

Rapport for specialet:
Børne- og ungdomspsykiatri

Rapportens tilblivelse

Specialerapporten er et resultat af en gennemgang af specialet foretaget af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra relevante videnskabelige og faglige selskaber, regionerne og Sundhedsstyrelsen (jf. bilag 1).

På baggrund af specialerapporten har Sundhedsstyrelsen udarbejdet styrelsens udmelding for specialet. I henhold til Sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005) udgør udmeldingen Sundhedsstyrelsens udmøntning af kompetencen til at fremsætte krav til organisering og placering af funktioner på specialiseret niveau og anbefalinger til organisering og placering af funktioner på hovedfunktionsniveau på regionale og private sygehuse efter høring i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.

Specialerapporten har været drøftet og kommenteret først i Den Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning, der består af regionale repræsentanter med ansvar for planlægning i hver region og har til formål at sikre vurdering af de tværfaglige, ressourcemæssige og organisatoriske konsekvenser af specialeplanlægningen. Medlemsliste kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk under specialeplanlægning.

Dernæst har rapporten været drøftet og kommenteret i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, der rådgiver Sundhedsstyrelsen om det faglige grundlag for specialeplanlægningen. Medlemsliste kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk under specialeplanlægning.

1 Kort specialebeskrivelse

1.1 Kort specialebeskrivelse

1.1.1 Nuværende overordnede specialebeskrivelse i specialevejledning fra 2001

Børne- og ungdomspsykiatri omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme hos børn og unge. Psykiske lidelser i barnealder og ungdomsårgang udgør et bredt spektrum af tilstande. Børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien ved svære eller komplicerede tilstande. Det børne- og ungdomspsykiatriske arbejde foregår i tæt samarbejde med barnets eller den unges familie og netværk. Behandlingsmetoderne omfatter psykoterapi, miljøterapi og medicinsk behandling. Rådgivning af forældre og professionelle samarbejdspartnere udgør en væsentlig del af arbejdet i specialet.

1.1.2 Generel beskrivelse af de nuværende væsentligste opgaver i specialet (de opgaver, der fylder mest i daglig klinisk praksis)

Opgaverne i børne- og ungdomspsykiatri omfatter akut og elektiv udredning og behandling. Udredning og behandling foregår for størsteparten ambulantly og inddrager ofte både biologiske og psykoterapeutiske metoder i kombination med rådgivning samt koordinering med den kommunale indsats i form af sociale og undervisningsmæssige tiltag.

Antalsmæssigt fylder de udviklingsbetingede lidelser med de afledte adfærdsforstyrrelser og emotionelle forstyrrelser meget. Mindre grupper såsom spiseforstyrrelser, psykotiske tilstande og angst- og tvangstilstande kræver mange ressourcer på grund af kompleksiteten i tilstand og behandling. Organiseringen af specialet udfordres i disse år af et stigende antal unge med behov for akut og intensiv behandling samt et stadigt voksende antal henvisninger.

Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien når de er alvorligt syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til at barnet/den unge kan få tilstrækkelig hjælp hos den praktiserende læge eller i kommunen. Principielt bør der altid henvises til børne- og ungdomspsykiatrien når der er mistanke om eller påvist psykoser, svære affektive lidelser, tvangstilstande, anorexia nervosa eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser. Desuden skal der henvises når børn og unge foretager alvorlige selvmordsforsøg samt når der påtænkes behandling med psykofarmaka.

Målgruppen for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale er patienter som har svær subjektiv forpintethed, alvorlige adfærdsforstyrrelser eller svære symptomer på:

- psykiske lidelser forårsaget af misbrug,
- skizofreni og andre psykoser,
- affektive lidelser,
- angst- og tvangslidelser,
- psykisk betingede legemlige symptomer,
- belastnings- og tilpasningsreaktioner,
- spiseforstyrrelser,
- personlighedsforstyrrelser,

- psykiske lidelser hos mentalt retarderede,
- gennemgribende udviklingsforstyrrelser samt
- adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen, herunder hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD), adfærdsforstyrrelser, emotionelle forstyrrelser i barndommen, tilknytningsforstyrrelser og Tourette syndrom.
- Spædbarnspsykiatri

2 Særlige udfordringer og udviklingstendenser

2.1 Udviklingen de næste 5 -10 år – herunder forventet udvikling i specialets funktioner og nye opgaver

Med loven om udrednings- og behandlingsret forestår der betydelige opgaver for specialet med rekruttering og videreuddannelse af nyt personale. Dette vil mange steder betyde intern omstrukturering af faglige arbejdsgange og bygningsmæssige tilpasninger.

De meget lange ventelister, især på børneområdet, skal afvikles, og samtidigt forventes en stigning i henvisninger op til 1,5 - 2 % af børne- og ungepopulationen mod 0,9 % i 2007. Den øgede henvisningsfrekvens kan få betydning for henvisningsmønstret idet patientgrupper som i dag har et utilstrækkeligt behandlingstilbud fremover vil søge til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette kan f.eks. være tilfældet ved moderate stemningsforstyrrelser, angst og tvangstilstande.

I forbindelse med gennemførelsen af kommunalreformen har kommunerne været under øget pres, hvilket har bevirket at PPR og socialforvaltningerne har haft svært ved at klare de kommunale undersøgelses- og støtteforanstaltninger til udsatte børn og unge. Som konsekvens af dette har kommunerne henvist flere børn og unge med sociale problemer i kombination med følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder. Et stigende antal børn og unge med opmærksomhedsproblemer og hyperaktivitet (ADHD) henvises allerede nu, og patienterne sættes hyppigere end tidligere i medikamentel behandling. Da denne behandling følges over mange år, stiger antallet af patienter, som løbende er i behandling. Mange steder er der oprettet særlige ADHD-klinikker, der kan varetage medikamentel behandling, følge barnets udvikling og følge op på medfølgende problemer.

Selvskadende adfærd og selvmordsforsøg er et stigende problem, såvel blandt børn som unge. Der ses en tendens til, at stadig flere patienter henvises med ønske om akut indsats. Det er kun et mindretal af disse børn og unge der har behov for en specialiseret psykiatrisk udredning og behandling. Langt overvejende er der tale om belastningsreaktioner på baggrund af sociale og familiære problemer. Enkelte steder i landet er der oprettet centre der specielt varetager forebyggelse af selvmordsadfærd blandt børn og unge. Organisering og sektorforankring er forskellig, men typisk er der tale om et udstrakt kommunalt og sundhedsfagligt samarbejde.

Med indførelse af den udvidede ret til undersøgelse og behandling vil patienter og samarbejdspartner fremover forvente, at specialet kan iværksætte den relevante behandling, når der behov for dette. Børne- og ungdomspsykiatrien lægger vægt på det psykoterapeutiske arbejde, hvilket imidlertid er under pres fra det øgede antal henvisninger og følgende ventelister. Specialet har tilpasset sig disse udfordringer med kortere og mere problem-orienterede patientforløb. Dette har betydet, at psykoterapien midlertidigt er nedprioriteret i forhold til det undersøgende og diagnosticerende arbejde. Det bliver derfor nødvendigt at opruste det psykoterapeutiske arbejde for at kunne tilbyde tilstrækkelig differentieret behandling samt uddannelse af børne- og ungdomspsykiatere og andet terapeutisk arbejdende personale.

2.1.1 Opgaveflytning/glidning

Set i lyset af den stigende efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser, den udvidede ret til udredning og behandling indenfor 2 måneder, den forventede kommende kapacitetsudvidelse, den øgede specialisering samt det ikke ubetydelige antal ubesatte speciallægestillinger skærpes kravene til optimering af udrednings- og behandlingsforløbene, herunder at forløbene tilrettelægges effektivt og på et så lavt omkostningsniveau som muligt. I praksis vil det betyde, at børne- og ungdomspsykiatrien i de kommende år vil fokusere endnu mere på såvel intern som ekstern opgaveflytning. Der forventes dels en vis flytning af opgaver til de praktiserende læger og kommunerne og dels øget fokus på intern opgaveflytning mellem faggrupper, f.eks. fra læger til psykologer og specialuddannede psykiatriske sygeplejersker. Begge faggrupper vil under speciallægelig supervision kunne varetage udvidede opgaver i alle faser af børne- og ungdomspsykiatriske patientforløb for veldefinerede patientgrupper herunder visitation, vurdering og behandling.

- *Opgaveafgrænsning/glidning mellem hovedfunktion og specialfunktioner*

I hovedfunktionerne skal der som minimum tilbydes ambulante udredning og behandling af de almindeligste lidelser. Regionernes størrelse åbner mulighed for at særligt ressourcekrævende tilstande kan tilbydes behandling ved regionale enheder.

Med regionsdannelsen forventes endvidere at mange specialiserede funktioner kan varetages i regionerne og kun et mindre antal patientgrupper skal undersøges og behandles på højt specialiserede funktioner.

- *Opgaveafgrænsning/glidning mellem hovedfunktion og primær sektor*

Opgavefordelingen mellem hovedfunktion, kommuner og primærsektoren vil i de kommende år blive underkastet en gennemgribende afklaring. De kommunale og de regionale behandlingstilbud bør være beskrevet og afstemt i forhold til hinanden således behandlingsopgaver entydigt er placeret. Dette forventes at ske bl.a. i forbindelse med sundhedsaftalerne.

De praktiserende lægers indsats vedrørende børn og unge med psykiske lidelser vil ligeledes blive drøftet i de regionale samarbejdsfora. En øget præhospital indsats og shared care forventes også indenfor børne- og ungdomspsykiatrien i de kommende år.

2.1.2 Sammenhængende patientforløb

Sammenhængende patientforløb sikres gennem kontaktpersonordninger og behandlingsplaner. Koordineringen og samarbejdet mellem region og kommune er beskrevet i sundhedsaftalerne.

Andre potentielt vanskelige overgange i typiske patientforløb er:

- Overflytninger mellem somatisk afdeling og børne- og ungdomspsykiatrien.
- Overgange mellem specialiseret funktion og hovedfunktion.
- Overgang fra ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri

3 Specialets nuværende funktioner, organisering og samarbejde med andre specialer

3.1 Nuværende funktioner og organisering i sygehusvæsenet

3.1.1 Basisniveau

I forbindelse med strukturreformen er specialets hospitalsafdelinger organiseret i de fem regioner og med følgende fordeling:

Region Nord	Ålborg
Region Midt	To afdelinger: Børnepsykiatrisk afdeling og Ungdomspsykiatrisk afdeling. Begge regionsdækkende og med kliniske afsnit i både Herning, Viborg og Århus
Region Syd	Augustenborg, Esbjerg, Kolding, Odense
Region Sjælland	Én afdeling med kliniske afsnit i Holbæk, Næstved og Roskilde
Region Hovedstaden	Bispebjerg (inkl. Bornholm), Glostrup, Hillerød

Alle afdelinger varetager børne- og ungdomspsykiatrisk basisfunktion indenfor deres optageområde. Basisfunktionen omfatter børne- og ungdomspsykiatrisk ambulant tilbud og døgnafsnit for unge. Der er varierende grader af faglig specialisering afhængigt af de lokale forhold. Hovedfunktionerne varetager i varierende grad konsulentopgaver i forhold til øvrige hospitalsafdelinger og det sociale område.

Kapacitet og aktivitet fremgår af de årlige statusnotater fra Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe vedrørende børne- og ungdomspsykiatri. I 2007 blev der henvist 12.774 børn og unge. Antallet af henvisninger er fortsat stigende, men væksten var dog afdæmpet i 2007. Ventetiden til undersøgelse og behandling for børn og unge med psykiatrisk diagnose har været støt stigende over det seneste årti. Pr. 31. december 2007 ventede 3.150 børn og unge. I forhold til året før en stigning på knap 10 %. I 2007 blev der registreret 1.448 udskrivelser og 10.217 afsluttede ambulante kontakter. Antallet af sengepladser og indlæggelser på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er steget langsomt i de seneste 10 år. Der ses desuden et stigende antal akutte indlæggelser af børn og unge. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger varetager dog fortsat kun ca. 1/3 af indlæggelserne af 0-18 årige med psykiatrisk diagnose. Samlet tyder dette på, at den akutte kapacitet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fortsat ikke er tilstrækkelig.

Forekomsten for de enkelte sygdomsgrupper kan i et vist omfang beregnes ud fra oplysningerne i den kliniske kvalitetsdatabase BupBase. Der er tale om de patienter der har været gennem et undersøgelses- og/eller behandlingsforløb og er indberettet til databasen. I det følgende er anvendt procent af undersøgte og behandlede i 2006 og 2007 (i alt ca. 10.000 patienter).

Skizofreni og andre psykotiske tilstande (3,9 %)

I denne gruppe er skizofreni den alvorligste forstyrrelse. Skizofreni kan debutere i barnealderen, men viser sig oftest i ungdomsårene. Der er en tendens til at de psykotiske tilstande starter i tiltagende yngre aldersgrupper. Udover at dette optager stigende ressourcer forøges også behovet for og efterspørgslen efter den akutte indsats. De psykotiske tilstande kræver en veltilrettelagt udredning psykiatrisk, somatisk og neuropsykologisk. Behandlingen er medikamentel i kombination med tilpasset psykoterapi, miljøterapi og psykoedukation. Dette sammen med nøje tilrettelagt rehabilitering har stor betydning for det gode forløb.

Affektive lidelser (7,3 %)

Et stigende antal mennesker omfattende også børn og unge diagnosticeres og behandles for depressive lidelser. Tendensen er at de sværeste former inkl. den maniodepressive lidelse optræder i stadigt yngre aldersgrupper. Behandlingen er psykoterapi, medikamentel behandling og psykoedukation.

Tvangslidelser, angst og emotionelle forstyrrelser knyttet til barndom (9,5 %)

I denne gruppe er obsessiv-kompulsiv lidelse én af de alvorligste og ofte en invaliderende tilstand. Behandlingsmæssigt har patienterne gavn af især kognitiv psykoterapeutisk behandling. De sværeste tilfælde behandles også med psykofarmaka. Angst og emotionelle forstyrrelser er meget hyppige hos børn og unge, men kun de alvorligste bør henvises til specialiseret behandling.

Tilpasningsforstyrrelser med psykiske symptomer (15,5 %)

Et stigende antal børn og unge med sociale problemer i kombination med følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder, selvskadende adfærd og selvmordsforsøg henvises og ofte med ønske om akut indsats.

Adfærd ændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (7,1 %)

I denne gruppe er anorexia nervosa den mest ressourcekrævende. Behandlingen er typisk langvarig med monitorering af den fysiske tilstand, psykoterapi og undertiden medikamentel behandling samt døgnindlæggelse for de sværeste tilfælde. I enkelte tilfælde må behandlingen foregå med tvang i henhold til Lov om tvang i psykiatrien.

Forstyrrelser og forandringer af personlighed (2,6 %)

Gruppen indeholder tilstande med dybtliggende forstyrrelser i personligheden og omfatter bl.a. patienter med emotionel instabilitet, tendens til modsætningsfyldte, stærkt svingende emotionelle reaktioner og relationer til andre samt destruktive og selvdestruktive handlemønstre. Lidelserne viser sig særligt i ungdomsårene og kun en mindre del får diagnosen som aktionsdiagnose. De sværeste tilstande kræver indlæggelse. Behandlingen er langvarig ofte i form af psykoterapi og periodevis medikamentel behandling samt socialpædagogisk efterbehandling.

Autismespektrum lidelser (16,0 %).

Indenfor denne gruppe er infantil autisme, den mest kendte og én af de hyppigst forekommende. Hovedparten af patienterne er mentalt retarderede. Der er ingen specifik behandling. De ledsagende hyppigt forekommende psykiatriske lidelser behandles efter deres karakter. Den kompenserende udviklingsstøtte i form af undervisningstilbud, socialpædagogik og sociale tiltag foregår i den kommunale sektor.

ADHD (19,1%)

.ADHD er den hyppigste aktionsdiagnose. Behandlingsmæssigt kan langt de fleste børn profitere af medikamentel behandling - ofte gennem flere år - kombineret med rådgivning og vejledning..

Adfærdforstyrrelser uden ADHD (4,5%)

De generelle adfærdforstyrrelser er karakteriseret ved en stor social komponent og børnene behandles ofte i samarbejde med kommunerne.

Tilknytningsforstyrrelser (3,3 %)

Tilknytningsforstyrrelser er ofte meget alvorlige forstyrrelser med en dårlig prognose. Patienterne har ofte brug for en langvarig social indsats.

Andre diagnoser (11,3 %)

Under disse diagnoser er der følgende vigtige grupper:

Misbrugsrelaterede tilstande:

Antallet af børn og unge med misbrugsrelaterede psykiske lidelser har været stigende gennem de senere år. Der ses en tendens til tidligere debutalder og stigende misbrug af "hårde" psykoaktive stoffer med øget psykiatrisk morbiditet til følge. Størstedelen af unge med retslige foranstaltninger har et misbrug.

Mental retardering

Børn og unge med mental retardering har oftere psykiatriske lidelser end normalbefolkningen. Oftest er der tale om former for autisme, men alle psykiske lidelser forekommer med forøget hyppighed. I registreringen opføres diagnoserne oftest under de respektive aktionsdiagnoser. Der er enkelte steder oprettet specialteams til udredning og behandling af denne patientgruppe.

Spædbarnspsykiatri

Gravide mødre med psykiske lidelser og spædbørn med tidligt debuterende psykiske symptomer udgør en særlig gruppe, hvor der samarbejdes med psykiatriske afdelinger og svangreambulatorier med henblik på tidlig opsporing samt psykiatrisk og social indsats.

Elektive funktioner

Den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse indeholder en række forskellige elementer, som i forskellige kombinationer indgår i den specifikke undersøgelse. Forskellige faggrupper indgår med udgangspunkt i specialets overordnede tværfaglige tilgang. Den generelle børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse omfatter: anamneseoptagelse, indhentning af oplysninger, klinisk vurdering og standardiserede undersøgelser (screeninger, diagnostiske interviews)

Dertil kommer en række supplerende undersøgelser: familiesamtaler, observation af patienten, somatisk undersøgelse, laboratorieundersøgelser, legeobservation, psykologisk undersøgelse, neurofysiologisk og -radiologisk undersøgelse, fysioterapeutisk undersøgelse, talepædagogisk undersøgelse, socialfaglig vurdering, diætetisk undersøgelse og skolefaglig observation

Undersøgelserne vurderes ved tværfaglige konferencer, hvor resultaterne drøftes med henblik på at stille én eller flere diagnoser. Udover den psykiatriske hoveddiagnose anvendes ofte en multiaksial diagnostik ved anvendelsen af WHO's multiaksiale princip med følgende seks akser: psykiatrisk syndrom, specifik udviklingsforstyrrelse, mental retardering, somatiske diagnoser, psykosociale forhold og globalt funktionsniveau.

Overordnet omfatter behandlingstiltagene i børne- og ungdomspsykiatrien følgende hovedelementer: rådgivning og vejledning, psykoedukation, psykoterapi, psykofarmakologisk behandling, miljøterapi, fysio- og kropsterapi, diætetisk rådgivning, ADL-træning, musikterapi, billedterapi og talepædagogisk behandling.

Samarbejde med andre afdelinger og specialer

Alle afdelinger med basisfunktion varetager tilsynsopgaver. Antallet af tilsyn har på landsplan været stigende. Tolv afdelinger har konsulentforpligtelser overfor andre hospitalsafdelinger. Specialet har udviklet et velfungerende liaison-samarbejde med primært de pædiatriske afdelinger. Samarbejdet indebærer aftaler

om fast kontakt mellem specialerne i form af fælles konferencer, undervisnings- og supervisionsmøder, som er uafhængige af enkeltsager.

Behandlingen af børn og unge med ”neuropsykiatriske” sygdomme, herunder Tourette syndrom og ADHD, varetages ligeledes af speciallæger i pædiatri. Der er ingen eksakt afgrænsning mellem de to specialers ansvar og kompetencer, men forventningen er, at undersøgelse og behandling af tilstande med kompleks symptomatologi er en børne- og ungdomspsykiatrisk specialistopgave.

Akutte funktioner

Mens den børne- og ungdomspsykiatriske aktivitet for langt hovedparten udgøres af elektive ambulante forløb, er der i takt med specialets udbygning på flere afdelinger skabt mulighed for akut ambulante funktion. Enkelte afdelinger har tillige akutte stationære tilbud.

Tvang i børne- og ungdomspsykiatrien

I de senere år har børne- og ungdomspsykiatrien i nogen grad hjemtaget patienter fra voksenpsykiatrien. Der har således været flere akutte indlæggelser og indlæggelser i lukket eller skærmet regi. Dette har medført en øget anvendelse af tvangsforanstaltninger ifølge Lov om tvang i psykiatrien overfor børn og unge. Udviklingen følges i Sundhedsstyrelsens følgegruppe for børne- og ungdomspsykiatri.

3.1.2 Lands- og landsdelsniveau (herunder udlandsfunktioner, center-satellitaftaler og udviklingsfunktioner)

Antal nuværende afdelinger på lands- og landdelsniveau

Fire hospitaler har Lands- og landsdelsfunktioner: Århus Universitetshospital (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital), H:S (Bispebjerg Hospital), Odense Universitetshospital (Det Børne- og ungdomspsykiatriske Hus) og Københavns Amts Sygehusvæsen (Amtssygehuset i Glostrup).

Overordnede sygdomsgrupper (incidens/prævalens og aktivitet)

Landsdelsniveauet omfatter svære og/eller komplicerede tilstande, der kræver særlig erfaring eller samarbejde med andre funktioner, f.eks. pædiatriske eller intern medicinske afdelinger, eller hvor der er behov for avanceret neurobiologisk undersøgelsesteknik, neuropsykologi m.m.

Følgende funktioner er for nuværende placeret i lands- landsdelsafdelinger:

- Svære eller komplicerede psykotiske tilstande – alle fire afdelinger
- Svære eller komplicerede gennemgribende udviklingsforstyrrelser – alle fire afdelinger
- Svære neuropsykiatriske lidelser – alle fire afdelinger
- Svære eller komplicerede spiseforstyrrelser – Århus, Odense, Bispebjerg
- Retspsykiatriske patienter under 18 år – Århus (også planlagt i Østdanmark)

Endvidere fremgår det af Specialeplanlægningen fra 2001 at visse andre alvorlige tilstande også bør henvises til lands- og landsdelssygehuse, f. eks. ved mangelfuld diagnose, særlig vanskelig behandling eller ekstremt sjældne tilstande (selvom der ikke foreligger særlige behandlingstilbud).

Der foreligger ingen opgørelse af i hvor høj grad L/L-afdelingerne har været brugt og især efter regionsdannelsen er disse opgørelser vanskelige. Det er dog

indtrykket at der har været en ikke ubetydelig efterspørgsel og aktivitet især vedrørende spiseforstyrrelser og retspsykiatri.

3.2 Nuværende funktioner i primær sektor

3.2.1 Almen praksis

Den alment praktiserende læge har en central rolle med hensyn til opsporing af psykisk sygdom hos børn og unge og har ofte en koordinerende rolle i forhold til formidling af en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Den praktiserende læge vurderer tilstedeværelsen og alvoren af symptomerne, idet tilstandens kompleksitet, sjældenhed og sværhedsgrad afgør om en henvisning til sekundær sektor er berettiget. Den praktiserende læge eller vagtlægen kan på baggrund af sin vurdering have behov for, at patienten modtages til en akut vurdering og evt. indlæggelse. Dette sker efter kontakt til den relevante børne- og ungdomspsykiatriske afdeling. Akutte vurderinger er indicerede når der er tale om alvorlige sindslidelser med stor subjektiv forpinthed og undertiden med fare for personen selv eller andre.

Henvisningen er begyndelsen på et udstrakt samarbejde omkring patienten. Henviser informeres om tid til første undersøgelse, konklusion på denne og forslag til videre forløb. I særligt komplekse sager, hvor patienten fortsætter i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, afholdes der typisk et eller flere netværksmøder, hvortil den praktiserende læge inviteres. Ved afslutning af patienten sker der samtidig en formidling af behandlings- og/eller handleplan.

Den praktiserende læge kan i samråd med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri have en særlig rolle i den opfølgende medicinske behandling af patienten (shared care).

Organiseringen af samarbejdet med de praktiserende læger sker med udgangspunkt i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers geografiske optageområder. Den enkelte læge samarbejder primært med afdelingen i sit område.

En del henvisninger afvises umiddelbart eller efter en enkelt vurderende samtale. Ifølge BupBasens årsrapport afvistes eller omvisiteredes i perioden 2004-2006 ca. 23 % af henvisningerne. Der er typisk tale om tilfælde, hvor barnet eller den unge ikke har gennemgået en tilstrækkelig udredning i primærsektoren. En anden ofte forekommende problemstilling er, at patientens funktion er stærkt påvirket af sociale problemer. I den forbindelse har såvel den praktiserende læge såvel som den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling jvf. Lov om social service en skærpet pligt til at underrette kommunen om barnets eller den unges behov for særlig støtte. Endelig kan der være tale om lettere psykiske vanskeligheder der kan afhjælpes ved en indsats i det primære system. Den praktiserende læge tilbydes rådgivning og konsulentbistand i forbindelse med afvisning eller omvisitering af henvisninger. Den praktiserende læge er medansvarlig for at undersøge, hvorvidt der i familier med sindslidende er børn der kan have behov for særlig støtte.

3.2.1 Speciallægepraksis

Specialrelevante opgaver, som løses i speciallægepraksis - herunder aftalt specifik fordeling mellem speciallægepraksis og sygehusvæsen

Sværhedsgraden af tilstanden i kombination med behovet for tværfaglig indsats afgør hvor patienten behandles. Når behandlingen tilrettelægges med udgangspunkt i hospitalet, kan der tilbydes observation af en række faggrupper (læge, sygeplejersker, psykologer og andre). Samtidig kan hospitalet i højere grad end de

praktiserende speciallæger samarbejde med patientens netværk i bred forstand, dvs. med socialforvaltning, behandlingsinstitutioner m. fl..

Øvrige problemer og vanskeligheder kan varetages i de primære led – herunder praktiserende børne- og ungdomspsykiatere.

Der er 17 praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri med ydernummer. De havde i 2006 ca. 1.600 nye patienter (incidens) og løbende ca. 3.000 patienter i behandling (prævalens).

Der er ikke aftalt nogen specifik fordeling.

3.2.3 Kommunale opgaver – fx rehabilitering

- Specialrelevante opgaver som løses i kommunalt regi:

Børn og unge med psykiske vanskeligheder kan få hjælp fra forskellige instanser: de Pædagogisk Psykologiske Rådgivninger (PPR), skolesundhedsplejen, skolevejledere, praktiserende læger og speciallæger, praktiserende psykologer, samt i kommunernes socialforvaltning herunder børne- og ungerådgivninger og familierådgivninger. Sekundært kan de børne- og ungdomspsykiatriske, de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger inddrages. .

- Samarbejde med kommunale sundheds- og plejetilbud:

Børne- og ungdomspsykiatrien har 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 man samarbejder løbende på netværksmøder. Afgrænsningen mellem den kommunale indsats og børne- og ungdomspsykiatriens behandlingsindsats og ikke mindst samspillet mellem sektorerne er udredt i flere offentlige publikationer, arbejdsgrupper og fælles projekter gennem de seneste år. Der peges især på behovet for at formalisere samarbejdet på ledelsesplan, at opstille samarbejdsaftaler samt at bygge bro mellem de forskellige kulturer i henholdsvis den kommunale verden og den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Efter kommunalreformen har regionerne indgået sundhedsaftaler med de enkelte kommuner. I sundhedsaftalerne beskrives samarbejdet mellem den regionale børne- og ungdomspsykiatri og den kommunale inddragelse i forebyggelse, udredning og opfølgende støtte/behandling i forhold til børn og unge med psykiske lidelser. Det kan være forhold vedr.

- overgangene mellem kommunen og den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling (f.eks. vedrørende de oplysninger som skal være tilvejebragt ved henvisningen, herunder formålet med henvisningen, hvilke foranstaltninger, der evt. er overvejet, resume af relevante oplysninger, tidligere undersøgelser, hidtidige indsatser og effekten heraf, patientens symptomer og problemstillinger, familiens og patientens holdning til henvisningen, aftaler truffet med familien samt relevante praktiske oplysninger, informeret samtykke mm.).
- samarbejdet mellem kommunen og afdelingen under patientens ophold på den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling,
- overgangen efter afsluttet udredning og behandling (f.eks. vedrørende de oplysninger som den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling skal sende til kommunen i forbindelse med afslutning, herunder redegørelse for relevante undersøgelsesresultater, diagnose forklaret på dansk, beskrivelse

af patientens ressourcer og støttebehov, et realistisk skøn over, hvilken effekt støtten forventes at give og vurdering af, hvad der vil ske, hvis støtten ikke etableres, navne på kontaktpersoner, der kan kontaktes ved behov for nærmere drøftelse, familiens og patientens holdning til afdelingens beskrivelse og råd).

- den kommunale opfølgning på de lægefaglige anbefalinger fra den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling vedr. støtteforanstaltninger/behandling til barnet/den unge/familien – herunder f. eks. tilbagemelding til den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling om iværksættelsen af de konkrete støtteforanstaltninger, som kommunen beslutter sig for.

Erfaringsmæssigt er det svært at skabe sammenhæng for den enkelte familie, der har kontakt først med sygehusvæsenet og senere med det sociale system. Det er vigtigt, at der tidligt i et forløb foretages overvejelser om behovet for foranstaltninger efter forløbet og at der hurtigt etableres kontakt med de relevante instanser. I det sociale system er efterbehandlingen ofte langvarig, og antallet af specialiserede tilbud er begrænsede. Ventetiden på en velegnet behandlingsplads kan derfor være lang. Også i undervisningssektoren er det svært med kort varsel at etablere specialiseret undervisning. Der kan derfor typisk blive tale om en ventetid på de anbefalede foranstaltninger. Manglende kapacitet til nødvendige opfølgende foranstaltninger kan medføre, at der indlægges og undersøges færre børn og unge på afdelingerne. Alternativt bliver nogle patienter afsluttet til midlertidige foranstaltninger, som ikke lever op til børnenes behov. Disse situationer forekommer regelmæssigt og dilemmaet håndteres forskelligt. Nogle afdelinger afslutter patienterne. Andre vurderer den enkelte sag og forlænger forløbene i kortere eller længere tid.

Almindeligvis vil de opfølgende foranstaltninger foregå med patientens og familiens samtykke. Der lægges stor vægt på at opnå en fælles forståelse og accept af det videre forløb. Der er imidlertid i henhold til serviceloven mulighed for anbringelse af et barn eller ung uden for hjemmet uden samtykke, når betingelserne herfor er opfyldt.

4 Personale

4.1 Beskrivelse af faggrupper (læger, sygeplejersker osv.) involveret i specialets arbejdsopgaver

Arbejdsformen i børne- og ungdomspsykiatrien er tværfaglig og involverer både speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, læger i videreuddannelse i børne- og ungdomspsykiatri, psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker og pædagoger. Det overordnede ansvar for undersøgelse og behandling er placeret hos overlægen. Hver faggruppe bidrager til den samlede kvalitet i opgaveløsningen med hver deres specifikke kompetencer.

Antal normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien var pr. 31.12.2006: Læger 235; Psykologer 174; Socialrådgivere 64; Sygeplejersker 422; Pædagoger 188; Andet personale 393 omfattende sekretærer, fysio- og ergoterapeuter, diætister og SOSU.

Læger:

Per 31.12.2006 var der i Danmark 134 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Der er tale om herboende speciallæger under 70 år. Tallet dækker både erhvervsaktive/ikke erhvervsaktive og hospitalsansatte/praktiserende samt privatpraktiserende speciallæger. Antallet af normerede speciallægestillinger i sygehusvæsenet i perioden 2000-2006 er steget med gennemsnitligt 6,8 % pr. år. Derudover er der i de ungdomspsykiatriske afsnit ansat speciallæger i voksenpsykiatri.

Psykiatriske sygeplejersker og pædagoger:

De miljøterapeutiske funktioner i dag- og døgnafsnit varetages hovedsageligt af sygeplejersker, pædagoger og SOSU. Omkring 50 % af personalet i afsnittene er sygeplejersker og en del af disse har specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. Der specialuddannes 50-60 sygeplejersker årligt, men uddannelsen dækker både børne- og ungdoms- og voksenpsykiatri. Derudover har personalet mulighed for efteruddannelse i form af diplomuddannelser. I de ambulante funktioner er der ansat sygeplejersker og pædagoger, som varetager en række selvstændige og delegerede opgaver.

Psykologer:

De relevante specialistuddannelser for psykologer ansat i børne- og ungdomspsykiatri er (børne)neuropsykologi, børnepsykologi og psykoterapi. Psykologer kan varetage en række opgaver, der kan supplere den til rådighed værende mængde lægelige arbejdskraft. Opgaverne uddelegeres af overlægen, som har det overordnede ansvar.

4.2 Særlige udfordringer vedr. uddannelse af personale (læger, sygeplejersker osv.) indenfor specialet

Kvaliteten af den børne- og ungdomspsykiatriske indsats beror på personalets særlige fagkundskab og kun i meget begrænset omfang på tilstedeværelse af apparatur. Udvikling og vedligeholdelse af personalets kvalifikationer bl.a. ved uddannelse og supervision er således centralt for kvaliteten. Dette stiller store krav til efter- og videreuddannelse samt supervision af alle faggrupper. Der findes en række tilbud om fagspecifikke efteruddannelser til de forskellige faggrupper. Implementeringen af den nye speciallæge uddannelse har skærpet fokus på uddannelse af yngre læger i den kliniske hverdag.

4.3 Rekruttering og fastholdelse (herunder særlige problemer, beskrivelse af den nuværende personalesituation og evt. prognoser)

Manglen på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri har været i fokus i flere år. Der har været en øgning i antal af hoveduddannelsesforløb hvilket giver forventning om en stigning i antallet af speciallæger efter 2015. Sundhedsstyrelsen har endvidere anbefalet yderligere udvidelse fra 15 til 20 forløb om året i dimensioneringsplanen 2008-2012. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab har i forbindelse med dimensioneringsplanen vurderet at det fremtidige behov vil være større end stigningstakten på 6.8 % pr. år i perioden 2000-2006. Baggrunden er aktuelle ventelister, en forventning om øget henvisningsfrekvens samt at andre specialer (især pædiatri og psykiatri) behandler patienter, der burde henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Udvidelsen af hoveduddannelsesforløbene vil øge antallet af speciallæger ud over det angivne i sundhedsstyrelsens lægeprognose. I perioden 2000-2006 er 89,5 % af alle opslåede uddannelsesforløb blevet besat inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Der har været og er fortsat en positiv interesse for faget og der synes at være gode rekrutteringsmuligheder til specialet. En klarere lægelig profil i specialet, et øget antal læger i specialet samt mulighederne for personlig udvikling, forskning og lav vagtbelastning skønnes at være baggrunden for den positive rekrutteringssituation. Man må forvente et antal speciallæger overgår til den private sektor ved indførelse af den udvidede udrednings- og behandlingsret.

5 Forskning

5.1 Forskningsområder

Den væsentligste forskning inden for børne- og ungdomspsykiatrien omhandler følgende områder:

- epidemiologisk forskning
- standardisering samt validering af diagnostiske instrumenter, herunder såvel diagnostiske interview som spørgeskemaer
- klinisk forskning såvel i form af behandlingsforskning og fænomenologisk forskning (beskrivelse af psykopatologi, komorbiditet mv.)
- forløbsundersøgelser.

Endvidere foregår mere grundforskningsprægede projekter som især beskæftiger sig med årsagssammenhænge, herunder genetiske studier, studier som anvender nyere brain imaging-teknikker (PET-skanning, MR-skanning, EEG mv.) samt neuropsykologisk forskning.

Eksempler på Epidemiologisk forskning:

Fra Glostrup udgår en befolkningsbaseret undersøgelse af udviklingen af psykopatologi fra spæd- og småbarnsalderen. Follow up ved 5-7 år omfatter autisme spektrum tilstande, ADHD, spiseforstyrrelser og funktionelle fysiske symptomer. Parallelprojekter omfatter screening og intervention i de første leveår. Planlagt 10 års follow-up omfatter desuden skizofreni prædiktorer samt biologiske og psykosociale risikomekanismer ved såvel psykiatrisk som somatiske sygdom.

Fra Århus udgår undersøgelser, især med henblik ADHD og Tourette's syndrom, her undersøges såvel forekomst som mulige årsagsmæssige sammenhænge og risikofaktorer. Med udgangspunkt i Århus er konstrueret samt valideret en ratingscale "5-15".

Fra Odense udgår en række projekter vedrørende standardisering og validering af ratingscales. Desuden epidemiologiske studier af psykisk sygelighed blandt skolebørn. Forskningen fokuserer bl.a. på ADHD, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser og autismespektrum forstyrrelser. Der pågår flere tvillingeregisterstudier.

Endelig er der i flere afdelinger i landet afprøvet instrumenter til belysning af autisme, depression, OCD og angst.

Eksempler på klinisk forskning

Fra Århus udgår flere kliniske undersøgelser (klinisk beskrivelse, forløbsundersøgelser) af OCD, ADHD, autisme og spiseforstyrrelser.

Flere af landets BUP afdelinger er involveret i det landsdækkende OPUS-projekt (opsporing og beskrivelse af tidlig forekomst af skizofreni hos unge).

Fra Bispebjerg udgår flere projekter vedrørende omhandlende kliniske, neurobiologiske og psykologiske aspekter ved skizofreni hos unge.

Fra Glostrup udgår en række kliniske projekter vedrørende præsentation og nosologi ved psykiske forstyrrelser spæde og småbørn, herunder infantile spiseforstyrrelser. Endvidere internationalt klinisk multicenter projekt vedrørende mor-barn relationsforstyrrelser

Eksempler på behandlingsforskning

Multicenterprojekt vedrørende psykoterapeutisk og medikamentel behandling af OCD (med udgangspunkt i Århus, inddragende andre nordiske lande).

Bispebjerg planlægger et stort multicenterprojekt vedr. effekt, bivirkninger, omsætning af antipsykotika hos børn og unge med psykotiske symptomer

Eksempler på grundforskningsprægede projekter

Med udgangspunkt i Århus pågår genetiske (herunder molekylærgenetiske) studier af såvel OCD som autisme.

Med anvendelse af Tvillingeregistret er der lavet undersøgelser på OCD og Asperger syndrom (i hhv. Århus og Odense).

Med udgangspunkt i Bispebjerg er der lavet flere brain- imaging studier af unge med psykoser.

Med udgangspunkt i afdelingen i Ålborg, Århus samt Bispebjerg pågår studier vedr. neuropsykologiske aspekter af spiseforstyrrelser, ADHD og psykoser.

5.2 Forskningsaktiviteten

Generelt har der været en mærkbar øgning af forskningsaktiviteten inden for faget de seneste ca. 10 år. I 2005 udgav de daværende amter en oversigt over forskningsaktiviteten i bl.a. børne- og ungdomspsykiatrien, som viste en markant stigende tendens. Denne tendens er fortsat i 2006 og 2007, især centreret om universitetsafdelingerne i Århus, Odense samt Glostrup og Bispebjerg.

Der er aktuelt 2 kliniske professorater i børne- og ungdomspsykiatri i Danmark: 1 ved Aarhus Universitet (1998) og 1 ved Syddansk Universitet (2006). Det kliniske professorat ved Københavns Universitet har stået ubesat siden 2002.

I perioden 2004-2007 er der forsvaret 1 doktorafhandling og 6 Ph.D afhandlinger.

5.3 Særlige udviklingsområder for forskningen

Behandlingsforskning bør prioriteres højt: Kravet om evidens nødvendiggør, at øget viden om hvilke interventioner der virker på hvilke områder.

Behandlingsforskning inden for såvel psykofarmakologisk, psykoterapeutisk som psykosocial/pædagogisk intervention er derfor ønsket. Behovet for forskning indenfor det sygeplejefaglige område og miljøterapi er voksende og relevant.

Forskningen inden for neuropsykiatrien bør styrkes, mht molekylærgenetiske studier og forskning baseret på brain imaging.

Epidemiologisk kortlægning af årsagfaktorer og forløbet af psykisk sygelighed i barndommen er afgørende for det videnskabelige grundlag for forebyggelse og tidlig intervention.

Multicenter studier bør tilstræbes, både for at opnå større studiepopulationer og for at sikre et generelt løft for den børne- og ungdomspsykiatriske forskning i Danmark.

Rekrutteringen af yngre læger til forskningen er vigtig og det forventes, at udvikling og implementering af forskningsmodulet i hoveduddannelsesforløbet vil virke motiverende for yderligere forskning efter endt hoveduddannelsesforløb. Samtidigt er det afgørende at mere erfarne forskere tilbydes bedre muligheder for

at kombinere klinisk arbejde og forskning, evt. i form af kombinationsstillinger (post-doc.stillinger mv.). Endvidere er det vigtigt at de øvrige medarbejdergrupper i børne- og ungdomspsykiatrien inddrages i forskning og at forskningsmiljøerne stimulerer til forskning i de respektive fagområder.

6 Kvalitetsudvikling

6.1 Generel beskrivelse af specialets arbejde med kvalitetsudvikling/sikring

Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring er en naturlig del af den kliniske hverdag og uløseligt knyttet til forskning og udvikling. Specialets læger er særligt forpligtede til at holde sig opdaterede om udviklingen indenfor de faglige områder og tillige ansvarlige for at organisationen kontinuerligt optimeres kvalitetsmæssigt. I efteråret 1998 blev der foreslået etablering af en landsdækkende kvalitetsdatabase i børne- og ungdomspsykiatrien (BupBase). Det var det første samlede tiltag vedrørende kvalitetsudvikling og -sikring i specialet.

6.2 Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, retningslinier, referenceprogrammer, indikatorer mv.

BupBase etablerede sig i efteråret 2003 med få generelle indikatorer. Den blev fra januar 2008 udvidet med den første sygdomsspecifikke indikator vedrørende hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD).

BupBase har såvel proces- som resultatindikatorer. Der afrapporteres afdelingsspecifik målopfyldelse af en ventetids-indikator (mindre end 60 dages ventetid på undersøgelse) og to generelle resultat-indikatorer. Disse er

- HoNOSCA som er en skala hvor behandlerne vurderer patientens symptomer og funktion på 13 områder.
- GAPD som er en 10-punkts skala hvor behandleren vurderer patientens funktionshæmning som følge af den psykiatriske forstyrrelse

Der er endnu ikke udviklet standarder så i første omgang sammenlignes afdelingerne indbyrdes. Samtidig udvikles og justeres specialets måleredskaber (vurderingsskalaer, spørgeskemaer og systematiske observationer). Samtidig med udfærdigelsen af et nationalt referenceprogram for ADHD er en specifik indikator (ADHD-RS) implementeret i BupBase. BupBase offentliggør årligt en rapport og arbejder med at få lagt kvartalsvise data på Internettet.

Referenceprogrammet vedrørende ADHD blev færdigt i foråret 2008. Det udstikker retningslinier for udredning og behandling af denne forstyrrelse, der forekommer hos 2-3 % af børnepopulationen.

Specialet følger også referenceprogrammer for skizofreni og depression med de tilpasninger der er i forhold til aldersgruppen. Alle afdelinger rapporterer til NIP vedrørende skizofreni.

6.3 Andet kvalitetsarbejde

I forbindelse med akkreditering er der udarbejdet en række kvalitetsmål.

7 Fremtidig organisering af og krav til specialet

7.1 Den fremtidige specialebeskrivelse

Børne- og Ungdomspsykiatri beskæftiger sig med undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykisk sygdom hos børn og unge. De mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser omfatter et bredt spektrum af lidelser fra medfødte udviklingsforstyrrelser og deraf afledte adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser til psykiske lidelser som skizofreni, angst og depression. Tillige ses hyppigt spiseforstyrrelser og tvangslidelser.

De børne- og ungdomspsykiatriske lidelser optræder med baggrund i biologiske, psykologiske og sociale årsager ofte i forskellige kombinationer.

7.2 Hovedfunktioner

En hovedfunktion skal kunne tilbyde forebyggelse, undersøgelse, behandling og opfølgning af patienter på alle områder af specialebeskrivelsen. Hovedfunktionen omfatter ambulansfunktion for børn og unge samt stationær funktion for unge med mulighed for skærmming.

7.2.1 Beskrivelse af og fælles krav til hovedfunktioner (vagtberedskab, samarbejdende afdelinger, faciliteter og befolkningsunderlag/patientvolumen)

Der bør på hovedfunktionsniveau være særlig opmærksomhed på vigtigheden af risikovurdering, herunder vurdering af patientens selvmordsrisiko og eventuelle farlighed.

Hovedfunktionen forudsætter at en læge kan komme til stede indenfor kort tid. Der vil ikke alle steder være grundlag for en selvstændig børne- og ungdomspsykiatrisk vagt. Vagtfunktionen kan i disse tilfælde varetages i samarbejde med andet speciale. Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at konferere telefonisk med overlæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Der bør være adgang til klinisk biokemisk service, intensiv afdeling, medicinske afdelinger inkl. neurologi, billeddiagnostik, samt kirurgisk afdeling. Der bør være mulighed for akut assistance med fremmøde af speciallæge i pædiatri, medicin og kirurgi.

Det anbefales at der generelt indtænkes telemedicinske muligheder i løsningen af opgaverne mellem de enkelte funktioner for at reducere tidsforbrug og antal kørte kilometer for patienter, pårørende og personale.

7.3 Specialiserede funktioner

7.3.1 Regionsfunktioner

7.3.1.1 Fælles krav til regionsfunktioner (vagtberedskab, samarbejdende afdelinger, faciliteter og befolkningsunderlag/patientvolumen)

De anbefalinger, som er givet til hovedfunktionsniveauet gælder også for regionsfunktionerne, men får her status som krav. Der stilles endvidere krav om at en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri kan komme til stede.

7.3.1.2 Anfør de enkelte regionsfunktioner, gerne i punktform. Såfremt der er særlige krav til den enkelte regionsfunktion, som ikke er anført under fælles krav til regionsfunktioner, anføres dette her.

De anførte hyppigheder er beregnet ud fra BUP-basen og opfølgingsgruppens rapporter. Der er endvidere anvendt lokale opgørelser i beregningerne. Generelt er der store variationer mellem regionerne og de anførte tal er gennemsnitstal for hele landet. Ved planlægning i den enkelte region bør der således tages hensyn til lokale forhold.

I hver region etableres 1- 2 steder hvor der er særlig ekspertise vedrørende

- Opsøgende virksomhed og tidlig intervention overfor unge med skizofreni (OPUS og/eller TIT). På landsplan er der 300 nye tilfælde pr. år og 600 tilfælde på et givet tidspunkt (punktprævalens).
- Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser (mental retardering, autismspektrumlidelser) samt svært udadreagerende patienter. På landsplan er der 100 nye tilfælde pr. år og 500 tilfælde på et givet tidspunkt.
- Komplekse tilstande indenfor affektive lidelser, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret. På landsplan er der 110 nye tilfælde pr. år og 220 tilfælde på et givet tidspunkt.
- Komplekse tilstande indenfor ADHD, autisme, OCD og/eller Tourette Syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret. På landsplan er der 100 nye tilfælde pr. år og 500 tilfælde på et givet tidspunkt.
- Døgnindlæggelse af spiseforstyrrede På landsplan er der 150 indlæggelser pr. år. Der skønnes at være behov for 30 senge for 0-17 årige på landsplan.
- Spæd- og småbørnspsykiatri (0-3 årige). På landsplan er der 440 nye tilfælde pr. år og 660 tilfælde på et givet tidspunkt (prævalens)
- Døgnindlæggelse af børn (under 13 år). På landsplan anvendtes 13.170 sengedage årligt i gennemsnit (2005-07) i aldersgruppen under 14 år. Der skønnes at være behov for 40 senge på landsplan.
- Primær vurdering af surrogatfængslede. På landsplan skønnes der at være 90 nye tilfælde pr. år. Der skønnes at være behov for 3 senge på landsplan.
- Selvmordsforebyggelse hos børn og unge. På landsplan er der 2000 nye tilfælde pr. år. Punktprævalens skønnes at være 500 tilfælde.

7.3.2 Højt specialiserede funktioner

7.3.2.1 Fælles krav til højt specialiserede funktioner (vagtberedskab, samarbejdende afdelinger, faciliteter og befolkningsunderlag/patientvolumen)

Det er vigtigt at afdelinger med højtspecialiseret funktion også varetager regionsfunktioner og hovedfunktion indenfor samme faglige område for at sikre generel erfaring med området som grundlag for udvikling og vedligeholdelse af ekspertise vedrørende de særligt sjældne og komplekse problemstillinger. De krav, som stilles til regionsfunktionsniveauet gælder også for de højtspecialiserede funktioner. Derudover er det et krav at der selvstændig børne- og ungdomspsykiatrisk vagtfunktion og at en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri kan komme til stede indenfor kort tid såfremt forvagten ikke er speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

7.3.2.2 Anfør de enkelte højt specialiserede funktioner, gerne i punktform. Såfremt der er særlige krav til den enkelte højt specialiserede funktion, som ikke er anført under fælles krav til højt specialiserede funktioner, anføres dette her.

De anførte hyppigheder er beregnet ud fra BUP-basen og opfølgingsgruppens rapporter. Der er endvidere anvendt lokale opgørelser i beregningerne.

- Behandlingsresistente psykotiske tilstande På landsplan er der 60 nye tilfælde pr. år og 120 tilfælde på et givet tidspunkt (punktprævalens).
- Komplekse tilstande indenfor affektive lidelser, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret. På landsplan er der 20 nye tilfælde pr. år og 40 tilfælde på et givet tidspunkt.
- Uafklarede komplekse diagnostiske tilstande indenfor ADHD, autisme, OCD og/eller Tourette Syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau eller hvor der er psykofarmakologisk behandlingsresistens. På landsplan er der 20 nye tilfælde pr. år og 100 tilfælde på et givet tidspunkt.
- Spiseforstyrrede. Særligt komplicerede patienter med komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser, hvor behandlingen har været langvarig og kompliceret. På landsplan er der 30 nye tilfælde pr. år og 120 tilfælde på et givet tidspunkt. Der vil være behov for 14 senge på landsplan for 0-17 årige.
- Spæd- og småbarnspsykiatri. Diagnostisk og behandlingsmæssigt komplicerede psykiske forstyrrelser hos 0-3 årige, herunder svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseforstyrrelser. På landsplan er der 90 nye tilfælde pr. år og 135 tilfælde på et givet tidspunkt.
- Ungdomsretspsykiatrisk funktion vedr. mental observationer og dom til behandling under indlæggelse. På landsplan skønnes der at komme 45 nye tilfælde pr. år og at dette vil vokse til en punktprævalens på 90 tilfælde på et givet tidspunkt. Udover ambulante funktioner vil der være behov for 14 senge på landsplan.

Bilag 1 Specialearbejdsgruppe

Børne- og ungdomspsykiatrisk selskab:

Professor Per Hove Thomsen
Ledende overlæge Jan Jørgensen
Center- og klinikchef Hanne Børner

Lægefaglige repræsentanter udpeget af regionerne:

Lægechef Uwe Klahn, Region Hovedstaden
Ledende overlæge Jesper Pedersen, Region Sjælland
Ledende overlæge Bodil Espensen, Region Syddanmark
Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Region Midtjylland
Overlæge Else Bonde, Region Nordjylland

Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker:

Oversygeplejerske Heine Rasmussen

Sundhedsstyrelsen:

Chef for Sundhedsplanlægning Lone de Neergaard
Chefkonsulent Niels Würgler Hansen
Afdelingslæge Marianne Jespersen
Fuldmægtig Charlotte Hosbond

S

Bilag 2 Beskrivelse af udtræk for LPR og evt. kvalitetsdatabaser

Sundhedsstyrelsen udarbejder en afrapportering af LPR-udtrækkene for specialet. Specialearbejdsgruppen skriver herefter, hvordan og i hvilket omfang LPR-udtrækkene er anvendt.

Bilag 3 Beskrivelse af litteratursøgning

Sundhedsstyrelsens bibliotek udarbejder en kort beskrivelse af litteratursøgning/søgestrategi mv. for det organisatoriske aspekt samt referenceliste. Specialearbejdsgruppen skriver herefter, hvordan og i hvilket omfang litteratursøgning.

1. Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001
2. Publikationen fra Sundhedsministeriet m.fl. fra 2001
3. Statusnotater fra Sundhedsstyrelsens Følgegruppe i børne- og ungdomspsykiatri – se:

Relevant hjemmeside-henvisning.

4. BupBasen – en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase indenfor børne- og ungdomspsykiatri – se:

www.bupbase.dk

5. Gennembrudsprojektet vedr. børne- og ungdomspsykiatri – se:

www....? Relevant hjemmeside-henvisning

6. Referenceprogram vedr. ADHD – se:

www.bupnet.dk

- 7.