



Psykiatri

#### Administrationen

Økonomi- og  
Planlægningsafdelingen

Borgervænget 7, 4.  
2100 København Ø.

## NOTAT

Til:

**Telefon** 45 11 20 00  
**Direkte** 45 11 20 56  
**Fax** 45 11 20 07  
**Mail** psykiatri@psv.regionh.dk

**Web** www.regionh.dk

Ref.: Lotte Larsen

Dato: 22. januar 2008

### Baggrundsnotat om faglige krav til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien

Det forventes, at der medio 2008 indføres en udredningsret, der indebærer, at børne- og ungdomspsykiatriske patienter har ret til at lade sig udrede i privat regi, hvis der er en ventetid på mere end 2 måneder i offentligt regi. Året efter forventes, at retten udvides til også at gælde ventetid på behandling, der er nødvendig for at undgå en forværring af lidelsen.

På den baggrund har det Sundhedsfaglige Råd for børne- og ungdomspsykiatri i Region Hovedstaden nedsat en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der skal beskrive de faglige krav til udredning og behandling af børn og unge med psykisk sygdom/udviklingsforstyrrelse eller mistanke om psykisk sygdom/udviklingsforstyrrelse. Formålet med en sådan beskrivelse er at skabe grundlag for, at disse børn og unge får en kvalificeret, tilstrækkelig og ensartet udredning og behandling, uanset om det foregår i offentligt eller privat regi. Arbejdsgruppens kommissorium er vedlagt som bilag 1.

Arbejdsgruppens anbefalinger vedrørende udredning afrapporteres i dette notat. Anbefalingerne vedrørende behandling afrapporteres senere. Notatet er bygget op, så arbejdsgruppens anbefalinger opsummeres efter indledningen. Baggrunden for og argumentationen for anbefalingerne er uddybet i de efterfølgende kapitler.

Indledningsvist ønsker arbejdsgruppen at påpege, at børne- og ungdomspsykiatrien er et lægefagligt speciale. Det er derfor fundamentalt, at indsatsen tilrettelægges og udøves under ansvar af en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, som på baggrund af sin uddannelse blandt andet har kompetence og ekspertise i:

- Vurdering af psykopatologi hos børn og unge, det vil sige de symptomer, der kendetegner psykiske sygdomme, herunder kompleksiteten i symptomer
- Udredning af komorbiditet, det vil sige tilstande, hvor der er tale om to eller flere forskellige sygdomme på samme tid

- Viden om og erfaring i afklaring af differentialdiagnostiske problemstillinger, det vil sige viden, der gør det muligt at skelne mellem forskellige psykiatriske og somatiske sygdomme med beslægtede symptomer, herunder også somatiske sygdomme der kommer til udtryk i psykiske symptomer.
- Viden og erfaring indenfor udviklingspsykologi, der er væsentlig for vurdering af symptomer og prognose hos patienter i forskellige aldersgrupper.

Disse kompetencer gør i sidste ende speciallægen i stand til at afgøre, om et barn eller en ung har en psykisk lidelse, og i så fald stille en korrekt diagnose. Herudover har en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri særlig ekspertise i:

- psykofarmakologisk behandling af børn og unge

**Arbejdsgruppen fokuserer i sine anbefalinger på speciallægens rolle og ansvar for den tværfaglige udredning. Baggrunden er, at det netop er den børne- og ungdomspsykiatriske speciallæge, der med sin særlige uddannelse og konkrete overordnede ansvar i den tværfaglige udredning, adskiller børne- og ungdomspsykiatriens tilbud fra tilbud i andre sektorer.**

I forlængelse heraf ønsker arbejdsgruppen at understrege, at børne- og ungdomspsykiatrien også er kendetegnet ved en høj grad af tværfagligt samarbejde mellem en række faggrupper, herunder sygeplejersker, læger, pædagoger, sekretærer, psykologer, sosu-assistenten, socialrådgivere, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl. Flere af disse faggrupper har formaliseret efteruddannelse eller videreuddannelse, der dokumenterer kompetence i det børne- og ungdomspsykiatriske speciale. Det gælder indtil videre psykologer, sygeplejersker og pædagoger.

De forskellige faggrupper yder alle en væsentlig indsats, og det vil i mange situationer være fagligt og ressourcemæssigt mest hensigtsmæssigt, at speciallægen samarbejder med disse faggrupper om udredning og behandling af børn og unge med psykisk sygdom. I det følgende er det betragtet som en forudsætning, at speciallægen, som har udrednings- og behandlingsansvaret, i hvert enkelt tilfælde også har ansvaret for, hvilke tværfaglige kompetencer, der er nødvendige i udredning og behandling af det konkrete barn eller den unge.

***Faglige anbefalinger vedrørende målgruppe***

*Anbefaling 1a: Den udvidede ret til undersøgelse og behandling bør ikke medføre en udvidelse af målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien. Den diagnostiske afgrænsning af målgruppen skal derfor fortsat følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer herfor.*

*Anbefaling 1b: Den aldersmæssige afgrænsning af målgruppen for børne- og ungdomspsykiatri bør være i overensstemmelse med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs anbefaling på 0-17 år. Såfremt de 18-årige omfattes af retten, bør de udredes og behandles i voksenpsykiatrien.*

### **Faglige anbefalinger vedrørende visitation**

Anbefaling 2a: Da ca. 25 pct. af alle henviste patienter afvises eller tilbagevisiteres mener arbejdsgruppen ikke, at en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien er en tilstrækkelig forudsætning for at få ret til udredning i privat regi. Kun de børn og unge, som visiteres til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, bør få ret til udredning i private regi, såfremt der er ventetid på de børne- og ungdomspsykiatriske centre.

Anbefaling 2b: Arbejdsgruppen anbefaler, at alle henvisninger visiteres i offentligt regi, for at sikre at alle patienter indgår i den samme prioritering, der skal sikre, at de børn og unge, som har størst behov, bliver udredt først.

### **Faglige anbefalinger vedrørende udredning**

Anbefaling 3a: Da forudsætningen for den udvidede udredningsret er, at udredning i offentligt og privat regi kan substitueres, anbefaler arbejdsgruppen helt grundlæggende, at offentlige og private behandlingstilbud underlægges de samme bestemmelser og krav vedrørende lægefaglig patient behandling, journalføring, kvalitetssikring, registrering og dokumentation i øvrigt.

Anbefaling 3b: Da udredning og behandling kan være overlappende, og det eksempelvis kan være nødvendigt at iværksætte akut behandling, inden udredningen er endeligt afsluttet, mener arbejdsgruppen, det er nødvendigt, at udredningstilbud i såvel offentligt som privat regi har kompetence til varetage både udredning og behandling.

Anbefaling 3c: Ifølge Sundhedsstyrelsen retningslinjer skal børn og unge med psykisk sygdom/udviklingsforstyrrelse eller mistanke om psykisk sygdom/ udviklingsforstyrrelse vurderes af en speciallæge. Arbejdsgruppen konkluderer herudfra, at det ikke er tilstrækkeligt at have en speciallæge som formelt ansvarlig for et behandlingssted, hvis ikke denne har behandlingsansvaret for den enkelte patient. I forlængelse heraf er det arbejdsgruppens grundlæggende anbefaling, at der som minimum bør indgå en speciallæge i det team, som forestår udredningen, og det bør være en speciallæge, der har det konkrete ansvar for udredning af den enkelte patient. Den behandlingsansvarlige speciallæge skal kende patientens sag og skal vurdere patienten eller være tilgængelig for at kunne gøre det ved behov (jf. speciallægens kompetencer beskrevet indledningsvist).

Anbefaling 3d: Arbejdsgruppens anbefaler at afvige fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer om, at der skal ske en vurdering ved børne- og ungdomspsykiater eller eventuelt ved speciallæge i pædiatri eller voksenpsykiatri, og i stedet anbefale at vurderingen skal ske ved en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller speciallæge i voksenpsykiatri med ungdomspsykiatri som funktionsområde. Arbejdsgruppen mener dog samtidigt der vil kunne afviges fra den indsnævring, hvis der er taget eksplicit stilling

hertil. Eksempelvis lægges der i det kommende referenceprogram for udredning og behandling af ADHD op til, at pædiateren kan vurdere tilfælde af ukompliceret ADHD.

Anbefaling 3e: Det er et lovkrav, at den behandlingsansvarlige overlæge har ansvar for at udforme en udrednings- og behandlingsplan for ”enhver, der indlægges på en psykiatrisk afdeling”. Dette krav, herunder de lovbestemte krav til indhold, bør private behandlingssteder også være underlagt.

Anbefaling 3f: Det lovbestemte krav om udrednings- og behandlingsplan vedrører kun indlagte patienter. Arbejdsgruppen anbefaler, at kravet, herunder de lovbestemte krav til indhold, også omfatter ambulante patienter. Dels fordi det er praksis i Region Hovedstadens Psykiatri (og i øvrigt er et krav i forbindelse med akkreditering), og det således vil være en væsentlig serviceforringelse for patienten, hvis det ikke også sker i privat regi. Dels fordi det er et godt redskab til at dokumentere den udrednings- og behandlingsansvarlige læges ansvar.

Anbefaling 3g: Det vil være den udrednings- og behandlingsansvarlige speciallæge, der afgør, hvilke andre faglige kompetencer og ressourcer, der er behov for i indsatsen. Arbejdsgruppen mener, det må forudsættes, at en privatpraktiserende speciallæge el.lign. har ansatte eller samarbejdsaftaler med kompetente kolleger fra andre faggrupper, der kan inddrages efter behov.

## **1. Målgruppe**

### ***Indholdsmæssig afgrænsning***

Målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden følger Sundhedsstyrelsens retningslinjer for, hvilke børn og unge der skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Jf. s. 35f. i Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, Sundhedsstyrelsen 2001.

Ifølge disse retningslinjer er hovedreglen, at børn og unge med psykiske lidelser skal henvises, når de er alvorligt syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at børnene eller de unge kan få tilstrækkelig hjælp i primærsektoren, dvs. hos den alment praktiserende læge eller børne- og ungdomssagkyndige i kommunen, herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og socialforvaltningen.

I en række tilfælde vil der altid være behov for en børne- og ungdomspsykiatrisk specialsagkyndig vurdering. Principielt bør der således altid ske en vurdering ved børne- og ungdomspsykiater/ eller evt. speciallæge i pædiatri og voksenpsykiatri i følgende tilfælde:

1. hvor der er mistanke om eller påvist
  - a. Psykoser

- b. Affektive lidelser (mani/depression)
  - c. Tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker
  - d. Anoreksi
  - e. Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
2. eller hvor barnet/den unge har foretaget alvorlige selvmordsforsøg
  3. eller hvor barnet/den unge er i psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia
  4. eller ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande.

### ***Aldersmæssig afgrænsning***

I Region Hovedstaden kan der henvises børn og unge i alderen fra 0 til og med 17 år til børne- og ungdomspsykiatrien. Aldersgrænsen har tidligere været forskellig hos fusionsparterne i regionen, men er nu ved at blive ensrettet.

En aldersgrænse på 0-17 år er i overensstemmelse med Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskabs definition, jf. selskabets hørings svar af 9. oktober 2007 til udkast til lov om ændring af Sundhedsloven. Denne aldersgrænse er afpasset de faglige kompetencer i det børne- og ungdomspsykiatriske speciale.

Ifølge udkast til lovforslaget om udvidet ret til undersøgelse og behandling vil retten gælde børn og unge i alderen 0-18 år. I Region Hovedstaden vil de 18-årige blive behandlet i voksenpsykiatrien.

### ***Faglige anbefalinger vedrørende målgruppe***

*Anbefaling 1a:* Den udvidede ret til undersøgelse og behandling bør ikke medføre en udvidelse af målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien. Den diagnostiske afgrænsning af målgruppen skal derfor fortsat følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer som beskrevet ovenfor.

*Anbefaling 1b:* Den aldersmæssige afgrænsning af målgruppen for børne- og ungdomspsykiatri bør være i overensstemmelse med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs anbefaling på 0-17 år. Såfremt de 18-årige omfattes af retten, bør de udredes og behandles i voksenpsykiatrien.

## **2. Visitation**

### ***Definition og indhold***

De børne- og ungdomspsykiatriske centre modtager henvisninger fra læger (praktiserende læger/speciallæger og hospitalsafdelinger), fra PPR og fra socialforvaltninger i primærkommunen. Der er sjældent angivet en direkte diagnose i henvisningen, som i stedet indeholder en beskrivelse af en symptomatologi hos barnet, som efter henvisers vurdering begrundet et behov for udredning i børne- og ungdomspsykiatrien.

Når et børne- og ungdomspsykiatrisk center har modtaget en henvisning, foretages en visitation. Visitationen kan defineres som en sundhedsfaglig vurdering af en patients

behov for sundhedsaktiviteter. Eller med andre ord: en sundhedsfaglig vurdering af om et barn eller en ung har behov for børne- og ungdomspsykiatrisk udredning og eventuelt behandling. Visitationen kan enten foregå som en papirvisitation, hvor en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager en sådan vurdering på baggrund af de oplysninger, henvisningen indeholder. Eller visitationen kan foregå som en klinisk visitation, hvor vurderingen foretages på baggrund af yderligere oplysninger end henvisningen, fx en konference med henviser, forældre og personer fra barnets netværk, og/eller en orienterende forsamling med barn og forældre.

Det er en individuel klinisk vurdering, hvor omfattende en visitation, der er nødvendig. Hvis henvisningen tydelig giver tilstrækkelig information til at foretage en vurdering, skal der på den ene side ikke anvendes unødige ressourcer på at foretage en klinisk visitation, da disse ressourcer så ikke kan anvendes på egentlig udredning og behandling. På den anden side er det meget vigtigt at foretage en klinisk visitation, hvis der er tvivl om, hvorvidt patienten hører til i børne- og ungdomspsykiatrisk regi eller tvivl om, hvor meget udredning og behandling haster. Det er væsentligt at undgå situationer, hvor en patient venter lang tid på at påbegynde en udredning, hvor det efter ganske få kontakter kan konstateres, at patienten skal udredes/behandles i andet regi. I Region Hovedstaden afvises/tilbagevisiteres ca. 25 pct. af alle henviste patienter ved visitationen, fordi de falder uden for målgruppen, eller fordi henvisningerne er mangelfulde (jf. tabel 8 i BupBasens årsrapport 2006). I forlængelse heraf gives typisk telefonisk eller skriftligt råd om henvisning til anden instans.

For at udnytte de samlede børne- og ungdomspsykiatriske ressourcer bedst muligt, og for at sikre at udredningsretten målrettes de relevante børn og unge, jf. målgruppe afgrænsningen ovenfor, er det væsentligt, at alle potentielle patienter bliver visiteret, uanset om den eventuelle efterfølgende indsats skal foregå i offentligt eller privat regi.

### ***Prioritering***

For de børn og unge, som falder inden for målgruppen, foretager en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri efterfølgende en prioritering, der skal sikre, at de børn og unge, som har størst behov, bliver udredt og behandlet først, selvom der måske er andre, som har ventet længere tid.

I Region Hovedstadens Psykiatri prioriteres børnene og de unge ud fra følgende kriterier, der går på tværs af diagnoser (prioriteret rækkefølge):

1. Om de er til fare for sig selv og/eller andre
2. Om de har brug for en hurtig indsats for at forebygge forværring i sygdommen eller forværring i mulighederne for helbredelse (gælder eksempelvis svære anorektiske eller psykotiske tilstande)
3. Graden af deres forpinthed
4. Om de er i en kompleks situation, hvor en hurtig børne- og ungdomspsykiatrisk vurdering er nødvendig for det videre forløb

På baggrund af denne prioritering vurderes, hvornår patienten kan begynde udredningen, herunder om retten til udredning i privat regi træder i kraft. Opgørelsen af ventetid foretages i henhold til den fælles registreringspraksis, der er udarbejdet for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden. Retningslinjerne er vedlagt i bilag 2.

Da børnene og de unge prioriteres efter behov kan man først ved visitationen afgøre, om der vil være ventetid over 2 måneder, og dermed om patienten vil have ret til udredning i privat regi. Arbejdsgruppen vurderer derfor, at det er nødvendigt, at alle henvisninger går via en visitation i offentligt regi.

I forlængelse af visitationen og prioriteringen skal patienten ifølge udkast til lovforslag senest 8 hverdage efter, at henvisningen er modtaget, oplyses

1. om dato og sted for undersøgelse eller behandling
2. om patienten kan tilbydes behandling inden for to måneder efter reglerne om frit sygehusvalg
3. om patientens ret til at vælge sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg
4. om ventetiden på behandling ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de i § 11, stk. 2-3, nævnte private specialsygehuse m.fl.
5. at sygehuset tilbyder, at patienten ved henvendelse dertil kan få oplyst antal behandlinger, der er foregået på de i nr. 4 nævnte sygehuse, og
6. at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne om frit og udvidet frit sygehusvalg.

Disse krav er de samme, som de somatiske sygehuse i dag skal leve op til, så det forventes, at de vil blive vedtaget i den form, de foreligger i udkastet til lovforslag. Administrationen i Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder et forslag til tekst, som opfylder ovenstående krav, og som skal indgå i centrene breve til patienterne.

#### ***Faglige anbefalinger vedrørende visitation***

*Anbefaling 2a: Da ca. 25 pct. af alle henviste patienter afvises eller tilbagevisiteres mener arbejdsgruppen ikke, at en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien er en tilstrækkelig forudsætning for at få ret til udredning i privat regi. Kun de børn og unge, som visiteres til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien, bør få ret til udredning i private regi, såfremt der er ventetid på de børne- og ungdomspsykiatriske centre.*

*Anbefaling 2b: Arbejdsgruppen anbefaler, at alle henvisninger visiteres i offentligt regi, for at sikre at alle patienter indgår i den samme prioritering.*

### **3. Udredning**

#### ***Definition og indhold***

Udredning kan defineres som en afklaring af, hvilken endelig behandling der skal ske. Det er en klinisk vurdering, hvornår udredningen er afsluttet, og dermed hvornår ven-

tetid til eventuel behandling påbegyndes. Ofte vil det dog hverken være klinisk meningsfuldt eller hensigtsmæssigt at adskille udredning og behandling. Eksempelvis kan der være behov for, at akut behandling opstartes, inden udredningen er endelig afsluttet. Hvis udredning og behandling ikke kan adskilles, er der tale om udredning, jf. definitionen af status 11 på s. 14 i Psykiatrisk registreringsvejledning, Sundhedsstyrelsen 2007. Udredning afsluttes således ikke pr. definition, når behandling opstartes.

Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt på at fastsætte udredningstakster for ambulante kontakter i samarbejde med en gruppe børne- og ungdomspsykiatere fra hele landet. Denne gruppe er kommet frem til, at et udredningsforløb består af følgende elementer:

- Førstegangssamtale
- Forældresamtale
- Diagnostisk interview
- Somatisk undersøgelse
- Psykologisk undersøgelse
- Observationer
- Social anamnese (netværksmøde/kontakt til anden myndighed)
- Kontakt til anden myndighed
- Netværksmøde
- Forældresamtale

Region Hovedstadens arbejdsgrupper beskriver i øvrigt, at observation og undersøgelse af barnet eventuelt suppleres med observation i nærmiljøet i samarbejde med barnets institutioner kombineret med indhentning af supplerende oplysninger. Er barnet eller den unge indlagt, indgår miljøobservation i grundlaget. Undersøgelserne varierer, blandt andet afhængigt af patientens alder. Generelt er der fokus på forældrene og nærmiljøet hos børn, mens tilgangen til den unge er mere individbaseret.

De enkelte udredningsforløb vil variere med hensyn til intensiteten eller antallet af ydelser. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe konkluderer i øvrigt, at det ikke er oplagt at gruppere udredningsforløbene efter diagnose.

### ***Faglige kompetencer i udredningen***

Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer for hvilke børn og unge, der skal vurderes i børne- og ungdomspsykiatrien, jf. målgruppebeskrivelsen indledningsvis, skal der ske en vurdering under ansvar af en børne- og ungdomspsykiater/ eller evt. speciallæge i pædiatri og voksenpsykiatri. Arbejdsgruppen ønsker at påpege, at disse retningslinjer er formuleret på et tidspunkt, hvor børne- og ungdomspsykiatrien var et forholdsvis nyt speciale, og hvor der endnu kun var uddannet ganske få speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Det var således urealistisk at opstille krav om, at alle patienter skulle vurderes ved en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, om end det ville være det mest hensigtsmæssige. Siden da er specialet og herunder antallet af speciallæger vokset betragteligt. I forlængelse heraf har arbejdsgruppen to kommentarer til de eksisterende retningslinjer.



For det første anbefaler arbejdsgruppen, at såfremt der skal ske en vurdering ved speciallæge i voksenpsykiatri, bør det være en speciallæge i voksenpsykiatri med ungdomspsykiatri som funktionsområde. Sidstnævnte er en anerkendelse, der kan opnås med 48 måneders ansættelse som 1. reservelæge-/afdelingslæge fordelt med 24 måneder i voksenpsykiatrien og 24 måneder i ungdomspsykiatrien, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger af 4. juli 1997. Når speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri omtales i dette notat, omfatter det både speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og speciallæger i voksenpsykiatri med ungdomspsykiatri som funktionsområde.

For det andet anbefaler arbejdsgruppen, at det som hovedregel ikke er tilstrækkeligt, at vurderingen sker ved speciallæge i pædiatri, da det ikke længere er obligatorisk, at speciallægeuddannelsen til pædiater omfatter en sideuddannelse i børne- og ungdomspsykiatri. Vurdering ved pædiater kan dog fortsat være tilstrækkeligt for særlige grupper af børn og unge med psykiske lidelser, hvis der er taget eksplicit stilling hertil. Eksempelvis lægges der i det kommende referenceprogram for udredning og behandling af ADHD op til, at pædiateren kan vurdere tilfælde af ukompliceret ADHD.

### ***Udrednings- og behandlingsplan***

Enhver udredning skal foregå på basis af en udrednings- og behandlingsplan, som tiltrædes og underskrives af den behandlingsansvarlige speciallæge, og som udarbejdes i samarbejde med barnet/den unge og forældrene.

Det er lovpligtigt, at der skal udarbejdes en udrednings- og behandlingsplan, for indlagte patienter. De nærmere retningslinjer herfor er beskrevet i Vejledning 2006-12-14 nr. 122 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner... mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger: ”I medfør af psykiatrilovens § 3, stk. 3, har den behandlingsansvarlige overlæge ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på en psykiatrisk afdeling. Behandlingsplanen skal journalføres. Overlægen kan bemyndige en anden læge til at udarbejde en behandlingsplan for patienten... Der er ingen formelle krav til udformningen af behandlingsplanen, men den er en del af journalen, hvad enten den er indskrevet i selve journalen eller foreligger som et selvstændigt notat. Det overlades derfor til den enkelte psykiatriske afdeling at finde den udformning, der lokalt findes optimalt og mest overskuelig... Behandlingsplanen skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen og skal omfatte følgende:

- a) Psykiatriske og somatiske diagnoser samt beskrivelse af de fænomener, der underbygger diagnoserne,
- b) Plan for de efterfølgende undersøgelser, der er nødvendige af diagnostiske og behandlingsmæssige grunde,
- c) Plan for den pågældende behandling, omfattende såvel medicinsk behandling som psykoterapeutiske, miljøterapeutiske samt sociale foranstaltninger, under hensyntagen til eventuelt senere indløbne undersøgelsesresultater,
- d) De mål, der søges opnået ved behandlingen og antagelser om behandlingens varighed,
- e) Tidspunkt for planlagt opfølgning af behandlingsplanen og

f) Oplysning om patientens holdning til behandlingsplanen.”

Efter udredning fastlægges en diagnose på en tværfaglig konference. I den forbindelse tages stilling til behov for supplerende undersøgelser, og der opstilles udkast til behandlings- og foranstaltningsplan.

**Faglige anbefalinger vedrørende udredning**

Anbefaling 3a: Da forudsætningen for den udvidede udredningsret er, at udredning i offentligt og privat regi kan substitueres, anbefaler arbejdsgruppen helt grundlæggende, at offentlige og private behandlingstilbud underlægges de samme bestemmelser og krav vedrørende lægefaglig patient behandling, journalføring, kvalitetssikring, registrering og dokumentation i øvrigt.

Anbefaling 3b: Da udredning og behandling kan være overlappende, og det eksempelvis kan være nødvendigt at iværksætte akut behandling, inden udredningen er endeligt afsluttet, mener arbejdsgruppen, det er nødvendigt, at udredningstilbud i såvel offentligt som privat regi har kompetence til varetage både udredning og behandling.

Anbefaling 3c: Ifølge Sundhedsstyrelsen retningslinjer skal børn og unge med psykisk sygdom/udviklingsforstyrrelse eller mistanke om psykisk sygdom/ udviklingsforstyrrelse vurderes af en speciallæge. Arbejdsgruppen konkluderer herudfra, at det ikke er tilstrækkeligt at have en speciallæge som formelt ansvarlig for et behandlingssted, hvis ikke denne har behandlingsansvaret for den enkelte patient. I forlængelse heraf er det arbejdsgruppens grundlæggende anbefaling, at der som minimum bør indgå en speciallæge i det team, som forestår udredningen, og det bør være en speciallæge, der har det konkrete ansvar for udredning af den enkelte patient. Den behandlingsansvarlige speciallæge skal kende patientens sag og skal vurdere patienten eller være tilgængelig for at kunne gøre det ved behov. (jf. speciallægens kompetencer beskrevet indledningsvist).

Anbefaling 3d: Arbejdsgruppens anbefaler at afvige fra Sundhedsstyrelsens retningslinjer om hvilke speciallæger, der kan foretage en vurdering, og i stedet anbefale at vurderingen skal ske ved en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller speciallæge i voksenpsykiatri med ungdomspsykiatri som funktionsområde. Arbejdsgruppen mener dog samtidigt der vil kunne afviges herfra, hvis der er taget eksplicit stilling hertil. Eksempelvis lægges der i det kommende referenceprogram for udredning og behandling af ADHD op til, at pædiateren kan vurdere tilfælde af ukompliceret ADHD.

Anbefaling 3e: Det er et lovkrav, at den behandlingsansvarlige overlæge har ansvar for at udforme en udrednings- og behandlingsplan for ”enhver, der indlægges på en psykiatrisk afdeling”. Dette krav, herunder de lovbestemte krav til indhold, bør private behandlingssteder også være underlagt.

*Anbefaling 3f: Det lovbestemte krav om udrednings- og behandlingsplan vedrører kun indlagte patienter. Arbejdsgruppen anbefaler, at kravet, herunder de lovbestemte krav til indhold, også omfatter ambulante patienter. Dels fordi det er praksis i Region Hovedstadens Psykiatri (og i øvrigt er et krav i forbindelse med akkreditering), og det således vil være en væsentlig serviceforringelse for patienten, hvis det ikke også sker i privat regi. Dels fordi det er et godt redskab til at dokumentere den udrednings- og behandlingsansvarlige læges ansvar.*

*Anbefaling 3g: Det vil være den udrednings- og behandlingsansvarlige speciallæge, der afgør, hvilke andre faglige kompetencer og ressourcer, der er behov for i indsatsen. Arbejdsgruppen mener, det må forudsættes, at en privatpraktiserende speciallæge el.lign. har ansatte eller samarbejdsaftaler med kompetente kolleger fra andre faggrupper, der kan inddrages efter behov.*

## **Bilag 1. Kommissorium**

### **Arbejdsgruppens navn**

Arbejdsgruppe om faglige krav til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien

### **Baggrund og formål**

1. januar 2008 indføres en udredningsret, der indebærer, at børn og unge har ret til at lade sig udrede i privat regi, hvis der er en ventetid på mere end 2 måneder i offentligt regi. Året efter udvides retten til også at gælde ventetid på behandling, der er nødvendig for at undgå en forværring af deres lidelse..

På den baggrund nedsættes en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe med det formål at skabe grundlag for at børn og unge med psykisk sygdom eller mistanke om psykisk sygdom får en kvalificeret, tilstrækkelig og ensartet udredning og behandling, uanset om det foregår i offentligt eller privat regi.

Arbejdsgruppens overvejelser vil dels blive anvendt i tilrettelæggelsen af indsatsen i Region Hovedstaden, og dels blive sendt til Danske Regioner, der udarbejder aftaler med private tilbud, samt til eventuelle andre interessenter.

### **Opgaver**

Arbejdsgruppens opgave er at udarbejde et baggrundspapir, der beskriver de faglige krav til visitation, udredning, behandling og opfølgning på børn og unge med psykisk sygdom eller mistanke om psykisk sygdom.

Arbejdet vil tage udgangspunkt i specialebeskrivelsen af børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, som blev udarbejdet i efteråret 2005, og som blandt andet indeholder en beskrivelse af et generelt behandlingsforløb og dets faser samt af de hyppigste diagnosegrupper.

Med henblik på at gøre beskrivelsen handlingsanvisende skal arbejdsgruppen ud over de faglige krav også beskrive hvilke ydelser, de forskellige faser skal indeholde, samt hvilke krav der skal være til registrering og dokumentation. I det omfang det er nødvendigt, underropedes beskrivelserne i forskellige sygdomskategorier.

Arbejdet vil blive opdelt i to faser. Første fase vil have fokus på visitation og udredning, og vil blive afsluttet inden jul 2007. Anden fase vil have fokus på behandling, opfølgning og kvalitetsudvikling og vil foregå i 1. kvartal 2008.

### **Arbejdsgruppens sammensætning**

- Konstitueret direktør Annette Gjerris, Region Hovedstadens Psykiatri (formand)
- Speciallæge Eva Christensen, repræsentant fra speciallægepraksis
- Centerchef Hanne Børner, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Glostrup

- Konstitueret chefpsykolog Dennis Lind, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup
- Konstitueret ledende overlæge Anne-Rose Wang, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg
- Lægechef Uwe Klahn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød
- Sygeplejefører Elisabeth Bille-Brahe, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød
- Specialkonsulent Lotte Larsen, Region Hovedstadens Psykiatri (sekretær)

### **Tidsplan for første fase**

Onsdag den 28. november kl. 9-11	1. møde i arbejdsgruppen Borgervænget 7, mødelokale 4.04
Onsdag den 5. december	1. udkast mailes til kommentering i arbejdsgruppen
Mandag den 10. december kl. 8	Frist for kommentarer til 1. udkast
Tirsdag den 11. december kl. 11-13	2. møde i arbejdsgruppen Borgervænget 7, mødelokale 4.00
Fredag den 14. december	2. udkast mailes til kommentering i SFR
Mandag den 17. december kl. 8	Frist for kommentarer til 2. udkast
Onsdag den 19. december kl. 14-16	evt. 3. møde i arbejdsgruppen Borgervænget 7, mødelokale 4.04
Torsdag den 20. december	Sidste udkast mailes til kommentering i SFR

### **Tidsplan for anden fase**

Tirsdag den 22. januar kl. 13-15	Møde i arbejdsgruppen Borgervænget 7, mødelokale 4.04
Torsdag den 21. februar kl. 13-15	Møde i arbejdsgruppen Borgervænget 7, mødelokale 4.04
Onsdag den 26. marts kl. 9-11	Evt. møde i arbejdsgruppen Borgervænget 7, mødelokale 4.04

### **Fremlæggelse**

SFR for løbende mulighed for at kommentere baggrundspapiret i løbet af processen.

## **Bilag 2: Registreringspraksis i børne- og ungdomspsykiatrien**

Ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien er et område, der til stadighed har stort politisk fokus. Blandt andet blev der i Psykiatraføtalen for 2007-10 varslet en gradvis indførelse af en udvidet ret til undersøgelse og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Således er det forventningen, at der pr. 1. januar 2008 indføres en udredningsret, der indebærer, at børn og unge har ret til at lade sig udrede i privat regi, hvis der er en ventetid på mere end 2 måneder i børne- og ungdomspsykiatrien. Året efter forventes retten at blive udvidet til også at gælde ventetid på behandling.

Som følge heraf er der behov for at kunne opgøre valide og ensartede ventetidsstatistikker på tværs af regionen, og det er væsentligt at kunne sondre mellem ventetid på udredning og ventetid på behandling, så det efterfølgende er muligt at tilrettelægge og prioritere indsatsen herefter. Psykiatrivirksomheden har i den forbindelse fundet det hensigtsmæssigt at få en fælles drøftelse og afklaring af registreringspraksis på tværs af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre.

Lederforum for børne- og ungdomspsykiatrien blev på deres møde den 24. april 2007 orienteret om, at disse drøftelser vil blive forankret i den nye arbejdsgruppe, som koordinerer arbejdet med de patientadministrative registreringer. Arbejdsgruppens repræsentanter fra børne- og ungdomspsykiatrien har efterfølgende afholdt to møder med henblik på at drøfte og fastlægge ensartede retningslinier for ventetidsregistrering. Arbejdsgruppens forslag er efterfølgende godkendt på møde i lederforum for børne- og ungdomspsykiatrien den 30. maj 2007 og træder i kraft den 1. juli 2007.

Arbejdsgruppens forslag til ensartet registreringspraksis er skitseret i figuren nedenfor. Forslaget er udarbejdet under hensyntagen til, at retningslinierne skal kunne håndteres ens i alle de eksisterende patientregistreringssystemer.

I umiddelbar forlængelse af figuren er begreberne defineret og afgrænset.

Afslutningsvis har arbejdsgruppen knyttet nogle kommentarer til den foreslåede praksis.

## Forslag til ensartet registreringspraksis

### VENTESTATUS

**Evt. 14**  
*Fra henvisning modtages*  
*Til henvisning er tilstrækkelig*

**11**  
*Fra henvisning er tilstrækkelig*  
*Til udredning påbegyndes*

**25**  
*Fra udredning påbegyndes*  
*Til udredning afsluttes*

**12**  
*Fra udredning afsluttes*  
*Til behandling påbegyndes*

Ingen ventestatus

**Evt. ny 12**  
*Fra ny henvisning oprettes*  
*Til indlæggelse påbegyndes*

### AKTIVITET

Henvisning  
modtages

Administrativ  
visitation

Klinisk visitation/  
forundersøgelse/  
forvisitation

Udredning påbe-  
gyndes

Udredning afslut-  
tes

Behandling på-  
begyndes

### PATIENTSTATUS

**H**  
*Fra henvisning modtages*  
*Til behandling påbegyndes*

**F**  
*Fra klinisk visitation påbegyn-  
des*  
*Til behandling påbegyndes*  
  
Hvis der ikke foretages klinisk  
visitation, påbegyndes status  
F ved udredningsstart

**I el A**  
*Fra behandling påbegyndes*  
*Til behandling afsluttes*

**Evt. ny H**  
Oprettes hvis det undervejs i et ambu-  
lant behandlingsforløb vurderes, at pa-  
tienten i stedet skal indlægges

## Definition af begreber

<b>Begreb</b>	<b>Definition</b>
<i>Administrativ visitation</i>	Sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering foretaget på baggrund af en korrekt henvisning.
<i>Behandling</i>	Den endelige behandling, der klinisk vurderes bedst til at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem.
<i>Henvisning</i>	Anmodning fra en henvisningsinstans til afdeling/center om at modtage en patient. Henvisningen træder i kraft den dato, henvisningen modtages på afdelingen/centret.
<i>Klinisk visitation (også kaldet forundersøgelse eller forvisitation)</i>	Sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering foretaget på baggrund af yderligere oplysninger end en henvisning, fx netværksmøde, patientkontakt mv. Det er <i>ikke</i> et krav, at patienten er til stede.
<i>Patientstatus A</i>	Ambulant behandling
<i>Patientstatus F</i>	Forambulant undersøgelse
<i>Patientstatus H</i>	Henvist
<i>Patientstatus I</i>	Behandling under indlæggelse
<i>Udredning</i>	Afklaring af, hvilken endelig behandling der skal ske. Det er en klinisk vurdering, hvornår udredningen er afsluttet, og dermed hvornår ventetid til eventuel behandling påbegyndes. Udredningen kan afsluttes senere end patientens sidste besøg, hvis der eksempelvis følges op med en konference el.lign. Hvis udredning og behandling ikke kan adskilles, er der tale om udredning.
<i>Venteperiode</i>	Den samlede periode fra henvisning modtages til behandling påbegyndes
<i>Ventestatus 11</i>	Ventende på udredning
<i>Ventestatus 12</i>	Ventende på behandling
<i>Ventestatus 14</i>	Ventende pga. manglende oplysninger



<i>Ventestatus 25</i>	Ikke ventende, under udredning
<i>Ventetid til behandling</i>	Perioden fra henvisning modtages til behandlingen påbegyndes (venteperiode), fratrukket den periode hvor udredningen er foregået.
<i>Ventetid til udredning</i>	Perioden fra henvisning modtages til udredning påbegyndes. Perioden, hvor en eventuel klinisk visitation foregår, fratrækkes <i>ikke</i> . Den eventuelle ventetid pga. manglende oplysninger fratrækkes heller <i>ikke</i> .

### **Arbejdsgruppens kommentarer**

Den forventede udvidede ret til undersøgelse og behandling betyder, at der i videst muligt omfang skal sondres mellem udredning og behandling, og det skal være muligt at skelne mellem ventetid til udredning og ventetid til behandling.

Arbejdsgruppens drøftelser har dog vist, at udredningsbegrebet kan forstå på flere måder.

Det kan *enten* forstås som en indledningsvis screening, der kan danne udgangspunkt for en overordnet vurdering af patientens behov. En sådan screening skal afgøre, om patienten har behov for flere ydelser i børne- og ungdomspsykiatrien, og hvis det er tilfældet, kan der foretages en prioritering af den efterfølgende venteliste. I den foreslåede registreringspraksis benævnes denne forståelse 'klinisk visitation'.

*Eller* udredning kan forstås som en tilbundsgående afklaring af, hvilken behandling patienten har behov for. Denne forståelse er i overensstemmelse med den kliniske forståelse af begrebet og er i den foreslåede registreringspraksis benævnt 'udredning'.

Det er uvist, om den annoncerede udredningsret er tænkt som udredning i betydningen 'klinisk visitation' eller i betydningen 'udredning'.

Denne usikkerhed betyder, at det skal være muligt at opgøre såvel ventetid til 'klinisk visitation' som ventetid til 'udredning'. Den foreslåede registreringspraksis tager højde herfor ved at ventestatus og patientstatus ikke ændres samtidigt.

### *Prioritering af ventelisten*

Uanset hvordan udredningsretten konkret bliver defineret, er det dog helt centralt, at de patienter, som har størst behov, skal udredes og behandles først, selvom der måske er andre patienter, som har ventet længere tid. Ventelisten skal derfor altid være prioriteret.

Hvis denne prioritering ikke kan foretages ved papirvisitationen, skal der iværksættes en klinisk visitation. Det er en individuel klinisk vurdering, hvor omfattende en visitation, der er nødvendig.

Hvis henvisningen helt tydelig giver tilstrækkelig information til at fortage en prioritering, skal der på den ene side ikke anvendes unødige ressourcer på at foretage en klinisk visitation, da disse ressourcer så ikke kan anvendes på egentlig udredning og behandling.

På den anden side er det meget vigtigt at foretage en klinisk visitation, *hvis der er tvivl* om, hvorvidt patienten hører til i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Det er væsentligt at undgå situationer, hvor en patient venter lang tid på at påbegynde en udredning, hvor det efter ganske få kontakter kan konstateres, at patienten skal afvises.

#### *Opgørelse af ventetid*

Arbejdsgruppen finder det problematisk, at ventestatus 14 (ventende på grund af manglende oplysninger) tæller med i ventetiden, da de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre ikke har direkte indflydelse herpå. Da der er ønskeligt, at opretholde et godt samarbejde med henvisende aktører, skal afdelingerne/centrene dog fortsat indgå i en dialog med henviserne frem for blot at afvise henvisningerne, så perioden ikke tæller med i ventetiden. Ventestatus 14 kan evt. gøres til genstand for selvstændig analyse.

#### *Status F*

En stor del af patienterne har efter udredning ikke behov for decideret behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Udredningen udgør størstedelen af specialets kerneydelse, og behandlingsretten vil således kun have betydning for en lille del af patienterne, hvis først udredningsretten er opfyldt.

Den nye registreringspraksis betyder, at størstedelen af aktiviteten vil have status af forambulant aktivitet (F). Det er væsentligt at understrege, at dette ikke er eller må betyde en kvalitetsforringelse i aktiviteten. Det kan i øvrigt oplyses, at der i Sundhedsstyrelsens statistikker udelukkende opereres med ambulant eller stationær aktiviteter, hvilket betyder, at der ikke sondres mellem forambulant, ambulant og efterambulant aktivitet.

#### *Ikrafttræden*

Arbejdsgruppen anbefaler, at afdelings/centerledelserne orienterer om den nye praksis til både registrerings- og klinisk personale i løbet af juni, så den nye praksis kan iværksættes pr. 1. juli 2007.

### Bilag 3: Henvisningsskema til børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden

<b>Modtager</b>	
Navn og adresse på det relevante børne- og ungdomspsykiatrisk center	
<b>Patient</b>	<b>Forældre</b>
Personnummer, navn og adresse	Personnummer, navn, adresse og telefonnummer i dagtimerne på begge forældre. Angivelse af, hvem der har forældremyndighed.
<b>Henviser</b>	<b>Egen læge</b>
Navn, adresse, telefonnummer og sikker e-mail på henviser	Navn, adresse og telefonnummer på patientens egen læge
<b>Skole/institution</b>	<b>Sprog</b>
Navn, adresse og telefonnummer	Er der behov for tolk? Evt. navn på tolk, som familien allerede anvender
<b>Baggrund for henvisningen</b>	
Henvisers observation af symptomer, evt. hypoteser, analyse og konklusion af det hidtidige forløb og aktuelle problemstillinger i sagen	
Hvad forventes af henvisningen og hvorfor?	
Hvilke foranstaltninger har været overvejet?	
Har patienten tidligere været henvist til børne- og ungdomspsykiatrien? I så fald hvor og hvornår?	
<b>Sygehistorie</b>	

<p>Resume af barnets/den unges livs- og udviklingshistorie Husk at angive højde, vægt og vækstkurve, hvis der henvises for spiseforstyrrelse</p>
<p>Beskrivelse af patientens tidligere sygdomme/lidelser/problemer, tidligere undersøgelser, hidtidige behandling/indsats, såvel fra hospital, social- som undervisningssystemet samt effekt af indsatsen</p>
<p>Er der gennemført undersøgelse efter § 50 i lov om social service (udfyldes kun, hvis henviser er fra kommunen)?</p>
<p><b>Medicin</b></p>
<p>Aktuel medicin</p>
<p>Evt. misbrug af medicin eller andre stoffer</p>
<p><b>Familien</b></p>
<p>Beskrivelse af familieforhold</p>
<p>Barnets/den unges symptomer/problemstillinger, som barnet/den unge og familien har beskrevet det, samt en konkluderende analyse og vurdering fra henviser</p>
<p>Hvad er forældrene og barnet/den unge oplyst om i forbindelse med henvisningen?</p>
<p>Familiens holdning til henvisningen og til de eventuelle aftaler, der er indgået med familien</p>
<p>Barnets/den unges holdning til henvisningen</p>
<p><b>Samtykke</b></p>
<p>Er der indhentet samtykke fra forældrene/den unge til henvisningen?</p>

Er der indhentet samtykke fra forældrene/den unge til samarbejde med diverse instanser? Husk at vedlægge samtykkeerklæring.
<b>Bilag</b>
Oversigt over de kopier af relevante undersøgelser/behandlingsresultater, der er vedlagt. Der skal som minimum vedlægges kognitiv, psykologisk vurdering samt udtalelser fra relevante fagpersoner. Husk at vedlægges kopierne.
<b>Øvrige forhold af betydning</b>
Her kan fx noteres, hvis der ønskes netværksmøde
<b>Underskrift</b>
Henviser underskriver