



Lars B. Kristofersen

Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern

En underveisrapportering for
perioden 1999-2002

NOTAT
2004:112

Tittel: **Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern.**
En underveisrapportering for perioden 1999-2002.

Forfatter: Lars B. Kristofersen

NIBR-notat: 2004:112

ISSN: 0801-1702
ISBN: 82-7071-480-1
Prosjektnummer: O-1887
Prosjektnavn: Risikoutsatte barn og fleksible hjelpetjenester

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd

Prosjektleder: Lars B. Kristofersen

Referat: Hovedmål for prosjektet er å foreta en evaluering av forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet i perioden for Opptappingsplanen for psykisk helse (opprinnelig 1999 – 2006, nylig utvidet til 2008). Underveisrapportering i dette notatet viser at man ved årsskiftet 2002/2003 fortsatt var langt unna opptappingsplanens mål om at fem prosent av barn og unge skal få behandling av barne- og ungdomspsykiatrien hvert år. I løpet av 2002 hadde 2,7 prosent av barn og unge under 18 år fått behandling i denne tjenesten.. Bare 0,6 prosent av barn under 6 år ble behandlet av barne- og ungdomspsykiatrien i 2002. Barneverntjenesten har en bredere kontaktflate til førskole- og småskolebarn enn det barnepsykiatrien har.

Sammendrag: Norsk

Dato: Juni 2004

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern
0313 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2004

Forord

Dette er et notat fra prosjektet 'Bidrar Opptappingsplanen for psykisk helse til at risikoutsatte barn får mer fleksible hjelpetjenester? - Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern'. Prosjektleder er forsker Lars B. Kristofersen.

Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, og gjennomføres i perioden 2002-2006.

NIBR vil takke informantene i dette prosjektet. De har vært ledere og enkelte ansatte for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker og barneverntjenestene som betjener seks utvalgte kommuner. Kommunene er anonymisert for at ledere og ansattes eventuelle kritiske merknader til ressursfordeling til tjenesten og samarbeidsforhold lettere skal kunne komme fram. Informantene i de samme kommunene skal etter de samarbeidsplanene NIBR har med to andre prosjekter (se nedenfor), bli intervjuet igjen seinere i opptappingsperioden. Etter at disse intervjuene er ferdigstilt vil det bli foretatt mer detaljerte analyser av utviklingstrekk knyttet til opptappingsplanen som nedfelles i de enkelte kommuner.

NIBR vil også takke kolleger ved SINTEF Helse, prosjektleder og forsker Helle Wessel Andersson, forsker Trond Hatling samt kolleger ved R-BUP ved Universitetet i Tromsø, professor John A. Rønning, forsker/prosjektleder Kirsti Lenschow og forsker/stipendiat Randi Haugland for godt samarbeid om blant annet intervjuguidene som er benyttet i alle de tre prosjektene om barns psykiske helse. SINTEF Helse evaluerer helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste i de samme seks kommunene som NIBR undersøker barnepsykiatri og barnevern. Universitetet i Tromsø benytter den samme spørreguiden i ytterligere seks kommuner hvor det er i gang forsøk med familiesentraler. NIBR vil også takke barne- og ungdomspsykiater Trond Sødal for nyttige kommentarer og synspunkter til utkast til intervjuguiden for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Oslo, juni 2004

Sidsel Sverdrup

forskningssjef

Innhold

Forord	1
Innhold	2
Tabelloversikt	4
Figuroversikt	4
Sammendrag	5
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Problemstillinger	9
2 Teoretiske perspektiver	11
2.1 Om søking av psykiatriske hjelpetjenester	11
2.1.1 Aldersgrupper	12
2.2 Velferdstjenester	13
2.3 Barnesosiologi: Barn som pasienter og klienter	14
2.4 Evalueringsteori	15
3 Metode	16
3.1 Universer og utvalg	16
3.2 Nærmere om statistiske analyser av registerdata	17
3.3 Nærmere om kvalitative data – intervjuundersøkelser	18
4 Barn og unge i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien: Noen foreløpige analyseresultater	20
4.1 Behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker	20
4.2 Utvikling i tallet på konsultasjoner, årsverk og døgnplasser	23
4.3 Regionale variasjoner i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsrater (og dekningsgrad av døgnplasser)	23
4.4 Barn og unge som også har kontakt med barneverntjenesten	26
4.5 Sammendrag og kort drøfting	27
5 Barn og unge med tiltak i barneverntjenesten	28
5.1 Barn og unge i ”tunge tiltak” – fosterhjem, institusjoner, MST, nærmiljøtiltak, beredskapshjem	29
5.2 Barn og unge i hjelpetiltak i hjemmet (mindre ressurskrevende enkelttiltak)	31
6 Foreløpige resultater fra intervjuer med ansatte	33
6.1 Innledning	33
6.2 Foreløpige resultater fra intervjuer med de utvalgte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene	34
6.2.1 Organisering og tilgjengelighet	34
6.2.2 Tjenesteinnhold og problemfelt de ansatte arbeider med	35
6.2.3 Egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver	36
6.2.4 Ansattes vurdering av brukernes tilfredshet	36

6.2.5	Tjenesteleder og ansattes grad av tilfredshet med tjenesten.....	37
6.3	Foreløpige resultater fra intervjuer med de utvalgte barneverntjenestene	37
6.3.1	Organisering og tilgjengelighet.....	37
6.3.2	Tjenesteinnhold og problemfelt de arbeider med.....	39
6.3.3	Egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver.....	39
6.4	Sammendrag.....	39
7	Konklusjon.....	41
	Referanser.....	43

Tabelloversikt

Tabell 4.1	Prosentandel av barn og unge i ulike aldersgrupper som får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling i 2002.	21
Tabell 5.1	Tallet på barn og unge i fosterhjem og institusjoner i barnevernet 1998-2002. Statistisk sentralbyrå 2003 (www.ssb.no).....	30

Figuroversikt

Figur 4.1	Barn og unge i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling i løpet av 2002. Ettårige aldersgrupper. Alder i registreringsåret (Kilde: Hia- Data/NFBUI/SINTEF Helse 2002).....	22
Figur 4.2	Barn og unge som ble behandlet i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002. Fylker. Per 1000 under 18 år.....	24
Figur 4.3	Barn og unge i omsorgstiltak i barnevernet (31.12.2002) og barn og unge i behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002. Per 1000 under 18 år.....	25
Figur 5.1	Barn og unge som hadde tiltak (hjelpetiltak og omsorgstiltak) av barneverntjenesten i løpet 2001. Ett-årige aldersgrupper. Per 1000 under 18 år	29

Sammendrag

Lars B. Kristofersen

Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern.

En underveisrapportering for perioden 1999-2002.

NIBR-notat 2004:112

Bakgrunn

Opptappingsplanen for psykisk helse er besluttet å pågå i hele perioden 1999-2008. Stortinget ga før jul 2003 tilsagn til å utvide perioden som i utgangspunktet (1998) var planlagt over perioden 1999 - 2006.

Norges forskningsråd startet i 2001 den forskningsmessige evalueringen av denne planen. Hovedmål for prosjektet som ligger til grunn for dette notatet, er å foreta en evaluering av utviklingen i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernfeltet i perioden hvor opptappingsplanen for psykisk helse pågår. To av prosjektets delmål dreier seg om analyser på følgende områder:

- Organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer
- Utviklingen i brukermønstre når det gjelder antall klienter, inntaks- og henvisningspraksis.

Prosjektet har flere delmål. Analyseresultatene når det gjelder disse delmålene vil i hovedsak bli omtalt i en seinere rapport. Dette gjelder analyser av forløp av klientkarrierer, evaluering av spesifikke tiltaksformer og evaluering av eventuelle endringer i henvisningsmønstre fra helsevesen til barnevern etter sosial bakgrunn i perioden.

Evalueringen vil studere hvilke effekter opptappingsplanen for psykisk helse får for barne- og ungdomspsykiatri og barnevernet, med vekt på *tilgjengelighet av tjenestene og flyt og samarbeid i behandlingsskjeden*.

I dette notatet blir det bare redegjort for foreløpige analyseresultater og en såkalt *baseline* på disse områdene. Det er allerede samlet inn/gjort tilgjengelig for prosjektet et vesentlig større datamateriale knyttet til baselinesituasjonen 1999-2002, eller tidlig i planperioden, enn det som er analysert og referert til i dette notatet. Analysen av disse data fra t_1 vil fortsette når man har data fra et seinere i tidspunkt i opptappingsplanperioden t_2 å sammenlikne med. Dette gjelder særlig intervjuer med ansatte i felten, men også en stor mengde anonymiserte klientdata vedrørende brukere av disse tjenestene. Prosjektet har tilgjengelig barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkdata 2001-2002 og klientdata for barnevernet 1990-2002 med bl.a. informasjon om henvisende instanser.

Opplagg og sentrale funn

Prosjektet har benyttet, og vil framover i tid også benytte, flere metoder. De to viktigste metodene er analyser av foreliggende statistikk og kvalitative intervjuer med et betydelig antall ansatte i sektoren. Det blir analysert nasjonale statistikkfiler for barn og unge som

får behandling eller hjelp/tiltak av barne- og ungdomspsykiatri og barneverntjenesten for flere av årene i opptrappingsplanperioden. Ved to til tre tidspunkter i perioden, første gang ved årsskiftet 2002/2003, blir ansatte i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker og barneverntjenestene i seks utvalgte kommuner intervjuet om sitt syn på sider ved opptrappingsplanen som berører blant annet om inntaksforhold og fleksibilitet i tjenesten, samarbeid med andre hjelpetjenester og vurdering av egen kompetanse i forhold til barns og unges behov.

I dette notatet presenteres resultater basert på tre datamaterialer:

- Fullstendig landsomfattende individstatistikk for klienter i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker 2001 og 2002
- Fullstendig landsomfattende individstatistikk fra barn og unge som fikk hjelpe- og omsorgstiltak av barneverntjenesten i årene 1998-2002
- Intervjuer med ledere og kliniske medarbeidere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten som betjener 6 utvalgte kommuner. De fleste intervjuene er gruppeintervjuer hvor tjenestens leder og en til to kliniske medarbeidere er intervjuet. Kommunene varierer i størrelse fra om lag 3 000 innbyggere i den minste til vel 100 000 i den største

Ved hjelp av statistiske analyser av statistikkfiler fra hjelpetjenester for barn og unge får vi svar på en del av problemstillinger som reises i prosjektet; nemlig om utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter, inntaks- og henvisningspraksis samt forløpene av klientkarrierene.

- I tillegg til dette blir spesifikke tiltak vektlagt, det gjelder poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt, fosterhjem i barnevern; akuttinnlegging i både BUP- og barneverninstitusjon.

I de seinere årene, etter at Opptrappingsplanen startet, har det forekommet en viss økning i tallet på barn og unge som blir henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. I år 2000 ble 25 868 barn og unge behandlet i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker. Tilsvarende for 2001 var 28 688, og i 2002 30 994. En litt større andel gutter (57,2 prosent) enn jenter (42,8 prosent) fikk behandling i poliklinikkene i 2002.

- En del av dem som ble behandlet i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker i denne perioden var over 18 år. Når vi ser bort fra dem var det til sammen 28 592 barn og unge i alderen under 18 år som ble behandlet i løpet av 2002. Dette gir en behandlingsrate for 0-17 åringer på 2,7 prosent (26,6 per 1 000) i løpet av året. Kun om lag 1,7 prosent av personer under 18 år var i aktiv behandling ved utgangen av 2002. Målsettingen i Opptrappingsplanen om at 5 prosent av barn og unge skal få behandling i løpet av et kalenderår i 2006, vil kunne bli vanskelig å nå.
- Det er vesentlige skjevheter i det behandlingstilbudet som gis både når man studerer dette etter alder og etter geografisk region. Det er særlig aldersgruppen 13-18 år som blir behandlet i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker. 4,8 prosent av de unge i denne aldersgruppen fikk behandling i løpet av året, mens 2,9 prosent var i behandling ved utgangen av året.
- Det var færre i grunnskolealderen som fikk tilbud, kun 2,9 prosent av 6-12 åringer fikk behandling i løpet av 2002. 1,9 prosent i denne aldersgruppen var i behandling ved utgangen av dette året.
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker utover i landet behandler nesten ikke barn under skolealder. Kun 0,6 prosent av barn og unge i alderen 0-5 år fikk

behandling i barne- og ungdomspsykiatrien i løpet av 2002 (0,4 prosent ved utgangen av året).

Økningen i behandlingsvolum (målt ved antallet konsultasjoner) som har blitt registrert i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker de seinere årene, og som tidligere har blitt omtalt i pressen, synes i større grad å ha gått til flere konsultasjoner til de pasientene man har hatt i systemet enn til å gi behandling til flere barn og unge som trenger det. I 1996 var det for eksempel 139 640 konsultasjoner. I år 2000 hadde dette tallet steget til 168 760 konsultasjoner (tall fra før 1996 er ikke sammenliknbare med seinere konsultasjonstall). I 2001 ble det utført 181 117 polikliniske konsultasjoner innen barne- og ungdomspsykiatrien (ved institusjoner og avdelinger). Dette tilsvarer 1 697 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år. I forhold til tallet på konsultasjoner er det relativt få døgnplasser innen barne- og ungdomspsykiatrien. I 2001 var det tilgjengelig 3 døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år. Økningen i konsultasjonsvolum, som også har funnet sted i 2002, har truffet barne- og ungdomsbefolkningen selektivt, og ikke nødvendigvis bare nådd de barn og unge som har de største behovene.

- Det er til dels betydelige fylkesvise og andre regionale variasjoner både i årsverk i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, i konsultasjonsrater (konsultasjoner per 10 000 barn og unge 0-17 år) og i tilgjengelige døgnplasser (også sett i relasjon til barnetall). Variasjonene synes ikke å være dokumentert i forhold til behovsvariasjoner, men synes snarere å ha sin bakgrunn i lokale forhold, tradisjoner og utbyggingsplaner i de enkelte fylkene.
- De store byene varierer sterkt. Man kunne i mangel av gode behovsanalyser tenke seg at behovsstrukturen i de store byene skulle være av en viss likhet. Alternativt kunne man tenke seg at variasjonene var i nærheten av de trekk man finner i mønsteret for alvorlige barnevernssaker, selv om bruksmønsteret antakelig heller ikke på dette feltet har noe helt klart sammenfall med behovet. Bruksmønstrene for de to tjenestetypene er sterkt varierende i ulike deler av landet (dokumentert i kapittel 5).
- Det er en betydelig andel barn og unge som får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling som har en barnevernstatus. Av de nær 31 000 barn og unge som fikk behandling av barne- og ungdomspsykiatrien i 2002, hadde rundt 15 prosent også en sak (undersøkelse eller tiltak) i barneverntjenesten.

Motsatt vei var det mindre kontakt. Blant de barn og unge som hadde hatt barneverntiltak i løpet av 2002, hadde vel 3 prosent også fått et psykiatrisk poliklinikktilbud. Noe i underkant av en halv prosent av barnevernbarna hadde fått psykiatrisk behandling i institusjon.

- I alt 34 350 barn og unge fikk hjelp av barneverntjenesten i løpet av 2002. Dette var høyere enn antallet barn og unge som fikk hjelp i løpet av 2001. Ved utgangen av 2002 (prevalensmål 31.12) hadde 26 350 barn og unge tiltak. Dette var også betydelig høyere enn ved utgangen av 2001. Aldri har tallet på barn og unge som får hjelpetiltak eller omsorgstiltak av barneverntjenesten vært så høyt her i landet. Enkelte av de unge som fortsatt fikk hjelpetiltak var i alderen 18-22 år. Når man i rateberegninger tar høyde for dette, hadde 28,8 per 1 000 under 18 år barnevernstiltak i løpet av 2002.

Tallet på barn og unge som via barneverntjenesten har blitt plassert i fosterhjem og institusjoner, har øket siden 1998 eller i den tiden som er gått siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble lansert. Tallet på barn i barneverntiltak generelt har øket mer enn dette.

Det er i notatet vist til omfanget av en del viktige hjelpetjenester som bruk av barnehage som barneverntiltak, bruk av økonomisk stønad, besøkshjem avlastning og støttekontakt. Alle disse tiltakstypene, utenom støttekontakt, økte i utbredelse i perioden 2000-2002. Flest barn og unge fikk økonomisk stønad (vel 11 800 i løpet av 2002), færrest fikk besøkshjem/ avlastningstiltak (vel 4 700).

Det er etablert hjelpetiltak av innovativ art i fylkene (multisystemisk behandling) som også er økende, men dette gjelder foreløpig et mye mindre antall barn enn dem som for eksempel får barnehage som hjelpetiltak.

I de foreliggende intervjuene med ledere og enkelte ansatte i seks kommuners barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og barneverntjenester, har vi spurt om flere forhold som omhandler innhold, organisering, tilgjengelighet til og fleksibilitet mellom de to tjenestene.

Svarene når det gjelder organisering og tilgjengelighet varierer en del fra de ulike poliklinikkene. Tjenestens innhold inklusive de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkens spesialiseringer avhenger til dels betydelig av hvor store poliklinikkene er. Felles for alle er at de arbeider med allmenn barne- og ungdomspsykiatri, med undersøkelser, terapi og samtale.

Alle poliklinikkene synes å være opptatt av at de både betjener byen eller en del av storbyen hvor de ligger, men alle betjener også områder/kommuner omkring, enkelte av disse er til dels langt unna (en times reiseavstand med bil eller mer). Likevel varierer det mellom poliklinikkene i hvilken grad de selv synes å reise til kommuner som ligger langt unna og ha møter med pasient/eventuelt pårørende samt andre aktuelle hjelpetjenester der.

De lederne for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som betjener store kommuner som ligger et stykke unna, synes å være flinkere til å tenke "filial" en eller to dager i uken enn de som ligger i større byer som betjener hovedsakelig små kommuner et stykke unna. Noen reiste ut og etablerte kontor i nabokommunen enkelte dager i løpet av måneden. En annen barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hadde "skutt knopper" slik at det var etablert to nye poliklinikker i det tidligere ansvarsområde til "moder-poliklinikken".

På grunnlag av de foreløpige resultatene som presenteres i dette notatet, antydes her noen konklusjoner:

- Man er langt unna målet for opptrappingsplanen om at fem prosent av barn og unge under 18 år skal få hjelp av barne- og ungdomspsykiatrien (spesialisttjenesten) hvert år. Ved utgangen av 2002 var kun 1,4 prosent av alle barn og unge 0-17 år under behandling, mens 2,7 prosent av alle barn og unge (0-17 år) hadde vært i undersøkelse/behandling i løpet av 2002. Det er for lite behandlingsskapasitet, blant annet som følge av at mange "gamle" ungdommer fra de er 17-18 år i systemet følges opp til de er både 21, 22 og 23 år.

Svært få små barn (0-5 år) behandles i barne- og ungdomspsykiatrien. Av dem man hadde alder på i *henvisningsåret* (n=29 582) var kun 4 497 i alderen 0-6 år. Enda lavere andel var i alderen 0-5 år i *behandlingsåret*, dette gjaldt 2 188 pasienter. Bare 0,6 prosent blant barn og unge 0-5 år fikk behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Opptappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedepartementet 1999) er nå besluttet å pågå i hele perioden 1999-2008. Stortinget ga før jul 2003 tilsagn til å utvide perioden som i utgangspunktet (1998) var planlagt over perioden 1999 - 2006. Norges forskningsråd startet i 2001 den forskningsmessige evalueringen av denne planen.

NIBR utfører for tiden seks prosjekter som evaluerer ulike sider av opptappingsplanen. Et av prosjektene har avgitt en rapport (Sverdrup & Bratt 2003). Et prosjekt om brukermedvirkning innen psykisk helse er det siste som er igangsatt ved NIBR (januar 2004).

Prosjektet som ligger til grunn for dette notatet har som hovedtema fleksibilitet innen hjelpetjenester for barn og unge, og spesifikt utviklingen og fleksibiliteten i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten i opptappingsperioden.

1.2 Problemstillinger

Prosjektets hovedmål er å foreta en evaluering av utviklingen i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernfeltet i perioden hvor opptappingsplanen for psykisk helse pågår. Prosjektets delmål dreier seg om å gjennomføre analyser på følgende områder:

- organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer
- utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter, inntaks- og henvisningspraksis samt forløpene av klientkarrierene.
- spesifikke tiltak evalueres (poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt, fosterhjem i barnevern; akuttinnlegging i både BUP- og barneverninstitusjon).
- evaluering av eventuelle endringer i henvisningsmønster av barn etter sosial bakgrunn i perioden (henvisning fra helsevesen til barnevern)

Evalueringen vil dessuten studere hvilke effekter opptappingsplanen for psykisk helse får for barne- og ungdomspsykiatri og barnevernet, med vekt på følgende temaer:

- Tilgjengelighet av tjenestene
- Flyt og samarbeid i behandlingsskjeden

Prosjektet analyserer opptrappingsplanens betydning for tilgjengelighet av tjenester og samarbeid i grenseflaten mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. Det blir lagt særlig vekt på analyse av henvisningsinstans i barnevernssaker og på helsetjenesten (helsestasjon, lege/sykehus, barne- og ungdomspsykiatri/ voksenpsykiatri) som meldingsinstans.

I dette notatet presenteres *foreløpige funn fra prosjektet* med vekt på presentasjon av empirien fra et tidlig tidspunkt i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I kapittel 2 drøftes kort teoretiske aspekter som ligger til grunn for denne evalueringen. Disse vil bli mer utdypet i en seinere NIBR-rapport fra prosjektet (2006).

I kapittel 3 drøftes kort de metoder som i hovedsak benyttes i sær i denne første fasen av evalueringsprosjektet. I seinere rapportering vil metoddelen også bli nærmere utdypet.

Det legges mest vekt på det totale omfanget av klienter eller brukere både i barne- og ungdomspsykiatrien og i barneverntjenesten og ”serie- og dobbelklientproblematikken” drøftes i kapittel 4. Ressursene som var tilgjengelige i sektoren (siste publiserte nasjonale data) gjennomgås i grove trekk. Det legges vekt på en empirisk drøfting av de til dels store både aldersmessige og regionale forskjellene i behandlingsrater.

I kapittel 5 drøftes utviklingen av tallet på barn og unge i alle typer av barneverntiltak og i spesifikke typer av slike tiltak, også med bakgrunn i at barn som allerede benytter disse tjenestene må regnes som en *særlig risikogruppe*.

I kapittel 6 i dette notatet innledes drøftinger av empiriske resultater fra intervjuer med ledere og ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten 2002/2003. Dette gjøres som innledningen til en større analyse. Seinere i 2004 vil de samme ledere og ansatte bli intervjuet på nytt, og svarene deres fra årsskiftet 2002/2003 vil i sluttrapport fra prosjektet bli sammenliknet med den situasjonen de beskriver seinere i år.

2 Teoretiske perspektiver

Både medisinsk - sosiologisk teori og evalueringsteori ligger til grunn for denne studien.

Utgangspunktet er barn og unges bruk av hjelpetjenestene barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten.

Dette kapitlet trekker først opp en del medisinsk – sosiologiske perspektiver som er relevante for prosjektet. Deretter trekkes studiens evalueringsteoretiske utgangspunkt opp. Begge deler presenteres kortfattet her, men blir utdypet i prosjektets sluttrapport.

Hensikten med dette kapitlet er å trekke opp sentrale teoretiske innfallsvinkler som denne studien bygger på.

2.1 Om søking av psykiatriske hjelpetjenester

Pescosolido m. fl. (Pescosolido 1992; Pescosolido & Boyer 1999; Pescosolido, Boyer, & Lubell 1999) har utviklet interessante teorier for hvordan folk kommer til å søke psykiatriske hjelpetjenester. De påpeker de strukturelle forholdene rundt den personen som er plaget av psykiske helseproblemer, blant annet nettverk av både uformell og formell karakter (for eksempel nettverk knyttet opp mot andre sider av behandlingsapparatet). For barn blir dette bildet imidlertid noe annerledes. Foreldre, og til dels skole, barnehage og primærhelsetjenesten (fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste) vil også være viktige innspillere – især for småbarn og yngre skolebarn. For eldre skolebarn og ungdom vil venner kunne være viktige pådrivere for å søke hjelp (f.eks. i første omgang hos skolehelsesøster/primærhelsetjenesten). Både norske og utenlandske forskere har skrevet om denne initierende fasen før behandlingskontakt oppstår (Menaghan 1999; Sandbæk 2002).

Dette prosjektet skal i svært liten grad studere terapien. Imidlertid kommer en i intervjuene med særlig barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkansatte inn på sider ved terapien. Ved poliklinikkene er intervjuet poliklinikkledere og klinisk ansatte; disse er oftest psykologer, barne- og ungdomspsykiatere, spesialpedagoger eller kliniske sosionomer. Det dreier seg for eksempel om kompetanse i ulike terapiformer i den aktuelle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken, og om samarbeid med andre tjenester mens barn og unge er under terapi.

Det er skrevet en del litteratur om terapi som retter seg både mot behandlere og pasienter. Irvin Yalom har skrevet en popularisert omtale av psykoterapi beregnet for den nye generasjonen av terapeuter og for pasienter (Yalom 2003). Han tar opp de mange betegnelser for det terapeutiske forholdet (Yalom, 2003:24): Pasient/terapeut, klient/rådgiver, analysand/analytiker, klient/hjelper, bruker/leverandør og drøfter disse.

Grøholt og medarbeidere har skrevet en lærebok i norsk barnepsykiatri som også omtaler terapiformer, selv om forfatterne understreker at dette først og fremst er en oversiktsbok.

Terapeuter (barne- og ungdomspsykiatere, barnepsykologer, kliniske sosionomer, spesialpedagoger) må spesialisere seg i terapiformer langt ut over denne bokens rammer (Grøholt, Sommerschild, & Garløv 2001).

Multisystemisk terapi (MST) er en terapiform som ikke benyttes innen barne- og ungdomspsykiatrien, men som er et spesialtiltak innen det statlige barnevernet. I dette notatet omtales MST fordi det benyttes både av barneverntjenesten, samtidig som det kan være aktuelt med andre terapiformer som barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk besitter enten før, etter eller samtidig med at MST benyttes.

Begrepsbruken på dette feltet er både vanskelig og utfordrende på flere måter. Evalueringsprosjektet skal kombinere forståelsen av begreper benyttet i faglitteraturen, i plandokumenter (opptrappingsplanen) og i de ulike faggruppene som blir intervjuet i dette prosjektet. Det blir derfor innledningsvis benyttet flere begreper på de som er mottakere av hjelp, behandling eller omsorgstiltak. Forskeren bruker vekselvis betegnelsen *klient*, *pasient*, eller *barn unge som er til behandling/undersøkelse i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*. Blant *barn og unge som er i kontakt med barneverntjenesten* benytter vi noen ganger betegnelsen *barnevernklient* (uten at det ligger noe stigmatiserende i dette fra vår side). En av grunnene til at vi benytter klientbegrepet her er at sektoren selv delvis benytter det, og at "klientkarriere"-begrepet er et internasjonalt benyttet fagbegrep i den typen longitudinelle barnevernstudier som NIBR utfører. I sektoren snakkes det også om "*barnevernbarna*". Andre grupper vi er i kontakt med benytter *bruker*begrepet både om barn og ungdom som får behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og om barn og unge som er i behandling i barneverntjenesten.

Blant brukergruppene selv er det en pågående debatt om flere av disse begrepene, og at noen er etisk problematiske fordi de kan være stigmatiserende. Både *pasient*- og *klient*begrepet har vært utsatt for kritikk, men *bruker*begrepet har heller ikke gått fri for kritikk. I denne rapporten skulle forskeren ønsket å kun benytte nøytrale begreper. Men blant annet på grunn av behovet for språklig variasjon, og fordi folk som er ansatte i sektoren til dels selv benytter disse begrepene i intervjuer, benyttes også i dette forskningsprosjektet begrepene *pasienter*, *klienter* og *brukere* parallelt med de mer korrekte, men svært lange og kjedelige betegnelsene "*barn og unge som blir undersøkt/får behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk*" og "*barn og unge som er i kontakt med/får tiltak fra barneverntjenesten*".

2.1.1 Aldersgrupper

Lov om pasientrettigheter styrer rammene for hvordan helsepersonellet skal forholde seg til barn og unge. I § 3-4 omtales tre viktige aldersgrenser. For det første selvsagt myndighetsalderen. Alle som er over myndighetsalder (og som ikke er fradømt egen myndighet pga for eksempel sterk utviklingshemming) har egen styring med sine pasientrettigheter. Men loven nevner også 16-årsaldersgrensen som svært viktig i helsesammenheng. Man får her betydelige egne rettigheter. Det er bare i svært alvorlige sykdomstilfelle foreldre skal varsles hvis ungdommen ikke ønsker dette. Enkelte omtaler 16-årsalderen som den "medisinske" myndighetsalder.

Men § 3-4 nevner også 12 års aldersgrensen som viktig. Jfr. og de spesifikke forhold som nevnes om rettigheter til egen medvirkning og informasjon både for pasienter over 12 år og pasienter over 16 år i Lov om pasientrettigheter: "Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av

grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette" (utdrag fra Lov om pasientrettigheter, § 3-4).

Et viktig punkt som blir tatt opp nedenfor i analysene er hvor lenge en barne- og ungdomspsykiatri bør gi behandling til sine klienter i livsløpet. I dag kan det se ut som det er terapeutisk "riktig" å la noen unge gå i behandling i BUP-systemet til de er langt opp i 20-årsalderen, enkelte også godt opp i 30-årsalderen. Hvis dette tidligere har vært en strategi fra barnepsykiatrien for ikke å sende klientene ut i et vakuum fordi det var så alt for lite ressurser i voksenpsykiatrien, bør man nå etter hvert kanskje revurdere dette. Flere funn i forskning og statistikk tyder på at voksenpsykiatrien er trappet raskere opp enn barnepsykiatrien. Hvis man nå fortsetter videre å la 23-35 åringer "spise av" de knappe ressursene til barnepsykiatrien¹, vil man få ekstra store problemer med å trappe opp sektoren.

I foreliggende evaluering vil vi framover overvåke særskilt *aldersstrukturen for pasientene* som får undersøkelser og terapi. Det vil i rateberegninger bli lagt vekt på også i de kommende årene å studere aldersfordelingen blant klientene.

2.2 Velferdstjenester

Velferdspolitikken utformes sentralt av politikerne på Stortinget (lovutformingene)(Lov om helsetjenesten i kommunene 1982/2000; Lov om barneverntjenester 1992/2000; Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999; Lov om pasientrettigheter 1999), men også gjennom Helsedepartementets (primærhelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien) og Barne- og familiedepartementets (barneverntjenestens) rundskriv til sektorene og forskriftsarbeider til lovene i ettertid. Velferdspolitikken gis også sin form i den enkelte kommune (primærhelsetjenesten og den kommunale barneverntjenesten), i det enkelte fylke (fylkesbarnevernet) og i den enkelte sykehusregion (barne- og ungdomspsykiatriske klinikker og poliklinikker er statlig organisert). Her er det rom for lokal organisering innenfor de to lovenes rammer – og for lokalt skjønn i vurdering av hvilket behandlingsbehov som foreligger (og som man har kompetanse og ressurser til å dekke) eller hvilke øvrige tiltak som trengs i den enkelte sak (barnevernet).

Fleksibilitet mellom velferdstjenester og særlig mellom to av hjelpetjenestene for barn, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten (kommunalt) er et sentralt spørsmål i denne evalueringen. I flere ti-år har en i både faglitteraturen og i populærdebatten drøftet hvordan man skal skape bedre samarbeid og fleksibilitet mellom disse tjenestene. Dette er også drøftet i opptrappingsplanens policydokumenter. Vi har i fase 1 av dette prosjektet gått relativt åpent ut og spurt sektorene selv hvordan de ser på samarbeidet og fleksibiliteten dem i mellom.

¹ Høsten 2003 fikk vi i et intervju med barneverntjenesten i et annet prosjekt orientering om 12 måneders ventetid for en ungdom under 18 år som nylig var søkt inn fra barneverntjenesten til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på Østlandet. Ungdommen var etter undersøkelse av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk akseptert som behandlingstrengende. I tillegg til sårbare ungdomsgrupper under 18 år som står i køen, har man behandlingstrengende små barn som man ikke når fram til i det hele tatt, fordi de ikke står i køen.

2.3 Barnesosiologi: Barn som pasienter og klienter

Barnesosiologien ble utviklet på 1970- og 1980-tallet som et svar på at den ordinære sosiologien i stor grad hadde et voksenperspektiv eller i høyden et familieperspektiv. Etter at både kvinnesosiologi og ungdomssosiologien hadde vært utformet noen år, fikk også barnesosiologien faglig status (Jensen 1994; Qvortrup 1999; Schultz Jørgensen 1999; Jensen & Clausen 2000).

Barnesosiologien er blant annet opptatt både av barn som gruppe i samfunnet med sine egne interesser, og motsetninger og samspill mellom barn og voksne. Barnesosiologien retter søkelyset mot barn i familiesammenheng, slik at det er ganske mange berøringspunkter mellom barnesosiologi og familiesosiologi.

Ungdomssosiologien tar for seg barn fra ca tenåringalder og oppover. For enkelte sosiologer innebærer dette at man studerer tenåringer under myndighetsalder (13-17 år), mens for andre kan ungdomssosiologi også omfatte personer opp til omkring 25 år (før man er blitt godt etablert i jobber og har dannet egne familier). Ungdomssosiologi befatter seg uansett med fasen av livet mellom barn og voksen alder.

Anthony Giddens videreutvikler i boka *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age* (Giddens 1991) interessante perspektiver på forholdet mellom barns og unges utvikling, familielivet og søkning av hjelpetjenester. Giddens skriver i sin teoretiske analyse "Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age" blant annet at tidlig sosialisering av barn i økende grad synes å føre med seg råd og instruksjon fra eksperter. Her nevner han spesifikt barneleger (pediatricians) og lærere/pedagoger (educators). Han påpeker hvordan den mest distinkte forbindelse mellom abstrakte systemer og selvet finnes i terapi og rådgivning av alle slag (Giddens 1991). Giddens drøfter dette i forbindelse med barnets oppvekst og mer makroregulerte risikoforhold barnet også utsettes for. Det er en interessant forskjell mellom risiko for somatiske sykdommer /skader og risiko i forbindelse med for eksempel omsorgssvikt. Risiko for eksempel for kreft må håndteres på både globalt og nasjonalt plan, jfr. både nasjonale og internasjonale forsøk på å redusere utslipp av forurensninger. Samtidig arbeides det også på gruppeplan og individplan i svært mange land for å redusere sigarettøyking, det arbeides for sunnere kostvaner. Med hensyn til omsorgssvikt kan og en del gjøres på makroplan, for eksempel legge forholdene bedre til rette for barnefamilier økonomisk. Men en stor del av forebyggingen av omsorgssvikt må også skje som sekundærforebygging på gruppe- og individplan blant annet ved tidlig intervensjon fra barnehage, skole og helsevesen.

Giddens kommer inn på at mange ikke føler seg kompetente nok i deler av barneoppdragelsen og at terskelen for å søke hjelp hos profesjonelle kanskje er lavere enn før. Giddens nevner spesielt innsatsen fra pedagoger og barneleger, i Norge kunne vi lagt til helsesøstere og førskolelærere.

Det han i liten grad kommer inn på er at de profesjonelle innen hjelpetjenestene for barn også har barn. De ansatte i disse tjenestene har mange nærliggende yrkesgrupper. En del foreldre, dette gjelder også en del av de mest ressurssterke foreldrene til funksjonshemmede barn, får stor kompetanse på behandling av barn og unge. Andre grupper i samfunnet kan ha betydelig mindre kompetanse og føle betydelig usikkerhet. Ved alvorlige nok problemer og sjeldne tilstander, enten somatiske eller psykiske, vil også foreldre med erfaring fra helsetjenesten, psykologer og pedagoger kunne føle betydelig grad av usikkerhet.

Det å stå i en kø for behandling vil nok for de fleste føles frustrerende, enten det er på egne vegne, på vegne av sine gamle foreldre eller på vegne av sine barn².

2.4 Evalueringsteori

Evalueringsteori og evalueringsforskning har etter hvert lange tradisjoner både internasjonalt og i Norge (jfr. Sverdrup 2002). Det er mange skoleretninger også innenfor denne fagtradisjonen, og feltet sysselsetter faggrupper som for eksempel sosiologer, psykologer, pedagoger, statsvitere og økonomer.

Evalueringsforskning kan foregå på mange måter, og ulike former for evaluering og evalueringsforskning benytter ulike typer av teorier. I dette prosjektet pågår en *prosessevaluering og til dels en målevaluering*. I den sammenheng vil jeg forsøke å knytte sammen deler av evalueringsteoretiske aspekter (elementer fra programteori) som egner seg ved denne typen av forskningsmetoder. Elementer fra følgeforskningsteori vil bli benyttet sammen med de medisinsk – sosiologiske, familiesosiologiske og barnesosiologiske aspekter ved bruk av helsetjenester som har vært antydnet i avsnittene over i seinere analyser. I dette prosjektet vil vi ta utgangspunkt i Opptappingsplanen for psykisk helse og de ressursene som avsettes til å styrke og forbedre i sær barne- og ungdomspsykiatrien, men også denne tjenestens samarbeid og fleksibilitet vis a vis barneverntjenesten.

Det er flere forhold som vil virke inn på utviklingen av barn- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten. Evalueringsteori vil være til støtte for prosjektet når det gjelder å forstå hvilke samvirkende prosesser som pågår og intenderte og uintenterte konsekvenser av den type offentlige tiltak som Opptappingsplanen representerer.

Det blir en utfordring å forsøke å skille effekter av Opptappingsplanen fra andre prosesser som pågår samtidig: Statlige helseforetak og styringen av disse, statlig barnevern og familievern (fra 1.1.2004) samt allmenn fagutvikling og andre forsøks- og utviklingsprosjekter innen barnepsykiatri og barnevern (for eksempel de mange internasjonale skoleretningenes påvirkning på feltet – jfr. Webster Stratton, foreldretrening (PMT), Multisystemisk behandling (MST), Marte Meo metoden osv).

Dette mer teoretisk orienterte arbeidet med evalueringsteoretiske aspekter vil foregå parallelt med innsamlingen og analyse av empiriske data i foreliggende prosjekt. I dette notatet er de teoretiske aspektene ved disse teoretiske skoleretningene kun skissert svært overflattisk. Men de teoretiske aspektene har betydning for valg av metoder, som vi skal komme kort inn på i neste kapittel.

² Flere foreldre uttrykker i intervjuer i dagspressen og i fagblender, at det var en betydelig lettelse den dagen deres barn for eksempel fikk diagnostisert ADHD fordi de da ble erklært for hjelpetrequende med en diagnose. Mange år forut kunne de gått og grublet og møtt mange moraliserende uttalelser fra ikke bare privatpersoner, men til dels og fra myndighetspersoner for sin barneoppdragelse eller ”manglende grensesetting”, hadde de følt seg mistenkeliggjort.

3 Metode

Det foreliggende prosjektet benytter flere metoder. Man analyserer statistikkfiler (anonymiserte individfiler) fra nasjonale datasett basert på rapportering fra hjelpetjenester for barn og unge, nærmere bestemt barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten. Det blir foretatt enkle tabellanalyser og seinere i prosjektet mer avanserte statistiske analyser (bl.a. logistiske regresjoner av tidsseriedata).

I tillegg gjennomføres analyser av kvalitativt orienterte forskningsintervjuer med ledere og kliniske medarbeidere i hjelpetjenester for barn i tre utvalgte kommuner. Prosjektet har intervjuet leder og en klinisk medarbeider i følgende hjelpetjenester: Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), barneverntjenesten, helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)³.

Dessuten blir det foretatt analyser av kvalitative intervjuer i tre dybdekommuner til hvor SINTEF Helse har intervjuet. Deres prosjektet har tittelen "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på helsearbeid i kommunene" og er ledet av Helle Wessel Andersson⁴. Foreliggende NIBR-prosjekt og Anderssons SINTEF-prosjekt har benyttet de samme intervjumaler.

I fase 1 av prosjektperioden gjennomførte Anderssons prosjekt en spørreskjemaundersøkelse i om lag 60 norske kommuner. NIBR-prosjektet vil evt. også utnytte deler av materialet fra denne spørreskjemaundersøkelsen (Andersson & Hatling 2003).

I det følgende presenteres de ulike datakildene mer inngående.

3.1 Universer og utvalg

Det opereres i denne foranalysen med i alt tre datamaterialer:

1. Fullstendig landsomfattende individstatistikk for klienter i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker 2001 og 2002. Klientstatistikken har alderskategorier opp til over 30 år. Til grunn for det foreliggende notatet er det i hovedsak utført analyser av barn og unge i alderen 0-17 år. Men siden en del av klientene i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker er langt over myndighetsalderen, kommer vi også kort inn på disse eldre aldersgruppene.

³ Her benyttes noen av de samme metoder som Mona Sandbæk har anvendt i analyser av intervjuer (foreldre og barn) i sin doktorgradsavhandling (Sandbæk 2002). Sandbæk har tatt utgangspunkt i "grounded theory", et utgangspunkt jeg også legger til grunn i enkelte deler av arbeidet med dette prosjektet.

⁴ Det kan og utføres sammenlikninger i forhold til ytterligere seks kommuner her i landet hvor Universitetet i Tromsø har intervjuet de samme grupper av ansatte – noen av dem i familiesentraler (evalueringen av familiesentralforsøket).

2. Fullstendig landsomfattende individstatistikk fra barn og unge som fikk hjelpe- og omsorgstiltak av barneverntjenesten i årene 1998-2002. Dataene er spesielt tilrettelagt i SSB for et annet longitudinelt forskningsprosjekt ved NIBR (også støttet av Norges forskningsråd). Her vil det kun bli gitt kort summarisk statistikk om sider ved materialet som belyser forhold som er relevante i forhold til det barnepsykiatriske feltet og samarbeidsspørsmål. Også i barnevernmaterialet forekommer en del personer over 18 år, men svært få over 22 år. Øvre aldersgrense for de unge man hjelper i barneverntjenesten ble hevet til 23 år på slutten av 1990-tallet, etter å ha ligget på 20 år i perioden 1993-1998/99. Før 1993 var aldersgrensen også 23 år. Både gammel (1954-1992) barnevernlov og ny lov (1993, hvor aldersgrensen ble hevet i 1999) har hatt 18 år som grense for når det kan iverksettes nye tiltak. De summariske analysene er her også foretatt for barn og unge i alderen 0-17 år. Gjennomgående er barnevernklientene yngre enn klientene i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker.
3. Intervjuer med ledere og kliniske medarbeidere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten som betjener 6 utvalgte kommuner. Kommunene varierer i størrelse fra om lag 3 000 innbyggere i den minste til vel 100 000 i den største. I enkelte tilfelle ligger den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken som betjener de aktuelle utvalgte kommunene hvor ansatte i barneverntjenesten (og pedagogisk psykologisk tjeneste og helsesøstertjenesten) er intervjuet, i en betydelig større nabokommune.

3.2 Nærmere om statistiske analyser av registerdata

Ved hjelp av statistiske analyser av statistikkfiler fra hjelpetjenester for barn og unge får vi svar på en del av problemstillinger som reises i prosjektet:

- utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter, inntaks- og henvisningspraksis samt forløpene av klientkarrierene.
- spesifikke tiltak evalueres (poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt, fosterhjem i barnevern; akuttinnlegging i både BUP- og barneverninstitusjon).

Data som blir analysert er fra landsomfattende statistiske registre eller registerliknende statistikkfiler. Data er aidentifisert individstatistikk fra henholdsvis barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkdata (Landsforeningen for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner) og Statistisk sentralbyrås landsomfattende barnevernstatistikk. Vi har i denne analysen valgt ut data for årene 2000-2002, altså tidlig i Opptrappingsperioden. NIBR har også tilgang til barnevernstatistikk langt tilbake på 1990-tallet, slik at man har base-line her fra før planperioden startet.

Man analyserer i prosjektet både landsomfattende data om bruken av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og klinikker. Dette materialet eies av Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner og innsamles via HIA-data. Også SINTEF Helse benytter dette materialet og bidrar til kvalitetskontroll og analyse av dette. Dette statistikk materialet har vært innsamlet årlig over minst en 10-15 års periode. I dette materialet framgår bl.a. både hvem som er henvisende instans, barnets alder, kjønn, familiesituasjon, fylke. Også barnets eventuelle barnevernstatus synes rimelig godt dokumentert, både status ved henvisning til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og oppdatert barnevernstatus seinere. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkdata inneholder mer data om barnevernstatus enn hva SSBs barnevernstatistikk inneholder av data

om barne- og ungdomspsykiatrisk status. Siden vi ikke har tilgang til fødselsnumre for barn og unge i dette prosjektet har det ikke vært mulig å identifisere dobbeltklientene i begge de statistiske materialene. I barnevernstatistikken får man oversikt over hvem som er meldt til barnevernet fra voksen og barne- og ungdomspsykiatri, men ikke noe om barnets seinere status lenger ut i klientkarrieren i barnevern i forhold til disse andre hjelpetjenestene.

Videre analyseres data fra den landsomfattende barnevernstatistikken. Denne samles inn fra sosialkontorene/barneverntjenestene og publiseres i serien Norges offisielle statistikk av Statistisk sentralbyrå. SSB foretar også kvalitetskontroll av denne statistikken, blant annet ved fødselsnummerkontroller mot forrige årgang og mot det sentrale personregisteret. På denne måten sikret man seg blant annet en dublettkontroll (hvis barnet har fått hjelp av flere instanser/kommuner og det kommer inn flere meldinger på det samme barnet).

Barnevernstatistikken har svært lange tradisjoner i Norge og kan spores tilbake så lenge vi har hatt barneverns- og vergerådslovgivning her i landet. I barnevernstatistikken framgår for eksempel i tillegg til status for barneverntiltak hvor ofte helsetjenesten er henvisende instans (helsesøster, allmennlege/skolelege, voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri).

I foreliggende evaluering vil vi framover overvåke særskilt *aldersstrukturen for pasientene* som får undersøkelser og terapi. Det vil i rateberegninger bli lagt vekt på også i de kommende årene å studere aldersfordelingen blant klientene. Det vil bli presentert behandlingsrater for 0-17 åringer slik Statistisk sentralbyrå presenteres rater for barn og unge med tiltak i barneverntjenesten. Det vil bli presentert andre rater for 0-20 åringer. Innen barneverntjenesten kan barn og unge få frivillig hjelpetiltak ut over myndighetsalderen, men maksimal alder er fylte 23 år.

3.3 Nærmere om kvalitative data – intervjuundersøkelser

Ved hjelp av kvalitative intervjuer av ledere og enkelte ansatte i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenester som betjener seks utvalgte kommuner, får vi informasjon og underlag for å besvare følgende problemstillinger, nemlig:

- organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer
- utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter, inntaks- og henvisningspraksis
- spesifikke tiltak evalueres (poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt, fosterhjem i barnevern; akuttinnlegging i både BUP- og barneverninstitusjon).
- evaluering av eventuelle endringer i henvisningsmønster av barn etter sosial bakgrunn i perioden (henvisning fra helsevesen til barnevern)

Intervjuundersøkelsene har blitt utført på basis av fire nokså presise intervjuguider som ble utformet av forskerne i tre prosjekter i fellesskap: Helle Wessel Andersson og Trond Hatling, SINTEF Helse (Trondheim), Kirsti Lenschow og John Rønning, ABUP, Universitetet i Tromsø og Lars B. Kristofersen, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Intervjuguidene er todelte. Ansatte i fire hjelpetjenester for barn og unge er intervjuet i de tre prosjektene. Det er intervjuet leder og ansatt i henholdsvis barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, barneverntjenesten, helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste. Alle er intervjuet på basis av en "fellesguide" eller "basisguide" (ca en times intervju). Deretter inngikk intervjupersonene i en times intervju til på basis av en intervjuguide som var spesifikt tilpasset deres tjeneste (det var utformet i alt 4 slike spesialguider tilpasset hver av de fire tjenestenes særlige ansvarsområde). Det ble brukt lydopptakere i intervjuene. Lydfilene ble etterpå skrevet ut i word-filer.

Forskerne har siden lest gjennom og begynt å analysere intervjuene. Det er igangsatt arbeid med mer detaljerte analyser av intervjuene med programmet QSR Nudist 6 for kvalitative dataanalyser. For øvrig foretas ordinære kvalitative analyser av det utskrevne intervjumaterialet. Lydopptakene er og bevart slik at man ved usikkerhet om hva som ble sagt kan gå inn og tolke vanskelige partier av intervjuet på ny. Respondentene er i en del tilfelle lovet å få intervjuet til gjennomlesing før analyser blir publisert. NIBR's respondenter er lovet anonymitet, derfor blir ikke navnet på de uttrukne dybdekommunene offentliggjort.⁵

I dette notatet blir det kun presentert noen få og foreløpige resultater fra første fase i intervjuene. Intervjuene vil bli gjentatt med de samme grupper av ansatte i de samme kommunene. Man vil da følge opp temaene og mange av spørsmålene som ble stillet i fase 1 for å få mål for utvikling og endring i løpet av planperioden.

⁵ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste understreket under meldingsbehandlingen av prosjektene at intervjupersonene skulle garanteres anonymitet. Vi har og i ettertid sett at dette fungerer bra, intervjupersonene er i mange tilfelle nokså frittalende både om egen og andre tjenester. En slik frittalenhet ville neppe forekommet hvis vi skulle offentliggjort kommunenavnene (for små kommuner – og for nesten samtlige av de barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkene – er dette ensbetydende med å offentliggjøre navn på både leder og ofte også hvilken av de ansatte i tjenesten som er intervjuet – i hvert fall vis a vis andre fagfeller i sektoren).

4 Barn og unge i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien: Noen foreløpige analyseresultater

4.1 Behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

I de seinere årene – etter at Opptrappingsplanen har startet - har det forekommet en viss økning i tallet på barn og unge som blir henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

I år 2000 ble 25 868 barn og unge behandlet i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. I 2001 fikk 28 688⁶ barn og unge behandling i slike poliklinikker (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI) 2002). Fra 2000 til 2001 forekom nær 11 prosent økning i tallet på barn og unge som fikk behandling. Fra 2001 til 2002 skjedde igjen en økning. Økningen var langt større prosentvis når det gjaldt totaltallet på konsultasjoner enn når det gjaldt økningen i andelen barn og unge som fikk behandling. – Økningen i tallet på barn og unge som fikk behandling var på 8 prosent fra 2001 til 2002. For toårsperioden 2000 til 2002 var økningen til sammen på om lag 19 prosent. Beregnet andel av barne- og ungdomsbefolkningen som fikk behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i løpet av 2002 var 2,7 prosent. Fortsatt er man langt under målsettingen til opptrappingsplanen om at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen skal få behandlingstilbud i løpet av et kalenderår.

I 2002 fikk 30 994 barn og unge behandling i poliklinikker. En litt større andel gutter (57,2 prosent) enn jenter (42,8 prosent) fikk behandling i poliklinikkene i 2002. Sammenliknet med dem som får hjelpetiltak av barneverntjenesten, er det en overvekt av ungdom i alderen 13-18 år. Svært få små barn behandles i barne- og ungdomspsykiatrien. Av dem man hadde alder på i *henvisningsåret* (n=29 582, tilsvarende 95,4 prosent) var kun 4 497 (14,5 prosent av dem med kjent alder) i alderen 0-6 år. Enda lavere andel var i alderen 0-5 år i *behandlingsåret*, dette gjaldt 2 188 pasienter som utgjør kun 0,6 prosent av alle barn og unge i denne aldersgruppen her i landet (se tabell 4.1 og figur 4.1). Barn og unge i alderen 0-5 år som fikk slik poliklinikkbehandling i 2002, utgjorde om lag 7 prosent av dem som fikk poliklinikkbehandling i alderen 0-17 år. Barnebefolkningen 0-5

⁶ Tallet er før kvalitetsjustering av innrapporterte data. Når man undersøker aldersfordelingen viser det seg at det er lagt inn data for en del unge over 18 år, og også for en del voksne over 20 år. I alt ble 27 023 barn og unge 0-17 år behandlet i 2001. Men her kan og forekomme dubletter hvis et barn eller ungdom er behandlet i ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i løpet av året. Dette fordi det ikke forekommer kvalitetskontroll av data via fødselsnummer slik det for eksempel foretas i den individbaserte barnevernstatistikken.

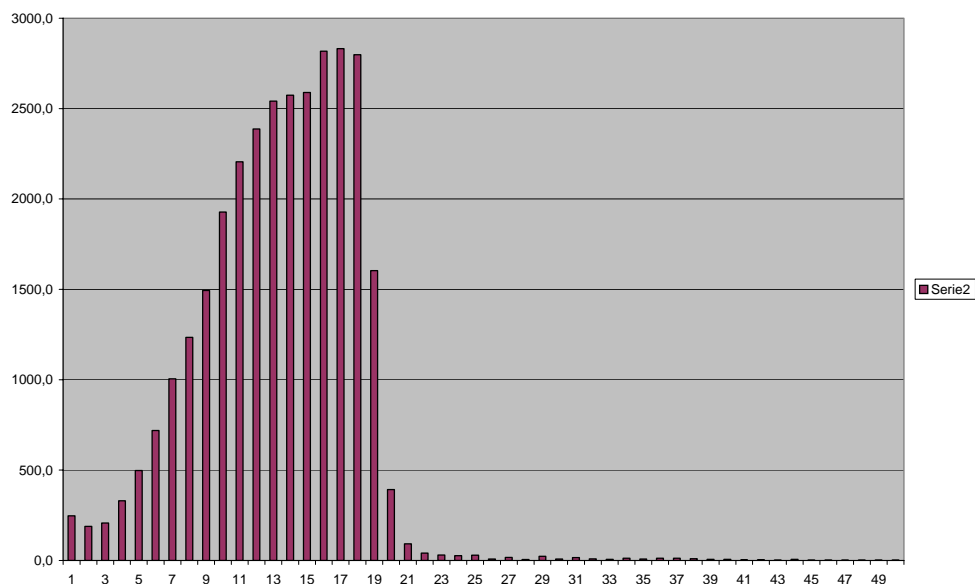
år utgjør til sammenlikning 27 prosent av alle 0-17 åringer (SSB: Befolkningsstatistikk per 1.1.2003). Nedenstående tabell og figur illustrerer de omtalte forholdene.

Tabell 4.1 *Prosentandel av barn og unge i ulike aldersgrupper som får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling i 2002.*

Aldersgruppe	Målsetting (andel som skal få behandling)	Prosentandel av alle barn og unge i respektive aldersgrupper som fikk barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling i løpet av 2002	Prosentandel av alle barn og unge i respektive aldersgrupper som fikk barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling ved utgangen av 2002
0-5 år	?	0,6 % (n=2188)	0,4 % (n=1 337)
6-12 år	?	2,9 % (n=12 794)	1,9 % (n= 8 468)
13-17 år	?	4,8 % (n=13 610)	2,9 % (n= 8 321)
Alle 0-17 år	5 %	2,7 % (n=28 590)	1,7 % (n= 18 126)
Alle 0- 20 år	?	2,5 % (n=30 679)	1,5 % (n=18 827)
Alle 0-22 år	?	2,3 % (n=30 750)	1,4 % (n=18 867)

(Kilde: Nasjonal barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkdatafil 2002 fra HIA-data/-NFBUI/SINTEF Helse. Beregninger foretatt ved NIBR med SSB's befolkningsstatistikk 1.1.2003 benyttet som nevner)

Figur 4.1 *Barn og unge i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling i løpet av 2002. Ettårige aldersgrupper. Alder i registreringsåret (Kilde: Hia-Data/NFBUI/SINTEF Helse 2002)*



Til sammen var 28 592 barn og unge i alderen under 18 år av de i alt nær 31 000 barn og unge (alle aldersgrupper) som ble behandlet i løpet av 2002⁷. Dette gir en behandlingsrate for 0-17 åringer på 2,7 prosent (26,6 per 1 000) i løpet av året. *Nær 2 400 av dem som fikk behandling i 2002 var 18 år eller eldre.* Dette påvirker raten av barn og unge 0-17 år som får behandling. Som vist i tabell 4.1 er oppnådd behandlingsmål så langt 2,7 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen under 18 år i løpet av 2002, mens kun om lag 1,7 prosent av personer under 18 år var i aktiv behandling ved utgangen av 2002. Målsettingen i Opptreppingsplanen om at 5 prosent av barn og unge skal få behandling i løpet av et kalenderår i 2006 (Helsedepartementet 2003:8), vil kunne bli vanskelig å nå. En viktig grunn til dette er at barne- og ungdomspsykiatrien i stor grad behandler gruppen 18-23 år. Helt opp i 30-40 årsalderen statistikkføres at enkelte klienter har fått behandling innen denne tjenesten. Det er selvsagt betryggende at tjenesten følger opp klienter som har behov for det i voksen alder. Men siden tjenesten har så pass begrensede ressurser, representerer denne oppfølgingen også et velferdspolitisk dilemma!

Også i alderen 6-12 år er det en lav behandlingsrate, 2,9 %, men denne er likevel vesentlig høyere enn blant de yngste barna. Bare for 13-17 åringene er målsettingen om en behandlingsrate på om lag 5 prosent nær oppfylt, når vi ser på dem som fikk behandling i løpet av 2002.

Av de i alt 28 590 barn og unge under 18 år som hadde fått behandling i løpet av 2002, hadde nær 10 500 (10 466) fått sin behandling avsluttet i løpet av året. Ved utgangen av 2002 var dermed 18 126 barn og unge under 18 år i aktiv behandling. Dette tilsvarer en prevalensrate på 1,4 prosent (13,8 per 1 000 under 18 år) som er langt unna måltallet for Opptreppingsplanen. Blant småbarna (0-5 år) var under en halv prosent i behandling ved utgangen av året. Behandlingsraten ved utgangen av året for aldersgruppen 6-12 år var i

⁷ Behandlete barn og unge under 18 år utgjorde 92,3 prosent av alle pasientene som ble behandlet i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i løpet av 2002.

underkant av 2 prosent. Over 5 000 klienter i alderen 13-17 år hadde avsluttet sin behandling i løpet av 2002 slik at prevalensraten ved utgangen av året for dem lå i underkant av 3 prosent. 885 personer 18 år og over var i aktiv behandling ved årsskiftet.

4.2 Utvikling i tallet på konsultasjoner, årsverk og døgnplasser

Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at barne- og ungdomspsykiatrien har hatt en økning både i antall ansatte og i antallet konsultasjoner også i perioden 1990-2001.

I 1996 var det for eksempel 139 640 konsultasjoner. I år 2000 hadde dette tallet steget til 168 760 konsultasjoner (tall fra før 1996 er ikke sammenliknbare med seinere konsultasjonstall) (Statistisk sentralbyrå 2001).

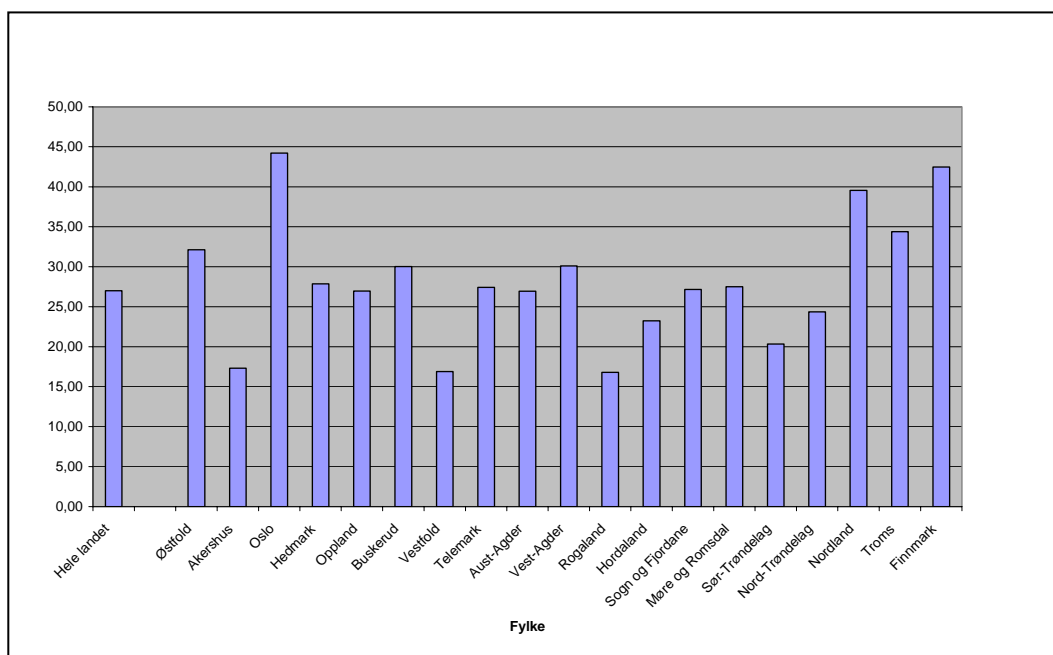
Når det gjelder årsverk innen barne- og ungdomspsykiatrien ble det registrert totalt 1 490 årsverk i 1990 (alle stillingstyper). Inkludert i dette tallet var 104 årsverk for leger. I år 2000 ble det registrert 2 407 årsverk (alle stillinger), av dette var 186 legeårsverk. Årsverk for sykepleiere har økt mindre enn legeårsverkene når man ser hele 10-11 årsperioden under ett. I 1990 ble det registrert 123 sykepleierårsverk, mens det i år 2000 ble utført 158 sykepleierårsverk innen feltet. Sykepleierårsverk innen barne- og ungdomspsykiatrien nådde en topp i 1997 (205 årsverk). Fra 1998 til 1999 skjedde et betydelig fall i antallet sykepleierårsverk.

I 2001 ble det utført 181 117 polikliniske konsultasjoner innen barne- og ungdomspsykiatrien (ved institusjoner og avdelinger). Dette tilsvarer 1 697 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år (Statistisk sentralbyrå 2002). I forhold til tallet på konsultasjoner er det relativt få døgnplasser innen barne- og ungdomspsykiatrien. I 2001 var det tilgjengelig 3 døgnplasser per 10 000 innbyggere 0-17 år.

4.3 Regionale variasjoner i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsrater (og dekningsgrad av døgnplasser)

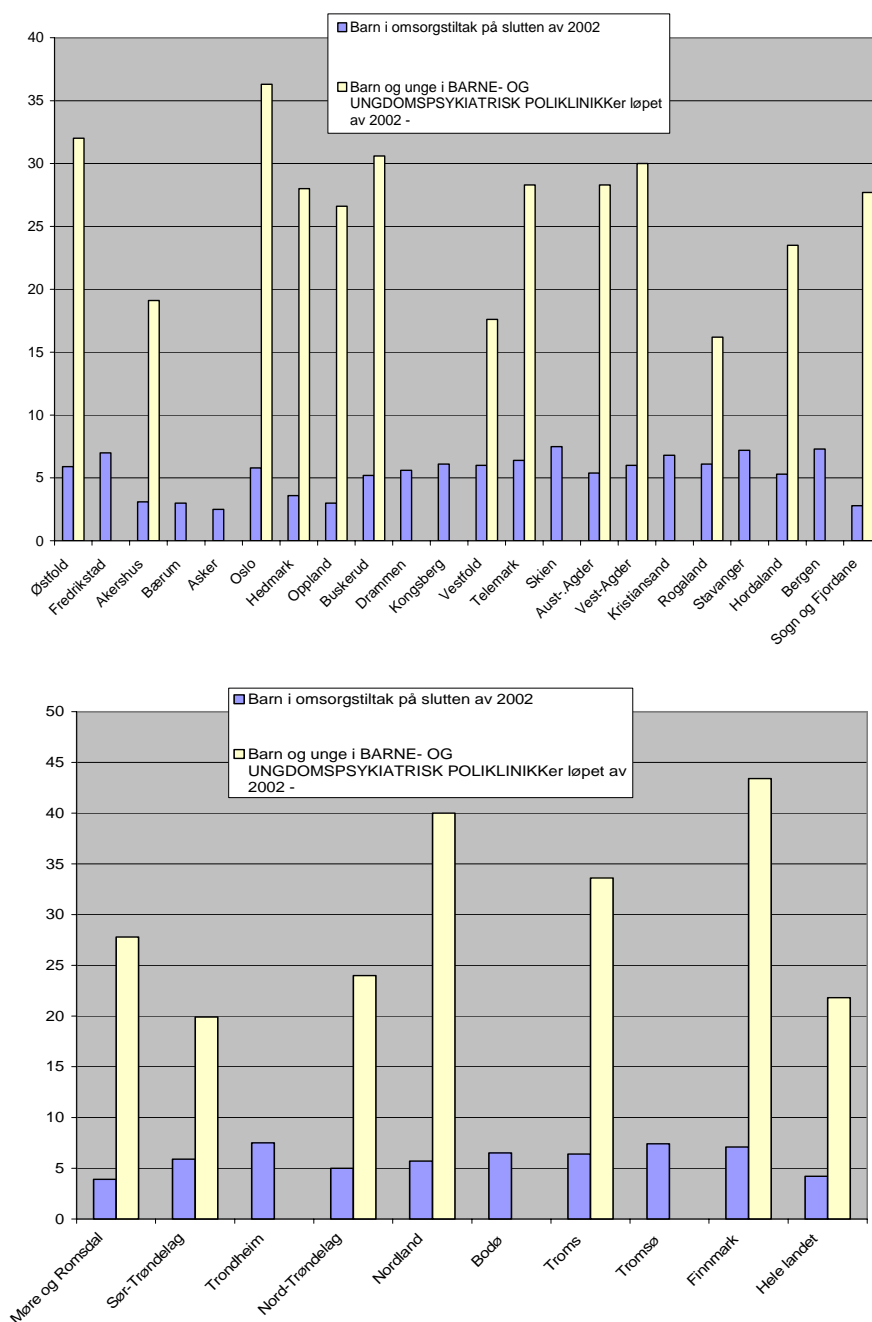
Det er til dels betydelige fylkesvise og andre regionale variasjoner både i årsverk i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, i konsultasjonsrater (konsultasjoner per 10 000 barn og unge 0-17 år) og i tilgjengelige døgnplasser (også sett i relasjon til barnetall). Variasjonene synes ikke å være dokumentert i forhold til behovsvariasjoner, men synes snarere å kunne ha sin bakgrunn i lokale forhold, tradisjoner og utbyggingsplaner i de enkelte fylkene. Etter at barne- og ungdomspsykiatrien også ble gjort til gjenstand for den statlige sykehusreformen (gjeldende fra 1.1.2002), bør man kanskje ikke kunne forvente utbygging i forhold til regionale behov allerede fra statistikkåret 2002. Men noen år framover i tid bør det i større grad finne sted en utbygging i forhold til behovene.

Figur 4.2 *Barn og unge som ble behandlet i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002. Fylker. Per 1000 under 18 år*



Noen utjevning av regionale forskjeller viser seg foreløpig ikke å være tilfelle. Det er betydelige regionale variasjoner i bruken av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker også for 2002 (se figur 4.2). De regionale variasjonene synes ikke å ha en struktur som likner på noe i nærheten av behovsvariasjoner. De store byene varierer sterkt. Man kunne i mangel av gode behovsanalyser tenke seg at behovsstrukturen i de store byene skulle være av en viss likhet. Alternativt kunne man tenke seg at variasjonene var i nærheten av de trekk man finner i mønsteret for alvorlige barnevernssaker, selv om bruksmønsteret antakelig heller ikke på dette feltet har noe helt klart sammenfall med behovet. Bruksmønstrene for de to tjenestetypene er sterkt varierende i ulike deler av landet (se figur 4.3). Derfor er det nærliggende å anta at man her i større grad har å gjøre med ulik kapasitetsutbygging av de to tjenestetypene i ulike regioner enn med reelle behovsvariasjoner.

Figur 4.3 *Barn og unge i omsorgstiltak i barnevernet (31.12.2002) og barn og unge i behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002. Per 1000 under 18 år*



Det vil bli arbeidet mer med spørsmålene rundt de regionale variasjonene i dette prosjektet framover. Det synes ikke som det er nedfelt lokale behovstall i noen utpreget grad. De vi forholder oss til nevner oftest 5 prosentmålet som opptrappingsplanen har satt fram for barne- og ungdomspsykiatrien på landsplan. Men skal dette målet nås for alle regioner, må de regionene som ligger lengst tilbake sette inn et kraftig støt fra nå av, selv om Opptrappingsplanen i Stortingets budsjettbehandling i desember 2003 ble forlenget til ut 2008.

4.4 Barn og unge som også har kontakt med barneverntjenesten

Også tallet på barn og unge som får hjelp av barneverntjenesten har øket de seinere årene. I dette kapitlet skal vi analysere særskilt dem som har fått hjelp av både barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og samtidig har status som klient (tidligere eller nåværende) i barneverntjenesten.

Av de nær 31 000 barn og unge som fikk behandling av barne- og ungdomspsykiatrien i 2002, hadde rundt 15 prosent også en sak (undersøkelse eller tiltak) i barneverntjenesten. Vel 2 100 barn og unge fikk hjelpetiltak av barneverntjenesten mens de bodde hjemme hos foreldrene. 427 barn hadde en frivillig plassering i barnevernsammenheng (BVL § 4-4). For 895 barn og unge var det fattet et omsorgsvedtak blant dem som fikk behandling i barne- og ungdomspsykiatrien i løpet av 2002.

Motsatt vei var det mindre kontakt. Blant de nær 32 000 barn og unge som hadde hatt barneverntiltak i løpet av 2002⁸, hadde 3,1 prosent (n=996) også fått et psykiatrisk poliklinikktilbud. Vel en prosent av barna i barneverntiltak i 2002 hadde fått MST-behandling. Noe i underkant av en halv prosent av barnevernbarna (n=109, 0,3 % av de 31 928 med match til ulike andre statistikkfiler) hadde fått psykiatrisk behandling i institusjon.

Analysen fra barnevernstatistikken 2000 nasjonalt viser at 1,3 prosent av barn og unge (n=409) av alle som var i tiltak dette året (n=31.672) hadde fått henvisning hit fra barne- og ungdomspsykiatrien. Året etter (2001) hadde dette prosenttallet steget til 1,4 av barn og unge (n=451). Denne prosenten er regnet av de 33 073 barn og unge som hadde barneverntiltak i løpet av 2001.

Barnevernstatistikken for 2002 viser at vel 1,2 prosent av barn og unge (n=426) av alle som var i tiltak dette året (n=34 362) hadde fått henvisning hit fra barne- og ungdomspsykiatrien.

Barnevernstatistikken kan være noe mangelfull når det gjelder eventuelle kontaktforhold barn og unge har til barne- og ungdomspsykiatrien. Den har også langt færre variabler rettet mot barnas eventuelle status i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling, enn det som finnes av variable i barne- og ungdomspsykiatristatistikken om disse barnas barnevernstatus.

Man må anta at en langt større del av barnevernbarna har behov for psykiatriske tjenester enn den andelen som det framgår har fått dette i barnevernstatistikken. Når man i opptrappingsplanen for psykisk helse har anslått et behov for psykiske helsetjenester hos gjennomsnittlig 5 prosent av befolkningen under 18 år, må man anta at behovet for psykiske helsetjenester må være vesentlig større blant barn som får hjelp av barneverntjenesten, siden en del av disse barna (og en større andel enn i befolkningen for øvrig) har opplevd alvorlige familiekriser, alvorlige helseproblemer hos foreldre, rusmisbruk, og i en del tilfelle mishandling og misbruk.

⁸ Og som oppnådde match i den spesialfilen som SSB har tilrettelagt for NIBR.

4.5 Sammendrag og kort drøfting

Hvis man bare teller konsultasjoner i barne- og ungdomspsykiatrien de seinere årene, vil man kanskje være rimelig tilfreds med en viss volumøkning. I 1996 var det for eksempel 139 640 konsultasjoner. I år 2000 hadde dette tallet steget til 168 760 konsultasjoner. I 2001 ble det utført 181 117 polikliniske konsultasjoner innen barne- og ungdomspsykiatrien (ved institusjoner og avdelinger). Dette tilsvarer 1 697 konsultasjoner per 10 000 innbyggere 0-17 år.

Til tross for økningen i konsultasjonsvolum og i årsverk innen tjenesten er 5-prosentmålet om dekningsgrad for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling langt unna å bli nådd for de aller fleste grupper av barn og unge. Økningen i konsultasjonsvolum som også har funnet sted i 2002 har truffet barne- og ungdomsbefolkningen selektivt, og ikke nødvendigvis bare nådd de barn og unge som har de største behovene.

For 0-17 åringer generelt har 2,9 prosent fått poliklinikkbehandling i barne- og ungdomspsykiatrien i løpet av 2002. Men når vi går til utgangen av 2002 har mange fått avsluttet sin behandling. Da vi beregnet den såkalte prevalensraten ved utgangen av året var det bare 1,7 prosent av alle under 18 år som var i aktiv behandling ved utgangen av 2002.

Småbarn i alderen 0-5 år har fått svært lite ressurser innen barne- og ungdomspsykiatrien. Kun 0,6 prosent av alle barn i denne aldersgruppen hadde fått behandling innen barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker i løpet av 2002. Heller ikke aldersgruppen 6-12 år har nådd langt i forhold til målsettingen. Når vi studerer aldersgrupper ser vi at det bare er for 13-17 åringene Opptrappingsplanens mål nærmer seg å bli oppnådd.

Det synes nødvendig å sette inn en kraftig satsing overfor småbarna i alderen under 5 år. Delvis gjelder dette også for aldersgruppen 6-12 år, særlig de yngste av disse. Barnevernstudier (jfr. neste kapittel) viser at det er langt høyere andeler av førskolebarn og småskolebarn som får barneverntiltak. En del av disse barna har hatt store traumatiske opplevelser i sine oppvekstfamilier. Behovet for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikktilbud må anees å ligge vesentlig høyere i aldersgruppene under 12 år enn det tilbudet disse gruppene mottar i dag.

For å nå 5-prosent målet for dekningsgrad innen barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling er det nødvendig å trappe opp innsatsen betydelig. Det er lang vei fram til måloppnåelse. Som et hjelpemiddel på veien kunne man i større grad gjennomført mer systematiske behovsanalyser. Myndighetene har fortsatt ikke prioritert å foreta noen særlig avanserte behovsanalyser verken når det gjelder eventuelle aldersmessige behovsvariasjoner eller eventuelle regionale variasjoner i behov for barne- og ungdomspsykiatriske tjenester. Slike behovsanalyser er heller ikke i særlig stor grad forsøkt laget når det gjelder andre spesifikke hjelpetjenester til barn og unge. Ved hjelp av dette vil man få et klarere bilde av hvor innsatsen bør bygges ut i siste del av planperioden.

Foreløpig synes man å jobbe videre med det syn at lokale pressgrupper må presse på for å få utbygget hjelpetjenester for barn og unge. Man gir med den ene hånden (Stortingspolitikere med opptrappingsmidler i økende psykiatribudsjetter), mens styrene i de regionale helseforetakene i en viss grad "tar inn igjen" med den andre hånden når det gjelder fordelingen av midler mellom somatikk og psykiatri. Det er ikke sikkert at dette er lønnsomt i forhold til de overordnede målene.

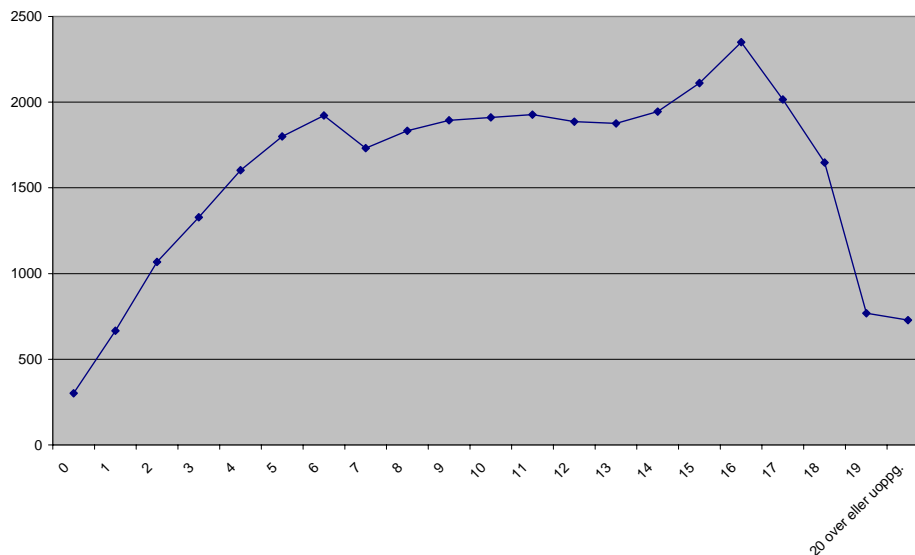
5 Barn og unge med tiltak i barneverntjenesten

I alt 34 350 barn og unge fikk hjelp av barneverntjenesten i løpet av 2002⁹. Tallet hadde økt med om lag 3 prosent fra 2001. Ved utgangen av 2002 (prevalensmål 31.12) hadde 26 350 barn og unge tiltak. Dette var også betydelig høyere enn ved utgangen av 2001. Aldri hadde tallet på barn og unge som får hjelpetiltak eller omsorgstiltak av barneverntjenesten vært så høyt her i landet. Enkelte av de unge som fortsatt fikk hjelpetiltak var i alderen 18-22 år. Når man i rateberegninger tar høyde for dette hadde 28,8 per 1000 under 18 år barnevernstiltak i løpet av 2002. Den tilsvarende raten for 2001 var 28,3. I løpet av år 2000 hadde 27,3 per 1 000 under 18 år et barnevernstiltak. Dette er Statistisk sentralbyrås offisielle tall basert på den nasjonale individstatistikken på barnevernfeltet.

Longitudinell forskning ved NIBR (basert på anonymiserte koblede filer fra SSB for årene 1990-2000) antyder at om lag 6-7 prosent av barnebefolkningen vil ha hatt barneverntiltak i en kortere eller lenger periode innen de fyller 18 år (Clausen 2000).

⁹ De offisielle nasjonale tallene for 2003 blir ventelig først publisert av SSB i september 2004 (alle de 3-4 siste årene har denne statistikken blitt publisert på ettersommeren eller høsten i året etter).

Figur 5.1 *Barn og unge som hadde tiltak (hjelpetiltak og omsorgstiltak) av barneverntjenesten i løpet 2001. Ett-årige aldersgrupper. Per 1000 under 18 år*



Også barnevernratene varierer til dels betydelig med alder, men har i motsetning til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkstatistikk "to pukler". Dette aldersgruppefenomenet når det gjelder hvem som særlig får hjelp (småskolebarn og ungdom) er drøftet av flere, bl.a. av Grinde (Grinde 1993; Grinde 1997).

5.1 Barn og unge i "tunge tiltak" – fosterhjem, institusjoner, MST, nærmiljøtiltak, beredskapshjem

I dette avsnittet gis det en enkel beskrivende oversikt over utviklingen i omsorgstiltak og plasseringer utenfor hjemmet, MST-tiltak og nærmiljøtiltak. I "tunge" barneverntiltak (omsorgstiltak utenfor hjemmet, forsterkede tiltak i hjemmet) erfares noe oftere at det kan være behov for samarbeid i forhold til barne- og ungdomspsykiatrien enn ved bruk av "lettere" tiltak – som ofte er de hjemmebaserte tiltakene hvor man benytter mindre ressurser fra barneverntjenestens side (enkel støttekontakt, enkelt tilsyn, bruk av barnehage som barneverntiltak, økonomisk stønad som barneverntiltak mv.).

Tabell 5.1 *Tallet på barn og unge i fosterhjem og institusjoner i barnevernet 1998-2002. Statistisk sentralbyrå 2003 (www.ssb.no)*

	Barn i fosterhjem i alt (som omsorgs- og hjelpetiltak)	Barn og unge i barnevern- institusjoner i alt (som omsorgs- og hjelpetiltak)
1998	5 456	933
1999	5 664	1 011
2000	6 007	1 140
2001	6 159	1 225
2002	6 344	1 189

Som det framgår av denne tabellen har tallet på barn og unge i fosterhjem¹⁰ og institusjoner øket siden 1998 eller den tiden som er gått siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble lansert. Tallet på barn i barneverntiltak generelt har øket mer enn dette.

Man har hatt som målsetting i barneverntjenesten at det i størst mulig grad skal forsøkes hjelpetiltak i hjemmet før man plasserer barn og unge utenfor hjemmet. På en måte har man kanskje klart dette, fordi antallet barn i hjelpetiltak i de fleste fylker har steget kraftigere enn tallet på barn og unge som er plassert utenfor hjemmet. Likevel ser vi altså at de absolutte tallene for barn og unge som plasseres utenfor hjemmet stiger.

I tillegg er barneverntjenesten i ferd med å etablere tyngre tiltak mens barna bor hjemme. Multisystemisk behandling (MST – 18 fylker) (Ogden 2001) og Nærmiljøtiltak (Buskerud) (Kristofersen, Bratt, & Gotaas 2004) er eksempler på dette. Nær 670 barn og unge i hele landet fikk fylkeskommunale hjemmebaserte tiltak per 31. desember 2002 (Statistisk sentralbyrå 2003). Dette dreier seg om både MST, PMT og andre mer ressurskrevende tiltak (inkluderer ulike typer av nærmiljøtiltak, hvor en eller to miljøarbeidere jobber i tett kontakt med den aktuelle ungdom/familie). Mange av de barn og unge som har særlig ressurskrevende hjemmebaserte tiltak vil ha behov for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikktilbud eller tilsvarende terapeutisk opplegg.

I tillegg til at det har vært en viss økning i bruk av fosterhjem, institusjoner, MST-tiltak og nærmiljøtiltak de seinere årene, har det vært en betydelig økning i bruk av *beredskapshjem*. Mens om lag 1 220 barn og unge hadde vært innom beredskapshjem i løpet av år 2000, hadde dette tallet øket til vel 1 430 i 2002 (kilde SSB, koblete analysefiler ved NIBR).

I andre analyser (av longitudinelle barneverndata) drøftes bruk av beredskapshjem som en tidlig og mild plasseringsform, og vi finner interessante samvariasjoner i forhold til mer komplekse plasseringskarrierer. Enkelte barn har hatt bruk av besøkshjem/beredskapshjem over flere år mens de likevel bor fast hjemme hos mor og eller far. Besøkshjem/beredskapshjem i starten og en seinere karriere i fosterhjem og eller institusjon er heller ikke helt uvanlig.

¹⁰ Barn og unge i forsterkede fosterhjem har også hatt en økning. Tallet på barn og unge i forsterkede fosterhjem er inkludert i tallet på barn i fosterhjem i tabellen.

5.2 Barn og unge i hjelpetiltak i hjemmet (mindre ressurskrevende enkelttiltak)

Vi har nå gått gjennom tallmateriale for barn og unge som plasseres utenfor hjemmet de seinere årene og barn og unge som får ”tunge tiltak” mens de bor hjemme (for eksempel MST og nærmiljøtiltak).

Mange barn og unge får lettere barneverntiltak i starten av sin ”barnevernkarriere”, eller de får lette tiltak i hjemmet et eller noen få år, og familien klarer seg med dette. Noen av disse barna må imidlertid også antas å være noe mer i risikozonen for barnepsykiatriske problemer enn barn som er helt utenfor barnevernfeltet. Derfor skal jeg her også gå litt nærmere inn på empirien rundt ”lettere” tiltak i hjemmet for barn og unge.

I alt nær 27 800 barn og unge var registrert med kun hjelpetiltak av barnevernet i løpet av 2002. Blant dem som hadde blitt plassert utenfor hjemmet (omtalt i forrige underkapittel) hadde det for en vesentlig andel skjedd som et hjelpetiltak (plassering i beredskapshjem, fosterhjem, institusjon etter § 4- 4, 5.ledd – uten fylkesnemndsbehandling). I forrige avsnitt er vist til at 670 barn fikk ytterligere andre typer av frivillige hjelpetiltak i hjemmet som en fylkeskommunal innsats. Anslagsvis hadde mellom 22 000 og 25 000 barn og unge det man kan betegne som ”lettere” hjelpetiltak i hjemmet i løpet av 2002 – det vil si støttekontakt, tilsyn, økonomisk stønad, barnehage, skolefritidsordning mv som *frivillige tiltak*¹¹.

Nedenfor blir svært kortfattet beskrevet utviklingen av omfanget av tiltakene besøkshjem, barnehage, støttekontakt og økonomisk stønad de seinere årene.

Besøkshjem

”Viften” av barneverntiltak er blitt noe større de seinere årene, slik at et av de tiltakene som drøftes kort her, besøkshjem, er en slags mellomform. Mor og eller far trenger avlastning og barnet får et regelmessig besøks- eller weekendhjem. Det kan diskuteres om dette tiltaket bør drøftes som et ”tungt” eller lettere hjelpetiltak. Barnevernsloven er kompleks, og man er her i grenselandet mot plassering utenfor hjemmet en del av uka eller måneden. I og med at også en stor andel av fosterhjems plasseringene foretas som hjelpetiltak (i starten) og først seinere bringes inn for fylkesnemnda som en omsorgssak, drøftes besøkshjem som et mindre ressurskrevende tiltak.

Men i andre analyser (av longitudinelle barneverndata) drøftes bruk av beredskapshjem som en tidlig og mild plasseringsform og vi finner interessante samvariasjoner i forhold til mer komplekse plasseringskarrierer. Enkelte barn har hatt bruk av besøkshjem/beredskapshjem over flere år mens de likevel bor fast hjemme hos mor og eller far. Besøkshjem/beredskapshjem i starten, og en seinere karriere i fosterhjem og eller institusjon, er heller ikke helt uvanlig.

Vel 9 500 barn og unge hadde besøkshjem/avlastningstiltak i 2002. Dette var en økning fra nær 8 600 i år 2000 og nær 9 000 i 2001 (kilde: SSB).

Barnehage

Vel 4 800 barn fikk plass i barnehage som et barneverntiltak i 2002. Her hadde det forekommet en økning fra om lag 4 500 barn som fikk dette som tilbud i år 2000.

¹¹ Bruk av barnehage kan pålegges familien som et tvangstiltak i fylkesnemnd, i de tilfellene (relativt få) kan vi ikke se på dette som ”lette” tiltak.

Ved innføring av kontantstøtten var man i debattene omkring denne oppmerksomme på faren for at en del familier ikke ville ønske å motta barnehagetilbud som barneverntiltak fordi de ville miste kontantstøtten hvis barnet ellers var hjemme.

Clausen har tidligere undersøkt kontantstøtte og bruk av barnehage som barneverntiltak (Clausen 2001). Han fant at bruk av kontantstøtte var vesentlig mindre utbredt blant familier med barnevernbarn enn blant befolkningen generelt. Det har vært en nedgang i bruk av barnehage som hjelpetiltak i barnevernet på ca. 18 prosent fra 1997 til 1999 for barn i alderen 1 -2 år.

I NIBRs intervjuer med barneverntjenestens ansatte i mange kommuner de 10-12 siste årene framkommer at barnehagene har øket sin oppmerksomhet overfor barn med mulige barnevernproblemer og barn med mer spesifikke helseproblemer. I flere kommuner er det et øket og mer systematisert samarbeid mellom barnehager, helsestasjon, ppt og barneverntjenesten.

Det er foreløpig noe uklart i hvilken grad barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker kommer systematisk inn i bildet overfor disse små barna. Men den barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkstatistikken tyder på at det foreligger et svært lavt forbruk av tjenester i forhold til det vi må anta er behovet for barna i disse aldersgruppene (1-5 år). Pedagogisk psykologisk tjeneste er trolig inne i noe større grad, men for denne tjenesten finnes det foreløpig ikke noen landsomfattende klientstatistikk som er individbasert, slik det finnes for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten.

Støttekontakt

Støttekontakt ble gitt til om lag 4 700 barn og unge i 2002. Bruken av dette tiltaket har sunket de siste par årene.

Støttekontakt ble gitt til om lag 5 200 barn og unge i løpet av år 2000.

Økonomisk stønad

I løpet av 2002 ble det gitt økonomisk stønad som barneverntiltak til vel 11 800 barn og unge (foreldrene mottar etter søknad midler som er øremerket spesielle tiltak for barna deres, som for eksempel ferie, sykkel osv).

Bruken av økonomisk stønad som barneverntiltak har økt i utbredelse de seinere årene (vi har her ikke informasjon om størrelsen på de utbetalte beløpene). I løpet av år 2000 hadde vel 9 700 barn og unge mottatt økonomisk stønad som barneverntiltak, altså vel 2 000 færre.

Denne tiltakstypen har øket i omfang de seinere årene. Foreløpige resultater fra NIBRs longitudinelle barnevernprosjekt viser at økonomisk stønad i en betydelig grad benyttes til de samme klientene over flere år (Kristofersen, under arbeid 2004).

6 Foreløpige resultater fra intervjuer med ansatte

6.1 Innledning

De fire hjelpetjenestene for barn har ulike historiske tradisjoner og ulikt lovverk her i landet. Flere ganger tidligere har det vært tatt til orde for at de tre hjelpetjenestene barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (bup), barneverntjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste (pp-tjenesten) burde samarbeide mer, og at man eventuelt vurderer helt eller delvis felles inntak. I dag har alle fire tjenestene en unik og separat organisering, med unntak av at helsesøstertjenesten og barneverntjenesten i enkelte kommuner og bydeler i de seinere år har kommet inn under en felles ledelse ("oppvekstetat" eller liknende organisering). Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er organisert under statlige helseregioner, og pedagogisk psykologisk tjenester er (som regel) organisert under skole og utdanningssektoren. Alle kommuner er forpliktet til å ha helsesøster og barneverntjeneste. Alle kommuner skal ha en ordning med pedagogisk psykologisk tjeneste, men det finnes eksempel på at små kommuner kjøper pedagogisk psykologisk tjenester fra pedagoger/psykologer utenfor kommunen.

Alle hjelpetjenestene preges av om de ligger i en storby eller i en liten landkommune. I de aller største byene er flere av tjenestene sektorisert på bydeler eller regioner av bydeler. I Oslo gjelder dette også de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene.

Derfor har denne undersøkelsen tatt høyde for kommunestørrelse. Det er valgt dybdekommuner som sikrer deltaking fra både storbyer, mellomstore byer (10.-40.000 innbyggere) og fra småkommuner (3000-4000 innbyggere eller færre). Kommunene¹² er representert fra ulike landsdeler (Østlandet, Sørlandet, Vestlandet, Midt-Norge, og Nord-Norge).

Tidligere har flere studier analysert forholdet mellom flere av hjelpetjenestene for barn. En av de første studiene som så på flere hjelpetjenester under ett på 1990-tallet, var prosjekt Oppvekstnettverk i en Østlandskommune (Backe-Hansen & Ogden 1992; Backe-Hansen 1995; Kristofersen 1995; Ogden 1995; Sandbæk 1995; Backe-Hansen, Kristofersen, Ogden, & Sandbæk 1997; Sandbæk 2002).

Nyere studier har også tatt for seg forholdet mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien (Nygren 2000; Eidheim 2001; Sitter & Andersson 2001; Sandbæk 2002). På bakgrunn av disse studiene vet man at det er en del bruk av tjenester i serie og at det er en del bruk av tjenester mens barnet er "dobbeltklient" eller også "trippelklient".

¹² Når man ser alle dybdekommuner under ett hvor SINTEF Helse, Universitetet i Tromsø og NIBR har intervjuet. SINTEF Helse evaluerer helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste i de samme seks kommunene som NIBR undersøker barnepsykiatri og barnevern.

I fagdebatten har det vært foreslått tettere samarbeidsformer mellom hjelpetjenester for barn slik at barn, unge og/eller foresatte slipper å fortelle om sin situasjon to eller tre ganger hvis man ikke treffer den "riktige" hjelpetjenesten, eller at det viser seg å være behov for bruk av flere tjenester i serie eller samtidig.

Enkelte fagfolk har også ønsket seg en felles inntaksenhet for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, barneverntjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste i lokale områder. Når nå fylkesbarnevernet fra og med 1.januar ble lagt om til et statlig, regionalt barnevern, minner barnevernets sentrale organisering mer om de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkens organisering. Men en stor forskjell er at mye av barnevernkompetansen fortsatt skal ligge i kommunene.

Studiene som er vist til foran kan ikke gi noen pekepinn om hvorvidt Opptappingsplanen for psykisk helse kan bedre på tilgjengelighet til og økt fleksibilitet mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten. Foreliggende virksamhetsstatistikker gir heller ikke så mye kunnskap om hvordan utviklingen foregår her. I de foreliggende intervjuene vi har foretatt med leder og ansatte i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenester i seks kommuner er det stillet flere spørsmål som fra ulike ståsted tar opp denne problematikken.

6.2 Foreløpige resultater fra intervjuer med de utvalgte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene

6.2.1 Organisering og tilgjengelighet

I intervjuundersøkelsen har vi startet med å stille spørsmål om hvordan tjenesteleder og en klinisk medarbeider ser på tilgjengelighet til hjelpetjenester for barn generelt. Vi ber om synspunkter på organiseringen av egen tjeneste i området, hvordan de samarbeider med andre hjelpetjenester for barn og hvordan dette synes å virke inn på tilgjengeligheten til deres tjeneste spesielt.

Svarene når det gjelder organisering og tilgjengelighet varierer en del fra de ulike poliklinikkene. Alle synes å være opptatt av at de både betjener byen eller en del av storbyen hvor de ligger, men alle betjener også områder/kommuner omkring, enkelte av disse er til dels langt unna (en times reiseavstand med bil eller mer). Likevel varierer det mellom poliklinikkene i hvilken grad de selv synes å reise til kommuner som ligger langt unna og ha møter med pasient/eventuelt pårørende samt andre aktuelle hjelpetjenester der. De lederne for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som betjener store kommuner som ligger et stykke unna, synes å være flinkere til å tenke "filial" en eller to dager i uken enn de som ligger i større byer som betjener hovedsakelig små kommuner et stykke unna. Noen reiste ut og etablerte kontor i nabokommunen enkelte dager i løpet av måneden. En annen barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hadde "skutt knopper" slik at det var etablert to nye poliklinikker i det tidligere ansvarsområde til "moder-poliklinikken". "Moder-poliklinikken hadde dermed et noe mindre område å betjene enn før. Men på intervjutidspunktet (januar 2003) hadde de samtidig mistet sin eneste barnepsykiater som var blitt leder for en av de nyåpnede poliklinikkene.

Flere poliklinikker/sykehus har i tillegg til "knoppskyting" etablert ambulante team i barne- og ungdomspsykiatri som rykker ut i en del saker og møter pasienten og familien i hjemkommunen. Vi har intervjuet to ansatte i et slikt ambulant team i en større by. De har jevnlig møter med andre hjelpetjenester som også forholder seg til deres pasienter i de

aktuelle kommunene. Ansvarsområdet for det ambulante teamet var i dette tilfelle enda større enn det ansvarsområdet den nærliggende barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikken hadde. Ved flere av møtene det ambulante teamet hadde med øvrige aktuelle hjelpetjenester er pasient/pårørende også til stede.

De fleste sier at ventelistene er kortere enn før. Fem av barne-/ ungdomspsykiatriske poliklinikkens ledere og kliniske medarbeidere ble intervjuet i perioden november 2002 – januar 2003, den sjette ble intervjuet i april 2004 og spurt tilbakegående om situasjonen ved årsskiftet 2002-2003.

Men det var fortsatt (november 2002-januar 2003) til dels lange ventelister ved de poliklinikkene hvor vi foretok intervjuer. Flere steder har poliklinikkens sjef selv hånd om ventelisten, og man foretar en jevnlig prioritering. Noen saker blir betraktet som ganske akutte, og kan bli undersøkt nokså raskt (enkelte steder har man akuttberedskap fram til klokka 15.30). Men på kvelder/netter og i helger henvises akutt barne- og ungdomspsykiatri til legevakter eller eventuelt til sykehus med barneavdeling eller barne- eller ungdomspsykiatrisk avdeling.

Flere instanser kontakter poliklinikkene om barn som trenger hjelp. Bl.a. leger, helsesøstere, barn eller ungdommen selv (over en viss alder). Foreldre kan kontakte poliklinikken, pedagogisk psykologisk tjeneste/skole, og barneverntjenesten kan kontakte poliklinikkene. De fleste krever at primært en lege skal ha undertegnet en henvisning før undersøkelse kan igangsettes, men godtar som regel alternativt at barnevernleder eller sosialsjef søker om henvisning av et barn. Man registrerer både den egentlige (primære) henvisende instans og i tillegg aktuell lege som sekundær henviser (hvis ikke det var legen selv som opprinnelig tok initiativet til henvisningen, da blir hun/han registrert som primær henviser).

I et av intervjuene fikk vi et eksempel på en poliklinikkens sjef som selv med jevne mellomrom ringte opp foreldre til barn som sto i køen for å sjekke situasjonen deres og eventuelt prioritere dem framover i køen.

Når det gjelder barn og unge som ikke hadde spesielt høy prioritet snakket man flere steder ofte om ventetider på 3-6 måneder (anslåtte gjennomsnitt). Det vil si at med aller lavest prioritet måtte man regne med å kunne vente lenger enn dette, ofte opp til 7-8 måneder.

Kristofersen, Bratt og Gotaas (2004) har redegjort for erfaringer fra en annen kommune på Østlandet hvor man intervjuet fagansvarlig barnevernmedarbeider (oktober 2003) om erfaringen med nærmiljøtiltak. Henvisningssituasjon ved den aktuelle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken var i søkelyset. Ved dette barnevernkontoret hadde man nettopp fått beskjed om at en ungdom man hadde henvist til den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken måtte regne med ca 12 måneders ventetid på behandling. Dette var utenfor utvalgsområdet for denne evalueringen.

6.2.2 Tjenesteinnhold og problemfelt de ansatte arbeider med

Tjenestens innhold, inklusive de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkens spesialiseringer, avhenger til dels betydelig av hvor store poliklinikkene er. Felles for alle er at de arbeider med allmenn barne- og ungdomspsykiatri, med undersøkelser, terapi og samtale.

Når poliklinikkene øker i størrelse, slik vi ser i noen av de største byene, øker både tallet på behandlere og spesialiseringene deres. Det ser også ut til å være en viss videre henvisning av barn og unge med spesifikke problemer fra små poliklinikker til en annen

og større barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller til sykehusklinikker hvis disse er bedre egnet til å behandle den aktuelle pasienten. For eksempel synes enkelte å ha mer kompetanse i å behandle spisevegring enn andre, noen har større kompetanse i å behandle psykiske traumer etter overgrep, noen har bedre kompetanse i å behandle flyktninger med psykiske problemer (fra krigsområder f. eks.) enn andre.

Enkelte steder er det spesifikk kompetanse på for eksempel leketerapi for små barn, nevropsykologi, foreldretrening med PMT (Parent Management Training) som metode, Webster Stratton, spesifikke opplegg (psykoedukativ behandling) for barn med ADHD. Andre poliklinikker kan ha lite eller ikke noe av slik spesialkompetanse.

6.2.3 Egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver

I de kvalitative intervjuene er også søkelyset rettet mot egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver.

I intervjuene kommer det fram at de som har vært ved poliklinikken en stund, eller har vært lenge ved en annen poliklinikk eller ved en pedagogisk psykologisk tjeneste tidligere, synes å føle større trygghet enn de som har kortere ansettelsestid. Dette er i følge de lederne og kliniske medarbeiderne vi intervjuet. Nyansatte behandlere følges nesten alltid opp med veiledning hos en av sine overordnede. De fleste poliklinikkene synes å være flinke til å dele på sin kompetanse, og de var opptatt av at de ansatte skulle kunne videreutdanne seg, enten ved seminarer/kurs som ble organisert internt, eller ved videre utdanning i spesialkurser i regionene eller i en annen region/utlandet.

Ved noen poliklinikker hadde man også erfaring i å arrangere kurs eller bistå i andres kurs om tverrfaglig og tverretattlig arbeid med barns og unges psykisk helse. I slike kurs kunne også forebygging stå sentralt.

6.2.4 Ansattes vurdering av brukernes tilfredshet

I de seks kommunene vi intervjuet stilte vi spørsmål om hvordan de ansatte trodde brukerne var fornøyd med tjenesten deres og med terapien.

I spørsmålene til poliklinikkene 2002-2003 svarte enkelte som hadde hatt vurderinger eller evalueringer av brukernes grad av fornøydhet, hevdet disse stort sett at brukerne/ deres foresatte var fornøyd.

Enkelte av de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene hadde foretatt pasientevalueringer for litt tid tilbake hvor pasientene (eller foresatte) selv hadde svart på spørsmål (oftest til sin egen terapeut) om hvordan de var fornøyd med terapien. De interne evalueringsundersøkelsene hadde i hovedsak kommet positivt ut.

Drøfting

Slike interne evalueringsundersøkelser som er nevnt over er kanskje bedre enn ingen, men har likevel sine klare metodiske svakheter. Det må antas å være nokså vanskelig for de fleste pasienter, selv de som er nær ferdigbehandlet å komme med svært kritiske merknader til det terapeutiske opplegget direkte eller indirekte til egen terapeut. Dette må en tro også vil gjelde for foreldre når det gjelder uttalelser om det terapeutiske opplegget for deres barn direkte til barnets/den unges terapeut. Det kan jo hende man får behov for å kontakte terapeuten igjen for nye konsultasjoner, og man vet aldri helt hvordan terapeuten vil reagere på kritikk.

På den annen side kan slike undersøkelser, hvis de gjennomføres på en konstruktiv måte, skape en ny form for positiv dialog mellom terapeut og bruker, hvor terapeuten også kan lære mer og de to partene blir mer jevnbyrdige. Et mulig nyttig framtidig opplegg for kunnskapsinnhenting ville være å kombinere interne og eksterne evalueringer.

6.2.5 Tjenesteleder og ansattes grad av tilfredshet med tjenesten

Det uttrykkes tilfredshet med kompetansesituasjonen ved mange barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker, selv om alle påpeker at man alltid vil kunne bli enda dyktigere.

Det påpekes av enkelte at det synes å være for liten innsikt i styringen av spesialisthelsetjenesten hos politikerne og at dette er en ulempe ved den nye styringsformen statlige helseforetak¹³. Enkelte steder oppleves at man ikke får tildelt alle de ressursene man mente å skulle ha som følge av opptrappingen. Andre fortalte at de en periode var blitt fratatt ressurser av det styrende helseforetaket.

Mange påpeker at det er vanskelig å få tiden til å strekke til med hensyn til møtevirksomhet med andre og samtidig få tilstrekkelig tid til terapitimer med egne klienter.

Enkelte steder påpekes kontorsituasjonen som utilstrekkelig og at man har kontormangel. Andre har fordelt sin virksomhet og behov for kontorer og møterom ved å få ta i bruk (deler av) flere bygninger.

6.3 Foreløpige resultater fra intervjuer med de utvalgte barneverntjenestene

Barneverntjenesten har hatt to ”opptrappinger” før, en på midten av 1980-tallet og en tidlige på 1990-tallet. Satsingen på tidlig 1990-tallet var størst, og den varte til langt ut på 1990-tallet når det gjaldt klientøkning. Begge disse satsingene ble riktignok betegnet med en annen begrepsbruk.

I dette avsnittet vil vi gi en kort oversikt over leder og ansatte i barneverntjenesten sitt syn på bl.a. tilgjengelighet og fleksibilitet i forholdet til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ved årsskiftet 2002/2003.

6.3.1 Organisering og tilgjengelighet

Det var også variasjoner i organiseringen av de kommunale barneverntjenestene som vi undersøkte via informantintervjuer med deres ledere og som oftest en klinisk medarbeider (et gruppeintervju eller singelintervju i hver kommune høsten 2002/vinteren 2003). Barneverntjenestene ble også spurt om deres generelle tilgjengelighet (informantenes syn), om deres kontaktnett med andre instanser generelt og med den barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikken, helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste spesielt.

De samme informantene (eller dem som eventuelt er nyansatt i deres stillinger) vil bli intervjuet om situasjonen igjen seinere når det gjelder tilgjengelighet og organisering

¹³ De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene ble en del av i de statlige regionale helseforetakene fra de startet 1.januar 2002. De barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene er statlige og organisert inn under sykehusene og videre under Helse Sør, Helse Øst, Helse Nord osv.

blant annet i forhold til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og andre forhold ved opptrappingsplanen for psykisk helse.

Her skal mer kortfattet redegjøres for situasjonen slik den framsto i grove trekk ved årsskiftet 2002/2003.

Barneverntjenestene er også organisert forskjellig. I større kommuner er barnvern-tjenesten enkelte ganger en egen kommunal virksomhet som ligger inn under en sosial-avdeling, en oppvekstetat eller liknende. I mellomstore og mindre kommuner ligger tjenesten ofte knyttet inn under sosialkontoret eller er en del av dette.

Mange barneverntjenester har nettopp vært omorganisert til å bli en del av de nye kommunale virksomhetene med eget budsjett- og økonomiansvar. I denne sammenheng vil det raskere bli et økonomisk spørsmål enn før om man for eksempel skal ta en sak til fylkesnemnd, da dette kan by på betydelige advokatutgifter. Enkelte kommuner måtte leie inn barnevernadvokat hvis de fikk en større sak (dette var før den statlige regionaliseringen av den tidligere fylkesbarneverntjenesten).

En leder av en barneverntjeneste svarte i intervjuet at vedkommende så tilgjengelighet til tjenester på to nivåer. På det første nivået gjaldt det tilgjengelighet "til oss", altså til barneverntjenesten selv. På det neste nivået gjaldt det deres muligheter til å henvise videre til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller "...til "annenlinjen" når vi mener det hører hjemme der...", slik denne informanten uttrykte det. Flere kom med liknende uttalelser om "annenlinjen" (annenlinjetjenesten). De ser på denne som en forlengelse av deres egen kompetanse og spesialisering. Alle barneverntjenestene oppfattet seg som en del av "førstelinjen" (førstelinjetjenesten) i kommunen.

Enkelte ansatte i barneverntjenesten har tidligere erfaring fra arbeid i pedagogisk psykologisk tjeneste, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller i psykiatrien for øvrig. Disse ansatte uttrykte dette som en fordel når det gjaldt å gå i dialog med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk om både generelt samarbeid og ved søkning om inntak av enkeltklienter/pasienter.

I forbindelse med hvor lett eller vanskelig de anså det å få en klient "inn i bupen", trakk mange fram avstanden til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Da trakk man ikke bare fram antall kilometer det måtte reises, selv om dette også var særlig viktig der hvor avstanden var stor. Det virker som de som har en viss avstand også fikk erfaring med ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og også større sykehusavdelinger, i sær de litt større barneverntjenestene som likevel lå i kommuner hvor ikke barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk var innenfor kommunegrensen¹⁴.

Men det ble også lagt vekt på de profesjonelle ulikhetene mellom de to tjenestene og ulikhet i "kulturer" om man vil. Barneverntjenesten føler seg oftere (enn de ansatte i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker) som en slags "Svarte-Per". De må behandle alle forespørsler og "ta inn" "nesten alle saker", og særlig de sakene som "ingen andre vil ha". Mange føler at barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er i en særstilling som spesialisthelsetjeneste, de kan lettere definere en klient ut. Det kan også være slik at man i

¹⁴ For å forenkle et komplisert bilde sterkt for eventuelle uinnvidde lesere. Det er vel 100 barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker her i landet. I gjennomsnitt deler 3-4 kommuner på en slik poliklinikk. Men i store byer kan det være flere barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker, samt at en eller flere "storby-buper" også kan betjene omegnskommuner. For enkelte små kommuner kan det være mange mil til nærmeste barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk. En uavhengig innformant forteller at i Nord-Norge kan det ta en halv dag å reise fra en aktuell kommune og inn til nærmeste barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk.

barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke har gode nok behandlingstiltak for de problemene barneverntjenesten henviser for.

Likevel hevder de fleste ledere og barnevernsansatte at hvis det er en svært alvorlig sak som innebar behov for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkompetanse en fredag ettermiddag (et eksempel med en selvmordstruet ungdom ble stillet som en kontroll), ville de kunne komme i dialog med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk relativt snart.

6.3.2 Tjenesteinnhold og problemfelt de arbeider med

Barneverntjenesten arbeider med et svært bredt problemfelt. Man arbeider med omsorgssvikt i småbarnsfamilier og med forebygging av omsorgssvikt og helseskader. Man gir også hjelp i forhold til rusproblemer og andre langvarige og alvorlige helseproblemer (særlig av psykisk art) i barnefamilier. Man hjelper også arbeidsledig ungdom med tilpasningsvansker, og man hjelper familier med hyperaktive barn. Barneverntjenesten står også for undersøkelser i meldingssaker, og foretar til dels utstrakt rådgivning til andre instanser/tjenester. I enkelte kommuner er det også bygget opp tilbud om spesialtiltak fra barneverntjenestens side (ofte i samarbeid med det tidligere fylkesbarnevernet). Slike spesialtiltak er for eksempel multisystemisk behandling (MST) og nærmiljøtiltak.

For små kommuners barneverntjenester er det vanskelig å være "ekspert" på hele feltet. Særlig når storbyers barneverntjenester til dels "eksporterer" familier med barn og unge som har store vanskeligheter til en liten kommune, er det ofte utilstrekkelige både kompetanse og ressurser å arbeide med i saken. Noen ganger trenges også større ressurser i pedagogisk psykologisk tjeneste enn det kommunen besitter.

6.3.3 Egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver

Ansatte som har vært en stund i feltet, og som har variert praksis fra kontorer av ulik størrelse, føler gjennomgående at egen kompetanse er god i relasjon til arbeidsoppgaver. For dem som jobber i en liten kommune med en liten barneverntjeneste ser det ut til å være særlig viktig å ha allianser til andre tjenester.

Vi fant eksempel på at når leder/ansatte i barneverntjenesten selv hadde tidligere erfaring med å arbeide i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller pedagogisk psykologisk tjeneste, gikk dialogen med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk lettere. Den ansatte vurderte at barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk respekterte vedkommendes kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri, og det syntes lettere å få hjelp (til dels også raskere) enn om man ikke snakket barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkens "språk" godt nok.

6.4 Sammendrag

Flere studier har tidligere problematisert forholdet mellom hjelpetjenestene barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og barneverntjenesten (Nygren 2000; Eidheim 2001).

Marit Sitter og Helle W. Andersson har analysert samtidighet i tilbud fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fylkesvis (Sitter & Andersson 2001). Disse studiene er viktige fordi det tidligere har foreligget lite empirisk kunnskap om dette feltet.

Men samtidig er feltet i ferd med å endre seg mens opptrappingen av blant annet barne- og ungdomspsykiatrien pågår, og derfor er det viktig å innhente løpende empirisk kunnskap og foreta evaluering av denne.

I de foreliggende intervjuene har vi spurt ledere og enkelte ansatte i seks kommuners barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og barneverntjenester om flere forhold som går på innhold, organisering, tilgjengelighet til og fleksibilitet mellom de to tjenestene.

Svarene når det gjelder organisering og tilgjengelighet varierer en del fra de ulike poliklinikkene. Tjenestens innhold inklusive de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkens spesialiseringer avhenger til dels betydelig av hvor store poliklinikkene er. Felles for alle er at de arbeider med allmenn barne- og ungdomspsykiatri, med undersøkelser, terapi og samtale.

Alle poliklinikkene synes å være opptatt av at de både betjener byen eller en del av storbyen hvor de ligger, men alle betjener også områder/kommuner omkring, enkelte av disse er til dels langt unna (en times reiseavstand med bil eller mer). Likevel varierer det mellom poliklinikkene i hvilken grad de selv synes å reise til kommuner som ligger langt unna og ha møter med pasient/eventuelt pårørende samt andre aktuelle hjelpetjenester der.

De lederne for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som betjener store kommuner som ligger et stykke unna, synes å være flinkere til å tenke "filial" en eller to dager i uken enn de som ligger i større byer som betjener hovedsakelig små kommuner et stykke unna. Noen reiste ut og etablerte kontor i nabokommunen enkelte dager i løpet av måneden. En annen barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hadde "skutt knopper" slik at det var etablert to nye poliklinikker i det tidligere ansvarsområde til "moder-poliklinikken".

Flere poliklinikker/sykehus har i tillegg til "knoppskyting" etablert ambulante team i barne- og ungdomspsykiatri som rykker ut i en del saker og møter pasienten og familien i hjemkommunen. Vi har intervjuet to ansatte i et slikt ambulante team i en større by. De har jevnlig møter med andre hjelpetjenester som også forholder seg til deres pasienter i de aktuelle kommunene.

Når det gjelder barn og unge som ikke hadde spesielt høy prioritet snakket man flere steder ofte om ventetider på 3-6 måneder (anslåtte gjennomsnitt). Det vil si at med aller lavest prioritet måtte regne man med å kunne vente lenger enn dette, ofte opp til 7-8 måneder.

- Barneverntjenesten arbeider med et svært bredt problemfelt. Man arbeider med omsorgssvikt i småbarnsfamilier og med forebygging av omsorgssvikt og helse-skader. Man gir også hjelp i forhold til rusproblemer og andre langvarige og alvorlige helseproblemer (særlig av psykisk art) i barnefamilier. Man hjelper dessuten arbeidsledig ungdom med tilpasningsvansker, og man hjelper familier med hyperaktive barn. Barneverntjenesten står også for undersøkelser i meldings-saker, og foretar til dels utstrakt rådgivning til andre instanser/tjenester.
- For små kommuners barneverntjenester er det vanskelig å være "ekspert" på hele feltet.

Når leder/ansatte i barneverntjenesten selv hadde tidligere erfaring med å arbeide i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller pedagogisk psykologisk tjeneste, kunne dialogen med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk gå lettere.

7 Konklusjon

På grunnlag av de foreløpige resultatene som presenteres i dette notatet, antydes her noen konklusjoner:

1) Man er langt unna målet at fem prosent av barnebefolkningen skal få hjelp av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller tilsvarende behandlingsopplegg. Ved utgangen av 2002 var kun 1,4 prosent av alle barn og unge 0-17 år under behandling, mens 2,2 prosent av alle barn og unge (0-17 år) hadde vært i undersøkelse/behandling i løpet av 2002. Det er for lite behandlingsskapasitet, blant annet som følge av at mange "gamle" ungdommer fra de er 17-18 år i systemet følges opp til de er både 21, 22 og 23 år. Dessuten har systemet "litt vanskelig forklarlig" registrert enkeltpersoner som fortsatt får behandling til langt opp i 30- og 40- års alder. Dette er et problem med så begrensede ressurser i denne sektoren, selv om det for enkeltindivider kanskje kan være verdifullt å slippe å skifte behandler/klinikk.

Svært få små barn (0-5 år) behandles i barne- og ungdomspsykiatrien. Av dem man hadde alder på i *henvisningsåret* (n=29 582) var kun 4 497 (14,5 prosent av dem med kjent alder) i alderen 0-6 år. Enda lavere andel var i alderen 0-5 år i *behandlingsåret*, dette gjaldt 2 188 pasienter. Bare 0,6 prosent blant barn og unge 0-5 år fikk behandling i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002.

Dette prosjektet vil i sin underveisevaluering anbefale at Helsedepartementet eller Sosial- og helsedirektoratet vurderer å gi nærmere spesifiserte uttalelser om tjenestens mest prioriterte aldersgrupper under den videre opptrappingsperioden.

2) Det er store regionale variasjoner i tilbudet – dette må være både et faglig og et fordelingspolitisk problem? Noen barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker betjener kommuner som ligger til dels langt unna. Man har i ulik grad fått til et godt og effektivt samarbeid med barneverntjenester og helsesøstere i fjerntliggende kommuner. Et sted besørger dette med ambulant barnepsykiatri.

3) Det er en betydelig andel barn og unge som får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling som har en barnevernstatus. Motsatt ser det ut til å være få barnevernbarn som er henvist fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Det er varierende samarbeidsgrad og relasjoner mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenester vi har intervjuet. Når enkelte ledere og ansatte i informantintervjuer vi hadde med barneverntjenesten påpeker at det i 2003 var lang ventetid på undersøkelser eller hjelp i barne- og ungdomspsykiatrien for barn fra "deres tjeneste", er dette et spesifikt problem som kan være en indikator på enten for liten fleksibilitet mellom tjenester og/eller fortsatt alt for lav samlet behandlingsskapasitet i barne- og ungdomspsykiatrien (se punkt 4). Det kan også være slik at man i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke har gode nok behandlingstiltak for de problemene barneverntjenesten henviser for.

4) Ressursproblemene i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk: Flere av de intervjuete barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikklederne viser til at de ikke har fast ansatt barnepsykiater eller lege. Dette må være et problem – selv om de har kontakter med lege/leger eller barne- og ungdomspsykiater(e) som kan ”bestilles inn” ved behov. Enkelte ansatte ved barneverntjenesten påpeker også generelt for lav behandlingsskapasitet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som dekker deres ansvarsområde.

5) Ressursproblemene i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk: Det er også til dels mangel på kontorlokaler i de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkenes bygninger (situasjonen oktober 2002- februar 2003).

Referanser

- Andersson, Helle Wessel, & Trond Hatling (2003). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene*. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Backe-Hansen, Elisabeth (1995). *Hjelpetjenestene og barna. Rapport fra prosjekt Oppvekstnettverk* (Rapport 4/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingscenter.
- Backe-Hansen, Elisabeth, Lars B. Kristofersen, Terje Ogden, & Mona Sandbæk. (1997). "Barns behov for hjelp som sosial konstruksjon". I: Elisabeth Backe-Hansen & Toril Havik, red., *Barnevern på barns premisser* (s. 107-121). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Backe-Hansen, Elisabeth, & Terje Ogden (1992). *Når barn trenger hjelp. En undersøkelse om henvisninger av 5-9 åringer til Pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og barnevernet i en norsk kommune* (92/1). Oslo: Barnevernets utviklingscenter.
- Clausen, Sten-Erik (2000). *Barnevern i Norge 1990-1997. En longitudinell studie basert på registerdata* (NIBR-prosjektrapport 2000:7). Oslo: NIBR.
- Clausen, Sten-Erik (2001). *Kontantstøtte blant barnevernsbarn* (NIBR-notat; 2001:101.). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).
- Eidheim, Frøydis (2001). *BRO-Teamet. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Oxford: Polity Press.
- Grinde, Turid Vogt (1993). *Kunnskapsstatus for barnevernet*. Oslo: Tano.
- Grinde, Turid Vogt. (1997). "Kunnskapsstatus for barnevernet: Noen utviklingstendenser 1993-1996". I: Elisabeth Backe-Hansen & Toril Havik, red., *Barnevern på barns premisser* (s. 27-46). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Grøholt, Berit, Hilchen Sommerschild, & Ida Garløv (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. (3. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet (2003). *sammen om psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Helsedepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet.

- Jensen, An-Magritt. (1994). "Feminization of Childhood". I: Jens Qvortrup, Marjatta Bary, Giovanni Sgritta, & Helmut Wintersberger, red., *Childhood Matters: Social Theory, Practice and Politics* (s. 59-78). Aldershot: Avebury.
- Jensen, An-Magritt, & Sten-Erik Clausen (2000). *Barndom - forvandling uten forhandling? Samboerskap, foreldreskap og søskenskap* (NIBR prosjektrapport 2000:6). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kristofersen, Lars B. (1995). *Oppvekstmiljø og kompetanse. Levekår og sosial segregering i 10- og 13-åringers oppvekstmiljø* (Rapport fra prosjekt Oppvekstnettverk 6, 1995). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Kristofersen, Lars B., Christopher Bratt, & Nora Gotaas (2004). *Nærmiljøtiltak i barneverntjenesten. Evaluering av et prosjekt i Buskerud. (Child care measures in the child's immediate environment. An evaluation of a project in Buskerud county, Norway) (in Norwegian, with a summary in English)* (NIBR-rapport 2004:3 (NIBR Report 2004:3)). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (Norwegian Institute for Urban and Regional Research).
- Lov om barneverntjenester (1992/2000). *Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (Barnevernloven) med endringer, sist ved lov av 11.juni 1999 nr.38 (i kraft 1. desember 1999) samt forskrifter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (1999). *Lov av 2.juli 1999 nr.62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (ikrafttredelse 01.01.2002, 01.01.2001, 01.07.2001)*, [Lovdata (<http://www.lovdato.no>)].
- Lov om helsetjenesten i kommunene. (1982/2000). *Lov av 19.november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene (ikrafttredelse 1.1.1984. Sist endret 21.12.2000 nr.127)*, [Lovdata (<http://www.lovdato.no>)].
- Lov om pasientrettigheter. (1999). *Lov av 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Ikrafttredelse 01.01.2001, 01.07.2001.*, [Lovdata (<http://www.lovdato.no>)].
- Menaghan, Elizabeth G. (1999). "Social Stressors in Childhood and Adolescence". I: Allan V. Horwitz & Teresa L. Scheid, red., *A Handbook for the Study of Mental Health* (s. 315-327). Cambridge, UK and New York: Cambridge University Press.
- Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI). (2002). *Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkdata 2001*.
- Nygren, Pär (2000). *I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet - delrapport I* (Rapportserien nr. 1/2000). Oslo: Oslo kommune. Barne- og familieetaten.
- Ogden, Terje (1995). *Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringer* (Rapport 3/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Ogden, Terje. (2001). "Alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge - på jakt etter nye løsninger". I: Jarmund Veland, red., *Barnevernboka 2000. Årbok for barnevernet* (s. 191-204). Stavanger: Senter for atferdsforskning. Høgskolen i Stavanger.
- Pescosolido, Bernice A. (1992). "Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help". *American Journal of Sociology*, 97: 1096-1138.

- Pescosolido, Bernice A., & Carol A Boyer. (1999). "How Do People Come to Use Mental Health Services? Current Knowledge and Changing Perspectives". I: Allan V. Horwitz & Teresa L. Scheid, red., *A Handbook for the Study of Mental Health* (s. 392-411). Cambridge, UK and New York: Cambridge University Press.
- Pescosolido, Bernice A., Carol A. Boyer, & Keri M. Lubell. (1999). "The Social Dynamics of Responding to Mental Health Problems. Past, Present and Future Challenges to Understanding Individuals' Use of Services". I: Corol S. Aneshensel & Jo C. Pelan, red., *Handbook of the sociology of mental health* (s. 441-460). New York Boston Dordrecht London Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Qvortrup, Jens. (1999). "Barndom og samfund". I: Lars Dencik & Per Schultz Jørgensen, red., *Børn og familie i det postmoderne samfund* (s. 45-78). København: Hans Reitzels Forlag.
- Sandbæk, Mona (1995). *Fikk barna hjelp? En studie av barns kontakt med hjelpeapparatet, sett med de foresattes øyne* (Rapport 5/1995). Oslo: Barnevernets Utviklingssenter.
- Sandbæk, Mona. (2002). *Barn og foreldre som aktører i møte med hjelpetjenester. Dr. polit.-avhandling*. NTNU, Trondheim.
- Schultz Jørgensen, Per. (1999). "Barnet i risikofamilien". I: Lars Dencik & Per Schultz Jørgensen, red., *Barn og familie i det postmoderne samfund* (s. 403-421). København: Hanz Reitzels Forlag.
- Sitter, Marit, & Helle Wessel Andersson (2001). *Samtidighet i tilbud fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien: Fylkesvise forskjeller sett i relasjon til kapasitet, produktivitet og organisasjonsmodeller for samarbeid* (Samdata psykiatri. Analyse Rapport STF78 A015013). Trondheim: SINTEF Unimed.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (Rundskriv I-4/99). Oslo.
- Statistisk sentralbyrå (2001). *Spesialisthelsetjenesten 1999-2000. Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m.*
- Specialist Health Service 1999-2000. General Hospitals, Psychiatric Institutions, etc.* (Norges offisielle statistikk - Official statistics of Norway - NOS C 699). Oslo - Kongsvinger: SSB - Statistics Norway.
- Statistisk sentralbyrå. (2002). *Spesialisthelsetjenesten psykiatri, 2001: Nedbygging av plassar utanom sjukehus*, [SSB Internett; www.ssb.no] 18. september 2002].
- Statistisk sentralbyrå. (2003). *Fylkeskommunalt barnevern 2002: Meir til fylkesbarnevernet*, [Internet www.ssb.no]. SSB5. november 2003].
- Sverdrup, Sidsel (2002). *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, Sidsel, & Christoper Bratt (2003). *Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser* (NIBR-rapport 2003:5). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR.
- Yalom, Irvin D. (2003). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. (Norsk utgave. Oversettelse fra originalen "The Gift of Therapy".... ed.). Oslo: Pax.