

BupBase

Årsrapport 2010



**Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab i Danmark
Kompetencecenter Syd, Odense Universitetshospital
Juni 2011**

BupBase sekretariatet

Sekretær Käthe Juel
BupBase sekretariatet
Psykiatrien i Region Syddanmark
Hunderupvej 116
5230 Odense M

Tlf.: 4014 5155

E-mail: psyk_bupbase@psyk.regionsyddanmark.dk

Offentlig hjemmeside: www.bupbase.dk

Klinisk ansvarlig

Overlæge, professor Niels Bilenberg
Børne- og Ungdomspsykiatriske Afdeling Odense
Psykiatrien i Region Syddanmark
Hunderupvej 116
5230 Odense M

E-mail: niels.bilenberg@psyk.regionsyddanmark.dk

Copyright © BupBase sekretariatet 2011

Indhold

Indhold.....	3
Ordforklaring	4
Forord.....	5
Konklusioner og anbefalinger.....	6
Resumé af resultater.....	7
Databasens formål.....	9
Baggrund.....	10
Dataindsamling og metode	11
Statistisk-epidemiologisk analyse.....	17
Deltagende afdelinger/centre	18
Aktivitet i BupBase.....	19
Dækningsgrad – databasens registreringskomplethed af patienter.....	22
Henvisningsmønster.....	27
Undersøgte og behandlede patienter.....	36
Resultater, indikatormål.....	38
Indikator I	38
Indikator II.....	40
Indikator III.....	53
Indikator IV.....	68
Indikator V.....	71
Revisionspåtegning fra Kompetencecenter Syd	77
Kontaktadresser	79
Forskning og afrapportering fra BupBase	80
Referencer.....	81
Appendix A: Papirversion af formularer: Opret patient, henvisning, forvisitation, start undersøgelse, revurdering, afslutning, ADHD-RS (Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale) og ADHD kliniske data.	
Appendix B: Patienter med depression i BupBase 2004 -2010	
Appendix C: Analyse af datakomplethed	

Ordforklaring

BUP-DK	Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab i Danmark
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents
GAPD	Global Assessment of Psychosocial Disability
WHO	World Health Organization
HKD	Hyperkinetic Disorder
ADHD	Attention Deficit/Hyperactive Disorder
ADHD-RS	Attention Deficit/Hyperactiv Disorder- Rating Scale
ASD	Autisme spektrum forstyrrelser
Person.forstyr .	Personlighedsforstyrrelser
Emot.forstyr.	Emotionelle forstyrrelser i barndommen
Tilknytn.forstyr.	Tilknytningsforstyrrelser
Spiseforstyr.	Spiseforstyrrelser
Reak.forstyr.	Reaktive forstyrrelser
Adfærdsforstyr.	Adfærdsforstyrrelser
PAS	Patientadministrativ system
PPR	Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
LPR	Landspatientregistret
OCD	Obsessive Compulsive Disorder / tvangsforsyrrelse
ICD-10	Classification of Mental and Behavioural Disorders. Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders, version 10

Forord

BupBase har nu eksisteret i mange år og er én af de etablerede nationale kvalitetsdatabaser. Der har været en stigende interesse for databasens registreringer af aktiviteten i det Børne- og Ungdomspsykiatriske speciale, ikke mindst udviklingen i henvisningsmønsteret. Ingen andre steder har man kunnet følge udviklingen fra 6.745 henvisninger i 2004 til 15.767 henvisninger i 2010 så nøje som i BupBases årsrapporter. Vi har kunnet påvise ændringerne i henvisningsårsager, administrativ- og klinisk visitation, samt de henviste patienters belastning ved start på udredning.

Lidt vanskeligere har det været at få behandlingen af patienterne og behandlingsresultaterne bragt frem i billedet. Vores resultatindikatorer var, og er til en vis grad fortsat, ”eksplorative”, da vi ikke har et sikkert grundlag for at vurdere hvad man kan kalde for ”gode” og ”mindre gode” resultater af behandlingen. Det er en vanskelig opgave at tolke resultaterne på vores ”bløde” indikatorer og man må henholde sig til at der er forskelle på tværs af afdelinger og regionerne, og at disse bør afføde tiltag de steder, hvor resultaterne er mindre gode.

BupBase har stor betydning for ”overvågning” af den kliniske aktivitet i Børne- og Ungdomspsykiatrien, men denne kunne blive endnu større hvis datakompletheden blev bedre.

Meget af dataindtastningen er rutine i afdelingerne, hvilket afspejler sig i en flot dækningsgrad på 97%. Det er ikke oprettelsen af forløb der er problematisk, men opfølgningen af forløbene! Her mistes desværre en del. Det er noget vi først har fået øjnene op for nu, idet der i forbindelse med denne årsrapport er foretaget en nøjere analyse af 2009 henvisningsårgangen fra start til status pr 1. marts 2011. Som det præsenteres i årsrapportens afsnit ”Dækningsgrad - databasens registreringskomplethed af patienter” mistes data på mere end 30% af forløbene mellem oprettelse og endelig afslutning. Det er BupBases største udfordring nu at få datakompletheden op og dermed validere vores resultatindikatorer.

BupBase skal i efteråret 2011 overgå til en ny inddateringsplatform og i den forbindelse vil vi ”trimme” datagrundlaget samt variable- og forløbsdefinitionerne. Det arbejde vil være færdigt og implementeret til årsskiftet 2012.

Vi har i denne årsrapport set nærmere på 2 områder; ADHD og Affektive tilstande. Det er et mål at BupBase foruden kvalitetsmonitorering kan anvendes til forskning. For at kunne det, skal datakompletheden og definitionerne være meget præcise, hvilket vi som omtalt arbejder på. Der er udkommet et par publikationer på basis af BupBase-data (se sidst i årsrapporten), men der ligger mange uudnyttede muligheder.

Mange tak til alle de mange som dagligt yder en stor indsats for at data kommer ind og kan danne grundlag for denne spændende 7. BupBase-årsrapport.

Odense, den 25.6.2011

Søren Bredkjær
Vicedirektør, Region Sjælland
Formand for BupBases bestyrelse

Niels Bilenberg
Professor, BUP-Odense, Psykiatrien i region Syddanmark
Klinisk ansvarlig i BupBase

Konklusioner og anbefalinger

Som tidligere år er dækningsgraden – udtrykt som oprettelse af patienter i BupBase sammenholdt med de registrerede i LPR – flot. Mere end 97% af alle patienter i LPR kan genfindes i BupBase.

Som administrativ database er BupBase stærk og tegner et billede af henvisningsmønster, som ikke kan erstattes af udtræk fra andre eksisterende dataressourcer.

Med hensyn til datakomplethed har denne ikke tidligere været grundigt belyst. Vi har i de forudgående årsrapporter set på data gennem forskellige tidsvinduer og forsømt at få et overblik over datakompletheden i patientforløbene (longitudinelt). I denne årsrapport har vi fulgt alle henviste patienter i kalenderåret 2009 gennem hele deres forløb i BupBase (flowdiagram; figur 2). Knap 30% af alle oprettede forløb afvises administrativt eller afsluttes efter klinisk forvisitation. Det er en praksis der registreres i BupBase og årsrapporten er i øvrigt det eneste sted man kan få overblik over mønstret for denne administrative praksis.

Desværre mistes opfølgning på andre 30% af forløbene efter oprettelse af henvisningsformular, enten helt uden opfølgende data, med mangelfulde data, eller med forkert afslutningsgrund. Mistede data fordeler sig skævt på landets centre/afdelinger, som det belyses i tabel 5 i afsnittet om dækningsgrad og datakomplethed.

På basis af de mangelfulde data er der ved opgørelse af resultatindikatorerne flere afdelinger, som næsten helt forsvinder - uden registreringer af behandlingsforløb, som burde være i BupBase. Sekretariatet har på den baggrund, ved udarbejdelse af årsrapporten, ikke lavet statistiske analyser og fortolkninger af resultatindikatorerne. De afdelingspecifikke resultater kan naturligvis læses i tabellerne 12-37.

Med forbehold for datakompletheden viser resultatindikatorerne (HoNOSCA, GAPD og ADHD-RS) store lokale og regionale forskelle i relativ ændring i patienternes belastning fra start af behandling til follow up. Årsagerne til disse forskelle kan ikke udledes af data men det er oplagt at centre der har resultater under landsgennemsnittet bør følge op på hvorledes de sikrer en bedre behandling af de pågældende patientgrupper. Alle centre skal udarbejde særlige planer for optimering af ADHD-RS datakomplethed.

BupBases bestyrelse har på et møde den 21.6.2011 besluttet at databasen skal fortsætte som en speciale-dækkende database på et lidt ændret datagrundlag. Der er nedsat en gruppe, som skal ”trimme” datamodellen og mængden af registrerede variable.

Kræfterne skal fra sommeren 2011 og fremover lægges i at øge datakompletheden. Vi vil med støtte fra kompetencecenter og ved forbedring af online platformen øge den direkte respons til klinikkerne, samt tilskynde til at data anvendes til forskning.

Resumé af resultater

BupBase har en vigtig og stærk placering i forhold til at få beskrevet og analyseret henvisningsmønstret til dansk Børne- og Ungdomspsykiatri. Der er på dette felt mange oplysninger, som ikke kan findes andre steder. Henvisningstallet er steget hver år siden BupBase blev etableret og frem til 2009, men i 2010 er der for første gang næsten uændret antal henvisninger – 15.767 i 2010 mod 15.645 i 2009.

Procesindikator (Ventetid) – Indikator I

Der er store forskelle på ventetiden på tværs af afdelingerne, men ikke meget forskel fra 2009 til 2010, bortset fra i region Nordjylland, som i 2010 kun har 30% som starter undersøgelse indenfor 60 dage. De øvrige regioner ligger med en gennemsnitlig opfyldelse af indikatoren på 43 til 65%. De fleste regioner har kun forholdsvis få forløb med start efter 120 dage.

Resultatindikator (HoNOSCA) – Indikator II

Den nye præsentation af ændring i HoNOSCA-score som gennemsnitlig, relativ ændring fordelt på aktionsdiagnoser giver et mere sammenligneligt indikator-mål. Resultat-indikatoren tager nu højde for det forhold at patienternes belastning ved start kan være meget forskellig fra center til center, samt lokal "afdrift" i scoring af HoNOSCA; begge dele har kunnet invalidere sammenligninger tidligere, men betyder nu mindre.

Med forbehold for manglende datakomplethed viser der sig store forskelle i relativ ændring. Da der ikke registreres hvilke former for behandling der er foretaget er det ikke muligt at analysere dette nærmere men det er oplagt at de centre, som har resultater under landsgennemsnittet bør følge op på hvorledes de sikrer en bedre behandling af de pågældende patientgrupper.

Resultatindikator (GAPD) – Indikator III

Resultaterne understøtter HoNOSCA resultatindikatoren (indikator II), men tilføjer ikke væsentligt nyt. En afvikling af GAPD registreringen synes oplagt i forbindelse med omlægning af databasen.

Procesindikator (ADHD-RS) – Indikator IV

Datakompletheden på landsplan er på henholdsvis 41% for forældrerating og 35% for lærerrating ved første ADHD-RS (baseline). Glostrup, Holbæk, Roskilde og Viborg kommer som de eneste afdelinger over 50% målopfyldelse for begge informanter. Standarden må ligge på 90%. Der skal arbejdes intenst på at få datakompletheden forbedret.

Datakomplethed hvad angår indtastning af follow up data (ADHD-RS efter iværksættelse af eventuel behandling) er endnu dårligere. Kun henholdsvis 15% og 13% af de ADHD diagnostiserede (T2; akse 1 diagnoser) får indhentet og indtastet ADHD-RS fra hjem og skole. Det ser dårligt ud i alle centre med Viborg som den eneste afdeling der blot nærmer sig 50% af de forventede registreringer. Igen er standarden 90% registrering.

Der er brug for opstramning alle steder. Afdelingerne vil blive bedt om at udarbejde planer for dette.

Resultatindikator (ADHD-RS) – Indikator V

Normaliseringsraten hvad angår uopmærksomhedssymptomerne er på mange måder pæn med flere afdelinger som kommer op på indikator standarden - 50% for forældrerating (Holbæk og Risskov). I lærerrating er resultaterne absolut pæne – endog flotte mange steder; Holbæk med 80% og Risskov med 91% som normaliseres. Der må naturligvis tages forbehold for resultaterne jævnfør den ovenfor anførte datakomplethed på analysedata på kun henholdsvis 15% og 13% samlet, og med meget forskellig dækning på de enkelte centre.

Normalisering af hyperaktivitets/impulsivitets-symptomerne er ligeledes acceptabel og visse steder flot. Risskov er på 53% som normaliseres i hjemmet, og Roskilde og Augustenborg er oppe på 57% og 60% som normaliseres i skolen.

Det er ærgerligt der er så få data. Der kunne med mere komplette registreringer foretages interessante analyser. ADHD har ekstrem bevågenhed i samfundet og BupBase kunne have en central placering i overvågning af området.

Særligt appendix om affektive forstyrrelser i BupBase

Brugen af depressionsdiagnoser har været ret stabil i BupBases historie, dog med let stigende tendens de seneste år. Den hyppigste diagnosegruppe er depressiv enkeltepisode i forskellige grader, oftest moderat.

Depression rammer overvejende teenagere, heriblandt mest piger. Bipolar forstyrrelse er en ret sjældent anvendt diagnose blandt danske børne-ungdomspsykiatere. Gennemsnitligt er der høj grad af psykopatologi, ikke mindst når comorbiditetsmønsteret inddrages.

Databasens formål

BupBase's formål er at dokumentere og beskrive aktiviteten i specialet, samt at sikre en høj kvalitet i udredning og behandling, via indsamling af data fra alle henviste forløb til den hospitalsbaserede Børne- og Ungdomspsykiatri.

Ved sammenligninger af patienternes belastning efter behandling skulle afdelingerne gerne inspirere hinanden til implementering af de bedst virkende behandlingsmetoder.

Baggrund

BupBase er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for den Børne- og Ungdomspsykiatriske aktivitet i Danske Regioner. BupBase er tilknyttet Kompetencecenter Syd, Forsknings- og MTV-afdelingen på Odense Universitetshospital, Region Syddanmark.

Databasen ledes af en *bestyrelse*, hvis aktuelle sammensætning er:

- Vicedirektør Søren Rask Bredkjær, Psykiatrien Region Sjælland (formand)
- Vicedirektør Peter Treufeldt, Region Hovedstadens Psykiatri
- Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland
- Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Psykiatrien i Region Syddanmark (økonomiansvarlig)
- Ledende overlæge Jan Jørgensen, (formand BUP-DK), Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Odense. Psykiatrien i Region Syddanmark.
- Overlæge, professor, klinisk projektleder i BupBase Niels Bilenberg, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark
- Overlæge Tine Houmann, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup
- Ledende overlæge Torben Carlsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afd. Region Nordjylland
- Ledende overlæge Jesper Pedersen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afd, Region Sjælland
- Reservelæge Bodil Lyng, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling Esbjerg.
- Overlæge, ph.d. Linda Kærlev, Kompetencecenter Syd, Forskning- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark.

Databasens indhold, analyser og udvikling koordineres af et *fagligt udvalg*, de aktuelle medlemmer er:

- Overlæge, professor Niels Bilenberg, Børne- og Ungdomspsykiatriske Afdeling Odense, Psykiatrien i Region Syddanmark (formand)
- Overlæge Torben Isager, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup, Region Hovedstaden
- Overlæge Thorsten Schumann, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Ambulatorium, Augustenborg, Psykiatrien i Region Syddanmark
- Overlæge Merete Weischer, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Bispebjerg, Region Hovedstaden
- Overlæge Tine Houmann, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstaden .

Økonomi

BupBasens økonomi er baseret på bevillinger fra:

- Danske Regioners Databasesekretariat – kr. 700.000 år 2010.

Dataindsamling og metode

Kvalitetsindikatorer

Indikatorer er mål for afdelingens aktivitet og opdeles i proces- og resultatindikatorer. En *procesindikator* måler en aktivitet med indirekte betydning for resultatet i forhold til en ønsket standard for denne aktivitet. En *resultatindikator* måler effekten af undersøgelse og behandling overfor modtageren (patienten) i forhold til dokumenterede kriterier og standarder på området. De nedennævnte indikatorer er alle relaterede til de forløb, hvor patienten modtager undersøgelse og evt. behandling – se nedenfor under forløbstyper.

For hver indikator, der inddrages, skal der indsamles data til måling af selve indikatoren og de mulige forklarende faktorer, som skal indgå i analysen, når indikatoren og ændringer i indikatoren analyseres. Alle variabler kræver så klare kategoriseringer og definitioner som muligt.

I den aktuelle version af BupBase indsamles data til fem indikatorer; 2 procesindikatorer og 3 resultatindikatorer.

Tabel 1 Indikatorer

Indikator-område	Indikator	Type	Standard	Forklarende faktorer Stratificering
I. Henvisning Visitation	Ventetid	Proces	75% venter under to måneder på start af undersøgelse og/eller behandling	Henviser, henvisningsdiagnose, afdeling
II. Ændring i symptom-belastning	HoNOSCA	Resultat	Andel af behandlingsforløb med <i>svag belastning*</i> ved afslutning (eller efter 6 mdr) Standard: Explorativ	Diagnose , køn, alder, familiær socialgruppe, etnicitet, afdeling
III. Ændring i psykosocial funktion	GAPD	Resultat	Andel af behandlingsforløb med <i>god psykosocial funktion*</i> ved afslutning (eller efter 6 mdr) Standard: Eksplorativ	Diagnose , køn, alder, familiær socialgruppe, etnicitet, afdeling

- Algoritme for *svag belastning* (HoNOSCA) og *god psykosocial funktion* (GAPD) kan ses under gennemgangen af Indikator II og III

Fra 1.1.2008 er der indsamlet diagnosespecifikke data vedrørende patienter med forstyrrelse af opmærksomhed (Hyperkinetisk forstyrrelse (HKD) eller ADHD).

IV. ADHD evaluering	ADHD- RS	Proces	Der foretages forældre og lærer scoring i alle (100%) forløb med ADHD diagnose (F90.x og F98.8)	Afdeling
V. Ændring i ADHD symptom- belastning	ADHD- RS	Resultat	Andel af behandlingsforløb med ADHD diagnose hvor ADHD-RS score normaliseres**	Diagnostisk subgruppe, afdeling, køn, alder, familiær socialgruppe

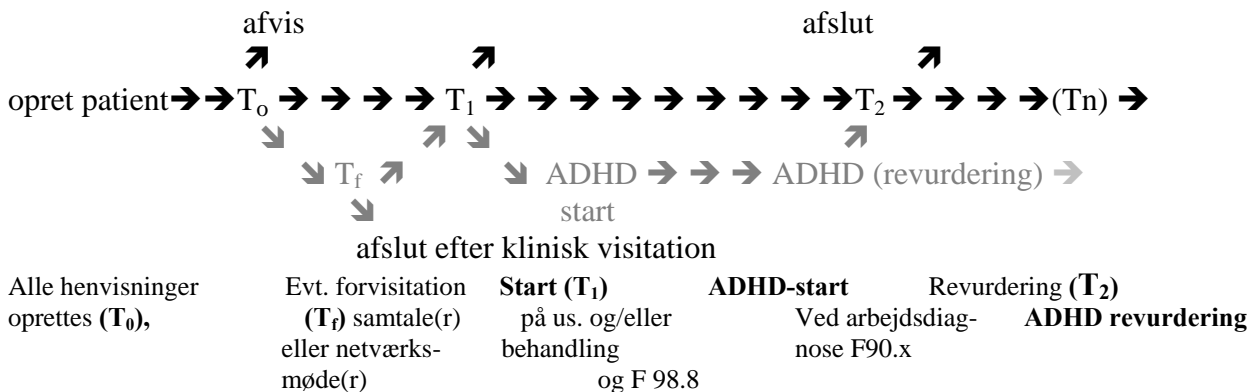
** Normalisering er defineret som en alders- og kønsrelateret score lavere end gennemsnit + én standarddeviation (T-score<60)

Forløbstyper i BupBase

Databasen registrerer primært undersøgelses- og behandlingsforløb, men også konsulentforløb og afviste patienter. Registreringen af de almene forløb er baseret på en helhedsorienteret forløbsmodel, hvor patienten betragtes som værende i samme udrednings- og behandlingsforløb uanset skift mellem forskellige afsnit og teams indenfor samme afdeling, og uanset evt. intern ventetid. Det er afdelingens samlede indsats, der søges beskrevet i databasen. Denne forløbsmodel kan være forskellig fra de kontaktbaserede patientadministrative systemer, jf. de senere overvejelser om dækningsgraden. BupBase afviger desuden i nogle tilfælde fra de reelle kliniske forløb ved kun at følge patienterne i op til seks måneder. Der kan dog foretages flere registreringer (og dermed analyser) af længere forløb, så databasen i højere grad vil afspejle den kliniske virkelighed. Vejene i de forskellige forløbstyper er skitseret i figur 1.

Figur 1 Forløbsbeskrivelse

'Veje' en patient kan gå gennem BupBase-registreringen:



Samme BupBase forløb uanset afsnit og statusskift

Forløb i BupBase er en kæde af begivenheder, som følger efter henvisning^a (se noter) af en patient.

Der er fire typer forløb:

- 1) Behandlingsforløb,
- 2) Undersøgelserforløb,
- 3) Afviste/ tilbagevisterede^b forløb og
- 4) Konsulentforløb^c

Ved undersøgelses- og behandlingsforløb er der tre ankerbegivenheder:

- henvisningstidspunkt (T_0),
- start på undersøgelse (T_1) og
- revurdering (T_2).

Administrativt følger herefter BupBase Afslutning. Der kan være indskudt en forvisitation (T_f) mellem T_0 og T_1 .

Hvis et undersøgelses- eller behandlingsforløb stadig er i gang seks måneder efter T_1 , skal der foretages revurdering (T_2) med diagnose for den primære del af forløbet. Der kan foretages senere revurderinger (T_{2+}), hvor også diagnosen skal revurderes. Kun i forløb med behandling rates patienterne med HoNOSCA og GAPD ved T_2 .

Hvis arbejdsdiagnosen ved T_1 er ADHD (F90.x eller F98.8) skal der udfyldes ADHD-RS formular af hjemmet og skolen, og hvis diagnosen fastholdes som slutdiagnose, tillige ADHD-RS fra begge kilder ved follow up, når behandling er institueret.

Statusskift fra fx. ambulatorium til indlæggelse i samme^d afdeling/center er i BupBase sammenhæng stadig det samme forløb. Hvis patienten viderehenvises/omvisiteres til en anden afdeling/center afsluttes forløbet i første afdeling og oprettes på ny i den anden.

Noter

- a) Der kan også være tale om, at patienten selv henvender sig, fx via skadestue. Rene skadestuebesøg og tilsyn oprettes ikke som BupBase forløb.
- b) Afviste henvisninger oprettes med personidentifikation og henvisningsoplysninger og afsluttes umiddelbart i BupBase (registreres som "afviste" på afslutningsformularen).
- c) Konsulentforløb er netværksmøde(r) og/eller enkeltstående samtale(r) m.h.p at vurdere, om patienten skal vente på egentlig undersøgelse og behandling (hvorved kontakterne bliver til forvisitation) eller kan afsluttes som et konsulentforløb. Et konsulentforløb kan have flere kontakter og indeholde behandlingselementer, men registreres som konsulentforløb uden T_1 og T_2 registreringer, HoNOSCA rating m.m., hvis patienten (eks. et mindre barn) ikke selv deltager i undersøgelse og /eller behandling. Ved afslutning registreres på afslutningsformular; "afslutte efter forvisitation".
- d) Det skal afklares indenfor hver region, om forskellige enheder/afdelinger hører under samme afdeling/center eller i BupBase sammenhæng skal betragtes som adskilte. Hvis en patient viderehenvises til en afdeling i en anden region, betragtes det som et nyt forløb. Det angives på afslutningsformularen, hvilken afdeling pt. er henvist til, m.h.p. senere sammenkædning.

Læg mærke til, at der ved flere revurderinger i forløbene (T_{2+}) skal foretages revision af diagnosen – dvs. hele det multiaksiale diagnosemønster. På den måde kan komplekse forløb følges over længere tid, evt. flere år. Også ADHD-RS revurdering kan gentages i lange forløb.

Formularer

Der er otte formularer, som findes i papirversion (se Appendiks A) tilsvarende skærbillederne. Den enkelte afdeling afgør, om klinikerne indtaster direkte i databasen eller udfylder papirformularerne, som indtastes af sekretærene.

- Opret patient Patientidentifikation og bopælskommune
- Henvisning T_0 : dato for henvisning modtaget, henviser, henvisningsdiagnose mm.
- Forvisitation T_f : evt. forsamtale eller start på konsulentforløb
- Start undersøgelse T_1 : første patientkontakt i et forløb
- Revurdering T_2 : afslutning af klinisk forløb eller 6 (5-7) måneder efter T_1
- Afslutning Administrativ lukning af forløbet i BupBase.

Afslutning er en forudsætning for, at et nyt forløb kan oprettes for samme patient efter ny henvisning.

I 2008 er der indført formularer for indtastning af specifikke data om ADHD. En særlig manual er udarbejdet for denne funktion.

- ADHD-Start Under udredning af ADHD (før behandling sættes i gang)
- ADHD-Revurdering Evaluering af behandling (kan gentages) (med kliniske data)

I revurderingsformular T_2 afkrydses om der kun er foregået undersøgelse (i så fald registreres den multiaksiale diagnose, men HoNOSCA og GAPD registrering undlades) eller undersøgelse og behandling (medfører fuld registrering ved T_2).

Øvrige definitioner

Henvisningsdato (T_0): Den dato henvisningen modtages i afdelingen. De fleste steder dateres henvisningen af modtagende sekretær, når posten åbnes. Akutte patienter som selv henvender sig, fx i skadestue, registreres på henvendelsesdato. I dette tilfælde kan T_0 blive samme dato som T_1

Henvisningsdiagnose: Tentativ diagnose – modtagende afdelings bedste faglige skøn efter de forhåndenværende oplysninger. Ikke blot henvisers evt. diagnose. Koder som F989, Z004 eller Z032 bør undgås, brug hellere mindre uspecifikke diagnoser som F29:.. psykose, uspecificeret, eller F90.9 opmærksomhedsforstyrrelse, uspecificeret.

Forvisitation: En (ikke-obligatorisk) indskudt ydelse fx netværksmøde eller enkeltstående samtale med pt. og/eller familien m.h.p. at vurdere, om sagen kan afvises, omvisiteres afsluttes som konsulentforløb eller skal videre til udredning og eventuel behandling. Hvis udredningen fortsætter i umiddelbar forlængelse af forvisitationen kan denne dato (hændelse) være identisk med start undersøgelse (T_1). Forvisitation, der ikke fører til egentlig undersøgelse og behandling registreres som konsulentforløb og afsluttes herefter (BupBase afslutningsformular udfyldes med ”afsluttet efter forvisitation”).

Konsulentforløb: Ved afkrydsning af konsulentforløb forventes ikke en T_1 (og T_2) registrering. Konsulentforløb tæller ikke i ventetids-indikatoren og afsluttes som et konsulentforløb. Se i øvrigt definitionen ovenfor under note c.

Start undersøgelse (T_1): Tidspunkt for første kontakt med patienten i et planlagt, sammenhængende undersøgelses- eller behandlingsforløb. Her rates patienten med HoNOSCA og GAPD, som beskriver patientens funktion *før* T_1 , samtidig med at indsamling af informationer til scoringen kan foretages *efter* T_1 , som led i undersøgelsen. Der registreres tillige én eller flere Arbejdsdiagnoser.

Etnicitet: Patientens forældres fødeland.

Husstand: Personer på patientens folkeregisteradresse uanset forældremyndighedsstatus.

Socio-økonomisk status for fungerende mor og far på folkeregisteradressen.

ADHD start : Hvis en af arbejdsdiagnoserne ved T₁ er ADHD (F90.x eller F98.8) skal der udleveres ADHD-RS til forældre og skole. Besvarelserne indtastes efterfølgende i BupBase.

ADHD revurdering: Hvis ADHD diagnosen bekræftes under udredningen skal hjem og skole genudfylde ADHD-RS, når behandling (medicin, pædagogik, psykoedukation mm.) er institueret. Ved hver ADHD-RS "revurdering" inddateres også kliniske data (medicin (type og døgndosis), støtte i skole og familie, og klinisk opfølgning). ADHD-RS revurdering registrering kan laves flere gange.

Revurdering (T₂): Her registreres ved klinisk afslutning eller 5-7 måneder efter start dels den multiaksiale diagnose for hele forløbet. Hvis behandling har indgået i forløbet tillige patientens status de sidste 14 dage før revurderingen målt med HoNOSCA og GAPD. Denne registrering danner grundlag for beregning af resultatindikatorerne.

Multiaksial diagnostik: Her følges WHO's retningslinier for diagnostik i børne- og ungdomspsykiatri (World Health Organization (WHO), 1996) på fire akser: 1) psykiatrisk syndrom, 2) udviklingsforstyrrelse, 3) begavelsesniveau (IQ) og 4) somatiske diagnoser.

Diagnoserne er en beskrivelse af de tilstande, som blev afdækket ved undersøgelsen og var udgangspunktet for behandlingen i det konkrete forløb. Registrering på alle akser er obligatorisk og ved fravær af diagnose eller normale forhold på én eller flere akser udfyldes med henholdsvis Z032, F8x, F7x og Ax.

Afslutning: Et BupBase-forløb lukkes almindeligvis efter revurdering (T₂). Forløb kan også afsluttes efter forvisitation ("papir"-visitation eller 1-2 ydelser med det formål at afklare om BUP undersøgelse/behandling skal iværksættes). Hvis patienten fortsætter i behandling kan man dog vælge at holde BupBase-forløbet åbent med registrering af fortløbende revurderinger (T₂+). Alle BupBase-forløb skal afsluttes senest ved det kliniske forløbs afslutning.

HoNOSCA: "*Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents*" (Bilenberg, 2003; Gowers et al., 1999) er en børn og unge version af "*Health of the Nation Outcome Scale*", som stammer fra Storbritannien. Hvert af de 13 items dækker et problemområde, og problemtyngden scores på en skala fra 0-4. Overlap mellem områderne er begrænset, og hvert item udgør et specifikt bidrag. Indholdet er symptom- og problembaseret, ikke diagnose-baseret. Den totale score fra 0-52 repræsenterer tyngden af symptomer og belastning som helhed.

Ratingen er en status over patientens tilstand de seneste to uger op til henholdsvis T₁ og T₂. Problemtygden beregnes ud fra en algoritme som værende *svag*, *middel* eller *svær* og udgør den ene af tre "resultatindikatorer" i BupBasen.

GAPD: "*Global Assessment of Psychosocial Disability*" (WHO, ICD-10, akse 6) (World Health Organization (WHO), 1996) er en skala fra 0-8, hvorpå patientens samlede funktionsniveau scores. 0 er ideel god funktion på alle områder og 8 repræsenterer en tilstand, hvor patienten ikke kan varetage selv de mest basale funktioner i relation til sin alder. Ændringen i GAPD score er den anden af de tre resultatindikatorer i BupBasen. Patienten rates på samme tidspunkter som for HoNOSCA's vedkommende, men for en længere forudgående periode (tre måneder ved start- og en måned ved slut-rating).

Undersøgelse og behandling: Der afkrydes på revurderingsformularen, om der er foregået:

Undersøgelse alene

Udover undersøgelse har interventionen i forløbet (T1 -> T2) kun bestået i orientering om undersøgelsesresultatet, mundtligt og evt. skriftligt.

SKS ydelseskoder kan fx være førstegangsbesøg, psykologisk undersøgelse, netværksmøde og udfærdigelse af erklæring.

Undersøgelse og behandling

Interventionen har udover orientering om undersøgelsesresultatet omfattet rådgivning og evt. anden behandling.

SKS ydelseskoder kan være fx individuel psykoterapi, familieterapi, samtale med behandlingssigte, psykofarmakologisk behandling og psykoedukation i gruppe.

Statistisk-epidemiologisk analyse

Punktestimater

Alle indikatorer, der er omfattet af nærværende rapport, er proportioner af natur. For indikatorerne I og IV angives grafisk procenten af patientforløb, der opfylder kravet om tilfredsstillende indsats i relation til den pågældende indikator. Begge indikatorer er angivet på regionsniveau såvel som på afdelings niveau. For indikator V angives antallet af patientforløb, som indgår i værdisættelsen af indikatoren, samt antallet og procent af patientforløb, der opfylder kravet om tilfredsstillende indsats i relation til den pågældende indikator. Indikator er angivet både på afdelingsniveau, og regionsniveau såvel på nationalt niveau. For indikatorerne II og III angives som noget nyt den relative ændring i HoNOSCA/GAPD score fra rating ved T1 til rating ved T2. Begge indikatorer er angivet for hver enkelt aktionsdiagnose gruppe og på regionsniveau såvel på afdelings niveau.

For hver indikator for kategorier med et tal, der er 10 eller mindre i nævneren anses resultat-indikatoren ikke for valid og er markeret "lysegrå".

Deltagende afdelinger/centre

Tabel 2 Afdelinger/centre som registrerer i BupBase og deres respektive baggrundspopulation

Region Center/Afdeling	Aldersgrænser	Indbyggere i regionen (0–17-årige) ultimo 2010
Region Hovedstaden:	0 - 17 år	354.885
Bispebjerg	0 - 17 år	
Glostrup	0 - 17 år	
Hillerød	0 - 17 år	
Region Sjælland:	0 - 17 år	181.569
Roskilde	0 - 17 år	
Holbæk	0 - 17 år	
Næstved	0 - 17 år	
Region Syddanmark:	0 - 17 år	266.520
Odense	0 - 17 år	
Kolding	0 - 23 år	
Augustenborg	0 - 20 år	
Esbjerg	0 - 20 år	
Region Midtjylland:	0 - 17 år	285.223
Risskov****	0 - 20 år	
Herning****	0 - 20 år	
Viborg****	0 - 20 år	
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik, Risskov	0 - 17 år	
Region Nordjylland:	0 - 17 år	124.098
Ålborg	0 - 17 år	
Privatlinkker:		
Hejmdal, Frederiksberg	0 - 17 år	
Aleris Ungplan, Humlebæk	0 - 17 år	
Psyk. Klinik for Børn og unge Silkeborg	0 - 17 år	
Børnelæge Jürgen Schwarzenburg, Rønne	0 - 17 år	

**** BUC i Region Midtjylland har også ansvaret for undersøgelse/behandling af alle voksne med anoreksi og bulimi.

Aktivitet i BupBase

Samlet antal forløb i BupBase d. 31.12.2010

I alt 68.602 forløb er oprettet i databasen siden start i oktober 2003. Hvert forløb er knyttet til dels en person, dels en henvisning, den samme person kan således have flere forløb.

Antallet af nyoprettede forløb i perioden 1.1.-31.12.2010 er 15.767. I alt 3.412 blev afvist i visitationsprocessen. I kalenderåret er 7.777 patienter startet undersøgelse og/ eller behandling (T₁) og 5.969 har fået foretaget en revurdering (T₂), heraf har 3.762 forløb inkluderet behandling. Startede og revurderede patientforløb kan være henvist de foregående år.

Der er et stort "tab" (missing data) mellem T0 og T1, og igen mellem T1 og T2 (herom senere).

Kumuleret incidens

Kumuleret incidens er et bedre mål for hvor mange børn der egentlig ses i Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Af de i Danmark bosiddende personer som blev 18 år i 2010 (67.726) er 4.603 oprettet i BupBase (6,8%) og denne såkaldte kumulerede incidens 0-18 år vil vokse de næste år, efterhånden som databasens registrering dækker hele tidsvinduet.

Til illustration af den mere revisende kumulerede incidens for registrering af minimum ét forløb i den hospitalsbaserede Børne- og Ungdomspsykiatri fra fødsel til det 18. år, har vi indhentet tal fra Psykiatrisk Central Register. I alt 6.261 (9,2%) af fødselsårgangen 1992 er registreret med et eller flere forløb.

Denne incidens vil også stige for de næste årgange efterhånden som de "store" henvisningsårgange bliver 18 år.

Tabel 3 Forløb registreret i BupBase i 2010

Region	Center/afdeling	Henvisninger 2010	Startede forløb (T1) i 2010	Revurderede forløb (T2) i 2010	Revurderede forløb (T2) i 2010	Revurderede forløb (T2) i 2010
		Antal henvisninger	Antal forløb	I alt	Forløb med undersøgelse	Forløb med undersøgelse og behandling
Hovedstaden	Bispebjerg	1405	649	713	283	430
	Glostrup	1579	726	669	304	365
	Hillerød	1173	776	666	182	484
	I alt	4157	2151	2048	769	1279
Sjælland	Roskilde	823	346	211	76	135
	Holbæk	849	418	54	22	32
	Næstved	684	204	163	94	69
	I alt	2356	968	428	192	236
Syddanmark	Odense	1237	483	347	139	208
	Augustenborg	1100	738	630	255	375
	Esbjerg	1024	873	668	299	369
	Kolding	1003	757	619	166	453
	I alt	4364	2851	2264	859	1405
Midtjylland	Risskov	2039	642	405	121	284
	Herning	695	304	197	45	152
	Viborg	338	178	173	32	141
	I alt	3072	1124	775	198	577
Nordjylland	Aalborg	1272	374	302	43	259
Privatklinikker	Hejmdal	153	123	2	2	0
	Aleris Ungplan	263	174	147	141	6
	Psyk.kl.Børn og Unge	130	7	3	3	0
	I alt	546	309	152	146	6
Hele landet		15767	7777	5969	2207	3762

Tabel 3 viser de registrerede henvisninger, startede forløb og revurderede forløb i 2010. Startede og revurderede forløb kan være patienter, der er henvist i 2009 og først starter undersøgelse og/eller behandling i 2010, hvorimod en del henviste i 2010 slet ikke er nået til "start undersøgelse" eller "revurdering". Patienter der er blevet revurderet i 2010, vil for en stor del være henvisninger fra året før. Man ser således ind af forskellige "vinduer" på aktiviteten i dansk Børne- og Ungdomspsykiatri. På grund af dette forhold bliver usikkerheden større jo længere til højre i tabellen man kommer. Antallet af startede og revurderede patientforløb, herunder forløb med behandling, er behæftet med usikkerhed p.g.a. utilstrækkelig registrering af T1 og T2 i de Børne- og Ungdomspsykiatriske centre. Der er god registrerings kompletthed af nyoprettede forløb (T0). Antallet af nyoprettede forløb i kalenderåret er 15.767. I det foregående kalenderår blev 15.645 oprettet i BupBase. De tidligere års øgning i antallet af henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrien ser således ud til at være stagneret.

De registrerede forløb i de private klinikker vil ofte være patienter, der er omvisiteret fra en af de regionale BUP-centre/afdelinger. Forløb kan derfor optræde 2 gange i tabellen.

Dækningsgrad- databasens registreringskomplethed af patienter

Ved patientregistreringskompletheden forstås andelen af Børne- og Ungdomspsykiatriske patienter registreret i BupBase, ud af den totale pulje af patienter (cpr.nr.) som faktisk er tilkommet LPR i kalenderåret i Danmark.

Landspatientregisteret benyttes som ekstern datakilde til belysning af eventuelle manglende indberetninger af nyoprettede patienter (nye cpr-numre) det pågældende år,

En analyse af 2010 data i BupBase mod 2010 data i Landspatientregistret (LPR) tager ikke højde for, at BupBase er forløbsbaseret og LPR er kontaktbaseret. De 2 datakilder er dermed ikke umiddelbart sammenlignelige med hensyn til årstal for indberetninger. En sådan analyse ville vise en falsk for lav registreringskomplethed af BupBase, og mange manglende cases både i Bupbase og i LPR.

Der er derfor valgt følgende model:

Oprettede cpr-numre i hele BupBase sammenholdes med cpr-numre oprettet i LPR af de Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger og Børne- og Ungdomspsykiatriske privatklinikker.

Tæller: *Andelen af personer oprettet i BupBase (2003-22. februar i året efter årsrapport-året) **og** som var indrapporteret til LPR i årsrapportåret*

Nævner: *Det samlede antal personer indrapporteret med "ind-år" i årsrapportåret til LPR fra en af de Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger drevet af Danske Regioner (DR).*

Der er medtaget registreringer i BupBase frem til 10.05.11 for at medtage efter-indberetninger for 2010.

Registreringskomplethed:

BupBase versus Landspatientregistret (LPR)	2009	2010
Antal forløb i BupBase alle år 2003-10.5.2011	68.582	68.582
Antal patientforløb i LPR med indår i hhv .2009 og 2010	16.479	15.486
Antal patienter (cpr) i LPR med indår i hhv. 2009 og i 2010 *	12.245	11.405
Antal patienter både i BupBase og i Landspatientregistret	11.901	11.121
Manglende patienter i BupBase	344	284
BupBasens registreringskomplethed (%)	97,1	97,5

*En person kan kun optræde en gang i det pågældende år.

Kommentar: Når der ses bort fra årstallet for registreringen i BupBase, er der en meget høj registreringskomplethed i BupBase, hvor godt 97% i både 2010 og i 2009 af de registrerede cpr-numre i LPR, var at finde i BupBase som helhed. At LPR heller ikke er uden mangler i forhold til registrering er i tidligere analyser vist, hvor BupBase bl.a. havde yderligere 493 cases i 2007 og 937 cases i 2008 som ikke var registreret i LPR.

For de enkelte centre og privatklinikker ligger registreringskompletheden på mellem 94,5% og 100%. (tabel 4) Det skal bemærkes at tallene for de Børne- og Ungdomspsykiatriske centre i henholdsvis Region H og Region Sjælland indberettes samlet for den pågældende region, i modsætning til de øvrige regioner, hvor tallene er opgjort for de enkelte centre.

For en betydelig del af patienterne er der forskel på årstallet hvor indberetningen sker, i henholdsvis BupBase og i LPR

Anbefaling: Det er muligt at øge registreringskompletheden ved at gennemgå lister fra LPR over de manglende cases (som kombinationen af cpr og afdelinger) i BupBase i 2009 (n=344) og 2010 (n=284). Ydermere tabes nogle cases pga fejl i indberetning, og en gennemgang af fejllister heraf vil kunne øge datakompletheden.

Tabel 4. BupBases registreringskomplethed 2010: antal cprnumre i BupBase i 2003-2010 imod Landspatientregistret (LPR) kun i 2010, og opdelt på afdelinger, og sammenlignet med 2009

Afd.	Antal	BupBase cpr	Frekvens 2010	Procent i Bup 2010	Frekvens (procent i Bup) 2009
Region Hovedstaden: Bispebjerg , Hillerød, Glostrup,	Antal Missing Total	BupBase cpr (er i LPR)	2890 53 2943	98,2 1,8 100,0	2883 (98,5)
Region Sjælland: Roskilde, Holbæk, Næstved	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	1808 59 1867	96,8 3,2 100,0	1723 (97,2)
Region Syddanmark:					
Odense	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	927 38 965	96,1 3,9 100,0	1291 (96,8)
Augustenborg	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	720 14 734	98,1 1,9 100,0	724 (94,6)
Esbjerg	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	863 2 865	99,8 0,2 100,0	813 (99,6)
Kolding	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	1035 43 1078	96,0 4,0 100,0	724 (94,6)
Region Midtjylland					
Herning	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	363 21 384	94,5 5,5 100,0	602 (93,5)
Risskov	Antal Missing Total	BupBase cpr. (er i LPR)	1356 41 1397	97,1 2,9 100,0	1629 (95,7)
Viborg	Antal	BupBase cpr.	172	100,0	264 (94,7)
Region Nordjylland:					
Aalborg	Antal Missing Total	Bupbase cpr. (er i LPR)	617 12 629	98,1 1,9 100,0	469(94,7)
Privatklinikker:					
J. Schwarzenburg	Antal	BupBase cpr.	32	100,0	22(100)
Hejmdal Privathospital	Antal	BupBase cpr.	172	100,0	304(99,7)
Aleris Ungplan, Humlebæk	Antal	BupBase cpr.	97	100,0	-
Vejlefjord	Antal	BupBase cpr.	1	100,0	124 (100)
Psyk. Klinik Børn og Unge, Silkeborg	Antal Missing Total	Bupbase cpr. (er i LPR)	68 1 69	98,6 1,4 100,0	159 (97,5)

Supplement til analyse af BupBase dækningsgrad

Kompletheden af de registrerede data for det enkelte Børne- og Ungdomspsykiatriske forløb er af stor betydning for validiteten af de beregnede indikatorværdier. Antallet af relevante forløb afhænger af, hvilket tidsvindue man kigger ind ad, ligesom en forudsætning for retvisende kvalitetsmonitorering af patientbehandlingen i Børne- og Ungdomspsykiatrien er at alle patienter kan følges igennem et forløb startende med henvisning, evt forvisitation, T1, T2 og afslutning, herunder en specifik afslutningsgrund. Er der mangler imellem forvisitation og T1 vil det påvirke ventetidsindikatoren, imens en manglende T2 vil påvirke resultatindikatorerne II-III og V

Vurderingen af datakompletheden vedrører:

- 1) En høj datakomplethed af T1 vurderet i forhold til antallet af henviste, som ikke har gyldig afslutningsgrund (afvist eller afsluttet efter administrativ eller klinisk forvisitation).
- 2) En høj datakomplethed af T2 vurderet i forhold til antallet i T1,
- 3) En valid registrering af afslutningsgrund,

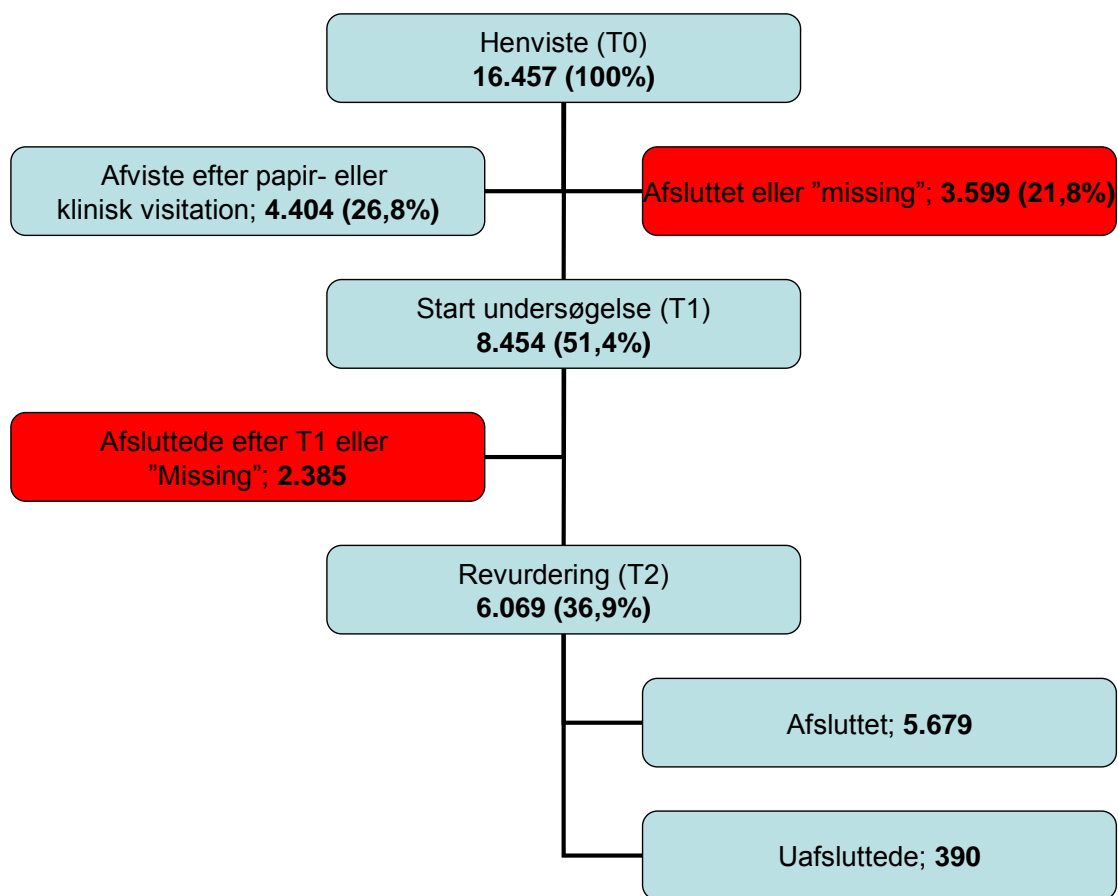
Ved at tage udgangspunkt i forløb etableret i en bestemt tidsperiode, og følge op på hvordan den enkelte patient registreres fås et knap så positivt billede af datakompletheden. Vi har nedenfor lavet en analyse af datakompletheden ud fra forløb startet med en henvisning i 2009, og set på hvorledes den enkelte patient registreres fremadrettet. Resultatet afbildedes i et flow-diagram (Figur 2)

Følgende nøgletal indgår:

- Antal henvisninger i perioden 01.01.2009 - 31.12.2009: **16.457** (den samme patient kan godt optræde med flere henvisninger)
- T1: Antal henvisninger i 2009 som havde en efterfølgende T1: **8.454** (51,4%)
- T2: Antal henvisninger i 2009 som havde en efterfølgende T2: **6.069** (36,9%)
- AFSLUT: I alt **14.182** (86,2%) af henvisninger i 2009 havde en afslutningsdato
- 2.275 af henvisninger i 2009 hænger uden nogen afslutning

Figur 2

Flow diagram for henviste i 2009:



Kommentar:

- 1) Bortfald fra T0 til T1 er de forløb som ikke er afsluttet med kode 5 el. 6 efter henvisning (n=4.404) og som heller ikke optræder med en T1. I gruppen afsluttet eller "missing" er det uklart om disse er aktivt afvist, og blot kodet forkert, eller om de er "faldet ud" i BupBase sammenhæng (n=3.599). De repræsenterer et "problem".
- 2) Alle med T1 burde have lavet en T2 registrering eller alternativt kodes med afslutningsgrund 6 som tegn på at T1 registreringen repræsenterede en klinisk forvisitation (N=99). Resten af de 2.385 kan være patienter som udebliver og derfor ikke når T2 eller, som det nok er tilfældet for de fleste - de forsvinder mellem T1 og T2 og afsluttes sekundært i BupBase uden den T2 registrering der er nødvendig for resultat-indikator opgørelsen.

Kode 5 = Afvist

Kode 6 = Afvist efter forvisitation.

Konsekvensen af disse analyser må være at afdelingerne bliver mere omhyggelige med registrering af afslutningsgrund, så man kan følge forløbene som de reelt har udspillet sig i klinikken. Det vil fremgå af tabellerne under Indikator II, III og V at enkelte afdelinger har alt for få forløb i forhold til det man må forvente, så bortfaldet synes af være skævt fordelt.

Vi har ikke til denne årsrapport lavet afdelingsspecifikke analyser af ovenstående flow-diagram, men det vil vi lave i løbet af sommeren som oplæg til en opstramning af procedurer der hvor bortfaldet er størst. I tabel 5 ses hvor mange der "mistes" mellem T1 og T2 fordelt på afdelinger.

Tabel 5: Analyse – Manglende T2 efter T1.

Afdeling	Antal mgl. T2	Afdeling	Antal mgl. T2
Bispebjerg	72	Augustenborg: Børn.amb Ungd.. Amb Ungd. Afd.	70 62 6 2
Glostrup: 0-6 år 7-14 år Fra 15 år Tidl.Gentofte	113 10 25 59 19	Esbjerg:	190
Hillerød: Børn amb. Ungdom amb. Spiseforstyr. amb	179 89 89 1	Kolding:	58
Roskilde: Børne.amb Ungdom.amb	158 38 120	Herning: Team lille Team stor Ungdomspsyk. Anoreksiteam	224 11 36 150 27
Holbæk: Børne- og ungdom. Børn. Amb. Ungdomspsyk.	337 12 320 5	Risskov: Afsnit C A amb. B amb. C amb. D amb. Ungdomsafd. Center for spiseforstyr. G amb.	405 56 39 23 41 94 116 8 28
Næstved: Døgnafsn. Børn amb. Ungdom.amb.	127 4 57 66	Viborg: Børn.amb Ung.amb	60 41 19
Odense: Team 1 Team 2 Team 3 Team 4 Team 5 Klinik for Selvmords. Team 6	296 9 22 92 8 61 56 48	Aalborg: Afdeling Amb.	27 4 23
		Heimdal:	54
		Vejlefjord	31
		Psyk.kl. Børn og Unge:	1
		Jürgen Schwarzenburg	1
I alt			2.403*

* I figur 2 er der 2.385 som mistes mellem T1 og T2. Pga lidt forskellig kodning fremkommer 18 ekstra missing i denne analyse (n=2.403)

Henvisningsmønster

Demografiske forhold

I 2010 er der oprettet 15.767 henviste forløb i BupBase. Alders- og kønsfordelingen fremgår af tabel 4 og fordelingen på henviser af tabel 5.

Der er kun minimale forskelle i mønstret hvad angår køns- og aldersfordeling sammenlignet med de sidste to år. Antallet af henviste drenge (58%) er et lille fald i forhold til 2009 (60%) og svarer nu til antallet i 2008. Det samme forhold gør sig gældende med hensyn til aldersfordeling, hvor der er sket et lille fald i antallet af henviste 7-13 årige (42% mod 44% i 2009), og tilsvarende en lille øgning i antallet af 14-17 årige (38% mod 35% i 2009).

Henviserne til de Børne- og Ungdomspsykiatriske centre (tabel 6) fordeler sig på landsplan næsten identisk med tidligere år. Halvdelen af henvisningerne kommer fra alment praktiserende læger. Derefter følger Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) med knap ¼, og andre sygehusafdelinger med ca. halvdelen fra somatiske og halvdelen fra psykiatriske afdelinger inkl. psykiatrisk skadestue. Kun 4 % kommer direkte fra en socialforvaltning.

Med hensyn til privatklinikkerne modtager to af disse (Aleris og Psykiatrisk Klinik for Børn og Unge) primært deres patienter fra psykiatrisk afdeling/skadestue. Dette er formentlig viderehenvisninger jvnf undersøgelses- og behandlingsgarantien. Heimdal modtager primært patienter fra ”andre instanser”

Der er forskelle i henvisningsmønstret vedr. diagnoser, både indenfor centrene i de enkelte regioner, og imellem regionerne. Årsagen hertil kan være at centre med specialfunktion eller særlig interesse indenfor et diagnoseområde modtager mange henvisninger vedr. denne.

ADHD er fortsat den hyppigste henvisningsdiagnose til Børne- og Ungdomspsykiatrien, og udgør 24 % af henvisningerne, mod 25% i 2009. ADHD udgør en endnu større andel af henvisningsdiagnoserne til de private Børne- og Ungdomspsykiatriske klinikker, hvor 34% har denne henvisningsdiagnose. Totalt henvistes 3.863 børn og unge på mistanke om ADHD. Dette svarer stort set til antallet i 2009 (3.826). I perioden 2008-2009 var der en stigning på 1.000 med ADHD som henvisningsdiagnose. Denne øgning af henvisninger på mistanke om ADHD ser således ud til at stagnere.

Autismespektrum forstyrrelse (ASD) er den næsthypigste henvisningsdiagnose, og udgør som sidste år 12%. I privatklinikkerne udgør denne henvisningsdiagnose 19%.

Affektive lidelser udgør 10% af henvisningsdiagnoserne (9% i 2009), og 4% af henvisningerne til de private klinikker.

3.412 patienter blev afvist/omvisiteret. Dette kan være efter visitation af den skriftlige henvisning eller efter en klinisk forvisitation (Tf). Samlet bliver 22 % af henvisningerne aldrig til undersøgelses eller behandlingsforløb.

ADHD og uspecificerede diagnoser er de hyppigste henvisningsdiagnoser på afviste patienter. Formodentlig afvises en stor del af patienterne på grund af utilstrækkelige oplysninger i henvisningen, og genhenvises på et senere tidspunkt. En analyse af hvor mange af de afviste som senere får et reelt forløb i Børne- og Ungdomspsykiatrien ville være brugbart og kunne eventuelt foretages ved en særlig kodning, som er udenfor rammerne af denne årsrapport

Tabel 6

Alder og køn for henviste patientforløb 2010

Region	Center/ afdeling	Alder				Køn		I alt
		0-6	7-13	14-17	18-	Mand	Kvinde	
Hovedstaden	Bispebjerg	272 19%	542 39%	528 38%	63 5%	760 54%	645 46%	1405 100%
	Glostrup	288 18%	702 45%	586 37%	3 0%	982 62%	597 38%	1579 100%
	Hillerød	142 12%	598 51%	431 37%	2 0%	706 60%	467 39,8%	1173 100%
	I alt	702 17%	1842 44%	1545 37%	68 2%	2448 59%	1709 40%	4157 100%
Sjælland	Roskilde	108 13%	373 45%	340 41%	2 0%	501 61%	322 39%	823 100%
	Holbæk	130 15%	400 47%	316 37%	3 0%	527 62%	322 38%	849 100%
	Næstved	102 15%	289 42%	292 43%	1 0%	433 63%	251 37%	684 100%
	I alt	340 14%	1062 45%	948 40%	6 0%	1461 62%	895 38%	2356 100%
Syddanmark	Odense	138 11%	505 41%	592 48%	2 0%	679 55%	558 45%	1237 100%
	Augustenborg	99 9%	379 35%	365 33%	257 23%	618 56%	482 44%	1100 100%
	Esbjerg	78 8%	294 29%	355 35%	297 29%	494 48%	530 52%	1024 100%
	Kolding	105 11%	441 44%	340 34%	117 12%	585 58%	418 42%	1003 100%
	I alt	420 10%	1619 37%	1652 38%	673 15%	2376 54%	1988 46%	4364 100%
Midtjylland	Risskov	309 15%	765 38%	747 37%	218 11%	1121 55%	918 45%	2039 100%
	Herning	82 12%	312 45%	261 38%	40 6%	422 61%	273 39%	695 100%
	Viborg	45 13%	166 49%	126 37%	1 0%	196 58%	142 42%	338 100%
I alt	436 14%	1243 40%	1134 37%	259 8%	1739 57%	1333 43%	3072 100%	
Nordjylland	Aalborg	157 12%	589 46%	464 37%	62 5%	759 60%	513 40%	1272 100%
	I alt	157 12%	589 46%	464 37%	62 5%	759 60%	513 40%	1272 100%

Alder og køn for henviste patientforløb 2010

Tabel 6a

Privatklinikker	Alder				Køn		I alt
	0-6	7-13	14-17	18-	Mand	Kvinde	
Hejmdal	19 12%	65 43%	61 40%	8 5%	104 68%	49 32%	153 100%
Aleris Ungplan	0 0%	144 55%	115 44%	4 2%	177 67%	86 33%	263 100%
Psykiatrisk klinik for Børn og Unge	47 36%	63 49%	19 15%	1 1%	101 78%	29 22%	130 100%
I alt	66 12%	272 50%	195 36%	13 2%	382 70%	164 30%	546 100%
Hele landet	2121 14%	6627 42%	5938 38%	1081 7%	9165 58%	6609 42%	15767 100%

Tabel 7. Henvisende instans 2010

Region	Center/afdeling	Egen læge		PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)		Sygehus- afdeling		Praktiserende Speciallæge		Social- forvaltningen		Psykiatrisk afdeling/ Skadestue		Andre, uoplyste + retsvæs		Total	
Region Hovedstaden I alt	Bispebjerg/Bornholm	507	36%	273	19%	164	12%	72	5%	99	7%	216	15%	74	5%	1405	100%
	Glostrup	650	41%	410	26%	155	10%	42	3%	29	2%	224	14%	69	4%	1579	100%
	Hillerød	475	41%	390	33%	67	6%	24	2%	28	2%	149	13%	40	3%	1173	100%
		1632	40%	1073	26%	386	9%	138	3%	156	4%	589	14%	183	4%	4157	100%
Region Sjælland I alt	Roskilde	424	52%	174	21%	83	10%	21	3%	46	6%	52	6%	23	3%	823	100%
	Holbæk	440	52%	166	20%	94	11%	17	2%	26	3%	52	6%	54	6%	849	100%
	Næstved	326	48%	34	5%	89	13%	18	3%	122	18%	68	10%	27	4%	684	
		1190	51%	374	16%	266	11%	56	2%	194	8%	172	7%	104	4%	2356	100%
Region Syddanmark I alt	Odense	729	59%	122	10%	150	12%	38	3%	41	3%	14	1%	143	12%	1237	100%
	Augustenborg	649	59%	292	27%	114	10%	2	0%	0	0%	25	2%	18	2%	1100	100%
	Esbjerg	633	62%	59	6%	109	11%	0	0%	7	1%	169	17%	47	5%	1024	100%
	Kolding	574	57%	287	29%	77	8%	9	1%	13	1%	23	2%	20	2%	1003	100%
		2585	59%	760	17%	450	10%	49	1%	61	1%	231	5%	227	5%	4364	100%
Region Midtjylland I alt	Herning	399	57%	190	27%	61	9%	12	2%	0	0%	16	2%	17	2%	695	100%
	Risskov	979	48%	540	27%	168	8%	71	4%	79	4%	115	6%	87	4%	2039	100%
	Viborg	205	61%	59	18%	45	13%	6	2%	7	2%	9	3%	7	2%	338	100%
		1583	52%	789	26%	274	9%	89	3,0	86	3%	140	5%	111	4%	3072	100%
Region Nordjylland	Aalborg	740	58%	247	19%	44	4%	93	7%	55	4%	48	4%	45	4%	1272	100%
Privatlinik- ker I alt	Hejmdal	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	3%	0	0%	149	98%	153	100%
	Aleris Ungplan	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	263	100%	0	0%	263	100%
	Psyk.kl.Børn og unge	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	119	92%	11	9%	130	100%
		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	1%	382	70%	160	29%	546	100%
Hele landet alle afd.+private kl.		7730	50%	3243	22%	1420	10%	425	4%	556	5%	1562	10%	831	6%	15767	100%

Tabel 8. Henvisningsdiagnose blandt nyhenviste 2010, jf. WHO, ICD-10 (5) Afdelinger/Centre

Region	Center/ Afdeling	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F40-49 (-43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Hovedstaden	Bispebjerg	57 4%	114 9%	59 4%	30 2%	58 4%	7 1%	163 12%	232 17%	3 0%	2 0%	5 0%	522 39%	79 6%	1331 100%
	Glostrup	71 5%	210 13%	71 5%	50 3%	42 3%	12 1%	263 17%	284 18%	18 1%	30 2%	16 1%	346 22%	162 10%	1575 100%
	Hillerød	34 3%	147 13%	78 7%	40 3%	44 4%	2 0%	167 14%	393 34%	53 5%	33 3%	24 2%	87 7%	69 6%	1171 100%
Sjælland	Roskilde	18 2%	101 12%	73 9%	31 4%	29 4%	28 3%	143 17%	330 40%	15 2%	1 0%	5 1%	9 1%	38 5%	821 100%
	Holbæk	16 2%	31 4%	37 5%	23 3%	34 4%	21 3%	94 13%	278 34%	22 3%	5 1%	10 1%	199 24%	43 5%	813 100%
	Næstved	33 5%	89 13%	45 7%	17 2%	26 4%	17 2%	125 18%	206 30%	35 5%	6 1%	19 3%	30 4%	36 5%	684 100%
Syddanmark	Odense	39 3%	165 13%	111 9%	107 9%	66 5%	37 3%	99 8%	269 22%	57 5%	21 2%	13 1%	206 17%	46 4%	1236 100%
	Augustenborg	26 2%	184 17%	66 6%	43 4%	37 3%	31 3%	81 7%	262 24%	13 1%	6 1%	4 0%	293 27%	54 5%	1100 100%
	Esbjerg	53 5%	204 20%	65 7%	134 13%	48 5%	22 2%	43 4%	123 12%	17 2%	6 1%	3 0%	145 15%	135 14%	998 100%
	Kolding	31 3%	150 15%	65 6%	21 2%	37 4%	12 1%	139 14%	285 28%	9 1%	5 0%	7 1%	186 19%	54 5%	1001 100%
Midtjylland	Herning	9 1%	56 8%	17 2%	20 3%	60 9%	1 0%	87 13%	186 27%	2 0%	4 1%	6 1%	211 30%	35 5%	694 100%
	Risskov	33 2%	35 2%	75 4%	100 5%	286 14%	0 0%	215 11%	234 12%	15 1%	10 0%	4 0%	847 42%	177 9%	2031 100%
	Viborg	5 1%	23 7%	20 6%	9 3%	1 0%	0 0%	35 10%	171 51%	2 1%	2 1%	2 1%	40 12%	27 8%	337 100%
Nordjylland	Aalborg	47 4%	103 8%	39 3%	28 2%	108 8%	1 0%	167 13%	236 19%	1 0%	0 0%	3 0%	290 23%	249 20%	1272 100%
Hele landet	Hele landet	472 3%	1634 10%	831 5%	655 4%	879 6%	192 1%	1923 12%	3676 24%	262 2%	133 1%	124 1%	3566 23%	1262 8%	15609 100%

ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen, Tilknytn.forstyr_ Tilknytningsforstyrrelser.

Tabel 8 a. Henvisningsdiagnose blandt nyhenviste 2010, jf. WHO, ICD-10 (5) Privatklinikker

Privatklinikker	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F40-49 (-43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Hejmdal	0 0%	12 8%	1 1%	0 0%	1 1%	0 0%	18 12%	33 22%	0 0%	1 1%	1 1%	83 54%	3 2%	153 100%
Aleris Ungplan	0 0%	8 3%	7 0%	2 1%	2 1%	1 0%	36 14%	108 41%	0 0%	1 0%	0 0%	68 26%	30 11%	263 100%
Psyk. Klinik for børn og unge	0 0%	2 2%	2 2%	0 0%	0 0%	0 0%	48 37%	46 36%	0 0%	0 0%	2 2%	4 3%	25 19%	129 100%
I alt	0 0%	22 4%	10 2%	2 0%	3 1%	1 0%	102 19%	187 34%	0 0%	2 0%	3 1%	155 28%	58 11%	545 100%

Table 9. Referral diagnosis among newly referred 2010, cf. WHO, ICD-10 (5) – Regions

Regioner	Psyko- F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F4040(- 43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Region Hovedstaden	162 4%	471 12%	208 5%	120 3%	144 4%	21 1%	593 15%	909 22%	74 2%	65 2%	45 1%	955 23%	310 8%	4077 100%
Region Sjælland	67 3%	221 10%	155 7%	71 3%	89 4%	66 3%	362 16%	814 35%	72 3%	12 1%	34 1%	238 10%	117 5%	2318 100%
Region Syddanmark	149 3%	703 16%	307 7%	305 7%	188 4%	102 2%	362 8%	939 22%	96 2%	38 1%	27 1%	830 19%	289 7%	4335 100%
Region Midtjylland	47 2%	114 4%	112 4%	129 4%	347 11%	1 0%	337 11%	591 19%	19 1%	16 1%	12 0%	1098 36%	239 8%	3062 100%
Region Nordjylland	47 4%	103 8%	39 3%	28 2%	108 8%	1 0%	167 13%	236 19%	1 0%	0 0%	3 0%	290 23%	249 20%	1272 100%
Hele landet	472 3%	1634 10%	831 5%	655 4%	879 6%	192 1%	1923 12%	3676 24%	262 2%	133 1%	124 1%	3566 23%	1262 8%	15609 100%

ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen
Tilknytn.forstyr. = Tilknytningsforstyrrelser.

Tabel 10. Henvisningsdiagnose på afviste patienter. Patienter afvist og afvist efter forvisitation afdeling/centre

Region	Center/ Afdeling	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F40-49 (-43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Hovedstaden	Bispebjerg	1 0%	4 2%	10 4%	4 2%	8 3%	2 1%	12 5%	17 7%	1 0%	0 0%	0 0%	18 7%	170 69%	247 100%
	Glostrup	1 0%	48 10%	4 1%	5 1%	1 0%	0 0%	27 6%	39 8%	3 1%	10 2%	4 1%	37 8%	296 62%	475 100%
	Hillerød	0 0%	7 3%	17 7%	30 12%	0 0%	1 0%	12 5%	57 23%	29 12%	7 3%	7 3%	21 8%	63 25%	251 100%
Sjælland	Roskilde	1 1%	1 1%	11 9%	4 3%	4 3%	0 0%	22 18%	55 46%	5 4%	1 1%	1 1%	8 7%	7 6%	120 100%
	Holbæk	1 0%	5 2%	7 3%	1 0%	2 1%	1 0%	25 11%	112 48%	8 3%	1 0%	3 1%	19 8%	47 20%	232 100%
	Næstved	4 2%	17 7%	6 2%	5 2%	7 3%	4 2%	27 12%	96 42%	21 9%	0 0%	9 4%	17 7%	16 7%	229 100%
Syddanmark	Odense	0 0%	1 6%	2 11%	0 0%	1 6%	0 0%	1 6%	1 6%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	12 67%	18 100%
	Augustenborg	2 1%	26 11%	5 2%	12 5%	5 2%	5 2%	3 1%	49 20%	2 1%	1 0%	0 0%	11 4%	127 51%	248 100%
	Esbjerg	3 3%	6 6%	0 0%	14 13%	1 1%	0 0%	3 3%	11 10%	2 2%	1 1%	2 2%	13 12%	50 47%	106 100%
	Kolding	1 1%	4 3%	4 3%	2 2%	1 1%	1 1%	3 3%	28 24%	2 2%	0 0%	1 1%	3 3%	66 57%	116 100%
Midtjylland	Herning	2 1%	5 2%	3 1%	6 2%	12 5%	0 0%	9 4%	34 14%	1 0%	0 0%	2 1%	9 4%	167 67%	250 100%
	Risskov	0 0%	6 1%	8 1%	45 7%	44 7%	0 0%	26 4%	57 8%	5 1%	3 0%	2 0%	60 9%	423 62%	679 100%
	Viborg	0 0%	2 4%	3 6%	1 2%	0 0%	0 0%	2 4%	21 40%	0 0%	0 0%	0 0%	6 12%	17 33%	52 100%
Nordjylland	Aalborg	0 0%	1 0%	5 1%	12 3%	3 1%	0 0%	21 5%	15 4%	0 0%	0 0%	2 1%	66 17%	264 68%	389 100%
Hele landet	Hele landet	16 1%	133 4%	85 3%	141 4%	89 3%	14 0%	193 6%	592 17%	79 2%	24 1%	33 1%	288 8%	1725 51%	3412 100%

ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen, Tilknytn.forstyr_ Tilknytningsforstyrrelser.

Tabel 11. Henvisningsdiagnose på afviste patienter. Patienter afvist og afvist efter forvisitation afdeling/centre

Regioner	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F4040(- 43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Region Hovedstaden	2 0%	59 6%	31 3%	39 4%	9 1%	3 0%	51 5%	113 12%	33 3%	17 2%	11 1%	76 8%	529 54%	973 100%
Region Sjælland	6 1%	23 4%	24 4%	10 2%	13 2%	5 1%	74 13%	263 45%	34 6%	2 0%	13 2%	44 8%	70 12%	581 100%
Region Syddanmark	6 1%	37 8%	11 2%	28 6%	8 2%	6 1%	10 2%	89 18%	6 1%	2 0%	3 1%	27 6%	255 52%	488 100%
Region Midtjylland	2 0%	13 1%	14 1%	52 5%	56 6%	0 0%	37 4%	112 11%	6 1%	3 0%	4 0%	75 8%	607 62%	981 100%
Region Nordjylland	0 0%	1 0%	5 1%	12 3%	3 1%	0 0%	21 5%	15 4%	0 0%	0 0%	2 1%	66 17%	264 68%	389 100%
Hele landet	16 0%	133 3%	85 2%	141 4%	89 3%	14 0%	193 6%	592 17%	79 2%	24 1%	33 1%	288 8%	1725 51%	3412 100%

ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen

Tilknytn.forstyr. = Tilknytningsforstyrrelser.

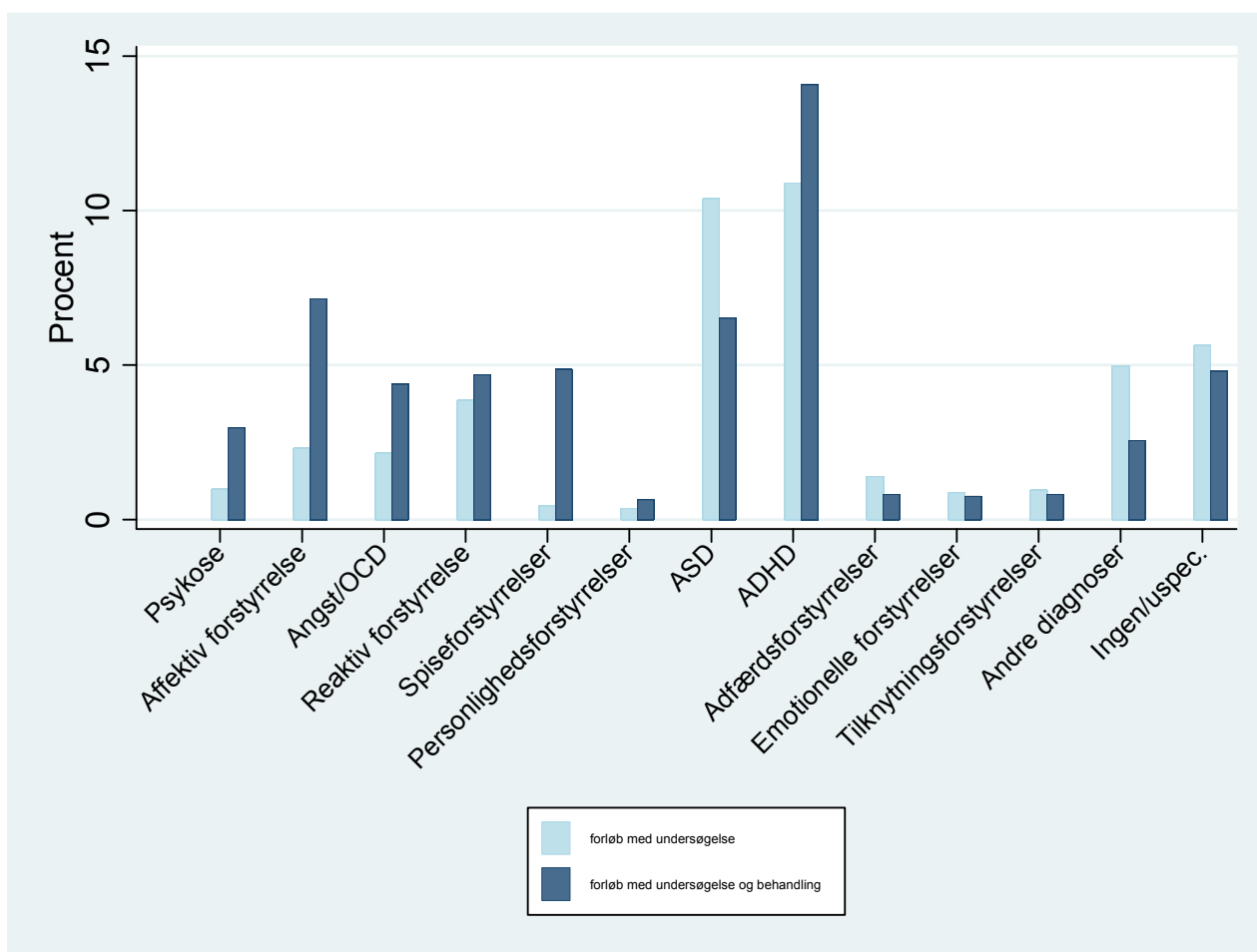
Undersøgte og behandlede patienter

Revurderede patienter i BupBase er et udtryk for hvilke patienter, der har optaget undersøgelses- og behandlingskapaciteten i Børne- og Ungdomspsykiatrien i årets løb. Gruppen belyses her i forhold til aktionsdiagnoser (T2; multiaksial – akse 1 diagnose der har været i centrum for forløbet) samt køns- og alders-fordelingen

Figur 3

Revurderede patientforløb 2010

Summen af de revurderede forløb udgør i alt 5969 (100%). Figuren viser hvor stor en procentdel af de enkelte diagnoser der undersøges / undersøges og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien



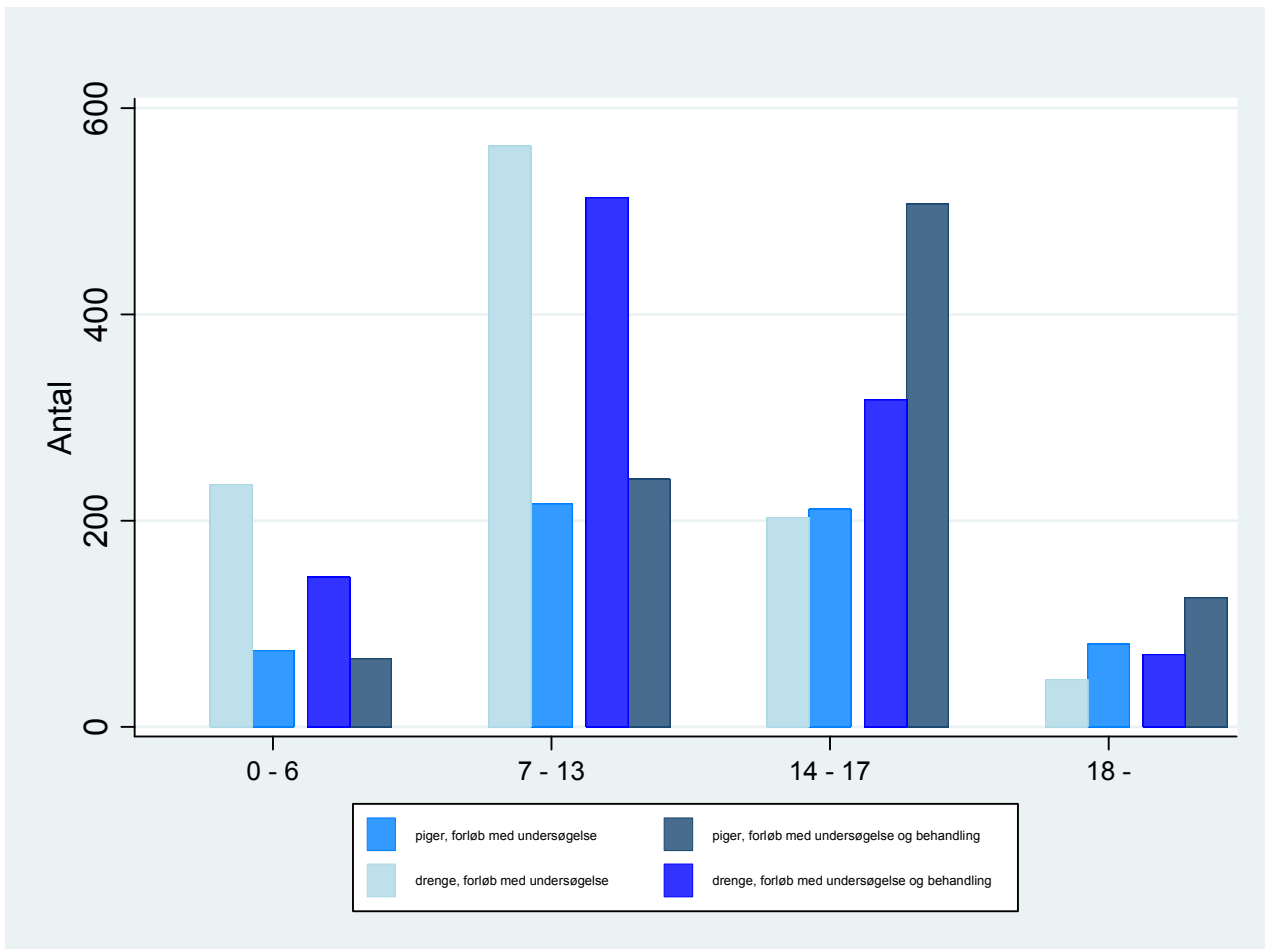
Som tidligere udgør ADHD gruppen den største andel af behandlingsforløb, efterfulgt af affektive lidelser og autismspektrum forstyrrelser.

En del patienter med ADHD modtager ikke behandling fra de Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger/centre.

Dette kan bl.a. være førskolebørn eller skolebørn med ADHD, hvor der efter afsluttet undersøgelse og start af behandling sker en afslutning i hospitalsregi, idet der primært anbefales pædagogiske og psykosociale behandlingsmetoder etableret efter beslutning i kommunen i henhold til Lov om social service og/eller Folkeskoleloven.

Figur 4

Alder og køn for revurderede patientforløb 2010



I førskolealderen har de fleste patienter primært forløb med undersøgelse. I denne aldersgruppe behandles flest drenge. I 7-13 års alderen er andelen af patienter med behandlingsforløb også størst blandt drenge, mens piger hyppigere modtager behandling i ungdomsårene.

Resultater, indikatormål

Indikator I

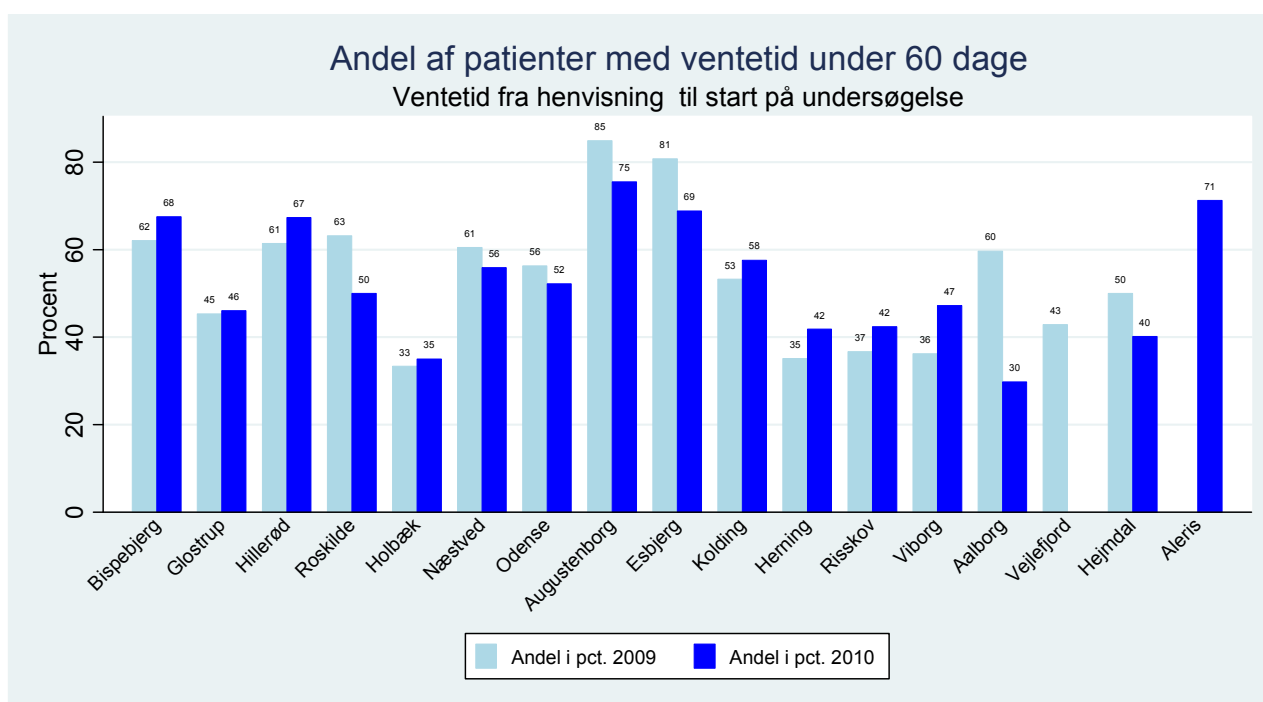
Ventetid

Det er servicemålet, at undersøgelse skal starte indenfor to måneder efter modtagelse af henvisning. Indikator standard er at 75 % startes inden 60 dage. Ventetidsindikatoren er opgjort som ventetid ”fra henvisning til start undersøgelse (T1)”

Der er store forskelle på ventetiden på tværs af afdelingerne. Det varierer fra 75% opfyldelse af indikatormålet i Augustenborg til 30% opfyldelse i Ålborg, men ikke meget forskel fra 2009 til 2010 (Figur 4), bortset fra i Ålborg. På regionsniveau er det udelukkende region Nordjylland som har en markant mindre andel af forløb som startes indenfor 60 dage (Figur 6) i forhold til 2009. Andelen er her faldet fra 60% i 2009 til 30% i 2010. De øvrige regioner ligger med en gennemsnitlig opfyldelse af indikatoren på 43 til 65%. Region Hovedstaden og region Midtjylland har begge lidt bedre målopfyldelse i 2010 i forhold til 2009, mens region Sjælland og region Syddanmark har lidt flere som venter over 60 dage.

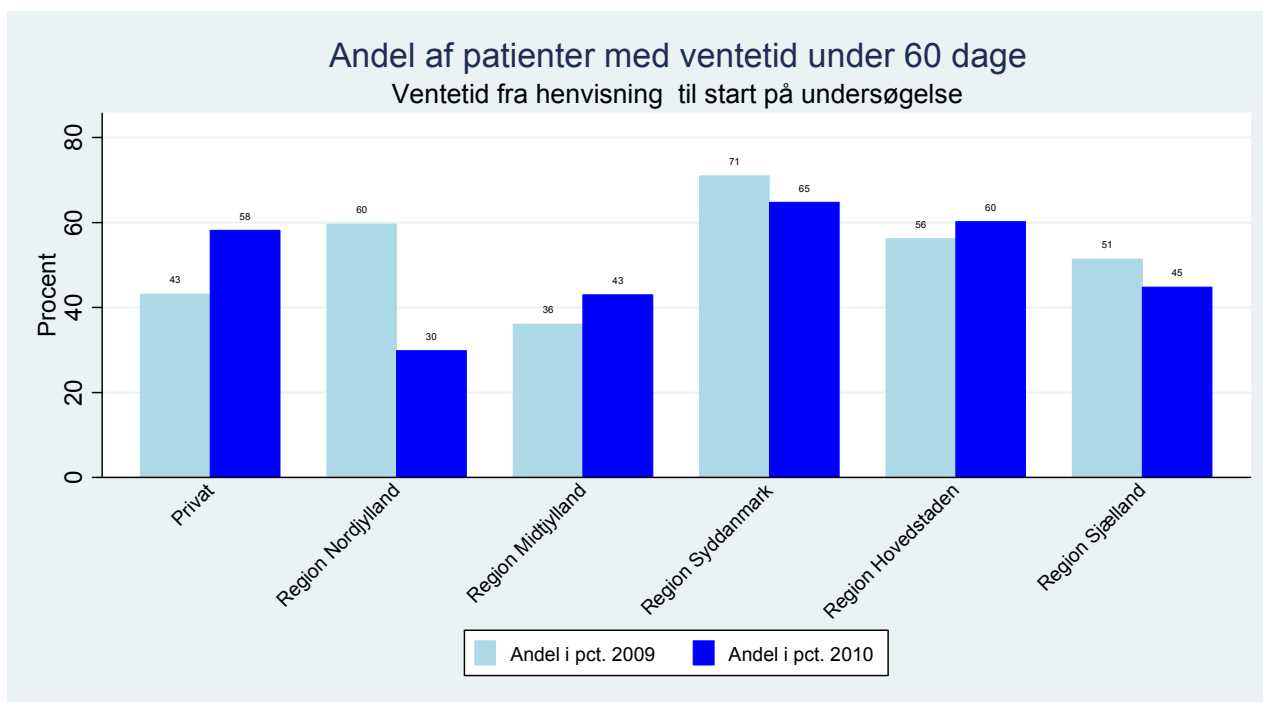
I Figur 7 ses at de fleste regioner har markant størst andel af forløb som startes indenfor 60 dage og få forløb med start efter 120 dage (de to første søjler). Kun region Nordjylland viser et anderledes mønster

Figur 5 Ventetid til start undersøgelse (afdelinger)

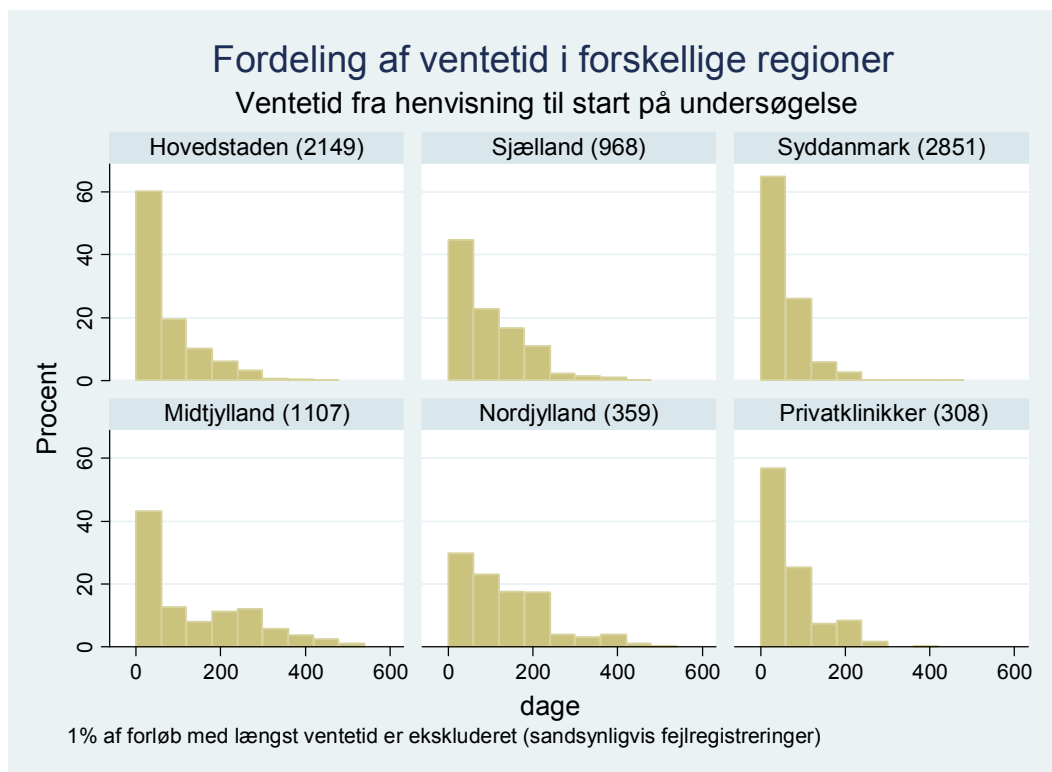


Figur 6

Ventetid til start undersøgelse (regioner)



Figur 7 Ventetidsfordeling i regioner og på privatklinikker



Indikator II

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents) er BupBasens primære resultatindikator. Den scores af klinikeren på 13 items, hver dækkende et problemområde med en scoring på en skala fra 0 til 4. Overlap mellem områderne er begrænset, så hvert item udgør et specifikt bidrag. Den totale score fra 0-52 repræsenterer sværhedsgraden af symptomer og belastning som helhed. HoNOSCA dækker følgende symptomområder.

Blok a. Adfærdsproblemer

1. Aggressiv/antisocial
2. Hyperaktivitet, opmærksomhed
3. Selvskade
4. Misbrug

Blok b. Funktionsevne

5. Bøglige/sproglige færdigheder
6. Fysisk sygdom / handicap

Blok c. Symptomer

7. Hallucinationer og vrangforestillinger
8. Ikke-organisk somatiske symptomer
9. Emotionelle symptomer o.lign.

Blok d. Social problemer

10. Problemer med jævnaldrende
11. Selvhjulpethed og selvstændighed
12. Familieliv og forhold
13. Mangelfuld skole fremmøde

Betegnelsen ”resultatindikator” skal tages med forbehold. Der vil almindeligvis være flere samvirkende forklaringer på, at en patient ændrer symptomer og adfærdsmønster. Behandlingseffekt er en af disse mulige forklaringer. Strengt taget ville det være mere korrekt at tale om ”ændring fra start til slut”. Det samme gælder for indikatorerne GAPD og ADHD-RS.

Som samlet kommentar til de følgende tabeller, må hver enkelt afdeling/center se på antallet af de forløb som indgår med de respektive aktionsdiagnoser og sammenligne med den kliniske ”aktivitet”. Flere afdelinger må undre sig over hvor få behandlingsforløb de indgår med.

Herefter kan man se på den relative forandring i HoNOSCA score, som nu modsat tidligere, tager hensyn til forskelle i baseline score og derved giver et bedre sammenligningsgrundlag. Der er for flere aktionsdiagnoser stor variation på resultat-indikatoren og grundlag for eftertanke/indsats for at optimere behandlingen de steder hvor den relative ”bedring” er væsentlig mindre end landsgennemsnittet.

Tabel 12

Psykose	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	36	18,9	19	5	29	15,6	3,3	17,4
Glostrup	39	18,3	18	7	30	15,7	2,6	14,0
Hillerød	25	15,0	14	2	27	14,3	0,7	4,5
Roskilde	13	15,8	15	8	30	13,1	2,8	17,5
Odense	7	16,6	15	12	25	11,9	4,7	28,4
Augustenborg	9	21,6	23	12	28	16,0	5,6	25,8
Esbjerg	40	18,6	17	8	31	15,0	3,6	19,4
Kolding	4	21,8	21	8	37	22,8	-1,0	-4,6
Risskov	8	17,0	18	12	21	12,3	4,8	27,9
Viborg	1	17,0	17	17	17	16,0	1,0	5,9
Aalborg	6	18,2	18	10	29	15,5	2,7	14,7
Hele landet	188	18,0	18	2	37	15,0	2,9	16,3
Region Hovedstaden	100	17,7	18	2	30	15,3	2,4	13,3
Region Sjælland	13	15,8	15	8	30	13,1	2,8	17,5
Region Syddanmark	60	19,0	17	8	37	15,3	3,7	19,6
Region Midtjylland	9	17,0	17	12	21	12,7	4,3	25,5
Region Nordjylland	6	18,2	18	10	29	15,5	2,7	14,7

Tabel 13

Affektiv forstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	45	17,3	15	8	31	11,7	5,6	32,3
Glostrup	36	17,2	17	8	26	12,4	4,9	28,2
Hillerød	32	17,6	18	5	35	10,8	6,7	38,3
Roskilde	9	15,2	14	9	24	8,0	7,2	47,4
Holbæk	2	15,0	15	13	17	7,0	8,0	53,3
Næstved	8	14,0	14	8	24	11,9	2,1	15,2
Odense	31	17,1	16	5	28	8,7	8,4	49,1
Augustenborg	34	18,6	19	5	36	12,4	6,2	33,5
Esbjerg	71	13,7	13	4	29	8,2	5,4	39,8
Kolding	49	14,7	15	2	30	9,5	5,3	35,7
Herning	6	18,2	18	15	24	12,0	6,2	33,9
Risskov	6	10,7	11	2	19	11,0	-0,3	-3,1
Aalborg	26	15,2	15	3	29	12,0	3,2	20,8
Aleris	1	19,0	19	19	19	19,0	0,0	0,0
Hele landet	356	16,0	15	2	36	10,4	5,5	34,7
Region								
Hovedstaden	113	17,4	17	5	35	11,7	5,7	32,7
Region Sjælland	19	14,7	14	8	24	9,5	5,2	35,1
Region Syddanmark	185	15,4	15	2	36	9,4	6,0	39,1
Region Midtjylland	12	14,4	16	2	24	11,5	2,9	20,2
Region Nordjylland	26	15,2	15	3	29	12,0	3,2	20,8
Private	1	19,0	19	19	19	19,0	0,0	0,0

Tabel 14

Angst - OCD	N	T1				T2	Differens	
Center		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	19	10,0	9	0	26	6,6	3,4	33,7
Glostrup	19	14,3	13	3	27	8,5	5,8	40,4
Hillerød	33	11,0	10	4	24	7,8	3,2	29,1
Roskilde	8	9,9	9	7	15	5,9	4,0	40,5
Holbæk	7	11,6	9	5	20	5,3	6,3	54,3
Næstved	14	13,0	14	5	25	12,6	0,4	3,0
Odense	23	12,6	11	4	30	9,7	2,9	23,1
Augustenborg	31	17,5	17	7	32	14,0	3,5	20,0
Esbjerg	42	10,4	10	3	23	8,1	2,3	22,0
Kolding	33	11,5	11	0	27	8,4	3,1	26,6
Herning	5	9,2	9	4	17	5,6	3,6	39,1
Risskov	29	9,7	7	4	23	9,1	0,6	6,4
Viborg	3	6,3	6	4	9	7,3	-1,0	-15,8
Aalborg	15	13,7	14	5	22	10,5	3,1	22,9
Hele landet	281	12,0	11	0	32	9,1	2,9	24,3
Region Hovedstaden	71	11,6	11	0	27	7,7	3,9	33,9
Region Sjælland	29	11,8	11	5	25	8,9	2,9	24,9
Region Syddanmark	129	12,8	12	0	32	9,9	2,9	22,6
Region Midtjylland	37	9,4	7	4	23	8,5	0,9	9,5
Region Nordjylland	15	13,7	14	5	22	10,5	3,1	22,9

Tabel 15

Reaktiv forstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdif
Bispebjerg	18	16,7	17	3	30	12,7	4,1	24,3
Glostrup	9	13,6	13	6	22	6,4	7,1	52,5
Hillerød	17	14,6	15	3	26	11,6	3,1	20,9
Roskilde	2	9,5	10	9	10	7,0	2,5	26,3
Holbæk	2	8,5	9	5	12	12,5	-4,0	-47,1
Næstved	1	11,0	11	11	11	5,0	6,0	54,5
Odense	23	16,3	16	6	27	11,2	5,2	31,6
Augustenborg	78	17,5	17	3	34	12,8	4,7	26,8
Esbjerg	43	12,5	12	0	25	8,4	4,1	33,0
Kolding	40	13,9	15	2	33	11,9	2,0	14,3
Herning	3	8,0	7	4	13	5,3	2,7	33,3
Risskov	21	18,1	20	9	24	13,7	4,4	24,4
Viborg	3	21,0	26	6	31	14,3	6,7	31,7
Aalborg	23	17,0	17	1	30	14,8	2,1	12,6
Hele landet	283	15,6	16	0	34	11,7	3,9	25,1
Region								
Hovedstaden	44	15,3	16	3	30	11,0	4,3	28,1
Region Sjælland	5	9,4	10	5	12	8,8	0,6	6,4
Region Syddanmark	184	15,4	15	0	34	11,4	4,0	26,1
Region Midtjylland	27	17,3	19	4	31	12,9	4,5	25,9
Region Nordjylland	23	17,0	17	1	30	14,8	2,1	12,6

Tabel 16

Spiseforstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	35	16,4	16	6	29	12,6	3,9	23,5
Glostrup	25	13,8	13	3	27	11,8	2,0	14,5
Hillerød	38	14,4	15	1	27	11,7	2,7	19,0
Roskilde	10	10,1	13	4	18	8,8	1,3	12,9
Holbæk	8	10,5	10	1	20	9,6	0,9	8,8
Næstved	4	13,3	12	9	20	10,8	2,5	18,9
Odense	27	20,1	21	7	31	11,0	9,1	45,1
Augustenborg	19	19,2	20	10	34	13,2	5,9	31,0
Esbjerg	27	14,0	14	6	21	8,2	5,7	41,1
Kolding	27	15,5	14	2	28	10,2	5,3	34,2
Herning	11	16,6	15	9	28	13,8	2,8	16,9
Risskov	4	23,0	23	18	29	20,3	2,8	12,0
Aalborg	38	12,7	13	3	28	9,5	3,2	25,1
Hele landet	273	15,3	15	1	34	11,1	4,2	27,3
Region								
Hovedstaden	98	15,0	15	1	29	12,0	2,9	19,7
Region Sjælland	22	10,8	12	1	20	9,4	1,4	12,8
Region Syddanmark	100	17,0	17	2	34	10,5	6,6	38,5
Region Midtjylland	15	18,3	18	9	29	15,5	2,8	15,3
Region Nordjylland	38	12,7	13	3	28	9,5	3,2	25,1

Tabel 17

Personlighedsforstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	5	19,0	17	11	29	13,0	6,0	31,6
Glostrup	12	21,1	21	12	34	15,9	5,2	24,5
Roskilde	8	15,8	16	9	26	14,5	1,3	7,9
Holbæk	3	13,7	16	6	19	12,3	1,3	9,8
Næstved	3	13,3	13	6	21	17,0	-3,7	-27,5
Odense	10	22,3	23	14	30	15,0	7,3	32,7
Augustenborg	7	21,9	24	11	30	20,0	1,9	8,5
Esbjerg	9	18,6	19	13	25	16,3	2,2	12,0
Kolding	7	15,9	16	13	20	16,1	-0,3	-1,8
Hele landet	64	18,9	18	6	34	15,8	3,1	16,5
Region Hovedstaden	17	20,5	20	11	34	15,1	5,4	26,4
Region Sjælland	14	14,8	15	6	26	14,6	0,2	1,4
Region Syddanmark	33	19,8	18	11	30	16,7	3,2	15,9

Tabel 18

ASD	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	43	15,0	14	6	29	13,7	1,3	8,9
Glostrup	45	16,0	15	5	28	12,5	3,5	22,1
Hillerød	63	13,2	12	5	26	11,6	1,6	12,2
Roskilde	26	14,0	14	4	22	12,1	1,9	13,7
Holbæk	3	18,3	13	11	31	14,0	4,3	23,6
Næstved	11	13,0	13	6	19	12,8	0,2	1,4
Odense	13	15,5	16	5	26	12,5	3,0	19,3
Augustenborg	11	19,8	19	9	41	16,5	3,4	17,0
Esbjerg	11	14,7	15	8	21	13,6	1,1	7,4
Kolding	68	12,9	12	3	34	10,5	2,4	18,5
Herning	23	13,7	14	3	35	10,5	3,1	22,8
Risskov	43	15,0	15	4	25	13,6	1,4	9,5
Viborg	10	21,6	23	12	30	15,7	5,9	27,3
Aalborg	29	14,0	13	4	24	13,7	0,3	2,2
Hele landet	399	14,5	14	3	41	12,4	2,1	14,4
Region Hovedstaden	151	14,6	14	5	29	12,4	2,1	14,6
Region Sjælland	40	14,1	14	4	31	12,4	1,6	11,6
Region Syddanmark	103	14,2	14	3	41	11,7	2,4	17,1
Region Midtjylland	76	15,4	15	3	35	13,0	2,5	16,1
Region Nordjylland	29	14,0	13	4	24	13,7	0,3	2,2

Tabel 19

ADHD	N	T1				T2	Differens	
Center		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	104	12,9	13	2	29	9,5	3,4	26,1
Glostrup	100	13,6	12	6	26	9,2	4,3	32,1
Hillerød	175	11,7	11	3	24	9,2	2,5	21,7
Roskilde	45	12,9	12	3	27	11,0	1,9	15,0
Holbæk	3	14,3	14	4	25	13,0	1,3	9,3
Næstved	15	12,5	12	5	23	12,9	-0,4	-3,2
Odense	28	13,5	13	3	36	9,6	3,9	29,1
Augustenborg	113	15,6	15	4	36	11,4	4,2	26,8
Esbjerg	25	11,6	12	4	23	8,9	2,6	22,8
Kolding	118	10,6	10	0	24	9,2	1,4	13,4
Herning	60	12,9	13	3	25	9,3	3,6	28,1
Risskov	92	12,8	13	5	22	9,0	3,8	29,9
Viborg	106	16,1	16	5	32	10,8	5,3	32,7
Aalborg	73	14,5	15	4	26	12,0	2,5	17,5
Aleris	5	11,8	11	10	15	4,6	7,2	61,0
Hele landet	1062	13,2	13	0	36	9,9	3,3	24,8
Region								
Hovedstaden	379	12,5	12	2	29	9,3	3,2	25,9
Region Sjælland	63	12,9	12	3	27	11,5	1,3	10,5
Region Syddanmark	284	13,0	12	0	36	10,1	2,9	22,2
Region Midtjylland	258	14,2	14	3	32	9,8	4,4	30,8
Region Nordjylland	73	14,5	15	4	26	12,0	2,5	17,5
Private	5	11,8	11	10	15	4,6	7,2	61,0

Tabel 20

Adfærdsforstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	dif	rdiff
Bispebjerg	2	22,0	22	18	26	9,5	12,5	56,8
Glostrup	5	17,6	16	13	24	11,6	6,0	34,1
Hillerød	9	13,4	12	7	26	12,4	1,0	7,4
Roskilde	1	25,0	25	25	25	26,0	-1,0	-4,0
Holbæk	1	15,0	15	15	15	12,0	3,0	20,0
Næstved	3	15,0	16	9	20	15,0	0,0	0,0
Odense	9	18,6	16	7	36	11,9	6,7	35,9
Augustenborg	6	18,3	19	6	33	20,0	-1,7	-9,1
Esbjerg	14	15,5	16	0	27	13,6	1,9	12,4
Kolding	15	15,8	15	8	35	14,9	0,9	5,9
Herning	3	20,7	23	13	26	17,3	3,3	16,1
Risskov	4	20,5	20	18	24	9,7	10,8	52,8
Aalborg	8	21,6	22	13	30	20,6	1,0	4,6
Hele landet	80	17,3	17	0	36	14,7	2,7	15,4
Region Hovedstaden	16	15,8	15	7	26	11,8	4,0	25,3
Region Sjælland	5	17,0	16	9	25	16,6	0,4	2,4
Region Syddanmark	44	16,6	16	0	36	14,5	2,1	12,4
Region Midtjylland	7	20,6	20	13	26	13,5	7,1	34,4
Region Nordjylland	8	21,6	22	13	30	20,6	1,0	4,6

Tabel 21

Emotionelle forstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	3	11,0	9	9	15	8,7	2,3	21,2
Glostrup	5	16,8	19	9	23	13,8	3,0	17,9
Hillerød	11	12,8	11	8	20	10,7	2,1	16,3
Holbæk	1	12,0	12	12	12	9,0	3,0	25,0
Næstved	4	17,5	17,5	14	21	13,3	4,3	24,3
Odense	12	13,7	12	8	25	9,8	3,8	28,0
Augustenborg	3	7,0	7	5	9	11,3	-4,3	-61,9
Esbjerg	4	11,8	10	6	21	11,5	0,3	2,1
Kolding	5	9,8	8	6	15	8,2	1,6	16,3
Herning	4	10,0	9	8	14	7,5	2,5	25,0
Risskov	8	12,1	12,5	7	16	5,4	6,8	55,7
Aalborg	1	18,0	18	18	18	19,0	-1,0	-5,6
Hele landet	61	12,7	12	5	25	9,9	2,8	21,9
Region								
Hovedstaden	19	13,6	12	8	23	11,2	2,4	17,4
Region Sjælland	5	16,4	15	12	21	12,4	4,0	24,4
Region Syddanmark	24	11,7	10	5	25	10,0	1,8	14,9
Region Midtjylland	12	11,4	10,5	7	16	6,1	5,3	46,7
Region Nordjylland	1	18,0	18	18	18	19,0	-1,0	-5,6

Tabel 22

Tilknytningsforstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Glostrup	7	19,29	19	10	31	14,86	4,43	22,96
Hillerød	17	12,65	13	5	19	13,29	-0,65	-5,12
Roskilde	2	22,50	22,5	16	29	21,50	1,00	4,44
Holbæk	1	29,00	29	29	29	18,00	11,00	37,93
Næstved	3	16,33	15	13	21	15,33	1,00	6,12
Odense	7	17,57	19	5	33	14,43	3,14	17,89
Augustenborg	8	22,13	22,5	5	34	20,00	2,13	9,60
Esbjerg	4	16,00	16,5	12	19	14,75	1,25	7,81
Kolding	7	12,71	13	3	24	11,71	1,00	7,87
Herning	2	14,50	14,5	14	15	9,00	5,50	37,93
Risskov	5	15,00	16	10	17	10,80	4,20	28,00
Viborg	2	13,00	13	9	17	9,50	3,50	26,92
Aalborg	9	14,89	15	4	22	14,56	0,33	2,24
Hele landet	74	16,08	15	3	34	14,34	1,74	10,84
Region Hovedstaden	24	14,58	14	5	31	13,75	0,83	5,71
Region Sjælland	6	20,50	18,5	13	29	17,83	2,67	13,01
Region Syddanmark	26	17,42	17,5	3	34	15,46	1,96	11,26
Region Midtjylland	9	14,44	15	9	17	10,11	4,33	30,00
Region Nordjylland	9	14,89	15	4	22	14,56	0,33	2,24

Tabel 23

Andre diagnoser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdif
Bispebjerg	2	15,5	16	14	17	17,0	-1,5	-9,7
Glostrup	2	15,5	16	13	18	11,5	4,0	25,8
Hillerød	5	16,2	14	9	26	14,6	1,6	9,9
Næstved	2	21,0	21	13	29	19,0	2,0	9,5
Odense	5	11,8	11	6	17	11,2	0,6	5,1
Augustenborg	20	18,6	18	5	31	12,8	5,8	31,2
Esbjerg	30	13,4	11	2	34	10,6	2,8	20,6
Kolding	27	10,3	9	3	22	7,6	2,7	26,2
Herning	8	9,6	10	5	16	7,0	2,6	27,3
Risskov	6	9,2	9	1	17	7,7	1,5	16,4
Viborg	2	15,0	15	15	15	11,0	4,0	26,7
Aalborg	13	10,7	10	2	18	8,8	1,9	18,0
Hele landet	122	13,1	12	1	34	10,2	2,9	22,2
Region Hovedstaden	9	15,9	14	9	26	14,4	1,4	9,1
Region Sjælland	2	21,0	21	13	29	19,0	2,0	9,5
Region Syddanmark	82	13,6	11	2	34	10,2	3,4	24,7
Region Midtjylland	16	10,1	10	1	17	7,8	2,4	23,5
Region Nordjylland	13	10,7	10	2	18	8,8	1,9	18,0

Tabel 24

Ingen uspecifik diagnose	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Center								
Bispebjerg	16	19,8	19	9	40	16,9	2,9	14,8
Glostrup	31	13,5	14	4	24	11,4	2,1	15,3
Hillerød	54	10,8	11	4	26	9,8	1,0	9,3
Roskilde	6	12,3	14	5	16	9,0	3,3	27,0
Holbæk	1	20,0	20	20	20	19,0	1,0	5,0
Næstved	1	14,0	14	14	14	14,0	0,0	0,0
Odense	9	13,3	14	9	18	8,9	4,4	33,3
Augustenborg	31	15,3	15	0	38	14,5	0,7	4,7
Esbjerg	39	17,4	18	4	37	12,2	5,2	29,9
Kolding	49	12,1	11	1	31	10,3	1,8	15,0
Herning	14	10,5	11	4	23	7,7	2,8	26,5
Risskov	36	14,7	14	3	28	10,9	3,9	26,2
Viborg	14	16,1	16	4	28	11,6	4,6	28,3
Aalborg	15	15,7	15	2	28	12,6	3,1	19,9
Hele landet	316	14,0	13	0	40	11,4	2,6	18,7
Region Hovedstaden	101	13,0	12	4	40	11,4	1,6	12,4
Region Sjælland	8	13,5	15	5	20	10,9	2,6	19,4
Region Syddanmark	128	14,6	14	0	38	11,8	2,8	19,0
Region Midtjylland	64	14,1	14	3	28	10,3	3,8	26,8
Region Nordjylland	15	15,7	15	2	28	12,6	3,1	19,9

Indikator III

GAPD (Global Assessment of Psychosocial Disability) skalaen er det andet mål ved siden af HoNOSCA, der kan anvendes til beskrivelse af ændring fra start (T1) til revurdering (T2) i alle aldersgrupper (i modsætning til HoNOSCA). Skalaen er fra WHO's side defineret med ord som: En helhedsvurdering af den psykosociale funktionsevne, nærmere uddybet som psykologisk, social og beskæftigelsesmæssig funktion. Ved start af undersøgelse skal man score svarende til det laveste funktionsniveau de seneste 3 måneder, ved revurdering den seneste måned

Skalaen defineres således:

0 Særdeles god/god social funktion

Særdeles god/god funktion på alle sociale områder. Gode relationer til familie, kammerater og andre voksne udenfor familien; indgår ubesværet i nye sociale sammenhænge; og gode fritidsaktiviteter og interesser.

1 Moderat social funktion

Moderat generel funktion, men med forbigående eller mindre vanskeligheder inden for et eller to områder (funktionen kan være bedre på et eller to andre områder).

2 Let nedsat social funktionsevne

Tilfredsstillende funktion på de fleste områder, men lette vanskeligheder på mindst et eller to områder (som f.eks. problemer med kammerater, nedsat social aktivitet, nedsat interesse, problemer i relation til familien, nedsat socialt engagement eller vanskeligheder i forhold til voksne udenfor familien).

3 Moderat nedsat social funktionsevne

Moderat nedsat social funktionsevne på mindst et eller to områder.

4 Alvorlig nedsat social funktionsevne

Alvorlig nedsat social funktionsevne på mindst et eller to områder (som f.eks. mangel på kammerater, ude af stand til at overskue nye sociale situationer, eller ude af stand til at gå i skole).

5 Alvorlig og gennemgribende nedsat social funktionsevne

Alvorlig nedsat funktionsevne på de fleste områder.

6 Ude af stand til at fungere på de fleste områder

Behøver vedvarende omsorg og støtte fra andre mennesker for at kunne fungere i hverdagen; ude af stand til at klare sig selv.

7 Betydelig og gennemgribende nedsat funktionsevne

Ofte ude af stand til at opretholde minimal personlig hygiejne eller har ofte brug for støtte til at undgå, at der opstår fare for barnet selv eller andre, eller har betydelig nedsat evne til at kommunikere.

8 Dybtgående og gennemgribende nedsat social funktionsevne

Vedvarende ude af stand til at opretholde personlig hygiejne eller vedvarende risiko for at kunne skade sig selv eller andre, eller total mangel på kommunikationsevne.

Algoritmen for placering af forløbene i outcome-grupper er således:

Gruppering af outcome:

- *svagt belastet*: GAPD score ved T2 < 3

- *middel belastet*: GAPD score ved T2 \geq 3 og GAPD score ved T2 < GAPD score ved T1

- *svært belastet*: GAPD score ved T2 \geq 3 og GAPD score ved T2 \geq GAPD score ved T1.

Det skal bemærkes, at GAPD (til forskel fra HoNOSCA) kan anvendes for alle aldersgrupper, også børn under 4 år og for yngre voksne (18+ år).

Som for HoNOSCA er afrapporteringen i denne årsrapport omdefineret til ”relativ ændring” i GAPD-score (forskul mellem T1 og T2-score divideret med baselinescore).

I beskrivelserne af outcome i det følgende indgår – som ved HoNOSCA – kun forløb med behandling.

GAPD outcome fordelt på på aktiondiagnoser og afdelinger

Tabel 25

Psykose	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max		mean	diff
Center								
Bispebjerg	36	4,03	4	1	8	3,64	0,39	9,66
Glostrup	39	3,72	4	2	5	3,44	0,28	7,59
Hillerød	25	3,64	4	1	5	3,24	0,40	10,99
Roskilde	13	4,00	4	1	6	3,46	0,54	13,46
Odense	5	3,00	3	1	4	2,60	0,40	13,33
Augustenborg	9	5,22	5	3	8	3,89	1,33	25,53
Esbjerg	40	3,42	3	2	7	3,22	0,20	5,84
Kolding	4	4,75	5	2	7	5,00	-0,25	-5,26
Risskov	8	3,88	4	1	5	2,88	1,00	25,81
Viborg	1	3,00	3	3	3	4,00	-1,00	-33,33
Aalborg	6	3,50	3	3	6	3,67	-0,17	-4,76
Hele landet	186	3,80	4	1	8	3,42	0,37	9,77
Region Hovedstaden	100	3,81	4	1	8	3,46	0,35	9,19
Region Sjælland	13	4,00	4	1	6	3,46	0,54	13,46
Region Syddanmark	58	3,76	3	1	8	3,40	0,36	9,63
Region Midtjylland	9	3,78	4	1	5	3,00	0,78	20,59
Region Nordjylland	6	3,50	3	3	6	3,67	-0,17	-4,76

Tabel 26

Affektiv forstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	45	3,80	4	1	7	2,82	0,98	25,73
Glostrup	36	3,75	4	2	6	2,86	0,89	23,70
Hillerød	32	3,72	4	0	7	2,41	1,31	35,29
Roskilde	9	3,33	3	2	5	2,00	1,33	40,00
Holbæk	2	2,00	2	2	2	2,00	0,00	0,00
Næstved	8	3,50	3	2	5	2,75	0,75	21,43
Odense	27	3,15	3	1	4	2,04	1,11	35,29
Augustenborg	34	3,65	4	1	7	2,41	1,24	33,87
Esbjerg	70	2,53	2	0	6	1,73	0,80	31,64
Kolding	49	3,08	3	0	6	2,08	1,00	32,45
Herning	6	3,17	3,5	2	4	2,67	0,50	15,79
Risskov	6	2,67	3	1	4	2,67	0,00	0,00
Aalborg	26	3,04	3	1	6	2,35	0,69	22,78
Aleris	1	3,00	3	3	3	4,00	-1,00	-33,33
Hele landet	351	3,25	3	0	7	2,30	0,95	29,18
Region Hovedstaden	113	3,76	4	0	7	2,72	1,04	27,76
Region Sjælland	19	3,26	3	2	5	2,32	0,95	29,03
Region Syddanmark	180	2,98	3	0	7	2,00	0,98	32,96
Region Midtjylland	12	2,92	3	1	4	2,67	0,25	8,57
Region Nordjylland	26	3,04	3	1	6	2,35	0,69	22,78
Private	1	3,00	3	3	3	4,00	-1,00	-33,33

Tabel 27

Angst – OCD	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	20	2,90	2,5	0	7	2,05	0,85	29,31
Glostrup	19	3,00	3	1	6	2,11	0,89	29,82
Hillerød	33	2,73	3	0	5	2,15	0,58	21,11
Roskilde	8	2,63	3	1	5	1,88	0,75	28,57
Holbæk	7	2,86	3	1	4	0,86	2,00	70,00
Næstved	13	3,23	3	1	7	3,08	0,15	4,76
Odense	23	3,22	3	0	6	2,74	0,48	14,86
Augustenborg	31	3,74	3	1	8	3,39	0,35	9,48
Esbjerg	42	2,24	2	0	5	1,67	0,57	25,53
Kolding	33	2,45	3	0	4	2,06	0,39	16,05
Herning	5	2,80	2	2	4	1,80	1,00	35,71
Risskov	29	2,45	2	0	5	2,76	-0,31	-12,68
Viborg	3	2,33	2	2	3	2,33	0,00	0,00
Aalborg	15	3,40	3	2	6	2,47	0,93	27,45
Hele landet	281	2,83	3	0	8	2,32	0,51	18,09
Region Hovedstaden	72	2,85	3	0	7	2,11	0,74	25,85
Region Sjælland	28	2,96	3	1	7	2,18	0,79	26,51
Region Syddanmark	129	2,83	3	0	8	2,37	0,46	16,16
Region Midtjylland	37	2,49	2	0	5	2,59	-0,11	-4,35
Region Nordjylland	15	3,40	3	2	6	2,47	0,93	27,45

Tabel 28

Reaktiv forstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	19	3,37	4	0	6	3,21	0,16	4,69
Glostrup	9	3,00	3	2	4	1,56	1,44	48,15
Hillerød	17	3,29	3	0	5	2,71	0,59	17,86
Roskilde	2	1,00	1	0	2	0,50	0,50	50,00
Holbæk	2	1,50	1,5	1	2	2,50	-1,00	-66,67
Næstved	1	3,00	3	3	3	2,00	1,00	33,33
Odense	23	2,96	3	1	7	2,39	0,57	19,12
Augustenborg	78	3,32	3	0	7	2,55	0,77	23,17
Esbjerg	43	2,05	2	0	6	1,40	0,65	31,82
Kolding	40	2,95	3	0	5	2,72	0,23	7,63
Herning	3	1,33	1	1	2	1,33	0,00	0,00
Risskov	21	2,71	3	2	4	2,38	0,33	12,28
Viborg	3	3,33	4	1	5	3,00	0,33	10,00
Aalborg	23	3,09	3	0	5	2,96	0,13	4,23
Hele landet	284	2,92	3	0	7	2,40	0,52	17,71
Region Hovedstaden	45	3,27	3	0	6	2,69	0,58	17,69
Region Sjælland	5	1,60	2	0	3	1,60	0,00	0,00
Region Syddanmark	184	2,90	3	0	7	2,30	0,60	20,64
Region Midtjylland	27	2,63	3	1	5	2,33	0,30	11,27
Region Nordjylland	23	3,09	3	0	5	2,96	0,13	4,23

Tabel 29

Spiseforstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	36	3,39	3	0	6	3,03	0,36	10,66
Glostrup	25	3,56	3	1	7	2,92	0,64	17,98
Hillerød	38	2,37	2	0	6	2,11	0,26	11,11
Roskilde	10	2,30	2	0	4	2,00	0,30	13,04
Holbæk	2	2,50	2,5	0	5	1,50	1,00	40,00
Næstved	4	3,25	3,5	2	4	2,50	0,75	23,08
Odense	27	3,56	3	2	6	2,26	1,30	36,46
Augustenborg	19	3,58	4	1	6	1,95	1,63	45,59
Esbjerg	26	2,15	2	1	3	1,38	0,77	35,71
Kolding	27	3,11	3	0	6	2,44	0,67	21,43
Herning	11	2,18	2	2	3	2,18	0,00	0,00
Risskov	4	4,25	4,5	3	5	4,00	0,25	5,88
Aalborg	38	2,58	2,5	1	5	2,05	0,53	20,41
Hele landet	267	2,94	3	0	7	2,30	0,64	21,91
Region Hovedstaden	99	3,04	3	0	7	2,65	0,39	12,96
Region Sjælland	16	2,56	2	0	5	2,06	0,50	19,51
Region Syddanmark	99	3,07	3	0	6	2,02	1,05	34,21
Region Midtjylland	15	2,73	2	2	5	2,67	0,07	2,44
Region Nordjylland	38	2,58	2,5	1	5	2,05	0,53	20,41

Tabel 30

Personlighedsforstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	5	3,40	4	2	4	3,00	0,40	11,76
Glostrup	12	3,50	3,5	3	4	3,00	0,50	14,29
Roskilde	8	3,13	3	2	4	3,75	-0,63	-20,00
Holbæk	3	1,33	1	1	2	1,67	-0,33	-25,00
Næstved	3	3,33	3	3	4	4,33	-1,00	-30,00
Odense	10	4,30	4	2	6	3,30	1,00	23,26
Augustenborg	7	5,00	5	4	6	4,43	0,57	11,43
Esbjerg	9	3,00	3	2	4	3,22	-0,22	-7,41
Kolding	7	3,00	3	1	4	2,71	0,29	9,52
Hele landet	64	3,50	3	1	6	3,30	0,20	5,80
Region Hovedstaden	17	3,47	4	2	4	3,00	0,47	13,56
Region Sjælland	14	2,79	3	1	4	3,43	-0,64	-23,08
Region Syddanmark	33	3,82	4	1	6	3,39	0,42	11,11

Tabel 31

ASD Center	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	46	4,13	4	2	6	3,87	0,26	6,32
Glostrup	45	4,47	5	2	8	4,18	0,29	6,47
Hillerød	63	3,79	4	2	5	3,95	-0,16	-4,18
Roskilde	26	4,12	4	1	7	4,31	-0,19	-4,67
Holbæk	3	4,33	4	4	5	5,00	-0,67	-15,38
Næstved	11	4,45	4	2	7	4,36	0,09	2,04
Odense	13	5,54	5	2	8	5,00	0,54	9,72
Augustenborg	11	4,64	4	3	8	4,45	0,18	3,92
Esbjerg	11	4,55	4	3	7	4,45	0,09	2,00
Kolding	68	4,19	4	1	8	3,97	0,22	5,26
Herning	22	3,91	4	2	8	3,82	0,09	2,33
Risskov	44	4,36	4	3	7	4,39	-0,02	-0,52
Viborg	10	4,90	5	4	7	4,70	0,20	4,08
Aalborg	29	3,28	3	1	5	3,38	-0,10	-3,16
Hele landet	402	4,18	4	1	8	4,09	0,08	2,03
Region Hovedstaden	154	4,09	4	2	8	3,99	0,10	2,38
Region Sjælland	40	4,22	4	1	7	4,38	-0,15	-3,55
Region Syddanmark	103	4,45	4	1	8	4,20	0,24	5,46
Region Midtjylland	76	4,30	4	2	8	4,26	0,04	0,92
Region Nordjylland	29	3,28	3	1	5	3,38	-0,10	-3,16

Tabel 32

ADHD Center	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	110	3,33	3	0	8	2,73	0,60	18,03
Glostrup	99	3,44	3	1	5	2,69	0,76	21,99
Hillerød	175	2,97	3	0	6	2,46	0,51	17,15
Roskilde	45	3,11	3	1	5	2,71	0,40	12,86
Holbæk	3	3,33	3	2	5	3,33	0,00	0,00
Næstved	15	3,27	3	2	5	2,93	0,33	10,20
Odense	28	3,18	3	0	7	2,61	0,57	17,98
Augustenborg	112	3,21	3	0	7	2,63	0,58	18,11
Esbjerg	24	2,33	2	1	5	1,88	0,46	19,64
Kolding	118	2,79	3	0	7	2,47	0,31	11,25
Herning	60	2,58	2	0	6	2,22	0,37	14,19
Risskov	91	3,46	3	1	5	2,82	0,64	18,41
Viborg	106	3,20	3	0	6	2,47	0,73	22,71
Aalborg	73	2,85	3	0	5	2,51	0,34	12,02
Aleris	5	3,00	3	2	4	1,40	1,60	53,33
Hele landet	1064	3,09	3	0	8	2,55	0,54	17,39
Region Hovedstaden	384	3,19	3	0	8	2,59	0,60	18,76
Region Sjælland	63	3,16	3	1	5	2,79	0,37	11,56
Region Syddanmark	282	2,95	3	0	7	2,50	0,46	15,49
Region Midtjylland	257	3,15	3	0	6	2,54	0,61	19,41
Region Nordjylland	73	2,85	3	0	5	2,51	0,34	12,02
Private	5	3,00	3	2	4	1,40	1,60	53,33

Tabel 33

Adfærdsforstyrrelse	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max		diff	rdiff
Bispebjerg	2	5,00	5	4	6	3,00	2,00	40,00
Glostrup	5	3,20	3	2	4	2,80	0,40	12,50
Hillerød	9	2,78	3	1	5	2,44	0,33	12,00
Roskilde	1	5,00	5	5	5	5,00	0,00	0,00
Holbæk	1	4,00	4	4	4	4,00	0,00	0,00
Næstved	3	3,00	4	1	4	3,67	-0,67	-22,22
Odense	9	4,11	4	3	5	2,44	1,67	40,54
Augustenborg	6	3,33	3,5	2	4	3,67	-0,33	-10,00
Esbjerg	13	2,31	2	0	4	2,46	-0,15	-6,67
Kolding	15	3,27	3	1	5	3,13	0,13	4,08
Herning	3	3,67	4	3	4	3,00	0,67	18,18
Risskov	4	4,75	5	3	6	2,50	2,25	47,37
Aalborg	8	3,00	3,5	1	4	3,13	-0,13	-4,17
Hele landet	79	3,28	3	0	6	2,90	0,38	11,58
Region Hovedstaden	16	3,19	3	1	6	2,63	0,56	17,65
Region Sjælland	5	3,60	4	1	5	4,00	-0,40	-11,11
Region Syddanmark	43	3,16	3	0	5	2,86	0,30	9,56
Region Midtjylland	7	4,29	4	3	6	2,71	1,57	36,67
Region Nordjylland	8	3,00	3,5	1	4	3,13	-0,13	-4,17

Tabel 34

Emotionelle forstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	3	3,00	3	2	4	2,33	0,67	22,22
Glostrup	5	3,20	3	1	5	3,00	0,20	6,25
Hillerød	11	3,45	4	2	4	2,91	0,55	15,79
Holbæk	1	1,00	1	1	1	2,00	-1,00	-100,00
Næstved	4	3,75	4	3	4	3,25	0,50	13,33
Odense	12	3,50	3	2	6	2,58	0,92	26,19
Augustenborg	3	3,33	3	1	6	2,33	1,00	30,00
Esbjerg	3	2,67	3	1	4	2,67	0,00	0,00
Kolding	5	3,40	3	3	4	3,00	0,40	11,76
Herning	4	2,50	2	2	4	2,25	0,25	10,00
Risskov	8	2,50	2	1	4	1,38	1,13	45,00
Aalborg	1	4,00	4	4	4	4,00	0,00	0,00
Hele landet	60	3,17	3	1	6	2,57	0,60	18,95
Region Hovedstaden	19	3,32	3	1	5	2,84	0,47	14,29
Region Sjælland	5	3,20	4	1	4	3,00	0,20	6,25
Region Syddanmark	23	3,35	3	1	6	2,65	0,70	20,78
Region Midtjylland	12	2,50	2	1	4	1,67	0,83	33,33
Region Nordjylland	1	4,00	4	4	4	4,00	0,00	0,00

Tabel 35

Tilknytningsforstyrrelser	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	1	4,00	4	4	4	4,00	0,00	0,00
Glostrup	7	4,00	4	3	6	3,57	0,43	10,71
Hillerød	17	3,29	3	0	5	3,35	-0,06	-1,79
Roskilde	2	5,00	5	5	5	4,50	0,50	10,00
Holbæk	1	3,00	3	3	3	2,00	1,00	33,33
Næstved	3	4,00	4	3	5	3,67	0,33	8,33
Odense	7	4,29	4	3	6	3,71	0,57	13,33
Augustenborg	8	4,88	5	4	6	4,25	0,63	12,82
Esbjerg	4	4,00	4,5	2	5	3,75	0,25	6,25
Kolding	7	3,14	3	1	5	3,00	0,14	4,55
Herning	2	3,50	3,5	3	4	4,00	-0,50	-14,29
Risskov	5	3,40	4	2	4	3,00	0,40	11,76
Viborg	2	4,00	4	4	4	3,00	1,00	25,00
Aalborg	9	3,44	4	2	4	2,89	0,56	16,13
Hele landet	75	3,77	4	0	6	3,45	0,32	8,48
Region Hovedstaden	25	3,52	4	0	6	3,44	0,08	2,27
Region Sjælland	6	4,17	4,5	3	5	3,67	0,50	12,00
Region Syddanmark	26	4,12	4	1	6	3,69	0,42	10,28
Region Midtjylland	9	3,56	4	2	4	3,22	0,33	9,37
Region Nordjylland	9	3,44	4	2	4	2,89	0,56	16,13

Tabel 36

Andre diagnose	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	2	2,00	2	0	4	2,00	0,00	0,00
Glostrup	2	5,00	5	4	6	3,50	1,50	30,00
Hillerød	5	3,20	3	2	5	3,20	0,00	0,00
Næstved	2	3,00	3	3	3	3,00	0,00	0,00
Odense	5	3,80	4	2	5	3,40	0,40	10,53
Augustenborg	20	3,75	4	1	8	3,50	0,25	6,67
Esbjerg	30	2,60	2	0	6	2,27	0,33	12,82
Kolding	27	2,67	2	0	7	2,33	0,33	12,50
Herning	8	2,38	2,5	1	4	1,75	0,63	26,32
Risskov	6	2,83	3	0	4	2,50	0,33	11,76
Viborg	2	4,00	4	4	4	2,50	1,50	37,50
Aalborg	13	3,08	3	1	5	2,31	0,77	25,00
Hele landet	122	2,98	3	0	8	2,58	0,40	13,46
Region Hovedstaden	9	3,33	4	0	6	3,00	0,33	10,00
Region Sjælland	2	3,00	3	3	3	3,00	0,00	0,00
Region Syddanmark	82	2,98	3	0	8	2,66	0,32	10,66
Region Midtjylland	16	2,75	3	0	4	2,13	0,63	22,73
Region Nordjylland	13	3,08	3	1	5	2,31	0,77	25,00

Tabel 37

Uspecifik diagnose	N	T1				T2	Differens	
		mean	median	min	max	mean	diff	rdiff
Bispebjerg	16	4,06	4	0	8	3,69	0,38	9,23
Glostrup	31	2,97	3	1	4	2,68	0,29	9,78
Hillerød	54	2,78	3	1	4	2,41	0,37	13,33
Roskilde	6	3,00	3	2	4	2,33	0,67	22,22
Holbæk	1	3,00	3	3	3	2,00	1,00	33,33
Næstved	1	2,00	2	2	2	2,00	0,00	0,00
Odense	9	3,11	3	2	4	2,11	1,00	32,14
Augustenborg	31	3,29	3	0	6	3,23	0,06	1,96
Esbjerg	39	2,79	3	0	8	2,23	0,56	20,18
Kolding	49	2,76	3	0	6	2,45	0,31	11,11
Herning	14	2,36	2,5	1	3	2,14	0,21	9,09
Risskov	35	3,11	3	1	6	2,60	0,51	16,51
Viborg	13	3,00	3	1	4	2,31	0,69	23,08
Aalborg	15	3,40	4	1	6	3,00	0,40	11,76
Hele landet	314	2,98	3	0	8	2,59	0,39	13,25
Region Hovedstaden	101	3,04	3	0	8	2,69	0,35	11,40
Region Sjælland	8	2,88	3	2	4	2,25	0,63	21,74
Region Syddanmark	128	2,92	3	0	8	2,55	0,38	12,83
Region Midtjylland	62	2,92	3	1	6	2,44	0,48	16,57
Region Nordjylland	15	3,40	4	1	6	3,00	0,40	11,76

Indikator IV

ADHD-RS har nu været en resultatindikator i BupBase i 3 år. Der burde være implementeret rutiner for indsamling af spørgeskemaerne hver gang en F90.x diagnose er blandt arbejdsdiagnoserne ved start af undersøgelse (T1).

Indikator IV er andelen af forløb med ADHD arbejdsdiagnose (F90.x eller F98.8), for hvilke der registreres ADHD-RS udfyldt af henholdsvis hjem og skole (Tabel 38) og andelen af forløb med ADHD afslutningsdiagnose (T2) på akse 1 (aktionsdiagnose eller bidiagnose), som er registreret med ADHD-RS fra hjem og skole (Tabel 39).

Vi fremlægger ADHD-RS dækningsgrad på afdelingsniveau.

Dækningen er meget mangelfuld med stor lokal variation.(0-69%) for ADHD-RS baseline (Tabel 38). Centrene i Glostrup, Roskilde, Holbæk og Viborg har dækningsgrad over 50% for begge informanter. Ved follow up er dækningsgraden endnu dårligere – 0-43% (Tabel 39). Kun afdelingen i Viborg ligger med en dækning over 33% for begge informanter.

Alle centre vil blive bedt om konkrete planer for hvordan datakompletheden kommer op i nærheden af 100% på begge målepunkter og for begge informanter.

Vi fremlægger ADHD-RS dækningsgrad på afdelingsniveau:

Tablet 38: Dækningsgrad af ADHD-RS (baseline); andel med registreret ADHD-RS (start) af alle med ADHD-arbejdsdiagnose på T1 formular i 2010

Center	Antal besvaret hjem	Procent af Besvaret hjem	Antal besvaret skole	Procent af besvaret skole	Total antal af børn med ADHD ”arbejdsdiagnose” vedT1
	ADHD-RS ved T1	ADHD-RS ved T1	ADHD-RS ved T1	ADHD-RS ved T1	
Bispebjerg	0	0%	0	0%	135
Glostrup	144	69%	142	68%	209
Hillerød	120	38%	110	35%	315
Roskilde	75	66%	66	58%	114
Holbæk	105	69%	88	58%	153
Næstved	27	55%	22	45%	49
Odense	27	40%	23	34%	67
Augustenborg	47	25%	31	16%	188
Esbjerg	20	31%	16	25%	64
Kolding	136	52%	115	44%	261
Herning	21	20%	21	20%	107
Risskov	50	30%	46	28%	166
Viborg	59	59%	53	53%	100
Aalborg	23	25%	22	24%	93
Hejmdal	22	47%	1	2%	47
Aleris	1	1%	1	1%	80
Psykl.Kl. Børn og unge	1	14%	0	0%	7
Total	878	41%	757	35%	2155

Table 39: Dækningsgrad af ADHD-RS (follow up); andel med registreret ADHD-RS (revurdering) af alle med ADHD multiaksial diagnose på T2 formular i 2010

Center	Antal besvaret hjem ADHD-RS ved T2	Procent af besvaret hjem ADHD-RS ved T2	Antal Besvaret skole ADHD-RS ved T2	Procent af besvaret skole ADHD-RS ved T2	Total antal af børn med ADHD vedT2
Bispebjerg	0	0%	0	0%	175
Glostrup	43	28%	39	26%	151
Hillerød	21	10%	19	9%	205
Roskilde	23	35%	19	29%	65
Holbæk	0	0%	0	0%	5
Næstved	1	5%	1	5%	22
Odense	10	28%	10	28%	36
Augustenborg	23	15%	17	11%	158
Esbjerg	1	3%	1	3%	37
Kolding	6	4%	5	3%	149
Herning	20	30%	15	23%	66
Risskov	13	12%	8	7%	108
Viborg	48	43%	40	36%	112
Aalborg	13	15%	14	16%	85
Hejmdal	0	0%	0	0%	2
Aleris	0	0%	0	0%	71
Psyk. Kl. Børn og Unge	0	0%	0	0%	1
Total	222	15%	188	13%	1448

Indikator V

ADHD i BupBase fra 2003-2010

Siden BupBase blev etableret i efteråret 2003 er 9.463 børn og unge blevet registreret med en ADHD diagnose (F90.x eller F98.8) som aktionsdiagnose eller bidiagnose ved T2. De fordeler sig som anført i nedenstående Tabel (ADHD-1).

Tabel ADHD-1

ICD-10 kode	Aktionsdiagnose	Bidiagnose	I alt	
	N	N	N	%
DF900	5582	881	6463	68,3
DF90	87	18	105	1,1
DF901	981	84	1065	11,3
DF908	59	28	87	0,9
DF909	340	75	415	4,4
DF988	1059	269	1328	14,0
Total	8108	1355	9463	100,0

Komorbiditet (akse 1)

Af de 8.108 med ADHD som aktionsdiagnose havde 75% ingen registreret akse-1 komorbiditet. Den hyppigste komorbiditet var; ASD (F84.x) med 282 (3,5%), tics forstyrrelser (F95.X) med 276 (3,4%) og tilknytningsforstyrrelser (F94.x) med 224 (2,8%).

Komorbiditet (akse 2)

I samme kohorte med ADHD diagnose som aktionsdiagnose var der 1.414 (17,4%) med specifikke udviklingsforstyrrelser (akse 2). Fordelt som vist i Tabel ADHD-2.

Tabel ADHD-2; Komorbiditet (akse 2)

Akse 2 diagnoser	N	%
DF83.9 (Blandede specifikke udv. forstyrrelser, uspec.)	530	6,5
DF80.x (Sprog forstyrrelser)	349	4,3
DF81.x (Indlæringsvanskeligheder)	250	3,2
DF82.x (Motoriske forstyrrelser)	26	,3
Andre akse 2 diagnoser	259	3,2
DF8x (ingen)	5409	66,7
DF8u (uoplyst)	1285	15,8
Total	8108	100,0

Komorbiditet (akse 3)

Generelle udviklingsforstyrrelser (akse 3) er også ofte forekommende sammen med ADHD. Vi har registreret 1.327 (16,3%) med generelle indlæringsproblemer, flest med ”inferioritas intellektualis”.

Tabel ADHD-3: Komorbiditet (akse 3)




Akse 3 diagnoser	N	%
DR41.8 (inferioritas intellektualis)	522	6,4
DF70.0 (let retardering)	342	4,2
DF70.1 (let retardering med påvirket adfærd)	94	1,2
DF71.0 (middelsvær retardering)	46	,6
Andre akse 3 diagnoser	323	3,9
DF7x (ingen)	5624	69,4
DF7u (uoplyst)	1157	14,3
I alt	8108	100,0

ADHD-RS som resultat indikator; data fra 2008-2010

I 1.168 forløb er der registreret både baseline og follow up data i ADHD-grenen af BupBase. Der er ikke komplette data i alle disse forløb, men i det efterfølgende vil forskellige analyser blive præsenteret fra denne kliniske sub-population.

Vi indførte en algoritme for scoring af ADHD-RS på basis af den danske standardisering af ADHD-RS på knap 1000 skolebørn:

BupBase; 'ADHD-RS' Resultat indikator

- 
 • "Normalisering" (baseret på alders- og kønsstratificerede norm data)
 - T-score ≤ 60 (norm mean + 1 SD); sv. til 84 percentil i baggrundspopulationen
- 
 • "Borderline" symptombelastning
 - $60 < \text{T-score} < 70$;
- 
 • "Svær" symptombelastning
 - T-score ≥ 70 (norm mean + 2 SD); sv. til 98 percentil i baggrundspopulationen



Ved baseline er næsten alle forløb karakteriseret ved høj ADHD-RS score. Af 818 patientforløb med næsten komplette data var 82% svært symptombelastede (rød gruppe) den baseline. Ved forældrerating blev 26% normaliserede og 50,5% forblev svært belastede. De samme børn blev også vurderet af deres lærere. Som det fremgår af nedenstående tabel var skolens bedømmelse af patienterne ikke så "negativ", men 37,2% placerer sig i "normalområdet" ved follow up.

ADHD-RS total score; forældre

ADHD-RS score gruppe	Baseline		Follow up	
	N	%	N	%
Grøn = normal	39	4,8	213	26,0
Gul = intermediær	108	13,2	192	23,5
Rød = svært belastet	671	82,0	413	50,5
Total	818	100,0	818	100,0

ADHD-RS total score; lærere

ADHD-RS score gruppe	Baseline		Follow up	
	N	%	N	%
Grøn = normal	61	8,1	258	37,2
Gul = intermediær	199	26,4	255	36,7
Rød = svært belastet	494	65,5	181	26,1
Total	754	100,0	694	100,0
Missing	64	-	124	-
Total	818	-	818	-

Opgøres data på subskalaer blev 31,1% jvnf. forældrene normaliseret på uopmærksomhedsscoren og 29,8% på hyperaktivitets/impulsivitetsscoren. De tilsvarende tal for lærerscore var 47,6% og 41,2%, men her var udgangspunktet (baseline) også væsentligt ”pænere”. Vi har på baggrund af blandt andet det amerikanske MTA studie udmeldt at 50% bør kunne ”normaliseres” i et klinisk materiale uden væsentlig komorbiditet, så der synes fortsat at være mulighed for intensivering af behandlingsindsatsen.

Komorbiditet

Når materialet opdeles i forhold til komorbiditet og konkurrerende problemer ses et mønster med betydeligt dårligere outcome hos patienter med en kombineret autismespektrum forstyrrelse. I denne subgruppe er normaliseringsraten i forældrenes bedømmelse helt nede på omkring 10-15%. Der er også bedre outcome i den ”rene” ADHD gruppe sammenlignet med patienter med kombineret adfærdforstyrrelse – 30-35% i F90.0 mod 20% i F90.1. Der er samme mønster ved lærerrating, omend med mindre udtalte forskelle.

Behandlingsdata

Af de 818 var der desværre en del for hvilke vi ikke har behandlingsdata (n=230). Af de resterende blev 261 (44,4%) behandlet med hurtigtvirkende methylfenidat i døgndoser fra 5-60 mg (median 30 mg). 389 eller 66,2% fik langtidsvirkende methylfenidat. 201 af disse (52,7%) behandlede med Concerta og resten med andre former (Ritalin Uno, Medikinet og Equazym). Der var flere med kombination af hurtigt- og langtidsvirkende methylfenidat. Kun 6 patienter var i behandling med Dexafetamin og 38 (6,5%) med Atomoxetin (Strattera) (median døgndosis var 40 mg).

Af de 818 patienter havde vi data vedrørende deres undervisningstilbud på 608 børn og unge. 393 (64,6%) fik én eller anden form for særligt undervisningstilbud. Af disse fik 96 (24,4%) støtte i normalklasse, 26 modtog undervisning i støttecenter og 270 eller 68,7% gik i specialklasse

Med hensyn til kommunale støttetilbud har vi data fra 608 patientforløb. 193 (31,7%) af disse familier modtog én eller anden form for kommunal støtte. 85 (44%) fik støtte i hjemmet, 55 (28,5%) fik støtte i fritidsforanstaltning.

Af de 600 forløb hvor vi har oplysninger om den ambulante opfølgning foregår den for 426 (71%) i et ambulante specialteam.

Der kunne principielt foretages en række interessante analyser af komorbiditetsmønsterets og behandlingskombinationers betydning for outcome, men hertil at data alt for ukomplette.

Analyser af outcome (stratificeret på regioner)

Hvis man kaster sig ud i sammenligninger af afdelinger bliver stratae for tynde, men lidt analyser kan laves på regionsniveau. For at forenkle analyserne beregnes difference på T-score (ADHD-RS total score). I alle region er der signifikant reduktion af scoren både fra hjemmet og skolen. Differencen er størst i forældrerating, hvor forskellene på regionerne træder tydeligst frem.

Differens i T-score fra baseline til follow up

Region	Antal patienter		T score diff totalscore		T score diff. uopmærksom		T score diff. hyper/impuls	
	hjemmet	skolen	hjemmet	skolen	hjemmet	skolen	hjemmet	Skolen
Region Hovedstaden	166	150	12,5	10,4	11,2	10,9	11,7	12,9
Region Midtjylland	244	195	14,4	10,6	13,4	8,9	12,3	10,8
Region Nordjylland	37	32	20,1	12,6	16,6	8,6	18,9	9,9
Region Sjælland	209	156	16,2	11,9	14,0	9,1	15,8	11,7
Region Syddanmark	162	128	20,9	15,9	17,9	12,4	20,2	17,4

Tabellen skal tolkes således, at en reduktion på 10 point svarer til en standard deviation (SD). Gennemsnitsscoren (total, uopmærksomhed og hyperaktivitet/impulsivitet) reduceres i alle regioner med én til to SD, hvilket er en signifikant og klinisk markant forbedring. Der er forskelle mellem regionerne, hvor region Syddanmark generelt kommer bedst ud, både hvad angår hjemmets og skolens rating. Region Nordjylland har markant færre rapporterede forløb end de andre regioner. De synes at være mulighed for optimering af behandlingen alle steder.

ADHD-RS 2010:

Der er i 2010 registreret 3.676 med ”ADHD” som henvisningsdiagnose. I 2.733 forløb er ADHD registreret som arbejdsdiagnose ved T1. Heraf har 1.076 (39%) registreret ADHD-RS (hjemmet) og 964 (35%) registrerede ADHD-RS (skole).

Baselinescore på ADHD-RS ligger forventeligt højt i forhold til baggrundspopulationen.

ADHD-RS score (baseline)

Hjemmet	N	Mean	SD
Uopmærksomhed	1072	16,6	5,8
Hyperaktivitet / impulsivitet	1074	14,7	6,7
Adfærdsproblemer	1076	10,4	6,1
ADHD-RS total score	1063	41,8	15,3

Skole	N	Mean	SD
Uopmærksomhed	959	16,4	6,3
Hyperaktivitet / impulsivitet	964	14,5	7,8
Adfærdsproblemer	961	8,5	6,3
ADHD-RS total score	910	41,4	13,6

Tabel 40. ADHD-RS Normaliseringsraten fordelt på afdelinger; uopmærksomhed-

Center	N		% normaliseret forældre	N		% normaliseret skole
	normaliseret forældre	N total forældre		normaliseret skole	N total skole	
Glostrup	14	30	47	17	31	55
Hillerød	8	26	31	15	22	68
Region Hovedstaden	22	56	39	32	53	60
Roskilde	25	68	37	34	58	59
Holbæk	2	4	50	4	5	80
Næstved	1	5	20	3	5	60
Region Sjælland	28	77	36	41	68	60
Odense	1	14	7	9	13	69
Augustenborg	17	40	43	22	40	55
Esbjerg	0	0	0	2	4	50
Kolding	2	6	33	7	9	78
Region Syddanmark	20	60	33	40	66	61
Herning	4	24	17	15	25	60
Risskov	4	8	50	10	11	91
Viborg	20	76	26	38	70	54
Region Midtjylland	28	108	26	63	106	59
Aalborg	3	8	38	5	7	71
Region Nordjylland	3	8	38	5	7	71
Hele landet	101	309	33	181	300	60

Tabel 41. ADHD-RS Normaliseringsraten fordelt på afdelinger; Hyperaktivitet/impulsivitet

Center	N		%		N		%	
	normaliseret forældre	N total forældre	normaliseret forældre	normaliseret forældre	normaliseret skole	N total skole	normaliseret skole	normaliseret skole
Glostrup	27	71	38		38	77	49	
Hillerød	11	27	41		12	24	50	
Region Hovedstaden	38	98	39		50	101	50	
Roskilde	17	49	35		25	44	57	
Holbæk	2	6	33		2	6	33	
Næstved	0	1	0		0	1	0	
Region Sjælland	19	56	34		27	51	53	
Odense	4	16	25		5	16	31	
Augustenborg	14	32	44		18	30	60	
Esbjerg	0	1	0		0	1	0	
Kolding	4	12	33		6	14	43	
Region Syddanmark	22	61	36		29	61	48	
Herning	7	24	29		10	23	43	
Risskov	8	15	53		8	17	47	
Viborg	19	65	29		31	59	53	
Region Midtjylland	34	104	33		49	99	49	
Aalborg	3	17	18		9	17	53	
Region Nordjylland	3	17	18		9	17	53	
Hele landet	116	336	35		164	329	50	

Revisionspåtegning fra Kompetencecenter Syd (ved overlæge, PhD Linda Kærlev)

I henhold til basiskravene for de nationale kliniske kvalitetsdatabaser skal Kompetencecenter Syd fremlægge følgende bemærkninger.

BupBase adskiller sig fra de fleste andre nationale kliniske kvalitetsdatabaser ved at være specialespecifik med deraf følgende mulighed for at registrere og monitorere flere sygdomsgrupper.

Kompetencecenter Syd har indgået i et tæt samarbejde med BupBase i forbindelse med udarbejdelsen af årsrapporten for 2010. Kompetencecenterets biostatistikere har forestået den bearbejdning af produktionsdata, som muliggør afrapportering inden for den kliniske forløbsramme, som er specificeret i rapporten, og foretaget analyser af indikatorerne.

Årsrapporten indeholder en fyldestgørende redegørelse for dataindsamling og udmøntning af forløbsbegreb samt opgørelse af indikatorer, med supplerende analyser af manglende indberetninger i forhold til Patientforløb som er afsluttet efter start af undersøgelse (T1), uden at der forligger en revurdering (T2).

Kompetencecenterets epidemiolog og datamanager har lavet en opgørelse og vurdering af *databasens registreringskomplethed* for henholdsvis 2009 og for 2010 på basis af uafhængige indberetninger til Landspatientregistret, hvorved forstås andelen af Børne- og Ungdomspsykiatriske patienter registreret i BupBase, ud af den totale pulje af patienter som faktisk er opstået i Danmark. Der var i begyndelsen af 2010 problemer med at opnå fuldt dækkende dataudtræk fra Landspatientregisteret til årsrapporten for 2009, hvorfor det ikke har været muligt at udsende lister over muligt manglende cases i BupBase til afdelingerne før end i efteråret 2010. Dette kan have bevirket at manglende cases i BupBase ved benyttelse af Landspatientregisteret som ekstern datakilde som referencekilde til nyoprettede patienter (nye cpr-numre) de pågældende år fra kliniske Børne- og Ungdomspsykiatriske enheder, er blevet rettet med forsinkelse. Trods dette sås en pæn registreringskomplethed af nye cpr-numre i BupBase både i 2009 og i 2010.

Hvad angår analyse af *datakompletheden* af de enkelte variable i BupBase, har vi i år lavet analyser både overordnet for 2010, men også på forløb af de enkelte henvisninger på patienter, hvor der for den enkelte patient henvist i 2009, blev stillet krav om at der skulle foreligge en henvisning, evt forvisitation fulgt af enten afvisning, eller en T1, en T2, samt evt en afslutning. Trods overordnet pæn datakomplethed for inkluderede patienter i 2010, viste en forløbsanalyse baseret på alle henvisninger i 2009 en god henvisningsregistrering, men at der i runde tal ud af de 16500 henvisninger var ca 8000 der ikke nåede frem til T1 og T2, og af disse 8000 var kun 4500 korrekt afsluttet som enten afviste eller afviste efter forvisitation (kode 5-6), imens 3500 havde fejl eller mangler. Fejl eller mangler for disse 3500 bestod i at de enten manglede T1 og T2 registrering eller at de var blevet kodet med forkert afslutningsgrund (kode 1-4), og 1000 af de var endnu ikke afsluttet trods henvisning i 2009 og manglede T1 og T2 registrering. En yderligere supplerende analyse viste, at der er stor træghed i indberetninger til BupBase, således at en stor andel af registreringerne foretages med betydelig efterslæb i forhold til de givne retningslinier. Ud over ovenstående er analyser af *datakompletheden* medtaget i relation til præsentation, analyse og kommentering af den enkelte indikator og der er anbefalet en kraftig opstramning især i forhold til registreringer vedrørende start af behandling og forløbsrevurdering.

Kompetencecenteret og BupBase har haft en løbende dialog omkring overvejelser vedrørende optimering af datasættet som danner baggrunden for Bupbase, og der vurderes på baggrund af analysen til Årsrapporten et fortsat behov for en løbende dialog mellem BupBase og de indberettende centre for at sikre optimal, ensartet og ikke mindst tidstro registreringspraksis, specielt i forhold til T1, T2, samt afslutningsgrund.

Rapporten indeholder et afsnit, hvori *indikatorerne* præsenteres. I det omfang datasættet har muliggjort det, er indikatorerne værdisat for hver enkelt navngivet behandlingscenter. Præsentationen er for hver indikator ledsaget af en kommentering.

Det nuværende indikatorsæt indeholder to procesindikatorer, der sætter fokus på henholdsvis ventetid og udfyldelse og inddatering af ADHD-RS. Yderligere indeholder det nuværende indikatorsæt 3

resultatindikatorer (*HoNOSCA*, *GAPD*, samt *ADHD-RS*), som siden 1.1.08 alene er blevet præsenteret i de patientforløb, hvor der har foregået behandling. Indikatorresultaterne er opgjort efter specificeret center og også præsenteret samlet. Resultatindikatoren *ADHD-RS* var med for første gang i 2008 og datamaterialet er endnu ikke solidt, men der er siden 2009 stratificeret på afdelinger/centre. Resultaterne for de enkelte indikatorer er kommenteret med anbefalinger og anvisninger på forbedringer på det pågældende indsatsområde. Desuden er ligesom i 2009 medtaget henvisningsdiagnose på afviste og samt en opgørelse over Gennemsnit af HoNOSCA score ved T1 fordelt efter forløb med undersøgelse eller undersøgelse og behandling.

Seneste kvartalsvise afrapportering foregik 17. januar 2011, og der vil også fremadrettet foregå løbende kvartalsvis afrapportering. Kompetencecenteret har i 2009 idriftsat webbaseret afrapportering på den første af de landsdækkende databaser, der ligger i regi af Kompetencecenter Syd. Når denne on-line afrapportering er færdigafprøvet af klinikkerne, vil der på sigt blive søgt om finansiering til on-line afrapportering af de øvrige landsdækkende databaser ved Kompetencecenter Syd- og dermed også BupBase. Der planlægges dog forinden gennemgang af BupBases indikatorer og der er i 2011 ansøgt og opnået en bevilling fra IT-udviklingspuljen i Region Syddanmark, til omlægning af BupBase til en opdateret indrapporteringsplatform Topica 4, fra den nuværende Topica 3.

Kontaktadresser:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. Formand Center ved formand Jan Jørgensen, Børne- og Ungdomspsykiatriske Afdeling, Odense Universitetshospital, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Kompetencecenter Syd. OUH, Region Syddanmark, MTV og Forskningsafdelingen, Odense Universitetshospital, Kløvervænget 8, 5000 Odense C.

Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 27, 2300 København S

Kontaktpersoner:

BupBase coach:

Bispebjerg	Overlæge Merete Weischer
Glostrup	Overlæge Torben Isager og overlæge Tine Houmann
Hillerød	Overlæge Anne Châtillon
Holbæk	Socialrådgiver Susanne Nielsen, psykolog Lis Dillon
Næstved	Afdelingslæge Karen Egebjerg Rischel og distrikts sygeplejerske Anne Haahr Petersen
Odense	Afdelingslæge Dorte Petersen
Augustenborg	Overlæge Thorsten Schumann
Esbjerg	Psykolog Søren Sommer
Kolding	Afdelingslæge Gitte Vittrup og 1.res.læge Rikke Damgård
Viborg	Psykolog Hannah Dybdal og psykolog Peder Würtz
Aalborg	Overlæge Elisabeth Møller Thorgaard

Kontaktpersoner afdelingerne:

Bispebjerg	Lægeseekretær Mia Nielsen
Glostrup	Faglig konsulent Käte Holmegaard
Hillerød	Chefsekretær Ulla Bisgaard
Roskilde	Lægeseekretær Britta Koch Nielsen og lægeseekretær Christina Larsen
Holbæk	lægeseekretær Trine Nymann Storgaard
Næstved	Lægeseekretær Anette Pia Petersen
Odense	Lægeseekretær Dorte Therkelsen
Augustenborg	Lægeseekretær Karin Hell
Esbjerg	Lægeseekretær Kristine Stokholm
Kolding	Lægeseekretær Lotte Bruhn From
Risskov	Ledende lægeseekretær Annette Fahnøe
Herning	Lægeseekretær Jytte Nielsen
Viborg	Ledende lægeseekretær Anna Bitch og lægeseekretær Mette Kirkegaard
Aalborg	Lægeseekretær Heidi Hattmann Hjortshøj

Privatklinikker:

Hejmdal Privatklinik. Jan Samuelson – startet inddatering sidst på året 2009

Speciallæge Jürgen Schwarzenburg , Rønne – startet inddatering sidst på året 2009

Psykiatrisk Klinik for Børn og Unge v/ Paula Gadeberg, Silkeborg startet inddatering efterår 2010

Børne- og ungdomspsykiatrisk Friklinik, Risskov – Claudia Sydow –
startet inddatering efterår 2010

Aleris Ungplan A/S – Joan Hedegaard Clausen - startet inddatering efterår 2010

Forskning og afrapportering fra BupBase

Resultater fra BupBase er blevet præsenteret på kongresser og konferencer i Melbourne (IACAPAP; september 2006), Stockholm (ADHD konference, Novartis; maj 2007), Istanbul (IACAPAP; maj 2008)

Data har været en væsentlig ressource ved udarbejdelse af ”Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien”, Rambøll Management i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, September 2007.

I 2010 har BupBase sekretariatet haft 40 anmodninger om data og uddybning af databasens resultater fra journalister, administrativt sundhedsfagligt personale.

Data har indgået i publikationer:

Bilenberg N: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): Results of a Danish field trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **2003** Dec;12(6):298-302

Dyrborg J, Esbjørn B H, Levin E, Hoyer M: Child and Adolescent Psychiatry and Family Status. Nation wide register based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **2008**

Szomlajski N, Dyrborg J, Rasmussen H, Schumann T, Koch SV, **Bilenberg N**. Validity and clinical feasibility of the ADHD rating scale (ADHD-RS) A Danish Nationwide Multicenter Study. *Acta Paediatr* **2009**; 98(2):397-402.

Poulsen L, Jørgensen SL, Dalsgaard S, **Bilenberg N**. Dansk standardisering af attention deficit and hyperkinetic disorder-ratingskalaen. *Ugeskr Laeger* **2009**, 171(18):1500-1504

Kandidatspeciale på Sundhedsvidenskab, SDU; *Forskel i henvisningsmønster til børne- og ungdomspsykiatrisk service mellem børn fra etnisk danske familier og fra familier med anden etnisk baggrund* ved stud.med. Thanusha Sabaratnam, vinter **2009**

Referencer:

- 1) Bilenberg N (2003), Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)--results of a Danish field trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12:298-302
- 2) Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Beevor A, Lelliott P, Jezzard R, Wing JK (1999), Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *Br J Psychiatry* 174:428-431
- 3) World Health Organization (WHO) (1996), *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Multi-axial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*, Cambridge University Press
- 4) Hanssen-Bauer K, Gowers S, Aalen O, Bilenberg N, Brann P, Garralda E, Merry S & Heyerdahl S: Inter-rater reliability of routine outcome measures in child and adolescent mental health services. II. Cross-national differences in HoNOSCA, CGAS and GAPD Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2007 Aug 21
- 5) Esbjørn B Hoff, Hoyer M, Dyrborg J, Leth I, Kendall P C.: Prevalence and co-morbidity Among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and Adolescents. *Journal of Anxiety disorders* (2010)

Appendix A: Papirversion af formularer: Opret patient, henvisning, forvisitation, start undersøgelse, revurdering, afslutning, ADHD-RS (Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale) og ADHD kliniske data.

Appendix B: Patienter med depression i BupBase 2004 - 2010

Appendix C: Analyse af datakomplethed

Afdelingens navn:		Afsnit:
Udfyldt af (sekretær):		Dato:

OPRET PATIENT

Cpr.-nummer: _____ Køn: mand kvinde

Dato:

Fornavn: _____

Efternavn: _____

Kommunekode: _____ Kommune: _____

Børne- og ungdomspsyk.afd.	Afdelingens afsnitsinddeling	Afsnit:
Udfyldt af sekretær og centralvisitation:		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

HENVISNING

Henvisningsdato: _____ (Henvisning modtaget eller akut henvendelse)

Henvisningsdiagnose: Kode D _____ **Navn:** _____

Henviser:

- Egen læge*
- Psykiatrisk afd. /skadestue*
- PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)*
- Socialforvaltningen*
- Sygehusafdeling*
- Praktiserende speciallæge*
- Retsvæsen*
- Anden* _____

NB: Hvis patienten omvisiteres eller afvises, så der ikke foretages forvisitation/konsulentforløb eller et egentligt undersøgelses- og behandlingsforløb, udfyldes Afslutningsskemaet med Afvist/omvisiteret.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

Ingen forvisitation

FORVISITATION

Definition

En (ikke-obligatorisk) indskudt ydelse i venteperioden til start på egentlig undersøgelse og behandling. Ydelsen kan være netværksmøde og/eller enkeltstående samtale med pt. og/eller familie mhp. at vurdere, om sagen kan afsluttes som **konsulentforløb** eller kræver egentlig us. og behandling, almindeligvis efter nogen (yderligere) ventetid.

Dato for forvisitation: _____

Forventet forløb

- Almindelig us./behandlingsforløb
- Konsulent forløb

Hvis sagen afsluttes som konsulentforløb udfyldes START US. (T1) og REVURDERING (T2) **ikke**.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____

Navn: _____

START US.

Definition: Første patientkontakt i planlagt undersøgelses- og/eller behandlingsforløb

Dato for konsultation: _____

Fødeland for

Biologiske mor **Biologiske far (uoplyst: skriv 9)**

Husstand (patientens folkeregisteradresse)

Mindst ét kryds, evt. tre eller flere

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 01. Biologisk mor |
| <input type="checkbox"/> | 02. Biologisk far |
| <input type="checkbox"/> | 03. Stedmor |
| <input type="checkbox"/> | 04. Stedfar |
| <input type="checkbox"/> | 05. Adoptiv mor |
| <input type="checkbox"/> | 06. Adoptiv far |
| <input type="checkbox"/> | 07. Søskende/halvsøskende/"pap"-søskende
Antal _____ |
| <input type="checkbox"/> | 08. Bedsteforældre |
| <input type="checkbox"/> | 09. Plejefamilie |
| <input type="checkbox"/> | 10. Institution |
| <input type="checkbox"/> | 11. Alene |
| <input type="checkbox"/> | 12. Patientens samlever |
| <input type="checkbox"/> | 13. Andre – relation til barnet/den unge
13 a. _____ |

Socio-økonomisk status (for "forældre" på folkeregisteradr.)

Fungerende mor: 1. Selvstændig/medhjælpende ægtef.

2. Lønmodtager
3. Arbejdsløs
4. Uddannelsessøgende
5. Pensionist/efterløn
6. Ude af erhverv i øvrigt
7. Uoplyst/ikke aktuel.

Fungerende far: 1. Selvstændig/medhjælpende ægtef.

2. Lønmodtager
3. Arbejdsløs
4. Uddannelsessøgende
5. Pensionist/efterløn
6. Ude af erhverv i øvrigt
7. Uoplyst/ikke aktuel

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Start us. – fortsat

Patient: Cpr.nr.: _____

Navn: _____

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

OBS: Ved udfyldelse af diagnoserne: F90x + F988 skal der udfyldes ADHD-RS skemaer (som udfyldes af forældre og skole/institution)

HoNOSCA Scoring

Alvorligste problem indenfor **to uger før T1**. I særlige tilfælde, hvis det skønnes relevant tidligere.

- | | |
|---|-------------|
| <i>01. Destruktiv, antisocial eller aggressiv adfærd</i> | _____ (0;4) |
| <i>02. Overaktivitet, opmærksomhed og koncentration</i> | _____ (0;4) |
| <i>03. Selvpåført skade som ikke skyldes uheld/ulykke</i> | _____ (0;4) |
| <i>04. Misbrug af alkohol, opløsningsmidler eller stoffer</i> | _____ (0;4) |
| <i>05. Bøglige eller sproglige færdigheder</i> | _____ (0;4) |
| <i>06. Fysisk sygdom eller nedsat funktionsevne</i> | _____ (0;4) |
| <i>07. Hallucinationer eller vrangforestillinger</i> | _____ (0;4) |
| <i>08. Ikke-organiske somatiske symptomer</i> | _____ (0;4) |
| <i>09. Emotionelle og relaterende problemer</i> | _____ (0;4) |
| <i>10. Relationer til jævnaldrende</i> | _____ (0;4) |
| <i>11. Tage vare på sig selv og selvstændighed</i> | _____ (0;4) |
| <i>12. Familieliv og relationer</i> | _____ (0;4) |
| <i>13. Manglende fremmøde i skolen</i> | _____ (0;4) |
| <i>Total score</i> | _____ |

HoNOSCA Scoringsvejledning

0 = Intet problem

1 = Mindre problem, der ikke kræver behandling

2 = Lettere problem, som dog er klart til stede

3 = Moderat alvorligt problem

4 = Alvorligt til meget alvorligt problem

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Start us. – fortsat

Patient: Cpr.nr.: _____

Navn: _____

GAPD scoring (Alle aldersgrupper)

Laveste funktion de **seneste tre måneder**

GAPD scoring:

- 0. Særdeles god/god social funktionsevne
- 1. Moderat social funktionsevne
- 2. Let nedsat social funktionsevne
- 3. Moderat nedsat social funktionsevne
- 4. Alvorligt nedsat social funktionsevne
- 5. Alvorligt og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 6. Ude af stand til at fungere på de fleste områder
- 7. Betydelig og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 8. Dybtgående og gennemgribende nedsat social funktionsevne.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

REVURDERING

Bemærk: Dette er konklusionen på diagnostisk udredning.
Start på (egentlig) undersøgelse og behandling.

Dato for konsultation: _____

Akse 1:

Psykiatriske syndromer m.m. Diagnoser F 70 - 83 på akse 2 og 3.

Aktionsdiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Akse 2:

Specifikke udviklingsforstyrrelser (F8x = Ingen udviklingsforstyrrelser; F8u= Uoplyst)

Diagnose Kode D _____ Navn _____

Diagnose 2 Kode D _____ Navn _____

Akse 3:

Begavelse/mental retardering (F7x = Ingen retardering; F7u = Uoplyst)
DR418 anvendes til "Inferioritas Intellektualis", IQ 70-85

Klassifikation Kode D _____ Navn _____

Akse 4:

Somatiske diagnoser (Ax = Ingen somatiske diagnoser; DUx = Uoplyst)

Diagnose 1: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 2: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 3: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 4: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 5: Kode D _____ Navn _____

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Revurd. – fortsat.

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

Er der foretaget: Undersøgelse: Undersøgelse og behandling:

(Hvis der er foretaget undersøgelse, skal HoNOSCA og GAPD ikke udfyldes)

HoNOSCA Scoring

Alvorligste problem indenfor to uger før T2

- | | |
|---|-------------|
| <i>01. Destruktiv, antisocial eller aggressiv adfærd</i> | _____ (0;4) |
| <i>02. Overaktivitet, opmærksomhed og koncentration</i> | _____ (0;4) |
| <i>03. Selvpåført skade som ikke skyldes uheld/ulykke</i> | _____ (0;4) |
| <i>04. Misbrug af alkohol, opløsningsmidler eller stoffer</i> | _____ (0;4) |
| <i>05. Boglige eller sproglige færdigheder</i> | _____ (0;4) |
| <i>06. Fysisk sygdom eller nedsat funktionsevne</i> | _____ (0;4) |
| <i>07. Hallucinationer eller vrangforestillinger</i> | _____ (0;4) |
| <i>08. Ikke-organiske somatiske symptomer</i> | _____ (0;4) |
| <i>09. Emotionelle og relaterende problemer</i> | _____ (0;4) |
| <i>10. Relationer til jævnaldrende</i> | _____ (0;4) |
| <i>11. Tage vare på sig selv og selvstændighed</i> | _____ (0;4) |
| <i>12. Familieliv og relationer</i> | _____ (0;4) |
| <i>13. Manglende fremmøde i skolen</i> | _____ (0;4) |
| <i>Total score</i> | _____ |

HoNOSCA Scoringsvejledning

0 = Intet problem

1 = Mindre problem, der ikke kræver behandling

2 = Lettere problem, som dog er klart til stede

3 = Moderat alvorligt problem

4 = Alvorligt til meget alvorligt problem

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Revurd. – fortsat.

Patient: Cpr.nr.: _____

Navn: _____

GAPD scoring (Alle aldersgrupper)

Laveste funktion den seneste måned

GAPD scoring:

- 0. Særdeles god/god social funktionsevne
- 1. Moderat social funktionsevne
- 2. Let nedsat social funktionsevne
- 3. Moderat nedsat social funktionsevne
- 4. Alvorligt nedsat social funktionsevne
- 5. Alvorligt og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 6. Ude af stand til at fungere på de fleste områder
- 7. Betydelig og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 8. Dybtgående og gennemgribende nedsat social funktionsevne.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____

Navn: _____

AFSLUTNING

Afslutningsdato: _____

- Afslutningsgrund:**
- Afsluttet forløb i BupBase
 - Patienten udeblevet
 - Afvist
 - Anden årsag
 - Afsluttet efter forvisitation

Bedømmelsesskala for opmærksomheds- og adfærdsforstyrrelse

Barnets navn: _____ Fødselsdato: _____ Dato: _____

Relation til barnet: Mor___ Far___ Stedforælder___ Lærer:___ Andet:_____

Vejledning: Sæt venligst en cirkel omkring det tal der *bedst beskriver* barnets adfærd derhjemme eller i skolen det sidste halve år

		Aldrig eller Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
1.	Er ikke opmærksom på detaljer, eller laver sjuskefejl i sit skolearbejde.	0	1	2	3
2.	Har svært ved at fastholde koncentrationen ved opgaver eller under leg.	0	1	2	3
3.	Hører tilsyneladende ikke efter ved direkte tiltale.	0	1	2	3
4.	Gør ikke de ting der bliver bedt om, eller gør dem ikke færdige.	0	1	2	3
5.	Har svært ved at organisere opgaver og aktiviteter.	0	1	2	3
6.	Undgår opgaver (fx skole, lektier) som kræver omtanke og koncentration.	0	1	2	3
7.	Mister ting der er nødvendige for at udføre opgaver eller aktiviteter.	0	1	2	3
8.	Bliver let afledt eller distraheret.	0	1	2	3
9.	Er glemsom i forbindelse med daglige aktiviteter.	0	1	2	3
10.	Sidder uroligt eller bevæger konstant hænder og fødder.	0	1	2	3
11.	Rejser sig fra sin plads i klassen, eller i andre sammenhænge hvor man forventes at blive siddende.	0	1	2	3
12.	Farer omkring i situationer hvor det ikke er passende.	0	1	2	3

(Fortsættes næste side)...vend

13.	Har svært ved at indgå i stille lege eller fritidsaktiviteter.	0	1	2	3
14.	Er altid "i fuld fart" eller "har krudt bagi".	0	1	2	3
15.	Snakker som et vandfald.	0	1	2	3
16.	Buser ud med et svar, før spørgsmålet er afsluttet.	0	1	2	3
17.	Har svært ved at vente på sin tur.	0	1	2	3
18.	Afbryder eller forstyrrer andre.	0	1	2	3
19.	Bliver rasende eller mister besindelsen.	0	1	2	3
20.	Skændes med de voksne.	0	1	2	3
21.	Trodser åbenlyst voksne eller nægter at rette sig efter regler.	0	1	2	3
22.	Irriterer folk med vilje.	0	1	2	3
23.	Giver andre skylden for sine fejl eller dårlige opførsel.	0	1	2	3
24.	Er nærtagende eller bliver let irriteret af andre.	0	1	2	3
25.	Er vred eller fornærmet.	0	1	2	3
26.	Er ondskabsfuld eller hævngherrig.	0	1	2	3

Kommentarer:

Tak for hjælpen!

Behandlingskema vedrørende ADHD

Barnets navn: _____ Køn: _____ Cpr.nr.: _____

Skema udfyldt af: _____ Dato: _____

Skemaet udfyldes af klinikken sammen med indhentning af ADHD-RS revurdering skemasæt fra forældre og lærer.

- Efter etablering af behandling og i forbindelse med evaluering af denne
- Hvis patienten er startet medicinsk behandling med centralstimulantia (metylphenidat, dexamphetamin, atomoxetin eller modafinil), da minimum en måned efter start på medicin (tilpasset den lokale kliniske praksis)

Er patienten sat i medicinsk behandling for sin opmærksomhedsforstyrrelse?

Nej Ja ;

Hvis ja udfyldes nedenstående (gerne flere krydser ved kombinationsbeh.):

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Metylphenidat (Ritalin, Equasym, Motiron, Medikinet) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Metylphenidat, langstidsvirkende (Equasym Depot, Medikinet CR, Ritalin Uno, Concerta) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Dexamphetamin (Dexamfetamin) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Atomoxetin (Strattera) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Modafinil (Modiodal) | Døgndosis: _____ mg |

Modtager patienten specialundervisning eller særligt undervisningstilbud?

Nej Ja

Hvis ja, hvilken type særligt undervisningstilbud ?

- Støttetimer i normal klasse
- Undervisning i støttecenter
- Specialklasse

Modtager patienten og/eller familien støtte efter "Lov om social service" på baggrund af diagnosen ADHD ?

Nej Ja

Hvis ja, hvilken type støtteforanstaltning ?

- Støtte i hjemmet (familieværksted, "hjemme hos" el. lign.)
- Støtte i fritidsinstitution
- Andet; beskriv: _____

Følges patienten i ambulatorium eller afdeling ?

Nej Ja

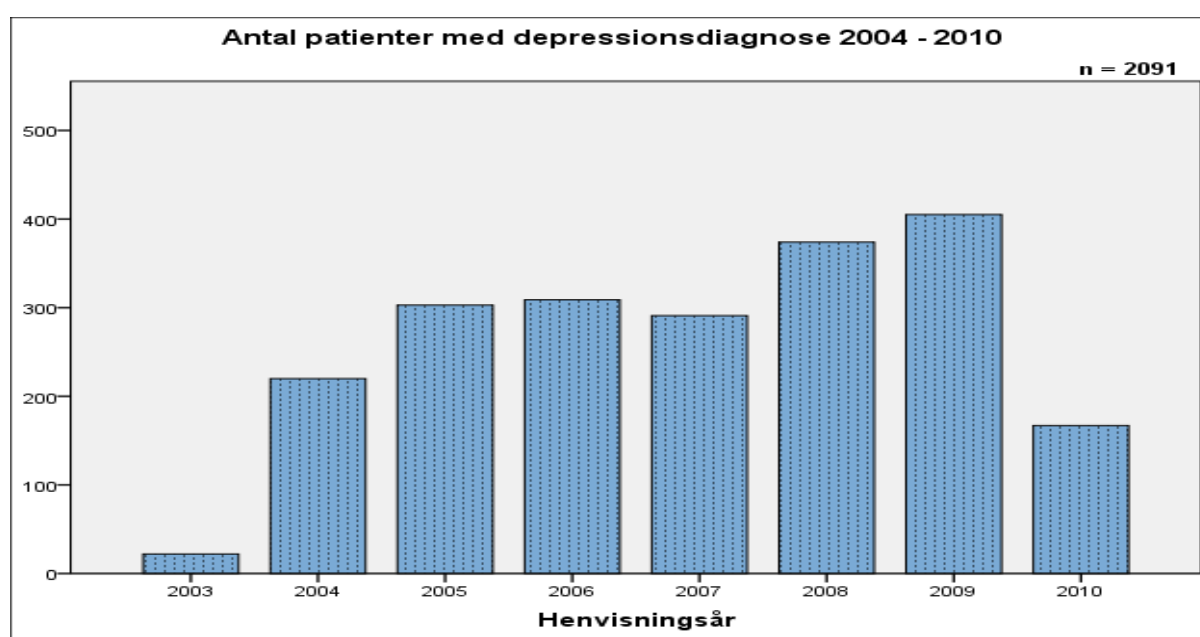
Hvis ja, i hvilket regi ?

- I almindeligt "basisteam"
- I særligt specialteam (CS-klinik, ADHD-klinik el. lign.)
- Andet, beskriv, _____

Appendix B

Patienter med depression i BupBase 2004 - 2010

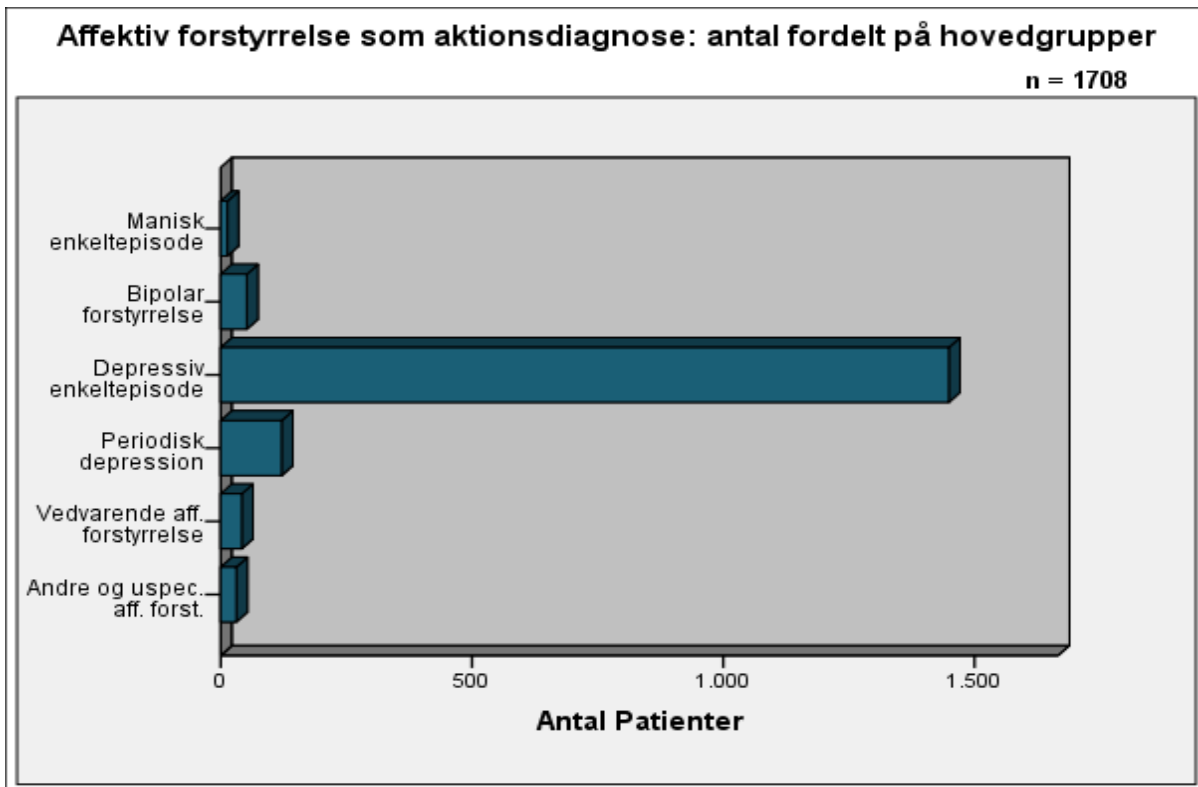
I det følgende præsenteres udvalgte analyser af diagnosemønstre, alders- og kønsfordeling for børn og unge med depressionsdiagnose i BupBases historie. Den enkelte patient kan have haft flere forløb med depression i perioden. Her er medtaget det første (og for de fleste eneste) forløb. Kun forløb, som er blevet *revurderet* (ved T2) og dermed registreret i databasen med diagnosemønstre er medtaget. Analysen omfatter to overordnede kategorier af depression: De *affektive sindslidelser* (F30-39), som oprindeligt er udviklet til voksne samt *depressiv adfærdforstyrrelse* (F92.0), som klassificeres under forstyrrelser opstået i barn- eller ungdom.



Depression har de senere år udgjort omkring 5 % af alle diagnosticerede i specialet. Det fremgår af figuren, at der har været en let stigende frekvens de seneste år, en stigning som dog er mindre end den samlede stigning i aktiviteten i specialet. Kun en mindre del af de i 2010 henviste er nået frem til revurdering og dermed endelig diagnosticering.

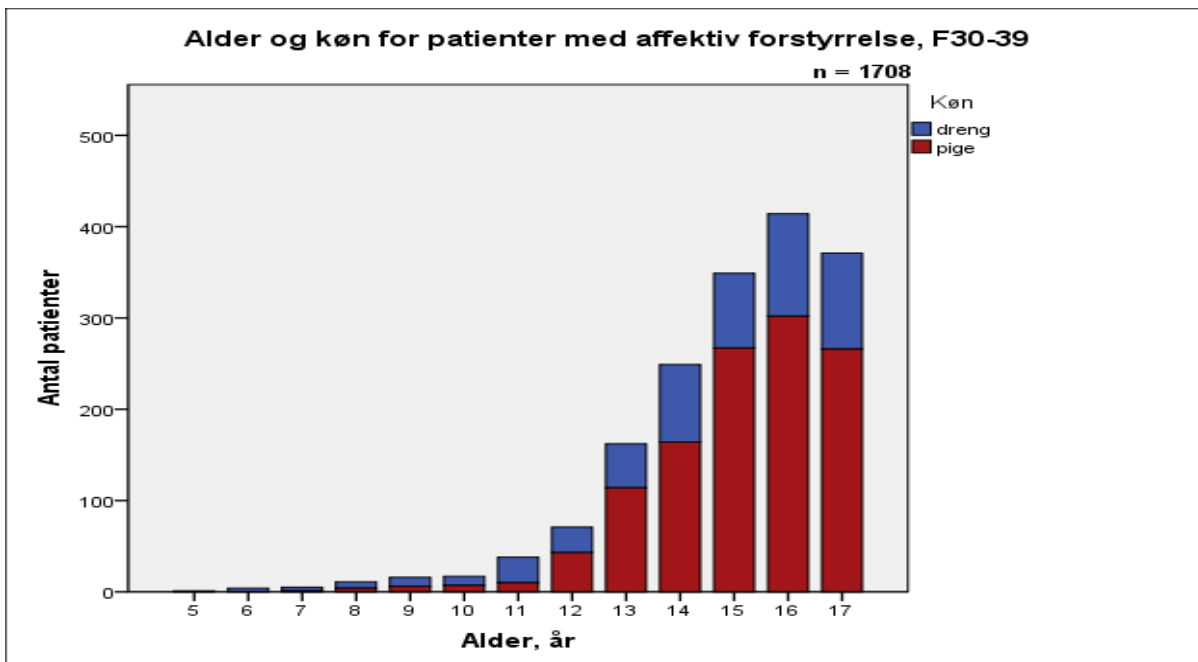
Affektive forstyrrelser, F30 - 39

De affektive sindslidelser/forstyrrelser inddeles i de hovedgrupper, som fremgår af nedenstående figur. Analysen gælder de forløb, der har affektiv forstyrrelse som aktionsdiagnose, udelader altså de forløb, hvor diagnosen er bidiagnose. De depressive enkeltepisoder er helt dominerende (se senere), fulgt af periodisk depression (121 ptt.) og bipolar forstyrrelse (52 ptt.).

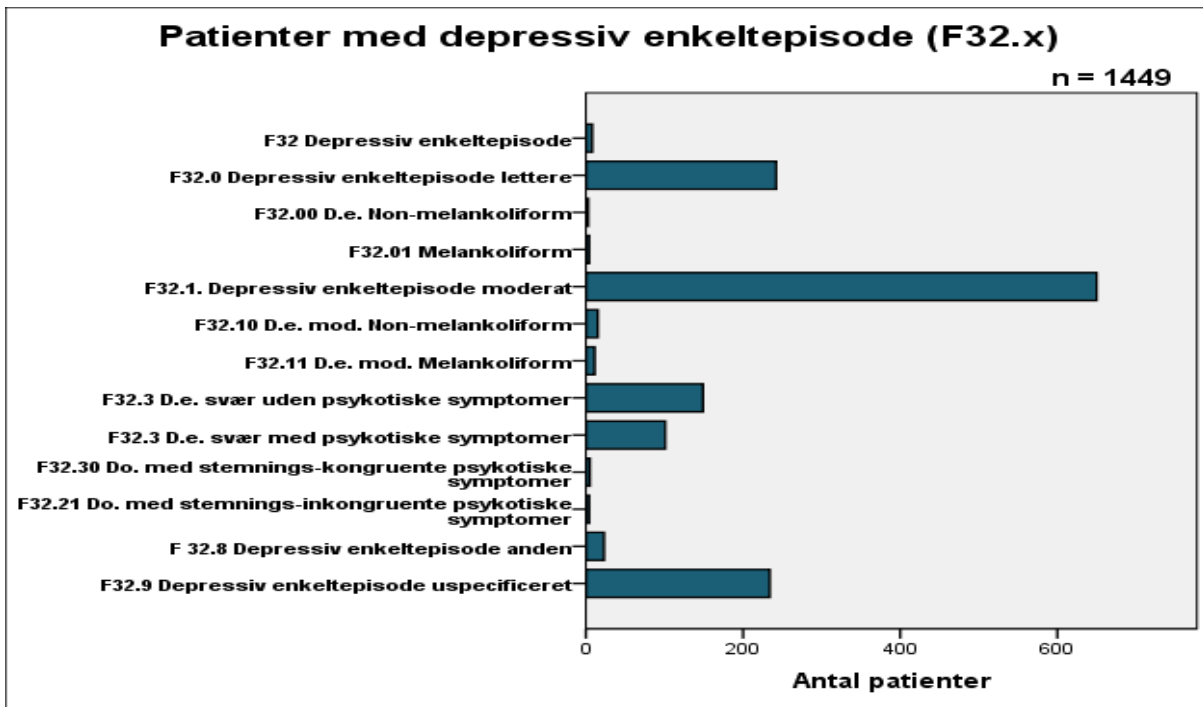


I nedenstående figur er den for depression kendte skæve kønsfordeling markant i teen-age årene: der er i alt 69 % piger. Den store stigning under og efter puberteten skyldes stort set pigerne.

Diagnosen har været anvendt fra 5-års alderen, om end sjældent blandt de yngste: Der er registreret én 5-årig, fire 6-årige og 11 7-årige børn med denne form for depression. Blandt de 5-11 årige bemærkes at drengene er i overvægt.

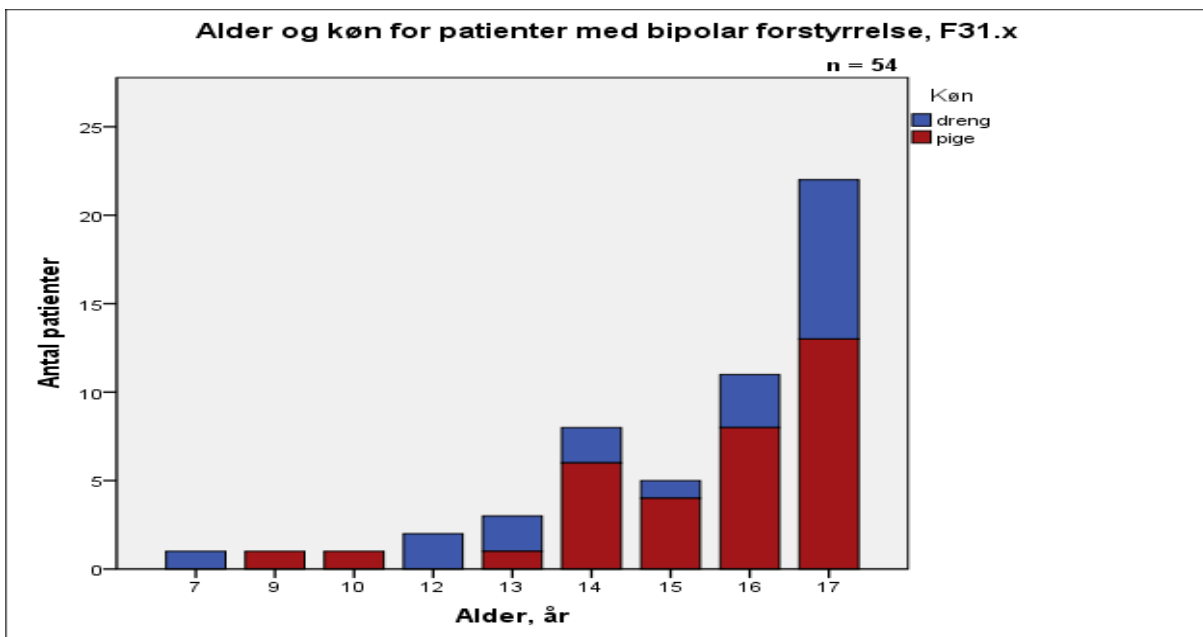


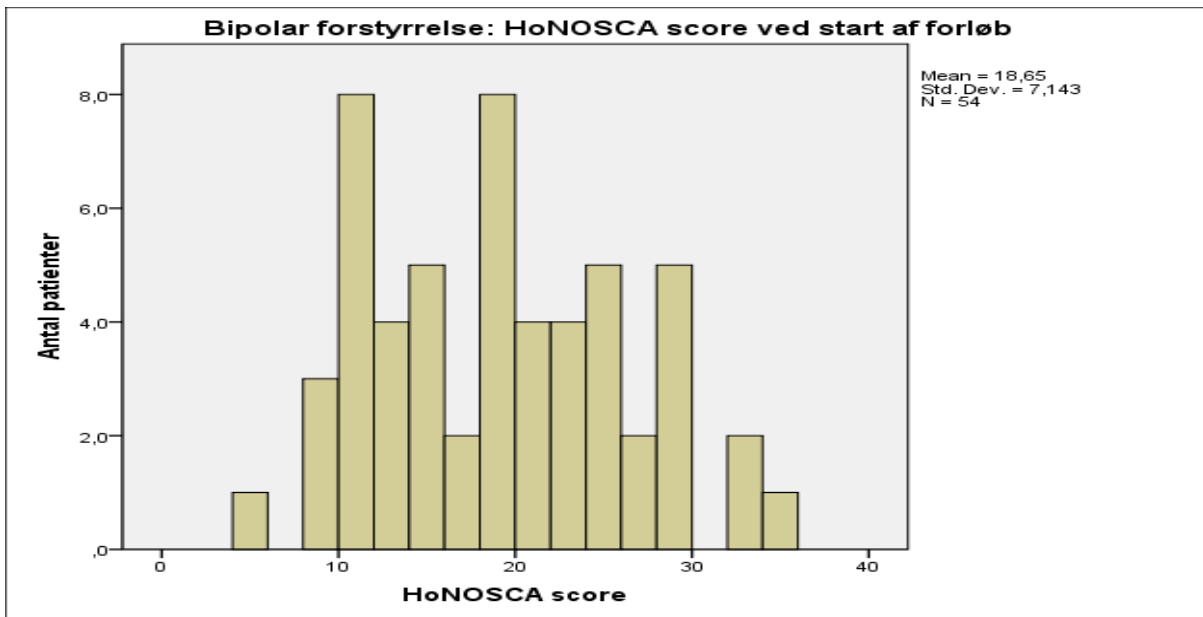
I den store gruppe med enkeltstående depression (F32.x) dominerer de moderate grader. Der var dog også 259 børn og unge med svær depression, heraf 110 med psykotiske symptomer.



Bipolar affektiv forstyrrelse (F31.x)

I begrebet bipolar forstyrrelse ligger, at personen har haft skiftende mani og depression – tidligere maniodepressiv psykose. Det er omstridt, i hvor høj grad diagnosegruppen er valid hos børn, mens det nok er alment accepteret, at den kan være relevant i enkelte tilfælde hos unge. Dette afspejles ved, at diagnosen alt i alt bruges sjældent i specialet, under 10 gange om året i gennemsnit, først aktuel blandt de ældre teenagere, men også her med små tal.

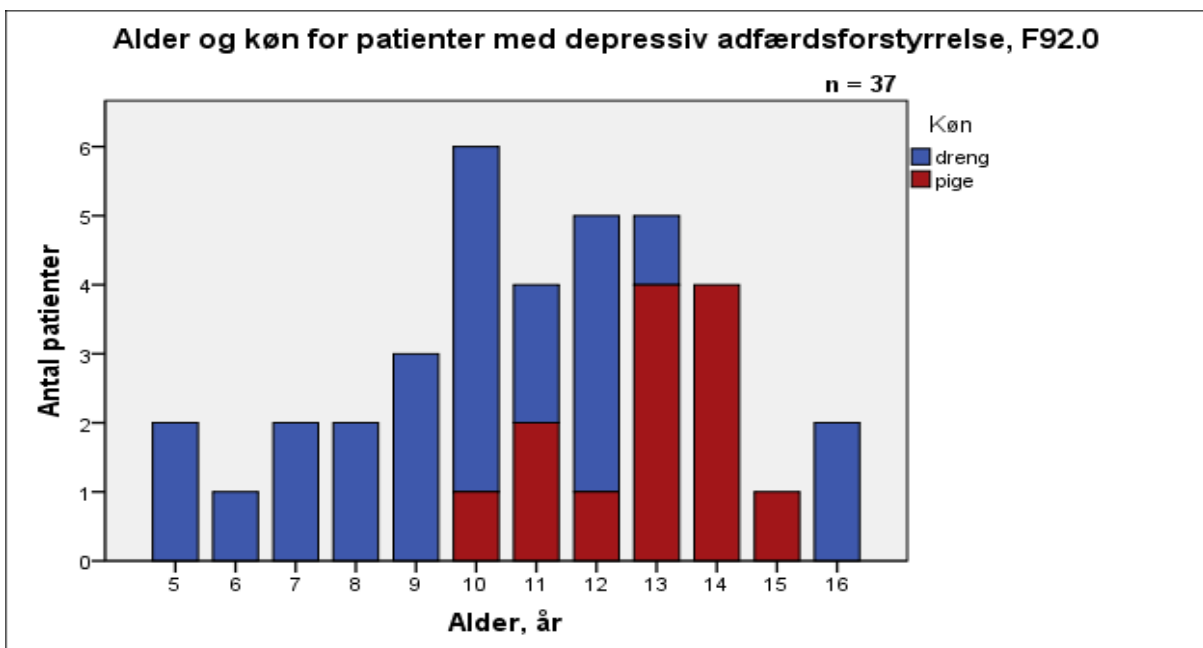




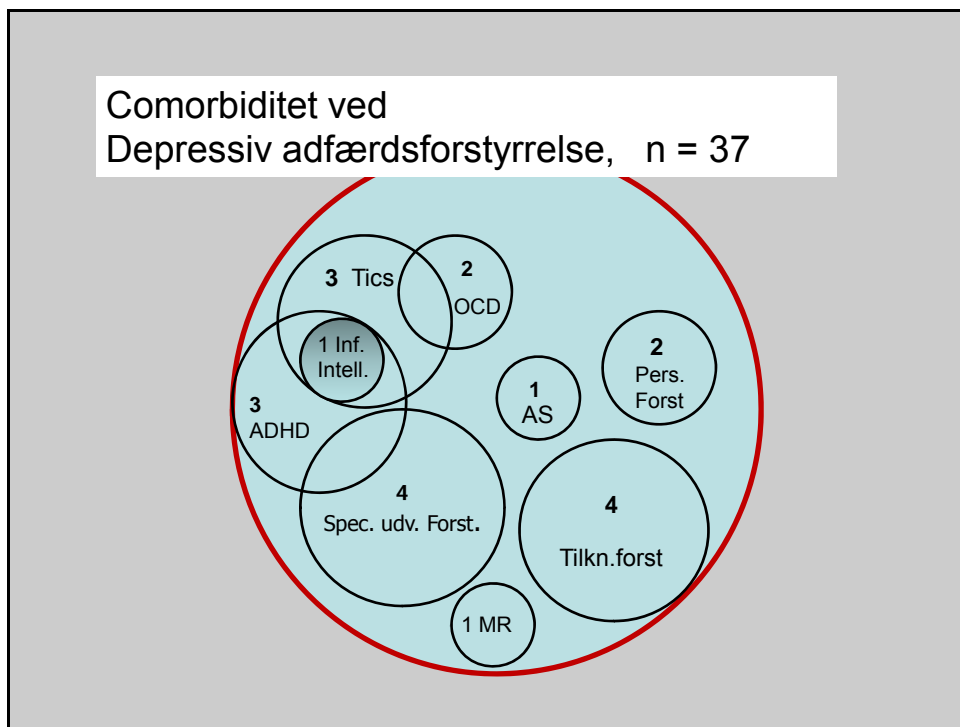
Der er stor variation i graden af psykopatologi målt med HoNOSCA. Middelværdien 18,6 afspejler, at der her er tale om nogle af de sværest belastede patienter, på niveau med psykose, som fx i 2010 havde et gennemsnit på 18.

Depressiv adfærdsforstyrrelse (F92.0)

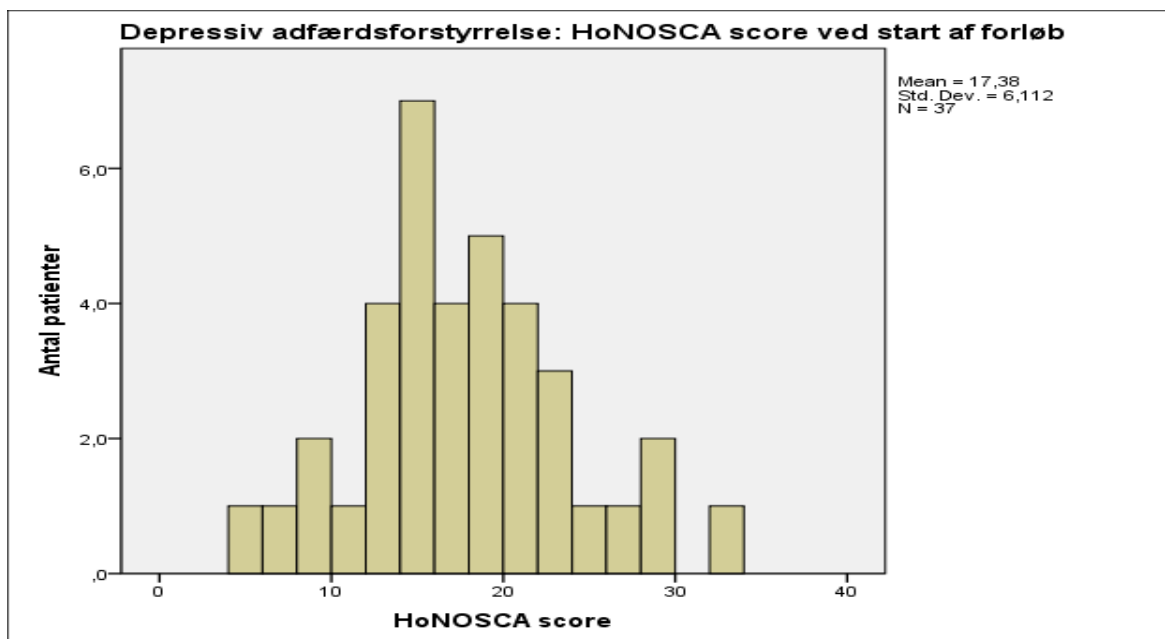
Kombinationsdiagnosen depressiv adfærdsforstyrrelse hører til de blandede adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (F92.x), tidligere ofte omtalt som ”mixed disorders”. Patienten skal opfylde kriterierne for både adfærdsforstyrrelse (F91) og affektiv forstyrrelse (F3x). Diagnosen bruges som det fremgår ret sjældent, omkring 5-10 gange om året på landsplan. Her er medtaget de gange den er anvendt som enten aktions- (29 ptt.) eller som bidiagnose (8 ptt.). Selvom tallene er små, er en aldersrelateret skæv kønsfordeling iøjnefaldende. Heller ikke her er der børn under fem år, som får en depressionsdiagnose.



BupBases multiaksiale diagnoseregistrering åbner mulighed for at analysere patienternes comorbiditetsmønstre. Dette er illustreret nedenfor. Det fremgår, at knap halvdelen af patienterne havde ledsagende psykiske forstyrrelser. Diagnosen depressiv adfærdsforstyrrelse repræsenterer som nævnt i sig selv en markant form for comorbiditet. Det er klart, at barnet



med intellektuelle vanskeligheder, ADHD, tics (her Tourettes syndrom) – og depressiv adfærdsforstyrrelse har en væsentlig tungere prognose end børn uden disse ekstra forstyrrelser oveni. Dette illustrerer, hvorfor det kan være vigtigt at supplere aktionsdiagnosen med de comorbide diagnoser for at vægte prognose og behandlingsbehov.



Også disse patienter er relativt svært belastede målt med HoNOSCA. Til sammenligning har patienter med ADHD og Autisme Spektrum forstyrrelser typisk haft gennemsnit omkring 13-14.

Konklusion

Brugen af depressionsdiagnoser har været ret stabil i BupBases historie, dog med let stigende tendens de seneste år. Den hyppigste diagnosegruppe er depressiv enkeltepisode i forskellige grader, oftest moderat. Alders- og kønsfordelingen er markant: Depression rammer overvejende teenagere, heriblandt mest piger. Bipolar forstyrrelse er en ret sjældent anvendt diagnose blandt danske børne- og ungdomspsykiatere. Gennemsnitligt er der høj grad af psykopatologi, ikke mindst når comorbiditetsmønsteret inddrages.

Appendix C

Analyse af datakomplethed

Med udgangspunkt i alle registrerede henvisninger i 2009 er følgende tabel udarbejdet.

Tabel som beskriver forløb i 2009

	Henviste		Henviste – Afviste	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
	16457	100	11717	100
Afslut kode 5,6	4740	28,8	-	-
Tf + Afslut	3051	18,5	2348	20,0
Tf - Afslut	199	1,2	199	1,7
T1 + Afslut	7116	43,2	6880	58,7
T1 - Afslut	951	5,7	951	8,1
T2 + Afslut	5679	34,5	5579	47,6
T2 - Afslut	390	2,4	390	3,3

Tabellen viser hhv. henviste i 2009 og henviste i 2009 minus henvisninger som blev afsluttet med kode 5 eller 6. I 2009 var der i alt 16.457 henvisninger. Hvis man subtraherer henvisninger afsluttet med kode 5 eller 6 (4.740) er der i alt 11.717 henvisninger.

Tf + Afslut, angiver henvisninger som var i forvisitation og som blev afsluttet. Tf – Afslut, angiver henvisninger som var i forvisitation og som ikke blev afsluttet, som ikke havde T1 og som ikke havde T2.

T1 + Afslut, angiver henvisninger som var i forvisitation og som blev afsluttet. T1 – Afslut, angiver henvisninger som var i forvisitation og som ikke blev afsluttet og som ikke havde T2.

T2 + Afslut, angiver henvisninger som var i forvisitation og som blev afsluttet, T2 – Afslut, angiver henvisninger som ikke blev afsluttet.

*Vær opmærksom på at blandt de 4.740 henvisninger som blev afsluttet med kode 5 eller 6, var 703 i forvisitation, 236 var i T1 og 100 var i T2.

*Ligeledes, når vi ser på Tf + Afslut, er der ikke stillet krav om at henvisningen ikke har været i T1 eller T2. Og for T1 + Afslut, er der ikke stillet krav om at henvisningen ikke har været i T2.

Kode 5 = Afvist

Kode 6 = Afsluttet efter forvisitation.

Antal henviste i perioden 01.01.2009-31.12.2009 er 16.457

1) Antal af henvisninger i 2009 der nåede til T1: 8.454, dvs $8.454/16.457 = 51,4\%$

2) Antal af henvisninger i 2009 der nåede til T2: 6.069, dvs $6.069/16.457 = 36,9\%$

Af de 6.069 fik 2.154 kun undersøgelse, og 3.915 fik både undersøgelse og behandling.

3) Antal af henvisninger i 2009 der ikke nåede til T2: 2.404. Heraf blev 1.453 afsluttet og 951 er endnu ikke afsluttede.

4) Antal af henvisninger i 2009 der fik T2 og afsluttet herefter: 5.679, imens 390 endnu er uafsluttede.

5) Tiden fra udførelse af T2 indtil afslutning varierer: lidt over 55% (3.178/5.679) blev afsluttet samme dag, for de resterende gik der imellem 1 og 685 dage inden de blev afsluttet. De 390 som ikke er afsluttet efter T2, fik foretaget T2 i henholdsvis 2009 (23%), i 2010 (67%) og i 2011 (10%). Dvs. der kan gå langt tid efter T2 inden afslutning.

6) Efter udførelse af T1 blev 7.116 afsluttet, 1.338 er ikke afsluttede endnu. Af de 7.116 som blev afsluttet, blev 357 afsluttet samme dag, ellers gik der ml. 1-793 dage inden de blev afsluttet, tydende på meget langsom registrering, og manglende T2. Af de 1.338 uafsluttede henviste i 2009, havde følgende andel fået udført T1 i henholdsvis 2009 (60%), i 2010 (39,4%) og i 2011 (0,6%).

For en betydelig del er der således en forsinket registrering af ukendt årsag.

7) Antal af henvisninger i 2009 der ikke nåede til T1 eller T2: 7,984, hvoraf 7.050 blev afsluttet med en afslutningskode, men ca 3.500 enten manglede T1 og T2 registrering eller var ikke blevet afsluttet med korrekt afslutningskode 5 eller 6, men med kode 1-4, og i alt 934 var ikke afsluttet trods henvisning i 2009 og manglende T1 og T2 registrering, men kan være på vej til at blive det. Dette ses af, at af de 7.050 afsluttede efter henvisning blev 33% afsluttet indenfor en uge, 64% indenfor en måned, 79% indenfor 3 mdr, 88% indenfor ½år, og 95% indenfor et år hvilket tyder på en væsentlig forsinkelse i registreringen.

Konklusion: Det konkluderes, at der er mangler i forhold til at følge et patientforløb. I alt 7.984 henvisninger i 2009 nåede ikke til T1 eller T2, heraf blev de 7.050 afsluttet, hvor 4.503 blev afsluttet korrekt med kode 5 eller 6 (afvist og afsluttet efter forvisitation), imens ca 3.500 havde fejl eller mangler.

Af de ca 3.500 med fejl eller mangler i indberetningen, havde ca 2.500 enten manglede indberetning af T1 og T2 og afslutningskoden var korrekt, eller var blevet afsluttet med en fejlkode for afslutningsgrund (kode 1-4), og ca 1.000 af de henviste i 2009 uden registrering af T1 eller T2 var endnu ikke afsluttet. Der kan peges på forsinket eller manglende registrering af enten T1 og T2 og/eller afslutningskode samt mulig brug af forkert kode for afslutningsgrund.