Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse

Redegørelse

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende den fremtidige tilrettelæggelse af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed

Sundhedsstyrelsen *2001*

Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse

Redegørelse

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende
den fremtidige tilrettelæggelse af den
børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed

Sundhedsstyrelsen *2001*

Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed
– den fremtidige tilrettelæggelse

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende
den fremtidige tilrettelæggelse af den
børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed

© Sundhedsstyrelsen 2001
ISBN: 87-91093-50-3

Tilrettelæggelse: Komiteen for Sundhedsoplysning
Sats: Peter Dyrvig Grafisk design
Tryk: PJ Schmidt Grafisk Produktion

Denne publikation kan købes hos:

Sundhedsstyrelsens Publikationer
c/o Schultz Information
Herstedvang 12
2620 Albertslund
Telefon: 70 26 26 36
Telefax: 43 63 62 45
E-mail: sundhed@schultz.dk
Hjemmeside: www. sundhed.schultz.dk

Forord

Der har gennem en lang årrække været stor opmærksomhed om og mange initiativer vedr. indsatsen for psykisk syge.

Siden midten af 1990'erne har også indsatsen for psykisk syge børn påkaldt sig stigende opmærksomhed. Baggrunden herfor har bl.a. været en stigende efterspørgsel og stigende ventelister og ventetider. I psykiatriaftalen mellem regeringen og amterne af 1997 aftaltes der en styrkelse af indsatsen for psykisk syge børn og unge. I den forbindelse skulle Sundhedsstyrelsen iværksætte et analysearbejde med henblik på nærmere at kortlægge behovet for udvidelse af den samlede behandlingskapacitet af psykisk syge børn. Resultatet heraf forelå med denne redegørelse i efteråret 1998.

Redegørelsens analyser og anbefalinger indarbejdedes efterfølgende i psykiatriaftalen mellem regeringen og amterne af juni 1999.

Samtidig indgik i 1999-aftalen, at Sundhedsministeriet skulle foretage en lignende udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren. Denne udredning, der så vidt muligt også skulle indeholde forslag til, hvorledes de tre sektorers samlede kapacitet bedst anvendes til imødekommelse af børnenes og de unges behov, foreligger nu.

Opfølgning på psykiatriaftalen og på Sundhedsstyrelsens redegørelse beskrives i øvrigt på side 16.

Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 rapporten "Målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien".

Tilsammen giver disse publikationer efter Sundhedsstyrelsens opfattelse et godt grundlag for det videre arbejde på området.

Sundhedsstyrelsen nedsætter herudover en opfølgningsgruppe med henblik på, at følge udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område i de kommende år.

København den 10. juli 2001

Jens Kristian Gøtrik ***Steen Werner Hansen***

Indhold

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende den fremtidige tilrettelæggelse af den børne og ungdomspsykiatriske virksomhed 10

Baggrund for redegørelsen 10

Høring om redegørelsen 11

Sundhedsstyrelsens indstilling 13

Opfølgning på redegørelsen og høringsrunden 16

Psykiatriaftale af juni 1999 vedr. perioden 2000-2001 16

Udvidelse af antallet af klassificerede uddannelsesstillinger 17

Vejledning vedr. specialeplanlægning 17

Beskrivelse af social- og undervisningssektoren, samt forslag vedrørende forbedret samarbejde sektorerne imellem 17

Den videre opfølgning af udviklingen inden for børne- og ungdomspsykiatrien 18

Kapitel 1

Baggrund og kommissorium 19

Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning 21

Arbejdsgruppens arbejde 22

Kapitel 2

Børne- og ungdomspsykiatriens patientgruppe 23

Kort om specialet børne- og ungdomspsykiatri 23

Den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe 26

De diagnostiske hovedgrupper 27

Psykiske sygdomme på baggrund af sygdom eller skade i hjernen (F 0-10) 27

Psykiske lidelser forårsaget af misbrug af alkohol eller narkotika (F 10-19) 27

Skizofreni, forbigående psykoser m.m. (F 20-29) 27

Affektive sindslidelser (F 30-39) 28

Nervøse og stress-relaterede tilstande, angst og tvangstilstande (F 40-48) 28

Spiseforstyrrelser m.m. (F 50-59) 29

Personlighedsforstyrrelser (F 60-69) 29

Mental retardation (F 70-79) 30

Specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser (F 80-89) 30

Psykiske forstyrrelser i barndommen (F 90-99) 30

Diagnostik af børns og unges livsomstændigheder 31

Særlige patientgrupper – på tværs af diagnoser 32
Børn af psykisk syge forældre 32
Spædbarnspsykiatri 33
Skilsmissebørn 33
Flygtninge og indvandrere 33
Børn og unge med vidtgående psykisk handicap 33
Børn udsat for omsorgssvigt 34
Kriminelle unge 34
Selvmordstruede unge 34
Hvilke sygdomstilstande bør henvises til børne- og ungdomspsykiater 35

Kapitel 3
Forekomst af behandlingskrævende psykiske symptomer, sygdomme og forstyrrelser hos børn og unge 36
Indledning 36
Forekomst 37
Forekomst af særlige sygdomsgrupper 39
Udviklingen i sygdomsforekomsten 39
Udenlandske vurderinger af sygdomsforekomsten 40
Norge 40
Sverige 40
England 41
USA 41
Demografisk udvikling 41
Sygdomsforløb og prognose 42
Konklusion 43

Kapitel 4
Diagnosticerings- og behandlingsmuligheder 45
Diagnostik 45
Undersøgelsesmetoder og procedurer 45
Generel børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse 45
Funktionsneurologisk undersøgelse 47
Psykologisk undersøgelse indeholdende såvel projektive som kognitive tests 47
Laboratorieundersøgelser i form af blodprøver, elektrokardiogram m.m. 48
EEG-undersøgelse (elektroencephalografi) 48
Billeddiagnostiske undersøgelser 48
Fysioterapeutisk undersøgelse 49
Pædiatrisk/intern medicinsk undersøgelse 49
Talepædagogisk undersøgelse 49
Sammenfatning af diagnosticeringsprocessen 50

Behandling 50
Rådgivning og vejledning 51
Psykoedukation 51
Psykoterapi 51
Psykofarmakologisk behandling 52
Miljøterapi 53
Familiearbejde 54
Skolegang 54
Talepædagogisk behandling 54
Diætetisk rådgivning 54
Fysioterapeutisk behandling 54
ADL-træning 55
Musik og billedterapi 55
Forventet fremtidig udvikling inden for diagnostik og behandling 55

Kapitel 5
Det nuværende børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelses- og behandlingstilbud 59
Hvor kan børn og unge med psykiske vanskeligheder få hjælp 59
Børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet 60
Henvisning til børne- og ungdomspsykiatri 60
Visitation 61
Forundersøgelse, indledende samtale 62
Netværksmøde 62
Undersøgelsesfasen 62
Behandlingsfasen 64
Det videre forløb efter udskrivelse/afslutning fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling 67
Efterambulant forløb 67
Andre opfølgende foranstaltninger 67
Børne- og ungdomspsykiatriens samarbejde med andre specialer 70
Børne- og ungdomspsykiatriens samarbejde med social- og undervisningssektoren 71
Konsulentfunktioner 72
Vurdering af det nuværende undersøgelses- og behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien 73

Kapitel 6
Organisation af indsatsen for psykisk skrøbelige og psykisk syge børn og unge 76
Indsatsen i socialsektoren 77
Indsatsen i undervisningssektoren/skolevæsenet 77
Indsatsen i sundhedsvæsenet 78
Den primære sundhedstjeneste 78
De forebyggende sundhedsordninger for børn og unge 78
Alment praktiserende læge 79
Speciallægepraksis 79

Børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet 80
Indenrigsministeriets anbefalinger vedr. etablering og udbygning af børnepsykiatrien fra 1970'erne 80
Etableringen af specialet børne- og ungdomspsykiatri 81
Temaplanrunden vedrørende psykiatri 1989-91 og efterfølgende initiativer 82
Anbefalinger i henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 82
Psykiatriaftalen af 4. april 1997 84
Opfølgning af psykiatriaftalen 85
Vurdering og konklusion 86

Kapitel 7
Den børne- og ungdompsykiatriske kapacitet og aktivitet 89
Kapaciteten i sygehusvæsenet inden for børne- og ungdomspsykiatrien 89
Det nuværende tilbud i de enkelte amter efteråret 1998 samt planlagt udbygning 89
Hovedstadens Sygehusfællesskab 89
Københavns Kommune 90
Københavns Amt 90
Frederiksborg Amt 91
Roskilde Amt 91
Vestsjællands Amt 92
Storstrøms Amt 92
Bornholms Amt 92
Fyns Amt 93
Sønderjyllands Amt 94
Ribe Amt 94
Ringkjøbing Amt 94
Vejle Amt 95
Århus Amt 95
Viborg Amt 96
Nordjyllands Amt 96
Opsummerende vedr. udviklingen 98
Aktiviteten i sygehusvæsenet 100
Efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser 102
Diagnosefordelingen på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 104
Indlæggelse på anden afdeling end børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling af børn og unge med psykiatrisk aktionsdiagnose 106
Ventelisteudviklingen 112
Ventelister og deres baggrund 112
Ventetider og ventelister 113

Sammenfattende vedrørende kapacitet, aktivitet, efterspørgsel, venteliste – og ventetidsudviklingen. 120

Kapitel 8
Uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling. 123

Uddannelse 123

Forskning og kvalitetsudvikling 123
Organisatorisk status for forskningen. 124
Status vedr. forskningsprojekter. 124
Kvalitetsudvikling. 125

Fremtidsperspektiver 125

Kapitel 9
Personaleressourcer. 128

Personalemæssige ressourcer 128
Generelle krav til personalekvalifikationer 128

Læger 129
Konsekvenser af manglen på uddannelsesstillinger og speciallæger. 130
Lægelig til- og afgang 131
Børne- og ungdomspsykiatriske uddannelsesstillinger i forbindelse med psykiatripuljen 132
Uddannelseskapacitet i specialet børne- og ungdomspsykiatri. 133

Andet personale 134

Kapitel 10
Arbejdsgruppens sammenfatning og anbefalinger . . . 136

Sammenfattende vurderinger og anbefalinger vedr. den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe og behovet for tilbud 136

Sammenfattende vurdering og anbefalinger vedr. børne- og ungdomspsykiatriens opgavevaretagelse. 138

Sammenfattende vurdering og anbefalinger vedr. kapacitet, aktivitet og efterspørgsel 142

Sammenfattende vurdering og anbefalinger vedr. mangel på speciallæger. 146

Arbejdsgruppens anbefaling for den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien 147

Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende den fremtidige tilrettelæggelse af den børne og ungdomspsykiatriske virksomhed

Baggrund for redegørelsen

Gennem sidste halvdel af 90'erne har indsatsen for psykisk syge børn og unge og udviklingen inden for det børne – og ungdomspsykiatriske speciale påkaldt sig stigende opmærksomhed.

Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale etableredes i 1994 og Sundhedsstyrelsen udmeldte anbefalinger vedr. udbygning og tilrettelæggelse i Vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 1996.

Sundhedsministeriet foretog samtidig hermed i 1995 og 1996 bl.a. i samarbejde med Amtsrådsforeningen og Socialministeriet undersøgelser vedr. ventetider og ventelister til børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling.

På baggrund af de konstaterede lange ventelister indgik der i psykiatriaftalen af 4. april 1997 mellem regeringen og amterne et særligt afsnit om styrkelse af indsatsen på det børne – og ungdomspsykiatriske område i aftaleperioden.

Der var således i aftalen enighed om at alle amter skal have en børne- og ungdomspsykiatrisk basisfunktion, der som minimum bør omfatte ambulant funktion, børnepsykiatrisk dagfunktion og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion. Amter med stort befolkningunderlag kan endvidere etablere børnepsykiatrisk døgnfunktion og ungdomspsykiatrisk afdeling/afsnit med lukket eller skærmet afsnit. Dette svarede til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner 1996.

Der var endvidere i aftalen enighed om at børn og unge skal undersøges og behandles på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger således at antallet af børn og unge, der indlægges på voksenpsykiatrisk eller pædiatrisk afdeling gennem udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien skulle reduceres væsentligt inden år 2000, samt at amterne og H:S i de nærmeste år, blandt andet ved i fornødent omfang at udbygge kapaciteten, skulle sikre en bedre sammenhæng mellem behov og tilbud om undersøgelse og behandling af psykisk syge børn og unge.

I erkendelse af, at der var en begrænset viden om området var der endvidere enighed om, at Sundhedsstyrelsen skulle iværksætte et analysearbejde med henblik på nærmere at kortlægge behovet for udvidelse af den samlede behandlingskapacitet af psykisk syge børn og unge.

På denne baggrund udarbejdede en bredt sammensat arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen nærværende redegørelse. Arbejdsgruppen afgav redegørelsen til Sundhedsstyrelsen i efteråret 1998.

Sundhedsstyrelsen sendte efterfølgende redegørelsen til høring i alle amter, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab og til relevante lægelige selskaber, personaleorganisationer, Kommunernes Landsforening, Social- og Undervisningsministeriet m.fl.

Redegørelsen opstiller på baggrund af en gennemgang og analyse af problemstillingerne på det børne- og ungdomspsykiatriske område en overordnet målsætning for virksomheden i sygehusvæsenet samt fremsætter en række anbefalinger, der bl.a. omhandler etablering af en væsentlig større og mere varieret kapacitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet. Det konstateres, at der er behov for en betydelig og målrettet udbygning over en længere årrække med henblik på at skabe bedre overensstemmelse mellem efterspørgsel og kapacitet og det konstateres at afstanden mellem den aktuelle kapacitet og målsætningerne er så betydelig at en gradvis og prioriteret planlægning for udbygningen er nødvendig.

Høring om redegørelsen

Sundhedsstyrelsen tilsluttede sig i høringsskrivelsen umiddelbart arbejdsgruppens konklusioner og anbefalinger og anmodede om synspunkter vedr. anbefalingerne. I forbindelse med høringssvarene anmodede Sundhedsstyrelsen specifikt om synspunkter vedr. den anbefalede overordnede målsætning samt arbejdsgruppens forslag til prioritering af indsatsområder.

Høringssvarene er fyldige og omtaler en lang række forskellige problemstillinger i relation til den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. De gennemgående hovedpunkter er følgende:

- Der er i høringssvarene generelt tilslutning til redegørelsens analyser og konklusioner.
- Der er generel tilslutning til den foreslåede overordnede målsætning for varetagelsen af opgaverne.
- Der er endvidere generel tilslutning til anbefalingerne vedr. udbygning af kapaciteten og etablering af flere og mere varierede behandlingstilbud i henhold til de konkrete anbefalinger.

Enkelte høringssvar sætter dog spørgsmålstegn ved behovet for amtslig udbygning med skærmede eller lukkede afsnit for unge i relation til, om der vil være det fornødne patientunderlag i det enkelte amt for drift af en sådan ungdomspsykiatrisk funktion.

To amter finder herudover anbefalingernes vægtning mellem landsdelsafdelingernes og de amtslige basisafdelingers opgaver uklar.

I den forbindelse skal det her præciseres, at anbefalingerne ikke lægger op til øget vægtning af landsdelsafdelingerne på bekostning af udbygning på basisniveauet. Redegørelsen anbefaler således generelt en styrkelse og udbygning på begge niveauer, men med vægt på, at der foregår en væsentlig udbygning og styrkelse af de amtslige funktioner på basisniveau, herunder for visse funktioner på tværamtsligt basisniveau eller eventuelt på landsdelsniveau på baggrund af det begrænsede patientantal.

Vedrørende anbefalingerne for udbygning skal det yderligere bemærkes, at der i redegørelsen lægges betydelig vægt på, at en meget stor del af ydelserne i specialet foregår og fortsat bør foregå som ambulant virksomhed. Når der i redegørelsen specielt fremsættes anbefalinger vedr. den stationære sygehuskapacitet skyldes dette således, at alle amter allerede har en etableret betydelig ambulant virksomhed på området.

I forbindelse med tilslutningen til anbefalingerne vedr. udbygning af kapaciteten fremhæves i mange af høringssvarene bekymring vedr. de personalemæssige barrierer for udbygning, specielt for så vidt angår manglen på speciallæger. En række amter angiver således konkrete problemer med den nødvendige bemanding for udvidelse af funktionerne.

- Der er generel tilslutning til den foreslåede prioritering af indsatsen, hvorefter der i første række fokuseres på følgende tre områder:
  - nedbringelse af ventelister/ventetider,
  - etablering af ungdomspsykiatriske døgnindlæggelsesmuligheder , åbne og lukkede, således at der sikres mulighed for at rumme særlig angste og urolige psykisk syge unge samt
  - en permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og uddannelsesinitiativer for det øvrige personale.

  I overensstemmelse med bekymringerne vedr. de personalemæssige begrænsninger for udbygning, herunder især manglen på børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger, påpeger flere amter og de lægelige selskaber m.fl., at man finder udvidelsen af uddannelseskapaciteten af speciallæger vigtigst, idet dette anses for en vigtig forudsætning for at kunne løse de øvrige problemer på området. Amtsrådsforeningen tilkendegiver således at man er enig i de 3 prioriterede ind-

satsområder, men at man finder at rekruttering og udvidelse af uddannelseskapaciteten samt kvalificering af såvel læger som andre relevante personalegrupper bør prioriteres højest.

Dansk Psykiatrisk Selskab understreger i sit høringssvar nødvendigheden af, at der foretages en hurtig og permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Selskabet tilkendegiver vedr. behovene for speciallægekapacitet, at man på baggrund af rapportens detaljerede redegørelse for præmisserne bag behovet for den betydelige udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien finder – på baggrund af en række skøn og beregninger – at det på landsplan vil være relevant, at der planlægges ud fra et samlet behov på i alt ca. 250 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Behovet for uddannelsesinitiativer for andre faggrupper fremhæves i øvrigt i en række høringssvar, og enkelte personaleorganisationer peger på muligheden af højere grad af anvendelse af deres faggruppe i opgavevaretagelsen. Dette gælder f.eks. ergoterapeuter og social- og sundhedsassistenter.

- En række høringssvar fremhæver vigtigheden af forskning og kvalitetsudvikling og støtter specifikt anbefalingerne vedr. dette.
- Der tilkendegives herudover i en række høringssvar ønsker om, at problemstillingen vedr. den stigende efterspørgsel anskues udfra en bredere synsvinkel hvor også social- og undervisningssektorens indsats indgår i sammenhæng med sundhedssektoren. I denne forbindelse fremsættes i flere høringssvar ønske om, at der udarbejdes en tilsvarende grundig analyse af indsatsen på det sociale og undervisningsmæssige område bl.a. med henblik på en vurdering af mulighederne for aflastning og forbedring af samarbejdet.
- Endelig tilkendegiver nogle amter, at man savner visionære nye bud på hvorledes problemerne kan løses i den ganske lange periode indtil personaleressourcerne kan fremskaffes.

Sundhedsstyrelsens indstilling

Sundhedsstyrelsen tilslutter sig på baggrund af redegørelsen og de indkomne høringssvar arbejdsgruppens samlede vurderinger og anbefalinger således som de fremgår af redegørelsens kapitel 10 "Arbejdsgruppens sammenfatning og anbefalinger", hvorefter den langsigtede målsætning for den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed er:

At den samlede børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet på landsplan i fremtiden bør kunne varetage diagnostik og behandling af samtlige patientkategorier inden for de relevante aldersgrupper dvs. de 0-18 (21) årige. På baggrund af sjældenhed, grad af kompleksitet eller særlige ressourcekrav vil visse patientkategorier skulle varetages på landsdelsniveau eller i tværamtslige samarbejder.

En forudsætning for, at den samlede børne- og ungdomspsykiatri på landsplan i løbet af en årrække kan blive i stand til at varetage alle patientkategorier inden for den relevante aldersgruppe, er etablering af mere varierede og forskelligartede behandlingstilbud såvel på basisniveau som på landsdelsniveau.

Det anbefales således:

- At børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet varetager de mere komplicerede diagnostiske og behandlingsmæssige opgaver. Lettere problemer og vanskeligheder bør kunne varetages i de primære led, dvs. i primær sundhedstjeneste og af personale i hhv. pædagogisk-psykologisk rådgivning og socialvæsen.
- At langvarig/årelang behandling i døgnregi fortsat principielt bør foregå i socialt regi, men evt. under intensiveret og formaliseret konsulentstøtte fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.
- I overensstemmelse med anbefalinger i Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner 1996 samt psykiatriaftalen af 4. april 1997, bør det amtslige tilbud som minimum omfatte såvel børne- som ungdomspsykiatrisk ambulant funktion samt børnepsykiatrisk dagfunktion og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion.
- Der bør på landsdelsniveau eller i tværamtslige samarbejde skabes mulighed for akut indlæggelse af børn i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.
- Der bør på landsdelsniveau eller i tværamtsligt samarbejde skabes mulighed for børnepsykiatrisk døgnfunktion.
- Der bør på amtsniveau skabes mulighed for akut indlæggelse af unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.
- Der bør på amtsniveau være mulighed for at indlægge og om nødvendigt skærme særligt angste, urolige og aggressive unge i børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit.
- Der bør på amtsniveau eller i tværamtsligt samarbejde være mulighed for at indlægge unge i lukket afsnit i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Der bør endvidere foretages en betydelig udbygning af den amtslige børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet i de kommende år med henblik på at skabe bedre overensstemmelse mellem efterspørgslen og kapaciteten.

Alene på grund af den demografiske udvikling skal aktiviteten, under forudsætning af bl.a. et uændret ydelses- og henvisningsmønster, udvides med 5% i år 2001 og 11% i år 2006 for blot at fastholde tilbuddet til den nuværende procentandel af børne- og ungdoms-populationen på 0,4% årligt.

Skal ventetids- og ventelisteudviklingen vendes, og det meget betydelige antal heldøgnsindlæggelser, der aktuelt varetages af de voksenpsykiatriske og pædiatriske afdelinger, overgå til børne- og ungdomspsykiatrien, skal der herudover foretages en yderligere særdeles betragtelig udvidelse af kapaciteten og aktiviteten.

For at opfylde målsætningen om at varetage samtlige patientkategorier indenfor de 0-18-årige skal alene antallet af heldøgnsindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien således mere end fordobles, og der skal herudover endvidere varetages et antal deldøgns-indlæggelser og ambulante forløb, som hidtil er foregået i hhv. pædiatrisk og voksenpsykiatrisk regi.

Realiseringen af denne målsætning forudsætter således en betydelig og målrettet udbygning over en årrække, idet den nuværende børne- og ungdomspsykiatri, incl. den aktuelle styrkelse, ikke indebærer mulighed for eller personaleressourcer til at løfte denne opgave/dette ansvar for alle patientkategorier inden for den nærmeste fremtid.

Afstanden mellem den aktuelle kapacitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien og den ovenfor anførte målsætning er så betydelig, at en gradvis og prioriteret planlægning for udbygningen vil være nødvendig. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i første række fokuseres på følgende områder:

- Nedbringelse af ventelister/ventetider.
- Etablering af ungdomspsykiatriske døgnindlæggelsesmuligheder, åbne og lukkede, således at der sikres muligheder for at rumme særligt angste, urolige og aggressive unge i børne- og ungdomspsykiatriske afsnit.
- En permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og uddannelsesinitiativer for det øvrige personale.

Der vil i en sådan proces endvidere skulle lægges betydelig vægt på, at den indholdsmæssige kvalitet af tilbuddet til patienterne ikke forringes.

I udbygningsfasen vil fleksibilitet og intenst samarbejde med bl.a. pædiatri og voksenpsykiatri om fagligt hensigtsmæssige ordninger være en nødvendig forudsætning.

Der skal endvidere anbefales, at der tages initiativer med henblik på at styrke forskning og kvalitetsudvikling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Arbejdsgruppen anbefaler endelig, at udviklingen og udbygningen overvåges af de centrale sundhedsmyndigheder. Sundhedsstyrelsen er enig i det hensigtsmæssige heri.

Opfølgning på redegørelsen og høringsrunden

Efter høringsrunden iværksattes opfølgning af redegørelsens anbefalinger i forbindelse med drøftelserne vedr. indgåelse af ny psykiatriaftale mellem regeringen og sygehuskommunerne foråret 1999.

Psykiatriaftale af juni 1999 vedr. perioden 2000-2002

Redegørelsens analyser og samlede anbefalinger samt synspunkter fra høringsrunden indgik med Sundhedsstyrelsens anbefaling i en ny psykiatriaftale af juni 1999 mellem regeringen og amterne for perioden 2000-2002.

Det fremgår bl.a. af aftalen:

At der er enighed om behovet for at udvide sengekapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien, især med henblik på at reducere antallet af unge , der indlægges på voksenpsykiatriske afdelinger.

Parterne erkender endvidere at specielt for børne- og ungdomspsykiatrien er der rekrutteringsproblemer og der er enighed om, at de uddannelsesaktiviteter for læger der blev iværksat ved udmøntningen af psykiatripuljen fra 1997 fortsætter samt at godkendte uddannelsesstillinger (introduktions-, uddannnelses- og R1-stillinger) normeres, samt at vakante stillinger tilstræbes besat med uddannelsessøgende ved løbende opslag. Der er endvidere enighed om at arbejde for yderligere at øge udbuddet, især af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri ved at amterne etablerer flere uddannelsesforløb, og endvidere at Sundhedsstyrelsen med sigte på at øge udbuddet af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri positivt vil vurdere anmodning om i konkrete tilfælde at dispensere fra uddannelseskrav under forudsætning af opretholdelse af det faglige niveau i uddannelsen.

At der er enighed om behovet for at fremme samordning, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, forsøgsvirksomhed samt forskning bl.a. inden for børne- og ungdomspsykiatrien

I et særligt afsnit om børne- og ungdomspsykiatri opsummeres anbefalingerne fra Sundhedstyrelsens redegørelse vedr. den fremtidige tilrettelæggelse af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed og der tilkendegives enighed om, at der i første række fokuseres på nedbringelse af ventelister/ventetider; etablering af ungdomspsykiatriske døgnindlæggelsesmuligheder, åbne og lukkede, således at der sikres muligheder for at rumme særlig angste, urolige og aggresive unge i børne- og ungdomspsykiatriske afsnit; samt en permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og uddannelsesinitiativer for det øvrige personale.

Der er enighed om, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab – indenfor rammerne af de ressourcemæssige handlemuligheder – i aftalepe-

rioden gennemfører de nødvendige aktiviteter til størst mulig opfyldelse af ovennævnte mål.

Udvidelse af antallet af klassificerede uddannelsesstillinger

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af psykiatriaftalen af 1997, redegørelsen og høringssvarene samt i overensstemmelse med ovennævnte psykiatriaftale foretaget en massiv udvidelse af antallet af klassificerede stillinger til uddannelse i specialet. Der er således fra 1995 til 2001 sket mere end en 6-dobling i antallet af klassificerede introduktionsstillinger i børne- og ungdomspsykiatri fra 6 i 1995 til 43 i 2001, for så vidt angår undervisningsstillinger er disse udvidet fra 5 i 1995 til 21 i 2001 og 1. reservelægestillinger fra 11 i 1995 til 26 i 2001.

Det mere præcise antal speciallæger, der vil være nødvendigt for at kunne varetage de beskrevne opgaver kendes ikke. Dette antal vil bl.a. afhænge af udviklingen i efterspørgslen, den konkrete arbejdstilrettelæggelse og opgavefordeling mellem de forskellige personalegrupper inden for sygehusvæsenet, herunder især også af den lægelige opgavevaretagelse, der kan foretages af læger under uddannelse til speciallæger samt af relevant personale i andre sektorer. Bla. prognose- og dimensioneringsarbejdet under Det Nationale Råd for lægers videreuddannelse vil hen ad vejen kunne kvalificere behovet.

Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale har i forbindelse med efterspørgselsprognosen i 2000 tilkendegivet, at der efter specialets vurdering vil være en stigende efterspørgsel på speciallæger på forventet 4,3% pr. år til ca. 250 speciallæger i 2025. Det øgede antal klassificerede uddannelsesstillinger betyder, at et sådan antal speciallæger vil kunne opnås, forudsat at stillingerne normeres og kan besættes med uddannelsessøgende. I den forbindelse vil en optimering af rekruttering af læger til videreuddannelsen m.h.p. at kunne udnytte kapaciteten, bl.a. via en rekrutteringsstimulerende indsats fra selskabets side være væsentlig.

Vejledning vedr. specialeplanlægning

Redegørelsens anbefalinger er indarbejdet i Sundhedsstyrelsens kommende Vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, som forventes at foreligge i 2001.

Beskrivelse af social- og undervisningssektoren, samt forslag vedrørende forbedret samarbejde sektorerne imellem

I ovennævnte psykiatriaftale indgik at staten tager initiativ til en udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren. Denne skal så vidt muligt indeholde forslag til hvorledes de tre sektorers samlede kapacitet bedst anvendes til at imødekomme børnenes og de unges behov. En arbejdsgruppe under Sundhedsministeriet har netop færdiggjort dette udredningsarbejde.

Den videre opfølgning af udviklingen inden for børne- og ungdoms-psykiatrien

I forbindelse med en sådan stor og langsigtet udbygning af området vil der være behov for regelmæssige vurderinger og drøftelser af udviklingen samt eventuelt behov for justerende anbefalinger vedr. indsatsen. Denne opfølgning vil bl.a. finde sted via prognose- og dimensioneringsarbejdet under Det Nationale Råd for lægers videreuddannelse.

Sundhedsstyrelsen agter desuden at etablere en opfølgningsgruppe med repræsentation fra de relevante parter med henblik på nøje at følge udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Kapitel 1
Baggrund og kommissorium

Der har i en længere årrække været stor opmærksomhed om indsatsen for sindslidende og der har i den forbindelse været taget en lang række initiativer for udbygning af indsatsen. Udbygningen er dels foretaget med baggrund i Folketingets dagsorden af 7. marts 1991, hvori regeringen blandt andet blev pålagt at give folketinget en årlig statusrapport om indsatsen for sindslidende, og dels foranlediget af rapporten fra Udvalget vedrørende fremrykning af indsatsen for sindslidende fra 1993, hvori der blev opstillet en række målsætninger for udbygningen af tilbud i både sundhedssektoren, socialsektoren og undervisningssektoren.

Den foretagne udbygning af tilbuddene har i væsentligt omfang været koncentreret om initiativer, der generelt har medvirket til en styrkelse af indsatsen på det voksenpsykiatriske område. I de senere år har behovet for indsats vedrørende psykisk syge børn og unge dog påkaldt sig stigende opmærksomhed, og der er således også blevet mere opmærksomhed om behovet for styrkelse af indsatsen på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Indsatsen for psykisk syge børn og unge var således til drøftelse, da folketinget d. 1. februar 1996 havde forespørgselsdebat om indsatsen for sindslidende. Som afslutning på debatten vedtog Folketinget dagsorden D35 af 1.februar 1996, hvori regeringen bl.a. blev pålagt at "at arbejde for en forstærket indsats for at forbedre tilbuddene til børn og unge, der selv eller hvis forældre er ramt af sindslidelser ".

Endvidere indgår det i regeringens ungdomspolitik (Undervisningsministeriet, 1996), at regeringen vil gøre en målrettet indsats for at hjælpe unge med psykiske problemer, herunder "at arbejde for, at børn og unge ikke indlægges på voksenafdelinger, men på særlige børne- ungeafdelinger, og at ventetiden til psykiatrisk behandling nedbringes".

Sundhedsministeriet har i samarbejde med Amtsrådsforeningen og Socialministeriet foretaget en række undersøgelser og analyser i 1995 og 1996 bl.a. vedrørende ventetider og ventelister til børne- og ungdomspsykiatrisk forundersøgelse og behandling samt vedr. ventelister til sociale behandlingsinstitutioner. Disse blev samlet i rapporten "Psykisk syge børn og unge på venteliste", der blev udsendt i januar 1996. Det fremgår heraf at der var ventetidsproblemer.

Rapportens konklusioner blev i 1996 drøftet mellem Sundhedsministeren, Socialministeren og repræsentanter fra de amtskommunale og primærkommunale myndigheder. Parterne enedes her om at arbejde videre med problemstillingerne herunder vedr. henvisningspraksis til børne- og ungdomspsykiatrien.

I februar 1997 udkom redegørelsen: "Indsatsen for sindslidende" udarbejdet af en tværministeriel arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsministeriet, hvori der gøres status for den samlede indsats på det psykiatriske område og fremsættes forslag til nye initiativer. Redegørelsen indeholder også en kort beskrivelse af problemer inden for børne- og ungdomspsykiatrien og en række forslag til initiativer på området. Disse forslag kom til at indgå i forhandlingerne med de kommunale parter vedr. aftale om fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende af 4. april 1997.

Sideløbende med disse politiske initiativer udkom i Sundhedsstyrelsens regi i august 1994 et lægefagligt arbejdspapir udarbejdet af en arbejdsgruppe for Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe i psykiatri "På vej mod børne- og ungdomspsykiatri i Danmark, status og perspektiver".

Et børne- og ungdomspsykiatrisk speciale etableredes i 1994 ved sammenlægning af det 40 år gamle speciale i børnepsykiatri og fagområdet ungdomspsykiatri.

Efter etableringen af specialet har Sundhedsstyrelsen udmeldt anbefalinger vedr. udbygning og tilrettelæggelse af børne- og ungdomspsykiatri i Sundhedsstyrelsens Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner fra 1996. Samtidig har en faglig arbejdsgruppe for Sundhedsstyrelsen udarbejdet rapporten "Målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien" der udkom i 1998.

Det fremgår af aftalen om fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende af 4. april 1997, at der er enighed om, at de børne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud skal styrkes. Det er bl.a. målsætningen hermed at de børne- og ungdomspsykiatriske tilbud skal udvikles til at rumme såvel fokusering på afgrænsede problemer og symptomer som en bredere socialpsykiatrisk synsvinkel. I aftalen indgår en række konkrete initiativer og projekter, der indebærer en styrkelse af indsatsen på det børne- og ungdomspsykiatriske område i aftaleperioden, såvel mht. etablering af amtslige funktioner – i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger – som vedrørende fysisk kapacitet og personale.

Med henblik på en vurdering af det mere langsigtede behov for kapacitet på området indgik det endvidere i aftalen, at Sundhedsstyrelsen skal iværksætte et analysearbejde med inddragelse af de kommunale parter m.h.p. at kortlægge behovet for en udvidelse af den samlede behandlingskapacitet for psykisk syge børn og unge.

Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning

Det fremgår af psykiatriaftalen af 4. april 1997, at Sundhedsstyrelsen skal iværksætte et analysearbejde, med inddragelse af de kommunale parter, med henblik på at kortlægge behovet for en udvidelse af den samlede behandlingskapacitet for psykisk syge børn og unge.

På denne baggrund har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, med den opgave, at udarbejde en redegørelse om udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område, og fremkomme med anbefalinger vedr. den fremtidige kapacitet og tilrettelæggelse af virksomheden.

Arbejdsgruppen har herunder til opgave at beskrive:

- den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe og behovet for indsats overfor psykisk syge børn og unge
- den forventede fremtidige udvikling på området
- det nuværende undersøgelses- og behandlingstilbud, herunder samarbejdet med andre sektorer
- behovet for børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelses- og behandlingskapacitet
- ressourcemæssige overvejelser

og på denne baggrund at fremkomme med forslag til den fremtidige kapacitet og organisation på området.

Arbejdsgruppen kan tage udgangspunkt i et udkast til rapport vedr. målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien, som er udarbejdet af en sundhedsfaglig arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppens sammensætning:

Sundhedsstyrelsen:
Læge Marianne Jespersen (formand)
Cheflæge Nini Smedegaard Olesen, Aalborg Sygehus

Dansk Psykiatrisk Selskab
Overlæge Jens Buchhave
Ledende overlæge Anne-Rose Wang
Professor, overlæge, dr.med. Per Hove Thomsen
Ledende overlæge Kim Solstad

Faglig Sammenslutning for sygeplejersker beskæftiget med psykiatrisk sygepleje:
Oversygeplejerske Jette Ravn

Amtsrådsforeningen:
Administrativ chef Sven Hagen Madsen
Fuldmægtig Hanne Sognstrup

Hovedstadens Sygehusfællesskab:
Sundhedsfaglige direktør Lone de Neergaard

Kommunernes Landsforening:
Fuldmægtig Søren Lenau og fra efteråret 1997 konsulent Pernille Kvarning

Observatører:
Fuldmægtig Klaus Andersen, Sundhedsministeriet
Fuldmægtig Elisabeth Pilegaard, Socialministeriet

Sekretariat:
Læge Elisabeth Hasselager og sekretær Ea Damgaard, Sundhedsstyrelsen

Arbejdsgruppens arbejde

Som det fremgår er der gennem de senere år taget flere initiativer til beskrivelse af forskellige delproblemstillinger vedrørende indsatsen for børn og unge med psykiske problemer og psykisk sygdom, herunder vedrørende behov for kapacitet i sygehusvæsenet, ligesom der i forbindelse med aftalen af 4. april 1997 allerede er truffet beslutning om en styrkelse og udbygning af indsatsen i sundhedsvæsenet og på det sociale område.

Arbejdsgruppen har derfor i sit arbejde valgt at lægge vægt på at foretage en samlet beskrivelse af den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe, herunder af dennes størrelse og afgrænsning samt af den nuværende sundhedsfaglige indsats på området m.h.p. at etablere et bedre grundlag for vurderinger af det fremtidige behov for kapacitet og for anbefalinger vedrørende den fremtidige tilrettelæggelse af diagnostik og behandling på området.

Den amtskommunale og primærkommunale indsats for psykisk syge og skrøbelige børn og unge i undervisnings- og socialsektoren er i redegørelsesarbejdet kun omtalt i relation til grænsefladerne og det helt nødvendige samarbejde med sundhedsvæsenet. En fuldgyldig beskrivelse af virksomheden, behovene og organisationen af indsatsen i undervisnings- og socialsektoren har derimod ligget udenfor arbejdsgruppens kommissorium og kompetence.

Kapitel 2
Børne- og ungdomspsykiatriens patientgruppe

Kort om specialet børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatri er et lægeligt speciale, der omfatter diagnostik, behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme hos børn og unge i alderen 0-18 (21) år.

Psykiske sygdomme i barnealder og ungdomsår udgør et bredt spektrum af tilstande. De omfatter hos mindre børn forstyrrelser i det tidlige mor/barn-forhold, tilknytningsforstyrrelser, afgrænsede tilpasnings- og krisereaktioner, længerevarende følelsesmæssige eller adfærdsmæssige forstyrrelser og gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Hos større børn og unge vil også personlighedsforstyrrelser, herunder borderline-tilstande vise sig, desuden selvdestruktiv adfærd og selvmordsforsøg, misbrug i forbindelse med psykiske forstyrrelser, spiseforstyrrelser, psykotiske reaktioner og tidlige, ofte atypiske debut-tilstande af skizofreni, depression og mani.

En tidlig indsats over for børn og unge med psykiske symptomer og lidelser har stor betydning – også af hensyn til forebyggelse af udvikling af svære og kroniske sygdomstilstande.

Psykiske forstyrrelser hos børn og unge udvikles i et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, idet der gennem opvæksten er en stadig vekselvirkning mellem det enkelte barns sårbarhed og modstandsdygtighed på den ene side og miljøets belastende og beskyttende kvaliteter på den anden side.

Af betydning for barnets sårbarhed er f.eks. arvelig disposition for psykisk sygdom, fødselskomplikationer, intelligens og kropslig sygdom. Risikofaktorer i miljøet er f.eks. manglende mulighed for alderssvarende stimulation eller stabil tilknytning til nære voksne, udsættelse for fysiske traumer og samspilsforstyrrelser i familien, herunder psykisk sygdom eller misbrug hos forældrene.

Problemerne kan i nogle tilfælde vise sig først og fremmest at have rod i barnet/den unge selv. I andre tilfælde er der næsten udelukkende tale om problemer i miljøet omkring barnet. I hovedparten af tilfældene er der tale om en kombination af individuelle og samspilsmæssige forhold som baggrund for problemerne.

Børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når de psykiske problemer er så svære eller komplicerede, at den praktiserende læge eller børne- og ungdomssagkyndige i amter og kommuner finder henvisning nødvendig. Det er således kun en mindre del af den samlede gruppe af børn og unge med psykiske vanskeligheder og problemer, som varetages af børne- og ungdomspsykiatrien.

Arbejdsformen i børne- og ungdomspsykiatrien er tværfaglig. I afdelingerne arbejder læger, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker, pædagoger, fysioterapeuter, lærere m.fl. Det overordnede ansvar for undersøgelse og behandling er lægeligt.

Langt de fleste børn og unge undersøges og behandles ambulant. Når denne indsats ikke er tilstrækkelig dag- eller døgnindlægges patienterne.

Indlæggelserne er langvarige – typisk 3-6 måneder – i sammenligning med indlæggelserne på andre sygehusafdelinger. Undersøgelsesindlæggelser kan dog på nogle afdelinger være af kortere varighed f.eks. 6 uger.

De vigtigste behandlingsmetoder i børne- og ungdomspsykiatrien er psykoterapi, miljøterapi, rådgivning og medicin.

Nogle børn og unge behandles kortvarigt. Andre er i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien i mange år. En del har herefter brug for fortsat kontakt med voksenpsykiatrien. Nogle overgår til langvarig efterbehandling i socialsektoren.

Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger samarbejder indenfor sygehusvæsenet især med pædiatriske, voksenpsykiatriske, intern medicinske, neurologiske og gynækologisk/obstetriske afdelinger.

Børne- og ungdomspsykiatrien har et omfattende samarbejde med instanser i primærsektoren: Praktiserende læger, socialforvaltninger og pædagogisk-psykologiske rådgivninger. I fremtiden forventes yderligere et samarbejde med de nyligt etablerede kommunale tværfaglige sundhedsgrupper, herunder med kommunallægerne.

TRE TYPISKE HENVENDELSER

Mikael

Mikael henvises til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling allerede som 2½-årig. Han er en køn dreng med mørkt, krøllet hår. Mikael er yngst af tre søskende og bor sammen med sine forældre. Moderen er sygeplejerske, faderen lærer. De to ældre søskende har udviklet sig normalt, men Mikael er helt anderledes. Først mente forældrene, det var, fordi han blev født for tidligt ved en svær fødsel og derfor havde brug for ekstra tid. Efterhånden er det blevet tydeligt, at noget er helt galt. Mikael har ikke noget sprog. Han vil helst sidde og dreje på nogle blanke kugler og bliver meget vred, hvis han bliver afbrudt. Han rækker aldrig armene op for at blive løftet, han smiler ikke og bryder sig ikke om kropskontakt. Derimod kan

han udstøde små begejstrede skrig, når lyset spiller i kuglerne. Forældrene synes ofte, han "ser lige igennem dem". De vil gerne have at vide, hvad der er i vejen med Mikael, og hvordan de bedst hjælper ham fremover. Samtidig frygter de resultatet af den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse.

Ulla

Ulla er 12 år og henvises til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling af familiens læge. Hun kommer sammen med begge sine forældre og er meget mut. Ulla synes ikke, hun er syg og finder det derfor "helt vildt", at hun er blevet slæbt med på hospitalet. Forældrene fortæller, at Ulla er meget optaget af at undgå kalorierig mad og har tabt sig meget. Man ser ikke umiddelbart i forbindelse med samtalen, hvor tynd, hun er, for hun har klædt sig i løstsiddende tøj i flere lag. Da hun vejes i undertøj ligner hun imidlertid et skelet overtrukket med hud.

Forældrene er bekymrede, men også glade for, at Ulla trods alt fortsat klarer sig så fagligt godt i skolen. De er meget i tvivl om hvor vidt de skal presse Ulla til en indlæggelse eller lade hende selv bestemme.

Familiens læge har ikke fundet tegn på kropslig sygdom som baggrund for Ullas vægttab. Han vurderer, at Ulla har anoreksi, og at hun er i livsfare.

Anders:

Anders kommer sammen med studievejlederen fra gymnasiet. Han er 16 år og i tvivl om, hvad der sker med ham. Forældrene har accepteret, at han gerne ved første samtale vil være alene. Anders har ikke været i skole i 1½ måned. Han orker ikke at stå op om morgenen og fortæller, at han har en fornemmelse af, at fremmede tanker trænger ind i hans bevidsthed. Først var det kun noget, han oplevede i glimt en gang imellem. Nu er fornemmelsen mere konstant. Samtidig har Anders fået en uklar følelse af, at hans tanker styrer den internationale udvikling. Han er forpint over den tiltagende globale forurening og føler sig personligt ansvarlig for den.

Nogle gange spørger Anders sig selv, om han er ved at blive sindssyg. Det vil han gerne tale med en psykiater om. Han er imidlertid på andre tidspunkter meget bange for at ende som forsøgskanin på en lukket afdeling.

Derfor er han flere gange udeblevet fra aftalte samtaler på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Nu er det imidlertid lykkedes studievejlederen at overtale Anders til at følge med, for at han kan blive orienteret om det ungdomspsykiatriske afsnit.

Vedrørende undersøgelses- og behandlingsforløbet for de 3 patienter se kapitel 4.

Den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe

Patienter på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger inddeles i sygdomsgrupper og får – ligesom patienter i andre specialer – diagnoser. Det sker, for at der i arbejdet med børnene og de unge kan skabes overblik og ydes en professionel indsats.

Psykiske lidelser er ofte svære at diagnosticere hos børn og unge og en række psykiske lidelser fremtræder anderledes eller er specielle for børn og unge. Hos mindre børn er virkelighedsopfattelsen mere usikker end hos voksne uden at børnene af den grund er sindslidende. Der er således i forskellige aldre forskellige grænser for hvad, der kan anses for normalt, og hvad der er tegn på sygdom.

Der kan derfor være vanskeligheder med at anvende en klar sygdomsinddeling for børne- og ungdomspsykiatriske patienter, fordi de er i stadig udvikling og derfor kan være svære at placere i diagnostiske enheder. Der er desuden meget, vi endnu ikke ved om afgrænsning og forløb af psykiske forstyrrelser hos børn og unge. Mange opfylder kriterierne for flere diagnoser samtidigt (comorbiditet).

Det er helt nødvendigt at patienterne så godt som muligt inddeles i diagnosegrupper, så erfaringer vedr. undersøgelsesmetoder og behandlingsresultater kan udveksles mellem børne- og ungdomspsykiatere i Danmark og på tværs af landegrænserne.

Hvis dette ikke sker vil forskning og udvikling gå i stå, og man vil bl.a. ikke kunne svare familierne, når de stiller spørgsmål som:
"Hvad er chancen for, at mit barn bliver rask?"
"Virker medicin bedre end samtale?"

Alle danske patienter diagnosticeres efter et internationalt system, der betegnes ICD-10 (WHO's International Classification of Diseases, 10. udgave). De psykiske lidelser for børn og voksne er anbragt i kapitel F. Det er inddelt i 10 hovedgrupper af sygdomme og en række undergrupper.

Det bærende princip for ICD-10 er, at det bygger på beskrivelser af tilstande. En diagnose er et tilstandsbillede, der fortæller noget om en patient på et bestemt tidspunkt. Når bestemte kriterier er opfyldt er der basis for en bestemt diagnose. Denne siger ikke noget om årsagen til sygdommen. Flere diagnoser kan forekomme samtidig. Det er også muligt, at en diagnose på et senere tidspunkt afløses af en anden diagnose – eller at patienten ikke længere opfylder kriterierne for nogen psykiatrisk diagnose overhovedet.

Eksempel

For diagnosen anorexia nervosa (F 50.0) skal følgende 5 kriterier (kort gengivet) alle være opfyldt:

1. *Kropsvægten holdes på mindst 15% under forventet normalvægt*
2. *Undgåelse af fedende føde*
3. *Forstyrret legemsopfattelse med følelsen af at være tyk og med frygt for fedme*
4. *Hormonelle forstyrrelser med ophør af menstruation og svækket seksuel lystfølelse*
5. *Bulimi ikke til stede.*

De diagnostiske hovedgrupper

Psykiske sygdomme på baggrund af sygdom eller skade i hjernen (F 0-10)

Denne diagnosegruppe er sjælden i børne- og ungdomspsykiatrien. Den omfatter sygdomme, der er følger af en påvist hjerneskade. Der kan f.eks. være tale om, at et barn eller en ung er blevet psykisk forandret og måske præget af voldsom adfærd efter f.eks. ulykke med hjerneskade eller meningitis. Viden om neuropsykiatriske forhold spiller en stor rolle ved planlægning af et samlet genoptræningsprogram, der ofte også omfatter en tværfaglig indsats fra f.eks. neuropsykolog, børnelæge, fysioterapeut og speciallærer.

Psykiske lidelser forårsaget af misbrug af alkohol eller narkotika (F 10-19)

Også disse diagnoser er sjældent hovedbaggrunden for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Der kan f.eks. være tale om, at en ung har haft et betydeligt hashmisbrug og har ændret sig psykisk i forbindelse hermed. Den unge kan være blevet psykotisk eller blot sløv, initiativløs og afhængig af hash. Der vil da være brug for afvænning, afdækning af baggrunden for misbruget, diagnostik og behandling af eventuel psykisk sygdom og i samarbejde med kommune eller amt etablering af social støtte til fortsat stoffrihed.

I forbindelse med stofpsykoser kan det i første omgang være svært at afgøre, om psykosen er forårsaget af misbrug eller om begyndende psykisk sygdom er baggrunden for, at den unge er blevet stofmisbruger.

Skizofreni, forbigående psykoser m.m. (F 20-29)

Her er tale om en af ungdomspsykiatriens kernegrupper. Den omfatter børn og unge med forbigående psykoser, skizofreni-lignende kontaktforstyrrelser og skizofreni. Diagnoserne anvendes meget sjældent på børn under 10 år.

En **psykose** er en tilstand præget af forstyrret virkelighedsopfattelse. Der kan være tale om hallucinationer på syn eller hørelse, om forfølgelses-

forestillinger og om "sære ideer" som fornemmelse af at være styret udefra, fornemmelse af magisk at kunne påvirke andre med sine tanker samt forestillinger om specielle kropslige forstyrrelser. Patienterne kan være plagede af tvangshandlinger og tvangstanker. Sygdomsbillederne for børn og unge er ofte mere brogede og skiftende end for voksne.

Begyndende **skizofreni** kan vise sig blot ved træthed, initiativløshed, isolering, ophør af skolegang og andre sociale aktiviteter, affladning af følelser m.m.

Nogle ganges kan en psykose have en klar forbindelse til en bestemt – ofte voldsom – oplevelse. Nogle gange starter den pludseligt og uforudsigeligt, i andre tilfælde snigende. Ved begyndende skizofreni vil man ofte bagefter kunne se et forudgående mønster af ændret adfærd og kontakt.

Efter en **forbigående psykose** kan patienten blive sig selv igen og aldrig mere få brug for psykiatrisk hjælp. Ofte gentages en psykotisk episode imidlertid – og i nogle tilfælde viser den sig at være starten på et kronisk sygdomsforløb.

Behandlingen omfatter både samtale og medicin. Ofte er indlæggelse nødvendig. Den unge og familien har brug for betydelig støtte.

Nyere forskningsresultater tyder på, at tidlig og effektiv indsats i forhold til psykotiske patienter kan ændre sygdomsforløb i gunstig retning. Det er baggrunden for flere igangværende forskningsprojekter.

Affektive sindslidelser (F 30-39)

Gruppen omfatter kun en mindre del af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Affektive sindslidelser er præget af periodevise ændringer i stemningslejet. Ved **depression** er klagerne fra patienterne tristhed, træthed, følelse af uoverkommelighed, kropslige symptomer, selvbebrejdelser, appetitløshed og søvnforstyrrelser. Sygdomsbilledet kan variere meget hos børn og unge. Det kan ledsages af forstyrret adfærd og angst. Ved **mani** er der tale om sygelig opstemthed, høj aktivitet, nedsat søvnbehov og selvovervurdering. Behandlingen omfatter samtaleterapi og medicin. Ofte er indlæggelse nødvendig.

Nervøse og stress-relaterede tilstande, angst og tvangstilstande (F 40-48)

Mange børne- og ungdompsykiatriske patienter tilhører denne gruppe, der omfatter meget forskelligartede forstyrrelser. Den indeholder betegnelser for de reaktioner, børn og unge kan udvise i forhold til belastninger i tilværelsen. Det kan f.eks. dreje sig om forbigående depression som reaktion på et dødsfald i familien eller voldsom adfærdsforstyrrelse efter forældres skilsmisse. Behandlingen er ofte psykoterapeutisk, indlæggelse er sjældent nødvendig.

Gruppen indeholder dog også **obsessiv-compulsive lidelser**, som er tilstande præget af tvangshandlinger og/eller tvangstanker. Endelig omfattes også forskellige former for **angsttilstande** samt **andre følelsesmæssige forstyrrelser.** Behandlingen af tvangs- og angsttilstande er ofte langvarig og omfatter hyppigt medicin.

Spiseforstyrrelser m.m. (F 50-59)

De klassiske lidelser er **anoreksi** og **bulimi**. Disse er relativt sjældne i befolkningen, men patienterne udgør en fast del af patientgruppen på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Henvisningstallet er stigende.

Behandlingen af anoreksi er ressourcekrævende og ofte langvarig og kræver specialiseret viden om både psykiatriske og kropslige forhold. Indlæggelse på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er ofte nødvendig. Sygdommen rammer oftest unge piger/kvinder, men kan også ses hos drenge/unge mænd og er i sin natur livstruende. Efter gennemført behandling bliver ca. halvdelen raske, resten får periodevise eller kroniske vanskeligheder. Dødeligheden er 9 gange højere end for andre unge kvinder.

Bulimipatienter behandles hyppigt ambulant.

For begge sygdomsgrupper er behandlingen overvejende psykoterapeutisk/miljøterapeutisk. Medicin spiller ingen større rolle. I alvorlige tilfælde kan tvangsmæssig ernæring være nødvendig.

Personlighedsforstyrrelser (F 60-69)

Disse diagnoser dækker tilstande, der er udtryk for dybtliggende forstyrrelser i personligheden, dvs. den psykiske grundstruktur, der kendetegner det enkelte individ. Aspekter af denne er temperament, adfærd, holdninger, motivation, tænkning etc. Diagnoserne i denne gruppe kan kun anvendes om personer, der er færdigt udviklede. Man har vedtaget en nedre grænse på 16 år.

Patienter med personlighedsforstyrrelser som baggrund for akutte psykiatriske symptomer udgør en stor del af de ungdomspsykiatriske patienter. De kan være præget af store følelsesmæssige svingninger og talrige selvmordsforsøg. Denne gruppe omfatter bl.a. **borderline tilstande**. Patienterne kan også være præget af asocial adfærd og afstumpethed. Endelig kan der være tale om unge mennesker, der er præget af kontaktvanskeligheder og følelsesmæssig distance. Nogle er tæt på at blive psykotiske.

Behandlingen er langvarig og ofte vanskelig. Hovedindsatsen er psykoterapeutisk/miljøterapeutisk, men der kan være tale om understøttelse med medicin. Mange unge må efterbehandles flere år på behandlingsinstitutioner i socialt regi.

Mental retardation (F 70-79)

Vidtgående psykisk udviklingshæmning er ikke i sig selv grund til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, men kan være aktuel i forbindelse med afklaring af diagnosen. Psykisk udviklingshæmmede børn og unge har imidlertid en øget risiko for udvikling af psykiske forstyrrelser og henvises på den baggrund. Det er altid vigtigt, at der i tilrettelæggelse af undersøgelse og behandling tages udgangspunkt i en realistisk vurdering af børns og unges generelle udviklingsniveau. Hvis der stilles for store krav til børn – især mindre børn – kan de reagere med svære psykiske forstyrrelser.

Specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser (F 80-89)

Specifikke udviklingsforstyrrelser er f.eks. læse- og skrivevanskeligheder, vanskeligheder med at forstå eller selv at udtrykke sig i tale, motoriske vanskeligheder og blandinger af disse. Hvis disse vanskeligheder ikke diagnosticeres i tide og relevant støtte etableres, kan børn og unge reagere med følelsesmæssige og adfærdsmæssige symptomer, der fører til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Mange børne- og ungdomspsykiatriske patienter har specifikke udviklingsforstyrrelser som bidiagnose.

Børn og unge med **gennemgribende udviklingsforstyrrelser** er relativt sjældne, men udgør de klassiske patienter i børne- og ungdomspsykiatrien. Den mest kendte lidelse er **infantil autisme**, der karakteriseres ved forstyrret evne til socialt samspil, forstyrret og ofte forsinket sprog samt ritualiseret adfærd. Forstyrrelsen viser sig inden for de første leveår og er ofte ledsaget af mental retardation. Børn med infantil autisme er specielle, de er uinteresserede i menneskelig kontakt og mere optaget af ting (egne fingre, lys og skygge etc). Sproget er ofte ekko-præget og bevægelserne påfaldende. Der er tale om et kronisk handicap. Patienterne følges ofte i mange år.

Den børne- og ungdomspsykiatriske indsats er diagnostisk og rådgivende. Hovedindsatsen specialpædagogisk. Der er behov for tæt koordination af en lang række hjælpeforanstaltninger. Familien har ofte brug for betydelig støtte.

En anden gennemgribende udviklingsforstyrrelse er **Aspergers syndrom**, der er karakteriseret ved kontaktforstyrrelse, speciel brug af sprog, motorisk kluntethed og optagethed af meget specielle særinteresser. Børn og unge med Aspergers syndrom er oftest normalt begavede.

Psykiske forstyrrelser i barndommen (F 90-99)

Disse diagnoser kan kun anvendes på børn. Der er tale om en samling af en gruppe forskellige forstyrrelser. Denne omfatter f.eks. **hyperkinetiske børn**, der er karakteriseret ved hyperaktiv adfærd og mangel på koncentration. Børnene er ofte upopulære blandt andre børn og får ofte mindre-

værdsfølelse. De henvises meget hyppigt til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med henblik på undersøgelse. Børnene udredes med hensyn til årsagsforhold, og der rådgives om behandling. Hovedindsatsen er specialpædagogisk. I svære tilfælde behandles med medicin.

En anden gruppe er **adfærdsforstyrrede børn** og unge. Denne omfatter ikke børn, der i sædvanlig forstand blot er uartige. Der skal være tale om et langvarigt mønster af aggressiv, trodsig og asocial adfærd.

En tredie gruppe er **følelsesmæssige forstyrrelser** som f.eks. svær adskillelsesangst. Børn med denne diagnose er forpinte af angst ved at skulle skilles fra forældrene og kan f.eks. vægre sig mod at gå i skole, plages af mavesmerter, opkastninger eller hovedpine i forbindelse med adskillelse og kan have en urealistisk frygt for, at forældrene vil dø.

En fjerde gruppe er børn, der trods normalt udviklet talesprog er **stumme** i bestemte situationer og f.eks. taler hjemme, men aldrig i skolen. Disse børn er ofte generelt ængstelige.

En femte gruppe er **småbørn med manglende evne til at knytte sig følelsesmæssigt** til andre mennesker. De søger ofte opmærksomhed, "klæber" til både kendte og helt fremmede mennesker, klarer sig dårligt i samspil med jævnaldrende og mangler situationsfornemmelse. Forstyrrelsen er ofte alvorlig og svær at behandle. Den kan være følge af svært omsorgssvigt, vanrøgt eller mishandling.

Endelig omfatter gruppen også **psykisk betinget urenlighed med urin og afføring, nervøst betingede ufrivillige bevægelser (tics) m.m.**

Begrebet DAMP er en samlebetegnelse for forstyrrelse af opmærksomhed, motorik og perception. Den anvendes i Norden og er upræcist afgrænset. Der findes i ICD-10 diagnoser, der mere præcist kan beskrive de enkelte elementer f.eks. i gruppen F90-99.

Diagnostik af børns og unges livsomstændigheder

Den diagnostiske sammenfatning af psykiske sygdomme hos børn og unge sker som beskrevet ved angivelse af en F-diagnose.

Det er imidlertid vigtigt i forbindelse med undersøgelses- og behandlingsforløb, at barnet/den unge altid ses i en større sammenhæng. F.eks. er det vigtigt at anføre, hvis et barn har været ude for vanrøgt eller mishandling. Sådanne omstændigheder kan anføres ved at supplere F-diagnosen med en Z-diagnose. På nogle afdelinger anvendes Z-diagnoser konsekvent, på andre sjældent.

Eks: Z 63.4 "Familiemedlems forsvinden eller død."
Z 61.4 "Seksuelt overgreb fra nærtstående person"

Det er også muligt at have kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien uden at få en sygdomsdiagnose.

Hvis et barn eller en ung henvises på mistanke om psykisk sygdom, som der ved undersøgelsen ikke findes grundlag for, anvendes alene diagnosen Z 03.2 "Observation ved mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse."

Det er vigtigt at understrege, at det ikke er sygdomsdiagnosen, men en samlet vurdering af barnets/den unges behov for støtte der fører til iværksættelse af bestemte hjælpeforanstaltninger.

Særlige patientgrupper – på tværs af diagnoser

Børn af psykisk syge forældre

Disse udgør en risikogruppe med hensyn til udvikling af psykisk sygdom. Risikoen for udvikling af skizofreni eller affektiv sindslidelse er således 10 %, hvis blot en af forældrene har denne sygdom. Både arvelige og miljømæssige faktorer har betydning for den øgede sygdomsrisiko.

Genernes betydning er påvist bl.a. ved undersøgelser af enæggede tvillinger, der vokser op i forskellige familier og således har samme gener, men forskelligt opvækstmiljø. Miljøets betydning er påvist ved samvær med f.eks. skizofrene mødre og deres spædbørn. Svært syge skizofrene har meget svært ved forstå små børns signaler. De ignorerer dem derfor eller svarer "ude af takt". Børnene bliver derved frustrerede eller trækker sig tilbage fra kontakt. En langvarig og tidlig kontaktmæssig skade af denne art kan få livsvarige følger for et lille barn.

For større børn kan der være tale om, at de inddrages i forældrenes sindssygelige forestillinger og derfor selv får symptomer på sindssyge – eller blot får vanskeligheder med at forstå verden omkring sig. Hvis et barn lever alene med en voksen, der f.eks. isolerer sig og plages af forestillinger om forfølgelse fra radio og naboer, vil der være tale om en betydelig risiko for fejludvikling.

Psykisk syge voksne udgør en meget bred og stor gruppe i befolkningen. Nogle er svært syge og ude af stand til alene at varetage omsorgen for børn. Andre har i perioder brug for at overlade omsorgen for børnene til andre. Atter andre har det selv svært, men kan samtidig på en kompetent måde fungere som forældre – f.eks. ved at indrette sig, så børnene også har kontakt med andre voksne.

Også børnene er meget forskellige. Nogle er robuste og gode til at skabe kontakt. Andre er sårbare, irritable eller har psykisk eller fysisk forstyrrelse. Det er meget lettere at være forældre til den første end til den anden gruppe.

Når familiens situation skal vurderes, må man således i hvert enkelt tilfælde analysere situationen med hensyn til den voksnes sygdom og forældrefunktion, barnets ressourcer og sårbarhed, familiens situation samt det private og professionelle netværk. Herefter lægges sammen med familien en plan, der regelmæssigt evalueres og revideres. Information til børnene har i forbindelse hermed stor betydning.

Spædbarnspsykiatri

Spædbarnspsykiatri udgør et særligt forebyggelsesområde i børne- og ungdomspsykiatrien. Fokus er her på den tidlige forældre- barnrelation i familier med psykisk syge voksne. Oftest er der tale om psykotiske mødre, som henvises allerede i graviditeten. Der etableres tidligt et professionelt netværk af børne- og ungdomspsykiater, voksenpsykiater, jordemor, fødselslæge, sundhedsplejerske og sagsbehandler. Disse støtter den gravide bedst muligt og forbereder tidligt tiden efter fødslen. Arbejdet er vanskeligt og tidkrævende, men indsatsen nytter. Det er påvist, at antallet af fødselskomplikationer og for tidlige fødsler hos psykotiske mødre reduceres, når denne indsats etableres tidligt.

Skilsmissebørn

Disse henvises, når de får psykiske symptomer – eller hvis forældrene er uenige om, hvem der skal have forældremyndigheden eller hvordan samværet skal foregå. Retten kan da beslutte, at der skal udfærdiges en børnesagkyndig erklæring til rådgivning af dommeren eller myndighederne. Når sagerne er særligt kompliceredе, f.eks. hvis en af forældrene er psykisk syg, udføres undersøgelsen på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Flygtninge og indvandrere

Familier fra fremmede kulturer udgør en stadigt større del af de henviste børn og unge. Undersøgelse og behandling af disse er tidkrævende og stiller helt særlige krav. Symptomer kan have en meget forskellig betydning i forskellige lande. Kyndig tolkebistand er meget væsentlig og erfaring med brobygning over kulturforskelle er ofte nødvendig.

Børn og unge med vidtgående psykisk handicap

Denne gruppe har en markant øget risiko for udvikling af psykisk lidelse, og behandlingen stiller ofte særlige krav. Mange af patienterne har ikke noget sprog og kan reagere med voldsom og selvbeskadigende adfærd.

Det er ofte mere hensigtsmæssigt at tilbyde børne- og ungdomspsykiatrisk konsulentbistand til specialinstitutionerne på området end at indlægge vidtgående psykisk handicappede børn og unge på de almindelige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Behandling med medicin kan have gunstig effekt.

Børn udsat for omsorgssvigt

Mange børn og unge lever under belastede familiemæssige og sociale forhold. Der kan være tale om familiekonflikter, økonomiske vanskeligheder, vold, seksuelle overgreb, psykisk sygdom hos forældrene, misbrug m.m.

Kommer sådanne forhold til det børne- og ungdomspykiatriske personales kendskab har disse pligt til at underrette de sociale myndigheder herom.

I henhold til *Lov om social service* har disse børn krav på hjælp. Hvis børnenes udvikling er truet, kan der blive tale om at etablere hjælpeforanstaltninger uden forældrenes samtykke.

I henhold til servicelovens §39 kan børn- og ungeudvalget således, når det må anses for nødvendigt for at afgøre, om der er åbenbar risiko for alvorlig skade på et barns eller en ungs sundhed eller udvikling, uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år, beslutte at gennemføre en undersøgelse under ophold på en institution eller indlæggelse på sygehus, herunder psykiatrisk afdeling. Børn- og ungeudvalget kan endvidere efter servicelovens §42 når betingelserne herfor i øvrigt er opfyldt, beslutte at anbringe et barn eller en ung uden for hjemmet uden samtykke.

På den baggrund henvises en del truede børn til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med henblik på undersøgelse og rådgivning om relevant hjælp. Henvisning på denne baggrund er relevant, hvis psykisk lidelse mistænkes. Ofte har socialforvaltningerne imidlertid et så godt kendskab til familierne, at hjælpeforanstaltninger kan etableres alene på baggrund heraf.

Kriminelle unge

Disse henvises i øjeblikket overvejende til voksenpsykiatriske afdelinger m.h.p. mentalundersøgelse, bortset fra enkelte som undersøges af Børne- og ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus. Enkelte unge idømmes behandlingsdom og kan på den baggrund blive tilknyttet en ungdomspsykiatrisk afdeling. Da der kun er ganske få lukkede ungdomspsykiatriske afsnit i landet, bliver ungdomskriminelle i den periode, hvor foranstaltninger/tilstanden kræver indlæggelse på lukket afdeling, oftest indlagt på lukkede voksenpsykiatriske afdelinger.

Selvmordstruede unge

Unge, der forsøger at tage livet af sig, har ofte en tilgrundliggende psykisk forstyrrelse, f.eks. personlighedsforstyrrelse eller depression. Når selvmord har været forsøgt, er risikoen for gennemført selvmord forhøjet. Der er ikke nogen sikker statistik vedr. antallet af selvmordsforsøg i Danmark. Derimod er det opgjort, at selvmordsforsøg er baggrund for ca. 10% af indlæggelserne på de ungdomspsykiatriske afdelinger. Selvmordsrisi-

koen for psykotiske unge er 20 gange højere end risikoen for jævnaldrende. Selvmord er den hyppigste dødsårsag blandt unge i Danmark.

Hvilke sygdomstilstande bør henvises til børne- og ungdomspsykiater

Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises, når de er alvorligt syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at børnene/de unge kan få tilstrækkelig hjælp i primærsektoren, dvs. hos alment praktiserende læge eller børne- og ungdomssagkyndige i kommune eller amt. I en række tilfælde vil der dog altid være behov for en børne- og ungdomspsykiatrisk specialsagkyndig vurdering.

Principielt bør der således altid ske en vurdering ved børne- og ungdomspsykiater/eller evt. speciallæge i pædiatri og voksenpsykiatri i følgende tilfælde:

1. Når der er mistanke om/eller påvist:
   Psykoser
   Affektive lidelser (mani, depression)
   Tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker
   Anoreksi
   Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
2. Når børn og unge udfører alvorlige selvmordsforsøg
3. Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia af børn og unge ønskes iværksat
4. Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande

Desuden vil det ofte være nødvendigt at henvise børn og unge med en kombination af psykisk og legemlig lidelse, f.eks. psykisk syge børn/unge med diabetes eller leddegigt.

Kapitel 3
Forekomst af behandlingskrævende psykiske symptomer, sygdomme og forstyrrelser hos børn og unge

Indledning

Psykiske problemer og vanskeligheder i bred forstand er hyppigt forekommende blandt børn og unge. Forskellige undersøgelser tyder på, at en meget stor del af børn og unge på et eller andet tidspunkt under opvæksten oplever sådanne problemer og kan have brug for støtte eller hjælp i den forbindelse.

I vidt omfang vil sådanne problemer og vanskeligheder være af lettere karakter eller forbigående, afhængig af barnets egne ressourcer og opvækstmiljøets muligheder og evner til at yde den nødvendige støtte til at overkomme vanskelighederne og fremme en psykisk, følelsesmæssig og social sund videre udvikling.

Kun en mindre del af disse børn og unge vil have behov for den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet. Omfanget af dette behov vil imidlertid influeres af, hvilke muligheder for støtte der i øvrigt forefindes i andre sektorer.

Vurdering af behovet for ydelser forudsætter således bl.a. en afvejning og vurdering af relationerne mellem behovet, efterspørgslen og tilgængeligheden af forskellige typer hjælp og tilbud i forskellige sektorer.

Tilstedeværelse på et givet tidspunkt af en vis mængde af psykiske problemer/forstyrrelser kan således ikke uden videre anvendes til at forudsige behov for ydelser/service af en bestemt art. Nogle problemer vil som nævnt f.eks. være forbigående eller medfører ikke begrænsninger i aktuel eller fremtidig funktion. I andre tilfælde vil spørgsmålet om velegnede interventionsmuligheder og relevante regier for en indsats være væsentligt.

I forbindelse med planlægning og dimensionering af ydelser og tilbud i de forskellige sektorer og på forskellige niveauer inden for den enkelte sektor er der behov for viden om forekomsten, incidens og prævalens[1)], og viden vedrørende konsekvenserne af forskellige typer og grader af dårligt psykisk helbred. Væsentlig er herudover viden om mulighederne

1) Incidens: Antal af nye tilfælde i løbet af en given tidsperiode ofte et år.
Prævalens: Det samlede antal tilfælde på et givet tidspunkt.

for, via forskellige typer af intervention, at kunne ændre eller påvirke en uhensigtsmæssig udvikling eller et sygdomsforløb. Det kan eksempelvis dreje sig om pædagogiske, sociale, økonomiske, psykologiske eller sundhedsfaglige interventionsmuligheder.

For at kunne skønne over behovene for de forskellige typer af indsats må man således ideelt set have viden fra gode og dækkende undersøgelser, såvel vedr. forekomsten af psykiske symptomer, sygdomme og forstyrrelser som vedr. disses forløb og konsekvenser – dvs. vedrørende prognosen samt herudover viden om effekten af forskellige behandlings- og interventionsmuligheder.

Befolkningsundersøgelser er i denne sammenhæng vigtige – både med henblik på beskrivelse og forståelse af sygdomme og med henblik på planlægning af forebyggelse samt undersøgelses- og behandlingstilbud. En analyse af sygeligheden blandt patienter henvist til specialafdelinger viser jo kun noget om disse patienter og siger ikke noget om den samlede sygelighed i befolkningen.

Befolkningsundersøgelser er imidlertid svære at gennemføre for børne- og undomspsykiatriens vedkommende. Hvis man f.eks. ønsker at vide, hvor mange børn og unge, der har børne- og ungdomspsykiatriske lidelser i et geografisk område skal man:

1. Finde en god opsporingsmetode. Det er almindeligt at udsende spørgeskemaer til forældre, større børn og lærere i et bestemt geografisk område. Disse skemaer kan give oplysninger om en lang række symptomer. Hvis svarene tyder på psykisk lidelse, kan man herefter undersøge børnene/de unge nærmere. Ofte svarer forældre, børn og lærere imidlertid forskelligt på spørgsmålene, hvorfor der er brug for en afgrænsning af, hvilke svar, der bør føre til nærmere undersøgelse.

   Det er desuden vigtigt, at spørgeskemaerne er udformet rigtigt, så spørgsmålene afdækker forhold, der er af betydning for den eller de psykiske lidelser, man vil beskrive hyppigheden af.

2. Definere, hvad man forstår ved børne- og ungdomspsykiatrisk lidelse. Det kan som anført være svært, idet nogle diagnoser kan være svære at afgrænse. Anoreksi og infantil autisme er f.eks. klart definerede enheder. Adfærdsforstyrrelser og tilpasningsreaktioner derimod har forskellige grader, og overgangen til normal adfærd er glidende. Derfor må man definere en grænse mellem sygdom og ikke-sygdom, så f.eks. småbørns ulydighed og unge menneskers følelsesmæssige svingninger og eksistentielle overvejelser ikke kategoriseres som psykisk sygdom.

Forekomst

Store udenlandske tværsnitsundersøgelser har vist, at psykiske lidelser/vanskeligheder blandt børn og unge forekommer med en hyppighed på op til 20-40%. Tallene for behandlingskrævende psykiske lidelser angives til ca. det halve.

I denne sammenhæng er det indlysende, at definitioner, kriterier og afgrænsninger af begrebet "psykiske lidelser" i undersøgelserne vil have en afgørende indflydelse på de størrelser for forekomst (prævalens og incidens) der rapporteres.

Rapporteringen af fund af psykiske lidelser/symptomer varierer herudover – bl.a. influeret af kulturelle og sociale forhold og af sammensætningen af undersøgelsespopulationerne bl.a. m.h.t. alder, køn og udviklingsniveau.

Der foreligger ikke nyere danske undersøgelser til belysning af den samlede forekomst af psykiske lidelser/problemer hos børn og unge.

En befolkningsundersøgelse fra 1974 af førskolebørn i 5-6-års-alderen i Århus og på Samsø bedømte, at 16% var dårligt tilpassede og havde psykiske problemer. Undersøgelsen blev gentaget 4 år senere med de samme børn, der nu var 9-10 år gamle. På dette tidspunkt blev 24% bedømt som dårligt tilpassede. Man konstaterede, at 10% af børnene havde modtaget hjælp på grund af psykiske eller adfærdsmæssige problemer, heraf 6% hos skole-psykolog, 3% hos børnepsykiater og 1% på rådgivningsklinik. Hos halvdelen af børnene var den psykiske tilstand uændret, medens den var blevet enten bedre eller dårligere hos den anden halvdel (Kastrup).

Af 10.000 børn i Århus Kommune havde i alt 0,7% et større psykisk problem eller lidelse, som havde givet anledning til behandling eller rådgivning i løbet af 1979. Det samlede skøn over børn, der årligt søgte bistand pga. psykiske problemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer, psykosomatiske problemer eller taleproblemer skønnedes til i alt l0% (Kastrup).

En landsdækkende tværsnitsundersøgelse af børns sundhed ved skolestart i 1988/89 omfattende ca. 5000 børn i 30 kommuner fandt, at forældrene skønnede, at 7% af børnene havde alvorlige psykiske problemer (Madsen).

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner fra 1996 på baggrund af vurderinger fra specialet, at forskellige undersøgelser tyder på, at i alt 10-20% af børn og unge på et eller andet tidspunkt under opvæksten har brug for hjælp pga. psykiske problemer. Det er i Vejledningen vurderet, at kun en lille del af disse børn og unge har behov for hjælp fra børne- og ungdomspsykiater.

For tiden henvises 0,4% af alle børn og unge årligt til børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling.

Forekomst af særlige sygdomsgrupper

På baggrund af hovedsageligt internationale undersøgelser kan opstilles nedenstående skøn over forekomsten (prævalensen) af en række sygdomsgrupper/sygdomstilstande.

Psykoser: Ca. 0.5% af en årgang unge indlægges med psykose.

Depression: 1 % af børn i skolealderen og 3-5% af unge i alderen 13-19 år.

Tvangstilstande: 1-2% af børn og unge.

Angsttilstande: 2-5% af børn og 9% af unge.

Spiseforstyrrelser: En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen anslår forekomsten af anorexia nervosa til 0,3 -1% og bulimia nervosa til 1,7- 4% blandt unge piger. Anorexia nervosa skønnes at forekomme hos ca. 1‰ af drenge i teenagealderen.

Infantil autisme: 0,4 -1 pr. 1000 nyfødte.

Aspergers syndrom: 0,4% af børn og unge.

Hyperkinetisk forstyrrelse: Forekommer i henhold til notat fra Sundhedsstyrelsen hos mellem 0,5 og 3% af børn i skolealderen.

Adfærdsforstyrrelser: 2% af 8-årige, 8% af 14-16-årige.

Selvmord: Fra 1975 -1995 forekom 96 selvmord hos børn under 16 år.

Selvmordsforsøg: 5% af 15-24-årige har på et tidspunkt i deres liv forsøgt selvmord.

Udviklingen i sygdomsforekomsten

Der er gennem en årrække foregået en gradvis udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien. Der opleves til trods herfor en stigende efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser og et øget henvisningspres. I forbindelse med overvejelse af årsager hertil må det derfor også overvejes, om dette kunne skyldes en stigende forekomst af psykiske lidelser blandt børn og unge.

Der findes ikke undersøgelser fra Danmark der videnskabeligt kan belyse dette spørgsmål. Der kan imidlertid ikke umiddelbart findes grundlag for en antagelse af, at det øgede pres på behandlingssystemet skulle være forårsaget af en reel stigende sygdomsforekomst igennem de senere år, udover det bidrag der kan tilskrives den demografiske udvikling dvs. de stigende fødselstal siden midten af 1980´erne.

Det kan derimod overvejes om en del af den øgede efterspørgsel er forårsaget af en øget opmærksomhed overfor børn med psykiske symptomer

og en mindre accept hos forældre og i skole og institutioner af, at børn trives dårligt, i kombination med ønsket om en fagkyndig udredning af eventuelle årsager hertil. Det kan i øvrigt antages at forbedrede behandlingsmuligheder medvirker til flere henviste.

Udenlandske vurderinger af sygdomsforekomsten

Norge

En norsk stortingsundersøgelse anfører, at der er en stor grad af enighed mellem forskere og klinikere i, at omfanget af børn og unge med psykiske lidelser af en sådan alvorsgrad, at de har behov for hjælp fra specialisthelsetjeneste, ligger på omkring 5% af børnebefolkningen. Grundlaget for denne vurdering fremgår dog ikke af sammenhængen.

I Norge besluttedes politisk i 1988, at målsætningen for udbygningen af kapaciteten indenfor børne- og ungdomspsykiatrien skulle svare til, at ca. 2% af børnepopulationen kunne få et tilbud. I 1995 udgjorde procentandelen 1,95%.

Man skal i denne forbindelse dog være opmærksom på, at sektorafgrænsningerne er anderledes i Norge end i Danmark, og at denne kapacitet også omfatter institutionstilbud, herunder behandlingspladser i børnehaver og behandlingshjem som i Danmark vil være placeret i socialsektoren.

En Stortingsmeldning fra 1996, som gør status for udbygningen konstaterer herefter, at der fortsat er behov for yderligere udbygning af tilbud fra børne- og ungdomspsykiatrien, men at dette ikke betyder, at alle har behov for at være patienter inden for helsevæsenet.

Det fremgår endvidere af den norske redegørelse, at mange børn og unge som får tilbud fra anden side (barnevern, andre kommunale eller fylkeskommunale helse- og socialtjenester) bør kunne drage nytte af børne- og ungdomspsykiatrisk kompetence formidlet indirekte via konsultation og vejledning. Man finder således, at der må lægges øget vægt på at udvikle fleksible samarbejdsordninger mellem barne- og ungdomspsykiatrien og andre tjenester (barnevern, pædiatri og rusmiddelomsorg).

Målsætningen for udbygning i Norge er en minimums poliklinikdækning på 4 fagpersoner (faggrupper/-stillinger) pr. 30.000 indbyggere i hvert lokalsygehusområde i fylkerne.

Sverige

Det fremgår af en rapport vedr. indhold og kvalitet i den svenske barn- og ungdomspsykiatriske vård fra Socialstyrelsen 1997, at vurderinger af størrelsen af gruppen af børn og unge med behov for hjælp pga. problemer skiftende anføres til at ligge mellem 10 og 30% af alle børn og unge. Det konstateres, at ca. 15% af alle børn og unge i Sverige under opvækst-

en på et eller andet tidspunkt har haft kontakt med den børne- og ungdomspsykiatriske vård.

I rapporten konstateres endvidere, at der gennem den seneste femårsperiode er foregået en kraftig stigning i tilstrømningen til børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige. Man finder det dog usandsynligt, at der i denne periode skulle være foregået en tilsvarende så hurtig forringelse af børn og unges psykiske helse. Man tilskriver derfor den øgede tilstrømning de væsentligt formindskede eller helt bortfaldne ressourcer i basisvirksomheden for børn og unge (i skoler, institutioner mv.) således at børn og unge med problemer nu i øget omfang kommer direkte til børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige.

England

I England har man på tilsvarende vis oplevet en stigende efterspørgsel efter ydelser fra børne- og ungdomspsykiatrien. Dette har dels medført overvejelser om organiseringen af indsatsen, men også om dette afspejlede en stigning i forekomsten af psykiske lidelser/symptomer i børnepopulationen. Det konkluderes dog i en artikel, at der ikke er belæg for, at den reelle forekomst af psykiske lidelser/symptomer har ændret sig igennem de seneste 20 år. Den stigende efterspørgsel tilskrives derfor andre forhold. Det bemærkes i øvrigt at ændrede definitioner og kriterier kan medføre væsentlige ændringer i de rapporterede prævalensrater for visse lidelser.

USA

Amerikanske undersøgelser tyder på, at der over en længere årrække har været en voksende del af unge i USA, der har fået det psykisk dårligt, hvilket bl.a. afspejler sig i adfærdsforstyrrelser, ungdomskriminalitet, misbrug og selvmord/selvmordsforsøg. På baggrund af forskellene i de samfundsmæssige forhold finder arbejdsgruppen imidlertid ikke at kunne lægge amerikanske undersøgelser til grund for en vurdering af danske forhold.

Samlet set opleves der således også i en række andre lande en øget efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser. Når man ser bort fra USA tilskrives dette fænomen i de enkelte lande ikke en ændring i sygdomsforekomst, men hovedsageligt ændrede muligheder for hjælp andetsteds i systemerne, samt ændrede forventninger i forhold til tidligere.

Demografisk udvikling

En del af forklaringen på det stigende henvisningspres kan søges i den demografiske udvikling. Der har fra midten af 70'erne til 1983 været en jævn faldende fødselshyppighed fra ca. 70.000 levendefødte børn pr. år i midten af 70'erne til ca. 50.000 i 1983, herefter er udviklingen vendt såle-

des at man gradvis igen er nået op på ca. 70.000 i 1994. De væsentligt større fødselsårgange i slutningen af 80'erne og i 90'erne betyder, alt andet lige, i sig selv, at et væsentligt større antal børn vil blive henvist end tidligere.

Af befolkningsprognoser fra Danmarks statistik fremgår, at der i år 2001 i alt vil være ca. 60.000 flere 0-18-årige end i 1996 (ca. 80.000 flere 0-14-årige og ca. 20.000 færre 15-18-årige), og i år 2006 vil der være ca.140.000 flere 0-18-årige end i 1996 (129.000 flere 0-14-årige og 11.000 flere 15-18-årige).

For blot at fastholde et børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud svarende til den hidtidige procentandel på 0,4% af børne- og ungepopulationen årligt og under forudsætning af, at alt andet er lige, herunder et uændret ydelses- og henvisningsmønster, skal antallet af ydelser i år 2001 således øges med knap 5% flere ydelser og i år 2006 med ca. 11% flere ydelser end i 1996.

Der må aktuelt og i de kommende år alene på baggrund heraf forventes et øget pres på det børnepsykiatriske område. Til gengæld betyder den demografiske udvikling også, at der i disse og de nærmest kommende år er ret små og faldende årgange af 15-18-årige. Antallet af unge vil herefter stige gradvist medførende et større behov også for ungdomspsykiatriske ydelser i de kommende 10 år.

Sygdomsforløb og prognose

Forskningsresultater har vist, at langvarige psykiske lidelser hos børn og unge har en dårlig prognose. Risikoen for at få flere samtidige diagnoser og dermed et dårligere samlet funktionsniveau øges således jo længere sygdomstilstanden varer.

En undersøgelse i Frederiksborg Amt fra 1997 har vist, at 11% af de ungdomspsykiatriske patienter tidligere har været i kontakt med børnepsykiatrien (Dyrborg og Wang).

Det vides, at gruppen af tidligere indlagte børne- og ungdomspsykiatriske patienter udgør en højrisikogruppe mht. at blive indlagt på psykiatrisk afdeling i voksenalderen.

En landsdækkende registerundersøgelse foretaget i 1996 viste, at børn der i perioden 1970-1973, havde været indlagt på en børnepsykiatrisk afdeling før 15-års alderen har ca. 8 gange højere risiko end jævnaldrende for senere indlæggelse på voksenpsykiatrisk afdeling – ofte under diagnoser som personlighedsforstyrrelser eller alkoholmisbrug, sjældnere for egentlige sindssygdomme (P.H. Thomsen). Undersøgelsen understreger således bl.a. vigtigheden af, at der sker en efterbehandling og opfølgning efter indlæggelse på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Konklusion

Konkluderende vedr. forekomsten af psykiske lidelser/symptomer kan det konstateres, at der internationalt foreligger undersøgelser, der peger på procentvis høje forekomster af symptomer blandt børn og unge, men at der er betydelige problemer med at omsætte sådanne fund til praktiske vurderinger af behovet for indsats generelt og herunder for specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske ydelser.

En 20 år gammel dansk befolkningsundersøgelse omfattende 5-6-årige børn i Århus og på Samsø bedømmer 16% af børnene som dårligt tilpassede. En opfølgende undersøgelse 4 år senere fandt at 10% af den samlede børnegruppe havde modtaget hjælp pga. psykiske eller adfærdsmæssige problemer. Blandt 10.000 børn i Århus kommune havde dog kun 0,7% givet anledning til behandling eller rådgivning pga. et større psykiske problem eller lidelse i løbet af et år.

Der foreligger ikke nyere danske undersøgelser, der kan belyse hyppigheden blandt børn og unge af behandlingskrævende psykiske lidelser og herunder af behovet for en specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk indsats.

Forebyggelse af udvikling af svære og kroniske psykiske lidelser ved en tidlig og effektiv indsats anses for meget væsentlig set i et livstidsperspektiv. En undersøgelse vedr. langtidsforløb har vist, at børn der har været indlagt på børnepsykiatrisk afdeling har væsentligt højere risiko for også at blive indlagt i voksenalderen på psykiatrisk afdeling. Der er således behov for en effektiv og langvarig indsats omfattende systematisk opfølgning m.h.p. forebyggelse af invaliderende problemer i voksenalderen.

Der er ikke umiddelbart anledning til at tro, at det stigende henvisningspres på børne- og ungdomspsykiatrien er udtryk for en procentvis øget psykisk sygelighed blandt børn og unge i Danmark. Henvisningspresset må således primært tilskrives andre forhold, herunder bl.a. den begyndende virkning af den demografiske udvikling med et stigende fødselstal gennem det seneste 10-år.

Alene på baggrund af den demografiske udvikling må der forventes en øget efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser de kommende år. I øjeblikket får 0,4 % af alle børn og unge årligt et tilbud fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. For blot at fastholde denne procentandel skal der i år 2001 leveres 5% flere ydelser og i år 2006 11% flere ydelser end i 1996.

På baggrund af den foreliggende viden om forekomsten af større psykiske problemer og lidelser, selvom denne hovedsageligt stammer fra ovennævnte ca. 20 år gamle undersøgelser samt skøn og vurderinger behæftet med betydelig usikkerhed, må det anses for sandsynligt, at der vil være

behov for, at en noget større procentandel af den samlede børne- og ungepopulation kan få et tilbud om undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien.

På denne baggrund finder arbejdsgruppen det meget væsentligt, at der foretages yderligere undersøgelser med henblik på at skabe et bedre og mere præcist grundlag for vurdering af hvilken procentandel af børne- og ungepopulationen, der har behov for et tilbud.

Når det skal vurderes, hvilken procentandel der er passende i fremtiden, må flere forhold tages i betragtning:

For det første er det vigtigt – så vidt muligt – at bestemme hyppigheden blandt børn og unge af børne- og ungdomspsykiatriske lidelser.

For det andet må det undersøges, om befolkningens efterspørgsel efter hjælp bliver dækket.

For det tredje må det vurderes, hvor vidt det nytter noget at henvise til specialist – om behandlingen har effekt.

Til besvarelse af disse spørgsmål er der for børne- og ungdomspsykiatriens vedkommende både i Danmark og internationalt brug for yderligere undersøgelser.

Kapitel 4
Diagnosticerings- og behandlingsmuligheder

I dette kapitel beskrives de diagnosticerings- og behandlingsmuligheder, der anvendes indenfor børne- og ungdomspsykiatrien samt den forventede fremtidige udvikling indenfor diagnostik og behandling.

Diagnostik

Undersøgelsesmetoder og procedurer

Det er karakteristisk, at den enkelte undersøgelsesprocedure indgår i et større systematiseret undersøgelsesprogram i relation til den aktuelle problemstilling. Forskellige faggrupper indgår i forskellige dele af undersøgelsesprogrammet og bidrager med hver deres observationer og vurderinger til den samlede konklusion, dog således at den psykiatriske diagnose altid stilles af læger.

En børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse består af en række forskellige elementer. Nogle elementer indgår altid, eksempelvis anamnese og klinisk vurdering medens andre ikke er nødvendige i alle tilfælde. Den følgende beskrivelse af undersøgelsesprocedurer er bygget op efter stigende specialiseringsgrad af undersøgelsen. Der er i nogle tilfælde anført karakteristiske sygdomsgrupper, for hvem den specifikke undersøgelse vil være relevant.

Generel børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse

Relevant for alle diagnosegrupper.

Det generelle udredningsprogram vil indeholde følgende:

Anamneseoptagelse

Der foretages en omfattende systematisk udspørgen bl.a. omfattende forhold vedrørende familiære dispositioner til psykisk eller somatisk sygdom, graviditet, fødsel, tidlig opvækst og senere udvikling og trivsel, herunder eksempelvis motorisk og sproglig udvikling, søvnmønster og temperament. Endvidere udspørges om fysisk udvikling og eventuel somatisk sygdom, psykisk udvikling, evner til at begå sig i sociale sammenhænge i børnehave, skole m.v. og om interesser, fritidsaktiviteter m.m. Tidligere vanskeligheder og problemer søges belyst ligesom den samlede families og herunder eventuelle søskendes forhold og historie søges be-

lyst. Der spørges detaljeret til de aktuelle problemer og symptomer, debut af disse, hvornår de optræder m.v.

Den grundige og systematiske anamneseoptagelse er grundlaget for beslutning om det videre undersøgelsesprogram. Anamneseoptagelsen foregår typisk med såvel barnet/den unge som med forældrene, sammen eller hver for sig bl.a. afhængig af barnets alder.

Indhentning af oplysninger
Supplerende til familiens oplysninger og med familiens accept indhentes oplysninger fra andre instanser, f.eks. børnehave, skole, lægejournaler fra andre afdelinger, sociale akter m.v.

Ofte vil der allerede i forbindelse med henvisningen foreligge beskrivelser af barnet. Der kan imidlertid være behov for uddybning eller suppleringer fra professionelle, der kender barnet eller har kendt barnet tidligere.

Klinisk vurdering
Den kliniske vurdering foretages i forbindelse med samtalerne med barnet/den unge og dennes familie. Man observerer, hvorledes barnet fungerer og reagerer, danner sig et indtryk af barnets udviklingsniveau, tankegang, stemningsleje mv. Barnets kontakt med undersøgeren og relationen til forældrene observeres.

Det er nødvendigt for en kvalificeret klinisk vurdering, at fagpersonen har klinisk erfaring og træning og omfattende viden om normaludvikling, specifikt kendskab til psykiske lidelser og tidlige tegn herpå, viden om miljøets indflydelse generelt og om betydningen af familiedynamiske forhold m.v.

Standardiserede skemaer
Som supplement til den kliniske vurdering kan anvendes spørgeskemaer og diagnostiske interviewskemaer. Der kan anvendes standardiserede og velafprøvede diagnostiske instrumenter/screeningsinstrumenter i form af interview- og observationsskemaer.

Anvendelse af sådanne instrumenter sikrer en ensartet diagnostik, øger pålideligheden af udredningen og sikrer, at man får alle facetter med i undersøgelsen og ikke overser mindre iøjnefaldende symptomer og problemstillinger.

Sådanne diagnostiske instrumenter kan inddeles i: **screeningsinstrumenter** (som f.eks. Child Behaviour Check List), som generelt screener for symptomer og problemadfærd samt **diagnosticeringsinstrumenter** (som f.eks. Children's Depression Inventory), som specifikt belyser tilstedeværelse af symptomer m.h.p. diagnostik af specielle tilstande f.eks. depression. Endvidere findes instrumenter til kategorisering af **sværhedsgrad** af visse tilstande (som f.eks. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

vedr. svære tvangstanker og handlinger), hvor man får belyst symptomernes omfang, intensitet og belastningsgrad for barnet/den unge. Sådanne skemaer kan være i form af selvudfyldelsesskemaer, som efterfølgende skal bearbejdes af undersøgeren eller i form af interviewsskemaer/observationsskemaer, der udfyldes af undersøgeren.

Herudover suppleres ofte med

Familiesamtaler
Bl.a. med henblik på observation af familiedynamik.

Observation
Observation af barnets/den unges adfærd m.v. – i hjem, skole eller under indlæggelse. Denne kan foretages af undersøgeren selv eller af andre. Under indlæggelse foretages denne som oftest af miljøpersonalet i afdelingen. Behov for observation kan i sig selv udgøre en vigtig indlæggelsesgrund.

Almindelig somatisk undersøgelse
Der foretages en rutinemæssig legemlig undersøgelse, hvor det vurderes om den fysiske udvikling er aldersvarende og normal, herunder vurderes bl.a. højde, vægt, syn, hørelse, og der ses efter tegn på legemlig sygdom.

Legeobservation
Relevant ved undersøgelse af mindre børn, der oftest ikke i samtale kan redegøre for deres vanskeligheder. Ved at observere barnet under leg undersøges for tegn på psykisk lidelse, barnets udviklingsmuligheder vurderes, herunder om barnet vil kunne drage nytte af tilbud om legeterapi.

Funktionsneurologisk undersøgelse
Her undersøges barnets neurologisk-motoriske udvikling og færdigheder samt dets færdigheder mht. udførelse af koordinerede bevægelsesmønstre, koncentrationsevne m.v. Det vurderes om barnet funktionsmæssigt er aldersvarende.

Undersøgelsen bør tilbydes som led i udredningsprogrammet, hvor det er relevant, typisk for alle indlagte børn samt ambulant f.eks. i tilfælde med mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse, ved psykotiske tilstande samt ved anorexia nervosa.

Der stilles krav til den undersøgende læge om kompetence til at vurdere resultaterne og eventuel indikation for yderligere undersøgelser, herunder neurologisk undersøgelse, eeg-undersøgelse, CT-scanning m.v.

Psykologisk undersøgelse indeholdende såvel projektive som kognitive tests
Ofte er psykologisk undersøgelse foretaget i andet regi forud for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse. Der foretages sup-

plerende og udvidede psykologiske undersøgelser, herunder specialiserede undersøgelser på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Der udføres undersøgelser til belysning af barnets kognitive funktion dvs. barnets evner og færdigheder, samt såkaldte projektive tests, der belyser personlighed, forestillingsevne, fantasi, specielle konfliktfyldte oplevelser m.v. De psykologiske undersøgelser forudsætter særligt erfarne og kvalificerede psykologer og er generelt meget tidskrævende.

Neuropsykologisk undersøgelse

Neuropsykologisk undersøgelse kan være indiceret f.eks. i tilfælde, hvor det drejer sig om børn/unge med hyperkinetisk forstyrrelse, skizofreni eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse, samt i visse tilfælde af obsessive-kompulsive tilstande og anorexia nervosa. Undersøgelsen tjener til at belyse barnets eller den unges kognitive profil og arbejdsstrategier.

Laboratorieundersøgelser i form af blodprøver, elektrokardiogram m.m.

Det kan ofte være relevant ved anorexia nervosa at foretage diverse laboratorieundersøgelser f.eks. elektrolytter, EKG og stofskifteparametre. Endvidere kan kromosomundersøgelser være relevante ved specifikke neuropsykiatriske tilstande f.eks. gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Der tages ofte blodprøver som forundersøgelse til behandling med medicin, herunder især ved præparater, som kan have indvirkning på lever- eller nyrefunktion bl.a. ved behandling mod epilepsi, psykose, depression/mani. Ved behandling med antipsykotisk medicin kan monitorering af serumniveau af medicinen være vejledende for indstilling på laveste effektive dosis.

EEG-undersøgelse (elektroencephalografi)

Henvisning til eeg-undersøgelse foretages ret hyppigt. Ved denne undersøgelse belyses hjernens aktivitetsniveau ved hjælp af måling af elektrisk aktivitet. Oplagt indikation er mistanke om epilepsi, men også ved stemningssvingninger og impulsiv/aggressiv adfærd samt søvnforstyrrelser kan eeg-undersøgelse være indiceret. I komplicerede tilfælde vurderes resultatet af eeg- undersøgelsen i fælleskab med pædiatere og neuromedicinere og der tages stilling til behovet for yderligere udredning. Generelt bør der foretages eeg- undersøgelse som forundersøgelse til behandling af børn med antipsykotisk medicin, da den medikamentelle behandling kan forårsage nedsat krampetærskel.

Billeddiagnostiske undersøgelser

Forskellige billeddiagnostiske undersøgelser giver mulighed for at konstatere hjernemæssige forandringer som eventuel forklaring på symptomer.

CT-scanning
Ved denne undersøgelse fås et billede af hjernens struktur og eventuelle forandringer heri, en slags røntgenundersøgelse af hjernen. Kan være relevant i tilfælde, hvor man har mistanke om tumor eller andre forandringer i hjernen.

MR-scanning
Også ved denne undersøgelse belyses hjernens strukturelle forhold. Kan være aktuel ved tumormistanke, anorexia nervosa og gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Undersøgelsen kan påvise strukturelle forandringer, men kan ikke give et dynamisk indtryk af hjernens funktion.

PET-scanning
Er en avanceret undersøgelse til belysning af hjernens funktion. Ved hjælp af indgivet kontraststof kan fås indtryk af forskellige hjerneområders funktion, herunder om de er påvirket ved specifikke tilstande i forhold til normale fund. Henvisning til PET-scanning har aktuelt mest forskningsmæssig interesse, men kan forventes fremover at få en øget klinisk relevans. Man har især beskæftiget sig med PET-scanning ved tilstande som obsessiv-kompulsiv tilstand, Tourettes syndrom, skizofreni og hyperkinetisk forstyrrelse.

Fysioterapeutisk undersøgelse
En fysioterapeut med særlig erfaring på området kan foretage en ressourceorienteret kropsundersøgelse, hvor graden af barnets omstillingsevne og fleksibilitet, oplevelse af eget kropsbillede samt evne til kropskontakt kan give et indtryk af den totale belastning set i forhold til barnets personlige ressourcer og begrænsninger. Holdning, træningstilstand, spændingsmønstre, bevægelse og motoriske vanskeligheder kan analyseres og beskrives, og der kan foreslås særlige optræningsøvelser, behandling m.v.

Pædiatrisk/intern medicinsk undersøgelse
Ved mistanke om somatisk sygdom eller somatisk basis for symptomer henvises til børneafdelingen/intern medicinsk afdeling m.h.p. en grundig somatisk undersøgelse, som ofte vil inkludere en neurologisk undersøgelse.

Talepædagogisk undersøgelse
Sproglige eller sprogforståelsesmæssige vanskeligheder forekommer ofte sammen med andre børne- og ungdomspsykiatriske lidelser. Talepædagogisk undersøgelse er derfor ofte en vigtig del af et samlet undersøgelsesprogram for børn og kan være det for unge. Ofte er en sådan undersøgelse foretaget tidligere eller forud for henvisningen. Der kan imidlertid være behov for gentagne undersøgelser med henblik på eventuelle ændringer over tid. Ved den talepædagogiske undersøgelse undersøges

barnets sproglige forståelse og talefunktion. Der kan herved identificeres særlige sproglige vanskeligheder og foreslås kompenserende foranstaltninger. Talepædagogisk undersøgelse foretages som oftest af en talepædagog fra det stedlige kommunikationscenter, som har tilknytning til den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling.

Sammenfatning af diagnosticeringsprocessen

Ovenstående undersøgelsestiltag skal munde ud i en eller flere arbejdsdiagnoser. Resultaterne af det enkelte undersøgelseselement fremlægges ved en tværfaglig konference, hvor undersøgelsesresultaternes relation til hinanden kan drøftes med henblik på en diagnose. Diagnosen kan senere revideres, når yderligere undersøgelse og erfaring foreligger.

Udover den psykiatriske hoveddiagnose tages også ofte stilling til multiaksial diagnostik med beskrivelse af legemlige forhold, sociale forhold m.v. Det er nødvendigt at beskrive de sociale og familiemæssige aspekter, idet disse ofte indgår som et vigtigt led i behandlingsplanen. Det er nødvendigt i forbindelse med diagnosticeringen at have kendskab til forskellige sygdomsbilleder og at være velinformeret om mulige årsagsmæssige forhold samt sociale og familiemæssige faktorers indflydelse på udviklingsmulighederne.

Den samlede vurdering kræver som beskrevet en høj grad af tværfaglig medvirken, hvor overlægen har det overordnede ansvar for, at de enkelte elementer integreres i en helhedsorienteret diagnostisk vurdering. Der skal samles tilstrækkeligt med oplysninger til, at undersøgelsen kan munde ud i en eller flere børne- og ungdomspsykiatriske diagnoser, og til at der kan opstilles en behandlingsplan.

Den helhedsorienterede diagnostiske vurdering kan formaliseres i form af anvendelse af WHO's multiaksiale princip, hvor diagnosen ordnes på akser:

I. Psykiatrisk syndrom m.m.(inkl. gennemgribende udviklingsforstyrrelse)
II. Specifikke udviklingsforstyrrelser
III. Begavelse/mental retardering
IV. Somatiske diagnoser
V. Psykosociale forhold
VI. Globalt funktionsniveau

Behandling

Behandling i børne- og ungdomspsykiatri består, noget forenklet fremstillet i rådgivning og vejledning, psykoedukation, psykoterapeutiske tiltag, miljøterapi og psykofarmakologisk behandling samt kombinationer heraf.

Rådgivning og vejledning

Der er ofte i familierne et stort behov for generel oplysning, rådgivning og vejledning. Det kan dreje sig om børns normale udvikling og behov eller information om karakteren af det konkrete barns vanskeligheder, og om hvordan familien bedst støtter barnet og overkommer vanskelighederne i dagligdagen.

Det kan dreje sig om støtte til at forstå og acceptere karakteren af barnets psykiske lidelse eller specifikke vanskeligheder, hvilke krav det er relevant at stille til barnet/den unge, hvordan vanskeligheder og konflikter bedst håndteres, hvordan man i familien skal forholde sig i relation til søskende og lign. Herudover er det væsentligt for familien at kunne forholde sig til fremtiden, hvilke forventninger vil man kunne have til barnets videre udvikling, hvilke behandlings-, hjælpe- og støtteforanstaltninger der vil kunne sættes i værk m.v.

Der er en glidende overgang fra rådgivning og vejledning til egentlig psykoedukation.

Psykoedukation

Psykoedukation af forældre eller børn/unge er et vigtigt element i den samlede behandling. Det drejer sig om grundig og systematisk information og undervisning om den pågældende psykiatriske lidelse, hvorledes man lever med denne og hvorledes man som pårørende kan komme til at forstå og omgås sit barn. Det kræver en stor og opdateret viden vedrørende børne- og ungdomspsykiatriske tilstande, kendskab til mulige årsagsfaktorer, prognose og behandlingsmuligheder at foretage systematisk psykoedukation.

Psykoterapi

Psykoterapi baseres enten på psykodynamiske principper eller kognitive/adfærdsterapeutiske principper. I førstnævnte vægter man en tolkning af barnets/den unges symptomer og følelser og søger lindring/helbredelse ved at beskæftige sig med frie associationer, overførings/modoverføringsprocesser etc.

I psykodynamisk terapi lægges vægt på at identificere og få løst op for traumer og konflikter, som oftest er ubevidste for barnet eller den unge.

I kognitiv/adfærdsterapeutisk behandling fokuserer man ikke så meget på følelserne, men arbejder primært med tænkningen/adfærden for herved at ændre barnets/den unges selvopfattelse og måde at se på omverdenen på samt barnets/den unges adfærd.

Begge terapiretninger er tidskrævende at udføre og kræver en lang systematisk uddannelse. Ofte vil man i praksis anvende en behandlingsmetode med anvendelse af elementer fra forskellige terapiretninger/

traditioner. En sådan tilgang kræver dog, at man forinden har erhvervet sig grundigt kendskab til og erfaring indenfor hver af de anvendte retninger. Psykoterapi kan foregå individuelt, i form af individuelle samtaler med en ung eller i form af legeterapi med et barn, eller især for unge som gruppeterapi.

Endvidere anvendes hyppigt familieterapi, som kan baseres på ovennævnte principper, men som oftere anvender såkaldte systemiske, strukturelle principper, hvor man anskuer barnets/den unges symptomer som udtryk for en ubalance i hele familiesystemet og behandlingen derfor ikke specifikt retter sig mod barnet/den unges symptomer, men mod hele familiens funktion som sådan.

Psykofarmakologisk behandling

Traditionelt har man været meget tilbageholdende med anvendelse af psykofarmaka til børn og unge. Forbruget er fortsat lavt, men der er dog det seneste årti sket en øgning af anvendelsen af medicin i børne- og ungdomspsykiatrien. Dette skyldes dels, at man har fået et større kendskab til de biologiske årsagssammenhænge og dels, at man har fået nyere præparater, som er mere specifikke i deres virkningsmekanisme, og kan anvendes i lavere doser med færre bivirkninger.

Den klareste dokumentation for positiv effekt af medicin findes indenfor behandling af unge med psykoser med antipsykotisk medicin, behandling af svære tvangslidelser samt behandling af hyperkinetisk forstyrrelse med centralstimulantia.

Det er en forudsætning for at varetage behandling af børn og unge med psykofarmaka at man besidder viden om farmakologisk behandling af de forskellige børne- og ungdomspsykiatriske lidelser, herunder særlig viden om medicinens virkning, administrationsmåde, mindste effektive dosis, forventede bivirkninger m.v. i relation til børn og unge.

Lægen bør endvidere have kendskab til, hvilken effekt man kan forvente sig af medikamentel behandling i de enkelte tilfælde, hvor længe en behandling bør fortsætte, og hvorledes man bør trappe ud af den medikamentelle behandling. Lægen bør endvidere være i stand til at give grundig og klar information til såvel patienten selv som dennes pårørende omkring den medikamentelle behandling.

Indikation for iværksættelse og styring af psykofarmakologisk behandling af børn og unge med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia bør således foretages af speciallæger med særlig viden og uddannelse på området hvilket hovedsageligt vil sige speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri eller eventuelt i pædiatri og voksenpsykiatri.

Kombinationsbehandling med anvendelse af flere forskellige præparater kan være nødvendig ved psykoser og svære neuropsykiatriske tilstande.

På landsplan vil der være brug for specialiserede enheder, som har særligt kendskab til og erfaring med kombinationsbehandling af børn og unge.

Med hensyn til børn vil man foretrække, som udgangspunkt, at anvende medicin i mindst mulig effektiv dosis og i kortest mulig tid. Det vil sige, at man altid efter effektfuld medicinsk behandling, og hvor symptomerne tillader det, bør stoppe med medicinen for at se, om barnet kan klare sig fortsat uden. Med hensyn til behandling af unge med kroniske, psykotiske tilstande, såsom skizofreni eller affektiv sindslidelse, anbefales længerevarende medikamentel behandling som led i en stabilisering af tilstanden og som led i forebyggelse af nye psykotiske episoder.

Undersøgelser af psykofarmakaforbruget blandt børn og unge viser, selv når man ser bort fra lægemidler der anvendes til feberkramper, at hovedparten af receptudskrivninger på psykofarmaka til børn og unge ikke foretages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Det er derfor væsentligt at understrege, at psykofarmakologisk behandling af børn og unge med antipsykotika, antidepressiva samt centralstimulerende midler kun bør iværksættes efter vurdering af børne- og ungdomspsykiatere/evt. speciallæger i pædiatri eller voksenpsykiatri.

Miljøterapi

Et væsentligt element i behandlingen af dag- og døgnindlagte børn og unge er miljøterapi. Miljøterapi er tværfagligt behandlingsarbejde, der under supervision udføres af miljøpersonalet, dvs. sygeplejersker, pædagoger, plejere og ergoterapeuter, og som til stadighed skal koordineres med det øvrige behandlingsarbejde.

I modsætning til psykoterapien er miljøterapien en realitets- og aktivitetsbetonet behandlingsmetode, der tager udgangspunkt i den konkrete hverdag. Miljøterapien er ikke kun psykologisk, men også pædagogisk og socialt begrundet. Det betyder, at et kendskab til pædagogiske metoder og sociale processer og hvordan disse fungerer i miljøet, må indgå i tilrettelæggelsen af miljøaktiviteterne. I miljøterapien udnyttes det daglige miljø på et afsnit som et terapeutisk værktøj. Det indebærer bevidst tilrettelæggelse af et afsnits fysiske rammer, daglige samvær, rutiner og organisation, så livet på afsnittet tjener de behandlingsmæssige formål. Døgnrytmen opbygges sædvanligvis, så det så vidt muligt ligner en almindelig dagligdag med pligter, skolegang og fritidsaktiviteter. Ud fra barnets/den unges adfærd i dagligdagen, måden at løse konflikter på og at omgås de andre børn/unge på, uddybes forståelsen af barnets/den unges vanskeligheder og stærke sider. Gennem en tæt voksenkontakt hjælpes børnene/de unge gennem vanskelige situationer og det tilstræbes, at de lærer nye og mere hensigtsmæssige måder at forholde sig på, således at deres ressourcer udnyttes og selvfølelsen øges.

Det er en forudsætning for et kvalificeret miljøterapeutisk arbejde at personalet besidder det fornødne teoretiske kendskab og har praktisk erfaring med anvendelse af psykologiske og pædagogiske metoder udover specifik viden om psykiske lidelser hos børn og unge.

Familiearbejde

Udover samtaler kan forældre, når dette skønnes hensigtsmæssigt, inddrages i det direkte behandlingsarbejde på afsnittet. Dels ved besøg, dels ved at deltage i praktiske opgaver eller andre former for familieaktivitet. Desuden har enkelte afdelinger mulighed for at indlægge hele familien til behandling, både i form af dag- og døgnindlæggelser.

Skolegang

Undervisningen på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger foregår på baggrund af §21 stk. 3 i lov om folkeskolen, omhandlende undervisning af børn indlagt på hospital. Formålet med undervisningen er at fremme elevernes indlæring og udvikling på en sådan måde, at de ved genoptagelse af almindelig skolegang så vidt muligt kan følge det klassetrin, de tilhører.

Undervisningen betragtes som en integreret del af den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse og behandling og varetages sædvanligvis af speciallærere. Sædvanligvis deltager lærerne i møder og konferencer om de enkelte elever, hvor de fremlægger deres observationer og i samarbejde med de øvrige behandlere overvejer den videre skolegang under indlæggelsen samt efter udskrivelsen. I forbindelse med udskrivelse udarbejder læreren en skolemæssig udtalelse, som sendes til elevernes kommende lærere, og hvor det er muligt tilstræbes et møde.

Talepædagogisk behandling

På baggrund af den talepædagogiske diagnostik kan der opstilles særlige træningsprogrammer for barnet. Endvidere kan personale og forældre instrueres i at lette og understøtte kommunikationen med barnet via forskellige metoder f.eks. ved anvendelse af naturlige tegn som støtte til tale.

Diætetisk rådgivning

Ved den diætetiske rådgivning og vejledning af børn og unge med spiseforstyrrelser søges dels de fysiske følger af fejl- eller underernæring afbødet eller forebygget, dels kan en realitetsbetonet ernæringsrådgivning understøtte den psykologiske behandling.

Fysioterapeutisk behandling

Den fysioterapeutiske behandling sigter mod at øge barnets funktionslyst og oplevelse af sammenhæng mellem kropslige symptomer og følelsesmæsssige problemer med det formål at øge mestringsevne og livskvali-

tet, kropsbevidsthed, kropsoplevelse, kropsopfattelse og kropsbeherskelse er overordnede mål i behandlingen.

På baggrund af konstaterede fysiske og motoriske vanskeligheder kan der opstilles specifikke træningsprogrammer, herunder kan fysioterapeuten foretage sansemotorisk træning, hvilket især kan være relevant for såkaldte DAMP-børn. Arbejde med øget kropsbevidsthed indgår ofte som en del af arbejdet med unge med psykoser og med spiseforstyrrelser.

ADL-træning
Optræning i almindelige daglige færdigheder (ADL) såsom madlavning, indkøb, transport m.v. kan indgå som led i behandlingsprogrammet især for unge med psykoser. Dette varetages typisk af ergoterapeuter.

Musik og billedterapi
Anvendes som et element i behandlingen i beskedent, men stigende omfang i børne- og ungdomspsykiatrien.

Forventet fremtidig udvikling inden for diagnostik og behandling

På det diagnostiske område må den mest markante udvikling forventes at ske indenfor det **neuropsykiatriske område** i form af øget tilgang til et udvidet spektrum af især billeddiagnostiske muligheder med bl.a. receptorlokalisation og påvisning af afficerede områder i hjernen etc.

Udviklingen på det **genetiske område** vil formentlig i fremtiden medvirke til en større viden om årsager og mekanismer i relation til en række børne- og ungdomspsykiatriske lidelser.

Der må i fremtiden forventes øget vægt på aktiviteter vedrørende **psykoedukation** af børn og unge og deres forældre.

Den fortsatte udvikling af nye og mere specifikke **psykofarmaka** må forventes at få betydning især for de ungdomspykiatriske patienter i fremtiden.

På en række områder vil børne- og ungdomspsykiatrien komme til at indgå i tættere **teamfunktioner** med andre specialer om særlige problemstillinger og patientgrupper, eksempelvis i samarbejde med voksenpsykiatri i forbindelse med børn af psykisk syge forældre og i teamfunktioner med bl.a. pædiatriske og intern medicinske afdelinger om svære spiseforstyrrelser. Det må forventes, at der i disse samarbejder vil blive udviklet nye former for behandlingstilbud .

Det må i øvrigt forventes, at der inden for børne- og ungdomspsykiatrien i øget omfang vil blive udviklet og anvendt danske versioner af forskellige udenlandske **standardiserede interview-, observations- og registeringsskemaer.**

Der vil fremover i højere og højere grad blive lagt vægt på evidensbaseret behandling. Det vil stille krav om **øget dokumentation** vedrørende aktiviteter og resultater indenfor såvel psykoterapi inkl. familieterapi som farmakoterapi og miljøterapi. Der vil derfor være behov for udvikling af metoder til belysning af effekt, bedre registrering af forløb og resultater samt opprioritering af uddannelse i dette.

Også i relation til **kvalitetsudviklingsaspektet** må det forventes, at der vil blive stillet krav om udvikling af rimelige enkle og håndterlige redskaber for vurdering af indsatsen indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Herudover må det forventes, at der vil blive arbejdet med udvikling af **referenceprogrammer** i relation til forskellige tilstande.

KLINISKE EKSEMPLER – EN FORTSÆTTELSE AF SYGEHISTORIERNE I KAPITEL 3

Mikael:

Forældrene kommer sammen til første samtale med Mikael. De er meget nervøse ved situationen. Mikael er ikke interesseret i behandleren. Han sidder i hjørnet med sine kugler.

Pludselig rejser han sig op og basker med armene, mens han udstøder små skarpe skrig. Han virker angst.

Forældrene fortæller om ham, men har svært ved at koncentrere sig. Der aftales en række samtaler med forældrene alene. De fortæller Mikaels historie, og der gennemføres et interview beregnet på autistiske børn. Det aftales, at Mikael indlægges som dagpatient med henblik på nærmere undersøgelse. Han er på et afsnit med 8 småbørn i 3 måneder. Hverdagen er struktureret. Rutinerede sygeplejersker og pædagoger arbejder med børnene, lærer dem at kende og finder ud af, hvordan deres udvikling bedst støttes. Mikael gennemgår en række lægeundersøgelser. Han er meget utryg i forbindelse med disse og skriger ofte højt og gennemtrængende. Det viser sig, at han hører dårligt, og at han har en kromosomfejl. Den psykologiske undersøgelse bekræfter, at Mikael er forsinket i sin udvikling. Forældrenes bekymring kommer herefter til voldsomt udtryk, og de får tilbudt en række krisesamtaler. De udtrykker fortvivlelse og desperation, men stabiliserer sig efterhånden, og indstiller sig på opgaven med at have et handicappet barn.

De bliver meget glade for afdelingen og accepterer efterhånden, at Mikael har brug for omfattende sociale foranstaltninger i årene fremover. Disse planlægges i forbindelse med netværksmøder. Familien har aldrig tidligere været i kontakt med socialforvaltningen. Mikael må efter udskrivelsen vente et halvt år på at få plads i en specialbørnehave for autistiske børn. I den periode taber han til forældrenes frustration en del af de færdigheder, han havde tilegnet sig i forbindelse med indlæggelsen.

Efter udskrivelsen følger børne- og ungdompsykiateren familien i forbindelse med månedlige samtaler af støttende og rådgivende karakter. Hun fungerer samtidig som rådgiver for

sagsbehandleren, der aldrig før har kendt et barn med denne udviklingsforstyrrelse. Da Mikael er 6 år bliver han så urolig og fysisk krævende at passe, at der etableres en aflastningsfamilie, der modtager Mikael hver tredje week-end.

Ulla:
Ved den orienterende samtale og efterfølgende lægeundersøgelse bekræftes indtrykket af, at Ulla har anoreksi og efterhånden er blevet så svækket, at hun er alvorligt truet. Ulla vil ikke indlægges, og forældrene er fortsat i tvivl. I løbet af et par dage lykkes det imidlertid at overbevise dem om, at indlæggelse er nødvendig, og på den baggrund accepterer Ulla modvilligt situationen.

I undersøgelses- og behandlingsplanen angives som første mål, at Ulla tager på i vægt, så hun bringes udenfor livsfare. I første omgang behandles hun derfor med fast sengeleje, diæt og enkelte gange sondemad. Ligesom andre anoreksipatienter på afdelingen forsøger hun at snyde med maden og at undgå vægtstigning ved at liste sig op om natten og hoppe lydløst op og ned på et tæppe. Dette opdages imidlertid hurtigt og Ulla får en fast vagt døgnet rundt. Ulla undersøges regelmæssigt af læge, og hendes faste behandler besøger hende dagligt.

Efter en måned starter hun psykoterapi og deltager i gruppebehandling med andre anoreksi-patienter. Indlæggelsen varer 5 måneder. Herefter udskrives Ulla til vægtkontrol hos egen læge. Hun fortsætter samtalekontakten med sin terapeut på afdelingen. 2 måneder senere taber Ulla sig i forbindelse med forældrenes skilsmisse og må genindlægges. Denne indlæggelse varer 3 måneder. Også efter denne indlæggelse fortsætter den ambulante samtalekontakt. Ulla skrives efter eget ønske op til efterskole.

Anders
Anders er lettet over at møde afdelingens psykiater, der synes at forstå, hvordan han har det. Psykiateren fortæller om afdelingen og viser Anders rundt. De første to samtaler er korte. Anders accepterer herefter, at forældrene også indkaldes for at fortælle om ham og hans baggrund, samt at han indlægges som dagpatient. Anders er interesseret i skole- og værkstedsaktiviteter, men tør ikke sove på afdelingen. I fred og ro gennemføres et udredningsprogram, der omfatter diagnostiske interviews, somatisk lægeundersøgelse, psykologisk testning og MR-scanning.

Anders bliver glad for afdelingen og deltager i nogle få timers skolegang dagligt. Han hviler sig meget og holder sig for sig selv. Forældrene er alvorligt bekymrede, men glæder sig over, at Anders nu synes at finde ro. Anders opfylder de diagnostiske kriterier for skizofreni, og både han og forældrene orienteres herom. Forældrene ønsker herefter at indgå i afdelingens pårørendegruppe med andre forældre til unge psykotiske. I forbindelse med denne gruppe får de af et par faste medarbejdere information, vejledning og støtte, samt mulighed for at udveksle erfaringer og oplevelser med andre forældre. Anders behandles med et nyt antipsykotisk præparat med god effekt. Han udskrives efter 3 måneder, men både han og forældrene bevarer ambulant kontakt til afdelingen. Efter ½ år starter han enkeltfag i fysik og matematik på HF.

Et år efter indlæggelsen på ungdomspsykiatrisk afdeling tvangsindlægges Anders på lukket afdeling i et andet amt. I forbindelse med højskoleophold har han eksperimenteret med hash og er ophørt med at tage medicin. Har er blevet psykotisk, farlig for sine omgivelser og uden sygdomserkendelse. Anders falder til ro efter indlæggelsen, genoptager sin behandling med medicin og overflyttes efter 1 måned til den åbne ungdomspsykiatriske afdeling, han kender.

Som 18-årig tilknyttes han en voksenpsykiatrisk afdeling som ambulant patient. Både han og forældrene deltager i en samtale, hvor erfaringen fra det hidtidige sygdomsforløb overdrages fra den børne- og ungdomspsykiater, der har fulgt Anders i 2 år, til den voksenpsykiater der skal følge ham fremover.

Kapitel 5
Det nuværende børne- og ungdoms-psykiatriske undersøgelses- og behandlingstilbud

I dette kapitel beskrives indholdet i det nuværende undersøgelses- og behandlingstilbud i relation til de forskellige faser i et sygdomsforløb.

Hvor kan børn og unge med psykiske vanskeligheder få hjælp

Børn og unge med psykiske vanskeligheder kan få hjælp fra forskellige instanser :

- De pædagogisk psykologiske rådgivninger (PPR)
- Skolesundhedsplejen, skolevejledere
- Praktiserende læger, praktiserende speciallæger, praktiserende psykologer
- Socialforvaltning i amt eller kommune, herunder børne- og ungerådgivninger, familierådgivninger samt fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/funktioner i sygehusvæsenet og fra de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger

Undersøgelse og behandling af børn og unge med psykiske forstyrrelser søges – ligesom andre sundhedsydelser i Danmark – foretaget på det organisatorisk laveste og mindst indgribende effektive niveau. Børn og unge henvises derfor generelt først til børne- og ungdomspsykiatriske funktioner/afdelinger i sygehusvæsenet, når deres psykiske forstyrrelser er så svære eller komplicerede, at andre professionelle finder det hensigtsmæssigt eller nødvendigt.

Undersøgelse og behandling tilrettelægges med henblik på

- at diagnosticere sygdom og kortlægge problemer og ressourcer hos barnet/den unge, familien og netværket
- at behandle sygdom og skabe de bedste muligheder for barnets/den unges fortsatte udvikling

Langt de fleste børn og unge undersøges og behandles ambulant. Det gælder således ca. 80% af børnene og 70% af de unge. Andelen har været stigende gennem mange år.

Børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet

Det kliniske børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelses- og behandlingsarbejde i sygehusvæsenet udføres af et tværfagligt team med varierende sammensætning afhængig af barnets/den unges problemer og status. I forbindelse med ambulant undersøgelse og behandling varetages dette typisk af læger, psykologer, socialrådgivere og distriktssygeplejersker/pædagoger. Ved indlæggelse deltager også miljøpersonale: Sygeplejersker, pædagoger, social- og sundhedsassistenter samt andre specialuddannede faggrupper: Lærere, talepædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl..

Det overordnede ansvar for udførelsen af det børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelses- og behandlingsarbejde ligger hos overlægen.

I forhold til andre lægelige specialer adskiller børne- og ungdomspsykiatrien sig meget ved omfanget og indholdet i såvel undersøgelses- som behandlingsforløb. Der lægges vægt på, at børne- og ungdomspsykiatrien skal give et tilbud, der rummer såvel fokusering på afgrænsede problemer og symptomer som en bredere socialpsykiatrisk synsvinkel, hvor man analyserer og søger at påvirke patientens sociale netværk.

Nogle af de børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelses- og behandlingsforløb har tidsmæssigt således et helt andet forløb end inden for de fleste øvrige lægelige specialer i sygehusvæsenet. Forløbene er ofte komplekse og der er mange faktorer, der skal integreres med henblik på at udarbejde helhedsorienterede undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Ansvaret for udarbejdelse af programmet ligger hos overlægen i tæt samarbejde med det tværfaglige team.

Familien er altid inddraget i forbindelse med undersøgelse og behandling af børn og unge. Problemerne kan i nogle tilfælde vise sig først og fremmest at have rod i barnet/den unge selv. I andre tilfælde er der næsten udelukkende tale om problemer i miljøet omkring barnet. I hovedparten af tilfældene er der tale om en kombination af individuelle og samspilsmæssige forhold som baggrund for henvisningen.

Henvisning til børne- og ungdomspsykiatri

Såvel læger som i de fleste amter, psykologer og socialrådgivere i pædagogisk- psykologiske rådgivninger og socialforvaltninger kan henvise til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Henvisningsmønsteret fremgår af tabel 1. Det ses heraf at de fleste henvisninger til undersøgelse og behandling indenfor børne- og ungdomspsykiatri kommer fra læger.

Tabel 1
Antal henviste til børne- og ungdomspsykiatri i 1995 fordelt efter henvisende instans.

Henvisende instans	Antal	Andel
Alm. Praktiserende læger, praktiserende speciallæger, andre sygehusafdelinger	2.154	61 %
Pædagogisk psykologisk rådgivninger, børn- og ungerådgivninger, socialforvaltninger i amter eller kommuner	976	27%
Andre f.eks. distriktspsykiatriske centre, retsvæsen mv.	425	12%
I alt	**3.555**	**100%**

Note: 166 henviste til ungdomspsykiatri i H:S indgår ikke i tabellen idet henvisningerne ikke har kunnet fordeles efter henvisende instans.
Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsministeriet fra amterne.

Af oplysningerne fremgår, at ca. halvdelen af henvisningerne fra **sundhedsektoren** kommer fra de alment praktiserende læger, ca. ⅓ fra anden sygehusafdeling og under en tiendedel fra praktiserende speciallæger. I denne sammenhæng skal man være opmærksom på, at der på landsplan kun findes ganske få praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri (ca. 10) og relativt få praktiserende speciallæger i pædiatri (ca. 20).

Vedrørende henviste fra undervisnings- og socialsektor viser oplysningerne fra amterne, at ca. halvdelen kommer fra de pædagogisk- psykologiske rådgivninger, ca. en trediedel fra de kommunale socialforvaltninger, medens amternes børne- og ungerådgivninger og socialforvaltninger hver tegner sig for under 1/20 af det samlede antal henvisninger fra undervisnings- og socialsektoren.

Akutte henvisninger og henvendelser forekommer såvel for børn som for unges vedkommende. Kun få afdelinger kan i dag modtage patienter til akut indlæggelse. Indenfor almindelig dagarbejdstid på hverdage er der dog i de fleste amter mulighed for akut ambulant vurdering.

Visitation

Ved modtagelse af en henvisning registreres denne umiddelbart. Det vurderes, om der er behov for en akut eller subakut indsats (dvs. inden for få dage), eller om henvisningen kan visiteres på sædvanlig måde. På de fleste afdelinger fordeles nye henvisninger løbende. På større afdelinger sker dette til de enkelte afsnit i forhold til diagnostiske, aldersmæssige og behovsmæssige kriterier.

Der er forskellig praksis med hensyn til ventelister. Nogle steder føres fælles ventelister med henblik på fordeling mellem de enkelte behandlere, når disse efter afslutning af andre sager får tid. Andre steder fordeles sagerne umiddelbart mellem behandlerne, som så har "egne" ventelister.

Med hensyn til ventelister med henblik på indlæggelse er der også forskellig praksis. Nogle steder føres patienter umiddelbart på venteliste til

indlæggelse, hvis en sådan skønnes indiceret. Andre steder føres patienter først på venteliste til forundersøgelse og herefter på venteliste til indlæggelse.

Der er også forskellig praksis med hensyn til omfanget af indsats på visitationsniveau. Nogle steder kontaktes henvisende instans med henblik på størst mulig belysning af sagen, inden første samtale. Andre steder sker denne oplysningsvirksomhed efter den første samtale.

Indenfor 1-2 uger efter at have modtaget henvisningen fremsendes fra den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling oplysning til familie og henviser om, hvornår undersøgelsen planlægges påbegyndt. I de senere år har der for ikke-akutte tilfælde ofte været ventetider af måneders varighed.

Forundersøgelse, indledende samtale

Typisk starter en undersøgelses- eller behandlingsopgave med at der afholdes en orienterende samtale med barnet/den unge og familien. Samtalen tilrettelægges med henblik på den problemstilling, der er beskrevet i henvisningen. Der er naturligvis stor forskel på tilrettelæggelsen af en orienterende samtale vedrørende et lille udviklingsforstyrret barn og en teenager med spiseforstyrrelse. På nogle afdelinger adskilles barnet/den unge og forældrene rutinemæssigt i forbindelse med første samtale. Dette er f.eks. typisk tilfældet på de fleste ungdomspsykiatriske afsnit.

Efter forundersøgelsen lægges en undersøgelsesplan, der stiler mod et ambulant forløb eller en indlæggelse.

Registreringspraksis er meget forskellig. Nogle afdelinger registrerer første samtale som en forundersøgelse. Andre registrerer denne som 1. ambulante kontakt.

Netværksmøde

Hvis barnet/den unge eller familien på henvisningstidspunktet er i kontakt med andre professionelle er det ofte relevant at indkalde til et netværksmøde før undersøgelsen af barnet/den unge påbegyndes.

Formålet med mødet er udveksling af oplysninger og forventninger samt indgåelse af aftaler vedr. arbejds- og opgavefordeling. Netværksmøder kan også anvendes som støtte i en eventuel venteperiode på børne- og ungdomspsykiatrisk indsats eller til omvisitation til anden foranstaltning. I forbindelse med påbegyndelse af undersøgelses- og behandlingsforløb er det ofte hensigtsmæssigt at fastlægge senere mødedatoer til opfølgning. Al udveksling af oplysninger sker efter aftale med forældrene.

Undersøgelsesfasen

Grænsen mellem undersøgelse og behandling er flydende, således at

allerede første samtale, ud over diagnostisk vurdering og planlægning, kan have terapeutiske aspekter. Forudsætning for tilrettelæggelse af et godt undersøgelses- og behandlingsforløb er tillid mellem barnet/den unge, familien og behandlerne. På den baggrund lægges der stor vægt på kontinuitet. De fleste afdelinger udpeger allerede ved visitationen en sagsansvarlig behandler, der varetager kontakten med familie og professionelle og står for koordinering af den tværfaglige indsats. Børn og unge, der indlægges, får desuden 1-2 kontaktpersoner fra miljøpersonalet.

Vedr. beskrivelse af **undersøgelsesmetoder** i børne- og ungdomspsykiatrien henvises til kapitel 4.

Langt de fleste undersøgelsesforløb foretages ambulant. Komplicerede tilstande og akutte tilstande, især hos unge, kan kræve indlæggelse i undersøgelsesfasen.

Formålet er at afklare karakteren af den psykiske forstyrrelse og faktorer af betydning for udvikling af denne, at gennemføre psykiatrisk og eventuel somatisk diagnostik samt foretage en vurdering af det psykosociale funktionsniveau herunder få klarhed over barnets/den unges uudnyttede potentialer og på denne baggrund etablere en behandlingsplan.

Familien er en vigtig samarbejdspartner, hvis aktive og positive medvirken kan være en forudsætning for et vellykket forløb/resultat. I undersøgelsesfasen indgår børnenes forældre/familier altid og i langt de fleste forløb med unge ligeså. Det er væsentligt, at forældrene og familierne er involveret af hensyn til at yde støtte og bistå barnet/den unge i forbindelse med undersøgelsestiltagene og behandlingsplanlægningen. Familiens oplysninger om symptomer, erfaringer m.v. er også vigtige for processen.

Den samlede vurdering kræver høj grad af tværfaglig medvirken. Overlægen har det overordnede ansvar for at integrere de enkelte elementer i en helhedsorienteret diagnostisk vurdering som kan danne basis for en behandlingsplan. Dette sker oftest i forbindelse med en tværfaglig konference.

Undersøgelse foregår under indlæggelse, når:

- miljøterapeutisk observation er nødvendig
- der ønskes rådgivning om miljøterapeutiske behandlingsmuligheder
- barnets/den unges tilstand kræver professionel indsats på dag- eller døgnbasis
- afstanden mellem hjem og afdeling er så lang, at undersøgelse i forbindelse med indlæggelse skønnes at være bedst for barnet/den unge.

Behandlingsfasen
Der kan som anført ikke skelnes skarpt mellem undersøgelse og behandling. Behandlingens mål er, at patientens symptomer forsvinder eller reduceres, og at de i undersøgelsen afdækkede ressourcer mobiliseres, og problemerne forsøges løst.

Arbejdsmetoderne er tværfaglige, mangeartede og tilrettelægges efter udarbejdelse af en individuel behandlingsplan, hvis udformning er afhængig af problemstilling og alder. Overlægen har det overordnede ansvar for behandlingsplanerne, som indeholder konkrete aftaler om, hvilke fagpersoner der udfører de enkelte elementer i behandlingen.

Den børne- og ungdomspsykiatriske behandling er kompleks, dvs. at flere af de nedenfor nævnte behandlingsformer typisk vil blive anvendt samtidig overfor barnet/den unge og familien i varierende omfang, alt efter barnets/den unges tilstand:

- psykoterapi
- miljøterapi
- medikamentel behandling
- rådgivning, vejledning og undervisning
- andre behandlingsformer.

Der henvises til kapitel 4 mht. beskrivelse af de enkelte behandlingselementer/former.

I psykiatriloven stilles krav om, at der indenfor en uge efter indlæggelse udarbejdes en undersøgelses- og behandlingsplan for alle, der indlægges på psykiatriske afdelinger. Denne bestemmelse gælder således også børn og unge. Undersøgelses- og behandlingsplanen skal indeholde oplysninger om diagnose, planlagte undersøgelser, planlagt behandling, mål for behandling og skønnet varighed af denne. Desuden skal anføres, hvad barnet/den unge og forældrene synes om planen.

Som tidligere nævnt foregår megen behandling som ambulant virksomhed, hvor patienten og dennes familie møder til regelmæssige samtaler.

Ved behov for indlæggelse foregår behandlingen af de yngste patienter i stor udstrækning ved dagindlæggelser, dvs. patienten er indlagt alle hverdage i dagtiden. Dette tilgodeser, at barnet beholder sin kontakt med hjemmet og de hjemlige omgivelser.

Med stigende alder øges behovet for døgnbehandling.

Afhængig af de foreliggende amtslige muligheder tilbydes, der udfra en faglig helhedsvurdering, behandling under indlæggelse til de mest syge børn og unge.

Behandling foregår under indlæggelse, når:

- barnets/den unges tilstand kræver professionel behandlingsindsats på dag- eller døgnbasis
- barnet/den unge bor langt fra afdelingen
- barnets/den unges tilstand i særlig grad udgør en belastning for patienten og familien
- barnet/den unge er i risiko for at skade sig selv eller begå selvmord
- barnet/den unge udgør en risiko for sine omgivelser

I en række amter, som ikke råder over børne- og ungdomspsykiatrisk indlæggelsesmulighed i eget amt medfører behov for indlæggelse, at der enten må henvises til udenamtslig foranstaltning, med de problemer det medfører med hensyn til øgede vanskeligheder med at opretholde kontakt til nærmiljøet, eller at børnene/de unge indlægges på pædiatrisk eller på voksenpsykiatrisk afdeling.

Har amtet ikke egne indlæggelsesmuligheder kan henvisning til landsdelsafdeling eller udenamtslig afdeling blive aktuel. Herudover indlægges børn og unge med særligt komplicerede eller sjældne børne- og ungdomspsykiatriske lidelser på landsdelsafdelingerne.

Da kun ganske få amter har mulighed for akut indlæggelse, er indlæggelse på pædiatrisk eller voksenpsykiatrisk afdeling hyppigt forekommende ved behov for akut indlæggelse

Der er kun ganske få amter, der råder over lukkede ungdomspsykiatriske pladser eller har mulighed for at skærme særlige urolige, angste eller aggressive unge i de åbne ungdomspsykiatriske afsnit. En del af de ungdomspsykiatriske patienter indlægges i konsekvens heraf på de lukkede voksenpsykiatriske afdelinger.

Begrebet skærmning dækker en funktion ,der kan anvendes på såvel åbne som lukkede afsnit. Der kan være brug for at patienter skærmes – af hensyn til sig selv (f.eks. pga. selvmordsrisiko) eller af hensyn til medpatienterne (f.eks. pga. risiko for vold). Ved skærmning afsættes ekstra personaleressourcer m.v. til den enkelte patient. Forudsætning for skærmning er således en fast vagt og et velegnet rum, hvor man kan trække sig tilbage med patienten.

Indlæggelse af børn og unge sker næsten altid på frivillig basis. Tvangsindlæggelse af unge i henhold til psykiatriloven forekommer dog, og hyppigheden stiger lidt med stigende alder.

I henhold til Servicelovens § 39 kan børn- og ungeudvalgene i kommunerne uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren og den unge der er fyldt 15 år, beslutte at gennemføre en undersøgelse under ophold

på en institution eller indlæggelse på sygehus, herunder psykiatrisk afdeling. Dvs. at der kan træffes beslutning om at gennemføre undersøgelse og behandling uden forældrenes samtykke, hvis dette anses for nødvendigt af hensyn til barnets/den unges fortsatte udvikling.

På landsplan foregår årligt i alt ca. 30-40 indlæggelser af børn og unge under 18 år med tvang. Fordelingen på aldersgrupper, afdelingstype og vilkåret for indlæggelsen fremgår af nedenstående.

Tabel 2
Antal tvangsindlæggelser af børn og unge under 18 år i perioden 1995-1997 fordelt på afdelingstype og alder.

Afdelingstype/år	0-14-årige			15-17-årige		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Børne- og ungdomspsykiatri	6	2	4	9	4	7
Voksenpsykiatri	7	5	1	20	18	27
I alt	**13**	**7**	**5**	**29**	**22**	**34**

Kilde: Afdeling for psykiatrisk demografi

Det fremgår heraf, at antallet af 0-14-årige indlagt med tvang på voksenpsykiatrisk afdeling er faldet, således var der i 1997 kun én 0-14-årig indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling i forbindelse med tvang.

Endvidere fremgår, at tvangsindlæggelse kan foregå på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i et vist begrænset omfang. Endelig ses, at tvangsindlæggelser er hyppigst forekommende blandt de 15-17-årige.

Ser man nærmere på karakteren af tvangsindlæggelserne, dvs. vilkårene for tvangen, i 1997 ses af tabel 3 følgende.

Retslige foranstaltninger dominerer antalsmæssigt for begge aldersgrupper, de fleste retslige indlæggelser af 15-17-årige finder sted på voksenpsykiatrisk afdeling. Tyngden ligger herudover på såkaldt "rød tvang" for 15 – 17-årige indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling. Disse indlæggelser må antages at dreje sig om bl.a. alvorligt selvmordstruende unge, der har brug for at være på lukket afdeling.

Tabel 3
Vilkår for tvangsindlæggelse for børn og unge under 18 år i 1997

Vilkår	"Rød tvang"		"Gul tvang"		Retslig foranst.		Bistandslov		I alt
	Alder		Alder		Alder		Alder		
Afdelingstype	0-14	15-17	0-14	15-17	0-14	15-17	0-14	15-17	
Børne- og ungdomspsykiatri	0	1	0	1	4	5	0	0	11
Voksenpsykiatri	0	11	0	2	0	14	1	0	28
I alt	**0**	**12**	**0**	**3**	**4**	**19**	**1**	**0**	**39**

Rød tvang: tvangsindlæggelse fordi pt. er til fare for sig selv el. andre. Gul tvang: behandlingsindikation
Kilde: Afdeling for psykiatrisk demografi

Fordelingen i 1995 og 1996 viser et tilsvarende billede. Indlæggelserne er spredt ud over amterne, der er tilsyneladende ikke nogen systematisk ophobning i bestemte amter.

Generelt må det konstateres, at antallet af tvangsindlæggelser er så lille, at det med udgangspunkt i denne patientgruppe alene, vil være vanskeligt at opbygge selvstændige enheder inden for børne- og ungdomspsykiatrien mere end ganske få steder i landet. I denne sammenhæng må behovet for nærhed til familie m.v. afvejes i forhold ønsket om en placering i en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling .

Det skal bemærkes at Sundhedsstyrelsen i Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner har anbefalet, at retspsykiatrisk undersøgelse af unge bør foregå på landsdelsniveau.

Det videre forløb efter udskrivelse/afslutning fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling

Efterambulant forløb

Nogle børn og unge har brug for at blive fulgt ambulant efter udskrivelsen. Nogle steder følges barnet/den unge af samme behandler som varetog kontakten i forbindelse med indlæggelsen. Det sker under alle omstændigheder oftest, hvis der er tale om kortere forløb.

Andre steder sker opfølgningen af et ambulant team. Dette er f.eks. ofte tilfældet, når barnet/den unge skal følges gennem mange år. Ambulant børne- og ungdomspsykiatrisk behandling kan kombineres med andre foranstaltninger.

En langvarig ambulant støtte kan være en ressourceøkonomisk og meget rationel foranstaltning, der måske kan forebygge genhenvisninger og genindlæggelser, fordi udviklingen løbende kan overvåges og korrigeres. Behandlingsarbejdet "så tæt på hjemmiljøet som muligt" er for nogle patienter kun holdbart, hvis en børne- og ungdomspykiatrisk afdeling indgår som støttende bagland.

En kort opfølgning efter en børne- og ungdomspsykiatrisk indlæggelse er næsten altid relevant.

Andre opfølgende foranstaltninger

Børn og unge kan udskrives til nedenstående opfølgende foranstaltninger:

- kontrol hos egen læge
- almindelig daginstitution med støtte
- speciel daginstitution
- almindelig skole med støtte

- specialklasse/-skole
- socialpædagogisk familiedagtilbud
- socialpædagogisk opholdssted
- døgninstitution
- plejefamilie
- bostøtteordning
- personlig rådgiver
- højskole, voksenuddannelse
- erhvervsuddannelse
- fritidstilbud og
- diverse beskæftigelsestilbud

Almindeligvis bør og vil udskrivelse til opfølgende foranstaltninger foregå med familiens og barnets/den unges samtykke og der lægges således meget stor vægt på, om overhovedet muligt, at opnå en fælles forståelse og accept af det videre forløb.

Der er imidlertid i henhold til servicelovens § 42 i sidste instans mulighed for anbringelse af et barn el. ung uden for hjemmet uden samtykke, når betingelserne herfor er opfyldt. Det skal i denne forbindelse understreges, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers personale har pligt til at underrette socialforvaltningen såfremt et barns eller en ungs sundhed eller udvikling er i fare.

Det er vigtigt, at der tidligt i et indlæggelsesforløb foretages overvejelser om behovet for støtteforanstalninger efter indlæggelsen og etableres kontakt med relevante instanser med henblik herpå.

Erfaringsmæssigt er det svært at skabe sammenhæng for den enkelte familie, der har kontakt først med sygehusvæsenet og senere med det sociale system/specialundervisningsområdet.

På sygehuset er der krav om intensiv og effektiv udnyttelse af ressourcer. Der gøres derfor i hvert enkelt sag et stort arbejde for at yde en så målrettet og kortvarig indsats som muligt. I det sociale system er efterbehandlingstiden for børn med psykiske lidelser lang, og specialiserede tilbud til disse begrænsede. Ventetiden på en velegnet behandlingsplads er ofte meget lang.

Også i undervisningssektoren er det meget svært med kort varsel at etablere specialiseret undervisning. Der kan derfor typisk blive tale om en ventetid på de anbefalede foranstaltninger.

Ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er forløbet ofte således, at barnet eller den unge er indlagt eller følges ambulant, og der samtidig hermed er en regelmæssig kontakt til forældrene m.h.p. at indhente oplysninger og eventuelt få dem til at indgå i en form for behandling sammen med barnet eller den unge. Der sker en undersøgelse af barnet/den unge, der dannes hypoteser, og senere sker der en endelig diagnostisk afklaring. Det er først nu, at egentlige behandlings- eller støtteforanstaltninger kan præciseres og diskuteres – først med forældrene og efterfølgende eventuelt med andre instanser.

Forløbet kan være vanskeligt og belastende for barnet/den unge og forældrene. Forældrene har ofte svært ved at skulle acceptere alvoren i barnets/den unges sygdom og dermed behovet for de behandlings- eller støtteforslag afdelingen foreslår.

Det er i denne fase vanskeligt for forældrene – også at skulle tage stilling til, hvorvidt det er acceptabelt for dem, at afdelingen tager kontakt til f.eks. socialforvaltningen eller PPR m.h.p. diskussion af støtteforanstaltninger. Opnåelse af familiens accept af konklusionerne, erkendelse af sygdommen og eventuelt accept af behandlingsforslagene er meget vigtig og denne proces kan tage tid.

Derfor etableres kontakt til sagsbehandleren i socialforvaltningen eller til PPR ofte sent i indlæggelsesperioden og på et tidspunkt, hvor det børne- og ungdomspsykiatriske forløb nærmer sig afslutningen.

Når der derfor afholdes udslusningskonference/netværksmøde med deltagelse af de relevante fagpersoner fra socialforvaltning og PPR, f.eks. 1- 2 måneder før planlagt udskrivelse, så vil der ofte ikke være tid nok for socialforvaltningen eller PPR til både at tage stilling til afdelingens behandlings- og støtteforslag og efterfølgende at etablere foranstaltningen f.eks. at skaffe plads på relevant behandlingssted.

Forlænges indlæggelserne herefter for at afvente den opfølgende foranstaltning, reduceres undersøgelses- og behandlingskapaciteten og venteliste og ventetid vokser. Effektiviseres forløbet så patienterne udskrives, uden at de opfølgende foranstaltninger er på plads medfører det erfaringsmæssigt vanskeligheder for den enkelte familie og de andre sektorer.

Samtidig er det i sygehusvæsenet relevant at overveje, hvilke børn og unge der har mest brug for kapaciteten. Er det de patienter, der er færdigundersøgt, og hvor behandling er igangsat og som afventer et efterbehandlingstilbud udenfor sygehusvæsenet, eller er det de nye patienter, der venter på indlæggelse til undersøgelse og behandling.

Tilsvarende er det for forvaltningerne udenfor sygehusvæsenet relevant at udnytte de institutioner og undervisningstilbud, der findes så effektivt som muligt dvs. at have disse rimelig belagt hele tiden.

Manglende ledig kapacitet eller manglende relevante tilbud udenfor sygehusregiet til nødvendige opfølgende foranstaltninger kan således medføre, at flowet nedsættes, og at der herved indlægges og undersøges færre børn og unge på afdelingerne end der ellers ville kunne.

Alternativt bliver nogle børn og unge udskrevet til midlertidige foranstaltninger, som ofte ikke lever op til børnenes behov – og sådanne midlertidige og mindre hensigtsmæssige foranstaltninger kan have en længere og ukendt varighed.

I henhold til oplysninger indhentet fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger forekommer denne situation regelmæssigt. Dilemmaet håndteres forskelligt. Nogle afdelinger udskriver konsekvent, medens andre vurderer den enkelte sag og forlænger indlæggelserne i kortere eller længere tid.

Børne- og ungdomspsykiatriens samarbejde med andre specialer

Samarbejde med andre specialer kan have karakter af ad hoc samarbejde omkring enkeltsager eller faste samarbejdsfunktioner. Et sådant samarbejde, der benævnes Liaison-samarbejde, er mere end en god tilsynsfunktion. Det indebærer en aftale om fast kontakt mellem sygehusafdelingerne f.eks. i form af faste konferencer, uafhængigt af enkeltsager. Derigennem opbygges personlige relationer og tillid, som betyder, at mange opgaver kan løses smidigt på konsulentbasis, nogle gange blot telefonisk. Der sker en gensidig udveksling af erfaringer mellem specialerne og der etableres et fælles sprog. Der skabes klare retningslinier og udarbejdes fælles instruktioner. Det betyder i praksis færre akutte tilsyn og færre, men relevante og velforberedte henvisninger.

Traditionelt har der gennem årene været det tætteste samarbejde mellem børnepsykiatrisk afdeling og pædiatrisk afdeling med konferencer, tilsyn, undervisning, supervision mv. Et sådant samarbejde er yderst relevant, da mange børn med psykiske lidelser debuterer med somatiske symptomer eller har brug for pædiatrisk udredning som led i et samlet udredningsprogram.

Liaison-samarbejde foregår i vekslende omfang i de enkelte amter også i relation til voksenpsykiatri, gynækologi/obstetrik og intern medicin.

I forbindelse med især spiseforstyrrelser er der gennem de senere år, især på landsdelssygehusene udviklet nærmere samarbejde med intern-medicinske afdelinger i form af behandlingscentre og faste teamdannelser.

Børne- og ungdomspsykiatriens samarbejde med social- og undervisningssektoren

Som beskrevet er der et tæt og intensivt samarbejde med socialforvaltninger og Pædagogisk-psykologiske rådgivninger (PPR). En væsentlig del af henvisningerne kommer fra disse instanser. Man indhenter supplerende oplysninger og vurderinger herfra, og disse parter kan under forudsætning af familiens accept deltage i indledende netværksmøder, hvor formålet med indlæggelsen kan præciseres. I mange tilfælde skal socialforvaltning eller PPR efter udskrivelsen endvidere tilvejebringe de opfølgende foranstaltninger og varetage det videre arbejde med barnet/den unge.

Nogle steder foreligger der retningslinier for samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og henholdsvis undervisnings- og socialsektor. Arbejdet koordineres løbende ved samarbejdsmøder. Andre steder er et sådant samarbejde ikke etableret. Nogle steder er der aftalt generelle procedurer og arbejdsgange, hvorefter f.eks. visse dele af et undersøgelsesprogram gennemføres forud for henvisning eller lignende.

Der opleves i disse år pga. ventetiderne på børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling megen frustration i socialforvaltninger og PPR, idet man ofte ikke er i stand til at komme videre i arbejdet med børnene og de unge førend den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse og behandling er gennemført.

Problemerne i forbindelse med opfølgende foranstaltninger efter indlæggelsen, hvor socialforvaltninger og PPR har betydelige vanskeligheder med at realisere de opfølgende foranstaltninger, der er enighed mellem alle parter om er nødvendige og hensigtsmæssige udgør ligeledes et væsentligt problem.

Der er i mange kommuner og amter kapacitetsproblemer med hensyn til opfølgende foranstaltninger. Det er en oplevelse og erfaring, at behovet for specialundervisning og sociale døgnforanstaltninger til psykisk syge børn og unge i disse år ikke bliver dækket. Arbejdsgruppen har via forespørgsel til amterne søgt at danne sig et overblik over kapacitetsproblemerne. Da der generelt ikke føres ventelisteregistrering eller tilsvarende statistik, er det imidlertid vanskeligt at kvantificere størrelsesordenen af disse problemer.

I praksis er det således, at der foregår, et udstrakt samarbejde mellem kommunernes PPR og socialafdeling og den specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske funktion i sygehusvæsenet. Dette betyder, at den børne- og ungdomspsykiatriske funktion har mange samarbejdspartnere, nemlig samtlige kommuner i amtet foruden det amtslige niveau. Varetagelsen af koordination og samarbejdsopgaver i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/funktioner er alene derfor meget omfattende og

tidskrævende. Hertil kommer samarbejde og koordination indenfor sygehusvæsenet med bl.a. pædiatri og voksenpsykiatri, eventuelle tværamtslige samarbejder og landsdelsniveauet.

Der er således tale om en betydelig tids- og ressourcekrævende opgave for de oftest mandsskabsmæssigt små afdelingers personale.

Konsulentfunktioner

Der efterspørges generelt konsulentfunktioner fra børne- og ungdomspsykiatrien. Hovedsageligt efterspørges speciallægeydelser, men også psykolog, speciallærer og miljøterapeutisk konsulentfunktion kan være relevant og efterspurgt.

Som konsulent fungerer speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri som en ressourceperson, der yder faglig rådgivning og vejledning til andre professionelle uden selv at være direkte involveret i klienten/patienten. Konsulenten møder ikke barnet/den unge eller familien, men kun fagpersoner, som fremlægger deres problemer og overvejelser. Der er således tale om en indirekte børne- og ungdomspsykiatrisk indsats. Konsulenten har intet behandlingsansvar og ingen beslutningskompetence, og det er op til den modtagende instans, fagpersoner og institutioner om man ønsker at følge rådgivningen.

Konsulentstøtte kan være en effektiv og ressourceøkonomisk arbejdsmåde, hvor konsulentstøtten kan være et alternativ til henvisning til undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er på denne måde muligt at rådgive vedr. relativt mange børn og unge med anvendelse af væsentligt færre børne- og ungdomspsykiatriske ressourcer.

Konsulentvirksomhed har tillige et oplysnings- og uddannelsesperspektiv overfor samarbejdspartnere, som er positivt. Herudover kan konsulentvirksomhed danne basis for en gradvis udvikling af et tættere samarbejde.

Konsulentvirksomhed har dog også væsentlige begrænsninger, idet en række børn og unge med psykiske lidelser herved eventuelt undrages direkte børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering, diagnostik og behandling.

Konsulentvirksomhed i børne- og ungdomspsykiatrien er udbredt og forekommer fra det helt uformelle, f.eks. rådgivende og oplysende virksomhed til praktiserende læger, pædagoger, sagsbehandlere, PPR og forældre f.eks. ved telefoniske henvendelser om anonyme patienter, til formaliserede specifikt honorerede funktioner i relation til specialinstitutioner.

Vurdering af det nuværende undersøgelses- og behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien

Ud fra gennemgangen af indholdet i de forskellige faser i et børne- og ungdomspsykiatrisk forløb konstaterer arbejdsgruppen vedr. henvisningspraksis, at ca. 60% af henvisningerne modtages fra sundhedssektoren og ca. 30 % fra de pædagogisk – psykologiske rådgivninger og socialforvaltningerne.

Hovedparten af henvisningerne findes relevante og det omhyggelige visitationsarbejde betyder, at afdelingerne generelt ikke varetager opgaver, som vil kunne klares på organisatorisk andet eller lavere niveau. Der findes derfor efter arbejdsgruppens vurdering ikke grundlag for generelt at foreslå ændringer i nuværende henvisningsadgang og henvisningspraksis.

Med hensyn til kvaliteten af undersøgelses- og behandlingstilbuddene er det arbejdsgruppens vurdering, at det børne- og ungdomspsykiatriske **undersøgelsestilbud** generelt har en høj standard. Således indsamles og vurderes faktorer, som kan have betydning for barnet/den unges udvikling og psykiske lidelse. De enkelte elementer i undersøgelsestilbuddet f.eks. anamnese, klinisk vurdering, psykologisk undersøgelse m.v. vurderes generelt ligeledes at have en god faglig standard.

Enkeltelementerne i de børne- og ungdomspsykiatriske **behandlingstilbud**, der tilbydes på afdelingerne f.eks. samtaleterapi, familieterapi, miljøterapi og medikamentel behandling har efter arbejdsgruppens vurdering ligeledes en god standard og indsatsen er præget af grundighed og omhu. Der er imidlertid visse tids- og ressourcekrævende behandlingsformer, der kun tilbydes i meget begrænset omfang f.eks. langvarig psykoterapi og legeterapi.

Det børne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud omfatter en behandlingsplanlægning præget af et helhedssyn. **Den samlede behandlingsplanlægning** involverer ofte foranstaltninger uden for den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling. Generelt er standarden i den samlede behandlingsplanlægning høj. Der gøres således et grundigt og kompetent arbejde i samarbejde med de øvrige sektorer med hensyn til at finde frem til det relevante behandlingstilbud indholdsmæssigt og med hensyn til karakter af foranstaltninger. Alligevel forekommer det relativt hyppigt, at de foranstaltninger man er enige om i behandlingsplansammenhæng ikke kan omsættes til realiteter bl.a. pga. kapacitetsproblemer. Det kan f.eks. dreje sig om manglende døgninstitutionspladser indenfor en rimelig tidshorisont, daginstitutionspladser med særlig støtte eller anden pædagogisk støtteforanstaltning og specialundervisningstilbud.

Indsatsen i børne- og ungdomspsykiatrien udføres såvidt overhovedet muligt ambulant med henblik på at bevare barnet/den unges tilknytning

til en almindelig hverdag, men også fordi børne- og ungdomspsykiatien i amterne kun i meget begrænset og varierende omfang kan tilbyde behandling under indlæggelse, og kun undtagelsesvis omfatter indlæggelsesmulighederne indlæggelse under beskyttende former, dvs. med skærmning eller bag lukket dør, eller mulighed for akut indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Det store og stigende henvisningspres på den aktuelle undersøgelses- og behandlingskapacitet betyder trods alle hidtidige initiativer, at der fortsat er ventelister og ventetider. Lang ventetid på undersøgelse og behandling har som oftest meget negativ betydning både for småbørn og større børn og unge.

Når hurtig afklaring og indsats ikke kan tilbydes, er der risiko for at sygdomstilstanden udvikler sig videre og forværres. Især for de unge medfører dette øget risiko for, at akut indlæggelse eventuelt i voksenpsykiatrien kan blive en nødvendighed.

For de henvisende instanser betyder ventetiderne, at der ikke kommer den afklaring, som er en nødvendig forudsætning, for at de kan påbegynde etablering af relevante foranstaltninger

Arbejdsgruppen konstaterer, at det stigende henvisningspres på undersøgelses- og behandlingskapaciteten gennem årene har bevirket en betydelig rationalisering. For at øge flowet er undersøgelses- og behandlingstilbuddene i visse tilfælde blevet afkortet. I andre tilfælde foretages kun undersøgelsesdelen af et forløb, hvorefter instanser i social- og undervisningssektoren rådgives om videre opfølgende behandlingsforanstaltninger.

Bl.a. pga. ventetiderne søges børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse i mange tilfælde erstattet af konsulentbaseret rådgivning. Der ydes således en omfattende konsulentstøtte fra børne- og ungdomspsykiatrien.

Arbejdsgruppen finder, at konsulentvirksomhed til andre professionelle kan være en hensigtsmæssig, effektiv og ressourceøkonomisk arbejdsmåde. Det er herved muligt at rådgive vedrørende relativt mange børn og unge med anvendelse af relativt få børne- og ungdomspsykiatriske ressourcer. Konsulentvirksomhed har dog også væsentlige begrænsninger bl.a. risikoen for at børnene/de unge ikke bliver kvalificeret udredt og behandlet.

Med hensyn til samarbejde med andre specialer og instanser udenfor sygehusvæsenet har børne- og ungdomspsykiatrien en lang tradition for et højt prioriteret, veludbygget og omfattende samarbejde.

Omsorgen for børn og unge med psykiske symptomer varetages traditionelt af 3 sektorer: Socialvæsen, sundhedsvæsen og undervisningssek-

toren. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en yderligere styrkelse af samarbejdet mellem disse sektorer i det enkelte amt, i form af et løbende tættere samarbejde, herunder løbende drøftelser af opgavedelingen, vil kunne medvirke til en effektivisering og kvalitativ forbedring af den samlede indsats.

I den forbindelse er det imidlertid en vigtig og nødvendig forudsætning, at der er de nødvendige ressourcer til rådighed i den enkelte sektor.

Kapaciteten med hensyn til tilbud om specialundervisning, og sociale hjælpeforanstaltninger for psykisk syge børn og unge opleves af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i mange kommuner og amter som utilstrækkelig. Dette medfører enten forlængede indlæggelser eller uhensigtsmæssig ventetid efter udskrivelse. Udfra et overordnet synspunkt er det uhensigtsmæssigt, når en specialiseret undersøgelse og et påbegyndt behandlingsforløb ikke kan følges op umiddelbart af de relevante foranstaltninger.

Problemerne med fremskaffelse af relevante opfølgende foranstaltninger efter udskrivelse, herunder især velegnede døgninstitutionspladser og specialundervisningstilbud, udgør et stort problem såvel for patienterne som for afdelingerne og deres samarbejdspartnere.

Der er indenfor det sociale og undervisningsmæssige område ikke tradition for løbende registrering af kapacitetsproblemer. Indførelse heraf kan være en forudsætning med henblik på at kunne dokumentere og kvantificere behovet for kapacitet, især vedr. specialundervisning og døgninstitutionspladser samt andre sociale tilbud til psykisk syge og skrøbelige børn og unge.

Kapitel 6
Organisation af indsatsen for psykisk skrøbelige og psykisk syge børn og unge

Børns udvikling foregår i et kompliceret samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, hvor barnets udvikling på den ene side betinges af biologiske forhold, f.eks. arvelige dispositioner eller erhvervede sygdomme og handicap og på den anden side af opvækstmiljøets muligheder og evner til at yde nødvendig støtte til den psykiske, følelsesmæssige og sociale udvikling.

Psykiske symptomer kan således opstå, når der permanent eller forbigående er en ubalance mellem barnets sårbarhed eller modstandsdygtighed på den ene side og miljøets belastende og beskyttende kvaliteter på den anden side.

Psykisk forstyrrelse og sygdom forekommer i alle sociale grupper og i både traditionelle kernefamilier og anderledes sammensatte familier. Psykiske vanskeligheder i barnealderen og ungdomsårene forekommer dog hyppigere i familier, som lever under dårlige sociale og økonomiske vilkår og hvor forældrene har ringe uddannelse. Problemerne kan i sådanne familier gå igen i generation efter generation.

Der er imidlertid ikke tale om en entydig sammenhæng mellem psykisk sygdom og forstyrrelse i barnealderen og børns socio-økonomiske opvækstvilkår. Forældrenes familiebaggrund og personlighed er tilsyneladende meget afgørende og genetisk sårbarhed, hjerneorganiske skader og forstyrrelser i forældre/barn-samspillet forekommer på tværs af sociale livsvilkår i alle samfundslag. Selve forløbet vil dog ofte være påvirket af familiens uddannelsesniveau, økonomi, arbejdsvilkår, boligforhold m.v.

Det er karakteristisk, at en del af de børn og unge, der vejer tungt på området, ofte på én gang er præget af såvel øget sårbarhed som af få og mangelfulde ressourcer i familien/opvækstmiljøet.

Omsorgen for børn og unge med psykiske symptomer har traditionelt været varetaget i 3 forskellige sektorer nemlig, socialvæsenet, sundhedsvæsenet og undervisningssektoren afhængig af hovedproblemstillingen, og indfaldsvinklen til barnets/den unges vanskeligheder har tilsvarende været overvejende socialt, medicinsk/psykiatrisk eller pædagogisk/psykologisk.

Disse 3 sektorer varetager også i dag opgaverne på området.

Indsatsen i socialsektoren

Allerede fra begyndelsen af forrige århundrede foregik en udvikling af institutioner vedrørende børne- og ungdomsforsorg. Op gennem dette århundrede foregik en udspecialisering af sådanne institutioner i relation til børnenes problemstilling. I 30'erne etableredes på privat initiativ de første institutioner for børn med specielle psykiske lidelser og gradvis, og især op gennem 60'erne udbyggedes antallet af behandlingshjem. I 1976 overførtes døgninstitutionerne for børn og unge fra staten til amterne, ligesom eksisterende rådgivningscentre integreredes i amternes tilbud.

Tilbuddene i socialsektoren udvikledes siden bl.a. på grundlag af de kommunale forpligtelser i henhold til bistandslovens (nu servicelovens) bestemmelser vedr. rådgivning og støtte til børn, unge og deres familier. Herunder etableredes mulighed for daginstitutionsfriplads, personlig rådgiver, støttepædagoger, "hjemmehos"-støttepersoner samt andre foranstaltninger med henblik på at forebygge døgnplacering af barnet og den unge.

Ansvaret for løsning af disse opgaver er placeret i primærkommunerne, der varetager den største del af indsatsen, bl.a. i forhold til forebyggende opgaver f.eks. familierådgivning og dagbehandlingstilbud

I forbindelse med sværere vanskeligheder sikredes mulighed for anbringelse i familiepleje, opholdssted eller døgninstitution på frivillig basis eller sjældnere via tvang.

Den amtslige social- og sundhedsforvaltning har ansvaret for specialrådgivning af børn og familier med særlige problemer samt ansvaret for at drive særlige dag- og døgninstitutioner. Der er i mange amter endvidere et amtskommunalt rådgivningscenter for børn og unge. Amtets rolle er i øvrigt oftest at være rådgivende og vejledende overfor kommunerne samt som driftsherre på døgninstitutionsområdet.

Der er således på dette område en arbejdsdeling mellem amter og kommuner, hvorefter kommunerne varetager de hyppigst forekommende opgaver, medens amterne indgår i relation til de mere krævende og specialiserede foranstaltninger.

Samarbejde med især de primærkommunale socialforvaltninger vedrørende opfølgende foranstaltninger, er en vigtig del af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed.

Indsatsen i undervisningssektoren/skolevæsenet

For godt 50 år siden oprettedes de første skolepsykologiske kontorer i Danmark og udviklingen på området har i den mellemliggende periode været således, at der i alle primærkommunerne findes en rådgivningsordning (indenfor skolevæsenet) der varetager opgaver vedrørende børn

og unge fra 0-18 år. Det drejer sig først og fremmest om special-pædagogisk bistand, men de pædagogisk-psykologiske rådgivningscentre (PPR) tager sig også af børn og unge med psyko-sociale vanskeligheder. I PPR arbejder skolepsykologer, kliniske psykologer, socialrådgivere, kurator, tale/hørepædagog/-konsulent og evt. andre. Den pædagogisk psykologiske rådgivning yder personlig støtte til børn og familie og medvirker til etablering af forskellige former for specialundervisning.

Henvisning fra og samarbejde med PPR indgår som en væsentlig del af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed.

Tilsvarende som på socialområdet er der også her en principel arbejdsdeling mellem primærkommunerne og amterne, hvorefter primærkommunerne varetager de mange og hyppigt forekommende opgaver, medens amtet varetager det specielle.

Indsatsen i sundhedsvæsenet

Den primære sundhedstjeneste

Indsatsen i sundhedsvæsenet foregår dels i den primære sundhedstjeneste og dels i sygehussektoren. På det børne- og ungdomspsykiatriske område er der ligesom på børneområdet i øvrigt en opgavedeling, hvorefter vægten i den primære sundhedstjeneste er koncentreret om den forebyggende indsats, oplysning og vejledning samt tidlig opsporing.

Herudover indgår diagnostik og behandling af mindre alvorlige problemer samt henvisning af de sværere problemer til det specialiserede sygehusvæsen.

De forebyggende sundhedsordninger for børn og unge

Den kommunale sundhedspleje indførtes i 1937. Sundhedsplejerskerne udøver en tidlig og opsøgende virksomhed, hvor der etableres kontakt med familien umiddelbart omkring fødslen. Et af de væsentligste formål for sundhedsplejen er via en støttende og oplysende virksomhed at bidrage til at sikre børnene en sund opvækst. Et element heri er støtte til udvikling af det nødvendige forældre/barn samspil.

Alle børn under og i den undervisningspligtige alder tilbydes sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser. Den enkelte kommunes tilbud kan være forskelligt både med henvisning til omfang og intensitet af tilbuddet. Traditionelt tilbydes hjemmebesøg til alle børn i 1. leveår. En lang række kommuner har nu organiseret indsatsen i form af distriktsordninger, således at den samme sundhedsplejerske dækker spædbørn, småbørn samt daginstitutioner og skoler i distriktet. Herigennem øges sundhedsplejerskens mulighed for at kende og følge barnet og familien under opvæksten.

Sundhedsplejen har endvidere til opgave at yde ekstra ressourcer og besøg til børn med særlige behov, bl.a. til børn der trives dårligt, børn af belastede mødre, misbrugere og psykisk syge mødre eller børn, hvor der i øvrigt er tegn på afvigelser fra normal psykisk udvikling.

Skolelægeordningen har eksisteret siden 1946 med årlige undersøgelser af alle skolebørn. I 1972 og igen i 1983 indskrænkedes omfanget af skolelægeundersøgelser af skolebørnene væsentligt. I 1996 samledes bestemmelserne om sundhedsplejersker, skolelæger og lægeunderundersøgelser af børn i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Skolelægen erstattes heri af en såkaldt kommunallæge, der bl.a. har til opgave at undersøge børn med særlige behov.

Af retningslinierne vedrørende de forebyggende sundhedsordninger skal fremhæves, at formålet er at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse bl.a. ved at medvirke til så tidligt som muligt, at opspore fysiske, psykiske og sociale problemer hos et barn og iværksætte tiltag over for disse.

Alment praktiserende læge

Den alment praktiserende læge har kontakt med familien allerede i forbindelse med svangerskabet. En kontakt som fortsætter i forbindelse med tilbud for alle børn om forebyggende helbredsundersøgelser. I denne forbindelse skal lægen bl.a. vurdere barnets udvikling og yde forældrene vejledning og rådgivning ved problemer med barnet. Der er herved mulighed for tidlig opsporing af børn med særlige problemer, herunder psykiske problemer.

Den alment praktiserende læge repræsenterer herudover forældrenes, børnenes og de unges almindelige adgang til henvisning til den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri. I mange amter fungerer den alment praktiserende læge som formidler af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien ved problemer, man er blevet opmærksom på f.eks. i institutioner, skoler m.v.

Speciallægepraksis

Der er kun ganske få praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, aktuelt ca. 10 på landsplan. Reelt er muligheden for, at speciallægepraksis kan fungere som en aflastning for og et alternativ til børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers ambulante virksomhed således meget begrænset. Nogen egentlig klar opgavefordeling mellem speciallægepraksis og sygehusvæsen findes således ikke.

Der er ca. 20 praktiserende speciallæger i pædiatri, som fungerer som samarbejdspartnere og henvisere især vedrørende de børnepsykiatriske patienter, men også her medfører det begrænsede antal, at betydningen heraf er forsvindende omfangsmæssigt set.

Børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet

Den første formaliserede børnepsykiatriske funktion etableredes på Rigshospitalet i 1935 i form af en børnepsykiatrisk poliklinik. I 1948 oprettede Københavns Kommune en børnepsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital og der etableredes et ambulatorium. I 1958 etableredes en sengeafdeling i Århus.

I en betænkning fra 1956 vedrørende statens sindsygevæsen anføres, at man finder det uomgængeligt nødvendigt, at børnepsykiatriske pladser tilvejebringes og at der ikke mindst er behov for sengepladser til psykotiske børn. Herefter etableredes der børnepsykiatriske pladser i Glostrup i 1960, i Viborg i 1969 og i Aalborg i 1973.

Indenrigsministeriets anbefalinger vedr. etablering og udbygning af børnepsykiatrien fra 1970'erne

I 1971 fastslås i "Vejledende retningslinier for planlægning af sygehusvæsenets fremtidige udbygning", at børnepsykiatri er et amtspeciale og at børnepsykiatriske afdelinger normalt bør indgå som et led i alle amtskommuners sygehusvæsen. Sengebehovet skønnedes på daværende tidspunkt at være 800-900 senge. Ved overførslen af statshospitalerne til amterne i 1976 fandtes der her 4 børnepsykiatriske afdelinger med i alt 171 senge.

I de "Vejledende retningslinier for planlægning af det psykiatriske sygehusvæsen" fra Indenrigsministeriet i 1977 konstateres, at det er den almindelige opfattelse, at børnepsykiatrien langtfra er udbygget tilstrækkeligt i forhold til behovet og endvidere konstateres, at der er med den daværende aktuelle kapacitet kun har kunnet indlægges de dårligste børn. Vedrørende den fremtidige organisation tilkendegives, at børnepsykiatri er et amtsspeciale:" Børnepsykiatrisk funktion bør således etableres i de enkelte amters sygehusvæsen og denne opgave bør tillægges høj prioritet. "

Vedrørende den fremtidige organisation anbefales: "Den mest hensigtsmæssige organisation af funktionen synes at være en kombination af en sygehusafdeling med et forholdsvis beskedent sengetal til at dække de nødvendige indlæggelser, en veludbygget ambulant funktion og en udstrakt udadgående virksomhed over for andre sygehuse i amtskommunen, social- og skolevæsen m.v.

Den enkelte afdeling må således give mulighed for undersøgelse og behandling såvel ambulant som under døgn- eller deltidsindlæggelse. Afdelingen kan indrettes med afsnit dels til børn, der indlægges til korterevarende observation og behandling, dels med afsnit til længerevarende behandling. Desuden kan en aldersmæssig opdeling være nødvendig for at opnå en adækvat beskæftigelse af patienterne, hvis alder kan variere fra 0 til 15 år."

Det hedder endvidere: "Den børnepsykiatriske afdeling bør placeres i nærheden af pædiatrisk, psykiatrisk og neurologisk afdeling af hensyn til afdelingernes konsultative forpligtelser over for hinanden og til det uddannelsesmæssige og videnskabelige arbejde. En placering i samme sygehusenhed som psykiatrisk afdeling vil muliggøre fællesaktiviteter for de yngste af de voksenpsykiatriske og de ældste af de børnepsykiatriske patienter, hvorved der bl.a. er basis for udvikling af en behandlingsindsats for unge sindslidende" og senere.

"En række faktorer peger således på ønskeligheden af en vis centralisering på amtsplan med hensyn til selve placeringen af den børnepsykiatriske afdeling. Det er imidlertid vigtigt at fremhæve at undersøgelse og behandling af psykisk syge børn i vid udstrækning bør ske under former, der sikrer forbindelse med barnets daglige miljø. En væsentlig del af afdelingens arbejdsindsats vil derfor bestå i udadgående virksomhed, der muliggør en forening af centraliseringens fordele med den decentralisering som af andre grunde er ønskelig."

Det kan ca. 20 år efter konstateres, at de steder hvor der blev etableret børnepsykiatri er disse anbefalinger stort set blevet fulgt med hensyn til principper for organisering , men at den anbefalede opbygning af en amtslig børnepsykiatrisk funktion først i disse år er på vej til at blive realiseret.

Det fremgår, at der ved udgangen af 1998 vil være i alt 334 pladser fordelt med 191 heldøgnspladser og 143 deldøgnspladser.

I relation til de i 70'erne udmeldte behov for sengepladser udgør dette således ca. det halve antal. Man skal imidlertid her være opmærksom på, at der i perioden generelt er foregået en udvikling af behandlingstrategien i sygehusvæsenet med væsentlig færre indlæggelser og kortere liggetid og udbygning af den ambulante virksomhed. Dette har bl.a. i høj grad gjort sig gældende for voksenpsykiatriens vedkommende, hvor der gennem årene er sket en betydelig reduktion i antallet af senge. Udviklingen i børnepsykiatrien er da også foregået med udgangspunkt i ambulant virksomhed.

Generelt kan udviklingen formentlig sammenfattes således, at omstillingen til ambulant og deldøgnsvirksomhed er blevet foretaget inden der nåede at blive etableret sengekapacitet. Imidlertid er der ikke i den mellemliggende tid foretaget samlede vurderinger af behovet for stationære pladser, herunder af behovet for akutfunktioner og lukkede pladser.

Etableringen af specialet børne- og ungdomspsykiatri

Den amtslige børnepsykiatri har ofte haft udspring og tilknytning til de pædiatriske afdelinger, hvor børnepsykiatriske ambulatorier og enkelte børnepsykiatriske senge har været etableret i pædiatrisk regi. I enkelte

amter er denne organisatoriske tilknytning fortsat en realitet i relation til indlæggelse.

Ungdomspsykiatrien udviklede sig som et specifikt fagområde for særligt interesserede blandt såvel børnepsykiatere som voksenpsykiatere. I nogle amter oprettedes ungdomspsykiatriske afdelinger præget af en varierende aldersmæssig afgrænsning. Nogle afdelinger satte aldersgrænsen op mod de 30 år og disse anses generelt ikke for ungdomspsykiatriske afdelinger, men benævnes ofte "unge-voksen afdelinger".

Af hensyn til fagområdets styrkelse og forankring blev ungdomspsykiatrien i 1994 sammensluttet med det 40 år gamle speciale i børnepsykiatri til det nuværende børne- og ungdomspsykiatriske speciale, der omfatter de 0-18 (21)-årige.

Aktuelt er de børne- og ungdomspsykiatriske funktioner/afdelinger i amterne fortsat præget af at befinde sig i en overgangs- og opbygningsfase i forlængelse af etableringen af det lægelige speciale. I nogle amter er det administrativt-organisatorisk fortsat to selvstændige afdelinger. I andre er der foretaget en organisatorisk sammenlægning til en fælles afdeling i overensstemmelse med det lægelige speciale. Atter andre amter har ikke hidtil haft funktioner på området eller kun på den ene del af specialet. En vurdering af udbygningen på området kan derfor ikke foretages ved sammenligning over tid af antallet af afdelinger, men må baseres på udviklingen i antallet af pladser og ambulante tilbud til aldersgrupperne.

Temaplanrunden vedrørende psykiatri 1989-91 og efterfølgende initiativer

Børne- og ungdomspsykiatriens problemer opnåede ikke synderlig opmærksomhed under temaplanrunden vedrørende psykiatri i årene 1989-1991. Først igennem de senere år har indsatsen og problemerne på det børne- og ungdomspsykiatriske område tiltrukket sig øget opmærksomhed.

På det politiske niveau pålagde folketinget således regeringen i februar 1996, at arbejde for en forstærket indsats for at forbedre tilbuddene til børn og unge, der selv eller hvis deres forældre er ramt af sindslidelser, ligesom det blev tilkendegivet i regeringens ungdomspolitik i 1996, at regeringen ville gøre en målrettet indsats for at hjælpe unge med psykiske problemer, herunder "at arbejde for, at børn og unge ikke indlægges på voksenafdelinger, men på særlige børne-unge afdelinger og at ventetiden til psykiatrisk behandling nedbringes."

Anbefalinger i henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet

I Sundhedsstyrelsens Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktoner 1996, konstateres, at forskellige undersøgelser tyder

på, at i alt 10-20% af børn og unge på et eller andet tidspunkt under opvæksten har brug for hjælp pga. psykiske problemer. Kun en lille del af disse har dog behov for hjælp fra børne- og undomspsykiater. Det bemærkes endvidere, at der i fremtiden må forventes et noget øget behov for behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

Der forelå imidlertid ikke grundlag for nærmere kvantitativ præcision af det fremtidige behov for børne- og ungdomspsykiatriske ydelser.

Med hensyn til organisation anbefales i Vejledningen vedrørende **basisniveauet**, at alle amter bør have en børne- og ungdomspsykiatrisk funktion. En sådan basisfunktion bør som minimum omfatte ambulant funktion samt børnepsykiatrisk dagfunktion og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion.

Amter med stort befolkningsunderlag kan herudover etablere en børnepsykiatrisk døgnfunktion og ungdomspsykiatrisk afdeling/afsnit med lukket eller skærmet afsnit, funktioner der ellers kan etableres via tværamtsligt samarbejde.

Det nære samarbejde med de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger tilsiger herudover en placering af funktionerne i fysisk tæt relation til sådanne afdelinger.

Selvom man i børne- og ungdomspsykiatrien i et vist omfang arbejder efter distrikts-psykiatriske principper blev det herved implicit tilkendegivet, at den børne- og ungdomspsykiatriske funktion i de fleste amter, i lyset af befolkningsunderlaget/patient-underlaget kun burde varetages et sted i amtet, og at patientunderlaget for visse funktioner tilsagde, at disse etableredes som tværamtsligt samarbejde på basisniveau mellem nærliggende amter.

I Vejledningen anføres følgende l**ands- og landsdelsfunktioner:**

Svære komplicerede spiseforstyrrelser: Bispebjerg Hospital, Århus Universitetshospital (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital) og Odense Universitetshospital (Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus).

Følgende funktioner varetages på Bispebjerg Hospital, Amtssygehuset i Glostrup, Århus Universitetshospital (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital) og Odense Universitetshospital (Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus):

Komplicerede psykotiske tilstande hos større børn og unge
Svære og atypiske udviklingsforstyrrelser
Neuropsykiatriske lidelser, f.eks. Tourettes syndrom, kompliceret hyperkinetisk syndrom

Herudover hedder det om landsdelsniveauet i specialet:

Landsdelsniveauet omfatter sværere og mere komplicerede tilstande, der kræver særlig erfaring eller samarbejde med andre funktioner f.eks. pædiatriske eller intern medicinske afdelinger ved svære spiseforstyrrelser, eller behov for avanceret neurobiologisk undersøgelsesteknik, neuropsykologi og lign.

Retspsykiatrisk undersøgelse af unge bør foregå på landsdelsniveau.

Psykiatriaftalen af 4. april 1997

I aftalen mellem regeringen og amterne vedr. fortsat udbygning af tilbuddene til sindslidende af 4. april 1997 indgår et særligt afsnit om udbygning af indsatsen for psykisk syge børn og unge. Det tilkendegives heri, at der er enighed om, at de børne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud skal styrkes.

Målsætningen er, at børne- og ungdomspsykiatriske tilbud skal udvikles til at rumme såvel focusering på afgrænsede problemer og symptomer som en bredere socialpsykiatrisk synsvinkel. Fleksibilitet og sammenhæng søges tilgodeset i alle trin af behandlingsforløbet og der lægges vægt på udvikling af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde.

Vedrørende **udbygning af funktionerne i sygehusvæsenet** tilslutter aftalen sig anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens Vejledning fra 1996, og der sættes en tidsramme for gennemførelsen af udbygningen hertil. Man konstaterer, at der er enighed om, at der i 1998 vil være etableret en børnepykiatrisk funktion i alle amter, og at der ved udgangen af år 2005 skal være etableret ungdomspsykiatrisk funktion i alle amter.

I aftalen tilkendegives enighed om, at børn og unge skal undersøges og behandles på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og at antallet af børn og unge, der indlægges på voksenpsykiatrisk eller pædiatrisk afdeling gennem udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien skal reduceres væsentligt inden år 2000.

Det konstateres, at amterne og H:S i de nærmeste år – blandt andet ved i fornødent omfang at udvide kapaciteten på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – sikrer en bedre sammenhæng mellem behov og tilbud om undersøgelse og behandling af psykisk syge børn og unge. Der afsættes umiddelbart 30 mio. kr. i tilskud til anlægsudgifter hertil.

Det konstateres i øvrigt, at personaleressourcer, herunder antallet af børne- og ungdomspsykiatere og rekruttering af øvrigt personale udgør en væsentlig forudsætning for nedbringelse af ventetider. Der er derfor enighed om at arbejde for hurtigst muligt at udvide uddannelseskapaciteten af børne- og ungdomspsykiatere til et niveau, der sikrer behovet for denne gruppe af fagpersonale og der afsættes tilskud til oprettelse af nye uddan-

nelsesstillinger. Med henblik på at afvikle ventetid opstået som følge af rekrutteringsproblemer er der enighed om at inddrage øvrige relevante personalegrupper i opgavevaretagelsen i det omfang det er muligt.

Vedrørende **døgninstitutionspladser i den amtskommunale sektor** er der enighed om at det er væsentligt at sikre et tæt samarbejde mellem undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien og de forskellige tilbud der gives i de sociale institutioner. Der er således enighed om at ventetiden til optagelse på døgninstitution for psykisk syge børn og unge hurtigst muligt og senest inden udgangen af 1998 skal nedbringes til et fagligt acceptabelt niveau, ligesom der oprettes et antal døgninstitutionspladser og dagbehandlingstilbud tilknyttet døgninstitutioner til psykisk skrøbelige børn og unge. Der afsættes 80 mio. kr. som tilskud til etableringsudgifter i forbindelse hermed.

Der er endelig endvidere enighed om fortsat at udvikle socialpsykiatriske støttetilbud med henblik på psykisk syge unges beskæftigelse, uddannelse og fritid.

Herudover er der som nævnt i indledningen enighed om, at Sundhedsstyrelsen iværksætter analysearbejde m.h.p. at kortlægge behovet for en yderligere udvidelse.

Opfølgning af psykiatriaftalen

Den i psykiatriaftalen indeholdte pulje er efterfølgende udmøntet ved tre bevillingsrunder i juli og november 1997 og i januar 1998.

Der er i forbindelse med aftalen igangsat en række projekter i amterne og H:S med henblik på at forbedre forholdene for psykisk syge børn og unge.

Det fremgår af Sundhedsministeriets publikation "Samlet oversigt over projekter støttet fra Sundhedsministeriets psykiatripulje", januar 1998, at der er flere amter, som har opnået støtte til at udvide og forbedre de fysiske rammer for behandlingstilbuddene inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Der er bl.a. ydet støtte fra psykiatripuljen til sådanne projekter i Københavns Amt, Roskilde Amt, Sønderjyllands Amt, Vejle Amt og Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Der er endvidere fra psykiatripuljen ydet støtte til en bred vifte af uddannelses- og forskningsprojekter inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Det skal specielt nævnes, at der fra psykiatripuljen er ydet støtte til iværksættelse af ekstra uddannelsesforløb for speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri i landets tre uddannelsesregioner med henblik på, at behovet for denne personalegruppe på længere sigt bedre vil kunne imødekommes.

På finansloven for 1998 er der afsat en ny pulje på 20 mio. kr. til at forbedre forholdene på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Fra denne pulje vil der i eftersommeren 1998 blive bevilget midler til en række projekter inden for følgende fire områder:

- Forbedringer af de fysiske rammer
- Personaleopnormering/ventelisteafvikling og forbedring af behandlingstilbud
- Nyetablering af tilbud
- Uddannelse.

Det kan således konstateres, at der allerede er aftalt og iværksat en række initiativer m.h.p. at udbygge og styrke børne- og ungdomspsykiatrien samt, at der er sat faste tidsrammer herfor.

Vedrørende udbygningen på døgninstitutionsområdet indgik det i psykiatriaftalen på det sociale område at der inden udgangen af år 2000 skulle etableres ca. 350 yderligere døgninstitutionspladser. Indtil april 1998 var der via socialministeriets pulje søgt om tilskud til i alt 147 pladser.

En rundspørge fra Amtsrådsforeningen i april 1998 viste at amterne planlægger etablering af 252-256 nye pladser, udover de allerede i 1997 etablerede 57 pladser. I forbindelse med rundspørgen konstaterer Amtsrådsforeningen endvidere at ca. 150 børn og unge i amterne var midlertidig anbragt og afventede en plads.

Vurdering og konklusion

I Danmark er ansvaret og indsatsen for psykisk skrøbelige og psykisk syge børn og unge fordelt mellem de 3 sektorer: Undervisningssektoren, socialvæsenet og sundhedsvæsenet med hver sine specifikke opgaver betinget af tradition og lovgivning samt af om hovedproblemstillingen vurderes væsentligst at være af pædagogisk/psykologisk, social eller sundhedsmæssig/sygdomsmæssig art.

Da børnene og de unges problemer som nævnt tidligere ofte ikke kan isoleres, men at der på forskellig måde og med forskellig vægt i det enkelte tilfælde indgår problemstillinger fra alle 3 felter vil afgrænsning og opgavedeling i praksis ikke altid kunne foretages skarpt. Overlapning af funktioner vil derfor forekomme.

I det enkelte forløb vil behovene for indsats også veksle over tid således, at opgaven og handleansvaret flytter fra den ene sektor til den anden. Et løbende tæt og ansvarligt samarbejde og betydelig koordinering er således en absolut nødvendighed for at den samlede effekt af indsatserne i de enkelte sektorer kan resultere i bedst mulige og holdbare resultater. Klar

og aftalt opgavedeling generelt og i det konkrete tilfælde er et væsentligt element i dette samarbejde.

I denne forbindelse er det på det overordnede plan endvidere vigtigt, at der er de nødvendige ressourcer og den nødvendige kapacitet til rådighed i de enkelte sektorer.

Under disse forudsætninger finder arbejdsgruppen ikke anledning til at foreslå overvejelser om ændringer i den principielle opgaveafgrænsning mellem sundhedsektoren og de øvrige sektorer. Arbejdsgruppen finder dog, at en styrkelse af samarbejdet og dialogen mellem sektorerne inden for det enkelte amt i relation til overvejelser om opgavedeling og behov for kapacitet ville være hensigtsmæssig.

Indenfor den enkelte sektor gælder, som det fremgår af beskrivelsen en niveaudeling, således at de organisatorisk laveste niveauer varetager de almindelige, hyppigt forekommende og mere enkle problemstillinger medens den mere specialiserede indsats, herunder vedrørende det komplicerede eller meget tunge, varetages på organisatorisk højere niveau. Det gælder f.eks. i forbindelse med opgavedelingen mellem amter og kommuner på social- og undervisningsområdet, ligesom det gælder i relation mellem den primære sundhedstjeneste og sygehusvæsenet, repræsenteret ved den børne- og ungdomspsykiatriske specialafdeling.

Børnepsykiatri, nu børne- og ungdomspsykiatri, blev for over 20 år siden fastlagt som et amtsspeciale og der blev anbefalet en principiel organisation af specialet som i store træk stadig har relevans. Ved opbygning af børne- og ungdomspsykiatri i amterne har man også fulgt disse principper. Det kan imidlertid konstateres, at den dengang anbefalede opbygning af en amtslig funktion i alle amter først i disse år er på vej til at blive realiseret.

Nogle amter opbyggede allerede før etablering af det børne- og ungdomspsykiatriske speciale i 1994 afsnit eller afdelinger for unge sædvanligvis organisatorisk under voksenpsykiatrien. Disse afdelinger havde/har en meget varierende aldersafgrænsning.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i 1996 specificerede den nærmere karakter af amtslige og tværamtslige funktioner på basisniveau. Psykiatriaftalen af 4. april tilslutter sig disse anbefalinger og fastsætter en tidsramme for gennemførelsen af udbygningen i overenstemmelse hermed. Der skal herefter som minimum forefindes en børnepsykiatrisk funktion omfattende ambulatorium og dagindlæggelse inden udgangen af 1998 og en ungdomspykiatrisk funktion omfattende ambulatorium og døgnfunktion ved udgangen af år 2005 i alle amter.

Det kan konstateres, at der i disse år pågår en udbygning og styrkelse af børne- og ungdomspsykiatrien i amterne i overensstemmelse med psykiatriaftalen bl.a. støttet af midler fra psykiatripuljen, og at der i 1998 foreligger en yderligere statslig pulje på 20 mio. kr. til forbedring af forholdene på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Det kan endvidere konstateres, at der i relation til psykiatriaftalen også pågår en udvidelse af antallet af døgninstitutionspladser på det sociale område, der formentlig vil kunne medvirke til bedre muligheder for langtidsbehandling af psykisk syge og skrøbelige børn i socialt regi.

Kapitel 7
Den børne- og ungdompsykiatriske kapacitet og aktivitet

Kapaciteten i sygehusvæsenet inden for børne- og ungdomspsykiatrien

I dette kapitel foretages en hovedsagelig talmæssig beskrivelse af udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed de senere år, herunder udviklingen i kapacitet og aktivitet, henvisninger og ventelister mv. Kapitlets data stammer hovedsageligt fra udtræk fra landspatientregisteret og Afdeling for Psykiatrisk Demografi samt ad hoc data indhentet af Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet fra amterne bl.a. via en forespørgsel i november 1997 fra Sundhedsstyrelsen.

Det nuværende tilbud i de enkelte amter efteråret 1998 samt planlagt udbygning

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Undersøgelse og behandling af psykisk syge børn og unge varetages på Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital. Afdelingen har såvel basis- som lands- og landsdelsfunktioner.

Tilbuddet omfatter ambulant funktion og mulighed for dag- og døgnindlæggelse på åbent afsnit for aldersgruppen 0-18 (21) år. Afdelingen vil pr. 1.12.1998 råde over 32 døgnpladser og 20 dagpladser. Disse er fordelt med 18 døgn- og 10 dagpladser til børn, 14 døgn- og 6 dagpladser til unge samt et fleksibelt tilbud om dagindlæggelse af 2 psykisk syge mødre med spædbørn.

Der er døgnet rundt mulighed for at modtage rådgivning og akut vurdering af børn og unge med psykiske lidelser. Vagthavende læge har dagvagt med efterfølgende rådighedstjeneste fra bolig.

Afdelingen har ikke åben skadestuefunktion og ikke kapacitet til akut indlæggelse af børn. Behov herfor opstår ca. 4 gange årligt. Subakut indlæggelse af børn kan som oftest etableres i løbet af et par dage. Dette sker ved fremskyndet udskrivelse af et andet barn.

I ungdomspsykiatrien, hvor der oftere er behov for akut indlæggelse, søges 1 af de 14 døgnpladser reserveret til akutte patienter.

Da det ungdomspsykiatriske afsnit kun har omfattet et åbent miljøterapeutisk afsnit er svært urolige, voldsomme og selvmordstruede patienter samt patienter, som indlægges i henhold til psykiatriloven indtil nu blevet henvist til de voksenpsykiatriske afdelinger i H:S, hvor ca. halvdelen af patienterne i aldersgruppen 14-18 år således erfaringsmæssigt har været indlagt.

Der er imidlertid nu vedtaget en udbygning af de ungdomspsykiatriske funktioner så disse pr. 1.12.1998 omfatter: Et åbent aktiveringsafsnit for 8 døgn- og 6 dagpatienter og et lukket intensiv afsnit for 6 døgnpatienter samt et lille ungdomspsykiatrisk ambulatorium.

Udbygning af funktionerne sker i forbindelse med at børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling samles geografisk omkring et større velplanlagt nybyggeri.

Fremover vil børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på BBH således kunne tilbyde 2 forskellige ungdomspsykiatriske behandlingsmiljøer samt kunne modtage en stor del af de unge, der hidtil har været henvist til indlæggelse på voksenpsykiatrisk afdeling i H:S.

Københavns Kommune

I Københavns Kommune findes under skolevæsenet **Skolepsykiatrisk Center**, der er et lægeligt ledet børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium, hvor der arbejder speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

I Skolepsykiatrisk Center modtages aldersgruppen (5) 6-18 (21) år til ambulant undersøgelse og behandling. I skoleåret 1995/96 modtoges 182 henvisninger og der var 220 igangværende sager.

Der tilbydes gruppeterapi for unge, individuel terapi af børn samt voksne/forældrepar, familieterapi/rådgivning af børn/forældre, rådgivning til institutioner og konsulenter, klasseobservationer, orienterende møder m.v. Der er omfattende konsulentvirksomhed overfor især specialskoler, PPR m.v.

Københavns Amt

Københavns Amts børne- og ungdomspsykiatriske tilbud består af:

En børnepsykiatrisk sengeafdeling ved Amtssygehuset i Glostrup med mulighed for hel- og deldøgnsindlæggelse. Afdelingen har landsdelsfunktion. Afdelingen råder over 14 døgnpladser og 16 dagpladser (herunder familieindlæggelse). Døgnpladserne er fortrinsvis til aldersgruppen 10-14-årige, dagpladserne fortrinsvis til de 4-10-årige.

Der er endvidere 2 distriktspsykiatriske ambulatorier placeret hhv. på Amtssygehuset i Gentofte for amtets nordlige kommuner, og i Glostrup for amtets sydlige kommuner. Til ambulatoriet i Glostrup er tilknyttet en småbørnsfamilieafdeling for aldersgruppen 0-3 år med 6-8 dagpladser.

Amtet har endvidere en ungdomspsykiatrisk afdeling for aldersgruppen 15-21 (23) år med mulighed for både heldøgn- og deldøgnsindlæggelse samt ambulatoriefunktion. Afdelingen rådede ved årsskiftet 1997/98 over 12 heldøgns- samt 8 deldøgnspladser. I løbet af 1998 forventes tilbuddet udvidet med yderligere 8 heldøgnspladser (lukkede).

Frederiksborg Amt

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på det Psykiatriske sygehus i Hillerød er amtsdækkende og omfatter et børnepsykiatrisk og et ungdomspsykiatrisk afsnit.

Tilbuddet omfatter børnepsykiatrisk ambulatorium for aldersgruppen op til 15 år og børnepsykiatrisk dagafdeling med 10 pladser for børn under 10 år. Ved behov for døgnindlæggelse af børn henvises til Bispebjerg Hospital eller Amtssygehuset i Glostrup. I særlige tilfælde kan indlæggelse finde sted på pædiatrisk afdeling på Hillerød Sygehus. Der er etableret dagafsnit for de 10-14-årige med 6 dagpladser i løbet af 1998 og den dertil hørende personaleudvidelse.

Ungdomspsykiatrisk afsnit omfatter ambulatorium og et åbent afsnit med 9 døgnpladser og 3 dagpladser for unge mellem 15 og 19 år. Pr. 1. januar 1998 blev afsnittet udvidet fra 6-døgns- til 7-døgnsafsnit. Alle døgnpladser er enestuer.

Unge med behov for indlæggelse på lukket afsnit indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling.

I såvel børne- som ungdomspsykiatrisk ambulatorium planlægges kapaciteten udvidet med en distriktssygeplejerske i 1998.

Roskilde Amt

Amtet oprettede pr. 1. maj 1997 en ambulant funktion for børn med psykiske lidelser samt dagafsnit med 6 dagpladser for børn under 15 år.

Primo 1998 etableredes tilbud for unge mellem 15 og 18 år med psykisk sygdom omfattende ambulatorium og 7 døgnpladser og 7 dagpladser i åbent afsnit. Alle døgnpladser er enestuer.

Børn med psykisk lidelse og behov for indlæggelse på basisniveau planlægges indskrevet på social døgninstitution og ambulant undersøgt og behandlet. Børn med behov for undersøgelse eller behandling på lands- og landsdelsniveau henvises til Bispebjerg Hospital eller Amtssygehuset i Glostrup.

Unge med behov for indlæggelse på lukket afdeling indlægges på Fjordens akutte modtageafdeling.

Vestsjællands Amt

Vestsjællands Amt har et børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit på Centralsygehuset i Holbæk, som en del af den samlede psykiatriske afdeling under fælles afdelingsledelse.

Den børnepsykiatriske funktion er en rent ambulant funktion for børn i alderen 0-14 år. Herudover er der et særligt børnepsykiatrisk ambulatorium i Slagelse, der yder konsulentbistand til psykisk udviklingshæmmede børn og unge i alderen 0-21 år.

Pr. 1. januar 1998 er besluttet fordobling af den børnepsykiatriske kapacitet med etablering af et ekstra ambulant team.

Der visiteres årligt 5-10 børn til indlæggelse på stationært afsnit i Glostrup eller på Bispebjerg Hospital. Enkelte anvender fritvalgsmuligheden for indlæggelse i Næstved.

Den ungdomspsykiatriske funktion varetager behandling af unge i alderen 15-22 år og består af et stationært sengeafsnit med 12 døgnpladser og 7 dagpladser. Afsnittet er åbent. Alle døgnpladser er enestuer. Herudover er der tilknyttet et distriktspsykiatrisk ambulant team til afdelingen.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit ombygges i løbet af 1999, herunder etableres forbedrede forhold vedr. fælleslokaler og besøgende.

Storstrøms Amt

Storstrøms Amts børne- og ungdomspsykiatriske tilbud består af et ambulant tilbud for 0-18-årige. Der er mulighed for dag- og døgnindlæggelse i 2 børne- og ungdomspsykiatriske senge placeret på pædiatrisk afdeling i Næstved.

Der er mulighed for indlæggelse af unge på en "unge voksen" afdeling på Amtshospitalet i Vordingborg, hvor de unge indlægges sammen med andre psykisk syge i alderen 18-25-30 år. Ved behov for indlæggelse på lukket afsnit foregår dette i lukket voksenpsykiatrisk afdeling.

Der er i amtet planer om oprettelse af døgnafdeling for 12-18-årige med 8 døgnpladser samt etablering af 6 børnepsykiatriske dagpladser ved centralsygehuset i Næstved.

Bornholms Amt

Bornholms Amt har pr. 1. juni 1997 indgået aftale med Bispebjerg Hospital om børne- og ungdomspsykiatrisk konsulentfunktion, således at en speciallæge arbejder 3 dage pr. måned med opgaver for Bornholm. Der ydes konsulentbistand overfor ikke retarderede børn (0-18 år) mht.:

- Visitation til dag/døgnindlæggelser samt ambulant undersøgelse og behandling på Bispebjerg Hospital.

- Rådgivning vedr. tidligere undersøgte, men afsluttede patienter.
- Undervisning og kurser for medarbejdere i Bornholmske socialforvaltninger, skolevæsen, PPR og sundhedsvæsen.
- Der er aftale om dag- og døgnindlæggelsesmulighed på Bispebjerg Hospital.

Fyns Amt

Det Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus er amtslig afdeling for den del af specialet Børne- og ungdomspsykiatri der varetager undersøgelse og behandling af 0-16-årige og deres familier. Afdelingen har landsdelsfunktion og modtager et begrænset antal henvisninger fra andre amter.

Afdelingen har ambulant virksomhed og hel- og deldøgnsvirksomhed. Der er ikke lukket afsnit. Behandlerne er organiseret i 4 teams, som varetager hver sit funktionsområde ledet af en behandlingsansvarlig overlæge.

Team I har ambulant virksomhed og 6 dagpladser for 0-7-årige og deres familier.

Team II varetager de 8-16-årige. Der er ambulatorium og 4 døgnpladser og 6 dagpladser. Afsnittet er et 5-døgnafsnit med begrænset mulighed for week-endfunktion i særlige tilfælde.

Team III varetager undersøgelse og behandling af børn og unge, såvel ambulante og som indlagte, med spiseforstyrrelser.

Team IV er bevilliget som midlertidigt ventelisteteam. Man varetager ambulant virksomhed vedr. 8-16-årige m.h.p. nedbringelse af ventetid. Dette team foretager forvisitation af nyhenviste indenfor 1-2 måneder.

Der er vedtaget udvidelse af virksomheden med dagafdeling for de 7-12-årige.

Det ungdomspsykiatriske tilbud består af ungdomspsykiatrisk distriktsteam, etableret i januar 1996, samt et ungdomspsykiatrisk sengeafsnit med 11 døgnpladser og 4 dagpladser. Afsnittet er lukket. Der er mulighed for akut indlæggelse. Behandlingstilbuddet retter sig mod de 17-22-årige. Der behandles ikke unge med primært misbrug eller karakterafvigende personlighed. Retspsykiatriske patienter henvises til retspsykiatrisk afdeling. Afdelingen indgår i landsdelsfunktion vedr. spiseforstyrrelser. Det ungdomspsykiatriske afsnit er aktuelt tilknyttet en voksenpsykiatrisk afdeling.

Der overvejes for tiden sammenlægning af børnepsykiatri og det ungdomspsykiatriske afsnit til en egentlig børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Sønderjyllands Amt

Det hidtidige tilbud udgjordes af en børnepsykiatrisk ambulant funktion uden dag- eller døgnindlæggelsesmulighed. Tilbuddet omfattede 0-18-årige og deres familier. Tilbuddet til unge begrænsede sig til visse ambulante behandlingsopgaver. Der modtages få unge til behandling i voksenpsykiatri, ambulant eller under indlæggelse.

Døgnindlæggelse for unge kan i begrænset omfang finde sted på børneafdelingen (spiseforstyrrelser), i særlige tilfælde visiteres til Risskov eller Odense.

Døgnindlæggelse af børn kan finde sted på børneafdelingen eller på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov.

Amtet har i 1998 etableret en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling omfattende:

Børnepsykiatrisk dagafsnit med 9 pladser og børnepsykiatrisk team (med distriktssygeplejerske) samt ungdomspsykiatrisk døgnafsnit med 8 pladser og dagsafsnit med 2-4 pladser samt ungdomspsykiatrisk team (med distriktssygeplejerske).

Ribe Amt

Amtet råder over en ambulant funktion, efter lægehenvisning, i Esbjerg, men p.t. ingen mulighed for dag- eller døgnindlæggelse i eget regi. Der er et børnepsykiatrisk team for de 0-14-årige og et ungdomspsykiatrisk team for de 15-20-årige. Unge i 19-20-årsalderen med debuterende kronisk lidelse omvisiteres i reglen til voksenpsykiatri.

Ambulatoriet havde fra efteråret 1996 og til august 1997 ingen lægelig bemanding, men kun børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægebistand via udefrakommende konsulent. Aktiviteten i denne periode var således reduceret og atypisk. Man samarbejder med pædiatrisk afdeling m.h.p. mulighed for visse døgnindlæggelser.

Der er aftale med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov om indlæggelse. Vedr. unge gøres der også i enkelte tilfælde brug af de ungdomspsykiatriske afdelinger i Odense og Viborg.

Der er i Amtet truffet beslutning om oprettelse af ungdomspsykiatrisk døgnafdeling med 8-10 pladser. De første midler er afsat i budgettet år 2001. Indenfor ambulatoriets nuværende normering er der planer om at etablere et vist mål af dagfunktion i 1998 i form af observationstilbud for en gruppe mindre børn.

Ringkjøbing Amt

Børnepsykiatrien på Herning centralsygehus har indtil 1998 været en integreret del af børneafdelingen. Den omfatter ambulatorium, dagobser-

vationsbørnehave med 5 pladser for 0-7-årige (4 dage × 4 timer) samt 5-døgnsafsnit med 4 døgnpladser til indlæggelse af 0-14-årige.

Ungdomspsykiatrien har været integreret i den almenpsykiatriske voksenafdeling på Holstebro centralsygehus hvor der er 2-4 senge hertil samt et team.

Fra 1998 er begge funktioner besluttet samlet i Herning i en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. De fysiske rammer for denne samling er under planlægning og etablering. Der planlægges etableret 6 ungdomspsykiatriske senge i et særskilt afsnit i forbindelse med renovering og nybyggeri af den almenpsykiatriske afdeling i Herning. Der søges endvidere etableret et samlet børne- og ungdomspsykiatrisk hus med teams, ambulatorium, dagobservationspladser og 4 børnesenge.

Der pågår i øjeblikket et nærmere udredningsarbejde omkring børne- og ungdomspsykiatrien i amtet. Det børne- og ungdomspsykiatriske område blev i 1997 tilført 2.6. mio. kr. til en øget indsats. Der er rekrutteringsproblemer på området.

Vejle Amt

Børn og unge under 16 år betjenes af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Det er en åben sengeafdeling med i alt 15 pladser, 10 pladser er døgnpladser og 4 pladser er dagpladser for mindre børn. De 16-årige og opefter henhører under voksenpsykiatri, men i mindre omfang gøres undtagelser både m.h.t. ambulant behandling og indlæggelse. Der trækkes i nogen udstrækning på ungdomspsykiatri i Århus og Odense til indlæggelse og efterambulante forløb.

Der planlægges en udbygning med en ungdomspsykiatrisk funktion således, at den fremtidige børne- og ungdomspsykiatriske afdeling kommer til at bestå af et børnepsykiatrisk afsnit med 8 døgnpladser og 5 dagpladser og et ungdomspsykiatrisk afsnit med 12 døgnpladser og 4 dagpladser. Begge afsnittene planlægges at have en udbredt ambulatorievirksomhed. Fire døgnpladser i det ungdomspsykiatriske afsnit planlægges at kunne afskærmes – dog ikke som et egentlig lukket afsnit. Udvidelsen indebærer et større nybyggeri, som forventes at være klar til indflytning i 2001.

Århus Amt

Århus Amts tilbud er samlet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov, hvor der er følgende afsnit:

Småbørnsafsnit (0-6 år) omfattende 11 dagpladser og 2 døgnpladser samt ambulatorium.

Afsnit for skolebørn (7-13 år) omfattende 5 dagpladser og 9 døgnpladser samt ambulatorium.

Ungeområdet (14-20 år) råder over 24 døgnpladser organiseret på hhv. et åbent og et lukket afsnit med hver 12 senge. Desuden er der et ambulatorium. Afsnittene har totalansvar og modtager derfor alle patienter, herunder retspsykiatriske patienter og patienter omfattet af tvangsforanstaltninger iht. psykiatriloven. Der er akut modtagelse.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov har landsdelsfunktion.

I 1996 oprettedes Center for Spiseforstyrrelser. Centeret planlægges gradvist udbygget til at varetage behandling af alle patienter med svære spiseforstyrrelser under 30 år. I 1997 overtog centret ansvar for den ambulante behandling af de 14-25-årige, i 1998 udvides indholdet til alle ambulante patienter over 13 år.

Viborg Amt

Amtets tilbud omfatter de 0-19-årige. Der er ambulant funktion både på det børne- og ungdomspsykiatriske område, der er endvidere mulighed for dag- og døgnindlæggelse. Der er et børneafsnit for de 0-15-årige med 8 pladser og for de 16-19-årige findes 8 pladser, der er herunder mulighed for indlæggelse af 1-2 unge på skærmet afsnit.

Der er aktuelt ikke planlagt yderligere tilbud.

Nordjyllands Amt

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har et børnepsykiatrisk afsnit for 0-14-årige og et ungdomspsykiatrisk afsnit for de 15-17-årige. Ungdomspsykiatrien har endvidere det primære behandlingsansvar for de 18-21-årige patienter, der tidligere har været i kontakt med ungdomspsykiatrisk afsnit.

Det børnepsykiatriske tilbud omfatter ambulatorium, et dagafsnit med 8 pladser og et døgnafsnit med 6 døgnpladser og 2 dagpladser.

Det ungdomspsykiatriske afsnit er åbent og omfatter 11 døgnpladser samt 4 dagpladser og ambulatorium.

Visse svært psykisk syge unge, der kræver indlæggelse på lukket afdeling indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling. Der er ikke akut indlæggelsesmulighed, men et subakut beredskab i dagarbejdstiden.

I 1996 bevilligedes ekstra personale m.h.p. nedbringelse af ventelisten til børnepsykiatrisk ambulatorium. Der er aktuelt ikke planer om ændringer af tilbud eller kapacitet.

Det samlede antal normerede pladser på landsplan fordelt på hel- og deldøgnspladser samt tilstedeværelse af ambulante tilbud i det enkelte amt fremgår af tabel 4.

Tabel 4

Tilbud og kapacitet inden for børne- og ungdomspsykiatri i form af antal normerede pladser og ambulant virksomhed i 1997/98 i de enkelte amter (I parentes er anført planlagte pladser)

	Heldøgnspladser	Deldøgnspladser	Pladser i alt	Pladser pr. 1000 børn og unge	Ambulant virksomhed
H:S Børn Unge	 18 12 (+2)	 14 6	 32 18 (+2)	0,53	 + ambulant + ambulant
Københavns Kommune Børn Unge	 - -	 - -	 - -	-	 + ambulant + ambulant
Københavns Amt Børn Unge	 14 12(+ 8)	 16 8	 30 20 (+8)	0,35	 + ambulant + ambulant
Frederiksborg Amt Børn Unge	 - 9	 10 (+6) 3	 10 (+6) 12	0,25	 + ambulant + ambulant
Roskilde Amt Børn Unge	 - 7	 6 7	 6 14	0,36	 + ambulant + ambulant
Vestsjællands Amt Børn Unge	 - 12	 - 8	 - 20	0,29	 + ambulant + ambulant
Storstrøms Amt Børn Unge	 2 [1] -	 - -	 2 -	0,03	 + ambulant + ambulant
Bornholms Amt Børn Unge	 Dag- og døgnindlæggelsesmulighed på Bispebjerg Hospital		 - -	0	 + ambulant + ambulant
Fyns Amt Børn Unge	 4 (5-døgnafsnit) 11 (lukket og åbent)	 12 4	 16 15	0,28	 + ambulant + ambulant
Sønderjyllands Amt Børn Unge	 - 8	 9 (2-4)	 9 8 (+2-4)	0,26	 + ambulant + ambulant
Ribe Amt Børn Unge	 - (8-10) [2]	 - -	 - - (+8-10)	0	 + ambulant + ambulant
Ringkøbing Amt Børn Unge	 4 (5-døgnafsnit) (6)	 5 (½-dags-obs.) -	 9 (6)	0,13	 + ambulant + ambulant
Vejle Amt Børn (op til 16 år) Unge	 8 (12) [3]	 5 (4)	 13 (+16)	0,18	 + ambulant (+ ambulant)
Århus Amt Børn Unge	 11 24	 16 -	 27 24	0,34	 + ambulant + ambulant
Viborg Amt Børn Unge	 8 8	 - -	 8 8	0,27	 + ambulant + ambulant
Nordjyllands Amt Børn Unge	 6 11	 10 4	 16 15	0,26	 + ambulant + ambulant
Børn, i alt Unge, i alt	75 114 (+36)	103 (+6) 40 (+6-8)	178 (+6) 154 (+42-44)		
I alt	**191 (+36)**	**143 (+12-14)**	**334 (+48-50)**	**0,27**	

Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsstyrelsen fra amterne 1997 – 98.
1) 2 børne-ungdomspsykiatriske senge på pædiatrisk afdeling i Næstved.
2) ca. år 2002.
3) ca. år 2001.

Udviklingen i antallet af normerede pladser fremgår af tabel 5. Der er ved udgangen af 1998 i alt 334 pladser, heraf 191 heldøgn og 143 deldøgn. Udvidelsen fra 1996 til udgangen af 1998 andrager 2,5%

Tabel 5
Udviklingen i antal normerede pladser fra 1.1.1996 til udgangen af 1998.

Pladser	1. januar 1996		31. december 1998	
	Heldøgn	Deldøgn	Heldøgn	Deldøgn
Børnepsykiatri	47	58	77	103
Ungdomspsykiatri	82	23	114	40
Børne- & ungdomspsykiatri	65	51		
	194	132	191	143
I alt	326		334	

Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

I tallene fra 1.januar 1996 skelnes mellem placeringen af pladser ved hhv. børnepsykiatrisk, ungdomspsykiatrisk og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Fordelingen af antallet af pladser til hhv. børn og unge kan således ikke opgøres præcist pr. 1. januar 1996.

Opsummerende vedr. udviklingen

Det kan på baggrund af de indhentede oplysninger konstateres, at alle amter nu har ambulante funktioner for børn og hovedparten af amterne tillige ambulant funktion for unge, idet Roskilde Amt primo 1998 har etableret et ambulant tilbud til unge og Vejle Amt planlægger etablering heraf indenfor de nærmeste 2-3 år. Bornholms Amt henviser til H:S.

12 amter råder nu over egen dag- eller døgnindlæggelsesmulighed for børn og 10 amter har dag- eller døgnindlæggelsesmulighed for unge i børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Disse tilbud er dog vidt forskellige af karakter ligesom der er væsentlige forskelle i de enkelte amters kapacitet.

Antallet af normerede pladser vil ved udgangen af 1998 være i alt 334 pladser fordelt med 191 heldøgnspladser og 143 deldøgnspladser.

Det fremgår endvidere af oplysningerne, at der i de enkelte amter i overensstemmelse med psykiatriaftalen af 4. april 1997 pågår en udbygning m.h.p. at leve op til aftalen.

En stor del af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, 9 i alt, foretager **civilretslige undersøgelser**, men sædvanligvis kun i begrænset omfang af uddannelseshensyn. Tilsyneladende er det kun i Frederiksborg Amt, hvor man på foresøgsbasis har ladet det indgå som en aftalt og finansieret del af virksomheden at statsamtet/domstolene bliver systematisk betjent med børnepsykiatrisk ekspertise.

I alle amter omfatter virksomheden varetagelse af **konsulentfunktioner**. Inden for sygehusvæsenets egne rammer drejer det sig typisk om faste konsulentfunktioner oftest i relation til amtets pædiatriske afdeling.

Denne virksomhed ligger som oftest i faste timemæssige rammer og ligger udover den almindelige og sædvanlige tilsynsvirksomhed vedrørende konkrete patienter.

Konsulentfunktionerne varetages helt overvejende af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri – i enkelte tilfælde dog også af en i børnepsykiatrien ansat psykolog.

Konsulentfunktioner uden for eget sygehusvæsen drejer sig som hovedregel om konsulentfunktioner overfor specialinstitutioner og lignende. I nogle amter indgår sådanne aftaler, indregnet i normeringerne (Frederiksborg, Ringkøbing, Århus og Nordjyllands Amter) i form af halve til hele speciallægestillinger. Herudover foregår der i varierende omfang konsulentvirksomhed til praktiserende læger, PPR m.v. af ukendt omfang.

H:S betjener endvidere Bornholm og Grønland, og Fyns Amt betjener Færøerne med børnepsykiatriske konsulentfunktioner.

Det enkelte amts tilbud og aktivitet vedrørende civilretslige sager og konsulentvirksomhed fremgår af tabel 6.

Tabel 6
Oversigt over virksomheden i det enkelte amt m.h.t. varetagelse af civilretslige sager og formaliseret konsulentvirksomhed.

Amt	Varetager civilretslige sager	Antal sager pr. år (ressourceanvend.)	Varetagelse af konsulentfunktion	Antal timer pr. måned
H:S	+	ca. 10	+ [1]	125
Københavns Kommune	+	1-2 (svarende til 40-80 timer)	+	42
Københavns Amt	+	4 (10-20 konsulenttimer)	+	28
Frederiksborg Amt	+	22 (i 96)	+	122 [2] svarende til 1 speciallægestilling
Roskilde Amt	–	–	+	4
Vestsjællands Amt	–		+	4
Storstrøms Amt	+	2-4	+	16
Bornholms Amt	–	–	+	4-5
Fyns Amt	+	4-6	+ [3]	Ca. 36
Sønderjyllands Amt	–	–	+	8
Ribe Amt	–	–	+	Ikke timedefineret
Ringkøbing Amt	–	–	+	128
Vejle Amt	+	4-5	+	?
Århus Amt	+	5-10 (10-15 timer excl. erklæring)	+	Ca. 148 svarende til 1 speciallæge fuldtidsstilling
Viborg Amt	–	–	+	50
Nordjyllands Amt	+	1-2	+	296 svarende til 2 speciallæge fuldtidsstillinger

Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsstyrelsen fra amterne, december 1997.
1) Omfatter bl.a. konsulentfunktion for Bornholm og Grønland.
2) Herunder konsulentfunktion til 12 specialinstitutioner.
3) Konsulentfunktion for Færøerne.

Aktiviteten i sygehusvæsenet

Aktiviteten inden for børne- og ungdomspsykiatrien kan belyses ved antallet af udskrivninger, hel- og deldøgn, samt ved antallet af afsluttede ambulante forløb. Udviklingen i aktivitet for de 0-19-årige ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra 1995 til 1997 fremgår af nedenstående oversigt:

Tabel 7
Udviklingen i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra 1995-97 for de 0-19-årige.

	1995	1996	1997 [1)]
Udskrivninger, heldøgn	879	940	1048
Udskrivninger, deldøgn	428	480	503
Afsluttede ambulante forløb	3141	3605	3570
Ydelser i alt	**4448**	**5025**	**5121**

1) tallene vedr. 1997 er foreløbige tal.
Kilde: Landspatientregisteret.

Antallet af sengedage for heldøgnsindlæggelser udgjorde i 1995: 36.343 sengedage og i 1996: 49.109 sengedage.

Der har fra 1995 til 1997 været en øgning i aktiviteten med hensyn til indlæggelser og afsluttede ambulante forløb på i alt 673 svarende til en stigning på 15%.

Der er herudover en ikke belyst aktivitet omfattende de uafsluttede ambulante forløb samt aktiviteten vedrørende unge som er ældre end 19 år.

Med hensyn til tyngden af de ambulante forløb er den meget varierende fra nogle få konsultationer til årelange forløb. En opgørelse fra et ambulatorium viser, at der i alt i 192 afsluttede forløb blev ydet et samlet antal på 3116 konsultationer, heraf 462 telefonkonsultationer. I henholdsvis 40% og 56% af konsultationerne har barnet og forældrene deltaget. PPR og socialforvaltning har deltaget i knap 10% af konsultationerne.

Aktiviteten i amterne i årene 1995, 1996 og 1997 fremgår af tabel 8. Det ses at stigningen i aktivitet ikke fordeler sig jævnt over alle amterne.

Tabel 8
Aktiviteten for årene 1995, 1996, 1997 belyst ved antal hel- og deldøgns-indlæggelser samt afsluttede ambulante forløb inden for børne- og ungdoms-psykiatrien i det enkelte bopælsamt for 0-19 årige.

Bopælsamt	År	Heldøgn	Deldøgn	Afsluttede ambulante forløb	Ydelseri alt	Ydelser i alt pr. 1000 0-19-årige
H:S	1995	89	101	555	745	8,0
	1996	105	74	387	566	6,1
	1997	76	96	392	564	6,0
Københavns Amt	1995	127	66	292	485	3,4
	1996	123	109	363	595	4,1
	1997	139	146	427	712	5,0
Frederiksborg Amt	1995	77	28	421	526	6,0
	1996	85	28	466	579	6,6
	1997	97	28	419	544	6,2
Roskilde Amt	1995	24	16	35	75	1,4
	1996	50	30	32	112	2,0
	1997	22	9	36	67	1,2
Vestsjællands Amt	1995	85	16	282	383	5,4
	1996	85	25	204	314	4,5
	1997	100	18	293	411	5,9
Storstrøms Amt	1995	2	0	244	246	4,2
	1996	11	2	269	282	4,8
	1997	9	2	347	358	6,1
Bornholms Amt	1995	4	0	9	13	1,2
	1996	5	0	13	18	1,7
	1997	2	0	11	13	1,2
Fyns Amt	1995	31	69	177	277	2,5
	1996	23	71	243	337	3,1
	1997	22	75	303	400	3,6
Sønderjyllands Amt	1995	14	0	83	97	1,5
	1996	10	1	132	143	2,2
	1997	3	0	96	99	1,5
Ribe Amt	1995	2	0	142	144	2,5
	1996	16	1	302	319	5,4
	1997	39	10	96	145	2,5
Ringkøbing Amt	1995	63	11	119	193	2,7
	1996	29	12	131	172	2,4
	1997	47	16	78	141	2,0
Vejle Amt	1995	92	4	136	232	2,7
	1996	73	2	257	332	3,9
	1997	92	0	197	289	3,4
Århus Amt	1995	156	80	318	554	3,7
	1996	198	98	462	758	5,0
	1997	191	60	490	741	4,9
Viborg Amt	1995	67	6	106	179	3,0
	1996	57	0	132	189	3,1
	1997	132	6	165	303	5,0
Nordjyllands Amt	1995	43	28	211	282	2,4
	1996	57	27	207	291	2,4
	1997	72	36	215	323	2,7
Grønland	1995	3	3	11	17	
Færøerne,	1996	13	0	4	17	
Udland m.v.	1997	5	1	5	11	
I alt	**1995**	**879**	**428**	**3141**	**4448**	**3,6**
	1996	**940**	**480**	**3604**	**5024**	**4,0**
	1997	**1048**	**503**	**3570**	**5121**	**4,1**

Kilde: Landspatientregisteret.

Ser man på den amtslige fordeling (bopælsamt) af aktiviteten ses, at der er stor forskel mellem amterne på såvel det absolutte antal ydelser som på antallet af ydelser pr. 1000 0-19-årige bosiddende i amtet.

Antallet af ydelser pr. 1000 0-19-årige varierede i 1997 således fra knap 6 ydelser (H:S) til godt 1 ydelse (Roskilde, Bornholm) pr. 1000 0-19-årige bosiddende i amtet.

I 1996 fordelte amterne sig som fremgår af tabel 9 med hensyn til antallet af ydelser pr. 1000 børn og unge.

Tabel 9
Antal børne- og ungdomspsykiatriske ydelser pr. 1000 0-19-årige med bopæl i amtet i 1996.

Ydelser	≥ 5	≥ 4	≥ 3	≥ 2	≥ 1
Amter	H:S	Kbh.s Amt	Fyn	Roskilde	Bornholm
	Frederiksborg	Vestsjælland	Vejle	Sønderjylland	
	Ribe	Storstrøm	Viborg	Ringkøbing	
	Århus			Nordjylland	

Kilde: Landspatientregisteret.

Opsummerende vedr. aktiviteten kan det konstateres:

- At der fra 1995 til 1997 på landsplan er sket en stigning i aktiviteten på i alt 15%.
- At der er stor forskel mellem amterne i antallet af ydelser inden for børne- og ungdomspsykiatri pr. 1000 0-19-årige.

Efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger (se tabel 10) i henhold til oplysninger indhentet fra amterne i december 1997.

Det fremgår heraf, at der var i alt 4933 henvisninger til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i 1996.

Den dominerende hovedpart af henvisningerne angår børn og unge under 19 år.

Tabel 10
Efterspørgslen belyst ved antal henvisninger i 1996 fordelt på aldersgrupper. Henvisningerne omfatter såvel ambulante forløb som indlæggelser.

	0-6 år	7-14 år	15-18 år	>19 år	I alt
H:S	154	221	119	76	570
Københavns Kommune	10	129	41	2	182
Københavns Amt	161	331	147	99	738
Frederiksborg Amt	304		181		485
Roskilde Amt[1)]	-	-	-	-	-
Vestsjællands Amt	37	94	132		263
Storstrøms Amt	87	151	124	–	362
Bornholms Amt[2)]	-	-	-	-	-
Fyns Amt	55	141	47	43	286
Sønderjyllands Amt	23	86	31	0	140
Ribe Amt[3)]	41	117	58	16	232
Ringkøbing Amt	84	158	ca. 100	-	ca. 342
Vejle Amt	72	183	25	-	280
Århus Amt	110	226	149	100	585
Viborg Amt	16	76	71	24	187
Nordjyllands Amt	28	143	101	9	281
I alt	**878**	**2056**	**1013**	**369**	**4933**
I alt	***3238***		***1695***		***4933***

Note: Registreringspraksis varierer, i nogle amter registreres patienten som nyhenvist ved skift i status f.eks. hvis patienten overgår fra ambulant til indlæggelse, der kan derfor for disse amter være flere henvisninger pr. patientforløb. Arbejdsgruppen bekendt er der i det enkelte amt ikke ændret registreringspraksis i perioden.
Ved vurdering af tallene skal man i øvrigt være opmærksom på, at der indgår henviste udenamtspatienter i nogle amters henvisningstal, samt at man i nogle afdelinger accepterer henvisning af personer over 19 år.

1) Funktionen er etableret i 1997. Antallet af henviste i 1997 fra 1.5.1997-1.12.1997 var i alt 107.
2) Indgår i Bispebjerg Hospital/H:S tal.
3) 1996 var et atypisk år bl.a. pga. vacante stillinger.
Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsstyrelsen fra amterne.

Udviklingen i antallet af henviste fra 1995 til 1996 fremgår af tabel 11. Det ses, at der i 1995 var i alt 3917 henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien svarende til, at der på landsplan blev henvist gennemsnitlig 3,2 pr. 1000 indbyggere i alderen 0-19 år. Bag disse tal gemmer sig stor forskel i henvisningshyppigheden i det enkelte amt. Næsten halvdelen af henvisningerne i 1995 blev foretaget til børne- og ungdomspsykiatrien i Århus Amt, H:S eller Frederiksborg Amt. Disse tre amter tegner sig således for hhv. 15,2%, 14,6% og 12,1% af det samlede antal henviste i 1995.

I 1996 var der i alt 4933 henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien dvs. 1016 flere end i 1995 svarende til en stigning på 26%. På landsplan i 1996 var der gennemsnitlig 4 henvisninger pr. 1000 indbyggere i alderen 0-19 år. Der er for de enkelte amter stadig stor forskel i henvisninghyppighed. H:S, Københavns Amt, Frederiksborg Amt og Storstrøms Amt havde i 1996 over 5 henvisninger pr. 1000 indbyggere mellem 0-19 år i

modsætning til en række af de øvrige amter (8 stk.) der lå på mellem 2 og 4 henvisninger pr. 1000 0-19-årige i amtet.

Ser man på udviklingen fra 1995 til 1996 er det imidlertid karakteristisk, at der i en række amter, herunder nogle af de amter der i 1995 havde meget lav henvisningshyppighed, er sket væsentlige stigninger i antallet af henvisninger. Det drejer sig f.eks. om Københavns Amt, Vestsjællands og Storstrøms Amter samt Ringkøbing Amt. Forskellene i henvisningshyppighed er således blevet noget udjævnet.

Tabel 11
Udviklingen i antallet af henvisninger fra 1995 til 1996.

	1995			1996		
	Antal henviste	%, andel af samtlige henviste	Antal henviste pr. 1000 0-19-årige i amtet	Antal henviste	%, andel af samtlige henviste	Antal henviste pr. 1000 0-19-årige i amtet
H:S	570	14,6	6,3	570	11,6	6,1 [2]
Københavns Kommune	196	5,0	2,5	182	3,7	2,5
Københavns Amt	360	9,2	2,5	738	15,0	5,1
Frederiksborg Amt	475	12,1	5,5	485	9,8	5,5
Roskilde Amt	-	-	-	-	-	-
Vestsjællands Amt	145	3,7	2,1	263	5,3	3,7
Storstrøms Amt	103	2,6	1,8	362	7,3	6,2
Bornholms Amt [1]	-	-	-	-	-	-
Fyns Amt	261	6,7	2,4	286	5,8	2,6 [2]
Sønderjyllands Amt	119	3,0	1,8	140	2,8	2,2
Ribe Amt	252	6,4	4,3	232	4,7	3,9
Ringkøbing Amt	97	2,5	1,3	342	6,9	4,7
Vejle Amt	252	6,4	3,0	280	5,7	3,3
Århus Amt	594	15,2	4,0	585	11,9	3,9
Viborg Amt	210	5,4	3,5	187	3,8	3,1
Nordjyllands Amt	283	7,2	2,4	281	5,7	2,3
I alt	**3.917**	**100**	**3,2**	**4.933**	**100**	**4,0**

Note: Ved vurdering af tallene skal man være opmærksom på, at der indgår henviste udenamtspatienter i nogle amters henvisningstal, samt at man i nogle afdelinger accepterer henvisning af personer over 18-19 år.
1) indgår i H:S`s tal
2) H:S varetager også Grønland og Bornholm, Fyn varetager Færøerne.
Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen fra amterne.

Diagnosefordelingen på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

Arbejdsgruppen har undersøgt hvilke diagnosegrupper, der bliver indlagt på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Diagnosefordelingen ved hhv. hel- og deldøgns-indlæggelser på de børne- og ungdomspykiatriske afdelinger fremgår af tabel 12.

For de 0-14-årige dominerer diagnosegruppen, psykiske forstyrrelser i barndommen (F90-98), som tegner sig for mellem en trediedel og halvde-

len af såvel hel- som deldøgnsindlæggelserne. Diagnosegruppen vedrører bl.a. hyperkinetisk forstyrrelse, adfærds- og følelsesmæssigt forstyrrede børn samt endvidere psykisk betinget urenlighed med urin og afføring m.v.

Den næststørste gruppe udgøres af de specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser (F80-88), som omfatter vanskeligheder med at forstå eller udtrykke sig i tale, læse- og skrivevanskeligheder m.v. og de gennemgribende udviklingsforstyrrelser infantil autisme og Aspergers syndrom.

Spiseforstyrrelser (F50-59), udgør ca. 10% af heldøgnsindlæggelserne for de 0-14-årige.

En meget stor del af hel- og deldøgnsindlæggelserne for de 0-14-årige er således koncentreret om karakteristiske og typiske børnepsykiatriske kernegrupper.

Tabel 12
Fordeling af psykiatriske aktionsdiagnoser ved indlæggelser (hel- og deldøgn) på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i 1996 og 1997 for 0-14-årige.

Diagnosegruppe	0-14-årige							
	1996				1997			
	Deldøgn		Heldøgn		Deldøgn		Heldøgn	
	Antal	%	antal	%	antal	%	antal	%
F23 akut psykose			8	2	5	1	11	3
F30-39 affektiv sindslidelse			7	2			12	3
F40-48 angsttilstande	17	5	23	6	9	3	12	3
F50-59 spiseforstyrrelser	7	2	41	11			41	10
F60-69 personlighed	12	3	22	6	9	3	19	5
F70-79 mental retardardering	15	4			5	1		
F80-89 udviklingsforstyrrelser	90	25	50	14	101	30	56	14
F90-98 psyk. f. barn.	160	44	190	52	113	33	170	42
Andet	45	12	15	4	27	8	15	4
Ingen ICD-kode	9	3	2	0,5	62	18	59	15
Andre F-diagnoser	7	2	11	3	10	3	9	2
I alt	**362**	**100**	**369**	**100**	**341**	**100**	**404**	**100**

Kilde: Oplysninger indhentet fra Afdeling for Psykiatrisk Demografi

Tabel 13
Fordeling af psykiatriske aktionsdiagnoser for indlæggelser (hel- og deldøgn) på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i 1996 og 1997 for de 15-18-årige.

Diagnosegruppe	15-18-årige							
	1996				1997			
	Deldøgn		Heldøgn		Deldøgn		Heldøgn	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
F20-29			75	22			77	17
F30-39			33	10			49	11
F40-48			30	9			31	7
F50-59	7	12	69	20	16	22	97	22
F60-69	20	35	73	21	14	20	64	14
F90-98			24	7			20	5
Ingen ICD-kode	6	11	5	1	11	16	65	15
Div. andre diagnoser	24	42	37	11	30	42	41	9
I alt	**57**	**100**	**346**	**101**	**71**	**100**	**444**	**100**

Kilde: Oplysninger indhentet fra Afdeling for Psykiatrisk Demografi

For de 15-18-årige dominerer skizofreni og skizofrenilignende tilstande (F20-29)samt spiseforstyrrelser (F50-59) og personlighedsforstyrrelser (F60-69), der bl.a. omfatter de såkaldte borderline tilstande.

Disse diagnosegrupper udgør kernegrupper af de alvorligste psykiatriske lidelser i ungdomsårene.

Det fremgår således, at indlæggelserne på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger domineres af alvorligere og centrale børne- og ungdomspsykiatriske diagnosegrupper.

Konkluderende kan det således konstateres, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger beskæftiger sig med relevante kernegrupper af patienter i overensstemmelse med den principielle opgavedeling mellem primærsektoren og sygehusvæsenet, hvorefter børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet skal varetage de sværeste og mest komplicerede tilstande.

Indlæggelse på anden afdeling end børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling af børn og unge med psykiatrisk aktionsdiagnose

Indlæggelse på pædiatrisk eller voksenpsykiatrisk afdeling af børn og unge med psykisk lidelse har igennem de senere år været genstand for betydelig opmærksomhed. Der er generelt enighed om at sådanne indlæggelser principielt må anses for uhensigtsmæssige, såfremt der ikke foreligger en faglig relevant årsag til indlæggelsen.

Omfanget af sådanne indlæggelser er betydeligt, og det har været opfattelsen at årsagen hertil er manglende kapacitet indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. Opgørelserne har imidlertid været præget af manglende viden om disse indlæggelser, hvorfor arbejdsgruppen har undersøgt indlæggelserne nøjere via en analyse på diagnoseplan.

Et af problemerne i tolkningen er, at der i et vist omfang kan være tale om diagnoser, hvor indlæggelse på somatisk afdeling også kan være relevant.

Endvidere skal man være opmærksom på, at de diagnoser der forekommer i statistikken er udskrivningsdiagnoser, som er resultatet af indlæggelsen og ikke henvisningsdiagnoser. Der kan således under indlæggelsen være foregået et diagnostisk afklaringsarbejde, der har fjernet mistanke om somatisk sygdom og identificeret patientens problem som værende af psykiatrisk karakter.

Da der ikke foreligger mulighed for patientforløbsanalyser i tilgængelig statistik, har det ikke været muligt at belyse henvisningsdiagnosen og om denne vedrører somatisk eller psykisk problematik. Det skal ligeledes bemærkes, at det heller ikke har været muligt at belyse om f.eks. en pædiatrisk indlæggelse er forudgået eller efterfulgt af henvisning til børne- og ungdomspsykiatri.

Udviklingen i antallet af indlæggelser (heldøgn) af børn og unge med psykiatrisk aktionsdiagnose (F00-F99) på forskellige typer afdelinger fremgår af nedenstående tabel 14.

Det fremgår heraf, at andelen af indlæggelser for 0-18-årige med psykiatrisk aktionsdiagnose på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er steget fra 24% til 31% dvs. med 7% fra 1994 til 1996.

Det ses endvidere, at tyngden i antallet af indlæggelser med psykiatrisk aktionsdiagnose for de 0-14-årige ligger på de pædiatriske afdelinger og for de unge dvs. de 15-18-årige nogenlunde ligeligt på de voksenpsykiatriske og de intern medicinske afdelinger.

Tabel 14
Udviklingen i antal heldøgnsindlæggelser af 0-18-årige med psykiatrisk udskrivningsdiagnose (F00-F99) på forskellige afdelingstyper.

Alder	1994		1995		1996	
0-14 = B 15-18= U	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Voksenpsyk. afd.						
B	68	6%	67	5%	72	6%
U	416	38%	358	32%	391	35%
I alt	484		425		463	
Pædiatrisk afdeling						
B	775	63%	703	55%	644	55%
U	28	3%	22	2%	15	1%
I alt	803		725		659	
Intern med. afdeling						
B	82	7%	115	9%	91	8%
U	392	36%	378	34%	364	33%
I alt	474		493		455	
Ikke B & U psyk.afd.						
B	925	75%	885	80%	807	69%
U	836	76%	758	68%	770	69%
I alt	1761	76%	1643	69%	1577	69%
B & U psyk. afd.						
B	304	25%	403	31%	369	31%
U	263	24%	350	31%	346	31%
I alt	567	24%	753	31%	715	31%
Alle ovenstående afd.						
B	**1229**		**1288**		**1176**	
U	**1099**		**1108**		**1116**	
I alt	**2328**		**2396**		**2292**	

Kilde: Landspatientregisteret og Afdeling for psykiatrisk demografi.

Medtages deldøgnsindlæggelser på de hhv. voksenpsykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – hvorved antallet af indlæggelser for de 0-14-årige fordobles – øges andelen af indlæggelser på børne- og ungdomspsykiatrisk afdelinger til 36% i 1994 og knap 42% for 1995 og 1996.

Den **gennemsnitlige liggetid af indlæggelserne** på intern medicinsk afdeling er meget kort svarende til 1 til 2 døgn. Den gennemsnitlige liggetid på pædiatrisk afdeling er ca. 7 dage og på voksenpsykiatrisk afdeling er den gennemsnitlige liggetid for de 0-14-årige ca. 20 dage og for de 15-18-årige ca. 30 dage. De gennemsnitlige liggetider er længst på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med ca. 45 dage.

Ser man specielt på indlæggelserne på voksenpsykiatrisk afdeling for aldersgruppen finder man, at **antallet af personer**, der indlægges (hel- og deldøgn) på voksenpsykiatrisk afdeling for de 0-14-årige er ret konstant gennem årene, medens der er et fald for de 15-18-årige fra 1994 til 1997 på 18%.

Generelt tegner der sig et billede hvorefter ca. 45 børn er indlagt gennemsnitlig 20 dage pr. år og 223 unge i omkring 30 dage pr. år på voksenpsykiatrisk afdeling.

Arbejdsgruppen har set nærmere på de konkrete aktionsdiagnoser i relation til relevansen af indlæggelse på anden afdeling.

Tabel 15
Fordeling af psykiatriske hoveddiagnoser på de intern medicinske afdelinger 1996, heldøgnsindlæggelser.

Diagnosegruppe	0-14-årige	15-18-årige
F 10: Forgiftning	78	310
F 40-48: Stress-, angst- og tvangstilstande	4	18
F 50-59 spiseforstyrrelse m.v.	4	12
Anden psykiatrisk diagnose	5	24
I alt	**91**	**364**

Kilde: Landspatientregisteret

Det fremgår at den altdominerende diagnose i forbindelse med indlæggelse på intern medicinsk afdeling er forgiftning. Behandling af forgiftning må anses for hensigtsmæssig placeret på intern medicinsk afdeling. Det kan konstateres, at indlæggelser på intern medicinsk afdeling for diagnosegrupperne F10 og F50-59 – dvs. hhv. forgiftninger og spiseforstyrrelse – ikke i sig selv kan anses for at være irrelevante eller a priori uhensigtsmæssige. Det kan være vanskeligere at se de faglige begrundelser med hensyn til diagnosegruppen F40-48, men dette kan dække over indlæggelser hvor somatisk årsag til symptomerne er blevet udelukket.

Tabel 16
Fordeling af psykiatriske aktionsdiagnoser på de pædiatriske afdelinger 1996

Diagnosegruppe	0-14-årige	15-18-årige
F 10: Forgiftning	56	2
F 40-48: Stress-, angst- og tvangstilstande	69	2
heraf F 43: Reaktion på svær belastning	*58*	
F 50-59:	101	5
heraf F 50: Spiseforstyrrelse	*86*	
F 70-79: Mental retardering	46	0
F 80-89: Udviklingsforstyrrelser bl.a. sprog, indlæring, motoriske færdigheder	80	0
F 90-99: Psykisk forstyrrelse i barndom herunder hyperkinetisk forstyrrelse m.m.	266	3
heraf ufrivillig vandladning	*169*	
Anden psykiatrisk diagnose	25	3
I alt	643	15

Kilde: Landspatientregistret

De dominerende diagnoser i forbindelse med de i alt 658 indlæggelser på pædiatrisk afdeling findes indenfor grupperne: Psykiske forstyrrelser i barndommen, udviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, stress, angst og tvangstilstande, hertil kommer forgiftninger.

De eneste indlæggelser, der med sikkerhed kan siges at være relevant placeret i pædiatrien er de 58 indlæggelser med forgiftning. Med udgangspunkt i diagnoserne kan indlæggelserne på pædiatrisk afdeling i øvrigt ikke alle i sig selv anses for fagligt irrelevante eller a priori uhensigtsmæssige, evt. med undtagelse af gruppen F40-48, hvor hovedparten af indlæggelserne ligger på F43: Reaktion på svær belastning. Disse indlæggelser er formentlig udelukkende betinget af behov for akut døgnindlæggelse, som kun undtagelsesvis er mulig inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Udfra den faglige vurdering af diagnoserne skønner arbejdsgruppen, at noget over halvdelen af indlæggelserne må anses at være begrundet i manglende børnepsykiatrisk døgnkapacitet.

Arbejdsgruppen har herudover set på indlæggelsesmåden dvs. andelen af akutte indlæggelser i pædiatrien og konstaterer at 347 af de 658 indlæggelser er akutte dvs. lidt mere end halvdelen.

Tabel 17
Fordeling af diagnoser for heldøgnsindlæggelser af børn og unge på voksenpsykiatriske afdelinger i 1996.

Diagnosegruppe	0-14-årige	15-18-årige
F 10: Forgiftning	0	8
F 11-19: Misbrug	1	41
F 20-29: Skizofreni/psykoser	3	105
F 30-39: Affektive sindslidelser	0	22
F 40-49: Stress-, angst- og tvangstilstande	5	54
F 50-59: Spiseforstyrrelser	0	28
F 60-69: Personlighedsforstyrrelser	3	84
Anden psykiatrisk diagnose	5	27
Andet	55	22
I alt	**72**	**391**

Kilde: Afdeling for psykiatrisk demografi.

Vedrørende indlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling kan det konstateres, at den dominerende diagnose for de 0-14-årige er "andet", der her helt hovedsageligt dækker over rask ledsager. Andelen udgjorde i 1994 ca. 50% af indlæggelserne for aldersgruppen men har siden været jævnt stigende. Det drejer sig i 1996 om 55 indlæggelser svarende til ca. 75% af indlæggelserne af 0-14-årige på voksenpsykiatrisk afdeling.

For de 15 -18-årige derimod dominerer de traditionelle sindsygdomme: skizofreni og forskellige former for psykoser samt affektive sindslidelser,

der tegner sig for henholdsvis ca. 100 og ca. 20 indlæggelser årligt af 15-18-årige. Hertil kommer psykiske lidelser forårsaget af misbrug, stressrelaterede lidelser, angst og tvangstilstande og personlighedsforstyrrelser hver tegnende sig for mere end 40 indlæggelser årligt.

Indlæggelserne på voksenpsykiatrisk afdeling for de 15-18-årige omfatter således typiske kernegrupper for ungdomspsykiatrien, hvor der ikke i relation til diagnosen findes faglige begrundelser, der kan retfærdiggøre indlæggelse på voksenpsykiatrisk afdeling.

Vedrørende indlæggelser på voksenpsykiatriske afdelinger ser det således ud til, at disse for de 15-18-årige er begrundet i manglende ungdomspsykiatrisk kapacitet generelt, herunder formentlig manglende akut kapacitet og manglende kapacitet til at tage vare på særlig angste, urolige eller aggressive unge.

Derimod er problematikken tilsyneladende en helt anden for de 0-14-årige, hvor det formentlig hovedsageligt drejer sig om spædbørn indlagt med deres psykisk syge mødre. Denne problematik kalder på særlige overvejelser af en ganske anden karakter.

Konkluderende kan det konstateres, at diagnosefordelingen for indlæggelser på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger viser, at man beskæftiger sig med relevante kernegrupper. Det kan imidlertid herudover konstateres, at en meget betydelig del af indlæggelserne med psykiatriske problemstillinger for aldersgrupperne **ikke** finder sted på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, men på hhv. pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger.

Der kan med hensyn til indlæggelserne på pædiatriske afdelinger findes faglige argumenter for at disse ikke i alle tilfælde nødvendigvis må anses for uhensigtsmæssige eller fagligt ubegrundede. Indlæggelse af spædbørn sammen med deres psykisk syge forældre i voksenpsykiatrisk afdeling kan anses for at være fagligt velbegrundet. Tilsvarende faglige argumenter findes ikke for indlæggelserne af de større børn og unge på de voksenpsykiatriske afdelinger.

Med hensyn til indlæggelse på pædiatrisk afdeling kan arbejdsgruppen konstatere, at der i 1996 i alt var ca. 660 (658 eller 659) heldøgnsindlæggelser af 0-18-årige med psykiatrisk aktionsdiagnose.

Udfra arbejdsgruppens faglige vurdering af diagnoserne, er de eneste indlæggelser, der med sikkerhed kan siges at være relevant placeret i pædiatrien 58 indlæggelser for forgiftning. For en stor del af de øvrige kan det ikke afvises at en del, men ikke alle af disse indlæggelser, relevant kan henhøre under pædiatrien. Udfra den faglige vurdering af diagnoserne kan således skønnes, at noget over halvdelen må anses at være forårsaget af manglende børnepsykiatrisk (døgn-) kapacitet.

En anden tilgang til vurderingen er, at se på indlæggelsesmåden dvs. andelen af akutte indlæggelser. Her er 347 af de 658 indlæggelser akutte, dvs. lidt mere end halvdelen. Samtlige 58 forgiftninger indgår heri. Når der ses bort fra disse, er der således 289 akutte indlæggelser herudover i pædiatrien med psykiatrisk diagnose. Det må vurderes, at den altdominerende andel af disse vil være indlæggelser pga. manglende akut indlæggelseskapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. Hertil kommer, at en del af de ikke-akutte indlæggelser i pædiatrien vil have fundet sted, fordi døgnindlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien ikke har kunnet tilbydes.

Alt i alt kan det på baggrund heraf skønnes at lidt over halvdelen , dvs. ca. (knap) 400 af det samlede antal pædiatriske heldøgnsindlæggelser, har sin baggrund i manglende (døgn- og akut-)indlæggelseskapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Med hensyn til indlæggelserne af børn og unge i voksenpsykiatrien udgjorde heldøgnsindlæggelserne af 15-18-årige på voksenpsykiatrisk afdeling i alt 391 indlæggelser, hertil kommer et mindre antal (17) indlæggelser af psykisk syge børn (0-14 år). Dette svarer til, at der er i alt 408 heldøgnsindlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling, der har sin baggrund i manglende ungdomspsykiatrisk (døgn- og akut-) indlæggelseskapacitet. Der er i denne sammenhæng ekskluderet 55 indlæggelser af 0-14-årige raske ledsagere.

Samlet vil det sige, at i alt ca. 800 indlæggelser af det samlede antal heldøgnsindlæggelser på de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger af 0-18-årige i 1996, må skønnes at have baggrund i manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Dette kan sættes i relation til, at der i børne- og ungdomspsykiatrien i 1996 i alt var 715 heldøgnsindlæggelser af 0-18-årige Det betyder, at hvis de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger på sigt skal have ansvaret for heldøgnsindlæggelserne for de 0-18-årige med psykiatrisk aktionsdiagnose, skal man kunne håndtere mere end det dobbelte antal heldøgnsindlæggelser end i 1996

I den forbindelse skal det bemærkes at disse indlæggelser omhandler tunge indlæggelser, idet det bl.a. drejer sig om akutte indlæggelser og indlæggelser på lukkede afdelinger.

Hertil kommer yderligere et ukendt antal deldøgnsindlæggelser samt ambulante forløb, der aktuelt foregår i henholdsvis pædiatri og voksenpsykiatri.

Ventelisteudviklingen

Ventelister og deres baggrund

Indledningsvis skal det anføres, at forudsætningen for at der er en venteliste er, at der er et tilbud, man kan henvises til. Amter uden indlæggel-

sesmulighed vil således eksempelvis ikke have en venteliste til indlæggelse. En række amter, som ikke tidligere havde et tilbud og derfor fremstod uden venteliste, vil med etablering af tilbud også kunne få en synlig venteliste.

Man skal ved tolkningen af ventelisteoversigter derfor holde sig for øje, at en stigning i antallet af børn og unge, der venter på undersøgelse eller behandling ikke i sig selv nødvendigvis er udtryk for en forværring af den samlede situation, men at dette paradoksalt kan dække over en faktisk forbedring af forholdene for den omhandlede gruppe, idet der nu foreligger et tilbud der kan henvises til.

Arbejdsgruppen kan herudover konstatere, at registreringspraksis vedr. ventetider og ventelister tilsyneladende varierer mellem de enkelte amter.

Udviklingen i ventelisteoversigter bør således generelt tolkes nuanceret og med forsigtighed.

Ventetider og ventelister

Vedrørende opgørelse af ventende og ventetid er amterne forespurgt om, hvor mange der stod på venteliste den 1. december 1997 og hvor lang tid de indtil da havde ventet siden henvisning. Der blev endvidere forespurgt om hvad man ventede på.

Man skal ved vurderingen af de foreliggende oplysninger være opmærksom på, at dette er punktopgørelser. Hvor længe den enkelte patient kommer til at vente i alt inden behandling iværksættes fremgår således ikke af opgørelsen. Den samlede ventetid for den enkelte patient vil således kunne blive længere.

Set i dette lys indebærer denne opgørelsesmåde en vis systematisk undervurdering af den samlede ventetid for den enkelte patient. Når arbejdsgruppen valgte at indhente disse oplysninger skyldes det bl.a. ønsket om at få et helt aktuelt samlet øjebliksbillede af ventetidssituationen ved udgangen af 1997, samt ønsket om at kunne sammenligne med tidligere opgørelser.

Antallet af ventende pr. 1. december 1997 og 13. november 1995 fremgår af tabel 18, side 114.

Tabel 18
Antal på venteliste til forundersøgelse og behandling 13. november 1995 og 1. december 1997.

	1995			1997			
Venter på: Amt	Forunder-søgelse	Ambulant eller indl.	Samtlige	Forunder-søgelse	Ambulant	Indlæggelse	Samtlige
H:S	20	30	50	8	45	44	97
Københavns Kommune[1]				0	9	-	9
Københavns Amt	40	31	71	54	74	29	157
Frederiksborg Amt	17	5	22	12	55	13	80
Roskilde Amt	0	6	6	0	14	0	14
Vestsjællands Amt	17	0	17	[2]	54	4	58
Storstrøms Amt	46	31	77	0	60	0	60
Bornholms Amt	-	-	-	7	0	-	7
Fyns Amt	72	20	92	84	109	13[3]	206
Sønderjyllands Amt	9	15	24	15	25	-	40
Ribe Amt	0	0	0	48	19	-	67
Ringkøbing Amt	19	55	74	10	69	12	91
Vejle Amt	59	11	70	0	64	18	82
Århus Amt	122	20	142	104	110	12	226
Viborg Amt	10	0	10	0	36	1	37
Nordjyllands Amt	39	2	41	130	1	[4]	131
I alt	**470**	**226**	**696**	**472**	**744**	**146**	**1362**

1) Indgik ikke i 1995.
2) Generelt 8 mdr. ventetid for børn til forundersøgelse, antal ikke oplyst.
3) For unge i gennemsnit 1-12 ugers ventetid på indlæggelse, antal ikke oplyst.
4) Venteliste og ventetid på indlæggelse registreres ikke, men ventetiden er max. 2 mdr. og det drejer sig om få patienter formentlig ca.5.
Kilde: Oplysninger indhentet fra amterne af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Med de indledende overvejelser in mente kan det konstateres, at der den 1. december 1997 ventede mindst 472 børn og unge på forundersøgelse og mindst 890 på undersøgelse og behandling ambulant eller under indlæggelse (hhv. 744 ambulant og 146 til indlæggelse). Pr. 13. november 1995 ventede 470 på forundersøgelse og 226 på undersøgelse eller behandling ambulant eller under indlæggelse.

Det kan således konstateres, at der venter omtrent det samme antal på forundersøgelse i december 1997 som i november 1995, men at der herudover venter ca. 660 flere på behandling, hvilket bekræfter afdelingernes oplevelse af, at være under et betydeligt pres og harmonerer med et øget antal henviste.

Det er tilsyneladende forskelligt om man systematisk opererer med forundersøgelse (registrerer en sådan). Hvis man anskuer den første kontakt som væsentlig med hensyn til prioritering af patienterne kan følgende ventetider og antal ventende til første direkte kontakt opgøres som fremgår af tabel 19.

Tabel 19
Venteliste og ventetid til 1. samtale/forundersøgelse (1. direkte kontakt) pr. 1. december 1997.

Det fremgår ikke klart om alle amter opererer med forsamtale, der hvor skemaerne ikke har angivelser herom er anført ventetid til ambulant forløb.

		0-4 uger	5-12 uger	13-26 uger	26-52 uger	> 52 uger	I alt
H:S	Børn	4	1	0	0	0	5
	Unge	1	2	0	0	0	3
Københavns Kommune	Børn + Unge	8	0	1	0	0	9
Københavns Amt	Børn	19	18	11	0	0	48
	Unge	6	0	0	0	0	6
Frederiksborg Amt[1)]	Børn	14	41	0	0	0	55
	Unge	12	0	0	0	0	12
Roskilde Amt	Børn	12	0	2	0	0	14
(Ambulant)	Unge	-	-	-	-	-	-
Vestsjællands Amt	Børn[2)]	0	0	6	37	1	44
(Ambulant)	Unge	10	0	0	0	0	10
Storstrøms Amt	Børn	18	14	12	11	0	55
(Ambulant)	Unge	5	0	0	0	0	5
Bornholms Amt	Børn	5	2	0	0	0	7
	Unge	-	-	-	-	-	-
Fyns Amt	Børn	19	6	5	6	9	45
	(16 år)	2	0	2	2	0	
	Unge	13	20	0	0	0	39
Sønderjyllands Amt	Børn	8	5	0	0	0	13
	Unge	2	0	0	0	0	2
Ribe Amt	Børn	13	12	10	4	1	40
	Unge	4	4	0	0	0	8
Ringkøbing Amt	Børn	5	4	1	0	0	10
	Unge (?)						?
Vejle Amt	Børn	22	26	7	1	0	56
(Ambulant)	Unge	5	1	1	1	0	8
Århus Amt	Børn + Unge	25	18	37		95	175
Viborg Amt	Børn	15	4	10	0	0	29
(Ambulant)	Unge	4	2	1	0	0	7
Nordjyllands Amt	Børn	12	15	28	37	12	104
	Unge	7	20	0	0	0	27
I alt	**Børn**	**174**	**148**	**93**	**96**	**23**	**634**
	Unge	**96**	**67**	**41**	**3**	**95**	**202**
Ialt		**270**	**215**	**134**	**99**	**118**	**836**
%		**32**	**26**	**16**	**12**	**14**	**100**
Akkumuleret %		**32**	**58**	**74**	**86**	**100**	

Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsstyrelsen fra amterne december 1997.
1) Passivt ventende ikke indregnet
2) Generelt 8 mdr.s ventetid til forundersøgelse for børn i Vestsjælland.

Der ses heraf at ca. 30% har ventet under 4 uger og i alt 60% har ventet under 3 måneder, men hele 26% har ventet ½ år eller derover på 1.direkte kontakt.

Tabel 20
Ventetid til ambulant undersøgelse og behandling

Uger	0-4	5-12	13-26	26-52	>52	I alt	B & U i alt
H:S							
Børn	20	16	5	0	0	41	
Unge	3	0	1	0	0	4	45
Københavns Komm.							
Børn	8	0	1	0	0	9	
Unge	0	0	0	0	0	0	9
Københavns Amt							
Børn	14	30	25	4	0	73	
Unge	0	1	0	0	0	1	74
Frederiksborg Amt							
Børn	14	41	0	0	0	55	
Unge	0	0	0	0	0	0	55
Roskilde Amt							
Børn	12	0	2	0	0	14	
Unge	-	-	-	-	-	-	14
Vestsjællands Amt							
Børn	0	0	6	37	1	44	
Unge	10	0	0	0	0	10	54
Storstrøms Amt							
Børn	18	14	12	11	0	55	
U	5	0	0	0	0	5	60
Bornholms Amt							
Børn	0	0	0	0	0	0	
Unge	0	0	0	0	0	0	0
Fyns Amt							
Børn	1	12	19	23	13	68	
Unge	15	23	0	3	0	41	109
Sønderjyllands Amt							
Børn	1	7	5	7	1	21	
Unge	2	1	0	0	1	4	25
Ribe Amt							
Børn	0	6	3	2	0	11	
Unge	4	0	0	4	0	8	19
Ringkøbing Amt							
Børn	15	30	12	9	3	69	
Unge	?	?	?	?	?	?	69
Vejle Amt							
Børn	22	26	7	1	0	56	
Unge	5	1	1	1	0	8	64
Århus Amt							
Børn	33	62	35	33	1	164	
Unge	30	17	3	0	0	50	214
Viborg Amt							
Børn	15	4	10	0	0	29	
Unge	4	2	1	0	0	7	36
Nordjyllands Amt							
Børn	0	0	0	0	1	1	
Unge	0	0	0	0	0	0	1
I alt							
Børn	173	248	142	127	20	710	
Unge	78	45	6	8	1	138	848
I alt Børn +Unge	**251**	**293**	**148**	**135**	**21**	**848**	
%	**30**	**35**	**17**	**16**	**2**	**100**	
Akkumuleret %	**30**	**65**	**82**	**98**	**100**	**100**	

Kilde: Oplysninger indhentet af Sundhedsstyrelsen fra amterne december 1997.

Vedrørende ventetiden til ambulant undersøgelse eller behandling ses af tabel 20, at 30% indtil 1. december har ventet i 0-4 uger, i alt 65% af patienterne har ventet under 3 måneder, hvorimod 35% hidtil har ventet over 3 måneder, heraf 156 patienter svarende til 18% længere end ½ år på påbegyndelse af et ambulant forløb.

Problemerne med hensyn til ventetid er langt de største for de børnepsykiatriske patienter, dvs. for de 0-15-årige.

Det kan i denne forbindelse formodes, at de voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske enheder fungerer som buffer for de ungdomspsykiatriske patienter, således at ventelisteproblemerne her ikke når tilsvarende størrelsesorden.

Med hensyn til længste ventetid kan det konstateres, at i 10 af amterne venter enkelte af de **børnepsykiatriske** patienter (0-15-årige) over 6 måneder på ambulant undersøgelse/behandling, selvom hovedparten har ventet væsentlig kortere tid. I 1995 drejede dette sig kun om 1 amt.

Tabel 21
Maximale hidtidige ventetid pr. 1. december 1997 til ambulant undersøgelse/behandling.

0-3 måneder	4-6 måneder	> 6 måneder
Frederiksborg	H:S	Københavns Amt
Bornholm	Københavns Kommune	Vestsjælland
	Roskilde	Storstrøm
	Viborg	Fyn
		Sønderjylland
		Ribe
		Ringkøbing
		Vejle
		Nordjylland
		Århus

Vedrørende ventetid til hel- eller deldøgnsindlæggelse ses af tabel 22, at i alt venter mindst 146 patienter på indlæggelse, heraf har ca. 33% ventet 0-4 uger og knap 75% under 3 måneder på indlæggelse. Også her ses at problemerne m.h.t. kapacitet er størst for de børnepsykiatriske patienter, formentlig fordi indlæggelsesbehovet for unge i et vist omfang dækkes af voksenpsykiatri.

Tabel 22
Antal ventende og hidtidig ventetid til del- eller heldøgnsindlæggelse på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger pr. 1. december 1997.

Uger	0-4	5-12	13-26	26-52	> 52	I alt	B & U i alt
H:S							
Børn	14	17	1	0	0	32	
Unge	7	3	1	1	0	12	44
Københavns Komm.							
Børn	-	-	-	-	-	-	
Unge	-	-	-	-	-	-	-
Københavns Amt							
Børn	7	6	11	1	0	25	
Unge	1	3	0	0	0	4	29
Frederiksborg Amt							
Børn	0	13	0	0	0	13	
Unge	0	0	0	0	0	0	13
Roskilde Amt							
Børn	0	0	0	0	0	0	
Unge	-	-	-	-	-	-	-
Vestsjællands Amt							
Børn	-	-	-	-	-	-	
Unge	4	0	0	0	0	0	4
Storstrøms Amt							
Børn	-	-	-	-	-	-	
Unge	-	-	-	-	-	-	-
Bornholms Amt	Indgår i Bispebjergs Hospitals/H:S's tal						
Børn							
Unge							
Fyns Amt							
Børn	2	5	4	1	1	13	
Unge	(i snit 1-2 uger)						13
Sønderjyllands Amt							
Børn	-	-	-	-	-	-	
Unge	-	-	-	-	-	-	-
Ribe Amt							
Børn	-	-	-	-	-	-	
Unge	-	-	-	-	-	-	-
Ringkøbing Amt							
Børn	3	5	4	0	0	12	
Unge	-	-	-	-	-	-	12
Vejle Amt							
Børn	7	5	4	0	0	16	
Unge	0	0	2	0	0	2	18
Århus Amt							
Børn	2	1	2	3	3	11	
Unge	1	0	0	0	0	1	12
Viborg Amt							
Børn	0	0	0	0	0	0	
Unge	1	0	0	0	0	1	1
Nordjyllands Amt	Ventetiden registres ikke, men drejer sig max. om 2 mdr., antal ca. 2[1)]						
Børn							
Unge							
I alt							
Børn	35	52	26	5	4	122	
Unge	14	6	3	1	0	24	146
I alt Børn + Unge	**49**	**58**	**29**	**6**	**4**	**146**	
%	**34**	**40**	**20**	**3**	**3**	**100**	
Akkumuleret %	**34**	**74**	**94**	**97**	**100**		

Kilde: Oplysninger indhentet fra amterne.
1) I Nordjylland registreres kun ventetid til forundersøgelse.

Det fremgår af ovenstående, at der i en række amter er lange ventetider til undersøgelse og behandling. Selvom en række af de problemer der skal afklares og behandles i børne- og ungdomspsykiatrien ikke er af akut karakter og der ofte i ventetiden er iværksat andre foranstaltninger, er ventetiden for nogle patienter ganske givet for lang og dette kan i værste fald medføre forværrelse af både den helbredsmæssige og sociale situation.

Tabel 23
Amter fordelt efter størrelsen af ventelisterne til ambulant behandling og indlæggelse pr. 1. december 1997.

Ventelistestørrelse	Amter
0-20 patienter	Københavns Kommune (Skolepsyk. Center),Roskilde, Ribe, Nordjylland
21-40 patienter	Sønderjylland, Viborg
41-60 patienter	Vestsjælland ,Storstrøm
61-80 patienter	Frederiksborg
81-100 patienter	H:S, Ringkøbing, Vejle
>100	Københavns Amt, Fyn, Århus

Uplacerbar: Bornholm.

Opstillingen i tabel 23 demonstrerer, at amter med stor børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed, herunder mulighed for del- eller heldøgnsindlæggelse er blandt de amter, der har de største ventelister.

Sammenligninger med tidligere er ikke mulig for den samlede patientgruppe. Ser man imidlertid på udviklingen vedrørende de 0-15-årige, tabel 24 i forhold til oplysninger tidligere indhentet af Sundhedsministeriet, er der imidlertid nu er flere amter der har mere med 20 børnepsykiatriske patienter (0-15-årige) på venteliste til ambulant behandling end i 1995, nemlig nu 10 amter mod dengang 4.

Tabel 24
Amter fordelt efter ventelistens størrelse for hhv. påbegyndelse af ambulant forløb og indlæggelse (0-15-årige) pr. december 1997.

Ventelistestørrelse	Ambulant	Indlæggelse
0-20 patienter	Københavns K. (Skolepsyk. Center) Roskilde Bornholm Ribe, Nordjylland	Frederiksborg, Roskilde Fyn, Viborg, Vejle Ringkøbing, Århus, Nordjylland
21-40 patienter	Sønderjylland Viborg	H:S Københavns Amt
41-60 patienter	H:S, Frederiksborg, Storstrøm, Vestsjælland, Vejle	
61-80 patienter	Københavns Amt, Fyn, Ringkøbing	
> 81	Århus	

Med hensyn til om den aktuelle rapporterede venteliste og ventetid er karakteristisk for situationen gennem de seneste år tilkendegiver et altovervejende flertal (ca. 10) af amterne, at situationen er karakteristisk. I enkelte amter er der i 1997 særlige forhold som forklarer ventetidssituationen (Ribe).

Nogle amter har søgt opnået en reduktion i ventetiden ved hjælp af iværksættelse af særlige initiativer i form af hurtig forsamtale eller forvisitation eller evt. via særlige bevilligede ventetidsprojekter (Fyn, Vejle og Nordjyllands Amter). Nogle afdelinger rådgiver om alternative undersøgelses- og behandlingstilbud.

Andelen af passivt ventende på ventelisterne anføres generelt at være meget lille. I H:S, Roskilde, Ribe og Viborg Amt samt i Vestsjællands Amt vedr. ungdomspsykiatri skønnes dog, at mellem 5-10-20% er passivt ventende med forskellige begrundelser.

Sammenfattende vedrørende kapacitet, aktivitet, efterspørgsel, venteliste – og ventetidsudviklingen

På baggrund af spørgeskemaoplysningerne samt indhentede supplerende oplysninger kan det konstateres:

Vedr. kapacitet

- At der i næsten alle amter er foretaget eller planlægges en styrkelse af det børne- og ungdomspsykiatriske tilbud i overenstemmelse med psykiatriaftalen af 4.april 1997. Karakteren heraf er forskellig i amterne bl.a. afhængig af udgangspunktet. Udvidelsen fra 1.1.1996 til udgangen af 1998 i normerede pladser udgør 2,5%. Der er herudover planlagt eller etableret andre typer styrkelse eller udvidelser af tilbuddene i amterne.
- At alle amter nu har tilbud om ambulant børnepsykiatrisk service. Bornholms Amt i form af aftale med H:S.
- At hovedparten af amterne nu har tilbud om ambulant ungdomspsykiatrisk service.
- At der er etableret eller planlægges etableret del- eller heldøgnsindlæggelsesmulighed i yderligere amter, og at amter hvor sådanne muligheder allerede forefindes arbejdes med overvejelser om forskellige former for udvidelse af kapaciteten.
- Der er fortsat store forskelle i behandlingskapaciteten fra amt til amt.
- At der i alle amters børne- og ungdomspsykiatriske tilbud indgår en eller anden form for konsulentvirksomhed.
- At 9 amter foretager civilretslige undersøgelser i meget forskelligt omfang. Antallet af ydelser i forbindelse med civilretslige sager søges generelt begrænset.

Vedr. aktivitet

- At der fra 1995 til 1997 på landsplan har været en stigning i aktiviteten på 15%.
- At der er stor forskel i antallet af ydelser inden for børne- og ungdomspsykiatrien mellem amterne.

Vedr. efterspørgsel

- Vedrørende udviklingen i antallet af henvisninger er der i 1996 i forhold til 1995 foregået en øgning med i alt 26%, fra gennemsnitlig 3,2 henviste pr. 1.000 0-19-årige til 4 pr. 1.000 0-19-årige.
- Der er stadig stor forskel i henvisningshyppighed, men forskellene er dog blevet mere udjævnet (under forudsætning af at amterne ikke har ændret registeringspraksis), bl.a. har en række amter med en meget lav henvisningshyppighed i 1995 haft væsentligt flere henvisninger i 1996.
- Arbejdsgruppen har ikke viden om eller grundlag for at antage, at der er sket ændringer i forekomsten af psykisk sygelighed eller skrøbelighed blandt børn og unge. Det øgede antal henvisninger – den øgede efterspørgsel – må således tolkes som udtryk for et oplevet behov for børne- og ungdomspsykiatriske ydelser, der nu omsættes i en konkret efterspørgsel. De stigende fødselstal gennem det seneste tiår afspejler sig formentlig også i det øgede henvisningspres.

Vedr. ventelister og ventetider:

- At styrkelsen af det børne- og ungdomspsykiatriske tilbud ikke har kunnet holde trit med den øgede efterspørgsel, hvilket har resulteret i stigende ventelister og ventetider generelt og i de fleste amter.
- At der i december 1997 var dobbelt så mange som ventede på undersøgelse eller behandling som i november 1995, 1362 mod 696.
- At de amter, der har det mest udbyggede tilbud og den største kapacitet er blandt de amter, der fremstår med de største venteliste- og ventetidsproblemer.
- At der med betydelige forbehold for tallenes præcision og validitet kan konstateres, at i alt (mindst) 1362 børn og unge pr. 1. december 1997 ventede på forundersøgelse eller undersøgelse og behandling, enten ambulant eller i form af hel- eller deldøgnsindlæggelse, herunder at der tilsyneladende samlet set i forhold til november 1995 ventede det samme antal nemlig, ca. 470 på forundersøgelse, men til gengæld mindst 660 flere på behandling, ambulant eller under indlæggelse.
- At ca. 30% af de ventende til forundersøgelse/1.ambulante kontakt pr. 1. december 1997 havde ventet under 4 uger på 1. direkte personkon-

takt med børne- og ungdomspsykiater og ca. 60% under 3 mdr, men ca. 25% havde ventet længere end et ½ år.

- At knap 30% af de, der venter på ambulant behandling pr. 1. december 1997 havde ventet under 4 uger og i alt 63% har ventet under 3 måneder på påbegyndelse af ambulant behandlingsforløb, men hele 20% har ventet længere end ½ år på påbegyndelse af et ambulant forløb.
- At godt og vel 75% af dem der pr. 1. december 1997 ventede på indlæggelse havde ventet under 3 måneder. Kun 3% har ventet ½ år eller derover.
- At der er flere amter der har en venteliste på over 20 patienter i december 1997 end i november 1995.
- At ventetids- og ventelisteproblemerne er størst for de børnepsykiatriske patienter, dvs. de 0-15-årige, formentlig bl.a. som udtryk for at de unge bliver indlagt (akut) i voksenpsykiatrien, og kapacitetsproblemerne vedr. de unge derved ikke fremstår umiddelbart synlige.

Kapitel 8
Uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling

Uddannelse

De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger varetager omfattende uddannelsesopgaver. Den tværfaglige sammensætning af personalet betyder at der på afdelingen skal varetages uddannelsesopgaver inden for mange faggrupper. Formålet med at modtage uddannelsessøgende er dels at introducere specialet for de studerende, men også for herigennem i fremtiden at kunne rekruttere motiveret og kvalificeret personale til området og tilgrænsende områder. På afdelingerne varetages uddannelse af yngre læger og af sygeplejestuderende, men også af psykologpraktikanter, pædagogpraktikanter og social- og sundhedsassistenter.

Uddannelsesopgaven kan være svær at løfte for de relativt få og personalemæssigt små afdelinger. På grund af det store kliniske arbejdspres har man på nogle afdelinger derfor nedprioriteret uddannelsesindsatsen. Skal fagområdet imidlertid udvikle sig og skal man i fremtiden kunne leve op til den øgede efterspørgsel, er det meget vigtigt at den onde cirkel brydes, og der afsættes de fornødne ressourcer til uddannelsesindsatsen.

Der er samtidig stort behov for løbende efteruddannelse på området, det gælder ikke mindst med hensyn til uddannelse i miljøterapi for miljøpersonalet.

Forskning og kvalitetsudvikling

Forskning og kvalitetssikring er vigtige aspekter af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. Forskning og kvalitetssikring bidrager til at den daglige diagnostik og behandling foregår på et så veldokumenteret grundlag som muligt, at man i sin tilgang til børne- og ungdomspsykiatriske problemstillinger benytter sig af en fuldt opdateret viden og bidrager til kritisk belysning af praksis.

I den daglige kliniske praksis rejses talrige problemstillinger, der er behov for bliver videnskabeligt vurderet og belyst og som derfor kan give anledning til forskning og kvalitetsudvikling. Det drejer sig både om problemer egnet til grundforskning, mere praktisk anvendt forskning og opgørelser til måling og evaluering af kvaliteten i det daglige arbejde.

Det bør tilstræbes at børne- og ungdomspsykiatriske arbejdsmetoder afspejler den viden og dokumentation, der er opnået igennem forskning. Den forskningsmæssige tradition indenfor børne- og ungdomspsykiatrien har været ringe, og der har ydermere i de seneste år manglet forankring til universiteterne og dermed til en teoretisk grundforskning. Ressourceknaphed har endvidere medført at børne- og ungdomspykiatrien har prioriteret de oftere presserende kliniske arbejdsopgaver frem for forskning. Tendensen har været selvforstærkende og den onde cirkel svær at bryde.

Organisatorisk status for forskningen

Indenfor de senere år har der imidlertid trods alt været en positiv udvikling med tiltagende forskningsaktiviteter på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i landet, bl.a. med flere disputatser og Ph.D.-arbejder. Ved Børnepsykiatrisk afdeling i Odense har der de seneste år været et gæsteprofessorat og en klinisk assistentstilling. Ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus har der de sidste 2 år været oprettet en forskningsafdeling med 2 forskningsledere: ½ speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri og ½ klinisk psykolog.

Der er igennem flere år arbejdet på at etablere professorater ved Københavns og Aarhus Universiteter. Ved Aarhus Universitet er nu besat et professorat med tilhørende klinisk assistentstilling. Lærestole udgør forudsætning for en stimulation af forskningen på universitetsafdelingerne. I det øjeblik man har et veletableret forskningsmiljø ved universitetsafdelingerne, vil et forskningsmæssigt satellitsamarbejde med perifere afdelinger kunne etableres. Et sådant samarbejde er f.eks. etableret mellem Aarhus Universitet og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling ved Aalborg Sygehus.

Danske børne- og ungdomspsykiatere har i mange år deltaget i opbygningen af nordisk forskningssamarbejde. Danske børne- og ungdomspsykiatere indgår i de nordiske forskerkurser, der afholdes en gang årligt og i nordiske forskningssymposier mv.

Status vedr. forskningsprojekter

Der er ved hhv. Københavns og Aarhus Universiteter gennemført kliniske forløbsstudier af børne- og ungdomspsykiatriske patientgrupper i form af disputatser vedr. børn og unge med borderline-tilstande og tvangslidelser.

Af igangværende forskning kan fremhæves følgende: Multinationale projekter vedr. tvangslidelser, behandling af spiseforstyrrelser og farmakologisk behandling af depression hos unge. Standardisering og validering af diagnostisk spørgeskema til generel screening af psykiatrisk lidelse hos børn og unge, samt kliniske forløbsstudier, herunder af børn med svære opmærksomhedsforstyrrelser. Endvidere er der igangværende forskningsprojekter vedr. spædbørnspsykiatri samt psykoser i ungdomsårene.

Kvalitetsudvikling

Der er i børne- og ungdomspsykiatrien ligesom i mange andre specialer behov for indførelse af systematisk overvågning og dokumentation af kvaliteten af den ydede børne- og ungdomspsykiatriske indsats. Kvalitetsudviklingsaktiviteter og projekter er således vigtige.

Der kan i arbejdet hermed tages udgangspunkt i den af Dansk Psykiatrisk Selskab udgivne brugerhåndbog om kvalitetsudvikling fra 1996. Der er indenfor specialet stort behov for udvikling og forbedring af referenceprogrammer for indsatsen i relation til forskellige sygdomsgrupper svarende til det i brugerhåndbogen opstillede forslag til refenceprogram for undersøgelse og behandling af hyperkinetisk forstyrrelse.

Der er endvidere behov for indførelse af og erfaringer med forskellige kvalitetssikringsmetoder: Peer-review, auditmetoder, brugerundersøgelser, benchmarking og konsensuskonferencer inden for specialet.

En forudsætning for landsdækkende sammenligninger og vurdering af udviklingen er yderligere forbedring af ydelsesregisteringen, herunder indførelse af ensartede og sammenlignelige registreringsmetoder i de enkelte amter, dels i relation til indberetning til de landsdækkende registre, Landspatientregisteret og det Psykiatriske Centralregister ved Afdeling for psykiatrisk demografi og dels til brug for mere lokale aktiviteter og projekter.

Udvikling af kliniske databaser på området vil på længere sigt også være et vigtigt bidrag til en kontinuerlig kvalitetsovervågning og kvalitetsudvikling.

Fremtidsperspektiver

Følgende forskningsområder må anses for væsentlige:

- Klinisk forskning mhp. diagnostik og klassifikation, herunder belysning af pålidelighed og klinisk betydning af børne- og ungdomspsykiatriske diagnoser.
- Forløbsstudier, der kan belyse såvel spontanforløb som behandlede forløb af psykiatriske lidelser, der debuterer i barnealderen og ungdomsårene. Studier der bl.a. kan danne baggrund for planlægning af behandlingsforløb, rådgivning og oplysning og behandlingskapacitet.
- Epidemiologisk forskning til belysning af forskellige sygdomsgruppers hyppighed blandt børn og unge i befolkningen som basis for planlægning af profylaktiske foranstaltninger, tidlig intervention og behandlingskapacitet. Endvidere som overvågning af udviklingen i sygeligheden over tid.
- Genetisk forskning, der kan belyse arvelighedsmæssige dispositioners betydning for psykisk sygdom hos børn og unge. Kan have stor

betydning for rådgivning, forebyggende tiltag samt tidlig indsats for særlige risikogrupper.

- Behandlingsforskning , herunder at øge den sundhedsfaglige dokumentation for forskellige behandlingstiltags effekt på kortere og længere sigt. Der findes fortsat kun få undersøgelser som belyser effekten af forskellige former for psykoterapeutiske tiltag. Undersøgelser der belyser effekten af medikamentel behandling af forskellige psykiske lidelser hos børn er vigtige. Specielt vurdering af psykofarmakas påvirkning på kortere og længere sigt af børn og unge, der jo befinder sig i vækst og udvikling. Herunder vurdering af nye mindre bivirkningsprægede medikamenters effekt og virkninger.
- Forskning i hjernemæssige forhold med henblik på belysning af årsagsammenhænge og sygdomsmekanismer bl.a. ved hjælp af nyere billeddannende teknikker.
- Etablering og gennemførelse af modelkvalitetssikringsprojekter, herunder f.eks. udvikling af modeller og redskaber, der kan monitorere afdelingsmiljøer.

Børne- og ungdomspsykiatrien udfører mange specialiserede opgaver i forbindelse med udredning og behandling af børn og unge med psykiske lidelser. Samtidig er der konsulentmæssige, undervisningsmæssige og supervisionsmæssige forpligtelser i forhold til samarbejdspartnere. Det er derfor vigtigt , at man konstant fastholder og højner den faglige ekspertise, og at man baserer sin behandling på evidensbaserede forskningsresultater.

En oprustning og opprioritering af forskning og kvalitetsudvikling indenfor børne- og ungdomspsykiatri er nødvendig, såfremt specialet skal udvikle sig positivt. En forskningsmæssig styrkelse af faget som lægeligt speciale med et tæt samarbejde med andre lægelige specialer er i denne sammenhæng nødvendig. Da den kliniske tilgang til børne- og ungdomspsykiatriske patienter imidlertid sker på et tværfagligt grundlag, er det naturligt og nødvendigt, at også forskning og kvalitetsudvikling er tværfaglig og inddrager de forskellige faggrupper. Dette gælder i såvel projekter af grundforskningsmæssig karakter som i kvalitetssikringsprojekter.

I et så lille og trængt speciale som det børne- og ungdomspsykiatriske er det vigtigt, at der sikres mulighed for en fast forankring af forskning og udvikling.

Som et eksempel på en mulig model for forankring og sikring af forskningen på området kan nævnes at der i tilknytning til universitetsafdelinger kunne oprettes forskningsenheder med tæt tilknytning til kliniske problemstillinger. Sådanne forskningsmiljøer skulle som primær opgave stimulere til forskningsmæssig tankegang og fremme forskningsinitiati-

ver på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Ved etablering af forskningsenheder kunne sikres, at en forskningsmæssig tankegang forankres og manifesterer sig i organisationen og at forskningsprojekter vil kunne udføres kvalificeret, rationelt og kompetent. Forskningsenheder med fast sekretariatsfunktion og fast tilknyttede forskere på seniorniveau ville betyde, at der ville kunne etableres længerevarende projekter f.eks. i samarbejde med andre forskningsmiljøer.

Forskning og udvikling bør styrkes yderligere f.eks. ved oprettelse af kliniske assistentstillinger og på længere sigt forekommer det væsentligt og naturligt at der oprettes lærestole/professorater ved alle lægevidenskabelige fakulteter.

Det må bl.a. anses for væsentligt for den nødvendig rekruttering af nye læger til området, at mulighederne for såvel prægraduat som postgraduat forskning stimuleres. Det er i denne sammenhæng vigtigt, at faget og dets muligheder allerede på medicinstudiet kan præsenteres for de potentielt interesserede studenter bl.a. ved at der er mulighed for at de kan indgå i forskningsprojekter, gerne i mere formaliserede forskningsår eller i form af f.eks. projektopgaver (Osval), som de findes ved Københavns Universitet.

Postgraduat bør der stimuleres med mulighed for Ph.D.-studier. Oprettelse af kombinationstillinger med halv klinisk og halv forskningsmæssige opgaver bør ligeledes overvejes.

En styrkelse af forskning og udvikling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien må anses for en nødvendighed for at faget i længden vil kunne tilbyde diagnostik og behandling på fagligt kvalificeret og internationalt niveau.

Kapitel 9
Personalemæssige ressourcer

Børne- og ungdomspsykiatri er et lavteknologisk speciale, hvor personale og afdelingsmiljø udgør de væsentlige ressourcer. Arbejdsgruppen har her ikke beskæftiget sig med afdelingsmiljøets fysiske indretning og standard, men alene med de personalemæssige forhold.

Personalemæssige ressourcer

Generelle krav til personalekvalifikationer

Som udgangspunkt og gældende i alle faser af diagnosticerings- og behandlingsprocessen inden for børne- og ungdomspsykiatri indgår kontakten til det givne barn/unge og dennes familie som helt central. Det stiller krav om personlige ressourcer hos den enkelte fagperson med krav om evne til forståelse og indlevelse i patienterne og deres familier samt evne til at indgå i et rådgivnings- og motivationsarbejde som led i behandlingen.

Som det vigtigste diagnostiske "redskab" indgår behandleren/undersøgeren selv, hvad enten det drejer sig om læge, psykolog eller miljøpersonale. Ved hjælp af teoretisk viden om og uddannelse i normaludvikling samt sin kliniske, praktiske erfaring skal en given fagperson være i stand til at diagnosticere afvigende udvikling eller symptomer på en sådan.

I forhold til differentiering mellem normaludvikling og eventuelle faresignaler for psykisk sygdom må fagpersonen være i stand til at vurdere sværhedsgraden af eventuel psykisk lidelse eller afvigende adfærd. På baggrund heraf sammenholdt med en vurdering af barnets omgivende miljø, skal træffes beslutning om behovet for behandling eller intervention samt på hvilket niveau, en sådan skal iværksættes. På baggrund af teoretisk viden om risikofaktorer og almindelige børns/unges behov skal fagpersonen endvidere være i stand til at vurdere, om et givet barn/ung lever i et miljø/sammenhænge, som er truende for dets normale udvikling.

Fagpersoner skal have viden om psykisk sygdom og fornemmelse for kontakt, indlevelse, sprogudvikling, motorisk udvikling samt kunne vurdere adfærd og færdigheder i forhold til en given alder. Ethvert teammedlem forventes endvidere at være i stand til at konkludere ud fra andres observationer og beskrivelser af et barn/ung. I diagnostikken er det især for børn, som ikke er i stand til at give udtryk for deres tanker og følelser, ofte nødvendigt i høj grad at basere sig på observationer fra barnets

omgivelser. Dette kræver for alle faggrupper en grundig uddannelse, samt løbende efteruddannelse i normaludvikling/normal psykologi og i specifikke psykiatriske sygdomskategorier og kliniske billeder.

Børne- og ungdomspsykiatrien er således en personaletung disciplin, hvor fagpersonerne indgår som de vigtigste "diagnostiske og behandlingsmæssige redskaber".

Kontakten med barnet/den unge, familierne og i visse tilfælde det samlede netværk kræver pædagogiske og formidlingsmæssige evner samt betydelig indfølingsevne for at opnå, at de børne- og ungdomspsykiatriske konklusioner og anbefalinger accepteres og anvendes i det videre forløb.

Arbejdet med svært psykisk syge børn og unge og deres familier kan være frustrende, personligt belastende og opslidende, og positive resultater af indsatsen kan eventuelt først vise sig meget længe efter indsatsen. Udover, at der stilles store krav til personalets uddannelsesniveau og erfaring indebærer arbejdet også, at personalet skal bruge sig selv og deres egen personlighed aktivt i arbejdet. Det kan udgøre en væsentlig psykologisk belastning, og der er derfor risiko for udbrændthed.

Regelmæssig supervision og personaleuddannelse samt tid og mulighed for systematisk personalepleje er derfor absolutte nødvendigheder for at fastholde et erfarent og kvalificeret personale med den nødvendige personlige motivation til at yde den bedst mulige indsats over for børnene/de unge og deres familier.

Læger

Der har i en lang årrække været et relativt lille antal lægestillinger i børne- og ungdomspykiatrien. Nedenstående oversigt viser antallet af normerede lægestillinger i 1997 på baggrund af oplysninger indhentet fra amterne december 1997. En del af disse stillinger har været/er vacante pga. mangel på kvalificerede speciallæger. Det ses, at der i 1997 i alt var 133 stillinger på landsplan, heraf ca. 86 speciallægestillinger og 47 uddannelsesstillinger af forskellig art. Der er i disse tal nogen afvigelse fra de officielle lægetællinger.

Det begrænsede antal uddannelsesstillinger igennem en årrække har medvirket til en fastlåsning af en mangelsituation. Det har således i en årrække været vanskeligt at opnå uddannelsesstilling inden for specialet, og produktionen af speciallæger har som følge heraf har været meget begrænset.

I forbindelse med den gradvise udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien er manglen blevet følelig, og det har medvirket til at en ønsket udvidelse af tilbud og kapacitet i flere amter ikke er blevet realiseret de forudgående år.

Tabel 25
Antal normerede lægestillinger i børne- og ungdomspsykiatrien i amterne og H:S 1997

Amt	Børn og unge 0-19 år	Yngre læge-stillinger	Specialæge-stillinger [1]	Læge-stillinger i alt	Antal læge-stillinger pr. 100.000 0-19-årige	Antal speciallæge-stillinger pr. 100.000 0-19-årige
H:S	93625	7	11	18	19,2 [2]	11,7 [2]
Skolepsykiatrisk Center, Kbh`s K.	80600	1	3	4	5,0	3,7
Københavns Amt	143777	8	9	17	11,8	6,3
Frederiksborg Amt	88095	4	7	11	12,5	8,0
Roskilde Amt	55415	0	3	3	5,4	5,4
Vestsjællands Amt	70289	0	6,5	6,5	9,3	9,3
Storstrøms Amt	58534	1	3	4	6,8	5,1
Bornholms Amt	10896	0	0	0	-	-
Fyns Amt	110497	6	7	13	11,7	6,3
Sønderjyllands Amt	64714	1	1	2	3,1	1,6
Ribe Amt	58781	2,1	3	5,1	8,7	5,1
Vejle Amt	84638	3	3	6	7,1 [3]	3,5 [3]
Ringkøbing Amt	72003	0	6	6	8,3	8,3
Århus Amt	150815	10	11	21	13,9	7,3
Viborg Amt	60117	1	5	6	9,9	8,3
Nordjyllands Amt	120258	3	8	11	9,2	6,7
I alt	1242454	47,1	86,5	133,6	10,8	7,0

1) Omfatter overlæge- og afdelingslægestillinger.
2) H:S betjener også Bornholm og Grønland, speciallægedækningen er således reelt noget lavere end den her fremstår.
3) Vejle Amt får i forbindelse med etablering af ungdomspsykiatrisk afsnit normeret yderligere 4 lægestillinger startende fra 1999.
Befolkningstal 1.januar 1997
Kilde: Amternes oplysninger til Sundhedsstyrelsen, december 1997.

Konsekvenser af manglen på uddannelsesstillinger og speciallæger

Der er ofte meget få eller ingen ansøgere til overlæge- og afdelingslægestillinger på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Manglen er blevet særligt udtalt i forbindelse med den gradvise udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien i amterne. Af lokale hensyn har man de seneste år konverteret introduktionsstillinger i specialet til 1. reservelægestillinger eller speciallægestillinger.

Dette er sket for så vidt muligt at klare den lokale efterspørgsel på speciallægebistand. Imidlertid har effekten været, at tilgangen til specialet næsten er ophørt.

Der var i 1997 klassificeret 12 introduktionsstillinger, 6 undervisningstillinger og 6 1.reservelægestillinger på landsplan. De sidste år har specialets undervisningsstillinger ikke alle kunnet besættes. I nogle amter er det også svært at få børne- og ungdomspsykiatriske introduktionsstillinger besat. I andre amter rettes mange henvendelser til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra yngre læger, der ønsker at uddanne sig indenfor specialet. Disse må da ofte afvises pga. det meget begrænsede antal introduktionsstillinger.

Nåleøjet med hensyn til speciallægetilgang har såvel kvantitative som kvalitative konsekvenser. Det er usundt for et speciale, at konkurrencen i uddannelsesforløbene bliver så begrænset, at incitamentet til forskning og videreuddannelse i praksis bortfalder.

Der var i forbindelse med indgåelse af psykiatriaftalen af 4. april 1997 mellem amterne og regeringen betydelig opmærksomhed overfor, at en udvidelse af uddannelseskapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien og en øget rekruttering ville være en nødvendig forudsætning for at den ønskelige udbygning ville kunne gennemføres inden for overskuelig tid.

Lægelig til- og afgang

Med henblik på en vurdering af de tilgængelige lægelige personaleressourcer har arbejdsgruppen forsøgt at vurdere den forventede til- og afgang fra specialet. Det fremgår heraf, at der frem til år 2002 kan forventes en tilgang af speciallæger på ca. 20, og at der må forudses en afgang på i alt ca. 14 pga. alder. Der vil således kun kunne forventes en nettotilgang til specialet på ca. 6 uddannede speciallæger i børne- og ungdomspykiatri.

Tabel 26
Forventet tilgang af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri (forudsat afsluttet sideuddannelse inden ansættelse i undervisnings-/1. Reservelægestilling). November 1997.

År	Tilgang af speciallæger
1998	2
1999	6
2000	8
2001	2
2002	2
1998-2002	20

Kilde: Rundspørge til de børne- og ungdomspykiatriske afdelinger.

Tabel 27
Antal offentligt ansatte speciallæger i børnepsykiatri, som er 60 år eller derover opgjort svarende til ansættelsessted og alder. November 1997

	60-64 år (incl.)	> 64 år	I alt
Uddannelsesregion Øst	6	2	8
Uddannelsesregion Syd		1	1
Uddannelsesregion Nord	5		5
I alt for hele landet	11	3	14

Kilde: Lægeforeningens Registeringsafdeling.

Dette bekræfter opfattelsen af, at en af de væsentligste begrænsende faktorer for en hurtig udbygning af kapaciteten på det børne- og ungdomspykiatriske område i de kommende år udgøres af manglen på speciallæger. Det må i denne sammenhæng anses for meget nødvendigt at

igangsætte overvejelser og vurderinger af behovet for en mere permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten.

Børne- og ungdomspsykiatriske uddannelsesstillinger i forbindelse med psykiatripuljen

I regeringens psykiatriaftale med de amtskommunale parter fra april 1997 blev der afsat 25 mio. kr. til at støtte etableringen af uddannelsesforløb for speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri med henblik på at øge uddannelseskapaciteten inden for de to specialer. Beløbet på de 25 mio. kr. skulle anvendes som incitament til at nå dette mål.

Der var enighed om, at bevillingen skulle anvendes til at løse rekrutteringsproblemer og fjerne "flaskehalse" i uddannelsesforløbene inden for de to specialer. Der var endvidere enighed om en fordeling med 9 mio. kr. til børne- og ungdomspsykiatrien og 16 mio. kr. til voksenpsykiatrien.

I det følgende beskrives de 3 uddannelsesregioners uddannelsesinitiativer inden for børne- og ungdomspsykiatrien som følge af psykiatripuljen.

Region Syd

I region syd anvendes puljemidlerne til oprettelse af 2 uddannelsesforløb. De to blokforløb starter med en forskydning på 9 måneder.

I region syd oprettes der en introduktionsstilling til b/u-psykiatri på Amtssygehuset i Ribe.

Der oprettes 2 undervisningsstillinger, dels på børnepsykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital, dels på ungdomspsykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Endvidere oprettes 3 1. reservelægestillinger på henholdsvis ungdomspsykiatrisk afd., Odense Universitetshospital, børnepsykiatrisk afd., Vejle Sygehus og børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium i Esbjerg.

Det bemærkes hertil, at det ene uddannelsesforløb er sammensat af 1. reservelægetid på Odense Universitetshospital (ungdomspsykiatri) og 1. reservelægetid på Vejle Sygehus (børnepsykiatri). Det andet uddannelsesforløb er sammensat af 1. reservelægetid på Odense Universitetshospital (ungdomspsykiatri) og 1. reservelægetid på børnepsykiatrisk afdeling ved Centralsygehuset i Esbjerg (børnepsykiatri).

Der er ikke anvendt puljemidler til oprettelse af supplerende stillinger.

Region Øst

I region Øst anvendes puljemidlerne til oprettelse af 2 uddannelsesforløb.

Der oprettes introduktionsstillinger ved børne- og ungdomspsykiatrisk afd. Hillerød Sygehus samt børne- og ungdomspsykiatrisk afd., Fjorden, Roskilde Amt.

Der bliver oprettet 2 undervisningsstillinger dels ved børne- og ungdomspsykiatrisk afd. på Bispebjerg Hospital, dels på børne- og ungdomspsykiatrisk afd. på KAS Glostrup.

Der oprettes endvidere 2 1. reservelægestillinger, dels ved børne- og ungdomspsykiatrisk afd. Hillerød Sygehus samt børne- og ungdomspsykiatrisk afd. Bispebjerg Hospital.

På Børneafd. L, KAS Gentofte, oprettes endvidere sideuddannelse i pædiatri, der indgår som en del af den supplerende uddannelse.

Region Nord

I region Nord anvendes puljemidlerne til etablering af to uddannelsesforløb. Blokforløbene påbegyndes med et års forskydning. I region Nord er der tale om etablering af permanente uddannelsesforløb.

Der oprettes en introduktionsstilling i børne- og ungdomspsykiatri (Herning, Holstebro – den endelige placering er endnu ikke afgjort).

Der etableres en undervisningsstilling i børne- og ungdomspsykiatri på Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Der oprettes endvidere to 1. reservelægestillinger ved henholdsvis Søndersøparken, Viborg samt ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus.

Der etableres supplerende uddannelse i pædiatri ved Pædiatrisk afdeling, Hjørring Sygehus, samt supplerende uddannelse ved Voksenpsykiatrisk afdeling, Aalborg Psykiatriske Hospital.

Uddannelseskapacitet i specialet børne- og ungdomspsykiatri

Af Enkeltstillingsklassifikationen pr. 1. januar 1998 fremgår det, at der i alt er klassificeret:

- 21 årsværk i introduktionsstillinger (svarende til 21 stillinger).
- 14 årsværk i undervisningsstillinger (svarende til ca. 9 undervisningsstillinger årligt).
- 9 årsværks supplerende uddannelse (svarende til 18 supplerende uddannelsesforløb).
- 18 årsværk mht. 1. reservelæger (svarende til 9 1. reservelægestillinger årligt).

Sammenlignes Enkeltstillingsklassifikationen for 1998 med Enkeltstillingsklassifikationen for 1997 er der blevet klassificeret yderligere 9 årsværk i introduktionsstillinger (9 introduktionsstillinger), 4,5 årsværk i undervisningsstillinger (3 undervisningsstillinger), 6 årsværk i 1. reservelægestillinger (3 1. reservelægestillinger) samt 2 årsværk supplerende uddannelse (4 uddannelsesstillinger).

I forbindelse med psykiatripuljen er der blevet tildelt særlige klassifikationsnumre til uddannelsesforløbene i region syd og øst, således det efterfølgende er muligt at identificere stillingerne.

I forbindelse med psykiatripuljen er der blevet tildelt følgende årsværk:

- 4 årsværk i introduktionsstillinger.
- 9 årsværk i undervisningsstillinger.
- 12 årsværk i 1. reservelægestillinger.
- 2 årsværk i supplerende uddannelse.

Ved en beregning af uddannelseskapaciteten efter tildeling af midler fra psykiatripuljen er det nødvendigt at fratrække region nords bidrag (idet denne allerede fremgår af enkelstillingsklassifikationen pr. 1 januar 1998), således at det klassificerede nettobidrag fremstår som:

- 3 årsværk i introduktionsstillinger.
- 6 årsværk i undervisningsstillinger.
- 8 årsværk i 1. reservelægestillinger.
- 1 årsværk i supplerende uddannelse i psykiatri.

Andet personale

I henhold til oplysningerne indhentet fra amterne var der på landsplan i øvrigt i 1996 normeret følgende personale, idet det dog skal bemærkes, at der er visse mangler i oplysningerne.

Psykologer:	77,6
Socialrådgivere:	43,0
Miljøpersonale:	
Sygeplejerske	252,1
Pædagoger	125,4
Andet personale:	110,0

En udbygning af den stationære kapacitet, hel- og deldøgnsindlæggelse forudsætter en øgning af miljøpersonale. Der har hidtil ikke generelt været vanskeligheder med at rekruttere sygeplejersker til børne- og ungdomspsykiatrien, men i lyset af den generelle situation på sygeplejeområdet kan der også her eventuelt opstå vanskeligheder med at rekruttere det nødvendige og kvalificerede personale for en udbygning.

Antallet af kvalificerede psykologer, herunder især neuropsykologer er begrænset. Med den stigende interesse og efterspørgsel af psykologisk testning som en del af udredningsprogrammerne må der i forbindelse med udbygning forudses et øget behov for psykologer ved de børne- og

ungdomspsykiatriske afdelinger. Tilsvarende vil kvalificerede og erfarne socialrådgivere blive efterspurgte.

Det skønnes, at der vil være mulighed for at rekruttere tilstrækkeligt med uddannede psykologer og socialrådgivere.

Der er imidlertid kun begrænsede muligheder for at andre personalegrupper i noget yderligere væsentligt eller øget omfang vil kunne kompensere for mangelen på speciallæger ved at overtage visse dele af de aktuelle lægelige arbejdsopgaver.

Der vil i det hele taget generelt skulle vises betydelig omhu med hensyn til den bedst mulige anvendelse af de til rådighed værende personaleressourcer, og der må i overvejelser om udbygning af kapaciteten medtages overvejelser om etablering af langsigtet styrkelse af rekrutteringsgrundlaget, samt styrkelse af personalets specifikke kvalifikationer via relevant efteruddannelse, endelig bør der overvejes initiativer m.h.t. fastholdelse af personalet.

Kapitel 10
Arbejdsgruppens sammenfatning og anbefalinger

Sammenfattende vurderinger og anbefalinger vedrørende den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe og behovet for tilbud

I kapitel 2 og 3 beskrives **den børne-og ungdomspsykiatriske patientgruppe,** som omfatter et bredt spektrum af forskellige tilstande, der strækker sig fra afgrænsede tilpasnings- og krisereaktioner til gennemgribende udviklingsforstyrrelser og egentlige sindssygdomme som f.eks. skizofreni.

Det konstateres, at psykiske forstyrrelser og sygdomme hos børn og unge udvikler sig i et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, idet der igennem opvæksten foregår en stadig vekselvirkning mellem på den ene side barnets/den unges sårbarhed og modstandsdygtighed og på den anden side miljøets belastende og beskyttende kvaliteter.

Arbejdsgruppen konstaterer, at psykiske problemer og vanskeligheder i bred forstand er hyppigt forekommende blandt børn og unge, men for flertallet af tilfælde vil sådanne vanskeligheder være af lettere karakter eller forbigående, såfremt der i tide kan ydes den fornødne støtte. En tidlig relevant indsats må således anses for væsentlig m.h.p. at forebygge udvikling af sværere og kroniske lidelser for denne gruppe.

Med hensyn til **prognosen** for de børn, der har så svære psykiske lidelser, at de har måttet indlægges, kan det konstateres bl.a. udfra en registerundersøgelse vedr. indlæggelser i årene 1970-1973, at børn og unge indlagt pga. psykisk lidelse har forøget risiko for senere, også i voksenalderen at blive patienter i det psykiatriske system. Undersøgelsen understreger nødvendigheden af en langvarig opfølgende indsats efter indlæggelse m.h.p. i videst muligt omfang at forebygge udvikling af svær invaliderende psykisk lidelse.

I foreliggende hovedsageligt internationale tværsnitsundersøgelser peges på procentvis høje **forekomster af psykiske problemer og lidelser** blandt børn og unge. Der er rapporteret forekomster (prævalenser) helt op til 20-40% af en børne-ungepopulation, heraf ca. halvdelen i form af behandlingskrævende tilstande. Der er imidlertid betydelige vanskeligheder med at omsætte sådanne fund til praktiske vurderinger af behovet

for indsats generelt i forskellige sektorer og herunder behovet for specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske ydelser i sygehusvæsenet.

Der foreligger ikke nyere danske undersøgelser til belysning af den samlede forekomst af psykiske lidelser og psykiske vanskeligheder hos børn og unge. En 20 år gammel undersøgelse konstaterer, at ca. 10% af børn i løbet af et år har modtaget forskellig form for bistand pga. psykiske problemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer, psykosomatiske problemer eller taleproblemer, dog kun 0,7% pga. større psykiske problemer eller psykisk lidelse. Arbejdsgruppen konstaterer, at man i Norge har valgt, at der skal være tilbud til 2% af børne- og ungepopulationen. Aktuelt får 0,4% af alle børn og unge i Danmark et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Der er ikke belæg for en opfattelse af, at den procentvise forekomst af psykisk sygelighed blandt børn og unge i Danmark har ændret sig væsentligt i de senere år, det øgede henvisningspres må derfor umiddelbart tilskrives andre forhold.

En væsentlig faktor i denne sammenhæng er formentlig virkningen af **den demografiske udvikling** med stærkt stigende fødselstal gennem det seneste 10-år.

Alene på baggrund af den demografiske udvikling må der således forventes en yderligere øget efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser de kommende år. I øjeblikket får 0,4 % af alle børn og unge årligt et tilbud fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. For blot at fastholde denne procentandel skal der – under forudsætning af, at alt andet er lige, herunder bl.a. ydelses- og henvisningsmønstret – i år 2001 leveres 5% flere ydelser og i år 2006 11% flere ydelser end i 1996. Den øgede efterspørgsel vedr. hovedsageligt de 0-14-årige.

Arbejdsgruppen konstaterer at spørgsmålet om hvilken **procentandel af børn og unge, der bør have mulighed for tilbud,** herunder tilbud om børne- og ungdomspsykiatrisk bistand ikke lader sig besvare fyldestgørende på baggrund af den aktuelt foreliggende epidemiologiske viden.

På baggrund af den foreliggende epidemiologiske viden og herunder den ovenfor omtalte danske undersøgelse, må det dog anses for sandsynligt, at der vil være behov for at en noget større procentandel af børne- og ungepopulationen end de nuværende 0,4% i løbet af et år vil have behov for et specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud.

Arbejdsgruppen konstaterer i denne forbindelse, at der er **behov for yderligere forskning**, omfattende undersøgelser såvel vedr. forekomst af forskellige typer lidelser som vedrørende behovet for ydelser og effekten af disse, herunder effekten af det specialiserede sygehusvæsens ydelser.

Der er i denne sammenhæng inden for børne- og ungdomspsykiatrien behov for udvikling og forbedringer mht. ensartede definitioner og registreringspraksis samt herudover udvikling af metoder til opgørelse af hele patientforløb.

Der er også behov for øget viden om karakteren af de psykiske lidelser, der ses i sygehusvæsenet. Arbejdsgruppen skal derfor understrege nødvendigheden af, at de børne- og ungdomspsykiatriske patienter tildeles diagnoser og inddeles i sygdoms- og diagnosegrupper, således at erfaringer og resultater vedr. undersøgelses- og behandlingsmetoder kan dokumenteres og opgøres m.h.p. en videreudvikling og forbedring af indsatsen.

Sammenfattende vurdering og anbefalinger vedrørende børne- og ungdomspsykiatriens opgavevaretagelse

Arbejdsgruppen konstaterer, at der foreligger en principiel hensigtsmæssig **arbejdsdeling mellem social-, undervisnings og sundhedssektoren,** som tager udgangspunkt i om barnets/den unges problemer anses for at være primært af social, psykologisk/pædagogisk eller sundheds/sygdomsmæssig karakter. Endvidere at der inden for sundhedsvæsenet er en arbejdsdeling, hvorefter den primære sundhedstjeneste varetager de lettere problemer, medens sygehusvæsenet varetager de mere specialiserede opgaver.

Børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet skal således som hovedregel først inddrages, når der er tale om alvorligere psykiske problemer/psykisk sygdom, eller når den samlede problemstilling er for indviklet til at kunne klares i primærsektoren dvs. når man i de forebyggende sundhedsordninger, almen praksis eller hos børne- og ungdomssagkyndige i social- og undervisningssektoren finder henvisning hensigtsmæssig og nødvendig.

Der bør dog efter arbejdsgruppens opfattelse principielt altid ske en **vurdering ved børne- og ungdomspsykiater/sagkyndig speciallæge** ved: 1.Mistanke eller påvisning af psykoser, affektive lidelser, anorexi, gennemgribende udviklingsforstyrrelser. 2. Alvorlige selvmordsforsøg. 3. Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia overvejes samt 4. ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande.

I kapitel 4 beskrives **de diagnostik- og behandlingsformer** man råder over i børne- og ungdomspsykiatrien samt den forventede fremtidige udvikling. Denne ligger især indenfor det neuropsykiatriske og det psykofarmakologiske område, samt i udvikling og anvendelse af standardiserede observations- og registreringsskemaer.

Vedrørende diagnosticerings- og behandlingstilbud finder arbejdsgruppen, at alle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger skal råde over en

bred vifte af diagnostiske og behandlingsmæssige metoder og herunder være i stand til at anvende, såvel psykoterapeutiske som farmakoterapeutiske behandlingsprincipper og kombinationer af disse.

På landsplan er der brug for en forstærket udvikling af de **højtspecialiserede enheder med lands- og landsdelsfunktion,** som varetager særlige specifikke udrednings- og behandlingsopgaver, herunder bl.a. svære spiseforstyrrelser, svære udviklingsforstyrrelser, sjældne syndromer, retspsykiatri (mentalundersøgelser af unge) samt behandling af særligt svære psykotiske tilstande og komplicerede neuropsykiatriske tilstande, især hvor der er behov for farmakoterapeutisk kombinationsbehandling. En udvikling af de højtspecialiserede enheder især m.h.t. varetagelse af de nye højtspecialiserede undersøgelsesmetoder kunne være ønskelig.

Der bør endvidere udvikles en praksis for at henvise flere relevante patienter til lands- og landsdelsafdelingerne med henblik på at samle og udvikle erfaringen vedr. særligt sjældne og særligt komplicerede tilstande.

I kapitel 5 gennemgås **det nuværende børne- og ungdomspsykiatriske tilbud** i relation til de forskellige faser i et børne- og ungdomspsykiatrisk forløb.

Ud fra gennemgangen konstaterer arbejdsgruppen **vedr. henvisningspraksis** til børne- og ungdomspsykiatri, at ca. 60% af henvisningerne modtages fra sundhedssektoren og ca. 30 % fra de pædagogisk – psykologiske rådgivninger og socialforvaltningerne. Hovedparten af henvisningerne findes relevante og det omhyggelige visitationsarbejde betyder, at afdelingerne generelt ikke varetager opgaver, som vil kunne klares på organisatorisk andet eller lavere niveau d.v.s. i undervisnings- eller socialsektoren eller i den primære sundhedstjeneste. Der findes derfor efter arbejdsgruppens vurdering ikke grundlag for generelt at foreslå ændringer i nuværende henvisningsadgang og henvisningspraksis.

Analysen af diagnosefordelingen ved indlæggelse (kap 7) viser i øvrigt, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger beskæftiger sig med relevante kernegrupper af patienter, svarende til de sværeste og mest komplicerede tilstande.

Med hensyn til **kvaliteten af undersøgelses- og behandlingstilbuddene** er det arbejdsgruppens vurdering, at det børne- og ungdomspsykiatriske **undersøgelsestilbud** generelt har en høj standard. Således indsamles og vurderes faktorer, som kan have betydning for barnet/den unges udvikling og psykiske lidelse. De enkelte elementer i undersøgelsestilbuddet f.eks. anamnese, klinisk vurdering, psykologisk undersøgelse m.v. vurderes ligeledes generelt at have en god faglig standard.

Enkeltelementerne i de børne- og ungdomspsykiatriske **behandlingstilbud**, der tilbydes på afdelingerne f.eks. samtaleterapi, familieterapi, mil-

jøterapi og medikamentel behandling har efter arbejdsgruppens vurdering ligeledes en god standard og indsatsen er præget af grundighed og omhu. Der er imidlertid visse tids- og ressourcekrævende behandlingsformer, der kun tilbydes i meget begrænset omfang f.eks. langvarig psykoterapi og legeterapi.

Det børne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud omfatter en **behandlingsplanlægning** præget af et helhedssyn. Denne samlede behandlingsplanlægning involverer ofte foranstaltninger uden for den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling. Generelt er standarden i den samlede behandlingsplanlægning høj. Der gøres således et grundigt og kompetent arbejde i samarbejde med de øvrige sektorer m.h.t. at finde frem til det relevante behandlingstilbud indholdsmæssigt og m.h.t. karakter af foranstaltninger. Alligevel forekommer det relativt hyppigt, at de foranstaltninger man er enige om i behandlingsplansammenhæng ikke kan omsættes til realiteter bl.a. pga. kapacitetsproblemer f.eks. manglende døgninstitutionspladser indenfor en rimelig tidshorisont.

Indsatsen udføres såvidt overhovedet muligt **ambulant** med henblik på at bevare barnet/den unges tilknytning til en almindelig hverdag, men også fordi de enkelte amters børne- og ungdomspsykiati kun i meget begrænset og varierende omfang kan tilbyde behandling under indlæggelse. Kun undtagelsesvis omfatter **indlæggelsesmulighederne** indlæggelse under beskyttende former, dvs. med skærmning og/eller bag lukket dør, eller mulighed for akut indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Det store henvisningspres på den aktuelle undersøgelses- og behandlingskapacitet betyder trods alle hidtidige initiativer, at der fortsat er ventelister og ventetider. Lang ventetid på undersøgelse og behandling har som oftest meget negativ betydning både for småbørn, større børn og unge. Når hurtig afklaring og indsats ikke kan tilbydes, er der risiko for at sygdomstilstanden udvikler sig videre og forværres. Især for de unge medfører dette øget risiko for, at akut indlæggelse i voksenpsykiatrien kan blive en nødvendighed. For de henvisende instanser betyder ventetiderne, at der ikke kommer den afklaring, som er en nødvendig forudsætning for etablering af relevante foranstaltninger

Arbejdsgruppen konstaterer, at henvisningspresset på undersøgelses- og behandlingskapaciteten gennem årene har bevirket en betydelig rationalisering. For at øge flowet er nogle undersøgelses- og behandlingstilbud blevet afkortet og i andre tilfælde foretages kun undersøgelsesdelen af et forløb, hvorefter instanser i social- og undervisningssektoren rådgives om videre opfølgende behandlingsforanstaltninger.

Bl.a. pga. ventetiderne søges børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse i mange tilfælde erstattet af konsulentbaseret rådgivning. Der ydes således en omfattende konsulentstøtte fra børne- og ungdomspsykiatrien. Arbejdsgruppen finder, at konsulentvirksomhed til andre professionelle kan være en hensigtsmæssig, effektiv og ressourceøkonomisk arbejdsmåde. Det er herved muligt at rådgive vedr. relativt mange børn og unge med anvendelse af relativt få børne- og ungdomspsykiatriske ressourcer. Konsulentvirksomhed har dog også væsentlige begrænsninger bl.a. risikoen for at børnene/de unge ikke bliver kvalificeret udredt og behandlet.

Med hensyn til samarbejde med andre specialer og instanser udenfor sygehusvæsenet har børne- og ungdomspsykiatrien en lang tradition for et højt prioriteret, veludbygget og omfattende samarbejde.

Omsorgen for børn og unge med psykiske symptomer varetages traditionelt af 3 sektorer: Socialvæsen, sundhedsvæsen og undervisningssektoren. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en yderligere styrkelse af samarbejdet mellem disse sektorer i det enkelte amt i form af et løbende tættere samarbejde, herunder løbende drøftelser af opgavedelingen vil kunne medvirke til en effektivisering og kvalitativ forbedring af den samlede indsats.

I den forbindelse er det imidlertid en vigtig og nødvendig forudsætning, at der er de nødvendige ressourcer til rådighed i den enkelte sektor.

Kapaciteten med hensyn til nødvendige opfølgende foranstaltninger efter udskrivelse opleves af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger som utilstrækkelig medførende mange problemer i forbindelse med udskrivelse. Det drejer sig bl.a. om uhensigtsmæssige udskrivelser til passive venteperioder eller til mindre hensigtsmæssige midlertidige foranstaltninger eller alternativt forlængelse af indlæggelsestiden.

Problemerne med fremskaffelse af relevante opfølgende foranstaltninger efter udskrivelse, herunder velegnede døgninstitutionspladser og specialundervisningstilbud, udgør et stort problem såvel for patienterne som for afdelingerne og deres samarbejdspartnere.

Der er indenfor det sociale og det undervisningsmæssige område ikke tradition for løbende registrering af kapacitetsproblemer. Arbejdsgruppen finder, at indførelse heraf vil være en nødvendig forudsætning med henblik på at kunne dokumentere og kvantificere behovet for kapacitet, især vedr. specialundervisning, pædagogiske støtteforanstaltninger og døgninstitutionspladser til psykisk syge og skrøbelige børn og unge.

Sammenfattende vurdering og anbefalinger vedrørende kapacitet, aktivitet og efterspørgsel

Arbejdsgruppen har i kapitel 7 foretaget en talmæssig belysning af udviklingen med hensyn til kapaciteten og aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien. Arbejdsgruppen kan herefter konstatere følgende:

Det børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelses- og behandlingstilbud er meget forskelligt fra amt til amt. I nogle amter tilbydes udelukkende ambulant service – i andre amter er hele spektret af undersøgelse- og behandlingstilbud for såvel basisniveau som specialiseret niveau etableret.

I overenstemmelse med psykiatriaftalen af 4. April 1997 foretages der i amterne overvejelser og beslutninger om udbygning og styrkelse af tilbuddet. Dette fremgår af beskrivelsen af tilbuddet i de enkelte amter. Disse udbygningsaktiviteter er af meget forskellig karakter og bl.a. afhængig af amtets udgangspunkt. En del af disse udvidelser afspejler sig ikke umiddelbart i statistikken. Det kan f.eks. dreje sig om udvidelse af 5-døgnsafsnit til 7- døgnsafsnit, øgning af den ambulante kapacitet, udvidelse af de aldersgrupper, der får et tilbud m.v.

Fra 1.1.1996 til udgangen af 1998 er der en udvidelse i antal normerede pladser (hel- og deldøgn) på 2,5% svarende til en dækningsgrad på 0,27 pladser pr. 1000 børn og unge på landsplan.

Aktiviteten er fra 1995 til 1997 øget med i alt 673 ydelser (dvs. heldøgnsindlæggelser, deldøgnsindlæggelser og afsluttede ambulante forløb) svarende til en stigning på 15% i antallet af ydelser.

Antallet af henvisninger i 1996 udgjorde imidlertid 1016 flere end i 1995 svarende til en stigning på 26%.

Uanset at disse tal ikke er direkte sammenlignelige tegner de dog et billede af et fortsat stort **misforhold mellem tilbud og efterspørgsel.** Dette bekræftes af den negative udvikling i ventelister og ventetider.

Der var i december 1997 således ca. dobbelt så mange som ventede på undersøgelse eller behandling som i november 1995, i absolutte tal mindst 1362 mod 696.

Ventetiden er for nogle patienter uacceptabel lang, således har 25% af de som venter på 1. direkte patientkontakt ventet over ½ år på forundersøgelse/1. direkte patientkontakt og 20% af de, der venter på et ambulant undersøgelses- eller behandlingsforløb har ventet længere end ½ år på påbegyndelse heraf.

Udviklingen i efterspørgslen og **ventelister og ventetid** bekræfter opfattelsen af, at der er behov for en yderligere udvidelse af kapaciteten og aktiviteten i de kommende år, hvis ventetidsudviklingen skal vendes.

En meget stor gruppe af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter bliver **indlagt på anden afdeling**. Aktuelt varetager børne- og ungdomspsykiatrien kun omkring 30-40% af indlæggelserne med psykiatrisk diagnose for de 0-18-årige. For børnenes vedkommende varetager de pædiatriske afdelinger ca. halvdelen af indlæggelserne og for de unge varetager voksenpsykiatrien ca. 35% af indlæggelserne.

I relation til indlæggelserne på **de pædiatriske afdelinger** kan arbejdsgruppen ikke afvise, at en del af disse indlæggelser kan være fagligt velbegrundede. Arbejdsgruppen finder det i øvrigt væsentligt i denne forbindelse, at disse børn indlægges blandt andre børn, på afdelinger indrettet til børn og med et personale med viden og erfaring vedr. børns behov. Alligevel forekommer denne situation ikke ideel, og i fremtiden bør der arbejdes hen imod, at antallet af indlæggelser på pædiatrisk afdeling reduceres.

Situationen med hensyn til indlæggelse af større børn og unge **på voksenpsykiatriske afdelinger** er ganske anderledes. Disse indlæggelser omfatter typiske kernegrupper fra ungdomspsykiatrien, hvor der ikke i relation til diagnosen kan findes faglige begrundelser, der retfærdiggør indlæggelse på voksenpsykiatrisk afdeling.

Indlæggelserne på voksenpsykiatrisk afdeling kan alene opfattes som udtryk for manglende ungdomspsykiatrisk (døgn)kapacitet, herunder bl.a. **manglende akut kapacitet** og **manglende lukket eller skærmet kapacitet** til at tage vare på særlig angste, urolige, selvdestruktive eller aggressive unge.

Arbejdsgruppen finder det generelt meget betænkeligt, at 15-18-årige indlægges sammen med voksne kroniske og svært syge patienter f.eks. på akutte modtageafdelinger og lukkede afdelinger. Ofte er de unge i en særdeles vanskelig debutfase af deres psykiske sygdom, hvor det er væsentligt, at der skabes tillid og tryghed ved behandlingssystemet, som ofte for disse unge i forvejen vil stå i et skræmmende lys. Det må i denne sammenhæng anses for mindre problematisk om end ikke ideelt, at patienterne varetages af voksenpsykiatere.

Det er således arbejdsgruppens anbefaling, at der bør arbejdes målrettet henimod, at sådanne indlæggelser reduceres til et minimum hurtigst muligt, ved at der etableres de nødvendige organisatoriske , indretnings- og personalemæssige forudsætninger og rammer for at patienter til og med det 18. år kan indlægges på ungdomspsykiatrisk afsnit adskilt fra de voksenpsykiatriske patienter, herunder også i forbindelse med akut indlæggelse og ved behov for skærmet eller lukket funktion.

Omfanget af det årlige antal af sådanne indlæggelser skønnes på landsplan at udgøre 400 indlæggelser og vedrører ca. 200-250 unge.

Nærmere overvejelser og analyser af denne problematik bør foretages i de enkelte amter evt. i samarbejde med henblik på at etablere holdbare løsninger.

Det overordnede og afgørende spørgsmål i forbindelse med udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien i fremtiden er, om børne- og ungdomspsykiatrien på sigt skal have ansvar indenfor sygehusvæsenet for alle psykisk syge børn og unge inden for samtlige patientkategorier i aldersgruppen 0-18 (21) år.

Behovet for udbygning af kapaciteten som helhed og herunder karakteren af udbygningen af de konkrete tilbud/pladser afhænger heraf.

Aktuelt varetager børne- og ungdomspsykiatrisk regi kun en mindre del af de psykisk syge børn og unge indenfor sygehusvæsenet, medens et betydeligt antal varetages i hhv. pædiatrisk og voksenpsykiatrisk regi. Til trods herfor er der venteliste- og ventetidsproblemer.

Med hensyn til indlæggelse på pædiatrisk afdeling kan arbejdsgruppen konstatere, at der i 1996 i alt var ca. 660 heldøgnsindlæggelser af 0-18-årige med psykiatrisk aktionsdiagnose.

Udfra arbejdsgruppens faglige vurdering af diagnoserne, er de eneste indlæggelser, der med sikkerhed kan siges at være relevant placeret i pædiatrien, 58 indlæggelser for forgiftning. For en stor del af de øvrige kan det ikke afvises at en del, men ikke alle af disse indlæggelser, relevant kan henhøre under pædiatrien. Udfra den faglige vurdering af diagnoserne kan skønnes, at noget over halvdelen må anses at være forårsaget af manglende børnepsykiatrisk (døgn-) kapacitet.

En anden tilgang til vurderingen er, at se på indlæggelsesmåden dvs. andelen af akutte indlæggelser. Her er ca. 350 af ca. 660 indlæggelser akutte, dvs. lidt mere end halvdelen. Når der ses bort fra forgiftningerne, er der ca. 300 akutte indlæggelser herudover i pædiatrien med psykiatrisk diagnose. Det må vurderes, at den altdominerende andel af disse vil være indlæggelser pga. manglende akut indlæggelseskapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. Hertil kommer, at en del af de ikke-akutte indlæggelser i pædiatrien vil have fundet sted, fordi døgnindlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien ikke har kunnet tilbydes.

Alt i alt kan det på baggrund heraf skønnes at lidt over halvdelen, dvs. knap 400 af det samlede antal pædiatriske heldøgnsindlæggelser med psykiatrisk diagnose, har sin baggrund i manglende (døgn- og akut-)indlæggelseskapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Med hensyn til indlæggelserne af børn og unge i voksenpsykiatrien udgjorde heldøgnsindlæggelserne af 15-18-årige på voksenpsykiatrisk afdeling i alt ca. 390 indlæggelser, hertil kommer et mindre antal indlæggelser

af psykisk syge børn (0-14 år). Dette svarer til, at der er i alt lidt mere end 400 heldøgnsindlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling, der har sin baggrund i manglende ungdomspsykiatrisk (døgn- og akut-) indlæggelseskapacitet. Der er i denne sammenhæng ekskluderet 55 indlæggelser af 0-14-årige raske ledsagere.

Samlet vil det sige, at i alt ca. 800 indlæggelser af det samlede antal heldøgnsindlæggelser på de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger af 0-18-årige i 1996, må skønnes at have baggrund i manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien.

Dette kan sættes i relation til, at der i børne- og ungdomspsykiatrien i 1996 i alt var 715 heldøgnsindlæggelser af 0-18-årige Det betyder, at hvis de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger på sigt skal have ansvaret for heldøgnsindlæggelserne for de 0-18-årige med psykiatrisk aktionsdiagnose, skal man kunne håndtere mere end det dobbelte antal heldøgnsindlæggelser end i 1996.

I den forbindelse skal det bemærkes at disse indlæggelser omhandler tunge indlæggelser, idet det bl.a. drejer sig om akutte indlæggelser og indlæggelser på lukkede afdelinger.

Hertil kommer yderligere et ukendt antal deldøgnsindlæggelser samt ambulante forløb, der aktuelt foregår i hhv. pædiatri og voksenpsykiatri.

Med hensyn til den demografiske udvikling vides, at der i år 2006 vil være 140.000 flere børn og unge end i 1996. Under forudsætning af, at alt andet er lige herunder et uændret ydelses- og henvisningsmønster, skal der, for blot at fastholde et børne-ungdomspsykiatrisk tilbud svarende til den nuværende procentandel af børne- og ungepopulationen på 0,4% årligt leveres 11% flere ydelser i år 2006 end i 1996.

Med hensyn til henvisningerne vides, at der var en stigning fra 1995 til 1996 i henvisningsfrekvensen fra 0,3% til 0,4% af de 0-19-årige. Der findes imidlertid ikke grundlag for at foretage beregninger af hvorledes henvisningsfrekvensen vil udvikle sig fremover.

Hertil kommer ventelisteproblemerne med stigende ventelister og negativ ventetidsudvikling fra 1995 til 1997.

Samlet set, skal der således foretages en overmåde stor udvidelse af aktiviteten og kapaciteten såfremt børne- og ungdomspsykiatrien på sigt skal kunne bringes i stand til at varetage tilbuddene i sygehusvæsenet for de 0-18-årige, som indlægges med psykiatrisk lidelse.

Sammenfattende vurdering og anbefalinger vedrørende mangel på speciallæger

Der er ofte meget få eller ingen ansøgere til overlæge- og afdelingslægestillinger på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Manglen er blevet særligt udtalt i forbindelse med den gradvise udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien i amterne. Af lokale hensyn har man de seneste år konverteret introduktionsstillinger i specialet til 1. reservelægestillinger eller speciallægestillinger. Dette er sket for så vidt muligt at klare den lokale efterspørgsel på speciallægebistand. Imidlertid har effekten været, at tilgangen til specialet næsten er ophørt.

De sidste år har nogle af specialets undervisningsstillinger ikke kunnet besættes. I nogle amter har det været svært at få børne- og ungdomspsykiatriske introduktionsstillinger besat. I andre amter rettes mange henvendelser til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra yngre læger, der ønsker at uddanne sig indenfor specialet. Disse må da ofte afvises pga. det begrænsede antal introduktionsstillinger.

Nåleøjet med hensyn til speciallægetilgang har såvel kvantitative som kvalitative konsekvenser. Det er usundt for et speciale, at konkurrencen i uddannelsesforløbene bliver så begrænset, at incitamentet til forskning og videreuddannelse i praksis bortfalder.

Arbejdsgruppen konstaterer at der tilsyneladende i de kommende 4 år kun kan forventes en samlet nettotilvækst i antallet af speciallæger på ca. 6-10 indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Rekrutteringsproblemerne udgør således en meget alvorlig barriere for en hurtig udbygning af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Nettotilgangen af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatien er så lille i de nærmeste år, at yderligere særlige uddannelsesinitiativer og andre initiativer f.eks. seniorpolitiske tiltag bør overvejes.

Arbejdsgruppen skal herudover anbefale, at der foretages en permanent udvidelse af antallet af introduktions- og uddannelsesstillinger i specialet.

Arbejdsgruppens anbefaling for den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien

På baggrund af ovenstående er det herefter arbejdsgruppens anbefalinger til målsætning:

- At den samlede børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet på landsplan i fremtiden bør kunne varetage diagnostik og behandling af samtlige patientkategorier inden for de relevante aldersgrupper dvs. de 0-18 (21) årige. På baggrund af sjældenhed, grad af kompleksitet eller særlige ressourcekrav vil visse patientkategorier skulle varetages på landsdelsniveau eller i tværamtslige samarbejder.
- En forudsætning for, at den samlede børne- og ungdomspsykiatri på landsplan i løbet af en årrække kan blive i stand til at varetage alle patientkategorier inden for den relevante aldersgruppe, er etablering af mere varierede og forskelligartede behandlingstilbud såvel på basisniveau som på landsdelsniveau.

Det anbefales således:

- At børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet varetager de mere komplicerede diagnostiske og behandlingsmæssige opgaver. Lettere problemer og vanskeligheder bør kunne varetages i de primære led, dvs. i primær sundhedstjeneste og af personale i hhv. PPR og socialvæsen.
- At langvarig/årelang behandling i døgnregi fortsat principielt bør foregå i socialt regi, men evt. under intensiveret og formaliseret konsulentstøtte fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.
- I overensstemmelse med anbefalinger i Vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner 1996 samt psykiatriaftalen af 4. april 1997, bør det amtslige tilbud som minimum omfatte såvel børne- som ungdomspsykiatrisk ambulant funktion samt børnepsykiatrisk dagfunktion og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion.
- Der bør på landsdelsniveau eller i tværamtslige samarbejde skabes mulighed for akut indlæggelse af børn i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.
- Der bør på landsdelsniveau eller i tværamtsligt samarbejde skabes mulighed for børnepsykiatrisk døgnfunktion.
- Der bør på amtsniveau skabes mulighed for akut indlæggelse af unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.
- Der bør på amtsniveau være mulighed for at indlægge og om nødvendigt skærme særligt angste, urolige og aggressive unge i børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit.

- Der bør på amtsniveau eller i tværamtsligt samarbejde være mulighed for at indlægge unge i lukket afsnit i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Der bør endvidere foretages en betydelig udbygning af den amtslige børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet i de kommende år med henblik på at skabe bedre overensstemmelse mellem efterspørgslen og kapaciteten.

Alene på grund af den demografiske udvikling skal aktiviteten, under forudsætning af bl.a. et uændret ydelses- og henvisningsmønster, udvides med 5% i år 2001 og 11% i år 2006 for blot at fastholde tilbuddet til den nuværende procentandel af børne- og ungdoms-populationen på 0,4% årligt.

Skal ventetids- og ventelisteudviklingen vendes, og det meget betydelige antal heldøgnsindlæggelser, der aktuelt varetages af de voksenpsykiatriske og pædiatriske afdelinger, overgå til børne- og ungdomspsykiatrien, skal der herudover foretages en yderligere særdeles betragtelig udvidelse af kapaciteten og aktiviteten.

For at opfylde målsætningen om at varetage samtlige patientkategorier indenfor de 0-18-årige skal alene antallet af heldøgnsindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien således mere end fordobles, og der skal herudover endvidere varetages et antal deldøgns-indlæggelser og ambulante forløb, som hidtil er foregået i hhv. pædiatrisk og voksenpsykiatrisk regi.

Realiseringen af denne målsætning forudsætter således en betydelig og målrettet udbygning over en årrække, idet den nuværende børne- og ungdomspsykiatri, incl. den aktuelle styrkelse, ikke indebærer mulighed for eller personaleressourcer til at løfte denne opgave/dette ansvar for alle patientkategorier inden for den nærmeste fremtid.

Afstanden mellem den aktuelle kapacitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien og den ovenfor anførte målsætning er så betydelig, at en gradvis og prioriteret planlægning for udbygningen vil være nødvendig. Arbejdsgruppen skal anbefale, at der i første række fokuseres på følgende områder:

- Nedbringelse af ventelister/ventetider.
- Etablering af ungdomspsykiatriske døgnindlæggelsesmuligheder, åbne og lukkede, således at der sikres muligheder for at rumme særligt angste, urolige og aggressive unge i børne- og ungdomspsykiatriske afsnit.
- En permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og uddannelsesinitiativer for det øvrige personale.

Der vil i en sådan proces endvidere skulle lægges betydelig vægt på, at den indholdsmæssige kvalitet af tilbuddet til patienterne ikke forringes.

I udbygningsfasen vil fleksibilitet og intenst samarbejde med bl.a. pædiatri og voksenpsykiatri om fagligt hensigtsmæssige ordninger være en nødvendig forudsætning.

Arbejdsgruppen skal endvidere anbefale, at der tages initiativer med henblik på at styrke forskning og kvalitetsudvikling i børne- og ungdomspsykiatrien.

Arbejdsgruppen skal endelig anbefale, at udviklingen og udbygningen overvåges af de centrale sundhedsmyndigheder.