

Psykisk helsehjelp med lavterskel



Prosjektnr. 2008/1/0523

Forord

Denne rapporten har blitt utarbeidet på bakgrunn av ønsket om å dokumentere brukernes opplevelse av å motta psykisk helsehjelp ved Team for tidlig intervensjon – Psykologtjenesten¹, ved Psykiske helsetjenesten for barn og unge (PSBU) i Bærum kommune. Denne var en av de første kommunale psykologtjenestene i Norge for barn og unge i alderen 0 til 18 år og gravide, og som ble styrket med statlige opptrappingsmidler frem til 2009. Arbeidsmodellen som er utviklet har fått mye oppmerksomhet, og mange kommuner har søkt råd og informasjon til Bærum kommune ved oppbygging av egne lignende tjenester. Denne store interessen, samt myndighetenes satsning på lavterskeltilbud, tydeliggjorde behovet for evaluering. Det ble derfor søkt eksterne midler til prosjektet og det ble forankret hos kommunalsjefen for helse i Bærum kommune.

Prosjektleder (u.t.) har selv jobbet som psykolog i psykologtjenesten i flere år. U.t. har derfor mange av forutsetningene for å studere denne tjenesten, fordi rutiner, rammer og faglig innhold er kjent. For likevel å hindre påvirkning av resultatene fra prosjektleders holdninger, har u.t. søkt permisjon fra sin ordinære stilling. Samtidig har midler fra eksterne bidragsytere gjort det mulig å distansere seg fra tjenesten. For det første har u.t. hatt kontorplass ved en helt annen avdeling i kommunen, som blant annet driver med utviklingsarbeid for de ulike kommunale tjenestene. For det andre ble det også gjennomført et forprosjekt for at flere berørte parter skulle ha innflytelse på innhold og prosedyrer i datainnsamlingen.

Prosjektet som presenteres her har vart i ca to år, inkludert et forprosjekt og et hovedprosjekt med datainnsamling, databearbeiding og rapportskriving. Det ble rekruttert 138 deltakere² til undersøkelsen som utgjorde en blanding av foreldre og barn/ungdom mellom 11 og 18 år. Noen deltakere falt fra underveis i undersøkelsen. En stor takk rettes til alle som har deltatt, og en ekstra takk til dem som også ble med på dybdeintervju tilslutt.

Prosjektet har hentet støtte fra styringsgruppen, prosjektgruppen, og prosjektassistenten. Styringsgruppen har i tillegg til prosjektleder, bestått av leder for PSBU, Ellen Skjerven og spesialrådgiver Göran Svedsäter fra Utviklingsenheten i Bærum kommune. Prosjektgruppen

¹ I denne rapporten vil Team for tidlig intervensjon – Psykologtjenesten, i det videre bare omtales som Psykologtjenesten.

² I rapporten vil deltakerne av undersøkelsen bli omtalt som informanter, deltakere, brukere, barn/ungdom, foreldre eller klienter.

har bestått av de to helsesøstre, Eli Kjesbu og Anne Baklund og de to psykologene i Psykologtjenesten, Kristian Oltedal og Bettina Sundet (tidligere Hege Moberg). Prosjektgruppen har blant annet hjulpet til med å tilpasse prosedyrer i undersøkelsen til rutiner og praksis ved helsestasjon og på PSBU. For øvrig har deltakerne bidratt med nyttig idèutveksling. Prosjektassistenten, Vibeke Ytterli, har vært ansatt ved PSBU og har ytt praktisk bistand med utdeling og purring av spørreskjema til deltakernes, samt bistått psykologene i datainnsamlingen. Prosjektleder har dessuten vært heldig å få veiledning fra Psykologisk institutt ved UiO; den faglige delen ved professor Odd Arne Tjersland og den statistiske delen ved professor Jon Martin Sundet. Det rettes en stor takk til alle som nå er nevnt.

Finansiell støtte er gitt fra flere hold. Det rettes en stor takk til R-BUP og Helsedirektorat. Det er spesielt inspirerende å bli finansiert av henholdsvis myndighetene og et regionalt kompetansesenter som begge har kommunen som satsningsområde for psykisk helsearbeid for barn og unge. Ikke minst har det vært givende å motta støtte fra stiftelsen Helse og rehabilitering som årlig gir overskuddet fra Ekstraspillet til mange ideelle medlemsorganisasjoner, i dette tilfellet Voksne for barn. Det vises også stor takknemlighet for støtten og faglige interessen dere har gitt.

Tilslutt takkes kollegaer ved Avdeling Tjenesteutvikling i Bærum kommune (som etter hvert ble til Utviklingsenheten), for lån av kontorplass til u.t. i over to år og for tålmodighet og sjenerøsitet.

Resultatene fra undersøkelsen er i denne rapporten oppsummert etter hvert kapittel, med en hovedoppsummering til slutt. Leserne oppfordres til å ta kontakt for å få svar på eventuelle spørsmål dere måtte ha.

Sandvika, 9. mai 2010

Sammendrag

Team for tidlig intervensjon - Psykologtjenesten ved Psykisk helsetjeneste for barn og unge i Bærum kommune har blitt evaluert gjennom en brukerundersøkelse og beskrevet i denne rapporten. Målet med studien har vært å undersøke om Psykologtjenesten fungerer som et lavterskeltilbud, om brukerne har vært tilfredse og om behandlingen har hatt effekt. Til sammen har 138 foreldre og barn/ungdom mellom 11 og 18 år svart på spørreskjema før og etter korttidsbehandling og noen har blitt dybdeintervjuet. Svarprosenten gikk noe ned etter behandling.

Resultatene viser at tjenesten yter hjelp i tråd med det som myndighetene definerer som lavterskelhjelp. De fleste brukerne får kjennskap til tjenesten gjennom sin kontakt med helsesøstrene. Skolen/barnehagene og fastlegen er også med å bekjentgjøre tjenesten for brukerne. Henvisning og samarbeid med andre hjelpeinstanser forekommer bare i noen grad. Ventetiden for å få første samtale med psykologen er for de fleste 2-4 uker og i gjennomsnitt får brukerne 3.25 samtaler. Jo eldre barna er, jo flere samtaler har de fått. De fleste som henvender seg til tjenesten har vansker som er små eller tydelige, men sjelden av alvorlig grad. Derimot har vanskene, som oftest emosjonelle vansker eller hyperaktivitet, for de fleste vart i over ett år og har aller størst innvirkning hjemme i familien.

Resultatene viser videre at det er en signifikant reduksjon av vansker etter behandling og som holder seg relativt stabil etter ca fire måneder. Det er også en signifikant endring i hvordan vanskene innvirker hjemme i familien. Barn mellom 6 og 12 år har størst reduksjon av vansker målt like etter avsluttet behandling, mens ungdommene mellom 13 og 18 år viser størst bedring målt ca fire måneder etter avsluttet behandling. Førskolebarna viser en liten økning av vansker etter behandling. Dette indikerer at de minste barna oftere trenger hjelp i form av korte konsultasjoner, men raskere får tilbakefall eller nye vansker. Ungdommene derimot, trenger flere samtaletimer, gjerne i form av et mer systematisk behandlingsopplegg, og viser effekt av dette når det har gått en stund.

Brukertilfredsheten med tilbudet er høy, og de fleste mener de har fått den hjelpen de ønsket seg. De aller fleste er også fornøyd med antall timer de har mottatt, og at de har fått tilstrekkelig informasjon før og underveis av behandlingen.

Innholdsfortegnelse

Psykisk helsehjelp med lav terskel.....	7
Evaluering av Psykologtjenesten ved Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).	7
1. Bakgrunn for prosjektet:	7
2. Mål og problemstillinger	12
3. Metode	13
3.1 Forprosjektet.....	13
3.2. Hovedundersøkelse	14
4. Bakgrunnsinformasjon	21
4.1. Kjønn- og aldersfordeling.....	21
4.2. Geografisk fordeling av informantene	21
4.3 Sivilstand til foreldrene.	22
4.4 Hva ønsker brukerne hjelp til?	22
4.5. Vanskenes innvirkning på ulike livsarenaer.....	26
4.6. Vanskenes varighet	27
4.7 Oppsummering av utvalget som er blitt rekruttert til denne undersøkelsen:	29
5. Er Psykologtjenesten et lavterskeltilbud?	30
5.1 Hvordan har informantene fått kjennskap til Psykologtjenesten?.....	30
5.2 Tverretattlig samarbeid.....	32
5.3 Ventetid	36
5.4 Opplevelsen av ventetiden	37
5.5 Antall timer i behandling.....	38
5.6 Tidligere kontakt med Psykologtjenesten?	40
5.7 Tilgjengelighet og opplevelsen av hjelpetilbudet.....	41
5.6. Oppsummering	42
6. Opplever brukerne at det har hatt noen effekt å komme til Psykologtjenesten?	44
6.1 Opplevelse av problem etter behandling	44
6.2 Behandlingseffekt eller naturlig bedring over tid?.....	45
6.3 Omfang av vansker.....	45
6.4 Endring av ulike typer vansker.....	47
6.5 Endring av vanskenes innvirkning på dagliglivet	50
6.6. Har det hjulpet med samtaler hos psykologen og har det forandret forholdet til familien?.....	51
6.7. Nye måter å takle problemene på?	52
6.8 Oppsummering	55
7. Hvilke faktorer i behandlingstilbudet var brukerne tilfredse med?	57
7.1. Faktoranalyse	57
7.2 Terapeutisk allianse.....	58
7.3 Informasjon før og under samtaler med psykologen.	63
7.4 Tilfredshet med kompetansen	64
7.5 Oppsummering	65
8. Diskusjon og oppsummering av resultater fra undersøkelsen.....	67
8.1 Psykologtjenesten er et lavterskeltilbud.....	67
8.2 Den psykiske helsen er bedre etter behandling.	69
8.3 Tilfredshet med hjelpetilbudet.	70

8.4 Hvilken nytteverdi har resultatene fra undersøkelsen?	71
APPENDIKS	73
Til kap. 4.4 Hva ønsker brukerne hjelp til?	73
Til kap. 4.5. Vanskenes innvirkning på dagliglivet.....	75
Til kap. 4.6 Vanskenes varighet	76
Til kap. 5.1 Hvordan har informantene fått kjennskap til Psykologtjenesten?	76
Til kap. 5.2 Tverretatlig samarbeid.	77
Til kap. 5.4. Opplevelse av ventetiden.	77
Til kap. 5.5 Antall timer i behandling	78
Til kap. 5.7 Tilgjengelighet og opplevelsen av hjelpetilbudet.	79
Til kap. 6.1 Opplevelsen av problem etter behandling.	79
Til kap. 6.2 Behandlingseffekt eller naturlig bedring over tid?	80
Til kap. 6.3. Omfang av vansker	81
Til kap 6.4. Endring av ulike typer vansker.	82
Til kap. 6.5 Vanskenes innvirkning på dagliglivet.....	83
Til kap. 6.6 Har det hjulpet med samtaler hos psykologen og har det forandret forholdet til familien?	84
Til kap. 6.7 Nye måter å takle problemene på?.....	86
Til kap. 7.1 Faktoranalyse	88
Til kap. 7.2 Terapeutisk allianse	91
Til kap. 7.3 Informasjon før og under samtalene med psykologen.....	92
Til Kap. 7.4 Tilfredshet med kompetansen	93
Referanseliste	95
Vedlegg	101

Psykisk helsehjelp med lav terskel.

Evaluering av Psykologtjenesten ved Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).

1. Bakgrunn for prosjektet:

Med opptrappingsmidlene har flere kommuner satset på lavterskeltjenester i forhold til barn og unges psykiske helse. Det har i senere tid blitt publisert flere beskrivelser av aktuelle arbeidsmodeller hvor psykologrollen er beskrevet (Ajo & Vik, 2008; Skjerven, 2007, Brunstad, 2007 og Hoel, 2006). Sintef har gjort undersøkelser som også viser at det er en aktiv satsing på psykisk helse i kommunene, selv om det varierer mye både i forhold til omfang, form og innhold (Nordvoll, Andersen, Ådnes, & Ose, 2006). Vi vet lite om effekten av disse tilbudene. Samhandlingsreformen – ”Rett behandling, på rett sted til rett tid” har også lagt føringer for å styrke innsatsen i kommunene (ST.meld nr 47, 2008-2009). Kommunene skal oppgradere sitt ansvar og kompetanse, og i økende grad vektlegge forebygging og tidlig intervensjon.

Helsedirektoratet har undersøkt hva som skal til for å få en økt rekruttering av psykologer til kommunene. Dette er dokumentert i rapporten IS-1565 (2008). Her kommer det frem at psykologer er en faggruppe som kan bidra på mange ulike måter tilpasset behovet innad i kommunene, blant annet med veiledning av annet personell, rådgiving, diagnostikk, behandling og iverksetting av tiltak i grenseland mellom psykososial tilrettelegging og behandling. Videre ble det anbefalt at det måtte settes av statlige stimuleringsmidler for å øke rekrutteringen. I 2009 ble det kunngjort at kommuner kunne søke tilskudd for å bli med i en modellutprøving med å ansette psykologer i kommunehelsetjenesten. Det ble skissert fire ulike modeller; samlokalisering av psykologer og fastleger i kommunen, psykologer i kommunale enheter for psykisk helsearbeid, psykologer i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom og psykologer i familienesentre/familiens hus.

Psykologkompetansen anses som viktig på grunn av de ulike roller en psykolog har mulighet til å gå inn i (Ajo & Vik, 2008). Dette har også Norsk Psykologforening vært opptatt av (Alseth & Andreassen, 2004). Behovet for psykologer i kommunene er ikke dekkende i

forhold til behovet. Kommunene anmodes i dag om å rekruttere og prioritere psykologer og andre med psykososial fagkompetanse innen området psykisk helse hos barn og unge (Sosial- og helsedirektoratet, Rundskriv IS-1/2006).

Tjenesten som ble evaluert i dette prosjektet er en Psykologtjeneste som utgjør ett av teamene i Psykisk helsetjeneste for barn og unge, PSBU, som igjen er organisert innen kommunens helsetjeneste. Psykologtjenesten er det eldste teamet og som ble opprettet i 1999, på bakgrunn av en undersøkelse i 1995, som viste at barne- og ungdomsbefolkningen i kommunen trengte hjelp av flere psykologer. Tjenesten ble delfinansiert av de statlige opptrappingsmidlene og er nå hjemlet til sju psykologstillinger, fortrinnsvis spesialister.

De andre yngre teamene, som etter hvert er blitt etablert eller knyttet til PSBU, er alle rettet mot barn og unge i risiko og har utviklet sine egne spesifikke rekrutterings- og intervensjonsmetoder. Teamene omfatter blant annet arbeid med ungdom med spiseforstyrrelser, flyktningebarn, barn av foreldre med psykiske plager eller rusproblemer og barn eller foreldre som har mistet sine nærmeste. Rapporten fra Helsedepartementet ”..sammen om psykisk helse, Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse” (2003) har vært et sentralt grunnlag for utformingen av tjenesten (Skjerven, 2007). Noen av teamene har direkte samarbeid med helseforetaket.

Psykologtjenesten skiller seg ut fra de andre teamene ved PSBU ved at målgruppen er barn og ungdom og deres foreldre generelt, med ulike bekymringer eller som har små til moderate psykiske vansker. Ifølge Tjenestebeskrivelse for PSBU (Skjerven, 2007) understrekes en forebyggende og helsefremmende profil, hvor det tilbys korttidsbehandling til barn og ungdom 0-18 år, deres foreldre og gravide.

I korte trekk særpreger følgende punkter Psykologtjenesten:

- Daglig inntakstelefon betjent av en psykolog. Her kan ungdom, foreldre og samarbeidspartnere henvende seg.
- Det er ikke nødvendig med legehenvising,
- Det er ingen ventelister.
- Psykologen veileder enten direkte på telefon eller tar med henvendelsen til et ukentlig inntaksmøte. Her vurderes hva som er det beste hjelpetilbudet for barnet eller ungdommen, enten ved PSBU eller at andre hjelpeinstanser antas å være bedre egnet.

- Rask tilbakemelding til den som har henvendt seg, eventuelt med tilbud om time.
- Veiledning og konsultasjon i hvordan en kan ta kontakt med andre nødvendige instanser.
- Tjenesten er nært knyttet til helsestasjonen og skolehelsetjenesten.
- Korttidsterapi (5 timer +/-), med hovedvekt på løsningsbaserte tilnærminger, kognitiv atferdsterapi og veiledning til foreldre.

Tidlig intervensjon beskrives også som et nøkkelbegrep i det dette lavterskeltilbudet. Med dette menes å komme tidlig til i et barns liv eller i en begynnende problemutvikling, for å redusere negative kjedeeffekter og unngå psykiske helseplager i senere alder. Barn og ungdom som trenger diagnostiske vurderinger/utredninger og langvarig psykoterapi henvises til spesialisthelsetjenesten. I snitt gir Psykologtjenesten årlig et tilbud til 500, barn og unge og deres foreldre, samt vordende foreldre.

Tjenesten som er evaluert i dette prosjektet, bygger på mange av prinsippene i den nye Veilederen (Helsedirektoratet, 2007). I denne vektlegges det at de kommunale helsetjenestene må bruke faglig anerkjente metoder og ha god kompetanse innen teoretisk, - forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Det har ikke vært vanlig å drive systematisk psykologarbeid med lav terskel innenfor kommunal virksomhet. Bærum kommune har imidlertid hatt helsestasjonspsykologer for barn mellom 0 og 6 år i snart 30 år. Psykologtjenesten har frem til nå ikke blitt evaluert, men det har vært gjennomført flere brukerundersøkelser administrert fra kommunen sentralt. En måling fra 2003 for Psykologtjenesten, viste at 95 % av brukerne var svært eller ganske fornøyd med tilbudet, 47 % rapporterte om stor bedring og 97 % ville anbefale andre med lignende problemer å ta kontakt med tjenesten. En kvalitativ studie fra 2002 av tenåringsjenter som fikk hjelp av Psykologtjenesten (hovedoppgave i psykologi), viste bl.a. at de opplevde å få rask hjelp, at de møtte tydelige voksne med kompetanse i veiledning og som hadde et klientsentrert perspektiv (Imenes, 2002).

Forskning på forekomst og utvikling av psykiske vansker hos barn og unge viser at tidlig-hjelp-tankegangen er viktig. En studie gjennomført av Folkehelseinstituttet (TOPP-studien) undersøkte blant annet psykiske plager hos et stort antall familier med barn i alder fra 18 måneder og opp til 14-15 år. Resultatene tyder på at det er mulig å identifisere forstadier til plager allerede i halvannetårsalderen, og som bidrar til at noen barn utvikler vedvarende psykiske plager og lidelser. Det konkluderes med at det må settes inn betydelige ressurser i

kommunens tjenesteapparat for å bedre oppvekstmiljø for alle barn og ”at det legges vekt på å utvikle, evaluere og innarbeide arbeidsmåter og metoder som er velegnet til å fange opp tidlige tegn på psykiske plager hos barn, unge og deres familier”. (Mathiesen, Kjeldsen, Skipstein, Karevold & Torgersen, 2007). ”Barn i Bergen-studien” (Heiervang, Stormark, Lundervold m.fl., 2007; Psykisk nr.1, 2008) viste at psykiske vansker er mer utbredt, 7 %, enn myndighetene har antatt. Man konkluderer blant annet med at små barn med psykiske vansker kan bli friske gjennom relativt enkle metoder og tilbud, og at lavterskeltilbud myntet på barn og foreldre bør prioriteres.

Det er i liten grad gjennomført evalueringsstudier i andre norske kommuner for å vurdere effekten av lignende lavterskeltilbud som det Psykologtjenesten i Bærum kommune representerer. Det foreligger en studie utført av Sintef, vedrørende brukertilfredshet med hensyn til det kommunale tjenestetilbudet, det vil si PP-tjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, for barn og unge med psykisk vansker i perioden 2004-2007 (Sitter, 2008). Studien viser i hovedtrekk at brukere med psykiske vansker i stor grad er tilfreds med tilbudet de mottar, men at halvparten mener at ventetiden fra henvisning til oppstart i PP-tjenesten er for lang. I tillegg har man funnet at tre av fire foresatte til barn med psykiske problemer, opplever positiv effekt av den hjelpen de har fått på helsestasjon i forhold til barnets problem eller for dem som foreldre. I en annen studie fra Sintef har man funnet en økt tilgjengelighet til tjenester for barn og unge, men fortsatt har mange et udekket behandlingsbehov, spesielt på kommunenivå (Wessel & Steihaug, 2008). Det er også gjort mange brukererfaringsundersøkelser av pasienter både i Norge og i utlandet innen psykisk helsevern, og det finnes mye forskningslitteratur som har vært opptatt av å måle kvaliteten på helsetjenestene, både i forhold til tilfredshet og utbytte av behandlingen som er mottatt (bl.a Bjertnæs, Garratt, Helgeland m.fl., 2008; Crow, Gage, Hampson m.fl., 2002). Videre er det utarbeidet egne spørreskjema for å måle brukertilfredshet og deres erfaringer med tjenester innen barne- og ungdomspsykiatri. Et notat fra Kunnskapssenteret oppsummerer flere av disse (Holmboe og Garratt, 2007). I studien som det vises til i denne rapporten ble det valgt å utforme et eget spørreskjema, med tanke på å få det mest mulig tilpasset det tilbudet Psykologtjenesten representerer. Spørreskjemaet er laget i samarbeid med berørte parter av tjenesten.

Behandlingsforskningen har generelt sett konsentrert seg om ulike områder, blant annet effekten av terapi, endringsskapende faktorer, terapeutiske prosesser og hva som kjennetegner

gode terapeuter (Tuseth, 2008.) Denne forskningen slår i dag fast at terapi virker for de aller fleste, at bedring er relativt varig, at psykoterapi kan være en kostnadseffektiv behandlingsform, at det ikke er noen psykoterapiretninger som er mer effektive enn andre og at man finner liten sammenheng mellom teknikk og resultat (Bergin & Garfield, 1994). Hva som i dag regnes som viktige faktorer i terapi, er blitt tallfestet av Lambert i 1992 (ref i Tuseth, 2008; Aasay & Lambert, 1999) og begynner å bli kjent for mange. I hans analyse går det frem at de ekstraterapeutiske faktorene, som for eksempel klientens egne ressurser utenfor terapisisuasjonen, utgjør 40 % av behandlingsresultatet. Relasjonsfaktoren, det vil si klientens opplevelse av å bli forstått, respektert og bekreftet, utgjør 30 %, placebo, håp og forventninger 15 % og den spesifikke terapeutiske metoden/teknikken 15 %. Samlet viser forskningen at det er lite forskjell i resultater mellom ulike terapimodeller, men store forskjeller mellom terapeuter. Dette indikerer at relasjonen mellom terapeut og klient og terapeutegenskaper er viktige områder å vektlegge for å få frem gode behandlingsresultater.

2. Mål og problemstillinger

Målet for denne undersøkelsen har vært å bruke spørreskjema for å finne ut om tilbudet som Psykologtjenesten gir, har en forebyggende effekt overfor barn og unges psykiske helse. Videre har målet vært å kartlegge i hvilken grad tilbudet har en lavterskel profil og hvordan brukerne er tilfreds med denne.

Følgende spørsmål søkes besvart:

- Fungerer Psykologtjenesten som et lavterskeltilbud?
- Opplever brukerne at hjelpen har hatt effekt ut fra det som de plages med?
- Har det problemet som brukerne henvendte seg for endret seg i tiden fra oppstart av behandling til avsluttet behandling?
- Opplever brukerne endring over lengre tid?
- Har brukerne vært tilfredse med tilbudet de har mottatt og eventuelt på hvilken måte?

Nytteverdien av denne undersøkelsen vil kunne være å:

- Få økt kunnskap om brukernes egen opplevelse av tilbudet og om behandlingen har hatt noen effekt ut fra det henviste problem.
- Bli kjent med nyttige og mindre nyttige sider ved tilbudet ut fra et brukerperspektiv. Dette kan medføre endring av arbeidsrutiner og metoder for psykologene, som igjen kan bedre det forebyggende og helsefremmede arbeidet overfor brukerne.
- Legge til rette for sammenligning av kunnskap fra denne undersøkelsen i forhold til andre forebyggende kommunale lavterskeltilbud.
- Tydeliggjøre områder som bør undersøkes nærmere med tanke på å styrke det kommunale lavterskeltilbudet.

3. Metode

3.1 Forprosjektet

Forprosjektet besto i hovedsak å få hjelp av andre eksterne faggrupper og klienter til å finne emner og spørsmål med potensiell relevans for den aktuelle målgruppen i undersøkelsen. Det var lagt vekt på at prosjektleders forforståelse og interesser ikke skulle få for stor plass.

Derfor var det ønskelig å ha en demokratisk prosess av ulike samarbeidspartnere i hjelpeapparatet. I tillegg ble noen utvalgte klienter invitert til å bidra med ideer. De utvalgte gruppene hadde ved hjelp av en enkel intervjuguide fokus på hvordan undersøke brukernes opplevelse av å komme til behandling hos Psykologtjenesten, og om tilbudet hadde effekt i forhold til det henviste problem (se vedlegg). Formålet var også å øke innholdsvaliditeten av spørreskjemaet (Holmboe & Garrat, 2007).

3.1.1 Informanter

Psykologteamets nærmeste samarbeidspartnere, det vil si helsesøstre, psykologene i psykologtjenesten og noen få utvalgte brukere deltok i løpet av våren-08 i intervjuer. For å få en spredning av informanter ble helsesøstrene delt inn i fokusgrupper etter hvilken aldergruppe av barn de arbeidet med, det vil si barn tilhørende henholdsvis i helsestasjon (0-5 år), i barneskole, ungdomskole og videregående skole. Det ble hentet ut helsesøstre fra ulike helsestasjoner og skoler, for å få en ytterligere spredning. Hver gruppe ble på fire eller fem deltakere. Psykologene ble en gruppe for seg med sju deltakere. I tillegg ble fire klienter intervjuet om sitt samarbeid med Psykologtjenesten. Samtlige av disse hadde hatt kontakt for maksimum seks måneder siden.

3.1.2 Intervjuguide for forprosjektet

Intervjuguiden ble strukturert ut fra beskrivelser av Psykologtjenestens profil (Skjerven, 2007), samt andre uttalelser og beskrivelser av hva som er hovedtrekk ved en lavterskeltjeneste, primært med hensyn til psykisk helse overfor barn og unge (Imenes, 2002; Alseth & Andreassen, 2004; Hoel, 2006 og Brunstad, 2007). Intervjuguiden hadde ett hovedspørsmål, men hvor det ble føyd til stikkord som fungerte som oppfølgingsspørsmål (Se vedlegg).

3.1.3 Resultat: Spørreskjema for hovedundersøkelsen

Informasjonen fra intervjuene ble transkribert og deretter kategorisert ut fra de områder informantene mente var viktig å ha fokus på i hovedundersøkelsen. På bakgrunn av dette materialet ble det utviklet egne spørreskjema, kalt E-skjema (evalueringsskjema), knyttet til tilbudets særegenhet, blant annet i forhold til lav terskel, lett tilgjengelighet, korttidsbehandling, samarbeid med helsesøster og kompetanse. I tillegg bidro intervjuene i forprosjektet til at det utkrystalliserte seg noen tema som syntes å være relevant i en undersøkelse, blant annet spørsmål om hjelpebehovet, brukertilfredshet, tema i behandlingen og terapeutferdigheter. Spørreskjemaet ble utviklet for tre ulike måletidspunkter og samtidig tilpasset barn, ungdom og voksne (se vedlegg).

Det ble gjort noen få pilottester av dette skjemaet før det ble tatt i bruk. Dette førte til noe justering. I etterkant av undersøkelsen ser man fortsatt at et par spørsmål kunne vært bedre presisert.

3.2. Hovedundersøkelse

3.2.1 Design og måleinstrumenter:

Dette er en undersøkelse med et *Prospektivt design* (Drageset & Ellingsen, 2009), som følger utviklingen av en gruppe over tid, fra før behandling, like etterpå til fire måneder etter behandling. Man kan på denne måten få muligheten til å studere like fenomener til ulike tidspunkt, og fordelene er at svarene fra klientene ligger nær opp til det de opplever til enhver tid. En ulempe kan være en fare for frafall av respondenter underveis (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2004; Polit og Beck 2004). Det ble tilstrebet å ha de samme spørsmålene om symptom bildet på de ulike måletidspunktene.

Det ble også foretatt dybdeintervju av et lite utvalg av informantene i etterkant av spørreskjemaundersøkelsen. Dette ble gjort for å få et fyldigere bilde av brukerens opplevelse med behandlingen og lavterskeltilbudet. Utvalget ble strategisk plukket ut. Vi valgte informanter som hadde fylt ut skjema ved alle tre måletidspunkter og som i stor grad var tilfredse med tilbudet. Formålet med dette var å få et bilde av hva som hadde vært til nytte for dem og holde fokus på de positive elementene som faktisk gjør brukerne tilfredse.

Som et supplement til spørreskjemaet som ble laget for hovedundersøkelsen (E-skjema), ble det benyttet et kartleggingsverktøy for psykisk helse; SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire (jmf Heierdahl, 2003). Instrumentet er standardisert for selvutfylling helt ned til 11-årsalder og har vært brukt opp til 18 år. Det har en foreldredel for foreldre med barn mellom 4 og 16 år.

Utvikleren av SDQ, Robert Goodman fra England, ga sin tillatelse til at vi i denne undersøkelsen foretok mindre redaksjonelle endringer på skjemaet, som for eksempel å bytte ut ordet ”poliklinikk” til ”Psykologtjenesten. Det ble også gitt tillatelse å bruke skjema helt ned til 3-årsalder og opp til 18 år, selv om skjemaet kun er standardisert for barn mellom 4 og 16 år, derav selvutfylling for barn mellom 11 og 18 år.

SDQ har også en tilleggsdel om vanskenes innvirkning på barn og familie. Denne delen ble også brukt i undersøkelsen. I tillegg har SDQ et oppfølgingskjema som ble brukt etter behandling, ved T2 og T3.

I tillegg til spørsmål knyttet opp til undersøkelsens problemstilling, ble bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, postnummer og sivilstatus til foreldre etterspurt.

	T1	T2	T3
Foreldre 0-3 år	E-skjema T1	E-skjema T2	E-skjema T3
Foreldre 3-18 år	E-skjema T1 SDQ foreldre	E-skjema T2 SDQ foreldre/oppfølging	E-skjema T3 SDQ oppfølging
Barn 11-16 år	E-skjema T1 SDQ ungdom	E-skjema T2 SDQ ungdom/oppfølging	E-skjema T3 SDQ ungdom/oppfølging
Ungdom 16-18 år	E-skjema T1 SDQ ungdom	E-skjema T2 SDQ ungdom/oppfølging	E-skjema T3 SDQ ungdom/oppfølging

Tabell 3.2.1 Skjema de ulike informantene ble bedt om å svare på.

3.2.2. Utvelgelse av deltakere

Alle brukere som mottok et tilbud innen rekrutteringsperioden på 4 måneder, ble spurt om å delta. Gravide ble ikke spurt. Begrunnelsen for dette er at hovedfokus i undersøkelsen var å undersøke hjelpetilbudet til barn, ungdom og deres foreldre. Gravide får hjelp og veiledning oftest i forhold til egen psykiske helse. Informantene i hovedundersøkelsen ble derfor foreldre til barn mellom 0 og 18 år og barn/ungdom over 11 år. Forskning viser at ungdom lettere nyttiggjør seg samtalerapi enn det barn gjør og at de forstår hensikten med terapi bedre (Boethius & Bergren, 1998). Ut fra dette kan man også forvente å få et riktigere bilde av deres opplevelse av å ha mottatt hjelp, enn av yngre barn. Spørreskjemaet SDQ er standardisert for barn fra og med 11 år. Med bakgrunn i dette ble det satt en 11-års grense for barn til å delta i undersøkelsen.

3.2.3. Inklusjonskriterier

Barn og ungdom mellom 11 og 18 år og foreldre med barn mellom 0 og 18 år som deltar i minst en samtale hos psykologen.

3.2.4. Eksklusjonskriterier

Behandlingstid mer enn 6 mnd. Her vil kun T1 brukes.

3.2.5. Rekruttering av informanter

Klientene ble rekruttert via psykologene som informerte de aktuelle klientene om undersøkelsen. De ble forespurt om å delta og ga sitt skriftlige samtykke til dette (se vedlegg for informasjonsskriv og samtykkeskjema).

Det har vært behov for å purre en til to ganger for å få tilbake spørreskjema som brukere har fått i posten, enten ved T2 eller T3. Først ble det purret per brev, deretter på telefon eller SMS hvis nødvendig. Mange av svarene har kommet etter purring. Purringen er blitt gjort av prosjektassistent etter avtale med prosjektleder.

3.2.6. Datainnsamling

I rekrutteringsperioden på 4 måneder ble det registrert 328 henvendelser til Psykologtjenesten ifølge inntaksprotokollen. Ca 100 av henvendelsene ble viderehenvist til andre hjelpetiltak i inntaksfasen, det vil si før de fikk et tilbud av Psykologtjenesten. 225 saker ble tatt inn til behandling og 117 av disse ble rekruttert, det vil si 51,5 %. For å få vite noe om hva som karakteriserte de klientene som ikke ønsket å delta, ble psykologene intervjuet enkeltvis. Det var vanskelig for behandleren å gi et eksakt bilde på dette, men et par hovedgrunner har

utkrystallisert seg. For det første synes psykologens egen vurdering av at det ikke passet å ha med klienten i undersøkelsen å spille en rolle, enten på grunn av språkbarrierer, klientens problemstilling, at det kunne bli unødig stress for familien eller at de bare fikk en time. For det andre synes klientenes vurderinger å spille en rolle, blant annet at de ikke likte spørreskjema eller at de var umotiverte for behandlingen og derfor også til undersøkelsen.

Flere studier tyder blant annet på at det er en stor utfordring å oppnå høy svarprosent i undersøkelser som måler pasienter eller brukeres erfaringer og at innsamlingsmetoden også påvirker dette (Powell, Halloway, Lee & Sitzia, 2004; Bjertnæs, Garratt, Helgeland m.fl., 2008). På den annen side antas det at postale undersøkelser kan gi mer kritiske tilbakemeldinger fra informantene enn for eksempel mer personlige innsamlingsmåter (Crow, Gage, Hampson m.fl., 2002).

Ved T2 var svarprosenten 70 % og ved T3 55 %. I noen undersøkelser praktiseres det å ringe til dem som ikke har svart for å innhente svar på spørsmålene over telefon. Det ble ikke gjort i denne undersøkelsen. I stedet ble det satt inn ekstra innsats på å purre, både med brev og over telefon, noe som flere studier har vist kan ha en signifikant effekt på svarprosenten (Edwards, Roberts, Clarke m. fl., 2006; Smeeth & Fletcher, 2002).

	SDQ T1	SDQ T2	SDQ T3	Eskjema T1	Eskjema T2	Eskjema T3
16-18	6	4	5	6	5	6
Mor	46	46	33	66	62	43
Far	8	20	17	13	23	22
11-15	23	11	2	24	11	4
Begge foreldre	30	3	3	28	4	2
Andre	1	1	0	1	1	0
Totalt	117	85	60	138	106	77

Tabell 3.2.1. Antall informanter pr spørreskjema

I alt har 138 barn/unge og foreldre svart på T1. 85 foreldre (mor, far eller begge sammen) har svart alene (dvs uten at barna har svart) og 22 sammen med sine barn mellom 11 og 15 år. Ungdom mellom 16-18 år har konsekvent svart alene. Foreldre til barn mellom 0-3 år svarte ikke på SDQ, og er hovedårsaken til at svarprosenten er lavere for dette skjemaet enn for E-skjemaet (se tabell 3.2.1).

Svarprosenten har gått ned ved T2 og T3. Årsakene til dette er trolig flere, men en av dem kan være at innsamlingen av data skjedde via postutsendelse, delvis ved T2 og helt og holdent ved T3. Interessen for å bli med i spørreundersøkelser over flere tidspunkt er ofte dalende, og svarprosenten i brukererfaringsundersøkelser innen barne- og ungdomspsykiatri har generelt vært lav (Young, Nicholson & Davis, 1995). Studier omkring årsaken til dette, peker i ulike retninger, men noen har funnet at misfornøyde brukere i mindre grad ønsker å delta i undersøkelser (Moutoussis, Gilmour & Orrell, 2000). Andre studier har funnet at svarerne var mer positive enn ikke-svarerne (Zwier & Clark, 1999).

Ved T1 ble kun en av foreldrene bedt om å svare. I ca 30 av svarene har likevel både mor og far krysset av på samme skjema. Ved T2 ble det bestemt at mor og far kunne få svare på hver sine skjema. Da ser man en økning av svar fra fedre, og en klar reduksjon av at begge har fylt ut samme skjema. Ved alle tre måletidspunkt er det imidlertid flest mødre som har fylt ut skjema.

3.2.7. Begrensninger og muligheter i bruk av innsamlet data.

Muligheten for å si noe generelt om hele gruppen som søker hjelp ved Psykologtjenesten er begrenset. Utvalget tilsvarende under halvparten av de som fikk et tilbud i løpet av rekrutteringsperioden, og bare ca 1/4 av alle som får et tilbud i løpet av ett år. Siden undersøkelsen heller ikke har en kontrollgruppe, vil det være vanskelig å stadfeste om tilbudet i sin helhet har behandlingseffekt. En kontrollgruppe ville imidlertid vært vanskelig å få til, ettersom tilbudet er henvendelsesstyrt og det derfor ville vært vanskelig å rekruttere informanter som ikke henvendte seg til tjenesten.

Som det fremgår av tabell 3.2.1 er utvalget av informanter som ble rekruttert til undersøkelsen noe skjevt i forhold til undergruppene, det vil si om det er foreldre eller barn/ungdommer som har svart. I hovedsak er det flest mødre som har svart av foreldrene og barne/ungdomsutvalget er totalt sett ikke veldig stort. For å få frem resultater på en mest riktig måte, har det vært

nødvendig å ordne datautvalget slik at det har muliggjort analyser i forhold til de problemstillingene som ønskes besvart. I behandlingen av data ble mors skårer prioritert først, dernest fars, så begges foreldre og tilslutt barnet/ungdommen selv. På denne måten ble det konstruert en fil med kun ett svar per kodenummer. Dette utvalget ble brukt for å få frem informasjon om de demografiske variablene som for eksempel alder, kjønn, hvem de fikk kjennskap til tjenesten av og ventetid.

Videre ble det konstruert ett foreldreutvalg og ett ungdomsutvalg. Samme prioritering som i forrige utvalg ble fulgt med hensyn til foreldresvarene, for å få ett svar per kodenummer. Foreldreutvalget er i noen tilfeller forskjellig hvem som har svart på T1, T2 eller T3. Svarene kan i denne sammenheng reflektere en uenighet mellom foreldrene (jmf. Holmboe & Garrath, 2007). Det gjelder imidlertid i så få tilfeller at det ble valgt å se bort fra dette. Dersom utvalget hadde vært likt med hensyn til mor og far, kunne det vært interessant å se på forskjeller og likheter mellom dem. En annen mulighet kunne være å bruke gjennomsnittsskåren mellom mor og far, men denne skåren ville heller ikke ha vært representativ for verken mors eller fars skårer. Valget som ble gjort har medført at vi ikke har kunnet skille på hvem av foreldrene som har svart, men ser dem under ett som *foresatte*. Dette utvalget, som skiller mellom barn og foresatte, blir hyppigst brukt i analysene som har med hva informantene mener om tilbudet, samt hvordan de vurderer psykisk helse før og etter behandling. I rapporten vil utvalget bli kalt for ”foreldreutvalget”. På samme måte vil selvrapportskårene fra barna og ungdommene mellom 11-18 år enten benevnes med ”barne/ungdomsutvalget” eller ”selvrapport 11-18 år”.

Av de 13 informantene som ble spurt om å delta i dybdeintervju, takket 6 ja til å bli med. To av intervjuene var med mor og ungdom sammen. To av intervjuene var med hhv mor og far som var skilte og ønsket å komme hver for seg. Alle identifiserbare opplysninger er fjernet eller omskrevet i denne rapporten.

3.2.8. Analyseverktøy

Dataprogrammet SPSS versjon 17 og 18 er brukt til analyse av data fra spørreskjemaene.

3.2.9. Godkjenning

Denne undersøkelsen er godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk og Datatilsynet.

4. Bakgrunnsinformasjon

4.1. Kjønn- og aldersfordeling

Kjønn: Fordelingen av kjønn i utvalget ved T1 ble 54 % gutter og 46 % jenter. Denne fordelingen holdt seg omtrent på det samme ved T2 og T3, til tross for endringer i utvalget ved de ulike måletidspunktene

Alder: I tabell 4.1.1. er alder slått sammen, slik at vi får 4 aldersgrupper. Utvalgene på de tre måletidspunktene har omtrent like stor prosentandel i hver aldersgruppe. Vel 1/5 av utvalget er under 3 år. I alderen 0-5 år (0-3/4-5) er like mange som mellom år og 6- 12, mens noe færre mellom 13-18 år.

Alder	T1	T2	T3
0-3	22	22	25
4-5	14	15	14
6-12	37	38	36
13-18	27	25	24
Total	100	100	100
N	117	80	55

Tabell 4.1.1 Prosentvis fordeling av aldersgruppe barn/unge som er med i undersøkelsen.

Gjennomsnittsalder til foreldrene er 39.4 år, hvor yngste er 25 år og eldste er 55 år.

4.2. Geografisk fordeling av informantene

Utvalget er i denne undersøkelsen fordelt omtrent likt i forhold til østlige og vestlige del av Bærum kommune. Det gjelder også ved T2 og T3. Psykologene i Psykologtjenesten har sitt arbeidsområde enten i Bærum øst eller Bærum vest (følger Helsekontorets inndeling av kommunen). Undersøkelsen hadde ingen føringer på hvor mange som skulle rekrutteres fra de ulike områdene. Derfor er fordelingen av utvalget mellom øst og vest helt tilfeldig.

4.3 Sivilstand til foreldrene.

Omtrent halvparten av barna/ungdommene som er med i utvalget ved T1 har foreldre som er gift og nesten ¼ har foreldre som er samboere, til sammen 74 %. 15 % av utvalget har skilte eller separerte foreldre og 11 % har foreldre som er ugifte eller som ikke bor sammen, til sammen 26 %. Fordelingen ved T2 og T3 er omtrent den samme. Foreldrenes sivilstand synes med andre ord ikke å predikere hvem som fortsetter å bli med videre i undersøkelsen.

4.4 Hva ønsker brukerne hjelp til?

Informantene ble ved T1 bedt om å skrive ned opptil 3 stikkord om hva de ønsket hjelp til. Først relaterte vi stikkordene til det ordinære henvendelsesgrunn-skjemaet som Psykologtjenesten bruker. De fleste stikkordene passet godt til skjemaet. I noen tilfeller måtte de fortolkes for å plassere dem. Av tabell 4.4.1 ser man at fordelingen av henvendelsesgrunner er prosentvis om lag den samme i årsstatistikken fra 2008 som i vårt utvalg.

I tillegg til informantenes egne beskrivelser av hva de ønsket hjelp til, fant man gjennom SDQ hvordan informantene opplevde egne vansker (selvrapport 11-18 år) eller sine barns/ungdoms vansker (foreldre). I tabell 4.4.2 finner man gjennomsnittsskårer på vansker før oppstart av behandling. Vi ser at både foreldre og barn/ungdom skårer høyest på emosjonelle vansker og hyperaktivitet. Foreldreskårene er høyere på atferdsvansker og venneproblemer enn selvrapport 11-18 år. Andre undersøkelsen viser at emosjonelle problemer var av de hyppigste meldingsgrunnene for barn med psykiske problemer som mottok hjelp av helsesøstertjenesten målt i 2004 og 2007 (Sitter, 2008). I Heltef-undersøkelsen ble det hyppigst rapportert om hyperaktivitet og atferdsvansker (Heltef, 2004 nr. 1 og 2).

Når det gjelder totale vansker, som er de 4 ovennevnte vanskene sammenlagt (jmf tabell 4.4.2), skårer foreldre og barn/ungdom derimot ganske likt, hhv 11.87 og 11.79.

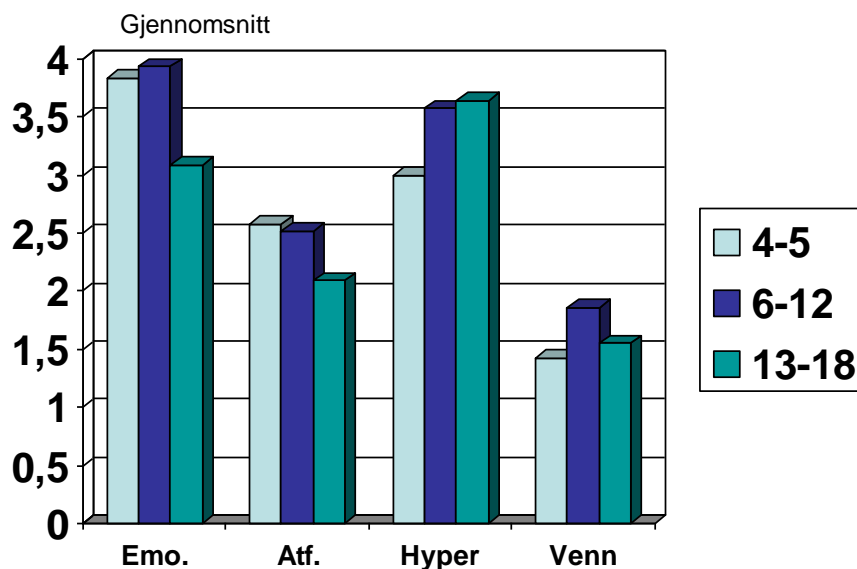
Selvrapportering henvedelsesgrunn (brukt statistikkmal til Psyk.tj.)	Jenter		Gutter		Sum	
	d.u.	2008	d.u.	2008	d.u.	2008
1 Aggressivitet/adferdsproblemer	11	10	17	19	14	14
2 Angst/tvang/fobiske reaksjoner	17	15	9	14	12	15
3 Enurese/encoprese-problematikk	1	3	0	5	1	4
4 Konsentrasjons/oppmerksomhetsvansk.	0	2	4	3	2	1
5 Rusproblematikk	0	0.5	0	0	0	0
6 Samspillsvansker (voksne-barn)	23	22	17	18	20	20
7 Selvmordsbekymring	0	0.5	0	0	0	0
8 Somatiske vansker	0	2	3	2	1	2
9 Spilleavhengighet	0	0	0	1	0	0
10 Spisevansker	1	1	0	2	1	2
11 Søvnvansker	3	8	7	6	5	7
12 Tilpasningsvansker/hemmet atferd	15	7	7	7	11	7
13 Traumereaksjoner	3	3	1	1	2	2
14 Tristhet/sorg/nedstemthet	6	12	9	12	7	12
15 Andre vansker	12	7	11	5	12	6
16 Ingen	8	7	15	4.8	12	6
17 Sum	100	100	100	100	100	100
N	66	306	71	332	137	638

Tabell 4.4.1 Prosentvis fordeling av selvrapportert henvedelsesgrunn sammenlignet med statistikk fra 2008.

	Maks.skåre	Barn/ungdom	Foresatte
Emosjonelle vansker	10	4.90 (5.4)	3.99 (2.5)
Atferdsvansker	10	1.97 (1.5)	2.53 (1.9)
Hyperaktiv	10	3.76 (2.2)	3.54 (2.1)
Venneproblemer	10	1.17 (1.4)	1.93 (2.0)
Totale vansker	40	11.79(4.0)	11.87(5.4)
N		29	80

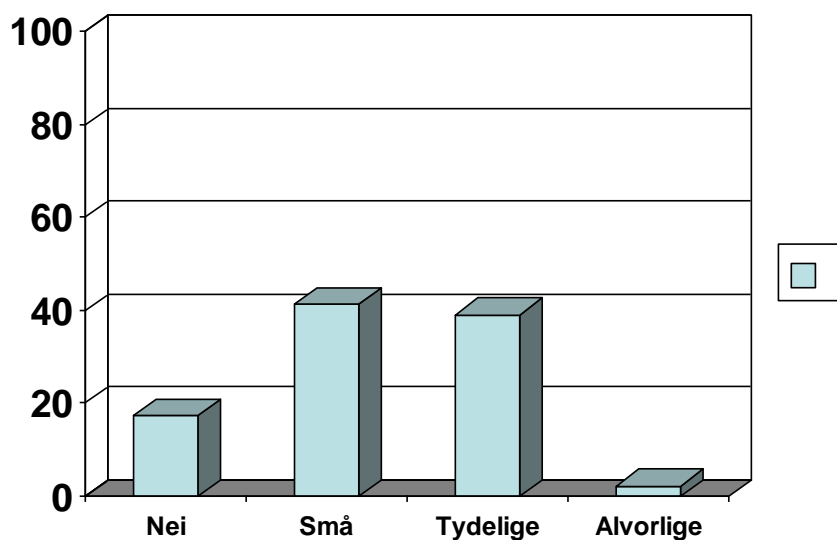
Tabell 4.4.2. Gjennomsnittskåre (og standardavvik) på SDQ på vansker hos barn/ungdom før behandling.

Til sammenligning viser selvrapporing på SDQ av norske barn i Heltef-undersøkelsen en totalskåre på 10.7 (Roy, Grøholt, Heyerdahl, & Clench-Aas, 2006) og fra Barn i Bergen-studien en totalskåre på bare 5.87 ved foreldreutfylling av SDQ (Heiervang, Goodman & Goodman, 2008). Med andre ord kan det se ut til at barna/ungdommene i vår undersøkelse har generelt større vansker enn i den vanlige befolkningen, men er trolig langt unna de som sliter mest. Testet for alder er det liten variasjon mellom gruppene. Totalt sett er gjennomsnittsskåren på vansker høyest hos 6-12-åringene og lavest hos 13-18-åringene, men forskjellene mellom aldersgruppene er likevel små og ikke signifikante (se figur 4.4.1 og appendiks tabell 4.4.3).



Figur 4.4.1 Foreldrenes gjennomsnittskårer på vansker ut fra alder på barnet/ungdommen (0-3 er ikke tatt med da det ikke fylles ut SDQ for denne aldersgruppen).

Et annet ledd i SDQ, som etterspør omfanget av barnets/ungdommens vansker samlet sett på ett eller flere områder (med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller å komme overens med mennesker) styrker denne påstanden. Figur 4.4.2. viser fordelingen på denne variabelen før behandling og vi ser at omtrent ingen mener at barnet/ungdommen har alvorlige vansker (se også appendiks tabell 4.4.4).

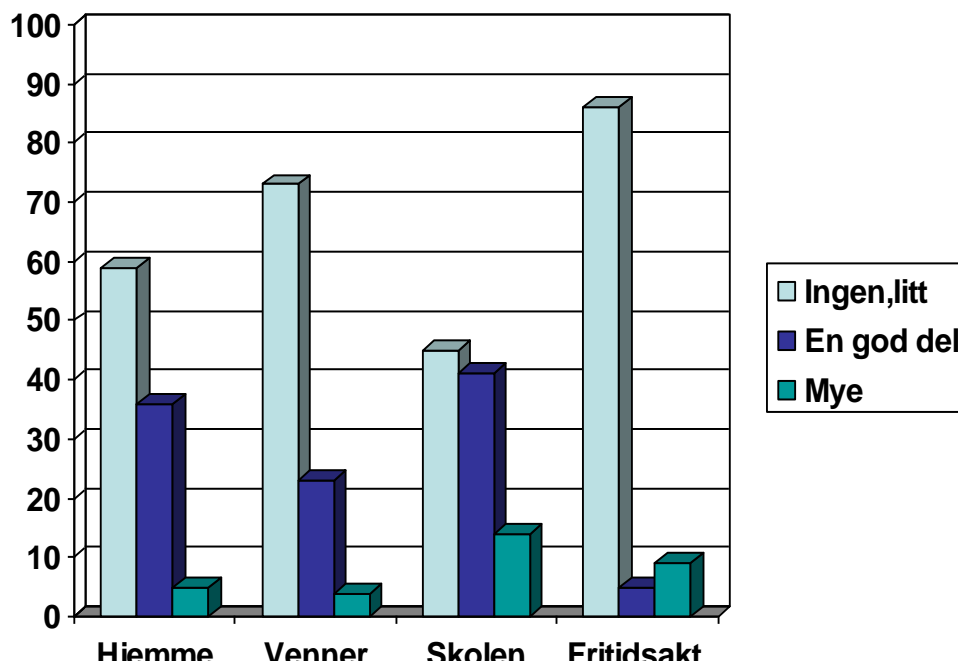


Figur 4.4.2. Prosentvis fordeling av omfang av vansker før behandling.

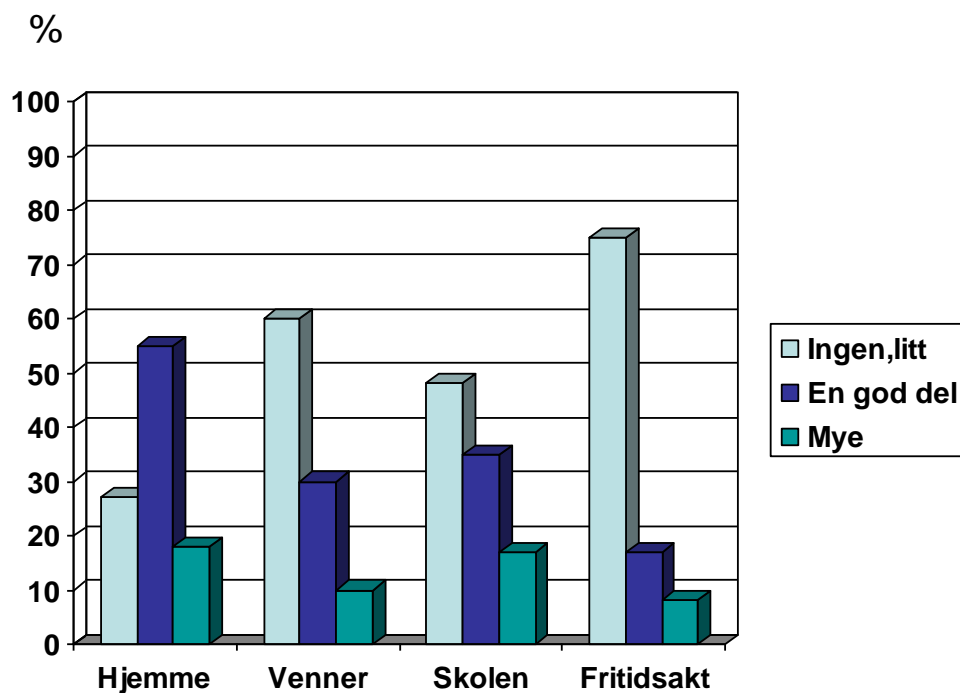
Det ble testet om det var systematiske forskjeller i kjønn i forhold til de ulike vanskene. Ved ANOVA fremkom det at guttene ble skåret signifikant høyere på emosjonelle vansker og hyperaktivitet ($p < 0.05$, se appendiks tabell 4.4.5). Ved selvrapport skårer jentene også betydelig høyere på emosjonelle vansker ($p < 0.05$, se appendiks tabell 4.4.6). Årsstatistikken fra Psykologtjenesten viser også gjennomgående fra år til år at det er flest jenter i alderen 13-18 år det søkes hjelp for, og som er nedstemte/triste, og flest gutter i alderen 6-12 år grunnet vansker med aggressivitet/hyperaktivitet. Skårene har store likheter med det som Heltefundersøkelsen fant (2006). Barn i Bergen studien som har målt forekomst av psykiske lidelser hos barn mellom 8 og 10 år får en høyere total forekomst hos gutter, og signifikant høyere for atferdsvansker og ADHD (Heiervang, Stormark, Lundervold m fl., 2007).

4.5. Vanskenes innvirkning på ulike livsarenaer.

SDQ kartlegger også i hvilken grad vanskene virker inn på de ulike livsarenaer (se figurene 4.5.1 og 4.5.2 og appendiks tabell 4.5.1 og 4.5.2). Her ser vi at ungdommene i vår undersøkelse opplever at vanskene har størst innvirkning på læring i skolen, deretter hjemme i familien, og minst i forhold til venner og fritidsaktiviteter. Foreldrene mener at vanskene har størst innvirkning hjemme i familien, deretter læring på skolen og forhold til venner, samt minst i forhold til fritidsaktiviteter.



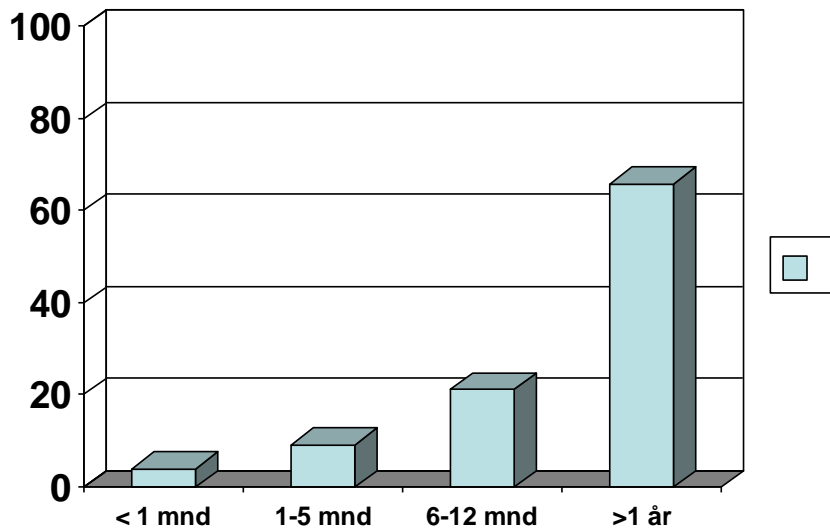
Figur 4.5.2 Prosentvis fordeling av hvordan vanskene innvirker på ulike livsarenaer. Selvrapport 11-18 år.



Figur 4.5.1 Prosentvis fordeling av hvordan vanskene innvirker på ulike livsarenaer. Foreldreutvalget.

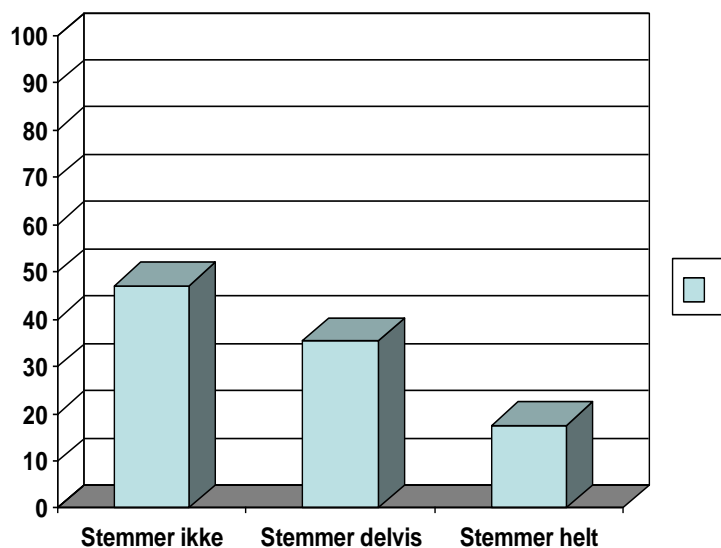
4.6. Vanskenes varighet

I undersøkelsen fremkommer det også at vanskene for over 60 % av barna/ungdommene har vart i over ett år, og svært få har hatt vansker som har vart i mindre enn en måned (se figur 4.6.1) Dette kan for eksempel skyldes at barna/ungdommene har hatt vansker en god stund før de eller deres foreldre oppsøker hjelpeapparatet, eller at de har fått hjelp som tidligere ikke har hatt noen effekt.



Figur 4.6.1 Prosentvis fordeling over hvor lenge informantene syntes at vanskene hadde vart.

Informantene fikk også et spørsmål om de ønsket å få hjelp tidligere. Av figur 4.6.2 ser vi at nesten halvparten av informantene ikke ønsket hjelp tidligere. På den annen side viser resultatene at over halvparten av informantene kunne tenke seg hjelp på et tidligere tidspunkt (helt eller delvis enig, se appendix tabell 4.6.1). Tallene fra undersøkelsen indikerer derfor at en god del av barna/ungdommene har gått lenge med vanskene og mange av dem eller deres foreldre kunne ønske seg hjelp tidligere.



Figur 4.6.2 Prosentvis fordeling av informantenes svar på påstanden om de har fått hjelp tidligere.

4.7 Oppsummering av utvalget som er blitt rekruttert til denne undersøkelsen:

- 117 barn og unge med eller uten deres foresatte.
- Like mange gutter som jenter
- Like mange fra Bærum øst og Bærum vest.
- Ca 75 % har gifte eller samboende foreldre.
- De fleste ønsker hjelp for samspillsvansker, aggressivitet/atferdsvansker, angst/fobiske reaksjoner, tilpasningsvansker og depressive vansker. Dette stemmer med tidligere årsstatistikk for Psykologtjenesten.
- Ifølge SDQ rapporterer de fleste om emosjonelle vansker og hyperaktivitet og at vanskene er små til moderate.
- Vanskene er mest plagsomme hjemme og på skolen.
- Vanskene har for de fleste vart i over ett år og over halvparten er delvis eller helt enig i at de kunne ønske å få hjelp tidligere.

5. Er Psykologtjenesten et lavterskeltilbud?

Intensjonene med å være et lavterskeltilbud er flere. Ut fra Tjenestebeskrivelsen til PSBU (Skjerven, 2007, s. 20) blir lavterskelbegrepet for Psykologtjenesten definert som følger:

- Lett tilgjengelig både når det gjelder første gangs kontakt og behandling.
- Problematikken med hensyn til barnet/ungdommen må være mindre omfattende eller alvorlig enn det som hører hjemme i spesialisthelsetjenesten.
- Tilbudet er gratis
- Ingen behov for henvisning fra lege
- Alle kan henvende seg, både barn, unge, foreldre og samarbeidspartnere.
- Anvender metoder som gjør at foreldrene kan være med i prosessen og ta ansvar for barnets helse.

Ifølge Helsedirektoratets rapport om psykologer i kommunene fremheves mye av de samme intensjonene med lavterskeltilbud i psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2008). I definisjonen legges også til at en lavterskeltilbud kan tilby tidlige og adekvate tiltak, og være en "los" videre i systemet, inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål, ha åpningstider tilpasset målgruppen og fremstå som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende hjelpetilbud for innbyggerne.

Spørsmålet i denne sammenheng er om Psykologtjenesten i Bærum kommune klarer å leve opp til disse intensjonene. I denne forbindelse er variabler i undersøkelsen som kan ha noe med lavterskelhjelp å gjøre, trukket ut og analysert.

5.1 Hvordan har informantene fått kjennskap til Psykologtjenesten?

Undersøkelsen viser at brukerne har fått kjennskap til Psykologtjenesten først og fremst av helsesøstrene, deretter en del fra skolen og barnehagen, fastlegen, venner, naboer og andre. Som figur 5.1.1. viser oppgir nesten 8 % av barna/ungdommene og 35 % av foreldrene at det er helsesøster som har informert dem om Psykologtjenesten.

Psykologene har blant annet faste dager på helsestasjon hver måned og møter på denne måten brukere som helsesøster har møtt og viderehenvist til psykologen. Derfor kan det oppfattes naturlig at mange også får kjennskap til tjenesten via den kontakten de har hatt med en helsesøster. Videre er det ca 20 % av foreldrene som har fått kjennskap til Psykologtjenesten via barnehagene eller skolen. Dette er arenaer hvor barn og unge tilbringer mye tid, og som burde øke sjansen for at det pedagogiske personalet kan fange opp dem som sliter, og eventuelt lede dem over i hjelpeapparatet. Fastlegen har også bidratt til at noen av foreldrene har fått kjennskap til Psykologtjenesten. Når barn og unge sliter med psykiske vansker vil en av fastlegens oppgave være å vurdere alvorlighetsgrad og behov for helsehjelp. Når de tipser foreldrene om Psykologtjenesten, kan dette tyde på at de har vurdert problematikken som mindre alvorlig og at behovet er mindre omfattende, enn om de hadde henvist barnet til for eksempel BUP.

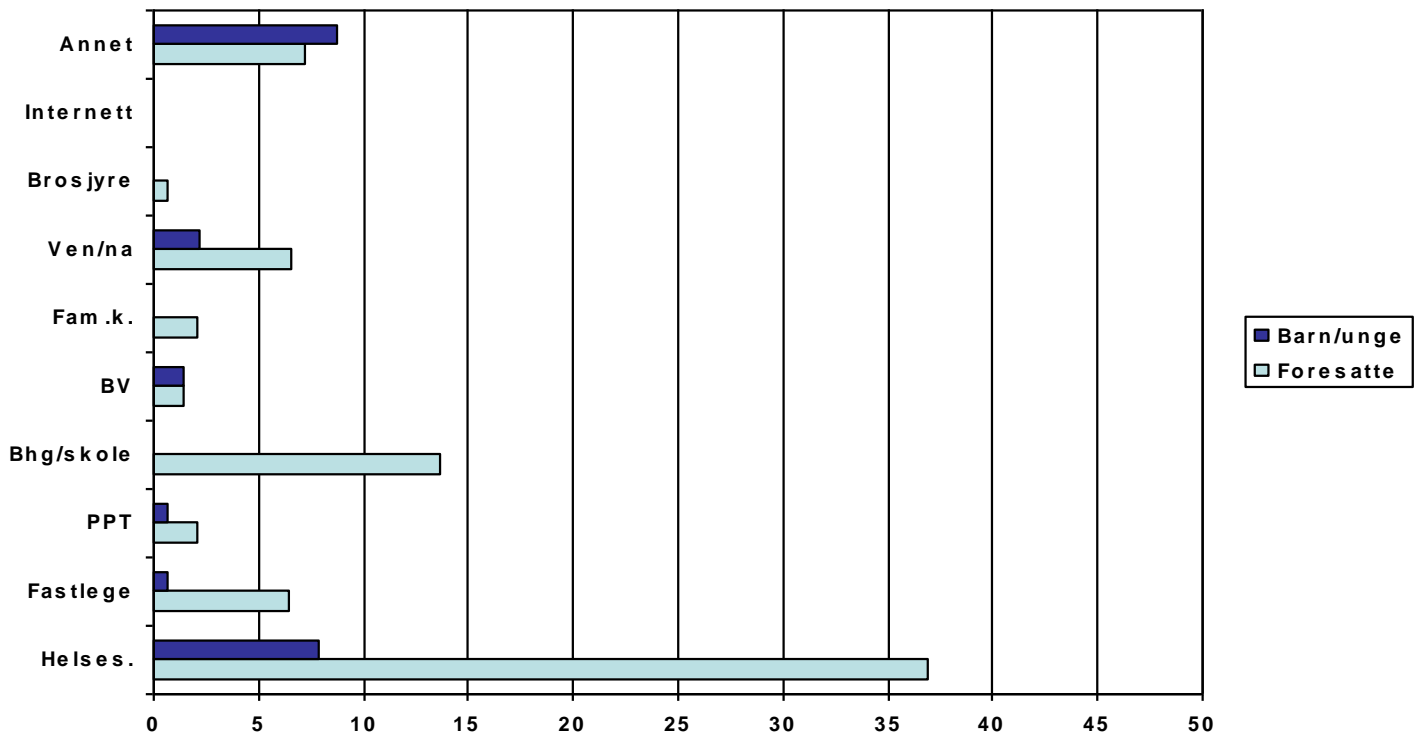
Venner og naboer har også tipset brukerne om Psykologtjenesten. Dette kan tyde på at tjenesten har fått et positivt rykte på seg. Det er også interessant at en god del av informantene, og spesielt ungdommene, oppgir at de har fått kjennskap til tjenesten via ”andre”. For ungdommenes del kan dette bety foreldrene, da ”foreldre” ikke har vært en egen kategori i spørreskjemaet.

Med dagens interesse for å finne frem på internett, kunne man også tenke seg at flere ville ha funnet frem til tjenesten denne veien. I følge undersøkelsen var det omtrent ingen. En mor som ble intervjuet uttalte imidlertid følgende:

....jeg så dette på nettsiden, jeg ringte, og da var det åpen dør med en gang. Det var utrolig fantastisk!

Det er få av de andre hjelpeinstansene som har tipset brukerne om Psykologtjenesten. En forklaring kan være at de tar hånd om de brukerne som har henvendt seg til deres tjeneste selv, uansett om de er innenfor deres målgruppe eller ikke. En annen forklaring kan ligge i at de sjelden har brukere som har behov for hjelp fra Psykologtjenesten og en tredje kan være manglende kjennskap til Psykologtjenesten. Generelt kan dette også være et tegn på at tjenesten er et lavterskeltilbud og ikke bare en instans som andre henviser videre til.

Det er ikke sammenheng mellom hvem informanten har fått kjennskap til tjenesten av og hvor raskt vedkommende har fått time. Dette tyder på at tjenesten ikke gir forrang til noen brukere ut fra hvem de har fått kjennskap til tjenesten av.



Figur 5.1.1 Prosentvis fordeling av hvor informantene har fått kjennskap til Psykologtjenesten. Hele utvalget. N= 138. Se også appendiks, tabell 5.1.1

5.2 Tverretattlig samarbeid

I evalueringen av Opptrappingsplanen tyder resultatene på at helsesøstertjenesten retter mer oppmerksomhet mot psykisk helse og det tverrfaglige samarbeidet (Andersson & Steihaug, 2008). På den annen side hevdes det også at helsesøstertjenesten har manglende kompetanse i å jobbe med barn og unge med psykiske vansker (ibid; Andersson, Ose & Norvoll, 2006). Via Opptrappingsmidlene har det vært en styrking av helsesøstre med psykososial kompetanse, og

noen kommuner har fått økt tilførsel av psykologkompetanse, slik som Bærum kommune. Betydningen av psykologkompetansen kommer bl.a. frem i et av fokusgruppeintervjuene med helsesøstrene i forprosjektet:

Noen ganger kunne jeg nok ha satt meg mer inn i saker, men i mangel av tid er jeg kanskje litt raskere på å henvise hit, enn hvis jeg hadde hatt ubegrenset av tid. Og det er litt fordi dere er vår forlengede arm og har mer kompetanse enn oss.

Begrepet ”forlengede arm” kan muligens forstås på den måten at helsesøstrene har hjelpere i bakhånd når de har brukere som har behov for mer omfattende psykisk helsehjelp enn de selv har ressurser og kompetanse til. På den måten kan det også tenkes at det fanges opp flere barn og unge i fare for å utvikle psykiske vansker, fordi helsesøstrene har et kjent og lett tilgjengelig sted å henvise barnet/familien videre til. En av helsesøstrene uttalte det slik:

Når jeg ringer for å drøfte en henvisning, er det alltid noen som har tid til å gjøre det. Det synes jeg har vært veldig fint. Det gjør jo også at man blir bedre kjent med personene som jobber her.

10 % av utvalget i denne undersøkelsen oppgir at det er et samarbeid med andre instanser og 11, 3 % har oppgitt at de ble henvist til spesialisthelsetjenesten. Om det er et udekket behov for tverrfaglig samarbeid fremkommer ikke i dette materiale. Ifølge ett av dybdeintervjuene fremkommer det at noen av informantene har hatt behov for samarbeid med barnehagen og at psykologen også har bistått med direkte veiledning til barnehagepersonalet, som disse foreldrene uttrykte:

Psykologen hadde en relevant samtale med barnehagen og sa hva de kunne gjøre....da ble det lettere for oss å mene noe og de fikk veiledning på hvorfor han (barnet) oppførte seg som han gjorde.Barnehagen tok imot rådene og klarte å sette dem i verk og det ble bedre for ham.

Ifølge evalueringstrappen for Opptrappingsplanen for psykisk helse (Andersson & Steihaug, 2008), er det om lag ett av fire barn som omfattes av et tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og andre hjelpeinstanser som for eksempel BUP, PPT, barnevernstjenesten og fastlegetjenesten. Det som oppgis som årsak til samarbeidsproblemer

mellom instansene er blant annet ”få møtepunkter”, ”uenighet i problemforståelse og iverksetting av tiltak” og at ”aktuell samarbeidsinstans har manglende ressurser”. I en undersøkelse av barn som har mottatt hjelp av spesialisthelsetjenesten fremkommer det også at mange har et udekket behov for kommunale tjenester eller at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerte for dårlig (Andersson, 2009). I vår undersøkelsen fremkommer imidlertid et bilde av at Psykologtjenesten har et utstrakt samarbeid med helsetjenesten og skolene/barnehagene, og delvis også fastlegene.

I fokusgruppeintervjuene med helsesøstrene, har disse ulike opplevelser omkring samarbeidet med Psykologtjenesten. Som en sier:

Det er viktig at psykologen kommer tilbake med informasjon og veiledning til skolen, få litt råd, hvordan vi skal hjelpe barnet på veien.

Med andre ord kan et manglende samarbeid komme av at det ikke informeres tilbake til henviser om hvordan det har gått med det aktuelle barnet, og at det er tvil om barnet har fått den hjelpen det hadde behov for. En annen uttalte imidlertid det motsatte:

Jeg har flere ganger fått oppringning etter en tid, der dem har spurt – hvordan går det med den saken? Og jeg kjenner hvor godt det faktisk er, for da får vi drøftet hvor vi står hen og hvor vi går. Jeg tenker at det også er godt for foreldre.

Helsesøstrene var også opptatt av om de klarte å formidle en henvisning på en god nok måte, slik at Psykologtjenesten forsto at de burde ta saken inn. I slike tilfeller kan man tenke seg at det er en ”uenighet om problemforståelsen og iverksetting av tiltak” og at Psykologtjenesten tenker at et annet tilbud vil være bedre for barnet enn det de selv kan tilby. Det kan også skyldes at Psykologtjenesten har ”manglende ressurser”, for eksempel i form av vakanser i stillinger eller for stor pågang. Faren i slike tilfeller kan være at barnet blir stående uten et adekvat hjelpetilbud, noe helsesøstrene tydelig bekymrer seg for. Deres kommentarer fra forprosjektet sier noe om dette og hvordan de ser og ønsker at lavterskeltjenesten bør fungere:

Noen har famlet og famlet og skjønner ikke hvor de skal henvende seg. Da må de ha en henvisning fra lege til å komme til BUP og til andre psykologer kommer de ikke inn uten

henvisning. Så da er alternativet Psykologtjenesten. Er det ikke bedre da å ha ingen terskel og ta en 4,5,6 samtaler og heller henvise herfra?

Å ta inn brukere for noen samtaler og så henvise de videre til spesialisthelsetjenesten kan trolig være gjenstand for diskusjon. På den ene siden kan det føre til at brukeren får hjelp tidligere til å kartlegge problematikken og på den måten få tydeliggjort hva det bør arbeides videre med. I beste fall kan det skjerpe motivasjonen for å motta hjelp videre. På den annen side kan det medføre at brukeren opplever det som slitsomt å stadig måtte gjenfortelle sin historie og at det tar lengre tid før det oppleves bedring. Dette bekreftes i en SINTEF-rapport ved at 60 % av brukerne med psykiske vansker opplevde at de ofte måtte gjenta sin historie, og slik sett opplevde at deres informasjon ikke ble ivaretatt godt nok (Sitter, 2008).

Diskusjonen omkring å ta inn brukere som egentlig har behov for spesialisthelsetjenester synes med andre ord å være aktuell og bør trolig være et tema for drøftning mellom de ulike instansene, men også med den enkelte brukers ønsker og behov. I den grad utviklingen skal følge det som nevnes i Samhandlingsreformen (ST.meld nr 47, 2008-2009) kan det hende at tjenestene i førstelinje må ta mer av ansvaret for brukere som tidligere har vært kandidater for spesialisthelsetjenesten, og tilby dem i større grad både utredning og behandling. Dette vil igjen kreve at det er tilstrekkelig kompetanse og ressurser på dette nivået.

Fokusgruppeintervjuene av helsesøstre bekrefter at diskusjonen omkring hvilke hjelpetilbud som brukerne bør henvises til er komplisert, også fordi brukerne selv har en forutinntatthet av hvordan hjelpeinstansene fungerer. Følgende utsagn fra helsesøstre sier noe om dette:

Vi merker jo at noen brukere ikke er motivert til å ta imot hjelp... så er det mye enklere å motivere dem til å ta imot hjelp fra Psykologtjenesten enn hos BUP. For her jobber det mange psykologer, og når jeg kan bruke navnet på en psykolog så avmystifiserer det mye.

Så er det mange foreldre som ikke vil ha barna sine inn i BUP, for det er så mye mer alvorlig og da (... ..) er det veldig mye enklere å komme hit - som et lavterskeltilbud og at det er veldig lett å komme inn. Det er ikke det store systemet som det gjerne er i BUP.

Denne undersøkelsen indikerer at de brukerne som har hatt kontakt med helsesøster før Psykologtjenesten, i stor grad har opplevd at helsesøster har ivaretatt dem i ventetiden (se

appendiks tabell 5.2.1). Dette indikerer at systemet samhandler og gjør overgangene for brukerne lettere.

Helsesøstertjenesten har, ifølge en undersøkelse av tilgjengeligheten av tjenester for barn og unge i 46 kommuner i Norge (Andersson & Steihaug, 2008), i økende grad fått kontakt med barn og ungdom som sliter med alvorlige psykiske problemer, og der disse har behov for et mer sammensatt hjelpebehov. Dette innebærer at de i større grad har måttet henvise til andre instanser, deriblant fastlegen og BUP. Tiden fra henvisning til inntak kan ta tid, og helsesøster blir ofte den del av hjelpeapparatet som opprettholder kontakten med brukeren. I vår undersøkelse er det mye som tyder på at brukerne setter pris på denne støtten, selv om de fleste ikke har hatt ventetid lengre enn 2-4 uker.

5.3 Ventetid

I undersøkelsen blir informantene spurt om hvor lenge de måtte vente på første samtale med psykologen etter at de fikk kontakt med Psykologtjenesten. I tabell 5.3.1. fremgår det at nesten halvparten av informantene måtte vente mellom 2-4 uker. 15 % fikk time i løpet av en uke etter at de tok kontakt og 27 % måtte vente mellom 1 og 2 uker. Nesten 10 % (eller i praksis 11 barn/unge/foreldre) måtte vente i mer enn 4 uker. Her må det taes forbehold om at juleferien kom midt inn i rekrutteringsfasen og at noen kanskje måtte vente lengre enn vanlig pga høytiden.

	N = 117
	%
I løpet av en uke	15
Mellom 1 og 2 uker	27
Mellom 2 og 4 uker	49
Mellom 4 og 6 uker	8
7 uker eller mer	1
Total	100

Tabell 5.3.1. Prosentvis fordeling av ventetid

Spørsmål om ventetid kan tenkes å ha med tjenestens tilgjengelighet å gjøre, hvor lett det var å komme til. De fleste uansett alder på barnet måtte vente mellom 2 og 4 uker, men ingen i gruppen 0-3 år måtte vente mer enn 4 uker. Dette kan henge sammen med prosedyrene som psykologene har med helsestasjon, hvorpå psykologen har faste avtaler på helsestasjon en til to ganger pr måned. Gjennomsnittlig ventetid i PP-tjenesten målt nasjonalt var i 2007 4,2 uker (Andersson & Steihaug, 2008) og i BUP i 2009 fra 4-12 uker, alt etter hvilke problematikk som henvises (Helsedirektoratet, 2010). Ved angst og depresjon var ventetiden 4 uker og ved f.eks ADHD og atferdsforstyrrelser var den 12 uker. Ventetiden var også lengre for pasienter som ikke hadde rett til prioritert helsehjelp fremfor de som hadde (Andersson, 2009). Sammenlignet med PP-tjenesten og BUP er ventetiden i gjennomsnitt lavere i Psykologtjenesten, og spesielt for de aller yngste barna. Dette tyder på at tjenesten oppfyller kriteriene for å gi tidlig hjelp til brukerne.

5.4 Opplevelsen av ventetiden

Informantene ble spurt om hvordan de opplevde ventetiden. På en skala fra 1-6, der 1 betyr helt uenig at ventetiden var passe lang og 6 helt enig, skårer informantene mellom 11-18 år i gjennomsnitt 4.18 og foresatte 4.19 (se appendiks tabell 5.4.1). Informantene synes med andre ord å være over middels fornøyd med ventetiden. Ved nærmere analyser av foreldreutvalget fremkommer en mild sammenheng som tilsier at jo kortere ventetid, desto mer tilfreds med denne ($p < 0.05$, se appendiks, tabell 5.4.2 og tabell 5.4.3). Vi ser likevel at mange syntes det var greit å vente opptil 4 uker og noen få kunne tåle å vente litt mer. På den annen side er det også noen som syntes at å vente opptil 2 uker var for lenge. En forklaring kan være at noen har tatt kontakt med tjenesten når de har et akutt behov, og har ønsket hjelp umiddelbart. For disse kan 1 og 2 uker oppleves for lenge å vente. Et foreldrepar som ble intervjuet, måtte vente i 3 uker på første time. De syntes i første omgang dette var lenge. På den annen side fikk de flere råd av psykologene på telefon som de nyttiggjorde seg av i ventetiden. Sett i etterkant mente foreldrepåret at det ikke gjorde noe å vente i 3 uker:

Hadde sett at vi hadde fått hjelp før, men ser jo at 3 uker ikke er så lenge i psykiatrien. Men vi fikk jo litt hjelp på telefonen. Ikke noe revolusjonerende, men ble satt mer i struktur, bl.a. at det var greit at ungen kunne sove med oss fordi han hadde nattskrek.

En ungdom som ble intervjuet sammen med sin mor, uttrykte følgende:

Før første time tok det litt tid. Men etter det fikk jeg nesten bestemme selv når neste time skulle være. Først tenkte jeg at det tok altfor lang tid, men samtidig så følte jeg at jeg klarte å sette enda bedre ord på det jeg følte. Da hadde jeg fått tenkt mer over det på forhånd... Så tenker nå at det var ganske lurt at jeg måtte vente litt.

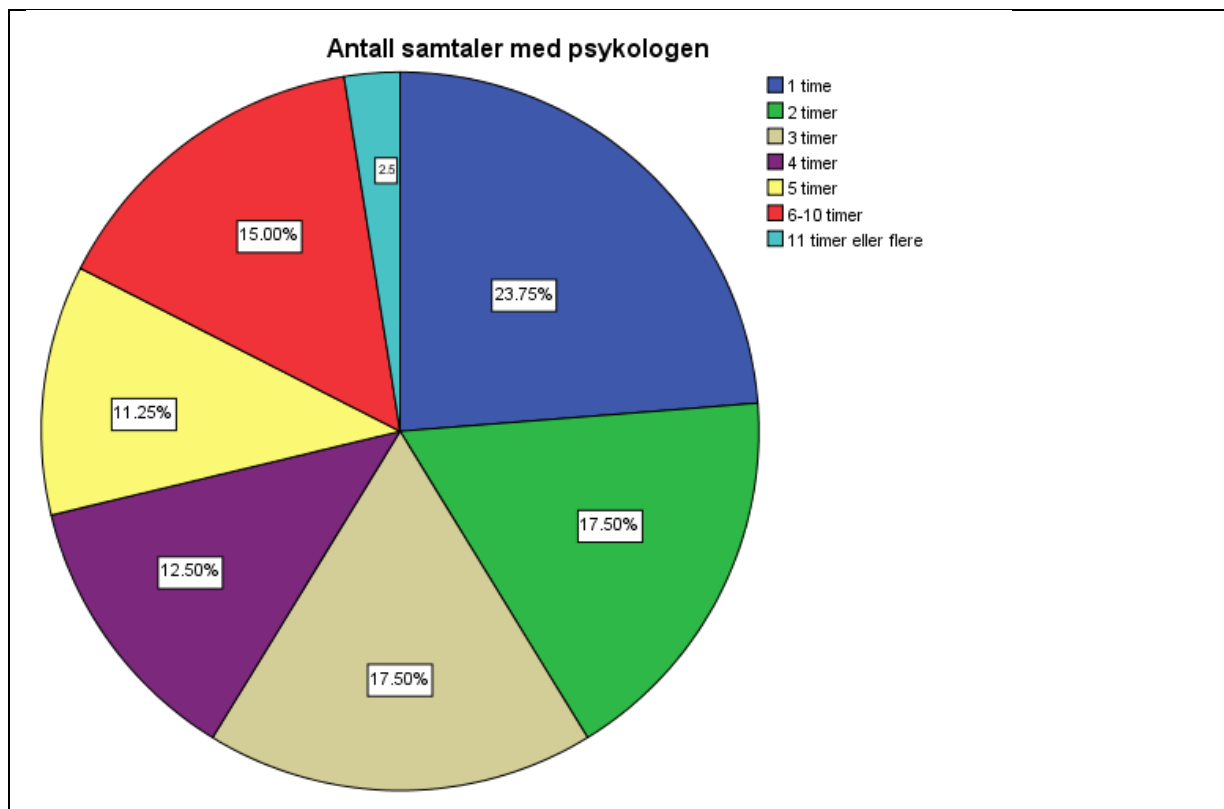
Moren sa om det samme:

Jeg var litt stresset av det (ventetiden), fordi jeg følte det var veldig viktig å komme i gang med en løsning eller en opprydning eller at det skjedde noe. Følte at situasjonen var litt prekær.

Man kan stille spørsmål ved om opplevelsen av ventetiden kan ha sammenheng med hvor lenge vanskene har vart og grad av vansker. Denne undersøkelsen viser at de fleste har vansker som har vart i mer enn ett år. Dette indikerer at det er mange som har gått lenge med sine vansker, og kanskje at de ikke synes det er så vanskelig om de må vente noen uker på å få hjelp. Det er imidlertid ingen signifikante sammenhenger mellom varighet av vanskene og opplevelsen av ventetiden.

5.5 Antall timer i behandling

Ved T2 fremkommer det at nesten $\frac{1}{4}$ av utvalget har hatt 1 time, deretter noen færre på 2 og 3 timer. Til sammen har ca $\frac{3}{4}$ av utvalget hatt mellom 1 til 4 timer (se figur 5.5.1 og appendiks tabell 5.5.1). Vel 15 % har hatt flere enn 6 samtaler. I gjennomsnitt blir dette 3.25 timer per sak. I rammene til Psykologtjenesten står det at de gir et korttidstilbud på +/- 5 samtaler, og de rapporterer om gjennomsnitt antall timer per bruker på mellom 3 og 4 samtaler (Årsrapport, 2006, 2007). Tallene fra undersøkelsen bekrefter at de fleste brukerne får et korttidstilbud, og er i tråd med rammen for tjenesten. Dette tyder på at Psykologtjenesten ikke bruker tid på utredninger og langvarige behandlinger, men trolig jobber direkte med den problematikken som brukerne ber om hjelp for. Dette er i så fall i tråd med myndighetenes retningslinje for lavterskelarbeid (Helsedirektoratet, 2008).



Figur 5.5.1. Prosentvis fordeling av antall samtaler.

I gjennomsnitt er det barn mellom 0 og 3 år som får færrest timer, og ingen av dem har mer enn tre timer. Videre stiger antall timer med alder, hvorpå de mellom 13 og 18 år får flest timer. Forskjellen er signifikant ($p < .05$, se appendiks tabell 5.5.1).

Kortvarig behandling er også vanlig å finne innen andre behandlingstiltak.

Familievernkontorene hadde for eksempel i gjennomsnitt 3 samtaler per sak i 2008 (Statistisk sentralbyrå, 2010). Innen barne- og ungdomspsykiatrien kan det også tenkes at noen får kortvarig behandling, avhengig av problematikk. I denne sammenheng blir spørsmålet om brukerne har vært fornøyd med antall timer de har fått, om lengden på samtaler og avstanden mellom timene. I en undersøkelse av foreldre til barn i behandling ved BUP, svarte 65 prosent at de har blitt tilbudt et passende antall timer, og ca 40 prosent svarte at de bare i noen eller liten grad har fått nok tid til samtaler og kontakt med behandleren (Kunnskapssenteret, 2006).

I vår undersøkelse svarer de fleste at de har vært tilfredse med både lengden på samtalene og avstanden mellom timene (se tabell 5.5.2).

	Barn/ungdom (N = 16)			Foresatte (N = 64)*		
	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
For lang tid mellom samtalene	81	19	0	74	18	8
Tiden for knapp hos psykologen	94	6	0	77	17	6

*I foreldreutvalget var det henholdsvis 10-15 % som svarte "Vet ikke/ikke aktuell". Disse er ikke regnet med i tabellen.

Tabell 5.5.2 Prosentvis fordeling av selvrappport 11-18 år og foreldreutvalget på variablene "Forlang tid mellom samtalene" og "Tiden for knapp hos psykologen".

5.6 Tidligere kontakt med Psykologtjenesten?

24 % av utvalget hadde hatt kontakt med Psykologtjenesten før, omtrent like mange gutter som jenter, og med andre ord ¼ av utvalget som har kontaktet tjenesten igjen (se appendiks tabell 5.6.1). En årsak kan være at foreldre har vært der tidligere for å få hjelp til ett av sine andre barn. I dybdeintervjuene, er det to av foreldrene som uttaler dette. Da var de blitt kjent med tjenesten og visste omtrent hva de gikk til. En annen forklaring kan henge sammen med tjenestens tilgjengelighet og at brukeren har erfaring med at det var lett å komme til, og derfor prøver igjen.

En av informantene hadde en annen tanke om det å komme tilbake til tjenesten:

Mener vi kunne ta kontakt med terapeuten igjen, men når problemet ikke er så veldig stort så skyves det foran. Tror det kunne vært smart og hatt en time som hadde vært obligatorisk.

Kunne heller ha avlyst den.....klart mer ressurskrevende for tjenesten, men for min del kunne

det vært interessant og sannsynligvis også nyttig....Kan hende prosessen etterpå hadde gått lettere hvis vi hadde hatt en oppfølging etter for eksempel 3 måneder eller 6 måneder.

Brukeren foreslår en avtalt oppfølgingstime etter endt behandling. Det ligger ikke i beskrivelsen av tilbudet til Psykologtjenesten å tilby dette fast.

Kort oppsummert er det en liten gruppe av informantene som oppgir at de har vært i kontakt med tjenesten før, og at de av eget initiativ har tatt kontakt igjen fordi de hadde blitt kjent med hva tjenesten har å tilby. Opplevelsen av å ha fått god hjelp tidligere, kan øke motivasjonen til å ta ny kontakt igjen. Det kan også tenkes at flere ville ha kommet tilbake, dersom tjenesten tilbød en eller flere oppfølgingstimer.

5.7 Tilgjengelighet og opplevelsen av hjelpetilbudet.

Et annet mål på om tjenesten er en lavterskeltjeneste er hvorvidt brukerne opplever om det har vært lett å kontakte tjenesten. Dette ble det spurt om i undersøkelsen, og på en skala fra 1-6, hvor 1 tilsvarer "helt uenig" og 6 "helt enig", kommer barne- og ungdomsutvalget ut med en gjennomsnittskåre på 5.79 og foreldreutvalget på 5.51 (se appendiks tabell 5.7.1). Det kan nevnes at to av foreldrene i utvalget var "helt uenig". Hva som har vært grunnen er uvisst, men det er likevel en indikasjon på at ikke alle alltid er like tilfredse med tilgjengeligheten.

Videre ble det spurt om informantene syntes de hadde fått den hjelpen de ønsket. Variabelen er skåret på samme måte som forrige og her finner vi også relativt høye gjennomsnittsverdier, 5.47 på barne- og ungdomsutvalget og 4.92 på foreldreutvalget (se appendiks tabell 5.7.1). Dette er også relativt høye gjennomsnittsverdier. De som mente at de ikke fikk den hjelpen de trengte ble bedt om å utdype hvorfor. I denne gruppen var det 10 foreldre og 1 ungdom. Det som i hovedsak fremkom som årsak var for det første at de ikke fikk gode nok råd eller løsningsforslag i forhold til den problematikken de strevde med. En annen grunn var at de opplevde at Psykologtjenesten var feil hjelpeinstans og en tredje at behandlingen ble for kort.

5.6. Oppsummering

- Helsesøster har vært aktivt medvirkende i å informere brukerne om tilbudet ved Psykologtjenesten. De fleste informantene har fått kjennskap til tjenesten via denne kanalen.
- 20 % av foreldrene har også fått kjennskap til psykologtjenesten via barnehagen og skolen og noen også av fastlegen.
- Øvrige instanser, som PPT, barnevernstjenesten og familievernkontorene antas ikke i særlig grad å være de som står bak henvendelser til tjenesten.
- De fleste uansett alder på barnet, måtte vente mellom 2 og 4 uker på første time hos psykologen, men ingen i gruppen 0-3 år måtte vente mer enn 4 uker.
- De fleste var over middels fornøyd med ventetiden som kunne ta opptil 4 uker. Av de som måtte vente lengre var også flere av dem fornøyd. Noen få syntes det å vente opptil 2 uker var for lenge.
- Gjennomsnittlig antall timer til informantene i undersøkelsen er 3.25. Dette samsvarer med det Psykologtjenesten har hatt de siste årene, og rammen de har satt seg på 5 +/- samtaler. Til sammen 17,5 % har fått 6 samtaler eller mer.
- De aller fleste av informantene var enig i at det var passe tid mellom timene med psykologen og at samtalene varte lenge nok.
- Nesten ¼ av utvalget har vært i kontakt med Psykologtjenesten før. Dette kan være for samme barn/ungdom eller foreldre som har vært der før med andre av sine barn.
- De aller fleste av informantene syntes det var lett å komme i kontakt med Psykologtjenesten og likeledes syntes de aller fleste at de hadde fått den hjelpen de ønsket seg. 10 av foreldrene mente likevel at de ikke hadde fått riktig hjelp.

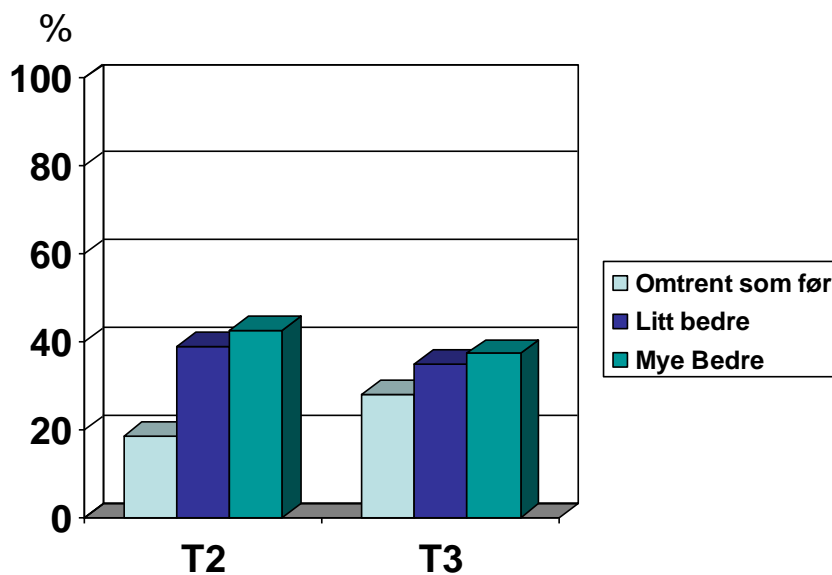
Begrunnelsene hadde i hovedtrekk å gjøre med upassende råd eller løsningsforslag fra psykologen, at de var kommet til feil instans eller fikk for kort behandlingstid.

6. Opplever brukerne at det har hatt noen effekt å komme til Psykologtjenesten?

Ett av spørsmålene i denne undersøkelsen er om tilbudet ved Psykologtjenesten har hatt noen effekt på de vanskene brukeren har henvendt seg for. Å få et helt sikkert svar på dette er vanskelig grunnet metodologiske begrensninger, som er allerede beskrevet i kap. 2.2.10.

6.1 Opplevelse av problem etter behandling

SDQ spørreskjemaet stiller spørsmål om hvordan vanskene er etter behandling. Figur 6.1.1 viser at de aller fleste foreldrene mener at problemene har blitt litt eller mye bedre. Noen foreldre mener at problemene er omtrent som før, og flere ved T3 enn ved T2 (se appendiks tabell 6.1.1 og 6.2.2). Hva foresatte har tenkt på med begrepet ”som før” kan være forskjellig. Menes for eksempel for fire måneder siden eller før behandling? Forøvrig er det er ingen som rapporterer at barna/ungdommene har blitt verre i tiden etter at de har mottatt hjelp fra Psykologtjenesten.



Figur 6.1.1. Prosentvis fordeling av foresattes opplevelse av problemet etter behandling ved henholdsvis T2 (N=54) og T3 (N=43).

Av barna/ungdommene rapporterte omtrent alle om betydelig bedring, med et par unntak.

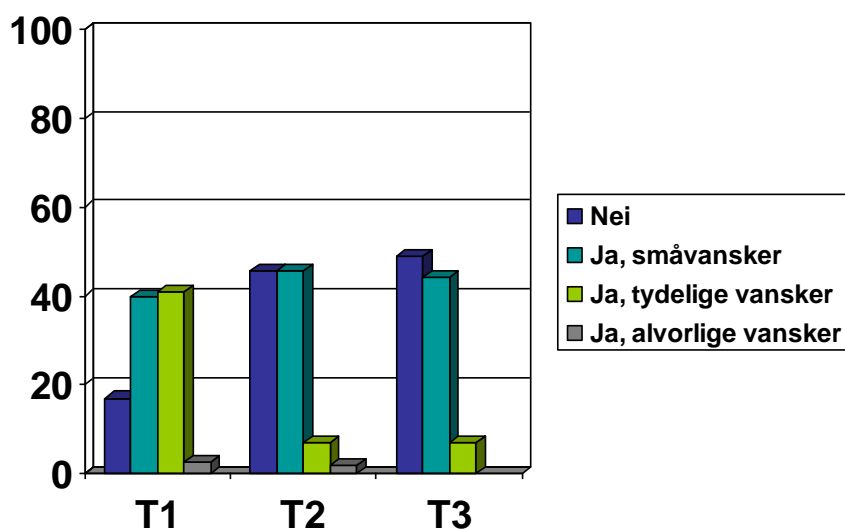
6.2 Behandlingseffekt eller naturlig bedring over tid?

Endring av vansker og symptomer måles med spørreskjemaet SDQ. Dette er som nevnt innledningsvis i rapporten et skjema som er validert for norske forhold. Variablene i spørreskjemaet er rekodet og faktorisert etter mal hentet fra R-BUP øst og sør sin hjemmeside (<http://www.sdqinfo.com/b4.html>). Ut fra dette er datamaterialet analysert for å få frem forskjeller før og etter behandling. Siden undersøkelsen ikke har en kontrollgruppe, er det vanskelig å vite om endringene skyldes intervensjonen i seg selv eller bedring av andre naturlige årsaker. Goodman har i denne sammenheng konstruert en egen formel kalt ”added value”, på bakgrunn av epidemiologiske undersøkelser. Dette er et mål som skal veie opp for det som evt. kan skyldes spontan bedring eller målingsfeil (for eksempel ”regression to the mean”). Brukt på foreldrematerialet i denne undersøkelsen ved T1 og T2, får vi en samlet skåre på 2.6 og ved T1 til T3 en samlet skåre på 2.8 (se appendiks for utregning). Positiv skåre, som i dette tilfellet, representerer en større bedring enn forventet på grunnlag av de opprinnelige skårene. Dette betyr at skåren på faktoren *Totale vansker* var over 0, noe som rent statistisk kan indikere at intervensjonen ved Psykologtjenesten har en effekt på vanskene enn om barnet/ungdommen ikke hadde mottatt behandling. Videre indikerer også added value-skåren at endringen har holdt seg fire måneder etter behandlingens avslutning (www.Youthinmind.com eller www.corc.uk.net).

6.3 Omfang av vansker

Respondentene i undersøkelsen blir spurt om å gradere omfanget av vanskene både ved T1, T2 og T3 (se også T1 i kap. 4.4.2) Spørsmålet på SDQ er følgende:

”Samlet sett, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller å komme overens med andre mennesker?” Informantenes skårer er illustrert i figur 6.3.



Figur 6.3.1 Prosentvis fordeling av foresattes vurdering av barna/ungdommenes omfang av vansker ved T1 (N=83), T2 (N=57) og T3 (N=43).

Omfanget av vansker rapportert av foresatte er betydelig redusert etter behandling. Endringen er signifikant ($p < 0.05$, se appendiks tabellene 6.3.1 og 6.3.2.). Når det ble testet for alder på barna/ungdommene indikerer tallene at 4-5-årsgruppen og 6-12-årsgruppen gjennomsnittlig hadde størst omfang av vansker ved T1, men til gjengjeld størst reduksjon fra T1 til T2. Derimot viser tallene at 13-18-årsgruppen hadde størst reduksjon av vansker fra T2 til T3, det vil si etter behandling (se appendiks tabell 6.3.3).

I barne- og ungdomsutvalget svarer over halvparten før behandling at de har småvansker, nesten 1/5 at de har tydelige vansker og ingen alvorlige. 1/4 mener også at de ikke har noen vansker. Like etter behandling er det en lavere prosentandel som mener de har småvansker og tydelige vansker, men 3,4 % mener de har alvorlige vansker. Fortsatt er det like stor andel som mener de ikke har noen vansker. De få som rapporterer at vanskene er mer alvorlige etter behandling, kan for eksempel skyldes manglende effekt av behandlingen eller at det har tilkommet nye vansker som oppleves mer alvorlig enn før. Ved T3 (som kun består av 7 respondenter) mener også de fleste å ikke ha vansker.

Denne undersøkelsen indikerer at omfanget av vansker hos de barna/ungdommene som er med i utvalget er i tråd med rammene for hva Psykologtjenesten skal arbeide med, dvs. små til

moderate vansker. Videre er det også en del som oppgir at de ikke har vansker, i hvert fall med hensyn til de kategoriene som det spørres etter. I så fall kan det enten tyde på at barna/ungdommene strever med helt andre ting som ikke blir tappet av SDQ, eller at man ber om hjelp og mottar et tilbud uten at det faktisk er etablerte vansker eller symptomer hos barnet/ungdommen. Sistnevnte antakelse kan tyde på at noen brukere ønsker å tenke forebyggende og ber om hjelp for å forhindre psykiske vansker hos barnet/ungdommen. Ettersom det ikke ble foretatt en oppfølgingsundersøkelse av ”ikke-svarerne”, kan man ikke vite i hvilket omfang denne gruppen ville gradert sine eller barnets/ungdommens vansker.

6.4 Endring av ulike typer vansker.

Det ble sett nærmere på de ulike variablene som omhandler vansker. Tabell 6.4.1 gir en oversikt over både foreldreutvalget og barne- og ungdomsutvalgets opplevelse av vansker, ved alle de tre måletidspunktene. Selvrappport-skårene (11-18 år) viser ved T2 lavere gjennomsnittsverdier på samtlige variabler bortsett fra på variabelen Venneproblemer, som skåres noe høyere. Tallene tyder på at de strever mest med emosjonelle vansker og hyperaktivitet. Utvalget barn/ungdom ved T2 er halvert siden T1, noe som med stor sannsynlighet påvirker resultatet. Foreldreutvalget har lavere gjennomsnittsverdier ved T2 på samtlige variabler, og forskjellen fra T1 er størst på emosjonelle vansker og atferdsvansker. Ved T3, 4 måneder etter at behandlingen er avsluttet, fremkommer en ytterligere reduksjon på skårene som måler emosjonelle vansker, atferdsvansker, hyperaktivitet og totale vansker ved selvrappport 11-18 år. Skåren på venneproblemer er igjen blitt litt høyere.

Foreldreskårene ved T3 viser en nedgang i gjennomsnittskåren for alle variablene, bortsett fra variabelen emosjonelle vansker. Her skårer de noe høyere igjen, men skåren er fortsatt betydelig lavere enn før behandling.

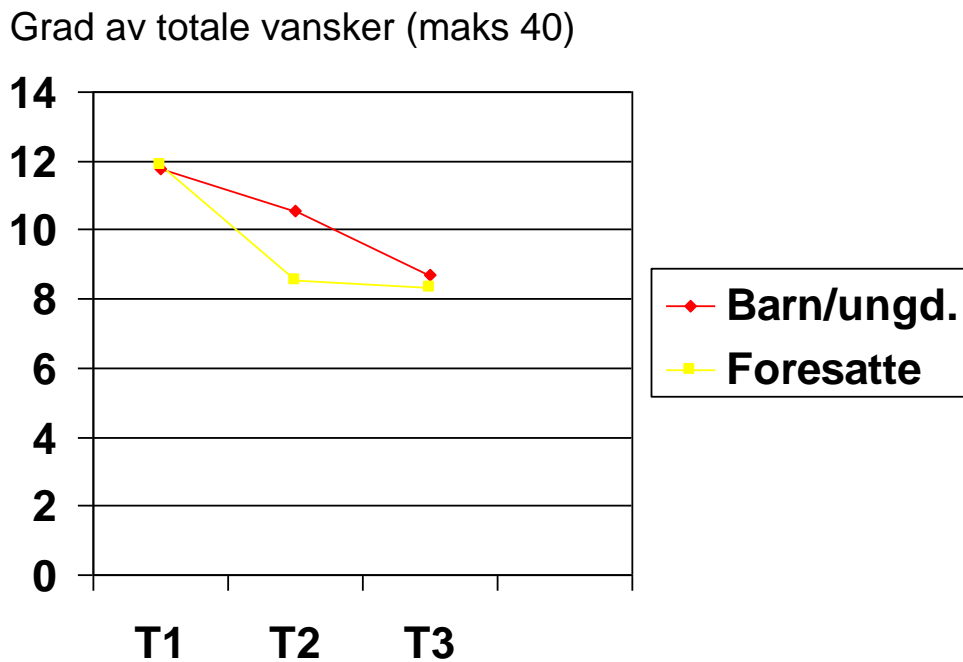
	T1		T2		T3	
	B/U N=29	Foreldre N=80	B/U N=15	Foreldre N=57	B/U N= 7	Foreldre N=43
Emosjonelle vansker	4.90	3.99	3.67	2.40	3.14	2.67
Atferdsvansker	1.97	2.53	1.40	1.53	0.71	1.37
Hyperaktivitet	3.76	3.54	3.47	2.79	2.71	2.67
Venneproblemer	1.17	1.93	2.00	1.81	2.14	1.58
Totale vansker	11.79	11.87	10.53	8.53	8.71	8.30

Maksskåre = 10 for rad 1-4

Maksskåre = 40 for rad 5 (totale vansker)

Tabell 6.4.1. Forekomst psykiske vansker og belastning hos barnet/ungdommen ved T1, T2 og T3, gjennomsnitt av barne/ungdomsskårer og foreldreskårer.

Totale vansker som er vist i tabell 6.4.1 og figur 6.4.1 er summen av de fire nevnte variablene ovenfor og kan brukes til å gi et totalmål på grad av psykiske vansker hos barna/ungdommene. I denne undersøkelsen ser vi at gjennomsnittsverdiene på totale vansker reduseres for hvert måletidspunkt. Endringen er signifikant ($p < 0.5$, se appendiks tabell 6.4.2 og 6.4.3.). Det er også foretatt analyser av endringer på de enkelte variablene som totale vansker er sammensatt av i foreldreutvalget, og endring fra T1 til T2 på emosjonelle vansker, atferdsvansker og hyperaktivitet er signifikant ($p < .05$, se appendiks tabell 6.4.2). Fra T2 til T3 er det ingen av analysene som tilsier at det har foregått store endringer, i verken positiv eller negativ retning. Det indikerer at bedring oppnådd ved T2 på de ulike målene for vansker i stor grad har holdt seg stabile ca fire måneder senere.



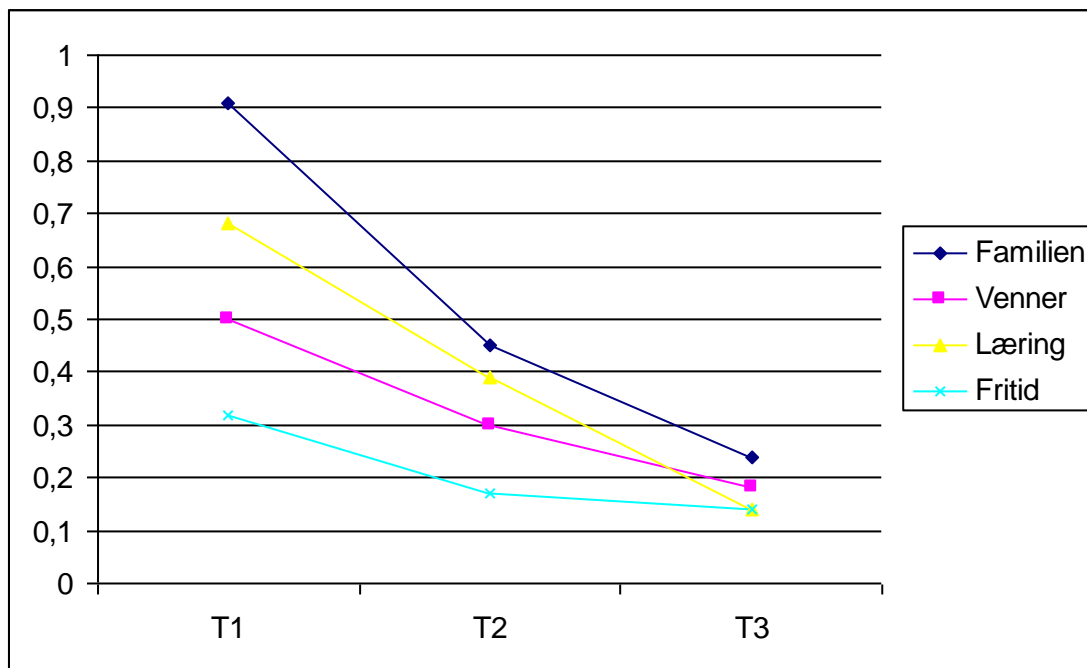
Figur 6.4.1 Gjennomsnittskåre på totale vansker for henholdsvis selvrappport 11-18 år og foreldreutvalget ved T1, T2 og T3.

Hvilken aldersgruppe som har hatt størst endring av vansker totalt sett fra T1 til T2 viser seg via foreldreskårene å være gruppen mellom 6 og 12 år, og endringen er størst med hensyn til emosjonelle vansker. Ungdomsgruppa mellom 13-18 år har minst endring. Ved T3 har bildet snudd. Her er det er 4-5-årsgruppen som har en høyere gjennomsnittskåre enn ved T2. Med andre ord har denne gruppen flere vansker når det er gått en stund etter behandling. 6-12-årsgruppen holder seg relativt stabil, mens 13-18-års gruppen har en betydelig reduksjoner i vansker, som i første rekke skyldes nedgang av emosjonelle vansker. Alt i alt har denne gruppen størst reduksjon av vansker fra T1 til T3 (se appendiks tabell 6.4.4.).

Disse resultatene kan gi en forestilling om at små barn trenger hyppigere oppfølging for å unngå tilbakefall, mens ungdommer fortsetter å utvikle seg på en positiv måte, selv om behandlingen er over. En mulig forklaring kan være at små barns utvikling går raskt og vil stadig kreve endring av utviklingsstøtte hos sine foreldre. Dette kan by på utfordringer i samspillet. Ungdom derimot skal i økende grad ta ansvar for egen utvikling, noe som kanskje er en prosess som tar mer tid.

6.5 Endring av vanskenes innvirkning på dagliglivet

Problemenes belastning og i hvilken grad de påvirker barnets/ungdommens dagligliv blir kartlagt i SDQ på spørsmål som omhandler vanskenes innvirkning på fire ulike arenaer; hjemme, blant venner, læring på skolen og på fritidsaktiviteter. Informantene i denne undersøkelsen ble også spurt om dette. Ved T1 oppgir foresatte i gjennomsnitt at vanskene påvirker mest situasjonen hjemme i familien, dernest på skolen, blant venner og minst i forhold til fritidsaktiviteter. Ved T2 er gjennomsnittet gått ned for samtlige variabler, og ytterligere ned ved T3 (se figur 6.5.1). Forskjellen er signifikant både fra T1 til T2 og T1 til T3 på hjemme-variabelen ($p < 0.05$, se appendiks tabell 6.5.1 og 6.5.2). Det er en liten tendens til at forandringene mellom de ulike variablene er av forskjellig styrke, men den er ikke signifikant.



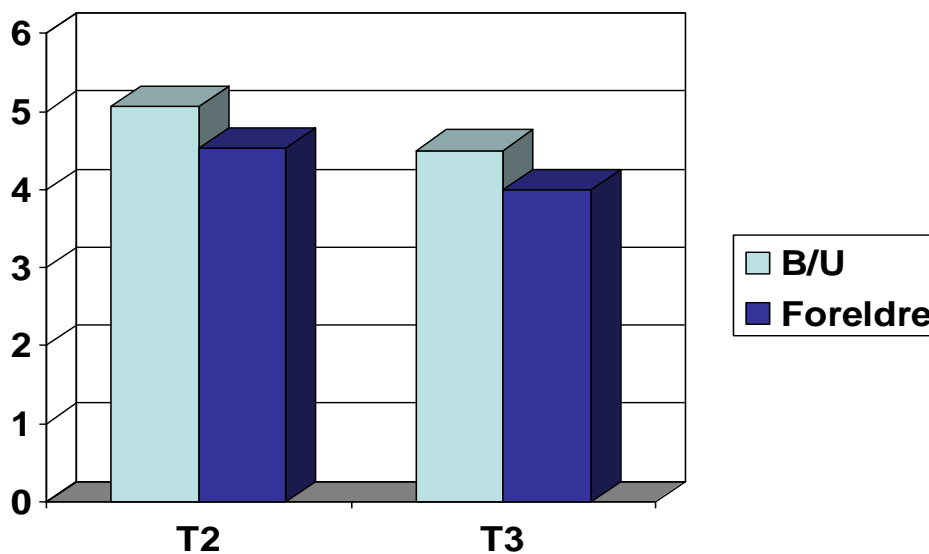
Maksskåre = 2

Figur 6.5.1 Gjennomsnittsskåre på vanskenes innvirkning på ulike arenaer ved T1, T2 og T3, foreldreskårer.

Kort oppsummert indikerer disse resultatene at foresatte opplever at vanskene har mindre innvirkning på de ulike arenaene etter behandling, men først og fremst hjemme i familien.

6.6. Har det hjulpet med samtaler hos psykologen og har det forandret forholdet til familien?

I undersøkelsen ble det spurt om i hvilken grad informantene mente at tilbudet hadde hjulpet dem eller forandret forholdet til familien etter behandling. Dette er generelle spørsmål som ble brukt til å supplere flere av de andre spørsmålene som ble stilt. Figur 6.6.1. illustrer at både selvrapportskårene og foreldreskårene er relativt høye på spørsmålet om samtaler har hjulpet ved T2, men med en liten nedgang ved T3. Barna/ungdommene skårer på begge tidspunkt i gjennomsnitt noe høyere enn foreldrene. Videre viser analysene at jo eldre barnet /ungdommen er, jo høyere skårer foreldrene på at behandlingen har hjulpet. Forskjellen er signifikant både ved T2 og T3 ($p < 0.05$, se appendiks tabell 6.6.1-6.6.3). Det registreres en lavere gjennomsnittsskåre ved T3 enn ved T2, men endringene er små.



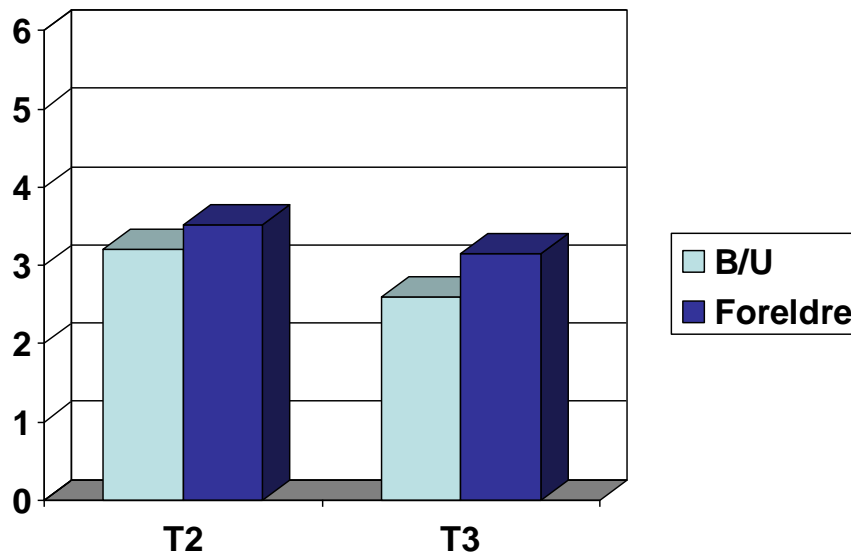
T2: B/U N=16 og Foreldre N=72

T3, B/U N= 10 og Foreldre N=51

Figur 6.6.1. Gjennomsnittsskåre for selvrapport 11-18 år og foreldreutvalget på spørsmålet "I hvor stor grad har du opplevd at samtaler med psykologen har hjulpet deg/dere?". 1=helt uenig og 6= helt enig.

Videre ser vi av figur 6.6.2 at gjennomsnittsskårene er mer moderate hos både barn/ungdom og foreldre på spørsmålet om samtaler har forandret på forholdet innad i familien. Her skårer foreldrene noe høyere enn barna/ungdommene. I forhold til alder på barnet viser

foreldreskårene en tendens til høyere skåre jo eldre barnet er, dvs. gradvis større forandring i forholdet mellom informanten og familien jo eldre barnet er, men variasjonen er ikke signifikant (se appendiks tabell 6.6.4 og 6.6.5).



T2: B/U N=15 og Foreldre N=64

T3, B/U N= 10 og Foreldre N=48

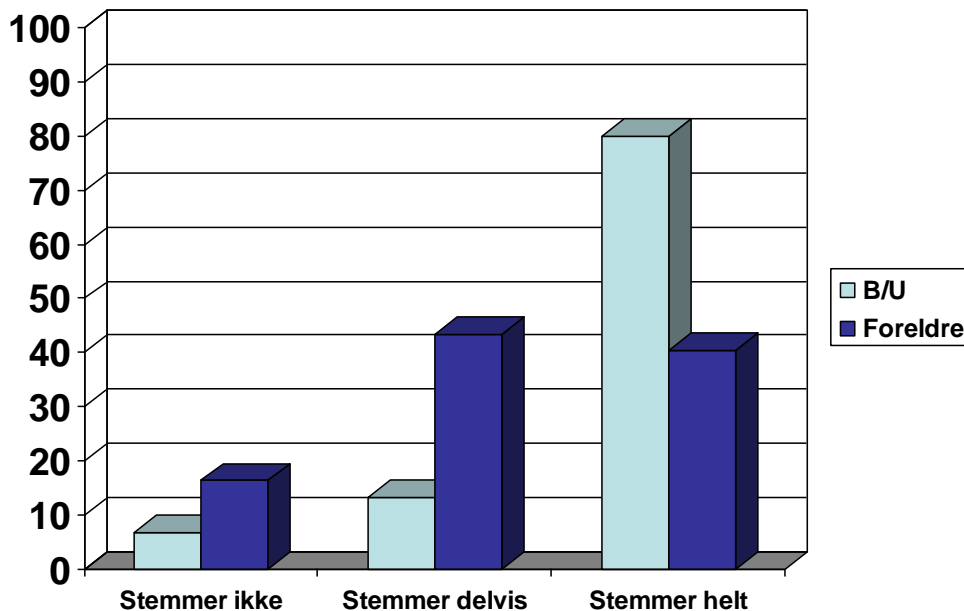
Figur 6.6.2 Gjennomsnittskåre for selvrapport 11-18 år og foreldreutvalget på spørsmålet "I hvilken grad opplever du/dere at samtalene med psykologen har forandret forholdet mellom deg og familien din?" 1=helt uenig og 6= helt enig.

Måten sistnevnte spørsmål oppfattes av informanten vil trolig være avhengig av hva det er søkt hjelp for. Dersom problemet ikke har blitt oppfattet som et relasjonelt problem innad i familien, er det heller ikke sikkert at behandlingen har påvirket forholdet innad i familien. På den annen side forteller SDQ at vanskene har hatt størst innvirkning på hjemmeforholdene og at det også har vært en signifikant bedring på denne arenaen.

6.7. Nye måter å takle problemene på?

Ett av spørsmålene ved T2, var om man i timene med psykologen opplevde å ha lært nye måter å takle problemene på. I figur 6.7.1 ser vi at de aller fleste av barna/ungdommene som svarer er enig i at de har lært noe nytt. Av foreldrene er det litt over 40 % som mener det stemmer delvis at de har lært nye måter å takle problemene på og ca 40 % at det stemmer helt.

Ca 15 % mente derimot at de ikke hadde lært nye måter å takle problemene på (se appendiks tabell 6.7.1 og 6.7.2).



Figur 6.7.1 Prosentvis fordeling av barne/ungdomsskårene og foreldreskårene på påstanden ”Jeg/vi har lært meg/oss nye måter å takle problemene på i timene med psykologen”.

Informantenes respons må sees i sammenheng med hva den enkelte har henvendt seg for til Psykologtjenesten. Ikke alle problemstillinger øker behovet for å lære seg nye mestringsstrategier, men kan i stedet medføre at man for eksempel får en bekreftelse på at man takler problemene på en god nok måte. Dette kan trolig være tilfelle for noen av foreldrene til barna mellom 0 og 3 år. I gjennomsnitt skårer disse signifikant lavere enn foreldrene til de eldre barna på dette lærings-spørsmålet ($p < 0.05$, se appendiks tabell 6.7.3). Dette kan skyldes at de i større grad har mottatt hjelp i form av 1-times konsultasjoner og mindre i form av endringsarbeid med lengre varighet. Mange foreldre kan være usikre på hvordan de skal takle ulike problemstillinger med sine små, for eksempel i forhold til søvn eller spising. Mange kan likevel sitte på løsningene selv, og trenger kanskje bare litt støtte og trygghet til å gjennomføre disse. De lærer ikke noe nytt, men får hjelp til å iverksette egne ideer og ressurser.

Informantene i dybdeintervjuet ble også spurt om de syntes de hadde lært noe nytt. En jente (15) uttrykte følgende:

Føler jeg har vokst mye mentalt, utviklet meg mye. Jeg er blitt flinkere til å sette ord på følelser og tanker og jeg har vært nødt til å lære meg å takle situasjonen på egen hånd. Også det at jeg tenkte mye utenom samtalene tror jeg hjalp. Ble flink til å takle andre situasjoner også. Ble flinkere til å sette ord på følelser og tanker.

Hennes mor supplerer:

Jeg anser ikke dette som løst, men det er snakk om å bli bedre rustet til å takle utfordringer. Nå går det mer av seg selv. For min datter blir eldre og flinkere. Det gir også ringvirkninger. Modenheten gir overføringsverdi til skolen, idrett, men problemet i utgangspunktet er ikke løst.

Disse klientene har tydeligvis hatt en læring med å ordsette følelser og som de mener har vært nyttig for å komme videre i livet. Noen ganger betyr å lære noe nytt det samme som å se i øynene det som er vanskelig selv om det er ubehaglig, for eksempel slik denne moren opplevde det:

”Sønnen min og jeg hadde samme type læring; må ”face” de vanskelige tingene.....ikke behaglig, men viktig!”

Enda en form for læring synes å ha mer direkte med teknikker som læres i timen med psykologen og som benyttes i det virkelige livet. En mor refererte følgende om sin sønn:

Han lærte seg mental trening og avspenning – noe alle burde ha lært seg....Han bruker det han har lært.....

Dybdeintervjuene brakte frem ulike dimensjoner på hva klientene har lært eller ikke lært. En av ungdommene som ble intervjuet syntes ikke hun lærte noe nytt. Hun uttrykte det slik:

Alltid hyggelig å høre hva man er flink til, men det betydde ikke noe akkurat da..... følte meg urolig for det var ikke sånn jeg kunne få tilbake selvtilliten – bare gjøre det samme som mamma saFølte det var mer at jeg snakket. Kan ikke huske at det var noe jeg lærte.

Denne ungdommen uttrykker at hun ikke har lært noe nytt fordi hun ikke har blitt møtt på det hun ønsket hjelp til. Det som psykologen tilførte representerte ikke noe nytt, men det samme hun har hørt fra sin mor.

Behandlingseffekt er avhengig av flere elementer. I dette kapittelet har vi sett på endring av vansker og deres innvirkning på ulike livsarenaer før og etter behandling, samt i hvilken grad informantene i denne undersøkelsen mener det har hjulpet å komme til samtale hos Psykologtjenesten. Vi har også fått innblikk i hva noen av informantene har lært og ikke lært. Etter en oppsummering av dette kapittelet vil rapporten rette søkelys mot hva informantene har vært tilfredse med i behandlingstilbudet, og evt. hva som kunne vært bedre.

6.8 Oppsummering

- Problemene som brukerne henvendte seg for har i store trekk blitt litt eller mye bedre etter behandling, ifølge både foreldrene og barna/ungdommene selv. Ingen har ifølge foreldrene blitt verre, med unntak av en ungdom.
- Når man tar høyde for endringer som kan skje naturlig over tid (Added value), indikerer resultatene rent statistisk, at behandling ved Psykologtjenesten har hatt en effekt.
- Barn og ungdom rapporterer at de før behandling sliter mest med emosjonelle vansker og hyperaktivitet. Foreldrene mener det samme på vegne av sine barn. Etter behandling er forekomst av både emosjonelle vansker, atferdsvansker og hyperaktivitet signifikant lavere. Endringen ser ut til å holde seg etter ca fire måneder.
- Forekomsten av totale vansker (alle vanskene sett i sum) er signifikant lavere etter behandling og holder seg likedan ca 4 måneder etterpå.

- Vanskene synes ifølge foreldrene før behandling å ha størst innvirkning på hjemmeforholdene, dernest på skolen, i forhold til venner, og mindre på fritidsaktiviteter. Etter behandling er innvirkning på hjemmeforholdene signifikant mindre enn før behandling. Innvirkningen er også lavere på de andre arenaene, men endringene er ikke signifikante.
- Resultatene kan tyde på at de fleste, like etter at behandlingen er ferdig, mener at samtalene har hjulpet i stor grad, og middels grad med hensyn til forandring på forholdet mellom seg og familien. Ifølge foreldresvarene oppleves samtalene mer virksomme jo eldre barnet er. Når de spørres om det samme ca fire måneder senere, er tilfredsheten fremdeles høy, bare en anelse lavere.
- De aller fleste av barna/ungdommene (ca 80 %) mener de lærte nye måter å takle problemene på i samtalen med psykologene. Foreldrene er noe mer delte i meningene. Av dem er det ca 40 % som mener de har lært noe nytt og 40 % som bare delvis mener de har lært noe nytt. 15 % mener de ikke har lært noe nytt. Foreldrene til barna mellom 0-3 år, skiller seg systematisk ut med hensyn til at de mener de har lært mindre enn foreldrene til de eldre barna. Dette kan skyldes at de i større grad har mottatt hjelp i form av 1-times konsultasjoner og mindre i form av endringsarbeid med lengre varighet.

7. Hvilke faktorer i behandlingstilbudet var brukerne tilfredse med?

Deltakerne i denne undersøkelsen blir etter behandling (T2) spurt en rekke spørsmål som prøver å kartlegge noe mer detaljert deres opplevelse av samtalene med psykologen. Spørsmålene omhandler blant annet hvordan de har opplevd kontakten med psykologen, i hvilken grad de har blitt forstått og hvilken innflytelse de selv mener å ha hatt i samtalene. Noen av spørsmålene omhandler også opplevelse av tid brukt i behandlingen, om det for eksempel ble for knapp tid i samtalene eller det gikk for lang tid mellom samtalene. Med disse spørsmålene var ønsket å få mer kunnskap om hva brukeren har vært fornøyd med eller ikke i behandlingen og i relasjonen med terapeuten.

7.1. Faktoranalyse³

Av de 16 spørsmålene eller påstandene på side 3 i E-skjema ved T2, ble det kjørt en faktoranalyse på foreldreutvalget for å se om det fantes ulike faktorløsninger. Den første analysen, hvor alle 16 ledd ble inkludert, ble ikke aktuell å gå videre på, fordi KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) var under 0.6 og Bartlett`s test var ikke signifikant. Det ble derfor tatt bort tre ledd som skilte seg ut; ledd 3, 4 og 12. Disse påstandene hadde med ulike tidsdimensjoner å gjøre i behandlingsforløpet, og hadde mindre med hvordan informanten opplevde kontakten med psykologen eller behandlingen å gjøre. Ved ny analyse ble KMO 0.76 og Bartlett`s signifikant ($p < .05$). Etter en vurdering av mønsteret som dannes av egenverdier ("eigenvalue") kunne en løsning med fire faktorer velges, men bare en av dem ga mening å gå videre med. Den indre konsistensen av faktoren, som besto av åtte ledd, ble undersøkt med Cronbachs alfa, som ble 0.738 ($n = 49$, $mean = 2.72$). Når det skulle lages et navn som dekket alle leddene i faktoren, var det to av leddene som kompliserte dette. Det var påstanden "Jeg/vi har lært oss nye måter å takle problemene på i timene med psykologen" og "Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson." Ingen av disse påstandene omhandler forholdet mellom klient og terapeut eller ulike terapeutegenskaper, som de øvrige leddene i faktoren i mer eller mindre grad gjør. Begge disse ble derfor trukket ut av faktoren. Ved en ny test på indre konsistens på de gjenværende seks leddene, ble Cronbach alfa 0.73 ($N = 57$, $Mean = 2.79$). Valget av navn falt på

³ Analysene er gjengitt i Appendiks i tabellene 7.1.3-7.1.10.

”Terapeutisk allianse” og ble antatt å være et dekkende navn for denne faktoren (se tabell 7.1.1 og 7.1.2)

• Psykologen tok hensyn til det jeg/vi sa
• Psykologen har hjulpet meg/oss på en annen måte enn andre hjelpere har gjort tidligere
• Jeg opplevde at psykologen raskt oppfattet hva som var grunnen til at jeg/vi søkte hjelp
• Vi snakket om det jeg syntes var mest nyttig å snakke om
• Psykologen snakket på en forståelig måte
• Psykologen visste mye om slike vansker som jeg/vi henvendte oss for

Tabell 7.1.1 Faktoren ”Terapeutisk allianse”

	tok hensyn	hjulpet på annen måte	raskt oppfattet grunnen	snakket om det mest nyttige	snakket på en forståelig måte	visste mye om slike vansker
N	70	42	72	72	73	69
Minimum	2	1	1	1	2	1
Maximum	3	3	3	3	3	3
Mean	2.90	2.38	2.72	2.74	2.90	2.61
Std. Deviation	.302	.623	.510	.503	.296	.599

Tabell 7.1.2. Oversikt over ulike verdier på leddene som utgjør faktoren ”Terapeutisk allianse”.

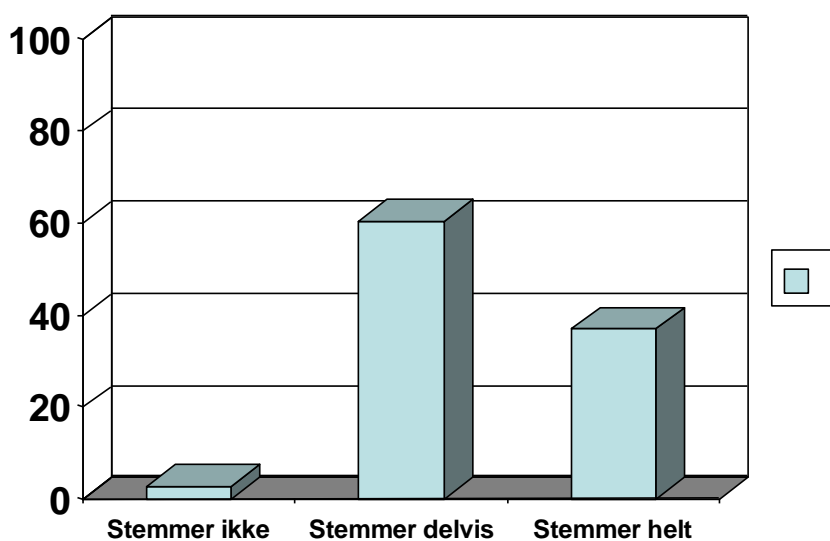
7.2 Terapeutisk allianse

Terapeutisk allianse har innen forskningslitteraturen blitt definert på ulike måter, og at den består av ulike komponenter. Bordin (1979) har for flere tiår siden kommet med en definisjon

som har blitt omtalt av flere (Tuseeth, 2008; Aasay & Lambert, 1999). Denne definisjonen inneholder tre elementer som grunnleggende for en god allianse: Et positivt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut, enighet om mål og enighet om metode for å nå målet. Gaston (1990) har også, gjennom å se på ulike studier, kommet frem til lignende komponenter for begrepet terapeutisk allianse: a) klientens affektive forhold til terapeuten, b) klientens evne til å arbeide på en formålstjenlig måte i terapien, c) terapeutens empatiske forståelse og engasjement og d) enighet om mål og oppgaver i terapien.

Svendsen (2007) understreker betydningen av at barn og unge må oppfatte terapeuten som en hjelper, og mener at dette er selve essensen i begrepet allianse og selve utgangspunktet for klientens forventninger om bedring, håp og tillit til behandleren. Spesielt viktig vil dette være i forhold til terapeutisk arbeid med barn og unge, da denne klientgruppen ikke alltid opplever å ha et eget hjelpebehov, men det er omgivelsene som ønsker at barnet/ungdommen skal få profesjonell hjelp. Jo yngre barnet/ungdommen er, desto viktigere vil også alliansen til foreldrene være. Ifølge Svendsen er en god allianse med foreldrene, dvs. en felles forståelse for terapiprosessen, være avgjørende for at de involverer seg og støtter barnet/ungdommen.

Ved å slå sammen leddene i faktoren "Terapeutisk allianse" til en variabel får man en prosentvis fordeling av hvordan foreldrene skårer. Dette er vist i figur 7.2.1 (se appendiks tabell 7.2.1). Her ser vi at nesten 40 % av utvalget havner i "stemmer helt"-kategorien. Dette indikerer at mange av foreldrene opplever en god allianse med psykologen, sett ut fra innholdet i leddene som faktoren bygger på. De aller fleste derimot, ca 60 %, havner i "stemmer delvis"-kategorien, noe som kan tyde på at de opplever en relativt god allianse med psykologen, men som muligens kunne vært bedre. Det er svært få som havner i "stemmer ikke"-kategorien, kun 3 %.



Figur 7.2.1 Prosentvis fordeling av foreldreskårene på faktoren ”Terapeutisk allianse”.

Faktoren ble også analysert i forhold til alder hos barnet/ungdommen. Foreldrene til barn mellom 0 og 3 år er den gruppen som i gjennomsnitt skårer lavest på terapeutisk allianse. De med barn i alderen 6-12 år skårer høyest (forskjellen er nesten signifikant, $p < 0.07$, se appendiks tabell 7.2.2). Ettersom de med barn mellom 0 og 3 år har færrest timer hos psykologen (gjennomsnitt på 1 ½ time), kan dette være grunnen til lavere skåre på terapeutisk allianse, fordi de har mindre tid å knytte kontakt med psykologen på.

Leddene i faktoren ”terapeutisk allianse” antas å handle om hvilke egenskaper terapeuten innehar og i hvilke grad dette påvirker relasjonen til klienten og utfallet av behandlingen. Begreper som empati, eller at terapeuten er forståelsesfull, involverende, varm og vennlig har vært assosiert med positivt behandlingsutfall. I hvilken grad informantene sidestiller leddene i faktoren ”Terapeutisk allianse” med disse begrepene, kan vi ikke være helt sikre på, men trolig omhandler faktoren noe av det samme. Noen av informantene i dybdeintervjuene kom med uttrykk som kan sammenlignes med flere av elementene i terapeutisk allianse.

7.2.1 Positivt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut:

Positivt emosjonelt bånd mellom klient og terapeut antas å vokse ut fra at de gjør noe sammen som medfører at man liker, har tillit til, stoler på eller har respekt for hverandre (Svendsen,

2007). Dette båndet oppstår ikke med en gang, men gjennom deltakelse av terapeutiske oppgaver. I forhold til barn og unge vil dette også som oftest inkludere foreldrene. Foreldrenes forståelse for terapiprosessen vil øke deres involvering og støtte. Noen av informantene i dybdeintervjuene kom med utsagn som kan sees i sammenheng med dette, som blant annet denne dialogen mellom en mor og hennes tenåringsdatter:

Mor:

Jeg følte at psykologen tok min datter veldig på alvor. Hun var veldig flink til å rose henne og legge forholdene til rette for at hun klarte å sette ord på følelsene sine.

Datter:

Jeg fikk veldig god tillit til henne (psykologen). Hun var veldig åpen, hadde mye empati og forståelse.

Mor:

Personligheten hennes var veldig vinnende og morsom, og hun hadde også mange gode eksempler fra sitt eget liv, som gjør at man bryter isen litt. Man kan kjenne seg igjen og le litt av sin egen situasjon. Hun tok oss samtidig veldig på alvor og var veldig løsningsorientert.

7.2.2 Enighet om mål

Å bli enig om et mål, er det andre elementet i terapeutisk allianse. Dette innebærer også at de må ha en felles problemforståelse. Den samme jenta og hennes mor uttrykker videre om dette:

Datter:

Det var bedre å gå rett på sak, enn å gå rundt grøten 5 ganger og så rett på sak....og vi hadde et mål for hver time også. Trengte ikke bruke alle timene, men satt oss et nytt mål for hver time.

Mor:

For min del synes jeg at åpningen var fin, at hun gikk rett på selve problemstillingen og at datteren min fikk lov å fortelle/beskrive kjernen til problemet. Tror det var lurt å starte der, bare det å få satt ord på de følelsene som var problematiske og litt katta ut av sekkenSå ble jeg også spurt hva jeg også syntes.... Rett på sak likte jeg veldig godt.

For disse var det viktig å ha fokus på problemstillingen med en gang og ha et mål for hver time. Med en slik strategi vil trolig behandlingen virke mer strukturert, oversiktlig og målrettet. Flere terapeuter har erfart at å ha klare, konkrete og spesifikke mål øker klientens motivasjon (f.eks deShazer, 1985). Dette vil igjen øke klientens håp om bedring, fordi det kan gi vedkommende tro på at det finnes en vei frem til målet (Snyder, Scott, & Cheavens, 2004).

En annen tenåringsjente som ble intervjuet opplevde i mindre grad at terapeuten forsto hva hun trengte og at de derfor ikke var enig om målet for samtale. Dette syntes ikke å skape den nødvendige positive kontakten jenta trengte for å føle seg ivaretatt. Resultatet på denne behandlingen var at jenta ble henvist til BUP. Der fikk hun, ifølge henne selv, en terapeut som ga henne bedre hjelp. Hun sier det på denne måten:

Nå går jeg til en annen på BUP. Hun første (på Psykologtjenesten) var bra og hun lyttet, men kom med veldig få råd ut fra situasjonen. Følte at jeg ikke fikk svar tilbake, bare flere spørsmål. Mye bedre der jeg går nå, for hun kommer med råd som har hjulpet meg mye.

Forskningslitteraturen viser til at utfallet av behandlingen avhenger av tidlig etablering av terapeutisk allianse, gjerne før tredje eller fjerde time (Bachelor, & Horvath, 2004). For å lykkes bør terapeuten blant annet være ekstra oppmerksom på å redusere eventuelle relasjonelle vanskeligheter med klienten i løpet av de første timene. På den annen side viser forskning at klienter reagerer forskjellig på ulike typer intervensjoner. At terapeuten er enten rådgivende, direkte, aktiv eller støttende, vil kunne øke eller minske den terapeutiske alliansen avhengig av hva klienten strever med (ibid). En mor som ble intervjuet uttrykte følgende:

Psykologen oppfattet problemet og stilte kritiske spørsmål til oss foreldre. Hun førte begge til "veggs". Det var veldig bra. Vi måtte face de vanskelige tingene.

Denne moren var fornøyd med en konfronterende terapeut. På denne måten opplevde mor at de kom videre i saken og fikk hull på byller som hadde verket over lengre tid. For tenåringsjenta som ble henvist til BUP, hadde nok en mer rådgivende stil hos terapeuten vært mer egnet.

7.2.3 Enighet om metode

Terapeutisk allianse antas også, som nevnt, å være avhengig av at terapeuten og klienten er enig om valg av metode. Klienten må forstå hensikten og bakgrunnen for hvorfor han eller hun skal gjennom en bestemt intervensjon. Dette krever at terapeuten gir tilstrekkelig informasjon om metoden og hva som kreves av klienten. I dybdeintervjuene ble det blant annet spurt om terapeuten gjorde noe spesifikt eller introduserte en metode i forhold til det problemet informantene hadde henvendt seg for. En mor, som ble intervjuet på vegne av sin tenåringssønn, hadde følgende å si om dette:

Psykologen sa at hun skulle gi ham noen verktøy som han kunne jobbe med. Hun sa også at "jeg tror jeg skjønner hva du trenger, men da må du også øve". Han ble bedt om å øve på forskjellige ting når han ble stresset....Jeg tror han syntes det var veldig bra. Han ble tatt på alvor og behandlet som en som visste mye om seg selv, ikke at andre visste bedre enn han. Vi merket fort stor bedring etter et par uker....når han både fikk avmystifisert vanskene og fikk gjort øvelser som han kjente hjelp.

Et foreldrepar til en gutt i førskolealder var også tilfredse med hvordan psykologen gikk frem i forhold til deres problemstilling. De uttrykte følgende:

Psykologen fikk fort opp et system. Vi håpte på å få tips og teknikker, og det fikk vi. Vi visste at det ikke bare ville være hokus pokus og at det ble et arbeid på oss også. Det ble bedre i barnehagen når psykologen var inne, for de (barnehagepersonalet) hadde et behov for struktur, støtte og hjelp til forutsigbarhet.

Her har foreldrene hatt forventning til at psykologen skulle hjelpe både dem selv med tips og teknikker, samt hjelp til å endre strategi i barnehagen slik at sønnen igjen ville gå dit. Begge deler synes foreldrene å være tilfredse med.

7.3 Informasjon før og under samtalene med psykologen.

De fleste av informantene oppgir at de har fått god informasjon om hvilke hjelp de kunne få, både før og underveis i samtalene av psykologen (se appendiks tabell 7.3.1). Bakgrunnen for å ha med denne påstanden i spørreskjemaet var tanken om at informasjon til brukeren vil gjøre

brukeren tryggere på hva som skal skje eller ikke skje hos psykologen. Brukerundersøkelser av nyere dato har også vært opptatt av informasjon til brukerne. I en SINTEF-studie, som hadde som mål å studere brukere med psykiske vansker og deres opplevelse av det kommunale hjelpeapparatet, svarte 66 % av informantene som var brukere av helsestasjonen, at de fikk god informasjon om hvordan barnets problem kunne møtes (Sitter & Andersson, 2005). Flere studier av pasienterfaringer i BUP-systemet fant imidlertid at det var størst misnøye med informasjon som ble gitt om behandlingsopplegget (Andersson, Ose, og Sitter, 2005; Bjertnæs m fl., 2008; Andersson, 2009). Øvrig behandlingsforskning har vært opptatt av den terapeutiske effekten ved at terapeuten blir informerende og på den måten inntar en ekspert-rolle, en rolle som mange klinikere har ønsket å ta avstand fra (Sprenckle, Blow & Dickey, 1999). Det hevdes at uansett hvilke terapeutiske fremgangsmåter eller teknikker man velger, må terapeuten informere, begrunne valget og gi instruksjon om hva som skal skje.

7.4 Tilfredshet med kompetansen

Psykologtjenesten er en tjeneste hvor det, som navnet tilsier, bare er psykologer som jobber. Denne undersøkelsen også ønsket å undersøke i hvilken grad brukerne er opptatt av om det er psykolog eller en annen fagperson som tilbyr dem hjelp. Ca 60 % av barna/ungdommene og nesten 70 % av foreldrene svarte ”stemmer helt” på påstanden om at det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson. Ca 40 % av barna/ungdommene og 30 % av foreldrene svarte ”stemmer delvis” og bare 3 % av foreldre svarte ”stemmer ikke” (se appendiks tabell 7.4.1 og 7.4.2). Påstanden ble videre sammenlignet med informantenes skårer på en annen påstand; ”Psykologen har hjulpet meg på en annen måte enn andre hjelpere har gjort”. Sammenhengen mellom disse er signifikant ($p < 0.05$, se appendiks tabell 7.4.3). Av dette kan vi lese at informantene som mente det var viktig å møte en psykolog fremfor en annen fagperson, i større grad mente psykologhjelpen representerte noe annet enn det de tidligere hadde erfart av hjelpere. Påstanden ”Jeg var ofte uenig med psykologen” ble også av de fleste respondentene avkreftet. Her svarer 80 % av barna/ungdommene og over 90 % av foreldrene ”stemmer ikke” (se appendiks tabell 7.4.4. og 7.4.5). Disse resultatene indikerer at de fleste har vært tilfredse med psykologkompetansen, og at mange har opplevd at hjelpen har vært annerledes enn annen type hjelp de har fått tidligere.

Påstandene som omtales ble stilt ved T2, det vil si like etter at behandlingen var avsluttet. Man kan stille spørsmål om hvorvidt man ville fått det samme resultatet uansett hvilken type fagperson de hadde fått hjelp av. Hvis man har en opplevelse av å ha fått god hjelp, kan man tenke seg at hvilken som helst fagperson ville fått gode tilbakemeldinger. Det er foreløpig ingen klare indikasjoner på at noen faggrupper er bedre hjelpere eller oppnår bedre resultater enn andre. En side av forskningen viser blant annet at brukerne vektlegger vanlige generelle faktorer i positive relasjoner som en vesentlig rolle, og ikke profesjonen i seg selv (Nyttingnes, 2008).

I evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse, utført av Sintef, ble det blant annet konkludert med at kommunen bør ha et tjenestetilbud som innehar kompetanse til å gi utredning og behandling av barn og unge, og at dette vil kunne lette presset på det psykiske helsevernet (Andersson & Steihaug, 2008). Helsesøstertjenesten har i flere kommuner fått økt sin kompetanse i løpet av Opptappingsperioden, men flere angir behov for økt tilgang til psykologkompetanse. Myndighetene har også vært opptatt av å få inn psykologkompetansen i det kommunale helsetilbudet og i denne sammenheng ble prosjektet ”Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid” initiert av helsedirektoratet (Hoel, 2006). Sammen med flere interesseorganisasjoner ble utfordringer rundt rekruttering av psykologer til kommunen drøftet. Rapporten konkluderte med at psykologer hadde mye å tilføre kommunen i form av lavterskeltilbud og korttidstilbud, og ikke minst forebygging av psykiske helseproblemer. Psykologressursen kan supplere annen kompetanse på flere områder i kommunen, og anses som særskilt nødvendig i forhold til differensialdiagnostikk, vurdering av symptomenes alvorlighetsgrad og vurdering av behov for utredning (Helsedirektoratet, 2008).

7.5 Oppsummering

- Ved å kjøre en faktoranalyse på foreldreutvalget av en rekke påstander fra E-skjema ved T2, fremkom en faktor hvor navnet ”Terapeutisk allianse” kunne være dekkende for denne. I sum indikerer resultatene at de fleste har opplevd en relativt god terapeutisk allianse mellom terapeut og klient.
- Foreldre til barn mellom 0-3 år skårer lavest på ”Terapeutisk allianse”. Disse har også i gjennomsnitt færre timer hos psykologen, noen som kan være forklaringen på at de

ikke har mulighet til å knytte samme type kontakt med psykologen som de som har flere timer, eller at samtalene er mer konsultasjonspreget. Resultatene viser at jo eldre barnet er, jo mer er foreldrene enig i påstandene knyttet til faktoren ”Terapeutisk allianse”.

- Dybdeintervjuene bekrefter at flere har opplevd noe av det som ifølge forskningslitteraturen karakteriseres som ”terapeutisk allianse”. Noen uttrykker også å ha opplevd mindre kontakt med og forståelse av psykologen.
- De fleste informantene er tilfredse med informasjon de har mottatt om tilbudet, både før og underveis i samtalene med psykologen. Dybdeintervjuene bekrefter også dette. Noen fremhever at det er viktig å få konkrete råd om hva som er fornuftig å gjøre i forhold til sine barn, spesielt i en skilsmisseprosess.
- Mange av informantene har vært tilfredse psykologkompetansen. De som har mottatt hjelp av andre før, mener psykologhjelpen har representert noe annet enn det de tidligere har erfart. I tillegg uttrykker de aller fleste respondentene at de ikke har vært uenige med psykologen.

8. Diskusjon og oppsummering av resultater fra undersøkelsen.

I denne undersøkelsen har målet vært å få frem hva brukere av Psykologtjenesten synes om det tilbudet de har mottatt, for gjennom dette undersøke hvorvidt tjenesten kvalifiserer for å være en lavterskeltjeneste, om tilbudet har en effekt og brukernes tilfredshet

Det ble rekruttert bare ¼ av alle de som mottar et tilbud årlig ved Psykologtjenesten. Dette er et utsnitt av frivillige deltakere spurt i løpet av en fire måneders periode vinteren 2008/2009, noe som innebærer en risiko for at de mest ressurssterke eller fornøyde brukerne er overrepresentert. Svarprosenten ble redusert ved de to neste målingene, T2 og T3.

Rekrutteringsarbeidet ble i denne undersøkelsen først og fremst lagt til psykologene selv. De la stor innsats i dette arbeidet i en allerede travel hverdag.

Det har også vært stor vilje hos helsesøstrene og helsesekretærene til å bistå i rekrutteringsarbeidet både i helsestasjon og ute på skolene. Det har vært mange ulike spørreskjema å holde orden på. Ansvar for den praktiske gjennomføringen ble lagt på psykologene, med god støtte fra prosjektassistenten.

Datainnsamlingen har vart i vel ett år, fra de første informantene ble rekruttert, til de siste har svart på T3, ca fire måneder etter avsluttet behandling. Det innsamlede materialet er blitt bearbeidet, analysert og forsøkt presentert i den rapporten.

Hva kan vi så avslutningsvis si at resultatene har gitt oss av kunnskap?

8.1 Psykologtjenesten er et lavterskeltilbud.

Resultatene av undersøkelsen gir klare indikasjoner på at Psykologtjenesten, slik den betraktes av deltakerne i undersøkelsen, er forenlig med et lavterskeltilbud. De aller fleste får hjelp innen det har gått fire uker etter at de kom i kontakt med tjenesten, mer spesifikt mellom 2-4 uker. Dette er de fleste fornøyde med, og de er mer tilfredse jo kortere tid de trenger å vente. Det er også verdt å merke seg at ingen av foreldrene til de aller minste barna måtte vente mer enn fire uker. Psykologenes utstrakte virksomhet på helsestasjonene og tette samarbeid med helsesøstrene kan være en forklaring til dette.

Helsesøstrene synes å være en viktig ressurs for å bringe brukerne over til Psykologtjenesten. De aller fleste barn og unge kommer i kontakt med helsetjenesten flere ganger i løpet av oppveksten. Dette gir en gylden anledning til å fange opp de som er i risiko for å utvikle mer alvorlige lidelser, både somatiske og psykiske. Vi ser også at skolene og barnehagene også har stått bak noen av informantenes henvendelse til Psykologtjenesten, og først og fremst skolene. Man kunne ha forventet en større pågang fra barnehagene. Årsaken kan for eksempel være at psykologene har færre direkte treffpunkter med dem, og er derfor mindre markedsført som et hjelpetilbud. Barnehagene har på den annen side et større samarbeid med PPT, og flere problemstillinger knyttet til barn i førskolealder adresseres trolig hit. Det er derfor rimelig å anta at PPT både bidrar med veiledning av personalet og foreldre som er bekymret, samt kartlegger og gjør vurderinger av hjelpebehov. Det er også rimelig å anta at PPT tar opp et samarbeid med Psykologtjenesten der hvor de mener det er nødvendig. Det kan likevel stilles spørsmål ved om hvorfor det ikke henvises flere barn fra barnehagen.

Undersøkelsen viser også at flere har fått kjennskap til Psykologtjenesten via fastlegen. Det kan tyde på at fastlegene er blitt kjent med at det finnes et alternativt hjelpetilbud til BUP for psykiske plager, og at de også i større grad kan selektere ut de som er i behov av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester.

Det stilles spørsmål om hvorfor en del andre sentrale instanser ikke blir særlig nevnt av informantene. Hva med Barneverntjenesten og Familievernkontoret? Har de en annen målgruppe, en annen vinkling til problemene eller gjør de andre vurderinger. Forklaringen kan ligge i alle elementene. Mange som for eksempel får hjelp av Barneverntjenesten har ofte et behov for utstrakt helsehjelp, og tilbudet ved Psykologtjenesten som markedsfører en korttidsprofil overfor lettere til moderate psykiske vansker, kan derfor vurderes som mangelfullt. På den annen side viser Sintef's brukerundersøkelse av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge, at kun halvparten av brukerne med psykiske vansker var tilfredse med samhandlingen mellom tjenesten de var i kontakt med (Sitter, 2008). Ett av Samhandlingsreformens mål er derfor å få til større flyt og samarbeid mellom tjeneste (ST.melding nr 47, 2008-2009).

Resultatene viser at vanskene barna/ungdommene sliter med er av små til moderat omfang, oftest i forbindelse med følelser og hyperaktivitet og at de er mest belastende hjemme i familien. Det ser derfor ut til, i hvert fall med hensyn til omfang av vansker, at

Psykologtjenesten mottar henvendelser fra den gruppen brukere de mener de er berammet for. Det er få som oppgir at de har alvorlige vansker, men de aller fleste oppgir derimot å ha hatt vanskene i mer enn ett år. Det er også verdt å merke seg at en del henvender seg uten konkrete vansker. Likevel antas det at henvendelsene skyldes en eller annen form for bekymring eller at det er foreldre som ønsker råd og veiledning for å forebygge utvikling av psykiske vansker hos sine barn. Dette fanger ikke spørreskjemaet SDQ opp. I stedet bekrefter disse henvendelsesgrunnene at tjenesten har en forebyggende profil og at terskelen både for å søke og for å motta psykologhjelp er lav. Det er ikke nødvendig å ha utviklet psykiske vansker for å få hjelp av tjenesten.

Undersøkelsen viser at brukerne har fått et gjennomsnittlig antall samtaler på 3,25. Dette tilsvarer om lag det Psykologtjenesten oppsummerer i sin årlige statistikk. Antall timer stiger systematisk med alder til barnet. Grovt sagt kan dette forklares ved at i den ene enden er det foreldre til små barn som har behov for råd og veiledning av konkrete problemstillinger knyttet til det lille barnet. I den andre enden er det ungdommer med problematikk som har vokst seg større og mer kompliserte, som igjen krever lengre og flere timer for å bli løst. Sett i sammenheng med dette, fremkom det i Sintef's undersøkelsen at ungdommene som var i kontakt med helsetjenesten ønsket å være i hyppigere kontakt og at det var avsatt for liten tid til dem (Sitter, 2008).

8.2 Den psykiske helsen er bedre etter behandling.

Flere av analysene i undersøkelsen av Psykologtjenesten viser at det har forekommet signifikante endringer av vanskenes omfang og opplevelse av hvordan de påvirker dagliglivet fra tidsrommet før til etter behandling. De fleste mener at problemet er blitt litt eller mye bedre etter behandling. I gjennomsnitt kan det spores noe tilbakefall når det har gått ca fire måneder etter at behandlingen ble avsluttet. Kun en ungdom rapporterer at det har blitt verre. Totalt sett viser resultatene at det blir betydelige flere uten vansker og betydelige færre med tydelige vansker etter behandling. De som rapporterer om småvansker rapporterer om dette i like stor eller større grad etter behandling enn før.

Førskolebarn og barn i alder 6-12 år synes å ha størst reduksjon av vansker i løpet av behandlingsperioden, mens ungdommene har størst reduksjon etter at behandlingen er over.

Dette peker mot at tidlig intervensjon overfor yngre barn kan ha mer umiddelbar effekt enn overfor eldre barn og ungdom, men at effekten overfor ungdom fremkommer når det har gått noe tid. Undersøkelsen har ikke målt omfang og endring av vansker hos barn mellom 0-3 år, og kan derfor ikke med sikkerhet si hvordan denne gruppen kom ut etter behandling. Det som likevel fremkommer av resultatene er at foreldrenes opplevelse av samtalene har vært mindre virksomme jo yngre barnet er.

Resultatene viser også at vanskene har størst påvirkning hjemme i familien. Etter behandling vises en betydelig bedring, som går ytterligere ned også ca fire måneder etter behandling. For øvrig synes informantene bare i noen grad å tillegge endringene som har skjedd innad i familien til samtalene de har fått med psykologen, når det spørres om dette. Totalt sett påvirker vanskene på alle de undersøkte arenaene betydelig mindre etter behandling enn før, og mange mente samtalene med psykologen ga dem nye måter å takle problemene på. Især ungdommene som svarer selv mener dette. Foreldre til sped- og småbarna var i mindre grad enig i dette. En forklaring på dette er at denne gruppen ikke nødvendigvis lærte så mye nytt, men fikk i stedet hjelp til å iverksette egne ideer.

”Added value”-utregningen av SDQ-skårene indikerer rent statistisk at intervensjonen i seg selv har hatt effekt utover det som regnes for naturlig forandring med tiden som går.

8.3 Tilfredshet med hjelpetilbudet.

De fleste informantene mente at behandlingskontakten med psykologen var fra middels til god (jmf. faktoren ”Terapeutisk allianse”). Dette innebærer en tilfredshet med at psykologen har tatt hensyn til hva informanten (eller barnet/ungdommen) sa, at problemet raskt ble oppfattet, at det ble snakket om det som opplevdes som mest nyttig for brukeren, og på en forståelig måte, samt at psykologen visste mye om brukerens vansker. Foreldrene til de aller minste barna skårte lavest på denne faktoren. Dette kan trolig forklares ved at denne klientgruppen oftere har en eller to samtaler/ konsultasjoner og at dette kanskje er tilstrekkelig for den problemstillingen eller bekymringen de henvender seg for.

De fleste informantene er tilfredse med informasjonen de har fått før og underveis i samtalene med psykologen. Dette antas å være av betydning for at klienten skal ha mulighet til å forstå

hva som skal skje i behandlingen og hvorfor. Dette kan også øke den terapeutiske alliansen, og ikke minst klientens egen medvirkning.

Mange av informantene har vært tilfredse med å møte en psykolog. De av dem som har mottatt hjelp av andre fagpersoner tidligere, mener psykologhjelpen har representert noe annet. Med andre indikerer dette at psykologkompetansen har vært viktig for mange av brukerne.

8.4 Hvilken nytteverdi har resultatene fra undersøkelsen?

Denne undersøkelsen ønsket å kartlegge mer detaljer om hva som kunne ligge bak en eventuell god eller dårlig tilfredshet hos brukerne, dvs. barna, ungdommene og foreldrene, og hvilken effekt tilbudet har hatt overfor deres hjelpebehov. Funnene har tydeliggjort noen sider av dette, kanskje med noen begrensninger. Psykologtilbudet har med stor sannsynlighet effekt i forhold til de vanskene brukerne henvender seg for. Siden de fleste synes å være tilfredse med få samtaler, er det rimelig å trekke konklusjonen at tilbudet er forbyggende for utvikling av psykiske problemer av mer alvorlig karakter. Dette er trolig betinget av at hjelpen kommer tidlig nok inn, og at den kommer tidligere jo yngre barnet er. Det er trolig også betinget av tilgjengeligheten til tjenesten og av rammene som tjenesten har. Sist, men ikke minst kan det tenkes at effekten av hjelpetilbudet er betinget av det forarbeidet og samarbeidet som andre aktører rundt barnet/ungdommen gjør, spesielt helsesøstre og lærere, for å få et barn eller en familie til å henvende seg til tjenesten.

Dersom man konkluderer med at Psykologtjenesten, slik den eksisterer i dag, er et nyttig forbyggende tilbud for barn og unge, er det ingen grunn til å tenke at den bør endre arbeidsmetoder eller rutiner for sin daglige drift. En tjeneste bør imidlertid strebe mot forbedringer og ha et mål om å være fleksibel overfor forandringer i takt med endringer i samfunnet for øvrig, og ikke minst brukernes behov og ønsker. En måte å forbedre tjenestetilbudet på, er å se etter det som ikke fungerer, både i forhold til brukertilfredshet og effekt av behandlingen. Slik kan man oppdage forbedringspotensialer og foreta de nødvendige oppdateringer. En annen måte, er å gjøre mer av det som allerede er bra. En tredje måte er å søke enda mer tilbakemelding fra brukeren, både oftere og i mer systematiserte former. I dag finnes det standardiserte skjemaer som kan benyttes før og etter samtaler, for å innhente

klientens utbytte av behandlingen. Forskningen på dette feltet viser bedre terapeutiske resultater, og terapeutens arbeid blir kvalitetssikret gjennom at klienten får uttrykke sin mening om behandlingen hjelper eller ikke (Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, 2001; Harmon, Lambert, Smart, Hawkins m. fl., 2007). Ikke minst fremkommer det også at denne formen for brukerstyrt praksis kan gi økte økonomiske og ressursmessige gevinster (Duncan & Sparks, 2008).

I dag utfordres hjelpeapparatet til større samhandling mellom tjenestene. Hvordan andre tjenester og fagpersoner som har barn og unge i sin målgruppe i dag ser på Psykologtjenesten og samarbeidet med dem, er ikke systematisk utredet i denne undersøkelsen. Disse har helt sikkert sine meninger om tjenesten, etter over 10 års samarbeid. Det kunne vært spennende å gjøre en kartlegging av dette.

Formålet med opprettelsen av Psykologtjenesten i 1999 var å arbeide forebyggende og helsefremmende overfor barn og unges psykiske helse. Det er mange måter å gjøre dette på og det er mange ulike fagpersoner som er opptatt av dette. Psykologtjenestens på PSBU har utarbeidet en arbeidsmodell som er beskrevet og evaluert i denne rapporten. I tillegg har tjenesten flere andre forebyggingsteam på PSBU som de deler sin hverdag med og sine faglige verdier med. Dette fremkommer i PSBU's Tjenestebeskrivelse (Skjerven, 2007). En av verdiene er følgende:

Å investere i barns psykiske helse er en liten investering som gir stor avkastning på sikt.

APPENDIKS

I denne appendiksen vil du finne tabeller og analyser som omtales i kapitlene foran. Når du leser teksten i kapitlene vil det ofte henvises til appendiks. Nedenfor vil du finne hvilke kapittel de ulike tabellene tilhører.

Til kap. 4.4 Hva ønsker brukerne hjelp til?

Tabell 4.4.3. Gjennomsnittlig fordeling av foreldreskårer på vansker i forhold til alder på barna/ungdommene. Samsvarer med figur 4.4.1.

Foreldre til barn mellom 0 og 3 år skal ikke svare på SDQ, men vi ser likevel at det er havnet tre respondenter i denne gruppen. De er ikke tatt med i figur 4.4.1.

Anova test viser ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

Vansker i forhold til:

Alder til barn/ungdom (Binned)		Følelser	Atferd	Hyperaktivitet	Venner	Totalt
0-3	Mean	1.67	2.67	3.00	.33	7.67
	N	3	3	3	3	3
	Std. Deviation	.577	2.082	2.646	.577	4.726
4-5	Mean	3.83	2.58	3.00	1.42	10.83
	N	12	12	12	12	12
	Std. Deviation	2.691	2.065	1.414	1.676	5.167
6-12	Mean	3.93	2.52	3.57	1.86	11.57
	N	29	29	28	29	28
	Std. Deviation	2.477	2.132	1.933	2.232	5.259
13-18	Mean	3.09	2.09	3.64	1.55	10.36
	N	11	11	11	11	11
	Std. Deviation	1.868	1.375	1.963	1.695	4.249
Total	Mean	3.62	2.45	3.43	1.62	10.94
	N	55	55	54	55	54
	Std. Deviation	2.377	1.942	1.839	1.958	4.977

Tabell 4.4.4 Omfang av vansker før behandling. Samsvarer med figur 4.4.2. Utvalget består av en respondent per kodennummer.

Overall difficulties in atleast one area					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nei	16	17.0	17.4	17.4
	ja, småvansker	38	40.4	41.3	58.7
	ja, tydelige vansker	36	38.3	39.1	97.8
	ja, alvorlige vansker	2	2.1	2.2	100.0
	Total	92	97.9	100.0	
Missing	System	2	2.1		
Total		94	100.0		

Tabell.4.4.5. Sammenligning kjønn i forhold til vansker, foreldreutvalg.

Kjønn		Emosjonelle vansker*	Atferds-vansker	Hyperaktiv*	Venne-problemer	Totale vansker*
Gutt	Mean	4.23	2.70	4.12	2.16	13.02
	N	44	44	43	44	43
	Std. Deviation	2.495	2.141	2.312	2.156	5.134
Jente	Mean	3.82	2.26	2.79	1.65	10.53
	N	34	34	34	34	34
	Std. Deviation	2.588	1.675	1.553	1.857	5.367
Total	Mean	4.05	2.51	3.53	1.94	11.92
	N	78	78	77	78	77
	Std. Deviation	2.527	1.952	2.106	2.034	5.350

*Anova, $p < 0.05$.

Tabell 4.4.6 Sammenligning kjønn i forhold til vansker, selvrapport 11-18 år.

Kjønn		Emosjonelle vansker*	Atferds-vansker	Hyperaktiv*	Venne-problemer	Totale vansker*
Gutt	Mean	2.80	2.10	3.90	1.40	10.20
	N	10	10	10	10	10
	Std. Deviation	1.932	1.449	1.969	1.174	2.573
Jente	Mean	6.00	1.89	3.68	1.05	12.63
	N	19	19	19	19	19
	Std. Deviation	2.582	1.524	2.428	1.508	4.387
Total	Mean	4.90	1.97	3.76	1.17	11.79
	N	29	29	29	29	29
	Std. Deviation	2.807	1.476	2.247	1.391	3.986

*Anova, $p < 0.05$

Til kap. 4.5. Vanskenes innvirkning på dagliglivet.

Tabell 4.5.1 Prosentvis fordeling av hvordan vanskene innvirker på ulike livsarenaer ved T1. Selvrapport 11-18 år. Samsvarer med figur 4.5.1 i kap. 4.5. N=22.

	Hjemme	Venner	Skole	Fritidsaktiviteter
Ingen, litt	59	73	45	86
En god del	36	23	41	5
Mye	5	4	14	9
Total	100	100	100	100

Tabell 4.5.2 Prosentvis fordeling av hvordan vanskene innvirker på ulike livsarenaer ved T1, Foresatteskårer. Samsvarer med figur 4.5.2. i kap 4.5. N varier fra 60-68.

	Hjemme	Venner	Skole	Fritidsaktiviteter
Ingen, litt	27	60	48	75
En god del	55	30	35	17
Mye	18	10	17	8
Total	100	100	100	100

Til kap. 4.6 Vanskenes varighet

Tabell 4.6.1. Ønske om hjelp tidligere. En respondent per kodennummer

Jeg skulle ønske jeg/vi hadde fått tidligere hjelp

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	stemmer ikke	40	37.7	47.1	47.1
	stemmer delvis	30	28.3	35.3	82.4
	stemmer helt	15	14.2	17.6	100.0
	Total	85	80.2	100.0	
Missing	4	20	18.9		
	System	1	.9		
	Total	21	19.8		
Total		106	100.0		

Til kap. 5.1 Hvordan har informantene fått kjennskap til Psykologtjenesten?

Tabell 5.1.1. Prosentvis fordeling av hvordan informantene har fått kjennskap til Psykologtjenesten. Hele utvalget tatt med, N=138. Jmf figur 5.1.1. i Kap. 5.1.

	Barn/ungdom	Foreldre
Helsesøster	8	37
Fastlege	1	6
PPT	1	2
Bhg/skole	0	14
Barnevern	1	1
Fam.ktr	0	2
Venner/naboer	2	7
Brosjyre	0	1
Internett	0	1
Annet	9	7
	22 (n=30)	78 (n=108)

Til kap. 5.2 Tverretattlig samarbeid.

Tabell 5.2.1 Gjennomsnittskåre på påstanden ” Jeg/vi ble godt ivaretatt av helsesøster før jeg/vi fikk hjelp av Psykologtjenesten”. Foreldresvar og selvrappport 11-18 år.

	N foresatte	Mean foresatte	N ungdom	Mean ungdom
Ivaretatt av helsesøster	39	2,74	12	2,58

Maksskåre =3

Til kap. 5.4. Opplevelse av ventetiden.

Tabell 5.4.1 Opplevelse av ventetid i hhv barne/ungdomsutvalget og foreldreutvalget (Gjennomsnitt og Standardavvik).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Barn/ungdom	22	1	6	4.18	1.790
Foreldre	107	1	6	4.19	1.666
Valid N (listwise)	15				

Tabell 5.4.2 Krysskjøring av variablene ventetid og opplevelsen av ventetid på foreldreutvalget.

Crosstab ventetid x opplevelse av ventetiden

		Ventetid					Total
		lta 1 uke	1-2 uker	2-4 uker	4-6 uker	7+	
Opplevelse av ventetid	1	2	2	2	1	0	7
	2	0	7	6	1	0	14
	3	0	1	14	5	1	21
	4	1	2	5	1	0	9
	5	1	7	13	0	1	22
	6	11	10	12	1	0	34
Total		15	29	52	9	2	107

Tabell 5.4.3 Korrelasjonsanalyse av variablene ventetid og opplevelse av ventetid, foreldreutvalget.

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.247	.096	-2.616	.010 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.272	.098	-2.895	.005 ^c
N of Valid Cases		107			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Til kap. 5.5 Antall timer i behandling

Tabell 5.5.1. Gjennomsnitt antall samtaler i forhold til aldersgrupper på barn/ungdom, foreldreutvalget.

Alder til barn/ungdom (Binned)	Mean	N	Std. Deviation
0-3	1.50	18	.707
4-5	2.83	12	2.082
6-12	3.87	30	1.756
13-18	4.29	14	1.437
Total	3.20	74	1.873

Anova $p < 0.05$.

Til kap. 5.7 Tilgjengelighet og opplevelsen av hjelpetilbudet.

Tabell 5.7.1 Gjennomsnittskåre på påstanden ”Det var lett å komme i kontakt med Psykologtjenesten?” på en skala fra 1-6, hvor 1= helt uenig og 6=helt enig på hhv barne/ungdomsutvalget og foreldreutvalget.

		..lett å få kontakt m Psyk.tj. b/u	Opplevde å få den hjelpen jeg ønsket b/u	..lett å få kontakt m Psyk.tj. foreldre	Opplevde å få den hjelpen jeg/vi ønsket foreldre
N	Valid	14	15	72	74
	Missing	103	102	45	43
	Mean	5.79	5.47	5.51	4.92
	Standardavvik	.58	1.37	.979	1.40

Til kap. 6.1 Opplevelsen av problem etter behandling.

Tabell 6.1.1 Foreldrenes skåre på spørsmålet om hvordan de opplever barnets/ungdommens problem etter behandling/T2. Jmf. figur 6.1.1 i kap 6.1.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Omtrent som før	10	17.5	18.5	42.6
	Litt verre	21	36.8	38.9	81.5
	Mye verre	23	40.4	42.6	100.0
	Total	54	94.7	100.0	
Missing	System	3	5.3		
	Total	57	100.0		

Tabell 6.1.2 Foreldrenes skåre på spørsmålet om hvordan de opplever barnets/ungdommens problem etter behandling/T3. Jmf. figur 6.1 i kap 6.1.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Omtrent som før	12	10.3	27.9	27.9
Litt verre	15	12.8	34.9	62.8
Mye verre	16	13.7	37.2	100.0
Total	43	36.8	100.0	
Missing System	74	63.2		
Total	117	100.0		

Til kap. 6.2 Behandlingseffekt eller naturlig bedring over tid?

Formelen til added value skåren er (se <http://www.sdqinfo.com/e10.html>):

$$\text{Value added} = 2.3 + 0.8 * T1\text{Total} + 0.2 * T1\text{Impact} - 0.3 * T1\text{Emotion} - T2\text{Total}$$

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
T1 totale vansker	79	2	29	11.87	5.377
T1 impact	83	0	9	2.63	2.207
T1 emotion	80	0	12	3.99	2.528
T2 totale vansker	57	0	21	8.53	4.954
T3 totale vansker	43	1	18	8.3	4.074
Valid N (listwise)	35				

Utrekning for T1-T2: $2.3 + 0.8 * 11.87 + 0.2 * 2.63 - 0.3 * 3.99 - 8.53 = 2,6$

Utrekning for T1-T3: $2.3 + 0.8 * 11.87 + 0.2 * 2.63 - 0.3 * 3.99 - 8.3 = 2,83$

Til kap. 6.3. Omfang av vansker

Tabell 6.3.1 Prosentvis fordeling av skårer på variabelen "Omfang av vansker", jmf figur 6.3.1 i kap. 6.3. Barn/unge: N=29, Foresatte: N=117

	Nei		Ja, småvansker		Ja tydelige Vansker		Ja, alvorlige vansker	
	Barn/ Ungdom	Foresatte	Barn/ Ungdom	Foresatte	Barn/ Ungdom	Foresatte	Barn/ Ungdom	Foresatte
T1	24.1	12.0	58.6	28.2	17.2	29.1	0.0	1.7
T2	24.1	22.2	13.8	22.2	10.3	3.4	3.4	0.9
T3	13.8	17.9	3.4	16.2	6.9	2.6	0.0	0.0

Tabell 6.3.2 .Paired samples test – foresatte fra T1 til T2

		Mean	Std. Deviation	Sig.
Pair 1	Omfang av vanskene	.667	.777	.000

p < 0.05.

Tabell 6.3.3. Gjennomsnittlig fordeling av foreldrenes skårer på omfang av vansker ved T1, T2 og T3 i forhold til aldergruppe barn/ungdom. SDQ skal besvares fra 3 år og oppover i alder. Kategorien 0-3 er egentlig dem som har barn i denne kategorien. Det har likevel falt til 3 individer. Disse er trolig fylt tre år.

Alder til barn/ungdom (Binned)		T1	T2	T3
0-3	Mean	1.33	.67	.33
	N	3	3	3
	Std. Deviation	.577	.577	.577
4-5	Mean	1.25	.36	.43
	N	12	11	7
	Std. Deviation	.866	.505	.535
6-12	Mean	1.45	.72	.71
	N	29	29	21
	Std. Deviation	.686	.649	.644
13-18	Mean	1.00	.71	.45
	N	13	14	11
	Std. Deviation	.707	.914	.688
Total	Mean	1.30	.65	.57
	N	57	57	42
	Std. Deviation	.731	.694	.630

Til kap 6.4. Endring av ulike typer vansker.

Tabell 6.4.2 Paired samples test – foresatte fra T1 til T2 (N varierer fra 22 -54)

		Mean	Std. Deviation	Sig.
Pair 2	Emosjonelle vansker	1.321	1.978	.000
Pair 3	Atferdsvansker	.849	1.562	.000
Pair 4	Hyperaktivitet	.615	1.891	.023
Pair 5	Venneproblemer	-.226	1.928	.396
Pair 6	Totale vansker sammenlagt	2.404	4.662	.000

p < .05

Tabell 6.4.3 Paired samples test – foresatte fra T1 til T3 (N varierer fra 21-40)

		Mean	Std. Deviation	
Pair 2	Emosjonelle vansker	1.211	2.549	.006
Pair 3	Atferdsvansker	.895	1.556	.001
Pair 4	Hyperaktivitet	.649	2.336	.100
Pair 5	Venneproblemer	.158	1.896	.611
Pair 6	Totale vansker sammenlagt	2.757	5.257	.003

p < .05

Tabell 6.4.4 Foreldrenes gjennomsnittskårer ved T1, T2 og T3 på vansker fordelt på aldersgruppe barn/ungdom.

	T1					T2					T3				
	E	A	H	V	T	E	A	H	V	T	E	A	H	V	T
4-5	3.8	2.6	3.0	1.4	10.8	2.2	1.5	3.1	1.5	8.2	3.0	1.0	3.0	2.0	9.0
6-12	3.9	2.5	3.6	1.7	11.7	2.3	1.7	3.0	1.8	8.8	2.6	1.7	2.7	1.7	8.7
13-18	3.1	2.1	3.6	1.6	10.4	2.9	1.1	2.1	2.1	8.2	2.0	0.8	2.6	1.6	7.0

E=emosjonelle, A=atferd, H=hyperaktivitet, V=venner, T=totale

T1	T2	T3
4-5: N=12	N=11	N=7
6-12: N=29	N=29	N=21
13-18: N=11	N=14	N=11

Til kap. 6.5 Vanskenes innvirkning på dagliglivet.

Tabell 6.5.1 Gjennomsnittsverdier ved T1, T2 og T3 på vanskenes innvirkning på de ulike arenaene, foreldreutvalget.

	Hjemme	Venner	Skolen	Fritidsaktiviteter
N T1	67	68	60	65
N T2	31	30	28	30
N T3	29	28	29	28
Mean T1	.91	.50	.68	.32
Mean T2	.45	.30	.39	.17
Mean T3	.24	.18	.14	.14

Tabell 6.5.2 Paired samples test – foresatte fra T1 til T2 (N varierer fra 22 -54)

	Mean	Std. Deviation	Sig.
Vanskenes påvirkning hjemme	.593	.747	.000
Vanskenes påvirkning ift venner	.154	.464	.103
Vanskenes påvirkning på skolen	.190	.602	.162
Vanskenes påvirkning ift fritidsaktiviteter	.040	.351	.574

p < 0.05.

Tabell 6.5.3. Paired samples test – foresatte fra T1 til T3 (N varierer fra 21-40)

	Mean	Std. Deviation	Sig.
Vanskenes påvirkning hjemme	.609	.583	.000
Vanskenes påvirkning ift venner	.130	.626	.328
Vanskenes påvirkning på skolen	.286	.784	.110
Vanskenes påvirkning ift fritidsaktiviteter	.095	.768	.576

p < 0.05

Til kap. 6.6 Har det hjulpet med samtaler hos psykologen og har det forandret forholdet til familien?

Tabell 6.6.1. Gjennomsnittskåre på spørsmål om samtaler har hjulpet informanten eller forandret forholdet mellom informanten og familien. Skåres fra 1-6 hvor 1= ikke i det hele tatt og 6=svært mye. Jmf figur 6.6.1 og 6.6.2 i kap 6.6.

	Ungdom Gj.snitt/N (St.avvik)		Foresatte Gj.snitt/N (St.avvik)	
	T2	T3	T2	T3
I hvor stor grad har du opplevd at samtaler med psykologen har hjulpet deg/dere?	5.06/16 (1,34)	4.50/10 (1,27)	4.53/72 (1,27)	4.00/51 (1,34)
I hvilken grad opplever du/dere at samtaler med psykologen har forandret forholdet mellom deg og fam. din?	3.20/15 (1,25)	2.60/10 (1,71)	3.52/64 (1,23)	3.15/48 (1,27)

Tabell 6.6.2 Gjennomsnittskårer ved T2 på spørsmålet ” I hvor stor grad opplever du at samtalene med psykologen har hjulpet deg?” fordelt på aldersgruppe barn/ungdom. Foreldreskårer. Skårer fra 1-6 hvor 1= ikke i det hele tatt og 6=svært mye.

Alder til barn/ungdom (Binned)	Mean	N	Std. Deviation
0-3	3.94	18	1.474
4-5	4.08	12	1.443
6-12	4.82	28	.863
13-18	5.07	14	1.207
Total	4.53	72	1.267

ANOVA , $p < 0.05$.

Tabell 6.6.3 Gjennomsnittskårer ved T3 på spørsmålet ” I hvor stor grad opplever du at samtalene med psykologen har hjulpet deg?” fordelt på aldersgruppe barn/ungdom. Foreldreskårer. Skårer fra 1-6 hvor 1= ikke i det hele tatt og 6=svært mye.

Alder til barn/ungdom (Binned)	Mean	N	Std. Deviation
0-3	3.38	13	1.557
4-5	3.86	7	1.574
6-12	4.11	19	.994
13-18	4.82	11	1.079
Total	4.04	50	1.324

Tabell 6.6.4 Gjennomsnittskårer ved T2 på spørsmålet ” I hvilken grad opplever du/dere at samtalene med psykologen har forandret forholdet mellom deg og din familie?” Foreldreskårer. Skårer fra 1-6 hvor 1= ikke i det hele tatt og 6=svært mye.

Alder til barn/ungdom (Binned)	Mean	N	Std. Deviation
0-3	3.13	15	1.246
4-5	3.64	11	1.362
6-12	3.67	27	1.074
13-18	3.55	11	1.572
Total	3.52	64	1.247

Tabell 6.6.5 Gjennomsnittskårer ved T3 på spørsmålet ” I hvilken grad opplever du/dere at samtalene med psykologen har forandret forholdet mellom deg og din

familie?” fordelt på aldersgruppe barn/ungdom. Foreldreskårer. Skårer fra 1-6 hvor 1= ikke i det hele tatt og 6=svært mye.

Alder til barn/ungdom (Binned)	Mean	N	Std. Deviation
0-3	2.83	12	1.403
4-5	3.00	7	1.000
6-12	3.06	18	1.110
13-18	4.00	10	1.247
Total	3.19	47	1.245

Til kap. 6.7 Nye måter å takle problemene på?

Tabell 6.7.1. Fordeling av skårer på påstanden ”Jeg/vi har lært meg/oss nye måter å takle problemene på i timene med psykologen.” fordelt på aldersgruppe barn/ungdom. Barne/ungdomsutvalget. Jmf figur 6.7.1 i kap. 6.7.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Stemmer ikke	1	.9	6.7	6.7
Stemmer delvis	2	1.7	13.3	20.0
Stemmer helt	12	10.3	80.0	100.0
Total	15	12.8	100.0	
Missing System	102	87.2		
Total	117	100.0		

Tabell 6.7.2. Fordeling av skårer på påstanden ”Jeg/vi har lært meg/oss nye måter å takle problemene på i timene med psykologen.” Foreldreutvalget. Jmf figur 6.7 i kap. 6.7.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Stemmer ikke	11	9.4	16.4	16.4
Stemmer delvis	29	24.8	43.3	59.7
Stemmer helt	27	23.1	40.3	100.0
Total	67	57.3	100.0	
Missing System	50	42.7		
Total	117	100.0		

Tabell 6.7.3. Gjennomsnittskårer på variabelen ”Jeg/vi har lært meg/oss nye måter å takle problemene på i timene med psykologen.” fordelt på aldersgrupper barn/ungdom i hhv barne/ungdomsutvalget og foreldreutvalget ved T2.

Alder til barn/ungdom (Binned)		Barn/unge- utvalget	Foreldre- utvalget*
0-3	Mean		1.73
	N		15
	Std. Deviation		.704
4-5	Mean		2.25
	N		12
	Std. Deviation		.754
6-12	Mean	3.00	2.44
	N	1	27
	Std. Deviation	.	.577
13-18	Mean	2.71	2.38
	N	14	13
	Std. Deviation	.611	.768
Total	Mean	2.73	2.24
	N	15	67
	Std. Deviation	.594	.720

*ANOVA $p < 0.05$.

Til kap. 7.1 Faktoranalyse

Tabell 7.1.3. 16 spørsmål og informantenes gjennomsnittskårer, hhv selvrappport barn/ungdom og foresatteskårer. Utgangspunkt for faktoranalyse. Skårer fra 1-3, hvor 1=stemmer ikke, 2=stemmer delvis og 3=stemmer helt. Noen av leddene i tabellen er snudd/rekodet slik at de får samme verdi som de andre, dvs jo høyere gjennomsnittverdi, jo mer positivt er svaret.

		N foresatte	Mean foresatte	N ungdom	Mean ungdom
1	Jeg ble godt ivaretatt av helsesøster før jeg fikk hjelp av Psykologtjenesten.	39	2,74	9	2.11
2	Jeg fikk god informasjon om hvilke hjelp jeg kunne få før og under samtalene med psykologen	66	2,79	13	2.69
3	Det gikk altfor lang tid mellom samtalene med psykologen.	73	2.26	16	2.81
4	Det har vært enkelt å kontakte psykologen utenom avtalt tid	28	2,64	6	2.67
5	Vi snakket om det jeg syntes var mest nyttig å snakke om.	72	2,74	15	2,93
6	Jeg skulle ønske at jeg hadde fått hjelp tidligere.	73	1.81	16	2.13
7	Jeg opplevde at psykologen raskt forsto hvorfor jeg trengte hjelp.	72	2,72	14	2.79
8	Det har dukket opp flere problemer etter at jeg begynte å snakke med psykologen.	72	2.50	16	2,56
9	Jeg har lært meg nye måter å takle problemene på i timene med psykologen	70	2,24	15	2.73
10	Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson	60	2.65	13	2.62
11	Psykologen snakket på en forståelig måte.	73	2.90	16	2.94
12	Tiden ble for knapp hver gang jeg var hos psykologen	72	2.49	16	2,94
13	Jeg var ofte uenig med psykologen.	73	2.77	16	2,69
14	Psykologen tok hensyn til det jeg sa.	70	2.90	16	3.00
15	Psykologen har hjulpet meg på en annen måte enn andre hjelpere har gjort tidligere	42	2.38	13	2.77
16	Psykologen visste mye om slike vansker som jeg/vi henvendte oss for	69	2.61	12	3.00

Tabell 7.1.4. KMO og Bartlett`s test på faktoranalyse på alle de 16 leddene vist i tabell 7.1.1.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.563
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	33.513
	df	120
	Sig.	1.000

Tabell 7.1.5. KMO og Bartlett`s test på faktoranalyse på hvor ledd 3, 4 og 12 er fjernet.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.762
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	108.929
	df	78
	Sig.	.012

p < 0.05.

Tabell 7.1.6. Component-matrise etter mønster som er dannet av egenverdier (eigenvalue).

	Component			
	1	2	3	4
Psykologen tok hensyn til det jeg/vi sa	.758			
Psykologen har hjulpet meg/oss på en annen måte enn andre hjelpere har gjort tidligere	.733			
Jeg opplevde at psykologen raskt oppfattet hva som var grunnen til at jeg/vi søkte hjelp	.667			
Vi snakket om det jeg syntes var mest nyttig å snakke om	.644			
Psykologen snakket på en forståelig måte	.633			
Jeg/vi har lært meg/nye måter å takle problemene på i timene med psykologen	.632			-.426

Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson	.611			
Psykologen visste mye om slike vansker som jeg/vi henvendte oss for	.585			
rønske_fått		.646	-.441	
rdukket_opp		.582		
rofte_uenig			.799	
Jeg/vi fikk god info om hjelpetilbudet før og under samtalene med psykologen		.460	.469	
Jeg/vi ble godt ivaretatt av helsesøster før jeg/vi fikk hjelp av Psyktj				.573

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Tabell 7.1.7. Reliabilitetstest for de 8 leddene som danner faktor 1, N=49.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.738	.783	8

Tabell 7.1.8. Sum av ulike statistiske verdier fremkommet ved reliabilitetstest på de 8 leddene som danner faktor 1.

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2.724	2.265	2.980	.714	1.315	.057	8

Tabell 7.1.9. Reliabilitetstest for faktor 1 hvor 2 av leddene er fjernet, N= 57. (jmf. Tabell 7.1.7)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.730	.787	6

Tabell 7.1.10 Sum av ulike statistiske verdier fremkommet ved reliabilitetstest på faktor 1 hvor 2 av leddene er fjernet (jmf tabell 7.1.8).

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2.787	2.509	2.947	.439	1.175	.028	6
Item Variances	.177	.051	.362	.311	7.123	.016	6

Til kap. 7.2 Terapeutisk allianse

Tabell 7.2.1. Frekvenstabell over faktoren "Terapeutisk allianse". Jmf figur 7.2.1 i kap. 7.1.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Stemmer ikke	2	1.7	2.7	2.7
	Stemmer delvis	44	37.6	60.3	63.0
	Stemmer helt	27	23.1	37.0	100.0
	Total	73	62.4	100.0	
Missing	System	44	37.6		
Total		117	100.0		

Tabell 7.2.2. Crosstabs over variablene ”Terapeutisk allianse” og aldersgruppe barn/ungdom, jmf figur 7.2.2 i kap 7.2.

			Alder til barn/ungdom (Binned)			
			0-3 *	4-5	6-12	13-18
Terapeutisk allianse	St. ikke	Count	1	0	0	1
		% within Alder	5.6%	.0%	.0%	7.1%
	St. delvis	Count	14	8	15	7
		% within Alder	77.8%	66.7%	51.7%	50.0%
	St. helt	Count	3	4	14	6
		% within Alder	16.7%	33.3%	48.3%	42.9%
Total	Count	18	12	29	14	
	% of Total within Alder	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

* $p < 0.05$

Til kap. 7.3 Informasjon før og under samtalene med psykologen.

Tabell 7.3.1 Gjennomsnittskåre på hhv selvrapport barn/ungdom og foreldreutvalget på påstanden ”Jeg/vi fikk god informasjon om hjelpetilbudet før og under samtalene med psykologen”.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Selvrapport barn/ungd	14	1	4	2.79	.699
Foreldre	66	2	3	2.79	.412
Valid N (listwise)	8				

Til Kap. 7.4 Tilfredshet med kompetansen

Tabell 7.4.1. Selvrappport barn/unge på påstanden ”Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson”.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	St. delvis	5	4.3	38.5	38.5
	St. helt	8	6.8	61.5	100.0
	Total	13	11.1	100.0	
Missing	System	104	88.9		
Total		117	100.0		

Tabell 7.4.2. Foreldrenes svar på påstanden ”Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson”.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	St. ikke	2	1.7	3.3	3.3
	St. delvis	17	14.5	28.3	31.7
	St. helt	41	35.0	68.3	100.0
	Total	60	51.3	100.0	
Missing	System	57	48.7		
Total		117	100.0		

Tabell 7.4.3 Crosstabs av påstandene ”Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson” og ”Psykologen har hjulpet meg/oss på en annen måte enn andre hjelpere har gjort.”. Foreldreutvalget. Jmf figur 7.4.1 i kap. 7.4.

		Hjelp av psykolog			Total
		1	2	3	
Psykologen hjulpet på annen måte.....	St. ikke	1	1	0	2
	St. delvis	0	9	10	19
	St. helt	0	1	16	17
Total		1	11	26	38

Pearson`s R = 0.6 Signifikant $p < 0.05$.

Tabell 7.4.4 Selvrappport barn/ungdom på påstanden “Jeg var ofte uenig med psykologen”.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	St. ikke	1	.9	6.3	6.3
	St. delvis	2	1.7	12.5	18.8
	St. helt	13	11.1	81.3	100.0
	Total	16	13.7	100.0	
Missing	System	101	86.3		
Total		117	100.0		

Tabell 7.4.5. Foreldrenes svar på påstanden “Jeg var ofte uenig med psykologen”.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	St. ikke	5	4.3	6.8	6.8
	St. delvis	2	1.7	2.7	9.6
	St. helt	66	56.4	90.4	100.0
	Total	73	62.4	100.0	
Missing	System	44	37.6		
Total		117	100.0		

Referanseliste

- Ajo, A. & Vik, I. (2008) Psykologer ut i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 151-156.
- Alseth, Ø & Andreaasen, B.-A. (2004) *Kraftsenterundersøkelsen. Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Norsk Psykologforening.*
- Andersson, H.W., (2009) Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. *Sintef teknologi og samfunn*, Rapport 2/09.
- Andersson, H.W. Ose, S.O., & Norvoll, R (2006)Helsesøsters kompetanse. SINTEF helse, Rapport A558
- Andersson, H.W. Ose, S.O., & Sitter, M. (2005). *Psykisk helsevern for barn og unge- Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet.* Rapport STF78 A055009, SINTEF Helse.
- Andersson, H.W. & Steihaug, S. (2008) *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse.* SINTEF A4727
- Aasay, T.P & Lambert, M.J. (1999) The empirical case of common factors in therapy: Quantitative findings. I: Hubble, M.A, Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy.* Washington: The American Psychological Assosiation.
- Bachelor, A. & Horvath, A., (2004) The therapeutic realtionship. I Hubble, M.A, Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy.* Washington: The American Psychological Assosiation.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L (red) (1994) *Handbook of psychotherapy and behaviour change.* New York: Wiley.
- Bjertnæs, Ø.A., Garratt, A., Helgeland, J., Holmboe, O., Dahle, K.A., Hanssen-Bauer, K., & Røttingen, J-A. (2008). Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskr Nor Legeforen*, 128, 1041-1045.
- Boethius, S. B & Berggren, G. (1998) Forskning om barn- og ungdomspsykoterapi. En kunnskapsoversikt. *Ericastiftelsen.*
- Brunstad, A.L (2007) Lavterskelarbeid med barn og foreldre. En arbeidsmodell og erfaringer I Øvreeide, H. & Haavind, H: *Barn og unge i psykoterapi. Fremgangsmåter og forandring.* Gyldendals Akademiske, Oslo.

Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L & Thomas H. (2002) The measurement of satisfaction with healthcare: Implication for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*; 6: 1-244.

deShazer, S. (1985) *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009) Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, nr 2, 5. årgang.

Duncan, B. & Sparks, J. (2008) *I felleskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R & Kwan, I. (2002) Increasing response rates to postal questionnaires: Systematic review. *British medical Journal*, 324; 1183.

Gaston, L. (1990) The concept of the alliances and its role in psychotherapy: *Theoretical and empirical considerations*, *Psychotherapy*, 27, 143-153.

Harmon, C., Lambert, S.L., Smart, D.M., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., Slade, K. & Lutz W. (2007) Enhancing outcome of potential treatment of failures. Therapist/client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17, 379-392.

Heierdahl, S. (2003) *SDQ – Strength and difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN*. *Norsk Epidemiologi*, 13 (1): 127-135.

Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008) The Nordic advantage in child mental health: Separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry* 49:6, 678-685.

Heiervang E., Stormark KM., Lundervold A., Heimann M., Goodman R., Posserud MB., Ullebø AK., von Plessen K., Bjelland I., Lie SA. & Gillberg C., (2007) Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* . 46:4, 438-447

Helsedepartementet (2003) ...sammen om psykisk helse.... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.

Helsedirektoratet (2008) *Psykologer i kommunen – barrierer og tiltak for økt rekruttering*. IS-1565.

Heltef (2004) Helserapport for barn og ungdom i Akershus - Barnerapporten. Rapport nr. 1. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Heltef (2004) Helserapport for barn og ungdom i Akershus - Ungdomsrapporten. Rapport nr. 2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Hoel, A.K. (2006) *Rapport forprosjekt: Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid: Psykologenes bidrag*. Norsk Psykologforening.

Holmboe, O. & Garratt, A. (2007) *Foresattes erfaringer med tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Utvikling og spørreskjema om innsamlingsopplegg*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Holmboe, O., van Roy, B., Clench-Aas, J. & Dahle, K.A. (2006) *Sosiale ulikheter I helsetjenester blant barn i Akershus*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Imenes, K. (2002) *Sentrale terapeutiske elementer i korttidsorientert terapi med tenåringsjenter. En undersøkelse basert på intervjuer av klienter og psykologer ved Gyssestad gård*. Hovedoppgave, Psykologisk institutt UiO.

Johannessen, A, Tufte, PA og Kristoffersen, L (2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Abstrakt forlag, Oslo.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. & Hawkins E.J. (2001) The effects of providing therapists with feedback of patient progress during psychotherapy: Are outcome enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.

Lund, T. (2002) *Kvasi-eksperimentelle design I Lund, T. Innføring i forskningsmetodologi*. Unipub: Oslo.

Mathiesen, Kjeldsen, Skipstein, Karevold, Torgersen, Helgeland. *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. Rapport 2007:5 fra Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Moutoussis, M., Gilmour, F. & Orrell, M.W., Quality of care in psychiatric out-patient department. *Journal of Mental Health*. 200; 9: 409-420.

Nordvoll, R., Andersen, W.H., Ådnes, M. & Ose, S.O (2006) *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud*. Rapport, Sintef A246

Nytingnes, O. (2008) *Vet fagfolk best? Klienten som kunnskapskilde om veier til endring*. I Ulvestad, K., Henriksen, A.K., Tuseth, A.G & Fjeldstad, T: *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Polit, DF & Beck, CT (2004) *Nursing Research Principles and methods*, Lippencott W. & Wilkins.

Powell, R.A., Halloway, F., Lee, J. & Sitzia, J. (2004) Satisfaction research an the uncrowned king: Challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 13: 11-20.

Psykisk, nr.1 (2008) *Nyhetsbrev om Opptappingsplanen for psykisk helse*, s 2.

Roy, B.V., Grøholt, B., Heyerdahl, S. & Clench-Aas, J. (2006) Self-reported strength and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. *European Child Adolescent Psychiatry*, 15: 189-198

Sitter, M. (2008) *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Sintef, A5204

Sitter, m & Andersson, H.W. (2005) *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker*. SINTEF-rapport.

Skjerven, E. (2007) *Tjenestebeskrivelse* (for kortversjon se <http://www.baerum.kommune.no/psbu>)

Smeeth, L. & Fletcher, A.E. (2002) Improving the response rates to questionnaires. *British Medical Journal*, 324, 1168-1169.

Snyder, R.C., Scott, T.M & Cheavens, J.S., (2004) Hope as a Psychotherapeutic foundation of common factors, placebos and expectancies. I Hubble, M.A, Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: The American Psychological Association.

Sosial- og helsedirektoratet (2006) Rundskriv IS-1/2006. Nasjonale mål, hovedprioriteringar og tilskot for 2006.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. IS-1443.

Sprenckle, D. H, Blow, A.J. & Dickey, M. H. (1999) Common factors and other nontechnique variables in marriage and family therapy. I: Hubble, M.A, Duncan, B.L. & Miller, S.D. *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: The American Psychological Association.

Statistisk sentralbyrå (2010) Familievern. Endelige tall familievernet 2008.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Svensden, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I Hovin, H. & Øvreeide, H, *Barn og unge i psykoterapi – Samspill og utviklingsforståelse* (s. 69-93). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tuseth, A.G. (2008) Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I Ulvestad, K., Henriksen, A.K., Tuseth, A.G & Fjeldstad, T: *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wessel, H & Steinhaug, S (2008) *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport Sintef A4727

Young, J.G. & Ferrari, P. (1998) Designing Mental Health Services and Systems for Children and adolescents: A Schrewd Investment. *International Assosiation for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*. Edward brothers, Ann Arbor, MI.

Young SC, Nicholson J, Davis M (1995) An overview of issues in research on consumer satisfaction with child and adolescent mental health services. *Journal of Child Family Studies*, 4: 219-38.

Zwier, G. & Clark, D. (1999) How well do we monitor patients satisfaction? Problems with the nation-wide patient survey. *New Zealand Medical Journal*; 8: 112 (1097): 371-375.

Årsrapport for Psykisk helsetjeneste for barn og unge (2006) Bærum kommune.

Årsrapport for Psykisk helsetjeneste for barn og unge (2007) Bærum kommune.

Vedlegg

11-16 år

Vil du delta i en undersøkelse?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en undersøkelse for å finne ut hvordan hjelpen du og andre får ved **Psykologtjenesten ved Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU)** virker. For å få finne best mulig ut om dette, vil du bli spurt om å fylle ut spørreskjema ved flere anledninger, til sammen tre ganger. Utfyllingen vil ta noen minutter hver gang. For barn mellom 11 og 16 år og som deltar i samtalene med psykologen, må foreldrene også samtykke.

Beskyttelse og taushetsplikt

Det som du har svart i spørreskjemaene vil legges inn i et dataprogram. Dataene lagres under en egen kode for hver deltager. Koden vil knyttes til ditt navn i en navneliste, som kun psykologene ved PSBU og hans/hennes medhjelpere har adgang til. Navnelistene vil oppbevares nedlåst og atskilt fra prosjektleder og andre prosjektdeltakere. Psykologene vil ikke ha mulighet til å se spørreskjemaene som du har svart på. Det vil ikke være mulig å kjenne deg igjen ut fra det du har svart i spørreskjemaene.

Når alle data fra undersøkelsen er kodet, vil alle opplysninger knyttet til deg som person bli slettet. Det skjer innen 31.12.09.

Frivillighet

Det er helt frivillig å bli med i undersøkelsen og du eller foreldrene dine kan på ethvert tidspunkt bestemme at du ikke skal være med i undersøkelsen. Dette vil ikke få noen betydning for den hjelpen du får fra Psykologtjenesten.

Psykologen og hans/hennes medhjelpere, vil være behjelpelig hvis du har spørsmål eller trenger hjelp med utfyllingen av skjemaene.

Det kan bli aktuelt å spørre deg/dine foreldre om å delta videre i undersøkelsen etter de tre gangene. Du/dere vil få nytt informasjonsbrev om dette og må igjen samtykke for å delta.

Dersom du har spørsmål til undersøkelsen, så kontakt

Anne Lothe Brunstad
Prosjektleder
Avd. for Tjenesteutvikling, Bærum

kommune

Tlf: 67 50 41 34 / 400 17 620
E-post:

Anne.brunstad@baerum.kommune.no

Info.skriv for:

*Foreldre/foresatte

(m barn 0-18 år)

* Ungdom 16-18

Forespørsel om deltakelse i en undersøkelse.

”Psykisk helsehjelp med lav terskel? Evaluering av Psykologtjenesten”.

Målet med prosjektet er å se hvilken effekt hjelpetilbudet ved Psykologtjenesten har overfor barn, unge og deres foreldre. For å få finne ut om dette, er det satt i gang en undersøkelse med spørreskjema til brukere av tjenesten. Det vil bli utdelt spørreskjema til sammen tre ganger, som vil være både før og etter behandlingskontakten med psykologen. Utfyllingen vil ta noen minutter hver gang.

Leder av undersøkelsen er Anne Lothe Brunstad. Hun er psykolog og jobber ved Avdeling Tjenesteutvikling i Bærum kommune.

Beskyttelse og taushetsplikt

Data fra de utfylte spørreskjemaene vil legges inn i en lukket database hos prosjektlederen ved Avd. Tjenesteutvikling. En kode knytter deg til ditt navn i en navneliste. Navnelister og adresser oppbevares nedlåst og er kun tilgjengelig for psykologene ved PSBU og deres medhjelpere. Prosjektleder og medarbeidere vil ikke ha tilgang til disse, og psykologene eller andre ved PSBU/helsestasjon vil ikke ha tilgang til de besvarte spørreskjemaene. Dataene skal kun anvendes i dette evalueringsprosjektet knyttet opp til de målene som er for undersøkelsen. Når alle data fra undersøkelsen er kodet, vil alle opplysninger knyttet til deg som person bli slettet. Det skjer innen 31.12.09.

Frivillighet

Det er helt frivillig å bli med i undersøkelsen og du kan på ethvert tidspunkt trekke deg fra å bli med. Dette vil ikke få noen betydning for den hjelpen du får fra Psykologtjenesten.

Psykologen og hans/hennes medhjelpere, vil være behjelpelig hvis du har spørsmål eller trenger hjelp med utfyllingen av skjemaene.

Det kan bli aktuelt å spørre deg/dine foreldre om å delta videre i undersøkelsen etter de tre gangene. Du/dere vil få nytt informasjonsbrev om dette og må igjen samtykke for å delta.

Dersom du har spørsmål til undersøkelsen, så kontakt

Anne Lothe Brunstad
Prosjektleder
Avd. for Tjenesteutvikling, Bærum

kommune

Tlf: 400 17 620
E-post:

Anne.brunstad@baerum.kommune.no

Kodenr.	
----------------	--

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen

”Psykisk helsehjelp med lav terskel - en evaluering av Psykologtjenesten”

Jeg har lest informasjonen om undersøkelsen og er kjent med hva undersøkelsen innebærer for mitt barn som er mellom **11 og 16 år**.

Jeg er villig til at barnet mitt

(Navn og fødselsdato på barnet)

kan få delta i undersøkelsen.

(Signert av foresatte, dato)

Kodenr.	
----------------	--

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen

”Psykisk helsehjelp med lav terskel - en evaluering av Psykologtjenesten”

Jeg har lest informasjonen om undersøkelsen og er kjent med hva undersøkelsen innebærer for meg.

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg er:

(Kryss av for riktig kategori)

Barn mellom 11 og 16 år

Ungdom mellom 16 og 18 år:

Foreldre/foresatt:

Kodenr.	
---------	--

--	--

**Evaluering av Psykologtjenesten ved
T1/foreldre/foresatte +
Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).
18 år**

Ungdom 16-

Skjema fylles ut av (sett kryss):

Ungdom	<input type="checkbox"/>	Kjønn:	Gutt	<input type="checkbox"/>	Jente	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>					
Far	<input type="checkbox"/>					
Andre	<input type="checkbox"/>	Hvem?				

Sivilstand til foreldre (sett kun ett kryss)	Gift	<input type="checkbox"/>	Samboer	<input type="checkbox"/>	Ugift/ Bor ikke sammen	<input type="checkbox"/>	Skilt/ separert	<input type="checkbox"/>
Alder på den som fyller ut skjema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Postnummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Dato for utfylling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dag mnd år							

1. Har du/dere hatt kontakt med Psykologtjenesten før? (sett ett kryss) Ja
Nei

2. Jeg fikk kjennskap til Psykologtjenesten via:
(Sett ett kryss i den ruten som passer best)

1. Helsesøster <input type="checkbox"/>	5. Barnevernstjenesten <input type="checkbox"/>	9. Brosjyre <input type="checkbox"/>
2. Fastelegen <input type="checkbox"/>	6. Familievernkontoret <input type="checkbox"/>	10. Internett <input type="checkbox"/>
3. PP-tjenesten <input type="checkbox"/>	7. Utekontakten <input type="checkbox"/>	11. Annet <input type="checkbox"/>
4. Barnehage/skoler <input type="checkbox"/>	8. Venner/naboer <input type="checkbox"/>	

3. Når fikk du/dere første time etter at du/dere kom i kontakt med Psykologtjenesten?
(Sett ett kryss i den ruten som passer best)

1. I løpet av en uke <input type="checkbox"/>	3. Mellom 2 og 4 uker <input type="checkbox"/>	5. 7 uker eller mer <input type="checkbox"/>
2. Mellom 1 og 2 uker <input type="checkbox"/>	4. Mellom 4 og 6 uker <input type="checkbox"/>	

Vennligst fyll ut neste side også.

4. Jeg opplevde tiden fra jeg fikk kontakt med Psykologtjenesten til 1. time som passe lang.

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig						Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hvem ønsker mest at du/dere søker hjelp? (her kan du krysse av for flere muligheter)

1. Deg selv <input type="checkbox"/>	4. Helsesøster <input type="checkbox"/>	7. PP-tjenesten <input type="checkbox"/>
2. Barnet/ungdommen <input type="checkbox"/>	5. Fastlegen <input type="checkbox"/>	8. Venner <input type="checkbox"/>
3. foreldre/foresatte <input type="checkbox"/>	6. Barnehagen/skolen <input type="checkbox"/>	9. Andre <input type="checkbox"/>

6. Hva ønsker du/dere hjelp med? Nevn kort opptil 3 stikkord.

--

7. Evt kommentar

--

Takk for innsatsen!

Kodenr.	
---------	--

**Evaluering av Psykologtjenesten ved
16år
Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).**

T1/11-

Skjema fylles ut av (sett kryss):

Gutt Jente

Alder:

Postnummer der du bor:.....

Dato for utfylling av dette skjemaet:.....

1. Har du vært hos Psykologtjenesten før? (sett ett kryss)

Ja Nei

2. Jeg fikk vite om Psykologtjenesten av:

(Sett ett kryss i den ruten som passer best)

1. Helsesøster <input type="checkbox"/>	5. Barnevernstjenesten <input type="checkbox"/>	9. Brosjyre <input type="checkbox"/>
2. Fastelegen <input type="checkbox"/>	6. Familievernkontoret <input type="checkbox"/>	10. Internett <input type="checkbox"/>
3. PP-tjenesten <input type="checkbox"/>	7. Utekontakten <input type="checkbox"/>	11. Annet <input type="checkbox"/>
4. Barnehage/skoler <input type="checkbox"/>	8. Venner/naboer <input type="checkbox"/>	

3. Når fikk du første time etter at du kom i kontakt med Psykologtjenesten?

(Sett ett kryss i den ruten som passer best)

1. I løpet av en uke <input type="checkbox"/>	3. Mellom 2 og 4 uker <input type="checkbox"/>	5. 7 uker eller mer <input type="checkbox"/>
2. Mellom 1 og 2 uker <input type="checkbox"/>	4. Mellom 4 og 6 uker <input type="checkbox"/>	

4. Jeg opplevde tiden fra jeg fikk vite at jeg hadde time hos psykolog til 1. time som passe lang.

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig					Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

også.

Vennligst fyll ut neste side

5. Hvem ønsker mest at du søker hjelp? (her kan du krysse av for flere muligheter)

1. Deg selv <input type="checkbox"/>	4. Fastlegen <input type="checkbox"/>	7. Venner <input type="checkbox"/>
2. Foreldreforesatte <input type="checkbox"/>	5. Barnehagen/skolen <input type="checkbox"/>	8. Andre <input type="checkbox"/>
3. helsesøster <input type="checkbox"/>	6. PP-tjenesten	

6. Hva ønsker du hjelp med? Nevn kort opptil 3 stikkord.

7. Evt kommentar

Takk for innsatsen!

Kodenr.	
---------	--

**Evaluering av Psykologtjenesten ved
T2/foreldre/foresatte +
Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).
år.**

Ungdom 16-18

Skjema fylles ut av (sett kryss):

Ungdom	<input type="checkbox"/>	Kjønn:	Gutt	<input type="checkbox"/>	Jente	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>					
Far	<input type="checkbox"/>					
Andre	<input type="checkbox"/>	Hvem?				

Sivilstand til foreldre (sett kun ett kryss)	Gift	<input type="checkbox"/>	Samboer	<input type="checkbox"/>	Ugift/ Bor ikke sammen	<input type="checkbox"/>	Skilt/ separert	<input type="checkbox"/>
Alder på den som fyller ut skjema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Postnummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Dato for utfylling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dag mnd år							

- 1. Hvor mange samtaler har du/dere hatt til sammen med psykologen?
Dette gjelder også samtaler der f.eks helsesøster eller andre har vært til stede.
(sett ett kryss i den ruten som passer)**

1. 1 time	<input type="checkbox"/>	4. 4 timer	<input type="checkbox"/>	7. 11 eller flere	<input type="checkbox"/>
2. 2 timer	<input type="checkbox"/>	5. 5 timer	<input type="checkbox"/>		
3. 3 timer	<input type="checkbox"/>	6. 6-10 timer	<input type="checkbox"/>		

2. Jeg opplevde at dette var tilstrekkelig antall timer i forhold til det jeg/vi trengte hjelp til?

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig						Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vennligst fyll ut neste side også.

3. Hvor har samtalene med psykologen foregått?

(Her kan du krysse av på flere muligheter)

1. Brynsveien 88A	<input type="checkbox"/>	4. Skolen	<input type="checkbox"/>
2. Helsestasjonen	<input type="checkbox"/>	5. Hjemme	<input type="checkbox"/>
3. Barnehagen	<input type="checkbox"/>	6. Annet sted	<input type="checkbox"/>

4. Jeg opplevde at det var lett å få kontakt med Psykologtjenesten.

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig						Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Jeg opplevde å få den hjelpen jeg/vi ønsket.

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig					Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Var det noe du/dere ikke fikk hjelp til? (sett ett kryss) Ja
 Nei

Hvis ja: Beskriv med få stikkord hva du ikke syntes du fikk hjelp til.

Vennligst fyll ut neste side også.

6. Opplevelse av hjelpetilbudet

Under finner du en del påstander. Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer, Stemmer helt og Vet ikke/ikke aktuelt

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt	Vet ikke/ikke aktuelt
Jeg/vi ble godt ivaretatt av helsesøster før jeg/vi fikk hjelp av Psykologtjenesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi fikk god informasjon om hjelpetilbudet før og under samtalene med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det gikk altfor lang tid mellom samtalene med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har vært enkelt å kontakte psykologen utenom avtalt tid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi snakket om det jeg syntes var mest nyttig å snakke om.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg skulle ønske at jeg/vi hadde fått hjelp tidligere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg opplevde at psykologen raskt oppfattet hva som var grunnen til at jeg/vi søkte hjelp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har dukket opp flere problemer etter at jeg/vi begynte å snakke med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi har lært meg/oss nye måter å takle problemene på i timene med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen snakket på en forståelig måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiden ble for knapp hver gang jeg/vi var hos psykologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg/vi var ofte uenig med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen tok hensyn til det jeg/vi sa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen har hjulpet meg/oss på en annen måte enn andre hjelpere har gjort tidligere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen visste mye om slike vansker som jeg/vi henvendte oss for.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. I hvor stor grad har du opplevd at samtalene med psykologen har hjulpet deg/dere?

(Sett kun ett kryss)	Ikke i det hele tatt						Svært mye	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vennligst fyll ut neste side

også.

10. I hvilken grad opplever du at samtalene med psykologen har forandret forholdet mellom deg og familien din?

(Sett kun ett kryss)	Ikke i det hele tatt						Svært mye	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. Har det vært nødvendig med samarbeid med andre hjelpere/instanser (f.eks PP-tjenesten, Utekontakten o.l)? Ja Nei

Hvis ja: Beskriv med noen få stikkord om hva som har vært viktig med dette samarbeidet.

12. Har det vært nødvendig med viderehenvisning til Spesialisthelsetjenesten, f.eks barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?

Nei

Ja

Hvis ja: Beskriv med få stikkord hvorfor det er behov for en viderehenvisning.

Øvrige kommentarer?

--

Takk for innsatsen!

Kodenr.	
---------	--

**Evaluering av Psykologtjenesten ved
11-16 år
Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).**

T2/barn

Skjema fylles ut av (sett kryss):

Gutt Jente

Alder:

Postnummer der du bor:.....

Dato for utfylling av dette skjemaet:.....

- 2. Hvor mange samtaler har du hatt til sammen med psykologen?**
Dette gjelder også samtaler der f.eks helsesøster eller andre har vært til stede.
(sett ett kryss i den ruten som passer)

1. 1 time	<input type="checkbox"/>	4. 4 timer	<input type="checkbox"/>	7. 11 eller flere	<input type="checkbox"/>
2. 2 timer	<input type="checkbox"/>	5. 5 timer	<input type="checkbox"/>		
3. 3 timer	<input type="checkbox"/>	6. 6-10 timer	<input type="checkbox"/>		

2. Jeg synes jeg fikk mange nok timer i forhold til det jeg trengte hjelp til?

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig						Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vennligst fyll ut neste side også.

3. Hvor har samtalene med psykologen foregått?

(Her kan du krysse av på flere muligheter)

1. Brynsveien 88A	<input type="checkbox"/>	4. Skolen	<input type="checkbox"/>
2. Helsestasjonen	<input type="checkbox"/>	5. Hjemme	<input type="checkbox"/>
3. Barnehagen	<input type="checkbox"/>	6. Annet sted	<input type="checkbox"/>

7. Jeg synes at det var lett å få kontakt med Psykologtjenesten.

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig						Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Jeg opplevde å få den hjelpen jeg ønsket.

Hvor uenig/enig er du (Sett kun ett kryss)	Helt uenig						Helt enig	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Var det noe du ikke fikk hjelp til? (sett ett kryss) Ja Nei

Hvis ja: Beskriv med få stikkord hva du ikke syntes du fikk hjelp til.

Vennligst fyll ut neste side også.

9. Opplevelse av hjelpetilbudet

Under finner du en del setninger/utsagn. Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer, Stemmer helt og Vet ikke/ikke aktuelt. Sett kun ett kryss for hvert utsagn.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt	Vet ikke/ikke aktuelt
Jeg ble godt ivaretatt av helsesøster før jeg fikk hjelp av Psykologtjenesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk god informasjon om hvilke hjelp jeg kunne få før og under samtalene med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det gikk altfor lang tid mellom samtalene med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har vært enkelt å kontakte psykologen utenom avtalt tid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi snakket om det jeg syntes var mest nyttig å snakke om.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeg skulle ønske at jeg hadde fått hjelp tidligere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplevde at psykologen raskt forsto hvorfor jeg trengte hjelp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har dukket opp flere problemer etter at jeg begynte å snakke med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har lært meg nye måter å takle problemene på i timene med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var viktig å få hjelp av en psykolog og ikke en annen fagperson.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen snakket på en forståelig måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiden ble for knapp hver gang jeg var hos psykologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg var ofte uenig med psykologen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen tok hensyn til det jeg sa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen har hjulpet meg på en annen måte enn andre hjelpere har gjort tidligere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologen visste mye om slike vansker som jeg hadde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. I hvor stor grad synes du at samtalen med psykologen har hjulpet deg?

(Sett kun ett kryss)	Ikke i det hele tatt						Svært mye	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vennligst fyll ut neste side

også.

10. I hvilken grad synes du at samtalen med psykologen har forandret forholdet mellom deg og familien din?

(Sett kun ett kryss)	Ikke i det hele tatt						Svært mye	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. Har det vært nødvendig med samarbeid med andre hjelpere/instanser (f.eks PP-tjenesten, helsesøster, familievernkontoret og lignende)? Ja Nei

Hvis ja: Beskriv med noen få stikkord om hva som har vært viktig med dette samarbeidet.

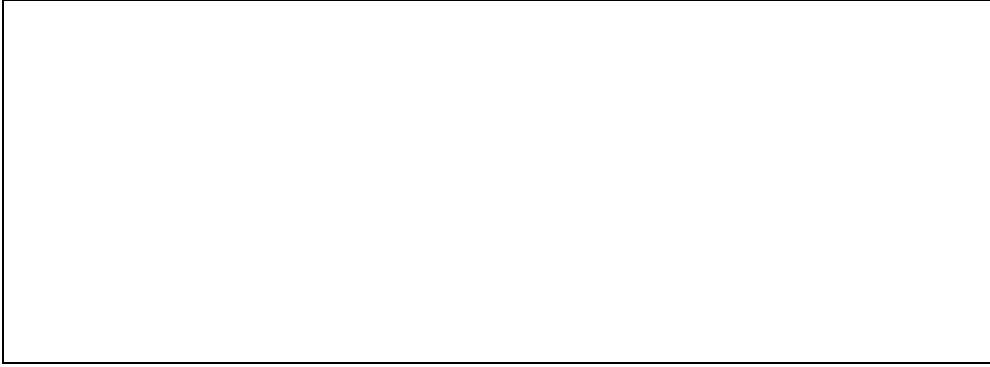
12. Har det vært nødvendig med viderehenvisning til Spesialisthelsetjenesten, f.eks barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for videre hjelp?

Nei

Ja

Hvis ja: Beskriv med få stikkord hvorfor det er behov for en viderehenvisning.

Andre ting du vil si, skriv her.



Takk for innsatsen!

Kodenr.	
---------	--

**Evaluering av Psykologtjenesten ved
T3/foreldre/foresatte +
Psykisk helsetjeneste for barn og unge (PSBU).
18 år**

Ungdom 16-

I forbindelse med at du/dere har hatt kontakt med Psykologtjenesten ved Psykisk helsetjeneste for barn og unge i Bærum kommune, har dere tidligere samtykket til å delta i en undersøkelse av Psykologtjenesten. Du har fylt ut spørreskjema før dere startet opp behandlingen og like etterpå. Nå ber vi deg om å fylle ut spørreskjema igjen, slik du tidligere har samtykket til. Dette skjema og det andre som er lagt ved, kan puttes i den ferdig frankerte og adresserte konvolutten, limes igjen og postlegges. Spørreskjemaene er kodet, men forskeren vil ikke kjenne igjen din identitet. Undersøkelsen er frivillig, og du kan når som helst innen 31.07.09 trekke dere fra studien.

Skjema fylles ut av (sett kryss):

Ungdom	<input type="checkbox"/>	Kjønn:	Gutt	<input type="checkbox"/>	Jente	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>					
Far	<input type="checkbox"/>					
Andre	<input type="checkbox"/>	Hvem?				

(Sett kun ett kryss)	Ikke i det hele tatt						Svært mye	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Har du/dere tatt ny kontakt med Psykologtjenesten igjen etter siste samtale dere hadde med psykologen?

Ja Nei

Hvis ja, beskriv med få stikkord om hvorfor.

4. Dersom det skulle bli behov for hjelp igjen, ville du tatt ny kontakt med Psykologtjenesten igjen?

Ja Nei

Hvis nei, beskriv med få stikkord om hvorfor.

Takk for innsatsen!

Vennligst fyll ut neste

side også.

2. I hvilken grad synes du at samtalene med psykologen har forandret forholdet mellom deg og familien din?

(Sett kun ett kryss)	Ikke i det hele tatt						Svært mye	Vet ikke/ Ikke aktuelt
	1	2	3	4	5	6	7	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Har du eller dine foreldre tatt ny kontakt med Psykologtjenesten igjen etter siste samtale du/dere hadde med psykologen?

Ja Nei

Hvis ja, beskriv med få stikkord om hvorfor.

4. Dersom du skulle trenge hjelp igjen, ville du ønsket ny kontakt med Psykologtjenesten igjen?

Ja Nei

Hvis nei, beskriv med få stikkord om hvorfor.

Takk for innsatsen!

SDQ spørreskjema finnes på R-BUP`s hjemmesider og kan lastes ned fra følgende link:
<http://www.sdqinfo.com/d21.html>