

En psykiaters hverdag. Behandler-roller i børne- og ungdomspsykiatrien

- Hyppighed af psykiske problemstillinger – 12-15 %
- Hvor mange har behov for specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk indsats

Psykiske problemer



Psykisk sygdom



Hvor mange er behandlingskrævende?



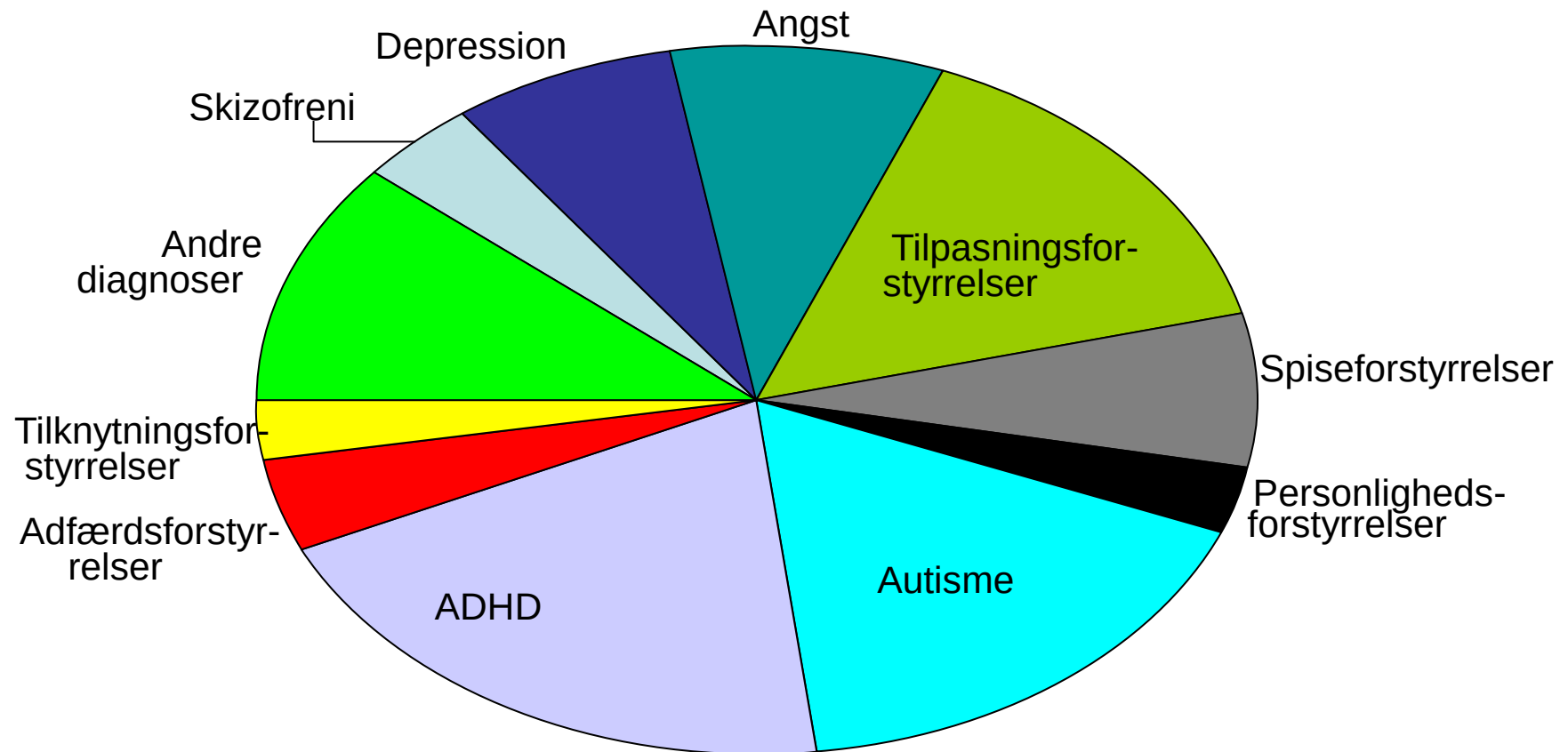
Specialebeskrivelse

- 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.

Forhold af betydning for specialeplanlægning

- Tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet
- Sværhedsgraden af tilstanden afgør, i hvilket regi patienten behandles
- Patienter op til det 18. år bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien
- Udredning og behandling varetages i et tværfagligt samarbejde
- Specialet har igennem en periode haft øget fokus på udredning og psykopatologi, men fokus er igennem de seneste år igen på behandling
- For at sikre ensartet behandling af høj kvalitet er der behov for, at der udarbejdes kliniske retningslinjer inden for området

Følgende sygdomsgrupper behandles i børne- og ungdomspsykiatrien



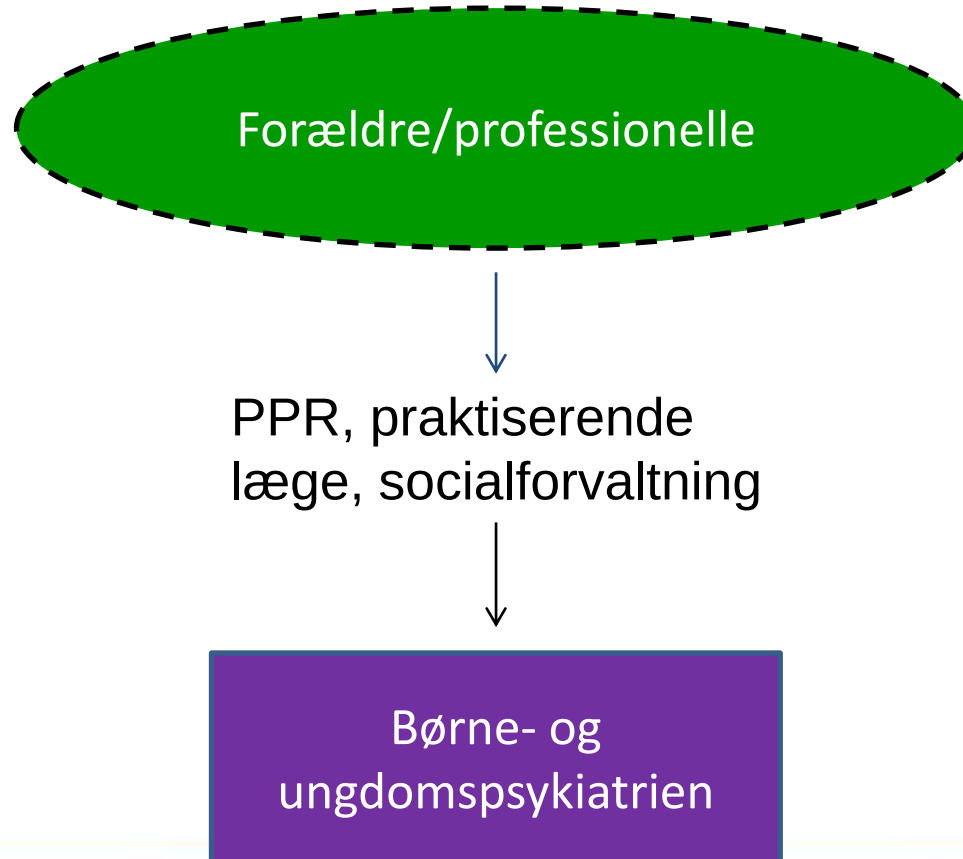
Kilde: BUPbasen

Hvem bør altid ses af børne- og ungdomspsykiater?

- Når der er mistanke om eller påvist psykoser, affektive lidelser (mani/depression), tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker, anoreksi, gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Alvorlige selvmordsforsøg
- Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia af børn og unge ønskes iværksat
- Ved alvorlige, diagnostisk uafklarede psykiske tilstande

Sundhedsstyrelsen, 2008

Hvem henviser til børne- og ungdomspsykiatrien?



Jagten på en diagnose

- Har vi de "rigtige" diagnoser? – Rammer de præcist?
- Adskiller diagnoserne de "syge" fra de "raske"?
- Giver diagnoserne os svar på bagvedliggende årsagsforhold?
- Giver diagnoserne os svar på den rette behandling?
- Giver diagnoserne os svar på prognosen?

Min datter skal ikke forsvinde i mængden af diagnosebørn

INKLUSION

DITTE EGERRUP,
LÆRER

SOM STORESØSTER til en dreng med aspergers, folkeskolelærer og mor bliver jeg bekymret.

Meget bekymret over, med hvilken arrogance og uvidenhed diverse eksperter og professorer omtaler det nye hit i folkeskolen, nemlig inklusion af elever, der ellers ville gå i specialklasser.

Min lillebror er nu en voksen mand med aspergers, en velfungerende aspergers, der har måtte stoppe på en gymnasial uddannelse for anden gang pga. depressionslignende nedture og angstepisoder. Her anden gang var det endda en uddannelse beregnet specielt til aspergers.

Jeg har set min lillebror helt i kulkælderens flere gange, end jeg tør tælle, jeg har set ham presset ud, hvor ingen bør presses ud, og jeg har set ham opgivende prøve at passe ind i en verden af normale.

den anden side har jeg også set ham glad, jeg har set ham med overskud, set ham med lys i øjnene, med mod på livet og en gejst, der ikke var til at slukke, jeg har set ham danne venskaber, som jeg tror vil holde længere end nogle af dem, jeg nogensinde har haft eller vil få.



Mit forsøg på at arbejde et sted, hvor inklusionen bliver dyrket, førte til en sygdomsmelding og et ønske om aldrig at vende tilbage bag katederet

med andre, der også var anderledes.

For han er pinligt bevidst om, at han er 'weird', han kan uden den mindste tøven fortælle folk, han møder, at han ikke er som normen, og lige præcis det, at han ved det, gør, at han har en ro til at give sig

JEG HAR SET ham tro på sig selv og blomstre, vokse og turde stå på egne ben.

Turde lave fejl og klare sig selv. Alt dette, når han fik lov til at være anderledes sammen

res samling af legotog. Ellers er de bare lidt sære.

Det, dyrkelsen af inklusion gør, er, at den tager min lillebror og blander ham med alle dem, han ikke kan blandes med, det er som at prøve at blande vand og olie, stort set umuligt. Og hvad får man egentlig ud af det? En grumset masse, man egentlig ikke rigtig kan bruge til noget.

LAD DA de to ting være adskilt og brug deres potentialer til fulde, for begge dele har nogle kvaliteter hver for sig, som forsvinder, når vi mixer dem sammen.

Jeg frygter for den dag, min datter skal starte i skole, den lille stille pige, som i løbet af fem minutter vil kunne forsvinde i massen af adhd, ocd, koncentrationsbesvær, sensitivitet mm. Og efter 9 års skolegang ville det, hun havde lært, være, at du er normal, så derfor SKAL du tage hensyn til alle dem, der har papir på, at de ikke er, også selv om det går ud over din egen udvikling.

HVAD ER SÅ MIN egen rolle som lærer i alt det her? Mit forsøg på at arbejde et sted.

Hvad tjener en diagnose til?

- Øget overensstemmelse – vi taler samme sprog
- Større akkurateste
- Bedre validitet, finder ud af årsagssammenhænge
- Bedre forskning
- Fremmer forståelsen: barnets problemer puttes i en kasse
- Hæmmer forståelsen: alle barnets problemer puttes i én kasse
"forældre" "lærere"
- Diagnoser skal bruges til at åbne en kasse
- Tal til BUP-basen, administratorer og politikere

(En vigtig helhedsopfattelse af barnet tabes)



Sårbarhedsmodel

Biologisk

Psykologisk

Socialt

Organisk

(påvirkning før/under/efter fødslen)

Coping/mestring

Socialt nærmiljø

Genetisk

(medfødte vanskeligheder)

Relationer/interaktioner

Kultur

Psykisk sygdom

Skizofreni

Autisme

ADHD

Angst

OCD

Depression

Behandling

↓
Medicin,
psykoterapi
netværk/socialt arbejde
pædagogik

Spiseforstyrrelser

Tilknytningsforstyrrelser

Udredning i børne- og ungdomspsykiatrien

Henvisning

- Netværksmøde
- Spørgeskemaer/oplysninger
- Samtale/interview
 - Observation/legeobservation
 - Lægeundersøgelse
 - Psykologisk undersøgelse
- Klinisk konference → diagnose
- Netværksmøde

Handleplan

DEN BØRNEPSYKIATRISKE UNDERSØGELSE

INTERVIEW OM BARNETS UDVIKLING OG OPVÆKST

- Samtale med forældre
- Indhentning af oplysninger fra lærere, børnehave m.m.
- Indhentning af andre relevante oplysninger

UNDERSØGELSE AF BARNET

- Samtale med barnet/legeobservation
- Observation af barnet i dets vante miljø
- Psykologisk undersøgelse (intelligens, beskrivelse af fantasi, forestillingsevne og barnets opfattelse af omverdenen)
- Fysisk undersøgelse (neurologisk undersøgelse, kromosomundersøgelse, undersøgelse af hjernen ved eeg eller scanning, blodprøver)

UNDERSØGELSE AF FAMILIEN

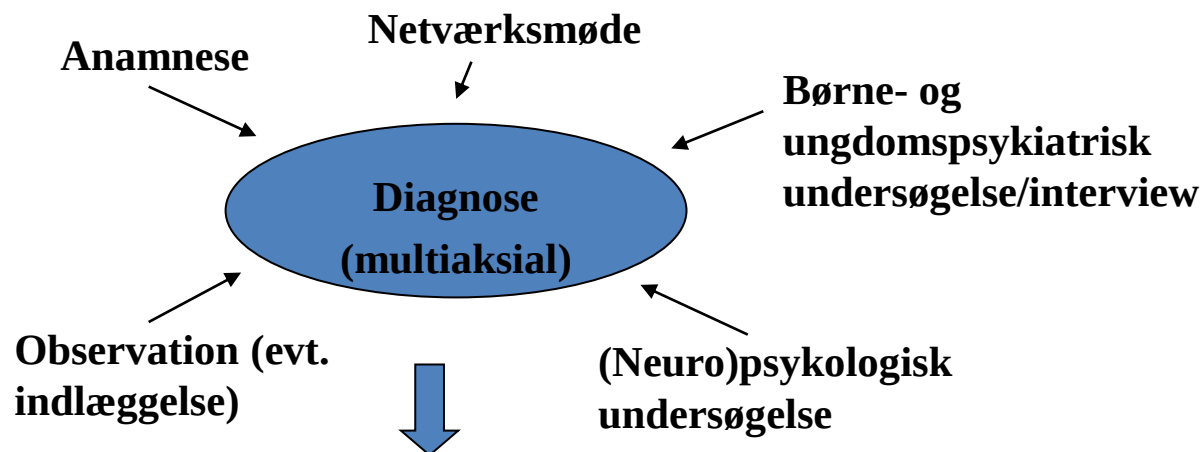
- Familiesamtaler
- Spørgeskemaer
- Diagnostiske samtaler

Behandlingsmål

- Reducere symptomerne (på fx ADHD)
- Reducere andre symptomer
- Reducere risikoen for yderligere komplikationer
- Udnytte patientens udviklingspotentiale bedst muligt

ofte snarere bedring i funktion end helbredelse

Væsentligste udrednings- og behandlingsprincipper



- Psykoedukation/pædagogisk/social støtte til barn, forældre, øvrige netværk
- Psykoterapi (familie, individuel, gruppe)
Evt. miljøterapi under indlæggelse
- Farmakologisk behandling
- Konsulentfunktioner

Kliniske retningslinjer/nationale guidelines

OCD, depression, ADHD, skizofreni, autisme

1) Første trin i behandling altid

- psykosocial støtte/psykoedukation
- psykoterapi
- pædagogiske foranstaltninger

2) Hvis ikke tilstrækkeligt, evt. medicin

3) Varighed af behandlingen

4) Medicin aldrig STÅ ALENE!

5) Medicin kun efter specialistvurdering
(Sundhedsstyrelsen)

• Pakkeforløb for OCD

Indledende samtale	2 timer i alt
KRAM og somatisk sygdom	
Psykoterapi	12 timer i alt Gruppe: fx 48 sessioner a 1 time eller individuelt: 12 timer
Psykofarmakologi - medicinopfølgning, justering, monitorering af bivirkninger og evt. plan for ned- og udtrapning af medicin - monitorering af tilstand og behandling generelt - behandlingskoordination	4 timer i alt
Psykoedukation Barn fra 10 år og op – i gruppe eller individuelt Forældre/pårørende – i gruppe eller individuelt	3 timer i alt Gruppe: fx. 6 sessioner a 1 time eller individuelt: 1,5 time Gruppe: fx. 6 sessioner a 1 time eller individuelt: 1,5 time
Pårørende - samtaler med barn og forældre/pårørende - aftale om behandlingsplan og informeret samtykke	1 time i alt
Sammenhæng - netværksmøde - telefonisk kontakt med samarbejdspartnere m.v. - koordinering af indsatsen	2 timer i alt
Psykometri - monitorering af behandling	1 time i alt
Tilbagefaldsforebyggelse	1 time i alt
Afsluttende samtale - med barn og forældre/pårørende - opfølgning på behandling	

Hvorledes organiseres behandlingsindsatsen efter diagnoser?

Højtspecialiseret funktion

Specielle, sjældne diagnoser

Diagnosens sværhedsgrad (manglende effekt af tidligere indsats)

Kompleksitet: komorbiditet, sociale forhold, behandlingsmotivation, misbrug

Regionsfunktion

Som ovenfor

Behandling af børn under 4 år

Medikamentel behandling af børn under 6 år

Specialfunktioner: retspsykiatri, indlæggelse

Hovedfunktion

Alle diagnosegrupper (ca. 80 %)

Shared care af børn og unge

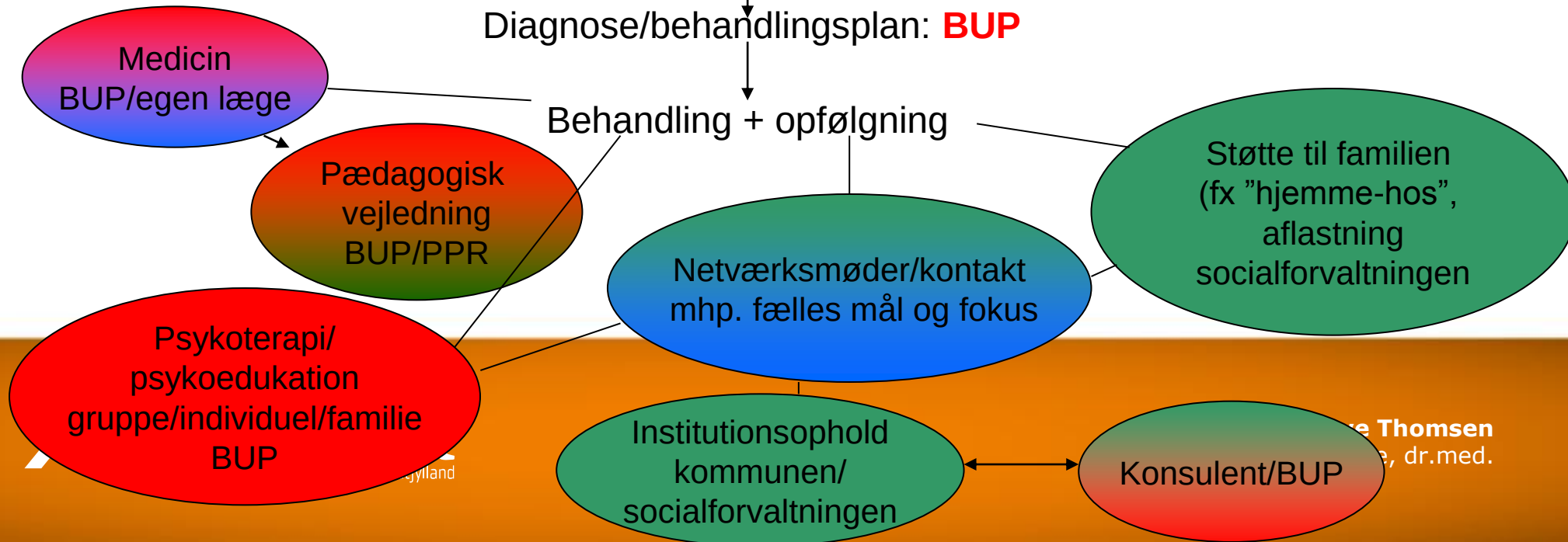


Opsporing: lærere, pædagoger, sagsbehandlere

Tentativ diagnostik: PPR, egen læge

Henvisning

Diagnose/behandlingsplan: **BUP**



BUP arbejder tværfagligt

Væsentligste udreder- og behandlerroller:

Speciallæge: diagnostik/diff. diagnostik

fysisk udredning

lægge udrednings-/behandlingsplan

vurdere indikation for medicin

- varetagelse af denne

rådgive henvisere (læger)

udøve psykoterapi

supervisere YL/andre faggrupper

Psykolog: bidrage til diagnostik
psykologisk undersøgelse/tests
psykoterapi
supervisere andre faggrupper +
psykologer

Sygeplejerske: observere/bidrage til diagnostisk
miljøterapi
psykoedukation/vejledning
medicin-kontroller
fysiske helbredstjek

Pædagoger: observere/bidrage til diagnostisk miljøterapi
psykoedukation/vejledning (pædagogisk)

Ergo.-fys: ergo- og fysioterapi

Soc.rådgiver: lovgivning, støtte

Hvordan sikres opnåelse og fastholdelse af nødvendige kompetencer

- Speciallæger – efter "turnus"
 - Introstilling (1 år)
 - H-stilling (4 år)
 - B&U-psykiatri
 - Fokuserede ophold (voksenpsyk. + pædiatri)
 - Supervision/"mesterlære"
 - Teoretiske kurser (diagnoser, terapi, udredning, forskning)
 - Psykoterapeutisk uddannelse (forskellige retninger; teori/praksis og supervision)
 - (grunduddannelse, specialist- og supervisoruddannelse)

Psyloger

- autorisation (2-4 år)
- specialist
 - psykoterapi
 - børneneuropsykolog
 - klinisk børnepsykolog
- specialpsykologuddannelse i BUP (4 år)
 - teoretiske kurser/ophold på forskellige afdelinger i BUP
 - psykoterapeutisk uddannelse

Hvorledes fastholdes kompetencerne

- De formelle: efteruddannelse
 - strategi for kompetenceudvikling (SATS-puljemidler)
 - landsdækkende og lokale kurser
 - supervision
- De personlige: supervision
sparring
tillidsfuldt samarbejde i et godt arbejdsmiljø

Væsentlige udfordringer

- Øget henvisningspres (udrednings- og behandlingsgarantien)
- Mangelfuld ydelsesregistrering!
- Speciallægemangel
- At sikre kontinuitet/"gode overgange"
 - afslutning til praktiserende læge (obs. børn i medikamentel behandling)
 - afslutning til PPR
 - overgang til voksenpsykiatrien
- Sikre faglig udvikling og forskning/nationale retningslinjer

Udfordringer i BUP

UBR - øget henvisningspres

- tid til relevant behandling?
- tid til nødvendig efteruddannelse?
- tid til nødvendig supervision?
- tid til faglig udvikling?
- tid og rum til nødvendig forskning i bedre behandling ("personalised medicine")
- tid til samarbejde med eksterne aktører (er netværksmøder en saga blot?)
- rekruttering af relevante og veluddannede faggrupper (speciallæger)

Tak for opmærksomheden