

Masteroppgave, Program for Læring i Komplekse Systemer, 2011

**Effekt av ambulant- og døgnbasert akuttarbeid
i det psykiske helsevern for barn og unge**

Christiaan Tromop¹

Avdeling for atferdsvitenskap



¹ Korrespondanse vedrørende denne artikkelen rettes til christiaan.tromop@sshf.no

Abstrakt

Undersøkelsen evaluerer effekten av behandling av ungdommer som er henvist til akuttvurdering i Avdeling for Barn- og Unges Psykiske helse i Aust Agder. Ungdommer som ble henvist i perioden april 2009 til april 2010 har deltatt i undersøkelsen. I kartleggingen er spørreskjema SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) brukt. Før akuttvurderingen har ungdommer og foresatte fylt ut dette skjema og dette gjorde de igjen etter fullført behandling, eller etter 3 måneder. Når vurderingen medfører igangsetting av tiltak, er dette døgnbasert - eller ambulant behandling. Gruppen som har mottatt ambulant behandling blir sammenlignet med gruppen som har mottatt døgnbehandling. Det framkommer liten grad av korrelasjon mellom presentert problematikk og valg av tiltak. Valg av tiltak styres i hovedsak av arbeidsstedet til personen som foretar vurderingen. Behandlingseffekt for ambulant- og døgnbehandling er signifikant forskjellig. Inkludering av nettverket i behandlingen viser seg til å være en betydningsfull faktor for effekt av behandling.

Stikkord: krise, ungdomspsykiatri, døgnbehandling, ambulant behandling, SDQ, behandlingseffekt.

Effekt av ambulant- og døgnbasert akuttarbeid i det psykiske helsevern for barn og unge.

Prinsippene om brukerstyrte lavterskeltilbud i nærmiljøet i form av økt tilgjengelighet, økt faglighet og økt behandling utenfor institusjon av alvorlig psykososial problematikk ble nevnt i Stortingsmelding 25 ”Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Prinsippene ble videreført og spisset i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, ”Sammen om psykisk helse”: ”Det er derfor bred faglig enighet om at institusjonsinnleggelse så langt mulig skal unngås. I de aller fleste tilfelle vil det beste være å sy sammen et lokalt tilbud i samarbeid med aktuelle 2. linjetjenester, men uten innleggelse”. Dette begrunnes med at ”Institusjonsinnleggelse kan ha negative bieffekter i form av passivisering, umyndiggjøring og avstand til det miljøet man senere skal leve livet i” (Regjeringen & Helsedepartementet, 2003).

Anbefalinger til ambulant arbeid i psykisk helsevern ble tydelig framsatt i ”Du er kommet til rett sted” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), med anbefalinger om ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Etablering av ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge blir nevnt eksplisitt i Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008): ”Alle helseforetak bør etablere ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge eller øremerke stillinger til denne arbeidsformen”.

Ambulant behandling er behandling som foregår på ungdommens arena. Den sier sånt sett ikke noe om behandlingens innhold. Valg av arena medfører at det er lettere å involvere familie og det øvrige nettverk i behandlingen. Fokus flyttes med dette fra individ til samspill mellom individ og kontekst. (Furre, 2006).

Når en foretar slike omfattende omlegginger, er det ønskelig å vite om det fungerer slik det er tenkt. Erfaringer fra fagfeltet er positive, men dokumentasjon som støtter dette, er

”utilstrekkelig som grunnlag for å kunne vurdere effekten av ambulans behandling i forhold til institusjonsbehandling for hele denne pasientgruppen” (Hviding, 2006, p. 7).

Ungdomsklinikken i Aust-Agder er avdeling for barn- og unges psykisk helse (ABUP) sin akuttenhet, og ivaretar øyeblikkelig-hjelp funksjonen (Madsen, 2010).

Ungdomsklinikken har vært, og er fremdeles gjenstand for omfattende endringer. Fra å være en døgnenhet som i all hovedsak ga et langtidstilbud til noen få ungdommer fra Aust-Agder, er Ungdomsklinikken i dag en avdeling som består av en døgnenhet med seks plasser og et ambulans akutteam. Døgnposten dekker behov for institusjonsplass for både Aust- og Vest-Agder, etter at døgnposten i Vest-Agder ble lagt ned, høsten 2008.

Med utgangspunkt i akuttarbeid slik det blir praktisert ved Ungdomsklinikken i Aust-Agder, undersøkes effekt av ambulans behandling i sammenligning med effekten av institusjonsbehandling. Hypotesen som skal testes er om ambulans behandling er like effektiv som institusjonsbehandling. For å kunne sammenligne de to måter å behandle kriser, hvor barn og unge er involvert, er det nødvendig å se hvordan gruppen som mottar døgnbehandling skiller seg fra gruppen som mottar ambulans behandling og på faktorer som styrer valg av behandlingstilbud. Undersøkelsen tar utgangspunkt i hvordan barn, ungdommer og foresatte har det før behandling, og hvordan de har det etter å ha mottatt døgn- eller ambulans behandling. I undersøkelsen brukes den norske oversettelsen av SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire), SDQ-Nor (Goodman, Melzer, & Bailey, 1997).

Metode

Deltagere

I Aust-Agder bor 7 508 personer mellom 13 og 18 år, 3846 gutter og 3662 jenter (Statistisk Sentralbyrå, 2010). Deltagere i denne undersøkelsen er barn og unge fra dette utvalg som ble henvist til akuttvurdering ved Ungdomsenheten i Avdeling for Barn og Unges Helse (ABUP) i perioden mai 2009 til mai 2010.

Barn, ungdommer og foresatte fra Aust-Agder som har kommet til en akuttvurdering og ungdommer som er vurdert i Vest-Agder og som har fått tilbud om døgnbehandling, er forespurt å være med i undersøkelsen. Av 121 henviste ungdommer (81 fra Aust-Agder og 30 fra Vest-Agder), har 108 deltatt i undersøkelsen (89,3 %). Tre ungdommer har avstått fra deltagelse. Dette utgjør 2,5 % av alle som ble henvist. Øvrige 10 ungdommer (8,3 %) er ikke forespurt å delta i undersøkelsen. Det er vanskelig å se mønster i dette frafallet, og det antas derfor at dette skyldes forglemmelse. Gruppen som ikke har deltatt i undersøkelsen, både de som ikke har ønsket å delta og de som ikke er forespurt, består av 7 jenter (54 %) og 6 gutter (46 %). Fordeling i hele utvalget er respektiv 64 % og 36 %, slik at gutter er noe overrepresentert i gruppen som ikke har deltatt i undersøkelsen. Gjennomsnittsalder (16,0 år) avviker ikke stort fra hele utvalget (15,8 år).

Fra gruppen som har deltatt i undersøkelsen foreligger 59 (73 %) skjemaer fra ungdommer og 75 (93 %) skjemaer fra foresatte fra Aust-Agder ved innkomst og 27 (90 %) skjemaer fra ungdommer og 23 (77 %) skjemaer fra foresatte fra Vest-Agder. Etter fullført behandling eller etter 3 måneder foreligger 37 (46 %) skjemaer fra ungdommer og 32 (40 %) fra foresatte fra Aust-Agder og 24 (30 %) skjemaer fra ungdommer og 18 skjemaer for foresatte fra Vest-Agder. For Aust-Agder foreligger 24 (47,6 %) komplette - og 27 (52,4 %) innkomplette skjemasetts. Fra Vest-Agder foreligger 12 (40 %).komplette – og 18 (60 %) innkomplette skjemasetts.

Metode for datainnhenting

Forespørselen om deltagelse i undersøkelsen er framlagt ved ankomst på døgnposten av administrativ personale *før* etablert kontakt med vurderende psykolog eller lege. Ved positiv respons har deltagere fått kort muntlig informasjon og fått utdelt informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg A), skjema *S11 - 17* (Vedlegg C), SDQ - Nor og påvirknings supplement for selvutfylling av 11-17 åring og *F4 - 16*, SDQ-Nor og påvirknings supplement

for foresatte av den 4 - 17 åring. SDQ - Nor er et spørreskjema for kartlegging av vansker og resurser hos barn og unge fra 4 til 17 år, og vil bli mer utførlig beskrevet senere. I de tilfeller hvor begge foresatte var til stede har de fylt ut hver sitt skjema. Skjemaet til foresatt som også fylte ut skjema etter fullført behandling eller etter tre måneder, er brukt i undersøkelsen. I noen tilfeller ble akuttvurderingen foretatt andre steder, for eksempel på barneavdelingen. I disse tilfellene er forespørsel om deltakelse formidlet av personalet på avdelingen. Skjemaer er sendt i posten til ungdommer og foresatte som har avsluttet behandling på eget initiativ og i de tilfeller hvor skjema ikke er fylt ut etter 3 måneder eller fullført behandling. Også etter muntlig - og skriftlig påminnelse ble ingen skjemaer returnert og prosedyren ble avsluttet.

Etisk standard.

I beskrivelsen av etisk standard følges kriterier som er gitt av den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (Helland, 1992). Regional etisk komité (REK) er kontaktet for tillatelse for gjennomføring av undersøkelsen men mener at undersøkelsen faller utenfor REKs mandat, ettersom denne undersøkelsen betraktes som et kvalitetsutviklingsprosjekt. Etter oppstart av datainnsamling trådte den nye forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning i kraft som medførte godkjenning av personvernombudet for forskning. Personvernombudet hadde kommentarer til undersøkelsen, som er tatt til etterretning. Datainnsamlingen ble dermed 12. oktober 2010 godkjent med tilbakevirkende kraft.

Undersøkelsen betraktes som betydningsfull for utvikling av psykisk helsevern for barn og ungdommer. Behov for informasjon om effekt og opplevelse av behandling er lagt fram i de fleste offentlige styringsdokumentene (Sosial- og helsedepartementet, 1997, 1998; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). For vår egen avdeling er det viktig å vite hvordan barn, ungdommer og foresatte som henvender seg opplever tilbudet og hvordan de bli påvirket av

dette. Slike tilbakemeldinger er viktig for å kunne tilpasse organisasjonen slik at den på mest hensynsmessig vis imøtekommer meldt behov.

Informantene i studien har mottatt behandling uavhengig av deltakelse i undersøkelsen eller resultater av undersøkelsen. Barn og ungdommer blir derfor ikke direkte påvirket av undersøkelsen eller resultater av undersøkelsen. Resultater av undersøkelsen kommer målgruppen til gode hvis vi i større grad kan tilpasse behandlingen til behovet. Informasjon fra skjemaer blir lagt inn i pasientens dokumentjournal slik at den er tilgjengelig for behandlere og utfyller det kliniske bilde.

Databasen som er opprettet i SPSS² inneholder ikke data som kan knyttes til pasienten eller familie. Deltakere i prosjektet identifiseres gjennom et nummer knyttet til vår pasientjournal; Bupdata. Bare personer som har et behandlingsansvar for pasienten har tilgang til Bupdata. Fødselsdato er redusert til måned og år. Persondata er dermed ifølge personvernombud for forskning tilstrekkelig aidentifiser, slik at adekvat personvern er garantert. En oversikt av brukte variabler følger i Appendiks A.

Deltagelse i undersøkelsen er basert på frivillighet. Før deltagelse har vi bedt barn eller ungdom og foresatte til å gi eksplisitt samtykke til bruk av anonymiserte opplysninger til vår undersøkelse (Appendiks B). Samtykke består av to deler: samtykke til å bruke anonymiserte opplysninger til undersøkelsen og samtykke til å bli kontaktet ved senere anledning for oppfølgingsspørsmål. Vi har bedt om eksplisitt svar, for å unngå inkludering av ungdommer eller foresatte uten at de ønsker å være med i undersøkelsen. Samtykke gjelder bare deltagelse i undersøkelsen og ikke utfylling av skjemaet. Dette er en del av standard utredning. Skjemaet ble etter plotting lagt i dokumentjournal til gjeldende barn eller ungdom.

² Statistical Package for Sosial Science

Design

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet: ”Er ambulans behandling like effektiv som institusjonsbehandling?”, hvor ungdommens emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet, problemer med venner og prososial atferd, målt med SDQ-Nor, er avhengig variabel, og igangsatte tiltak uavhengig variabel, gjennomføres undersøkelsen som kvantitativ, brukerstyrt pretest – posttest - design med en gruppe (Lund, 2002).

Materiell

I kartleggingen har vi brukt SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire), et kortfattet generelt, bredspektret spørreskjema, utviklet av professor Robert Goodman ved Institute of Psychiatry i London, og først publisert i 1977 (Goodman, et al., 1997). Skjemaet bygger videre på Rutterskalaen som ble brukt i de første epidemiologiske studier av barne- og ungdomspsykiatriske tilstander på midten av 1960-tallet i Storbritannia. SDQ er brukt i store norske undersøkelser for å kartlegge psykisk helse i blant annet UNGHUBRO og flere andre store epidemiologiske undersøkelser i Norge (Heyerdahl, 2003). Anvendelighet i forhold til denne gruppen ungdommer som står i fare for utvikling av signifikant psykopatologi er veldokumentert (Ford, Hutchings, Bywater, Goodman, & Goodman, 2009).

SDQ finnes i forskjellige versjoner til ulike aldersgrupper. Versjoner som er brukt i vår undersøkelse er følgende skjemaer av de autoriserte norske oversettelser: *S11 - 17* (se Vedlegg C), SDQ - Nor og påvirknings supplement for selvutfylling av 11 - 17 åring; *F4 - 16*, SDQ - Nor og påvirknings supplement for foresatte av den 4-17 åring; *S11 - 17* oppfølging, SDQ - Nor med oppfølgingsspørsmål og påvirkningssupplement for selvutfylling av den 11 - 17 åring; og *F4 - 16*, oppfølging, SDQ - Nor med oppfølgingsspørsmål og påvirkningssupplement for foresatte av den 4 - 17 åring.

SDQ består av tre deler: Hoveddelen vurderer fem forskjellige områder: emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet og oppmerksomhetsproblematikk, problemer i

relasjon til venner samt prososial atferd i et 25 spørsmåls skjema (se vedlegg C).

Spørsmålene blir presentert som utsagn og skåres med å krysse av for 'stemmer ikke', 'stemmer delvis' eller 'stemmer helt'. Ved besvarelsen tas utgangspunkt i situasjonen slik den har vært de siste seks måneder. Vi har antatt at tidspunkt for utfylling i behandlingsforløpet er betydningsfull og derfor gjennomført undersøkelsen *før* etablert kontakt med behandlere, slik at dette er likt for alle deltakere. Utgangspunkt for barn og ungdommer fra Vest-Agder har vært forskjellig. Når de kommer til døgnposten har de allerede hatt kontakt med vurderende lege eller psykolog i Vest-Agder, slik at utgangspunkt for de to grupper er forskjellig. Ved avsluttet behandling eller etter tre måneder har informantene fylt ut skjemaene *S11-16 Oppfølging*, SDQ med oppfølgingsspørsmål og påvirkningssupplement for selvutfylling av den 11-16 åring; og *F4-16, Oppfølging*, SDQ med oppfølgingsspørsmål og påvirkningssupplement for foresatte av den 4-16 åring. Skjemaene er delt ut av behandler i saken.

Foresatte har fylt ut et skjema med samme temaer, men spørsmålene er tilpasset voksne og formulert i andre person. Andre del kartlegger hvordan problemer påvirker ungdommen og foresatte på de forskjellige arenaer: hjemme, i forhold til venner, i forhold til læring på skolen og i forhold til fritidsaktiviteter. Tredje del kartlegger hvordan foresatte og ungdommer vurderer nytten de har hatt av behandlingen. Nyttens vurderes med reduksjon av problemene og ved forbedret håndtering av problemene. Reduksjon av problemene vurderes på en skala fra en til fem og økt handterbarhet vurderes på en skala fra en til fire. Disse spørsmålene stilles bare i oppfølgingsdelen. I oppfølgingsdelen tas utgangspunkt i situasjon slik den har vært den siste måneden.

SDQ som kartleggingsinstrument passer godt til vårt formål fordi det kortfattet og enkel å fylle ut, belyser både ressurser og problemområder, er godt gjennomforsket og har

bred anvendelse og kartlegger fungering i ungdommens naturlige omgivelser i et historisk perspektiv.

Skåring

Svar skåres fra 0 – 2, og skalaene summeres, slik at range for skalaskåre er 0 - 10. De fire første skalaene summeres til totale vansker, med range 0 - 40. SDQ gir en skåre for totalbelastning ved å summere skåre for emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet og oppmerksomhet og problemer med venner.

Med utgangspunkt i sammenligning mellom et vilkårlig utvalg ungdommer (N = 83) og ungdommer som er henvist til psykiatrisk behandling (N = 116) definerer Goodman, et al. (1997) grenseverdier som deler skårene i de forskjellige delområder i normal, lett forhøyet og høy eller meget høy. Grenseverdiene som Goodman (2010) presenterer, (se Tabell 1), er basert på britiske forhold. I totalbefolkningen skårer 80 % i normalområdet, 10 % lett forhøyet, 5 % høy og 5 % meget høy. Riktige grenseverdier for norske forhold er foreløpig ikke kjent og det tas derfor utgangspunkt i britiske grenseverdier. Grenseverdier for den svenske populasjon, som det er mer naturlig å sammenligne med, er noe lavere enn de britiske grenseverdier. Samme forskjellen ble også funnet i en studie hvor svenske CBCL skårer ble sammenlignet med skårer fra 11 andre land (Smedje, Broman, Hetta, & Knorrning, 1999), uten at det er funnet en god forklaring for dette.

Svarene ble ført inn skåringsmalen som er lagt ut på www.sdqscore.net. Her ble det laget en rapport med skårer på de fem nevnte områder og effekt på dagliglivet. På rapport etter utskriving skåres i tillegg vurdering av størrelse - og effekt av vanskene. Resultater fra rapporten er ført inn i en SPSS database som har vært grunnlag for analyse.

Begrepsvaliditet for SDQ.

Goodman har undersøkt begrepsvaliditeten til SDQ ved å studere evne til å diskriminere mellom klinisk - og ikke klinisk gruppe i sammenligning med klinisk intervju

og i sammenligning med andre spørreskjemaer (Goodman, et al., 1997). Til dette anvendte han ROC (Receiver Operator Characteristics Curves) analyser. AUC (Area under the Curve) presentasjon viser resultater mellom 0,82 og 0,87 som ansees til å være tilfredsstillende. Resultatene er lavest for selvrapportering og best for foreldrerapportering. Validitet for norske forhold er beskrevet av Heyerdahl (2003) med henvisning til de engelske resultater, mens validiteten av den svenske utgave støttes av egen forskning (Malmberg, Rydell, & Smedje, 2003).

Flere studier har sammenlignet det kortfattede spørreskjemaet SDQ med det betydelig lengre spørreskjemaet Child Behavior Check List (CBCL) og påvist høy korrelasjon mellom de to spørreskjemaene (Goodman, 2001). Ifølge Goodman skiller SDQ bedre mellom innadvendte – og utadvendte vansker og han vurderer dem til å være like valide for de fleste kliniske og forskningsmessige formål.

Reliabilitet for SDQ.

Faktoranalyse viser at skalaene i SDQs første del i all hovedsak skiller mellom de fem forskjellige områder. Komorbiditet ble målt med utgangspunkt i et stort klinisk utvalg (N - foresatt = 9998, N - (5 til 15 åringer) = 3983). Uttrykt ved Cronbachs α er verdier for foresatte og ungdommer respektivt for totale vansker 0,82 og 0,80, for emosjonelle symptomer 0,67 og 0,66, for atferdsproblemer 0,63 og 0,60, for hyperaktivitet 0,77 og 0,67, for problemer med venner 0,57 og 0,41. for prososial atferd 0,57 og 0,41 og for vanskenes innvirkning 0,85 og 0,81. Cronbachs α høyest for foreldreskjema og lavest for selvrapportering. Totale vansker og vanskenes innvirkning har høyest α . Laveste α finner vi ved problemer med venner (Goodman, 2001). Skalaene korrelerer i noen grad, noe en kan forvente på grunn av komorbiditet. Høyest korrelasjon finnes mellom atferdsproblemer og hyperaktivitet. Korrelasjon er lavere en for eksempel for CBCL skjemaene. Lav korrelasjon

indikerer at skalaene skiller mellom forskjellige fenomener (Heyerdahl, 2003). Test - retest reliabilitet er signifikant ($p < 0,001$) i samme populasjon, med høyest koherens for foresatte.

Vår populasjon blir målt på et tidspunkt hvor problemnivået er høyt. Tidspunktet er atypisk og det er overveiende sannsynlig at måling på senere tidspunkt viser et lavere problemnivå. En nedgang i symptomer kan derfor være en følge av naturlige svinginger og trenger ikke være en konsekvens av behandlingen. Dette er et fenomen som Skog (2007) beskriver som 'regresjon mot gjennomsnittet'. Effekt av behandling kan derfor ikke bare måles ved å beregne forskjell mellom skårene i behandlingsintervallet. Behandlingseffekt ble derfor beregnet med en egen algoritme som blir beskrevet senere. Forskjellene mellom skårene er likevel interessante for å kunne vurdere forholdet mellom de fem forskjellige skalaer. På denne måte er det mulig å vurdere behandlingseffekt på de forskjellige delområder.

Statistikk og behandling av data

Dette er en kvantitativ studie som bruker SDQ-Nor som kartleggingsverktøy. I tillegg til SDQ-Nor skårer er sosio-demografiske data kartlagt (se vedlegg B. for variabelliste). Oppbevaring av råskårer og database er foretatt i henhold til kriterier som er gitt av den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi og personvernombud for forskning.

Statistiske analyser av resultatene.

Data ble lagret i en SPSS database. Uavhengige t - test og bivarierte korrelasjoner (Pearson) ble utført på relevante variabler. Behandlingseffekt ble beregnet ved hjelp av the SDQ Added Value scores. Resultatene blir i hovedsak presentert i tabellform. Det er videre foretatt reliabilitetsanalyser av noen faktorer for å undersøke pålitelighet i materialet. Her vises data fra foresatte høyere grad av reliabilitet enn data fra barn og unge. Dette blir også bekreftet i andre undersøkelser (Heyerdahl, 2003).

Undersøkelsens reliabilitet og validitet

Reliabilitet eller pålitelighet er et begrep knyttet til nøyaktighet, presisjon og konsistens av det man måler (Lund, 2002). I undersøkelsen er det vektlagt at kartleggingen finner sted under så like betingelser som mulig. Kartlegging ved inntak er foretatt før akuttvurderingen fant sted, mens kartlegging ved avsluttet behandling fant sted ved avsluttet behandling eller etter tre måneder.

Validitet er et begrep som sier noe om gyldigheten av hva som måles. Den interne validitet omhandler fortolkning av årsaksforhold. Effekter er som regel avhengig av mange faktorer og relasjoner mellom dem er sjelden kjent. Dette kan medføre at endringer tilskrives andre faktorer enn de som skaper endring. Kjente faktorer som kan være en trussel mot den interne validitet er vurdert. Ekstern validitet omhandler generaliserbarhet av funnene. Den spesifikke kontekst av undersøkelsen medfører selvfølgelig begrensninger i generaliserbarhet til andre steder. Generalisering bør derfor støttes av en god teoretisk forståelse av mekanismer i endringsprosessen (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Konklusjonsvaliditet bygger på statistisk bevisførsel og ansees for å være ivaretatt, når effekt av tiltakene er større enn feilmarginen. Statistisk validitet er fortløpende kommentert i framlegg av resultatene.

Beregning av behandlingseffekt – SDQ Added Value Scores.

Ford, Hutchings, Bywater, Goodman & Goodman (2009) viser til en egen algoritme, the Added Value Score (AVS) for å beregne behandlingseffekt, som tar høyde for naturlige svinginger og regresjon mot gjennomsnitt, slik tidligere beskrevet.

$$AVS = 2,3 + 0,8 * \textit{baseline totale vansker} + 0,2 * \textit{baseline vanskenes innvirkning} - 0,3 * \textit{baseline emosjonelle symptomer} - \textit{totale vansker etter behandling}$$

Algoritmens validitet og presisjon er beregnet med utgangspunkt i SDQ skårer fra The British Child and Adolescent Mental Health Survey 2004 (n = 7977) og oppfølgingsstudie av respondenter i klinisk område (n = 705) samt et tilfeldig utvalg i normalområde (n = 926).

Resultater

Datainnsamling har foregått i perioden mai 2009 til mai 2010 og i denne perioden ble 81 barn og unge henvist, 48 jenter og 33 gutter (se Figur 1.). Dette utgjør 1,08 % av barnebefolkningen. To jenter og 4 gutter ble henvist 2 eller 3 ganger slik at det totalt ble foretatt 87 akuttvurderinger. I 33 tilfeller (38 %) resulterte vurderingen i døgnbehandling, i 46 tilfeller (53 %) i ambulant behandling og i 8 tilfeller (9 %) medførte ikke vurderingen igangsetting av nye behandlingstiltak. Fordelingen følger tendensen som vi også ser i det psykiske helsevern for barn og unge forøvrig (Hviding, 2006).

I tillegg til barn og ungdommer fra Aust-Agder, har døgnposten i denne perioden gitt et behandlingstilbud til 34 barn og ungdommer fra Vest Agder, 27 jenter, gjennomsnittsalder 16,1 år (SD 0,93) og 7 gutter, gjennomsnittsalder 14,7 år (SD 2,06). Ungdommer fra Vest-Agder er henvist til døgnbehandling. Utgangspunkt for henvendelse er annerledes enn for ungdommer fra Aust-Agder og kan derfor antageligvis ikke sammenlignes. Resultatene fra denne gruppen holdes derfor utenfor når det redegjøres for effekt av akuttarbeid. Effekten av dette behandlingstilbud blir sammenlignet med ungdommer fra Aust-Agder som har mottatt døgnbehandling for å se om dette forskjellige utgangspunkt påvirker effekt av behandlingen.

SDQ ved inntak

Foresatte og ungdommer beskriver opplevelse av belastningen nokså likt, hvor 95 % av skårene ligger mellom 17,6 og 20,2 på en skala fra 0 til 40. Unntak er beskrivelse av vanskenes innvirkning, som foresatte beskriver vesentlig høyere. For ungdommer representerer 16 til 19 et lett forhøyet nivå av totale vansker og skårer fra 20 og oppover høy og meget høy nivå av totale vansker, mens for foresatte grenseverdier for lett forhøyet nivå av totale vansker er mellom 14 og 16, mens skårer fra 17 og oppover representerer høy og meget høy nivå. jf. grenseverdier i tabell 1. Total belastning beregnet etter foresattes rapportering (n = 86) er 18,8 (SD 6,04). Total belastning beregnet etter unges rapportering (n = 99) er 19,05

(SD 5,87). Sammenligning av totale vansker slik de ble rapportert av ungdommer ved inntak i vårt utvalg, for gutter 18,75; SD 5,8, $n = 33$ og for jenter 19,64; SD (6,0); $n = 65$ med et poliklinisk utvalg (Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998), for gutter 18,0; SD 6,1; $n = 67$ ($t = 5,3$; $df = 108$) og for jenter 19,3; SD 6,1; $n = 49$ ($t = 4,8$; $df = 102$), viser en noe høyere problemrapportering for vårt utvalg, men forskjellene er små og ikke signifikante.

Når vi følger Goodman, Meltzer & Bailey (1998) sine grenseoppganger, faller noen skårer innenfor normalområde. Når det gjelder totale vansker rapporterer 13 foresatte og 23 ungdommer et nivå som er definert som normalområde. Dette utgjør 15,1 % av foresatte og 23,2 % av ungdommer som er henvist til en akuttvurdering.

Det framkommer store forskjeller mellom jenter og gutter når det gjelder rapportering av den totale belastning. Foresatte til gutter ($n = 33$) som blir henvist til akuttvurdering beskriver vesentlige høyere belastning (21,03) enn foresatte til jentene ($n = 55$) gjør (17,7). Forskjeller mellom selvrappotering for gutter (19,64) og jenter (18,75) er mye mindre. For jenter er gjennomsnitt av forskjellen mellom ungdommens og foresattes rapportering -0,462, SD 5,876, $p = 0,572$. For gutter er gjennomsnitt av forskjellen mellom ungdommens og foresattes rapportering 1,867, SD 6,141, $p = 0,107$.

Henvisere.

Henvisninger til akuttvurdering følger samme retningslinjer som andre henvisningen til andrelinjetjenesten. I dette har fastlege en sentral rolle. Med unntak for ungdommer som allerede mottar andrelinjetjenester er henvisning fra fastlege en forutsetning for at tiltak skal være refusjonsberettiget. I en krisesituasjon er det som regel mange som blir berørt, og det er ikke uvanlig at forskjellige instanser kontakter vakttelefonen i samme sak.

Tiltak.

Akuttvurderingen har for de fleste ungdommer resultert i igangsetting av et behandlingstiltak. Av ungdommer som ble vurdert i Aust Agder fikk 33 døgnbehandling,

mens 51 ungdommer har fått ambulant behandling. I ni tilfeller resulterte akuttvurderingen ikke i tiltak fra akuttenheten.

Det er interessant å vite hva som styrer valg mellom ambulant - og døgntilbud. Jeg viser derfor til rapporterte problemer i forhold til valg av tiltak i tabell 2. Rapportert problematikk på SDQs første del, symptomskala, er høyere for foresatte og ungdommer som mottar et ambulant tilbud, sammenlignet med gruppen som mottar et døgntilbud, men forskjellene er små. Gruppen som mottar et døgntilbud opplever et tilnærmet likt stressnivå som gruppen som mottar et ambulant tilbud. Fordeling av belastning i de forskjellige delområder viser heller ikke signifikante forskjeller.

Henvisere, belastning og igangsatte tiltak

Kriser som involverer barn og ungdommer berører nettverket rundt. Dette gjelder også profesjonelle hjelpere i 2. linje tjeneste. Gjennomsnittlig problemrapportering av ungdommer som mottar behandling for psykiske vansker på henvisningstidspunkt er noe høyere (19,9) enn for gruppen som ikke mottar behandling for psykiske vansker på henvisningstidspunkt (18,9). Rapportering fra foresatte for ungdommer som mottar behandling for psykiske vansker på henvisningstidspunkt (19,6) er omtrent likt gruppen som *ikke* mottar behandling for psykiske vansker på henvisningstidspunkt (19,4).

Ungdommer som er blitt henvist fra poliklinikken, ambulant akutteam og SSHF³ sin psykosepost (n = 41) mottar behandling for psykiske vansker før henvisning. Av denne gruppe får 19 et døgntilbud (46 %), 17 et ambulant tilbud (42 %) og i 5 tilfeller medfører vurderingen ikke et nytt behandlingstilbud (12 %).

³ Sørlandet Sykehus Helseforetak

Øvrige ungdommer (n = 54) har ikke kontakt med det psykiske helsevern i 2. linjetjenesten før henvisning. Av denne gruppe får 15 et døgnbehandlingstilbud (28 %), 34 et ambulant tilbud (63 %) og i 5 tilfeller medfører vurderingen ikke et behandlingstilbud (9 %).

Vurdering og igangsatte tiltak

Akuttvurderinger blir foretatt av leger, psykiater, psykologer og psykologspesialister som har sin tilknytting til Ungdomsklinikkens døgnpost eller ambulant akutteam. En gjennomgang av igangsatte tiltak i forhold til denne tilhørigheten viser at dette i høy grad er styrende for tiltak som iverksettes. Av 31 vurderingen som ble foretatt av ansatte med tilhørighet til døgnposten resulterte 24 (77,5 %) i innleggelse, 5 (16 %) i ambulant behandling og 2 (6,5 %) vurderinger medførte ikke videre behandling innenfor akutenheten. Av 62 vurderinger foretatt av ansatte med tilhørighet til ambulant akutteam resulterte 9 (14,5 %) i innleggelse, 46 (74,2 %) i ambulant behandling og 7 (11,3 %) vurderinger medførte ikke videre behandling innenfor akutenheten.

SDQ etter behandling eller 3 måneder

Behandlingstid ved et ambulant tilbud er vesentlig lengre en ved døgnbehandling. Gjennomsnittlige behandlingstid ved døgnbehandling var 41 dager og viser stor variasjon (SD 40,27). Korteste behandling varte i 2 dager, lengste behandling varte i 4 måneder. Etter 3 måneder var 68 % (n = 38) av tiltakene på døgnavdelingen avsluttet. Gjennomsnittlige behandlingstid ved ambulant behandling var 89 dager (SD 82,46). Korteste behandling varte også i 2 dager, lengste behandling varte i 7 måneder. Etter 3 måneder var 23 % (n = 38) av ambulante tiltakene avsluttet.

Verdier for totale vansker (se tabell 2) som foresatte rapporterer ligger i gjennomsnitt rundt grenseoppgangen (17) for det kliniske område (10 % av normalbefolkningen) som definert av R. Goodman, et al., (1998). Foresatte av ungdommer som har mottatt døgnbehandling skårer litt under denne grensen, foresatte av ungdommer som har mottatt

ambulant behandling skårer litt over denne grensen. Ungdommer skårer gjennomsnittlig utenfor det kliniske område etter 3 måneder eller etter fullført behandling. Innenfor delområder skårer foresatte av ungdommer som mottar døgnbehandling, innenfor det kliniske område på emosjonelle vansker.

Effekt av behandlingstiltakene

Behandlingseffekt beregnet med hjelp av the Added Value Score gir en vurdering av behandlingen i sin helhet men gir ingen indikasjon av effekt på delområder (tabell 3). The Added Value Score bygger i sin helhet på foresattes rapportering.

I tillegg har døgnposten gitt behandling til 33 ungdommer fra Vest Agder. Denne gruppe har fått et døgntilbud etter å ha blitt vurdert i Vest Agder. Når de ungdommer kommer til ungdomsklinikken vet de, i motsetning til andre henviste, allerede hvilket tiltak de får. For ungdommer fra Vest-Agder gjelder: $n = 14$; gjennomsnittlig behandlingseffekt $-0,54$ (SD $5,28$), $t = 0,39$. Laveste skåre er $-3,60$ og høyeste skåre er $2,51$. Dette viser at behandlingseffekt i liten grad skiller seg fra Ungdommer fra Aust Agder som ble lagt inn etter akuttvurdering.

Behandlingseffektens verdi ved bruk av AVS er betraktelig lavere i sammenligning med differansen mellom SDQ skårer før behandling og etter fullført behandling eller etter 3 måneder (se tabell 5), og må betrakte som et mer reelt mål på behandlingseffekten. SDQ skårene gir ikke holdepunkter for at døgnbehandling gir gjennomsnittlig et positivt behandlingsresultat (r foresatt = $0,593$, $n = 23$; r ungdom = $0,773$, $n = 29$). Ambulant behandling kan i gjennomsnitt vise til positiv behandlingseffekt (r foresatt = $0,570$, $n = 17$; r ungdom = $0,665$, $n = 20$).

For å kunne si noe om behandlingseffekt på de forskjellige delområder, og opplevelse av ungdommer etter behandling, sammenligner jeg SDQ skårer ved inntak og etter fullført behandling eller etter 3 måneder ved hjelp av t - test for sammenligning av to middelværdier

(se tabell 5). Dette gir, som tidligere påpekt, ingen direkte indikasjon på effekt, men kan etter min oppfatning si hvordan behandling påvirker forhold mellom de forskjellige delområder.

Foresatte av ungdommer som har mottatt døgntilbud rapporterer forbedring når det gjelder atferdsproblemer ($r = 0,294$), men mer problemer med venner enn før innleggelse ($r = 0,033$). Selv om ungdommer som har mottatt døgntilbud rapporterer en liten lettelse i totale vansker, rapporterer de økt innvirkning av problemene etter behandling ($r = 0,406$).

Foresatte av ungdommer som har mottatt et ambulant tilbud rapporterer betraktelig forbedring når det gjelder emosjonell problematikk ($r = 0,593$) og problemer med venner ($r = 0,706$), i tillegg til forbedring på øvrige områder. Ungdommer som har mottatt ambulant behandling beskriver forsiktig positiv utvikling på de fleste områder.

Oppfølgingsspørsmålene som stilles i SDQ etter 3 måneder eller fullført behandling gir en indikasjon av foreldrene og ungdommens vurdering av problemlnivå og behandlingseffekt. I oversikten som vises i tabell 6, rapporterer både ungdommer og foresatte i all hovedsak en forbedring av problemlnivå. Negative skårer i vurdering av ambulant behandling refererer til samme behandlingsopplegg, som ble avsluttet uten at involverte opplevde lettelse i problemlnivå.

Egen vurdering av problemlnivå synliggjør ikke forskjeller mellom døgntilbud og ambulant behandling slik det framkommer i tabell 2 og 3. Foresatte og ungdommer vurderer problemlnivå etter behandling mer positivt når det sammenlignes med endringer basert på beskrivelse av symptomene i første delen av spørreskjemaet. Egen vurdering av behandlingseffekt korrelerer signifikant ($p < 0,05$) med egen vurdering av problemlnivå for alle informanter.

Diskusjon

Med utgangspunkt i akuttarbeid slik det blir praktisert ved Ungdomsklinikken i Aust-Agder undersøkes effekt av ambulant behandling i sammenligning med effekten av

institusjonsbehandling. Hypotesen som skal testes er om ambulant behandling er like effektiv som institusjonsbehandling. For å kunne sammenligne de to måter å behandle kriser, hvor barn og unge er involvert, er det nødvendig å se hvordan gruppen som mottar døgntilbud skiller seg fra gruppen som mottar ambulant behandling og på faktorer som styrer valg av behandlingstilbud. Faktorer som påvirker valg av behandlingstilbud er nærmere vurdert. Undersøkelsen er gjennomført ved bruk av SDQ- skjemaer som er fylt ut av ungdommer og foresatte før kontakt med akutteam og etter tre måneder, eller tidligere, hvis behandlingen ble avsluttet før det.

Begrensninger

Selv om en svarprosent på 50 % ikke er uvanlig i spørreundersøkelser påvirker frafallet i besvarelser - spesielt etter 3 måneder eller ved fullført behandling - den ytre validitet. I hvor stor grad det er tilfelle avhenger av i hvor vidt dette frafallet avviker fra gruppen som har deltatt i undersøkelsen. Gruppen som ikke har besvart skjema etter fullført behandling eller etter tre måneder består i hovedsak av unge som ikke har mottatt behandling, men bare er vurdert eller har avsluttet behandling på eget initiativ. Til tross for ønske om flere besvarelser betraktes representativitet som temmelig bra og medfører gode muligheter for generalisering. Hensikten er å undersøke om ambulant behandling er like effektiv som institusjonsbehandling. Til dette formålet ansees den ytre validiteten til å være tilfredsstillende.

Utvalget som var utgangspunkt for beregning av algoritmen er sammenlignbar med vårt utvalg og resultatene gir med dette en god tilnærming av behandlingseffekt. Utvalget betraktes derfor som temmelig representativ for problemstillingen som skal besvares.

Når behandling avsluttes uten ungdommens eller foresattes samtykke, påvirker dette resultatene. Det kan tenkes at dette i større grad er tilfelle ved døgntilbud enn ved ambulant behandling. Reliabiliteten oppfattes likevel som tilfredsstillende i forhold til

forskningsspørsmålet. Generelt ansees en pretest – posttest - design med en gruppe som dårlig med hensyn til den indre validitet. Designens sårbarhet for testing, modning og historie er likevel begrenset ved anvendelse av standardiserte målemetoder, slik anvendt i vår undersøkelse. En design basert på bruk av en kontrollgruppe har metodiske fortrinn, men utvalgets størrelse samt etiske vurderinger har begrenset denne mulighet. Det kan i dette tilfelle likevel vises til kausal sammenheng mellom avhengig – (ungdommens problemer) og uavhengig variabel (igangsatte tiltak) og den indre validitet ansees derfor ivaretatt. Validitet men ansees i sin helhet som signifikant og rimelig sterk. Begrepsvaliditet er gjort rede for i eget avsnitt og ansees for å være godt ivaretatt.

Antall akutthenvendelser er begrenset, i tillegg var det en relativt stor andel som bare deltok i en del av kartleggingen. Dette har påvirket konklusjoner en kan trekke fra datamaterialet, spesielt i forhold til symptomgruppene.

Bruk av SDQ

Det har i all hovedsak vært uproblematisk for foresatte og ungdommer å fylle ut skjemaene, og de fleste har i denne situasjonen gitt samtykke til bruk av data til dette kvalitetsutviklingsprosjektet. Utfylling har tatt ca. 10 minutter og har representert en baseline i denne undersøkelsen. I tillegg er SDQ-Nor brukt som en del av standardkartleggingen, som har utfylt det kliniske skjønn.

For klinikere har det i noen tilfeller vært utfordrende å huske å be om deltagelse i undersøkelsen og utfylling av skjema ved avsluttet behandling. Dette er hovedgrunn for et begrenset antall komplette skjemasett. Gruppen som ikke er forespurt, skiller seg ikke fra gruppen som har deltatt i undersøkelsen, vurdert etter henviser, kjønn eller alder, og har etter min vurdering ikke styrt resultatene i en bestemt retning. Begrenset datatilgang begrenser muligheter til å finne signifikante data, noe som har slått ut spesielt i forhold til muligheter å se på behandlingseffekt av delområder.

SDQ har vist god validitet og reliabilitet i kliniske populasjoner. En kan forvente at gruppen som henvender seg for akuttvurdering preges av høyer problemnivå på forskjellige områder og spørsmål er om dette fanges opp i SDQ. Sammenligning av totale vansker slik de ble rapportert av ungdommer ved inntak var i vårt utvalg med et poliklinisk utvalg (Goodman, et al., 1998), viser at problemrapportering er noe høyere, men forskjellene er små og ikke signifikante.

Valg av behandlingstilbud

Kartlegging ved hjelp av SDQ viser bare små forskjeller mellom ungdommer som mottar døgnbehandling og ungdommer som mottar ambulant behandling. Dette støtter Skarbø (2007, p. 269) sin observasjon. Rapportert problematikk gir derfor ikke indikasjon om av valg av behandlingstilbud. Rapportert problematikk vises også uavhengig av behandling i forhold til psykiske vansker på henvisningstidspunkt. Det er derfor ingen ting som tyder på at det er sammenheng mellom rapportert problematikk og valg av behandlingstilbud.

Når vi ser på henviser, ser vi en viss korrelasjon mellom henvisende instans og igangsatte tiltak. Ungdommer som blir henvist av instanser som gir behandling i forhold til psykisk helse (n = 41) får oftere døgnbehandling (46 %) enn ambulant behandling (42 %). Ungdommer som blir henvist av instanser som *ikke* gir behandling i forhold til psykisk helse (n = 54) får oftere ambulant behandling (63 %) enn døgnbehandling (28 %). Det kan skyldes at henviser i 2. linje tjeneste spesifikk forventer en innleggelse og et ambulant tilbud ikke betraktes som tilstrekkelig, eller at ungdommens problematikk er av slik karakter at dette ikke framkommer i kartleggingen ved hjelp av SDQ.

Ungdommer henvises av bekymrede fagpersoner som enten har egen bekymring eller formidler bekymring fra andre, ofte foresatte. Dette skjer når egen mulighet til å handtere situasjonen ikke er tilstrekkelig. Dermed kan krisen som ungdommer opplever sees i sammenheng med krisen foresatte og henviser opplever. Krisen som er utgangspunkt for

henvisning til akutteamet har ungdommen i fokus men er også et uttrykk for et nettverk som møter sine begrensninger. Når henviser har et behandlingsansvar for ungdommen, er krisen også et uttrykk for behandlerens begrensede muligheter til å handtere situasjonen. Det kan tenkes at dette styrer beskrivelsen av akutsituasjonen og forventninger om igangsetting av tiltak. Dette er en interessant problemstilling. Dessverre kan jeg ikke se at datamaterialet som foreligger, gir holdepunkter som peker i en bestemt retning. For å kunne si noe om dette bør en se på de diagnostiske vurderingene som er gjort for hver enkel ungdom.

Valg av behandlingstilbud korrelerer i stor grad med tilhørigheten hos den som vurderer ungdommen. Tilhørighet til døgnposten resulterer i 77,5 % i et døgntilbud; tilhørighet til ambulant akutteam resulterer i 74,2 % i et ambulant tilbud. Det er relativt sjelden at den som vurderer ungdommen, betrakter behandlingstilbud som kolleger representerer som bedre egnet. For ansatte med tilhørighet til døgnposten er dette i 16 % av tilfeller, for ansatte med tilhørighet til ambulant team er dette i 14,5 %.

Behandlingseffekt

Behandlingseffekt, målt ved hjelp av AVS viser gjennomsnittlig behandlingsresultat for døgnposten (-0,80) og ambulant behandling (1,91). Et positivt resultat viser større forbedring enn man kunne forvente på bakgrunn av de opprinnelige skårer, mens et negativt resultat viser mindre forbedring enn man kunne forvente, eller en forverring av symptomene (Ford, et al., 2009; Goodman, et al., 1998). Rapportert innvirkning av vanskene viser en signifikant forskjell mellom foresatte for ungdommer som har mottatt døgnbehandling (5,45; SD 2,76) og foresatte som har mottatt ambulant behandling (3,6; SD 3,247), selv om rapporterte symptomene på SDQs før vurdering er nok så like.

Foresattes rolle i de to behandlingalternativene er meget forskjellig. Døgnbehandling medfører at ungdommen blir tatt ut av sine vante omgivelser, og selv om i noen tilfeller foresatte er sammen med sine barn under behandlingen, medfører dette en mer perifer rolle

for de foresatte. Innleggelse kan dessuten være et signal til foreldrene om at problemene er større enn de kan handtere. På denne måte kan døgnbehandling øke opplevelsen av avmakt hos foreldrene. Ambulant behandling setter nettverket, med hovedvekt på foresatte, i større grad i stand til å ta hand om sine egne barn. Dette gjøres med å utvide foresattes trygghet gjennom stor grad av tilgjengelighet av ambulant behandler, samt læring av nye ferdigheter. Behandlingsmetoder som kan vise til dokumentert effekt baserer seg i all hovedsak på styrking av foreldreferdigheter (Hviding, 2006). Ambulant behandling av suicidal atferd er beskrevet av (Huey et al., 2004) og viser bedre effekt, i sammenligning med institusjonsbehandling.

Største del av ungdommer som henvises til akuttvurdering mottar behandling i forhold til psykiske vansker før henvisning (57,8 %). I tillegg vet vi at denne gruppe er overrepresentert i barnevernet og habiliteringstjeneste for barn og unge (Wichstrøm & Kvaalem, 2007). Vi kan dermed anta at problemene for de fleste henviste ungdommene har vart over tid. Handtering av krisen er derfor sjelden tilstrekkelig til å redusere problemer slik at problemnivået kommer innenfor normalområde slik R. Goodman, et al., (1998) definerer det. De fleste ungdommer opplever et høyt problemnivå, også etter fullført behandling eller etter 3 måneder.

Dette er kanskje noe av forklaringen for vurdering av problemnivå og vanskenes innvirkning av foresatte og ungdommer etter fullført behandling. Det er 74 % av de foresatte og 69 % av ungdommene som rapporterer at problemene er blitt mindre, og at de er lettere å leve med. Av foresatte til ungdommer som har mottatt døgnbehandling ($n = 29$; $r = -0,401$) rapporterer 69 % forbedring av problematikk. Av foresatte til ungdommer som har mottatt ambulant behandling ($n = 13$; $r = -0,781$) opplever 86 % forbedring av problematikk. Av ungdommer som har mottatt døgnbehandling ($n = 37$; $r = 0,352$) opplever 62 % forbedring av problematikk. Av ungdommer som har mottatt ambulant behandling ($n = 15$; $r = 0,022$)

opplever 94 % en forbedring av problematikk. Foresattes rapportering viser størst sammenheng mellom behandlingseffekt beregnet med AVS og opplevelse av problemløst. Dette er i tråd med (Ford, et al., 2009; Goodman, 2001) sine funn.

Kliniske implikasjoner og videre forskning

Ambulant behandling viser gjennomsnittlig til bedre behandlingsresultater enn døgnbehandling og problemstilling som drøftes i denne artikkelen må besvares positivt. Ungdommens problematikk er i denne undersøkelsen vurdert ved spørsmålene slik de framkommer på SDQ skjema. Dette gir generelt et godt bilde. En kan likevel ikke være sikker på ett dette fanger opp alle problemområder og det er derfor ønskelig å se nærmere på andre kjennemerker, blant annet diagnostiske vurderinger. Under forbehold av sammenlignbarhet av gruppen som har mottatt behandling bør døgnbehandling derfor begrenses til de ungdommer som ikke kan ivaretas på annet vis. Muligheten for å ivareta denne gruppen i hjemmesituasjonen med å gi et mer omfattende ambulant tilbud i kriseperioden bør vurderes.

Valg av behandlingstilbud viser seg i all hovedsak avhengig av hvem som foretar vurderingen. Dette må oppfattes som problematisk på forskjellige grunner. For det første viser dette til fravær av felles kriterier som styrer valg av behandlingstilbud. For det andre er det åpenbart andre kriterier som styrer valg av behandlingstilbud enn den problematikken som barn og unge presenterer. Statlige føringer og foretakets egen retningslinje indiserer at døgnbehandling bare skal gis når det er påkrevd, det vil si når andre behandlingsformer ikke er tilstrekkelig. Når vurderingen fra et ambulant perspektiv i all hovedsak medfører ambulant behandling vises det at mulighet for alternativer for døgnbehandling i større grad kan anvende enn det er praksis i dag.

Kriser oppstår når nettverket ikke lenger er i stand til å handtere situasjonen. Som regel skjer dette gradvis. Spesielt i de situasjoner hvor hjelpeapparat er involvert, bør en se

om ressurser og kompetanse rundt ungdommen og familie kan forbedres slik at antall akuttsituasjoner kan begrenses og kriser kan forebygges. Det er derfor ønskelig å se nærmere på akutthenvisingen av ungdommer som allerede mottar et behandlingstilbud. Diskrepans mellom behandlerens beskrivelse av aktuell situasjon, og diagnostisk vurdering i akutt samtalen kan være en indikator på behandlerens begrensede muligheter til å handtere situasjonen.

Ambulant behandling består av et mangfold av intervensjoner som adresserer forskjellige systemnivåer fra forskjellige teoretiske perspektiver. For å unngå at kommunikasjon om dette arbeid begrenses til en teoretisk dialog, er det viktig at effekt av behandling kartlegges. SDQ har vist seg til å være et anvendelig instrument til dette formål. Denne undersøkelsen bygger på to kartleggingsmomenter. For å se på langsiktige effekter bør denne undersøkelsen følges opp med en tidsstudie. Det gjenstår mye arbeid til ambulant behandling i det psykiske helsevern framstår som en helhetlig metode.

Referanser

- Ford, T., Hutchings, J., Bywater, T., Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire Added Value Scores: evaluating effectiveness in child mental health interventions. *The British Journal of Psychiatry*(194), 552-558.
- Furre, A. (2006). *Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester for barn og unge i psykisk helsevern*. Oslo.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1342.
- Goodman, R. (2010). Youth in mind. Retrieved 13. mai 2010, from <http://www.sdqinfo.com/ScoreSheets/e1.pdf>
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*(7), 125-130.
- Goodman, R., Melzer, H., & Bailey, V. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psykologi Psychiatry*(38), 581-586.
- Helland, D. E. (1992). *Forskningsetisk veileder*. Oslo: NENT.
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ - Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 127-135.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., et al. (2004). Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. *Journal for the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-190.

Hviding, K. (2006). *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling.*

Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi.* Oslo: Unipub.

Madsen, B. (2010). Ungdomsklinikken i Arendal. Retrieved 13. november 2010, 2010, from <http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=1863&amid=23120>

Malmberg, M., Rydell, A.-M., & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic journal of psychiatry*, 57(5), 357-363.

Regjeringen, & Helsedepartementet. (2003). *-sammen om psykisk helse- : regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.* [Oslo]: Helsedepartementet.

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002a). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference.* Boston: Houghton Mifflin.

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002b). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.* Boston: Houghton Mifflin Company.

Skarbø, T. (2007). *A retrospective follow-up study of 100 patients in outpatient cheld and adolescent psykiatry.* Tromsø.

Skog, O.-J. (2007). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming* (2. [revidert og utvidet] utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smedje, H., Broman, J.-E., Hetta, J., & Knorrning, A.-L. v. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1999(8), 63-70.

Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* [Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 : endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *"Du er kommet til rett sted..." : ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre elektronisk ressurs*. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet.

Statistisk Sentralburå. (2010). Befolkning. Retrieved 11.04.2010, 2010, from

http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2009/bef/

Wichstrøm, L., & Kvalem, I. L. (2007). *Ung i Norge : psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen akademisk forl.

Tabeller

Tabell 1

Grenseverdier for selvrapporterte SDQ skårer.

SDQ skala	Normal	Lett forhøyet	Høy og meget høy
Totale vansker	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Emosjonelle symptomer	0 - 5	6	7 - 10
Atferdsproblemer	0 - 3	4	5 - 10
Hyperaktivitet	0 - 5	6	7 - 10
Problemer med venner	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Prososial atferd	6 - 10	5	0 - 4

Tabell 2

Rapporterte problemer etter fullført behandling eller etter 3 måneder

CI = 95 %	Døgnbehandling				Ambulant behandling			
	Foresatt		Ungdom		Foresatt		Ungdom	
	(n = 14)		(n = 17)		(n = 18)		(n = 20)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Totale vansker	16,93	8,480	17,47	6,761	16,56	6,099	17,65	4,545
Emosjonelle vansker	5,57	2,027	5,94	2,745	5,22	2,557	5,45	2,438
Atferdsproblemer	2,50	2,378	3,18	2,101	2,39	2,004	3,25	2,173
Hyperaktivitet	4,64	2,405	5,53	2,188	5,56	2,727	5,40	2,088
Problemer med venner	4,21	3,093	3,69	2,069	3,39	2,404	3,20	2,142
Prososial atferd	8,07	1,979	8,00	1,668	7,33	2,351	7,55	2,438
Vanskenes innvirkning	5,86	3,302	3,06	2,758	3,39	2,953	1,70	1,689

Tabell 3

Behandlingseffekt beregnet etter AVS

		Døgnbehandling n = 9	Ambulant behandling n = 17
\bar{X} behandlingseffekt		-0,80	1,92
SD		5,45	5,08
t		-0,44	1,56
Sig (2-tailed)		0,67	0,14
95% CI av differansen	Lower	-4,99	-0,70
	Upper	3,39	4,53

Note: Test verdi = 0; CI = 95 %.

Tabell 4

Rapporterte problemer etter fullført behandling eller etter 3 måneder

CI = 95 %	Døgnbehandling				Ambulant behandling			
	Foresatt		Ungdom		Foresatt		Ungdom	
	(n = 14)		(n = 17)		(n = 18)		(n = 20)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Totale vansker	66,93	8,480	17,47	6,761	16,56	6,099	17,65	4,545
Emosjonelle vansker	5,57	2,027	5,94	2,745	5,22	2,557	5,45	2,438
Atferdsproblemer	2,50	2,378	3,18	2,101	2,39	2,004	3,25	2,173
Hyperaktivitet	4,64	2,405	5,53	2,188	5,56	2,727	5,40	2,088
Problemer med venner	4,21	3,093	3,69	2,069	3,39	2,404	3,20	2,142
Prososial atferd	8,07	1,979	8,00	1,668	7,33	2,351	7,55	2,438
Vanskenes innvirkning	5,86	3,302	3,06	2,758	3,39	2,953	1,70	1,689

Tabell 5

Forskjell mellom SDQ skårer ved inntak og etter fullført behandling eller 3 måneder

CI = 95 %	Døgnbehandling				Ambulant behandling			
	Foresatt		Ungdom		Foresatt		Ungdom	
	(n = 9)		(n = 11)		(n = 17)		(n = 19)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Totale vansker	-1,33	6,08	-2,91	4,09	-4,47	6,07	-2,53	4,67
Emosjonelle vansker	-0,11	2,71	-0,55	1,21	-1,24	2,51	-0,63	2,77
Atferdsproblemer	-1,11	2,20	-0,36	1,80	-0,94	2,36	-0,21	2,23
Hyperaktivitet	-0,33	1,87	-0,45	1,29	-0,71	1,57	-1,26	1,85
Problemer med venner	0,22	1,39	-0,50	1,35	-1,59	1,97	-0,79	1,90
Prososial atferd	1,33	2,06	-0,18	1,08	-0,76	2,02	-0,16	2,63
Vanskenes innvirkning	-0,78	3,19	-0,70	2,58	-3,53	2,74	-2,06	3,23

Note. Negative verdier angir problemreduksjon.

Tabell 6

Egen vurdering av problemnivå etter behandling

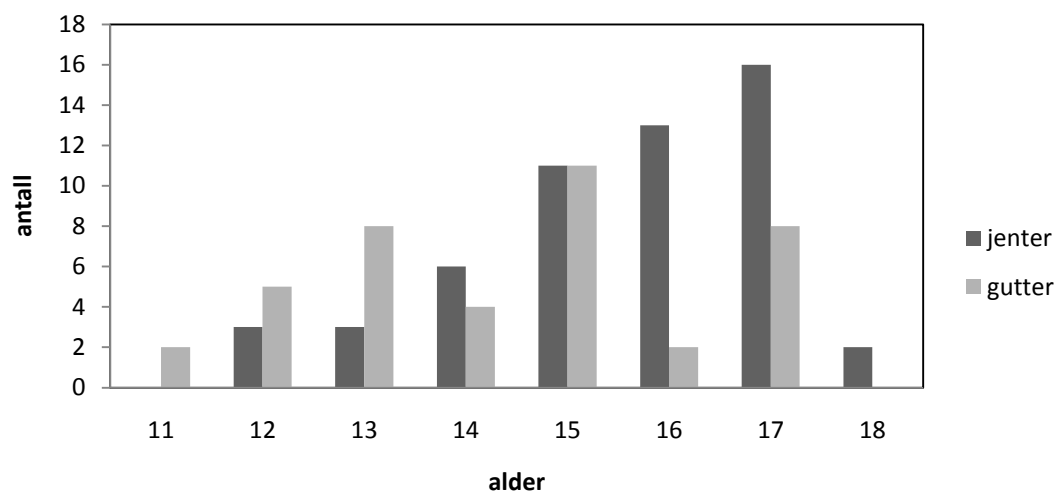
		Døgnbehandling		Ambulant behandling	
		Foresatt	Ungdom	Foresatt	Ungdom
		n = 14	n = 17	n = 19	n = 20
<i>Etter at dere kom til ... er barnets problemer blitt:</i>	Mye verre			1	
	Litt verre				2
	Omtrent som før	6	3	4	1
	Litt bedre	2	10	6	11
	Mye bedre	6	4	7	6
	\bar{x}	4,00	4,06	4,24	4,05

Tabell 7

Egen vurdering av behandlingseffekt

		Døgnbehandling		Ambulant behandling	
		Foresatt	Ungdom	Foresatt	Ungdom
		n = 14	n = 17	n = 17	n = 18
<i>Har det ... hjulpet på andre måter... eller er det lettere å leve med?</i>	Ikke i det hele tatt	1	2	2	1
	Bare litt	4	6	4	7
	En god del	7	7	7	7
	Mye	2	2	4	3
	\bar{x}	2,7	2,5	2,8	2,7

Figurer





Figur 1. Kjønn- og aldersfordeling av barn og ungdommer henvist til akuttvurdering.

Vedlegg A; Variabelliste

1. Bupdata nummer
2. kjønn
3. fødselsdato og - måned
4. henviser
5. dato inn
6. igangsatte tiltak
7. SDQ dato inn
8. foresatt overall stress ved inntøkt
9. foresatt emotional distress ved inntøkt
10. foresatt behavioural difficulties ved inntøkt
11. foresatt hyperaktivitet og oppmerksomhetsproblemer ved inntøkt
12. foresatt difficulties getting along with other people ved inntøkt
13. foresatt kind and helpful behaviour ved inntøkt
14. foresatt impact of any difficulties on the young person's life ved inntøkt
15. ungdom overall stress ved inntøkt
16. ungdom emotional distress ved inntøkt
17. ungdom behavioural difficulties ved inntøkt
18. ungdom hyperaktivitet og oppmerksomhetsproblemer ved inntøkt
19. ungdom difficulties getting along with other people ved inntøkt
20. ungdom kind and helpful behaviour ved inntøkt
21. ungdom impact of any difficulties on the young person's life ved inntøkt
22. ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
23. foresatt overall stress ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
24. foresatt emotional distress ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder

25. foresatt behavioural difficulties ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
26. foresatt hyperaktivitet and attentional difficulties ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
27. foresatt difficulties getting along with other people ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
28. foresatt kind and helpful behaviour ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
29. foresatt impact of any difficulties on the young person's life ved avsluttet behandling eller etter 3 måneder
30. problemene er blitt verre-bedre (1-5)
31. har det hjulpet på annet vis (1-4)
32. ungdom overall stress
33. ungdom emotional distress
34. ungdom behavioural difficulties
35. ungdom hyperaktivitet and attentional difficulties
36. ungdom difficulties getting along with other people
37. ungdom kind and helpful behaviour
38. ungdom impact of any difficulties on the young person's life
39. problemene er blitt verre-bedre (1-5)
40. har det hjulpet på annet vis (1-4)

Vedlegg B; Info og Tillatelser

	Sørlandet sykehus HF Avdeling for barn og unges psykiske helse Ungdomsklinikken - Arendal	
---	--	---

Ambulante tjenester som tilbud innen psykisk helsevern for barn og ungdommer; en deskriptiv kvalitetssikringsstudie av effekt, basert på brukerperspektiv.

Kjære ungdom og foresatte

Vi ber dere svare på noen spørsmål om hvordan dere har det. Svarene vil bli brukt til å gi best mulig hjelp ut fra foresattes og ungdommens egen beskrivelse av vanskene.

I tillegg gjør vi en systematisk undersøkelse av hvilke vansker ungdom som henvises hit kan ha og undersøker hvordan hjelpen vi gir virker. Vi ber om å få bruke informasjon fra spørreskjemaet i undersøkelsen.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og det er alltid mulig å trekke samtykke uten at dette har konsekvenser for behandling. All informasjon vil bli anonymisert og vil ikke kunne knyttes til ungdommen eller foresatte, verken i databasen eller i publikasjoner. Nøkkelen som kobler navn til informasjon i databasen blir slettet etter at all datainnsamling er komplett, senest et halvt år etter innfylling av første skjema.

Undertegnede kan kontaktes ved spørsmål om prosjektet.

Vennlig hilsen

Christiaan.tromop@sshf.no

Tel: 37 07 50 75 / 95 92 69 36

Tillatelser:

- Anonymiserte opplysninger kan brukes til å studere effekt av ambulant arbeid
- Jeg kan kontaktes på et senere tidspunkt ved behov for oppfølgingsopplysninger
- Jeg reserverer meg mot bruk av anonymiserte opplysninger til å studere effekt av ambulant arbeid

Arendal, dato: _____ ungdom: _____
foresatte: _____

Ungdomsklinikken - Arendal

Postadresse
Serviceboks 605
4809 Arendal

Besøksadresse
Sykehusveien 2
Arendal

Telefon
+47 37 07 51 50
Telefaks
+47 37 07 51 60

Vedlegg C; SDQ-Nor

Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

S 11-17

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.

Ditt navn

Gutt/Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder:
med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker ?

Nei	Ja- små vansker	Ja- tydelige vansker	Ja- alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

• Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede?

Mindre enn en måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Forstyrer eller plager vanskene deg?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Er vanskene en belastning for de rundt deg (familie, venner, lærere osv.) ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift

Datoen i dag

Tusen takk for hjelpen