

# Opptrappingen i psykisk helsevern for barn og ungdom kan gi faglig utarming

TEKST

**Ingunn Skre**

**Leif Skrede**

**Peter G. Zehentbauer**

**PUBLISERT 27. oktober 2006**

---

Opptrappingen i psykisk helsevern for barn og ungdom har vært preget av politisk velvilje og velmente mål. En har brukt mye penger for å bedre barns og unges psykiske helse, og det har vært en formidabel økning i bemanningen i poliklinikkene. Dette er svært positivt og skiller norsk politikk fra en del andre europeiske land.

Vi har tidligere jobbet i mange år i PPT og BUP. Vi har undret oss over den sentrale målsettingen i opptrappingsplanen. Nå ser det ut til at konsekvensene for opptrappingen blir delvis mot sin hensikt. Man har basert styringen av reformen hovedsakelig på økonomi, jus og villedende tall i stedet for på faglig innhold.

## **Villedende tall**

Nasjonale målsettinger gir rammer for et offentlig psykisk helsevern for barn og unge som har jus og økonomi som hovedfokus. Opptrappingen har hovedsakelig hatt kvantitative mål: flere barn i psykisk helsevern og flere terapeuter. Vi vil imidlertid hevde at det sentrale måltallet, 5 % av barnebefolkningen til enhver tid, er meget problematisk. Dette tallet preger nå i stor grad det faglige innholdet i det kliniske arbeidet.

I flere år har man trappet opp for å nå det magiske tallet 5 %. Tallet har blitt en sannhet i seg selv og har aldri blitt stilt spørsmåtegn ved, så vidt oss bekjent. BUP-ene arbeider for at en skal nå 5 % av barnebefolkningen per år. Også regjeringens strategiplan for barns og unges psykiske helse bygger på dette tallet.

## **Uheldige konsekvenser**

Hvis en forutsetter at det i en poliklinikks geografiske ansvarsområde er årskull på 1000, vil det til enhver tid være 18 000 i målgruppen 0–18 år. 5 % av disse vil utgjøre 900 pasienter årlig, noe som i seg selv kanskje ikke virker spesielt mye. Men over en 18-årsperiode vil 36 000 barn ha vært i den aktuelle målgruppen, og med 5 % nye hvert år vil 16 200 barn ha vært tilvist BUP – eller 45 %! Dette forutsetter at gjennomsnittlig

behandlingstid er ett år. Øker man den gjennomsnittlige behandlingstiden til to år, vil man ha forholdt seg til 22,5 % av målgruppen. Trolig ligger den reelle gjennomsnittlige behandlingstiden et sted midt imellom, og i overkant av 30 % av målgruppen vil ha vært pasienter i psykisk helsevern for barn og ungdom. Det at mange barn vil bli henvist på nytt, vil trolig ikke påvirke dette tallet i særlig grad.

Den logiske feilen i bruk av tall er enkel, men fatal. Man tar tall fra tverrsnittsundersøkelser og anvender dem longitudinelt. Slik sett er den mest grunnleggende målsettingen for opptrappingen meningsløs. Det er beklagelig at dette magiske tallet har blitt brukt ureflektert i mange år og har styrt en hel reform.

Konsekvensen er at psykisk helsevern for barn og ungdom blir presset til å nå 5 %. Man klarer ikke å gjennomføre god helhetlig diagnostikk og behandling for så store mengder av pasienter. Det blir brudd på garantier, og fagfolk blir frustrerte og slitne fordi de ikke kan arbeide faglig godt nok.

### **God diagnostikk gir god behandling**

Moderne diagnostikk vil prøve å gi en helhetlig beskrivelse av et menneskets psykiske liv. En tar høyde for at forskjellige sider ved et menneske – den kognitive, emosjonelle, biologiske og sosiale fungering – påvirker det psykiske livet som helhet. En slik kompleks forståelse krever fleksibel og omfattende diagnostikk og senere behandling. Mange behandlingsveiledere og kliniske håndbøker prøver å ta hensyn til dette.

Konkret betyr dette at en i løpet av den diagnostiske prosessen må innhente informasjon som dekker omsorgssituasjonen og barnets daglige fungering. Videre må en beskrive den emosjonelle, kognitive og sosiale fungeringen samt få informasjon om familien, dens nettverk og barnets somatiske helse. Bare i spesielle tilfeller kan en la være å kartlegge noen av disse utviklingsområdene.

En slik diagnostisk prosess krever ressurser og kompetanse. Rent praktisk skal en gjennomføre samtaler for å bli kjent med barnet og familien. Det skal tas opp en anamnese, og en skal gjennomføre testing av den kognitive utviklingen. Videre kan det være aktuelt med lekeobservasjon og observasjon og møter på skolen. Til slutt skal barnet og familien, eventuelt barnehage/skole, få tilbakemelding. Dette betyr at en diagnostisk prosess ofte vil kreve mange timer før behandlingen begynner. Ut fra vår kliniske erfaring og kjennskap til statistikken mener vi at en slik helhetlig diagnostisk prosess heller er unntaket enn regelen i psykisk helsevern for barn og ungdom.

### **Behandling**

Såkalt multimodal behandling, dvs. behandling som retter seg mot flere funksjonsområder, gir best dokumentert effekt. Hvordan en slik behandling skal kunne implementeres i dagens rammer for psykisk helsevern for barn og ungdom, kan ikke vi forstå. Videre er vi redde for at det mest sentrale i det terapeutiske arbeidet, nemlig å utvikle bærende og hjelpende relasjoner over tid, allerede har gått tapt.

Slik sett er vi redde for at reformen, på tross av mye politisk velvilje, mye penger og velmenende mål i strategiplanen, kan resultere i en faglig utarming og dårligere kvalitet på behandlingen. En årsak til dette er etter vårt syn at statlig styring har ensidig fokusert på villledende tall, jus og økonomi.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 11, 2006, side*

**TEKST**

**Ingunn Skre**

**Leif Skrede**, klinisk pedagog

**Peter G. Zehentbauer**, spesialist i klinisk psykologi