

**Vedlegg til veileder for landsomfattende tilsyn med
spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2014:
Psykisk helsevern for barn og unge**

Målgruppe: Tilsynsledere, revisjonsledere og revisorer i fylkesmannsembetene

Saksbehandler: seniorrådgiver Aud Frøysa Åsprang

Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen

Godkjent dato: 12. desember 2012

Innholdsfortegnelse

Vedlegg 1: Møte med fag- og brukerorganisasjoner	3
Vedlegg 2: Henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP skjema).....	4
Vedlegg 3: Generelt om utredning og diagnostisering, ulike typer spørreskjema (utredningsinstrumenter)	6
Vedlegg 4: Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med tristhet og mistanke om depresjon	13
Vedlegg 5: Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD	15
Vedlegg 6: Kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk.....	18
Vedlegg 7: Kartlegging og oppfølging av rusproblematikk.....	19
Vedlegg 8: Akse 6 – CGAS, multiaksial klassifisering i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	20
Vedlegg 9: Oversikt over pasientforløpet, tidsforløp fra henvisning til behandling.....	22
Vedlegg 10: Landets BUPer.....	23
Vedlegg 11: Tekst som kan benyttes i tilsynsrapportens kapittel 4: Hva tilsynet omfattet	26
Vedlegg 12: Beskrivelse av indikatoren ”Registrering av hovedtilstand psykisk..... helsevern for barn og unge”	27
Referanser.....	29

Vedlegg 1: Møte med fag- og brukerorganisasjoner



Arbeidsmøte onsdag 15. februar 2012

Velkommen!

Bolkene før og etter lunsj vil være delt i to. Først vil de inviterte deltagerne holde sine innlegg. Resten av tiden vil bli brukt til oppfølgingsspørsmål og diskusjon. Husk, innleggene skal innholde det dere mener er mest sentralt og helst ikke mer enn 5 minutter, maks 10. Rekkefølgen på innleggene er tilfeldig.

Klokken 09.00 – 12.00.

- Lars B Kristofersen, NOVA
- Ida Garløv, Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening
- Marit Hermansen, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin
- Tone Skjerven, Norsk psykiatrisk forening
- Andreas Høstmælingen, Norsk Psykologforening
- Bodil Bakkan Nielsen, Norsk Sykepleierforbund
- Gunnar Opstad, Utdanningsforbundet
- Brit Jørgensen, Fellesorganisasjonen FO
- Vebjørng Tingstad, NTNU, Norsk senter for barneforskning
- Kristina Bilicz, Larkollen Ungdomspsykiatrisk behandlingshjem

Klokken 12.00 – 12.45 Alle er velkommen til lunsj i Statens helsetilsyns kantine

Klokken 12.45 – 15.45.

- Adrian Wilhelm Kjøøl Tollefsen, Mental Helse ungdom
- Tone Viljugrein, Barneombudet
- Olav Elvemo, Rådet for psykisk helse
- Ina B Nergård, Voksne for barn
- Hilde Bråthner Johansen, Pasient- og brukerombudene
- Michael Lindholm, Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
- Siri Gjesdahl, BarnsBeste
- Marius Sørensen-Sjømæling, Barn av rusmisbrukere, BAR

Vedlegg 2: Henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP skjema)

<p>HENVISNING TIL DET PSYKISKE HELSEVERNET FOR BARN OG UNGE</p> <p>Dette er et felles henvisningsskjema for det psykiske helsevernet for barn og unge. Skjemaet er utviklet av Norsk forening for barn og unges psykiske helse (n-bup) etter oppdrag fra Helsedirektoratet og dekker den obligatoriske rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR).</p> <p>De som ønsker dette skjemaet i pdf-format kan laste det ned fra www.nbup.no</p> <p>Skjemaet ble sist revidert 1. 4. 2011. Ved spørsmål, kontakt BUP-institusjonen.</p>		<p>Henvises til:</p>
		<p>Gjelder øyeblikkelig hjelp, innen 24 timer:</p> <p><input type="checkbox"/> (Lov om spesialhelsetjenesten m.m. § 3-1.)</p>
<p>BARN / UNGDOM SOM HENVISES:</p>		<p>FYLLES UT AV BUP:</p>
Fornavn	Født	Pers. nr
Efternavn	Jente <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/>	Saknr.: <input type="text"/>
Adresse	Kommune	Inndato: <input type="text"/>
	Bydel	Inntaker: <input type="text"/>
Postadresse	Tlf.	Reinntak? <input type="text"/>
<p>MOR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)</p>		
Navn	Relasjon	Født dato
Adresse	<input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fosterer.	Tlf. privat
Postadresse	<input type="checkbox"/> Adopt./stemor <input type="checkbox"/> Annet	Tlf. jobb
<p>FAR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)</p>		
Navn	Relasjon	Født dato
Adresse	<input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterf.	Tlf. privat
Postadresse	<input type="checkbox"/> Adopt./stefar <input type="checkbox"/> Annet	Tlf. jobb
<p>OMSORGSSITUASJON</p>		
<p>Sett kryss for omsorgssituasjon</p> <p><input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene <input type="checkbox"/> En av foreldrene og samboer/ektefella <input type="checkbox"/> Bor på institusjon</p> <p><input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far <input type="checkbox"/> Hos besteforeldre eller annen familie <input type="checkbox"/> Bor alene</p> <p><input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem <input type="checkbox"/> Annet</p>		
<p>Navn og adresse på den barnet bor hos, hvis annet enn nevnt over</p>		
Navn	Navn	
Adresse	Adresse	
Postadresse	Postadresse	
Tlf.	Tlf.	
<p>SØSKEN / HALVSØSKEN / ANDRE I FAMILIENS OMSORG</p>		
<p>Har barnet søsken?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nei</p> <p><input type="checkbox"/> Vet ikke</p>	<p>Relevante tilleggsopplysninger</p>	
<p>SKOLE / BARNEHAGE (Fylles ut hvis barnet går på skole eller i barnehage)</p>		
Navn skole/barnehage	Tlf.	
Kontaktperson(er)		
Adresse	Postadresse	
<p>Er det behov for tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Språk og spesielle krav til tolk:</p>		

HENVISNINGSGRUNN		
Beskrivelse	Velg inntil 2 henvisningsgrunner fra hver liste. Sett den viktigste først. Skriv nummer i rutene.	
	<p>Henvisningsgrunn barnet</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alvorlig bekymring for barn under 6 år 2. Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme) 3. Mistanke om trasslidelse / adferdsforstyrrelse 4. Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) 5. Mistanke om Tourette syndrom 6. Skolevegring 7. Mistanke om angstlidelse 8. Mistanke om tvangstanker / tvangshandlinger 9. Mistanke om spiseforstyrrelse 10. Mistanke om depresjon 11. Mistanke om bipolar lidelse 12. Vedvarende og alvorlig selvskadning 13. Mistanke om psykose 14. Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer 15. Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom 16. Annet <p>Barnets miljø (siste 6 mnd)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belastninger i familien 2. Belastninger i nærmiljø/samfunn 3. Belastninger i skole/barnehage 	
STATUS PRESENS		
Beskrivelse		
HVEM ARBEIDER MED SAKEN		
Instansnavn	Kontaktperson	Rapport vedl. (X)
Er det utarbeidet individuell plan? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen? Mor/foresatt Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Far/foresatt Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Hvis pasienten har fylt 16 år, har vedkommende samtykket til henvisningen? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
HENVISENDE LEGE / BARNEVERNsleder		
Navn / Instans / Stempel	Fastlege (Hvis annen en henvisende lege)	
	Navn	
Adresse / tlf.:	Adresse	
Dato	Underskrift	Tlf.:

Vedlegg 3: Generelt om utredning og diagostisering, ulike typer spørreskjema (utredningsinstrumenter)

Følgende inngår gjerne i en utredning:

- Samtale med barnet/ungdommen og foresatte med systematisk innhenting av informasjon om sykehistorie, helsetilstand og omsorgsforhold skal alltid gjennomføres.
- Klinisk diagnostisk intervju der generell fungering og aktuelle diagnoser kartlegges.
- Spørreskjema utfyllt av pasienten, foresatte og skole/barnehage. Informant må kjenne barnet. Skjema tilpasses problemområde.
- Observasjon av barnet/ungdommen på lekerom eller i samspill med pårørende. Observasjon skal alltid gjennomføres, og kan også gjøres i løpet av samtaler.
- Ved behov medisinsk undersøkelse inkludert orienterende nevrologisk status med nevrologiske ”soft-signs” (svake nevrologiske symptomer som kan bety at barnet ikke har en helt optimal nevrologisk utvikling). Undersøkelsen hører med til standardutredning av ADHD.
- Psykologisk/nevropsykologisk testing og utredning ved behov. Eventuell videre nevropsykologisk utredning. Hører med ved utredning av ADHD, spesielt viktig i forhold til differensialdiagnostikk for andre nevropsykiatriske lidelser.
- Pedagogisk utredning og vurdering etter behov. Eventuell observasjon på skole/barnehage. Pedagogisk rapport fra lærer/PPT.

Aktuelle spørreskjema tilpasset norske forhold:

ASEBA (The Achenbach System of Empirically Based Assessment)-spørreskjemaene er blant de hyppigst brukte standardiserte instrumenter for å innhente informasjon om sosiale ferdigheter, følelsesmessige vansker og adferdsvansker hos barn og ungdom. De har vært i utstrakt bruk i Norge siden tidlig på 1990-tallet. Følgende skjema for barn i skolealder (6-18 år) er mest brukt: Child Behavior Checklist (CBCL) for foreldre, Teacher Report Form (TRF) og Youth Self Report (YSR), som fylles ut fra 11-18 år. Tilsvarende skjema foreligger for førskolebarn 1 ½ til 5 år, til bruk for foreldre og førskolelærer. Det finnes også skjema for voksne og observasjonsskjema for skole/barnehage.

Kilde: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, ASEBA, r-BUP (regionsenter for barn og unges psykiske helse).

DAWBA (Development and Well-Being Assessment) er en pakke med intervjuer, spørreskjema og scoringer som genererer ICD-10 og DSM-IV diagnoser hos 5 -17 år gamle barn og ungdom. DAWBA dekker de vanligste barnepsykiatriske diagnosene, men overser ikke de mer alvorlige tilstandene. Informasjon hentes fra opp til tre kilder: Intervju med foreldrene til barnet/ungdommen, intervju med barnet selv (11-17 år) og intervju med lærer.

DAWBA-intervjuene kan gjennomføres enten ved hjelp av samtaler eller ved hjelp av datamaskin.

Kilde: DABWA.info og Helsebiblioteket.

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) er et kortfattet spørreskjema med 25 ledd. Spørreskjema foreligger i foreldre- og lærerversjon for barn og ungdom i alderen 4-16 år og i en

selvutfyllingsversjon for ungdom i alderen 11-16 år. Det foreligger en litt modifisert versjon for barn 3-4 år, og en egen versjon for oppfølging etter behandling. SDQ ble først publisert i 1997, og er brukt i svært mange studier, både internasjonalt og i Norge. I Norge er det publisert data fra flere befolkningsutvalg. Mange poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge bruker SDQ systematisk. Fordeler med SDQ er at skjemaene er kortfattede, og resultater fra flere informanter kan sammenfattes. SDQ kan benyttes sammen med DAWBA-intervjuet. Skjemaene egner seg til gjentatt bruk, og derfor til å vurdere forløp under behandling. En ulempe er at SDQ ikke gir noen utfyllende vurdering for barn som henvises til barnepsykiatrien.

Kilde: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening.

CAS (Child Assessment Shedule) er et semistrukturert, diagnostisk intervju som er ment å gi informasjon om både diagnose og viktig klinisk informasjon om barnets livssituasjon. CAS er mye brukt i Norge og i forskning i Norge og andre land.

Kilde: Internal Consistency of a Diagnostic Interview for Children: The Child Assessment Schedule” Journal of Abnormal Child Psychology (1989), 691-701, DOI: 10.1007/BF00917731 K Hodges; W Saunders.

KIDDIE-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children). Semistrukturert diagnostisk intervju bygget opp etter DSM-IV. For generell kartlegging av nåværende og tidligere psykopatologi hos barn og unge i aldersgruppen 6-18 år. Tilleggshefte nr. 2 tillater grundig og spesifikk utredning av psykose og tilleggshefte nr. 1 utreder tilsvarende affektive lidelser, inkl mani.

Kilde: NTNU/r-RBUP MidtNorge.

MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale). 10 punkts skåringsverktøy for depresjon.

Kilde: Helsebibiloteket.

MINI-plus (Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju) er et diagnostisk kartleggings- og skåringsverktøy som gir en kort diagnostisk vurdering av de vanligste psykiatriske diagnoser i forhold til DSM-IV.

Kilde: Kunnskapssenteret/r-bup.

Barkley-skjema er en symptomsjekkliste for symptomer på ADHD. Finnes for barnet/ungdommen, foreldre og skole/barnehage. **Connors rating scale:** Instrument som kartlegger symptomer på ADHD, finnes i kort og lang versjon som selvrapportering for barn alder 12-17, foreldre og skole/barnehage. **Brief** (Behavior Rating Inventory of Executive Function) er et kartleggingsverktøy spesielt rettet mot barn i skolealder med oppmerksomhets- og konsentrasjonsproblemer og lærevansker.

WPPSI/WISC-R/WAISS: WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) /WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children)/WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) er bredspektrede evnetester som kartlegger barn, ungdom og voksnes evner. Testene har en verbal del som krever muntlige svar og en utføringsdel, som måler ikke-verbale ferdigheter. Testen gir et bilde av generelt evnenivå, men også av områder som for eksempel hukommelse, arbeidsminne, evne til abstrakt tenkning, sosial forståelse.

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) er en klinikerskåring som er utviklet i England. HoNOSCA måler adferd, problemer, symptomer og

sosial fungering, og er et bredt mål for personens psykiske helsetilstand. Det er beregnet på å evaluere behandlingstiltak ved klinikken. HoNOSCA er oversatt til norsk i regi av r-bup.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test): AUDIT er et kortfattet skåringsverktøy som har til formål å avdekke skadelig alkoholkonsum hos den voksne befolkningen. Brukes også hos ungdom. Skjemaet vises i sin helhet på de to neste sidene i dette vedlegget.

DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test): DUDIT er et selvrapporteringskjema for identifisering av stoffproblemer hos ungdom og voksne. Kilde: Helsebiblioteket. Skjemaet vises i sin helhet på de to siste sidene i dette vedlegget.

Alkohol-audit

Sist endret: 20.01.2010

Alcohol Use Disorder Identification Test

1. Hvor ofte drikker du alkohol?

- 0 Aldri
- 1 Månedlig eller sjeldnere
- 2 To til fire ganger i måneden
- 3 To til tre ganger i uken
- 4 Fire ganger i uken eller mer

2. Hvor mange alkoholenheter (en drink, et glass vin eller 1 liten flaske pilsnerøl) tar du på en "typisk" drikkedag?

- 0 1-2
- 1 3-4
- 2 5-6
- 3 7-9
- 4 10 eller flere

3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

- 0 Aldri
- 1 Sjelden
- 2 Noen ganger i måneden
- 3 Noen ganger i uken
- 4 Nesten daglig

4. Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?

- 0 Aldri
- 1 Sjelden
- 2 Noen ganger i måneden
- 3 Noen ganger i uken
- 4 Nesten daglig

5. Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?

- 0 Aldri
- 1 Sjelden
- 2 Noen ganger i måneden
- 3 Noen ganger i uken
- 4 Nesten daglig

6. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?

- 0 Aldri
- 1 Sjelden

Alkohol-audit - NHI.no

Side 2 av 2

- 2 Noen ganger i måneden
- 3 Noen ganger i uken
- 4 Nesten daglig

7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?

- 0 Aldri
- 1 Sjelden
- 2 Noen ganger i måneden
- 3 Noen ganger i uken
- 4 Nesten daglig

8. Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga drikking?

- 0 Aldri
- 1 Sjelden
- 2 Noen ganger i måneden
- 3 Noen ganger i uken
- 4 Nesten daglig

9. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?

- 0 Nei
- 2 Ja, men ikke i løpet av siste år
- 4 Ja, i løpet av siste år

10. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?

- 0 Nei
- 2 Ja, men ikke i løpet av siste år
- 4 Ja, i løpet av siste år

Total skår AUDIT:

0 Beregn

Ved verdi ≥ 8 er det grunn til å vurdere tiltak for redusert alkoholforbruk.

Nullstill skjema

Dersom du skal gjøre gjentatte beregninger, kan du enkelt nullstille skjemaet ved å trykke F5.

Referanser

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization, 2001.

© 2012 Norsk helseinformatikk as

Debattregler

<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/alkohol-audit-3240.html>

29.10.2012

Saksbehandler: seniorrådgiver Aud Frøysa Åsprang
Godkjent av: direktør Jan Fredrik Andresen
Godkjent dato: 12. desember 2012


Side 10 av 30 sider



DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Her er noen spørsmål om rusmidler (narkotiske stoffer og legemidler). Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Alder <input type="text"/>			
1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol? (Se listen over narkotiske stoffer og legemidler.)	Aldri <input type="checkbox"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>
2. Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?	Aldri <input type="checkbox"/>	1 gang i måneden eller sjeldnere <input type="checkbox"/>	2-4 ganger i måneden <input type="checkbox"/>	2-3 ganger i uken <input type="checkbox"/>	4 ganger i uken eller mer <input type="checkbox"/>
3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?	0 <input type="checkbox"/>	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 eller flere <input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
5. Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå i mot?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du taft rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?	Aldri <input type="checkbox"/>	Sjeldnere enn en gang i måneden <input type="checkbox"/>	Hver måned <input type="checkbox"/>	Hver uke <input type="checkbox"/>	Daglig eller nesten hver dag <input type="checkbox"/>
10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>	
11. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du bør slutte med rusmidler?	Nei <input type="checkbox"/>	Ja, men ikke i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>		Ja, i løpet av det siste året <input type="checkbox"/>	

Se listen over narkotiske stoffer og legemidler 

Norsk versjon 2.1 © Anne Lundheim & Kjell Bakken, Kompetansesenter rus – region øst, tel. 62561588
E-post: anne.lundheim@regionost.helse-berlin.no

© 2002 Anne H. Berntsen, Hans Bergman, Tom Palmissterna & Frans Sæviyer, Karolinska Institutet, Frågor, anne.h.berntsen@ki.se

LISTE OVER NARKOTISKE STOFFER (OBS! IKKE ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin, sentralstim.	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Løsningsmiddel	GHB og øvrige
Cannabis	Amfetamin	Crack	Heroin	2C-B, DOB	Bensin	Amylnitritt (poppers)
Cannabisolje	Betelnøtt	Freebase	Opium	DMT (mimosa)	Gass	Anabole steroider
Hasi	Concerta	Kokablod	Røykeheroin	Ecstasy (MDMA)	Lim	Artikolinerigika
Marihuana	Dexamim	Kokain		Fleinsopp	Løsemidler	(Disipal, Akineton)
	Equasym	Kokainbase		Ketalar/Ketamin	Trikloretylen	GHB, GBL
	Fenmetralin	Kokapasta		LSD	Tynner	Lystgass
	Khat			Magic mushrooms		
	Melamfetamin			Meksikansk sopp		
	Metylfenidat			Meskalin/Peyote		
	Modafinil			Muskat		
	Modiiodal			PCP		
	Ritalin			Piggeple		
				Psilocybin		

LEGEMIDLER

Legemidler regnes som rusmiddel når du tar det:

- mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- for å ha det moro, føle deg bra, bli "høy", eller prøve ut effekten av dem
- og har fått det av en slektning eller venn
- og har kjøpt det "svart" eller stjålet det

Beroligende legemidler og/eller sovetabletter			Smertestillende legemidler		
Alopam	Karisoprodol	Stilnoct	Actiq	Ketalar	OxyNorm
Apazolam	Klometiazol	Valium	Anervan	Ketamin	Pallodon
Apodorm	Klonazepam	Vival	Aporex	Ketobermidon	Paralgin
Ativan	Lorazepam	Xanor	Apotekets sterke	Ketogan	Paralgin-
Barbital	Midazolam	Xanor dep.	-Hostesirup	Ketorax	- Forte/Major/Minor
Diazepam	Mogadon	Zolpidem	Buprenorfin	Kodein	Petidin
Dormicum	Nitrazepam	Zopiclone	Cosylan	Leptanal	Pinex
Fenemal	Oxazepam	Zopiklon	Delstopopsyfen	Matrifen	Pinex-
Fenobarbital	Rivotril		Dolcontin	Meprobamat	- Forte/Major
Flunitrazepam	Rohypnol		Durogesic	Metadon	Solvipect Comp
Flunipam	Sobril		Etylmorfin	Morfin	Suboxone
Heminevrin	Somadril		Fentanyl	Morfin-	Subutex
Imovane	Stesolid		Fortralin	scopolamin	Temgesic
			Hydrokon	Nobligan	Tramadol
			Hydromorfon-	Norspan	Tramagetic
			klorid	Oksykodon	
			Kapanol	OxyContin	

Legemidler regnes IKKE som rusmiddel når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).

Vedlegg 4: Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med tristhet og mistanke om depresjon

Symptomer på depresjon hos barn og ungdom avhenger av alder og utviklingsnivå. For ungdom skiller ikke symptomene seg vesentlig fra symptomene hos voksne. For yngre barn kan symptomene være annerledes. Diagnosen depresjon kan derfor være vanskelig å stille. Før puberteten er forekomsten av depresjon lik hos gutter og jenter, men i tenårene rammes flest jenter. Etter puberteten er depresjonssymptomer nesten like vanlige som angstsymptomer, og 15–20 prosent av alle barn får betydelige symptomer på depresjon før de fyller 18 år. Opptil fem prosent får en alvorlig depressiv lidelse i løpet av ungdomstiden. I en studie av norske ungdommer fra 2011, var forekomsten av depressive plager 23 prosent. Bare 20 prosent av disse hadde fått hjelp i spesialisthelsetjenesten (20, 21, 22).

Barn har i mindre grad enn voksne evne til å uttrykke seg med ord, og har ikke utviklet et begrepsapparat som kan hjelpe dem å sette ord på opplevelser og følelser. Evnen til å regulere følelser utvikles med alder, og barn vil ofte naturlig ha større svingninger i humøret. Årsak til depresjon hos barn er i større grad knyttet til omgivelsene enn for voksne. Endring i adferd er et varselsignal. Følelsesmessige forstyrrelser som engstelighet, separasjonsangst, sinneutbrudd eller passivitet kan være tegn på mistrivsel. Kroppslige plager som magesmerter, dårlig matlyst eller søvnvansker er også vanlig.

Eldre barn kan i større grad gi uttrykk for at de føler seg triste eller sinte. Forbigående tristhet eller sinne er ikke i seg selv et symptom, men varig følelse av å være trist og miste glede og interesse, samt tap av selvfølelse og følelse av skam og skyld kan være symptomer. Uro, konsentrasjonsvansker, utagering eller tilbaketrekning forekommer, likeså fall i skoleprestasjoner og tap av venner som følge av isolasjon. Kroppslige plager i form av spesielt mage- og hodepine er vanlig.

Også barn før puberteten kan gi uttrykk for dødsønske og selvmordsplaner.

Symptomer på depresjon hos ungdom ligner mye på voksnes symptomer. Kjernesymptomer er senket stemningsleie, redusert energi og aktivitetsnivå, redusert evne til å glede seg, nedsatt konsentrasjon og interesse. Tretthet, søvnforstyrrelser og et svekket selvbilde med selvbebreidelser, tanker om skyld og verdiløshet er også vanlig. Selvmordstanker og -planer øker med alderen. Rusmisbruk og selvskading kan sees sammen med depressive tilstander hos ungdom.

Utredningsmetode er avhengig av alder og utviklingsnivå. En utredning bør inneholde:

- Opptak av anamnese (sykehistorie) av pasienten og/eller av pasientens omsorgspersoner
- Undersøkelse/observasjon av barnet for eksempel på lekerom, i samspill med voksne, på skole
- Kartlegging av pasientens omsorgsmiljø
- Bruk av strukturerte spørreskjemaer og intervjuer for å undersøke generell fungering og utvikling (ASEBA/CBCL/Dawba/SDQ/CAS)
- Bruk av diagnostisk spørreskjema (KIDDIE-SADS –PL)
- Kartlegging av depressive symptomer med andre skjemaer, for eldre barn og ungdom kan også skjema som MADRS/MINI plus brukes.

Komorbiditet, dvs. om pasienten kan ha andre lidelser i tillegg til den primære lidelsen, og differensialdiagnostikk, dvs. at andre diagnoser som har tilsvarende symptomer kan utelukkes, skal også drøftes som del av utredningen.

Behandling/aktuelle terapier

Ved behandling av depresjon og tristhet hos barn, er det nødvendig med en vurdering av depresjonens alvorlighetsgrad for å tilpasse oppfølgingen individuelt. Ved alvorlige depresjoner med selvmordstanker, selvmordsplaner og/eller mistanke om psykotiske symptomer, skal innleggelse i sykehus vurderes. Se punkt 2.3 i veilederen om utredning og diagnostisering med tanke på selvmordsproblematikk. Psykoedukasjon, det vil si informasjon om tilstanden til pasienten og familien, anbefales for denne pasientgruppen (9). Råd om søvnregulering, og tilrettelegging og samarbeid med skolen og PPT er viktige tiltak, særlig ved skolefravær. Ellers er det ulike terapiformer som er aktuelle, se vedlegg 4.

Kognitiv adferdsterapi og interpersonlig terapi er to behandlingsformer som i kontrollerte og randomiserte studier har oppnådd de mest konsistente positive resultatene (9, 10). Kognitiv adferdsterapi innebærer at man tar utgangspunkt i det barnet/ungdommen tenker, og hvordan dette påvirker følelser og handlinger. Kognitiv behandling er opptatt av situasjonen her og nå. Interpersonlig terapi er en type kognitiv adferdsterapi der pasient og terapeut velger å arbeide spesifikt med én av pasientens problematiske mellommenneskelige relasjoner. Terapiformen tar utgangspunkt i individets erfaringer. Tanken bak er at hvis én viktig relasjon bedres, vil dette kunne ha en positiv effekt på vedkommendes symptomer og også på andre av pasientens relasjoner.

Også psykodynamiske korttidsterapier har effekt på voksne og effekten av behandlingen på barn og unge er under evaluering (11). Psykodynamisk terapi har som mål å oppdage, forstå og bearbeide følelser, fantasier og opplevelser fra tidligere og nåværende relasjoner i livet. I tillegg er målet å bli klar over hvordan man unngår eller beskytter seg mot skremmende, smertefulle og forstyrrende tanker, følelser og opplevelser med beskyttelsesmekanismer som en gang kan ha vært nødvendige eller hensiktsmessige, men som i dag hindrer en i å leve et godt liv.

Det er ufullstendig dokumentasjon for effekt av familieterapi og opplevelsesbasert psykoterapi (9). Fysisk aktivitet minst 30 minutter daglig har antidepressiv effekt. Medikamentell behandling er indisert ved moderate og alvorlige depresjoner og ved tilbakevendende depresjoner hos ungdom. Behandlingen kan kun settes i gang av lege med kompetanse på denne typen behandling. Medikamentell behandling skal alltid brukes som supplement til psykososiale intervensjoner. Serotonin reopptakshemmer (SSRI) er førstevalg blant antidepressiva. Behandlingseffekten øker jo mer alvorlig depresjonen er og jo kortere den har vart. Medikamentell behandling skal følges med hyppige kontroller (1, 4, 9, 12).

Vedlegg 5: Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD

ADHD

Årlig blir flere tusen barn henvist til BUP med symptomer på uro, konsentrasjonsproblemer og utagerende adferd. For mange av disse er det mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse, også betegnet som ADHD, en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse der hovedsymptomene kan deles i tre grupper: Konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet.

Forekomsten av ADHD i Norge ligger på mellom 3 og 4 prosent blant elleveåringer, mens gjennomsnittet på verdensbasis er rundt 5 prosent. ADHD er med andre ord en hyppig forekommende tilstand, og den er mer vanlig for gutter enn for jenter. Symptomene er i mange tilfeller også noe ulike avhengig av alder og kjønn. De 10 siste årene har det vært en markant økning i antallet pasienter som blir medisinert for ADHD. Det å gi barn og unge god og riktig behandling for disse problemene er viktig, også med tanke på å forebygge fremtidige problemer. Erfaringene viser blant annet at forekomsten av rusmiddelavhengighet, selvskading og selvmord blant ungdom i denne pasientgruppen er høy.

I følge IS-1244 "Veileder for diagnostisering og behandling av ADHD" skal utredning ved mistanke om ADHD:

- Avklare om det foreligger grunnlag for å konkludere med diagnosen ADHD, herunder også nødvendige differensialdiagnostiske vurderinger, dvs. å utelukke at symptomene kan skyldes andre lidelser. ADHD er en "eksklusionsdiagnose", det vil si at diagnosen skal ikke stilles dersom symptomene bedre forklares av en annen diagnose.
- Vurdere pasientens funksjonsnivå for eventuelle støttetiltak i barnehage eller på skole.
- Kartlegge om pasienten samtidig har andre lidelser som trenger behandling.

Diagnostisering av ADHD skal foregå tverrfaglig og krever samarbeid mellom ulike instanser i første- og andrelinjetjenesten. Utredningen skal alltid inneholde en medisinskfaglig vurdering. Diagnosen forutsetter funksjonssvikt på flere områder og i flere situasjoner over tid og av en slik alvorlighetsgrad at det skaper problemer i hverdagen. Oftest vil barnet avvike fra normale forventninger til utvikling av konsentrasjon, oppmerksomhet og sosial funksjon. Dette vil gi grunnlag for en utredning (8). Diagnosen ADHD stilles etter en samlet klinisk vurdering hvor følgende inngår:

- Samtale med barnet/ungdommen og pårørende med systematisk innhenting av informasjon om:
 - Relaterte sykdommer hos øvrige familiemedlemmer
 - Historikk om barnets utvikling motorisk, sosialt og språklig
 - Tidligere somatiske sykdommer (i svangerskapet/under fødselen/feberkrampe/hodeskade)
 - Nåværende somatisk helse
 - Symptomer rapportert av pasienten, pårørende og andre (barnehage, skole osv)
 - Skoleprestasjon
 - Fritidsaktiviteter og – interesser
 - Sosial tilpasning
 - Tegn på komorbide (samsykelige) psykiske lidelser
 - Andre relevante faktorer

- Klinisk diagnostisk intervju der ADHD og eventuelle andre aktuelle diagnoser kartlegges (KIDDIE-SADS, ASEBA/CBCL, SDQ, YSR)
- Medisinsk undersøkelse inkludert orienterende nevrologisk status med nevrologiske ”soft-signs” (svake nevrologiske symptomer som kan bety at barnet ikke har en helt optimal nevrologisk utvikling)
- Spørreskjema utfyllt av pasienten, pårørende og skole/barnehage. Informant må kjenne barnet. Eksempel på spesifikke skjema for ADHD: Barkley-skjema/Connors rating scale/BRIEF
- Psykologisk/nevropsykologisk testing og utredning ved behov (WPPSI/WISC-R/WAIS), eventuelt videre nevropsykologisk utredning. Utredning med WISC gjøres også av PPT.
- Pedagogisk utredning og vurdering etter behov, eventuelt observasjon på skole/barnehage. Pedagogisk rapport fra lærer/PPT.

Diagnosen stilles på akse I i det multiaksiale systemet etter en oppsummering av utredning og kartlegging. Symptomene skal ha vist seg før barnet har fylt 7 år, og barnet skal ha vansker på to eller flere områder (hjem, skole, barnehage) over tid, og signifikant svekkelse av funksjon i forhold til forventet utvikling sosialt og/eller skolefaglig. ICD-10 krever at kriterier etter både impulsivitet, oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet er oppfylt for å stille diagnose, mens DSM-IV ser hyperaktivitet og impulsivitet under ett. Diagnosen stilles dersom symptomene ikke er bedre forklart av annen lidelse.

Behandling

Behandling av barn med ADHD vil variere med barnets alder, utviklingsnivå og eventuelle andre vansker barnet har. I tillegg vil behandlingen variere med symptomenes alvorlighetsgrad, og om det eksisterer andre psykiatriske tilstander samtidig (komorbiditet). Behandlingen skal ha som mål å redusere ADHD-symptomer, bedre barnets funksjon og forhindre at barnet utvikler tilleggsproblemer. Videre er det et mål å sikre at barnets omsorgspersoner gir adekvat utviklingsstøtte til barnet. Behandlingen innebærer både psykologiske/psykiatriske, medisinske, spesialpedagogiske og psykososiale tiltak. Individuell plan er et godt hjelpemiddel for å få til dette ved at pasientens mestringsmål defineres og samarbeidende instansers delmål knyttes opp mot dette målet. Psykoedukasjon (opplæring og informasjon om tilstanden) vil være nødvendig i de fleste tilfeller. Pasienten må ha opplæring og informasjon om tilstanden tilpasset sitt nivå. Foresatte og andre i barnets nærhet må tilsvarende informeres om tilstanden og om hvordan man på en god måte kan støtte barnet i utviklingen. Ofte vil pårørende trenge god informasjon over tid, og det må legges til rette for dette. Barnehage eller skole må også informeres, for eksempel gjennom PPT, etter samtykke fra pasient/foresatte. Informasjonsbrosjyrer og kontakt med pasientorganisasjon er også til nytte for mange pasienter og foresatte. Behandling med legemidler skal vurderes i tillegg til andre tiltak der funksjonsfallet er stort.

En amerikansk behandlingsstudie fra 2001 viste at optimal behandling med medikamenter, oftest metylfenidat (sentralstimulerende medikament), var den mest effektive behandlingsformen ved ADHD, både når det gjaldt kjernesymptomene konsentrasjon, hyperaktivitet og impulsivitet, skoleprestasjoner og sosial funksjon (13). For varig positiv effekt av slik behandling, er det viktig med god oppfølging over tid (8). Sentralstimulerende medikamenter (metylfenidat) er førstevalg. Før oppstart må foreldre og barn samtykke og informeres nøye. Medisineringen må følges tett og i henhold til faglige retningslinjer. Overvåking av blodverdier, blodtrykk, vekt, høyde og eventuelt EKG er nødvendig. Det må følges nøye med på eventuelle bivirkninger. Dette krever/inneberer

nært samarbeid med barnet og familien. Virksomheten må ha retningslinjer for behandling av ADHD med legemidler som er i samsvar med god klinisk praksis og nasjonal veileder.

Webster – Stratton ("De utrolige årene") er et program for førskolebarn med adferdsvansker, rettet mot barn, foreldre og førskolelærere. Parent Management Training (PMT) er en behandlingsform der foreldre trenes i adferdsregulerende strategier som ros, positiv oppmerksomhet og grensesetting. MST (Multisystemic therapy) brukes ved adferdsvansker hos ungdom, men er ikke testet spesielt for ungdom med ADHD.

Fysisk aktivitet har i flere studier vist seg å ha gunstig effekt på oppmerksomhet og kognitiv funksjon hos barn med ADHD (14).

Vedlegg 6: Kartlegging og oppfølging av selvmordsproblematikk

Selv mord blant barn og unge er sjelden, men øker med alderen. Gutter tar oftere sitt eget liv enn jenter, mens jenter skader seg mer enn gutter. Villet egenskade defineres som enhver handling hvor intensjonen er å skade seg selv, med eller uten ønske om å dø. Selvskading er utbredt blant ungdom og kan være vanskelig å skille fra et reelt ønske om å dø. Man skiller mellom akutt suicidalitet som er situasjonsbetinget, ofte utløst av depresjon og kronisk suicidalitet som gjerne innebærer gjentatte trusler om og forsøk på selvmord.

I Norge i perioden 2000-2005 var selvmordsraten for unge mellom 15-19 år 14,0 pr. 100.000 for gutter per år og 5,8 per 100.00 for jenter. Raten for selvmord for aldersgruppen mellom 10 og 15 år var betydelig lavere, og lå under 1 for jenter og omkring 2 for gutter. Tallene for selvmordsforsøk er mange ganger høyere. Selvskading, med eller uten ønske om å begå selvmord, rapporteres av over 10 % av ungdom (15). Risikofaktorer for selvmord er først og fremst psykisk lidelse, tidligere selvmordsforsøk og misbruk av rusmidler. Selvmord i egen familie eller vennekrets øker risikoen, det samme gjør opplevelse av krenkelser og tap. I en studie fra Folkehelseinstituttet fra 2011, sier ungdom at relasjonskonflikt er den hyppigste årsaken til selvmordsforsøk. En utløsende faktor kunne være konflikter i familien eller i forhold til venn, kjæreste eller annen nær person. Foreldrekonflikter var også en bakenforliggende årsak som var knyttet til selvmordsforsøk. Også forhold knyttet til kropp og utseende ble oppgitt som årsak, og har økt i perioden studien pågikk (1984 -2006).

Vedlegg 7: Kartlegging og oppfølging av rusproblematikk

Ungdommens forbruk av alkohol viste en klar økning fra midten av 90-tallet til årtusenskiftet, men har gått noe tilbake de siste årene. De senere årene har gjennomsnittlig debutalder vært i underkant av 15 år for drikking av øl, omkring 15 år for ”rusbrus” og omkring 15,5 år for vin og brennevin. Den gjennomsnittlige debutalderen for de ulike drikkesortene har gått noe opp i de senere år (16).

Til tross for en reduksjon i alkoholkonsumet blant ungdom de siste årene, er konsumet fortsatt betydelig. Unge jenter drikker alkohol like ofte som gutter, og er like ofte beruset som dem. For bruk av cannabis var det i aldersgruppen 15-20 år en økning i siste halvdel av 1990-tallet, fulgt av en nedgang og utflating i årene etter tusenårsskiftet. Det var liten eller ingen forskjell mellom gutter og jenter i aldersgruppen 15-20 år når det gjaldt bruk av cannabis, mens det blant unge voksne var langt flere menn enn kvinner som oppga at de hadde brukt cannabis (17).

En undersøkelse fra 2010 som inkluderte aldersgruppen 18-30 år, viste at cannabis fortsatt var det rusmidlet bortsett fra alkohol, som flest ungdommer rapporterte å ha prøvd (29 prosent). Langt færre hadde prøvd amfetamin og kokain (ca. 6 prosent for begge stoffene). Ecstasy og sniffing ble prøvd av henholdsvis nær 4 % og 3 % av ungdom, mens rundt 1 % i denne aldersgruppen rapporterte å noen gang ha brukt LSD, GHB eller heroin (18).

Vedlegg 8: Akse 6 – CGAS, multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Bruk av CGAS (Children's Global Assessment Scale):

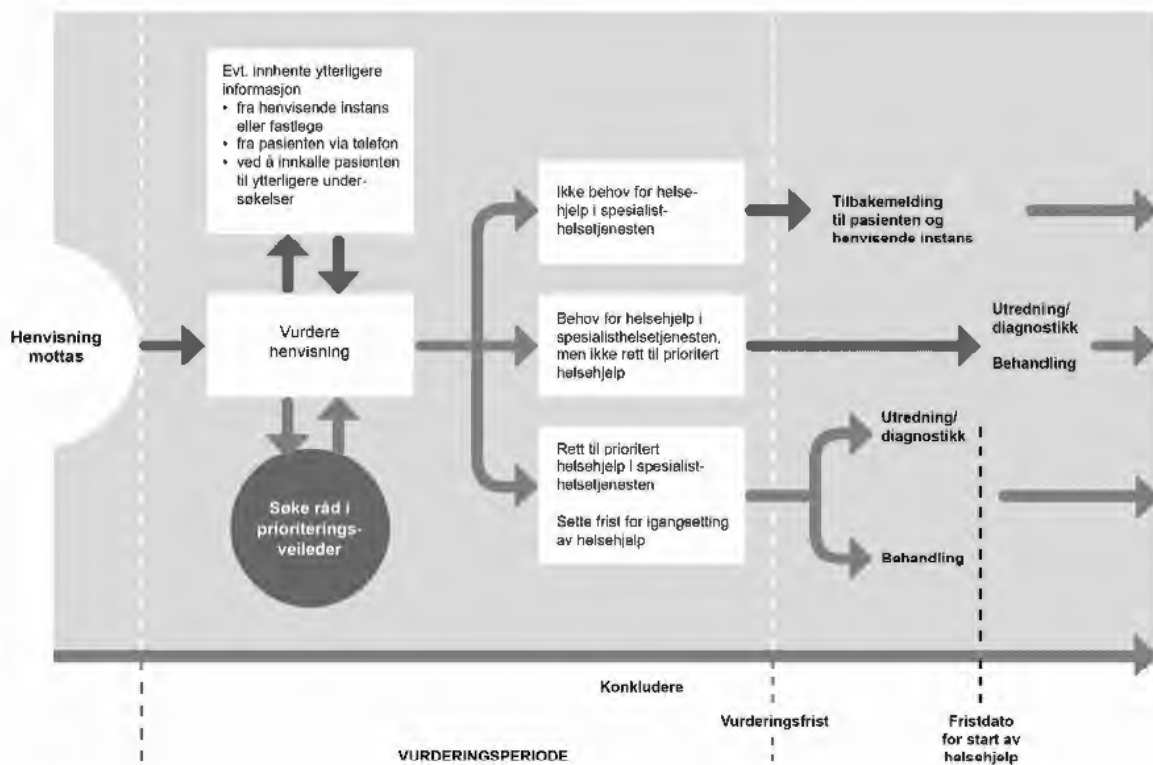
Skår personens dårligste, generelle funksjonsnivå for den angitte tidsperioden ved å velge laveste nivå som beskriver hans eller hennes funksjon på et hypotetisk kontinuum av helse/sykdom. Bruk mellomliggende tall når det passer (for eksempel 35, 58, 62). Det er den faktiske funksjonsevne som skal skåres, uten hensyn til behandling eller prognose. Adferdseksemplene tjener kun til illustrasjonsformål; de behøver ikke å foreligge som grunnlag for en gitt skåring. Tidsperiode: 1 måned. (19)

- **100-91** Utmerket funksjon på alle områder (hjemme, på skolen og med venner); engasjert i et bredt spekter av aktiviteter og har mange interesser (for eksempel har hobbyer eller deltar i aktiviteter utenom skolen eller tilhører en organisert gruppe som speideren etc.); likendes, tillitsfull; ”dagligdagse” bekymringer tar aldri overhånd; gjør det godt på skolen; ingen symptomer.
- **90-81** God funksjon på alle områder; trygg i familie, skole og med venner; det kan være forbigående vansker og ”dagligdagse” bekymringer som av og til tar overhånd (for eksempel lett angst forbundet med en viktig eksamen, hendelige ”utblåsninger” overfor søsken, foreldre eller venner).
- **80-71** Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner; noe forstyrrelse av adferd eller følelsesmessig lidelse kan forekomme som svar på livsbelastninger (for eksempel foreldreseparasjon, dødsfall, fødsel av søsken), men disse er korte og påvirkning av funksjonen er forbigående; slike barn er bare minimalt forstyrrende for andre og blir ikke betraktet som avvikende av dem som kjenner dem.
- **70-61** Noe vansker på et enkelt område, men fungerer generelt temmelig bra (for eksempel sporadisk eller isolert antisosiale handlinger slik som av og til skoleskulk eller småtyveri; vedvarende mindre vanskeligheter med skolearbeidet; stemningsforandringer av kort varighet; frykt eller angst som ikke fører til alvorligere unngåelsesadferd eller tvil på seg selv). Har noe meningsfylte mellommenneskelige relasjoner; de fleste mennesker som ikke kjenner barnet godt vil ikke se på ham eller henne som avvikende, men de som kjenner ham/henne godt kan uttrykke bekymring.
- **60-51** Variabel funksjon med sporadiske vansker eller symptomer på flere, men ikke alle sosiale områder; forstyrrelsen er synlig for de som møter barnet i en dysfunksjonell sammenheng eller tidsperiode, men ikke for dem som ser barnet i annen sammenheng.
- **50-41** Moderat påvirket funksjon på de fleste sosiale områder eller alvorlig forstyrrelse av funksjon på ett område, kan opptre på bakgrunn av for eksempel suicidal opptatthet eller grubling, skolenekting eller andre former for angst, tvangsmessige ritualer, alvorlige konversjonssymptomer, hyppige angstanfall, dårlig eller upassende sosiale ferdigheter, hyppige episoder av aggressiv eller annen antisosial adferd med noen meningsfylte sosiale relasjoner bevart.
- **40-31** Alvorlig svekket funksjon på flere områder. Ute av stand til å fungere på ett av disse områder, dvs. forstyrret hjemme, på skolen, med venner eller i samfunnet for eksempel vedvarende aggresjon uten klar bakgrunn; markert tilbaketrekning eller isolasjon på grunn av stemnings- eller tankeforstyrrelse, suicidalforsøk med klar dødelig intensjon; slike barn trenger sannsynligvis spesialskole og/eller hospitalisering eller å bli tatt ut av skolen. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig kriterium for å inkluderes i denne kategorien.

- **30-21** Ute av stand til å fungere på nesten alle områder, for eksempel oppholder seg i hjemmet, på avdelingen, eller i sengen hele dagen uten å ta del i sosiale aktiviteter eller alvorlig forstyrrelse i virkelighetstesting eller alvorlig forstyrrelse i kommunikasjon (for eksempel av og til usammenhengende eller upassende tale).
- **20-11** Trenger betydelig tilsyn og omsorg for å hindre skade av andre eller seg selv (for eksempel ofte voldsom, gjentatte suicidalforsøk) eller for å ivareta personlig hygiene, eller alvorlig forstyrrelse av alle former for kommunikasjon, for eksempel alvorlig avvik i verbal eller nonverbal kommunikasjon, markert sosial reserverthet, stupor.
- **10-1** Trenger konstant tilsyn (24 timers omsorg) på grunn av alvorlig aggressiv eller selvdestruktiv adferd eller grov forstyrrelse i virkelighetsoppfatning, kommunikasjon, erkjennelse, følelser eller personlig hygiene.

Vedlegg 9: Oversikt over pasientforløpet, tidsforløp fra henvisning til behandling

Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsettning av rettigheter og frist for start helsehjelp



Figuren ovenfor er hentet fra IS-1581 Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for barn og unge.

Vedlegg 10: Landets BUPer

37 i Helse Sør-Øst

- 5 - A-hus HF
 - (Har BUP på AHUS for de som er pasienter der, eks ved intoks)
 - BUP Follo
 - BUP Furuset
 - BUP Grorud
 - BUP Nedre Romerike
 - BUP Øvre Romerike
- 2 - OUS HF (Senter for psykisk helse barn og unge)
 - BUP Oslo Syd (har flere avdelinger)
 - BUP Oslo Nord
- 3 - Sykehuset i Vestfold HF
 - BUPA Poliklinikk Nordre Vestfold
 - BUPA Poliklinikk Søndre Vestfold
 - BUPA Tønsberg
- 6 - Sykehuset Innlandet HF (BUP)
 - BUP Gjøvik
 - BUP Lillehammer (har avdeling på Otta)
 - BUP Elverum
 - BUP Hamar
 - BUP Kongsvinger
 - BUP Tynset
- 4 - Sykehuset i Telemark HF
 - BUP Porsgrunn
 - BUP Skien
 - BUP Notodden
 - BUP Vestmar (Kragerø), har også avdeling BUP Stathelle
- 5 - Sykehuset Østfold HF
 - BUP Askim
 - BUP Fredrikstad
 - BUP Halden
 - BUP Moss
 - BUP Sarpsborg
- 5 – Sørlandet Sykehus HF (Avd – ABUP)
 - BUP Flekkefjord
 - BUP Farsund
 - BUP Mandal
 - BUP Kristiansand
 - BUP Arendal
- 5 – Vestre Viken HF (BUPA)
 - BUP Drammen
 - BUP Bærum
 - BUP Kongsberg
 - BUP Asker

- BUP Ringerike
- 1 – Diakonhjemmet
 - BUP Vest
- 1 – Lovisenberg
 - Nic Waals institutt

19 i Helse Vest

- 3 - Helse Førde HF
 - Førde BUP
 - Nordfjord BUP
 - Sogndal BUP
- 7 - Helse Bergen HF
 - BUP Betanien
 - BUP Fana, Fusa og Austevoll
 - BUP Øyane
 - BUP Nordhordland
 - BUP Sentrum
 - BUP Voss
 - BUP Ytrebygda, Os og Samnanger
 - BUP Åsane
- 1 – Hospitalet Betanien
 - Betanien BUP
- 2 - Helse Fonna HF
 - BUP Stord og Kvinnherad
 - BUP Haugesund
- 7 - Helse Stavanger HF
 - BUP Bryne
 - BUP Egersund
 - BUP Sandnes
 - BUP Sola
 - BUP Madla
 - BUP Hinna
 - BUP Sentrum

12 i Helse Midt-Norge

- 7 - St. Olavs hospital HF
 - BUP-BUK (St. Olavs Hospital)
 - BUP Trondheim Klostergata
 - BUP Trondheim Saupstad
 - BUP Trondheim Lian
 - BUP Fosen
 - BUP Orkdal
 - BUP Røros
- 1 - Helse Nord-Trøndelag HF
 - BUP Namsos og Levanger. To avdelinger med samme ledelse, som ligger i Levanger
- 4 - Helse Møre- og Romsdal HF
 - Poliklinikken i Ålesund (BUP)

- Poliklinikken i Volda (BUP)
- Poliklinikken i Molde (BUP)
- Poliklinikken i Kristiansund (BUP)

18 i Nord- Norge

- 4 - Helse Finnmark HF
 - BUP Hammerfest
 - BUP Alta
 - BUP Karasjok
 - BUP Kirkenes
- 6 – UNN HF
 - BUP Tromsø
 - BUP Sør-Troms, Harstad
 - BUP Nord-Troms, Storslett
 - BUP Ofoten, Narvik
 - BUP Midt-Troms, Silsand
 - BUP Sjøvegan
- 4 - Nordlandssykehuset HF (BUPA)
 - BUP Ytre Salten, Bodø
 - BUP Indre Salten, Fauske
 - BUP Vesterålen
 - BUP Lofoten
- 4- Helgelandssykehuset HF
 - BUP Rana
 - BUP Mosjøen
 - BUP Sandnessjøen
 - BUP Brønnøysund

Vedlegg 11: Tekst som kan benyttes i tilsynsrapportens kapittel 4: Hva tilsynet omfattet

Tilsynsmyndigheten har undersøkt om spesialisthelsetjenesten gjennom systematisk styring og ledelse sikrer barn og unge forsvarlig psykisk helsevern. Barn og unge omfatter i denne sammenhengen hovedsakelig aldersgruppen 0 til 18 år. Etter 18 år er det mulighet for videre behandling frem til 23 år, eller for overføring til psykisk helsevern for voksne.

Tilsynet omfatter helseforetakenes polikliniske virksomhet.

Tilsynets hovedmålsetting var å undersøke om helseforetaket sørger for at pasientforløpet i disse tjenestene er preget av:

- God fremdrift og kontinuitet
- God kvalitet i arbeidet inkludert samhandling med både pasient, foresatte og førstelinjetjenesten samt eventuelt skole/PPT og barnevern

Pasientforløpet kan deles inn i følgende fire faser som alle inngikk i tilsynet:

- Mottak og vurdering av henvisninger
- Utredning og diagnostisering
- Behandling
- Avslutning og oppfølging av behandling

God behandling er helt avhengig av korrekte diagnoser basert på gode henvisninger og gode utredninger. Derfor var dette tilsynet innrettet med hovedfokus på oppstartsfasene i pasientforløpet og i mindre grad mot selve behandlingen og avslutningsfasen.

For å kunne bedømme om pasientforløpene er forsvarlige, ble det av praktiske årsaker valgt ut journaler fra følgende to pasientgrupper:

- Barn mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro og utagerende adferd og mistanke om ADHD
- Barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp på grunn av tristhet og mistanke om depresjon

Disse to pasientgruppene representerer de hyppigste henvisningsgrunnene til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, de er godt representert i alle landets poliklinikker og de gir også bra treffsikkerhet i forhold til selvmordsrisiko og rusproblematikk som inngår som tema i tilsynet.

Vedlegg 12: Beskrivelse av indikatoren ”Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern for barn og unge”



Indikator nr: N-024	Indikator relatert til: Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern	Indikator: Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge
Versjon nr:1	Godkjent av: Helsedirektoratet	Godkjent dato: Mars 2011

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Registrering av hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.

Begrepsavklaring

Hovedtilstand: Pasienten forutsettes å være diagnostisk vurdert når spesifiserte diagnoser er registrert i journalsystemet. Diagnostikk, eller klassifikasjon, er et hjelpemiddel for å ordne informasjon, gruppere fenomener og skape et språk for kommunikasjon med andre. Kategoriseringen danner grunnlag for vitenskapelig innhenting av informasjon som igjen kan appliseres i klinisk arbeid.¹

Spesifisert koder: Diagnosekoder ICD-10 som etter vurdering viser at pasienten ikke har fått påvist noen psykiatrisk diagnose:

- (X)000 : Ingen påvist tilstand på aksene

Uspesifiserte koder: Diagnosekoder ICD-10 eller andre koder som ikke inneholder informasjon om psykiatrisk diagnose. Følgende koderegistrering i pasientsystemet betraktes som uspesifisert koding:

- (X)999 : Mangelfull informasjon til å kode på aksene²
- Z004: Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert noe sted
- Z032: Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- F99: Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA

Multiaksialt klassifikasjonssystem: Akse 1-6 i Multiaksial klassifikasjon av barne- og ungdomspsykiatriske forstyrrelser (World Health Organization, 1996).³ Dette er et klassifikasjonssystem som dels er basert på ICD-10 og dels på etablert praksis i det pasientadministrative datasystemet som brukes av fagfeltet.

Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 3 Intelligensnivå

Akse 4 Somatiske tilstander

Akse 5 Aktuelle vanskelige psykososiale forhold

Akse 6 Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå (CGAS)

¹ Zeiner P., Stene Nøvik T., Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri, Veileder i barne- og ungdomspsykiatri, Den norske lægeforening, Oslo 2000

² (X) betyr hvilken akse koden tilhører, dvs 1999 for akse 1, 2999 for akse 2 osv

³ Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, WHO, 1996.

<p>Formål og begrunnelse Formålet med indikatoren er å få økt klinisk kvalitet på registreringen av hovedtilstander til Norsk pasientregister (NPR).</p> <p>Behandlingsmulighetene for pasienter med psykiske lidelse er forbedret. For å velge en effektiv og god behandling er utredning og diagnostisering av pasientens problemer en av flere viktige forutsetninger.</p> <p>Manglende koding av diagnoser eller bruk av uspesifiserte koder fører til at den kliniske kvaliteten på dataene til sentrale helseregistre blir dårligere.</p>
<p>Type indikator Prosessindikator</p>
<p>Målsetning Målsetningen er at behandlingsstedet skal ha gyldig diagnosekode ved alle 6 akser ved avsluttet og uavsluttet behandling. Ved uavsluttet behandling skal diagnosekodene settes senest ved 6. direkte kontakt behandlingsstedet har med pasienten.</p>

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon		
	Inkludert populasjon	Ekskludert populasjon
Teller	Alle henvisninger (avsluttede og uavsluttede) med registrert diagnosekode på hver enkelt av aksene.	Uavsluttede henvisninger med 5 eller færre direkte kontakt
Nevner	Alle henvisninger (avsluttede og uavsluttede) i samme periode.	
Datakilde Norsk pasientregister (NPR)		
Bearbeiding, aggregering og rapportering av data Indikatoren utarbeides på grunnlag av aktivitetsdata fra behandlingsstedene som innrapporteres til Norsk pasientregister. Andeler skiller på registrerte hoveddiagnoser, registrering av spesifisert kode, registrering med uspesifiserte diagnosekoder og manglende registrering av diagnoser.		

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

<p>Indikatoren brukes som Styringsindikator for de regionale helseforetakene til å følge opp registreringspraksis for diagnosesetting. Gode data om hva slags diagnoser pasientene er behandlet for er sentralt for å kunne kvalitetssikre utviklingen av feltet.</p>
<p>Underliggende faktorer som kan forklare variasjoner Åpning og lukking av henvisningsperioder praktiseres ulikt av behandlingsstedene. Dette medfører at enkelte behandlingssteder kan ha ulike registreringsrutiner for diagnosesetting som igjen kan gi utslag i statistikken.</p>
<p>Analyse og presentasjon av data Data publiseres på behandlingsstedsnivå årlig.</p>

Referanser

1. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. IS-1570. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
2. Prioriteringsveileder, psykisk helsevern for barn og unge. IS-1581. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. Med: Veiledertabell — Psykisk helsevern for barn og unge. IS-1636. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
3. Retningslinjer for koding. Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Versjon 1.3. Oslo: KITH og Helsedirektoratet, 2008. (10.12.2012)
4. [Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2011.](#)
5. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. IS-1511. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
6. Stoltenberg SMK. Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2007; (44)1: 11-16.
7. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ROP-lidelser. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
8. Veileder i diagnostikk og behandling av ADHD. IS-1244. Sosial - og helsedirektoratet, 2007.
9. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. NICE guideline. Clinical Guideline 28. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.b(10.12.2012)
10. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Osl: Helsedirektoratet, 2009.
11. [Ritvo R. Dynamic psychotherapy for the treatment of depression in youth. I: REY J, Birmaher B, eds. Treating Child and Adolescent Depression. Philadelphia a.o.: Wolters Kluwer 2009:140-150.](#)
12. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatments. A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 2007; 297: 1683– 1696.
13. Jensen PS et al. The NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA). Rockville, MD: The National Institute of Mental Health (NIMH), 2001. Studien oppdateres på:
Gapin JJ, Labban JD, Etnier JL. The effects of physical activity on attention deficit hyperactivity disorder symptoms: the evidence. Prev Med. 2011; Jun; 52 Suppl 1: S70-4.
14. [Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Legeforen 2003; \(123\)16: 2241-2245.](#)

16. Vedøy T, Skretting A. Ungdom og rusmidler. Sirius Rapport nr. 5, 2009. Oslo: SIRUS, 2009.
17. Bye EK, Østhus S. Alcohol and cannabis use in Norway during the period 1995 -2009. Norsk epidemiologi 2011; (21)1: 67-76.
18. The Drug Situation in Norway 2011. Oslo: SIRUS, 2011.
19. Shaffer D et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Psychopharmacology Bulletin 1985, 21, 747-48. Oversatt av I. H. Vandvik 3.august 2007. (10.12.2012)
20. [Wichstrøm L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. Dev Psychol 1999; 35\(1\): 232–45.](#)
21. Sund AM. Development of depressive symptoms in early adolescence: the youth and mental health study. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2004.
22. Psykiske lidelser hos barn og unge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2010.

Referanselisten er felles for veilederen og tilhørende vedlegg.