

UDVIKLINGEN I DEN BØRNE- OG
UNGDOMSPSYKIATRISKE VIRKSOMHED

2008

Opfølgingsgruppens sammensætning

Afdelingslæge Marianne Jespersen, Sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen
(formand)

Professionschef Ib Andersen, Dansk Psykolog Forening

Akademisk medarbejder Sille Arildsen, Sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig Biørn Bakdal, Velfærdsministeriet

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

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

Fuldmægtig Charlotte Hosbond, Sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen

Afdelingschef Steffen Egesborg Hansen, Regional Sundhed, Ministeriet for Sund-
hed og Forebyggelse

Ledende overlæge Jan Jørgensen, Børnepsykiatrisk Hus i Odense, Danske Regio-
ner

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

Centerchef Uwe Klahn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, Børne- og
UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark

Fuldmægtig Bjørn Ursin Knudsen, Sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen

Centerchef Anne Rose Wang, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg,
Region Hovedstaden

Fuldmægtig Sine Mutanu Jungersted, Regional Sundhed, Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

Centerchef Anne Lindhardt, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri

Konsulent Tina Levyson, Kommunernes Landsforening

Konsulent Maj-Britt Laursen, Danske Regioner indtil 8. august 2008

Konsulent Lars Oxlund Christoffersen, Danske Regioner fra 8. august 2008

Indhold

1	Indledning	5
2	Baggrund	6
2.1	Resumé af konklusionerne i Sundhedsstyrelsens "Redegørelse: Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, 2001"	7
2.2	Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001 om den fremtidige tilrettelæggelse af organisation og tilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien	8
2.3	Konklusioner og anbefalinger i forrige statusnotat	9
3	Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten	11
3.1	"Hjemtagelse" til specialet	14
3.2	Akutfunktioner	19
3.3	Udviklingen i ressourcer	22
3.4	Udviklingen belyst i relation til tvang	25
4	Efterspørgslen efter ydelser	30
5	Venteliste- og ventetidsudviklingen	34
5.1	Om ventelister	34
5.2	Om ventetider	36
5.3	Ventetid og udvidet frit valg	37
6	Personaleudviklingen	38
6.1	Vedrørende læger i børne- og ungdomspsykiatrien	39
6.2	1.1 Psykiatriske sygeplejersker	41
6.3	1.1 Psykologer	41
6.4	1.2 Opsummerende	42
7	Vedrørende spiseforstyrrelser	43
7.1	Baggrund	43
7.2	Udviklingen i kapacitet og aktivitet	44
7.3	Spiseforstyrrelsesteams	46
7.4	Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser	47
7.5	Efterspørgslen efter ydelser	48
7.6	Ventelister og ventetider	50
7.7	Opsummering	52
8	Socialektoren	53
8.1	Psykiatriaftalen 2003 til 2006 – den sociale sektor	53
8.2	Nationalt kvalitetsprojekt i børne- og ungdomspsykiatrien	54
8.3	Den kommunale sektor	55

9	Forventninger til den fremtidige efterspørgsel i børne- og ungdomspsykiatrien	59
9.1	Om forekomst og efterspørgsel	59
9.2	Overvejelser om mulige årsager til den stigende efterspørgsel	61
9.3	Den demografiske udvikling	62
9.4	Henvisningsmønstre og arbejdsdeling	62
9.5	Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling	62
10	Konklusion og anbefaling	64
	Bilag: Tabel 16a uddybet	65

1 Indledning

Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe vedr. børne- og ungdomspsykiatri udgav i april 2004 sin første statusrapport om udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område. Efterfølgende har opfølgingsgruppen hvert år udgivet et tilsvarende statusnotat. Den her foreliggende femte statusrapport indeholder som sidste års statusnotat efter ønske fra satspuljepartierne et særligt kapitel om spiseforstyrrelser og yderligere visse tilgængelige sociale data.

Nærværende statusrapport tager udgangspunkt i aktiviteten på området i 2007. Ansvar for børne- og ungdomspsykiatrien er i henhold til kommunalreformen placeret i de 5 regioner, og der er på den baggrund foretaget en række organisatoriske ændringer på området.

Der er tilstræbt en så aktuel status som muligt. Nye data i notatet omfatter 2007, som er indsamlet i maj 2008. Når der tilstræbes så nye tal som muligt betyder det, at man på nogle punkter har oplysninger, der kun er få måneder gamle, mens andre tal kan være ældre, dvs. at tidsperioden kan variere i rapporten.

Opgørelserne er foretaget med udgangspunkt i regionerne, men af hensyn til sammenligning med tidligere år, visse tabeller fortsat opdelt både på regioner og på afdelinger, som nogenlunde svarer til de gamle amter.

Bl.a. på baggrund af kommunalreformen har der fortsat været visse vanskeligheder med at indhente de ønskede oplysninger for 2007 og flere indhentede spørgeskemaer fra regionerne er bl.a. derfor mangelfuldt udfyldt. Der er herudover forskellige lokale organisatoriske forhold der gør sig gældende og som ikke direkte kommer til udtryk i de besvarede spørgeskemaer. Det må derfor generelt tages forbehold over for præcisionen i visse af de indberettede data og dermed eventuelt nogle af konklusionerne i rapporten.

Opfølgingsgruppens konklusioner og anbefalinger fremgår af kapitel 10.

2 Baggrund

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

I erkendelse af, at der var begrænset viden om problemernes karakter, indgik i denne Psykiatriaftale bl.a., at Sundhedsstyrelsen skulle igangsætte en arbejdsgruppe med henblik på behovet for udvidelse af den samlede behandlingskapacitet på længere sigt. Det resulterede i Sundhedsstyrelsens redegørelse: [Børne- Ungdomspsykiatrisk virksomhed - den fremtidige tilrettelæggelse" fra 2001](#). Anbefalingerne for udbygning og styrkelse af området er fortsat relevante og er således siden indgået i psykiatriaftalerne og i den nugældende Psykiatriaftale for 2007-2010.

I Sundhedsstyrelsens redegørelse opstilledes, på baggrund af omfattende analyser, en målsætning for børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet, og det konstateredes, at realiseringen af denne målsætning forudsatte en betydelig og målrettet udbygning over en årrække. I relation hertil anbefaledes, at udviklingen og udbygningen blev overvåget af de centrale sundhedsmyndigheder.

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

Opfølgningsgruppen kan konstatere, at der i Psykiatriaftalen 2007–2010 blev tilkendegivet enighed om, at det børne- og ungdomspsykiatriske område fortsat prioriteres højt i form af målrettet styrkelse af tilbuddene i sundhedssektoren.

På baggrund heraf udarbejdede opfølgningsgruppen en status i 2004, 2005, 2006 og 2007 for, hvor langt man var i relation til opfyldelsen af anbefalingerne i ovennævnte redegørelse. Der er i forlængelse af disse notater indgået politiske aftaler med henblik på en fortsat styrket indsats på området.

Regeringen indgik aftale om, at der via satspuljeaftalen 2005 sikredes børne- og ungdomspsykiatrien i alt 200 mio. kr. over en fireårig periode. Satspuljeaftalen i 2005 indebar endvidere en tilførsel af 30 mio. kr. årligt specifikt til spiseforstyrrelser.

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

Fra 2007 blev der bl.a. afsat 30 mio. kr. som en permanent bevilling til fastholdelse af det aktivitetsniveau, som er opnået i børne- og ungdomspsykiatrien med Psykiatriaftalen 2003-2006. Herudover blev der fra 2007 afsat 25 mio. kr. som en permanent bevilling til intensiveret udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på nedbringelse af ventetider.

Endelig blev der med aftalen afsat 1 mio. kr. til en undersøgelse af årsagerne til det stigende antal henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien. Socialministeriet bevilgede et tilsvarende beløb til undersøgelsen. Undersøgelsen blev igangsat i april 2007 og rapporten er udgivet i sommeren 2008.

Senest er indført undersøgelsesret og behandlingsret inden for 2 måneder for psykisk syge børn og unge. Fra 1. august 2008 får børn og unge, ved ventetider til undersøgelse på mere end 2 måneder, ret til undersøgelse på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med. Fra 1. januar 2009 får børn og unge, som efter undersøgelse har behov for hurtig behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, ved ventetider på mere end 2 måneder, ret til behandling på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med.

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

Det vurderedes i 2001, 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 ville den demografiske udvikling betyde en øget efterspørgsel.

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.

Vedrørende opgavevaretagelsen fandt man den principielle arbejdsdeling mellem social-, undervisnings- og sundhedssektoren hensigtsmæssig. Dette betyder bl.a. at børne- og ungdomspsykiatrien først inddrages når der er tale om alvorligere psykiske problemer/psykisk sygdom eller når den samlede problematik er for indviklet til at kunne klares i primærsektoren. Der blev samtidig udpeget en række tilstande, hvor der altid bør ske vurdering ved børne- og ungdomspsykiatrisk speciallæge. Det drejer sig om:

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

Det blev konstateret, at det nødvendige samarbejde mellem sektorerne ofte ikke kan omsættes til realiteter pga. kapacitetsproblemer i de forskellige sektorer. Det medfører u hensigtsmæssige ventetider og flaskehalse specielt ved overgangene mellem de forskellige sektorer og det er derfor nødvendigt, at der er tilstrækkelige ressourcer til rådighed i den enkelte sektor.

Med hensyn til kapacitet, aktivitet og efterspørgsel konstateredes stor variation i tilbuddenes omfang mellem de daværende amter, idet nogle amter kun tilbød ambulans service, mens andre rådede over hele spektret af undersøgelses- og behandlingstilbud, hvilket betød, misforhold mellem tilbud og efterspørgsel afspejlede sig i en negativ udvikling i ventelister og ventetider.

Arbejdsgruppens analyse viste i øvrigt, at en meget stor gruppe af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter blev modtaget på pædiatrisk og voksenpsykiatrisk afdeling og kun 30 – 40% af de relevante indlæggelserne foregik på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Det konstateredes, at en af de væsentligste begrænsninger for at kunne foretage en hurtig udbygning var manglen på speciallæger.

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

Nedenfor følger en gengivelse af anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens redegørelse: ”Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse 2001”. Hovedparten af disse er fortsat relevante, da problemstillingerne for børne- og ungdomspsykiatrien ikke har ændret sig væsentligt. Disse anbefalinger skal dog fremover fortolkes i lyset af regionsdannelsen:

- 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 sundheds-tjeneste 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 ambulans 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 børne- og ungdomspsykiatri i sygehusvæsenet i de kommende år med henblik på at skabe bedre overensstemmelse mellem efterspørgslen og kapaciteten.

Alene på grund af den demografiske udvikling skal aktiviteten, under forudsætning af bl.a. et uændret ydelses- og henvisningsmønster, udvides med 5 % i år 2001 og 11 % i år 2006 for blot at fastholde tilbuddet til den nuværende procentandel af børne- og ungdoms-populationen på 0,4 % årligt.

For at opfylde målsætningen om at varetage samtlige patientkategorier indenfor de 0-18-årige skal alene antallet af heldøgnsindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrien således mere end fordobles, og der skal herudover endvidere varetages et antal deldøgns-indlæggelser og ambulante forløb, som hidtil er foregået i hhv. pædiatrisk og voksenpsykiatrisk regi.

Realiseringen af denne målsætning forudsætter således en betydelig og målrettet udbygning over en årrække, idet den nuværende børne- og ungdomspsykiatri, inkl. den aktuelle styrkelse, ikke indebærer mulighed for eller personaleressourcer til at løfte denne opgave/dette ansvar for alle patientkategorier inden for den nærmeste fremtid. Der bør derfor fokuseres på en permanent udvidelse af uddannelseskapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien.

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

2.3 Konklusioner og anbefalinger i forrige statusnotat

Her resumeres opfølgingsgruppens konklusioner og anbefalinger i statusnotatet fra 2007.

På linje med de foregående statusnotater konstateredes det, at der samlet set er foretaget en betydelig udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet siden 1996, herunder en stor aktivitetsudvidelse på området. Det lykkedes herved i en periode, men dog ikke i 2005 og 2006, at holde trit med den stigende efterspørgsel.

Opfølgingsgruppen konstaterede, at der fra 1.1.2006 til 31.12.2006 var en stigning på 16 % i henvisningerne og at antallet på venteliste var steget med 365 ventende svarende til en stigning på 15 %. Vedrørende ventetiden kunne opfølgingsgruppen konstatere at andelen der havde ventet over 2 måneder udgjorde ca. 45 % af samtlige ventende, heraf havde knap 5 % ventet mere end et år.

Det var opfølgingsgruppens opfattelse, at udviklingen i henvisningerne fortsat gav anledning til grundlæggende overvejelser, bl.a. med hensyn til arbejdsdelingen mellem primærsektoren og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen. Opfølgingsgruppen understregede på baggrund heraf, at det fortsat alene bør være børn og unge med behov for et specialiseret sygehustilbud der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. De obligatoriske sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner giver endvidere en fast ramme for forbedring af det nødvendige samarbejde om patienterne.

I relation til behovet for fortsat udbygning fandt opfølgingsgruppen det i øvrigt bemærkelsesværdigt og bekymrende, at der var sket et fald i de samlede personaleressourcer fra primo 2006 til ultimo 2006 på 4 % og at der ikke var sket en udbygning af den stationære kapacitet i perioden. Dog pegede opfølgingsgruppen på, at uddannelsesindsatsen med henblik på at fremskaffe de fornødne yderligere personale, herunder speciallæger, så ud til at have sat en positiv udvikling i gang med hensyn til søgningen til specialet.

Opfølgingsgruppens statusrapport indeholdt som noget nyt et afsnit specifikt om indsatsen i den sociale sektor, bl.a. med beskrivelse af initiativer og ressourcer, der var afsat til styrkelse af indsatsen der.

Opfølgingsgruppen konkluderede, at der fortsat var et behov for yderligere planlægning i regionerne med henblik på etablering af kapacitet og de mere varierede tilbud til patientgruppen, som er anbefalet i 2001-redegørelsen, så der er det fornødne grundlag for fortsat udbygning med henblik på varetægelse af de tungere og mere ressourcekrævende opgaver. På baggrund af den foreliggende viden var det opfølgingsgruppens vurdering, at man formentlig burde stille mod en kapacitetsopbygning svarende til, at 1-2 % af børne- og ungepopulationen kan få et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

3 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten

Det fremgår af den spørgeskemaundersøgelse, som opfølgingsgruppen har foretaget i maj 2008, at der fortsat i børne- og ungdomspsykiatrien er en varierende aldersafgrænsning i afdelingerne/centre. En række afdelinger/centre modtager således patienter ud over det fyldte 18. år. Aldersgrænsen er til stadighed under diskussion, og det ses i tabel 1, at grænsen sættes ved f.eks. det 19. eller 20. år. Aktuelt modtager 6 af de 14 afdelinger ikke patienter, der er fyldt 18 år. De svingende grænser kan være organisatorisk og fagligt hensigtsmæssige, men vanskeliggør sammenligninger og analytiske vurderinger. Aldersgrænserne vil i de kommende år i øvrigt have betydning for, hvordan regionen organiserer sig i forhold til den udvidede ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge, der træder i kraft den 1. august 2008 for udredning og 1. januar 2008 for behandling.

Tabel 1: Aldersafgrænsning i børne- og ungdomspsykiatri, 2007

Afdeling/Center	Alders gruppering børn	Alders gruppering unge	Modtages 18-årige
Bispebjerg	0-13	14-17	nej
Glostrup	0-14	15-17	nej
Hillerød	0-13	14-19	ja
Roskilde	0-13	14-17	nej
Holbæk	0-12	13-19	ja
Næstved	0-13	14-17	nej
Odense	0-12	13-17	nej
Augustenborg	0-13	14-21	ja
Esbjerg	0-13	14-20	ja
Kolding	0-13	13-19	ja
Herning	0-14	15-19	ja
Risskov	0-13	14-20	ja
Viborg	0-14	15-19	ja
Aalborg	0-14	15-17	nej

Kilde: spørgeskemabesvarelse fra regionerne

Udviklingen i antal pladser ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremgår af tabel 2. Tabellen dækker alle aldersgrupper og baserer sig på oplysninger indhentet direkte fra regionerne for hvert af de børne- og ungdomspsykiatriske centre/afdelinger, som findes i regionen. Fra 1996 til 2005 udgjorde væksten i det samlede antal (heldøgns- og dag-) pladser 27 %, fra 2005 til 2006 ses en stagnering, og fra primo 2006 til ultimo 2006 må det konstateres, at antallet af dagpladser faldt markant med 20 %, hvorimod antallet af heldøgnspladser må anses for uændret. Faldet i antal pladser er omtrent stagneret i 2007, hvor faldet er begrænset til 0,6 % for dagpladser og 0,5 % for heldøgnspladser.

Det er vanskeligt at pege på den konkrete baggrund for faldet i dagpladserne gennem årene. Man kan forestille sig, at børne- og ungdomspsykiatrien i højere grad varetager undersøgelse og behandling ambulantly, og at der således er foregået en forskydning i opgavevaretagelsen mod højere grad af ambulantly behandling, men der kan til en vis grad også være tale om et registreringsmæssigt fænomen.

Med Psykiatriaftalerne er der blevet afsat midler til udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed. Som tallene afspejler, har der ikke været nogen vækst i den stationære kapacitet, målt ved antal pladser ultimo 2007 i forhold til 2005. Der kan derimod konstateres et lille fald.

Tabel 2: Udviklingen i antal normerede pladser fra 1996–2007

	1996 1. jan	1998 31.dec	2003 1.jan *	2005 1.jan *	2006 1.jan*	2006 31.dec*	Vækst i 2006 %	2007 31.dec	Vækst i 2007 i %
Heldøgn	194	191	216	231	211	209 [⊠]	-0,9 %	208	- 0,5 %
Deldøgn	132	143	190	182	203	161	-20,7 %	160	- 0,6 %

* Inkl. pladser vedr. spiseforstyrrelser

⊠ Tallet fra 2006 afviger fra nye tal fra Sundhedsstyrelsen med 4 pladser.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidl. amter og regionerne.

I tabel 3 ses de normerede pladser fordelt på regionerne, og det ses, at der i Region Sjælland har været en stigning i antal dagpladser på 15. I Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden er der tilsyneladende modsat sket en reduktion i antallet af dagpladser. Samlet set ligger niveauet næsten som i 2006.

Tabel 3: Udviklingen i antal normerede pladser fra 2005 til ultimo 2007 fordelt på regioner og de tidligere amter

31/12 2007	Reg.Hovedstaden			Reg. Sjælland			Reg. Syd				Reg. Midt			R. Nord	I alt	
	Bispeb.	Glostrup	Hillerød	Rosk.	Holbæk	Næstv.	Odense	Aug.b.	Kold.	Esbj.	Hern.	Risskov	Viborg	Aalborg		
Heldøgn	30	28	11	7	12	10	8	8	20	11		55		8	208	
Dagpl./- beh.	20	24	19	7	8	6	12	3	13	5		36		7	160	
I alt	50	52	30	14	20	16	20	11	33	16		91		15	368	
31/12 2006	HS	Kbh.A	Frdb.A	Rosk.A	Vestsj.A	St.st.A	Fyns A	Sdr.A	Vejl.A	Rib.A	Ring.A	Årh.A	Vib.A	Ndr.A	I alt	
	Heldøgn	30	28	11	7	12	10	8	8	20	12	11	28	16		8
Deldøgn	29	24	19	0	0	6	13	10	13	6	6	35			161	
I alt	59	52	30	7	12	16	21	18	33	18	17	63	16	8	370	
1/1 2006	Heldøgn	30	29	13	8	12	13	10	8	20	12	11	26	19	0	211
	Deldøgn	28	24	19	0	8	6	17	10	13	12	6	35	0	25	203
I alt	58	53	32	8	20	19	27	18	33	24	17	61	19	25	414	
2005	Heldøgn	30	28	13	7	12	10	10	8	20	12	13	34	16	18	231
	Deldøgn	31	25	19	0	8	6	17	10	13	6	4	34	0	9	182
I alt	61	53	32	7	20	16	27	18	33	18	17	68	16	27	413	

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidl. amter og regionerne.

Tabel 4 illustrerer udviklingen i aktiviteten i form af antal udskrivninger og antal afsluttede ambulante kontakter ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger for alle aldre.

Tabel 4: Udviklingen i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra 1996-2007, uanset alder

	1996	2001	2005	2006	2007**
Udskrivninger heldøgn	940	1192	1349	1285	1448
Udskrivninger deldøgn*	480	548	-	-	-
Afsluttede ambulante kontakter	3605	6450	8649	9703	10.217
I alt	5025	8190	9998	10.988	11.665
Gennemsnitlig årlig vækst		13%	6%	10%	6%

* Fra 1. januar 2002-2006 registreres deldøgnsindlæggelser ikke i LPR som selvstændig kategori.

Hovedparten af deldøgnsudskrivningerne vil være registreret som ambulante ydelser.

Sammenligning mellem før og efter ændringen i registrering, kan ikke foretages uden forbehold herfor.

**Tallene for 2007 er foreløbige.

Kilde: LPR-registret

I tiåret 1996 til 2006 kunne man se en betydelig aktivitetsstigning på 119 %, hvor heldøgns-udskrivningerne steg med 37 % og de afsluttede ambulante kontakter med 169 %.

Tilsvarende er der også i 2007 sket en aktivitetsstigning til 1448 registrerede heldøgnsudskrivninger og 10.217 afsluttede ambulante kontakter. I alt steg antallet af heldøgnsudskrivninger og antallet af afsluttede ambulante kontakter i 2007 med 6 % i forhold til 2006. Antallet af heldøgnsudskrivninger er således steget det seneste år og er endda steget i forhold til niveauet i 2002 hvor antallet af heldøgnsudskrivninger hidtil toppede med 1423 udskrivninger. Antallet af afsluttede ambulante kontakter har været stigende gennem alle årene.

Opsummerende vedrørende kapacitet og aktivitet, ses der i 2007 en stagnation i antallet af dagpladser og heldøgnspladser. Fra 2006 til 2007 ses der modsat en fortsat udvidelse af aktiviteten belyst ved udskrivninger og afsluttede ambulante kontakter på 6 % svarende til 677 forløb.

I henhold til landspatientregistret udgjorde det samlede antal af ambulante besøg/ydelser i 2007 ca. 85.000.

3.1 "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 afdelinger fremgår af tabel 5.

Tabel 5: Udviklingen i antal heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser (F00-F99) fordelt på indlæggelsesafdeling for pågældende år. Børn 0-14 år, unge 15-17 år samt 18-årige

Årstal Afdeling	1996	2001	2005	2006	2007	0-17 årige af det samlede antal 0-17 åri- ge
Voksenpsyk.						
Børn	17**	41	49	27	31	
Unge					252	
18 årige	391	550	594	487	347	
I alt	408	591	643	514	630	283
Andel	18%	21%	21%	17%	19%	10%
Pædiatrisk						
Børn	644	697	786	846	998	
Unge					67	
18 årige	15	27	39	48	0	
I alt	659	724	825	894	1065	1065
Andel	30%	26%	27%	29%	31%	39%
Intern med.						
Børn	91	94	53	39	25	
Unge					387	
18 årige	364	432	504	554	166	
I alt	455	526	557	593	578	412
Andel	20%	19%	18%	19%	17%	15%
B&U-psyk.						
Børn	369	345	360	303	342	
Unge					605	
18 årige	346	639	716	751	178	
I alt	715	984	1076	1054	1125	947
Andel	32%	35%	35%	35%	33%	35%
Samlet antal heldøgns-indl.						
Børn	1121	1177	1248	1215	1396	
Unge	1116	1648	1853	1840	1311	
18 årige	-	-	-	-	691	
I alt	2237	2825	3101	3055	3398	2707
Andel	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

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

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Alt i alt er der sket en stigning i det årlige absolutte antal børn og unge indlagt med psykiatrisk diagnose på forskellige afdelingstyper i perioden 1996-2007 svarende til i alt 1161 flere heldøgnsindlæggelser eller en samlet stigning i antallet af heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser på ca. 52 %. I 2007 er der sket en samlet stigning i forhold til 2006 på 343 svarende til 11 %.

Af tabellen fremgår, hvor mange procent i alt de enkelte afdelingstyper varetog af indlæggelserne af de 0-18-årige med psykiatrisk diagnose. Samlet set er der gennem de senere år kun sket meget beskedne procentvise svingninger, og der ses fortsat ikke tendenser til varige ændringer i de andele, de forskellige specialer varetager.

Ser man på, om unge fortsat i vidt omfang indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling og børn på pædiatrisk afdeling, kan det konstateres i henhold til LPR, at det fortsat er tilfældet. Tallet for indlæggelser i voksenpsykiatrien opleves vanskeligt genkendeligt i regionerne. Der kan derfor være grund til nøjere analyser heraf.

Antallet af indlagte på de intern medicinske afdelinger svinger lidt fra år til år, men der ses dog et lille fald i 2007 i forhold til 2006, hvor tallene foreløbig toppede.

Ser man på aktiviteten i relation til afdelingstype over tid, ses det, at stigningen i antallet af heldøgnsindlæggelser af patienter med psykiatrisk diagnose er størst for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I absolutte tal varetager børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger flest patienter, herunder 410 flere heldøgnsindlæggelser i 2007 end i 1996. Fra 1996 til 2007 er der således sket en stigning svarende til 57 %.

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

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

Stigningen i antallet af heldøgnsindlæggelser af 15-18-årige på voksenpsykiatriske afdelinger i 2007 og stigningen af 0-18-årige på pædiatriske afdelinger i både 2006 og 2007 demonstrerer, at hjemtagningen til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fortsat ikke har kunnet opfyldes.

Det skal dog her bemærkes, at nogle af de børne- og ungdomspsykiatriske centre nu har en aldersgrænse for modtagelse af patienter ved 17 år, og derfor vil nogle af de 18 årige patienter, der indlægges i voksenpsykiatrien, retmæssigt høre til der.

Der er 6 afdelinger der har oplyst, at de ikke modtager 18-årige, mens 6 andre afdelinger modtager 18-årige, og evt. ældre (jf. tabel 1). I tabel 5 er for 2007 antallet af 18-årige derfor særligt specificeret. Endvidere er der specifikt set på populationen af 0-17-årige, hvorved det kan konstateres, at voksenpsykiatriens andel af de samlede indlæggelser falder til 10%.

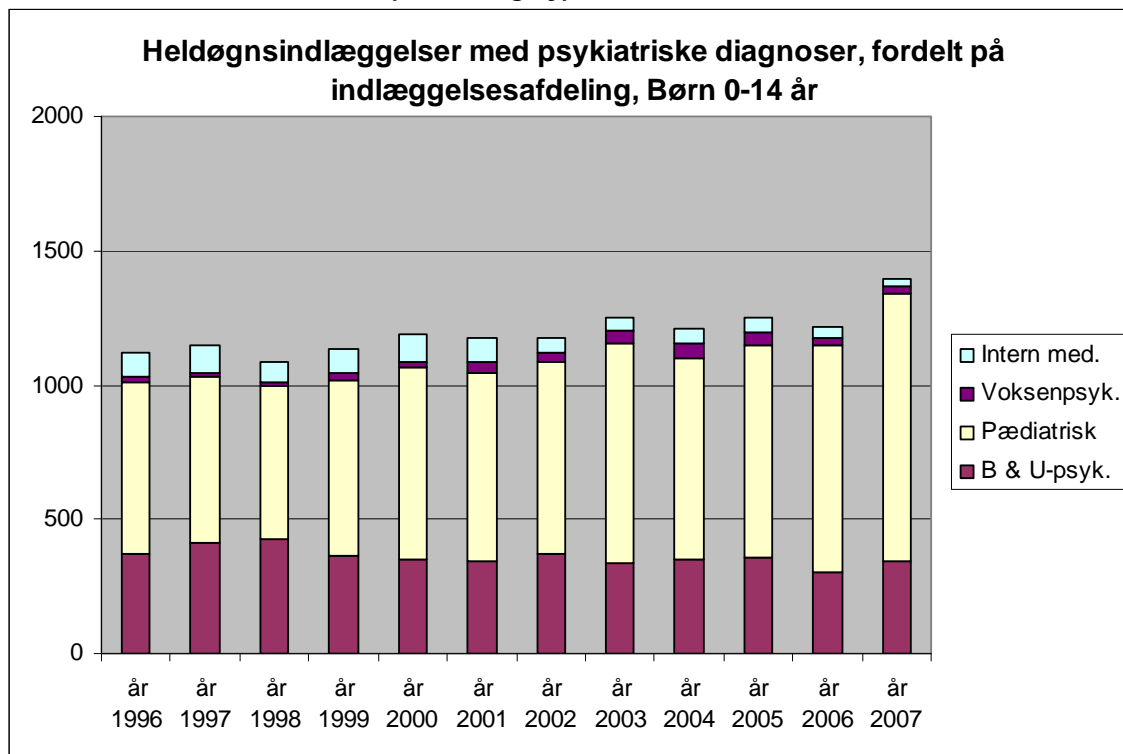
Figur 1a og 1b illustrerer tallene fra tabel 5 i et søjlediagram. Det ses, at en del børn og unge med psykiatrisk diagnose fortsat varetages af andre specialer end børne- og ungdomspsykiatrien. En stor del af børnene (figur 1a) varetages fortsat i pædiatrien, mens en stor del af de unge fortsat varetages i voksenpsykiatrien. Det må antages, at omtrent halvdelen af indlæggelserne på de pædiatriske og alle indlæggelserne på de voksenpsykiatriske afdelinger skyldes manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien. Det må konkluderes at målsætning om hjemtagning af heldøgnsindlæggelserne til specialet fortsat ikke har kunnet opfyldes, hvilket må antages at hænge sammen med det øgede antal henvisninger.

Ser man nærmere på tallene, fremgår det, at de pædiatriske afdelinger i 1996 varetog 57 % af alle heldøgnsindlæggelserne af de 0-14-årige med psykiatrisk diagnose. I 2006 er tallet 70 % og i 2007 71 %.

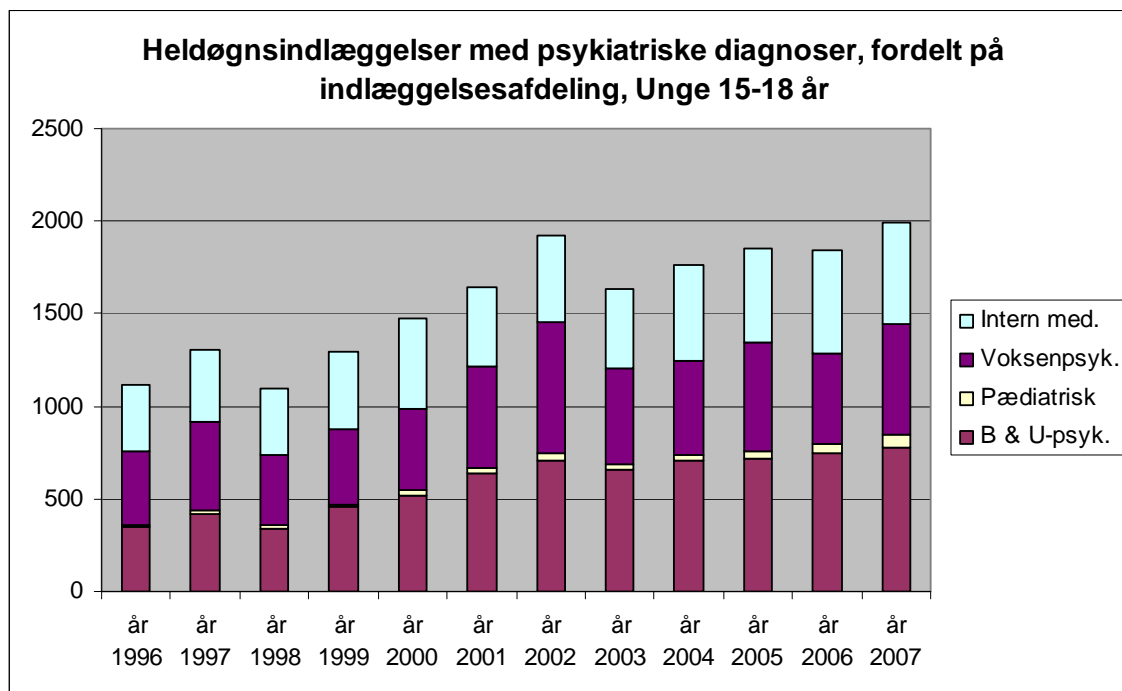
For de 15-18-årige varetog voksenpsykiatrien i 1996 35 % af indlæggelserne, i 2006 og 2007 udgør tallet hhv. 26 % og 30 %.

Af heldøgnsindlæggelserne for de 0 -14 årige varetog de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i 2005 29 %, i 2006 25 % og i 2007 25 %. For de 15-18-årige udgør heldøgnsindlæggelserne i 2005 39 %, i 2006 41 % og i 2007 igen 39 %, og tallene er derfor praktisk taget uændrede.

Figur 1a: Antal årlige heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser for børn 0-14 år fra 1996 til 2007 fordelt på afdelingstype



Figur 1b: Antal årlige heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser for unge 15-18 år fra 1996 til 2007 fordelt på afdelingstype



Opfølgingsgruppen har herudover yderligere set på antallet af 19-21-årige i relation til, hvor disse indlægges, og udviklingen i antallet af indlæggelser for denne aldersgruppe jævnfør nedenstående tabel 5c.

Tabel 5C: Antal årlige udskrivninger med psykiatrisk diagnose for de 19-21-årige fordelt på afdelinger

	Psykiatrisk afdeling	B&U-afdeling/center	I alt
2003	1351	219	1570
2004	1358	215	1573
2005	1378	221	1599
2006	1427	184	1611
2007	1507	212	1719

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Det fremgår heraf, at knap 14 % af indlæggelserne af 19-21-årige i årene 2003 til 2005 foregår i børne- og ungdomspsykiatrien og ca. 86 % i voksenpsykiatrien. Herefter er der et lille fald i andelen af de 19-21-årige, der indlægges i børne- og ungdomspsykiatrien og der er således sket en lille stigning i indlæggelserne i voksenpsykiatrien til 88 % i 2007. I absolutte tal er antallet af 19-21-årige, der indlægges på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling tilnærmelsesvis konstant gennem årene, mens det er gradvis stigende i voksenpsykiatrien.

3.2 Akutfunktioner

I tabel 6 afspejles analyser i Landspatientregisteret vedr. indlæggelsesmåden (dvs. vedr. akut eller ikke-akut indlæggelse) for henholdsvis 0-14-årige, 15-17-årige og 18-årige fordelt på afdelingstyper.

Tabel 6: Andel akutindlæggelser af alle indlæggelser fordelt på afdelingstyper, og gennemsnitlig indlæggelsestid for de akutte indlæggelser med psykiatrisk diagnose, fordelt på afdelinger i 2005 – 2007

Alder	Afdelingstype	Andelen af akutte indlæggelser i % ift. samlet antal indlæggelser			Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage for akutindlæggelser		
		2005	2006	2007	2005	2006	2007
0-14-årige	Børne- og ungdomspsykiatri	38	35	37	41	30	31
	Pædiatri	59	61	60	6	5	4
	Voksenpsykiatri	100	100	100	2	1	2
	Intern medicin	100	100	100	1	1	1
15-17-årige	Børne- og ungdomspsykiatri	67	69	69	32	32	34
	Pædiatri	95	81	87	2	4	3
	Voksenpsykiatri	97	95	99	15	15	5
	Intern medicin	100	99	100	1	1	1
18 årige	Børne- og ungdomspsykiatri	-	-	81	-	-	17
	Pædiatri	-	-	0	-	-	0
	Voksenpsykiatri	-	-	95	-	-	22
	Intern medicin	-	-	100	-	-	1

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Når man ser på den samlede gruppe af børn og unge, ses der i 2007, i forhold til 2006 ingen væsentlige ændringer i andelen af akutindlæggelserne på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Andelen af akutindlæggelser ud af alle indlæggelser på voksenpsykiatrisk afdeling er for de 15-17-årige 99 %, og for de 18-årige 95 %, og for børn 100 %. På intern medicinsk afdeling er andelen for både børn og unge 100 %. Dette betyder at børn og unge tilsyneladende alene indlægges på disse afdelinger, når der er behov for akut indlæggelse.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for de akut indlagte børn er i 2007 tilnærmelsesvis det samme som i 2006. Indlæggelsestiden for de akut indlagte 15-17-årige er til gengæld steget på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling med 2 dage. Dog skal der tages forbehold i sammenligningen mellem 2007 og tidligere år, idet de 18-årige tidligere har været indeholdt i tallet for unge.

Det er fortsat således, at mange af indlæggelserne på pædiatrisk afdeling med psykiatrisk diagnose er akutte, og at akut indlæggelse udgør den eneste indlæggelsesmåde, når børn og unge indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for 0-14-årige i pædiatri er 4 dage og henholdsvis 2 og 1 dag i voksenpsykiatri og intern medicin. De 15-17-årige er indlagt

3 dage i pædiatri og 1 dag i intern medicin. De 15-17-årige ligger i gennemsnit 5 dage i voksenpsykiatrien i 2007 – og de 18-årige, der indlægges akut, i gennemsnit 22 dage.

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

En del børn og unge indlægges via de psykiatriske modtagelser, der varetages af voksenpsykiatrien, hvorfor de eventuelt vil blive registreret som indlagt i voksenpsykiatrien vedrørende det første døgn.

Det skal bemærkes, at en række forskellige forhold udover den rene akut kapacitet kan have betydning. Akutte forgiftninger, spiseforstyrrelser og diagnoser fra diagnosegruppen adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen forekommer således blandt såvel akutte som ikke-akutte indlæggelser på pædiatrisk afdeling, og en del af disse indlæggelser er formentlig helt relevante pædiatriske indlæggelser. Tilsvarende fund var baggrunden for, at man i Sundhedsstyrelsens redegørelse: [Børne- Ungdomspsykiatrisk virksomhed - den fremtidige tilrettelæggelse' fra 2001](#) vurderede, at kun ca. halvdelen af indlæggelserne med psykiatrisk diagnose på de pædiatriske afdelinger måtte skønnes at være forårsaget af manglende børne- og ungdomspsykiatrisk kapacitet.

I spørgeskemabesvarelsen fra regionerne er det oplyst for år 2007, at 4 regioner havde mulighed for akut vurdering og indlæggelse af børn (0-14 år) på én eller flere børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i dagsarbejdstid, og 4 regioner havde tilsvarende mulighed for unge (over 14 år). Region Nordjylland oplyser, at de ikke har denne mulighed for hverken børn eller unge. Uden for dagarbejdstid er der i 2007 mulighed for akut indlæggelse af børn (0-14 år) på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i 3 regioner, mens der i Region Sjælland og Region Nordjylland ikke er denne mulighed. Region Nordjylland oplyser, at der fra 2008 vil være et akuttilbud til børn og unge ved at psykiatrisk skadestue/modtagelse udvides til at omfatte denne målgruppe.

Det er endvidere oplyst, at der er mulighed for at indlægge børn og unge i lukket funktion udenfor dagarbejdstid i henholdsvis 2 og 4 af regionerne. En enkelt region har ikke mulighed for at indlægge i lukket funktion, men har mulighed for at indlægge i skærmet funktion for både børn og unge udenfor dagarbejdstid. Enkelte afdelinger/centre har angivet tal for akutte indlæggelser trods tilkendegivelse af manglende mulighed herfor. Oplysningerne må således tages med et vist forbehold.

Tabel 7: Antal akutindlæggelser i børne- og ungdomspsykiatrisk regi i 2006 og 2007 i de regioner, der havde mulighed for akut indlæggelse

	Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland		I alt	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Antal akutte indlæggelser af børn (≤ 14 år)	6	22	28	51	10	16	7	32	5	2	56	123
Antal akutte indlæggelser af unge (15-17 år)	114	154	95	118	46	68	448	131	2	6	705	477
Antal akutte indlæggelser af unge (≥18 år)	6	1	49	81	1	30	-	213	-	0	56	325
I alt	126	177	172	250	57	114	455	376	7	8	817	925

Kilde. Spørgeskemabesvarelse fra de tidligere amter og regionerne.

Tabel 7 viser, at der i 2007 i alt blev indlagt 925 børn og unge akut i børne- og ungdomspsykiatrisk regi. Det ses, at specielt unge i alderen 15-17 år indlægges akut, og at unge i denne aldersgruppe i særligt stort omfang indlægges akut i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland.

I 2007 er antallet af akutte indlæggelser af børn steget til 123, medens det for unge på 15-17 år er faldet til 477. Tilsvarende er antallet af akutindlæggelser for unge på 18 år eller derover steget markant til 325 akutindlæggelser mod 56 året før. Det skal dog bemærkes, at dette tal i 2005 var 366, hvilket tyder på, at de 56 således kan være fejlagtig indrapportering. I 2007 må særligt bemærkes, at antallet af akutte indlæggelser af børn er steget markant med 120 %. Dette må sammenholdes med akut indlæggelserne på de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger.

Opsummering

Samlet for hele udbygningsperioden fra 1996 og frem til 2007 kan det opsummerende konstateres, at der er sket en betydelig vækst i antallet af heldøgnsindlæggelser, og at væksten både absolut og relativt har været størst i børne- og ungdomspsykiatrien i forhold til voksenpsykiatrien, mens væksten i pædiatrien overgår børne- og ungdomspsykiatrien. Den procentvise fordeling af indlæggelserne af 0-18-årige mellem de forskellige typer afdelinger er imidlertid ikke væsentligt ændret.

Det kan således bemærkes, at det absolutte antal indlæggelser af børn (0-14 år) på pædiatrisk afdeling er vokset i perioden, og denne stigning er fortsat i 2007. Det absolutte antal indlæggelser af unge (15-18 år) indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling er tilsvarende også vokset i forhold til 2006. Ser man alene på de 15-17-årige, er der fortsat 10 %, der indlægges i voksenpsykiatrien.

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

Manglende formaliseret mulighed for akut indlæggelse udgør tilsyneladende fortsat en væsentlig årsag til indlæggelser på pædiatrisk eller voksenpsykiatrisk afdeling. Den gradvise udbygning af akutfunktioner i børne- og ungdomspsykiatrien, som sås i 2004, synes stagneret. Flere regioner planlægger dog med en udbygning af akutfunktioner i de kommende år.

3.3 Udviklingen i ressourcer

De gennem årene afsatte satspuljemidler fremgår af tabel 8.

Tabel 8: Satspuljemidler afsat til børne- og ungdomspsykiatrien fra 2003 til 2009 i mio. kr.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Psykiatriaftale 2003-2006	30	30	30	30			
Satspuljeaftale* 2005-2008			80	80	80	80	30
Psykiatriaftale 2007-2010					55	55	55
Satspuljeaftale 2008-2011						19,1	121,2
I alt	30	30	110	110	135	154,1	206,2

*Heraf 50 mio. kr. til børne- og ungdomspsykiatrien og 30 mio. kr. til behandling af spiseforstyrrelser
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

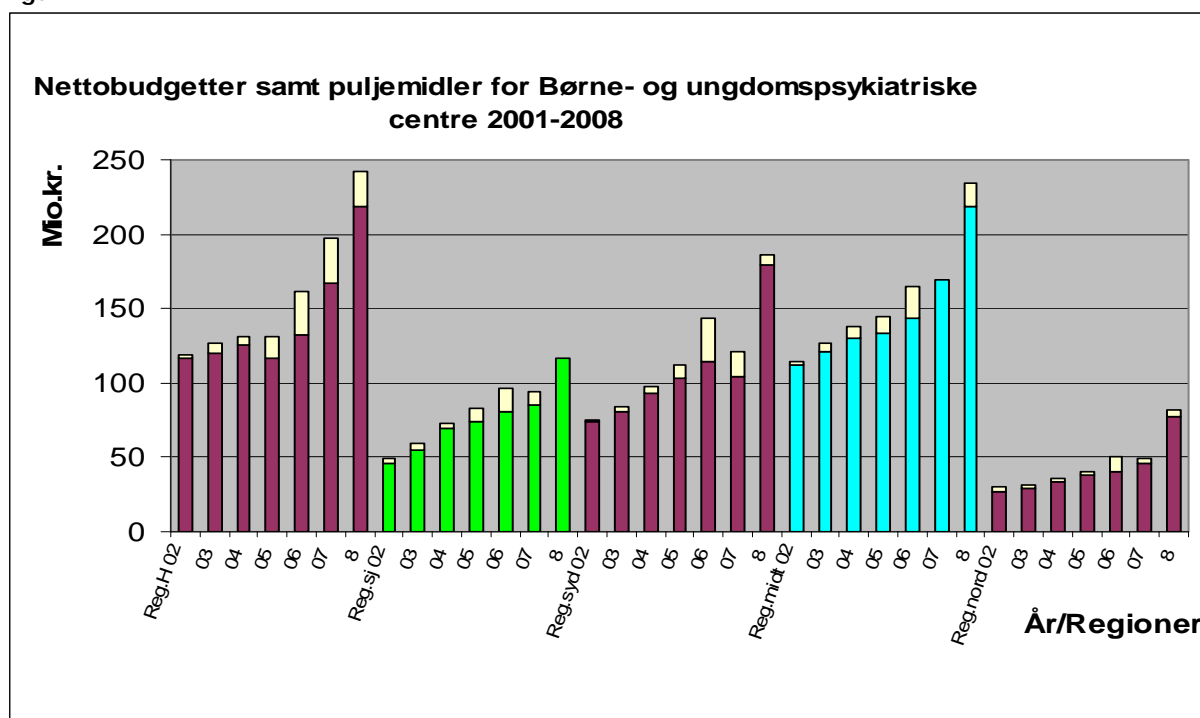
Følgegruppen har i 2008 indhentet oplysninger hos regionerne vedr. nettobudgetterne i 2008 for de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger med henblik på at belyse udviklingen i ressourcerne. Udviklingen fremgår af nedenstående figur 2.

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

Figur 2 viser, at ressourcetildelingen har været støt voksende over årene for hovedparten af regionerne. Fra 2006 til 2007 var billedet broget, men i 2008 er der i alle regioner markante stigninger.

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

Figur 2



Bemærkning til budgetændringer vedr. 2008 i forhold til 2007:

Puljemidler er angivet i lys farve øverst på hver søjle

Region Hovedstaden: Projektmidler på 30 mio. kr. er permanentgjort. Regionen mangler skønmæssigt at udskille opgaver for ca. 4 mio. kr. fra somatikken til psykiatrien.

Region Sjælland: Projektmidler på 1,7 mio. kr. er permanentgjort.

Region Syddanmark: Projektmidler på 1,058 mio. kr. er permanentgjort.

Region Midtjylland: Tilførelse af 20 mio. kr. til udvidelse af kapaciteten mhp. udredningsretten.

Region Nordjylland: Tilførelse af 2 mio. kr. til udrednings- og behandlingsret og 2,1 mio. kr. til konsultativ funktion i forhold til samarbejdspartnere. Budgettet indeholder andel af fællesudgifter samt forventede udgifter til udenregionsbehandling og kan derfor ikke sammenlignes med budgettet for 2007.

Kilde: spørgeskemabesvarelse fra regionerne

I tabel 8a er regionernes nettobudget for 2008 opstillet i forhold til regionernes populationer. Det skal erindres, at børne- og ungdomspsykiatrien har en varierende aldersafgrænsning i afdelingerne/centre på tværs af regionerne. En række afdelinger/centre modtager således patienter ud over det fyldte 18. år og nettobudgettet skal således dække en større population end angivet i tabel 8a,

Tabel 8a: Regionernes nettobudgetter for 2008

Region	Population 0 – 18 år inkl.	Nettobudget – mio. kr.	Ressourcer fordelt i forhold til population 0 -18 inkl.
Region Hovedstaden	363.232	218.449	601 kr.
Region Sjælland	195.983	117.111	598 kr.
Region Syddanmark	286.233	178.942	625 kr.
Region Midtjylland	301.498	218.691	725 kr.
Region Nordjylland	134.877	77.544	575 kr.

Kilde: spørgeskemabesvarelse fra regionerne og Danmarks Statistik

3.4 Udviklingen belyst i relation til tvang

Det skal understreges, at Psykiatrilovens bestemmelser også gælder for børn og unge under 18 år. I 1999 indførtes en forbedret statistik vedr. tvang, og dette gav mulighed for bedre at belyse tvangsanvendelsen i relation til børn og unge.

Det indgik som anbefaling i 2001-redegørelsen, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i højere grad skulle bringes i stand til at rumme vanskelige, angst-, aggressive og selvdestruktive unge, så i øvrigt u hensigtsmæssige overførsler til voksenpsykiatriske afdelinger kunne undgås. Udviklingen i relation hertil kan i et vist omfang vurderes via tvangsstatistikken. Tabel 9 viser antallet af børn og unge, som har været berørt af tvang i perioden 1999–2007.

Tabel 9: Antallet af børn og unge berørt af tvang, som var under 18 år i løbet af de pågældende kalenderår 1999–2007 uanset afdelingstype

År	0-14 år	15-17 år	Personer i alt
1999	18 (26 %)	52 (74 %)	70 (100 %)
2001	24 (27 %)	66 (73 %)	90 (100 %)
2004	36 (22 %)	130 (78 %)	166 (100 %)
2005	40 (24 %)	124 (76 %)	164 (100 %)
2006	30 (19 %)	127 (81 %)	157 (100 %)
2007	47 (28 %)	120 (72 %)	167 (100 %)

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af tabel 9, at tvang først og fremmest vedrører de unge (15-17-årige), men ca. ¼ er dog børn under 15 år. Det kan også bemærkes, at der har været en stigning i anvendelsen af tvang i relation til børn og unge i de første år. Antallet af børn og unge berørt af tvang har generelt holdt sig nogenlunde stabilt siden 2004.

Der skelnes i tvangsstatistikken mellem forskellige typer af tvang jævnfør de i tabel 10 anførte definitioner.

Det fremgår af tabel 10, at de tvangstyper, der er hyppigst anvendt i relation til børn og unge gennem alle årene fra 1999 til 2007 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 10: 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
2001	Frihedsberøvelser	8	39	47
	Tvangsbehandlinger	1	8	9
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	22	45	67
	Beskyttelsesfiksering	0	3	3
2004	Frihedsberøvelser	13	102	115
	Tvangsbehandlinger	1	18	19
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	30	89	119
	Beskyttelsesfiksering	0	1	1
2005	Frihedsberøvelser	14	85	99
	Tvangsbehandlinger	8	24	32
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	34	83	117
	Beskyttelsesfiksering	.	2	2
2006	Frihedsberøvelser	10	97	107
	Tvangsbehandlinger	6	17	23
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	21	92	113
	Beskyttelsesfiksering	1	4	5
2007	Frihedsberøvelser	22	93	115
	Tvangsbehandlinger	7	18	25
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	36	77	113
	Beskyttelsesfiksering	1	2	3

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 9.

Definitioner:

Frihedsberøvelser sv.t. tvangsindlæggelser og tvangstilbageholdelser

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

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

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

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

Tabel 11: 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
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
2004	Bælte	6	54	60
	Remme	3	26	29
	Handsker	0	1	1
	Fastholden	23	67	90
	Døraflåsning	8	16	24
	Beroligende medicin	5	38	43
2005	Bælte	11	52	63
	Remme	1	28	29
	Handsker	1	1	2
	Fastholden	30	51	81
	Døraflåsning	2	20	22
	Beroligende medicin	11	36	47
2006	Bælte	7	54	61
	Remme	4	31	35
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	17	57	74
	Døraflåsning	3	18	21
	Beroligende medicin	4	42	46
2007	Bælte	10	43	53
	Remme	2	23	25
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	33	42	75
	Døraflåsning	5	25	30
	Beroligende medicin	10	20	30

NOTE! En person kan have været udsat for flere forskellige typer af tvang i løbet af kalenderåret. Derfor er summen af personer udsat for de forskellige typer af tvang IKKE lig værdien i tabel 9 og tabel 10.

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

En nøjere analyse af undergruppen ”fiksering og fysisk magtanvendelse” (tabel 11) viser, at fysisk fastholden fortsat udgør den dominerende type af tvang i relation til børn og unge inden for undergruppen, efterfulgt af bæltefiksering, men det bør bemærkes, at der tilsyneladende var en stigning af alle typer af tvang i gruppen bortset fra handsker i 2004. Niveaue i årene efter er uændret.

Tabel 12 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 9.

Det fremgår af tabel 12, at fordelingen mellem voksenpsykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre har udviklet sig, således at børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre nu i højere grad end i 1999 varetager tvang i relation til de under 18-årige. Dog er der fra 2006 til 2007 sket et fald, og der skal tillige tages et vist forbehold for præcisionen af 1999-tallene.

Tabel 12: Børn og unge under 18 år, som var berørt af tvang 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 %
2001	Børne-/ungdomspsykiatriske afd.	20	38	58	55 %
	Voksenpsykiatriske afd.	7	40	47	45 %
2004	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	35	101	136	72 %
	Voksenpsykiatrisk afd.	2	50	52	28 %
2005	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	38	109	147	79 %
	Voksenpsykiatrisk afd.	9	30	39	21 %
2006	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	10	74	84	79 %
	Voksenpsykiatrisk afd.	0	23	23	21 %
2007	Børne-/ ungdomspsykiatrisk afd.	16	64	80	70 %
	Voksenpsykiatrisk afd.	5	30	35	30%

NOTE! En 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 voksenpsykiatrisk afd. IKKE lig værdien i tabel 9.

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

I 1999 varetog børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i alt ca. 27 % af de tilfælde hvor der blev anvendt tvang over for under 18-årige. I 2005/2006 varetog de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 79 % af den tvang, der blev udøvet overfor børn og unge under 18 år, og i 2007 er der sket et fald således, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger udøver 70 % af tvangen overfor de under 18-årige.

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

Set i denne sammenhæng må det anses for positivt, at man har kunnet fastholde profilen i fordelingen af typer af anvendt tvang, således at tvangsindlæggelse og

fysisk fastholden stadig er de dominerende former for tvang, selvom der i 2004 skete en øgning i antallet af bæltefikseringer, som har holdt sig i 2005 og 2006, men dog er faldet lidt igen i 2007, hvor døraflåsning til gengæld er steget.

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

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

4 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger jævnfør nedenstående tabel 13 og figur 3. Heraf fremgår, at andelen af henviste i 2007 udgjorde 0,9 % af det samlede antal børn og unge i aldersgruppen 0-18 år inkl.. Antallet af henviste til børne- og ungepsykiatrien har været stigende år for år i perioden fra 1996-2007.

Tabel 13:

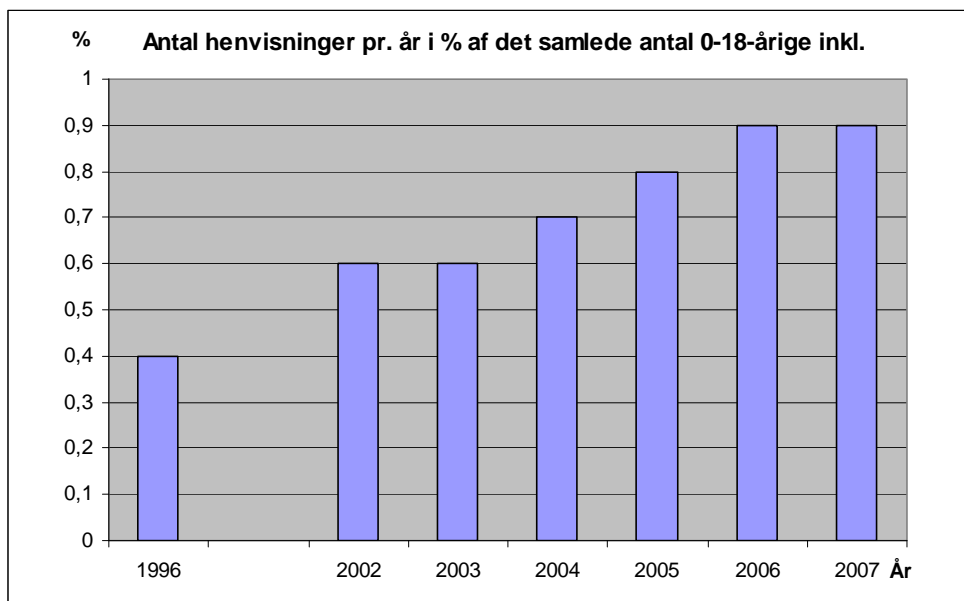
Antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatri i 1996 og i perioden 2002-2007 *

Center/afd.	1996	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007 Afviste
Bispebjerg	570	663	813	834	887	1016	1071	213
Glostrup	738	1.046	1.007	1.056	980	1.200	1.214	178
Hillerød	485	651	704	739	793	925	1035	180
Roskilde	107	305	443	449	553	630	710	114
Holbæk	263	370	497	420	566	668	792	135
Næstved	362	444	339	506	635	929	1011	224
Odense	286	497	515	649	868	960	840	51
Augustenborg	140	909	515	606	629	790	814	160
Kolding	280	549	547	612	868	1.041	920	
Esbjerg	232	636	761	743	792	1.019	1034	82
Herning	342	420	465	508	654	725	2512	656
Risskov	585	899	1.036	1.208	1.386	1.215		
Viborg	187	286	302	371	439	462		
Aalborg	281	410	450	488	500	620	821	254
i alt	4.858	8.085	8.394	9.189	10.550	12.200	12.774	2.247
Henviste i % af 0-18 årige inkl.	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %	

* For en række regioner indgår henviste, som er 19 år og derover i henvisningstallene før 2007. Tallet for Bornholm indgår i tallet for H:S for 2006, og i tallet for Bispebjerg for 2007, men tallet indgår ikke i nogle af de tidligere år.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidl. amter og regionerne.

Figur 3



Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra de tidligere amter og regionerne

I absolutte tal ses det, at der i 2007 blev henvist 12.774 børn og unge til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger mod 4.858 i 1996. Børne- og ungdomspsykiatrien har således skullet tage vare på 7.916 flere henviste svarende til 163 % flere patienter i 2007 end i 1996. Særligt fra 2005 til 2006 steg antallet med 16 % på det enkelte år. Endvidere fremgår, at der fra 2006 til 2007 er sket en stigning i antallet af henviste med 574 svarende til 5 % flere henviste i året.

I de to foregående statusrapporter kunne konstateres stigning i henvisningerne på omkring 15 % årligt, hvilket opfølgingsgruppen fandt, burde give anledning til overvejelser. Stigningen i 2007 på 5 % viser, at der fortsat er pres på specialt og herunder, at udviklingen i henvisningstallet fortsat er stigende, men dog væsentligt afdæmpet.

Fordelingen af antallet og andelen af henviste til børne- og ungdomspsykiatrien for de enkelte regioner fremgår af tabel 14. Der ses en forskel på ca. 0,6 % mellem regionerne med henholdsvis laveste og højeste andel henviste i forhold til børne- og ungepopulationen i regionen. Region Nordjylland har fortsat den laveste andel med 0,6 % henviste, mens Region Sjælland har den højeste andel på 1,2 %. Baggrunden for disse forskelle er vanskelig at forklare.

På landsplan ses det, at 2247 børn og unge er blevet afvist/omvisiteret ud af de i alt 12.774 henviste svarende til 18 %. Antallet af afviste børn og unge, ud af antal henviste, er meget varierende regionerne imellem. Højest ligger Region Nordjylland med 31 % afviste af de henviste.

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

Tabel 14: Antal henviste i 2007 til børne- og ungdomspsykiatri i forhold til andelen af børn og unge pr. region

Antal henviste til B&U-psyk. pr. region i 2007	Alle antal henviste	Antal afviste af de henviste (i %)	Antal henviste 0-18-årige	Antal 0-18-årige i amtet	Henviste 0-18 år i % af 0-18-årige i amtet
Hovedstaden	3.320	571	3256	363.232	0,9
Sjælland	2513	473	2.244	194.983	1,2
Syd	3608	293	3289	286.233	1,1
Midt	2512	656	2307	301.498	0,8
Nord	821	254	821	134.877	0,6
Hele landet	12.774	2247 (18%)	11.917	1.280.823	0,9

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne og Danmarks Statistik

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

Blandt disse forslag indgik bl.a., at man overvejede mulighederne for at øge omfanget af udadgående konsulentvirksomhed fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger til undervisnings- og socialsektoren, om end man påpegede, at omfanget af konsulentarbejde måtte afvejes i forhold til de behandlingsmæssige forpligtelser. Regionerne har oplyst, at der på landsplan fra de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fast ugentligt ydes mere end 230 konsulenttimer. Én region bemærker dog at have audit og netværksdannelse inkluderet i tallene. Flere af regionerne har angivet aktiviteten, men har imidlertid ikke kunnet angive et ugentligt timeantal, hvorfor det ugentlige antal konsulenttimer på landsplan reelt er højere.

I øvrigt kan samarbejde med eksterne være tilrettelagt på andre måder end konsulentforpligtelser. I tidligere statusrapporter oplyste de tidligere amter at have varetaget flere konsulentforpligtelser gennem årene.

Indlæggelse af børn og unge med psykiske problemstillinger på andre afdelinger i sygehusvæsenet medfører et behov for tilsynsaktivitet som led i den almindelige opgavevaretagelse for specialet. Omfanget af tilsyn fremgår af tabel 15. Der ses fra 2005 til 2006 og igen til 2007 en betydelig samlet stigning i antallet af tilsyn på landsplan.

Tabel 15

Antal tilsyn på andre sygehusafdelinger i 2005-2007, opgjort regionsvis

Region	2005	2006	2007
Region Hovedstaden	189	198	326
Region Sjælland	84	117	125
Region Syddanmark	135	164	280
Region Midtjylland	41	56	213
Region Nordjylland	15	16	42
I alt	464	651	986

Tallene for 2005 og 2006 er summeret efter regionsgrænser
Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra de tidligere amter og regionerne.

5 Venteliste- og ventetidsudviklingen

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

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

Opgørelsen af ventende og ventetiden i tabel 16a baserer sig på spørgeskemaundersøgelser til afdelingerne/centre, der fik til opgave at opgøre, hvor mange der på en bestemt dag stod på venteliste, og hvor længe de 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 afdelingerne/centre, at oplysningerne giver et typisk billede. Det kan i øvrigt beklageligvis konstateres, at registreringspraksis vedrørende ventelister og ventetider tilsyneladende fortsat er noget varierende, hvilket besværliggør sammenligninger af ventelister og ventetider på tværs.

5.1 Om ventelister

Med de ovennævnte bemærkninger in mente, og dermed et forbehold over for præcisionen i tallene, kan det på baggrund af tabel 16a og bilag 1 konstateres, at ventelisten til undersøgelser eller behandling for børn og unge med psykiatrisk diagnose har været støt stigende over det seneste årti. Pr. 1. december 1997 ventede mindst 1.362 børn og unge på undersøgelse eller behandling, og pr. 31. december 2007 ventede mindst 3.150 børn og unge. I forhold til året før er der samlet set 285 børn og unge yderligere på venteliste til undersøgelse og behandling den 31. december 2007 svarende til en stigning på 10 %.

Halvdelen af afdelingerne/centre havde ved udgangen af 2007 et større antal børn og unge på venteliste end året før. Særligt afdelingerne/centre i Region Sjælland (Holbæk) havde en vækst i ventelisterne. Flere afdelinger/centre har dog også en betydelig nedgang i antallet af børn og unge på venteliste svarende til 13 – 33 %. Generelt viser der sig meget stærke udsving i tallene, især når man vurderer udviklingen procentvis for det enkelte center/afdeling. Udviklingen bør derfor vurderes i forhold til de absolutte tal.

Tabel 16 a: Ventetider og ventelister til børne- og ungdomspsykiatri

	Pr. 1.1.2006			vækst 05-jun i antal på	Pr. 31.12.2006			Vækst i 2006 i antal på vente Liste	Pr. 31.12.2007			Vækst i 2007 i antal på vente liste
	Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Vente- liste		Ventetider		Vente- liste	
	u. 3 mdr.	o. 3 mdr.		u. 3 mdr.	o. 3 mdr.		u. 3 mdr.	o. 3 mdr.				
			vente- liste									
Bisp	125 82 %	27	152	35 %	154 87 %	23	177	16 %	129 61 %	84 39 %	213	20 %
			33		33							
Glostr	203 47 %	228	431	22 %	220 52 %	204	424	-2 %	253 83 %	50 17 %	303	-29 %
Hillerød	124 63 %	72	196	28 %	120 66 %	63	183	-7 %	138 55 %	112 45 %	250	37 %
Roskilde	68 55 %	54	122	63 %	138 61 %	89	227	86 %	79 34 %	155 66 %	234	3 %
Holbæk	51 91 %	5	56	19 %	82 93 %	6	88	57 %	129 55 %	104 45 %	233	165 %
Næstv.	175 88 %	24	199	44 %	177 64 %	98	275	38 %	222 62 %	134 38 %	356	29 %
Odense	61 59 %	43	104	-14 %	115 95 %	6	121	16 %	172 95 %	9 5 %	181	50 %
August.	75 83 %	15	90	-8 %	114 93 %	9	123	37 %	91 100 %	0	91	-26 %
Esbjerg	75 77 %	22	97	-21 %	110 95 %	6	116	20 %	84 92 %	7 8 %	91	-22 %
Kolding	111 93 %	8	119	38 %	141 85 %	24	165	39 %	87 95 %	23 5 %	110	-33 %
Herning	140 74 %	49	189	139 %	100 100 %	0	100	-47 %				
Risskov	213 42 %	299	512	43 %	220 40 %	332	552	8%	441 47 %	503 53 %	944	71 %
Viborg	71 97 %	2	73	6 %	70 60 %	46	116	59 %				
Aalborg	94 59 %	66	160	9 %	106 64 %	59	165	3 %	102 71 %	42 29 %	144	-13 %
I alt	1586 63 %	914	2500	28 %	1867 65 %	998	2.865	15 %	1924 61 %	1223 39 %	3.150	10 %

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra de tidligere amter og regionerne.

5.2 Om ventetider

Den tid, den enkelte patient venter, er generelt mere væsentlig end selve størrelsen af ventelisten. Med hensyn til ventetiden kan det overordnet på landsplan på baggrund af tabel 16a og bilag 1 konstateres, at børn og unges ventetid på psykiatrisk undersøgelse og behandling er tilnærmelsesvis uændret siden 1997. Det ses, idet patienter, der venter under 3 måneder, fra 1997 til ultimo 2007 svinger mellem 68 % og 61 % ud af det samlede antal ventende patienter.

Ultimo 2007 har 61 % (1924) ventet under 3 måneder og 39 % (1223) over 3 måneder. Set i forhold til 2006 er der i absolutte tal 57 flere patienter med en ventetid på under 3 måneder, men væksten i antallet af henvisninger betyder, at antallet, der venter længere end 3 måneder samtidig er steget med 225.

I de foregående år er det trods det stigende antal henvisninger lykkedes at reducere antallet af børn og unge, der venter meget længe – dvs. over et år. Fra 1997 til 2005 skete der en halvering fra år til år i antallet af børn og unge, der havde ventet i over et år. Ultimo 2006 steg antallet igen til svarende til 133 personer i absolutte tal og 4,6 % af det samlede antal ventende. Ser man på tabel 16b, fremgår det, at tendensen til flere, der venter over et år er fortsat. I alt er der ultimo 2007 208 børn og unge, der har ventet på undersøgelse eller behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i mere end et år, hvilket svarer til 6,6 % af det samlede antal ventende. Det er hovedsagelig Region Sjælland og Region Midtjylland der tegner sig for disse længe ventende børn og unge. Det har ikke været muligt at få oplyst om de ventende børn og unge venter på udredning eller behandling.

Det fremgår at 50 % har ventet hhv. under eller over 2 måneder.

Det bør bemærkes, at der kun er registreret såkaldt aktiv ventetid, dvs. reel ventetid og ikke ventetid som følge af patientens ønske. Ventetiden beregnes fra den dato, hvor en afdeling/center modtager en henvisning af en patient til udredning eller behandling og til den dato, udredning eller behandling tilbydes.

Tabel 16b: ventetider til Børne- og ungdomspsykiatri, pr. 31.12.2007

Antal ventende	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	i alt
Bisp	56	44	29	29	46	9	213
Glostr	125	82	46	18	31	1	303
Hillerød	57	47	34	58	54	0	250
Roskilde	34	36	9	19	61	75	234
Holbæk	72	42	15	32	67	5	233
Næstv.	96	78	48	62	63	9	356
Odense	91	56	26	8	0	0	181
August.	54	27	10	0	0	0	91
Esbjerg	60	22	2	0	7	0	91
Kolding	36	34	17	13	10	0	110
Herning Risskov Viborg	189	150	102	172	226	105	944
Aalborg	43	42	17	24	14	4	144
Hele landet	913	660	355	435	579	208	3150
u/o 2 md.	1573		1577				3150

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra regionerne.

5.3 Ventetid og udvidet frit valg

For så vidt angår ventelister og ventetider kan det konstateres, at der var tale om et voksende antal ventende fra 1997 til 2005, selvom opgørelsen primo 2005 i forhold hertil for første gang i udbygningsperioden viste et lille fald (1 %) og dermed en stabilisering i antallet på venteliste. Pr. 1.1.2006 steg antallet imidlertid igen, og denne tendens er fortsat, idet der pr. 31.12.2007 ses en samlet stigning i antal ventende børn og unge på 10 % i forhold til 31.12.2006.

Denne udvikling må imidlertid ses i sammenhæng med det væsentligt øgede antal henvisninger. I 2007 er det samlede antal henvisninger på 12.774 mod 4.858 i 1996. Den markante vækst i antallet af henviste må formentlig anses for den væsentligste årsag til den negative udvikling i ventelister og ventetider.

Psykiatraftalen på sundhedsområdet for 2007-2010 tildeler pr. 1. august 2008 psykisk syge børn og unge ret til udredning på en klinik eller et hospital, som regionerne har indgået aftale med, såfremt ventetiden overskrider 2 måneder. Af tabel 16b ses det, at der pr. 31.12.2007 var 1573 børn og unge, der ventede fra 0 til 2 måneder, mens hele 1577 (svarende til 50%) venter mere end 2 måneder. Tallene viser imidlertid ikke, hvorvidt de ventende børn og unge har ventet på udredning eller behandling. Desværre har det for en stor del af afdelingerne/centrenes vedkommende ikke kunnet lade sig gøre at opgøre ventetiden på første ambulante kontakt dvs. ventetid til udredning, dagindlæggelse og døgnindlæggelse grundet forskellig registreringspraksis. Der foreligger derfor aktuelt ikke tal, der kan nuancere ventetiden i 2007 yderligere i forhold til, hvad man venter på, jævnfør den udvide-

de ret for psykisk syge børn og unge til udredning pr. 1. august 2008 og til behandling pr. 1. januar 2009.

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

6 Personaleudviklingen

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

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

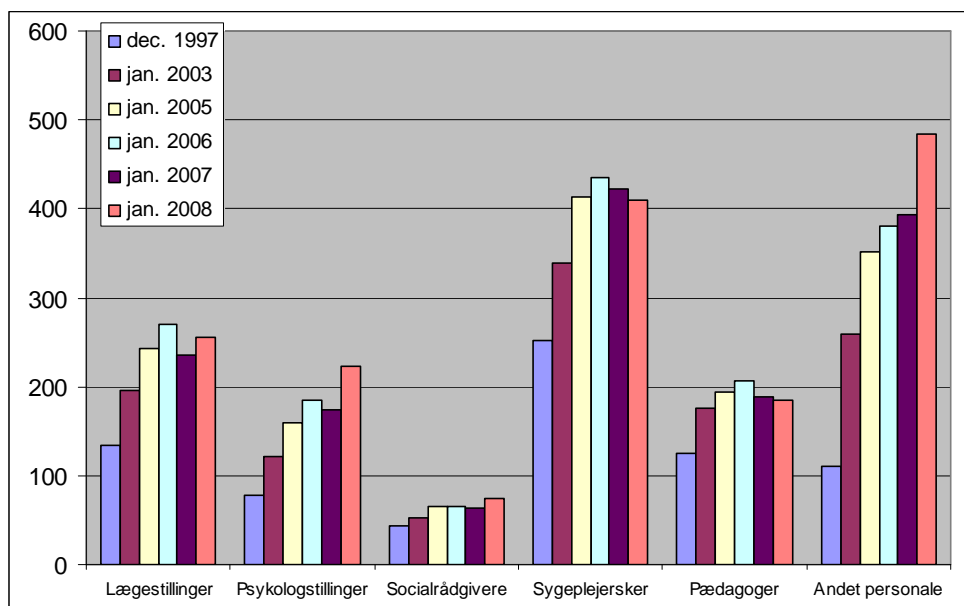
I henhold til spørgeskemabesvareelserne fra regionerne ses af nedenstående tabel 17 og figur 4, at der er foregået en udvidelse af det samlede antal normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien siden 1997. For perioden 1997 til ultimo 2007 er der i alt tale om en stigning i antallet af normerede stillinger på 120 % inklusiv de puljefinansierede stillinger.

Den stigende tendens i antallet af normerede stillinger siden 1997 stoppede i 2006 hvor der var et fald på 4 %. I 2007 er der igen sket en stigning på 152 stillinger samlet i hele landet, svarende til en stigning på 10 %.

Gruppen ”andet personale” har for nogle år tilbage vist den største procentvise for-øgelse, og dette ses igen 2007. Der er bl.a. tale om ergoterapeuter og fysioterapeu-ter, social- og sundhedsassistenter og lægesekretærer. Ansættelse af flere lægese-kretærer har bl.a. haft til formål at aflaste det sundhedsfaglige personale, herunder lægerne for en række af de administrative opgaver. Der er ligeledes i de sidste par år set en markant stigning i antallet af normerede læge- og psykologstillinger. Til gengæld er der sket et fald i antallet af miljøpersonale stillinger, som omfatter pæ-dagoger og sygeplejersker. Det skal bemærkes, at gruppen af pædagoger ikke om-fatter talepædagoger og skolelærere, som er omfattet af kategorien ’Andet persona-le’.

Det ses, at antallet af puljefinansierede stillinger er faldet fra 2006 til 2007 med 40 stillinger absolut set. Antallet af puljefinansierede stillinger udgør ultimo 2007 134. Det må dog bemærkes, at antallet af puljestillinger siden 2005 er steget i alt sva-rende til 14 %.

Figur 4: Udviklingen i antal fuldtidsstillinger i børne- og ungdomspsykiatrien



Note: Grafen omfatter normerede stillinger 1997-2007, faktiske stillinger udgangen 2007

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra de tidligere amter og regionerne.

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

	dec. 1997	1.1.2005	31.12.2006	31.12.2007	% øgning fra ultimo 06 - ultimo 07	% øgning fra dec 97 - ultimo 07
Lægestillinger	134	242 (23)	235 (29)	255 (17)	9	90
Psykologstillinger	78	159 (23)	174 (43)	223 (34)	28	186
Socialrådgivere	43	65 (11)	64 (11)	74 (14)	16	72
Miljøpersonale						
Sygeplejersker	252	414 (31)	422 (49)	409 (28)	-3	62
Pædagoger	125	194 (10)	188 (14)	184 (10)	-2	47
Andet personale	110	352 (20)	393 (27)	484 (31)	23	340
heraf Fys/ergo		34	36 (3)	30 (1)	-17	
heraf sekr.				224 (25)		
heraf SOSU		88	80 (0)	102 (0)	28	
I alt	742	1.426 (118)	1477 (174)	1629 (134)	10	120

Note: normerede stillinger 1997-2006, faktiske stillinger udgangen 2007

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra de tidligere amter og regionerne.

6.1 Vedrørende læger i børne- og ungdomspsykiatrien

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

hvervsaktive speciallæger, speciallæger uden for arbejdsstyrken og pensionerede speciallæger.

I henhold til Sundhedsstyrelsens elektroniske stillings- og vakancetælling pr. dec. 2007, er der registreret 130 speciallægestillinger, heraf 51 ubesatte, i det offentlige sygehusvæsen.

Som et af de meget få specialer forventes der en stigning i antallet af speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Særligt efter 2015 forventes stigningsstakten øget væsentligt. Dette skyldes, at der i de senere år er udvidet betydeligt i antallet af hoveduddannelsesforløb inden for specialet. For at imødekomme behovet for speciallæger, herunder rette op på den nuværende mangel på speciallæger, har Sundhedsstyrelsen i 2007 anbefalet en yderligere udvidelse af hoveduddannelsesforløbene på 33 % i dimensioneringsplan 2008-2012. Udvidelsen svarer til, at der skal oprettes 20 årlige forløb fra og med 2008, jf. Sundhedsstyrelsens statusrapporter om udviklingen i børne- og ungdomspsykiatri og Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2008-12. Samtidig er også introduktionsstillinger i børne- og ungdomspsykiatrien udvidet fra 20 til 40-50 forløb. Tages der højde for den kommende udvidelse, vil der allerede fra 2013 kunne forventes flere speciallæger end det fremskrevne antal.

Sundhedsstyrelsen har registreret, at antallet af normerede speciallægestillinger i sygehusvæsenet i perioden april 2000-april 2006 er steget med gennemsnitligt 6,8 % pr. år. I forbindelse med udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan 2008-2012 har Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark vurderet, at det fremtidige behov vil være større som følge af de aktuelle ventelister, et øget behov for konsulentfunktion til kommunerne, en forventning om øget indtag af patienter, fra 0,9 % af populationen til 1,5/2 % af populationen, at andre specialer har indlagt patienter, der burde henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, f.eks. pædiatrien og voksenpsykiatrien.

Set over perioden 2000–2008 er 91% af alle opslåede uddannelsesforløb blevet besat inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Der er ikke de store udsving mellem årene.

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

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Opslåede	12	14	17	12	15	18	17	17	20
Besatte	9	13	15	10	15	16	16	17	17
Ubesatte	3	1	2	2	0	2	1	0	3

* Inden for specialet børne- og ungdomspsykiatri opslås der kun uddannelsesforløb i andet halvår
Kilde: Sundhedsstyrelsen, Uddannelse og autorisation.

I 2008 var der 22 ansøgere til 20 stillinger. Der er således fortsat en positiv interesse og yderligere rekrutteringsmuligheder for specialet.

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

Regionerne fastlægger rammerne for ansættelsesprocedurer. De tre regionale videreuddannelsessekretariater i hhv. videreuddannelsesregion Øst, Syd og Nord, varetager ansvaret for ansættelsesprocedurerne gennemførelse, og sikrer, at gennemførelsen sker i overensstemmelse med retningslinjerne.

6.2 Psykiatriske sygeplejersker

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

Tabel 19: Psykiatriske sygeplejersker.

Sygeplejersker med gennemført specialuddannelse inden for psykiatri	Færdig uddannede sygeplejersker i perioden fra 1998 til 2002	Antal Gennemført i 2003	Antal Gennemført i 2004	Antal Gennemført i 2005	Antal Gennemført i 2006	Antal Gennemført i 2007
I alt på landsplan	270	60	57	50 - 60	56	50-60

Efteråret 2005 har de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i region Øst oprettet en miljøterapeutisk diplomuddannelse. "Den pædagogiske diplomuddannelse i miljøterapi" består af 3 moduler og et forløb over 1½ år.

Formålet med uddannelsen er at de studerende, som består af sygeplejersker og pædagoger med 2 års børne- og ungdomspsykiatrisk erfaring, tilegner sig indsigt i det børne- og ungdomspsykiatriske specialområde omfattende videnskabsteori, udviklings- og personlighedsteori og miljøterapi. Målet er at give de studerende mulighed for at integrere teoretisk faglig viden i den miljøterapeutiske praksis. Der foreligger i øvrigt forskellige former for uddannelsesstilbud i regionerne.

6.3 Psykologer

Med hensyn til psykologer vurderer gruppen, at der generelt set fortsat er mulighed for at rekruttere psykologer, herunder psykologer med specialuddannelse, og at disse vil kunne varetage en række opgaver, der kan supplere den til rådighed værende mængde lægelige arbejdskraft. De relevante specialuddannelser omfatter neuropsykologi, børnepsykologi og psykoterapi. Det ses i øvrigt at antallet af ansatte psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien er steget. Det er dog fortsat væsentligt, at stillingerne er attraktive nok til at kunne tiltrække og fastholde kvalificerede ansøgere.

6.4 Opsummerende

Alt i alt kan det konstateres, at der fra 1997 til ultimo 2007 er sket en væsentlig udvidelse af de samlede personaleressourcer svarende til 120 %, hvor den største procentvise forøgelse i stillinger ligger i gruppen ”andet personale” og psykologer. Fra 2005 til 2006 var væksten størst for psykologer og ’andet personale’, samtidig med et fald i lægestillingerne. Fra 2006 til 2007 har der været et fald i antallet af miljøpersonale, samt en stigning i antal lægestillinger og psykologstillinger. Det fremgår i øvrigt, at der også har været en stigning i antal stillinger for socialrådgivere fra 2006 til 2007.

7 Vedrørende spiseforstyrrelser

7.1 Baggrund

Spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi og overspisning (BED) er et alvorligt og tilsyneladende voksende problem blandt unge i de vestlige lande. Problemerne udgør et kontinuum, der strækker sig fra en meget udbredt risikoadfærd til svære psykiatriske sygdomme. Sundhedsstyrelsen har derfor gennem en årrække igangsat analyse- og udviklingsarbejde og udgivet oplysningsmateriale til støtte for sundhedspersonalets indsats på området, ligesom styrkelse af indsatsen på spiseforstyrrelsesområdet også er indgået i Psykiatriaftalerne tilbage fra 2003. Via satspuljeaftalen for 2005 blev der truffet aftale om en permanent tildeling af ressourcer til styrkelse af området spiseforstyrrelser i form af 30 mio. kr. årligt. Samtidig blev det besluttet, at Sundhedsstyrelsen i de kommende år skal følge udviklingen på området i form af en årlig status i relation til opfølgningen vedrørende børne- og ungdomspsykiatrien.

I 2005 udgav Sundhedsstyrelsen en rapport om spiseforstyrrelser ”Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling.” Rapporten er udarbejdet af en gruppe af eksperter for Sundhedsstyrelsen og omhandler behandling af spiseforstyrrelsessygdomme samt anbefalinger for organisationen heraf.

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

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

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

I rapporten anbefales tre niveauer for behandling: Praksisniveau, basisniveau med specialiserede teams samt højtspécialiseret/landsdelsniveau, og det anbefales, at behandling ydes på laveste effektive niveau (LEON-princippet). Der anbefales endvidere en styrkelse af indsatsen såvel på de enkelte niveauer som i samarbejdet mellem niveauerne. Det anbefales bl.a., at man på sigt arbejder hen mod, at der på basisniveau etableres tværfaglige spiseforstyrrelsesteam, som varetager visitation, diagnostik og behandling og varetager konsulentfunktioner. Det foreslås, at teamet er tværfagligt og omfatter eller råder over nogle af følgende faggrupper: Psykiater/børne- og ungdomspsykiater, sygeplejerske, psykolog, diætist, fysioterapeut, tandlæge, socialrådgiver, ergoterapeut og sekretær.

Rapporten fremhæver behovet for et tæt samarbejde med en bestemt pædiatrisk/medicinsk afdeling (samarbejdsafdelinger). Teamet kan evt. etableres som sa-

tellit for en bestemt landsdelsafdeling, hvortil svære tilfælde henvises, og hvorfra de kan modtages igen. Teamet kan fungere som konsulent for andre behandlingsinstanser, herunder samarbejde med og rådgive primærsektoren (praktiserende læger, sundhedsplejersker, kommunernes læger) samt skolevæsen og socialforvaltninger m.fl. Ud over oprettelsen af teams anbefalede gruppen af eksperter, at der på sigt arbejdes på en vis styrkelse af landsdelsafdelingerne, så de udover at være i stand til at varetage behovet for behandling af de alvorligste spiseforstyrrelser også kan være ressourcecentre for de lokale teams.

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

Hensigten med anbefalingerne var:

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

I forbindelse med speciale gennemgangen 2008 justeres disse anbefalinger i relation til regionsdannelsen.

Sundhedsstyrelsen har i spørgeskemaundersøgelsen anmodet regionerne om at beskrive tilbuddene ved udgangen af 2007, herunder beskrive tilrettelæggelse og kapacitet til spiseforstyrrede (både børn og unge og voksne) samt redegøre for anvendelsen af de ekstra ressourcer tilført med satspuljeaftalen, for så vidt angår ændret organisering og øget kapacitet i behandlingsindsatsen.

7.2 Udviklingen i kapacitet og aktivitet

Oplysningerne om antallet af særlige pladser til personer med spiseforstyrrelser (uanset alder) ved de børne- og ungdomspsykiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger/centre er hentet direkte fra spørgeskemabesvarelserne og fremgår af tabel 20. Pladsantallet dækker over det antal pladser, den enkelte afdeling/center har anført, at den i gennemsnit anvender - eller har reserveret – særligt til spiseforstyrrelser i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Dette antal pladser repræsenterer således et minimum af de til rådighed værende pladser for spiseforstyrrelser.

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

Tabel 20a, Antal særlige pladser til spiseforstyrrede – dagpladser

	B&U 2005	Voksen 2005	B&U primo 2006	Voksen primo 2006	B&U ul- timo 2006	Voksen ult. 2006	B&U ult. 2007	Voksen ult. 2007
Bispebjerg	2	0	2	*8	1,7	8	1	40
Glostrup	0	42	0	69	0	***13	0	
Hillerød	0	0	8	0		-	0	
Gentofte								20
RH								8
Stolpegård								63
Roskilde	0	0	0	0	0	0	0	0
Holbæk	0	0	0	0	0	-	0	-
Næstved B&U	6	0	6	0	-	-	6xxx	
Vestsjælland								0
Vordingborg								0
Odense	2	0	2	0	1,5	0	2	2
Augustenborg	0	0	0	0	0	0	3	
Esbjerg	2	0	0	0	0,5	0		0
Kolding	6	0	0	0	0	0	2	0
Herning	0	0	0	0	0	0		
Risskov	8	0	0	0	8	0	8	0
Viborg	0	0	0	0	0	0		
Aalborg	0	0	0	0	0	0	0	16
I alt dagpladser	26	42	31	77	15,2	21	28	149

2007-tallene indeholder en vis usikkerhed, da der i et vist omfang indgår pladser reserveret til ambulante behandlingsforløb, hvilket ikke nødvendigvis tilsvarende gør sig gældende for tallene fra 2006.

Tabel 20b, Antal særlige pladser til spiseforstyrrede - døgnpladser

	B&U 2005	Voksen 2005	B&U primo 2006	Voksen primo 2006	B&U ul- timo 2006	Voksen ult. 2006	B&U ult. 2007	Voksen ult. 2007
Bispebjerg	7	10	7	10	7,3	10	8	0
Glostrup	2	0	2	0	2	0	1	
Hillerød	0	0	0	0	-	-	0	
Gentofte								0
RH								10
Stolpegård								0
Roskilde	0	0	0	0	0	0	0	0
Holbæk	0	0	0	0	0	-	0	-
Næstved B&U	10	0	10	0	-	-	0	
Vestsjælland								0
Vordingborg								0
Odense	3x	1	3	1	2,5	2,5	3	5
Augustenborg	0	0	0	0	0	0	0	
Esbjerg	2	0	0	0	0,5	0	2	0
Kolding	10,5xxx	0	0	0	0	0	7	0
Herning	0	0	2	0	0	0		
Risskov	11	0	0	0	8	0	8	4
Viborg	16	0	16	0	0	0		
Aalborg	8	0	8**	0	8	0	3	0
I alt døgnpladser	69	11	69	11	26,8	16,5	32	19

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

** 8 normerede sengepladser (5 disponible).

*** Herudover kapacitet til 77 ambulante forløb

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

xxx Gennemsnitligt antal anvendte pladser til spiseforstyrrede

xxxx 6 anoreksipatienter inkl. familier i flerfamiliegruppeterapi

Note: Der er nogen usikkerhed i forhold til definition og dermed registrering af dagbehandling

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra amterne og regionerne.

Det kan konstateres, at der i 2007 i alle regioner var specifikke pladser forbeholdt til patienter med spiseforstyrrelser. Det fremgår endvidere, at det samlede antal døgn- og dagpladser er ca. 228 i 2007 i forhold til knap 80 pladser året før. Ultimo 2007 er der således 60 reserverede pladser i børne- og ungdomspsykiatrien til patienter med spiseforstyrrelser og 168 reserverede pladser i voksenpsykiatrien til samme patientgruppe. Disse tal udgør som nævnt det minimalt til rådighed værende.

Antallet af særlige pladser til personer med spiseforstyrrelser faldt i de fleste regioner fra 2005 til 2006. I 2007 steg antallet af døgnpladser til spiseforstyrrelser med total 8 pladser. Ligeledes ser dagspladsantallet ud til at være steget i 2007 i forhold til 2006. Tallene indeholder dog en vis usikkerhed, da der i 2007 i et vist omfang indgår pladser reserveret til ambulante behandlingsforløb, hvilket ikke nødvendigvis tilsvarende gør sig gældende for tallene fra 2006. Tallene for dagbehandling er bedømt ud fra regionernes supplerende kommentarer i spørgeskemaerne - formentlig udtryk for en reel stigning i den ambulante kapacitet for behandling af spiseforstyrrede, på linje med Sundhedsstyrelsens rapport "Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling" fra 2005. Det må endvidere bemærkes, at antallet af pladser ultimo 2007 udtrykker et minimum, idet det ikke har været muligt at få oplysning fra regionerne om antallet af reserverede dagsbehandlingspladser til spiseforstyrrede på alle afdelinger/centre.

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

7.3 Spiseforstyrrelsesteams

I Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser 2005 anbefales, at man på sigt arbejder hen mod, at der på 'hovedfunktionsniveau' etableres tværfaglige spiseforstyrrelsesteams. Rapporten anbefalede således, at der svarende til hvert af de tidligere amter oprettes et spiseforstyrrelsesteam, som varetager central visitation, diagnostik, behandling og konsulentfunktioner. Det foreslås, at teamet er tværfagligt og omfatter eller råder over en række faggrupper.

Ultimo 2007 havde alle regioner etableret tværfaglige spiseforstyrrelsesteams. Bemanningen i relation til faggrupper fremgår af tabel 21. I forhold til året før er der foregået en stor stigning fra 26 til 183 stillinger med opgaver specifikt vedrørende spiseforstyrrelser. Det hænger hovedsageligt sammen med stigningen i dagbehandling af spiseforstyrrede.

Tabel 21: Spiseforstyrrelsesteams: Bemanding med faggrupper ultimo 2007.

Region	Speciale	Spise forstyrrelses team	Børne- og ungdoms psykiater /psykiater	Sygeplejerske	Psykolog	Andre
Hovedstaden	B&U	2	3	14	3,7	10,4
	Psykiatri	4	5,8	17,6	12,8	17,7
Sjælland	B&U	2	2	0	3	3,9
	Psykiatri	0	0	0	0	0
Syd	B&U	4	5,7	3,3	5,4	11,1
	Psykiatri	1	0	2	1	0,3
Midt	B&U	2	5	11,5	11,4	23
	Psykiatri	1	1	4	0	0
Nord	B&U	1	1	2	1,5	0
	Psykiatri*	1	-	-	-	-

* Region Nord har ikke oplyst bemanding for voksenpsykiatriteam

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne.

7.4 Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser

Nedenfor er aktiviteten vedrørende spiseforstyrrelsesdiagnoser udspecificeret i henhold til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister med hensyn til indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser behandlet i sygehusvæsenet i 1997-2007. Det skal bemærkes, at tabellen omfatter alle aldersgrupper - dvs. børn og unge (B&U) samt voksne med spiseforstyrrelser.

Tabel. 22: Indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser (alle aldre) behandlet i sygehusvæsenet i 1997, 2000 og 2004-2006

		Diagnose	1997	2000	2004	2005	2006
Antal indlæggelser	Psykiatri	Anoreksi	189	182	149	131	194
		Bulimi	40	40	17	25	15
		Øvrige	20	37	16	25	27
		i alt	249	259	182	181	236
	B+U- Psykiatri	Anoreksi	153	117	157	146	156
		Bulimi	3	10	3	6	7
		Øvrige	1	8	14	8	10
		i alt	157	135	174	160	173
Antal ambulante forløb	Psykiatri	Anoreksi	316	511	581	761	634
		Bulimi	509	607	589	620	624
		Øvrige	121	215	254	269	306
		i alt	946	1333	1424	1650	1564
	B+U- Psykiatri	Anoreksi	244	442	702	751	814
		Bulimi	110	234	266	298	317
		Øvrige	42	141	163	192	233
		i alt	396	817	1131	1241	1384

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

I overensstemmelse med spiseforstyrrelses-rapportens anbefalinger ses der gennem årene en stigning i antallet af ambulante forløb samtidig med, at antallet af indlæggelser vedr. spiseforstyrrelser holder sig lavt. Antallet er dog steget i 2007. Dette understøtter forklaringen om, at det lave pladsantal delvist kan tilskrives mere ambulante aktivitet frem for indlæggelser og er således i god overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport "Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling".

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

7.5 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger vedrørende spiseforstyrrelser til regionernes børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre og voksenpsykiatriske afdelinger/centre. Dette er opgjort i tabel 23 for årene 2004-2007. Det fremgår heraf, at antallet af henvisninger i 2007 i alt var 1500, dvs. knap 100 flere henvisninger end i 2006. Af henvisningerne var 788 til børne- og ungdomspsykiatrien og 712 til voksenpsykiatrien.

TABEL 23: Antal henvisninger vedrørende spiseforstyrrelser i perioden 2004–2007 til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (B&U) og voksenpsykiatriske afdelinger uafhængigt af alder

Amt	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007
	B&U	Voksen	B&U	Voksen	B&U***	Voksen***	B&U***	Voksen***
Bispebj B&U	32	113	34	131	32 (2)	116 (18)	62(14)	
Glostrup B&U	43	263	43	287	58 (2)	342 (35)	37(?)	
Hillerød B&U	34	0	34	0	70 (12)	12 (1)	52(3)	
Bispebjerg								40(3)
RH								55(4)
Gentofte								26(3)
Stolpegård								345(46)
Roskilde B&U	23	68	26	35	5 (0)		28(1)	
Holbæk B&U	56*	0	61*	0	48 (0)		55(3)	
Næstved B&U	22	55	15	60	21 (1)		54(14)	
Roskilde						2 (0)		22(0)
Vestsjælland						23 (0)		6(0)
Vordingborg						4 (1)		4(0)
Odense B&U	45	84	65	81	66 (3)	97 (0)	47(1)	
Augustenb.B&U	22	16	19	14	29 (0)		43	
Esbjerg B&U	50	2	56	1	63 (0)		56(4)	
Kolding B&U	48*	18	32*	21	32 (3)		30	
Odense						0 (0)		95(0)
Esbjerg						14 (2)		10(2)
Kolding						0 (0)		2(0)
Herning	29	0	32	5	28 (1)	44 (-)	288(41)	
Risskov B&U	222	0	224	7	221 (28)	- (-)		
Viborg	7	12	26	11	21 (19)	1 (0)		
Risskov								-
Distrikt vest								14(0)
Aalborg B&U	13	**	29	**	24 (1)		36(1)	
Aalborg syd						- (-)		70
Brønderslev								19
Thy/Mors								4
I alt	646	631	696	653	750 (72)	655 (57)	788 (82)	712 (58)

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

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

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

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidligere amter og regionerne.

I forhold til de forrige år er der sket en mindre stigning i antallet af henvisninger med 38 vedrørende spiseforstyrrede til børne- og ungdomspsykiatrien. I voksenpsykiatrien er der ligeledes sket en stigning i henvisningstallet med 57 henvisninger.

I parentes efter antallet af henvisninger ses antallet af afviste heraf. I alt blev ca. 9 % af de henviste spiseforstyrrede afvist/omvisiteret i 2007. Antallet af afviste varierer mellem regionerne.

7.6 Ventelister og ventetider

I tabel 24 ses antallet af ventende patienter med spiseforstyrrelse. Det fremgår heraf, at der er sket et mindre fald i ventelisten det seneste år fra 357 ultimo 2006 til 331 ultimo 2007.

Betragtes tabel 24 vedr. ventetiden til behandling, ses det, at faldet i antallet af ventende patienter med spiseforstyrrelse kan henføres til såvel børne- og ungdomspsykiatrien som voksenpsykiatrien.

Ser man på, hvor lang tid patienterne med spiseforstyrrelser venter ultimo 2007, venter ca. 43 % af patienterne 0-4 uger. Den udvidede ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge efter en ventetid på 2 måneder gør det særligt interessant at bemærke andelen af patienter, der venter mere eller mindre end 8 uger. Det ses, at ca. 66 % af alle patienter venter mellem 0-8 uger, mens der omvendt er 33 %, der venter mere end 8 uger. For patienter henvist til børne- og ungdomspsykiatrien gælder det at 72 % venter under 8 uger. Det betyder, såfremt samme billede tegner sig næste år, at op mod 1/3 af de henviste til børne- og ungdomspsykiatrien med spiseforstyrrelser, kunne gøre brug af den udvidede ret til undersøgelse og behandling, såfremt de er under 19 år.

De afdelinger/centre, som har særlige tilbud til spiseforstyrrede, modtager generelt også yngre voksne fx op til 29 år i disse særlige tilbud.

Tabel 24: Ventetider vedr. spiseforstyrrelser, uanset alder

Pr. 31.12.2007	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
Børne- & ungdomspsyk. afd.	94	39	22	19	11	1	186
Voksenpsyk. afd.	49	36	46	5	9	0	145
I alt	143	75	68	24	20	1	331
Akkumuleret %	43 %	66 %	86 %	93 %	99,5 %	100 %	100 %
Pr. 31.12.2006							
Børne- & ungdomspsyk. afd.	90	30	22	29	20	5	196
Voksenpsyk. afd.	66	19	10	45	20	1	161
I alt	156	49	32	74	40	6	357

Pr. 1.1.2006						
Børne- & ungdomspsyk. afd.	57	41	31	5	1	135
Voksenpsyk. afd.	41	49	18	8	1	117
I alt	98	90	49	13	2	252
Pr. 1.1.2005						
Børne- & ungdomspsyk. afd.	44	47	19	3	0	113
Voksenpsyk. afd.	31	36	14	2	1	84
I alt	75	83	33	5	1	197

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne

Ser man på de generelle ventelister og ventetider for børne- og ungdomspsykiatri i tabel 25, fremgår det, at de spiseforstyrrede i 2007 udgør ca. 6 % af det samlede antal ventende til børne- og ungdomspsykiatrien. De spiseforstyrrede udgør 10 % af de, som har ventet under 4 uger, og 6 % af de, som har ventet 5-8 uger. I forhold til foregående år er andelen af ventende spiseforstyrrede ud af de samlede ventende børne- og ungdomspsykiatriske patienter faldet med 1 %.

Tabel 25:

Ventende spiseforstyrrede i relation til samtlige ventende til børne- og ungdomspsykiatrien pr. 31.12. 2007

Antal uger	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	I alt
Spiseforstyrrede til børne- og ungdomspsykiatrien	94	39	22	19	11	1	186
Samlet antal ventende til børne- og ungdomspsykiatrien	913	660	355	435	570	208	3150
Andel ventende spiseforstyrrede i børne- og ungdomspsykiatrien af alle patienter i børne- og ungdomspsykiatrien	10%	6%	6%	4%	2%	0,5%	6%

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne

7.7 Opsummering

Vedrørende indsatsen for personer med spiseforstyrrelse kan opfølgingsgruppen konstatere, at antallet af henvisninger er vokset. Alligevel er der lidt færre på ventelister end året før. Henvisningerne er steget særligt til voksenpsykiatrien, men ventelisten for såvel børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien er faldet forholdsmæssigt ens. Det er således lykkedes i et mindre omfang at nedbringe ventelisten for personer med spiseforstyrrelser i både i børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien i forhold til året før.

Selvom langt størstedelen – 2/3 - af de ventende børne- og ungdomspsykiatriske patienter med spiseforstyrrelse kun venter i 0-8 uger, ses det, at 1/3 af de børne- og ungdomspsykiatriske patienter med spiseforstyrrelse venter i mere end 8 uger. Der er dog færre, der venter meget længe.

Samtidig ses det, at antallet af reserverede pladser er steget markant for dagbehandling, hvilket evt. delvist må tilskrives registreringstekniske forhold i sammenligning med 2006. Men ud fra regionernes supplerende oplysninger i spørgeskemaerne, ser den stigende kapacitet ud til at være reel.

Stigningen i antal dagpladser må tages som udtryk for, at man følger anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport vedrørende spiseforstyrrelser, herunder, at man som anbefalet lægger vægt på LEON-princippet og på det ambulante behandlingsprincip. Sundhedsstyrelsens LPR-udtræk for indlæggelser og ambulante forløb understøtter dette, idet aktivitetsstigningen hovedsageligt foregår i antallet af ambulante forløb. Samtidig er der i tråd med rapportens anbefalinger etableret spiseforstyrrelsesteams i alle regioner.

Personer med spiseforstyrrelser udgør ultimo 2007 6 % af samtlige ventende til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre. Ventetiderne for spiseforstyrrede til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger/centre er generelt kortere end for den samlede børne- og ungdomspsykiatriske patientgruppe som helhed, hvilket kan ses som udtryk for, at disse patienter prioriteres.

8 Socialektoren

8.1 Psykiatriaftalen 2003 til 2006 – den sociale sektor

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

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

Puljen skulle anvendes til:

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

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

Samlet set har projekterne været meget forskellige i forhold til indsatsen for at udvikle samarbejdet mellem aktørerne på tværs af sektorerne.

Projektets målgruppe kan deles i flere kategorier:

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

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

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

8.2 Nationalt kvalitetsprojekt i børne- og ungdomspsykiatrien

Det Nationale Gennembrudsprojekt: Styrkelse af den fælles indsats i børne- og ungdomspsykiatrien

Velfærdsministeriet (Socialministeriet), Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Undervisningsministeriet og Danske Regioner igangsatte og finansierede projektet om styrkelse af den fælles indsats i børne- og ungdomspsykiatrien. Projektet er gennemført i løbet af 2005 til 2007.

Nedenstående er en sammenfatning af evalueringsrapporten udført af Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Projektets formål

Projektets hovedformål var at udbygge og forstærke samarbejdet inden for det psykiatriske område mellem de berørte sektorer – sundheds-, undervisnings- og socialsektoren.

Formålet bestod af tre mindre formål:

- Forbedre og udvikle vidensdeling og dialog mellem sektorerne og faggrupperne
- Forbedre og udvikle det organisatoriske samarbejde mellem sektorerne og faggrupperne
- Forbedre sammenhæng, kontinuitet og tilgængelighed i udrednings og behandlingsforløbene samt undervisningstilbuddene for børn og unge med psykiske problemer og deres pårørende i de tre sektorer.

Projektets deltagere

Der har deltaget 16 tværfagligt sammensatte teams fordelt på 7 teams fra børne- og ungdomspsykiatrien og 9 teams fra kommunale forvaltninger.

De 7 teams fra børne- og ungdomspsykiatrien er spredt ud over regionerne Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden.

De 9 teams fra kommunerne kommer fra Horsens, Herning, Esbjerg, Kolding, Ny Varde, Albertslund og København.

Resultater

Projektdelegerne tilkendegiver at have opnået markante forbedringer i samarbejdet på tværs af sektorerne. Gennem projektet har deltagerne fået øget kendskab til de andre sektors arbejdsgange og –betingelser og ikke mindst til de personer, som de skal samarbejde med tværsektorielt.

Det udvidede kendskab har dannet grundlag for en forbedret og øget dialog, vidensdeling og fælles problemløsning mellem sektorerne samt en mere klar arbejdsdeling og øget systematik i praksis.

Projektets udviklingsarbejde har bidraget til, at 84.2 % af deltagerne vurderer, at de har oplevet en positiv ændring af praksis via ændrede samarbejdsformer.

Deltagernes positive indstilling til at ændre samarbejdspraksis er en forudsætning for projektets succes.

Det tilkendes i evalueringen, at der oplevedes behov for stærkere opbakning såvel fra ledelse, som fra kollegaers side.

Projektets har udarbejdet flere forandringstiltag, som er sat i sammenhæng med de krav, der som minimum skal indgå i regionens aftale med de enkelte kommuner.

8.3 Den kommunale sektor

Det er ikke alle psykiske problemstillinger, der nødvendigvis skal udredes og behandles i psykiatrien. I den kommunale sektor er der specialinstitutioner som fx pædagogisk-psykologisk rådgivning, behandlingshjem (døgninstitutioner), specialskoler, forældrerådgivning m.m., som kan foretage pædagogisk- psykologiske vurderinger, udrede og evt. behandle visse psykiske vanskeligheder. Den sociale tilbudsvifte kan også omfatte forskellige terapiformer, understøttelse af borgerens etablering og fastholdelse af netværk, idræts- og andre fritidsaktiviteter mv. som supplement til psykiatrisk behandling i regionalt regi.

Psykiatriaftale 2007 - 2010

Som led i psykiatriaftalen blev der afsat en pulje på 133 millioner kr. for perioden 2007 til 2010. Puljen skal forbedre og udbygge psykologbehandlingen af børn og unge i den kommunale sektor.

Puljen finansierer desuden psykologydelse på ungdomsuddannelserne samt psykiatriske konsultation på behandlingshjem/døgninstitutioner.

I relation til familier med børn og unge med psykiatriske lidelser finansieres etablering og drift af netværk for forældrene.

Psykologbehandlingen i den kommunale sektor

Der er givet bevilling til 7 projekter om psykologbehandling i kommuner. To til region hovedstaden (Brøndby, børneforvaltningen, og Bornholm, Børnecenteret), to til region Midtjylland (Herning, Børne- og ungeforvaltningen, Børnehjemmet Tofte, og Århus, de fire socialcentre), én til Nordjylland (Ålborg, familiecentret) og to til Syddanmark (Haderslev, Børn og Familieservice, og Esbjerg, Psykologisk center for børn og unge).

Det er hensigten med projekterne, at flere med psykiske lidelser kan blive konsulteret af en psykolog, så flere klienter kan behandles.

Samtlige syv projekter indgår i et samarbejde med de regionale psykiatriske institutioner.

Netværksprojekterne

Der finansieres 9 netværksprojekter. Fem i hovedstaden, tre i Midtjylland og ét i Nordjylland.

Det forventes at mellem 883 og 1360 forældre deltager i en netværksgruppe finansieret over psykiatripuljen¹.

Formålet er at styrke familien, så den kan tackle problemerne med et barn med psykiske lidelser.

Psykologtilbud på ungdomsuddannelserne

Der er givet bevilling til 7 projekter. Ét i hovedstaden, to i region Midtjylland, tre i region Sjælland og ét i region Syddanmark. 5 af projekterne omfatter samtlige ungdomsuddannelser i kommunen.

Det er hensigten med indsatsen på ungdomsuddannelserne, at der ydes vejledning og rådgivning til de studerende, der har det svært og som måske er ved at droppe ud af uddannelsen.

Konsulenttjeneste til anbringelsesstederne

Der finansieres 5 projekter. Der er ydet bevilling til Københavns kommune (hvor samtlige anbringelsessteder og plejeforældre deltager dog med særlig fokus på de tre institutioner med psykisk syge), Odense kommune (alle anbringelsessteder og familieplejere), Seden Enggård, Himmelbjerget og Ousbjerggård. Det indebærer, at flere institutioner end fem indgår i projekterne.

Anbringelsesstederne skønner, at ca. 176 børn og unge berøres af konsulenttjenesten.

Tjenestens ydelser består af supervision og uddannelse af personale og i mindre omfang kontakt til børnene/de unge samt familierterapi.

Der bliver foretaget evaluering af samtlige projekter.

Kortlægning af socialsektoren

Dette afsnit følger op på statusnotatet fra 2006. Pågældende statusnotat baserede sig primært på enkeltregistreringer foretaget f.eks. i forbindelse med forskningsrapporter. Hvor der ikke er nye registreringer, henvises til statusnotatet fra 2006. Der henvises desuden til afrapporteringen fra henvisningsrapporten, hvori der er gennemført en kortlægning af aktiviteterne i socialsektoren.

Som det fremgik af afsnittet "Kortlægning af tilbud i den sociale sektor" i statusnotatet fra 2006 registreres det ikke på centralt niveau, hvilken type problemer eller lidelser barnet eller den unge, der kommer i kontakt med de sociale myndigheder, har. Man registrerer derimod ydelsen - type og antal. Nedenstående tal baserer sig derfor på forskellige kilder.

Som led i anbringelsesreformen (2006) påbegyndte Ankestyrelsen indsamling af data om anbragte unge og børn.

¹ To projekter kunne ved projektstart ikke estimere antal deltagere. De indgår i beregningen med et gennemsnit for samtlige støttede projekter.

Nedenstående tabel er et uddrag af en tabel fra Ankestyrelsens indsamlede materiale om blandt andet 12 udslagsgivende årsager hos barnet/den unge til afgørelse om anbringelse uden for hjemmet (ud over de nedennævnte er fx skoleproblemer, problemer med fritid og venner, misbrug, kriminalitet, manglende familie, nedsat fysisk funktionsevne m. fl. nævnt som udslagsgivende anbringelsesårsag).

Der findes p.t. kun tilgængeligt materiale for 2006.

Tabel 26

	1. – 3. kvartal 2006	4. kvartal 2006
Generelle adfærds- og/eller tilpasningsproblemer	57 %	52 %
Psykisk lidelse	8 %	9 %
Selvdestruktiv og eller opmærksomhedssøgende adfærd	18 %	17 %

Kilde: Tilbudsportalen, juni 2008

Tabellen viser, at i 8 til 9 % af tilfældene er afgørelserne truffet på baggrund af en psykisk lidelse. I 57 til 52 % på baggrund af adfærds- og tilpasningsproblemer, problemer, og 18 til 17 % på baggrund af selvdestruktiv eller opmærksomhedssøgende adfærd. De to sidstnævnte kan være forbundet med psykiske problemer.

Kommunerne har døgninstitutioner med specialer inden for psykiske lidelser til børn og unge.

Tabel 27

Døgninstitutioner m. brugere med psykisk funktionsnedsættelse: angst, depression, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse.	26
Døgninstitutioner m. brugere m. intellektuelle og kognitive forstyrrelser: hjerneskade, demens og udviklingshæmning.	3
Døgninstitutioner m. brugere m. udviklingsforstyrrelser: autismespektret og ADHD.	75

Tabellen viser, at kommunerne har 26 døgninstitutioner, der er specialiseret til at have brugere med sindslidelser. Sindslidelserne kategoriseres som angst, depression, personlighedsforstyrrelse og spiseforstyrrelse.

Tabellen viser også, at kommunerne har 3 døgninstitutioner, der er specialiseret i intellektuelle og kognitive forstyrrelser. De kategoriseres som hjerneskade, demens og udviklingshæmning.

Desuden at kommunerne har 75 døgninstitutioner, der er specialiseret i udviklingsforstyrrelser. De er kategoriserede som autismespektret og ADHD.

Den enkelte institution kan eventuelt have flere af målgrupperne.

De pædagogisk-psykologiske rådgivninger får i henhold til henvisningsundersøgelsen, juni 2008, flere og flere klienter. De pædagogisk-psykologiske rådgivninger (PPR) har ifølge ppr-lederne oplevet, at der de seneste 5 år har været en stigning af psykologfaglige udredninger, og kun ganske få har oplevet et fald.

I henhold til BUPdatabasen er der kun ganske få henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien fra socialforvaltningen, idet de kun udgør 4 % af samtlige henvis-

ninger (2006). Andelen herfra har været lidt faldende år for år. Den næstmest henvisende (16 % i 2006) er PPR.

For så vidt angår ventetiderne til kommunens tilbud, viser en evaluering af psykologhjælp offentliggjort i 2008, at ventetid for psykolog er 2 uger i den kommune med den korteste ventetid, 30 uger med den længste medens gennemsnittet er 9.1 uge. Minimum ventetid for anbringelse på specialiseret institution er minimum 6 uger og maksimum 36 uger og i gennemsnit 19 uger².

² Citeret efter Evaluering af psykologhjælp, delrapport 1, juni 2008, Rambøll og Servicestyrelsen.

9 Forventninger til den fremtidige efterspørgsel i børne- og ungdomspsykiatrien

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

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

9.1 Om forekomst og efterspørgsel

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

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

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

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

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

I 1996 modtog ca. 0,4 % af alle børn og unge i Danmark et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Man konkluderede i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001, at

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

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

Det kan konstateres, at der trods visse fremskridt og i 2007 en afdæmpning, stadig er en fortsat stigning i antallet af henvisninger med lange ventetider til følge, og at andelen af hjemtagne af de anbefalede ressourcekrævende patienter til specialet kun er sket i mindre omfang. Der er således aktuelt ikke tegn på, at der endnu er etableret den nødvendige kapacitet.

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

Stigning i efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser genfindes internationalt i en lang række lande, Danmark sædvanligvis sammenligner sig med. Sammenligninger med andre lande (også de nærtliggende) bør imidlertid foretages med betydelig varsomhed, da den konkrete arbejdsdeling mellem forskellige sektorer varierer ganske betydeligt.

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. Så vidt Opfølgingsgruppen er bekendt, findes der ikke undersøgelser i Danmark eller andre lande, der kan belyse dette spørgsmål videnskabeligt. Ovennævnte undersøgelser vedr. forekomst giver dog ikke belæg herfor.

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

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

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

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

9.2 Overvejelser om mulige årsager til den stigende efterspørgsel

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

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

- At der er kommet en øget opmærksomhed overfor børn og unge med psykiske symptomer.
- At der er sket en ændring i holdninger og adfærd i forhold til tidligere, som medfører mindre accept af, at børn og unge trives dårligt eller klarer sig dårligt socialt og undervisningsmæssigt og i sammenhæng hermed et større ønske om fagkyndig udredning af eventuelle årsager hertil. Der kan være behov for en faglig afklaring mellem de relevante faggrupper om, hvad der må defineres som trivselsmæssige, sociale og indlæringsmæssige problemer, og hvad der kan defineres som psykiske problemer eller psykiatriske lidelser.
- Større forventninger til mulighederne for børne- og ungdomspsykiatrisk behandling.
- Mindre stigmatisering i forhold til tidligere, hvor f.eks. forældre og andre kunne finde det vigtigt at undgå at stemple børn og unge ved henvisning til børne- og ungdomspsykiatri.
- Det har bl.a. herudover været drøftet, om en del af udviklingen kan forklares ved omlægninger af ressourceanvendelsen i relevante sektorer.
- Større krav om diagnose i relation til iværksættelse af behandling i de relevante sektorer.
- Ændringer i opfattelsen af en diagnoses forekomst eller ændret praksis vedr. anvendelse af en diagnose kan medføre væsentlige ændringer i efterspørgsel og henvisningsadfærd for visse lidelser.

Det må understreges, at disse mulige forklaringer fortsat ikke kan efterprøves, bl.a. fordi det fordrer dokumentation af ændringer over tid, hvor oplysninger vedr. tidligere opfattelser og adfærd næppe lader sig fremskaffe. Alligevel må der i denne

sammenhæng peges på, at der er behov for såvel rutinemæssig relevant statistik samt grundlæggende forskning på området, hvis man i fremtiden ønsker mere dybtgående at kunne belyse årsager til den observerede udvikling.

9.3 Den demografiske udvikling

En del af det hidtil oplevede henvisningspres kan tilskrives den demografiske udvikling. De væsentlige større fødselsårsgange i 80-erne og 90-erne afspejler sig i det gennem årene stedfundne stigende henvisningspres.

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

9.4 Henvisningsmønstre og arbejdsdeling

Det er af fagfolk tilkendegivet, at man fortsat afviser/returnerer henvisninger, hvor disse ikke forekommer relevante - herunder alternativt tilbyder rådgivning og ad hoc konsulentbistand til de henvisende instanser. Antallet af afviste henviste udgør i 2007 ca. 18 % af de henviste.

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

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

9.5 Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling

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

- 1. Når der er mistanke om eller påvist:**
 - psykoser
 - affektive lidelser (mani/depression)
 - tilstande med udtalte tvangshandlinger el. tvangstanker
 - anoreksi
 - gennemgribende udviklingsforstyrrelser.
- 2. Alvorlige selvmordsforsøg**

3. Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia af børn og unge ønskes iværksat

4. Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande

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

For så vidt angår punkt 3 er forholdene omkring psykofarmakabehandling af børn yderligere præciseret i Sundhedsstyrelsens Vejledning fra december 2007 vedr. medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser hvori det understreges at det er en børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeopgave at vurdere, hvornår et barn eller en ung med psykisk lidelse har behov for medikamentel behandling og at indlede denne og at kun i særlige tilfælde kan indikationen stilles og behandling påbegyndes af andre læger.

Der har i udbygningsperioden været en øget tendens til medicinering af børn og unge, hvilket omsættes til et øget pres på børne- og ungdomspsykiatrien. Det er generelt meget vigtigt, at bl.a. gruppen med neuropsykiatriske lidelser (ADHD mv.) ses i børne- og ungdomspsykiatrien for at sikre, at diagnostik, vurdering og evt. medicinering foregår på fagkyndigt grundlag og under monitorering. Det er samtidig væsentligt, at der ikke foregår overdiagnosticering og eller overmedicinering på dette felt. Det for nyligt udkommede referenceprogram for ADHD, i regi af Børne- og UngdomsPsykiatrisk Selskab i Danmark er i denne sammenhæng centralt.

Der er ligeledes set en stigning i anvendelsen af SSRI-præparater. En generel øgning af den psykofarmakologiske behandling af børn og unge vil generelt betyde et øget pres på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i henhold til ovenfor nævnte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

10 Konklusion og anbefaling

Siden 1996 er der samlet set foretaget en betydelig, målrettet udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien. Der er således i perioden bl.a. foregået en stor aktivitetsudvidelse i sygehusvæsenet på området, som nu andrager 132 % flere behandlingsforløb. Det er herved i en periode, men dog ikke i de seneste år, lykkedes at holde trit med den forventede stigende efterspørgsel, som bl.a. blev forudsagt og fremhævet i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001.

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

I forrige statusrapport kunne opfølgingsgruppen imidlertid konstatere, at henvisningerne i 2005 og 2006 var steget med 15-16 % årligt. Der har i 2007 fortsat været en stigning i henvisninger, men stigningstakten er dog væsentligt afdæmpet. Således er henvisningerne kun steget med 5 % i 2007.

I denne sammenhæng kan opfølgingsgruppen konstatere, at henvisningerne fra 1996 til 2007 er steget med 163 %. Samlet har børne- og ungdomspsykiatrien i 2007 således skullet tage vare på godt 7900 flere patienter end i 1996 og 574 flere patienter i 2007, oven i de 1650 flere patienter i 2006 i forhold til 2005.

Fra 31.12.2006 til 31.12.2007 steg antallet på venteliste med yderligere 285 ventende svarende til en stigning på 10 %. Ventelisten til undersøgelse og behandling har været jævnt stigende gennem årene. Pr. 31.12.2007 ventede således mere end 3000 børn og unge. Ventelistens størrelse er dog mindre vigtig, end den tid den enkelte kommer til at vente. For så vidt angår ventetiden, er der 57 flere patienter end året før, der har ventet under 3 måneder, og antallet af patienter, der har ventet længere end 3 måneder, er steget med 225 som en konsekvens af stigningen i antallet af henvisninger.

I forhold til retten til udredning og den kommende behandlingsret, er det særligt interessant at se på, hvor mange patienter, som venter mere end 2 måneder. I alt ultimo 2007 har 50 % ventet under 2 måneder og 50 % ventet over 2 måneder, og 6 % (208) koncentreret primært i 2 regioner har ventet mere end et år. Det har ikke været muligt at få oplyst, hvad disse patienter venter på. Det er en stort set uændret fordeling mellem korte og længere ventetider i forhold til tidligere år.

Det er fortsat opfølgingsgruppens opfattelse, at udviklingen i henvisningerne giver anledning til at fastholde arbejdsdelingen mellem primærsektoren, repræsenteret ved undervisnings- og socialektoren samt den primære sundhedstjeneste, og det specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske sygehusvæsen. Det er fortsat opfølgingsgruppens opfattelse, at det er af central betydning for at opnå en rimelig kort ventetid, at ubegrundede henvisninger undgås. Målet må fortsat være, at alene børn og unge med behov for et specialiseret tilbud henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. De obligatoriske sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner giver en fast ramme for forbedring af det nødvendige samarbejde om patienterne.

Udviklingen kan give anledning til overvejelser om behovet for en styrket indsats vedr. psykisk sundhedsfremme og tidlig støttende og eventuelt behandlende indsats overfor psykisk skrøbelige børn og unge, bl.a. gennem et tættere og anderledes samarbejde mellem undervisnings-, social og sundhedssektoren. Igangsatte initiativer må således fastholdes og udvikles, og tillige styrkes ved mere forskning på området.

Opfølgingsgruppens statusrapport indeholder også et afsnit specifikt om indsatsen i den sociale sektor, bl.a. med beskrivelse af initiativer og ressourcer, der er afsat til styrkelse af indsatsen her. Det fremgår blandt andet, at der er etableret forbedrede muligheder for psykologstøtte til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Uanset sådanne initiativer er der dog fortsat behov for en udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet. Det var i denne sammenhæng bemærkelsesværdigt og bekymrende, at der i forrige statusrapport kunne konstateres et fald i de samlede personaleressourcer på 4 %, og at det drejede sig bredt om behandlergrupperne. Dette har ændret sig positivt, så der ultimo 2007 var 10 % (dvs. 142) flere stillinger end året før, herunder en øgning i antallet af lægestillinger.

Det er endvidere meget positivt, at der har kunnet foregå en 6 % aktivitetsudvidelse målt i antal afsluttede behandlingsforløb (udskrivninger og afsluttede ambulante kontakter).

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

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

Den langsigtede målsætning om, at børne- og ungdomspsykiatrien i løbet af en årække skal bringes i stand til selv at varetage alle relevante børne- og ungdomspsykiatriske patienter, har fortsat ikke kunnet realiseres. Hjemtagelse til specialet fra pædiatrien og voksenpsykiatrien som anbefalet har kun i begrænset omfang kunnet realiseres, og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger varetager trods deres betydelige aktivitetsudvidelse fortsat kun ca. 1/3 af heldøgnsindlæggelser af børn og unge med psykiatrisk diagnose.

Dette er forårsaget af, at der samlet er sket en stigning i antallet af indlæggelser af børn og unge med psykiatrisk diagnose på de forskellige afdelingstyper fra 1996 til ultimo 2007 med i alt 52 %. Stigningen i 2007 af antal heldøgnsindlæggelser for unge på voksenpsykiatrisk afdeling/center kan ses i sammenhæng med nye aldersafgrænsninger ved nogle afdelinger/centre. Ser man bort fra unge, som er fyldt 18 år, er der stadig 10 % af børn og unge, som indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling. Praktisk taget alle disse indlæggelser er akutte og det afspejler således vigtigheden af yderligere overvejelser om formaliserede muligheder for akut indlæggelse i børne- og ungdomspsykiatrien.

Opfølgingsgruppen skal på baggrund af ovenstående understrege behovet for yderligere planlægning i regionerne med henblik på etablering af kapacitet og de mere varierede tilbud til patientgruppen, som bl.a. er anbefalet i 2001-redegørelsen,

så der er det fornødne grundlag for fortsat udbygning med henblik på varetagelse af de tungere og mere ressourcerkrævende opgaver. Der er fortsat en væsentlig variation mellem regionerne med hensyn til tilbud, kapacitet og ventetider. Det anbefales, at hver region vurderer problemstillingerne konkret.

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 for 2007-2010 og muliggjort ved tilførslen af yderligere midler.

Opfølgingsgruppen har fortsat ikke solidt grundlag for at vurdere, hvilken andel af børne- og ungepopulationen, der i fremtiden bør have et tilbud i sygehusvæsenet, men man kan konstatere, at de aktuelt opnåede knap 1 % ikke er tilstrækkeligt. På baggrund af den foreliggende viden er det fortsat opfølgingsgruppens vurdering, at man formentlig bør stille mod en kapacitetsopbygning svarende til, at 1-2 % af børne- og ungepopulationen kan få et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

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

Opfølgingsgruppen kan herudover konstatere, at der savnes viden på mange væsentlige områder bl.a. vedrørende forekomsten af psykiske problemer blandt børn og unge. Forskning og vidensindhentning er således meget vigtig. På anbefaling af opfølgingsgruppen blev der i regi af det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet iværksat et analyseprojekt. Projektets konklusioner kan give inspiration til yderligere målretning af indsatsen på området. Dette bliver yderligere aktuelt med udredningsretten pr. 1. august 2008 og behandlingsretten der træder i kraft 1. januar 2009.

Specifikt for så vidt angår spiseforstyrrelser kan opfølgingsgruppen konstatere, at der er igangsat en styrkelse af indsatsen på dette område i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ventetiderne for spiseforstyrrede er generelt kortere end for de børne- og ungdomspsykiatriske patienter i øvrigt, formentlig som udtryk for at disse patienter prioriteres højt. Også her ses en stigning i antallet af henviste. Alligevel er der knap 100 færre på venteliste end året før. Især på dette område modtager børne- og ungdomspsykiatrien også patienter over 18 år. Det må forventes, at etableringen af mere specifikt målrettede tilbud på området vil medføre en yderligere positiv udvikling på dette vanskelige felt.

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

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

Opfølgingsgruppen skal i forlængelse heraf bemærke, at den i Sundhedsstyrelsen pågående specialeplanlægningsproces og gennemgang af den akutte indsats i psykiatrien kan medføre en tilpasning og justering af de foreliggende konkrete anbefalinger. Der er med kommunalreformen mv. skabt grundlag for, at der kan foregå en mere samlet planlægning indenfor den enkelte region og på det specialiserede niveau og herved eventuelt skabes bedre muligheder for effektivisering og udbygning.

Opfølgingsgruppen konstaterer i øvrigt, at det fortsat er vanskeligt at få indberettet valide taloplysninger, hvilket medfører en række forbehold i relation til statusrapportens konklusioner. Opfølgingsgruppen skal derfor anbefale at regionerne sikrer, at man fremadrettet registrer de oplysninger, der efterspørges, så viden om aktivitet, kapacitet og kvalitet kan opsamles. Endvidere vil Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen iværksætte et afklaringsarbejde vedr. omfanget af børn og unge indlagt i voksenpsykiatrien.

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

	Pr. 1.12.1997			Pr. 1.1.2003			Vækst	Pr. 1.1.2005			vækst	Pr. 1.1.2006			vækst	Pr. 31.12.2006			Vækst	Pr. 31.12.2007			Vækst			
	Ventetider		Vente-	Ventetider		Vente-	antal på	Ventetider		Vente-	vækst	Ventetider		Vente-	vækst	Ventetider		Vente-	antal på	Ventetider		Vente-	antal på			
	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste	u. 3	o. 3 mdr.	liste		
	mdr	mdr.		mdr.	mdr.		mdr.	mdr.		mdr.	mdr.		mdr	mdr.		mdr.	mdr.		mdr	mdr.		mdr.	mdr.			
Bisp Bornh.	96	10	106	101	56	157	62%	83	30	113	-28%	125	27	18%	152	35%	154	23	177	16%	129	84	213	20%		
	7		7	Indgår i H:S													33	33								
Glostr	105	52	157	152	105	257	64%	187	165	352	37%	203	228	53%	431	22%	220	204	424	-2%	253	50	17%	303	-29%	
Hillerød	80	0	80	109	19	128	60%	115	38	25%	153	20%	124	72	37%	196	28%	120	63	34%	183	-7%	138	112	250	37%
Roskilde	12	2	14	55	10	65	364%	58	17	75	15%	68	54	45%	122	63%	138	89	39%	227	86%	79	155	234	3%	
Holbæk	14	44	58	184	8	192	231%	46	1	47	-75%	51	5	9%	56	19%	82	6	88	57%	129	104	233	165%		
Næstv.	37	23	60	10	10	20	+67%	85	53	138	590%	175	24	12%	199	44%	177	98	275	38%	222	134	38%	356	29%	
Odense	118	88	206	128	128	256	24%	94	27	121	-53%	61	43	41%	104	-14%	115	6	121	16%	172	9	5%	181	50%	
August.	26	14	40	126	0	126	215%	77	21	98	-22%	75	15	17%	90	-8%	114	9	123	37%	91	0	0%	91	-26%	
Esbjerg	43	24	67	64	8	72	7%	107	16	123	71%	75	22	23%	97	-21%	110	6	116	20%	84	7	91	-22%		
Kolding	66	16	82	68	41	109	33%	77	9	86	-21%	111	8	7%	119	38%	141	24	165	39%	87	23	110	-33%		
Herning	62	29	91	34	40	74	+19%	70	9	79	7%	140	49	26%	189	139%	100	0	100	-47%						
Risskov	186	40	226	191	97	288	27%	175	184	359	25%	213	299	58%	512	43%	220	332	552	8%	441	503	944	71%		
Viborg	26	11	37	53	39	92	149%	28	41	69	-25%	71	2	3%	73	6%	70	46	116	59%						
Aalborg	54	77	131	64	88	152	16%	88	59	147	-3%	94	66	41%	160	9%	106	59	165	3%	102	42	144	-13%		
	932	430	1.362	1339	649	1.988	46%	1290	670	1.960	-1%	1586	914	2500	28%	1867	998	2.865	15%	1924	1223	3.150	10%			