

Lars B. Kristofersen

# Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester?

Opptappingsplanen for psykisk helse,  
BUP og barnevern

Tilgjengelighet og samarbeid:  
mer fleksible hjelpetjenester?

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2007:2

**Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid:**  
Idealer og realiteter

NIBR-rapport 2004:12

**Tilbudet til mennesker med psykiske problemer**  
Kommunenes arbeid med integrering og koordinering

NIBR-rapport 2003:5

**Kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser**

NIBR-notat 2005:108

**Psykisk helsearbeid**  
En studie av organisering og samarbeid i syv kommuner

NIBR-notat 2004:112

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

Rapportene koster kr 250,-, og kan bestilles fra NIBR:  
Postboks 44, Blindern,  
0313 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74  
E-post til [berit.willumsen@nibr.no](mailto:berit.willumsen@nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Notatene er elektronisk publisert på [www.nibr.no](http://www.nibr.no)

Lars B. Kristofersen

# Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenster?

Opptrappingsplanen for psykisk helse,  
BUP og barnevern

NIBR-rapport 2007:13

Tittel: **Tilgjengelighet og samarbeid:  
mer fleksible hjelpetjenester?**  
Opptappingsplanen for psykisk helse,  
BUP og barnevern

Forfatter: Lars B. Kristofersen  
NIBR-rapport: 2007:13

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-7071-677-7  
Prosjektnummer: O-1887  
Prosjektnavn: Bidrar Opptappingsplanen psykisk helse  
til at riskoutsatte barn får mer fleksible  
hjelpetjenester? – Opptappingsplanens  
betydning for barne- og ungdomspsykiatri  
og barnevern

Oppdragsgiver: Norges forskningsråd  
Prosjektleder: Lars B. Kristofersen

Referat: Dette er sluttrapporten fra et prosjekt om utviklingen  
i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien  
(BUP) og barnevernet 2002-2005. I løpet av 2005  
hadde 3,7 prosent av barn og unge under 18 år fått  
tilbud av BUP. Målsettingen i Opptappingsplanen for  
psykisk helse i 2008 er at 5 prosent skal få hjelp av  
BUP årlig. Ca. 17 prosent av brukerne i BUP får også  
hjelp av barnevernet. Intervjuer med ledere og ansatte  
i BUP og barnevern i seks kommuner i 2002 og 2005  
tyder på en del samarbeidsproblemer mellom de to  
tjenestene, men også på at det har vært noen  
forbedringer i samarbeidet i perioden

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: September 2007  
Antall sider: 195 inkl. vedlegg  
Pris: Kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21, Postboks 44 Blindern  
0313 OSLO  
Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74  
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA

---

# Forord

Prosjektet ”Bidrar Opptappingsplanen for psykisk helse til at risikoutsatte barn får mer fleksible hjelpetjenester? – Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern” er utført på oppdrag for Norges forskningsråd i perioden 2001-2007. Prosjektet er et ledd i evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse.

Forsker Lars B. Kristofersen har vært prosjektleder og har skrevet denne rapporten, med unntak av kapittel 5 (avsnitt 2 og 3) som er forfattet av forsker Trine M. Myrvold. Ved NIBR har forskerne Christopher Bratt (2002), Lars B. Kristofersen (2002-2004/2005) og Inger-Lise Lien (2004) utført forskningsintervjuene med ledere og ansatte i fire hjelpetjenester for barn i tre kommuner. Forskere ved SINTEF Helse (se nedenfor) har intervjuet ledere og ansatte i disse hjelpetjenestene i tre andre kommuner.

I tillegg til å ha skrevet det meste av kapittel 5 (avsnitt 2 og 3), har forsker Trine M. Myrvold bidratt med nyttige diskusjoner basert på erfaringer fra andre evalueringer NIBR foretar angående Opptappingsplanen. Forskningssjef og professor Sidsel Sverdrup ved Diaforsk, Diakonhjemmets Høgskole, har lest rapportmanus og bidratt med svært nyttige synspunkter.

Prosjektet har hatt nyttig samarbeid med prosjektet ”Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptappingsplanens effekt på helsearbeid i kommunene” ved SINTEF Helse, hvor forsker Helle Wessel Andersson er prosjektleder, og forskerne Trond Hatling og Kjerstina Røhme har vært prosjektmedarbeidere. Forskerne har samarbeidet om intervjuguider, trekking av kommuner til studiene og med gjennomføring av intervjuer i seks kommuner.

Prosjektene ved NIBR og SINTEF Helse har også samarbeidet med Universitetet i Tromsø sitt evalueringsprosjekt om familiesentre i seks andre kommuner. Man har her samarbeidet med professor John A. Rønning og forskerne Kirsti Lenschow og Randi Haugland. Også

dette prosjektet har deltatt i samarbeid om intervjuguiden. De tre prosjektene har formidlet noen resultater sammen, bla. ved en konferanse (*Tidlig intervensjon*) ved Universitetet i Tromsø oktober 2004.

NIBR ønsker å takke overlege og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri Trond Sødal for nyttige kommentarer til intervjuguidene som ble benyttet i undersøkelsen.

NIBR ønsker spesielt å takke alle informantene som har stilt opp med sin omfattende kunnskap og sine synspunkter i denne undersøkelsen. Uten deres velvillige bistand ved å gi to forskningsintervjuer hver i løpet av Opptappingsplanperioden, kunne ikke den kvalitative delen av denne analysen ha vært gjennomført.

Oslo, september 2007

Hilde Lorentzen

Forskningsjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt .....	7
Figuroversikt.....	9
Sammendrag .....	10
Summary.....	27
1 Innledning og bakgrunn .....	45
2 Problemstillinger.....	49
2.1 Hovedproblemstilling.....	49
2.2 Hovedmål .....	49
2.3 Delproblemstillinger .....	50
3 Teoretiske perspektiver .....	52
3.1 Om søking av psykiatriske hjelpetjenester.....	52
3.1.1 Aldersgrupper.....	54
3.2 Velferdstjenester – organisering og fleksibilitet .....	55
3.3 Barn som pasienter og klienter.....	55
3.4 Evalueringsteori .....	57
4 Metoder og design.....	59
4.1 Universer og utvalg .....	60
4.2 Nasjonal statistikk om brukere av hjelpetjenester.....	61
4.3 Intervjuundersøkelser med ledere og ansatte i hjelpetjenester for barn og unge.....	63
4.4 Nasjonal statistikk for personellutviklingen i BUP og barnevern.....	65
5 Brukere av barne- og ungdomspsykiatrien 2000-2005 .....	66
5.1 Perioden 2000-2002 .....	66
5.1.1 Behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker .....	66
5.1.2 Utvikling i tallet på konsultasjoner, årsverk og døgnplasser.....	69
5.1.3 Regionale variasjoner i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsrater (og dekningsgrad av døgnplasser) .....	70



5.1.4	Barn og unge som også har kontakt med barneverntjenesten .....	73
5.2	Perioden 2002-2005 .....	74
5.2.1	Innledning .....	74
5.2.2	Utviklingen i antall barn og unge som behandles i BUP.....	75
5.2.3	BUP-pasienter i barnevernet – noen utviklingstrekk .....	83
5.3	Oppsummering.....	87
6	Brukere av barneverntjenesten 2000-2005.....	89
6.1	Perioden 2000-2002 .....	90
6.1.1	Utviklingen i antall brukere .....	90
6.1.2	Barn og unge i ”tunge tiltak” – fosterhjem, institusjoner, MST, nærmiljøtiltak, beredskapshjem .....	91
6.1.3	Barn og unge i hjelpetiltak i hjemmet (mindre ressurskrevende enkelttiltak).....	93
6.2	Perioden 2002 -2005 .....	96
6.2.1	Brukerutvikling generelt .....	96
6.2.2	Bruk av barnehage.....	97
6.2.3	Bruk av støttekontakt .....	98
6.2.4	Bruk av BUP-poliklinikkbehandling som barneverntiltak .....	99
6.2.5	Bruk av fosterhjem.....	100
6.2.6	Plassering i barneverninstitusjon.....	102
6.2.7	Plassering/innlegging i psykiatrisk institusjon som barneverntiltak .....	103
6.2.8	PMTO - Parent Management Training Oregon.....	104
6.2.9	Multisystemisk behandling MST .....	104
6.2.10	Henvisningsmønster til barnevernet 2002 og 2005 .....	105
6.2.11	Nasjonale longitudinelle barnevernstudier.....	107
6.3	Oppsummering.....	110
7	Resultater fra intervjuer med ansatte (2002/2003).....	113
7.1	Innledning .....	113
7.2	Resultater fra intervjuer med de utvalgte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene 2002/2003.....	115
7.2.1	Organisering og tilgjengelighet.....	115
7.2.2	Tjenesteinnhold og problemfelt de ansatte arbeider med.....	117
7.2.3	Egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver .....	118
7.2.4	Ansattes vurdering av brukernes tilfredshet.....	118
7.2.5	Tjenesteleder og ansattes grad av tilfredshet med tjenesten .....	119

7.3	Resultater fra intervjuer med de utvalgte barneverntjenestene 2002/2003.....	120
7.3.1	Organisering og tilgjengelighet.....	120
7.3.2	Tjenesteinnhold og problemfelt de arbeider med.....	122
7.3.3	Egen vurdering av kompetanse i relasjon til arbeidsoppgaver .....	123
7.4	Sammendrag.....	123
8	Personell og organisering i BUP-ene og barneverntjenestene ..	126
8.1	Utvikling i tallet på ansatte nasjonalt 2002-2005.....	128
8.1.1	Spesialisthelsetjenesten psykisk helse.....	128
8.1.2	Barneverntjenesten – ulike nivåer .....	130
8.2	BUP-poliklinikkens synspunkter.....	132
8.2.1	Organisering, stillinger, og ansattes kompetanse .....	133
8.2.2	Prioriteringsspørsmål med hensyn på inntakssamtaler og behandling, ventelisteproblematikken.....	135
8.2.3	Generelt om Opptrappingsplanen for psykisk helse ....	137
8.2.4	Opptrappingsplaner for behandlerstillinger .....	137
8.2.5	Psykiatriplaner .....	138
8.2.6	Strategiplanen for barn og unges psykisk helse .....	139
8.2.7	Organisering – team .....	139
8.3	Barneverntjenestenes synspunkter .....	142
8.3.1	Organisering, stillinger, ansattes kompetanse .....	143
8.3.2	Psykiatriplaner .....	145
8.4	Oppsummering.....	147
9	Synspunkter på tilgjengelighet i 2004/2005.....	150
9.1	BUP-poliklinikkens synspunkter.....	150
9.1.1	Generelt om tilgjengelighet.....	150
9.1.2	Inntaksvurderingen.....	153
9.1.3	Tilgjengelighet i forhold til økt kapasitet.....	153
9.1.4	Tilgjengelighet og åpningstid.....	154
9.1.5	Akuttberedskap og åpningstider.....	155
9.1.6	Tilgjengelighet i forhold til ulike aldersgrupper .....	155
9.1.7	Tilgjengelighet og fleksibilitet i forhold til førstelinjetjenesten helse .....	156
9.1.8	Er det gamle myter at BUP-ene er utilgjengelige?.....	157
9.2	Barneverntjenestenes synspunkter .....	158
9.2.1	Generelt om tilgjengelighet.....	158
9.2.2	Inntaksrutiner .....	160
9.2.3	Tilgjengelighet og åpningstid.....	161
9.2.4	Akuttberedskap og tilgjengelighet .....	161
9.2.5	Tilgjengelighet i forhold til ulike aldersgrupper .....	162
9.2.6	Tilgjengelighet for andre tjenester .....	163
9.3	Oppsummering.....	163

---

10	Synspunkter på samarbeid i 2004/2005 .....	165
10.1	BUP-poliklinikkens syn .....	165
10.1.1	Samarbeidet med barneverntjenesten.....	165
10.1.2	Samarbeidet med førstelinjehelsetjenesten – helsesøster – fastlege.....	170
10.1.3	Kontakten med pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).....	172
10.2	Barneverntjenestenes syn.....	174
10.2.1	Samarbeid med BUP .....	174
10.3	Oppsummering.....	176
11	Konklusjoner og anbefalinger.....	177
11.1	Konklusjoner.....	177
11.2	Anbefalinger.....	184
	Litteratur.....	187
	Vedlegg 1 Brev til hjelpetjenestenes ledere/ ansatte .....	194

## Tabelloversikt

Tabell 5.1	Prosentandel av barn og unge i ulike aldersgrupper som får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling i 2002. ....	68
Tabell 5.2	Barn og unge 0-17 år som har mottatt behandling i BUP i 2002 og 2005, etter aldersgruppe. Antall behandlede og prosentvis endring.....	76
Tabell 5.3	Pasientenes omsorgsnivå i BUP, etter alder. Prosent av totalt antall behandlede i aldersgruppen.....	77
Tabell 5.4	Andel barn og unge 0-17 år som har mottatt behandling i BUP i 2002 og 2005. Prosent og endring.....	78
Tabell 5.5	Henvisende tjeneste, etter alder*.....	81
Tabell 5.6	Barn og unge 0-17 år som har mottatt behandling i BUP i 2005, etter kjønn og alder. Prosent av totalt antall behandlede i aldersgruppen.....	81
Tabell 5.7	Dekningsgrad blant jenter og gutter i BUP 2005, etter alder. Prosent av befolkningen i aldersgruppen.....	82
Tabell 5.8	Henvisende tjeneste, 2005, etter kjønn*.....	83
Tabell 5.9	Barnevernets rolle blant BUP-pasienter, etter alder. Prosent av totalt antall som får hjelp i den aktuelle aldersgruppe.....	85
Tabell 5.10	Barnevernets rolle blant BUP-pasienter i 2002 og 2005. Prosent av totalt antall som får hjelp i den aktuelle aldersgruppe.....	86
Tabell 6.1	Tallet på barn og unge i fosterhjem og institusjoner i barnevernet 1998-2002. Statistisk sentralbyrå 2003 ( <a href="http://www.ssb.no">www.ssb.no</a> ).....	92
Tabell 6.2	Antall barn og unge i barneverntiltak i løpet av året etter hovedtyper av vedtak. 2002-2005.....	97
Tabell 6.3	Antall barn med barnehage som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005.....	97
Tabell 6.4	Antall barn og unge som har støttekontakt som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005.....	98

Tabell 6.5	Antall barn og unge som har barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling som barneverntiltak i løpet av året - etter tiltakstype. 2002-2005 .....	99
Tabell 6.6	Utviklingen i antall barn og unge som har ordinært fosterhjem i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005 .	100
Tabell 6.7	Antall barn og unge som har familiefosterhjem i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005 .....	101
Tabell 6.8	Antall barn og unge som har forsterket fosterhjem utenom familien i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005.....	101
Tabell 6.9	Antall barn og unge som har forsterket familiefosterhjem i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005 .....	102
Tabell 6.10	Antall barn og unge som har blitt plassert i barneverninstitusjoner i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005 .....	103
Tabell 6.11	Antall barn og unge som har blitt plassert i psykiatrisk institusjon som barneverntiltak – etter tiltakstype. 2002-2005 .....	103
Tabell 6.12	Antall barn og unge hvis foreldre har fått foreldreopplæring (PMTO)som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005 .....	104
Tabell 6.13	Antall barn og unge som har fått multisystemisk behandling (MST) som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005.....	105
Tabell 6.14	Barn og unge i barneverntiltak i løpet av 2002 og 2005 etter oppgitt meldingsinstans. Antall og prosent .	106
Tabell 6.15	Barn og unge i barneverntiltak i løpet av 2002 etter om helsetjenesten var meldingsinstans og mors sosiale bakgrunn ( høyeste utdanningsnivå). Prosent .....	108
Tabell 8.1	Årverk i institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge etter personellgruppe. 2002-2005 .....	129
Tabell 8.2	Årsverk i den kommunale barneverntjenesten per 31.desember. 2002-2005 .....	131
Tabell 8.3	Tall for årsverk i statlig regionalt barnevern i alt. 2002-2005. ....	132

## Figuroversikt

Figur 5.1	Barn og unge i barne- og ungdomspsykiatrisk behandling i løpet av 2002. Ettårige aldersgrupper. Alder i registreringsåret (Kilde: Hia- Data/-NFBUI/SINTEF Helse 2002).....	68
Figur 5.2	Barn og unge som ble behandlet i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i løpet av 2002. Fylker. Per 1000 under 18 år.....	71
Figur 5.3	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 .....	72
Figur 5.4	Antall behandlede i BUP, etter alder. Behandlede over 40 år (N=22) vises ikke.....	77
Figur 5.5	Andel barn og unge i behandling i BUP 2005. Prosent av barnebefolkningen.....	79
Figur 5.6	Andel barn og unge i BUP og andel barn i barnevernet 2005. Prosent av befolkningen i aktuelle aldersgrupper. Kilder: .....	80
Figur 6.1	Barn og unge som hadde tiltak (hjelpetiltak og omsorgstiltak) av barneverntjenesten i løpet 2001. Ett-årige aldersgrupper. Per 1000 under 18 år .....	91

# Sammendrag

*Lars B. Kristofersen:*

## **Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester?**

Opptrappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern

NIBR-rapport 2007:13

### **Formålet med undersøkelsen**

Foreliggende rapport er sluttrapporten fra et prosjekt om utviklingen i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenestene med hovedvekt på perioden 2002-2005. Prosjektet ble iverksatt som et ledd i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Prosjektet, som har lagt hovedvekt på brukerutvikling, tilgjengelighet og samarbeid, har blitt gjennomført i to faser. I første fase analyserte vi data om brukere i de to tjenestene fram til og med 2002 på basis av nasjonal statistikk. I 2002 intervjuet vi ledere og enkelte ansatte i de to hjelpetjenestene som betjente seks ulike kommuner lokalisert til samtlige landsdeler, til sammen 12 klinikker/kontorer. Resultatene fra analyser av statistikk og intervjuer ble publisert i NIBR-notatet *Opptrappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002* (Kristofersen 2004).

I annen fase av prosjektet ble ledere og enkelte ansatte i de samme 12 klinikkene/kontorene i de seks kommunene intervjuet igjen i 2004/2005. De ble da spurt om blant annet tilgjengelighet til og samarbeid mellom tjenestene. Samtidig som disse intervjudataene er analysert og satt i sammenheng med de tidligere funnene, er nasjonale data for brukerutviklingen i BUP og barnevern fra 2002-2005 analysert.

Hensikten med prosjektet er å analysere hvordan Opptrappingsplanen har fungert i forhold til utvikling av samarbeid, tilgjengelighet av

tjenester og klientforløp i undersøkelses- og behandlingsfasen innen barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barnevern.

Prosjektets delmål var å gjennomføre analyser på følgende områder:

- organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer
- utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter (BUP og barnevern), inntaks- og henvisningspraksis (BUP og barnevern) samt kort om forløpene av klientkarrierer (barnevern)
- utviklingen i noen spesifikke tiltaksformer: poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt og fosterhjem i barnevern, innlegging i BUP- og barneverninstitusjoner
- henvisningsmønster fra helsevesen (førstelinje og psykiatri) til barnevern for barn og unge etter sosial bakgrunn

### **Data og metode**

Dette prosjektet har benyttet flere datakilder:

Vi har analysert (1) landsomfattende individdata fra de to tjenestene BUP og barnevern over flere år (HIA-data/Norsk pasientregister og SSB), (2) kvalitative intervjudata med ledere og ansatte i BUP og barnevern i seks kommuner på to tidspunkter (2002 og 2004)(til sammen 24 forskningsintervjuer utført av NIBR og SINTEF Helse i samarbeid) og (3) enkelte administrative data for personellutviklingen i de to tjenestene nasjonalt (SSB).

Når det gjelder brukerutviklingen og henvisningene til og mellom de to tjenestene, har vi analysert landsomfattende individstatistikk for barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenestene for flere år. Hovedvekten er lagt på de siste årene i to perioder. Den første perioden går fram til 2002 og den neste perioden fram til 2005 (siste tilgjengelige år for begge nasjonale statistikker). Det er lagt særlig vekt på de to årene 2002 og 2005, men for begge statistikker er det også til dels analysert enkeltår fram til 2002 og for barnevernstatistikken også foretatt noen analyser av mellomårene 2003 og 2004. For barnevernstatistikken er det også vist til resultater innen longitudinell forskning som omfatter årene tilbake til og med 1990. Dermed dekkes både baselineåret for Opptappingsplanen (1998) og flere år tidligere spesielt godt for barnevern.



### **Sentrale observasjoner**

De ulike datasettene og analysene utfyller hverandre. Analysene av individdata for BUP og barneverntjenesten omfatter hele landet, og er så komplette som det var mulig å få dem med hensyn til omfanget av brukere ved bestilling/datauttrekk. Datauttrekkene ble foretatt av henholdsvis SINTEF Helse/HiaData/Norsk pasientregister (BUP-data) og Statistisk sentralbyrå (SSB)(barnevern).

Kunnskapen om tilgjengelighet av tjenester og samarbeid mellom tjenester er basert på analyser av kvalitative intervjuer med ledere og ansatte ved hjelpetjenestene som betjener seks uttrukne kommuner. Disse kommunene ble valgt tidlig i prosjektfasen, og ledere og ansatte i BUP og barnevern er intervjuet to ganger. Det finnes flere data om disse kommunenes hjelpetjenester ved SINTEF Helse (både intervju- og spørreskjemadata). Disse intervjuene er ikke representative for utviklingen i hele landet. Men siden vi har intervjuet ledere og ansatte i kommuner som er svært ulike både i størrelse og geografisk beliggenhet (alle landsdeler er dekket) to ganger med ca to år mellom hvert intervju, ser vi intervjumaterialet som svært interessant for tolkningen av viktige nasjonale trender. Mulige feiltolkninger i første intervju kunne rettes opp i annet intervju, som så langt det lot seg gjøre (noen få hadde sluttet) ble foretatt med de samme ledere/ansatte.

Siden vi også har foretatt analyser av nasjonale data om brukerne, kan vi lettere tolke uttalelser og kunnskap fra lokale/regionale hjelpetjenester inn i en nasjonal kontekst.

Vi presenterer her noen sentrale funn fra analysene.

### **Brukere av barne- og ungdomspsykiatrien**

Det har foregått en relativt sterk økning i tallet på brukere eller pasienter i BUP-poliklinikker (spesialisthelsetjenesten ”psykisk helse barn og unge”) i perioden fra og med Opptrappingsplanen startet i 1998 til og med 2005.

I alt ble vel 27.000 barn og unge 0-17 år behandlet i poliklinikker/dag- og døgnenheter i 2001. I 2002 fikk 28.590 barn og unge under 18 år behandling. De aller fleste ble behandlet i poliklinikker. Man hadde dette året behandlet 2,7 % av barn og unge under 18 år, og det var fortsatt nokså langt igjen til målet for Opptrappingsplanen som innebærer at 5 % av barn og unge under 18 år skal bli behandlet ved denne spesialisthelsetjenesten i løpet av året. En litt større andel gutter (vel 57 prosent) enn jenter (nær 43 prosent) fikk behandling i poliklinikkene i 2002. Sammenliknet med aldersprofilen for dem som fikk hjelpe- og omsorgstiltak av barneverntjenesten dette året, var det

en overvekt av ungdom i alderen 13-18 år i BUP-poliklinikkene. Småbarn i alderen 0-5 år hadde fått svært lite ressurser innen barne- og ungdomspsykiatrien i 2002. Kun 0,6 prosent av alle barn i denne aldersgruppen hadde fått behandling i løpet av dette året. Hvor stort behovet er i denne aldersgruppen er usikkert, det er heller ikke satt noen særskilte mål for denne gruppen i Opptrappingsplanen.

Fram til 2005 har det skjedd en ytterligere økning i tallet på barn og unge som blir behandlet innen BUP-poliklinikker og døgnenheter. I løpet av dette året ble det behandlet vel 40.500 barn og unge under 18 år. Da hadde man nådd 3,7 % av barn og unge i landsmålestokk. Man var ved utgangen av 2005 fortsatt likevel et stykke unna å nå målet på 5 % dekning. En del av de unge som ble behandlet dette året var 18 år eller eldre, slik det også har vært praktisert tidligere år.

Mens andel behandlede 13-17-åringer i 2002 utgjorde 4,8 prosent av ungdomsbefolkningen, fikk 6,6 prosent (vel 20.140 unge) i denne aldersgruppen behandling i BUP i 2005. Andelen 6-12-åringer som fikk BUP-behandling har økt fra 2,9 prosent til 4,1 prosent (nær 17.800 barn) i tidsrommet 2002 til 2005. Tilsvarende har det vært en økning i andel behandlede 0-5-åringer fra 0,6 prosent til 0,7 prosent (vel 2.600 barn), men denne økningen er svært beskjeden sammenliknet med de andre gruppene barn og unge. Fremdeles synes det å være en betydelig underdekning av undersøkelser/behandling i den yngste aldersgruppen. Selv om det ikke er satt fram særskilte mål i Opptrappingsplanen for behandlingsomfang, er behovet for undersøkelse i BUP trolig til stede for barn som har vært utsatt for mishandling, alvorlig omsorgssvikt eller hvor foreldre er psykisk syke eller har vesentlige rusproblemer. Heller ikke for gruppen 6-12 år er målet om 5 prosent behandlede barn nådd.

Frem til 8-års alder hadde barnevernet i 2005 høyere dekningsgrader enn BUP. Deretter øker BUPs dekningsgrader betydelig, mens barnevernets tall flater ut. Dette kan være et uttrykk for at problematikken knyttet til barnevern og BUP er svært forskjellige og opptrer på ulike alderstrinn. Barnevernet reagerer for eksempel i større grad på forhold knyttet til foreldrenes omsorgsevne, mens BUP først og fremst behandler problemer som oppstår hos og i det enkelte barn. Men noe av forskjellen mellom de to instansene kan også skyldes ulike måter å fange opp barns problemer på. Mange barn med psykiske problemer "oppdages" sannsynligvis først når de ikke klarer å tilpasse seg skolesituasjonen.

Andelen jenter blant de behandlede er omtrent uforandret fra 2002. I 2005 utgjorde jentene 42 prosent av pasientene i BUP, mot 43 prosent

tre år tidligere. Over to av tre pasienter i aldersgruppen 6-12 år er gutter. Blant tenåringene jevnes kjønnsforskjellene ut.

Fastlegene/ primærlegene er i større utstrekning henvisende instans i 2005 enn i 2002. Dette kan speile en klarere formalisering av inntak til BUP, og derved også en innsnevring av hvem som kan henvise barn og unge til behandling. Andelen barn og unge som er henvist fra sosialkontor/barnevern er redusert: fra ca. 12 prosent i 2002 til ca. 9 prosent i 2005. På grunn av usikkerhet knyttet til dataene og endringer i formalitetene ved henvisninger, kan vi ikke ut fra denne reduksjonen slutte at samarbeidet mellom barnevernet og BUP er minsket fra 2002 til 2005.

Det er ingen endring i andelen barn og unge i BUP som også mottar (eller har mottatt) tjenester fra barnevernet fra 2002 til 2005: Dette er 17 prosent. Dette betyr at det totalt sett er flere barn som får hjelp begge steder, men at andelen BUP-pasienter som har barnevernstatus er den samme i 2005 som i 2002.

På bakgrunn av analysene i kapitlet kan det være grunn til å reflektere rundt to viktige spørsmål knyttet til rekrutteringen av barn til BUP: Behandlingskapasiteten har økt i perioden 2002-2005, men dekningsgraden blant de yngste er fremdeles svært lav. Dette drøftes nærmere i kapitlet om konklusjoner og anbefalinger (kapittel 11).

### **Brukere av barneverntjenesten**

I Opptrappingsplanen for psykisk helse er det et hovedmål at tjenestene skal være "tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende". Siden det er såpass mange brukere av BUP som også har kontakt med barneverntjenesten, er det viktig å analysere også utviklingen i bruken av barneverntjenesten.

Analyser av BUP-data viste som nevnt at om lag 17 prosent av barn og unge i behandling i barne- og ungdomspsykiatrien, også har kontakt med barneverntjenesten. I intervjudata med BUP-ledere for seks poliklinikker varierer anslaget for deres området med fra 10 til 50 prosent.

Engelske undersøkelser fra 2003 viser at om lag fire-fem ganger så høy andel av barn i kommunale barneverntiltak som barn for øvrig har psykiske lidelser.

Også tallet på barn og unge som fikk hjelp av barneverntjenesten økte i perioden vi har analysert. Økningen har vært annerledes i perioden 1998-2005 enn vi så for barn og unge i BUP. Fram til 2002 (fra 1998) var denne økningen betydelig i barnevernet.

I løpet av 1998 fikk vel 30.100 barn og unge hjelpe- eller omsorgs-tiltak (inkludert atferdstiltak) av barneverntjenesten. Her er inkludert en del unge i alderen 18-22 år (ettervern). Raten for 0-17 åringer i tiltak ved utgangen av året var 21,4 per 1.000.

I løpet av 2002 fikk vel 34.400 barn og unge tilsvarende hjelp/omsorg. Her var også inkludert 18-22 åringer. Raten for 0-17 åringer var da steget til 22,7 ved utgangen av året.

Tre år seinere, i 2005, fikk vel 39.200 barn og unge slike former for hjelp. Dette var en økning på vel 14 prosent fra 2002. Ikke minst i ettervernet (18-22 år) hadde antallet økt fra 2004 til 2005. Raten for 0-17 åringer var 25,2 per 1.000 ved utgangen av 2005.

En overveiende del av barna i tiltak fikk hjelpetiltak (frivillig tiltak) i 2005, dette gjaldt for vel 32.000.

Økningen i brukere disse tre årene er betydelig lavere enn økningen i brukere av barne- og ungdomspsykiatrien. Men økningen i brukere av barneverntjenester bør sees i lys av økningen som hadde vært på 1990-tallet. I 1990, før ”opptrappingen” av stillinger i barnevernet, hadde denne tjenesten også under 20.000 brukere årlig.

Frivillige hjelpetiltak er det dominerende tilbudet i barneverntjenesten, dette forholdet er uendret i løpet av Opptrappingsplanperioden 1998-2005. Flere barn og unge ble plassert i fosterhjem og institusjon som frivillig plassering (§4-4 5.ledd) i 2005 enn både i 2002 og i 1998. Barne- og ungdomspsykiatriens syn på barnevernet som en kombinert hjelpe- og kontrollinstans og at meldinger dit kan ende med tvang, er stadig mindre aktuell. Mer enn halvparten av de unge som var i barneverninstitusjon i løpet av 2005, var frivillig plasserte.

De fleste tiltakstyper har økt i utbredelse fra 2002 til 2005. Både barnehage, støttekontakt og ulike former for fosterhjems plasseringer har økt i omfang. Bruken av barneverninstitusjoner gikk litt ned fra 2002 til 2003, men har så økt litt igjen fra 2004 til 2005. De fleste barn og unge som var plassert i barneverninstitusjon i løpet av 2004 (vel 1.400 av 2.300) var frivillig plasserte. Frivillig plassering gjaldt også for mange av fosterbarna i ordinære fosterhjem. Barn i forsterkede fosterhjem er oftere omsorgsplassert (fylkesnemndsvedtak, ofte med bruk av § 4-12).

Bruk av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som barnevern-vedtak var ifølge SSB's individstatistikk mer utbredt i 2002 enn seinere år. I løpet av 2002 fikk nær 1.100 barn og unge dette tiltaket. I 2003 var bare vel 450 barn og unge registrert med dette tiltaket. Tallet

holdt seg like lavt gjennom 2004, men i 2005 økte tallet igjen til nær 790 barn og unge. Vi har konsultert ulike fagmiljøer i sektoren uten å få noen god forklaring på denne nedgangen. Her påpeker man at det er vanlig å ha klienter i begge tjenester uten å gi et eget barnevernvedtak om dette. SSB har ikke registrert feilrapportering rundt dette i statistikken.

Fra 2002 til 2005 har det vært en betydelig nedgang i bruken av barne- og ungdoms- samt voksenpsykiatrisk institusjon som barneverntiltak. Mens det ble registrert nær 110 barn og unge som fikk slike tiltak i løpet av 2002, har det i løpet av hvert av årene 2004 og 2005 vært plassert knapt 30 barn og unge i slike institusjoner.

Nyere former for barneverntiltak, som foreldreveiledning (Parent Management Training (PMT)) og multisystemisk behandling (MST) økte i utbredelse i denne perioden, men ligger på svært lave nivåer sammenliknet med for eksempel hvor mange barn og unge som blir plassert i barnehage som barneverntiltak og i fosterhjem. Antallet familier som blir gitt PMT-tilbud økte fra vel 30 i 2002 til vel 480 i 2005. Antall unge som fikk MST-behandling økte fra vel 380 i 2002 til 760 i 2005. Det største økningen i MST-behandling i denne perioden skjedde fra 2003 til 2004. Disse nye formene for barneverntiltak i perioden PMT, MST samt familieråd, synes å gjøre barneverntjenesten mer attraktiv som samarbeidspartner for BUP enn tidligere.

Mobile tjenester fra begge parters side (mobile barnepsykiatriteam og interkommunale barnevernvakter) samt "satelittkontorer" ved større BUP-er, kan gjøre de to hjelpesystemene mer fleksible i forhold til hverandre.

En analyse av henvisningsmønster til barnevernet i 2002 og 2005 (aktive barnevernsaker disse årene) viste at helsetjenesten, det gjaldt både helsesøstertjenesten, lege/sykehus og BUP/voksenpsykiatri, meldte om et økt antall saker. Men siden det samtidig forekom en generell økning av barn og unge i barneverntiltak, var det blant helsetjenestens meldinger kun saker fra BUP/voksenpsykiatri som oppnådde en svak prosentvis økning – fra 4,0 til 4,2 prosent av barnevernsaker med oppgitt meldingsinstans disse årene. Politi/lensmann og skole sto for de største økningene både i absolutte saker og i andel av barnevernsakene.

Longitudinelle barnevernstudier har vist at 702 barn, unge og unge voksne som hadde barneverntiltak i årene 1990-2001, døde i denne perioden. Dødsfallet fant sted enten samtidig med at barna og de unge var i barneverntiltaket eller seinere i denne tidsperioden. Dødeligheten

er høyere hos barn og unge i barneverntiltak enn hos andre barn og unge. Særlig forekom mange selvmord, dødsfall på grunn av rusdødsfall/psykiske lidelser og dødsfall på grunn av transportulykker. Svenske forskere har gjort liknende funn for barn og unge som har vært plassert i fosterhjem og institusjoner i Sverige.

Funnene i de longitudinelle forskningsprosjektene både i Norge og Sverige tilsier at man bør få til et tettere samarbeid mellom barnevern- og helsesektoren i det praktiske arbeidet med barna. De svenske forskerne har benyttet begrepsbruken unngåelige dødsfall (avoidable deaths) for en del av dødsfallene som skjer i barneverngruppen. Dette gjelder også for norske barnevernbarn – det er her åpenbart unngåelige dødsfall i Norge også hvis helsevesen og barnevern hadde samarbeidet mer optimalt, ikke minst på det forebyggende området.

### **Personell og organisering i BUP-ene og barneverntjenestene**

Opptrappingsplanen har bl.a. som målsetting at det skal opprettes stillinger til 400 flere fagpersoner i poliklinisk virksomhet (statlige tiltak for barn og unge), at det skal opprettes 260 flere årsverk til styrking av psykososiale tjenester, støttekontakt, kultur- og fritidstiltak for barn og unge med psykososiale lidelser og 800 flere årsverk til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kommunale tiltak for barn og unge).

Det har forekommet en generell økning i tallet på ansatte i BUP-poliklinikker de seinere årene,

I alt ble det utført vel 2.850 årsverk i spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern for barn og unge i hele landet i løpet av 2002. Ved utgangen av 2005 hadde tallet på årsverk øket til vel 3.200. Dette var en økning i årsverk på nær 12 prosent i løpet av disse tre årene.

Legeårsverkene økte fra til sammen 225 i 2002 til vel 260 i 2005, med om lag halvparten av årsverkene på spesialister i psykiatri og den andre halvparten på leger som ikke er (ferdige) spesialister. Prosentvis hadde legeårsverkene en noe høyere økning (16-18 prosentpoeng) enn det vi fant for alle årsverkene for alt personell samlet.

Psykologbemanningen var høyere enn legebemanningen i denne spesialisthelsetjenesten, og psykologbemanningen økte også mest i løpet av disse årene. Psykologer i denne tjenesten økte fra til sammen vel 530 årsverk i 2002 til vel 660 årsverk i 2005. Av psykologer og psykologspesialister økte spesialistene mest, og utgjorde nesten halvparten av psykologene i 2005. Tallet på årsverk utført av psykologspesialister (kliniske psykologer) økte med 38,6 prosent fra 2002 til 2005.

Sykepleiere økte fra i underkant av 220 årsverk i 2002 til 260 årsverk i 2005, eller med om lag 20 prosent. Sosionomer økte med vel 30 årsverk fra nær 310 årsverk i 2002 til vel 340 årsverk i 2005. Dette utgjorde en økning på 11 prosent. Pedagogenes årsverk økte noe mer enn sosionomer og sykepleieres i absolutt antall: For pedagoger forekom en økning fra vel 280 årsverk i 2002 til vel 340 årsverk i 2005 – eller en økning i årsverk på nær 21 prosent.

Bemanningen med miljøterapeuter i denne spesialisthelsetjenesten var nokså konstant på om lag 700-710 årsverk både de to første og det siste året i perioden, med midlertidig nedgang til vel 660 årsverk i 2004. Tallet på årsverk for miljøpersonell (uten høgskoleutdanning) var nokså konstant på vel 120 i perioden, etter en midlertidig økning i 2004 (det året tallet på miljøterapeuter sank tilsvarende). Antall årsverk for servicepersonell mv gikk noe ned i perioden, fra nær 130 i 2002 til vel 100 i 2005. Årsverk i administrative stillinger økte fra om lag 330 i 2002 til nær 400 i 2005, det forekom med andre ord en relativt sterk prosentvis stigning disse årene (nær 20 prosent).

På tross av disse økningene i antallet ansatte i spesialisthelsetjenesten psykisk helse for barn og unge, er ikke målene for Opptappingsplanen nådd enda – det gjelder særlig de kommunale stillingene og klargjøring av feltet ”kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge”.

Antall ansatte i barnevernstillinger økte i mindre grad i 2002-2005 enn antallet ansatte i spesialisthelsetjenesten. For barnevernet hadde heller ikke Opptappingsplanen for psykisk helse satt noen særskilte mål.

Men ikke alle de BUP-lederne vi snakket med hadde merket noen spesiell økning antallet stillinger i perioden 2002-2005. Enkelte hadde fått noen flere stillinger før 2002, men ikke i 2003 eller 2004. Noen hadde fått stillingshjemler som de ikke hadde klart å besette, det gjaldt i sær BUP-poliklinikker som ikke lå i de største byene. Særlig var det vanskelig å få besatt stillinger med barne- og ungdomspsykiatere (ferdig utdannede spesialister, som overleger). Ofte hadde man underbemannede BUP-er på legesiden, eller legestillingene var bemannet med personell i utdanningsstilling med hensyn på spesialistkompetanse. Enkelte BUP-er hadde også hatt vanskeligheter med å få ansatt psykologspesialister (barn og unge), men i de større byene var dette greiere, og det var også noe lettere i mindre og mellomstore kommuner i 2005 enn i 2002.

For BUP-lederne gikk det greit å ansette sosionomer/ barnevernspedagoger og kliniske pedagoger. Ikke alle i disse stillingene hadde

---

ferdig spesialistkompetanse, men de fikk som regel videreutdanne seg mens de var i praksis i BUP-en.

Enkelte barnevernledere mente at mye av stillingsøkningen i BUP de seinere årene hadde skjedd i form av flere sosionomer/ barnevern-pedagoger og kliniske pedagoger. Flere barnevernledere savnet psykolog å konferere med hvis de kontaktet BUP om en vanskelig sak. De mislikte hvis de fikk følelsen av å "måtte gå en ny runde" med sosionom/barnevernpedagog innledningsvis på en BUP hvis de mente at barnet og familien det gjaldt hadde vært tilstrekkelig utredet barnevernfaglig i egen tjeneste.

Sammenliknet med stillingsøkninger i BUP hadde det blitt opprettet færre nye stillinger i barneverntjenesten i denne perioden. Enkelte ledere i barneverntjenesten ønsket seg psykologspesialister, men fikk sjelden hjemmel til å ansette denne gruppen av personell. I barneverntjenesten hadde de fleste klinisk ansatte bakgrunn som klinisk sosionom eller klinisk barnevernpedagog.

Tilgangen til ferdige spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialister er begrenset og slike stillinger er til dels vanskelig å få besatt, ikke bare for de mindre BUP-ene, men også for noen av de større. Særlig gjelder dette overlegestillinger. Enkelte ansatte i barneverntjenesten frykter at mange av de 400 nye stillingene blir besatt med sosionomer og barnevernpedagoger. Disse gruppene kan gjøre en god jobb etter sin kliniske spesialisering, men en del av samarbeidspartnerne ønsker seg flere psykologer i BUP-ene.

### **Synspunkter på tilgjengelighet**

BUP-ledere mente selv BUP-ene deres var blitt noe bedre tilgjengelig fra 2002 til 2005. Køene av barn og unge som ventet på BUP-behandling var de fleste steder blitt kortere, selv om de fleste BUP-ledere også i 2004/2005 mente at de som ventet lengst måtte vente for lenge. I følge BUP-lederne var de blitt flinke til å ha inntakssamtalen innenfor fristen på 30 dager (ny bestemmelse i forhold til da vi intervjuet dem i 2002/2003). De mente også at BUP-ene var blitt enda bedre på å prioritere dem som skulle ha øyeblikkelig hjelp. De barn og unge hvor dette ble besluttet fikk stort sett hjelp samme dag eller seinest dagen etter.

Få BUP-er hadde fått endrete åpningstider av betydning i perioden 2002-2004/5. De fleste hadde åpningstid fra 8.00 til 15.30 alle hverdager, men ikke ordinær åpningstid på kvelder, i helger eller på helligdager. En av BUP-ene hadde fått ordinær åpningstid en ettermiddag/kveld i uka. Flere behandlere på flere BUP-er ga imidlertid



behandlingstimer til pasienter i videregående skole om ettermiddagen (innenfor fleksibel arbeidstid). En av BUP-lederne administrerte også en døgnenhet for ungdom som kunne ta akutthenvendelser på døgnbasis hele året.

BUP-ledere og ansatte mente at barnverntjenesten stort sett var ganske greitt tilgjengelige for dem når det var nødvendig å ta kontakt om en sak.

Barnevernledere og ansatte mente også at de hadde vært nokså greitt tilgjengelige for både brukere (ungdom og pårørende – foreldre og fosterforeldre) og samarbeidende tjenester som BUP både i 2002 og i 2005.

Barnevernlederne og –ansatte synes i varierende grad at BUP-ene var blitt bedre tilgjengelige for dem. De følte at de kunne nå fram ganske raskt i akuttsaker, men synes BUP-ene var vanskelig tilgjengelige i mindre akutte saker. I saker med øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid (hvor barnevernleder kunne være involvert – eventuelt sammen med politi, barnevernvakt eller ”somatisk” legevakt på kvelds- eller nattestid), savnet flere barnevernledere bedre muligheter til å kunne få ungdomspsykiatrisk hjelp til barnet/den unge. Ved akutte psykoser eller selvmordsforsøk/selv mordstrusler kombinert med selvskading, endte det ofte med tvangsinnlegging i voksenpsykiatrien for 16- og 17-åringer på kveld og natt pga for liten tilgjengelighet når det gjelder BUP-tilbud på disse tidene av døgnet.

Generell tilgjengelighet og fleksibilitet synes på bakgrunn av intervjuene noe forbedret i perioden. Men fortsatt har BUP-ene få sped- og småbarn som brukere, selv om enkelte behandlere hadde jobbet noe mer med denne gruppen de siste to årene. Man har heller ikke den samme fleksibiliteten som før når det gjelder brukere over 18 år, på grunn av økt pågang av 13-17 åringer.

### **Synspunkter på samarbeid**

En av Opptrappingsplanens overordnede mål er at man i perioden skal bedre organisering og integrering av tjenestene: ”Tjenestene skal være tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende”.

Både ledere og ansatte i BUP og barnevern ser tendenser til et bedre samarbeid og bedre kommunikasjon mellom de to tjenestene fra 2002 til 2005, men begge tjenester har imidlertid fortsatt enkelte kritiske kommentarer til den andre tjenesten – både med hensyn til hvordan den er organisert og til dels med hensyn til at det tar tid å etablere gode generelle samarbeidsforhold. I enkeltsaker med ansvarsgrupper

synes det som samarbeidet til dels går greiere, ofte er det da ansatte i de to tjenestene som har samarbeidet før.

Barnevernlederne synes gjennomgående det går noe lettere å få tilgang til øyeblikkelig hjelp av BUP-en på dagtid i 2004/2005 enn de syntes to-tre år tidligere.

Vi ser tendenser i materialet til at ansatte som har erfaring fra eget arbeid i den andre hjelpetjenesten tidligere, samarbeider bedre og lettere og kommuniserer vesentlig bedre med den andre tjenesten.

Både ledere og ansatte i begge hjelpetjenester mener eget arbeidspress gir for dårlige tidsrammer for utvidet generelt samarbeid mellom tjenestene. Dermed synes det langt igjen før brukerne kan oppleve tjenestene som ”helhetlig og sammenhengende”.

### **Konklusjoner**

Hensikten med dette prosjektet har vært å analysere utviklingen i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernfeltet i perioden hvor Opptappingsplanen for psykisk helse pågår. Hovedvekten ble lagt på utvikling av samarbeid, tilgjengeligheten av tjenester og klientforløp i undersøkelses- og behandlingsfasen. Prosjektet ble startet i 2001, og samlet inn de første egne data i 2002.

Samtidig med at Opptappingsplanen for psykisk helse har pågått, og Norges forskningsråds evalueringsprosjekter har blitt utført, har det også pågått andre store reformer på helse- og barnevernfeltet. Det gjelder etableringen av statlige helseforetak (sykehusreformen) og etablering av statlig regionalt barnevern. Strategiplanen for barns og unges psykiske helse ble lansert et godt stykke ut i perioden. Videre har de enkelte kommuners psykiatriplaner hatt til dels ulike strategiske grep. Det er derfor ikke enkelt å skille ”effekten av” Opptappingsplanen fra andre planer og reformer, fordi disse forholdene har vært vevet ganske mye inn i hverandre.

Konklusjonene i denne rapporten omhandler derfor i første rekke den perioden prosjektet har fått følge selv, 2002-2005. Men i tillegg er det hentet inn statistikk om klientutvikling i BUP og barnevern fra hele perioden 1998-2005.

Opptappingsplanen for psykisk helse har medført en til dels omfattende økning i antallet barn og unge som har blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten, selv om ikke målet om 5 prosent som skal behandles i året er nådd enda.

Guttene er i klart flertall blant barna som behandles i BUP. Over to av tre pasienter i aldersgruppen 6-12 år er gutter. Blant tenåringene jevnes kjønnsforskjellene ut.

Mange barn med psykiske problemer fanges opp i småskolealderen. Dette gjelder særlig gutter. Skolesektoren har en klar tendens til å fange opp gutter med problemer tidligere enn jenter, og formidle dem videre til barne- og ungdomspsykiatrien.

Behandlingskapasiteten har økt, særlig i perioden 2002-2005, men dekningsgraden blant de yngste er fremdeles svært lav. Hvordan kan BUP nå de aller yngste barna med psykiske problemer – og de barna som har vært utsatt for omsorgssvikt og som derfor står i fare for å utvikle psykiske problemer seinere?

Jenter og gutter ser ut til å komme inn til BUP-behandling i ulike faser av barndommen. Hvordan kan skolene få økt kompetanse til å fange opp jenter med psykiske problemer tidligere?

Det er ingen endring i andelen barn og unge i BUP som også mottar (eller har mottatt) tjenester fra barnevernet fra 2002 til 2005: Dette er 17 prosent. Dette betyr at det totalt sett er flere barn som får hjelp begge steder, men at andelen BUP-pasienter som har barnevernstatus er den samme i 2005 som i 2002.

Analysen av barn og unge som fikk hjelp av barneverntjenesten viste at antallet barn som fikk hjelp økte i perioden 1998-2005. Økningen i barnevernet har vært annerledes enn vi så for barn og unge i BUP både i ”opptrappings-perioden” og årene forut for denne. I løpet av 2005 fikk vel 39.200 barn og unge hjelpe- eller omsorgstiltak av barneverntjenesten. Dette innebar at 2,7 prosent av alle 0-17 åringer hadde aktivt barnevernstiltak i løpet av året 1998. Andelen hadde økt til 3,2 prosent i løpet av 2005.

Frivillige hjelpetiltak er det dominerende tilbudet i barneverntjenesten, dette forholdet er uendret i løpet av opptrappingsplanperioden 1998-2005.

Nye former for barneverntiltak i perioden for opptrappingsplanen, PMT, MST og familieråd synes å gjøre barneverntjenesten mer attraktiv som samarbeidspartner for BUP enn tidligere. Mobile tjenester fra begge parters side (mobile barnepsykiatriteam og interkommunale barnevernvakter) samt ”satelittkontorer” ved større BUP-er, kan gjøre de to hjelpesystemene mer fleksible i forhold til hverandre.

Det har forekommet en økning i tallet på ansatte i psykisk helsevern for barn og unge de seinere årene. I perioden 2002-2005 økte antallet årsverk i denne tjenesten med nær 12 prosent, fra nær 2.890 til vel 3.200 årsverk.

BUP-lederne vi intervjuet hadde i ulik grad fått stillingsøkning i perioden 2002-2005. Tilgangen til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialister er begrenset og slike stillinger er til dels vanskelig å få besatt, ikke bare for de mindre BUP-ene, men også for noen av de større. Særlig gjelder dette overlegestillinger.

BUP-ledere mente selv BUP-ene deres var blitt noe bedre tilgjengelig fra 2002 til 2005. Køene av barn og unge som ventet på BUP-behandling var de fleste steder blitt kortere, selv om de fleste BUP-ledere også i 2004/2005 mente at de som ventet lengst måtte vente for lenge.

Barnevernledere og ansatte mente også at de hadde vært nokså greitt tilgjengelige for både brukere (ungdom og pårørende – foreldre og fosterforeldre) og samarbeidende tjenester både i 2002 og i 2005.

Barnevernlederne og ansatte synes i varierende grad at BUP-ene var blitt bedre tilgjengelige for dem. De følte at de kunne nå fram ganske raskt i akuttsaker, men synes BUP-ene var vanskelig tilgjengelige i mindre akutte saker. I saker med øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid, savnet flere barnevernledere bedre muligheter til å kunne få ungdomspsykiatrisk hjelp til barnet/den unge.

Som hovedkonklusjon vil vi hevde at det har skjedd en viss forbedring av både tilgjengelighet til BUP og samarbeid BUP-barnevern i den perioden vi har undersøkt. Men målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse på dette området er ikke nådd enda.

3,7 prosent av barn og unge under 18 år fikk hjelp av psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2005. Målsettingen i Opptrappingsplanen er 5 prosent i løpet av 2008. Dette målet kan man muligens nå med den farten man har hatt i økningen de seinere årene.

De vanskeligste målene å nå blir trolig de følgende:

1. å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus.
2. å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer.

Denne rapporten samt to rapporter fra andre prosjekter som har evaluert deler av Opptrappingsplanen for psykisk helse {Andersson, 2006 Sverdrup, 2007} viser at det gjenstår mye her.

Disse undersøkelsene sier heller ikke så mye om hvor godt behandlingstilbudene virker. Det blir en viktig framtidig forskningsoppgave å finne ut mer om dette, blant annet kanskje gjennom longitudinelle studier som følger brukere over flere år – og følger dem videre i livet - ut av behandling og tiltak.

### **Anbefalinger**

Vi vil på bakgrunn av empiriske funn og konklusjoner i dette forskningsprosjektet, gi følgende anbefalinger til videre arbeid for og med de aktuelle brukergruppene:

- Samarbeidet må styrkes mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og førstelinjen innen barnevern- og helsetjenester. Omorganiseringer av tjenester både nasjonalt og lokalt må ta noe av ansvaret for utfordringene vi fortsatt ser: Gjennomtrekk av ansatte innen enkelte av tjenestene. Fremdeles foregår enkelte konflikter mellom både første- og annenlinjen og mellom enkelte av tjenestene innen førstelinjen. Det foregår fortsatt noe profesjonsstrid, men profesjoner innen en tjeneste ser ut til å kunne samarbeide bedre i 2004/2005 enn i 2002. Fortsatt må samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten psykisk helse for barn og unge prioriteres høyere både av lederne og ansatte innen tjenestene. Intervjuer med informanter i sektorene (ledere og kliniske medarbeidere) tyder på en viss bedring i perioden 2002 til 2004/2005, men det gjenstår mye før man kan si at forholdene er tilfredsstillende. Også brukere og pårørende påpeker mangelfullt samarbeid både mellom første- og annenlinjetjenesten (kommune - stat) og mellom de enkelte hjelpetjenestene for barn og unge (jf. NIBR-rapport 2007:2).
- En må arbeide enda mer målrettet enn tidligere for å oppdage sped- og småbarn som har behov for undersøkelse og behandling av BUP. Undersøkelses- og behandlingsraten for 0-5 åringer var i 2005 fortsatt bare 0,7 prosent i løpet av året. Man bør vurdere å framsette egne behandlings- eller undersøkelsesmål, for de yngste barna. Helsesøstertjenesten, fastlegene, barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten må samarbeide bedre om tidlig intervensjon overfor de minste barna. Særlig må de småbarna som barneverntjenesten avdekker har vært utsatt for omsorgssvikt, mishandling eller som har psykisk syke foreldre eller foreldre med

---

vesentlige rusmisbruksproblemer, i større grad kunne bli undersøkt av BUP.

- Det bør tilrettelegges for en gradvis overgang fra barne- og ungdomspsykiatriske til voksenpsykiatriske tjenester for dem som trenger dette. På basis av kunnskaper i dette prosjektet og et NIBR-prosjekt om brukermedvirkning (NIBR-rapport 2007:2) har vi erfaring for at det (2005-2006) kunne skje nokså brå utskrivninger fra BUP-poliklinikker i 16-17 årsalderen, for eksempel i forbindelse med at terapeuter flytter/slutter i den aktuelle BUP-en. Vi ser også brå fall i antallet unge 18 og 19 år som behandles i BUP-ene i den nasjonale statistikken, sammenliknet med utskrivningen av barn fra barnevernet, som foregår noe mer gradvis i aldersgruppene 18-22 år.
- Det trenges bedre akutttilbud i BUP-ene, spesielt på kveldstid/i helger. Vi fikk gjennom dette prosjektet informasjon om at enkelte 16- og 17-åringer som trenger akutt psykiatrisk hjelp legges inn i voksenpsykiatriske sengeavdelinger (av legevaktslege, etter henvisning fra barnevernet) fordi man har for få akutttilbud som er heldøgnsbasert/helgebasert i BUP og får få akutte døgnplasser i ungdomspsykiatrien.
- I likhet med at det for mange år siden er opprettet barnevernvakter i store kommuner med interkommunalt samarbeid til små kommuner, bør liknende vaktordninger opprettes for akutsaker innen barne- og ungdomspsykiatrien. BUP som nå har flere brukere enn barneverntjenestene (vel 43.000 brukere i løpet av 2005) bør ha et tilsvarende tydelig vaktansvar for akutte saker som det barnevernet har gjennom sine barnevernvakter.
- Det må bli kjent for både pårørende og ansatte innen førstelinjen helse-, barnevern og PP-tjenestene samt skolerådgivere og politiet hvordan man kommer i kontakt med regionalt vaktansvarlige innen barne- og ungdomspsykiatrien også på ettermiddager/kvelder/netter, i helger og på helligdager.
- Man må sikre seg at blant de 400 stillingene som blir opprettet i poliklinikkene for psykisk helse barn og unge, blir tilsatt godt kvalifisert personell. Tilgangen til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialister er begrenset og stillinger til dels vanskelig å få besatt, ikke bare for de mindre BUP-ene, men også for noen av de større. Særlig gjelder dette overleger.
- Det eksisterer i dag usikkerhet i kunnskapen omkring hvor mange barn og unge som får hjelp av både barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker og barneverntjenester, enten denne hjelpen gis som

fellesarbeid eller i serie. Man vet også for lite om brukerne av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker nasjonalt. Spørsmål som hvor lenge brukerne går i behandling, familieforhold, sosiale bakgrunnsforhold mv er vanskelig å analysere på basis av dagens BUP-data. Det foreligger per i dag både lite kunnskap og små muligheter for omfattende forskning om hvordan det går med brukerne av denne spesialisthelsetjenesten på sikt bl.a. på grunn av manglende individidentifiserbart nasjonalt helseregister på feltet. Myndighetene bør snarest legge til rette for at det gis muligheter for longitudinelle analyser av BUP-statistikk, for eksempel via et bedre helseregister for barn og unge, med koblingsmuligheter fra helseregisterdata til barnevernstatistikk og til registre for øvrig med relevans for både samfunnsmedisinsk og samfunnsvitenskapelig brukerorientert forskning på feltet.

---

# Summary

*Lars B. Kristofersen:*

## **Accessibility and Collaboration: more flexible health and social services?**

National Mental Health Program, Child and Adolescent Psychiatry and Child Welfare

NIBR Report 2007:13

### **Project Aims**

The report is the final outcome of a project on relations between child and adolescent psychiatry clinics (BUPs) and child welfare services (CWs), mainly in the years 2002–2005. The project came about in conjunction with an evaluation of the National Mental Health Program (NMHP).<sup>1</sup>

The project, which emphasised end user development, accessibility and collaboration, was completed in two phases. During the first stage we analysed data derived from countrywide statistics on patients/clients of both services prior to 2002. In 2002 we interviewed senior service managers and staff of twelve agencies/clinics serving six different municipalities, one in every region of the country. The results of our analyses of statistics and interviews were published in a NIBR Working Paper, *National Mental Health Program and its impact on child and adolescent psychiatry and child welfare – A mid-term report for the years 1999–2002* (Kristofersen 2004).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> *Opptappingsplanen for psykisk helse*: also translated as National Capacity-building Plan for Mental Health, Escalation Plan for Mental Health, Mental Health Development Plan and Mental Health Action Plan.

<sup>2</sup> *Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveistrapportering for perioden 1999-2002* {Kristofersen, 2004 #1470}



In the second phase of the project, 2004–2005, we revisited the twelve clinics/offices to interview as far as possible the same managers and staff members. Among the issues we sought clarity on, accessibility and inter-service collaboration were high on the list. Concurrent with the analysis and comparison of these data with earlier findings, we analysed country data on end user development in the child and adolescent psychiatry and child welfare sectors for the years 2002–2005.

The purpose of the project was to study and determine the impact of the National Mental Health Program (NMHP) on collaboration, service accessibility and client/patient outcome of assessment and treatment/assistance by BUP clinics and child welfare agencies.

The main objective necessitated several subsidiary studies of:

- Organisational changes, including new collaborative arrangements
- Statistics on patient/client numbers (BUP and CW); admission and referral procedures (BUP and CW); and client career summaries (CW)
- Developments related to a number of selected interventions: outpatient treatment (BUP); use of day care institutions, support persons and foster homes (CW); admissions (BUP and child care institutions)
- Referral patterns by health services (frontline and psychiatry) to child welfare authorities for children and adolescents by social background

### **Data and method**

The project analysed data from several sources:

3. Countrywide data assembled over several years on individual BUP patients and CW clients (HIA data, Norwegian Patient Register and Statistics Norway)
4. Qualitative data derived from interviews with senior managers and staff at BUP clinics and CW agencies in six municipalities, at two points in time (2002 and 2004), twenty-four research interviews in all, conducted jointly by NIBR and SINTEF Health Research
5. Administrative data on human resource development nationwide in the two services (Statistics Norway)

---

As far as end user development and referrals to and between the two services are concerned, we analysed nationwide person-level multi-year statistics for BUP and CW. While we were mainly interested in the final years of each period, we also studied separate years prior to 2002 (BUP and CW) and ran selected analyses on the intervening years 2002–2005 (CW statistics). The first period ended in 2002, the latter in 2005 (that is, the last year for which nationwide statistics were available on both services). In connection with the child welfare statistics, we consulted longitudinal studies stretching back to 1990. In summary, not only do we have data from the first year of the NMHP (1998), we have data from several years before the program came into effect. Child welfare data are particularly good.

### **Key observations**

The data sets and analyses are complementary. Analyses of person-level data on child and adolescent psychiatry and child welfare services cover the whole country, and are as complete as it was possible to achieve as to the range of clients/patients at requisitioning and retrieval. Data were retrieved by SINTEF Health Research, HIA Data and Norwegian Patient Register (for the BUP data) and Statistics Norway (for the CW data).

Knowledge of service accessibility and cooperation is derived from analyses of qualitative interviews with senior managers and staff of the respective services of six selected municipalities. We chose the municipalities at an early stage of the project, and interviewed BUP and CW managers and staff on two separate occasions. SINTEF Health Research has more information on these municipalities' health and social services (interview and questionnaire data). Information provided by interviewees is not representative for the country as a whole, but insofar as we interviewed managers and staff in a broad assortment of municipalities in terms of size and location (all regions are represented) twice, with about two years separating the first and second interviews, our interview data are sufficiently robust, in our opinion, as a window on national trends. Potential misinterpretations in the first interview round were addressed in the second, which, as far as practically possible (a small number had left) we did with the same managers/staff members.

Because we had analysed national data on clients/patients, we have some basis on which to extrapolate what we learned from local/regional health and social services into a wider national context.

We present below some of the analyses' key findings.

### **Child and adolescent psychiatry patients**

There has been a relatively rapid rise in the number of patients admitted to BUP clinics from when the NMHP came into effect in the mental health sector in 1998, and to 2005.<sup>3</sup>

A total of 27,000 children/adolescents aged 0–17 were treated at outpatient clinics, day units and 24-hour units in 2001. In 2002, 28,590 minors (i.e., children and adolescents under 18) were treated. Most of these were treated at outpatient clinics. That same year, 2.7 per cent of all minors was treated, but the NMHP's target of 5 per cent treated annually by this specialist health service remains to be met. A slightly higher percentage of boys were treated at clinics than girls (over 57 versus nearly 43 per cent respectively). Compared with the age of clients for whom action was instituted by the child welfare authorities in the same year, there was a preponderance of teenagers 13–18 among BUP patients. BUP used very few resources indeed on infants (0–5) in 2002. Only 0.6 per cent of this age-group was admitted for treatment during the year. We do not know the precise needs of this age-group, nor did the national program (NMHP) come with specific targets for the youngest age-group.

By 2005, there had been a further increase in the number of minors treated at BUP clinics and 24-hour units: in 2005, over 40,500 minors were treated, or 3.7 per cent of all minors in the country. By the end of 2005, then, the 5 per cent target was still out of reach. Some of those treated in 2005 were 18 or older; this is not unusual. We find a similar pattern in earlier years.

While the number of treated 13–17 year olds in 2002 accounted for 4.8 per cent of the youth population, 6.6 per cent (over 20,140 individuals) in this age-group were treated by the child and adolescent psychiatric services in the period 2002–5. Similarly we see an increase in the number of treated infants 0–5, from 0.6 to 0.7 per cent (over 2,600 children), though this increase is minimal compared with the other groups of children and youths. There still appears to be a shortfall in consultations/treatment of the youngest age-group. Although a treatment target is not spelled out in the capacity-building initiative, there is too little capacity to address children suffering abuse, severe neglect or whose parents have psychiatric or serious substance-abuse conditions. So the target for this group – 5 per cent treated children aged 6–12 – has not been reached either.

---

<sup>3</sup> Child and adolescent psychiatry is one wing of the specialist health service in Norway known as “mental health children and youth”). There are several such specialist health services.

In the below-8 age-group, a relatively higher number of children was in contact with the CW authorities than BUP in 2005. From age 8, BUP availability grows rapidly, while that of the CW services remains unchanged. This may indicate sharply differentiated symptomology between CW and BUP cases and in the children at different ages. Child welfare agencies are more likely to take action, for instance, if the problem is related to deficient parental care, while BUP tends to address problems experienced by children individually. But part of the difference between the two services could also be explained by the different ways in which problems are “detected”. Many children with mental health issues are probably not “detected” until their coping skills at school fall below a certain threshold.

The percentage of girls treated is virtually unchanged since 2002. In 2005, girls made up 42 per cent of BUP patients, against 43 per cent three years before. More than two out of three patients aged 6–12 are boys. On reaching adolescence, sexual differences balance out again.

GPs and frontline doctors are more likely to be the referring party in 2005 than was the case in 2002. This could suggest a clearer formalisation of admissions to BUP, and, consequently, tighter regulations on who can refer children for treatment. The number of references of children and adolescents by welfare/child welfare authorities fell from about 12 per cent in 2002 to about 9 per cent in 2005. Due to the uncertain data and changes to referral procedures, we cannot say that collaboration between CW and BUP worsened between 2002 and 2005.

The percentage of children and youths registered as patients at a BUP clinic and as a child welfare client is unchanged from 2002 to 2005. The figure is 17 per cent. It means that more children are being helped by both services, but that the proportion of BUP patients who are also child welfare clients is the same in 2005 as 2002.

Against the background of the analyses in this chapter, two important issues related to recruitment of children to BUP invite further comment. Treatment capacity grew between 2002 and 2005, but service availability for the youngest remains very low. We discuss these points in greater detail below in the section on conclusions and recommendations (chapter 11 in the report).

### **Child welfare clients**

One of the main concerns of the national program (NMHP) is to promote “services which can meet the needs of the patient/client, and function in an integrated, coherent fashion”. Since the number of dual

BUP and child welfare clients is so large, it is important to analyse use of the child welfare services as well.

As analyses of BUP data show, about 17 per cent of minors in psychiatric treatment are also clients of the child welfare services. Managers of the six BUP clinics put the figure in the 10–50 per cent range.

According to British studies from 2003, there are four to five times the percentage of children in touch with the local child welfare services compared to other children suffering from psychiatric disorders.

The number of children and adolescents helped by the child welfare service grew during the period under analysis. The 1998–2005 rise is not identical with the rise in the number of BUP patients as the steepest rise prior to 2002 (from 1998) was in the child welfare sector.

In 1998, steps to provide assistance or care (including action targeting behavioural issues) were instituted by the child welfare authorities for more than 30,100 children and adolescents. This statistic includes a number of 18–22 year olds in juvenile aftercare programmes. The ratio for 0–17 year olds in child welfare programmes was 21.4 per 1,000 at the end of the year.

The same intervention categories were initiated for more than 34,400 minors in 2002. This group also includes some 18–22 year olds. The 0–17 age-group ratio had risen by then to 22.7 per 1,000 at year end.

Three years later, by 2005, more than 39,200 minors were in some form of care programme, an increase of more than 14 per cent on the 2002 figure. There was a particularly rapid rise from 2004 to 2005 in the number of young adults (18–22) in aftercare programmes. 25.2 per 1,000 population aged 0–17 were involved in a child welfare programme at the end of 2005.

Minors were predominantly enrolled in support programmes (voluntary measures) in 2005. Numerically, this accounted for more than 32,000 minors.

The rise in the number of minors in welfare programmes over these three years falls significantly behind the rise in numbers of teenagers consulting the child and adolescent psychiatry service. But the rise in child welfare clients should be assessed in light of the increase seen during the 1990s. In 1990, before “capacity-building” led to job creation in the child welfare sector, this service too dealt with fewer than 20,000 clients annually.

Voluntary programmes predominate as the preferred intervention of the child welfare authorities. This remained unchanged during the NMHP-period 1998–2005. More minors were placed in foster care (homes and institutions) as a voluntary measure (Section 4.4, sentence 5, Child Welfare Act) in 2005 than either 2002 or 1998. One is less likely to meet a perception within the child and adolescent psychiatry service of child welfare programmes as a combination of assistance and control, or that referrals are likely to result in compulsory measures. More than half of the minors in residential care in 2005 were there voluntarily.

The prevalence of most interventions grew from 2002 to 2005. Interventions involving placement in day care institutions, allocation of support persons and various forms of foster care grew. There was a reduction in institutional residential care from 2002 to 2003, but numbers rose again 2004/05. The majority of residential institution placements in 2004 (more than 1,400 out of 2,300) was of the voluntary kind. Most placements in ordinary foster homes were voluntary as well. Children in supported foster homes are more likely to be subject to care orders (issued by a county social welfare board, frequently with a basis in Section 4.12 of the Child Welfare Act).

The use of child and adolescent psychiatry clinics by child welfare authorities as a child welfare order was more likely in 2002 than the succeeding years (Statistics Norway, individual-level data). In 2002, nearly 1,100 minors were subject to this type of child welfare order. In 2003 only about 450 minors were registered with this kind of measure. The figure remained low throughout 2004, but rose again in 2005 to almost 790 minors. We have consulted with a variety of expertise in the sector without finding a good explanation. According to some, having clients in both services without a special child care order being given is not uncommon. Statistics Norway have not registered reporting errors in this statistical area.

Between 2002 and 2005, there was a sharp decline in referrals to psychiatric institutions (including adult institutions) by the child welfare authorities. While the records show that 110 minors were referred in 2002, in both 2004 and 2005, only about 30 such referrals were made.

Recent interventions, such as parent management training (PMT) and multi-system therapy (MST), were instituted with increasing regularity in the period, but remain a speciality compared to, for instance, care orders prescribing placement in day care institution and foster care. The number of families offered PMT rose from more than

30 in 2002 to more than 480 in 2005. The number of minors in MST programmes grew from more than 380 in 2002 to 760 in 2005. The fastest rise in MST in the period happened in 2003/04. These new forms of child welfare care, PMT, MST and family counselling, appear to have made the child welfare service a more attractive partner to BUP than it used to be.

Mobile services (CW – inter-municipal emergency units; BUP – outreach psychiatry teams) and “satellite offices” under larger BUP clinics help cultivate a more flexible collaborative climate between the two services.

An analysis of the pattern of referrals to the child welfare authorities in 2002 and 2005 (ongoing child welfare cases in these years), showed an increase in cases reported by health service (including community nurse service, GP/hospital and BUP/adult psychiatry). But because there was a concurrent rise in the number of children and adolescents in child care programmes, the only increase in cases reported by the health service was in the field of BUP/adult psychiatry. This increase was from 4.0 to 4.2 per cent of child welfare cases where the reporting party is given. The police/law enforcement authorities and schools accounted for the sharpest rise in both absolute terms and percentage of child welfare cases.

Longitudinal child welfare studies have shown that 702 children, adolescents and young adults for whom child welfare measures were initiated in the years 1990–2001 died during the period. Death occurred either while the minors/young adults were in a child welfare programme, or later. Mortality is higher among minors in child welfare programmes than the among the same age-group in the general population. The most prevalent causes of death were suicide, alcohol/drug-related causes and traffic accidents. Swedish studies report a similar pattern among minors placed in foster homes and residential institutions in Sweden.

In light of these Swedish and Norwegian longitudinal studies, steps should be taken to improve working relations between the child welfare authorities and health service on practical issues relating to these children and juveniles. The Swedish researchers use the term “avoidable death” to describe some of the deaths in the child welfare group. The same could be done here in Norway too, – some deaths could clearly have been avoided had the health service and child welfare authorities worked better together, not least in the area of prevention.

---

### **BUP and child welfare service staffing and organisation**

The National Mental Health Program envisions the creation of 400 or more jobs at outpatient clinics (state-run programmes for minors), and an increase of 260 person-years in the psycho-social services, support persons, culture and out-of-school programmes for minors with psycho-social problems, and finally 800 person-years in public health centres and school health service (municipal measures for children and adolescents).

There was a general rise in the number of people working at BUP clinics in recent years.

In sum, more than 2,850 person-years were invested in child and adolescent psychiatry nationwide in 2002. By the end of 2005, this number had grown to more than 3,200, or an increase of 12 per cent over the three years in question.

Medical doctors accounted for 225 person-years in 2002 and more than 260 in 2005, divided roughly down the middle between specialists in psychiatry and doctors in specialist training (i.e. not full-fledged specialists). Percentagewise, person-years by medical doctors showed a slightly steeper upwards curve (of 16–18 percentage points) than all person-years of all staff members put together.

There was a preponderance of psychologists over medical doctors in this specialist health service, with the gap widening further during these years. While psychologists recorded over 530 person-years in 2002, in 2005 they accounted for over 660 person-years, a rise of nearly 20 per cent. More of the increase came from specialists in psychology than other psychologists, and accounted in 2005 for about half of all person-years by psychologists in 2005. The number of person-years of clinical psychologists also grew by 38.6 per cent between 2002 and 2005.

Person-years contributed by nursing staff grew from just below 220 in 2002 to 260 in 2005, a rise of about 20 per cent. Person-years attributed to social workers grew from nearly 310 in 2002 to over 340 in 2005, a rise of 11 per cent. Special educators increased their person-year count from over 280 in 2002 to over 340 in 2005, or getting on for 21 per cent.

Milieu therapy staff input in this specialist health service remained relatively constant at about 700–710 person-years in the first and last year of the period under study, dipping transiently to 660 in 2004. The number of person-years from non-qualified milieu staff was also stable, at just over 120, peaking temporarily in 2004 (the year the



milieu therapist input declined). Person-years generated by service and other employees fell slightly during the period, from nearly 130 in 2002 to over 100 in 2005. Management staff increased their contribution from about 330 in 2002, to just under 400 in 2005. There was, in other words, a relatively rapid relative rise in these years (almost 20 per cent).

Despite the overall increase in person-years in the child and youth mental health specialist health service, there is still some way to go before targets of the national program (NMHP) are reached, especially in terms of jobs with local authorities and emergence of a recent addition, “municipal mental healthcare for children and youth”.

Growth in the number of child welfare employees was slower between 2002 and 2005 than in specialist health service. The National Mental Health Program lacks a job growth target for the child welfare agency.

But not all BUP managers we spoke with had noticed a rise in job creation 2002–2005. Some managers had received more personnel before 2002, but none in 2003 or 2004. Some newly created jobs remained vacant: managers were unable to find people to take them, especially jobs at BUP outpatient clinics outside the major cities. It proved particularly difficult to fill vacancies for child and adolescent psychiatrists (fully qualified specialists, such as medical directors/head physicians). BUP units were frequently short of medical doctors, and vacancies were staffed by people still in specialist training. Other BUP units were having trouble getting hold of specialists in (child and adolescent) psychology, though it was somewhat easier in the major cities, and also in small and medium-sized municipalities in 2005 than in 2002.

BUP managers said it was easier to recruit social workers, child care workers and educational therapists. While some appointees had not completed specialist training, they were given an opportunity to do alongside their job at the BUP clinic.

Some child welfare managers believed social workers /child care workers and educational therapists accounted for most of the new staff in the child and adolescent psychiatry service. Several child care managers would have liked to consult with a psychologist at BUP about troublesome cases. They disliked having to “tell the same story all over again” to social or child care workers if they believed the child and his/her family were already adequately assessed by child welfare professionals in their own agency.

---

Compared with job growth in BUP, job creation in the child welfare service trailed behind in the period. Some child welfare managers wanted specialists in psychology, but seldom enjoyed official sanction to appoint people in this category. Most employees in the child welfare agency had clinical experience, from clinical social or child care work.

Because there is only a limited pool of qualified specialists in child and adolescent psychiatry and psychology, vacancies are frequently hard to fill, not only at the smaller BUP clinics, but at some of the larger ones too. Senior medical staff are particularly hard to find. Some child welfare agency staff fear that many of the four hundred new jobs will be taken by social workers and child care workers. While these staff categories have much to offer within their particular clinical field, some of the partners would like to see more psychologists at BUP clinics.

### **Opinions on availability**

BUP managers believed it was easier gain admittance to their own BUP units in 2005 than in 2002. The queues of children and youngsters waiting for BUP treatment had shrunk in most places, despite the widespread concern shared by BUP managers also in 2004/2005 that youngsters at the back of the queue had to wait too long. BUP managers assured us that screening and admission consultations were today more likely to be held within the 30-day limit (this was a recent amendment to the regulations when we carried out the first round of interviews in 2002/2003). They believed also that BUP clinics were better at making room for critical cases. After the administrative decision was made to admit the person, action was taken the same day in most cases, or the day after at the latest.

Few BUP clinics had had their opening times changed significantly during these years (2002–2004/5). Most were open between 8 am and 3:30 pm on weekdays, but not at night, weekends or bank holidays. One BUP clinic had extended opening hours one afternoon per week. Several therapists at several BUP clinics treated upper secondary school patients in the afternoon (working to a flexible work schedule). One of the BUP managers was also in charge of a twenty-four hour unit for adolescents, where emergency cases could be admitted day and night, all year round.

BUP managers and staff told us that it was relatively easy to get in touch with the child welfare agency about a case.

Child welfare managers and staff also believed their own agency was reasonably accessible for the young and other users (relatives of patients, i.e., parents and foster parents), and by sister services such as BUP, both in 2002 and 2005.

For child welfare managers and staff, getting in touch with the local BUP clinic was not necessarily easier in 2005. Emergencies were dealt with rapidly, but communication with BUP clinics was slower in less critical situations. Reflecting on emergency help outside ordinary working hours (situations involving the child welfare manager, possibly in partnership with the police, child welfare emergency unit or “somatic” emergency departments evenings and nights), there was a feeling it should be easier to get psychiatric help for a child or young person in acute distress. Instances of acute psychosis or suicide attempts/warnings combined with self-harm, often ended in sectioning at an adult psychiatric unit for 16–17 year olds after ordinary opening hours because BUP clinics were closed.

Improvements in general availability and flexibility appear then, from what we learned from our informants, to have taken place in the intervening period. But BUP still treats only a small number of infants and toddlers, despite some therapists investing more time in this patient category than two years ago. And where there was once a degree of flexibility in treating patients over 18, this has suffered somewhat due to increased prevalence of patients aged 13–17.

### **Opinions on collaboration**

One of the NMH-Program’s foremost objectives is to improve service organisation and integration. “Services [should] meet the needs of the patient/client, and function in an integrated, coherent fashion.”

BUP and child welfare agency managers and staff report improved collaboration and inter-service communication between 2002 and 2005. Both however remain critical of certain aspects of the opposite agency – its organisation and the time it takes to establish good working relations. But in relation to individual clients/patients, cooperation is helped not least when people in the two agencies get used to working together.

According to child welfare managers, BUP are more likely in 2004/2005 to react if a case is critical and if it occurs during normal working hours than two or three years before.

Our interview data show relatively clearly that employees of each service who are used to working with a counterpart in the other

---

agency tend to report better working relations and information sharing with the other agency.

Managers and staff in both services say that their workload leaves them with too little time to cultivate good working relations with the other agency. In this sense, clients and patients will probably need to wait longer before the services can be called integrated and joined-up.

### **Conclusions**

The purpose of this project was the analysis of relations over time between child and adolescent psychiatry and child welfare during the lifetime of the NMHP. Most attention was devoted to studies of inter-service collaboration, availability and accessibility of services, client/patient progression through the examination and treatment stages. Starting in 2001, the project team collected the first batch of dedicated data in 2002.

During the implementation of the National Mental Health Program, and while Norwegian Research Council evaluation projects were ongoing, sweeping reforms were proceeding in the healthcare and child welfare sectors. These reforms saw the creation of state health enterprises (hospital reform) and deployment of state managed child welfare in the regions. The child and adolescent mental health strategy was launched well into our project's lifetime. Local authorities drafted and adopted sometimes very different policy strategies for psychiatry. It is not easy, therefore, to isolate "an effect" of the NMHP from the effects of other plans and reforms, simply because they are so closely intertwined.

The conclusions drawn in this report relate to the period during which the project team made its observations, 2002–2005. In addition, we have consulted statistical data on patients and clients in BUP and the child welfare programmes between 1998 and 2005.

The NMHP brought a sharp rise in the number of children and youngsters treated by the specialist health service, although the treatment target of 5 per cent is still some way off.

Boys are much more likely than girls to be admitted for treatment at a BUP unit. Two-thirds of all patients aged 6–12 are male. Much of the gap has closed by the time we get to the adolescent age-groups.

Many children with mental health problems are detected while still very young, especially boys. The education sector is much more likely to detect mental problems in boys than in girls, and refer them to the child and adolescent psychiatry service.

Treatment capacity grew, especially between 2002 and 2005, but is still only available to a small minority of the youngest age-groups. What can be done to help schools detect girls with mental health problems earlier?

There is no change 2002–2005 in the relative numbers of children and adolescents that are (or were at some time) dual BUP patients and CW clients: the figure is 17 per cent. Overall, in other words, more children are being helped by both services, but the percentage of dual BUP patients and CW clients remains unchanged from 2002 to 2005.

Our analyses show that the number of children and young people assisted by the child welfare authorities grew between 1998 and 2005. There are differences between this increase and that of BUP patients, both in the capacity-building period and in the years leading up to it. In 2005, the child welfare agency took action in respect of more than 39,200 children and young people, initiating assistance or care measures. These represented 2.7 per cent of all 0–17 year olds in active child welfare programmes in the year 1998. The percentage grew to 3.2 in the course of 2005.

Most clients are in voluntary programmes. It is the commonest form of action, and has remained so during the NMH-Program's lifetime, from 1998 to 2005.

New approaches to child welfare adopted during the capacity-building period such as PMT, MST and family counselling, appear to have benefited perceptions of the agency as a viable partner in the eyes of BUP personnel. Outreach services provided by both (mobile child psychiatry teams and inter-municipal child welfare emergency units), along with "satellite offices" under the larger BUP centres, inculcate a more flexible approach to inter-service collaboration.

The number of employees in the child and adolescent mental healthcare sector rose in recent years. Between 2002 and 2005, person-years rose by near 12 per cent in the sector, from close to 2,890 to over 3,200.

Staffing budgets increased between 2002 and 2005, some of the senior BUP managers reported. But there is a shortfall of qualified specialists in child and adolescent psychiatry and psychology, making recruitment very difficult indeed, not just for the smaller BUP clinics. Larger ones tell a similar tale, not least in respect of senior medical staff (head doctors).

BUP managers were themselves convinced that their service was more widely available in 2005 compared to 2002. The queues of children and teenagers waiting for BUP treatment had shortened in most places, although most BUP managers feared that waiting time for people at the back of the queue was too long, also in 2004/2005.

Child welfare managers and staff believed they were reasonably available to young clients (teenagers and relatives, parents and foster parents), and other services, both in 2002 and 2005.

Child welfare managers and staff told us that availability of BUP services varied, some had improved, others not. Emergencies were easier to deal with, but getting BUP to take action in less critical cases was often difficult. Several child welfare managers wanted to see wider access to BUP for critical cases outside ordinary opening hours.

The main conclusion to draw here is that while steps have clearly led to improvements in the availability of BUP services and have facilitated collaboration between BUP and child welfare agency in the period under study, the targets set out in the NMHP have yet to be achieved.

3.7 per cent of children and teenagers under 18 were helped by the child and adolescent mental health service in 2005. But the NMHP envisions a 5 per cent treatment rate by the end of 2008. This may well be within the bounds of possibility if recent growth trends continue.

The hardest targets in this sense will be to

1. Create a joined-up, integrated treatment network, based on the perspective of the client/patient
2. Create a treatment network that works across sectors and administrative levels

This report shows, confirming two other evaluations of the National Mental Health Program {Andersson, 2006,Sverdrup, 2007}, that a great deal remains to be done in this field.

These studies do not say much about treatment efficacy or outcomes. This will be an important area of investigation as we go forward, perhaps as a series of longitudinal studies of clients/patients lasting several years – to see how they get on after leaving treatment and welfare programmes.

## Recommendations

In light of our empirical findings and conclusions in this research project, we present the following recommendations for action for and with the groups of clients/patients involved:

- Steps should be taken to ease collaboration between the child and adolescent psychiatric outpatient clinics and frontline child welfare and health services. Re-organisation of services nationally and locally is partly to blame for the challenges that persist. They include high staff turnover in some of the services; persistent conflicts between front and second line services and between frontline services themselves. There remain pockets of professional rivalry, but collaboration between professions in one service does appear in 2004/2005 to be better than in 2002. Collaboration between frontline and second line mental health services for children and adolescents should be given higher priority by managers and staff in these services. Interviews with informants in the sectors (managers and clinical staff) suggest some improvement in these years, 2002 to 2004/2005, but a lot remains to be done before we can say the system is satisfactory. Clients, patients and their relations speak of poor collaboration between frontline and second line services (local–central authorities) and between the separate care services for children and youngsters (cf. NIBR Report 2007:2).
- A targeted effort is needed to detect when infants and toddlers need assessment and treatment by BUP. Assessment and treatment rates for 0–5 year olds were still only 0.7 per cent in 2005. It would be advisable to consider whether separate treatment and assessment targets could be set for the youngest children. The community nurse service, GPs, child and adolescent psychiatry and child welfare agencies must work more closely together to detect problems and intervene earlier for the youngest children. BUP should increase capacity to assess in particular children subject to inadequate care or abuse, or whose parents are mentally ill or have major substance abuse problems.
- Steps should be taken to ease the transition from child and adolescent psychiatry to adult psychiatry for patients in this category. On the basis of what we have learned in this project and another NIBR project on client participation (NIBR Report 2007:2), we are aware of relatively abrupt discharge of patients aged 16–17 at BUP clinics, in some cases because their therapist left the clinic or moved to another department. We

---

also note a sharp decline in the number of 18–19 year olds in treatment at BUP clinics, according to nationwide statistics, compared with the relatively sedate pace at which children leave child welfare programmes, between the ages of 18 and 22.

- Emergency psychiatric services should be more widely available, especially after normal working hours, at weekends and bank holidays. We learned during this project of 16 and 17 year olds presenting with acute problems being referred (by emergency units, following referral by the child welfare agency) and admitted to adult psychiatry units because there was too little twenty-four hour/weekend capacity in the BUP service to deal with emergencies, and too few acute beds in adolescent psychiatry.
- Like the emergency child welfare units created many years ago to serve large and small municipalities, the latter often sharing a unit, a similar system should be put in place to provide emergency psychiatric treatment to children and adolescents. BUP, which today has more patients than the child welfare services have clients (more than 43,000 patients in 2005), should be empowered to deal with acute cases, as is the child welfare agency with its emergency units.
- Information should be readily available to relatives and staff in the frontline health, child welfare and school psychology services, and to school counsellors and the police, about the identity and whereabouts of the regional child and adolescent psychiatry duty officer and how this person can be reached after normal working hours, i.e. evenings, at night, early morning, weekends and bank holidays.
- It is essential to make sure that appointees to the 400 jobs created at psychiatric clinics for children and adolescents are well qualified. There are too few specialists in child and adolescent psychiatry and psychology, and vacancies are often difficult to fill, not only at the smaller clinics, but in some of the larger ones as well. Senior medical staff represent a particular challenge in this respect.
- What we know about the children and teenagers helped by child and adolescent psychiatric clinics and child welfare agencies is fragmented. Nor do we know whether help is given in one go or intermittently over time. We also know too little about the patients at child and adolescent psychiatry clinics from a national perspective. Treatment duration, family and social



background variables resist analysis because of inadequate BUP data. We know too little, and have too few opportunities, to pursue extended outcome research on patients after treatment because we lack a national health database with information on recognisable individuals. We urge the authorities therefore to reinforce the health database on children and adolescents, allowing crosslinking with child welfare statistics and other databases of relevance to community medicine research and social studies, thus enabling longitudinal analyses of BUP statistics.

# 1 Innledning og bakgrunn

Tilgjengelighet til og samarbeidsformer mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenester har vært drøftet lenge. Enkelte barn trenger hjelp fra begge disse tjenestene, enten samtidig eller etter en periode med hjelp i den ene av disse hjelpetjenestene. Det finnes også eksempler på at enkelte barn og unge blir sendt til ”feil” tjeneste i første omgang. Det har vært diskutert og gjort forsøk med felles inntak til de to tjenestene.

De seinere år har det skjedd flere betydelige grep med begge disse hjelpetjenestene for barn. Man hadde i to omganger på slutten av 1980-tallet og på 1990-tallet ”opptrappinger” av barneverntjenestene. Den gang ble i stedet begrepet ”handlingsplan” og ”landsomfattende statlig satsing” benyttet (Bastøe 1991). Vesentlige endringer i Lov om barneverntjenester ble foretatt sommeren 1992 og gjort gjeldende fra 1.1.1993. Den gamle Barnevernloven hadde da vært virksom i nesten 40 år (fra 1953/54). På slutten av 1990-tallet kom en handlingsplan for styrking av fosterhjemsarbeidet.

Barne- og ungdomspsykiatrien ble sammen med voksenpsykiatrien gjort til gjenstand for en opptrappingsplan som ble iverksatt i 1998 (Stortingsprop. nr.63 1997-98). Opptrappingsplanen ble opprinnelig planlagt for perioden 1998-2006, men i 2003 forlenget Stortinget planen til å gjelde for hele 11-årsperioden 1998-2008.

Når det gjelder barn og unge ble det framsatt flere mål. Opptrappingsplanen legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden, det vil si for både voksne og barn. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus (Stortingsprop. nr.63 1997-98).

Sektorer og tjenesteytere må i følge planen se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Opptrappingsplanen beskriver idealene for utviklingen av det psykiske helsearbeidet. I forkant av Opptrappingsplanen la regjeringen fram Stortingsmeldingen Åpenhet og helhet

(Stortingsmelding nr.25 1996-97). Et tredje viktig dokument er et rundskriv til kommunene i 1999. Dessuten har departementet kommet med flere planer og meldinger om detaljer og retningslinjer for arbeidet. Sverdrup og medarbeidere beskriver Opptappingsplanens mål med hensyn på brukere i mer detalj (Sverdrup, Myrvold et al. 2007). Her omtales blant annet planer og retningslinjer når det gjelder forebygging gjennom helsestasjon og skolehelsetjenesten. Det er viktig å ha høy beredskap på alle skoletrinn, ikke minst i ungdomsskolen og videregående skole.

Et mål for planen er at spesialisthelsetjenesten innen barne- og ungdomspsykiatri (seinere ofte kalt "spesialisthelsetjenesten psykisk helse barn og unge") i løpet av året skal gi behandling til 5 prosent av barn og unge ved opptappingsperiodens slutt. Poliklinikkstillinger i barne- og ungdomspsykiatrien (statlige tiltak) skal økes med 400 årsverk i perioden, Videre skal det opprettes 260 flere årsverk til styrking av psykososiale tjenester, støttekontakt, kultur- og fritidstiltak for barn og unge med psykososiale lidelser og opprettes 800 flere årsverk til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kommunale tiltak for barn og unge)(Sosial og helsedirektoratet 2003:85). I løpet av perioden ble det også satt fram et mål om at 20 prosent av midlene til barn og unge skulle benyttes til førskolebarn.

Kan det tenkes at Opptappingsplanen virker inn på barnevernet i perioden? Utviklingen av tiltak og stillinger i barneverntjenesten i perioden er også av interesse. Kan opptappingen få uintenderte konsekvenser for barnevernet (for eksempel stagnasjon eller nedgang i enkelte stillinger i barnevernet, eller stagnasjon i visse tiltakstyper)?

Helselovene, som er av betydning for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, ble endret på slutten av 1990-tallet. Blant annet ble det tydeligere hvilke pasientrettigheter brukere av psykiatriske tjenester har, og hvilke rettigheter barn og unge pasienter har ut fra deres alder (Lov om helsetjenesten i kommunene 1982/2000; Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999; Lov om pasientrettigheter 1999; Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1999).

Den forskningsbaserte evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse ble lansert våren 2001. De første prosjektene ble tildelt av Norges forskningsråd høsten 2001. Dette prosjektet startet også på det tidspunktet, og det ble tatt initiativ til samarbeid om blant annet intervjuer og datainnsamling mellom NIBRs prosjekt og et prosjekt ved SINTEF Unimed (nå SINTEF Helse).

De første intervjuene ble foretatt med ledere og ansatte i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, barneverntjenestene, helsesøster-

tjenestene og de pedagogisk psykologiske tjenestene i seks kommuner rundt i landet høsten 2002 og vinteren 2002/2003. Det ble foretatt en ny intervjurunde med de samme kommunene/tjenestene og stort sett de samme ansatte et drøyt år seinere høsten 2004 vinteren 2004/2005.

I denne perioden foretok også Universitetet i Tromsø intervju med ansatte i familiesentre i seks andre kommuner. Familiesentre er en prøveordning i Norge, og er innført delvis etter modell av de svenske familiesentralene. Forskerne ved Universitetet i Tromsø deltok sammen med SINTEF Helse og NIBR's forskere i utarbeidingen av en tilnærmet felles intervjuguide.

Gjennomgang av status for Opptappingsplanen i 2002-2003 ga starten for en tydeligere satsing på barn og unge. Regjeringens strategiplan som kom i 2003 var også et sterkt signal om at psykisk helse for barn og unge ble sett på som veldig viktig. I alt sju departementer sto bak denne strategiplanen (Helsedepartementet 2003)<sup>4</sup>. Det ble lagt inn som en forutsetning at minst 20 prosent av opptappingsmidlene til psykisk helse skulle gå til arbeid blant barn og unge. Bekymringer for Opptappingsplanen og tjenestene for barn og unge ble uttrykt av Helsedepartementet i forbindelse med budsjettproposisjonen i 2004. Sverdrup og medarbeidere drøfter dette nærmere (Sverdrup, Myrvold et al. 2007:60-61).

I det neste kapitlet blir problemstillingene for dette prosjektet utpenslet i mer detalj. I kapittel 3 drøftes relevant teori, og i kapittel 4 gjennomgås metoder og data for denne analysen.

Kapitlene 5 og 6 tar opp utviklingen 2000-2002 når det gjelder barn og unge som får hjelp av henholdsvis spesialisthelsetjenesten psykisk helse og barneverntjenesten i hele landet. I begge kapitler tas opp ulike former for henvisning til den andre tjenesten og samarbeid.

I kapittel 7 presenteres resultatene av intervjuene om tilgjengelighet og samarbeid som ble foretatt med ledere og ansatte i BUP og barnevern i seks kommuner (første fase).

I kapitlene 8-10 presenteres resultatene av intervjuene med ledere/ansatte i de samme tjenestene/kommunene i annen fase (2004/2005) og den utviklingen som hadde funnet sted i forhold til situasjonen to år

---

<sup>4</sup> Det daværende Helsedepartementet, seinere Helse- og omsorgsdepartementet ledet planarbeidet, men for øvrig deltok Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet

tidligere. I kapittel 8 drøftes utviklingen med hensyn til personell og organisering. Her gis også en oversikt over utviklingen i antall årsverk for de to tjenestene nasjonalt. I kapittel 9 analyseres intervjusvar vedrørende tilgjengelighet, og i kapittel 10 analyseres de ansattes synspunkter på utviklingen i samarbeidet mellom BUP og barnevern samt enkelte andre hjelpetjenester for barn.

Rapporten avsluttes med konklusjoner og anbefalinger (kapittel 11).

---

## 2 Problemstillinger

### 2.1 Hovedproblemstilling

Hovedproblemstillingen i dette prosjektet reises i spørsmålet om hvordan opptrappingsplanen har fungert i forhold til utvikling av samarbeid, tilgjengelighet av tjenester og klientforløp i undersøkelses- og behandlingsfasen innen barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barnevern. Det blir foretatt både en prosess- og målevaluering, nasjonalt for hovedindikatorer (for eksempel 5 prosent behandlet i barne- og ungdomsbefolkningen) og regionalt for mer detaljerte målsettinger. Nasjonalt benyttes etablerte indikatorer eller mål på organiseringen av tjenester, undersøkelser og behandlede klienter.

### 2.2 Hovedmål

Prosjektets hovedmål er å foreta en evaluering av utviklingen i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernfeltet i perioden hvor opptrappingsplanen for psykisk helse pågår.

I prosjektet analyseres hvilke effekter av opptrappingsplanen for psykisk helse får for barne- og ungdomspsykiatri og barnevernet, med vekt på følgende temaer:

- Tilgjengelighet av tjenestene
- Flyt og samarbeid i behandlingsskjeden

Prosjektets delmål dreier seg om å gjennomføre analyser på følgende områder:

- organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer

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

Prosjektet analyserer Opptappingsplanens 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 barnevernsaker – og helsetjenesten (helsestasjon, lege/sykehus, barne- og ungdomspsykiatri/ voksenpsykiatri) som meldingsinstans. Nye samarbeidstiltak barnevern/BUP er til dels analysert via litteraturstudier og intervjuer.

## 2.3 Delproblemstillinger

”Bedre flyt og samarbeid” i behandlingsskjeden er et mål i opptappingsplanen. Sammen med ansatte drøftet vi dette målet gjennom en prøveundersøkelse i pilotperioden av prosjektet (H 2001-V 2002). Seinere undersøkte vi dette gjennom de ordinære intervjuene med ledere og ansatte i to faser 2002/2003 og 2004/2005.

Andre sentrale spørsmål/problemstillinger som er belyst gjennom denne undersøkelsen er:

- Hvem er ”bestiller av” poliklinikkjenester i barne- og ungdomspsykiatrien – annet enn allmennleger? I hvilken grad står barnet/den unge selv, foreldre, skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste, barneverntjenesten eller voksenpsykiatrien (foreldres psykiater) som søker?
- Hvilke saker i barneverntjenesten er innmeldt av helsetjenesten generelt og barne- og ungdomspsykiatrien/voksenpsykiatrien spesielt? – Øker slike saker i perioden i tråd med økningen av ressurser i BUP-poliklinikker og helsetasjoner/skolehelsetjeneste?
- Det er i sær undersøkelses- og inntaksfasen til BUP og barnevern samt henvisninger mellom de to tjenestene som står i fokus. Hvilke eventuelle endringer i henvisningspraksis finner

---

sted i løpet av opptrappingsperioden som kan skyldes Opptrappingsplanen? Er det tegn på at tjenestene blir mer samordnet i løpet av perioden?

- Noen viktige enkelttiltak følges for å få dette nærmere belyst: Poliklinisk behandling i BUP og ansattes syn på arbeidet med noen viktige diagnoser, bruk av barnehage, støttekontakt og fosterhjem som tiltak i barnevern. Innlegging i institusjoner i begge systemer (barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i sykehus, barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon i barnevernet) og endringer i mønster her i perioden vil og bli belyst i evalueringen.
- Hva vet vi om henvisninger til barnevernet fra helsetjenesten med hensyn på sosial bakgrunn hos barna og de unge?
- Det er også vurdert hvordan alternative tilbud for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer og deres foreldre, Parent Management Training (PMT) og Multisystemisk terapi (MST), utvikles i perioden. – Også enkelte andre nye tiltaksformer i barnevernet og noen nye samarbeidsformer mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern er omtalt. Eksempler på dette er familieråd i barnevernet og mobile tjenester og ”satellittkontorer” innen BUP.



## 3 Teoretiske perspektiver

Både medisinsk-sosiologisk teori og evalueringsteori<sup>5</sup> 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 noen relevante medisinsk–sosiologiske perspektiver. Deretter trekkes studiens evalueringsteoretiske utgangspunkt opp.

Hensikten med kapitlet er å presentere de sentrale teoretiske innfallsvinkler som denne studien bygger på.

### 3.1 Om søking av psykiatriske hjelpetjenester

Pescosolido m. fl. (Pescosolido 1992; Pescosolido and Boyer 1999; Pescosolido, Boyer et al. 1999) har utviklet teorier for hvordan folk søker psykiatriske hjelpetjenester. De framhever 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 bildet imidlertid noe annerledes enn for voksne. Foreldre, og til dels skole, barnehage og primærhelsetjenesten (fastlege, helsestasjon/skolehelsetjeneste) vil 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 beskrevet denne initierende fasen før behandlingskontakt oppstår (Menaghan

---

<sup>5</sup> Utdypet i forhold til kapittel 2 *Teoretiske perspektiver* i NIBR-notat 2004:112. Disse perspektivene ble presentert mer kortfattet der, men er utdypet, bla. i forhold til nyere litteratur på feltet, her i prosjektets sluttrapport.

1999; Sandbæk 2002). Disse teoriene blir ikke benyttet direkte i analysen, men begreper herfra blir benyttet.

Dette prosjektet skal ikke studere terapien som sådan, men aspekter ved terapien, særlig i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, er i fokus. Ved poliklinikkene er poliklinikkledere og klinisk ansatte intervjuet; disse er oftest psykologer, barne- og ungdomspsykiatere, spesialpedagoger eller kliniske sosionomer/barnevernpedagoger. Relevante spørsmål 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 den bokas rammer (Grøholt, Sommerschild et al. 2001).

Multisystemisk terapi (MST) er en terapiform som ikke benyttes innen barne- og ungdomspsykiatrien, men som er et spesialtiltak innen det statlige barnevernet. I denne rapporten omtales MST fordi behandlingsformen benyttes av barneverntjenesten av spesielt sertifiserte terapeuter, samtidig som det kan være aktuelt med andre terapiformer som barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker besitter enten før, etter eller samtidig med at MST benyttes.

Begrepsbruken på dette feltet er både vanskelig og utfordrende på flere måter. Prosjektet skal kombinere forståelsen av begreper benyttet i faglitteraturen, i plandokumenter (opptrappingsplanen) og i de ulike faggruppene som blir intervjuet. Det blir derfor innledningsvis benyttet flere begreper på de som er mottakere av hjelp, behandling eller omsorgstiltak, herunder betegnelsen *klient*, *pasient*, *bruker* eller *barn unge som er til behandling/undersøkelse i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*. Blant *barn og unge som er i kontakt med barneverntjenesten* benyttes noen ganger betegnelsen *barnevernklient*. Sektoren selv benytter klientbegrepet. Og begrepet

”klientkarriere” er et internasjonalt fagbegrep i longitudinelle barnevernstudier som NOVA<sup>6</sup> 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. Det hevdes at noen er problematiske fordi de kan være stigmatiserende. Både pasient- og klientbegrepet har vært utsatt for kritikk, men brukerbegrepet har heller ikke gått fri for kritikk.

### 3.1.1 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 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 i analysene er hvor lenge barne- og ungdomspsykiatrien 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.

---

<sup>6</sup> De norske longitudinelle barnevernstudiene ble startet ved NIBR. Etter hvert ble de utført i samarbeid NIBR-NOVA. Fra august 2006 utføres de bare ved NOVA.

---

I foreliggende evaluering vil vi rette søkelyset mot *aldersstrukturen for pasientene* som får undersøkelser og terapi. Det vil i rateberegninger bli lagt vekt på å studere aldersfordelingen blant klientene.

### 3.2 Velferdstjenester – organisering og fleksibilitet

Velferdspolitikken utformes sentralt av politikerne på Stortinget (lovutformingene) {Lov om barneverntjenester, 1992/2000 #741; Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999 #1027; Lov om helsetjenesten i kommunene, 1982/2000 #1026; Lov om pasientrettigheter, 1999 #1131}, men også gjennom Helsedepartementets (primærhelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien) og Barne- og familiedepartementets/Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (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 den enkelte barnevernregion (statlige fagteam) 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 hjelpe-tjenestene 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. Temaet er i fokus i foreliggende arbeid.

### 3.3 Barn som pasienter og klienter

Barnesosiologien ble utviklet på 1970- og 1980-tallet som et svar på at 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 and Clausen 2000).

Barnesosiologien er blant annet opptatt både av barn som gruppe i samfunnet med sine egne interessert, og motsetninger og samspill mellom barn og voksne. Søkelyset rettes mot barn i familie-sammenheng, slik at det er ganske mange berøringspunkter mellom barnesosiologi og familiesosiologi.

Ungdomssosiologien studerer barn fra ca tenåringsalder og oppover. For enkelte sosiologer innebærer dette at man studerer tenåringer under myndighetsalder (13-17 år), mens for andre kan ungdoms-sosiologi også omfatte personer opp til omkring 25 år. Ungdomssosiologi befatter seg 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 makropregete risikoforhold barnet også utsettes for. 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 yrkesgruppene helsesøstere og førskolelærere.

Giddens kommer i liten grad inn på er at de profesjonelle innen hjelpetjenestene for barn også har egne barn. De ansatte i disse tjenestene har forskjellige yrker. 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. En annen ting Giddens i liten grad berører er at familien i stor grad håndterer dagliglivets 24 timer etter som svært få barn lenger er langvarig i sykehus. Hjelpetjenestene står ikke alltid klare når krisen er der. Det å stå i en kø for behandling vil nok for de fleste føles frustrerende, enten det gjelder køståing på egne vegne, på vegne av sine barn eller på vegne av sine foreldre. Ventetid berøres i denne rapporten, men dette viktige temaet har vi også tatt opp i en annen rapport om brukermedvirkning innen psykisk helse (Sverdrup, Myrvold et al. 2007).

### 3.4 Evalueringsteori

Evalueringsteori og evalueringsforskning har etter hvert lange tradisjoner både internasjonalt og i Norge (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 inngår en *prosessevaluering og til dels en målevaluering*. I den sammenheng knyttes sammen deler av evalueringsteoretiske aspekter (elementer fra programteori) som egner seg ved denne typen av forskningsmetoder. Begreper fra følgeforskningsteori blir benyttet sammen med begreper fra medisinsk sosiologi, familiesosiologi og barnesosiologi. Det blir tatt utgangspunkt i Opptrappingsplanen 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 er til støtte for prosjektet når det gjelder å forstå hvilke samvirkende prosesser som pågår og intenderte og uintenderte konsekvenser av Opptrappingsplanen.

Det er ikke mulig å skille alle effekter av Opptrappingsplanen fra mange 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). Men noen tendenser kan antydes og sannsynliggjøres.

Koblingen mellom medisinsk sosiologi og evalueringsteori legger noen føringer på valg av metode. Dette er tema i neste kapittel.

## 4 Metoder og design

Det foreliggende prosjektet benytter flere metoder. Det blir gjennomført analyser av 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 både foretatt enkle tabellanalyser og seinere i prosjektet vises til mer avanserte statistiske analyser (bl.a. logistiske regresjoner av tidsseriedata).

I tillegg gjennomføres analyser av kvalitative 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)<sup>7</sup>.

Dessuten blir det foretatt analyser av kvalitative intervjuer i tre casekommuner til hvor SINTEF Helse har intervjuet<sup>8</sup>. Foreliggende NIBR-prosjekt og Anderssons SINTEF-prosjekt har benyttet de samme intervjuemalene.

I fase 1 av prosjektperioden gjennomførte Anderssons prosjekt en spørreskjemaundersøkelse i om lag 60 norske kommuner (Andersson

---

<sup>7</sup> Her benyttes noen av de samme metoder som Mona Sandbæk har anvendt i analyser av intervjuer (foreldre og barn) i sin doktorgradsavhandling {Sandbæk, 2002 #1305}. Sandbæk har tatt utgangspunkt i "grounded theory", et utgangspunkt som også legges til grunn i enkelte deler av arbeidet med dette prosjektet.

<sup>8</sup> SINTEF Helse sitt prosjekt har tittelen "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på helsearbeid i kommunene" og er ledet av Helle Wessel Andersson. 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). I stor grad ble benyttet den samme semistrukturerte intervjuguiden også i dette prosjektet.



and Hatling 2003), som utfyller kunnskapen fra intervjumaterialets første fase.

I det følgende presenteres de ulike datakildene mer inngående.

## 4.1 Universer og utvalg

Det opereres i denne analysen med i alt fire datamaterialer:

3. Fullstendig landsomfattende individstatistikk for klienter i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker 2001, 2002 og 2005 (SINTEF Helse/ HiA-data/NFBUI 2001-2002, Norsk pasientregister/Sosial og helsedirektoratet 2005). Klientstatistikken har alderskategorier opp til over 30 år. Til grunn for den foreliggende rapporten er det i hovedsak utført analyser av barn og unge i alderen 0-17 år. Men siden en del av klientene i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er langt over myndighetsalderen, kommer vi også kort inn på disse eldre aldersgruppene.
4. Fullstendig landsomfattende individstatistikk fra barn og unge som fikk hjelpe- og omsorgstiltak av barneverntjenesten i årene 1998-2002, samt 2004/2005. Dataene er spesielt tilrettelagt i Statistisk sentralbyrå for et longitudinelt forskningsprosjekt ved NIBR/NOVA. 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 blir her også foretatt for barn og unge i alderen 0-17 år. Gjennomgående er barnevernklientene yngre enn klientene i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.
5. Kvalitative intervjuer baserte på strukturerte guider med ledere og kliniske medarbeidere i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenester som betjener 6 utvalgte kommuner ved to ulike tidspunkter. Kommunene varierer i størrelse. Den minste har om lag 3.000 innbyggere, de to største representerer større byer. En mellomstor kommune som er med betjenes av BUP i en større by. Kjennetegn ved kommunene er

viktig, blant annet fordi mer perifere kommuner kan ha større problemer enn store kommuner med å få ansatt enkelte yrkesgrupper, samt at hjelpetjenestene kan ha ulik ulik organisering. 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. Dette betyr lenger reisetid for barn og foreldre til behandling. Det første intervjuet ble foretatt i løpet av en halvårsperiode ca oktober 2002- mars 2003. Det andre intervjuet ble foretatt med den samme tjenestelederen og kliniske medarbeideren (der dette var mulig) ved de samme hjelpetjenestene i de samme kommunene, i perioden 2004- januar 2005.

6. Statistikk over utviklingen i tallet på ansatte i statlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og institusjoner, i kommunal barneverntjeneste og statlig barnevern (2004-2005), i den delen av opptrappingsperioden som denne undersøkelsen omfatter (2002 - 2005)(Statistisk sentralbyrå, respektive år).

## 4.2 Nasjonal statistikk om brukere av hjelpetjenester

Vi analyserer i dette prosjektet statistikkfiler fra individstatistikk for klienter i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og individstatistikk fra barn og unge som fikk tiltak av barneverntjenesten. Gjennom disse analysene får vi svar på noen av problemstillingene 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 2002, Norsk pasientregister 2005) og Statistisk sentralbyrås landsomfattende barnevernstatistikk. Vi har i denne analysen valgt ut data for årene 2000-2002 og 2002-2005, altså en periode tidlig i

Opptrappingsperioden, samt de siste årene som foreløpig er tilgjengelige. NOVA har også tilgang til barnevernstatistikk langt tilbake på 1990-tallet (Clausen og Kristofersen, under arbeid 2007).

Man analyserer i prosjektet både landsomfattende data om bruken av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og klinikker. Dette materialet var eiet (2003) av Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner og ble innsamlet via HIA-data. Også SINTEF Helse benytter dette materialet og har bidratt til kvalitetskontroll og analyser 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. Mens man mottok 2001-2002-data via SINTEF i 2003, mottok man 2005-dataene fra det da nyopprettede Norsk pasientregister under Sosial- og helsedirektoratet i mars 2007. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkdata inneholder mer data om barnevernstatus enn hva SSBs barnevernstatistikk inneholder av data om status i forhold til eventuell barne- og ungdomspsykiatrisk behandling. 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 er det analysert 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 denne analysen er årene 2001, 2002 og 2005

studert spesifikt, men det benyttes også noe data for årene 2003 og 2004.

I foreliggende evaluering vil vi analysere særskilt *aldersstrukturen for pasientene* som får undersøkelser og terapi. I rateberegninger analyseres bl.a. utviklingen i aldersfordelingen blant klientene. Det presenteres behandlingsrater for 0-17 åringer slik Statistisk sentralbyrå presenterer rater for barn og unge med tiltak i barneverntjenesten. Det vil bli presentert enkelte rater også for 0-20 åringer. Innen barneverntjenesten kan barn og unge få frivillig hjelpetiltak ut over myndighetsalderen, men maksimal alder er fylte 23 år.

### 4.3 Intervjuundersøkelser med ledere og ansatte i hjelpetjenester for barn og unge

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

- organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer
- utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter, inntaks- og henvisningspraksis
- utvikling i spesifikke tiltak (poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt, fosterhjem i barnevern; akuttinnlegging i både BUP- og barneverninstitusjon).
- andel klienter som får hjelp både fra spesialisthelsetjenesten (psykisk helse barn og unge) og barneverntjenesten

Intervjuundersøkelsene har blitt utført på basis av fire intervjuguides som ble utformet i fellesskap av forskerne ved tre forskningsinstitusjoner: SINTEF Helse (Trondheim), ABUP, Universitetet i Tromsø og Norsk institutt for by- og regionforskning.

Intervjuguidene er todelte. Ledere og enkelte ansatte i fire hjelpetjenester for barn og unge er intervjuet i de tre prosjektene. Det gjelder barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, 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. Det ble brukt lydopptak i intervjuene. Lydfilene ble etterpå skrevet ut i word-filer.

Forskerne har siden analysert intervjuene. I foreliggende prosjekt er intervjuene i BUP og barnevern analysert. Lydopptakene ble bevart slik at man ved usikkerhet om hva som ble sagt kan gå inn og høre på intervjuet på ny. NIBR's respondenter er lovet anonymitet, derfor blir ikke navnet på de uttrukne kommunene offentliggjort.<sup>9</sup>

I denne rapporten er kun intervjuene med ledere og klinikere i de seks barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene og de seks barneverntjenestene analysert. I en av kommunene ble både leder ved barnepsykiatrisk poliklinikk og en enhet som arbeidet oppsøkende innen barne- og ungdomspsykiatri intervjuet, slik at det i alt er foretatt 26 intervjuer. Ledere/ansatte for sju enheter innen barne- og ungdomsklinikker ble intervjuet to ganger, og ledere/ansatte for seks barneverntjenester to ganger. Grunnen til at det oppsøkende teamet ble intervjuet, var at man i denne undersøkelsen i noen grad ønsket å studere nye organisasjonformer. I NIBR-notat 2004:12 ble intervjuene fra de 13 enhetene i første fase (2002/2003) analysert. I denne rapporten er intervjuene fra især annen intervjufase (2004/2005) for de 13 enhetene analysert. Kunnskapene fra intervjuene i fase 1 (2002/2003, dokumentert i kapitler i NIBR-notatet fra 2004) er hentet inn som basisgrunnlag i denne rapporten. Man har kunnet analysere utviklingen i disse tjenestestedene i en del av opptrappingsplanperioden slik ledere for tjenestene og enkelte ansatte klinikere ser det. I BUP-poliklinikkene ble leder (oftest poliklinikkleder, enkelte steder teamleder) og ofte en klinisk medarbeider (psykolog, pedagog) med relativt lang erfaring intervjuet. I barneverntjenestene ble barnevernleder og ofte en klinisk barnevernpedagog/sosionom intervjuet.

---

<sup>9</sup> 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 frittalendehet ville neppe forekommet hvis vi skulle offentliggjort kommunenavnene (for små kommuner – og for nesten samtlige av de barne- og ungdomspsykiatriske 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).

## 4.4 Nasjonal statistikk for personell- utviklingen i BUP og barnevern

Det er også benyttet nasjonal statistikk over utviklingen i tallet på ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet i løpet av opptrappingsplanperioden.

Metodisk har vi forsøkt å måle ”det samme” ved starten og slutten av perioden. Barnepsykiatrien har vært statlig den største delen av perioden. Men målingen av stillinger ble noe vanskeliggjort av en statliggjøring av det tidligere fylkesbarnevernet nær midten av perioden (årsskiftet 2003-2004). Derfor inngår både kommunale stillinger i barneverntjenesten hele perioden, fylkeskommunale stillinger (2001-2003) og statlige stillinger (2004-2005). I tillegg har vi analysert utviklingen i antall stillinger i barneverninstitusjoner som både var kommunale, private og statlige.

Før sykehus og poliklinikker ble statlige og barnevernet fikk en statlig del, var man i statistikken over både ansatte og brukere, opptatt av fylkesnivået når det gjaldt regionale ulikheter. Etter at barnevernet også har fått en statlig dimensjon, har man også der blitt mer opptatt av fem statlige barnevernregioner – slik man noen år tidligere var blitt stadig mer opptatt av de fem statlige helseregionene på helsesiden. Det er til dels tydelige regionale forskjeller, både når det gjelder tallet på ansatte og brukere i forhold til befolkningstall (antall barn og unge 0-17 år i den aktuelle regionen). Dette framkommer ikke bare mellom de store statlige regionene, men også innenfor disse – mellom fylker og kommuner. Dette siste er særlig tydelig for barneverntjenesten som fortsatt har en vesentlig del av sitt arbeidsfelt kommunalt. Det blir gitt eksempler på regionale ulikheter. I noen grad er regionale ulikheter når det gjelder tilbudet til brukerne analysert (fase 1). En viktig del av både Opptrappingsplanen for psykisk helse og barnevernpolitikken er å bidra til å utjevne regionale ulikheter i tjenestetilbud.

## 5 Brukere av barne- og ungdomspsykiatrien 2000-2005

Dette kapitlet tar opp utviklingen i brukermønstre i barne- og ungdomspsykiatrien med hovedvekt på poliklinikkene i den første og andre delen av denne undersøkelsesperioden, 2000-2002 og 2003-2005. Empirien bygger på landsomfattende individdata fra poliklinikkene. Hensikten med kapitlet er følgende: Avklaring av utviklingen i antallet brukere samt kjønns- og aldersfordelingen av barn og unge som ble behandlet i poliklinikkene. Deretter drøftes resultater når det gjelder utvikling i tallet på konsultasjoner, årsverk og døgnplasser. Deretter drøftes regionale variasjoner i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsrater. Avslutningsvis i kapitlet analyseres barn og unge som i tillegg til å bli behandlet i BUP også har kontakt med barneverntjenesten.

### 5.1 Perioden 2000-2002

#### 5.1.1 Behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

I de seinere årene – etter at Opptrappingsplanen ble iverksatt - 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 28 688<sup>10</sup> barn og unge

---

<sup>10</sup> 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

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 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.

---

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.

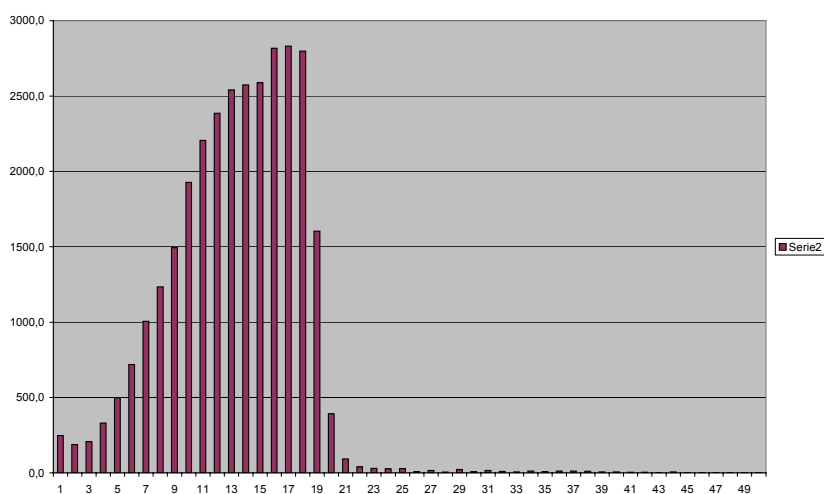


Tabell 5.1 *Prosentandel av barn og unge i ulike aldersgrupper som får barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikkbehandling i 2002.*

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 5.1 *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 2002<sup>11</sup>. 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 5.1 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 Opptappingsplanen om at 5 prosent av barn og unge skal få behandling i løpet av et kalenderår i 2006, vil kunne bli vanskelig å nå. En viktig grunn til dette er at barne- og ungdomspsykiatrien i stor grad behandler gruppen 18-23 år.

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 Opptappingsplanen. 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 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.

### 5.1.2 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).

---

<sup>11</sup> 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.

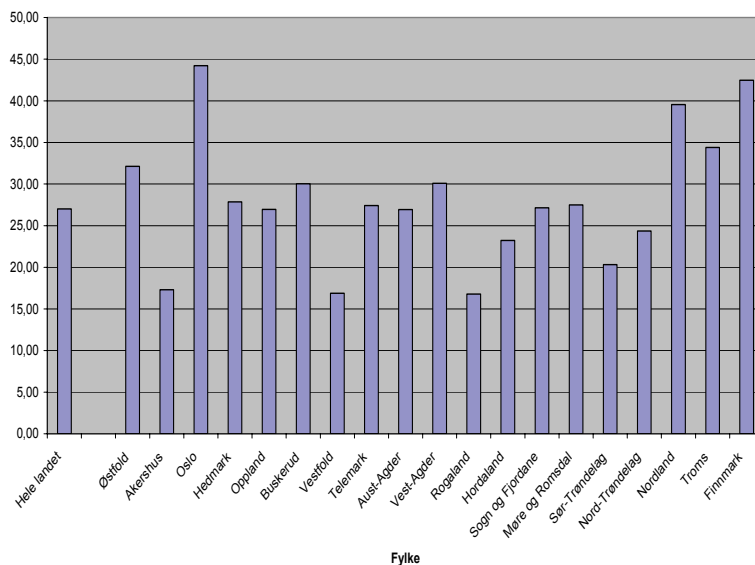
Når det gjelder årsverk innen barne- og ungdomspsykiatrien ble det registrert totalt 1 490 årsverk i 1990 (alle stillingstyper). Inkludert i dette tallet var 104 årsverk for leger. I år 2000 ble det registrert 2 407 årsverk (alle stillinger), av dette var 186 legeårsverk. Årsverk for sykepleiere har 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.

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

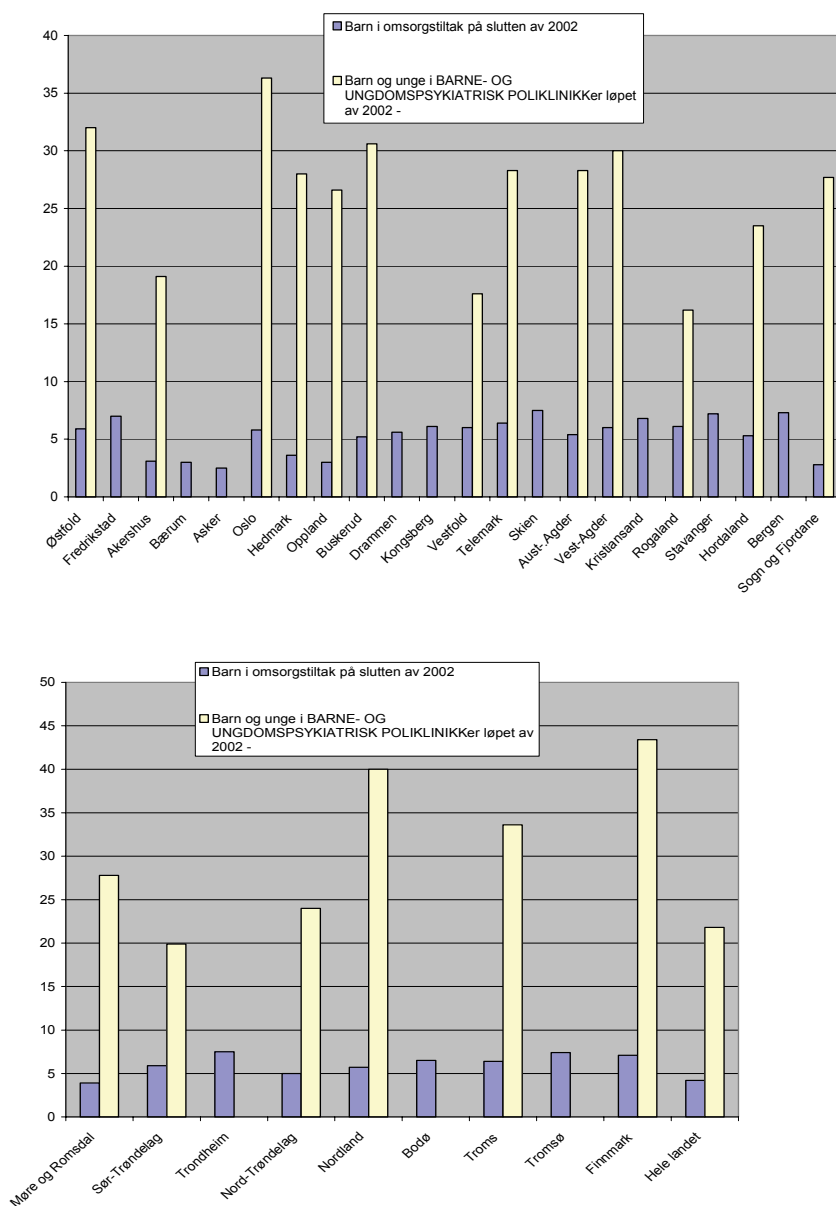
Det er til dels betydelige fylkesvise og andre regionale variasjoner både i årsverk i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, i konsultasjonsrater (konsultasjoner per 10 000 barn og unge 0-17 år) og i tilgjengelige døgnplasser (også sett i relasjon til barnetall). Variasjonene synes ikke å være dokumentert i forhold til behovsvariasjoner, men synes snarere å kunne ha sin bakgrunn i lokale forhold, tradisjoner og utbyggingsplaner i de enkelte fylkene.

Figur 5.2 *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 5.2). 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 5.3). 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 5.3 *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 synes ikke som det er nedfelt lokale behovstall i noen utpreget grad. I de aktuelle dokumentene om Opptrappingsplanen (jf. kapittel 1) nevner oftest 5 prosentmålet for dekningsgrad i 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, selv om Opptrappingsplanen i Stortingets budsjettbehandling i desember 2003 ble forlenget til ut 2008.

#### 5.1.4 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.

Få av alle de barn og unge som var i barneverntiltak fikk imidlertid BUP-behandling som et eget barneverntiltak. Blant de nær 32.000 barn og unge som hadde hatt barneverntiltak i løpet av 2002<sup>12</sup>, hadde 3,1 prosent (n=996) fått et psykiatrisk poliklinikktilbud som barnevernvedtak. 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.

Analyser 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.

---

<sup>12</sup> Og som oppnådde match i den spesialfilen som SSB har tilrettelagt for NIBR.

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.

## 5.2 Perioden 2002-2005<sup>13</sup>

### 5.2.1 Innledning

Opptrappingsplanen for psykisk helse har som målsetting at 5 % av barn og unge under 18 år skal få behandlingstilbud i barne- og ungdomspsykiatrien i løpet av året. Dette målet skal være nådd innen utgangen av 2008. Videre har man kunnskap om fra internasjonale undersøkelser at den mer alvorlige psykiatriske sykeligheten blant barn og unge gjennomgående er nokså konstant med alder, bortsett fra at man har litt dårlige kunnskaper vedrørende slik sykelighet hos de aller yngste (Sosial og helsedirektoratet 2003).

Dette kapitlet har et todelt siktemål. For det første beskrives utviklingen i dekningsgrader for behandling av barn og unge i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Vi ser på utviklingen for ulike aldersgrupper og for jenter og gutter, og sammenlikner med tallene fra 2002. Hvordan har dekningsgradene endret seg i løpet av perioden?

For det andre analyseres utviklingen i antall barn som har hjelp både fra BUP og barnevernet. En økning i behandlingsskapiteten i BUP kan bety at en lavere andel av de behandlede er barnevernklinter.

---

<sup>13</sup> Analysene som ligger til grunn for denne delen av kapitlet er foretatt av forsker Trine M. Myrvold. Hun har også skrevet dette avsnittet (5.2).

Samtidig har Opptappingsplanen vektlagt samarbeid mellom de to instansene, noe som kan innebære større grad av overlapp mellom BUP og barnevernet.

Analysene i kapitlet er i all hovedsak basert på data fra Norsk pasientregister over alle som har mottatt behandling i BUP i løpet av 2005. Datamaterialet inneholder et begrenset antall variable som er relevante for vårt formål. For en del variable er dessuten antall missing ganske høyt. Dette innebærer at noen av analysene er beheftet med en viss usikkerhet. I kapitlet kommenterer vi slik usikkerhet der det er aktuelt. BUP-dataene kan også inneholde enkelte dobbelttelling, i den grad ett og samme barn har fått behandling fra flere BUPer i løpet av 2005. Det er grunn til å tro at problemet med dobbelttelling er beskjedent i materialet.

### 5.2.2 Utviklingen i antall barn og unge som behandles i BUP

I løpet av Opptappingsplanperioden har det vært en betydelig vekst både i ressursinnsats, personell og antall behandlede pasienter innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge. Antall polikliniske tiltak har økt mest – her ser vi en vekst på 200 prosent fra 1998 til 2005 (Pedersen 2006:20). Antall behandlede pasienter økte i samme periode med 110 prosent. I dette kapitlet skal vi særlig se på utviklingen i perioden fra 2002 til 2005.

I 2002 var 2,7 prosent av barnebefolkningen omfattet av tiltak fra BUP (Kristofersen 2004:20). Dekningsgraden var høyere blant gutter enn blant jenter, og høyere for eldre ungdommer enn for de yngste barna. Svært få små barn (0-5 år) fikk behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. Kristofersen konkluderer med at ”Fortsatt er man langt under målsettingen til opptappingsplanen om at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen skal få behandlingstilbud i løpet av et kalenderår” (Kristofersen 2004:20). I hvilken grad har dette endret seg de siste årene?

#### **Utviklingen i antall behandlede**

Tabell 5.2 viser utviklingen i antall barn og unge som har fått behandling i BUP. Totalt sett var det 42 prosent flere barn og unge som fikk behandling i 2005 sammenliknet med i 2002. Særlig betydelig har veksten vært for den eldste aldersgruppen, ungdommene fra 13 til 17 år. Veksten har vært atskillig mer beskjeden blant de yngste, som også i utgangspunktet lå svært lavt både i antall behandlede barn og i dekningsgrad.



Tabell 5.2 *Barn og unge 0-17 år som har mottatt behandling i BUP i 2002 og 2005, etter aldersgruppe. Antall behandlede og prosentvis endring*

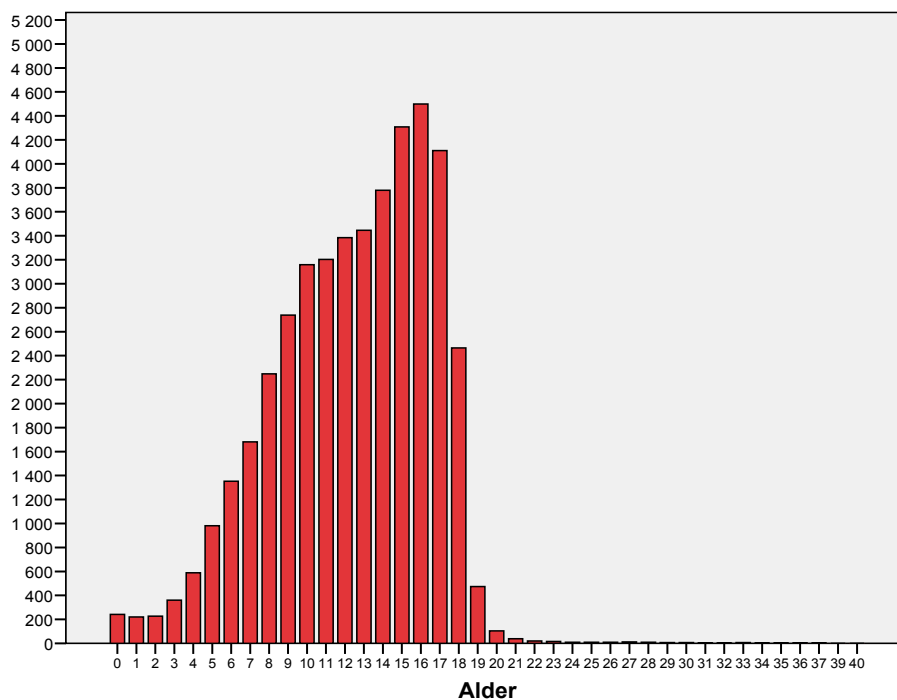
Aldersgruppe	Antall behandlede		Endring 2002 – 2005	
	2002	2005	Antall	Prosent
0-5 år	2 188	2 619	431	20%
6-12 år	12 794	17 765	4 971	39%
13-17 år	13 610	20 143	6 533	48%
<b>Totalt 0-17 år</b>	<b>28 592</b>	<b>40 527</b>	<b>11 935</b>	<b>42%</b>

Kilder: BUP-data 2002, SINTEF Helse/HiA-data/NFBUI. BUP-data 2005, Norsk pasientregister, Ssosial og Helsedirektoratet

I 2005 behandlet BUP også en del mennesker over 18 år, blant annet nesten 2500 18-åringer og nesten 500 19-åringer (se Figur 5.4). I alt er hele 7,4 prosent av de som ble behandlet av BUP i 2005 18 år eller mer. Den eldste personen i statistikken er 74 år. Grunnene til at også personer over 18 år er registrert i BUP er flere. Noen pasienter får fortsette hos samme behandler etter fylte 18 år. Dette kan trolig forklare det relativt høye antallet 18- og 19- åringer i materialet. BUPene har dessuten noe ulik praksis for registrering ved behandling i familieavdelinger. Enkelte steder registreres hele familien som pasienter (se Pedersen 2006:91-93). Dette er sannsynligvis grunnen til at det inngår folk i 30-og 40- årene i datamaterialet fra BUP.

I resten av kapitlet ser jeg først og fremst på barn og unge 0-17 år, og utelukker derfor eldre pasienter fra analysene. På slutten av avsnitt 5.2.2 kommer jeg imidlertid kort tilbake til 18-/19-åringene, og ser på hvorvidt disse skiller seg vesentlig ut fra yngre som mottar behandling i BUP.

Figur 5.4 *Antall behandlede i BUP, etter alder. Behandlede over 40 år (N=22) vises ikke*



De aller fleste – over 95 prosent – som mottar tjenester av BUP får poliklinisk behandling (Tabell 5.3). Bare 3,6 prosent omfattes av heldøgnsopphold. Andelen som får heldøgns omsorg stiger med stigende alder. For de aller minste benyttes heldøgnsopphold i svært liten grad.

Tabell 5.3 *Pasientenes omsorgsnivå i BUP, etter alder. Prosent av totalt antall behandlede i aldersgruppen*

Omsorgsnivå	Aldersgruppe			Totalt
	0-5 år	6-12 år	13-17 år	
Heldøgnsopphold	0,8	2,2	5,2	3,6
Dagbehandling	1,7	1,1	0,7	1,0
Poliklinisk behandling*	97,5	96,7	94,0	95,4
Totalt	100,0	100,0	99,9	100,0
(N=)	(2619)	(17765)	(20143)	(40527)

\* I datamaterialet benyttes begrepet ”poliklinisk omsorg”.

### Utviklingen i dekningsgraden i barne- og ungdomspsykiatrien

Opptrappingsplanen angir et mål om at 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen 0-17 år skal motta behandling i BUP i løpet av ett år. Det er ikke fastsatt spesifiserte måltall for ulike aldersgrupper eller for jenter/gutter.

Undersøkelser viser at etterspørselen etter tjenester fra BUP øker med økende kapasitet. Dette betyr at køene for behandling i BUP-systemet faktisk vokser til tross for en betydelig økning i antall behandlede barn og unge. Denne etterspørselsøkningen kan innebære at måltallet på 5 prosent var satt for lavt i forhold til det faktiske opplevde behovet for behandling.

Tabell 5.4 *Andel barn og unge 0-17 år som har mottatt behandling i BUP i 2002 og 2005. Prosent og endring*

Aldersgruppe	Antall pasienter i BUP			Pasienter i BUP pr. 100 innbygger		
	2002	2005	Endring 2002-2005	2002	2005	Endring 2002 - 2005
0-5 år	2 188	2 619	431	0,6	0,7	0,1
6-12 år	12 794	17 765	4 971	2,9	4,1	1,2
13-17 år	13 610	20 143	6 533	4,8	6,6	1,8
Totalt 0-17 år**	28 592	40 527	11 935	2,7	3,7	1,0

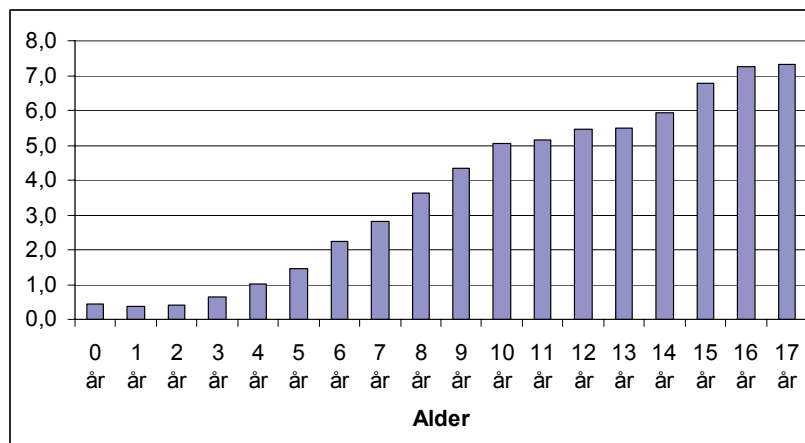
\* Kilder: BUP-data 2002, SINTEF Helse/HiA-data/NFBUI. BUP-data 2005, Norsk pasientregister, SHdir

\*\* Dekningsgraden for 2005 avviker fra SAMDATA-tallene med 0,3 prosentpoeng. Dette skyldes at SINTEF i utregningen av dekningsgraden for gruppen 0-17 år har inkludert pasienter 18 år og over.

Mens andel behandlede 13-17-åringer i 2002 utgjorde 4,8 prosent av ungdomsbefolkningen, fikk 6,6 prosent av denne gruppen behandling i BUP i 2005. Andelen 6-12-åringer som fikk BUP behandling har økt fra 2,9 prosent til 4,1 prosent i tidsrommet 2002 til 2005. Tilsvarende har det vært en økning i andel behandlede 0-5-åringer fra 0,6 prosent til 0,7 prosent, men denne økningen er svært beskjeden sammenliknet med de andre gruppene barn og unge. Fremdeles synes det å være en betydelig underdekning av behandling i den yngste aldersgruppen. Heller ikke for gruppen 6-12 år er målet om 5 prosent behandlede nådd.

Som vist i Figur 5.5 øker andelen barn som får hjelp av BUP jevnt fra 2 års alder, med noe større hopp i de første barneskoleårene og ved 15-årsalderen. Det er en klar topp i henvisningene fra barnehage/skole/PPT for barn i aldersgruppen 6-12 år, noe som indikerer at avvikende atferd hos barn ofte fanges opp i forbindelse med skolestart.

Figur 5.5 *Andel barn og unge i behandling i BUP 2005. Prosent av barnebefolkningen*

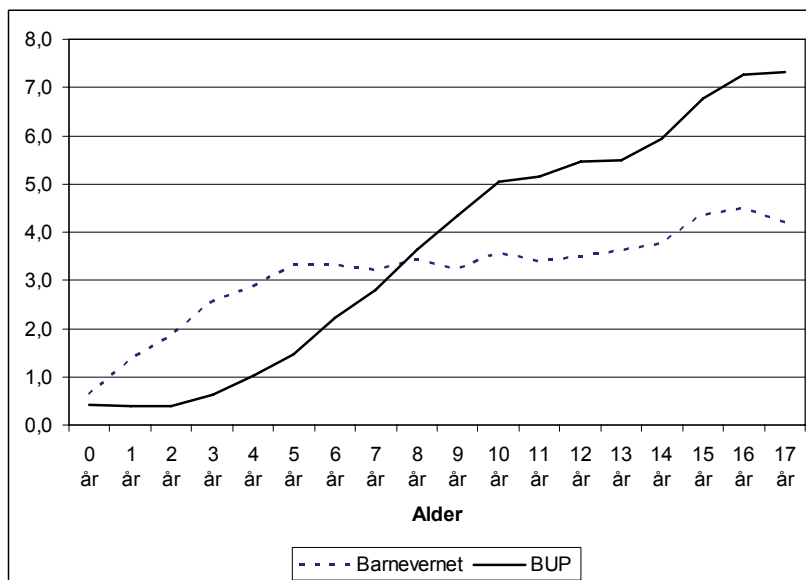


Det kan være interessant å sammenlikne aldersprofilen i BUP med tilsvarende i barnevernet (Figur 5.6). Frem til 8-års alder har barnevernet høyere dekningsgrader enn BUP. Deretter øker BUPs dekningsgrader betydelig, mens barnevernets tall flater ut. Dette kan være et uttrykk for at problematikkene knyttet til barnevern og BUP er svært forskjellige og opptrer på ulike alderstrinn. Barnevernet reagerer for eksempel i større grad på forhold knyttet til foreldrenes omsorgsevne, mens BUP først og fremst behandler problemer som oppstår hos og i det enkelte barn. Men noe av forskjellen mellom de to instansene kan også skyldes ulike måter å fange opp barns problemer på.

Det kan se ut som om barnehagene i svært liten grad ser og reagerer på psykiske problemer hos barna. Det skjer en markant økning i behandlingsraten når barna begynner på skolen. Antall henvisninger fra kategorien barnehage/skole/PPT øker også betydelig i denne perioden. I 2005 kom for eksempel 232 henvisninger til BUP fra barnehage/skole/PPT for aldersgruppen 0-5 år, mens de henviste 3352 barn i alderen 6-12 år (Tabell 5.5). Mange barn med psykiske

problemer ”oppdages” sannsynligvis først når de ikke klarer å tilpasse seg skolesituasjonen.

Figur 5.6 *Andel barn og unge i BUP og andel barn i barnevernet 2005. Prosent av befolkningen i aktuelle aldersgrupper.*  
Kilder:



Blant de yngste kommer seks av ti henvisninger fra fastlegen. Det kan være grunn til å tro at en stor andel av disse henvisningene kommer fordi bekymrede foreldre selv tar kontakt med sin lege, som så henviser videre til BUP. Andelen henvisninger fra sosialtjenesten/ barnevernet ligger svært stabilt på drøye 8-9 prosent for alle aldersgruppene. Vi kommer tilbake til en drøfting av barnevernets rolle for barn og unge i BUP-behandling i avsnitt 5.2.3.

Tabell 5.5 *Henvisende tjeneste, etter alder\**

Henvist fra:	Aldersgruppe			Totalt
	0-5 år	6-12 år	13-17 år	
Fastlege/primærlege	60,2	48,1	50,2	49,9
Øvrig primærhelsetjeneste	4,8	5,8	7,7	6,7
Spesialisthelsetjeneste	0,1	0,5	0,4	0,4
Barnehage/skole/PPT	8,9	18,9	11,8	14,7
Sosialtjeneste/barnevern	9,4	8,3	9,3	8,9
Andre tjenester	3,7	2,6	2,6	2,7
Ikke informasjon	12,9	15,8	17,9	16,7
Totalt	100,0	100,0	99,9	100,0
(N=)	(2619)	(17765)	(20143)	(40527)

\* Tjenester som har 0% henvisninger er ikke tatt med (pasienten selv, politi/fengsel/rechtsvesen, privatpraktiserende spesialister)

### Forskjeller mellom jenter og gutter i BUP-behandling

Andelen jenter blant de behandlede er omtrent uforandret fra 2002. I 2005 utgjorde jentene 42 prosent av pasientene i BUP, mot 43 prosent tre år tidligere. Det er imidlertid svært interessant å se hvordan jentene og guttene fordeler seg på ulike aldersgrupper i materialet (Tabell 5.4).

Tabell 5.6 *Barn og unge 0-17 år som har mottatt behandling i BUP i 2005, etter kjønn og alder. Prosent av totalt antall behandlede i aldersgruppen*

Kjønn	Aldersgruppe			Totalt
	0-5 år	6-12 år	13-17 år	
Jenter	38	31	52	42
Gutter	62	69	48	58
Totalt	100	100	100	100
N=	(2619)	(17 765)	(20 143)	(40 527)

Blant de yngste utgjør guttene over seksti prosent av barna som behandles i BUP. Dette øker til nesten sytti prosent i gruppen 6 til 12 år. Bildet endrer seg ganske radikalt når vi ser på tenåringene: her er jentene i flertall blant ungdommene som får behandling. I snitt ser det altså ut til at guttene kommer tidligere enn jentene inn i behandlingsapparatet. Dette gir seg også utslag i store forskjeller i dekningsgraden for jenter og gutter i ulike aldersgrupper ((5,5%). Ut i fra de dataene

som er tilgjengelig for prosjektet, kan vi bare antyde noen forklaringer på denne forskjellen mellom jenters gutters ”karrierer” i BUP-systemet.

Tabell 5.7). Særlig i barneskolealder (6-12 år) er dekningsgraden markert lavere for jenter (2,6%) enn for gutter (5,5%). Ut i fra de dataene som er tilgjengelig for prosjektet, kan vi bare antyde noen forklaringer på denne forskjellen mellom jenters gutters ”karrierer” i BUP-systemet.

Tabell 5.7 *Dekningsgrad blant jenter og gutter i BUP 2005, etter alder. Prosent av befolkningen i aldersgruppen*

Kjønn	Aldersgruppe			Totalt
	0-5 år	6-12 år	13-17 år	
Jenter	0,6	2,6	6,9	3,2
Gutter	0,9	5,5	6,1	4,2
Totalt	0,7	4,1	6,6	3,7
N=	(2619)	(17 765)	(20 143)	(40 527)

Skolene ser ut til å ”oppdage” guttene allerede i barneskolen. Opplysningene om henvisende instans styrker dette inntrykket: i 2005 ble det henvist 4448 gutter og 1513 jenter til BUP fra barnehage/skole/PPT. Det er med andre ord omtrent tre ganger så mange gutter som jenter som henvises til BUP fra skolesektoren. Fordi det totalt sett er flere gutter i behandling i BUP, utgjør dette 19 prosent av henvisningene for guttene og 9 prosent av henvisningene for jentene (Tabell 5.8). For aldersgruppen 6-12 år er forskjellene enda større – her henviser skolene omtrent fire ganger så mange gutter som jenter til BUP. Skolen ser med andre ord ut til å fange opp guttenes problemer på en helt annen måte enn jentenes. Hvorvidt dette skyldes at jentenes problemer inntreffer senere (i tenårene) har vi ikke opplysninger om i vårt materiale. Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål ved om det er trekk ved skolesystemet eller ved skolenes kompetanse som gjør at gutter med psykiske problemer i større grad fanges opp og videreformidles til BUP.

Tabell 5.8 viser at det er en noe høyere andel av jentene som henvises til BUP fra sosialtjenesten/barnevernet. Nærmere analyse viser at dette særlig gjelder for de to yngste aldersgruppene, dvs. barn fra 0 til 12 år. Dette kommer vi tilbake til i avsnitt 5.2.3.

Tabell 5.8 *Henvisende tjeneste, 2005, etter kjønn\**

Henvist fra:	Gutt	Jente	Totalt
Fastlege/primærlege	47,1	53,9	49,9
Øvrig primærhelsetjeneste	6,7	6,7	6,7
Spesialisthelsetjeneste	0,4	0,4	0,4
Barnehage/skole/PPT	18,8	9,0	14,7
Sosialtjeneste/barnevern	8,3	9,8	8,9
Andre tjenester	2,5	2,8	2,7
Ikke informasjon	16,2	17,3	16,7
Totalt	100,0	99,9	100,0
(N=)	(23620)	(16894)	(40527)

\* Tjenester som har 0% henvisninger er ikke tatt med (pasienten selv, politi/fengsel/rettsvesen, privatpraktiserende spesialister)

På andre områder skiller jentene og guttene i BUP seg ikke så mye fra hverandre. De forskjellene som kan observeres – for eksempel at 5 prosent av jentene mot 3 prosent av guttene har hatt heldøgnsopphold – skyldes trolig i hovedsak at jentene i snitt er eldre. Heldøgns omsorg benyttes i svært liten grad for de yngste pasientene.

#### **18- og 19-åringene skiller seg lite ut**

Separate analyser viser at 18- og 19-åringene på de fleste områder ikke skiller seg vesentlig fra yngre pasienter i BUP. Det er omtrent like stor andel av 18-/19-åringene som også mottar tjenester fra barnevernet, og relativt sett like mange som er henvist til BUP fra sosialtjenesten/ barnevernet. Som en følge av at de er noe eldre enn de andre pasientene, er det flere i denne gruppen som har mottatt heldøgnsomsorg. Dessuten er hele 62 prosent av 18- og 19-åringene som får BUP-behandling jenter.

### **5.2.3 BUP-pasienter i barnevernet – noen utviklingstrekk**

Et viktig mål i Opptappingsplanen er knyttet til at samarbeidet mellom ulike tjenester for barn og unge bedres, slik at barna møtes av et helhetlig og samordnet tjenesteapparat. For mange barn og unge vil et godt, smidig og helhetlig tjenestetilbud bety at bl.a. barnevernet og de psykiske helsetjenestene samarbeider. I rapporten står forholdet mellom disse to tjenestene sentralt. I dette kapitlet ser vi på utviklingen for barn og unge som får behandling i BUP og som samtidig er eller har vært klient i barnevernet.



Når antall barn og unge som får behandling i BUP øker, kan dette innebære at BUP når frem til folk med noe mindre tung problematikk enn tidligere. Isolert sett kan derfor en økning i behandlingsskapasiteten i BUP føre til at innslaget av barnevernklienter synker. Samtidig vil Opptrappingsplanens sterke vektlegging av samarbeid mellom tjenestene kunne medføre at flere barn og unge får hjelp av begge tjenester. Begge disse tendensene kan gjøre seg gjeldende samtidig. I det materialet vi analyserer her er det vanskelig å skille de to utviklingstrekkene fra hverandre.

Utgangspunktet for analysene er BUP-data. Datasettet inneholder bl.a. opplysninger om pasientenes barnevernstatus. Det er imidlertid ganske høye missing-verdier på disse variablene. For en del pasienter har BUP ikke oversikt over deres status i barnevernet. Dette betyr at antall barn og unge i BUP med tjenester også fra barnevernet trolig må sees som minstetall, dvs. at det faktiske antallet kan være noe høyere enn det som fremgår av statistikken. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at usikkerheten knyttet til barnevernstatus har endret seg vesentlig over tid, slik at utviklingstendensene som tegnes i kapitlet med stor sannsynlighet er reelle.

#### **Utviklingen i BUP-pasientenes barnevernstatus**

Blant de over 40 000 barn og unge som fikk hjelp av BUP i 2005 hadde knapt 7000 en status som barnevernklient. Dette utgjør 17 prosent av BUP-pasientene i gruppen 0-17 år. Vel 2900 barn (7,2%) i BUP fikk hjelpetiltak i barnevernet mens de bodde hjemme. 506 av BUP-barna (1,2%) var frivillig plassert utenfor hjemmet, mens rundt 1300 barn (3,4%) var omfattet av et (ikke frivillig) omsorgsvedtak (Tabell 5.9). Det er små forskjeller mellom aldersgruppene, men det er noe større usikkerhet rundt barnevernstatus for de yngste. Det er høyest andel barnevernklienter blant de eldste (18,3 %) og lavest i aldersgruppen 6-12 år (15,9 %).

Tabell 5.9 *Barnevernets rolle blant BUP-pasienter, etter alder. Prosent av totalt antall som får hjelp i den aktuelle aldersgruppe*

Barnevernets rolle:	Aldersgruppe			Totalt
	0-5 år	6-12 år	13-17 år	
Undersøkelser §4.3	2,3	2,1	2,7	2,4
Hjelpetiltak §4.4	7,7	7,3	7,0	7,2
Frivillig plassering §4.4	0,8	0,7	1,8	1,2
Undersøkelse/behandling §4.10/4.11	0,3	0,2	0,3	0,2
Omsorgsovertakelse §4.12/4.8	2,9	3,1	2,8	3,0
Akuttvedtak §4.6	0,2	0,2	0,4	0,3
Tatt foreldreansvar §4.20	0,0	0,1	0,1	0,1
Rollen ikke fastlagt	2,0	2,2	3,2	2,7
Arbeider ikke med saken	30,9	35,5	33,0	34,0
Vet ikke	17,1	18,8	18,8	18,7
Mangler informasjon (missing)	35,8	29,8	29,9	30,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
(N=)	(2619)	(17765)	(20143)	(40527)

Hvis vi sammenlikner BUP-barnas barnevernstatus i 2005 og 2002 ser vi at endringene er minimale (Tabell 5.10). Mens 17,2 prosent av barna og ungdommene med behandling i BUP hadde en kontakt med barnevernet i 2002, er det 17,1 som har tilsvarende i 2005. Innenfor de ulike kategoriene tiltak er det så å si ingen forskjeller de to årene. Det mest markante er at noen flere svarer at de ikke vet om barnet har noen barnevernstatus i 2005, mens det var flere som unnlot å registrere status i 2002. Begge disse variablene indikerer imidlertid det samme – manglende informasjon hos BUP om hvorvidt barnet eller ungdommen har eller har hatt hjelp fra barnevernet.

Det ser altså ut til at økningen fra 2002 til 2005 i antall barn som har fått hjelp i BUP har medført at også flere barn med kontakt med barnevernet får BUP-behandling. Men relativt sett har ikke andelen barn med barnevernstatus økt i perioden.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> I barnevernets statistikk fremkommer et betydelig lavere tall for barn som har hjelp fra BUP. Dette skyldes at barnevernet bare registrerer barn som har BUP-behandling som barneverntiltak.

Tabell 5.10 *Barnevernets rolle blant BUP-pasienter i 2002 og 2005. Prosent av totalt antall som får hjelp i den aktuelle aldersgruppe*

Barnevernets rolle:	2002	2005	Endring 2002 – 2005
Undersøkelser §4.3	2,8	2,4	-0,4
Hjelpetiltak §4.4	6,8	7,2	0,4
Frivillig plassering §4.4	1,4	1,2	-0,2
Undersøk./behandl. §4.10/4.11	0,2	0,2	-
Omsorgsovertakelse §4.12/4.8	2,9	3,0	0,1
Akuttvedtak §4.6	0,3	0,3	-
Tatt foreldreansvar §4.20	0,1	0,1	-
Rollen ikke fastlagt	2,7	2,7	-
Arbeider ikke med saken	31,4	34,0	2,6
Vet ikke	14,0	18,7	4,7
Mangler informasjon (missing)	37,3	30,2	-6,9
Totalt (N=)	100,0 (30989)	100,0 (40527)	

Omtent 4,5 prosent av barna som mottok hjelp fra BUP i 2005 bodde i fosterhjem. Ytterligere 1,3 prosent bodde i institusjon. Det er en noe høyere andel jenter enn gutt som ikke bor sammen med foreldrene. Forskjellen mellom kjønnene skyldes sannsynligvis at jentene gjennomgående er eldre når de er i behandling i BUP:

#### **Henvisninger fra barnevernet til BUP**

I 2005 kom 9 prosent av henvisningene til BUP fra sosialtjenesten eller barnevernet. Det er små forskjeller mellom de ulike aldersgruppene. En litt høyere andel av jentene kommer til BUP med henvisning fra sosialtjenesten/barnevernet sammenliknet med guttene. Forskjellen mellom kjønnene er størst for aldersgruppen 6-12 år: 7,3 prosent av guttene og 10,8 prosent av jentene henvises til BUP fra sosialtjenesten/barnevernet. For denne aldersgruppen er skolen en mye viktigere henvisningsinstans for guttene. I absolutte tall er det likevel flere gutter (891) enn jenter (591) i alderen 6-12 år som henvises fra sosialtjenesten/barnevernet.

Vi har ønsket å se på hvor henvisningene til BUP kom fra i 2005 sammenliknet med i 2002. Dataene for de to årene er imidlertid ikke helt sammenliknbare, da registreringen av henvisende instans var svært mye mer detaljert i 2002. Flere av de aktuelle tjenestene er dessuten omorganisert i perioden. Det kan derfor være noe usikkerhet

knyttet til hvilke tjenester fra 2002 som legges inn under de bredere kategoriene fra 2005. Ett utviklingstrekk er imidlertid ganske klart: fastlegene/ primærlegene er i større utstrekning henvisende instans i 2005 enn i 2002. Dette kan speile en klarere formalisering av inntak til BUP, og derved også en innsnevring av hvem som kan henvide barn og unge til behandling. Andelen barn og unge som er henvist fra sosialkontor/ barnevern er redusert: fra ca. 12 prosent i 2002 til ca. 9 prosent i 2002.<sup>15</sup> På grunn av usikkerheten knyttet til dataene og endringer i formalitetene ved henvisninger, kan vi ikke ut fra denne reduksjonen slutte at samarbeidet mellom barnevernet og BUP er minsket fra 2002 til 2005.

Barnevernet kan også benytte BUP-behandling som et barneverntiltak, med hjemmel i barnevernloven. Totalt sett gjelder dette bare 161 barn, eller 0,4 prosent, av dem som fikk hjelp fra BUP i 2005. Relativt sett er det noen flere av de yngste som henvises til BUP med hjemmel i barnevernloven, men dette utgjør bare 15 barn i løpet av 2005. Det må derfor sies å være svært sjelden barne- og ungdomspsykiatrisk behandling formelt sett benyttes som et tiltak fra barnevernet side.

### 5.3 Oppsummering<sup>16</sup>

I dette kapitlet har vi sett at behandlingsskapiteten i BUP er klart styrket fra 2002 til 2005. Over 10 000 flere barn fikk hjelp i 2005 sammenliknet med tre år tidligere, en økning på drøye 40 prosent. Veksten har vært klart sterkest for de eldste, dvs. ungdommer fra 13 til 17 år. For denne gruppen ligger dekningsgraden på 6,6 prosent. Blant de yngste, førskolebarna, er dekningsgraden bare 0,7 prosent, og endringen fra 2002 er ganske beskjeden.

Guttene er i klart flertall blant barna som behandles i BUP. Over to av tre pasienter i aldersgruppen 6-12 år er gutter. Blant tenåringene jevnes kjønnsforskjellene ut.

Mange barn med psykiske problemer fanges opp i småskolealderen. Dette gjelder særlig gutter. Skolesektoren har en klar tendens til å fange opp gutter med problemer tidligere enn jenter, og formidle dem videre til barne- og ungdomspsykiatrien.

---

<sup>15</sup> Vi har da sammenliknet kategoriene "sosialkontor", "barnevern (kommunen)", "barnevern (fylkeskommunen)", "barnevernsinstitusjon" og "flyktning/innvandretjeneste" fra datasettet i 2002 med kategorien "sosialtjeneste/barnevern" fra 2005

<sup>16</sup> Avsnitt 5.3 Oppsummering er også forfattet av forsker Trine M. Myrvold.

Det er ingen endring i andelen barn og unge i BUP som også mottar (eller har mottatt) tjenester fra barnevernet: 17 prosent. Dette betyr at det totalt sett er flere barn som får hjelp begge steder, men at andelen BUP-pasienter som har barnevernstatus er den samme i 2005 som i 2002.

På bakgrunn av analysene i kapitlet kan det være grunn til å reflektere rundt to viktige spørsmål knyttet til rekrutteringen av barn til BUP:

Behandlingskapasiteten har økt i perioden 2002-2005, men dekningsgraden blant de yngste er fremdeles svært lav. Hvordan kan BUP nå de aller yngste barna med psykiske problemer? Hvilken kompetanse har de ordinære tjenestene – først og fremst helsestasjoner og barnehager – på å oppdage problemer hos små barn? I hvilken grad vet de hvor de kan henvise barna videre for å få hjelp? Har BUP noe å lære av barnevernet når det gjelder oppdagelse og videreformidling av barn med behov for hjelp?

Jenter og gutter ser ut til å komme inn til BUP-behandling i ulike faser av barndommen. Hvordan kan skolene få økt kompetanse til å fange opp jenter med psykiske problemer tidligere?

I neste kapittel analyseres barn og unge som får hjelp i barneverntjenesten i perioden 2000-2005.

## 6 Brukere av barnevern-tjenesten 2000-2005

Dette kapitlet tar opp utviklingen i bruk av barneverntjenesten i perioden 2000-2005.. Hensikten med kapitlet er å analysere utviklingen i antall barn og unge i barneverntiltak disse årene, aldersfordelingen hos brukerne samt hovedtyper av tiltak. En problemstilling drøftet innledningsvis i rapporten er om Opptrappingsplanens økte satsing på psykisk helse for barn og unge medfører konsekvenser for barnevernets tiltak (intenderte eller uintenderte).

I Opptrappingsplanen for psykisk helse er det, som nevnt tidligere, et hovedmål at tjenestene skal være ”tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende”. Siden det er såpass mange brukere av BUP som også har kontakt med barneverntjenesten, er det viktig å analysere også utviklingen i bruken av barneverntjenesten. Våre analyser basert på BUP-statistikk i kapittel 5 viser at 17 prosent av barn og unge i behandling i barne- og ungdomspsykiatrien, også har kontakt med barneverntjenesten. Denne kontakten er i form av enten en barnevernundersøkelse eller et barneverntiltak.

Siden dette prosjektet har intervjuet ledere og ansatte i barneverntjenesten i 2002 og i 2004/2005, har vi analysert brukerutvikling nasjonalt for de to periodene 2000-2002 og 2003-2005 separat. Både i perioden før de første intervjuene vi hadde med sektoren i 2002 og fram til de siste i 2004/2005, forekom en viss økning i tallet på barn og unge i barneverntiltak. Her skal vi først redegjøre for denne økningen generelt.

Deretter analyseres utviklingen i noen spesifikke tiltaksformer, både hjelpetiltak og omsorgstiltak. Det gjelder støttekontakt, barnehage, poliklinisk behandling i BUP (som barneverntiltak), multisystemisk behandling (MST) Parent Management Training Oregon (PMTO), fosterhjem, og institusjon – både barnevernets samt bruken av psykiatrisk institusjon/avdeling som barneverntiltak.

Deretter analyseres henvisningsmønster til barnevernet i 2005, for blant annet å klargjøre hvor ofte BUP/voksenpsykiatrien, første-linjetjenesten helse og enkelte andre instanser melder om barnevernsaker. Avslutningsvis i dette kapitlet drøftes kort enkelte kunnskaper fra nasjonale longitudinelle barnevernstudier, blant annet barnevernbarns såkalte karrieremønstre og deres helseforhold.

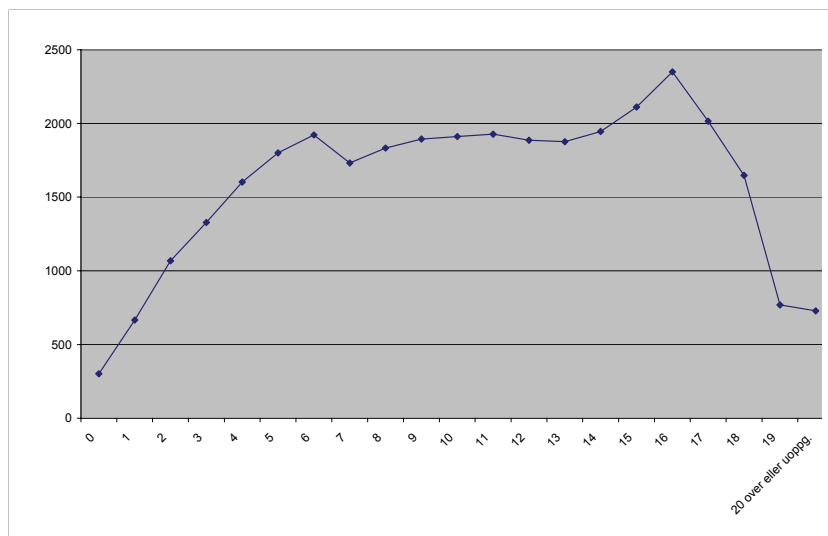
## 6.1 Perioden 2000-2002

### 6.1.1 Utviklingen i antall brukere

I alt 34 350 barn og unge fikk hjelp av barneverntjenesten i løpet av 2002. 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 koblete 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).

Figur 6.1 *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).

### 6.1.2 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 6.1 *Tallet på barn og unge i fosterhjem og institusjoner i barnevernet 1998-2002. Statistisk sentralbyrå 2003 ([www.ssb.no](http://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 fosterhjem<sup>17</sup> 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. Dette innebærer blant annet en viss risiko rundt rettssikkerheten for både barn og foreldre: Den fylkesnemdsbehandlingen av saken som skjer forut for iverksettelsen av et omsorgs- eller atferdstiltak vil utebli når barn og unge plasseres utenfor hjemmet som hjelpetiltak.

Barneverntjenesten er også i ferd med å etablere tyngre tiltak mens barna bor hjemme. Multisystemisk behandling (MST – 18 fylker) (Ogden 2001) og nærmiljøtiltak (Buskerud) (Kristofersen, Bratt et al. 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, foreldreveildning (PMT/PMTO) og andre mer ressurskrevende tiltak (inkluderer ulike typer av nærmiljøtiltak, hvor en eller to miljøarbeidere jobber i tett kontakt med den aktuelle ungdom/familie).

<sup>17</sup> 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.

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).

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.

### 6.1.3 Barn og unge i hjelpetiltak i hjemmet (mindre ressurskrevende enkelttiltak)

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 mer i risikozonen for barnepsykiatriske problemer enn barn som er helt utenfor barnevernfeltet. I England er det foretatt undersøkelser av psykisk sykkelighet blant barnevernbarn. En slik undersøkelse, basert på bl.a. intervjuer og spørreskjemaundersøkelse blant barn og unge, omsorgsgivere, ansatte i sosialtjenesten og lærere, viser at det blant barn i alderen 5-10 år som var i lokale barneverntiltak, var fem ganger mer vanlig å ha en psykisk lidelse sammenliknet med barn generelt i samme aldersgruppe. 42 prosent hadde dette blant barnevernbarna mot 8 prosent blant barn generelt (Meltzer et.al.,2003). For barn og unge i alderen 11-15 år var det også nesten fem ganger så sannsynlig for barnevernbarn å ha en psykisk lidelse sammenliknet med barn generelt (henholdsvis 49 prosent og 11 prosent). Tallene er basert på intervjuer med utvalg av barn og unge, og ratene for sykkelighet er basert på diagnostiske kriterier i ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders – med krav til at problemene påfører barnet lidelse eller har en betydelig påvirkning på barnets dagligliv (Meltzer et.al., 2003: 7).

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 plasserte 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*<sup>18</sup>.

Nedenfor blir utviklingen av omfanget av tiltakene besøkshjem, barnehage, støttekontakt og økonomisk stønad årene 2000-2002 svært kortfattet beskrevet.

### **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 fosterhjemsplassingene 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).

---

<sup>18</sup> 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.

## **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.

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**

Bruken av støttekontakt har sunket fra 2000 til 2002. Tiltaket ble gitt til om lag 5.200 barn og unge i løpet av år 2000, men sank til å omfatte om lag 4.700 barn og unge i 2002.

## **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. Resultater fra et barnevernforskningsprosjekt om hjelpetiltak viser at økonomisk stønad også er et viktig hjelpetiltak de seinere år (Kristofersen, Sverdrup et al. 2006). En av grunnene til at vi viser utviklingen i dette tiltaket er at analysene av intervjuer av barnevernledere viser at enkelte mener BUP-ene har ”for få tiltak”. For eksempel vil sosialkontor eller barnevernkontor måtte gå inn for barnefamilier med svært dårlig økonomi.

## 6.2 Perioden 2002 -2005

### 6.2.1 Brukerutvikling generelt

I dette avsnittet framgår hvordan utviklingen i tallet på barn og unge i barneverntiltak har utviklet seg de siste fire årene hvor tall er offentliggjort. Her inngår kun barn og unge som har fått hjelpe-, omsorgs- eller atferdstiltak etter Lov om barneverntjenester etter at saken først har vært meldt til og så undersøkt av barneverntjenesten. Saker hvor det kun har vært gitt råd og veiledning fra barneverntjenesten i forbindelse med eller etter undersøkelser, er ikke inkludert her.

I 2002 var det 34.450 barn og unge som fikk hjelpe-, omsorgs- eller atferdstiltak av barneverntjenesten. Fire år seinere fikk vel 39.200 barn og unge slike former for hjelp, en økning på vel 14 prosent. Økningen i brukere her er betydelig lavere enn økningen i brukere av barne- og ungdomspsykiatrien (vist i kapittel 5). Men økningen i brukere av barneverntjenester må sees i lys av økningen som hadde vært på 1990-tallet. I 1990, før ”opptrappingen” av stillinger i barnevernet, hadde denne tjenesten også under 20.000 brukere årlig.

Tabell 6.2 *Antall barn og unge i barneverntiltak i løpet av året etter hovedtyper av vedtak. 2002-2005*

År	Totalt	Av dette: Hjelpetiltak	Av dette: Omsorgs- eller atferdstiltak
2002	34.362	27.794	6.568
2003	36.010	29.263	6.747
2004	37.648	30.750	6.882
2005	39.233	32.144	7.079

Kilde: SSB individstatistikk barnevern de respektive år ([www.ssb.no](http://www.ssb.no))

Man har nå en utfordring, fordi begge tjenestene, både barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten, i en del saker er helt eller delvis avhengig av hverandre. Klient- eller brukertallene, og ratene i forhold til barnebefolkningen, er stigende i begge tjenester. I tillegg kommer at flere av barna og de unge i disse tjenestene har bruk for andre tjenester, som førstelinje helse, skolerådgiver, PPT, og/eller rehabiliteringstjenesten.

I avsnittene nedenfor skal vi kort analysere utviklingen i enkelte former for barneverntiltak. Utvalget av tiltak følger prosjektbeskrivelsen og blir derfor ikke begrunnet nærmere her i rapporten.

## 6.2.2 Bruk av barnehage

Et av tiltakene som benyttes en del for førskolebarn, er barnehage. Dette tiltaket benyttes som regel som et hjelpetiltak, men kan også tas i bruk som et omsorgstiltak (bruk av fylkesnemnd). Fra 2002 til 2005 var tallet relativt stabilt, men etter en liten nedgang fra 2002 til 2003, økte tallet litt fra 2003 fram til og med 2005. Da var det nær 5.400 barn som fikk barnehage som barneverntiltak i løpet av året.

Tabell 6.3 *Antall barn med barnehage som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	5.172	4.603	515	54
2003	5.020	4.474	488	58
2004	5.216	4.584	545	87
2005	5.392	4.763	550	79

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som vi ser av tabellen gis barnehage først og fremst som hjelpetiltak i barnevernsammenheng. Likevel fikk vel 600 barn, eller mer enn 10 prosent av alle med dette tiltaket, tiltaket som omsorgstiltak hele eller deler av året.

Et tiltak som ikke blir tatt opp her – men som har økt i omfang de seinere årene, er bruk av skolefritidsordning (SFO) som barneverntiltak. Dette er behandlet nærmere i en annen forskningsrapport (Kristofersen, Sverdrup et al. 2006).

### 6.2.3 Bruk av støttekontakt

Tallet på barn og unge som har hatt støttekontakt i disse årene har også vært relativt stabilt. Antallet økte litt fra 2003 til 2004, men stabiliserte seg deretter igjen på et nivå litt over 5.000 barn og unge.

Tabell 6.4 *Antall barn og unge som har støttekontakt som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	4.998	4.622	353	23
2003	4.936	4.604	312	20
2004	5.220	4.803	376	41
2005	5.103	4.722	356	25

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

De fleste har støttekontakt som hjelpetiltak, men litt over 10 prosent av dem som har det, vel 380 i 2005, hadde tiltaket som omsorgstiltak.

Dette tiltaket brukes i en del tilfelle kun når barneverntjenesten er inne i bildet, men kan også benyttes når barnet har helseproblemer av ulik art.

Det er viktig å være klar over at enkelte barn og unge har flere tiltak fra barneverntjenesten. Her gir vi kun en summarisk oversikt over utviklingen i enkelte typer av barneverntiltak de enkelte årene. Oversikten er likevel litt mer inngående enn det som kan leses ut av SSB's tabeller på nettet, i og med at man i analysen her har skilt mellom barn og unge som har fått tiltaket som henholdsvis hjelpetiltak og/eller omsorgstiltak.

## 6.2.4 Bruk av BUP-poliklinikkbehandling som barneverntiltak

Her skal vi referere utviklingen i et tiltak som ikke må forveksles med generell behandling i BUP. Barnevernet har et tiltak hvor BUP-behandling er foreslått, og etter henvisning og inntakssamtale i BUP (BUP aksepterer at nødvendig helsehjelp gis) får barnet/ungdommen dette tiltaket. Det forhindrer ikke at flere barn og unge (jfr. kap 5 om brukere av BUP) som er i barneverntiltak også bruker BUP – enten samtidig eller i serie. Men de som er oppgitt med dette tiltaket i individstatistikk barnevern, har altså fått slik behandling etter at et barnevernvedtak har vært fattet.

Tabell 6.5 *Antall barn og unge som har barne- og ungdoms-psykiatrisk poliklinikkbehandling som barneverntiltak i løpet av året - etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	1070	1011	45	14
2003	457	418	32	7
2004	456	412	35	9
2005	788	699	75	14

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Som det framgår av tabell 6.4, fikk nær 1.100 barn og unge dette tiltaket i 2002. I 2003 var det kun registrert nær 460 barn og unge med dette tiltaket i barnevernsammenheng. Forskeren har konsultert ulike fagmiljøer i sektoren uten å få noen god forklaring på denne nedgangen. Her påpeker man at det er vanlig å ha klienter i begge tjenester uten å gi et eget barnevernvedtak om dette. SSB har ikke registrert feilrapportering rundt dette i statistikken.

Tallet holdt seg like lavt i 2004, men har så økt igjen i 2005 – da fikk nesten 800 barn og unge igjen dette tiltaket. Det skulle være et argument mot at man i økende grad har foreslått felles innsats av BUP og barnevern uten å vedta det som barneverntiltak (i hvert fall har man også vedtatt tiltaket i større grad i 2005 enn i 2003 og 2004). Hvorfor man ikke minst er opp i det omfanget som var i 2002 etter så mange flere år med Opptappingsplanen psykisk helse, er ukjent for dette



forskningsprosjektet<sup>19</sup>. Tiltaket gis i overveiende grad som hjelpe-tiltak, men litt flere barn og unge hadde fått dette tiltaket som omsorgstiltak i 2005 sammenliknet med tidligere år.

### 6.2.5 Bruk av fosterhjem

Fosterhjem gis som barneverntiltak i flere varianter, og statistikken skiller mellom fire hovedformer: Fosterhjem (ordinært), fosterhjem som familieplassing, forsterket fosterhjem (ordinær plassering) og forsterket fosterhjem som familieplassing. I tillegg til dette kan alle de fire typene både gis som hjelpetiltak og som omsorgstiltak.

Tabell 6.6 *Utviklingen i antall barn og unge som har ordinært fosterhjem i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	4.322	1.240	2.904	178
2003	4.528	1.395	2.942	191
2004	4.523	1.374	2.915	233
2005	4.524	1.368	2.942	214

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Tallet på barn i ordinære fosterhjem i løpet av året lå litt lavere i 2002, men har ligget forbausende stabilt på vel 4.500 barn og unge fra 2003 til 2005. Fordelingen på dem som har det som henholdsvis hjelpe- og omsorgstiltak har også ligget svært stabilt. Det er viktig å merke seg at ca en tredel av alle barn og unge som hadde dette tiltaket hadde det som hjelpetiltak hvert av disse fire årene. Det er ikke lenger slik at en stor del av disse sakene er i fylkesnemnd, slik situasjonen var tidlig og midt på 1990-tallet.

<sup>19</sup> Informasjon om grunnene til dette har heller ikke framkommet i uformelle samtaler med fagansatte i barneverntjenesten, BUF-etat, helsevesenet, hos fylkesmenn, i direktorater eller departementer).

Tabell 6.7 *Antall barn og unge som har familiefosterhjem i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	1.613	755	806	52
2003	1.662	830	762	70
2004	1.708	868	753	87
2005	1.711	857	772	82

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Tallet på barn og unge i familiefosterhjem har ligget vesentlig lavere enn tallet på barn i ordinære fosterhjem. Etter en liten økning i starten av denne perioden, har tallet stabilisert seg på nær 1.700 de siste tre årene det eksisterer nasjonal statistikk for. Litt over halvparten av barna i disse plasseringene er plassert etter hjelpetiltak (§ 4-4 5.ledd i Lov om barneverntjenester, som ikke krever behandling i fylkesnemnd).

En økende andel av fosterbarna kommer nå i forsterket fosterhjem, eller fosterhjemmene de har vært i blir forsterket, slik det framgår av tabellene 6.8 og 6.9.

Tabell 6.8 *Antall barn og unge som har forsterket fosterhjem utenom familien i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	2.075	364	1.671	40
2003	2.185	364	1.752	69
2004	2.319	433	1.808	78
2005	2.479	464	1.938	77

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Av tabell 6.8 ser vi at antallet barn og unge i forsterket fosterhjem utenom familien har økt fra i underkant av 2.100 til nær 2.500 på disse fire årene. Vi ser også at langt de fleste av disse plasseringene har vært foretatt etter fylkesnemndsvedtak, altså som omsorgstiltak. I de tilfellene et barn eller en ungdom har hatt forsterket fosterhjem som både hjelpe- og omsorgstiltak har det vært en endring i løpet av året, som regel fra frivilling plassering til omsorgstiltak.

Tabell 6.9 *Antall barn og unge som har forsterket familiefosterhjem i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	188	80	100	8
2003	254	82	161	11
2004	307	98	204	5
2005	332	97	227	8

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Til slutt av de ulike fosterhjemstiltakene ser vi at forsterket familiefosterhjem er en betydelig mindre gruppe, men en viktig gruppe blant annet fordi den har vært sterkt økende i perioden. I forhold til i 2002 med 190 barn og unge hadde vi en økning på vel 75 prosent opp til vel 330 barn og unge i 2005. Vel 2 av 3 barn og unge får dette tiltaket som et omsorgstiltak.

Både ved ordinære fosterhjem og forsterkede fosterhjem kan det være snakk om å ha andre tjenester ved siden av barneverntiltaket – for eksempel PPT, førstelinjen helse eller BUP.

## 6.2.6 Plassering i barneverninstitusjon

Barn og unge kan plasseres i barneverninstitusjoner når forholdene i hjemmet eller barnets/den unges egen atferd gjør dette nødvendig. Andre og mildere inngrepsformer har da som regel vært forsøkt først, ofte gjennom mange år. Eller man plasserer barn og unge i institusjon når tunge akutttiltak er nødvendig. Av tabell 6.10 framgår hvordan tallene har utviklet seg her de siste fire årene.

Tabell 6.10 *Antall barn og unge som har blitt plassert i barneverninstitusjoner i løpet av året etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgs- el atferdstiltak	Som både hjelpe- og omsorgs- /atferdstiltak
2002	2.400	1.592	708	100
2003	2.234	1.294	764	176
2004	2.234	1.346	699	189
2005	2.313	1.406	749	158

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Vi ser at om lag to tredeler av barna /de unge er plassert i institusjon på basis av frivillig barneverntiltak (hjelpetiltak).

### 6.2.7 Plassering/innlegging i psykiatrisk institusjon som barneverntiltak

Spesielt de siste to årene har dette vært en sjelden forekommende plasseringsmåte sett fra barneverntjenestens side. Men plassering i institusjon forekommer fortsatt som et barneverntiltak, etter en kraftig nedgang i dette tiltaket fra 2002 til 2004.

Tabell 6.11 *Antall barn og unge som har blitt plassert i psykiatrisk institusjon som barneverntiltak – etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	109	87	22	-
2003	76	62	14	-
2004	30	19	11	-
2005	30	22	7	1

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

De fleste innleggingene i psykiatrisk institusjon basert (også) på et barneverntiltak, er frivillige. Som i barneverninstitusjoner ser vi at ca 2 av 3 plasseringer her var frivillige de siste par årene. I 2002, da det forekom langt flere slike innleggelse/plasseringer, var en enda større andel, vel 90 prosent, basert på frivillig barneverntiltak.

## 6.2.8 PMTO - Parent Management Training Oregon

Denne tiltakstypen er det interesse for både i barneverntjenesten og i BUP, men den statistikkføres nå først og fremst som et barneverntiltak. Sentralt i dette tiltaket er å lære opp foreldrene i hvordan de kan forebygge videre utvikling av avvikende atferd hos barn, samt å lære dem hvordan de kan fremme positiv utvikling i familien. Metoden søker å utvikle positivt samspill mellom barn og foreldre, og forandre samhandlingsmønsteret mellom dem slik at prososial atferd fremmes og støttes, mens fastlåste negative mønstre brytes og reduseres (Schjelderup, More et al. 2005:43).

Tabell 6.12 *Antall barn og unge hvis foreldre har fått foreldreopp-  
læring (PMTO) som barneverntiltak i løpet av året – etter  
tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	31	30	1	-
2003	129	122	7	-
2004	272	262	10	-
2005	483	455	24	-

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern

Vi ser at denne typen av tiltak har hatt en sterk økning de fire siste årene, fra kun 30 i 2002 til vel 480 i 2005. Tiltaket gis i all hovedsak som et hjelpetiltak. Tiltaket er tidligere drøftet blant annet med hensyn til nordiske og internasjonalt publiserte effektstudier av Sidsel Sverdrup (Kristofersen, Sverdrup et al. 2006:134-137).

## 6.2.9 Multisystemisk behandling MST

En annen av de relativt nyere formene for barneverntiltak heter multisystemisk behandling eller MST (Multisystemic Treatment). Dette tiltaket retter seg mot barn og unge i alderen 12-18 år som har alvorlige atferdsvansker.

Dette tiltaket har blitt utbredt i alle norske fylker de seinere årene. Norge var det første landet i Norden som tok dette tiltaket i bruk på nasjonal basis. Tiltaket ble opprinnelig utviklet i USA, men brukes nå med sertifiserte terapeuter innen barneverntjenesten og er tilpasset norske forhold. For en nærmere drøfting av tiltaket vises her til Sverdrup (Kristofersen, Sverdrup et al. 2006:137-143).

Tabell 6.13 *Antall barn og unge som har fått multisystemisk behandling (MST) som barneverntiltak i løpet av året – etter tiltakstype. 2002-2005*

År	Sum	Som hjelpetiltak	Som omsorgstiltak	Som både hjelpe- og omsorgstiltak
2002	384	378	6	-
2003	617	602	15	-
2004	745	720	24	1
2005	761	740	21	-

Kilde: Spesialbestilte data fra SSB - individstatistikk barnevern.

Tiltaket hadde litt i underkant av 390 brukere i 2002, og dette tallet økte til 745 i 2004. I 2005 skjedde kun en minimal økning i utbredelsen sammenliknet med 2004. Tiltaket skulle den gang det ble introdusert egentlig kun gis som frivillig tiltak, men vi ser av statistikken at tiltaket i praksis i enkelte tilfelle er gitt som omsorgstiltak.

### 6.2.10 Henvisningsmønster til barnevernet 2002 og 2005

I barnevernstatistikken framgår hvilken instans som melder om saken – eller hvilken relasjon personen har til barnet når det gjelder privatpersoner. Barnevernkantorene fører både statistikk over meldinger, undersøkelser og tiltak som viser meldingsinstans. Her inngår både barnet selv, mor og far, øvrig familie, naboer, offentlige helsetjeneseter og andre offentlige og private hjelpetjenester for barn og unge. Det framgår blant annet av denne statistikken hvor mange saker helsesøster, lege/sykehus, BUP og voksenpsykiatri har meldt om til barneverntjenesten.

Her skal vi se litt nærmere på hvilke instanser som hadde meldt til barneverntjenesten de sakene som var aktuelle som barnevernsaker i henholdsvis 2002 og 2005, og se hvor stor del av disse som kommer fra førstelinjen helse og fra BUP og voksenpsykiatrien.

Tabell 6.14 *Barn og unge i barneverntiltak i løpet av 2002 og 2005 etter oppgitt meldingsinstans. Antall og prosent*

Meldingsinstans	Antall barn og unge med meldingsinstans 2002	Antall barn og unge med meldingsinstans 2005	Prosent av barn og unge med meldingsinstans 2002	Prosent av barn og unge med meldingsinstans 2005
Barnet selv	204	218	1,8	1,7
Mor og far	2.931	3.067	26,3	23,3
Øvrig familie	447	469	4,0	3,6
Naboer	266	271	2,4	2,1
Sosialkontortjenesten	598	629	5,4	4,8
Barneverntjenesten	1.228	1.469	11,0	11,2
Barnevernvakt	605	738	5,4	5,6
Barnehage	269	363	2,4	2,8
Helsestasjon	602	702	5,4	5,3
Lege/sykehus	558	631	5,0	4,8
Skole	1.218	1.525	10,9	11,6
PPT	244	223	2,2	1,7
Politi/lensmann	571	939	5,1	7,1
BUP/voksenpsykiatri	445	554	4,0	4,2
Andre	968	1.352	8,7	10,3
Sum barn og unge med meldingsinstans respektive år	11.154	13.510	100,0	100,0
Sum barn og unge	34.362	39.233		

Kilde: SSB Spesialbestilt individstatistikk barnevern (Longitudinell barnevernstatistikk NOVA)

Som det framgår av tabell 6.14, er det mor og far som oftest hadde meldt om saken til barneverntjenesten de to respektive årene: For henholdsvis 26,3 og 23,3 prosent av barna med oppgitt meldingsinstans i 2002 og 2005 hadde meldingen kommet fra mor og/eller far. Det absolute tallet på barn meldt av mor og far hadde økt litt, men prosentvis så vi likevel en nedgang fordi antall barn og unge med oppgitt meldingsinstans hadde økt mer<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Disse beregningene kan se litt annerledes ut hvis man beregner på et litt annet grunnlag: for enkelte barn kan det være flere instanser som har meldt om saken.

Skole er den instansen som hadde meldt om den nest største andelen av barn i 2005, 11,6 prosent. For skole var det både en klar absolutt økning samtidig med en liten relativ økning av tallet på barn som var meldt fra 2002 til 2005. Denne økningen brakte skolen foran barneverntjenesten selv som meldingsinstans (11,2 prosent av barn med oppgitt meldingsinstans i 2005).

Politi lensmenn er en annen instans som har stått for en betydelig økning av tallet på saker med oppgitt meldingsinstans, fra 570 barn i 2002 til nær 940 barn og unge i 2005, eller en økning fra 5,1 til 7,1 prosent.

Samlet sett ligger helsetjenesten over både politi og skole når det gjelder barn som har blitt meldt om til barneverntjenesten med resultat at de har fått aktiv barnevernsak dette året – dette gjaldt for til sammen 15 prosent av barna med oppgitt meldingsinstans i 2005.

Helsestasjon/helsesøster meldte om flest av sakene fra helsetjenesten, som innebar vel 700 barn og unge (5,3 %) med melding fra henne dette året. Lege/sykehus hadde meldt om vel 630 barn og unge (4,8 %). Denne instansen sto også for en økning av barn og unge som de hadde meldt om som var i tiltak, men prosentvis gikk den likevel litt tilbake.

BUP/voksenpsykiatri hadde meldt om vel 550 barn og unge som hadde fått aktiv barnevernsak. For BUP og voksenpsykiatrien samlet innebar dette en økning på om lag 110 barn som de hadde meldt om, som hadde fått sak – fra vel 440 barn og unge i 2002. Prosentvis innebar dette likevel kun en svak økning fra 4,0 til 4,2 prosent av alle sakene på grunn av den betydelige økningen i saksmengden totalt for barnevernet.

### 6.2.11 Nasjonale longitudinelle barnevernstudier

Ved NOVA pågår videreføring av nasjonale longitudinelle barnevernstudier på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet/ Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, som tidligere pågikk som et samarbeidsprosjekt ved NOVA/NIBR. For tiden analyseres ved NOVA et nasjonalt materiale med vel 121.000 barn og unge som har hatt tiltak av denne tjenesten ett eller flere av årene 1990-2005 (Clausen and Kristofersen under arbeid 2007).

Tidligere er det publisert kunnskap fra dette prosjektet for årene 1990-2002 som gir innblikk både i klientkarrierer, sosial bakgrunn, helseforhold, kriminalitet for barn og unge som har hatt barne-



verntiltak (Jonassen 1996; Kristofersen, Clausen et al. 1996; Jonassen, Clausen et al. 1997; Clausen 2000; Clausen 2003; Kristofersen 2003; Clausen 2004; Kristofersen 2005). Disse bidragene har analysert og drøftet blant annet barnevernets meldingsinstanser, tiltakstyper og varighet av tiltakene, bruk av grunn- og hjelpestønad for uførhet, dødsfall og siktelser for kriminalitet hos barn og unge som har vært utsatt for omsorgssvikt tidligere.

De longitudinelle barnevernstudiene muliggjør blant annet studier av barnevernkarrierer analysert i forhold til foreldrenes sosiale bakgrunn. Både av hvilke typer av tiltak som iverksettes, over hvor mange år de varer og hvilke meldingsinstanser som var inne innledningsvis, kan analyseres på denne måten. For 2002 har vi analysert mors utdanningsbakgrunn for barn og unge i tiltak hvor saken er meldt om fra helsetjenesten.

Tabell 6.15 *Barn og unge i barneverntiltak i løpet av 2002 etter om helsetjenesten var meldingsinstans og mors sosiale bakgrunn ( høyeste utdanningsnivå). Prosent*

Mors høyeste utdanning	Helsestasjon	Lege/sykehus	BUP/voksen-psykiatri	Total
Inntil ungdomsskole	20,8	18,6	18	24,4
Videregående 1	47,2	46,5	44	45,9
Videregående 2	15	15,1	20,4	14,1
Høyskole/universitet	6,6	9,4	14,4	9,2
Uoppgitt	10,5	10,5	3,1	6,4
Total	100,1	100,1	99,9	100
Sum	n=602	n=555	n=445	n=21.652

Som det framgår av tabell 6.15 hadde barna i de aktive barnevernsakene i 2002 som var meldt fra BUP/voksenpsykiatri i noe større grad mødre med høyere utdanning sammenliknet med saker som var meldt fra helsesøster eller lege/sykehus. De sistnevnte gjaldt i noe større grad barn til mødre med middels og lavere utdanning.

De longitudinelle barnevernstudiene har muliggjort analyser av såkalte klientkarrierer blant barna/de unge. En longitudinell studie av data om barn i barneverntiltak 1990-2002 (n=99.000 barn og unge) (NIBR-rapport 2005:12, data fra SSB) viste at vel 25 prosent mottok hjelp kun et kalenderår i perioden. Over 20 prosent fikk hjelpetiltak/plassering utenfor hjemmet i en periode på 6 - 13 år. 9 prosent av hele barnebefolkningen (0-17 år) fikk hjelpetiltak i hjemmet eller kom i fosterhjem/institusjon i løpet av sin oppvekst.

Vel 10 prosent, eller vel 10.300 av alle barnevernbarna, hadde vært i barneverninstitusjon i løpet av trettenårsperioden. Om lag halvparten av disse hadde vært ett år eller kortere i institusjon. Men om lag 2.730 barn og unge (2,8 prosent av alle) hadde vært i barneverninstitusjon (hele eller deler av) tre kalenderår eller mer. Noen barn og unge hadde vært svært lenge/mange ganger/år i institusjon (Kristofersen 2005).

Det er også påbegynt en analyse av dødsfall og dødsårsaker hos barna, de unge og biologiske foreldre hvor det er publisert foreløpige resultater. Disse viser at 702 barn, unge og unge voksne som hadde barneverntiltak i årene 1990-2001 døde i denne perioden, enten samtidig med at de hadde tiltaket eller seinere i perioden. Dødeligheten er høyere hos barn og unge i barneverntiltak enn hos andre barn og unge. 394 av disse dødsfallene forekom i første del av perioden for Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2001). I hele perioden forekom mange selvmord (150 dødsfall), dødsfall på grunn av rus/psykiske lidelser (115 personer) og dødsfall på grunn av transportulykker (95 personer) (Kristofersen 2005).

Også barnas biologiske foreldre har høye dødstill. 3,7 prosent av barnevernbarna (n=3.683) hadde mistet sin biologiske mor ved dødsfall fram til og med 2001. Av disse hadde nær 440 barns mødre hadde tatt livet av seg, og nær 150 barns mødre hadde blitt offer for drap/overfall med døden til følge. Om lag 7 prosent av barna hadde mistet sin biologiske far ved dødsfall fram til og med 2001, dette gjaldt 6.892 av de vel 99.000 barna. Av disse hadde vel 950 barn hadde mistet sin far ved selvmord, og for nær 100 barn hadde far vært utsatt for drap/overfall med døden til følge (Kristofersen 2005).

Svenske forskere har også analysert dødeligheten blant barn og unge som har vært i barneverntiltak som en indikator på helseforholdene deres. Også i Sverige har man funnet både høyere alminnelig dødelighet hos barn og unge som har vært i fosterhjem og institusjon sammenliknet med andre barn og unge (blant annet også internasjonalt adopterte). Særlig hadde de barn og unge som hadde vært i barneverntiltak en høy risiko for selvmordsdødsfall og selvmordsforsøk samt alvorlig depresjon. I Sverige maktet man også å koble data mot innlegging i psykiatriske avdelinger og diagnose satt der (Hjern and Vinnerljung 2002; Hjern, Vinnerljung et al. 2004; Vinnerljung 2006; Vinnerljung, Hjern et al. 2006).

Funnene i de longitudinelle forskningsprosjektene både i Norge og Sverige tilsier at man bør få til et tettere samarbeid mellom barnevern- og helsesektoren i det praktiske arbeidet med barna. De svenske forskerne skriver internasjonalt om "avoidable deaths". Dette gjelder

også for barn i barneverntiltak i Norge. Det forekommer åpenbart unngåelige dødsfall i Norge også hvis helsevesen og barnevern hadde samarbeidet mer optimalt, ikke minst på det forebyggende området.

### 6.3 Oppsummering

I Opptrappingsplanen for psykisk helse er det, som nevnt tidligere, et hovedmål at tjenestene skal være ”tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende”. Siden det er såpass mange brukere av BUP som også har kontakt med barneverntjenesten, er det viktig å analysere også utviklingen i bruken av barneverntjenesten.

Analyser av BUP-data viste at om lag 17 prosent av barn og unge i behandling i barne- og ungdomspsykiatrien, også har kontakt med barneverntjenesten. I intervjudata med BUP-ledere for seks poliklinikker varierer anslaget for deres området med fra 10 til 50 prosent.

Engelske undersøkelser fra 2003 viser at om lag fire-fem ganger så høy andel av barn i kommunale tiltak som barn for øvrig har psykiske lidelser.

I 2002 var det 34.450 barn og unge som fikk hjelpe-, omsorgs- eller atferdstiltak av barneverntjenesten. Tre år seinere fikk vel 39.200 barn og unge slike former for hjelp, en økning på vel 14 prosent. En overveiende del av barna i tiltak fikk hjelpetiltak (frivillig tiltak), dette gjaldt for vel 32.000.

Økningen i brukere disse tre årene er betydelig lavere enn økningen i brukere av barne- og ungdomspsykiatrien. Men økningen i brukere av barneverntjenester bør sees i lys av økningen som hadde vært på 1990-tallet. I 1990, før ”opptrappingen” av stillinger i barnevernet, hadde denne tjenesten også under 20.000 brukere årlig.

De fleste tiltakstyper har økt i utbredelse fra 2002 til 2005. Både barnehage, støttekontakt og ulike former for fosterhjems plasseringer har økt i omfang. Bruken av barneverninstitusjoner gikk litt ned fra 2002 til 2003, men har så økt litt igjen fra 2004 til 2005. De fleste barn og unge som var plassert i barneverninstitusjon i løpet av 2004 (vel 1.400 av 2.300) var frivillig plasserte. Frivillig plassering gjaldt også for mange av fosterbarna i ordinære fosterhjem. Barn i forsterkede fosterhjem er oftere omsorgsplassert (fylkesnemndsvedtak, ofte med bruk av § 4-12).

Bruk av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som barnevernvedtak var ifølge SSB's individstatistikk mer utbredt i 2002 enn seinere år. I løpet av 2002 fikk nær 1.100 barn og unge dette tiltaket. I 2003 var bare vel 450 barn og unge registrert med dette tiltaket. Tallet holdt seg like lavt gjennom 2004, men i 2005 økte tallet igjen til nær 790 barn og unge. Forskeren har konsultert ulike fagmiljøer i sektoren uten å få noen god forklaring på denne nedgangen. Her påpeker man at det er vanlig å ha klienter i begge tjenester uten å gi et eget barnevernvedtak om dette. SSB har ikke registrert feilrapportering rundt dette i statistikken.

Fra 2002 til 2005 har det vært en betydelig nedgang i bruken av barne- og ungdoms- samt voksenpsykiatrisk institusjon som barneverntiltak. Mens det ble registrert nær 110 barn og unge som fikk slike tiltak i løpet av 2002, har det de to siste årene vært plassert knapt 30 barn og unge i slike institusjoner.

Nyere former for barneverntiltak, som Parent Management Training (PMT) og multisystemisk behandling (MST) økte i utbredelse i denne perioden, men ligger på svært lave nivåer sammenliknet med for eksempel hvor mange barn og unge som blir plassert i barnehage som barneverntiltak og i fosterhjem. Antallet familier som blir gitt PMT-tilbud økte fra vel 30 i 2002 til vel 480 i 2005. Antall unge som fikk MST-behandling økte fra vel 380 i 2002 til 760 i 2005. Det største økningen i MST-behandling i denne perioden skjedde fra 2003 til 2004.

En analyse av henvisningsmønster til barnevernet i 2002 og 2005 (aktive barnevernsaker disse årene) viste at helsetjenesten, det gjaldt både helsesøstertjenesten, lege/sykehus og BUP/voksenpsykiatri meldte om et økt antall saker. Men fordi det forekom en generell økning av barn og unge i barneverntiltak det blant helsetjenestens meldinger kun saker fra BUP/voksenpsykiatri som oppnådde en svak prosentvis økning – fra 4,0 til 4,2 prosent av barnevernsaker med oppgitt meldingsinstans disse årene. Politi/lensman og skole sto for de største økningene både i absolutte saker og i andel av barnevernsakene.

Longitudinelle barnevernstudier har vist at vel 99.000 barn og unge hadde vært i barneverntiltak et eller flere av årene 1990-2001. Dette gjaldt om lag 9 prosent av barnebefolkningen. Om lag 25 prosent av disse barna hadde kun vært i tiltak innenfor et kalendår, men om lag 20 prosent hadde hatt tiltak i en eller flere perioder på til sammen 6-13 år. 702 barn, unge og unge voksne som hadde barneverntiltak i årene 1990-2001, døde i denne perioden. Dødsfallet fant sted enten samtidig

med at barna og de unge var i barneverntiltaket eller seinere i denne tidsperioden. 394 av disse dødsfallene forekom i første del av perioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2001). Dødeligheten er høyere hos barn og unge i barneverntiltak enn hos andre barn og unge. Særlig forekom mange selvmord, dødsfall på grunn av rusdødsfall/psykiske lidelser og dødsfall på grunn av transportulykker. Svenske forskere har gjort liknende funn for barn og unge som har vært plassert i fosterhjem og institusjoner i Sverige.

Funnene i de longitudinelle forskningsprosjektene tilsier at man bør få til et tettere samarbeid mellom barnevern- og helsesektoren i det praktiske arbeidet med barna. De svenske forskerne benytter begrepsbruken unngåelige dødsfall (avoidable deaths) om en del av disse dødsfallene. Dette gjelder også for norske barnevernbarn – det er åpenbart unngåelige dødsfall i Norge også hvis helsevesen og barnevern hadde samarbeidet mer optimalt, ikke minst på det forebyggende området.

## 7 Resultater fra intervjuer med ansatte (2002/2003)

I dette kapitlet drøftes enkelte resultater fra de første intervjuene med ledere og ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten i seks kommuner i 2002/2003. I alt 13 tjenesteledere og enkelte ansatte ble intervjuet. Her drøftes først analyseresultater både når det gjelder organisering og tilgjengelighet for brukere og andre instanser. Deretter fokuseres på analyseresultater med hensyn på tjenesteinnhold og problemfelt de ansatte arbeider med, egen vurdering av kompetanse og syn på brukermedvirkning. Alle disse forholdene er viktige i forhold til Opptappingsplanen psykisk helse, og representerer temaer som de nasjonale datasettene bare i liten grad omfatter.

### 7.1 Innledning

De fire hjelpetjenestene for barn har ulik historiske tradisjoner og ulikt lovverk her i landet. Ofte har det vært tatt til orde for at de tre hjelpetjenestene barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), barneverntjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-tjenesten eller PPT) burde samarbeide mer, og at man eventuelt vurderer helt eller delvis felles inntak. I dag har alle fire tjenestene en ulik 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, eller at flere kommuner samarbeider om pp-tjenesten.

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 blitt foretatt i kommuner av nokså ulik størrelse. Det er valgt dybdekommuner som sikrer deltaking fra både store byer, mellomstore byer (10.-40.000 innbyggere) og fra småkommuner (3.000-4.000 innbyggere). Kommunene<sup>21</sup> 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 undersøkelsene som studerte flere hjelpetjenester under ett på 1990-tallet, var prosjekt Oppvekstnettverk i en Østlandskommune (Backe-Hansen and Ogden 1992; Backe-Hansen 1995; Kristofersen 1995; Ogden 1995; Sandbæk 1995; Backe-Hansen, Kristofersen et al. 1997; Sandbæk 2002).

Nyere studier har også tatt for seg forholdet mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien (Nygren 2000; Eidheim 2001; Sitter and 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”. 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. Da fylkesbarnevernet fra og med 1. januar 2004 ble lagt ned og funksjonen endret og omdannet til en statlig, regional barneverntjeneste, kan barnevernets sentrale organisering minne noe mer om de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkens organisering. Men en stor forskjell er at mye av barnevernkompetansen fortsatt skal ligge i kommunene.

---

<sup>21</sup> Når man ser alle såkalte ”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.

Studiene som er vist til foran kan ikke gi noen pekepinn om hvorvidt Opptrappingsplanen for psykisk helse kan bedre på tilgjengelighet til og økt fleksibilitet mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og barneverntjenesten. Foreliggende virksomhetsstatistikker 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.

## 7.2 Resultater fra intervjuer med de utvalgte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene 2002/2003

### 7.2.1 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<sup>22</sup>. 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

---

<sup>22</sup> Forskerne hadde en ”definisjon” av tilgjengelighet, som vi ba informantene kommentere. Det ble etterpå også stilt tilleggsspørsmål knyttet til denne definisjonen: ”Tilgjengelighet av tjenester kan handle om hvor raskt man kommer i kontakt med hjelpeinstansen, men kan også defineres til å omfatte hvorvidt en får adekvat hjelp, og/eller den hjelpen en føler behov for. Noen stikkord for tilgjengelighet: I hvor stor grad en får rett behandling til rett tid, unngå unødig venting, dvs. ikke bli sykere av å vente. På hvilken måte faktorer som kapasitet og kompetanse påvirker tilgjengeligheten her, vil komme tilbake til senere i intervjuet. Tilgjengelighet kan med andre ord påvirkes av flere forhold. Blant annet vil tilgjengeligheten kunne påvirkes av hvorvidt tjenesten besitter nødvendig fagkompetanse og hvorvidt det er kapasitet til å iverksette tiltak. Hvilke refleksjoner har du/dere rundt vår definisjon?”



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 intervjudtidspunktet (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 ambulante 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 i 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 poliklinikk 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. En poliklinikk fortalte om ventetid på over et år for enkelte pasienter i 2002/2003.

## 7.2.2 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.

### 7.2.3 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.

### 7.2.4 Ansattes vurdering av brukernes tilfredshet

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

I spørsmålene til poliklinikkene 2002-2003 svarte noen behandlere som hadde hatt vurderinger eller evalueringer av brukernes grad av fornøydhet, at brukerne/ deres foresatte stort sett hadde vært 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 evalueringundersøkelsene som hadde vært utført, hadde i all hovedsak kommet positivt ut. Men flere av poliklinikkene hadde ikke foretatt slike pasientevalueringer omkring 2001/2002.

#### **Drøfting**

Slike interne evalueringundersøkelser 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 for dem

som er nær ferdigbehandlet, å komme med svært kritiske merknader til det terapeutiske opplegget til egen terapeut. Dette vil også kunne 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.

### 7.2.5 Tjenesteleder og ansattes grad av tilfredshet med tjenesten

Vi vil her kun gjengi noen av svarene på de mange deltemaene vi kom inn på om ledere og ansattes tilfredshet/fornøydhet<sup>23</sup>.

Det uttrykkes tilfredshet med kompetansesituasjonen ved mange barne- og ungdomspsykiatriske 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 helseforetak<sup>24</sup>. Enkelte steder oppleves det at man ikke får tildelt alle de ressursene man mente å skulle ha

<sup>23</sup> ▶ Har dere igangsatt noen form for systematisk egevaluering – hvorvidt de ansatte er fornøyd med tjenestetilbudet?

▶ Evt. resultater av dette?

▶ Hvordan opplever du at de ansatte generelt er fornøyd med

Måten dere er organisert på

Internt

Eksternt

Måten dere arbeider på

Internt

Eksternt

▶ Tror du de ansattes grad av fornøydhet på noe vis kan ha betydning for tilgjengeligheten til tjenester?

<sup>24</sup> 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.

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.

### 7.3 Resultater fra intervjuer med de utvalgte barneverntjenestene 2002/2003

Barneverntjenesten har hatt to ”opptrappinger” før, en på midten av 1980-tallet og en tidlig 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.

#### 7.3.1 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 ungdomspsykiatriske poliklinikken, helsesøstertjenesten og pedagogisk psykologisk tjeneste spesielt.

Barneverntjenestene er også organisert forskjellig. I større kommuner er barnverntjenesten enkelte ganger en egen kommunal virksomhet som ligger inn under en sosialavdeling, 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 kommunegrensen<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> For å forenkle et komplisert bilde sterkt: Det var i 2002/2003 vel 100 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker her i landet. I gjennomsnitt deler 3-4 kommuner på en slik poliklinikk. Men i store byer kan det være flere barne- og ungdomspsykiatriske 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.

Men det ble også lagt vekt på de profesjonelle ulikhetene mellom de to tjenestene og ulikhet i ”kulturer”. 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 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke har gode nok behandlingstiltak for de problemene barneverntjenesten henviser for.

Likevel hevdet 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.

### 7.3.2 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. Videre tilbys hjelp til arbeidsledig ungdom med tilpasningsvansker, samt til 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.

### 7.3.3 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 poliklinikks "språk" godt nok.

## 7.4 Sammendrag

Flere studier har tidligere problematisert forholdet mellom hjelpe-tjenestene 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 and 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. 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 poliklinikker 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 ambulant 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 man regne med å 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 helseskader. 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 meldingssaker, 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.

I forhold til Opptrappingsplanen for psykisk helse tyder analysen av intervjuene våre i 2002 på at man var i gang med en prosess når det gjelder bedre tilgjengelighet og mer samarbeid, men tjenestedene var enda nokså langt fra å nå målene om tilgjengelige og fleksible hjelpetjenester for barn. Vi erfarte at til dels mange informanter var bedre fornøyd med egen enn med andre tjenesters tilgjengelighet. Ventetidene var for mange tjenesters vedkommende ikke akseptable – verken sett i relasjon til Opptrappingsplanens måldokumenter eller andre hjelpetjenesters ”tid til å vente”. Samtidig erfarte vi at våre informanter ved de 13 tjenestestedene hadde ulike erfaringer med arbeid i og samarbeid med andre hjelpetjenester. De ansatte som selv hadde erfaring med arbeid i en av de andre hjelpetjenestene, syntes ofte å komme lengre enn andre både i generelt og konkret samarbeid. Flere informanter syntes å være lite informert om tjenesteinnhold, saksmengde og kompetanseforhold i enkelte av de andre hjelpetjenestene. Ulike forvaltningsnivåer mellom BUP-poliklinikkene (statlige) og barneverntjenesten (kommunal med mulighet for fylkeskommunal assistanse) bidro også til enkelte samarbeidsproblemer. Enkelte steder hadde til dels stor geografisk avstand bidratt til sjeldnere samarbeid mellom tjenester, men vi erfarte også at tjenester som kunne ligge nær hverandre hadde ”for liten tid” til å prioritere generelt samarbeid. Geografisk avstand var ikke noe automatisk hinder for samarbeid, enkelte tjenester hadde gjort forsøk med å endre dette gjennom nye organiseringsformer.

## 8 Personell og organisering i BUP-ene og barneverntjenestene

Problemstillingene i dette kapitlet er følgende:

I dette kapitlet analyseres først (avsnitt 8.1) utviklingen i tallet på ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten 2002-2005. I Opptrappingsplanen for psykisk helse er det, som nevnt tidligere, en viktig målsetting at de psykiske helsetjenestene skal få en økning i antall ansatte i perioden. Vi gjennomgår her nasjonale tall for ansatte i den perioden denne undersøkelsen omfatter, for å studere hvilke grupper av ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien som eventuelt har økt i omfang. Vi vil samtidig undersøke om det har forekommet noen økning i årsverk i barneverntjenesten, og i tilfelle hvilke grupper av personell dette gjelder. Det er benyttet data (offisiell statistikk) fra SSB.

I de neste delene av kapitlet (avsnittene 8.2 og 8.3) presenteres analysene av intervjuene fra den andre intervjurunden i de seks kommunene. Spørsmål omkring personellsituasjon og organisering av tjenesten (blant annet teamorganisering) analyseres. Synspunkter på prioriteringer med hensyn til inntakssamtaler og behandling (ventelister), synspunkter på Opptrappingsplanen, psykiatriplaner og strategiplanen for barns og unges psykiske helse blir også analysert. Hvordan prioritering av pasienter foregår, ventetider, organisering og strategisk planarbeid er viktige spørsmål i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen vil blant annet sikre at ingen skal bli sykere mens de venter på behandling. Det blir foretatt sammenlikninger med situasjonen to år tidligere<sup>26</sup>. Spørsmålene som tas opp i dette kapitlet er også viktig som bakgrunn for å tolke resultatene i de to neste

---

<sup>26</sup> Tilgjengelighet og samarbeid blir behandlet i kapittel 9 og 10.

kapitlene. Der analyseres synspunktene fra ansatte på tilgjengelighet (kapittel 9) og samarbeid med andre instanser (kapittel 10).

Avsnittene 8.2 og 8.3 bygger på de kvalitative intervjuene med ledere og ansatte i BUP-ene og barneverntjenestene 2004/2005. Ledere og kliniske medarbeidere i de samme BUP-ene ble intervjuet igjen med det tilsvarende intervjudesignet ca to år etter intervjuet i 2002/2003 (javnfør kapittel 7). Det andre intervjuet skjedde i siste halvdel av 2004/starten av 2005. Det semistrukturerte intervjukjemaet hadde med de samme temaene som sist. Spørsmålsstillingen var bare endret i den forstand at man tilpasset seg at dette var annet intervju og vektla nå status ved siste intervju samt de endringene som var skjedd i løpet av toårsperioden. I flertallet av intervjuene ble de samme informantene intervjuet to år etter det første intervjuet. I enkelte tilfeller hadde ansatte sluttet, slik at vi intervjuet ny(e) ansatte i tilsvarende stillinger. Et par av dem vi intervjuet i 2004/2005 var teamledere i BUP – det var en tendens til at noen poliklinikker var blitt større og til dels omorganisert – siden det første intervjuet. BUP-ene var ved siste intervjuet (2004/2005) knyttet til statlige sykehusregioner – helseforetak – på samme måten som ved det første intervjuet i 2002.

Barneverntjenestene var fortsatt kommunale, men noen hadde hatt organisasjonsendringer i perioden. Den største organisasjonsendringen hadde skjedd i 2.linjetjenesten i barnevernet. Da vi intervjuet ledere og ansatte i kommunalt barnevern forrige gang, forholdt de seg ofte til fylkeskommunalt barnevern i saker hvor de trengte råd og hjelp til å skaffe for eksempel forsterket fosterhjem, institusjonsplass og multisystemisk behandling (MST). I det siste intervjuet var det fylkeskommunale leddet ute, og man hadde etablert et statlig barnevern med fem regioner og endra flere team. De statlige barnevernregionene likner på de statlige sykehusregionene, men det er ikke en fullstendig geografisk overlapping. De statlige barnevernteamene (26 i tallet) følger ikke BUP-enes grenser. Barneverntjenesten i større byer klarer mye av arbeidet med fosterhjem og institusjonsplasseringer selv. Barnevernet i små og mellomstore kommuner benytter trolig det statlige barnevernet mer i forhold til bl.a. plasseringer utenfor hjemmet, men også i forhold til MST. Førstelinjen barnevern kan også få råd fra det statlige barnevernet. Omorganiseringene som har skjedd først i spesialisthelsetjenesten (statlige sykehusregioner fra 2001) og deretter i barneverntjenesten (statlig barnevern fra 2004) vil selvsagt influere på samarbeidsforholdene mellom tjenestene – i tillegg til de bidragene som Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt med. Hvor mye de ulike omorganiseringene har betydd er vanskelig å kvantifisere. Men det er

tydelig på uttalelser fra våre informanter at omorganisering (i barnevernet) har betydd en del for samarbeidsforhold – uten at vi kan tallfeste dette på noen enkel måte. En av BUP-lederne påpekte nettopp dette, at det hadde skjedd mye med barnevernet siden sist, og han hadde inntrykk av at samarbeidsforholdene mellom kommunalt barnevern og BUP led litt av alt det som skjedde i forbindelse med omorganiseringen av barnevernets annenlinje (bla. de statlige fagteamene, som var nye, som kommunalt barnevern også skulle ha møter med).

## 8.1 Utvikling i tallet på ansatte nasjonalt 2002-2005

### 8.1.1 Spesialisthelsetjenesten psykisk helse

I alt ble det, som det framgår av tabell 8.1, utført vel 2.850 årsverk i spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2002. Ved utgangen av 2005 hadde tallet på årsverk øket til vel 3.200. Dette var en økning i årsverk på nær 12 prosent i løpet av disse tre årene. Den største økningen skjedde fra 2004 til 2005 med ca 170 årsverk. Fra 2002 til 2004 forekom mindre årlige økninger på henholdsvis ca 100 og vel 60 årsverk.

Tabell 8.1 *Årverk<sup>27</sup> i institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge etter personellgruppe. 2002-2005*

Personellgruppe	2002	2003	2004	2005	Prosentvis endring 2002-2005
Årsverk i alt	2.866	2.968	3.033	3.203	11,8
Leger	114	113	117	133	16,7
Spesialister i psykiatri	111	118	130	131	18,0
Psykologer	312	323	360	356	14,1
Kliniske psykologer	223	249	268	309	38,6
Sykepleiere <sup>28</sup>	218	244	232	260	19,3
Sosionomer	309	318	338	343	11,0
Pedagoger	283	294	323	342	20,9
Miljøterapeuter (med høyskole-utdanning)	711	704	664	706	-0,7
Miljøpersonell (uten høyskole-utdanning)	122	117	142	125	2,5
Administrasjons- og kontorpersonell (ikke helsepersonell)	333	365	363	395	18,6
Personell med servicefunksjoner, tekniske funksjoner og driftsfunksjoner	129	123	97	103	-20,2

Kilde: SSB 2006 Spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Legeårsverkene har økt fra til sammen 225 i 2002 til vel 260 i 2005, med om lag halvparten av årsverkene på spesialister i psykiatri og den andre halvparten på leger som ikke er (ferdige) spesialister. Prosentvis hadde legeårsverkene en noe høyere økning (16-18 prosentpoeng) enn det vi fant for alle årsverkene for alt personell samlet.

Psykologbemanningen var høyere enn legebemanningen i denne spesialisthelsetjenesten, og psykologbemanningen økte også mest i løpet av disse årene. Psykologer i denne tjenesten økte fra til sammen vel 530 årsverk i 2002 til vel 660 årsverk i 2005. Av vanlige

<sup>27</sup> Årsverk er i følge SSB tallet på heltidsansatte og tallet på deltidsansatte (omregnet til heltid) ved utgangen av året. Overtid er ikke medregnet

<sup>28</sup> Omfatter psykiatriske spesialsykepleiere og andre offentlige godkjente sykepleiere.

psykologer og kliniske psykologer økte kliniske psykologer mest, og utgjorde nesten halvparten av psykologene i 2005. Tallet på årsverk av kliniske psykologer økte med 38,6 prosent fra 2002 til 2005.

Sykepleiere økte fra i underkant av 220 årsverk i 2002 til 260 årsverk i 2005, eller med om lag 20 prosent. Sosionomer økte med vel 30 årsverk fra nær 310 årsverk i 2002 til vel 340 årsverk i 2005. Dette utgjorde en økning på 11 prosent. Pedagogenes årsverk økte noe mer enn sosionomer og sykepleieres i absolutt antall: For pedagoger forekom en økning fra vel 280 årsverk i 2002 til vel 340 årsverk i 2005 – eller en økning i årsverk på nær 21 prosent.

Bemanningen av denne spesialisthelsetjenesten med miljøterapeuter var nokså konstant på om lag 700-710 årsverk både de to første og det siste året i perioden, med midlertidig nedgang til vel 660 årsverk i 2004.

Tallet på årsverk for miljøpersonell (uten høgskoleutdanning) var nokså konstant på vel 120 i perioden, etter en midlertidig økning i 2004 (det året tallet på miljøterapeuter sank tilsvarende). Tallet på årsverk for servicepersonell mv gikk noe ned i perioden, fra nær 130 i 2002 til vel 100 i 2005.

Tallet på årsverk i administrative stillinger hadde en økning fra om lag 330 i 2002 til nær 400 i 2005, med andre ord en relativt sterk prosentvis stigning disse årene (nær 20 prosent).

### 8.1.2 Barneverntjenesten – ulike nivåer

Først skal vi presentere tall for årsverk i den kommunale barneverntjenesten. Dette er den tjenesten hvor vi intervjuet ledere og ansatte i seks barnevernkontorer i 2002 og 2004/2005. Deretter skal vi referere tall for ansatte i den statlige barneverntjenesten.

I 2002 hadde den kommunale barneverntjenesten nær 2.790 årsverk på landsbasis. I 2005 hadde tjenesten økt til å omfatte i alt vel 2.930 årsverk. Dette var en økning på 5,3 prosent, og altså en vesentlig lavere økning i årsverk i denne perioden sammenliknet med barne- og ungdomspsykiatrien.

Tabell 8.2 *Årsverk i den kommunale barneverntjenesten per 31.desember. 2002-2005*

Personellgruppe	2002	2003	2004	2005	Prosetnvis økning 2002-2005
Årsverk i alt	2786,4	2843,0	2860,7	2933,2	5,3
Sosionomer	997,5	990,1	1004,8	1032,4	3,5
Barneverns- pedagoger	1145,6	1216,8	1224,1	1247,7	8,9
Annen høyskole-/ universitets- utdanning	276,0	279,6	284,0	311,7	12,9
Kontor-/ merkantil utdanning	263,6	256,9	251,5	253,5	-3,8
Annen utdanning/ ufaglært	103,6	99,7	96,2	87,8	-15,3
Ledige stillinger	111,7	79,8	81,3	88,4	-20,9
Tilsatte per 1.000 innbyggere 0-17 år	2,5	2,6	2,6	2,7	8,0

Kilde: SSB, Barnevernstatistikk, personell, de respektive år.

Personer med ”annen høyskole-/universitetsutdanning”, altså utdanning utenom de vanligste (barnevernspedagoger og sosionomer) hadde økt mest, nær 13 prosent. Barnevernspedagoger hadde også en nokså høy økning, nær 9 prosent. Sosionomårsverk hadde bare hatt en økning på 3 prosent. Årsverk innen merkantil utdanning hadde hatt en nedgang på nesten 4 prosent, og personer med annen utdanning eller ufaglærte hadde hatt en nedgang på vel 15 prosent. Det samlede tallet på tilsatte (totale årsverk) målt per 1.000 barn og unge under 18 år hadde økt fra 2,5 til 2,7 i perioden. Dette var en økning på 8 prosent.

I tillegg hadde den statlige barneverntjenesten årsverk som til dels benyttes i arbeidet med de klientene det er redegjort for i kapittel 6. Statistikken fra SSB for ansatte i det statlige barnevernet er ikke like detaljert som for ansatte i kommunenes barneverntjenester, verken med hensyn på stillinger eller utdanning for de ansatte.



Tabell 8.3 *Tall for årsverk i statlig regionalt barnevern i alt. 2002-2005.*

	2003	2004	2005	Prosent endring 2003-2005
Antall årsverk	3.476	3.342	3.545	2,0

Kilde: SSB, Statlig reginoalt barne- og familievern, Tabell 2 Grunnlagsdata for statlig regionalt barnevern. Tall for de respektive årene. (NB: Kun foreløpige tall. Endelige tall ikke publisert i samme statistikk)

De foreløpige tallene for denne statistikken tyder på en nedgang i årsverk fra 2003 til 2004. I løpet av 2005 skjedd en svak stigning i tallet på årsverk, til 2 prosent over nivået i 2003.

Samlet sett har altså barneverntjenesten også hatt noe økning i tallet på stillinger i perioden, men en lavere økning enn spesialisthelsetjenesten for psykisk helse barn og unge.

Disse tallene for årsverksutvikling i både barnepsykiatri og barnevern nasjonalt er viktig bakgrunnsinformasjon når vi i de neste avsnittene og kapitlene i denne rapporten fortolker intervjuresultatene med ansatte i de seks kommunene vårt utvalg besto av.

## 8.2 BUP-poliklinikkens synspunkter

Som i 2002 deltok i 2004/2005 ledere/teamledere for seks barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, enkelte av deres ansatte samt leder og en klinisk ansatt i en mobil tjeneste (i alt sju enheter) i intervjuene. Ledere og ansatte ble spurt om situasjonen i de seks kommunene som var trukket ut i undersøkelsen. En av de større kommunene ble dekket både av en stor poliklinikk og delvis av en mobil barnepsykiatrisk tjeneste som også dekket flere andre kommuner i sykehusregionen. Både i 2002/2003 og i 2004/2005 var det slik at BUP-poliklinikkene (som ved siste intervjuet ofte hadde skiftet navn til "psykisk helse barn og unge" med region- eller sykehusnavnet foran) betjente flere kommuner. Ingen av barneverntjenestene var interkommunale. Organiseringen varierte, blant annet avhengig av størrelse på poliklinikken. Flere av poliklinikkene var store, en av dem var også universitetsklinikk og avdelingslederen her hadde i tillegg ansvar for en ungdomsavdeling for akutt innlegging (sengepost), kunne innlegge for utredning samt hadde familieavdeling. Andre BUP-ledere hadde ikke direkte tilgang til slike funksjoner. En av BUP-lederne ved en mindre BUP påpekte at man var en spesialisthelsetjeneste, men kalte

seg heller en ”halvannenlinjetjeneste” enn en typisk annenlinjetjeneste. Dette var nok dels fordi personalet her ønsket å se på seg selv som en BUP for lokalområdet (selv om BUP-en betjente tre kommuner) og de mente å være brukbart tilgjengelig både for barn/unge, deres foresatte og førstelinjetjenesten. Delvis brukte de også betegnelsen ”halvannenlinjetjeneste” fordi de ikke hadde så mange spesialiserte funksjoner som større BUP-er med 30-40 ansatte.

### 8.2.1 Organisering, stillinger, og ansattes kompetanse

Flere av BUP-poliklinikkene hadde fått nye stillinger og dermed flere ansatte i forhold til intervjuet ca to år tidligere. Men alle hadde enda ikke kontorlokaler nok til å ansette alle de hadde stillinger til. Ved en av BUP-ene hadde det rådd stor usikkerhet blant ansatte fordi det hadde vært snakk om sammenslåing med en nokså mye større BUP i en annen by et stykke unna. Denne planen var nylig forlatt av helseforetaket. Usikkerhet om lokalisering i den mindre BUP-en hadde blant annet ført med seg at en midlertidig kontorsituasjon som hadde vart i to år ved det første intervjuet i 2002 og fortsatt eksisterte høsten 2004. Denne situasjonen hadde da vart i fire år – mot planlagt to. Det tar tid å reise sykehusbygg – særlig når det er både politiske, fagpolitiske og geografiske konflikter rundt lokalisering av avdelinger og poliklinikker.

BUP-poliklinikkene var stort sett større enn barneverntjenestene vi besøkte. De hadde hatt en større utbygging i toårsperioden sammenliknet med barneverntjenesten.

De sju BUP-ene/barnepsykiatriske enhetene hadde i 2004/2005 ulik størrelse og varierte fra vel 10 stillingshjemler til opp mot omlag 40.

Når kommunen vi hadde trukket til denne undersøkelsen hadde høyere innbyggertall enn de andre kommunene rundt, behandlet et flertall av BUP-ens kliniske ansatte barn og unge fra denne kommunen. Men enkelte av våre kommuner var små, og da var det få behandlerårverk som ble benyttet til barn og unge fra den lille kommunen. BUP-ene var oftest organisert i team, fra et par team og opp til fire. Noen hadde en typisk geografisk teamorganisering, mens andre hadde organisering av team uavhengig av geografi (men ofte mer avhengig av problemfelt/spesialisering). En BUP betjente en noe større nabokommune sammenliknet med den kommunen BUP-en var hovedlokalisert til. Den større nabokommunen var vår utvalgskommune. Man hadde siden sist opprettet et BUP-kontor også i utvalgskommunen, dette kontoret var betjent av en ansatt hver dag og av flere av de ansatte enkelte dager. Flere av BUP-ens personale reiste

blant annet hit for å holde møter med førstelinjen, spesielt med barneverntjenesten i den større kommunen. I en annen mye større kommune vi hadde med i undersøkelsen, dekket både en stor ordinær poliklinikk og den mobile tjenesten både den store kommunen og flere mindre omegnskommuner.

To av BUP'ene hadde imidlertid ikke fått flere stillingshjemler på flere år på tross av Opptappingsplanen (ingen økning i perioden mellom de to intervjuene i 2002-2004). Det gjaldt to byer – den ene i Nord-Norge. Den andre av disse to BUP-ene, lokalisert i Sør-Norge, hadde heller ikke fått flere ansatte etter at vi intervjuet lederen i 2002. Denne BUP-poliklinikken hadde imidlertid fått sterk økning i bemanningen fra 2001 til 2002.

Som i 2002 var det også en hovedkjerne av fire personellgrupper i forhold til utdanningsbakgrunn i 2004: Psykologspesialister/psykologer, spesialister i barn- og ungdomspsykiatri/leger, kliniske pedagoger, kliniske sosionomer/barnevernpedagoger. BUP-ledere og teamledere var oftest psykologspesialist, men vi intervjuet også noen BUP-ledere/teamledere som hadde andre utdanninger. Dessuten var kliniske medarbeidere med annen utdanning enn psykologutdanning med i en del av intervjuene. Disse var oftest kliniske pedagoger og kliniske sosionomer/barnevernpedagoger med spesialutdanning i barne- og ungdomspsykiatri eller familierterapi.

Flere av BUP-ene hadde problemer med å få besatt legestillinger med spesialister i barne- og ungdomspsykiatri, og enkelte med lege i det hele tatt. Ved to BUP-er sto ca 1 ½ legestilling ledig i 2004 som man ikke hadde klart å få besatt. Den ene BUP-en hadde bare ½ legestilling besatt da det andre intervjuet fant sted. Den andre BUP-en hadde 60 prosent overlegestilling besatt. En tredje og stor BUP manglet overleger (spesialister i barne- og ungdomspsykiatri), og brukte assistentleger i disse stillingene.

En BUP forventet en stillingsøkning fra 2004-2005, og en ny økning i stillinger fram til 2008, slik at man i perioden 2001-2008 vil ha fordoblet stillingstallet – hvis planene blir fulgt.

Enkelte BUP-er, men ikke like mange, opplevde også noen problemer med å få besatt stillinger med psykologspesialister og kliniske pedagoger. Andre hadde ansatt psykologer og pedagoger som videreutdannet seg til å bli klinikere/spesialister.

Få av BUP-ene hadde opplevd noen langvarige problemer med å få ansatt kliniske sosionomer/barnevernpedagoger. Slike problemer ble som regel løst med at man ansatte pedagoger sosionomer/

barnevernpedagoger som ved siden av ordinært arbeid eventuelt videreutdannet seg i klinisk barnepsykiatrisk arbeid.

Mens enkelte BUP-ledere ikke klaget på for få stillinger lenger, mente en annen BUP-leder at så lenge BUP-en for den kommunen vi hadde trukket ut i undersøkelsen ikke hadde nådd 5 %-målet (å gi behandlingstilbud til 5 % av barn og unge under 18 år i regionen årlig) enda, hadde man for få stillinger.

Det var altså en del vakanser i enkelte stillinger, i tillegg hadde noen BUP-er opplevd langtidssykmeldte terapeuter. Der hvor dette skjedde var arbeidsbelastningen ofte betydelig på dem som var i aktivt arbeid. Pga situasjonen med enkelte langtidssykmeldte terapeuter, opplevde enkelte av BUP-ene en situasjon som ikke var forbedret fra 2002 til 2004, snarere tvert i mot. For i perioden hadde BUP-ene som vist i et annet kapittel, en økt tilstrømming av henviste barn og unge. Man klarte ikke å ferdigbehandle like mange som man fikk som nye pasienter, og derfor var det også en betydelig økning i pasientvolum flere steder.

Ved siden av formell kompetanse innen de utdanningsretningene som er nevnt, har de ansatte realkompetanse fra flere områder: De fleste har betydelig fartstid innen barne- og ungdomspsykiatri, både i poliklinikk og for enkelte også barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon. En del har erfaring også fra voksenpsykiatri, noen fra barneverntjeneste og sosialkontor, og enkelte fra PPT/ skolerådgivning.

### 8.2.2 Prioriteringsspørsmål med hensyn på inntakssamtaler og behandling, ventelisteproblematikken

Siden forrige gang vi intervjuet disse lederne/ansatte var det kommet nye bestemmelser om prioritering av køen, og at alle barn og unge som var henvist hadde krav på en første inntakssamtale i løpet av en måned (30 dager). Enkelte pasienter hadde fått overskredet fristen med hensyn til kravet om en inntakssamtale etter en måneds ventetid. ”Trykket på køen” i form av telefoner fra foreldre og generelt trykk fra politisk og administrativt hold i perioden, førte også til at ledere og ansatte oppfattet et betydelig press. Ikke minst hadde presset for å få ferdigbehandlet pasienter og beslutte hvem som kunne avslutte behandlingen (for å få inn flere nye), økt siden forrige intervju. Dette fikk vi også beskrevet i brukerintervjuer med enkelte unge og deres

pårørende i et annet prosjekt i forbindelse med evaluering av Opptrappingsplanen (Sverdrup, Myrvold et al. 2007).

De fleste BUP-ene hadde opplevd økt henvisning av brukere i perioden mellom de to intervjuene. Dette er i overensstemmelse med det vi har beskrevet nasjonalt i kapittel 12 om utviklingen i antallet BUP-klienter. En av BUP-ene i undersøkelsen hadde særlig opplevd økning fra 2003 til 2004. Noen av BUP-ene hadde fått lengre ventelister i 2004 enn de hadde da vi intervjuet BUP-lederne deres i 2002, på tross av at de fleste hadde fått en viss økning i tallet på ansatte. En BUP-leder fortalte om 40 prosent økning i henvisningene hittil i 2004 (de ti første månedene av 2004 i forhold til 2003). En annen BUP-leder fortalte om 40-50 prosent økning i henvisningstallet i annet halvår 2003 og også en slik økning i første halvår 2004. Økningen gjaldt både barn og unge fra den kommunen vår undersøkelse gjaldt, og for BUP-området for øvrig.

En tredje BUP-leder fortalte om 60-70 pasienter på venteliste i 2004. For andre brukere kunne det fortsatt bli til dels lange ventetider, bl.a. på grunn av økt tilstrømming av nye pasienter. Ved en BUP var ventetiden blitt lengre i den toårs perioden bl.a. pga langvarig sykefravær for et par terapeuter. BUP-lederne fortalte i intervjuene at de prioriterte dem som skulle ha høyest prioritet i følge bestemmelsene om "nødvendig helsehjelp".

En av BUP-ene hadde kortere venteliste fra 2003 til 2004/2005. Da vi intervjuet BUP-leder første gang var det ca 1 ½ års venteliste. Ved det siste intervjuet (begynnelsen av 2005) var ventelisten på ca et år. BUP-leder understreket at det var få som ventet så lenge. Det han kalte realtid for venting var ca 4 måneder. De fleste fikk tilbud innenfor denne tiden. Noen fikk tilbud i løpet av 14 dager til en måned. Ved øyeblikkelig hjelp ga BUP-en hjelp dagen etterpå.

Ved både en stor og en betydelig mindre BUP hadde poliklinikklederen i større grad delt ansvaret for administrasjon og gjennomgang av henvisninger med teamledere og overleger etter intervjuene i 2002. Ettersom BUP-ene ble større så vi flere steder at poliklinikkledere i større grad trakk inn andre høyt kompetente ansatte, også de med lang fartstid og behandlingsansvar, i arbeidet med inntak og ventelister. Ikke ved noen BUP-er satt kun en person med inntaket. Alle BUP-ene hadde møtevirksomhet i forbindelse med gjennomgang og fordeling av nye saker. Teamledere kunne sitte med ansvaret for sin del av ventelistene i 2004/2005, tidligere var det ofte poliklinikkleder.

### 8.2.3 Generelt om Opptrappingsplanen for psykisk helse

Det kom en del positiv omtale av Opptrappingsplanen i intervjuene vi hadde med BUP-ledere og ansatte. Riktignok kunne positiv omtale også ha kritiske ansatser når det gjaldt mengden av dokumentasjon som ble krevd av terapeutene. Dokumentasjonskravene synes å ha økt i perioden. Her er et eksempel på dette, vist gjennom sitat fra en BUP-leder som både gir ros og ris:

Jeg syns at Opptrappingsplanen har vært helt genial for barne- og ungdomspsykiatrien. Den har jo vært absolutt påkrevd. Det ... har vært altfor mye fokus på produktivitet. Man får jo inntrykk av at man er en slabbedask når man har jobbet i dette feltet og at man har sittet og tvinnnet tommeltotter og ikke gjort noen ting. Det er vel litt sånn ... at det er blitt veldig mye fokus på dokumentasjon. Så mye av Opptrappingsplanen har jo gått ... altså vi bruker masse, masse tid på å dokumentere det vi gjorde tidligere, bare at nå må vi skrive det i flere dokumenter. Det er meningsløst. Det oppleves ikke som meningsfylt for behandlerne, og det er demotiverende.

Men selv om det kom flere positive uttalelser om Opptrappingsplanen rent generelt, var man i BUP-poliklinikkene ofte mer i tvil om de aktuelle psykiatriplanene i de kommunene man samarbeidet med (jfr. nedenfor). Noen av kommunene hadde oppdatert sine psykiatriplaner i perioden, mens andre kommuner, ifølge de BUP-ansatte, ikke hadde gjort dette.

### 8.2.4 Opptrappingsplaner for behandlerstillinger

Flere BUP-er hadde fortsatt opptrappingsplaner for behandlerstillinger som er betydelige da vi intervjuet BUP-lederne deres i 2004. En BUP hadde for eksempel trappet opp behandlerstaben (summen av psykologspesialist, lege som er spesialist i barnepsykiatri (eller i spesialistutdanning), klinisk pedagog, klinisk sosionom/ barneverns-pedagog) fra ca 15 stillinger i 2002 til 16-17 stillinger i 2004, men skulle etter planen opp til 24 stillinger i 2008.

Flere av BUP-ene hadde fortsatt i 2004 manglende dekning når det gjaldt barne- og ungdomspsykiatere. Heller ikke alle hadde nok tilgang på leger i utdanningsstilling til denne spesialiteten. Noen hadde fortsatt stillingsutlysninger på dette, men fikk ikke alltid tak i

kvalifiserte søkere, da det fortsatt er mangel på barne- og ungdomspsykiatere. Noen steder hadde opprettelse av ”nye filialer” i BUP-systemet gjort at moderenheten hadde mistet spesialist i barne- og ungdomspsykiatri (som hadde søkt og fått overlegestilling i ”ny filial”). Særlig var det mangel på erfarne leger med spesialistutdanning, og overleger. Dette gjaldt også i en av de større byene. Flere steder konkurrerte man med BUP’er i nabobyer om de samme legene og kunne tape i konkurransen om dem.

Flere BUP-er manglet også fortsatt kliniske psykologer og pedagoger, men disse synes å være noe mindre vanskelig å få ansatt når de lyste ut stillinger.

Behovet for flere sosionomer og barnevernpedagoger var også til stede enkelte steder, mens synes klart mindre presserende når BUP-lederne beskrev hvilke stillinger de hadde og hvilke stillinger som var utlyst eller skulle utlyses i nær framtid (det nærmeste året).

Flere av BUP-ene hadde ikke økt så mye med hensyn på stillinger fra 2002-2004, men hadde planer om betydelig opptrapping fram til 2008. For enkelte BUP-er hadde lav stillingsøkning fra 2002-2004 sammenheng med at de ventet på å få større lokaler, som de enda ikke hadde fått i 2004. For enkelte poliklinikker var det altså for få kontorer i de bygningene de var i, og en vesentlig stillingsøkning ville de få glede av først når de flyttet til større lokaler (planlagt for minst to av dem i 2005). En BUP hadde nokså nylig fått nye lokaler da vi intervjuet lederen deres ved årsskiftet 2004/2005.

### 8.2.5 Psykiatriplaner

På spørsmål om det hadde skjedd noen endring i psykiatriplanen (både for den statlige poliklinikken og den berørte kommunens psykiatriplan) og om det hadde skjedd noen endring i organisering av BUP-en i to-årsperioden, svarte en av poliklinikklederne slik:

...Psykiatriplanen – altså vår psykiatriplan, er ikke revidert. For den følges og det har jo gjort at vi har fått flere stillinger knyttet opp til vår region. Det vil si at vi har fått en mindre region med det samme antall behandlere. Men det er fortsatt sånn at det er, poliklinikken her, som er den som er minst bygd ut. Så har de bygd opp full poliklinikk i omegnskommunene. Så henger vi litt igjen knyttet opp til en stilling for å være oppe på det som skal være. Men vår kommune har gjort en revidering av sin psykiatriplan, der de ser på hva slags

type tilbud de forskjellige typer unger skal ha. De har lagt opp mye mer en plan om hva slags type metodikk de vil bruke knyttet opp til for eksempel atferdsvansker, som er kanskje det største fokuset.

Flere av de noe større bykommunene i undersøkelsen så ut til å arbeide nokså målbevisst med sine psykiatriplaner. De statlige BUP-poliklinikkene ble referert til i arbeidet.

Lederen for poliklinikken som hadde ansvaret for en mindre kommune, svarte i 2004 at denne kommunen enda ikke hadde fått noen psykiatriplan, så langt hun kjente til. Hun kjente heller ikke til at kommunen hadde fått noen plan som var koblet opp mot den statlige strategiplanen for barn og unges psykiske helse.

BUP-lederen kjente kommunen bedre enn for to år siden, men hadde ikke fått noen oppdatert psykiatriplan tilsendt fra dem.

De større byene hadde i større grad oppdatert sine psykiatriplaner i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse - og i forhold til helseforetakenes spesialisthelsetjenester (voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, mobile tjenester/team og rehabiliteringstjeneste).

### 8.2.6 Strategiplanen for barn og unges psykisk helse

Alle BUP'ene ble i det andre intervjuet spurt om hvordan de eventuelt hadde jobbet med regjeringens strategiplan (Helsedepartementet 2003). Alle kjente til denne i 2004/2005 og hadde jobbet med den. De fleste hadde blitt kjent med strategiplanen gjennom RBUP eller BUP-seminarer, få hadde fått den presentert "tjenestevei" – gjennom helseforetaket. BUP-lederne kommenterte i all hovedsak strategiplanen positivt.

En leder mente at en foreløpig utgave av strategiplanen som hun hadde blitt kjent med, hadde vært noe mer oversiktlig enn den endelige versjonen av strategiplanen. Den endelige versjonen har svært mange avsnitt, og fokuset på de viktigste elementene i planen ble i følge henne noe mer utydelig i den endelige versjonen.

### 8.2.7 Organisering – team

BUP'ene var til dels noe ulikt organisert. De fleste behandlet alle aldersgrupper fra 0 til 18 år, enkelte ga også noe hjelp til dem som hadde passert 18 år.



Flere av BUP-ene hadde organisert seg i ulike team. Som regel hadde man organisert BUP-en i 2-4 team – avhengig av total størrelse på poliklinikken. Et sted var teamene bestående av om lag fem terapeuter, et annet sted var det opp til ti ansatte i hvert team. Noen organiserte teamene delvis etter funksjoner de hadde (enkelte team hadde spesialkompetanse, for eksempel vedrørende spiseproblemer, ADHD eller seksuelle overgrep). Andre BUP-er organiserte teamene etter geografi, slik at teamene dekket ulike geografiske områder (kommuner) innenfor BUP-ens opptaksområde.

I en by fortalte leder for den barnepsykiatriske poliklinikken at de hadde organisert barnepsykiatrisk poliklinikk og ungdomspsykiatrisk poliklinikk hver for seg.

Til sammen snakket vi med BUP-ledere i tre store byer og i tre byer av middels størrelse. Flere av byene hadde også ansvar for behandling av barn og unge fra omegnskommuner. Teamene var som regel organisert slik at et team dekket både en del av bykommunen og en eller flere omegnskommuner.

En av de største BUP'ene hadde en organisering som ga dem en del kontakt med andre hjelpetjenester, og de drev veiledning av enkelte andre instanser i bykommunen.

En av BUP-ene hadde i tillegg opprettet nytt kontorsted - med terapirom - i en av de nabokommunene den betjente. Målsettingen var at alle terapeutene skulle ha en fast tid til pasientbehandling ved denne "satelitten". Fire av ukas fem dager var dette kontoret betjent med mer enn en ansatt. BUP-leder ønsket seg også at minst en av terapeutene hadde fast arbeidssted ved denne enheten. Man hadde også faste møter med andre hjelpetjenester for barn og unge i denne kommunen.

Vi intervjuet også leder og klinisk medarbeider ved en ambulant enhet eller en oppsøkende psykiatritjeneste for barn og unge (ble også intervjuet i fase 1). Denne ambulante tjenesten dekket et stort antall kommuner rundt en større by. Den ambulante tjenesten hadde i stor grad møter med andre hjelpetjenester for barn og unge i den enkelte sak.

Siden våre forrige intervjuer var det skjedd en del med hensyn til organisering. Det som likevel slår oss er den store variasjonen i organiseringen av BUP-poliklinikker, både i 2002/2003 og 2004/2005. De største klinikkene vil fungere nokså forskjellig fra de minste, blant annet på grunn av den vesentlig større spesialiseringen på større poliklinikker. Også graden og måten man betjener omegnskommuner

på varierer betydelig, både i små og store klinikker og ved både det første og det andre intervjuet.

### **Forebyggende innsats**

På tross av mangler særlig når det gjaldt ansatte psykolog- og legespesialister, deltok enkelte BUP-er noe i forebyggende arbeid (bl.a. med undervisning av lektorer/lærere i videregående skole i psykisk helseproblemer hos ungdom). Men flere ledere sa klart at de dessverre måtte nedprioritere forebyggende arbeid fordi de hadde så trangt med stillinger (ansatte i aktive stillinger) i forhold til behovet når det gjaldt behandlingsressurser til alvorlig syke barn og unge. Etisk var det etter deres syn da klart betenkelig hvis man skulle benytte noe særlig av behandlingsressursene på forebyggende arbeid.

Ved en av BUP-ene arbeidet et team med Webster Stratton, som er en tiltaksform med forebyggende aspekter. Dette teamet var en del ute på skoler, i kontakt med helsesøstre og andre ansatte i kommunen som denne BUP-en betjente.

Lederen for en av poliklinikkene illustrerte på problemet som oppsto hvis de skulle bidra mer i forebyggende arbeid:

Vi har planer, men vi venter med å iverksette de, og det har noe med at ... vi ser på en måte at alle nye oppdrag vi tar på oss ... det påvirker ventelistene våre. Sånn at vi på en måte er veldig bundet av den pasientmassen og den pasientpågangen som kommer her, og det gjør at vi blir bundet litt på hender og føtter, at vi ikke kommer opp på det nivået der vi kunne jobbet mye mer forebyggende. Det er jo litt trist, men det er en realitet, vi opplever det slik. Det er klart at det er å bite seg selv i halen hele tiden på en måte, bare jobbe med det som kommer, og ikke gå ut og tenke at man kan stoppe flommen litt lengre ute, eller litt lengre oppe i elven, det er et godt spørsmål tenkte jeg. Men vi ser ikke at vi har kapasitet til det nå. Vi føler at strømmen er såpass sterk der nede at vi må stå og holde på det fortsatt.

En annen BUP-leder fortalte at de fikk henvist mange store barn, en del henvisninger av ungdom kom veldig seint, etter at problemene hadde bygget seg opp over lang tid. BUP-en prøver nå i større grad å nå de minste barna som en forebyggende strategi. Vedkommende mente også at det var veldig viktig at førstelinjen bygges opp best mulig for å forebygge at barn i det hele tatt ble psykiatriske pasienter, med det stigma det kunne medføre. På spørsmål om å definere dette

nærmere, viste vedkommende til at barn i den kommunen vi hadde trukket ut hadde en viss reiseavstand, de skulle ta reisefri fra skolen, foreldre skulle eventuelt også ta fri for å komme inn til poliklinikken og sykehuset. Det skulle skapes nye relasjoner til nye mennesker. Det innebærer en høyere terskel enn å arbeide med problemene lokalt.

Denne BUP-en drev en del forebyggende arbeid i form av samarbeid med både barnevern, PPT og helsesøstertjenesten gjennom konsultasjonsordning, og gjennom undervisning av medisinerstudenter. Enkelte ganger underviser og informerer de ansatte også litt på skoler, om for eksempel om ulike tilstandsbidder, Asberger, ADHD og liknende problemer. De jobber også i forhold til noen asylmottak og drøfter problemer angående psykisk helse med de ansatte der. Denne BUP-en hadde også et flyktningeteam som også jobbet til dels forebyggende opp mot førstelinjetjenesten.

#### **Anonyme saker**

Det var i 2004/2005 slutt på å drøfte anonyme saker med andre tjenester ved noen av BUP-ene.

En av de store BUP-ene drøftet fortsatt saker anonymt i et forum med enkeltansatte i førstelinjen i den kommunen som var trukket ut i denne undersøkelsen. Forumet var en del av en konsultasjonsavtale som var opprettet. Her kunne de drøfte saker det kunne være aktuelt å henvise til BUP, samt saker som BUP allerede var inne i. Man var i slike drøftinger strenge med overholdelse av taushetsplikten. Hvis noen skulle ha kjennskap til navn skulle det være med foreldrenes tillatelse, eventuelt med ungdommenes tillatelse hvis de var gamle nok.

### **8.3 Barneverntjenestenes synspunkter**

Annen fase av intervjuer i 2004 omfattet liksom første fase i 2002 leder/fagansvarlige og enkelte ansatte i barneverntjenestene i de samme seks kommunene som omtalt tidligere. I forhold til barneverntjenesten hadde man ikke det samme problemet som i BUP at kommunen ble betjent av en barneverntjeneste i en annen kommune slik man har for de fleste spesialisthelsetjenester. Alle kommuner er pålagt å organisere en barneverntjeneste, og alle de seks kommunene hadde egen barneverntjeneste både i 2002 og i 2004<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Vi intervjuet også ledere/ansatte i tre kommuners PP-tjenester og helsesøstertjenester i samarbeid med et prosjekt ved SINTEF Helse, mens SINTEF Helse intervjuet i tre andre kommuner. SINTEF Helse analyserer

### 8.3.1 Organisering, stillinger, ansattes kompetanse

Den største endringen av organiseringen i barneverntjenestene hadde ikke skjedd på det kommunale nivået som vår undersøkelse i hovedsak omfatter, men på det statlige nivået. Likevel berørte dette den kommunale barneverntjenesten, kanskje særlig i mindre og mellomstore kommuner, når det gjaldt barn og unge som skulle plasseres utenfor hjemmet, barn og unge som skulle få tilbud om MST osv. De mellomstore og mindre kommunene benyttet nok også i noe større grad den statlige barneverntjenesten i form av deres fagteam enn det de større kommunene gjorde. Da våre intervjuer ble foretatt var også den statlige barneverntjenesten i sin oppstart: Man hadde startet opp med det statlige regionale barnevernet (BUF-etat) 1.januar 2004, mens Barn-, ungdoms- og familiedirektoratet ble opprettet 1.juli samme år. De ansatte i de kommunale barneverntjenestene hadde nok derfor ikke rukket å bli veldig godt kjent med sine kolleger i annenlinjetjenesten barnevern<sup>30</sup>. Fra 1.1.2004 ble det etablert fem statlige barnevernregioner og 26 regionale fagteam. Fagteamene er kommunenes kontakt til det statlige barnevernet.

Lokalt hadde enkelte kommuner hatt omorganisering i form av at det var etablert virksomheter med virksomhetsleder under rådmannen. Barneverntjenesten var blitt en virksomhet, psykiatritjenesten en annen osv i en av kommunene. Noen ledere hadde gjennom omorganiseringen fått flere oppgaver enn før. Lederen i én kommune beskrev dette med at vedkommende nå måtte jobbe enda mer planmessig, en skulle jobbe med flere ting, blant annet brukeren i sentrum, serviceerklæringer. Hun beskrev det som at alt er formalisert mer.

I en liten kommune hadde man også omorganisert noe siden sist. Barnevernet lå under sosialsjef før, men i det siste var det besluttet at man fikk en fagansvarlig for barnevern og en fagansvarlig for sosial. Man tok bort lederrollen, og fikk to fagansvarlige i stedet.

Lokalt var det få av de seks kommunene som hadde fått flere stillinger i barneverntjenesten i perioden 2002-2004. Barneverntjenesten i

---

resultatene fra intervjuene med disse to tjenestene i de seks kommunene. Alle de seks kommunene hadde helsesøstertjenester. Men en av de små kommunene, som ikke hadde PP-tjeneste i 2002 og da benyttet privat psykolog til denne funksjonen, delte i 2004 PP-tjeneste med en større nabokommune.

<sup>30</sup> Men en del av de ansatte i det statlige barnevernet fulgte med over fra de tidligere fylkesbarnevernet.

kommunene har jo tidligere (på nittallet) hatt en kraftig opptrapping, og er inne i en periode med mindre vekst. I 2004 og 2005 var det nok særlig det statlige barnevernet som økte i omfang (sammenliknet med fylkesbarnevernet i 2003).

Den minste kommunen (mellom 3.000 og 4.000 innbyggere) hadde tre fagstillinger i barnevernet i 2004. De hadde også hatt tre stillingshjempler i 2002, men den gangen var bare to av dem besatt.

Gjennomgående var de kommunale barnvernkontorene klart mindre enn BUP-poliklinikkene med hensyn til antall ansatte, men så betjente de jo også som oftest områder med lavere innbyggertall enn det BUP-ene gjorde. BUP-ene betjente (med noen få unntak) tre eller flere kommuner i 2004.

Barnevernkontorene er fortsatt dominert av barnevernpedagoger og sosionomer når det gjelder sine fagtilsatte, slik de også var i 2002. Enkelte av de ansatte (også enkelte av lederne/fagansvarlige) har også utdanning i spesialpedagogikk, nettverksarbeid og tverrfaglig arbeid, samt veiledningskompetanse.

Ved enkelte kontorer hadde det vært en stabil og fast kjerne av medarbeidere i mange år. Ved et av kontorene hadde flere vært ansatt i mer enn ti år. Medarbeideren som hadde kortest fartstid i 2004 hadde vært der i mer enn fem år.

I en annen kommune med liten barneverntjeneste med få ansatte hadde de barnevernansatte vært i sine stillinger noe kortere tid, men hadde likevel lang fartstid innen hjelpetjenester for barn. En av saksbehandlerne som vi intervjuet i helse- og sosialetaten, knyttet opp mot barnevernet. Dette gjaldt i sær i saker med psykososiale spørsmål. Vedkommende hadde tidligere arbeidet lenge i barne- og ungdomspsykiatrien.

Flere av de barnevernansatte hadde vært på en del kurs siden det første intervjuet i 2002. Temaene hadde blant annet vært fosterhjems- og tilsynsarbeid, tiltaksplaner, omsorgsplaner, reaktive tilknytningsforstyrrelser hos barn og unge og kurser i sorg og sorgarbeid. En del av disse kursene ble holdt med midler fra psykiatriplanene i kommunene.

Fra de ansatte i den minste kommunen ble det påpekt at man hadde en del kompetanse innen psykisk helsearbeid når man så på ansatte i førstelinjen helse og sosial samlet. Men det ble også påpekt at en liten kommune ikke kunne ha tilstrekkelig kompetanse til å takle relativt

sjeldent forekommende problemtilstander. I slike tilfelle måtte man henvisse til kompetanse utenfor kommunen, eller hente inn denne.

### 8.3.2 Psykiatriplaner

Vi spurte ledere og ansatte i barneverntjenesten om deres tjeneste var inkludert i psykiatriplanen for kommunen.

Her varierte svarene en god del i 2004.

En av barnevernlederne svarte i 2004 at barneverntjenesten var blitt godt inkludert i psykiatriplanen den siste tiden. I løpet av det siste året var det tilsatt en miljøterapeut som jobbet i familier der far eller mor har en psykisk lidelse. Vedkommende kunne også gå inn i familier der barna eller ungdommene hadde litt psykiske vansker, for å undersøke i hvilken grad det hadde noe med mors eller fars sykdom å gjøre. Også saker med rus hos ungdom eller foreldre kunne miljøarbeideren gå inn i. Dette var en miljøarbeider som kjente psykiatrien. Dette var satt i gang ved hjelp av psykiatrimidler. Slike midler ble også benyttet til fritidstilbud til noen av de barn og unge som trengte dette.

Barneverntjenesten i denne kommunen hadde dratt i gang et barne- og ungdomsprosjekt hvor skolene også var involvert. Dette var for elever som hadde spesielt behov for oppfølging på sosialt og emosjonelt plan. Dette tiltaket samarbeidet med et såkalt tiltakshus, som sosialkontoret opprinnelig hadde kjøpt. I tiltakshuset var mor-barn treff, et åpent lekested samt også en åpen barnehage som barnevernet hadde dratt i gang.

På spørsmål om psykiatriplanen var koblet opp mot strategiplanen for barn og unge svarte barnevernlederen i den samme kommunen at man hadde en hovedplan for kommunen, som matchet inn i de andre planene. Det gjaldt både psykiatriplan, barne- og ungdomsplan, barnevernplan og rusplan. Alle planene var samkjørt og hang sammen med hovedplanen eller handlingsplanen for kommunen. Handlingsplanen rulleres jevnlig. For tiden arbeidet man spesifikt med oppfølging etter 17-årsalderen som en del av opptrappingsplanarbeidet.

Barnevernlederen i en annen kommune svarte at barneverntjenesten kun var inkludert i psykiatriplanen i begrenset grad – også i 2004. Da psykiatriplanen ble laget for denne kommunen noen år siden, var barn

og unge i liten grad inne i planen, i følge denne lederen.<sup>31</sup> Det er fastsatt at 20 prosent av psykiatrimidlene skulle gå til barn og unge, men det hadde ikke denne kommunen fått til enda. Det siste tallet barnevernlederen kjente til var at 15 % av psykiatrimidlene i kommunen ble brukt til barn og unge. Barnevernleder informerte om at det var opprettet en familieavdeling i kommunen som ledd i arbeidet med å opprette tilbud til barn og unge. Dette var et lavterskeltilbud, med blant annet en barnevernspedagog tilsatt. Barnevernleder understreket behovet for at kommunen hadde ansatt en psykiatrisk sykepleier eller aller helst en psykolog med nødvendig spisskompetanse i full stilling rettet mot barn og unge i kommunen. Denne kommunen hadde over 10.000 innbyggere i 2004, det er altså ikke en liten kommune i norsk målestokk.

På direkte spørsmål til barnevernlederen om vedkommende hadde sett noen effekt av psykiatrisatsingen i kommunen svarte hun:

Nei, jeg har ikke sett noen effekt av det. Ikke noen effekt, hvis man definerer det til effekt som barnevernstjenesten kan brukes for eksempel i forhold til henvisning videre. Det har vi ikke sett. Men noe av resultatet av at BUP-systemet ikke har tiltak, at det er stort sett mangelfull kompetanse i forhold til å være kreativ og ha en multikompetanse på barn og unge, så gikk jeg og ledende helsesøster i bresjen for å lage noe som heter samarbeidsmodell innad i kommunen. Denne samarbeidsmodellen som retter seg også da mot barn og unge med psykiske problemer og familiene deres, bygde på tre nivå. Vi fikk da – jeg så med en gang at vi må ha en forankring på rådmannsnivå for å få gjennomslag, og det fikk vi.

Så det hadde skjedd noe i denne kommunen – men etter barnevernleders oppfatning ikke som direkte følge av psykiatriplanen.

Andre barnevernledere som for øvrig var positive fordi barn og unge og barnevernet var sentralt inne i psykiatriplanen, var likevel litt delte i forhold til slike nasjonale strategier. Mange mente at det var for knappe økonomiske midler, men mange fine ord i slike planer.

---

<sup>31</sup> BUP-en lå ikke i denne kommunen. Det kan ha hatt en betydning for manglende barneperspektiv i psykiatriplanen - uten at barnevernlederen konkluderte på den måten.

## 8.4 Oppsummering

Opptrappingsplanen har bl.a. som målsetting at det skal opprettes stillinger til 400 flere fagpersoner i poliklinisk virksomhet (statlige tiltak for barn og unge), at det skal opprettes 260 flere årsverk til styrking av psykososiale tjenester, støttekontakt, kultur- og fritidstiltak for barn og unge med psykososiale lidelser og 800 flere årsverk til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kommunale tiltak for barn og unge) (Sosial og helsedirektoratet 2003:85).

Analysen av statistikk over årsverk nasjonalt viser at det har forekommet en generell økning i tallet på ansatte i BUP-poliklinikker de seinere årene. I alt ble det utført vel 2.850 årsverk i spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern for barn og unge i hele landet i løpet av 2002. Ved utgangen av 2005 hadde tallet på årsverk øket til vel 3.200. Dette var en økning i årsverk på nær 12 prosent i løpet av disse tre årene.

Legeårsverkene økte fra til sammen 225 i 2002 til vel 260 i 2005, med om lag halvparten av årsverkene på spesialister i psykiatri og den andre halvparten på leger som ikke er (ferdige) spesialister. Prosentvis hadde legeårsverkene en noe høyere økning (16-18 prosentpoeng) enn det vi fant for alle årsverkene for alt personell samlet. Psykologbemanningen var høyere enn legebemanningen i denne spesialisthelsetjenesten, og psykologbemanningen økte også mest i løpet av disse årene. Psykologer i denne tjenesten økte fra til sammen vel 530 årsverk i 2002 til vel 660 årsverk i 2005. Tallet på årsverk av kliniske psykologer økte med nær 40 prosent fra 2002 til 2005.

På tross av økningen i antallet ansatte i spesialisthelsetjenesten er ikke målene for Opptrappingsplanen nådd enda – det gjelder særlig de kommunale stillingene og klargjøring av feltet ”kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge”. Dette kommunale feltet (helsetjenesten) er imidlertid utenfor dette prosjektets oppdragsramme.

Antall årsverk i kommunale barnevernstillinger økte noe mindre grad i perioden 2002-2005 enn antallet ansatte i spesialisthelsetjenesten. Tallet på årsverk innen kommunalt barnevern hadde samlet 5 prosent økning, mot tilsvarende nær 12 prosent for spesialisthelsetjenesten. Riktignok hadde enkelte personellgrupper innen barnevern økt mer enn andre, for eksempel barnevernspedagoger (nær 9 prosent). Men det var også enkelte personellgrupper som hadde hatt nedgang. Stillinger besatt med personer med merkantil utdanning hadde en nedgang i tallet på årsverk med 4 prosent. Antallet årsverk i statlig regionalt barnevern (2003-2005) økte samlet med 2 prosent, dette var



en mindre økning enn i kommunalt barnevern (2002-2005). For barnevernet hadde heller ikke Opptrappingsplanen for psykisk helse satt noen spesifikke mål. Opptrappingsplanen burde muligens ha etablert målsettinger også for barnevernets stillingsutvikling, siden man etablerte målsettinger for økning i stillinger innen førstelinje helsetjeneste ("førstelinje psykisk helse barn og unge" – blant annet helsesøsterstillinger).

Analysen av intervjuene vi har foretatt viser at det har forekommet en generell økning i tallet på ansatte i BUP-poliklinikker de seinere årene, men ikke alle de BUP-lederne vi snakket med hadde merket noen økning i perioden 2002-2005. Enkelte hadde fått noen flere stillinger før 2002, men ikke i 2003 eller 2004. Enkelte hadde fått stillingshjemler som de ikke hadde klart å besette, det gjaldt i sær BUP-poliklinikker som ikke lå i de største byene. Særlig var det vanskelig å få besatt stillinger med barne- og ungdomspsykiatere (ferdig utdannede spesialister, som overleger). Ofte hadde man underbemannede BUP-er på legesiden, eller legestillingene var bemannet med personell i utdanningsstilling med hensyn på spesialistkompetanse. Enkelte BUP-er hadde også hatt vanskeligheter med å få ansatt psykologspesialister (barn og unge), men i de større byene var dette greiere, og det var også noe lettere i mindre og mellomstore kommuner i 2005 enn i 2002.

For BUP-lederne gikk det greit å ansette sosionomer/ barnevern-pedagoger og kliniske pedagoger. Ikke alle i disse stillingene hadde ferdig spesialistkompetanse, men de fikk som regel videreutdanne seg mens de var i praksis i BUP-en.

Enkelte barnevernledere mente at mye av stillingsøkningen i BUP de seinere årene hadde skjedd i form av flere sosionomer/ barnevernpedagoger og kliniske pedagoger. Flere barnevernledere savnet psykolog å konferere med hvis de kontaktet BUP om en vanskelig sak. De mislikte hvis de fikk følelsen av å "måtte gå en ny runde" med sosionom/barnevernpedagog innledningsvis på en BUP hvis de mente at barnet og familien det gjaldt hadde vært tilstrekkelig utredet barnevernfaglig i egen tjeneste.

Sammenliknet med stillingsøkninger i BUP hadde det blitt opprettet færre nye stillinger i barneverntjenesten i denne perioden. Enkelte ledere i barneverntjenesten ønsket seg psykologspesialister, men fikk sjelden hjemmel til å ansette denne gruppen av personell. I barneverntjenesten hadde de fleste klinisk ansatte bakgrunn som klinisk sosionom eller klinisk barnevernpedagog.

Tilgangen til ferdige spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialister er begrenset og stillinger er vanskelige å få besatt, ikke bare for de mindre BUP-ene, men også for noen av de større. Særlig gjelder dette overleger. Enkelte ansatte i barneverntjenesten frykter at mange av de 400 nye stillingene blir besatt med sosionomer og barnevernpedagoger. Disse gruppene kan gjøre en god jobb etter sin kliniske spesialisering, men en del av samarbeidspartnerne ønsker seg flere psykologer i BUP-ene.

## 9 Synspunkter på tilgjengelighet i 2004/2005

I dette kapitlet presenteres analyser av tilgjengelighet til BUP-ene og barneverntjenestene slik ledere og ansatte for de to tjenestene i seks kommuner vurderte denne i 2004/2005. Informantene omtaler både tilgjengeligheten til egen tjeneste og tilgjengeligheten til enkelte andre hjelpetjenester. Ved siden av generelle synspunkter på tilgjengelighet til hjelpetjenester, gis vurderinger av tilgjengelighet i forhold til inntak/mottak, kapasitet, åpningstider, akuttberedskap, tilgjengelighet for ulike aldersgrupper.

Datamaterialet som benyttes er de kvalitative intervjuene NIBR og SINTEF Helse foretok med ledere og ansatte i de to aktuelle prosjektene.

### 9.1 BUP-poliklinikkens synspunkter

#### 9.1.1 Generelt om tilgjengelighet

Vi startet intervjuet med BUP-ledere og enkelte klinikere i de seks kommunene med spørsmål om deres synspunkter på tilgjengelighet. Etter at vi presiserte undersøkelsens utgangspunkt fikk vi en dialog med BUP-lederne i de seks områdene om dette.

Flere av dem synes fortsatt ikke Opptrappingsplanens dokumenter ga dem noe gode virkemidler når det gjaldt tilgjengelighet, og at de savnet bedre presisering av tilgjengelighet for ulike pasientgrupper – både når det gjaldt tid de måtte vente og kompetanse som trengs til ulike pasientgrupper. Et av synspunktene de fremmet kan konkretiseres ved dette sitatet fra en av BUP-lederne:

...jeg synes ikke at vi på en måte har fått nok føringer knyttet opp til at spesialisthelsetjenesten skal være en

behandlingsenhet. At det er behandling av psykiske lidelser vi skal gjøre. Nå får vi et veldig trykk på at vi skal få pasientene gjennom systemet, nesten litt ukritisk til hva vi gjør. Det har aldri vært noe spørsmål om differensiering av behandlingstilbud, eller at vi faktisk skal ha fokus på å behandle pasienter. Det hadde jeg forventet at man skulle tenke mer om.

Flere av BUP-lederne mente at de var vel så godt tilgjengelige for de sykeste pasientene i 2004 som to år tidligere. Men flere understreket som nevnt at tallet på henvisninger hadde økt (med opptil 40 prosent), og at køene ikke hadde blitt redusert, men i noen tilfelle økt.

Bestemmelsen bl.a. om inntakssamtale og prioritering var endret i perioden 2002-2004. De fleste klarte å kalle inn pasienter som ble henvist, til en inntakssamtale i løpet av en måneds tid. Men etter inntakssamtalen begynte venting i køen, spesielt for dem med lav behandlingsprioritet.

Man prioriterte ofte i fire grupper. De barn og unge som fikk høyest prioritet, kalt "øyeblikkelig hjelp" eller "akuttsaker", kunne noen steder komme til dagen etter, eller i løpet av få dager. De med lavest prioritet måtte de fleste steder vente i mange måneder, noen steder inntil et halvt år, i én BUP inntil et år (i 2004/2005).<sup>32</sup>

Flere BUP-ledere understreket imidlertid at de holdt kontroll med ventelisten, slik at barn og unge som eventuelt ble sykere mens de ventet på behandling, kunne bli prioritert opp. Relativt ofte kunne det komme telefoner fra leger/helsesøstere eller foreldre som gjorde at noen ble prioritert fram i køen. Inntaket ble noen steder administrert av et team av behandlere med nokså lang erfaring. Andre steder tok BUP-leder selv hovedansvaret for inntak/venteliste, men som regel i samarbeid med en eller flere fagpersoner til. Noen satte av en hel formiddag en fast ukedag til et slikt inntaksmøte, og behandlet ofte akuttsakene først:

Da ble behandlingsansvarlig oppnevnt. Deretter tar vi de skriftlige henvisningene, ser på fullstendigheten, ser på hvilke rapporter vi skal hente inn, gradere det., vurdere hvilken alvorlighetsgrad det er, .. og medisinsk forsvarlig ventetid. ..

---

<sup>32</sup> Ventetid i 2002 var i denne BUP-en 1 ½ år for dem som måtte vente lengst.

Rutinemessig ble det alltid sendt svar til allmennlegen (fastlegen). Etter inntaksmøtet hadde man ofte et fordelingsmøte. Hvis det var behov for mer avklaring av en sak hadde man noen ganger et møte med henvisende instans, eller et konsultasjonsteam kunne komme inn i svært kompliserte saker med flere berørte parter. BUP-ene la vekt på å forsøke å holde vurderingsfristen på 30 dager, enkelte BUP-ledere sa at de så på den som absolutt.

På denne måten mente man stort sett å være bra tilgjengelig for de sykeste pasientene i 2004, mens barn og unge med lavere prioritet fortsatt måtte vente på behandling, til dels like lenge, enkelte ganger faktisk lengre, enn i 2002.

Flere BUP-ledere fortalte at presset på behandlingsressursene hadde økt i perioden. Det var et større press på utskrivning av klienter som hadde vært i behandling i 2004 enn i 2002. Enkelte ganger ble pasienter i 2004 skrevet ut etter relativt korte behandlingsepisoder, sammenliknet med hva vi ble orientert om i 2002.

BUP-lederne mente at BUP-ene stort sett var godt tilgjengelige (på telefon) ikke bare for foreldre, men også for samarbeidspartnere (fastleger, helsesøstere, PPT og barnevern). Man hadde en del tverrfaglige grupper, ansvarsgrupper for enkeltpasienter/enkeltklienter gående samt generelle samarbeidsprosjekter (bl.a. om forebygging) gående. Men BUP-ene og deres ansatte hadde generelt liten tid til å delta i mer forebyggende arbeid mot sine samarbeidende kommuner.

Enkelte BUP-ledere så det som sin oppgave at BUP-en var tilgjengelig for foreldre som fikk psykiske helseproblemer, særlig når dette kunne relateres til problemer deres barn/unge hadde. Enkelte BUP-er ga i enkelte tilfelle behandlingstilbud også til foreldre. FÅ BUP-er var åpne for at de eventuelt skulle stille utrednings- eller behandlingsressurser tilgjengelig for barn og unge av psykisk syke foreldre. Der mente flere at voksenpsykiatrien måtte ta et ansvar. Som en av BUP-lederne uttrykte det ved det andre intervjuet (2004/2005):

...Det vi har satt fokus på er direkte pasienttiltak. Det er der vi har hatt mest fokus.

... dette med barn av psykisk syke er .. jeg skeptisk til. Jeg mener at man ikke skal sykeliggjøre barn når de ikke har behov. Så mener jeg vel også i utgangspunktet at barn av psykisk syke er en voksenpsykiatrisk problemstilling. De burde tatt seg av barna til de pasientene som blir lagt inn der, i samme grad som vi tar oss av foreldrene til de barna som vi behandler. Så når et barn har problemer

knyttet opp til psykiske lidelser, så er det naturlig for oss å snakke med foreldrene, fordi de er de nærmeste personene til de barna. Sånn vil det være helt naturlig for meg om jeg hadde jobbet i voksenpsykiatrien å tenke at når de pasientene har barn, da er de de nærmeste, de lever sammen med de, og derfor burde snakke med de. ...Vi har såpass lange ventelister så vi tar ikke på oss nye oppdrag før vi har fått tatt hånd om de som faktisk har symptomer, som har barnepsykiatrisk problematikk. Vi prioriterer de alvorlig syke, vi tar ikke på oss nye når det ikke har hast.

Slike synspunkter inngikk blant flere i noe vi så som en tendens: etter som BUP-ene i forbindelse med Opptreppingsplanen og andre endringer fikk flere oppgaver sammen med til dels økt press (økning av pasienttilgangen), måtte man skjerme seg på noen områder.

### 9.1.2 Inntaksvurderingen

Flere BUP-er mener de er blitt bedre til å utrede enn de var for to år siden. Det skyldes både at de ansatte i perioden har fått lengre erfaring og mer spesialisering. Kravet om en inntaksvurdering i løpet av 30 dager (fra man får henvisningen), synes også å ha blitt overveiende godt mottatt hos de BUP-ledere og ansatte vi intervjuet.

Man er ved noen BUP-er blitt flinkere enn før med hensyn til å se flere problemer – og sette dobbeltdiagnoser der hvor dette er nødvendig. En del steder er man også blitt flinkere i forhold til å utrede småbarn.

Noen ganger tok utredningen tid. Utredningen kunne avsluttes med møter som ble kalt diagnostisk vurdering. Her gjennomgikk man den kartlegging som var gjort med de som hadde kartlagt. Det var psykologspesialist og legespesialist med for å stille diagnosen. Deretter drøftes hvilke tiltak som skal gjøres, og man har møter for å diskutere dette med familie og eller barn. I hvor stor grad barna tas inn i denne diskusjonen har med andre å gjøre.

### 9.1.3 Tilgjengelighet i forhold til økt kapasitet

Tilgjengelighet dreier seg også om kapasitet, ble det påpekt fra flere av informantene våre. En behandler – og en BUP - har et visst antall timer til rådighet hver uke og hvert år. Tilgjengelighet er både snakk

om hvor mange behandlingstimer man faktisk har, og om man brukere disse timene fornuftig.

En av lederne nevnte også at tilgjengelighet dreier seg om fleksibilitet. Det ble hevdet at det er lettere å ha fleksibilitet når BUP-en har blitt større, og når den i 2004 hadde langt flere ansatte enn for en del år tilbake. En kan gi et bedre tilpasset individuelt tilbud med for eksempel 12 behandlere enn i en BUP med 5-6 behandlere.

Likevel nevner denne BUP-lederen en fare hvis man blir for spesialisert internt i BUP-en. Da vil man kunne oppleve at pasientene venter på at den enkelte spesialiteten blir ledig – at det blir interne ventelister på spesialtilbud.

#### 9.1.4 Tilgjengelighet og åpningstid

Vanlig arbeidstid, og åpningstider for BUP-ene, er som regel 8.00-15.30. Ingen har utvidet åpningstiden siden forrige intervju. En av BUP-ene planla ved intervjuet i 2004 å innføre mer fleksibel åpningstid. Muligheter for at noen ansatte kunne være til stede i hele tidsperioden fra klokka 07.00 til klokka 17.30 ble drøftet. Denne BUP-en hadde ordinær åpningstid til kl.17.00 en dag i uka i 2004. Flere BUP-er gir mulighet for timeavtale mellom den enkelte behandler og bruker ut over vanlig åpningstid. Ofte ble det gitt timeavtaler på ettermiddagen for elever i videregående skole, slik at ungdommene ikke skulle få så stort fravær. Man gir også timer ut over ettermiddagen når dette er ledd i en viktig prosess. For brukere som var kommet i en i krisesituasjon, kunne behandleren utvide arbeidstiden når dette var nødvendig en enkelt dag. Man forsøker å være fleksibel og tar om nødvendig behandling/møter med andre grupper av brukere/eventuelt deres foreldre også på kveldstid (for eksempel med foreldre som pga arbeidssituasjonen deres hadde vansker med å møte på dagtid).

Ingen av BUP-ene hadde i 2004/2005 øyeblikkelig hjelp-funksjoner ut over vanlig arbeidstid – for eksempel ordinær kvelds- eller nattevakt, helge- eller høytidsvakt. I slike tilfelle måtte brukere/pårørende henvende seg til ordinær legevaktjeneste, eventuelt psykiatrisk legevakt, eventuelt videre til sykehus med barnavdeling eller barne- eller ungdomspsykiatriske døgnplasser (for eksempel ved selvmordsforsøk, annen selvskadning eller akutte psykotiske tilstander). Et delvis unntak var den poliklinikken hvor avdelingsleder også var leder for en akuttpost for ungdom, her kunne foretas akutt kontakt og eventuelt innlegging utenom vanlig arbeidstid.

### 9.1.5 Akuttberedskap og åpningstider

Ingen utenom én av de BUP-ene som var med i denne undersøkelsen hadde akuttberedskap utenom vanlig arbeidstid (som regel daglig åpningstid klokka 8:00 – 15:30 mandag til fredag). Pasienter som trengte akutt legetilsyn/behandling på ettermiddag, kveld, natt eller i helger måtte henvende seg til legevakt/kommunelege/ fastlege eller nærmeste sykehus med barne- eller ungdomspsykiatrisk kompetanse/avdeling. Ved en av poliklinikkene administrerte imidlertid avdelingsleder også en sengepost for akutt innlegging av ungdom, her kunne innleggelser foretas 24 timer i døgnet (inklusive i helger og på helligdager). Denne BUP-en hadde også fast åpningstid til kl.17.00 en dag i uken. Alle BUP-ene hadde akuttvakt i vanlig åpningstid hvor ansvaret kunne gå på skift mellom behandlerne. Noen få BUP-er kunne ta enkelte akuttsaker samme dag som de fikk henvisningen, mens andre tok dem seinest dagen etter. I enkeltsaker jobbet ansatte noe ut over vanlig åpningstid, men det var for flertallet av BUP-ene ikke noen generell åpningstid på kveldstid daglig. Ingen av BUP-ene hadde heller ordinær vaktordning i helger eller på helligdager. På enkelte BUP-er kunne noen terapeuter ha langåpent en ettermiddag/kveld i uka (gjennom bruk av fleksibel arbeidstid for den enkelte). Dette skjedde særlig for å gi behandlingstimer for ungdom på videregående skole (så de ikke skulle få så mye fravær fra skolen). Dette ble avtalt mellom den enkelte terapeut og ungdom på forhånd, og var ikke noen utpreget akuttfunksjon.

En BUP-leder i en av de mellomstore kommunene hadde halvakkutt avtale med barnevern/politi. Dette innebar ikke ordinær vakt kveld/natt eller helger, men en slags ”bakvakt” slik at barnevernet og politiet i den aktuelle kommunen kunne nå en av de BUP-ansatte mobilt hvis man for eksempel trengte barnepsykiatrisk kompetanse utenom arbeidstid for å få et barn eller en ungdom innlagt.

### 9.1.6 Tilgjengelighet i forhold til ulike aldersgrupper

I tråd med resultater fra kapittel 5 Brukere av barne- og ungdomspsykiatrien 2000-2005, svarer våre informanter at de i mye større grad arbeider med ungdom enn med småbarn. Spedbarn og førskolebarn kommer i svært liten grad til behandling. Flere ledere og ansatte i BUP-er forteller om at de arbeider med å øke sin kompetanse på dette området.

I hvilken grad små barn og spedbarn blir henvist til BUP-ene har ikke dette prosjektet data om. Vi kan derfor ikke si hvordan tilgjenge-



ligheten er for gruppene i førskolealder i forhold til de henvisningene som kommer. Men basert på formelle intervjuer med både BUP-ledere og ansatte samt med ledere og ansatte i helsesøstertjenesten og barneverntjenesten, får vi inntrykk av at det også henvises betydelig færre småbarn til BUP i forhold til de henvisningene som gjelder ungdom. Alle informantgrupper synes imidlertid å være enige om at tilbudet til sped- og småbarn bør økes.

Enkelte av tjenestestedene i barnepsykiatrien nevnte at nasjonale måltall om et visst antall behandlingsepisoder og et visst antall behandlede pasienter per behandler per år skapte et betydelig press. De generelle nasjonale målene var dessuten kombinert med et nytt nasjonalt måltall i perioden om at 20 % av pasientene skulle være i førskolealder. Noen steder kunne det i tillegg være framsatt lokale krav om behandlingsmål for enkelte aldersgrupper. Enkelte BUP-er slet med måltallene særlig når det gjaldt førskolebarn. Det var vanskelig å nå målene her ikke bare fordi de hadde færre ansatte med kompetanse på disse aldersgruppene, men også fordi de fikk få henvisninger når det gjaldt førskolebarn.

En BUP-leder forteller at de har senket terskelen vesentlig for inntak av småbarn. Dessuten fører flere ansatte med PMT-sertifisering enn for to år i denne BUP-en til at det ble tatt inn flere småbarn. Et annet tjenestested forteller at de kunne bli bedt om å assistere barneavdelingen ved sykehuset når det gjaldt for eksempel spisevansker hos veldig små barn.

Det er i sær de større byene, og særlig BUP-er knyttet til universitets-sykehusene, som gir flere tilbud til sped- og småbarn enn før, men man begynner også å se en økning i andelen småbarn i BUP i andre byer. Men også i disse regionene er ungdom i betydelig overvekt når det gjelder dem som faktisk får behandling.

Barneverntjenestene forholder seg i større grad til småbarn og barn i tidlig grunnskolealder enn det BUP-ene gjør (jfr. figur 12.3 i kapittel 12).

### 9.1.7 Tilgjengelighet og fleksibilitet i forhold til førstelinjetjenesten helse

En BUP-leder forteller i det siste intervjuet at de BUP-ansatte stadig blir bedre kjent i førstelinjetjenesten helse siden de også har etablert et mer formelt samarbeid med førstelinjen etter det første intervjuet. Nå har de samarbeidsmøter to ganger i året med førstelinjetjenesten helse i de kommunene BUP-en har ansvar for – det vil si kommunelege,

fysioterapitjeneste, psykiatritjeneste og helsesøster. Hva som er førstelinje psykisk helsevern i kommunene er dårlig definert mente denne BUP-lederen. Men BUP-en sendte invitasjonen til dem via helsesjefen i kommunene. Da kom de gruppene av ansatte som er nevnt. I møtet informerer man om BUP, om RBUP og om videreutdanning og etterutdanning der, siden RBUP også har fått utvidet sitt mandat til å gjelde psykisk helsearbeid i kommunene.

Den mobile barnepsykiatriske enheten hvor vi intervjuet leder og en klinisk medarbeider, fortalte i det siste intervjuet at de hadde opplevd å få kritikk bl.a. fra førstelinjen helse for at de ikke i tilstrekkelig grad tok dem med i behandlingsopplegget overfor barna. De hadde ikke fått slik kritikk fra foreldre eller skole, så denne barnepsykiatriske enheten forsøkte å forstå denne kritikken fordi de mente at de tok med førstelinje helse, barnevern og PPT i samme grad som foreldre og skole. De var kommet til at førstelinje helse nok blant annet hadde reagert fordi de ikke fikk være med på den barnepsykiatriske enhetens interne møter om behandlingsopplegget. Foreldre og skole hadde nok ikke de samme forventninger om dette.

En del av brukerne til denne enheten hadde tidligere vært innlagt i sengepost – og man jobbet bl.a. med tanke på å holde disse barna utenfor sykehus.

En mobil enhet som samarbeider mye med andre instanser, og hvor førstelinjen en del ganger skal videreføre et behandlingsopplegg spesialistenheten har laget, vil kanskje noe lettere kunne oppfatte en slik kritikk enn de mer tradisjonelle BUP-ene. Denne spesialistenheten oppfattet at kritikken nok særlig kom fordi førstelinjen skulle ta opplegget videre og derfor følte det som ”sitt” (selv om spesialistenheten hadde utarbeidet det).

Ansvarsgruppearbeid virket og utbredt i den mobile enheten. Den mobile enheten fortalte også om enkelte store ansvarsgruppemøter (mange deltakere, både fagfolk og instanser) pga til dels kompliserte behandlingsopplegg.

### 9.1.8 Er det gamle myter at BUP-ene er utilgjengelige?

En av BUP-lederne mente generelt at BUP-en var åpen og tilgjengelig, men at de gamle mytene om at de var så vanskelig tilgjengelige var vanskelig å få vekk.

Jeg synes vi er bra tilgjengelig. Vi kan nås, vi har alle slags system. Vi har akuttsystemer, vi har inntak og folk får svar sånn ganske umiddelbart. Så som system tror jeg at vi er rimelig tilgjengelig og serviceminded. ..

BUP-lederne og ansatte klinikere virker nokså fornøyd med egen tilgjengelighet i 2004/2005, men ønsker noe mer kapasitet for å korte ned ventelistene. I et seinere kapittel skal vi få se hvordan ansatte i barneverntjenesten er fornøyde med de samme BUP-enes tilgjengelighet. Før det skal vi presentere resultatene om ledere og ansatte i barneverntjenestenes syn på egen tilgjengelighet.

## 9.2 Barneverntjenestenes synspunkter

### 9.2.1 Generelt om tilgjengelighet

Etter introduksjon og omtale av kommunens personell og organisering på feltet, ble også barneverntjenestenes ledere/fagansvarlige og ansatte presentert for forskernes definisjon av tilgjengelighet<sup>33</sup>.

Tilgjengelighet av tjenester kan handle om hvor raskt man kommer i kontakt med hjelpeinstansen, men kan også defineres til å omfatte hvorvidt man får adekvat hjelp og/eller den hjelpen man føler behov for. Noen stikkord for tilgjengelighet: I hvor stor grad man får rett behandling i rett tid, og unngår unødvendig venting, det vil si at de ikke blir sykere av å vente. På hvilken måte faktorer som kapasitet og kompetanse påvirker tilgjengeligheten her, vil jeg komme tilbake til senere i intervjuet. Tilgjengelighet kan med andre ord påvirkes av flere forhold. Blant annet vil tilgjengeligheten kunne påvirkes av om tjenesten besitter nødvendig fagkompetanse og hvorvidt det er kapasitet til å iverksette tiltaket. Har du noen refleksjoner rundt den definisjonen?

På denne måten fikk vi i gang en dialog mellom de fagansatte og forskerne om begrepet tilgjengelighet.

Vi kan som et eksempel sitere en kommentar i et av intervjuene:

---

<sup>33</sup> Denne definisjonen eller omtalen av tilgjengelighet ble presentert for både BUP, barnevern, PPT og helsesøstertjenestens ledere og ansatte i de seks kommunene.

Generelt når det gjelder barnevernstjenesten i denne kommunen, så er tilgjengeligheten tilnærmet 100 %. Det vil si at ringer det en ungdom eller et foreldrepar, så får de samtale enten samme dag eller dagen etter. Ikke alltid blir det registrert formelt som en barnevernssak, det kommer an på innholdet. Blir det registrert som barnevernssak, er det de vanlige tidsrammene i forhold til saksbehandling vi jobber etter. Selvfølgelig er det saker som alltid vil prioriteres framfor andre saker. Når det gjelder de meldinger vi får, enten det er fra samarbeidspartnere innad i kommunen eller eksterne eller fra private som har fokus på et psykisk problem, så registrerer vi det umiddelbart, og så blir det da kontakt med et hensiktsmessig behandlingssted, for eksempel når det handler om utredning.

Barneverntjenestenes informanter mente tilgjengeligheten til barneverntjenesten i deres kommune generelt var god. En av de fagansvarlige i en mindre kommune mente at de også i tillegg til å være tilgjengelige, hadde en fleksibel tjeneste. Nettopp fordi de var så små kunne de være fleksible. Men hvis de fikk flere store barnevernsaker samtidig, kunne det bli en del press, så det ga også en viss sårbarhet å være en liten tjeneste.

En av de fagansvarlige i den minste kommunen påpekte at de ikke kunne besitte all fagkompetanse selv:

..det er stort sett riktig. Det er en grei definisjon det. Når det gjelder vår tilgjengelighet her i kommunen så kan det være ... at vi ikke sitter med den nødvendige fagkompetansen på alle områder.... Men nå er det jo også veldig langt mellom for oss her – det er veldig langt mellom saker hvor vi trenger spesiell fagkompetanse. For .. det er jo begrenset i en kommune av vår størrelse hva vi kommer borti av kompliserte og vanskelige saker. Så selv har jeg vel et inntrykk av at vi nå for så vidt har klart å stable på beina den fagkompetansen vi har følt at vi har behov for. Når vi skal ha fagkompetanse hentet inn fra andre samarbeidsinstanser, så som BUP-systemet og de tingene der, så har vi litt inntrykk av at det kan være problematisk for oss å få den slik vi ønsker at den skal være, og så greit som vi ønsker det.

En av de barnevernlederne ga følgende mer kritiske kommentar til forskernes definisjon:

Det kan man ha masse refleksjoner rundt, det kunne man brukt en kveld på. Rett hjelp til rett tid; det er en floskel. Hvis man prater om tung problematikk relatert til psykiatri, så er det svært få som får rett hjelp til rett tid. For å ta et eksempel på det: Når vi jobber med ungdommer som til tider kan ha psykotiske gjennombrudd, så må vi jo innom legevakt, eventuelt politi, for å få de innlagt i voksenpsykiatrien. 16–17-åringer. Og noen ganger er vi heldige, det blir jo gjort i løpet av noen timer. Men så er det jo slik at dagen etter er de ute igjen. Hvis du skal definere det som rett hjelp til rett tid når de har psykotisk gjennombrudd, så kan du godt definere det hen at de får det. Men det er jo ikke noe behandling de går i, fordi de er mindreårige, og må innunder lovens helsevern i forhold til den kapasiteten ungdomspsykiatrien har. Når det gjelder tilgjengelighet i forhold til rett hjelp til rett tid, så er BUP-systemet en katastrofe.

Allerede i drøftingen av tilgjengelighet ble det gitt flere ganske sterkt kritiske synspunkter på ”BUP-systemet”, ofte representert ved den BUP-en man hørte til. Barnevernansatte var gjennomgående mer kritiske til tilgjengeligheten i BUP enn hva de BUP-ansatte var i forhold til de kommunale barneverntjenestenes tilgjengelighet.

Men det var også blitt utvidete kontaktformer til noen av brukerne siden sist vi intervjuet ansatte i denne sektoren. I en av kommunene ble det nevnt at det var noe kontakt mellom enkelte av ungdommene og ansatte i barnevernet via SMS-meldinger på mobiltelefon. Dette var en litt ny måte å jobbe på for barneverntjenesten og en endring siden 2002.

### 9.2.2 Inntaksrutiner

En av barnevernlederne fortalte at de var blitt noe mer formelle i forhold til rutiner i de siste årene. Dette var endret fra 2002 til 2004. De større kommunene hadde ofte egne inntaksteam.

En av de mindre kommunene mente de var like tilgjengelige i forhold til inntak som sist vi intervjuet dem. De hadde god oversikt, og sjelden køer. Når noen kom med melding kunne de stort sett avklare den nokså raskt og så begynne undersøkelse og eventuelt tiltak ganske raskt. Her var inntaket ubyråkratisk – de ansatte kunne få telefon om

saker på kvelds- og eller nattetid fordi ”nesten alle kjente alle i kommunen”.

Alle barneverntjenestene mente at de selv var noe bedre tilgjengelige med hensyn på inntak av nye klienter enn det BUP var med hensyn til sitt inntak av pasienter.

### 9.2.3 Tilgjengelighet og åpningstid

Den formelle åpningstiden hadde ikke endret seg for noen av barneverntjenestene i perioden mellom de to intervjuene.

Et av barneverntjenestene hadde åpningstid mandag til fredag fra klokka 7.30 til 15.00 hele året.

Et annet kontor hadde åpningstid mandag til fredag klokka 7.45 til 16.00 om vinteren og klokka 7.45 til 15.00 om sommeren. Saksbehandlerne kunne imidlertid gjøre avtaler om samtaler med klienter om ettermiddagen fram til klokka fem halv seks.

Vår vurdering er at barneverntjenestene også bør vurdere å ha mer fleksibel åpningstid. I tillegg til behovene hos ungdom i videregående skole (som ofte ønsker seg samtale tid etter skoletid) vil også foreldre i en del tilfelle kunne ønske seg samtale tid om ettermiddagen. Dessuten vil det kunne være godt å kunne henvende seg til barneverntjenesten når det måtte oppstå kriser ”utenom kontortid” – uten at krisen kanskje nødvendigvis er så stor at en ønsker å tilkalle barnevernvakt.

### 9.2.4 Akuttberedskap og tilgjengelighet

Barneverntjenesten hadde likevel en noe tydeligere akuttberedskap enn det BUP-ene orienterte oss om at de hadde. Nesten alle kommunene i vårt utvalg hadde egen eller var del av en interkommunal barnevernvakt som fungerte på kvelds- og nattetid og i helger. Barnevernvakter er et samarbeid mellom politiet og barneverntjenesten. Stillingene er besatt av barnevernfaglig personell. Om nødvendig rykker politiet ut sammen med barnevernvakten, det kan for eksempel gjelde i saker med husbråk, vold og/eller barnemishandling.

I den minste kommunen hadde i tillegg en av de ansatte fått henvendelser både på netter og i helger når dette var nødvendig. Særlig de ansatte i den minste kommunen mente at de ”stort sett var tilgjengelige – dag og natt”. Men fordi man kjente hverandre i

hjelpetjenestene i denne mindre kommunen, ble en slik tilgjengelighet ikke misbrukt – heller ikke av brukerne.

En av lederne i en mellomstor kommune fortalte at de hadde vært tilknyttet en barnevernvakt i en større by, men at denne tjenesten hadde vært så dyr at de avviklet den og heller rykket ut selv:

Jeg har vært ute om nettene, og jeg har litt bakvakt som leder for barnevernstjenesten, og det handler om at barnevernsvakten i kommunen har sagt at de kan samarbeide med de ulike kommunene, og ha et system, men de prissetter seg med ganske masse penger i løpet av et år. For vår kommune har det blitt 130.000 i året for å stå tilknyttet den tjenesten pluss at de skulle ha penger for å rykke ut. Når vi ser tilbake på en statistikk, så bruker vi aldri så mye på utrykking om natta. Så har vi gått noen runder og sagt at vi rykker ut selv, fordi det vi må rykke ut på er hvis vi skal tvangsinnlegge en ungdom på en akuttinstitusjon. Så må det foreligge et vedtak som leder fra barnevernstjenesten skal skrive under, så derfor sier jeg at vi rykker ut når det er behov, men det er veldig sjelden da. Men utover ettermiddagene og kveldene, da hender det ofte at vi må ut og løse noen kriser og få plassert sånn, men det er sjelden om nettene, men det har hendt at jeg har vært og skrevet under klokka halv tre om natta. Men det er et valg som jeg har sagt at det er jeg villig til for det er så sjelden.

Dette sitatet viser noe av dilemmaet for små og mellomstore kommuner med hensyn til det å være tilgjengelig hele døgnet. Fullstendig tilgjengelighet koster, og en del steder velger de fagansvarlige selv å stå opp og rykke ut for å spare kommunebudsjettet.

Et pågående forskningsprosjekt ved NOVA vil snart publisere resultater fra en stor undersøkelse om barnevernvakter i Norge.

### 9.2.5 Tilgjengelighet i forhold til ulike aldersgrupper

En av barneverntjenestene påpekte at de var tilgjengelige for alle aldersgruppene 0-23 år. De over 17 år valgte selv om de ville fortsette i barnevernet. I alderen 18-22 år praktiserte man også angrefristen, det vil si at ungdommene kunne få komme tilbake og be om hjelp selv om de først hadde ønsket seg helt utskrevet når de fylte 18 år.

### 9.2.6 Tilgjengelighet for andre tjenester

De informantene vi snakket med mente at barneverntjenestene i deres kommuner var generelt godt tilgjengelige for andre hjelpetjenesters ansatte. Flere barnevernledere og ansatte la vekt på særlig helsesøstertjenesten som en viktig samarbeidspartner, og at de var godt tilgjengelige for denne tjenesten. Til dels jobbet enkelte barnevernledere sammen med ledere av helsesøstertjenesten i sin kommune om felles tiltak for barn og familier i risikogrupper. Det var også interesse for ungdomshelsestasjonenes arbeid.

## 9.3 Oppsummering

Et av Opptrappingsplanens hovedmål er tilgjengelige og fleksible tjenester. BUP-ledere mente selv BUP-ene deres var blitt noe bedre tilgjengelig fra 2002 til 2005. Køene av barn og unge som ventet på BUP-behandling var de fleste steder blitt kortere, selv om de fleste BUP-ledere også i 2004/2005 mente at de som ventet lengst måtte vente for lenge. I følge BUP-lederne var de blitt flinke til å ha inntakssamtalen innenfor fristen på 30 dager (ny bestemmelse i forhold til da vi intervjuet dem i 2002/2003). De mente også at BUP-ene var blitt enda bedre på å prioritere dem som skulle ha øyeblikkelig hjelp. De barn og unge hvor dette ble besluttet fikk stort sett hjelp samme dag eller seinest dagen etter.

Få BUP-er hadde fått endrete åpningstider av betydning i perioden 2002-2004/5. De fleste hadde åpningstid fra 8.00 til 15.30 alle hverdager, men ikke ordinær åpningstid på kvelder, i helger eller på helligdager. En av BUP-ene hadde fått ordinær åpningstid en ettermiddag/kveld i uka. Flere behandlere på flere BUP-er ga imidlertid behandlingstimer til pasienter i videregående skole om ettermiddagen (innenfor fleksibel arbeidstid). En av BUP-lederne administrerte også en døgnenhet for ungdom som kunne ta akutthenvendelser på døgnbasis hele året.

BUP-ledere og ansatte mente at barnverntjenesten stort sett var ganske greitt tilgjengelige for dem når det var nødvendig å ta kontakt om en sak, men BUP-ansatte var ikke alltid enige i barnevernets prioriteringer.

Barnevernledere og ansatte mente også at de hadde vært nokså greitt tilgjengelige for både brukere (ungdom og pårørende – foreldre og fosterforeldre) og samarbeidende tjenester som BUP både i 2002 og i 2005.



Barnevernlederne og –ansatte synes i varierende grad at BUP-ene var blitt bedre tilgjengelige for dem. De følte at de kunne nå fram ganske raskt i akuttsaker, men synes BUP-ene var vanskelig tilgjengelige i mindre akutte saker. I saker med øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid (hvor barnevernleder kunne være involvert – eventuelt sammen med politi, barnevernvakt eller ”somatisk” legevakt på kvelds- eller nattestid), savnet flere barnevernledere bedre muligheter til å kunne få ungdomspsykiatrisk hjelp til barnet/den unge. Ved akutte psykoser eller selvmordsforsøk/selv mordstrusler kombinert med selvskading, endte det ofte med tvangsinnlegging i voksenpsykiatrien for 16- og 17-åringer på kveld og natt pga for liten tilgjengelighet når det gjelder BUP-tilbud på disse tidene av døgnet.

Generell tilgjengelighet og fleksibilitet synes på bakgrunn av intervjuene noe forebedret i perioden. Men fortsatt har BUP-ene få sped- og småbarn som pasienter, selv om enkelte behandlere hadde jobbet noe mer med denne gruppen de siste to årene. Man har heller ikke den samme fleksibiliteten som før når det gjelder pasienter over 18 år, på grunn av økt pågang av pasienter.

---

## 10 Synspunkter på samarbeid i 2004/2005

I dette kapitlet presenteres analysene av synspunktene ledere og ansatte i BUP og barnevern hadde på samarbeid med andre hjelpe-tjenester. En av Opptrappingsplanens overordnede mål er at man i perioden skal bedre organisering og integrering av tjenestene: ”Tjenestene skal være tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende”(Sosial og helsedirektoratet 2003). Datamaterialet er her også intervjuene SINTEF Helse og NIBRs forskere hadde med ledere og ansatte i BUP og barnevern i seks kommuner 2004/2005.

### 10.1 BUP-poliklinikkens syn

#### 10.1.1 Samarbeidet med barneverntjenesten

Samarbeidet og avgrensning mellom BUP og barneverntjenesten har vært drøftet i faglig og faglig-politisk sammenheng så lenge de to tjenestene har eksistert her i landet. Som nevnt i et tidligere kapittel i denne rapporten har man hatt ulike forsøk med samarbeid, og begge instanser har vært utsatt for til dels omfattende forskning tidligere. Også ved intervjuene vi hadde med representanter for de to sektorene i 2003, kom det viktige synspunkter på dette samarbeidet. Samarbeidet med barneverntjenesten var også et viktig punkt i intervjuet i 2004-2005.

En av BUP-lederne uttrykte at barneverntjenesten i den kommunen som var trukket ut i vår undersøkelse hadde et særlig ønske om veiledning fra psykologer ved BUP-en i 2005.

...barnevernet har av og til nesten et umettelig behov kan vi oppleve ... at de ønsker veiledning. Og da skal de ikke ha veiledning fra hvem som helst, men da skal de ha

veiledning fra de erfarne psykologene. For det er ofte de kompliserte barna. Og de vil ha veiledning til en hel bolig, en hel persongruppe etc. Vi er noe skeptiske til det. For vi ser at vi på en måte tar på oss oppgaver som vi ikke skal ta. Dette er noe som barnevernet bør skaffe seg, om de ikke har kompetanse så bør de skaffe seg den kompetansen selv. Men vi gir veiledning på enkeltbarn til primærkontakter. Og da gir vi det til primærkontaktene fordi det er de som har ansvar for barna.

Om de bor inne på en institusjon så gir vi det til den som har primæransvaret for det barnet. Grunnen til at vi velger den strategien er at vi tenker at ok, hvis det barnet hadde bodd hjemme hos foreldrene så hadde vi gitt den veiledningen til foreldrene. Altså gir vi den til primærkontakten når de bor i bolig. Så det går på det nivået. Men ellers deltar jo vi i ansvarsgruppemøter der det er pålagt, og der vi har unger i behandling.

I tillegg kunne BUP-poliklinikken samarbeide med barnevernet i egne utredninger:

Vi kan si det sånn at om det er unger som er innlagt akutt på en barneverninstitusjon, og de driver med en utredning og de lurer på om denne ungen har psykiske vansker, så går vi inn og gjør delutredninger. Det er sånn. Da sitter ikke vi og venter og sier at det er deres jobb. Da går vi inn og bruker vår kompetanse på den aktuelle ... utredningen. Det er samarbeid.

Når det gjelder samarbeidet med barnverntjenesten, var det flere BUP-ledere som uttrykte seg om dette når barn de behandlet var i en vanskelig omsorgssituasjon. Følgende sitat uttrykker en av BUP-ledernes synspunkter i forbindelse med at omsorgsovertakelse enkelte ganger kunne være nær forestående når man startet behandling, og dette kunne gi noen dilemmaer i forhold til foreldrekontakt:

Noen ganger når vi behandler finner vi etter en stund ut at dette holder jo ikke, og gir tilbakemelding til barnevernet hvor barnevernet gjør seg veldig kostbar. Andre ganger blir vi hørt. Det skjer, det er så åpenbart ut fra bare henvisning, .. at dette synes ikke .. å holde.

... Og hvorfor er ikke det nå klarlagt før vi går inn? Og hvilke foreldre.. [*biologisk mor og/eller far, eventuelt steforeldre, fosterforeldre (Forskerens merknad på*

*grunnlag av andre deler av intervjuet*)]... skal vi anse som samarbeidspartnere i behandlingen? Så står vi litt, noen ganger.. rigid på at dette bør du nå ha avklart fordi det er så åpenbart at et skifte må finne sted... Og jeg synes barnevernet har blitt mye flinkere til å ta ansvar for egne vurderinger av forelderfunksjonen, selv om jeg innimellom kunne ønske at de var litt mer aktive. Så har vi vel hatt såpass mange forhandlinger omkring det at de ser det som sitt område.

Det kom en del generell kritikk, men også mer positive uttalelser når vi spurte om spesifikke samarbeidsforhold.

En BUP-leder antydte at en av årsakene til problemene i forhold til barneverntjenesten var stadige omorganiseringer og til dels gjennomtrekk blant personalet i denne tjenesten:

..i blant så har jeg kjent at det er nesten som at barnevernet har ligget ned innimellom. Det har vært mye omorganiseringer der og. Mye folk som søker seg bort av de gode gamle... Så jeg tror at har du jobbet lenge i systemet så blir du i alle fall ganske ofte litt mer romslig og litt mer sånn at blir ikke vippet av pinnen så fort kanskje. Så jeg tenker at dette her har ikke vært helt enkelt altså. Og den der store omorganiseringen, ..., og du kaller inn noen som er henvist også viser det seg at det er noen helt annen som skal jobbe med de [barna i saken]. Men nå har de omrokkert der igjen, så nå tror jeg at det er de som henviser som skal ha saken.

Uttalelsen tyder på at både omorganisering fra det fylkeskommunale (2003) til det statlige barnevernet (2004) ("den store omorganiseringen") og intern omorganisering i det kommunale barnevernet med hensyn på ansvar for barn som blir henvist videre til barnepsykiatrien pga gjennomtrekk blant barnevernpersonalet, kan ha medført økte problemer i samarbeidet BUP- barnevern i perioden.

Ofte ble det gitt ros til enkeltansatte i barneverntjenesten i de uttrukne kommunene. Men man uttrykte også skepsis til barneverntjenesten som sådan i de fleste av BUP-ene. Dette gjaldt særlig at man ikke alltid skjønnte deres vurderinger og handlinger. Dette kunne blant annet gå på ulike perspektiver og tenkemåter. Her var det klart at man hadde et ulikt utgangspunkt. En teamleder i en BUP nevnte at det var "alfa og omega" for BUP-en å komme inn i et samarbeidsforhold. De trengte i større grad enn barnevernet, mente vedkommende, å lytte, høre og vise respekt. Mens barnevernet som i blant måtte gå til

tvangstiltak, har en annen posisjon. Vedkommende mente man måtte drøfte sakene litt mer med barneverntjenesten enn med enkelte andre samarbeidspartnere. Men også leger (kommuneleger og fastleger) kunne i følge denne informanten være veldig vanskelig å samarbeide med. Så visse samarbeidsvansker gjaldt ikke bare i forhold til andre tjenester som barneverntjenesten, men også deler av helsetjenesten. PPT fikk av denne informanten best kritikk som en tjeneste de hadde veldig godt samarbeid med.<sup>34</sup>

### **Generelle samarbeidsmøter med barneverntjenesten**

I det siste intervjuet kom enkelte BUP-ledere inn på at de burde ha noen flere generelle samarbeidsmøter med barneverntjenesten. En uttrykte seg slik i forhold til dette:

Jeg har jo egentlig tenkt, og som inntaksperson, at et nærmere samarbeid og jevnligere oppfølging i forhold til barnevernet kunne vært lurt. At vi var der oftere med hva slags tilbud vi har, hva de kan komme med, hvordan de skal gjøre det, hvilke saker som er meste aktuelle, hva som ikke er aktuelt. Altså, jeg er helt sikker på at vi kunne gått noen runder på det, for de er i et system der det skifter mye folk, og det er stadig behov for oppdateringer.

### **Individuell plan og samarbeid**

På spørsmål om de benyttet individuell plan (IP) mye, eventuelt i samarbeid med andre, svarte en BUP-leder at de ikke brukte individuell plan mye. De brukte det foreløpig ikke i saker hvor kun BUP var inne, men det hadde vært snakket om det i saker hvor også andre var inne. Men IP var lite brukt enda – de orienterte seg kun i forhold til det (høsten 2004).

### **Anslag fra BUP-lederne på hvor stor andel av sakene i BUP som er barnevernrelaterte**

På spørsmålet om hvor stor del av sakene i BUP som BUP-leder og klinisk medarbeider anslår er barnevernrelaterte, svarte lederen for en BUP i et område at vedkommende trodde at dette kunne ha vært opp mot 50 prosent tidligere, men at dette kanskje hadde sunket til ca 40 prosent de seinere årene.

---

<sup>34</sup> Flere synspunkter på samarbeid både med PPT og førstelinjen helse kommer i egne avsnitt. I dette avsnittet var kun noen korte sammenliknende kommentarer gitt i forhold til vurderingen av barneverntjenesten.

En annen BUP-leder anslo og sakene hvor barneverntjenesten var inne i bildet, til å gjelde noe under halvparten av sakene. Vedkommende mente også at barneverntjenesten henviste mange flere saker til BUP, enn det BUP henviste til barnevernet. Mange av sakene fra barneverntjenesten dreide seg om utredninger, blant utredninger i forhold til ADHD.

### **Generelt om samarbeidet med andre – ”parallele løp” eller ”stafettløp”?**

En av BUP-lederne og de kliniske medarbeiderne nevnte et problem når det gjaldt samarbeidet med andre: Tendensen til at andre hjelpetjenester trekker seg ut når BUP går inn.

Dette ble nevnt under intervjudelen om barneverntjenesten, men omfattet også de andre hjelpetjenestene. Vedkommende så en tendens til at når BUP gikk inn i en sak, var det en tendens til at andre samarbeidspartnere (både barneverntjenesten og andre) trakk seg ut eller til og med avsluttet arbeidet med dette barnet.

For ofte er det slik at når vi kommer inn, så forsvinner alle andre. ”Poff”, ikke sant, så sitter vi med alt ansvar, så det er vi oppmerksom på, i alle fall er jeg spesielt oppmerksom på det, for jeg har sett det der veldig mange ganger, og jeg tenker at det er viktig å holde fast i folk.

Lederen vi intervjuet forklarte denne situasjonen delvis med at de andre tjenestene nok også var ”nedsunket i arbeid”. Men vedkommende merket også en tendens til en holdning om at når BUP overtar blir det bra:

.. hvis saken blir sendt til BUP, så er den i gode hender, da skal vi ikke bry oss noe mer. Så det ligger nok i det. Men det er selvfølgelig variasjoner.

Det kom flere uttalelser på utfordringene ved å samarbeide i såkalte ”kontinuerlige” eller ”parallele løp” – i stedet for i ”stafettløp” - med andre tjenester.

En BUP-leder mener at barnevernet ofte ”roper på psykolog”, og mener at de selv nok burde lært mer om barn og unges psykiske helse. Da ville barneverntjenesten etter vedkommendes mening skjønt at BUP ikke alltid kunne gjøre noe med problemet. Men det å forstå hva som eventuelt kan behandles og hva som ikke kan behandles kommer jo også med erfaring, understreket vedkommende. Så det er ikke all kunnskap som kommer med undervisning og opplæring heller.

Men denne BUP-lederen mente likevel BUP måtte ha nærmere samarbeid med barneverntjenesten. Men han oppfattet at barneverntjenesten hadde lange køer – ”var dynget ned i saker”. Vedkommende BUP-leder kunne tenke seg at de benyttet MST mer, MST hadde ikke så lange køer i dette området. Men da måtte barneverntjenesten først utrede saken – og det var ventetid på å få utredning. Det skapte her en viss irritasjon i BUP at ikke det var nok at BUP hadde utredet og henviste.

Selv om vedkommende BUP-leder mente at barneverntjenesten i perioder ”ligger nede” fordi de hadde så mye å gjøre, mente han også at det var mye god jobbing innimellom, og at barneverntjenesten i dette området har ansatte ”som er virkelig bra”.

Og vi har et godt samarbeid, så det er liksom enkelt og si at barnevernet ligger nede, men det er klart at det har skjedd et eller annet der. Det er bare som jeg synes liksom. Det er ikke noe belegg for det, men av og til når jeg snakker med noen av disse som jeg kjenner best, så er det jo mye frustrasjon der og. De føler seg styrt fra oven, og de har ikke peiling de som sitter oppe, og de er liksom i omorganisering, så det er mye frustrasjon der og tror jeg. En kolossal økning av saker. Og travelt.

Vedkommende informant skjønnte presset som også barneverntjenesten føler at der i (se analyser av intervjuer med barneverntjenestenes ledere og ansatte i neste avsnitt). I tillegg til å beskrive samarbeidet med den ordinære barneverntjenesten, hadde denne BUP-lederen også viktig samarbeid med barnevernsvakten i dette området.

Også har du jo barnevernsvakta og de gjør jo selvfølgelig en god jobb. Og de stepper jo inn og, og tar over en del for mottak, og vi har litt samarbeid med de, for de henviser jo og saker. Barnevernet er kontinuerlig i kamp med lite ressurser, lite penger, folk kommer og går og det vanlige. Det er klart at det må prege de.

### 10.1.2 Samarbeidet med førstelinjehelsetjenesten – helsesøster – fastlege

#### **BUP'ens organisering i forhold til behovene**

En av BUP-lederne beskriver at de førstelinjen helse har god kompetanse når det gjelder små barn, men det har vært lite henvisninger i aldersgruppene 3-6 år. Her mener han helsesøstrene har

en jobb å gjøre. Det er viktig å tenke forebygging, at de minste barna kommer inn før det tar helt av. Det er ikke alltid at hjelpen står klar i det øyeblikket det ”eksploderer”. Men BUP-en har hatt så få henvisninger av de yngste at de har kommet relativt fort inn.

### **Generelt om samarbeidet med helsesøstertjenesten – førstelinjen helse**

Generelt kom det tre hovedtyper uttalelser fra BUP-ledere/kliniske medarbeidere om samarbeidet med helsesøstertjenesten.

Den ene er at helsesøstrene generelt sees på som dyktige og oftest har god kontakt med barna og de unge, og dette er en fordel når BUP går inn.

Men det er også en tendens i uttalelsene fra BUP-lederne om at noen helsesøstere (særlig noen unge) er litt for lite selvsikre på sine kunnskaper og slipper enkelte av sakene for tidlig over til BUP. Men i andre tilfeller løses dette ved telefonsamtaler og veiledning fra BUP.

Men det nevnes også en tendens (ifølge en BUP-leder) til at enkelte helsesøstere går inn i ulike typer av behandling av de unge som de ikke er skolert for. Det må i hvert fall i forhold til enkelte helsesøstertjenester jobbes mer med skolering av når det er riktig å ”gå til BUP” med saken. Det bør ikke være for tidlig (på grunn av BUP-ens arbeidspress med andre alvorligere saker), men heller ikke for seint. Og det er enkelte ganger de tar på seg en terapeutrolle BUP-ledere mener helsesøstere ikke bør gå inn i. Men BUP-ledere har forståelse for at enkelte ganger får helsesøstertjenesten også innsyn i vanskelige saker seint. Så kan det være vanskelig å avgjøre hva men eventuelt bør foreta seg i saken i påvente av at BUP kommer inn. Men BUP-lederne hevder at de og deres ansatte da er åpne for veiledning av helsesøstere om slike spørsmål. Noen BUP-er praktiserer å trekke meldereren (helsesøster, eventuelt fastlegen) inn i inntakssamtalen med barnet der hvor dette sees hensiktsmessig.

En av BUP-lederne roste førstelinjen, med unntak av fastlegene, når det gjaldt utvikling av både gode henvisninger og utredninger i sammenheng med slike, siden forrige intervju.

Jeg synes at utredningene har blitt veldig bra og strukturerte. Den delen som ligger med i henvisningene. Og de har klare bestillinger, tydelige forventninger også en fullstendighet med at de tar med stort sett atferdsregistreringsskjema også. Så forventninger, det har vi jo oppdratt holdt jeg på å si, gjennom standardbrev om, vi ønsker det og det og det. De får det til. PPT er bra og



barnevernet også. Det er fastlegene som enda henger igjen, det er nok med fire linjer på reseptblokken.

Helsesøstertjenesten kommer godt ut i omtalen fra BUP-ene, men fastlegen oppleves ofte noe knappere i formen. BUP-lederne på sin side mener selv at BUP-ene sender epikrise, eller i hvert fall et avslutningsbrev eller liknende, til henvisende lege. Dette vil ofte, men ikke alltid, være fastlegen.<sup>35</sup>

En BUP-leder sier veldig klart at de trenger flere helsesøstere i området. Han er sikker på at mange helsesøstere har stor kompetanse og at de kan snakke med ungdom i vanlige livskriser. Eksempler på saker helsesøster kan gå inn i er enkelte vansker hjemme, med foreldrene, mobbing, slåssing med venner/venninner, spiseproblemer, unge som er nedfor/deprimerte. De bør kunne "ta en runde" med slike ting, det kan hjelpe. Men så eventuelt henvise til BUP. Ved mer alvorlige saker og trusler om selvmord, bør helsesøster eventuelt kunne hjelpe ungdommen til BUP.

### 10.1.3 Kontakten med pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

Når det gjelder kontakten med PPT hevdet en av BUP-lederne at dette er den instansen som gir dem flest henvisninger. Vedkommende synes at PPT virket mer byråkratisk nå enn tidligere, før kunne de arbeide mer med lettere psykiske problemer hos barn og unge, men de er den seinere tid mer rettet mot lærervansker enn før. Vedkommende hevdet også dette ved forrige intervju. I tillegg synes han det kom flere henvendelser enn før fra PPT med hensyn til bestillinger av undersøkelser av mistanke om ADHD og om BUP kunne foreskrive Ritalin

En annen av BUP-lederne hadde lurt på hvorfor ikke PPT var mer på skolen og informerer.

Av og til har jeg fått en følelse av at de bruker ufattelig med tid på å skrive sånne anbefalinger, sånne rapporter. Sånn at det var ikke noe annet de fikk gjort. ....Hvorfor ringer skolen hit hele tiden? Hvor er PPT liksom? Går de ikke inn og jobber med klassemiljøet og liksom

---

<sup>35</sup> Det er kun lege og barneverntjenesten som kan være direkte henvisende instans til BUP. Formelle henvisninger med sitt opphav i andre instanser, for eksempel helsesøstertjenesten, PPT eller skole/rådgiver, må gå via enten lege eller barnevern videre til BUP.

---

tilrettelegger for lærerne når de strever og sånn. Hvor er de hen? Det har jeg nok alltid lurt på.

Vedkommende synes det virker som PPT hadde svært mye arbeid med utredninger, og hadde til dels samme syn som den andre BUP-lederen på en viss byråkratisering av PP-tjenesten i perioden.<sup>36</sup>

Vurdering av om det hadde skjedd noen endring i samarbeidet med PPT ble formulert slik:

Det virker som kapasiteten er helt borte. Og jeg skjønner ikke egentlig hva de gjør. De har nesten mer enn oss når det gjelder ansatte. Og jeg skjønner ikke, for de har og av og til kommet med sånne utspill at nei, det kan ikke vi. Men de har jo masse psykologer der for eksempel. De kan jo ta en del tester. De kan jo kartlegge litt, men de er veldig på å skyve til oss synes jeg innimellom. Og jeg har og tenkt, hvor er de hen i forhold til det her med klassemiljø og sånn, men hvis du har snakket med de så har de noen opplegg gående på hver skole. Noen sånne råd, fagråd eller hva det heter. Som møtes jevnlig og tar opp, ikke noen spesielle klienter, ikke lille "Kåre" kanskje, men hele miljøet. De jobber nok med disse tingene. Hvorvidt det er vellykket det er jeg ikke sikker på.

Denne BUP-lederen fortalte også at PPT i området hadde lange ventelister. Han hadde periodevis ganske mye kontakt med PPT, men var meget kritisk fordi BUP fikk så mange forespørsler fra PPT som han mente de burde kunne tatt selv. Vurdering av om PPT hadde tilstrekkelig kompetanse, ble uttrykt slik:

Da tenker jeg at kompetansen er der, men de vil ikke gjøre det. Eller, jeg tror de har ganske mye kompetanse. Det er på PPT, ..., det er klart de har kolossalt med kompetanse. Men det kan jo selvfølgelig være stor forskjell på hva jeg mener at de bør kunne og hva de selv mener at de kan. .... Nå skal jo Webster Stratton og den slags tenkning inn. Der er det en del som backer ut og sier de ikke kan det da. Men jeg tror, altså jeg innbiller meg at de har ganske mange gode folk. Noen har vært der lenge, og jeg tenker mye bra har de.

---

<sup>36</sup> De to PP-tjenestene som ble omtalt lå i vidt forskjellige deler av landet.

Vedkommende BUP-leder problematiserte også samarbeidet skole-PPT-BUP. I likhet med en annen informant ga han uttrykk for at en del mindre alvorlige saker kommer for raskt fra PPT til BUP. Dette ble beskrevet ganske slagferdig, men med en klar ”filosofi” om at sakene ikke måtte gå til spesialisthelsetjenesten for tidlig:

..det er jo det som frustrerer skolene, at når PPT skal gå inn og undersøke en sak, så tar det så himla lang tid - sant, og derfor så sier de til foreldrene: gå heller til BUP. Men jeg tror i utgangspunktet de har mye god kompetanse, ja. Men det er klart at de må jo og avgrense seg. Og igjen har vi den diskusjonen, kan de psykologene der nede ha noen samtale eller må de nødvendigvis henvise hit? Og det er klart at hvis vi får alle slags samtaler, altså vi skal jo fortrinnsvis ha de vanskeligste, og vi bør jo det. Vi skal jo være psykiatri. Ikke bare hoppe rett inn i psykiatrien uten videre. Man må ha noen runder før tror jeg. At det ikke bare skal være så enkelt.

## 10.2 Barneverntjenestenes syn

Barneverntjenestenes ledere/fagansvarlige og enkelte ansatte ga også uttrykk for synspunkter på samarbeidet med andre hjelpetjenester og instanser. Særlig var vi opptatt av samarbeidet deres med BUP, førstelinjen helse og PPT. Men de ansatte kom også inn på samarbeidet med en rekke andre tjenester, blant annet skolene og deres rådgivere, rehabiliteringstjenesten, sykehus og institusjoner av ulike slag.

### 10.2.1 Samarbeid med BUP

#### **Taushetsplikten og samarbeid**

En av barnevernlederne mente at taushetsplikten var lite til hinder for samarbeid. Enten ba man foreldrene/ungdommen om informert samtykke til å samarbeide med andre instanser, ellers drøftet man saken anonymt med andre etter behov. Det siste kunne være vanskelig i de minste kommunene, her måtte man som regel satse på informert samtykke. Lederen for barneverntjenesten i en større kommune mente at når folk nevnte taushetsplikten som et hinder for samarbeid, var dette et problem fordi folk gjorde det til et problem. Vedkommende mente at mytene om taushetsplikten var verre enn selve taushetsplikten når det gjaldt å få til et samarbeid.

### **Individuell plan og samarbeid**

Få barneverntjenester hadde begynt å arbeide med individuell plan, men de hadde hørt om at enkelte samarbeidspartnere jobbet med å få i gang bruk av IP. Handlingsplaner var derimot mye brukt i barneverntjenesten, handlingsplaner og omsorgsplaner hadde det vært mer fokus på når det gjaldt kursing. En barneverntjeneste nevnte også PPTs bruk av individuell opplæringsplan.

Selv om IP var lite brukt i de seks barneverntjenestene, var ansvarsgrupper mye brukt. Så det ble samarbeidet en del om enkeltklienter mellom ulike tjenester. Dette kunne være både førstelinje helse og/eller skole, PPT og barnevern. En del ganger arbeidet også BUP innen ansvarsgrupper sammen med en eller flere av disse instansene.

### **Hastesaker**

Barnevernlederne svarte litt forskjellig på hva de anså å være en hastesak i forhold til BUP. En nevnte akutt psykose. Andre nevnte ungdom som hadde begått selvmordsforsøk eller som truet med selvmord og foretok selvskading.

### **Anslag fra barnevernlederne/fagansvarlige på hvor stor andel av sakene i barnevernet som er BUP-relaterte**

Her varierte svarene betydelig. Enkelte ledere sa at det tidligere hadde vært opp mot 50 prosent, men de trodde dette prosenttallet hadde minket en del de seinere år (blant annet på grunn av økning i klientmengde i barnevernet og økning i pasienttilgangen i BUP) og at prosenttallet nå var rundt 30-40. Andre mente at et slikt prosenttall i deres område lå noe lavere, omkring 20-30 prosent. I en stor by anslo barnevernleder tallet til å ligge enda lavere, rundt 5-10 prosent. Vi har ikke noen fasit på dette spørsmålet for disse områdene, så alle kan ha rett eller delvis rett. Dette kan variere geografisk. Men de ansatte og lederne svarte på hva de trodde var BUP-relatert, ikke hva som var behovene eller heller ikke hva som hadde vært gjennomført av samarbeid.

I et område med høye rater for både barneverntiltak og pasienter i BUP kan det være overlapping i et nokså stort absolutt antall klientsaker, men en lavere prosentvis overlapping enn i små kommuner med få klienter. Det var i den største byen det ble anslått det laveste prosenttallet for overlapping, og i den mindre kommunene det ble foreslått en høy prosentandel. Jeg viser for øvrig til kapitlene om brukerutvikling i BUP (kapittel 5 og 12) hvor vi forsøker å beregne faktisk bruk av begge tjenester nasjonalt, eller bruk av BUP

hvor barnevernet foretar en undersøkelse eller på annen måte er involvert i saken. I kapitlene om brukerutvikling i barneverntjenesten (kapittel 6 og 13), analyserer vi i hvor mange tilfelle BUP-undersøkelse/-behandling er *gitt som resultat av barneverntiltak* (dette er i en langt lavere andel saker).

### 10.3 Oppsummering

En av Opptrappingsplanens overordnede mål er at man i perioden skal bedre organisering og integrering av tjenestene: ”Tjenestene skal være tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende”.

Både ledere og ansatte i BUP og barnevern ser tendenser til et bedre samarbeid og bedre kommunikasjon mellom de to tjenestene fra 2002 til 2005, men begge tjenester har imidlertid fortsatt enkelte kritiske kommentarer til den andre tjenesten – både med hensyn til hvordan den er organisert og til dels med hensyn til at det tar tid å etablere gode generelle samarbeidsforhold. I enkeltsaker med ansvarsgrupper synes det som samarbeidet til dels går greiere, ofte er det da ansatte i de to tjenestene som har samarbeidet før.

Barnevernlederne synes gjennomgående det går noe lettere å få tilgang til øyeblikkelig hjelp av BUP-en på dagtid i 2004/2005 enn de syntes to-tre år tidligere.

Vi ser tendenser i materialet til at ansatte som har erfaring fra eget arbeid i den andre hjelpetjenesten tidligere, samarbeider bedre og lettere og kommuniserer vesentlig bedre med den andre tjenesten.

Både ledere og ansatte i begge hjelpetjenester mener eget arbeidspress gir for dårlige tidsrammer for utvidet generelt samarbeid mellom tjenestene. Dermed synes det langt igjen før brukerne kan oppleve tjenestene som ”helhetlig og sammenhengende”.

---

# 11 Konklusjoner og anbefalinger

## 11.1 Konklusjoner

Hensikten med dette prosjektet har vært å analysere utviklingen i forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernfeltet i perioden hvor Opptrappingsplanen for psykisk helse pågår. Hovedvekten ble lagt på utvikling av samarbeid, tilgjengeligheten av tjenester og klientforløp i undersøkelses- og behandlingsfasen. Prosjektet ble startet i 2001, og samlet inn de første egne data i 2002.

Prosjektets delmål var å gjennomføre analyser på følgende områder:

- organisasjonsmessige endringer, inkludert nye samarbeidsformer
- utviklingen i brukermønster når det gjelder antall klienter (BUP og barnevern), inntaks- og henvisningspraksis (BUP og barnevern) samt kort om forløpene av klientkarrierer (barnevern)
- utviklingen i noen spesifikke tiltaksformer: poliklinisk behandling i BUP; bruk av barnehage, støttekontakt og fosterhjem i barnevern, innlegging i BUP- og barneverninstitusjoner
- henvisningsmønster fra helsevesen (førstelinje og psykiatri) til barnevern for barn og unge etter sosial bakgrunn

Dette prosjektet har benyttet flere datakilder:

Vi har analysert (1) landsomfattende individdata fra de to tjenestene BUP og barnevern over flere år (HIA-data/Norsk pasientregister og SSB), (2) kvalitative intervjudata med ledere og ansatte i BUP og barnevern i seks kommuner på to tidspunkter (2002 og 2004)(til sam-

men 24 forskningsintervjuer utført av NIBR og SINTEF Helse i samarbeid) og (3) enkelte administrative data for personellutviklingen i de to tjenestene nasjonalt (SSB).

De seinere år har det skjedd flere betydelige grep med begge disse hjelpetjenestene for barn. Man hadde i to omganger på slutten av 1980-tallet og på 1990-tallet ”opptrappinger” av barneverntjenestene. Barne- og ungdomspsykiatrien ble sammen med voksenpsykiatrien og kommunehelsetjenesten (førstelinjen) gjenstand for Opptappingsplanen for psykisk helse som ble iverksatt i 1998.

Opptappingsplanen ble opprinnelig planlagt for perioden 1998-2006, men i 2003 forlenget Stortinget planen til å gjelde for hele 11-årsperioden 1998-2008.

Når det gjelder barn og unge ble det framsatt flere mål. Opptappingsplanen legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden, det vil si for både voksne og barn. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus.

Sektorer og tjenesteytere må i følge planen se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Opptappingsplanen beskriver idealene for utviklingen av det psykiske helsearbeidet.

Spesialisthelsetjenesten innen barne- og ungdomspsykiatri (seinere ofte kalt ”spesialisthelsetjenesten psykisk helse barn og unge”) skal i løpet av året gi behandling til 5 prosent av barn og unge ved opptappingsperiodens slutt. Poliklinikkstillinger i barne- og ungdomspsykiatrien (statlige tiltak) skal økes med 400 årsverk i perioden. Videre skal det opprettes 260 flere årsverk til styrking av psykososiale tjenester, støttekontakt, kultur- og fritidstiltak for barn og unge med psykososiale lidelser og opprettes 800 flere årsverk til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kommunale tiltak for barn og unge).

Samtidig med at Opptappingsplanen for psykisk helse har pågått, og Norges forskningsråds evalueringsprosjekter har blitt utført, har det også pågått andre store reformer på helse- og barnevernfeltet. Det gjelder etableringen av statlige helseforetak (sykehusreformen) og etablering av statlig regionalt barnevern. Strategiplanen for barns og unges psykiske helse ble lansert et godt stykke ut i perioden. Videre har de enkelte kommuners psykiatriplaner hatt til dels ulike strategiske grep. Det er derfor ikke enkelt å skille ”effekten av” Opptappings-

planen fra andre planer og reformer, fordi disse forholdene har vært vevet ganske mye inn i hverandre.

Dette prosjektet har hele tiden hatt fokus på barn og unge, og det har hatt et barne- og ungdomsperspektiv, samt et medisinsk sosiologisk og barnevernsosiologisk perspektiv. Av den grunn har vi i utgangspunktet vært opptatt både av barns og unges levekår, helse, omsorgssituasjon, deres risikoutsatthet, samt av de endringer i tjenestene som kunne antas å få betydning for barn og unge. Vi har et perspektiv på at omsorg for barn og unge ivaretas av foreldrene stort sett 24 timer per døgn, mens ansatte i hjelpetjenestene ser barna og de unge svært få timer i uken/måneden – i og med at klientbehandling i dag i overveiende grad skjer poliklinisk. Vi har med de data som har vært tilgjengelige også i noen grad studert varighet av bruken av enkelte hjelpetjenester over flere år ("barnevernkarrierer"). Prosjektet har likevel ikke hatt et direkte brukerperspektiv på tjenestene. Her vil vi vise til et annet prosjekt om Brukermedvirkning i psykisk helse som har gått parallelt i den siste delen av vår prosjektperiode (Sverdrup, Myrvold et al. 2007). Gjennom det prosjektet fikk vi også direkte tilgang til brukererfaringer (intervjuer med ungdom og pårørende).

Gjennom analyser både av nasjonale data og intervjuer med enkelte tjenesteledere og ansatte klinikere i seks utvalgte kommuner, har dette prosjektet om BUP og barnevern hatt to hovedgrep: Vi har både fått en oversikt over den nasjonale utviklingen på dette feltet samt fått utført noen "dykk" (casestudier eller "dybdestudier") i seks kommuner på to forskjellige tidspunkter (2002/2003 og 2004/2005). Vi har delvis fått utført en prosessstudie og ikke kun utført en målstudie. Men det mangler å være en fullstendig prosessstudie fordi de første intervjuene kunne bli utført først i 2002 (prosjektet ble startet i 2001). Siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble startet alt i 1998, har vi for de fire første årene (1998-2001) kun hatt dokumenter og statistikk å forholde oss til. Men vi mangler også en del i forhold til å kunne få utført en fullstendig målstudie: Dette prosjektet sluttføres flere år før Opptrappingsplanen avsluttes i 2008. De siste tilgjengelige data har vært for året 2005. Hvis Opptrappingsplanen var blitt avsluttet i 2006 som opprinnelig planlagt, hadde vi fått dekket nesten hele den siste delen av perioden. Men med utvidelsen til 2008 må videreføring av analyser på dette feltet eventuelt dekkes av andre prosjekter.

Konklusjonene i denne rapporten omhandler derfor i første rekke den perioden prosjektet har fått følge selv, 2002-2005. Men i tillegg er det hentet inn statistikk om klientutvikling i BUP og barnevern fra hele perioden 1998-2005.



Opptrappingsplanen for psykisk helse har medført en til dels omfattende økning i antallet barn og unge som har blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten, selv om ikke målet om 5 prosent som skal behandles i året er nådd enda.

I alt ble vel 20.000 barn og unge behandlet i poliklinikker, dag- og døgnenheter for psykisk helse i 1998, det første året for Opptrappingsplanen. I 2005 fikk vel 43.000 barn og unge behandling. De aller fleste ble behandlet i poliklinikker.

Over 10.000 flere barn fikk hjelp i BUP i 2005 sammenliknet med tre år tidligere, en økning på drøye 40 prosent. Veksten har vært klart sterkest for de eldste, dvs. ungdommer fra 13 til 17 år. For denne gruppen ligger dekningsgraden på 6,6 prosent. Blant de yngste, førskolebarna, er dekningsgraden bare 0,7 prosent, og endringen fra 2002 er ganske beskjeden.

Guttene er i klart flertall blant barna som behandles i BUP. Over to av tre pasienter i aldersgruppen 6-12 år er gutter. Blant tenåringene jevnes kjønnsforskjellene ut.

Mange barn med psykiske problemer fanges opp i småskolealderen. Dette gjelder særlig gutter. Skolesektoren har en klar tendens til å fange opp gutter med problemer tidligere enn jenter, og formidle dem videre til barne- og ungdomspsykiatrien.

På bakgrunn av analysene i kapitlet om brukerutvikling i BUP, kan det være grunn til å reflektere rundt to viktige spørsmål knyttet til rekrutteringen av barn til BUP:

Behandlingskapasiteten har økt, særlig i perioden 2002-2005, men dekningsgraden blant de yngste er fremdeles svært lav. Hvordan kan BUP nå de aller yngste barna med psykiske problemer – og de barna har som har vært utsatt for omsorgssvikt og som derfor står i fare for å utvikle psykiske problemer seinere? Hvilken kompetanse har de ordinære tjenestene – først og fremst helsestasjoner og barnehager – på å oppdage problemer hos små barn? I hvilken grad vet de hvor de kan henvise barna videre for å få hjelp? Har BUP noe å lære av barnevernet når det gjelder oppdagelse og videreformidling av barn med behov for hjelp?

Jenter og gutter ser ut til å komme inn til BUP-behandling i ulike faser av barndommen. Hvordan kan skolene få økt kompetanse til å fange opp jenter med psykiske problemer tidligere?

Fastlegene/ primærlegene er i større utstrekning henvisende instans til BUP i 2005 enn i 2002. Dette kan speile en klarere formalisering av

inntak til BUP, og derved også en innsnevring av hvem som kan henvise barn og unge til behandling. Andelen barn og unge som er henvist fra sosialkontor/barnevern er redusert: fra ca. 12 prosent i 2002 til ca. 9 prosent i 2005. På grunn av usikkerhet knyttet til dataene og endringer i formalitetene ved henvisninger, kan vi ikke ut fra denne reduksjonen slutte at samarbeidet mellom barnevernet og BUP er minsket fra 2002 til 2005.

Det er ingen endring i andelen barn og unge i BUP som også mottar (eller har mottatt) tjenester fra barnevernet fra 2002 til 2005: Dette er 17 prosent. Dette betyr at det totalt sett er flere barn som får hjelp begge steder, men at andelen BUP-pasienter som har barnevernstatus er den samme i 2005 som i 2002.

Analysen av barn og unge som fikk hjelp av barneverntjenesten viste at antallet barn som fikk hjelp økte i perioden 1998-2005. Økningen i barnevernet har vært annerledes enn vi så for barn og unge i BUP både i ”opptrappings-perioden” og årene forut for denne. Det forekom en vesentlig økning i tallet på barn og unge som fikk hjelp av barnevernet fra den nye loven ble iverksatt i 1993 fram til 1997-98. I løpet av 1998 fikk vel 30.100 barn og unge hjelpe- eller omsorgstiltak (inkludert atferdstiltak) av barneverntjenesten. I løpet av 2002 fikk vel 34.400 barn og unge tilsvarende hjelp/omsorg. I løpet av 2005 fikk vel 39.200 barn og unge hjelpe- eller omsorgstiltak av barneverntjenesten. Dette innebar at 2,7 prosent av alle 0-17 åringer hadde aktivt barnevernstiltak i løpet av året 1998. Andelen hadde økt til 3,2 prosent i løpet av 2005.

Frivillige hjelpetiltak er det dominerende tilbudet i barneverntjenesten, dette forholdet er uendret i løpet av opptrappingsplanperioden 1998-2005. Enkelte ansatte i helsevesenet sitt syn på at på at barnevernet er en kombinert hjelpe- og kontrollinstans og at meldinger dit kan ende med tvang, er i minkende grad aktuell i den daglige praksis. Mer enn halvparten av de unge som var i barneverninstitusjon i hele landet i løpet av 2005, var frivillig plasserte.

Nye former for barneverntiltak i perioden for opptrappingsplanen, PMT, MST og familieråd synes å gjøre barneverntjenesten mer attraktiv som samarbeidspartner for BUP enn tidligere.

Mobile tjenester fra begge parters side (mobile barnepsykiatriteam og interkommunale barnevernvakter) samt ”satelittkontorer” ved større BUP-er, kan gjøre de to hjelpesystemene mer fleksible i forhold til hverandre.

Det har forekommet en økning i tallet på ansatte i psykisk helsevern for barn og unge de seinere årene. I perioden 2002-2005 økte antallet årsverk i denne tjenesten med nær 12 prosent, fra nær 2.890 til vel 3.200 årsverk. Særlig skjedde det en betydelig økning i psykolog-årsverkene. Antallet kliniske psykologer i psykisk helsevern for barn og unge økte fra 223 i 2002 til 309 i 2005, dette innebar en økning på nær 40 prosent. Likevel mente en del av våre informanter i intervjuene i 2004/2005 at de manglet kvalifisert personell, og nevnte da særlig lege- og psykologspesialister.

BUP-lederne vi intervjuet hadde i ulik grad fått stillingsøkning i perioden 2002-2005. Enkelte hadde fått noen flere stillinger før 2002, men ikke i 2003 eller 2004. Andre hadde fått stillingshjempler som de ikke hadde klart å besette, det gjaldt særlig BUP-poliklinikker som ikke lå i de største byene. Særlig var det vanskelig å få besatt stillinger med barne- og ungdomspsykiatere (spesialister, som overleger). Ofte hadde man underbemannede BUP-er på legesiden, eller legestillingene var bemannet med personell som var i utdanningsstilling for å få spesialistkompetanse. Enkelte BUP-er hadde også hatt vanskeligheter med å få ansatt psykologspesialister (barn og unge), men i de større byene var dette greiere, og det var også noe lettere i mindre og mellomstore kommuner i 2005 enn i 2002.

Enkelte barnevernledere mente at mye av stillingsøkningen i BUP de seinere årene hadde skjedd i form av flere sosionomer/ barnevern-pedagoger og kliniske pedagoger. Flere barnevernledere savnet psykolog å konferere med hvis de kontaktet BUP om en vanskelig sak. De mislikte hvis de fikk følelsen av å "måtte gå en ny runde" med sosionom/barnevernpedagog innledningsvis på en BUP hvis de mente at barnet og familien det gjaldt hadde vært tilstrekkelig utredet barnevernfaglig i egen tjeneste.

Tilgangen til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialister er begrenset og slike stillinger er til dels vanskelig å få besatt, ikke bare for de mindre BUP-ene, men også for noen av de større. Særlig gjelder dette overlegestillinger. Enkelte ansatte i barneverntjenesten frykter at mange av de 400 nye stillingene blir besatt med sosionomer og barnevernpedagoger. Disse gruppene kan gjøre en god jobb etter sin kliniske spesialisering, men en del av samarbeidspartnerne ønsker seg flere psykologer i BUP-ene.

BUP-ledere mente selv BUP-ene deres var blitt noe bedre tilgjengelig fra 2002 til 2005. Køene av barn og unge som ventet på BUP-behandling var de fleste steder blitt kortere, selv om de fleste BUP-ledere også i 2004/2005 mente at de som ventet lengst måtte vente for

lenge. I følge BUP-lederne var de blitt flinke til å ha inntakssamtalen innenfor fristen på 30 dager. BUP-ledere og ansatte mente at barnverntjenesten stort sett var ganske greitt tilgjengelige for dem når det var nødvendig å ta kontakt om en sak.

Barnevernledere og ansatte mente også at de hadde vært nokså greitt tilgjengelige for både brukere (ungdom og pårørende – foreldre og fosterforeldre) og samarbeidende tjenester både i 2002 og i 2005.

Barnevernlederne og ansatte synes i varierende grad at BUP-ene var blitt bedre tilgjengelige for dem. De følte at de kunne nå fram ganske raskt i akutsaker, men synes BUP-ene var vanskelig tilgjengelige i mindre akutte saker. I saker med øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid (hvor barnevernleder kunne være involvert – eventuelt sammen med politi, barnevernvakt eller ”somatisk” legevakt på kvelds- eller nattestid), savnet flere barnevernledere bedre muligheter til å kunne få ungdomspsykiatrisk hjelp til barnet/den unge.

Som hovedkonklusjon vil vi hevde at det har skjedd en viss forbedring av både tilgjengelighet til BUP og samarbeid BUP-barnevern i den perioden vi har undersøkt. Men målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse på dette området er ikke nådd enda.

3,7 prosent av barn og unge under 18 år fikk hjelp av psykisk helsevern for barn og unge i løpet av 2005. Målsettingen i Opptrappingsplanen er 5 prosent i løpet av 2008. Dette målet kan muligens nås med den farten man har hatt i økningen de seinere årene.

De vanskeligste målene å nå blir trolig de følgende:

- 1) å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus.
- 2) å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer.

Denne rapporten samt to rapporter fra andre prosjekter som har evaluert deler av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Andersson and Kristofersen 2006; Sverdrup, Myrvold et al. 2007) viser at det gjenstår mye her.

Disse undersøkelsene sier heller ikke så mye om hvor godt behandlingstilbudene virker. Det blir en viktig framtidig forskningsoppgave å finne ut mer om dette, blant annet kanskje gjennom longitudinelle studier som følger brukere over flere år – og følger dem videre i livet - ut av behandling og tiltak.

## 11.2 Anbefalinger

Vi vil på bakgrunn av empiriske funn og konklusjoner i dette forskningsprosjektet, gi følgende anbefalinger til videre arbeid for og med de aktuelle brukergruppene:

- Samarbeidet må styrkes mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og førstelinjen innen barnevern- og helsetjenester. Omorganiseringer av tjenester både nasjonalt og lokalt må ta noe av ansvaret for utfordringene vi fortsatt ser: Gjennomtrekk av ansatte innen enkelte av tjenestene. Fremdeles foregår enkelte konflikter mellom både første- og annenlinjen og mellom enkelte av tjenestene innen førstelinjen. Det foregår fortsatt noe profesjonsstrid, men profesjoner innen en tjeneste ser ut til å kunne samarbeide bedre i 2004/2005 enn i 2002. Fortsatt må samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten psykisk helse for barn og unge prioriteres høyere både av lederne og ansatte innen tjenestene. Intervjuer med informanter i sektorene (ledere og kliniske medarbeidere) tyder på en viss bedring i perioden 2002 til 2004/2005, men det gjenstår mye før man kan si at forholdene er tilfredsstillende. Også brukere og pårørende påpeker mangelfullt samarbeid både mellom første- og annenlinjetjenesten (kommune - stat) og mellom de enkelte hjelpetjenestene for barn og unge (jf. NIBR-rapport 2007:2).
- En må arbeide enda mer målrettet enn tidligere for å oppdage sped- og småbarn som har behov for undersøkelse og behandling av BUP. Undersøkelses- og behandlingsraten for 0-5 åringer var i 2005 fortsatt bare 0,7 prosent i løpet av året. Man bør vurdere å framsette egne behandlings- eller undersøkelsesmål, for de yngste barna. Helsesøstertjenesten, fastlegene, barne- og ungdomspsykiatrien og barneverntjenesten må samarbeide bedre om tidlig intervensjon overfor de minste barna. Særlig må de småbarna som barneverntjenesten avdekker har vært utsatt for omsorgssvikt, mishandling eller som har psykisk syke foreldre eller foreldre med vesentlige rusmisbruksproblemer, i større grad kunne bli undersøkt av BUP.
- Det bør tilrettelegges for en gradvis overgang fra barne- og ungdomspsykiatriske til voksenpsykiatriske tjenester for dem som trenger dette. På basis av kunnskaper i dette prosjektet og et NIBR-prosjekt om brukermedvirkning (NIBR-rapport 2007:2) har vi erfaring for at det (2005-2006) kunne skje nokså brå utskrivninger fra BUP-poliklinikker i 16-17 årsalderen, for eksempel i forbindelse med at terapeuter flytter/slutter i den

aktuelle BUP-en. Vi ser også brå fall i antallet unge 18 og 19 år som behandles i BUP-ene i den nasjonale statistikken, sammenliknet med utskrivningen av barn fra barnevernet, som foregår noe mer gradvis i aldersgruppene 18-22 år.

- Det trenges bedre akuttilbud i BUP-ene, spesielt på kveldstid/i helger. Vi fikk gjennom dette prosjektet informasjon om at enkelte 16- og 17-åringer som trenger akutt psykiatrisk hjelp legges inn i voksenpsykiatriske sengeavdelinger (av legevakslege, etter henvisning fra barnevernet) fordi man har for få akuttilbud som er heldøgnsbasert/helgebaset i BUP og får få akutte døgnplasser i ungdomspsykiatrien.
- I likhet med at det for mange år siden er opprettet barnevernvakter i store kommuner med interkommunalt samarbeid til små kommuner, bør liknende vaktordninger opprettes for akuttsaker innen barne- og ungdomspsykiatrien. BUP som nå har flere brukere enn barneverntjenestene (vel 43.000 brukere i løpet av 2005) bør ha et tilsvarende tydelig vaktansvar for akutte saker som det barnevernet har gjennom sine barnevernvakter.
- Det må bli kjent for både pårørende og ansatte innen førstelinjen helse-, barnevern og PP-tjenestene samt skolerådgivere og politiet hvordan man kommer i kontakt med regionalt vaktansvarlige innen barne- og ungdomspsykiatrien også på ettermiddager/kvelder/netter, i helger og på helligdager.
- Man må sikre seg at blant de 400 stillingene som blir opprettet i poliklinikkene for psykisk helse barn og unge, blir tilsatt godt kvalifisert personell. Tilgangen til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialister er begrenset og stillinger til dels vanskelig å få besatt, ikke bare for de mindre BUP-ene, men også for noen av de større. Særlig gjelder dette overleger.
- Det eksisterer i dag usikkerhet i kunnskapen omkring hvor mange barn og unge som får hjelp av både barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker og barneverntjenester, enten denne hjelpen gis som fellesarbeid eller i serie. Man vet også for lite om brukerne av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker nasjonalt. Spørsmål som hvor lenge brukerne går i behandling, familieforhold, sosiale bakgrunnsforhold mv er vanskelig å analysere på basis av dagens BUP-data. Det foreligger per i dag både lite kunnskap og små muligheter for omfattende forskning om hvordan det går med brukerne av denne spesialisthelsetjenesten på sikt bl.a. på grunn av manglende individidentifiserbart nasjonalt helseregister på feltet. Myndighetene bør snarest legge til rette for at det gis

muligheter for longitudinelle analyser av BUP-statistikk, for eksempel via et bedre helseregister for barn og unge, med koblingsmuligheter fra helseregisterdata til barnevernstatistikk og til registre for øvrig med relevans for både samfunnsmedisinsk og samfunnsvitenskapelig brukerorientert forskning på feltet.

---

# Litteratur

- Andersson, H. W. and T. Hatling (2003). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Trondheim, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning: 72.
- Andersson, H. W. and L. B. Kristofersen (2006). Opptrappingsplanens betydning for barn og unge. Sammenstilling av foreløpige funn i fire forskningsprosjekter. Trondheim, SINTEF Helse.
- Backe-Hansen, E. (1995). Hjelpetjenestene og barna. Rapport fra prosjekt Oppvekstnettverk. Oslo, Barnevernets Utviklingssenter.
- Backe-Hansen, E., L. B. Kristofersen, et al. (1997). Barns behov for hjelp som sosial konstruksjon. Barnevern på barns premisser. E. Backe-Hansen and T. Havik. Oslo, Ad Notam Gyldendal: 107-121.
- Backe-Hansen, E. and T. Ogden (1992). Når barn trenger hjelp. En undersøkelse om henvisninger av 5-9 åringer til Pedagogisk psykologisk rådgivingstjeneste, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og barnevernet i en norsk kommune. Oslo, Barnevernets utviklingssenter.
- Bastøe, P. Ø. (1991). Barnevernet i utvikling. Evaluering av statens fireårige handlingsplan. Oslo, Kommuneforlaget.
- Clausen, S.-E. (2000). Barnevern i Norge 1990-1997. En longitudinell studie basert på registerdata. Oslo, NIBR.
- Clausen, S.-E. (2001). Kontantstøtte blant barnevernsbarn. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR): 30 s.



- Clausen, S.-E. (2003). Plasseringer utenfor hjemmet på 1990-tallet. Barn utenfor hjemmet. Plassering i barnevernets regi. E. Backe-Hansen. Oslo, Gyldendal Akademisk: 203-221.
- Clausen, S.-E. (2004). "Har barn som mishandles større risiko for å bli kriminelle?" Tidsskrift for Norsk Psykologforening **41**: 971-978.
- Clausen, S.-E. and L. B. Kristofersen (under arbeid 2007). Analyser av longitudinell barnevernstatistikk. Oslo, NOVA.
- Eidheim, F. (2001). BRO-Teamet. En prosessevaluering av barne- og ungdomspsykiatrisk ressursteam. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR: 90.
- Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Oxford, Polity Press.
- Grinde, T. V. (1993). Kunnskapsstatus for barnevernet. Oslo, Tano.
- Grinde, T. V. (1997). Kunnskapsstatus for barnevernet: Noen utviklingstendenser 1993-1996. Barnevern på barns premisser. E. Backe-Hansen and T. Havik. Oslo, Ad Notam Gyldendal: 27-46.
- Grøholt, B., H. Sommerschild, et al. (2001). Lærebok i barnepsykiatri. 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: 56 s.
- Hjern, A. and B. Vinnerljung (2002). "Healthcare for children in foster care and residential care." Acta Pædiatrica **91 (2002)**: 153-154.
- Hjern, A., B. Vinnerljung, et al. (2004). "Avoidable mortality among child welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study." Journal of Epidemiology and Community Health **58(5)**: 412-417.

- Jensen, A.-M. (1994). Feminization of Childhood. Childhood Matters: Social Theory, Practice and Politics. J. Qvortrup, M. Bary, G. Sgritta and H. Wintersberger. Aldershot, Avebury: 59-78. Kap. inngår også i An-Magritts doktorgrad
- Jensen, A.-M. and S.-E. Clausen (2000). Barndom - forvandling uten forhandling? Samboerskap, foreldreskap og søskenskap. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning. fra Samendrag, s.6:..
- Jonassen, W. (1996). "Middelklassens barn på vei inn i barnevernet?" Norges Barnevern 73(2): 25-33.
- Jonassen, W., S.-E. Clausen, et al. (1997). En gang klient - alltid klient? Barnevern på barns premisser. E. Backe-Hansen and T. Havik. Oslo, Ad Notam Gyldendal: 47-75.
- Kristofersen, L. B. (1995). Oppvekstmiljø og kompetanse. Levekår og sosial segregering i 10- og 13-åringers oppvekstmiljø. Oslo, Barnevernets Utviklingscenter.
- Kristofersen, L. B. (2003). Barn og unge i fosterhjem og institusjoner i 1990-årene: Hvorfor avsluttes tiltakene? Barn utenfor hjemmet. Flytting i barnevernets regi. E. Backe-Hansen. Oslo, Gyldendal Akademisk: 222-241.
- Kristofersen, L. B. (2004). Opptappingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning - NIBR: 45.
- Kristofersen, L. B. (2005). Barnevernbarnas helse. Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002 (Health status of children in care. Disability and mortality 1990-2002). Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning - Norwegian Institute for Urban and Regional Research - NIBR.
- Kristofersen, L. B., C. Bratt, et al. (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). Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning (Norwegian Institute for Urban and Regional Research): 112.

- Kristofersen, L. B., S.-E. Clausen, et al. (1996). Barnevernbarn i perioden 1990-1993. Analyse av statistikk og barnevernkarrierer. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning: 119.
- Kristofersen, L. B., S. Sverdrup, et al. (2006). Hjelpetiltak i barnevernet - virker de? (Intervention methods for safeguarding children - Do they work?). Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning - Norwegian Institute for Urban and Regional Research - NIBR: 223.
- 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)(sist endret 01.09.2004)."
- Lov om helsetjenesten i kommunene. (1982/2000). "Lov av 19.november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene (ikrafttredelse 1.1.1984. Sist endret 01.01.2005)."
- Lov om pasientrettigheter. (1999). "Lov av 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Ikrafttredelse 01.01.2001, 01.07.2001. (Sist endret 01.09.2004)."
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999). "Lov av 2. juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m.m. Ikrafttredelse 01.01.2001, 01.07.2001. (Sist endret 01.09.2004)."
- Meltzer, H., T. Corbin, et al. (2003). The mental health of young people looked after by local authorities in England. Summary report. Norwich, UK, National statistics/ Her Majesty' Stationary Office (HMSO)
- Menaghan, E. G. (1999). Social Stressors in Childhood and Adolescence. A Handbook for the Study of Mental Health. A. V. Horwitz and T. L. Scheid. Cambridge, UK and New York, Cambridge University Press: 315-327.
- Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI). (2002). "Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkdata 2001."

- Nygren, P. (2000). I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dobbeltklientprosjektet - delrapport I. Oslo, Oslo kommune. Barne- og familieetaten: 105 + vedlegg.
- Ogden, T. (1995). Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringer. Oslo, Barnevernets Utviklingscenter.
- Ogden, T. (2001). Alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge - på jakt etter nye løsninger. Barnevernboka 2000. Årbok for barnevernet. J. Veland. Stavanger, Senter for atferdsforskning. Høgskolen i Stavanger: 191-204.
- Pedersen, B. P., Ed. (2006). SAMDATA Psykisk helsevern. Nøkkeltall., SINTEF Helse Rapport A247.
- Pescosolido, B. A. (1992). "Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help." American Journal of Sociology **97**(4): 1096-1138.
- Pescosolido, B. A. and C. A. Boyer (1999). How Do People Come to Use Mental Health Services? Current Knowledge and Changing Perspectives. A Handbook for the Study of Mental Health. A. V. Horwitz and T. L. Scheid. Cambridge, UK and New York, Cambridge University Press: 392-411.
- Pescosolido, B. A., C. A. Boyer, et al. (1999). The Social Dynamics of Responding to Mental Health Problems. Past, Present and Future Challenges to Understanding Individuals' Use of Services. Handbook of the sociology of mental health. C. S. Aneshensel and J. C. Pelan. New York Boston Dordrecht London Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 441-460.
- Qvortrup, J. (1999). Barndom og samfund. Børn og familie i det postmoderne samfund. L. Dencik and P. Schultz Jørgensen. København, Hans Reitzels Forlag: 45-78.
- Sandbæk, M. (1995). Fikk barna hjelp? En studie av barns kontakt med hjelpeapparatet, sett med de foresattes øyne. Oslo, Barnevernets Utviklingscenter.
- Sandbæk, M. (2002). Barn og foreldre som aktører i møte med hjelpetjenester. Dr. polit.-avhandling. Institutt for sosialt arbeid

og helsevitenskap. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Norges teknisk naturvitenskapelige universitet. NTNU Trondheim. NTNU, Trondheim: 216 s. + vedlegg.

Schjelderup, L., C. More, et al., Eds. (2005). Nye metoder i et moderne barnevern. Bergen, Fagbokforlaget.

Schultz Jørgensen, P. (1999). Barnet i risikofamilien. Barn og familie i det postmoderne samfund. L. Dencik and P. Schultz Jørgensen. København, Hanz Reitzels Forlag: 403-421.

Sitter, M. and H. W. Andersson (2001). Samtidighet i tilbud fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien: Fylkesvise forskjeller sett i relasjon til kapasitet, produktivitet og organisasjonsmodeller for samarbeid. Trondheim, SINTEF Unimed: 53 inkl. bilag.

Sosial og helsedirektoratet (2003). Opptappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006. Oslo.

Statistisk sentralbyrå (2001). Spesialisthelsetjenesten 1999-2000. Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m.

Specialist Health Service 1999-2000. General Hospitals, Psychiatric Institutions, etc. Oslo - Kongsvinger, SSB - Statistics Norway.

Statistisk sentralbyrå. (2002). "Spesialisthelsetjenesten psykiatri, 2001: Nedbygging av plassar utanom sjukehus." Retrieved 18. september 2002.

Statistisk sentralbyrå. (2003). "Fylkeskommunalt barnevern 2002: Meir til fylkesbarnevernet." Retrieved 5. november 2003.

Stortingsmelding nr.25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsprop. nr.63 (1997-98). Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998, Sosial- og helsedepartementet.

Sverdrup, S. (2002). Evaluering. Faser, design og gjennomføring. Bergen, Fagbokforlaget.

- 
- Sverdrup, S., T. M. Myrvold, et al. (2007). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. Oslo.
- Vinnerljung, B. (2006). "Fosterbarn som unga vuxna - en översikt av resultat från några nationella registerstudier." Socialmedicinsk tidskrift **83**(1): 23-35.
- Vinnerljung, B., A. Hjern, et al. (2006). "Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients - a national cohort study." Journal of Child Psychology and Psychiatry **47:7**, 723-733.
- Yalom, I. D. (2003). Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter. Oslo, Pax.

# Vedlegg 1

## Brev til hjelpetjenestenes ledere/ ansatte

..... kommune  
Enhet for sosiale tjenester  
Avd. for barnevern  
Sosialsjef .....

### **SINTEF Unimed**

Postadresse:  
7465 Trondheim  
Besøksadresse:  
Olav Kyrres gt. 3  
Telefon:  
73 59 25 90  
Telefaks:  
73 59 63 61

Foretaksregisteret:  
NO 948 007 029 MVA

Deres ref.:

Vår ref.:

Direkte innvalg:  
73 55 06 19

Trondheim,  
2002-09-17

### **Evaluering av Opptappingsplan for psykisk helse : Informasjon om forestående intervjuundersøkelse**

Opptappingsplanen (St prp. 63, 1999-2006) er en omfattende helsepolitisk satsing for å styrke og utvikle tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

I et samarbeid mellom forskningsinstitusjonene SINTEF Unimed, Norsk institutt for by – og regionforskning (NIBR), og Universitetet i Tromsø (UiTø) skal det i høst gjennomføres et prosjekt som skal inngå i en evaluering av Opptappingsplanen. Evalueringen skal i hovedsak analysere virkemiddelbruken i Opptappingsplanen - for eventuelt å kunne justere bruken av virkemidlene, samt analysere hva utbygging av tilbud betyr for tilgjengelighet mv for brukerne. Prosjektoppdraget er gitt av Helsedepartementet/Norges forskningsråd.

Samarbeidsprosjektet har som hovedmålsetting å studere tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske lidelser, samt flyt og samarbeid i

behandlingskjeden. Vi søker innsikt i hvilke faktorer som er fremmende, evt. hvilke som virker hemmende i forhold til tilgjengelighet av tjenester barn og unge med psykososiale problemer, og hvordan dette evt utvikles som en effekt av Opptrappingsplanen. Første del av studien ble gjennomført i vår som en kartleggingsstudie ved sentrale instanser som jobber med risikoutsatte barn og unge. I ..... kommune deltok ..... helsestasjon i denne undersøkelsen.

Som et supplement til kartleggingsstudien ønsker vi å gjennomføre dybdestudier i et mindre utvalg norske kommuner. Valg av kommuner er basert på geografiske forhold og størrelse.

Vi søker problemstillingen belyst gjennom intervju med nøkkelpersoner ved hhv helsestasjon, barnevern, pedagogisk psykologisk tjeneste i kommunen, samt ved den BUP som tilhører kommunen. Vi søker primært å intervju leder ved den aktuelle enheten, evt leder sammen med en medarbeider.

Intervjuene vil fokusere på følgende tema; organisering av tjenester i kommunen, innhold i den aktuelle tjenesten, den ansattes kompetanse, erfaring og arbeidsmetoder, og samarbeid med andre instanser. Det vil ta ca 2 timer å gjennomføre intervjuet. Det er selvfølgelig fullt mulig for kommunen og de enkeltansatte å reservere seg fra deltagelse i studien. Rådmann er informert om undersøkelsen i brev av 17.09.02.

Alle intervjuene vil bli gjennomført i perioden medio oktober- desember 2002. Vi ønsker å gjøre oppfølgende intervju med de samme informantene i kommunen høsten 2004 og 2006.

Dersom det er ønsket kan vi tilby et informasjonsmøte med kommunen, der administrasjon og aktuelle enheter er representert.

Intervjuene vil bli behandlet konfidensielt. Fordi intervjuene blir anonymisert vil det ikke bli kjent hva den enkelte har svart i rapporter fra prosjektet. I tillegg vil intervjupersonene få sitt intervjubidrag tilsendt for godkjenning før prosjektrapporter trykkes.

Med håp om din positive innstilling til deltagelse vil vi mot slutten av september måned ta kontakt per telefon for å gjøre nærmere avtaler.

Med vennlig hilsen

Kirsti Lenschow	Helle Wessel Andersson	Lars Kristofersen
Forsøk med	Prosjektleder	Forsker
Forsker		NIBR
familesentraler,UiT	SINTEF Unimed	