JA, små vansker</i>	<i>Ja, tydelige vansker</i>	<i>Ja, alvorlige vansker</i>	<i>Vet ikke/ubesvart</i>
	Ant. (%)	Ant. (%)	Ant. (%)	Ant. (%)	Ant. (%)
Hele utvalget	385 (13)	655 (21)	1 384 (45)	331 (11)	310 (10)
Gutter	136 (12)	203 (18)	511 (45)	156 (14)	130 (11)
Jenter	244 (13)	435 (23)	847 (45)	172 (9)	176 (9)
0-5 år	76 (20)	82 (21)	141 (36)	25 (6)	73 (18)
6-12 år	77 (10)	179 (24)	369 (49)	75 (10)	48 (6)
13-18 år	221 (12)	384 (21)	858 (46)	227 (12)	163 (9)

* 30 mangler opplysninger om alder.

Av de totalt 3065 barna og ungdommene som er kartlagt ved helsesøstertjenesten, har i alt 2370 (77 prosent) psykiske vansker basert på helsesøsters vurderinger. Blant disse har 1715 (72 prosent) tydelige, eller alvorlige psykiske vansker.

7.6 Forbruksrater helsesøstertjenesten

Tabell 7.16 viser gjennomsnitt og median for estimert forbruksrate i registreringsperioden (20 virkedager), dvs. antall barn og unge med psykiske vansker (*små, tydelige og alvorlige vansker, SDQ*) som er registrert ved helsesøstertjenesten (helsestasjoner, skolehelsetjeneste og ungdomshelsestasjoner) i forhold til befolkningen i aldersgruppen 0-18 år.

Tabell 7.16 Estimert forbruksrate 20 virkedager. Helsesøstertjenester. Etter kommunestørrelse

Kommunestr ant.innb<18 år	Antall kommuner	Antall kartlagt	Gjennomsnitt ant. kartlagte per 1000 innb.	Median ant. kartlagte per 1000 innb.	SD
0-2999	16	226	11	11	7,4
3-5999	21	621	7	8	4,1
6-9000	8	424	8	7	4,0
>9000*	12	1 099	6*	7	2,0

Tabellen kan gi et inntrykk av hvor stor andel av barne- og ungdomsbefolkningen som har psykiske vansker og som mottar tjenester fra helsesøster.

Undersøkelsen dekker samtlige helsestasjoner og ungdomshelsestasjoner i de utvalgte kommunene. Undersøkelsen dekker imidlertid ikke all skolehelsetjeneste i kommunene, men er begrenset til å inkludere inntil 12 skoler / skolehelsetjenester i hver av kommunene. Dette svekker våre muligheter for å gi nøyaktige anslag over antall brukere. Usikkerheten i de anslag som er gjort gjelder imidlertid bare for større kommuner, der det er mer enn 12 barne-skoler/ungdomsskoler. Med forbehold om usikkerheten i materialet relatert til dette, viser resultatene at omlag en halv til en prosent av barne- og ungdomsbefolkningen mottar tjenester fra helsesøster i forhold til en psykisk vanske. Det er stor variasjon i forbruksrate

mellem kommuner med om lag samme befolkningsgrunnlag. Dette gjelder særlig innen den gruppen kommuner med færrest antall innbyggere (<3000).

I de neste to tabellene presenteres estimert forbruksrate *pr 30 virkedager* for henholdsvis barn i alderen 0-5, som mottar tiltak fra helsestasjoner (Tabell 7.17), og barn som mottar tiltak fra skolehelsetjenesten, enten ved barne- eller ungdomsskole (Tabell 7.18).¹⁰

Tabell 7.17 Estimert forbruksrate 30 virkedager. Helsestasjoner. Barn 0-5 år

Kommunestr. ant.innb<18 år	Antall kommuner	Antall helsestasjoner	Gjennomsnitt ant. kartlagte per 1000 innb.<6 år	Median ant. kartlagte per 1000 innb. < 6 år	SD
0-2999	7*	26	6**	5	4,3
3-5999	10	42	7	7	5,4
6-9000	8	24	6	6	3,4
>9000	10	92	3	2	2,5

*I alt 11 kommuner har ingen registrerte i aldersgruppen 0-5 år.

**En kommune avviker betydelig fra de andre kommunene i gruppen, med å ha et relativt sett, svært høyt antall kartlagte barn i den yngste aldersgruppen. Denne kommunen er holdt utenfor i analysen. Dersom denne kommunen inkluderes i analysen, blir gjennomsnitt antall kartlagte pr 1000 innbygger 18, median 12 og SD= 19 for denne kommunegruppen.

Kartleggingsundersøkelsen i 2004 dekker *samtlig*e helsestasjoner i kommunene. Vi kan derfor gjøre relativt gode anslag for forbruksrate for barn i alderen 0- 5 år i dette materialet. Resultatene viser at om lag en halv prosent av barn i alderen 0-5 år bruker helsesøster-tjenesten i forhold til en psykisk vanske i løpet av 30 virkedager. Forbruksraten er minst i de største kommunene.

7.6.1 Har forbruksraten ved helsestasjonene økt i den første fasen av opp-trappingsplanperioden?

For å kunne gi et pålitelig svar på hvorvidt forbruksraten for barn med psykiske vansker har økt, er en avhengig av å kunne sammenligne tall for forbruk i 2004 med de tall som fore-ligger for forbruk i 2002 (baselinestudien). I vurderingen av endring som gjøres her, er det nødvendig å ta forbehold om en metodisk svakhet som følge av at inklusjonskriterier for kartleggingen er noe ulikt formulert i de to delstudiene (2002 og 2004).

Sammenligning av forbruksrate for helsestasjoner i 2002 og 2004 viser at den ligger på omtrent samme nivå i 2002 og 2004, for kommuner med færre enn 3000 innbyggere under 18 år. Resultatene tyder på at det er en økning i forbruksrate i kommuner med 3000 til 6000 innbyggere.

Tabell 7.18 viser estimert forbruksrate for skolehelsetjenesten, beregnet som *prosentandel* i forhold til antall elever.

¹⁰ Forbruksraten tilsvarer her "punktprevalens" slik den er beregnet i baseline materialet (se Andersson & Hatling, 2003, side 29-33).

Tabell 7.18 Estimert forbruksrate 30 virkedager. Skolehelsetjenesten. Barn 6-15 år¹¹

Kommunestr.. ant.innb<18 år	Antall kommuner*	Antall barne- skoler	Antall ungd. skoler	Gjennomsnitt antall kartlagte per 100 elever*	Median ant. kartlagte per 100 elever	SD
0-2999	10	86	37	2,0	2,3	1,3
3-5999	15	173	52	1,0	0,8	0,8
6-9000	8	98	32	1,2	1,0	0,8
>9000*	12	157	75	1,6	1,3	1,1

* Fra noen kommuner manglet opplysninger om elevtall ved de involverte skolene/ skolehelsetjenesten.

Resultatene viser at 1-2 prosent av elever i barne- og ungdomsskoler vil motta direkte tiltak fra helsesøster i relasjon til en psykisk vanske i løpet av 30 virkedager. Den estimerte forbruksraten er høyere i de minste kommunene. Det er liten forskjell i forbruksrate mellom de øvrige kommunegruppene.

7.6.2 Har forbruksraten ved skolehelsetjenesten økt i den første fasen av opptappingsplanperioden?

Statistikk fra 2002 (se Andersson & Hatling, 2003), viser at den gjennomsnittlige forbruksraten for skolehelsetjenesten (prosentandel barn og unge i forhold til elevtallet, som i løpet av 30 virkedager har direkte kontakt med helsesøster i forbindelse med et psykisk problem) varierer fra 1,6 prosent i de største kommunene til 2,2 prosent i de minste kommunene. Median varierer fra 1,5 prosent i de største kommunene til 1,3 prosent i de minste kommunene.

Dersom median brukes som mål for senteret i fordelingen, kan sammenligning av forbruksraten for 2002 og 2004 tyde på at det er en økning i andel barn og ungdom med psykiske problemer som mottar tiltak fra helsesøster ved skolehelsetjenesten ¹².

7.7 Karakteristika ved barn og ungdommer som er brukere av helsesøstertjenester

De 2370 barn og ungdommer som etter helsesøster sin vurdering har små, tydelige eller alvorlige vansker (SDQ), utgjør utvalget for de påfølgende analysene.

Tabell 7.19 viser fordelingen av gutter og jenter i utvalget etter aldersgrupper.

¹¹ Videregående skole er ikke inkludert

¹² I vurderingen må det tas forbehold om en metodisk svakhet som følge av at inklusjonskriterier for kartleggingen er noe ulik formulert i de to delstudiene (2002 og 2004, jfr. bruk av modifisert SDQ i 2004).

Tabell 7.19 Antall barn og ungdommer med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenester. Etter kjønn og alder

Alderskategorier	Gutter	Jenter	Ubesvart	Totalt
	Ant. (%)	Ant. (%)	Ant. (%)	Ant. (%)
0-5 år	166 (67)	78 (32)	4 (1)	248 (100)
6-12 år	307 (49)	300 (48)	16 (3)	623 (100)
13-18 år	387 (26)	1 057 (72)	25 (2)	1 469 (100)
Ubesvart	10	19	1	30
Totalt	870 (37)	1 454 (61)	46(2)	2 370 (100)

Det er kartlagt 248 barn under seks år med psykiske vansker. Barn i den yngste aldersgruppen utgjør dermed 10 prosent av det totale utvalget.

Blant de yngste er det en overvekt av gutter (67 prosent). Barn i alderen 6-12 år utgjør 26 prosent av det totale utvalget. Andelen gutter og jenter er like stor. Ungdommer i alderen 13-18 år er den klart største gruppen (62 prosent). Det er en betydelig overvekt av jenter blant ungdommene (72 prosent). Gjennomsnittsalderen for de som er kartlagt ved helsesøstertjenesten er 11,9 år (SD=4,4). Gjennomsnittsalderen i baselinematerialet (for 2002) var 11,5 år (SD=4,4). Resultatet kan gjenspeile at helsesøstertjenesten har blitt mer tilgjengelig for ungdommer i løpet av de to siste årene (jfr. etablering av ungdomshelsestasjoner i mange av kommunene).

7.7.1 Alvorlighetsgrad ved psykiske vansker. Helsesøstertjenesten

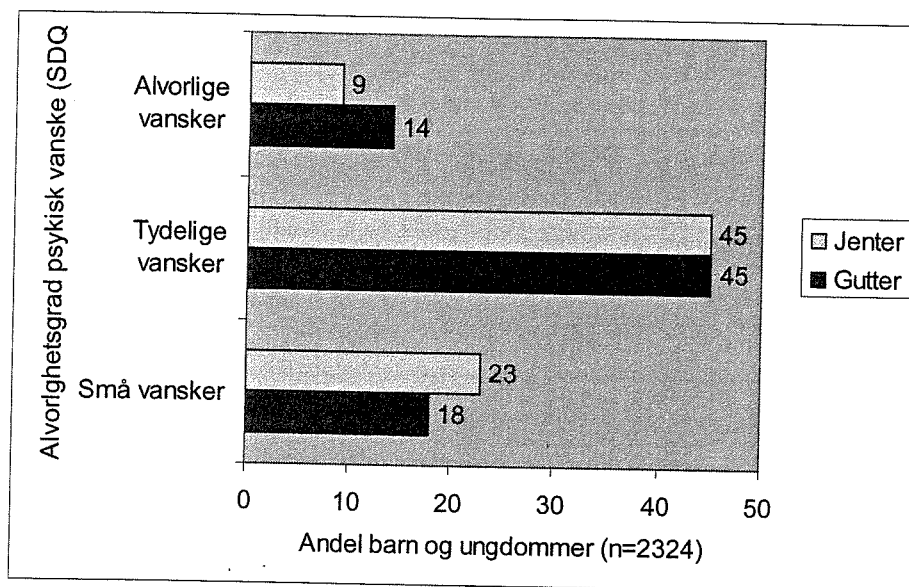
Tabell 7.20 viser helsesøster sin vurdering av alvorlighetsgrad ved psykiske vansker hos barna/ ungdommene i utvalget. Vurderingen er basert på modifisert versjon av tilleggs-skalaen i SDQ (jfr. pkt 5.3.2) og spørsmål om barnet/ ungdommen har vansker på ett et eller flere av områdene følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller med å komme overens med andre mennesker.

Tabell 7.20 Alvorlighetsgrad ved psykisk vansker Helsesøstertjenesten. Modifisert SDQ

Alvorlighetsgrad psykiske vansker	Antall	Prosent
Små vansker	655	28
Tydelige vansker	1 384	58
Alvorlige vansker	331	14
Totalt	2 370	100

Det fremgår av tabellen at barn/ungdom med tydelige vansker er den største gruppen, og utgjør over halvparten av utvalget. Fjorten prosent har i følge helsesøster alvorlige vansker, mens 28 prosent har små vansker med følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller å komme overens med andre.

Figur 7.1 viser vurdert alvorlighetsgrad ved psykiske vansker for gutter og jenter.



Figur 7.1 Alvorlighetsgrad ved psykiske vansker, etter kjønn. Basert på modifisert SDQ. Helsesøstertjenesten.

Det fremgår av figur 7.1 at det er en overvekt av jenter blant de barna/ ungdommene som har små psykiske vansker. Det er en overvekt av gutter blant de som har alvorlige psykiske vansker.

Sammenlignet med statistikk for 2002 (Andersson & Hatling, 2003), viser resultatene en større andel barn/ungdom med moderate vansker, og en mindre andel med alvorlige vansker. Baselinestudien i 2002 gjorde ikke bruk av SDQ, og spørsmålsformuleringen i forhold til vurdering av alvorlighetsgrad ved psykisk vanske har derfor vært ulik i de to kartleggingsundersøkelsene. Materialet for 2002 og 2004 kan derfor ikke sammenlignes direkte. Imidlertid er det grunn til å påpeke at resultatene *kan tyde på* at helsesøstertjenesten i løpet av første del av opptrappingsplanperioden har blitt mer tilgjengelig for barn og ungdommer med moderate psykiske vansker. En kan også spekulere i om dette kan gjenspeile den økte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i løpet av denne perioden (SINTEF Helse, 2004), og at BUP nå gir tilbud til flere barn/ungdom med alvorlige problemer, som tidligere mottok kommunale tjenester.

7.7.2 Om vaskenes varighet

Bruk av modifisert SDQ for å identifisere barn og ungdommer med psykiske vansker gir også en mulighet for fremstilling av helsesøsters vurdering av vaskenes varighet og innvirkning. Tabell 7.21 presenterer varighet av psykiske vansker for gutter og jenter, basert på modifisert SDQ.

Tabell 7.21 Om vanskenes varighet. Hvor lenge har vanskene vært til stede? Helsesøstertjenesten

	Mindre enn 1 mnd	1-5 mnd	6-12 mnd	Over ett år	Vet ikke/ubesvart
Hele utvalget	44 (2)	271 (11)	470 (20)	1 368 (58)	217 (8)
Gutter	14 (1)	97(11)	165 (19)	516 (59)	78 (9)
Jenter	29 (2)	163 (11)	297 (20)	830 (57)	135 (9)

*46 mangler opplysninger om kjønn

Det fremgår av tabellen at om lag 80 prosent av barna og ungdommene i utvalget har psykiske vansker som har vart i mer enn et halvt år. For over halvparten av utvalget har vanskene vært til stede i mer enn ett år. Det er ingen kjønnsforskjeller av betydning i forhold til vanskenes varighet.

7.7.3 Om vanskenes innvirkning

Tabell 7.22 viser helsesøster sin vurdering av i hvilken grad barnet/ ungdommen selv blir forstyrret eller plaget av vanskene.

Tabell 7.22 Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene? Helsesøstertjenesten

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
Hele utvalget	25 (1)	355 (15)	1 174 (50)	645 (27)	171 (7)
Gutter	16 (2)	140 (16)	421 (48)	225 (26)	68 (8)
Jenter	9 (1)	208 (14)	725 (50)	412 (28)	100 (7)

Det fremgår av tabellen at nær 80 prosent av barna/ ungdommene i utvalget har psykiske vansker, som etter helsesøsters vurderinger, oppleves som "en god del", eller "mye" forstyrrende for barnet / ungdommen selv.

Tabell 7.23 viser helsesøster sin vurdering av i hvilken grad vanskene påvirket barnet/ ungdommen sitt dagligliv i forhold til venner.

Tabell 7.23 Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til venner? Helsesøstertjenesten.

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
Hele utvalget	148 (6)	588 (25)	927 (39)	473 (20)	234 (10)
Gutter	45 (5)	201(23)	329 (38)	192 (22)	103 (12)
Jenter	100 (7)	368 (25)	581 (40)	275 (19)	130 (9)

Tabellen viser at over halvparten av barna og ungdommene i utvalget har psykiske vansker som "en god del" eller "mye" påvirker deres dagligliv i forhold til venner.

Tabell 7.24 viser helsesøster sin vurdering av i hvilken grad vanskene påvirket barnet/ ungdommen sitt dagligliv i forhold til læring på skolen.

Tabell 7.24 Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til læring på skolen? Helsesøstertjenesten

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
Hele utvalget	107 (5)	480 (20)	819 (35)	530 (22)	434 (19)
Gutter	29 (3)	126 (15)	259 (30)	222 (26)	234 (27)
Jenter	76 (5)	337 (23)	546 (38)	300 (21)	195 (13)

En relativt stor andel har svart "vet ikke" eller ikke besvart spørsmålet om vanskenes påvirkning i forhold til læring på skolen. Denne andelen er større for gutter (27 prosent) enn for jenter (13 prosent). For mer enn halvparten av utvalget (57 prosent) har helsesøster vurdert at vanskene påvirker læring på skolen "en god del" eller "mye". Dette gjelder både for gutter og jenter. Tabell 7.25 viser i hvilken grad vanskene er en belastning for klassen og lærer.

Tabell 7.25 I hvilken grad er vanskene en belastning for klassen som helhet/lærer? Helsesøstertjenesten.

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
Hele utvalget	506 (21)	585 (25)	449 (19)	203 (9)	627 (27)
Gutter	101 (12)	179 (21)	197 (23)	113 (13)	280 (32)
Jenter	388 (27)	391 (27)	248 (17)	89 (6)	338 (23)

Spørsmålet om i hvilken grad vanskene er en belastning for klassen og lærer kan synes å være lite relevant å stille helsesøster. For å kunne svare vil det være nødvendig at hun kjenner barnet / ungdommen godt, og at hun er i samarbeid med skole og evt. PP- tjeneste i forhold til tiltak overfor barnet. Det er derfor ikke overraskende at andel ubesvart/ "vet ikke" er såpass høy som nær 30 prosent. Andel ubesvarte / "vet ikke" er høyere for gutter enn for jenter. Dette kan være et uttrykk for at helsesøster er i tettere dialog med jenter enn med gutter. Andel barn / ungdommer som har en psykisk vanske som "en god del" eller "mye" er en belastning for klassen/ lærer, er høyere for gutter enn for jenter. Dette kan gjenspeile at gutter, i større grad enn jenter, har eksternaliserte atferdsvansker.

7.7.4 Hvem som tok initiativ til kontakt med helsesøster

Tabell 7.26 viser hvem / hvilken instans som har tatt initiativ til kontakt med helsesøster, etter kjønn. For hvert barn kan det være mer enn en instans om har tatt initiativ til kontakt.

Tabell 7.26 Instanser som har tatt initiativ til kontakt med helsesøster. Helsestasjon og skolehelsetjeneste/ ungdomshelsestasjon

Instanser	Helsestasjon (n=248)		Skolehelse/ungdomshelsestasjon (n=2122)	
	Ant.	Pst.	Ant.	Pst.
Barnet/ungdommen	-	-	748	35
Foreldre/foresatte	83	34	575	27
Venner/naboer	3	1	39	2
Ordinær helsekontroll	141	57	230	11
Barnehage/skole/lærer	13	2	467	22
Barnevern	5	2	24	1
Fastlege	1	0	17	1
PP- tjeneste	1	0	37	2
BUP	0	0	25	1
Andre	21	9	375	18

Tabell 7.26 viser at barn som er kartlagt ved helsestasjoner i hovedsak fanges opp gjennom ordinære helsekontroller. Brukere av skolehelsetjenesten / ungdomshelsestasjoner tar vanligvis selv kontakt med helsesøster, eller får hjelp til kontakt fra foresatte eller lærer. Sammenligning av materialet for 2002 og 2004 viser bare ubetydelige forskjeller i forhold til hvem som har tatt initiativ til kontakt med tjenesten.

7.7.5 Kontaktårsaker helsesøstertjenesten

Tabell 7.27 gir en oversikt over hvilke kontaktårsaker barn og ungdommer har for møtet med helsesøstertjenesten.

Tabell 7.27 Viktigste kontaktårsak for barn og ungdommer som mottar tiltak fra helsesøster

Kontaktårsaker	Helsestasjon		Skolehelse/ungdomshelsestasjon	
	(n=248)		(n=2122)	
	Ant.	Pst.	Ant.	Pst.
Lærevansker	1	0	23	1
Språkvansker	20	8	9	1
Atferdsvansker	42	17	165	8
ADHD-problematikk	4	2	57	3
Motorisk uro	19	8	8	1
Konsentrasjonsvansker	4	2	94	3
Skolevegring	0	0	58	3
Mobbing	0	0	64	3
Samhandlingsvansker	32	13	143	7
Emosjonelle problemer	18	7	574	27
Spiseforstyrrelser	8	3	66	3
Angst/fobi	4	2	66	3
Suicidalfare	0	0	51	2
Syn/hørselsproblemer	3	1	10	1
Funksjonshemning	6	2	22	1
Diffus somatisk plage	3	1	45	2
Medisinsk årsak	5	2	61	3
Ubesvart	79	32	524	25

Tabell 7.27 viser at atferdsvansker er hyppigste kontaktårsak for de yngste (0-6 år) (17 prosent). Emosjonelle problemer, som kan være internaliserte vansker, - preget av engstelighet, tilbaketrekking, manglende selvhevdelse og tristhet/ depresjon, utgjør den desidert største kategorien henvisningsgrunner for de som er 6 år eller eldre (27 prosent). Resultatene viser at eksternaliserte og internaliserte vansker utgjør de to store gruppene av problemer hos barn og ungdommer som mottar hjelp fra helsesøster relatert til psykiske vansker.

7.7.6 Risikofaktorer i barnets miljø. Helsesøstertjenesten.

Tabell 7.28 viser en oversikt over risikofaktorer i barnas/ ungdommenes oppvekstmiljø. Oversikten er basert på helsesøsters kjennskap til - og vurdering av risikofaktorer i miljøet.

Tabell 7.28 Risikofaktorer i miljøet.

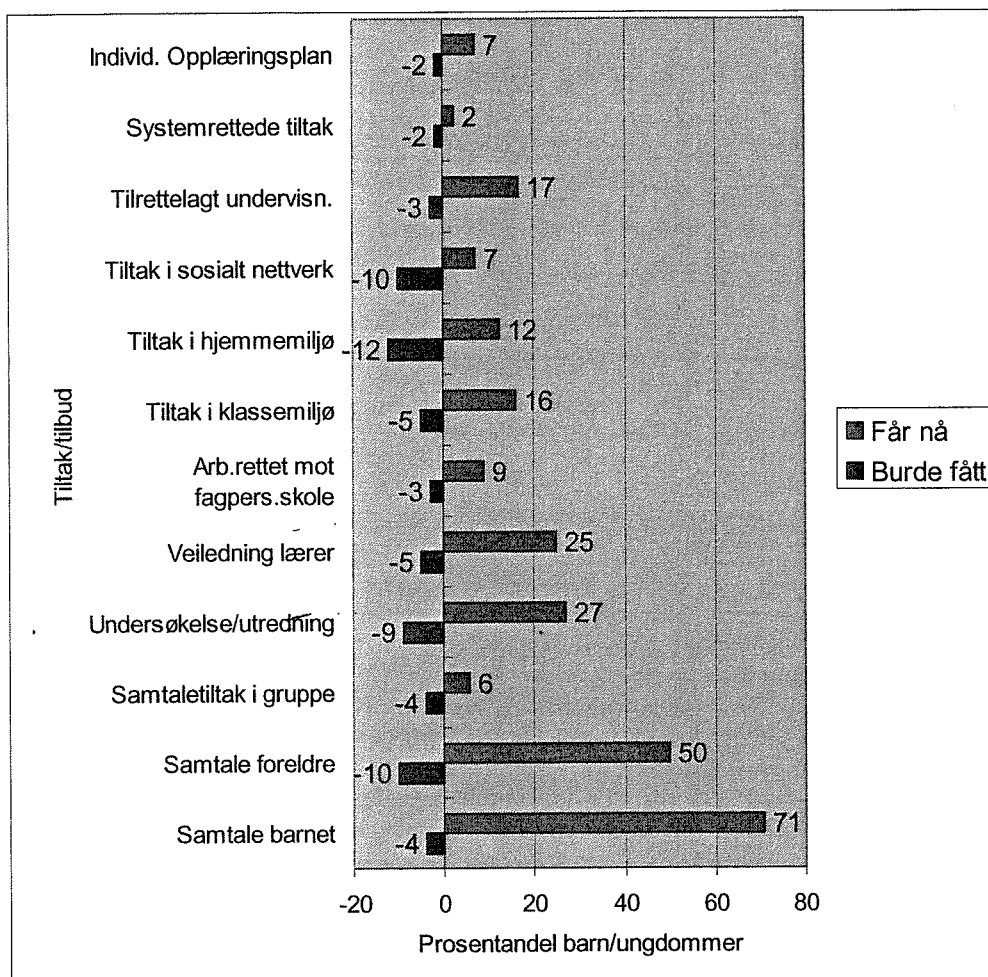
Risikofaktorer	Kartlagt på helsestasjon (n=248)		Kartlagt ved skolehelse/ ungdomshelsestasjon (n=2092)	
	Ant.	Pst.	Ant.	Pst.
Avvikende relasjoner innen familien	86	31	858	41
Akutte livshendelser	28	11	407	20
Psykisk forstyrrelse hos mor/far	66	27	318	15
Rusmisbruk hos mor/far	25	10	183	9
Avvikende nærmiljø	25	10	138	7
Mellommenneskelig belastning ifm skole	0	0	232	11
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	14	6	91	4
Ingen kjente problemområder	67	27	467	22
Annet	23	9	143	7

Vi har i denne analysen tillatt at hvert barn/ungdom kan ha mer enn en risikofaktor i sitt miljø. Fra kartleggingen ved helsestasjoner fremgår det at 27 prosent av utvalget ikke har noen kjente problemområder i miljøet, mens det for ni prosent er benyttet svaralternativet "annet". Gitt at spørsmålet om risikofaktorer i miljøet er besvart for alle, vil det være over 60 prosent av de yngste barna som har en identifisert risikofaktor i sitt miljø. Avvikende relasjoner innen familien er den risikofaktor som er hyppigst angitt (31 prosent). Andelen med "ingen kjente problemområder" er høyere enn den var i 2002 for barn kartlagt ved helsestasjoner.

Resultater fra kartleggingen ved skolehelsetjenesten og ungdomshelsestasjonene viser at 22 prosent av barna/ ungdommene ikke har noen kjente risikofaktorer i sitt miljø. Svarkategorien "annet" er benyttet for sju prosent av utvalget. Gitt at spørsmålet om risikofaktorer er besvart for alle, vil rundt 70 prosent av barna/ ungdommene ha en identifisert risikofaktor i sitt miljø. Også for barn/ ungdommer over seks år er andelen med "ingen kjente problemområder" høyere enn den var i materialet for 2002.

7.8 Tilbud og tiltak ved helsesøstertjenesten

Figur 7.2 gir en oversikt over tilbud/ tiltak som helsesøster eller annen instans yter overfor barnet/ ungdommen, gjennom samtaler, miljørettede tiltak, eller skolerelaterte tiltak (får nå, på registreringstidspunktet), og hvilke av disse tiltakene som barnet/ ungdommen, etter helsesøsters vurdering, burde ha fått (presentert med negative verdier) (jfr. pkt. 5.3.3.3). Helsesøsters vurdering av udekket tjenestebehov representerer en utvidelse i forhold til kartleggingen i 2002.

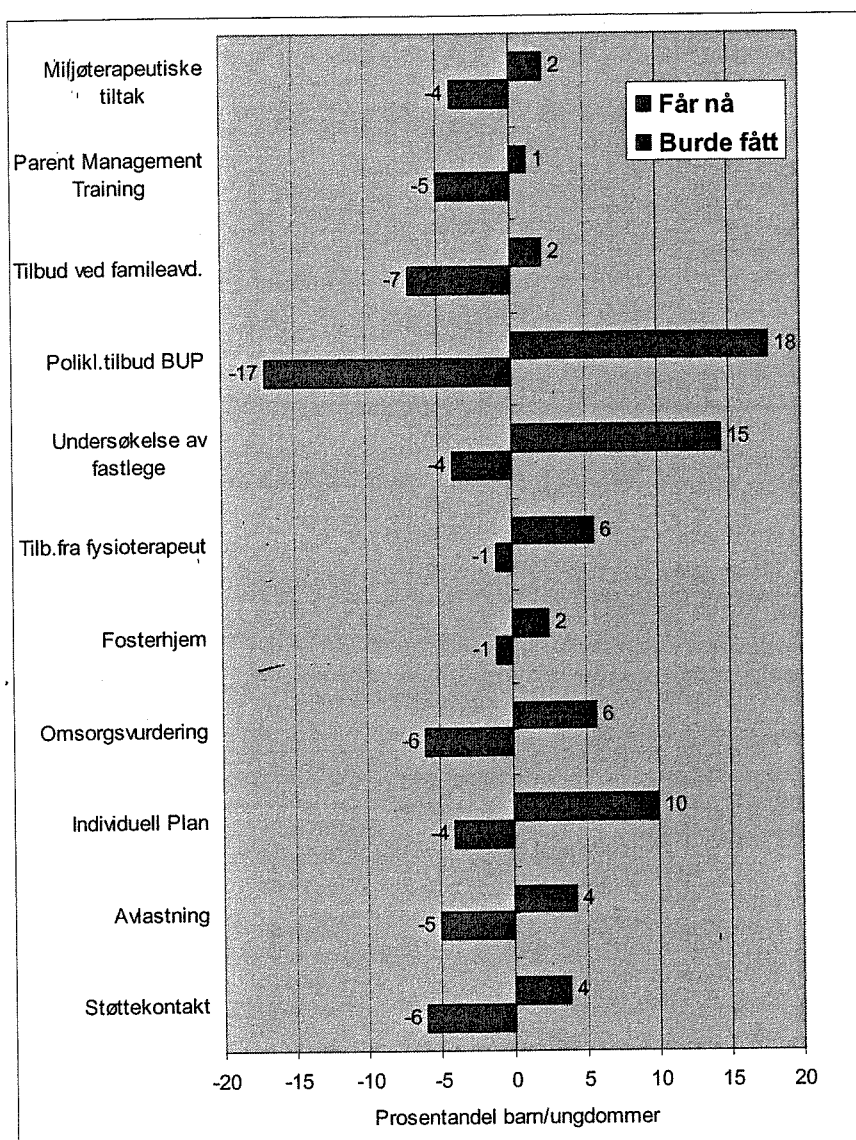


Figur 7.2 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. Helsesøstertjenesten (A)

Det fremgår av figuren at samtaler med barn/ ungdom og foreldre, er de hyppigst iverskattede tiltaksformer ved helsesøstertjenesten i relasjon til psykiske vansker hos brukerne. Det er ubetydelige endringer i tiltaksprofil ved helsesøstertjenesten fra 2002.

I henhold til helsesøsters vurderinger har 12 prosent av brukerne et udekket behov for tiltak i hjemmemiljøet, mens 10 prosent har behov for henholdsvis tiltak i det sosiale nettverket og samtale med foreldrene. I følge helsesøster burde ni prosent av barna/ ungdommene fått tilbud om utredning / undersøkelse.

Figur 7.3 gir en tilsvarende oversikt over *andre* tiltak/ tilbud som barna/ ungdommene i utvalget mottar.



Figur 7.3 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. Helsesøstertjenesten (B)

Det fremgår av figuren at 18 prosent av barna/ungdommene mottar tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Denne andelen er tilnærmet lik den andelen barn/ ungdommer som helsesøster samarbeidet med BUP om i 2002 (Andersson & Hatling, 2003). I alt 10 prosent av utvalget har en individuell plan, mens 15 prosent mottar et tilbud fra fastlegen i relasjon til det psykiske problemet.

Det er en relativt høy udekket etterspørsel etter poliklinisk tilbud fra psykisk helsevern. I henhold til helsesøsters vurderinger burde i alt 17 prosent av barna/ ungdommene fått et spesialisert behandlingstilbud.

7.8.1 Koordinering av tjenester

Barn og ungdom med sammensatte behov, som trenger hjelpetiltak fra flere tjenester, kan ha god nytte av en koordinator. Dette er en person som brukeren kan forholde seg til, som et bindeledd mellom bruker og tjenesteapparat, og som har kontakt med de ulike tjenesteytere, slik at helheten og sammenhengen i tjenestetilbudet vedlikeholdes. Tabell 7.29 gir en status for bruk av, - og behovet for en koordinator blant barna/ ungdommene i utvalget.

Tabell 7.29 Bruk av, - og behov for en koordinator

Har barnet/ ungdommen en koordinator som samordner tilbud til barnet?	Ant	Pst
Ja	396	17
Nei, men det er behov for en koordinator	403	17
Nei, det er ikke behov for koordinator	1 121	47
Vet ikke	173	7
Ubesvart	277	12
Totalt	2 370	100

Det fremgår av tabellen at 47 prosent av barna/ ungdommene ikke har behov for en koordinator. I alt 17 prosent har en person som koordinerer tilbudene. Like mange har behov for en koordinator.

7.8.2 Instanser som helsesøster samarbeider med om tiltak overfor enkeltindivider

Helsesøster samarbeider med annen instans om tiltak og tilbud for i alt 1451 (65 prosent) av barn/ungdommer i utvalget. Tabell 7.30 viser omfang av samarbeid mellom helsesøster og ulike instanser.

Tabell 7.30 Instanser som helsesøster samarbeider med om tiltak overfor det enkelte barn/ungdom

Instanser	Ant. barn/ungd. (n=2370)	Pst. barn/ungd. (n=2370)	Helsestasjoner Ant barn (pst.) (n=248)	Skole/ungdh. Ant barn(pst.) (n=2122)
Skole/barnehage	1 223	52	70(28)	1 138(54)
Skolelege	297	13	39(16)	327(15)
Helsestasjonslege	171	7	11(4)	283(13)
Fastlege	371	16	83(34)	84(4)
Barnevern	374	16	22(9)	395(19)
BUP	420	18	50(20)	318(15)
Habiliteringstjeneste	78	3	26(11)	51(2)
Sosialetat	73	3	11(4)	62(3)
Somatisk sykehus	100	4	38(15)	60(3)

I tillegg til skole/ barnehage er BUP, barnevernet og fastlegen blant de instanser som helsesøster hyppigst har et samarbeid med om barn / ungdommer med psykiske problemer. Samarbeid med BUP og fastlegen er noe mer hyppig forekommende for den yngste aldersgruppa (barn som mottar tilbud ved helsestasjoner) enn for de som er eldre, mens det oftere er etablert et samarbeid med barnevernet for de som er fylt seks år, sammenlignet med de yngste. Omfanget av samarbeid (målt som antall barn / ungdommer som omfattes av samarbeid) med BUP og med barnevernet er omtrent likt det man fant i 2002, mens omfang av samarbeid med fastlegen er lavere.

7.8.3 Samarbeid mellom helsesøster og andre instanser - variasjon mellom kommuner

Kartleggingsundersøkelsen i 2002 viste variasjoner mellom kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag i forhold til omfang av samarbeid mellom instanser, med større grad av samarbeid mellom helsesøster og andre instanser i små, sammenlignet med i store kommuner.

Tabell 7.31 viser omfang av barn og ungdommer som omfattes av samarbeid mellom helsesøster og andre instanser, etter kommunestørrelse.

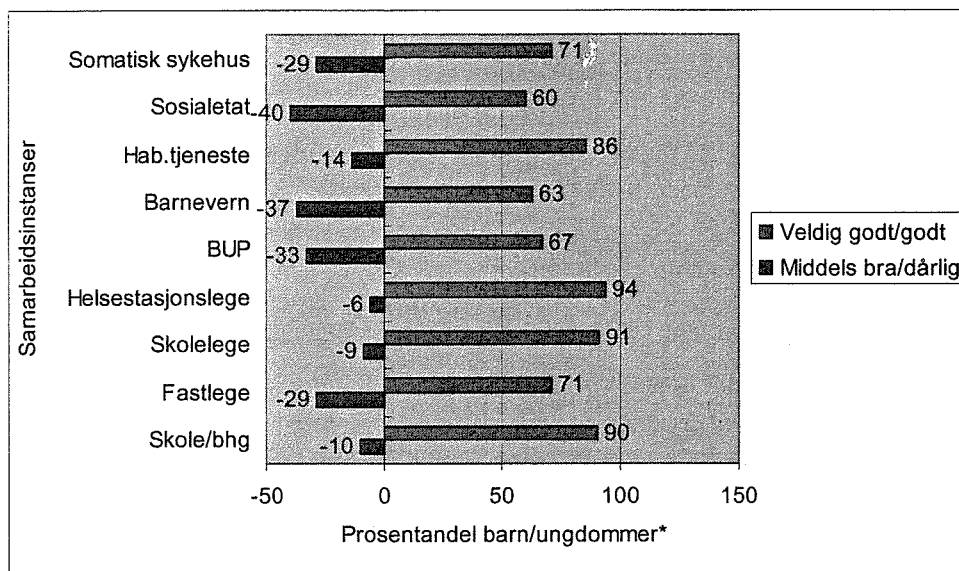
Tabell 7.31 Omfang barn/ ungdom som omfattes av samarbeid mellom helsesøster og andre instanser. Etter kommunestørrelse.

Instanser	Prosentandel barn/ ungdommer det samarbeides om			
	0-2999 innb. (n=226)	3-5999 innb. (n=621)	6-8999 innb. (n=424)	>9000 innb. (n=1099)
Skole/barnehage	64	54	52	48
Fastlege	28	20	9	13
Skolelege	16	11	9	15
Helsestasjonslege	10	7	9	6
BUP	24	19	19	15
Barnevern	26	16	17	13
Habiliteringstjeneste	5	3	3	3
Sosialetat	4	3	2	3
Somatisk sykehus	6	3	5	4

Resultatet viser at relativt sett flere barn /ungdommer omfattes av samarbeid mellom hhv. helsesøster og; fastlege, barnevern og BUP i de minste kommunene, sammenlignet med større kommuner. Det gjenspeiler høyst sannsynlig betydningen av geografisk nærhet for samarbeid mellom tjenester/ aktører. Større omfang av samarbeid med BUP i de minste kommunene kan skyldes at det er vanskeligere å rekruttere fagpersoner med psykososial kompetanse til mindre kommuner.

7.8.4 Vurdering fra helsesøster av hvordan samarbeidet med annen instans fungerer.

For at et tjenestetilbud skal være adekvat og tilgjengelig vil funksjonaliteten i samarbeidet mellom involverte instanser/ aktører kunne være av stor betydning. I Figur 7.4 presenteres helsesøster sin vurdering av hvordan samarbeidet med ulike instanser fungerer i forhold til tiltak rettet mot enkeltindivider.



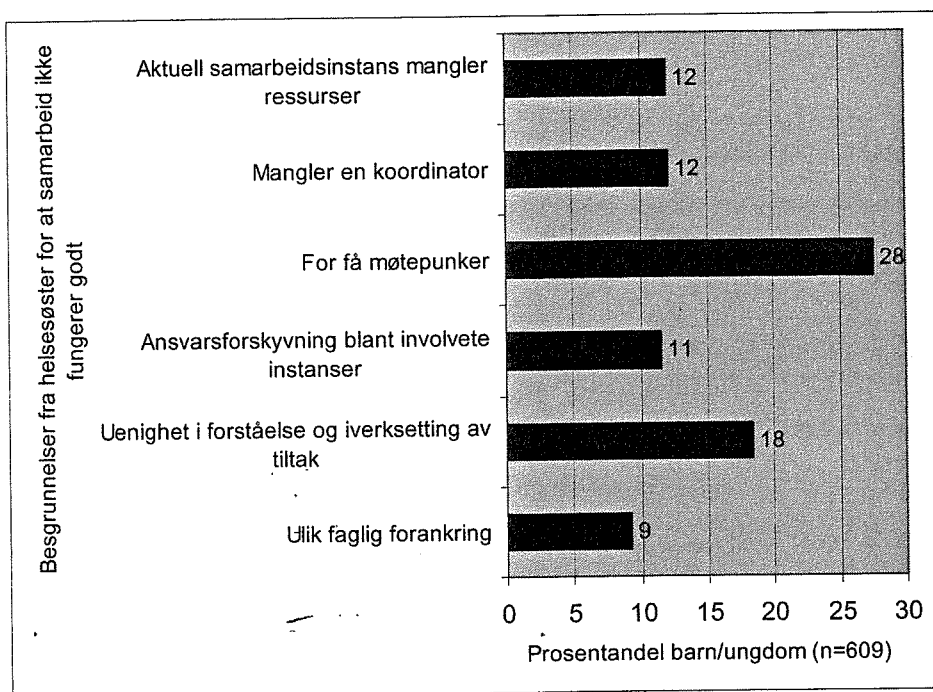
Figur 7.4 Vurdering av samarbeid med andre instanser. Helsesøstertjenesten

* Fordi antallet barn/ungdom som det samarbeides om varierer med de ulike instansene, varierer også n i de analysene som er gjort; skole/bhg, n=1223, skolelege, n=297, helsestasjonslege, n=171, fastlege, n=420, barnevern, n=374, BUP, n=420, sosialetat, n=73, habiliteringstjeneste, n=78.

Figuren viser at det særlig er samarbeidet med skole/barnehage, helsestasjonslege og skolelege som av helsesøster vurderes å fungere "veldig godt"/"godt". Samarbeidet med sosialetaten, barnevernet, fastlege og BUP oppleves å fungere "middels bra" eller "dårlig" for 30-40 prosent av barn/ ungdom som omfattes av dette.

7.8.5 Hva er årsaker til at samarbeid mellom helsesøster og andre instanser ikke fungerer?

For i alt 609 barn /ungdommer i utvalget (26 prosent) har helsesøster vurdert at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt (dvs. "middels bra" eller "dårlig"). Figur 7.5 viser angitte årsaker til at samarbeidet ikke fungerer godt.



Figur 7.5 Årsaker til at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt. Helsesøstertjenesten.

Det fremgår av Figur 7.5 at "for få møtepunkter" er den enkeltårsak som hyppigst er vurdert som problem i forhold til samarbeid med annen instans.

7.9 Identifikasjon av brukere med psykiske problemer. PP- tjenesten

Det er totalt kartlagt 3173 barn og unge som har vært brukere av PP- tjenesten i løpet av registreringsperioden. Tabell 7.32 viser antallet og prosentandelen av disse barna/ ungdommene som henholdsvis er vurdert til; å ikke ha psykiske vansker, ha små vansker, ha tydelige vansker, og ha alvorlige vansker. I tillegg presenteres antall og andel barn og ungdom der fagperson ved PP - tjenesten ikke har hatt grunnlag til å kunne vurdere hvorvidt barnet/ungdommen har en psykisk vanske ("vet ikke"/ ubesvart).

Tabell 7.32 Fagperson ved PPT sin vurdering på spørsmålet: Samlet har barnet vansker på ett eller flere av følgende områder; med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker? (modifisert SDQ)

	Nei	JA, små vansker	Ja, tydelige vansker	Ja, alvorlige vansker	Vet ikke/ ubesvart
Hele utvalget	559(18)	535(17)	1 264(40)	618 (20)	197(6)
Gutter	335(16)	341(16)	909(42)	424(20)	137(6)
Jenter	223(22)	191(19)	351(35)	192(19)	60(6)
0-5 år	111(22)	96(19)	171(34)	71(14)	54(11)
6-12 år	310(18)	286(17)	702(42)	294(18)	90(5)
13-18 år	137(14)	150(16)	381(39)	248(26)	50(5)

* 22 mangler opplysninger om alder

Av de 3173 barna/ ungdommene som har mottatt tiltak fra PP- tjenesten i registreringsperioden, og som er kartlagt i denne studien, har i alt 2417 (76 prosent) psykiske vansker. Over halvparten (59 prosent) av de som er brukere av PP- tjenesten har tydelige eller alvorlige psykiske vansker.

7.10 Forbruksrater PP- tjenesten

Tabell 7.33 viser antall barn og unge med psykiske vansker som er kartlagt ved PP- tjenesten, basert på modifisert SDQ, i forhold til befolkningen i aldersgruppen. Etter kommunestørrelse. 2004.

Tabell 7.33 Estimert forbruksrate PP- tjenesten. Ti virkedager

Kommunestr. ant.innb<18 år	Antall kommuner*	Antall kartlagt	Gjennomsnitt ant. kartlagte per 1000 innb.	Median ant. kartlagte per 1000 innb.	SD
0-2999	11	209	13	12	9,0
3-5999	12	537	10	9	5,4
6-9000	5	297	9	10	4,5
>9000	8	926	7	8	3,0

* PPT- kontor som er organisert som interkommunale kontorer/ dekker mer enn en kommune er utelatt fra analysene.

Estimatene viser at fra 0,7 til 1,3 prosent av befolkningen under 18 år vil motta tiltak fra PP- tjenesten i forhold til en psykisk vanske i løpet av to uker (ti virkedager). Andelen brukere er høyere i mindre enn i større kommuner. Det er imidlertid stor variasjon i forbruksrater mellom kommuner med omtrent samme befolkningsgrunnlag. Dette gjelder særlig innen gruppen små kommuner.

I kartleggingsundersøkelsen som ble gjennomført i 2002 (baselinestudien) ble *meldingsgrunn som indikerer psykisk vanske* brukt som inklusjonskriterium. Følgende meldingsgrunner var da aktuelle: atferdsvansker, motorisk uro, konsentrasjonsvansker, ADHD- problematikk, samhandlingsvansker, emosjonelle problemer, spiseforstyrrelser, angst/fobi, suicidalfare. For å vurdere endring i forbruk av PP- tjenesten for barn og unge med psykisk vansker er forbruksraten for tjenesten også estimert for det utvalgte barn og ungdommer som har en eller flere av de nevnte meldingsgrunnene.

Av det totale antall barn/ ungdommer som er kartlagt ved PP- tjenesten i registreringsperioden (n=3173), (jfr. pkt. 5.3.5.), hadde 886 (28 prosent) en meldingsgrunn som indikerte psykisk vanske. Antallet er betydelig lavere enn antallet i det utvalget som identifiseres ved bruk av modifisert SDQ. Dette kan for det første tyde på at symptomer på psykiske vansker hos barn og unge kan være vanskelig å tolke / definere for henvisere, og/eller at psykiske vansker ofte er skjult bak andre, for eksempel skolerelaterte problemer. Meldingsgrunn er så fall ikke et godt nok inklusjonskriterium å anvende i en kartlegging av barn og unge med psykiske vansker. Imidlertid, for å kunne gjøre en vurdering av endring i forbruk av PP- tjenesten de to siste årene, er forbruksrate beregnet også for barn/ ungdommer som har meldingsgrunn som indikerer psykisk vanske (Tabell 7.34).

Tabell 7.34 Estimert forbruksrate PP- tjenesten. Meldingsgrunn indikerer psykisk vanske. 10 virkedager. Etter kommunestørrelse.

Kommunestr. ant.innb<18 år	Antall kommuner	Antall kartlagt	Gjennomsnitt ant. kartlagte per 1000 innb.	Median ant. kartlagte per 1000 innb.	SD
0-2999	11	110	6	6,5	3,5
3-5999	12	212	4	3,7	2,0
6-9000	5	136	4	3,6	1,9
>9000	8	428	4	4,0	1,7

** PPT- kontor som er organisert som interkommunale kontorer/ dekker mer enn en kommune er utelatt fra analyse

Bruk av meldingsgrunn som inklusjonskriterium gir en forbruksrate mellom 0,4 - og 0,6 prosent. Sammenlignet med forbruksraten i 2002 (Andersson & Hatling, 2003), er antall brukere høyere i de minste - og største kommunene. Forbruksraten er noe lavere enn i 2002 i de øvrige kommunegruppene. Endringene vi ser er små og vanskelige og tolke, og de tillegges derfor ikke vekt i den i videre diskusjonen av tilgjengeligheten til tjenesten.

7.11 Karakteristika ved barn og ungdommer som er brukere av PP-tjenesten

I alt 2417 barn og ungdommer som i henhold til modifisert SDQ, har små, tydelige eller alvorlige vansker, utgjør utvalget for de påfølgende analysene. Barn/ungdom i utvalget har en gjennomsnittsalder på 10,3 år (SD=4,0). Kartleggingsstudien fra 2002 viste at barn og ungdom som mottok tiltak fra PP- tjenesten hadde en gjennomsnittsalder på 11 år (Andersson & Hatling, 2003). Resultatene tyder altså på at PP- tjenesten har blitt mer tilgjengelig for yngre brukere med psykiske vansker i løpet av de to siste årene. Tabell 7.35 viser hvordan utvalget fordeler seg etter kjønn og alder.

Tabell 7.35 Barn og unge kartlagt ved PP- tjenesten. Fordeling etter kjønn og alder

	Antall*	Pst
Gutter	1 674	69
Jenter	734	30
Totalt	2 417*	100
0-5 år	338	14
6-12 år	1 282	53
13-18 år	779	32
Totalt	2 417**	100

* 9 mangler opplysninger om kjønn, **18 mangler opplysninger om alder.

Det er en klart overvekt av gutter (69 prosent) i forhold til jenter. Omtrent tilsvarende overvekt av gutter ble funnet i materialet for 2002¹³. Gutter er i gjennomsnitt yngre (10,0 år,

¹³ I 2002: 72 % gutter og 28 % jenter er brukere av PPT

SD=3,9) enn jenter (11,0 år, SD=4,2). Forskjellen i gjennomsnittsalder er statistisk signifikant forskjellig ($p < 0.001$). Tilsvarende kjønnsforskjell i gjennomsnittsalder for brukere av PP- tjenesten ble funnet i kartleggingsmaterialet fra 2002.

7.11.1 Alvorlighetsgrad ved psykiske vansker. PP- tjenesten.

Tabell 7.36 viser fagperson ved PPT sin vurdering av alvorlighetsgrad ved psykiske vansker hos de barn og ungdommer som er kartlagt ved PP- tjenesten.

Tabell 7.36 Alvorlighetsgrad psykiske vansker. PP- tjenesten. Modifisert SDQ.

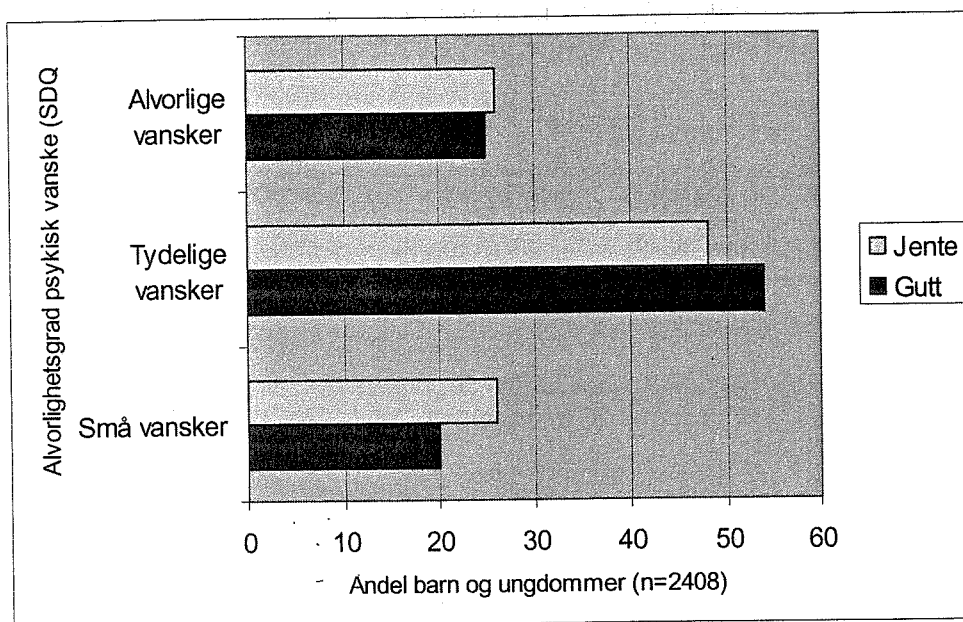
Alvorlighetsgrad psykiske vansker	Antall	Prosent
Små vansker	535	22
Tydelige vansker	1 264	52
Alvorlige vansker	618	26
Totalt	2 417	100

Det fremgår av tabellen at hvert fjerde barn i utvalget ved PP- tjenesten har en alvorlig psykisk vanske, mens over halvparten har en tydelig psykisk vanske.

Statistikken for 2002 og 2004 vedrørende alvorlighetsgrad ved psykisk vansker hos brukerne er vanskelig å sammenligne fordi det er brukt ulike inklusjonskriterier. Dersom vi ser på fordelingen av alvorlighetsgrad ved psykisk vanske hos barn/ungdommer som har en *meldingsgrunn som indikerer psykisk vanske* (jfr. inklusjonskriterium i kartleggingsstudien i 2002), finner vi omtrent samme fordeling som ved bruk av spørsmål fra modifisert SDQ som inklusjonskriterium (henholdsvis 26 og 53 prosent med alvorlige og tydelige vansker). Resultater fra 2004, basert både på det utvalget som defineres ved spørsmål fra modifisert SDQ, og på utvalget som har meldingsgrunn som indikerer psykisk vanske, viser en lavere andel barn og ungdom med alvorlige psykisk vansker ved PP- tjenesten sammenlignet med i 2002.

Foreliggende resultater kan tyde på at PP- tjenesten i løpet av de siste to årene har blitt mer tilgjengelig for barn og ungdommer med mer moderate, i forhold til alvorlige psykiske vansker.

Figur 7.6 viser kjønnsforskjeller i vurdert alvorlighetsgrad ved psykisk vanske.



Figur 7.6 Alvorlighetsgrad for psykisk vanske, etter kjønn. Basert på modifisert SDQ. PP- tjenesten

Det fremgår av figuren at andelen gutter og jenter som har alvorlige psykiske vansker er omtrent like stor. Det er en større andel gutter enn jente med tydelige vansker, og følgelig flere jenter enn gutter som har små vansker.

7.11.2 Om vanskenes varighet. Brukere av PP- tjenesten

Tabell 7.37 viser hvordan utvalget fordeler seg i forhold til varigheten av psykiske vansker.

Tabell 7.37 Om vanskenes varighet. PP- tjenesten Hvor lenge har vanskene vært til stede?

	Mindre enn 1 mnd	1-5 mnd	6-12 mnd	Over ett år	Vet ikke/ubesvart
	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)
Hele utvalget*	5(2)	28(1)	136(6)	2 113(87)	135(6)
Gutter	5(1)	12(1)	109(7)	1 455(87)	93(6)
Jenter	-	16(2)	27(4)	649(88)	42(6)

*(n=2417)

I henhold til fagperson ved PP- tjenesten sin angivelse, har nær samtlige (90 prosent) av brukene i utvalget en psykisk vanske som har vart i mer enn ett år. Det er ubetydelige kjønnsforskjeller i varighet av psykiske vansker.

7.11.3 Om vanskenes innvirkning. Brukere av PP- tjenesten.

Tabell 7.38 viser fagperson ved PP- tjenesten sin vurdering av i hvilken grad barnet ungdommen selv blir forstyrret av vanskene.

Tabell 7.38 Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene? PP- tjenesten

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)
Hele utvalget	38(2)	491(20)	1 063(44)	636(26)	189(8)
Gutter	27(2)	340(20)	755(45)	434(26)	118(7)
Jenter	11(2)	151(21)	304(41)	198(27)	70(10)

Det fremgår av tabell 20 at for i alt 70 prosent oppleves de psykiske vanskene som "en god del", eller "mye" forstyrrende for barnet / ungdommen selv. Det er ingen betydelige kjønnsforskjeller i forhold til dette.

Tabell 40 viser utfallet av vurderinger av i hvilken grad vanskene påvirker barnet/ ungdommens dagligliv i forhold til venner.

Tabell 7.39 Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til venner? PP- tjenesten

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)
Hele utvalget	107(4)	568(24)	952(39)	674(28)	116(5)
Gutter	74(4)	392(23)	685(41)	449(27)	74(5)
Jenter	33(5)	173(24)	264(36)	224(31)	40(5)

Tabell 7.39 viser at om lag 60 prosent av barna / ungdommene i utvalget har psykisk vansker som påvirker deres daglige fungering overfor venner "en god del" eller "mye". Blant barn/ ungdom som har vansker som påvirker "mye", er det en liten overvekt av jenter (31 prosent) i forhold til gutter (27 prosent).

Tabell 7.40 presenterer fagpersoners vurderinger av i hvilken grad vanskene påvirker dagligliv i forhold til læring på skolen.

Tabell 7.40 Påvirker vanskene barnets dagligliv i forhold til læring på skolen? PP- tjenesten

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)
Hele utvalget	47(2)	333(14)	889(37)	838(35)	310(13)
Gutter	39(2)	233(14)	620(37)	555(33)	227(14)
Jenter	8(1)	100(14)	265(36)	278(38)	83(11)

Resultatene viser at om lag 70 prosent av barn/ ungdom i utvalget har psykiske vansker som "en god del" eller "mye" påvirker dagliglivet i forhold til læring på skolen. Det er ubetydelige forskjeller mellom gutter og jenter i forhold til dette.

Svar på spørsmålet om i hvilken grad vanskene er en belastning for klassen eller lærer er presentert i tabell 7.41.

Tabell 7.41 I hvilken grad er vanskene en belastning for klassen som helhet/lærer? PP-tjenesten.

	Ikke i hele tatt	Bare litt	En god del	Mye	Vet ikke/ubesvart
	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)	Ant.(pst.)
Hele utvalget	296(12)	676(28)	731(30)	393(16)	321(13)
Gutter	183(11)	454(27)	522(31)	299(18)	216(13)
Jenter	112(15)	220(30)	207(28)	93(13)	102(14)

Nær halvparten av utvalget har psykisk vansker som i stor grad ("en god del"/"mye") er en belastning for klassen. Det er en overvekt av gutter (18 prosent) i forhold til jenter (13 prosent) i gruppen der vanskene forstyrrer klassen / lærer "mye".

Den relativt lave andelen ubesvart/ "vet ikke" på spørsmålene som er relatert til barnets fungering, tyder på at fagpersoner ved PP- tjenesten kjenner de barna/ ungdommene som er kartlagt godt (evt. har god kontakt med deres familier, og/eller skole/lærer).

7.11.4 Henvisende instans PP- tjenesten

Tabell 7.42 viser hvilken instans som har bidratt ved henvisning til PP- tjenesten.

Tabell 7.42 Instanser som barnet/ ungdommen er meldt til PP- tjenesten i samråd med

Instanser	Ant. barn/ungd.	Pst. barn/ungd.
Skole	1 135	47
Barnehage	618	25
Helsesøster	329	14
Fastlege	44	2
BUP	40	2
Barnvern	91	4
Habiliteringstjeneste	58	2
Somatisk sykehus	70	3
Andre	79	3

* For 47 barn/ungdom (2 pst.) er det oppgitt mer enn en instans som barnet er meldt i samråd med.

Tabell 7.42 viser at skole er den instans som vanligvis bidrar ved melding til PP- tjenesten, i samråd med barnets foresatte og, eller barnet/ ungdommen selv. Andelen som er henvist i samråd med skole (47 prosent) er lavere enn den man fant ved kartleggingsundersøkelsen i 2002. Samtidig er andelen som er henvist fra barnehager (25 prosent) høyere enn den man fant i 2002 (19 prosent). Dette resultatet kan tyde på at fagpersonell i barnehagene har blitt mer oppmerksomme på, og lettere iverksetter tiltak/ handling når de har mistanke om tidlige symptomer på psykiske problemer eller atferdsvansker hos barn. Andelen barn og ungdom som er henvist fra helsesøster er også høyere i 2004 (14 prosent) enn den var i 2002 (9

prosent). Også dette kan gjenspeile økt bevissthet i forhold til problemområder hos barn, og evt. også at PP- tjenesten er blitt mer tilgjengelig for yngre barn i løpet av de siste årene.

7.11.5 Meldingsgrunner. PP- tjenesten

Tabell 7.43 gir en oversikt over hvilke kontaktårsaker barn og ungdommer har ved henvisning til PP- tjenesten.

Tabell 7.43 Viktigste meldingsgrunn og samtidige problemer. Barn og ungdommer som mottar tiltak fra PP- tjenesten

Problemområder	Viktigste meldingsgrunn		Samtidige problemer	
	Ant. barn	Pst.	Ant. barn	Pst.
Lærevansker	305	13	356	15
Språkvansker	372	15	270	11
Atferdsvansker	245	10	286	12
ADHD-problematikk	122	5	145	6
Motorisk uro	20	1	258	11
Konsentrasjonsvansker	118	5	605	25
Skolevegring	27	1	56	2
Mobbing	11	1	69	3
Samhandlingsvansker	115	5	599	25
Emosjonelle problemer	141	6	423	18
Angst/fobi	14	1	28	1
Spiseforstyrrelser	0	0	28	1
Suicidalfare	1	0	12	1
Syn/hørselsproblemer	46	2	96	4
Funksjonshemning	133	6	62	3
Medisinsk årsak	64	3	121	5
Annet	52	2	57	2
Ubesvart	631	26		

*(n=2417)

Språkvansker, lærevansker og atferdsvansker er de tre hyppigste angitte meldingsgrunnene, og gjelder for 10-15 prosent av barna/ ungdommene.

Henvisningsgrunn kan gjenspeile hvordan symptomer på psykiske vansker viser seg. Henviser sin kompetanse i å identifisere psykiske vansker kan ha stor betydning for hvordan henvisningen og problemområdet blir formulert og beskrevet. Hos mange barn og unge vil psykiske vansker arte seg som sammensatt problematikk. Det fremgår av tabell 7.43 at omtrent hvert fjerde barn / ungdom har enten emosjonelle problemer, samhandlingsvansker eller konsentrasjonsvansker som samtidig problematikk. Sammenlignet med statistikk over meldingsgrunner i kartleggingsstudien i 2002, kan man se en tendens til økning i andel barn og ungdommer som henvises til PP- tjenesten for konsentrasjonsvansker og samhandlingsvansker. Datamaterialet gir ikke grunnlag for å vurdere i hvilke grad denne tendensen er en

konsekvens av endret tjenesteprofil ved PP- tjenesten, og økt tilgjengelighet til tilbud for barn med denne typen problematikk.

7.11.6 Risikofaktorer i barnets miljø. PP- tjenesten

Tabell 7.44 viser risikofaktorer i barna og ungdommenes miljø, basert på fagperson ved PP- tjenesten sin vurdering.

Tabell 7.44 Risikofaktorer i barnet/ ungdommens miljø. PP- tjenesten

Risikofaktorer	Ant.	Pst.
Avvikende relasjoner innen familien	500	21
Akutte livshendelser	274	11
Psykisk forstyrrelse hos mor/far	191	8
Rusmisbruk hos mor/far	125	5
Avvikende nærmiljø	121	5
Mellommenneskelig belastning ifbm skole	153	6
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	757	3
Ingen kjente problemområder	1 158	48
Annet	156	7

*n= 2417, hvert barn kan ha mer enn en risikofaktor

Vi har i denne analysen tillatt at hvert barn kan ha mer enn en risikofaktor i sitt miljø.

Det fremgår av tabellen at om lag halvparten av barna/ ungdommene *ikke* har en kjent risikofaktor i miljøet. Dette representerer en høyere andel enn ved kartleggingen i 2002, da man fant at ett av fire barn/ ungdommer ikke var i en risikosituasjon. Som i 2002 materialet opplever om lag ett av fem barn/ ungdom avvikende relasjoner innen familien.

7.12 Ventetid for oppstart av tilbud ved PP- tjenesten

Tabell 7.45 viser middelverdier for ventetid før oppstart av tiltak ved PP- tjenesten etter kommunestørrelse.

Tabell 7.45 Ventetid for tiltak / tilbud ved PP - tjenesten. Etter kommunestørrelse.

Kommunestørrelse	Ant.	Gj.snitt ant uker	Median	SD
Ant. innb <18 år				
0-2999	329	6,8	4	10,9
3-5999	612	8,0	4	15,6
6-9000	319	6,7	4	10,7
>9000	948	12,1	8	16,0
Totalt*	2 208	9,4	4	14,6

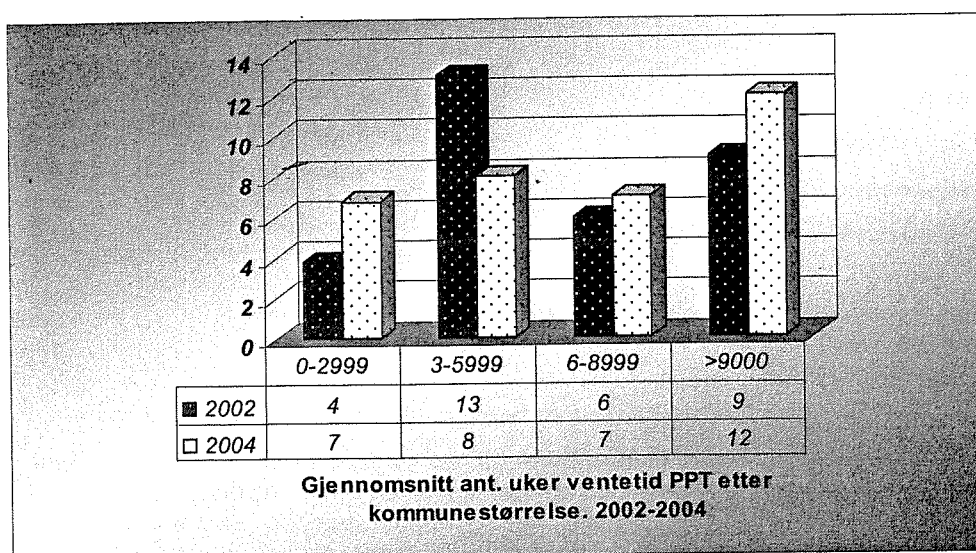
*n= 2417, Ubesvart=209

Analysen av ventetid for hele materialet viser en gjennomsnittlig ventetid på 9,4 uker, med en median på 4 uker (SD=14,6). Det høye standardavviket viser at det er en betydelig variasjon mellom PP- tjenestekontor i hvor lenge et barn / ungdom må vente på tiltak. Det er ingen endring i gjennomsnittlig ventetid ved PP- tjenesten siden 2002.

Resultatene viser for øvrig at tilgjengeligheten til PP- tjenesten, målt som gjennomsnittlig ventetid, er best for barn som er bosatt i de minste og mellomstore kommunene (om lag 7 ukers ventetid). Tilgjengeligheten er betydelig dårligere for barn som er bosatt i større kommuner. Her er gjennomsnittlig ventetid 12 uker. Forskjellen i ventetid for barn i de minste og største kommunene er statistisk signifikant forskjellig ($t=5,6$, $p<0.001$).

7.12.1.1 Endring i gjennomsnittlig ventetid ved PP- tjenesten fra 2002- 2004.

Figur 7.7 viser endring i gjennomsnittlig ventetid fra 2002 til 2004 etter kommunestørrelse.

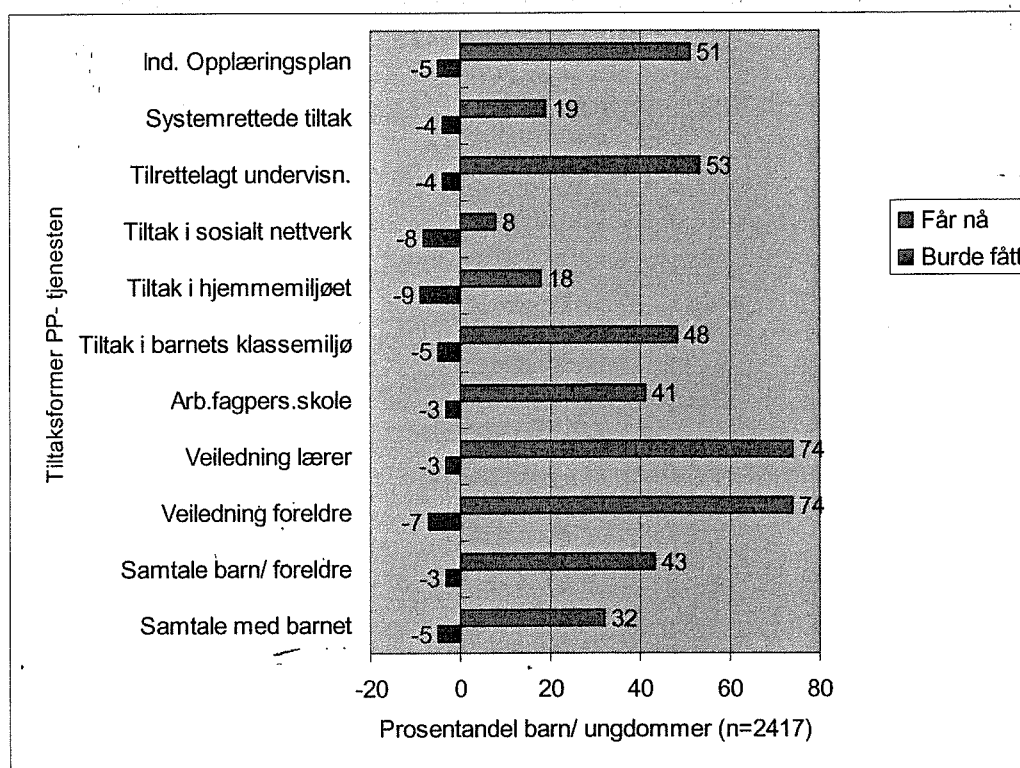


Figur 7.7 Gjennomsnittlig ventetid for tiltak ved PP- tjenesten 2002 og 2004. Etter kommunestørrelse.

Figuren viser at den gjennomsnittlige ventetiden for tilbud/ tiltak fra PP- tjenesten har økt fra 4 til 7 uker i de minste kommunene (<3000 innbyggere under 18 år), og fra 9 til 12 uker i de største kommunene i utvalget. I mellomstore kommuner (3000-5999 innbyggere) har imidlertid tilgjengeligheten til PP- tjenesten blitt bedre de siste to årene, ved at den gjennomsnittlige ventetiden er redusert fra 13 til 8 uker.

7.13 Tilbud og tiltak ved PP- tjenesten

Tilgjengelighet til tilbud og tjenester kan også uttrykkes som i hvilken grad tilbudet er adekvat, eller tilpasset barnets/ ungdommers behov. Figurene 7.8 og 7.9 presenterer oversikter over hvilke tilbud barn som er i tiltak ved PP- tjenesten mottar, og hvilke tiltak eller tjenester, som det i henhold til fagpersoners vurderinger, er udekket behov for.



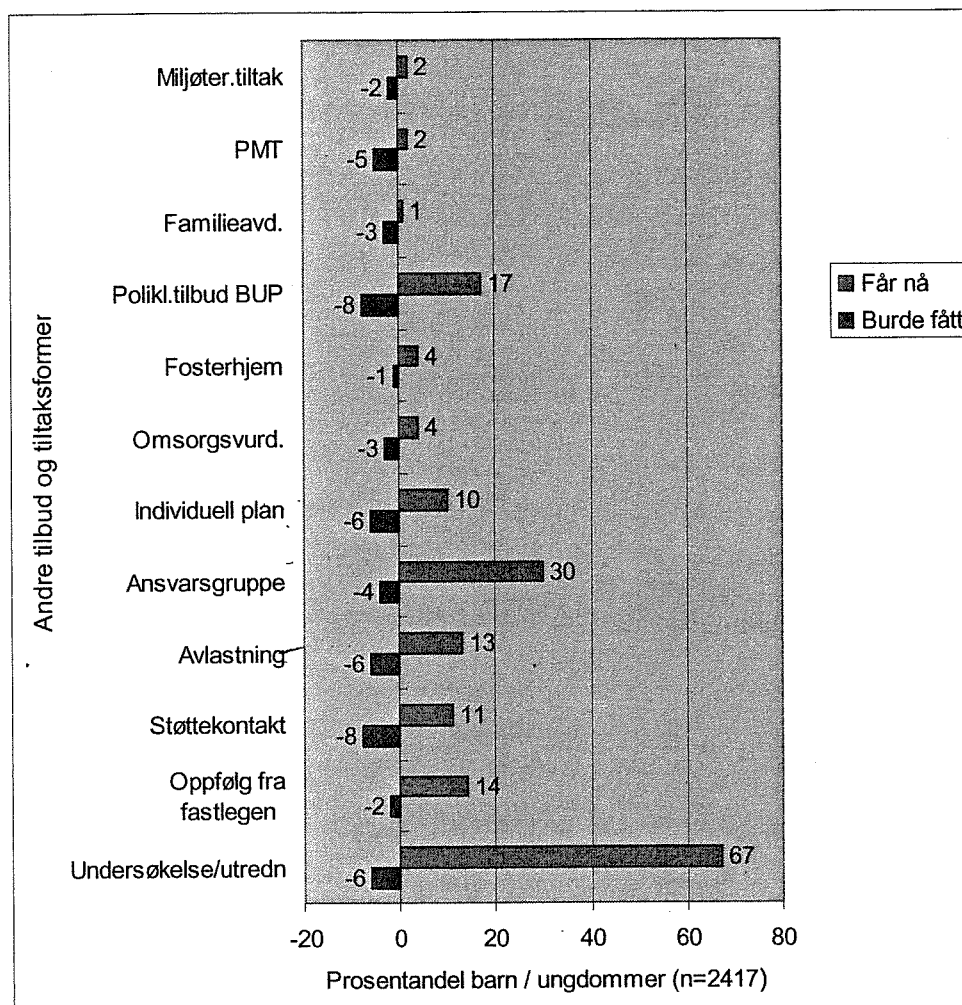
Figur 7.8 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. PP- tjenesten (A)

Figuren viser at PP- tjenesten i stor grad jobber aktivt i forhold til veiledning av lærer og foreldre. Andel barn og unge som omfattes av disse tiltakene (74 prosent), er høyere enn i 2002 (se Andersson & Hatling, 2003 side 45). Andel barn / ungdommer som omfattes av tiltak iverskatt i klassemiljøet er imidlertid like høy som i 2002. Om lag halvparten av barna har fått utarbeidet en individuell opplæringsplan.

Andel barn/ungdommer som mottar direkte tiltak i form av samtaler med fagpersoner enten fra PP- tjenesten eller fra annen hjelpeinstans, er lavere i 2004 (32 prosent) enn i 2002 (56 prosent). Det er ikke grunnlag nok til å vurdere hvorvidt dette gjenspeiler endringer i tjenesteprofil ved PP- tjenesten de siste to årene.

I henhold til fagperson ved PP- tjenesten sin vurdering, har 9 prosent av barna/ ungdommene et udekket behov for tiltak i hjemmemiljøet, mens henholdsvis 8 og 7 prosent har udekket behov for tiltak i det sosiale nettverket, og for veiledning til foreldrene.

Figur 7.9 gir en tilsvarende oversikt over *andre* tiltak/ tilbud som barna/ ungdommene i utvalget mottar.



Figur 7.9 Faktisk tilbud og udekket etterspørsel. PP- tjenesten (B)

Tre av ti barn/ungdommer som mottar tiltak fra PP- tjenesten for psykiske vansker har en ansvarsgruppe. I alt 67 prosent får tilbud om undersøkelse og utredning. Denne andelen er noe lavere enn for barn / ungdommer som ble kartlagt i 2002 (82 prosent). Det er 17 prosent som også mottar polikliniske tilbud fra BUP.

Det er særlig udekket behov for polikliniske behandling i BUP (8 prosent), støttekontakt (8 prosent), undersøkelse og utredning (6 prosent), avlastning (6 prosent) og individuell plan (6 prosent).

7.13.1 Koordinering av tjenester

Tabell 7.46 gir en status for bruk av, - og behovet for en koordinator for barna/ ungdommene i utvalget.

Tabell 7.46 Bruk av , - og behov for en koordinator. PP- tjenesten.

Har barnet/ ungdommen en koordinator som samordner tilbud til barnet?	Ant.	Pst.
Ja	742	31
Nei, men det er behov for en koordinator	397	16
Nei, det er ikke behov for koordinator	1 041	43
Vet ikke	134	6
Ubesvart	103	4
Totalt	2 417	100

Tabellen viser at i alt 31 prosent av barna / ungdommene har en person som koordinerer tilbud og hjelpetilbud. For 16 prosent av utvalget er det udekket etterspørsel etter en koordinator.

7.13.2 PP- tjenestens samarbeid med andre instanser om tiltak overfor enkeltindivid

For i alt 1895 barna og ungdommene i utvalget (78 prosent) er det angitt at PP- tjenesten samarbeider med annen instans om tiltakene. Tabell 7.47 viser omfang av samarbeid med hver av de ulike instansene.

Tabell 7.47 Instanser som samarbeider med PP- tjenesten om tiltak overfor enkeltindivid

Instanser	Ant. barn/ungd.	Pst. barn/ungd.
Skole/barnehage	1 963	81
Helsesøster	495	20
Fastlege	127	5
Skolelege	73	3
Helsestasjonslege	73	3
BUP	546	23
Barnevern	388	16
Habiliteringstjeneste	300	12
Sosialetat	162	7
Somatisk sykehus	91	4

*(n= 2417)

Sammenlignet med tilsvarende statistikk for 2002, er det en økt hyppighet av samarbeid med helsesøster (fra 16 prosent til 21 prosent), mens PP- tjenesten i mindre grad enn i 2002 samarbeider med BUP (fra 32 prosent til 23 prosent) og barnevernet (fra 20 prosent til 16 prosent).

Resultater fra kartleggingsundersøkelsen i 2002 viste at grad av samarbeid med annen instans varierte med kommunestørrelse. Tabell 7.48 viser variasjonen mellom kommunegruppene i forhold til i hvilken grad PP- tjenesten samarbeider med de ulike instansene.

Tabell 7.46 Instanser som PP- tjenesten samarbeider med om tiltak overfor det enkelte barn/ ungdom. Etter kommunestørrelse. 2004.

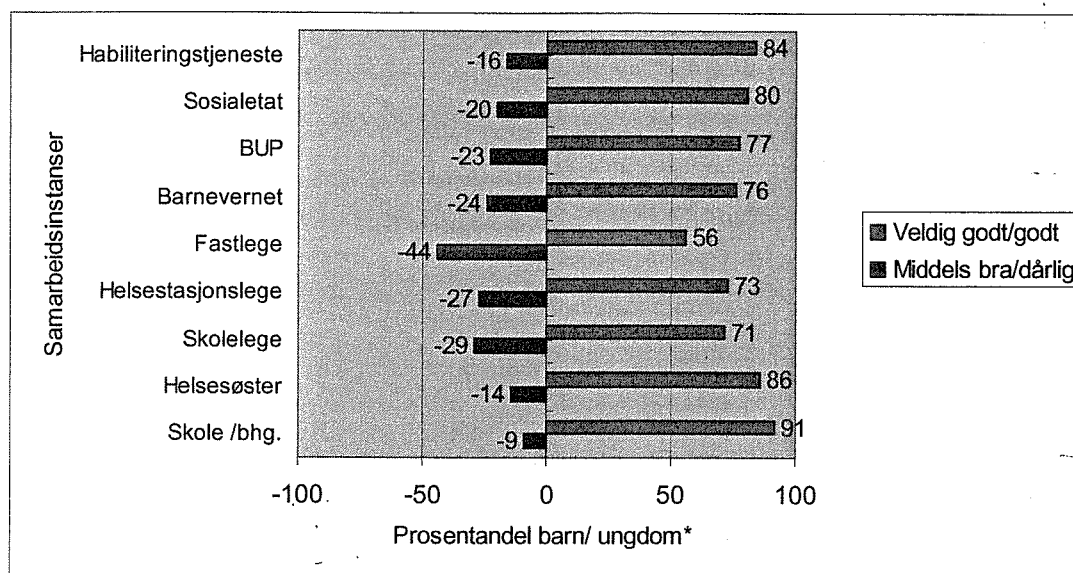
Instanser	Prosentandel barn/ ungdommer det samarbeides om			
	0-2999 innb. (n=370)	3-5999 innb. (n=708)	6-8999 innb. (n=336)	>9000 innb. (n=1003)
Skole/barnehage	83	77	75	86
Helsesøster	32	22	19	16
Fastlege	9	5	5	4
Skolelege	6	2	2	3
Helsestasjonslege	9	2	2	2
BUP	25	26	23	19
Barnevern	22	19	15	13
Habiliteringstjeneste	13	10	9	15
Sosialetat	14	6	4	6
Somatisk sykehus	3	4	5	4

Resultater av denne sammenligningen mellom grupper av kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag viser tendenser til større omfang av samarbeid mellom PP- tjeneste og henholdsvis helsesøster, fastlege og skolelege/ helsestasjonslege og barnevern i de minste kommunene, sammenlignet med i de største kommunene. Det er ikke gjort analyser av hvorvidt de forskjellen man observerer er statistisk signifikante.

Resultatet er i overensstemmelse med hva man finner i analyser av samarbeid mellom helsesøster og andre instanser (jfr. Tabell 7.31).

7.13.3 Vurdering fra PP- tjenesten av hvordan samarbeidet med annen instans fungerer

Figur 7.10 viser fagperson ved PP- tjenesten sin vurdering av hvordan samarbeidet med annen instans fungerer.



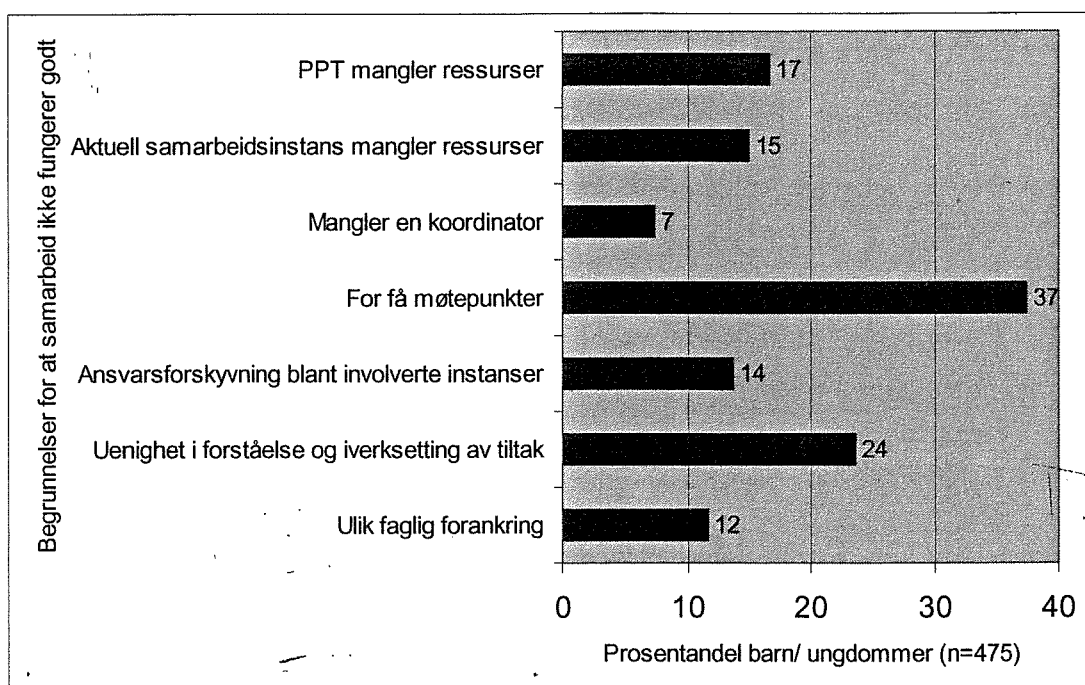
Figur 7.10 Vurdering av hvordan samarbeid med andre instanser fungerer. PP- tjenesten

* * Fordi antallet barn som det samarbeides om varierer med de ulike instansene, varierer også n i de analysene som er gjort; skole/bhg, n=1963, helsesøster, n=495, skolelege, n=73, helsestasjonslege, n=73, fastlege, n=127, barnevernet, n=388, BUP, n=546, sosialetat, n=162, habiliteringstjeneste, n=300).

For totalt 475 barn/ ungdommer har fagperson ved PP- tjenesten oppgitt at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt (dvs. "middels bra" eller "dårlig", 20 prosent av sakene). Det er særlig samarbeidet med allmennleger, fastlege, skolelege og helsestasjonslege som oppleves som problematisk. Videre, for om lag ett av fire barn / ungdom som omfattes av samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP, eller mellom PP- tjenesten og barnevernet, oppleves å ikke fungere godt.

7.13.4 Årsaker til at samarbeidet mellom PP- tjenesten og annen instans ikke fungerer

Figur 7.11 viser hva fagpersoner ved PPT mener kan være årsaker til at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt.



Figur 7.11 Årsaker til at samarbeid med annen instans ikke fungerer godt. PP- tjenesten

Som for helsesøstertjenesten er "for få møtepunkter" det største problemet for PP- tjenesten i forhold til å få samarbeid med annen instans til å fungere godt. Videre, er uenighet i forståelse og iverksetting av tiltak mellom instanser en utfordring. Dette kan være et uttrykk for kommunikasjonsproblemer som følge av ulik kompetanse/kunnskap om barn med psykiske problemer.

7.14 Analyser av faktorer relatert til tjenestetilgjengelighet

I de påfølgende analysene brukes følgende variabler som indikatorer for tjenestetilgjengelighet; a) *udekket tjenestetilbud, helsesøstertjenesten*, b) *udekket tjenestetilbud, PP- tjenesten*, c) *samarbeid mellom helsesøster og BUP om den enkelte bruker*, d) *samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP om den enkelte bruker*.

7.14.1 Prediktorer for udekket tjenestetilbud, helsesøstertjenesten

Sum antall tiltak som helsesøster mener barnet/ ungdommen *burde ha fått* (jfr. pkt. 3.13, figur 2 og 3), brukes som indeks for tilgjengelighet/ adekvat behandling. Udekket etterspørsel ved helsesøstertjenesten var i gjennomsnitt 1,5 tiltak per barn/ ungdom (median=1,0, SD=2,2).

Tabell 7.49 viser resultat av en regresjonsanalyse, der den avhengige variabelen (dikotomisert) er *udekket behov for to eller flere tilbud/tiltak (1)* (jfr. pkt. 1.3.10.1). En rekke variabler, både på individnivå, og på enhetsnivå / kommunalt nivå inngår som uavhengige variabler i denne analysen (se pkt. 1.3.10.1 for en oversikt over variablene). Tabellen presenterer bare de variablene som er signifikante prediktorer, statistisk.

Tabell 7.47 Faktorer som predikerer udekket etterspørsel etter tilbud ved helsesøstertjenesten

Variabler/prediktorer	B	SE	Wald	Odds ratio
Alvorlighetsgrad psykisk vanske/ små vansker				
tydelige vansker	0,5	0,1	14,5**	1,6
alvorlige vansker	0,8	0,2	24,9**	2,3
Har etablert familiesenter i kommunen/Nei				
Ja	0,6	0,2	10,4**	1,7
Helsesøstertjenesten er styrket gjennom Opptreppingsplanen/Nei				
Ja	-0,5	0,2	8,3**	0,6
Deltar i tverrfaglige grupper for forebygging/Nei				
Ja	0,3	0,2	4,5*	1,4
Samarbeid ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer/Nei				
Ja	0,6	0,2	9,7**	1,8
Samarbeid ivaretas gjennom tverrfaglige ansvarsgrupper /Nei				
Ja	0,4	0,2	3,9*	1,4
Det er laget prosedyrer for utarbeidelse av IP/Nei				
Ja	-0,6	0,2	13,5**	0,5

Resultater av regresjonsanalysen, der en kontrollerer for alle de uavhengige variablene som inngår i analysen (jfr. pkt. 1.3.10.1), viser at barn med moderate og alvorlige psykiske vansker har økt sannsynlighet for å vurderes å ha et udekket tjenestebehov (hhv, OR=2.3, og OR=1,6). Resultatet gjenspeiler sannsynligvis den udekkede etterspørselen etter spesialiserte behandlingstilbud for en relativt stor andel av utvalget (se figur 7.2).

Analysen viser videre at barn som er bosatt i kommuner der det er etablert en familiesentral har en 70 prosent økt sannsynlighet for å vurderes å ha et udekket tjenestebehov, sammenlignet med kommuner der det ikke er etablert familiesentral. Det er også en økt sannsynlighet for vurdert udekket tjenestebehov når helsesøstertjenesten er deltagende i tverrfaglig grupper for forebygging, (OR=1,4), dersom samarbeid ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer (OR=1,8), eller gjennom ansvarsgrupper (OR=1,4). Resultatet gjenspeiler høyst sannsynlig at etablering av familiesentraler, samt deltagelse i tverrfaglige grupper representerer tiltak der det medfølger økt kompetanse om psykososial problematikk hos barn og unge hos helsesøsterpersonell, og følgelig et bedre utgangspunkt, både for å identifisere psykososiale problemer og adekvate tiltak og tilbud.

Analysen viser imidlertid at det er 40 prosent mindre sannsynlig at barnet/ ungdommen vurderes å ha et udekket tjenestebehov dersom han/ hun er bosatt i en kommune som er styrket gjennom Opptreppingsplanen. Videre, at det er 50 prosent mindre sannsynlig at tilbudet vurderes som tilstrekkelig dersom det er laget prosedyrer ved helsesøstertjenesten for utarbeidelse av individuell planer. Resultatet tyder på at en styrking av helsesøstertjenesten, samt målrettet arbeid med utvikling av prosedyrer for samarbeid/ bruk av individuell plan, har en positiv effekt på tilgjengelighet til adekvate tilbud for barn og ungdom med psykiske vansker.

7.14.2 Prediktorer for udekket tjenestebehov PP- tjenesten

Som for helsesøstertjenesten er det gjort en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke prediktorer for udekket etterspørsel ved PP- tjenesten. Antall tiltak som fagperson ved PP- tjenesten mener barnet/ ungdommen burde fått (som ikke ble gitt/ ikke var tilgjengelig på registreringstidspunktet) (jfr. pkt 3.20, figur 8 og 9), er summert for hvert enkelt individ. Denne sumskåren gir en indeks for grad av udekket etterspørsel etter tilbud. Gjennomsnittsverdien for indeksen var 1,2 tiltak (SD=1,9). Tabell 7.50 presenterer de statistisk signifikante prediktorene.

Tabell 7.48 Faktorer som predikerer udekket etterspørsel etter tjenester ved PP- tjenesten

Variabler/prediktorer	B	SE	Wald	Odds ratio
Alvorlighetsgrad psykisk vanske/ små vansker				
tydelige vansker	0,9	0,2	29,5**	2,6
alvorlige vansker	1,4	0,2	55,6**	4,1
Kommunestørrelse/>9000 innb.				
6-8999 innb.	-0,8	0,4	5,1*	0,4
Fagperson fra PPT deltar i tverrfaglige grupper for forebygging/Nei				
Ja	-0,9	0,3	10,9**	0,4
Rutiner for samarbeid med fastlegen ved viderehenvisning/Nei				
Ja	-0,7	0,2	16,4**	0,5

Regresjonsanalysen viser at barn og ungdommer med alvorlige psykiske vansker har en betydelig økt sannsynlighet for å ha et udekket tjenestebehov sammenlignet med barn/ungdom med små psykiske vansker.

Analysen viser videre at det er *mindre* sannsynlig at barn/ ungdom vurderes å ha udekket tjenestebehov når de er bosatt i mellomstore kommuner, sammenlignet med i de største kommunene. Det er også mindre sannsynlig at tilbudet vurderes som utilstrekkelig dersom fagperson ved PP- tjenesten deltar i tverrfaglige grupper for forebygging, og dersom det er etablert rutiner ved PP- tjenesten for samarbeid med fastlegen ved viderehenvisning.

7.14.3 Prediktorer for samarbeid mellom helsesøster og BUP i forhold til den enkelte bruker

Tabell 7.51 presenterer resultater fra logistisk regresjonsanalyse der en har analysert faktorer som predikerer hvorvidt helsesøster har etablert et samarbeid med BUP om den enkelte bruker (jfr. pkt. 1.3.10).

Tabell 7.49 Faktorer som predikerer samarbeid mellom helsesøster og BUP i forhold til den enkelte bruker

Variabler	B	SE	Wald	Odds ratio
Kommunestørrelse/>9000 innb.				
6-8999 innb.	0,4	0,3	2,4	1,5
3-5999 innb	0,2	0,2	1,2	1,3
>3000 innb	0,9	0,3	13,1**	2,5
Alvorlighetsgrad psykisk vanske/ små vansker				
tydelige vansker	1,0	0,2	26,4**	2,7
alvorlige vansker	1,7	0,2	60,7**	5,9
Alder /0-5 år				
6-12 år	0,6	0,3	4,0*	1,8
13-18 år	0,8	0,3	8,2**	2,2
Rekruttert fagpersoner med psykososial kompetanse/Nei				
Ja	0,4	0,2	5,6*	1,5
Deltar i tverrfaglige grupper for forebygging/Nei				
Ja	0,4	0,2	3,8*	1,5

Resultatene viser en statistisk signifikant økt sannsynlighet for at det er etablert et samarbeid om den enkelte bruker i de minste kommunene, sammenlignet med i de største kommunene. Dette resultatet kan gjenspeile at tilstøtende tjenester og kompetanse om psykososial problematikk hos barn og unge er mindre tilgjengelig i de minste kommunene, - og at det derfor er et økt behov for bistand fra BUP i forhold til råd og veiledning, både i tiltak og oppfølging. Videre er det en økt sannsynlighet for samarbeid når barn/ ungdommer har alvorlige psykiske vansker, i forhold til barn som er eldre enn 6 år, og særlig i forhold til ungdommer. Resultatet kan gjenspeile at det er vanskeligere for helsesøster å identifisere psykiske problem hos de yngste.

Det er mer sannsynlig at helsesøster samarbeider med BUP om den enkelte bruker når helsesøstertjenesten har rekruttert fagpersoner med psykososial kompetanse, og når helsesøster deltar i tverrfaglige grupper for forebygging. Resultatet kan gjenspeile at psykososial kompetanse og aktiv deltagelse i tverrfaglige arbeid, der det fokuseres på psykisk helse, gir et godt grunnlag for å identifisere barn og ungdommer som har behov for spesialiserte tiltak, og også for å kommunisere dette behovet.

7.14.4 Prediktorer for samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP i forhold til den enkelte bruker

Tabell 7.52 presenter resultater fra multivariat analyse, der en har undersøkt faktorer som predikerer samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP i forhold til den enkelte bruker.

Tabell 7.50 Faktorer som predikerer samarbeid mellom PP- tjenesten og BUP i forhold til den enkelte bruker

Variabler	B	SE	Wald	Odds ratio
Alvorlighetsgrad psykisk vanske/ små vansker				
tydelige vansker	1,5	0,3	34,0**	4,4
alvorlige vansker	2,1	0,3	64,4**	8,2
Alder /0-5 år				
6-12 år	0,5	0,2	4,3*	1,6
13-18 år	0,9	0,2	13,3**	2,4

Det er en betydelig økt sannsynlighet for at PP- tjenesten og BUP samarbeider når barnet/ ungdommen har tydelige og alvorlige psykiske vansker, sammenlignet med når det er små psykiske vansker. Det er også økt sannsynlighet for samarbeid om eldre barn og ungdommer, i forhold til de yngste.

7.15 Samarbeid og psykososial kompetanse

I Tabell 7.53 sammenlignes kommuner der helsesøstertjenesten er styrket med midler fra Opptappingsplanen (OP) med kommuner som ikke er styrket, med hensyn til ulike forhold relatert til samhandling mellom helsesøstertjenesten og andre instanser. Kolonnene i tabellen viser andel positive/bekreftende svar fra ledende helsesøster, på påstander relatert til samhandling. Kji-kvadrattester er brukt for å analysere forskjeller mellom kommunegruppene.

Tabell 7.51. Bruk av ulike samarbeidsformer. Forskjeller mellom kommuner som er styrket/ikke styrket gjennom OP

Forhold ved helsesøstertjenesten relatert til samhandling	Kommuner styrket siste to år (n=42)	Kommuner ikke styrket (n=13)	X ²
	Prosentandel positive svar avgitt	Prosentandel positive svar avgitt	
Representanter fra helsesøstertjenesten deltar i tverrfaglig grupper for forebygging	83	62	2,6
Helsesøstertjenesten har faste, formaliserte møter med BUP	66	77	0,6
Helsesøstertjenesten har faste, formaliserte møter med andre kommunale tjenester og etater	90	77	1,6
Etablert rutiner for samarbeid/ informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvisning	45	15	3,7*
Samarbeid ivaretas gjennom utarbeidelse av individuelle planer	32	50	1,4
Det er laget prosedyrer ved helsesøstertjenesten for utarbeidelse av individuell plan	77	46	4,0*
BUP deltar i samarbeid om utarbeidelse av individuelle planer	53	77	2,4
Samarbeid rundt barn med psykiske problemer ivaretas gjennom ansvarsgrupper	75	64	0,6

*p<0.05

Resultatene viser at andel helsesøstere som oppgir at det er etablert rutiner ved helsesøstertjenesten i kommunen for samarbeid informasjonsutveksling med fastlegen ved viderehenvisning, er statistisk signifikant høyere i kommuner der helsesøstertjenesten er styrket de siste to årene, enn i gruppen av kommuner som ikke er styrket. (p<0.05). I tillegg finner vi at det i større grad er laget prosedyrer ved helsesøstertjenesten for utarbeidelse av individuelle planer i kommuner der tjenesten er styrket (p<0.05).

Tabell 7.54. viser forskjeller mellom kommuner som er styrket/ikke styrket gjennom Opptappingsplanen, i forhold til hvordan ledende helsesøster vurderer kompetanse i helsesøstertjenesten relatert til psykososial problematikk hos barn og unge.

Tabell 7.52 Psykososial kompetanse. Sammenligning mellom kommuner som er styrket/ ikke styrket gjennom OP

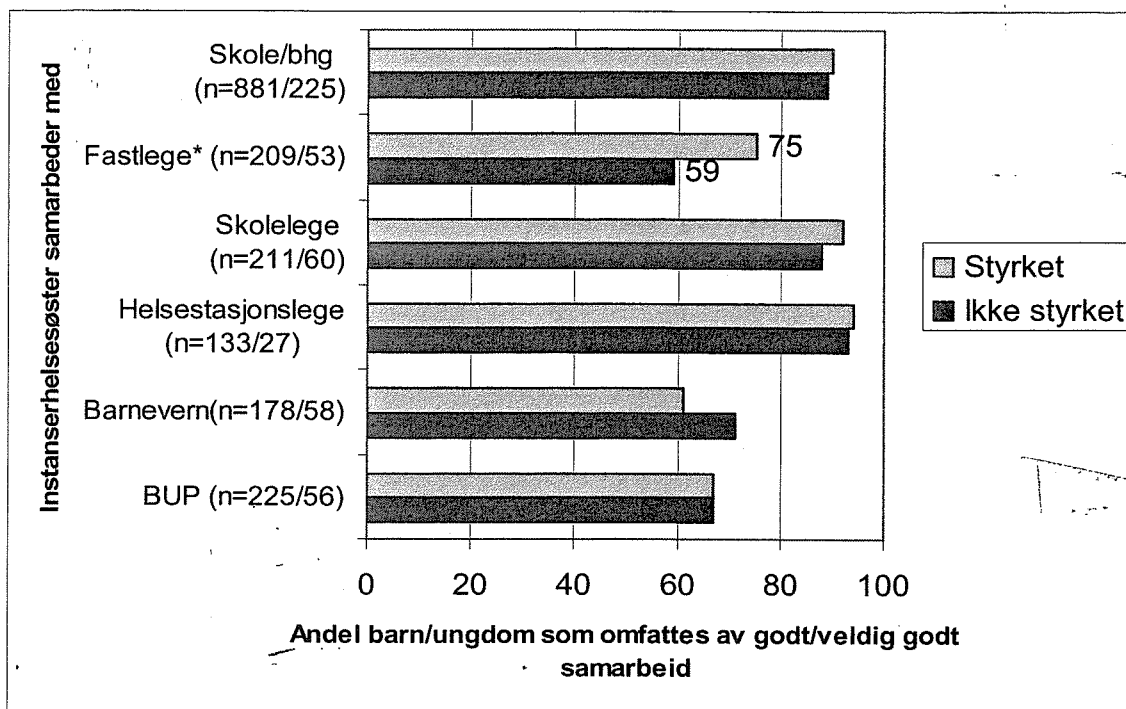
Forhold i kommunen relatert til kompetanse	Kommuner styrket siste to år (n=42)	Kommuner ikke styrket (n=13)	X ²
	Prosentandel positive svar avgitt	Prosentandel positive svar avgitt	
Rekruttert fagpersoner til helsesøstertjenesten med formalkompetanse på psykososialt arbeid	53	31	1,9
Personell ved helsesøstertjenesten innehar tilstrekkelig kompetanse om psykiske problemer hos barn	54	8	7,8**
Finnes egne tiltak i kommunen for å styrke/ oppdatere den psykososiale kompetansen hos personell ved helsesøstertjenesten	76	46	4,0*

**p<0,001, *p<0,01.

Resultatene viser at andel helsesøstere som mener at personell ved helsesøstertjenesten innehar tilstrekkelig kompetanse om psykososial problematikk er statistisk signifikant høyere i gruppen kommuner som er styrket gjennom Opptreppingsplanen, enn i gruppen kommuner som ikke er styrket. Innen kommunegruppen som er styrket har en også i større grad etablert tiltak for å styrke eller oppdatere den psykososiale kompetansen ved helsesøstertjenesten.

7.15.1 Kvalitet på samarbeidet med annen instans

Figur 7.12 viser hvordan helsesøstere, i henholdsvis kommuner som er styrket og ikke styrket, vurderer kvaliteten på samhandlingen med de ulike instansene. Figuren viser andel barn/ungdommer som omfattes av "veldig godt"/ "godt" samarbeid mellom helsesøster og annen instans/ tjeneste. Antall barn /ungdommer som helsesøster samarbeider med gitt instans om, er angitt i parentes. Forskjeller mellom de to utvalgene er analysert ved bruk av kji-kvadrattester.



Figur 7.12 Andel barn/ ungdom som omfattes av "godt"/"veldig godt" samarbeid mellom helsesøster og annen instans. Helsesøsters vurderinger

Flere barn og ungdommer omfattes av godt, eller veldig godt samarbeid mellom helsesøster og fastlege i kommuner der tjenesten er styrket¹⁴. Ingen av de andre forskjellene vi ser i figuren er statistisk signifikante.

¹⁴ ($\chi^2 = 8,9$, $p < 0.001$).

8 Analyse kvalitativt materiale

8.1 Tilgjengelighet til tjenester for barn og unge

8.1.1 Forståelse av begrepet tilgjengelighet

Innledningsvis i intervjuet spurte vi informantene: *Hva mener du er kjennetegn ved en tjeneste og et tjenestesystem med god tilgjengelighet?* Informantene er opptatt av mange sider ved begrepet tilgjengelighet. Vi presenterer hva som oftest går igjen i svarene, og for å vise kompleksiteten i begrepet på tverrnivå, viser vi bredden i svarene ved å oppsummere hvilke momenter de samlet sett nevner.

Kortest mulig ventetid er svaret som oftest går igjen hos informantene, og det er dette de er særlig opptatt av. Kortest mulig ventetid nevnes av fagtjenester som selv sliter med lang ventetid, opp mot et halvt år, men også fagtjenester som har relativt kort ventetid nevner dette som viktig for god tilgjengelighet. Det blir forklart at kort ventetid innebærer å få hjelp når man er motivert for det og når man har behov. Ved å korte ventetiden vil man som tjeneste virke mer tilgjengelig både for tjenestemottaker og henvisende instans. Fra en av informantene i BUP presiseres at det er viktig å ha lavest mulig ventetid for de som trenger det mest.

Relatert til ventetid nevnes at i den grad man kan utvide åpningstiden vil publikum oppleve tilbudet mer tilgjengelig. Fra helsestasjonen blir det nevnt at tilgjengelighet handler om at det alltid er noen til stede når telefonen ringer, og at det må være åpen dør når publikum kommer innom med forespørsel om ekstra konsultasjon. Helsestasjonen, som ved en del skoler har faste kontortider, nevner som en viktig faktor for tilgjengelighet at publikum kjenner til tilbudet og at helsesøster faktisk er til stede i de tidsrommene som det har blitt opplyst om. Og om man ikke har ledig kapasitet når noen ber om hjelp må det lages en avtale om når han/ hun kan komme igjen. Dette er aspekter ved tilgjengelighet som handler om å skape forutsigbarhet og regularitet i tjenestetilbudet.

Et tredje kjennetegn som trekkes frem ved et tilgjengelig tjenestetilbud er at den som har behov for hjelp opplever at det er lav terskel for å nå frem med sine behov. I dette ligger at systemet ikke er så rigid i sine mottaksprosedyrer at det blir tungvint å formidle sitt budskap. Lav terskel forbindes med at det skal være lett å ta en uformell telefon for å få informasjon og veiledning, samtidig som det skal være lav terskel for å slippe til med formell søknad.

Et nærliggende aspekt ved tilgjengelighet er den måten barnet/ ungdommen og familien blir møtt på. Dette handler om god kommunikasjon og at den som ber om tjeneste blir forstått. Det trekkes frem at dette avhenger av både kompetanse til å ha innsikt i hva som skjer for den som kommer og ber om tjenesten, og personlig egnethet. Målet må være at den/ de som ber om hjelp slipper å oppleve store kulturforskjeller mellom seg selv og tjenesteapparatet. Denne siden ved tilgjengelighet oppleves som spesielt utfordrende i forhold til å hjelpe flyktninger.

Lav terskel og god kommunikasjon har igjen sammenheng med at man som tjenestemottaker får videreformidlet sitt hjelpebehov til riktig instans. Dette handler i følge noen av informantene om å bygge ned systemiske hindringer og få vekk murene mellom ulike tjenester. Publikum skal slippe å få til svar at "dette har ikke min tjeneste noe med" eller "dette er ikke mitt bord." Det skal være et felles ansvar å ta i mot henvendelser. I data-materialet finnes følgende eksempler på dette:

- En informant fra helsestasjonen nevner at for å oppnå god tilgjengelighet må fagpersonellet ha god kunnskap om hvor og hvordan man henviser. For som hun sier driver helsestasjonen primærforebygging. Og selv om tjenesten har åpen dør er det ikke sikkert at barnet/ ungdommen har kommet til rett sted.
- Fra barnevernstjenesten nevnes at de får mange henvendelser som ikke hører hjemme i barnevernet, for eksempel spørsmål om samværsordninger og konflikter i forbindelse med skilsmisser. I slike tilfeller nevnes at god tilgjengelighet er avhengig av at fagpersonene i barnevernstjenesten klarer å finne ut og avklare hvem som er rette tjeneste.
- Et eksempel fra førstelinjen som flere informanter bruker er at foreldre kan være bekymret fordi barnet ikke klarer å uttale bokstaven r. På grunnlag av dette er det lett å tro at det er en sak for PPT. Ved videre undersøkelse er det kanskje mer sammensatt problematikk som gjør at for eksempel psykiatrisk sykepleier, eventuelt andre innen førstelinjen, bør inn i bildet. Dette understreker behovet for å ha kun én dør inn i tjenesteapparatet. Når man først er inne i systemet skal det være kort vei mellom deltjenestene slik at barnet/ ungdommen får den tjenesten det har krav på.
- Som et eksempel på det motsatte av god tilgjengelighet nevnes at det bestilles time for et barn som så venter i tre uker, hvor det viser det seg at barnet har stått på venteliste hos feil instans.

Et aspekt ved tilgjengelighet er å få hjelp fra riktig instans *innen* førstelinjen, en annen side er om det er mest hensiktsmessig for barnet/ ungdommen å få hjelp fra første- eller andrelinjetjenesten? Fra en informant i BUP blir det fremholdt at hvis førstelinjen har kompetanse til å hjelpe barnet/ ungdommen er det riktig at tilbudet gis på førstelinjenivået og ikke fra andrelinjenivået. En fra BUP uttrykker dette slik:

"Vi ser det som en fordel å slippe og komme til psykiatrien hvis barnet kan få god hjelp lokalt. Det er en belastning å komme inn i psykiatrien, og noen ganger så er det klart at hvis dette er problematikk som førstelinjen kan, har kompetanse for å løse, så er det riktig at de ikke kommer inn og tar opp plassen for de som har stor problematikk. For vi skal ha de som har det tyngst, og de vanskeligste."

Sitatet belyser at det å få hjelp fra rett instans er til det beste for det enkelte barn/ ungdom, men også for andre med behov for hjelp.

Et siste moment informantene peker på er dynamikken mellom tilgjengelighet kontra utilgjengelighet. Dette uttrykkes slik:

"Folk sliter med å få tak i deg fordi du har så mange du er tilgjengelig for at du er ikke tilgjengelig lenger. Diskusjonen om tilgjengelighet kontra avgrensning er levende."

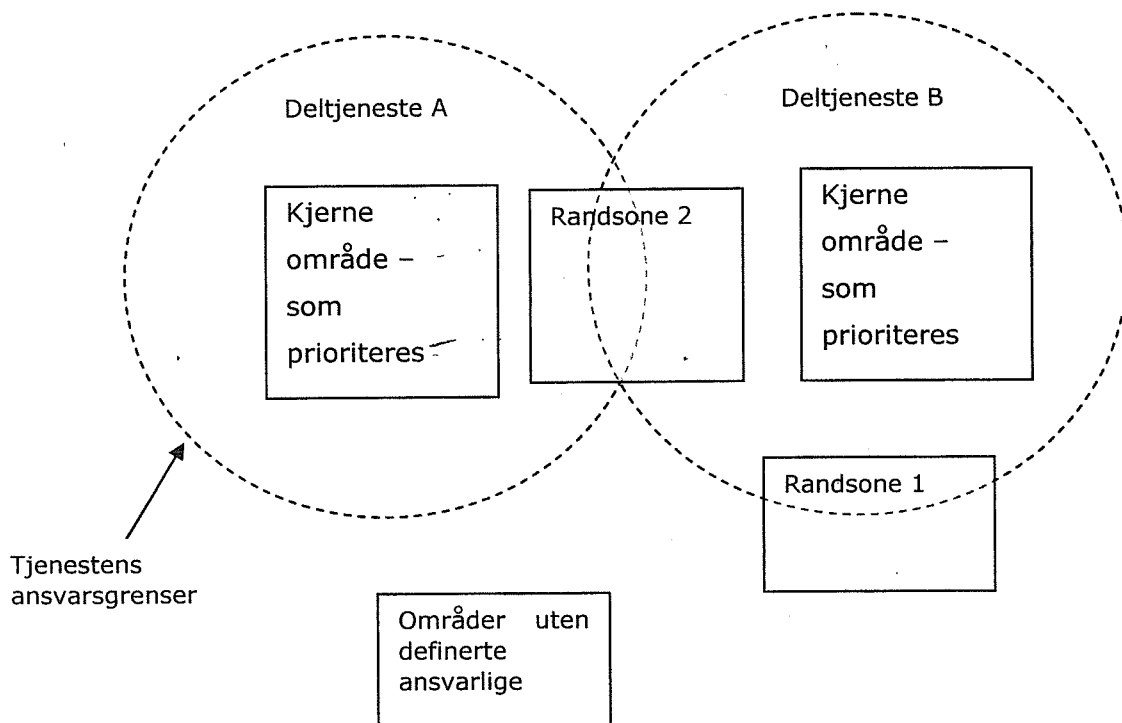
Sitatet viser at man kan være tilgjengelig for mange inntil et visst punkt før en må avgrense seg for å ivareta tilgjengelighet for prioriterte grupper.

Det er mange av informantene som peker på kort ventetid som viktig side ved tilgjengelighet, mens de øvrige kjennetegnene ved et tilgjengelig tjenestetilbud nevnes av én eller kun få informanter. Dette betyr ikke at informantene nødvendigvis er uenig i de kjennetegnene som samlet sett fremkommer. Dette hevder vi på grunnlag av at vi i intervjuene presenterte vår forståelse av begrepet tilgjengelighet, hvor vi i tillegg til ventetid definerte tilgjengelighet til å omfatte hvorvidt man får adekvat hjelp og /eller den hjelpen en føler behov for. Vi spurte deretter informantene: *Hvilke refleksjoner har du rundt denne definisjon?* Svarene vi

fikk på dette spørsmålet var at informantene samtykket i at det kvalitative aspektet ved tilgjengelighet var viktig og utdypet dette på hver sine måter.

8.1.2 Barn og unge som opplever redusert tilgjengelighet

Målgruppen for denne undersøkelsen er barn og unge med psykiske problemer. Hvilke målgrupper som idealtypisk defineres henholdsvis å være innenfor og utenfor ens egen tjenestes ansvarsområde kan illustreres slik:



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

Randsone 1 omfatter behov hvor ingen tjenester har ansvar, og hvor behovet befinner seg i utkanten av det som vanligvis defineres som tjenestens ansvarsområde. Disses behovsdekning vil være avhengig av ressurstilgang, og at noen internt i tjenesten har interesser ut over kjerneaktivitet.

Randsone 2 omfatter behov hvor flere tjenester har et ansvar. Man er her avhengig av et samarbeid ut over egen deltjeneste for å avgjøre hvilken tjeneste som skal ta ansvar for hva. Det er stor støtte i litteraturen omkring tverretattlig samarbeid for at slike randsoner er problematiske. Et vanlig problem er forsøk på ansvarsoverføring, noe vi kommer tilbake til i analysen.

I det følgende gjør vi rede for hvilke kategorier barn og unge innenfor målgruppen som i følge fagpersonene opplever redusert tilgjengelighet, enten ved at de ikke mottar et tilbud, eller de mottar tilbud men ikke et tilfredsstillende tilbud. I forhold til modellen vil disse befinne seg i randsone 2.

- Ungdommene med kombinasjon rus og psykiatri

En kategori som befinner seg i gråsonen (randsone 2) er ungdom med en kombinasjon av rus- og psykiatriproblematikk. Disse kan ha hatt oppfølging av barnevernet opp til de er 17 år, og videre kan det være uklart hva slags behandlingstilbud de har behov for; psykiatrisk behandling, rusbehandling og/ eller noe annet? Denne kategorien faller mellom flere stoler, og fra en informant i barnevernet nevnes at en del av opptrappingsplanarbeidet er å sikre denne kategorien oppfølging etter 17-årsalderen.

- De alvorligst syke med sammensatte behov

En informant fra PPT påpeker at noen av de alvorligst syke barna ikke har et godt nok tilbud i BUP. PPT har opplevd å få saker i retur med den begrunnelse at BUP ikke hadde noe å tilby. Det hevdes å være mangel på behandlingstilbud og at døgntilbudet for de alvorligst syke er for svakt utbygd. En informant fra barnevernstjenesten sier:

"Det er mangel på institusjoner for barn med sterkt behov for skjerming og for et helhetlig tilbud. Disse blir lett kasteballer. Barnevernet har gått inn akutt og plassert på en institusjon, så viser det seg at barnet er feilplassert, fordi det for eksempel har funksjonshemminger eller noe annet som ikke har med foreldrenes omsorgsevne å gjøre, og da blir barnevern- loven sekundær i forhold til sosialtjenesteloven."

Blant de alvorligst syke barna er det som sitatet viser mange med sammensatte behov. Dette kan også være barn og unge som først har vært i kontakt med barnevernstjenesten med videre behov for psykiatrisk behandling i BUP. På grunn av uklar omsorgssituasjon slipper de ikke til i BUP, fordi BUP mener omsorgssituasjonen må utredes og fastslås først.

- Barn og unge med lettere psykiske problemer

Den begrensede kapasiteten innenfor BUP rammer spesielt de med lettere psykiske problemer. Dette forklares med at hjelpeapparatet til en høy tid er nødt til å hjelpe de alvorligst syke, noe som medfører at de med lettere problemer blir tyngre å behandle/ hjelpe jo lenger tid det går før de slipper til. Dette skyldes igjen at behandlingstilbudet i førstelinjen er mangelfullt utviklet.

- De snille og stille barna

De stille og snille barna som sliter med psykiske plager er en gruppe jenter og gutter som ikke mottar tilbud, men som i en del tilfeller burde hatt et tilbud. Det å oppdage de er en utfordring og det er derfor viktig at foreldrene kjenner til tjenesteapparatets tilbud. Dette uttrykkes slik av en informant fra PPT:

"I tilfeller der foreldre er bekymret og der det ikke er skolevansker og det ikke er naturlig å snakke med skolen om det, er jeg litt usikker om foreldre vet hvor de kan ta kontakt. Det å få informert dem godt nok om det tilbudet som faktisk eksisterer, der føler jeg tilgjengeligheten er på minussiden."

Det nevnes av den samme informanten at et kjennetegn ved de snille og stille barna er at de tilsynelatende ser ut til å komme fra velfungerende hjem, men hvor det viser seg at de ikke blir sett og forstått.

- Skolevegrerne

Skolevegringssakene hevdes å være en typisk gråsone mellom BUP, barnevernet og PPT. Dette fordi det ofte er uklart hva som er årsaken til at disse barna/ ungdommene er borte fra skolen. Er for eksempel barnet/ ungdommen hjemme for å passe sine foreldre eller ligger årsaken i skolen?

8.1.3 Tilgjengelighet til tjenester - et komplekst fenomen

Når vi ser svarene samlet er det veldig mange aspekter ved begrepet tilgjengelighet som nevnes, noe som understreker kompleksiteten rundt temaet for denne rapporten. Oppsummert peker informantene på følgende kjennetegn ved et tilgjengelig tjenestetilbud: kort ventetid, fleksibel åpningstid, lav terskel for å ta en henvendelse, god kommunikasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, å få hjelp fra riktig deltjeneste innen førstelinjen og å få hjelp fra riktig tjenestenivå. Det er mange av informantene som peker på kort ventetid som viktig side ved tilgjengelighet, mens de øvrige kjennetegnene ved et tilgjengelig tjenestetilbud nevnes av én eller kun få informanter. Vi finner ikke i datamaterialet systematiske forskjeller eller likheter i forståelsen av definisjonen av tilgjengelighet, verken mellom kommunene eller mellom tjenestene.

Følgende kategorier innenfor målgruppen barn og unge med psykiske problemer opplever i følge informantene redusert tilgjengelighet enten ved at de *ikke* mottar et tilbud, eller de mottar tilbud men ikke et adekvat tilbud: Ungdommene med kombinasjon av rus og psykiske problemer, de alvorligst psykisk syke med sammensatte behov, barn og unge med lettere psykiske problemer, de snille og stille barna og skolevegrerne.

8.2 Opptappingsplanens effekter

HAR FAGPERSONER MERKET EFFEKTER AV OPPTAPPINGSPLANEN?

I intervjuene spurte vi informantene hvilke effekter de har merket av psykiatrisatsningen innen egen tjeneste. Svarene kan kategoriseres i følgende temaer: Økonomiske effekter målt i antall nye stillinger og faglige effekter. Datamaterialet består av kun tre kommuner og deres geografisk tilhørende BUP. Basert på dette kan en ikke generalisere hvorvidt de har skjedd en opptapping i form av økt antall stillinger innenfor barnevernstjenesten, helsestasjonen, PPT og BUP, men vi kan presentere de 12 deltjenestene som eksempler.

8.2.1 Antall stillinger og fordeling av disse

Tabellen nedenfor viser hvor mange nye stillinger de ulike tjenestene har fått i løpet av de siste to årene.

	Større by	Mellomstor by	Landkommune
BUP	0	1,5*	Usikkert****
PPT	0	0	0
Barnevern	0	1**	0
Helsestasjon	20 prosent økning av den totale bemanningen	1***	6, 67 prosent legestilling, (2.5 timer pr uke)
Andre tjenester		3 stillinger til familieteam	1 miljøterapeut-stilling

*Ingen reell økning pga sykmeldinger og permisjoner

** Fikk en stilling i 2003 men mister den sannsynligvis fordi fylkeslegen stilte spørsmål ved om en ny stilling til i barnevernet var i henhold til Opptappingsplanen.

*** Forventer en ny halv stilling i 2005

**** Informanten sier at det ikke er så lett å legge merke til endringene. For man kan ha fått flere stillinger opprettet uten at man har oversikt over hvor midlene har kommet i fra.

Tallene og anmerkningene som er gjort er basert på svarene informantene ga i intervjuene. Felles for informantene er at de stort sett har merket lite til Opptrappingsplanen i form av økonomiske midler til flere stillinger. Av de fire deltjenestene i utvalget har helsestasjonene hatt en svak økning i antall stillinger. Av de tre helsestasjonene i utvalget er det kun den større byen som har hatt en merkbar økning, her fikk de en økning på 20prosent av det totale personalet i tjenesten. Dette har de brukt til satsning på helsestasjon for ungdom, økt tilgjengelighet for elever i videregående skole, nytt tilbud til 4-åringer (spesielt fokus på familie og psykiske forhold), samt noe til utdanning av flere Webster Stratton-terapeuter.

Ingen av de tre PP- tjenestekontorene i utvalget har mottatt opptrappingsplanmidler, derimot har PPT i den mellomstore byen opplevd 10prosent nedbemanning. I to av de tre BUP'ene i utvalget har de ikke mottatt opptrappingsplanmidler, og i den tredje har de fått 1½ stilling, men det opplyses at denne BUP'en ikke merker noe til satsningen fordi de både har medarbeidere som er sykmeldte og i permisjon. Av de deltjenestene som ikke har mottatt opptrappingsplanmidler har flere av de blitt lovet flere stillinger, men har ennå ikke fått innfridd dette.

En av de tre barnevernstjenestene i utvalget, i den mellomstore kommunen, fikk opptrappingsplanmidler for en ekstra stilling i 2003, noe de erfarte det var god hjelp i. Men så begynte fylkeslegen å se på kriteriene for tildelingen av denne stillingen og ba kommunen om en redegjørelse for om stillingen var en del av psykiatriplanen. Så nå er denne barnevernstjenesten forberedt på å måtte gi fra seg disse ressursene til familieteamet. Informanten beskriver situasjonen slik:

"Dette er dilemmaet i barnevernet, fordi du kan si at veldig mye av den jobben barnevernet gjør ut mot familier blir på en måte akkurat det samme som familieteamet gjør. Vi jobber med psykisk helseproblematikk, men vi blir ikke definert som å være en del av det."

Sitatet viser at denne barnevernstjenesten på linje med andre barnevernstjenester i stor grad jobber med barn/ unge og foreldre som har større eller mindre grad av psykiske problemer. Dette må de ansatte i tjenesten forholde seg til uten at de nødvendigvis blir tildelt ekstra midler og/ eller faglig bistand. I denne kommunen har de gått langt i retning av å konsentrere opptrappingsplanmidlene ved å opprette et eget familieteam med tre stillinger (tverrfaglig). Det er en forventning blant informantene at dette tilbudet utvides med opptrappingsplanmidler.

I landkommunen har de på tilsvarende vis brukt opptrappingsmidler på opprettelse av en miljøterapeutstilling, som etter intensjonen skal samarbeide med alle deltjenestene innen førstelinjen inn mot familier med psykisk syke foreldre. Denne stillingen er organisatorisk tilknyttet barnevernstjenesten, men miljøterapeuten skal jobbe i nært samarbeid med de øvrige deltjenestene for familier med ulike hjelpebehov. Videre i denne kommunen sier en av informantene at de har fått en aktiv psykiatritjeneste for voksne og at dette er noe som også gavner barna. Som en av informantene sier:

"Det er klart at det hjelper ungene at foreldrene får hjelp."

Opprettelsen av familieteamet i den mellomstore kommunen og miljøterapeutstillingen i landkommunen viser at selv om ikke akkurat de deltjenestene som inngår i utvalget for denne undersøkelsen nødvendigvis har mottatt opptrappingsplanmidler så har det innenfor det totale tjenesteapparat for barn/ unge og familier tilfalt midler.

Innenfor del - tjenester der det ikke er opprettet nye stillinger med opptrappingsplanmidler, kan en likevel ha mottatt midler til særskilte tiltak. Det er for eksempel en barnevernstjeneste som har fått midler gjennom Opptrappingsplanen til tiltak for ungdom som har en kombinasjon av rus og psykisk helseproblematikk. De har i samarbeid med skolen foreslått hvilke elever som trenger oppfølging på emosjonelt plan og opprettet særskilte fritidsgrupper for disse. En annen barnevernstjeneste hadde heller ikke fått nye stillinger, men har deltatt på kurs om psykisk helse, bl.a. "Barn av psykisk syke foreldre", arrangert av Voksne for Barn.

I det følgende skal vi gjøre nærmere rede for forholdet mellom Opptrappingsmidler på den ene siden og signalene fra offentlige myndigheter om kommunal/ offentlig sparing på den annen side.

8.2.2 Opptrappingsplanen kontra kommunal/ offentlig sparing

Som vist under pkt. 8.1.1 peker mange av informantene på at for få fagpersoner i tjenesteapparatet fører til lang ventetid, noe som fremheves som en svakhet ved tilgjengeligheten. Informantene viser med dette at de mener det er en sammenheng mellom god ressurstilgang og høy grad av tjenestetilgjengelighet. Spørsmålet om ressurser står derfor sentralt. En av de aller største utfordringene for førstelinjetjenestene i kommunene og for BUP' ene gjennom de statlige helseforetakene er at de møter doble signaler i forhold til ressursbruk på tjenester for barn og unge.

På den ene siden gis det fra statlig hold uttrykk for en økonomisk satsning på psykisk helse for barn og unge ved at kommunene og de statlige helseforetakene skal tildeles opptrappingsplanmidler. På den annen side er det slik at fagpersonene og lederne for de ulike deltjenestene i intervjuet oppgir å bli konfrontert med kommunal/ offentlig sparing. Flere av fagpersonene i alle tre kommunene ser på økt ressurstilgang som et middel for å kunne hjelpe flere og i større grad få gitt et adekvat tilbud. Spesielt i den mellomstore og større byen er ressursbehovet presserende. Her er informantene meget tydelige på at ressursmangel og for lite personale fører til lange ventelister, som igjen er en viktig årsak til svekket eller manglende samarbeid mellom deltjenestene. Ressursmangel, for lite personale (mangel på spesialister) og lange ventelister er også situasjonen for de tre BUP' ene i utvalget.

8.2.3 Faglige effekter av Opptrappingsplanen

En effekt av Opptrappingsplanen, som ikke er relatert til økonomi, som nevnes fra ett av PP-tjenestekontorene i utvalget er at denne tjenesten har fått klarere formulert at de også skal fokusere på den mentale helse hos barnet/ ungdommen. En informant fra PPT uttrykker dette slik:

"Vi har hatt samtaler med barn i all den tid jeg har vært her, og det har vært litt sånn, ja skal nå PPT drive med det, for det er det veldig mange andre i PP tjenesten som ikke driver med. Så jeg opplever at den satsningen som har vært i forhold til Opptrappingsplanen har gitt oss ryggdekning for å fortsette å gjøre den jobben vi allerede var i ferd med, men kanskje litt i det skjulte, for det var egentlig ikke sagt at vi ikke skulle gjøre det."

Det er verd å legge merke til at denne instansen har et økt fokus på mental helse hos barn/ unge uten at det har tilfalt de midler fra Opptrappingsplanen. Samtidig skal det understrekes at vi ikke finner igjen den samme faglige vinklingen hos de andre PP- tjenestekontorene i utvalget.

Det må også nevnes at hver enkelt tjeneste er i kontinuerlig endring, noe som totalt utgjør en dynamikk i feltet som i tillegg til Opptrappingsplanens effekter vil inneholde faktorer som påvirker den samlede tilgjengeligheten til tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Et eksempel på at deltjenestene er i endring er at fagpersonene innenfor flere av deltjenestene har deltatt på ulike kurs/ programmer som er relatert til psykisk helse på en eller annen måte. Det er imidlertid usikkert hvorvidt denne kompetansehevingen er en konsekvens av Opptrappingsplanen.

8.2.4 Opptrappingsplanens økonomiske effekter er begrenset og presset av offentlig sparing

Sett under ett har barnevernstjenestene, helsestasjonene, PP- tjenestekontorene og BUP' ene i utvalget opplevd en svak økonomisk effekt av Opptrappingsplanen målt i antall stil-

linger. Det er ingen av disse 12 deltjenestene som har opplevd en økning som kan sies å ha bidratt til merkbare resultater. Av BUP' ene, PP- tjenestekontorene, barnevernstjenestene og helsestasjonene i dette utvalget, er det helsestasjonene som har hatt størst tildeling av opptrappingsplanmidler. Den største enkeltsatsningen som vi kan peke på er fra den mellomstore byen hvor de innenfor sitt tjenesteapparat for barn og unge har opprettet et familieteam med tre nye stillinger basert på opptrappingsplanmidler.

Et gjennomgående trekk i datamaterialet er paradokset mellom den offentlige, statlige satsningen på psykisk helse gjennom Opptrappingsplanen på den ene siden og det kontinuerlige opplevde behovet for kommunal/ offentlig sparing på den andre siden. Når det gjelder faglige effekter er det som vi har vist eksempler på dette i datamaterialet, uten at dette gir oss grunnlag til å konkludere noe om graden av faglige effekter som en konsekvens av Opptrappingsplanen.

8.3 Samarbeid i førstelinjen

I de følgende belyses forholdet mellom samarbeid og tjenestetilgjengelighet;- om tilgjengelighet er relatert til ulike måter å samarbeide på, og hvordan ulike samarbeidsformer kan påvirke tjenestetilgjengeligheten

Vi innleder denne problemstillingen med å vise til informantenes egen forståelse av begrepet tilgjengelighet i punkt 9.1.1. Her påpekes at et av kjennetegnene ved en tilgjengelig tjeneste er at tjenestemottaker får hjelp av riktig instans blant deltjenestene innen førstelinjen og av riktig nivå (første- eller andrelinjen) avhengig av sitt hjelpebehov. For å bli henvist til den tjenesten som best kan hjelpe, og for å unngå rigide systemer og svar fra tjenesteapparatet som "nei, dette er ikke mitt bord" kreves samarbeid mellom deltjenestene. Godt samarbeid mellom barnevernstjenesten, helsestasjonen, PPT og BUP vil styrke tilgjengeligheten til tjenestene for barn og unge med psykiske problemer.

Vi vil beskrive de organisatoriske rammeverkene som omgir det totale tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer i hver av de tre kommunene i utvalget. Dette fordi organisasjonsmodellene legger føringer på samarbeidsformene både innen førstelinjetjenesten, og hvordan deltjenestene innen førstelinjen velger å organisere samarbeidet med andrelinjen. Samarbeidsformene mellom første - og andrelinjen og hvilke utfordringer som er forbundet med disse vil bli belyst i punkt 9.4.

Alle tre kommunene har de siste par årene gjennomført store organisatoriske endringer. Landkommunen og den mellomstore byen har barn- og familieenheter, mens den større byen har opphevet etatsnivået og likestilt alle deler av tjenesteapparatet i resultatenheter.

8.3.1 Organisasjonsmodellen i en landkommune

ORGANISERING

Tidligere hadde kommunen en tradisjonell organisasjonsmodell med skolekontor (som inkluderte PPT), helse- og sosialetat osv. Ved årsskiftet 2002/ 2003 gjennomførte kommunen en omorganisering hvor tjenester for barn og unge ble samorganisert i en større enhet kalt Familie og forebygging. Flere av informantene omtaler enheten som den svære paraplyen. Den nye, større sammenslutningen av enheter inkluderer helsestasjon, barnevernstjeneste, PPT, psykiatrisk sykepleietjeneste og sosialtjeneste. Lederen for Familie og forebyggingsenheten befinner seg på ledernivået under rådmannen, og stillingen betegnes som virksomhetsleder. Lederne for helsestasjon, barnevernstjenesten, PPT osv. betegnes som mellomledere. Motivet for omorganiseringen oppgis å være at kommunen skulle spare penger, redusere antall ledernivåer og komme nærmere brukerne.

Det faktum at flere enheter er organisert sammen medfører et større møtebehov enn tidligere. De har tettere ledermøter enn tidligere (hver 14. dag) og ledermøte med virksom-

hetsleder hver tredje uke. Møtene fremholdes som viktige for å strukturere samarbeidet, for å bli bedre kjent og for å innarbeide en forståelse for at man har fått en ny og større enhet.

På spørsmål hva førstelinjen gjør som er bra i forhold til tilgjengelighet svarer de at de slipper ikke taket i en sak selv om det kan være uklart hvem som skal ha ansvaret. Og når de er usikker trekker de inn hverandre. Det går kort tid fra en sammensatt sak er avdekket, til de har et sammensatt tiltak. Dette er indikatorer som kan være en styrke for tilgjengeligheten. På den annen side spurte vi hvordan etableringen av den nye enheten Familie og forebygging har påvirket graden av tilgjengelighet til tjenestetilbudet. Svaret på dette er at den nye enheten må innarbeides hos publikum først, men at det på sikt kan styrke tilgjengeligheten fordi for eksempel barnevernet kan bli lettere å få kontakt med, i og med at de jobber sammen med andre i enheten som positivt selger de inn og informerer om deres ulike støttetiltak osv. Det nevnes av en informant at det eksisterte en del gode samarbeidsrutiner i forkant av omorganiseringen også, men at disse rutinene har blitt bedre forankret ved at deltjenestene er samorganisert.

Samarbeidsformen preges av at det er lett å ta en telefon til annen fagtjeneste når man har spørsmål. I tillegg trives personalet selv med arbeidsformen og den nye strukturen. På sikt kan flere positive effekter slå ut ved at man internt mellom delinstansene har brutt ned barrierer og skapt større fleksibilitet i tjenesteapparatet. Den gjengse oppfatningen er at kommunen med organiseringen Familie og forebygging kan gi et mer koordinert og samlet tilbud.

Samtidig erkjennes det at de må jobbe for å få trukket ut synergieffekten av det å være samorganisert. Selv om de ikke har et større tjenesteapparat enn at de vet av hverandre, så mener informantene i denne kommunen at de kan bli enda bedre kjent med hverandre og at det må legges føringer på samarbeidet for å utvikle kjennskap og kunnskap om hverandre. Som et forslag til hvordan man kan jobbe for å oppnå dette nevnes følgende:

"For å skape trygghet, unngå angst for hverandre og for å få mer kunnskap om hverandres områder kan vi hospitere hos hverandre. Invitere hverandre til felles fagmøter, og gå sammen når man har felles brukere slik at brukerne opplever oss som et hjelpeapparat."

For å understreke betydningen av å øke kunnskapen om hverandres tjenester gir vi noen eksempler på hvordan kunnskap og forståelse om hverandres tjeneste er utslagsgivende for å skape et godt samarbeid, og hvordan man overvinner barrierer og løser vanskelige saker.

Taushetsplikten blir av flere informanter i datamaterialet sett på som en barriere for samarbeidet mellom deltjenestene. Men slik svarer en informant fra landkommunen på spørsmål om taushetsplikten er et hinder for et velfungerende samarbeid:

"Nei, det synes jeg ikke. I den grad jeg er nødt til å fortelle hvem det her handler om, så synes jeg det går stort sett ganske greit å snakke med foreldrene og/ eller barnet for å få et samtykke, for å trekke inn andre fagpersoner. Og det handler veldig mye om at når jeg er såpass trygg på mine samarbeidspartnere som det jeg er så smitter det over i forhold til foreldrene."

Dette viser at med gode samarbeidsrelasjoner mellom deltjenestene kan man lettere finne frem til rutiner som gjør det mulig å overholde taushetsplikten.

Slik svarer en informant fra landkommunen på spørsmål om hvordan akutte hendelser/ kriser løses:

"Selv om planen ikke er god nok, så ser jeg at i praksis så blir det bra. Har det vært et selvmordsforsøk for eksempel på en voksen så er de som jobber rundt foreldrene flink til å se og tenke at ok, her må barnevernet, helsestasjonen eller PPT inn. Og vi har blitt mye flinkere synes jeg, til å springe inn til hverandre og sjekke ut hvem som er inne i saken. Det er sikkert slik fordi dette er ikke en større kommune enn at vi kjenner hverandre såpass godt. Det har vært et veldig stabilt personale i de fleste tjenestene over mange år. Men det er klart at i det øyeblikket det ikke er slik lenger så er planene enda mer viktig."

Her får vi en indikasjon på at stor grad av kjennskap til hverandre innen tjenesteapparatet fører til at man ikke blir like avhengig av mye planarbeid og gode planer. Med god kjennskap til hverandre skaper man seg oversikt over tjenesteapparatet, som igjen gjør at samarbeidet blir smidigere og de raskt kommer i posisjon for å hjelpe barn/ unge og foreldre i krise.

SAMLOKALISERING

I forbindelse med den nye organisasjonsmodellen har kommunen forsøkt å få til samlokalisering av de ulike deltjenestene som utgjør Familie og forebygging. Så langt er bl.a. PPT og barnevernstjenesten samlokalisert, mens helsestasjonen er i et annet bygg.

PPT var tidligere samlokalisert med skolekontoret og savner til dels nærheten til de, men erfarer at samarbeidet med barnevernet har blitt styrket. Det er stor grad av enighet om at det er en svekkelse for tilgjengeligheten at ikke *alle* deltjenestene som hører til Familie og forebygging er lokalisert under samme tak. Det er spesielt et minus at helsestasjonen er lokalisert i et eget bygg noen hundre meter i fra. Dette understrekes av PPT og barnevern som allerede er samlokalisert. Begrunnelsen for dette er basert på tilgjengelighet:

"Jeg synes det har veldig mye å si for jeg tenker at om foreldre kommer på helsestasjonen og ser at her er PPT og barnevern, så er veien mye kortere for foreldrene og helsesøstrene til å komme og diskutere med oss og det gjør det enklere å komme tidlig inn med hjelp."

Et annet argument, som brukes av de som har erfart positive effekter av å vrimle mellom kontorer som ligger i nærhet til hverandre, er at et samarbeid nesten ikke er til å unngå når man sitter tett. Dette uttrykkes slik:

"Vi tror det med å være nær hverandre også fysisk har en stor effekt, fordi at du springer inn til hverandre og drøfter saker. Det er mer tungvint når du er nødt til å gå over et stort gatekryss for å komme til et annet kontor. Derfor ivrer vi for å få også helsestasjonen tilbake."

SPESIELT KJENNETEGN VED LANDKOMMUNENS SAMARBEID - HELHETSFORSTÅELSE

Som et spesielt kjennetegn ved landkommunen, sammenlignet med de andre to kommunene i utvalget, er at landkommunens informanter i stor grad har innarbeidet en helhetsforståelse. For å utdype dette gir vi i det følgende noen eksempler på at informantene innenfor Familie og forebygging tenker/ jobber helhetlig. En informant sier:

"Vi ser at den psykologiske kompetansen vi har er for liten. Og jeg ser at det er ikke bare behov i forhold til PPT, men det er også behov for psykologikompetanse i Familie og forebygging (den store tjenesten), både innenfor barnevernstjenesten og i helsestasjonen."

Sitatet illustrerer at informanten ikke tenker isolert kun på sin egen tjenestes behov, men ser på behovet for psykologikompetanse for den store enheten samlet sett. En helhetlig tankegang er et viktig fundament for å samarbeide på tvers av instanser samtidig som et godt samarbeid, slik vi oppfatter at landkommunen jevnt over har, bidrar til å skape helhetsforståelse.

Et annet eksempel som illustrerer helhetsforståelse nevnes av en informant i forbindelse med at Familie og forebygging nettopp har fått en ny miljøterapeutstilling:

"Den nye miljøterapeutstillingen skal serve hele Familie og forebygging. Det kan være at den personen skal følge psykiatritjenesten eller det kan tas initiativ fra helsestasjonen eller fra PPT, men administrativt og budsjettmessig er den lagt til barnevernet."

Sitatet viser på tilsvarende vis som sitatet overfor at Familie og forebyggingsenheten har bidratt til at informantene tenker helhetlig omkring kompetansebehovet.

Et siste eksempel på helhetstenkning uttrykkes slik fra en informant:

"Det er lettere å se alle sammen under ett nå når vi hører til Familie og forebygging. For da tenker vi at vi er mange i Familie og forebyggingsstaben som kan dra veksel på hverandre. I stedet for at vi drar to fra barnevernet så kan vi dra en fra barnevernet og en fra helsestasjonen, fordi helsestasjonen er inne i forhold til alle ungene i alle aldre og det må vi utnytte. I planarbeidet for helsestasjonen står det også at helsestasjonen skal bruke mindre tid på å veie og måle de friske barna og heller ta de psyko-sosiale bitene. Det vil komme alle til gode, for da jobber du mer med det emosjonelle, psykiske og det sosiale."

Informanten er både opptatt av å utnytte hverandres kompetanse og personellressurser og av å integrere tjenestene for barn og unge med psykiske problemer.

Informantene påpeker at det er viktig å identifisere seg med den nye store enheten Familie og forebygging samtidig som det er en utfordring å ivareta sin særtjeneste. Dette fordi det sies av en av informantene at man må huske på å respektere hverandres fagteneste (les: trø meg ikke for nære) og hverandres måter å forstå problemer hos barn og unge på. For som en av informantene sier kan det lett bli slik at de har piggene ute for å forsvare sin egen særtjeneste, og at det må være legitimt.

Det pekes på at tjenestemottaker også har behov for å kunne si at jeg ønsker kontakt med PPT, men ikke med barnevernstjenesten. Som tjenestemottaker kan det være forvirrende å forholde seg til kun en stor paraply uten noen strukturell inndeling av tjenester. En av informantene har fått som tilbakemelding fra en forelder at:

"Jeg er på helsestasjonen og skal ikke ha noe med barnevernet å gjøre. Jeg har søkt PPT og ikke dere på barnevernet."

Et slikt utsagn forteller at det ikke nødvendigvis er riktig å viske ut alle skiller mellom tjenestene. Dette handler også om at Familie og forebygging er en nokså ny enhet og at fagpersonalet må bruke tid på å finne balansegangen mellom å opptre som særtjenester og en helhetlig enhet.

8.3.2 Organisasjonsmodellen i en mellomstor by

ORGANISERING

Den mellomstore byen i utvalget foretok en omorganisering for to år siden, og benevner sin paraplyenhet som Barn og familie. Denne enheten inkluderer barnevernsvakt, barnevernstjeneste, PPT, helsestasjon, familietemaet, barne- og ungdomskontakten, avlastningstilbud, pluss at de har en stilling avsatt til å fatte vedtak etter lov om sosiale tjenester når det gjelder bl.a. støttekontakt og avlastning. Innenfor Barn og familie er det familieteamet som er hovedresultatet av opptrappingsplanmidler. Familieteamet er et tre-årig prosjekt, i gang satt i 2004. Teamet består av en psykolog, en psykiatrisk sykepleier og en helsesøster. Dette teamet skal bygge bro mellom bl.a. barnevernstjenesten, PPT og helsestasjonen i den hensikt å gi et mer helhetlig tilbud og øke tilgjengeligheten for publikum.

Helsestasjonen er den deltjenesten som formidler flest henvendelser til familieteamet. En informant beskriver intensjonen bak familieteamet slik:

"Familieteamet skal være et mellomledd mellom helsestasjonen og de andre instansene. Så når saken ikke er opplagt PPT, barnevern eller noe annet så er det greit å ta med saker inn i familieteamet. I fellesskap skal vi finne ut hva vi gjør og hva som blir veien videre."

Det beskrives videre av informantene at familieteamet skal være et fristilt team som ikke skal tilby lovpålagte tjenester, men i enda større grad være et lavterskeltilbud. Teamet har et sterkt tverrfaglig fokus, hvor de setter barnet og familien i sentrum, og informantene legger vekt på at de vil se hvordan de kan gjøre dette på en best mulig måte.

Opprettelsen av familieteamet har noen fellestrekk med opprettelsen av miljøterapeutstillingen i landkommunen. Bl.a. så skal disse satsningene bidra til at det skapes større grad av sammenheng og helhet mellom deltjenestene. De nyopprettede stillingene skal fungere som

en ressursbank for de øvrige deltjenestene i sine respektive enheter. Etter informantenes utsagn å dømme er samarbeid på denne måten gunstig i forhold til å styrke tilgjengeligheten.

Lederne i Barn og familie har ukentlige møter. Saker med mye tverrfaglig problematikk og anonyme saker bringes inn til ledergruppen for å finne ut hvordan de skal gi et helhetlig tilbud til tjenestemottaker. En av informantene hevder at de i ledergruppen kan foreta noen beslutninger og legge føringer på arbeidet i tjenestene, kvalitetssikre samarbeidssystemene (eksempel ansvarsgruppene) og vurderingene, og at de gjennom ledergruppen skal prøve å få til bedre evalueringsverktøy.

Alle fagpersonene i Barn og familie møtes månedlig. Disse møtene brukes til bl.a. informasjon fra ledelsen, administrative spørsmål etc. Det er mindre fokus på faglige spørsmål på disse møtene, men noe om pågående prosjekter.

Til tross for at de har ledermøtene og møte for alle i Barn og familie sier en informant at de mangler et forum for barn og unge på tvers for å diskutere generell problematikk, og at dette ble avvirket under omorganiseringen i 1999. Som en begrunnelse for at de ukentlige møtene i ledergruppen ikke ses på som relevante for dette sier en informant:

"Vi er litt snevert sammenfattet og vi er liksom en problemorganisasjon."

Dette sitatet viser at informantene er noe uenige om hvorvidt den nye organiseringen og møtestrukturen er hensiktsmessig. Lederne har relativt tett samarbeid gjennom ledergruppen, men det gjenstår å styrke samarbeidet på behandlernivå. Mye av samarbeidet på behandlernivå oppgis å være fra sak til sak og ikke fast og strukturert.

Informantene i den mellomstore byen gir uttrykk for å være i en prosess hvor de søker å styrke samarbeidet. De er i startgropa på mye, men det gis signaler på at de føler de har ikke kommet så veldig mye lenger, at de fortsatt leter etter samarbeidsrutiner. Det påpekes at de blant annet har lagt ned en del arbeid for å komme fram til systemer som gjør at de for eksempel kan jobbe mer forebyggende. Vi ser av datamaterialet at de på spørsmål om de har et organisert samarbeid om forebygging, kunnskapsoverføring etc. forholdsvis ofte svarer at "nei, så langt har vi ikke kommet." De samarbeider mer fra sak til sak. Som et tiltak for å styrke samarbeidet skal de i gang med metodebok på tvers av fagseksjonene i Barn og familie.

En av årsakene til at de ikke har kommet så langt som ønsket i utviklingen av samarbeidet oppgis å være mangel på økonomiske midler. En informant sier:

"Alle tre tjenestene er skrappt inntil beinet, og det er synd for når kommunen skulle satse på barn og familie- modellen så burde det vært planlagt mye bedre."

På spørsmål om hva Barn og familie har betydd for tilgjengeligheten til tjenester svarer en informant:

"Vi har mer uformell kontakt med barnevernet. Hjelpetjenestene har blitt bedre kjent med hverandre, men om tjenestetilbudet har blitt bedre, det kan jeg ikke svare på. Barnevernstjenesten og helsestasjon har brukerundersøkelser. Det har ikke PPT hatt. Men i forhold til kontakt med oppvekst og opplæring og skolekontor så synes jeg at kontakten har blitt dårligere for PPT generelt."

Vi ser at PPT har den samme erfaringen som PPT i landkommunen, at de har styrket samarbeidet mot barnevernstjenesten, men at kontakten med oppvekst og opplæring har blitt dårligere.

SAMLOKALISERING

Helsesøster, PPT og barnevernstjenesten er samlokalisert i byens rådhus, men i to ulike etasjer. Det påpekes av en informant at etter at de har blitt samlokalisert, er det forventninger om at dette skal påvirke samarbeidet.

SPESIELT KJENNETEGN VED SAMARBEIDET I DEN MELLOMSTORE BYEN - ANSVARSGRUPPE

Den mellomstore byen i utvalget har hatt spesielt fokus på samarbeid gjennom ansvarsgrupper, og det har blitt gjennomført et eget opplæringsprogram for alle ansatte i kommunen som dette er relevant for. Det understrekes fra informanter fra denne byen at ansvarsgruppejobbing krever gode prosedyrer og at det må gjøres ordentlig for å få godt utbytte av ansvarsgruppearbeidet. I denne byen har de definert at det i hovedsak skal etableres ansvarsgruppe for de barn/ ungdommene som det skal utarbeides individuell plan for.

Det er ulike utfordringer knyttet til ansvarsgruppe som samarbeidsform. Felles for alle tre kommunene i utvalget er at informanter fra barnevernstjenesten er relativt lite involvert i individuelt planarbeid, bl.a. fordi de etter barnevernloven utarbeider tiltaksplaner for sine klienter. På denne måten blir ikke ansvarsgruppe en samarbeidsform som nødvendigvis blir et bredt fora for samarbeid.

Andre utfordringer med å få ansvarsgruppene i den mellomstore byen til å bli velfungerende beskrives slik:

"Det er ressurskrevende og det er vegring i forhold til å engasjere seg i den typen arbeid, spesielt å få noen til å lede dem. PPT skal jobbe systemrettet så de har blitt mye mer selektiv i forhold til hvilke grupper som de er med i. Og det føler vi på helsestasjonen også; at vi må være bevisste på hvorfor vi sitter i grupper - det skal ha en hensikt. Det er vanskelig å få med barnehager og skoler og det er en utfordring å få skoler og barnehager til å sitte som ledere av ansvarsgruppene."

Ansvarsgruppe kan være en arbeidsform som er hensiktsmessig for klienten, men når det samtidig er en tid - og ressurskrevende arbeidsform står det i fare for å bli nedprioritert. En vegring mot å delta i ansvarsgruppe blir et moment som kan skape avstand mellom tjenestene, et hinder mot å bli bedre kjent og å få utvekslet kunnskap - kort og godt et hinder for utvikling av samarbeidet.

Informantene er i stor grad enig om at ansvarsgruppemøte er et nyttig og viktig virkemiddel for å tilby sammenhengende og koordinerte tjenester for barn og unge med komplekse problemer. En informant sier:

"Vår første prosedyre for individuell plan var i 1997, da som habiliteringsplaner. Vi var den første i fylket som hadde prosedyrer, retningslinjer for ansvarsgruppearbeid og utarbeiding av individuell habiliteringsplan. Det systemet er nå videreført i individuell plan systemet. Vi har individuell plan på ca 45 barn og unge i kommunen. Det er en viss treghet i systemet, litt manglende entusiasme i forhold til det, men jeg synes det er på gli."

Sitatet viser at samarbeidet i ansvarsgrupper er under utvikling.

8.3.3 Organisasjonsmodellen i en større by

ORGANISERING

Den større byen i utvalget har jobbet med omorganisering over en toårs-periode og har en organisasjonsmodell med to nivåer. De har opphevet etatsnivået og likestilt alle deler av tjenesteapparatet i resultatenheter (totalt ca. 140). PPT, barnevernstjenesten og helsestasjonen utgjør hver sine resultatenheter, som ledes av hver sine enhetsledere. Enhetslederne har fag-, budsjett- og personalansvar. De har bygget ned det administrative nivået og har et rådmannsteam på fire stillinger, hvor en har tittel rådmann og de tre øvrige har tittel kommunalsjef. Kommunalsjefene er enhetsledernes nærmeste overordnede, slik at hvis de har tillatelse fra denne personen har de rådmannens klarsignal.

Informantene gir jevnt over positive tilbakemeldinger om at denne organisasjonsmodellen medfører kort vei til beslutningsnivået. Enhetslederne har jevnlig møter med rådmannen og en informant mener at omorganiseringen har ført til tettere kontakt med ledelsen på rådmannsnivået.

Samtidig gis det uttrykk for at omorganiseringen medførte at de mistet tidligere avdelingsstruktur og dermed viktige samarbeids- og diskusjonsforaer, både på behandler-, team- og enhetslederledernivå, uten at disse har blitt erstattet med nye. Dette uttrykkes bl.a. slik:

"PPT var mer åpen før og var på skolene slik at vi hadde felles samarbeidsarena. PPT sier at de har fått tilleggsoppgaver fra staten og at de ikke kunne være på skolene lenger. Da mistet vi den kontakten som vi kunne utnyttet til kompetanseheving. Utfordringen er at vi har ikke et koordinerende ledersamarbeid. Kommunalsjefene har nå begynt å se hvor det koordinerende leddet er. Noe faller mellom stoler og det er ulempen med omorganiseringen."

Eksemplet viser behovet for å ha fysiske møteplasser. Uten felles samarbeidsarena blir det en utfordring å løse ansvars- og oppgavefordeling.

En annen indikator på at det mangler samarbeidsarenaer er når en informant sier at de kjenner for lite til hva de andre jobber med, det er i liten grad faglig samarbeid mellom barnevernstjenesten, helsestasjonen og PPT om forebygging og kunnskapsoverføring.

En annen informant sier at samarbeidet med de andre deltjenestene er varierende. Informanten forklarer at dette har med personlig kjemi og hvor opphengt man er i taushetsplikten.

Disse utsagnene gir uttrykk for svakere samarbeidsbånd mellom deltjenestene, sammenlignet med de to andre kommunene i utvalget, og at de har en utfordring med å dele kunnskap mellom deltjenestene, øke forståelsen for hverandres arbeidsmåter og utvikle samarbeidsrutiner knyttet til taushetsplikt. På grunnlag av informantenes forståelser av et tilgjengelig tjenestetilbud i pkt. 9.1.1 vil barrierer i samarbeidet virke negativt i forhold til tilgjengelighet.

SAMLOKALISERING

På intervju tidspunktet var helsestasjonen, barnevernstjenesten og PPT spredt rundt i byen, men som et ledd i omorganiseringen er de i prosess med samlokalisering. Selv om de samlokaliseres uttrykkes det fra en informant at det ikke er en selvfølge at samarbeidet mellom barnevernstjenesten og PPT blir tettere:

"Det er ikke lagt opp til at barnevernstjenesten og PPT skal ha felles møter."

Dette sitatet kan tyde på at det er rom for å skape tettere samarbeid mellom deltjenestene, samtidig må det understrekes at den nye samlokaliseringen kan bidra til at fagpersonene i de ulike deltjenestene blir bedre kjent med hverandre, slik konsekvensen var av den delvise samlokaliseringen i landkommunen. Til sist i dette kapitlet vil vi se nærmere på hva som spesielt kjennetegner samarbeidet i den større kommunen.

SPEIELT KJENNETEGN VED SAMARBEIDET I DEN STØRRE BYEN - DEFINERING AV OPPGAVE - OG ANSVARSOMRÅDER

I datamaterialet fra informantene i den større byen er det et kjennetegn ved beskrivelsene av samarbeidet at fagpersonene relativt ofte har diskusjoner om hva som er de enkelte deltjenestenes oppgave- og ansvarsområder (jfr. modellen i pkt. 9.1.2). Utfordringen i samarbeidet er at de enkelte deltjenestene forsøker å skyve saker fra seg ved å si at "dette er ikke mitt bord". Dette gjelder spesielt i de tilfeller det er uklart hva slags type hjelp barnet/ungdommen har behov for, og i tilfeller hvor barnet/ungdommen har sammensatte problemer med behov for koordinerte tjenester.

Flere informanter nevner at årsaken til fenomenet er sammensatt, men at bl.a. ressursknapphet er en viktig faktor, og dette er noe som spesielt kjennetegner barnevernstjenesten. Dette er derfor sannsynligvis noe av årsaken til at fokuset på å definere oppgave- og ansvarsfordelingen er ekstra stort her, slik denne informanten beskriver:

"Vi har veldig stort arbeidspress og får stadig økning i henvendelser og arbeidsmengde og sakene blir tyngre og tyngre. Slik at vi må tenke hva er vårt bord og hva er andre sitt bord. Vi må spisse oss inn mot de ungene som ikke har rett etter annet lovverk. Vi har en del dis-

kusjoner både med psykiatrien (spesialisthelsetjenesten) og innen kommunen (eks. mot rehabiliteringstjenesten). Slik at hvis det er barn med diagnoser, fysisk eller psykisk, om det er ADHD eller autisme og vi ikke greier å finne noe barnevernsaspekt i det så argumenterer vi iherdig for at det ikke er vårt bord."

Vi ser at samarbeidet knirker bl.a. pga. dårlig kapasitet innen deltjenestene. Et helhetlig tjenestetilbud med god tilgjengelighet er avhengig av at deltjenestene har tilstrekkelig kapasitet. Når alle er travle kan man slik sitatet viser bli en eksponent for den holdningen at vi er nødt til å ta det vi har av tilmeldte saker først og det som særlig er "vårt bord", så får samarbeidet komme etterpå. Man blir fornøyd når en får sendt saken videre, og det er i det øyeblikket at samarbeidet kunne båret frukter for tjenestemottaker. Med en fortolkning av ansvarsområdet slik sitatet overfor viser blir samarbeidet mer som et stafettløp enn som samkjørte løp.

Fra datamaterialet forteller en informant at en vurdering de gjør dersom flere fra hjelpeapparatet allerede er inne i saken er at de spør seg; kan vi tilføre saken noe, eller blir vi bare en ekstra instans som familien må forholde seg til? Utfordringen ligger i hvordan tenke og jobbe *sammen* om klienten i stedet for å skyve saken over til en annen tjeneste. Datamaterialet viser at denne kommunens fagpersoner i stor grad arbeider innenfor sine avgrensede fagfelt, uten at det er motvilje som er årsaken til dette, slik dette sitatet fra en informant uttrykker:

"Det blir veldig fort at man tenker rasjonalisering. Selv om det sikkert hadde vært mye gevinst i å samarbeide."

Det er viktig å understreke at ikke alle informantenes utsagn i den større byen er like tydelige på at de søker å avgrense sine arbeidsoppgaver til kun sitt eget fagfelt, og fagpersonene samarbeider fra sak til sak ved behov. Og fra en informant uttales at fagpersonene har kommet et skritt videre i det å tenke samhandling på tvers av deltjenestene, og at de tidligere var mer opptatt av å avgrense sitt eget fagfelt fra de andres.

Ansvarsgruppemøte er en samarbeidsform som benyttes mellom deltjenestene i den større byen (også sammen med BUP). Dette ses på av noen av informantene som et hensiktsmessig forum for samarbeid om felles klienter og avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling, men det nevnes at det er en utfordring å få ansvarsgruppene til å fungere bedre.

8.3.4 Samarbeidet i førstelinjen har fortsatt betydelig forbedringspotensial

Datamaterialet viser at man i alle tre kommunene begynner å se effekter av den organisasjonsmodellen som er valgt. Det er nokså tydelig at landkommunen med sin enhet Familie og forebygging har kommet lengst i å utvikle samarbeidsrelasjoner. Informantene er samstemte i at de synes samarbeidet i det store og hele er godt. Kjennetegn ved samarbeidet er at informantene i stor grad gir uttrykk for å se alle deltjenestene innenfor Familie og forebygging som en stor enhet, de kjenner hverandre godt, drar veksel på hverandres ressurser og de har lav terskel for henvendelser mellom deltjenestene innen enheten.

Den mellomstore kommunen har som landkommunen en organisasjonsmodell hvor deltjenestene er sammenslått til en enhet kalt Barn og familie. I denne kommunen er de i prosess med å utvikle et tettere samarbeid mellom deltjenestene. De er underveis, slik en av informantene karakteriserer nå-situasjonen. Denne kommunen har spesielt satset på å utvikle det tverrfaglige samarbeide ved å opprette ansvarsgruppe for klienter som har krav på individuell plan. Velfungerende ansvarsgrupper vil virke positivt inn på tilgjengeligheten til tjenesteapparatet.

Den større byen i utvalget har ikke kommet like langt i utviklingen av samarbeidsrutiner og relasjoner som i de øvrige to kommunene, men også her er samarbeidet under utvikling. Det er først i starten av 2005 at de ulike deltjenestene for barn og unge er samlokalisert i samme bygg. Det er derfor ikke grunnlag til å konkludere hvordan samarbeidet etter den nye organiseringen fungerer. Et kjennetegn ved informantene i den større byen er imidlertid at de har et særlig fokus på ressursknapphet (også informantene i den mellomstore byen er opptatt av

dette), og at dette er en viktig årsak til at de må prioritere direkte klientkontakt fremfor samarbeid med andre instanser. En annen konsekvens av ressursknapphet er at informantene i den større byen har fokus på hvordan de kan avgrense sitt oppgave- og ansvarsområde, for på denne måten å skyve fra seg oppgaver andre instanser kan ta seg av.

Det er samtidig slik at alle tre kommunene har et forbedringspotensial når det gjelder å avklare roller, oppgave- og ansvarsfordeling (unngå "dette er ikke mitt bord" problematikk). På denne måten kan de tidligere oppdage barn og unge med behov for hjelp, og styrke samarbeidet for de barna/ ungdommene med sammensatte problemer som har behov for koordinerte tjenester.

8.4 Samarbeid mellom første - og andrelinjen

Under punkt 2.3 gjorde vi rede for hvordan ulik organisering og ulike måter å samarbeide på innen førstelinjen kan tenkes å påvirke tjenestetilgjengelighet. Vi følger opp problemstilling b) - *Er tilgjengelighet til tjenester relatert til ulike måter å samarbeide på?* ved å se på samarbeidet mellom første - og andrelinjen. Som vist i pkt. 8.1.1 ser informantene på samarbeid om henvisninger mellom første - og andrelinjen som viktig for tjenestetilgjengelighet. Dette fordi god henvisningspraksis kan bidra til at barn og unge med psykiske problemer får det tjenestetilbudet de har behov for (pkt. 8.4.1). En annen sentral samarbeidsform mellom første - og andrelinjen er faglig veiledning (pkt. 8.4.2).

8.4.1 Henvisning som samarbeidsform

Den formelle samarbeidsformen mellom første - og andrelinjen er basert på at det ved behov for psykiatrisk behandling sendes skriftlig søknad via lege eller leder av barnevernstjenesten fra førstelinjen (kommunetjenesten) til andrelinjen (spesialisthelsetjenesten). I tillegg til skriftlige henvisninger avklares en del spørsmål mellom første- og andrelinjen pr. telefon.

UTFORDRINGER MED HENVISNING SOM SAMARBEIDSFORM

Følgende åtte punkter belyser hvilke utfordringer informantene fra henholdsvis førstelinjen (sender av henvisningen) og andrelinjen (mottakeren av henvisningen) ser med henvisning som samarbeidsform. Dette er utfordringer som vil bidra til å svekke, eventuelt styrke tilgjengeligheten til tjenestetilbudet for barn og unge.

- Lang ventetid

Noe av det mest i øynefallende i forhold til tilgjengelighet til tjenestetilbudet er den forholdsvis lange ventetida i BUP (minimum 3 måneder i de tre BUP' ene i utvalget). Jfr. informantenes forståelse av tilgjengelighet i punkt 9.1.1 bidrar ventetida til en svekkelse for tilgjengeligheten.

- Tilstrekkelig med informasjon i henvisningen

Videre er det en utfordring med skriftlig henvisning som samarbeidsform å gi hverandre tilstrekkelig informasjon, bl.a. ved at henvisningen er grundig skrevet og at det er lagt ved nødvendig dokumentasjon til mottaker av henvisningen. Informantene fra BUP er i det store og hele fornøyd med henvisningene de mottar, spesielt fra PPT. Og fra en informant ved ett av PP- tjenestekontorene sies at BUP i økende grad viser forståelse for at det er lagt ned en del arbeid før saken kommer på BUP sitt bord. Men BUP får fortsatt mangelfulle henvisninger fra leger i de tilfeller annet fagpersonale fra førstelinjen ikke har bidratt i søknadsarbeidet, noe som gjør det vanskelig for BUP å danne seg et helhetsinntrykk av barnet/ ungdommen. Søknadene er mangelfulle på det vis at det for eksempel ikke gis informasjon om

hvilke andre hjelpetiltak som er satt i verk for det barnet/ ungdommen som henvises. Dette gjør det vanskelig å komme inn i et samarbeidsforhold tidlig. De påpeker at årsaken til dette bl.a. er at legene har dårlig kapasitet og de har lite tid til å delta på møter. Dette er et eksempel på at dårlig kapasitet og uegnede samarbeidsrutiner gir dårlig kvalitet på henvisningen. Når det må foretas flere avklaringer mellom første- og andrelinjenivået, øker ofte ventetiden pga. merarbeid, og dette kan bety en svekkelse for tilgjengeligheten.

En informant fra en av BUP' ene oppgir at de er frustrerte over at de får mange henvendelser som de mener kommer ubegrunnet direkte fra skolen uten å ha vært innom PPT. Dette forklares med at PPT også er presset med lange ventelister. En informant fra BUP mener at PPT skal inn i skolen å gjøre grunnleggende kartlegging og vurdere om eventuelt BUP skal inn i bildet. Når så skolene oppfordrer foreldrene til å gå til fastlegen for å få henvisning til BUP synes informanten fra BUP det blir feil å skulle gjøre PP- tjenestens oppgaver.

- Tilbakemelding til henvisende instans

I sammenheng med behovet for god informasjonsflyt mellom første- og andrelinjen er det et sentralt poeng i hvilken grad henvisende instans får tilbakemelding. I dette datamaterialet har BUP'ene nokså faste rutiner for hvordan de melder tilbake. Ofte inviteres henvisende instans med på inntaksmøte/samtale, noe som vurderes som positivt. Det er et ønske at barnevernstjenesten i enda større grad bør be foreldre om samtykke slik at henvisende instans til barnevernet får tilbakemelding. En informant fra BUP uttrykker dette slik:

"Har nettopp måttet ta opp med barnevernet at vi som har henvist må få tilbakemelding når unger eller familier er meldt. Saken svever i uvisse. Barnevernet sier at hvis ikke foreldrene gir tillatelse så kan vi ikke, men i 99 prosent så gir jo foreldrene samtykke."

Å gi tilbakemelding er en rutine som kan bidra til en åpnere tjeneste som vil kunne øke den direkte tilgjengeligheten mellom tjenesteytere. Indirekte vil en åpnere tjeneste øke tilgjengeligheten til brukerne av tjenesteapparatet. Å gi tilbakemelding krever både vilje, ressurser og samhandlingskompetanse.

- Hvem av barna/ ungdommene skal henvises til BUP?

En av hovedutfordringene med henvisningspraksisen mellom første - og andrelinjen er å definere *hvem* av barna/ ungdommene som skal og bør henvises til BUP. I de tilfeller fagpersonene i første - og andrelinjen ikke er enig om dette er det en fare for at saken blir stående på stedet hvil og kasteballsproblematikken kan være snublende nær. En informant fra BUP mener de skal ha de alvorligst syke. Informanten er klar på at BUP tilbyr psykiatrisk behandling, og hvis førstelinjen har den nødvendige kompetansen anses det som best at barnet/ ungdommen får hjelp fra førstelinjen. Informantene i førstelinjen opplever fra tid til annen å få henvisninger i retur med oppfordring om å løse saken selv, noe de opplever som energitappende og fortvilende, fordi de ikke vet hva mer de kan og bør tilby av hjelp.

På spørsmål om hvem som henvises til BUP svarer en informant fra PP- tjenesten at den ene kategorien er de som kun trenger en diagnosevurdering hvor tiltakene er på plass. Den andre kategorien er de veldig kompliserte, sammensatte sakene som består av både barnevern og psykiatri hvor barnet/ ungdommen kanskje har psykisk syke foreldre.

- Når skal barnet/ ungdommen inn til behandling i BUP?

Et annet spørsmål som står sentralt når det gjelder henvisningspraksis er hvilket tidspunkt det skal søkes på og *når* barnet/ ungdommen ideelt sett bør få behandling i BUP. Mellom en barnevernstjeneste og en BUP har vi i datamaterialet et eksempel på diskusjoner angående dette. En informant fra en barnevernstjeneste sier:

"BUP sier veldig raskt at her er det så mye som ikke fungerer i barnets omsorgssituasjon at barnevernet må gjøre en jobb først. Dermed blir det en kasteball i systemet hvor ingen kommer noen vei, og det er det mest uheldige. Og der tror jeg barnevernet og BUP kunne hatt mye bedre kommunikasjon. Da må man ha kapasitet, kompetanse og vilje til å sette seg ned og drøfte disse sakene. Familievernkontorene har åpnet mye mer for å gå inn i dette og det synes jeg er spennende. Plutselig er det mye større åpning for å se på ulike typer konflikter i familier. Dette burde BUP vært mye mer åpen for."

En informant fra BUP medgir at de noen ganger blir rigid på at omsorgssituasjonen må avklares før barnet/ ungdommen kan få behandling i BUP. Informanten ser også på bakgrunn av dette at de noen ganger ikke er så tilgjengelig som ønsket. Andre ganger hevdes det å være den motsatte veien at barnevernet gjør seg kostbar dersom de får tilbakemelding fra BUP om at barnevernstjenesten må jobbe ytterligere med en sak.

- Ulike måter å forstå familiene på

Det generelle samarbeidsklimaet mellom BUP og førstelinjen i alle tre kommunene vurderes av informantene som stort sett godt, men det påpekes fra informanter i to av BUP' ene at de har noe vanskelig med å forstå barnevernstjenestens tilnærming til foreldrene, hvordan forstå og samarbeide med dem. En av informantene i BUP uttrykker dette slik:

"For BUP er det alfa omega å komme inn i et samarbeidsforhold med foreldrene. Vi trenger både lytte, høre og vise respekt, mens barnevernet som i blant går inn i tvangstiltak har en annen posisjon. Vi er et frivillig tilbud, og barnevernet er jo ikke alltid det."

Sitatet understreker at fagpersonene i henholdsvis BUP og barnevernstjenesten har ulike faglige bakgrunner og erfaringer og dermed ulike måter å forstå familiene på.

Et eksempel er hvor en informant fra BUP opplever at barnevernet vil ha BUP sin uttalelse for å kunne ta over omsorgen. Informanten fra BUP fastholder at de ikke utreder omsorgsevnen hos foreldrene selv om de noen ganger også melder til barnevernet når de ser omsorgssvikt hos foreldre.

- Adekvat tilbud

Første- og andrelinjen har et potensial for sammen å tilby et adekvat tilbud til barn og unge med psykiske problemer. En informant fra en barnevernstjeneste beskriver behovet for å samarbeide slik:

"På andrelinjenivået er det BUP vi forholder oss til i forhold til barn og unge med psykisk problematikk, og da er det litt viktig at de som møter oss og tar i mot søknadene våre har kommet på nivået over oss. Når vi ber om bistand så må de ikke være så rigide at de sier at vi bruker å begynne fra A, når vi fra vår kommune sier at vi har gjort A, B og C - nå er vi kommet til D-nivået. de må akseptere at vi har gjort fagarbeid på forhånd. Det synes jeg har endret seg litt kanskje, til det positive."

Jfr. informantenes forståelse av tilgjengelighet i punkt 9.1.1 viser dette sitatet at et tjenestetilbud med god tilgjengelighet er avhengig av at forvaltningsnivåene samarbeider. Ved å samarbeide kan første- og andrelinjen utvikle komplementære tjenester, slik at den historikken tjenestemottaker har fra førstelinjen bringes inn til andrelinjen og vice versa. For at det skal bli flyt og smidighet i et tjenestetilbud slik det her beskrives er det viktig som informanten påpeker at det foregår minst mulig dobbeltarbeid.

- Oppfølging av barna/ ungdommene i ventetida inn til BUP

En siste forutsetning for at henvisning som samarbeidsform mellom forvaltningsnivåene skal ha positiv innvirkning på tilgjengeligheten til det totale tjenesteapparatet er at førstelinjen følger opp barnet/ ungdommen og foreldrene i ventetida fram til behandling i BUP. Dette er

noe flere av informantene fra førstelinjen er opptatt av, og de sier de bøter på andrelinjens kapasitetsmangel ved å jobbe med de tiltakene de kan. En informant fra PPT sier:

"Vi sender saken til BUP samtidig som vi begynner på den, fordi vi kan ikke vente i et halvt år før noen kommer inn i forhold til familien."

En informant fra en annen PPT sier at de sitter ikke og venter på BUP og tvinner tommel-totter. De jobber for at skaden ikke skal bli større. PPT trekker frem at i perioder hvor ventetida har vært svært lang ved BUP har de av og til vurdert det som uhensiktsmessig å sende henvisning, men dette har snudd igjen slik at det nå sendes henvisning når det synes å være det rette. Dette også for at BUP kan kvalitetssikre vurderingene som er lagt til grunn fra personalet i førstelinjen. Når ventetida har vært lang har PPT løst dette ved å samarbeide med psykiatritjenesten i førstelinjen, arrangere aktiviteter for barna og jobbe med de ved hjelp av barnas egne fritidsinteresser og lignende. Det påpekes at dette er langt i fra å være et andrelinjetilbud, men at det ses på som en erstatning og midlertidig løsning frem til behandling i BUP.

Fra en informant i BUP sin side understrekes behovet for at førstelinjen er involvert også etter at BUP har startet behandlingen:

"Vi sier til behandlerne i PPT og barnevern at "hold fast i saken". For ofte er det slik at når vi kommer inn i saken så forsvinner alle andre. Poff- så sitter vi med alt ansvar. Vi tenker det er viktig å holde fast i folk. Vi skal ikke gjøre alt og alle har mye å gjøre. Barnevernet tenker at får vi de inn på BUP så er de reddet."

8.4.2 Veiledning som samarbeidsform

I tillegg til henvisningspraksis som samarbeidsform er det noen BUP' er som har faste veiledningsmøter, eller en form for konsultasjonsavtale, med førstelinjetjenesten. Veiledningsmøter kan være en viktig arena for å utveksle kunnskap mellom første- og andrelinjenivået. Stor grad av kunnskapsoverføring kan for det første bidra til hevet kompetanse innenfor begge nivåer, samt at veiledningsmøtene kan bidra til bl.a. avklaringer og avtaler om felles klienter, noe som igjen kan bidra til å styrke tilgjengeligheten.

VEILEDNING I LANDKOMMUNEN

Landkommunen har gått lengst i å formalisere dette. For å styrke samarbeidet og for å utveksle kunnskap og erfaringer mellom første- og andrelinjetjenesten har de etablert en samarbeidsavtale, hvor BUP og kommunens tjenesteapparat for barn og unge forplikter seg til å møtes to timer hver fjerde uke. Fra førstelinjen deltar en representant fra barnevernstjenesten, PPT og helsestasjonen, eventuelt lege og/ eller psykiatrisk sykepleier. Fra BUP deltar to faste fagpersoner. På disse møtene diskuteres anonyme konsultasjonssaker og navngitte fellessaker. Alle saker skal drøftes lokalt på forhånd og det settes opp saksliste med problemstillinger som sendes BUP før møtet. På møtet utveksles råd, hvordan man skal arbeide videre med ulike saker, hvorvidt det er aktuelt å henvise en sak videre til BUP og eventuelt om det er saker under avslutning.

Generelt er informantene fra landkommunen pr. i dag godt fornøyde med denne samarbeidsformen, men understreker at dette har gått i perioder. Angående dette samarbeidet sier informanten fra BUP at det er til det beste for barnet at BUP kommer tidlig inn i bildet for å bidra med anbefalinger. Dette fordi BUP kan påvirke saksbehandlingen, slik at det ikke er sikkert barnet trenger å henvises til BUP. Det er meningsfylt for BUP å få komme inn i prosessen tidlig og informantene i førstelinjen opplever de får bekreftelser og veiledning i sitt arbeid.

Det som kjennertegner dette samarbeidet er at det *gjensidig* oppleves meningsfylt. Det er ikke kun snakk om at andrelinjen avgir sin kunnskap og sine anbefalinger og at førstelinjen er mottaker av et budskap, men at de i fellesskap diskuterer seg frem til løsninger.

VEILEDNING I DEN MELLOMSTORE BYEN

I den mellomstore byen har de på tilsvarende vis som landkommunen forsøkt seg frem med hensyn til hvordan organisere veiledningen. Tidligere hadde de konsultasjonsmøter mellom BUP og lederne for PPT, barnevernstjenesten og helsestasjonen, samt leder for hele Barn og familieenheten. Dette gikk de bort i fra fordi de mente at det var ikke lederne som hadde behov for møte med BUP, men behandlerne. Nå har de faste samarbeidsmøter hver sjette uke hvor de fagpersonene som har behov fra PPT, barnevernstjenesten og helsestasjonen kommer. Fagpersoner fra BUP, som deltar på disse møtene, er ikke de som har klienter i kommunen, og de har sjelden tilstrekkelig sakskunnskap. Dette påpekes som en svakhet, - og noe som gjør møtene lite nyttige. I tillegg til konsultasjonsmøtene ringer fagpersonene fra førstelinjen til BUP etter behov.

En av informantene sier om disse møtene:

"De blir ikke brukt. Jeg er veldig mye i kontakt med BUP i konkrete saker. Og når det kommer en representant for BUP som ikke nødvendigvis har de sakene jeg har så er ikke jeg tjent med å komme og snakke med han. Jeg tar naturligvis kontakt direkte telefonisk eller fysisk med de konkrete saksbehandlere. Vi vet hvilke saker vi vil ha inn i BUP og da henviser vi. Grunnen til at vi har det systemet er at BUP er pålagt å veilede kommunen. ..., men det er klart at det kan være andre i Barn og familie som trenger den feedbacken der i forhold til bekymring."

Informanten fra BUP sier imidlertid at de skulle ønske de kunne samarbeide med førstelinjen om kunnskapsoverføring, forebygging og metoder, og de ønsker en tettere og mer åpen dialog.

VEILEDNING I DEN STØRRE BYEN

Veiledningssamarbeidet mellom første- og andrelinjen i den større byen skjer i hovedsak fra sak til sak. I den senere tid har for eksempel kunnskapsoverføring fra BUP bestått av kurs i Webster Stratton og om seksuelle overgrep. De har ikke faste veiledningsmøter mellom BUP og førstelinjen. I følge en av informantene fra førstelinjen har de forsøkt å ha et møte en gang i måneden med BUP hvor saker skulle drøftes. Erfaringen med møtene beskrives slik:

"Vi var så forskjellige, og BUP har også prøvd samarbeid på skolene ved å delta på rektormøter, en generell type samarbeid, men det ble heller aldri noe av. Litt heldigvis for de blir så uklare de møtene der."

Informanten sier videre angående samarbeidet med BUP:

"De sakene som jeg synes fungerer godt med BUP er de sakene hvor vi har avklart hvor de hører hjemme for der er det ingen diskusjon."

Sitatet kan indikere at behovet for en arena til å diskutere komplekse saker er til stede. Informanten fra BUP savner dette og synes faste møter er en god ide. Et unntak fra fraværet av faste møter er PPT, som har månedlige møter med BUP og habiliteringsenheten. Disse møtene ses på av informanten i PPT som en møteplass for å forhandle om oppgavefordeling, noe som beskrives slik:

"BUP har tatt over ADHD og det var en ryddig avklaring."

8.4.3 Samarbeidet mellom første- og andrelinjen fungerer men bør videreutvikles

Informantene gir i stor grad uttrykk for at samarbeidet mellom første- og andrelinjen fungerer godt. Dette vil virke positivt inn på tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Samtidig er det slik at alle tre kommunene har behov for å videreutvikle rutiner for samarbeid med andrelinjetjenesten, noe som er et gjensidig ansvar. Dette gjelder både i forhold til henvisningspraksisen og veiledningen.

Vi har pekt på åtte ulike utfordringer som er sentrale å løse for at henvisningsformen, dvs. den formelle siden av samarbeidet mellom første- og andrelinjen, skal fungere godt. To av disse utfordringene er å avklare hvem av barna/ungdommene som skal henvises til BUP og hvordan ivareta de i den forholdsvis lange ventetida. Å løse disse utfordringene er viktig for øke tilgjengeligheten.

Når det gjelder veiledning mellom første- og andrelinjetjenesten har vi belyst at de tre kommunene organiserer dette på ulike måter. Det vi ser er at landkommunen, som har formalisert samarbeidet gjennom en konsultasjonsavtale, i større grad enn de andre kommunene i utvalget har samarbeidsrelasjoner mellom første- og andrelinjen som fungerer godt. Hos de to andre kommunene i utvalget er det flere eksempler på misforståelser, at man ikke følger hverandres anbefalinger, at man opplever fagpersoner i hverandres tjenester som rigide, utilnærmelige og utilgjengelige. En årsak til dette er mangel på tid til å samarbeide, dette gjelder spesielt for BUP, men også for flere av deltjenestene på det kommunale nivået.

8.5 Kapasitet, kompetanse og tilgjengelighet

I det følgende belyses betydningen av *kapasitet og kompetanse for tilgjengelighet til tjenester*.

For å være en tilgjengelig tjeneste er det i følge informantene av avgjørende betydning å ha tilstrekkelig kapasitet (personell). Dette for å kunne redusere ventetida. Videre er god kommunikasjon med tjenestemottaker og at fagpersonene må kunne henvise til riktig instans innen tjenesteapparatet, pekt på som kriterier for god tilgjengelighet, jfr. pkt. 9.1.1 Begge disse momentene krever kunnskap og erfaring.

Når det gjelder kompetanse er *formell kompetanse*, dvs. utdanningsbakgrunn, videreutdanninger og godkjente sertifiseringsordninger etc. et aspekt ved kompetansebegrepet. Et annet aspekt er *realkompetansen*, dvs. den samlede kompetansen en person har ervervet seg gjennom formell utdanning, arbeidserfaring, organisasjonsdeltakelse, samt gjennom privatlivet. Felles for alle deltjenestene er at de representerer hver sine fagtradisjoner, fagpersonene har som oftest ulike utdanningsbakgrunner og ulike erfaringer.

Vi har ikke opplysninger om faktisk kapasitet og faktisk kompetanse i de 12 ulike deltjenestene i utvalget. I denne undersøkelsen fokuserer vi på informantenes egne synspunkter og i hvilken grad de opplever henholdsvis at ens egen tjeneste og de tre samarbeidende tjenestene har tilstrekkelig med personell (kapasitet) og kompetanse for å hjelpe felles brukere/pasienter.

Vi vil i det videre se på hver av de fire ulike deltjenestenes kapasitet og kompetanse samlet for de tre kommunene (pkt. 8.5.1 – 8.5.4), og deretter på hvilken betydning kapasitets- og kompetanseforholdet mellom første- og andrelinjen har for tilgjengeligheten til tjenester (pkt. 8.5.5).

8.5.1 Barnevernets kapasitet og kompetanse

KAPASITET

Felles for alle tre barnevernstjenestene i utvalget er at informantene tilhørende tjenesten mener de er skrappt inn til beinet når det gjelder personellressurser (antall hoder). Mest pre-kær synes situasjonen å være for barnevernet i den større byen, fordi de i tillegg til få stillinger sliter med høy turn over og mangel på erfarne medarbeidere. De ønsker seg minst fire nye stillinger. En informant beskriver situasjonen slik:

"Det blir å ta de som har det verst og berge de yngste først. Her har vi kriser som aldri tar slutt."

I de to øvrige barnevernstjenestene er det også knapt med personell. Informanter fra disse tjenestene mener selv de kunne hjulpet flere dersom de hadde flere stillinger, men felles for disse to er at de langt på vei forsøker å løse kapasitetsproblemet ved å tenke helhetlig omkring dette, og ved å spille på lag med nabetjenestene innenfor sine respektive paraply-enheter. I landkommunen deltar for eksempel PPT inn i saker sammen med barnevernet for å gjøre kapasitetsproblemet mindre i stedet for at de deltar to fra barnevernet. Også en informant fra barnevernet i den mellomstore byen har lignende tilnærming til kapasitetsspørsmålet:

"Hvor stort barnevernet skal bygges ut vil være avhengig av hvordan kommunen bestemmer seg for at de skal jobbe. Med Barn og familie-organiseringen har kommunen valgt at barnevernet i stor grad jobber med kjernebarnevernet, så er det andre som skal ta seg av det forebyggende arbeidet. Jeg ser at det er viktig å ha et godt familieteam som fungerer og er oppegående med flere stillinger. I noen saker vil vi samarbeide tett med familieteamet og i andre saker jobber vi alene. Det å ikke få saker inn i barnevernet tror jeg er en god målsetting. Vi skal ha de riktige sakene, og da er det ikke nødvendigvis å pøse på med midler i barnevernet som er løsningen. Vi må se på helheten."

Som informanten selv antyder er spørsmålet om ideell størrelse på barnevernet som deltjeneste til dels avhengig av hvordan kommunen organiserer tjenestene samlet sett for barn og unge. Å etablere organisasjonsmodellene Familie og forebygging (landkommunen) og Barn og familie (mellomstor by) er eksempler på organiseringer som åpner for muligheten til å se på felles ressursutnyttelse på tvers av instanser. Samtidig må det erkjennes at måten å organisere tjenestene på ikke alene kan avhjelpe barnevernstjenestenes sprengte kapasitet. Som vist i pkt. 8.2.1 er det minimalt av opptrappingsplanmidler som har tilfalt de tre barnevernstjenestene i utvalget.

Informantene fra de øvrige deltjenestene har også en oppfattelse av at det er knapt med personellressurser, men uttrykker seg noe mer moderat enn informantene internt fra barnevernstjenesten.

KOMPETANSE

Når det gjelder synspunkter på sin egen formelle kompetanse innen barnevernet er det felles for de tre kommunene at i tillegg til de barnevernspedagogene de har pr. i dag etterspør de psykologer for å ivareta barn og unge med psykiske problemer.

I den større byen uttales følgende:

"Vi burde nok hatt en del psykologer og veiledning på det å stå i denne typen jobb som vi gjør. Av og til sier de på BUP at herregud så mye dritt dere står i og dette skal vi stort sett håndtere alene med treårig høyskoleutdanning."

Sitatet understreker at i mange av sakene i barnevernet er det psykisk helseproblematikk i en eller annen form enten hos barnet/ungdommen eller hos foreldrene, eller hos begge

parter. I den større byen ønskes derfor økt kompetanse på psykisk helse generelt, men også psykiatri, blant voksne for å kunne se familien som en helhet. Mer spesifikt ønskes økt kompetanse på seksuelle overgrep og voldsproblematikk. En informant fra denne barnevernstjenesten sier i forbindelse med den formelle kompetansen at:

"Vi har mye kompetanse på barnevern, men vi drukner i vanskelige saker slik at det blir vanskelig å se hva det er en kan til slutt."

Sitatet understreker at i tillegg til barnevernsaspektet er det såpass mye psykisk helseproblematikk at dette langt på vei overskygger at barnevernspedagogen oppfatter seg som dyktig innenfor sitt fagfelt.

I den mellomstore byen har de erfart nytten av å ha psykolog, men så mistet de den og ønsker kompetansen tilbake for å drive veiledning i tunge saker. Dette begrunnes slik:

"Vi må ha psykologikompetansen fordi sakene er noe av det tyngste som kommunen skal håndtere egentlig. Men det er ikke så lett å få gjennomslag for det."

I landkommunen er det ikke informanten fra barnevernet som påpeker behovet for psykologikompetanse, men en informant fra en av nabetjenestene nevner at hele Familie og forebyggingsenheten (inklusive barnevernstjenesten) har behov for psykologikompetanse, i tillegg til økt samspillskompetanse og noen med familierapiutdanning for å hjelpe hele familier. Det varierer noe i hvilken grad informantene fra de øvrige deltjenestene synes barnevernstjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å hjelpe felles klienter, men hovedinntrykket er at de mener at kompetansen jevnt over er god.

Erfarne medarbeidere, dvs. høy realkompetanse, er naturligvis ønsket innenfor både PPT, helsestasjonen, BUP og barnevernstjenesten. Men informantene fra barnevernstjenestene er spesielt opptatt av å understreke behovet for høy grad av realkompetanse. En informant fra barnevernstjenesten sier:

"Vi ønsker oss erfarne folk, for de unge medarbeiderne blir syke av å stå i de kompliserte sakene."

Behovet for erfarne medarbeidere, som i tillegg blir i stillingen over tid, er felles for alle tre barnevernstjenestene.

Vi har overfor omtalt kapasitet og kompetanse i barnevernstjenesten hver for seg, men i realiteten er det tett kobling mellom disse faktorene, slik som sitatet nedenfor viser:

"Vi må være kritiske og ikke pøse på med tiltak, men se på metodikken. Det er ikke noe vits i å kjøre støttekontakt hvis det er meningsløst. En må stoppe opp og bruke litt tid, og det er avhengig av hvor stor kapasitet du har. For har du liten kapasitet så blir hjelpetiltakene du setter i gang noe på siden, men du er glad du er ferdig med saken. Og her tror jeg barnevernet har en utfordring."

For barn og unge med psykiske problemer er det viktig å få et adekvat tilbud som dekker deres behov. Og som sitatet overfor viser bidrar liten kapasitet til at det kan bli for lite tid til faglige vurderinger slik at hjelpetiltakene ikke nødvendigvis blir hensiktsmessige. Fagpersonene føler seg presset til å prioritere å få saken unnagjort, og får dermed ikke utnyttet sin kompetanse. Samtidig ser vi i datamaterialet eksempler på at informantene er bevisst på denne problemstillingen ved at de har fokus på måten å jobbe på, er kritisk til metoder og hvordan få evaluert tiltakenes effekt:

"Det er vanskelig å evaluere effekt av tiltak, det er omtrent ikke målbart. Men vi kan i alle fall begynne å se på metoder og jeg har tro på å jobbe sammen med foreldrene for å ansvarliggjøre de for at de skal bli bedre foreldre."

En annen informant fra tjenesten legger til at de har kjørt seg litt fast i tiltakssporet, og at det blir for lite kreativitet omkring hva som er best å gjøre og at en diskusjon om dette bør skje i dialog med foreldrene.

8.5.2 Helsestasjonens kapasitet og kompetanse

KAPASITET

I forhold til en økende grad av spredning i oppgavefeltet til helsestasjonen, ved for eksempel økt fokus på den mentale helsa hos barn og ungdom og ved etableringen av Helsestasjon for ungdom, er det slik helsesøstre beskriver det i alle kommunene nokså akkurat med antallstillinger. I landkommunen beskrives personellsituasjonen slik:

"Det går fordi vi har stabile helsesøstre som er lojale og som har lavt sykefravær."

Det rapporteres fra en annen helsestasjon at de ikke klarer å dekke opp med helsesøstre på alle skoler. Men til forskjell fra informantene fra barnevernet er det ikke slik at informantene fra helsestasjonene i like stor grad er opptatt av underbemanning og ressursknapphet. Og av de fire deltjenestene som inngår i utvalget er det helsestasjonen som har fått flest nye stillinger som et resultat av Opptrappingsplanen, selv om heller ikke helsestasjonene har hatt en formidabel økning (jfr. pkt. 8.2.1). Av informantene fra de øvrige deltjenestene betegnes kapasiteten i helsestasjonene som tilfredsstillende.

KOMPETANSE

Det som spesielt kjennetegner datamaterialet når det gjelder helsesøstrenes kompetanse er at informantene fra de tre øvrige deltjenestene har klare synspunkter på helsestasjonens formelle kompetanse, fokus og prioriteringer. Bildet som tegnes fra PP- tjenestekontorene, barnevernstjenestene og BUP'ene er nokså entydig.

Det ønskes større grad av psykisk helse-kompetanse slik at helsestasjonen kan spille en viktigere rolle i forhold til psykisk helsearbeid. For å oppnå dette mener mange av samarbeidspartnerne at det er behov for å endre helsestasjonens tjenesteprofil. En informant fra en barnevernstjeneste sier:

"Det har vært opphetede diskusjoner om behov for endring. Vår kommune er en organisasjon i endring, som hele tiden skal kvalitetsforbedre sine tjenester. Og vi har vel et litt ulikt syn på behov for endring. Det diskusjonen går på er hvordan utnytte ressursene og hjelpe de som trenger det mest. Og hvor mye tid skal man bruke på friske foreldre med sunne barn....Men alle synes jo det er hyggelig å komme til helsestasjonen med sine små håpefulle. Hvem av oss har ikke gjort det. Det er jo så stas."

Samtidig som flere informanter er opptatt av at helsestasjonen i større grad må fokusere på den psykiske helsa og livskvaliteten til barn og mindre på den ordinære veiinga og målinga av barn, så understrekes det at helsestasjonen er en viktig instans for barn og unge. Det er helsestasjonen som først kommer i kontakt med barn og deres foreldre og derigjennom er det denne instansen som har en potensiell mulighet til på et tidlig tidspunkt å identifisere eventuelle hjelpebehov. Det fremholdes blant informantene at helsesøstre er viktige fagpersoner fordi de ofte er interesserte i jobben sin og er lojale medarbeidere, men at det er behov for å øke tryggheten på at de er flinke fagpersoner. Det blir nevnt at helsesøstre ofte har høy kompetanse, men at de ikke tør å benytte den (blir for uselvstendig.)

Videre har helsestasjonen høy grad av legitimitet i befolkningen, det er lav terskel for å benytte tjenestetilbudet. I alle tre kommunene har "Helsestasjon for ungdom" vært et spesielt satsningsområde som har vært et populært tilbud blant ungdomsbefolkningen. En informant fra den større byen sier at helsestasjonen ble utnevnt til æresruss og uttaler at:

"Dette har vært et hjerte barn for kommunen."

Helsestasjon for ungdom inkluderer aspekter ved psykisk helse og et annet eksempel er fra den større byen hvor de har brukt opptrappingsplanmidler på nytt tilbud til 4-åringer, som har spesielt fokus på familie og psykiske forhold. Det er slike tiltak flere av informantene etterlyser.

Noe av årsaken til at informantene fra nabolaget er såpass opptatt av at helsestasjonene i større grad bør fokusere på den psykiske helsa hos barn og unge er at de selv er

presset i forhold til lange ventelister. De ser hvor mange som trenger hjelp og at helsestasjonen potensielt sett kunne bidratt med ekstra ressurser. En informant fra BUP uttrykker seg slik:

"Det ses på som positivt jo mer de kan hjelpe med. Det er ikke alltid bedre at en fagperson fra BUP skal inn i bildet. For har du først utlevert deg til noen er det ikke sikkert det hjelper å komme med en ny fagperson fra BUP som har bedre teknikk."

Det er ønskelig som sitatet viser at helsestasjonen hadde hatt bredere kompetanse i forhold til å kunne samtale om psykiske problemer. Et eksempel som gis er når foreldrene legger frem sine bekymringer for sitt barn på helsestasjonen, så kan helsesøstrene ofte bli for utydelige ved at de blir for mye trøstende og for lite flinke til å trekke inn samarbeidspartnere fra barnevern og PPT. Foreldrenes bekymring må tas på alvor, ved å si at dette sjekker vi ut. Det er sterkere grad av samhandlingskompetanse som etterlyses. Utfordringen til helsesøstrene er å finne balansegangen mellom det å tørre å bruke sin kompetanse til å samtale med tjenestemottakerne på den ene siden, og på den annen side må de unngå å ta på seg en behandleroppgave de ikke er skolert for og heller spørre andre instanser om hjelp.

En av informantene fra helsestasjonen sier hun synes det er et stort endringspress og at dette er slitsomt. På tilsvarende vis som fra barnevernstjenestene signaliseres fra en av helsesøstrene at de ønsker seg psykologkompetanse og de ønsker mer kompetanse på ungdom og rus. Vi mangler data fra de to øvrige helsestasjonene når det gjelder vurdering av egen kompetanse.

Vi spurte en informant fra helsestasjonen om hvordan de prioriterer oppgavene når feltet strekker seg fra somatikk til psykisk helse og når målgruppen er fra spedbarnsalder til ungdom. Hun understreket at det var en endring fra å ha et sterkt fokus på vekt og mål hos babyer og at det nå er mer fokus på hvordan foreldre og barn har det sammen, hvordan livssituasjonen er, m.a.o. mer psykisk helsefokus. Dette ligger også som føring i veileder for helsestasjonens arbeid. Hun legger til at det samtidig er slik at det blir opp til hver enkelt helsesøster hvordan samtaler vinkles.

8.5.3 PPT sin kapasitet og kompetanse

KAPASITET

Når det gjelder personellsituasjonen i PPT er det spesielt den mellomstore byen i utvalget som sliter med stor turnover, vakanser og medarbeidere med liten erfaring. I den større byen har de opplevd 10 prosent nedbemanning, mens derimot i landkommunen har de stabil bemanning og de har kortet ventetida de siste par årene. Ingen av PP- tjenestekontorene har fått opptrappingsplanmidler til å øke antall stillinger. Det er stor grad av samsvar mellom informanter fra PP- tjenesten og informanter fra de øvrige tjenestene i vurderingen av personellsituasjonen i PPT.

KOMPETANSE

Som flere av helsestasjonene og barnevernstjenestene i utvalget ønsker to av de tre PP- tjenestekontorene seg økt psykologkompetanse. Landkommunens PPT har ikke klinisk psykolog, men er i ferd med å ansette. I den større byen går informanten fra PPT langt i å definere kompetansebehovet til et spørsmål om å ha tilstrekkelig med psykologer:

"Jeg tror vi har psykologer med like høy kompetanse på å kunne gå inn i samtaler som BUP, men det er bare det at bredden i arbeidsfeltet vårt gjør at du ikke har mulighet til å fordype deg så mye i en enkelt sak over tid."

En informant fra PPT i landkommunen opplever at de spør seg selv i de vanskeligste sakene hvor de sitter med hjertet i halsen, om de er kompetente til å gjøre de riktige vurderingene. Men informanten sier at som oftest opplever de at BUP sjelden forandrer på den kursen som de er i gang med. BUP kan i så måte spisse den og være enda tydeligere og samtidig avlaste

PPT i forhold til skolene og foreldrene. For som informanten fra PPT sier så klarer de ikke å gi foreldrene god nok veiledning på grunn av kapasiteten.

Det bekreftes fra to av BUP'ene at PPT er såpass kompetent i en del av sakene, og at de har fagpersoner som har jobbet lenge med det samme fagområdet, slik at de ikke trenger BUP. Noen har den samme utdanningen, om enn ikke så mye erfaring i psykisk helsevern. Med PPTs kompetanse så avhjelper dette BUP sin kapasitetsmangel. De kan iverksette tiltak, ha støttesamtaler og holde tak i sakene inntil BUP eventuelt tar over behandlingsansvaret.

Noe som er spesielt for PPT, og som vil kunne påvirke i hvilken grad PPT er et tilgjengelig tjenestetilbud, er forholdet mellom det å på den ene siden jobbe systemrettet (slik som trenden har vært de senere årene) og på den andre siden jobbe individrettet. Sitatet nedenfor belyser hvilke forskjeller som ligger i de to ulike perspektivene:

"Vi skal jobbe mer med kompetanseutvikling i skolen, samtidig som individsakene renner inn, så det er et dilemma. Men nå tar vi det grepet og bruker veldig mye ressurser på vårt forebyggingsprosjekt, og håper at det kan redusere antall henvisninger på psykososial problematikk og atferdsproblematikk."

Vi kan ikke ut i fra datagrunnlaget konkludere hvorvidt den ene strategien er gunstigere enn det andre m.h.t. tilgjengelighet, men vi vil påpeke at problemstillingen vil kunne ha innvirkning på tilgjengeligheten til PPT.

8.5.4 BUP sin kapasitet og kompetanse

KAPASITET

BUP'ene i utvalget har til felles at de har lange ventelister, at de opplever å ha en begrenset kapasitet og at det kan være vanskelig med rekruttering, spesielt av psykiatere og psykologspesialister. Videre er det en utfordring å beholde de spesialistene de allerede har (dette er ikke kun et distriktsproblem, men nevnes fra informanter i begge byene i utvalget). Informantene fra de øvrige deltjenestene har tilsvarende erfaring for at kapasiteten i BUP er begrenset, og at deres felles klienter ofte må vente lenge på behandling.

Et problem som trekkes frem er at ansatte kan få sin spesialisering i BUP og søke seg bedre betalte jobber i førstelinjen, og dette oppleves meningsløst. Et interessant moment som trekkes frem i diskusjonen om man har tilstrekkelig med personell i BUP er at det er vanskelig å svare på spørsmålet. Med mer personell kan man få hjulpet flere. På den annen side, hvis førstelinjen fungerer godt så trenger man ikke så mye kapasitet i andrelinjen. Dette betyr at definisjonen av tilstrekkelig med personell i BUP er avhengig av hva førstelinjen kan bidra med. Om man har tilstrekkelig med personell er også et spørsmål om riktig sammensetning av personell. Når BUP'ene som nevnt sliter med å rekruttere psykiatere og psykologspesialister får man ikke stilt diagnoser og det oppstår forsinkelser i behandlingsforløpet, noe som kan øke ventetiden og dermed svekke tilgjengeligheten.

I tillegg til lang ventetid som konsekvens av kapasitetsmangel nevnes fra en informant fra BUP at bl.a. intern veiledningsvirksomhet blir nedprioritert. Dette medfører at de sjeldnere kan jobbe to og to sammen innen BUP i de tyngste sakene, noe som øker slitasjen hos medarbeiderne. I tillegg stilles det spørsmål ved hvor adekvat og hvor godt resultatet blir. En informant fra BUP uttaler seg slik:

"Det kommer noen føringer ovenfra, også får vi kjeft fordi vi er for lite effektive, samtidig som vi blir pålagt å veilede og konsultere både her og der. Samtidig er det ingen sammenheng mellom det vi får lov å registrere av aktivitet og det vi gjør. I tillegg går det med masse tid til registrering. Det er noe som ikke stemmer."

Sitatet er beskrivende for det dilemmaet som oppleves i BUP mellom på den ene siden effektivitet og på den andre siden behovet for bredde i oppgaveutførelse og kvalitet.

KOMPETANSE

Når det gjelder de tre BUP'ene sin kompetanse sett under ett, så uttrykker informantene fra BUP at kompetansenivået jevnt over er høyt. Det er samtidig behov for kontinuerlig kompetanseutvikling her akkurat som i førstelinjen og BUP-informantene selv ønsker seg bl.a. økt kompetanse om rus, komplekse atferdsvansker, barn av psykisk syke foreldre og flyktningproblematikk. I tillegg til kompetanse for å styrke den individuelle behandlingen, er det behov for å styrke samhandlingskompetansen. En av informantene fra BUP nevner også at det er behov for flere generalister med grunnutdanning i barne- og ungdomspsykiatri, samt pedagoger pga. økt antall henvendelser med ADHD.

Av informanter i førstelinjen uttrykkes først og fremst tilfredshet med BUP sin kompetanse. Det som i enkelte tilfeller etterlyses er bedre tilpassede tiltak fra BUP overfor de alvorligst syke barna. Og enda viktigere er det å understreke førstelinjens fortvilelse over den lange ventetida for barn og unge, og fra førstelinjen i den mellomstore og større byen kunne de tenkt seg at BUP hadde mulighet til å sette av mer tid til samarbeid, veiledning og kunnskapsoverføring.

8.5.5 Kapasitets- og kompetanseforholdet mellom første - og andrelinjen

BEHOV FOR ØKT KUNNSKAP OM DE ØVRIGE DELTJENESTENE

Når vi spør informantene om nabotjenestene har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å hjelpe felles klienter svarer de ofte umiddelbart at de vet ikke. Dette kan indikere at samarbeidet og kjennskapen til hverandre kunne vært bedre for derved å styrke tjenestetilgjengeligheten. En informant fra BUP svarer slik på spørsmålet om barnevernstjenesten har tilstrekkelig med kompetanse:

"Jeg kjenner ikke til det på huden nei. Det sier kanskje noe om at kontakten er litt liten og at vi kjenner dem for dårlig."

Vi ser en tendens i datamaterialet at der hvor samarbeidet er svakt mellom deltjenestene er det større sannsynlighet for at man har en oppfattelse av at nabotjenestene har liten kapasitet og at de enkelte deltjenestene opererer innenfor sine avgrensede områder. Og når de ikke vet hva de andre deltjenestene arbeider med blir det nødvendigvis vanskelig å uttale seg om deres kompetanse.

Vi ser av datamaterialet at fagpersonene trenger økt kunnskap om:

- Hvem er det som jobber i nabotjenestene?
- Hvilken kompetanse og hva jobber de ulike personene med?
- Hvorfor jobber de som de gjør? Hvorfor jobber for eksempel PPT systemrettet?
- Hvordan og etter hvilke metoder jobber de?
- Hva skal en melding til barnevernet inneholde?
- Hva skal en henvisning til BUP inneholde?

Behovet for økt kunnskap om disse punktene er størst i den større byen og minst i landkommunen. Spesielt i instanser som sliter med høy turnover og flere relativt uerfarne medarbeidere er det stort behov for informasjon og kunnskap om de nevnte punktene. En bedre oversikt over det totale tjenestetilbudet (hva de ulike deltjenestene kan hjelpe med) vil bidra til at barn og unge får hjelp fra riktig instans og fra riktig forvaltningsnivå, jfr. informantenes forståelse av hva som skaper en tilgjengelig tjeneste i pkt. 8.1.1.

OPPGAVE- OG ANSVARSFORDELING MELLOM FØRSTE - OG ANDRELINJETJENESTEN

Den tradisjonelle arbeidsfordelingen mellom kommunetjenesten og spesialisthelsetjenesten er at førstelinjen har tatt de enklere former for behandling og at spesialisthelsetjenesten har tatt seg av spesialistoppgavene. Fra andrelinjetjenesten i landkommunen nevnes det at intensjonen med Opptappingsplanen er å styrke både første - og andrelinjen, og infor-

manten sier at de i andrelinjen har erfart at kompetansen i førstelinjen er hevet, og at førstelinjen overtar en sak raskere enn tidligere.

Med en kompetanseheving i landkommunens førstelinje har spesielt BUP og PPT i noen grad fått overlappende kompetanser og dette har aktualisert spørsmålet om oppgave- og ansvarsfordeling: hvem gjør hva i samarbeidet mellom første- og andrelinjen? Skal for eksempel førstelinjen utrede barn og unge med ADHD, har de kompetanse til dette, eller skal nevro-teamet i BUP gjøre det? Med en kompetent førstelinje, hva er det BUP kan og skal tilby som er bedre og mer spesielt enn førstelinjen?

Skillet mellom første - og andrelinjen er ikke alltid like tydelig. En informant fra BUP sier:

"Jeg opplever at førstelinjen blir mer selvgående, at de klarer veldig mye selv etter hvert."

Informanten mener at dette ikke er fordi førstelinjen er oppgitt over lang ventetid i BUP og derfor lar være å ta kontakt, men at årsaken er økt kompetanse. Informanten sier at utfordringen for BUP er å tydeliggjøre hva de kan tilby, og gir større grad av langtidsbehandling og mer spissing på problematikk som eksempler.

Samtidig som førstelinjen i større grad bruker egen kompetanse påpekes det at de ikke må bli for ivrige til å gå inn i en terapeutrolle som de ikke er kompetent til. De må m.a.o. kunne sette grenser for egen kompetanse og være åpen på at dette kan andre bedre.

I punkt 9.1.1 viste vi til en informant fra BUP som hevder at det ikke er et mål at flest mulig skal komme til behandling i BUP. De ser det som en fordel for barnet/ungdommen å slippe og komme til psykiatrien hvis førstelinjen har kompetanse til å løse problemet. Informanten fra BUP hevder de skal prioritere de med tyngst hjelpebehov. Et aspekt som kompliserer dette bildet er at BUP hevder de over lengre tid har fått henvist barn for sent, slik at problemer har bygd seg opp. Det argumenteres derfor for å få tak i barna mens de ennå er nokså små, og dette kan slik vi ser det stå noe i kontrast til det at de prioriterer de med størst hjelpebehov.

8.5.6 Større kapasitet og økt kompetanse viktig for mer tilgjengelige helsetjenester

Felles for de tre barnevernstjenestene når det gjelder synspunkter på hva som påvirker egen tjenestetilgjengelighet er at de opplever stor grad av ressursknapphet og at sakene ofte er sammensatte og innholder stor grad av psykisk helseproblematikk. Dette gjør at de etterspør psykologkompetanse. Konsekvensen av ressursknapphet er at fagpersonene får en "brannslukkings-tilnærming", hvor det blir å hjelpe de som har det vanskeligst. En annen konsekvens er at den faglige kompetansen hos medarbeiderne ikke blir utnyttet fullt ut fordi det er stadig nye saker som venter. Informantene mener det er behov for å kunne sette av mer tid til å bruke kompetansen kritisk for å vurdere metoder og for å foreta evalueringer av hvilke tiltak som er hensiktsmessige.

Oppsummert for helsestasjonene gir informantene fra de samarbeidende tjenestene oss klare signaler på at økt kompetanse innen spesielt psykisk helsearbeid er vel så viktig for å styrke tilgjengeligheten til tjenestetilbudet som økt kapasitet. For bedre å utnytte helsestasjonens ressurser ønskes en endring i tjenesteprofilen. Det bør legges mindre vekt på de rutinemessige kontrollene av friske småbarn og mer vekt på barn og familier som allerede har psykososiale problemer, og på å oppdage psykososiale problemer hos barn og unge på et tidlig tidspunkt.

Det varierer i hvilken grad kapasiteten oppleves å være tilfredsstillende innenfor PP-tjenesten. Men PP-tjenesten i to av de tre kommunene i utvalget har henholdsvis vakante stillinger og høy turnover (den mellomstore byen) og reduksjon i bemanningen (den større byen), noe vi kan anta virker negativt inn på tjenestetilgjengeligheten. To av de tre PP-tjenestekontorene ønsker seg psykologkompetanse for å styrke tilgjengeligheten for barn og unge med psykiske vansker. Samtidig er det viktig å understreke at PP-tjenestekontorene har en høy grad av kompetanse, som gjør at de gjennomfører mye selvstendig arbeid uavhengig av BUP, og at de dermed avlaster sine geografisk tilhørende BUP'er.

BUP 'ene i utvalget opplever begrenset kapasitet, at det til tider er vanskelig å få rekruttert fagfolk, spesielt psykologspesialister og psykiatere, og at det er en utfordring å beholde de spesialistene man har. Informantene fra BUP 'ene opplever et sterkt press fra sine respektive helseforetak på produksjon og effektivitet. Det understrekes at riktig sammensetning av personell (med ulik kompetanse) er viktig for å unngå forsinkelser i behandlingsforløpet, noe som er viktig for tilgjengeligheten. Det trekkes videre frem at hva som er tilstrekkelig med personell i BUP er avhengig av kapasiteten og kompetansen i førstelinjen. Kompetansen i BUP oppgis å være jevnt over høy, men at det også er kontinuerlig behov for kompetanseutvikling, bl.a. innen rus og psykiatri og barn av psykisk syke foreldre.

Felles for barnevernstjenesten, helsestasjonen, PPT og BUP er at alle har behov for å videreutvikle kunnskap om og kjennskap til hverandres nabotjenester. Som en kobling til problemstilling b) om hvordan ulike måter å samarbeide på påvirker tjenestetilgjengelighet, vil gevinsten ved økt grad av samarbeid være nettopp økt kunnskap og forståelse om nabotjenestenes tjenestetilbud. En bedre oversikt over det totale tjenestetilbudet (hva de ulike deltjenestene kan hjelpe med) vil bidra til at barn og unge får et helhetlig tilbud og hjelp fra riktig instans og fra riktig forvaltningsnivå, jfr. informantenes forståelse av hva som skaper en tilgjengelig tjeneste i pkt. 8.1.1.

Med en økende grad av kompetanseheving i førstelinjen har forskjellene i hva de ulike nivåene kan tilby i noen grad blitt utvisket. Dette medfører behov for å avklare oppgave- og ansvarsfordelingen mellom første - og andrelinjen, og understreker behovet for kompetanseheving i andrelinjen.

9 Vurdering

NÅR MANGE, - BURDE NÅDD FLERE

Kartleggingsundersøkelsen viser at om lag 3,5 prosent av barn og ungdom i alderen 0-15 år mottar tiltak fra helsesøster eller PP- tjenesten i relasjon til en psykisk vanske. Brukerraten, som benyttes som uttrykk for volum, er på omtrent samme nivå som i 2002. Tall for forbruk av tjenester er lave i forhold til resultater fra epidemiologiske studier, der det er anslått at omlag 8-15 prosent av barn og ungdom har milde psykiske lidelser (f.eks. Petersen & Bilenberg, 2003; Bird, 1996; Offord, 1995; Olsson & von Knorring, 1999; Steinhausen et al., 1998). Resultater fra den foreliggende undersøkelsen er i tråd med resultater fra andre norske studier, som har vist at under halvparten av barn og ungdom som har psykiske vansker har vært i kontakt med PP- tjenesten, eller helsesøstertjenesten (Kunnskaps-senteret, 2004). Det er en klar utfordring for hjelpeapparatet å nå frem til flere av de barna og ungdommene som trenger hjelp i forhold til en psykisk vanske.

Studier har vist at forekomst av psykiske problemer er like høy hos yngre, - som hos eldre barn (Lavigne et al., 1996). Tidlig identifikasjon av barn med symptomer på psykiske vansker er viktig i forhold til forebygging av mer alvorlige problemer. De foreliggende resultatene tyder på at PP- tjenesten har blitt mer tilgjengelig for yngre barn. Både lavere gjennomsnittsalder hos brukere, samt at flere av henvisningene nå kommer fra barnehager og helsesøstere, sammenlignet med i 2002, kan være indikasjoner på dette. Med forbehold om usikkerheten knyttet til sammenligning av data fra 2002 og 2004 kan det være mulig at vi her ser to effekter av Opptappingsplanen. Aktiviteter i regi av Opptappingsplanen kan ha bidratt til å gjøre fagpersonell mer oppmerksomme på psykisk helse hos små barn. Resultatet kan også være en effekt av at det kommunale hjelpeapparatet har fått tilført fagpersoner med psykososial kompetanse, og slik bedre forutsetninger for tidlig identifikasjon av problemer relatert til psykisk helse.

HELSESØSTERVIRKSOMHETEN – ET TILBUD FOR JENTER?

Utbyggingen av ungdomshelsestasjoner i kommunene kan være et viktig bidrag for gjøre tjenester mer tilgjengelige for ungdommer med psykiske vansker. De foreliggende resultatene tyder imidlertid på at dette er tjenestetilbud som i hovedsak oppsøkes av jenter. Epidemiologiske studier har vist at det er kjønnsforskjeller i forhold til hvilke problemer gutter og jenter rammes av, og også i forhold til hvordan symptomer på psykiske vansker og lidelser presenter seg (f.eks. Sen, 2004; Proctor et al., 1991). Det er i denne sammenheng sentralt å stille spørsmål om tiltak fra helsesøstertjenesten, som i hovedsak er tilbud om individuelle samtaler, er mer tilpasset jenters enn gutters psykiske problemer. Det er en viktig utfordring å tilpasse tjenesteapparatet til gutters væremåte, og etter deres ønsker. Epidemiologiske studier viser at det er en høyere forekomst av psykiske vansker hos gutter enn hos jenter (Hannesdottir, 1995; Halfon, & Newacheck, 1999). Statistikk viser da også at det blant pasienter i psykisk helsevern for barn og unge er en betydelig overvekt av gutter i forhold til jenter (SINTEF Helse 2004). Det er altså god grunn til å tro at gutter, i minst like stor grad som jenter, har behov for lavterskeltilbud i kommunene i forhold til psykiske vansker.

UDEKKET TJENESTEBEHOV

Foreliggende undersøkelse viser at det fortsatt er behov for en styrking av helsesøstervirksomheten og PP- tjenesten, for å kunne gi flere barn og ungdommer adekvate hjelpetilbud. Undersøkelsen viser at mange barn/ungdommer har et udekket tjenestebehov, med størst udekket etterspørsel etter behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). I tolkning av disse resultatene er det nødvendig å ta forbehold om at uttrykket for udekket etterspørsel/udekket tjenestebehov er begrenset til de vurderinger som er gjort av henholdsvis helsesøster og fagperson ved PP- tjenesten.

Det er rimelig å anta at det er et udekket behov for hjelpetilbud i befolkningen. Etterspørsel etter tjenester kan imidlertid styres av flere mekanismer. En slik mekanisme er at økt kapasitet og kompetanse ved den kommunale tjenesten, gjør at befolkningens tilstrømning til tjenesten øker. Videre, med økt kapasitet og kompetanse vil den kommunale tjenesten kunne behandle/gi adekvate hjelpetilbud til flere hjelpetrengende. Samtidig vil etterspørselen etter behandling i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) øke, som en konsekvens av at fagpersoner i det kommunale hjelpeapparatet har fått bedre kompetanse i å identifisere de som har behov for spesialisert behandling. De foreliggende resultatene indikerer at dette er virksomme mekanismer, og at de predikerer udekket tjenestebehov slik dette er målt i denne studien.

OPPTRAPPINGSPLANEN HAR EFFEKT

Resultatene i denne undersøkelsen kan tyde på at Opptappingsplanen har en effekt på tjenestetilbudet ved helsesøstertjenesten, ved å bidra til at tjenesten øker sitt fokus på rutiner og prosedyrer for samhandling med andre instanser. Videre viser undersøkelsen at helsesøstertjeneste som er styrket med midler fra Opptappingsplanen også i større grad har satset på rekruttering av fagpersonell med psykososial kompetanse, og på tiltak for å styrke og oppdatere denne kompetansen. I tillegg, i kommuner der helsesøstertjenesten er styrket gjennom Opptappingsplanen er det i større grad etablert rutiner for samarbeid med fastlegen. Samarbeidet med fastlegen vurderes å fungere bedre i disse kommunene, sammenlignet med i kommuner der helsesøstertjenesten ikke er styrket.

Resultatene kan gjenspeile at kommuner som ved begynnelsen av opptappingsplanperioden hadde et relativt godt tjenestetilbud for barn og ungdom med psykiske vansker, også er de kommunene som til nå har nytt best av midler fra Opptappingsplanen. Utviklingen av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge kan med andre ord ha fulgt Matteusprinsippet ("for den som har, han skal få..").

Opptappingsplanen har per i dag ikke hatt like stor effekt i alle kommuner. Det blir en utfordring fremover å stimulere de kommunene som har kommet relativt kort i forhold til å bygge opp og styrke tjenester som kan ta i mot barn og ungdom med psykososial problematikk.

METODISKE BEGRENSNINGER

Ved vurdering av resultatene er det nødvendig å ta hensyn til usikkerhet knyttet til representativiteten ved kartleggingsundersøkelsen. Fra noen kommuner er det tilbakemeldt at den aktuelle kartleggingsperioden har vært en rolig periode i forhold til aktiviteter ved skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten er selvsagt berørt av skolens aktiviteter, og innenfor den aktuelle perioden ble det i flere kommune arrangert heldags prøver og ekskursjoner ved ungdomsskolene. En mulig konsekvens av dette er at kartleggingen av ungdommer ved helsesøstertjenesten ved ungdomsskolene ikke er representativ for den daglige aktiviteten ved denne instansen. Videre har enkelte PP - tjenestekontor tilbakemeldt at antall registrerte klienter ikke gir en nøyaktig oversikt over brukere av tjenesten i perioden. Dette begrunnes med at arbeidet ifbm kartleggingen ble for tidkrevende i forhold til arbeidsmengde ved kontoret.

Kartleggingen dekker aldersgruppen 0-17 år. Det er kjent, via tilbakemeldinger fra helsesøstere som har vært involvert i kartleggingen, at skolehelsetjenesten ved videregående skole har elever som er fylt 18 år, og at flere av disse har sammensatte vansker som krever mye oppfølging. Kartleggingen gir derfor ikke et representativt bilde av aktiviteten ved skolehelsetjenesten i forhold til arbeid med ungdom med psykiske vansker. Denne kartleggingsundersøkelsen gir heller ikke grunnlag for vurdering av det forebyggende arbeidet som blir gjort ved helsestasjonene, for barn i risiko for utvikling av psykiske vansker.

Per i dag er ikke standardiserte instrumenter tilgjengelig, tilpasset helsepersonell/fagpersonell ved hjelpeinstanser, for måling av barn/ungdommers problematferd. I den foreliggende undersøkelsen er en modifisert versjon av lærerversjonen av den utvidede skalaen av Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), (Goodman, 1999; Heyerdahl, 2003) brukt som kartleggingsinstrument. Det er usikkerhet knyttet til validiteten på de opplysninger som foreligger, både vedrørende omfanget av barn og ungdommer som har psykiske vansker, og alvorlighetsgraden og innvirkningen av vanskene. Det vil blant annet være store variasjoner i forhold til i hvilken grad helsesøster eller saksansvarlig ved PP- tjenesten kjenner barnet/ ungdommens ulike sider, i ulike sammenhenger, - og slik har kunnskap nok til å kunne gjøre en valid vurdering av barnets vansker og grad av innvirkningen av disse på barnets daglige fungering. Videre er mulighetene til å se på endring i omfang, og karakteristika ved brukerne i løpet av de to siste årene begrenset ved at det er brukt noe ulike inklusjonskriterier på de to undersøkelsestidspunktene (2002 og 2004). Det må tas forbehold om disse metodiske svakhetene i tolkning av resultater. Bruk av den modifiserte versjonen av SDQ i den foreliggende undersøkelsen antas imidlertid å innebære en metodisk forbedring i forhold til de kriterier som ble benyttet i 2002 for å identifisere barn/ungdommer med psykiske vansker. Å introdusere en modifisert versjon av SDQ som kartleggingsinstrument i evalueringsarbeidet nå, og ved å benytte samme instrument og identisk fremgangsmåte i sluttevalueringen i 2007, vil gi et bedre materiale for mer pålitelige analyser av endring gjennom siste fase av opptrappingsplanperioden.

10 Referanser

Andersson, H.W., & Hatling, T, 2003. Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF Unimed, Helse-tjenesteforskning.

Bird, H.R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry*, 37, 35-49.

Faglig enhet for PP- tjenesten (2001). Håndbok for PP- tjenesten. GAN Grafiske.

Glazebrook, C., Hollis, C., Heussler, H., Goodman, R., & Coates, L. (2003). Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child: Care, Health and Development*, 29, 141-149.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*, 40, 791-799.

Halfon, N., & Newacheck, P.W. (1999). Prevalence and impact of parent- reported disabling mental health conditions among U.S. children. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 600-613.

Hannesdottir, H. (1995). The Icelandic child mental health study. *Arct Med Res*, 54 Suppl. 1, 86-92.

Heyerdahl, S. (2003). SDQ- Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED OG TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13, 127-135.

Kommunehelsetjenesteloven. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.82 nr 66.

Kunnskapssenteret (2004). Helseprofil for barn og ungdom i Akershus- Ungdomsrapporten.

Kunnskapssenteret (2004). Helseprofil for barn og ungdom i Akershus- Barnerapporten.

Lov om grunnskolen og den vidergående opplæringa (Opplæringsloven), 1998- 17-06, 61

Lavigne et al.(1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among pre-school children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 204-214.

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.

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

Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.M., Silberg, J.L., Maes, H.H., & Loeber et al. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavior Development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54, 801-888.

Statens Helsetilsyn (1998). Veileder for Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Oslo Viking Grafisk.

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. 1 (2003-2004). For budsjetterminen 2004.

St. prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

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

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.

SINTEF Helse (2004). SAMDATA Psykisk helsevern. Sektorrapport 2003. Sammenligningsdata for psykisk helsevern. Rapport 2/04.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006. Rapport 15-1128.

