

UDVIKLINGEN I DEN BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE VIRKSOMHED

2004

- i relation til anbefalingerne for udbygning i Sundhedsstyrelsens redegørelse:
Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed
- *den fremtidige tilrettelæggelse, 2001*

UDVIKLINGEN I DEN BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE VIRKSOMHED

- i relation til anbefalingerne for udbygning i
Sundhedsstyrelsens redegørelse:

*Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed
- den fremtidige tilrettelæggelse, 2001*

Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed - statusnotat

Sundhedsstyrelsens opfølgningsgruppe vedr. børne- og ungdomspsykiatri:

Fuldmægtig Susanne Abild, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Konsulent Lotte Pihl Andersen, Amtsrådsforeningen
Ledende overlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Ledende overlæge Hanne Børner, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Psykiatri og sundhedsfaglig vicedirektør Annette Gjerris, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri
Ledende skolepsykolog, cand.pæd.psyk. Gunnar Hovgesen, Dansk Psykologforening
Oversygeplejerske Maja Mygdal Jørgensen, Dansk Sygeplejeråd
Ledende overlæge Uwe Klahn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Fuldmægtig Birgitte Kragelund, Socialministeriet
Socialchef Lars Mathiesen, Amtsrådsforeningen
Forvaltningschef Jens Vibe Michelsen, Kommunernes Landsforening
Professor, dr.med., overlæge Per Hove Thomsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Ledende overlæge Anne-Rose Wang, Hovedstadens Sygehusfællesskab
Afdelingslæge Marianne Jespersen, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Bjørn Ursin Knudsen, Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge Gitte Wienholtz, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S
sst@sst.dk

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

Emneord: børne- og ungdomspsykiatri

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 30. marts 2004

Elektronisk ISBN: 87-91437-45-8

Format: pdf

Den trykte versions ISBN: 87-91437-46-6

Trykt på miljøcertificeret papir

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, marts 2004

Indholdsfortegnelse

1.	Baggrund.....	6
1.1.	Resumé af konklusionerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse ”Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, 2001”	6
1.2.	Anbefalingerne for den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien 2001	8
2.	Udviklingen i aktiviteten og kapaciteten	11
2.1.	”Hjemtagelse” til specialet.....	12
2.2.	Udviklingen i ressourcer	14
2.3.	Udviklingen belyst i relation til tvang	15
3.	Efterspørgslen efter ydelser.....	19
4.	Venteliste- og ventetidsudviklingen	21
4.1.	Vedrørende ventelister	22
4.2.	Vedrørende ventetider.....	22
5.	Personaleudviklingen	24
5.1.	Vedrørende læger.....	24
5.2.	Dimensioneringsplan 2003	27
5.3.	Psykiatriske sygeplejersker	27
5.4.	Psykologer	28
6.	Forventninger til den fremtidige efterspørgsel.....	29
6.1.	Vedr. forekomst og efterspørgsel.....	29
6.2.	Overvejelser vedr. mulige årsager til den stigende efterspørgsel	30
6.3.	Den demografiske udvikling.....	31
6.4.	Henvisningsmønstre og arbejdsdeling	31
6.5.	Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling.....	32
7.	Konklusion og anbefaling	34

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 etablerede 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 specialet ville kunne løfte opgaven for alle patientkategorier inden for den nærmeste fremtid. I den forbindelse konstateredes, at afstanden mellem den aktuelle kapacitet og målsætningen var så betydelig, at en gradvis og prioriteret planlægning for udbygningen ville være nødvendig. I relation hertil anbefaledes, at udviklingen og udbygningen blev overvåget af de centrale sundhedsmyndigheder.

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

I forbindelse hermed konstaterer følgegruppen, at der i psykiatriaftale 2003 – 2006 tilkendes enighed om, at det børne- og ungdomspsykiatriske område fortsat prioriteres højt i form af målrettet at styrke 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.

Dette notat fra følgegruppen udgør en foreløbig status for, hvor langt man er kommet i relation til opfyldelsen af anbefalingerne i ovennævnte redegørelse.

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 forskellige involverede sektorer 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 udpeges samtidig en række tilstande, hvor der altid bør ske vurdering ved børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge.

Det drejer sig om

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

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

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

Arbejdsgruppens analyser viste endvidere, at en meget stor gruppe af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter blev modtaget på anden type afdeling – og at børne- og ungdomspsykiatrien i 1996 kun varetog 30-40% af indlæggelserne med psykiatrisk diagnose for de 0-18-årige.

De pædiatriske afdelinger varetog således ca. halvdelen af indlæggelserne for børnenes vedkommende og voksenpsykiatrien ca. 1/3 af indlæggelserne af unge.

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

I alt skønnedes ca. 800 heldøgnsindlæggelser på pædiatrisk og voksenpsykiatrisk afdeling i 1996 at have baggrund i manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. I relation til 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 uddannelseskapaleten og rekruttering af uddannelsessøgende til specialet.

1.2. Anbefalingerne for den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien 2001

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

På baggrund af ovenstående er det herefter arbejdsgruppens anbefalinger til målsætning:

- At den samlede børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet på landsplan i fremtiden bør kunne varetage diagnostik og behandling af samtlige patientkategorier inden for de relevante aldersgrupper dvs. de 0-18 (21)-årige. På baggrund af sjældenhed, grad af kompleksitet eller særlige ressourcekrav vil visse patientkategorier skulle varetages på landsdelsniveau eller i tværamtslige samarbejder.
- En forudsætning for, at den samlede børne- og ungdomspsykiatri på landsplan i løbet af en årrække kan blive i stand til at varetage alle patientkategorier inden for den relevante aldersgruppe, er etablering af mere varierede og forskelligartede behandlingstilbud såvel på basisniveau som på landsdelsniveau.

Det anbefales således:

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

bygningen vil være nødvendig. Arbejdsgruppen skal anbefale, at der i første række fokuseres på følgende områder:

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

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

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

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

Arbejdsgruppen skal endelig anbefale, at udviklingen og udbygningen overvåges af de centrale sundhedsmyndigheder.

2. Udviklingen i aktiviteten og kapaciteten

Det fremgår af den undersøgelse, som opfølgingsgruppen har foretaget januar 2003, at der fortsat i børne- og ungdomspsykiatrien er en varierende aldersafgrænsning i afdelingerne. En lang række afdelinger modtager således patienter ud over fyldt 18 år. I nogle tilfælde sættes grænsen ved det 19., 21. eller op til det 25. år.

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 udgør væksten en forøgelse på 17,4%.

Tabel 1: Udviklingen i antal normerede pladser fra 1996 – 2003

	1996 (1. jan.)	1998 (31. dec.)	2003 (1. jan.) *
Heldøgn	194	191	216
Deldøgn	132	143	190
I alt	326	334	406

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne / H:S.

* Incl.: 8 dagpl. og 8 døgnpl. ved Center for Spiseforstyrrelser i Århus (alder: 14-30 år).

Væksten i heldøgnspladser er mindre end i deldøgnspladserne (hovedsagligt dagpladser). Der er således en vækst på 11% (22) på landsplan i heldøgnspladser, hvorimod antallet af deldøgnspladser er steget med 58 svarende til 44%. Dette kan evt. have sammenhæng med at det er enklere og lettere at etablere dagpladser end heldøgnspladser.

I forbindelse med redegørelsen angav amterne i 1998 overvejelser og planer om etablering af yderligere pladser svarende til i alt 50 for de kommende år dvs. en udvidelse fra 334 til 384, hvilket på baggrund af ovenstående umiddelbart ser ud til at være opfyldt.

Udviklingen i aktiviteten beskrevet i relation til antallet af udskrivninger 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 63% fra 1996 til 2001.

Tabel 2: Udviklingen i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra 1996-2002 - uanset alder

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

Kilde: Sundhedsstyrelsens landspatientregister.

* Fra 1. januar 2002 registreres deldøgnsindlæggelser ikke i LPR.

For heldøgnsudskrivninger, er der sket en stigning på 27% for perioden 1996-2001, mens der for udskrivninger deldøgn er sket en stigning i samme periode på 14%. Den største aktivitetsstigning er sket for afsluttede ambulante forløb, hvor der har været en stigning på knap 80%. Derudover er der et antal uafsluttede ambulante forløb.

Fra 1. januar 2002 registreres deldøgnsudskrivninger ikke længere som selvstændig kategori. Der er i 2002 registreret 1423 heldøgnsudskrivninger og 7459 afsluttede ambulante forløb. Der kan således konstateres en yderligere stigning. På grund af ændring i registreringerne

kan sammenligninger med tidligere år ikke uden videre foretages, idet hovedparten af deløgnsudskrivningerne er registreret som ambulante ydelser.

Antallet af sengedage i børne- og ungdomspsykiatrien udgjorde i 1996 ca. 49.000 og i 1998 ca. 52.000. I 2001 var dette steget til ca. 63.500 sengedage dvs. en stigning på knap 30% fra 1996 til 2001.

Antallet af ambulante ydelser udgjorde i 1998 ca. 34.500 og var i 2001 steget til ca. 50.000 dvs. svarende til en vækst med 45%.

Sammenfattende er der således samlet set foregået en meget markant udvidelse af aktiviteten - især kan bemærkes stigningen på knap 80% i antallet af afsluttede ambulante forløb fra 1996-2001.

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

Afdeling/årstal	1996*	1997	1998	1999	2000	2001	2001- %-vis
Voksenpsykiatrisk afdeling							
Børn	17**	14	16	28	20	41	
Unge	391	485	372	399	438	550	
I alt	408	499	388	427	458	591	21
Pædiatrisk afdeling							
Børn	644	619	573	653	710	697	
Unge	15	13	19	12	36	27	
I alt	659	632	592	665	746	724	26
Intern med afd.							
Børn	91	105	72	89	104	94	
Unge	364	385	363	420	481	432	
I alt	455	490	435	509	585	526	19
Børne- og ungdomspsykiatrisk afd.							
Børn	369	409	423	364	353	345	
Unge	346	423	342	461	516	639	
I alt	715	832	765	825	869	984	35
Samlet antal heldøgnsindlæggelser							
Børn	112	1147	1084	1134	1187	1177	
Unge	111	1306	1096	1292	1471	1648	
I alt	223	2453	2180	2426	2658	2825	101

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

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

Kilde: LPR

Alt i alt er der foregået en øgning i det absolutte antal børn og unge indlagt med psykiatrisk diagnose i perioden 1996-2001 svarende til i alt 588 flere heldøgnsindlæggelser eller en samlet stigning i antallet af heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser på 26%.

Det fremgår, at børne- og ungdomspsykiatrien i 2001 varetog i alt 35% af indlæggelserne af de 0-18-årige, medens voksenpsykiatrien varetog 21%, pædiatri 26% og intern medicin 19%.

Man konstaterede i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001 ved en udvidet analyse, at indlæggelserne i intern medicinske afdelinger forekom velbegrundede. 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, 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 væksten i heldøgnsindlæggelserne for 90% vedkommende vedrører de 15-18årige og kun i knap 10% de 0-14-årige.

Ser man specifikt på udviklingen i relation til de 0-14-årige kan det konstateres, at der er sket et mindre fald i antallet af heldøgnsindlæggelser på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og en mindre øgning af indlæggelser på pædiatrisk afdeling. For de 0-14-årige ses endvidere en øgning af antallet af indlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling.

Tabel 3a: Vækst i antal årlige heldøgnsindlæggelser fra 1996 til 2001 fordelt på afdelingstype

Afdelingstype	0-14-årige	15-18-årige
Voksenpsykiatrisk afdeling	24	159
Pædiatrisk afdeling	53	÷3
Intern medicin	3	68
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	÷ 24	293
Vækst i alt	56 (10%)	532 (91%)

Kilde: LPR.

I 1996 varetog de pædiatriske afdelinger 55% af heldøgnsindlæggelserne af de 0-14-årige og i 2001 60%. For de 15-18-årige varetog voksenpsykiatrien i 1996 35% af indlæggelserne og i 2001 33%.

Der var i 1996 et mindre antal børn mellem 0-14 år, der var indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling. Tilsyneladende er der sket en stigning i disse indlæggelser, idet de 41 indlæggelser af børn på voksenpsykiatrisk afdeling (tabel 3) omhandler 16 indlæggelser af 12-årige, 5 indlæggelser af 13-årige og 20 indlæggelser af 14-årige. En nøjere analyse viser: At 40 af disse 41 indlæggelser er akutindlæggelser, at indlæggelserne fordeler sig over 9 forskellige amter og et bredt udsnit af diagnoser, dog med overvægt af depression. Det skal i øvrigt særligt bemærkes, at 15 af disse indlæggelser omhandler udskrivninger af den samme person inden for en periode af en måned.

Varigheden af disse indlæggelser er varierende. En stor del af indlæggelserne har dog kun en varighed af et døgn, hvilket må ses i sammenhæng med den akutte indlæggelsesmåde.

Det kan opsummerende konstateres, at "hjemtagning" kun i meget lille omfang hidtil har fundet sted. Det absolutte antal unge under 18 år indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling er

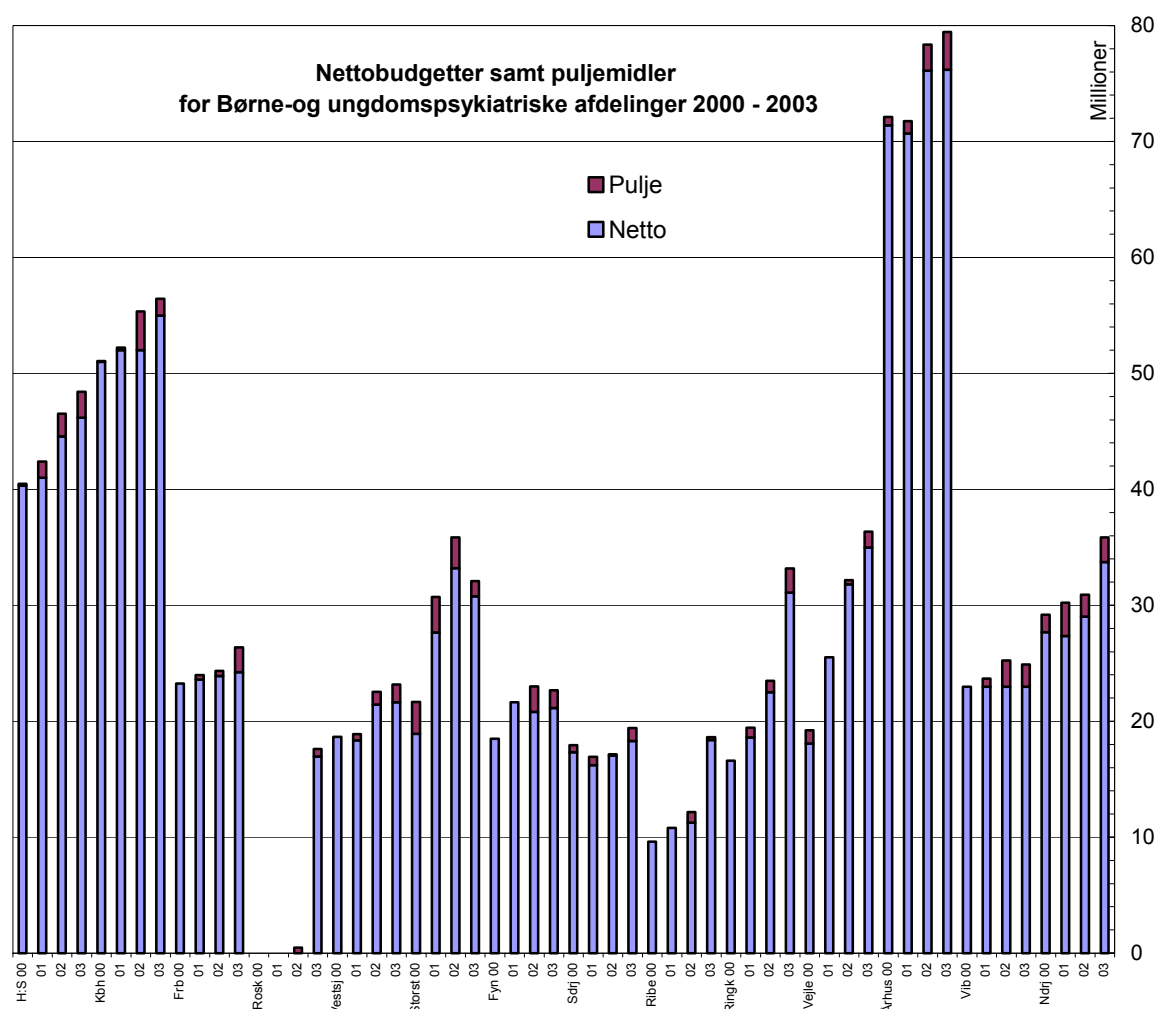
således vokset i perioden ligesom også antallet af indlæggelser af børn på pædiatrisk afdeling om end i mindre omfang.

Intentionen om på sigt at hjemtage disse principielt uhensigtsmæssige indlæggelser af under 18-årige ser foreløbig således ikke ud til at være lykkedes.

2.2. Udviklingen i ressourcer

Følgegruppen har i januar 2004 indhentet oplysning om de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers nettobudgetter m.h.p. at belyse udviklingen i ressourcerne, herunder indgåede puljebidrag fra psykiatrafalterne. Af nedenstående oversigt fremgår det dels, at ressourcetildelingen vokser år for år for så godt som samtlige amter, dels at ressourcetildelingen varierer en del fra amt til amt – men at der ikke er en entydig sammenhæng mellem fx. antallet af ventende og anvendelsen af ressourcer.

Puljetilskuddene udgør, som det fremgår, kun en lille del af de samlede budgetter. Gruppen har konstateret, at disse tilskud alligevel har en positiv påvirkningseffekt på udviklingen.



Kilde: Oplysninger indhentet fra amterne, jan. 2004.

Nettobudget vedr. Roskilde amt findes ikke registreret særskilt, da de er fælles med voksenpsykiatri - lønandel 2003 fremgår.

2.3. Udviklingen belyst i relation til tvang

Indledningsvis skal det understreges at psykiatrilovens bestemmelser også gælder for børn og unge under 18 år.

Til sammenligning af udviklingen kan det oplyses, at der mht. frihedsberøvelser i årene 1995- 97 var i gennemsnit 5 frihedsberøvelser af 0-14-årige og 28 af 15-17-årige årligt og i årene 1999-2002 hhv. gennemsnitlig 7,5 og 38 frihedsberøvelser årligt.

I 1999 indførtes en forbedret statistik vedr. tvang, og dette giver mulighed for bedre at belyse tvangsanvendelsen 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 4 viser antallet af børn og unge, som har været berørt af tvang i perioden 1999-2002.

Tabel 4: Antallet af børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af det pågældende kalenderår

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%)	72 (80%)	90 (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 20% er dog børn under 15 år.

Der skelnes i tvangsstatistikken mellem forskellige typer af tvang jævnfør de i tabel 5 anførte definitioner.

Det fremgår af tabel 5, at de tvangstyper, der er hyppigst anvendt i relation til børn og unge gennem alle årene fra 1999 til 2002, 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 5: 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

NOTE! Én 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 = (tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser)
- Tvangsbehandlinger = (tvangsmedicinering, tvangsbehandling m. ECT, tvangsernæring og tvangsbehandling af legemlig lidelse)
- Fiksering og fysisk magt-anvendelse = (bæltefiksering, remmefiksering, handsker, fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin)
- Beskyttelsesfiksering = (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 6) viser, at fysisk fastholden udgør den dominerende type af tvang i relation til børn og unge inden for undergruppen, efterfulgt af bæltefiksering og beroligende medicin.

Tabel 6: 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

NOTE! Én 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 magt- = (bæltefiksering, remmefiksering, handsker, fastholden, aflåsning af anvendelse yderdør og beroligende medicin)

Kilde: Register over tvangsanvendelsen i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

Tabel 7 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 4.

Det fremgår af tabel 7, 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.

Tabel 7: 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%

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

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

I 1999 varetog de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger således kun ca. 27% af de tilfælde, hvor der blev anvendt tvang overfor under 18-årige, medens der i 2002 var tale om 63% af tilfældene. Dette er i overensstemmelse med Redegørelsens anbefalinger om, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i højere grad skulle være i stand til at rumme vanskelige, angste, aggressive og selvdestruktive unge således, at i øvrigt uhensigtsmæssige overførsler/indlæggelser på voksenpsykiatriske afdelinger af under 18-årige kunne undgås.

Set i denne sammenhæng er det således i overensstemmelse med anbefalingerne, at en større andel af den tvang, der i øvrigt udøves overfor børn og unge foregår på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i stedet for på voksenpsykiatriske afdelinger.

Opsummerende kan det konstateres at der i 2002 var i alt 90 børn og unge der var berørt af tvang, heraf var de 80% mellem 15 og 18 år, samt at frihedsberøvelse og fysisk fastholden udgør de dominerende typer af tvang anvendt overfor børn og unge. Det kan endvidere konstateres, at det er i overensstemmelse med anbefalingerne fra 2001, at en større andel - af den tvang der udøves overfor børn og unge - foregår på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

3. Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger jævnfør nedenstående tabel. Heraf fremgår at antallet af henviste pr. 1000 0-19-årige udgjorde 0,6% i 2002 forhold til 0,4% i 1996.

Tabel 8: Antal henvisninger i 2002 sammenlignet med 1996

Antal henvisninger i 2002 fordelt på aldersgrupper					2002	1996
Amt	0-6år	7-14år	15-18år	19+år	i alt	I alt
H:S					663	570
Københavns	188	480	324	54	1046	738
Frd.borg	103	357	168	23	651	485
Roskilde	46	142	116	1	305	107
Vestsjælland	102	102	83	83	370	263
Storstrøm		299	145		444	362
Fyn	66	274	155	2	497	286
Sønderjylland	98	282	411	118	909	140
Ribe	126	298	155	57	636	232
Ringkøbing	73	178	145	24	420	342
Vejle	65	246	186	52	549	280
Århus	119	346	190	244	899	585
Viborg	34	88	164		286	187
Nordjylland	49	222	137	2	410	281
i alt					8085	4858
I alt pr. 1000 0-19-årige %					0,6 %	0,4 %

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne/H:S

I absolutte tal ses, at der i 2002 blev henvist 8.085 børn og unge til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger mod 4.858 i 1996, dvs. at børne- og ungdomspsykiatrien har skullet tage vare på 3.227 eller 66% flere patienter i 2002 end i 1996.

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

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 9 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 ugentligt ydes mindst 181 konsulenttimer udover almindeligt samarbejde.

Tabel 9: Konsulentforpligtelser i ugentlige timer i 2003

Konsulentforpligtelser		ugentligt timetal	Evt. bem.
H:S	+	15	excl.bistand til socialforvalt
Københavns Amt	+	5	
Frd.borg	+	37	heraf 33 tim vedr. dag/døgn
Roskilde	÷		er ikke opgjort
Vestsjælland	+	2	
Storstrøm	+	10	
Fyn	+	1,5	
Sønderjylland	+		er ikke opgjort
Ribe	+	3	
Ringkøbing	+	12	
Vejle	+	40,5	heraf 37 til spiseforstyr.
Århus	+	37-53	
Viborg	+	8	
Nordjylland	+	2	
i alt		181	

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne 2003

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 10.

Tabel 10: Antal tilsyn på andre sygehusafdelinger i 2002

Amt	0-14år	15-18år	i alt
H:S			ikke regstr.
København	56		56
Frd.borg	12	36	48
Roskilde	10	53	63
Vestsjælland	8	16	24
Storstrøm	36	5	41
Fyn	38	96	134
Sønderjylland	15	5	20
Ribe	19	4	23
Ringkøbing	7	9	16
Vejle	18	31	49
Århus			ikke regstr.
Viborg		15	15
Nordjylland	22	3	25
i alt	241	273	514

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra amterne 2003

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

4. Venteliste- og ventetidsudviklingen

Indledningsvis skal det 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 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 11 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. Nogle amter oplyser herudover i relation hertil om særlige initiativer eller projekter til nedbringelse af ventelister.

Det kan i øvrigt konstateres, at registreringspraksis vedrørende ventelister og ventetider tilsyneladende fortsat er noget varierende om end tilsyneladende nu i mindre grad end i 1997. Venteliste- og ventetidsudviklingen fremgår af nedenstående tabel 11.

Tabel 11: Ventetider og ventelister til børne- og ungdomspsykiatri - 1997 og 2003

Pr. 1.12.1997				Pr. 1.1.2003				Vækst i
Ventetider			Venteliste	Ventetider			Venteliste	antal på
u.3 mdr o.3 mdr				u.3mdr. o.3 mdr.				venteliste
HS	88 (91%)	9	97	HS+Bornh.	101 (64%)	56	157	62%
Kbh. Km.	8 (90%)	1	9	Kbh. Km.	indgår ikke i 2003			
Kbh. Amt	105 (67%)	52	157	Kbh. Amt	152 (59%)	105	257	64%
Frd.borg	80 (100%)	0	80	Frd.borg	109 (85%)	19	128	60%
Roskilde	12 (86%)	2	14	Roskilde	55 (85%)	10	65	364%
Vestsjæll.	14 (24%)	44	58	Vestsjæll	184 (96%)	8	192	231%
Storstrøm	37 (62%)	23	60	Storstrøm	10 (50%)	10	20	÷67%
Bornholm	7 (100%)		7					
Fyn	118 (57%)	88	206	Fyn	128 (50%)	128	256	24%
Sdr.jylland	26 (65%)	14	40	Sdr.jylland	126 (100%)	0	126	215%
Ribe	43 (64%)	24	67	Ribe	64 (89%)	8	72	7%
Ringkøbing	62 (68%)	29	91	Ringkøbing	34 (46%)	40	74	÷19%
Vejle	66 (80%)	16	82	Vejle	68 (62%)	41	109	33%
Århus	186 (82%)	40	226	Århus	191 (66%)	97	288	27%
Viborg	26 (70%)	11	37	Viborg	53 (58%)	39	92	149%
Ndr.jylland	54 (41%)	77	131	Ndr.jylland	64 (42%)	88	152	16%
Hele landet	932 (68%)	430	1.362	I alt	1339 (67%)	649	1.988	46%

Kilde: Sundhedsstyrelsens Redegørelse 2001, tabel 18, 20 og 22, samt oplysninger fra amterne i 2003

4.1. Vedrørende 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 var 46% flere på venteliste end i 1997.

Samtlige amter har i 2003 ventelister på 20 børn/unge eller derover.

Der er i 2003 ca. 775, der venter på forundersøgelse og mindst 960, der venter på behandling, ambulant eller under indlæggelse. Sammenlignet med 1997 venter ca. 40% flere på forundersøgelse i 2003 og ca. 25% flere på behandling, ambulant eller ved indlæggelse.

4.2. Vedrørende 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. Til sammenligning var de tilsvarende tal i 1997 henholdsvis 68% og 32%.

Det kan således overordnet konstateres, at den andel af den samlede patientgruppe, der venter henholdsvis over eller under 3 måneder ikke er ændret.

Det må samtidig konstateres, at der har været en stigning i de absolutte tal i overensstemmelse med stigningen i henvisningerne. Der er således i 2003 626 flere på venteliste, hvoraf de ca. 400 dvs. 2/3 har ventet under 3 måneder, og ca. 1/3 har ventet over 3 måneder.

Det er endvidere trods det stigende antal henvisninger lykkedes at reducere antallet, der venter meget længe – dvs. over et år med 1/3 i forhold til 1997. I 1997 udgjorde andelen der havde ventet over et år ca. 7% af det samlede antal ventende medens dette i 2003 udgjorde ca. 3%.

Der foreligger ikke fuldstændige oplysninger om, hvad der ventes på i spørgeskemabesvarelsene, idet en række amter ikke har været i besiddelse af de efterspurgte oplysninger, med dette betydelige forbehold, kan det konstateres:

På nogle afdelinger anvendes forundersøgelse – såkaldte forsamtaler dvs. at patienten/ familien indkaldes til en orienterende samtale mhp. afklaring af henvisningens relevans og hvor meget sagen haster. Nogle tilfælde kan herefter enten umiddelbart afsluttes eller diagnosticering eller behandling umiddelbart indledes. Andre afdelinger anvender ikke sådanne forundersøgelser.

Vedr. ventetider til **forundersøgelse**, hvor disse anvendes, har 46% af de ventende til forundersøgelse ventet under 4 uger mod 30% i 1997. Ca. 80% havde ventet under 3 måneder (mod 60% i 1997). Godt 10% havde ventet længere end et år i 2003 (mod 25% i 1997).

Der er således tilsyneladende flere, der har ventet på forundersøgelse i 2003 end i 1997, men en større andel heraf synes at have ventet i kortere tid – under 3 måneder – end tilfældet var i 1997.

Med hensyn til ventetid på **ambulant undersøgelse eller behandling** ser det ud til, at ca. 25% af dem, der venter på dette, har ventet under 4 uger (i 1997 knap 30%), 57% har ventet under 3 måneder (mod 63% i 1997), og 22% har ventet længere end ½ år i 2003 (mod 20% i 1997). Der må på baggrund heraf vedr. ventetider til ambulant undersøgelse og behandling konkluderes, at der ikke kan konstateres fremskridt fra 1997 til 2003.

Med hensyn til **indlæggelse** ventede 75% af dem, der ventede på indlæggelse under 3 måneder både i 1997 og i 2003.

Konkluderende kan det samlet set vedr. ventelister og ventetider konstateres, at der er tale om et voksende antal ventende fra 1997 til 2003 – antallet på venteliste er således steget fra knapt 1400 til knapt 2000 eller med ca. 46%. For så vidt angår ventetiden er denne samlet set ikke steget, men tilnærmelsesvis uændret. Denne udvikling må ses i sammenhæng med det væsentligt øgede antal henvisninger svarende til 66% flere henviste i 2002 i forhold til 1996.

Det må i lyset af denne væsentligt øgede efterspørgsel vurderes som positivt, at det er lykkedes at undgå en forværring i ventetidsudviklingen, og herunder bl.a., at det kunne se ud til, at det er lykkedes at halvere den andel af de ventende, der har ventet over et år (fra 7% til 3%).

Situationen er dog meget langt fra tilfredsstillende, og det må konstateres, at det trods den overmåde store aktivitetsudvikling endnu kun er lykkedes at bremse den negative udvikling i ventetiden, og at det vil kræve en fastholdelse og yderligere intensiveret indsats og udbygning, hvis udviklingen skal vendes.

5. Personaleudviklingen

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

I henhold til spørgeskemabesvarelsene fra amterne januar 2003 ses af nedenstående tabel 12, at der er foregået en udvidelse af det samlede antal normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien siden 1997 svarende til i alt ca. 54% inkl. de puljefinansierede.

Gruppen "andet personale" viser 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.

Antallet af puljefinansierede stillinger udgør i alt 58, svarende til knap 15% af udvidelsen.

Tabel 12: Antallet af normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien i henhold til spørgeskemaundersøgelse til amterne, herunder puljefinansierede stillinger

	dec. 1997	jan. 2003 (heraf puljestillinger)	%-øgning
Lægestillinger	134	196 (17)	46
Psykologstillinger	78	122 (12)	56
Socialrådgivere	43	53 (4)	23
Miljøpersonale:			
Sygeplejersker	252	339 (12)	35
Pædagoger	125	176 (7)	41
Andet personale	110	260 (6)	136
I alt	742	1.146 (58)	54

Kilde: Spørgeskemabesvarelses fra amterne

5.1. Vedrørende læger

For så vidt angår lægestillinger ser udvidelsen ud til at andrage omkring 60 lægestillinger i alt. Antallet af puljestillinger udgør 17 heraf dvs. 27%.

Stillings- og vakancetællingen april 2002 viste dels en øgning i det faktuelle antal normerede stillinger fra november 2000 til april 2002 og samtidig et fald i ubesatte stillinger.

Tabel 13: Normerede og ubesatte lægestillinger

Børne- og ungdomspsykiatri	November 2000	April 2002
Normerede stillinger	152	166
Ubesatte stillinger	19 (12,5%)	11 (6,6%)

Kilde: Stillings- og vakancetællinger, Sundhedsstyrelsen.

Antallet af reelt ubesatte stillinger svarende til 11 fremkommer på baggrund af nedenstående tabel 14. Det kan her bemærkes, at ca. 70% af de normerede lægestillinger udgøres af speciallægestillinger.

Det fremgår af tabellen, at der er et antal normerede speciallægestillinger i april 2002, som ikke er besat med speciallæger, og at der er besat flere stillinger med uddannelsessøgende læger end der er normerede stillinger. Dvs. at der reelt i specialet er ansat færre speciallæger og flere læger under uddannelse end der er normeret stillinger til.

Tabel 14: Lægestillinger april 2002

Børne- og ungdomspsykiatri – lægestillinger – april 2002	Speciallæger	Uddannelses-søgende læger	I alt
Normerede stillinger	114	52	166
Besatte stillinger	82	73	155
Normerede, ikke besatte stillinger = vakancer	38	10	48
Ansatte læger ud over normering = overskud	6	31	37
Balance (vakancer –overskud)	32	+21	11

Kilde: Stillings- og vakancetælling, Sundhedsstyrelsen, 2002.

Baggrunden herfor er, at der i perioden har været vanskeligheder med at rekruttere kvalificerede ansøgere til stillinger på speciallægeniveau, dvs. overlæger, afdelingslæger samt af 1.reservelæger.

En væsentlig del af disse stillinger er derfor i perioden anvendt til uddannelsesformål ved midlertidigt at være ændret til uddannelsesstillinger og klassificeret hertil af Sundhedsstyrelsen. Sådanne klassifikationer gives typisk for et år ad gangen. I en mangelsituation er dette en hensigtsmæssig løsning både med henblik på at skaffe mere lægelig arbejdskraft på kort sigt og flere speciallæger på længere sigt.

Sundhedsstyrelsen har således siden 1995 foretaget en betydelig udvidelse af antallet af klassifikationer af lægestillinger til uddannelse. Der er således foretaget mere end en 9-dobling af antallet af klassificerede introduktionsstillinger, en 6-dobling af undervisningsstillingerne og en 3-dobling af 1. reservelægestillinger i specialet fra 1995 til dec.2003. Styrelsen har herved i overensstemmelse med udbygningsbehovet merklassificeret i henhold til efterspørgslen under samtidig hensyntagen til bevarelse af den principielle regionale fordeling med 30% i uddannelsesregion nord, 25% i uddannelsesregion syd og 45% i uddannelsesregion øst.

Tabel 15: Antal uddannelsesnumre (uddannelsesklassificerede stillinger) i specialet

Børne- og ungdomspsykiatri	1995	2001	31.12 2002	31.12. 2003
Introduktionsstillinger	6	43	45	60
undervisningsstillinger	5	21	30	34
1. reservelægestillinger	11	26	29	33

Kilde: Enkeltsstillingsklassifikationen, Sundhedsstyrelsen.

Ved udgangen af 2003 var der således, jævnfør tabel 15, et betydeligt antal klassificerede stillingsnumre, men det er aktuelt uklart i hvilket omfang disse er aktive, dvs. aktuelt besat med uddannelsessøgende læger. Dette vil kunne belyses i Sundhedsstyrelsens kommende stillings- og vakancetælling.

Omfanget af stillinger med uddannelsesnumre skyldes som nævnt langt overvejende anvendelsen af ledige speciallægestillinger til uddannelsesformål. Der er herved midlertidigt etableret

ret flere uddannelsesforløb i specialet end forudsat i Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. kapaciteten i de forskellige uddannelsesfaser i den børne- og ungdomspsykiatriske videreuddannelse i efterspørgselsprognose 2000 (se nedenfor).

Det pr.31.12. 2003 antal af klassificerede uddannelsesstillinger er endvidere større end Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. den fremtidige uddannelsesdimensionering i de for-

skellige uddannelsesfaser af den børne- og ungdomspsykiatriske videreuddannelse, således som den fremgår af dimensioneringsplan 2003- se senere.

Det præcise antal speciallæger, der vil være nødvendigt for at kunne varetage de i forhold til målsætningen for børne- og ungdomspsykiatrien (jvf. anbefalingerne i afsnit 1.3) 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 udvalg i de regionale råd for Lægers Videreuddannelse. Vedr. ansættelsesrunde 2001 har Sundhedsstyrelsen fået oplyst at inden for børne- og ungdomspsykiatri, kunne én ud af 13 blokstillinger ikke besættes. Dette var geografisk begrundet. Tallene for 2002 og 2003 demonstrerer, at der set på landsplan aktuelt er tilstrækkeligt med kvalificerede ansøgere.

Udviklingen i besættelse af uddannelsesblokke i årene 1999-2003 fremgår af (tabel 16 og 17):

Tabel 16: Udvikling i antallet af uddannelsesforløb

Speciale	1999		2000		2001		2002		2003	
	opslået	besat	opslået	besat	opslået	besat	opslået	besat	opslået	besat
B & U – psykiatri	10	8	12	9	14	13	14	14	12	13

Kilde: Register over ansøgere og ansatte i undervisningsstillinger og speciallæge blokstillinger.

Tabel 17: Ansatte i undervisningsstilling og/eller speciallægeblokstilling 1998-2001

Speciale	Ansatte 1998-2001	Gennemsnitskandidatalder	Gennemsnitsalder	% M	% K
Børne- og ungdomspsykiatri	36	7,4	36,6	13,9	86,1

Kilde : Lægeprognose 2003, Sundhedsstyrelsen

5.2. Dimensioneringsplan 2003

Med hensyn til rekrutteringen, er det vurderingen i Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2003, at specialet er inde i en god udvikling, men dette er skrøbeligt, idet specialet er meget lille. En ændring af opmærksomheden på området vil derfor kunne få en hurtigt indsættende effekt i negativ retning. Den gode udvikling af specialet understreges af, at antallet af ansøgere til undervisningsstillinger har været voksende.

Det konstateres at specialet er under fortsat udbygning og at der er mange vakante speciallægestillinger.

Det understreges i dimensioneringsplan 2003, at stigningen i antallet af speciallæger dog først vil sætte ind for alvor om ca. 10 år, og at dette forudsætter at uddannelsesforløbene besættes. Der må derfor fortsat i en længere årrække påregnes mangel på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Gældende for børne- og ungdomspsykiatri er det således væsentligt, at der fastholdes en interesse for området, således at fokus ikke aftager, heller ikke økonomisk, da det vil have store konsekvenser for specialet. Puljemidler har været medvirkende til den positive udvikling.

Antallet af vakante speciallægestillinger i de enkelte regioner, april 2002, fremgår af tabel 18.

Tabel 18: Vakante speciallægestillinger fordelt på uddannelsesregioner

Region	ØST	SYD	NORD	I ALT
Normerede	53	23	39	115
Vakante	13	10	9	32
Vakance%	24,5	43,5	23,1	27,8

Normerede og vakante speciallægestillinger april 2002 (overlæger og afdelingslæger). Et samlet overskud af besatte speciallægestillinger i forhold til normeringen betragtes som ekstranormering og trækkes således ikke fra den samlede vakance.

Kilde: Dimensioneringsplan 2003, Sundhedsstyrelsen.

I dimensioneringsplanen anføres følgende anbefaling vedr. uddannelseskapaciteten i specialet:

Der er behov for både at rette op på den aktuelle mangel på speciallæger og for at sikre mulighed for fortsat udbygning. Derfor foreslås aktuelle uddannelseskapacitet opretholdt og måske midlertidigt udvidet i alle regioner på trods af udsigt til stigning i antallet af speciallæger.

Konkret anbefales i dimensioneringsplanen:

Region Øst: 7 årlige hoveduddannelsesforløb og 8-11 introduktionsstillinger.

Region Syd: 4 årlige hoveduddannelsesforløb og 5-6 introduktionsstillinger.

Region Nord: 4 årlige hoveduddannelsesforløb og 5-7 introduktionsstillinger

Det anføres herudover, at afhængigt af lokale forhold og rekrutteringsmulighed kan der være mulighed for og behov for yderligere midlertidig udvidelse af uddannelseskapaciteten.

5.3. 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, og antallet af sygeplejersker der er under uddannelse inden for området.

Tabel 19: Psykiatriske sygeplejersker

	Færdiguddannede sygeplejersker i perioden fra 1998 til 2002	Sygeplejersker under uddannelse i perioden 2002/2003	Forventet antal studerende i perioden 2003/2004. Disse tal er afhængige af puljemidler 2003/2004
I alt på landsplan	270	60	62

På landsplan forventer Det koordinerende Råd, at alle amter er repræsenteret, såfremt der er puljemidler.

5.4. 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 og aflaste den til rådighed værende mængde lægelige arbejdskraft. Enkelte afdelinger rapporterer dog også om vanskeligheder med at få besat psykologstillinger.

6. Forventninger til den fremtidige efterspørgsel

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
- henvisningsmønstre og arbejdsdeling
- krav til diagnostik og behandling.

6.1. Vedr. 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% (sikkerhedsgrenser 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.

I 1998 modtog ca. 0,4% af alle børn og unge i Danmark et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Man konkluderede i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001, at spørgsmålet om, hvilken procentandel af børn og unge, der bør have tilbud om børne- og ungdomspsykiatrisk bistand, ikke lod sig fyldestgørende besvare på baggrund af den foreliggende viden. Man anså det imidlertid for sandsynligt, at en noget større procentandel af børne- og ungdomspopulationen end de ca. 0,4% ville have behov for et specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud. Aktuelt er andelen af børn og unge, der henvises børne- og ungdomspsykiatrien steget til 0,6 % af børne- og ungepopulationen.

Det kan imidlertid konstateres, at der stadig er lange ventetider, og at hjemtagningen af de anbefalede tungere patienter til specialet 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 skal man være opmærksom på, at behovet for tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien vil være påvirket af arbejdsdelingen mellem undervisnings-, social- og sundhedssektoren

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 dog konstateres, at andelen af børn og unge der modtager et tilbud fra børne- og ungdomspsykiatrien i f.eks. Norge og Sverige, ligger væsentligt højere end i Danmark.

I forbindelse med overvejelser om årsagen til den observerede stigende efterspørgsel må det 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, opfølgingsgruppen 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 helbende over et så kort spand af tid. Den stigende efterspørgsel tilskrives således andre forhold.

6.2. Overvejelser vedr. mulige årsager til den stigende efterspørgsel

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

I forbindelse med overvejelser over årsager til den øgede efterspørgsel kan 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
- større forventninger til mulighederne for 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, hvor det er indtrykket, at man i mindre grad end tidligere går ind i psykologiske udredninger forud for henvisning og i terapeutiske forløb
- 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 ikke umiddelbart 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 grundlæggende forskning på området, hvis man i fremtiden ønsker mere dybtgående at kunne belyse årsager til ændringer.

6.3. Den demografiske udvikling

En del af det hidtil oplevede henvisningspres må 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.

6.4. Henvisningsmønstre og arbejdsdeling

Den store stigning i aktiviteten kan give anledning til at vurdere, om der er noget, der tyder på, at der er sket en sænkning af indikationsgrænsen for hhv. henvisning og accept af henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien. Spørgsmålet lader sig indirekte belyse ved at se på eventuelle ændringer i diagnosefordelingen over tid. Dette er søgt vurderet på indlæggelserne fra 1996 til 2002.

Det skal understreges at der er tale om meget små tal, og at tilfældige udsving og variation gennem årene kan fortegne billedet.

Men med disse forbehold kunne det se ud til, for så vidt angår de 0 –14-årige:

Den dominerende diagnosegruppe er F 90-98: Psykisk forstyrrelse i barndommen, som bl.a. omfatter hyperkinetisk forstyrrelse og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrede børn mv.. Herefter F80-88: Specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser, herunder infantil autisme og Aspergers syndrom. Dette svarer til fordelingen af diagnoserne i 1996. Det kunne imidlertid se ud til, at der er tendens til at disse to grupper udgør en faldende andel af heldøgnsindlæggelserne, og at andelen af spiseforstyrrelser, angsttilstande og forbigående psykoser/ skizofrenilignende kontaktforstyrrelser/skizofreni er steget. Uanset at dette må fortolkes med megen varsomhed, antyder det, at gruppen af indlagte snarere er blevet tungere end lettere, og i hvert fald er der ikke belæg for at der er sket et indikationsskred vedr. indlæggelser.

For de 15-18-årige er skizofreni og skizofrenilignende tilstande og personlighedsforstyrrelserne fortsat de dominerende diagnoser, hvorimod der for de 15-18-åriges vedkommende ses et fald i antallet af heldøgnsindlæggelser for spiseforstyrrelser, hvilket formentlig afspejler dels en ændring i behandlingsstrategi i retning mod mere ambulant behandling og kun indlæggelse af de sværeste tilfælde, og dels samtidig de langvarige indlæggelser af disse patienter idet sengedagsforbruget i perioden er stigende for denne gruppe.

På baggrund af ovenstående analyse er der således ikke tegn på, at man med den øgede aktivitet har foretaget en glidning i retning mod lettere tilfælde, for så vidt angår indlæggelserne.

Det er herudover af fagfolk tilkendegivet, at man fortsat afviser/ returnerer henvisninger, hvor disse ikke forekommer relevante - herunder alternativt tilbyder rådgivning og lign. til de henvisende instanser.

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

6.5. 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, antiderpressiva 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 foretages af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

At disse anbefalinger i sig selv kan have medvirket til et stigende pres på børne- og ungdomspsykiatrien kan bl.a. understøttes af følgende:

Der er registeret en stigende forekomst af selvmordsforsøg blandt unge.

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 ritalin fra knap 700 til ca. 2.200. Dette øger behovet for ydelser i børne- og ungdomspsykiatrien.

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. Aktuelt (februar 2004) har Sundhedsstyrelsen indskærpet over for landets læger, at behandling af børn og unge med SSRI-præparater (de

såkaldte lykkepiller) 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 fremkommer på baggrund af den senere tids internationale debat om bivirkninger, og der afventes for tiden en undersøgelse fra EU's lægemiddelkomite af fordele og ulemper ved anvendelsen af lægemidler af SSRI-typen til behandling af børn og unge.

Udviklingen på det psykofarmakologiske område med hensyn til anvendelse af SSRI-præparater er aktuelt således uvis, hvorfor opfølgningsgruppen har valgt ikke at belyse dette spørgsmål yderligere på nuværende tidspunkt.

7. Konklusion og anbefaling

Der er, som det er fremgået af de foregående afsnit, foretaget en meget stor og betydelig målrettet udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien siden 1998. Der er således bl.a. foregået en overmåde stor aktivitetsudvidelse i specialet. Det er herved lykkedes at holde nogenlunde trit med den forventede stigende efterspørgsel som bl.a. blev forudsagt og fremhævet i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001.

Samtidig må det erkendes – hvilket heller ikke kunne forventes inden for den forløbne tidsperiode – at det endnu ikke er lykkedes at vende udviklingen og opnå væsentlig reduktion med hensyn til ventetider. Man har imidlertid ved den målrettede indsats undgået en væsentlig forværring af situationen og der er reelt tale om, at det er lykkedes at bremse den negative udvikling i ventetiderne, som har præget den foregående tidsperiode.

I denne sammenhæng er det vigtigt at pege på, at der er igangsat en betydelig uddannelsesindsats med henblik på at fremskaffe de fornødne flere speciallæger (og andet personale), men at det tager en længere årrække, før resultatet heraf vil kunne slå igennem, idet stigningen i antallet af speciallæger først for alvor vil vise sig om ca. 10 år. Det er således væsentligt, at indsatsen med henblik på flere uddannede speciallæger fortsættes. Manglen på uddannede speciallæger medfører dog, at der aktuelt er begrænsninger for, hvor hurtigt børne- og ungdomspsykiatrien kan udbygges.

Tilsvarende har 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, endnu ikke kunnet realiseres.

I den forbindelse skal opfølgningsgruppen 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, når det nødvendige personale kan tilvejebringes.

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 psykiatraftalen vedr. 2003- 2006.

Opfølgningsgruppen skal endvidere understrege, at den ikke kan pege på nemme eller hurtige løsninger på problemerne, uanset omfanget af økonomisk ressourcetildeling.

Samtidig må drøftelser og bestræbelser på at finde effektive og hensigtsmæssige løsninger på problemerne på kortere sigt 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 socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud, 2001”.

Opfølgningsgruppen skal på baggrund af denne status over udviklingen således konstatere, at de anbefalinger der fremsættes 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.

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.

