

UDVIKLINGEN I DEN BØRNE- OG
UNGDOMSPSYKIATRISKE VIRKSOMHED

2007

Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

sst@sst.dk

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: børn, unge, psykiatri

Sprog: Dansk

Versionsdato: 20. december 2007

Format: pdf og print

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 2007

Opfølgningsgruppens sammensætning

Afdelingslæge Marianne Jespersen, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen
(formand)

Professionschef Ib Andersen, Dansk Psykolog Forening

Fuldmægtig Biørn Bakdal, Socialministeriet

Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i
Region Midtjylland, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Center- og klinikchef Hanne Børner, Børne- og ungdomspsykiatrisk Center
Glostrup, Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Fuldmægtig Charlotte Hosbond, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

Kontorchef Steffen Egesborg Hansen, Regional Sundhed, Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

Ledende overlæge Jan Jørgensen, Børnepsykiatrisk Hus i Odense, Danske
Regioner

Oversygeplejerske Maja Mygdal Jørgensen, Det Børne- og ungdomspsykiatriske
Hus i Odense, Dansk Sygeplejeråd

Lægechef Uwe Klahn, Børne- og ungdomspsykiatrisk afd. Hillerød, Børne- og
UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Fuldmægtig Bjørn Ursin Knudsen, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

Ledende overlæge Anne Rose Wang, Børne- og ungdomspsykiatrisk Center
Bispebjerg, Region Hovedstaden

Fuldmægtig Jesper Lihn, Regional Sundhed, Ministeriet for Sundhed og
Forebyggelse

Klinikchef Anne Lindhardt, Neurocentret, Rigshospitalet, Sundhedsstyrelsens
sagkyndige i psykiatri

Konsulent Sigrid Fleckner, Kommunernes Landsforening

Konsulent Maj-Britt Laursen, Danske Regioner

Indhold

Indledning	7
1 Baggrund	8
1.1 Resumé af konklusionerne i Sundhedsstyrelsens "Redegørelse: Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, 2001"9	
1.2 Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 om den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien	12
1.3 Konklusioner og anbefalinger i forrige statusnotat	14
2 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten	15
2.1 "Hjemtagelse" til specialet	18
2.2 Akutfunktioner	23
2.3 Udviklingen i ressourcer	26
2.4 Udviklingen belyst i relation til tvang	27
3 Efterspørgslen efter ydelser	33
4 Venteliste- og ventetidsudviklingen	38
4.1 Om ventelister	38
4.2 Om ventetider	40
4.3 Ventetid og udvidet frit valg	41
5 Personaleudviklingen	42
5.1 Vedrørende læger i børne- og ungdomspsykiatrien	43
5.2 Psykiatriske sygeplejersker	45
5.3 Psykologer	46
5.4 Opsummerende	46
6 Vedrørende spiseforstyrrelser	47
6.1 Baggrund	47
6.2 Udviklingen i kapacitet og aktivitet	48
6.3 Spiseforstyrrelsesteams	50
6.4 Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser	51
6.5 Efterspørgslen efter ydelser	52
6.6 Ventelister og ventetider	54
6.7 Opsummering	56
7 Socialektoren	57
7.1 Psykiatriaftalen 2003 til 2006 – den sociale sektor	57
7.2 Nationalt kvalitetsprojekt i børne- og ungdomspsykiatrien	58
7.3 Psykiatriaftale 2007 til 2010	58

7.4	Kortlægning af tilbud i socialektoren til unge med psykiske vanskeligheder	58
7.5	Anbragte børn	61
7.6	Den sociale indsats i forhold til spiseforstyrrelser	62
8	Forventninger til den fremtidige efterspørgsel i børne- og ungdomspsykiatrien	63
8.1	Om forekomst og efterspørgsel	63
8.2	Overvejelser om mulige årsager til den stigende efterspørgsel	65
8.3	Den demografiske udvikling	66
8.4	Henvisningsmønstre og arbejdsdeling	66
8.5	Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling	67
9	Konklusion og anbefaling	69

Indledning

Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe vedr. børne- og ungdomspsykiatri udgav i april 2004 sin første statusrapport om udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område, og i september 2005 fulgte statusnotat nummer to. Den her foreliggende fjerde statusrapport indeholder efter ønske fra satspuljepartierne et særligt kapitel om spiseforstyrrelser samt yderligere visse tilgængelige sociale data.

Der er tilstræbt en så aktuel status som muligt. Oplysningerne er således indhentet i april 2007. Nye data i notatet omfatter typisk perioden 2005 – 2007. Når der tilstræbes så nye tal som muligt betyder det, at man på nogle punkter har oplysninger, der kun er få måneder gamle, mens andre tal kan være ældre, dvs. at tidsperioden kan variere i rapporten.

Af hensyn til sammenligning med tidligere er opgørelserne foretaget med udgangspunkt i de tidligere amter grupperet regionsvist.

Nærværende statusrapport tager udgangspunkt i den amtslige aktivitet på området i 2006. Ansvar for børne- og ungdomspsykiatrien er i henhold til kommunalreformen fremover placeret i de 5 regioner. Der må på baggrund heraf forventes en række organisatoriske ændringer de kommende år på området.

På baggrund af kommunalreformen har det været vanskeligt at indhente oplysninger for 2006. Dels har regionerne ikke haft alle relevante data fra de tidligere amter, dels er der sket en betydelig personaleudskiftning regionalt. Det er derfor vigtigt at understrege, at der generelt må tages forbehold over for præcisionen i de indberettede data og dermed visse af konklusionerne i rapporten.

1 Baggrund

Allerede i forbindelse med Psykiatriaftalen af 4. april 1997 mellem Regeringen og amterne var der opmærksomhed over for behovet for en styrkelse af indsatsen på det børne- og ungdomspsykiatriske område, herunder en styrkelse og udbygning af det i 1994 nyetablerede speciale børne- og ungdomspsykiatri.

I erkendelse af, at der var begrænset viden om problemernes karakter, indgik i denne aftale bl.a., at Sundhedsstyrelsen skulle igangsætte en arbejdsgruppe med henblik på behovet for udvidelse af den samlede behandlingskapacitet på længere sigt. Sundhedsstyrelsens redegørelse ”Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed: i relation til anbefalingerne for udbygning i Sundhedsstyrelsens redegørelse: Børne- Ungdomspsykiatrisk virksomhed - den fremtidige tilrettelæggelse” fra 2001 forelå i høringsrapportform i 1999 og udsendtes i endelig udgave i 2001. Anbefalingerne for udbygning og styrkelse af området indgik allerede i Psykiatriaftalen for 2000-2002 og er fortsat i Psykiatriaftalen for 2003-2006 samt i den nugældende Psykiatriaftale for 2007-2010.

I Sundhedsstyrelsens redegørelse opstilledes, på baggrund af omfattende analyser, en målsætning for børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet, og det konstateredes, at realiseringen af denne målsætning forudsatte en betydelig og målrettet udbygning over en årrække, idet situationen i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder de tilgængelige personaleressourcer (bl.a. speciallæger), ikke gav mulighed for, at specialet ville kunne løfte opgaven for alle patientkategorier inden for den nærmeste fremtid. I den forbindelse konstateredes, at afstanden mellem den aktuelle kapacitet og målsætningen var så betydelig, at en gradvis og prioriteret planlægning for udbygningen ville være nødvendig. I relation hertil anbefaledes, at udviklingen og udbygningen blev overvåget af de centrale sundhedsmyndigheder.

Sundhedsstyrelsen nedsatte derfor i 2002 en børne- og ungdomspsykiatrisk opfølgingsgruppe, som har til formål at overvåge udviklingen og udbygningen på området bl.a. via en årlig statusrapport.

Opfølgingsgruppen konstaterede, at der i Psykiatriaftalen 2003–2006 blev tilkendegivet enighed om, at det børne- og ungdomspsykiatriske område fortsat prioriteres højt i form af målrettet styrkelse af tilbuddene i sundhedssektoren i relation til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse vedr. den fremtidige tilrettelæggelse af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, 2001 samt styrelsens vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner 2001.

På baggrund heraf udarbejdede opfølgingsgruppen en status i 2004, 2005 og 2006 for, hvor langt man var i relation til opfyldelsen af anbefalingerne i ovennævnte redegørelse. Der er i forlængelse af disse notater indgået politiske aftaler med henblik på en fortsat styrket indsats på området.

Blandt andet på baggrund af opfølgingsgruppens status april 2004 over udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område, indgik Regeringen aftale om, at der via satspuljeaftalen 2005 sikredes børne- og ungdomspsykiatrien i alt 200 mio. kr. over en fireårig periode.

Der er herved bevilget støtte til 49 projekter på tre forskellige indsatsområder. Det drejer sig om projekter vedr. hurtig og aktiv visitationsindsats, projekter vedr. undersøgelse og behandling uden for almindelig arbejdstid og inddragelse af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere mv. samt projekter til udvidelse af kapaciteten på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Satspuljeaftalen i 2005 indebar endvidere en tilførsel af 30 mio. kr. årligt specifikt til spiseforstyrrelser.

I oktober 2006 indgik Regeringen og satspuljepartierne en ny Psykiatriaftale på sundhedsområdet for perioden 2007-2010. Med aftalen blev der afsat 680 mio. kr. over 4 år til en fortsat udvikling af kapaciteten i psykiatrien og ikke mindst i børne- og ungdomspsykiatrien.

Der blev bl.a. afsat 30 mio. kr. som en permanent bevilling fra 2007 til fastholdelse af det aktivitetsniveau, som er opnået i børne- og ungdomspsykiatrien med Psykiatriaftalen 2003-2006.

Herudover blev der fra 2007 afsat 25 mio. kr. som en permanent bevilling til intensiveret udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på nedbringelse af ventetider.

Med aftalen blev det desuden besluttet gradvist at indføre øgede rettigheder for psykisk syge børn og unge. Fra 1. januar 2008 får børn og unge, ved ventetider til udredning på mere end 2 måneder, ret til udredning på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med.

Fra 1. januar 2009 får børn og unge, som efter udredning har behov for hurtig behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, ved ventetider på mere end 2 måneder, ret til behandling på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med.

Endelig blev der med aftalen afsat 1 mio. kr. til en undersøgelse af årsagerne til det stigende antal henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien. Socialministeriet har bevilget et tilsvarende beløb til undersøgelsen. Undersøgelsen blev igangsat i april 2007 og forventes afsluttet i januar 2008.

1.1 Resumé af konklusionerne i Sundhedsstyrelsens "Redegørelse: Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, 2001"

I redegørelsen konstateres:

- At den børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe omfatter et bredt spektrum af forskellige tilstande, der strækker sig fra afgrænsede tilpasnings- og krisereaktioner til gennemgribende udviklingsforstyrrelser og egentlige sindssygdomme.

- 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 eller forbigående karakter, såfremt der i tide kan ydes den fornødne støtte.

Det konstateredes endvidere, at der ikke forelå (epidemiologiske) undersøgelser, som umiddelbart gav grundlag for vurdering af behovet for indsats i de 3 forskellige involverede sektorer (sundheds-, social-, og undervisningssektoren) og herunder for vurdering af behovet for specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske ydelser i sygehusvæsenet.

I den forbindelse vurderedes, at 0,4 % af alle børn og unge i Danmark fik et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien, og det måtte anses for sandsynligt, at en noget større procentandel ville have behov for et specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud.

Herudover konstateredes, at alene den demografiske udvikling på baggrund af stigende fødselstal ville give anledning til betydelig øget efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser de kommende år.

Man fandt i forbindelse med ovenstående, at der var et betydeligt behov for forskning omfattende såvel forekomst som behovet for ydelser og effekt af disse. I den forbindelse var der også behov for udvikling og forbedringer med hensyn til definitioner og registreringspraksis, herunder for regelret anvendelse af diagnoser med henblik på, at erfaringer og resultater vedr. undersøgelses- og behandlingsmetoder kan dokumenteres og opgøres.

Vedrørende opgavevaretagelsen fandt man den principielle eksisterende arbejdsdeling mellem social-, undervisnings- og sundhedssektoren hensigtsmæssig, hvilket bl.a. betyder, at børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet 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. i de forebyggende sundhedsordninger, almen praksis eller hos børne- og ungdomssagkyndige i social- og undervisningssektoren.

Der blev samtidig udpeget en række tilstande, hvor der altid bør ske vurdering ved børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge. Det drejer sig om:

1. Mistanke om eller påvisning af psykoser, affektive lidelser, anoreksi, gennemgribende udviklingsforstyrrelser
2. Alvorlige selvmordsforsøg
3. Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia overvejes samt
4. Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande.

Man fandt i øvrigt, at alle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger skulle råde over en bred vifte af diagnosticerings- og behandlingstilbud og metoder, herunder være i stand til at anvende såvel psykoterapeutiske som farmakoterapeutiske behandlingsprincipper.

Man konstaterede, at det børne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud omfatter en behandlingsplanlægning præget af et helhedssyn om patientforløb i sammenhæng med de øvrige sektorer på feltet, men at det nødvendige samarbejde, som alle parter er enige om, ofte ikke kan omsættes til realiteter pga. kapacitetsproblemer i de forskellige sektorer. Dette kan være til skade for kontinuitet og sammenhæng i etableringen af relevante foranstaltninger i forbindelse med indsatsen over for det enkelte barn. Det medfører uhensigtsmæssige ventetider og flaskehalse specielt ved overgangene mellem de forskellige sektorer.

Det er således en vigtig og nødvendig forudsætning, at der er tilstrækkelige ressourcer til rådighed i hver af sektorerne. I den forbindelse påpegedes, at fremskaffelse af de relevante opfølgende foranstaltninger efter udskrivelse, herunder velegnede døgninstitutionspladser og specialundervisningstilbud, udgjorde et stort problem. Tilsvarende udgjorde ventetid til børne- og ungdomspsykiatrisk udredning og behandling et stort problem for de henvisende instanser.

Med hensyn til kapacitet, aktivitet og efterspørgsel konstateredes stor variation i tilbuddenes omfang mellem de forskellige amter, idet nogle amter kun tilbød ambulant service, mens andre rådede over hele spektret af undersøgelses- og behandlingstilbud. Man konstaterede samtidig, at der i alle amter havde været og var aktiviteter i gang eller overvejelser vedr. udbygning af tilbuddene afhængig af det enkelte amts udgangspunkt. Desuagtet måtte der konstateres et stort misforhold mellem tilbud og efterspørgsel afspejlende sig i en negativ udvikling i ventelister og ventetider.

Arbejdsgruppens analyser viste endvidere, at en meget stor gruppe af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter blev modtaget på anden type afdeling – og at børne- og ungdomspsykiatrien i 1996 kun varetog 30-40 % af indlæggelserne med psykiatrisk diagnose for de 0-18-årige. De pædiatriske afdelinger varetog således ca. halvdelen af indlæggelserne for børnenes vedkommende og voksenpsykiatrien ca. 1/3 af indlæggelserne af unge.

Baggrunden herfor fandtes bl.a. at være manglende børne- og ungdomspsykiatrisk døgn- og akutkapacitet og for de unges vedkommende bl.a. mangel på velegnede muligheder for at rumme og tage vare på særligt angste, urolige, selvdestruktive eller aggressive unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

I alt skønnedes ca. 800 heldøgnsindlæggelser på pædiatrisk og voksenpsykiatrisk afdeling i 1996 at have baggrund i manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. I relation til at antallet af heldøgnsindlæggelser i samme år i børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde ca. 700 indlæggelser, kunne arbejdsgruppen konstatere, at man på sigt skulle kunne håndtere mere end det dobbelte antal heldøgnsindlæggelser for at kunne "hjemtage" en række tunge patientgrupper til specialet.

Endelig konstaterede arbejdsgruppen, at en af de væsentligste begrænsninger for at kunne foretage en hurtig udbygning var manglen på speciallæger. Man vurderede, at uden en særlig indsats ville nettotilgangen af speciallæger i 2002 kun udgøre ca. 6 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, og der var på baggrund af de beskrevne behov brug for en permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten og rekruttering af uddannelsessøgende til specialet.

1.2 Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 om den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien

Nedenfor følger en gengivelse af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse: ”Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse 2001”:

”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 tværamtsligt 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 angstede, 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, inkl. 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.”

1.3 Konklusioner og anbefalinger i forrige statusnotat

Her resumeres opfølgingsgruppens konklusioner og anbefalinger i statusrapporten fra 2006.

På linie med de foregående rapporter konstateredes, at der er foregået en meget stor udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien siden 1998, herunder en overmåde stor aktivitetsudvidelse i sygehusvæsenet, og at det herved de foregående år er lykkedes at holde nogenlunde trit med den stigende efterspørgsel. Imidlertid måtte opfølgingsgruppen i 2006-rapporten konstatere, at stigningen i henvisningerne i 2005 overgik udbygningen, således at der bl.a. kunne ses en stigning i antallet på venteliste fra 1.1.2005 til 1.1.2006. med 28 %.

Opfølgingsgruppen anbefalede på baggrund heraf bl.a., at der iværksattes grundlæggende undersøgelser og overvejelser med hensyn til arbejdsdelingen mellem primærsektoren og det specialiserede sygehusvæsen.

Uanset sådanne initiativer påpegede opfølgingsgruppen endvidere, at der fortsat er behov for udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet. Man konstaterede, at den opnåede kapacitet hvor ca. 0,8 % af børne- og ungepopulationen fik et tilbud i sygehusvæsenet ikke var tilstrækkeligt. Opfølgingsgruppens foreløbige vurdering var herefter, at man bør stille mod en kapacitetsudbygning svarende til, at 1-2 % af børne- og ungepopulationen kan få et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien, idet man dog understregede, at der fortsat ikke er solidt grundlag for at vurdere størrelsesordenen af behovet.

Man konstaterede, at den langsigtede målsætning, om at børne- og ungdomspsykiatrien, i løbet af en årrække, skulle bringes i stand til selv at varetage alle relevante børne- og ungdomspsykiatriske patienter, fortsat ikke havde kunnet realiseres. Opfølgingsgruppen understregede endvidere behovet for yderligere planlægning decentralt med henblik på etablering af de mere varierede tilbud til patientgruppen, som blev anbefalet i 2001-redegørelsen.

Endelig konkluderede man, at det fortsat er meget vigtigt og nødvendigt at fastholde og intensivere den målrettede indsats og kontinuerlige kapacitetsudbygning i den kommende årrække i overensstemmelse med de anbefalinger, der blev fremsat i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001.

2 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten

Det fremgår af den spørgeskemaundersøgelse, som opfølgingsgruppen har foretaget i april/maj 2007, at der fortsat i børne- og ungdomspsykiatrien er en varierende aldersafgrænsning i afdelingerne. En række afdelinger modtager således patienter ud over det fyldte 18. år. Aldersgrænsen er til stadighed under diskussion, og det ses nogle steder, at grænsen sættes ved f.eks. det 19., 20. eller op til det 25. år. De svingende grænser kan være organisatorisk og fagligt hensigtsmæssige, men vanskeliggør sammenligninger og analytiske vurderinger.

Udviklingen i antal normerede pladser ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremgår af tabel 1. Tabellen dækker alle aldersgrupper og baserer sig på oplysninger indhentet direkte fra regionerne for hvert af de amter, som regionen i dag dækker. Fra 1996 til 1998 udgjorde væksten i det samlede antal (hel- og deldøgns-) pladser 2,5 %, fra 1998 til 2003 var der en vækst på 21,6 %. Fra 2003 til 2005 har der været en yderligere vækst på 1,7 %. Fra 2005 til 2006 ses en stagnering i den samlede vækst i antal pladser, og fra primo 2006 til ultimo 2006 må det konstateres, at antal deldøgnspladser er faldet markant med 20 %. Antallet af heldøgnspladser fra begyndelsen til slutningen af 2006 må anses for uændret.

Det er vanskeligt at pege på den konkrete baggrund for faldet i deldøgnspladserne. Man kan forestille sig, at børne- og ungdomspsykiatrien i højere grad varetager undersøgelse og behandling ambulant, og at der således er foregået en forskydning i opgavevaretagelsen mod højere grad af ambulant behandling. Endvidere kan det tænkes, at faldet er afledt af, at der politisk og fagligt gennem de seneste år har været øget fokus på døgnpladser og ambulant virksomhed.

Ser man på hele perioden fra år 1996 til ultimo 2006 er den samlede vækst i pladser i alt på ca. 14 % svarende til en samlet vækst i hele perioden i heldøgnspladser på 18 (9,3 %) og i deldøgnspladser på 29 deldøgnspladser (22 %).

Med Psykiatriaftalen 2003-2006 blev der afsat midler til udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. Som tallene afspejler, har puljemidlerne ikke affødt nogen vækst i stationær kapacitet, målt ved normerede pladser, ultimo 2006 i forhold til 2003.

Tabel 1: Udviklingen i antal normerede pladser fra 1996–2006

	1996 (1. jan.)	1998 (31.dec.)	2003 (1. jan) *	2005 (1.jan) *	2006 (1.jan)*	2006 (31.dec)*	Vækst i 2006 %
Heldøgn	194	191	216	231	211	212	+0,5%
Deldøgn	132	143	190	182	203	161	-20,7%

* Inkl. pladser vedr. spiseforstyrrelser

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse fra amterne og regionerne.

En nærmere analyse af de normerede pladser fordelt på amter viser, at der i flere af amterne tilsyneladende har været mindre nedskæringer i den stationære kapacitet – se tabel 2. Dog ses det, at faldet i normerede pladser hovedsageligt kan tilskrives udviklingen i Nordjyllands Amt, hvor man i 2006, ifølge Region Nordjylland, er påbegyndt en omorganisering i børne- og ungdomspsykiatrien med det formål at skabe balance mellem til rådighed værende speciallæger og lægefaglige opgaver samt bestræbelser på fra børne- og ungdomspsykiatrisk side at sikre effektiv og fleksibel anvendelse af andre personalegrupper. Dette har betydet en nedskæring i den stationære kapacitet med konvertering af deldøgnspladser til heldøgnspladser og for ambulante aktivitet og øget forebyggende indsats.

Tabel 2: Udviklingen i antal normerede pladser fra 2005 til ultimo 2006 fordelt på regioner og de tidligere amter

	Reg. Hovedstaden			Reg. Sjælland			Reg. Syd				Reg. Midt			R. Nord	
31/12 2006	H:S	Kbh. amt	Frd. borg	Ros kilde	Vest sjæll	Stor strøm	Fyns amt	Sdr. jyll	Vejle	Ribe	Ringk.	Århus A	Viborg	Nrd. jyll	I alt
Heldøgn	30	28	11	7	15	10	8	8	20	12	11	28	16	8	212
Deldøgn	29	24	19	0	0	6	13	10	13	6	6	35			161
I alt	59	52	30	7	15	16	21	18	33	18	17	63	16	8	373
1/1 2006	H:S	Kbh. amt	Frd. borg	Ros kilde	Vest sjæll	Stor strøm	Fyns amt	Sdr. jyll	Vejle	Ribe	Ringk.	Århus A	Viborg	Nrd. jyll	
Heldøgn	30	29	13	8	12	13	10	8	20	12	11	26	19	0	211
Deldøgn	28	24	19	0	8	6	17	10	13	12	6	35	0	25	203
I alt	58	53	32	8	20	19	27	18	33	24	17	61	19	25	414
2005	H:S	Kbh. amt	Frd. borg	Ros kilde	Vest sjæll	Stor strøm	Fyns amt	Sdr. jyll	Vejle	Ribe	Ringk.	Århus A	Viborg	Nrd. jyll	
Heldøgn	30	28	13	7	12	10	10	8	20	12	13	34	16	18	231
Deldøgn	31	25	19	0	8	6	17	10	13	6	4	34	0	9	182
I alt	61	53	32	7	20	16	27	18	33	18	17	68	16	27	413

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne. Enkelte rettelser for 2005 og primo 2006 ift. statusnotatet fra 2006.

Tabel 3 illustrerer udviklingen i aktiviteten i form af antal udskrivninger og antal afsluttede ambulante kontakter ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger for alle aldre.

Der ses samlet en betydelig aktivitetsstigning på 119 % fra 1996 til og med 2006, hvor heldøgns-udskrivningerne er steget med 37 % og de afsluttede ambulante kontakter med 169 %.

Tabel 3: Udviklingen i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra 1996-2006 uanset alder

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006**
Udskrivninger heldøgn	940	1074	1017	1042	1056	1192	1423	1228	1285	1349	1285
Udskrivninger deldøgn*	480	537	572	699	621	548	-	-	-	-	-
Afsluttede ambulante kontakter	3605	3960	4869	5946	5672	6450	7459	8236	8213	8649	9703
I alt Årlig vækst	5025	5571 11%	6458 16%	7687 19%	7349 -4%	8190 11%	(8882) 8%	9464 7%	9498 ½%	9998 5%	10988 10%

* Fra 1. januar 2002-2006 registreres deldøgnsindlæggelser ikke i LPR som selvstændig kategori. Hovedparten af deldøgnsudskrivningerne vil herefter være registreret som ambulante ydelser. Sammenligning mellem før og efter ændringen i registrering kan ikke foretages uden forbehold herfor.

**Tallene for 2006 er foreløbige.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

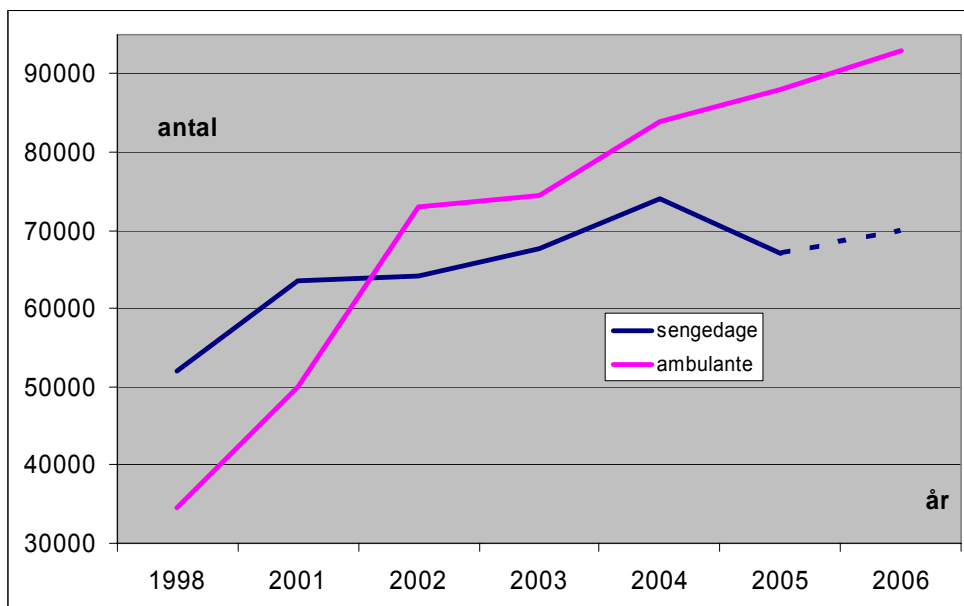
I 2006 blev der registreret 1285 heldøgnsudskrivninger og 9703 afsluttede ambulante kontakter. I alt steg antallet af heldøgnsudskrivninger og antallet af afsluttede ambulante kontakter i 2006 med 10 % i forhold til 2005. Antallet af heldøgnsudskrivninger har været stigende gennem de seneste år, men er dog stadig ca. 9,7 % lavere end i 2002, hvor det foreløbigt toppede. Antallet af afsluttede ambulante kontakter har derimod været stigende gennem alle årene. Antallet af heldøgnsudskrivninger i 2006 er faldet til det samme som i 2004.

Udviklingen i sengedage og ambulante besøg fremgår af figur 1. Antallet af sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 1996 ca. 49.000 og i 2006 ca. 70.000. Der er således tale om en fortsat stigning i antallet af sengedage fra 2001-2003 på 6,5 % og fra 2003 til 2004 på 9,4 %. I 2005 er der sket et fald på ca. 9 % fra 2004. Dette opvejes af en stigning i 2006, som kan vise sig at være op imod 10 % (foreløbige tal). Der er således tale om en samlet stigning på ca. 40 % i hele perioden 1996-2006.

Antallet af ambulante besøg udgjorde i 1998 ca. 34.500 og i 2001 ca. 50.000 svarende til en vækst på 45 %. I 2005 er antallet af ambulante besøg steget til 87.908 og i 2006 til knap 93.000. Der er således tale om en fortsat vækst. Fra 2001 til 2003 er der tale om en stigning på 49 %. Fra 2003 til 2004 steg de ambulante besøg yderligere 13 %. Ligeledes ses en stigning fra 2004 til 2006 med yderligere 17 %. For hele perioden fra 1998 til og med 2006 er tale om en stigning på 169 %.

Sammenfattende er der således foregået en kontinuerlig stigning - og dermed markant udvidelse - i aktiviteten siden 1996.

Figur 1. Udvikling i antal sengedage og ambulante besøg 1998–2005



Ambulante besøg i henhold til nugældende LPR-terminologi omfatter besøg samt hjemmebesøg.
Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

Opsummerende vedrørende kapacitet og aktivitet, ses der i 2006 en stagnation i antallet af normerede heldøgnspladser og et fald i dagpladser med 20 %. Fra 2005 til 2006 ses der modsat en fortsat udvidelse af aktiviteten belyst ved udskrivninger og afsluttede ambulante forløb/kontakter på 10 %, ligesom der ses stigning i antallet af ambulante besøg.

2.1 "Hjemtagelse" til specialet

I 2001-redegørelsen anbefaledes en udvidelse af tilbuddene i børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på, at man blev i stand til inden for specialets afdelinger at varetage de relevante patienter. I den forbindelse konstateredes, at de pædiatriske afdelinger varetog ca. halvdelen af heldøgnsindlæggelserne af børn med psykiatrisk diagnose og de voksenpsykiatriske afdelinger ca. 1/3 del af indlæggelserne af de unge.

Udviklingen i antallet af heldøgnsindlæggelser af børn og unge med psykiatrisk diagnose på forskellige typer afdeling fremgår af tabel 4.

Tabel 4:

Udviklingen i antal heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser (F00-F99) fordelt på indlæggelsesafdeling for pågældende år. Børn 0-14 år, unge 15-18 år

Årstal Afdeling	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Voksenpsyk.							
Børn	17**	41	31	47	57	49	27
Unge	391	550	712	519	511	594	487
I alt	408	591	743	566	568	643	514
Andel	18%	21%	24%	20%	19%	21%	17%
Pædiatrisk							
Børn	644	697	714	822	750	786	846
Unge	15	27	32	28	29	39	48
I alt	659	724	746	850	779	825	894
Andel	30%	26%	24%	29%	26%	27%	29%
Intern med.							
Børn	91	94	58	46	57	53	39
Unge	364	432	468	434	513	504	554
I alt	455	526	526	480	570	557	593
Andel	20%	19%	17%	17%	19%	18%	19%
B&U-psyk.							
Børn	369	345	374	336	349	360	303
Unge	346	639	712	657	705	716	751
I alt	715	984	1086	993	1054	1076	1054
Andel	32%	35%	35%	34%	36%	35%	35%
Samlet antal heldøgns-indl.							
Børn	1121	1177	1177	1251	1213	1248	1215
Unge	1116	1648	1924	1638	1758	1853	1840
I alt	2237	2825	3101	2889	2971	3101	3055
Andel	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* Tal for 1996 stammer fra Sundhedsstyrelsens Redegørelse "Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse", 2001.

** Tallet fra tabel 14 ovennævnte Redegørelse ekskl. raske ledsagere.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Alt i alt er der sket en stigning i det årlige absolutte antal børn og unge indlagt med psykiatrisk diagnose på forskellige afdelingstyper i perioden 1996-2006 svarende til i alt 818 flere heldøgnsindlæggelser eller en samlet stigning i antallet af heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser på ca. 37 %. Fra 2004 til 2005 er der sket en stigning med 130 indlæggelser svarende til en årlig stigning på ca. 4 %. De foreløbige LPR-tal for 2006 viser et samlet fald i forhold til 2005 på 46 svarende til 1,5 %.

Af tabellen fremgår, at børne- og ungdomspsykiatrien i 2005 og 2006 varetog i alt 35 % af indlæggelserne af de 0-18-årige med psykiatrisk diagnose, mens voksenpsykiatrien i 2005 og 2006 varetog hhv. 21 % og 17 %, pædiatrien 27 % og 29 % og intern medicin 18 % og 19 %. Samlet set er der gennem de senere år således kun sket meget beskedne procentvise svingninger, og der ses ikke tendenser til varige ændringer i de andele, de forskellige specialer varetager.

Ser man på, om unge fortsat i vidt omfang indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling og børn på pædiatrisk afdeling, kan det konstateres, at det fortsat er tilfældet. Fra 2001 til 2002 sker der en stigning i det absolutte antal af unge indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling efterfulgt af et fald i 2003 og 2004. Antallet stiger igen i 2005 – om end ikke så kraftigt som i 2002 - hvorefter der ses et betydeligt fald i 2006.

For de pædiatriske afdelingers vedkommende sås i 2004 for første gang et fald i antal indlæggelser af 0-14-årige i forhold til de foregående års kontinuerlige stigning i antallet af indlæggelser med psykiatrisk diagnose. I 2005 og 2006 er dette antal imidlertid igen steget. Også andelen af unge indlagt på pædiatriske afdelinger er steget betydeligt i 2006.

Antallet af indlagte på de intern medicinske afdelinger svinger lidt fra år til år.

Ser man på aktiviteten i relation til afdelingstype over tid, ses det, at stigningen i antallet af heldøgnsindlæggelser af patienter med psykiatrisk diagnose er størst for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I absolutte tal varetager børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger flest patienter og 361 flere heldøgnsindlæggelser i 2005 og 339 i 2006 end i 1996. Fra 1996 til 2006 er der således sket en stigning svarende til 47 %.

Samlet set varetager de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger dog fortsat kun ca. 1/3 af heldøgnsindlæggelserne med psykiatrisk diagnose for de 0-18-årige.

Man konstaterede i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001 ved en udvidet analyse, at indlæggelserne i intern medicinske afdelinger forekom velbegrundede (forgiftninger og spiseforstyrrelser). Derimod fandt man, at mindst halvdelen af indlæggelserne af børn på pædiatrisk afdeling med psykiatrisk diagnose måtte anses for forårsaget af manglende børnepsykiatrisk kapacitet, herunder mulighed for døgn- og akutindlæggelse. For så vidt angik indlæggelse af unge på voksenpsykiatrisk afdeling, konstateredes dengang, at alle indlæggelserne måtte vurderes som en konsekvens af manglende kapacitet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, herunder formentlig manglende akutkapacitet og manglende mulighed for at rumme særligt urolige, aggressive og selvdestruktive unge. Der anbefaledes derfor i redegørelsen en udvidelse af tilbuddene med henblik på at de 0-18-årige kunne "hjemtages" til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Stigningen i antallet af heldøgnsindlæggelser af 15-18-årige på voksenpsykiatriske afdelinger i 2005 og stigningen af 0-18-årige på pædiatriske afdelinger i både 2005 og 2006 demonstrerer, at hjemtagningen til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fortsat ikke har kunnet realiseres.

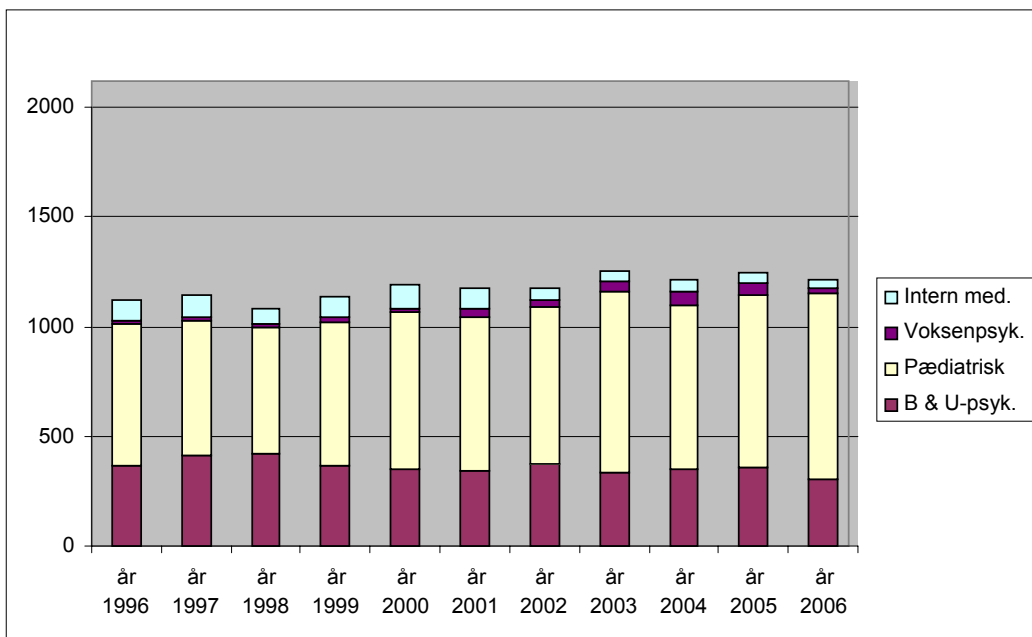
Dette illustreres meget tydeligt i tabel 4.a og 4.b, hvor det ses, at en del børn og unge med psykiatrisk diagnose fortsat varetages af andre specialer end børne- og ungdomspsykiatrien. En stor del af børnene varetages fortsat i pædiatrien, mens en stor del af de unge fortsat varetages i voksenpsykiatrien. Det må antages, at omtrent halvdelen af indlæggelserne på de pædiatriske og alle indlæggelserne på de voksenpsykiatriske afdelinger skyldes manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. Alt i alt må det derfor konkluderes, at der ikke er sket nogen udvikling med hensyn til opfyldelsen af målsætningen om hjemtagning af heldøgnsindlæggelserne til specialet.

Ser man nærmere på tallene, fremgår det, at de pædiatriske afdelinger i 1996 varetog 57 % af alle heldøgnsindlæggelserne af de 0-14-årige med psykiatrisk diagnose. I 2005 er tallet 63 % og i 2006 70 %.

For de 15-18-årige varetog voksenpsykiatrien i 1996 35 % af indlæggelserne, i 2005 og 2006 udgør tallet hhv. 32 % og 26 %.

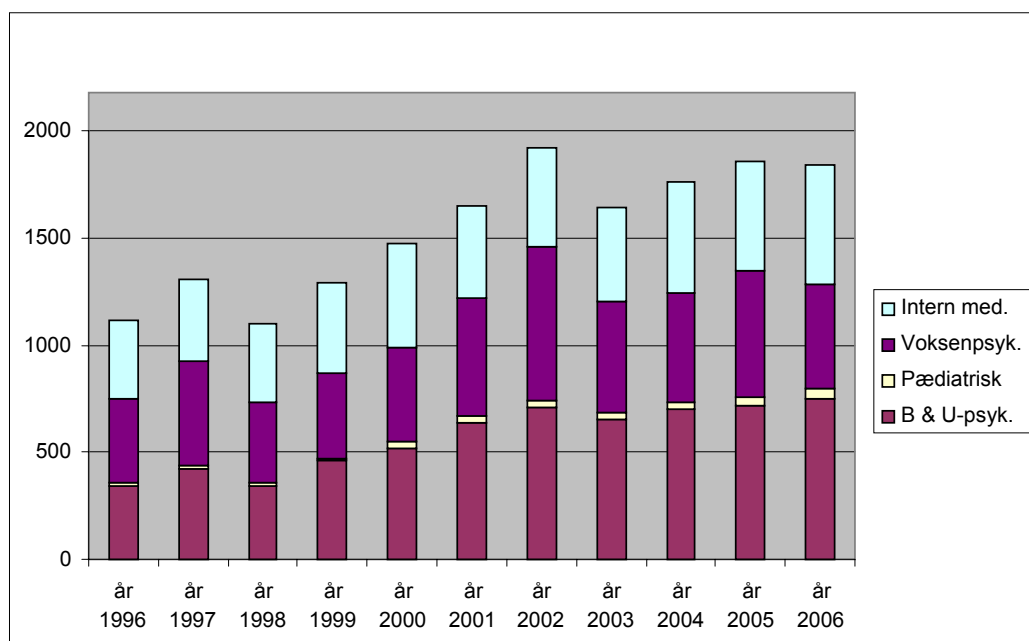
De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger varetog i 2004 henholdsvis 29 % af heldøgnsindlæggelserne for de 0-14-årige og 40 % af heldøgnsindlæggelserne for de 15-18-årige. I 2005 var dette praktisk taget uændret (29 % af heldøgnsindlæggelserne for 0-14-årige og 39 % af heldøgnsindlæggelserne for de 15-18-årige), og i 2006 faldt andelen af de 0-14-åriges heldøgnsindlæggelser til 25 %, medens andelen af indlæggelser af 15-18-årige forblev praktisk taget uændret med 41 %.

Tabel 4a: Antal årlige heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser for børn 0-14 år fra 1996 til 2006 fordelt på afdelingstype



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Tabel 4b: Antal årlige heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser for unge 15-18 år fra 1996 til 2006 fordelt på afdelingstype



Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Opfølgingsgruppen har herudover yderligere set på antallet af 19-21-årige i relation til hvor disse indlægges og udvikling i antal indlæggelser for denne aldersgruppe jævnfør nedenstående tabel 4c.

Tabel 4.c: Antal årlige udskrivinger med psykiatrisk diagnose for 19-21-årige (begge år inkl.), fordelt på afdelinger

	Psykiatrisk afdeling	Børne- og ungdoms-psykiatrisk afdeling	I alt
2003	1351	219	1570
2004	1358	215	1573
2005	1378	221	1599
2006	1427	184	1611

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. 2006-tallene er foreløbige.

Det fremgår heraf, at knap 14% af indlæggelserne af 19-21-årige i årene 2003 til 2005 foregår i Børne- og ungdomspsykiatrien og ca. 86% i voksenpsykiatrien. I 2006 udgør indlæggelserne på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger ca. 11% af indlæggelserne af de 19-21-årige, hvorimod næsten 90% indlægges i voksenpsykiatrien. I 2006 ses der samtidig en lille stigning i antallet af indlæggelser for denne aldersgruppe.

2.2 Akutfunktioner

I tabel 5 afspejles analyser i Landspatientregisteret vedr. indlæggelsesmåden (dvs. vedr. akut eller ikke-akut indlæggelse) for henholdsvis 0-14-årige og 15-18-årige fordelt på afdelingstyper.

Tabellen viser, at der i 2005 i forhold til 2004 skete en generel stigning i andelen af akutte indlæggelse af børn i alderen 0-14 år på alle typer afdelinger. For så vidt angår indlæggelsestiden for de 0-14-årige kan observeres et mindre fald i indlæggelsestiden på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og et markant fald på voksenpsykiatrisk afdeling, mens indlæggelsestiden på pædiatrisk og intern medicinsk afdeling er konstant og kort.

Tabel 5: Antal akutindlæggelser og gennemsnitlig indlæggelsestid fordelt på afdelinger i 2004 og 2005

Alder	Afdeling	Akutte indlæggelser i % af alle indlæggelser		Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage	
		2004	2005	2004	2005
0-14-årige	Børne- og ungdomspsykiatri	30	38	45	41
	Pædiatri	55	59	6	6
	Voksenpsykiatri	88	100	17	2
	Intern medicin	-	100	1	1
15-18-årige	Børne- og ungdomspsykiatri	70-75	67	34-41	32
	Pædiatri	85	95	5-10	2
	Voksenpsykiatri	95	97	18-21	15
	Intern medicin	100	100	1	1

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Når vi ser på de 15-18-årige, ses der i 2005, i forhold til 2004, et fald i akutindlæggelserne af de 15-18-årige på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, men en stigning i akutindlæggelserne af denne patientgruppe særlig på pædiatrisk afdeling. Akutindlæggelserne på voksenpsykiatrisk afdeling og intern medicinsk afdeling er omtrent stabile. Den gennemsnitlige indlæggelsestid for de akut indlagte 15-18-årige er i 2005 i forhold til 2004 omtrent uforandret på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. På voksenpsykiatrisk afdeling er den gennemsnitlige indlæggelsestid faldet, hvilket ligeledes gør sig gældende på pædiatrisk afdeling. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på intern medicinsk afdeling er uændret kort.

Det ses altså samlet set, at de akutte indlæggelser på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har været stigende for de 0-14-årige, men faldende for de 15-18-årige. Samtidig er det fortsat således, at mange af indlæggelserne på pædiatrisk afdeling med psykiatrisk diagnose er akutte, og at akut indlæggelse udgør den altdominerende indlæggelsesmåde, når børn og unge indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling.

Dette billede tyder på, at behovet for akut og anden type kapacitet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fortsat ikke er tilstrækkeligt til at kunne forebygge indlæggelse på henholdsvis pædiatrisk og voksenpsykiatrisk afdeling.

Det skal dog bemærkes, at en række forskellige forhold udover den rene akut kapacitet kan have betydning. Akutte forgiftninger, spiseforstyrrelser og diagnoser fra diagnosegruppen adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen forekommer således blandt såvel akutte som ikke-akutte indlæggelser på pædiatrisk afdeling, og en del af disse indlæggelser er formentlig helt relevante pædiatriske indlæggelser. Tilsvarende fund var baggrunden for, at man i den oprindelige redegørelse vurderede, at kun ca. halvdelen af indlæggelserne med psykiatrisk diagnose på de pædiatriske afdelinger måtte skønnes at være forårsaget af manglende børne- og ungdomspsykiatrisk kapacitet.

I spørgeskemabesvarelsen fra regionerne er det oplyst for år 2006, at 8 amter havde mulighed for akut indlæggelse af børn (0-14 år) på børne- eller ungdomspsykiatrisk afdeling i dagsarbejdstid, mens 12 amter havde tilsvarende mulighed for unge (over 14 år). Uden for dagarbejdstid er der i 2006 mulighed for akut indlæggelse af børn (0-14 år) på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i 7 af de tidligere amter, mens det tilsvarende er muligt for unge (over 14 år) i 11 amter. Det er endvidere oplyst, at der er mulighed for at indlægge børn og unge i lukket funktion udenfor dagarbejdstid i henholdsvis 4 og 7 af de tidligere amter. Enkelte amter havde angivet tal for akutte indlæggelser trods tilkendegivelse af manglende mulighed herfor. Oplysningerne må således tages med et vist forbehold.

Tabel 6: Antal akutindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrisk regi i 2006 i de amter, der havde mulighed for akut indlæggelse

Antal akutte indlæggelser	H:S Inkl. Bornh.	Kbh. Amt	Frd. borg	Ro	Vest sjæll	St.str	Fyn	Sdr.j	Vejle	Ribe	Ring	Årh	Vib	Nrd.	I alt
Børn (≤ 14 år)	1	5	-	8	13	7	9	-	0	1	0	1	6	5	56
Unge (15-17 år)	13	101	-	48	35	12	45	-	0	1	80	188	180	2	705
Unge (≥ 18 år)	-	6	-	-	49	-	0	-	0	1	-	-	-	0	56
I alt	14	112	-	53	97	19	54	-	0	3	80	189	186	7	817

* Et lavt antal for H:S, i forhold til 2005, skyldes primært registreringstekniske forhold
Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra regionerne

Tabel 6 viser, at der i 2006 i alt blev indlagt 817 børn og unge akut i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Det ses, at specielt unge i alderen 15-17 år indlægges akut, og at unge i denne aldersgruppe i særligt stort omfang indlægges akut i Københavns Amt, Ringkøbing Amt, Århus Amt og Viborg Amt – dvs. amter, hvor børne- og ungdomspsykiatrien havde totalansvar.

I 2005 var antallet af akutte indlæggelser i Børne- og ungdomspsykiatrien 85 for børn på 14 år eller derunder, 380 for unge 15-17 år og 366 for unge på 18 år eller derover. Det må derfor særligt bemærkes, at antallet af akutte indlæggelser af unge i alderen 15-17 år i 2006 er steget markant, mens antallet af akutte indlæggelser af unge på 18 år eller derover er faldet ganske betragteligt.

Dette må sammenholdes med akut indlæggelserne på de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger.

Opsummering

Samlet for hele udbygningsperioden kan det opsummerende konstateres, at der er sket en betydelig vækst i antallet af heldøgnsindlæggelser, og at væksten både absolut og relativt har været størst for børne- og ungdomspsykiatrien, men alligevel er den procentvise fordeling af indlæggelserne mellem de forskellige typer afdelinger ikke væsentligt ændret.

Det kan således bemærkes, at det absolutte antal indlæggelser af børn (0–14 år) på pædiatrisk afdeling er vokset i perioden, ligesom det absolutte antal indlæggelser af unge (15-18 år) indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling er vokset i forhold til udgangsåret 1996. I 2006 ses dog et betydeligt fald.

Intentionen om på sigt at hjemtage de principielt uhensigtsmæssige indlæggelser af børn og unge under 18 år fra hhv. de pædiatriske og de voksenpsykiatriske afdelinger til børne- og ungdomspsykiatrien ser således fortsat ikke ud til at være lykkedes. Forklaringen er formentlig primært den samlede vækst i antallet af indlæggelser af børn og unge med psykiatriske diagnoser, men også den stagnerende sengekapacitet må anses for væsentlig i denne sammenhæng.

Manglende kapacitet til akut indlæggelse udgør tilsyneladende fortsat en væsentlig årsag til indlæggelser på pædiatrisk eller voksenpsykiatrisk afdeling. Den gradvise udbygning af akutfunktioner i børne- og ungdomspsykiatrien, som sås i 2004, synes stagneret.

2.3 Udviklingen i ressourcer

Af tabel 7 fremgår afsatte satspuljemidler.

Tabel 7: Satspuljemidler afsat til børne- og ungdomspsykiatrien fra 2003 til 2008 i mio. kr.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Psykiatriaftale 2003-2006	30	30	30	30		
Satspuljeaftale for 2005-2008*			80	80	80	80
Psykiatriaftale 2007-2010					55	55
I alt	30	30	110	110	135	135

* Heraf 50 mio. kr. til børne- og ungdomspsykiatrien og 30 mio. kr. til spiseforstyrrelser

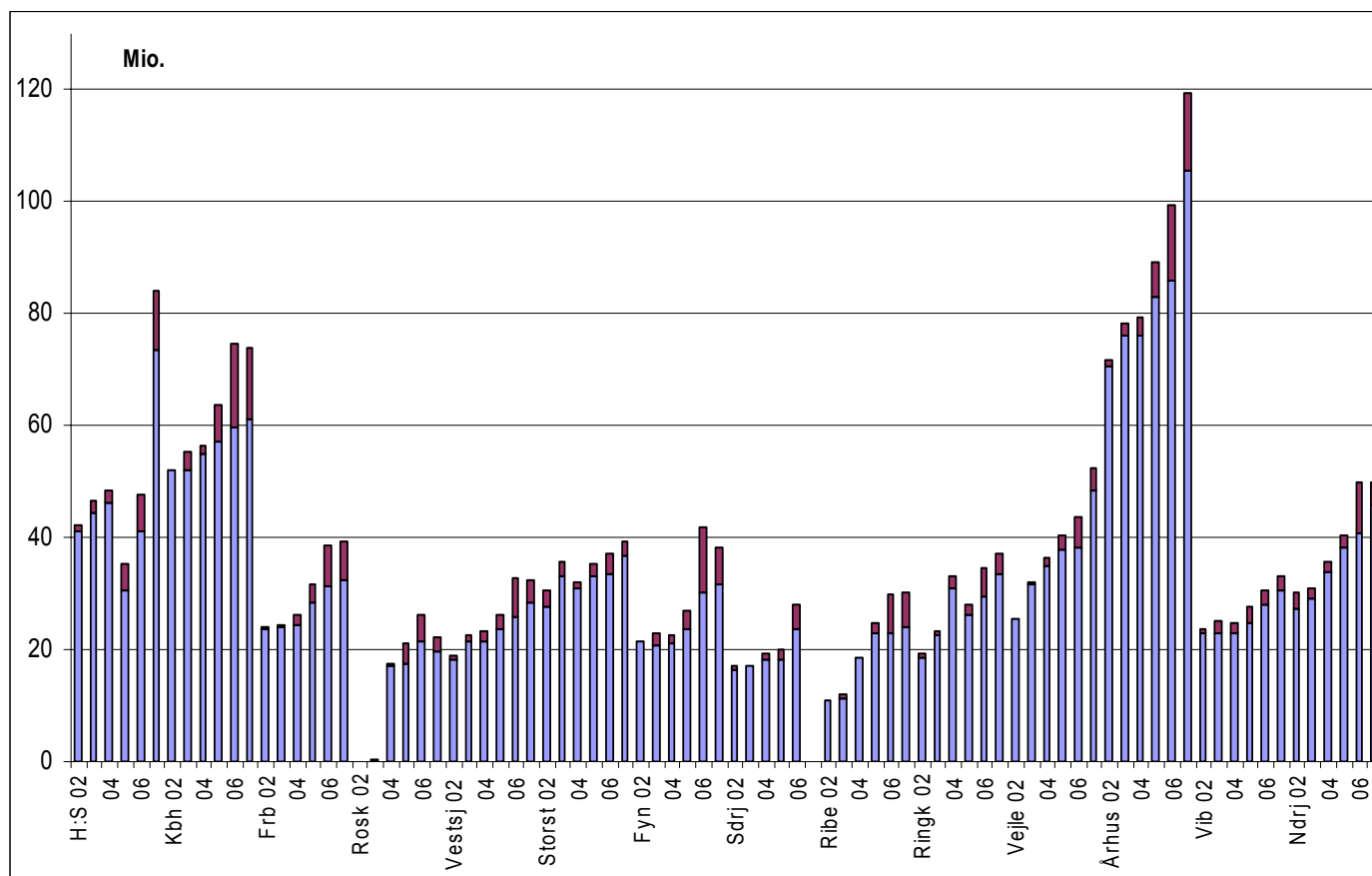
Følgegruppen har i 2007 indhentet oplysninger hos regionerne vedr. nettobudgetterne i 2006 for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med henblik på at belyse udviklingen i ressourcerne. Udviklingen fremgår af nedenstående figur 2.

Man skal ved vurdering være opmærksom på, at der mellem amterne kan optræde teknisk betingede variationer alene på grundlag af, at der er anvendt forskellige modeller og principper i opgørelsen af budget og regnskab. Sammenligninger på tværs mellem amter – og over tid - skal derfor foretages med forsigtighed.

Figur 2 viser, at ressourcefordelingen har været støt voksende over årene for hovedparten af amterne. Fra 2005 til 2006 er billedet mere broget. Særligt markante stigninger fra 2005 til 2006 ses i H:S og Århus Amt, som tegner sig for de største nettobudgetter i landet.

Det ses endvidere, at puljetilskuddene fortsat kun udgør en lille del af de samlede nettobudgetter. Det skal i den forbindelse bemærkes, at tildelingen falder på forskellige tidspunkter, hvilket medfører diverse svingninger.

Figur 2: Nettobudgetter samt puljemidler for børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 2001–2007



* For Roskilde Amt foreligger for årene 2002 og 2003 alene oplysninger om puljemidler. For H:S skyldes den markante stigning for 2007 opgørelsesmetoden.

2.4 Udviklingen belyst i relation til tvang

Indledningsvis skal det understreges at Psykiatrilovens bestemmelser også gælder for børn og unge under 18 år. I 1999 indførtes en forbedret statistik vedr. tvang, og dette gav mulighed for bedre at belyse tvangsansværelsen i relation til børn og unge. Sammenligning til tidligere er i denne sammenhæng ikke mulig.

Det indgik som anbefaling i 2001-redegørelsen, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i højere grad skulle bringes i stand til at rumme vanskelige, angst-, aggressive og selvdestruktive unge, så i øvrigt uhensigtsmæssige overførsler til voksenpsykiatriske afdelinger kunne undgås. Udviklingen i relation hertil kan i et vist omfang vurderes via tvangsstatistikken. Tabel 8 viser antallet af børn og unge som har været berørt af tvang i perioden 1999–2006.

Tabel 8: Antallet af børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af de pågældende kalenderår 1999–2005 uanset afdelingstype

År	0-14 år	15-17 år	Personer i alt
1999	18	52	70
2000	19	54	73
2001	24	66	90
2002	18 (20%)	73 (80%)	91 (100%)
2003	27 (24%)	84 (76%)	111 (100%)
2004	36 (22%)	130 (78%)	166 (100%)
2005	40 (24%)	124(76%)	164(100%)
2006	30(19%)	127(81%)	157(100%)

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over anvendelsen af tvang i psykiatrien

Det fremgår af tabel 8, at tvang først og fremmest vedrører de unge (15-17-årige), men 19-24 % er dog børn under 15 år. Det kan også bemærkes, at der er en stigning i anvendelsen af tvang i relation til børn og unge gennem årene. Antallet af børn og unge berørt af tvang er dog stabilt i 2005, og i 2006 ses et lille fald.

Der skelnes i tvangsstatistikken mellem forskellige typer af tvang jævnfør de i tabel 8 anførte definitioner.

Det fremgår af tabel 9, at de tvangstyper, der er hyppigst anvendt i relation til børn og unge gennem alle årene fra 1999 til 2006 dels er ”frihedsberøvelser” dvs. tvangsindlæggelser eller tvangstilbageholdelser, og dels er ”fiksering og fysisk magtanvendelse”, som omfatter fiksering, fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin.

Tabel 9: Børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af det pågældende kalenderår – fordelt på tvangstype

År	Tvangstype	0-14 år	15-17 år	Personer i alt
1999	Frihedsberøvelser	8	32	40
	Tvangsbehandlinger	0	5	5
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	15	36	51
	Beskyttelsesfiksering	0	0	0
2000	Frihedsberøvelser	7	40	47
	Tvangsbehandlinger	1	5	6
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	15	38	53
	Beskyttelsesfiksering	2	1	3
2001	Frihedsberøvelser	8	39	47
	Tvangsbehandlinger	1	8	9
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	22	45	67
	Beskyttelsesfiksering	0	3	3
2002	Frihedsberøvelser	7	43	50
	Tvangsbehandlinger	1	11	12
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	14	50	64
	Beskyttelsesfiksering	0	2	2
2003	Frihedsberøvelser	11	59	70
	Tvangsbehandlinger	4	10	14
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	18	46	64
	Beskyttelsesfiksering	0	1	1
2004	Frihedsberøvelser	13	102	115
	Tvangsbehandlinger	1	18	19
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	30	89	119
	Beskyttelsesfiksering	0	1	1
2005	Frihedsberøvelser	14	85	99
	Tvangsbehandlinger	8	24	32
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	34	83	117
	Beskyttelsesfiksering	.	2	2
2006	Frihedsberøvelser	10	97	107
	Tvangsbehandlinger	6	17	23
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	21	92	113
	Beskyttelsesfiksering	1	4	5

* En person kan have været udsat for flere forskellige typer af tvang i løbet af kalenderåret. Derfor er summen af personer udsat for de forskellige typer af tvang IKKE lig værdien i tabel 4.

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over anvendelsen af tvang i psykiatrien

Definitioner:

Frihedsberøvelser sv.t tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser

Tvangsbehandlinger sv.t. tvangsmedicinering, tvangsbehandling m. ECT, tvangsernæring og tvangsbehandling af legemlig lidelse

Fiksering og fysisk magtanvendelse sv.t. bæltefiksering, remmefiksering, handsker, fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin

Beskyttelsesfiksering sv.t. stofbælte, aflåsning af yderdøre og ”andet”.

Tabel 10: Børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af det pågældende kalenderår – fordelt på type af fiksering og fysisk magtanvendelse.

År	Type af fiksering og fysisk magtanvendelse	0-14 år	15-17 år	Personer i alt
1999	Bælte	4	19	23
	Remme	1	9	10
	Handsker	1	0	1
	Fastholden	14	28	42
	Døraflåsning	2	6	8
	Beroligende medicin	3	15	18
2002	Bælte	3	20	23
	Remme	2	8	10
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	13	39	52
	Døraflåsning	3	5	8
	Beroligende medicin	3	15	18
2003	Bælte	3	26	29
	Remme	1	11	12
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	18	30	48
	Døraflåsning	1	12	13
	Beroligende medicin	3	11	14
2004	Bælte	6	54	60
	Remme	3	26	29
	Handsker	0	1	1
	Fastholden	23	67	90
	Døraflåsning	8	16	24
	Beroligende medicin	5	38	43
2005	Bælte	11	52	63
	Remme	1	28	29
	Handsker	1	1	2
	Fastholden	30	51	81
	Døraflåsning	2	20	22
	Beroligende medicin	11	36	47
2006	Bælte	7	54	61
	Remme	4	31	35
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	17	57	74
	Døraflåsning	3	18	21
	Beroligende medicin	4	42	46

* En person kan have været udsat for flere forskellige typer af tvang i løbet af kalenderåret. Derfor er summen af personer udsat for de forskellige typer af tvang IKKE lig værdien i tabel 4 og tabel 5.

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over anvendelsen af tvang i psykiatrien

Definition: Fiksering og fysisk magtanvendelse sv.t. bæltefiksering, remmefiksering, handsker, fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin

En nøjere analyse af undergruppen ”fiksering og fysisk magtanvendelse” (tabel 10) viser, at fysisk fastholden fortsat udgør den dominerende type af tvang i relation til børn og unge inden for undergruppen, efterfulgt af bæltefiksering og beroligende

medicin, men det bør bemærkes, at der tilsyneladende er en stigning af alle typer af tvang i gruppen bortset fra handsker i 2004. Niveaueet i 2005 og 2006 er herefter omtrent uændret.

Tabel 11 viser fordelingen af børn og unge berørt af tvang i løbet af det pågældende kalenderår fordelt på afdelingstype. Der genfindes her den lille stigning, der kan konstateres i tabel 8.

Det fremgår af tabel 11, at fordelingen mellem voksenpsykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har udviklet sig, således at børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger nu i højere grad end i 1999 varetager tvang i relation til de under 18-årige. Der skal dog tages et vist forbehold for præcisionen af 1999 – tallene.

Tabel 11: Børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af det pågældende kalenderår – fordelt på afdelingstype (børne-/ungdomspsykiatriske afdelinger er udvalgt efter Sygehusklassifikationen)

År	Afdelings-type	0-14 år	15-17 år	Personer i alt	%- fordeling for hvert år
1999	Børne-/ungdomspsykiatriske afd.	9	11	20	27%
	Voksenpsykiatriske afd.	10	43	53	73%
2000	Børne-/ungdomspsykiatriske afd.	15	20	35	47%
	Voksenpsykiatriske afd.	4	35	39	53%
2001	Børne-/ungdomspsykiatriske afd.	20	38	58	55%
	Voksenpsykiatriske afd.	7	40	47	45%
2002	Børne-/ungdomspsykiatriske afd.	14	50	64	63%
	Voksenpsykiatriske afd.	5	32	37	37%
2003	Børne-/ungdomspsykiatriske afd.	19	69	88	75%
	Voksenpsykiatriske afd.	9	21	30	25%
2004	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	35	101	136	72%
	Voksenpsykiatrisk afd.	2	50	52	28%
2005	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	38	109	147	79%
	Voksenpsykiatrisk afd.	9	30	39	21%
2006	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	10	74	84	79%
	Voksenpsykiatrisk afd.	0	23	23	21%

* Én person kan have været indlagt på både en børne- og ungdomspsykiatrisk afd. og en voksenpsykiatrisk afdeling i løbet af kalenderåret. Derfor er summen af personer udsat for tvang på børne- og ungdomspsykiatrisk afd. og voksenpsyk. afd. IKKE lig værdien i tabel 4.

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over anvendelsen af tvang i psykiatrien

I 1999 varetog børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i alt ca. 27 % af de tilfælde hvor der blev anvendt tvang over for under 18-årige, i 2002 var andelen steget til 63 %, i 2003 varetog de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 75 % af den tvang, der blev udøvet overfor under 18-årige, og i 2005/2006 er andelen steget til 79 %.

Der er således sket en udvikling på dette felt i overensstemmelse med anbefalingerne i redegørelsen fra 2001. Hjemtagning til specialet af de ressourcekrævende patientgrupper afspejler sig således i den gradvise stigning i tvangsansværelsen på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger gennem årene. Fra 2005 til 2006 ses et fald i tilfælde af udøvet tvang.

Set i denne sammenhæng må det anses for positivt, at man har kunnet fastholde profilen i fordelingen af typer af anvendt tvang, således at tvangsindlæggelse og fysisk fastholdelse stadig er de dominerende former for tvang, selvom der i 2004 skete en øgning i antallet af bæltefikseringer, som holdt sig i 2005 og 2006.

Antallet af børn og unge, der oplever udøvelse af tvang har været stigende, men bør vurderes i forhold til det samtidig stærkt stigende antal indlæggelser. Endvidere er der i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger blevet en skærpet opmærksomhed med hensyn til korrekt anvendelse af Psykiatriloven.

I fremtiden vil de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger således ligesom de voksenpsykiatriske afdelinger skulle forholde sig meget bevidst til, hvordan man kan yde behandling af svært syge patienter med den mindst mulige tvangsansværelse.

3 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger jævnfør nedenstående tabel 12 og figur 3. Heraf fremgår, at andelen af henviste i 2006 udgjorde 0,9 % af det samlede antal børn og unge i aldersgruppen 0-19 år. Antallet af henviste til børne- og ungespsykiatrien har været stigende år for år i perioden fra 1996-2006.

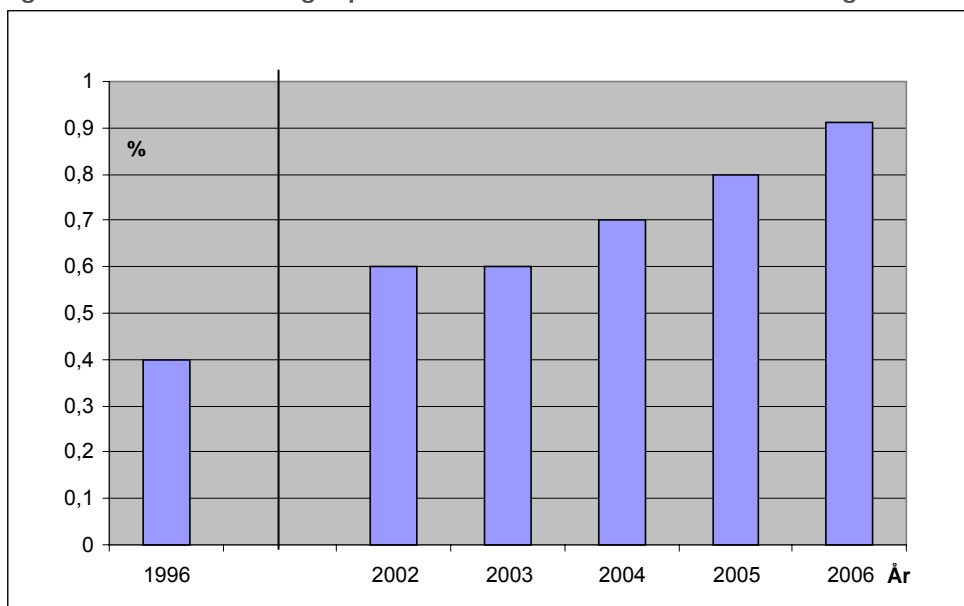
Tabel 12: Antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatri i 1996 og i perioden 2002-2006

Amt	1996	2002	2003	2004	2005	2006
H:S (inkl.Bornh.)	570	663	813	834	887	1016
København	738	1.046	1.007	1.056	980	1.200
Frederiksborg	485	651	704	739	793	925
Roskilde	107	305	443	449	553	630
Vestsjælland	263	370	497	420	566	668
Storstrøm	362	444	339	506	635	929
Fyn	286	497	515	649	868	960
Sønderjylland	140	909	515	606	629	790
Ribe	232	636	761	743	792	1.019
Ringkøbing	342	420	465	508	654	725
Vejle	280	549	547	612	868	1.041
Århus	585	899	1.036	1.208	1.386	1.215
Viborg	187	286	302	371	439	462
Nordjylland	281	410	450	488	500	620
I alt	4.858	8.085	8.394	9.189	10.550	12.200
Henviste % af 0-19årige	0,4%	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%

* For en række amter indgår henviste, som er 19 år og derover i henvisningstallene. Tallet for Bornholm indgår i tallet for H:S for 2006.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne.

Figur 3: Antal henvisninger pr. år i % af årets samlede antal 0-19-årige



Note: For en række amter indgår henviste, som er 19 år og derover i henvisningstallene.

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne og regionerne

I absolutte tal ses det, at der i 2006 blev henvist 12.200 børn og unge til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger mod 4.858 i 1996. Børne- og ungdomspsykiatrien har således skullet tage vare på 7.342 flere henviste svarende til 151 % flere patienter i 2006 end i 1996. Endvidere fremgår, at der fra 2005 til 2006 er sket en stigning i antallet af henviste med 1650 svarende til 15,6 % flere henviste på dette enkelte år.

I forrige statusrapport konstateredes, at der fra 2004 til 2005 var foregået en stigning i henvisningerne på 15 %, hvilket opfølgingsgruppen fandt, burde give anledning til overvejelser. Antallet er så i 2006 øget med yderligere 15 %. Det kan således konstateres, at forudsigelsen af et øget pres på specialet i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 har vist sig at være rigtig, og herunder at der ikke er tegn på en afdæmpning i denne udvikling.

Fordelingen af antallet og andelen af henviste til børne- og ungdomspsykiatrien for de enkelte amter fremgår af tabel 13. Der ses som i forrige statusrapport en variation på ca. 1 % mellem amter med henholdsvis laveste og højeste andel henviste i forhold til børne- og ungepopulationen i amtet. Nordjyllands Amt har fortsat den laveste andel med 0,5 % henviste, mens Ribe Amt har den højeste andel på 1,5 %. Baggrunden for disse udsving er vanskelig at kortlægge. For Ribe Amts vedkommende kan oprettelsen af en åben psykiatrisk skadestue have haft indflydelse på den høje andel af henvisninger. Ribe Amt havde også den højeste andel henviste ud af børne- og ungdomspopulationen i amtet i 2005.

På landsplan ses det, at 1.846 børn og unge er blevet afvist ud af de i alt 12.200 henviste svarende til 15 %. Antallet af afviste børn og unge, ud af antal henviste, er ligeledes meget varierende amterne imellem. Et særligt højt antal børn og unge er afvist i Nordjyllands, Viborg, Århus og Vejle Amt.

Der er store variationer i antallet og andelen af afviste/omvisiterede mellem de enkelte amter, men der er tilsyneladende ikke sammenhæng mellem f.eks. ventelisternes længde og andelen af afviste.

Tabel 13: Antal henviste i 2006 til børne- og ungdomspsykiatri i forhold til andelen af børn og unge pr. amt.

Antal henviste til B&U-psyk pr. amt i 2006	Antal henviste	Antal afviste af de henviste (i %)	Antal henviste 0-18 årige	Antal 0-18-årige i amtet	Henviste 0-18 år i % af 0-18-årige i amtet
H:S inkl. Bornh.	1016	153 (15%)	961	113.729	0,8
København	1.200	113 (9%)	1.200	148.586	0,8
Frederiksborg	925	145 (16%)	886	96.669	0,9
Roskilde	630	37 (6%)	630	60.811	1,0
Vestsjælland	668	93 (14%)	640	73.835	0,9
Storstrøm	929	91 (10%)	688	57.953	1,2
Fyn	960	81 (8%)	960	110.607	0,9
Sønderjylland	790	129 (16%)	691	61.657	1,1
Ribe	1.019	64 (6%)	858	56.220	1,5
Ringkøbing	725	127 (18%)	682	70.395	1,0
Vejle	1.041	219 (21%)	957	88.911	1,1
Århus	1.215	278 (23%)	1.094	156.899	0,7
Viborg	462	114 (25%)	430	58.701	0,7
Nordjylland	620	202 (33%)	620	115.657	0,5
Hele landet	12.200	1846 (15%)	11.297	1.270.630	0,9

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne og Danmarks Statistik

Med henblik på at mindske presset på specialet og sikre børn og unge relevante tilbud fremsattes i rapporten: ”Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud, maj 2001” en række anbefalinger vedr. samarbejde fortrinsvis på lokalt plan mellem de forskellige sektorer.

Blandt disse forslag indgik bl.a., at man overvejede mulighederne for at øge omfanget af udadgående konsulentvirksomhed fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger til undervisnings- og socialsektoren, om end man påpegede, at omfanget af konsulentarbejde måtte afvejes i forhold til de behandlingsmæssige forpligtelser.

Tabel 14 belyser omfanget af faste ugentlige konsulentforpligtelser i 2006 fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger til diverse samarbejdspartnere.

Det fremgår heraf, at der på landsplan fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fast ugentligt ydes mindst 156 konsulenttimer udover almindeligt samarbejde. Flere af amterne har imidlertid ikke kunnet angive et ugentligt timeantal, hvorfor det ugentlige antal konsulenttimer på landsplan reelt er noget højere, således som det fremgår af bemærkningerne i tabellen. Tallene bør fortolkes nuanceret og med forsigtighed, idet samarbejdet kan være tilrettelagt på andre måder. Det kan bemærkes, at flere amter har konsulentforpligtelser i 2006 end i 2005, hvilket tyder på, at konsulentvirksomheden er stigende.

Tabel 14: Konsulentforpligtelser i 2006

Konsulentforpligtelser		Ugentligt timetal	Bemærkninger
H:S	+	10	
Københavns Amt	+	8	
Frederiksborg Amt	+	45	
Roskilde	÷		
Vestsjælland	+	Uoplyst	Ambulatorium for spiseforstyrrelser yder konsulentbistand til Almenpsykiatrisk Afdeling og Børneafdelingen.
Storstrøm	+	Uoplyst	Ugentlig konference med Pædiatrisk Afdeling, Institutionen Hylleholt og åben konsulentfunktion for henholdsvis børn og unge månedligt.
Fyn	+	10	
Sønderjylland	+	Uoplyst	
Ribe	÷		
Vejle	+	2	
Ringkøbing	+	Uoplyst	
Århus	+	74	
Viborg	+	7	
Nordjylland	+	Uoplyst	Fast konsulentbistand til Børneafdeling/Pædiatrisk Afdeling, ad hoc konsulentbistand til medarbejdere fra øvrige organisationer, telefonrådgivning samt åben konsulentfunktion hver 14. dag.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne.

Indlæggelse af børn og unge med psykiske problemstillinger på andre afdelinger i sygehusvæsenet medfører et behov for tilsynsaktivitet som led i den almindelige opgavevaretagelse for specialet. Omfanget af tilsyn fremgår af tabel 15. Der ses fra 2005 til 2006 en betydelig samlet stigning i antallet af tilsyn på landsplan. Betragtes stigningerne nærmere ses det, at antallet af tilsyn er vokset markant særligt i H:S og Ribe Amt.

Tabel 15: Antal tilsyn på andre sygehusafdelinger i 2002–2006

Amt	2002	2003	2004	2005	2006
H:S incl. Bornh.	Registreres ikke	13	51	65	126
København	56	-	-	38	13
Frederiksborg	48	61	70	86	59
Roskilde	63	96	83	50	38
Vestsjælland	24	19	29	17	60
Storstrøm	41	65	30	17	19
Fyn	134	75	65	52	64
Sønderjylland	20	16	23	5	Ikke oplyst
Ribe	23	10	28	35	142
Ringkøbing	16	19	39	43	58
Vejle	49	10	15	11	31
Århus	Registreres ikke				5
Viborg	15	28	43	30	20
Nordjylland	25	59	54	15	16
I alt	514	471	500	464	651

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne.

Det fremgår af ovenstående, at børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i hovedparten af amterne har konsulentvirksomhed som en fast indbygget del af driften og herudover yder bistand til andre sygehusafdelinger.

4 Venteliste- og ventetidsudviklingen

Det skal indledningsvist understreges, at forudsætningen for, at man kan stå på en venteliste, er, at der er et tilbud, man kan henvises til. Er der eksempelvis ikke tilbud om heldøgnsindlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, vil der heller ikke være en venteliste til et sådant tilbud.

Udbygning af tilbuddene i de enkelte amter kan således medføre en synliggørelse af behovet og efterspørgslen i form af bl.a. ventelister. Man bør således i tolkninger af udviklingen holde sig for øje, at en synliggørelse af efterspørgslen, bl.a. i form af ventelister, ikke i sig selv nødvendigvis er udtryk for en forværring af den samlede situation, men at det i en fase, hvor tilbuddene udbygges, potentielt kan dække over en faktisk - om end ikke tilstrækkelig - forbedring af situationen for den samlede gruppe. Udviklingen i ventelister over tid bør således bl.a. derfor generelt tolkes nuanceret og med forsigtighed.

Opgørelsen af ventende og ventetiden i tabel 16 baserer sig på spørgeskemaundersøgelser til regionerne, der fik til opgave at opgøre, hvor mange der på en bestemt dag stod på venteliste, og hvor længe de indtil da havde ventet i hvert af de amter, som regionen i dag består af. Der er endvidere spurgt om, hvad man ventede på, og om opgørelsen gav et karakteristisk billede af situationen.

For så vidt angår det sidstnævnte spørgsmål, tilkendegiver hovedparten af amterne, at oplysningerne giver et typisk billede. Det kan i øvrigt beklageligvis konstateres, at registreringspraksis vedrørende ventelister og ventetider tilsyneladende fortsat er noget varierende, hvilket besværliggør sammenligninger af ventelister og ventetider på tværs af amterne/H:S.

4.1 Om ventelister

Med de ovennævnte bemærkninger in mente, og dermed et forbehold over for præcisionen i tallene, kan det på baggrund af tabel 16a konstateres, at ventelisten til undersøgelser eller behandling for børn og unge med psykiatrisk diagnose har været støt stigende over det seneste årti. Pr. 1. december 1997 ventede mindst 1.362 børn og unge på undersøgelse eller behandling, og pr. 31. december 2006 ventede mindst 2.865 børn og unge. I forhold til året før – dvs. 1. januar 2006 - er der samlet set 365 børn og unge yderligere på venteliste til undersøgelse og behandling den 31. december 2006 svarende til en stigning på knap 15 %.

Hovedparten af amterne/H:S havde ultimo 2006 et større antal børn og unge på venteliste end primo 2006. Særligt Århus og Københavns Amt havde absolut set et stort antal på venteliste. Betragtes stigningen fra 2005 til 2006 må det konstateres, at især Roskilde og Viborg Amt har oplevet en markant stigning i antallet på venteliste, mens København, Frederiksborg og Ringkøbing Amt har formået at reducere ventelisten. Særligt reduktionen i ventelisten på 47 % i Ringkøbing er iøjnefaldende. Generelt viser der sig meget stærke udsving i tallene, især når man vurderer udviklingen procentvis for det enkelte amt. Udviklingen bør derfor vurderes i forhold til de absolutte tal.

Tabel 16a: Ventetider og ventelister til børne- og ungdomspsykiatri - 1997, 2003, 2005 og 2006

	Pr. 1.12.1997			Pr. 1.1.2003			Vækst 97-03 i antal på vente- liste	Pr. 1.1.2005			vækst 03-05 i antal på vente- liste	Pr. 1.1.2006			vækst 05-06 i antal på vente- liste	Pr. 31.12.2006			Vækst i 2006 i antal på Vente- liste			
	Ventetider		Vente- liste	Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Vente- liste
	u. 3 mdr.	o. 3 mdr.		u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.	
HS	96 91%	10	106	101 64%	56	157	62%	83 73%	30	113	-28%	125 82%	27	152	35%	154 87%	23	177	16%			
Born	7		7	Indgår i H:S				33												33		
Kbh. Amt	105 67%	52	157	152 59%	105	257	64%	187 53%	165	352	37%	203 47%	228	431	22%	220 52%	204	424	-2%			
Frd. borg	80 100%	0	80	109 85%	19	128	60%	115 75%	38	153	20%	124 63%	72	196	28%	120 66%	63	183	-7%			
Ros	12 86%	2	14	55 85%	10	65	364%	58 77%	17	75	15%	68 55%	54	122	63%	138 61%	89	227	86%			
Vest sj.	14 24%	44	58	184 96%	8	192	231%	46 98%	1	47	-75%	51 91%	5	56	19%	82 93%	6	88	57%			
Stor str	37 62%	23	60	10 50%	10	20	+67% □	85 62%	53	138	590%	175 88%	24	199	44%	177 64%	98	275	38%			
Fyn	118 57%	88	206	128 50%	128	256	24%	94 78%	27	121	-53%	61 59%	43	104	-14%	115 95%	6	121	16%			
Sdr. jyll	26 65%	14	40	126 100%	0	126	215%	77 79%	21	98	-22%	75 83%	15	90	-8%	114 93%	9	123	37%			
Ribe	43 64%	24	67	64 89%	8	72	7%	107 87%	16	123	71%	75 77%	22	97	-21%	110 95%	6	116	20%			
Ring.	62 68%	29	91	34 46%	40	74	+19% □	70 89%	9	79	7%	140 74%	49	189	139%	100 100%	0	100	-47%			
Vejle	66 80%	16	82	68 62%	41	109	33%	77 90%	9	86	-21%	111 93%	8	119	38%	141 85%	24	165	39%			
Årh.	186 82%	40	226	191 66%	97	288	27%	175 49%	184	359	25%	213 42%	299	512	43%	220 40%	332	552	8%			
Vib.	26 70%	11	37	53 58%	39	92	149%	28 41%	41	69	-25%	71 97%	2	73	6%	70 60%	46	116	59%			
Ndr. jyll	54 41%	77	131	64 42%	88	152	16%	88 60%	59	147	-3%	94 59%	66	160	9%	106 64%	59	165	3%			
Hele DK	932 68%	430	1.362	1339 67%	649	1.988	46%	1290 65%	670	1.960	-1%	1586 63%	914	2500	28%	1867 65%	998	2.865	15 %			

* H:S i 1997 inkluderer tallene for Københavns Kommune.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne.

4.2 Om ventetider

Den tid, den enkelte patient venter, er generelt mere væsentlig end selve størrelsen af ventelisten. Med hensyn til ventetiden kan det overordnet på landsplan på baggrund af tabel 16b konstateres, at børn og unges ventetid på psykiatrisk undersøgelse og behandling er tilnærmelsesvis uændret siden 1997. Det ses, idet patienter, der venter under 3 måneder, fra 1997 til ultimo 2006 svinger mellem 68 % og 63 % ud af det samlede antal ventende patienter.

Ultimo 2006 har 65 % (1867) ventet under 3 måneder og 35 % (998) over 3 måneder. Set i forhold til primo 2006 er der i absolutte tal 281 flere patienter med en ventetid på under 3 måneder, men væksten i antallet af henvisninger betyder, at antallet, der venter længere end 3 måneder samtidig er steget med ca. 80.

I de foregående år er det trods det stigende antal henvisninger lykkedes at reducere antallet af børn og unge, der venter meget længe – dvs. over et år. I 1997 udgjorde andelen, der havde ventet over et år ca. 7 % af det samlede antal ventende, mens dette tal i 2003 udgjorde ca. 3 % og i 2005 1,4 %. Pr. 1. januar 2006 steg antallet igen til 4 % svarende til 93 personer i absolutte tal. Ser man på tabel 16a, fremgår det, at tendensen til flere, der venter over et år er fortsat. I alt er der ultimo 2006 133 børn og unge, der har ventet på undersøgelse eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i mere end et år, hvilket svarer til 4,6 % af det samlede antal ventende. De store afdelinger i Københavns og Århus Amt tegner sig for langt størstedelen af disse længe ventende børn og unge.

Det bør bemærkes, at der kun er registreret såkaldt aktiv ventetid, dvs. reel ventetid.

Tabel 16b: Ventetider til børne- og ungdomspsykiatri, pr. 31.12.2006

Antal ventende	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger
HS	64	59	31	21	35	0
Kbh. Amt	111	78	31	43	128	33
Frd.borg	72	25	23	32	31	0
Roskilde	69	41	28	24	62	3
Vestsj.	52	24	6	2	3	1
Storstr	87	47	43	56	36	6
Fyn	62	38	15	5	1	0
Sdr.jyll	77	18	19	9	0	0
Ribe	64	28	18	3	3	0
Ringk.	100	0	0	0	0	0
Vejle	84	30	27	21	3	0
Århus	111	73	36	72	170	90
Viborg	31	26	13	29	17	0
Ndr.jyll	51	31	24	28	31	0
Hele DK	1035	518	314	345	520	133
I alt 2865		1553				1312

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne.

4.3 Ventetid og udvidet frit valg

For så vidt angår ventelister og ventetider kan det konstateres, at der var tale om et voksende antal ventende fra 1997 til 2003, hvor antallet på venteliste steg fra knap 1400 til knap 2000 eller med ca. 46 %. Opgørelsen primo 2005 viste i forhold hertil for første gang i udbygningsperioden et lille fald og dermed en stabilisering i antallet på venteliste, idet der var 28 (1 %) færre patienter på venteliste. Pr. d. 1.1.2006 steg antallet imidlertid igen (med 28 %), og denne tendens er fortsat, idet der pr. 31.12.2006 ses en samlet stigning i antal ventende børn og unge på 15 % i forhold til 1.1.2006.

For så vidt angår ventetiden er det ultimo 2006 således, at ca. 280 flere end året før, i alt knap 1870, har en ventetid på under 3 måneder, og samtidig har ca. 80 flere end året før ventet længere end 3 måneder, hvilket svarer til, at i alt 35 %, dvs. 998, venter mere end 3 måneder, og endelig har 133 (svarende til 4,6 %) ventet over et år.

Denne udvikling må imidlertid ses i sammenhæng med det væsentligt øgede antal henvisninger. I 2006 er det samlede antal henvisninger på 12.200 mod 4.858 i 1996. Den markante vækst i antallet af henviste, må formentlig anses for den væsentligste årsag til den negative udvikling i ventelister og ventetider.

Psykiatriaftalen på sundhedsområdet for 2007-2010 tildeler i 2008 psykisk syge børn og unge ret til udredning på en klinik eller et hospital, som regionerne har indgået aftale med, såfremt ventetiden overskrider 2 måneder. Af tabel 16b ses det, at 1553 børn og unge venter fra 0 til 2 måneder, mens hele 1312 venter mere end 2 måneder. Tallene viser imidlertid ikke, hvorvidt de ventende børn og unge har ventet på udredning eller behandling. Desværre har det for en stor del af de tidligere amters vedkommende ikke kunnet lade sig gøre at opgøre ventetiden på første ambulante kontakt, dagindlæggelse og døgnindlæggelse grundet forskellig registreringspraksis. Der foreligger derfor aktuelt ikke valide tal, der kan nuancere ventetiden i 2006 yderligere i forhold til, hvad man venter på, jævnfør en kommende udvidet frit-valgsordning for udredning.

Det er fortsat opfølgingsgruppens vurdering, at der er et stort behov for øget kapacitetsudbygning i børne- og ungdomspsykiatrien, hvis antallet af ventende patienter skal nedbringes.

5 Personaleudviklingen

Arbejdsformen i børne- og ungdomspsykiatrien er traditionelt tvær- og flerfaglig. Det er således vigtigt for løsningen af opgaverne på et højt kvalitetsniveau, at der er en bredt sammensat personalestab, der bidrager til den samlede kvalitet i opgaveløsningen med hver deres specifikke kompetencer.

I 2001 redegørelsen konstateredes, at der ville være en betydelig mangel på uddannede speciallæger, og der anbefaledes en permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere anbefaledes uddannelsesinitiativer for det øvrige personale.

I henhold til spørgeskemabesvareelserne fra amterne og regionerne ses af nedenstående tabel 17, at der er foregået en udvidelse af det samlede antal normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien siden 1997. For perioden 1997 til ultimo 2006 er der i alt tale om en stigning i antallet af normerede stillinger på 99 % inklusiv de puljefinansierede stillinger.

Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at den stigende tendens i antallet af normerede stillinger siden 1997 ikke fortsættes i 2006. Fra primo 2006 til ultimo 2006 ses et fald i det samlede antal normerede stillinger på 4 %.

Gruppen ”andet personale” har for nogle år tilbage vist den største procentvise forøgelse, og dette ses igen fra primo 2006 til ultimo 2006. Der er bl.a. tale om ergoterapeuter og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og lægesekretærer. Ansættelse af flere lægesekretærer har bl.a. haft til formål at aflaste det sundhedsfaglige personale, herunder lægerne for en række af de administrative opgaver. Hvor der de sidste par år er set en markant stigning i antallet af normerede læge- og psykologstillinger, er det fra primo 2006 til ultimo 2006 netop antallet af disse stillinger, der sammen med antallet af pædagoger udgør det største fald.

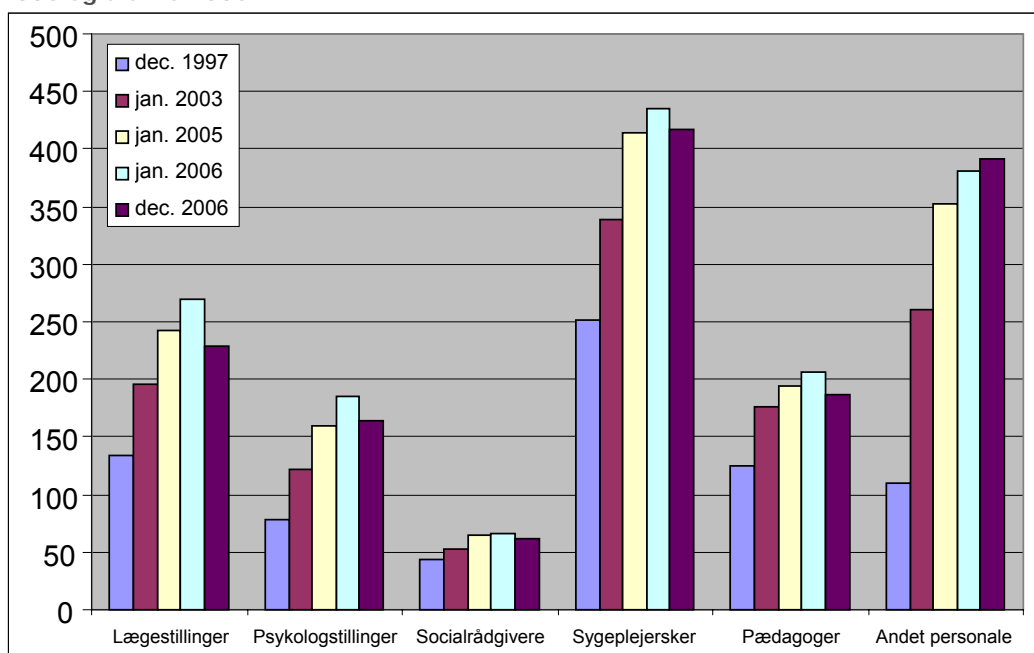
I modsætning hertil ses det, at antallet af puljefinansierede stillinger er steget fra primo 2006 til ultimo 2006 – om end blot med to stillinger absolut set. Antallet af puljefinansierede stillinger udgør ultimo 2006 174. Det må bemærkes, at antallet af puljestillinger siden 2003 er steget betragteligt svarende til 200 %.

Tabel 17: Antallet af normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder puljefinansierede stillinger i parentes

	dec. 1997	jan. 2003	1.1.2005	1.1.2006	31.12. 2006	%-øgning Primo 06- ultimo 06	%-øgning 97 -ultimo 06
Lægestillinger	134	196 (17)	242 (23)	270 (35)	235 (29)	- 13	75
Psykologstillinger	78	122 (12)	159 (23)	185 (38)	174 (43)	-6	123
Socialrådgivere	43	53 (4)	65 (11)	66 (13)	64 (11)	-3	49
Miljøpersonale							
Sygeplejersker	252	339 (12)	414 (31)	435 (41)	422 (49)	-3	67
Pædagoger	125	176 (7)	194 (10)	206 (17)	188 (14)	-8	51
Andet personale	110	260 (6)	352 (20)	381 (28)	393 (27)	3	257
heraf fys/ergo		27	34	35	36 (3)		
Heraf SOSU		84	88	71	80 (0)		
I alt	742	1.146 (58)	1.426 (118)	1.543 (172)	1.477 (174)	-4	99

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne og regionerne

Figur 4: Antal stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien 1997, 2003, 2005, primo 2006 og ultimo 2006



Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne og regionerne

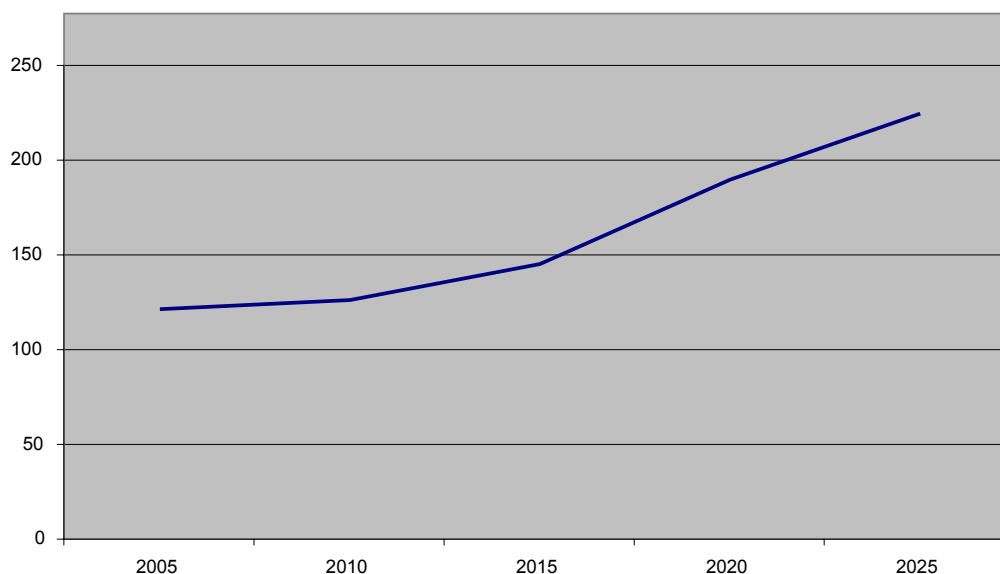
5.1 Vedrørende læger i børne- og ungdomspsykiatrien

Ifølge Sundhedsstyrelsens autorisationsregister var der per 31.12.2006 udstedt 134 speciallægeanerkendelser til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Der er tale om herboende speciallæger under 70 år. Tallet dækker imidlertid både over

erhvervsaktive speciallæger, speciallæger uden for arbejdsstyrken og pensionerede speciallæger.

Af Løn- og beskæftigelsesregisteret fremgår det, at der med udgangen af 2004 i alt var registreret 109 erhvervsaktive speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, heraf var 72 sygehusansatte speciallæger, mens 16 var praktiserende speciallæger, 21 var registreret under andet.

Figur 5: Antal speciallæger i børne- og ungdomspsykiatrien - prognose



Kilde: Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2004 - 2025

Som et af de meget få specialer forventes der en stigning i antallet af speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Særligt efter 2015 forventes stigningstakten øget væsentligt. Dette skyldes, at der i de senere år er udvidet betydeligt i antallet af hoveduddannelsesforløb inden for specialet. For at imødekomme behovet for speciallæger, herunder rette op på den nuværende mangel på speciallæger, har Sundhedsstyrelsen netop anbefalet en yderligere udvidelse af hoveduddannelsesforløbene på 33 % i dimensioneringsplan 2008-2012. Udvidelsen svarer til, at der skal oprettes 20 årlige forløb fra og med 2008, jf. Sundhedsstyrelsens statusrapporter om udviklingen i børne- og ungdomspsykiatri og Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2008-12. Tages der højde for den kommende udvidelse, vil der allerede fra 2013 kunne forventes flere speciallæger end det fremskrevne antal, jf. figur 5 og Sundhedsstyrelsens Lægeprognose 2004-2025.

Sundhedsstyrelsen har registreret, at antallet af normerede speciallægestillinger i sygehusvæsenet i perioden april 2000-april 2006 er steget med gennemsnitligt 6,8 % pr. år. I forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan 2008-2012 har Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark vurderet, at det fremtidige behov vil være større som følge af de aktuelle ventelister, et øget behov for konsulentfunktion til kommunerne, en forventning om øget indtag af patienter, fra 0,8 % af populationen til 1,5/2 % af populationen, at

andre specialer har indlagt patienter, der burde henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, f.eks. pædiatrien og voksenpsykiatrien.

Set over perioden 2000–2006 er 89,5 % af alle opslåede uddannelsesforløb blevet besat inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Der er ikke de store udsving mellem årene.

Tabel 18: Oversigt over opslåede og besatte uddannelsesforløb i Børne- og ungdomspsykiatri

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Opslåede	12	14	17	12	15	18	17
Besatte	9	13	15	10	15	16	16
Ubesatte	3	1	2	2	0	2	1

* Inden for specialet børne- og ungdomspsykiatri opslås der kun uddannelsesforløb i andet halvår

I 2006 var der 17 ansøgere, som på ansøgningstidspunktet opfyldte kravene. Når et enkelt forløb ikke blev besat, var det geografisk begrundet. Der er således fortsat en positiv interesse og yderligere rekrutteringsmuligheder for specialet.

Det præcise antal speciallæger, der vil være nødvendigt for at kunne varetage de i forhold til målsætningen for børne- og ungdomspsykiatrien (jf. anbefalingerne i afsnit 2.2) beskrevne opgaver, kendes ikke. Dette vil bl.a. være afhængigt af udviklingen i efterspørgslen, den konkrete arbejdstilrettelæggelse og opgavefordelingen mellem de forskellige personalegrupper i og uden for sygehusvæsenet.

Omlægningen af speciallægeuddannelserne - og dermed nedlæggelsen af enkeltstillingsklassifikationen pr. 31.12.2003 - betyder, at Sundhedsstyrelsen ikke længere klassificerer uddannelsesstillinger. I stedet fastlægger Sundhedsstyrelsen en gang årligt antallet af introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb inden for hvert speciale. Det er herefter op til de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse at sikre den konkrete udmøntning af videreuddannelseskapaleten.

Med hensyn til besættelse af hoveduddannelsesforløbene i speciallægeuddannelserne foregår besættelserne i udvalg i de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse.

5.2 Psykiatriske sygeplejersker

Med hensyn til specialuddannelse af sygeplejersker skelnes der ikke mellem børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri. Sundhedsstyrelsen foretager ikke autorisering. Sundhedsstyrelsen har fra Det koordinerende Landsråd for "Specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje på landsplan" fået oplysninger vedrørende antallet af sygeplejersker med specialuddannelse inden for psykiatrien. Det ses af tabel 19, at antallet af sygeplejersker som har gennemført specialuddannelse inden for psykiatri vokser med ca. 50-60 årligt. Det må anses for væsentligt, at uddannelsesmuligheden fastholdes.

Tabel 19: Psykiatriske sygeplejersker.

Sygeplejersker med gennemført specialuddannelse inden for psykiatri	Færdiguddannede sygeplejersker i perioden fra 1998 til 2002	Antal gennemført i 2003	Antal gennemført i 2004	Antal gennemført i 2005	Antal gennemført i 2006
I alt på landsplan	270	60	57	50 - 60	56

Efteråret 2005 har de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i region Øst oprettet en miljøterapeutisk diplomuddannelse. ”Den pædagogiske diplomuddannelse i miljøterapi” består af 3 moduler og forløber over 1½ år. Formålet med uddannelsen er at de studerende, som består af sygeplejersker og pædagoger med 2 års børne- og ungdomspsykiatrisk erfaring, tilegner sig indsigt i det børne- og ungdomspsykiatriske specialområde omfattende videnskabsteori, udviklings- og personlighedsteori og miljøterapi. Målet er at give de studerende mulighed for at integrere teoretisk faglig viden i den miljøterapeutiske praksis. På 1. hold var tilmeldt 21 studerende. Næste hold starter april 2007. Der foreligger i øvrigt forskellige former for uddannelsesstilbud i amterne.

5.3 Psykologer

Med hensyn til psykologer vurderer gruppen, at der generelt set fortsat er mulighed for at rekruttere psykologer, herunder psykologer med specialuddannelse, og at disse vil kunne varetage en række opgaver, der kan supplere den til rådighed værende mængde lægelige arbejdskraft. Det er dog væsentligt at stillingerne er attraktive nok til at kunne tiltrække og fastholde kvalificerede ansøgere.

5.4 Opsummerende

Alt i alt kan det konstateres, at der fra 1997 til ultimo 2006 er sket en væsentlig udvidelse af de samlede personaleressourcer svarende til 99 %, hvor den største procentvise forøgelse i stillinger ligger i gruppen ”andet personale” og psykologer. Fra 2005 til 2006 er væksten størst for psykologer og læger, men der er herefter et fald fra primo 2006 til ultimo 2006 i præcis de samme grupper. Det fremgår i øvrigt, at der også har været et fald for sygeplejersker, socialrådgivere og pædagoger fra primo 2006 til ultimo 2006.

6 Vedrørende spiseforstyrrelser

6.1 Baggrund

I 2005 udgav Sundhedsstyrelsen en rapport om spiseforstyrrelser ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling.” Via satspuljeaftalen for 2005 blev der truffet aftale om en permanent tildeling af ressourcer til styrkelse af området spiseforstyrrelser i form af 30 mio. kr. årligt. Samtidig blev det besluttet, at Sundhedsstyrelsen i de kommende år skal følge udviklingen på området i form af en årlig status i relation til opfølgningen vedrørende børne- og ungdomspsykiatrien.

Spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi og overspisning (BED) er et alvorligt og tilsyneladende voksende problem blandt unge i de vestlige lande. Problemerne udgør et kontinuum, der strækker sig fra en meget udbredt risikoadfærd til svære psykiatriske sygdomme. Sundhedsstyrelsen har derfor gennem en årrække igangsat analyse- og udviklingsarbejde og udgivet oplysningsmateriale til støtte for sundhedspersonalets indsats på området, ligesom styrkelse af indsatsen på spiseforstyrrelsesområdet også er indgået i Psykiatriaftalen mellem Regeringen og amterne for 2003–2006 og for 2007-2010.

Sundhedsstyrelsens rapport ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling” er udarbejdet af en arbejdsgruppe for Sundhedsstyrelsen og omhandler behandling af spiseforstyrrelsessygdomme samt anbefalinger for organisationen heraf. Rapporten offentliggjordes i 2005.

Rapporten beskriver god klinisk praksis for undersøgelse og behandling af spiseforstyrrelser, herunder hensigtsmæssig visitation og indeholder anbefalinger til organisation.

Rapporten indeholder faglige anbefalinger for behandling af de tre spiseforstyrrelsessygdomme anoreksi, bulimi og overspisning (BED) på baggrund af en gennemgang af litteraturen. De diagnostiske kriterier beskrives, og der gives anbefalinger for den kliniske vurdering og behandling af tilstandene. Arbejdsgruppen anbefaler, at spiseforstyrrelser oftest behandles ambulant, men indlæggelse kan imidlertid være nødvendig, og arbejdsgruppen angiver kriterier herfor, herunder også for hvornår tvangsbehandling vil kunne komme på tale.

Generelt gælder det for behandling af spiseforstyrrelser, at det altid er nødvendigt at arbejde med patientens motivation både ved indledningen af behandlingen og i forløbet. Da behandlingen oftest er langvarig, vil en opdeling i delmål være hensigtsmæssig frem imod en fuldstændig fysisk, psykisk og social helbredelse.

Man anbefaler tre niveauer for behandling: Praksisniveau, basisniveau med specialiserede teams samt højtspécialiseret/landsdelsniveau, og det anbefales, at behandling ydes på laveste effektive niveau (LEON-princippet). Der anbefales endvidere en styrkelse af indsatsen såvel på de enkelte niveauer som i samarbejdet mellem niveauerne. Det anbefales bl.a., at man på sigt arbejder hen mod, at der på basisniveau etableres tværfaglige spiseforstyrrelsesteam, som varetager visitation,

diagnostik og behandling og varetager konsulentfunktioner. Det foreslås, at teamet er tværfagligt og omfatter eller råder over nogle af følgende faggrupper: Psykiater/børne- og ungdomspsykiater, sygeplejerske, psykolog, diætist, fysioterapeut, tandlæge, socialrådgiver, ergoterapeut og sekretær.

Der vil være behov for et tæt samarbejde med en bestemt pædiatrisk/medicinsk afdeling (samarbejdsafdelinger). Teamet kan evt. etableres som satellit for en bestemt landsdelsafdeling, hvortil svære tilfælde henvises, og hvorfra de kan modtages igen. Teamet kan fungere som konsulent for andre behandlingsinstanser, herunder samarbejde med og rådgive primærsektoren (praktiserende læger, sundhedsplejersker, kommunernes læger) samt skolevæsen og socialforvaltninger m.fl.

Ud over oprettelsen af teams anbefaler arbejdsgruppen, at der på sigt arbejdes på en vis styrkelse af landsdelsafdelingerne, så de udover at være i stand til at varetage behovet for behandling af de alvorligste spiseforstyrrelser også kan være ressourcecentre for de lokale teams.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere også, at der på sigt oprettes en landsdækkende klinisk database til monitorering af behandlingsresultaterne.

Hensigten med anbefalingerne er:

- at der kan sikres tilstrækkelig behandlingskapacitet og kompetence,
- at henvisningsvejene bliver enkle, at der sikres kontinuitet i forbindelse med overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, fra somatisk til psykiatrisk behandling og fra sundhedsvæsenets behandling til socialvæsenets støtte og rehabilitering, samt
- at behandlingsresultaterne monitoreres, og der skabes mulighed for videreudvikling af behandlingsmetoderne.

Sundhedsstyrelsen har i spørgeskemaundersøgelsen anmodet regionerne om at beskrive tilbuddene ved udgangen af 2006 i amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), herunder beskrive tilrettelæggelse og kapacitet til spiseforstyrrede (både børn og unge og voksne) samt redegøre for anvendelsen af de ekstra ressourcer tilført med satspuljeaftalen, for så vidt angår ændret organisering og øget kapacitet i behandlingsindsatsen (regionen kan i forbindelse hermed også anføre den aktuelle kapacitet i 2007).

Sundhedsstyrelsen anmodede i den forbindelse om en beskrivelse af, hvorvidt der var oprettet et tværfagligt spiseforstyrrelsesteam til at varetage central amtslig visitation, samle behandlingen og udføre konsulentopgaver. Endvidere om der var indgået aftaler med landsdelsfunktionerne med henblik på behandling af de alvorligste spiseforstyrrelser og ressourcecenterfunktion.

6.2 Udviklingen i kapacitet og aktivitet

Oplysningerne om antallet af særlige pladser til personer med spiseforstyrrelser (uanset alder) ved de børne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger er hentet direkte fra spørgeskemabesvarelserne fra regionerne og

fremgår af tabel 20. Pladsantallet dækker over det antal pladser, det enkelte amt har anført, at det i gennemsnit anvender til - eller har reserveret til - spiseforstyrrelser indenfor børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Dette antal pladser repræsenterer således et minimum af de til rådighed værende pladser.

Aldersafgrænsningen er ikke defineret, idet man nogle steder har etableret særlige spiseforstyrrelsesenheder på tværs af aldersgrænser i børne- og ungdomspsykiatrisk regi eller evt. i voksenpsykiatrien.

Tabel 20: Antal særlige pladser til spiseforstyrrede

Amt	B&U 2005 Dag/døgn	Voksen 2005 Dag/døgn	B&U primo 2006 Dag/døgn	Voksen primo 2006 Dag/døgn	B&U ultimo 2006 Dag/døgn	Voksen ult. 2006 Dag/døgn
H:S LL	2/7	0/10	2/7	*8/10	1,7/7,3	8/10
Københavns	0/2	42/0	0/2	69/0	0/2	13***/0
Frederiksborg	0/0	0/0	8/0	0/0	-	-
Roskilde	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
Vestsjælland ##	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	-
Storstrøm	6/10	0/0	6/10□□□	0/0	-	-
Fyn LL	2/3 □	0/1	2/3□	0/1	1,5/2,5	0/2,5
Sønderjylland	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
Ribe	2/2	0/0	2/2	0/0	½	0/0
Ringkøbing	0/0	0/0	0/2	0/0	0/0	0/0
Vejle	6/10,5□□	0/0	3/9	0/0	3/9	0/0
Århus LL ***	8/11	0/0	8/11	0/0	8/8	0/0
Viborg	0/16	0/0	0/16	0/0	0/0	0/0
Nordjylland	0/8	0/0	0/8**	0/0	0/8	0/0
I alt dag/døgnpladser	26/69	42/11	31/69	77/11	15,2/26,8	21/16,5

*der etableres tillige 8 dagpladser per 1. maj 2006.

** 8 normerede sengepladser (5 disponible).

*** Udover de 13 dagpladser er der 77 ambulante "pladser", dvs. kapacitet til 77 ambulante forløb.

□ Suppleret med 1 seng i pædiatri og 3 senge i endokrin, i alt 10 pladser.

□□ Gennemsnitligt antal anvendte pladser til spiseforstyrrede

□□□ Har 6 familier i flerfamiliegruppeterapi

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne.

Det kan konstateres, at der i 2006 kun var få amter med specifikke normerede pladser reserveret til patienter med spiseforstyrrelser. Det fremgår endvidere, at det samlede antal døgn- og dagpladser er faldet ultimo 2006 i forhold til de forrige år. Ultimo 2006 er der således 42 reserverede pladser i børne- og ungdomspsykiatrien til patienter med spiseforstyrrelser og 37,5 reserverede pladser i voksenpsykiatrien

til samme patientgruppe. Disse tal udgør som nævnt det minimalt til rådighed værende.

Faldet i antallet af særlige pladser til personer med spiseforstyrrelser optræder i de fleste amter – særligt bemærkes det drastiske fald i voksenpsykiatrien i Københavns Amt. Det bør dog nævnes, at der i Københavns Amt ud over det i tabel 20 oplyste er 77 ambulante ”pladser”. Faldet i registreringen af antal pladser i Københavns Amt såvel som øvrige amter kan således eventuelt skyldes en omlægning af aktiviteten fra egentlige dag-/døgnpladser til ambulant aktivitet. Dette ville i så fald være på linie med Sundhedsstyrelsens rapport ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling” fra 2005. Det må endvidere bemærkes, at antallet af pladser ultimo 2006 udtrykker et minimum, idet det ikke har været muligt at få oplysning fra regionerne om antallet af reserverede pladser til spiseforstyrrede i alle amter.

Det skal understreges, at ovenstående pladsantal ikke afspejler det totale antal pladser, der anvendes til personer med spiseforstyrrelser. Flere amter anvender pladser i den almene børne- og ungdomspsykiatri eller voksenpsykiatri til patienter med spiseforstyrrelser efter behov.

6.3 Spiseforstyrrelsesteams

I Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser 2005 anbefales, at man på sigt arbejder hen mod, at der på basisniveauet (nu benævnt ’hovedfunktionsniveau’) etableres tværfaglige spiseforstyrrelsesteams. Rapporten anbefaler således, at der svarende til hvert amt oprettes et spiseforstyrrelsesteam, som varetager central visitation, diagnostik, behandling og konsulentfunktioner. Det foreslås, at teamet er tværfagligt og omfatter eller råder over en række faggrupper.

Ultimo 2006 havde 11 amter etableret tværfagligt spiseforstyrrelsesteam. Tallet er uforandret i forhold til foregående år. Bemandingen i relation til faggrupper fremgår af tabel 21. I forhold til året før er der foregået en udvidelse af det samlede antal stillinger med opgaver specifikt vedrørende spiseforstyrrelser. Det bør dog nævnes, at udvidelsen i hvert fald delvist kan tilskrives, at der for flere amter er oplyst antallet af stillinger i år i forhold til foregående år.

Tabel 21: Spiseforstyrrelsesteams: Bemanding med faggrupper ultimo 2006.

Amt	Spiseforstyrrelsesteam etableret	Børne- og ungdomspsykiater /psykiater	Sygeplejerske	Psykolog	Andre
H:S LL	Nej				
Københavns	Ja*				
Frederiksborg	Ja	1	1,8	0,8	2,4
Roskilde	Nej				
Vestsjælland	Ja	1	0	1	2
Storstrøm	Ja	1	-	1	1
Fyn LL	Ja	3	4	3,5	0,8
Sønderjylland	Nej				
Ribe	Ja	1	1	1	3
Ringkøbing	Ja	-	1	2	-
Vejle	Ja	2	1	1	3
Århus LL	Ja	5	0	8	3,8
Viborg	Ja	0,4	1	1	0,3
Nordjylland	Ja	3	1	2	1

* I Københavns Amt er der ikke tilknyttet fast personale til teamet. Personalet er udlånt fra andre enheder.
Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne.

6.4 Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser

Nedenfor er aktiviteten vedrørende spiseforstyrrelsesdiagnoser udspecificeret i henhold til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister med hensyn til indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser behandlet i sygehusvæsenet i 1997,

2000, 2003, 2004 og 2005. Det skal bemærkes, at tabellen omfatter alle aldersgrupper - dvs. børn og unge (B&U) samt voksne med spiseforstyrrelser.

Tabel 22: Indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser (alle aldre) behandlet i sygehusvæsenet i 1997, 2000, 2003, 2004 og 2005

		Diagnose	1997	2000	2003	2004	2005
Antal indlæggelser	Psykiatri	Anoreksi	189	182	163	149	131
		Bulimi	40	40	32	17	25
		Øvrige	20	37	26	16	25
		i alt	249	259	221	182	181
	B+U- Psykiatri	Anoreksi	153	117	140	157	146
		Bulimi	3	10	12	3	6
		Øvrige	1	8	9	14	8
		i alt	157	135	161	174	160
Antal ambulante forløb	Psykiatri	Anoreksi	316	511	501	581	761
		Bulimi	509	607	559	589	620
		Øvrige	121	215	239	254	269
		i alt	946	1333	1299	1424	1650
	B+U- Psykiatri	Anoreksi	244	442	614	702	751
		Bulimi	110	234	283	266	298
		Øvrige	42	141	163	163	192
		i alt	396	817	1060	1131	1241

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

I overensstemmelse med rapportens anbefalinger ses der gennem årene en stigning i antallet af ambulante forløb samtidig med, at antallet af indlæggelser vedr. spiseforstyrrelser er nedadgående. Dette understøtter således forklaringen om, at det faldende pladsantal delvist kan tilskrives mere ambulante aktivitet frem for indlæggelser og er således i god overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling”.

I forhold til de enkelte spiseforstyrrelsesdiagnoser ses det, at anoreksi dominerer antallet af indlæggelser, mens antallet af indlæggelser vedr. bulimi og ”øvrige” er meget beskedent, hvilket er i overensstemmelse med de faglige anbefalinger.

6.5 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger vedrørende spiseforstyrrelser til amtets børne- og ungdomspsykiatriske afdeling og voksenpsykiatriske afdelinger. Dette er opgjort i tabel 23 for årene 2004, 2005 og

2006. Det fremgår heraf, at antallet af henvisninger i 2006 i alt var 750 inden for børne- og ungdomspsykiatrien og 655 inden for voksenpsykiatrien.

Tabel 23: Antal henvisninger vedrørende spiseforstyrrelser i perioden 2004–2006 til amtets børne- og ungdomspsykiatriske afdeling (B&U) og voksenpsykiatriske afdelinger uafhængigt af alder

Amt	2004 B&U	2004 Voksen	2005 B&U	2005 Voksen	2006 B&U***	2006 Voksen***
H:S LL	32	113	34	131	32 (2)	116 (18)
København	43	263	43	287	58 (2)	342 (35)
Frederiksborg	34	0	34	0	70 (12)	12 (1)
Roskilde	23	68	26	35	5 (0)	2 (0)
Vestsjælland	56*	0	61*	0	48 (0)	23 (0)
Storstrøm	22	55	15	60	21 (1)	4 (1)
Fyn LL	45	84	65	81	66 (3)	97 (0)
Sønderjylland	22	16	19	14	29 (0)	0 (0)
Ribe	50	2	56	1	63 (0)	14 (2)
Ringkøbing	29	0	32	5	28 (1)	44 (-)
Vejle	48*	18	32*	21	32 (3)	0 (0)
Århus LL	222	0	224	7	221 (28)	- (-)
Viborg	7	12	26	11	21 (19)	1 (0)
Nordjylland	13	**	29	**	24 (1)	- (-)
I alt	646	631	696	653	750 (72)	655 (57)

*Tallene er cirka tal, da mange henvisninger ikke indeholder diagnose og mange diagnoser ændres efter første samtale.

** Diagnose registreres først efter udredning. Det er således ikke muligt for voksenpsykiatrien at oplyse antallet af patienter med spiseforstyrrelse, der venter på det første kontaktmøde.

***Tallene i parentes angiver antallet af afviste ud af antallet af henviste.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne.

I forhold til de forrige år er der altså sket en stigning i antallet af henvisninger vedrørende spiseforstyrrede til børne- og ungdomspsykiatrien, hvorimod henvisningerne til voksenpsykiatrien er omtrent konstante. Antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien er steget med 54 i forhold til forrige år.

I parentes efter antallet af henvisninger ses antallet af afviste heraf. I alt afvises ca. 9 % af de henviste spiseforstyrrede til børne- og ungdomspsykiatrien og til

voksenpsykiatrien. Antallet af afviste forekommer nogenlunde ens i amterne/H:S forholdsmæssigt. Dog springer Viborg Amt i øjnene, idet hele 90 % af de henviste spiseforstyrrede afvises i 2006 i børne- og ungdomspsykiatrien (19 ud af 21).

6.6 Ventelister og ventetider

I tabel 24 ses antallet af ventende patienter med spiseforstyrrelse. Det fremgår heraf, at ventelisten er steget markant på det seneste år fra 252 primo 2006 til 357 ultimo 2006. Således er der ultimo 2006 105 patienter mere på venteliste end året før.

Desværre har det ikke været muligt at opgøre de ventende spiseforstyrrede patienter på 1. ambulante kontakt, dagindlæggelse og døgnindlæggelse som de forrige år grundet usikre data som følge af Kommunalreformen. Det vides derfor ikke, hvad patienterne venter på ultimo 2006.

	01/01 2005	01/01 2006	31/12 2006
1. ambulante kontakt	156	186	-
Dagindlæggelse	39	52	-
Døgnindlæggelse	2	14	-
I alt	197	252	357

* Angivelsen af antal ventende spiseforstyrrede pr. 31/12 2006 har ikke kunnet opgøres på ambulante kontakt, dag- eller døgnindlæggelse grundet datavanskeligheder i forbindelse med amternes nedlæggelse ved kommunalreformen.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne

Betragtes tabel 25 vedr. ventetiden til behandling, ses det, at stigningen i antallet af ventende patienter med spiseforstyrrelse kan henføres til såvel børne- og ungdomspsykiatrien som voksenpsykiatrien.

Ser man på, hvor lang tid patienterne med spiseforstyrrelser venter ultimo 2006, venter ca. 44 % af patienterne 0-4 uger. Det kommende frie valg til udredning for børne- og ungdomspsykiatriske patienter efter en ventetid på 2 måneder gør det særligt interessant at bemærke andelen af patienter, der venter mere eller mindre end 8 uger. Det ses, at ca. 57 % af patienterne venter 0-8 uger, mens der omvendt er 43 %, der venter mere end 8 uger. Såfremt samme billede tegner sig næste år, vil knap halvdelen af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter med spiseforstyrrelser kunne gøre brug af det udvidede frie valg.

Tabel 25: Ventetider til behandling vedr. spiseforstyrrelser

	0-4 uger	5-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt	
Pr. 1.1.2005							
Børne- & ungdomspsyk. afd.	44	47	19	3	0	113	
Voksenpsyk. afd.	31	36	14	2	1	84	
I alt	75	83	33	5	1	197	
	0-4 uger	5-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt	
Pr. 1.1.2006							
Børne- & ungdomspsyk. afd.	57	41	31	5	1	135	
Voksenpsyk. afd.	41	49	18	8	1	117	
I alt	98	90	49	13	2	252	
	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
Pr. 31.12.2006							
Børne- & ungdomspsyk. afd.	90	30	22	29	20	5	196
Voksenpsyk. afd.	66	19	10	45	20	1	161
I alt	156	49	32	74	40	6	357

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne

Ser man på de generelle ventelister og ventetider for børne- og ungdomspsykiatri i tabel 26, fremgår det, at de spiseforstyrrede udgør ca. 7 % af det samlede antal ventende til børne- og ungdomspsykiatrien. De spiseforstyrrede udgør 9 % af de, som har ventet under 4 uger, og 6 % af de, som har ventet 5-8 uger. I forhold til forrige år er andelen af ventende spiseforstyrrede ud af de samlede ventende børne- og ungdomspsykiatriske patienter generelt steget.

Tabel 26: Ventende spiseforstyrrede i relation til samtlige ventende til børne- og ungdomspsykiatrien pr. 31.12. 2006

Antal uger	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
Spiseforstyrrede i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien i alt	156	49	32	74	40	6	357
Spiseforstyrrede til børne- og ungdomspsykiatrien	90	30	22	29	20	5	196
Samlet antal ventende til børne- og ungdomspsykiatrien	1035	518	314	345	487	133	2832
Andel ventende spiseforstyrrede i børne- og ungdomspsykiatrien af alle patienter i børne- og ungdomspsykiatrien	9%	6%	7%	8%	4%	4%	7%

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne

De amter/regioner, som har særlige tilbud til spiseforstyrrede, modtager generelt også yngre voksne fx op til 25 år i disse særlige tilbud.

6.7 Opsummering

Vedrørende indsatsen for spiseforstyrrede kan opfølgingsgruppen konstatere, at antallet af henvisninger er vokset, hvilket har affødt længere ventelister. Henvisningerne er steget særligt til børne- og ungdomspsykiatrien, men ventelisten for såvel børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien er steget forholdsmæssigt ens. Det er således fortsat ikke lykkedes at nedbringe ventelisten for personer med spiseforstyrrelser hverken i børne- og ungdomspsykiatrien eller i voksenpsykiatrien.

Selvom langt størstedelen af de ventende børne- og ungdomspsykiatriske patienter med spiseforstyrrelse kun venter i 0-4 uger, ses det, at ca. 40 % af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter med spiseforstyrrelse i alle aldre venter i mere end 8 uger.

Det ses samtidig, at antallet af reserverede pladser er faldet markant, hvilket dog delvist må tilskrives registreringstekniske forhold. Manglende kapacitet i form af pladser kunne således være en forklaring på det stigende antal ventende patienter med spiseforstyrrelser.

Omvendt kan reduktionen af antal pladser være et udtryk for, at man følger anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser, herunder, at man som anbefalet lægger vægt på LEON-princippet og på det ambulante behandlingsprincip. Sundhedsstyrelsens LPR-udtræk for indlæggelser og ambulante forløb understøtter dette, da der tydeligvis er sket et fald i antallet af indlæggelser og en stigning i antallet af ambulante forløb – særligt i børne- og ungdomspsykiatrien. Samtidig er der fortsat i tråd med rapportens anbefalinger etableret spiseforstyrrelsesteams i langt størstedelen af amterne.

Spiseforstyrrede ultimo 2006 udgør 7 % af samtlige ventende til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Dette omfatter bl.a. unge helt op til 25 år i visse amter/regioner. Ventetiderne for spiseforstyrrede til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er generelt kortere end for den samlede børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe som helhed som udtryk for, at disse prioriteres.

På baggrund af kommunalreformen må opgaverne for spiseforstyrrelsesteams antages at udvikle sig i de kommende år, herunder samarbejde med og yde rådgivning til primærsektoren i form af fx praktiserende læger, sundhedsplejersker, kommunallæger, skolevæsenet og socialforvaltninger m.fl.

7 Socialektoren

7.1 Psykiatriaftalen 2003 til 2006 – den sociale sektor

I Psykiatriaftalen for 2003 til 2006 var der enighed om at prioritere indsatsen over for psykisk syge børn og unge højt. Af debatten fremgik det, at der ofte manglede sammenhæng og kontinuitet mellem udskrivningen fra de psykiatriske hospitaler og efterfølgende tilbud i socialektoren. Der blev peget på de forskellige faglige udgangspunkter som barriere for samarbejde og koordinering og vanskeligheden ved at finde egnede udslusningstilbud.

For at imødegå dette blev der bevilget en pulje på 36 mio. kr. i alt til perioden 2003 til 2006.

Puljen skulle anvendes til:

- Fremme af initiativer, der forbedrer det tværsektorielle samarbejde
- Udbygning og udvikling af relevante udslusningstilbud til psykisk syge børn og unge fx opfølgende kontaktordning, behandling i ambulante regi fx i børnehuse, familiecentre og lignende.

Dette har resulteret i 26 projekter. Projekternes formåls- og målbeskrivelserne er oftest af kvalitativ karakter og indeholder ikke måltal.

Samlet viser projekterne en meget forskelligartet indsats for at udvikle samarbejdet mellem aktørerne på tværs af sektorerne.

Projektets målgruppe kan deles i flere kategorier:

- En bred og ikke nærmere defineret gruppe børn og unge med sindslidelser
- Børn og unge med mere specifikke diagnoser som fx borderline (emotionel ustabil personlighedsforstyrrelser), børn og unge med behov for opfølgning på en døgninstitution, spiseforstyrrelser (anorexia nervosa og bulimia).
- I få projekter er de unge, der netop er fyldt 18 år omfattet af projektet, og indsatsen i disse få projekter kan anses som en slags efterværn.
- I flere projekter indgår børnenes eller de unges familier som brugere. Det hænder dog, at de unge ikke ønsker forældrene inddraget.

Antallet af brugere i projekterne er meget forskellige og går fra flere end 100 brugere til 5, 10 og 20 brugere. I de sidstnævnte arbejdes der med mere længerevarende socialpsykiatriske indsatser over for specifikt afgrænsede målgrupper. Det rapporteres, at projekterne har tilvejebragt en kvalitativ bedre indsats, eller indsatsen er blevet udbygget. Det fremgår direkte, at mindst 1/5 af projekterne formodes at blive forankret.

Nogle projekter skriver, at det er for tidligt at udtale sig om forankring, da man endnu ikke har indhentet tilstrækkeligt med erfaringer. Nogle få projekter skriver, at de arbejder på at få det forankret. Ingen projekter oplyser, at det ikke bliver forankret.

7.2 Nationalt kvalitetsprojekt i børne- og ungdomspsykiatrien

Socialministeriet, Amtsrådsforeningen (nu Danske Regioner) og Indenrigs og Sundhedsministeriet oprettede i 2005-2007 et projekt om samarbejde mellem sektorerne.

Baggrunden var:

- et ønske om at skabe en bedre sammenhæng i tilbuddene indenfor undervisnings-, social- og sundhedsområdet til børn og unge med en psykisk lidelse,
- at børne- og ungdomspsykiatrien til trods for betydelig udbygning gennem de senere år fortsat er præget af væsentlige kapacitetsproblemer,
- at den demografiske udvikling (flere børn og unge) vil bevirke en fortsat øget efterspørgsel efter undersøgelse og behandling i psykiatrien.

Børn og unge med psykiske problemer, der befinder sig i snitfladen mellem psykiatrien og de sociale og undervisningsmæssige samt psykologiske tilbud i kommuner og amter, skal sikres det bedst mulige tilbud samt udrednings- og behandlingsforløb i børne- og ungdomspsykiatrien, socialektoren og undervisningssektoren. Inddragelse af børnene og de unge samt pårørende skal også sikres.

7.3 Psykiatriaftale 2007 til 2010

Der blev der som led i Regeringens og satspuljepartiernes Psykiatriaftale for 2007-2010 afsat penge til at forbedre og udbrede psykologbehandlingen i den sociale sektor. Det betyder blandt andet, at sektoren vil få flere psykologiske ressourcer til at varetage opgaven om psykisk syge børn og unge, så de får den hjælp og støtte, de har behov for. Og Socialministeriet støtter derfor med satspuljen udbygning af psykologiske behandlingstilbud til børn og unge i kommunerne.

Også på ungdomsuddannelserne skal det være nemmere at komme i kontakt med en psykolog, og der er derfor afsat penge til at støtte projekter, der giver de unge mulighed for at gå til en psykolog på uddannelsesstedet.

Tilsvarende bliver det nemmere for anbragte børn at få psykologbehandling. Institutioner med anbragte børn kan søge om midler til psykiatriske konsulenttimer.

Der vil blive foretaget en evaluering af de initiativer, der får tilskud fra puljen. Evalueringen skal foreligge 2 år efter projekternes igangsættelse.

7.4 Kortlægning af tilbud i socialektoren til unge med psykiske vanskeligheder

Center for Forskning i Socialt Arbejde ved Den Sociale Højskole i København har i 2006 foretaget en landsdækkende kortlægning af tilbud til unge med psykiske vanskeligheder, der skal afdække og analysere eksisterende ungeindsatser og kategorisere disse i forhold til målgrupper, metoder/teorier og aktiviteter. Kortlægningen er udgivet af Videnscenter for Socialpsykiatri i rapportform i november 2007.

Kortlægningen omfatter tilbud i både social- og sundhedssektoren.

Tabel 27: Antal brugere og tilbud fordelt på tilbudstyper i socialektoren

Socialektoren:	Antal brugere*	Antal brugere i procent	Antal tilbud*	Antal tilbud i procent
Botilbud med døgnstøtte og bo- eller opgangsfællesskab	972	7,8	268	18,2
Støtte-kontaktperson ordning	510	4,1	88	6
Aktivitetscenter og værested	442	3,5	137	9,3
Opholdssted	1501	12,1	290	19,7
Klub	212	1,7	30	2,1
Brugerforening	102	0,8	36	2,4
Dagbehandling	676	5,4	54	3,7
Telefonrådgivning og åben rådgivning	4974	39,9	112	7,6
Undervisnings og skoletilbud	513	4,1	79	5,4
Døgninstitution	292	2,3	38	2,6
Arbejdsprøvnings/beskyttet beskæftigelse/revalidering	337	2,7	30	2,1
Botilbud med døgnstøtte og støtte-kontaktperson ordning	27	0,2	6	0,4
Botilbud med døgnstøtte og aktivitetscenter	3	0,0	1	0,1
Botilbud med døgnstøtte og opholdssted	29	0,2	5	0,3
Støtte-kontaktperson ordning og aktivitetscenter	2	0,0	2	0,1
Støtte-kontaktperson ordning og værested	29	0,2	18	1,2
Bo- eller opgangsfællesskab, støtte-kontaktperson og værested	17	0,1	4	0,2
Støtte-kontaktperson ordning, aktivitetscenter og værested	24	0,2	5	0,3
Tilbud der har afkrydset flere karakteristika	63	0,5	11	0,7
Andet	140	1,1	79	5,4
Socialektoren total	10.865	86,9	1293	87,8

* Antal tilbud rummer her også 278 tilbud, som der har været kontakt med og som arbejder med målgruppen, men som ikke har besvaret dette spørgsmål. På baggrund af tilbudets navn og adresse, og på baggrund af eventuelle hjemmesider er der lavet et skøn over, hvor det hører til. Der var 46 af disse tilbud som ikke kunne placeres, og derfor er med i kategorien "Andet"

Kilde: Rapport, Center for Forskning i Socialt arbejde v. Den Sociale Højskole, Kbh. 2007

I rapporten opereres med begrebet "psykiske vanskeligheder". Det betyder at målgruppen er bredere end gruppen af unge, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose. Begrebet " unge med psykiske vanskeligheder" er bl.a. valgt fordi en række psykiske sygdomme først lader sig diagnosticere i ungdomsalderen, og fordi det er svært at vide, om psykiske vanskeligheder i denne alder udvikler sig til en egentlig sindslidelse.

Aldersgruppen i rapporten er i intervallet 13 til 25 år.

Ovennævnte tabeller er udarbejdet på baggrund af tal fra denne rapport.

I undersøgelsen indgår der social- og sundhedsmæssige tilbud, som samlet har 12.452 brugere mellem 13 og 25 år, hvoraf nogle godt kan benytte mere end et tilbud.

10.865 (svarende til 87,8 %) af disse brugere benytter de sociale tilbud og nedenstående tabel viser hvordan disse fordeler sig

Samlet set er der tale om en bred vifte af tilbud, hvoraf brugerne altså også kan benytte mere end et tilbud.

Ser man bort fra åben rådgivning/tlf. rådgivning er de mest benyttede typer tilbud opholdssteder med 1501 brugere og botilbud med døgnstøtte/bo- eller opgangsfællesskab med 972 brugere.

Ser man på den kønsmæssige fordeling af brugerne af de sociale tilbud fordeler de sig som det fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 28: Antal brugere af tilbuddene fordelt på køn og alder

	13-17 år	18-25 år	I alt
Piger	1502	3365	4867
Drenge	1767	1837	3604
Procentvis:			
Piger	46 %	65 %	57 %
Drenge	54 %	35 %	43 %

N=723

Brugerne er opdelt i 57 % piger og 43 % drenge. Gruppen af piger er større end drengene. Tabellen viser imidlertid, at billedet skifter afhængigt af aldersgruppen. Der er således blandt de yngste flere drenge end piger, hvorimod pigerne er i stort flertal blandt de ældre unge.

Ventetid

Fra en bruger er henvist og visiteret til et tilbud, kan der gå et stykke tid, inden den unge har mulighed for at benytte tilbuddet, da der kan være ventetid. Det gælder også sociale tilbud målrettet unge med psykiske vanskeligheder.

Ventetiderne synes for de flestes vedkommende at være under et halvt år, men nogle steder har ventetider på over et år. Det synes især at gøre sig gældende for botilbud med døgnstøtte.

Personalets sammensætning

Nedenstående tabel viser, hvordan de ansatte i tilbuddene i socialektoren fordeler sig i undersøgelsen. Der skal gøres opmærksom på, at stederne i deres besvarelser ikke nødvendigvis har skelnet mellem fuldtids- og deltidsstillinger, samt brug af konsulenttimer. Det betyder, at én ansat reelt kan dække over, at personen alene er tilknyttet stedet et lille antal timer ugentligt.

Tabel 29: Antal ansatte i socialektoren fordelt på stillingskategorier, med og uden opjustering

Socialektoren:	Uden opjustering	Med opjustering*
Psykiater	36	46
Psykologer	259	341
Sygeplejersker	362	453
Sosiuere	1136	1408
Plejere	227	288
Socialrådgivere	425	554
Pædagoger	2973	3578
Skolelærer	719	845
Ergoterapeuter	288	361
Fysioterapeut	29	35
Afspændingspædagog	34	41
Erhvervskonsulent	18	22
Håndværkere	494	586
Sekretærer	273	335
Rengøringsassistent	218	265
Køkkenpersonale	188	224
Brugerbaggrund	75	94
Uden uddannelse	320	382
Anden uddannelse	567	694
Ansatte i socialektoren i alt	8640	10 552

* Opjusteringen er foretaget ved først at opgøre antallet indenfor hver type blandt besvarelserne af spørgsmålet. Dernæst er der beregnet et gennemsnit indenfor hver type af tilbud, som så er multipliceret med det manglende antal besvarelser indenfor hver type. Dette tal er så lagt sammen med tallet fra de faktiske besvarelser. Derved kan man anslå det samlede antal for hver type og danne et sandsynligt billede for den samlede gruppe.
Kilde: Rapport, Center for Forskning i Socialt arbejde v. Den Sociale Højskole, Kbh. 2007

Tabellen viser, at den mest udbredte faggruppe er pædagoger, og at den anden store faggruppe på området er social- og sundhedsassistenter.

7.5 Anbragte børn

Siden 1. januar 2006 har kommunerne skullet indberette nyanbringelser til en central anbringelsesstatistik i Ankestyrelsen. Statistikken gør det muligt at følge anbringelsestallet kvartalsvist og omfatter børn og unge i aldersintervallet 0 til og med 17-årige. Tallene for 2006 er ikke endeligt opgjort, da flere kommuner grundet travlhed med implementering af opgave- og strukturreformen, endnu mangler at indberette nyanbringelser. En rundspørge, som KL har foretaget antyder dog, at antallet af nyanbringelser i 2006 svarer nogenlunde til tidligere års nyanbringelser.

Kommunerne skal i forbindelse med indberetningen til anbringelsesstatistikken angive, hvad der har været udslagsgivende årsager til, at barnet er blevet anbragt.

Statistikken viser, at flere børn anbringes med henvisning til psykiske lidelser, generelle adfærds- og tilpasningsproblemer, selvdestruktivitet og lignende.

7.6 Den sociale indsats i forhold til spiseforstyrrelser

Den egentlige behandling af mennesker med spiseforstyrrelser hører under sundhedsvæsenet.

Udover den behandlingsmæssige indsats er der imidlertid også sociale opgaver forbundet med indsatsen over for mennesker med spiseforstyrrelser – som regel i tæt samarbejde med sundhedssektoren. Det er bl.a. oplysning, information, forebyggende initiativer og rehabilitering (efterværn) samt efteruddannelse af fx socialfagligt personale og andre, der kommer i berøring med mennesker med spiseforstyrrelser i deres arbejde. Hertil kommer private botilbud, godkendt efter serviceloven, og ambulante sociale tilbud til mennesker med spiseforstyrrelser, der kan være et supplement til den sundhedsmæssige behandling, ligesom tilbuddene kan benyttes i rehabiliteringsfasen.

Der er i perioden 2000-2006 inkl. blevet afsat i alt 41,1 mio. kr. via satspuljen til social indsats mod spiseforstyrrelser. Midlerne er blandt andet brugt til økonomisk støtte til etablering og drift af det private sociale behandlingstilbud AIDA siden år 2000.

I efteråret 2002 blev der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen. Arbejdsgruppen skulle udarbejde et notat med konkrete forslag til en styrket social indsats over for personer med spiseforstyrrelser. Arbejdsgruppen afleverede i oktober 2002 notatet, der indeholder 13 konkrete forslag, til de respektive ministre. Ovennævnte satspuljemidler er blandt andet brugt til at udmønte anbefalingerne.

Eksempler på initiativer:

- Tilskud til teaterstykket "En farlig ven" og efterfølgende udsendelse af bogen af samme navn til samtlige skoler og efterskoler i 2004.
- Støtte til Center for Spiseforstyrrelser ved Århus Universitetshospital til udvidelse af deres telefonrådgivning og til udvikling af centrets hjemmeside.
- Etablering af pårørendegrupper i regi af Landsforeningen af Spiseforstyrrelser og PS Landsforeningen
- Tilskud til diverse initiativer med fokus på indsamling af viden og formidling af viden
- Afholdelse af i alt 9 regionale arbejdsseminarer for medarbejdere fra social- og sundhedssektorerne. I alt ca. 700 personer har deltaget heri
- Udviklingsprojekter om støtte- og kontaktpersoner og efterværn
- Etablering af selvhjælpsgrupper

Kommunerne har også som en del af deres opgaver over for borgerne etableret forskellige sociale tilbud, herunder opholdssteder og botilbud, målrettet børn, unge og voksne med spiseforstyrrelser.

8 Forventninger til den fremtidige efterspørgsel i børne- og ungdomspsykiatrien

Spørgsmålet om, hvilken efterspørgsel der kan forventes i fremtiden, relaterer sig bl.a. til følgende problemstillinger:

- Forekomst af børne- og ungdomspsykiatriske lidelser
- Den demografiske udvikling
- Henvissningsmønstre og arbejdsdeling
- Krav til diagnostik og behandling.

8.1 Om forekomst og efterspørgsel

I 1998 konstateredes, at der ikke forelå aktuelt grundlag for at vurdere forekomsten af behandlingskrævende psykiske symptomer, sygdomme og forstyrrelser hos børn og unge. Det blev konstateret, at der ikke forelå nyere danske undersøgelser, der kunne belyse den samlede forekomst af psykiske lidelser og psykiske vanskeligheder hos børn og unge, men at en mere end 20 år gammel dansk befolkningsundersøgelse konstaterede, at ca. 10 % af en børnepopulation i løbet af et år modtog forskellige former for bistand pga. psykiske problemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer, psykosomatiske problemer eller taleproblemer. Heraf udgjorde større psykiske problemer/psykiske lidelser 0,7 %.

Der blev i 1999-2000 gennemført en repræsentativ populationsbaseret to-trinsundersøgelse i Danmark med henblik på at belyse forekomsten af børnepsykiatrisk sygdom samt omfanget af komorbiditet (samtidig anden diagnose) hos danske 8-9-årige børn (prævalensen). I denne undersøgelse nåede man frem til en estimeret samlet forekomst på 11,8 % (sikkerhedsgrænser 8,8-14,8 %). Undersøgelsens værdi begrænses af, at besvarelsesprocenten kun var ca. 50 %, men det søgtes imødegået ved en grundig bortfaldsanalyse.

Undersøgelsen støtter antagelsen om, at ca. 10 % af børnepopulationen i Danmark har brug for en eller anden form for bistand i relation til psykiske problemstillinger. Undersøgelsens resultater støttes af, at der er fundet lignende prævalenstal i internationale undersøgelser.

Resultatet kan dog ikke tolkes som, at hvert 10. barn i Danmark har behov for henvisning til specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling. Nogle af disse problemer vil kunne håndteres i de primære led med bl.a. nye samarbejdsformer med psykiatrien, f.eks. af de pædagogisk-psykologiske rådgivninger.

Det kan aktuelt konstateres, at man nu har passeret andelen på ca. 0,7 %, der i den førstnævnte undersøgelse blev fundet med større psykiske problemer, uden at dette har medført tegn på balance.

I 1996 modtog ca. 0,4 % af alle børn og unge i Danmark et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Man konkluderede i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001, at spørgsmålet om, hvilken procentandel af børn og unge, der bør have tilbud om børne- og ungdomspsykiatrisk bistand, ikke lod sig fyldestgørende besvare på baggrund af den foreliggende viden. Man anså det imidlertid for sandsynligt, at en noget større procentandel af børne- og ungdomspopulationen end de ca. 0,4% ville have behov for et specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud. Aktuelt er andelen af børn og unge, der henvises børne- og ungdomspsykiatrien steget til ca. 0,9 % af børne- og ungepopulationen, uden at der herved aktuelt ses en stabilisering i udviklingen.

Der er fortsat ikke solidt grundlag for vurdering af, hvilken andel af børne- og ungepopulationen, der bør have et tilbud i den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet. Behovet herfor påvirkes af mange forskellige forhold. Videnskabelige undersøgelser tyder dog på, at mellem 1 og 2 % af børne- og ungepopulationen kan have behov for en specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk indsats.

Det kan konstateres, at der trods visse fremskridt stadig er en fortsat stigning i antallet af henvisninger med lange ventetider til følge, og at andelen af hjemtagne af de anbefalede ressourcekrævende patienter til specialet følgelig også kun er sket i mindre omfang. Der er således aktuelt ikke tegn på, at der endnu er etableret den nødvendige kapacitet og balance.

I denne sammenhæng må man være specielt opmærksom på, at behovet for tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien vil være påvirket af arbejdsdelingen mellem primærsektoren og børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet herunder arbejdsdelingen mellem undervisnings- og socialektoren og de specialiserede sygehusydelse. Der bør især på baggrund af den seneste udvikling med kontinuerligt stigende antal henvisninger i højere grad fokuseres på behovet for bl.a. nye samarbejdsformer mellem sektorerne. Sundhedsaftalerne kan være et middel til at forbedre og intensivere koordination, samarbejde og opgavefordeling.

Stigning i efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser genfindes internationalt i en lang række lande Danmark sædvanligvis sammenligner sig med. Sammenligninger med andre lande (også de nærtliggende) bør imidlertid foretages med betydelig varsomhed, da den konkrete arbejdsdeling mellem forskellige sektorer varierer ganske betydeligt. Det kan i øvrigt konstateres, at andelen af børn og unge, der modtager et tilbud fra børne- og ungdomspsykiatrien i f.eks. Norge og Sverige, tilsyneladende ligger væsentligt højere end i Danmark, samtidig med at man også her oplever en ubalance mellem efterspørgsel og kapacitet.

I forbindelse med overvejelser om årsagen til den observerede stigende efterspørgsel, må det således også overvejes, om dette kan skyldes en stigende forekomst af psykiske lidelser blandt børn og unge. Så vidt Opfølgingsgruppen er bekendt, findes der ikke undersøgelser i Danmark eller andre lande, der kan belyse dette spørgsmål videnskabeligt. Ovennævnte undersøgelser vedr. forekomst giver dog ikke belæg herfor.

Man har bl.a. i England og Sverige også forholdt sig til dette spørgsmål og har her konkluderet, at det forekommer usandsynligt, at der skulle være sket en så hurtig forringelse af børn og unges psykiske helsetilstand over et så kort spænd af tid. Den stigende efterspørgsel tilskrives således andre forhold, men en øget viden om

udviklingen i forekomsten af psykiske lidelser og sværhedsgraden heraf hos børn og unge ser ud til at være vigtig.

Der er en oplevelse blandt faggrupperne af, at de patienter, man modtager især til indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien, i disse år ofte er svært syge med voldsomme og mere ressourcekrævende problemer. Der er ligeledes en fornemmelse af, at nogle sygdomme fra voksenpsykiatriens sygdomsspektrum f.eks. skizofreni og depression nu forekommer oftere (men dog stadig sjældent) blandt yngre børn og unge – dvs. en oplevelse af en tidligere sygdomsdebut end før. Dette kan imidlertid også være en følge af ændring i diagnostisk praksis.

Oplevelsen af en tungere patientprofil kan eventuelt afspejle den ændrede arbejdsdeling mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, hvor hjemtagning af svært syge unge fra voksenpsykiatrien medfører en større synlighed. Det må konstateres, at der savnes viden som grundlag for konklusioner på dette felt.

Forskning vedr. forekomsten af psykisk sygelighed blandt børn og unge og disse typer problemstillinger er vigtig af hensyn til såvel forebyggelse som vurdering af behandlingsbehovet fremover.

Med BupBasen er der skabt grundlag og mulighed for øget viden i fremtiden.

8.2 Overvejelser om mulige årsager til den stigende efterspørgsel

Opfølgingsgruppen har igen grundigt drøftet mulige årsager til den observerede udvikling, men man må atter konstatere, at der fortsat kun i meget begrænset omfang foreligger viden om årsager hertil.

I forbindelse med overvejelser over årsager til den øgede efterspørgsel kan der fortsat bl.a. peges på følgende mulige forklaringer:

- At der er kommet en øget opmærksomhed overfor børn og unge med psykiske symptomer.
- At der er sket en ændring i holdninger og adfærd i forhold til tidligere, som medfører mindre accept af, at børn og unge trives dårligt eller klarer sig dårligt socialt og undervisningsmæssigt og i sammenhæng hermed et større ønske om fagkyndig udredning af eventuelle årsager hertil. Der kan være behov for en faglig afklaring mellem de relevante faggrupper om, hvad der må defineres som trivselsmæssige, sociale og indlæringsmæssige problemer, og hvad der kan defineres som psykiske problemer eller psykiatriske lidelser.
- Større forventninger til mulighederne for børne- og ungdomspsykiatrisk behandling.
- Mindre stigmatisering i forhold til tidligere, hvor f.eks. forældre og andre kunne finde det vigtigt at undgå at stemple børn og unge ved henvisning til børne- og ungdomspsykiatri.

- Det har bl.a. herudover været drøftet, om en del af udviklingen kan forklares ved omlægninger af ressourceanvendelsen i relevante sektorer. Opfølgingsgruppen kan derfor anbefale nærmere undersøgelser og opgørelser vedr. ressourceanvendelsen.
- Større krav om diagnose i relation til iværksættelse af behandling i de relevante sektorer.
- Ændringer i opfattelsen af en diagnoses forekomst eller ændret praksis vedr. anvendelse af en diagnose kan medføre væsentlige ændringer i efterspørgsel og henvisningsadfærd for visse lidelser.

Det må understreges, at disse mulige forklaringer fortsat ikke kan efterprøves, bl.a. fordi det fordrer dokumentation af ændringer over tid, hvor oplysninger vedr. tidligere opfattelser og adfærd næppe lader sig fremskaffe. Alligevel må der i denne sammenhæng peges på, at der er behov for såvel rutinemæssig relevant statistik samt grundlæggende forskning på området, hvis man i fremtiden ønsker mere dybtgående at kunne belyse årsager til den observerede udvikling.

8.3 Den demografiske udvikling

En del af det hidtil oplevede henvisningspres kan tilskrives den demografiske udvikling, hvor det årlige fødselstal fra 1983 til 1994 steg fra ca. 50.000 til 70.000. De væsentlige større fødselsårgange i 80-erne og 90-erne afspejler sig i det stedfundne stigende henvisningspres.

Fra 1996 er fødselstallet imidlertid igen faldet noget, og der forventes i de kommende år et yderligere gradvis fald frem til ca. 60.000 fødsler årlig i 2012, herefter forventes igen en gradvis stigning op mod 70.000 fødsler i 2025. Alt andet lige må det således antages, at det midlertidige mindre fald i fødselstallet kun en overgang vil kunne lette presset på børne- og ungdomspsykiatrien, og at der således er behov for en permanent kapacitetsudvidelse.

8.4 Henvisningsmønstre og arbejdsdeling

Det er af fagfolk tilkendegivet, at man fortsat afviser/returnerer henvisninger, hvor disse ikke forekommer relevante - herunder alternativt tilbyder rådgivning og ad hoc konsulentbistand til de henvisende instanser. Antallet af afviste henviste udgør i 2006 ca. 15 % af de henviste.

I BupBasens årsrapport 2005 oplyses det, at ca. 23 % af alle henvisningerne (landsgennemsnit) afvises eller omvisiteres i perioden 2004-2006. Antallet i nærværende rapport er således lavere.

Arbejdsdelingen mellem undervisnings-, social- og sundhedssektoren vil generelt kunne påvirke efterspørgslen. Der foreligger imidlertid fortsat ikke datagrundlag for en nærmere belysning af udviklingen med hensyn hertil.

Som tidligere omtalt har ca. 10 % af børnepopulationen på et eller andet tidspunkt behov for særlig assistance med henblik på at få løst et problem. Både af hensyn til de pågældende børn og deres familier, og for at sikre en hensigtsmæssig ressourceanvendelse i de berørte sektorer, er det vigtigt, at børnene hurtigt får den rette assistance fra den sektor, som er mest relevant og kompetent til at løse barnets vanskeligheder i overensstemmelse med den eksisterende ansvarsfordeling.

8.5 Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling

I Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 anbefales det, at følgende tilfælde altid bør ses af børne- og ungdomspsykiater:

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

Disse anbefalinger kan have medvirket til en stigning i antallet af henvisninger og medført øgning i antallet af ydelser i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – i det omfang der har været stigning i ovennævnte grupper og forudsat, at henviserne i øget omfang har fulgt disse anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

For så vidt angår punkt 3 er forholdene omkring psykofarmakabehandling af børn yderligere præciseret i Sundhedsstyrelsens Vejledning fra december 2000 vedr. behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika, og centralstimulerende midler, hvori det understreges af iværksættelse af psykofarmakologisk behandling af børn bør foretages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Der har i perioden været en øget tendens til medicinering af børn og unge, hvilket omsættes til et øget pres på børne- og ungdomspsykiatrien. Dette understøttes bl.a. af stigningen i forbruget af centralstimulantia, hvor der fra 1998 og til 2004 er set en stigning i antallet af 0-19-årige i behandling med methylphenidat fra knap 700 til ca. 3.500, og antallet er stadigt stigende. Dette øger i henhold til ovenstående vejledning behovet for ydelser i børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er generelt meget vigtigt, at gruppen med neuropsykiatriske lidelser (ADHD mv.) ses i børne- og ungdomspsykiatrien for at sikre, at diagnostik, vurdering og evt. medicinering foregår på fagkyndigt grundlag og under kontinuerlig monitorering. Det er samtidig væsentligt, at der ikke foregår overdiagnosticering og eller overmedicinering på dette felt jf. udviklingen i visse andre lande. Det kommende referenceprogram for ADHD, som er under udarbejdelse i regi af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark er i denne sammenhæng centralt.

Der er ligeledes set en stigning i anvendelsen af SSRI-præparater. En generel øgning af den psykofarmakologiske behandling af børn og unge vil ligeledes betyde et øget pres på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i henhold til ovenfor nævnte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har tidligere indskærpet over for landets læger, at behandling af børn og unge med SSRI-præparater alene bør ske efter, at diagnosen er verificeret af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, og at behandlingen herefter skal følges omhyggeligt, samt at Styrelsens Vejledning fra 2000 nøje bør efterleves. Styrelsens udmelding fremkom på baggrund af international information om bivirkninger ved visse SSRI-præparater. En revideret vejledningen forventes at udkomme snarest indeholdende en opdatering af anbefalingerne for medicinering af børn og unge.

9 Konklusion og anbefaling

Som det er fremgået af de foregående afsnit, er der samlet set foretaget en betydelig, målrettet udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien siden 1996. Der er således bl.a. foregået en stor aktivitetsudvidelse i sygehusvæsenet på området, som andrager ca. 120 % flere behandlingsforløb i perioden. Det er herved i en periode, men dog ikke i de seneste to år, lykkedes at holde trit med den forventede stigende efterspørgsel, som bl.a. blev forudsagt og fremhævet i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001.

Det er imidlertid ikke lykkedes at vende udviklingen og opnå reduktion med hensyn til ventelister og ventetider. Man har ved den målrettede indsats i perioden dog undgået en væsentlig forværring af situationen. Opfølgingsgruppen kunne i tidligere statusrapporter konstatere, at det var lykkedes at bremse den negative udvikling i ventelister og ventetid til trods for stadig flere henvisninger.

I forrige statusrapport kunne opfølgingsgruppen imidlertid konstatere, at stigningen i henvisningerne i 2005 havde overgået udbygningen, med stigende ventelister til følge. Dette er også tilfældet for 2006.

I denne sammenhæng kan opfølgingsgruppen konstatere, at henvisningerne fra 1996 til 2006 er steget med 151 %, og at børne- og ungdomspsykiatrien i 2006 således har skullet tage vare på godt 7300 flere patienter end i 1996 og 1650 flere patienter i 2006 i forhold til 2005, svarende til en stigning på 16 % på dette ene år.

Fra 1.1.2006 til 31.12.2006 steg antallet på venteliste med yderligere 365 ventende svarende til en stigning på 15 % yderligere. For så vidt angår ventetiden, er der 281 flere patienter end året før, der har ventet under 3 måneder, men samtidig er antallet, der har ventet længere end 3 måneder steget med 84 som en konsekvens af stigningen i antallet af henvisninger. I alt ultimo 2006 har 65 % ventet under 3 måneder, knap 35 % af de ventende har ventet mere end 3 måneder, og 4,6 % (133) koncentreret primært i 2 amter/regioner har ventet mere end et år. Andelen, der har ventet over 2 måneder, udgør ca. 45 % af samtlige ventende. Det har ikke været muligt at få oplyst, hvad disse patienter venter på. Det er en stort set uændret fordeling mellem korte og længere ventetider.

Det er fortsat opfølgingsgruppens opfattelse, at udviklingen i henvisningerne giver anledning til grundlæggende overvejelser, bl.a. med hensyn til arbejdsdelingen mellem primærsektoren, repræsenteret ved undervisnings- og socialsektoren samt den primære sundhedstjeneste og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen. Målet må fortsat være, at alene børn og unge med behov for et specialiseret tilbud henvises til børne- og ungdomspsykiatrien.

Således kan udviklingen give anledning til overvejelser om behovet for en styrket indsats vedr. psykisk sundhedsfremme og tidlig støttende og eventuelt behandlende indsats overfor psykisk skrøbelige børn og unge, bl.a. gennem et tættere og anderledes samarbejde mellem undervisnings-, social og sundhedssektoren.

Opfølgingsgruppens statusrapport indeholder som noget nyt et afsnit specifikt om indsatsen i den sociale sektor, bl.a. med beskrivelse af initiativer og ressourcer, der er afsat til styrkelse af indsatsen her. Det fremgår blandt andet, at der er etableret

forbedrede muligheder for psykologstøtte til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Uanset sådanne initiativer er der fortsat behov for en udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet. Det er i denne sammenhæng bemærkelsesværdigt og bekymrende, at der er sket et fald i de samlede personaleressourcer fra primo 2006 til ultimo 2006 på 4 %, og at det drejer sig bredt om behandlergrupperne dvs. læge- og psykologstillinger, socialrådgivere, sygeplejersker og pædagoger. Det er endvidere bemærkelsesværdigt at der ikke er sket en udbygning.

Det er meget positivt overraskende, at der til trods herfor har kunnet foregå en aktivitetsudvidelse på 10 % målt i afsluttede behandlingsforløb (udskrivinger og afsluttede ambulante kontakter). Generelt er den tilsyneladende faldende kapacitet iøjnefaldende set i lyset af de betydelige midler, der i de senere år er tilført området.

Opfølgingsgruppen skal dog her generelt gøre opmærksom på, at overgangen fra amter til regioner har medført, at der må tages forbehold over for visse af de indberettede tal.

Det er vigtigt at pege på, at der er igangsat en betydelig uddannelsesindsats med henblik på at fremskaffe de fornødne flere speciallæger (og andet personale), og her ser der ud til at være en positiv udvikling i gang med hensyn til søgningen til specialet.

Den langsigtede målsætning om, at børne- og ungdomspsykiatrien i løbet af en årrække skal bringes i stand til selv at varetage alle relevante børne- og ungdomspsykiatriske patienter, har fortsat ikke kunnet realiseres. Hjemtagelse til specialet fra pædiatrien og voksenpsykiatrien som anbefalet har ikke kunnet realiseres, og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger varetager trods deres betydelige aktivitetsudvidelse fortsat kun ca. 1/3 af heldøgnssindlæggelserne med psykiatrisk diagnose. Dette er forårsaget af, at der samlet er sket en stigning i antallet af indlæggelser med psykiatrisk diagnose på de forskellige afdelingstyper fra 1996 til ultimo 2006 med i alt ca. 40 %. Det er dog positivt, at der i 2006 har været ca. 130 heldøgnssindlæggelser færre af børn og unge på voksenpsykiatrisk afdeling i forhold til 2005.

Opfølgingsgruppen skal på baggrund af ovenstående understrege behovet for yderligere planlægning i regionerne med henblik på etablering af kapacitet og de mere varierede tilbud til patientgruppen, som er anbefalet i 2001-redegørelsen, så der er det fornødne grundlag for fortsat udbygning med henblik på varetagelse af de tungere og mere ressourcekrævende opgaver. Der er fortsat en væsentlig variation mellem amterne/regionerne med hensyn til tilbud og kapacitet og ventetider. Det anbefales, at hver region vurderer problemstillingen.

Det er således fortsat meget vigtigt og nødvendigt at fastholde og intensivere den målrettede indsats og udbygning i den kommende årrække, hvilket i øvrigt er i overensstemmelse med tilkendegivelserne i Psykiatrafiktalet for 2007-2010 og muliggjort ved tilførslen af yderligere midler.

Opfølgingsgruppen har fortsat ikke solidt grundlag for at vurdere, hvilken andel af børne- og ungepopulationen, der i fremtiden bør have et tilbud i sygehusvæsenet, men man kan konstatere, at de aktuelt opnåede knap 1 % ikke er tilstrækkeligt. På

baggrund af den foreliggende viden er det opfølgingsgruppens foreløbige vurdering, at man formentlig bør stille mod en kapacitetsopbygning svarende til, at 1-2 % af børne- og ungepopulationen kan få et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Bestræbelser på at finde effektive og hensigtsmæssige løsninger på problemerne på kortere sigt bør fortsat løbende overvejes og drøftes bl.a. indenfor og mellem de forskellige sektorer lokalt/regionalt, således som det bl.a. er foreslået i publikationen: ”Tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisningssektoren og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud, 2001”. Dette kan bl.a. naturligt ske i relation til de foreliggende og kommende sundhedsaftaler.

Opfølgingsgruppen kan herudover konstatere, at der savnes viden på mange væsentlige områder bl.a. vedrørende forekomsten af psykiske problemer blandt børn og unge. Forskning og vidensindhentning er således meget vigtig. På anbefaling af opfølgingsgruppen er der i Indenrigs- og Sundhedsministeriets regi iværksat et grundigt analyseprojekt. Opfølgingsgruppen forventer, at dette vil kunne give inspiration til yderligere målretning af indsatsen på området.

Specifikt for så vidt angår spiseforstyrrelser kan opfølgingsgruppen konstatere, at der er igangsat en vis styrkelse af indsatsen på dette område i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ventetiderne for spiseforstyrrede er generelt kortere end for de børne- og ungdomspsykiatriske patienter i øvrigt, men også her ses en stigning i antallet af henviste, hvilket har affødt større ventelister. Især på dette område modtager børne- og ungdomspsykiatrien også patienter over 18 år. Det må forventes, at etableringen af mere specifikt målrettede tilbud på området vil medføre en positiv udvikling af kvaliteten på dette vanskelige felt.

Opfølgingsgruppen skal på baggrund af denne status over udviklingen således fortsat konstatere, at de anbefalinger, der fremsattes i Sundhedsstyrelsens redegørelse: ”Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse”, og som er gengivet i nærværende statusnotats indledende afsnit, fortsat er aktuelle og bør lægges til grund for det videre arbejde på området. For så vidt angår spiseforstyrrelsesområdet bør styrkelsen fortsat ske i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger i ”Spiseforstyrrelser - anbefalinger for organisation og behandling”.

Opfølgingsgruppen skal understrege og gentage disse anbefalinger i deres helhed og skal således anbefale en målrettet og intensiveret udbygningsindsats i de kommende år såvel på overordnet plan som lokalt i overensstemmelse hermed.

Opfølgingsgruppen skal i forlængelse heraf bemærke, at den i Sundhedsstyrelsen pågående specialeplanlægningsproces kan medføre en tilpasning og justering af de foreliggende konkrete anbefalinger bl.a. på baggrund af den regionsvise organisering. Der er med kommunalreformen mv. skabt grundlag for, at der kan foregå en mere samlet planlægning indenfor den enkelte region og på højt specialiseret niveau og herved eventuelt skabes bedre muligheder for effektivisering og udbygning. De obligatoriske sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner giver endvidere en fast ramme for forbedring af det nødvendige samarbejde om patienterne.

Sundhedsstyrelsen vil via opfølgingsgruppen fortsat følge og overvåge udviklingen og herunder vurdere, om der er grundlag for yderligere anbefalinger.