

2018

Legemidler og deres håndtering i barnverninstitusjoner



Jørgen G. Bramness, Lena Catherine
Lossius Westby, Vidar Hjellvik, Halvor
Fauske, Lars Lien

Forsidebilde: Jørgen G. Bramness © 2016

Rapportens del 1:

Hovedfunn og anbefalinger

Denne undersøkelsen er gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP) ved Sykehuset Innlandet, Hamar i samarbeid med Høgskolen i Innlandet Lillehammer, på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR) høsten 2018. Hovedintensjonen var å undersøke barn og ungdommer i barneverninstitusjoner sin bruk av medisiner (registerstudie) og hvordan institusjonene håndterer dette (spørreundersøkelsen). Lars Lien (leder ved N-ROP) har ledet arbeidet med undersøkelsen. Jørgen G. Bramness (N-ROP) og Vidar Hjellvik (FHI) har gjort arbeidet med registerstudien, mens Lena Catherine Lossius Westby og Halvor Fauske (begge fra Høgskolen Innlandet, Lillehammer; INN) har gjort arbeidet med spørreundersøkelsen.

Hovedfunn i registerstudien

Denne undersøkelsen koblet sammen en oversikt fra BUFDIR over barn og ungdom som var plassert på institusjon i en kortere eller lengre periode i 2016 (antallet var 2548 barn og unge) og data fra Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret). Målet med sammenkoblingen og undersøkelsen var å få informasjon om institusjonsplasserte barn og ungdommers bruk av reseptbelagte legemidler. Hovedfunnene i undersøkelsen er:

- Det var vanligst for barn og unge plassert i barneverninstitusjon å få skrevet ut legemidler til behandling av psykiske lidelser som angst, depresjon og ADHD.
- De som fikk forskrevet mest legemidler, hadde ett eller flere av følgende kjennetegn: de var blant de eldste ungdommene, var oftere jenter, var fra region sør, hadde atferdsforstyrrelse eller rusproblematikk som grunnlag for plassering i institusjon og/eller var institusjonsplassert hos en privat kommersiell aktør.
- Barn og unge plassert i barneverninstitusjon bruker mer legemidler enn andre barn og unge mot psykisk sykdom, og da spesielt antipsykotika, SSRI antidepressiver, sentralstimulerende midler og ikke-vanedannende sovemidler. Ofte er flere slike midler brukt av samme barn. Dette tyder på at institusjonsplasserte barn og unge oftere sliter med psykisk sykdom som ADHD, angst og depresjon.
- Barn og unge plassert i barneverninstitusjon bruker mer legemidler enn andre barn og unge til behandling av sykdommer i mage-tarm-kanalen og da spesielt syrehemmere og kvalmestillende.
- Barn og unge plassert i barneverninstitusjon bruker mindre legemidler enn andre barn og unge mot hudsykdommer, mindre legemidler mot infeksjoner (bl.a. antibiotika) og mindre legemidler mot sykdommer som astma og andre pusteproblemer enn. Dette kan tyde på at de får mindre oppmerksomhet omkring somatisk sykdom enn andre barn og unge. Denne skjevheten er større for de minste barna. Man kan snakke om underbehandling av somatisk sykdom
- Det er noe, men slett ikke høyt, forbruk av vanedannende legemidler.
- Det er ingen bruk av sterke smertestillende opioider.

- Barn og unge med rusmiddelproblemer som plasseringsgrunn har noe høyere forbruk av legemidler, men grunnet små grupper er det vanskelig å peke på enkeltlegemidler som denne gruppen bruker mer.

Hovedfunn i spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen omhandlet medisinhandteringen ved barneverninstitusjoner. Undersøkelsen ble gjort med et web-basert spørreskjema som ble sendt ut til 125 ledere ved norske barneverninstitusjoner. Til sammen 77 (62 %) spørreskjemaer ble besvart. Resultatene i denne rapporten gir et bilde av medisinhandteringen på det tidspunktet spørreskjemaet ble besvart. Det må tas noen forbehold med en svarprosent på 62, men de institusjonene som har svart, dekker bredden i typer institusjoner og kan slik sett være dekkende for helheten av institusjoner. Vi tror derfor at resultatene sier noe om dagens tilstand relatert til helseoppfølging, legemiddelhandtering og medisinbruk i norske barneverninstitusjoner.

- Norske barneverninstitusjoner har i hovedsak opprettet prosedyrer eller rutiner på de fleste områder knyttet til medisinhandtering. På noen områder er det noe variasjon mht. hvordan institusjonen i praksis håndterer prosedyrene. Noen av disse praksisene kan innebære en risiko for uønskede hendelser, og enkelte av praksisene er kanskje i konflikt med Rettighetsforskriften [1].
- Variasjonene når det gjelder hvordan prosedyrene håndteres i praksis, synes ikke å være knyttet om leverandøren er en statlig, ideell organisasjon eller privat kommersiell aktør. Variasjonene er heller knyttet til fordeling av ansvarsområder og ansattes funksjoner i institusjonen.
- Omlag 4 av 5 oppgir at institusjonen har en helseansvarlig. Bare 3 % har ikke oppnevnt helseansvarlig. Institusjonene opererer med flere begreper og funksjoner knyttet til helse- og medisinoppfølging. Mens «helseansvarlig» er det offentlig brukte begrepet, brukes også begrepene «medisinansvarlig», «vernepleier» og «miljøterapeut med særskilt ansvar».
- Institusjonene varierer med hensyn til om det er opprettet kontakt med fastlege for ungdommene ved inntak, og det er ulik forståelse av hvem som har ansvaret for å opprette en slik kontakt. 70 % svarer at det opprettes fastlegeavtale ved inntak av ungdommen, mens 17 % oppgir at slik avtale ikke opprettes. Mange av institusjonene mangler rutiner for samarbeid med ungdommens fastlege under tiden ved institusjonen.
- Institusjonens fysiske medisinhandtering varierer. Det samme gjør hvem eller hvilken funksjon som har ansvaret for medisinhandteringen. Dette gjelder både ved inntak, under plasseringen, og ved utskriving.
- Bare halvparten av institusjonene gir nyansatte opplæring i medisinhandtering. Samtidig bekrefter 60 % at *alle ansatte* har tilgang til medisinene som oppbevares ved institusjonen. Ansvaret for utdeling av medisin fra dosett til ungdom er i høy grad lagt til det personalet som er på vakt, uavhengig av profesjonstilknytning.
- Undersøkelsen viser at de private/kommersielle aktørene rapporterer om høyere andel plasseringer etter barnevernloven §4-24, og at det er de private/kommersielle aktørene som i størst grad drifter enetiltak.

- Bare 1 av 4 institusjoner rapporterer å ha egne prosedyrer eller rutiner for spesiell oppfølging av ungdom med rusproblemer som bruker medisiner. Det er liten variasjon mellom de ulike aktørene på dette punktet.

Anbefalinger

På bakgrunn av disse funnene anbefaler vi et øket fokus på arbeidet med medisin håndtering i barneverninstitusjoner. Roller og ansvarsområder må tydeliggjøres. Det må etableres rutiner rundt barn og unges rett til helsetjenester. Institusjonene må utarbeide og implementere retningslinjer for den fysiske håndteringen av medikamenter som kjøpes inn og oppbevares.

På bakgrunn av funnene i undersøkelsene har vi utarbeidet seks anbefalinger for BUFDIRs videre arbeid med legemidler og legemiddel håndtering i barneverninstitusjoner knyttet til de identifiserte risikoområdene. Vi anbefaler at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for medisin håndtering i institusjonene, fordi praksis i dag kan komme i konflikt med Rettighetsforskriften [1]. Anbefalingene gis for å kvalitetssikre helse- og behandlingstilbudet til barn og ungdom som er plassert i norske barneverninstitusjoner, og for å sikre barn og unges rettigheter til «den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering», jf. barnekonvensjonens art. 24.

Anbefaling 1: Retningslinjer for oppretting av fastlege ved inntak

Variasjonen med hensyn til oppretting av fastlegeavtale gjør at det er en risiko for at ungdom i institusjon ikke får tilgang til fastlege slik som formålsparagrafen for forskrift for fastlegeordningen fastslår. Vi anbefaler at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for når og hvordan fastlegeordning for ungdom i institusjon skal opprettes.

Anbefaling 2: Retningslinjer for samarbeid med ungdommens fastlege

Dersom institusjonene mangler rutiner for samarbeid med fastlege kan dette stå i konflikt med Rettighetsforskriftens §8 [1]. Praksisen kan også utgjøre en risiko knyttet til at beboere ikke sikres det medisinske tilsynet og den behandlingen de har rett til. Dette er spesielt viktig med hensyn til at det kan synes som om barn og unge i institusjoner har vært underbehandlet for somatisk sykdom. Vi anbefaler at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for samarbeid med beboerens fastlege for å sikre ungdommens helse- og oppfølgingstilbud.

Anbefaling 3: Retningslinjer for medisin håndtering ved inntak

De fleste institusjonene mangler prosedyrer og rutiner for håndtering av ungdommens private medisiner ved inntak. Dette til tross for at enkelte grupper ungdommer bruker betydelig med medisiner. Ansvarsfordelingen for medisin håndtering ved inntak synes å være spredt over mange funksjoner i institusjonene. Det er derfor en risiko for at ungdommens egne medisiner ikke ivaretas på en forsvarlig måte. Praksis knyttet til medisin håndteringen kan komme i konflikt med Rettighetsforskriften [1]. Vi anbefaler at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for institusjonens håndtering av ungdommens private medisiner ved inntak.

Anbefaling 4: Retningslinjer for medisin håndtering under plassering

Vi vurderer at de svært ulike og ofte mangelfulle prosedyrene for oppbevaring og utlevering av medisiner, samt den lave utdannelsesgraden med hensyn til medisin håndtering, innebærer en risiko for feilmedisinering av ungdom. På bakgrunn av dette anbefaler vi at BUFDIR utarbeider tydelige

retningslinjer for institusjonenes oppbevaring og håndtering av medisiner, samt spesifikke dokumentasjonsrutiner for miljøpersonalet ved utlevering av medisin til ungdom.

Anbefaling 5: Retningslinjer for medisin håndtering ved utskrivning fra institusjon, samt medisin utgått på dato

Institusjoner syntes å ha ulik praksis med hensyn til utlevering/overlevering av ubenyttet medisin ved utskrivning og flytting. Det kan utgjøre en risiko om ungdommen ikke får med seg ubenyttet medisin. Det er også en viss risiko knyttet til at ungdommens medisin overleveres til uvedkommende. Institusjonene har heller ikke gode nok rutiner for medisiner som er gått ut på dato. Det er vist av andre at institusjonene også mangler rutiner for fysisk håndtering av medisiner generelt [2]. På bakgrunn av dette anbefaler vi at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for medisin håndtering ved utskrivning fra institusjon, samt tydelige retningslinjer for fysisk håndtering av medisiner utgått på dato.

Anbefaling 6: Retningslinjer for ansvarsområder knyttet til beboeres helsetilbud og barneverninstitusjonenes medisin håndtering

Institusjonene bruker ulike begreper på de ulike funksjonene og ansvarsområdene knyttet til helsetilbud og medisin håndteringen. Blant annet ser vi at begrepene helseansvarlig og medisinansvarlig i praksis benyttes om hverandre. Det bør defineres et begrepsapparat relatert til beboernes helsetilbud og institusjonenes medisin håndtering for barneverninstitusjoner som søker, eller viderefører sin godkjenning som barneverninstitusjon av Bufetat. Dette begrepsapparatet må tydeliggjøre roller og ansvarsområder, og begrepene bør innføres som en standard for alle norske barneverninstitusjoner. På bakgrunn av dette anbefaler vi at BUFDIR definerer ansvarsområder og begreper knyttet til beboernes helsetilbud og institusjonenes medisin håndtering.

Innholdsfortegnelse

Hovedfunn i registerstudien.....	2
Hovedfunn i spørreundersøkelsen	3
Anbefalinger	4
Anbefaling 1: Retningslinjer for oppretting av fastlege ved inntak	4
Anbefaling 2: Retningslinjer for samarbeid med ungdommens fastlege	4
Anbefaling 3: Retningslinjer for medisin håndtering ved inntak	4
Anbefaling 4: Retningslinjer for medisin håndtering under plassering	4
Anbefaling 5: Retningslinjer for medisin håndtering ved utskrivning fra institusjon, samt medisin utgått på dato	5
Anbefaling 6: Retningslinjer for ansvarsområder knyttet til beboeres helsetilbud og barneverninstitusjonenes medisin håndtering.....	5
Bakgrunn registerstudien	10
Problemstillinger registerstudien	12
Materiale og metode registerstudien	13
Studiedesign og materiale	13
Metode (måleutfall).....	13
Statistisk analyse	14
Etikk og databehandling.....	15
Resultater registerstudien.....	16
Overordnede tall	16
Antall som får forskrevet ulike legemiddel	16
Andel som får forskrevet ulike legemiddel	20
Relativ andel som får forskrevet ulike legemiddel.....	22
Legemidler med misbrukspotensiale	23
Legemidler til barn og ungdom med rusmiddelproblemer	23
Diskusjon registerstudien.....	25
Antall som fikk forskrevet ulike legemiddel.....	25
Andel som får forskrevet ulike legemiddel	26
Relativ andel som får forskrevet ulike legemiddel.....	27
Legemidler med misbrukspotensiale	27
Legemidler til barn og ungdom med rusmiddelproblemer	28
Styrker og svakheter med undersøkelsen.....	28
Spørreundersøkelsen	31
Bakgrunn	31

Identifisert risiko knyttet til medisinbehandling i institusjoner	32
Barn og unges rett til helsetjenester.....	32
Metode for spørreundersøkelsen	34
Innsamling av data	34
Analyse	34
Etiske hensyn	34
Resultater og diskusjon for spørreundersøkelsen.....	35
Institusjonene som har deltatt i undersøkelsen	35
Institusjonenes regiontilhørighet	36
Antall godkjente plasser ved institusjonen.....	36
Antall avdelinger ved institusjonen	37
Antall plasserte ungdommer (på svartidspunkt). N=77	38
Plasseringsparagrafer institusjonene er godkjent for	38
Drift av enetiltak	38
Prosedyrer ved inntak.....	39
Fastlegeordning for ungdom i institusjon.....	40
Oppsummering	40
Håndtering av ungdommens private medisin ved inntak.....	41
Oppsummering	41
Medisinbruk under opphold	41
Institusjonenes beskrivelser av medisinoppfølging og kartlegging av bivirkninger	42
Oppsummering:	43
Forskjeller knyttet til medisinbehandling for beboere under og over 16 år.....	43
Oppsummering	44
Rutiner for kontakt/samarbeid med ungdommens fastlege	44
Oppsummering	45
Prosedyrer ved medisinbehandling.....	45
Helseansvarlig	46
Opplæring av ansatte og nyansatte i medisinbehandling	47
Oppsummering	47
Medisintil levering i barneverninstitusjon.....	48
Utlevering av medisiner til ungdommene	49
Statlig (n=31).....	50
Ideell organisasjon (n=16)	50

Privat/kommersiell (n=30).....	51
Oppsummering	51
Dokumentasjon av medisinbehandling.....	52
Utlevering av medisin til beboere	52
Oppsummering	52
Institusjonens prosedyrer/ rutiner for oppbevaring av medisiner	52
Ansattes tilgang til medisiner	53
Oppsummering	53
Håndtering av reseptbelagte og reseptfrie medisiner.....	53
Rutiner for dokumentasjon av medisininnkjøp	54
Reseptbelagte medisiner	54
Reseptfrie medisiner.....	55
Prosedyrer/ rutiner for medisiner utgått på dato	56
Hvordan håndteres medisiner som er utgått på dato?	57
Oppsummering	58
Prosedyrer ved utskriving	58
Oppsummering	60
Ungdom med rusproblemer og medisinbruk under opphold i institusjon.....	60
Har institusjonen egne prosedyrer/ rutiner for spesiell oppfølging av ungdom med rusproblemer som bruker medisiner?.....	61
Hvor mange av ungdommene plassert ved institusjonen har per d.d. et rusproblem?	61
Hvor mange av ungdommene med rusproblemer bruker medisiner?.....	62
Hvem skriver ut medisiner til institusjonens ungdommer som har rusproblemer?	62
Hvem følger opp og evaluerer medisinbruken til ungdom med rusproblemer?	63
Hvor ofte følges ungdom med rusproblemer i institusjon opp av lege?.....	63
Hva slags medisiner får ungdom i institusjonen med rusproblemer per d.d?	63
Hvor mange ungdommer får medisiner som er avhengighetsskapende og kan gi ruseffekt?.....	64
Hvor mange ungdommer får medisiner for rusavhengighet, for eksempel Subutex, Metadon eller Subuxon?	64
Oppsummering	64
Litteratur til registerstudie	66
Litteratur til spørreundersøkelse	67
Liste over ATC-koder	80

Rapportens del 2:

Registerstudien

En undersøkelse av legemiddelbruk blant barn og unge i barnevernsinstitusjoner med data fra Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret)

Bakgrunn registerstudien

Vi har lite kunnskap om bruk av legemidler i barneverninstitusjoner. Det vi vet fra en rekke studier, er at barn og ungdom i barnevernet har mer rusproblemer, flere og alvorlige psykiske sykdommer og dårligere somatisk helse [3]. Det skulle også bety at de også vil ha behov for mer legemidler delvis for å behandle sykdom og delvis for å lindre symptomer [4]. Dette kan sies uten å ta stilling til hvorvidt det er medisinsk korrekt å behandle den aktuelle tilstanden med legemidler.

Det er alltid lege som skriver ut resepter på legemidler. Når man skriver en resept til barn og ungdom, vil foreldrene vanligvis være de som tar ansvaret for å hente ut og administrere legemidlene. Når den kommunale barneverntjenesten blir ansvarlig gjennom en institusjonsplassering, vil dette ansvaret delegeres til den barneverninstitusjonen der barnet eller ungdommen plasseres. Dette krever kunnskap om legemidler og kompetanse om legemiddelhåndtering hos dem som overtar ansvaret.

Bestemmelser om medisinsk tilsyn og behandling i barneverninstitusjoner finnes i Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner (FOR-2008-06-10-580) § 7 og i Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon § 8 (FOR-2011-11-15-1103). I BUFDIRs veiledning for utfylling av institusjonsplan (2013) er det gitt utfyllende kommentarer til disse forskriftene. Det framgår at institusjonene skal ha rutiner for oppbevaring og håndtering av legemidler, samt rutiner for hvem som kan utlevere legemidlene. Institusjonene plikter å ha skriftlige rutiner for beboers rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. Hvordan prosedyrer og rutiner er integrert i og gjennomføres i den daglige driften av institusjonene, er noe denne rapportens spørreundersøkelse tar for seg. Spørreundersøkelsen har kartlagt hvordan institusjonene administrerer plasserte barn og ungdoms legemiddelbruk. Ungdom som har fylt 16 år, er i utgangspunktet myndige når det gjelder helse spørsmål. Det vil si at ungdommene, på lik linje med voksne, har rett til å få informasjon og ta avgjørelser om egen helse (Lov om pasient- og brukerrettigheter, §§ 3-4, 4-3 og 4-4). Det betyr at 16 år er et avgjørende skille også innenfor institusjoner.

Noen ganger er institusjonsplasseringene begrunnet i barn og ungdoms rusmiddelbruk og problemer knyttet til dette. Noen legemidler vil kunne misbrukes og være en del av et slikt misbruk. Det er derfor viktig å få en oversikt over bruken av reseptbelagte legemidler med et misbrukspotensiale for barn og ungdom spesielt i denne gruppen. Dette gjelder såkalte vanedannende legemidler som sterke smertestillende (opioider), angst- og sovemedisiner (benzodiazepiner og z-hypnotika) og medisiner til behandling av ADHD (sentralstimulerende).

I «Strategi for BUFDIR 2017 – 2020» beskriver BUFDIR under sine innsatsområder at brukernes behov settes først, blant annet gjennom å «arbeide metodisk for å sikre at behovene til barn, unge, familier og tjenesteapparat tas inn i utviklingen av tiltak og tjenester» og videre «sikre at rettssikkerheten til borgerne ivaretas». Barn og unges rett til helsetjenester er forankret i FNs barnekonvensjon artikkel 24.1 som lyder:

«Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester.»

Norske barneverninstitusjoner er gitt omsorgsopdraget for barn og unge i foreldrenes sted. Barneverninstitusjonene er forpliktet etter barnekonvensjonen til å sikre sine beboere rett og adgang til helsetjenester. Funn fra spørreundersøkelsen knyttet til barneverninstitusjonenes praksis og erfaringer relatert til helsespørsmål for beboere og medisinbehandling, vil kunne benyttes som grunnlag for BUFDIRs kvalitetsarbeid for utvikling av barneverninstitusjonenes helse- og medisinrutiner. Funn fra registerundersøkelsen om faktisk legemiddelbruk blant barn og unge i barnevernsinstitusjoner vil i høyere grad bli brukt til å få en oversikt over hvilket omfang legemiddelbruken har og hvilke legemidler som blir skrevet ut til hvilke grupper.

Problemstillinger registerstudien

Denne studien vil se nærmere på i hvilken grad barn og ungdom som er plassert i barnevernsinstitusjoner bruker legemidler mot ulike sykdommer. Er det merkbare forskjeller mellom ulike grupper av barn og unge ulike steder i landet og med ulikt plasseringsgrunnlag? Hvordan er den legemiddelbruken sammenlignet med andre barn og ungdom? Hvordan er bruk av vanedannende legemidler med en mulig rusgivende effekt? Og hvordan er situasjonen for dem som har rusproblemer? Formålet med denne registerstudien var derfor å undersøke:

- Hvilke legemidler skrives ut til barn plassert i barneverninstitusjoner?
- Hva er andelen som får forskrevet reseptbelagte legemidler i ulike regioner, med ulike begrunnelser for institusjonsplassering og ulikt eierskap til institusjoner?
- Sammenlignet med andre barn, hva er forskrivningsraten for reseptbelagte legemidler for barn plassert i barneverninstitusjon?
- Hvordan er bruken av legemidler for psykisk sykdom og symptomer for denne sårbare gruppen?
- Hvordan er bruken av legemidler med rus- eller misbrukspotensiale, og da spesielt hos dem som har et rusproblem som årsak til institusjonsplassering?

Materiale og metode registerstudien

Studiedesign og materiale

I denne registerstudien ønsket vi å undersøke bruken av legemidler hos barn og ungdom som var plassert i norske barneverninstitusjoner i en kortere eller lengre periode i 2016. For dette formålet koblet vi en oversikt over barn som hadde vært institusjonsplassert, med data fra Nasjonalt reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret) (<http://www.reseptregisteret.no/>). På denne måten fikk vi oversikt over de reseptbelagte legemidlene som var utlevert fra apotek til barna og ungdommene. Reseptregisteret har den fordel at det inneholder informasjon om hvilke legemidler som er hentet ut (ikke bare hva legen har forskrevet). Dette gjør at man unngår å registrere legemidler som er forskrevet, men faktisk ikke blir hentet ut, såkalt primær manglende etterlevelse. Det er imidlertid noen mindre ulemper med Reseptregisteret. Registeret inneholder ikke informasjon om legemidler som blir innkjøpt av institusjonene (f.eks. sykehus) og delt ut til mottagere som en del av f.eks. en behandling. For barneverninstitusjoner er det ikke grunn til å tro at slik utdeling av legemidler gjøres. Det er grunn til å tro at de barn og unge som er plassert i barneverninstitusjoner får sine reseptbelagte legemidler forskrevet på resept, og derfor blir registrert i Reseptregisteret. Andre ulemper med Reseptregisteret er at det ikke inneholder informasjon om reseptfrie legemidler og man vet heller ikke om legemidler som er hentet ut fra apotek faktisk har blitt brukt (det som på fagspråket heter sekundær manglende etterlevelse). På den ene siden er dette problemet noe denne undersøkelsen ikke kan løse. På den andre siden er det ikke grunn til å tro at denne svakheten ved de anvendte data er annerledes for barn og ungdom i barneverninstitusjoner enn det er for andre barn. Således er ikke den foreliggende undersøkelsen annerledes enn andre undersøkelser om barns og unges bruk av legemidler [5].

Metode (måleutfall)

Utfallsmålet var utleverte legemidler. Siden vi ikke var ute etter ett spesifikt legemiddel, men alle legemidlene, var det viktig at vi hadde et system å arbeide etter i systematiseringen av data. Det er derfor nødvendig å ha på plass et system for å inndele alle legemidler på en systematisk måte. Et slikt system er laget av Verdens helseorganisasjon (WHO) og kalles ATC-systemet. Det er ikke nødvendig med forhåndskunnskap om hvordan ATC-systemet er bygd opp for å skjønne resultatene av denne rapporten, men her følger likevel en forklaring på hva ATC-systemet er og hvordan det er bygget opp:

ATC er engelsk forkortelse for anatomisk-terapeutisk-kjemisk og gir med sitt system en klassifisering av alle verdens legemidler [6]. Hvert legemiddel får en kode med 7 kjennetegn (tall eller bokstaver). Som eksempel kan vi ta det antidepressive legemiddelet som selges under navnet Zoloft®. Dette er salgsnavnet for virkestoffet sertralin. Dette virkestoffet har koden N06AB06. Denne koden består egentlig av 5 koder eller nivåer. Om vi deler opp blir det slik: N-06-A-B-06, hvor «N» er 1. nivå, «06» er 2. nivå, «A» er 3. nivå, «b» er 4. nivå og «06» er 5. nivå.

De ulike nivåene i ATC-systemet betyr ulike ting. Om vi ser på ATC-begrepet ser vi at «A» står for anatomisk: det er første nivå. Med anatomisk mener vi om legemiddelet brukes for f.eks. fordøyelsesorganer (mage-tarm o.l.) eller f.eks. nervesystemet (for psykisk sykdom, epilepsi o.l.). Nedenfor her og bakerst i rapporten finnes det en liste over hva alle bokstavene i nivå 1 i ATC-kodene betyr. Nivå 2 (for Zoloft® «06») snakker vi om terapeutisk nivå («T» i ATC). Her peker sier koden «06» at vi ser på alle legemidler som har en stimulerende effekt i sentralnervesystemet. Nivå 3 og 4 i ATC-systemet er også en del av «T» i ATC ved at man i

økende grad spesifiserer den terapeutiske bruken: ved 3. nivå («A») sier vi at vi har med antidepressiver å gjøre og ved 4. nivå sier vi hvilken type antidepressiver («B» er selektive serotonin reopptakshemmere; SSRI-preparater, populært (men misvisende) kalt «lykkepiller»). Det 5. og siste nivået er den kjemiske strukturen på det enkelte legemiddelet. Da har vi kommet til «C» i ATC.

Om vi lister det opp på de ulike nivåene (og angir hva det betyr for Zoloft®), ser vi at det bli slik:

- *ATC-nivå 1: anatomisk hovedgruppe (N nervesystemet)*
- *ATC-nivå 2: terapeutisk undergruppe (N06 psykoanaleptika)*
- *ATC-nivå 3: farmakologisk undergruppe (N06A antidepressiver)*
- *ATC-nivå 4: farmakologisk undergruppe (N06AB selektive serotonin reopptakshemmere; SSRI)*
- *ATC-nivå 5: kjemisk substans (sertralin)*

De anatomiske hovedgruppene med legemidler i denne rapporten er:

- A: Fordøyelsesorganer (mage-tarm)
- B: blod
- C: Hjerte og kretsløp (blodårer)
- D: Hud
- G: Urogenitalia og kjønnshormoner (kjønnsorganer og forplantning)
- H: Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin
- J: Anti-infektiva til systemisk bruk (bl.a. antibiotika o.l.)
- M: Muskler og skjelett (bl.a. smerter)
- N: Nervesystemet (bl.a. psykisk sykdom)
- P: Antiparasitære midler, insekticider og insektsmidler. (bl.a. antibiotika)
- R: Respirasjon (bl.a. astmamedisiner)
- S: Sansorganer (bl.a. øye og øre)

Avhengig av problemstilling har vi angitt resultatene på ulike ATC-nivåer. Ofte er dette også gjort med hensyn til gruppestørrelse, og ønske om ikke å ha for små tall. Vi bruker alltid i rapporten generiske (kjemiske navn) på legemidlene. Salgsnavn er bare unntaksvis tatt med for å illustrere hvilke legemidler vi snakker om.

Statistisk analyse

Alle analyser er gjort i R, versjon 3.4.3. I tabeller over antall (eller prosent) brukere av ulike legemidler oppgis ikke antall/prosent dersom antall brukere er mindre enn 10. I tabell 4-8 vil man likevel kunne beregne eksakt antall i noen av de tomme cellene ved å kombinere informasjon fra alle tabellene. For å unngå det har vi derfor plussset på et tilfeldig tall mellom -2 og 2 til antall brukere i hver celle. Dette kalles anonymisering via «støybefenging». Dersom det «støybefengte» tallet er mindre enn 10, er prosentandelen ikke vist. For å sammenligne medikamentbruken i studiepopulasjonen med medikamentbruken i den generelle populasjonen har vi hentet ut data for den generelle populasjonen fra Reseptregisterets internløsning. I figurene som viser denne sammenligningen vises grupper med 10 brukere eller mer.

Etikk og databehandling

Da det ikke var mulig å tenke seg at det ville kunne gjennomføres en undersøkelse som innebar at man innhentet informert samtykke fra hvert barn eller ungdom til å få ut disse dataene for hver enkelt som var institusjonsplassert i 2016, var vi avhengig av å få lov til å bruke disse data uten samtykke. Under gitte forutsetninger ble dette godtatt av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), Datatilsynet og personvernombudet (PVO) og etter dette av dataleverandører (BUFDIR og FHI v/Reseptregisteret).

Vi hadde tillatelse fra REK om at vi kunne få personidentifiserbare data (personnummer) fra BUFDIR slik at vi kunne koble personer til data fra Reseptregisteret. Prosjektet ble godkjent med fritak fra taushetsplikt og bruk av data uten samtykke i brev datert 20. desember 2017 (referanse hos REK: 2017/1637/REK sør-øst C). Datatilsynet ga konsesjon til dette prosjektet med referanse: 16/01990-16.

Den originale datafilen med alle opplysninger ble låst inn i safe på NK-ROP, Kjonerud, SI, der bare Jørgen G. Bramness, Lars Lien og Hilde Austeng Andreassen hadde tilgang. Denne filen ble destruert før data fra Reseptregisteret ble utlevert. Det er inngått arbeidskontrakt for Vidar Hjellvik. Det ble utarbeidet en databehandleravtale slik at han kan ha tilgang til data. Alle data ble oppbevart på en tilgangsbegrenset forskningsfilmappe på FHI. Bare Vidar Hjellvik har sett data fra Reseptregisteret. Han har ikke på noe tidspunkt hatt tilgang til den opprinnelige personidentifiserbare datafilen.

Prosjektet har følgende referanse hos Reseptregisteret: PDB2441, saksnr. 18/10564

Vi har under hele prosessen har vært svært opptatt av ikke å lage for små grupper. Det gjør at vi i liten grad har satt sammen ulike bakgrunnsvariabler, annet enn at aldersgrupper, region, eierskap av institusjon og plasseringsgrunnlag er delt på kjønn. Man kunne i tillegg ha f.eks. delt eierskap av institusjon på bakgrunn av plasseringsparagraf, men da står vi i fare for å få veldig små grupper, noe som har vært forsøkt unngått. Det er heller ikke oppgitt enkeltlegemidler hvor man ved tilbakeregning fra et høyere ATC-nivå kan regne ut hvor mange som bruker det ene legemiddelet hvis dette tallet blir 10 eller mindre. Det vises ellers til det som står over i dette kapitlet, om «støybefenging».

Resultater registerstudien

Overordnede tall

Barnevernet hadde 2934 barn og ungdom (20 år eller yngre) plassert i barneverninstitusjon i 2016. Av disse var det 2726 (93 %) hvor vi hadde tilgang til data angående både kjønn, alder og et fødsels- og personnummer, som gjorde det mulig å koble til Reseptregisteret for å se om det var utskrevet reseptbelagte legemidler (tab. 1).

Tabell 1 viser de overordnede tallene for i denne undersøkelsen.

Tabell 1. Aldersgrupper, region, eierskap av institusjon og grunn for plassering fordelt på hhv. jenter og gutter for barn som i en kortere eller lengre periode var institusjonsplassert i 2016. Alder er definert som 2016 minus fødeår.

		Jenter (N=1045)	Gutter (N=1503)
		N (%)	N (%)
Aldersgrupper	0-5 ^{a)}	114 (13,0)	126 (9,7)
	6-14 ^{b)}	139 (15,9)	329 (25,4)
	15-16	274 (31,3)	437 (33,7)
	17-18	295 (33,7)	333 (25,7)
	19-20	53 (6,1)	71 (5,5)
Region	Midt	173 (18,1)	195 (14,1)
	Nord	93 (9,7)	123 (8,9)
	Sør	226 (23,7)	352 (25,4)
	Vest	183 (19,2)	229 (16,5)
	Øst	279 (29,2)	486 (35,1)
Eierskap av institusjon	Privat: ideell aktør	199 (20,1)	227 (16,0)
	Privat: kommersiell aktør	219 (22,1)	508 (35,9)
	Statlig	573 (57,8)	682 (48,1)
Grunn for plassering	Akutt	346 (33,1)	330 (22,0)
	Atferd høy	25 (2,4)	70 (4,7)
	Atferd lav	46 (4,4)	60 (4,0)
	Enslige mindreårige	12 (1,1)	303 (20,2)
	Omsorg	579 (55,4)	679 (45,2)
	Rus	37 (3,5)	61 (4,1)

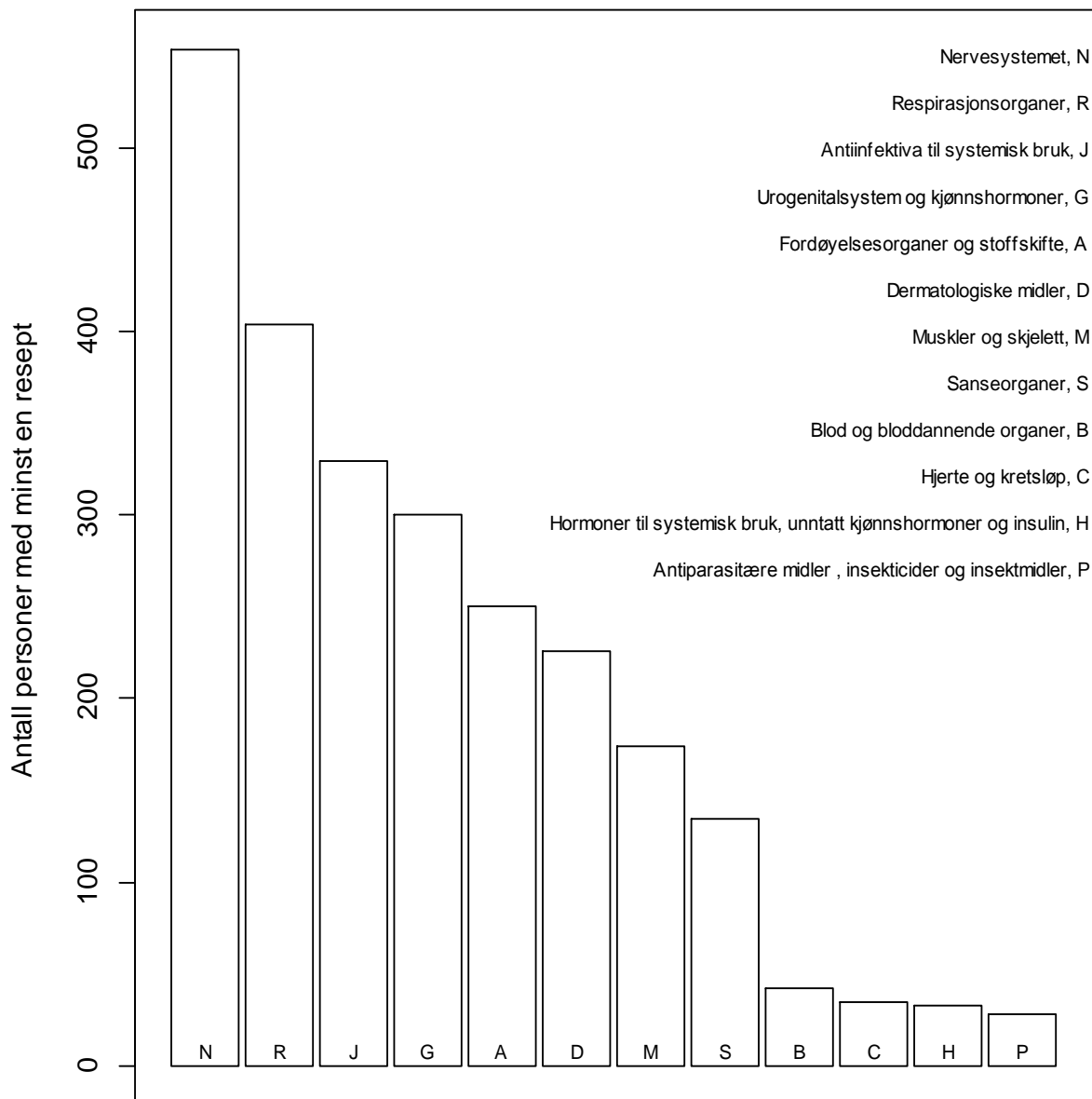
Fotnoter: a) barn sammen med foreldrene i såkalte i Foreldre og barn-sentre, b) fordeling av barn og ungdom i denne aldersgruppen var slik: 6-8 år: 44 barn, 8-10 år: 31 barn, 11-12 år: 68 barn og 13-14 år: 325 barn/ungdom. De yngste barna vil også her være i Foreldre og barn-sentre. Hovedtyngden er eldre barn/ungdom.

Antall som får forskrevet ulike legemiddel

Figur 1 viser hvor mange som fikk minst én resept på de ulike ATC-kodene på nivå 1 i ATC systemet. Figuren sorterer de ulike ATC-gruppene etter hyppighet med de vanligst brukte legemidlene først: 1. N: Nervesystemet, (bl.a. psykisk sykdom), 2. R: Respirasjon (bl.a. astmamedisiner), 3. J: Anti-infektiva

til systemisk bruk (bl.a. antibiotika o.l.), 4. G: Urogenitalia og kjønnshormoner (kjønnsorganer og forplantning), 5. A: Fordøyelsesorganer (mage-tarm), 6. D: Hud, 7, M: Muskler og skjelett (bl.a. smerter), 8. S: Sansorganer (bl.a. øye og øre), 9. B: blod, 10: C: Hjerte og kretsløp (blodårer), 11. H: Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin og 12. P: Antiparasitære midler, insekticider og insektsmidler.

Figur 1. Antall som fikk minst én resept på de ulike ATC—kodene. ATC-gruppene (som er angitt i synkende hyppighet langs x-aksen) er forklart i figuren. Langs y-aksen er antall personer som har fått minst én resept på det aktuelle legemiddelet, angitt.



I figur 1 ser vi på medikamentbruk på et overordnet ATC- eller grupperingsnivå. Figuren gir oss de overordnede tallene. Hvilke legemidler vi snakker om, er imidlertid ikke helt greit å si om vi ikke studerer enkeltlegemidler (ATC- 5. nivå). Da blir bildet noe annerledes. I tabell 2 har vi nevnt alle enkeltlegemidler som er forskrevet til 20 personer eller flere i en måned de var i barneverninstusjon i 2016. Vi ser da at noen legemidler fremstår som viktigere. Som på det mer overordnede nivået

(figur 1) er det fremdeles mange legemidler fra N-gruppen i ATC-systemet. I denne ATC-gruppen finner vi antipsykotiske legemidler og da først og fremst kvetiapin (Seroquel®), hydroksyzin (Atarax®) og klorprotiksen (Truxal®), men også risperidon (Risperdal®), aripirazol (Abilify®) og olanzapin (Zyprexa®). Disse antipsykotiske legemidlene brukes også på andre indikasjoner enn psykose [7, 8]. I samme ATC-gruppe (N) finner vi også flere typer sentralstimulerende medisiner (brukt for ADHD) og antidepressiver av SSRI-typen som brukes mot angst og depresjon. Men også en del andre legemidler kommer høyt på listen. Dette gjelder flere enkeltlegemidler som brukes til antikonsepsjon (p-piller). Som vi ser i tilleggstabell 3, gjelder denne bruken bare jenter. Videre finner vi i tabell 2 flere vanlig brukte medisiner som allergimedisiner (også til bruk lokalt, som øyedråper eller nesenspray), astmamedisiner og antibiotika. Til slutt finner vi noen milde smertestillende (ikke vanedannende med potensielt rusgivende egenskaper), noen syrehemmere og ett kvisemiddel. Alt dette er relativt vanlige legemidler blant barn og unge.

Tabell 2. Alle de enkeltlegemidlene som ble hentet fra apotek i en måned som barnet eller ungdommen var plassert i barneverninstitusjon, og hvor 20 personer eller mer hadde hentet ut minst én resept. Tallene er fra 2016 og er hentet fra Reseptregisteret.

Navn	Antall personer	Type	Navn	Antall personer	Type
Melatonin	192	Søvnmiddel	Depot-Provera	37	Antikonsepsjon
Microgynon	127	Antikonsepsjon	Livostin	35	Allergimedisin
Ritalin	113	Sentralstimulerende	Epiduo	34	Kvisemiddel
Apocillin	108	Antibiotika	Cipralext	32	SSRI
Zyrtec	96	Syrehemmer	Strattera	30	Sentralstimulerende
Seroquel	93	Antipsykotika	Nexium	29	Syrehemmer
Voltaren	82	NSAID	Fontex	29	SSRI
Ventoline	74	Astmamedisin	Avamys	29	Allergimedisin
Nexplanon	69	Antikonsepsjon	Napren	28	NSAID
Aerius	68	Allergimedisin	Atarax	28	Antipsykotika
Selexid	64	Antibiotika	Abilify	27	Antipsykotika
Zoloft	52	SSRI	B-vitamin	26	B-vitamin
Vinelle	46	Antikonsepsjon	Zyprexa	25	Antipsykotika
Ibux	46	NSAID	Truxal	23	Antipsykotika
Diclocil	45	Antibiotika	Yasmin	22	Antikonsepsjon
Doxylin	44	Antibiotika	Marvelon	21	Antikonsepsjon
Somac	42	Syrehemmer	Fucidin	21	Antibiotika
Risperdal	42	Antipsykotika	Elvans	21	Sentralstimulerende
Panodil, Paracet	42	Paracetamol	Azitromax	21	Antibiotika
Nasonex	42	Allergimedisin	Lamictal	20	Stemmingslidelse
Kloramfenikol	37	Antibiotika	Evra	20	Antikonsepsjon

Det er verdt å legge merke til at utenom sentralstimulerende midler til behandling av ADHD er det ingen legemidler med vanedannende potensiale (A- eller B-preparater) som er gitt til mer enn 20 personer. Dette er betryggende med hensyn til problemstilling 5 om bruk av legemidler med misbrukspotensiale. Det er dog slik at noen av legemidlene ikke «når opp» til tabell 1 fordi man ikke vil «avsløre» grupper med 20 eller mindre i. Her kan det nevnes at 31 personer fikk utdelt minst én

resept på z-hypnotika (zopiklon (Imovane®) eller zolpidem (Stilnoct®) og 36 personer fikk utdelt minst én resept på et smertestillende middel i kombinasjon (vanligvis kodein med paracetamol (Paralgin Forte®). Se tilleggstabell 1 og avsnittet om bruk av A- og B-preparater.

Mer overordnet (se tilleggstabeller 1-5) ser vi at 192 personer fikk sovemidler av melatonin-typen, 167 personer fikk forskrevet antipsykotika, 133 personer fikk forskrevet antidepressiver (de fleste av SSRI-typen, noe som også vises i tabell 2), 48 personer fikk forskrevet opioider (de fleste kombinasjonspreparater), 404 fikk forskrevet fikk astma og allergimedisiner til luftveiene. En fullstendig oversikt over alle legemidler på alle ATC-nivåer er gitt i tilleggstabell 1-5. Her er alle tall som ikke er 10 eller mindre oppgitt.

Som vi ser av tilleggstabell 1, er det slik at sentralstimulerende legemidler er hentet ut for 154 (5,6 %) av barna (47 (4,0 %) av jentene og 107 (6,9 %) av guttene – denne kjønnsdelingen ikke vist i tilleggstabell 1, men tatt fra bakgrunnsdata). Disse tallene er høyere enn det som oppgis for bruken av ADHD-legemidler ellers [9]. Fra tilleggstabell 1 ser vi også at antidepressive medisiner ble hentet ut for 138 (5,3 %) av barn og unge (100 (8,5 %) jenter og 38 (2,5 %) gutter – denne kjønnsdelingen er ikke vist i tilleggstabell 1, men tatt fra bakgrunnsdata). Dette tallet er noe høyere enn det vi kjenner fra andre barn og unge i Norge [10].

Som nevnt er det er noe sambruk av legemidler. Her kan man tenke seg at det finnes mange ulike potensielle kombinasjoner. Skulle vi se på mulige kombinasjoner av to ulike legemidler på ATC 5. nivå, ville det være opp mot 300 mulige kombinasjoner. Det er derfor grunn til å velge et høyere ATC-nivå. Vi har valgt tredje nivå, da dette nivået er detaljert nok til å kunne si noe om hvilke legemidler det er, men ikke så detaljert at gruppene blir for små. Vi har videre tenkt at det er mest interessant å se på dette i N-gruppen. Tabell 3 er laget ut fra dette hensynet.

Tabell 3 viser at mange av de som har fått sentralstimulerende midler, også har mottatt minst én resept på andre legemidler for psykisk sykdom. Fra tilleggstabell 1 vet vi at det er 154 personer som har mottatt minst én resept på et sentralstimulerende middel. Fra tabell 3 ser vi at minst 50 av disse (32 %) har fått et annet legemiddel for psykisk sykdom (enten antipsykotikum eller melatonin eller begge deler). Om vi ser på alle mulige legemidler for psykisk sykdom i kombinasjon med sentralstimulerende (ikke antipsykotikum eller melatonin) er det enda flere som har slike kombinasjoner. Videre, fra tilleggstabell 1, vet vi at 167 personer har fått et antipsykotikum. Av disse har minst 56 personer (34 %) mottatt andre legemidler fra N-gruppen.

Tabell 3. Antall personer som har fått utlevert flere ulike medikamenter i ATC-gruppe N i 2016 (målt på ATC 3-nivå). Kun utleveringer i måneder der de var innom en barnevern-institusjon, er tatt med. Kolonne 2 viser antall personer med de spesifikke kombinasjonene gitt i kolonne 1.

Kombinasjoner	Antall med angitt kombinasjon
Antipsykotika + Melatonin + Sentralstimulerende	12
Melatonin + Sentralstimulerende	27
Antipsykotika + Antidepressiver	23
Hypnotika + Antidepressiver	11
Antipsykotika + Sentralstimulerende	11
Antipsykotika + Anxiolytika	10

Andel som får forskrevet ulike legemiddel

Samlet i tabellene 4-8 ser vi legemiddelbruken som andel av de som er institusjonsplassert i en periode i 2016. Da ser vi at andelen er størst blant jenter (også om vi ser bort fra antikonsepsjonsmidler). Den gruppen med legemidler som brukes mest, er N – legemidler til nervesystemet. Ser vi bort i fra antikonsepsjonsmidler for jenter er det respirasjonssystemet (oftest astma- og allergimedisiner) som kommer på neste plass.

I Tabell 4 ser vi andelen personer som har fått utdelt minst én resept på et legemiddel etter kjønn, alder og ATC-gruppe. Bruken av legemidler er størst blant de eldste ungdommene (17–20 år).

Tabell 4. Legemidler i de ulike ATC-gruppene etter kjønn og aldersgrupper. Der hvor antallet i hver celle er mindre enn 10, er det ikke regnet ut prosenttall.

		JENTER													GUTTER																
		ATC-kode															ATC-kode														
variabel	verdi	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S						
alder	0-5	114							11,4				9,6	126												10,3					
	6-14	140	7,1			7,9	13,6		17,1		15,7	17,1		329	7,0		5,2		4,9	3,3	14,6	9,7	4,3								
	15-16	274	17,2			16,4	39,4		24,1	10,9	35,8	28,1	6,2	437	8,7		7,3		5,7	5,7	19,2	13,5	5,7								
	17-18	295	21,7	6,1		15,9	49,8		39,3	19,7	47,5	33,6	9,2	333	12,0		11,7		13,2	7,8	29,7	20,4	6,0								
	'19-20	53	22,6			20,8	49,1		22,6	22,6	52,8	30,2		71					16,9		26,8										

I tabell 5 ser vi at antall som har fått skrevet ut minst én resept, naturlig nok øker med oppholdslengden ved institusjon.

Tabell 5. Legemidler i de ulike ATC-gruppene etter kjønn og oppholdslengde i institusjon i 2016. Der hvor antallet i hver celle er mindre enn 10, er det ikke regnet ut prosenttall.

		JENTER													GUTTER																
		ATC-kode															ATC-kode														
variabel	verdi	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S						
måneder i institusjon	0-3	290	7,9			8,3	11,7		7,9		19,3	10,3		365	3,8		4,9		3,3		13,4	8,2									
	4-6	206	16,0	5,3		11,7	27,7		19,9	12,6	31,1	24,8	5,8	273	7,3		7,7		5,9	5,1	18,7	12,5	5,5								
	7-9	139	17,3			15,1	51,8		33,1	12,9	36,7	31,7	7,9	237	8,9		8,0		7,2	4,6	19,8	15,2	5,9								
	10-12	241	24,1	5,8		24,1	55,6		49,0	24,1	53,9	41,9	15,8	422	14,0		11,6		13,3	8,8	26,3	19,0	7,8								

I tabell 6 ser vi at det ikke er store regionale forskjeller i bruken av legemidler på det overordnede nivået. Det er en viss tendens til at bruken av legemidler blant jenter er høyere i region sør, og at bruken av legemidler for gutter i samme region er lavere

Tabell 6. Legemidler i de ulike ATC-gruppene etter kjønn og region for institusjon i 2016. Der hvor antallet i hver celle er mindre enn 10, er det ikke regnet ut prosenttall.

		JENTER													GUTTER												
		ATC-kode													ATC-kode												
variabel	verdi	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S		
region	Midt	173	15,0			12,7	35,3		23,1	7,5	27,2	22,5	5,8	195				7,2		7,7		24,1	13,8	5,1			
	Nord	93	12,9				37,6		25,8		34,4	23,7		123	9,8			8,1				22,0	15,4				
	Sør	226	15,0	4,4		16,8	33,2		28,3	14,6	36,7	29,2	7,1	352	9,9			7,4		7,4	5,7	15,9	12,5	6,2			
	Vest	183	19,1			16,9	38,3		32,8	16,4	38,3	32,2	9,8	229	11,4			13,1		12,2	4,8	23,6	23,6	7,0			
	Øst	279	16,8		3,9	15,1	37,3		28,3	13,6	36,2	27,2	9,0	486	8,6			7,8	2,1	7,4	4,3	20,8	14,0	5,3			

I tabell 7 ser vi at bruken av legemidler er høyest blant ungdom som er institusjonsplassert på grunn av atferdsforstyrrelser eller rusmiddelproblematikk. Selv om vi på grunn av det lave antallet ikke kan hente ut data på et altfor detaljert nivå, ser vi at bruken er størst innenfor reseptgruppe N, dvs. legemidler som brukes for psykiske lidelser. Dette er ikke overraskende da psykiske lidelser ofte er forbundet både med eksternaliserende lidelser (atferdsproblemer) og rusmiddelproblemer hos unge.

Tabell 7. Legemidler i de ulike ATC-gruppene etter kjønn og grunn til omsorgsovertagelse i 2016. Der hvor antallet i hver celle er mindre enn 10, er det ikke regnet ut prosenttall.

		JENTER													GUTTER												
		ATC-kode													ATC-kode												
variabel	Verdi	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S		
grunn til overtagelse	Akutt	346	17,6	5,2		12,1	32,9		24,0	10,1	34,7	25,1	6,6	330	8,5			7,9		7,9	5,8	25,5	16,1	5,8			
	Atferd høy	25					48,0		44,0					70						17,1	14,3	38,6	17,1				
	Atferd lav	46	21,7				50,0		47,8	21,7	56,5	34,8		60				23,3				28,3	31,7	20,0			
	Enslig mindreårig	12												303	7,6			5,6			4,3	4,3					
	Omsorg	579	15,9	3,5	3,3	17,1	37,1	1,7	28,3	13,3	34,7	29,2	8,3	679	10,2			8,1	2,2	10,2	4,4	25,0	17,1	5,7			
	Rus	37	27,0				70,3		45,9	40,5	54,1	27,0		61								18,0	26,2				

I tabell 8 ser vi at det ikke er veldig store forskjeller mellom de ulike eierskapsforholdene for de enkelte institusjonene og bruken av legemidler, men det er en tendens til at de som har omsorgsovertagelse av kommersielle aktører har en større bruk av legemidler. Det er viktig å huske at dette er en tverrsnittundersøkelse og vi ikke kan si noe om hvilken vei sammenhengen går.

Tabell 8. Legemidler i de ulike ATC-gruppene etter kjønn og eierskap av institusjon i 2016. Der hvor antallet i hver celle er mindre enn 10, er det ikke regnet ut prosenttall.

		JENTER													GUTTER												
		ATC-kode													ATC-kode												
variabel	Verdi	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S	N	A	B	C	D	G	H	J	M	N	R	S		
eierskap institusjon	Privat, ideell	19	15,			17,	42,		28,	20,	30,	29,	8,	22	8,			7,		9,	6,	18,	18,	5,			
		9	6			6	2		1	1	2	1	5	7	8			5		7	2	1	1	3			
	Privat, kommersiell	21	18,	6,	4,	15,	40,		37,	16,	53,	34,	7,	50	9,			8,		7,	5,	23,	13,	5,			
		9	7	4	6	1	6		0	0	4	7	8	8	4			5		5	9	6	6	3			
Statlig	57	15,	3,	2,	12,	34,		24,	9,9	30,	23,	7,	68	8,			7,		8,	4,	20,	15,	5,				
	3	7	3	3	4	4		1		5	6	2	2	7			6		2	5	1	0	6				

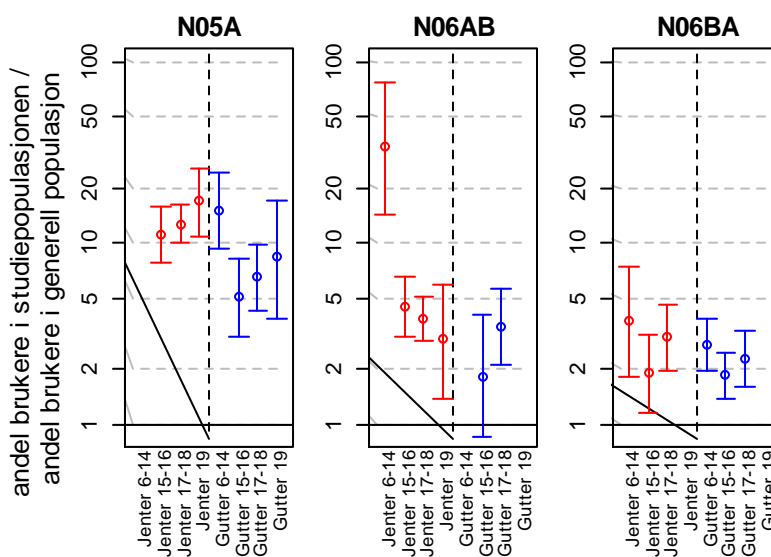
Relativ andel som får forskrevet ulike legemiddel

Om vi sammenligner barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner med barn og ungdom i hele befolkningen, ser vi som en overordnet kommentar at barn plassert i barnevernsinstitusjoner bruker mer legemidler i ATC-gruppe N (legemidler for psykiske helseproblemer) enn barn i resten av befolkningen (tilleggsfigur 1). Samlet er tallene, sett ut fra tilleggsfigur 1, at barn plassert i barnevernsinstitusjoner henter ut 1,5-3 ganger mer legemidler for slike lidelser enn den generelle befolkningen. Derimot henter de ut bare halvparten så mange legemidler fra ATC-gruppe A (legemidler for mage og tarm, og da spesielt syrehemmere og kvalmestillende), D, J og S. For de andre legemiddelgruppene er det mindre forskjeller.

Den relativt lave behandlingsfrekvensen med legemidler fra ATC-gruppene D (hud), J (infeksjoner) og S (sansorganene) synes å ha en ganske klar aldersgradient slik at de yngste barna har en relativt større underbehandling med disse legemidlene enn de eldre barna.

Det er verdt å merke seg at for noen utvalgte legemidler i ATC-gruppe N (psykiske lidelser) er den relative bruken spesielt høy (antipsykotika, antidepressiver og sentralstimulerende midler til behandling av ADHD). Disse er så høye at de i stor grad kan forklare all overbruken av legemidler i ATC-gruppe N. Disse er vist i figur 2.

Figur 2. Den relative andelen bruk av legemidler innen ATC-gruppe N05A (antipsykotika), N06AB (SRRRI antidepressiver) og N06BA (sentralstimulerende midler). Jenter er vist med rød markering og gutter er vist med blå markering.



Figur 2 illustrerer at det behandles med legemidler fra ATC-gruppe N i langt høyere grad hos barn plassert i barnevernsinstitusjoner enn hos barn i resten av befolkningen. Dette vil anses som naturlig av ulike årsaker.

Det kan være at de observasjonene som her er nevnt, kan forklares med at den tiden man er institusjonsplassert er en spesiell tid. Vi har derfor tatt ut tall som sammenligner hele 2016 for alle barn plassert i barnevernsinstitusjon med andre barn (tilleggsfigur 2) og ser da at de institusjonsplasserte barna ligner mer på andre barn enn det som framkommer i tilleggsfigur 1. Dette gjelder først og fremst der vi så mindre bruk i tilleggsfigur 1. For de gruppene hvor vi så mer bruk av

legemidler, er dette økt enda mer. Unntaket her er ATC-gruppe N, hvor tallene i tilleggsfigur 2 ligner på tallene i tilleggsfigur 1.

Vi kjenner fra annen forskning at personer som bruker legemidler fra ATC-gruppe N, har mindre bruk av andre nødvendige legemidler [11]. Dette skyldes nok mange hensyn, men er ofte tolket dithen at man overser en del sykdom innen somatisk helse hvis man har psykiske helseproblemer [12, 13]. For å undersøke om dette også her kunne være en forklaring, valgte vi også å kalkulere de relative ratene i bruk av legemidler hos dem som ikke fikk noen resepter fra ATC-gruppe N i perioden (tilleggsfigur 3). Dette reduserte antall grupper med minst 5 brukere, men resultatene for de gjenværende gruppene ble ikke vesentlig endret.

Legemidler med misbrukspotensiale

Det er noe forskrivning av vanedannende legemidler (legemidler innen preparatgruppe A og B). Tabell 9 viser bruken av vanedannende legemidler i gruppe A og B slått sammen, fordelt på kjønn. Det er verdt å huske fra tabell 3 at det er en god del sambruk av ulike legemidler innenfor ATC-gruppe N. Av de 48 som fikk utskrevet opioider, fikk minst 36 kombinasjonspreparater med kodein og paracetamol og minst 14 stykker tramadol. I alt 6 personer har fått 2 ulike opioider og 1 person har fått 3 ulike opioider. Det var ingen bruk av sterke opioider. Bruken av sovemidler begrenset seg til 31 personer som fikk benzodiazepinlignende sovemidler, såkalte z-hypnotika (zopiklon eller zolpidem). Av dem som ble forskrevet benzodiazepinanksiolytika fikk 14 oxazepam (Sobril®) og 11 diazepam (Vival®, Stesolid® eller Valium®). Det er også her verdt å merke seg at minst 10 personer (se tabell 3) som fikk forskrevet benzodiazepinanksiolytika, fikk dette sammen med antipsykotiske legemidler. Til sist er det verdt å merke seg at av 216 som fikk forskrevet sovemidler, fikk 192 melatoninpreparater (som ikke er vanedannende). I tillegg til at dette utgjorde brorparten av de sovemidler som ble forskrevet, viser tallene at mange av dem som brukte benzodiazepinlignende hypnotika også hadde fått forskrevet melatonin.

Tabell 9. Bruk av ulike legemidler med et misbrukspotensiale (hhv. benzodiazepinlignende sovemidler (z-hypnotika; zopiklon (Imovane®) og zolpidem (Stilnoct®)), benzodiazepinanksiolytika (diazepam eller oxazepam), sentralstimulerende midler og smertestillende opioider (bare svake opioider forskrevet (Paralgin Forte® og Nobligan®))

ATC-kode	Type legemiddel	Bruk i alt	Jenter	Gutter
		N (%)	N (%)	N (%)
N05CF	benzodiazepinlignende sovemidler	31 (1,1 %)	21 (1,8 %)	10 (0,6 %)**
N05BA	benzodiazepinanksiolytika	26 (1,0 %)		
N06BA	sentralstimulerende midler	154 (5,6 %)	47 (4,0 %)	107 (6,9 %)***
N02A	opioider	48 (1,8 %)	33 (2,8 %)	15 (1,0 %)***

Legemidler til barn og ungdom med rusmiddelproblemer

108 av de 110 barna som hadde plasseringsgrunn «rus», brukte en eller annen form for legemidler (se tabellene 1 og 7). Det var 43 jenter og 67 gutter i alt. Det er såpass små grupper her at det må

utvises spesiell forsiktighet med henblikk hvor mange som får ulike legemidler for å unngå tilbakeidentifisering. Det er en noe høyere bruk av p-piller blant jenter som har denne grunnen til institusjonsplassering, men dette kan antagelig forklares ut fra alder (men tallene er såpass små at det ikke er mulig å gjøre multivariate analyser).

Diskusjon registerstudien

Hovedfunnene i den foreliggende undersøkelsen kan oppsummeres som følger: Det var vanlig for barn og unge plassert i barneverninstitusjon i 2016 å få skrevet ut legemidler til behandling av sykdommer i nervesystemet, det vil som oftest si legemidler til bruk mot psykisk lidelse. De som hadde ett eller flere av de følgende kjennetegnene hadde mest legemiddelbruk:

- de eldste ungdommene
- jenter
- barn og ungdom fra region sør
- med atferdsforstyrrelse eller rusproblematikk som var plassert i institusjon driftet av privat kommersiell aktør

Relativt sett ble det brukt mer legemidler mot sykdommer i nervesystemet, og da spesielt antipsykotika, SSRI-antidepressiver, sentralstimulerende midler og ikke-vanedannende sovemidler enn hos andre barn. Ofte ble flere slike midler brukt av samme barn. Tallene peker mot at disse barna og ungdommene oftere sliter med sykdommer som ADHD, angst og depresjon. Barn og unge plassert i barneverninstitusjon bruker mer legemidler til behandling av sykdommer i mage-tarmkanalen og da spesielt syrehemmere og kvalmestillende enn andre barn. De brukte klart mindre legemidler for hudsykdommer, mindre anti-infektive midler og mindre legemidler for sykdommer i respirasjonsorganene enn andre barn. Dette kan tyde på at barn plassert i barneverninstitusjon får mindre oppmerksomhet på somatisk sykdom enn andre barn og unge. Denne skjevheten er større for de minste barna. Det er noe, men slett ikke høyt, bruk av vanedannende legemidler. Det er ingen bruk av sterke smertestillende opioider. Barn og unge med rusmiddelproblemer som plasseringsgrunn har noe høyere forbruk av legemidler. Grunnet små grupper er det vanskelig å peke mot enkeltlegemidler som denne gruppen bruker mer, men det er mest bruk av legemidler for psykisk lidelse.

Antall som fikk forskrevet ulike legemiddel

Tallene fra den foreliggende undersøkelsen peker i retning av at barn som var plassert i barneverninstitusjoner i 2016, brukte legemidler for behandling av sykdommer i nervesystemet (spesielt sentralstimulerende, antipsykotika og antidepressiver), mage-tarm-systemet (syrehemmere og kvalmestillende), hudlidelser (allergiske utslett) og astmamedisiner. Alt representerer nokså vanlig legemiddelbruk hos barn og unge.

Andelen som fikk forskrevet legemidler til behandling av ADHD, var høyere enn i resten av befolkningen med lik alder [9]. Det er grunn til å tro at antipsykotiske legemidler og søvnregulerende legemidler (ikke vanedannende legemidler; melatonin) ble brukt på samme indikasjon [14, 15]. Det var også en høyere bruk antidepressiver enn i sammenlignbare grupper på samme alder [10].

Når barn og unge plasseres i barneverninstitusjon, må institusjonene håndtere og forholde seg til de helsemessige forhold som gjelder disse barna eller ungdommene. Dette gjelder også deres bruk av legemidler. Men det er ikke slik at det gjelder alle legemidlene for alle barna. Det er f.eks. slik at bruk av legemidler for ungdom over 16 år som oftest kan overlates til den unge selv. 16 år er nemlig den «helserettslige myndighetsalder». I tillegg er det slik at barn og ungdom plassert i barneverninstitusjon har rett til vern om personlig integritet og skal selv kunne bestemme i personlige spørsmål. Samtidig plikter institusjonen å vurdere selvbestemmelsesretten opp mot

hensynet til trygghet og trivsel for alle i institusjonen, jf. Rettighetsforskriftens § 7. En slik rettighet til å administrere legemidler selv må selvsagt sees opp mot den enkeltes behov for omsorg (noen vil ha behov for hjelp til å huske å ta medisinene), men også andre hensyn (noen få ganger kan det f.eks. være viktig at medisinene tas av hensyn til andre).

Denne retten til å bestemme over egen legemiddelbruk gjelder i enda høyere grad prevensjonsmidler. I pasientrettighetsloven (lov av 2. juli 1999 nr. 63) § 4-4, står det: «Foreldre eller andre med foreldreansvar har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.» Men for p-piller har det vært mange og lange diskusjoner rundt foreldrenes eller omsorgsgivers innsynsrett (og evt. plikt) for jenter i alderen 12-16 år [16].

Uansett utfall på denne diskusjonen er det slik at ved plassering i barneverninstitusjon faller ansvaret for disse legemidlene over på institusjonen som ny omsorgsgiver. Det bør bemerkes (dette diskuteres mer nedenfor) at for noen sykdommer behandles disse barna og ungdommene mer enn andre barn, mens for andre sykdommer behandles de klart mindre. Det er rimelig å komme med formuleringen «underbehandling i en oversykelig populasjon». Om vi legger bruken av legemidler til grunn, kan det virke som om de undersøkte barna i mindre grad får helsehjelp sammenlignet med barn og unge i hele befolkningen. Dette nevnes fordi den underbehandlingen som kan ha vært en del av selve grunnlaget for institusjonsplasseringen, kan behjelpes i den nye omsorgssituasjonen. Dataene i den foreliggende undersøkelsen har ikke «oppløselighet» nok til å kunne se om en slik korrigerende av en feil kurs faktisk finner sted (man kan tenke seg at institusjonene nettopp tar tak i denne underbehandlingen og gjør noe med den). Besvarelsen av en slik problemstilling ligger utenfor mandatet for denne undersøkelsen.

Andel som får forskrevet ulike legemiddel

Undersøkelsen viser at bruken av legemidler øker med alder. Dette kjenner vi fra flere undersøkelser om ulike legemidler [17]. Det er jenter som får forskrevet mest legemidler. Dette er nok relatert til alder på et vis, gjennom at jenter er noe tidligere utviklet enn gutter.

Det ble forskrevet mest legemidler til dem som hadde atferdsforstyrrelse eller rusproblematikk som plasseringsgrunn. Som nevnt i resultatdelen er bruken av legemidler for sykdommer i nervesystemet vanligst, og da særlig bruken av legemidler innen gruppen sentralstimulerende, antidepressiver og antipsykotika. Tallene er ganske like det som oppgis for bruken av ADHD-legemidler ellers [9], men noe høyere enn det vi kjenner for bruk av antidepressive medisiner [10].

Det var ikke store regionale forskjeller, men i snitt mest bruk av legemidler i region sør. Dette kan være en refleksjon av kjente regionale forskjeller i bruken av ulike legemidler [18], men tallene er i grunnen for små til å kunne konkludere på dette.

Det er også slik at det ble brukt mest legemidler hos de barna som var plassert i institusjoner som eies og drives av private kommersielle aktører. Dette skyldtes nok i all hovedsak at de som var plassert i disse barneverninstitusjonene, var eldre ungdom. Det er verdt å merke seg at vi har hentet ut informasjon om resepter på legemidler hentet ut i en måned der det var registrert plassering i barneverninstitusjon vedørende den unge eller barnet, ikke nødvendigvis mens barnet eller den unge var plassert. Det betyr at medisinene kan være hentet ut både før og etter plasseringstidspunktet.

Relativ andel som får forskrevet ulike legemiddel

Sammenlignet med andre barn og unge i samme alder brukte de som var i plassert i barneverninstitusjon i 2016 mer av noen legemidler og mindre av andre. De brukte mer legemidler for nervesystemet og for mage-tarmproblemer, men mindre for respirasjonsorganene, mindre anti-infektive legemidler og mindre for hudsykdommer.

Når det gjelder de legemidlene de brukte for nervesystemet, er dette spesielt legemidler for behandling av ADHD, legemidler for behandling av depresjon og antipsykotiske legemidler. Det var også noe mer bruk av søvnregulerende, men ikke vanedannende, sovemidler (melatonin). Dette kan reflektere en økt forekomst av psykiske lidelser, spesielt ADHD og depresjon/angstlidelse hos barn og unge som er plassert i barneverninstitusjon [3, 19]. Det bør bemerkes at gitt de anslag man har for slik sykkelighet i denne populasjonen, er ikke tallene spesielt høye.

Den lave forskrivingen av legemidler innen gruppene legemidler til bruk for respirasjonsorganene, infeksjoner og hudsykdommer kan dette tolkes som mindre sykkelighet, men det er ingen grunn til å tro at denne gruppen barn og unge er friskere enn det andre barn og unge er. Det er derfor naturlig å tolke dette som at de mottar mindre behandling enn andre. Når vi ser på legemiddelbruk for denne gruppen barn og unge i et litt videre perspektiv enn bare den tiden de har vært institusjons plassert (tilleggsfigur 2), ser vi at bruken er noe mer lik normalbefolkningen.

På den annen side forsvinner ikke forskjellene mellom de institusjons plasserte barna og resten av befolkningen om vi utvider perspektivet på den måten. Det kan derfor være at det er en reell underbehandling av somatiske sykdommer enn det som er vanlig i barne- og ungdomsårene for denne gruppen.

Fra andre undersøkelser kjenner vi til at personer som behandles med psykotrope medisiner, har en noe mindre bruk av somatiske legemidler [11]. Det kan ha ulike årsaker, men vi er bekymret for at personer med psykisk sykdom får mindre oppmerksomhet rundt sine somatiske problemer. Vi gjorde derfor en tilleggsundersøkelse i den nåværende undersøkelsen og sjekket bruken av legemidler for somatisk sykdom mens vi tok ut alle som hadde fått legemidler for en sykdom i nervesystemet (ATC-gruppe N). Dette endret ikke den tilsynelatende underbehandlingen som fant sted.

Legemidler med misbrukspotensiale

Det er ikke et stort forbruk av legemidler med misbrukspotensiale eller potensielt rusgivende effekt blant barn og unge som plasseres i barnevernsinstitusjoner. Noen legemidler innen gruppen N (legemidler for psykisk lidelse) har et misbrukspotensiale og er såkalt vanedannende. Dette gjelder først og fremst smertestillende opioider [20], angstdempende benzodiazepiner, søvngivende z-hypnotika [21], men også sentralstimulerende legemidler [22] som brukes til å behandle ADHD.

I denne undersøkelsen ser vi at det er mye bruk av sentralstimulerende legemidler til behandling av ADHD. Denne undersøkelsen er ikke utformet slik at vi kan konkludere med hensyn til om disse sentralstimulerende legemidlene blir brukt som forskrevet, men noen funn i undersøkelsen peker i retning av at dette er fornuftig behandling av en sykdom hvor midlene er vist å være effektive og å bedre langtidsutfall [23]. Disse funnene inkluderer den relativt høye sambruken med spesielt ikke vanedannende sovemidler (melatonin) [15] og antipsykotisk medikasjon [24]. Begge deler er vanlig å bruke for denne lidelsen. Melatonin fordi det kan hjelpe søvnen enten dette er et behov som skyldes sykdommen eller selve behandlingen med sentralstimulerende. Antipsykotisk medikasjon er

også brukt for å behandle ADHD-symptomer hos unge, ofte sammen med sentralstimulerende legemidler [14].

Andre legemidler med misbrukspotensiale brukes lite, noe som er vanlig for disse aldersgruppene [25]. Det er særlig betryggende å se at de mest misbruksfarlige smertestillende legemidlene, sterke opioider, ikke er blitt skrevet ut.

Legemidler til barn og ungdom med rusmiddelproblemer

Gruppen som er institusjonsplassert på grunn av rusmiddelproblemer, er relativt liten (43 jenter og 67 gutter). På grunn av de restriksjoner som er lagt på undersøkelsen av anonymitetsgrunner, er det ikke mye vi kan si om denne gruppen. Vi har observert at de har noe høyere bruk av p-piller blant jentene, men dette skyldes antagelig at denne gruppen er eldre.

Styrker og svakheter med undersøkelsen

Fordi dette er en undersøkelse som baserer seg på data innhentet uten samtykke og med fritak fra taushetsplikten, og fordi disse data skal sammenstilles til en rapport som skal brukes av mange mennesker, har det vært stilt svært høye krav til å ivareta anonymitet og hindre at man kan tilbakeidentifisere data.

Det er også viktig å huske når man leser denne rapporten, at en del av de ulike problemstillingene som ble etterspurt av BUFDIR som grunnlag for denne rapporten ikke kunne la seg besvare med data fra Reseptregisteret. Dette gjelder bl.a. oversikt over medisiner som ikke er reseptbelagte. Det er heller ikke mulig med data fra Reseptregisteret alene å finne ut om det er forskrivninger i første- eller andrelinjetjenesten. Men på den annen side har de innhentede data også kunne gi svar som det i utgangspunktet ikke var spørsmål etter, men som likevel kan være av interesse for ansvarlig myndighet å ha oversikt over. Alt dette gjorde at vi endret noe på de problemstillingene som opprinnelig var stilt av BUFDIR og har svart på disse problemsstillingene.

Det er faktisk mulig at ikke alle tallene angitt i denne rapporten er 100 % korrekte. Dette skyldes flere ting. For det første har vi ikke kunnet tilbakekontrollere tall med opprinnelige filer, da vi fikk som krav fra REK, PVO og Reseptregisteret å slette filer med muligheter for tilbakeidentifisering. Denne strenge anonymiseringsprosessen, med sterke restriksjoner på hva vi kunne gjøre for ikke å kunne tilbakeidentifisere enkeltindivider, gjorde at vi ikke kan sjekke fram og tilbake om en person var den samme. F.eks. vil det av og til være utfordringer med hensyn til enslige mindreårige asylsøkere når det gjelder identitet. For det andre har vi også innført noen unøyaktigheter selv ved såkalt «støybefenging». Denne teknikken (hvor små tall etter et tilfeldig mønster blir lagt til eller trukket fra tallet 2), hindrer ytterligere tilbakeidentifisering, men går utover nøyaktigheten av den enkelte observasjon. Likevel vil vi hevde at de tall som er oppgitt i denne rapporten, i svært høy grad reflekterer den virkelighet vi har satt oss fore å beskrive. Det er med andre ord ingen grunn til å tro at de unøyaktigheter som er nevnt her, fører til faktiske feil i framlagte data.

Denne undersøkelsen benytter lister over barn og unge som har vært plassert i barneverninstitusjoner en kortere eller lengre tidsperiode i 2016. For å ivareta anonymitet i dataframstillingen og for å hindre at noen kan tilbakeidentifisere enkelte barn eller unge har vi ikke kunnet gå i detalj om enkeltpersoner. Vi kjenner deres landsdel, deres alder, kjønn, plasseringsgrunnlag (grove kategorier) og eierskap til institusjonen der barna har vært plassert.. Men vi kjenner ingen detaljer om barna, deres livssituasjon, deres behov eller sykdommer.

For noen deler av informasjonen om legemiddelbruk har vi ikke kunnet utgi data på et lavt nivå fordi tallene har blitt for små. Vi har en egenpålagt restriksjon om å ikke utgi tall i celler som er 10 eller mindre (kravet som SSB stiller er vanligvis 5 eller mindre).

Vi kjenner ikke grunnen til at barn har fått et legemiddel eller deres egentlige sykdomssituasjon. Vi har derfor i liten, men dog i noen grad, brukt informasjon om legemiddelbruk til å si noe om sykdom. Det er viktig å være klar over at det å få forskrevet et legemiddel ikke er det samme som å ha en bestemt sykdom.

Videre vet vi bare at legemidler er uthentet fra apotek. Vi vet ikke om disse legemidlene faktisk har blitt tatt.

Rapportens del 3:

Spørreundersøkelsen

Legemiddelhåndtering og medisinbruk i
barneverninstitusjoner undersøkt ved
spørreskjema

Spørreundersøkelsen

Denne spørreundersøkelsen ble utført for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR) av Høgskolen i Innlandet, Lillehammer for Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet. Spørreundersøkelsen har kartlagt legemiddelhåndtering og medisinbruk i norske barneverninstitusjoner som er godkjent av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Dette omfatter alle norske barneverninstitusjoner som driftes av staten, av ideelle organisasjoner eller private/kommersielle aktører. Institusjoner driftet av eller gjennom avtaler med Oslo kommune er ikke inkludert i datamaterialet.

Formålet med undersøkelsen er å frambringe kunnskap om praksis og rutiner når det gjelder legemiddelhåndtering i barnevernsinstitusjonene. Undersøkelsen skal gi svar på følgende kartleggingsspørsmål:

- Hvem skriver ut medisin (fastlege, BUP, annen)=
- Er institusjonen informert om medisinbruken?
- Skrives medisinene ut i samråd med institusjonen eller er det ungdommen som selv har gått til fastlege?
- Hvem følger opp og evaluerer medisinbruken, og hvor ofte skjer en slik oppfølging av lege?
- Hvem administrerer medisin når ungdom er på institusjon (de unge selv eller institusjonen evt. via f.eks. hjemmesykepleien)?
- Hvordan og av hvem oppbevares medisinen når ungdom er på institusjonen?

Dette er sentrale aspekter ved legemiddelhåndtering og medisinbruk i institusjonene, og svarene på spørsmålene ovenfor vil sammen med registerundersøkelsen kunne gi relevant og dekkende kunnskap om legemiddelhåndtering og medisinbruk i barneverninstitusjonene.

Bakgrunn

Bestemmelser om medisinsk tilsyn og behandling i barneverninstitusjoner finnes i Forskrift om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner § 7 [26], og i Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon § 8 [1]. I BUFDIRs veiledning for utfylling av institusjonsplan [27] er det gitt utfyllende kommentarer til forskriftene. Det framgår at institusjonene skal ha rutiner for oppbevaring og håndtering av legemidler, samt rutiner for hvem som kan utlevere legemidler. Institusjonene plikter å ha skriftlige rutiner for beboers rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. Hvordan prosedyrer og rutiner er integrert i og gjennomføres i den daglige driften av institusjonene, har vært en viktig del av kartleggingsarbeidet. Spørsmålene i undersøkelsen har vært knyttet til hvordan beboernes medisinbruk før inntak blir registrert, hvilke prosedyrer og rutiner institusjonene har for legemiddelhåndtering i inntaksrutinene og hvordan legemidler håndteres av institusjonene etter inntak. Et sentralt punkt er også hvordan legemiddelhåndteringen skjer for institusjonens beboere under 16 år, og for dem som er 16 år eller eldre. Institusjonens beboere som er fylt 16 år, er i utgangspunktet myndige når det gjelder helse spørsmål. Det vil si at ungdommene, på lik linje med voksne, har rett til å få informasjon og å ta avgjørelser om egen helse etter lov om pasient- og brukerrettigheter, §§ 3-4, 4-3 og 4-4. [28]. Det betyr at 16 år er et avgjørende skille også innenfor institusjonskonteksten. I tillegg har undersøkelsen hatt fokus på spørsmål relatert til rollen som helseansvarlig i institusjon, og institusjonens prosedyrer og rutiner for opplæring av miljøpersonalet i medisin håndtering og dokumentasjon av denne. Til slutt har

undersøkelsen stilt spørsmål relatert til beboere i barneverninstitusjoner som har rusproblemer og deres forhold til medisinbruk under institusjonsoppholdet.

Identifisert risiko knyttet til medisinhandling i institusjoner

I september 2016 publiserte KPMG rapporten «BUFETAT. Risikovurderinger knyttet til misligheter og uregelmessigheter. Alle fem regioner og BSA.» Rapporten er skrevet på oppdrag av BUFDIR der risikovurderinger knyttet til temaene misligheter og uregelmessigheter i Bufetat og Bufetats service og administrasjonssenter (BSA) presenteres [2]. Rapporten konkluderer med at tre av fem regioner oppgir en middels høy risiko knyttet til medisinhandling i norske barneverninstitusjoner. Årsakene oppgis å være et høyt antall personer med tilgang til institusjonenes medisinoppbevaring, samt mangel på gode rutiner i institusjonene knyttet til håndtering av medisiner. KPMG foreslår en nøyaktig kartlegging av hva som finnes av relevante rutiner, og deretter å beslutte hvilke prinsipper og praksis som skal være gjeldende for alle regioner. KPMG foreslår videre en kombinasjon av opprydning i rutiner og tydeliggjøring av disse, etterfulgt av implementering og bedre oppfølging av disse [2].

I risikoanalysen framkommer det at region nord identifiserer høy risiko for manglende helsehjelp, både somatisk og psykiatrisk til barn/unge på institusjonene, og videre middels risiko for feilmedisinering på grunn av manglende krav til medisinkompetanse [2]. Region øst identifiserer middels risiko for at ansatte eller klienter stjeler medisiner på institusjoner på grunn av mangel på gode rutiner for medisinhandling [2]. Region sør identifiserer middels risiko for tyveri av medisiner på institusjon, med begrunnelse i at ansatte har bred tilgang til medisiner og institusjonenes manglende system for deponering av medisiner [2].

Spørsmålene som er stilt i undersøkelsen, dekker sentrale aspekter ved legemiddelhandling og medisinbruk i institusjonene. Svarene på spørsmålene i «Delrapport 1: Kartlegging av legemiddelhandling og medisinbruk» vil sammen med forskningsprosjektets «Delrapport 2: Registerundersøkelsen» kunne gi relevant og dekkende kunnskap om legemiddelhandling og medisinbruk i barneverninstitusjonene.

Barn og unges rett til helsetjenester

I «Strategi for BUFDIR 2017 – 2020» [29] beskriver BUFDIR i kapitlet om direktoratets innsatsområder at brukernes behov settes først, blant annet gjennom å «arbeide metodisk for å sikre at behovene til barn, unge, familier og tjenesteapparat tas inn i utviklingen av tiltak og tjenester» og videre «sikre at rettssikkerheten til borgerne ivaretas». Barn og unges rett til helsetjenester er forankret i FNs barnekonvensjon artikkel 24,1 [30] som lyder:

Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester.

Lov om barn og foreldre [31] § 30 hjemler bestemmelsen om foreldres plikt til å sørge for at barn får nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. Norske barneverninstitusjoner er gitt omsorgsopdraget for barn og unge i foreldrenes sted. Det er derfor den enkelte barneverninstitusjon plikt å sørge for at barn og unge får nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. Barneverninstitusjonene er forpliktet etter barnekonvensjonen [30] å sikre sine beboere rett og adgang til helsetjenester.

Funn fra undersøkelsen i delrapport 1, knyttet til barneverninstitusjonenes praksis og erfaringer relatert til helsespørsmål for beboere og medisinbehandling, vil kunne benyttes som grunnlag for Bufdirs kvalitetsarbeid for utvikling av barneverninstitusjonenes helse- og medisinrutiner.

Metode for spørreundersøkelsen

Utvalget i spørreundersøkelsen består av alle norske, godkjente barneverninstitusjoner som drives av staten, av ideelle organisasjoner og private/kommersielle aktører. Barneverninstitusjoner som driftes av, eller etter avtale med, Oslo kommune er ikke inkludert i undersøkelsens utvalg.

Kontaktopplysninger for institusjonene er hentet fra Bufetats oversikt over barnevernsinstitusjoner som er tilgjengelig på BUFDIRs hjemmeside. Invitasjon til spørreundersøkelsen er sendt til ledere ved hver barneverninstitusjon, og til sammen er det sendt ut invitasjoner til 125 ledere ved norske barneverninstitusjoner. Av 125 skjemaer som ble sendt ut, ble 77 besvart. Dette gir en svarprosent på 62. På noen av spørsmålene er svarprosenten lavere slik det framgår i tabellene (markert som «Ikke besvart» i tabellene). Frafallet på 38 prosent kan påvirke representativiteten hvis det er systematiske skjevheter når det gjelder hvem som svarte på spørreskjemaet. Så langt det har vært mulig å sjekke, er det ikke sterke indikasjoner på at det er en slik skjevhet.

Innsamling av data

Innsamling av data er gjennomført ved hjelp av et web-basert spørreskjema. Som plattform for undersøkelsen har vi benyttet Høgskolen i Innlandets databasedrevne system Checkbox. Høgskolen i Innlandet har egne lisenser for Checkbox som innebærer at både systemet Checkbox og de data som innhentes gjennom datasystemet, lagres lokalt på egne servere ved høgskolen. Dette til forskjell fra andre web-baserte survey-systemer som lagrer data i skytjenester. Ved å drifte systemet og lagre data lokalt, øker sikkerheten rundt både datainnsamlingen og håndteringen av data. Også Sykehuset Innlandet benytter Checkbox til håndtering av kvalitets- og forskningsprosjekter.

Epost med link til undersøkelsen ble sendt ut til alle institusjonenes ledere 12. februar 2018. Tre påminnelser ble sendt til de lederne som ikke hadde besvart undersøkelsen, inntil undersøkelsen ble stengt og avsluttet 8. april 2018. Dette betyr at de tall som framgår av undersøkelsen knyttet til antall plasserte ungdommer ved institusjonene, tall knyttet til medisinerbruk og antall ungdommer med rusproblematikk plassert i barneverninstitusjonene, er tall rapportert inn i perioden 12. februar til 8. april 2018.

Analyse

Analysene av datamaterialet er i hovedsak sammenstilling av data fra spørreskjemaene ved hjelp av deskriptiv statistikk. Resultatene er presentert i form av krysstabeller og figurer gjennom rapporten, samt oppsummerende tekst. Den kvalitative delen av undersøkelsen, representert ved åpne spørsmål i spørreundersøkelsen, presenteres sortert etter tema.

Analyse av datamaterialet er i hovedsak gjort med utgangspunkt i de identifiserte risikoområder som presenteres i KPMGs rapport [2].

Etiske hensyn

Studien er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og etiske hensyn er ivaretatt i tråd med godkjenningen samt retningslinjer og lovverk.

Resultater og diskusjon for spørreundersøkelsen

I dette kapitlet presenterer vi funnene fra spørreundersøkelsen. Funnene er i hovedsak presentert gjennom tabeller. I tillegg har vi valgt å presentere tekst fra de åpne spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen, samt utdypende kommentarer knyttet til tall som framkommer i noen av tabellene.

Institusjonene som har deltatt i undersøkelsen

Nedenfor følger en presentasjon av bakgrunnsopplysningene vi har innhentet knyttet til de institusjonene som har besvart undersøkelsen (N=77).

Tabell 10. Stillingstittel til den som besvarer spørreskjemaet. I prosent (N=77).

Stillingstittel til den som besvarer spørreskjemaet	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Enhetsleder/ Institusjonsleder	66	68	51	61
Avdelingsleder	19	13	43	27
Barnevernspedagog	3	0	0	1
Helseansvarlig	3	0	0	1
Nestleder	0	19	0	4
Fagsjef	0	0	3	1
Ledende miljøterapeut	3	0	0	1
Miljøarbeider	3	0	0	1
Ubesvart	3	0	3	3
Total	31	16	30	77

Spørreskjemaet ble sendt til ledere ved institusjonene. 94 % av spørreskjemaene er besvart av institusjonsansatte i lederstillinger. 3 % av spørreskjemaene er besvart av institusjonsansatte i andre typer stillinger, men 3 % av respondentene har ikke oppgitt stillingstittel.

Institusjonenes regiontilhørighet

Tabell 11. Hvilken region tilhører institusjonen? I prosent (N=77).

Hvilken region tilhører institusjonen?	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Region nord	20	0	0	6
Region Midt-Norge	36	15	10	18
Region øst	8	39	43	35
Region sør	24	8	17	17
Region vest	12	39	27	22
Ubesvart	0	0	3	1
Total	31	16	30	77

Antall godkjente plasser ved institusjonen

Tabell 12. Antall godkjente plasser ved institusjonen.

Godkjente plasser ved institusjonen (antall):	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
1-4	3	2	6	11
5-8	22	3	6	31
9-12	2	3	5	10
13-16	1	2	5	8
17-20	3	1	1	5
>20		4	4	8
Ubesvart		1	3	4
Total	31	16	30	77

Utvalget av institusjoner som har besvart undersøkelsen (n=77) er godkjent for ulikt antall plasser. Den minste institusjonen er godkjent for 1 plass, mens den aktøren med høyest antall godkjente

plasser er en privat/kommersiell aktør med 51 godkjente plasser. Til sammen utgjør antall godkjente plasser for institusjoner som har besvart undersøkelsen 788 plasser.

Antall avdelinger ved institusjonen

Tabell 13. Antall avdelinger ved institusjonen (N=77).

Antall avdelinger ved institusjonen:	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
1	16	5	6	27
2	9	2	3	14
3	3	1	6	12
4	2	2	3	7
5	1	1	2	4
6		1	2	3
7		1		1
8			1	1
11		1		1
12			2	2
Ubesvart			5	5
Total	31	16	25	77

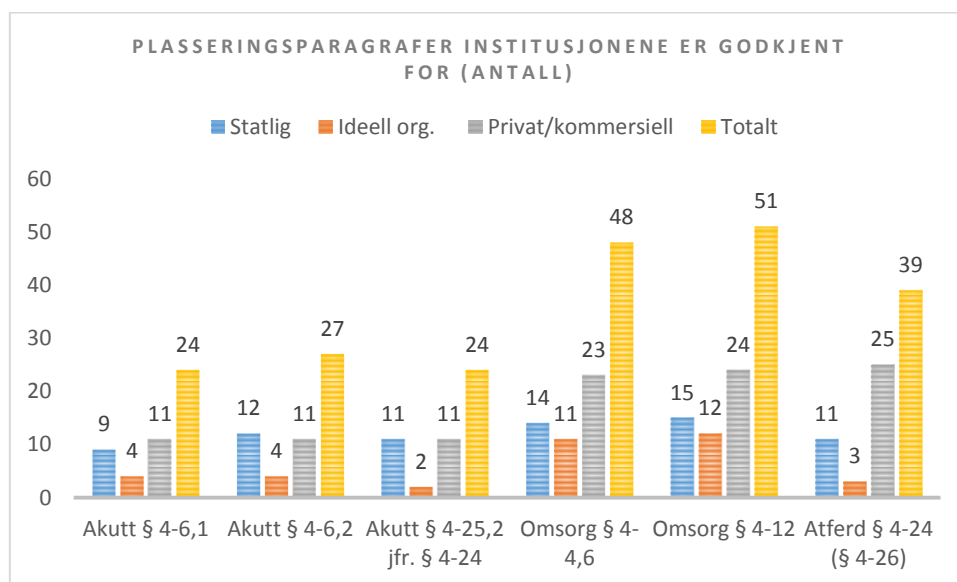
Antall plasserte ungdommer (på svartidspunkt). N=77

Tabell 14. Antall plasserte ungdommer per d.d. (dato for besvarelse av spørreundersøkelsen).

Antall plasserte ungdommer per d.d.	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
1	1	3	3	7
2 - 5	16	1	9	26
6 - 10	10	5	8	23
11 - 20	4	5	4	13
20 - 24		2	1	3
Ubesvart			5	5
Total	31	16	25	77

Plasseringsparagrafer institusjonene er godkjent for

Figur 3. Plasseringsparagrafer institusjonene er godkjent for (N=77)



Drift av enetiltak

Vi har kartlagt om barneverninstitusjonene drifter enetiltak, og om institusjonens prosedyrer og rutiner følges i enetiltakene. I tillegg har vi spurt institusjonene om hvor mange ungdommer de har plassert i enetiltak på undersøkelsestidspunktet (12.2.18 – 8.4.18).

På svartidspunktet driftet 30 % av utvalget enetiltak. De fleste enetiltakene ble driftet av de privat/kommersielle aktørene, der hele 50 % av institusjonene oppga at de driftet enetiltak. Omtrent 10 % av de statlige institusjonene driftes som enetiltak og rundt 30% av de ideelle organisasjonene driftet slike tiltak. For detaljert informasjon se tilleggstabell 1 og 2 i vedlegg.

Av utvalget som helhet (N=77) opplyser 39 av institusjonene at institusjonens prosedyrer og rutiner følges også i enetiltakene. 4 institusjoner opplyser institusjonens prosedyrer og rutiner ikke følges i enetiltakene, 3 institusjoner svarer at de er usikre på dette, mens 31 institusjoner ikke har besvart spørsmålet. For detaljert informasjon, se tilleggstabell 3 i vedlegg.

Prosedyrer ved inntak

I denne delen av undersøkelsen har vi stilt spørsmål til institusjonene knyttet til prosedyrer og rutiner ved inntak av den enkelte beboer. Vi har kartlagt hvordan institusjonene håndterer beboernes helsetilbud allerede ved inntakstidspunktet, og vi har også bedt om kvalitative beskrivelser fra institusjonene knyttet til spørsmålene rundt inntak og helsetilbud.

Rettighetsforskriftens § 8 [1] fastslår at institusjonen plikter å ha skriftlige rutiner som ivaretar beboerens rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling, og i tillegg skal barn og unge som akutt plasseres ha tilsyn av lege før inntak eller senest i løpet av inntaksdøgnet. Vi har kartlagt om institusjonene har egne prosedyrer eller rutiner for legeundersøkelse av ungdom ved inntak på et generelt grunnlag. Dette for å belyse hvorvidt norske barneverninstitusjoner kartlegger beboernes somatiske helsetilstand ved inntak. 87 % av utvalget har besvart dette spørsmålet, og 79% av utvalget svarer at institusjonen har prosedyrer eller rutiner for legeundersøkelse ved inntak. Om prosedyrene og rutinene knyttet til legeundersøkelse ved inntak faktisk følges opp, har vi ikke spurt om i denne undersøkelsen.

Tabell 15. Har institusjonen prosedyrer/rutiner for legeundersøkelse av ungdom ved inntak? Prosent

Har institusjonen prosedyrer/rutiner for legeundersøkelse av ungdom ved inntak?	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	84	81	73	79
Nei	16	6	0	8
Ubesvart	0	13	27	13
Total	31	16	30	77

Vi har videre spurt institusjonene om de har opprettet egne avtaler med legekantor for gjennomføring av legeundersøkelser av ungdommene ved inntak. 87 % av utvalget har besvart spørsmålet. 43 % av institusjonene oppgir at de har inngått en slik avtale, 44 % av institusjonene har

ikke inngått avtale, mens 23 % av institusjonene har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 4 i vedlegg.

Fastlegeordning for ungdom i institusjon

Forskrift om fastlegeordning i kommunene fastslår i § 1 [32] at formålet med ordningen er at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Vi har derfor kartlagt hvorvidt norske barneverninstitusjoner oppretter fastlegeavtale for ungdommene ved inntakstidspunktet. 87% av utvalget har besvart spørsmålet, og 70% av utvalget svarer bekreftende på at fastlegeavtale opprettes ved inntak.

Tabell 16. Oppretter institusjonen fastlegeavtale for ungdom ved inntak? Prosent

Oppretter institusjonen fastlegeavtale for ungdom ved inntak?	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	71	75	67	70
Nei	29	12,5	6	17
Ubesvart		12,5	27	13
Total	31	16	30	77

Oppsummering

Det kan se ut som om en del av institusjonene, uavhengig av type aktør som drifter institusjonen, forsøker å beholde ungdommens fastlegeavtale dersom dette er geografisk mulig. Noen institusjoner benytter lokale legekontor, andre benytter legevakt. Samtidig ser vi at noen av institusjonene mener det er den kommunale barneverntjenesten der ungdommen kommer fra sin oppgave å opprette fastlegeavtale for beboerne. Ut fra beskrivelsene gitt fra institusjonene, kan det se ut til å tegne seg et bilde av en variasjon over rutiner og praksis der man i den ene enden av skalaen oppretter fastlegeavtale som en del av inntaksprosedyrene, mens man motsatt ende oppfatter dette som den plasserende kommunes barneverntjeneste sitt ansvar. Helt i ytterkant er det én respondent som oppgir som en tilleggsopplysning at institusjonen ikke får opprettet fastlege til ungdommer uten norsk statsborgerskap. For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 1 i vedlegg.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 1 [32] fastslår at formålet med fastlegeordningen er at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Ut fra de svarene vi har mottatt i undersøkelsen svarer 70 % av respondentene at det opprettes fastlegeavtale ved inntak av ungdommen, mens 17 % oppgir at slik avtale ikke opprettes. Av de kvalitative svarene ser vi videre at det er en spredning knyttet til hvordan rutiner for oppretting av fastlegeavtale gjennomføres i praksisfeltet. Vi vurderer derfor at det er en viss risiko for at ungdom i institusjon ikke får tilgang til fastlegetilbud slik som formålsparagrafen for forskrift for fastlegeordningen fastslår. Vi anbefaler på grunnlag av dette at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for når og hvordan fastlegeordning for ungdom i institusjon skal opprettes.

Håndtering av ungdommens private medisin ved inntak

Når ungdom flytter inn i institusjon, har institusjonen plikt etter Rettighetsforskriftens § 6 [1] å oppbevare ungdommens eiendeler på en forsvarlig måte. I tillegg skal institusjonen føre oversikt over private eiendeler som den mottar til oppbevaring fra beboeren. Vi har spurt institusjonene om de har egne prosedyrer eller rutiner knyttet til inntak av ungdom som bruker medisin, og som har med seg privat medisin ved innflytting. 87 % av utvalget (N=77) har besvart spørsmålet. 73 % av utvalget oppgir at institusjonen har egne prosedyrer knyttet til inntak av ungdom som bruker medisin, mens 12 % av utvalget svarer at de ikke har slike prosedyrer. 2 % av utvalget vet ikke eller er ikke sikker på om slike prosedyrer eksisterer i institusjonen, mens 13 % av utvalget ikke har besvart spørsmålet. For detaljert informasjon, se tilleggstabell i vedlegg.

Vi har videre spurt institusjonene om hvordan prosedyren gjennomføres, og hvem som har ansvaret for å gå gjennom medisinene til nye beboere. For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 2 i vedlegg.

Oppsummering

Ut fra svarene som institusjonene har gitt på de åpne spørsmålene, kan det se ut som om det er stor variasjon mellom institusjonene knyttet til hvem som har ansvaret for å gjennomgå prosedyre ved inntak, og videre hvem som har ansvaret for å gå gjennom ungdommens medisiner ved inntak. Ansvarsfordelingen varierer fra avdelingsleder til helseansvarlig og hovedkontakt eller ansvarlig på vakt. Denne variasjonen ser ut til å opptre hos alle typer organisasjoner/drifere av barneverninstitusjoner. Variasjonen i seg selv kan være uproblematisk dersom institusjonen har tydelig definerte prosedyrer eller rutiner på hvordan medisin skal håndteres ved inntak. Samtidig er det slik at 12 % av utvalget svarer at institusjonen ikke har prosedyrer eller rutiner for dette, og 3 % svarer at de ikke vet. Det kan derfor være en viss risiko for at ungdommens private medisiner ikke ivaretas på en forsvarlig måte. Vi anbefaler på grunnlag av dette at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for hvordan ungdommens medisiner skal håndteres av institusjonen ved inntak av nye beboere.

Medisinbruk under opphold

Rettighetsforskriftens § 8 [1] fastslår at institusjonen plikter å ha skriftlige rutiner som ivaretar beboernes rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. En del av undersøkelsen har derfor vært knyttet til hvilke prosedyrer og rutiner institusjonene har når det gjelder ungdommers medisinbruk under opphold i institusjon, og hvordan medisinbehov og bivirkninger kartlegges og følges opp av institusjonen.

Vi spurte institusjonene om hvilke typer medisiner ungdommene som var innskrevet på undersøkelsestidspunktet (12.2.18 – 8.4.18) fikk. Tabellen under (tabell 17) viser antall ungdommer og type medisin som institusjonene hadde registrert. 80 % av utvalget har besvart dette spørsmålet. Oversikten i tabell 17 favner alle typer plasseringer, og rapporterer institusjonenes oversikt over beboernes medisinbruk på svartidspunktet. I denne spørreundersøkelsen har vi kun spurt etter enkeltlegemidler knyttet til nervesystemet, det vil si legemidler knyttet til N-gruppen i ATC-systemet. Andre typer legemidler er fanget opp under gruppen «smertestillende» og «annet». For detaljert beskrivelse av ATC-systemet og legemidler vises det til delrapport 1.

Tabell 17. Hva slags medisiner får ungdom som er plassert ved institusjonen per d.d. (antall ungdom)?

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Antipsykotika	6	5	6	17
Antidepressiva	4	6	11	21
Angstdempende	6	4	6	16
Sovemedisin	14	6	14	34
ADHD-medisin	12	6	11	29
Smertestillende (reseptbelagt)	3	1	4	8
Annet	8	2	5	15
Total	53	30	57	140

Vi har spurt institusjonene om de har prosedyrer eller rutiner for medisinsk oppfølging av ungdommene. Dette spørsmålet knyttes direkte til Rettighetsforskriftens §8 [1] om institusjonens plikt til å ha skriftlige rutiner som ivaretar beboernes rett til medisinsk tilsyn og behandling. 84 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). 77 % oppgir at institusjonen har skriftlige prosedyrer eller rutiner, mens 6% svarer nei på spørsmålet. 1 % av institusjonene svarer «vet ikke», mens 16% av institusjonene ikke har besvart spørsmålet. Mangel på skriftlige prosedyrer eller rutiner knyttet til medisinsk oppfølging av ungdommene er et brudd på Rettighetsforskriftens § 8 [1].

Institusjonene har også blitt spurt om de har rutiner for hvem som følger opp endringsbehov knyttet til ungdommenes medisinbruk. Dette spørsmålet kan sees i sammenheng med forrige spørsmål, og rutiner for oppfølging av endringsbehov knyttet til medisinbruk kan således betraktes som spissing av prosedyrer/rutiner knyttet til medisinsk oppfølging. 85 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). 74 % av utvalget svarer bekreftende på dette. 11 % av utvalget svarer at institusjonen ikke har slike rutiner, 1 % er usikre eller vet ikke, mens 14 % av utvalget ikke har besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 7 og 8 i vedlegg.

[Institusjonenes beskrivelser av medisinoppfølging og kartlegging av bivirkninger](#)

Rettighetsforskriftens § 8 [1] fastslår at institusjonen skal ha skriftlige rutiner for beboernes rett til nødvendig medisinsk tilsyn. Vi har bedt institusjonene gjennom åpne spørsmål utdype hvor ofte beboernes medisinbruk følges opp av lege og hvordan bivirkninger knyttet til ungdommenes medisinbruk kartlegges og rapporteres i institusjonen.

Det første spørsmålet omhandler legeoppfølging av ungdommens medisinbruk og hyppigheten av denne oppfølgingen. 69 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 3 i vedlegg. Det andre spørsmålet vi har stilt institusjonene omhandler en kvalitativ beskrivelse av hvem som kartlegger eventuelle bivirkninger knyttet til ungdommens medisinbruk under oppholdet i institusjon, og hvordan observerte bivirkninger rapporteres. 77 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 4 i vedlegg.

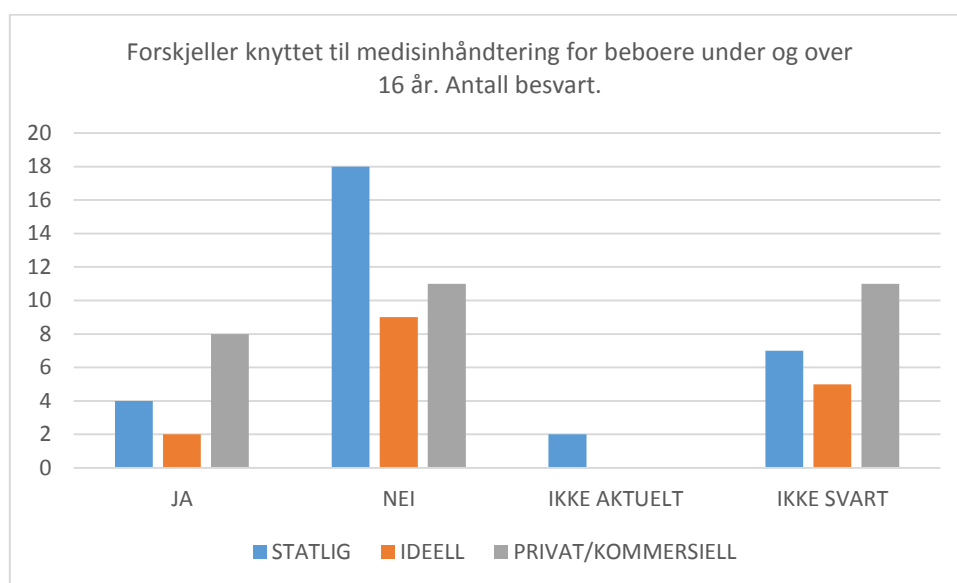
Oppsummering:

Halvparten av institusjonene som har svart på det første delspørsmålet, oppgir at beboernes medisinoppfølging ved lege skjer etter individuell variasjon og behov. Videre svarer trettito av institusjonene, på tvers av type aktør, at det er miljøpersonalet eller institusjonen gjennom daglig rapportering som kartlegger og rapporterer eventuelle bivirkninger av ungdommens medisinbruk. I tillegg svarer fire av de statlige institusjonene samt en av de ideelle organisasjonene at de ikke har noen rutine knyttet til kartlegging og rapportering av bivirkninger. Disse trettisju institusjonene utgjør omtrent halvparten av de institusjonene som har besvart delspørsmål to. Dersom ungdommenes behov for medisinoppfølging av lege skjer etter individuelle vurderinger, kan vi anta at en del av disse vurderingene gjøres av personalet ved institusjonene. Dersom institusjonene ikke har rutiner for kartlegging og observasjon av bivirkninger, eller disse oppgavene er lagt ut som en generell oppgave blant miljøpersonale uten medisinopplæring, vurderer vi at det er knyttet risiko til om bivirkninger av medisinbruk fanges opp og rapporteres i barneverninstitusjonene. Vi anbefaler på grunnlag av dette at BUFDIR utarbeider retningslinjer og maler for kartlegging av virkninger/bivirkninger av ungdommens medisinbruk som også inkluderer samarbeidsavtaler med ungdommens fastlege/lege.

Forskjeller knyttet til medisinbehandling for beboere under og over 16 år

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-3 [28] fastslår at personer over 16 år har rett til å samtykke til helsehjelp. I undersøkelsen har vi kartlagt om institusjonene praktiserer forskjeller knyttet til medisinbehandling for beboere under og over 16 år.

70 % av utvalget har besvart dette spørsmålet (N=77). 18 % av utvalget oppgir at institusjonen utøver forskjellig praksis knyttet til medisinbehandling for beboere under og over 16 år, mens 49 % svarer at institusjonen ikke gjør forskjeller ved denne alderen. For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 5 i vedlegg.

Figur 4. Forskjeller knyttet til medisinhandling for beboere under og over 16 år.

Oppsummering

Som det framkommer av svarene, er det høyest antall institusjoner som ikke gjør forskjell på medisinhandling for beboere under og over 16 år. Av disse institusjonene svarer allikevel en del at de er kjent med helselovgivningen og selvbestemmelsesretten som inntreer ved 16 års alder, og ser ut til å inngå avtaler med den enkelte ungdom der modenhet og type medisin inntas i vurderingen. At såpass mange som 49 % av institusjonene velger å ikke differensiere medisinhandlingen knyttet til beboernes alder, kan antageligvis forstås i lys av rettighetsforskriftens §7 [1], som forplikter institusjonene å vurdere den enkeltes selvbestemmelsesrett opp mot hensynet til trygghet og trivsel for alle i institusjonen.

Rutiner for kontakt/samarbeid med ungdommens fastlege

Som tidligere beskrevet fastslår Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 1 [32] at formålet med fastlegeordningen er å sikre at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Videre pålegger Rettighetsforskriftens § 8 [1] institusjonene plikt å ha skriftlige rutiner som ivaretar beboernes rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. I undersøkelsen har vi derfor spurt institusjonene om de har opprettet rutiner for kontakt og samarbeid med ungdommens fastlege, og også bedt institusjonene beskrive eventuelle rutiner.

Tabell 18. Har institusjonen rutiner for kontakt/samarbeid med ungdommens fastlege? Prosent av total (N=77).

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	55	38	40	45
Nei	39	50	33	39
Ubesvart	6	12	27	16
Total	31	16	30	77

Institusjonene som har svart bekræftende på at de har rutiner knyttet til kontakt og samarbeid med ungdommens fastlege, har også beskrevet hvordan rutinen utføres i praksis. For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 6 i vedlegg.

Oppsummering

45 % av utvalget oppgir at institusjonen har rutiner for kontakt og samarbeid med ungdommens fastlege, mens 39 % av institusjonene oppgir at de ikke har rutiner for dette. Av de institusjonene som oppgir å ha rutiner for kontakt og samarbeid med ungdommens fastlege, svarer nesten en tredel at dette samarbeidet tar utgangspunkt i den enkelte ungdoms behov. Omtrent en firedel av institusjonene oppgir at de har samarbeidsavtaler med faste leger eller legekontorer. De institusjonene som ikke har rutiner for samarbeid med ungdommens fastlege, har ikke blitt bedt om å svare utdypende når det gjelder mangel på slik rutine. Dersom vi hadde bedt om en slik begrunnelse, kan det hende at bildet hadde tegnet seg noe annerledes enn det vi ser ut fra de svarene vi har mottatt, der 49 % av utvalget bekrefter at institusjonen har rutiner for samarbeid, mens 39 % av utvalget svarer at institusjonen ikke har slike rutiner. Det kan være forskjellige grunner til at utvalgets svar deler seg på denne måten, samtidig er det oppsiktsvekkende at en såpass høy andel som 39 % av utvalget oppgir å ikke ha rutiner for samarbeid med ungdommens fastlege. Dette kan tolkes som et brudd på Rettighetsforskriftens § 8 [1], og kan utgjøre en risiko knyttet til at ungdom plassert i barneverninstitusjoner ikke sikres det medisinske tilsynet og den behandlingen de har rett til. På grunnlag av dette anbefaler vi at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for oppretting av samarbeid med fastlege for å sikre ungdommens helse- og oppfølgingstilbud.

Prosedyrer ved medisinhandling

KPMGs risikoanalyse i Bufetat [2] identifiserte middels risiko for feilmedisinering og risiko for tyveri av medisiner i to av regionene grunnet manglende rutiner for medisinhandling. I undersøkelsen har vi hatt som mål å kartlegge norske barneverninstitusjoner prosedyrer og rutiner knyttet til medisinhandling, og å kartlegge hvordan institusjonene forvalter dette ansvaret.

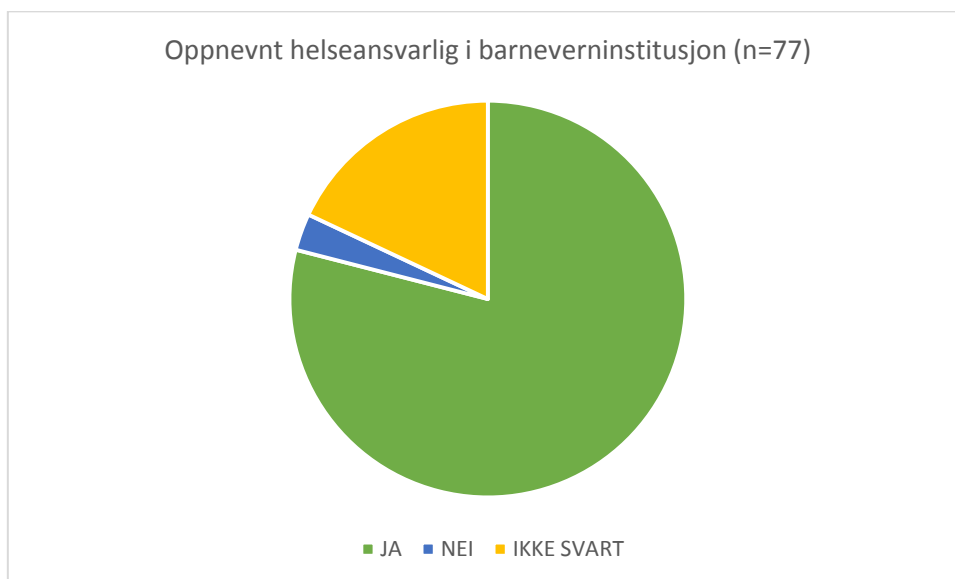
Vi spurte institusjonene om de hadde opprettet prosedyrer eller rutiner for håndtering av medisiner og hvem i personalgruppa som kan utlevere medisiner til ungdommene. 82 % av utvalget har svart på dette spørsmålet (N=77), og samtlige av institusjonene som har besvart spørsmålet, bekrefter at de har prosedyrer og rutiner for dette. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 9 i vedlegg.

Helseansvarlig

I BUFDIRs «Retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere» [33] pålegges hver barneverninstitusjon å ha en helseansvarlig. Institusjonens leder har ansvar for å utpeke en helseansvarlig, samt dennes stedfortreder. Institusjonens leder har ansvar for å bidra til at helseansvarlig har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter til å ivareta oppgavene som tillegges helseansvarlig. Den helseansvarliges oppgave er å bidra til at beboere i institusjon får nødvendig helsehjelp, blant annet ved å bistå leder i arbeid med å utarbeide og justere interne prosedyrer og rutiner. I tillegg har den helseansvarlige ansvar for institusjonens opplæringstiltak for ansatte som skal bidra til at beboerne får nødvendig helsehjelp. Det ligger også til den helseansvarliges ansvar å etablere og opprettholde samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten. Formelle kompetansekrav som stilles til helseansvarlig i barneverninstitusjon, er barnevernfaglig- og/eller sosialfaglig kompetanse og kunnskap om helselovgivning, og primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vi har spurt institusjonene om de har opprettet helseansvarlig ved institusjonen. 82 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). 79 % av utvalget bekrefter at institusjonen har oppnevnt helseansvarlig. 3 % av institusjonene har ikke oppnevnt helseansvarlig, mens 18 % av institusjonene ikke har besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 10 i vedlegg.

Figur 5. Oppnevnt helseansvarlig i barnevernsinstitusjoner



Institusjonene er videre blitt bedt om å beskrive den helseansvarliges stillingstittel, kompetanse og stillingsstørrelse. 74 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). Ved alle tre typene leverandør av institusjonstilbud (statlig, ideell organisasjon og privat/kommersiell aktør) ser det ut til at det for det meste er miljøterapeuter eller avdelingsledere som er oppnevnt som helseansvarlige. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 11 a-c i vedlegg.

Vi har også spurt institusjonene om den helseansvarlige ved institusjonen har gjennomført medisinkurs. BUFDIR stiller ikke krav om medisinkurs til institusjonenes helseansvarlige, jf. Retningslinjene [33]. Det er likevel interessant å kartlegge hvilken kompetanse institusjonenes

helseansvarlige har når det gjelder medisin. 82 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). Svarene viser at omtrent halvparten av institusjonenes helseansvarlige har gjennomført kurs i medisinbehandling (48 % av utvalget). Andelen fordeler seg omtrent likt over alle tre typer tilbydere av barneverninstitusjonsplasser. 31 % av institusjonene svarer at helseansvarlig ikke har gjennomført medisinkurs, mens 3 % vet ikke. 18 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 12 i vedlegg.

Opplæring av ansatte og nyansatte i medisinbehandling

Bufdirs retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon [33] pålegger helseansvarlig ansvar for utarbeiding og oppfølging av interne prosedyrer og opplæringstiltak for ansatte knyttet til at beboere får nødvendig helsehjelp. Tabellene nedenfor viser 1) en oversikt over hvor mange institusjoner som har egen opplæring for ansatte og nyansatte (tabell 19) og 2) hvor mange av institusjonene som har integrert medisinbehandling i sine opplæringsplaner (tabell 20).

Tabell 19. Har institusjonen egen opplæringsplan for ansatte og nyansatte? Prosent (N=77)

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	81	75	73	76
Nei	3	6	0	3
Vet ikke	6	0	0	3
Ikke svart	10	19	27	18
Total	31	16	30	77

Tabell 20. Er opplæring i medisinbehandling integrert i institusjonens opplæringsplan? Prosent (N=77)

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	39	62	53	49
Nei	45	19	20	30
Vet ikke	6	0	0	3
Ikke svart	10	19	27	18
Total	31	16	30	77

Oppsummering

I undersøkelsen har vi spurt institusjonene om hvem i personalgruppa som har ansvaret for å gi nyansatte opplæring i medisinbehandling. Opplæring i medisinbehandling/medisinkurs gis av helsevesenet. Samtidig er det slik at institusjonene skal være omsorgsgivere i foreldrenes sted, og

ansatte i institusjonene skal utlevere medisin til ungdom som har behov for dette. Det er også slik at helseansvarlig ved institusjonen har opplæringstiltak for ansatte som bidrar til at beboerne får nødvendig helsehjelp som en av sine oppgaver. 74 % av utvalget (N=77) har besvart spørsmålet og beskrevet hvem/hvilken funksjon ved institusjonen som har dette ansvaret. Omtrent halvparten av institusjonene har lagt dette opplæringsansvaret til helseansvarlig eller avdelingsleder. Et lite mindretall av institusjonene beskriver opplæringsansvaret som vilkårlig eller at det ikke gis noen spesiell opplæring. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 13 a-c i vedlegg.

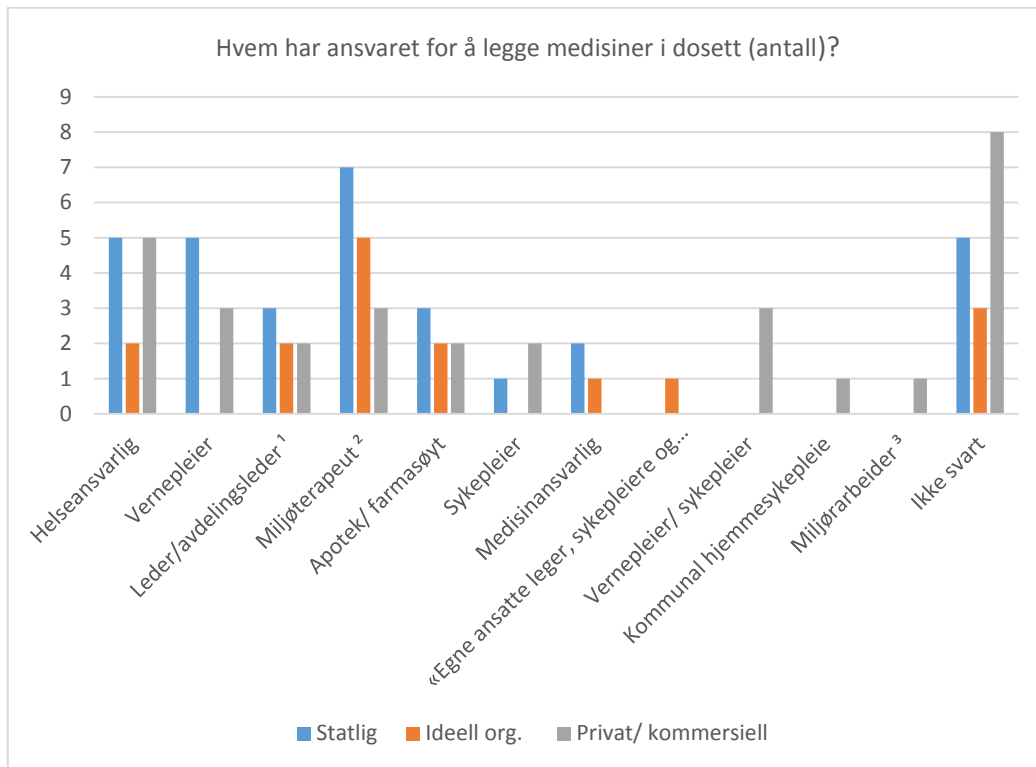
68 % (N=77) av institusjonene har svart på tidspunkt for opplæring av nyansatte i medisinhandling. De aller fleste institusjonene som gir opplæring gjør dette i løpet av de 2-3 første vaktene eller i løpet av ansettelsesforholdets prøveperiode. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 14 a-c i vedlegg.

Medisinutlevering i barneverninstitusjon

I undersøkelsen har vi spurt institusjonene om hvordan prosedyrer og rutiner knyttet til medisinhandling utøves i praksis. 82 % av utvalget (N=77) har besvart spørsmålet. 79 % av institusjonene oppgir at de har rutiner for utdeling av medisin. 3 % av institusjonene oppgir at de ikke har slike rutiner, mens 18 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 15 i vedlegg.

På spørsmål om institusjonene benytter dosetter har 82 % av utvalget (N=77) besvart spørsmålet. 81 % av institusjonene benytter dosetter, mens 1 % svarer at de ikke gjør dette. 18 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 16 i vedlegg.

Institusjonene har beskrevet hvem det er ved institusjonene som har tilgang til å legge medisiner i dosetter, og om denne oppgaven eventuelt er knyttet til en spesiell funksjon, stillingstittel eller profesjon blant de institusjonsansatte. I diagrammet nedenfor presenteres det en oversikt over svarene som er gitt fra de tre forskjellige typer aktører som drifter barneverninstitusjoner (N=77).

Figur 6. Hvem har ansvaret for å legge medisiner i dosett?

¹ To informanter (en fra statlig institusjon, en fra ideell organisasjon) oppgir at leder/avdelingsleder er utdannet vernepleier.

² En informant fra statlig institusjon oppgir at miljøterapeut med ansvar for å legge i dosett har medisinkurs.

³ En informant fra privat/kommersiell aktør oppgir at miljøarbeider er utdannet psykiatrisk sykepleier.

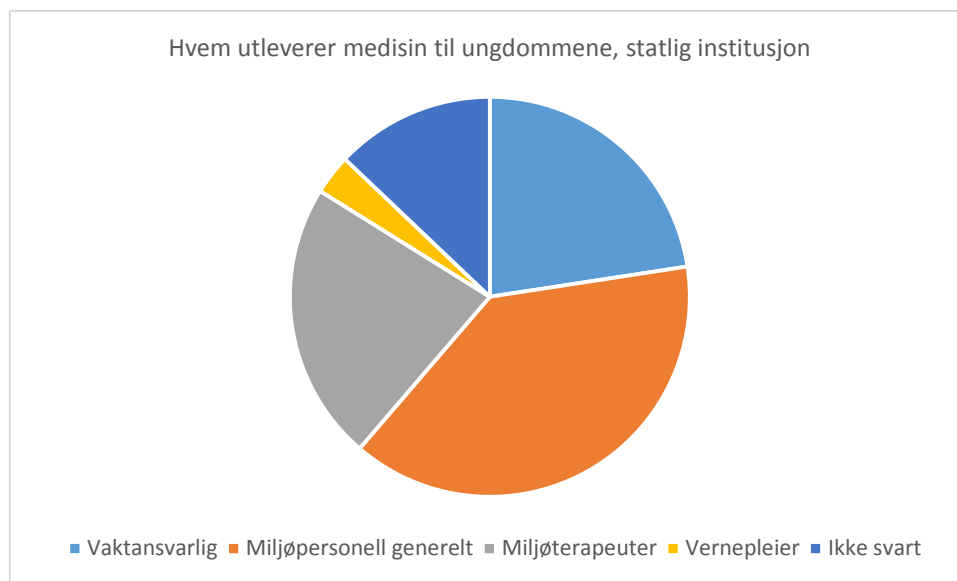
På spørsmål om institusjonene alltid har disse profesjonene/funksjonene tilgjengelige til å legge medisin i dosett, har vi fått svar fra 77 % av utvalget. 31 % av institusjonene oppgir at de alltid har de ovennevnte profesjonene/funksjonene tilgjengelige, mens 20 % av institusjonene opplyser at de ikke har dette. 30 % av institusjonene svarer at de har de ovennevnte profesjoner/funksjoner tilgjengelige «på de fleste skift». 23 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 17 i vedlegg.

Utlevering av medisiner til ungdommene

Vi har spurt institusjonene om hvem som utleverer medisiner til ungdommene, og om denne oppgaven eventuelt er knyttet til en spesiell funksjon, stillingstittel eller profesjon blant de institusjonsansatte. I diagrammene nedenfor presenteres fordelingen av svarene.

Statlig (n=31)

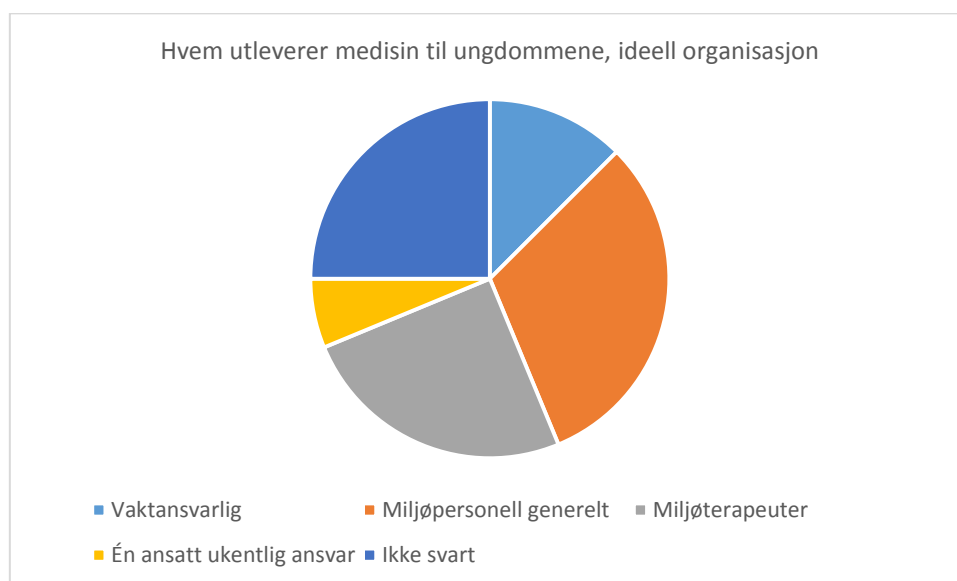
Figur 7. Hvem utleverer medisiner til ungdommen i statlige institusjoner?



Kommentar: En av respondentene svarer at det kun er miljøterapeuter og miljøarbeidere med medisinkurs som utleverer medisin til beboerne. I tillegg til disse kommer vernepleiere og sykepleiere.

Ideell organisasjon (n=16)

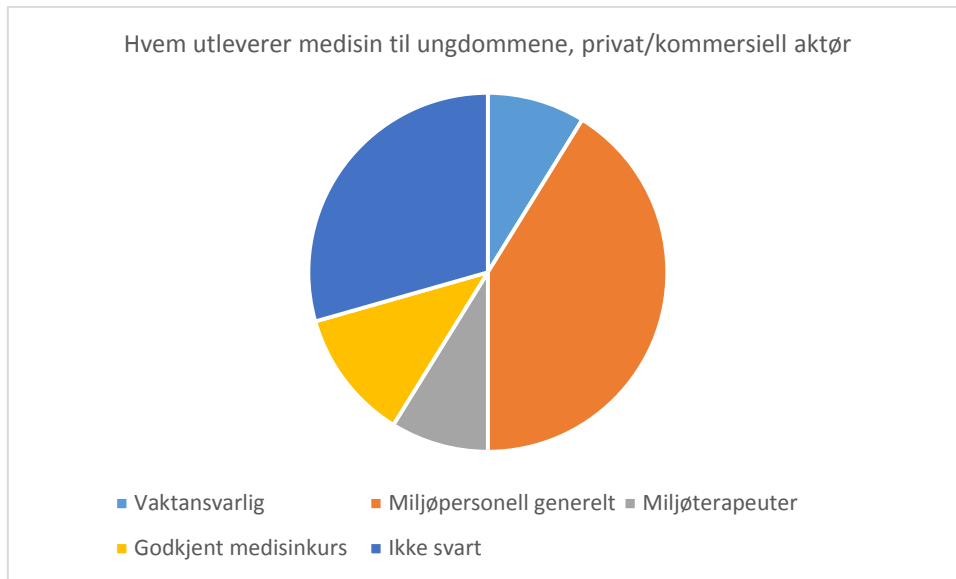
Figur 8. Hvem utleverer medisiner til ungdommen i ideelle organisasjoner?



Kommentar: To av respondentene oppgir at det kreves gjennomført godkjent medisinkurs av personalet før ansatte får ansvar for utlevering av medisin til beboere.

Privat/kommersiell (n=30)

Figur 9. Hvem utleverer medisiner til ungdommene i privat/kommersielle organisasjoner?



Kommentar: Fire av respondentene svarer at det er miljøpersonell med gjennomført godkjent medisinkurs som kan utlevere medisin til beboerne. En av respondentene oppgir at det er ansatt med ansvar for bestemt beboer som utleverer medisin til beboeren på hvert skift.

Oppsummering

I undersøkelsen har vi spurt institusjonene om deres prosedyrer ved medisinbehandling, og den helseansvarlige ved institusjonen sin kompetanse. 79 % av utvalget svarer at institusjonen har oppnevnt en helseansvarlig. Hovedvekten av helseansvarlige ved institusjonen har sosialfaglig bakgrunn, og flere institusjoner har oppnevnt vernepleiere som helseansvarlige. Dette kan ha sammenheng med vernepleiernes medisinkompetanse, og at institusjonene på denne måten forsøker å kvalitetssikre medisinbehandling ved institusjonen. 48 % av utvalget svarer at helseansvarlig ved institusjonen har gjennomført kurs i medisinbehandling. Da vi ikke har spurt spesifikt om hvilke profesjonsgrupper dette gjelder, kan vi ikke si om vernepleierne er inkludert i denne gruppen av helseansvarlige. 76 % av institusjonene oppgir at de har egne opplæringsplaner for nyansatte, og for 49 % av utvalget er medisinbehandling integrert i opplæringsplanene. Omtrent halvparten av institusjonene som har svart bekreftende på at institusjonen har medisinbehandling integrert i opplæringsplanen, har lagt dette ansvaret til helseansvarlig eller avdelingsleder. De fleste institusjonene som har svart, gjennomfører denne opplæringen i løpet av de første tre månedene av ansettelsesforholdet. 81 % av utvalget oppgir at institusjonen benytter dosetter, og i de fleste institusjonene er oppgaven knyttet til utdeling av medisin til ungdommene lagt til vaktansvarlig eller miljøpersonalet på vakt. Brorparten av institusjonene som har besvart undersøkelsen, oppgir at institusjonen har oppnevnt en helseansvarlig. Samtidig svarer 3 % at institusjonen ikke har helseansvarlig, og 18 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet. Dette kan tyde på at det bør rettes ytterligere fokus mot helseansvarlig som funksjon i barneverninstitusjonene, da oppnevning av helseansvarlig er pålagt av BUFDIR [33]. Det bør også rettes fokus mot opplæring av institusjonspersonalet generelt i medisinbehandling, da kun 49 % av utvalget svarer at slik opplæring er integrert i institusjonens opplæringsplan. Dette til tross for at de fleste institusjonene oppgir at oppgaven knyttet til utlevering av medisin til ungdommene er lagt til vaktansvarlig eller øvrig miljøpersonell på vakt.

Dokumentasjon av medisinhandling

Rettighetsforskriftens § 8 [1] pålegger institusjoner å ha skriftlige rutiner som ivaretar beboernes rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. KPMGs risikoanalyse identifiserte risiko i to av regionene knyttet til mangel på rutiner for håndtering av medisin i institusjonene [2]. Vi har stilt institusjonene en rekke spørsmål knyttet til dokumentasjon av medisinhandling og institusjonenes systemer for dette.

Utlevering av medisin til beboere

Spørsmål om institusjonen har eget system for dokumentasjon av utlevering av medisiner til ungdommene er besvart av 82 % av utvalget (N=77). Samtlige besvarelser bekrefter at institusjonene dokumenterer utlevering av medisin til beboere. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 18 i vedlegg.

Vi har videre bedt institusjonene om å beskrive hvordan dokumentasjonen på utlevering av medisiner oppbevares og gjøres tilgjengelig for personalet i institusjonen. 77 % av utvalget har svart på dette spørsmålet, og beskrevet hvordan dokumentasjonen oppbevares. For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 7 i vedlegg.

Oppsummering

De fleste institusjonene kan se ut til å ha laget et dokumentasjonssystem der dokumentasjon på utlevering av medisin til ungdommene oppbevares nedlåst eller på låste miljøkontor. Det kan se ut som om de privat/kommersielle institusjonene i større grad enn de andre aktørene benytter elektroniske klientsystemer for oppbevaring av dokumentasjon og tilgjengeliggjøring for personalet.

Institusjonens prosedyrer/ rutiner for oppbevaring av medisiner

I undersøkelsen har vi spurt om institusjonene har prosedyrer eller rutiner for oppbevaring av medisiner. 82 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). 73 % av utvalget svarer bekræftende på at institusjonen har slike prosedyrer eller rutiner, 2,5 % er usikre eller vet ikke, mens 2,5 % svarer at institusjonen ikke har slike prosedyrer/ rutiner. 22 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 19 i vedlegg.

Vi har også spurt institusjonene om hvor personalet finner institusjonens prosedyrer og rutiner som omhandler oppbevaring av medisiner. 73 % av utvalget har besvart spørsmålet (N=77). En overvekt av institusjonene oppgir at prosedyrene finnes i egen prosedyre- eller rutinehåndbok, eller at prosedyrer og rutiner befinner seg i et elektronisk prosedyresystem. Et mindretall opplyser at prosedyrer og rutiner knyttet til oppbevaring av medisiner ligger plassert i egen perm ved institusjonens medisinskap. 27 % av utvalget har ikke besvart spørsmålet.

I tillegg har vi spurt institusjonene om hvor og hvordan de oppbevarer ungdommens medisiner. Institusjonene har plikt etter Rettighetsforskriftens § 6 [1] å oppbevare beboernes private eiendeler på en forsvarlig måte. Spørsmålet er besvart av 77 % av utvalget (N=77) og de svarene som er gitt av institusjonene, peker i retning av at institusjonene er bevisste denne plikten. Alle institusjonene som har besvart spørsmålet opplyser at ungdommens medisiner oppbevares innelåst enten i medisinskap, eller i egne medisinrom. 23 % av utvalget har ikke svart på dette spørsmålet.

Ansattes tilgang til medisiner

Institusjonene har fått spørsmål om alle ansatte ved institusjonen har tilgang til medisiner som oppbevares ved institusjonen. 82 % av utvalget har besvart spørsmålet.

Tabell 21. Har alle ansatte ved institusjonen tilgang til medisiner? Prosent (N=77)

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	61	69	53	60
Nei	29	12	20	22
Ubesvart	10	19	27	18
	31	16	30	77

Vi har bedt de institusjonene som ikke har gitt alle ansatte tilgang til medisiner som oppbevares i institusjonen spesifisere hvem som i tilfelle har denne tilgangen. 26 % av utvalget har svart på dette spørsmålet. Av de institusjonene som oppgir at spesielle grupper av tilsatte har tilgang til medisiner som oppbevares ved institusjonen, oppgir institusjonene i stor grad «vaktansvarlig» eller «miljøpersonell» under visse betingelser. For detaljert informasjon knyttet til institusjonenes svar, se boks 8 i vedlegg.

Oppsummering

Svarene vi har mottatt fra institusjonene kan tyde at ansatte i barneverninstitusjoner i stor utstrekning har tilgang til medisiner som oppbevares i institusjonene. Dette kan utgjøre en risiko slik som beskrevet i KPMGs rapport, der en peker på risikoen for tyveri av medisin i institusjonene på grunn av den brede tilgangen til medisiner som er gitt ansatte [2]. Den utstrakte tilgangen ansatte i institusjonene har til medisiner trenger imidlertid ikke utgjøre noen risiko under forutsetning av at institusjonen har tydelige rutiner for hvor og hvordan medisiner oppbevares. I tillegg krever dette at institusjonen dokumenterer beholdningen av medisiner som oppbevares i institusjonen, samt forutsetter at de ansatte har medisinkompetanse.

Håndtering av reseptbelagte og reseptfrie medisiner.

Med utgangspunkt i forrige spørsmål, knyttet til hvem som har tilgang til medisiner som oppbevares i institusjonene, har vi også spurt institusjonene om de håndterer reseptbelagte og reseptfrie medisiner på samme måte. 82 % av utvalget har svart på spørsmålet. Av utvalget svarer 52 % at de forskjellige typene medisin håndteres likt, mens 28 % av utvalget svarer at medisinene håndteres ulikt i institusjonen.

Tabell 22. Håndteres reseptbelagte og reseptfrie medisiner på samme måte? Prosent (N=77)

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	64	56	37	52
Nei	26	25	30	27
Vet ikke	0	0	6	3
Ubesvart	10	19	27	18
Total	31	16	30	77

Vi har bedt institusjonene som håndterer reseptbelagte og reseptfrie medisiner ulikt, om å beskrive forskjellen ved håndteringen. Hovedtendensen ser ut til å være at reseptbelagte medisiner knyttes til den enkelte beboer i dokumentasjons- og kvalitetssystemene, og legges i dosetter som deretter oppbevares innelåst i medisinskap. Institusjonene har som regel egne lister eller egne dokumentasjonssystemer relatert til de reseptbelagte medisinene. Denne måten å håndtere reseptbelagte medisiner på ser ut til å være felles for institusjonene uavhengig av type aktør som drifter institusjonen.

Når det gjelder de reseptfrie medisinene ser hovedtendensen ut til å være at medisinene oppbevares innelåst, og at utlevering til beboerne dokumenteres på egne lister eller i egne dokumentasjonssystemer. Det ser ut til at reseptfrie medisiner ikke knyttes direkte til beboer i dokumentasjonssystemene. Reseptfrie medisiner legges heller ikke i dosett, men oppbevares i sin originalemballasje. De reseptfrie medisinene knyttes til den enkelte beboer først ved utlevering.

Rutiner for dokumentasjon av medisininnkjøp

Reseptbelagte medisiner

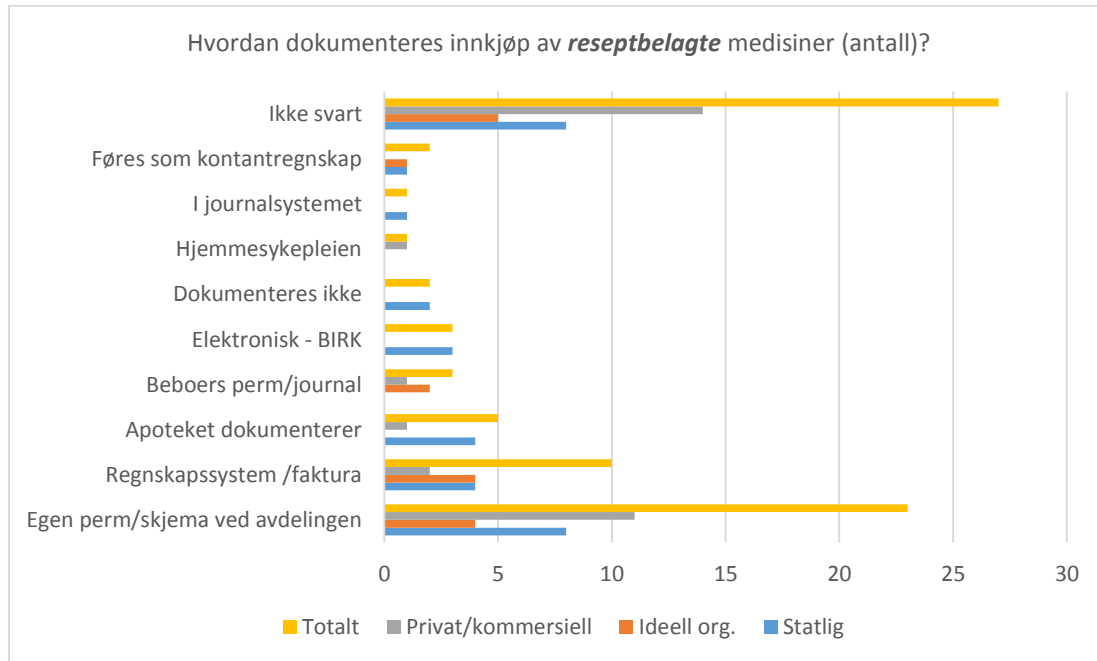
Tabell 23. Har institusjonen prosedyrer/rutiner for dokumentasjon av innkjøp av reseptbelagte medisiner? Prosent (N=77)

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	48	62	37	47
Nei	36	19	26	29
Vet ikke	3	0	10	5
Ikke svart	13	19	27	19
Total	31	16	30	77

Institusjonene er i tillegg blitt spurt om hvem det er ved institusjonen som har ansvar for innkjøp av reseptbelagte medisiner. 71 % av utvalget har besvart spørsmålet. Ved de statlige institusjonene og ved institusjoner drevet av ideelle organisasjoner svarer omtrent halvparten av institusjonene at innkjøp av medisiner er en arbeidsoppgave som fordeles til det miljøpersonalet som er på vakt. Fem av de statlige institusjonene har lagt dette ansvaret til helseansvarlig, mens tre av de ideelle

organisasjonene har lagt ansvaret for oppgaven til medisinsansvarlig. Der oppgavene ikke fordeles til miljøpersonalet eller helseansvarlig, oppgir institusjonene at innkjøp av reseptbelagt medisin er avdelingsleders oppgave. Av de private/kommersielle institusjonene svarer omtrent en fjerdedel at innkjøpsoppgaven delegeres til miljøpersonalet på jobb, mens en fjerdedel har lagt ansvaret for oppgaven på helseansvarlig eller medisinsansvarlig. En av institusjonene har opprettet samarbeid med hjemmesykepleien, og innkjøp av medisiner foretas av denne tjenesten. 40 % av utvalget knyttet til privat/kommersielle institusjoner har ikke svart på dette spørsmålet.

Figur 10. Hvordan dokumenteres innkjøp av reseptbelagte medisiner (N=77)?



Reseptfrie medisiner

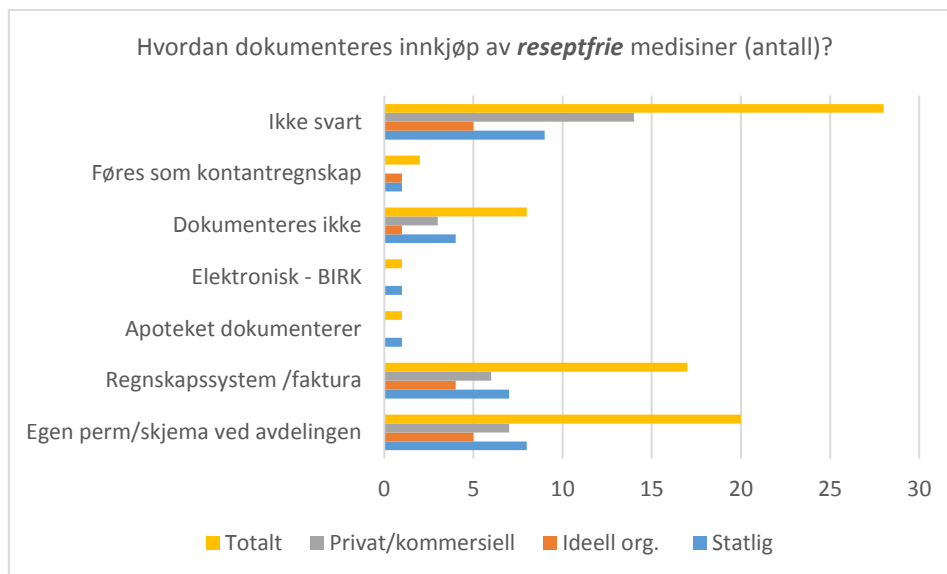
Tabell 24. Har institusjonen prosedyrer/rutiner for dokumentasjon av innkjøp av reseptfrie medisiner? Prosent av antall institusjoner.

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	39	31	27	32
Nei	45	50	40	44
Vet ikke	3	0	6	4
Ubesvart	13	19	27	20
Total	31	16	30	77

Institusjonene er også blitt spurt om hvem det er ved institusjonen som har ansvar for innkjøp av reseptfrie medisiner. 69 % av utvalget har besvart spørsmålet. Ved alle typer institusjoner svarer omtrent halvparten at ansvaret for innkjøp av reseptfrie medisiner delegeres til miljøpersonalet som

er på vakt. Av de statlige institusjonene svarer fem respondenter at det er helseansvarlig som har ansvar for innkjøp av reseptfrie medisiner, mens to svarer at dette er medisinansvarlig sin oppgave. Av de ideelle organisasjonene oppgir to respondenter at dette er helseansvarlig sin oppgave, mens to svarer at dette ansvaret ligger til medisinansvarlig ved institusjonen. Blant de privat/kommersielle institusjonene svarer fire respondenter at innkjøp av reseptfrie medisiner er helseansvarlig sitt ansvar, mens to respondenter legger ansvaret hos den medisinansvarlige ved institusjonen. Et lite mindretall av institusjonene (cirka 5 %) har lagt ansvaret for disse innkjøpene hos avdelingsleder.

Figur 11. Hvordan dokumenteres innkjøp av reseptfrie medisiner (N=77)?



Prosedyrer/ rutiner for medisiner utgått på dato

KPMGs risikoanalyse konkluderer med identifisert risiko for tyveri av medisiner ved barneverninstitusjoner knyttet til manglende systemer for deponering av medisiner [2]. I undersøkelsen har vi kartlagt institusjonenes prosedyrer og rutiner for håndtering av medisiner utgått på dato. 79 % av utvalget har svart på spørsmål om institusjonen har slike prosedyrer, og svarfordelingen presenteres i tabell 25.

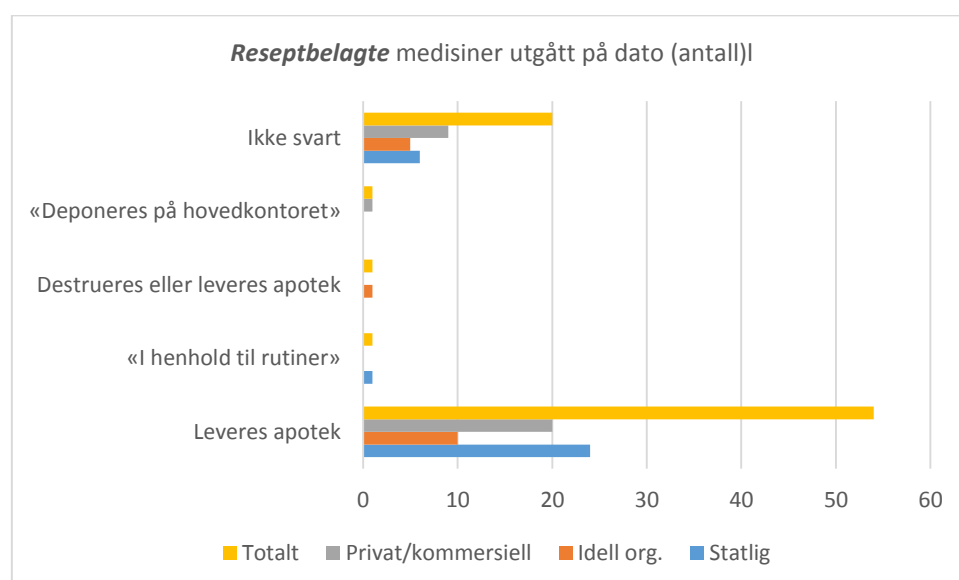
Tabell 25. Har institusjonen prosedyrer/rutiner for medisiner utgått på dato? Prosent av antall institusjoner

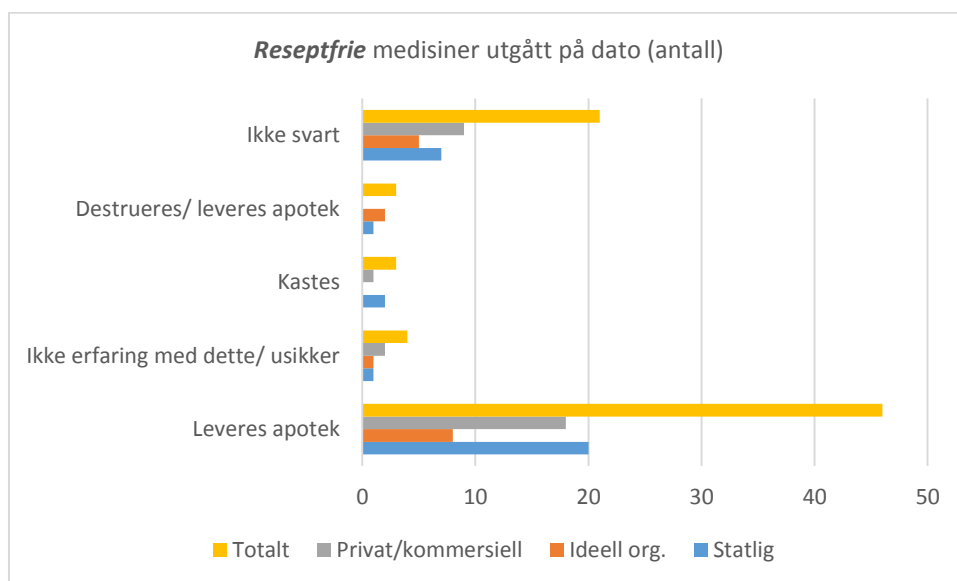
	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	71	62	67	67
Nei	10	19	3	9
Vet ikke	3	0	3	3
Ubesvart	16	19	27	21
Total	31	16	30	77

Hvordan håndteres medisiner som er utgått på dato?

I tillegg har vi spurt institusjonene spesifikt om hvordan de håndterer forskjellige typer medisin som er utgått på dato. Det ser ut til at institusjonene håndterer reseptbelagte og reseptfrie medisiner som er gått ut på dato ganske likt. 54 respondenter oppgir at reseptbelagte medisiner utgått på dato leveres til apotek. Samtidig svarer 46 respondenter at reseptfrie medisiner utgått på dato leveres tilbake til apotek. Dersom vi skal påpeke en forskjell i håndteringen av reseptbelagte og reseptfrie medisiner utgått på dato, består denne forskjellen i at en liten andel av respondentene (ca. 4%) svarer at reseptfrie medisiner kastes, mens 5% av respondentene oppgir at de er usikre eller ikke har erfaring med håndtering av reseptfrie medisiner utgått på dato.

Figur 12. Reseptbelagte medisiner (N=77)



Figur 13. Reseptfrie medisiner (N=77)

Oppsummering

I undersøkelsen har vi spurt institusjonene om deres skriftlige prosedyrer knyttet til medisinbehandling, med utgangspunkt i Rettighetsforskriftens §8 [1]. 82 % av utvalget har svart bekræftende på at institusjonen har slike rutiner. De fleste institusjonene oppbevarer medisiner innelåst i egne medisinskap, og har et skriftlig dokumentasjonssystem knyttet til utlevering av medisin til sine beboere. Det ser ut til at reseptbelagte og reseptfrie medisiner i noen grad håndteres forskjellig. Blant annet viser dette seg i dokumentasjonsrutiner knyttet til innkjøp, samt at en liten del av utvalget oppgir usikkerhet knyttet til håndtering av reseptfrie medisiner utgått på dato. I tillegg svarer en liten del av utvalget at reseptfrie medisiner utgått på dato kastes.

Funn fra undersøkelsen kan tyde på at ansatte i norske barneverninstitusjoner i stor utstrekning har tilgang til medisiner som oppbevares i institusjonen. Samtidig svarer kun 67 % av utvalget at institusjonen har prosedyrer eller rutiner knyttet til håndtering av medisiner gått ut på dato. Dette bekrefter til en viss grad KPMGs identifiserte risiko for tyveri av medisiner fra barneverninstitusjoner [2]. Prosedyrer for ansattes tilgang til medisiner, samt skriftlige rutiner for håndtering av medisiner gått ut på dato, bør derfor være et fokusområde i BUFDIRs videre arbeid med medisinbehandling i barneverninstitusjoner.

Prosedyrer ved utskriving

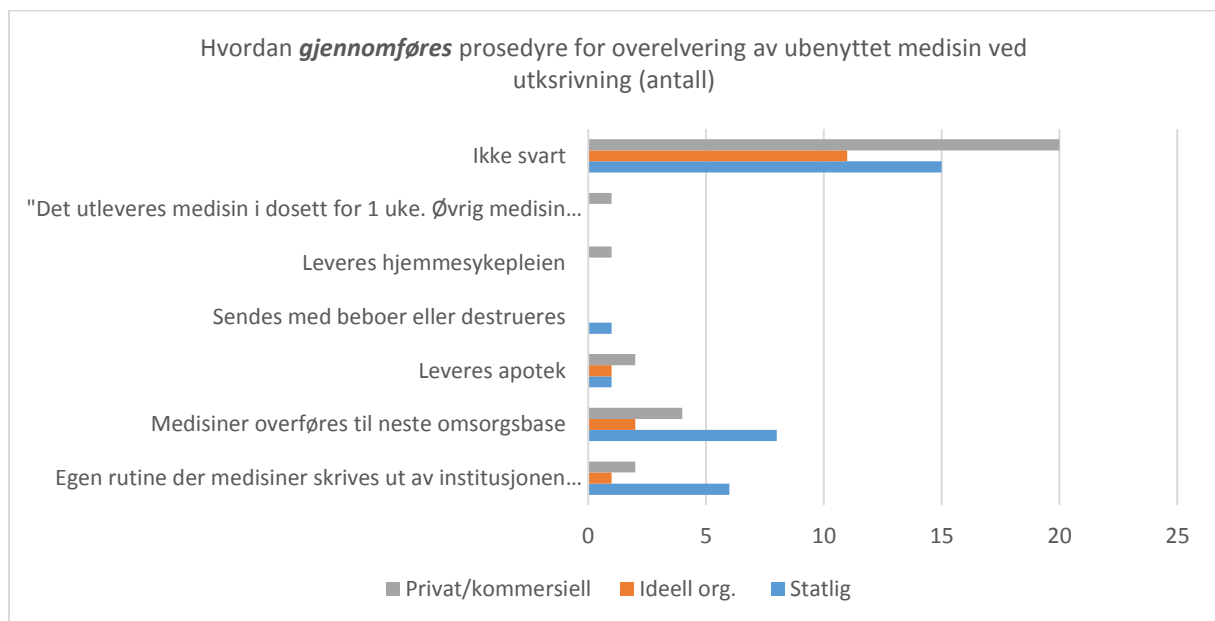
Rettighetsforskriftens § 6 [1] pålegger institusjonen å oppbevare beboerens private eiendeler på en forsvarlig måte under oppholdstiden i institusjonen. Institusjonen plikter videre å føre oversikt over de private eiendeler som den mottar til oppbevaring. I denne delen av undersøkelsen har vi stilt spørsmål til institusjonene knyttet til prosedyrer og rutiner ved utskriving av den enkelte beboer. Vi har kartlagt hvordan institusjonene håndterer beboernes medisiner ved utskriving og også bedt om kvalitative beskrivelser fra institusjonene knyttet til medisinbehandling ved utskriving fra institusjonen.

Omtrent halvparten av institusjonene oppgir å ha prosedyrer/rutiner for medisinbehandling når ungdommen skrives ut fra institusjonen (N=77). 18 % av institusjonene svarer at de ikke har slike rutiner, mens 9 % vet ikke. 21 % av institusjonene har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 20 i vedlegg.

Videre oppgir kun 41 % av institusjonene (N=77) at de har egne rutiner for overlevering av ubrukt medisin ved utskrivning av ungdommen. 16 % svarer at de ikke har slike rutiner, mens 20 % er usikre eller vet ikke. 27 % av institusjonene har ikke besvart spørsmålet. For detaljerte opplysninger, se tilleggstabell 21 i vedlegg.

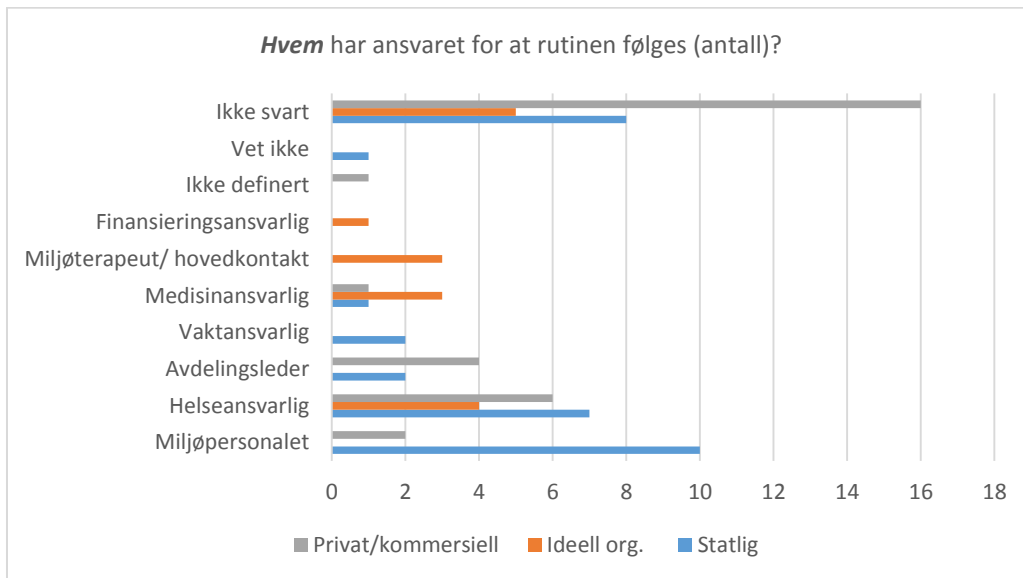
De institusjonene som har rutiner knyttet til overlevering av ubenyttet medisin ved utskrivning, har beskrevet disse og også hvem som har ansvaret for at rutinen gjennomføres. I diagrammene nedenfor presenteres svarene fra institusjonene. Det første diagrammet gir en oversikt over svar knyttet til beskrivelse av rutinen. Det andre diagrammet gir en oversikt over hvem i institusjonen som har ansvaret for at rutinen gjennomføres. Svarene er sortert etter type aktør som driver institusjonen.

Figur 14. Gjennomføring av prosedyren (N=77)



Kommentar statlig: En av respondentene oppgir at det er vaktansvarlig som etter rutinen har ansvar for at medisiner følger beboeren ved utflytting fra institusjonen.

Kommentar ideell organisasjon: En respondent oppgir at institusjonen ved utflytting legger ved skriftlig informasjon om mengde ubrukt medisin.

Figur 15. Hvem har ansvaret for at rutinen følges (N=77)?

Kommentar statlig: En respondent oppgir at ved håndtering av A/B-preparater skal avdelingsleder involveres i medisinbehandlingen ved utskriving.

Kommentar privat/kommersiell aktør: En av respondentene oppgir at helseansvarlig klargjør medisiner før utskriving, og at gjeldende personale på vakt har ansvaret for medisinbehandlingen ved utskriving.

Oppsummering

Det kan se ut til at norske barneverninstitusjoner ikke har noen enhetlig praksis for hvordan ubenyttet medisin overleveres ved utskriving av beboer og flytting til ny omsorgsbasis. Vi vurderer at dette kan utgjøre en risiko knyttet til situasjoner der ungdommen ikke får med seg ubenyttet medisin ved utflytting fra institusjonen, og at det kan oppstå situasjoner der ungdommens medisin overleveres til uvedkommende. På bakgrunn av dette anbefaler vi at BUFDIR utarbeider tydelige retningslinjer for medisinbehandling ved utskriving fra institusjon.

Ungdom med rusproblemer og medisinbruk under opphold i institusjon

I en egen del av undersøkelsen har vi stilt en rekke spørsmål knyttet til ungdom med rusproblemer og medisinbruk under opphold i institusjon. Formålet med dette har vært å kartlegge institusjonenes prosedyrer og rutiner relatert til denne gruppen beboere, og å kartlegge antall ungdommer dette dreier seg om på undersøkelsestidspunktet (12.2.18 – 8.4.18). Svarene vi har mottatt fra institusjonene, presenteres i tabeller videre i dette kapitlet. Resultatene fra denne delen av undersøkelsen vil bli sammenholdt med resultater fra spørreundersøkelsen, og diskuteres samlet i et eget kapittel i spørreundersøkelsen.

Har institusjonen egne prosedyrer/ rutiner for spesiell oppfølging av ungdom med rusproblemer som bruker medisiner?

Tabell 26. Har institusjonen egne prosedyrer/rutiner for spesiell oppfølging av ungdom med rusproblemer som bruker medisiner?

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Ja	23	25	27	25
Nei	55	56	33	47
Vet ikke	3	0	13	6
Ubesvart	19	19	27	22
Total	31	16	30	77

Hvor mange av ungdommene plassert ved institusjonen har per d.d. et rusproblem?

Tabell 27. Hvor mange av ungdommene plassert ved institusjonen har per d.d. et rusproblem? (antall institusjoner) N=77

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
0	17	8	13	38
1	3	2	5	10
2	1	0	3	4
3	1	0	1	2
4	1	0	0	1
Alle	1	3	0	4
Ubesvart	7	3	8	18
Total	31	16	30	77

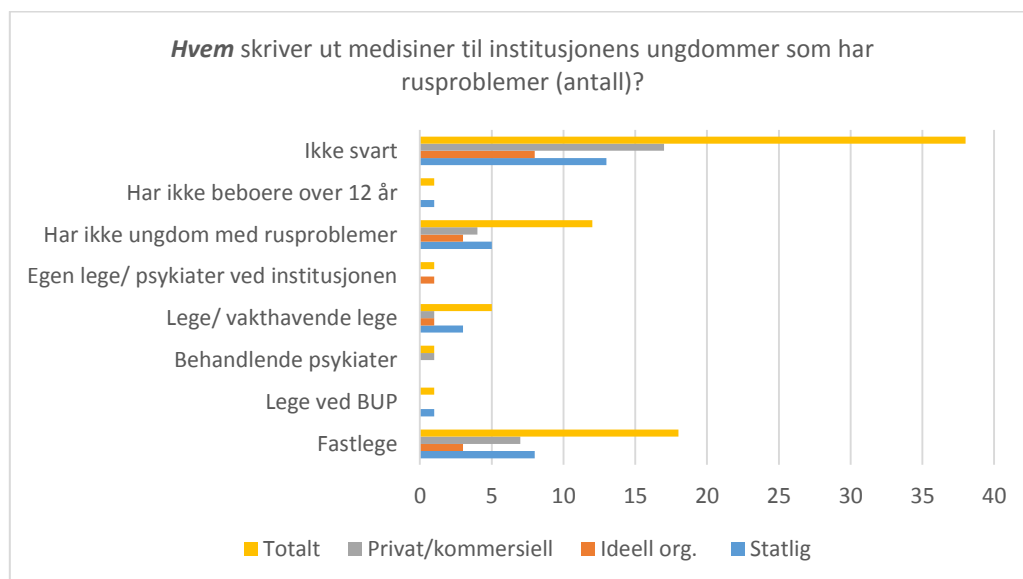
Hvor mange av ungdommene med rusproblemer bruker medisiner?

Tabell 28. Hvor mange av ungdommene med rusproblem bruker medisiner?

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
0	12	7	12	31
1	4	0	4	8
2	1	1	0	2
5	0	0	1	1
6	0	1	0	1
Få	0	1	0	1
Ikke svart	14	6	13	33
	31	16	30	77

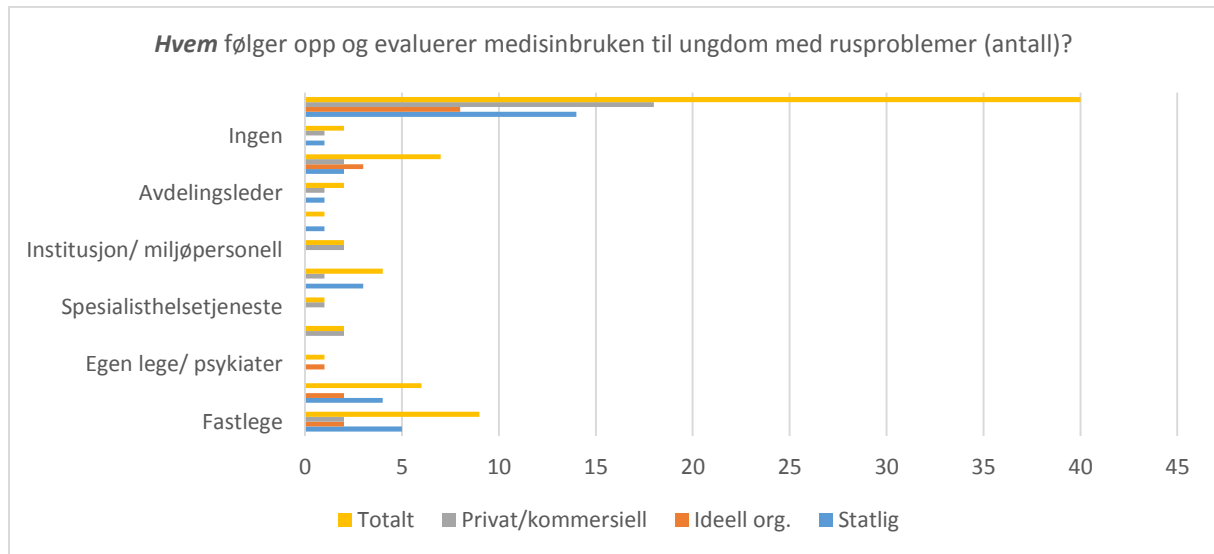
Hvem skriver ut medisiner til institusjonens ungdommer som har rusproblemer?

Figur 16. Hvem skriver ut medisiner til institusjonens ungdommer som har rusproblemer? (N=77)



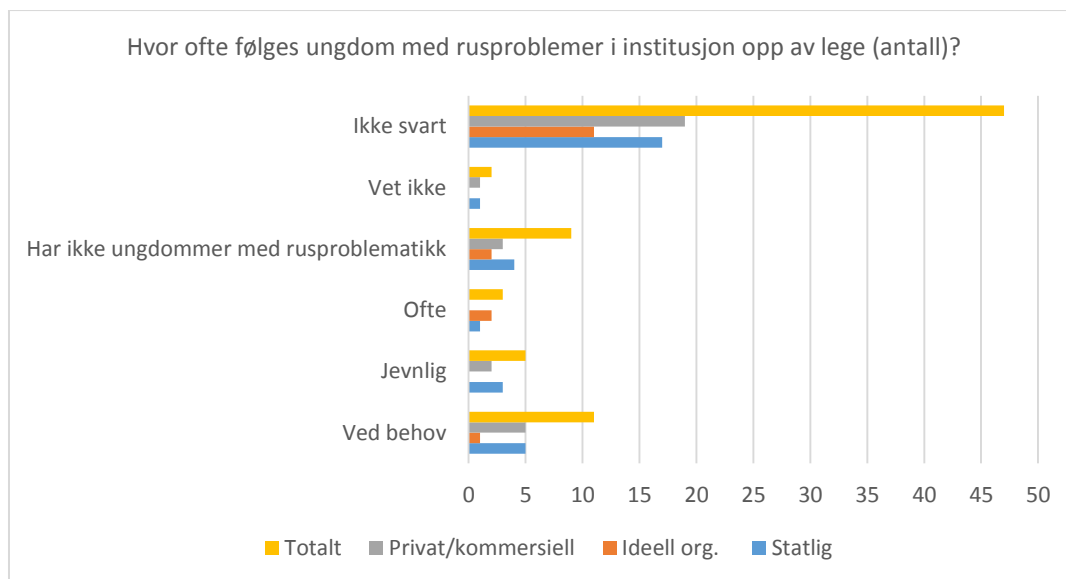
Hvem følger opp og evaluerer medisinbruken til ungdom med rusproblemer?

Figur 17. Hvem følger opp og evaluerer medisinbruken til ungdom med rusproblemer? (N=77)



Hvor ofte følges ungdom med rusproblemer i institusjon opp av lege?

Figur 18. Hvor ofte følges ungdom med rusproblemer i institusjon opp av lege? (N=77)



Hva slags medisiner får ungdom i institusjonen med rusproblemer per d.d?

Vi spurte institusjonene om hvilke typer medisiner ungdommene med rusproblematikk som var innskrevet på undersøkelsestidspunktet (12.2.18 – 8.4.18), fikk. Tabellen under viser antall ungdommer og type medisin som institusjonene hadde registrert. Oversikten i tabellen nedenfor favner alle typer plasseringer, men fokuserer på de ungdommene der *institusjonen* har identifisert et rusproblem hos ungdommen. Ut fra institusjonenes identifisering av beboere med rusproblematikk har institusjonene rapportert sin oversikt over beboernes medisinbruk på svartidspunktet. I denne spørreundersøkelsen har vi kun spurt etter enkeltlegemidler knyttet til nervesystemet, det vil si legemidler knyttet til N-gruppen i ATC-systemet. Andre typer legemidler er fanget opp under

gruppen «smertestillende» og «annet». For detaljert beskrivelse av ATC-systemet og legemidler vises det til delrapport 1.

Tabell 29. Hva slags medisiner får ungdom i institusjonen med rusproblemer per d.d. (antall ungdom)

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Antipsykotika				
Antidepressiva		1	1	2
Angstdempende		1	1	2
Sovemedisin	3	1	3	7
ADHD-medisin	1	1	2	4
Smertestillende (reseptbelagt)	1			1
Annet	3	1		4
Total	8	5	7	20

Hvor mange ungdommer får medisiner som er avhengighetsskapende og kan gi ruseffekt?

Tabell 30. Hvor mange ungdommer får medisiner som er avhengighetsskapende og kan gi ruseffekt?

	Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
	Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
0	24	11	18	53
1	1	1	3	5
3		1	1	2
Total	25	13	22	60

Hvor mange ungdommer får medisiner for rusavhengighet, for eksempel Subutex, Metadon eller Subuxon?

Her var det totale antallet 77. Seksti (78 % av utvalget) av institusjonene som har svart på dette spørsmålet i undersøkelsen har ikke, eller har ikke hatt, ungdom innskrevet som har brukt denne typen medisiner. Sytten (22 % av utvalget) respondenter har ikke besvart spørsmålet.

Oppsummering

Undersøkelsen viser at kun 25 % av utvalget har egne prosedyrer eller rutiner knyttet til særskilt oppfølging av ungdom med rusproblemer som bruker medisiner. 47 % av utvalget oppgir at institusjonen ikke har slike rutiner, mens 13 % av utvalget svarer vet ikke. Institusjonene oppgir at de er kjent med at noen av beboerne har et definert rusproblem, og samtidig at flere av ungdommene med rusproblemer bruker medisiner. Det kan se ut til at medisinbruken til ungdom som har rusproblemer, følges opp av enten fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Videre viser svarene fra

institusjonene at alle typer medisiner ser ut til å være representert hos de ungdommene institusjonene har kartlagt et rusproblem hos, og som bruker medisiner. Et mindretall av ungdommene plassert i norske barneverninstitusjoner får medisiner som er avhengighetsskapende og som kan gi ruseffekt. Ingen av institusjonene oppgir å ha beboere som bruker medisiner mot rusavhengighet.

Litteratur til registerstudie

1. Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2013;7(1):39.
2. Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(7):575-81.
3. Furu K, Hjellevik V, Hartz I, Karlstad Ø, Skurtveit S, Blix H, et al. *Legemiddelbruk hos barn og unge i Norge 2008-2017*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2018.
4. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment*. Oslo: WHO; 2005.
5. Gjerden P, Bramness JG, Tvette IF, Slordal L. The antipsychotic agent quetiapine is increasingly not used as such: Dispensed prescriptions in Norway 2004-2015. *European journal of clinical pharmacology*. 2017;in press.
6. Gjerden P, Bramness JG, Slordal L. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2018;138(13).
7. Karlstad O, Furu K, Stoltenberg C, Haberg SE, Bakken IJ. ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scandinavian journal of public health*. 2017;45(4):343-9.
8. Bramness JG, Hausken AM, Sakshaug S, Skurtveit S, Ronning M. Forskrivning av selektive serotoninreopptakshemmere 1990 – 2004. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2005;125(18):2470-3.
9. Skrede S, Tvette IF, Tanum L, Steen VM, Bramness JG. Incident users of antipsychotic agents and future use of cholesterol-lowering drugs: an observational, pharmacoepidemiologic study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(1):e111-6.
10. Laursen TM, Mortensen PB, MacCabe JH, Cohen D, Gasse C. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a Danish population-based study. *Psychol Med*. 2014;44(8):1625-37.
11. Lahti M, Tiihonen J, Wildgust H, Beary M, Hodgson R, Kajantie E, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med*. 2012;42(11):2275-85.
12. Elbe D, Barr AM, Honer WG, Procyshyn RM. Managing ADHD and disruptive behaviour disorders with combination psychostimulant and antipsychotic treatment. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*. 2014;39(3):E32-3.
13. Furster C, Hallerback MU. The use of melatonin in Swedish children and adolescents--a register-based study according to age, gender, and medication of ADHD. *European journal of clinical pharmacology*. 2015;71(7):877-81.

14. Befring KA. P-piller til 12-åringer – er det greit? Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2001;121:3215.
15. Furu K, Skurtveit S. Legemidler forskrevet til barn og ungdom i alderen 0–17 år i Norge – en studie basert på data fra Reseptregisteret. Norsk Farmacetisk Tidsskrift. 2011(4):16-9.
16. Drivenes K. Reduksjon i forbruket av vanedannende legemidler i Vest-Agder. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2001;121(18):2175-8.
17. Jozefiak T, Kaye NS, Rimehaug T, Wormdal AK, Brubakk AM, Wichstrom L. Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. European child & adolescent psychiatry. 2016;25(1):33-47.
18. Kanouse AB, Compton P. The epidemic of prescription opioid abuse, the subsequent rising prevalence of heroin use, and the federal response. Journal of pain & palliative care pharmacotherapy. 2015;29(2):102-14.
19. Mellingsaeter TC, Bramness JG, Slordal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2006;126(22):2954-6.
20. Salvatore S, Roislien J, Baz-Lomba JA, Bramness JG. Assessing prescription drug abuse using functional principal component analysis (FPCA) of wastewater data. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2016.
21. Baweja R, Belin PJ, Humphrey HH, Babocsai L, Pariseau ME, Waschbusch DA, et al. The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Across Home and School. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2016;26(2):154-63.
22. Birnbaum ML, Saito E, Gerhard T, Winterstein A, Olfson M, Kane JM, et al. Pharmacoepidemiology of antipsychotic use in youth with ADHD: trends and clinical implications. Current psychiatry reports. 2013;15(8):382.
23. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004-9. . Nor Epidemiol. 2011;21(1):35-42.

Litteratur til spørreundersøkelse

1. Forskrift av 15. november 2011 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon, (2011).
2. KPMG. BUFETAT : Risikovurderinger knyttet til misligheter og uregelmessigheter. Alle fem regioner og BSA. Oslo: KPMG, 2016.
3. Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2013; 7: 39.

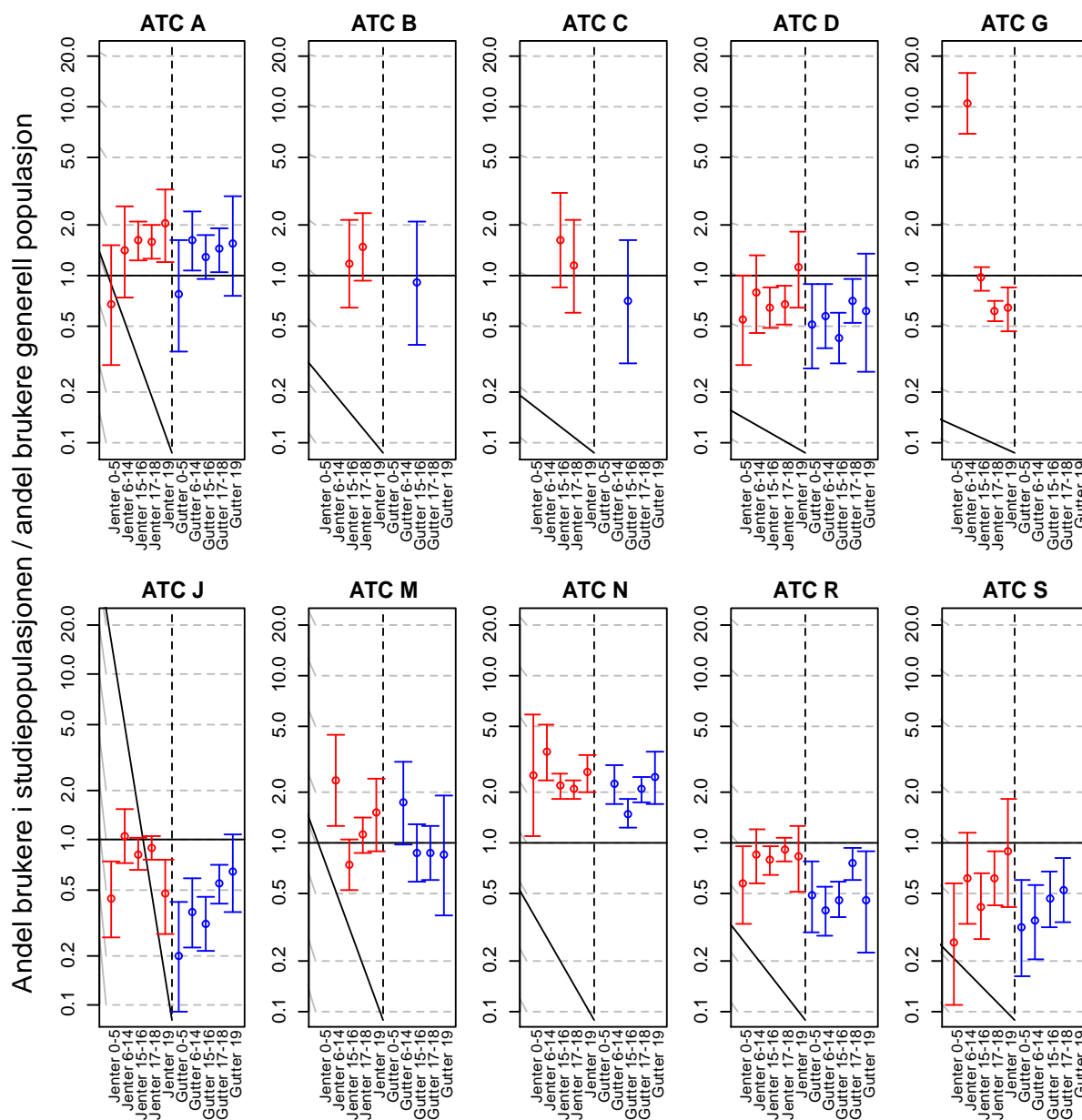
4. Andersen I, Thielen K, Nygaard E, Diderichsen F. Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 575-81.
5. Furu K, Hjellevik V, Hartz I, Karlstad Ø, Skurtveit S, Blix H, et al. Legemiddelbruk hos barn og unge i Norge 2008-2017. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2018.
6. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment. Oslo: WHO; 2005.
7. Gjerden P, Bramness JG, Tvette IF, Slordal L. The antipsychotic agent quetiapine is increasingly not used as such: Dispensed prescriptions in Norway 2004-2015. *Eur J Clin Pharmacol* 2017; in press.
8. Gjerden P, Bramness JG, Slordal L. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2018; 138.
9. Karlstad O, Furu K, Stoltenberg C, Haberg SE, Bakken IJ. ADHD treatment and diagnosis in relation to children's birth month: Nationwide cohort study from Norway. *Scand J Public Health* 2017; 45: 343-9.
10. Bramness JG, Hausken AM, Sakshaug S, Skurtveit S, Ronning M. Forskrivning av selektive serotoninreopptakshemmere 1990 – 2004. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 2470-3.
11. Skrede S, Tvette IF, Tanum L, Steen VM, Bramness JG. Incident users of antipsychotic agents and future use of cholesterol-lowering drugs: an observational, pharmacoepidemiologic study. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e1111-6.
12. Laursen TM, Mortensen PB, MacCabe JH, Cohen D, Gasse C. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a Danish population-based study. *Psychol Med* 2014; 44: 1625-37.
13. Lahti M, Tiihonen J, Wildgust H, Beary M, Hodgson R, Kajantie E, et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2012; 42: 2275-85.
14. Elbe D, Barr AM, Honer WG, Procyshyn RM. Managing ADHD and disruptive behaviour disorders with combination psychostimulant and antipsychotic treatment. *J Psychiatry Neurosci* 2014; 39: E32-3.
15. Furster C, Hallerback MU. The use of melatonin in Swedish children and adolescents--a register-based study according to age, gender, and medication of ADHD. *Eur J Clin Pharmacol* 2015; 71: 877-81.
16. Befring KA. P-piller til 12-åringer – er det greit? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 3215.
17. Furu K, Skurtveit S. Legemidler forskrevet til barn og ungdom i alderen 0–17 år i Norge – en studie basert på data fra Reseptregisteret. *Norsk Farmacetisk Tidsskrift* 2011; 16-9.
18. Drivenes K. Reduksjon i forbruket av vanedannende legemidler i Vest-Agder. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 2175-8.

19. Jozefiak T, Kayed NS, Rimehaug T, Wormdal AK, Brubakk AM, Wichstrom L. Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25: 33-47.
20. Kanouse AB, Compton P. The epidemic of prescription opioid abuse, the subsequent rising prevalence of heroin use, and the federal response. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2015; 29: 102-14.
21. Mellingsaeter TC, Bramness JG, Slordal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006; 126: 2954-6.
22. Salvatore S, Roislien J, Baz-Lomba JA, Bramness JG. Assessing prescription drug abuse using functional principal component analysis (FPCA) of wastewater data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2016.
23. Baweja R, Belin PJ, Humphrey HH, Babocsai L, Pariseau ME, Waschbusch DA, et al. The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Across Home and School. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016; 26: 154-63.
24. Birnbaum ML, Saito E, Gerhard T, Winterstein A, Olfson M, Kane JM, et al. Pharmacoepidemiology of antipsychotic use in youth with ADHD: trends and clinical implications. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15: 382.
25. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004-9. *Nor Epidemiol* 2011; 21: 35-42.
26. Forskrift av 10. juni 2008 om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner, (2008).
27. Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet. Veiledning til utfylling av institusjonsplan: Bufdir; 2013. Available from: https://www.bufdir.no/Global/Barnevern/Faglige%20retningslinjer,%20veiledere/Barnevernsinstitusjoner/Godkjenning%20av%20institusjoner,%20sentre%20for%20foreldre%20og%20barn%20og%20omsorgssentre%20EMA/Veiledning_til_utfylling%20institusjonsplan_29.11.2013.pdf.
28. Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
29. Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet. Strategi for Bufdir 2017 – 2020: Bufdir; 2017. Available from: https://www.bufdir.no/Global/Bufdir_Strategi_2017-2020.pdf.
30. Barne- og familiedepartementet. FNs konvensjon om barnets rettigheter : vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, ratifisert av Norge 8. januar 1991 : revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Oslo: Barne- og familiedepartementet; 2003.
31. Lov av 8. april 1981 om barn og foreldre, (1981).
32. Forskrift av 29. august 2012 om fastlegeordning i kommunene, (2012).

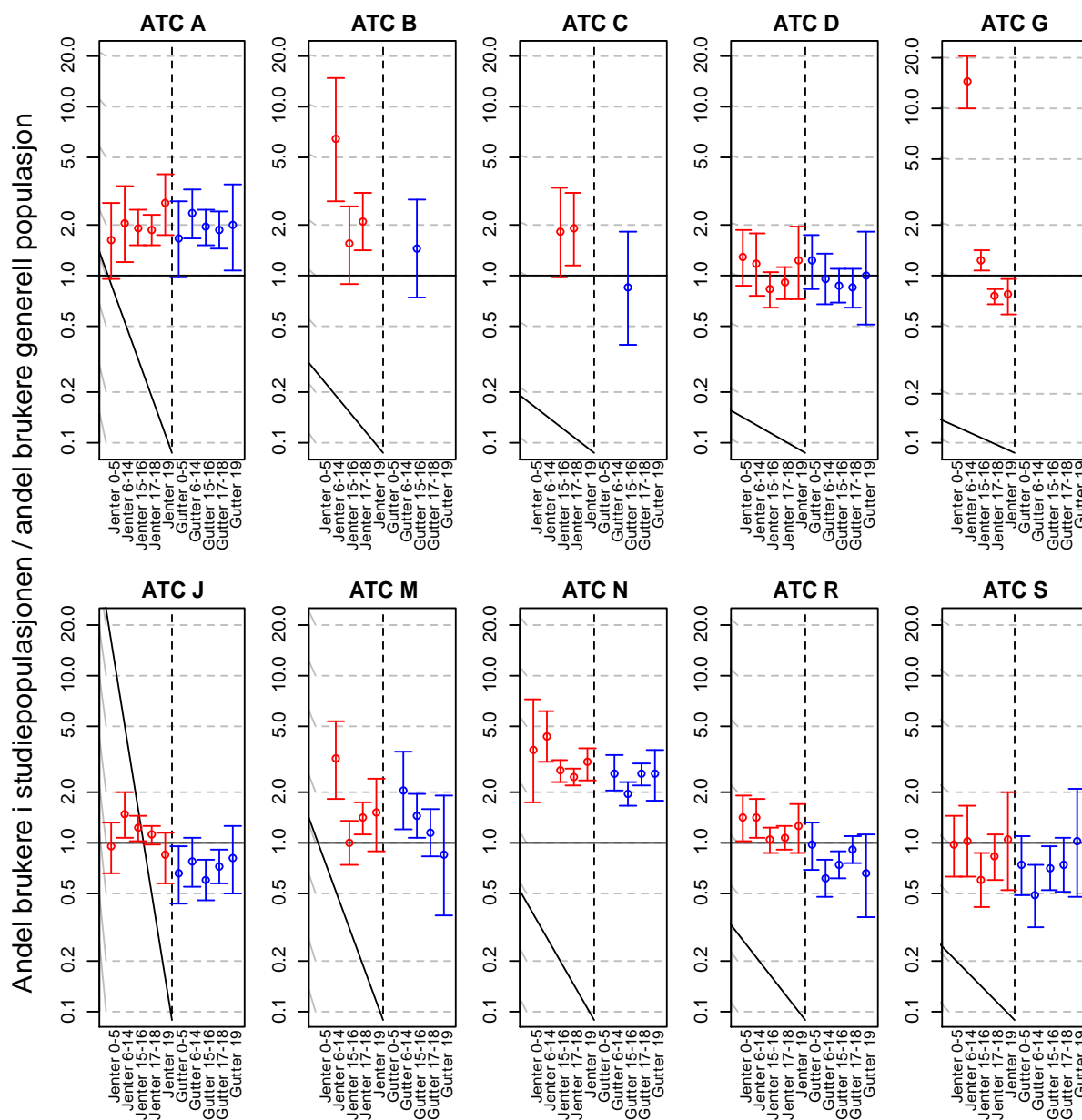
33. Retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere, (2016).

Rapportens del 4
Vedlegg med tilleggsfigurer og
tilleggstabeller
til registerstudien

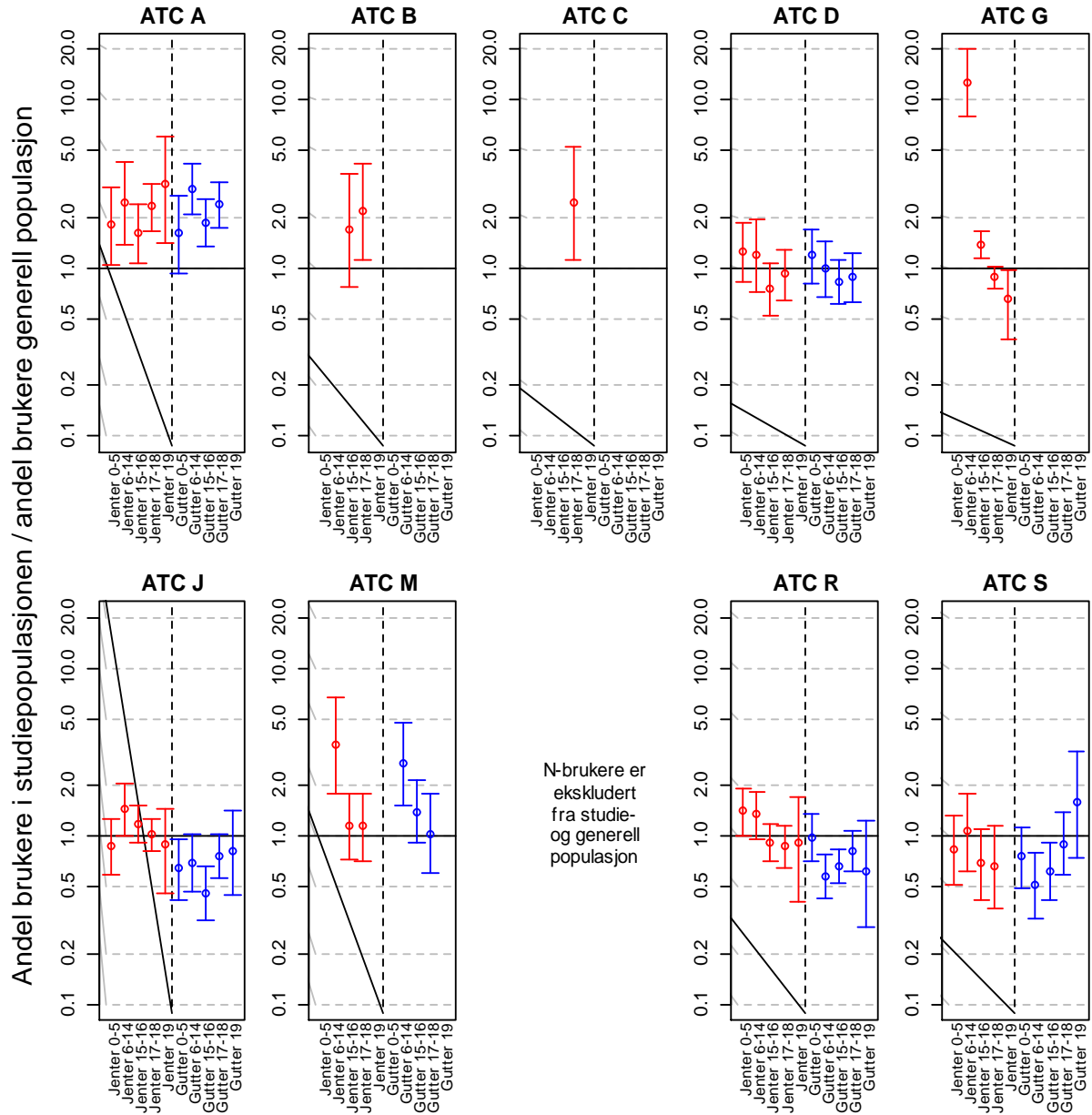
Tilleggsfigur 1. Andel brukere i studiepopulasjonen dividert på andel brukere i generell befolkning med 95 % konfidensintervall. Jenter i rødt og gutter i blått. Aldersgrupper gitt på X-aksen. Jenter er vist med rød markering og gutter er vist med blå markering.



Tilleggsfigur 2. Som tilleggsfigur 1, men medisiner hentet ut i hele 2016 er med, ikke bare medisiner hentet ut i måneder med institusjonsopphold. Jenter er vist med rød markering og gutter er vist med blå markering.



Tilleggsfigur 3. Som tilleggsfigur 2, men alle som har fått et N-medikament er fjernet fra alle populasjoner. Jenter er vist med rød markering og gutter er vist med blå markering.



Tilleggstabel 1. Antall brukere av ulike legemidler i ATC-gruppe N (nervesystemet) i barnevernets omsorg i 2016. Kun legemidler utlevert i måneder der vedkommende har vært registrert i en institusjon er tatt med. Tall i celler med < 10 brukere, eller der differansen på < 10 kan beregnes, er fjernet. Dersom det ikke er angitt antall på ATC 5. nivå er generisk legemiddelnavn og salgsnavn også fjernet. Tall fra et lavere nivå vil ikke kunne summeres for å få tall til et høyere nivå da mange som har fått et legemiddel har fått også et annet

ATC 1. nivå		ATC 2. nivå			ATC 3. nivå			ATC 4. nivå			ATC 5. nivå																				
kode	navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N	salgsnavn ¹																
N	nervesystemet	553	N05	psykoleptika	351	N05C	hypnotika og sedativa	216	N05CH	melatoninpreparater	192	N05CH01	melatonin	192	Melatonin																
									N05CF	benzodiazepinlignende midler	31	N05CF01																			
									N05A	Antipsykotika	167	N05AH	diazepiner, oksazepiner, tiazepiner og oksepiner	105	N05AH04	kvetiapin	93	Seroquel													
															N05AH03	olanzapin	25	Zyprexa													
															N05AX	andre antipsykotika	67	N05AX08	risperidon	42	Risperdal										
																		N05AX12	aripirazol	27	Abilify										
																		N05AF	tioksantenderivater	23	N05AF03	klorprotixen	23	Truxal							
																		N05AA	fenotiazin med alifatisk sidekjede	10	N05AA02	levomepromazin	10	Nozinan							
																		N05B	Anxiolytika	50	N05BB	difenylmetanderivater	28	N05BB01	hydroksyzin	28	Atarax				
																						N05BA	benzodiazepinderivater	26	N05BA04	oxazepam	14	Sobril			
																							N05BA01	diazepam	11	Stesolid, Valium					
																							N06BA04	metylfenidat	113	Ritalin					
																							N06BA09	atomoksetin	30	Strattera					
																							N06BA12	lisdeksamfetamin	21	Elvans					
																							N06AB	selektive serotoninreopptakshemmere	109	N06AB06	sertralin	52	Zoloft		
																							N06AB10	escitalopram	32	Ciprallex					
																							N06AB03	fluoxetin	29	Fontex					
																							N06AX	andre antidepressiver	26	N06AX11	mirtazepin	15	Remeron		
																							N02A	Opioider	48	N02AJ	opioider i kombinasjon med ikke-opioide analgetika	36	N02AJ06		
																							N02AX	andre opioider	14	N02AX02	tramadol	14	Nobligan		
															N02B	andre analgetika og antipyretika	42	N02BE	anilider	42	N02BE01	paracetamol	42	Panodil,Paracet							
															N02C	Migrenemidler	28	N02CC	selektive serotonin (5-HT ₁)-agonister		N02CC01	sumatriptan	16	Imigran							
															N03	antiepileptika	36	N03AX	diverse antiepileptika		N03AX09	lamotrigin	20	Lamictal							

¹ Som salgsnavn er nevnt det mest vanlige (oftest tidligste) salgsnavnet som ikke er lik det generiske navnet. Det er ofte flere preparatnavn, men dette salgsnavnet er gitt bare for å lette lesingen av tabellen

Tilleggstabell 2. Antall brukere av ulike legemidler i ATC-gruppe R (respirasjonssystemet) i barnevernets omsorg i 2016. Kun legemidler utlevert i måneder der vedkommende har vært registrert i en institusjon er tatt med. Tall i celler med < 10 brukere, eller der differanser på < 10 kan beregnes, er fjernet. Dersom det ikke er angitt antall på ATC 5. nivå er generisk legemiddelnavn og salgsnavn også fjernet. Tall fra et lavere nivå vil ikke kunne summeres for å få tall til et høyere nivå, da mange som har fått et legemiddel har fått også et annet

ATC 1. nivå			ATC 2. nivå			ATC 3. nivå			ATC 4. nivå			ATC 5. nivå							
kode	navn	N	kode	Navn	N	kode	Navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N	salgsnavn ²				
R	Respirasjonsorganer	404	R06	Antihistaminer til systemisk bruk	287	R06A	Antihistaminer til systemisk bruk	287	R06AD	fentiazinderivater	132	R06AD01							
										R06AE	piperazinderivater	96	R06AE07	cetirizin	96	Zyrtec			
										R06AX	andre antihistaminer til systemisk bruk	86	R06AX27	desloratadin	68	Aerius			
													R06AX13	loratadin	16	Clarityn			
							R01	Rhinologika	113	R01A	Rhinologika og andre preparater til lokal bruk i nesene		R01AD	kortikosteroider, inkl. kombinasjoner	88	R01AD09	mometason	42	Nasonex
																R01AD12	flutikasonfuroat flutikason, kombinasjoner	29	Avamys
																R01AD58		19	Dymista
													R01AC	antiallergiske midler, ekskl. kortikosteroider	19	R01AC02			
							R03	Midler ved obstruktiv lungesykdom	101	R03A	Adrenergika, midler til inhalasjon	85	R03AC	selektive β2-agonister adrenergika i kombinasjon med kortikosteroider eller andre midler, ekskl. antikolinergika		R03AC02	salbutamol	74	Ventoline
													R03AK		28	R03AK06			
										R03B	Andre midler ved obstruktiv lungesykdom, til inhalasjon	26	R03BA	glukokortikoider		R03BA05			
										R03D	Andre systemiske midler ved obstruktiv lungesykdom	10	R03DC	leukotrienreseptorantagonister		R03DC03			
							R05	Hoste- og forkjølelsemidler	59	R05D	Antitussiva, eksl. kombikasjoner med ekspektorantia	36	R05DA	opiumsalkaloider og derivater	36	R05DA01			
										R05C	Ekspektorantia eksl. kombikasjoner med antitussiva,	14	R05CB	mukolytika		R05CB01			
										R05F	Antitussiva og ekspektorantia i kombinasjon	12	R05FA	opiumderivater og ekspektorantia	12	R05FA02	sammensatt efedrinsirup	12	Solvipect comp

² Som salgsnavn er nevnt det mest vanlige (oftest tidligste) salgsnavnet som ikke er lik det generiske navnet. Det er ofte flere preparatnavn, men dette salgsnavnet er gitt bare for å lette lesingen av tabellen

Tilleggstabel 3. Antall brukere av ulike legemidler i ATC-gruppe J og G (antiinfektiver og urogenitalsystemet) i barnevernets omsorg i 2016. Kun legemidler utlevert i måneder vedkommende har vært registrert i en institusjon er tatt med. Tall i celler med < 10 brukere, eller der differanser på < 10 kan beregnes, er fjernet. Dersom det ikke er angitt antall på ATC 5. nivå er generisk legemiddelnavn og salgsnavn også fjernet. Tall fra et lavere nivå vil ikke kunne summeres for å få tall til et høyere nivå, da mange som har fått et legemiddel har fått også et annet.

ATC 1. nivå			ATC 2. nivå			ATC 3. nivå			ATC 4. nivå			ATC 5. nivå																	
kode	navn	N	kode	navn	N	kode	Navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N	salgsnavn ³														
J	anti-infektiver til systemisk bruk	329	J01	antibakterielle midler til systemisk bruk	312	J01C	Beta-laktamantibakterielle midler, penicilliner	207	J01CE	Beta-laktamaseømfintlige penicilliner	108	J01CE02	Fenoksymetylpenicillin	108	Apocillin														
									J01CA	Penicilliner med utvidet spekter	76	J01CA08	Pivmecillinam	64	Selexid														
												J01CA04	Amoksisillin	13	Imacillin														
												J01CF	Beta-laktamaseresistente penicilliner	45	J01CF01	Dikloksacillin	45	Diclocil											
											J01A	Tetrasykliner	69	J01AA	Tetrasykliner	69	J01AA02	Doksosyklin	44	Doxylin									
																J01AA04	Lymesyklin	19	Tetralysal										
											J01F	Makrolider, linkosamider og streptograminer	50	J01FA	Makrolider	36	J01FA10	Azitromycin	21	Azitromax									
																J01FA01	Erytromycin	13	Ery-Max										
																J01FF	Linkosamider	14	J01FF01	Clindamycin	14	Dalacin Trimetopri m							
											J01E	Nitrofuranderivater	25	J01EA	Trimetoprim og derivater	15	J01EA01	Trimetoprim	15										
															J01EE	Kombinasjoner av sulfonamider og trimetoprim, inkl. derivater	10	J01EE01	Sulfametoksazol og trimetoprim	10	Bactrim								
											J01X	Andre antibakterielle midler	11	J01XE	Nitrofuranderivater		J01XE01												
									G	Urogenital-systemet	300	J07	Vaksiner	14	J07B	Virusvaksiner	13	J07BC	Hepatittvaksiner		J07BC01								
J02	Antimykotika til systemisk bruk	13	J02A	Triazoliderivater	13	J02AC01	Flukonazol	13										Diflucan											
G03	Antimykotika til systemisk bruk	287	G03A	Antikonseptiva, hormoner, systemiske	13	G03AA	Progestogener og østrogener, faste kombinasjoner	175										G03AA07	Levonorgestrel og etinyløstradiol	127		Levonorgestrel og etinyløstradiol	127	Microgynon					
																		G03AA12	Drospirenon og etinyløstradiol	22		Drospirenon og etinyløstradiol	22	Yasmin					
																		G03AA09	Desogestrel og etinyløstradiol	21		Desogestrel og etinyløstradiol	21	Marvelon					
																		G03AA13	Norelgestromin og etinyløstradiol	20		Norelgestromin og etinyløstradiol	20	Evra					
																		G03AC	Progestogener	141	G03AC08	Etonogestrel	69	Nexplanon					
																					G03AC09	Desogestrel	46	Vinelle					
																					G03AC06	Medroksyprogesteron	37	Depot-Provera					
																					G01A	Antibiotika		G01AA10	Clindamycin		Dalacin krem		
																								G01AF	Imidazoliderivater	10	G01AF02	Klotrimazol	Canesten krem
																				G01	antiinfektiver og antiseptika til gynekologisk bruk	23	G01A	Antiinfektiver og antiseptika, ekskl. kombinasjoner	23	G01AA			

³ Som salgsnavn er nevnt det mest vanlige (oftest tidligste) salgsnavnet som ikke er lik det generiske navnet. Det er ofte flere preparatnavn, men dette salgsnavnet er gitt bare for å lette lesingen av tabellen

Tilleggstabell 4. Antall brukere av ulike legemidler i ATC-gruppe A og D (fordøyelsessystemet og hudmidler) i barnevernets omsorg i 2016. Kun legemidler utlevert i måneder der vedkommende har vært registrert i en institusjon er tatt med. Tall i celler med < 10 brukere, eller der differanser på < 10 kan beregnes, er fjernet. Dersom det ikke er angitt antall på ATC 5. nivå er generisk legemiddelnavn og salgsnavn også fjernet. Tall fra et lavere nivå vil ikke kunne summeres for å få tall til et høyere nivå, da mange som har fått et legemiddel har fått også et annet.

kode	ATC 1. nivå			ATC 2. nivå			ATC 3. nivå			ATC 4. nivå			ATC 5. nivå															
	navn	N	kode	navn	N	kode	Navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N	salgsnavn ⁴													
A	fordøyelsesorganer og stoffskifte	250	A11	Vitaminer	109	A11C	Vitamin A og D, inkl. A og D i kombinasjon	90	A11CC	Vitamin D og analoger	90	A11CC05	Kolekalsiferol		Vitamin D3													
						A11E	Vitamin B-kompleks, inkl. kombinasjoner	26	A11EA	Vitamin B-kompleks, usammensatte preparater	26	A11EA		26														
				A02	Midler mot syrerelaterte lidelser	81	A02B	Midler mot ulcerus og gastroøsofageal reflukssykdom (GERD)		A02BC	Protonpumpehemmere		A02BC02	Pantoprazol	42	Somac												
													A02BC05	Esomeprazol	29	Nexium												
				A01	Munn- og tannmidler	25	A01A	Munn- og tannmidler	25	A01AA	Midler mot karies		A01AA01															
				A06	Midler mot forstoppelse	22	A06A	Midler mot forstoppelse	22	A06AD	Osmotisk virkende midler		A06AD65															
				A03	Midler mot funksjonelle gastrointestinale lidelser	14	A03F	Motilitetsregulerende midler	14	A03FA	Motilitetsregulerende midler	14	A03FA01	Metoklopramid	14	Afipran												
				A07	antidiaretika, tarmantiseptika og antiinflammatoriske midler	13	A07A	Tarmantiseptika		A07AA	Antibiotika		A07AA02															
				A10	midler til deiabetesbehandling	12	A10A	Insulin og analoger		A10AB	Insulin og analoger til injeksjon, hurtigvirkende		A10AB05															
				D	Dermatologiske midler	226	D07	Kortikosteroider til dermatologisk bruk	95	D07A	Kortikosteroider, usammensatte preparater	84	D07AB	Kortikosteroider, middels sterke (gruppe II)	39	D07AB02												
D07AB08	Desonid	11	Apolar																									
D07AC	Kortikosteroider, sterke (gruppe III)	30	D07AC13																	Mometason	18	Elocam						
			D07AC01																	Betametason	12	Betnovat						
D07AA	Kortikosteroider, milde (gruppe I)	14	D07AA02																	Hydrokortison	14	Mildison						
D07AD	Kortikosteroider, ekstra sterke (gruppe IV)	10	D07AD01																	Klobetasol	10	Dermovat						
D10	Midler mot akne	68	D10A																	Midler mot akne til lokal bruk		D10AD	Retinoider til lokal behandling av akne	47	D10AD53	Adapalen	34	Epiduo
																									D10AD51	Tretinoin	12	reg.fritak
			D10B																	Midler til systemisk behandling av akne	13	D10BA	Retinoider til behandling av akne	13	D10BA01	Isotretinoin	13	Isotretinoin
D01	Fungicider til dermatologisk bruk	40	D01A																	Fungicider til topikal bruk		D01AC	Imidazol- og triazolderivater	30	D01AC20			
D06	Antibiotika og kjemoterapeutika, dermatologiske	31	D06A	Antibiotika til topikal bruk		D06AX	Diverse antibiotika til topikal bruk		D06AX01	Fusidinsyre	21	Fucidin																
D02	Bløtgjørende og hudbeskyttende midler	12	D02A	Bløtgjørende og hudbeskyttende midler	12	D02AE	Karbamidpreparater		D02AE01																			

⁴ Som salgsnavn er nevnt det mest vanlige (oftest tidligste) salgsnavnet som ikke er lik det generiske navnet. Det er ofte flere preparatnavn, men dette salgsnavnet er gitt bare for å lette lesingen av tabellen

Tilleggstabell 5. Antall brukere av ulike legemidler i ATC-gruppe M, B, C, H og P (muskel/skjelett, sanseorganer, blod, hjerte, hormoner og parasitter) i barnevernets omsorg i 2016. Kun legemidler utlevert i måneder der vedkommende har vært registrert i en institusjon er tatt med. Tall i celler med < 10 brukere, eller der differanser på < 10 kan beregnes, er fjernet. Dersom det ikke er angitt antall på ATC 5. nivå er generisk legemiddelnavn og salgsnavn også fjernet. Tall fra et lavere nivå vil ikke kunne summeres for å få tall til et høyere nivå, da mange som har fått et legemiddel har fått også et annet.

ko de	ATC 1. nivå			ATC 2. nivå			ATC 3. nivå			ATC 4. nivå			ATC 5. nivå		salgsnavn ⁵					
	navn	N	kode	navn	N	kode	Navn	N	kode	navn	N	kode	navn	N						
M	Muskler og skjelett	174	M01	Antiinflammatoriske og antirevmatiske midler	161	M01A	Antiinflammatoriske og antirevmatiske midler	161	M01AB	Eddiksyrederivater og lignende substanser	82	M01AB05	Diklofenak	82	Voltaren					
										Propionsyrederivater	77	M01AE01	Ibuprofen	46	Ibux					
												M01AE02	Naproxen	28	Napren					
										Ikke-steroide antiinflammatoriske midler til lokalt bruk	20	M02AA10	Ketoprofen							
S	Sanseorganer	134	S01	Øyemidler	106	S01G	Karkontraherende og anti-allergiske midler	50	S01GX	Andre anti-allergiske midler		S01GX02	Levokabastin	35	Livostin					
										Antibiotika	47	S01AA	Kloramfenikol	37	Kloramfenikol					
												S01AA13	Fusidinsyre	12	Fucithalmic					
B	Blod og bloddannede organer	42	B03	Øye- og øremidler	26	S03C	Midler mot anemi	23	B03AA	Jern II-verdig, orale preparater	23	B03AA07	Ferrosulfat							
																Jernpreparater	23	B03AA		
																Vitamin B12 og folsyre	15	B03BB	Folsyre og derivater	
C	Hjerte og kretsløp	35	C01	Hjerteterapi	13	C01C	Hjertestilerende midler ekskl. hjerteglukosider	13	C01CA	Andrenerge og dopaminerge midler	13	C01CA24	Adrenalin	13	Adrenalin					
																Topikale emidler til behandling av hemoroider og analfissurer		C05AA	Kortikosteroider	
H	Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin	33	H02	Vasoprotektorer	12	C05A	Kortikosteroider til systemisk bruk	16	H02A	Glukokortikoider	16	H02AB06	Prednisolon							
P	Antiparacitære midler, insekticider og insiktsmidler	28	P01	Midler til behandling av protozozykdommer og andre amøbesykdommer	17	P01A	Protozomidler	17	P01AB	Nitroimidazolderivater		P01AB01	Metronidazol							

⁵ Som salgsnavn er nevnt det mest vanlige (oftest tidligste) salgsnavnet som ikke er lik det generiske navnet. Det er ofte flere preparatnavn, men dette salgsnavnet er gitt bare for å lette lesingen av tabellen

Liste over ATC-koder

A: Fordøyelsesorganer

B: Blod

C: Hjerte og kretsløp

D: Hud

G: Urogenitalia og kjønnshormoner

H: Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin

J: Anti-infektiva til systemisk bruk

M: Muskler og skjelett

N: Nervesystemet

P: Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler.

R: Respirasjon

S: Sanseorganer

Rapportens del 5

Vedlegg med tilleggstabeller og bokser til spørreundersøkelsen

Tilleggstabell 1:

Drifter institusjonen enetiltak. Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Drifter institusjonen enetiltak?	JA	3	5	15	23
		9,7%	31,3%	50%	29,9%
	NEI	21	8	7	36
		67,8%	50%	23,3%	46,7%
	IKKE SVART	7	3	8	18
		22,5%	18,7%	26,7%	23,4%
Total		31	16	30	77
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tilleggstabell 2:

Hvor mange ungdommer er plassert i enetiltak?					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Hvor mange ungdommer er plassert i enetiltak?	0	23	8	7	38
	1	1	1	4	6
	2	1	1	7	9
	3			2	2
	4		1	2	3
	5			1	1
	6			1	1
	Ikke svart	6	5	6	17
Total		31	16	30	77

Tilleggstabell 3:

Følges institusjonens prosedyrer og rutiner også i enetiltakene?					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Følges institusjonens prosedyrer og rutiner også i enetiltakene?	JA	10	8	21	39
	NEI	2	1	1	4
	VET IKKE	2	1	0	3
	IKKE SVART	17	6	8	31
Total		31	16	30	77
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tilleggstabell 4:

Har institusjonen egne avtaler med legekantor om legeundersøkelse av ungdom ved inntak? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen egne avtaler med legekantor om legeundersøkelse av ungdom ved inntak?	JA	48	50	33	43
	NEI	52	31	43	44
	IKKE SVART	0	19	23	13
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 5:

Har institusjonen egne prosedyrer ved inntak knyttet til inntak av ungdom som bruker medisin? Prosent av antall institusjoner (N=77)					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen egne prosedyrer ved inntak knyttet til inntak av ungdom som bruker medisin?	JA	78	87,5	60	73
	NEI	19		10	12
	VET IKKE	3		3	2
	IKKE SVART		12,5	27	13
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 6:

Har institusjonen prosedyrer eller rutiner for medisinsk oppfølging av ungdommene? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen prosedyrer eller rutiner for medisinsk oppfølging av ungdommene?	JA	81	81	70	77
	NEI	10	6	3	6
	VET IKKE	3	0	0	1
	IKKE SVART	6	13	27	16
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 7:

Har institusjonen rutiner for hvem som følger opp behov for nye medisiner eller endringer knyttet til eksisterende medisiner? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen rutiner for hvem som følger opp behov for nye medisiner eller endringer knyttet til eksisterende medisiner?	JA	78	69	73	74
	NEI	16	19	0	11
	VET IKKE	3	0	0	1
	IKKE SVART	3	12	27	14
Total		31	16	30	77
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tilleggstabell 8:

Har institusjonen rutiner for hvem som følger opp behov for nye medisiner eller endringer knyttet til eksisterende medisiner? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen rutiner for hvem som følger opp behov for nye medisiner eller endringer knyttet til eksisterende medisiner?	JA	78	69	73	74
	NEI	16	19	0	11
	VET IKKE	3	0	0	1
	IKKE SVART	3	12	27	14
Total		31	16	30	77
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tilleggstabell 9:

Har institusjonen prosedyrer/ rutiner for håndtering av medisiner, samt hvem som kan utlevere medisiner? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen prosedyrer/ rutiner for håndtering av medisiner, samt hvem som kan utlevere medisiner?	JA	90	81	73	82
	IKKE SVART	10	19	27	18
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 10:

Har institusjonen oppnevnt en helseansvarlig? Prosent av antall institusjoner (N=77)					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen oppnevnt en helseansvarlig?	JA	87	75	73	79
	NEI	3	6	0	3
	IKKE SVART	10	19	27	18
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 11a:

Statlig (n=31)

Antall	Stillingstittel	Evt. profesjon	Kompetanse	Stillingsstørrelse
1	Fagkoordinator	Sosialfaglig	Medisinopplæring	100%
13	Miljøterapeut	Vernepleier (9) Spesialutdannet (1) Sykepleier (1) VU psykisk helse		100%
2	Psykolog/ psykologspesialist			100%
8	Avdelingsleder	Sosialfaglig (4) Pedagog (1) Ergoterapeut (1) Sykepleier (1)	Legesekretær(1)	100%
1	Ledende miljøterapeut		Spesialutdannet miljøterapeut	
6	Ikke svart			

Tilleggstabell 11b:

Ideell organisasjon (n=16)

Antall	Stillingstittel	Evt. profesjon	Kompetanse	Stillingsstørrelse
1	Ledene miljøterapeut/ ass. avdelingsleder	Sosialfaglig	Vernepleier (1)	100%
6	Miljøterapeut	Vernepleier (3)	Medisinkurs (3)	100%
1	«Alltid en sykepleier, vernepleier eller lege som innehar denne funksjonen»			100%
1	Avdelingsleder	Sosialfaglig		100%
4	Ikke svart			

Tilleggstabell 11c:

Privat/kommersiell (n=30)

Antall	Stillingstittel	Evt. profesjon	Kompetanse	Stillingsstørrelse
2	Boleder	Barnevernspedagog (1) Vernepleier (1)		100%
9	Miljøterapeut	Vernepleier (3) Sykepleier (1)	Medisinkurs (1)	100%
9	Avdelingsleder	Sosialfaglig (8)	Medisinkurs (2)	100% 50-100% (1) Ingen (1)
10	Ikke svart			

Tilleggstabell 12:

Har helseansvarlig ved institusjonen gjennomført kurs i medisinhandling?					
Prosent av antall institusjoner (N=77)					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har helseansvarlig ved institusjonen gjennomført kurs i medisinhandling	JA	45	50	50	48
	NEI	39	31	23	31
	VET IKKE	6	0	0	3
	IKKE SVART	10	19	27	18
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 13a:

Statlig (n=31)

Antall	Ansvarlig	Merknad
8	Helseansvarlig	
8	Avdelingsleder	
2	Miljøterapeut med særskilt ansvar	
1	Enhetsleder	
1	Vilkårlig	
1	Vaktansvarlig	
4	Ingen spesiell opplæring	Se kommentar under
6	Ikke svart	

Av de fire respondentene som oppgir at institusjonen ikke gir spesiell opplæring i medisinhandling, utdyper tre av dem grunnen for dette. Den ene respondenten oppgir at det kun er vernepleiere som er kvalifisert til å foreta medisinhandling, og at det kun er ansatte med utdanning som vernepleier som har ansvar for medisinhandling. Den andre svarer at det kun er nyansatte med medisinkompetanse som får opplæring i innkjøp og registrering av medisiner, resten av personalet får opplæring i utlevering fra dosett (med signering). Den tredje respondenten svarer at det er vernepleier ved institusjonen som har ansvaret for medisinhandlingen.

Tilleggstabell 13b:

Ideell organisasjon (n=16)

Antall	Ansvarlig	Merknad
3	Helseansvarlig	
3	Avdelingsleder	
3	Miljøterapeut med særskilt ansvar	
2	Lege/ apoteker	Se kommentar 1
1	Vilkårlig	Se kommentar 2
4	Ikke svart	

Kommentar 1: En respondent oppgir at institusjonen gir sine ansatte årlig opplæring i medisinhandling av lege, med avsluttende eksamen. En respondent svarer at opplæring gjennomføres gjennom kurs med apoteker, og ved godkjent nettkurs.

Kommentar 2: En respondent svarer at ansvaret for nyansattes opplæring i medisinhandling ligger til den ansatte som har ansvaret for den øvrige opplæringen.

Tilleggstabell 13c:

Privat/kommersiell (n=30)

Antall	Ansvarlig	Merknad
1	Helseansvarlig	
13	Avdelingsleder	
2	Miljøterapeut	Se kommentar under
2	Nettbasert opplæring	
1	Kvalitetsansvarlig	
10	Ikke svart	
1	Medisinansvarlig	

En av respondentene oppgir at den opplæringsansvarlige er utdannet vernepleier. De andre respondentene svarer at det er ansvarlig på vakt som har ansvaret for opplæringen. Profesjon og kompetanse avhenger av turnus.

Tilleggstabell 14a:

Statlig (n=31)

Antall	Når	Merknad
14	Ved oppstart (2-3 første vaktene)	
2	De 2-3 første måneder av ansettelsen	
2	I opplæringstiden/ opplæringsvakter	
1	«Opplæring bør gis før nyansatte blir satt til å gi medisiner»	
1	Ved behov	
1	Usikker	
2	Ingen opplæring	
8	Ikke svart	

Tilleggstabell 14b:

Ideell organisasjon (n=16)

Antall	Når	Merknad
4	Ved oppstart (2-3 første vaktene)	
1	De 2-3 første måneder av ansettelsen	
2	Årlig opplæring/ kurs	
1	«Når de starter å jobbe hos oss»	
1	Ved behov	
2	Ingen opplæring	Kommentar
5	Ikke svart	

To av respondentene oppgir at institusjonen ikke gir opplæring i medisinbehandling. Den ene begrunner dette i at institusjonen har lite medisinbehandling da det er ønskelig å finne andre behandlingsalternativer, og at generelle rutiner gjennomgås med nyansatte i løpet av den første måneden som ansatt. Den andre respondenten svarer at dersom nyansatte skal dele ut medisiner fra dosett, blir de kurset før de blir tildelt ansvaret.

Tilleggstabell 14c:

Privat/kommersiell (n=30)

Antall	Når	Merknad
13	Ved oppstart (2-3 første vaktene)	
4	De 2-3 første måneder av ansettelsen	
1	Ved behov	
12	Ikke svart	

Tilleggstabell 15:

Har institusjonen rutiner for utdeling av medisin? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen rutiner for utdeling av medisin?	JA	84	81	73	79
	NEI	6	0	0	3
	IKKE SVART	10	19	27	18
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 16:

Benytter institusjonen dosetter? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Benytter institusjonen dosetter?	JA	90	81	70	81
	NEI	0	0	3	1
	IKKE SVART	10	19	27	18
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 17:

Har institusjonen alltid disse profesjonene tilgjengelig (legge i dosetter)? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen alltid disse profesjonene tilgjengelig?	JA	29	44	27	31
	NEI	32	6	13	20
	PÅ DE FLESTE SKIFT	26	19	30	26
	IKKE SVART	13	31	30	23
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 18:

Har institusjonen eget system for dokumentasjon av utlevering av medisin til ungdommene? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen eget system for dokumentasjon av utlevering av medisin til ungdommene?	JA	90	81	73	82
	IKKE SVART	10	19	27	18
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 19:

Har institusjonen prosedyrer/ rutiner for oppbevaring av medisiner? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør?			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen prosedyrer/ rutiner for oppbevaring av medisiner?	JA	71	81	70	73
	NEI	7	0	0	2,5
	VET IKKE	3	0	3	2,5
	IKKE SVART	19	19	27	22
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 20:

Har institusjonen prosedyrer/ rutiner for medisinhandling når ungdommen skrives ut fra institusjonen? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen prosedyrer/rutiner for medisinhandling når ungdommen skrives ut fra institusjonen?	JA	58	50	46	52
	NEI	23	31	7	18
	VET IKKE	3	0	20	9
	IKKE SVART	16	19	27	21
Total		100	100	100	100
N		31	16	30	77

Tilleggstabell 21:

Har institusjonen egne rutiner for overlevering av ubrukt medisin ved utskriving? Prosent av antall institusjoner					
		Er institusjonen statlig, drevet av ideell organisasjon eller av privat/kommersiell aktør			Total
		Statlig	Ideell organisasjon	Privat/kommersiell aktør	
Har institusjonen egne rutiner for overlevering av ubrukt medisin ved utskriving?	JA	48	38	37	41
	NEI	29	31	16	25
	VET IKKE	7	12	20	13
	IKKE SVART	16	19	27	21
Total		100	100	100	100
		31	16	30	77

Boks 1:**3.3.1 Fastelegeordning for ungdom i institusjon****Statlig (n=31)**

Seksten av de statlige institusjonene har svart på dette spørsmålet. Fem av respondentene oppgir at institusjonen har egen avtale med lokalt legekantor eller lokal lege. En av disse utdyper at den samme legen følger beboerne fra inntak til utskrivning. En annen svarer at samarbeidsavtale med lokalt legekantor benyttes dersom ungdommen av geografiske hensyn ikke kan beholde sin tidligere fastlege. Videre svarer seks av respondentene at institusjonen tilstreber å beholde ungdommens tidligere fastlege dersom dette er mulig ut fra geografiske hensyn. To av respondentene utdyper at det etableres fastlegeavtale i institusjonens nærområde dersom tidligere fastlegeavtale ikke er mulig å benytte. To av institusjonene benytter legevakt eller privat legesenter, mens tre respondenter svarer at oppretting av fastlegeavtale er den kommunale barneverntjenesten der ungdommen kommer fra sitt ansvar. Fra de statlige institusjonene står dette spørsmålet ubesvart av femten institusjoner.

Ideell organisasjon (n=16)

Seks av institusjonene som driftes av ideelle organisasjoner, har svart på spørsmålet. Tre av respondentene svarer at ungdommens fastlege beholdes dersom dette er mulig ut fra geografiske hensyn. To av disse oppgir at dette avklares i inntaksmøte, og den ene utdyper videre at institusjonen setter krav til kommunen om at fastlegeavtale er på plass før inntak. Den tredje opplyser at institusjonen bistår ungdommen i bytte av fastlege dersom dette er nødvendig på grunn av lang avstand til tidligere fastlege. En institusjon har egen lege tilknyttet institusjonen. To av respondentene svarer at dette er barneverntjenestens ansvar, og at et eventuelt bytte av fastlege ved inntak skjer etter vurdering av, og samarbeid med plasseringskommunen. Spørsmålet står ubesvart fra ti av institusjonene driftet av ideelle organisasjoner.

Privat/kommersiell (n=30)

Åtte av institusjonene driftet av privat/kommersielle aktører har besvart spørsmålet. Tre av disse svarer at ungdommene beholder egen fastlege dersom dette er geografisk mulig. En institusjon oppretter fastlege for beboeren senere i oppholdet, mens en annen oppgir at institusjonen bistår ungdom over 16 år med å finne fastlege. Denne institusjonen beskriver videre at for ungdom under 16 år er det barneverntjenestens ansvar å opprette avtale med fastlege. To andre institusjoner svarer at det er barneverntjenestens ansvar å opprette fastlegeavtale for institusjonens beboere. En av institusjonene oppretter avtale med lokal lege dersom ungdommen ikke har fastlege. Denne respondenten oppgir videre at institusjonen ikke får fastlege til ungdommer som ikke har norsk statsborgerskap. Tjueto av de privat/kommersielle institusjonene har ikke besvart dette spørsmålet.

Boks 2:

3.3.2 Håndtering av ungdommens private medisin ved inntak

Statlig (n=31)

Fire respondenter svarer at det er helseansvarlig ved institusjonen som har ansvaret for gjennomgang av medisinene til ungdommen (to av disse oppgir at helseansvarlig er vernepleier, men en oppgir at helseansvarlig er sykepleier). I tillegg svarer to respondenter at det er medisinansvarlig ved institusjonen som har dette ansvaret. To respondenter svarer at det alltid er vernepleier med medisinkompetanse som har ansvaret for medisingjennomgangen. To respondenter svarer at det er avdelingsleder som har ansvaret for medisingjennomgang, mens to svarer at dette er et delt ansvar mellom hovedkontakt og avdelingsleder. To respondenter svarer at det er hovedkontaktens ansvar alene, mens en respondent oppgir at det er ansvarlig på vakt som gjennomfører medisingjennomgangen. En respondent svarer at akutt-team har ansvar for å følge prosedyren ved inntak, mens avdelingsleder og helseansvarlig kvalitetssikrer at prosedyrer blir fulgt. Fire respondenter svarer at dette er institusjonens ansvar og at gjennomgangen gjennomføres under inntaksprosessen. Åtte respondenter har ikke svart.

Tilleggsopplysninger:

Ti respondenter oppgir at ungdommens medisinbruk kartlegges og gjennomgås i inntaksprosessen, enten i formøter eller i selve inntaksmøte. Åtte av respondentene oppgir at institusjonen har rutiner for å registrere inn medisin, og legge medisin i dosett. Tre respondenter oppgir at medisinhandteringen i institusjonen er avdelingsleders ansvar uten at ansvarsområdet utdypes.

Ideell organisasjon (n=16)

Fem respondenter svarer at helseansvarlig har ansvaret for medisingjennomgang ved inntak. I tillegg oppgir to av respondentene at det er medisinansvarlig ved institusjonen som har dette ansvaret. En respondent oppgir at institusjonen har egen lege/psykiater som har ansvaret for dette. Tre respondenter oppgir avdelingsleder som ansvarlig for medisingjennomgangen, mens en respondent oppgir institusjonen/inntaksprosessen som ansvarlig. En respondent oppgir nærmeste leder i samarbeid med medisinansvarlig og hovedkontakt som ansvarlig. Tre institusjoner har ikke svart på spørsmålet.

Tilleggsopplysninger:

Seks av respondentene svarer at medisingjennomgang gjennomføres i inntaksprosessen/ inntaksmøtet. Disse institusjonene oppgir at institusjonene har skriftlige rutiner knyttet til registrering av ungdommens medisin og medisinbruk.

Privat/kommersiell (n=30)

Ni av respondentene svarer at det er helseansvarlig ved institusjonen som har ansvar for medisingjennomgang ved inntak. I tillegg svarer en respondent at dette ansvaret er tillagt medisinansvarlig ved institusjonen. En respondent oppgir at det er sykepleier/vernepleier som har dette ansvaret, mens en respondent oppgir at institusjonen har egne ansatte med medisinkompetanse som har medisingjennomgang som ansvarsområde. Ved fem av institusjonene er hovedansvaret lagt til avdelingsleder; samtidig oppgir tre av disse at ansvaret kan delegeres til enten hovedkontakt eller helseansvarlig. Tretten av institusjonene har ikke besvart spørsmålet.

Tilleggsopplysninger:

Fem respondenter knytter medisingjennomgangen til inntaksprosessen eller inntaksmøtet. Fem respondenter beskriver skriftlige rutiner knyttet til registrering av ungdommens medisin og medisinbruk.

Boks 3:

3.4.1. Beskrivelser av legeoppfølging knyttet til medisinbruk (delspørsmål 1)

Statlig (n=31)

Tyve av respondentene oppgir at ungdommens medisinbruk følges opp av lege etter individuelle behov. Tre av respondentene oppgir at medisinbruken følges opp under konsultasjoner hos lege, og at disse konsultasjonene er jevnlige, og til tider hyppige. To respondenter svarer «usikker» eller «vet ikke», mens seks institusjoner ikke har svart på spørsmålet.

Ideell organisasjon (n=16)

Seks respondenter svarer at ungdommens medisinbruk følges opp av lege etter individuell variasjon og behov. Tre respondenter oppgir at oppfølgingen skjer jevnlig. To av disse svarer «som regel gjennom behandling gjennom poliklinikken på BUP», mens den tredje svarer at «lege/psykiater deltar i avdelingens behandlingsmøter ca. hver 2. uke». En respondent svarer «etter legens anvisning», mens en respondent oppgir at institusjonen selv følger opp medisinbruken ofte fordi det er ønskelig med «alternative behandlingsmåter enn medisiner». Fem institusjoner har ikke svart.

Privat/kommersiell (n=30)

Åtte respondenter svarer at ungdommens medisinbruk følges opp av lege etter individuell variasjon og behov. Fire respondenter oppgir at oppfølgingen skjer jevnlig eller regelmessig, og den ene av disse respondentene oppgir at institusjonen har egen institusjonslege. Fire av respondentene oppgir at oppfølging av ungdommens medisinbruk avgjøres av ungdommens fastlege, og at institusjonen forholder seg til denne legens avgjørelse. En respondent oppgir at medisinoppfølging skjer maksimalt én gang per år, og begrunner dette med at legen er dårlig på oppfølging av institusjonens beboere «selv om institusjonen etterspør og purrer». Tretten av institusjonene har ikke svart.

Boks 4:

3.4.1 Beskrivelser av kartlegging av eventuelle bivirkninger ved medisinbruk

Statlig (n=31)

Seks av respondentene svarer at helseansvarlig har ansvar for å kartlegge bivirkninger av medisin, mens en respondent oppgir at dette er den medisinansvarliges ansvar. Ti av respondentene oppgir at det er hovedkontakt eller miljøpersonalet som kartlegger og rapporterer på bivirkninger. To respondentene oppgir at kartleggingen gjøres i samråd med lege eller BUP, og en respondent svarer at institusjonen har ansvaret for dette gjennom den daglige rapporteringen. Fire respondenter svarer at de har ingen rutine for dette, eller mangler medisinsk kompetanse til å rapportere bivirkninger. Fem institusjoner har ikke svart på spørsmålet. De respondentene som har svart utfyllende på hvordan kartleggingen gjøres, viser til daglige observasjoner av ungdommen i institusjonen. Observasjonene dokumenteres i institusjonens journalsystem. Syv av respondentene oppgir at observasjonene drøftes med fastlege/lege som har foreskrevet medikamentene. Fire av respondentene oppgir at kartleggingen og observasjonen gjøres i samarbeid med ungdommen det gjelder.

Ideelle organisasjoner (n=16)

To av respondentene svarer at rapportering av bivirkninger er den helseansvarliges ansvar, mens en respondent oppgir at ansvaret ligger hos medisinansvarlig ved institusjonen. Åtte respondenter oppgir at det er hovedkontakt/miljøpersonalets ansvar å rapportere om bivirkninger. En respondent svarer at dette er legens ansvar, mens en respondent oppgir at institusjonen ikke har rutiner for slik rapportering. To institusjoner har ikke svart på spørsmålet. Ni av respondentene fra ideelle organisasjoner oppgir ytterligere at observasjoner knyttet til bivirkninger av medisinbruk rapporteres til, og drøftes med fastlege eller BUP. Tre av respondentene oppgir at institusjonen kartlegger bivirkninger spesielt i institusjonens journalsystem. En av respondentene svarer at de ansatte rapporterer i samarbeid med medisinansvarlig til behandlende lege. En av respondentene svarer at institusjonen ikke har noe system som ivaretar systematisk kartlegging av bivirkninger ved medisinbruk, og legger til at institusjonen ønsker å finne andre alternativer enn medisiner i samråd med ungdommen.

Privat/kommersiell (n=30)

To av respondentene oppgir at det er helseansvarlig som har ansvaret for å kartlegge og rapportere om bivirkninger, mens to andre oppgir at dette er den medisinansvarliges ansvar. Elleve av respondentene svarer at det er miljøpersonalet eller hovedkontakt som har ansvaret. En respondent oppgir avdelingsleder som den ansvarlige for kartlegging og rapportering av bivirkninger, mens en respondent oppgir sykehuset som ansvarlig for kartleggingen. To av respondentene svarer at det er institusjonens ansvar gjennom daglig rapportering å kartlegge eventuelle bivirkninger. Elleve institusjoner har ikke besvart spørsmålet. Av de nitten privat/kommersielle institusjonene som har svart på dette spørsmålet, utdyper ni av respondentene at observasjoner knyttet til bivirkninger rapporteres til fastlege eller behandlende lege, mens to svarer at observasjoner gjort av miljøpersonalet rapporteres til avdelingsleder. Åtte av respondentene svarer at observasjonene dokumenteres i institusjonenes journalsystem. Fire av respondentene som svarer at observasjoner av bivirkninger er miljøpersonalets ansvar, oppgir også at det i neste steg er den helseansvarliges ansvar å vurdere observasjonene for videre rapportering til fastlege/ behandlende lege.

Boks 5:**3.4.2 Forskjeller knyttet til medisinbehandling for beboeren under og over 16 år****Statlig (n= 31)**

Fire av respondentene oppgir at det er forskjeller knyttet til medisinbehandling for beboere under og over 16 år. Den ene respondenten begrunner dette i selvbestemmelse. Den andre respondenten svarer at ungdommens egen administrasjon av medisiner avhenger av type medisin og hvilken risiko egenadministrasjon av denne innebærer. Respondenten oppgir videre at egenadministrasjon av medisiner er en del av selvstendighetstreningen ved institusjonen, spesielt ved overgang til treningsleilighet. Den tredje respondenten oppgir at institusjonen gjør egne avtaler med ungdom over 16 år knyttet til oppbevaring og utdeling av medisin, begrunnet i at rettighetene i helseloven endres ved 16 år. En fjerde respondent svarer at ungdom over 16 år får disponere ikke reseptbelagte medisiner i samarbeid med foreldre og fastlege.

Seksten av respondentene fra de statlige institusjonene svarer at det ikke er forskjeller i institusjonens rutiner knyttet til medisinbehandling for beboere over og under 16 år. Allikevel oppgir to av respondentene at det er egne rettigheter knyttet til helseloven ved 16 år. Den ene av disse to respondentene svarer et «er du 16 år kan du bestemme selv», den andre respondenten svarer at noe medisin kan beboere over 16 år styre selv, avhengig av type medisin og «hva som er greit at de har liggende på rommet sitt». For to av respondentene er problemstillingen ikke aktuell fordi institusjonene ikke har beboere over 12 år. Syv av respondentene har ikke svart.

Ideell organisasjon (n=16)

To av respondentene oppgir at institusjonen gjør forskjell knyttet til medisinbehandling for beboere over og under 16 år. Ni av respondentene svarer at det ikke er forskjell knyttet til rutinene. Av disse svarer en respondent at «hver enkelt ungdom er unik og derfor vil det bli variabler», en annen svarer at det gjøres individuelle vurderinger etter modenhet og alder, mens en tredje oppgir at institusjonen ikke har beboere under 16 år. Den tredje oppgir at institusjonen ikke har noe fast system knyttet til problemstillingen, men at rutinene tilpasses den enkelte ungdom. Fem av institusjonene har ikke besvart spørsmålet.

Privat/kommersiell (n=30)

Åtte av respondentene svarer at institusjonen gjør forskjell knyttet til medisinbehandling for ungdom over og under 16 år. Tre av disse knytter denne forskjellen til rettigheter i helseloven ved 16 års alder. En respondent oppgir at i noen enkelttilfeller vil beboeren få anledning til å håndtere medisinen selv, mens to av respondentene svarer at det er et mål for institusjonen å tilstrebe at ungdommen mestrer egenbehandling av medisin. Til slutt oppgir to av disse respondentene at forskjellen knyttet til medisinbehandling for beboere over 16 år ligger i rutine for skriftlig samtykke fra beboere over 16 år. Den ene institusjonen innhenter samtykke slik at vernepleier håndterer og administrerer medisin, den andre institusjonen ber om samtykke fra beboeren til å innhente og formidle helseopplysninger.

Elleve (11) av respondentene oppgir at institusjonen ikke gjør forskjell knyttet til medisinbehandling for beboere over og under 16 år. En av disse oppgir at institusjonen ikke har beboere under 16 år. Elleve av institusjonene har ikke svart på spørsmålet.

Boks 6:**3.4.3 Rutiner for kontakt/ samarbeid med ungdommens fastlege****Statlig (n=31)**

To av respondentene oppgir at det er den helsesansvarliges ansvar å kontakte beboerens fastlege. Tre av respondentene knytter kontakten med fastlege spesielt til enkeltsaker der det er nødvendig med samarbeid rundt den enkelte beboer. En respondent oppgir at behov for kontakt med ungdommens fastlege avgjøres i månedlige teammøter, i tillegg til vanlige eller akutte behov. Seks respondenter oppgir at kontakten med fastlegen er knyttet til den enkelte ungdoms behov, og at institusjonen bistår ungdommen i kontakten/ framlegging av problemstilling for lege. Tre respondenter svarer at kontakt med fastlege opprettes ved inntak av beboeren i institusjonen, en av disse utdyper at miljøterapeut som ungdommen kjenner godt alltid bistår ved konsultasjoner hos lege. En respondent oppgir at institusjonen utarbeider skriftlig avtale med fastlegen som konkretiserer legens og institusjonens ansvar og oppgaver. Fjorten institusjoner har ikke svart utdypende på spørsmålet.

Ideell organisasjon (n=16)

Tre respondenter oppgir at institusjonen har avtaler med leger/legesentre. En av disse oppgir å ha fast kontaktperson ved et legesenter som samarbeider med beboerens fastlege, en annen svarer at beboerne gjennomgår legesjekk ved innflytting. En tredje oppgir at beboerne tilbys regelmessige samtaler med lege. To respondenter oppgir at institusjonen har rutiner for samarbeid med fastlege, mens en respondent svarer at institusjonen samarbeider med enkelte fastleger. Ti institusjoner har ikke besvart spørsmålet utdypende.

Privat/kommersiell (n=30)

Seks respondenter oppgir at kontakt med fastlege opprettes etter behov. Tre av disse svarer i tillegg at det er helseansvarlig ved institusjonen som er tillagt ansvaret å opprette kontakt med fastlege når behov oppstår. To respondenter svarer at institusjonen etablerer fastlege for beboeren ved innflytting, mens en respondent oppgir at kontakt med fastlege etableres i svært få tilfeller. Denne respondenter svarer at det er mer vanlig med samarbeid med BUP. En respondent oppgir at kontakt og samarbeid med fastlege avhenger av plasseringsparagraf og beboerens alder. Tyve institusjoner har ikke svart utdypende på spørsmålet.

Boks 7:**3.6.1. Utlevering av medisiner til beboere****Statlig (n=31)**

Elleve av respondentene svarer at dokumentasjonen oppbevares i egen perm eller i kardeks. Av disse elleve respondentene oppgir fire at permene er gjort tilgjengelige for personalet ved at de oppbevares ved siden av medisinskapet. Tre respondenter svarer at dokumentasjonen oppbevares i ungdommens perm, og tre andre at dokumentasjonen lagres i klientsystemet Birk. Fem av respondentene oppgir at permene/dokumentasjonen ligger i låsbare skap, og to svarer at permene ligger innelåst sammen med dosetter. To respondenter svarer at dokumentasjonen oppbevares i vaktbok/vaktjournal. En av disse oppgir at daglige registreringsskjema oppbevares av ansvarlig psykolog. Én av informantene påpeker at medisinperm for dokumentering av medisinutlevering ikke er en optimal løsning. Fem institusjoner har ikke svart på spørsmålet.

Ideell organisasjon (n=16)

Fem respondenter svarer at dokumentasjonen oppbevares i egen perm eller kardeks. Fem respondenter oppgir at dokumentasjonen oppbevares i låsbart skap, og en svarer at dokumentasjonen finnes innelåst sammen med dosetter. En respondent oppgir at dokumentasjonen lagres i elektronisk klientsystem. Respondentene beskriver forskjellige måter dokumentasjonen gjøres tilgjengelig for personalet; blant annet legges medisinperm i egen medisinskuff eller er oppbevares innelåst i skap der noen ansatte har tilgang. En av respondentene oppgir at dokumentasjonen er gjort tilgjengelig ved at hver ungdom har eget skap på kontoret til miljøterapeutene, og egen medisinliste henger på dette skapet. Fire institusjoner har ikke besvart spørsmålet.

Privat/kommersiell (n=30)

Seks respondenter oppgir at dokumentasjonen oppbevares i egen perm eller kardeks, mens seks andre svarer at dokumentasjonen oppbevares i låsbare skap. Syv respondenter lagrer dokumentasjonen i elektronisk klientsystem, og en respondent oppgir at dokumentasjonen lagres i vaktbok/vaktjournal. Ni institusjoner har ikke svart på spørsmålet.

Boks 8:**3.6.3 Ansattes tilgang til medisiner****Statlig (n=31)**

Antall	Hvem	Merknad
6	Vaktansvarlig	Se kommentar 1
5	Miljøpersonell	Se kommentar 2
1	Avdelingsleder	
19	Ikke svart	

Kommentar 1: En av respondentene oppgir at i tillegg til vaktansvarlig har også teamleder tilgang til medisinskap til enhver tid. En respondent svarer at vaktansvarlig har tilgang til daglig dose, og at større doser er det kun helseansvarlig og avdelingsleder som har tilgang til.

Kommentar 2: En respondent oppgir at alle ansatte har tilgang til ikke reseptbelagte medisiner og C-preparater. En respondent svarer at alle ansatte har tilgang til safe med dosetter, øvrige medisiner er det kun helseansvarlig som har tilgang til. En respondent oppgir at rutinen skal endres slik at det kun er vaktansvarlig og hovedkontakter som har tilgang til medisiner.

Ideell organisasjon (n=16)

Antall	Hvem	Merknad
1	«Den medisinsansvarlige på vakt»	
1	Miljøpersonell	Se kommentar
14	Ikke svart	

Kommentar: Respondenten oppgir at miljøpersonellet har tilgang til medisiner som ligger i dosett.

Privat/kommersiell (n=30)

Antall	Hvem	Merknad
3	Vaktansvarlig	Se kommentar 1
1	Miljøpersonell	Se kommentar 2
1	«Ansatte på hovedkontor»	
1	«Leggeansvarlig»	
8	Ikke svart	