



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

Hvilke årsaker er mest sannsynlige for lang ventetid til helsehjelp i barn- og ungdom psykiatri? En eksplorativ undersøkelse



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	ii
FORORD	1
SAMMENDRAG	1
1 INNLEDNING	2
1.1 Bakgrunn for oppgaven	2
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Disposisjon	3
2 OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER.....	4
3 BEGREPSORDLISTE	6
4 GJENNOMGANG AV LITTERATUR.....	7
4.1 Et riss om psykisk helse.....	7
4.2 Ventetid til helsehjelp.....	11
4.3 Helsepolitiske mål og krav i Norge	13
4.4 Pasient og henvisningsinstans	22
4.5 Organisering av tjenestetilbud	24
4.6 Oppsummering	28
5 METODE OG METODEVALG.....	29
5.1 Innledning.....	29
5.2 Metodevalg	30
5.3 Datainnsamlingsmetode og type data	33
5.4 Undersøkelseskvalitet.....	35
6 CASEANALYSE	37
6.1 BUPA NLSH HF	37
6.2 Datagrunnlag	38
6.3 Resultater, analyse og diskusjon.....	39
6.3.1 Helsepolitiske mål	40
6.3.2 Den henviste	48
6.3.3 Organisering av BUP-enheter	60
6.3.4 Samhandling eksternt (med primærhelsetjenesten mf)	63
6.3.5 Samhandling internt (innen spesialisthelsetjenesten).....	69
6.3.6 Rutiner og arbeidsprosesser	73
7 OPPGAVENS KONKLUSJON	88
7.1 Familiesituasjon.....	88
7.2 Samhandling mellom kommunal- og spesialisthelsetjenesten	88
7.3 Intern organisering og rutiner	88
Litteraturliste	90

FORORD

Denne masteroppgaven er skrevet som en del av det avsluttende semesteret i vår MBA-graden ved Universitetet i Nordland.

Oppgaven dreier seg om analyse av årsaker som påvirker ventetid til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom med psykiske problemer.

I forberedende fase har vi hatt kontakt med flere fagpersoner innenfor helsesektor for å få drøftet valg av problemstilling, og i den forbindelse vil vi rette en stor takk til alle som har bidratt med nyttige samtaler og innspill.

Stor takk til Jon Tomas Finnsson, seksjonsleder i BUPA NLSH HF som har hjulpet oss med å få tilgang til anonymiserte data for BUP NLSH HF og brukt tid for gjennomgang av resultatene fra datanalsen sammen med oss.

Vi ønsker spesielt å takke vår veileder Abbas Strømmen-Bakhtiar som har gitt oss konstruktive tilbakemeldinger og støttet oss hele veien i dette arbeidet.

SAMMENDRAG

Ventetid til helsehjelp er betydelig og en utbredt problemstilling på verdensbasis, og spesielt for barn og ungdom med psykiske lidelser. Eksempler fra OECD, kanadiske, britiske, amerikanske og norske studier og rapporter kan bekrefte dette. I Norge har tjenesteytere mer eller mindre, historisk sett hatt problemer med å innfri myndighetskravet om ventetid i barne- og ungdomspsykiatri. Viktigheten av å komme raskt i gang med avklaring og tiltak angående behov for helsehjelp synes ikke til å være et omdiskutert tema, verken i fagfeltet eller i helsepolitiske målsettinger. Formålet med denne studien er å forstå og undersøke fenomenet ventetid til helsehjelp i barn og ungdomspsykiatri, og prøve å finne de mest sannsynlige

årsaker for lang ventetid. Dermed problemstillingen i oppgaven er ”Hvilke årsaker er mest sannsynlige for lang ventetid til helsehjelp i barne- og ungdomspsykiatri?” Gjennomgang av litteratur og caseanalyse er anvendt i eksplorativ undersøkelse av fenomenet. Undersøkelsens sekundære data er hentet fra barne- og ungdomspsykiatriske avdeling ved Nordlandssykehuset helseforetak (BUPA NLSH HF).

Studien konkluderer med at mest sannsynlige årsaker til lang ventetid i barne- og ungdomspsykiatri ligger i økende behov for helsehjelp for barn og ungdom, organisering, praktisering og samhandling på tvers av ulike ledd i tjenestetilbud, og interne rutiner og organisering innen avdeling. Sekundært tyder studien på at helsepolitiske tiltak om ventetidsgaranti som følges opp med håndhevingstiltak virker effektivt for å redusere ventetid til helsehjelp. Caseanalysen belyser en del andre forhold knyttet til ventetidsproblematikken som kan være av interesse for BUPA eller andre interessenter å se nærmere på.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Barn og ungdom med psykiske lidelser har historisk sett ventet lenge til behandling i spesialisthelsetjenesten i følge Norsk Pasient Register.

Vi finner dette tema interessant da ventetid til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjenspeiler generelt tjenestens tilgjengelighet og effektivitet. Rettidig behandling er garantien for best medisinsk nytte av behandlingen, og ikke minst at pasient unngår unødvendig lidelse som påføres ved å vente til helsehjelp.

Barn og ungdommens psykiske lidelser påvirker som regel alle aspekter i dagliglivet med familie, sosiale relasjoner, skolen med mer. Slik sett er rettidig behandling for denne pasientgruppen svært samfunns viktig tiltak. Dette gjenspeiles i lovpålagte fristen for vurdering og ventetid til helsehjelp for denne gruppen.

Dette var bakgrunnen for valg av tema som vi ville gjerne utforske nærmere og forstå.

1.2 Problemstilling

Tema for vår oppgave knyttes mot barn og ungdom med psykiske lidelser og lang ventetid til helsehjelp. Gjennom uformelle samtaler vi har hatt med fagpersoner på dette området ble det påpekt kompleksitet i fagfeltet – psykiatri, spesielt gjeldende for barn og ungdom som pasientgruppe da vurdering, behandling og oppfølging av barn og ungdom med psykiske lidelser er krevende. I tillegg settes det krav til rask og effektiv behandling med blant annet fokus på ventetid til helsehjelp. Det ble nevnt at det er flere årsaker som påvirker denne og at dette er en sammensatt problemstilling. I vår studie vil vi kartlegge faktorene som påvirker ventetid til helsehjelp for denne pasientgruppen og prøve å finne de mest sannsynlige årsakene for lang ventetid.

Dermed problemstilling i vår oppgave er:

«Hvilke årsaker er mest sannsynlige for lang ventetid til helsehjelp i barn- og ungdom psykiatri?»

Vi innså at en bred litteraturgjennomgang, både nasjonalt og internasjonalt, var nødvendig for å få innsyn i problemstillingen. For å kunne teste teoretiske funn ønsket vi å analysere ventetidsdata registrert ved flere av helseforetakene i Helse Nord. Etter at saken ble drøftet med informasjonssikkerhetsansvarlig i Helse Nord, ble oppgavens omfang begrenset til et helseforetak. I møte med seksjonsleder i BUPA NLSH HF ble det konkludert at vi skulle gå videre med et forskningsprosjekt som sikret oss ubegrenset tilgang til anonymiserte BUPA NLSH HF data.

1.3 Disposisjon

Kapittel 4: Gjennomgang av litteratur

Dette kapittelet handler om teori knyttet til ventetid til helsehjelp for barn og ungdom med psykiske lidelser. Vi finner det naturlig å innlede med teorien som omhandler psykisk helse spesielt relatert til barn og ungdom. Vi skal videre gå inn i aktuell litteratur nasjonalt og internasjonalt som kan knyttes til ventetid for helsehjelp, også her med vekt på barn- og ungdom med psykiske helseproblemer. Avslutningsvis vil vi oppsummere teoretiske funn med kartlegging av faktorer som påvirker ventetid til helsehjelp for barn og ungdom med psykiske problemer.

Kapittel 5: Metode og metodevalg

Dette kapitlet inneholder en kort redegjørelse for begreper som epistemologi, metode, datainnsamlingsmetoder og undersøkelses kvalitet. Ved å presentere fordeler og ulemper ved enkelte forskningsdesign og innsamlingsmetode vil vi, avslutningsvis, presentere den design og innsamlingsmetoden som vi synes passer best for vår oppgave. Dette kapitlet skal gi leseren et innblikk i fremgangsmåten vi har benyttet for å komme frem til de resultatene som vi fremlegger i kapittel 6.

Kapittel 6: Caseanalyse – BUPA NLSH HF

Kapitlet starter med en introduksjon i BUPA NLSH HF, deretter vil vi gi en forklaring på eksplorativ undersøkelse gjennom caseanalyse med kvantitativ innsamlingsmetode. Leseren vil få innblikk i datagrunnlaget ved BUPA NLSH HF og undersøkelses kvalitet. Den største delen av dette kapitlet vil dreie seg om presentasjon av resultater fra dataanalysen og drøfting mot teori.

Kapittel 7: Konklusjon

I dette kapitlet vil vi oppsummere vår oppgave med en eller flere hypoteser for de mest sannsynlige årsaker for lang ventetid til helsehjelp i barne- og ungdomspsykiatri. Våre hypoteser kan være grunnlagsmaterialet for videre studier.

2 OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Tabeller:

Tabell 5.3-1 Oversikt over fordeler og ulemper ved kvantitative og kvalitative metoder

Tabell 6.3-1 Antall henvisninger per barn/ungdom

Tabell 6.3-2 Henvisningsgrunn (1.prioritet)

Tabell 6.3-3 Hastegrad ved henvisninger

Tabell 6.3-4 Diagnoseregistrering på de henviste

Tabell 6.3-5 Gruppering av diagnosekoder

Tabell 6.3-6 «Filtrering» av barn og ungdom registrert med diagnose som kan relateres til familiesituasjon

Tabell 6.3-7 Avslutningskoder for henvisningsperiode

Tabell 6.3-8 Instanser som henviser barn og ungdom til innleggelse

Tabell 6.3-9 Henvisningsgrunn til innleggelse

Tabell 6.3-10 Fordeling av henvisningsresultat per lokasjon

Tabell 6.3-11 Fordeling av avsluttede henvisninger uten registrert hoveddiagnose eller ingen diagnose

Figurer:

- Figur 4.5-1 Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Figur 6.3-2 Utvikling av gjennomsnittlig ventetid de siste årene
- Figur 6.3-3 Henvisninger fordelt per mottatt år og ventetid i antall måneder
- Figur 6.3-4 Utvikling av ventetid per lokasjon
- Figur 6.3-5 Utvikling av ventetid for NLSH Bodø Psykiatri
- Figur 6.3-6 Ventetid i forhold til foreldreansvar
- Figur 6.3-7 Ventetid i forhold til henviser-type
- Figur 6.3-8 Ventetid i forhold til hvilken dag henvisning er mottatt på BUP
- Figur 6.3-9 Ventetid i forhold til henvisningsgrunn (1.prioritet sett fra henvisers side)
- Figur 6.3-10 Ventetid i forhold til barnets språk
- Figur 6.3-11 Ventetid i forhold til barnetsmiljø – første prioritering
- Figur 6.3-12 Utvikling av vurderingstid de siste årene
- Figur 6.3-13 Utvikling av vurderingstid de siste årene – over 10 dager
- Figur 6.3-14 Kjønnfordeling blant de henviste
- Figur 6.3-15 Fordeling av henvisninger per kjønn
- Figur 6.3-16 Fordeling av henvisninger per kjønn og mottatt år
- Figur 6.3-17 Språk til de henviste
- Figur 6.3-18 Foreldreansvar til de henviste
- Figur 6.3-19 Omsorgssituasjon til de henviste
- Figur 6.3-20 Barnets miljø – første prioritering
- Figur 6.3-21 Registrerte diagnoser - gruppert
- Figur 6.3-22 Fordeling av henvisninger per lokasjon
- Figur 6.3-23 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri
- Figur 6.3-24 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri - justert
- Figur 6.3-25 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri – forhold administrasjon og behandlende stillinger
- Figur 6.3-26 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri – behandlende stillinger
- Figur 6.3-27 Henvisende tjenester
- Figur 6.3-28 Utvikling i henvisningspraksis de siste årene
- Figur 6.3-29 Registrering av henvisere
- Figur 6.3-30 Utvikling ang registrering av henvisere i de siste årene
- Figur 6.3-31 Fordeling av henvisninger til NLSH Bodø Psykiatri per henvisende organisasjon i 2011
- Figur 6.3-32 Registrerte fastleger for de henviste til NLSH Bodø Psykiatri
- Figur 6.3-33 Fordeling av henvisninger per mottakende dag
- Figur 6.3-34 Fordeling av henvisninger per mottakende måned
- Figur 6.3-35 Avslutningskoder for henvisningsperiode
- Figur 6.3-36 Fordeling ang antall kontakter for henviste som avsluttet behandling etter eget ønske
- Figur 6.3-37 Kjønnfordeling de siste årene blant de innlagte
- Figur 6.3-38 Vurdering av henvisninger. Henvisningsresultat.
- Figur 6.3-39 Vurdering av henvisninger, Henvisningsresultat de siste årene
- Figur 6.3-40 Fastleger til barn og ungdom med avviste henvisninger
- Figur 6.3-41 Fordeling i antall kontakter per kjønn
- Figur 6.3-42 Fordeling i antall kontakter de siste årene

Figur 6.3-43 Fordeling på antall kontakter per henvisningsgrunn som er dominerende blant gutter

Figur 6.3-44 Fordeling på antall kontakter per henvisningsgrunn som er dominerende blant jenter

Figur 6.3-45 Fordeling i antall kontakter innen henvisningsperiode / behandlingen fordelt per år – Stokmarknes BUP

Figur 6.3-46 Fordeling i antall kontakter innen henvisningsperiode / behandlingen fordelt per år – Lofoten BUP

Figur 6.3-47 Fordeling i antall kontakter innen henvisningsperiode / behandlingen fordelt per år – NLSH Bodø Psykiatri

Figur 6.3-48 Fordeling i antall kontakter i gjennomsnitt per henvisning fordelt per lokasjon

Figur 6.3-49 Fordeling av behandlingstid per år henvisning ble mottatt

Figur 6.3-50 Fordeling av behandlingstid per henvisers type og henvisninger

Figur 6.3-51 Fordeling av behandlingstid per henvisningsgrunn og henvisninger

Figur 6.3-52 Fordeling av polikliniske konsultasjoner per type

Figur 6.3-53 Fordeling av konsultasjonstyper per behandlere - for år 2007

Figur 6.3-54 Fordeling av konsultasjonstyper per behandlere - for år 2012

Figur 6.3-55 Andel behandlere med 50% og mer antall konsultasjoner av typen «Indirekte pasient kontakt»

Figur 6.3-56 Fordeling av aktiviteter på indirekte pasientkontakter

Figur 6.3-57 Hoveddiagnosetsettingstid fordelt per henvisninger per mottatt år

Figur 6.3-58 Hoveddiagnosetsettingstid i forhold til henvisningsgrunn

Figur 6.3-59 Hoveddiagnosetsettingstid i forhold til utvalgte diagnoser

3 BEGREPSORDLISTE

Begrep	Forklaring
Henvisningsinstans	Instans som henviser pasient til behandling eller utredning i spesialisthelsetjenesten
Henvisning	Anmodning om helsehjelp. Dokument som inneholder relevante opplysninger når pasienten henvises til spesialist.
Mottaksdato	Dato for mottak av henvisning/søknad ved helseforetaket. Mottaksdato benyttes for å beregne institusjonens/sykehusets interne ventetid.
Vurderingsdato	Faktisk dato for ferdig vurdert søknad.
Frist for nødvendig helsehjelp (frist Start Behandling)	Seneste dato for forsvarlig start på nødvendig helsehjelp, i henhold til gjeldende lovverk. Det betyr at nødvendig helsehjelp er gitt
Behandlingstid	Fra mottatt henvisning til behandling slutt
BUP	Barn- og ungdomspsykiatri som fagområde
BUPA	Barn- og ungdomspsykiatrisk avdeling

NLSH HF	Nordland sykehus helseforetak
Helse Nord RHF	Helse Nord Regional Helseforetak
EPJ/PAS-system	Elektronisk Pasient Journal/Pasient Administrativ- system
WHO	World Health Organization
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
ADHD	Aftention Deficit Hyperactivity Disorder
SINTEF	Et norsk forskningskonsern som selger forskningsbasert kunnskap og tilhørende tjenester basert på innsikt i teknologi, naturvitenskap, medisin og samfunnsvitenskap
EDB	Elektronisk Data Behandling
HELFO	Helseøkonomiforvaltning - pasientformidling
DPS	Distriktpsykiatriske sentre

4 GJENNOMGANG AV LITTERATUR

4.1 Et riss om psykisk helse

World Health Organization definerer psykisk helse som ”en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet” (WHO Mental Health 2013).

Begrepet god psykisk helse er også brukt og beskriver at denne innebærer (Kringlen, 2011)

- å ha det godt med seg selv
- å ha evne til å ha kontakt med andre mennesker
- å ha evne til å tåle alminnelige påkjenninger
- å ha evne til å arbeide
- å ha evne til å elske

Psykisk helse benyttes gjerne som et samlebegrep som kan deles inn i **psykisk velvære**, **psykiske plager** (emosjonelle plager og utagerende atferd, tilfredsstillende ikke krav til diagnose) og **psykiske sykdommer** eller **lidelser** (tilfredsstillende krav til diagnose) (Helland og

Mathiesen, 2009). Generelt handler god psykisk helse om å ha tilpasningsdyktig emosjonell utvikling, evne til å danne velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet i tanker og handling. Evne til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang hører også inn under begrepet. Fravær av psykiske plager er ikke tilstrekkelig indikasjon på god psykisk helse, og følelse av tilfredshet, empati, selvkontroll og samarbeidsevne inkluderes ofte i begrepet god psykisk helse (Holte, 2006).

Barn er forskjellige fra voksne ved at de opplever mange fysiske, mentale og følelsesmessige endringer gjennom deres naturlige vekst og utvikling. I sin unge alder er de også i ferd med å lære å takle, tilpasse, og forholde seg til andre og verden rundt dem. Dermed er identifisering av psykiske lidelser hos barn vanskelig og utfordrende. Videre modnes hvert barn i et individuelt tempo, og hva som regnes som "normalt" hos barn faller dermed innenfor et bredt spekter av atferd og evner.

Det finnes flere forskjellige typer psykiske lidelser som barn og ungdom kan være rammet av:

- Angstlidelser – reagerer med frykt og angst i visse situasjoner og viser det fysiske med for eksempel med rask hjerterytme og svette.
- Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) – vanskeligheter med konsentrasjon, takler ikke grensesetting, viser frustrasjon over gitte oppgaver, hyperaktive og lite gjennomtenkte reaksjoner.
- Atferdsforstyrrelser - trosser regler og ofte er forstyrrende i strukturerte miljøer, som for eksempel skolen.
- Utviklingsforstyrrelser - forvirret i sin tenkning og har generelt problemer med å forstå verden rundt dem.
- Spiseforstyrrelser – intense følelser og holdninger, uvanlig atferd assosiert med vekt og/eller mat.
- Læring og kommunikasjonsvansker – problematisk å huske og bearbeide informasjon, sine tanker og ideer.
- Affektive humør lidelser – vedvarende følelse av sorg og/eller raske skiftende stemninger, depresjon og bipolar lidelse.
- Schizofreni – forringelse av oppfatninger og tanker
- Ticsforstyrrelser – utførelse av gjentatte lyder og meningsløse bevegelser som ikke gjøres med vilje som kalles for tics. (www.webmd.com)

Den eksakte årsaken til de fleste psykiske lidelser er ikke kjent, men forskning tyder på at en kombinasjon av arvelighet, biologi, psykologiske traumer og miljø betegnes som de viktigste påvirkningsfaktorer (www.webmd.com). Også norsk professor Lars Weisæth mener at nyere kunnskap kan bekrefte at årsak til personlighetsutvikling og psykiske lidelser handler om et samspill mellom arv og miljø (Vinsrygg, 2012). Psykolog Liverød i artikkelen "Hva er psykisk helse" beskriver at psykiske problemer oppstår et sted mellom arv og miljø, og at problemet ligger i at helsearbeidere vektet dette svært forskjellig. I psykiatrien eller klinisk praksis finner en to svar på spørsmål om psykiske problemer der den ene har utgangspunkt i psykologi, tanker og følelser (negativ tankegodt) og den andre i biologi og hjernen (kjemisk ubalanse i hjernen – kan medisineres). Problemet ligger i at helsearbeidere vektet dette svært forskjellig, og dette gjør imidlertid fokuset på tverrfaglighet i psykisk helsevern desto viktigere (Liverød, 2010).

Problemet synes å være diskutert i "århundre" og vi kan nevne at spesialisten i psykiatri og barnpsykiatri, Nic Wall, som hadde sentral rolle med å bygge barne- og ungdomspsykiatri i Norge som eget fagdisiplin på 50-tallet var veldig opptatt av forhold mellom psykisk helse og sosiale levekår i sitt arbeid og valg av behandlingsmetoder (Norsk biografisk leksikon 2013).

Professor Einar Kringlen skriver at fagfeltet vet en god del om årsakene til atferdsforstyrrelser hos barn- og ungdom, og at disse er knyttet til disharmoniske familieforhold, ofte preget av vold, alkohols og fattigdom synes klart. I dette samspillet mellom arv og miljø velger vi å se nærmere på studier om forhold mellom psykisk helse og barn- og ungdoms familiesituasjon. (Kringlen, 2001)

En faktarapport om sosialt ulikhet i helse publisert i Norge av Folkehelseinstitutt i 2007 i kapittelet om barn og unge under psykisk helse konkluderer med at forekomst av psykiske lidelser og plager hos barn kan knyttes til familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser. Som særlig utsatt beskrives barn av foreldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn, barn av enslige forsørgere, barn av voldelige foreldre, barn av foreldre med rusproblemer og barn av foreldre med psykiske lidelser. Enslige forsørgeres levekårsproblemer trekkes frem som faktor som kan ha stor betydning for barns psykiske helse. (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 2007:1)

Analyser med lignende innhold finner vi i flere internasjonale studier. I en omfattende studie i Storbritannia gjennomført av The Office for National Statistics i 1999 ble forekomst av

psykiske lidelser blant 5-15 åringer i forhold til sosiodemografiske- og økonomiske aspekter til barnet og familien kartlagt. Av funnene som er beskrevet og presentert i rapporten fremgår at forekomst av psykiske lidelser var større blant barn:

- med enslig forsørger sammenlignet med to forsørgere (16 % sammenlignet med 8 %)
- i familier med stebarn i stedet for de med ingen stebarn (15 % sammenlignet med 9 %)
- i familier med fem eller flere barn sammenlignet med to barn (18 % sammenlignet med 8 %)
- hvis foreldre hadde ingen utdanning sammenlignet med foreldre med høyere utdanning eller noen tilsvarende kvalifikasjoner (15 % mot 6 %)
- i familier der ingen av foreldrene arbeider i forhold til begge foreldrene i arbeid (20 % sammenlignet med 8 %)
- i familier med en brutto ukentlig husholdningsinntekt på mindre enn £ 200 sammenlignet med £ 500 eller mer (16 % mot 6 %)
- i familier av høyere sosial klasse (V) sammenlignet med lavere sosial klasse I (14 % sammenlignet med 5 %)
- hvis foreldre er leietakere sammenliknet med selveiere (17 % sammenlignet med 6 %)

Canadisk Wait Time Alienc rapport fra 2013 “Canadians still waiting too long for health care” har blant annet kartlagt hvordan ulike sykdommer følger sosioøkonomiske befolkningsgrupper. Rapporten fastslår at jo lavere sosialrang desto større forekomst av psykiske plager.

Alle nevnte studiene er gjennomført i en bred populasjon med familier fra alle sosiale rang. Derimot har en amerikansk studie ”Family Structure and the Mental Health of Children” fra 1997 kartlagt de viktigste relasjonene mellom typer familier i lav sosial status og psykisk helsetilstand hos barn. Studien ble gjennomført i et fattig bysamfunn. Familietypen ble funnet å være sterkt relatert over tid til barnets sosiale tilpasningsstatus og psykisk helse. Resultatene tyder på at enslig forsørger familier (alene-mor) innebærer høyest risiko for sosial tilpasningsvansker og problemer med psykisk helse hos barnet. Fravær av far i seg selv har ikke så stor betydning som hvordan mor som enslig forsørger klarer å ta seg av barnas omsorg (Sheppard G. Kellam, MD; Margaret E. Ensminger, MA; R. Jay Turner, PhD 1997).

Ordet diagnose stammer fra det greske ordet ”diagnosis” som betyr undersøkelse. Slik den brukes i dag betyr det å gi sykdommen et navn. Mens det oppleves som en trygghet å få stilt

diagnose for somatiske lidelser, er psykiatriske diagnoser ofte blitt kritisert for å fungere stigmatiserende som en merkelapp som hindrer at en ser menneske bak diagnosen. For en kliniker skal diagnosen først og fremst være til hjelp for å finne den mest hensiktsmessige behandlingsformen. Imidlertid kan diagnosen tjene andre oppgaver enn behandlingsplanlegging, for eksempel rettighet til trygdeytelser, strafferettslig sammenheng, statistikk og økonomisk planlegging i helsevesen. (Engelstad Snoek 2002)

Det kan nevnes at spørsmål om berettigelser av å knytte diagnoser til individer med psykiske lidelser har fulgt barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet gjennom årene, og det kan sies at i dag er det stor enighet i berettigelse og nytte av diagnostikk i de fleste deler av dette fagfeltet. Medisinske diagnoser i Norge fastsettes ut fra International Classification of Diseases (ICD) klassifikasjonssystem som omfatter både psykiatriske og somatiske sykdommer. Det finnes også systemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) som er utviklet av den amerikanske psykiatriforeningen og brukes i Europa. (Sommerschild, Moe 2005)

Gjennom de siste 50-årene har det kommet flere nye diagnoser relatert til psykiske lidelser for barn og ungdom. For eksempel på 1950 og 1960-tallet var dysleksi et ukjent problem hos barn, samt at barnautisme ble av fagfolk oppfattet som en tilstand forårsaket av følelseskalde mødre. På 1960 og 1970-tallet kom for første gang diagnoser som Minimal Brain Dysfunction (MBD) for hyperaktive barn og Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) for impulsive barn. Disse sykdomsbildene har nok hele tiden vært til stede hos denne gruppen, men at forholdet i samfunnet og orientering i behandlingsapparatet har brakt dem til overflaten når tiden var inne. Morgendagens søkelys vil sannsynlig bli mer rettet til de aller tidligste leveårene for å fange opp sårbare og styrke dem med forebyggende tiltak. (Grøholt, Sommerschild, Garløv, 2001)

4.2 Ventetid til helsehjelp

En finner ikke en generell definisjon på måling av ventetid til helsehjelp fra World Health Organization. Det er heller ikke en felles definisjon på måling av ventetid til helsehjelp på tvers av medlemsland i Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE). En organisasjon med 34 medlemsland som har godt utviklet markedsøkonomi og demokrati, deriblant Norge. Helsepolitiske spørsmål har vært viktig tema i OECD studier gjennom de siste tiårene, og ventetid til helsehjelp har vært et viktig helsepolitisk tema i mange OECD land.

I et av sist gjennomførte studier i regi av OECD har det vist seg at nesten alle OCDE land har problemer med lange ventelister både når det gjelder primær og spesialisthelsetjeneste. Det trekkes frem at det er mer enn halvparten av OECD land som har lange ventetider for elektiv/ ikke øyeblikkelig helsehjelp (www.oecd.org/helthsystems).

OECD har i 2001 gjennomført en grundig studie mellom 13 OECD land (Australia, Canada, Danmark, Finland, Irland, Italia, Nederland, New Zealand, Norge, Portugal, Spania, Sverige og Storbritannia) for å takle økende og lange ventetider for elektiv helsehjelp. På den tid har det vært mange land som har startet med ulike tiltak for å redusere ventetid for helsehjelp, men det har vært for tidlig til å kunne se resultater og konkludere med best praksis. OECDs rapport ble fulgt opp i en ny studie 2012/13 etter at mange lang er kommet mye lengre i arbeid med reduisering av ventetid for helsehjelp. Den store rapporten ”Waiting Time Policies in the Health Sector, WhatWorks?” (OECD 2012/13) omtaler ulike varianter av måling av ventetid til helsehjelp, og fremhever mest effektive tiltak for å redusere ventetid. Fokus er på elektiv helsehjelp innen kirurgi.

OECD har ikke gjennomført lignende studier på områder om psykisk helsehjelp og ventetid, imidlertid kan det være relevant å nevne resultater som kan være gjeldende utover rapportens hovedfagområde. I løpet av de ti siste årene har de mest vanlige og effektive helsepolitiske tiltak vært ventetidsgaranti. Rapporten fastslår at den fungerer kun dersom det håndheves av styringsmakt. Det er to alternativer for håndheving som fungerer: økonomisk ansvarlighet for tjenesteleverandør og mulighet for pasienten å velge annen tjenesteleverandør dersom fastsatt frist ikke overholdes. I denne sammenheng fremhever rapporten også nødvendighet av gode og pålitelige registrering av data og rapportering.

Et eksempel fra Canada viser at registrering av data og rapportering er nødvendig forutsetning for håndheving av helsepolitiske mål. National Infant Child and Youth Mental Health Consortium konkluderer i rapporten ”Acces & Wait Times in Child and Youth Mental Health” fra 2010, om ventetider til behandling for barn og unge med psykiske problemer, at unge Canadiere som har behov for helsehjelp for psykiske plager møter formidable ventetider. Imidlertid fastslår rapporten at det er total fravær av data for ventetid for helsehjelp til barn- og ungdom med psykiske lidelser. Samme bilde ser vi i Wait Time Alienc (WTA) rapport “Canadians still waiting too long for health care” fra 2013. Fastsatte mål for ventetider til behandling for psykiske lidelser er:

- Early psychosis 2 weeks
- Postpartum severe disorders 4 weeks
- Urgent mental health concerns 1 week

Rapporten slår fast at datagrunnlag for ventetider i psykiatrien er så pass utilstrekkelig at den ikke gir grunnlag for analysen og konklusjon, og er ikke mulig å håndheve.

Ventetidsgaranti og krav om registrering av data finner vi i flere land. I England er nasjonalt krav fra English National Service Constitution maksimum 26 uker ventetid fra mottatt henvisning til påbegynt behandling for barn- og ungdom med psykiske lidelser, og skal reduseres til 18 uker fra desember 2014. Det foreligger også krav om registrering og rapportering av ventelister. Samme situasjon finner vi i Skottland (Child and Adolescent Mental Health Services 2013). Fristbrudd i elektiv helsehjelp medfører økonomiske sanksjoner. Danmark har 4 ukers ventetidsgaranti, og har innført sterke krav om registrering og rapportering av ventelister som gir grunnlag for håndheving av fastsatte mål. I Nederland ligger ansvar for håndtering av ventelister hos private forsikringsselskaper som på vegner av pasienter håndterer ventelister ved å søke behandlingstilbud med kortest ventetid, og pasient står fritt til å velge. Portugal har ventetidsgaranti og ved fare for fristbrudd gis det mulighet til pasient å velge annen tjenesteleverandør (Siciliani, Borowitz, Moran 2013).

I USA foreligger ingen nasjonal register for ventetidsdata. Imidlertid kan det nevnes at barn- og ungdoms psykiatri er en av de dårligst dekkede behandlingstilbud nasjonalt. For å redusere ventetid for behandling av barn - og ungdom med psykiske problemer kan det eksempelvis nevnes prøvetiltak fra noen klinikker i USA som tilbyr online psykiatrisk avtale for denne gruppen. Tiltak begrunnes i at denne pasientgruppen venter månedsvis til behandling. (Sanctis 2013)

4.3 Helsepolitiske mål og krav i Norge

Ut fra de to hovedanbefalingene i OCDEs rapport kan vi se nærmere på helsepolitiske tiltak i Norge gjennom tid for ventetid til helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser. Ventetid til behandling for barn og ungdom har vært diskutert i en rekke offentlige dokumenter i Norge. Helsepolitiske mål for ventetid har kommet til uttrykk gjennom lovbestemmelser, stortingsmeldinger, oppdragsdokumenter med mer. Felles er en helsepolitisk strategi for å

kvalitetssikre tjenestens tilgjengelighet og bedre behandlingstilbud, samt effektivisere tjeneste gjennom bedre ressursutnyttelse.

Når helsepolitiske mål knyttet til ventetid for helsehjelp diskuteres kan det være hensiktsmessig i vår oppgave å skille mellom lov og forskriftspålagte krav, og krav fra Regjeringen. Som vi skal se senere i teksten, utgangspunktet for vår analyse er krav om ventetid fastsatt av Helse – og omsorgsdepartement og ikke lovbestemt ventetidsgaranti.

Sentrale lov- og forskriftshjemler for ventetid i spesialisthelsetjenesten er:

- Lov om spesialisthelsetjenesten med tilhørende forskrift
- Pasient- og brukerrettighetsloven med tilhørende forskrift
- Oppdragsdokumenter fra Helse - og omsorgsdepartement til regionale helseforetak
- Veiledere og rundskriv om ventelisterapportering

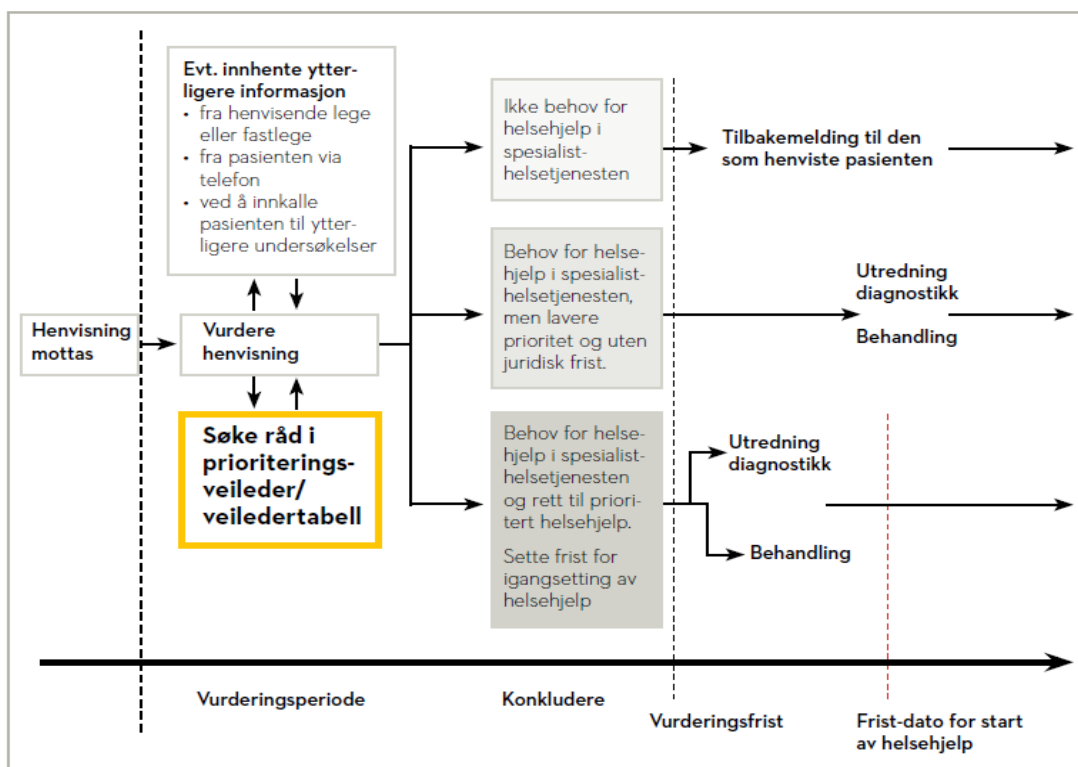
Pasientrettighetsloven (Lov 1999-07-02) § 2-1 ble endret i 2003/2004, og fastslår at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal få en individuell frist for iverksetting av nødvendig helsehjelp. Fristen er en maksimumsfrist som er satt ut fra sykdommens alvorlighet og nytte av behandling. Spesialisthelsetjenesten skal oppfylle fastsatt frist slik at pasientene får sine rettigheter oppfylt og unngå unødvendig lidelse. Derfor er det krav fra regjeringen om ”ingen fristbrudd”. Kravet er fastsatt i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Regionale helseforetak. Det kan nevnes her at det er vedtatt endring i Pasientrettighetsloven, blant annet innføres 10 dagers vurderingsfrist for alle (ikke bare barn- og ungdom) og det blir ikke lenger skille mellom pasienter ”med og uten rett” til nødvendig helsehjelp. Rundskriv til ventelisterapportering er under revisjon bl.a. av den grunn. Disse bestemmelser trer i kraft tidligst 2015.

Videre fastslår pasientrettighetsloven i § 2-1b at departementet kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tidsfristen for å yte helsehjelp, herunder en frist for når barn og ungdom under 23 år med psykiske lidelser senest skal ha mottatt nødvendig helsehjelp. Bestemmelsen omfatter også rusmiddelavhengighet. Regjeringen ønsket bedre tilbud for barn og ungdom med psykiske lidelser ved å innføre ventetidsgaranti for denne gruppen. I forarbeidende dokumenter for lovforslag ble det vist til at i 2006 hadde 7 500 av 21 000 barn og ungdom med rett til nødvendig helsehjelp i psykisk helsevern ventet i mer enn 90 dager. På dette grunnlaget ble ventetidsgaranti innført for barn og ungdom med psykiske lidelser, jf

prioriteringsforskriften. Det som ligger i denne ventetidsgarantien er at forskriften setter maksimale frister for vurdering av henvisning og iverksetting av helsehjelp i form av utredning eller behandling. Bestemmelsen ble innført ved endring i 2007 og trådte i kraft i januar 2008. Maksimal frist for vurdering av henvisning er 10 virkedager og regnes fra den dato henvisning er mottatt. Det er gitt et klart signal om betydningen av å komme raskt i gang med avklaring av behov for helsehjelp. Maksimal frist for iverksatt behandling eller utredning er satt til 65 virkedager, og regnes fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Frister beregnes i virkedager som i realiteten betyr 14 kalenderdager for vurdering og 90 kalenderdager for behandling. Totalt gis ventetidsgaranti for 104 dager da vurderingsfrist og behandlingsfrist legges sammen. Frister som er omtalt her er maksimumsfrister, men det betyr ikke at pasienter som trenger hjelp, kan raskere få det. Fastsatt frist er juridisk bindende for spesialisthelsetjeneste, og kan av den grunn ikke endres. Unntak er når pasienten grunnet krav til forsvarlighet trenger helsehjelp tidligere enn fastsatt frist. Helsedepartement har uttalt i 2008 at frister i ventetidsgaranti skal revurderes med tanke på ytterligere redusering når erfaringer med ordningen og utbygging av tjenesten foreligger.

For å sikre at henviste barn og ungdom vurderes likt uavhengig av tjenesteyter, har Helsedirektoratet vurdert det som nødvendig å bidra til en felles forståelse av lov og forskrift. Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for barn og unge (IS-1581) skal være hjelpemiddel som skal hjelpe til felles forståelse av vilkårene for nødvendig helsehjelp. Veilederen gir råd om maksimumsfrist for helsehjelp for de pasientene som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp (Prioriteringsveileder IS-1581). Vurdering av henvisning og bruk av prioriteringsveileder er viktig tema om lik behandling av pasienter, herunder vurdering om behov for nødvendig helsehjelp og hvor lenge pasient må vente hvis vedkommende for en slik rett. Bilde under er publisert i artikkelen ”Riktigere prioritering i psykisk helsevern” av dr.med. og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri Einar Heirvang i 2008, og illustrerer henvisningsforløp og bruk av prioriteringsveileder.



Figur 4.3-1 Illustrasjon av et henvisningsforløp og bruk av prioriteringsveileder

Når helsepolitiske innflytelser og mål om tjenestetilgjengelighet for behandling av psykiske lidelser diskuteres må Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) «Åpenhet og helhet» om psykiske lidelser og tjenestetilbudene nevnes. Åpenhet siktet mot holdninger i omtale av psykiske problemer, samt åpne behandlingstilbud i nærmiljøet. Helhet siktet mot helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud på tvers av tjenestenivåer og etater. Meldingen representerte en grundig kartlegging og analyse av tjenestetilbudene, og konkluderte at det foreligger et stort behov for å utbedre tjenestetilbud for behandling av psykiske lidelser generelt og spesielt for barn og ungdom.

Stortingsmeldingens anbefalinger ble fulgt opp i Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008 (St prp nr. 63 1997-98; St.prp. nr 1, 2003-2004). Regjeringen har satt mål om forebygging og tidlig helsehjelp, og la opp til en betydelig utbygging av tjenestetilbud gjennom økt kapasitet og effektivisering. Et sentralt virkemiddel for bedre tjenestetilgjengelighet var økt produktivitet ved poliklinikkene.

Strategiplanen for barn og unges psykisk helse (2003) har ytterligere forsterket regjeringens satsing på behandlingstilbud gjennom 100 konkrete tiltak (tiltak nr. 72 gjelder nedsatt ventetid for barn og ungdom). Strategiplanen presenterer et helhetsperspektiv der tjenestens

tilgjengelighet er et av hovedmålene, der hovedutfordringen for tjenesten var å oppnå en organisering ut fra barnets, ungdommens og familiens behov for tilgjengelighet, kontinuitet og helhet.

Helse- og omsorgsdepartement har fulgt opp denne prioriteringen gjennom oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene, herunder Helse Nord RHF. Styringsdokumentet for 2002 pålegger at der det gjennom basisbevilgning styrkes pasientbehandling til bl.a. behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det gis også tilskudd til realisering av «Opptappingsplan» for psykisk helsevern. I 2003/2004 er styringskravet fra Helsedepartement at ventelister reduseres som er et klart siktemål med sykehusreformen. De regionale helseforetakene må sikre individuell frist til behandling av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og sikre realisering av Opptappingsplan for psykisk helse generelt, og barn og ungdom spesielt.

I 2005 pålegges økt innsats til psykisk helsevern som innebærer at ressursinnsats skal økes utover det som lå til grunn i Opptappingsplanen med prosentvis vekst som er sterkere innenfor psykisk helsevern enn somatikk. Det fremgår klart av oppdraget at helseforetakene skal prioritere tilbudet til psykisk helsevern. I 2007 går oppdraget i forkant av forskriftsendring og pålegger forberedelse til ventetidsgaranti til barn og ungdom med psykiske lidelser som var under innføring med krav om at ventetider skal reduseres.

Økt oppmerksomhet på problemstilling og konkrete helsepolitiske tiltak har ifølge SINTEF rapport fra 2009 ført frem. Rapporten konkluderte at antall barn og ungdom som mottok behandlingstilbud økte betydelig på nasjonalt basis som følge av økt kapasitet og produktivitet i psykisk helsevern for barn og ungdom. (SINTEF, 2009)

Helsedirektoratet har utgitt «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (IS-1570) som bidrag og kvalitetssikringstiltak for etterlevelse av målsetting og de intensjoner som ligger i Opptappingsplanen for psykisk helse og gjeldende regelverk.

Gjeldende styringskrav om ventetid i oppdragsdokumentet til regionale helseforetak fra Helse- og omsorgsdepartement er gjennomsnitt ventetid for helsehjelp (utredning eller behandling) på maks 65 dager. Kravet er kommet i etterkant av innføringen av ventetidsgaranti og gjelder hele tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Kravet anses som en ytterligere forsterkning og kvalitetssikring av tjenestetilgjengelighet og effektiv

ressursutnyttelse. Det må nevnes spesielt at kravet gjelder for alle pasienter i spesialisthelsetjenesten uavhengig av rett eller ikke rett til nødvendig helsehjelp. Det må nevnes videre at i motsetning til ventetidsgaranti gjelder kravet 65 kalender dager, og at beregning av ventetid starter ved mottaksdato for henvisning, jf. rapporter fra Norsk pasientregister (NPR). Dette kravet om 65 dager for gjennomsnitt ventetid for helsehjelp er utgangspunkt for vår oppgave, og som eksempel vises til figur 4.3-2 der oppnåelse av dette kravet fremstilles for alle regionale helseforetak på fire hovedområder. Kilde NPR.

Tabell 1 Gjennomsnittlig ventetid i dager til behandling eller utredning per helseregion for rettighetspasienter innen fagområdene somatikk, BUP, VOP og TSB, 2008–2010

Fagområde	Helseregion	2008	2009	2010	Endring 2008–2009	Endring 2009–2010
Somatikk	Helse Sør-Øst	63	66	63	3	-3
	Helse Vest	63	66	69	3	3
	Helse Midt-Norge	80	82	85	2	3
	Helse Nord	70	69	68	-1	-1
	Totalt	67	70	69	3	-1
BUP	Helse Sør-Øst	61	58	58	-3	0
	Helse Vest	93	80	67	-13	-13
	Helse Midt-Norge	92	82	81	-10	-1
	Helse Nord	77	92	88	15	-4
	Totalt	74	70	67	-4	-3
VOP	Helse Sør-Øst	47	50	52	3	2
	Helse Vest	47	45	48	-2	3
	Helse Midt-Norge	61	58	52	-3	-6
	Helse Nord	57	53	49	-4	-4
	Totalt	51	51	51	0	0
TSB	Helse Sør-Øst	63	70	73	7	3
	Helse Vest	82	82	81	0	-1
	Helse Midt-Norge	79	95	84	16	-11
	Helse Nord	128	134	81 ⁶	6	-53
	Totalt	71	78	76	7	-2

Kilde: NPR, korrigert for manglende rapportering
Grønn = utvikling i tråd med krav. Rød = negativ utvikling, krav ikke innfridd.

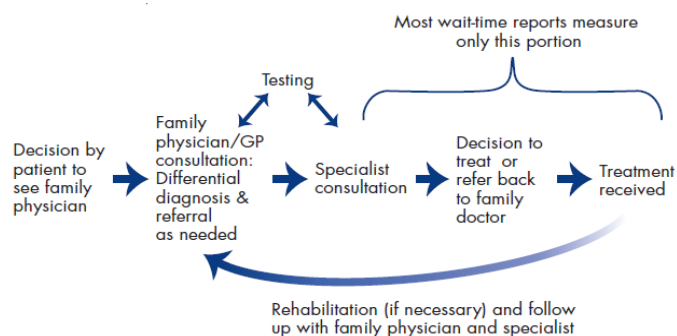
Figur 4.3-2 Gjennomsnittlig ventetid i dager til behandling eller utredning per helseregion – fra NPR

Når vi diskuterer ventetid i spesialisthelsetjenesten må ventetiden avgrenses til ventetid til behandling eller utredning i spesialisthelsetjenesten. Ut fra pasientens perspektiv kan vi si at det er ikke all den tid pasienten venter til behandling som regnes med her. Ventetid som har gått i forbindelse med vurdering i henvisningsinstans (første ledd) telles ikke med. Se figur 4.3-3.



Figur 4.3-3 Grafisk fremstilling av ventetidsmåling

At måling av ventetid til helsehjelp ikke nødvendigvis beregner all den tid som barn- og ungdom med psykiske plager opplever som ventetid ser vi fra situasjonen i Canada (Wait Time Alienc (WTA) rapport “Canadians still waiting too long for healt care” 2013). Se figur 4.3-4.



Figur 4.3-4 Wait time from the patients’ perspective

Når det gjelder tjenesteleverandørens plikt til registrering av ventelistedata er det spesialisthelsetjenesteloven som pålegger somatiske og kliniske sykehus, poliklinikker og distrikts psykiatriske sentrer som eies av regionale helseforetak eller har inngått avtale med, samt institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, å føre ventelister. Ref. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, og venteliste-forskriftet. Som venteliste menes her EDB-basert register med ordnede opplysninger om pasienter som venter på undersøkelse eller behandling ved institusjon. Forskriftet gir nærmere presisering av hva som skal registreres på ventelisten.

Ventelisterundskriv fra Helsedirektoratet IS-10/2009 gir veiledning for registrering av venteliste, og er per dags dato under revisjon. Rundskrivet gir blant annet nærmere forklaring på hvordan ventetid, start- og sluttdato, skal registreres. Vi har tidligere skrevet om krav til

gjennomsnittsbehandling på 65 dager. Det er ikke slik at kravet måler opp ventende, men ventetid for ferdigbehandlende pasienter. Det betyr at måling av ventetid kan bare bli beregnet i ettertid, dvs for pasienter som har avsluttet sin behandling. Slik sett det er en retrospektiv måling.

Lovpålagt ventetidsgaranti for barn og ungdom med psykiske lidelser, juridisk bindende frist for helsehjelp for rettighetspasienter, og myndighetskrav om gjennomsnittsbehandlingstid for alle pasienter i spesialisthelsetjenesten kan være tiltak som kan fungere effektivt på ventetid til helsehjelp. Dette med referanse fra tidligere nevnt OECD rapport om ventetid. I den samme rapporten har vi også sett at tiltak fungerer kun dersom den håndheves, der økonomiske konsekvenser for tjenesteleverandøren og pasientens valgfrihet av behandlingssted fremheves. I Norge er det ikke innført økonomiske konsekvenser for tjenesteleverandøren dersom fristen for helsehjelp ikke overholdes. Derimot håndheves helsepolitiske mål om ventetid for helsehjelp gjennom pasientens mulighet til å bli behandlet hos annen tjenesteleverandør ved fristbrudd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å starte den planlagte helsehjelpen innen den fristen som rettighetspasient har fått, kan pasienten kontakte Helseøkonomiforvaltning - pasientformidling (HELFO), og HELFO vil finne et annet tilbud hos en annen tjenesteleverandør. I Norge kan pasienter i kraft av Fritt Sykehusvalgordningen fritt velge tjenesteleverandør i spesialisthelsetjeneste i hele Norge. Fra 2004 gjelder ordningen for barn og ungdom med psykiske lidelser. Valget gjøres via fastlege som sender henvisning til den tjenesteleverandør pasient ønsker selv.

Vi har også sett i OECDs rapport at registrering av data og rapportering er en vesentlig faktor for at helsepolitiske mål kan håndheves. Studiet "Waiting-time targets in healthcare markets: How long are we waiting?" fra Stor Britannia diskuterer beste praksis for måling av ventetid. (Dixon, Sisiliani, 2009) Metoden for måling av ventetid som beskrives som best praksis omhandler ikke måling av pasienter som står på ventelister, men ferdigbehandlende pasienter. Samme metoden for måling av ventetid til helsehjelp brukes av Norsk pasientregister (NPR) som er et av Norges sentrale helseregistre og er drevet av Helsedirektoratet. Vi har tidligere beskrevet lovkrav om føring av venteliste til helsehjelp. En rekke opplysninger blir registrert ved mottak av henvisninger i spesialisthelsetjenesten, og et utvalg av disse sendes til NPR som har ansvar for nasjonal innsamling, håndtering og publisering av ventelistedata. De regionale helseforetakene rapporterer venteliste- og aktivitetsdata til NPR månedlig

når det gjelder psykisk helsevern for barn og ungdom, og tertiærvis når det gjelder psykisk helsevern for voksne. Denne informasjonen skal beskrive tilstanden på området nasjonalt, regionalt og per helseforetak. På bakgrunn av disse tallene utarbeider Helsedirektoratet årlig en rapport som viser nøkkeltall for hele spesialisthelsetjenesten, inkludert psykisk helsevern for barn og ungdom. NPR data er de offisielle data som brukes når myndighetene skal følge opp tjenesteyterens oppnådde mål for ventetid til helsehjelp.

Riksrevisjonens rapport fra 2010 ”Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper” i sak 4. ”Satsing på psykisk helsevern” konkluderer at prioritering av psykisk helsevern er opprettholdt gjennom oppdragsdokumenter fra departementet til regionale helseforetak etter at Opptrappingsplan for psykisk helse (1999–2008) ble fullført ved utgangen av 2008. Riksrevisjon har registrert at departementet følger utviklingen for området psykisk helsevern på flere områder, som personell, aktivitet og ventetider. Imidlertid konkluderer riksrevisjon at rapportering fra regionale helseforetakene for området psykisk helsevern ikke er gode nok, og at dette kan ha konsekvenser for kvaliteten på offisielle statistikken. I diskusjon med departementet har Riksrevisjon registrert at det ble i statsbudsjettet for 2012 foreslått 2 mill. kroner til NPR til rapportering for psykisk helse og avtalespesialister, og påpekte viktigheten av videre oppfølging med tiltak for god og pålitelig styringsinformasjon om psykisk helsevern.

I artikkelen «Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP – sett fra en juridisk synsvinkel» publisert i årsrapporten om barn og unges psykiske helse «Barn i Norge» i 2008 som utgis med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet, beskriver forfatteren Tore Riedl om nye justeringer i regelverk som er kommet i helsesektoren i senere år som introverte. De ulike tiltakene har dreid seg om løsning på interne problemstillinger i helsetjenesten, det nevnes stimuli for økning av polikliniske konsultasjoner, samhandlingsreformen, vurderings- og ventetidsgaranti for barn- og unge med mer. Forfatteren uttrykker bekymring for at ventelistene er måleinstrument som skal måle en helsepolitisk suksess for BUP. Bekymringen begrunnes i at så lenge ventelistene går ned, er det vanskelig å få aksept fra helsepolitisk hold om de andre faktorene som kan være viktigere for det psykiatriske tilbudet for barn og ungdom i Norge. En av disse faktorene som dras frem er samarbeidsrelasjoner mellom BUP og andre deler av offentlig hjelpeapparat og foreldre. Det er viktig tanke å ha med seg videre når helsepolitiske mål diskuteres.

På bakgrunn av alt som hittil er blitt beskrevet, kan vi si at det ikke er uenighet i fagfelt om gode helsepolitiske intensjoner ved at tidlig igangsetting av utredning og behandling av barn- og ungdom med psykisk helse er svært viktig tiltak. Dette kan illustreres ved følgende sitat: ”Children on the waiting list don’t just quietly wait. Their problems get worse and they deteriorate. They often end up in the emergency room or being admitted to a child psychiatric hospital for problems that had they been treated earlier, would be less costly”. (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry www.aaca.org - Greg Fritz M.D. child and adolescent psychiatrist)

Det finnes ingen internasjonal felles mål for ventetid til helsehjelp generelt og herunder helsehjelp til barn- og ungdom med psykiske lidelser. Det er heller ingen internasjonal enighet om en modell for måling som kan være grunnlag for sammenligning. Dette kan være viktig og aktuelt tema i fremtiden når pasienter i større grad får mulighet til å velge tjenesteleverandør utenfor landets grenser.

4.4 Pasient og henvisningsinstans

I norsk barne- og ungdomspsykiatri definerer man barn og ungdom som individer frem til oppnådd myndighetsalder (18 år), og som ungdom defineres individer mellom 12 og 18 år (Store Medisinske Leksikon, 2013). Etter pasientrettighetsloven § 4-3 er den «helserettslige myndighetsalder» normalt 16 år.

Kjennetegnet ved pasientene som mottok direkte eller indirekte tiltak ved poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge var diskutert i SINTEF rapport ”Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge” fra 2009 bestilt av Helsedirektoratet. Datagrunnlaget omfattet i alt 9 403 barn og unge fra 74 poliklinikker der alle landets helseforetak ble representert. Nær halvparten av pasientene var i aldersgruppen 13-18 år, herunder jenter i flertall i de eldste og gutter i de yngste aldersgruppene. Gutter var betydelig oftere henvist for hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker og atferdsvansker enn jenter, mens jenter oftere var henvist for tristhet/depresjon enn gutter. 60 % av utvalget fikk en diagnose, derav 28 % innen kategorien hyperkinetisk forstyrrelser (ADHD) som var mer vanlig for gutter enn jenter. Suicidal (selvmords) atferd er rapportert hos 17 % og selvskading hos 15 % pasienter, og var mer vanlig blant jenter enn gutter. Det var 5 % av pasienter som var vurdert uten rett til nødvendighelsehjelp.

Voksne henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp. Slik er det ikke for barn og ungdom som er underlagt krav om samtykke til helsehjelp. Foreldres omsorgsansvar for barn og ungdom stiller denne gruppen i annen situasjon som brukere av helsetjenesten enn det som gjelder for voksne. Sentralt er kravet om samtykke og informasjon til helsehjelp. Hovedregelen er at informasjon skal gis til både pasienten og foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 16 år. Samme gjelder for samtykke for helsehjelp. Unntak fra hovedregelen for informasjon kan gjøres når barnet er mellom 12 og 16 år og ikke ønsker at informasjon til foreldre eller andre skal gis av grunner som bør respekteres. Når det gjelder samtykke til helsehjelp skal barnet som er fylt 12 år gi sin mening om spørsmål som angår egen helse. (Pasientrettighetsloven §§ 3-4 og 4-4)

Når det gjelder oppfangning av problemer relatert til psykisk helse er barn og ungdom avhengige av at ”oppfangingsapparatet” fungerer godt. Det apparatet som for denne gruppen kan fange opp problemer, er den samme som kan henvise barnet til vurdering av behov for psykiatrisk helsehjelp, delta i utredning og oppfølging av tiltak. «Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» (IS-1405) beskriver hva som omfattes av kommunenes ansvar for å gi et tjenestetilbud til barn og unge med psykiske vansker og deres foreldre. Aktuelle kommunale tjenester: Skole, Skole - helsetjenesten, Helsestasjon, Fastlege, Psykisk helsearbeid, Pleie og omsorg, Sosialtjenesten, Barnevernsleder, Barnevernstjeneste, Pedagogisk – psykologisk tjeneste, Skolefritidsordning, Barnehage. Disse kommunale tjenestene beskrives som «laveste effektive omsorgsnivå», og forventes å være de instansene som identifiserer psykiske helseproblemer og gir primær hjelp. (Veileder IS-1570). Det er slik at når barn og ungdom blir henvist til poliklinikken, opphører ikke kommunale tjenestens oppfølgingsansvar, men opprettholdes gjennom samarbeid og oppgavedeling med spesialisthelsetjenesten.

Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova) fastsetter rett til spesialundervisning for elever som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av den ordinære tilpassede opplæringen. Loven omtaler ikke årsak kun behov for den enkelte elev, og det skal treffes enkelt vedtak for tilfellet.

Spesialisthelsetjenesten ved BUP vurderer henvisninger. I medhold av gjeldende regelverk og utelukkende medisinsk skjønn kan BUP konkludere at henviste har:

- Rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

- Behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Ikke ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Av SINTEF rapporter fremgår at 95 % av henvisninger i BUP ble vurdert til at barn og ungdom hadde rett til nødvendig helsehjelp. (SINTEF, 2009)

4.5 Organisering av tjenestetilbud

Kort om historisk utvikling av tjenestetilbud til barn og ungdom med psykiske problemer.

Fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri er relativt ungt både globalt og i Norge. I Norge oppstod barnepsykiatrien som et fagområde etter andre verdenskrig, og som illustrasjon kan det nevnes at første barnepsykiatrisk avdeling og klinikk kom på 1950 tallet (Sommerschild, Moe 2005).

Utviklingen i barnepsykiatrien i Norge ble til forskjell fra øvrige nordiske land bygd opp som rene polikliniske tjenester. Noen av fordelene med en slik organisering kan sies å være at behandlingstilbudet lå nært til barnas daglige miljø og at barna kunne fortsette å bo hjemme mens de gikk i behandling. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ble etablert på 1970 tallet. Poliklinikkene hadde ikke like faglige ideologier, og valget ble i hovedsak avhengig av personalets faglige ideologi. Faglige ideologier slik vi forstår det hadde ulike tilnærminger i forhold til individ og livssituasjon som hovedområdet for behandlende tiltak. Felles for alle poliklinikker ble etterhvert misforhold mellom tilbud og etterspørsel der resursene ikke strakk til. Dette resulterte i årelange ventelister.(Grøholt, Sommerschild, Garløv, 2001)

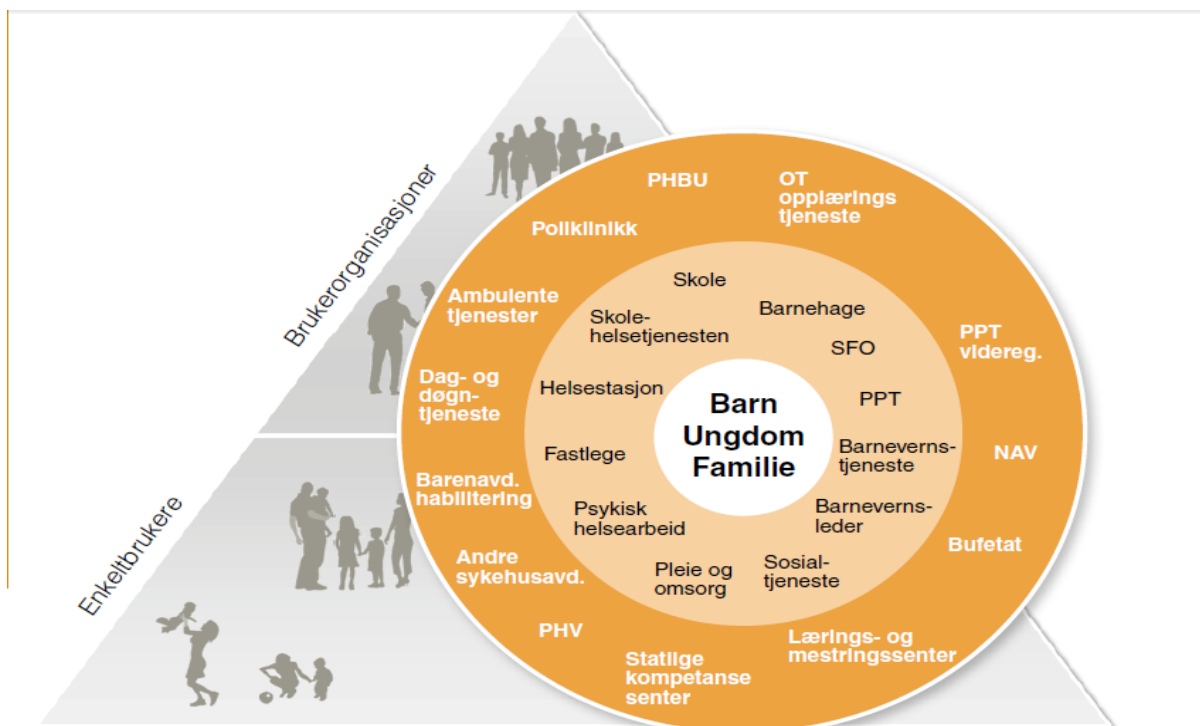
I Norge i dag er ansvaret for tjenestetilbud for barn og ungdom med psykiske problemer delt mellom staten og kommuner. Staten har ansvar for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og denne er underlagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde. Psykisk helsevern defineres som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Profesjonsgrupper som arbeider innenfor psykisk helsevern er spesialist i psykiatri, psykologer, sykepleiere og liknende. Disse i tillegg til administrative resurser utgjør arbeidere i tjenesten. Undersøkelse og behandling av pasienter kan skje ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) eller ved sykehus. DPS tjenestetilbud består av døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og ambulante team herunder ambulante akutt-team, og skal arbeide i nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Tjenestetilbudet til barn og unge med

psykiske problemer gis i hovedsak poliklinisk ved egne poliklinikker ofte tilknyttet DPS. Poliklinikkene er faglige og administrative selvstendige enheter med ansvar for det psykiske helsevern for barn og unge innenfor et gitt geografisk område. (www.regjeringen.no)

Organiseringen av det psykiske helsearbeidet varierer fra kommune til kommune og omfatter tilbud til risikoutsatte barn og unge og forebygging for å hindre utvikling av psykiske lidelser, rusavhengighet og andre psykososiale problemer. Kommunenes ansvar til barn og unge omfatter blant annet lavterskeltilbud som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av barn, unge og deres familier.

SINTEF rapport ” Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge” 2005 diskuterer blant annet samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern. Rapporten viser at kun 60 % av kommunene har svart at de har etablert fast og strukturert samarbeid med psykisk helsevern for barn og ungdom. SINTEF rapport ”Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge” fra 2009 konkluderte med at tilbudet fra spesialisthelsetjenesten til barn og unge med psykiske lidelser i stor grad var tilpasset pasientens behov hva angår omsorgsnivå og terapitilbud. Imidlertid konkluderer rapporten og at mange pasienter i denne gruppen vurderes å ha udekket behov for kommunal oppfølging, eller omfattes av et tilbud der samarbeid mellom de kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste fungerer dårlig. Disse resultatene har gitt indikasjon på fortsatt aktuelle utfordringer i forhold til en helhetlig og samordnet helsehjelp til barn og unge med psykiske lidelser.

Figuren 4.5-1 under er publisert i helsedirektoratets «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge», og illustrerer samhandling, ansvar og oppgavedeling.



Figuren viser de kommunale tjenestene i den gule sirkelen nærmest barn/ungdom og familie, mens det statlige tjenestenivå er beskrevet i den grønne sirkelen. Brukermedvirkning bør finne sted på alle nivåer. Tjenestestedene bør samarbeide med brukerorganisasjonene på systemnivå.

PHBU: Psykisk helsevern for barn og unge
 PHV: Psykisk helsevern
 SFO: Skolefritidsordning
 PPT: Pedagogisk-psykologisk tjeneste
 Bufetat: Barne- ungdoms- og familieetaten

Figur 4.5-1 Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Figuren 4.5-1 viser kompleksiteten i samhandling mellom ulike aktører som er involvert i oppfangning, innføring av tiltak, og oppfølging av barn og ungdoms psykiske problemer. Tidligere i oppgaven beskrev vi Stortingsmelding nr.25 (1996-1997) som viktig bidrag for helsepolitisk bevissthet og prioritering av psykisk helse. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening publiserte i 2007 artikkelen ”Åpenhet og helhet ti år etter”, og prosjektlederen som arbeidet med Stortingsmeldingen i departementet, psykolog Gjertsen, gjorde opp status. Etter forfatterens mening er utfordringene 10 år etter Stortingsmeldingen og opptrappingsplanen størst ved helhetsperspektivet. Bakgrunnen for dette har nok sammenheng med de store omorganiseringer av statlig helseforvaltning og spesialisthelsetjenesten. Det påpekes at målsetninger, rapportering og indikatorer er knyttet til ventetid er oppsplittede størrelser som sjeldent analyseres i sammenheng.

SINTEF rapport ” Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge” 2005 diskuterer samarbeid mellom kommunale tjenester og psykisk helsevern. Rapporten viser at

kun 60 % av kommunene har svart at de har etablert fast og strukturert samarbeid med psykisk helsevern for barn og ungdom. SINTEF rapport ”Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge” fra 2009 konkluderte med at tilbudet fra spesialisthelsetjenesten til barn og unge med psykiske lidelser i stor grad var tilpasset pasientens behov hva angår omsorgsnivå og terapitilbud. Imidlertid konkluderer rapporten og at mange pasienter i denne gruppen vurderes å ha udekket behov for kommunal oppfølging, eller omfattes av et tilbud det samarbeid mellom de kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste fungerer dårlig. Disse resultatene har gitt indikasjon på fortsatt aktuelle utfordringer i forhold til en helhetlig og samordnet helsehjelp til barn og unge med psykiske lidelser. Konklusjon gjør seg gjeldende i SINTEF rapport 2013 (basert på data til 2011), der utfordringer i forhold til samarbeid med spesialisthelsetjenesten fremheves som et av flere hovedutfordringer for kommunene innen psykisk helsearbeid.

At det er knyttet utfordringer i å optimalisere ansvarsdeling og samhandling mellom forvaltningsledd viser seg også å ikke være gjeldende bare i Norge, men også eksempelvis i Finland. Kommunenes ønske i Finland om å drive mye av helsetilbudet for barn og ungdom med psykiske problemer selv, har ifølge psykiatrisk hold, medført en mer restriktiv praksis med henvisninger til sykehus. Dette medførte videre at pasienter ble holdt tilbake for lenge, og at de trengte mer øyeblikkelig hjelp. (www.Regjering.no)

Kommunenes oppfatning her i landet om eget ansvar for å avgjøre hvordan de kommunale helsetjenestene skal organiseres, synes fortsatt å være svært gjeldende (SINTEF rapport 2013). Det gjenstår å se om utfordringer knyttet til samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste i Norge løses ved implementering av det nye Helse- og omsorgstjenesteloven kapitel 6 som forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler. Et prinsipp om at problemer skal tas hånd om på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) er fortsatt retningsgivende i hele helsevesenet. Det kan nevnes at Stortingsmelding nr. 9 (1974–75) anses som første forsøket på samlet målbeskrivelse for helsetjenesten. I denne meldingen ble LEON-prinsippet innført. Primærhelsetjenesten, eller kommunehelsetjenesten skulle være basis for helsetjenestens øvrige ledd, og ta seg av den overveiende del av befolkningens helseproblemer. (Store Medisinske leksikon 2013). Prinsippet er adoptert fra WHO som har innført prinsippet om nær omsorg.

4.6 Oppsummering

Ventetid til helsehjelp er betydelig og en utbredt problemstilling på verdens basis og spesielt for barn og ungdoms med psykiske problemer. Eksempler fra OECD, kanadiske, britiske, amerikanske og norske studier og rapporter kan bekrefte dette. I Norge har tjenesteytere, mer eller mindre, historisk sett hatt problemer med å innfri myndighetskravet om ventetid på området barn og ungdomspsykisk helsevern.

Viktigheten av å komme raskt i gang med avklaring og tiltak angående behov for helsehjelp synes ikke til å være et omdiskutert tema verken i fagfeltet eller i helsepolitiske målsettinger.

Teorikapittelet peker på flere faktorer som kan virke direkte eller indirekte inn på ventetid til helsehjelp for barn og ungdom med psykiske lidelser.

- Flere psykiske tilstander som bør behandles har blitt identifisert og diagnostisert gjennom årene. Dette fører igjen til økt behov for behandlingsressurser.
- Samfunnsendringer generelt, og familiesammensetning spesielt, er miljøfaktorer som kan påvirke forekomst av psykiske lidelser og behov for endring og proaktivt tilpasning av tjenestetilbud.
- Bedre kunnskap om psykiske lidelser i barn og ungdoms nærmiljø som kan føre til tidligere oppfangning av problemet og dermed økt henvisningsvolum, og vise versa.
- Forekomst av psykiske problemer knyttet til kjønn og alder impliserer behov for tilpasning av tjenestetilbudet.
- Helsepolitiske tiltak som kan føre til økt tjenestetilgjengelighet og effektivitet, ergo kortere ventetid.
- Registrering av data og krav til pålitelighet er nødvendige forutsetninger for håndheving av ventetidsmål.
- En kompleks ansvarsfordeling og praktisering av behandlingstilbudet mellom ulike samfunnsledd kan være utfordring for harmonisering og samhandling på tvers av tjenestetilbud og forvaltningsnivåer.
- Uhensiktsmessig organisering innen spesialisthelsetjenesten med hensyn på lokalisering og fagkompetanse kan påvirke ventetid.

- Uhensiktsmessig ressursbruk med tanke på tidsforbruk fordelt på administrative og oppgaver knyttet til helsehjelp kan påvirke ventetid.
- Interne rutiner som ikke har fokus på både kvalitet og effektivitet kan føre til lengre ventetid.

Vi ser et sammensatt bilde og flere mulige faktorer som påvirker ventetid. I vår studie ønsker vi å undersøke de forholdene opp mot konkrete data i den grad de er tilgjengelige i det datagrunnlaget vi skal utforske. Samtidig ønsker vi ikke at de ovenfor nevnte faktorene skal være begrensende i vår analyse. Faktorene er ment som en «ledetråd» innenfor vår analyse.

Vi skal ikke prøve å gi noen eksakte svar på problemstillingen, men forsøke å identifisere mest sannsynlige årsaker som påvirker ventetid til helsehjelp. Valg av hensiktsmessig metode må passe til studiens utforskende karakter. En eller flere hypoteser blir satt til slutt og kan for seg selv være tema for videre studier.

5 METODE OG METODEVALG

5.1 Innledning

Vitenskapsteorien omhandler flere spørsmål der ontologiske og epistemologiske spørsmål er overordnede. Ontologi er en disiplin om hvordan virkeligheten ser ut. Epistemologi er en disiplin som diskuterer spørsmål om kunnskapens grunnlag. Hovedspørsmål innen epistemologien handler om hvordan virkeligheten kan erkjennes og hva som er forholdet mellom oss mennesker og virkeligheten vi erkjenner. Tvilen på vår mulighet til å erkjenne virkeligheten har fulgt oss gjennom historien. Den franske filosofen og naturvitenskapsteoretiker Rene Descartes (1596-1650) anses som grunnlegger av epistemologien da han erklærte sin ”metodiske tvil”. (Dybvig, Dybvig 2003)

Naturvitenskapsteorien har som formål å forklare hendelser ved å avdekke lovmessige sammenhenger i naturen. Hypotetisk-deduktiv metode er den mest kjente tilnærmingen innenfor denne retningen. Hypotesen settes ut fra teorien, og testes kun mot observasjoner/erfaring fra eksperimenter og lignende som til slutt kan avkrefte eller bekrefte hypotesen. Bekreftet hypotese kan lede til generalisering, det vil si lovmessighet. Positiv

bekreftelse av hypoteser gjennom naturvitenskapelige metoder er utgangspunkt for positivisme. (Thomassen 2006)

Postpositivisme kom som en kritikk mot positivisme med Karl Popper (1902-1994) som en av de mest sentrale postpositivistiske vitenskapsteoretikere. Popper ble kjent for falsifikasjonismen som han selv kalte for kritisk rasjonalisme, og som var Poppers egen tolkning av hypotetisk-deduktive metode. I sin teori la Popper avgjørende vekt på at det ikke finnes vitenskapelig metode hvor hypotesen kan bekreftes ved observasjon og erfaring. Eksempel som Popper selv har brukt er en allmenn lov ”alle svaner er hvite”. Dersom vi har observert 100 svaner og alle er hvite, er spørsmål om denne observasjonen kan endelig verifisere denne loven. Erfaring kan ikke endelig verifisere allmenn lov, da vi har ingen garanti at en svart svane ikke skal dukke opp en gang. Ifølge Popper må vi heller forsøke å avkrefte hypotese – bevise at den er usann, og at det er kun hypoteser som i teorien kan avkrefte anses som vitenskapelige. Videre tankegangen her er at jo flere hypoteser som avkreftes desto større sjanse for at én hypotese står til slutt som gyldig. (Dybvig, Dybvig 2003)

I utgangspunkt så vi for oss en utforskende studie i vår oppgave. Samtidig har vi innsett at den også ser ut til å ha en positivistisk tilnærming, men vi kommer nærmere inn på dette senere i dette kapitlet.

Det komplekse spørsmålet om gyldig kunnskap innebærer også valg av metode. Begrepet metode stammer fra gresk, ”methodos”, som betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Metoden setter rammen for en studie og brukes som veiledning på hvordan data samles og analyseres. Det finnes ikke én felles metode som kan anvendes på alle fagdisipliner, men flere metoder kan brukes for å hjelpe forskeren til å treffe hensiktsmessige valg når veien mot bestemte mål skal velges. (Johannessen, Kristoffersen, Tufte 2004)

5.2 Metodevalg

Det finnes flere typer metoder eller forskningsdesign, og vi vil kort redegjøre for noen, samt forklare valg av design som vi har brukt i vår studie.

- Fenomenologi – design som legger vekt på meningen som individer har erfart med en begivenhet, ting - et fenomen. Hovedfokus på hvordan det aktuelle fenomenet umiddelbart oppfattes av våres sanser. Tar utgangspunkt i eksisterende teorier, ingen utvikling av nye.
- Explorativ undersøkelse – forskningsdesign som identifiserer problemstillinger som kan sees nærmere på i fremtiden. Denne undersøkelsen kan inngå i forarbeid til en forklarende undersøkelse som har som formål å sette opp hypoteser som kan testes på et senere tidspunkt.
- Grounded theory – empiribasert teori har som formål å utvikle nye teorier basert på innsamlede data. Viktig å bemerke at datainnsamling foregår parallelt med analysen. Gjensidig pådrives disse faktorene i bredt forskningsmateriale til, etter hvert, å begrense seg til enkelte områder.
- Etnografisk design – forskning knyttet til en kultur, en sosialgruppe eller et sosialt system. Arbeidet ang datainnsamling foregår i feltet ofte i lengre tidsperiode ved hjelp av observasjoner, intervjuer, fordypning i historie, kultur og lignende.
- Eksperiment – forskningsdesign som brukes når man ønsker å undersøke effekten av et spesielt tiltak. Deltakere deles i to grupper der tiltaket anvendes kun på den ene gruppen (forsøksgruppe), mens den andre gruppen ikke blir utsatt for samme tiltak (kontrollgruppe). Undersøkelsens formål er å forutsi resultater ved et fenomen.
- Case design – består i å samle mest mulig data om et fenomen for å kunne undersøke det. Gjennomføres ofte ved hjelp av kvalitative undersøkelser som observasjoner og åpne intervjuer, men kan også brukes kvantitative undersøkelser som eksisterende statistiske data og spørreskjema. Gjennom casedesign samler man mest mulig data på en avgrenset case.
- Tverrsnittsundersøkelser – en rekke undersøkelser som gjennomføres på et gitt tidspunkt for å forske på sammenhenger og variasjoner mellom fenomener «der og da». Undersøkelsens formål er å gi grunnlag for å treffe beslutninger på et bestemt tidspunkt. Her må man være forsiktig å trekke konklusjoner som sier noe om utvikling over tid.
- Longitudinelle undersøkelser – forskningsdesign som egner seg når man vil undersøke endringer over tid der undersøkelsen gjentas regelmessig, gjerne med samme personene for å undersøke hvem som endrer seg over tid. Undersøkelsens formål er å gi forklaring på årsaker og konsekvenser mellom fenomener. Kan ha forskjellige former som panelstudier,

tidsserieundersøkelser eller kohortundersøkelser der undersøkelsesgruppe har felles trekk som observeres gjennom tid. (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2004)

Vi har valgt eksplorativ undersøkelse som metoden i vår oppgave siden den anvendes for et problem som ikke er klart definert hvor forsker ønsker å få en bedre forståelse av en situasjon. Den er ikke designet for å gi et endelig svar. Gjennom eksplorative undersøkelser håper forskere til slutt å komme med en hypotese om hva som skjer og hva er mulige årsaker til problemet. Dette er et svært viktig poeng når eksplorativ forskning anvendes. Den kan resultere i svært verdifull informasjon som åpner for videre studier, men gir ikke noe endelige svar på forsknings spørsmål. Formålet er å lære hva som ”skjer”, og undersøke sosiale fenomener uten bestemte forventninger (Schutt, 2012).

Denne tilnærmingen passer veldig godt med vår situasjon da vi verken har noen forkunnskap om problemstillingen eller noen hypotese som vi vil teste gjennom undersøkelsen. Gjennom eksplorativ forskning håper vi å få forståelse på problemet og komme med en eller flere hypoteser om mulige årsaker for forskningsproblem. Disse kan være tema for videre studier og analyser.

Noen av de mest populære typer for eksplorativ undersøkelse omfatter litteraturgjennomgang, dybdeintervjuer, fokusgrupper, og caseanalyser (www.monroecollege.edu).

Gjennomgang av litteratur beskrives som raskest og minst kostbare måten å forstå problemet og oppdage hypoteser. Nesten all eksplorativ forskning bør starte her.

Informasjon samles i bibliotekene, gjennom elektroniske kilder, i kommersielle databaser med mer. Litteratursøket kan innebære alt fra aviser, blader og lignende kilder, faglitteratur, akademisk litteratur, publisert statistikk fra forskningsmiljøer eller statlige institusjoner

Dybdeintervjuer blir brukt til å få kunnskap fra personer med dybdeinformasjon og erfaring som er relevant for problemet. Alle med relevant informasjon er potensielle kandidater for et dybdeintervju. Dybdeintervjuer kan gi viktig innsikt i problemet. Ulempen er at en rekke dybdeintervjuer kan være kostbart.

Fokusgrupper er et lite antall individer (f.eks 8-12) som bringes sammen for å snakke om en aktuell problemstilling. Deltakere i fokusgrupper diskuterer problemstilling sammen, som er til forskjell fra dybdeintervju, der det er kun en respondent som er intervjuobjekt. Fordelen er mindre kostnad og at det kan komme ideer ”ut fra det blå” som resultat av gruppediskusjoner.

Kjernen ved caseanalyser er at forskere ofte kan lære mye om en situasjon ved nøye studier av utvalgte eksempler eller tilfeller av fenomenet. Caseanalyser kan utføres på mange forskjellige måter. En forsker kan undersøke eksisterende data, rapporter, observere fenomenet der det skjer, gjennomføre ustrukturerte intervjuer, eller bruke en av rekke andre fremgangsmåter.

Vi har en kompleks problemstilling som vi i utgangspunktet ikke har forkunnskap om, og vi velger å bruke to typer tilnærminger i vår eksplorativ undersøkelse:

- litteraturgjennomgang
- caseanalyse

5.3 Datainnsamlingsmetode og type data

Merk at forskningsmetoden ikke bestemmer hvilke metoder som skal anvendes for innhenting av data. Det finnes kvantitative og kvalitative datainnsamlingsmetoder og det prinsipielle skillet mellom disse dreier seg om hvordan data samles inn, registreres og analyseres.

(Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 2004) Kvalitativ metode anvendes når man skal utvikle nye teorier, ønske om få dybdeforståelse om få enheter, mens den kvantitative brukes for å teste eksisterende teorier og ønske om å kunne generalisere – vite mye om mange enheter.

Den kvantitative metoden har en positivistisk tilnærming og anvender tall, mens den kvalitative er hermeneutisk og opererer med tekst. Kvantitativ metode knyttes til årsakssammenheng – årsaksforklaring på hvorfor et fenomen inntreffer, mens kvalitative knyttes til meningssammenheng – forklare mening og egenskaper ved fenomenet.

Grønmo definerer begrepsparet kvantitativ/kvalitativ som referanse til egenskaper ved de *data* som samles inn og analyseres. Dette er en enkel, entydig og endimensjonal definisjon.

«Grovt og enkelt skissert kan data karakteriseres som kvantitative dersom de uttrykkes i form av rene tall eller andre mengdetermer (for eksempel mange–få, flere–færre, de fleste–de færreste og så videre). Data som ikke uttrykkes på denne måten, er kvalitative.

Samfunnsvitenskapelige tilnærminger kan ut fra dette betraktes som kvalitative eller kvantitative i den grad de omfatter innsamling eller analyse av henholdsvis kvalitative eller kvantitative data». (Grønmo, 2004: 123)

Vi skal kort redegjøre for ulemper og fordeler mellom disse innsamlingsmetoder.

	Kvantitativ metode	Kvalitativ metode
Fordeler	Mange enheter	Dybde og detaljforståelse
	Generalisering med stor grad av sikkerhet	Helhetlig forståelse av et fenomen
	Relativt lav kostnad	Fleksibilitet i datainnsamlingen
Ulemper	Overfladisk informasjon	Uoversiktlig og for detaljert informasjon
	Ikke fleksibilitet i datainnsamling	Høye kostnader i analyse fasen
	Avstand fra informanter kan gi lav forståelse	Nærhet til informanter kan ødelegge evne til objektivitet
	Involverer kunnskap om statistikk	For stor fleksibilitet kan føre til at innsamlingen blir aldri ferdig.

Tabell 5.3-1 Oversikt over fordeler og ulemper ved kvantitative og kvalitative metoder

Det er en bred enighet om at begge innsamlingsmetodene (eller data) prinsipielt utfyller hverandre, og at kombinasjoner av de to kan bidra til større empirisk og teoretisk innsikt enn man kan oppnå ved å bruke bare kvalitative eller bare kvantitative metoder eller data.

Vi har hatt en idé om å «mikse» disse metodene hvor vi vil benytte oss av kvalitativ datainnsamling i etterkant for å utdype den kvantitative undersøkelsen. Denne tilnærmingen kalles for metodetriangulering (Creswell 2003, Polit og Beck 2004). Vi har allerede i starten av kvantitative undersøkelser blitt klare over at tid og kapasitet setter begrensinger på hva som er mulig å gjennomføre. Dermed falt metodetriangulering bort.

Innsamlingsmetoden som vi skal bruke i vår forskning er kvantitativ - ”tallenes tale”. Vi ønsker å få et mer helhetlig bilde av fenomenet – ventetid til helsehjelp, ved å inkludere mange analyseenheter i en bred undersøkelse.

Når man skal samle inn data til forskningsoppgave er det vanlig å skille mellom to typer data: primære og sekundære data.

De primære dataene er de som forskeren selv har samlet inn for forskningsformål, oftest gjennom intervjuer eller spørreundersøkelser og dermed kan sees på som nye data. De sekundære er data utarbeidet av andre for andre formål (ofte kalt for skrivebordundersøkelse). (Blomberg B. F, Cooper D.R, Schindler P.S 2008)

Datagrunnlaget i vår analyse vil være anonymiserte data for alle henviste barn og ungdom som er registrert i kursdatabasen til BUPA Nordlandssykehuset HF frem til august 2012. Vi vil lage egne datauttrekk som er tilpasset til vårt analysearbeid. Disse data representerer sekundære data, da datagrunnlaget allerede eksisterer i en database som er registrert ved bruk av EPJ/PAS-system.

5.4 Undersøkelseskvalitet

For at undersøkelse skal anses som troverdig bør den være pålitelig og gyldig.(Ringdal, 2007). Forskeren skal være nøytral, objektiv, ha distanse til undersøkelsesenheter, samtidig som samlet informasjon skal være troverdig, pålitelig, overførbar. (Olsson, Sörensen, 2003)

Undersøkelsespålitelighet (reliabilitet) – hvor presist innsamlede data er. Hvilke data som er samlet, hvordan de er samlet og hvordan de er bearbeidet. (Johanessen, 2004) Reliabilitet undersøkes på flere måter: stabilitet, indre konsistens og ekvivalens (Polit, Beck 2004) (Brink, Wood 1998). En undersøkelse er stabil dersom den kan anvendes to eller flere ganger på samme utvalg og resultatet stemmer overens. Indre konsistens omhandler i hvilken grad ulike undersøkelser gjelder samme egenskaper. Høy overenstemmelse tyder på høy reliabilitet. Ekvivalens representerer samsvar mellom uavhengige datainnsamlinger om det samme tema til samme tid. (Grønmo, 2004)

NPR publiserer offentlige ventelistedata, og er gyldige målinger for styringsmakt når oppnådde mål skal vurderes. Den første analysen vi gjorde var å forsikre oss om at måten vi trekker ut data kan regnes som pålitelig (ekvivalens egenskap) i forhold til de tallene som NPR viser til. Fokuset var rettet mot parameter «gjennomsnittlig ventetid» som for 2011 var 67 dager, jamfør tabell 6.1-1 «Oversikt – gjennomsnittlig ventetid for BUPA NLSH HF, kilde NPR». Vår analyse viser til omtrent samme tall: 67,5 dager for 2011. Denne forskjellen i 0,5 dager kan skyldes avrundning i vår utregning. På bakgrunn av dette vurderes datagrunnlag for caseanalysen som pålitelig.

Undersøkelsestroverdighet – gjør de riktige metodevalgene meg i stand til å måle det jeg har tenkt å måle? (Johanessen, 2004). Viser til om resultatet i en studie kan tillegges undersøkelsen og ikke andre ytre faktorer som det ikke kontrolleres for, kalt for intern validitet (Grønmo, 2004). Troverdighet kan måles på flere måter: kriterievaliditet, begrepsvaliditet, innholdsvaliditet, umiddelbar validitet. Kriterievaliditet trekkes som den viktigste, og den er sikrest dersom man kan sammenligne resultat med resultatet fra en annen undersøkelse som måler det samme (gullstandard) (Polit, Beck 2004)

Kriterievaliditet, som regnes til å være den viktigste egenskapen for undersøkelsestroverdighet, ble oppnådd ved at vi sammenlignet resultater fra vår dataanalyse med resultater fra lignende studier som var tema under teorikapittelet.

Undersøkelsesoverførbarhet – resultatene fra undersøkelsen kan overføres til lignende fenomener, kalt for ekstern validitet samt generalisering. (Johanessen, 2004) Denne sier noe om i hvor stor grad datautvalget er representativ for hele populasjon. Prinsipielt, kan man aldri generalisere til noen andre enn til den populasjon utvalget er trukket fra og på det aktuelle tidspunktet når undersøkelsen ble utført. (Jakobsen, 2005). Generalisering er direkte avhengig av størrelsen på utvalget. Jo større utvalget er desto større sannsynlighet at egenskapene ved utvalget gjelder populasjon. (Grønmo, 2004) Et stort randomisert utvalg er beste måten å forsikre overførbarhet.

Siden barne- og ungdomspsykiatri i Norge er organisert under samme prinsipper i spesialisthelsetjenesten, samt at størrelse på utvalget er hele databasen (alle relevante registreringer), tror vi at resultatene fra vår analyse av BUPA NLSH HF kan overføres eller være gjeldende for andre BUP-enheter. Denne kalles for ekstern validitet eller generalisering.

6 CASEANALYSE

6.1 BUPA NLSH HF

BUPA er en av 7 avdelinger i Psykisk helse- og rusklinikken i NLSH HF og er NLSHs tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Avdelingen vil totalt ha 140 årsverk og 16 sengeplasser. Beskrivelse av avdelingens virksomhet:

- Gir spesialisthelsetjenester til barn- og unge i de til en hver tid definerte opptaksområder.
- Avdelingen skal være et ledende fagmiljø innen barne- og ungdomspsykiatri i landsdelen.
- Mål å ha kompetanse til å utrede, diagnostisere og behandle alle barne- og ungdomspsykiatriske tilstander.
- I situasjoner hvor avdeling vurderer kompetanse som mangelfull ber de om veiledning, eller henviser pasienter til steder som innehar nødvendig spesialisert kompetanse.
- Tilbyr tjenester tilrettelagt for de lokale forhold avdelingens brukere er en del av.
- Har både poliklinisk tilbud og døgntilbud for barn og ungdom i alderen 0- 17, altså til ungdommen fyller 18 år. I enkelte tilfeller vil avdelingen yte tilbud til ungdom etter fylte 18 år jf. Pasientrettighetsloven.
- Avdelingen består også av fire spesialiserte fagenheter med særskilt kompetanse på områdene familierapi, autismspekterforstyrrelser, spiseforstyrrelser og nevropsykologi, og avdelingens arbeid er fundamentert på et biopsykososialt teoretisk rammeverk.
- Bidra aktivt i arbeidet med å utdanne lege- og psykologspesialister, og i andre yrkesgruppers videreutdanninger.
- Skal primært yte spesialisthelsetjenester, men skal også drive forskning og fagutviklingen innenfor gitte rammer (PRK-BUPA AMU- sak 2012).

I rapporter fra NPR fremgår at BUPA NLSH HF ikke oppfylte styringskrav på 65 dager for gjennomsnittlig ventetid til helsehjelp (utredning og behandling) for ordinært avviklede pasienter i BUP for 2011 og 2012, slik tabellen 6.1-1 under viser. (Kilde NPR, PHBU).

Måned	Gjennomsnittlig ventetid for år 2011	Gjennomsnittlig ventetid for år 2012
Januar	69	56
Februar	68	57
Mars	65	77
April	68	76
Mai	69	85
Juni	72	106
Juli	62	60
August	87	102
September	81	95
Oktober	57	67
November	51	60
Desember	55	44
Gjennomsnitt	67	68,75

Tabell 6.1-1 Oversikt – gjennomsnittlig ventetid for BUPA NLSH HF, kilde NPR

Merk at NPR ikke har statistiske data per helseforetak angående ventelistedata på samme måte for årene FØR 2011. Før 2011 ble disse dataene organisert noe annerledes og vi valgte å vise til tallene fra 2011 og 2012.

6.2 Datagrunnlag

Grunnlaget for vår dataanalyse er den anonymiserte databasen som er en kopi av driftsdatabase ved NLSH HF. Etter kopiering anonymiseres data slik at de ikke er personidentifiserende. Kopien vi har brukt ble tatt i begynnelsen av august 2012. Den siste registrerte henvisningen i denne databasen er 10.08.2012 og vår dataanalyse baserer seg på data som er registrert inntil da. Dermed bør du som leser vår analyse ha i ”bakhode” at denne baserer seg på historiske data, og ikke nødvendigvis representerer dagens status. Derimot kan datagrunnlaget benyttes for å avdekke og forklare ventetidsproblemene som ble identifisert i alle årene før 2012 og resultere i hypoteser som kan være gjeldende for dagens situasjon.

Følgende data er analysert:

- Alle henvisninger registrert på BUPA NLSH HF (antall: 19.466)
- Alle innleggelser registrert på BUPA NLSH HF (antall: 626)
- Polikliniske besøk fra og med 2007 registrert på BUPA NLSH HF (antall: 147.861)
- Alle diagnoser knyttet til kontaktene registrert på BUPA NLSH HF (antall: 1.039.183)
- Pasientregister (12.429 pasienter som er behandlet på BUPA NLSH HF)
- Organisasjonsregister (data knyttet til henvisere og fastleger)
- Eksterne samarbeidspartnere (data knyttet til henvisere og fastleger)
- Internt behandlerregister (data knyttet til polikliniske besøk og innleggelser)
- Ansattregister
- Kodeverksregister (data knyttet til alle pasientrelaterte data)
- Diagnoseregister (medisinske kodeverk knyttet til diagnoser)

Under dataanalysen ble vi klare over en del svakheter i datagrunnlaget som gjelder tre aspekter: feilregistrering, manglende registrering og anonymiserte data.

Feilregistreringen gjaldt stort sett datoregistreringer, eksempelvis registreringen av startdato for en henvisningsperiode/pasientkontakt etter sluttdato. Dette kunne, i tillegg til avrunding, forklare avviket vi fikk i gjennomsnittlig ventetid på 0,5 dager i forhold til NPR tall.

Manglende registrering gjelder alle typer data, spesielt henvisninger hvor mange felter (som ikke er av sensitiv karakter) ikke har noen verdi.

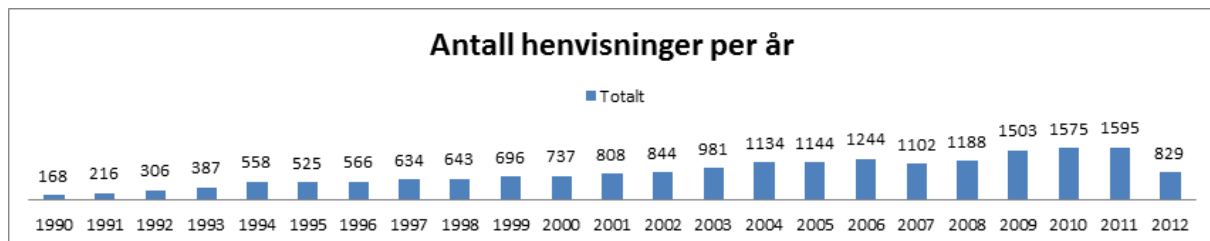
Det at data var anonymisert gjorde at en del analyser var ikke mulig å utføre. Her kan vi nevne at pasientens fødselsdato var fjernet og informasjon om pasientens alder ikke var tilgjengelig. Dermed var det ikke mulig å gjennomføre analyser som skulle inkludere alder-variabel.

6.3 Resultater, analyse og diskusjon

Vår analyse knyttes til faktorer som påvirker ventetid, og er basert på sekundære data fra BUPA NLSH HF (merk at BUPA er kalt som NLSH Bodø Psykiatri i databasen og slik vil den fremkomme i alle figurer).

Vi har selv laget rapporter/uttrekk fra den anonymiserte databasen.

Registreringer angående pasientbehandling alltid starter med en henvisning til BUPA. I BUPA NLSH HF databasen finnes 19.466 henvisninger, se figur 6.3-1 med forklaring.



Figur 6.3-1 Oversikt over henvisninger til BUPA NLSH HF per år

Dataene stammer fra 1990, når det ble mottatt 168 henvisninger med gradvis opptrapping i antall mottatte henvisninger per år, frem til mai 2012.

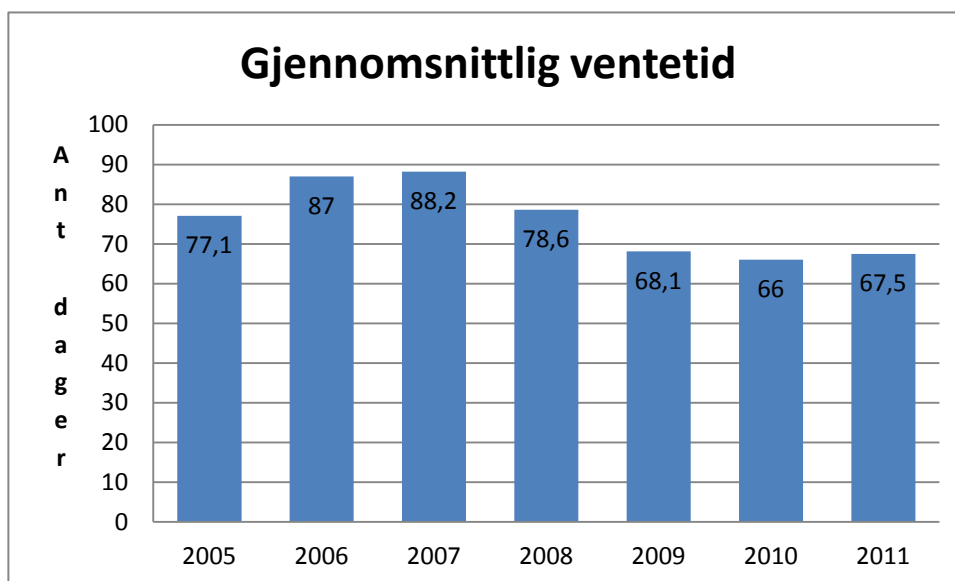
(merk: det finnes 70 henvisninger fra før 1990 fordelt på flere år, sannsynlig feilregistreringer, og 13 uten angitt mottatt år)

Det kommer tydelig frem fra figuren at henvisningsraten øker som stemmer med teorien om økt behov for helsehjelp for barne- og ungdomspsykiatri.

6.3.1 Helsepolitiske mål

Utvikling av gjennomsnittlig ventetid de siste årene.

Referanse er nasjonalt mål om gjennomsnittlig ventetid til helsehjelp på 65 dager.

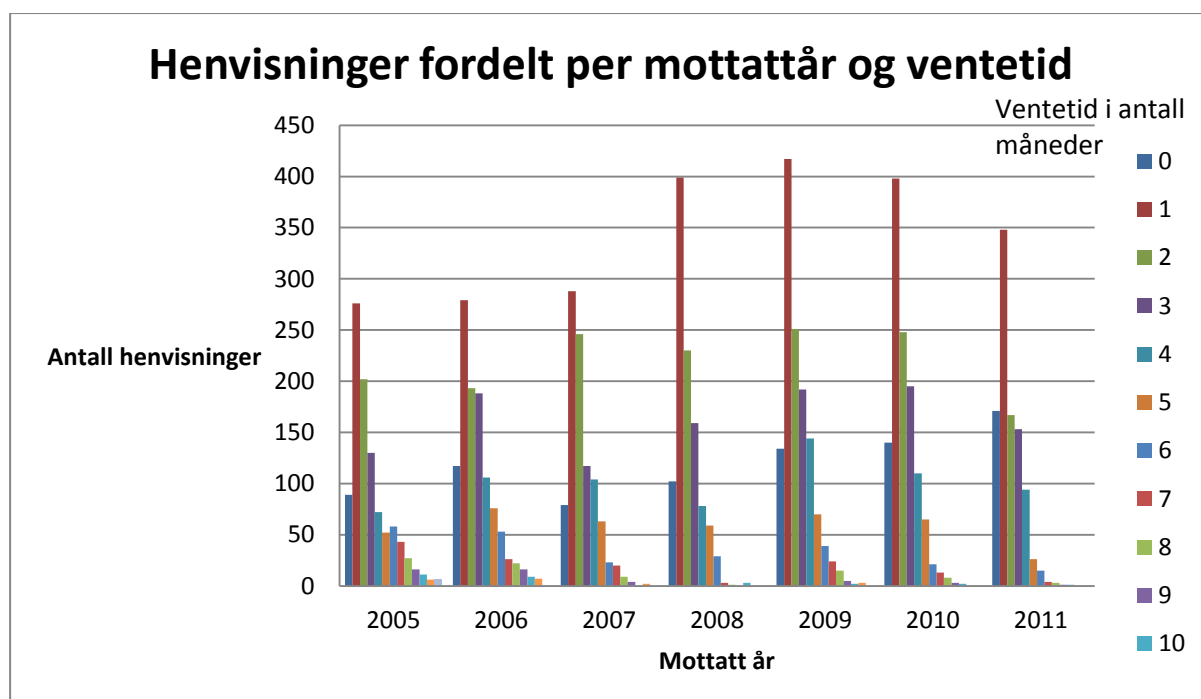


Figur 6.3-2 Utvikling av gjennomsnittlig ventetid de siste årene

Denne figuren (6.3-2) viser til positiv utvikling og kortere ventetid fra 2008 som stemmer godt med innføring av «ventetidsgarantien» fra 2008. Dette bekrefter også OECD-rapportens konklusjon om helsepolitiske tiltak som virker effektivt på ventelister.

Utvikling av ventetid de siste årene.

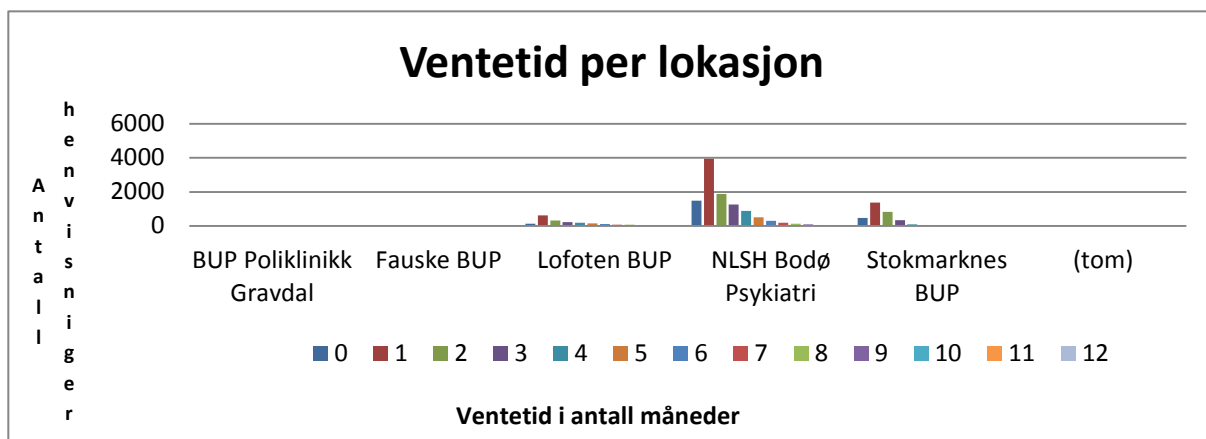
Trenden er positivt, årlige søyler ser «tynnere» ut, se grafen 6.3-3. Det betyr at man har kortere ventetider til helsehjelp. Tidligere var rundt 50 henvisninger per år hvis ventetid var over 4 måneder. I 2011 de aller fleste har ikke ventet mer enn 4 måneder, samt flere som har ventet under 1 måned.



Figur 6.3-3 Henvisninger fordelt per mottatt år og ventetid i antall måneder

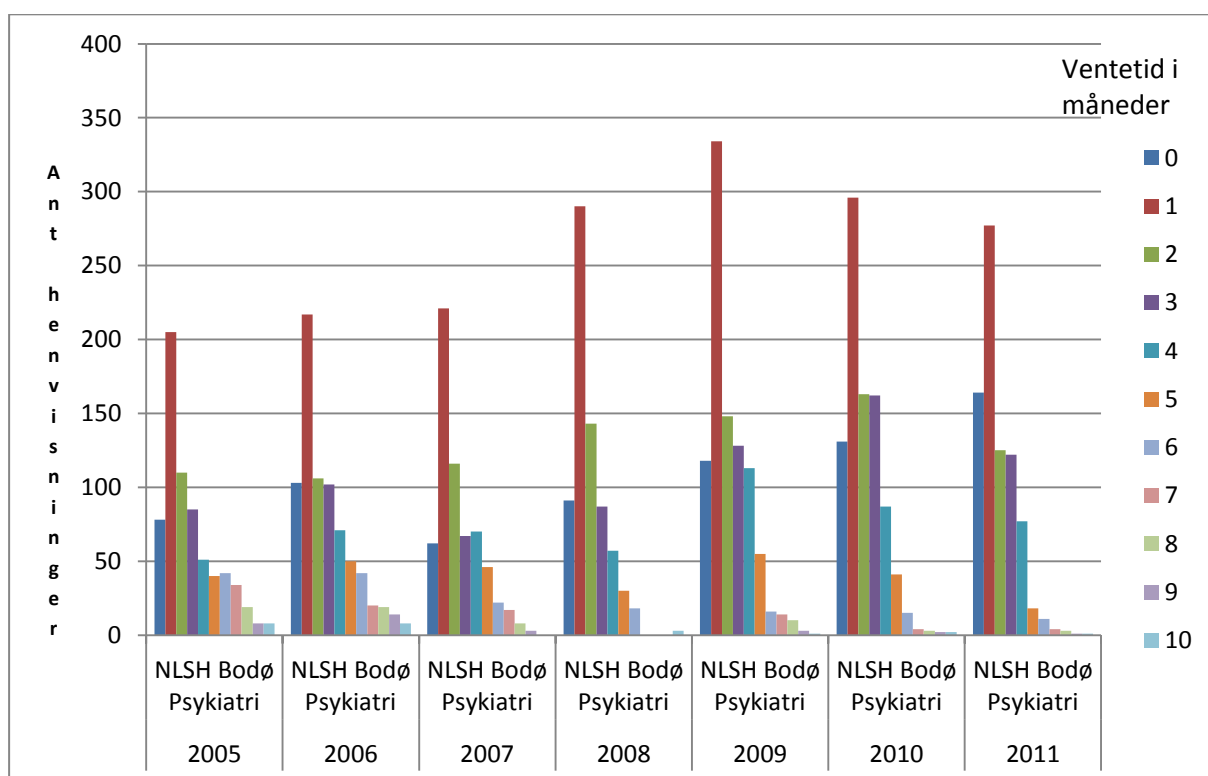
Utvikling av ventetid per lokasjon.

Figuren 6.4-3 baserer seg på alle registrerte henvisninger uten å skille på årene. Det viser seg at Stokmarknes BUP har hatt «bråttest» diagram etter første måned med venting slik at de aller fleste henviste ikke venter mer enn 3 måneder. NLSH Bodø Psykiatri har, gjennom tidene, hatt størst utfordring på å innfri krav ang ventetid på 65 dager.



Figur 6.3-4 Utvikling av ventetid per lokasjon

Ser man isolert bare på NLSH Bodø Psykiatri og utvikling av ventetid gjennom de siste årene er grafen (under) ganske lik den første som gjelder alle behandlingssteder, naturlig nok da NLSH Bodø Psykiatri behandler størst antall henviste til BUP i Nordland.

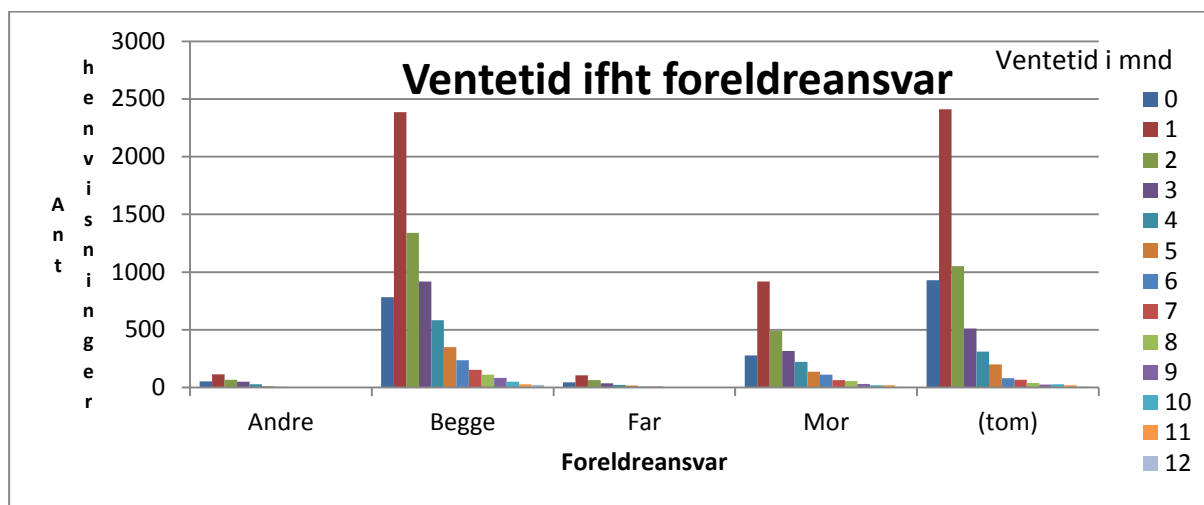


Figur 6.3-5 Utvikling av ventetid for NLSH Bodø Psykiatri

Ventetid i forhold til foreldreansvar.

45 % henvisninger har ikke informasjon om hvem som har foreldreansvar for den henviste. Det gjelder søylene med (tom)- foreldreansvar. 37 % har registrert at «Begge» foreldre har ansvar, 13 % har «Mor», 2 % er registrert på «Far», mens 3 % av henvisninger har

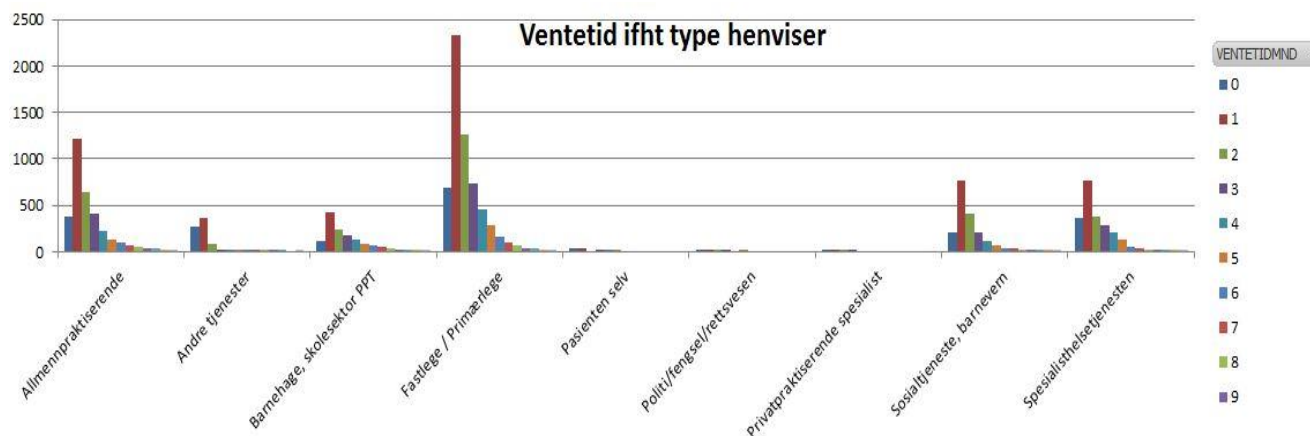
registrering «Andre» under foreldreansvar. Man ser at det er nesten ingen forskjell i ventetid i forhold til hvem som har foreldreansvar.



Figur 6.3-6 Ventetid i forhold til foreldreansvar

Ventetid i forhold til type henviser.

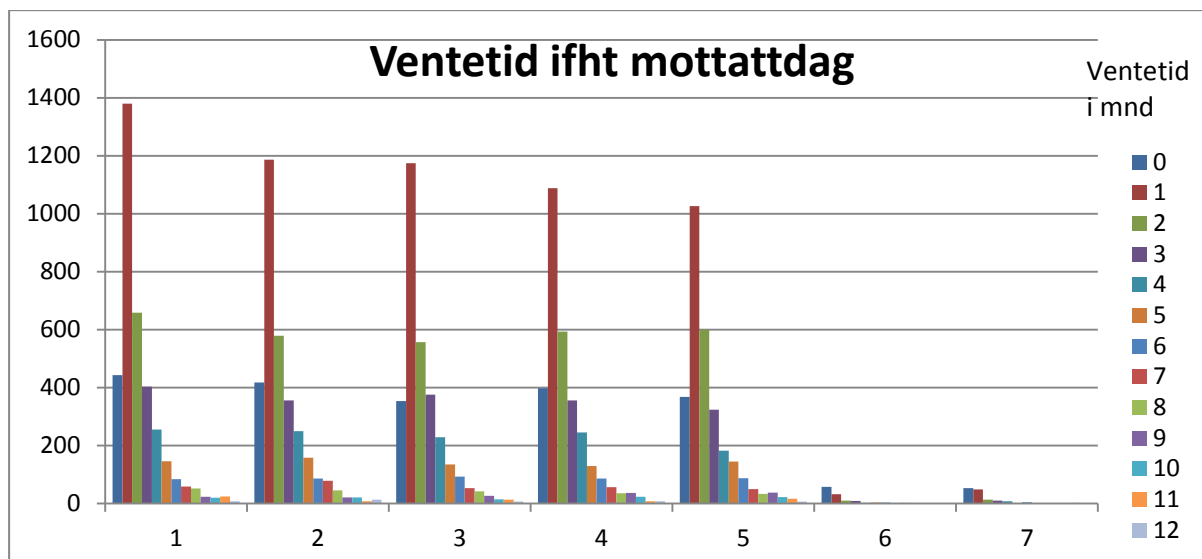
Type henviser påvirker ikke ventetid (se figur 6.3-7), også pasienter som er henvist fra spesialisthelsetjenester venter like mye som pasienter som er henvist fra kommunale tjenester (fastlege, skolesektor, barnevern osv).



Figur 6.3-7 Ventetid i forhold til henviser-type

Ventetid i forhold til hvilken dag henvisning er mottatt på BUP.

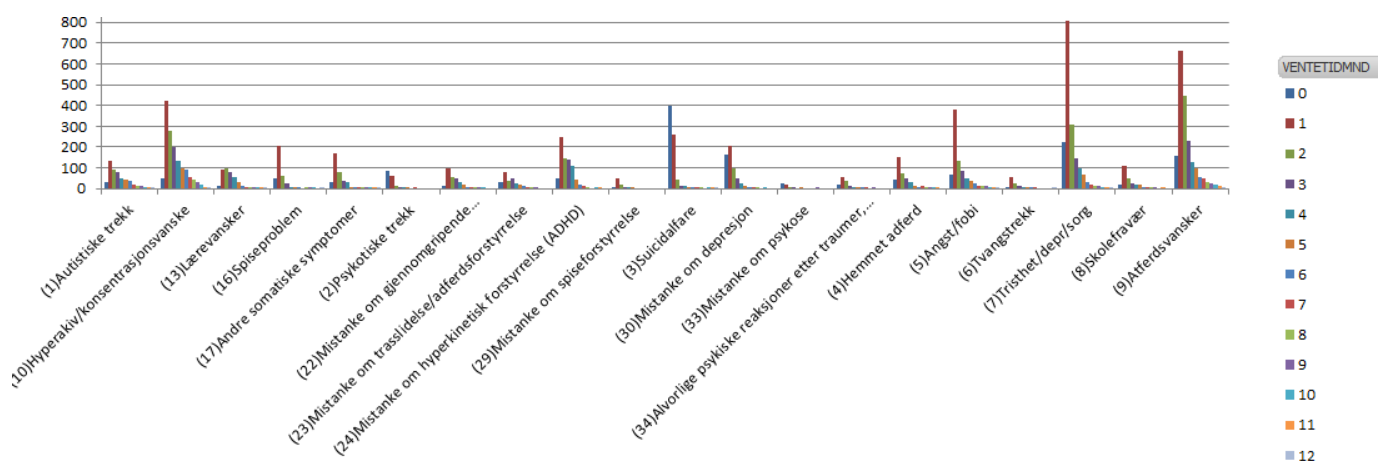
Mottar BUP henvisning på en fredag, sannsynlighet for at ventetiden er under 2 måneder er mindre. Dette er en faktor som kan sees på i utarbeidelse av inntaksrutiner.



Figur 6.3-8 Ventetid i forhold til hvilken dag henvisning er mottatt på BUP

Ventetid i forhold til henvisningsgrunn (1.prioritet sett fra henvisers side).

Barna med henvisningsgrunn (1.prioritet) som angår hyperaktivitet, atferdsvansker og hyperkinetisk forstyrrelse venter lengre enn barna henvist pga depresjon, sorg, tristhet. Naturlig nok de som er henvist med mistanke om suicidalfare tas til behandling enten samme dag de er henvist eller med ventetid under 1 måned. Faktor som går på organisering og oppgavedeling av tjenestetilbud generelt.

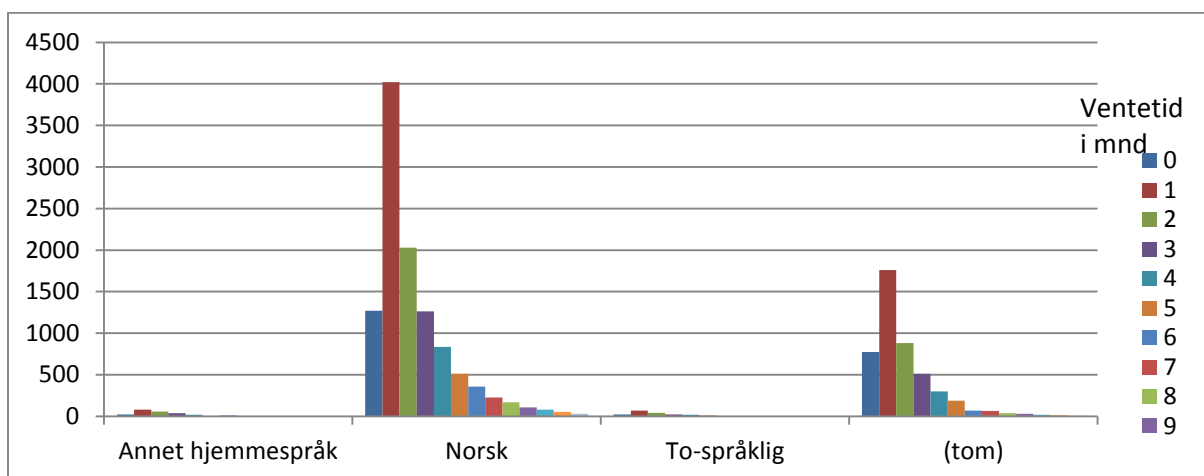


Figur 6.3-9 Ventetid i forhold til henvisningsgrunn (1.prioritet sett fra henvisers side)

Ventetid i forhold til barnetsspråk.

Grafen viser ingen tydelig forskjell i ventetid for barna som snakker norsk, annet språk eller er to-språklige. Flest har ventetid innen 1 måned og halvparten så mange venter i to

månder. Samtidig for dem som ikke har registrert språk er grafen nesten lik som dem som snakker norsk. Merk at 3 % av de henviste har registrert annet språk eller er to-språklige.

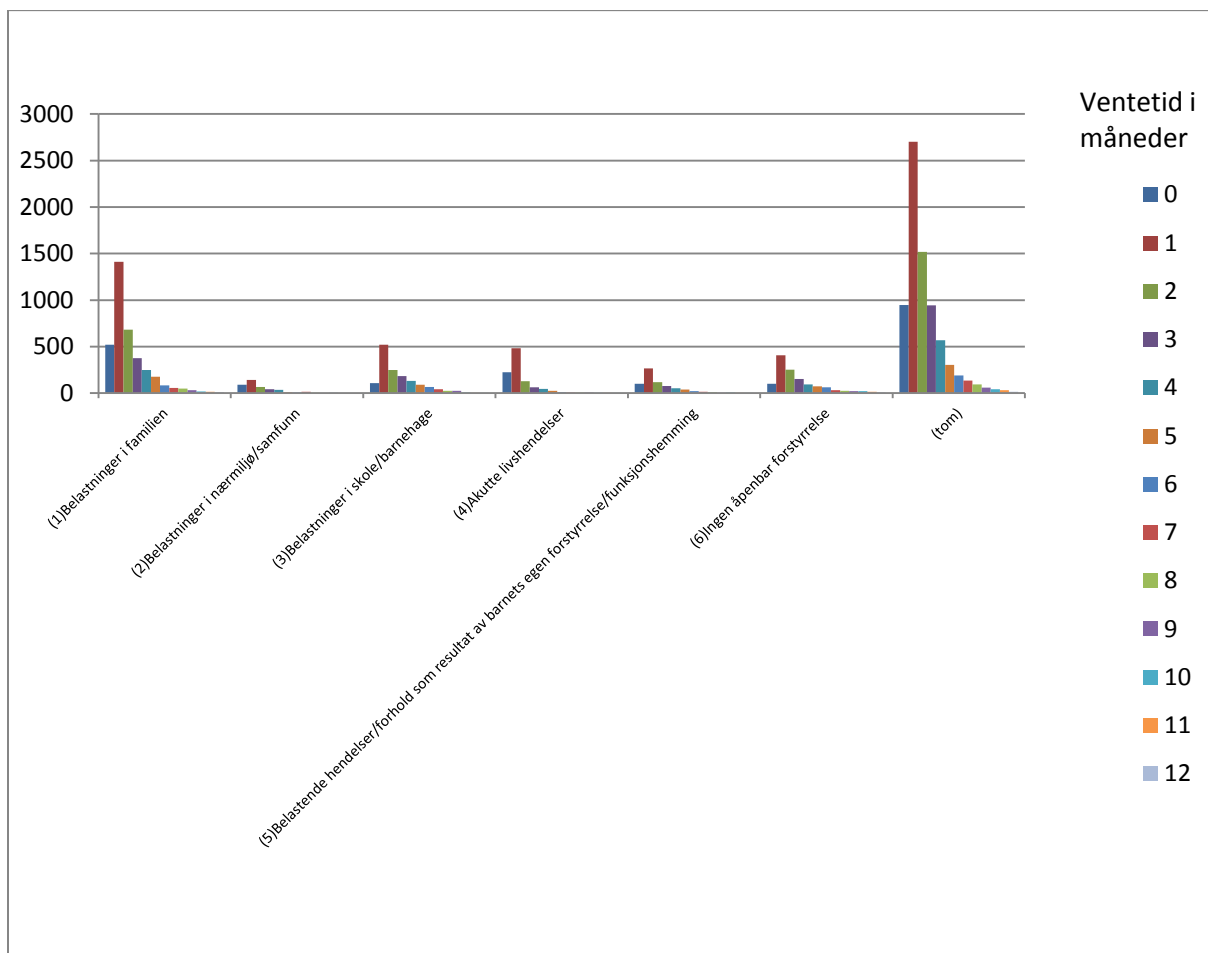


Figur 6.3-10 Ventetid i forhold til barnets språk

Ventetid i forhold til barnetsmiljø – første prioritering.

Registrering av første prioritering for barnetsmiljø på henvisninger er også mangelfull.

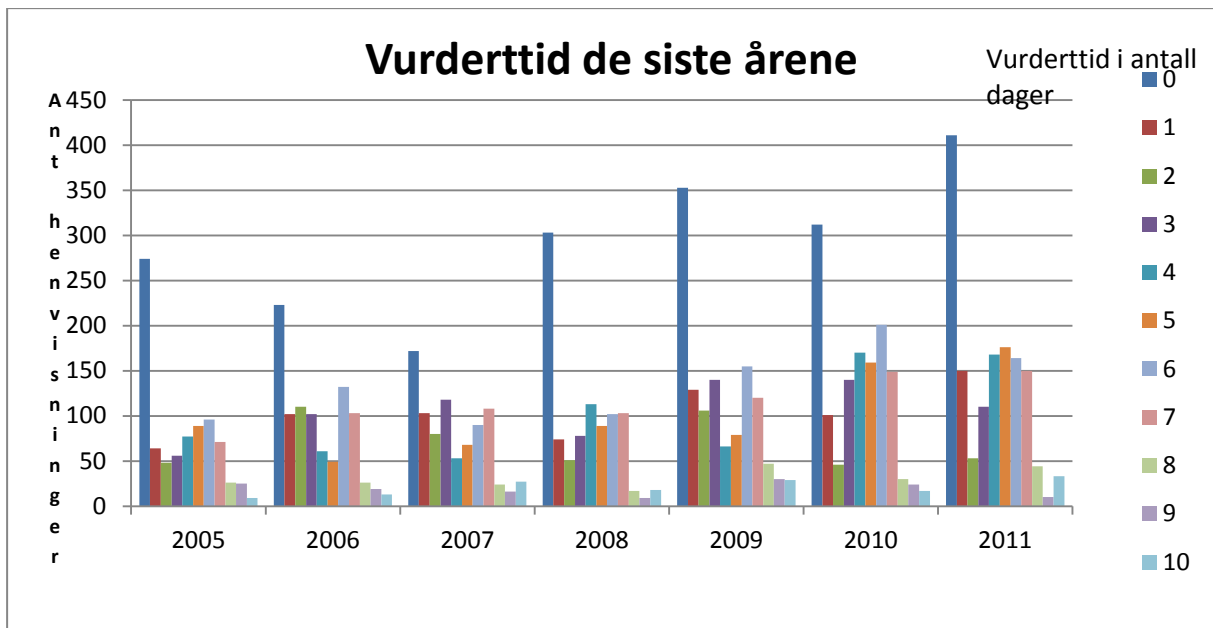
Tilgjengelige registreringer viser til at barn med belastninger i familien, barnehage/skole og som har ingen åpnebar forstyrrelse venter lengre enn andre. Dette kan være grunnlag for videre diskusjon ang organisering av tjenestetilbud på tvers av forvaltningsledd (samhandling mellom kommunale og spesialisthelsetjenester).



Figur 6.3-11 Ventetid i forhold til barnetsmiljø – første prioritering

Utvikling av vurderingstid de siste årene.

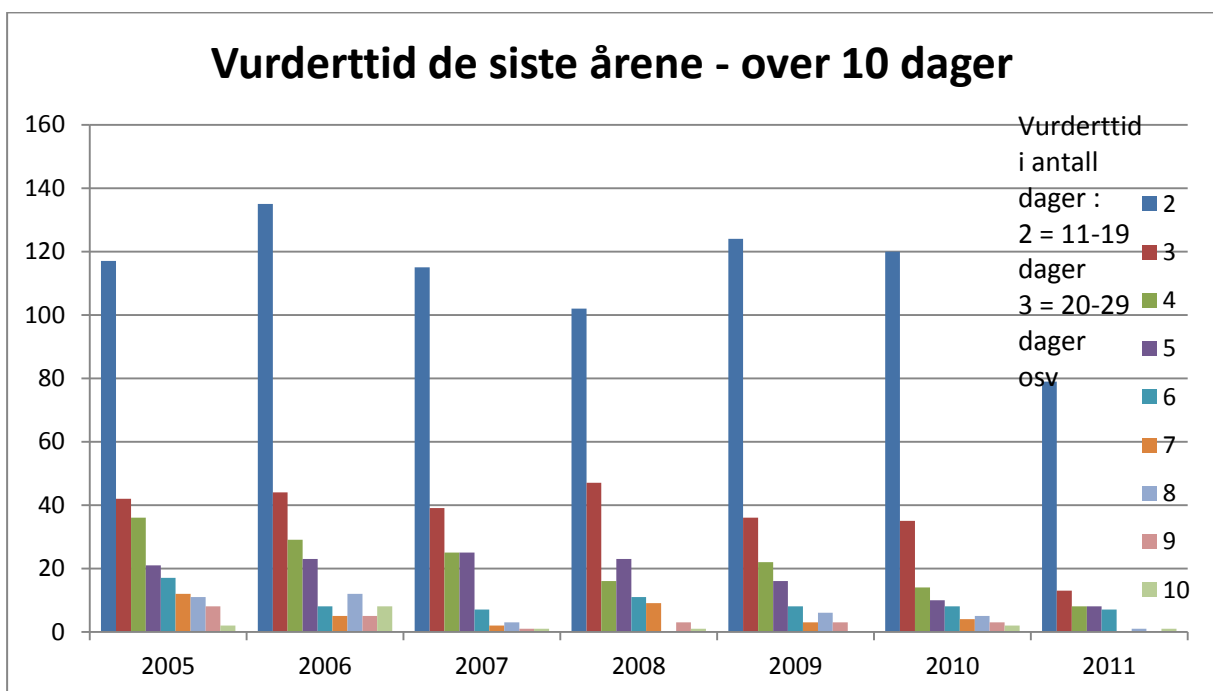
Gode trender for vurderingstid tross stadig økende antall henvisninger. De aller fleste vurderes innen 7 dager. Kravet til vurderingstid innefor BUP er satt til 10 dager.



Figur 6.3-12 Utvikling av vurderingstid de siste årene

Og de fleste henvisninger som vurderes etter frist vil bli vurdert innen 20 dager.

Se grafen under:



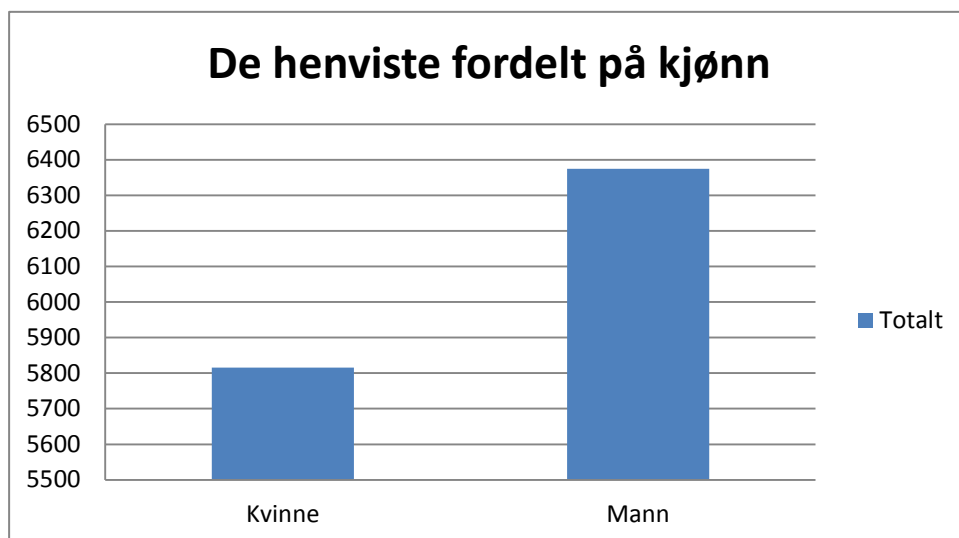
Figur 6.3-13 Utvikling av vurderingstid de siste årene – over 10 dager

Man ser sammenheng mellom vurdertid og ventetid, disse to følger hverandre. Lengre vurderingstid impliserer lengre ventetid.

6.3.2 Den henviste

Kjønnsfordeling blant de henviste.

12.429 barn og unge er blitt henvist til BUP frem til mai 2012. Det er 4,6 % flere gutter enn jenter som ble henvist til BUP, og visert til samme trender som nasjonale rapporter.



Figur 6.3-14 Kjønnsfordeling blant de henviste

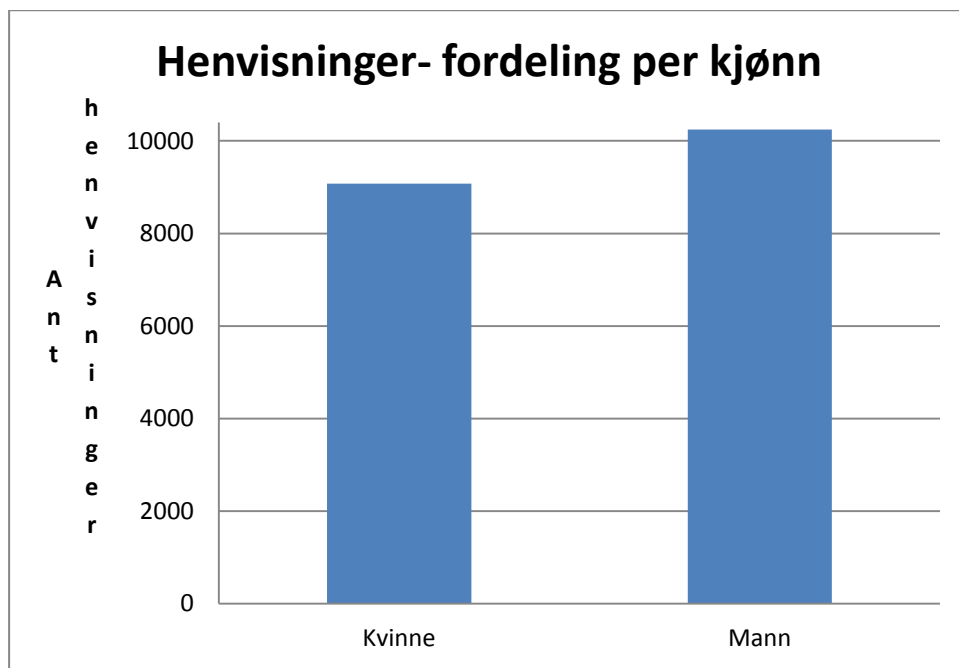
Merk at de fleste barn/ungdom har blitt henvist til BUP kun en gang (én henvisning per barn/ungdom) men enkelte er registrert med to eller flere henvisninger slik tabellen viser.

Antall barn/ungdom	Antall henvisninger	Antall henvisninger per barn/ungdom
8265	8265	1
2535	5070	2
954	2862	3
378	1512	4
156	780	5
84	504	6
28	196	7
9	72	8
8	72	9
3	30	10
5	55	11
4	48	12
12429	19466	Totalt

Tabell 6.3-1 Antall henvisninger per barn/ungdom

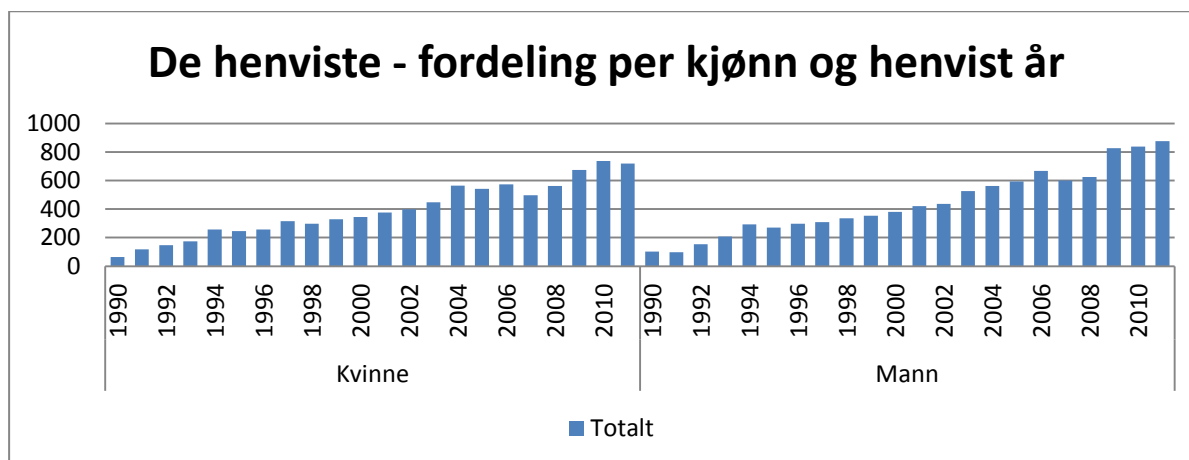
Analysen avdekker at de fleste barn/ungdom som er registrert med flere henvisninger skyldes at de ble henvist på nytt etter at den første henvisningen ble lukket. Den nye henvisningen kan være til samme BUP som den tidligere, men noen få henvisninger var registrert på tvers av BUP-lokasjoner. Dette da hver lokasjon hadde sin egen applikasjon og database hvor henvisningene ble registrert (frem til mai 2012) og disse vil da fremstå som to eller flere henvisninger per pasient i dagens samlet database.

19.466 henvisninger har BUP mottatt gjennom årene (frem til mai 2012). Det er forskjell i antall henvisninger fordelt mellom gutter og jenter som henvises til BUP slik det ble sett i tidligere figur.



Figur 6.3-15 Fordeling av henvisninger per kjønn

Og den samme kjønnsforskjell i antall henviste gjennom årene. Men trenden viser til at i de senere årene henvises flere gutter enn jenter. Man bør kanskje fokusere mer på den stadig økende «gutte»-gruppe som henvises til BUP.

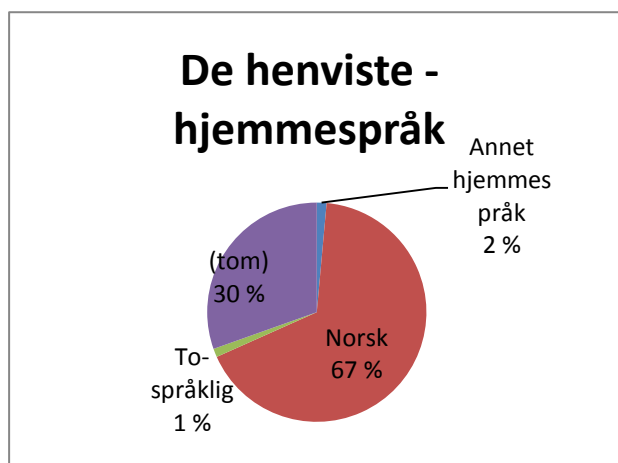


Figur 6.3-16 Fordeling av henvisninger per kjønn og mottatt år

Språk til de henviste.

Det er mulig å registrere «hjemme språk» til barn/ungdom på henvisningen.

For 30 % av de henviste er denne informasjon ikke registrert. Om det kan antas at den skulle være «norsk» med forklaring at informasjon kan sees som irrelevant for norskspråklige barn og ungdom er vanskelig å si.



Figur 6.3-17 Språk til de henviste

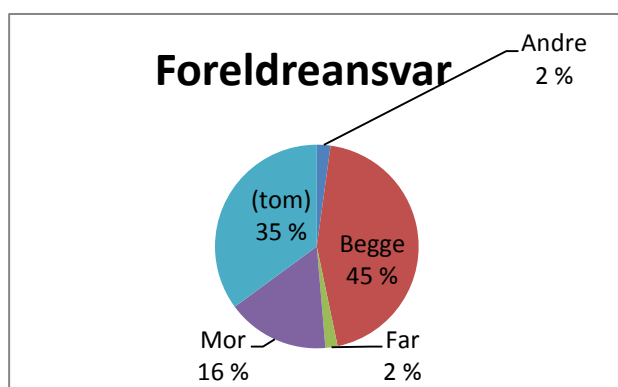
Vi har tatt denne statistikken ut for å se om minoritetsgrupper er representert i større skala enn andre da rapportene viser til at denne gruppen kan være en risikogruppe.

Foreldreansvar til de henviste.

En av de tilgjengelige parameterne ang familiesituasjon til de henviste er foreldreansvar.

Analysen avdekker at 35 % henvisninger har ikke registrert foreldreansvar.

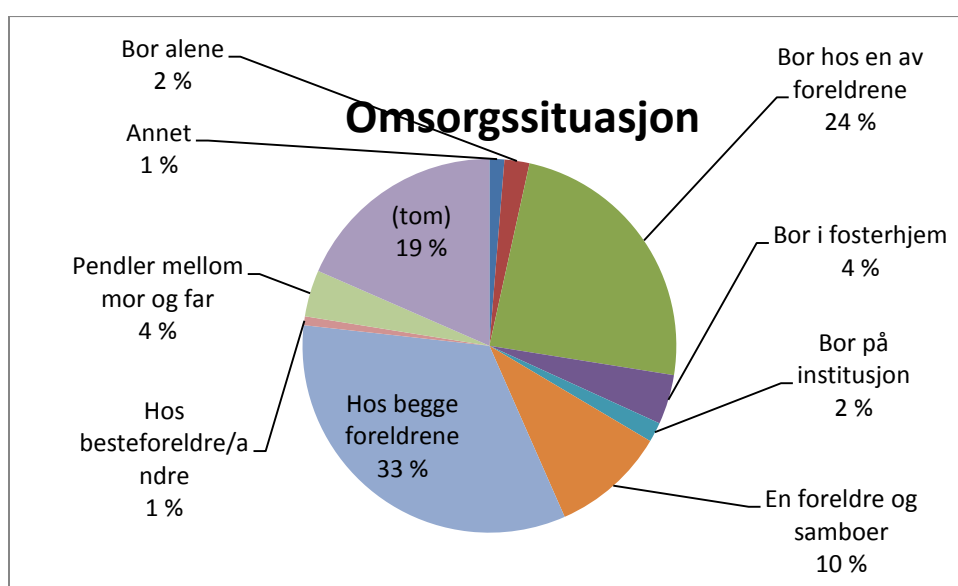
«Begge» foreldre er registrert på 45 % henvisninger. Veldig uheldig at denne informasjon er manglende da den kunne gi et viktig bilde av familiesituasjon. Nødvendighet med gode registreringsrutiner.



Figur 6.3-18 Foreldreansvar til de henviste

Omsorgssituasjon til de henviste.

Omsorgssituasjon hos de henviste varierer, og av de tilgjengelige registreringer ser vi at 33 % bor «Hos begge foreldrene» mens 47 % bor ikke hos begge foreldre («Pendler mellom mor og far»: 4 %, «Bor hos en av de foreldrene»: 24 %, «Bor i fosterhjem»: 4 %, «Bor på institusjon»: 2 %, «En foreldre og samboer»: 10 %, «Hos besteforeldre/andre»: 1 %, «Bor alene»: 2 %). Det at nesten halvparten av barn og ungdom bor ikke hos begge foreldre viser til at familiesituasjon er en relevant faktor for forekomst av psykiske lidelser hos barn og ungdom.



Figur 6.3-19 Omsorgssituasjon til de henviste

Henvisningsgrunn (1.prioritet)

I tabellen under har vi markert de radene hvor det er tydelig kjønnsforskjell i henvisningsgrunn. De blå merkede rader angår henvisningsgrunner hvor gutter dominerer, og de røde med jentedomnans. Det er tydelig at atferd/oppførsel er kjønnsrelatert. Gutter oftere henvises pga atferdsvansker, hyperkinetisk forstyrrelse mens depresjon, tristhet, angst, spiseforstyrrelse, suicidalfare er mer «vanlige» henvisningsårsaker for jenter. Samme trend som på nasjonalt basis jamfør teorien.

Henvisningsgrunn	Kvinne	Mann	(tom)	Totalsum
(tom)	1614	1831	10	3455
(9)Atferdsvansker	668	1485	13	2166

(7)Tristhet/depr/sorg	1189	708	35	1932
(10)Hyperaktiv/konsentrasjonsvanske	437	1133	9	1579
(36)Annet	783	697	14	1494
(24)Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	408	701		1109
(5)Angst/fobi	532	364	19	915
(3)Suicidalfare	531	236	14	781
(30)Mistanke om depresjon	481	278		759
(1)Autistiske trekk	132	464		596
(4)Hemmet adferd	225	241	3	469
(13)Lærevansker	181	261		442
(22)Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)	94	345		439
(17)Andre somatiske symptomer	216	199	5	420
(23)Mistanke om trasslidelse/adferdsforstyrrelse	119	283		402
(16)Spiseproblem	337	52	12	401
(27)Mistanke om angstlidelse	191	146		337
(8)Skolefravær	155	129	5	289
(34)Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer	111	94		205
(2)Psykotiske trekk	103	71		174
(29)Mistanke om spiseforstyrrelse	129	21		150
(6)Tvangstrekk	63	75	1	139
(21)Alvorlig bekymring for barn under 6 år	55	80		135
(19)Ingen	61	48	2	111
(14)Språk/talevansker	29	62		91
(26)Skolevegring	37	47		84
(11)Rusmiddelmissbruk	39	32	1	72
(33)Mistanke om psykose	32	32		64
(28)Mistanke om tvangstanker/tvangshandlinger	35	27		62
(12)Asosial/kriminalitet	15	40	1	56
(32)Vedvarende og alvorlig selvskading	33	6		39
(25)Mistanke om Tourette syndrom	11	26		37
(31)Mistanke om bipolar lidelse	15	14		29
(35)Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom	12	14		26
(15)Syn/hørselsproblem	5	2		7
Totalsum	9078	10244	144	19466

Tabell 6.3-2 Henvisningsgrunn (1.prioritet)

Hastegrad ved henvisning.

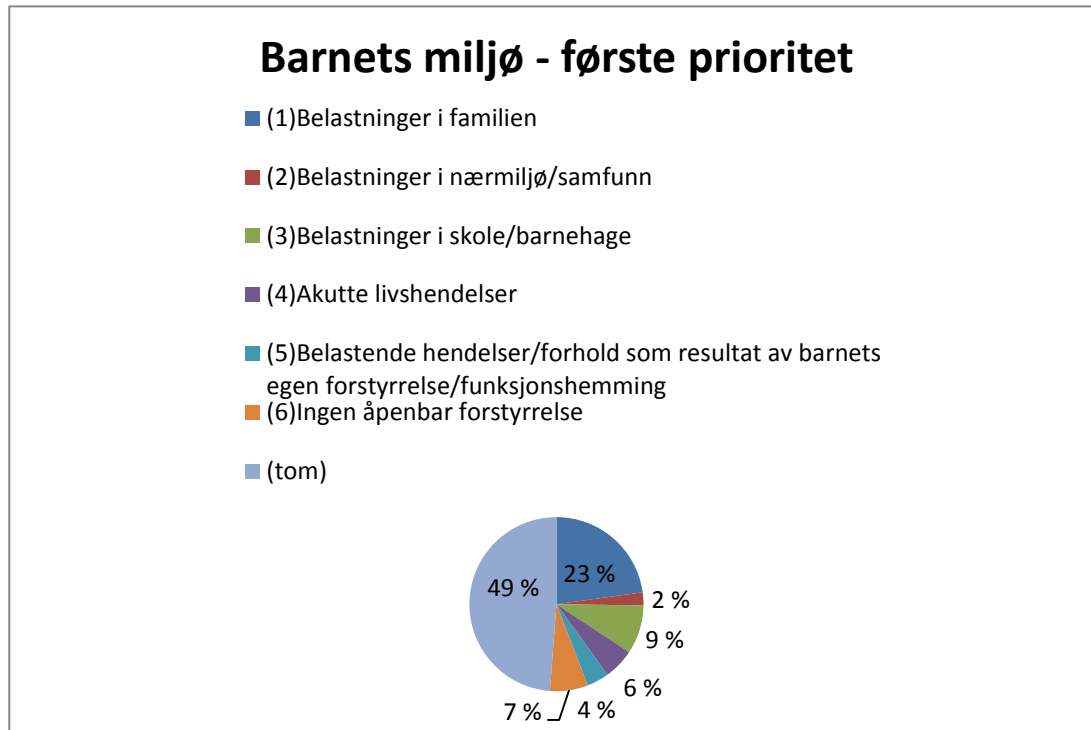
Ved å gruppere de registrerte hastegradene for alle henvisninger kan man se at 4,3 % er henvist til akutt behandling eller behandling innenfor 6 timer. Av disse er 62,5 % jenter som trenger akutt behandling. 95 % barn og ungdom (henvisninger) er henvist med hastegrad som vil gjelde planlagt behandling med ventetid over 24 timer.

Henvisningshastegrad	Kvinne	Mann	(tom)	Totalsum
Akutt = uten opphold / venting	500	299	5	804
Ikke akutt, men behandling innen 6 timer	9	3		12
Planlagt, eller venting over 24 timer og friske nyfødte	8497	9860	139	18496
Venting mellom 6 og 24 timer	4	1		5
(tom)	68	81		149
Totalsum	9078	10244	144	19466

Tabell 6.3-3 Hastegrad ved henvisninger

Barnets miljø, første prioritering:

Henviser fyller ut informasjon om miljøet rundt den henviste, og med prioriteringsrekkefølge dersom det er flere aspekter som er kartlagt. Her ser vi igjen ganske mangelfull registrering hvor 49 % av alle henvisninger mangler denne informasjon.



Figur 6.3-20 Barnets miljø – første prioritering

Diagnoseregistrering på de henviste.

Det er en mangfold i diagnoseregistreringer for barn og ungdom som er behandlet ved BUP. 887 forskjellige diagnosekoder er brukt ved behandling av barn og ungdom ved BUP. Disse er registrert 1.039.183 ganger i hele BUP NLSH basen. Mange av diagnosekoder gjentar seg ved hvert nytt poliklinisk besøk / innleggelse, og det forklarer det store antallet (over en million) av registrerte diagnoser under behandling. For å kunne analysere disse noe mer systematisk ble vi nødt å gruppere dem. Dette er gjort på basis av diagnosetekst, og fremstilt i kolonne «Diagnose gruppering» i tabellen under, med en mer detaljert beskrivelse i påfølgende tabellen.

Tabellen under viser registrerte diagnoser (per diagnosekode) for alle som er behandlet på BUP (har registrert enten poliklinisk besøk eller innleggelse) . Hentet kun utdrag av de 35 diagnosekoder som har flest registrering / som har andel på over 4 % (antall pasienter med aktuelle diagnosen / antall pasienter behandlet på BUP- avdeling).

KODE	TEKST	ANTALL DIAGNO SER	ANTALL PASIENTE R	ANDEL	DIAGNOSE GRUPPERING
2999	Mangelfull informasjon for å kode på akse 2	72322	4232	45	Mangel/ingen påvist tilstand
3999	Mangelfull informasjon for å kode på akse 3	65315	3778	40	Mangel/ingen påvist tilstand
4999	Mangelfull informasjon for å kode på akse 4	44487	2877	31	Mangel/ingen påvist tilstand
2000	Ingen påvist tilstand på akse 2	45479	2700	29	Mangel/ingen påvist tilstand
3000	Ikke påvist psykisk utviklingshemming	37091	2641	28	Mangel/ingen påvist tilstand
4000	Ingen aktuell tilstand på akse 4	34743	2153	23	Mangel/ingen påvist tilstand
5000	Ikke påvist avvikende psykososiale forhold	32737	1962	21	Mangel/ingen påvist tilstand
5.1	5.1 Avvikendeforeldresituasjon	29454	1852	20	Familierelatert
3	Normal intelligens IQ 85-114	30765	1657	18	Normal tilstand
1	Moderat (alminnelig bra) sosial fungering	24485	1666	18	Normal tilstand
1999	Mangelfull informasjon for å kode på akse 1	17326	1657	18	Mangel/ingen påvist tilstand
F900	Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	39100	1464	16	Atferdsforstyrrelser
2	Lett sosial forstyrrelse	27560	1455	16	Atferdsforstyrrelser

Z032	Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	15168	1485	16	Atferdsforstyrrelser
1000	Ingen påvist tilstand på akse 1	10787	1542	16	Mangel/ingen påvist tilstand
3	Moderat sosial forstyrrelse	29284	1260	13	Atferdsforstyrrelser
5999	Mangelfull informasjon for å kode akse 5	12260	975	10	Mangel/ingen påvist tilstand
1.1	1.1 Disharmoni mellom voksne i familien	15325	801	9	Familierelatert
2.0	2.0 Forelder psykisk syk/avvikende	14676	842	9	Familierelatert
6999	Mangelfull informasjon for å kode akse 6	11333	883	9	Mangel/ingen påvist tilstand
F432	Tilpasningsforstyrrelser	10510	772	8	Atferdsforstyrrelser
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter; innlæringsforstyrrelser	9558	654	7	Utviklingsforstyrrelser
4	Alvorlig sosial forstyrrelse	15204	543	6	Atferdsforstyrrelser
F908	Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	12454	606	6	Atferdsforstyrrelser
3	3 Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	9819	549	6	Familierelatert
6.0	6.0 Tap av nære følelsesmessige relasjoner	8580	608	6	Familierelatert
9.8	9.8 Andre belastende hendelser/forhold som er resultat av barnets forstyrrelse	7713	566	6	Div.diagnoser >=1%
F901	Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	12578	473	5	Atferdsforstyrrelser
F321	Moderat depressiv episode	10648	454	5	Depressiv episode/angst/stress
4	Litt under normal intelligens IQ 70- 84	8399	459	5	Utviklingsforstyrrelser
8.0	8.0 Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	7939	421	4	Div.diagnoser >=1%
1	1 Avvikende relasjoner innen familien	6926	340	4	Familierelatert
9	9 Belastende hendelser/forhold som er et resultat av barnets egen forstyrrelse/ funksjonshemming	6255	337	4	Utviklingsforstyrrelser
F320	Mild depressiv episode	6069	375	4	Depressiv

					episode/angst/stress
6.5	6.5 Skremmende personlige erfaringer	3810	372	4	Div.diagnoser >=1%

Tabell 6.3-4 Diagnoseregistrering på de henviste

Kriteria for gruppering av diagnoseregistreringer med forklaring for farge bruk i tabellen over er :

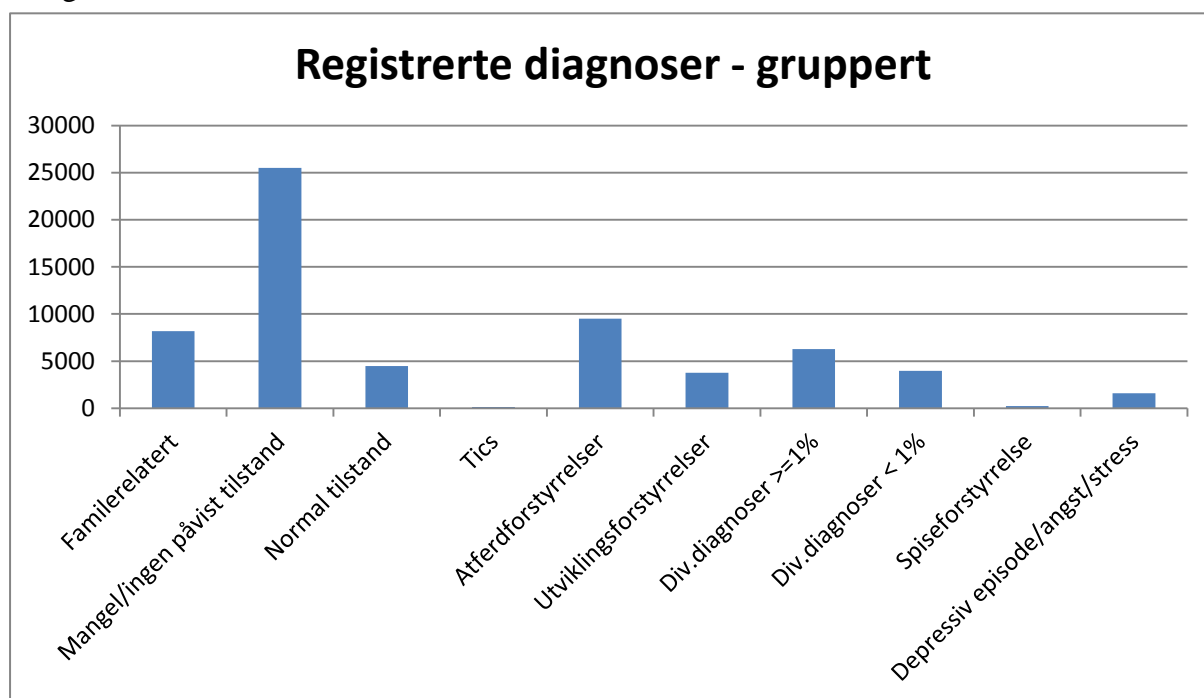
Kategori i tabellen	Farge i tabellen	Kriteria for kategorisering
Atferdsforstyrrelser	Lyse blå	Begrep atferd eller sosial forstyrrelse finnes i diagnosetekst
Depressiv episode/angst/stress	Lyse oransje	Begrep depressiv episode, angst eller stress finnes i diagnosetekst
Familierelatert	Lys rød	Diverse diagnoser hvis tekst kan tydelig relateres til familie
Mangel/ingen påvist tilstand	Lys grå	Diagnoser som har tekst «ingen påvist tilstand» eller «mangelfull informasjon for å kode på akse..»
Normal tilstand	Lys grønn	Diagnoser som har tekst «normal tilstand», «god funksjon», «noen vansker på et enkelt område, men fungerer godt temmelig bra»
Spiseforstyrrelse	Lys rosa	Diagnoser som har tekst «spiseforstyrrelse» eller «anorexia»
Tics	Lys turkise	Diagnoser som har tekst «Tourettes syndrom»
Utviklingsforstyrrelser	Lys gul	Diagnoser som har tekst «utviklingsforstyrrelse», «lese»/språk forstyrrelse», «utviklingshemming»
Div.diagnoser >=1%	Lyse brun	Diverse diagnoser hvis tekst ikke inneholdt noen av de beskrevne begreper over, samt at disse var registrert på over 1% av de behandlede (1% - 6%)
Div.diagnoser <1%	Ingen farge	Diverse diagnoser hvis tekst ikke inneholdt noen av de beskrevne begreper over, samt at disse var registrert under 1% av de behandlede.

		NB: Denne kategorien kunne godt klassifiseres i noen av de ovenfor nevnte, f.eks «Spiseforstyrrelse», men siden det var så få registreringer for hver type diagnose valgte vi å beholde dem innen denne gruppa.
--	--	---

Tabell 6.3-5 Gruppering av diagnosekoder

Dette er gjort for å prøve å danne et bilde over hvilke typer diagnoser er mest registrerte blant dem som er behandlet/henvist til BUP. Ganske mange hadde familierelaterte-diagnoser. Faktisk diagnosekode «5.1 Avvikende foreldresituasjon» er på topp dersom man ser bort fra de diagnoser som angår manglende informasjon eller ingen påvist tilstand! Som tidligere nevnt vises her også til mulig sammenheng mellom familiesituasjon og forekomst av psykiske plager.

Grafen under viser en fordeling av alle registrerte diagnoser gruppert etter de ovenfor nevnte kategorier:



Figur 6.3-21 Registrerte diagnoser - gruppert

Dette var, etter våres mening, interessant funn og vi hadde tatt ut flere statistiske data angående diagnosesetting for å se nærmere på familierelasjon til dem som er henvist til BUP.

En av de analysene (tabellen 6.4-6) viser hvor mange henviste ikke har fått registrert diagnose som kan knyttes til forhold foreldre-barn mens de var under utredning/behandling ved BUP.

Grunnlagsdata for denne analysen er alle diagnoser registrert under behandling av 8873 henviste som har avsluttet behandling ved BUP.

Noen forklaringer før man ser på tabellen under.

Analysen startet med de 8873 henviste med avsluttet behandling (antall vises i kolonne «Antall barn/ungdom uten gitt diagnose»).

Vi var interessert i å vite hvor mange av disse har ingen registret diagnose som kan relateres til familie forhold.

Første steg i analysen var å utelukke de barn/ungdom som kun hadde registrerte diagnoser av typen «Ingen påvist tilstand på akse X». Det dreide seg om 375 personer som er avsluttet behandling uten å ha noen som helst annen diagnose bortsett fra «Ingen påvist tilstand». Dermed ble antallet redusert til 8498 barn/ungdom registrert med en eller flere diagnoser som var ulik «Ingen påvist tilstand».

Deretter filtrerte vi de barn/ungdom som hadde registrert diagnose «5.1 Avvikende foreldresituasjon». Det viste seg at dreide seg om 1769 personer slik at antallet ble redusert til 6729 barn/ungdom registrert med en eller flere diagnoser utenom «Ingen påvist tilstand» og «5.1 Avvikende foreldresituasjon».

Slik hadde vi fortsatt analysen, dvs ved å filtrere de barn/ungdom med forskjellige typer diagnoser som etter våres skjønn kan relateres til familie-forhold, fra alle barn/ungdom behandlet på BUP.

Til slutt, stod vi igjen med 3624 barn/ungdom som ikke hadde registrert noen diagnose som kan relateres til familie-forhold.

KODE	DIAGNOSE TEKST	ANTALL BARN/UNGDOM UTEN GITT DIAGNOSE
	Start: Antall barn/ungdom med avsluttet behandling	8873
X000	Ingen påvist tilstand på akse X	8498
5.1	5.1 Avvikende foreldresituasjon	6729
1.1	1.1 Disharmoni mellom voksne i familien	6206
2.0	2.0 Forelder psykisk syk/avvikende	5736
1.0	1.0 Manglende varme i foreldre-barn relasjonene	5684
1.2	1.2 Fiendtlighet mot eller sydebukk-gjøring av barnet	5646
1.3	1.3 Fysisk barnemishandling	5616

1.4	1.4 Seksuelle overgrep (innen familien)	5534
1.8	1.8 Annen type avvikende relasjon(er) innen familien	5440
2.1	2.1 Forelder funksjonshemmet/ufør	5349
2.2	2.2 Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	5232
2.8	2.8 Annet medlem i barnets husstand psykisk eller fysisk funksjonshemmet	5194
4.0	4.0 Overbeskyttende foreldre	5165
4.1	4.1 Inadekvat foreldre-tilsyn/kontroll	5102
4.2	4.2 Manglende viktige erfaringer - understimulering	5064
4.3	4.3 Utilbørlig press fra foreldrene	5061
4.8	4.8 Annet avvikende ved oppdragelsen	5026
5.0	5.0 Oppvekst i institusjon	5010
5.2	5.2 Isolert familie	5003
5.3	5.3 Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	4886
5.8	5.8 Annet avvikende nærmiljø	4862
6.0	6.0 Tap av nære følelsesmessige relasjoner	4540
6.1	6.1 Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/påkjenning	4497
6.2	6.2 Negativ forandring av familiesammensetningen	4442
7.1	7.1 Flytting eller sosial omplassering	4353
0075	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	4175
F930	Separasjonsangst i barndommen	4144
0072	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	4116
F941	Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	4105
0071	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	4082
F939	Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	4046
F938	Andre følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	4016
F910	Atferdsforstyrrelser begrenset til familien	3990
0077	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	3986
0076	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	3974
0079	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	3960
0073	80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner	3953
Z601	Atypisk foreldresituasjon	3952
1	1 Avvikende relasjoner innen familien	3805
3	3 Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	3635
4	4 Avvikende sider ved oppdragelsen	3631
5	5 Avvikende nærmiljø	3624

Tabell 6.3-6 «Filtrering» av barn og ungdom registrert med diagnose som kan relateres til familiesituasjon

Det betyr at 4,3 % hadde registrert kun diagnoser av typen «Ingen påvist tilstand på akse X».

Man kan spørre seg om disse barn og ungdom skulle vært henvist til BUP i det hele tatt?

Ved å ekskludere disse, 43 % barn og ungdom har registrert diagnose som kan relateres til familie-forhold.

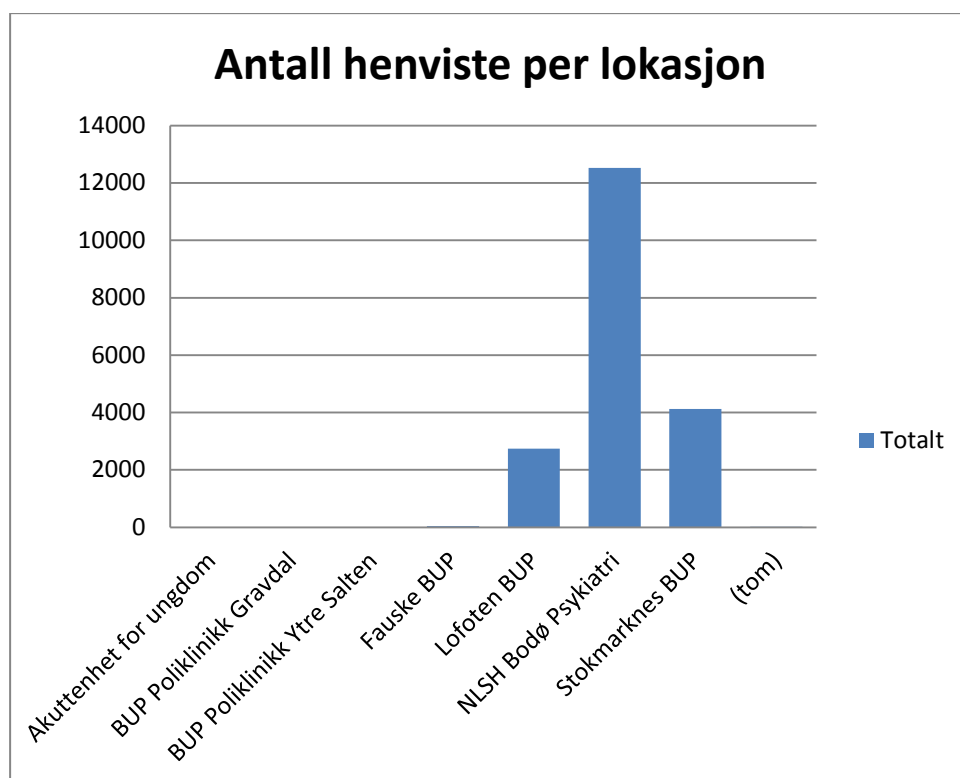
6.3.3 Organisering av BUP-enheter

Henvisninger per lokasjon.

Fordeling av de registrerte henvisninger per lokasjon vises i grafen under. Vi markerer at henvisningsregistrering for NLSH Bodø Psykiatri er noe uheldig da den ikke skiller henvisninger per poliklinikker og sengeposter.

Av de henviste til BUP i Nordland fordeling per lokasjon er:

65 % henvises til NLSH Bodø Psykiatri, 21% til Stokmarknes BUP og 14 % til Lofoten BUP.



Figur 6.3-22 Fordeling av henvisninger per lokasjon

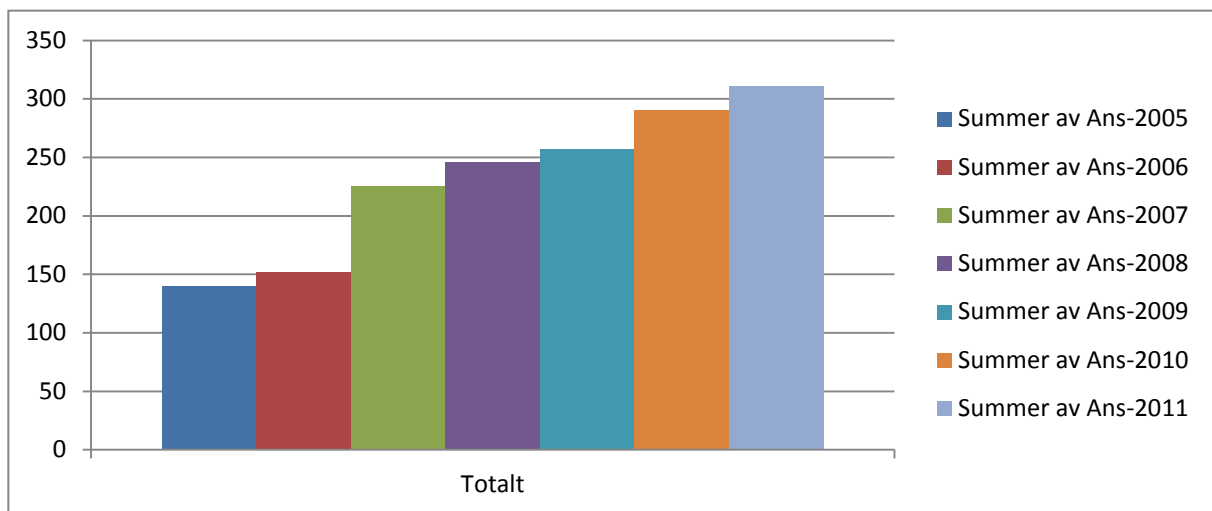
Ansatte-register.

Vi hadde forsøkt å analysere organisering av NLSH Bodø Psykiatri da den hadde størst antall henvisninger og dermed behandler størst andel av barn og ungdom henvist til BUP i Nordland, samt hadde størst utfordring ang innfrielse av krav om ventetid.

Grunnlagsdata for dette var ansatt-register fra Bupdata-systemet som ble brukt ikke bare som EPJ/PAS- system, men også som administrativ verktøy for ansatte i BUP frem til mai 2012,

da et nytt system ble innført (DIPS EPJ/PAS system).

Ansatt- register inneholder blant annet informasjon om ansattes stilling, riktig nok skrevet i fritekst, samt ansetteselsperiode. Viktig å påpeke at ansettelsesslutt dato har ikke vært ajourført regelmessig slik at flere ansatte manglet denne. Dette, åpenbart ga et feil-bilde av antall ansatte gjennom årene, spesielt med tanke på at vi hadde informasjon om at NLSH Bodø Psykiatri har hatt ca 140 ansatte de siste årene. Se bildet under:



Figur 6.3-23 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri

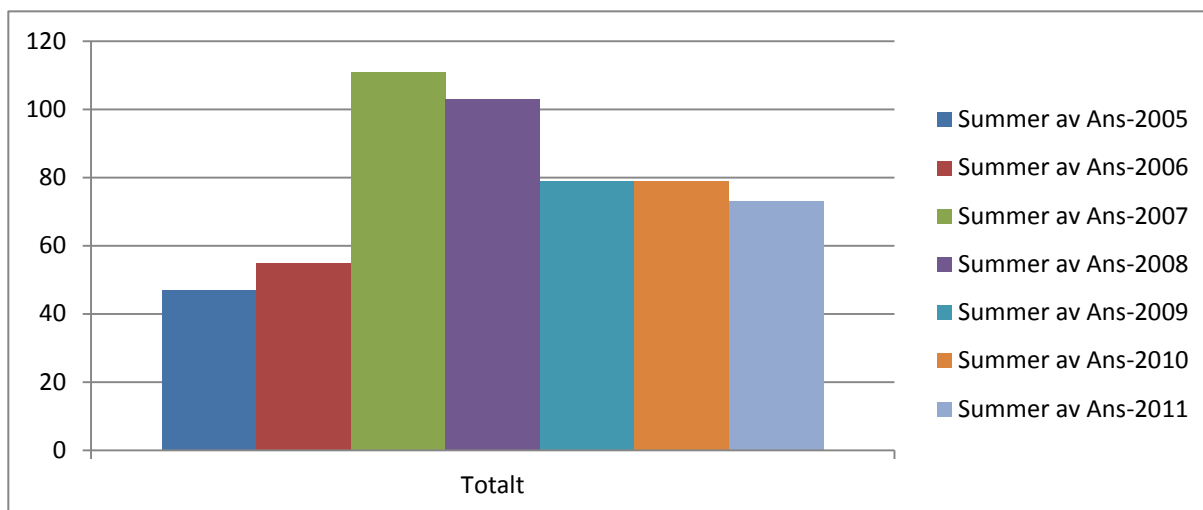
For eksempel, en ansatt registrert med ansettelse fra og med 2002 kunne ha sluttet arbeidsforhold i 2006, og dersom denne ansettelsesslutt dato ikke var registrert kunne man tolke det som om denne personen fortsatt har arbeidsforhold til BUP.

For å prøve benytte dette registeret har vi den manglende ansettelsesslutt dato behandlet som lik ansettelsestart dato for å danne oss et bilde om følgende forhold:

- mulig «turnover»
- forhold mellom antall ansatte i administrasjon og fagarbeidere med behandlingskunnskap

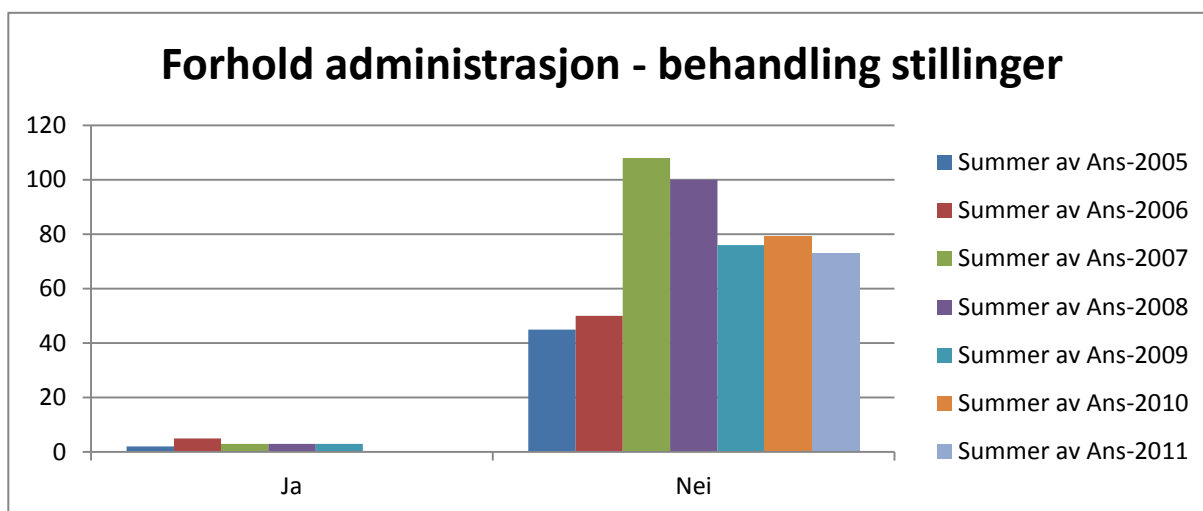
Denne justering ga noe mer realistisk bilde ifht antall ansatte men langt fra korrekt da flere har jobbet i en lengre periode enn det ble justert til. I det nevnte eksempelet ovenfor (hvor vedkommende har vært ansatt i perioden 2002 – 2006, mens registrert ansettelsesperiode var 2002 – ingen slutt dato, og justert til 2002 – 2002) ville man «miste» informasjon om at vedkommende var ansatt i perioden 2003 – 2006.

Resultatet etter justering ble slik:



Figur 6.3-24 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri - justert

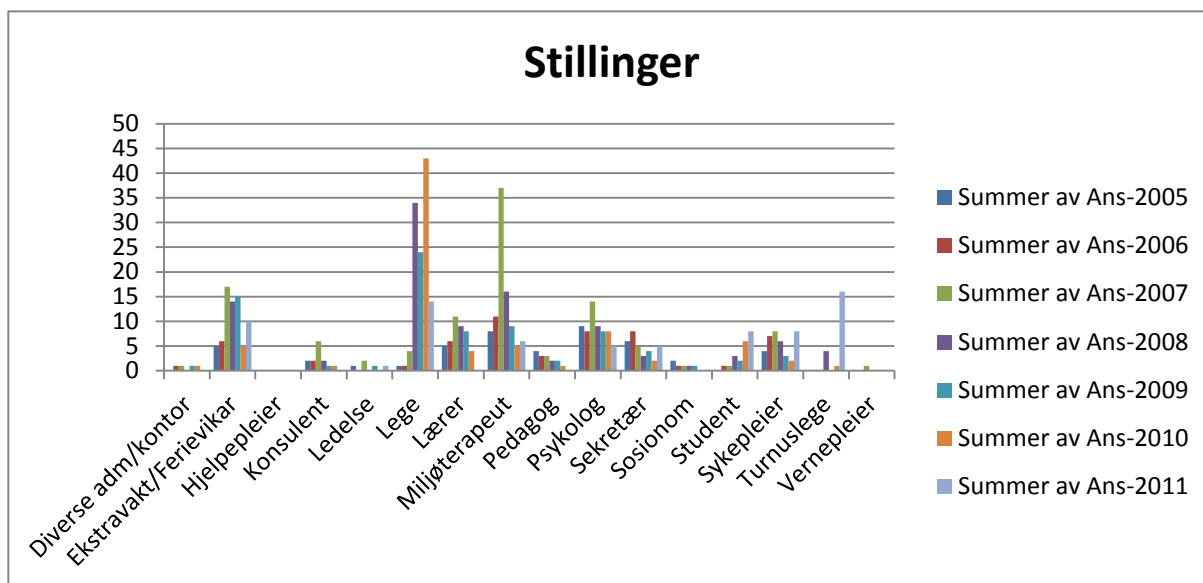
Vi valgte allikevel å benytte oss av disse grunnlagsdata da de ga oss noen interessante funn. Om vi brukte ikkejusterte- eller justerte grunnlagsdata ble forhold mellom administrative- og behandlende stillinger veldig klar. Se under graf for justert datagrunnlag:



Figur 6.3-25 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri – forhold administrasjon og behandlende stillinger

Andel administrative stillinger er 5 % i gjennomsnitt i forhold til det totale antall stillinger ved BUP, uansett om datagrunnlaget var justert eller ikke.

I tillegg, ble det avdekket at enkelte faggrupper er utsatt til mer jobbutskifting enn andre, slik grafen under viser.



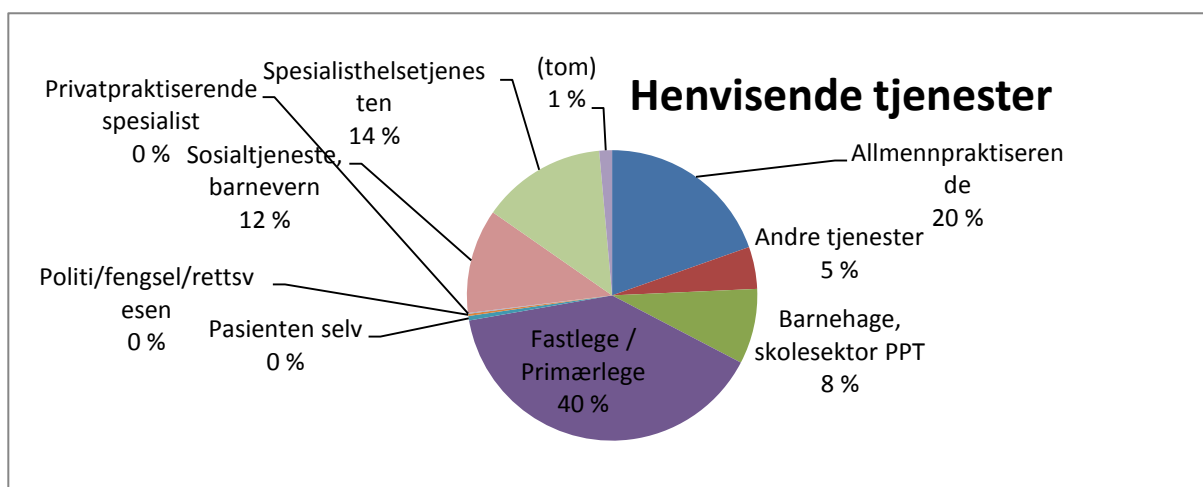
Figur 6.3-26 Ansatt-register for NLSH Bodø Psykiatri – behandlende stillinger

Turnover blant leger, turnusleger, ekstravakter/ferievikarer og miljøterapeuter dominerer i forhold til andre faggrupper. Dette viser til viktigheten av interne rutiner ved hyppigere utskiftning av personale.

6.3.4 Samhandling eksternt (med primærhelsetjenesten mf)

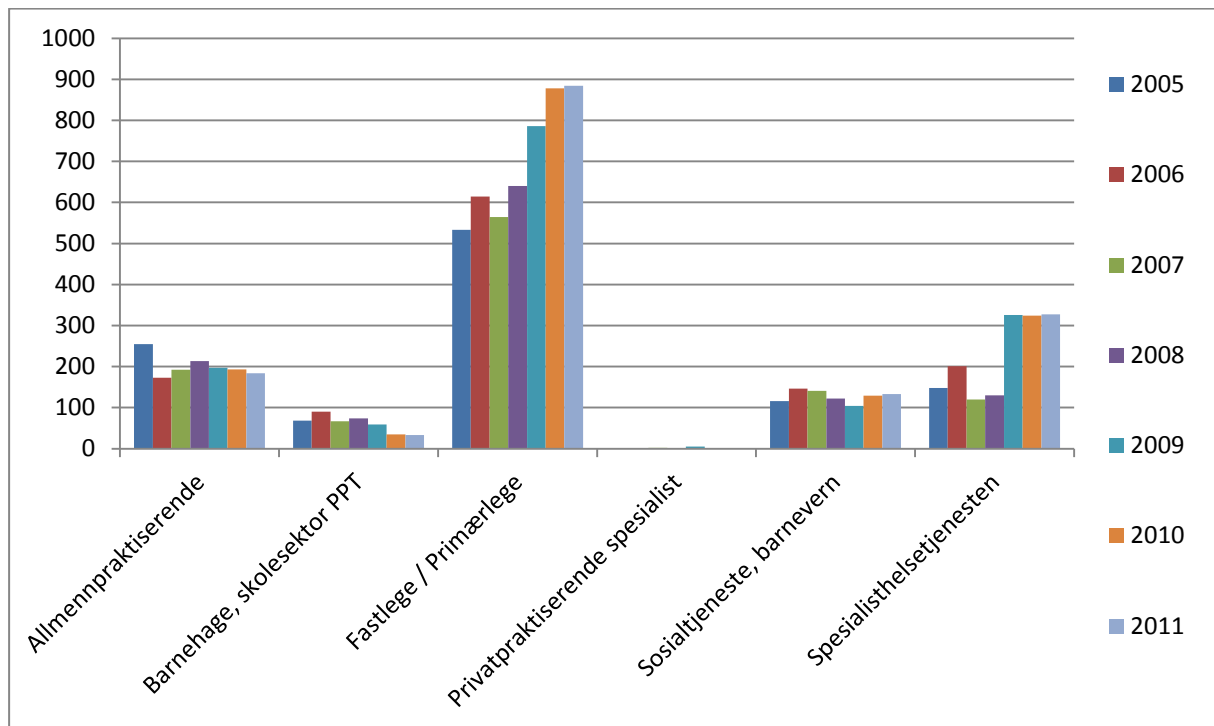
Henvisende instanser-typer.

Ved å analysere alle henvisninger i BUP Nordland ser man at 25 % henvises av institusjoner som ikke har/ ikke kan ha behandlingsansvar (ikke har medisinsk bakgrunn) som barnehager, skolesektor, PPT, sosialtjeneste, barnevern og andre.



Figur 6.3-27 Henvisende tjenester

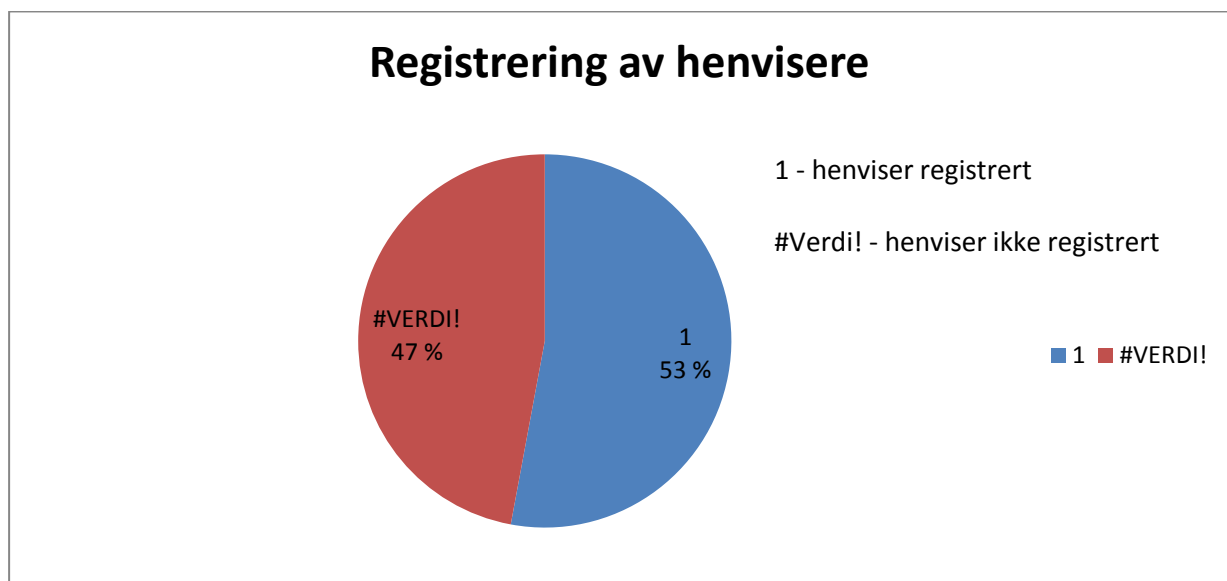
Men antall henvisninger fra fastleger/almenpraktiserende viser en endring i henvisningspraksis slik at disse henviser langt flere enn tidligere.



Figur 6.3-28 Utvikling i henvisningspraksis de siste årene

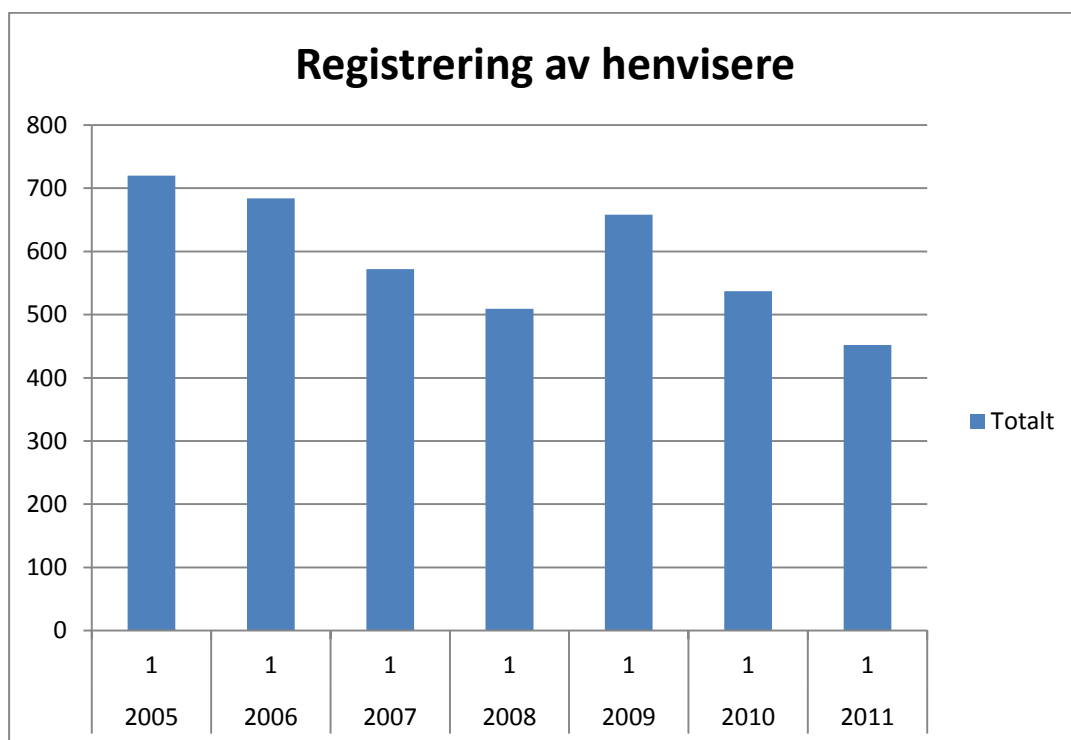
Henvisende instanser.

Det viser seg at registreringspraksis over henvisende instanser/henvisere er av svært dårlig kvalitet. Av de 19466 henvisninger til BUP er kun 53 % som har registrert henviser. I tillegg, det er mye «fritekst» registreringer slik en og samme henviser ble registrert på mange forskjellige måter på tvers av henvisninger.



Figur 6.3-29 Registrering av henvisere

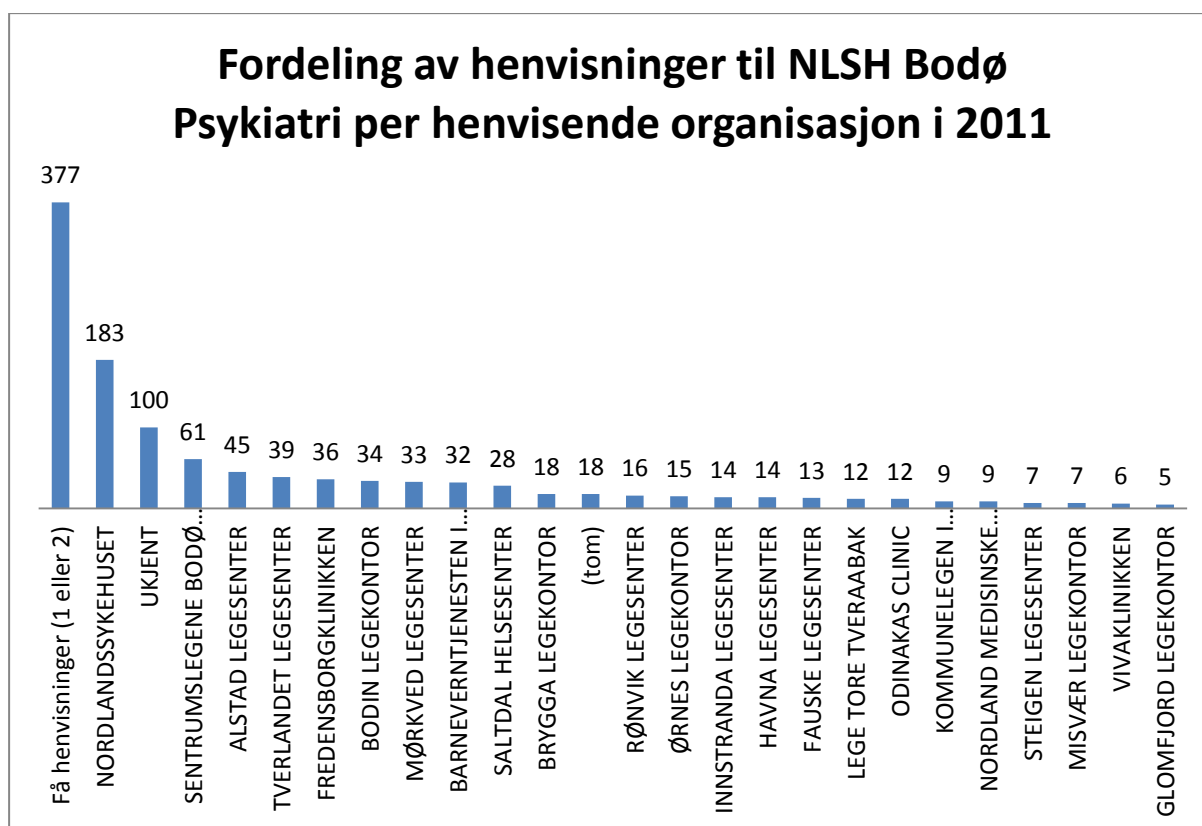
I tillegg, trenden for registrering av henviser er faktisk negativ. I de senere årene har man dårligere registreringspraksis enn tidligere på den måten at selve organisasjon en henviser hører til ikke er registrert, mens selve navnet til legen registreres (og da på forskjellige måter).



Figur 6.3-30 Utvikling ang registrering av henvisere i de siste årene

Allikevel avdekker analysen at enkelte fastlegekontorer har høyere henvisningsrate enn andre (NB: der henvisere er registrert).

Av 1143 henvisninger mottatt på NLSH Bodø Psykiatri i 2011 fordeling av henvisende organisasjoner ser slik ut:



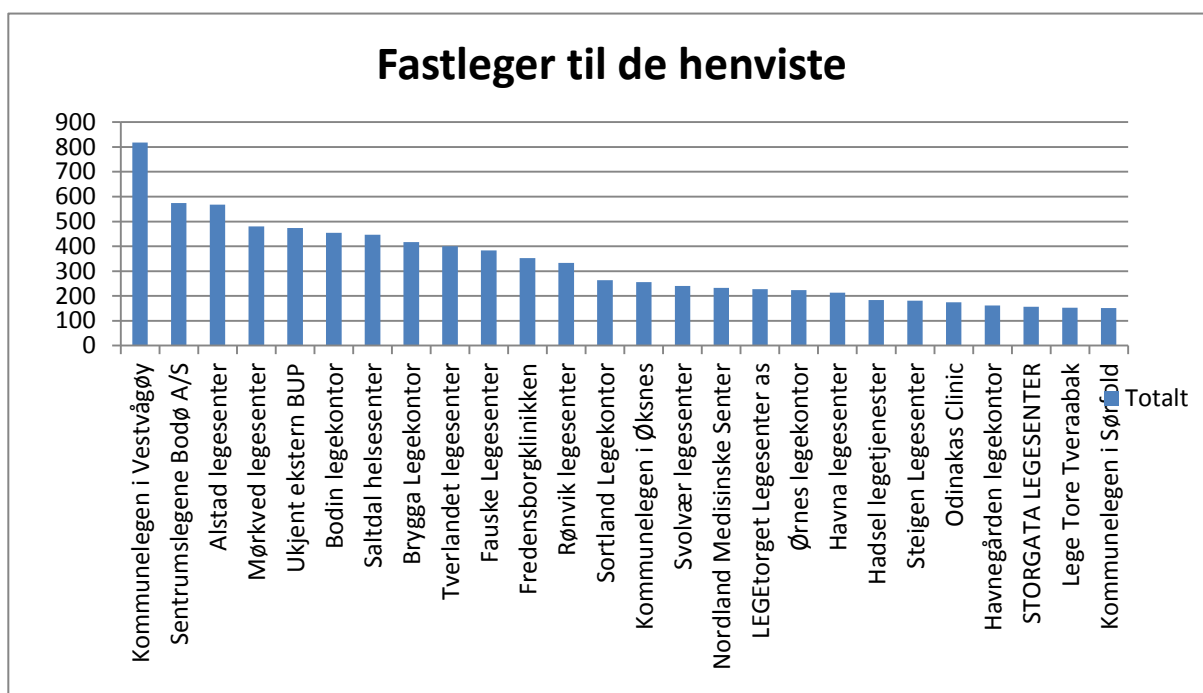
Figur 6.3-31 Fordeling av henvisninger til NLSH Bodø Psykiatri per henvisende organisasjon i 2011

For enkelhetsskyld har vi gruppert de forskjellige henvisere som har sendt en eller to henvisninger til NLSH Bodø Psykiatri i en stor gruppe som vi kalte for «Få henvisninger (1 eller 2)». Denne gruppen inneholder 309 forskjellige henvisere registrert på 377 henvisninger). Vi ser at henvisninger fra fastlegekontorer med beliggenhet nært sentrum har noe større henvisningsrate enn de lokalisert utenfor sentrum.

Fastlege.

Ved å analysere fastleger registrert på de henviste pasienter ser man nesten samme mønster som ved å analysere henvisere, naturlig nok da fastleger er ofte henvisere.

Kvaliteten på registrerings data er noe bedre ang fastleger enn henvisere (sannsynligvis sjeldnere bruk av fritekst-registrering, altså oppslag i registeret ved registrering). Av 19466 henvisninger kan for 11523 utledes fastlege via pasient registrert på henvisningen (dvs for ca 60 % av alle henvisninger). Merk at fastlege knyttet til pasienten er den siste registrerte og dersom pasienten byttet fastlege under behandling i BUP ville det ikke være synlig i datagrunnlaget. Uansett, man kan antyde en liten endring i henvisningstrenden i Bodø, hvor bla Mørkved historisk sett ligger rett under sentrumsfastlegekontorer (se figur under), mens i 2011 er den bak disse og Tverlandet også.



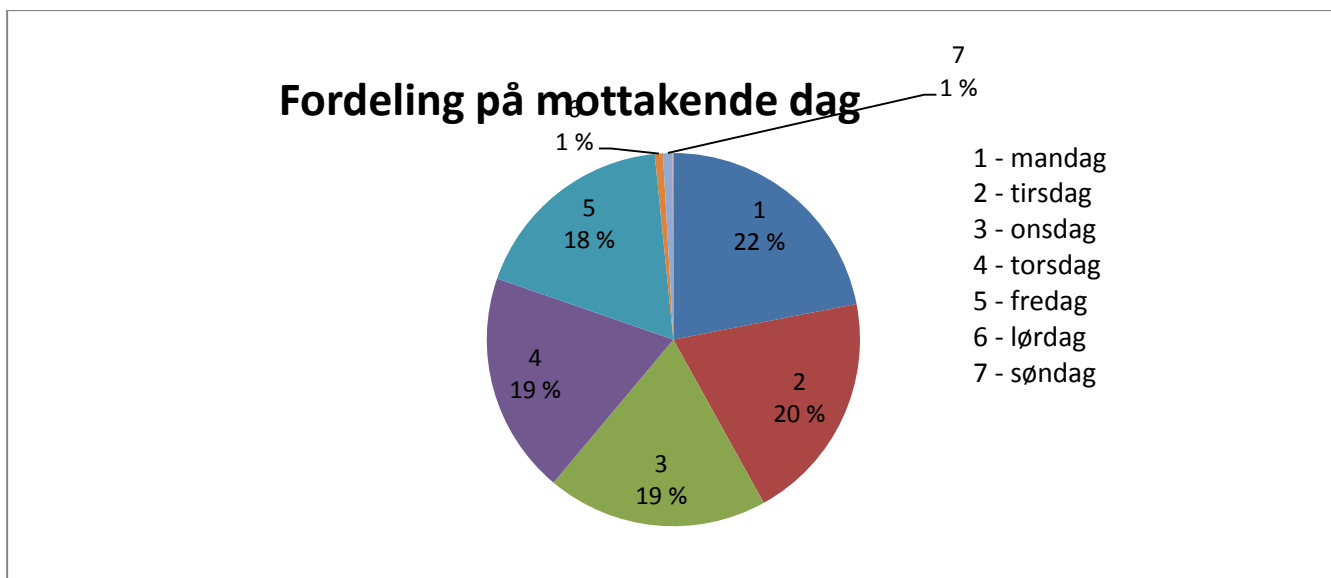
Figur 6.3-32 Registrerte fastleger for de henviste til NLSH Bodø Psykiatri

Henvisningsformalitet.

Henvisningsformalitet på nesten alle registrerte henvisninger er «Frivillig», noen få hadde «Tvungen observasjon» eller «Barneloven».

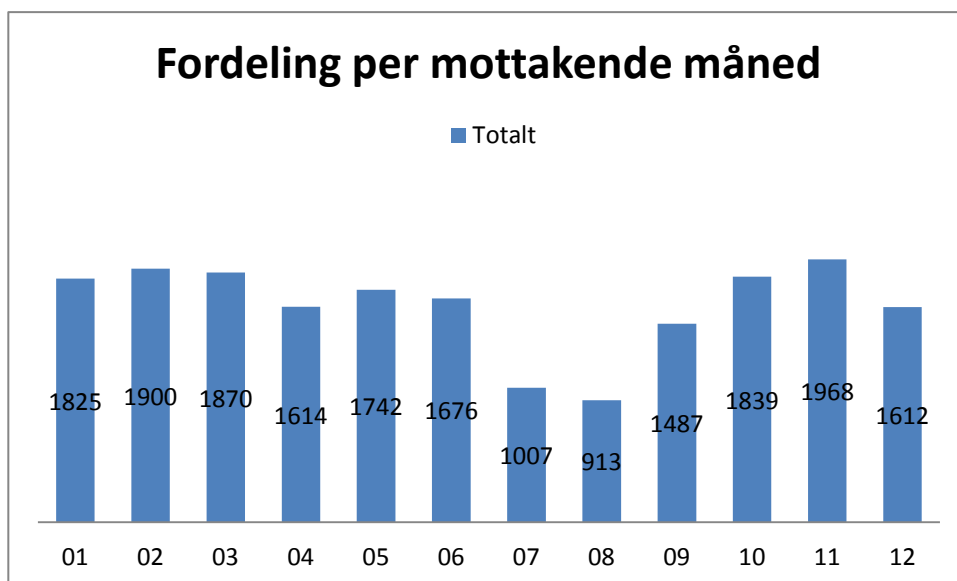
Henvisningsutsendelse/mottak.

Det mottas 4 % mer henvisninger på en mandag (markert som dag 1 i diagram) enn fredag (markert som 5). Det kan forklares med postgang i de tidligere år før man kunne motta henvisninger elektronisk. Vi har i en tidligere graf vist at registreringsdag har faktisk innvirkning på ventetid, da denne øker jo senere i uken henvisning mottas ved BUP.



Figur 6.3-33 Fordeling av henvisninger per mottakende dag

Det viser seg at antall henvisninger som mottas ved BUP reflekterer feriemåneder og skolefri, som ellers i helsetjenesten og daglig livet. November – måned med minst antall frie dager og eventuelle fritidsaktiviteter uansett år utpeker seg som travleste måned i BUP, mens februar, mars og oktober følger etter.

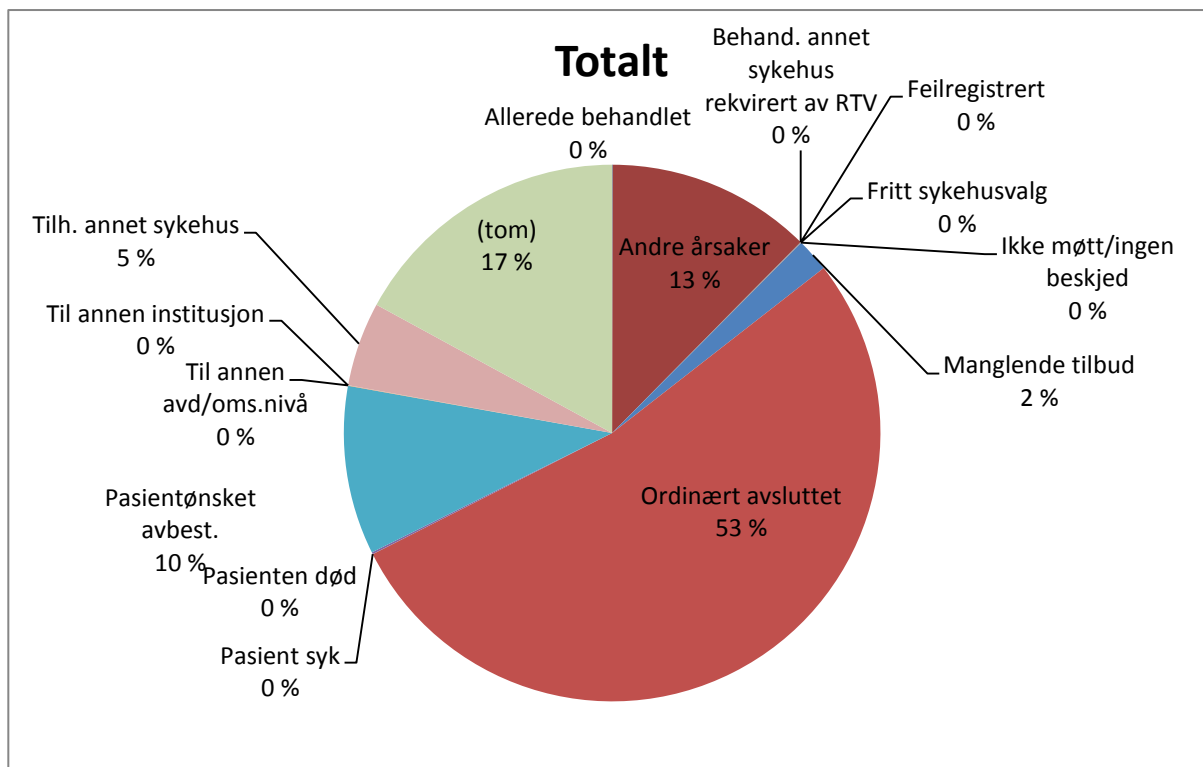


Figur 6.3-34 Fordeling av henvisninger per mottakende måned

6.3.5 Samhandling internt (innen spesialisthelsetjenesten)

Avslutningskoder for henvisningsperiode.

Ved å se på registrerte avslutningskoder på henvisningsperioder kan intern samhandling innen spesialisthelsetjenesten avdekkes. Men, igjen, resultatet er helt avgjørende av registreringspraksis. Fordeling av disse vises i diagrammet under:



Figur 6.3-35 Avslutningskoder for henvisningsperiode

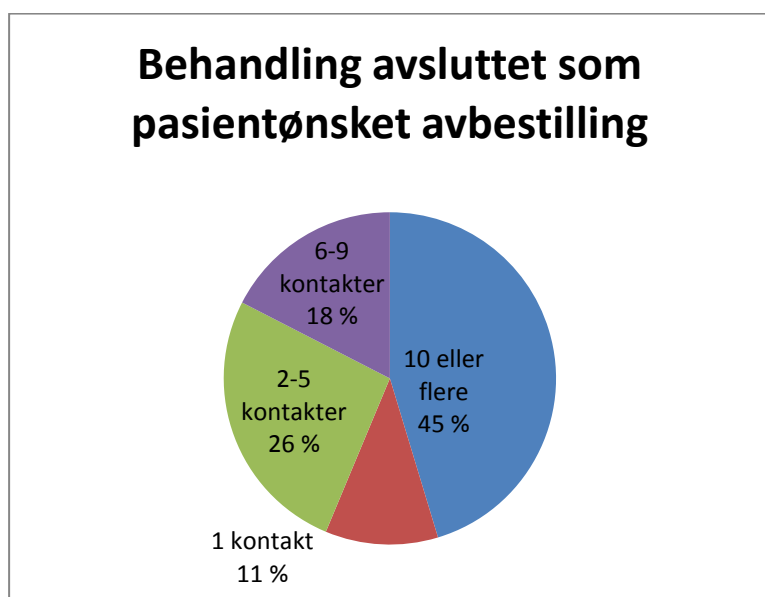
5 % av de henviste sendes til annet sykehus til behandling, mens 10,2 % avslutter behandling etter eget ønske. Det er flere jenter som avbestiller/ikke møter til behandling enn gutter.

Henv.periodes avslutningskode	Kvinne	Mann	(tom)	Totalsum
Allerede behandlet		4	3	7
Andre årsaker	1118	1273	15	2406
Behand. annet sykehus rekvirert av RTV		1	1	2
Feilregistrert			4	4
Fritt sykehusvalg		1		1
Ikke møtt/ingen beskjed		4		4
Manglende tilbud	208	178	5	391
Ordinært avsluttet	4624	5629	80	10333
Pasient syk			1	1
Pasienten død	12	10		22
Pasientønsket avbest.	1080	873	24	1977

Til annen avd/oms.nivå	3	2		5
Til annen institusjon		2		2
Tilh. annet sykehus	490	491	8	989
(tom)	1533	1777	12	3322
Totalsum	9078	10244	144	19466

Tabell 6.3-7 Avslutningskoder for henvisningsperiode

Det betyr at 10,2 % avslutter sin behandling etter eget ønske. Det var interessant å vite om disse har hatt noen form for behandling eller ikke. Grafen viser andel av de henviste (som har avsluttet behandling etter eget ønske) som har kun en, to til fem, seks til ni eller 10 og flere kontakter med BUP som er registrert under behandling/henvisningsperiode.



Figur 6.3-36 Fordeling ang antall kontakter for henviste som avsluttet behandling etter eget ønske

I grafen over henvisende instanser (6.3-29) ser vi at 14 % henvises fra «Spesialisthelsetjenesten», som kan tolkes som internt innen spesialisthelsetjenesten, samt at denne henvisningstrenden er økende. Fra 2007 til 2011 antall henvisninger fra spesialisthelsetjenesten har fordoblet seg (fra overkant av 1000 til over 2000).

Henvisninger til innleggelser ved BUP har gått litt opp i de siste årene, som er ellers i takt med økningen i henvisningsrate.

Men statistikken for 2012 (frem til 20.mai 2012 som datagrunnlaget er basert på) kan antyde at det kan bli færre som henvises til innleggelse og dermed betyr det at flere pasienter henvises internt for poliklinisk behandling.

Se tabellen under som viser til instanser som henviser barn og ungdom til innleggelser ved BUP.

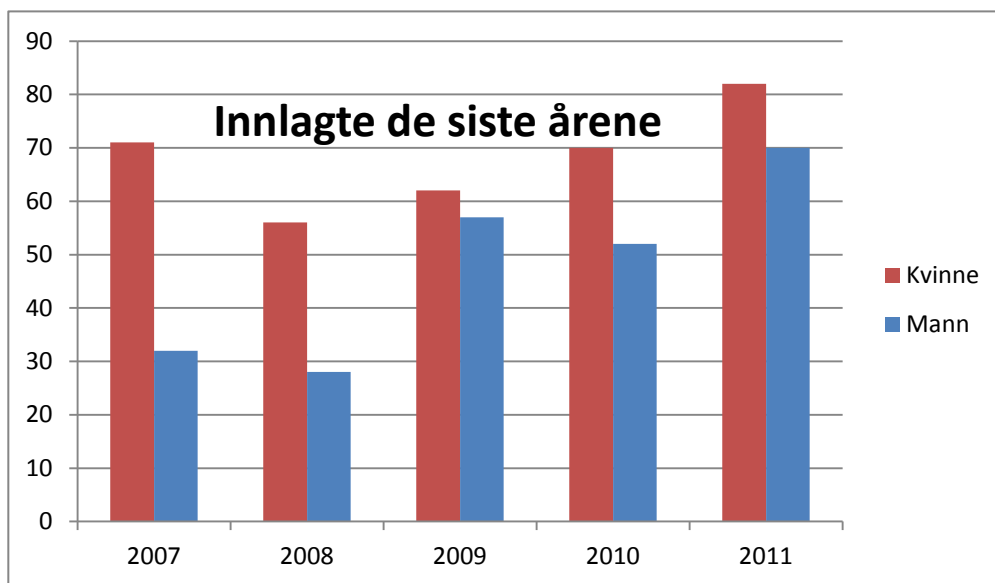
Innleggelser.

Av totalt 626 registrerte innleggelser ser man at nesten like mange er henvist fra fastlege som fra spesialisthelsetjenesten («Psykiatrisk poliklinikk»). Men dersom man estimerer antall for 2012 vil man «havne» på samme nivået som i 2007 for begge grupper.

Henvratype	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Totalsum
Andre			6		3	4	13
Barnehage, skolesektor PPT				1	1		2
Fastlege/primærlege	59	42	44	46	65	25	281
Privatpraktiserende psykiater/psykolog			4				4
Psykiatrisk poliklinikk	32	38	58	65	74	13	280
Sosialtjeneste, barnevern	11	2	2	3			18
Øvrig primærhelsetjeneste	2	2	5	7	9	2	27
(tom)						1	1
Totalsum	104	84	119	122	152	45	626

Tabell 6.3-8 Instanser som henviser barn og ungdom til innleggelser

De er flere jenter som henvises til innleggelser enn gutter. Tidligere var denne kjønnsfordelingen mer tydelig, mens i de siste årene denne forskjellen «utjevnes»:



Figur 6.3-37 Kjønnsfordeling de siste årene blant de innlagte

Ser man på årsaker til innleggelsen vil man se at størst økning har hatt «Mistanker om depresjon», «Mistanke om bipolar lidelse» og «Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse

(ADHD)», mens enkelte grunner har ikke blitt brukt/registrert i de senere årene. Endring i registreringspraksis kan være en forklaring. Unsett, det er typisk «jente»-syndromer som «topper» listen over henvisningsgrunner til innleggelse.

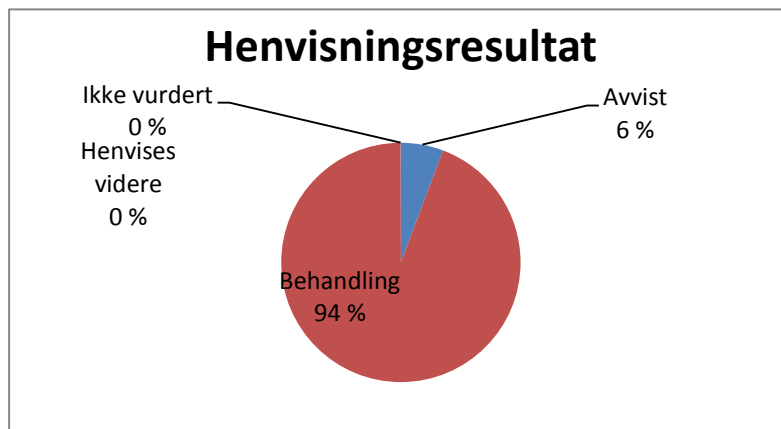
Henvissingsgrunn	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Totalsum
(30)Mistanke om depresjon		3	46	51	71	35	206
(3)Suicidalfare	39	28					67
(tom)	2	1	11	23	19	4	60
(33)Mistanke om psykose		1	13	10	13	1	38
(7)Tristhet/depr/sorg	17	18					35
(23)Mistanke om trasslidelse/adferdsforstyrrelse		1	12	7	6		26
(10)Hyperaktiv/konsentrasjonsvanske	18	2					20
(27)Mistanke om angstlidelse		1	8	5	5		19
(24)Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)			4	4	8	1	17
(31)Mistanke om bipolar lidelse			3	2	12		17
(2)Psykotiske trekk	10	6					16
(32)Vedvarende og alvorlig selvskading			7	5	2	2	16
(9)Atferdsvansker	5	9					14
(36)Annet	8	5					13
(34)Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer			1	7	3		11
(22)Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)			2	3	3	1	9
(26)Skolevegring			5		3		8
(28)Mistanke om tvangstanker/tvangshandlinger			3	2	2		7
(21)Alvorlig bekymring for barn under 6 år		1		2	1	1	5
(1)Autistiske trekk	2	1	1				4
(8)Skolefravær	1	2	1				4
(11)Rusmiddelmissbruk		3					3
(29)Mistanke om spiseforstyrrelse				1	2		3
(6)Tvangstrekk	1	1					2
(16)Spiseproblem	1	1					2
(35)Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom			1		1		2
(5)Angst/fobi			1				1
(25)Mistanke om Tourette syndrom					1		1
Totalsum	104	84	119	122	152	45	626

Tabell 6.3-9 Henvissingsgrunn til innleggelser

6.3.6 Rutiner og arbeidsprosesser

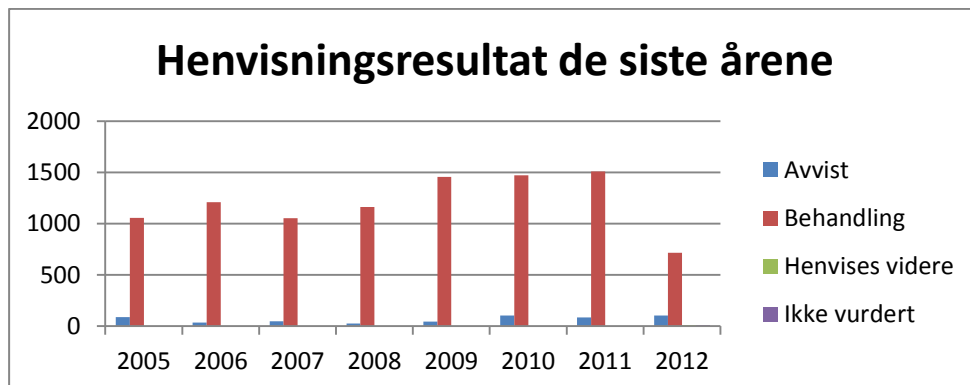
Vurdering av henvisninger.

Henvisninger som mottas til BUPA, blir stort sett vurdert til behandling.



Figur 6.3-38 Vurdering av henvisninger. Henvisningsresultat.

Men man ser at de siste årene noen flere henvisninger vurderes til «Avvist» som kan sannsynligvis forklares med endringer i inntaksrutiner.



Figur 6.3-39 Vurdering av henvisninger, Henvisningsresultat de siste årene

Ser man på fordeling blant lokasjoner så kan man se at Stokmarknes BUP og Lofoten BUP har avvist henvisninger i større grad enn NLSH Bodø Psykiatri. Henholdsvis 9% og 13,5% mens avvissningsrate i NLSH Bodø Psykiatri ligger på 3%, slik tabellen under kan vise til.

Henvisningsresultat per lokasjon	ANTALL henvisninger
Avvist	1116
BUP Poliklinikk Gravdal	2
Fauske BUP	8
Lofoten BUP	370

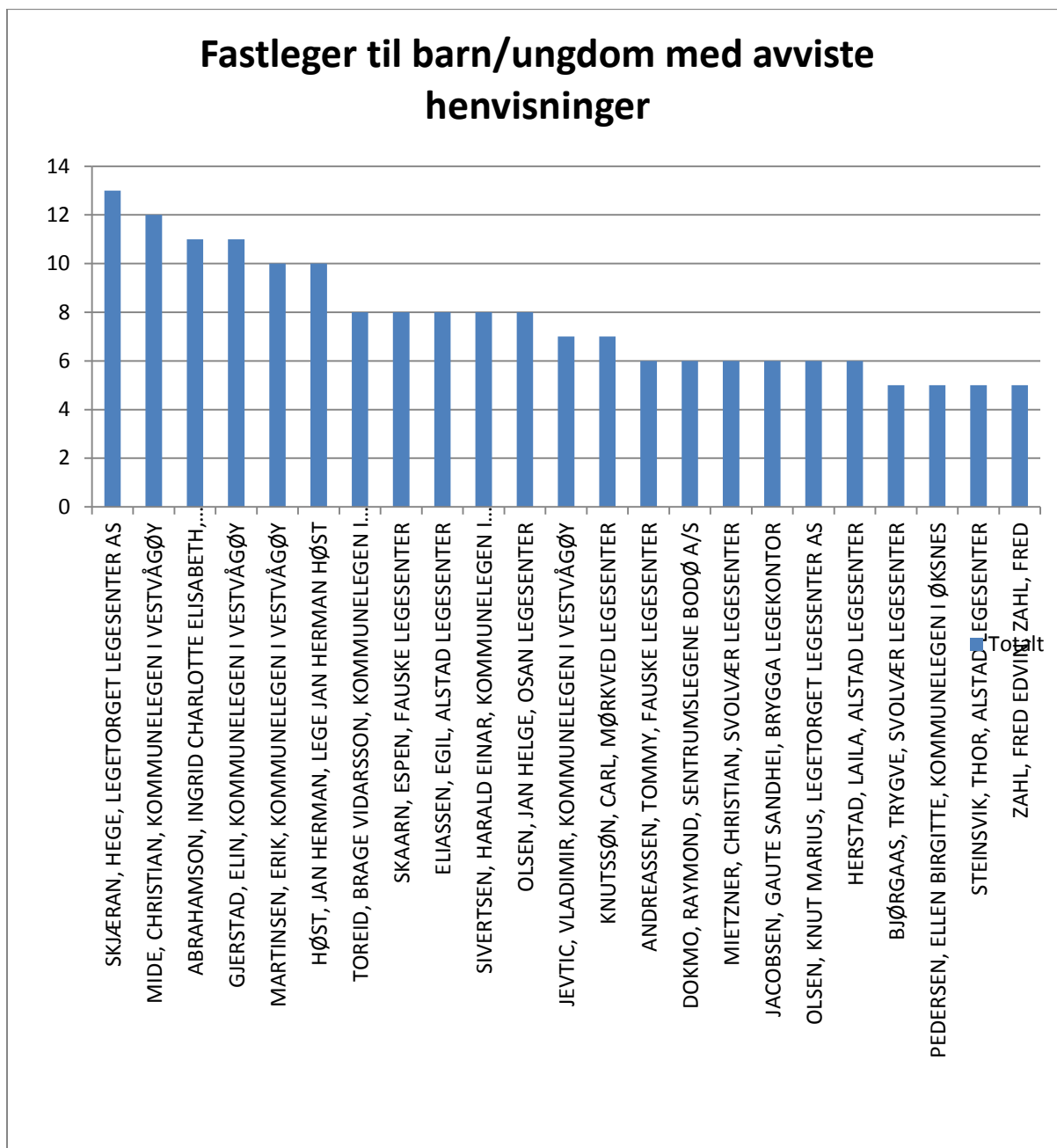
NLSH Bodø Psykiatri	371
Stokmarknes BUP	363
(tom)	2
Behandling	18341
Akutenhet for ungdom	1
BUP Poliklinikk Gravdal	8
BUP Poliklinikk Ytre Salten	1
Fauske BUP	33
Lofoten BUP	2367
NLSH Bodø Psykiatri	12150
Stokmarknes BUP	3763
(tom)	18
Henvises videre	2
NLSH Bodø Psykiatri	2
Ikke vurdert	7
Lofoten BUP	1
NLSH Bodø Psykiatri	6
Totalsum	19466

Tabell 6.3-10 Fordeling av henvisningsresultat per lokasjon

I tillegg, henvisninger/henvisende pasienter som tilhører enkelte fastleger avvises noe mer enn andre. Merk at fastlege trenger ikke å være samme person som henviser, men ganske ofte disse sammenfaller i roller.

Vi merker oss at, i samsvar med funn ovenfor, at avvisning i Vesterålen har vært høyere enn i Bodø. Allikevel de fastleger som har høyt antall barn/ungdom henvist til BUP, altså «på topp» i fastlege-skala er ikke nødvendigvis «på topp» i avvisning-skala. Dette kan gi antydning om forskjellige utredningsrutiner hos enkelte henvisere og/eller kvaliteten til utfyllingsinformasjon i henvisingen til BUP.

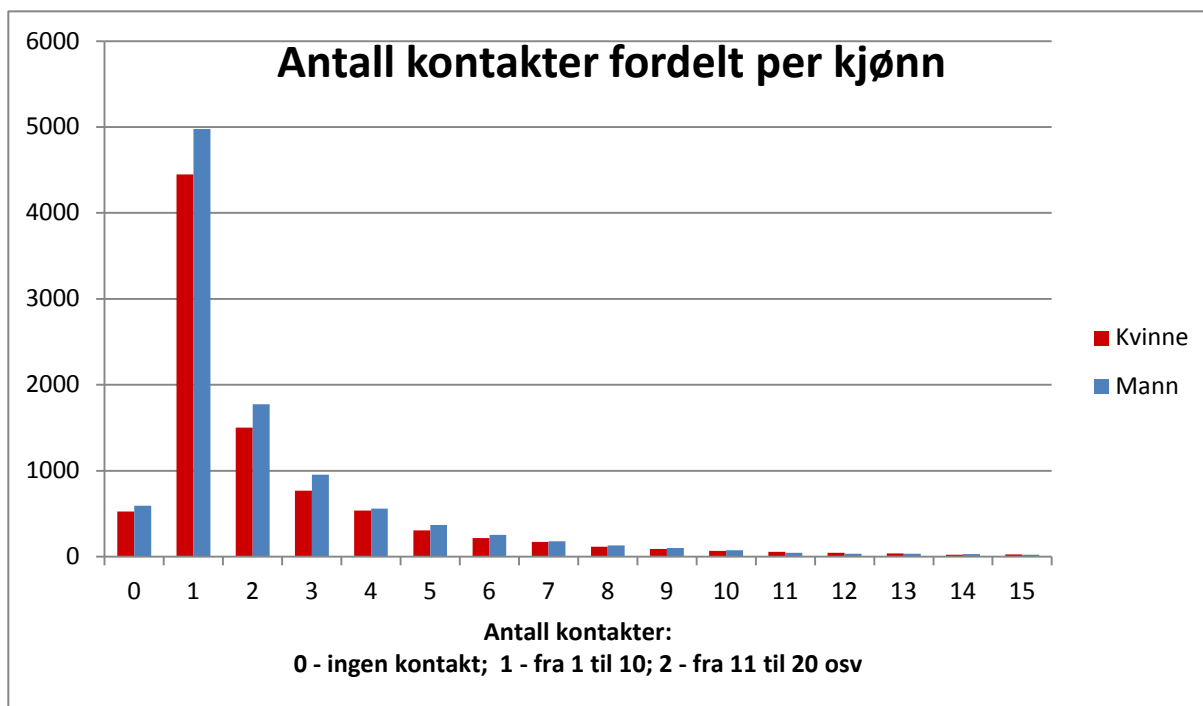
Figuren under viser de leger som er registrert som fastleger til barn/ungdom med avviste henvisninger. Merk at for ca halvparten av de avviste henvisninger har man ikke registrert pasientens fastlege.



Figur 6.3-40 Fastleger til barn og ungdom med avviste henvisninger

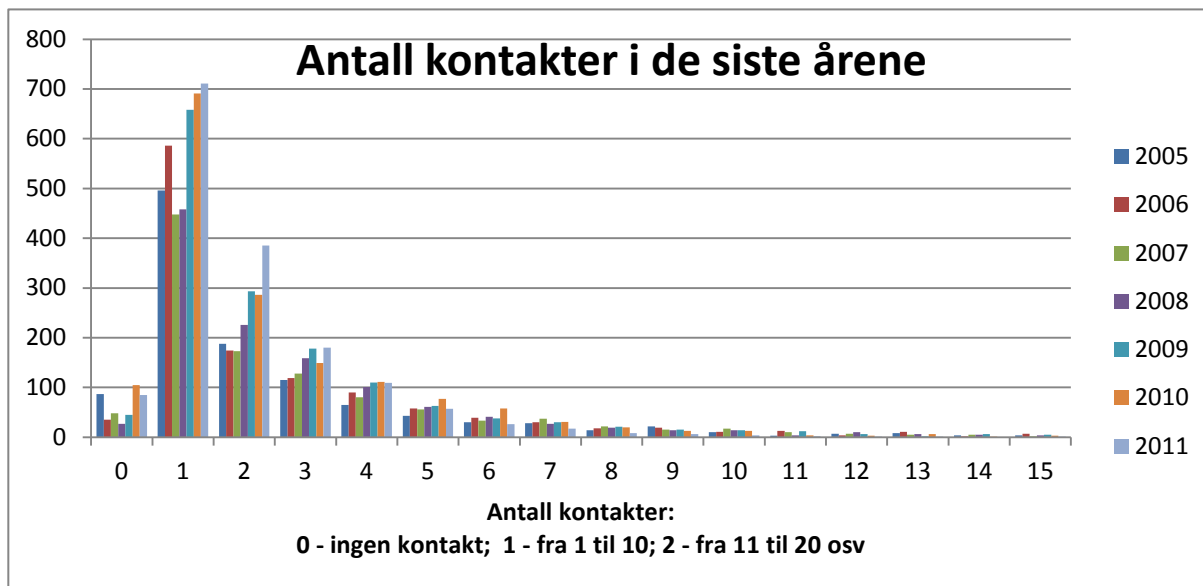
Kontakter under behandlingen/henvisningsperiode.

Vi har analysert om det er noen forskjell i behandling mellom gutter og jenter, og da først og fremst ved å se på antall kontakter som disse har under behandlingen. Det viser seg at det er stor variasjon i antall kontakter: fra ingen til noen få barn/ungdom med over 300 kontakter (til og med fire barn/ungdom med over 600 kontakter). Allikevel, det er ikke noe forskjell i antall kontakter per kjønn. Merk at det er noe flere gutter som henvises til BUP enn jenter og dermed «blå»-søylene er noe høyere.



Figur 6.3-41 Fordeling i antall kontakter per kjønn

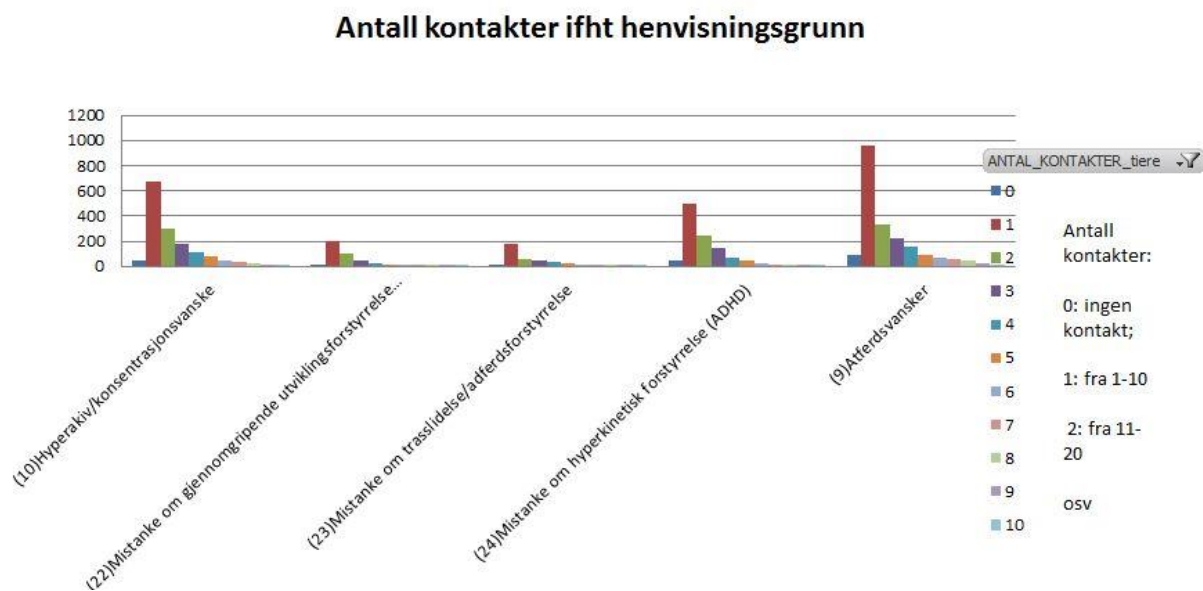
Ser man på fordeling i antall kontakter gjennom årene vil grafen under avdekke at årene 2007 og 2008 har ikke «fulgt» den «standard»-antall timer (fra 1 – 10) i takt med økende henvisningsraten. Søylen for 2007 og 2008 er lavere i for gruppen 1-10 kontakter.



Figur 6.3-42 Fordeling i antall kontakter de siste årene

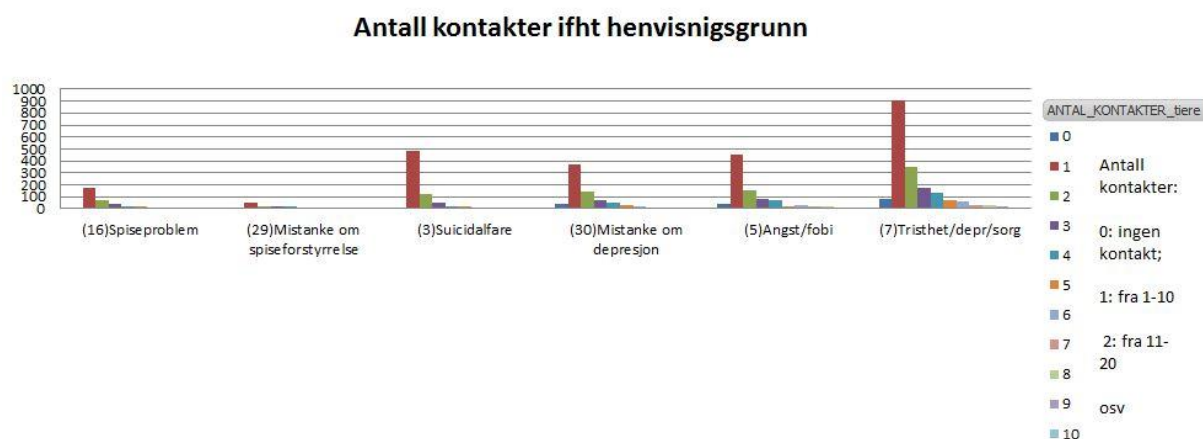
Men i disse årene har antall kontakter økt spesielt i grupper fra over 150 kontakter under behandlingen. (vises i grafene under som omhandler antall kontakter per lokasjon). Det kan muligens forklares med utskifting av behandlingspersonalet, dvs bør sees i sammenheng med grafene under Ansatt-register i kapittel om Organisering av BUP hvor «turn-over» blant ansatte var tydelig i nettopp disse årene.

Ser man på forhold mellom antall konatkter og henvisningsgrunn vil man se at de som er henvist for hyperaktivitet/atferd- og konsentrasjonsvansker «krever» noen flere kontakter enn henviste med mistanke om ADHD eller utviklingsforstyrrelse. Merk at gutter dominerer med disse henvisningsgrunner.



Figur 6.3-43 Fordeling på antall kontakter per henvisningsgrunn som er dominerende blant gutter

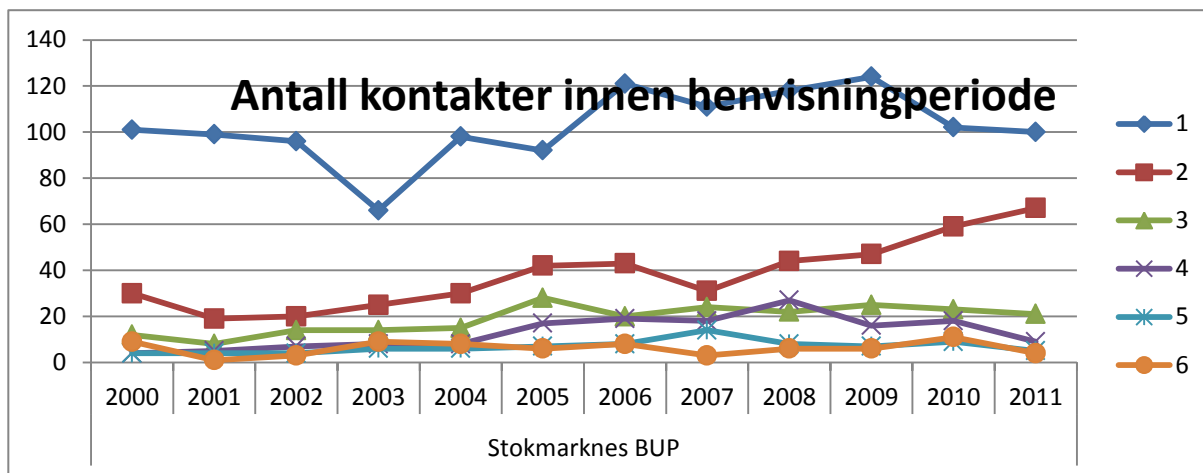
Derimot jentene oftere henvises på grunn av tristhet/depresjon, spiseproblemer og det er tydelig at barn og ungdom med spiseproblemer eller suicidalfare trenger færre kontakter under behandling enn dem med symptomer som depresjon og tristhet.



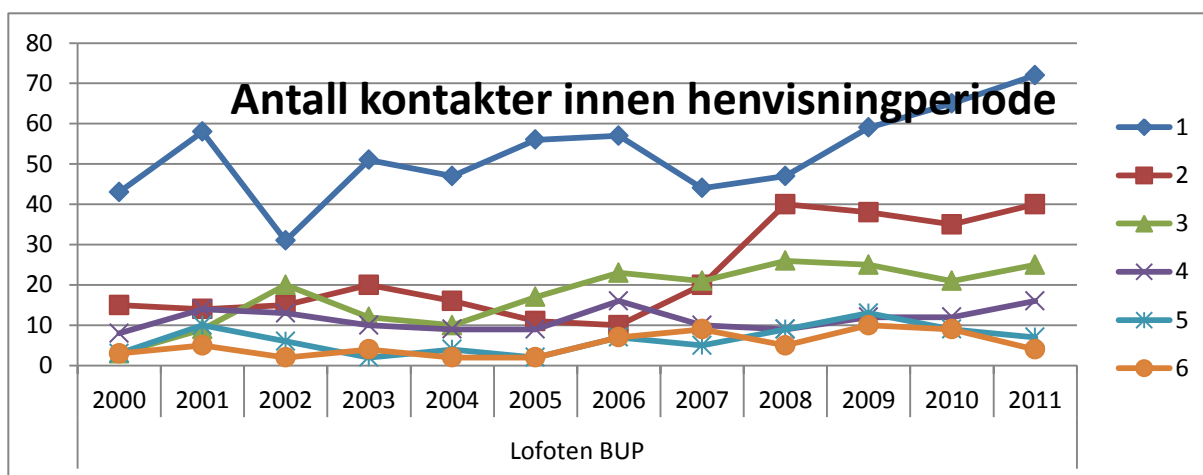
Figur 6.3-44 Fordeling på antall kontakter per henvisningsgrunn som er dominerende blant jenter

Vi har funnet som interessant å se på utviklingen i antall kontakter per lokasjon for å se om det er noen forskjell i behandlingen av barn/ungdom avhengig av sted hvor de er behandlet. Vi gjør en oppsummering av funnene/grafene helt på slutten av dette avsnittet.

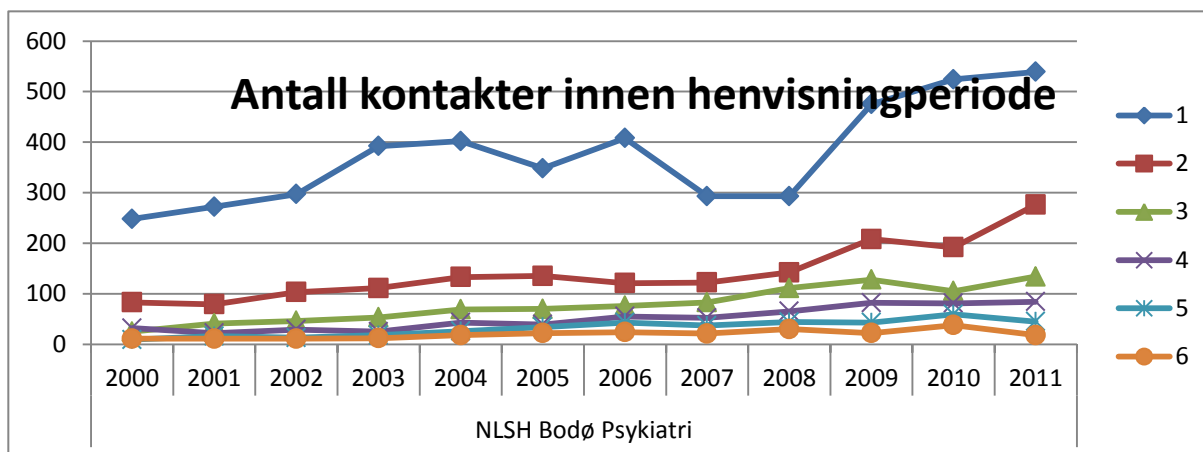
Kort introduksjon om grafene: X-aksen viser mottatt år for henvisning, Y-aksen viser antall henvisninger, mens de fargede grafene viser antall kontakter gruppert som i øvrige oversikter (1: 1-10 kontakter, 2: fra 11- 20 konakter osv)



Figur 6.3-45 Fordeling i antall kontakter innen henvisningsperiode / behandlingen fordelt per år – Stokmarknes BUP



Figur 6.3-46 Fordeling i antall kontakter innen henvisningsperiode / behandlingen fordelt per år – Lofoten BUP



Figur 6.3-47 Fordeling i antall kontakter innen henvisningsperiode / behandlingen fordelt per år – NLSH Bodø Psykiatri

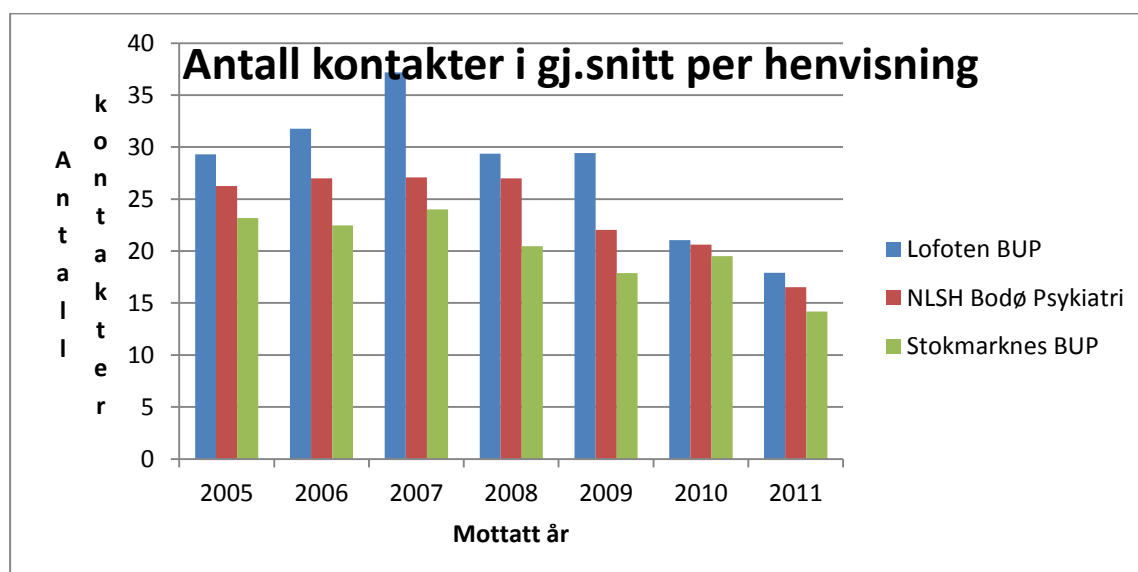
Barn/ungdom som behandles i BUP Lofoten har flest kontakter under sin behandling med en merkbar økning i antall kontakter etter 2008, spesielt i gruppen fra 11 – 39 kontakter.

Barn/ungdom som behandles ved BUP Stokmarknes har generelt færre kontakter enn de som behandles i BUP Lofoten. Men i de siste tre årene behandlet BUP Lofoten flere barn/ungdom hvor de hadde 11 - 19 kontakter, og tilsvarende færre som hadde 0 – 10 kontakter. Altså en trend med flere kontakter under behandling.

Barn/ungdom som behandles ved NLSH Bodø Psykiatri har, historisk sett, hatt færrest antall kontakter under sin behandling tross den største andel av de henviste i BUP Nordland.

Allikevel, de siste årene ser man nesten samme trend som ved BUP Stokmarknes men hvor man klarer å oppretholde behandling for flest barn/ungdom med inntil 10 kontakter.

Ser man på antall kontakter som i gjennomsnitt brukes per behandling ville grafen se slik ut:



Figur 6.3-48 Fordeling i antall kontakter i gjennomsnitt per henvisning fordelt per lokasjon

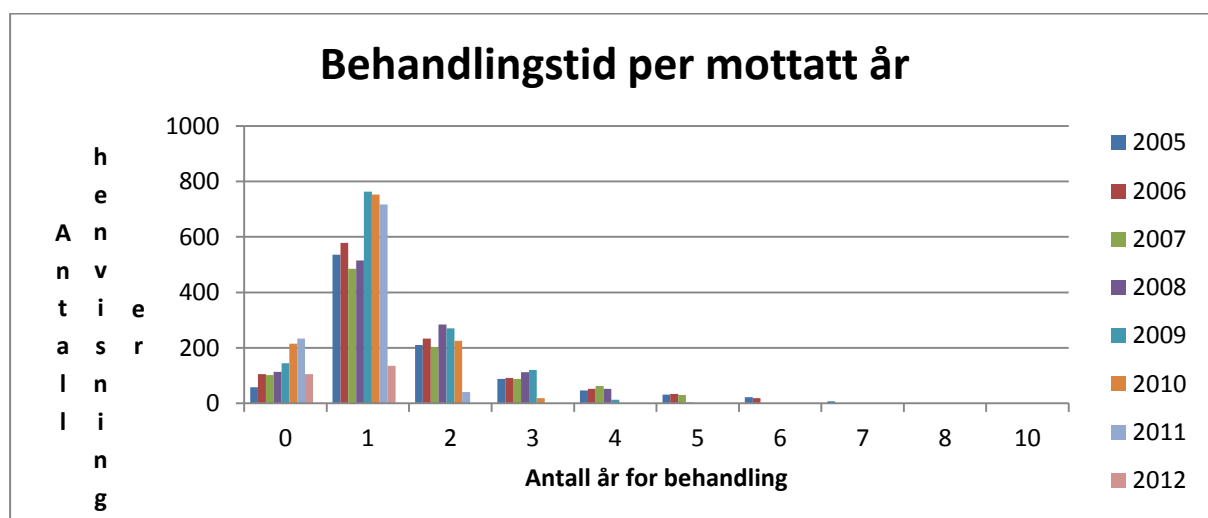
Man kan konkludere at tross de økningene i henvisningsrate som man har sett i de grafene per lokasjon ser man at i gjennomsnitt brukes det færre kontakter under behandling i de senere årene. Det kan forklares at det er allikevel mange flere som har få kontakter (under 10 kontakter) og mange færre med altfor mange kontakter (over 100) slik at gjennomsnitt viser bedre resultater. Husk at barn/ungdom med altfor mange kontakter er ikke vist i noen av grafene da det er stor spredning i disse registreringer og grafene blir veldig uoversiktlige.

Behandlingstid

Behandlingstid er tiden mellom henvisning ble mottatt til behandling var avsluttet.

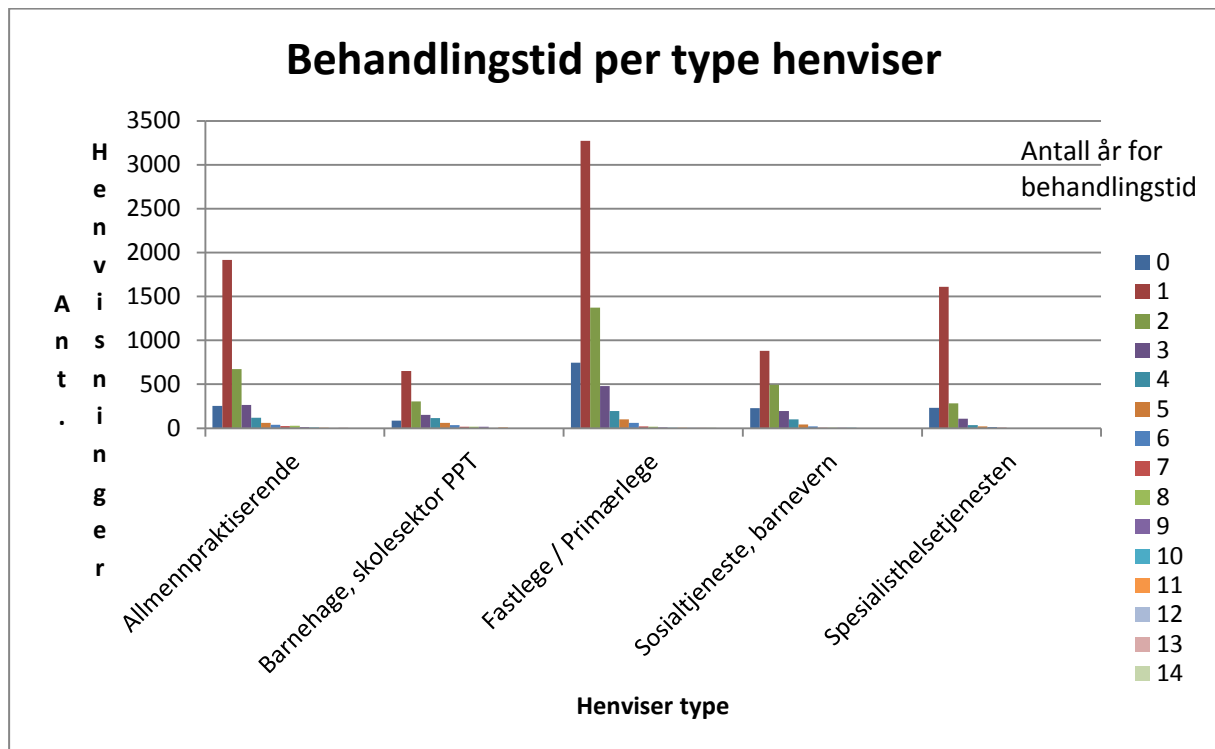
Vi syntes at det var også interessant å finne ut hvor lang behandlingstid er for de barn/ungdom som henvises til BUP da denne variabel har direkte innvirkning på ventetid. Hvis man tar hensyn til fast antall ansatte ved BUP og flere som henvises så vil lengre behandlingstid (barn og ungdom som er under behandling) påvirke ventetid (barn og ungdom som venter på behandling). Merk at antall kontakter, som avsnitt ovenfor handlet om, peker mot samme retning. Jo flere kontakter jo lengre behandlingstid og dermed lengre ventetid.

Grafen under viser at behandlingstid er kortere i de senere årene. Flere som ferdigbehandles under ett år, og færre som behandles over tre år.



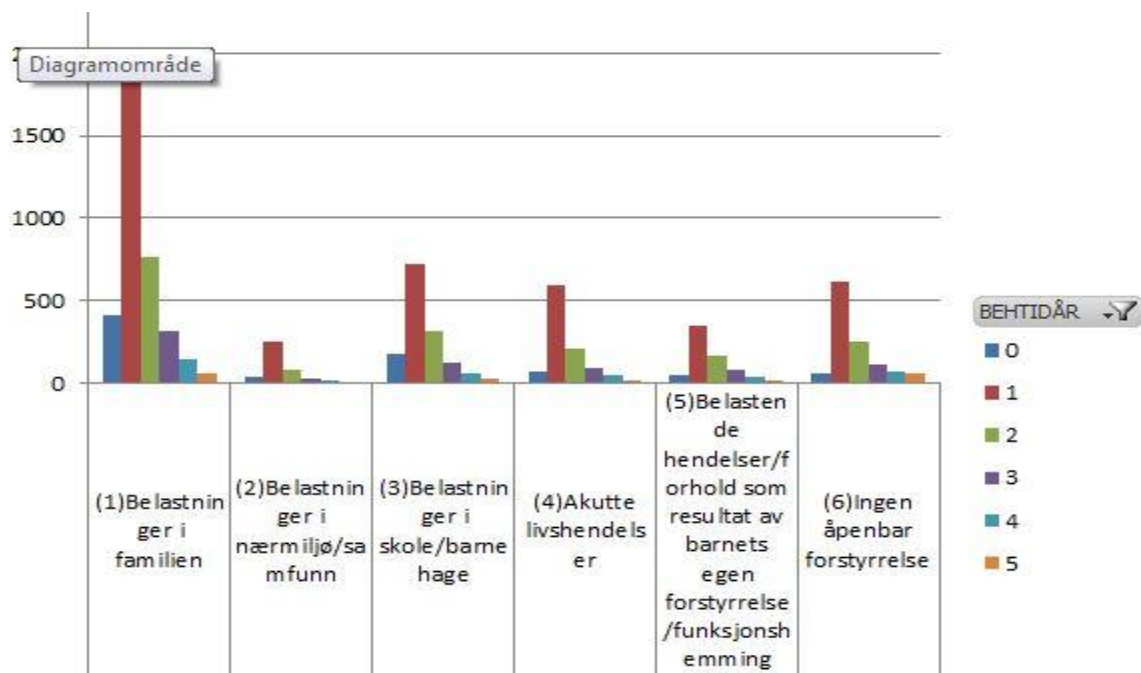
Figur 6.3-49 Fordeling av behandlingstid per år henvisning ble mottatt

Man også ser at de barn/ungdom som er henvist fra spesialisthelsetjensten har kortere behandlingstid enn andre, mens for ventetid hadde henviserstype ingen betydning.



Figur 6.3-50 Fordeling av behandlingstid per henvisers type og henvisninger

Vi merker at behandlingstid er lengst for barn/ungdom som lever i et miljø med belastninger i familie, barnehage/skole og har ingen åpenbare forstyrrelser. Samme forhold som dem med lengst ventetid.

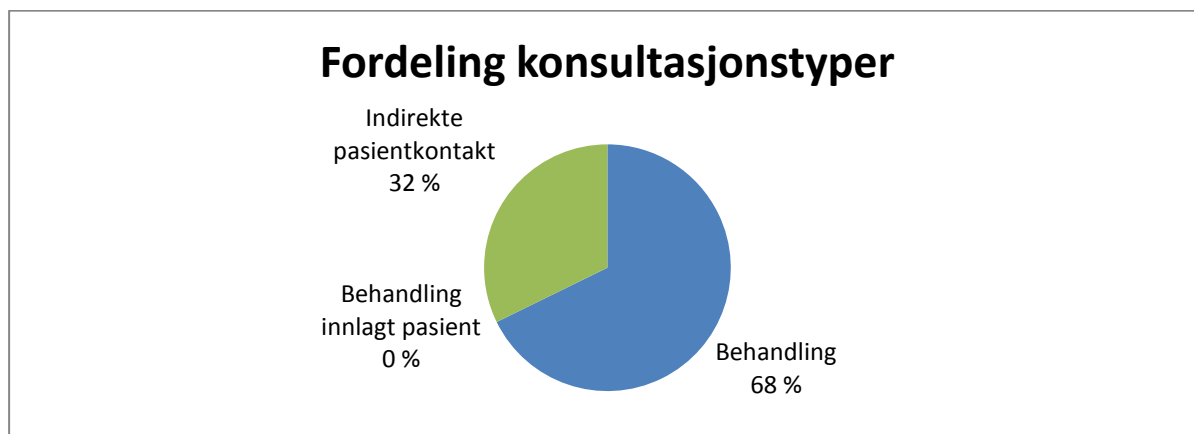


Figur 6.3-51 Fordeling av behandlingstid per henvisningsgrunn og henvisninger

Forhold mellom indirekte og direkte pasient konsultasjoner (typer) kan også si noe om de interne arbeidsprosesser og rutiner.

Konsultasjonstyper

Forhold ang polikliniske konsultasjoner som brukes direkte (med pasienten til stede) kontra de indirekte (der pasient ikke er til stede) er stort sett lik gjennom årene. Kort oppsummert: 1/3 del av poliklinisk behandlingen foregår der pasient ikke er til stede.



Figur 6.3-52 Fordeling av polikliniske konsultasjoner per type

Videre viser det seg at enkelte behandlere registrerer flere indirekte pasientkontakter enn behandlingsskonsultasjoner. F.eks. for 2007 analysen avdekker at 30 av 157 registrerte behandlere på alle polikliniske konsultasjoner har registrert over 50 % konsultasjoner av typen «Indirekte pasientkontakt». To behandlere med flest registrerte konsultasjoner hadde to helt forskjellige behandlingstilnæringer:

(NB: vi har sladdet legens navn da det anses som irrelevant. I tillegg, konsultasjonstyper av type «Behandling innlagt pasient» og «Utredning» er ikke tatt med i tabellen da det er svært få kontakter registrert med disse typer – dette kan forklare avvik på totalsum i noen få rader).

Behandler	Behandling	Indirekte pasientkontakt	Totalsum	Andel indirekte Pasientkontakt
Lege 1, NLSHF	1239	38	1277	2,97572435
Lege 2, NLSHF	479	650	1129	57,5730735
Lege 3, NLSHF	603	206	809	25,4635352
Lege 4, NLSHF	607	181	788	22,9695431
Lege 5, NLSHF	471	232	703	33,0014225
Lege 6, NLSHF	578	99	677	14,6233383
Lege 7, NLSHF	404	247	651	37,9416283
Lege 8, NLSHF	455	183	638	28,6833856
Lege 9, NLSHF	550	68	618	11,0032362

Lege 10, NLSHF	417	153	570	26,8421053
Lege 11, NLSHF	362	194	556	34,8920863
Lege 12, NLSHF	483	56	539	10,3896104
Lege 13, NLSHF	287	248	535	46,3551402
Lege 14, NLSHF	369	159	528	30,1136364
Lege 15, NLSHF	344	181	525	34,4761905
Lege 16, NLSHF	305	211	516	40,8914729
Lege 17, NLSHF	397	116	513	22,6120858
Lege 18, NLSHF	350	161	511	31,5068493
Lege 19, NLSHF	311	197	508	38,7795276
Lege 20, NLSHF	364	144	508	28,3464567
Lege 21, NLSHF	397	104	501	20,758483
Lege 22, NLSHF	286	166	452	36,7256637

Figur 6.3-53 Fordeling av konsultasjonstyper per behandlere - for år 2007

Statistikken for 2012 (for de konsultasjoner som er registrert frem til mai 2012):

Behandler	Behandling	Indirekte pasientkontakt	Totalsum	Andel indirekte pasientkontakt
Lege 1, NLSHF	185	65	255	25,4901961
Lege 2, NLSHF	158	12	184	6,52173913
Lege 3, NLSHF	72	46	145	31,7241379
Lege 4, NLSHF	53	6	140	4,28571429
Lege 5, NLSHF	27	112	139	80,5755396
Lege 6, NLSHF	99	36	135	26,6666667
Lege 7, NLSHF	29	77	106	72,6415094
Lege 8, NLSHF	63	25	94	26,5957447
Lege 9, NLSHF	72	11	93	11,827957
Lege 10, NLSHF	62	29	91	31,8681319
Lege 11, NLSHF	59	30	90	33,3333333
Lege 12, NLSHF	54	15	70	21,4285714
Lege 13, NLSHF	57	11	68	16,1764706
Lege 14, NLSHF	16	46	62	74,1935484
Lege 15, NLSHF	61		61	0
Lege 16, NLSHF	37	11	61	18,0327869
Lege 17, NLSHF	48	13	61	21,3114754
Lege 18, NLSHF	24	36	60	60

Figur 6.3-54 Fordeling av konsultasjonstyper per behandlere - for år 2012

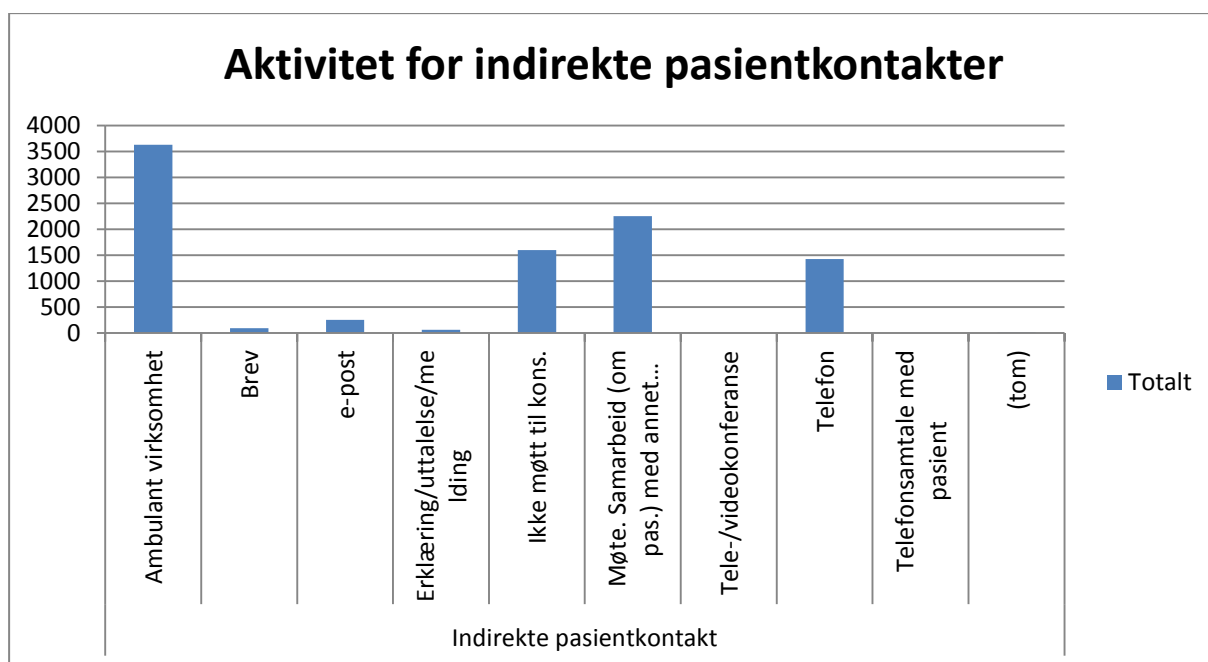
Man ser noen endringer i registreringspraksis, som vel kan identifiseres med behandlingsmetodikken. Ved å gjøre samme analyser for hvert år ser man at det er færre behandlere som har mer enn 50 % av konsultasjoner av typen «Indirekte pasient kontakt».

År	Antall behandlere som har registrert mer enn 50 % konsultasjoner av typen «Indirekte pasient kontakt»	Totalt antall behandlere registrert på alle konsultasjoner	Andel
2007	30	157	19 %
2008	23	160	14 %
2009	22	151	15 %
2010	17	138	12 %
2011	19	136	14 %
2012	13	107	12 %

Figur 6.3-55 Andel behandlere med 50% og mer antall konsultasjoner av typen «Indirekte pasient kontakt»

Tabellen ovenfor avdekker en viktig informasjon/trend! Det er faktisk færre behandlere som er registrert på konsultasjoner i de siste årene tross fast antall ansatte ved BUP de siste årene. Vi hadde en idé om at det kan kanskje forklares med «spesialisering» av fagpersonale slik at enkelte mindre faggrupper jobbet med dedikerte typer pasienter. Dermed prøvde vi å systematisere datagrunnlaget med hensyn til henvisningsgrunn registrert på henvisningen, diagnoser, lokasjon, type henviser og se etter sammenhenger mellom disse og behandlere. Disse analysene ga ikke noe klare svar, og vi konkluderte at en slik sammenheng er vanskelig å bevise, i hvert fall basert på det grunnlaget vi opererer med.

De registrerte aktiviteter på «Indirekte pasientkontakt» konsultasjoner varierer, men de fleste gjelder ambulant virksomhet, samarbeidsmøter med annet helsepersonell som angår pasient, ikke-møtt konsultasjoner.



Figur 6.3-56 Fordeling av aktiviteter på indirekte pasientkontakter

Vi har skrevet tidligere at pasienten ikke møter opp på ca 5 % av avtalte konsultasjoner.

Diagnosessetting

Ved å analysere diagnoser har vi lagt merke til at for flere barn/ungdom hoveddiagnose ikke er registrert under hele henvisningsperioden/behandlingen.

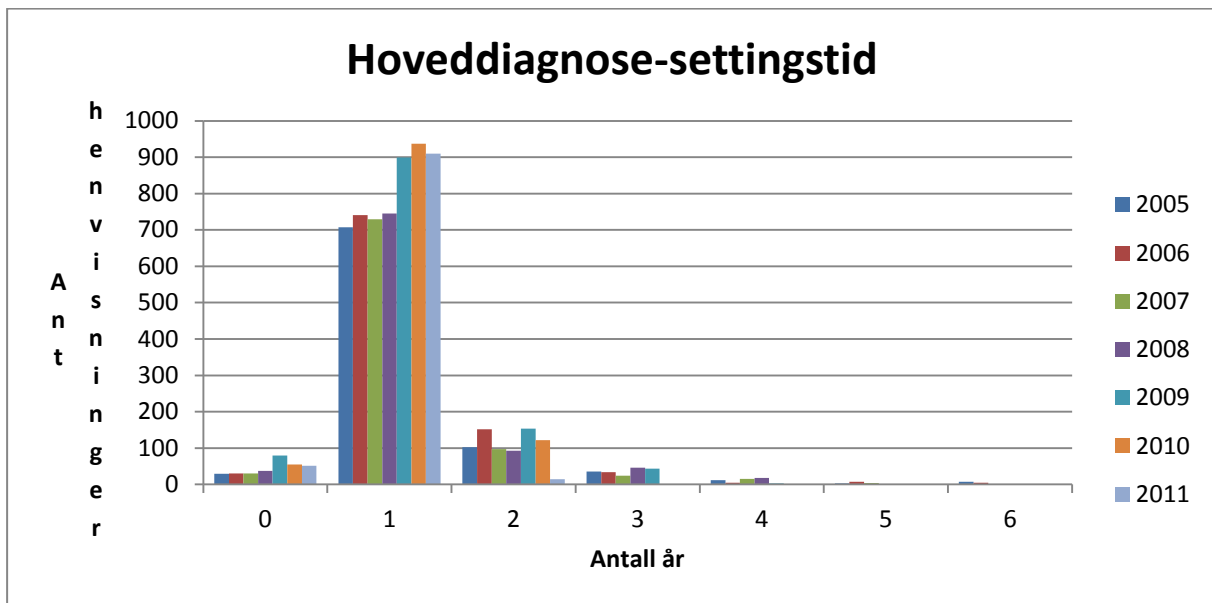
Hvis man tar i utgangspunkt kun henvisningsperioder som er avsluttet/behandlingen er ferdig så vil status for de siste årene være slik ut:

Mottatt år	Antall henvisninger uten registrert hoveddiagnose	Antall henvisninger uten registrert noen diagnose	Antall kontakter under disse henvisninger (min-max)
2005	139	123	1-35
2006	235	198	1-68
2007	175	146	1-74
2008	222	182	1-54
2009	259	202	1-45
2010	281	247	1-57
2011	392	264	1-59

Tabell 6.3-11 Fordeling av avsluttede henvisninger uten registrert hoveddiagnose eller ingen diagnose

De fleste henvisninger som ikke har registrerte diagnoser inneholder kun én kontakt, men allikevel vi mener at det er merkelig at diagnosen ikke stilles mens behandlingen avsluttes, spesielt der hvor man har hatt ganske mange konsultasjoner under behandling.

Men, for de aller fleste henvisninger hvor behandlingen er avsluttet har man registert hoveddiagnose og vi analyserte hvor lang tid trenges for å sette denne. Se figur under:

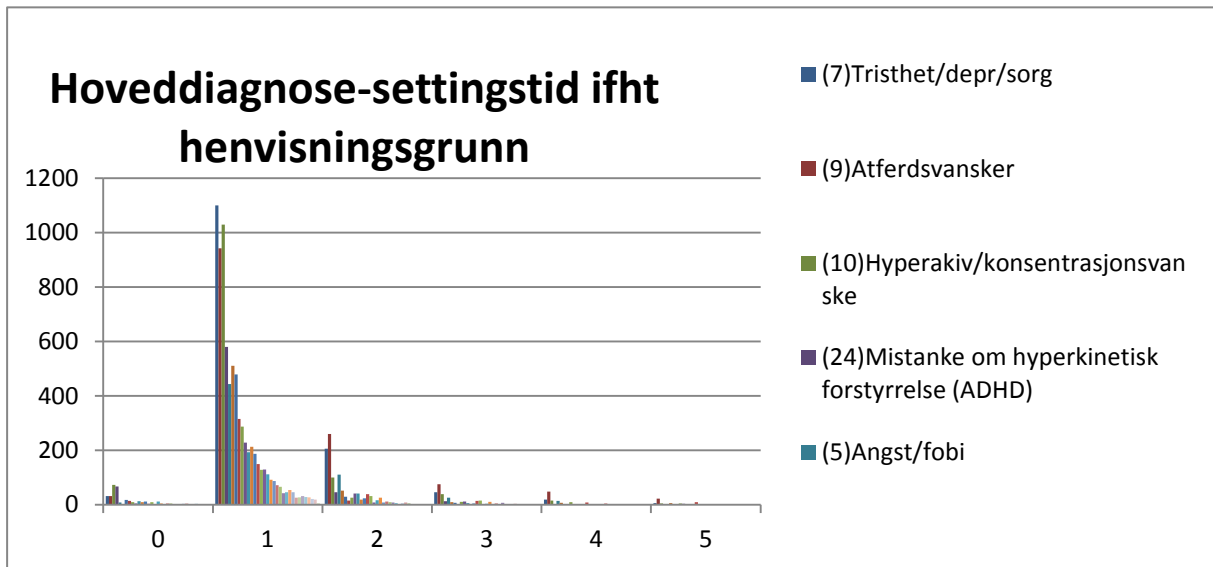


Figur 6.3-57 Hoveddiagnosesettingstid fordelt per henvisninger per mottatt år

Antall år viser til hvor langt tid tok det fra behandling startet til hoveddiagnosen ble stilt. Søylene viser årene henvisningen ble mottatt. Hoveddiagnosen stilles i løpet av det første året av behandlingen (antall år = 1). For inntil 10 % ble diagnosen stilt samme dag som behandlingen startet (antall år = 0). Det kan mest sannsynlig forklares med ulik registreringspraksis eller feilregistrering, for i prinsippet denne bør settes/registreres etter at behandlingen er startet. Vi merker oss at det siste året som vi har fullstendige data for (år 2011) har bare noen få fått registrert hoveddiagnosen i det andre året av behandlingen. Slik sett trenden er positiv.

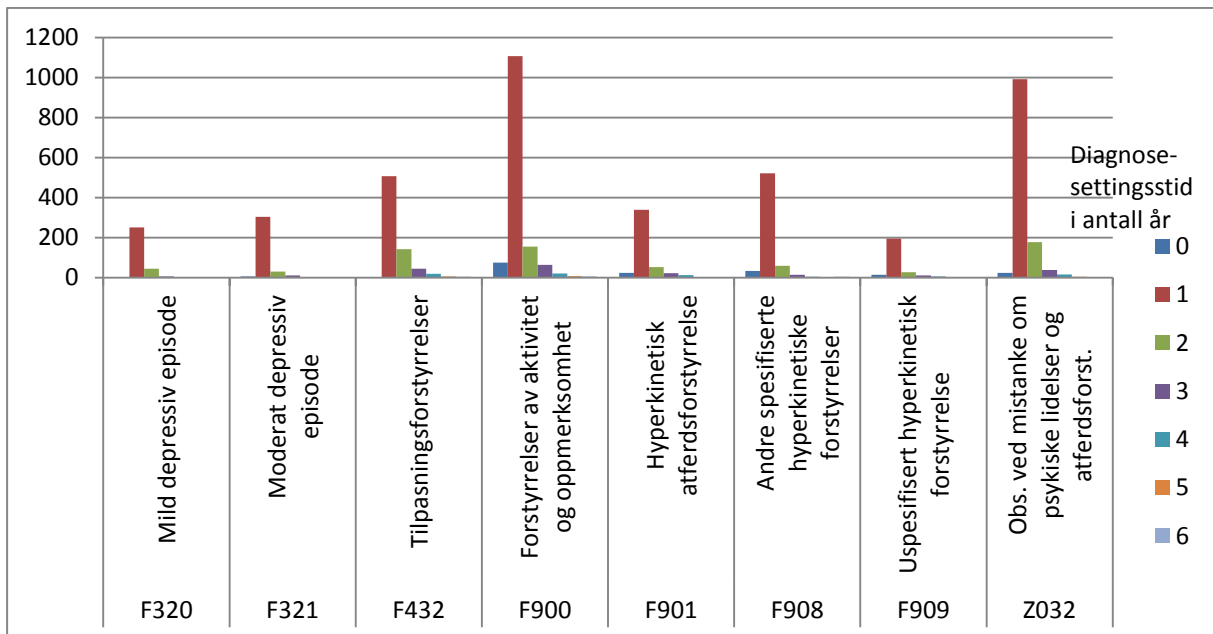
Vi ser at diagnosesettingstid varierer ifht henvisningsårsak. Barn/ungdom henvist pga tristhet/depresjon/sorg, atferdsvansker, hyperaktivitet osv har trengtes lengre tid til å sette diagnosen. Merk at i figuren under viser vi kun de høyest rangerte henvisnings grunner (5 av

33)



Figur 6.3-58 Hoveddiagnosesettingstid i forhold til henvisningsgrunn

Ser man på de mest registrerte hoveddiagnoser vil man igjen se samme mønster: de diagnosene som gjelder atfreds- og tilpasningsforstyrrelser tar lengst til å diagnostisere.



Figur 6.3-59 Hoveddiagnosesettingstid i forhold til utvalgte diagnoser

7 OPPGAVENS KONKLUSJON

Formålet med denne studien var å forstå og undersøke fenomenet ventetid til helsehjelp i barn og ungdomspsykiatri, og prøve å finne de mest sannsynlige årsaker for lang ventetid.

Gjennomgang av litteratur og caseanalyse ble anvendt i en eksplorativ undersøkelse av fenomenet. Hovedresultatene peker på følgende faktorene:

7.1 Familiesituasjon

Økende behov for helsehjelp for barn og ungdom der familiesituasjon skilles ut som viktig henvisningsårsak. Det er faktisk familie med barn og ungdom som ”henvises”, imidlertid er det barnet og ungdom som blir pasient. Vi har sett at det er mange barn og ungdom som henvises på grunn av belastende familiesituasjon og halvparten av de henviste får diagnoser som knyttes mot problemer i familien. I tillegg disse barn og ungdom tilhører den gruppen som har lengst behandlingstid.

7.2 Samhandling mellom kommunal- og spesialisthelsetjenesten

Økende henvisningsrate til spesialisthelsetjenesten er et faktum. I midlertid har vi sett at data registrert på henvisningene er av svært varierende kvalitet. De viktige opplysninger er fraværende. Dette kan tyde på utilstrekkelig utredning, og forlenger iverksetting av helsehjelp da denne oppgaven overføres til spesialisthelsetjenesten. Enkelte fastlegekontorer henviser i større grad enn andre uten at vi kan se at det foreligger noe relevante forklaringer. I lyset av dette må vi ikke glemme at over 10 % av barn og ungdom avslutter sin behandling etter eget ønske etter noen få kontakter med BUPA.

7.3 Intern organisering og rutiner

Antall henviste til BUPA kan ha sammenheng med ventetid da antall ansatte ikke har økt i takt med økende pasientmassen. I tillegg, har vi sett sammenheng mellom turn over og økt antall kontakter per pasient, dermed lengre ventetid. Analysen av ansatte-registeret avdekket at antall de administrative ressurser utgjør 5 % av hele personalstabben og har holdt seg stabilt over tid på dette nivået. Av resursfordeling fremgår at behandlere blir nødt å gjøre en god del

administrative oppgaver som vi antar går på bekostning av pasientbehandling, ergo ventetid til helsehjelp. Analysen avdekker at antall indirekte kontakter (kontakter uten at pasient er til stede) er mulig noe høy i forholdt til antall direkte kontakter med pasient, og varierer fra behandler til behandler. Altså viser til forskjellig behandlingspraksis. Vi har også sett at det tar lang tid å fastsette hoveddiagnose og at det finnes barn og ungdom uten registrert diagnose på tross mange kontakter med BUPA.

På bakgrunn av dette er vår hypotese at det er to mest sannsynlige årsaker til lang ventetid til helsehjelp i barne- og ungdomspsykiatri:

- *Organisering av tjenestetilbud generelt, som ikke er tilpasset barn og ungdoms behov og utilfredsstillende samhandling mellom kommunale- og spesialisthelsetjenesten.*
- *Interne rutiner innen BUPA*

Sekundært tyder studien på at helsepolitiske tiltak om ventetidsgaranti som følges opp med håndhevingstiltak virker effektivt for å redusere ventetid til helsehjelp. Videre tyder studien på at det er fortsatt utfordringer i tjenesten knyttet til registreringspraksis.

Caseanalysen belyser en del andre forhold knyttet til ventetidsproblematikken som kan være av interesse for BUPA eller andre interessenter å se nærmere på.

Videre studier kan bruke vår hypotese og andre relevante funn som vi har vist i caseanalysen som utgangspunkt for nye forskningsprosjekter.

Litteraturliste

Kringlen, E. (2011) *Psykatri*. 10. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

WHO (2013) *Mental Health*. World Health Organization. [Online]. Tilgjengelig
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Helland, M. J., Mathiesen, K. S., (2009) *13-15-åringene fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Holte, J.S., (2006) *Refleksjoner fra forskningsprosjektet «Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet»(PHIL)*, 55.

WEBMD (2013) *Mental Illness In Children*. Mental Health Center. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.webmd.com/mental-health/mental-illness-children>

Vinsrygg, G., (2002) *Arv, miljø og psykiske lidelser – intervju med professor Lars Weisæth*. [Online]. Tilgjengelig fra: http://www.sinnetshelse.no/artikler/psyk_arv.htm

Liverød Risholm, S., (2010) *Hva er psykiske lidelser?* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.webpsykologen.no/artikler/hva-er-psykiske-lidelser/>

Norsk biografisk leksikon (2013) *Store norske leksikon*[Online]. Tilgjengelig fra: http://meta.snl.no/Norsk_biografisk_leksikon

Kringlen, E., (2001) *Psykiatriens samtids-historie*. Oslo: Universitetsforlaget

Kellam, G., Ensminger, E., Turner, R., (1997) Family structure and the mental health of children: Concurrent and longitudinal community-wide studies. *Archives of General Psychiatry*, Vol 34(9)

Engelstad Snoek, J., (1990) *Ungdoms-psykiatri* (2. utgave 2002) Oslo: Universitetsforlaget

Sommerschild, H., Moe, E., (2005) *Da barnepsykiatrien kom til Norge* Oslo: Universitetsforlaget

Næs, Ø., Rognerud, M., Strand, B., (2007) *Sosial ulikhet i helse En faktarapport*. Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Hermunstad, G., (1999) *Psykiatriens historie* Oslo: Notam Gyldendal

Kringlen, E., (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene* Skien: NordBook AS

National Infant Child and Youth Mental Health Consortium (2010) *Access & Wait Times in Child and Youth Mental Health*. Canada: Institute of Human Development, Child and Youth Health Wait Time Alliance (2013) Canadians still waiting too long for health care. Canada: Wait Time Alliance

Information Services Division (2013) Child and Adolescent Mental Health Services. Waiting Times in Scotland. National Services Scotland [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Waiting-Times/Child-and-Adolescent-Mental-Health/>

Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V., (2013) *Waiting time policies in the health sector: What works*. OECD Health policy studies

Sanctis, M., (2013) *Pilot aims to cut children's wait times for mental health services* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.springfieldnewssun.com/news/news/local/pilot-aims-to-cut-childrens-wait-times-for-mental-/nTs6j/>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (Lov 1999-07-02) Helse- og omsorgsdepartementet

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). (Lov-1999-07-02-61) Helse- og omsorgsdepartementet

Prioriteringsveileder - Psykisk helsevern for barn og unge (2009). Prioriteringsveileder IS-1581. Helsedirektoratet

Veileder - Psykisk helsevern for barn og unge (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge IS 1570. Helsedirektoratet

Veileder - Psykisk helsevern for barn og unge (2008). Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene IS 1405. Helsedirektoratet

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975) *Hvem skal eie sykehusene?* Helse- og omsorgsdepartementet

Gjertsen, A., (2007) *Åpenhet og helhet ti år etter*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nummer 6, side 755-760

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) (St prp nr. 63 1997-98; St.prp. nr 1, 2003-2004). Helse- og omsorgsdepartementet

Strategiplanen for barn og unges psykisk helse (2003) Helse- og omsorgsdepartementet

Styringsdokument, bestiller dokument, oppdragsdokument til regionale helseforetak (2002 – 2011) Helse- og omsorgsdepartementet

SINTEF rapport (2005) Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge. Trondheim, Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn

SINTEF rapport (2009) Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Trondheim, Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn

SINTEF rapport (2013) *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid i 2011*. Trondheim, Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn

Forskrift om ventelisteregistrering (2001) FOR-2000-12-07-1233. Helse- og omsorgsdepartementet

Ventelisterundskriv (2009) Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR). IS-10/2009. Helsedirektoratet

Dixon, H., Siciliani, L., (2009) Waiting-time targets in the healthcare sector: How long are we waiting? *Journal of Health Economics*

Riksrevisjonsrapport (2010) Kontroll med forvaltningen av statlige selskaper. www.riksrevisjon.no

Opptrappingsplan for psykisk helse (1999–2008). Helse- og omsorgsdepartementet

Reidl, T., (2008) Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP – sett fra en juridisk synsvinkel. Årsrapport om barn og unges psykiske helse «Barn i Norge». Helse- og omsorgsdepartement

Heirvang, E., (2008) Riktigere prioritering i psykisk helsevern. Årsrapport om barn og unges psykiske helse «Barn i Norge». Helse- og omsorgsdepartement

Fritz, G., (2013) Solution to improve early intervention and access to care. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. www.aaca.org

Store Medisinske Leksikon (2013).[Online]. Tilgjengelig fra:http://meta.snl.no/Om_Store_medisinske_leksikon

Grøholt, B., Sommerschild, H., Garløv, I., (2001) Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforlaget

Dybvig D. D., Dybvig M., (2003). *Det tenkende mennesket*. Trondheim: Tapir akademiske forlag

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A, Tuft PA, Kristoffersen, L (2004) *Introduksjon til vitenskapelig metode*, Oslo: Abstrakt forlag.

Chambliss, D. F., & Schutt, R. K. (2012). *Making sense of the social world: Methods of investigation*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Schutt, R. K., (2012) *Investigating Social World*, 7th edition. California: Sage Publications Inc.

Monroe Collage (2013) *Exploratory, Descriptive, and Causal Research Designs* [Online]. Tilgjengelig fra: www.monroecollege.edu.

Grønmo, S., (2004:s123) *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen: Fagbokforlaget

Creswell, JW (2003) *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: Second edition. Sage publications.

Blomberg B. F., Cooper D. R., Schindler P.S., (2008) *Business Research Methods* McGraw-Hill Higher Education

Ringdal, K (2007) *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, Bergen: Fagbokforlaget

Olsson, H., Sörensen, S., (2007) *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiv*. Liber

Polit, Denise F, Beck, Cheryl Tatano (2004) *Nursing Research: Principles and Methods*. Lippincott Williams & Wilkins

Brink, P. J., og M. J. Wood. (1998) *Advanced design in nursing research* Sage publications, Thousand Oaks, California.

Grønmo, S (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Bergen: Fagbokforlaget

Jakobsen, DI (2005) *Hvordan å gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

BUPA NLSH HF (2012) *Interne rutiner PRK-BUPA AMU- sak 2012*

Grønmo, S (2004) *Kvalitative og kvantitative metoder: Begreper og distinksjoner*. www.idunn.no

Asheim, H., Nilsen, K. B., Johansen, K., & Furu, K. (2007). *Forskrivning av sentralstimulerende legemidler ved AD/HD i Nordland*. TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING, 127(18), 2360.

Cassell, C., Symon G., (2004) *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. Sage

Campbell, S. B. (1995), *Behavior Problems in Preschool Children: A Review of Recent Research*. Journal of Child Psychology and Psychiatry

Gillham, B., (2000) *Case Study Research Methods*. Bloomsbury Academic

Hooper, C., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Gale, C., (2012) *Child and Adolescent Mental Health: Theory and Practice*, Taylor & Francis

Yin R. K., (1999) *Enhancing the quality of case studies in health services research*, Cosmos Cooperation

Befring, E. *Kvantitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/>.

Aneshensel, Carol S.; Phelan, Jo C (2013) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Second edition. Springer.

Office for National Statistics (2013) *Health Statistics Quarterly* [Online]. Tilgjengelig på <http://www.ons.gov.uk/ons/publications/all-releases.html?definition=tcm%3A77-21560>