

Specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri

Specialevejledningen indeholder en kort beskrivelse af hovedopgaverne i specialet samt den faglige og organisatoriske tilrettelæggelse af specialet. Dernæst følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger til hovedfunktionsniveauet. De godkendte regions- og højt specialiserede funktioner, herunder krav og placeringer, fremgår bagerst i specialevejledningen. Eventuelle udviklingsfunktioner er desuden beskrevet sidst i specialevejledningen.

Specialebeskrivelse

Børne- og ungdomspsykiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering ved psykisk sygdom hos børn og unge. De mentale og adfærdsmæssige forstyrrelser omfatter et bredt spektrum af lidelser fra medfødte udviklingsforstyrrelser og deraf afledte adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser til psykiske lidelser som skizofreni, angst og depression. Tillige ses hyppigt spiseforstyrrelser og tvangslidelser. De børne- og ungdomspsykiatriske lidelser optræder med baggrund i biologiske, psykologiske og sociale årsager ofte i forskellige kombinationer.

Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for specialets områder.

Hovedopgaver

I børne- og ungdomspsykiatri er der følgende hovedopgaver:

- Misbrugsrelaterede psykiske tilstande
- Skizofreni og andre psykoser
- Affektive lidelser, fx mani-depressive lidelser
- Angst og tvangslidelser
- Psykisk betingede legemlige symptomer
- Belastnings- og tilpasningsreaktioner
- Spiseforstyrrelser
- Personlighedsforstyrrelser
- Psykiske lidelser hos mentalt retarderede
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen: Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD), adfærdsforstyrrelser, emotionelle forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser og Tourette Syndrom

22. december 2010

j.nr. 7-203-01-90/18

Sundhedsplanlægning
Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

Fax 72 22 74 05

E-post

specialeplanlaegning@sst.dk

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik og behandling, som kan være af både biologisk, psykoterapeutisk og psykosocial karakter, ligesom det kan være rådgivning, undervisning, netværksarbejde og familieindsats.

Forhold af betydning for specialeplanlægning

Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale blev etableret i 1994 ved en sammenlægning af det hidtidige børnepsykiatriske speciale og området ungdomspsykiatri. Patienter op til det 18. år bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien, men aldersgrænsen er i øvrigt fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og evt. efter den enkelte patients særlige forhold. Et grundlæggende princip i børne- og ungdomspsykiatrien er at tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgribende i patientens tilværelse og integritet. Børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet varetager de mere komplicerede/specialiserede opgaver. Lettere problemer og vanskeligheder bør kunne varetages i de primære led.

Side 2

22. december 2010

Sundhedsstyrelsen

Der er igennem det sidste årti konstateret en stigende efterspørgsel efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser og et stort henvisningspres. Der er fortsat behov for at udbygge aktivitet og kapacitet, herunder også en vis akut aktivitet og kapacitet samt stationær kapacitet. Børne- og ungdomspsykiatrien er karakteriseret ved en meget betydelig ambulansaktivitet. Gennem de senere år er der foregået en væsentlig udbygning af de ambulante funktioner, og denne udvikling forventes ligeledes at fortsætte. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der forventes et behov for en kapacitetsudvidelse svarende til 1-2 % af børne- og ungepopulationen.

Der ses generelt en øget specialisering inden for det børne- og ungdomspsykiatriske speciale – særligt i forhold til behandlingen af komplicerede eller sjældne psykiske sygdomme. Samtidig lægges der i øget omfang vægt på fagligt bæredygtige enheder med god mulighed for at etablere stærke faglige miljøer og opbygning af erfaring.

De psykiatriske specialer, herunder børne- og ungdomspsykiatrien, har særlige opgaver i relation til lovgivningen, bl.a. i relation til tvang. Tvang kan kun udføres på offentlige sygehuse.

Det er relevant, at det børne- og ungdomspsykiatriske speciale indgår i katastrofeberedskabet, herunder med henblik på at yde krisestøtte.

Specialets samarbejde med det somatiske sygehusvæsen (fx i forbindelse med spiseforstyrrelser, forgiftning m.m.), kommuner (undervisnings- og socialsektoren) og almen praksis forventes styrket i de kommende år med henblik på at sikre sammenhængende, koordinerede patientforløb. Sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer skal sikres bl.a. via sundhedsaftalerne.

Der er få ungdomspsykiatriske patienter med retspsykiatriske problemstillinger, herunder ungdomspsykiatriske patienter med dom eller behov for mentalobservation, men antallet forventes at stige, og der vil følgelig være behov for øget fokus på sammenhængende patientforløb med Kriminalforsorgen og samarbejdet med retsvæsenet.

Pr. 1. august 2008 blev der indført en udvidet ret til udredning inden for to måneder for børn og unge til og med 18 år med psykiatriske problemstillinger. Pr. 1. januar 2009 indføres desuden en udvidet ret til behandling inden for to måneder for patientgruppen. Det vil medføre øget pres på børne- og ungdomspsykiatrien, da ventetider og ventelister i børne- og ungdomspsykiatrien igennem flere år har været meget lange. En del børne- og ungdomspsykiatriske patienter indlægges fortsat i voksenpsykiatrisk eller pædiatrisk regi. Det må forventes, at børne- og ungdomspsykiatriske patienter i fremtiden indlægges i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Der er i stigende grad behov for en tidlig opsporingsindsats, bl.a. via opsøgende psykoseteams og lign.

Der ses en tendens til en stigning i antallet af børn og unge med opmærksomhedsproblemer og hyperaktivitet (ADHD), og et stigende antal af disse sættes i medikamentel behandling gennem mange år, hvilket stiller krav til (sygehusbaseret) opfølgning og kontrol. Der ses et øget antal børn og unge med selvskadende adfærd samt et øget antal børn og unge, som forsøger selvmord.

Der sker en betydelig udvikling inden for telemedicin, hvilket kan give nye muligheder ved diagnostik og behandling af børne- og ungdomspsykiatriske patienter.

Endelig bør det nævnes, at pårønderarbejde og samarbejdet med patientorganisationer forventes yderligere styrket over de kommende år.

Den faglige tilrettelæggelse og organisering af børne- og ungdomspsykiatri

Specialevejledningen tager afsæt i specialerapporten for børne- og ungdomspsykiatri, som er udarbejdet af sundhedsfaglige repræsentanter fra regionerne, det videnskabelige selskab og de relevante faglige selskaber. I forbindelse hermed er der foretaget søgning på litteratur, som beskriver organiseringen af børne- og ungdomspsykiatri. Det har imidlertid generelt været vanskeligt at finde litteratur med relevans for organisering af børne- og ungdomspsykiatri, og litteraturen er således kun inddraget i begrænset omfang i specialegennemgangen.

Nedenstående udgør supplement til anbefalinger og krav til den faglige tilrettelæggelse og organisering af børne- og ungdomspsykiatri:

- Sundhedsstyrelsens rapport 'Den akutte indsats i psykiatrien' fra 2008
- Sundhedsstyrelsens vejledning fra december 2007 vedr. medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser

Følgende rapporter og projekter inddraget i specialeplanlægningen i relevant omfang:

- Sundhedsstyrelsens årlige rapporter 'Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed'
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling' fra 2005

Side 3

22. december 2010

Sundhedsstyrelsen

- Sundhedsstyrelsens redegørelse 'Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse' fra 2001

Praksisområdet

Almen praksis varetager initial undersøgelse og i nogle tilfælde behandling af børne- og ungdomspsykiatriske patienter (typisk efter aftale med børne- og ungdomspsykiatrien) samt henvisning af børne- og ungdomspsykiatriske patienter til behandling i speciallægepraksis eller på sygehus. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af visse børne- og ungdomspsykiatriske patienter efter behandling på sygehus. Den praktiserende læge kan fx i samråd med speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri have en rolle i den opfølgende medicinske vedligeholdelsesbehandling af barnet eller den unge inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens vejledning herom.

Side 4

22. december 2010

Sundhedsstyrelsen

Den praktiserende læge eller vagtlægen kan på baggrund af sin vurdering have behov for, at barnet/den unge modtages i børne- og ungdomspsykiatrisk regi med henblik på hurtig vurdering og evt. indlæggelse. Dette sker efter kontakt til den relevante børne- og ungdomspsykiatriske afdeling eller akutmodtagelsen. Akutte vurderinger er indicerede, når der er tale om svær forpinthed og alvorlige sindslidelser, evt. med fare for personen eller andre. Den praktiserende læge vurderer også, hvorvidt der i familier med sindslidende er børn, der kan have behov for særlig støtte bl.a. fra kommunalt regi.

Der bør for de hyppigste sygdomme inden for børne- og ungdomspsykiatri foreligge retningslinjer for samarbejdet og opgavevaretagelse mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

Sværhedsgraden af tilstanden i kombination med den psykologiske og psykosociale tilstand afgør, i hvilket regi patienten behandles. Som hovedregel behandles patienter med sjældne sygdomme samt fx skizofreni og misbrugsrelateret psykisk sygdom ikke i almen praksis.

Der er ca. 17 praktiserende speciallæger med ydernummer i børne- og ungdomspsykiatri. En del børn og unge med psykisk sygdom behandles i øvrigt i voksenpsykiatrisk speciallægepraksis.

Det kommunale sundhedsvæsen

Et sammenhængende patientforløb med særligt fokus på forebyggelse, udskrivning fra sygehus – herunder opfølgende behandling – og rehabilitering bør sikres i et tværfagligt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatri og det kommunale område. Samarbejdet beskrives nærmere i sundhedsaftalerne. Psykiatriloven giver med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner mulighed for et samarbejde mellem sektorerne samt almen praksis om patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre forpligtende koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Sundhedsaftalerne omfatter obligatoriske samarbejdsområder og samarbejdet mellem regioner og kommuner vil således være nærmere be-

skrevet i sundhedsaftalerne. Der kan indgås aftaler inden for flere områder end de obligatoriske.

Den kommunale sektor har en række væsentlige opgaver, herunder behandling af børn og unge med lettere psykiske lidelser – fx i form af pædagogisk, psykologisk og social udredning, socialpædagogisk behandling, familiebehandling og psykoterapi.

Sygehusvæsenet

Nedenfor beskrives anbefalinger til hovedfunktionsniveauet og krav til regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. De sygdomsgrupper/diagnoser samt diagnostiske og behandlingsmæssige metoder, der er regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner i specialet, oplystes. Endvidere fremgår det, hvilke sygehuse der er godkendt til varetagelse af funktionerne.

Af hensyn til læsbarhed anvendes forkortelser for sygehusenes navne:

BUC Glostrup Region Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup

BUC Bispebjerg Region Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg

BUC Hillerød Region Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød

BU Odense Psykiatrien i Region Syddanmark, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Odense

BU Kolding Psykiatrien i Region Syddanmark, Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling Kolding

AUH BU Regionscenter Risskov
Århus Universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Risskov

AUH BU Regionscenter Herning
Århus Universitetshospital, Børne- og ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Herning

AUH Aalborg Sygehus
Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktioner i børne- og ungdomspsykiatri omfatter sygdomme, som er så svære eller komplicerede, at det kræver diagnostik og evt. behandling i sygehusregi. Det drejer sig om: Psykiske sygdomme forårsaget af misbrug, psykoser, skizofreni, affektive lidelser, angst- og tvangslidelser, belastnings- og tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, gen-

Side 5

22. december 2010

Sundhedsstyrelsen

nemgribende udviklingsforstyrrelser, ADHD, tilknytningsforstyrrelser, adfærdforstyrrelser og emotionelle forstyrrelser i barndom og adolescens.

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

Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få telefonisk kontakt med en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Seneste næste dag/hverdag bør der være mulighed for speciallægelig vurdering af patienten med henblik på afklaring af det videre forløb.

Side 6

22. december 2010

Sundhedsstyrelsen

Ved varetagelse af hovedfunktioner i børne- og ungdomspsykiatri bør der være samarbejde med følgende specialer/funktioner:

- Anæstesiologi med intensiv niveau 2
- Kirurgi
- Pædiatri
- Neurologi
- Intern medicin (bredt)
- Psykiatri

Krav til specialfunktionsniveau

Regionsfunktioner

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af regionsfunktioner:

Det skal være muligt på regionsfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri i løbet af kort tid.

Følgende er regionsfunktioner:

- Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni (OPUS og/eller TIT) (incidens 300 pt./prævalens 600 pt.):
BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, BUC Hillerød, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH BU Regionscenter Herning, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus
- Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser (mental retardering, autismspektrumlidelser) og svært udadreagerende patienter (incidens 100 pt./prævalens 500 pt.):
BUC Glostrup, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus
- Komplekse diagnostiske tilstande inden for affektive lidelser, ADHD, autismspekret, OCD og/eller Tourette-syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret (incidens 100 pt./prævalens 500 pt.):
BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus

- Patienter med spiseforstyrrelser og behov for døgnindlæggelse (150 indlæggelser). Kræver tæt samarbejde med pædiatri og intern medicin: endokrinologi:
BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, BUC Hillerød, Holbæk Sygehus, BU Odense, BU Kolding, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus, Kildehøj Privathospital
- Spæd- og småbørnspsykiatri (0-3-årige) (incidens 440 pt./prævalens 660 pt.):
BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, Holbæk Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus (formaliseret samarbejde)
- Børn (under 13 år) med behov for døgnindlæggelse (ca. 13.000 sengepladser):
BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, Næstved Sygehus, BU Kolding, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH BU Regionscenter Herning, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus
- Primær vurdering af surrogatfængslede (incidens 90 pt.). Ved behov for længerevarende ophold bør patienten overføres til højt specialiseret retspsykiatrisk funktion for unge:
BUC Glostrup, Roskilde Sygehus (formaliseret samarbejde), BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov
- Selvmordsforebyggelse hos børn og unge (incidens 2.000 pt./prævalens 500 pt.):
BUC Bispebjerg, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH BU Regionscenter Herning, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus

Det drejer sig om såvel diagnostik som behandling af alle ovenstående funktioner.

Højt specialiserede funktioner

De krav, som er anført for regionsfunktionsniveauet, gælder også for det højt specialiserede niveau.

Følgende er højt specialiserede funktioner:

- Behandlingsresistente psykotiske tilstande (incidens 60 pt./prævalens 120 pt.):
BUC Bispebjerg, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov
- Komplekse tilstande inden for affektive lidelser, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret (incidens 20 pt./prævalens 40 pt.):
BUC Bispebjerg, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov

- Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autisme, OCD og/eller Tourette-syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor der er psykofarmakologisk behandlingsresistens (incidens 20 pt./prævalens 100 pt.):
BUC Glostrup, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov
- Særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser, hvor behandlingen har været langvarig og kompliceret (incidens 30 pt./prævalens 120 pt.). Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi og pædiatri:
BUC Bispebjerg, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov
- Spæd- og småbørn (0-3-årige) med svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseproblemer (incidens 90 pt./prævalens 135 pt.):
BUC Glostrup, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov
- Ungdomsretspsykiatrisk funktion vedr. mentalobservationer og dom til behandling under indlæggelse (incidens 45 pt./prævalens 90 pt.):
BUC Glostrup, BU Odense (formaliseret samarbejde), AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus (formaliseret samarbejde)

Det drejer sig om såvel diagnostik som behandling af alle ovenstående funktioner.

Side 8
22. december 2010
Sundhedsstyrelsen