

UDVIKLINGEN I DEN BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE VIRKSOMHED

2006

Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed

Statusnotat fra Sundhedsstyrelsens
opfølgningsgruppe 2006

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

Version: 1,0

Versionsdato: 30. juni 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-341-2

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 2006

Opfølgningsgruppens sammensætning

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

Professionschef Ib Andersen, Dansk Psykolog Forening

Ledende overlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Århus, -
Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Center- og klinikchef Hanne Børner, Børne- og ungdomspsykiatrisk afd. Glostrup Kø-
benhavns Amt, - Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Afdelingslæge Bernadette Guldager, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

Kontorchef Steffen Egesborg Hansen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

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

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

Fuldmægtig Bjørn Ursin Knudsen, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

Ledende overlæge Flemming Warborg Larsen, Børne- og ungdomspsykiatrisk afd., Bi-
spebjerg Hospital - Hovedstadens Sygehusfællesskab

Fuldmægtig Jesper Lihn, Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Klinikchef Anne Lindhardt, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri

Social- og psykiatridirektør Lars Matthiesen, Amtsrådsforeningen

Børne- og kulturdirektør Jette Runchel, Frederiksværk Kommune, - Kommunernes
Landsforening

Fuldmægtig Anne-Dorte Sørensen, Amtsrådsforeningen

Indhold

Indledning		7
1	Baggrund	7
1.1	Resumé af konklusionerne i Sundhedsstyrelsens "Redegørelse: Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, 2001"	8
1.2	Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 om den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien	10
1.3	Konklusioner og anbefalinger i statusnotat 2005	12
2	Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten	14
2.1	"Hjemtagelse" til specialet	16
2.2	Akutfunktioner	19
2.3	Udviklingen i ressourcer	21
2.4	Udviklingen belyst i relation til tvang	22
3	Efterspørgslen efter ydelser	28
4	Venteliste- og ventetidsudviklingen	33
4.1	Om ventelister	35
4.2	Om ventetider	35
5	Personaleudviklingen	37
5.1	Vedrørende læger i børne- og ungdomspsykiatrien	38
5.2	Psykiatriske sygeplejersker	39
5.3	Psykologer	40
6	Vedrørende spiseforstyrrelser	41
6.1	Baggrund	41
6.2	Udviklingen i kapacitet og aktivitet	43
6.3	Spiseforstyrrelsesteams	44
6.4	Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser	45
6.5	Efterspørgslen efter ydelser	46
6.6	Ventelister og ventetider	47
6.7	Opsummering	49
7	Forventninger til den fremtidige efterspørgsel i børne- og ungdomspsykiatrien	50
7.1	Om forekomst og efterspørgsel	50
7.2	Overvejelser om mulige årsager til den stigende efterspørgsel	52
7.3	Den demografiske udvikling	53
7.4	Henvisningsmønstre og arbejdsdeling	53
7.5	Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling	53
8	Konklusion og anbefaling	55
	Bilag 1	58

Indledning

Sundhedsstyrelsens opfølgningsgruppe 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 tredje statusrapport indeholder et særligt kapitel om spiseforstyrrelser.

Der er tilstræbt en så aktuel status som muligt. Oplysninger fra amterne er således indhentet i marts - april 2006. Nye data i notatet omfatter typisk 2004 – 2006.

1 Baggrund

Allerede i forbindelse med psykiatriaftale 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 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.

I Sundhedsstyrelsens redegørelse opstilles på baggrund af omfattende analyser en målsætning for børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet og det konstateres, at realiseringen af denne målsætning forudsætter 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 specalet 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 opfølgningsgruppe, som har til formål at overvåge udviklingen og udbygningen på området bl.a. via en årlig statusrapport.

Opfølgningsgruppen konstaterede, at der i psykiatriaftale 2003 – 2006 er 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 Opfølgningsgruppen en status i 2004 og i 2005 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 opfølgningsgruppens status april 2004 over udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område indgik regeringen aftale om, at der via sats-

puljeaftalen 2005 sikredes børne- og ungdomspsykiatrien i alt 200 mio. kr. over en fire-årig 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 omfatter endvidere ressourcer specifikt til spiseforstyrrelser.

Der forudsættes i aftalen årlige rapporteringer fra Sundhedsstyrelsens opfølgningsgruppe om udviklingen i børne- og ungdomspsykiatrien samt endvidere specifikt vedrørende spiseforstyrrelser.

Nærværende statusrapport 2006 skal ses i sammenhæng hermed.

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 diagnostiserings- 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 uensigtsmæssige 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. At der desuagtet måtte konstateres et stort misforhold mellem tilbud og efterspørgsel afspejlede 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.

Endelige konstaterede arbejdsgruppen, at en af de væsentligste begrænsninger for at kunne foretage en hurtig udbygning udgjordes af manglen på speciallæger, og man vurderede, at uden en særlig indsats ville nettotilgangen af speciallæger i 2002 kun udgøre ca. 6 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri – samt at der på baggrund af de beskrevne behov var 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 behandlings-tilbud 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 børne- og ungdomspsykiatrisk døgnfunktion.
- Der bør på amtsniveau skabes mulighed for akut indlæggelse af unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.
- Der bør på amtsniveau være mulighed for at indlægge og om nødvendigt skærme særligt angste, urolige og aggressive unge i børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit.
- Der bør på amtsniveau eller i tværamtsligt samarbejde være mulighed for at indlægge unge i lukket afsnit i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

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

Alene på grund af den demografiske udvikling skal aktiviteten, under forudsætning af bl.a. et uændret ydelses- og henvisningsmønster, udvides med 5% i år 2001 og 11% i år 2006 for blot at fastholde tilbuddet til den nuværende procentandel af børne- og ungdomspopulationen 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 deldøgnsindlæggelser 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 uddannelseskapa- citeten 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 opfølgningsgruppens konklusioner og anbefalinger i statusrapporten fra 2005.

Man konstaterede, at der var foretaget en meget stor udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien siden 1998, herunder en overmåde stor aktivitetsudvidelse i sygehusvæsenet og at det herved var lykkedes at holde nogenlunde trit med den stigende efterspørgsel.

Samtidig konstateredes, at det endnu ikke var lykkedes at vende udviklingen og opnå væsentlig reduktion med hensyn til ventetider, men at det ved den målrettede indsats var lykkedes at bremse den negative udvikling i ventelister og ventetider til trods for stadig flere henvisninger.

Man fremhævede, at der parallelt med udvidelsen af de samlede personaleressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien på 92% var foregået en tilsvarende stor aktivitetsudvidelse på i alt 89%. Og man konstaterede at den betydelige uddannelsesindsats med henblik på at fremskaffe de fornødne flere speciallæger (og andet personale) så ud at have medført en positiv udvikling med hensyn til søgningen til specialet.

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, havde endnu ikke kunnet realiseres, men i forhold til voksenpsykiatrien så det ud til at en række indlæggelser var hjemtaget som anbefalet. Derimod varetog pædiatrien en stadig stigende andel af børn med psykiatriske diagnoser.

Opfølgningsgruppen understregede 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 var meget vigtigt og nødvendigt at fastholde og intensivere den målrettede indsats og kontinuerlige kapacitetsudbygning i den kommende årrække i overensstemmelse med de anbefalinger, der var fremsat i Sundhedsstyrelsens redegørelse: ”Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse”.

2 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten

Det fremgår af den spørgeskemaundersøgelse, som opfølgningsgruppen har foretaget marts 2006, at der fortsat i børne- og ungdomspsykiatrien er en varierende aldersafgrænsning i afdelingerne. En række afdelinger modtager således patienter ud over fyldt 18 år. I nogle tilfælde sættes grænsen ved det 19., 20. eller op til det 25. år. Dette kan være organisatorisk og fagligt hensigtsmæssigt, men vanskeliggør sammenligninger og vurderinger.

Udviklingen i antal normerede pladser ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger uanset alder, i henhold til oplysninger indhentet direkte fra amterne fremgår af tabel 1. Fra 1996 til 1998 udgjorde væksten i antallet af 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 har der kun været en lille vækst i antallet af deldøgnspladser som modsvares af et tilsvarende fald i heldøgnspladser.

Tabel 1:
Udviklingen i antal normerede pladser fra 1996 – 2005

	1996 (1. jan.)	1998 (31.dec.)	2003 (1. jan) *	2005 (1.jan) *	2006 (1.jan)*
Heldøgn	194	191	216	231	212
Deldøgn	132	143	190	182	203
I alt	326	334	406	413	415

* Incl. pladser vedr. spiseforstyrrelser

Kilde: Spørgskemabesvarelser fra amterne / H:S.
Enkelte amter har svaret, at der findes flere pladser 'efter behov' fx Viborg

Der ses i hele perioden 1996 til 2006 således nu en samlet vækst i heldøgnspladser på 9% svarende til 18 heldøgnspladser og 58% svarende til 71 deldøgnspladser.

Den samlede vækst i heldøgnspladser i hele perioden er således mindre end i deldøgnspladserne (hovedsagligt dagpladser).

Udviklingen i aktiviteten beskrevet i relation til antallet af udskrivinger og afsluttede ambulante besøg ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, uanset alder, fremgår af tabel 2. Der ses samlet en betydelig aktivitetsstigning gennem årene svarende til i alt 89% fra 1996 til 2004, idet udskrivingerne er steget med 37% og de afsluttede ambulante forløb med 127%.

Tabel 2:
Udviklingen i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra 1996-2004,
uanset alder

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Udskrivninger, heldøgn	940	1074	1017	1042	1056	1192	1423	1228	1285
Udskrivninger, deldøgn*	480	537	572	699	621	548	-	-	-
Afsluttede ambulante forløb	3605	3960	4869	5946	5672	6450	7459	8236	8213
Ydelser i alt	5025	5571	6458	7687	7349	8190	(8882)	9464	9498

* Fra 1. januar 2002 – 2005 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.

Kilde: Sundhedsstyrelsens landspatientregister.

I 2003 blev der registreret 1228 heldøgnsudskrivninger og 8236 afsluttede ambulante forløb. I forhold til 2002 var der således et mindre fald i heldøgnsudskrivninger på 14 %, mens antallet af afsluttede ambulante forløb steg med 10 %. Det ser ud som om der i 2004 i forhold til 2003 er sket en lille stigning i heldøgnsudskrivningerne, medens de afsluttede ambulante forløb er tilnærmelsesvis de samme som i 2003.

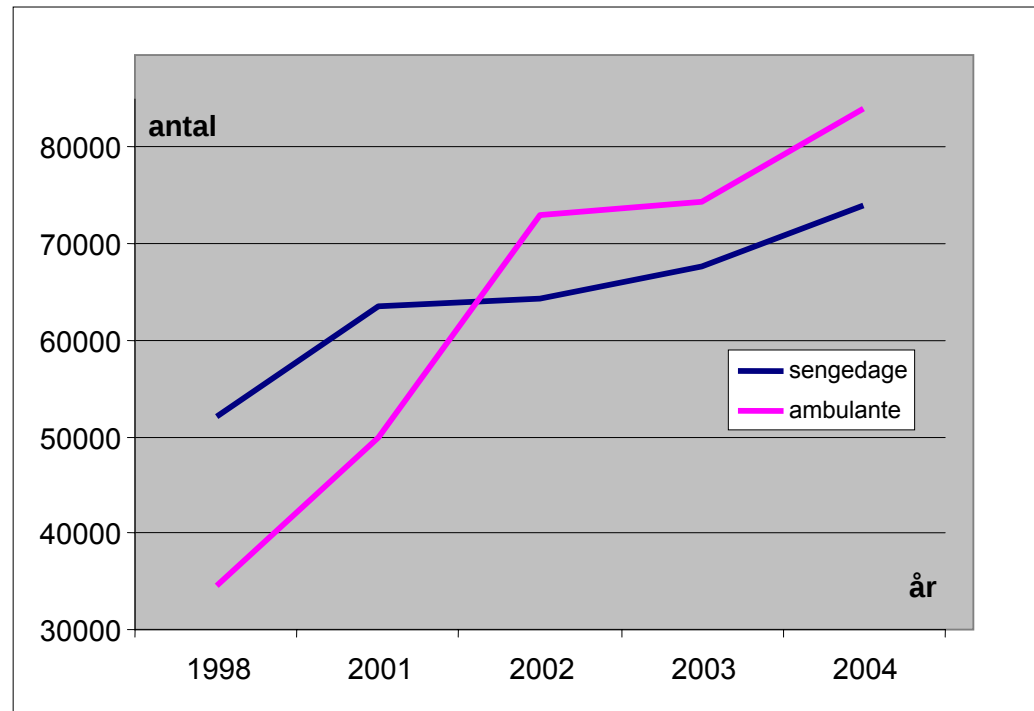
Udviklingen i sengedage og ambulante ydelser fremgår af figur 1. Antallet af sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 1996 ca. 49.000, i 1998 ca. 52.000, i 2003 67.581 og i 2004 73.935. Der er således tale om en fortsat stigning i antallet af sengedage fra 2001-2003 på 6,5 % og fra 2003 til 2004 på 9.4% og en samlet stigning på 51% i hele perioden 1996-2004.

Antallet af ambulante ydelser udgjorde i 1998 ca. 34.500 og i 2001 ca. 50.000 svarende til en vækst på 45%. I 2004 er antallet af ambulante besøg steget til 83.956 mod 74.332 i 2003. Der er således tale om en fortsat betydelig vækst. Fra 2001-2003 er der tale om en stigning på 49 %, og fra 2003 til 2004 yderligere 13%. For hele perioden fra 1998 til og med 2004 er tale om en stigning på 143 %.

Sammenfattende er der således foregået en kontinuerlig stigning i aktiviteten gennem årene og samlet set er der foregået en meget markant udvidelse af aktiviteten siden 1996.

Der foreligger endnu ikke tal for 2005 fra landspatientregisteret, men i henhold til oplysninger i Amdtsrådsforeningens nøgletal, juni 2006 er stigningen med hensyn til sengedage, ambulante ydelser samt heldøgnsudskrivninger fortsat i 2005.

Figur 1. Udvikling i antal sengedage og ambulante ydelser 1998 – 2004



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 3.

Tabel 3:
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	1997	1998	1999	2000	2001	2001 %	2002	2002 %	2003	2003 %	2004	2004 %
Voksen- psyk.													
Børn	17**	14	16	28	20	41		31		47		57	
Unge	391	485	372	399	438	550		712		519		511	
I alt	408	499	388	427	458	591	21	743	24	566	20	568	19
Pædiatrisk													
Børn	644	619	573	653	710	697		714		822		750	
Unge	15	13	19	12	36	27		32		28		29	
I alt	659	632	592	665	746	724	26	746	24	850	29	779	26
Intern med.													
Børn	91	105	72	89	104	94		58		46		57	
Unge	364	385	363	420	481	432		468		434		513	
I alt	455	490	435	509	585	526	19	526	17	480	17	570	19
B & U-psyk.													
Børn	369	409	423	364	353	345		374		336		349	
Unge	346	423	342	461	516	639		712		657		705	
I alt	715	832	765	825	869	984	35	1086	35	993	34	1054	36
Samlet antal heldøgnsindl.													
Børn	1121	1147	1084	1134	1187	1177		1177		1251		1213	
Unge	1116	1306	1096	1292	1471	1648		1924		1638		1758	
I alt	2237	2453	2180	2426	2658	2825	100	3101	100	2889	100	2971	100

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

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

Kilde: LPR

Alt i alt er der foregået en øgning i det årlige absolutte antal børn og unge indlagt med psykiatrisk diagnose på forskellige afdelingstyper i perioden 1996-2004 svarende til i alt 734 flere heldøgnsindlæggelser eller en samlet stigning i antallet af heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser på ca. 33 %. Fra 2003 til 2004 er der sket en stigning med 82 indlæggelser svarende til den gennemsnitlige årlige stigning på ca. 3 %.

Det fremgår endvidere, at børne- og ungdomspsykiatrien i 2004 varetog i alt 36 % af indlæggelserne af de 0-18-årige med psykiatrisk diagnose, medens voksenpsykiatrien varetog 19 %, pædiatri 26 % og intern medicin 19 %. Dette udgør kun meget beskedne procentvise ændringer i forhold til 2003.

Der er fra 2001 til 2002 sket en stigning i antallet unge indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling og herefter igen et fald i 2003. Dette fald ser ud til at holde i 2004.

For de pædiatriske afdelingers vedkommende ses i 2004 for første gang et fald i antallet indlæggelser af 0-14-årige i forhold til de foregående års kontinuerlig stigning i antallet af indlæggelser med psykiatrisk diagnose. Antallet af indlagte på de intern medicinske afdelinger svinger lidt mellem årene og efter et lille fald i 2003 ses igen en stigning i det samlede antal.

Stigningen i antallet af heldøgnsindlæggelser med psykiatrisk diagnose er størst for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I absolutte tal varetager Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger knap 340 flere heldøgnsindlæggelser i 2004 end i 1996 svarende til en stigning på 48%.

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.

Det fremgår af tabel 3 og tabel 3a at den samlede vækst i heldøgnsindlæggelserne i perioden 1996 til 2004 for knap 90% vedkommende vedrører de 15-18-årige og for ca. 10% de 0-14-årige.

Ser man specifikt på udviklingen i relation til forrige statusrapport kan det konstateres for 2004, at der for de 0-14-årige tilsyneladende er sket en stabilisering i antallet af heldøgnsindlæggelser på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og at den hidtidige stigning i antal indlæggelser af 0-14-årige på pædiatrisk afdeling er afløst af et fald.

For de 15-18-årige kan det se ud til, at det fald i antallet af indlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling, der sås i forrige statusrapport har holdt sig, samtidig med at der igen ses en lille stigning i antallet på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Antallet af indlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling er i 2004 praktisk taget det samme som for 2003, hvilket

understøtter, at man bevæger sig i den rigtige retning med hensyn til hjemtagning fra de voksenpsykiatriske afdelinger.

Tabel 3a:

Vækst i antal årlige heldøgnsindlæggelser fra 1996 til 2004 fordelt på afdelingstype

Vækst	1996 – 2001		2001-2003		2003 -2004		1996-2004	
	0-14 -årige	15-18 -årige	0-14 -årige	15- 18 -årige	0-14 -årige	15-18 -årige	0-14 -årige	15-18 -årige
Voksenpsyk. afd.	24	159	6	-31	10	-8	40	120
Pædiatrisk afdeling	53	- 3	125	1	-72	1	106	14
Intern medicin	3	68	÷ 48	2	11	79	-34	149
B & U psyk. afd.	÷ 24	293	÷ 9	18	13	48	-20	359
Vækst i alt	56	532	74	-10	-38	120	92	772
Vækst i %	(10%)	(91%)	(115%)	(-15%)	(-46%)	(146%)	(11%)	(89%)

Kilde: LPR.

I 1996 varetog de pædiatriske afdelinger 55% af heldøgnsindlæggelserne af de 0-14-årige, i 2002 61% af heldøgnsindlæggelserne og i 2003 66% af heldøgnsindlæggelserne med psykiatrisk diagnose. I 2004 er dette igen faldet til 61%.

For de 15-18-årige varetog voksenpsykiatrien i 1996 35 % af indlæggelserne, i 2002 37% af indlæggelserne og i 2003 32% af indlæggelserne med psykiatrisk diagnose, i 2004 er dette faldet til 29%.

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 perioden fra 2001 til 2003 er der en stigning på 2,3% i det samlede antal af heldøgnsindlæggelser med psykiatrisk diagnose uanset afdeling. Denne stigning ser ud til at være fortsat i 2004 (82 flere indlæggelser = 2,8%).

2.2 Akutfunktioner

Analyser i Landspatientregisteret vedr. indlæggelsesmåden dvs. vedr. akut eller ikke-akut indlæggelse for 2003 og 2004 viser, at for så vidt angår de 0-14-årige er ca. 30 % af de indlagte på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling akut indlagt. For de indlagte 0-14-årige på pædiatrisk afdeling med psykiatrisk diagnose er akutandelen 55 % og for de 0-14-årige indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling udgør akutandelen 75% (37 patienter) i 2003 og 88% (52 patienter) i 2004.

Indlæggelsestiden for de akutte indlæggelser på pædiatrisk og voksenpsykiatrisk afdeling for de 0-14-årige er i gennemsnit ca. 8 dage i 2003 for begge typer afdeling, medens indlæggelsestiden ved børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling for de akut indlagte i gennemsnit er ca. 58 dage. I 2004 er den gennemsnitlige indlæggelsestid for akut indlagte 0-14-årige på voksenpsykiatrisk afdeling steget til 17 dage medens den på pædiatrisk og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er faldet til hhv. 6 og 45 dage.

For så vidt angår de 15-18-årige viser analysen, at 70-75% af indlæggelserne på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er akutte indlæggelser. For de få 15-18-årige indlagt på pædiatrisk afdeling er 85% akutindlæggelser og for 15-18-årige indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling udgør akutandelen 95% af samtlige indlæggelser i både 2003 og 2004. Indlæggelsestiden på pædiatrisk afdeling er gennemsnitlig 5-10 dage, på voksenpsykiatrisk afdeling 18-21 dage og på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling 34-41 dage for de akut indlagte 15-18-årige.

Det fremgår heraf, at der tilsyneladende i stigende omfang er mulighed for akut indlæggelse på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Samtidig er det fortsat således, at omkring halvdelen 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.

Behovet for akut og anden type kapacitet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger synes således fortsat ikke at være tilstrækkeligt til at kunne forebygge indlæggelse på hhv. 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 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 spørgeskemaundersøgelsen til amterne marts 2006 har 9 amter oplyst, at man i dagarbejdstid har mulighed for akut indlæggelse af børn og 14 amter har mulighed for akut indlæggelse af unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Uden for dagarbejdstid er der mulighed for akut indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrisk regi af børn i 7 amter og af unge i 11 amter. Der er mulighed for at indlægge børn og unge i lukket funktion udenfor dagtid i hhv. 6 og 7 amter.

Tabel 4 : Antal akutindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrisk regi 2005 i de amter der har muligheden

	H:S	Kbh. Amt	Frd. borg	Ro	Vest sjæll	St.str	Fyn	Sdr.j	Vejle	Ribe	Ring	Årh	Vib	Nrd.	I alt
Antal akutte indlæggelser af børn (≤ 14 år)	0	9	-	-	8	1	5	14	8	0	2	26	7	5	85
Antal akutte indlæggelser af unge (15-17 år)	56	65	-	-	22	3	32	25	41	0	38	88		10	380
Antal akutte indlæggelser af unge (≥ 18 år)	0	13	-	-	33	0	0	43	23	0	20	126	108		366
I alt	56	87	0	0	63	4	37	82	72	0	60	240	115	15	831

Kilde: spørgeskemaoplysninger fra amterne

11 amter, der har oplyst at de har mulighed for akut indlæggelse, har angivet antallet af akutte indlæggelser (se tabel 4), det fremgår heraf, at der i 2005 blev indlagt i alt 831 børn og unge akut i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

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. ”Hjemtagning” har således kun i lille omfang hidtil kunnet finde sted, hvilket skyldes den samlede vækst i antallet af indlæggelser af børn og unge med psykiatriske diagnose.

Det absolutte antal indlæggelser af børn (0 – 14 år) på pædiatrisk afdeling er således vokset i perioden, selvom der fra 2003 til 2004 endelig ses et fald. Det absolutte antal indlæggelser af unge (15-18 år) indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling voksede frem til 2002, hvorefter det falder. Set over hele perioden 1996 til 2004 er det dog fortsat således, at det absolutte antal af børn og unge indlagt på henholdsvis pædiatrisk og voksenpsykiatrisk afdeling er steget.

Intentionen om på sigt at hjemtage de principielt uhensigtsmæssige indlæggelser af børn og unge under 18 år fra pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger til børne- og ungdomspsykiatrien ser således fortsat ikke ud til at være lykkedes, selvom der er nu tegn til at det kan være ved at vende både for børnenes og de unges vedkommende.

Behovet for kapacitet til akut indlæggelse udgør tilsyneladende fortsat en væsentlig årsag til indlæggelser på pædiatrisk eller voksenpsykiatrisk afdeling. Der er dog gradvis sket en udbygning af akutfunktioner, således at der nu er bedre muligheder for akut indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrisk regi end tidligere.

2.3 Udviklingen i ressourcer

Følgegruppen har i 2006 indhentet oplysning hos amterne om de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers nettobudgetter m.h.p. at belyse udviklingen i ressourcerne. Udviklingen fremgår af nedenstående figur 2.

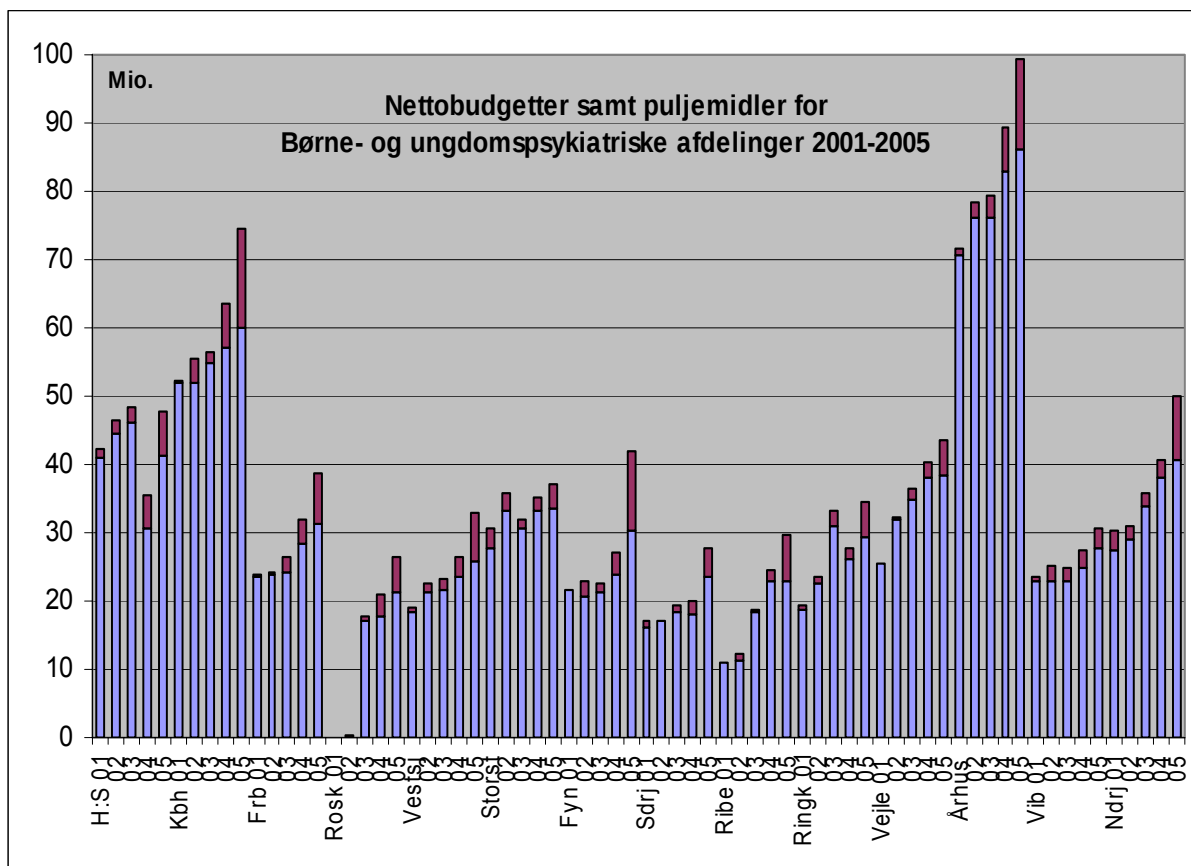
Man skal ved vurdering være opmærksom på, at der mellem amterne kan optræde teknisk betingede variationer alene på grundlag af, at der anvendes forskellige modeller og principper i opgørelsen af budget og regnskab. Sammenligninger på tværs mellem amterne skal derfor foretages med forsigtighed.

Oversigten viser at ressourcetildelingen vokser år for år for hovedparten af amterne og således også fra 2004 til 2005. Specielt vedr. udviklingen i H:S, hvor der i 2004 sås et fald ses det igen at bevæge sig opad.

Puljetilskuddene udgør som det fremgår fortsat kun en lille del af de samlede nettobudgetter. Det skal i den forbindelse bemærkes at tildelingen falder på forskellige tidspunkter hvilket medfører diverse svingninger.

Det skal i denne forbindelse specielt bemærkes, at der med satspujleaftalen for 2005 tilførtes området yderligere 200 mio. kr.. Effekten heraf er endnu ikke slået igennem og afspejles således ikke i figur 2.

Figur 2: Nettobudgetter samt puljemidler for børne- og ungdomspsyk. afdelinger 2001 – 2005



Note: For Roskilde Amt foreligger for årene 2001 og 2002, alene oplysninger om puljemidler

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, angste, 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 5 viser antallet af børn og unge som har været berørt af tvang i perioden 1999 – 2004.

Tabel 5:

Antallet af børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af de pågældende kalenderår 1999 – 2004 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%)

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af tabel 4, at tvang først og fremmest vedrører de unge (15-17-årige), men 22 % 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. Det må dog sammenholdes med det stigende antal indlæggelser.

Der skelnes i tvangsstatistikken mellem forskellige typer af tvang jævnfør de i tabel 6 anførte definitioner.

Det fremgår af tabel 6, at de tvangstyper, der er hyppigst anvendt i relation til børn og unge gennem alle årene fra 1999 til 2004, 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 6:
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

NOTE! 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.

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”.

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

En nøjere analyse af undergruppen ”fiksering og fysisk magtanvendelse” (tabel 7) 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 kan bemærkes, at der tilsyneladende er en stigning af alle typer af tvang i gruppen bortset fra handsker.

Tabel 7:

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
2000	Bælte	5	24	29
	Remme	1	12	13
	Handsker	0	1	1
	Fastholden	14	32	46
	Døraflåsning	1	5	6
	Beroligende medicin	4	19	23
2001	Bælte	2	25	27
	Remme	0	12	12
	Handsker	0	1	1
	Fastholden	21	38	59
	Døraflåsning	4	7	11
	Beroligende medicin	3	19	22
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

NOTE! 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.

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

Kilde: Register over tvangsanvendelsen i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

Tabel 8 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 5.

Det fremgår af tabel 8, 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 8:
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%

NOTE! En person kan have været indlagt på både en børne- og ungdomspsykiatrisk afd. og en voksenpsykiatrisk afd. 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: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

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 60%, i 2003 varetog de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 75% af den tvang, der blev udøvet overfor under 18-årige og i 2004 72%. Dette harmonerer med faldet i indlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling.

Der er således sket en udvikling på dette felt i overensstemmelse med anbefalingerne i redegørelsen fra 2001. Hjemtagning til specialet af de resourcekrævende patientgrupper afspejler sig således i den gradvise stigning i tvangsanvendelsen på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

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 fastholden stadig er de dominerende former for tvang, selvom der i 2004 er sket en øgning i antallet af bæltefikseringer.

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.

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 tvangsanvendelse.

3 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger jævnfør nedenstående tabel 9 og figur 3. Heraf fremgår, at antallet af henviste i 2005 steg til 0,8% af det samlede antal børn og unge i aldersgruppen 0-19 år i 2005 i forhold til 0,4% i 1996.

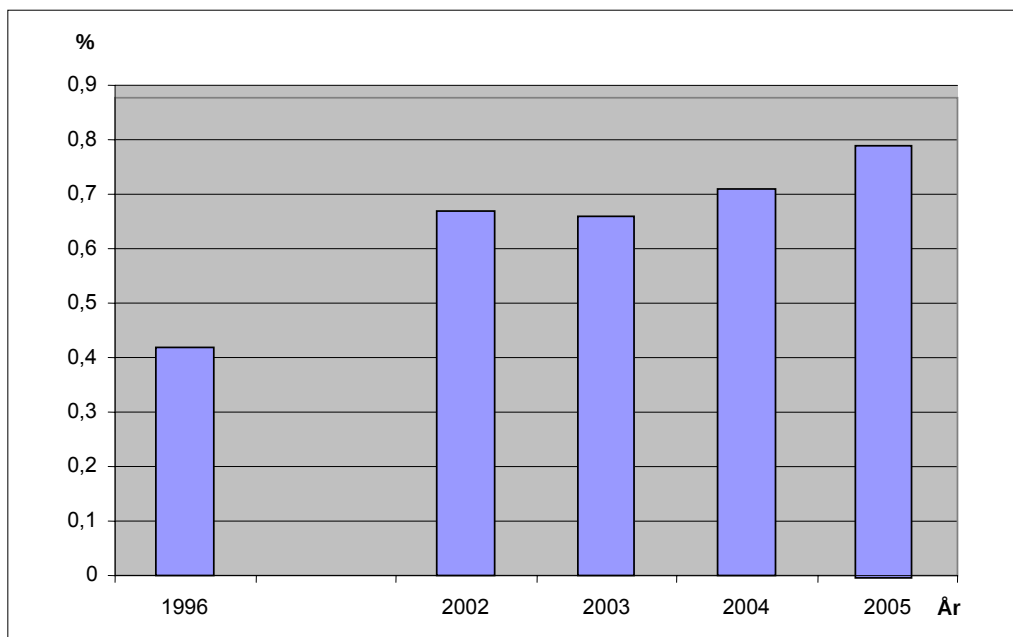
Tabel 9:
Antal henvisninger i 1996 og i perioden 2002 - 2005

Amt	1996	2002	2003	2004	2005
H:S	570	663	813	834	887
Københavns	738	1046	1007	1056	980
Frederiksborg	485	651	704	739	793
Roskilde	107	305	443	449	553
Vestsjælland	263	370	497	420	566
Storstrøm	362	444	339	506	635
Fyn	286	497	515	649	868
Sønderjylland	140	909	515	606	629
Ribe	232	636	761	743	792
Ringkøbing	342	420	465	508	654
Vejle	280	549	547	612	868
Århus	585	899	1036	1208	1386
Viborg	187	286	302	371	439
Nordjylland	281	410	450	488	500
i alt	4858	8085	8394	9189	10550
Henviste I % af 0-19årige	0,4%	0.6%	0.6%	0.7%	0,8%

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne/H:S

Note: For en række amter indgår henviste som er 18 år og derover i henvisningstallene, dette gælder især Århus Amt hvor lidt over 300 af de henviste er 18 år og derover. I alt er ca.1100 af de henviste 18 år og derover.

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



Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne/H:S

I absolutte tal ses, at der i 2005 blev henvist 10.550 børn og unge til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger mod 4.858 i 1996, dvs. at børne- og ungdomspsykiatrien har skullet tage vare på 5.692 eller 117% flere patienter i 2005 end i 1996.

Endvidere fremgår at der fra 2004 til 2005 er sket en stigning i antallet af henviste med 1361 dvs. ca. 15% flere henviste på et enkelt år.

Det kan således konstateres at forudsigelsen af, at der måtte forventes et betydeligt øget pres på specialet i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 har vist sig at holde stik.

Antallet af henviste til børne- og ungdomspsykiatrien i forhold til andelen af børn og unge for de enkelte amter fremgår af tabel 10. Det fremgår heraf at der er en variation på ca. 1% mellem amterne med henholdsvis laveste og højeste andel henviste i forhold til børne- og ungepopulationen i amtet. Nordjyllands Amt tegner sig for den laveste andel med 0,41 og Ribe Amt den højeste med 1,34 %

I henhold til BuP-databasens årsrapport for 2005 afvises eller omvisiteres lidt over 20% af henvisningerne (landsgennemsnit). 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 10: Antal henviste til børne- og ungdomspsykiatri i forhold til andelen af børn og unge pr. amt.

Antal henviste til B&U- psyk pr. amt	2005	Antal 0- 19- årige i amtet	Henviste i % af børn og unge an- del
H:S	887	103464	0,9
Københavns	980	155302	0,6
Frederiksborg	793	100536	0,8
Roskilde	553	63249	0,9
Vestsjælland	566	77287	0,7
Storstrøm	635	60887	1,0
Fyn	868	116015	0,8
Sønderjylland	629	64603	1,0
Ribe	792	58941	1,3
Ringkøbing	654	73870	0,9
Vejle	868	93049	0,9
Århus	1386	164285	0,8
Viborg	439	61456	0,7
Nordjylland	500	121348	0,4
Hele landet	10550	1330072	0,8

Note: For en række amter indgår henviste som er 18 år og derover i henvisningstallene, dette gælder især Århus Amt hvor lidt over 300 af de henviste er 18 år og derover. I alt er ca.1100 af de henviste 18 år og derover.

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 11 belyser omfanget af faste ugentlige konsulentforpligtelser 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 145 konsulenttimer udover almindeligt samarbejde. Dette er et fald i forhold til 2002 hvor der fast blev ydet 181 konsulenttimer ugentligt udover det almindelige konkrete samarbejde. En årsag til faldet er bl.a., at Vejle Amt har ændret tilrettelæggelsen vedr. spiseforstyrrelser og derfor ikke længere yder 37 ugentlige timer til spiseforstyrrelser som konsulentforpligtelse. Da man i Vejle Amt har udbygget tilbuddet vedr. spiseforstyrrelser må dette tolkes som et resultat af en ændret organisation af indsatsen. Dette belyser at tallene bør fortolkes nuanceret og med forsigtighed som vurderingsgrundlag for samarbejdet.

Tabel 11:
Konsulentforpligtelser i ugentlige timer 2005

Konsulentforpligtelser		Ugtl.timetotal	Evt. bemærkninger
H:S	+	10	
Københavns Amt	+	Uoplyst	
Frederiksborg Amt	+	45	
Roskilde	÷		Via B&U-rådgivning i amtet
Vestsjælland	÷		Via respektive myndigheder
Storstrøm	+	4	
Fyn	+	4	
Sønderjylland	÷		
Ribe	+	2- 4	
Ringkøbing	+	8	Samt individuelt
Vejle	+	2	
Århus	+	37-55	
Viborg	+	6 – 10	
Nordjylland	+	Min. 3	

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne januar 2006

Herudover medfører bl.a. indlæggelse af børn og unge med psykiske problemstillinger på andre afdelinger i sygehusvæsenet et behov for tilsynsaktivitet som led i den almindelige opgavevaretagelse for specialet. Omfanget af tilsyn fremgår af tabel 12. Der ses her et fald i antallet af tilsyn hvilket kan hænge sammen med, at man varetager flere patienter i eget regi.

Tabel 12:
Antal tilsyn på andre sygehusafdelinger i 2002 – 2005

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

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne 2003, 2004/ 05 og 2006.

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 først 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 paradoksalt i en fase hvor tilbuddene udbygges, eventuelt 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 13 baserer sig på spørgeskemaundersøgelser til amterne om, hvor mange der på en bestemt dag stod på venteliste, og hvor længe de indtil da havde ventet. 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 konstateres, at registreringspraksis vedrørende ventelister og ventetider tilsyneladende fortsat er noget varierende om end nu i væsentlig mindre grad end i 1997.

Venteliste- og ventetidsudviklingen fremgår af følgende tabel 13.

Tabel 13:
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
	Ventetider		Vente Liste	Ventetider		Ven- te- liste		Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Ven- te- 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.		
HS	96 91%	10	106	101 64%	56	157	62%	83 73%	30	113	÷28%	125 82%	27	152	35%
Bornh.	7		7	Indgår i H:S											
Kbh. Amt	105 67%	52	157	152 59%	105	257	64%	187 53%	165	352	37%	203 47%	228	431	22%
Frd. Borg	80 100%	0	80	109 85%	19	128	60%	115 75%	38	153	20%	124 63%	72	196	28%
Ros	12 86%	2	14	55 85%	10	65	364%	58 77%	17	75	15%	68 55%	54	122	63%
Vest sj.	14 24%	44	58	184 96%	8	192	231%	46 98%	1	47	÷75%	51 91%	5	56	19%
Stor Str	37 62%	23	60	10 50%	10	20	÷67%	85 62%	53	138	590%	175 88%	24	199	44%
Fyn	118 57%	88	206	128 50%	128	256	24%	94 78%	27	121	÷53%	61 59%	43	104	÷14%
Sdr. Jyll	26 65%	14	40	126 100%	0	126	215%	77 79%	21	98	÷22%	75 83%	15	90	÷8%
Ribe	43 64%	24	67	64 89%	8	72	7%	107 87%	16	123	71%	75 77%	22	97	÷21%
Ring	62 68%	29	91	34 46%	40	74	÷19%	70 89%	9	79	7%	140 74%	49	189	139%
Vejl	66 80%	16	82	68 62%	41	109	33%	77 90%	9	86	÷21%	111 93%	8	119	38%
Årh.	186 82%	40	226	191 66%	97	288	27%	175 49%	184	359	25%	213 42%	299	512	43%
Vib.	26 70%	11	37	53 58%	39	92	149%	28 41%	41	69	÷25%	71 97%	2	73	6%
Ndr Jyll	54 41%	77	131	64 42%	88	152	16%	88 60%	59	147	÷3%	94 59%	66	160	9%
Hele DK	932 68%	430	1.362	1339 67%	649	1.988	46%	1290 65%	670	1.960	÷1%	1586 63%	914	2500	28%

Kilde: oplysninger fra amterne. H:S for 1997 inkluderer tallene for Københavns Kommune.

Fra 2005 til 2006 er antallet af børn og unge på venteliste steget med i alt 540.

Tabel 13 a: Ventetider til børne- og ungdomspsykiatri, pr. 1.1.2006

	Ventetider					
	0-1 mdr.	1-3 mdr.	3-6 mdr.	6-12 mdr.	o.12 mdr.	I alt
H:S	71	54	24	3	0	152
Kbh.amt	71	132	95	98	35	431
Fr.borg	65	59	37	35	0	196
Rosk.	44	24	19	32	3	122
Vestsj.	35	16	4	1	0	56
Storstr.	136	39	16	6	2	199
Fyn	23	38	29	14	0	104
Sdr.jyll	30	45	9	6	0	90
Ribe	32	43	12	10	0	97
Ringk	33	107	38	11	0	189
Vejle	52	59	4	4	0	119
Århus	107	106	99	151	49	512
Viborg	42	29	2	0	0	73
Ndr.jyll.	43	51	25	37	4	160
I alt	784	802	413	408	93	2500
%	31	32	17	16	4	100
Akk.%	31	63	80	96	100	

4.1 Om ventelister

Med de ovennævnte bemærkninger in mente og dermed et forbehold over for præcisionen i tallene, kan det konstateres, at der d.1.12.1997 ventede mindst 1.362 børn og unge på undersøgelse eller behandling, og at antallet på venteliste d.1.1.2003 udgjorde 1.988 svarende til, at der på dette tidspunkt var 46% flere på venteliste end i 1997. Den 1. januar 2005 var der 1960 børn og unge på venteliste. Fra 2005 til 2006 er antallet på venteliste steget med 540 svarende til en stigning på 28%. I forhold til 1997 var der 1138 flere på venteliste den 1. januar 2006.

Hovedparten af amter har i 2006 et større antal på venteliste end i 2005. Enkelte amter har et meget stort antal på venteliste og kun tre amter har reduceret ventelisten. Generelt viser der sig meget stærke udsving i tallene især når man vurderer det procentvis over tid for det enkelte amt. Udviklingen bør derfor vurderes i forhold til de absolutte tal.

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 konstateres, at i 2003

havde 67 % af de 1.988 ventende ventet under 3 måneder og 33% længere end 3 måneder. De tilsvarende tal i 1997 var henholdsvis 68% og 32%. I 2005 var antallet af patienter, der havde ventet under 3 måneder 65% (1290 patienter) og antallet af patienter der har venter over 3 måneder 35% (670 patienter).

I 2006 har 63 % (1586) ventet under 3 måneder og 37% (914) over 3 måneder. I absolutte tal er det altså lykkedes at have knap 300 flere patienter med en ventetid på under 3 måneder end året før, men væksten i henvisningerne betyder, at antallet der venter længere end 3 måneder alligevel samtidig er steget med ca. 250.

I de foregående år er det trods det stigende antal henvisninger lykkedes at reducere antallet, 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, medens dette i 2003 udgjorde ca. 3 % og i 2005 1,4 % (26 personer). Pr. 1. januar 2006 er antallet igen steget, nu til 4 % (93 personer), der har ventet over et år. De ventende i Københavns og Århus amter tegner sig for hovedparten af disse svarende til 3,4 af de 4 %.

Der er kun registreret såkaldt aktiv ventetid, dvs. reel ventetid.

Opsummering

Konkluderende kan det samlet set vedr. ventelister og ventetider konstateres, at der var tale om et voksende antal ventende fra 1997 til 2003, hvor antallet på venteliste steg fra knapt 1400 til knapt 2000 eller med ca. 46%. Opgørelsen 1.1.2005 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.

I 2006 er antallet imidlertid igen steget og det med mere end 500 ventende svarende til en stigning i antallet af personer på venteliste på 28% (540).

For så vidt angår ventetiden er det pr. 1.1.2006 således, at 300 flere end året før, i alt knap 1600, har en ventetid på under 3 måneder, men samtidig har 250 flere end året før ventet længere end 3 måneder, svarende til at i alt 37 %, dvs. over 900, venter mere end 3 måneder og endelig har 4 % ventet over et år.

Denne udvikling må ses i sammenhæng med det væsentligt øgede antal henvisninger svarende til en stigning på 117 % (5692) flere henvisninger i året 2005 end i 1996 mod 89 % (4331) flere henviste i 2004 end i 1996.

Der er således på et år sket en vækst i antallet af henviste med ca. 1300 eller 15%, hvilket må anses for den væsentligste årsag til den negative udvikling i ventelister og ventetider .

Selvom det fortsat er opfølgingsgruppens vurdering, at der er behov for øget kapacitetsudbygning så må udviklingen dog give anledning til overvejelser, når det kan konstateres, at det ikke er lykkedes at fastholde den opbremsning i den negative udvikling med hensyn til ventelister og ventetid, som kunne konstateres i forrige statusrapport, fordi væksten i henvisninger overgår væksten i aktiviteten.

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 uddannelseskapaleten af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Endvidere anbefaledes uddannelsesinitiativer for det øvrige personale.

I henhold til spørgeskemabesvarelsene fra amterne ses af nedenstående tabel 14, at der er foregået en udvidelse af det samlede antal normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien siden 1997. For perioden 1997 til 2003 var der tale om en øgning i antallet af normerede stillinger på 54%, og for perioden 2003 til 2005 en yderligere forøgelse på 24%. Fra 2005 til 2006 er der yderligere en vækst på 8%. I hele perioden fra 1997 til 2006 er der tale om en udvidelse i antallet af normerede stillinger på 108% inkl. de puljefinansierede.

Gruppen ”andet personale” viste tidligere den største procentvise forøgelse. 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. Fra 2005 til 2006 er øgningen størst for psykolog- og lægestillinger.

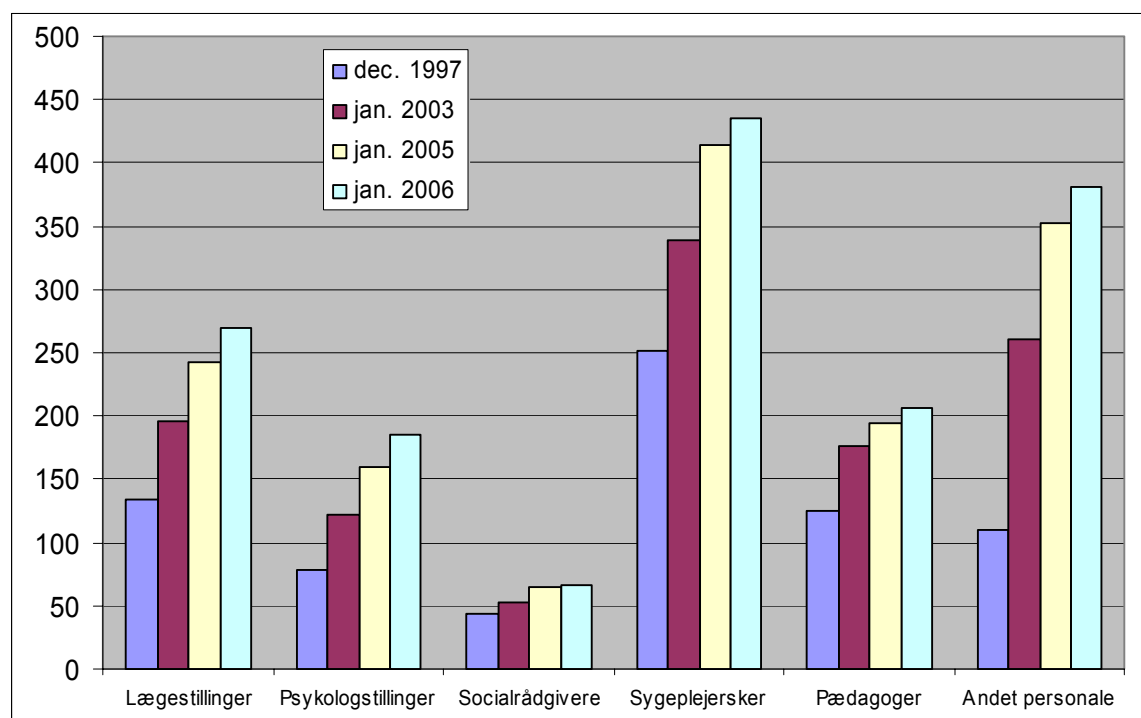
Antallet af puljefinansierede stillinger udgør pr. 1.1.2006 i alt 172, svarende til 23% af udvidelsen i forhold til 1997. Fra 2005 til 2006 er antallet af puljefinansierede stillinger øget fra 118 til 172 svarende til henholdsvis 8% og 11% af det samlede antal stillinger det pågældende år.

Tabel 14:
Antallet af normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien i henhold til spørgeskemaundersøgelse til amterne, herunder puljefinansierede stillinger i parentes

	dec. 1997	jan. 2003	%-øgning 97-03	1.1.2005	%- øgning 03- 05	1.1.2006	%- øgning 05-06	%-øgning 97-06
Lægestillinger	134	196 (17)	46	242 (23)	23	270 (35)	12	101
Psykologstillinger	78	122 (12)	56	159 (23)	30	185 (38)	16	137
Socialrådgivere	43	53 (4)	23	65 (11)	23	66 (13)	2	53
Miljøpersonale								
Sygeplejersker	252	339 (12)	35	414 (31)	22	435 (41)	5	73
Pædagoger	125	176 (7)	41	194 (10)	10	206 (17)	6	65
Andet personale	110	260 (6)	136	352 (20)	35	381 (28)	8	246
heraf Fys/ergo		27		34	26	35		
Heraf SO-SU		84		88	5	71		
I alt	742	1.146 (58)	54	1.426 (118)	24	1.543(172)	8	108

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne

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



Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne

5.1 Vedrørende læger i børne- og ungdomspsykiatrien

Ifølge Sundhedsstyrelsens autorisationsregister var der per 1. januar 2005 i alt udstedt 138 speciallægeanerkendelser til speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, heraf 136 med dansk speciallægeuddannelse. Der er tale om herboende speciallæger. 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 2002 i alt var registreret 91 erhvervsaktive speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, heraf var 69 sygehusansatte speciallæger, mens 14 var ansat i amter og kommuner, men ikke på sygehus.

Som et af de meget få specialer forventes der en stigning i antallet af speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Konkret vedrørende udviklingen forventer Sundhedsstyrelsen, at der fortsat er behov for at rette op på manglen på speciallæger og samtidig at sikre muligheden for fortsat udbygning af specialet, jf. Sundhedsstyrelsens statusrapporter om udviklingen i børne- og ungdomspsykiatri og Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2003.

Set over perioden 1999–2005 er 87,5 % af alle opslåede uddannelsesforløb blevet besat inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Der er ikke de store udsving mellem årene – dog blev alle opslåede forløb i 2004 besat. I Region Øst er alle forløb siden 2001 blevet besatte.

Tabel 15:**Oversigt over opslåede og besatte uddannelsesforløb i Børne- og ungdomspsykiatri**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Opslåede	10	12	14	17	12	15	18
Besatte	8	9	13	15	10	15	16
Ubesatte	2	3	1	2	2	0	2

Note: Inden for specialet børne- og ungdomspsykiatri opslås der kun uddannelsesforløb i andet halvår.

Der var i 2005 26 ansøgere, hvoraf nogle på ansøgningstidspunktet ikke helt opfyldte kravene. Der er således 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 (jvnf. 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.

Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab vurderede i forbindelse med efterspørgselsprognosen i 2000, at der vil være en stigende efterspørgsel efter speciallæger svarende til i alt 250 speciallæger, hvis samtlige anbefalinger i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001 skulle gennemføres. Sundhedsstyrelsen anbefalede i relation til prognosen 2000 en udvidelse på 4,3% om året, hvilket betød, at et antal speciallæger på 250 ville være nået i år 2025.

Med det øgede antal midlertidige uddannelsesnumre er målet om øgning af antallet af speciallæger blevet fremskyndet i forhold til denne prognose, forudsat at de midlertidigt klassificerede stillinger i praksis er blevet udnyttet, og uddannelsesforløbene samlet set kan gennemføres.

Omlægningen af speciallægeuddannelserne - og dermed nedlæggelsen af enkeltstillingsklassifikationen pr. 31.12.2003 – betyder, at Sundhedsstyrelsen ikke længere klassificerer uddannelsesstillinger. Kompetencen til at etablere uddannelsesstillinger ligger nu i de regionale råd for lægers videreuddannelse.

Med hensyn til besættelse af undervisningsstillinger til speciallægeuddannelserne, foregår besættelserne i udvalgt 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 følgende oplysninger vedrørende antallet af sygeplejersker med specialuddannelse inden for psykiatrien.

Tabel 16:
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
I alt på landsplan	270	60	57	50 - 60

Andre uddannelsestilbud

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 er tilmeldt 21 studerende. Næste hold starter april 2007.

Der foreligger i øvrigt forskellige former for uddannelsestilbud 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.

Alt i alt kan det konstateres, at der er sket en væsentlig udvidelse af de samlede personaleressourcer svarende til 108% 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.

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.

Samtidigt 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. Epidemiologiske undersøgelser finder dog ikke ændringer i forekomst af anoreksi. 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 psykiatrigaftalen mellem regeringen og amterne for 2003 – 2006.

I 2005 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten: ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling.” Denne er udarbejdet af en arbejdsgruppe for Sundhedsstyrelsen og omhandler behandling af spiseforstyrrelsessygdomme samt anbefalinger for organisationen heraf. Rapporten offentliggjordes i høringsrapportform i 2003.

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 højt specialiseret/landsdelsniveau og det anbefales, at behandling ydes på laveste effektive niveau. 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. Rapporten anbefaler således, at man på sigt arbejder mod, at der svarende til hvert amt oprettes et spiseforstyrrelsesteam, som varetager central visitation, diagnostik og behandling og 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.

Sundhedsstyrelsens rundspørge 2006.

Sundhedsstyrelsen har i april 2006 anmodet amterne og Hovedstadens sygehusfællesskab (H:S) om at beskrive deres aktuelle tilbud, herunder tilrettelæggelse og kapacitet til spiseforstyrrede (både børn og unge og voksne) samt redegøre for anvendelsen af de ekstra ressourcer tilført med satspuljeaftalen både for så vidt angår ændret organisering og øget kapacitet i behandlingsindsatsen (amtet kan i forbindelse hermed også anføre den helt aktuelle kapacitet - april 2006).

Sundhedsstyrelsen anmodede i den forbindelse bl.a. amter og H:S beskrive, om de har oprettet et tværfagligt spiseforstyrrelsesteam, som skal varetage central amtslig visitation, samle behandlingen i amtet og udføre konsulentopgaver. Endvidere om amtet har indgået aftaler med landsdelsfunktionerne med henblik på behandling af de alvorligste spiseforstyrrelser og ressourcecenterfunktion. Resume af de skriftlige besvarelser fremgår af bilag 1.

Overordnet fremgår det af besvarelserne at man i de fleste amter har foretaget en styrkelse af området og/eller er i forskellige faser af en planlægningsproces herom. Det fremgår endvidere, at man er i en proces og derfor på visse punkter har haft vanskeligheder med at besvare nogle af opfølgningsgruppens spørgsmål bl.a. fordi en specifik registrering mv. af aktiviteterne endnu ikke har fundet sin form.

6.2 Udviklingen i kapacitet og aktivitet

Antallet af pladser vedrørende spiseforstyrrelser ved de børne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger uanset alder, i henhold til oplysninger indhentet direkte fra amterne fremgår af tabel 17.

Det kan konstateres, at kun få amter har specifikke normerede pladser reserveret til patienter med spiseforstyrrelser i voksenpsykiatrien idet hovedparten af amterne har valgt at udvikle funktionen i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

I tabel 17 er anført det antal pladser, det enkelte amt har anført, at de i gennemsnit anvender til - eller har reserveret til spiseforstyrrelser indenfor børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Der er anført antallet af pladser til spiseforstyrrelser pr. 1. januar 2005 og 1. januar 2006 på amtets børne- og ungdomspsykiatriske enhed samt i voksenpsykiatrien. Der er foretaget en opdeling i dag- og døgnpladser.

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 17 Antal særlige pladser

Amt	B&U 2005 Dag/døgn	Voksen 2005 Dag/døgn	B&U 2006 Dag/døgn	Voksen 2006 Dag/døgn
H:S LL	2/7	0/10	2/7	*8/10
København	0/1	42/0	0/1	69/0
Frederiksborg	0/0	0/0	8/0	0/0
Roskilde	0/0	0/0	0/0	0/0
Vestsjælland ##	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
Sønderjylland	0/0	0/0	0/0	0/0
Ribe	2/2	0/0	2/2	0/0
Ringkøbing	0/0	0/0	0/2	0/0
Vejle	6/10,5□□	0/0	3/9	0/0
Århus LL ***	8/11	0/0	8/11	0/0
Viborg	0/16	0/0	0/16	0/0
Nordjylland	0/8	0/0	0/8**	0/0
I alt dag/døgnindlæggelser	26/69	42/11	31/69	77/11

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne / H:S.

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

** 8 normerede sengepladser (5 disponible).

*** I Århus omfatter sengepladserne aldersgruppen 0-29 år incl.

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

□□ Gennemsnitlig antal anvendte pladser til spiseforstyrrede

Har 6 familier i flerfamiliegruppeterapi

Op til 19 år indlægges på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit. Der er ikke særlige reserverede pladser.

Det fremgår endvidere af besvarelserne, at antallet af særlige pladser – dvs. kapaciteten er fleksibel inden for rammerne af det samlede antal pladser i hhv. børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri og visse amter har således vanskeligheder med at besvare spørgsmål vedrørende den specifikke kapacitet til spiseforstyrrelser. Dette gælder især for voksenpsykiatrien, hvilket som nævnt tilsyneladende også afspejler at hovedparten af amterne har valgt at styrke indsatsen for spiseforstyrrede i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

I 2006 var antallet af til rådighed stående pladser til spiseforstyrrede således mindst 108 dagpladser og 80 døgnpladser idet antallet af dagpladser er øget med 40 siden 2005.

Flere amter har endvidere tilkendegivet at man råder over yderligere pladser i pædiatrisk, endokrinologisk eller intern medicinsk regi specifikt beregnet til spiseforstyrrede.

6.3 Spiseforstyrrelsesteams

I Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser 2005 anbefales, at man på sigt arbejder hen mod, at der på basisniveauet 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:

I henhold til forespørgslen til amterne april 2006 har 11 amter etableret tværfagligt spiseforstyrrelsesteam. Bemandingen i relation til faggrupper fremgår af tabel 18. I henhold hertil er der foregået en udvidelse af det samlede antal stillinger med opgaver specifikt vedrørende spiseforstyrrelser.

Tabel 18: Spiseforstyrrelsesteams: Bemanding med faggrupper.

Amt	Spiseforstyrrelsesteam etableret	Børne- og ungdomspsykiater/psykiater	Sygeplejerske	Psyko-log	Andre
H:S LL	Nej				
Københavns	Ja				
Frederiksborg	Ja				
Roskilde	Nej*				
Vestsjælland	Ja	1	-	1	1 diætist, 1 sekretær
Storstrøm	Nej				
Fyn LL	Ja	Ja	Ja	Ja	sekretærer, somatiske læger, diætist
Sønderjylland	Ja	1**	1	1	2 diætister
Ribe	Ja	1***	1***	1***	1 diætist, 1 fysioterapeut, 1 socialrådgiver***
Ringkøbing	Ja	Ja	Ja	Ja	fysioterapeut
Vejle	Ja	Ja	distriktssygeplejersker	Ja	socialrådgivere, diætist, koordinator, fysioterapeut
Århus LL ☐	Ja☐				
Viborg	Ja☐				
Nordjylland	Ja	1-(2)	1 distriktssygeplejerske	0-1	0,5 kostvejleder/diætist, 0,5 fysioterapeut, 1 sekretær. I alt 5 medarbejdere.

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne

*arbejdsgruppens anbefalinger foreligger i foråret 2006, hvorefter der træffes en politisk beslutning om den fremtidige organisering

** speciallæge med dagligt virke i ungdomspsykiatrien som helhed

*** alle er deltidsansatte

☐ Bemanding af team er ikke nærmere specificeret

6.4 Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser

Nedenfor har opfølgningsgruppen udspecificeret aktiviteten vedrørende spiseforstyrrelsesdiagnoser i henhold til Landspatientregisteret med hensyn til indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser (alle aldre) behandlet i sygehusvæsenet i 1997, 2000, 2003 og 2004. Det skal bemærkes at tabellen omfatter alle aldersgrupper dvs. børn og unge (B&U) samt voksne med spiseforstyrrelser

Tabel. 19:
Indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser (alle aldre) behandlet i sygehusvæsenet i 1997, 2000, 2003 og 2004

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

Kilde: LPR.

I overensstemmelse med rapportens anbefalinger ses gennem årene en stigning i antallet af ambulante forløb samt at antallet af indlæggelser vedr. spiseforstyrrelser er nedadgående. Anoreksi dominerer antallet af indlæggelser, mens antallet af indlæggelser vedr. bulimi og ”øvrige” er meget beskedent.

6.5 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger vedrørende spiseforstyrrelser til hhv. amtets børne- og ungdomspsykiatriske afdeling og voksenpsykiatriske afdelinger for årene 2004 og 2005. Dette er opgjort i tabel 20 og heraf fremgår, at antallet af henvisninger i alt var hhv. 646 og 696 indenfor børne- og ungdomspsykiatrien og 631 og 653 for voksenpsykiatriske afdelinger. Der ses således fra 2004 til 2005 en stigning i henvisninger på i alt 72 personer svarende til knapt 6%.

Tabel 20:

Antal henvisninger vedrørende spiseforstyrrelser i perioden 2004 – 2005 til amtets børne- og ungdomspsykiatriske afdeling (B&U) og voksenpsykiatriske afdelinger, uafhængige af alder

Amt	2004 B&U	2004 Voksen	2005 B&U	2005 Voksen
H:S LL	32	113	34	131
Københavns	43	263	43	287
Frederiksborg	34	0	34	0
Roskilde	23	68	26	35
Vestsjælland	56*	0	61*	0
Storstrøm	22	55	15	60
Fyn LL	45	84	65	81
Sønderjylland	22	16	19	14
Ribe	50	2	56	1
Ringkøbing	29	0	32	5
Vejle	48*	18	32*	21
Århus LL	222	0	224	7
Viborg	7	12	26	11
Nordjylland	13	**	29	**
I alt	646	631	696	653

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne/H:S

*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.

*** I Århus omfatter antallet af henvisninger alle aldersgrupper – dvs. incl. alle voksne ptt'er med spiseforstyrrelser i 2004 og 2005 drejede det sig om 153 og 169 af de anførte henvisninger.

LL :landsdelfunktion.

Det ses, at der i 2005 blev henvist 50 flere med spiseforstyrrelse til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i forhold til 2004 og 22 flere med spiseforstyrrelse til de voksenpsykiatriske afdelinger. I alt henvistes 1277 patienter i 2004 og 1349 patienter i 2005.

6.6 Ventelister og ventetider

Antallet af ventende med spiseforstyrrelse fremgår af tabel 21. Det fremgår heraf at der den 1.1.2006 var 55 flere personer på venteliste end året før svarende til en stigning på 28%.

Vedrørende ventetiden (tabel 22) ses at pr. 1.1.2006 ventede 98 personer svarende til 39% af det samlede antal ventende spiseforstyrrede under en måned og 90 personer svarende til 36 % mellem 5 og 12 uger. Således har i alt 75% ventet under 3 måneder og 94% under et halvt år og kun 15 personer har ventet over et halvt år. Den procentvise fordeling af ventende på ventetid var pr. 1.1.2005 nogenlunde tilsvarende.

Sammenlignes med de generelle ventelister og ventetider for børne- og ungdomspsykiatri (tabel 23) ses, at de spiseforstyrrede udgør ca.5 % af det samlede antal ventende til børne- og ungdomspsykiatrien, hvorimod de udgør 7 % af de som har ventet under 4 uger og kun 1% (1 person) af de som har ventet over et år.

Tabel 21:

Ventende spiseforstyrrede – pr. 1.1.2005 og 1.1.2006

	2005	2006
1. ambulante kontakt	156	186
Dagindlæggelse	39	52
Døgnindlæggelse	2	14
I alt	197	252

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne

Tabel 22:

Ventetider til behandling vedr. spiseforstyrrelser – pr. 1.1.2005

2005	0-4 uger	5-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
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

Ventetider til behandling vedr. spiseforstyrrelser – pr. 1.1.2006

2006	0-4 uger	5-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
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

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne

Tabel 23:

Ventende spiseforstyrrede i relation til samtlige ventende til B& U psyk, 1.1. 2006

Antal uger	0-4 uger	5-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
B&u & voksenpsyk. Spiseforstyrrede i alt	98	90	49	13	2	252
Spiseforstyrrede til b & u	57 (42%)	41 (30%)	31 (23%)	5 (4%)	1 (0,7%)	135
Samlede antal /andel ventende til b&u	784(31%)	802(32%)	413(17%)	408(16%)	93(4%)	2500
Andel spiseforstyrrede af alle b&u	7%	5%	8%	0,1%	1%	5%

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne

6.7 Opsummering

Vedrørende indsatsen for spiseforstyrrede kan opfølgingsgruppen konstatere, at der foregår en styrkelse af indsatsen i amterne, idet der er iværksat eller planlægges styrkelse af området afhængigt af det enkelte amts udgangspunkt og muligheder. Enkelte amter tilkendegiver at man i planlægningsarbejdet har taget udgangspunkt i det kommende regionsfællesskab.

Det ser ud til, at hovedparten af amterne har placeret styrkelsen af indsatsen i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, herunder ved etablering af særlige pladser reserveret spiseforstyrrelser.

Det vurderes, at man i forbindelse med styrkelsen af indsatsen følger anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser, herunder at man som anbefalet lægger vægt på LEON-princippet og på det ambulante behandlingsprincip samt etablering af spiseforstyrrelsesteams.

Af rapporten fremgår at et antal specificerede pladser til heldøgnsindlæggelse dog må påregnes at være nødvendigt og det ser også ud til at sådanne pladser er til rådighed.

Opfølgingsgruppen kan i øvrigt konstatere at der er en vis stigning i antallet af henviste med spiseforstyrrelse fra 2004 til 2005 svarende til ca. 6 %.

Henvisningerne fordeler sig ligesom aktiviteten vedr. spiseforstyrrelser i 2004 og 2005 nogenlunde ligeligt mellem de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og de voksenpsykiatriske afdelinger.

Fra 1.1.2005 til 1.1.2006 ses en stigning i det samlede antal af ventende spiseforstyrrede på 28%. Af de spiseforstyrrede på venteliste har ca. 40% dog ventet under en måned, 75% under 3 måneder og 94% under et halvt år.

Spiseforstyrrede uanset alder udgør 5% af samtlige ventende til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Ventetiderne for spiseforstyrrede til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er generelt kortere end for den samlede børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe som helhed.

Opgaverne for Spiseforstyrrelsesteams må antages at udvikle sig i de kommende år herunder samarbejde med og rådgivning til primærsektoren fx praktiserende læger, sundhedsplejersker, kommunallæger, skolevæsenet og socialforvaltninger m.fl.

7 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.

7.1 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. Mange af disse problemer bør kunne håndteres i de primære led, f.eks. i de pædagogisk-psykologiske rådgivninger.

Det kan aktuelt konstateres, at man nu har passeret de 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 ungdoms-

psykiatrisk 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. 0,8 % af børne- og ungepopulationen uden at der herved aktuelt ses en stabilisering i udviklingen.

Der er 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 socialsektoren og de specialiserede sygehusydelser. Der bør især på baggrund af den seneste udvikling i højere grad fokuseres på behovet for indsats i de primære led.

Stigning i efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser genfindes internationalt i en lang række lande Danmark sædvanligvis sammenligner sig med. Sammenligninger med andre lande 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. Der findes ikke undersøgelser i Danmark eller andre lande, opfølgningssgruppen bekendt, 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 helse 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 BuP-databasen er der skabt grundlag og mulighed for øget viden i fremtiden.

7.2 Overvejelser om mulige årsager til den stigende efterspørgsel

Opfølgingsgruppen har igen grundigt drøftet mulige årsager til den observerede udvikling, men man må 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. Det må imidlertid anses for en uhenigtsmæssig og problematisk udvikling såfremt trivselsmæssige, sociale eller indlæringsmæssige problemer omdefineres til psykiske problemer eller psykiatiske 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 den primære sektor bl.a. i relation til en ændret profil af de pædagogisk-psykologiske rådgivninger. Det er indtrykket, at man i mindre grad end tidligere går ind i psykologiske udredninger forud for henvisning og i terapeutiske forløb. Opfølgingsgruppen skal i denne forbindelse atter efterlyse systematiske undersøgelser og opgørelser vedr. aktiviteterne på dette område.
- Større krav om diagnose i relation til iværksættelse af særlige foranstaltninger i undervisnings- og socialsektoren.

- 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.

7.3 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 fødselsårge 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.

7.4 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.

I BuP-databasens årsrapport 2005 oplyses det, at ca. 20% af alle henvisningerne (landsgennemsnit) afvises eller omvisiteres.

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. Det vil imidlertid være udtryk for en uhensigtsmæssig udvikling hvis disse problemer skal løftes og løses af børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet. Det er således meget væsentligt at det alene er relevante problemstillinger, der henvises til det specialiserede sygehusvæsen.

7.5 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.

En øget tendens til medicinering af børn og unge vil således omsætte sig til et øget pres på børne- og ungdomspsykiatrien og at dette sker kan bl.a. understøttes af følgende:

For så vidt angår anvendelsen af centralstimulantia, er der fra 1998 og til 2002 set en stigning i antallet af 0-19-årige i behandling med methylphenidat fra knap 700 til ca. 2.200. I 2004 er dette steget til ca. 3.500. 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 jævnf. 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.

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 de ovenfor nævnte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har indskærpet over for landets læger, at behandling af børn og unge med SSRI-præparater (de såkaldte lyk-kepillers) alene bør ske efter 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.

8 Konklusion og anbefaling

Som det er fremgået af de foregående afsnit, er der foretaget en meget stor og betydelig målrettet udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien siden 1996. Der er således bl.a. foregået en overmåde stor aktivitetsudvidelse i sygehusvæsenet på området som andrager ca. 90 % flere behandlingsforløb i perioden. Det er herved i de foregående år lykkedes at holde nogenlunde trit med den forventede stigende efterspørgsel, som bl.a. blev forudsagt og fremhævet i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001.

Det har dog samtidig måttet erkendes, at det ikke er lykkedes at vende udviklingen og opnå reduktion med hensyn til ventelister og ventetider. Man har imidlertid ved den målrettede indsats hidtil undgået en væsentlig forværring af situationen og opfølgningsgruppen kunne i forrige statusrapport konstatere, at det var lykkedes at bremse den negative udvikling i ventelister og ventetider til trods for stadig flere henvisninger, en stigning som også androg ca. 90 % i perioden.

I nuværende statusrapport kan opfølgningsgruppen imidlertid konstatere at stigningen i henvisningerne i 2005 har overgået udbygningen, med stigende ventelister til følge.

I denne sammenhæng kan opfølgningsgruppen konstatere at henvisningerne fra 1996 til 2005 er steget med 117 % og at børne- og ungdomspsykiatrien i 2005 således har skullet tage vare på 5700 flere patienter end i 1996 og ca. 1300 flere patienter i 2005 i forhold til 2004 svarende til en stigning på 15 % i henvisningerne på dette ene år.

Fra 1.1.2005 til 1.1. 2006 er antallet på venteliste steget med mere end 500 ventende svarende til en stigning på 28 %. For så vidt angår ventetiden er der 300 flere patienter end året før der har ventet under 3 måneder, men samtidig er antallet, der har ventet længere end 3 måneder steget med 250 som en konsekvens af stigningen i antallet af henvisninger og i alt knap 40% af de ventende har pr. 1.1. 2006 ventet mere end 3 måneder og 4% har ventet over et år.

Det er naturligvis umiddelbart vanskeligt at bedømme den samlede udvikling på baggrund af et enkelt år. Alligevel finder opfølgningsgruppen, at dette bør give anledning til grundlæggende overvejelser bl.a. med hensyn til arbejdsdelingen mellem primærsektoren, repræsenteret ved undervisnings- og socialektoren samt den primære sundhedstjeneste, og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen. Dette understøttes af, at ca. 20 % af henvisningerne afvises eller omvisiteres til andet tilbud bl.a., fordi børne- og ungdomspsykiatrien vurderer ikke specifikt at kunne bidrage til problemløsningen.

Ligeledes kan udviklingen give anledning til overvejelser om behovet for en styrket indsats vedr. psykisk sundhedsfremme i f.eks. institutioner, skoler og familier samt en forbedret tidlig støttende og eventuelt behandlende indsats overfor psykisk skrøbelige børn og unge.

Uanset sådanne initiativer er der fortsat behov for en udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet. I denne sammenhæng skal det bemærkes, at der parallelt med udvidelsen af de samlede personaleressourcer i børne- og ungdomspsykiatrien med nu 108 % er foregået den ovennævnte overmåde store aktivitetsudvidelse i udbygningsperioden.

Det er endvidere 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 endnu ikke kunnet realiseres, men det ser dog ud som om, man både i relation til pædiatrien og voksenpsykiatrien har hjemtaget en række indlæggelser som anbefalet og at man her således bevæger sig i den rigtige retning. Dette hænger formentlig bl.a. sammen med, at mulighederne for akut vurdering og akutindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrisk regi generelt er forbedrede.

Opfølgningsgruppen skal understrege behovet for yderligere planlægning decentralt med henblik på etablering af de mere varierede tilbud til patientgruppen, som er anbefalet i 2001-redegørelsen, således at der er det fornødne grundlag for fortsat udbygning. Der er fortsat en væsentlig variation mellem amterne med hensyn til tilbud og kapacitet.

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 psykiatriaftalen for 2003- 2006, og yderligere udmøntet i tilførslen af yderligere midler i henhold til satspuljeforliget for 2005.

Opfølgningsgruppen skal fortsat understrege, at der ikke er nemme eller hurtige snup-tagsløsninger på problemerne, men at den målrettede kontinuerlige kapacitetsudbygning over en årrække fortsat er vejen frem for at få løst kapacitetsproblemerne i børne- og ungdomspsykiatrien.

Opfølgningsgruppen 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 ca. 0,8 % ikke er tilstrækkeligt. På baggrund af den foreliggende viden er det opfølgningsgruppens 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. Det er samtidig væsentligt undervejs at være opmærksom på, at den øgede kapacitet ikke opsluges af en u hensigtsmæssig overflytning af lettere opgaver til børne- og ungdomspsykiatrien.

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

Opfølgningsgruppen 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.

Specifikt for så vidt angår spiseforstyrrelser kan opfølgningsgruppen konstatere, at der er igangsat en 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. Det må forventes, at etableringen af mere specifikt målrettede tilbud på området vil medføre en positiv udvikling af kvaliteten på dette vanskelige felt.

Opfølgningsgruppen 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 bør lægges til grund for det videre arbejde på området. For så vidt angår spiseforstyrrelsesområdet bør styrkelsen fortsat ske

Bilag 1

Amternes og H:S besvarelser af Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse vedr. spiseforstyrrelser, april 2006. Øvrige data er gengivet i tabelform i statusrapporten om ”Udvikling i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2006”.

1. Hovedstadens Sygehusfælleskab (H:S)

Den psykiatriske behandling af spiseforstyrrelser i H:S for så vidt angår børn og unge foregår på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F, Bispebjerg Hospital, som også har landsdelsfunktion for denne patientgruppe.

Igennem de sidste fem år er der foregået organisatoriske og strukturelle ændringer i lyset af efterspørgslen (antal henvisninger) og afdelingens bestræbelser på at yde undersøgelse og behandling på højt fagligt og specialiseret niveau.

I perioden 2001 til ultimo 2003 blev anoreksipatienter indlagt på et afsnit, som også havde indlagt børn med almene børnepsykiatriske lidelser. Det samlede afsnit havde en kapacitet på 12 døgnpladser og 4 dagpladser. Cirka halvdelen var konstant belagt med anoreksipatienter. Afsnittet blev ledet af en afsnitsledelse bestående af en overlæge og en afdelingssygeplejerske.

I januar 2004 blev afsnittet organisatorisk delt op i to grupper. Et specielt anoreksiafsnit blev oprettet og startede med seks døgnpladser og to dagpladser. Personalet blev specialiseret til kun at passe anoreksipatienter, og personalet foretog studieture til London og Oslo med henblik på at udvikle tilbuddet til patientgruppen.

Senere på året blev gruppen med anoreksipatienter udvidet til 7 dagpladser, 1 akutplads og 1 dagplads. Ligeledes i efteråret 2004 blev der for satspuljemidler etableret et ambulatorium for anoreksipatienter.

Oktober 2005 blev afsnittets to grupper ledelsesmæssigt splittet op, således at den hidtidige fælles afsnitsledelse kunne koncentrere sig om anoreksigruppen, mens gruppen af børn med almene børnepsykiatriske lidelser fik egen afsnitsledelse bestående af en overlæge og en afdelingssygeplejerske.

Januar 2006 blev de to grupper fuldstændig adskilt og budgetmæssigt oprettet som to afsnit. Fra januar 2006 blev midlerne til den ambulante anoreksifunktion forøget og permanentgjort og personalet øget fra 2 til 3½ årsværk.

Af kapacitetsmæssige grunde eller fordi en anoreksipatient kan have behov for indlæggelse på et lukket ungdomspsykiatrisk afsnit, har der i årenes løb været enkelte anoreksipatienter indlagt på andre af afdelingens afsnit. (disse figurerer ikke i denne besvarelse).

Psykiatrisk Klinik på Rigshospitalet har lands-/landsdelsfunktion i voksenpsykiatrien vedrørende behandling af patienter med spiseforstyrrelser. Opgaven varetages aktuelt af et sengeafsnit med 10 senge, dels ved et større for- og efterbehandlingsambulatorium med gruppebehandling, individuel terapi og diætistvejledning. Efter gennemført indlæggelse følges patienten i ambulant efterforløb i ca. 4 år.

Klinikken varetager hovedsageligt udredning og behandling af patienter med en særlig vanskelig problematik. Det drejer sig helt overvejende om patienter med anoreksi, som har været syge gennem en årrække og som ind i mellem er livstruede. Herudover varetages formidlingsopgaver i form af undervisning og konsultative funktioner overfor tværfaglige behandlergrupper, patienter og pårørende. Optageområdet er dels H:S - området, dels patienter fra det øvrige Sjælland og i et vist omfang resten af landet inkl. Færøerne.

Rigshospitalet har i forbindelse med Satspuljeforliget fået tildelt i alt 3 mio. kr. årligt til øget behandlingsindsats af spiseforstyrrelser. Pengene skal bruges til etablering af en daghospitalsfunktion, som i højere grad vil kunne skabe et sammenhængende behandlingstilbud. Daghospitalet vil i et vist omfang kunne aflaste sengefunktionen. Samtidig giver det mulighed for at udvide behandlingstilbuddet.

Af kapacitetsmæssige grunde behandles aktuelt ikke ukompliceret bulimia nervosa patienter, men da denne patientpopulation er stor og underbehandlet og man endvidere kan opnå gode resultater med en relativt beskeden specialiseret indsats, ville det være ønskeligt at udvide behandlingskapaciteten til også at omfatte denne patientkategori.

Københavns Amt har særlige specialiserede tilbud/pladser til spiseforstyrrede. Rigshospitalet henviser således en del bulimipatienter (DF 50.2) til KAS Stolpegård.

Ca. ¼ af de patienter der i dag henvises til anoreksifunktionen har mindre børn i hjemmet. Det er en meget påtrængende opgave at behandle og støtte spiseforstyrrede mødre med mindre børn. Dette er nu iværksat ved gruppebehandling suppleret med hjemmebesøg ved sygeplejerske/sundhedsplejerske.

Det nye daghospital udvider således den aktuelle målgruppe til at omfatte mødre med spiseforstyrrelser.

Det forventes også, at det nye tilbud vil nedbringe ventetiden til indlæggelse, idet indlæggelsestiden pr. patient vil falde, fordi de efterfølgende kan udsluses i et intensivt dagforløb og dermed give sengeplads til nye. Det vil samtidig være muligt at nedbringe ventetiden til ambulant behandling.

2. Københavns Amt

Behandlingen af spiseforstyrrelser i Københavns Amt er organiseret i tre enheder. Klinik for spiseforstyrrelser på Psykiatrisk Center Gentofte modtager patienter med sværhedsgrad 3-4, mens Klinik for spiseforstyrrelser på Psykoterapeutisk Center Stolpegård modtager patienter med sværhedsgrad 2-3. Endelig er der på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center et behandlingsteam med fokus på denne målgruppe. De allersværeste tilfælde henvises til H:S' landsdelsfunktion. På tværs af behandlingsenhederne er der etableret et amtsligt kompetenceteam, der dels skal sikre en fælles visitation, dels sikre vidensdeling mellem amtets behandlingstilbud.

De særlige specialiserede tilbud/pladser til spiseforstyrrede er hovedsageligt placeret i voksenpsykiatrisk regi.

3. Frederiksborg Amt

I forbindelse med satspuljeaftalens udmøntning oprettede amtet en tværfaglig ambulant – og dagbehandlingsenhed (afsnit for spiseforstyrrelser) organisatorisk placeret i børne – og ungdomspsykiatrisk enhed. Denne har til opgave at undersøge og behandle patienter med anoreksi og bulimi i aldersgruppen 13- 24 år inkl. samt at forestå koordineringen af amtets behandling af patienter med spiseforstyrrelser og yde konsulentbistand. Det forventes således, at afsnittet undersøger og behandler patienter på det i Sundhedsstyrelsens rapport definerede niveau- 2, mens patienter på niveau 3 fortsat henvises til afdelinger med landsdelsfunktion.

Patienter under 13 år undersøges og behandles i børne- og ungdomspsykiatrisk enheds børnepsykiatriske afsnit som hidtil. Patienter over 24 år undersøges og behandles i de voksenpsykiatriske afsnit.

4. Roskilde Amt

Roskilde Amt modtog midler fra satspuljeaftalen medio 2005. På dette tidspunkt var det ikke muligt at anvende midlerne direkte, eksempelvis til et centralt team i amtet. I stedet blev midlerne anvendt indirekte til at medfinansiere behandling ved landsdelsfunktionerne.

Med hensyn til den fremtidige organisering i Region Sjælland, deltager Roskilde Amt i en arbejdsgruppe i 3-amts regi angående koordinering af indsatsen mod spiseforstyrrelser. Her arbejdes med at finde en hensigtsmæssig fordeling af behandlingen af spiseforstyrrelser i Region Sjælland. I slutningen af foråret 2006 foreligger arbejdsgruppens anbefalinger, hvorefter der træffes en politisk beslutning om den fremtidige organisering.

Angående behandlingstilbud på Fjorden kan nævnes, at børn og voksne med spiseforstyrrelser tilbydes behandling på lige fod med andre patienttyper. Der er tale om døgnindlæggelse, dagindlæggelse og ambulant terapi i form af individuel terapi og gruppeterapi. Børn med spiseforstyrrelser døgnindlægges dog ikke i psykiatrisk regi.

Gruppeterapi kun for spiseforstyrrede oprettes efter behov. Patienter med alvorlige tilfælde af spiseforstyrrelser henvises som nævnt til behandling ved landsdelsfunktionerne.

5. Vestsjællands Amt

Organisationen

Ambulatoriet for Spiseforstyrrelser vil fra 1. januar 2006 fungere som et af fire afsnit, der tilsammen udgør Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Ambulatoriet er i fuld drift fra 1.april 2006.

Ambulatoriet vil fungere som selvstændigt afsnit med en afsnitsleder, der refererer til afdelingsledelsen. Der vil dog være et tæt samarbejde med de øvrige ambulatorier samt Ungdomspsykiatrisk sengeafsnit.

Målgrupper

Målgruppen er 0-19-årige unge med spiseforstyrrelser, i praksis vil der sjældent være mindre børn. Optageområdet er Vestsjællands Amt.

Formål

Ambulatoriets formål er at yde behandling ambulant og under indlæggelse til børn og unge med anoreksia nervosa, bulimia nervosa og binge eating disorder. Derudover skal ambulatoriet yde konsulentbistand til almenpsykiatrien, og delvis primærsektoren. Patienter over 19 år forudsættes at have primær behandler udenfor ambulatoriet.

Det er ambitionen at ambulatoriet skal være videnscenter på dette område.

Opgaver

Ambulatoriets opgaver er:

- Ambulant behandling af børn og unge med spiseforstyrrelser
- Behandling under indlæggelse af unge med spiseforstyrrelser
- Intern undervisning og supervision af plejepersonale
- Konkret patientrelateret konsulentfunktion til almenpsykiatrien
- Tilsyn med patienter i pædiatrisk og medicinske afdelinger
- Udviklingsopgaver
- Åben telefonisk rådgivning
- Generelle formidlingsopgaver ift. primærsektoren (sundhedsplejersker, PPR, etc.)

Ambulatoriet vil desuden yde konsulentbistand til de øvrige amter i den kommende region Sjælland.

Bemandingen

Ambulatoriet består pt. af:

- en speciallæge
- en psykolog
- en diætist
- en sekretær

Der er basis for yderligere ansættelse af personale med udvidet konsulentfunktion ift. den kommende region, idet der er aftalt kompensation fra de øvrige amter i forbindelse med denne ydelse.

Der er som bilag fremsendt: Foreløbigt udkast vedr. anbefalinger fra den regionale arbejdsgruppe for spiseforstyrrelser.

Amtet har ikke særlige specialiserede sengepladser reserveret til patienter, der lider af spiseforstyrrelser. Patienter op til 19 år indlægges på Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit.

6. Storstrøms Amt

I børne- og ungdomspsykiatrien lægges hovedvægten på ambulant behandling. Fra efteråret 2005 i form af en evidensbaseret flerfamiliegruppeterapi:

Flerfamilieterapi

Flere familier behandles samtidig i en gruppe med 4-6 familier med samme problematik. Forældre er ofte voldsomt psykisk belastede af børnenes sygdom. Gennem målrettet familieterapi gives der mulighed for at behandle spiseforstyrrelsen hurtigere og bedre. Forældrenes deltagelse er en forudsætning for behandlingen.

Behandlingen strækker sig over et år med cirka 16 behandlingsdage. De 2 første terapiforløb strækker sig over 3 sammenhængende dage med 2 ugers interval. De følgende forløb af 1-2 dages varighed finder alle sted med 4-6 ugers interval. I forbindelse med behandlingen vil der kunne søges lønkomensation. Flerfamilieterapi kan stå alene som behandlingstilbud eller kombineres med andre tilbud som individuel terapi, indlæggelse m.m.

Tilbagevenden til normal ernæringstilstand er forudsætningen for terapeutisk at kunne bearbejde alle de andre problemer, som er forbundet med sygdommen og /eller årsag til denne.

Mål for flerfamilieterapi

For forældrene:

- Lære at omgås sygdomsspecifikke hverdagssituationer (spisevægring, diæt, opkastninger, overaktivitet, snyderi med vægt og mad osv.), således at der opnås og bibeholdes en forsvarlig mindstevægt.
- Forbedring af familiens evne til at håndtere konflikter.
- Styrkelse af forældrenes tilknytnings og forsoningsevne.

For den unge:

- Ophør af den sygdomsbetingede sociale isolation og sygelige afmagringstrang.
- Accept af og tro på, at forældrenes konsekvens og kontinuitet ikke er udtryk for afvisning og manglende forståelse, men derimod engagement og kærlighed.
- Accept af, at alderssvarende selvstændighed kan opnås ved at tage modent ansvar for sig selv og sin krop.
- Opbygning af jeg - stabiliserende livsalternativer for at kunne give slip på spiseforstyrrelsen.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Næstved har investeret i det nødvendige AV-udstyr, den nødvendige litteratur samt i undervisning og supervision. Kapaciteten skønnes at være to gruppeforløb pr. kalenderår, det vil sige 12 familier eller cirka 45-50 personer. Behovet for døgnindlæggelser er aftaget betydeligt efter, at der er indført flerfamiliegruppe behandlingen – nogle få patienter har været indlagt i få dage. Tidligere var meget langvarige døgnindlæggelser (3-9 mdr.) almindeligt forekommende. Der er til både børn og unge i alt 10 pladser at trække på, herudover 6 dagpladser til mindre børn – man har ikke fundet det relevant at have 'reserverede' pladser stående tomme.

Amtet har særlige specialiserede ambulante tilbud/pladser til spiseforstyrrede idet Storstrøms Amt Børne- og Ungdomspsykiatri har særligt specialiserede tilbud/pladser til spiseforstyrrede, hvorimod Storstrøms Amt Voksenpsykiatri ikke har særligt definerede pladser til personer med spiseforstyrrelse og det har ikke været muligt for amtet at udskille denne gruppe i patientregistreringen bl.a. fordi der ofte er comorbiditet., De fleste patienter behandles ambulant. Cirka 50 voksne modtog ambulant behandling for spiseforstyrrelser i 2005. Fire patienter er registreret som behandlet på Rigshospitalet.

7. Fyns Amt

I Fyns amt er behandlingen af anorexia nervosa (F50.0 og .1), bulimia nervosa (F50.2 og .3) og uspecifik spiseforstyrrelse (F50.9) organiseret i Center for Spiseforstyrrelser, OUH som et murstensløst samarbejde.

Fyns Amt har landsdelsfunktion for spiseforstyrrelser.

Der foreligger patientforløbsprogram fra 1998 og Klinik Nyt, februar 2003 angiver henvisningspraksis, visitation og hvilke afdelinger, der er involverede i den enkelte patients behandling. Centeret består både af psykiatriske og somatiske afdelinger. Der foreligger skriftlige samarbejdsaftaler der fastlægger de enkelte afdelingers ansvar og kompetence. Endvidere forefindes patientinformationsmateriale.

Amtets aktuelle kapacitet svarer til beskrivelsen i Sundhedsstyrelsens rapport af 2005 pp. 126- 127. Der er årligt ca. 100 – 130 indlæggelsesforløb fordelt på de 4 involverede centerafdelinger. Der er 8 –10 pladser i alt.

Amtet har siden 1993 haft en central visitator og et sekretariat og vigtig forskningsaktivitet, såvel psykiatrisk som somatisk.

Udmøntning af satspuljemidler vedr. spiseforstyrrelser i alt 2,41mio. kr. i Fyns Amt er i henhold til medsendt budget fordelt mellem somatik og psykiatri, samt konkret fordelt på afdelingerne og løn/øvrig drift. Nedenfor er alene angivet detaljer for 2006.

24. august 2005

Endelig version.

**UDMØNTNING AF SATSPULJEMIDLER (DUT-MIDLER) TIL SPISEFORSTYRRELSOMR. I FYNS AMT:
 - fordeling mellem somatik og psykiatri, samt konkret fordeling på afdelinger og løn/øvrige drift.**

DUT-midler i 2005: 2.325.000 kr.

DUT-midler i 2006 og frem: 2.410.000 kr.

Forudsætning for fordeling af bevilling aftalt på ledelsesmøde(r) i Center for spiseforstyrrelser

ÅR 2006 OG OVERSLAGSÅR:

LØN				
Afdeling:	Stillingstype:	Normering:	Gnst.løn:	Bevilling:
DBUH	Sygeplejerske	0,75	320.000	240.000
	Psykolog	1,00	420.000	420.000
	Sekretær	0,50	300.000	150.000
i alt, DBUH		2,25		810.000
Centerleder KHØ	Forskning/udvikling	(løn+øv.drift)		412.180
i alt, DBUH				412.180
Afd. P	Sygeplejerske	1,00	320.000	320.000
	Psykolog	1,00	420.000	420.000
i alt, afd.P		2,00		740.000
I alt, psykiatri		4,25		1.962.180
Afd. M	Sygeplejerske	0,75	320.000	240.000
	Diætist (6 timer)	0,16	320.000	51.200
i alt, afd. M		0,91		291.200
Afd. H				0
I alt, somatik		0,91		291.200
Sum, fordelte lønkroner				2.253.380

DRIFTSMIDLER I ØVRIGT:

Afdeling:	Formål:				Bevilling:
Øvrig drift til dækning af visse kursusudg., kopi, div. deltagelse i afdelingsarr. mv. Forudsætning: 7.000 kr. pr medarbejder til stamafdeling:					
i alt DBUH	2,25 pers.				15.750
i alt afd. P	2,00 pers.				14.000
Centerleder KHØ	Driftsmidler, diverse		(5% af bev.)		120.500
I alt, psykiatri					150.250
i alt afd. M	0,91 pers.				6.370
i alt afd. H	0,00 pers.				0
I alt, somatik					6.370

LØN + ØVRIG DRIFT I ALT:

Driftsområde:	Bevilling:
Psykiatri	2.112.430
Somatik	297.570
I alt, fordelt	2.410.000

Der tilbydes flerfamilieterapi, Odense modellen.

Generelt har systemisk familieterapi altid været 1.behandlingstilbud i børn/unge området. Det betyder at personalet har en systemisk uddannelse og tilgang til behandlingen af anorexia nervosa patienterne. Således er forudsætningerne for at etablere Flerfamilieterapi personalemæssigt til stede.

Afdelingen har via samarbejde med Dresden Børne- og ungdomspsykiatriske Klinik, Professor Michael Scholz tilegnet sig metoden, og videreuddannet sig gennem workshop med Eia Asen, Marlborough Family day Unit, London, 2 studiebesøg i Dresden og supervisionsbesøg fra Dresden. Endvidere har man tilknyttet systemisk uddannet familieterapeut som supervisor.

Odense-modellen for Fler- Familie- Terapi (FFT) omfatter 10 – 14 dages dagambulant gruppebehandling fordelt over ca. 10 måneder. Anorexi-patienten og hendes forældre er målgruppen. Søskenne deltager på udvalgte dage. Familien er sammen med 4 -6 andre familier (alle med et barn/ung med Anorexia Nervosa) i behandling alle dagene. Den enkelte dag begynder kl. 8 og slutter kl. 15,30. Fællesmåltider er en central del af behandling og der indtages 3 måltider pr. dag. Herimellem er storgrupper, psykoedukation, forældregruppe, pigegruppe, fysisk aktiviteter og video-refleksion, idet video optagelser er gennemgående.

Siden start i 2003 har afdelingen løbende et forløb i gang og er aktuelt ved at afslutte 4. forløb. Der har været afholdt 4 FFT- forløb af mellem 10 og 14 dages varighed med 3 -5 familier. Af 16 deltagende familier har 15 gennemført. Fjorten patienter har haft en positiv udvikling med stigende BMI og normalisering af spiseadfærd.

Der er udviklet en manual med mål for terapien både på forældre- og patientniveau

De foreløbige resultater er positive og lovende og der synes at være en tendens til færre og kortere indlæggelsesforløb. Både patienter og forældre er meget positive over for behandlingen.

Satspuljeaftalen vedr. 2005 har bidraget med ressourcer til FFT og til intensivering af især den ambulante indsats. Desuden har et stort follow-up projekt af ca. 700 patienter behandlet over en 10-årig periode i Center for Spiseforstyrrelser, Odense Universitets Hospital kunnet startes.

8. Sønderjyllands Amt

Fra 1999 til og med 2005 har aktiviteten vedrørende spiseforstyrrelser været som anført i tabellen nedenfor.

Som det ses har aktiviteten indtil nu, været nogenlunde det samme år for år og dermed også ressourceforbruget. Det årlige ressourceforbrug svarer til:

Ambulant aktivitet 2 behandlere + ½ klinisk diætist svarende til:	ca. 1.000.000 kr.
Stationær aktivitet 2 senge svarende til (inklusive afledte omkostninger):	ca. 2.000.000 kr.
I alt årligt	ca. 3.000.000 kr.

Antal patienter (personer) spiseforstyrrelser

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Årligt 2005 gennemsnit
Nye - første kontakt i året	46	35	41	41	32	38	38
Antal i behandling i året	66	78	94	105	76	97	88
Antal i ambulant i året	62	72	90	96	75	90	82
Antal indlagt i året	9	11	9	21	7	13	11
Sengedage i året	411	1027	755	617	300	713	683

Dertil kommer ca. 500.000 kr. i årlige udgifter til behandling udenamtsligt hovedsageligt på centrene for spiseforstyrrelser i Odense og Århus.

Fra 1. oktober 2005 er der herudover dannet et særligt amtsligt spiseforstyrrelsesteam i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser.

Det amtslige spiseforstyrrelsesteam består af: 1 psykolog, 2 diætister og 1 sygeplejerske og med en speciallæge i psykiatri tilknyttet til teamet, men med sit daglige virke i ungdomspsykiatrien som helhed.

Endvidere stiles mod at teamet får adgang til socialrådgiverviden og specialviden indenfor tandlægeområdet, jævnfør anbefalingerne. Den eksisterende diætist er organisatorisk overført til teamet og teamet varetager også de opgaver, der i dag udføres af denne diætist, herunder kostvejledning med henblik på at forebygge at psykiatriske patienter bliver kraftigt overvægtige med deraf følgende risici, herunder risikoen for at komme til at lide af Binge-Eating Disorder. Teamet behandler spiseforstyrrelser hos både børn, unge og voksne; men af hensyn til prioritering af tidlig opsporing og behandlingsindsats er det valgt organisatorisk at tilknytte teamet til Børne- og Ungdomspsykiatrien.

I overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport skal teamet skabe tæt samarbejde med netop landsdelscentret for spiseforstyrrelser; men også med de almindelige psykiatriske tilbud samt somatikken.

Udgifter og finansiering ser ud som følger:

	2005	2006	2007 m.v.
Bevilling, i alt	738	1751	1257

Det skal understreges, at der i ovennævnte ikke er indregnet ekstra lægetimer, ikke fordi de ikke kan bruges; men fordi de ikke er tilstede – pga. mangel på speciallæger. I 2006 påregnes dog købt lægetimer (evt. overarbejde) til at hjælpe med opstarten.

De samlede ressourcer der benyttes årligt på behandling af spiseforstyrrelser vil derfor stige fra ca. 3 mio. kr. til 4,5 mio. kr. lige som behandlingen specialiseres mere.

9. Ribe Amt

Børne- og ungdomspsykiatrien i Ribe amt har i lighed med Sundhedsstyrelsens anbefalinger oprettet et specialteam til varetagelse af diagnosticering og behandling af nervøs spisevægring. (ICD-10 F 50.0 og F 50.1 – typisk og atypisk tilstand).

Det skal anføres, at tilbuddet ikke dækker diagnosegruppen BED (Binge eating disorder – ICD F 50.8).

Tilbuddet er målrettet aldersgruppen 0-29-årige for ambulant udredning og behandling og 0-21-årige for behandling under indlæggelse, dog således at der i enkelte tilfælde med almen psykiatrien kan træffes aftale om indlæggelse af over 21-årige i ungdomspsykiatrisk døgnafsnit, såfremt dette skønnes at være det optimale.

Specialteamet består af følgende faggrupper (på deltid): Diætist, fysioterapeut, læge, psykolog, socialrådgiver og sygeplejerske.

Pulemidlerne er allokeret som følger:

- Opgradering af forundersøgelsesprocedure (delvist gennemført).

Vision: SCID-II interview som del af forundersøgelse. Evt. hele ”forundersøgelsespakken” fra Center for Spiseforstyrrelser i Århus.

- Opnormering af diætist (er gennemført).
- Indførsel af fasebehandling under indlæggelse efter model fra Center for Spiseforstyrrelser i Århus (er gennemført).

Der er i denne sammenhæng udfærdiget manual for personalet angående fasebehandling.

- Opdatering af viden via kurser og konferencer (løbende).
- Ekstern supervisionstilbud til specialteamet med henblik på kvalitetssikring.

Dette arrangeres i samarbejde med anden regional afdeling for at øge og koordinere indsatsen i den nye region (planlagt).

- Systematiseret efterundersøgelse via patienttilfredshedsinterview samt ratingscales 6, 12 og 24 måneder efter behandlingsophør som del af etableret database, for at muliggøre sammenligning af behandlingseffekt med andre offentlige behandlingssteder (under planlægning).
- Opgradering af miljøpersonalet i sengeafdelingen, som led i udvikling af specialtilbud under indlæggelse (pågående).

Vision: Etablering af egentlig specialsygeplejerske indenfor området i afdelingen med henblik på vidensformidling, oplæring af nyt personale og sygeplejefaglig vejledning, samt for at give mulighed for smidigere udslusning efter behandling under indlæggelse.

- Flerstrengt terapeutisk tilbud i lighed med Sundhedsstyrelsens anbefalinger ud fra følgende referencerammer: Kognitiv analytisk systemisk familierapeutisk samt kropsligt ad modum Bonkan.

Terapityper: Individuelt, familiebaseret, gruppebaseret, kropsterapeutisk (individuelt eller i gruppe). (Gennemført).

Vision: Flerfamilieterapi.

- Psykoedukation i gruppe: 1) For unge, 2) For søskende til de unge, 3) For forældrene til de unge (gennemføres løbende).
- Udfærdigelse af skriftlig informationsmateriale (pjece) (gennemført).

Vision: Udbygning af informationsmateriale efter inspiration fra norsk model (Stavanger).

- Etablering af somatisk undersøgelsesrum med henblik på sikring af ordentlige forhold i forhold til somatisk undersøgelse (gennemført).
- Koordinatorfunktion med henblik på optimering af samarbejde med primær sektor og social sektor, samt ajourføring af pjecemateriale og edukative tilbud (under planlægning).
- Udfærdigelse af standardbrev til kommunerne med henblik på information om en borgers forventede behov for hjælp, afsendes altid i forbindelse med indlæggelse, dog også ved sværere ambulante forløb – dette sker efter indhentet samtykke (er gennemført).
- Der er etableret samarbejde med de medicinske og pædiatriske afdelinger om rådgivning samt ved behov indlæggelse i forbindelse med kritiske somatiske tilstande.
- Der ydes konsulentbistand fra specialteamet til almen psykiatrien til patienter over 29 år. Almen psykiatrien tilbydes ligeledes diætisthjælp via specialteamet.

10 Ringkøbing Amt

Ringkøbing Amt startede i oktober 2003 et Spiseforstyrrelsesteam placeret i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Teamet bestod på daværende tidspunkt af 1 koordinator / psykolog, der var fuldtidsansat specielt til Teamet, samt 5 andre behandlere fra de almindelige børnepsykiatriske og ungdomspsykiatriske teams, der hver især arbejdede enkelte timer i Spiseforstyrrelsesteamet. Teamet er tværfagligt med både læger, psykologer, sygeplejersker og fysioterapeut.

Der blev desuden i oktober 2003 igangsat et samarbejde med Center for Spiseforstyrrelser (CFS) i Århus (Landsdelsfunktion). 2 konsulenter (1 læge og 1 psykolog) er 1 dag om ugen (40 uger om året) på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Herning og arbejder sammen med Spiseforstyrrelsesteamet om bl.a. forundersøgelser, behandlingskonferencer og supervision.

I 2005 blev Spiseforstyrrelsesteamet udvidet med 1 fuldtidspsykolog, mhp. at udvide behandlingskapaciteten, og 1 fuldtidsdistriktssygeplejerske, mhp. opstart af ny funktion, nemlig at støtte de spiseforstyrrede og deres familier omkring måltider i hjemmet.

Spiseforstyrrelsesteamet har til opgave at udrede og behandle de børn og unge (0-19 år) fra Ringkøbing Amt, der henvises med spiseforstyrrelsesproblematik. Teamet har desuden til opgave at vejlede og rådgive alle andre instanser i Amtet, der har berøring med spiseforstyrrelsesproblematikker (fx voksenpsykiatrien, de praktiserende læger, sundhedsplejerskerne og PPR). Der kan både gives generel rådgivning og rådgivning om specifikke patienter / klienter.

11. Vejle Amt

Vejle Amt har oprettet et tværfagligt spiseforstyrrelsesteam på Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling ved Kolding Sygehus. Spiseforstyrrelsesteamet består af en overlæge, afdelings- og reservelæger, psykologer, socialrådgivere, distriktssygeplejersker, en diætist, koordinator fysioterapeut.

Børn og unge med spiseforstyrrelser henvises til Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling af PPR-ordninger, socialforvaltninger, sundhedsordninger, privatpraktiserende speciallæger samt alment praktiserende læger. Det tværfaglige spiseforstyrrelsesteam visiterer patienter med spiseforstyrrelser til børnepsykiatrisk eller ungdomspsykiatrisk afsnit ift. patientens alder.

I afsnittene er der ikke pladser, som er reserveret til børn og unge med spiseforstyrrelser, og benyttelse af pladserne følger behov efter konkret lægefaglig vurdering.

Kapaciteten i afsnittene er pr. 1. januar 2006:

- Børnepsykiatrisk afsnit – 9 pladser til dagindlæggelse og 6 pladser til 5-dages døgnindlæggelse.
- Ungdomspsykiatrisk afsnit – 4 pladser til dagindlæggelse, 10 pladser til 7-dages døgnindlæggelse og 4 pladser til døgnindlæggelse med mulighed for skærmning (svarende til standarden i et lukket afsnit).

Heraf benytter personer med spiseforstyrrelse i 2006 indtil dato:

- Børnepsykiatrisk afsnit – 2 pladser med døgnindlæggelse.
- Ungdomspsykiatrisk afsnit – 3 pladser med dagindlæggelse og 7 pladser med døgnindlæggelse.

Patienter fra Vejle Amt tilbydes også undersøgelse og behandling også på sygehuse i andre amter på basisniveau efter reglerne om frit sygehusvalg eller ved lands-landsdelsfunktion med kaution. Tilsvarende modtager Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling ved Kolding Sygehus også patienter til undersøgelse og behandling fra andre amter på basisniveau.

Patienter med behov for særligt specialiseret behandling og patienter, som forgæves er søgt behandlet i Vejle Amt for spiseforstyrrelser, har yderligere mulighed for at blive henvist til et særligt specialiseret center for spiseforstyrrelser i Odense eller Århus.

12. Århus Amt

Århus Amts organisation vedrørende behandling af patienter med spiseforstyrrelser er delt i tre niveauer: Almen praksis, der omfatter alment praktiserende læger, psykologer og praktiserende psykiatere, Amtslige spiseforstyrrelsesteams og Centerafdeling.

Center for Spiseforstyrrelser varetager behandlingen af de alvorligste spiseforstyrrelser, og har således patienter fra hele landet dog primært fra Århus, Nordjyllands, Ribe, Viborg og Ringkøbing Amt. Center for Spiseforstyrrelser varetager den amtslige visitation og behandling af patienter med spiseforstyrrelser i aldersgruppen fra 14 år og op efter.

I Skolebørnsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital behandles patienter under 14 år. På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital kan patienter med diagnoserne anoreksi og bulimi behandles ambulant eller under indlæggelse.

Sundhedsstyrelsens anbefaler, at der udvikles og afprøves behandlingsmetoder for patienter med diagnosen overspisning. Patienter med denne diagnose behandles ikke på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital.

Århus Amt har arbejdet på at etablere tilbud om socialpsykiatrisk støtte til patienter med spiseforstyrrelser i Århus Amt. På Ungdomshjemmet Holmstrupgård er der etableret 2 pladser til spiseforstyrrede i alderen 14-23 år.

Fra 1. januar 2004 er der i Århus kommune etableret et forsøgsprojekt med plads til 6 spiseforstyrrede voksne, som fortsat er i behandling på Center for Spiseforstyrrelser. Beslutningen om at etablere Center for Spiseforstyrrelser forudsatte, at centret behandler alle patienter over 14 år. Imidlertid behandles patienter også på hospitalets åbne ungeafsnit og på skolebørnsafsnittet. Patienter over 30 år indlægges på en særlig afdeling på Psykiatrisk Hospital.

Der er et tæt samarbejde mellem Psykiatrisk Hospital og Center for Spiseforstyrrelser, hvor centret fungerer som konsulent i forhold til behandlingsplanlægning m.m. Patienterne har ofte været i ambulant behandling på Center for Spiseforstyrrelser før indlæggelsen på Psykiatrisk Hospital og overgår, når der tale om efterfølgende ambulant behandling igen til centret. Samarbejdet sikrer en fleksibel overgang mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

De allerfleste patienter med spiseforstyrrelser behandles ambulant. Alle ambulante patienter uanset om de er over eller under 30 år behandles på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital. Ca. 94 % af de ambulante patienter behandles på Center for Spiseforstyrrelser.

Anvendelse af tilførte SATS puljemidler

Undersøgelses og behandlingsindsatsen styrkes ved at tilbyde børn med spiseforstyrrelser, som henvises til hospitalets skolebørns afsnit, en forundersøgelse efter standarder, som er i overensstemmelse med forundersøgelsesprogrammet på Center for Spiseforstyrrelser.

Endvidere etableres en intensiv multifamiliebehandling til de børn og unge, som har behov for et andet og mere intensivt tilbud, end det der tilbydes i dag. Multifamiliebehandlingen indebærer et gruppebaseret og intensivt aktivitetsforløb som deldøgnspatient, hvor patienter og deres familier over en periode på ca. 2 uger dagligt deltager i aktiviteter knyttet til hverdagen.

Der etableres en løbende evaluering af patienterne ved forundersøgelse, ved afslutning af behandlingen samt 2½ og 5 år efter påbegyndelse af behandlingen.

Der etableres en udskrivningsenhed ved Center for Spiseforstyrrelser i form af fire udskrivningspladser. Herved forbedres indsatsen i den sidste del af behandlingsforløbet. Etablering af udskrivningspladser til voksne anoreksipatienter vil betyde, at der skabes et længere og mere hensigtsmæssigt behandlingsforløb og mindre risiko for tilbagefald.

I voksenpsykiatrien i Århus samles spiseforstyrrede, det er nødvendigt at indlægge, på et alment psykiatrisk sengeafsnit på Psykiatrisk Hospital, Risskov.

13. Viborg Amt

Viborg Amt har for den Børne- og Ungdomspsykiatriske del (0-19+ år) oprettet et tværfagligt team til varetagelse af patienter med spiseforstyrrelser. Teamet er forankret i Ungdomspsykiatrisk team på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Sygehus. Teamet har siden 1. april 2006 etableret et fast samarbejde med Center for spiseforstyrrelser i Århus mhp. implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for patienter med spiseforstyrrelser i aldersgruppen 0- 19+ år.

I Viborg amt er der desuden etableret et specialteam til varetagelse af gruppen med lettere spiseforstyrrelser/ risikoadfærd. Teamet varetager aldersgruppen 14-18 år. Specialteamet er organisatorisk forankret i familierådgivningen, Social center Syd i Viborg.

Begge team har fælles faste månedlige samarbejds møder med mulighed for gensidig visitation. Viborg amt har indgået aftale om brug af landsdelsfunktion ved de alvorligste spiseforstyrrelser.

Behandlingstilbud gives i de almenpsykiatriske sengeafsnit, døgnhusene (døgnindlæggelse), de psykiatriske mobilteam (hjemmebehandlingsteam), daghusene (svarende til dagindlæggelse) og de distriktspsykiatriske teams (ambulant). Voksne med de alvorligst spiseforstyrrelser henviser Viborg Amt til Center for spiseforstyrrelser i Risskov, Århus Amt.

14. Nordjyllands Amt

Social- og Økonomiudvalget i Nordjyllands Amt har godkendt forslag fra Psykiatrien til styrkelse af behandlingsindsatsen for patienter med spiseforstyrrelser i Nordjyllands Amt. Amdsrådet forventes at behandle forslaget den 11. april 2006.

- Aktuelle tilbud i Nordjyllands Amt: Jf. afsnit 4, Status, i medsendt notat.
- Anvendelse af ressourcer fra satspuljen: Jf. afsnit 5, Forslag til styrkelse af indsatsen for patienter med spiseforstyrrelser i Nordjyllands Amt.

Psykiatrien i Nordjyllands Amt foreslår, at puljen fra staten på 2,5 mio. kr. årligt anvendes i henhold til anbefalinger i Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser til følgende initiativer i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i Nordjyllands Amt:

1. Styrkelse af den ambulante indsats i Området for Spiseforstyrrelser, herunder styrkelse af den nuværende ambulante undersøgelses- og behandlingsindsats for unge med spiseforstyrrelser i alderen ca. 11-18 år samt en udvidelse af den nuværende målgruppe i teamfunktionen, således teamet fremover varetager amtslig visitation og ambulant behandling af patienter med spiseforstyrrelser op til det 30. år. I det omfang det er muligt ydes endvidere konsulentbistand til andre behandlingsinstanser
2. Udvidelse af målgruppen i døgnafsnittet i Området for Spiseforstyrrelser fra nuværende ca. 11-18 år til ca. 11-30 år
3. Styrkelse af undervisning og faglig kompetenceudvikling hos personalet, der varetager behandling af patienter med spiseforstyrrelser
4. Styrkelse af samarbejdet med somatikken
5. Styrkelse af forskningsindsatsen indenfor spiseforstyrrelsesområdet

Det foreslås, at styrkelsen af spiseforstyrrelsesområdet sker i det eksisterende Område for Spiseforstyrrelser i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor der aktuelt er et behandlerteam på 7 medarbejdere. En styrkelse af indsatsen for patienter med spiseforstyrrelser i henhold til ovenstående forslag medfører behov for en udvidelse af det nuværende spiseforstyrrelsesteam på i alt 5 medarbejdere (1 overlæge, 1 yngre læge/psykolog, 1 distriktssygeplejerske, ½ kostvejleder-/diætist, ½ fysioterapeut og 1 sekretær). Medarbejderne i Området for spiseforstyrrelser skal indgå i et tæt samarbejde med de voksenpsykiatriske afdelinger, herunder Psykoterapeutisk afsnit samt relevante somatiske afdelinger.

Under forudsætning af tilførsel af de nævnte 5 medarbejdere vurderes indsatsen at medføre en samlet ambulant meraktivitet på ca. 2.000 besøg årligt svarende til udredning og behandling af ca. 150 patienter ekstra pr. år.

Forslaget om udvidelse af målgruppen i døgnafsnittet i Området for spiseforstyrrelser indebærer, at 2 ud af de eksisterende 8 senge kan anvendes til patienter med spiseforstyrrelser i alderen 18-30 år. Forslaget forventes at medføre en mere optimal udnyttelse af den eksisterende sengekapacitet og skabe en øget aktivitet på ca. 620 sengedage årligt svarende til ca. 9 ekstra indlagte patienter pr. år. Meraktiviteten fremkommer som følge af en styrkelse af den nuværende ambulante indsats for patienter med spiseforstyrrelser i alderen ca. 11-18 år samt udvidelse af målgruppen i Området for Spiseforstyrrelser (teamfunktionen og sengeafsnit) til ca. 30 år. Herudover forventes et øget fokus på området gradvist at få efterspørgslen efter udredning og behandling til at stige i forhold til i dag. Det forventes således, at aktivitetsstigningen vil foregå gradvis i løbet af de kommende 5 år. Det samlede budget for forslaget er beregnet til ca. 2,63 mio. kr. årligt (2006 l/p-niveau). Hertil kommer en engangsudgift til etablering på ca. 0,22 mio. kr.

Det bemærkes, at det aktuelt er svært at rekruttere speciallæger til Området for spiseforstyrrelser i Psykiatrien i Nordjyllands Amt, hvilket kan gøre det nødvendigt at udskyde implementeringen af forslaget.

Landsdelsfunktion: Psykiatrien i Nordjyllands Amt henviser til Landsdelsfunktionen for Spiseforstyrrelser i Århus efter de almindelige retningslinier for henvisning til lands- og landsdelsfunktioner.

Kapaciteten: Amtet har særlige specialiserede tilbud/pladser til spiseforstyrrede, men kun pladser indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. På det voksenpsykiatriske område har Psykoterapeutisk afsnit gennem længere tid haft et tilbud om 1-2 årlige psykoedukative gruppeforløb, hvor der i hvert forløb deltager 8-10 patienter fortrinsvis med diagnosen bulimi, men også enkelte specielt motiverede patienter med lettere til moderat anoreksi. Efter den psykoterapeutiske behandling sluses disse patienter typisk over i andre behandlingstilbud i Psykoterapeutisk afsnit – enten individuelle eller gruppeterapeutiske tilbud.

I efteråret 2005 er der etableret et 3-årigt projekt for 6-8 stabiliserede, lettere til moderate spiseforstyrrede patienter i alderen 18-25 år, der er egnet til psykoterapi. I projektet indgår individuelle, motiverende samtaler og kostvejledning.

De øvrige, lettere til moderat spiseforstyrrede, herunder patienter, der ikke er tilstrækkeligt motiverede eller umiddelbart terapiegnede, får ikke på nuværende tidspunkt et tilbud i det

etablerede behandlingssystem. De lettere formodes dog i nogen udstrækning at kunne varetages i primærsektoren.

Sværere spiseforstyrrelser varetages i nogen grad i de almenpsykiatriske afdelinger, hvor der imidlertid ikke findes samlet ekspertise på området. Derudover skønnes en del svære spiseforstyrrelser ikke at blive opfanget. Den øgede indsats for patienter med spiseforstyrrelser forventes at forbedre udredningen og behandlingen væsentligt for patienter i alderen 18-30 år.

Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens prævalens- og incidenstal er der lavet en beregning af antallet af personer, der vurderes at have behov for behandling i den kommende Region Nordjylland. Udgangspunktet er 600.000 indbyggere, hvoraf ca. 52.000 er kvinder i højrisikogruppen, der er defineret til at være kvinder i alderen 14-30 år. Tallene i parentes er beregnet på baggrund af befolkningstal i det nuværende Nordjyllands Amt (Indbyggere: 500.000, heraf kvinder i højrisikogruppen: 45.000).

Forsøg på behovsundersøgelse for kvinder i højrisikogruppen 14-30 år viste, at der debuterer 60 nye patienter med anoreksi i Nordjyllands amt, heraf vil 48 patienter søge behandling.

I Psykiatrien i Nordjyllands Amt var der i 2004 i alt 62 personer indskrevet i ambulant behandling ambulante (mænd og kvinder i alderen 0-30 år med en spiseforstyrrelse) heraf 42 personer med diagnosen Anorexia Nervosa. Ligeledes i 2004 var der 16 personer indlagt (mænd og kvinder i alderen 0-30 år med en spiseforstyrrelse), heraf 12 personer med diagnosen Anorexia Nervosa. Med udgangspunkt i incidenstallene konstateres, at antallet af patienter, der er indlagt i Psykiatrien i Nordjyllands Amt i 2004 med Anorexia Nervosa næsten tilsvarende det forventede (incidensen er 15 nye indlagte personer med Anorexia Nervosa). Vedrørende ambulante indskrivinger var det faktiske antal i Nordjyllands Amt i 2004 med Anorexia Nervosa lidt højere end forventet (incidensen er 25 nye personer i ambulant behandling). Det bemærkes, at der herudover var 11 ambulante indskrivinger med Bulimi (0-30 år) og 10 ambulante indskrivinger med en anden diagnose indenfor spiseforstyrrelsesområdet i Nordjyllands Amt i 2004.

Det bemærkes, at aktiviteten i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, på Aalborg Psykiatrisk Sygehus i 2004 var atypisk, idet Området for spiseforstyrrelser udelukkende varetog undersøgelse og behandling af patienter bosat i socialdistrikt 1 (Skagen, Frederikshavn, Sæby og Læsø kommuner) og socialdistrikt 2 (Hirtshals, Hjørring og Sindal kommuner), mens patienter i de øvrige socialdistrikter/kommuner blev henvist til undersøgelse og behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, hvilket var 2 patienter, der var indlagt i alt 131 dage. I 2004 var der endvidere indlagt i alt 9 patienter i samlet 664 dage i landsdelsfunktionen i Århus, heraf 8 patienter under 18 år i samlet 589 dage.

Det vurderes, at en styrket indsats i forhold til såvel børn og unge med spiseforstyrrelse samt en styrkelse af indsatsen i forhold til voksne i alderen 18-30 år sandsynligvis vil få efterspørgslen efter behandling og dermed aktiviteten i Psykiatrien i Nordjyllands Amt til at stige i forhold til i dag, idet det vurderes, at flere personer reelt har behov for behandling af en spiseforstyrrelse. Det er svært at vurdere den konkrete aktivitetsstigning, men det er generelt erfaringen at en øget indsats og fokus på et behandlingsområde øger efterspørgslen på behandling.

Formål

I Nordjyllands Amt er der i Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling etableret et amtsdækkende område for børn og unge med spiseforstyrrelser, men der er aktuelt ikke en amtsdækkende specialisering, der dækker udredning og behandling af voksenpsykiatriske patienter med spiseforstyrrelser.

Aktuelle status

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling

Pr. 1. oktober 2003 blev der på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling etableret et område for spiseforstyrrelser, som dækker aldersgruppen ca. 11-18 år. Etableringen skete uden ressourcetilførsel men via en intern omprioritering af ressourceanvendelsen indenfor Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling.

Området består dels af et sengeafsnit med 6 døgnpladser og 2 fleksible døgnpladser samt et ambulatorium. Der er tilknyttet et behandlerteam, som er normeret til:

- 1 overlægestilling
- 2 afdelingslægestillinger
- 2 psykologstillinger
- 1 socialrådgiverstilling
- 1 distriktssygeplejerskestilling

Det bemærkes, at 2 medarbejdere (psykolog og socialrådgiver) varetager faglige ledelsesfunktioner for hele Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, hertil kommer, at overlægen ligeledes er uddannelsesansvarlig. Dette medfører, at disse 3 medarbejders kliniske funktion ikke svarer til fuldtidsstillinger.

Der er endvidere normeret 16,50 plejestillinger til døgnafsnittet i Området for Spiseforstyrrelser. Herudover har Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling mulighed for i begrænset omfang at gøre brug af en kostvejleder, der er ansat i køkkenet på Aalborg Psykiatriske Sygehus samt en fysioterapeut, der er ansat i Fysioterapeutisk afdeling.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling tilbyder telefonisk konsulentbistand til samarbejdspartnere i primær sektor (eksempelvis sundhedsplejersker, kommunale børne- og ungelæger, praktiserende læger, psykologer, sagsbehandler). Der har i 2004 været arrangementer med henblik på intensivering af samarbejdet med primærsektor og oprustning af konsulentfunktion for at mobilisere de ressourcer, der er omkring barnet/ den unge:

- Afholdelse af to temadage vedrørende spiseforstyrrelser hos børn og unge for ovennævnte samarbejdspartnere (i alt 300 deltager fra Nordjyllands Amt)
- Afholdelse af et fyraftensmøde vedrørende spiseforstyrrelser for praktiserende læger i Nordjyllands Amt

Der ydes ad hoc konsulentbistand og undervisning i pleje og behandling til pædiatriske og medicinske afdelinger i forbindelse med indlæggelse af spiseforstyrrede børn og unge. Endvidere er der tidligere ydet ad hoc konsulentbistand og givet undervisning til personalet i voksenpsykiatriske afsnit i forbindelse med indlæggelse af spiseforstyrrede patienter, men dette varetages i højere grad af Psykoterapeutisk afsnit.

I oktober 2004 blev der som et 1-årigt pilotprojekt etableret en anonym telefon/mail rådgivning for børn og unge og deres pårørende i Nordjyllands Amt. Aktuelt er rådgivningen åben i 1 time om ugen, og henvender sig til ikke-henviste børn og unge under 18 år med spiseforstyrrelser samt deres forældre, venner og familie. Formålet med projektet er at give rådgivning i forhold til, hvor man søger oplysninger om og hjælp til behandling af en spiseforstyrrelse. Det er erfaringen, at rådgivningen er yderst relevant. I projektperioden har der været i alt 33 henvendelser, og herudover er der jævnlige henvendelser i døgnafsnittet udenfor ambulatoriets åbningstid.

Voksenpsykiatriske afdelinger

På det voksenpsykiatriske område har Psykoterapeutisk afsnit gennem længere tid haft et tilbud om 1-2 årlige psykoedukative gruppeforløb, hvor der i hvert forløb deltager 8-10 patienter fortrinsvis med diagnosen bulimi, men også enkelte specielt motiverede patienter med lettere til moderat anoreksi. Efter den psykoterapeutiske behandling sluses disse patienter typisk over i andre behandlingstilbud i Psykoterapeutisk afsnit – enten individuelle eller gruppeterapeutiske tilbud. I efteråret 2005 er der etableret et 3-årigt projekt for 6-8 stabiliserede, lettere til moderate spiseforstyrrede patienter i alderen 18-25 år, der er egnet til psykoterapi. I projektet indgår individuelle, motiverende samtaler og kostvejledning.

De øvrige, lettere til moderat spiseforstyrrede, herunder patienter, der ikke er tilstrækkeligt motiverede eller umiddelbart terapiegnede, får ikke på nuværende tidspunkt et tilbud i det etablerede behandlingssystem. De lettere formodes dog i nogen udstrækning at kunne varetages i primærsektoren.

Sværere spiseforstyrrelser varetages i nogen grad i de almenpsykiatriske afdelinger, hvor der imidlertid ikke findes samlet ekspertise på området.

Amtet har særlige specialiserede tilbud/pladser til spiseforstyrrede, indenfor børne- og ungepsykiatrien, men ikke for voksenpsykiatrien.

i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger i ”Spiseforstyrrelser - anbefalinger for organisation og behandling.”

Opfølgningsgruppen skal understrege og gentage disse anbefalinger i deres helhed og skal således anbefale, at den målrettede indsats fortsættes og fastholdes i de kommende år såvel på overordnet plan som lokalt i overensstemmelse hermed.

Sundhedsstyrelsen vil via opfølgningsgruppen fortsat følge og overvåge udviklingen.