

SINTEF A4727

RAPPORT

*Tilgjengelighet av tjenester for barn
og unge med psykiske problemer:
Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk
helse*

Helle Wessel Andersson og Sissel Steihaug

Januar 2008

SINTEF Helse

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

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse

FORFATTER(E)

Helle Wessel Andersson og Sissel Steihaug

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd/Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A4727	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Signe Bang /Prosjektnummer NFR: 146330/v50	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04361-7	PROSJEKTNR. 78520701	ANTALL SIDER OG BILAG 128
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78520701 OP Tilgjengelighet barn & unge\2007\RAPPORT\Sluttrapport 2007\Rapport A4727 Sluttrapport Opptrappingsplanen - tilgjengelighet.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Helle Wessel Andersson	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2008-01-30	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Prosjektet studerer virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Undersøkelsen er basert på kartlegging av barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fra PP-tjenesten. I tillegg er det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ledende helsesøstre og ledere ved PP-tjenesten i et utvalg kommuner. Dette kvantitative materialet suppleres med data fra kvalitative intervju med fagpersoner fra PP-tjenesten, helsesøstertjenesten, barneverntjenesten og BUP.

Følgende problemstillinger reises:

- Endres tjenesteprofil ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten i løpet av planperioden?
- Blir tjenestene mer tilgjengelige for barn og unge med psykiske problemer?
- Hva kjennetegner barn og unge med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenesten og PP-tjenesten?
- Hvilke faktorer er relatert til tilgjengelighet av tjenester? - Betydningen av tjenesterelaterte faktorer og individuelle kjennetegn ved barn og unge.

Denne rapporten er en sluttrapport fra en evaluering som har pågått i perioden fra 2002 til 2007, med hovedfokus på endringer i tilgjengelighet til tjenester i siste del av opptrappingsplanperioden (2004-2007).

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

Forord

Dette prosjektet inngår i en evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Undersøkelsen er gjennomført av forskere ved SINTEF Helse på oppdrag fra Norges forskningsråd og Sosial og helsedirektoratet. I tillegg til forfatterne, har seniorforsker Solveig Osborg Ose og forsker/stipendiat Johan Håkon Bjørngaard bidratt i analyser av datamaterialet.

Foreliggende rapport er en sluttrapport fra en studie av tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Undersøkelsen har omfattet datainnhentinger ved tre tidspunkt, henholdsvis i 2002, 2004 og i 2007. Det er tidligere utgitt to rapporter fra prosjektet.

Trondheim januar, 2008

Helle Wessel Andersson
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt	10
Figuroversikt	13
1 Innledning	15
1.1 Bakgrunn.....	15
1.2 Mål og problemstillinger	16
2 Metode	17
2.1 Design	17
2.2 Prosedyrer og utvalg	17
2.2.1 Kartlegging av barn og unge ved helsestasjonstjenesten.....	17
2.2.2 Kartlegging av barn og unge ved PP-tjenesten	18
2.2.3 Definisjon av barn og unge med psykiske vansker.....	18
2.2.4 Kvalitativ intervjuundersøkelse	18
3 Hovedfunn	19
3.1 Har tjenester for barn og unge endret profil som følge av Opptrappingsplanen?	19
3.1.1 Tjenestenes kapasitet og kompetanse.....	20
3.1.2 Det tverrfaglige samarbeidet	20
3.1.3 Samarbeid mellom de kommunale tjenestene og BUP.....	21
3.1.4 Individuell plan	21
3.2 Tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske vansker.....	22
3.3 Kjennetegn ved barn og unge som mottar tiltak fra helsestasjonstjenesten	23

3.4	Kjennetegn ved barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten	24
3.5	Faktorer relatert til tilgjengelighet	24
4	Diskusjon.....	27
5	Konklusjoner og anbefalinger.....	31

Vedlegg – metode, analyser, kommentert tabellmateriale, resultat

intervjuundersøkelse.....	35	
1	Metode	37
1.1	Utvalg kommuner i kvantitativ undersøkelse	37
1.1.1	Utvalg kommuner og datatilfang i 2007	37
1.1.2	Kommunenes representativitet	38
1.1.3	Oppsummering	43
1.2	Prosedyrer og gjennomføring kvantitative undersøkelser	45
1.2.1	Helsestasjonstjenesten	45
1.2.2	PP-tjenesten.....	45
1.2.3	Måleinstrumenter	46
1.2.4	Statistisk analyse	46
1.3	Kvalitativ intervjuundersøkelse	47
2	Kjennetegn ved barn og unge med psykiske vansker som er brukere av helsestertjenesten.....	49
2.1	Psykiske vansker hos barn/unge som er i kontakt med helsestertjenesten.....	49
2.2	Kartlegging ved helsestasjonstjenesten. Forekomst av psykiske vansker	50
2.3	Alder	52
2.4	Kontaktårsaker	53
2.5	Tilgjengelige tiltak for barn og unge med psykiske problemer som er i kontakt med .. helsestertjenesten.....	54
2.6	Helsestertjenestens samarbeid med andre instanser	59
2.6.1	Kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet	59
2.6.2	Årsaker til problemer i det tverrfaglige samarbeidet	60

3	Kjennetegn ved barn og unge med psykiske vansker som er brukere av PP-tjenesten.....	63
3.1	Psykiske vansker blant brukere av PP-tjenesten	63
3.2	Alder og kjønn.....	64
3.3	Meldingsgrunner	65
3.4	Instanser involvert i henvisning til PP-tjenesten.....	66
3.5	Ventetid ved PP-tjenesten	67
3.6	Tiltak ved PP-tjenesten for barn med psykiske problemer.....	68
3.7	Udekket etterspørsel etter tiltak	70
3.8	PP-tjenestens samarbeid med andre instanser.....	73
3.8.1	Kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet	74
3.8.2	Årsaker til problemer i det tverrfaglige samarbeidet	75
4	Om virksomheten ved helsesøstertjenesten	77
4.1	Organisering av helsesøstervirksomheten	77
4.1.1	Omorganisering siste tre år	78
4.2	Kompetanse og kapasitet innen helsestasjonsvirksomheten	79
4.3	Tilbud og tjenester ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten	81
4.4	Samarbeid og samhandling ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	81
4.5	Bruk av ansvarsgruppe og individuell plan	82
5	Om virksomheten ved PP-tjenesten	85
5.1	Organisering og dekning	85
5.2	Kapasitet og kompetanse ved PP-tjenesten.....	85
5.2.1	Individrettet arbeid	86
5.3	Samarbeid og samarbeidsformer	87
5.4	Tilbud rettet mot barn/unge med behov for koordinerte tjenester	88
6	Analyser av faktorer som predikerer tilgjengelighet.....	91
6.1	Analysestrategi.....	91
6.1.1	Avhengige variabler – indikatorer for tjenestetilgjengelighet.....	91
6.1.2	Uavhengige variabler	91

6.1.3	Variansanalyse	91
6.1.4	Regresjonsanalyse	92
6.2	Analyse av faktorer relatert til tjenestetilgjengelighet. Helsesøstertjenesten	92
6.2.1	Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. Helsesøstertjenesten	94
6.2.2	Faktorer relatert til kvalitet i tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten.....	95
6.3	Analyse av faktorer relatert til tjenestetilgjengelighet basert på data fra PP-tjenesten.....	96
6.3.1	Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. PP-tjenesten	97
6.3.2	Faktorer relatert til kvalitet i tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten	98
7	Resultater basert på intervjuundersøkelser	101
7.1	Tilgjengelige tjenester	101
7.1.1	Begrepet tilgjengelighet	101
7.1.2	Tilgjengelighet til helsesøstertjenesten.....	101
7.1.3	Tilgjengelighet til barneverntjenesten	102
7.1.4	Tilgjengelighet til PP-tjenesten (PPT)	102
7.1.5	Tilgjengelighet til BUP	102
7.2	Kapasitet og kompetanse	102
7.3	Økte ressurser gjennom Opptappingsplanen?.....	103
7.4	Økt etterspørsel etter tjenester for barn og unge med psykiske vansker - tilstrekkelig kapasitet og kompetanse?	103
7.4.1	Helsesøstertjenesten	104
7.4.2	Barneverntjenesten	104
7.4.3	PPT	105
7.4.4	Nye tjenester.....	106
7.4.5	BUP.....	106
7.5	Tjenesteprofil	106
7.5.1	Nye tjenestetilbud	106
7.5.2	Helsesøstertjenesten	107
7.5.3	Barneverntjenesten	107
7.5.4	PPT	108

7.5.5	BUP	108
7.6	Samarbeid	108
7.6.1	Samarbeid i landkommunen	109
7.6.2	Samarbeidet i den mellomstore byen	110
7.6.3	Samarbeidet i den store byen	111
7.6.4	Samarbeidet med fastlegene	112
7.7	Samarbeid mellom de kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten	113
7.7.1	Individuell plan (IP)	115
7.7.2	Brukermedvirkning	116
7.7.3	Planarbeid i kommunene	117
7.8	Prioritering	117
7.9	Veien videre	119
7.9.1	Er Opptappingsplanen nyttig?	119
7.9.2	Viktige faktorer for et godt fungerende tjenestetilbud til barn og unge med psykiske vansker	120
7.10	Oppsummering intervjuundersøkelsen	122
7.10.1	Hva forstås ved tilgjengelige tjenester?	122
7.10.2	Økte ressurser gjennom Opptappingsplanen?	122
7.10.3	Kapasitet og kompetanse	122
7.10.4	Endret tjenesteprofil som følge av Opptappingsplanen?	123
7.10.5	Samarbeid	124
7.10.6	Individuell plan	125
7.10.7	Brukermedvirkning	125
7.10.8	Prioritering	125
7.10.9	Opptappingsplanens bidrag	126
	Referanser	127

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Antall kommuner som har medvirket i undersøkelsen. Etter kommunestørrelse. 2007	38
Tabell 1.2	Representativitet i forhold til antall innbyggere under 18 år. Antall kommuner og prosent av kommune i ulike innbyggergrupper.	39
Tabell 1.3	Representativitet i forhold til antall innbyggere 18 år og over. Antall kommuner i ulike innbyggergrupper og prosent inkludert i hver gruppe.	40
Tabell 1.4	Representativitet i forhold til KOSTRA-grupper. Antall kommuner i ulike KOSTRA-grupper og prosent inkludert i hver gruppe.	41
Tabell 1.5	Representativitet i forhold til fylke.	42
Tabell 2.1	Bruker av helsesøstertjenesten. Andel barn 0-16 år med psykiske vansker, basert på foreldrerapportering. 2004 og 2007	49
Tabell 2.2	Bruker av helsesøstertjenesten. Andel ungdom fylt 16 år med psykiske vansker, basert på egenrapportering. 2004 og 2007.	50
Tabell 2.3	Andel barn, som på grunnlag av gitte inklusjonskriterier, er kartlagt ved helsesøstertjenesten. Totalt antall barn og andel med psykiske vansker. 2004 og 2007	50
Tabell 2.4	Antall kartlagte barn og unge med psykiske vansker etter type helsesøsterenhet. 2004 og 2007	51
Tabell 2.5	Alvorlighetsgrad av psykiske vansker blant barn/unge som er kartlagt ved helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.	51
Tabell 2.6	Alvorlighetsgrad psykiske vansker blant barn/unge som er kartlagt ved helsesøstertjenesten. Etter kjønn. 2004 og 2007.	52
Tabell 2.7	Alderssammensetning for barn/unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.	52
Tabell 2.8	Ande gutter og jenter med psykiske vansker ved helsestasjonstjenesten. Etter aldersgrupper. 2004 og 2007	52
Tabell 2.9	Meldingsgrunner for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.	53
Tabell 2.10	Problemområder i miljøet blant barn med psykiske problemer som er kartlagt ved helsesøstertjenesten. 2004 og 2007	54
Tabell 2.11	Tilgjengelige tiltak iverksatt for barn og unge med psykiske problemer. Helsesøstertjenesten 2004 og 2007	55

Tabell 2.12	Andre aktuelle hjelpetilbud for barn og unge som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.	56
Tabell 2.13	Udekket etterspørsel etter tiltak for barn med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.	57
Tabell 2.14	Andre udekkede tilbud for barn som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.....	58
Tabell 2.15	Prosentandel barn unge med udekte tiltaksbehov. Helsesøstertjenesten.	58
Tabell 2.16	Instanser/aktører som er involvert i tverrfaglig samarbeid	59
Tabell 2.17	Helsesøsters vurdering av kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. Andel barn og unge.....	60
Tabell 2.18	Faktorer som hemmer tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten 2004 og 2007.	61
Tabell 3.1	Andel brukere ved PP-tjenesten som har psykiske vansker. 2004 og 2007.....	63
Tabell 3.2	Alvorlighetsgrad av psykiske vansker blant barn kartlagt ved PP-tjenesten. 2004 og 2007.....	63
Tabell 3.3	Alderssammensetning barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.	64
Tabell 3.4	Kjønn og alderssammensetning blant barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten i 2004 og 2007.	64
Tabell 3.5	Gjennomsnittsalder for gutter og jenter.....	65
Tabell 3.6	Meldingsgrunner for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.	65
Tabell 3.7	Problemområder i barnets miljø. 2004 og 2007	66
Tabell 3.8	Instanser og aktører som har vært involvert i henvisningen til PP-tjenesten...	67
Tabell 3.9	Gjennomsnittlig og median ventetid etter hvilket år barnet er meldt til PP-tjenesten første gang.	67
Tabell 3.10	Tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.	69
Tabell 3.11	Andre tilgjengelige hjelpetilbud for barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.....	70
Tabell 3.12	Udekket etterspørsel etter tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.m	71
Tabell 3.13	Andre udekkede tilbud for barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.	72
Tabell 3.14	Prosentandel barn/ unge med udekte tjenestebehov. 2004 og 2007.	72

Tabell 3.15	Gjennomsnittlig antall udekte tjenestebehov for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.	73
Tabell 3.16	Andel barn og unge som omfattes av et samarbeid mellom PP-tjenesten og annen hjelpeinstans, 2004 og 2007.	73
Tabell 3.17	Instanser involvert i tverrfaglig samarbeid. 2004 og 2007.	74
Tabell 3.18	PP-tjenestens Vurdering av kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. Andel barn og unge.	75
Tabell 3.19	Faktorer som hemmer tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten 2004 og 2007.	76
Tabell 4.1	Instanser som er samorganisert med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Antall kommuner (n=46)	78
Tabell 4.2	Eksempler på former for omorganisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.	79
Tabell 4.3	Profesjoner som er tilført helsestasjonstjenesten. Antall kommune (n=46).	79
Tabell 4.4	Kompetanseområder som er tilført helsestasjonstjenesten. Antall kommuner (n=46).	80
Tabell 4.5	Ledende helsesøster sin vurdering av kommunenes kompetanse ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til å håndtere ulike brukergrupper. Prosentandel kommuner (n=46).	80
Tabell 4.6	Tilgjengelige tiltak fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Prosentandel kommuner (n=46).	81
Tabell 4.7	I hvilken grad fagpersoner tilknyttet helsestasjonsvirksomheten er involvert i ulike former for samarbeid og samhandling. Prosentandel kommuner (n=46).	82
Tabell 4.8	Arbeid med individuell plan og ansvarsgrupper ved helsestasjonstjenesten. Prosentandel kommuner (n=46).	83
Tabell 5.1	Ulike former for organisering av PP-tjenesten.	85
Tabell 5.2	I hvilken grad PP-tjenesten opplever å ha kapasitetsproblemer i forhold til utøvelse av tiltak/ aktiviteter. Prosentandel PP-tjenestekontor.	86
Tabell 5.3	I hvilken grad PP-tjenesten opplever å ha kapasitet til å håndtere ulike brukergrupper. Prosentandel PP-tjenestekontor.	87
Tabell 5.4	I hvilken grad PP-tjenesten opplever å ha kompetanse til å håndtere ulike brukergrupper. Prosentandel PP-tjenestekontor.	87
Tabell 5.5	I hvilken grad PP-tjenesten er involvert i ulike former for samarbeid og samhandling. Prosentandel PP-tjenestekontor.	88

Tabell 5.6	PP-tjenestens arbeid med individuell plan og ansvarsgrupper. Prosentandel PP-tjenestekontor.	89
Tabell 6.1	Uavhengige variable i analyse av tilgjengelighet. helsesøstertjenesten.	92
Tabell 6.2	Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. Helsesøstertjenesten.	94
Tabell 6.3	Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til udekket behov. Helsesøstertjenesten.	95
Tabell 6.4	Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til kvalitet i tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten.	95
Tabell 6.5	Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til opplevelse av problemer i tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten.	96
Tabell 6.6	Uavhengige variabler i analyse av faktorer relatert til tilgjengelighet PP-tjenesten, og antall barn og unge i utvalget som omfattes av tjenestetilbudet.	96
Tabell 6.7	Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. PP-tjenesten.	97
Tabell 6.8	Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til udekket tjenestebehov PP-tjenesten.	98
Tabell 6.9	Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til opplevelse av problemer i tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten.	98
Tabell 6.10	Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til opplevelse av problemer i tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten 2007.	99

Figuroversikt

Figur 1.1	Prosent av kommuner i utvalget (N=58) og totalt (N=431) i hver kommunegruppe.	40
Figur 4.1	Geografiske forskjeller i ventetid for barn meldt til PP-tjenesten i 2004 og 2007.	68

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Flere og bedre kommunale tjenester for barn og unge er et sentralt mål i Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St. prp. nr 63, 1997-1998; St. prp. nr 1, 2003-2004). Kravet om tilgjengelige tjenester innebærer at det psykiske helsearbeidet skal gi tilpassede tilbud og tiltak, til riktig tid og på riktig sted (Sosial- og helsedirektoratet, Rundskriv IS-1/2006).

Gjennom Opptappingsplanen er det lagt spesiell vekt på å styrke helsestasjonstjenestens posisjon og rolle i forhold til tidlig identifikasjon - og forebyggig av psykiske vansker hos barn og unge. De konkrete målene i Opptappingsplanen omfatter 800 nye årsverk til helsestasjonstjenesten. I tillegg styrkes ressurser og kapasitet innen annet kommunalt psykososialt arbeid med 260 årsverk.

Underveis i opptappingsplanperioden har helsemyndighetene erkjent at vesentlige utfordringer i det kommunale hjelpeapparatet er relatert til rekrutteringen av psykologkompetanse, samt rolle- og oppgavefordelingen mellom de aktuelle deltjenestene (St. prp. nr 1, 2004-2005; St. prp. nr 1, 2005-2006). I senere publikasjoner har man utdypet behovet for at både helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten må styrkes for å bli bedre innrettet mot den aktuelle målgruppen. Parallelt med gjennomføringen av tiltakene i Opptappingsplanen, er kommunene bedt om å prioritere oppbygging av kompetanse på barn og unges psykiske helse ved helsestasjonene og i skolehelsetjenesten, (Sosial- og helsedirektoratet, Rundskriv IS-1/2006). Man har i denne sammenheng lagt vekt på at kommunene bør søke å rekruttere psykologer og andre faggrupper med psykososial kompetanse til de tjenestene som møter barn og unge.

I St. prp. nr. 1 (2005-2006) omtales tilgjengelighet til tjenester som ett av flere gjenstående utfordringsområder for kommunesektoren. Helsetjeneste for barn og unge er et prioritert område også i 2007. I St. prp. nr 1. (2006-2007) blir det fremhevet at mange kommuner ikke har tilbud tilpasset tjenestebehovene hos barn og unge med psykiske problemer, og at man fortsatt må satse på utviklingen av lavterskeltilbud, som kan gi utredning, behandling og oppfølgingstiltak overfor denne målgruppen.

Tilgjengelige tjenester er tjenester som er tilpasset brukernes behov. I Regjeringens Strategiplan for psykisk helse blir det da også presisert at tjenester som tilbys skal være helhetlige, sammenhengende og koordinerte, - og organisert ut fra barn, unges og familiers behov for tilbud med lave terskler og kontinuitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2003; Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, 2003).

Graden av tilgjengeligheten ved et tiltak eller en tjeneste kan påvirkes av en rekke faktorer. Begrepet kan derfor også operasjonaliseres på flere måter. Tjenestens tilgjengelighet kan måles ved å undersøke om tiltak og tjenester er riktig dimensjonert i forhold til etterspørselen. Tilgjengelighet kan også uttrykkes i tid, - som hvor lenge man må vente på å komme i kontakt med tjenesten når behovet er der.

For barn og unge med psykiske problemer vil samarbeidet på tvers av tjenester, enheter og nivåer være nødvendig for å sikre at den enkelte bruker får et helhetlig tilbud. Både grad av kontakt med andre aktuelle tjenesteytere, samt kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet vil

derfor være av betydning for om barn og unge med psykiske problemer får rask og effektiv hjelp. Tilgjengeligheten vil også kunne variere med faktorer relatert til tjenestens kapasitet og bemanning.

1.2 Mål og problemstillinger

Dette prosjektet studerer virkninger av Opptrappingsplanen for psykisk helse i forhold til tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Hovedfokus er rettet mot aktiviteten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-tjenesten).

Prosjektet reiser følgende problemstillinger:

- Endres tjenesteprofil ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten i løpet av planperioden?
- Blir tjenestene mer tilgjengelige for barn og unge med psykiske problemer?
- Hva kjennetegner barn og unge med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenesten og PP-tjenesten?
- Hvilke faktorer er relatert til tilgjengelighet av tjenester? - Betydningen av tjeneste-relaterte faktorer og individuelle kjennetegn ved barn og unge

2 Metode

2.1 Design

Prosjektet fokuserer på aktiviteten ved, - og tilgjengeligheten til helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten for barn og unge med psykiske problemer. Datainnhentingene er foretatt på tre tidspunkt i løpet av opptrappingsplanperioden; henholdsvis i 2002, 2004 og 2007¹. Undersøkelsen omfatter følgende datakilder:

- Kartlegging av barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra PP-tjenesten eller helsesøstertjenesten.
- Spørreskjemaundersøkelse gjennomført blant ledere ved PP-tjenesten og ledende helsesøstere, om kompetanse, kapasitet, arbeidsformer og organisering.
- Kvalitativt intervju med fagpersoner fra PP-tjenesten, helsesøstertjenesten, kommunal barneverntjeneste, og fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

2.2 Prosedyrer og utvalg

I innledende fase av prosjektet (2002) ble det trukket et utvalg på 70 kommuner som fikk invitasjon til å delta i evalueringsprosjektet. Kommunene ble trukket delvis strategisk for å sikre geografiske spredning og variasjon i størrelse. Svarprosent fra kommunene varierer fra 60-90 prosent, med best oppslutning om datainnhentingene i 2004.

I 2007 er totalt 58 kommuner involvert i undersøkelsen. Kartlegging av barn og unge med psykiske vansker er gjennomført ved helsestasjonstjenesten i 50 kommuner og ved PP-tjenesten i 51 kommuner.

2.2.1 Kartlegging av barn og unge ved helsestasjonstjenesten

Kartleggingen ved helsestasjonstjenesten pågikk i en fire – ukes periode, ved at helsesøster fylte ut et kartleggingskjema for hvert barn/ungdom som oppfylte gitte inklusjonskriterier.

Bruk av disse kriterier innebar at helsesøster kartla barn og unge hun hadde kontakt med i relasjon til psykisk helse (som enten viste tegn/symptom på psykisk helse, eller der det ble foretatt en målrettet undersøkelse i relasjon til psykisk helse).

¹ Prosedyrene for datainnhentingene i 2007 er identisk med de som ble benyttet i 2004. Se for øvrig rapporten Andersson, Röhme og Hatling (2005) for en redegjørelse av de revisjoner i designet som er foretatt fra 2002.

2.2.2 Kartlegging av barn og unge ved PP-tjenesten

Kartleggingen ved PP-tjenesten pågikk i en to-ukers periode, ved at fagperson/saksansvarlig fylte ut et kartleggings skjema for hvert barn/ungeddom som mottok direkte tiltak fra tjenesten i den aktuelle perioden²

2.2.3 Definisjon av barn og unge med psykiske vansker

Utvalget barn og unge med psykiske vansker defineres på grunnlag av første spørsmål i supplementsdelen av Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1999).

Spørsmålet som helsesøster og fagperson ved PP-tjenesten besvarer i kartleggingen er formulert som følger: *Samlet, har barnet/ungdommen vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller med å komme overens med andre mennesker?* Svaralternativene er: a) Nei, b) Ja, små vansker, c) Ja, tydelige vansker, d) Ja, alvorlige vansker, og e) Vet ikke.

Utvalget i 2007 omfatter:

- 1 122 barn og unge med psykiske vansker kartlagt ved helsestasjonstjenesten.
- 2 477 barn og unge med psykiske vansker kartlagt ved PP-tjenesten.

2.2.4 Kvalitativ intervjuundersøkelse

Studien omfatter ansatte i tre tjenester for barn og unge i tre kommuner, samt ansatte ved psykisk helsevern for barn og unge (BUP), som de tre kommunene samarbeider med. De tre tjenestene er helsesøstertjenesten, barneverntjenesten og PP-tjenesten. Kommunene er en landkommune, en mellomstor by og en stor by. Informanter fra de samme kommunene ble intervjuet i 2002 og 2005. Mange informanter er de samme som ved de tidligere intervjuene, noen er nye. Til sammen er 13 fagpersoner intervjuet i 2007.

² Alle barn/ unge som PP- tjenesten har direkte (fysisk) kontakt med, eller som omfattes av tiltak i form av direkte kontakt mellom PP- tjenesten og annen instans.

3 Hovedfunn

3.1 Har tjenester for barn og unge endret profil som følge av Opptrappingsplanen?

HELSEØSTERTJENESTEN

De fleste av de 46 kommunene som medvirker i undersøkelsen (ca 70 prosent) oppgir at helsesøstertjenesten i stor, - eller noen grad har tiltak for å forebygge psykiske problemer hos barn og unge, samt tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper. Resultatene tyder på at denne type virksomhet, samt samarbeids- og samhandlingsaktivitet, har blitt mer vanlig ved helsestasjonstjenesten i løpet av de senere årene.

Intervjuundersøkelsen underbygger disse resultatene, ved å vise at Opptrappingsplanen har ført til at helsesøstertjenesten nå retter mer oppmerksomhet mot psykisk helse, er mer tilstede i skolene, og har styrket helsestasjon for ungdom. Andre eksempler på endringer i tjenesteprofil er opprettelse av nye lavterskeltilbud for målgruppen.

PP-TJENESTEN

PP-tjenestekontor kan ha ulike profiler i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske vansker. Ved noen kontorer kan profilen ha endret seg i løpet av de siste årene. Undersøkelsen gir eksempel på at PP-tjenesten på grunn av kapasitetsproblemer har måttet redusere på det individrettede arbeidet, til fordel for jobbing på systemnivå. Andre rapporterer om økt fokus på det individrettede arbeidet, og en vesentlig økning i arbeidet med sakkyndige vurderinger. Slike endringer i tjenesteprofil vurderes i liten grad å være relatert til Opptrappingsplanen.

TILSTØTENDE TJENESTER: BARNEVERNTJENESTEN OG BUP

Informanter fra barneverntjenesten fremholder at tjenesten ikke har endret arbeidsform som følge av Opptrappingsplanen. En økt pågang av saker de senere årene har imidlertid medført nedprioritering av både forebyggende arbeid og formalisert samarbeid med andre kommunale tjenester.

Representanter fra BUP forteller at tjenesten har endret arbeidsform i løpet av de siste årene. Endringen knyttes imidlertid i liten grad til Opptrappingsplanen. Den utadrettede virksomheten er økt som konsekvens av faglige begrunnelser og nasjonale pålegg. Det gis i tillegg eksempler på omorganisering, fra å være en generalisttjeneste til i større grad å arbeide i fagteam. Det fremheves at nye kvalitetsindikatorer, krav om effektivitet og inntjening, samt økt vekt på evidensbaserte metoder har hatt betydning for utvikling av tjenesteprofil og utforming av tjenestene, ikke Opptrappingsplanen som sådan.

3.1.1 Tjenestenes kapasitet og kompetanse

Forholdet mellom ressurser og pågang er avgjørende for tilgjengeligheten til et adekvat hjelpetilbud. Flere tjenester opplever betydelige problemer med for liten kapasitet.

Fra samtlige tjenester som er representert i intervjuundersøkelsen rapporteres det om en betydelig økning i etterspørsel etter tjenester i løpet av planperioden. Dette blir av informantene dels tilskrevet en generell økt fokus og oppmerksomhet på psykisk helse, som en konsekvens av Opptrappingsplanen, dels andre forhold, som den generelle samfunnsutviklingen.

Opptrappingsplanen har medført at mange kommuner har styrket helsesøstervirksomheten med nye stillinger. De profesjonsgruppene som hyppigst er tilført er helsesøstere og psykologer. Rekrutteringen har særlig gitt tjenesten økt kompetanse innen psykososialt arbeid og familieveiledning. Om lag halvparten av kommunene som har deltatt i spørreundersøkelsen rapporterer at de har tiltak for å styrke den psykososiale kompetansen hos personell tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I tillegg til at helsesøstertjenesten er styrket, har også flere kommuner etablert nye tilbud for målgruppen. Til tross for at tjenesten er tilført kompetanse, presiseres et behov for mer, - og da spesielt psykologkompetanse.

De fleste ledende helsesøstere rapporterer at helsesøstertjenesten i noen grad har kompetanse til å håndtere barn og unge med psykiske vansker. Mellom 10 og 20 prosent av kommunene tilbakemelder imidlertid at tjenesten i liten grad besitter slik kompetanse.

De fleste PP-tjenestekontorene som medvirker i spørreundersøkelsen har ikke blitt styrket med midler fra Opptrappingsplanen. De har tverrfaglig bemanning og god kompetanse. Likevel rapporteres det om betydelige kapasitetsproblemer. Resultatene tyder på at PP-tjenesten har fått flere arbeidsoppgaver i løpet av opptrappingsplanperioden, men at bemanningen ikke er økt tilsvarende. Kapasitetsproblemene gjelder spesielt i forhold til direkte individrettet arbeid og rådgivning/veiledning til foreldre, samt intern ledelse.

Informanter fra barneverntjenesten forteller om en betydelig økning i saker, og påpeker spesielt at alvorlige og komplekse saker øker. Det har ikke vært en tilsvarende økning av ressurser til tjenesten. Informantene understreker behovet for mer kompetanse i barneverntjenesten.

Fra BUP rapporteres det om økt pågang som svarer omtrent til den økte kapasiteten. Ved noen enheter har man imidlertid betydelige problemer med å rekruttere lege- og psykologspesialister. Som følge av dette oppstår kapasitetsproblemer og lang ventetid. Ved de tre BUP'ene som medvirker i undersøkelsen har man nådd det helsepolitiske målet om å gi et behandlingstilbud til fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen.

3.1.2 Det tverrfaglige samarbeidet

Resultater fra helsesøstertjenesten tyder på at samhandling - og samarbeidsaktiviteten ved helsestasjonstjenesten har økt i løpet av de tre siste årene.

Spørreundersøkelsen blant ledende helsesøstere viser at om lag halvparten av kommunene har en helsesøstertjeneste som i noen - eller stor grad er involvert i fagnettverksgrupper eller tverrfaglige grupper relatert til psykisk helse hos barn og unge. Formaliserte samarbeidsavtaler med PP-tjenesten og BUP er forholdsvis vanlig.

Sammenlignet med statistikk fra 2004 kan vi ikke se vesentlige endringer i forhold til samarbeidsaktiviteten ved PP-tjenesten. De fleste PP-tjenestekontorene som medvirker i undersøkelsen rapporterer at tjenesten i stor, - eller noen grad er involvert i samarbeid og samhandling om psykososial problematikk og forebygging av psykiske vansker. PP-tjenesten er imidlertid i liten grad involvert i tverrfaglig samarbeid for å møte henvendelser fra barn og unge med psykiske vansker. Når det gjelder PP-tjenestens formaliserte samarbeid, er dette

hyppigst etablert overfor BUP, men også relativt vanlig i forhold til helsesøstertjenesten og barnevernet.

Samarbeid med fastlegene er mindre utbredt, både ved PP-tjenesten og helsesøstertjenesten. Informantene utdyper at leger vanligvis er lite tilgjengelige, og vanskelige å få med på møter. Det påpekes dessuten at leger gjerne har mangelfull kompetanse om psykiske helseproblemer hos barn og unge. Noen mener imidlertid at legene kunne yte verdifulle bidrag til det tverrfaglige samarbeidet, fordi de vanligvis kjenner barnets familiesituasjon.

3.1.3 Samarbeid mellom de kommunale tjenestene og BUP

Både informantene fra BUP og kommunene beskriver noe samarbeid om henvisningsprosessen, men begge parter påpeker forbedringspotensial. Løpende samarbeid i enkeltsaker beskrives som overveiende godt. Informanter i alle kommunene etterlyser mer oppfølging fra BUP etter at barnet eller ungdommen er ferdig uredet/behandlet. BUP beskriver liknende ønsker, men påpeker at det ikke er lett å få det til i praksis fordi det er et komplisert puslespill å samle alle involverte parter. Kommunene savner mer veiledning fra BUP.

Alle informantene fra BUP understreker at for å gjøre en god jobb er de avhengige av gode henvisninger fra kommunen, samt og at barn og unge henvises til rett tid. To informanter roser kommunen for jevnt over gode henvisninger, og begge trekker spesielt fram PP-tjenestens arbeid i dette. Ved alle de tre BUP'ene beskrives henvisningen fra legene som jevnt over dårlig, dog med noen hederlige unntak. Informantene fra BUP påpeker for lite samarbeid innen førstelinjen generelt, og spesielt at legene er for lite involvert.

3.1.4 Individuell plan

Fra tre av fire kommuner rapporteres det at helsestasjonstjenesten har etablert prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan for barn og unge som har behov for koordinerte tjenester. Resultatet tyder på at helsestasjonstjenesten i løpet av de senere årene har blitt mer aktiv i arbeidet med å skape helhetlige og koordinerte tilbud rundt barn og unge med psykiske vansker.

PP-tjenestens grad av initiativ i forhold til arbeid med IP synes ikke å være vesentlig endret i denne perioden. Om lag halvparten av PP-tjenestekontorene tilbakemelder at de har slike prosedyrer.

Undersøkelsen viser imidlertid at rutinene rundt arbeidet med IP ikke fungerer godt nok. Informantene har delte meningene om IP er et hensiktsmessig hjelpemiddel for å få til et godt samarbeid om barn og ungdom med psykiske vansker. Noen tror det kan være nyttig for brukerne, at det bidrar til mer ryddighet, kan skjerpe samarbeidet, hindre parallelljobbing og synliggjøre ansvaret. Alle informantene er enige om at arbeidet med IP er ressurs- og kompetansekrevende. Hovedproblemet ser ut til å være at ingen vil være koordinator for planene fordi arbeidet kommer på toppen av arbeidsbelastningen i en travel hverdag. Noen er også kritiske til IP som verktøy. Dette begrunnes med at IP er egnet for dem som har relativt stabile og forutsigbare behov, og at det veldig sjelden er tilfelle hos barn og unge med psykiske vansker. Noen påpeker at tverrfaglig samarbeid er krevende i sin natur, og at arbeidet med IP utfordrer samarbeidet ytterligere. Det trekkes fram at samarbeidet med brukerne i planarbeidet kan være utfordrende. Informantene problematiserer IP som et pålegg for å løse de store utfordringene som ligger i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

3.2 Tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske vansker

ØKNING I ANDEL BRUKERE MED PSYKISKE VANSKER VED HELSESØSTERTJENESTEN

I løpet av de tre siste årene har forekomsten av psykiske problemer hos barn som er i kontakt med helsesøster økt fra sju til ni prosent for gruppen under 16 år. Det er også en tendens til økt forekomst av psykiske vansker blant ungdommer som oppsøker helsesøster. I 2007 oppgir i alt 38 prosent av disse ungdommene at de sliter med psykiske helseproblemer.

Videre ser vi en økning fra 2004 til 2007 i andel som vurderes å ha alvorlige psykiske vansker. Denne økningen er tydeligere for jenter enn for gutter.

STØRRE BREDDE I TILTAK VED HELSESØSTERTJENESTEN

Materialet viser at barn og unge med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøster-tjenesten mottar et bredere tilbud i 2007, sammenlignet med i 2004.

De fleste barn og unge med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøster mottar tiltak i form av direkte samtale, eller som samtale med foreldre. Det er en statistisk signifikant økning fra 2004 til 2007 i andel som omfattes av disse tiltakene. Det er også en høyere andel barn og unge som mottar undersøkelse/utredning, samt individrettede skolerelaterte tiltak i 2007, sammenlignet med i 2004. Samtidig ser vi at andel barn og unge som omfattes av systemrettede tiltak er redusert i løpet av de tre siste årene.

Andelen som mottar støttekontakt og avlastning har økt, samt andel som har fått utarbeidet en individuell plan. Flere mottar også samtidige tilbud fra fysioterapeut, fastlege og BUP.

UDEKKET BEHOV FOR TILTAK OG TJENESTER VED HELSESØSTERTJENESTEN

Totalt sett har 55 prosent av barn og unge som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten ett udekket behov for tiltak.

I alt 20 prosent vurderes å ha et udekket behov for poliklinisk tilbud fra psykisk helsevern (BUP). Dette representerer en økning i forhold til situasjonen i 2004.

DET TVERRFAGLIGE SAMARBEIDET VED HELSESØSTERTJENESTEN

Det er ingen endring fra 2004 til 2007 med hensyn til andel barn og unge som omfattes av tverrfaglig samarbeid. Imidlertid viser resultatet at andel barn og unge som omfattes av et samarbeid mellom helsesøster og fastlege har økt i løpet av de tre siste årene, og i tillegg at det er en økt grad av samarbeid mellom helsesøstere og skole/ barnehage.

PROBLEMER I TVERRFAGLIG SAMARBEID VED HELSESØSTERTJENESTEN

Flere barn og unge omfattes av et tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer godt i 2007, sammenlignet med i 2004. Det er særlig i forhold til fastlegene at helsesøster opplever at samarbeidet bare fungerer middels bra eller dårlig.

Hyppest angitte årsak til problemer i tverrfaglig samarbeid er at det ikke finnes nok møtepunkter. Dette berører flere barn og unge i 2007, sammenlignet med i 2004.

ØKNING I ANDEL BRUKERE MED PSYKISKE VANSKER VED PP-TJENESTEN

I alt 79 prosent av alle barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten har psykiske vansker. Denne andelen er også høyere i 2007, sammenlignet med i 2004. De fleste av disse brukerne har tydelige psykiske vansker.

KORTERE VENTETID VED PP-TJENESTEN

Barn som er henvist til PP-tjenesten i 2007 har i gjennomsnitt ventet færre antall uker på å motta et tiltak, sammenlignet med de som er henvist før 2007. Sammenligning av barn henvist i henholdsvis 2004 og 2007, viser at ventetiden varierer med kommunistørrelse (antall innbyggere), og at den er redusert i de minste og største kommunene.

STØRRE BREDDE I TILTAK VED PP-TJENESTEN

Det er en økning fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som mottar individrettede tiltak, som samtale, tilrettelagt undervisning, og undersøkelse/utredning. Samtidig ser vi en reduksjon i andel som omfattes av systemrettede tiltak. Flere mottar samtidige tiltak fra fastlege og BUP i 2007, sammenlignet med i 2004. Andel barn og unge som ha en individuell plan har også økt de siste årene.

LITEN ENDRING I UDEKKET BEHOV FOR TILTAK VED PP-TJENESTEN

Totalt sett har 44 prosent av barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten ett eller flere udekte tiltak eller tjenestebehov. Det er i liten grad endringer fra 2004 til 2007 i den udekkede etterspørsel etter tiltak. Udekket etterspørsel etter utredning og undersøkelse er imidlertid redusert i perioden. Det er fremdeles størst udekket behov for støttekontakt og polikliniske tilbud fra BUP. Dette angår 10 prosent av barna/ ungdommene.

ØKT GRAD AV TVERRFAGLIGE SAMARBEID VED PP-TJENESTEN

Andel barn og unge som omfattes av et tverrfaglig samarbeid mellom PP-tjenesten og annen instans er høyere i 2007, sammenlignet med i 2004.

Skole eller barnehage er involvert i samarbeid om nær sagt alle barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten. Det er etablert et samarbeid med BUP for om lag ett av tre barn. Dette representerer en økning fra 2004.

Helsesøster og barnevernet er involvert i om lag en av fire saker, mens habiliteringstjenesten er inne i 14 prosent av sakene. Flere omfattes av et tilbud som involverer fastlegen i 2007, sammenlignet med i 2004.

Det er små endringer fra 2004 til 2007 i forhold til hvordan PP-tjenesten vurderer kvaliteten i samarbeidet med andre instanser. Totalt sett omfattes i alt 26 prosent av barn og unge av et tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer godt. Det er særlig samarbeidet med fastleger, skoleleger, BUP og barnevern som vurderes å fungere bare middels bra eller dårlig.

Hvordan man vurderer de aktuelle årsaker til samarbeidsproblemer er endret fra 2004. I materialet fra 2007 oppgis *for få møtepunkter* som hyppigst årsak til problemene, og angår flere barn og unge i 2007 sammenlignet med i 2004. *Uenighet i problemforståelse og iverksetting av tiltak* er en annen faktor som nå anses som en mer sentral til samarbeidsproblemer.

3.3 Kjennetegn ved barn og unge som mottar tiltak fra helsestasjons-tjenesten

Det er en overvekt av ungdommer i alderen 13- 18 år blant brukere med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsesøster. I underkant av 10 prosent av de som er kartlagt er under 6 år. Andelen barn i den yngste aldersgruppen er noe lavere i 2007 enn i 2004. Gutter er i overtall i den yngste aldersgruppen, mens jenter er en klart dominerende gruppe i blant ungdommene. Andelen gutter i aldergruppen 6-12 år er høyere i 2007 enn i 2004. ($p < 0,05$).

Om lag ett av tre barn og unge med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøster har emosjonelle problemer som den primære kontaktårsaken. Helsesøster har angitt dette som viktige årsak til kontakt for flere barn og unge. Emosjonelle problemer oppgis hyppigere som kontaktårsak i 2007 sammenlignet med i 2004. I følge helsesøster omfattes om lag 40 prosent av barna/ungdommene i utvalget av avvikende relasjoner innen familien. Det er ingen endring fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som er berørt av ulike problemområder i miljøet.

3.4 Kjennetegn ved barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten

Om lag 70 prosent av barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra PP-tjenesten er gutter, de fleste er i aldersgruppen 6- 12 år. Gjennomsnittsalderen er 10,3 år. Guttene er i gjennomsnitt ett år yngre enn jentene ($p < 0,001$). Det er ingen endringer i kjønns- og alderssammensetningen i løpet av de siste årene.

Data fra 2007 viser at de tre vanligste meldingsgrunnene er språkvansker, lærevansker og konsentrasjonsproblemer. Språkvansker, emosjonelle problemer, konsentrasjonsvansker og samhandlingsvansker er hyppigere angitt som meldingsgrunn i 2007 enn i 2004.

Avvikende relasjoner i familien er angitt som et problem for ett av fem barn. Det er ingen endring fra 2004 i andel barn og unge som er berørt av ulike problemområder i oppvekstmiljøet.

3.5 Faktorer relatert til tilgjengelighet

Resultatene tyder på at tilgjengeligheten til kommunale tjenester for barn og unge med psykiske vansker er blitt bedre som følge av Opptrappingsplanen. Resultatene tydeliggjør imidlertid en spenning mellom forebyggende arbeid og tiltak rettet mot barn og unge med alvorlige psykiske vansker.

Informanter beskriver betydelig kapasitetsmangel, og dels også kompetansemangel i tjenestene. I alle kommunene melder informantene sin bekymring for barn og unge med alvorlige psykiske vansker.

Informantene fremhever at tilgjengelighet til tjenester og et adekvat hjelpetilbud er uløselig knyttet til samarbeid, både innen kommunen, og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Informantenes beskrivelser vitner om at mye tid, energi og velvilje legges i å få det tverrfaglige samarbeidet til å fungere. Det påpekes av flere at det tverrfaglige samarbeid er utfordrende og stiller store krav til samhandlingskompetanse.

De kvantitative analysene som er gjennomført underbygger mange av de resultatene som fremkommer fra intervjuundersøkelsen, og viser samtidig at forholdet mellom tjeneste-relaterte faktorer og tilgjengelighet er komplekst.

UDEKKET BEHOV OG PROBLEMER I TVERRFAGLIG SAMARBEID

Resultater fra multivariate analyser viser at barn og unge med alvorlige psykiske vansker har høyere risiko for ikke å motta et adekvat tilbud, sammenlignet med de som har moderate og lettere vansker. Det er også *økt* risiko for at tverrfaglig samarbeidet ikke fungerer godt når det gjelder denne gruppen. Resultatet kan være et uttrykk for både kompetansemangel og kapasitetsproblemer. Resultatet kan gjenspeile at tjenestene opplever store utfordringer i møtet med denne brukergruppen, og at de har et særlig behov for råd og veiledning fra leger og spesialisthelsetjenesten som ikke er godt nok dekket.

I tillegg finner vi at en rekke tjenesterelaterte faktorer er relatert til i hvilken grad tilbudet til målgruppen vurderes som adekvat. Det er en *økt* risiko for at tilbudet til barn og unge vurderes som utilfredsstillende når kommunens helsestasjonstjeneste har en forholdsvis

utstrakt bruk av ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse. Resultatet har ikke en opplagt retning. Funnet kan gjenspeile at dette tiltaket, og omfanget av aktiviteten rundt ansvarsgruppen, er iverksatt som en konsekvens av at kommunen har relativt store utfordringer i forhold til å gi barn og unge med psykiske problemer adekvate hjelpetilbud. En alternativ tolkning er at utstrakt bruk av ansvarsgrupper bidrar til en identifisering av tjenesteapparatets utilstrekkelighet i forhold til gi den aktuelle målgruppen et adekvat tilbud.

Resultatet viser også en *økt* risiko for udekket behov når helsesøstertjenesten har etablert et formalisert samarbeid med BUP. Etablering av et formalisert samarbeid med BUP kan være en konsekvens av at kommunen har utredet et tjenestebehov hos barn og unge som ikke i stor nok grad dekkes av det eksisterende kommunale tjenestetilbudet. Årsaken til opplevd udekket behov for barn og unge kan dermed gjenspeile at BUP har for dårlig kapasitet, og/eller at det dreier seg om barn unge med problemområder som ikke kommer inn under hva BUP definerer som sitt ansvarsområde, og som dermed faller mellom to stoler.

Barn og unge har en *reduisert* risiko for vurdert udekket behov når helsesøstertjenesten er samorganisert med andre tjenester. Risiko for udekket behov er også lavere i små, sammenlignet med store kommuner. Disse resultatene gjenspeiler trolig at man ved samorganisering også har oppnådd en større nærhet mellom tjenesteutøvere, med møteplasser for tverrfaglig samarbeid og faglige fora. Dette kan i sin tur bidra til større grad av kompetanseutveksling, bedre ansvarsfordeling, og iverksetting av adekvate tiltak for målgruppen. Trolig er det også forskjeller mellom større og små kommuner i forhold til nærhet mellom tjenesteutøvere, som bidrar til at samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer blir lettere å håndtere.

Videre ser vi at kapasitetssituasjonen ved PP-tjenesten er relatert til tilgjengelighet. Det er en *reduisert* risiko for at barn og unge har udekte behov når PP-tjenesten opplever å ha kapasitet til å håndtere barn av psykisk syke foreldre. Dette representerer en utfordrende brukergruppe, som ikke nødvendigvis faller inn under PP-tjenestens ansvarsområde. Det er derfor grunn til å tro at resultatet gjenspeiler relativt god kapasitet ved PP-tjenesten generelt sett.

Kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet ved PP-tjenesten påvirkes av flere tjeneste-relaterte faktorer. Det er en *økt* risiko for at tverrfaglig samarbeid om barn og unge ikke fungerer godt når PP-tjenesten er styrket i løpet av de to siste årene. Styrking av PP-tjenesten er i all hovedsak i form av nye stillinger, og i omtrent halvparten av tilfellene er dette basert på midler fra Opptappingsplanen. Med disse tiltakene kan tjenesten har fått tilført økt "bestillerkompetanse"; fagpersoner med kompetanse som gjør at de ser nødvendigheten av tverrfaglig kompetanseutveksling og velfungerende tverrfaglig samarbeid for å yte adekvate tilbud til målgruppen. Relasjonen mellom en styrket tjeneste og problemer i tverrfaglig samarbeid kan dermed tenkes å gjenspeile et misforhold mellom et identifisert behov for tverrfaglig samarbeid fra PP-tjenestens side, og de øvrige tjenestenes muligheter for å delta i dette. Faktorer som hemmer det tverrfaglige samarbeidet kan være mangelfull samarbeidskompetanse, uenighet i problemforståelse, og/eller at det finnes for få møtepunkter. Det er videre økt sannsynlighet for at barn og unge omfattes av et godt tverrfaglig samarbeid når PP-tjenesten har faste formaliserte samarbeidsmøter med fastleger, samt rutiner for samarbeid med legene når det gjelder henvisninger til BUP. Resultatet kan være en konsekvens av generelt økt fokus på tverrfaglig samarbeid, - og iverksetting av tiltak for å øke kvalitet og omfang av samarbeid med øvrige instanser som treffer barn og unge med psykiske problemer.

4 Diskusjon

I denne undersøkelsen har vi hatt hovedfokus på helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten, som representerer de to mest sentrale kommunale tjenestene når det gjelder hjelpetiltak for barn og unge med psykiske vansker. Vårt materiale, som omfatter spørreskjema besvart av ledere ved de respektive enhetene, kartlegging av barn og unge med psykiske vansker, samt intervju med fagpersoner tilknyttet disse og tilstøtende tjenester, gir et godt grunnlag for å vurdere i hvilken grad tjenestene har endret profil som følge av Opptrappingsplanen, og blitt mer innrettet mot brukergruppen.

I tråd med rapporter over kommunenes disponering av de øremerkede midlene, finner vi at helsestasjonstjenesten er styrket i løpet av planperioden. Styrkingen innebærer i all hovedsak tilførsel av nye stillinger, hvorav de fleste er helsesøstere med psykososial kompetanse. Noen av kommunene har lyktes med å rekruttere psykologer, men flere etterspør psykologkompetanse. Dette samsvarer også med kartlegginger som viser at kommunene har hatt god tilførsel av personell med kompetanse i psykisk helsearbeid, men at man ikke har lyktes like godt med tilførsel av psykologkompetanse, og man trolig heller ikke vil nå Opptrappingsplanens måltall for denne personellgruppen (Ådnanes & Sitter, 2007).

Våre resultater tyder på at Opptrappingsplanen har ført til at helsesøstertjenesten retter mer oppmerksomhet mot psykisk helse. De fleste kommunene rapporterer at tjenesten har tiltak for å forebygge psykiske vansker, samt tiltak rettet mot barn og unge som er i en risikosituasjon. Samtidig har tjenesten i løpet av de siste årene økt det tverrfaglige samarbeidet om målgruppen. Selv om helsesøstertjenesten er styrket, rapporterer mellom 10-20 prosent av kommunene i utvalget at tjenesten i liten grad har kompetanse i å håndtere barn og unge med psykiske problemer. Resultatet er sammenfallende med tidligere funn som viser at en av fem helsesøstre mener at de i liten grad har kompetanse i forhold til å jobbe med barn og unge med psykiske vansker (Andersson, Ose, & Norvoll, 2006)

PP-tjenesten har tverrfaglig bemanning og god kompetanse i forhold til psykisk helseproblematikk. Tjenesten er imidlertid i liten grad styrket i løpet av Opptrappingsplanperioden. De fleste PP-tjenestekontorene tilbakemelder da også at de har betydelig kapasitetsproblemer. Flere resultater i denne undersøkelsen tyder imidlertid på at PP-tjenesten likevel har blitt bedre innrettet mot brukere med psykiske problemer. Ventetiden er redusert, brukere med psykiske problemer utgjør en større andel av det totale antall brukere, det er større bredde i tiltakene og mer fokus på individrettet, - i motsetning til systemrettet arbeid. Dette kan være uttrykk for en endring i PP-tjenestens profil i forhold til arbeid med barn og unge med psykiske problemer. En slik endring kan være en indirekte effekt av Opptrappingsplanen, og trolig effekt av et samspill mellom flere faktorer. Virksomme faktorer kan i denne sammenheng være at psykiske helseproblemer i større grad er alminneliggjort og at flere med psykiske vansker blir identifisert, at etterspørselen etter hjelpetilbud har økt, samt at de kommunale tjenestene er pålagt store oppgaver og oppfordret til å samarbeide om tiltak.

Det synes å være et sprik i forhold til den opptrapping som har vært rettet mot kommunene, og den oppmerksomhet PP-tjenesten har fått i denne sammenheng. I de mange helsepolitiske dokument som er utgitt i forbindelse med Opptrappingsplanen er det ikke tydeliggjort, eller lagt vekt på hvilken sentral arena skolen og PP-tjenesten har i forhold til tidlig identifikasjon og forebygging av psykiske problemer hos barn og unge.

I vurderinger av tilgjengeligheten til tjenester finner vi at andel barn og unge med psykiske problemer har økt i løpet av de siste årene, både ved helsesøstertjenesten og ved PP-tjenesten. De tiltakene disse barna mottar har også en større bredde nå enn tidligere. Samtidig viser resultatene at nær halvparten av brukere har behov for flere, eller styrkede tiltak.

I henhold til helsesøsters vurderinger har i alt 20 prosent av barn/unge med psykiske problemer som er kontakt med helsesøstertjenesten et udekket behov for tiltak fra det psykiske helsevernet. Spesialiserte behandlingstilbud etterspørres for ett av ti barn med psykiske vansker som mottar hjelp fra PP-tjenesten. Sannsynligheten for at barnet ikke har et adekvat tjenestetilbud, eller omfattes av et dårlig tverrfaglig samarbeid, er større for gruppen med alvorlige psykiske problemer, sammenlignet med de som har lettere problematikk. Samtlige informanter i undersøkelsen uttrykker dessuten sin bekymring for denne gruppen barn og unge. Helsetilsynet har i sin rapport (2007) gitt uttrykk for tilsvarende bekymring. Utfordringene i arbeidet med barn og unge med alvorlige psykiske vansker er også tydelige i resultater fra kartleggingen i 2004 (Andersson, Røhme, & Hatling, 2005; Andersson & Ose, 2007).

Resultatet kan gjenspeile "gråsoneproblematikk", der man er usikker på de ulike instansenes ansvar og rolle når det gjelder iverksetting av tiltak. Resultatet er også trolig et uttrykk for at de kommunale instansene i dag har ansvar for en gruppe barn og unge der adekvate tiltak krever en annen kompetanse enn hva man kan tilby.

Helhet og samhandling angis i Nasjonal helseplan som den første av seks bærebjelker i helsetjenesten. Faglig trygghet og tydelighet er en forutsetning for å kunne yte gode bidrag i tverrfaglig arbeid. Denne undersøkelsen dokumenterer utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet om barn og unge med psykiske vansker. Selv om resultater tyder på at samarbeidsaktiviteten har økt noe i løpet av de senere årene, finner vi at en stor andel barn og unge som er i kontakt med helsesøstertjenesten eller PP-tjenesten omfattes av dårlig tverrfaglig samarbeid. Det er spesielt samarbeidet med fastlegene som oppleves som problematisk eller mangelfullt. Utfordringer forbundet med fastlegens deltagelse i tiltak for barn og unge med psykiske problemer er dokumentert i tidligere arbeider (Andersson & Tingvold, 2005; Andersson, 2006). Det er behov for å forbedre rammebetingelsene for det tverrfaglige kommunale arbeidet. Det betinger forståelse hos ledere og hos dem som utarbeider forskrifter og retningslinjer. Å bedre samarbeid og koordinering er svært viktige faktorer for å utvikle bedre tjenester for barn og unge med psykiske vansker.

NASJONALE MÅL OG PRIORITERINGER

Opptrappingsplanen for psykisk helse representerer et bredt sett av virkemidler for å styrke tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer. For barn og unge har forebygging og tidlig hjelp vært spesielt fokusert. Det er satt konkrete måltall for en utbygging av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, for å nå flere som befinner seg i en risikosituasjon for å utvikle psykiske problemer, samt for å øke det helsefremmende og psykososiale arbeidet med barn og unge.

Underveis i opptrappingsplanperioden har behovet for en styrking av helsetasjons- og skolehelsetjenesten blitt fremhevet. Man har samtidig blitt oppmerksom på at pedagogisk-psykologisk tjeneste treffer mange barn og unge med psykiske problemer, og at tjenesten derfor bør innrettes bedre mot å yte adekvate tjenester for denne målgruppen (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) er en forsterkning av Opptrappingsplanen, i forhold til økt satsning på barn og unges psykiske helse. I strategiplanen presenteres utvikling av samordnende lavterskeltilbud som nye forebyggende tiltak, og man vektlegger betydningen av helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester. Lavterskeltilbud kan defineres som en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, for å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte, uten henvisning. Tjenesten skal dessuten ha

kompetanse til å kunne tilby utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Kommunale lavterskeltilbud skal ikke erstatte utredning og behandling i psykisk helsevern, men være et supplement til spesialisthelsetjenesten (St. prp. nr 1, (2006-2007); Regjeringens strategiplan, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, IS-1/2007).

Effekter av Opptrappingsplanen på tilbud og tjenester for barn og unge kan være direkte resultat av den økonomiske satsningen gjennom øremerkede midler til kommunale tjenester for barn og unge. Opptrappingsplanen har i tillegg bidratt til et vesentlig økt fokus på psykisk helse i befolkningen, gjennom ulike informasjonstiltak og gjentatte oppslag i media. Det er grunn til å tro at dette har påvirket både etterspørselen etter tilbud, samt innretningen av tjenestene.

Oversikter over disponering av opptrappingsplanmidler til psykisk helsearbeid i kommunene i perioden 1999-2006 (Kaspersen et al., 2007), viser at kommunene i 2006 gjennomsnittlig benyttet 22 prosent av de øremerkede midlene på tiltak for barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste har blitt prioritert høyest, målt i andel av totale midler som går til de ulike tiltakene. Utviklingen over tid viser imidlertid at det har vært en forskyvning fra helsestasjons- og skolehelsetjeneste til annet forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge. I følge St. prp. nr. 1 (2007-2008) vil man i 2007-2008 fortsatt rette særlig oppmerksomhet mot å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsemyndighetene legger altså fortsatt stor vekt på helsefremmende og primærforebyggende virksomhet. I Nasjonal helseplan (2007-2010) beskrives en sterkere satsning på forebyggende arbeid i forbindelse med videre arbeid innen Opptrappingsplanen. Også i Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial – og helsedirektoratet, 2007) beskrives det forebyggende psykiske helsearbeidet som sentralt. Kommunale tiltak for å styrke tilbudet til barn og unge som allerede har utviklet psykiske vansker er i liten grad omtalt.

Sosial- og helsedirektoratet har imidlertid i oversikter over de nasjonale målene og prioriteringer for 2007 (IS- 1/2007) lagt vekt på at kommunene fremover må bygge opp lavterskeltilbud som kan tilby utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og lidelser. De foreliggende resultatene dokumenterer et behov for at oppmerksomheten i tiden fremover bør dreies mer i retning av barn og unge som har utviklet psykiske vansker. Samtidig må kommunens ansvar for denne gruppen presiseres. Det fremkommer ikke hvordan disse oppgavene tenkes løst. Etter vår oppfatning bør det tydeliggjøres hvilke tilbud man forventer at kommunene etablerer, samt hvilken kompetanse som kreves.

SER VI EFFEKTER AV OPPTRAPPINGSPLANEN PÅ TILGJENGELIGHETEN AV TJENESTER FOR BARN OG UNGE?

I løpet av planperioden er det iverksatt mange tiltak som kan virke inn på resultater i denne undersøkelsen. I tillegg til de konkrete tiltakene som er direkte relatert til opptrappingsplanen, som utbygging og oppbygging av tjenester med hensyn til kapasitet og kompetanse, er det igangsatt en rekke andre tiltak og prosjekter for å redusere og bekjempe psykiske problemer i befolkningen. Eksempel på slike tiltak er "Psykisk Helse i skolen". Prosjektet er et omfattende opplæringsprogram rettet mot elever og lærere i grunnskole og videregående skole. Programmene gir barn og ungdom kunnskap om psykisk helse, hvordan være venn for en som sliter og kunnskap om det lokale hjelpeapparatet. Et annet eksempel er Tv- aksjonen Hjerterom 2004, som trolig har bidratt både til holdningsendringer og stigmaredusering i befolkningen i forhold til psykiske helseproblemer.

De overnevnte tiltak, aktiviteter og initiativ er alle relatert til Opptrappingsplanen for psykisk helse, og gir trolig konsekvenser og effekter i forhold til flere av utfallsmålene i denne undersøkelsen. Konsekvenser av holdningsendringer er større åpenhet rundt psykisk problemer, og økt hjelpsøkende atferd blant de som er rammet. (Heltef, 2004; Falck-Pedersen, 2004; Zachrisson et al., 2006;). Det er altså grunn til å tro at det å søke hjelp for psykiske problemer har blitt mer vanlig, aksepteres i større grad, og medfører mindre opplevd stigma, enn for 5- 10 år siden. Slike endringer i befolkningens holdninger har høyst sannsynlig

bidratt til økt etterspørsel etter psykiske helsetjenester i løpet av opptrappingsplanperioden, - en etterspørsel som trolig vil vare ved i noen år ennå.

METODISKE SVAKHETER

Evalueringen har noen metodiske svakheter som man må ta hensyn i vurdering av resultatene. For det første må det tas hensyn til skjevfordelingen i utvalget når rapporten leses, fordi resultatene ikke uten videre kan generaliseres til alle kommuner i Norge.

Den kvantitative delen av undersøkelsen har hatt et hovedfokus på helsesøstertjenesten og PP-tjenesten. Undersøkelsen fanger i liten grad opp den totale oppbygging av det psykiske helsearbeidet i kommunen, rettet mot barn og unge. Basert på intervjuundersøkelsen har det imidlertid blitt tydelig at flere kommuner har etablert, eller igangsatt ulike tiltak basert på midler fra Opptrappingsplanen. I noen kommuner har man for eksempel satset på tiltak for å nå frem til barn og unge av psykisk syke foreldre. Andre har etablert forebyggende team, med fokus på psykisk helse og tidlig intervensjon, eller satset på oppbygging av lavterskeltilbud rettet mot de med alvorlig problematikk (se Norvoll, et al., 2006). Det er grunn til å tro at grad av oppbygging av slike tilbud og tiltak vil redusere presset på helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten, og slik øke tilgjengeligheten av disse tjenestene.

Det har ikke vært mulig å foreta analyser av representativiteten ved de kvantitative kartleggingsundersøkelsene som er gjennomført. Vi vet derfor ikke om undersøkelsen gir et representativt bilde av aktiviteten ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten, når det gjelder arbeidet med barn og unge med psykiske vansker. Kartleggingsundersøkelsen ved helsestasjonstjenesten ble i 2007 gjennomført kort tid etter at tjenesten hadde deltatt på en brukerundersøkelse. Dette kan ha hatt konsekvenser for oppslutningen om undersøkelsen fra helsesøstrenes side, ved at færre helsesøstere har deltatt. Færre barn/unge omfattes av kartleggingen i 2007, sammenlignet med i 2004. Det er imidlertid all grunn til å tro at de to utvalgene er sammenlignbare.

For å fange opp barn og unge med psykiske vansker har vi brukt ett spørsmål fra lærer-versjonen av supplementsdelen i Strengths and Difficulties Questionnaire. Det stilles her spørsmål om barnet har vansker på ett eller flere områder når det gjelder følelser, konsentrasjon, eller med å komme overens med andre mennesker. Spørsmålet er besvart av helsesøster eller fagperson ved PP-tjenesten, og det er usikkerhet knyttet til validiteten på de opplysninger som er samlet inn. Imidlertid, når vi sammenligner anslag basert på selvrapportering, med fagpersonell sin rapportering, finner vi høy grad av samsvar i andel bruker med psykiske vansker (se Sitter, 2008). Dette indikerer høy validitet på de vurderinger som fagpersonell har gjort vedrørende forekomst av psykisk helseproblematikk blant barn og unge som mottar deres tiltak.

Anslag over antall barn og unge med udekte tjenestebehov, og den udekkede etterspørselen etter tilbud og tiltak, er basert på tjenesteutøvers vurderinger. Vi vet ikke om disse vurderingene er sammenfallende med hva barnet/ungdommen eller familien selv ønsker.

5 Konklusjoner og anbefalinger

Målet med prosjektet har vært å undersøke om Opptappingsplanen har bidratt til mer tilgjengelige tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Undersøkelsen har hatt et særlig fokus på aktiviteten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), som er sentrale kommunale hjelpetjenester for barn og unge med psykiske vansker.

Opptappingsplanen har omfattet konkrete måltall for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. PP-tjenesten har fått noe mindre oppmerksomhet i løpet av planperioden. Fokus på PP-tjenestens sentrale rolle i arbeid med barn og unge i målgruppen har først kommet de senere årene, men uten at dette har inngått i Opptappingsplanens økonomiske satsning.

HELSESTASJONSTJENESTEN ER STYRKET OG HAR MER OPPMERKSOMHET RETTET MOT PSYKISK HELSE

De fleste kommunene som inngår i denne undersøkelsen har styrket sin helsestasjonstjeneste med midler fra Opptappingsplanen. Styrkingen av tjenesten er vanligvis ved tilførsel av nye helsesøsterårsverk. En mindre andel av kommunene har rekruttert psykologer til tjenesten. Flere kommuner har også omorganisert helsesøstertjenesten i løpet av de senere årene, slik at den nå er samorganisert med andre tjenester.

De fleste kommunene rapporterer at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har god kompetanse i forhold til å håndtere barn og unge med psykiske vansker, og at det også finnes en rekke forebyggings tiltak. Mye tyder på at Opptappingsplanene har bidratt til at samarbeids- og samhandlingsaktiviteten ved helsestasjonstjenesten har økt i løpet av de siste årene, og at tjenesten har dreid oppmerksomheten mer mot psykisk helse.

PP-TJENESTEN HAR KOMPETANSE MEN FOR LITEN KAPASITET

Bare en mindre andel av PP-tjenestekontorene som inngår i undersøkelsen har blitt styrket i løpet av opptappingsplanperioden. Resultatene tyder på at presset på tjenesten har økt i løpet av opptappingsplanperioden, uten at tjenesten har fått tilført ressurser i vesentlig grad. Kapasiteten synes så være svekket i løpet av de senere årene, spesielt når det gjelder direkte individrettet arbeid og kontakt/veiledning foreldre. Samhandling og samarbeidsaktiviteten ved PP-tjenesten er i liten grad endret i løpet av planperioden.

De fleste PP-tjenestekontor tilbakemelder at de har god kompetanse i forhold til å håndtere barn og unge med psykiske vansker. PP-tjenestekontor kan imidlertid ha ulike profiler i forhold til arbeid med denne målgruppen. Valg av tjenesteprofil synes i liten grad å være relatert til Opptappingsplanen. Det er behov for å tydeliggjøre hvilken rolle PP-tjenesten skal ha i det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

ØKT TILGJENGELIGHET, MEN MEST FOR DE MED MINST VANSKER

Andel barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten har økt i løpet av siste del av opptappingsplanperioden. Det er større bredde på de tiltakene som tilbys, og ved PP-tjenesten omfattes også flere av tverrfaglig samarbeid.

PP-tjenesten har også i løpet av de tre siste årene redusert ventetiden for igangsetting av tiltak.

Undersøkelsen avdekker imidlertid at helsesøster er i kontakt med en forholdsvis stor andel barn og unge med alvorlige psykiske vansker, som ikke mottar et adekvat hjelpetilbud. Denne andelen har også økt i løpet av de siste årene. Resultatet kan gjenspeile en spenning mellom vektleggingen av helsefremmende og forebyggende arbeid, og tiltak rettet mot brukere med de største vanskene. Det er behov for å se nærmere på de overordnede prioriteringer som er gjort i kommunene når de har dimensjonert sine tjenester og utformet sine tilbud.

HELSESTASJONSTJENESTEN NÅR IKKE GUTTER I UNGDOMSALDER

Kartlegging av brukere med psykiske problemer ved helsestasjonstjenesten viser at ungdommer i alderen 13- 18 år dominerer. Blant disse er det en betydelig overvekt av jenter. Det er fortsatt behov for å utprøve metoder og igangsette tiltak for å nå frem til gutter med psykiske vansker i denne aldersgruppen.

BEHOV FOR KOMMUNALE LAVTERSKELTILBUD SOM KAN UTREDE OG BEHANDLE

I alt 20 prosent av barn og unge med psykiske vansker som er i kontakt med helsesøster har et vurdert udekket behov for tilbud fra psykisk helsevern. Helsesøsters vurdering kan være et uttrykk for at kommunen mangler et hjelpetilbud til de som allerede har utviklet psykiske vansker.

Det er behov for å videreføre arbeidet med å styrke det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. I denne sammenheng bør man i større grad enn hittil være oppmerksom på gruppen barn og unge med mer alvorlig problematikk.

Fortsatt satsing på utbygging av kommunale lavterskeltilbud med psykososial kompetanse kan bidra til at flere med psykiske vansker kan få et adekvat hjelpetilbud. Kommunene bør stimuleres til å jobbe aktivt for å etablere slike tilbud, der barn og unge med psykiske problemer kan henvende seg direkte, og hvor det finnes kompetanse til å gi utredning og terapeutiske tilbud. Gode lokale tilbud for denne gruppen kan også lette presset på det psykiske helsevernet.

RESSURSER, KOMPETANSE OG TVERRFAGLIG SAMARBEID VIKTIG FOR TILGJENGELIGHET TIL TJENESTER

Resultater tyder på at det ikke er samsvar mellom de kommunale tjenestenes oppgaver i arbeid med barn og unge med psykiske vansker, og de ressursene de har tilgjengelig. Dette gjelder spesielt for PP-tjenesten og barneverntjenesten, som ikke, - eller i svært liten grad har mottatt midler gjennom Opptappingsplanen.

Riktig kompetanse hos den enkelte fagperson, og hos fagpersoner samlet er en forutsetning for å kunne gi adekvate tjenester. Undersøkelsen avdekker at det er behov for mer psykososial kompetanse inn i de tjenestene som treffer barn, unge og familier som er berørt av psykiske helseproblemer.

Et velfungerende tverrfaglig samarbeid vil ha betydning for tilgjengeligheten til tjenestene. Et stort og økende antall barn og unge omfattes av et tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer. Det er spesielt samarbeidet med fastleger og BUP som oppleves som problematisk. En hovedutfordring synes å være at det ikke finnes møteplasser, og at man er uenig i ansvarsfordeling i og iverksetting av tiltak. Informantene problematiserer Individuell plan som et pålegg for å løse de store utfordringene som ligger i tverrfaglig – og tverretatlig samarbeid.

Den videre oppbyggingen av det kommunale tilbudet for barn og unge med psykiske problemer bør være mer målrettet, med klare føringer på hva slags kompetanse og hva slag

tilbud kommunen bør ha. En bør søke å finne løsninger for i større grad å kunne involvere fastleger med kompetanse om barn og unges psykiske helse i det tverrfaglige samarbeidet.

Samarbeid må læres, og ledelsen i kommunen har et viktig ansvar i forhold til dette, blant annet ved å iverksette tiltak for å oppnå kompetanse i å samarbeide om barn og unge i kommunene. Dette kan oppnås ved at kommunen har en plan for opplæring, der utvikling av samarbeid og samarbeidskompetanse inngår.

Vedlegg – metode, analyser,
kommentert tabellmateriale, resultat
intervjuundersøkelse

1 Metode

1.1 Utvalg kommuner i kvantitativ undersøkelse

I innledende fase av prosjektet (2002) fikk 70 kommuner forespørsel om delta i evalueringprosjektet. Kommunene ble trukket delvis strategisk for å sikre geografisk spredning og variasjon i størrelse (innbyggertall). I tillegg ble kommuner som deltok i forsøk med utprøving av familiesenter innlemmet i utvalget, - dette som ledd i et samarbeid med forskere med ansvar for gjennomføring av en evaluering av dette forsøket (se Haugland, Rønning & Lenschow, 2005).

Følgende fire kriterier ble benyttet for valg av kommuner:

1. Alle fylker skal være representert.
2. Ulike kommunestørrelser (basert på folketall) skal være representert i følgende fire grupper; 0-2999 innbyggere < 18 år, 3-5999 innbyggere < 18 år, 6-8999 innbyggere < 18 år, og > 9000 innbyggere < 18 år).
3. Kommune som deltar i forsøket med familiesenter skal være representert
4. Kommunen skal ha et PP-tjenestekontor.

Kommunene ble trukket systematisk ved at en fortløpende valgte første kommune i hvert fylke (basert på kommunenummer), som oppfylte kriteriet for befolkningstall. I fylker der det ikke er kommuner med mer enn 5000 innbyggere ble den kommunen med flest innbyggere valgt. Storbykommunene Trondheim, Oslo, Bergen ble ekskludert av praktiske årsaker i forbindelse med gjennomføringen. PP-tjenesten i disse storbykommunene er organisert i distrikter. Det ville ha medført at en mer omfattende og tidkrevende prosedyre ved datainnhenting for å inkludere disse.

Ved første datainnhentingsfase, i 2002, deltok helsestasjonstjenesten fra 45 av kommunene (64 prosent), og 47 PP-tjenestekontor (69 prosent). I alt 10 kommuner ga på dette tidspunkt tilbakemelding om at de ikke ønsket å delta i prosjektet. For nærmere beskrivelse av det opprinnelige kommuneutvalget, se Andersson & Hatling (2003).

I alt 60 kommuner fikk forespørsel om å delta i kartleggingsundersøkelsene ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten i 2004. Se Andersson, Røhme & Hatling (2005) for en nærmere beskrivelse av utvalget som deltok i 2004.

1.1.1 Utvalg kommuner og datatilfang i 2007

Forespørsel om å delta i oppfølgingsstudien i 2007 ble sendt til helsestasjonstjenesten i de 60 kommunene som vi kontaktet i 2004, og til PP-tjenesten i 58 av disse kommunene³.

³ Vi unnlot å sende forespørsel til PP-tjenesten i to av kommunene, fordi PP-tjenesten hadde gitt tilbakemelding om at de ikke ønsket å delta i oppfølgingsprosjektet.

I alt 50 av disse kommunene deltok i kartleggingsundersøkelsen ved helsestasjonene (83 prosent), mens 51 av kommunene deltok i kartleggingen ved PP-tjenesten (88 prosent). Vi mottok utfylt spørreskjema med opplysninger om tjenesten fra ledende helsesøster i 46 av kommunene (76 prosent), og fra leder av PP-tjenesten i 45 av kommunene (75 prosent). Tabellen under gir en oversikt over antall kommuner som deltar, etter antall innbyggere i kommunen⁴.

Tabell 1.1 Antall kommuner som har medvirket i undersøkelsen. Etter kommunestørrelse. 2007

Kommunestørrelse ant. innbyggere under 18 år	Data om helsesøster- virksomheten	Kartlegging ved helsesøster- virksomheten	Data om virksomheten ved PPT	Kartlegging ved PPT
	Ant. kommuner	Ant. kommuner	Ant. kommuner	Ant. kommuner
0-2999	15	18	16	19
3-5999	16	16	14	17
6-9000	6	6	7	6
>9000	9	10	8	9
Totalt ant. kommuner	46	50	45	51

1.1.2 Kommunenes representativitet

Totalt er 58 kommuner inkludert i undersøkelsen som er gjennomført i 2007.⁵ I alt 44 kommuner, eller tre av fire kommuner i utvalget, har levert data fra både helsestasjoner⁶ og PP-tjenesten. For seks av kommunene er kun helsestasjonene inkludert i utvalget og for åtte andre kommuner er kun PP-tjenesten inkludert. Dette betyr at vi har data fra 50 ulike kommuner for helsestasjonene og for 52 ulike kommuner for PP-tjenesten.

I dette avsnittet skal vi undersøke om disse kommunene er representative for alle kommunene i landet bruker vi to indikatorer:

- Kommunestørrelse
- KOSTRA-gruppe
- Representativitet i forhold til geografisk beliggenhet (fylke)

For kommunestørrelsene bruker vi to ulike inndelinger. Den første baseres på antall innbyggere under 18 år (brukt ellers i rapporten), mens den andre inndelingen baseres på antall innbyggere totalt i kommunen.

Det er ikke opplagt at det er størrelsen på kommunene som er det viktigste kjennetegnet ved kommunene når det gjelder helsestasjoner og PP-tjenesten. En alternativ inndeling er å bruke KOSTRA-grupperingen, som kategoriserer kommunene både etter folkemengde, og etter rammebetingelser. Kommunene grupperes i små (<5000), mellomstore (5000-19 999) og store kommuner (> 20 000 innbyggere). De økonomiske rammebetingelsene måles i bundne kostnader per innbygger, og frie disponible inntekter per innbygger. Bundne

⁴ Materialet omfatter i alt 11 interkommunale PP- tjenestekontor. Fordisse kontorene er gruppering i tabellen basert på innbyggertallet i den kommunen der PP- tjenestekontoret er lokalisert.

⁵ Det er ikke informasjon om kommune for 49 brukere av helsestasjoner og for 20 brukere av PPT. Dette tilsvarer mindre enn 2 prosent av det totale utvalget.

⁶ Helsestasjoner omfatter også ungdomshelsestasjon og skolehelsetjeneste.

kostnader per innbygger er et mål på kommunenes kostnader for å innfri minstestandard og lovpålagte oppgaver, mens frie inntekter sier noe om inntektene kommunen har til disposisjon når de bundne kostnadene er dekket. Det brukes kvartilgrenser for å dele inn kommunene. Grupperingen er nærmere beskrevet i Langørgen et. al (2006).

Utvalget inkluderer 13 prosent av alle kommunene. Om det skulle vært absolutt representativt for alle kommunegrupper (etter størrelse og inntekt) og fylker slik at en like stor andel av kommunene var med, ville 13 prosent av kommunene vært inkludert for hver gruppe.

1.1.2.1 Representativitet i forhold til kommunestørrelse.

Tabell 1.2 Representativitet i forhold til antall innbyggere under 18 år. Antall kommuner og prosent av kommune i ulike innbyggergrupper.

Innbyggere	Landet	Totalt		Helsestasjon		PPT	
		Utvalg	Prosent	Utvalg	Prosent	Utvalg	Prosent
0-2999	342	22	6	18	5	19	6
3000-5999	57	19	33	16	28	17	30
6000-9000	12	6	50	6	50	6	50
>9000	20	11	55	10	50	10	50
Total	431	58	13	50	12	52	12

Norge består av mange små kommuner. Totalt har nesten 80 prosent av kommunene færre enn 3000 innbyggere under 18 år. Som tabell 1.2 viser, har utvalget en stor undervekt av de minste kommunene og en overvekt av de noe større kommunene.

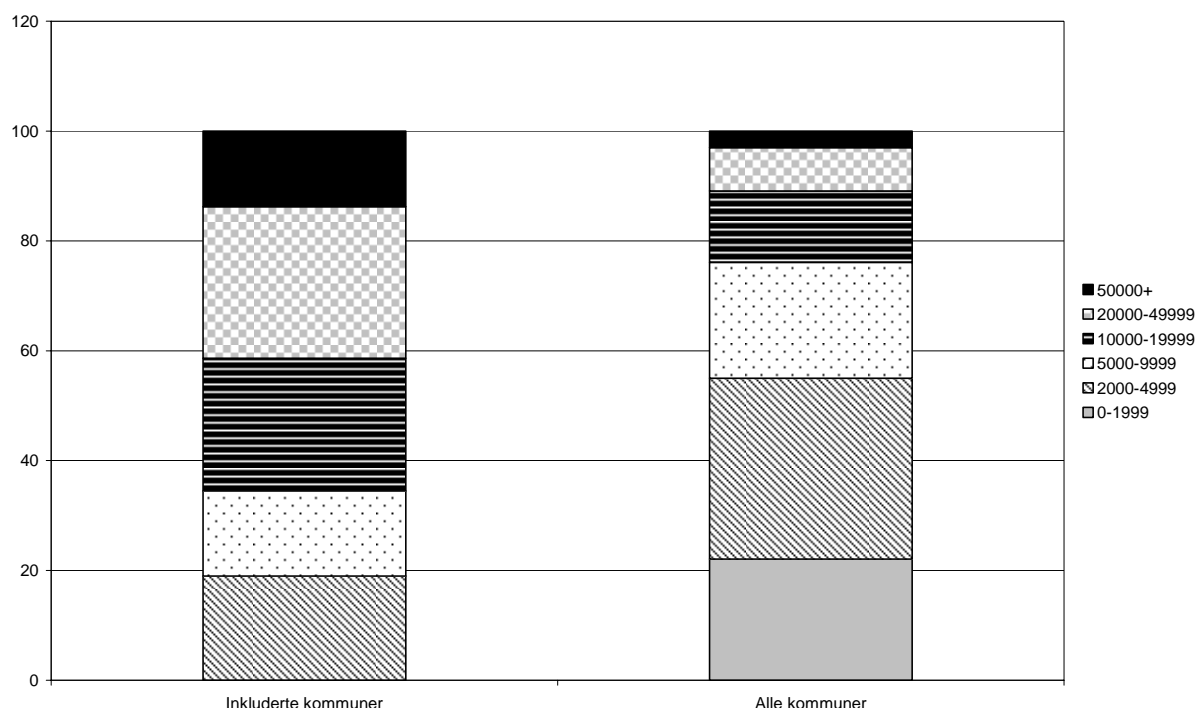
Vi ser på det samme i forhold til totalt antall innbyggere i kommunen. Her bruker vi en standard inndeling i forhold til kommunestørrelse som blant andre brukes av SSB.

Tabell 1.3 Representativitet i forhold til antall innbyggere 18 år og over. Antall kommuner i ulike innbyggergrupper og prosent inkludert i hver gruppe.

Innbyggere	Landet	Totalt		Helsestasjon		PPT	
		Utvalg	Prosent	Utvalg	Landet	Utvalg	Prosent
0-1999	95	0	0	0	0	0	0
2000-4999	142	11	8	9	6	9	6
5000-9999	91	9	10	7	8	8	9
10000-19999	56	14	25	13	23	14	25
20000-49999	34	16	47	14	41	13	38
50000+	13	8	62	7	54	8	62
Total	431	58	13	50	12	52	12

Over halvparten av alle kommuner i Norge har færre enn 5000 innbyggere. Utvalget inkluderer ingen av de aller minste kommunene, men inkluderer en økende andel av kommunene i de andre gruppene. Som vi ser er utvalget relativt representativt for kommunegruppene 2000-4999 og 5000-9999, men overrepresentert i økende grad for kommunegruppene over.

For eksempel har bare 3 prosent av kommunene i Norge 50 000 innbyggere eller mer, mens hele 14 prosent av utvalget ligger i denne gruppen (ikke vist direkte). Dette kan også illustreres som i figuren under.



Figur 1.1 Prosent av kommuner i utvalget (N=58) og totalt (N=431) i hver kommunegruppe.

1.1.2.2 Representativitet i forhold til KOSTRA-grupper.

Tabell 1.2 og 1.3 viser at det er små forskjeller i de to utvalgene. Dette skyldes stor grad av overlapp mellom utvalgene. Vi ser derfor i det følgende kun på det totale utvalget, dvs vi skiller ikke mellom helsestasjoner og PP-tjenesten.

I tabell 1.4 har vi kategorisert kommunene samtidig etter folkemengde og etter rammebetingelser, dvs KOSTRA-grupper. Vi ser at for mange av gruppene er utvalget relativt representativt. Utvalget er særlig underrepresentert i små kommuner med høye bundne kostnader og høye frie disponible inntekter og for gruppen av de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter. Ingen kommuner i utvalget representerer disse kategoriene. Videre er de store kommunene overrepresentert. Dette gjelder særlig de store kommunene utenom de fire største byene.

Når vi så på representativitet i forhold til kommunestørrelse (tabell 1.2 og 1.3) så vi at de aller minste kommunene var sterkt underrepresentert. I tabell 1.4 ser vi at utvalget likevel er representativt for små kommuner med både lave frie disponible inntekter og høye frie disponible. Hovedproblemet ligger i forhold til de små kommunene med høye bundne kostnader.

Tabell 1.4 Representativitet i forhold til KOSTRA-grupper. Antall kommuner i ulike KOSTRA-grupper og prosent inkludert i hver gruppe.

Kommune grupper		Antall kommuner totalt	Antall kommuner i utvalget	Prosent av kommunene inkludert
Små kommuner	Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	28	3	11
	Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	67	2	3
	Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	32	5	16
	Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	45	1	2
	Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	58	0	0
Mellomstore kommuner	Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	34	6	18
	Lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	32	6	19
	Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	20	5	25
	Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	48	5	10
	Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	14	2	14
Store kommuner	Store kommuner utenom de fire største byene	39	22	56
	Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger	4	1	25
Andre	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10	0	0
	I alt	431	58	13

1.1.2.3 Representativitet i forhold til geografisk beliggenhet (fylke)

Alle fylkene utenom Oslo er representert i utvalget, se tabell 1.5. I de andre fylkene er særlig Nord-Trøndelag underrepresentert. Dette har selvsagt sammenheng med at det er mange små kommuner i Nord Trøndelag. De andre fylkene er relativt godt representert når vi kun ser på antall kommuner inkludert uavhengig av kommunestørrelse. Kommunene i Buskerud, Telemark, Aust Agder, Vest Agder og Rogaland er målt på denne måten noe overrepresentert.

Tabell 1.5 Representativitet i forhold til fylke.

Fylke	Antall kommuner	Antall kommuner i utvalget	Prosent av kommunene inkludert
Østfold	18	3	17
Akershus	22	3	14
Oslo	1	0	0
Hedmark	22	3	14
Oppland	26	2	8
Buskerud	21	5	24
Vestfold	14	2	14
Telemark	18	4	22
Aust Agder	15	3	20
Vest Agder	15	3	20
Rogaland	26	5	19
Hordaland	33	3	9
Sogn og Fjordane	26	4	15
Møre og Romsdal	37	3	8
Sør Trøndelag	25	3	12
Nord Trøndelag	24	1	4
Nordland	44	5	11
Troms	25	4	16
Finmark	19	2	11
Total	431	58	13

1.1.3 Oppsummering

Det er ikke opplagt hvilke mål vi skal bruke for å undersøke om kommunene i utvalget er representativ for kommunene i Norge når det gjelder tjenester til barn og unge. Kommunene er forskjellig, både med hensyn til tilbud av, - og etterspørsel etter tjenester fra helsestasjonene og fra PP- tjenesten. Disse størrelsene er i stor grad uobserverbare, slik at andre tilnærminger må benyttes.

Vi har undersøkt om kommunene i utvalget er representativ for kommunene i landet som helhet, ved å se på forskjeller etter størrelse på kommunene, KOSTRA-grupper (kategorisering etter størrelse og etter økonomiske rammebetingelser) og etter geografisk beliggenhet (fylke).

Norge består i 2007 av 431 kommuner. I utvalget er 58 kommuner representert, dvs omtrent 13 prosent av alle kommunene. De aller fleste kommunene i Norge er små, og over halvparten av kommunene har under 5 000 innbyggere. Mer enn 1 av 5 kommuner har mindre enn 2 000 innbyggere. For at utvalget skal være representativt må derfor en stor andel mindre kommuner være med.

Resultatene viser at ingen av kommune med under 2 000 innbyggere er inkludert. Totalt er små kommuner sterkt underrepresentert, mellomstore kommuner er godt representert og de store kommunene er overrepresentert. Vi finner likevel at de små kommunene som er underrepresentert ikke systematisk er kommuner med like rammebetingelser. Utvalget må sies å være representativt for små kommuner med både lave frie disponible frie inntekter og høye frie disponible. Hovedproblemet ligger i forhold til de små kommunene med høye bundne kostnader, som i liten grad er representert.

Alle fylkene utenom Oslo er representert i utvalget. Særlig er Nord-Trøndelag underrepresentert, men dette har sammenheng med skeivhetene i utvalget ved at små kommuner er underrepresentert.

1.2 Prosedyrer og gjennomføring kvantitative undersøkelser

1.2.1 Helsestasjonstjenesten

Kartleggingen ved helsestasjonstjenesten pågikk i en fire ukers periode våren 2007. Helsesøster treffer så godt som alle barn. Av hensyn til gjennomførbarheten av kartleggingen ved helsestasjonstjenesten, samt for å øke relevansen i forhold til målene i undersøkelsen, definerte vi følgende kriterier for hvilke barn og unge som skulle kartlegges:

- Barn og ungdom under 18 år, som i den angitte perioden har direkte kontakt med helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom ordinære helsekontroller/ helseundersøkelse/ helseopplysning eller vaksinerings, som viser tegn eller symptom på psykiske vansker, og som helsesøster/ fagperson tilknyttet helsestasjonstjenesten iverksetter/planlegger å iverksette målrettet undersøkelse/ tiltak overfor.
- Barn og ungdom under 18 år som viser tegn eller symptom på psykiske vansker, og som helsesøster/fagperson tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten iverksetter/planlegger å iverksette målrettet undersøkelse/tiltak overfor, når man har direkte kontakt med foresatt eller annen instans om barnet/ ungdommen.
- Barn og ungdom under 18 år som er i kontakt med helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom en målrettet undersøkelse relatert til psykisk helse.

Det ble i tillegg presisert at kartleggingen skulle gjennomføres av helsesøster eller annen fagperson ved helsestasjonen (for eksempel psykolog eller psykiatrisk sykepleier), som hadde den aktuelle brukerkontakten).

Bruk av inklusjonskriteriene innebar at kartleggingen omfattet barn og unge som hadde kontakt med helsestasjonstjenesten i forbindelse med psykisk helse (dvs. *ikke alle* barn og unge som helsesøster treffer). Kriteriene er identiske med kriterier som ble benyttet ved kartleggingen i 2004.

1.2.1.1 Ledene helsesøster som kontaktperson

Forut for gjennomføringen av kartleggingsundersøkelsen ble det etablert kontakt med ledende helsesøster i de utvalgte kommunene. Vår kontaktperson mottok deretter informasjonsskriv og kartleggingsskjema som hun distribuerte til de aktuelle enhetene ved helsesøstervirksomheten i kommunen. Vi presiserte at disse skulle omfatte følgende: a) samtlige helsestasjoner, herunder ungdomshelsestasjon(er), og skolehelsetjenesten ved inntil 12 skoler, herunder videregående skole. I kommuner med mer enn 12 aktuelle skolehelsetjenester skulle undersøkelsen omfatte et utvalg enheter der både grunnskoler (1-7 og 8-10. trinn) og videregående skoler var representert.

Kontaktpersonen hadde også ansvar for å samle inn og returnere utfylte kartleggingsskjema til SINTEF Helse.

1.2.2 PP-tjenesten

Kartleggingen ved PP-tjenesten pågikk i en to ukers periode våren 2007. Vi presiserte at kartleggingen skulle omfatte *alle* barn og ungdom (<18 år) som PP-tjenesten har direkte kontakt med, eller som PP-tjenesten har direkte kontakt med foresatt(e) eller annen instans om, (f. eks lærer, helsesøster, fagperson fra BUP) i perioden. Kartleggingen ble gjennomført av fagperson ved PP-tjenesten som hadde ansvar for den aktuelle saken.

1.2.3 Måleinstrumenter

1.2.3.1 Kartleggings skjema

For på fange opp og beskrive kjennetegn ved barn og unge med psykiske vansker som er brukere av henholdsvis helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten, har vi benyttet vi et tosidig kartleggings skjema. Dette er identisk med det som ble benyttet ved datainnhenting i 2004⁷. Det er utarbeidet to skjemaversjoner, tilpasset henholdsvis PP-tjenesten og helsestasjonstjenesten.

Skjemaet første side etterspør demografiske opplysninger (alder, kjønn, meldingsgrunn/kontaktårsak, problemområder i barnets miljø), samt opplysninger om første kontakt med tjenesten og ventetid (gjelder kun for PP-tjenesten).

Tjenesteutøvers/saksansvarlig bes dessuten her angi sin vurdering av barnets psykiske helse. Spørsmålet vedrørende psykisk helse, som er formulert med utgangspunkt i først spørsmål i supplementsdelen til Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1999; Heyerdahl, 2003), er som følger: *Samlet, har barnet/ungdommen vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller med å komme overens med andre mennesker?* Svaralternativene er: a) Nei, b) Ja, små vansker, c) Ja, tydelige vansker, d) Ja, alvorlige vansker, og e) Vet ikke.

Skjemaets andre side inneholder en liste over aktuelle tiltak/tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Ansvarlig fagperson ved de respektive tjenestene bes krysse av: a) tiltak/tjenester barnet/ungdommen faktisk mottar, og b) tiltak/tjenester som barnet/ungdommen ideelt sett burde ha fått. Denne kartleggingen av tiltak og vurderingen gir grunnlag for å beregne udekket tjenestebehov hos barn og unge med psykiske problemer som er brukere av helsestasjonstjenester og PP-tjenesten.

Skjemaet omfatter i tillegg spørsmål vedrørende tverrfaglig samarbeid om barnet/ungdommen: hvilke instanser som er involvert i samarbeidet, samt tjenesteyters vurdering av hvordan samarbeidet med den enkelte involverte instans/aktør fungerer. Tjenesteyter bes også angi aktuelle årsaker til at det tverrfaglige samarbeidet eventuelt ikke fungerer godt.

1.2.3.2 Spørreskjema om tjenesten

Det er innhentet opplysninger om de deltagende tjenestene gjennom et spørreskjema besvart av henholdsvis leder ved PP-tjenestekontoret, samt ledene helsesøster i kommunen. Det er utarbeidet to skjemaversjoner, tilpasset henholdsvis PP-tjenesten og helsestasjonstjenesten. Skjemaene etterspør opplysninger om organisering av tjenesten, kapasitet og kompetanse, aktuelle tilgjengelige tiltak/tjenester rettet mot spesielle målgrupper (gjelder helsestasjonstjenesten), samt opplysninger om samarbeid og samarbeidsformer.

1.2.4 Statistisk analyse

1.2.4.1 Kjennetegn ved barn og unge som er brukere av helsesøstertjenesten og PP-tjenesten

Deskriptiv statistikk anvendes for på fremstille kjennetegn ved barn og unge med psykiske problemer som er brukere av henholdsvis helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten.

⁷ Skjemaet er imidlertid noe revidert i forhold til baseline studien (2002). Se nærmere redegjørelse for dette i Andersson, Röhme og Hatling, (2005).

Vi benytter kji-kvadrattester for å undersøke om populasjonen er endret ilt de tre siste årene på visse karakteristika: kjønn, alder, problemområder/meldingsgrunn, alvorlighetsgrad psykiske vansker, samt problemområder i miljøet.

1.2.4.2 Tjenesteprofil ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten

Vi benytter deskriptiv statistikk for å presentere ulike aspekter ved tjenesteprofiler ved hhv PP-tjenesten og helsestasjonstjenesten: hvem henviser, ventetid (gjelder PP-tjenesten), tilgjengelige tiltak (andel barn og unge som omfattes av de ulike tiltakene), andel barn og unge som omfattes av tverrfaglig samarbeid, samt opplevd kvalitet i det tverrfaglige samarbeidet.

Kji-kvadrattester anvendes for å undersøke om det er statistisk signifikante endringer i tjenesteprofil fra 2004 til 2007. Disse analysene baseres på data fra kartleggingsundersøkelsene.

De deskriptive beskrivelse av tjenestenes profil suppleres med opplysninger om organisering, kapasitet, kompetanse og samarbeidsformer. Dette basert på spørreskjema besvart av de ledere ved de respektive tjenestene.

1.2.4.3 Indikatorer for tilgjengelighet

I prosjektet benyttes tre indikatorer for tjenestetilgjengelighet

- Andel barn og unge med psykiske problemer som er brukere av tjenestene⁸
- Udekket etterspørsel etter tiltak/ tjenester.
- Kvalitet i det tverrfaglige samarbeidet om barnet/ungdommen.

1.2.4.4 Endring i tilgjengelighet

For å studere eventuell endring i tilgjengelighet i løpet av opptrappingsplanperioden sammenlignes data fra 2004 med data fra 2007 på de respektive indikatorer. I disse analysene anvendes kji-kvadrattester.

1.2.4.5 Prediktorer for tilgjengelighet

For å studere faktorer som predikerer tilgjengelighet til tjenestene anvendes binære logistiske regresjonsanalyser. I disse analysene er data fra kartleggingsundersøkelsene koblet med opplysninger om tjenestene (innhentet ved spørreskjema til de respektive ledere av tjenestene, jfr. pkt 2.3.2).

1.3 Kvalitativ intervjuundersøkelse

Det er gjennomført kvalitative intervju med ansatte ved helsestasjonstjenesten, PP-tjenesten barneverntjenesten i tre kommuner, samt med ansatte i BUP som samarbeidet med disse kommunene.

⁸ Analyser av endring i andel barn og unge med psykiske problemer som er brukere av helsestasjonstjenesten er basert på data fra brukerundersøkelsen som er gjennomført ved de samme enhetene hhv våren 2004 og 2007. Dette materialet egner seg svært godt for slike analyser. For det første fordi brukerundersøkelsen har omfattet *alle* brukere av helsestasjonstjenesten i den angitte perioden. For det andre fordi brukerne har gjort en egenvurdering (gjelder ungdom) eller foreldrebasert vurdering av i hvilken grad psykiske vansker forekommer (SDQ). (Se for øvrig Sitter, 2008, for en nærmere redegjørelse av gjennomføringen av brukerundersøkelsen).

En kommune ble besøkt, og der ble to informanter intervjuet individuelt og to sammen. En BUP ble besøkt. De øvrige åtte informantene ble intervjuet per telefon. Intervjuene varte fra 1 til 1 ½ time og ble, med ett unntak, tatt opp på digitalt opptaksutstyr og skrevet ut tilnærmet ordrett. Fra ett intervju ble det tatt fortløpende notater. Intervjuguiden fra de tidligere undersøkelsene ble brukt med minimale endringer. Informantene fikk guiden tilsendt på forhånd. Intervjuene ble gjennomført semistrukturert i det alle temaene i guiden ble berørt, men utdypet i ulik grad i de ulike intervjuene.

Utskriftene av intervjuene ble analysert ved hjelp av en hermeneutisk innholdsanalyse. I analysen ble det sett etter mønstre, likheter og forskjeller i de tre kommunene og de tre BUP'ene.

2 Kjennetegn ved barn og unge med psykiske vansker som er brukere av helsesøstertjenesten

2.1 Psykiske vansker hos barn/unge som er i kontakt med helsesøstertjenesten

Kartleggingen ved helsestasjonstjenesten omfatter ikke alle barn/ unge som er i kontakt med tjenesten, men er basert på et sett inklusjonskriterier, (jfr. metodekapittel pkt. 2.1). Data fra kartleggingen gir derfor ikke et grunnlag for direkte å kunne angi forekomst av psykisk vansker blant barn/unge som er i kontakt med helsesøster. Vi har for denne analysen derfor gjort bruk av data fra vår brukerundersøkelse, som er gjennomført ved helsestasjonstjenesten i de samme kommunene, og som har omfattet alle brukere av tjenesten (foresatte, samt ungdom fylt 16 år) i en angitt periode, henholdsvis i 2004 og 2007) (se Sitter og Andersson, 2005; og Sitter, 2008).

Spørreskjemaet som er benyttet for å innhente brukernes erfaringer med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, omfatter et spørsmål om vurdering av egen/barnets psykiske helse hentet fra "impact-supplement" delen til Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), (Goodman, 1999; Heyerdahl, 2003). Spørsmålet som stilles er om respondenten selv opplever å ha vansker på ett eller flere av følgende områder: følelser, konsentrasjon, oppførsel, eller med å komme overens med andre mennesker. Respondentens svar på dette spørsmålet er benyttet for å identifisere brukere med psykiske vansker.

I de følgende to tabellene (tabell 2.1 og 2.2) presenteres statistikk fra 2004 og 2007 over henholdsvis antall foresatte og ungdommer som har medvirket i brukerundersøkelsen, samt andel som oppgir å ha psykiske vansker (små, tydelige eller alvorlige vansker).

Tabell 2.1 Bruker av helsesøstertjenesten. Andel barn 0-16 år med psykiske vansker, basert på foreldrerapportering, 2004 og 2007

Statistikker	Antall foresatte i brukerundersøkelsen	Antall foresatte som oppgir at barnet har psykiske vansker	Prosentandel med psykiske vansker	Kji-kvadrattest χ^2
2004	3 418	228	7	9,4**
2007	2 694	236	9	

Note. ** $p < 0,001$. I beregning av prosentandel med psykiske vansker er antall med ubesvart på spørsmålet om dette behandlet som har ikke psykiske vansker. Antall ubesvarte i 2004: 33; i 2007: 747.

Datamaterialet fra 2004 viser at sju prosent av alle barn som er i kontakt med helsesøstertjenesten har psykiske vansker. I 2007 er forekomsten ni prosent. Det er en statistisk signifikant økning fra 2004 til 2007 i forekomst av psykiske vansker blant barn som er i kontakt med helsesøster.

Tabell 2.2 Bruker av helsesøstertjenesten. Andel ungdom fylt 16 år med psykiske vansker, basert på egenrapportering, 2004 og 2007.

Statistikker	Antall ungdommer i brukerundersøkelsen	Antall ungdommer som oppgir å ha psykiske vansker	Prosentandel med psykiske vansker	Kji-kvadrattest χ^2
2004	612	215	35	1,0 n.s
2007	888	334	38	

Note. I beregning av prosentandel med psykiske vansker er antall med ubesvart på dette spørsmålet behandlet som "har ikke psykiske vansker". Ant ubesvarte i 2004: 40, i 2007: 159.

Datamaterialet fra 2004 viser at 35 prosent av alle ungdommer fylt 16 år, som er i kontakt med helsesøster, oppgir å ha psykiske vansker. Materialet fra 2007 viser at denne forekomsten har steget til 38 prosent. Økningen i forekomst av psykiske vansker blant ungdommer som er i kontakt med helsesøster er imidlertid ikke statistisk signifikant.

2.2 Kartlegging ved helsestasjonstjenesten. Forekomst av psykiske vansker

Kartleggingen som er gjennomført ved helsestasjonstjenesten i 2004 og 2007 er basert på inklusjonskriterier (jfr. pkt. 2.1), og omfatter således ikke den totale populasjonen barn og unge som er i kontakt med helsesøstertjenesten. Tabell 2.3 gir en oversikt over totalt antall barn/unge som omfattes av kartleggingene i henholdsvis 2004 og 2007, samt andel i dette materialet som, i *henhold til helsesøsters vurdering*, har psykiske vansker.

Tabell 2.3 Andel barn, som på grunnlag av gitte inklusjonskriterier, er kartlagt ved helsesøstertjenesten. Totalt antall barn og andel med psykiske vansker. 2004 og 2007

Statistikker	Totalt antall barn kartlagt*	Antall barn med psykiske problemer	Prosentandel barn med psykiske vansker	Kji-kvadrattest χ^2
2004	3 065	2 370	77	49,6**
2007	1 295	1 122	87	

Note. Vet ikke/ ubesvart på spørsmålet om barnet har å psykiske vansker: i: 2004 = 310; i: 2007= (4 %). ** $p < 0,001$.

Kartleggingsundersøkelsen som ble gjennomført i 2004 omfattet i alt 3065 barn og unge, av disse hadde 77 prosent (2370) psykiske vansker. Kartleggingen som er gjennomført i 2007 har omfattet i alt 1295 barn/ unge, hvorav 87 prosent (1122) vurderes å ha psykiske vansker.

Barn og unge som etter helsesøsters vurderinger har psykiske vansker, utgjør utvalgene (2004 og 2007) i de påfølgende analysene. Tabellen under (2.4) viser ved hvilke helsesøsterenheter barna/ ungdommene er kartlagt.

Tabell 2.4 Antall kartlagte barn og unge med psykiske vansker etter type helsesøsterenhet, 2004 og 2007

Enhet	Prosentandel barn	
	2004 (n=2370)	2007 (n=1107)
Helsestasjon for barn	14	17
Helsestasjon for ungdom	8	5
Skolehelsetjenesten	77	78
Totalt	100	100

Det fremgår av tabellen at de fleste barn/unge som omfattes av undersøkelsen er kartlagt ved skolehelsetjenesten. Det er små og ikke signifikante endringer fra 2004 til 2007 med hensyn til ved hvilken helsesøsterenhet barna/ungdommene er kartlagt.

I tabellen under (2.5) ser vi hvordan utvalget fordeler seg i forhold til alvorlighetsgrad ved psykisk vanske, for henholdsvis statistikkårene 2004 og 2007.

Tabell 2.5 Alvorlighetsgrad av psykiske vansker blant barn/unge som er kartlagt ved helsesøstertjenesten, 2004 og 2007.

Alvorlighetsgrad	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)	
Små vansker	28	26	
Tydelige vansker	58	57	
Alvorlige vansker	14	17	5,0*
Totalt	100	100	

Note. * $p < 0,05$.

Tabellen viser at det er små endringer i hvordan utvalget fordeler seg med hensyn til alvorlighetsgrad ved psykisk vanske. De fleste barn/unge med psykiske vansker som er i kontakt med helsesøster vurderes å ha tydelige vansker. Det er en statistisk signifikant økning fra 2004 til 2007 i andel barn/ unge som vurderes å ha alvorlige psykiske vansker ($\chi^2 = 5,0$. $p < 0,5$).

Tabell 2.6 viser hvordan utvalget fortdeler seg i forhold til alvorlighetsgrad av psykisk vanske og kjønn.

Tabell 2.6 Alvorlighetsgrad psykiske vansker blant barn/unge som er kartlagt ved helsesøstertjenesten. Etter kjønn. 2004 og 2007.

Alvorlighetsgrad psykiske vansker	Gutter 2004 (n=870)	Gutter 2007 (n=419)	Jenter 2004 (n=1454)	Jenter 2007 (n=648)
Små vansker	23	21	30	29
Tydelige vansker	59	58	58	56
Alvorlige vansker	18	21	12	15
Totalt	100	100	100	100

Note. * $p < 0,05$.

For både gutter og jenter ser vi en økning fra 2004 til 2007 i andel med alvorlige psykiske vansker. Det er imidlertid bare for jenter at denne økningen er statistisk signifikant ($\chi^2 = 4,0$, $p < 0,05$).

2.3 Alder

I neste tabell ser vi på alderssammensetningen i utvalgene for henholdsvis 2004 og 2007.

Tabell 2.7 Alderssammensetning for barn/unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.

Aldersgrupper	Prosentandel barn	
	2004 (n=2340)	2007 (n=1107)
0-5 år	11	8
6-12 år	27	30
13-18 år	63	62
Totalt	100	100

Note. Ubesvart på alder; n= 30 i 2004 og n= 15 i 2007. * $p < 0,05$.

Det fremgår av tabellen at det bare er små endringer i alderssammensetningen i de to utvalgene fra 2004 og 2007. Vi finner imidlertid at kartleggingen i 2007 omfatter en statistisk signifikant lavere andel barn i aldersgruppen 0-5 år, enn kartleggingen i 2004 ($\chi^2 = 5,6^*$).

Tabellen under viser hvordan gutter og jenter fordeler seg i ulike aldersgrupper, i henholdsvis 2004 og 2007.

Tabell 2.8 Ande gutter og jenter med psykiske vansker ved helsestasjonstjenesten. Etter aldersgrupper. 2004 og 2007

Aldersgruppe	Gutter prosentandel		Jenter prosentandel	
	2004 (n=870)	2007 (n=419)	2004 (n=1454)	2007 (n=648)
0-5 år	68	65	32	35
6-12 år	51	58	49	42
13-18 år	27	28	73	72

Gutter er i overtall i den yngste aldersgruppen, mens jenter er en klart dominerende gruppe i blant ungdommene. Andelen gutter i aldergruppen 6-12 år er høyere i 2007 enn i 2004. ($\chi^2=4,2^*$).

2.4 Kontaktårsaker

Tabell 2.9 viser meldingsgrunner for barn og unge med psykiske vansker som er kartlagt ved helsesøstertjenesten.

Tabell 2.9 Meldingsgrunner for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.

Problemområder	Prosentandel barn	
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)
Emosjonelle problemer	25	34
Angst	3	4
Suicidalfare	2	2
Atferdsvansker	8	10
Samhandlingsvansker	8	8
Spiseforstyrrelser	5	4
Konsentrasjonsvansker	4	4
ADHD-problematikk	3	4
Skolevegning	2	4
Mobbing	3	3
Rusproblematikk	-	1
Selvskading	-	3
Motorisk uro	1	1
Språkvansker	1	1
Lærevansker	1	1
Funksjonshemming	1	3
Syn/hørselsproblemer	0	1
Medisinsk årsak	3	3
Diffus somatisk plage	2	4
Ubesvart	26	7
Totalt	100	100

Note. Antall ubesvart i 2004 er 611. Antall ubesvart i 2007 er 79. $**p<0,001$.

Det fremgår av tabellen at emosjonelle problemer er den klart hyppigst angitte kontaktårsaken for barn og unge med psykiske vansker som er i kontakt med helsesøster. Andel med dette som angitt meldingsgrunn er høyere i 2007 enn i 2004 ($\chi^2=26,8$, $p<0,01$).

For øvrig er det få og små endringer i angitte meldingsgrunner fra 2004 til 2007, med unntak av andel med ubesvart, som er betydelig redusert fra 2004 til 2007. Det er grunn til å tro at det blant de med ubesvart på spørsmålet om meldingsgrunn i 2004 er en del med emosjonelle problemer. Årsaken til at man i 2007 i større grad besvarer dette spørsmålet kan forklares med at helsesøster har blitt mer oppmerksom på psykisk helse hos barn og unge, og/eller at hun nå i større grad er kompetent til å identifisere barns problemområder. Alternativt kan det tenkes at barn/unge generelt har blitt mer oppmerksomme på egen psykiske helse, og at de i større grad kan sette ord på sine problemer.

Tabell 2.10 viser en oversikt over aktuelle problemområder i barnets miljø

Tabell 2.10 Problemområder i miljøet blant barn med psykiske problemer som er kartlagt ved helsesøstertjenesten. 2004 og 2007

Problemområder	Prosentandel barn	
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)
Avvikende relasjoner innen familien	40	41
Akutte livshendelser	19	17
Psykisk forstyrrelse hos mor eller far	16	19
Rusmisbruk hos mor eller far	9	9
Avvikende nærmiljø	7	7
Mellommenneskelig belastning ifbm skole	10	10
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	5	6
Annet	7	8
Ingen kjente problemområder	23	24

Note. Hvert barn kan ha mer enn ett av de aktuelle problemområdene i sitt miljø. Det er ingen statistisk signifikante forskjeller mellom 2004 og 2007.

Det er ingen statistisk signifikante endringer fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som er berørt av ulike problemområder i miljøet. Avvikende relasjoner innen familien er angitt å være hyppigste problem, og angår omlag 40 prosent av barn/unge med psykiske vansker som helsesøster er i kontakt med. For om lag ett av fire barn er det ingen kjente problemområder i oppvekstmiljøet.

2.5 Tilgjengelige tiltak for barn og unge med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøstertjenesten

I tabellen under (2.11) presenteres en oversikt over hvilke tiltak som i henhold til helsesøsters rapportering er iverksatt for barn og unge med psykiske problemer. I tabellen sammenlignes andel barn og unge som omfattes av de ulike tiltakene i henholdsvis 2004 og 2007. Oversikten gir således indikasjoner på eventuell endring i helsestasjonstjenestens aktivitet, innsats og profil overfor målgruppen i løpet av de tre siste årene.

Tabell 2.11 Tilgjengelige tiltak iverksatt for barn og unge med psykiske problemer. Helsesøstertjenesten 2004 og 2007

Tilbud og tiltak fra helsesøstertjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest x ²
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)	
Samtale med barnet	71	75	5,7*
Samtale med foreldrene	50	59	27,5*
Samtaletiltak i gruppe	6	6	
Undersøkelse og utredning	27	31	6,4*
Veiledning til lærer, skole, barnehage	25	25	
Arbeid rettet mot fagpersoner i skole/båg	9	12	9,9*
Tiltak i barnets klasse/barnehagemiljø	16	20	8,0**
Tiltak i barnets hjemmemiljø	12	15	
Tiltak i det sosiale nettverket	7	8	
Tilrettelagt undervisning	17	23	19,8**
Systemrettede tiltak	2	5	11,4**
Individuell opplæringsplan	7	11	15,8**

Note. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0,001.

Det fremgår av tabellen at barn og unge med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøstertjenesten hyppigst mottar samtaletiltak, enten i form av samtale med barnet/ungdommen eller med barnets foreldre. Det er en statistisk signifikant økning fra 2004 i andel som omfattes av disse tiltakene. Vi ser videre en økning i andel barn/ unge som omfattes av undersøkelse/utredning, samt individrettede skolerelaterte tiltak. Det er samtidig en reduksjon fra 2004 til 2007 i andel barn / unge som omfattes av systemrettede tiltak.

I neste tabell (2.12) ser vi på andre typer tiltak som er aktuelle å iverksette for barn og unge med psykiske vansker, og andel barn og unge som omfattes av disse, i henholdsvis 2004 og 2007.

Tabell 2.12 Andre aktuelle hjelpetilbud for barn og unge som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.

Tilbud og tiltak fra helsesøstertjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest x ²
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)	
Støttekontakt	4	6	9,9**
Avlastning	4	6	5,6*
Ansvarsgruppe	10	16	27,3***
Individuell plan	3	8	47,6***
Omsorgsvurdering	6	7	
Fosterhjem	3	3	
Tilbud fra ergoterapeut	1	2	
Tilbud fra fysioterapeut	6	9	13,1***
Undersøkelse av fastlege	15	18	8,9**
Poliklinisk tilbud fra BUP	18	24	17,3***
Tilbud ved familieavdeling	2	3	
"Parent management training"	1	3	
Miljøterapeutiske tiltak	2	2	

Tabellen viser flere endringer fra 2004 til 2007 i forhold til andel barn og unge som omfattes av de ulike tiltakene. Noe av dette kan sannsynligvis skyldes at tjenesten i større grad enn tidligere har kontakt med barn/unge som sliter med alvorlige psykiske problemer (jfr. tabell 2.6), og som følgelig har behov for mer sammensatte tilbud. Vi ser blant annet en tydelig økning i andel som mottar polikliniske tilbud fra BUP, og som har ansvarsgruppe og individuell plan.

Gjennom kartleggingsundersøkelsen har helsesøster også angitt hvilke tilbud hun mener barnet/ungdommen ideelt sett burde ha hatt, men som ikke gis i dag. I tabellen under (2.13) presenteres denne udekkede etterspørselen etter tiltak som andel barn og unge som etter helsesøsters vurdering burde ha mottatt tilbudet/tiltaket.

Tabell 2.13 Udekket etterspørsel etter tiltak for barn med psykiske problemer som er i kontakt med helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.

Tilbud og tiltak som etterspørres	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)	
Samtale med barnet	4	4	
Samtale med foreldrene	10	10	
Samtaletiltak i gruppe	4	6	4,9*
Undersøkelse og utredning	9	9	
Veiledning til lærer, skole, barnehage	5	7	5,6*
Arbeid rettet mot fagpersoner i skole/barnehage	3	3	
Tiltak i barnets klasse/barnehagemiljø	5	7	
Tiltak i barnets hjemmemiljø	12	15	
Tiltak i det sosiale nettverket	10	10	
Tilrettelagt undervisning	4	4	
Systemrettede tiltak	2	3	
Individuell opplæringsplan	2	2	

Det fremgår av tabellen at det er svært få endringer fra 2004 til 2007 i udekket etterspørsel etter tiltakene. Det er et høyere udekket behov for samtaletiltak i gruppe, samt veiledningstiltak overfor skole og barnehage i 2007 sammenlignet med i 2004.

I tabell 2.14 ser vi på udekket etterspørsel etter andre tiltak som er aktuelle å iverksette for barn og unge med psykiske problemer. Dette er tiltak som ikke nødvendigvis direkte involverer helsesøster.

Tabell 2.14 Andre udekkede tilbud for barn som mottar tiltak fra helsesøstertjenesten. 2004 og 2007.

Tilbud og tiltak som etterspørres	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)	
Støttekontakt	6	7	
Avlastning	5	5	
Ansvarsgruppe	4	5	
Individuell plan	4	4	
Omsorgsvurdering	6	5	
Undersøkelse av fastlege	4	4	
Poliklinisk tilbud fra BUP	17	20	3,9*
Tilbud ved familieavdeling	7	8	
"Parent management training"	5	7	7,0**
Miljøterapeutiske tiltak	4	5	

Det fremgår av tabellen at det er et forholdsvis høyt udekket behov for polikliniske tilbud fra BUP. I henhold til helsesøsters vurdering burde hvert femte barn/ungdom med psykiske vansker som hun er i kontakt med, hatt et tilbud fra det psykiske helsevernet. Dette representerer også en statistisk signifikant økning fra 2004.

Det er også en økning i andel barn og unge som har behov for tiltaket "parent management training"⁹. Hvert barn/ungdom kan selvsagt ha mer enn ett udekket behov for tiltak. Tabellen under viser fordelingen av antall udekte behov, målt i henholdsvis 2004 og 2007.

Tabell 2.15 Prosentandel barn unge med udekte tiltaksbehov. Helsesøstertjenesten.

Totalt antall udekte tjenestebehov for barn med psykiske problemer som mottar tiltak helsesøstertjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2370)	2007 (n=1122)	
Ingen	49	45	4,9*
1	17	18	
2	12	13	
3	8	9	
Mer enn 3	14	15	

Note. * $p < 0,05$.

Det fremgår av tabellen at andel som i henhold til helsesøsters vurdering mottar et adekvat hjelpetilbud (ikke har udekte tjenestebehov) er lavere i 2007, sammenlignet med i 2004.

⁹ PMT er en behandlings- eller opplæringsmetode der foreldrene gjennom undervisning og veiledning lærer seg ferdigheter som de bruker i samhandling med barn for å redusere avvikende atferd.

Det totale utvalget barn og unge med psykiske vansker har i 2007 i gjennomsnitt 1,6 udekte tjenestebehov. Dette representerer en liten, og ikke statistisk signifikant økning fra 2004, da tilsvarende gjennomsnittsverdi var 1,5 (t=1,6).

2.6 Helsesøstertjenestens samarbeid med andre instanser

I de innledende analysene av grad av tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge med psykiske vansker har vi sett på andel barn og unge som omfattes av tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og annen instans. Vi finner at i alt 71 prosent av barna/ ungdommene i utvalget omfattes av et slikt samarbeid. Dette er nøyaktig like mange som i 2004.

I tabell 2.16 ser vi på hvilke instanser som er involvert i det tverrfaglige samarbeidet rundt barna/ungdommene. Vi studerer her også endringer fra 2004 til 2007, i forhold til omfanget av tjenestemottagere som omfattes av samarbeid med de respektive instansene.

Tabell 2.16 Instanser/aktører som er involvert i tverrfaglig samarbeid

Instanser i etablert samarbeid med helsesøstertjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=1572)	2007 (n=756)	
Skole/ barnehage	72	78	8,1**
PP-tjenesten	-	27	
Barnevern	22	22	
Habiliteringstjeneste	5	8	6,6*
Sosialetat	4	4	
Fastlege	22	26	6,0*
Skolelege	18	16	
Helsestasjonslege	10	9	
Barneavd. somatisk sykehus	6	8	
BUP	25	28	

Note. *p<0,05 **p<0,01.

Det fremgår av tabellen at skole/barnehage er den/de instanser som helsesøster hyppigst har etablert et samarbeid med. Videre ser vi at om lag ett av fire barn omfattes av et tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og en eller flere av følgende instanser: BUP, PP-tjenesten, fastlegetjenesten og barneverntjenesten. Det er en statistisk signifikant økning fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som omfattes av et samarbeid mellom helsesøster og fastlege.

2.6.1 Kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet

Som uttrykk for kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet, benytter vi helsesøster sin vurdering av hvordan hun opplever at samarbeidet med hver av de aktuelle samarbeidsinstansene fungerer på individnivå. Tabell 2.17 viser helsesøsters aktuelle samarbeidsinstanser, samt andel tjenestemottagere som omfattes av henholdsvis veldig godt/godt, eller middels bra/dårlig tverrfaglig samarbeid.

Tabell 2.17 Helsesøsters vurdering av kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. Andel barn og unge.

Instanser i etablert samarbeid med helsesøster	Vurdering av kvalitet på samarbeidet				Kji-kvadrattest χ^2
	Prosentandel barn/unge				
	2004		2007		
	Veldig godt/godt	Middels bra/dårlig	Veldig godt/godt	Middels bra/dårlig	
Skole/ barnehage	91	9	88	12	
PP-tjenesten ¹⁰	-	-	71	29	
Fastlege	71	29	56	44	12,9**
Skolelege	92	8	85	15	3,9*
Helsestasjonslege	94	6	79	21	11,4**
Barnevern	63	37	68	32	
Habiliteringstjeneste	86	14	65	35	7,9**
Sosialetat	62	38	69	31	
BUP	67	33	63	38	

Note. Fordi antallet barn som det samarbeides om varierer med de ulike instansene, varierer også n i de analysene som er gjort: 2004: skole/bhg, n=1223, skolelege, n=297, helsestasjonslege, n=171, fastlege, n=371, barnevernet, n=374 BUP, n=420, sosialetat, n=73, habiliteringstjeneste, n=78; 2007: skole/bhg, n=654, PPT, n=301; skolelege, n=134, helsestasjonslege, n=86; fastlege, n=220, barnevernet, n=193, BUP, n=240, sosialetat, n=34, habiliteringstjeneste, n=61.

Tabellen viser at det er noen endringer fra 2004 til 2007, i forhold til hvordan helsesøster vurderer kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. I henhold til helsesøster er det samarbeidet med fastlegen som fungerer dårligst, ved at dette vurderes å fungere bare middels bra eller dårlig for i alt 44 prosent av tjenestemottagerne. Helsesøster vurderer også at samarbeidet med ikke fungerer godt for en forholdsvis stor andel av de som omfattes av dette.

Andel barn/unge som omfattes av et ikke godt fungerende samarbeid mellom helsesøster og fastlege, eller annen lege (helsestasjonslege/skolelege), har økt fra 2004 til 2007. Resultatene viser i tillegg at samarbeidet mellom helsesøster og habiliteringstjenesten vurderes som middels bra eller dårlig for flere barn/unge i 2007, sammenlignet med i 2004.

Totalt sett, er det i 2007 flere unge tjenestemottagere som i følge helsesøsters vurderinger omfattes av et tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer godt (31 prosent, n=756), sammenlignet med i 2004 (26 prosent, n=1572), ($\chi^2=7,2$, $p<0,01$).

2.6.2 Årsaker til problemer i det tverrfaglige samarbeidet

I kartleggingen av det enkelte barn/ ungdom, har helsesøster gitt en vurdering av i hvilken grad ulike forhold virker hemmende på det tverrfaglige samarbeidet. Tilsvarende opplysninger ble innhentet i 2004. Tabellen under (2.18) presenterer resultater fra 2007 sammenlignet med funn i materialet fra 2004.

¹⁰ Ved en glipp ble det ikke innhentet opplysninger om helsesøsters vurdering av samarbeid med PPT i 2004.

Tabell 2.18 Faktorer som hemmer tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten 2004 og 2007.

Faktorer som er hemmende på det tverrfaglige samarbeidet	Prosentandel barn		Kji- kvadrattest χ^2
	2004 (n=406)	2007 (n=235)	
Ulik faglig forankring	11	8	
Ansvarsforskyvning blant involverte instanser	23	17	
Mangler en koordinator	13	10	
Helsesøster mangler ressurser	29	12	22,4***
Uenighet i problemforståelse, og iverksetting av tiltak	13	19	
For få møtepunkter	14	31	28,6***
Aktuell samarbeidsinstans mangler ressurser	3	15	29,6***

Note. n i tabellen er barn/ unge som er omfattet av et samarbeid mellom PPT og annen instans som ikke fungerer godt
 For hvert barn som omfattes av dårlig/ middels bra samarbeid kan det være avkrysset for mer enn en årsak.
 *** $p < 0,0001$.

Vi ser endringer fra 2004 til 2007 i forhold til i hvilken grad ulike forhold oppleves som hemmende for tverrfaglig samarbeid. I 2004 ble ressursmangel oppgitt som barriere for godt tverrfaglig samarbeid for 29 prosent av tjenestemottagerne. Resultatet viser at ressursmangel i helsesøstertjenesten i mindre grad er et problem i 2007. Derimot er det en økning i andel saker der helsesøster vurderer ressursmangel hos samarbeidsinstans som årsak til problemer i tverrfaglig samarbeid. For få møtepunkter er en annen faktor som tillegges mer vekt som hemmende for samarbeid i 2007, sammenlignet med i 2004.

3 Kjennetegn ved barn og unge med psykiske vansker som er brukere av PP-tjenesten

3.1 Psykiske vansker blant brukere av PP-tjenesten

Beregning av antall barn og unge med psykiske vansker som er brukere av PP-tjenesten er basert på tjenesteutøvers/ saksansvarlig sin vurdering av barnets psykiske helse (se metode avsnitt 2.3.1).

Tabell 3.1 Andel brukere ved PP-tjenesten som har psykiske vansker. 2004 og 2007

Statistikker	Totalt antall brukere kartlagt	Antall med psykiske vansker	Prosentandel med psykiske vansker	Kji-kvadrattest X ²
2004	3 173	2 417	76	9,9**
2007	3 131	2 488	79	

Note. ** P<0.01. Vet ikke/ ubesvart i 2004 = 197 (6 %), Vet ikke /ubesvart i 2007= 153 (5 %).

Data fra kartleggingsundersøkelsen i 2004 viste at barn og unge med psykiske vansker utgjorde 76 prosent av alle brukere ved PP-tjenesten. I datamaterialet fra 2007 er denne andelen 79 prosent, og representerer en statistisk signifikant økning fra 2004.

Tabellen under viser hvordan utvalget fordeler seg i forhold til alvorlighetsgrad av psykisk vanske i henholdsvis statistikkårene 2004 og 2007.

Tabell 3.2 Alvorlighetsgrad av psykiske vansker blant barn kartlagt ved PP-tjenesten. 2004 og 2007.

Alvorlighetsgrad	Prosentandel barn	
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)
Små vansker	22	23
Tydelige vansker	52	51
Alvorlige vansker	26	26
Totalt	100	100

Det fremgår av tabellen at det er ingen eller ubetydelige endringer fra 2004 med hensyn til fordelingen av henholdsvis brukere med små, tydelige, - eller alvorlige psykiske vansker. De fleste barn/unge med psykiske vansker som er i kontakt med PP-tjenesten har tydelige psykiske vansker. Om lag en av fire med psykiske problemer har vansker som av fag-

personell ved PP-TJENESTEN defineres som alvorlige, og like mange vurderes å ha små psykiske vansker.

3.2 Alder og kjønn

Tabell 3.3 viser alderssammensetningen for barn/ unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten.

Tabell 3.3 Alderssammensetning barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.

Aldersgrupper	Prosentandel barn	
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)
0-5 år	14	12
6-12 år	53	55
13-18 år	33	33
Totalt	100	100

Tabellen viser at det er en overvekt av barn i alderen 6-12 år blant brukerne. Den yngste aldersgruppen utgjør bare 12 prosent av de som mottar tiltak fra PP-tjenesten. Det er ingen statistisk signifikante endringer fra 2004 til 2007 når det gjelder brukernes alderssammensetning

Tabell 3.4 viser hvordan gutter og jenter fordeler seg i de ulike aldersgruppene.

Tabell 3.4 Kjønn og alderssammensetning blant barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten i 2004 og 2007.

Kjønn og alder	Prosentandel barn	
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)
Gutter 0-5 år	72	72
Jenter 0-5 år	28	28
Gutter 6-12 år	73	73
Jenter 6-12 år	27	27
Gutter 13-18 år	70	70
Jenter 13-18 år	30	30

I alle de tre aldersgruppene er det en overvekt av gutter. Det er ingen endringer i fordelingen av kjønn og alder fra 2004 til 2007.

Tabell 3.5 viser gjennomsnittsalder for brukere i 2004 og 2007.

Tabell 3.5 Gjennomsnittsalder for gutter og jenter

Gjennomsnittsalder	Mean 2004 (SD)	Mean 2007 (SD)
Gutter	10,0 (3,9)	10,1 (3,6)
Jenter	11,0 (4,2)	10,8 (4,0)
Alle	10,3 (4,0)	10,3 (3,7)

Note. Gutter 2004/2007, n=1662/1734, Jenter 2004/2007, n=730/742.

Gutter som mottar tiltak fra PP-tjenesten har en gjennomsnittsalder på 10 år. Jentene er i gjennomsnitt ett år eldre enn guttene. Forskjellen i gjennomsnittsalder mellom gutter og jenter er statistisk signifikant ($t=-3,7$, $p<0,001$). Det er ingen endringer i gjennomsnittsalder fra 2004 til 2007.

3.3 Meldingsgrunner

Tabell 3.6 presenterer meldingsgrunner for barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten i henholdsvis 2004 og 2007. Resultatet av kji-kvadrat test er presentert i de tilfeller der det er en statistisk signifikant endring fra 2004 til 2007.

Tabell 3.6 Meldingsgrunner for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.

Problemområder	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)	
Språkvansker	15	22	32,7***
Lærevansker	13	14	
Atferdsvansker	10	10	
Emosjonelle problemer	6	11	43,0***
ADHD-problematikk	5	5	
Konsentrasjonsvansker	5	10	41,1***
Samhandlingsvansker	5	8	20,1***
Skolevegning	1	2	
Motorisk uro	1	0	
Funksjonshemming	6	5	
Syn/hørselsproblemer	2	2	
Medisinsk årsak	3	4	
Annet	2	4	
Ubesvart	26	2	
Totalt	100	100	

Note. ** $P<0.01$. "Annet" omfatter følgende angst, mobbing, spiseforstyrrelser, selvskading, suicidalfare, og "annet".

Språkvansker er hyppigste meldingsgrunn for barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra PP-tjenesten.

Andel barn og unge som har henholdsvis språkvansker, emosjonelle problemer, konsentrasjonsvansker og samhandlingsvansker som viktigste meldingsgrunn, er statistisk signifikant høyere i 2007 sammenlignet med 2004. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det ikke nødvendigvis er en reell økning i andel barn og unge med disse problemområdene. De observerte forskjellene kan skyldes at andel barn/unge hvis meldingsgrunn er ubesvart, er betydelig høyere i 2004 sammenlignet med i 2007.

Det faktum at andel ubesvarte på henvisningsgrunn er høyere i 2004 enn i 2007, kan være et uttrykk for at man i 2007 har større fokus på gitte problemområder ved tolkning av meldingsgrunner. Eventuelt, at meldingsinstans i større grad enn tidligere definerer barnets vansker som relatert til disse problemområdene.

Tabell 3.7 viser en oversikt over aktuelle problemområder i barnets miljø.

Tabell 3.7 Problemområder i barnets miljø. 2004 og 2007

Problemområder	Prosentandel barn	
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)
Avvikende relasjoner innen familien	21	19
Akutte livshendelser	11	9
Psykisk forstyrrelse hos mor eller far	8	9
Rusmisbruk hos mor eller far	5	5
Avvikende nærmiljø	5	4
Mellommenneskelig belastning ifbm skole	6	4
Samfunnsmessige belastningsfaktorer	3	3
Annet	6	6
Ingen kjente problemområder	48	56

Note. Hvert barn kan ha mer enn ett av de aktuelle problemområder i sitt miljø.

Det er ingen statistisk signifikante endringer fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som er berørt av ulike problemområder i oppvekstmiljøet. Avvikende relasjoner i familien er angitt som hyppigste problemområde, og angår om lag ett av fem barn. For om lag halvparten av barna er det ingen kjente problemområder i miljøet.

3.4 Instanser involvert i henvisning til PP-tjenesten

Tabellen under viser hvilke instanser som har bidratt ved henvisning til PP-tjenesten.

Tabell 3.8 Instanser og aktører som har vært involvert i henvisningen til PP-tjenesten.

Instanser / aktører	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)	
Skole	47	47	
Barnehage	26	30	14,3**
Helsesøster	14	12	4,4*
Fastlege	2	2	
BUP	2	2	
Barnevern	4	4	
Somatisk sykehus	3	2	
Habiliteringstjeneste	2	2	
Andre	3	3	

Note. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$. For hvert barn kan mer enn en instans ha vært involvert i henvisningen.

Tabellen viser statistikk basert på data fra henholdsvis 2004 og 2007. Skolen er naturlig nok den instans som hyppigst er involvert når et barn henvises til PP-tjenesten. Barnehagen er også sentral som meldingsinstans, og har i 2007 vært involvert i 30 prosent av henvisningene. Barnehagen er involvert i flere saker i 2007, sammenlignet med i 2004. helsesøster er involvert 12 prosent av sakene, som er noe færre enn i 2004.

3.5 Ventetid ved PP-tjenesten

Ventetid er et aktuelt mål for å vurdere tilgjengelighet til en tjeneste. Vi har derfor sett nærmere på statistikk vedrørende ventetiden ved PP-tjenesten. I tabellen under ser vi på gjennomsnittlig og median ventetid i forhold til hvilket år barnet/ungdommen er henvist til PP-tjenesten.

Tabell 3.9 Gjennomsnittlig og median ventetid etter hvilket år barnet er meldt til PP-tjenesten første gang.

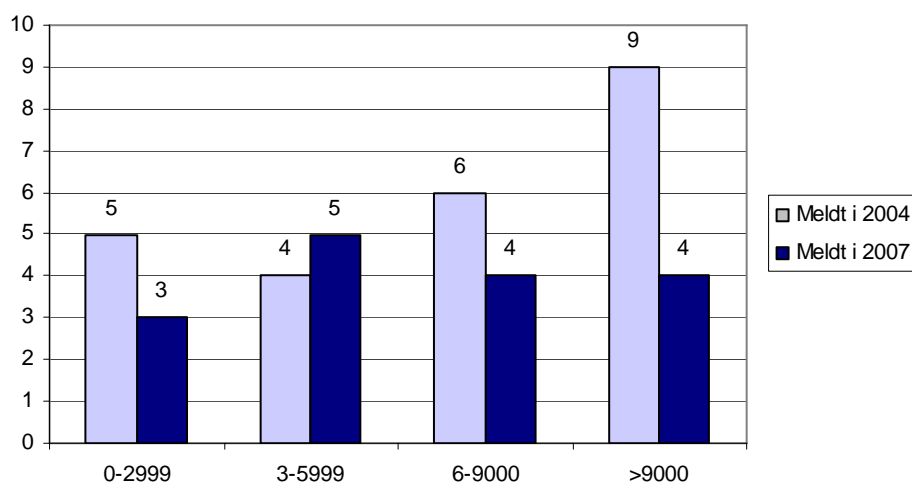
År meldt til PP-tjenesten første gang	Antall barn	Gjennomsnittlig ventetid, ant. uker	Median ventetid, antall uker	SD
Før 2000	918	8,7	4,0	16,0
2000-2003	2 386	8,8	4,0	12,1
2004-2006	1 420	9,5	5,0	12,9
2007	255	4,2	3,0	3,4

Note. Basert på statistikk fra 2004 og 2007.

Analysen av forskjellene i gjennomsnittlig ventetid, for de som er henvist i henholdsvis 2007 og de foregående årsintervallene, viser at gjennomsnittlig ventetid er statistisk signifikant lavere for de som er meldt til PP-tjenesten i 2007, sammenlignet med gjennomsnittstiden for de som er meldt: i) før 2000 ($t = -4,5$, $p < 0,001$); ii) i årsintervallet 2000-2003 ($t = -6,0$, $p < 0,001$); og i årsintervallet 2004 -2006 ($t = -6,6$, $p < 0,001$).

Ventetiden vil variere med kapasiteten ved tjenesten, og det er derfor sannsynlig at det er variasjon mellom PP-tjenestekontor i forhold til hvor lenge et barn må vente på tiltak. I figur

4.1 ser vi på den gjennomsnittlige ventetiden for barn meldt til PP-tjenesten i hhv 2004 og 2007, og som er bosatt i kommuner med ulikt befolkningsgrunnlag.



Figur 3.1 Geografiske forskjeller i ventetid for barn meldt til PP-tjenesten i 2004 og 2007.

Note. basert på samlet statistikk fra 2004 og 2007. Meldt i 2004, n= 81 i kommunegrp 0-2999 innb., n= 156 i kommunegrp. 3-5999 innb., n=94 i kommunegrp. 6-9000 innb., n=212 i kommunegrp. >9000 innb. Meldt i 2007, n= 49 i kommunegrp.0-2999 innb., n=61 i kommunegrp 3-5999 innb., n=32 i kommunegrp. n=109 i kommunegrp > 9000 innb.

Analyse av forskjeller i gjennomsnittlig ventetid mellom kommunegrupper for barn henvist i 2004 og 2007, viser at det er en statistisk signifikant reduksjon i gjennomsnittlig antall uker ventetid for barn henvist i 2007, sammenlignet med de som ble meldt i 2004, i de minste kommunene ($t=-1,9$, $p=0,048$), og i de største kommunene ($t=-3,0$, $p=0,002$).

Resultatene fra analyser av ventetiden tyder på at PP-tjenesten har blitt mer tilgjengelig for brukere med psykiske problemer i løpet av opptrappingsplanperioden.

3.6 Tiltak ved PP-tjenesten for barn med psykiske problemer

I tabellen under ser vi på hvilke tiltak PP-tjenesten igangsetter for barn og unge med psykiske problemer. Tiltaksoversikten gir en pekepinn på tjenestenes profil.

For å studere eventuell endringer i tjenesteprofil i løpet av opptrappingsplanperioden, ser vi på endringer i omfang av barn/unge som omfattes av de ulike tiltakene i henholdsvis 2004 og 2007. Kji-kvadrat test er benyttet for å undersøke om endringer fra 2004 til er statistisk signifikante.

Tabell 3.10 Tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.

Tilbud og tiltak fra PP-tjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest x ²
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)	
Samtale med barnet	32	35	4,0*
Samtale med foreldrene	43	45	
Veiledning foreldre	62	59	4,3*
Undersøkelse/utredning	67	72	14,0***
Veiledning til lærer, skole, barnehage	74	74	
Arbeid rettet mot fagpersoner i skole/bhg	41	38	
Tiltak i barnets klasse/barnehagemiljø	48	48	
Tiltak i barnets hjemmemiljø	18	17	
Tiltak i det sosiale nettverket	8	6	
Tilrettelagt undervisning	53	60	22,3***
Systemrettede tiltak	19	13	25,9***
Individuell opplæringsplan	51	55	10,3**

Note. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0,001.

Det fremgår av tabellen at det er endringer fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som omfattes av flere av tiltaksformene. Det er en statistisk signifikant økning i individrettede tiltak som samtaletiltak, undersøkelse /utredning og tilrettelagt undervisning, og samtidig en statistisk signifikant reduksjon i andel barn/ unge som omfattes av systemrettede tiltak. Det er også en reduksjon i andel barn/unge som omfattes av veiledningstiltak overfor foreldre.

Barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten kan ha hjelpebehov utover det PP-tjenesten kan yte. I neste tabell presenteres ulike andre former for hjelpetiltak, som i de fleste tilfeller involverer andre instanser enn PP-tjenesten.

Tabell 3.11 Andre tilgjengelige hjelpetilbud for barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007

Tilbud og tiltak fra PP-tjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)	
Undersøkelse/oppfølging fra fastlegen	14	16	3,9*
Støttekontakt	11	8	8,7**
Avlastning	13	11	
Ansvarsgruppe	30	31	
Individuell plan	10	12	8,5**
Omsorgsvurdering	4	5	
Fosterhjem	4	5	
Tilbud fra ergoterapeut	4	3	
Tilbud fra fysioterapeut	14	13	
Poliklinisk tilbud fra BUP	17	21	14,3***
Tilbud ved familieavdeling	1	2	
"Parent management training"	2	4	20,8***
Miljøterapeutiske tiltak	2	3	

Det fremgår av tabellen at det også er endringer i andel barn/ unge som omfattes av andre tiltaksformer, - tiltak som gjerne involverer andre instanser enn PP-tjenesten. Om lag en av fem barn/ unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten mottar samtidig polikliniske tilbud fra BUP. Dette representerer en statistisk signifikant økning fra 2004. Det er også en signifikant økning i andel som mottar oppfølgingstiltak fra fastlegen, som omfattes av tiltaket "parent management training", og som har individuell plan.

Vi har tidligere sett at det ikke er vesentlige endringer i kjennetegn ved barn/unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten (jfr. tabell 3.2, 3.3). Endringene vi ser i tabellen kan derfor indikere en tendens til man nå iverksetter mer sammensatte for barn og unge med psykiske problemer, sammenlignet med i 2004.

3.7 Udekket etterspørsel etter tiltak

Gjennom kartleggings skjemaet har saksansvarlige ved PP-tjenesten også hatt anledning til å gjøre en vurdering av om barnet mottar et adekvat tilbud, og eventuelt hvilke tiltak som ideelt sett burde ha vært iverksatt (udekket etterspørsel).

Tabellen under viser udekket etterspørsel etter ulike tiltaksformer, uttrykt som andel barn og unge som etter saksansvarlig sin vurdering burde ha mottatt tiltakene. I tabellen sammenlignes statistikk fra 2004 og 2007.

Tabell 3.12 Udekket etterspørsel etter tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.m

Tilbud og tiltak som etterspørres	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)	
Samtale med barnet	5	6	
Samtale med foreldrene	4	4	
Veiledning foreldre	7	7	
Undersøkelse/utredning	10	3	112,7***
Veiledning til lærer, skole, barnehage	4	3	
Arbeid rettet mot fagpersoner i skole/barnehage	3	3	
Tiltak i barnets klasse/barnehagemiljø	6	4	
Tiltak i barnets hjemmemiljø	9	8	
Tiltak i det sosiale nettverket	8	6	7,1**
Tilrettelagt undervisning	4	4	
Systemrettede tiltak	4	4	
Individuell opplæringsplan	5	5	

Det fremgår av tabellen at det bare er små endringer i den udekkede etterspørselen etter tiltak. Det er en statistisk signifikant reduksjon i udekket etterspørsel etter undersøkelse/utredning. Dette samsvarer med tall som viser at flere barn/ unge faktisk omfattes av dette tiltaket ved PP-tjenesten i 2007 sammenlignet med i 2004 (jfr. tabell 3.10).

Tabell 3.13 viser udekket etterspørsel etter tiltak som kan ytes overfor denne gruppen barn/unge fra andre instanser enn PP-tjenesten.

Tabell 3.13 Andre udekkede tilbud for barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.

Tilbud og tiltak som etterspørres	Prosentandel barn	
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)
Undersøkelse/oppfølging fra fastlegen	2	3
Støttekontakt	9	10
Avlastning	7	7
Ansvarsgruppe	4	5
Individuell plan	6	6
Omsorgsvurdering	3	4
Fosterhjem	1	1
Tilbud fra ergoterapeut	1	0
Tilbud fra fysioterapeut	2	2
Poliklinisk tilbud fra BUP	8	10
Tilbud ved familieavdeling	3	4
"Parent management training"	5	5
Miljøterapeutiske tiltak	2	3

Det er ingen statistisk signifikant endring fra 2004 i den udekte etterspørselen etter andre tiltak for gruppen barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten. Det er fremdeles størst udekt behov for støttekontakt og polikliniske tilbud fra BUP. Dette gjelder for 10 prosent av utvalget.

Hvert barn/ungdom kan ha mer enn ett udekket tjenestebehov. Tabellen under viser fordelingen av antall udekte behov målt i henholdsvis 2004 og 2007.

Tabell 3.14 Prosentandel barn/ unge med udekte tjenestebehov. 2004 og 2007.

Totalt antall udekte tjenestebehov for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PPT	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=2417)	2007 (n=2488)	
Ingen	56	56	
1	16	16	
2	9	10	
3	6	7	
Mer enn 3	13	11	7,8**

Totalt sett har 44 prosent av barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten har ett eller flere udekte tjenestebehov. Denne andelen er like stor i 2007 som den var i 2004. I 2007 er det i alt 11 prosent som har mer enn tre udekte behov, dette er statistisk signifikant færre enn i 2004.

Vi har også sett på endring i tjenestetilgjengeligheten ved å sammenligne gjennomsnittlig antall udekte tjenestebehov i utvalget i 2004, med utvalget fra kartleggingen i 2007 (tabell 3.15).

Tabell 3.15 Gjennomsnittlig antall udekte tjenestebehov for barn med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten. 2004 og 2007.

Statistikker	Gjennomsnittlig antall udekte tjenestebehov	n	SD	t
2004	1,3	2 417	2,2	-2.6*
2007	1,2	2 488	1,9	

* $p < 0,05$

Som forventet ut i fra resultater i tabell 3.14 ser vi at det er en statistisk signifikant reduksjon i antall udekte tjenestebehov hos barn og unge med psykiske problemer som mottar tiltak fra PP-tjenesten i 2007, sammenlignet med i 2004.

3.8 PP-tjenestens samarbeid med andre instanser

Tabell 3.16 viser andel barn og unge som omfattes av et tverrfaglig samarbeid der PP-tjenesten er involvert, og en sammenligning av dette for henholdsvis statistikkårene 2004 og 2007.

Tabell 3.16 Andel barn og unge som omfattes av et samarbeid mellom PP-tjenesten og annen hjelpeinstans, 2004 og 2007.

Etablert samarbeid med annen instans				
Prosentandel barn 2004 (n=2322)		Prosentandel barn 2007 (n=2347)		Kji-kvadrattest χ^2
Ja	Nei	Ja	Nei	
82	18	85	15	9,4**

Note. * $p < 0,05$

Det fremgår av tabellen at det er en statistisk signifikant økning fra 2004 til 2007 i andel barn og unge som omfattes av et tverrfaglig samarbeid.

I tabellen under viser vi hvilke instanser som er involvert i det tverrfaglige samarbeidet. Statistikken presenteres for henholdsvis 2004 og 2007, som andel barn og unge som omfattes av samarbeidet med de respektive instanser.

Tabell 3.17 Instanser involvert i tverrfaglig samarbeid. 2004 og 2007.

Instanser i etablert samarbeid med PP-tjenesten	Prosentandel barn		Kji-kvadrattest χ^2
	2004 (n=1895)	2007 (n=1994)	
Skole/ barnehage	92	92	
BUP	28	31	3,9*
Helsesøster	20	22	
Barnevern	20	19	
Habiliteringstjeneste	15	14	
Sosialetat	8	6	
fastlege	6	9	5,8*
Skolelege	4	4	
Barneavd. somatisk sykehus	5	4	

Note. * $p < 0,05$; For hvert barn kan det være etablert samarbeid med enn en av disse instansene, prosentandel barn summerer seg derfor ikke til 100. n i tabellen er antall barn/unge det er etablert et samarbeid om (jfr. tabell over).

Det er naturlig at skole/barnehage er de instanser som hyppigst, og i nær sagt alle saker, er involvert i samarbeid om barn som mottar tiltak fra PP-tjenesten. BUP er involvert i tverrfaglig samarbeid for om lag ett av tre barn/unge. Flere barn/unge omfattes av et samarbeid mellom PP-tjenesten og BUP i 2007 enn i 2004. Helsesøster og barnevernet er involvert i samarbeid for om lag ett av fire barn, mens habiliteringstjenesten er inne i 15 prosent av sakene. Ni prosent av barn/ unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten omfattes av et tverrfaglig samarbeid der fastlegen er involvert. Dette er statistisk signifikant flere enn i 2004.

3.8.1 Kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet

Som indikator på kvaliteten i det tverrfaglig samarbeidet benytter vi saksansvarlig sin vurdering av hvordan samarbeidet med de respektive involverte instanser fungerer på individnivå. Dette er i kartleggingsskjemaet angitt på en skala med svaralternativene "veldig godt", "godt", "middels bra", "dårlig".

Tabell 3.18 gir en oversikt over aktuelle samarbeidsinstanser, samt andel som etter PP-tjenestens vurdering omfattes av henholdsvis "veldig godt", "godt", "middels bra", og "dårlig" tverrfaglig samarbeid.

Tabell 3.18 PP-tjenestens Vurdering av kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet. Andel barn og unge.

Instanser i etablert samarbeid med PP-tjenesten	Vurdering av kvalitet på samarbeidet			
	Prosentandel barn/unge			
	2004		2007	
	Veldig godt/godt	Middels bra/dårlig	Veldig godt/godt	Middels bra/dårlig
Skole/ barnehage	91	9	92	8
BUP	77	23	73	27
Helsesøster	86	14	83	17
Barnevern	76	24	73	27
Hab. tjeneste	84	16	79	21
Sosialetat	80	20	79	21
fastlege	56	44	60	40
Skolelege	71	29	69	31

Note. Fordi antallet barn som det samarbeides om varierer med de ulike instansene, varierer også n i de analysene som er gjort; 2004: 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; 2007:

Det er ubetydelige endringer fra 2004 til 2007 i forhold til hvordan PP-tjenesten vurderer samarbeidet med andre instanser. Ingen av forskjellene er statistisk signifikante. Det tverrfaglige samarbeidet med fastlege, skolelege og BUP er det som vurderes å fungere dårligst.

Totalt sett er det i alt 513 barn/unge (26 prosent) som etter PP-tjenestens vurdering omfattes av et tverrfaglig samarbeid som vurderes å ikke fungere godt. I forhold til materialet fra 2004 representerer dette en økning i 3 prosentpoeng. Den observerte endringen i andel som omfattes av et ikke adekvat tverrfaglig samarbeid, fra 23 prosent i 2004, til 26 prosent i 2007, er imidlertid ikke statistisk signifikant ($\chi^2=3,3$, $p=0,069$).

3.8.2 Årsaker til problemer i det tverrfaglige samarbeidet

Gjennom kartleggingen ble det innhentet opplysninger på individnivå, om aktuelle årsaker til ikke adekvat fungerende tverrfaglig samarbeid. I tabellen under (tabell 3.19) presenterer vi prosentandel barn/ unge som omfattes av ulike aktuelle hemmende samarbeidsfaktorene. Data fra 2007 sammenlignes med data fra 2004.

Tabell 3.19 Faktorer som hemmer tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten 2004 og 2007.

Faktorer som hemmer tverrfaglige samarbeidet	Prosentandel barn		Kji- kvadrattest x ²
	2004 (n=440)	2007 (n=513)	
Ulik faglig forankring	11	7	4,0*
Ansvarsforskyvning blant involverte instanser	20	17	1,9
Mangler en koordinator	13	5	21,8**
PPT mangler ressurser	35	11	81,5**
Uenighet i problemforståelse, og iverksetting av tiltak	7	21	34,3**
For få møtepunkter	13	31	41,5**
Aktuell samarbeidsinstans mangler ressurser	13	15	0,9

Note. N i tabellen er barn/ unge som er omfattet av et samarbeid mellom PPT og annen instans, som ikke fungerer godt For hvert barn som omfattes av dårlig/ middels bra samarbeid kan det være avkrysset for mer enn en årsak. * p<0,5, **p<0,001.

Vi har tidligere sett at det ikke er en statistisk signifikant endring fra 2004 til 2007 med hensyn til barn/unge som omfattes av et dårlig fungerende samarbeid i 2007 sammenlignet med i 2004. Av tabellen går det imidlertid frem at man vurderer de aktuelle årsakene til samarbeidsproblemer annerledes i 2007 enn i 2004.

I 2004 var ressursmangel i PP-tjenesten, samt ansvarsforskyvning blant involverte instanser angitt som to hovedårsaker. I 2007 mener man at samarbeidsproblemene i større grad er relatert til at det er for få møtepunkter, samt uenighet i problemforståelse og iverksetting av tiltak.

4 Om virksomheten ved helsesøster-tjenesten

Basert på spørreskjema som er besvart av ledende helsesøster er det innhentet opplysninger om organisering av tjenesten, kompetanse og kapasitet, tilgjengelige tiltak og tjenester for barn og unge med psykiske vansker, samt i hvilken grad fagpersonell fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten er involvert i ulike former for samarbeid og samhandling med øvrige kommunale instanser og spesialisthelsetjenesten. Data er tilgjengelig fra 46 kommuner (jfr. tabell 1.1).

4.1 Organisering av helsesøstervirksomheten

De fleste av kommunene som medvirker i undersøkelsen har ikke samorganisert helsesøstertjenesten med andre hjelpetjenester (n= 27). Sju av kommunene (15 prosent) har et familiesenter, der helsestasjon er involvert. I de øvrige 12 kommunene i utvalget rapporteres det om ulike former for samorganisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten med øvrige kommunale hjelpetjenester. Dette omfatter følgende former for organisering; Avdeling helse; barnet – og familietjeneste; Oppvekst, herunder PPT og barnevern; Familieteam, Helse og familieavdeling, som en av fem avdelinger i barn, ungdom og familietjenesten; Legesenter med fysioterapeut og ergoterapeut; Psykisk helsetjeneste, Ungdomshelsestasjon, samordnt med kultur og fritid, samt Virksomhet forebyggende helsearbeid.

Tabell 4.1 viser hvilke instanser som inngår i samordning med helsestasjons- og skolehelsetjeneste i kommunene, enten i form av familiesentermodell eller annen for samorganisering.

Tabell 4.1 Instanser som er samorganisert med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Antall kommuner (n=46)

Instanser som inngår i samordning med helsestasjonstjenesten i kommunene	Antall kommuner
PP-tjeneste	10
Barneverntjeneste	11
Legetjeneste	8
BUP	3
Fysioterapeut	6
Fritidsklubb og utekontakt/ kultur og fritid	2
Flyktninghelsetjeneste	2
Sosialtjeneste	1
Ergoterapeut	1
Psykisk helsetjeneste	2
Jordmortjeneste	1
Psykiatrisk sykepleier	1
Åpen barnehage	1
Barnehage	1

Dette gir eksempler på hvilke tjenester som kan være samorganisert med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fordi vi ikke har oversikt over dette på nasjonalt nivå er det ikke mulig å undersøke hvorvidt kommunene i denne undersøkelsen er representative for landets kommune mht ulike former for samorganisering. Av tabellen fremgår det at når helsestasjonstjenesten er samorganisert med annen tjeneste, involverer dette hyppigst PP-tjenesten og barneverntjenesten, legetjeneste og fysioterapi. Samorganiseringen er i disse tilfellene trolig i form av et familiesenter.

4.1.1 Omorganisering siste tre år

Fra i alt 20 av kommunene rapporteres det at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har blitt omorganisert i løpet av de tre siste årene. Tabell 4.2 gir eksempler på former for omorganisering som har funnet sted, slik det er beskrevet av ledende helsesøster i kommunene. Det foreligger ikke svar fra samtlige av de 20 kommunene på hva omorganiseringen av tjenesten har omfattet.

Tabell 4.2 Eksempler på former for omorganisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

"All helsestasjonstjeneste samlokalisert"
"Alle avdelinger i oppvekst og kulturetat jobber med ny samorganisering av tjenestene samlet"
"Avdeling familiesenter, tilsatt enhetsleder"
"Blitt en resultatenhet, var tidligere i en helseavdeling"
"Barneverntjenesten, utekontakt og helsestasjon er blitt en enhet: Barn og unge"
"Flyttet i nye lokaler, ny ledelsesstruktur; fra helse- og sosialsjef til områdesjef for virksomhetsområdet (samorganisert psykiatri, helsestasjon, barneverntjeneste, sosialkontor, lege,)"
"Helsestasjonstjeneste og tjeneste for barn med spesielle behov er samlokalisert"
"Helsestasjonstjeneste 0-16 år tidligere organisert som en del av sju helse - og sosialdistrikt er nå samlet som en virksomhet under en leder"
"Samorganisert med barnevernet og PPT, felles leder men ikke samlokalisert"
"Tjenestene er spesialisert ved å inndele i helsestasjonsteam, barneskoleteam og ungdomsteam"

4.2 Kompetanse og kapasitet innen helsestasjonsvirksomheten

Fra i alt 33 av de 46 kommunene blir det oppgitt at helsestasjonstjenesten er blitt styrket med nye stillinger i løpet av de tre siste årene. Antall årsverk tilført varierer fra 0,25 til 10,30. De fleste kommunene (n=12) har imidlertid fått tilført ett årsverk. De aller fleste av kommunene som er styrket tilbakemelder at dette er basert på midler fra Opptrappingsplanen (n=31). Tabell 4.3 gir en oversikt over hvilke profesjoner som er tilført helsestasjonstjenesten.

Tabell 4.3 Profesjoner som er tilført helsestasjonstjenesten. Antall kommune (n=46).

Profesjoner som er tilført helsestasjonstjenesten	Antall kommuner
Helsesøster	29
Psykolog	12
Barnevernspedagog	6
Psykiatrisk sykepleier	3
Sosionom	3
Venepleier	2
Spesialpedagog	2
Miljøterapeut	1
Fysioterapeut	1
Marte- Meo terapeut	1

I 29 av de 33 kommunene der helsesøstertjenesten har blitt styrket har tjenesten fått tilsatt helsesøster. I 12 av kommunene (36 prosent) er det tilsatt psykolog.

I neste tabell (tabell 4.4) ser vi nærmere på hvilke kompetanse områder tjenesten er tilført de siste årene.

Tabell 4.4 Kompetanseområder som er tilført helsestasjonstjenesten. Antall kommuner (n=46).

Kompetanseområder som er tilført helsestasjonstjenesten	Antall kommuner
Psykiatrisk sykepleie	8
Psykososial arbeid med barn og unge	12
Tverrfaglig psykisk helsearbeid	6
Veiledning/konsultasjonsteknikk	9
Familieterapi	10
Rusproblematikk	6
Familieveiledning	15
Barn av psykisk syke	8
Marte Meo veileder	6
Webster Stratton (De utrolige årene)	12
Barn i risiko for utvikling av atferdsvansker	5
Tidlig intervensjon	6
Ages & Stages	5
Selvmordsforebygging	5
Kropp og selvfølelse	7

Om lag en av tre kommuner i utvalget har fått tilført kompetanse innen ett eller flere av kompetanseområdene familieveiledning, psykososialt arbeid med barn og unge, læreprogrammet "De utrolige årene", og familieterapi.

Fra 16 av kommunene (35 %) blir det rapportert at helsestasjonstjenesten i løpet av de tre siste årene har rekruttert fagpersoner med formalkompetanse på psykososialt arbeid. Videre har halvparten av kommunene tiltak for å styrke den psykososiale kompetansen hos personell tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Ledende helsesøster gir følgende vurderinger av helsestasjons- og skolehelsetjenestens kompetanse i å håndtere ulike brukergrupper (Tabell 4.5)

Tabell 4.5 Ledende helsesøster sin vurdering av kommunenes kompetanse ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til å håndtere ulike brukergrupper. Prosentandel kommuner (n=46).

Brukergrupper	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
Førskolebarn med psykiske vansker	20	67	13	0
Barn 6-12 år med psykiske vansker	13	76	11	0
Ungdommer med psykiske problemer	28	67	4	0
Barn av psykisk syke foreldre	13	70	17	0

De fleste ledende helsesøstere (Ca 70 prosent) oppgir at helsestasjonstjenesten i kommunen i noen grad har kompetanse til å håndtere førskolebarn, barn og ungdom med psykiske

problemer, - og barn av psykisk syke foreldre. Om lag 13 prosent av kommunene har i følge ledende helsesøstere en helsestasjonstjeneste som i liten grad kan håndtere disse brukergруппene. Resultatene tyder ellers på at helsesøstertjenesten i større grad har kompetanse i å håndtere psykiske vanske hos ungdom, sammenlignet med yngre barn og barn av psykisk syke foreldre.

4.3 Tilbud og tjenester ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Tabell 4.6 viser i hvilken grad ulike målrettede tiltak er tilgjengelig fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tabell 4.6 Tilgjengelige tiltak fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Prosentandel kommuner (n=46).

Tiltak	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt	Ubesvart
Samtalegrupper for familier med særskilte behov	9	26	21	35	9
Handlingsgrupper for barn/ unge med særskilte behov	13	33	20	28	7
Andre former for familiegrupper	7	35	20	30	9
Forebygging av psykiske problemer hos barn	22	52	20	4	2
Forebygging av psykiske problemer hos ungdom	17	60	17	4	0
Tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper	13	57	22	7	2

I de fleste kommunene (ca 70 prosent) har helsestasjonstjenesten i stor, - eller noen grad tiltak for på forebygge psykiske problemer hos barn og ungdom, samt tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper. Ulike former for gruppetiltak for familier med særskilte behov er i ikke i like stor grad tilgjengelig. Sammenlignet med data innhentet i 2004 (Andersson, Røhme & Hatling, 2005), tyder resultatene på at denne type målrettede tiltak har blitt mer vanlig ved helsesøstertjenesten i løpet av de tre siste årene.

4.4 Samarbeid og samhandling ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I det følgende ser vi nærmere på i hvilken grad helsestasjonstjenesten involverer seg i samarbeid og samhandlingstiltak om barn og unge med psykiske vansker (Tabell 4.7).

Tabell 4.7 I hvilken grad fagpersoner tilknyttet helsestasjonsvirksomheten er involvert i ulike former for samarbeid og samhandling. Prosentandel kommuner (n= 46).

Tiltak	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt	Ubesvart
Fagnettverksgrupper - psykososiale vansker barn/ unge	24	28	15	28	4
Tverrfaglige grupper- forebygging psykiske problemer	17	43	7	26	7
Tverrfaglige grupper- henvendelser vedr. psykiske problemer	13	39	17	26	4
Formaliserte samarbeidsmøter med BUP	24	39	24	13	0
Formaliserte samarbeidsmøter med PPT	28	22	30	15	4
Formaliserte samarbeidsmøter med fastleger	2	11	37	46	4
Formaliserte samarbeidsmøter med skole/helsest. lege	33	26	26	11	4
Rutiner for samarbeid med fastlege ved henvisning	20	35	35	11	0

Fra om lag halvparten av kommunene rapporteres det at helsesøstertjenesten i noen, – eller stor grad er involvert i samarbeidsaktivitet i form av fagnettverksgrupper eller tverrfaglige grupper relatert til psykisk helse hos barn og unge.

Halvparten av kommunene har også i noen eller stor grad etablert et formalisert samarbeid med PP-TJENESTEN, og ytterligere flere (63 prosent) et formalisert samarbeid med BUP. Det er mer sjeldent at man har etablert formaliserte samarbeidsmøter med fastleger. Imidlertid har man i de fleste kommunene innført rutiner for samarbeid med fastlege når barn eller unge skal henvises til spesialisthelsetjenesten. Sammenlignet med statistikk innhentet i 2004 (Andersson, Røhme & Hatling, 2005), tyder resultatene på at samarbeids- og samhandlingsaktiviteten ved helsestasjonstjenesten har økt i løpet av de tre siste årene.

4.5 Bruk av ansvarsgruppe og individuell plan

Barn og unge med psykiske vansker har gjerne sammensatte behov for tjenester, og utarbeidelse av en individuell plan kan derfor være nyttig for å oppnå et helhetlig behandlingstilbud med klare mål og tidsangivelser. Ansvarsgruppe vil i utgangspunktet være formålstjenlig for den samme gruppen mennesker. Målsettingen med å etablere en ansvarsgruppe er å sørge for riktige og koordinerte tjenester og sørge for at bruker kommer til med sine synspunkter og ønsker.

Fra i alt 25 av kommunene i utvalget (76 prosent) rapporteres det at det er laget prosedyrer ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten for utarbeidelse av individuell plan. Statistikk basert på data fra 2004 viste at 60 prosent av kommunene hadde etablert slike rutiner. Mye tyder altså på at helsestasjonstjenesten i løpet av de tre siste årene har blitt mer aktiv i å ta initiativ til å skape helhetlige og koordinerte tilbud rundt barn og unge med psykiske vansker.

Tabellen under (4.8) viser ledende helsesøster sin vurdering av hvordan arbeidet med individuell plan og ansvarsgruppe fungerer.

Tabell 4.8 Arbeid med individuell plan og ansvarsgrupper ved helsestasjonstjenesten. Prosentandel kommuner (n=46).

Tiltak	Aldri	Av og til	Ofte	Alltid	Ubesvart
Samarbeid om barn/ unge med psykiske problemer som har behov for koordinerte tjenester ivaretas gjennom utarbeidelse av individuell plan	2	57	30	4	7
Systematisk igangsetting og utarbeidelse av individuelle planer svikter	7	69	13	4	7
BUP deltar i samarbeid om utarbeidelse av individuelle planer	39	48	4	2	7
Samarbeid om barn og unge med psykiske vansker ivaretas gjennom ansvarsgrupper	2	30	54	9	4

Fra de fleste kommunene rapporteres det at individuell plan av og til, eller ofte fungerer som et redskap for tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykiske vansker. En forholdsvis høy andel av de ledende helsesøstrene rapporterer dessuten at den systematiske igangsettingen av individuell plan av og til svikter, og at BUP i liten grad er involvert i samarbeidet om å utarbeide planene. Disse resultatene er i stor grad sammenfallende med resultater fra 2004, og indikerer dermed at det ikke har skjedd store endringer i løpet av de siste årene i forhold til individuell plan sin faktiske funksjon som samarbeidsverktøy. Bruk av ansvarsgruppe synes å være mer utbredt enn bruk av individuell plan, som også samsvarer med data fra 2004.

5 Om virksomheten ved PP-tjenesten

Basert på spørreskjema som er besvart av leder ved PP-tjenesten er det innhentet opplysninger om organisering av PP-tjenesten, kapasitet og kompetanse, samt samarbeid og samarbeidsformer. Opplysninger vedrørende tjenesten er tilgjengelig fra 45 kommuner (jfr. tabell 1.1).

5.1 Organisering og dekning

Tabell 5.1 gir en oversikt over organiseringen av PP-tjenestekontorene som medvirker i denne undersøkelsen.

Tabell 5.1 Ulike former for organisering av PP-tjenesten

Organisering av PP-tjenesten	Antall kommuner	Prosentandel kommuner
Egen virksomhet direkte under rådmannen	7	16
Inngår i fellestjeneste med andre	13	29
Interkommunal løsning	11	24
Egen virksomhet under helse og familie	5	11
Underlagt skolesjefen	4	9
Egen virksomhet underlagt etat	1	2
Egen virksomhet underlagt sektor skole	1	2
Egen virksomhet direkte under rådmannen + interkommunal	1	2
Annet	1	2
Ubesvart	1	2
Totalt	45	100

De fleste PP-tjenestekontorene som medvirker i undersøkelsen er organisert i en felles-tjeneste. I alt 24 prosent av kontorene er del av en interkommunal løsning for PP-tjenesten. Det fremgår for øvrig at det finnes en rekke ulike måter å organisere tjenesten på.

5.2 Kapasitet og kompetanse ved PP-tjenesten

Størrelsen på PP-tjenestekontorene som deltar i undersøkelsen varierer fra å ha et opp-taksområde på 400 til 26 000 barn og unge.

I alt 29 av kontorene (64 prosent) tilbakemelder at de ikke har blitt styrket i løpet av de tre siste årene, mens 15 (33 prosent) rapporterer at de har fått tilført nye stillinger (n=14), eller

blitt styrket på annen måte (n=1). Blant de 15 som har blitt styrket svarer 7 (16 prosent) at de har blitt styrket med midler fra Opptrappingsplanen.

Tabell 5.2 viser i hvilken grad PP-tjenestekontoret opplever å ha kapasitetsproblemer forbundet med ulike aktiviteter ved tjenesten. I tabellen sammenlignes statistikk fra 2004 (Andersson, Røhme og Hatling, 2005), og 2007.

Tabell 5.2 I hvilken grad PP-tjenesten opplever å ha kapasitetsproblemer i forhold til utøvelse av tiltak/ aktiviteter. Prosentandel PP-tjenestekontor.

Aktiviteter og tiltak ved PP-tjenesten	I hvilken grad tjenesten opplever å ha kapasitetsproblemer			
	Ikke i hele tatt/ I liten grad		I noen grad/ I stor grad	
	2004	2007	2004	2007
Direkte arbeid med enkeltindivider (n=44)	21	7	79	93
Rådgivning/veiledning foreldre (n=43)	26	7	64	94
Rådgivning/ konsultasjon skole/barnehage (n=42)	20	10	80	90
Bistå skolen i kompetanse og org. utvikling (n=44)	19	10	82	91
Arbeid med sakkyndige uttalleler (n=42)	22	15	79	86
Internt arbeid/ledelse (n=43)	38	14	62	86

En betydelig overvekt av PP-tjenestekontorene rapporterer å ha kapasitetsproblemer innen samtlige av de skisserte aktiviteter og tiltak. Sammenlignet med data fra 2004 tyder disse resultatene på at kapasiteten ved PP-tjenesten er ytterligere svekket i løpet av de tre siste årene, og at dette spesielt gjelder rådgivningsaktiviteten, og arbeid med sakkyndige uttalelser.

5.2.1 Individrettet arbeid

I spørreskjemaet er leder ved PP-tjenesten bedt om å foreta en vurdering av i hvilken grad tjenesten har kapasitet til å håndtere ulike brukergrupper som er berørt av psykiske problemer. Tabell 5.3 viser fordelingen av svar på dette spørsmålet¹¹.

¹¹ Disse opplysningene ble ikke innhentet i 2004.

Tabell 5.3 I hvilken grad PP-tjenesten opplever å ha kapasitet til å håndtere ulike brukergrupper. Prosentandel PP-tjenestekontor.

Brukergrupper berørt av psykiske problemer	PP-tjenesten opplever å ha kapasitetsproblemer			
	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
Førskolebarn med psykiske problemer (n=44)	5	54	36	5
Barn 6-12 år med psykiske problemer (n=44)	2	59	32	7
Ungdommer med psykiske problemer (n=44)	7	52	34	7
Barn av psykisk syke foreldre (n=44)	4	36	43	16

Om lag 60 prosent av PP-tjenestekontorene rapporterer at de i stor eller noen grad har kapasitetsproblemer i forhold til å skulle håndtere barn og unge med psykiske vansker. Kapasiteten vurderes som noe bedre i forhold til å iverksette tiltak for barn av psykisk syke foreldre.

Tabellen under gjengir svar på spørsmålet om i hvilken grad PP-tjenesten har kompetanse til å gi adekvate tiltak for de samme brukergruppene.¹²

Tabell 5.4 I hvilken grad PP-tjenesten opplever å ha kompetanse til å håndtere ulike brukergrupper. Prosentandel PP-tjenestekontor.

Brukergrupper berørt av psykiske problemer	PP-tjenesten opplever å ha kompetanse			
	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
Førskolebarn med psykiske problemer (n=44)	35	47	16	2
Barn 6-12 år med psykiske problemer (n=44)	42	44	12	2
Ungdommer med psykiske problemer (n=44)	37	56	5	2
Barn av psykisk syke foreldre (n=44)	28	51	19	2

De fleste PP-tjenestekontorene tilbakemelder at de i noen grad har kompetanse til å håndtere barn og unge med psykiske vansker, samt barn av psykisk syke foreldre. Om lag ett av tre kontorer vurderer det slik at de i stor grad har kompetanse til å møte disse brukergruppene. Resultatene tyder for øvrig på at flere PP-tjenestekontor mener de har bedre kompetanse i å håndtere ungdommer, enn yngre barn med psykiske vansker.

5.3 Samarbeid og samarbeidsformer

I tabell 5.5 viser i hvilken grad PP-tjenesten involverer seg i ulike samarbeid - og samhandlingstiltak relatert til psykisk helse hos barn og unge.

¹² Tilsvarende opplysninger ble ikke innhentet i 2004.

Tabell 5.5 I hvilken grad PP-tjenesten er involvert i ulike former for samarbeid og samhandling. Prosentandel PP-tjenestekontor.

Tiltak	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i hele tatt
Fagnettverksgrupper - psykososiale vansker barn/unge (n=43)	12	49	23	16
Tverrfaglige grupper- forebygging psykiske problemer (n=44)	14	55	16	16
Tverrfaglige grupper- henvendelser vedr. psykiske problemer (n=43)	14	33	28	26
Formaliserte samarbeidsmøter med BUP (n=44)	23	47	9	21
Formaliserte samarbeidsmøter med helsesøster (n=44)	23	30	36	11
Formaliserte samarbeidsmøter med barneverntjenesten (n=44)	18	36	32	14
Formaliserte samarbeidsmøter med fastleger (n=44)	2	7	23	68
Formaliserte samarbeidsmøter med skole/helsest. lege (n=44)	7	18	25	50
Rutiner for samarbeid med fastlege ved henvisning (n=44)	16	32	30	23

De fleste PP-tjenestekontorene er i stor eller noen grad involvert i samarbeid og samhandling om psykososial problematikk og forebygging av psykisk vansker hos barn og unge. Mellom 30-40 prosent av kontorene rapporterer imidlertid at de i liten grad, - eller ikke i hele tatt, deltar i denne type aktivitet. Deltagelse i tverrfaglige grupper for å møte henvendelser fra barn og unge med psykiske vansker er noe mindre vanlig, og over halvparten av kontorene melder at de i liten grad eller ikke i hele tatt deltar i slikt arbeid.

Når det gjelder formalisert samarbeid er dette hyppigst etablert i forhold til BUP, men også forholdsvis vanlig i forhold til helsesøstertjenesten og barnevernet. Om lag 40 prosent av PP-tjenestekontorene rapporterer imidlertid at de i liten grad, - eller ikke hele tatt har et formalisert samarbeid med de to sistnevnte instanser. De færreste PP-tjenestekontor har formaliserte samarbeidsmøter med leger, og rutiner for samarbeid med fastlege ved henvisning.

Sammenlignet med statistikk fra 2004, kan vi ikke se vesentlige endringer i forhold til samarbeidsaktiviteten ved PP-tjenesten.

5.4 Tilbud rettet mot barn/unge med behov for koordinerte tjenester

I alt 24 (53 prosent) av PP-tjenestelederne rapporter det er laget prosedyrer ved PP-tjenesten for utarbeidelse av individuell plan.

Tabell 5.6 viser vurderinger fra PP-tjenesten av aktivitet relatert til bruk av individuell plan og ansvarsgrupper.

Tabell 5.6 PP-tjenestens arbeid med individuell plan og ansvarsgrupper. Prosentandel PP-tjenestekontor.

Tiltak	Aldri	Av og til	Ofte	Alltid	Vet ikke/ ubesvart
Samarbeid om barn/ unge med psykiske problemer som har behov for koordinerte tjenester ivaretas gjennom utarbeidelse av individuell plan	9	67	22	0	2
Systematisk igangsetting og utarbeidelse av individuelle planer svikter	9	51	29	2	9
BUP deltar i samarbeid om utarbeidelse av individuelle planer	22	64	7	2	4
Samarbeid om barn og unge med psykiske vansker ivaretas gjennom ansvarsgrupper	0	29	53	16	2

Om lag ett av fem PP-tjenestekontor mener at individuell plan ofte fungerer som et redskap for å ivareta det tverrfaglige samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer. De fleste rapporterer imidlertid at dette bare fungerer av og til. Det er også en overvekt av PP-tjenestekontor som rapporterer at systematisk igangsetting og utarbeidelse av individuell plan av og til svikter, og nær 30 prosent av kontorene melder at dette skjer ofte. Resultatet er i stor grad sammenfallende med funn i materialet fra 2004.

Flertallet av PP-tjenestene svarer at BUP av og til er deltagende i samarbeidet om utarbeidelse av individuell plan. Det er imidlertid en forholdsvis stor andel (22 prosent) som tilbakeholder at BUP aldri deltar i dette arbeidet. Sammenlignet med statistikk fra 2004 er det nå flere PP-tjenestekontor som rapporterer at BUP deltar i dette arbeidet.

Flere PP-tjenestekontorer er mer aktive i forhold til bruk av ansvarsgrupper enn med bruk av individuell plan. Dette resultatet sammenfaller i stor grad med data fra 2004.

6 Analyser av faktorer som predikerer tilgjengelighet

6.1 Analysestrategi

6.1.1 Avhengige variabler – indikatorer for tjenestetilgjengelighet

Følgende variabler benyttes som indikatorer for tjenestetilgjengelighet (avhengige variabler): i) udekket tjenestebehov, ii) kvalitet i tverrfaglig samarbeid rundt barnet/ungdommen.

Udekket tjenestebehov

Variabelen udekket tjenestebehov er basert på tjenesteutøvers vurdering av tilbud som barnet/ungdommen ideelt sett burde ha hatt, men som ikke tilbys i dag. I analysen er variabelen dikotomisert som følger: Udekket etterspørsel etter ett eller flere tiltak/tjenester (1)/ Ikke udekket etterspørsel etter tiltak/tjenester (0).

Kvalitet i tverrfaglig samarbeid

Et mål på kvalitet i tverrfaglig samarbeid rundt barnet/ ungdommen er konstruert på grunnlag av tjenesteutøvers vurdering av hvordan samarbeidet med annen instans fungerer på individnivå. Variabelen er dikotomisert som følger: Barnet/ungdommen omfattes av dårlig/middels bra tverrfaglig samarbeid (mellom helsesøster/PPT og en eller flere instanser) (1)/Barnet/ungdommen omfattes av godt/veldig godt tverrfaglig samarbeid (mellom helsesøster/PPT og en eller flere instanser) (0).

6.1.2 Uavhengige variabler

Valg av uavhengige variabler er basert på antagelser om hvilke faktorer og forhold som kan påvirke tjenestetilgjengelighet. Vi antar at tilgjengelighet til et adekvat tjenestetilbud for barn og unge med psykiske vansker predikeres av kjennetegn ved den tjenesten barnet mottar tiltak fra (kommunalt nivå), samt av kjennetegn ved individet.

6.1.3 Variansanalyse

Variansanalyse (ANOVA) anvendes for å identifisere tjenesterelaterte og individrelaterte faktorer som samvarierer med de to indikatorene for tilgjengelighet.

6.1.4 Regresjonsanalyse

Binomisk logistiske regresjonsanalyser benyttes for å studere prediktorer for tjenestetilgjengelighet. Uavhengige variabler som er statistisk signifikant relatert til avhengig variabel, basert på variansanalyse, inngår i regresjonsanalysene. Standardfeilestimatene i disse analysene korrigeres for eventuelle klyngeeffekter.

I de binomiske regresjonsanalysene viser vi effektene av de enkelte variablene som odds ratio. Når odds ratio er lik 1, er det ingen effekt av den uavhengige variabelen. La oss tenke oss en dikotom avhengig variabel Y, og en odds ratio som overstiger 1. Da vil odds ratio uttrykke hvor mye høyere sannsynligheten er for at Y skal være 1 snarere enn null, i én gruppe sammenliknet med en annen. Og omvendt, hvis ratioen er mindre enn 1 gir dette et mål på hvor mye lavere dette forholdet i sannsynlighet er, i den ene gruppen sammenliknet med den andre.

6.2 Analyse av faktorer relatert til tjenestetilgjengelighet. Helsesøstertjenesten

Tabell 6.1 gir en oversikt over de uavhengige variablene som inngår i analyser av faktorer relatert til tilgjengelighet, samt antallet barn og unge som omfattes av de ulike kjennetegn ved tjenestetilbudet.

Tabell 6.1 Uavhengige variable i analyse av tilgjengelighet. helsesøstertjenesten.

Uavhengige variabler	Beskrivelse uavhengig variabel dikotomisert	Antall barn/ unge i utvalget	
		0	1
Kommunestørrelse	0: > 6000 innb. < 18 år; 1: <6000 innb. < 18 år	513	525
Kommunens helsestasjons- og skolehelsetjeneste er styrket ila siste 3 år	0: nei; 1=ja	281	757
Styrking av tjenesten er basert på midler fra OP	0: nei; 1=ja	74	822
Kommunen har ila siste tre år rekruttert fagpersonell med psykososial kompetanse til helsesøstertjenesten	0: nei; 1=ja	619	419
Noen av kommunens helsestasjoner er samorganisert med andre hjelpetjenester	0: nei; 1=ja	638	400
Kommunen har et familiesenter	0: nei; 1=ja	638	170
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere førskolebarn med psykiske problemer	0: i liten grad/ ikke i hele tatt/i noen grad; 1: i stor grad	764	274
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere barn 6-12 år med psykiske problemer	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/ noen grad	904	134

Forts. tab. 6.1 Uavhengige variabler	Beskrivelse uavhengig variabel dikotomisert	Antall barn/ unge i utvalget	
		0	1
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere ungdom med psykiske problemer	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/ noen grad	646	392
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/ noen grad	875	163
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i tverrfaglige grupper for forebygging av psykiske problemer	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/noen grad	433	527
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten er involvert i fagnettverksgrupper- psykososiale vansker barn og unge	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/noen grad	644	359
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i tverrfaglige grupper ved henvendelser vedr. psykiske vansker	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/noen grad	535	469
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i faste formaliserte samarbeidsmøter med BUP	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/noen grad	534	504
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i faste formaliserte samarbeidsmøter med PPT	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/noen grad	799	205
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i faste formaliserte samarbeidsmøter med fastleger	0: i liten grad/ ikke i hele tatt; 1: i stor grad/noen grad	895	109
Samarbeid om barn og unge med psykiske vansker ivaretas ved ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse	0: av og til/aldri; 1: ofte/alltid	331	673
Samarbeid om barn og unge med psykiske vansker ivaretas gjennom utarbeidelse av individuell plan	0: av og til/aldri; 1: ofte/alltid	625	355
Barnets alder	0: under 13 år; 1: 13-18 år	395	665
Alvorlighetsgrad psykisk problem	0=små vansker/ tydelige vansker; 1= alvorlige vansker	888	185

6.2.1 Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. Helsesøstertjenesten

Tabell 6.2 viser resultat av enveis variansanalyse. Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud.

Tabell 6.2 Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. Helsesøstertjenesten.

Uavhengige variabler	F	p
Kommunestørrelse	5,3	0,02
Styrking av tjenesten er basert på midler fra OP	8,3	0,004
Noen av kommunens helsestasjoner er samorganisert med andre hjelpetjenester	6,4	0,01
Samarbeid om barn og unge med psykiske vansker ivaretas ved ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse	3,7	0,05
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten er involvert i fagnettverksgrupper-psykososiale vansker barn og unge	4,1	0,04
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i faste formaliserte samarbeidsmøter med BUP	19,9	0,000
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i faste formaliserte samarbeidsmøter med fastleger	8,9	0,003
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere førskolebarn med psykiske problemer	4,3	0,04
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere barn 6-12 år med psykiske problemer	12,1	0,001
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere ungdom med psykiske problemer	3,9	0,05
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	11,6	0,001
Alvorlig psykisk problem	5,9	0,02

Det fremgår av tabellen at samtlige av de uavhengige variablene som inngår i variansanalysen er statistisk signifikant assosiert med udekket tjenestebehov.

Tabell 6.3 viser resultat av binær logistisk regresjonsanalyse, og presenterer de faktorer som er statistisk signifikant relatert til udekket tjenestebehov.

Tabell 6.3 Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til udekket behov. Helsesøstertjenesten.

Variabler	z	SE	OR
Noen av kommunens helsestasjoner er samorganisert med andre hjelpetjenester	-2,1*	0,1	0,6
Samarbeid om barn og unge med psykiske vansker ivaretas ved ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse	2,7**	0,3	1,6
Fagpersonell tilknyttet helsestasjonstjenesten deltar i faste formaliserte samarbeidsmøter med BUP	2,9**	0,3	1,6
Kommunestørrelse	-2,3*	0,1	0,7
Alvorlig psykisk problem	2,3*	0,2	1,4

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Regresjonsanalysen viser at vurdert udekket tjenestebehov er relatert til ulike kjennetegn ved tjenesten.

Det er redusert risiko for at helsesøster vurderer det eksisterende tilbudet som inadekvat eller utilstrekkelig, når helsestasjonstjenesten er samorganisert med andre tjenester.

Det er imidlertid en økt risiko for vurderte udekte tjenestebehov når helsestasjonstjenestens samarbeid om barn/unge med psykiske problemer i stor, - eller noen grad ivaretas ved ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse.

Resultatet viser også en økt risiko for at helsesøster vurderer barnet/ungdommens tilbud som inadekvat når helsesøstertjenesten har etablert formalisert samarbeid med BUP.

Regresjonsanalysen viser i tillegg at det er en økt risiko for udekte behov i større, sammenlignet med mindre kommuner.

6.2.2 Faktorer relatert til kvalitet i tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten

Tabell 6.4 viser resultat av enveis variansanalyse. Faktorer relatert til i hvilken grad tverrfaglig samarbeid på individnivå fungerer kvalitativt sett.

Tabell 6.4 Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til kvalitet i tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten.

Uavhengige variabler	F	p
Kommunen har ilt de siste tre år rekruttert fagpersonell med psykososial kompetanse til helsesøstertjenesten	4,5	0,03
Helsesøstertjenesten har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	5,2	0,02
Alvorlig psykisk problem	6,3	0,01

Av de uavhengige variablene som inngår i analysen (jfr. tabell 6.1) er det tre forhold som er statistisk signifikant relatert til opplevd kvalitet i det tverrfaglige samarbeidet. Multivariat analyse viser imidlertid at det kun er alvorlighetsgrad som predikerer dette (tabell 6.5).

Tabell 6.5 Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til opplevelse av problemer i tverrfaglig samarbeid. Helsesøstertjenesten.

Variabler	z	SE	OR
Barn/unge med alvorlig psykisk problem	2,3*	0,3	1,5

Note. *p<0,05

Det er en økt risiko for problemer i det tverrfaglige samarbeidet om barn og unge med alvorlige psykiske vansker, sammenlignet med de med lettere problematikk.

6.3 Analyse av faktorer relatert til tjenestetilgjengelighet basert på data fra PP-tjenesten

Tabell 6.6 viser uavhengige variabler i analyse av faktorer relatert til tilgjengelighet PP-tjenesten, og antall barn og unge i utvalget som omfattes av tjenestetilbudet.

Tabell 6.6 Uavhengige variabler i analyse av faktorer relatert til tilgjengelighet PP-tjenesten, og antall barn og unge i utvalget som omfattes av tjenestetilbudet.

Uavhengige variabler	Beskrivelse uavhengig variabel dikotomisert	Antall barn/ unge i utvalget	
		0	1
PPT er styrket siste 2 år	0: nei; 1=ja	1223	795
Har kapasitet til å håndtere førskolebarn med psykiske vansker	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	249	1720
Har kapasitet til å håndtere førskolebarn med psykiske vansker	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	800	1218
Har kapasitet til å håndtere førskolebarn med psykiske vansker	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	823	1195
Har kapasitet til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	0: i liten grad/ ikke i hele tatt/i noen grad; 1: i stor grad	1263	756
Har kompetanse til å håndtere førskolebarn med psykiske vansker	0: i liten grad/i noen grad 1: i stor grad	956	1013
Har kompetanse til å håndtere barn 6-12 år med psykiske vansker	0: i liten grad/i noen grad 1: i stor grad	897	1072
Har kompetanse til å håndtere ungdom med psykiske vansker	0: i liten grad/i noen grad 1: i stor grad	1028	941
Har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	0: i liten grad/i noen grad 1: i stor grad	1285	684
PPT er involvert i fagnettverksgrupper psykososiale vansker	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	591	1400
PPT er involvert i tverrfaglige grupper for forebyggig av psykiske vansker	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	552	1466
PPT er involvert i tverrfaglige grupper ved henvendelser for psykiske problemer	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	853	1165

Forts. tabell 6.6 Uavhengige variabler	Beskrivelse uavhengig variabel dikotomisert	Antall barn/ unge i utvalget	
		0	1
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med BUP	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	627	1365
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med helsesøster	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	769	1249
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med barnevernet	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	880	1138
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med fastleger	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	1857	161
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med skoleleger	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	777	1241
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med andre kommunale etater	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	591	1427
PPT har etablert rutiner for samarbeid med fastleger ved henvisning til BUP	0: i liten grad /ikke; 1: i stor grad /noen grad	861	1157
Tverrfaglig samarbeid ivaretas ved utarbeidelse av individuell plan	0: av og til/aldri/1: ofte/alltid	1640	378
Det er lagte prosedyrer ved PP-tjenesten for utarbeidelse av IP	0: nei; 1: ja	859	1107
BUP deltar i samarbeid om utarbeidelse av individuell plan	0: av og til/aldri/1: ofte/alltid	1808	190
Systematisk igangsetting av IP svikter	0: av og til/aldri/1: ofte/alltid	1355	574
Samarbeid om barn/unge med psykiske problemer ivaretas ved ansvarsgrupper med tverrfaglig deltagelse	0: av og til/aldri/1: ofte/alltid	455	1563
Alvorlighetsgrad psykiske vansker	0: små/tydelige; 1: alvorlige	1667	572
Kommunestørrelse	0: >6000 innb. < 18 år; 1: <6000 innb. < 18 år	1315	924

6.3.1 Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. PP-tjenesten

Tabell 6.7 viser resultat av enveis variansanalyse. Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud.

Tabell 6.7 Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til udekket tjenestetilbud. PP-tjenesten.

Uavhengige variabler	F	p
Har kapasitet til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	18,6	0,000
Systematisk igangsetting av IP svikter	5,6	0,02
Barnets alder >12 år	7,8	0,005
Alvorlig psykisk problem	25,7	0,000

I tabell 6.8 fremgår resultat av binær logistisk regresjonsanalyse av faktorer som predikerer udekket tjenestebehov for barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten.

Tabell 6.8 Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til udekket tjenestebehov PP-tjenesten.

Variabler	z	SE	OR
PPT har kapasitet til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	-3,6***	0,07	0,7
Alvorlig psykisk problem	3,7***	0,2	1,6

Note..*** p<0,000.

Udekket behov for barn og unge som mottar tiltak fra PP-tjenesten er både relatert til kapasiteten ved tjenesten, samt alvorlighetsgrad ved barnets psykiske problemer. Når PP-tjenesten opplever å ha god kapasitet i forhold til brukegruppen barn av psykisk syke foreldre, er det en redusert risiko for at brukere har udekte tjenestebehov. Det er en økt risiko for udekte behov for gruppen barn og unge med alvorlige psykiske vansker, sammenlignet med de med mindre alvorlige symptomer.

6.3.2 Faktorer relatert til kvalitet i tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten

Tabell 6.9 viser resultat av enveis variansanalyse. Faktorer relatert til i hvilken grad tverrfaglig samarbeid på individnivå fungerer kvalitativt sett.

Tabell 6.9 Resultat av enveis ANOVA. Faktorer relatert til opplevelse av problemer i tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten.

Uavhengige variabler	F	p
PPT er styrket siste 2 år	4,3	0,04
PPT er involvert i fagnettverksgrupper psykososiale vansker	6,7	0,01
PPT er involvert i tverrfaglige grupper ved henvendelser for psykiske problemer	4,5	0,03
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med BUP	6,1	0,01
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med helsesøster	6,4	0,01
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med fastleger	4,6	0,03
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med skoleleger	4,1	0,04
PPT har etablert rutiner for samarbeid med fastleger ved henvisning til BUP	13,5	0,00
Systematisk igangsetting av IP svikter	11,0	0,001
Har kompetanse til å håndtere førskolebarn med psykiske vansker	13,8	0,000
Har kompetanse til å håndtere barn 6-12 år med psykiske vansker	3,8	0,05
Har kompetanse til å håndtere barn av psykisk syke foreldre	9,8	0,002
Kommunestørrelse	6,6	0,01
Barnets alder > 12 år	10,1	0,002
Alvorlig psykisk problem	22,4	0,000

Tabell 6.10 viser resultat av binær logistisk regresjonsanalyse. Faktorer som predikerer opplevelse av samarbeidsproblemer i tiltak om barn og unge med psykiske vansker.

Tabell 6.10 Resultat binomisk logistisk regresjonsanalyse. Faktorer signifikant relatert til opplevelse av problemer i tverrfaglig samarbeid. PP-tjenesten 2007

Variabler	z	SE	OR
PPT er styrket siste 2 år	2,6**	0,2	1,6
PPT har faste, formaliserte samarbeidsmøter med fastleger	-2,1*	0,2	0,6
PPT har etablert rutiner for samarbeid med fastleger ved henvisning til BUP	-2,3*	0,1	0,7
Alvorlig psykisk problem	3.9***	0,2	1,7

Note. **p<0,01, * p<0,05.

Når PPT er styrket siste to år er det også mer sannsynlig at barn/unge omfattes av et tverrfaglig samarbeid som fungerer mindre.

7 Resultater basert på intervjuundersøkelser

7.1 Tilgjengelige tjenester

Åpningsspørsmålet var i alle intervjuene "hva legger du i begrepet tilgjengelighet"?

Informantene skiller mellom tilgjengelighet for brukere og for samarbeidspartnere.

7.1.1 Begrepet tilgjengelighet

Alle informantene fra de kommunale tjenestene snakker om at tjenesten må være synlig og lett å finne fram til. En uttrykker det slik:

"At de tjenestene som finnes, er enkle å få tak i".

De bruker uttrykk som *"åpen dør"*, *"at folk er lett å treffe"*, *"at det er mulig å få kontakt"*, *"at tjenesten er tydelig slik at man vet hva den kan tilby"* Mange snakker om måten man blir møtt på. En informant bruker uttrykket *"tillit til hjelper"* en annen at *"man er til stede for dem som trenger en, at en vil og kan hjelpe"*. En helsesøster legger vekt på at det skal være *"minst mulig byråkrati i forhold til det en har behov for"*.

Det understrekes at tilbudet må være relevant for det behovet som oppleves, og at en møter en kompetent person eller henvises videre til noen som kan hjelpe. Mange, spesielt informantene fra BUP og PPT, trekker fram tidsaspektet. De snakker om at tjenestene må være tilgjengelige innen rimelig tid, *"rett tilbud til rett tid"*, og en understreker at det skal være et tilbud på riktig nivå.

Mange aspekter ved tilgjengelighet går igjen på tvers av kommuner og tjenestesteder, mens noen temaer gis ulik oppmerksomhet i de ulike tjenester. I det følgende vil vi derfor utdype tilgjengelighet til de ulike tjenestetypene.

7.1.2 Tilgjengelighet til helsesøstertjenesten

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er typiske lavterskeltjenester med bred oppslutning i befolkningen. Det er derfor en tjeneste som er lett å oppsøke også for barn og unge med psykiske vansker og foreldre som sliter. Alle kjenner til tjenesten, og barn/unge og foreldre kjenner gjerne helsesøster fra kontakt med helsestasjonen eller skolehelsetjenesten tidligere. Helsesøstrene snakker likevel om synlighet, om at de arbeider kontinuerlig med informasjon om når de kan treffes og hva slags tilbud de gir. De nevner som eksempel å legge informasjon ut på nettet og utforme informative brosjyrer. De forteller at de er mer til stede på skolene og har utvidet åpningstidene for helsestasjon for ungdom. Helsesøstrene samarbeider mye med andre tjenester og fremhever tilgjengelighet også for samarbeidspartnerne.

7.1.3 Tilgjengelighet til barneverntjenesten

Det er spesielt informanter fra barneverntjenesten som understreker at det er viktig å sørge for at folk føler seg velkommen, at det er hyggelig å komme inn i lokalet og at man møtes med vennlighet og velvilje. Det må være greit å komme fram på telefonen og få snakke med noen som har kompetanse til å gi tilfredsstillende svar. Flere påpeker at fordi barneverntjenesten har den rollen den har, er tjenestens møte med brukerne ekstra viktig. Informantene beskriver en tjeneste som både brukere, publikum og samarbeidspartnerne vegrer seg for å ta kontakt med. Barneverntjenesten ønsker å fremstå som så tilgjengelig som mulig. Alle de tre informantene beskriver arbeid med å informere og beskrive og ufarliggjøre tjenesten og samtidig redegjøre for lovverket arbeidet er forankret i. De er opp-tatt av at det skal være lett for samarbeidspartnere å ta kontakt, men sier at travelhet er et hinder.

7.1.4 Tilgjengelighet til PP-tjenesten (PPT)

Også PPT snakker om tilgjengelighet for samarbeidspartnerne i minst like stor grad som for barn/ unge og foreldre. En informant understreker at PP-tjenestens arbeid er forankret i opplæringsloven, og at skolen er tjenestens viktigste samarbeidspartner. Tilgjengelighet for skolen vektlegges derfor. En PPT har for eksempel etablert et system med fast kontaktperson for hver skole og der hver skole har en fast kontaktperson for PPT. En informant beskriver et tilgjengelighetsproblem fordi de ansatte er så mye på farten. Dette forsøkes kompensert ved å gjøre er noen tekniske ting, som at alle har mobiltelefon og at nummer og e-postadresse ligger ute på nettsiden og som bunntekst på brev.

7.1.5 Tilgjengelighet til BUP

BUP er spesialisthelsetjeneste og tar imot pasienter etter henvisning. At BUP er en 2. linjetjeneste innebærer i følge informantene at arbeidsformen, kapasiteten og kompetansen til henvisnede instans har stor betydning for BUPs tilgjengelighet. Det er viktig at kommunene vet hva de kan forvente av BUP. En informant fra BUP snakker om at tjenesten derfor må være informerende. Alle informantene knytter tilgjengelighet til ventetid. De sier at ventetid handler om kapasitet og om at de rette barna/ungdommene henvises til rett tid. En informant sier:

Det er viktig å få tilbud i rimelig tid - riktig tilbud på riktig nivå. I dag er mange barn for lenge i 1. linjen, mens andre henvises for tidlig.

Godt samarbeid mellom henvisende instans og behandlere ved BUP trekkes frem som vesentlig for å unngå for langt ventetid. Gode henvisninger gjør det mulig for BUP å vurdere hvem som skal tas inn og få plass og hva slags prioritet de skal få. Videre trekkes kapasitet i de kommunale tjenester fram som en faktor som påvirker BUPs tilgjengelighet. For eksempel fører 1- 2 års ventetid ved PPT til at flere barn henvises til BUP i stedet for til PPT.

7.2 Kapasitet og kompetanse

Alle informantene trekker fram kapasitet som den faktoren som er viktigst for tilgjengeligheten til tjenestene for barn og unge med psykiske vansker. Vi har ikke kartlagt tjenestenes kapasitet uttrykt ved for eksempel antall stillinger; vi kan kun si noe om kapasitet ut fra informantenes vurdering. Også kompetanse tilskrives avgjørende betydning for tilgjengelighet.

I første del av dette delkapitlet redegjøres for ressursøkning som følge av Opptrappingsplanen. Deretter beskrives tjenestenes kapasitet og kompetanse slik som informantene vurderer den. Også her presenteres tjenestene på tvers av de tre kommunen fordi likheten mellom tjenestene i de ulike kommunene er større enn mellom de ulike tjenestene i samme kommune.

7.3 Økte ressurser gjennom Opptappingsplanen?

BUP

Alle informantene fra de tre BUP'ene forteller om betydelig styrking gjennom opptappingsmidler med økning av antall stillinger. En BUP har for eksempel fått 12 nye stillinger siden 2005, ved en annen BUP er det etablert et ambulant team som er finansiert av Opptappingsmidler.

NYE TILBUD

I en kommune er det bygget opp en ny tjeneste til barn og unge som er fullfinansiert av opptappingsmidler, et forebyggende team med 5,5 fagstillinger, jf. pkt 4.1. I en annen kommune er det opprettet to nye stillinger som er finansiert av Opptappingsmidler og øremerket arbeid med psykisk helse barn og unge. En stilling ble besatt for ¾ år siden og den andre besettes fra 1.1. 2008.

I en kommune har det tilflytt ungdom med psykiske vansker noe ekstra ressurser ved at psykisk helsetjeneste for voksne har utvidet sitt tilbud til å omfatte ungdom i ungdomsskolen og videregående skole.

HELSESØSTERTJENESTEN

Helsesøstertjenesten i alle kommunene er tilført noen nye stillinger finansiert av øremerkede midler, og som følge av det har helsesøstrene utvidet sitt arbeidsfelt. De har økt sin tilstedeværelse på skolene og styrket helsestasjon for ungdom. Helsesøstertjenesten driver/medvirker i ulike tilbud som læringsprogrammene "Psykisk helse i skolen" og "De utrolige årene" (Webster-Strattons metode for forebygging og behandling av atferdsvansker hos små barn). Ikke alle disse tilbudene er fullfinansiert av opptappingsmidler.

BARNEVERNTJENESTEN OG PPT

Barneverntjenestene og PPT i de tre kommunene har stort sett ikke fått tilført ekstra midler. Barneverntjenesten i en kommune har fått litt midler som, sammen med andre midler, har tilført tjenesten en stilling. Barneverntjenesten i de to andre kommunene er ikke styrket med unntak av en halv stilling som er øremerket andre arbeidsoppgaver. PPT i en kommune har fått en ny stilling finansiert av opptappingsmidler, mens PPT i de to øvrige kommunene har ikke fått tilført noen midler gjennom Opptappingsplanen. Barneverntjenesten i en kommune fikk for noen år siden tilført en stilling gjennom opptappingsmidler, men den ble ikke godkjent av fylkesmannen. Begrunnelsen var at de øremerkede midlene kun skulle gå til nye tiltak.

7.4 Økt etterspørsel etter tjenester for barn og unge med psykiske vansker - tilstrekkelig kapasitet og kompetanse?

Alle tjenestene som inngår i studien beskriver betydelig økningen i etterspørsel etter tjenester i Opptappingsplanperioden. Informantene tilskriver det dels opptappingsplanen og dels andre forhold, som for eksempel den generelle samfunnsutviklingen. Informantene beskriver forholdet mellom ressurser og pågang som avgjørende for tilgjengeligheten til tjenesten, og flere tjenester opplever betydelige problemer med for liten kapasitet. Resultatene presenteres etter tjenestetype.

7.4.1 Helsesøstertjenesten

KAPASITET

Helsesøstertjenesten i de tre kommunen har fått langt flere oppgaver og har også fått økte ressurser. De opplever en travel hverdag og har ønske om å rekke mer enn de gjør. Imidlertid er de rimelig fornøyd med dagens ressurser og mener de yter tilfredsstillende og til dels gode tjenester. Ens utsagde dekker rimelig godt også det de to andre gir uttrykk for:

"Vi er ikke overbemannet, men har stabil tjenesten med lite sykdom og brukbar kapasitet".

KOMPETANSE

Helsesøstrene har hatt psykososiale forhold hos barn og unge som sitt arbeidsfelt lenge før Opptrappingsplanen kom og jobber stort sett slik de har gjort før. Men informantene beskriver at de retter mer oppmerksomhet mot psykisk helse enn tidligere. Helsesøstertjenesten i alle de tre kommunene har økt sin kompetanse gjennom videreutdanning og kurs og gjennom samarbeid om ulike prosjekter og programmer. For eksempel har samarbeidet med skolene om "Alle har en psykisk helse" (Psykisk helse i skolen, 2007) og med BUP om "De utrolige årene" bidratt til økt kunnskap og økt bevissthet om spørsmål som angår psykisk helse. Videre har planarbeid og medieoppmerksomhet bidratt.

Imidlertid beskriver helsesøstertjenesten behov for enda mer kompetanse:

Vi treffer jo alle disse familiene. Jeg ser at vi er sentrale og at vi kan brukes, men også at vi må få mer kompetanse og påfyll.

Der helsesøstertjenesten ikke har psykologkompetanse eller tilgang på slik kompetanse, er det først og fremst dette som etterlyses. Spesielt savner helsesøstrene i skolehelsetjenesten psykologbistand:

"Tidligere var det jo skolepsykologer. Vi har snakket om vi kunne få noe liknende, f. eks. til rådgivning på vårt nivå. Jordmortjenesten kunne også trenge slik kompetanse".

7.4.2 Barneverntjenesten

KAPASITET

Barneverntjenesten i alle de tre kommunene merker en betydelig økning i saker, og påpeker spesielt at alvorlige og komplekse saker øker. De mener økningen bl.a. har sammenheng med Opptrappingsplanen. Mye oppmerksomhet er rettet mot feltet, andre tjenester har økt sin innsats mot barn og unge og avdekker flere barnevernsaker. Barneverntjenestens samarbeid med psykisk helsetjeneste for voksne bidrar til flere saker henvises til barnevernet. Også barneverntjenesten selv har økt oppmerksomhet mot psykisk helse og avdekker flere problemer. Videre mener informantene at den generelle samfunnsutviklingen med for eksempel økende forekomst av rusproblemer og psykiske lidelser i befolkningen bidrar til økt behov for barneverntjenester. Alle informantene fra tjenesten synes det er et tankekors at en tjeneste som er så sentral i psykisk helsearbeid og får betydelig økt arbeidsbelastning gjennom satsingen på psykisk helsefeltet, ikke er tilgodesett med (mer) opptrappingsmidler.

Økt pågang uten (vesentlig) økning i ressurser medfører at alle barneverntjenestene har måttet legge om arbeidet og konsentrere virksomheten om kjernebarnevern, mens forebyggende arbeid har måttet nedprioriteres. En informant forteller at de noen ganger sitter og ser på saker, der de lurer på om de kunne hindret plassering hvis de hadde satt i gang tidligere. Også samarbeidet på systemnivå blir skadelidende i en travel hverdag. Barneverntjenestene i alle de tre kommunen strever med knappe ressurser. En informant sier:

"Fra sentrale myndigheter snakkes det om at det satses og satses og satses på psykiatrien, men noen ganger lurer jeg på hvor det blir av midlene. Jeg synes det er få midler å slåss om

sett i forhold til kompleksiteten i sakene og hvor dyre tiltakene er. De som snakker om at nå satser vi så mye – vet de hvordan hverdagen er i kommunene?"

De tre informantene fra barneverntjenesten er enige at barn og unge i utgangspunktet skal ha tiltakene sine i kommunen. De beskriver imidlertid betydelige problemer med at det ikke finnes gode tiltak for barn og ungdom med særlig store vansker, og at det må bygges opp noe særegent for hvert barn/ungdom. Dette er dyrt, og knappe ressurser reduserer muligheten for å bygge opp tilfredsstillende tilbud i en del tilfeller. Mangel på tilbud i spesialisthelsetjenesten bidrar også til økt belastning på den kommunale barneverntjenesten. Dette beskrives slik:

"Det mangler tiltak på 2. linjenivå som gjør at vi får ungene i retur! Det kan være vanskelig å finne plasseringer, fordi barnevernets tiltak ikke er beregnet på så syke unger. Jeg synes det er en positiv utfordring at vi i kommunen får ansvar, men det er fortvilende når vi har gjort et grundig arbeid og funnet ut hva som trengs, og de tiltakene så mangler i 2. linjen. Vi er avhengige av dem. Sånn er det jo oppbygget, at når første linje ikke får til mer, skal det være noen som er flinkere enn oss. Og der synes vi at vi noen ganger møter veggen. Tiltakene finnes ikke, og vi blir sittende med sakene".

En informanten løfter fram er annet viktig poeng:

"Noen saker blir barnevernsaker fordi kommunene ikke har et godt nok tilbud til et barn eller en ungdom med store psykiske vansker. For dårlig utbygde tiltak på kommunenivå kan medføre at omsorgsoppgaven blir for stor selv for foreldre med mye ressurser. Barnet eller ungdommen kan være så krevende at det blir barnevern fordi ungdommen får for dårlig tilbud".

I alle kommunene er det høy aktivitet og stor travelhet i barneverntjenesten. Det beskrives stabil bemanning, men at arbeidspresset sliter på personalet, slik at dette er i ferd med å endres. En informant beskriver sin tjeneste som knapp, men tilfredsstillende. En annen informant mener at deres tjeneste per i dag ikke har tilstrekkelig kapasitet til å gjøre en full-god jobb i det de bare kan ta kjernebarnevernet.

KOMPETANSE

De tre informantene fra barneverntjenesten savner alle mer kompetanse i tjenestene. Først og fremst ønsker de, som helsesøstrene, psykologkompetanse. I den store bykommunen finnes ikke kommunepsykolog og barneverntjenesten har ikke tilgang på psykologkompetanse, annet enn litt bistand fra BUF-etat. Informanten herfra sier:

"Vi trenger mer kompetanse i 1. linjen for å skjønne hva vi står overfor. Vi møter deprimerte, isolerte mødre som bruker alle midler for at vi ikke skal få innsyn. Hvordan skal vi få dem til å fortelle? Hva skal vi se etter?"

Videre sier vedkommende:

"Det er et tankekors at vi med kortest utdanning skal ta oss av ungene med de største problemene!"

I den mellomstore byen har barnevernet heller ikke tilgang på psykologkompetanse, selv om kommunen har tre barnepsykologer ansatt i Forebyggende team. I landkommunen kjøper barneverntjenesten veiledning en gang per måned fra psykolog. Kommunen har ansatt psykolog, og informanten håper de kan benytte seg av vedkommendes kompetanse når han/hun tilrer stillingen.

7.4.3 PPT

Alle tjenestene beskriver for lite ressurser. I en kommune har kapasitetsproblemer medført at det individrettede arbeidet er sterkt redusert til fordel for jobbing på systemnivå. Informanten herfra sier:

"Jeg hadde ønsket at vi kunne jobbet med flere saker, men jeg ser at det er andre ting vi må prioritere. Det kan skje at vi må avvise saker vi burde vært inne og der konsekvensene for eleven kan bli alvorlige.

De to andre PPT beskriver alt for lange ventelister og påpeker at det er uheldig både for dem som venter og for samarbeidspartnerne. For eksempel vanskeliggjøres samarbeidet når tjenestene er i ufase.

Det understrekes at dess mindre kapasiteten er, dess viktigere blir riktig prioritering. En sier:

"For å kunne prioritere riktig, må en ha klare kjennetegn på hvilke saker PPT skal inn i, hvilke skolene skal håndtere og hvilke livsproblemer folk må regne med å mestre sjøl".

KOMPETANSE

PPT i de tre kommunene har alle tverrfaglig bemanning og god kompetanse. Tjenesten har tradisjonelt arbeidet på feltet psykisk helse hos barn og unge, så Opptappingsplanen har ikke medført vesentlige endringer i arbeidsfeltet. For PPT er det for lite ressurser som er problemet.

"Kompetansen er økt, vi kommer ikke så mye lenger med å øke den - nå handler det om kapasitet".

7.4.4 Nye tjenester

I to kommuner er det, for øremerkede midler, opprettet nye stillinger som er besatt med høyt kvalifiserte personer med ulik fagkompetanse, jf. pkt. 4.1.

7.4.5 BUP

Alle BUP'ene har fått flere stillinger og flere henviste. To av BUP'ene har betydelige problemer med å rekruttere lege- og psykologspesialister og sliter som en følge av det med kapasitetsproblemer og lang ventetid. En BUP har i snitt 90 dagers ventetid og har brutt noen frister. Den andre BUP'en rapporterer ventetid opp til 5 måneder og noen garantibrudd ut fra den individuelle fristen de gir. BUP'en med full bemanning har rimelig god kapasitet og akseptabel venteliste. De tre BUP'ene har nådd, eller er i ferd med å nå, målet om å gi tilbud til 5 % av barn og ungdom.

KOMPETANSE

BUP'en som har sine stillinger besatt, angir ikke rekrutteringsproblemer og har tilfredsstillende kompetanse. De to andre sliter med rekruttering av psykologspesialister og legespesialister, spesielt leger. Leger trengs til medisinsk utredning, og ved en BUP sier informanten at legemangel medfører at deres virksomhet noen ganger er på grensen av det forsvarlige på dette feltet.

7.5 Tjenesteprofil

Informantene blir i intervjuene spurt om Opptappingsplanen har hatt noen betydning for endringer i tjenesteprofil.

7.5.1 Nye tjenestetilbud

I to kommuner beskrives nye tilbud som følge av Opptappingsplanen. En kommune har etablert et forebyggende team med 5,5 stillinger: 3 psykologer, 1 klinisk pedagog, 1 helse-søster med familieutdanning og barnevernpedagog i 50 % stilling. Forebyggende team har

kompetanse på ulike kartleggings-, forebyggings- og behandlingsmetoder, for eksempel Marte Meo-metode, (Metode for å styrke kommunikasjon), Webster-Strattons "De utrolige årene", Home-start (et støtteprogram for familier, med frivillige hjelpere). Videre driver de grupper for barn av psykisk syke og lignende. Teamet beskrives som et helsetjenestetilbud med fokus på psykisk helse og skal jobbe tett sammen med helsesøstertjenesten. Tjenesten tilbyr 1 - 5 konsultasjoner. Målgruppen er barn og unge med lett til moderat problematikk og deres foreldre. Forebyggende team avgrensner sin målgruppe mot barn og unge som har alvorlige psykiske lidelser, som de definerer som spesialisthelsetjenestens ansvar. Imidlertid jobber de også med denne målgruppen i påvente av tilbud fra BUP.

En annen kommune har opprettet to stillinger øremerket til psykisk helsearbeid for barn og unge. De angis å være aktuelle som medarbeidere i tidlig intervensjon og i Webster-Stratten opplæring, som det foregår mye av i kommunen.

7.5.2 Helsesøstertjenesten

Informantene fra helsesøstertjenesten snakker om mer oppmerksomhet på psykisk helse, mer tilstedeværelse i skolene, mer samarbeid med andre om psykisk helse, men angir ikke vesentlig endringer i tjenesteprofil. Helsesøster fra en kommune sier at de ikke har endre sin profil, men at virksomheten nok er forskjøvet litt mer over i retning oppfølging, f. eks. ved at de gjennomfører langt flere oppfølgingssamtaler over tid i ungdomsskole og videregående skole. I noen tilfeller diskuteres sakene med BUP. Det antydes at helsesøster noen ganger føler litt press om å drive behandling. I kommunen der Forebyggende team er etablert, samarbeider helsesøstertjenesten og Forebyggende team om kartlegging for å identifisere barn og unge med psykiske vansker tidlig, både ved helsestasjonen og i skolen. Helsesøstrene har tidligere hatt hele ansvaret for det psykososiale arbeidet, og i og med at nye faggrupper er trukket inn, kan det se ut til at helsesøstrenes arbeidsfelt er noe endret.

En helsesøster påpeker at endring og stadig forbedring er viktig, men at det også er viktig med arbeidsrom noen ganger.

"Det har vært sentrale føringer på at vi må endre oss og bli stadig bedre, men vi trenger litt ro og stabilitet. Endringsprosesser hvert eller annethvert år er skrekkelig slitsomt. Vi vil gjerne frelse verden. Men samtidig må vi si: hva er godt nok? Det er kjempeviktig. Vi må ha en viss ro i et arbeidsmiljø som gjør at vi holder".

7.5.3 Barneverntjenesten

Ingen av barneverntjenestene har endret arbeidsform som følge av Opptappingsplanen, men økt pågang har medført til endret prioritering. Barneverntjenesten i en kommune understreker at de ikke jobber ikke spesielt etter mål satt av regjeringen. Informanten sier at dette er noe det snakkes om på ledernivå, det flyter ikke nedover til utøvernivået. Tjenesten har fått det mer travelt i planperioden og har derved fått mindre tid til forebyggende virksomhet og til formalisert samarbeid med andre tjenester. Barneverntjenesten i en annen kommune sier at Opptappingsplanen har medført at de opplever å bli litt mer regnet med blant samarbeidspartnerne. Kommunen prøver å se tjenestene til barn og unge sammen og tenker forebygging som en del av fellessatsingen. Men kapasitetsproblem gjør at forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid blir skadelidende, jf. pkt. 3.2.2.

Informanten i den tredje kommunen sier om tjenesteprofilen: *"Nå blir det jo bare det lovpålagte, altså kjernebarnevernet. Det går på bekostning av forebygging, og det er veldig trist, synes jeg. Jeg tror at barnevernet, sammen med de andre, har en veldig viktig rolle, nettopp fordi at man ut fra barnevernloven skal kunne jobbe forebyggende i barnevernet også. Jeg tror at det veldig viktig å ha med barnevernsperspektivet i det forebyggende arbeidet. Slik kapasiteten er i dag, greier vi ikke det".*

Videre trekker vedkommende fram at det er så viktig for barneverntjenesten å få lov å jobbe forebyggende fordi det er litt annen type jobbing, som ikke er så belastende. De trenger begge deler, ellers blir de ansatte utbrent.

7.5.4 PPT

PPT i de tre kommunene har litt ulik profil. En informant sier:

"I dag er vi, i alle fall de tjenestene som forholder seg til opplæringsloven, blitt tjenester som mye mer retter seg mot skoleutvikling og som ivaretar den juridiske retten til spesialundervisning og hva den skal inneholde".

En tjeneste, som ser ut til å ha den laveste bemanningen i forhold til folketallet i kommune, har dreid tjenesten i retning mer systemrettet og mindre individrettet arbeid som følge av liten kapasitet i tjenesten, ikke av Opptappingsplanen. Denne dreiningen har vært mulig fordi skolehelsetjenesten har økt sin innsats i skolen og derved overtatt noe av det individrettede arbeidet. PPT i en annen kommune beskriver heller ikke vesentlig endret tjenesteprofil i forbindelse med Opptappingsplanen. De har mange psykologer ansatt i tjenesten og har i lang tid rettet mye oppmerksomhet mot psykisk helse. Imidlertid er de mer inne i skolene på dette temaet, og det innebærer mer fokus på skolen og mindre på det som foregår på hjemmebane og mindre tid til forelderrettet arbeid. I den tredje kommunen beskriver PPT vesentlig endring i tjenesteprofil de senere årene, men ikke som følge av Opptappingsplanen. Tjenesten var en periode i gang med å dreie virksomheten i retning mer systemarbeid. Pga kutt i skolebudsjettene økte pågangen fra skolene om sakkyndig vurdering, og PPT ble igjen nødt til prioritere dette arbeid. Som kompensasjon for lange ventelister har tjenesten opprettet et tverrfaglig innsatsteam for barn, ungdom, foreldre eller skole som opplever å ikke mestre en situasjon. Dette er et utviklings- og utrykningsteam med erfaring, dyktige medarbeidere som kan stille opp inne 24 timer ved behov. Informantene fra helsesøstertjenesten og barneverntjenesten sier de er godt fornøyd med ordningen.

7.5.5 BUP

BUP'ene er betydelig styrket økonomisk i Opptappingsperioden. Alle de tre BUP'ene som inngår i studien har endret tjenesteprofil og måte å arbeide på i planperioden, men informantene knytter i liten grad disse endringene til Opptappingsplanen.

Alle har økt sin utadrettede virksomhet. To har organisert dette arbeidet i ambulante team, mens ved den tredje er det ikke faste medarbeidere som reiser ut. En informant understreker at endringene er en følge av faglig vurderinger og nasjonale pålegg. To BUP'er har omorganisert tjenesten fra å være en generalisttjeneste til å arbeide mer i fagteam, og dette begrunnes med faglige interesser hos medarbeiderne og ønske om å bedre rekrutteringen gjennom å gjøre stillingene mer attraktive. Informanten fra en BUP fremhever at nye kvalitetsindikatorer, krav om effektivitet og inntjening samt vekt på evidensbaserte metoder har hatt betydning for utvikling av tjenesteprofil og utforming av tjenestene, og ikke Opptappingsplanen som sådan. De har nå innført inntakssamtaler på alle, og der vurderes om de henviste har "rett på nødvendig helsehjelp" og om de skal ha et tilbud i 1. eller 2. linjetjenesten. Det innebærer to nivåer av siling. Flere hevder at det er umulig å skille helt mellom det som er følger av Opptappingsplanen, og det som hadde utviklet seg uansett.

7.6 Samarbeid

Informantene snakker, i ulike sammenhenger, om at tilgjengelighet er uløselig knyttet til samarbeid, både innen kommunen og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Alle informantene fra kommunene mener at tverrfaglig samarbeid er viktig og forteller at ansatte legger mye arbeid i å få det til å fungere. De fleste informantene mener samarbeidet er i

bedring, og noen synes det fungerer rimelig godt. Mange påpeker at samarbeid er tid og ressurskrevende og at det derfor må være hensiktsmessig. Det må ikke bli samarbeid for samarbeidets egen skyld. For eksempel advares det mot for mange faste samarbeidsmøter.

I det følgende beskrives samarbeid og ulike faktorer som har betydning for samarbeid i den enkelte kommune. Først beskrives landkommunen, deretter den mellomstore byen og så den store byen. Til slutt beskrives de kommunale tjenesters samarbeid med fastlegene, og samarbeidet mellom BUP og kommunene.

7.6.1 Samarbeid i landkommunen

ORGANISERING

Kommunen ble for noen år siden organisert etter en tonivåmodell med egne resultatenheter. Det ble da etablert en familie- og forebyggingsenhet med egen virksomhetsleder. PPT, barneverntjenesten, deler av sosialtjenesten, helsesøstertjenesten, psykiatrisk sykepleie-tjeneste samt deler av legetjenesten er organisert her. Opprettelse av Familie- og forebyggingsenheten hadde i følge informantene ingen direkte sammenheng med Opptrappingsplanen. En informant bemerker imidlertid at ting vel kan henge sammen mer enn det ser ut til.

Tjenestene i Familie- og forebyggingsenheten er samlokalisert, med unntak av helsestasjonen som er på vei inn. Informanter fra de to andre tjenestene legger stor vekt på samlokalisering og ser fram til at helsesøstertjenesten flytter inn i felles lokaler. En sier:

"Hvem som trekker i trådene er mindre viktig enn hvem du møter i gangene"

Organisering i Familie- og forebyggingsenhet oppfattes som hensiktsmessig. Representanten for PPT synes dette var den beste løsningen også for dem, men opplever det som en vanskelig organisering. PPT skal jobbe tett mot skolene, og skolene er egne virksomheter. Det gir PPT mye koordineringsansvar. De må for eksempel opprette individuelle samarbeidsavtaler med hver enkelt skole. Tidligere fantes et skolekontor, men det finnes nå ingen felles forankring på skolesiden. Denne organiseringen kan også påvirke tjenesteprofilen:

"Ved at vi er organisert i familie- og forebygging opplever vi kryssende forventningspress: vi skal jobbe mer systemrettet mot skolene og drive med skoleutvikling samtidig som vi gjennom tilknytning til familie og forebygging skal jobbe mer individrettet".

FORMALISERT SAMARBEID

Informantene mener at organisering i familie- og forebyggingsenheten har bidratt til bedret samarbeid. De fem lederne danner, sammen med virksomhetsleder, et lederteam. De treffes i faste møter, blir kjent og tar derved letter kontakt også elles. En informant er imidlertid i tvil om dette har særlig betydning for samarbeidet på utøvernivået, selv om lederne prøver å formidle informasjon til tjenesteutøverne.

Et formalisert samarbeidsforum er tverrfaglig team for tjenester til barn og unge med sammensatte behov. Virksomhetslederne i de ulike geografiske områdene har ansvar for å innkalle til teammøte for barn som har behov for mer enn en tjeneste. I møtet fordeles ansvar for videre oppfølging. Informanten forteller at det har vært mye diskusjon om hvem som skal være koordinator for tverrfaglig team. Ordningen beskrives å fungere opp og ned, og en mener at utfordringen er å gjøre modellen kjent. Barne- og ungdomspsykiatrisk team fungerer i følge informantene meget godt. Her foregår kommunens formaliserte samarbeid med BUP. I teamet sitter faste medlemmer, tre fra kommunen og to fra BUP. Leder for PPT er leder for teamet. Andre medarbeider kan melde saker etter behov og så møte i teamet.

TJENESTENES SAMARBEID

Informantene beskriver godt samarbeid på sak i landkommunen. Helsesøster angir bedret samarbeid med skolene og godt samarbeid med PPT, selv om det til tider kan være for lang ventetid. Informanten fra barnevernetjenesten synes det varierer litt hvor flinke samarbeidspartnerne er til å ta kontakt. Barneverntjenesten og PPT beskriver langvarig, godt samarbeid med hverandre. De arbeider ofte sammen i tunge saker og understreker at dette er meget hensiktsmessig. Man ser sakene fra ulike perspektiver, kan ha ulike roller og det overføres kompetanse i samhandlingen. Et problem er ventetid i begge tjenester.

Av resultatene fremgår at uenighet forekommer, men de ulike informantene beskriver situasjonen temmelig likt ut fra sine ulike perspektiver. Det høres ut til at diskusjonene og beslutningsprosessene har vært gode, at uenighet tales godt og at samarbeidet på sak fungerer fint. En informant understreker at de er blitt flinkere til å utnytte hverandres kompetanse:

"Vi har fått kultur på samarbeidet! Jeg føler at vår kommune har kommet langt på å få tilbudene integrert, men det har vært motstand og problemer".

Det påpekes at de nye stillingene som er øremerket psykisk helsearbeid for barn og ungdom, bidrar til samarbeid nettopp fordi de skal arbeide på tvers av testene. Samtidig understrekes at samarbeid er personavhengig og at det er lettere når man kjenner folk. En sier:

"Det er viktig med respekt for at en jobber på forskjellig måte fordi man har litt ulik sjargong og samarbeidsmåte med klientene".

7.6.2 Samarbeidet i den mellomstore byen

ORGANISERING

Denne kommunen har beholdt en organisering med fagsjefer for bl.a. skole og barnehage. Flere fremhever dette som positivt fordi det medfører at de ulike enhetene, for eksempel skolene, utvikler seg i samme retning. Informanten fra PPT understreker at dette er viktig for deres tjeneste:

"Det finnes et forvaltningsnivå som styrer utviklingen og har ansvar".

Kommunen har samlet tjenester for barn og unge i Barne- og familieenheten: Barneverntjenesten, helsesøstertjenesten, PPT, ungdomskontakt, Forebyggende team og avlastning og støttekontakt opp til 18 år. Med unntak av ungdomskontakten er tjenestene samlet i ett hus. Bakgrunnen for denne organiseringen var ønsket om å samle tjenester til barn og unge og, i følge informantene, ikke Opptappingsplanen. Flere fremhever organiseringen som hensiktsmessig fordi det medfører at det er lett å møtes, også å ta uformell kontakt.

FOREBYGGENDE TEAM

Kommunen har valgt å legge alle opptappingsmidlene for psykisk helse barn og unge inn i Forebyggende team, jf. pkt. 4.1. Enheten er oppbemannet etter hvert som midlene har kommet. Forebyggende team har ennå ikke helt funnet sin form, og alle informantene forteller om en utviklingsperiode hvor det har vært diskusjon og noe ulik forståelse av hva enheten skal være. Informantene fra helsesøstertjenesten og forebyggende team er enige om at enheten skal knyttes tett til helsesøstertjenesten. De andre informantene har ikke en klar oppfatning av hva teamet skal være, er litt avventende, men innstilt på å finne ut hvordan de best kan løse oppdraget sammen. Det påpekes at ved Forebyggende team er det innført enda en enhet å samarbeide med.

FORMALISERTE SAMARBEIDSFORA OG SAMARBEIDSPRAKSIS

Informantene mener at det ikke bør være for mange faste møter, men muligheter og klima for å drøfte saker. Det er gjennom praktisk arbeid man blir kjent med de andre og lærer å ta deres perspektiv. Kommunen opprettet for ca ett år siden tre samarbeidsfora, ett tverrfaglig team for aldersgruppen 0-6 år, ett for 6-12 år og ett for gruppen 12-20 år med møter tre timer annenhver uke. Deltakere i teamet er Forebyggende team, barneverntjenesten, PPT, helsesøstertjenesten, ungdomskontakten, politi samt andre aktuelle i hver enkelt sak. Leder for teamet er leder for Forebyggende team. Teamet skal først og fremst drøfte kompliserte enkeltsaker der det er behov for hjelp fra flere, samordne tiltak og lage gode planer for barn/ ungdom. Et problem for samarbeidet er at både PPT, barneverntjenesten og BUP har venteliste og derved ikke kan gå inn i sakene umiddelbart. Alle informantene vurderer teamene som godt fungerende og har stor tro på disse som egnede samarbeidsfora.

Informantene mener at samarbeidet i kommunen har forbedringspotensial og at kapasiteten i 1. linjen ikke utnyttes optimalt. For eksempel trekker informanten fra barnevernet fram mangelfullt samarbeid og koordinering i saker med barn med omfattende vansker og behov for bistand fra flere tjenester. Barneverntjenesten savner mer samarbeid med sosialkontoret. Både kommunal omorganisering og NAV-reformen har vanskeliggjort samarbeidet. Informantene fra Forebyggende team og helsesøstertjenesten er enige om at deres tjenester skal samarbeide tett og at fordelingen av klienter blir en vurdering i hver enkelt sak, ut fra problemets art og i forhold til hvilken kompetanse hver helsesøster har.

7.6.3 Samarbeidet i den store byen

ORGANISERING

Kommunen er organisert etter to-nivåmodellen med over 80 resultatenheter.

Helsesøstertjenesten, barneverntjenesten og PPT er alle egne resultatenheter. Barneverntjenesten, PPT og administrasjonen for helsesøstertjenesten er lokalisert i samme bygg, mens helsestasjonene og skolehelsetjenesten er desentralisert.

Informantene har litt ulike meninger om hvilken betydning denne organiseringen har for samarbeidet i kommunen. Barneverntjenesten angir å ikke merke så mye til to-nivåmodellen fordi de alltid har hatt en autonom stilling. En informant forteller at vedkommende også har prøvd avdelingsmodellen, og sier at den slett ikke var enklere:

"Da var avstanden til andre enhetene ikke mindre. Vi var en del av en avdeling som i seg selv utgjorde et hierarki. Og kontakt på tvers måtte være med en viss aksept fra overordnet nivå. Nå har vi bare ett overordnet nivå, rådmannsnivået, som jeg opplever entydig som pådriver til å ha kontakt på tvers av enhetene. Mulighetene er større enn begrensningene når det gjelder to-nivå modellen".

En annen informant mener samarbeidet var bedre i "gamle dager":

"Jeg har jo jobbet helt fra den tiden da alle tjenestene var samlet på ett sted, og da var det jo mye lettere å samarbeide. Det er blitt så stort her borte, enhetene er store og alle er presse på tid. Jeg tror det har litt med det å gjøre. Det er en utfordring å finne fram til nye samarbeidsmodeller".

Kommunene har faste ledermøter på enhetsledernivå, men det finnes få faste samarbeidsfora på tjenesteutøvernivå. Det opplyses at i perioder har man hatt nettverksarbeid på tvers for enhetsledere for tjenester som jobber sektorovergripende, som barneverntjenesten, sosialkontoret, rustjenesten, psykisk helsearbeid og PPT. Informantene savner samarbeidsfora på tvers av tjenester for barn og unge med psykiske vansker, og en mener det bør dras i gang igjen.

Barneverntjenesten beskrives som en travel tjeneste, og de har derfor måttet prioritere ned formalisert tverrfaglig samarbeid, men samarbeider fra sak til sak. Tjenesten har hatt noen

runder med ansvarsavklaring i forhold til andre tjenester og opplever at samarbeidet er blitt bedre med tydeligere ansvarsavgrensning, men at samarbeidet fortsatt har forbedringspotensial. Barneverntjenesten ble samlokalisert med PPT for 2 år siden, men informanten fra barnevernet mener at det har ikke ført til dramatisk bedret samarbeid, og at årsaken er travelhet. Informanten fra PPT er enig i at lokalisering neppe har avgjørende betydning for samarbeidet, men at andre faktorer er viktigere. Handlingsrommet som gis for uformell kontakt i en travel hverdag er likevel såpass lite.

Helsesøstertjenesten angir å ha fått bedre samarbeid med skolene de senere årene og setter det i sammenheng med Opptrappingsplanen. Det er mye mer oppmerksomhet mot psykisk helse i skolen, og lærer og helsesøstere samarbeider om dette. Videre samarbeider de med barnehagene og PPT om "Språk 4", men ser behov for tettere samarbeid med dem. Helse-søstertjenesten beskriver som problematisk at PPT til tider har ekstremt lang ventetid. Informanten fra PPT opplever samarbeidet som godt når de først er inne i en sak, men at utfordringene er for liten kapasitet og lang ventetid.

Alle informantene understreker at dette er en stor og uoversiktlig kommune med store tjenester og mange samarbeidspartnere å forholde seg til. En informant sier

"Vi vet ikke ansvarsområde til de andre i kommunene. I en sak med en klient med atypisk autisme måtte jeg ta 20 telefoner for å oppklare ansvarsforhold".

7.6.4 Samarbeidet med fastlegene

Det er bred enighet blant informantene i de tre kommunene om at samarbeidet med legene er dårlig, selv om noen sier det varierer og trekker fram godt samarbeid med enkelte leger. Legene er imidlertid vanskelige å få tak i og vanskelig å få med på møter. En sier:

"Det vi opplever i hverdagen er at det er travle tider, og det å gå på et 1 times møte koster 4 pasienter".

Det påpekes at bedre samarbeid med legene ville bedre ressursutnyttelse i 1. linjen, men at dette er et vanskelig punkt i og med at de er privatpraktiserende og kommunen har lite styring med hva de gjør og ikke gjør. Selv om det er faste leger som jobber i skolehelse-tjenesten, påpekes at de har få timer og at de som regel er andre enn barnets eller ungdommens fastlege. Det understrekes at samarbeidet er svært personavhengig og at enkelte leger er engasjerte og samarbeidsvillige. Flere mener også at legene har manglende kompetanse i psykisk helseproblemer hos barn og ungdom. Informant fra en PPT sier:

"Vi ønsker å ha dem som samtalepartner. De skal jo ha medisinsk kompetanse, men jeg opplever jo at deres barnepsykiatriske kompetanse er veldig liten. De gangene vi har fått til et samarbeid har det, for å være helt ærlig, vært lite å hente gjennom det. Vi har hatt mer kompetanse enn legene i å se om dette handler om en nevropsykiatrisk diagnose eller noe annet. Det som er en ren medisinsk vurdering, det har vi fått lite hjelp til av fastlegene. Legene deltar for eksempel i liten grad i utredning før henvisning til BUP".

Det understrekes at legene derimot ofte vet mye om hva som ligger av utfordringer i familien og at dette kunne vært viktig informasjon i arbeidet med barn og unge: *"Legene hadde hatt mye kunnskap om familien hvis de hadde satt sin viten inn i et større bilde og ikke bare betraktet det som satelittopplysninger. Da kunne det vært til god hjelp".*

Det angis imidlertid at legene også i liten grad deltar denne typen i samarbeidet, selv om det fortelles om god erfaring fra samarbeid i enkelte saker.

7.7 Samarbeid mellom de kommunale tjenester og spesialisthelse-tjenesten

KAPASITETSPROBLEMER OG LANG VENTETID

Informantene fra kommunene påpeker at de kommunale tjenestene til barn og unge er avhengig av ventetid ved BUP. En kommune er fornøyd med ventetiden. De to andre kommunene har i perioder opplevd betydelig kapasitetsproblemer ved BUP med alt for lang ventetid og til og med inntaksstopp. Dette vanskeliggjør arbeidet i de kommunale tjenestene. En sier:

"Da BUP stengte en sommer og ikke tok imot nye henvisninger, ble både barneverntjenesten, PPT og helsesøstertjenesten sittende med flere kompliserte og tunge saker i påvente av bistand fra BUP".

Likeledes påvirkes BUPs arbeid av kapasitetsproblemer i 1. linjetjenesten. For eksempel når PPT har svært lang ventetid, medfører det at barn og unge i stedet henvises direkte til BUP.

SAMARBEID PÅ SYSTEMNIVÅ

En kommune har et veletablert, godt fungerende formalisert samarbeid med sin BUP, noe begge parter er godt fornøyd med. BUP roser kommunen for god struktur på samarbeidet med faste kontaktpersoner og godt gjennomførte samarbeidsmøter. Imidlertid vanskeliggjøres samarbeidet av BUPs svært lange ventetid.

En annen kommune har nettopp gjort avtale med BUP om faste samarbeidsmøter hver 6. uke, mest til informasjonsutveksling, av og til veiledningen. Tidligere har man strevd en del med å etablere gode samarbeidsrutiner, i følge informanter fra kommunene blant annet pga. mye utskifting av personell ved BUP. Informanten fra BUP opplever på sin side at det er vanskelig å vite hvem i kommunen de skal kontakte. Også her har BUP kapasitetsproblem med betydelig ventetid. Den tredje kommunen har ikke faste samarbeidsmøter på systemnivå, men med enkelttjenester. I denne kommunen er man fornøyd med ventetiden ved BUP.

HENVISNING OG HENVISNINGSPROSESS

Alle informantene fra BUP understreker at for å gjøre en god jobb er de avhengige av gode henvisninger og at barn og ungdom henvises til rett tid. De ønsker å være med på forhånd og avklare henvisninger. Da kan resultatet bli at vedkommende ikke blir henvist (i stedet for å få avslag) eller at henvisningen blir god i de tilfellene der man kommer til at henvisning er rett. Det påpekes at:

"..hvis det nødvendige var gjort i 1. linje-tjenestene, ville noen barn/unge få en mye tidligere henvisning der BUP kunne bruke sine ressurser mye mer fokusert. Og noen ville ikke bli henvist i det hele tatt fordi kommune ville se at de greide det selv. Slik kunne flere som trenger hjelp, få det".

Informantene fra BUP påpeker for lite samarbeid innen førstelinjen, spesielt at legene er for lite involvert. Det nevnes eksempler på henvisning fra fastleger som ikke kjenner til andre hjelpetiltak i kommunen, og man har til og med opplevd parallelle henvisninger på samme barn fra fastlege og leder for barnevernet.

To informanter fra BUP roser kommunen for jevnt over gode henvisninger, og begge trekker spesielt fram PPT. Ved alle de tre BUP beskrives henvisningen fra legene som jevnt over dårlig med noen hederlige unntak. En BUP har utarbeidet et eget skriv om hva slags utredning som skal være gjort ved ulike typer problemer. Først når dette er utredet og konklusjonen trukket, kan barnet/ungdommen henvises. Kun fastlege og leder for barneverntjenesten kan henvisne barn og ungdom til BUP. Noen i helsesøstertjenesten og PPT opplever

som et problem at henvisning må gå via fastlegen fordi fastlegen er såpass lite involvert i henvisningsprosessen.

VIDERE SAMARBEID

En informant fra BUP sier at de i noen tilfeller trekker folk fra kommunen med i utredningsprosessen, for eksempel å invitere henviser mer på behandlingsmøter der diagnose drøftes. En informant fra samarbeidende kommune opplever at de blir trukket inn i utredningen. Informant fra en annen BUP forteller at de gjennomfører en standard utredning på alle barn/ungdommer. I et konsensumøte der blir de enige om det trengs videre utredning eller om behandling/tiltak og deretter sendes en rapport til henvisende instans. Fra kommunens side oppleves samarbeidet med denne BUP litt ulikt i de ulike tjenester. En tjeneste opplever samarbeidet som problematisk. En oppfatter det som bra, men opplever at terskelen for å henvise er blitt høyere fordi BUP har endret profil - har mer fokus på utredning og har markert sterkere at de er en spesialisthelsetjeneste. Informantene i den tredje kommunen opplever at kommunen i liten grad blir trukket inn i utredningen ved deres BUP, men ansatte forteller om godt fungerende løpende samarbeid om felles klienter.

OPPFØLGING ETTER AVSLUTTET BEHANDLING

Informanter i alle kommunene etterlyser mer oppfølging fra BUP etter at barnet eller ungdommen er ferdig utredet/behandlet. En sier:

"Det er høyst uvisst i hvilken grad BUP bidrar etter en utredning. Det er greit at man må vente i tre måneder på en utredning, men det er lite og uforutsigbar oppfølging ute. Det forventes noen ganger at vi skal gjennomføre oppfølgingen uten at vi har vært noen del av utredningen".

Flere bruker uttrykket å "dumpe ned i kommunen" og snakker om at BUPs rolle i videre tiltak er uklar og varierende. Det etterlyses gode rutiner for samarbeidet mellom BUP og førstelinjen om videre oppfølging etter endt behandling. Flere informanter fra kommunen forteller om tilfeller der de blir sittende med oppfølgingsansvar for barn og ungdom fordi spesialisthelsetjenesten ikke greier å hjelpe:

"Det hender at unger har vært i BUP, så er det ingen som får gjort noe med dem. Men så skal de tilbake til helsesøster og vi blir sittende med dem - noen som ikke får hjelp, men som helsesøster så skal hente opp til tilbud til. Helsesøster på en ungdomsskole sier at hun ofte blir sittende med ungdom som er utredet, og der det ikke blir noe mer".

Informantene fra BUP beskriver intensjoner om samarbeid i oppfølgingsfasen. En sier:

"Men når vi har stilt vår diagnose og tenker tiltak, drøfter vi mye med 1. linja. Det kan være tilrettelegging på skole, barnehage, jobbe i hjemme osv. Imidlertid er det ikke lett å få det til å praksis; det er et voldsomt puslespill når man skal finne møtetidspunkt. Og det blir meningsløst å bruke så mye energi på å få til den organiseringen. Særlig er det en utfordring å få til samarbeidet med legene. Det ville være hensiktsmessig å jobbe tettere med dem. Det er jo de som skal ha oversikten over helsa".

VEILEDNING

Kommunene savner mer veiledning fra BUP, og de beskriver mangel på både kapasitet og kompetanse ved BUP for å ivareta dette tilfredsstillende. BUPs oppfatning samstemmer i stor grad med kommunenes. En BUP har begynt kurs for fastleger, ellers beskriver informantene fra BUP ikke veiledning som noen fremtredende del av arbeidet.

7.7.1 Individuell plan (IP)

Brukere med behov for langvarige, sammensatte tjenester har lovhjemlet krav på en individuell plan. Veilederen i Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (heretter kalt Veileder) beskriver intensjonen med IP:

"Intensjonen er at IP skal fungere som en sektorovergripende og koordinerende plan på tvers av tjenester, etater og forvaltningsnivåer. I tillegg til å bidra til samordning og koordinering av tjenester, er IP et verktøy for brukermedvirkning. IP er et særlig godt verktøy for å ivareta samarbeid og god planlegging ved sentrale overganger, som for eksempel fra barn og ungdom til voksen".

Det beskrives ingen koordinatorfunksjon for IP.

I intervjuene blir alle informantene spurt om sine erfaringer med IP. Alle kommunene arbeider med å innføre rutiner for bruk av IP i saker som krever tiltak fra flere tjenester. Ingen beskriver godt fungerende rutiner for arbeid. Meningene om IP er et hensiktsmessig hjelpemiddel er delte. Ingen av informantene er udelt begeistret over IP som verktøy for å få til et godt samarbeid. Det ser ut til at helsesøstrene er den yrkesgruppen som mest positiv. De tror det kan være nyttig for brukerne, men i ulik grad for ulike brukere. Noen informanter mener planen bidrar til mer ryddighet og bedre ansvarsfordeling. En sier at det kan skjerpe samarbeidet, hindre parallelljobbing og synliggjøre ansvaret. En informant mener at brukerne muligens opplever IP nyttig fordi de ønsker seg en koordinator som kan ta telefoner osv. Imidlertid mener vedkommende at det ikke finnes et tjenesteapparat som er dimensjonert for å ivareta slike oppgaver.

Alle informantene er enige om at arbeidet med IP er ressurs- og kompetansekrevende. Det beskrives som et problem at det tidkrevende arbeidet kommer på toppen av arbeidsbelastningen i en travel hverdag. Hovedproblemet ser ut til å være at ingen vil være koordinator for planene fordi det krever veldig mye arbeid. En sier:

I og med at koordinatorfunksjonen knyttes til IP, har folk som burde vært sentrale i saken, holdt seg i utkanten.

En helsesøster forteller at de satt en begrensning på to planer per helsesøster i barneskolen. I en kommune gjennomfører de opplæring av koordinatorene i høstlig og vårlige kurs og beskriver IP som er en modell som holder på å befeste seg. Likevel strever de like mye som de andre kommunene med å få folk til å påta seg koordinatoroppgaven.

Noen av dem som er intervjuet er temmelig kritiske til IP som verktøy. En sier:

"Ideen om IP for unger er noen ganger god, veldig ofte håpløs".

To informanter understreker at IP er egnet for dem som har relativt stabile og forutsigbare behov og ikke til å ivareta endring. Hos unger med psykiske vansker er situasjonen veldig sjelden stabil og derved er ikke IP et egnet verktøy. Det fortelles om erfaringer med at man har lagt ned masse arbeid i en plan, men at det er så uforutsigbart hva som skjer med barnet og familien at det har vært til ingen nytte.

Arbeidet med IP beskrives av noen som en utfordring som kompliserer det tverrfaglige arbeidet. For eksempel påpekes at planen har fått så mye oppmerksomhet og krevd så mye ressurser at det har virket skremmende på mange. En sier:

"Jeg oppfatter det slik at IP er oppfunnet fordi samarbeidet her og der ikke fungerer. Men i situasjoner der det ikke fungerer, bidrar IP i beste fall til å skriftliggjøre at det ikke fungerer. Jeg har til gode å se at jobbinga med IP har forandret livet til en unge, og jeg har vært med på mange!"

Noen trekker fram at tverrfaglig samarbeid i sin natur er krevende og at arbeide med IP utfordrer samarbeidet ytterligere. IP er tenkt som et hjelpemiddel, men kan bli en ekstra belastning i praktisk arbeid. En sier:

"Det som blir paradoksalt i dette er jo at vi i utgangspunktet strever med samarbeidet. Man må ha så utrolig høy samarbeidskompetanse for i det hele tatt å komme i gang med planen".

Det understrekes at det ikke må bli et samarbeid for samarbeidets skyld, men for å få til bedre tjenester. To informanter innrømmer at de noen ganger bare setter seg ned sammen med bruker og lager en plan. En beskriver det slik:

"Det er som når man bærer stein. De store må man være flere til å løfte; de små kan man ta alene".

Flere påpeker at IP er alt for omfattende, og en mener at det ofte kartlegges alt for mye. Noen sier at arbeidet med hell kunne forenkles. Det understrekes at poenget er å komme fram til noe som er konkret - hva som er behovene, hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvem som skal følge opp. Det må være nedfelt skriftlig, maksimum ½ side, og det spiller ingen rolle om det står i et referat eller en IP. Når man skal lage IP sammen med foreldre, er det i følge en informant meningsløst å ha masse floskler. Samarbeidet med brukerne i planarbeidet kan være utfordrende. Det påpekes at noen foreldre har vanskelig for å se hva det handler om og at det da også blir vanskelig å være koordinator, for eksempel når det er uenighet om hva brukeren/familien trenger.

Alle kommunene bruker ansvarsgruppe som samarbeidsarena. Erfaringene er forskjellige; noen ansvarsgrupper fungerer godt, man andre ikke fungerer i det hele tatt.

BUPS ERFARING MED IP

En informant fra BUP er positiv til IP, men understreker at den må forankres i kommunene og at koordinatorsansvaret er kommunens. Videre sier vedkommende:

"Det vi ser, er at kommunen har lagt list nokså høyt. Vi kunne tenke oss at det burde være flere planer, men kommunen er restriktiv på hvor mange de vil lage plan for".

Informantene fra de to andre BUP'ene er mindre positive til IP. En forteller at deres BUP har svært dårlige tall på antall utarbeidede individuelle planer. Som årsak oppgis at det i en del saker ikke er hensiktsmessig, i en del saker er det tverrfaglig samarbeidet veletablert og verken foreldre eller fagfolk synes det er nødvendig. Dertil angis at det er noen saker der man sikkert burde laget en plan, men der man har hatt problemer å få avklart hvem som skal være koordinator. En sier:

"IP oppleves veldig mye som et pliktløp og i liten grad som et godt hjelpemiddel".

Alle de tre informantene problematiserer IP som et pålegg for å løse de store utfordringene som ligger i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. En sier:

"Jeg synes politikerne rykker for raskt ut noen ganger. De finner de på tiltak som ser bra ut i avisa, men som ikke alltid er forankret i fagpersoner, og som kanskje ødelegger mer enn det hjelper. Det skaper forvirring og usikkerhet hos mange fagpersoner, vi kjenner at vi har dårlig samvittighet, vi gjør ikke en god nok jobb...Og hvis for mange fagpersoner har den følelsen for lenge, så er ikke det bra for miljøet, og det brenner ut fagfolk. Så jeg tror politikerne gjør noe der som ikke hjelper oss i lengden. Jeg tror det er god vilje, men at de ikke kjenner feltet".

7.7.2 Brukermedvirkning

En kommune har opprettet brukerråd for PPT med representanter fra de største brukerorganisasjonene, representant fra skole og barnehage samt foreldrerepresentant fra skolens FAU. Rådet fungerer som en kritisk drøftingspartner og som brukerombud for misfornøyde brukere og har etter hvert funnet en arbeidsform som fungerer godt. Det tok noe tid å finne representanter til rådet første gang, men ved nyvalg har dette gått greit. I de to andre kommunene har ikke etablert brukermedvirkning på systemnivå. I en kommune har man kontaktet ADHD-foreningen og dysleksiforbundet med tanke på å etablere slik samarbeid.

Som ledd i brukermedvirkning på tjenestenivå forteller mange informanter at deres tjeneste gjennomfører brukerundersøkelser og at resultatene brukes til å videreutvikle tjenestene.

Brukermedvirkning på individnivå beskrives som en selvfølge og er høyt prioritert i alle kommuner og alle BUP'er. En informants uttalelse kan på en god måte oppsummere informantenes utsagn:

"Brukermedvirkning på individnivå er jo en del av faget vårt. Man får ikke til endring hvis man ikke har det perspektivet".

Flere beskriver hvordan de arbeider med informasjon og forventningsavklaring i begynnelsen av et samarbeid. Viktigheten av å komme fram til felles forståelse understrekes. En sier:

Man er ikke kommet til oss for reparasjon, men for samarbeid. Da er det nødvendig med felles forståelse av situasjonen.

En informant fra BUP forteller at mange der bruker Dunken Millers metode for å få tilbakemelding fra barn/ungdom og foreldre.

7.7.3 Planarbeid i kommunene

Informantene opplyser at alle kommunene har ajourførte planer for psykisk helsearbeid i kommunen og at deres tjenester inngår i planene. Det varierer litt hvor detaljert tjenestene er behandlet i den overordnede planen. Det varierer også i hvilken grad informantene har bidratt i planarbeidet. Noen har vært sentrale og deltatt i hele planprosessen, mens andre har meldt inn opplysninger om egen tjeneste på oppfordring. Informantene opplyser at alle tjenestene har egne handlingsplaner (under litt ulike betegnelser) som er styrende for tjenesteutøvelsen.

Informantene er opptatt av at de tre kommunale tjenestene som inngår i undersøkelsen er forankret i tre ulike lovverk med tilhørende forskrifter.

7.8 Prioritering

Mange informanter er opptatt av spørsmålet om tjenestene når dem som har størst behov. En informant fra en kommune sier:

En regel jeg opplever, i alle fall bortimot en regel, er at det er de som sist trenger hjelp som først ber om hjelp. Det er de som er ganske kompetente som ber om hjelp til å bli mer kompetente. Derfor burde vi kanskje ikke basere oss på henvisning? Vi må ut og finne dem som trenger hjelp, for de kommer ikke og ber om den.

En informant fra BUP påpeker at det i alle fall ikke er noe en-til-en forhold mellom dem man får henvist og dem som objektivt sett hadde hatt behov for hjelpetiltak.

Dette nødvendiggjør prioritering. Man kan snakke om prioritering på individnivå som prioritering mellom enkeltbrukere og på tjenestenivå som prioritering mellom målgrupper som for eksempel barn og voksne, eller mellom barn med ADHD og ungdom med spiseforstyrrelser. Videre kan man snakke om prioritering mellom arbeidsområder som helsefremmende virksomhet, forebygging i risikogrupper eller behandlende tiltak for brukere som har psykiske vansker.

PRIORITERING PÅ INDIVIDNIVÅ

Mange informanter snakker om prioritering på individnivå. BUP er avhengige av å få de riktige pasientene henvist og snakker om godt samarbeid med 1. linjetjenestene i henvisnings- og prioriteringsprosessen. Barneverntjenesten snakker om nødvendigheten av å få sakene meldt og av tilstrekkelig tid og kompetanse til å gjøre de rette vurderingene. Helsesøstertjenesten snakker om å ha tilstrekkelig lavterskeltilbud slik at brukerne som har

behov for hjelp, selv tar kontakt. Som eksempel nevnes tilstedeværelse på skolen der elever ofte tar kontakt for bagateller for deretter å fortelle om alvorlige problemer når tilliten er bygget opp. PPT snakker om utfordringen i å ha nok ressurser til oppdage dem som har behov for hjelp og til å følge opp med tiltak. En peker på at det må finnes en strategi for å finne de ungene som er i situasjon der de faktisk trenger hjelp. Det betinger i følge informanten at man må utvikle en felles forståelse på tvers av tjenestene. En informant argumenterer for screeningundersøkelser i skole og barnehage for å finne barn og ungdom som har behov for hjelp. Fordelen er at man har verktøy som er presise og veldokumenterte. Andre er uenige og advarer mot for mye "symptomjakt".

PRIORITERING MELLOM ARBEIDSOMRÅDER

Kommunenes prioritering av målgrupper fremkommer blant annet gjennom hvordan de har valgt å bruke Opptappingsmidlene. Fordelingen mellom tilbud til barn og voksne fremkommer ikke i denne studien, bare mellom ulike tjenester for barn og ungdom. Alle de tre kommunene har styrket sitt forebyggende arbeid, til dels betydelig, mens barneverntjenesten og PPT nesten ikke har fått tilført ressurser.

I den mellomstore byen har de etablert Forebyggende team som spisses mot forebyggende arbeid og først og fremst knytter seg til helsesøstertjenesten som er en helsefremmende og forebyggende tjeneste. Barn og ungdom som har utviklet psykiske problemer eller lidelser defineres som spesialisthelsetjenestens ansvar. Forebyggende team ser som sin oppgave å ta ansvar for barn og unge i påvente av tilbud fra spesialisthelsetjenesten, men ikke å følge dem opp i kommunene etter endt behandling. De deltar i de tverrfaglige teamene, bidrar til lage gode tiltaksplaner og sørge for at tiltakene til dette barnet koordineres på en god måte. De kan imidlertid ikke påta seg koordinatrollen fordi de ikke skal følge opp saken over tid, men trekkes inn ved behov. Videre kan de gi råd og veiledning til andre tjenester, men maksimalt 5 ganger. Informant fra Forebyggende team sier:

"Det var et ønske om at vi skulle spres utover hele fjøla. Jobbe mot de aller aller dårligste, og samtidig jobbe med forebygging. Kapasitet er et vanskelig spørsmål, det handler jo mye om å prioritere riktig. Vi prioriterer områder som vi ser er kjempeviktig i forebyggingsøyemed. Da er det vi har fokus på. Vi må spisse tilbudet slik at vi vet at vi treffer der vi skal treffe for å demme opp for utviklingen av psykiske lidelser. Vi er kjempeopptatt av å få tak i barn mye, mye tidligere, at vi får barna når det begynner å bli symptomer".

En informant fra helsesøstertjenesten i en kommune påpeker at det er mye snakk om at helsesøstrene skal drive primærforebyggende og at det er kanskje det ideelle. Imidlertid føler hun noen ganger en forventning om at de skal ta "behandling" og at deres ansvarsområde har beveget seg i den retning flere oppfølgingssamtaler i skolehelsetjenesten. Det fremgår ikke om dette er resultat av bevisst prioritering eller en følge av ressursmangel på spesialistnivået.

Barneverntjenesten blir sittende med mange saker uten å få tilført mer kompetanse eller kapasitet. Som tidligere nevnt påpekes at noen av disse familiene kan havne i barneverntjenesten fordi foreldrene ikke makter omsorgsoppgaver som blir svært krevende fordi kommunen ikke har tilstrekkelig tilbud. Ofte vil ikke BUF-etat overta ansvaret for disse ungdommene, fordi de angis å være for syke. Flere informanter fra ulike tjenester i ulike kommuner peker på manglende tilbud til dem med store problemer. Ens uttalelse uttrykker manges mening:

"Det er alt for dårlig tilbud til dem med de største psykiske vanskene, for eksempel når de blir skrevet ut".

En mener at deres kommune har for mye light-tiltak, og at disse ikke hjelper barn og unge med store vansker. En informant fra en barneverntjeneste støtter et slikt synspunkt:

"De forebyggende tiltakene treffer ikke vår primære målgruppe, for eksempel mødre som isolerer seg, med rusproblemer osv.

En annen tilføyer:

"Det er en oppfatning at når barneverntjenesten sier noen velvalgte ord på skolen, så blir det mindre problemer på den skolen. Det tror ikke jeg. Tiltak må være på identifiserte problemer og over tid. Litt barnevern her og der tror jeg ikke på".

En informant fra barneverntjenesten påpeker at politikerne i kommunene er ekstremt opptatt av forebygging, men at det ikke når tjenestens primære målgruppe.

Flere påpeker at overordnet prioritering er et overordnet lederansvar. En informant mener at kommunens to-nivåorganisering er en utfordring i så måte:

"Å foreta en helhetsvurdering av dette, å vurdere hvordan ressursene skal prioriteres, burde være et overordnet ansvar, men her er to-nivåmodellen en utfordring, det er ingen som har dette overordnede ansvaret, bortsett fra rådmannen. Når slike problemstillinger løftes opp, sier enhetslederne at dette må løses på utøvernivå".

7.9 Veien videre

7.9.1 Er Opptappingsplanen nyttig?

Informantene er positive til Opptappingsplanen og fremhever særlig den positive oppmerksomheten den har gitt feltet psykisk helse. Enkelte er i prinsippet skeptiske til statlige føringer som kan gå ut over det kommunale selvstyret, men er likevel positive til Opptappingsplanen. En sier:

"Jeg har blandet forhold til sentralstyring og øremerking, men når det gjelder en prosess som er så omfattende, så langvarig og så forutsigbar, da tenker jeg det er hensiktsmessig å lage en så sentralt styrt opptappingsplan. Den går over så mange år, og man vet hva som kommer".

Mange sier det er viktig at bruk av øremerkede midler kontrolleres.

Informantene understreker imidlertid at det er et stort språk mellom beskrivelse av Opptappingsplanen som en gedigen satsing og det kommunene har fått tilført av ressurser. En informant fra en kommune sier:

"Det er positivt at psykisk helse settes på dagsorden, men jeg synes det er noe som forsvinner av den positive og gode tanken - lurer på hvor det blir av midlene og satsingen. Det er i alle fall en lang vei før det kommer ned til 1. linje".

Informantene spørres i intervjuet om vi er nærmere målet om bedre tilgjengelige tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Alle mener, i ulik grad, at vi er det og at Opptappingsplanen har bidratt. De trekker frem momenter som at mer oppmerksomhet rettes mot psykisk helse hos barn og unge, og at slike vansker derved lettere oppdages. Tjenesten er blitt oppmerksomme på noen problemer som de tidligere ikke så. Det hevdes videre at mye omtale i media har medført ufarliggjøring av psykiske vansker og at de er blitt lettere å snakke om. En informant argumenterer for å videreføre Opptappingsplanen i 4 - 5 år til fordi det nå er det så mye optimisme og vi surfer på en god bølge.

I den mellomstore byen er informantene fra Forebyggende team og helsesøstertjenesten svært fornøyd med kommunens satsing. Også i de to andre kommunene mener helsesøstrene at Opptappingsplanen har vært viktig og nyttig, og de ser jevnt over ut til å være den yrkesgruppen som er mest tilfreds. De har fått noe økte ressurser og de opplever å være sentrale aktører i psykisk helsearbeid for barn og unge. En sier:

"Opptappingsplanen har bidratt med mer ressurser, vi føler oss mer betydningsfull. Vi er et lavterskeltilbud og finner at vi kan bidra mye på dette området."

Informanter fra barneverntjenesten og PPT er ikke så begeistret. De mener også at Opptappingsplanen har hatt klart positiv effekt, men mer på andre tjenester enn deres egne.

Barneverntjenesten opplever det positivt med mer oppmerksomhet mot psykisk helse, og noen ansatte i tjenesten har fått noe økt kompetanse gjennom flere kurs. Imidlertid er økt press mot tjenesten og manglende ressurser det dominerende inntrykket. En informant fra barnevernet svarer slik på spørsmålet:

Helsestasjonen gir bedre tilbud til flere som følge av Opptappingsplanen, om vi gir et bedre tilbud, vet jeg faktisk ikke.

Alle informantene fra BUP mener at vi er nærmere målet om bedre tilgjengelig tjenester for barn og unge med psykiske vansker og at Opptappingsplanen har bidratt. De trekker fram økte ressurser i form av flere stilling og at det medfører flere behandlede. De tre BUP'ene har nådd, eller er i ferd med å nå målet om 5 % behandlede, og informantene fra mener at spesialisthelsetjenesten ikke bør øke ytterligere.

7.9.2 Viktige faktorer for et godt fungerende tjenestetilbud til barn og unge med psykiske vansker

MER RESSURSER OG KOMPETANSE OG BEDRE SAMARBEID I KOMMUNEHELSETJENESTEN

Den viktigste faktoren angis å være ressurser. Mange informanter, både i kommunen og fra BUP, understreker at det ikke er samsvar mellom de store oppgavene kommunene er tildelt og de ressursene de har tilgjengelig, jf pkt 3.2. Kommunene trenger mer ressurser - de må ha så mange fagpersoner at barn, unge og foreldre faktisk kan få rett hjelp i rett tid. Særlig informantene fra barneverntjenesten og PPT trekker fram kapasitet. En sier:

"Det vi ikke har villet eller kunnet se, det ser vi nå. Vi ser ting vi skulle gjort og som vi har erfart at hjelper, men vi har ikke har sjanse til å rekke det! Vi har fått en økt følelse av ikke å rekke over ting. Det har blitt vanskeligere å stå en sånn jobb".

Det påpekes behov for mer kompetanse i flere tjenester som arbeider med barn og unge, jf pkt 3.2. Videre etterlyses mer kompetanse i skoler og barnehager. En sier:

Hvis vi skal få lærere og forskolelærer til å rapportere inn, må vi får dem til å se ikke bare hva som er et problem for systemet - skolen, barnehagen, klassen - men de må også bli i stand til å se hvilke unger som er i risikosonen.

Skolens viktige rolle understrekes:

"Skolen er den største trefflaten mot barn og ungdoms psykiske helse. Masse forskning viser at det er ikke det ene eller andre spissfindige tiltaket i skolen som gir mindre problemer, men et godt læringsmiljø pregete av gode relasjoner og tydelige voksne, tydelig klasseledelse, at voksne tør å være voksne og at voksne tør å gå inn i gode relasjoner med voksne, å hindre avvising og usynliggjøring. Det er dramatisk ikke å ha relasjon til lærerne i skolen. Når vi snakker om psykisk helse, tenker vi alt for fort over i hjelpeapparatet".

Det trekkes videre fram som en betingelse at tjenestene er samordnet og koordinert, jf kapittel 5. Tilstrekkelig kapasitet er en betingelse for samarbeidet:

"Hos oss er evnen og viljen til samarbeid så stor at vi klarer alltid å finne ut hvem som skal gjøre hva. Så er det å sørge for at den som skal gjøre det, faktisk har muligheter, tidsmessig".

Informantene påpeker enhet i ledelsen som viktig, at ledere trekker i samme retning. I alle kommunene mener informantene at samarbeidet med fastlegene må bedres.

Alle informantene fra BUP fremhever at godt psykisk helsearbeid i kommunene er avgjørende for at samarbeidet med BUP skal fungere godt. De er enige om at kommunene må tilføres betydelig mer ressurser og at kompetansen må økes. En understreker at utviklingen i kommunene bør være mer målrettet og at det så langt har vært nokså tilfeldig hva som er bygget opp. Midlene burde vært styrt bedre med klare føringer på hva slags kompetanse og

hva slags tilbud kommunene skal ha. Vedkommende mener at man i den videre oppbyggingen bør tenke over hvilke stillinger som trengs.

"Man bør bruke erfaringene som nå er gjort på organisering og kompetanse til å styre utviklingen av tjenestene og tjenestetilbudene.

Informantene fra BUP trekker også fram godt fungerende samarbeid innen 1. linja som en betingelse. De ønsker at kommunene profilerer seg tydeligere. En retter spesielt oppmerksomheten mot de vanskeligste sakene, barn og ungdom som trenger oppfølging av kvalifiserte folk fra mange tjenester - et slags 1 ½ linjetilbud bestående av spesielle folk fra kommunen og folk fra BUP med et spesielt ansvar for dette feltet/samarbeidet. Her gjelder det å utnytte hverandres kompetanse. Informantene fra BUP er enige om at fastlegene kan for lite om barn og unges psykiske vansker og at deres samarbeid med de andre tjenestene i kommunene er svært mangelfullt. Dette medfører problemer for BUPs samarbeid med kommunene. I intervjuene fremkommer forslag om tiltak for å øke fastlegenes kompetanse. En sier:

"Kanskje noen fastleger kan øke sin kompetanse og ha et spesielt ansvar for å jobbe på dette feltet? Det bør i tilfelle belønnes. En mulighet er en kommuneoverlege i psykisk helsearbeid for barn og unge. Kanskje ville det hjelpe og knytte forskning i allmennpraksis til spesielle stillinger?"

TILSTREKKELIG KAPASITET, KOMPETANSE OG RAMMEBETINGELSER VED BUP

Alle informantene fra BUP understreker viktigheten av tilgang på kvalifiserte fagpersoner med spesialistutdanning, dvs. psykologspesialister og legespesialister. De to BUP'ene som sliter med rekruttering av disse fagfolkene, sier at det handler om fagfolk som trives med jobben sin og lønn som gjør at det er mulig å rekruttere dyktige folk. Informantene forteller at kommunen lønner bedre enn RHF'ene og påpeker som et tankekors at de som skal veilede har lavere lønn enn de som skal veiledes.

Informantene fra BUP antyder at kapasiteten i deres tjeneste ikke bør økes ytterligere, forutsatt at alle stillinger er besatt med kvalifiserte folk og at psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen fungerer godt. En sier at tilbud ved deres BUP dekker 5 % av barn unge, og at hvis det blir flere, bør de stoppe opp og spørre seg selv hva de driver med.

En annen sier:

"Hvis det psykiske helsevernet er en diagnostiserende og objektiverende virksomhet og 5 % skal inn i det, da er vi ikke på riktig vei. Men hvis det er et sted som folk kan komme og få hjelp til ting som har blitt for vanskelige, og der vi med vår kunnskap og forståelse kan hjelpe til å sette ord på for folk og bidra til at de kan jobbe bedre med det på hjemmearenaen, så er det antakelig bra"

Alle er opptatt av ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En fra BUP tar til orde for at man skulle styrke de kommunale tjenestene på bekostning av spesialisthelsetjenesten:

"Jeg ser ikke noe poeng i at vi skal bli større og større og større, jeg tror ikke det blir noen bedre jobb. Hvem vet om ikke spesialisthelsetjenesten burde vært litt mindre og enda flere være ute i kommunen".

En argumenterer for at spesialisthelsetjenesten skal jobbe mer ute i kommunene, i hjemmet, skoler og barnehager. En mener at fagprofilen muligens bør endres:

"Kanskje skulle vi hatt psykisk helsevern som jobbet mer samfunnsrettet. Vi kommer lett inn i behandlingstralten, og så gjør vi det vi pleier. Kanskje skulle noen jobbet mer forbyggende ut fra et samfunnsperspektiv også?"

Alle informantene fra BUP er skeptiske til dagens finansieringssystemer. Det blir påpekt som meningsløst når man putter noe som ikke handler om produksjon og økonomi inn i en økonomisk tenkning. En sier:

"Stykkprisfinansiering er problematisk. Vi blir belønnet etter antall konsultasjoner, det betyr at vi blir overprøvd på vår faglighet. Det er vanskelig å måle kvalitet, og så har de valgt å måle kvantitet i stedet. Våre konsultasjoner er veldig ulike, tall gir ikke mening".

Det påpekes at tellesystemet ikke engang gir riktig antall behandlede, for hvis sakene ikke avslutte, da telles flere. De flinke som avslutter, straffes. En annen informant bemerker at slike finansieringssystemer krever høy etisk bevissthet slik at man ikke lar økonomien få påvirke prioriteringen. En informant fra kommunen mener finansieringssystemene er medvirkende årsak til for ustabil bemanning og rekrutteringsproblemer ved BUP:

"Jeg hører mye kritikk av den stramme finansielle styringa. Jeg blir redd når jeg snakker med et fagmenneske som ikke kan komme og veilede en lærer fordi det ikke kan kontoføres!"

En informant fra BUP understreker at det selvsagt bør stilles krav og utøves styring og kontroll av spesialisthelsetjenesten, men at dette er ikke den rette måten å utøve styring på.

7.10 Oppsummering intervjuundersøkelsen

7.10.1 Hva forstås ved tilgjengelige tjenester?

Alle informantene fra de kommunale tjenestene snakker om at tjenesten må være synlig og lett å finne fram til. Mange fremhever måten man blir møtt på. Det understrekes at tilbudet må være relevant for det behovet som oppleves og at en møter en kompetent person. Mange, spesielt informantene fra BUP og PPT, trekker fram tidsaspektet og snakker om at tjenestene må være tilgjengelige innen rimelig tid.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er typiske lavterskeltjenester med bred oppslutning i befolkningen. Likevel forteller helsesøstrene om tiltak for å gjøre tjenesten mer synlig. Informantene fra barneverntjenestene beskriver arbeid med å informere, beskrive og ufarliggjøre tjenesten og samtidig redegjøre for lovverket arbeidet er forankret i. Også PPT snakker om tilgjengelighet for samarbeidspartnerne i minst like stor grad som for barn/ unge og foreldre. Skolen er PPTs viktigste samarbeidspartner, og tilgjengelighet for skolen vektlegges. BUP er spesialisthelsetjeneste og tar imot pasienter etter henvisning. Kommunene må derfor vite hva de kan forvente av BUP, og BUP må være informerende. Alle informantene fra BUP knytter tilgjengelighet til ventetid. De sier at ventetid har sammenheng med kapasitet og at de rette barna/ungdommene henvises til rett tid.

7.10.2 Økte ressurser gjennom Opptrappingsplanen?

De tre BUP-ene som inngår i studien, er alle tilført betydelige ressurser i form av nye stillinger gjennom Opptrappingsplanen. To kommuner har opprettet nye tjenester; i en kommune en forebyggende enhet med 5,5 fagstillinger og i en annen kommune to stillinger øremerket psykisk helsearbeid for barn og unge. Helsesøstertjenesten i alle kommuner er styrket med flere stillinger og med videre- og etterutdanning. Barneverntjenesten og PPT er ikke, eller minimalt, styrket i de tre kommunene.

7.10.3 Kapasitet og kompetanse

Alle informantene trekker fram faktorer som er viktige for tilgjengeligheten til tjenestene for barn og unge med psykiske vansker. Kapasitet tillegges størst betydning, men også kompetanse er viktig. Alle tjenestene som inngår i studien beskriver betydelig økningen i etterspørsel etter tjenester i Opptrappingsplanperioden. Informantene tilskriver det dels at feltet har fått økt oppmerksomhet gjennom Opptrappingsplanen og dels andre forhold, som for eksempel den generelle samfunnsutviklingen. Forholdet mellom ressurser og pågang er av-

gjørende for tilgjengeligheten til tjenesten. Flere tjenester opplever betydelige problemer med for liten kapasitet.

Helsesøstertjenesten i de tre kommunen har fått økte ressurser og derved økt tilgjengelighet. Tjenestene opplever en travel hverdag, men er de rimelig fornøyd med dagens kapasitet og mener de yter tilfredsstillende tjenester. I alle de tre kommunene har helsesøstrene økt sin kompetanse, men angir behov for mer, først og fremst tilgang på psykologkompetanse.

Barneverntjenesten i alle kommunene merker en betydelig økning i saker, og påpeker spesielt at alvorlige og komplekse saker øker. At mye oppmerksomhet er rettet mot psykisk helsefeltet medfører at flere barnevernsaker avdekkes. Videre bidrar den generelle samfunnsutviklingen til økt behov for barnevern. Økt pågang uten (vesentlig) økning i ressurser har ført til at alle barneverntjenestene har måttet legge om arbeidet; konsentrere virksomheten om kjernebarnevern og nedprioritere forebyggende arbeid. Det fortelles om problemer med mangel på gode tiltak i kommunen og mangel på tilbud også i spesialisthelsetjenesten. I alle kommunene beskrives stor aktivitet i barneverntjenesten og pressede tjenester. Informantene fra barnevernet savner alle mer kompetanse i tjenesten og synes det er et tankekors at de med kortest utdanning skal ta seg av ungene med de største problemene.

PPT i de tre kommunene har alle tverrfaglig bemanning og god kompetanse, og det for lite ressurser som er problemet.

Alle BUP-ene merker økt pågang som svarer omtrent til den økte kapasiteten. To av BUP'ene har betydelige problemer med å rekruttere lege- og psykologspesialister og sliter som en følge av det med kapasitetsproblemer og lang ventetid. En BUP har sine stillinger besatt og har tilfredsstillende kompetanse og akseptabel ventetid. Alle BUP'ene har nådd, eller er i fred med å nå, målet om 5 % behandlede barn og unge, og informantene er enige om at det ikke er grunn til å øke kapasiteten ved BUP utover dette.

7.10.4 Endret tjenesteprofil som følge av Opptrappingsplanen?

I to kommuner er tjenesteprofilen endret som følge av Opptrappingsplanen ved at de har opprettet nye tilbud (forebyggende team i en kommune, nye fagstillinger i en annen). Opptrappingsplanen har ført til at Helsesøstertjenesten i alle kommuner retter mer oppmerksomhet mot psykisk helse, er mer til stede i skolene, samarbeider mer med lærerne og har styrket helsestasjon for ungdom. I en kommune tar helsesøstrene noen flere oppfølgingsamtaler med skolelever med psykiske vansker, men tjenesten har ikke egentlig endret profil. Ingen av barneverntjenestene har endret arbeidsform som følge av Opptrappingsplanen, men økt pågang har medført mer kjernebarnevern og nedprioritering av forebyggende arbeid og formalisert samarbeid med andre kommunale tjenester. PPT i de tre kommunene har litt ulik profil. To tjenester beskriver ingen endring i tjenesteprofil som følge av Opptrappingsplanen. En PPT har pga. kapasitetsproblemene måtte redusere det individrettede arbeidet til fordel for jobbing på systemnivå. En annen PPT jobber mer noe mer individrettet. PPT i den tredje kommunen beskriver vesentlig endring i tjenesteprofil de senere årene med stor økning i arbeidet med sakkyndige vurderinger, ikke som følge av Opptrappingsplanen, men av kutt i skolebudsjettene.

Alle de tre BUP'ene som inngår i studien har i perioden endret arbeidsform, men informantene knytter i liten grad endringene til Opptrappingsplanen. Alle har, ut fra faglige begrunnelser og nasjonale pålegg, økt sin utadrettede virksomhet i planperioden. To BUP'er har omorganisert tjenesten fra å være en generalisttjeneste til å arbeide mer i fagteam, også dette ut fra en faglig begrunnelse. Informanten fra en BUP fremhever at nye kvalitetsindikatorer, krav om effektivitet og inntjening samt vekt på evidensbaserte metoder har hatt betydning for utvikling av tjenesteprofil og utforming av tjenestene, ikke Opptrappingsplanen som sådan.

7.10.5 Samarbeid

Godt samarbeid er avgjørende for tilgjengelighet til tjenester for barn og unge med psykiske vansker.

SAMARBEID I LANDKOMMUNEN

Kommunen er organisert etter en to-nivåmodell. De tre tjenestene som inngår i denne studien, er organisert i en familie- og forebyggingsenhet, og informantene oppfatter denne organiseringen som hensiktsmessig. Tjenestene har formalisert sitt samarbeid i et lederteam med lederne i enheten og i et tverrfaglig team for praktisk samarbeid om tjenester til barn og unge med sammensatte behov. Informantene mener disse samarbeidsforaene fungerer rimelig bra og at det er godt samarbeid i kommunen.

SAMARBEID I DEN MELLOMSTORE BYEN

Kommunen har beholdt en organisering med fagsjefer for bl.a. skole og barnehage, og dette fremheves som positivt. Også her er tjenester for barn og unge samlet i en enhet, og organiseringen angis hensiktsmessig. Kommunen har lagt Opptrappingsmidlene i et forebyggende team med 5,5 fagstillinger. Det er etablert tverrfaglige team for samarbeid om ulike aldersgrupper av barn og unge for å drøfte kompliserte enkeltsaker der det er behov for flere tjenester. Teamene fungerer i følge informantene meget bra. Det er mye godt samarbeid i kommunene, men sies at det finnes forbedringspotensial for å utnytte ressursene bedre

SAMARBEID I DEN STORE BYEN

Kommunene er organisert etter to-nivåmodell der de ulike tjenestene som inngår i denne studien alle er organisert i egne resultatenheter. Organiseringen vurderes litt ulik av de tre informantene. Fordelen er kort vei til ledelsen, ulempen er manglende koordinerings- og prioriteringsansvar på toppledernivå. Kommunen har faste ledermøter på enhetsledernivå, men ikke på utøvernivå, og noen savner dette. Det beskrives en del utfordringer i samarbeidet internt i kommunen, både fordi tjenestene er travle og fordi kommunen er stor og uoversiktlig.

SAMARBEID MED FASTLEGENE

Alle informantene fra kommunene er enige om at samarbeidet med fastlegene er dårlig, selv om noen sier det varierer og trekker fram godt samarbeid med enkeltleger. Legene beskrives som vanskelige å få tak i og vanskelig å få med på møter.

Flere påpeker også at legene har manglende kompetanse i psykisk helseproblemer hos barn og ungdom. Noen mener legene kunne yte verdifulle bidrag til samarbeidet fordi de ofte vet mye om hva som ligger av utfordringer i familien, men at det er vanskelig å få til samarbeidet i praksis.

SAMARBEID MELLOM DE KOMMUNALE TJENESTER OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

Informantene fra kommunene påpeker at de kommunale tjenestene til barn og unge er avhengig av ventetid ved BUP. En kommune er fornøyd med ventetiden ved BUP. Denne kommunen har ikke faste samarbeidsmøter med BUP på systemnivå, kun enkelttjenester har det. En kommune har et veletablert, godt fungerende formalisert samarbeid med sin BUP, noe begge parter er godt fornøyd med. En annen kommune har nettopp gjort avtale med BUP om faste samarbeidsmøter hver 6. uke. Disse to kommunene opplever betydelig kapasitetsproblemer ved BUP med alt for lang ventetid. Dette vanskeliggjør arbeidet i de kommunale tjenestene.

Alle informantene fra BUP understreker at for å gjøre en god jobb, er de avhengige av gode henvisninger fra kommunen og at barn og ungdom henvises til rett tid. To informanter roser kommunen for jevnt over gode henvisninger, og begge trekker spesielt fram PPT. Ved alle de tre BUP'ene beskrives henvisningen fra legene som jevnt over dårlig med noen hederlige unntak. Informantene fra BUP påpeker for lite samarbeid innen førstelinjen og spesielt at legene er for lite involvert.

Både informantene fra BUP og kommunene beskriver noe samarbeid om henvisningsprosessen, men begge parter påpeker forbedringspotensial. Løpende samarbeid i enkeltsaker beskrives som overveiende godt. Informanter i alle kommunene etterlyser mer oppfølging fra BUP etter at barnet eller ungdommen er ferdig uredet/behandlet. BUP beskriver liknende ønsker, men påpeker at det ikke er lett å få det til i praksis fordi det er et komplisert puslespill å samle alle involverte parter, spesielt er det en utfordring å få til samarbeidet med legene. Kommunene savner mer veiledning fra BUP.

7.10.6 Individuell plan

Alle kommunene arbeider med å innføre rutiner for bruk av individuell plan (IP) for barn eller ungdom som har behov for tiltak fra flere tjenester. Ingen beskriver godt fungerende rutiner for dette. Det er delte meningene om IP er et hensiktsmessig hjelpemiddel for å få til et godt samarbeid om barn og ungdom med psykiske vansker. Noen tror det kan være nyttig for brukerne, at det bidrar til mer ryddighet, kan skjerpe samarbeidet, hindre parallelljobbing og synliggjøre ansvaret. Alle informantene er enige om at arbeidet med IP er ressurs- og kompetansekrevende. Hovedproblemet ser ut til å være at ingen vil være koordinator for planene fordi arbeidet kommer på toppen av arbeidsbelastningen i en travel hverdag. Noen er temmelig kritiske til IP som verktøy. To understreker at IP er egnet for dem som har relativt stabile og forutsigbare behov, og at det veldig sjelden er tilfelle hos unger med psykiske vansker. Noen påpeker at tverrfaglig samarbeid i sin natur er krevende og at arbeidet med IP utfordrer samarbeidet ytterligere. Det trekkes fram at samarbeidet med brukerne i planarbeidet kan være utfordrende. Også ved BUP er meningene om IP delte. En er positiv til IP, de to andre mindre positive. Informantene problematiserer IP som et pålegg for å løse de store utfordringene som ligger i tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

7.10.7 Brukermedvirkning

En kommune er godt i gang med brukermedvirkning på systemnivå, de to andre ikke. Mange forteller at deres tjeneste gjennomfører brukerundersøkelser og at resultatene brukes til å videreutvikle tjenestene. Brukermedvirkning på individnivå beskrives som en selvfølge og er høyt prioritert i alle tjenester, både i kommunene og ved BUP.

7.10.8 Prioritering

Mange informanter er opptatt av spørsmålet om tjenesten når dem som har størst behov. Man kan snakke om prioritering på individnivå, på tjenestenivå og mellom ulike arbeidsområder. Stort sett snakket informantene om prioritering på individnivå. Kommunenes prioritering av målgrupper fremkommer blant annet gjennom hvordan de har valgt å bruke Opptrappingsmidlene. Alle kommunene har hovedsakelig styrket sitt forebyggende arbeid gjennom å styrke helsesøstertjenesten, og i en kommune i tillegg gjennom Forebyggende team. Flere informanter i de tre kommunene er opptatt av at barn og unge med de alvorligste problemene får mangelfullt tilbud.

7.10.9 Opptappingsplanens bidrag

Informantene er positive til Opptappingsplanen, men understreker at det er et stort språk mellom beskrivelse av Opptappingsplanen som en gedigen satsing og det kommunene har fått tilført av ressurser. Alle informantene mener, i ulik grad, at vi er nærmere målet om bedre tilgjengelige tjenester for barn og unge med psykiske problemer og at Opptappingsplanen har bidratt. De trekker frem momenter som at mer oppmerksomhet rettet mot feltet medfører at slike vansker alminneliggjøres, er blitt lettere å snakke om og å oppdage. Helse-søstrene ser jevnt over ut til å være den yrkesgruppen som er mest tilfreds, mer enn informanter fra barneverntjenesten og PPT som også mener at Opptappingsplanen har hatt klart positiv effekt, men mer på andre tjenester enn deres egen. For barneverntjenesten er økt press mot tjenesten og for lite ressurser det dominerende inntrykket. Alle informantene fra BUP mener at vi er nærmere målet om bedre tilgjengelig tjenester for barn og unge med psykiske vansker og at Opptappingsplanen har bidratt.

Referanser

Andersson, H.W. (2006). Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer. SINTEF Rapport, A199.

Andersson, H.W., & Norvoll, R. (2006). Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – Kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen.

Andersson, H.W., & Ose, S.O. (2007). Unmet mental health service needs among Norwegian children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 12 (3), 115-120.

Andersson, H.W., Ose, S.O., & Norvoll, R. (2006). Helsesøsters kompetanse. SINTEF Helse, Rapport A558.

Andersson, Røhme K., & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge – Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Deltapport 2. SINTEF Helse, Rapport STF78 A055002.

Falck-Pedersen, T. (2004). Ta meg på alvor! Hva er psykiske lidelser og godt psykisk helsevern? Samtaler med pasienter, pårørende og behandlere. Oslo: Medlex norsk helseinformasjon.

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

Haugland, R., Rønning, J.A., & Lenschow, K. (2005). Evaluering av forsøk med familiesenter i Norge, 2002-2004. R-BUP Nord og Barneavdelingen, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø.

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.

Helsetilsynet (2007). Tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007, juli 2007.

HELTEF (2004). Helseprofil for barn og ungdom i Akershus- ungdomsrapporten. Rapport nr 2/2004. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Kaspersen, S.L., Ose, S.O., Bremnes, R., & Hatling, T. (2007): Psykisk helsearbeid i kommunene: Disponering av øremerkede midler 1999-2006. SINTEF-rapport SINTEF A4639.

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnanes, M., & Ose, S.O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF Helse, Rapport A246.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. (2003)....sammen om psykisk helse.

Sitter, M (2008). Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker, 2004-2007. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. SINTEF Helse. Rapport under utarbeidelse.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). IS-1/2007 - Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. IS-1405, Veileder.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Rundskriv IS-1/2006. Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskott for 2006.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger. Rapport IS-1127.

St. prp. nr. 63 (1097-1998). Opptappingsplanen fir psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.

St.prp.nr.1 (2006-2007) Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helseplan (2007-2010), særtrykk av kapittel 6.

St. prp. nr. 1 (2007-2008).

Zachrisson, H.D., Rødje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. BMC Public Health 16, 3:34.

Ådnes, M., & Sitter, M. (2007). Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern i kommunene i perioden 1998-2005. Nås Opptappingsplanens mål innen 2008? SINTEF Rapport A851.