

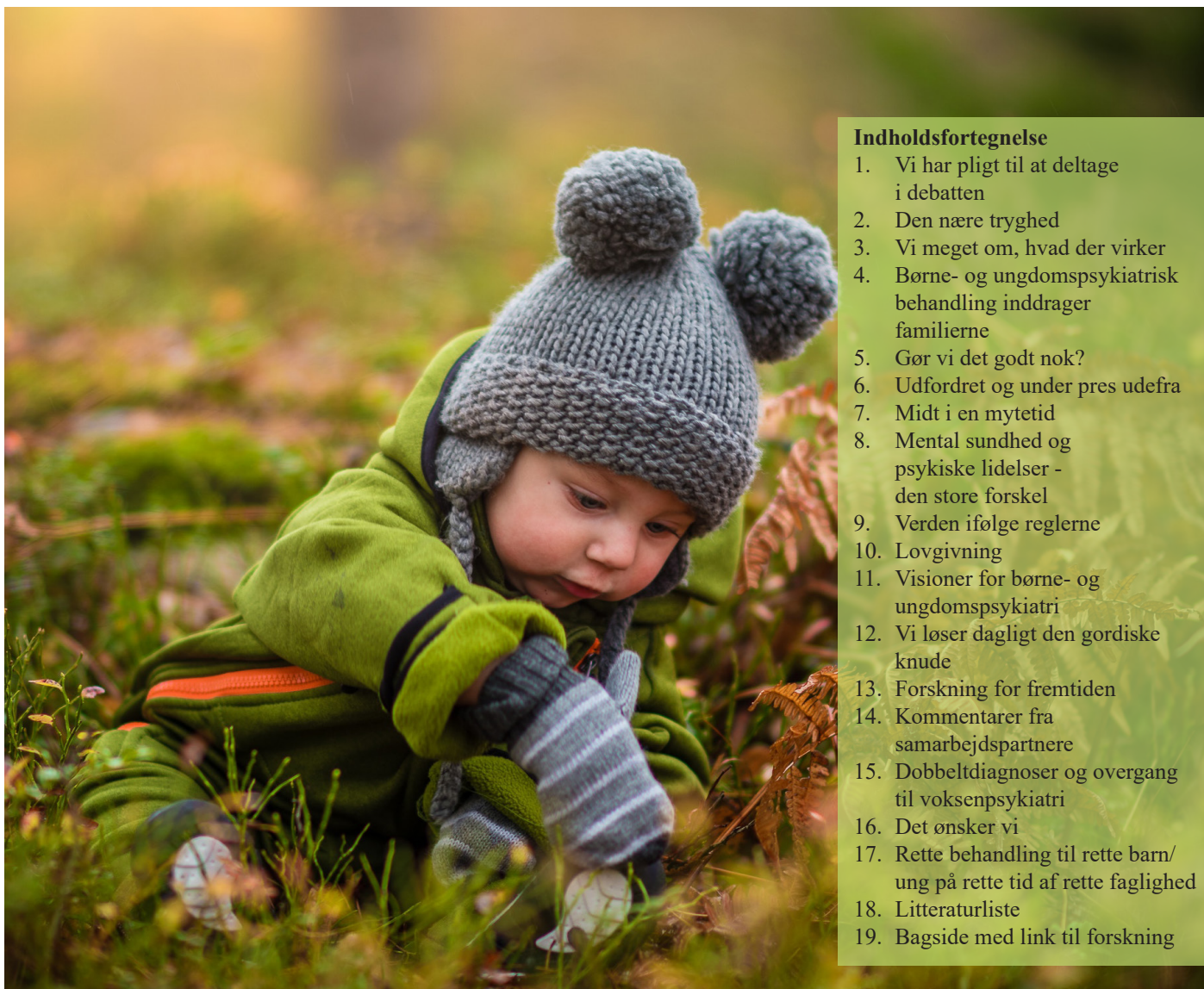


Midt i en mytetid

Hvidbog for børne- og ungdomspsykiatrien 2020



BUPDK
Børne- og Ungdoms Psykiatrisk
Selskab i Danmark



Indholdsfortegnelse

1. Vi har pligt til at deltage i debatten
2. Den nære tryghed
3. Vi meget om, hvad der virker
4. Børne- og ungdomspsykiatrisk behandling inddrager familierne
5. Gør vi det godt nok?
6. Udfordret og under pres udefra
7. Midt i en mytetid
8. Mental sundhed og psykiske lidelser - den store forskel
9. Verden ifølge reglerne
10. Lovgivning
11. Visioner for børne- og ungdomspsykiatri
12. Vi løser dagligt den gordiske knude
13. Forskning for fremtiden
14. Kommentarer fra samarbejdspartnere
15. Dobbeldiagnoser og overgang til voksenpsykiatri
16. Det ønsker vi
17. Rette behandling til rette barn/ung på rette tid af rette faglighed
18. Litteraturliste
19. Bagside med link til forskning

Denne hvidbog er udgivet af bestyrelsen for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Ansvarshavende redaktør:

Anne Marie Råberg Christensen, formand

Vi har pligt til at deltage i debatten

Man kan få indtrykket af, at børne- og ungdomspsykiatri er i krise, når man i medierne hører fra interessenter såsom politikere, fagforeninger, offentlige organisationer eller civilsamfund. Det er myter, vi må mane i jorden, for dansk børne- og ungdomspsykiatri er stærk, og børne- og ungdomspsykiaterne siger heldigvis, at de arbejder med landets bedste patienter og pårørende i verdens bedste speciale.

Vi oplever en pudsig tendens til, at gigantiske landvindinger inden for vores fag, bliver omtalt som problemer. At ny viden om diagnostik, udredning og behandling – der logisk nok udløser flere diagnoser, da vi er bedre til at opdage problemerne (i tide) – bliver tolket som et krisetegn for samfundet. Det er altså den omvendte verden.

Antallet af børn og unge med psykiske lidelser ligger på et nogenlunde konstant niveau, som vi også kender fra andre lande. Det nye og positive er, at vi grundet videnskab og forskning er i stand til at opdage disse børn og unge tidligere, så vi kan give dem rette behandling på rette tid fra rette fagligheder. Det er en udvikling, vi skal være glade for. Det er positivt.

Vi skal støtte de fagligheder, som gør det muligt fra jordemoder, sundhedsplejerske, praktiserende læge til pædagog, lærer, socialrådgiver, PPR psykolog og børne- og ungdomspsykiatere. En fagligt stærk kæde, som med anvendt forskning har gjort det muligt for os at forebygge, at børn og unge med psykiske lidelser får det dårligere og bliver mere syge.

Det fungerer ikke perfekt, men vi har værktøjerne, og med denne hvidbog ønsker vi at være en stemme i debatten, som taler for rettidig omhu. Vi ved, hvad der virker, alligevel bruges midler og ressourcer i panik. Det skal vi lade være med.



Den nære tryghed

Ingen kan have interesse i et behandlersamfund, hvor alle små problemer skal afhjælpes af en række mennesker fra enten civilsamfund, det private eller det offentlige.

Vi skal passe på med at sygeliggøre de raske, for det tjener ingen - hverken de raske børn og unge eller de syge.

I Reykjavik i Island har man indgået kontrakter med forældrene for at opfordre til, at forældre, børn og unge bruger mere tid sammen, og fritidstilbuddene til de islandske unge blev udvidet.

Man kan diskutere den islandske model, men der er omfattende dokumentation for, at de nære kontakter hjælper børn og unge bedst og er der, hvor trygheden oftest findes.

5-10-årige

Børn går oftest til deres mor, far eller lærer. En person de stoler på og har tillid til. Næsten alle forældre til børn med en diagnosticerbar psykisk lidelse søger hjælp. Oftest hos en lærer – alternativt praktiserende læge.

10-15-årige

De foretrækker uformelle kontakter: Venner, familie og sociale medier. De bruger også en lærer eller anden rådgiver på skolen. De søger ofte hjælp på nettet, men er i tvivl om værdien af informationen, de får der.

16-24-årige

Forældrenes indflydelse er stadig markant, men disse tilskynder ikke altid at søge hjælp. De unge kan godt søge information om, hvor man kan henvende sig,

men specielt unge mænd kan være mindre tilbøjelige hertil.

I Danmark er næsten alle åbne telefonrådgivninger private. Det stigende antal henvendelser til disse kan ikke kun tolkes som, at der kommer flere børn og unge med psykiske vanskeligheder – stigningen kan bl.a. også skyldes, at flere børn og unge har fået mobiltelefon, og at der ikke er noget ”stigma” ved at kontakte en anonym telefonlinje.

Når man ikke kun er trist i ny og næ

Vi ved faktisk godt, hvor mange børn og unge i Danmark, der vil udvikle en psykiatrisk diagnose. I 2000 startede Anne Mette Skovgaard, forskningsleder, lektor, overlæge dr med, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet m.fl. et stort projekt, hvor man undersøgte udviklingen af fysisk og psykisk helbred fra de første levemåneder hos børn fra den almindelige befolkning og fik sundhedsplejersker til at identificere børn med vanskeligheder. Disse blev efterfølgende undersøgt af en børne- og ungdomspsykiater og fulgt op til 16-17 års alderen. Der er rigtig mange delresultater – ved 7-års undersøgelsen kunne således ses, at hyppigheden af en ICD 10 diagnose var 5.7%.

Familier med lav indkomst og børn med symptomer på autisme-spektrum vanskeligheder, opmærksomhedsforstyrrelse og adfærdsforstyrrelser i førskolealderen havde større risiko for at udvikle en psykiatrisk diagnose.

Der er derfor megen interesse for at forske i om intensive, nonfarmakologiske behandlingstiltag, som f.eks. forældretræningsprogrammer kan mindske udviklingen af symptomer og mindske fejludvikling.



Vi ved meget om, hvad der virker

Vi læser i medier - både de etablerede og på de sociale - om interessenter, der mener, at børne- og ungdomspsykiatrien kun kan konstatere problemer, men ikke leverer løsninger eller forebygger. Ligesom påstanden er, at børne- og ungdomspsykiatrien ikke udvikler sig. Dette er ikke korrekt og må alene bero på, at folk af denne opfattelse ikke følger med.

Vi ved rigtigt meget om, hvad der virker i børne- og ungdomspsykiatrien - både mht. udredning, diagnostik, behandling og forebyggelse.

Der er god, valid evidens for, hvad der giver børn og unge den bedste start i livet. Vi har også evidens for, hvad der påvirker deres mentale velvære bl.a. mht. de risikofaktorer, som kompromitterer en sund følelsesmæssig og adfærdsmæssig udvikling.

Der er også en klar viden om, hvad der fungerer for at støtte børn og unge med psykiske problemstillinger og især viden om den meget reelle forskel, der kan gøres for at øge deres livskvalitet ved at gribe ind, når vi ser de allerførste tegn på symptomer.

Trods dette går der stadig for lang tid fra det tidspunkt, hvor barnet eller den unge oplever de første

symptomer til det tidspunkt, de modtager den rette hjælp. Det er ikke godt nok. Det kan vi gøre bedre, for vi har i Danmark de bedste muligheder for at reagere med det samme.

Via og ved hjælp af det danske velfærdssamfund kan fagligheder såsom jordemødre, sundhedsplejersker, pædagoger, socialrådgivere og andre kommunalt tilknyttede fagligheder løfte opgaven med at gribe rettidigt ind til hjælp for både barn og familie.

Derfor bør vi også være yderst påpasselige med at indføre sidespor ved at bringe tilbud ind i kæden, som fører et blindt sted hen - frem for rette vej.

Høj faglighed og et dansk velfærdssamfund

Den danske børne- og ungdomspsykiatri er meget tæt på at diagnosticere det antal børn og unge som, vi statistik set ved, har en psykisk lidelse. Det er muligt grundet høj faglighed og et tætmasket dansk velfærdssamfund, som andre lande inkl. vores europæiske naboer misunder os. Der, hvor vi stadig kan blive langt bedre, er, ved at opdage og hjælpe i tide, således at vi øger livskvaliteten betydeligt.

Det danske sundhedsvæsen og velfærdssamfund kan ikke én til én sammenlignes med andre samfund - end ikke de nordiske. Vi har et rigtigt godt overblik over børn og unge med psykiske lidelser.

Det kan alene ses af, at vi formår at opdage og udrede flere af børnene og de unge. Men det kan gøres bedre ved at gøre mere af det, vi ved virker.

0-4-årige

Det forebyggende arbejde begynder, mens barnet er i moderens mave, og vi begynder gradvist at forstå mere om kost, arv og miljøpåvirkninger.

Det er for det lille barn helt afgørende med tidlig opsporing. Her er jordemødre, praktiserende læger og kommunen som regel de første kontaktpersoner for en lille ny familie. Er der f.eks. psykiske lidelser hos en eller begge forældre, er det vigtigt med en forebyggende indsats for at give hele familien en højere livskvalitet. Når barnet er født vil sundhedsplejersker også træde til med støtte og viden. Og senere vil pædagoger bygge videre på den faglige kæde, som kan sikre den rette indsats på rette tid.

Bl.a. det danske forskningsprojekt Via Family tager udgangspunkt i den tidlige forebyggelse.

Bliver der diagnosticeret f.eks. ADHD eller ADD hos det lille barn, ved vi, at der er stor effekt af forældretræning. Danske forskere i børne- og ungdomspsykiatri har nyligt publiceret første del af et omfattende projekt med udgangspunkt i New Forest Parenting Programme (NFPP) på baggrund af de omfattende og unikke danske registerdata.

5-10-årige

De fleste børn i alderen 5-10 år har et sundt mentalt helbred, men lidt over to børn i hver skoleklasse har en diagnosticerbar mental sundhedstilstand. Der er

evidens for, at tidlig opsporing og forebyggelse i denne gruppe har stor effekt og betydning for livskvalitet.

Derfor anbefaler vi en styrket PPR, at vi bruger de forløbsprogrammer, som eksisterer, og at vi har en effektiv fremskudt børne- og ungdomspsykiatri.

Vi ved, at opkvalificering af lærere, PPR og praktiserende læger virker. Det kan vi se med den undervisning og oplysning, der har været inden for ADHD.

11-18-årige

Psykiske vanskeligheder øges i teenageårene. 15% af 16-25-årige kan opleve et diagnosticerbart psykisk helbredsproblem. Denne fase giver afgørende muligheder for intervention. Det er også i denne alder, at de fleste tidlige symptomer på voksen psykisk sygdom (inkl. psykose) begynder. Der er evidens for, at hvis vi kan begrænse længden og gentagelsen af episoder med psykisk sygdom i ungdomsårene, er der en lavere risiko for, at problemer strækker sig ind i voksne år. Men teenagere er mindre tilbøjelige til at vide, hvornår deres mentale helbred forværres og føler sig oftere stigmatiseret eller frygter at falde uden for normalbegreberne. Børn og unge vælger at betro sig til en person, de har tillid til typisk familie, venner eller lærer, som ofte handler herpå. Men disse har ikke altid tilstrækkelig viden om psykiske tilstande, hvorfor det er særligt vigtigt, at den faglige kæde er finmasket og kan gribe ind, således at den unge ikke bruger tid i uvirksomme foranstaltninger.

Det gælder her som hos de yngre børn, at et monofagligt tilbud ikke rækker til den hjælp, der er behov for. Det er flere tværfaglige og tværsektorielle indsatser, som kan levere rette forebyggende indsats. Vi ved, hvad der virker, og hvad vi kan gøre ud fra en videns- og evidensbaseret tilgang.

Børne- og ungdomspsykiatrisk behandling inddrager familierne

Intet barn eller ung uden forældre – eller andre omsorgspersoner. Alle børn og unge har brug for en omsorgsperson, de kan have tillid til.

Det var børne-psykiatere, der udviklede teorier om tilknytningsmønstre og tilknytningsforstyrrelser, og dem skal vi ikke glemme.

Nogle af de nyeste behandlingsprogrammer som f.eks. den familiebaserede spiseforstyrrelsesbehandling har fundamentalt ændret den hospitalsbaserede behandling af børn og unge med anoreksi. I stedet for at indlægge og behandle barnet, oplæres forældrene til at varetage behandlingen af deres syge barn, begrænse spiseforstyrret adfærd og arbejde sammen som et team.

Der arbejdes med at adskille anoreksien fra barnet for at minimere eskalering af kritiske og aggressive samspil – f.eks. ved at præcisere, at det er anoreksien, der får barnet til at skjule mad og ikke barnet, der vil snyde forældrene. Terapeuterne optræder som eksperter i spiseforstyrrelse og reernæring, men ikke i hvordan det enkelte forældrepar bedst kan arbejde sammen om at få deres barn til at spise. Kernen i denne behandlingsform er at omstrukturere hele familien til at bekæmpe spiseforstyrrelsen. Først, når spisning og vægtindhentning er sikret ved forældrenes intervention, kan der fokuseres på gradvist at give ansvaret tilbage til den unge selv. Der er selvfølgelig løbende terapeutisk arbejde og støtte til de enkelte familiemedlemmer med at løse konflikter og håndtere vanskelige følelser, for de vil uvægerligt opstå mellem barn og forældre, og behandlingen har været kritiseret for at være hård for familien. Der er

imidlertid evidens for, at det pt. er den mest effektive behandling af børn og unge med anoreksi.

I børne- og ungdomspsykiatrien værdsætter man den familiebaserede tilgang højt. Lige fra akutmodtagelsen, hvor f.eks. den selvmordstruede unge nok får en kriseplan, men denne inkluderer samarbejdsaftale med forældrene. Hvor meget skal de føre tilsyn med deres barn, hvor meget skal de beskytte hjemmet ved at gemme medicin og lign. væk, og hvordan kan barnet eller den unge gøre forældrene opmærksomme på, når det har det dårligt, hvis vedkommende ikke kan formulere sig verbalt.

Forældresamarbejdet som en del af behandlingen gælder også udredninger for udviklingsforstyrrelser ADHD og autisme, hvor psykoedukative tilbud til forældrene er absolut nødvendige og har vist effekt over for forløbet.

Selvfølgelig kan forældrene ikke klare det hele. Det er også vigtigt med støtte via socialforvaltning og skole. Og børne- og ungdomspsykiatrien har derfor behov for nært samarbejde med disse. Det er de færreste børn og unge i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor kommunal sagsbehandler ikke er med til at hjælpe, og der bevilges støtte iht. serviceloven.

Parløb fungerer bedst for børne- og ungdomspsykiatrien, og vi har længe arbejdet tværsektorielt.

Når det er sagt, er det også nødvendigt at understrege, at børne- og ungdomspsykiatrien selv kan tilbyde behandling til de børn og unge, der har behov herfor. Det er vigtigt, at der prioriteres tid til psykoterapi for uden at tale med vores patienter, vil det blive umuligt på sigt at vurdere, hvad symptomerne betyder.

Denne angst, selvmordstanke eller nedvurderende stemme - er den situationsbestemt grundet belastninger, eller ligger forklaringen i sygdommen? Det kan ofte være afgørende for behandlingen at kunne se forskel.

Derfor må børne- og ungdomspsykiatere være imod alt for megen opgaveglidning og fragmentering af behandlingen. Vi er nødt til at kende alle aspekter af barnet eller den unge, hvis vi skal give dem en helhedsorienteret bio-psyko-social behandling. Børne- og Ungdomspsykiatere er alle uddannet i psykoterapi på grundniveau, og mange har en flerårig specialistuddannelse i tillæg hertil.

Med andre ord. Vi kan så meget i børne- og ungdomspsykiatrien - men vi bruger det ikke altid - og det er bestemt ikke med vores gode vilje.

Klarere kan det ikke siges.

Vi tager bladet fra munden

Det gør også, at vi i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab ser os nødsaget til at tage bladet fra munden. Vi bruger ude på afdelingerne ikke fuldt ud de pakker og programmer, som er vedtaget af partierne i Folketinget eller indført af bl.a. Sundhedsministeren. En del af grundigheden i udredning og behandling ligger i de Nationale Kliniske Retningslinjer, men vi gives heller ikke mulighed for at overholde dem. Det giver dårligere behandling til børn og unge med psykiske lidelser.

Vi overholder udredningsretten for 97% af de børn og unge vi ser, og det er vi stolte af. Men efter, at første møde om udredning er booket i kalenderen, starter fragmenteringen af udredning, diagnostisering og behandling. I somatikken arbejder man sig mere og mere hen imod én behandlingsansvarlig læge. I børne- og ungdomspsykiatrien arbejder vi os



ubevidst længere og længere væk fra, at alle får en patientansvarlig børne- og ungdomspsykiater. Det er problematisk og kræver politisk handling. Der gælder desuden slet ikke ens vilkår på de forskellige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger eller for de privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Fem regioner og 98 kommuner gør sit til, at det kan være noget af et postnummerlotteri at sikre sig den bedste udredning og behandling. Det kan vi ikke være bekendt.

Vi har et behandlingsansvar både farmakologisk, og nonfarmakologisk. Det kræver en stærk lægefaglig profil, der tænker i metaperspektiv og evner at række ud på tværs - fagligt og organisatorisk og tænke innovativt. Vi kan løfte opgaven inden for de rammer og regler, der er. Problemet er, at regler og rammer ikke følges. Behandling begynder fra dag ét ved første udredningssamtale med barnet eller den unge. Vi ønsker ikke at behandle alle børn og unge, vi ser. Vi ønsker blot at overholde de regler og retningslinjer, som allerede foreligger.

Gør vi det godt nok?

Det korte svar på spørgsmålet oven over er ”nej”.

Vi gør det godt, men kan aldrig gøre det godt nok.

Dels fordi vi ikke til fulde bruger de behandlingspakker, forløbsprogrammer og fremskudt børne- og ungdomspsykiatri, som er til rådighed.

Hvorfor vi ikke gør dette i de 5 regioner og 98 kommuner, ved vi ikke. Men det er bare ikke godt nok.

Derudover, hvis man mener at være løsningen på alt og have løsningen på alt - uden at der er sprækker, tvivl eller en konstant omtanke - er det uden tvivl for godt til at være sandt.

Dels ligger det i en børne- og ungdomspsykiaters og en forskers natur at være drevet af en nysgerrighed efter altid at gøre det bedre.

Derfor peger Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab aldrig på én løsning, der alene kan leveres af en børne- og ungdomspsykiater; fordi den ikke findes.

Børne- og ungdomspsykiatri er om noget lægefagligt speciale et tværsektorielt og tværfagligt speciale.

Det, vi kan gøre bedre, er at få alle disse fagligheder til at komplementere hinanden frem for at prøve at erstatte hinanden, for det giver ingen mening.

Der er ikke én psykiatri - der er 2

Der er stor forskel på voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, og så længe politikere og interessenter insisterer på at behandle disse 2 vidt forskellige specialer ens, gør vi det heller ikke godt nok.

Voksenpsykiatrien er en mastodont i forhold til det mindre og nyere lægefaglige speciale; børne- og ungdomspsykiatri.

Det præger tilgangen til psykiatrien bredt set. For voksenspecialet taler om fuldt udviklede symptom-billeder, mens børne- og ungdomspsykiatrien tænker

udviklingspsykopatologisk - det vil sige, hvordan symptomudvikling kan beskrives, påvirkes og lindres. Desuden tænker børne- og ungdomspsykiatrien altid i familier - der er ikke et barn eller en ung uden en familie eller institution omkring sig.

Vi skal gå evidens- og vidensbaseret frem, og det gør vi tværsektorielt set desværre ikke i de 98 kommuner. Der er et element af postnummerlotteri set i forhold til den hjælp som børn, unge og deres familier tilbydes. Men vi ved ikke nok om hvorfor.

Derfor deltager Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab heller ikke i den trættende og destruktive placering af skyld, som ofte ender hos kommunerne. Det er for let, for ligegyldigt og især for letsindigt i forhold til at sikre børn og unge den rette behandling på rette tid af rette faglighed.

Vi har alle et ansvar og en rolle

Vi ved, at de kommunalt ansatte bl.a. i de sociale afdelinger, i PPR og i sundhedsplejen har det rette udgangspunkt til at hjælpe børn og unge med psykiske lidelser til en bedre livskvalitet ved hjælp af tidlig opsporing og tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien. Men det virker ikke altid efter hensigten. Deri har vi alle et ansvar og en rolle.

Det interessante er ikke at påpege problemerne. Det konstruktive er at allokere al opmærksomhed til at finde de rette veje til at få det at fungere på den måde, vi har evidens for, virker. Nogle steder skal fagligheden løftes, og det er vigtigt, for et velfærds-samfund som det danske skal bygge på faglighed.

Vi kan alle hjælpe et barn eller en ung, som er trist, men et barn eller ung med en sygdom skal have professionel hjælp for at få rette hjælp.



Udfordret og under pres udefra

Den danske børne- og ungdomspsykiatri er empatisk, dygtig og professionel, livsduelig, og der leveres god udredning og behandling til børn og unge. Men børne- og ungdomspsykiatri er et ungt speciale og måske derfor særligt påvirkelig af kulturelle strømninger og trends, som presser specialet udefra. I øjeblikket virker det til at være en forudsætning for et godt levet liv, at man konstant er lykkelig - og hvis ikke bør man behandles. Det strider mod, at det nu engang er et livsvilkår at være trist i ny og næ. Livet byder på udfordringer for alle, og det skal ikke forveksles med psykiske lidelser ej heller mistrivsel.

Sammenblanding af begreber

Der sker desværre ofte en sammenblanding af begreber. Almindelige livsvilkår såsom tristhed og sårbarhed i ny og næ forveksles med socialt betinget mistrivsel.

Socialt betinget mistrivsel og psykisk sårbarhed forveksles med psykiske lidelser og diagnoser.

Det påstås endda, at mistrivsel fører til psykisk lidelse, og at man dermed kan forebygge den psykiske lidelse ved at stoppe mistrivlsen.

Det er en tendens, som også ses internationalt - primært i Vesten - og oftest er båret frem af interesser eller kendisser uden faglig baggrund eller evidens for at udtale sig om emnet.

Tendensen til pumpe tal for hvor mange, der har socialt betinget mistrivsel samt at misinformere om forebyggelse, forekommer stærkere inden for børne- og ungeområdet end for voksenområdet.



Pas på pseudovidenskab

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab får ofte kritik for at sætte spørgsmålstegn ved påstande om ”tsunamier af mistrivsel”, eller for at spørge om dokumentation fra tilbud, som siger, at de forebygger psykiske lidelser.

Enkelte påstår sågar, at selskabet er imod forebyggelse på baggrund heraf.

Intet kunne være længere fra sandheden. Men vi må og skal stå imod presset fra pseudovidenskab og uvidenskabelig påstande om evidens.

Vi blander os ikke i virksomheders (private og civilsamfunds) eller fagforeningers forretningsmodeller og indtjeningsberegninger. Men når man påstår at kunne forebygge, at børn og unge kommer i psykiatrien, skal det dokumenteres.

Vi har som sundhedsvæsen en forpligtelse til ikke at

bruge ressourcer og udsætte patienter for risici fra behandlinger uden skyggen af evidens.

Forebyggelse som virker og kan dokumenteres

Der findes fremragende evidens for forebyggelse inden for børne- og ungdomspsykiatrien – mere end vi er i stand til at nævne her i hvidbogen (*se punkt om ”forskning & bagside”*). Men når vi taler om forebyggelse i børne- og ungdomspsykiatri, er det ikke en kur. Det er ikke - med den nuværende viden - muligt at forebygge alle psykiske lidelser i at opstå. Der er evidens for, at en tidlig opsporing og indsats kan hjælpe barnet og forældrene til at mestre den psykiske lidelse og på den måde forebygge en forværring af tilstanden og forhindre følgesygdomme i at opstå. Det er ægte forebyggelse i psykiatrien, og den tror vi ikke kun på - den ved vi virker.

Evidens er også under pres

Det er en skrøne, at der ikke er evidens for diagnostik og behandlinger i børne- og ungdomspsykiatrien. Når vi kan tilbyde en masse behandlinger, som virker, er det netop, fordi vi bruger evidens.

Vi arbejder på samme høje niveau, som man gør i somatikken. Ganske vist foregår der for lægevidenskaben bredt set en diskussion af, hvor megen evidens vi har for diagnostik og de tilbudte behandlinger, men det nytter ikke at snyde på vægten.

Det tager tid at forske, arbejde med kontrolgrupper og registerdata, og resultaterne understøtter ikke altid hypoteserne. Det er forskningens vilkår.

Men det skal til for at tilbyde børn og unge den rette behandling på rette tid. Vi har gode eksempler på anvendt forskning, som er begyndt i børne- og ungdomspsykiatrien, som senere er implementeret tværsektorielt og benyttes i Det Nære Sundhedsvæ-

sen. Det svarer sig at gå evidensbaseret frem. Vi skal have mere forskning i børne- og ungdomspsykiatri.

Faglighed frem for alt

Det tager minimum 12 år at blive speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Vi støtter højnelse af fagligheden ved specialuddannelser af enhver faggruppe, der arbejder med psykisk syge og unge, men det er vigtigt at påpege, at disse ikke kan eller skal erstatte børne- og ungdomspsykiatere.

Et af de mest tværfaglige specialer er børne- og ungdomspsykiatri, og vi har længe arbejdet på tværs af fag og sektorer. Det er netop styrken ved det tværfaglige, at man udnytter det særlige ved hvert fags ekspertise frem for at prøve at erstatte hinanden, hvilket kun giver en dårligere version af det, man prøver at efterligne. Man kan også diskutere behovet for at lave dårligere udgaver af speciallæger. Ifølge Sundhedsdatastyrelsen vil antallet af børne- og ungdomspsykiatere stige med 122% frem til 2040

Vi presses af systemet

Børne- og ungdomspsykiatri er dækket af UBR (Udrednings- og Behandlings Ret). Det er indført, at der var urimelig lang tid for børn og unge og deres pårørende til at blive udredt. Derfor er Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab tilhænger af UBR, og ventetiden overholdes for 97%. Men UBR skal evalueres og må ikke gå ud over kvaliteten af udredningen. Presset er nu så stort, at vi hører, at børn og unge ikke får den behandling, de har krav på. Det er forkert over for børn og unge, at vi ikke tilbyder den bedste behandling til dem.

Vi beder politikere sikre, at de pakker og regler, som foreligger på området, også følges. Vi taler her bl.a. om rehabiliteringspakker, forløbspakker og NKR.

Midt i en mytetid

Flere børn og unge medicineres med antidepressiva

Dette er ikke korrekt.

Det vedvarende fald siden 2010 gjorde, at antallet i 2016 er det laveste i 10 år. Et fald ses i alle aldersgrupper 0-17 år, 18-24 år og 25+ år. (Kilde Sundhedsdatastyrelsen)

Måske medicinerer vi for få?

Der er kommet flere psykisk syge børn og unge

Det er der ikke, men der ses en stigning i diagnoser, fordi vi er blevet bedre til at stille dem, og fordi vi ved mere om diagnoserne. Måske ses en lille stigning i angst og depression. Men der er ingen "ubehagelige" overraskelser. Men måske ser vi for få?

Børn og unge venter længe på at blive udredt i børne- og ungepsykiatrien

Dette er ikke korrekt. I fjerde kvartal af 2018 blev udredningsretten overholdt i 97% af forløbene. (Kilde Sundhedsdatastyrelsen)

Med den effektivitet skulle vi måske tilbyde flere af vores patienter behandling i selve psykiatrien?



Der mangler børne- og ungdomspsykiatere

Vi kan altid bruge flere dygtige kolleger.

Men ifølge Sundhedsdatastyrelsen er børne- og ungdomspsykiatri det speciale, som frem til 2040 har den 6. største stigning på 122% flere børne- og ungdomspsykiatere.

(Kilde Sundhedsdatastyrelsen)

Samtaler kan forebygge psykiske lidelser

Det ville være fantastisk, hvis dette var sandt. Men det er der ingen evidens for. Derfor bør politikere være afklarede mht., hvad man støtter og hvorfor. Hvis man ønsker at forebygge for børn og unge med psykiske lidelser, er der megen evidens at hente i børne- og ungdomspsykiatrisk forskning. Tidlig opsporing = ægte forebyggelse.

Mental sundhed og psykiske lidelser

— den store forskel

Alle børn og unge med behov for hjælp skal modtage dette. Herom hersker der ingen tvivl. Men det skal sikres, at det er rette hjælp på rette tid af rette faglighed. Vi skal være påpasselige med at tale problemer unødigt op, for det skader det enkelte barn eller ung, og vi risikerer at skabe et forkert samfunds billede. Især skal man være sig bevidst om at adskille begreberne ”mental mistrivsel” fra diagnosticerbare psykiske lidelser.

Der er stor forskel på socialt betinget mistrivsel og psykiske lidelser. Det kræver helt forskellige indsatser, især når man taler om forebyggelse heraf. Det betyder ikke, at vi mener, at man ikke skal tage henholdsvis mental sundhed og socialt betinget mistrivsel alvorligt. Men det er vigtigt at slå fast, at en indsats over for socialt betinget mistrivsel ikke vil kunne ses som et fald i antal patienter i psykiatrien. Der kan sagtens være tale om de samme børn og unge, men det viser blot, at det er indsatsen for dem, som skal være mangefacetteret og rettidig.

Som man råber i skoven, får man svar?

I en digitaliseret verden, er det blevet lettere at måle på øjeblikstilstande og humør. Det er netop, hvad vi gør med trivselsundersøgelser såsom Den Nationale Trivselsmåling, Skolesundhed.dk, Skolebørnsundersøgelsen, Den Nationale Sundhedsprofil og utallige målinger fra interessenter fra civilsamfundet.

Det drejer sig om målinger på selv helt små børn, som afgiver data om deres selvvaluerede trivsel - ud fra formuleringen af spørgsmålene og barnet sinds-tilstand i det øjeblik, de spørges. Derfor er udvidet

kildekritik afgørende. For når man spørger f.eks. unge piger, om de ”inden for de seneste fire uger har følt sig nervøs og ”stresset””, svarer de i direkte forlængelse deraf. Derved indikerer svarene stress - også selv om, der måske i realiteten er tale om travlhed eller nervøsitet for eksamen, kæresten eller job. Det er vigtigt at forstå af hensyn til ikke at sygeliggøre en hel generation.

Arbejd med målgrupper

Vi kan lære af detailhandlen eller andre former for erhvervsliv, som målrettet arbejder med målgrupper. Politikere både i Folketinget, regioner og kommuner bør udstyres med redskaber, som hjælper dem med hurtigt og klart at identificere, om denne målgruppe hører under sundhedsvæsenet eller socialvæsenet. Forebyggelse i børne- og ungdomspsykiatrien hører under sundhed og er evidensbaseret forebyggelse. Vi har en videnskæde og en årsagskæde. Vi arbejder primært med sygdomme og tager ikke udgangspunkt i trivselsproblemer, men vi ved noget om de forskellige stadier, der kan være og især se, om der er bagvedliggende årsager såsom somatisk sygdom eller psykisk lidelse.

Vi ser ikke børn, som ikke hører til, men grundet sammenblanding af socialt betinget mistrivsel og psykiske lidelser ser vi børn, der kommer ind for sent og har voldsomme belastningsreaktioner. Det kan vi som samfund ikke være bekendt. Alle mennesker kan tale med og trøste en trist eller sårbar person. Men en person med en sygdom skal behandles af sundhedsfaglige.

Verden ifølge reglerne

Specialebeskrivelse

Børne- og ungdomspsykiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser og psykiske sygdomme hos børn og unge. Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for specialets områder.

Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik og behandling. Behandlingen kan være af både biologisk, psykoterapeutisk og psykosocial karakter, ligesom det kan være rådgivning, undervisning, psykoedukation, netværksarbejde samt konsultativt/kontekst baseret indsats i forhold til familie og professionelt netværk.

*Kilde: Sundhedsstyrelsens Specialevejledning
for Børne- og ungdomspsykiatri*

Opgaver, som kun kan varetages af læger (delegationsforbud)

Følgende opgaver skal varetages af en læge, da der i bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp er fastsat delegationsforbud:

- Udfærdigelse af lægeerklæringer til offentligt brug
- Udfærdigelse af recepter
- Beslutninger om iværksættelse, efterprøvelse mv. af tvangsforanstaltninger, jfr. psykiatriloven

Psykiatriloven

Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling.



Hvem kan henvise?

Læger i almen praksis, praktiserende speciallæger, kommuner (relevant myndighed eller PPR), læger på somatisk hospital kan henvise børn og unge, der ikke er fyldt 18 år, til børne- og ungdomspsykiatrien.



Lovgivning:

Sundhedsloven (*der regulerer patienters retsstilling, medinddragelse i beslutninger, ret til selvbestemmelse, tavshedspligt m.v.*).

Psykiatriloven (*der opskriver regler for brug af tvang og klagemuligheder i forbindelse hermed. Loven pålægger overlægen ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten inddrages og høres om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået*).

Forældreansvarsloven (*der præciserer, at forældrene skal drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelser om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov*).

Serviceloven (*socialforvaltning forpligtigelser over for børn og unge, hvis udvikling er truet*).

Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

Nationale Kliniske Retningslinjer (SST)

National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge (2018).

National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge (2016).

National klinisk retningslinje vedrørende behandling af børn, unge og voksne med anoreksi (2016).

National klinisk retningslinje for behandling af OCD hos børn, unge og voksne (2016)

National klinisk retningslinje for behandling af moderat til svær bulimi hos børn, unge og voksne (2015)

Landsdækkende kliniske retningslinjer fra BUP

Depression hos børn og unge 2011

Autisme hos børn og unge 2013

Kliniske retningslinjer under udarbejdelse:

Udredning af emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse hos børn og unge (BUP-DK)

Autisme udredning hos børn og unge (SST).

Hvor ingen danske retningslinjer findes, skeles til de engelske NICE guidelines eller de europæiske fra ESCAP.



Visioner for børne- og ungdomspsykiatrien

Det er en vision for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, at vi har mulighed for at tage børn og unge med børne- og ungdomspsykiatriske lidelser ind for at hjælpe, udrede og behandle.

Vi er bekymrede for, at der er børn og unge, som går rundt omkring i de 98 kommuner i Danmark uden, at de får rettidig hjælp.

Ethvert barn eller ung har krav på den rette hjælp til rette tid af rette faglighed.

Hjælpen må ikke komme for sent

Vi ved, at tidlig opsporing og tillæring af mestring af en psykisk lidelse er afgørende for livskvalitet og for at forebygge komorbiditet. Dermed ved vi også, at det er afgørende, at børn og unge ikke hænger i tilbud, hvor der ikke er faglig forudsætning for at se, hvilken hjælp der er behov for. Der er masser,

som gerne vil lytte. Men det er ikke rette hjælp.

Børne- og ungdomspsykiatrien er der, man kommer og hjælpes, når man har alvorligere psykisk lidelse med behov for udredning og behandling af kompleks psykopatologi

Det handler om livskvalitet og liv

Vi ønsker at beholde vores patienter med behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det foreligger der allerede pakker og programmer for i dag. Men de overholdes ikke. Vi kan meget mere med psykoedukation og psykoterapi, end vi gør i dag. Det kan øge livskvaliteten for vores patienter og redde liv. Patienter med psykiske lidelser har en højere komorbiditet og dødelighed end somatiske patienter. Ved at sætte ind med rette hjælp til barnet, kan vi forebygge med reel virkning på langt sigt.

Vi løser dagligt den gordiske knude

Det kan virke til, at tværfaglighed og tværsektorielt samarbejde er nye tendenser i det danske velfærdssamfund og sundhedsvæsen.

Men inden for børne- og ungdomspsykiatrien er det bestemt ikke nye toner.

Det er fundamentet for den rette hjælp til rette tid af rette faglighed.

Forskningsprojekter som Via Family og New Forest Parenting Programme viser, hvor vigtigt det er med tidlig opsporing og en tidlig indsats for børn og unge med psykiske lidelser.

Vigtigst af alt i den videnskæde er barnet, den unge og forældre og pårørende.

Uundværligt samarbejde

Speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri arbejder ud fra en biologisk, psykologisk og social vinkel.

For at hjælpe og behandle patienten bedst muligt skal vi se på hele patienten og ikke alene have en diagnostisk tilgang. Det kræver faglighed og specialviden på højt niveau. Den opnår vi gennem samarbejde med mange forskellige fagligheder.

Fra jordemoderen, sundhedsplejersken, den praktiserende læge, pædiateren, pædagogen, læreren, skolepsykologen i PPR, sygeplejersken, socialrådgiveren, ergoterapeuten og fysioterapeuten og mange andre af de kompetente fagligheder, vi heldigvis kan tilbyde barn og familie i det danske velfærdssystem.

Det placerer også speciallægen som tovholder og behandlingsansvarlig i midten.

Der er ingen rolig, solid midte uden et stærkt ydre.

Derfor er tværfaglighed også netop dette. At fagligheder arbejder sammen på tværs af den viden, de hver især bringer til bordet. Det er ikke en fordel el-

ler rettidig omhu at arbejde hen imod, at de forskellige fagligheder erstatter hinanden.

Vi skal derimod arbejde langt mere målrettet med at fremelske og forske inden for hvert enkelt faglige udgangspunkt.

Vi er afhængige af patient og pårørende

Patient og pårørende har altid været i centrum i børne- og ungdomspsykiatri.

Vi har ikke en blodprøve, som kan påvise sygdom.

Vi er afhængige af patientobservationer for at kunne stille den rigtige diagnose og give rette behandling.

Børne- og ungdomspsykiatrien har altid arbejdet med patient og pårørende målt outcome, hvilket er blevet endnu mere struktureret ved at indføre PROM (patient reported outcome measures).

Der, hvor vi ser et behov for en langt stærkere indsats, er, efter endt udredning. Vi har behov for, at vi hele tiden i samarbejde med alle nævnte fagligheder og familien kan justere behandling og blandt andet også medicinering. Det vil være fremtidssikring.

I evig udvikling - sammen og sammentømret

Der er ingen laurbær at hvile sig på, vi skal hele tiden være opmærksomme på, om målgruppen for børne- og ungdomspsykiatri flytter sig.

Vi kan altid blive bedre til at samarbejde tværsektorielt, og der er selv klart udfordringer i 5 regioner og 98 kommuner med hver sin vinkel og tilgang.

Men vi vil vove den påstand, at vi allerede nu i samarbejde med kolleger, privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, pædiatere og offentlige organisationer dagligt - om ikke løser den gordiske knude helt, så får den løsnet mere og mere op.

Forskning for fremtiden

Der foregår banebrydende forskning inden for børne- og ungdomspsykiatri. Vi har 2 lærestolsprofessorater og 3 kliniske professorer fordelt i 3 af de 5 regioner. Dertil kommer mange ph.d.-afhandlinger og doktor-disputatser, som skrives i hele landet.

Det er forskning, som finder anvendelse i klinikken, og som f.eks. for ADHD-området også finder anvendelse i Det Nære Sundhedsvæsen og i kommunerne. Vi ønsker mere forskning i børne- og ungdomspsykiatri, men det kræver midler at forske, så vi kan kun opfordre til, at samfundet udviser rettidig omhu med ressourcerne og kanaliserer dem derhen, hvor de gør mest gavn. Uden evidens er vi erfaringsløse.

Vi ønsker flere professorater til at drive udviklingen.

Forskning i tidlig intervention

Vi kan ikke fyldestgørende redegøre for al forskning, som foregår. Men vil i denne hvidbog fremhæve noget af den forskning, som foregår inden for tidlig intervention. I folkemunde kaldet forebyggelse i psykiatrien og forebyggelse mht. psykiske lidelser.

Via Family er udviklet på baggrund af fokusgruppeinterview med forældre med alvorlig psykisk sygdom og ud fra aktuel forskning i familier med psykisk sygdom. Der forskes også i et særligt forældretræningsprogram, Triple P (Positive Parenting Programme). Et træningsprogram som kan skræddersys til den enkelte forælder eller familie.

New Forest Parenting Programme (NFPP) er et evidensbaseret forældretræningsprogram rettet mod forældre eller andre omsorgspersoner til børn i alderen 3-11 år med moderat til svær ADHD. Formålet er at give forældrene en øget viden om og forståelse af ADHD at styrke relationen mellem barnet og for-

ældrene og at give forældrene strategier til at håndtere barnets adfærd og styrke opmærksomheden og koncentrationen hos barnet.

Mind my Mind er et udviklings- og forskningsprojekt, som skal undersøge effekten af Mind My Mind-træning, sammenlignet med fire udvalgte kommuners sædvanlige tilbud til børn og unge med tegn på angst, depression og adfærdsvanskeligheder.

Forskning skal anvendes i praksis

Inden for de seneste 50 år er der sket store landvindinger grundet forskning i børne- og ungdomspsykiatri. Og nyere forskning inden for kost og miljøpåvirkninger, genetik og epigenetik giver også håb om en helt anden form for forebyggelse. Forskningsprojekter skal ikke isoleres på grå gange. De skal ud i klinikken og anvendes i praksis.

I Region Nord forskes der bl.a. i, hvordan det går børne- og ungdomspsykiatriske patienter senere i livet, og i hvordan den tværsektorielle indsats for børn og unge med psykiske lidelser hænger sammen, samt om vi kan forbedre den måde, vi arbejder på i børne- og ungdomspsykiatrien.

I Region Midt er man bl.a. med i et stort nordisk forskningsprojekt om OCD tvangstanker og handlinger - og hvilken behandling hjælper egentlig på Tics og Tourette? Resultaterne bruges løbende til at ændre på behandlingen i klinikken - så man hele tiden får bedret denne. Indenfor ADHD og spiseforstyrrelser foregår store kliniske studier med henblik på at forbedre indsatsen og behandlingsprogrammer for unge med angst og autisme.

I Region Syddanmark arbejdes der bl.a. i samarbejde med pædiatere om mavesmerter uden biologisk årsag og PROM. Man har en klinisk forskningsenhed, hvor alle børn og unge med neuropsykiatriske forstyrrelser tilbydes deltagelse i en række forskningsprotokoller (ætiologisk og behandlingsforskning) og en fødselskohorte med 2.500 børn/familier til afdækning af miljøfaktors betydning for forekomst af psykopatologi.

I Region Sjælland har man bl.a. fokus på sammenhængen mellem udviklingsforstyrrelser og barnets tilknytningsmønstre. Måske kan det forklare, hvorfor forældretræningsprogrammer virker. Et stort RCT-studie belyser effekten af MBT i grupper til unge. Desuden søges efter specifikke neurofysiologiske, neuroanatomiske og neurokognitive mekanismer ved autisme.

I Region Hovedstaden foregår flere randomiserede behandlingseffektstudier f.eks. af den nonfarmakologiske behandling af OCD. Hvad er bedst kognitiv adfærdsterapi eller afspændingsterapi? I 2020 starter OPUS-YOUNG, som skal undersøge hvorvidt en teambaseret, assertiv intervention baseret på OPUS-behandling til voksne, men tilpasset særlige behov hos unge < 18 år med psykose, er bedre end standard behandling.

Eneste vej frem

Forskning, der foregår ”lege artis” er dyr og tidskrævende og genererer ofte flere nye spørgsmål, end den besvarer. Men den er efter vores opfattelse alligevel eneste vej frem, hvis vi skal kunne diskutere reel forebyggelse og evidensbaseret behandling.

Læs evt. om forskning i børne- og ungdomspsykiatri i regionernes årlige forskningsrapporter. *(Bagsiden)*

Mental sårbarhed hos spædbørn

Psykiske vanskeligheder i barnealderen har store konsekvenser for barnets udvikling, læring og trivsel. Mental sårbarhed kan påvises allerede ved barnets 9.-10. måned, og der er netop udviklet en lavintensiv indsats til implementering i sundhedsplejen, som kan hjælpe børn med lettere tegn på sårbarhed. Samtidig står det klart, at nogle småbørn har omfattende mental sårbarhed, som ikke hjælpes tilstrækkeligt ved de eksisterende muligheder i kommunerne. Projektet er støttet af Danmarks Frie Forskningsfond og udvikler og afprøver en kort og intensiv indsats til de børn, som er identificeret som særligt mentalt sårbare ved 9-10 måneder.

Vi kan ikke forebygge børne- og ungdomspsykiatrien væk

Inden for børne- og ungdomspsykiatri er der evidens for, at det rette tiltag på rette tid er altafgørende for livskvalitet og for at forebygge følgesygdomme. Men vi kommer ikke til at kunne forebygge børne- og ungdomspsykiatrien væk. Vi skal vedblive at forske og anvende forskning og den evidensbaserede tilgang, som patienter i sundhedsvæsenet har krav på ved at målrette forebyggelsen til grupper, hvor der er evidens for, at den har effekt: Udsatte gravide og småbørnsfamilier, børn af psykisk syge, børn med tidlige symptomer, kan vi mindske lidelse og forebygge funktionstab. Udbyg rettigheder for det lille barn med autisme, barnet med ADHD, teenageren med spiseforstyrrelse, børn af psykisk syge samt alle de andre dejlige børn og unge, som vi som børne- og ungdomspsykiatere er så privilegerede at få lov at samarbejde med og hjælpe videre.



*Christian Freitag,
formand for de
Praktiserende
Lægers Organisation*

I almen praksis ser vi et stigende antal børn og unge med psykisk mistrivsel. De fleste opdages og behandles af de praktiserende læger eller af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) i kommunerne. Det sker dog, at den psykiske problemstilling har en karakter eller alvor, som nødvendiggør yderligere afklaring, og i de tilfælde er det en stor styrke at kunne sparre med eller henvise til en børne- og ungespsykiater. I almen praksis oplever vi, at der generelt er stor faglig kvalitet i Børne- og Ungdomspsykiatrien, men vi kommer ikke uden om, at mange børn, unge og deres forældre er hårdt ramt af en oftest meget lang ventetid til den nødvendige afklaring/udredning efter henvisning. Bliver det nødvendigt med en henvisning til Børne- og Ungdomspsykiatrien, er det oplevelsen i almen praksis, at der generelt er stort fokus på at orientere patientens praktiserende læge. Lidt anderledes er det, når patienten behandles i PPR. Vi håber derfor, at vi i fremtiden kan udbygge det gode samarbejde - primært til gavn for patienterne, da mange modtager behandling flere steder - så vi får en endnu bedre kommunikation på tværs af sektorer mellem almen praksis, PPR og Børne- og Ungdomspsykiatri.

I TrygFonden er vi optaget af, at børn og unge, der har mentale sundhedsproblemer, får hurtig og kvalificeret hjælp. Derfor har vi især fokus på at støtte udvikling og afprøvning af behandlinger – allerhelst behandlinger, som har en realistisk chance for at blive implementeret i stor skala. Vi har også fokus på redskaber, der kan understøtte hurtig og korrekt udredning. Vi har noget – men vil gerne have mere – fokus på træning og uddannelse af alle relevante fagpersoner. På alle disse felter, spiller børne- og ungdomspsykiatere en afgørende rolle. De har potentialet til at påtage sig et populationsansvar for børn og unges mentale sundhed.



*Anders Hede,
forskningschef, TrygFonden*



***Janet Samuel, kontorchef
for KL's Socialpolitiske
Kontor***

Det er en afgørende forudsætning, for at vi kan hjælpe børn og unge med psykisk sygdom og deres pårørende med en rettidig og kompetent indsats, at der er et tæt samarbejde mellem de kommunale medarbejdere i f.eks. PPR, sundhedspleje eller børne- og familiecentre/enheder på den ene side, og børne- og ungdomspsykiaterne på den anden side. Efter min opfattelse kunne alle parter profitere ved et langt større samarbejde og ikke mindst større samtidighed. Det bør ganske enkelt anses for en del af kerneopgaven, at den kommunale og regionale sektor opretholder et tæt samspil i de enkelte patient- og borgerforløb. Mit indtryk er, at såvel psykiatere som kommunale medarbejdere nyder godt af den gensidige sparring med det, de hver især lægger i puljen - psykiaterne med deres vigtige psykiatrifaglighed og de kommunale medarbejdere med deres nødvendige hverdagslivsindsigt samt f.eks. psykologiske og socialfaglige kompetencer.



***Camilla Lydixen,
direktør, ADHD-foreningen***

ADHD-foreningen finder det vigtigt, at der vidensdeles parterne imellem, og at vi sammen med psykiateren sætter retning for behandlingen af ADHD i Danmark. Den viden psykiatrien formidler til alle, som er i berøring med ADHD, er vigtig for vores arbejde og vigtig for forståelsen af det, mennesker med ADHD oplever ved udredning og behandling. Vi har tæt samarbejde med enkelte specialister inden for området og drager nytte af deres viden både til oplæg, indsatser og kurser. Vi ved, at der er et endnu større behov for at intensivere samarbejdet og vidensdele endnu mere. Til gavn for mennesker med ADHD i Danmark.

En del af de børn og unge, som er i kontakt med landets PPR-funktioner, får i løbet af deres opvækst også brug for en psykiatrisk vurdering og indsats. Det er af afgørende betydning for barn og familie, at vi som fagpersoner møder dem med samme fokus og målsætninger, så de oplever vores hjælp som sammenhængende.

Som PPR-chef sætter jeg stor pris på børne- og ungdomspsykiatriens åbenhed over for samarbejde om helhedsindsatser tæt på barnets hverdagsliv.

*Kari Rune Jakobsen,
formand, Landssamrådet for PPR-chef*



*Heidi Pernille Thamestrup,
formand for
Landsforeningen Autisme*

Strukturreformen var katalysator for en ekstrem afspecialisering af autismeområdet.

Siden reformen, er der blevet længere og længere imellem uvildige autismeeksperter i det offentlige. Der er særligt langt imellem eksperter, der holder fast i, at autisme er en omfattende udviklingsforstyrrelse og i at imødekommelse af det autistiske menneskes behov forebygger alvorlig psykiatrisk komorbiditet.

Når vi skal bruge eksperter, finder vi dem i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er, som om politiske italesættelser preller af på børne- og ungespsykiaterne - de lader sig ikke manipulere - men holder fast i den faktuelle viden, vi har fra mange års forskning og praksis

I Børn og Unge/Socialpædiatrien-AUH har vi et frugtbart og voksende samarbejde med Børne- og Ungdomspsykiatrien-AUH, som også profiterer af, vi geografisk er kommet nærmere hinanden.

1 gang om måneden har vi konference med overlæge fra "Team for funktionelle lidelser" samt overlæge fra Ungdomspsykiatrien. Vi har drøftelser ang. fælles patientforløb ift. komplekse, langvarige behandlingsrefraktære funktionelle lidelser.

Vi følger op på samarbejdet om børn og unge med forgiftninger i suicidalt øjemed. Drøfter henvisninger på tvivlstilfælde omkring patienter med mistanke om komorbide børnepsykiatriske lidelser - eller følger op på tidl. henviste.

Psykiatriens klinik for spiseforstyrrelser har vi tæt samarbejde med om de somatisk truede anoreksipatienter. Især ift. de helt unge <12, som har haft længerevarende indlæggelser i pæd. regi og for hvilke, vi har højt specialiseret funktion.

Gennem årene har vi ligeledes samarbejdet med Spædbørnspsykiatrien omkring de spiseforstyrrede spæd- og småbørn samt dårlig trivsels børn med psykisk syge forældre.

Vi har til tider førskolebørn indlagt til udredning for træthed mm., fejltolket som kronisk somatisk sygdom, hvor vi i samarbejde med småbørnspsykiatrien afdækker neuropsykiatriske lidelser.



*Gitte Hesthaven Jørgensen
Overlæge, Klinik for Socialpædiatri /
Center for Børn udsat for Overgreb
Børn og Unge, AUH-Skejby*

Dobbeltdiagnoser og overgang til voksenpsykiatri

Det hænder, at det unge menneske både har en psykisk diagnose og et misbrug af enten euforiserende stoffer og/eller alkohol, mange gange opstået ved, at den unge grundet manglende hjælp på rette tid har søgt at selvmedicinere. Det er hidtil kaldet dobbeltdiagnoser, da det drejer sig om minimum to lidelser, som skal behandles.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab mener, at det også her er vigtigt at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Der er behov for bio, psyko og sociale indsatser, hvor pårørende, kommune, uddannelse og børne- og ungdomspsykiatri træder til og understøtter den unge i at få den optimale behandling af begge lidelser.

Det kræver en aktiv børne- og ungdomspsykiatri, som kan rådgive i den særlige problematik, det er at medicinere korrekt, når der samtidig er et misbrug på spil. Under alle omstændigheder må den unge ikke opleve, at et misbrug diskvalificerer den rette psykiatriske hjælp - tværtimod. Derfor er bl.a. en fremskudt børne- og ungdomspsykiatri afgørende, ligesom mere blivende behandling i børne- og ungdomspsykiatrien er vital. Mest af alt er det vigtigt, at patient, familie og pårørende samt evt. offentlige støttepersoner ikke oplever at falde mellem to stole.

Overgang til at være voksen

En mindre del af patienterne i børne- og ungdomspsykiatrien overgår senere til voksenpsyki-



atrien. For at sikre en tryk og god overgang, hvor den unge ikke ”tabes”, er det vigtigt, at overgangen planlægges i god tid, og at der i samarbejdet mellem afgivende og modtagende afdeling er fokus på at skabe sammenhæng mellem de to forløb.

Der bør være mulighed for, at den egentlige overgang er fleksibel og kan tilrettelægges på det tidspunkt, som vurderes mest hensigtsmæssigt for den enkelte patient. Ingen patienter i det danske sundhedsvæsen - slet ikke i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien bør opleve at føle sig tabt mellem afdelinger, sektorer eller søjler. Det er vigtigt for alle, men især i forhold til at bekæmpe ulighed i sundhed, at det behandlende og støttende personale løfter dette ansvar og sørger for rammerne. Det må aldrig være patienter og pårørende, som alene skal koordinere dette.

Det er derfor også vigtigt, at man hjælpes i det og af det etablerede system, hvor der dokumenteres, og de ansatte kan stilles til ansvar og har den professionelle viden og faglighed, som skal til for at løfte opgaven.

Ethvert barn eller ung har krav på en fagligt stærk kæde, som skal sikre rette behandling på rette tid

Vi bør være yderst påpasselige med at indføre sidespor for patienten ved at bringe tilbud ind i kæden, som fører et blindt sted hen - frem for rette vej til rette hjælp

Monofagligt tilbud giver ikke den hjælp, der er behov for. Det er flere tværfaglige og tværsektorielle indsatser, som kan levere rette forebyggende indsats.

Vi ved, hvad der virker, og hvad vi kan gøre ud fra en videns- og evidensbaseret tilgang.

Vi anbefaler en styrket PPR, at vi bruger de forløbsprogrammer, som eksisterer, og at vi har en effektiv fremskudt børne- og ungdomspsykiatri

Forebyggelse i børne- og ungdomspsykiatrien hører under sundhed og er evidensbaseret forebyggelse. Vi har en videnskæde og en årsagskæde.

Vi ønsker mere forskning i børne- og ungdomspsykiatri, men det kræver midler at forske, så vi opfordrer til, at samfundet udviser rettidig omhu med ressourcerne og kanaliserer dem derhen, hvor de gør mest gavn. Uden evidens er vi erfaringsløse

Rette behandling til rette barn/ung på rette tid af rette faglighed

Det har i det seneste knap halve årti været Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs mantra, at vi ønsker rette behandling til rette barn eller ung på rette tid. Det er stadig vores vision og ønske, men vi har gennem tiden måttet tilføje ”af rette faglighed” til sætningen, netop fordi vi i disse år oplever en finurlig og uforklarlig afspecialisering.

Alt imens vi fra politisk hold og brandingmæssigt bryster os af en højt uddannet befolkning, hvor danskernes evne til serendipitet, forskning og konstruktive løsninger roses, går man den modsatte vej inden for sundhedssektoren helt ud i den ekstrem, at nogen påstår, at jo flere år man er uddannet, desto mindre tillid vækker man hos patienter og pårørende.

Må man modtage rette hjælp?

Der hersker en underlig præmis for patienter i psykiatrien. De stigmatiseres og udskammes. Ikke i den forstand, at det er stigmatiserende at have en psykisk lidelse. Det er det heldigvis mindre og mindre. Men patienterne udskammes for at modtage hjælp i psykiatrien – især hvis dette også indebærer medicinering. Er man kræftpatient og får effektiv kemoterapi eller antistof-behandling, ”vinder” man kampen mod kræften. Er man psykisk syg og modtager medicin for at holde lidelsen i ave og få det bedre, har man kapituleret.

Motoren bag er primært de diffuse og stigende tal for mistrivsel, som især vestlige lande oplever. Men vi ved reelt ikke nok om omfanget af mistrivsel, og vi ved især ikke, hvordan det måles korrekt.

Som forældre eller pårørende kender man til den knusende følelse, når ens barn/ung eller nære er ked af det og ikke kan se livets lyse sider. Man ønsker at hjælpe, man er i vildrede, og man går i panik. Det er derfor vigtigt, at samfundet ikke gør det samme. Danmark har et specialiseret, organiseret system rundt om et barn, en ung eller en familie med behov for hjælp. Det bygger på høj faglighed fra bl.a. jordemødre, sundhedsplejersker, pædagoger, lærere, prak. læger, pædiatere og PPR i samarbejde med kompetent personale fra kommunernes afdelinger for social og sundhed.

Dertil et struktureret system for, hvordan et barn eller en ung kommer videre ind i børne- og ungdomspsykiatrien, hvis nogen af ovenstående vurderer, at der er behov for en udredning og diagnose fra en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Fungerer systemet upåklageligt? Nej.

Men det er en gigantisk fejlslutning at mene, at løsningen på dette er at overtage systemer fra lande, der ligger lysår bag os, og som ikke kan levere evidens for deres tiltag.

Løsningen må være at arbejde videre ud fra vores eget høje niveau og gøre det endnu bedre.

Vi skal udnytte behandlingsmulighederne. Som denne hvidbog viser kan vi meget - alle fagligheder i fællesskab, men vi får ikke altid muligheden.

Det vil ikke nødvendigvis koste mere at udvise rettidig omhu og udnytte rette behandling til rette tid. Men det vil give mere mening - især for vores børn og unge og deres familier.

Denne hvidbog bygger på bestyrelsens viden ud fra en større mængde faglitteratur samt erfaringer fra forskning og i klinikken.

Den er ikke en videnskabelig artikel, men en opsummering af, hvor BUP-dk mener, dansk børne- og ungdomspsykiatri står lige nu.

Hvilke dilemmaer, udfordringer og muligheder, som vi har brug for at drøfte for at hjælpe børn og unge mest muligt. I rapporten har vi især taget udgangspunkt i følgende artikler og rapporter:

Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26509656>
<https://www.regionh.dk/CCC2000/Sider/default.aspx>

VIA Family-a family-based early intervention versus treatment as usual for familial high-risk children: a study protocol for a randomized clinical trial. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30736834>

Attention deficit and hyperkinetic disorder hos forskolebørn og tidlig indsats med forældretræning. https://pure.au.dk/portal/files/168157876/Ugeskriftet_ADHD_for_ldretr_ning_6_8_19.pdf

Lange AM, Daley D, Frydenberg M, Houmann T, Kristensen LL, Rask C, Sonuga-Barke E, Søndergaard-Baden S, Udupi A, Thomsen PH: Parent Training for Preschool ADHD in Routine, Specialist Care: a randomized Controlled Trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018; 57(8) 593-602.

Mind my mind, et udviklings- og forskningsprojekt. <https://www.psykiatridfonden.dk/boern-unge/mind-my-mind.aspx>

Lock J& Le Grange D (2015) Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach, Guilford Publications.

NHS Mental Health of Children and Young People in England, 2017 <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2017/2017>

Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og Spiseforstyrrelser. Sundhedsstyrelsen og sundhedsdatastyrelsen 2017 <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A33f0b843-7cf-4f2e-a628-a382e-86b74f5>

Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2755318>

Mental Health of Children and Young People in England, 2017 [PAS] <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2017/2017>

Changes in Mental Health, Bullying Behavior, and Service Use Among Eight-Year-Old Children Over 24 Years <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27453086>

Benchmarking af psykiatrien Danske Regioner 2017- <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3Aaed1a664-8a54-4928-85c8-411448552a3b>

Kommunernes perspektiver på centrale udfordringer på børne- og ungeområdet – Kortlægning af området for udsatte børn og unge samt børn og unge med handicap © VIVE og forfatterne, 2019; <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A7ae4732e-a343-4df6-935f-c12ebb0ef168>

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser SST 2018. <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A-e615442f-ffea-44d6-8151-b851f8e11f90>

Styrk psykiatrien nu, Lægeforeningen 2018. <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A-76e02f2b-0a72-4810-84fb-ba0daec4ef55>

Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel - En vidensoversigt. Mai Hede Ottosen, Nicholas Permin Berger & Nanna Høygård Lindeberg. Vive 2018

Ni forslag til at forebygge psykiske lidelser og forbedre danskernes mentale sundhed - Lægeforeningen 2017

Shaping the future of child and adolescent psychiatry. N. Skokauskas et al. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31007713>

Psychiatry, mental health, mental disability: time for some necessary clarifications. B Fallisard et al. 2017. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-017-1037-4>

Indsatser, der fremmer mental sundhed hos børn og unge- et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. Center for sundhedssamarbejde ved Aarhus Universitet og sundhedsstyrelsen. 2016 <https://www.sst.dk/da/Feeds/~media/0397A59BEB249BD915D934DA2F30CBD.ashx>
A review of recent evidence into children and young people's mental health Centre for Mental Health 2016; Lorraine Khan; https://s16878.pcdn.co/wp-content/uploads/2016/07/Missd_Opportunities.pdf
Preventive strategies for mental health. Lancet 2018. Arango C et al <https://>

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/NKR-ADHD-hos-boern-og-unge>

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-Behandling-af-angst-hos-boern-og-unge>

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-Behandling-af-anorexia-nervosa>

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-behandling-af- OCD>

<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2015/NKR-Moderat-og-svaer-bulimi>

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/forloebprogram-for-boern-og-unge-med-adhd>

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/8B634768EB7C4EE29A9D-5CDA29A89260.ashx>

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Forloebprogrammer/Forloebprogram-for-boern-og-unge-med-Angst-og-Depression.ashx>

https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2017/medicinforbrug-indblik-anti-depressiver_04072017

https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2019/laegeprognose_12042019

Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/nyheder/2018/prvalens-incidens-og-aktivitet-i-sundhedsvsenet-for-brn-og-unge-med-angst-eller-depression-adhd-og-s.pdf?la=da>



Forskning i børne- og ungdomspsykiatri,
læs mere i regionernes årlige forskningsrapporter via disse link:

<https://www.psykiatri-regionh.dk/Forskningsenheden-boerne-og-ungdomspsykiatri/Publikationer/Documents/Pure%20publikationer%202018.pdf>;

<https://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/Psykiatrien/aarsrapport-psykiatrisk-forskning/aarsrapport-psykiatriska-forskning-i-region-syddanmark-2018/>

<https://psykiatri.rm.dk/for-sundhedsfaglige/psykiatrisk-forskning/forskningsenheder/forskningsenhed-for-boerne-og-ungdomspsykiatri>

https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/psykiatrisk-forskningsenhed/sider/default.aspx

<https://www.psykiatrien.rm.dk/siteassets/forskning/buc/arsberetning-bua-forskning-2018.pdf>