

UDVIKLINGEN I DEN BØRNE-  
OG UNGDOMSPSYKIATRISKE  
VIRKSOMHED 2007-2010

2011

## Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed

© Sundhedsstyrelsen, 2011. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Emneord: psykiatri, børn, unge, udvikling, status

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 2.0

Versionsdato: 26. marts 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-324-2

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2011.

# Følgegruppens sammensætning

Overlæge Marianne Jespersen, Sundhedsstyrelsen (Formand)

Chefkonsulent Jesper Lihn, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Center for Primær Sundhed

Fuldmægtig Biørn Bakdal, Socialministeriet, Kontoret for børn

Pædagogisk konsulent Julie Koch Clausen, Undervisningsministeriet, Afdelingen for grundskole og folkeoplysning

Konsulent Tina Levysohn, Kommunernes Landsforening, Kontoret for Social- og Sundhedspolitik

Seniorkonsulent Eva Weinreich-Jensen, Danske Regioner, Sundheds- og Socialpolitisk Kontor

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

Ledende overlæge Jesper Pedersen, Region Sjælland, Børne- og Ungdomspsykiatrien

Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Region Syddanmark, Psykiatrien i Region Syddanmark

Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Region Midtjylland, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Ledende overlæge Torben Sørensen Carlsen, Region Nordjylland, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling Aalborg

Ledende overlæge Jan Jørgensen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling Odense

Overlæge Meta Jørgensen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland, afsnit B, Risskov

Centerchef Uwe Klahn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød

Praktiserende speciallæge Karsten Udsen Wittorff, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Oversygeplejerske Maja Mygdal Jørgensen, Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Odense

Professionschef Ib Andersen, Dansk Psykologforening

Specialkonsulent Bjørn Ursin Knudsen, Sundhedsstyrelsen

Assisterende læge Brian Bjørn, Sundhedsstyrelsen

# Indhold

<b>Følgegruppens sammensætning</b>	<b>3</b>
<b>1 Indledning</b>	<b>5</b>
<b>2 Baggrund</b>	<b>6</b>
2.1 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten	6
2.2 "Hjemtagelse" til specialet	8
2.3 Akutfunktioner	12
2.4 Udviklingen belyst i relation til tvang	13
2.5 Udviklingen belyst i relation til ressourcer	18
2.6 Specialeplanlægning i børne- og ungdomspsykiatrien	19
<b>3 Efterspørgslen efter ydelser</b>	<b>20</b>
<b>4 Venteliste- og ventetidsudviklingen</b>	<b>24</b>
<b>5 Vedrørende spiseforstyrrelser</b>	<b>26</b>
5.1 Baggrund	26
5.2 Udviklingen i kapacitet og aktivitet	26
5.3 Aktivitet vedrørende spiseforstyrrelser	27
5.4 Efterspørgslen efter ydelser	28
5.5 Ventelister og ventetider	29
<b>6 Socialektoren</b>	<b>30</b>
6.1 Socialektorens ansvar og opgaver:	30
6.1.1 Sociale tilbud til børn og unge	30
6.1.2 Anbragte børn	30
6.1.3 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)	31
6.1.4 Psykologaftalen og -puljen	31
<b>7 Konklusion og anbefalinger</b>	<b>33</b>
<b>Bilag 1: Specialevejledningen for børne- og ungdomspsykiatri</b>	<b>35</b>

# 1 Indledning

I 2001 udgav Sundhedsstyrelsen redegørelsen ”Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse” omhandlende en række anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse og udbygning af børne- og ungdomspsykiatrien. Efterfølgende udgav Sundhedsstyrelsens følgegruppe vedrørende børne- og ungdomspsykiatri i april 2004 sin første statusrapport om udviklingen på det børne- og ungdomspsykiatriske område. Følgegruppen har siden regelmæssigt udgivet tilsvarende statusnotater.

Det her foreliggende sjette statusnotat dækker primært perioden 2007-2009, i forhold til en række registerbaserede oplysninger dog perioden i 2007-2010 (2011). Det indeholder som forrige statusnotat et afsnit om spiseforstyrrelser og yderligere visse tilgængelige data om det sociale område. Notatet opsummerer desuden tilgængelige henvisnings- og ventetidsdata fra regionerne frem til 1. kvartal 2011. Data fra Landspatientregisteret er opdaterede til og med 2010.

Ansvar for børne- og ungdomspsykiatrien er i henhold til kommunalreformen placeret i de fem regioner, og der er på den baggrund foretaget en række organisatoriske ændringer på området. Sundhedsstyrelsen har tilpasset følgegruppens sammensætning hertil.

Opgørelserne er i denne statusrapport foretaget med udgangspunkt i regionerne. Sammenligning med tidligere må derfor tages med et vist forbehold. Der må som i tidligere rapporter i øvrigt tages et generelt forbehold over for præcisionen i visse af de indberettede data og dermed eventuelt nogle af konklusionerne i rapporten.

Følgegruppens konklusioner og anbefalinger fremgår af kapitel 7.

## 2 Baggrund

Allerede i forbindelse med psykiertiaftalen af 4. april 1997 mellem regeringen og amterne var der opmærksomhed på 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 psykiertiaftale 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- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse” fra 2001. Anbefalingerne for udbygning og styrkelse af området er fortsat relevante og er således siden indgået i psykiertiaftalerne, specialeplanlægning, handlingsplan for psykiatri (2009) mv.

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

Der er siden da indført udvidet undersøgelsesret og behandlingsret inden for to måneder for psykisk syge børn og unge under 19 år. Fra 1. august 2008 har børn og unge under 19 år, ved ventetider til undersøgelse på mere end to måneder, haft ret til undersøgelse på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med. Fra 1. januar 2009 har børn og unge under 19 år, som efter undersøgelse har behov for hurtig behandling i børne- og ungdomspsykiatrien (eller voksenpsykiatrien, hvor aldersgrænsen mellem specialerne er ved det fyldte 18. år), ved ventetider på mere end to måneder, ret til behandling på en klinik eller et hospital, som regionerne har en aftale med.

Samtidig med indførelse af de udvidede undersøgelses- og behandlingsrettigheder, blev der afsat midler fra centralt hold til udbygning af kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien. Der er siden da sket en stigning i aktiviteten.

### 2.1 Udviklingen i kapaciteten og aktiviteten

Der er inden for børne- og ungdomspsykiatrien fortsat en vis variation i aldersafgrænsningerne i regionerne og mellem enkelte afdelinger. Det fremgår af den spørgeskemaundersøgelse, som følgegruppen foretog i november 2009.

**Tabel 1: Aldersafgrænsning i børne- og ungdomspsykiatri, 2009**

Region (center)	Aldersgruppering børn	Aldersgruppering unge	Modtages 18-årige
Region Hovedstaden (Bispebjerg)	0-13	14-17	Nej
Region Hovedstaden (Glostrup)	0-14	15-17	Nej
Region Hovedstaden (Hillerød)	0-13	14-17	Nej
Region Sjælland (Holbæk)	0-12	13-17	Nej
Region Sjælland (Næstved)	0-12	13-17	Nej
Region Sjælland (Roskilde)	0-13	14-17	Nej
Region Syddanmark	0-13	14-19	Ja
Region Midtjylland	0-13	14-17	Ja
Region Nord	0-14	15-17	Nej

Kilde: spørgeskemabesvarelse fra regionerne

Udviklingen i antal heldøgnspladser ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremgår af tabel 2a og 2b. Det kan konstateres, at der er sket et lille fald i antallet af stationære pladser også i perioden 2007 – 2009.

**Tabel 2a: Udviklingen i antal normerede heldøgnspladser fra 1996–2009**

1996 1. jan	2003 1. jan *	2006 1. jan*	2006 31.dec*	2007 31.dec	2009 31.dec	Vækst 07-09 i %
194	216	211	209 <sup>a</sup>	208	203	-2 %

\* Inkl. pladser vedr. spiseforstyrrelser <sup>a</sup> Tallet fra 2006 afviger fra nye tal fra Sundhedsstyrelsen med 4 pladser. Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidligere amter og regionerne.

**Tabel 2b: Udviklingen i antal normerede heldøgnspladser fra 2007 til 2009 fordelt på regioner**

Region	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt
31.12. 2007	69	29	47	55	8	208
31.12. 2009	69	29	48*	49	8	203

\* Indeholder både 5- og 7-dages pladser  
Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidligere amter og regionerne.

Udviklingen i antal dagpladser ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremgår af tabel 3a og 3b. Antallet af dagpladser ser ud til at være faldet mere end antallet af heldøgnspladser, hvilket formentlig blandt andet dækker over, at en del af dagpladserne er omlagt til ambulante ydelser.

**Tabel 3a: Udviklingen i antal normerede dagpladser fra 1996–2009**

1996 1. jan	2003 1. jan *	2006 1. jan*	2006 31.dec *	2007 31.dec	2009 31.dec	Vækst 07-09 i %
132	190	203	161	160	134	-16 %

\* Inkl. pladser vedr. spiseforstyrrelser

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidligere amter og regionerne.

**Tabel 3b: Udviklingen i antal normerede dagpladser fra 2007 til 2009 fordelt på regioner**

Region	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midtjyl- land	Nordjyl- land	I alt
31.12. 2007	63	21	33	36	7	160
31.12. 2009	53	0*	35	39	7	134

\* pladser konverteret til ambulante aktivitet

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra de tidligere 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 1996-2010, uanset alder**

	1996	2001	2005	2006	2007	2009	2010
Udskrivninger fra heldøgnspladser	940	1.192	1.349	1.285	1.477	1.721	1707
Stigning i %	-	27 %	13 %	-5 %	15 %	17 %	-1 %
Afsluttede ambulante kon- takter	4.085	6.998	8.649	9.703	10.533	12.889	14.813
Stigning i %	-	71 %	24 %	12 %	9 %	22 %	15 %

Kilde: Landspatientregistret.

I henhold til Landspatientregistret udgjorde det samlede antal af ambulante besøg i 2007 ca. 85.000, og i 2010 ca. 121.000. En stigning på ca. 42 % på tre år.

Opsummerende vedrørende kapacitet og aktivitet ses fra 2007 frem til 2010 et tilnærmelsesvis konstant antal heldøgnspladser og et fald i antallet af registrerede dagpladser på ca. 15 %. Der ses samtidig en stigning i aktiviteten. Antallet af udskrivninger fra heldøgnspladser stiger fra 1.477 til 1.707 (ca. 16 % stigning) og antallet af afsluttede ambulante kontakter med 40 %.

## 2.2 "Hjemtagelse" til specialet

I 2001-redegørelsen "Børne- og Ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse" 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 blandt andet, 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.

Som det fremgår af tabellen er der også i årene 2008 – 2010 sket en stigning i det absolutte antal børn og unge der indlægges med psykiatrisk diagnose. Af tabellen ses, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers andel af patienterne ser ud til at være tilnærmelsesvis konstant i perioden 2008 – 2010.

Herudover bemærkes, at antallet af 18-årige ser ud til at være stigende på de voksenpsykiatriske afdelinger og faldende i børne- og ungdomspsykiatrien i overensstemmelse med den aldersafgrænsning regionerne generelt har indført. I 2010 er der dog stadig 40-50 indlæggelser af børn (0-14-årige) og et større antal indlæggelser af 15-17-årige på voksenpsykiatrisk afdeling.

For så vidt angår de pædiatriske afdelinger har følgegruppen tidligere på baggrund af nærmere analyser konkluderet, at ca. halvdelen af indlæggelserne på pædiatrisk afdeling måtte anses for fagligt relevante for pædiatrisk indlæggelse, mens den anden halvdel af indlæggelserne måtte anses for at være forårsaget af manglende børnepsykiatrisk kapacitet, herunder mulighed for døgn- og akutindlæggelse.

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

Årstal Afdeling	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2010	0-17-årige af det samlede antal 0-17 årige
<b>Voksenpsyk.</b>								} 275 9 %
Børn	17**	41	27	31	43	35	47	
Unge	391	550	487	252	253	271	228	
18 årige				347	417	543	577	
I alt	408	591	514	630	730	849	852	
Andel	18 %	21 %	17 %	19 %	20 %	23 %	22 %	
<b>Pædiatrisk</b>								} 1.221 39 %
Børn	644	697	846	998	934	964	1.086	
Unge	15	27	48	67	114	82	135	
18 årige				0	0	0	0	
I alt	659	724	894	1.065	1.048	1.046	1.221	
Andel	30 %	26 %	29 %	31 %	29 %	28 %	31 %	
<b>Intern med.</b>								} 310 10 %
Børn	91	94	39	25	19	13	21	
Unge	364	432	554	387	313	304	289	
18 årige				166	164	127	126	
I alt	455	526	593	578	496	444	436	
Andel	20 %	19 %	19 %	17 %	14 %	12 %	11 %	
<b>B&amp;U-psyk.</b>								} 1.277 42 %
Børn	369	345	303	342	417	427	450	
Unge	346	639	751	605	765	821	827	
18 årige				178	169	103	101	
I alt	715	984	1.054	1.125	1.351	1.351	1.378	
Andel	32 %	35 %	35 %	33 %	37 %	37 %	36 %	
<b>Samlet antal heldøgns-indl.</b>								} 3.093 100 %
Børn	1.121	1.177	1.215	1.396	1.413	1.439	1.604	
Unge	1.116	1.648	1.840	1.311	1.445	1.478	1.479	
18 årige				691	750	773	804	
I alt	2.237	2.825	3.055	3.398	3.608	3.690	3.887	
Andel	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

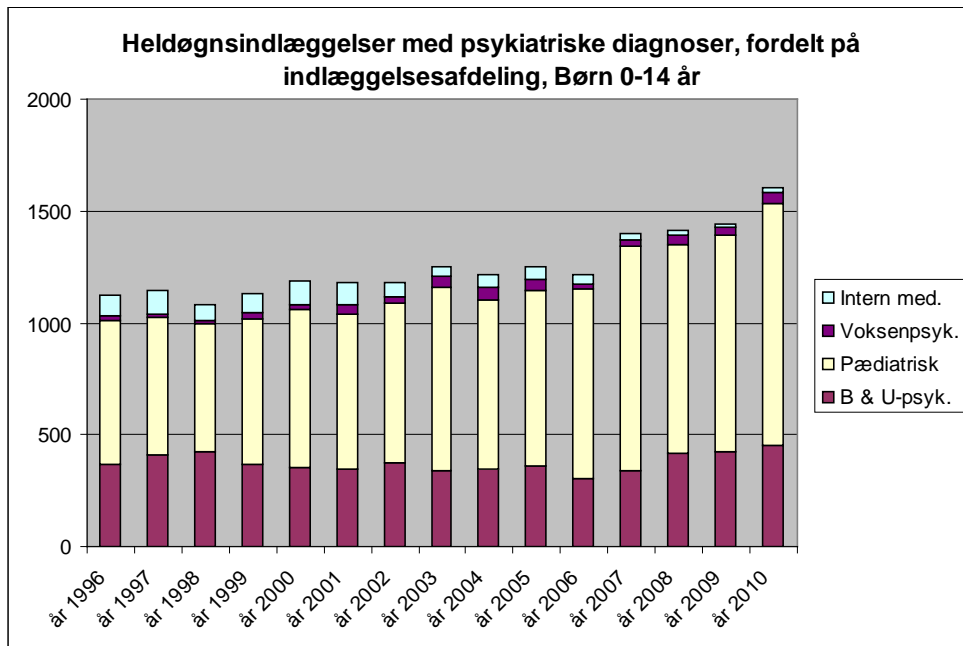
\* Tal for 1996 stammer fra Sundhedsstyrelsens Redegørelse "Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse", 2001.

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

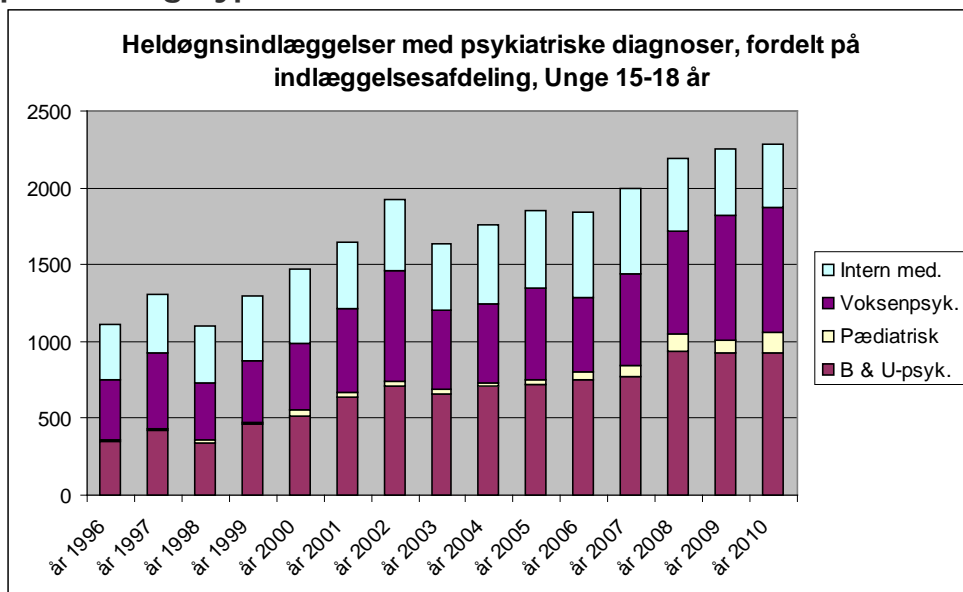
Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Figur 1a og 1b illustrerer tallene fra tabel 5. Det ses fortsat, at en stor del af børnene varetages af de pædiatriske afdelinger. De pædiatriske afdelinger varetager således fortsat mere end dobbelt så mange børn med psykiatrisk udskrivningsdiagnose som de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

**Figur 1a: Antal årlige heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser for børn 0-14 år fra 1996 til 2010 fordelt på afdelingstype**



**Figur 1b: Antal årlige heldøgnsindlæggelser med psykiatriske diagnoser for unge 15-18 år fra 1996 til 2010 fordelt på afdelingstype**



Følgegruppen har herudover yderligere set på antallet af 19-21-årige i relation til, hvor disse indlægges, og udviklingen i antallet af indlæggelser for aldersgruppen, jævnfør nedenstående tabel 6.

Det fremgår af tabel 6, at antallet af 19-21-årige, der indlægges på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, er svagt faldende, medens det gennem årene er kraftigere stigende i voksenpsykiatrien.

**Tabel 6: Antal årlige udskrivninger med psykiatrisk diagnose for de 19-21-årige fordelt på afdelinger**

	Psykiatrisk afdeling	B&U-afdeling/center	I alt
2003	1.351	219	1.570
2005	1.378	221	1.599
2006	1.427	184	1.611
2007	1.507	212	1.719
2008	1.854	222	2.076
2009	2.042	189	2.231
2010	2.291	161	2.452

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

Antallet af 19-21-årige, der indlægges på voksenpsykiatrisk afdeling er således steget, og denne aldersgruppe indlægges nu kun i mindre omfang på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

### 2.3 Akutfunktioner

I tabel 7 afspejles analyser i Landspatientregisteret vedrørende indlæggelsesmåden (akut eller ikke-akut indlæggelse) for henholdsvis 0-14-årige, 15-17-årige og 18-årige fordelt på afdelingstyper. Det fremgår, at der over årene er sket en stadig afkortelse af indlæggelsestiden i voksenpsykiatrisk regi, og det vurderes, at mange af disse reelt er kortvarige ophold i psykiatrisk skadestue eller akutmodtagelse i forbindelse med akut indlæggelse. Nogle af indlæggelserne skyldes formentlig den begrænsede mulighed for døgnet rundt at kunne modtage akutte patienter i børne- og ungdomspsykiatrien. Som det fremgår, er indlæggelsestiden i dage for de under 18-årige på pædiatriske, voksenpsykiatriske og intern medicinske afdelinger kort.

**Tabel 7: Andel akutindlæggelser af alle indlæggelser fordelt på afdelings-typer, og gennemsnitlig indlæggelsestid for de akutte indlæggelser med psykiatrisk diagnose, fordelt på afdelinger i 2005 – 2010**

Alder	Afdelings- type	Akutte indlæggelser i % ift. samlet antal indlæggelser				Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage for akutindlæggelser			
		2005	2007	2009	2010	2005	2007	2009	2010
0-14-årige	B&U	38	37	41	41	41	31	37	36
	Pædiatri	59	60	56	55	6	4	4	3
	Voksen	100	100	100	100	2	2	2	1
	Int. med.	100	100	100	100	1	1	1	1
15-17- årige	B&U	67	69	75	75	32	34	25	26
	Pædiatri	95	87	85	87	2	3	2	1
	Voksen	97	99	100	100	15	5	7	2
	Int. med.	100	100	100	100	1	1	0	0
18 årige	B&U	-	81	78	73	-	17	18	20
	Pædiatri	-	0	0	0	-	0	0	0
	Voksen	-	95	91	93	-	22	16	15
	Int. med.	-	100	100	100	-	1	0	0

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister (B&U: børne- og ungdomspsykiatri, voksen: voksenpsykiatri, int. med.: intern medicin)

## 2.4 Udviklingen belyst i relation til tvang

Det indgik som anbefaling i 2001-redegørelsen, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i højere grad skulle bringes i stand til selv at rumme vanskelige, angste, aggressive og selvdestruktive unge, så i øvrigt uhensigtsmæssige overførsler til voksenpsykiatriske afdelinger kunne undgås. Udviklingen i relation hertil kan i et vist omfang vurderes via tvangsstatistikken. Tabel 8 viser antallet af børn og unge, som har været berørt af tvang i perioden 1999–2010.

**Tabel 8: Børn og unge under 18 år berørt af tvang i perioden 1999–2010 uanset afdelingstype**

År	Antal omfattet af tvang			Antal psykiatrisk indlagte			Andel omfattet af tvang		
	0-14 år	15-17 år	I alt**	0-14 år	15-17 år	I alt**	0-14 år	15-17 år	I alt**
1999*	42	87	126	303	365	659	13,9 %	23,8 %	19,1 %
2001*	35	103	137	322	407	726	10,9 %	25,3 %	18,9 %
2004	52	141	188	325	585	905	16,0 %	24,1 %	20,8 %
2005	56	137	190	348	603	940	16,1 %	22,7 %	20,2 %
2006	46	146	188	303	569	867	15,2 %	25,7 %	21,7 %
2007	55	139	193	314	587	895	17,5 %	23,7 %	21,6 %
2008	60	150	204	341	713	1.034	17,6 %	21,0 %	19,7 %
2009	46	175	216	389	770	1.150	11,8 %	22,7 %	18,8 %
2010	75	150	219	394	735	1.116	19,0 %	20,4 %	19,6 %

\* Registreringerne i 1999 og 2001 er ikke komplette. Der kan derfor ikke uden videre sammenlignes med andre år.

\*\* En person kan i sammen kalenderår være berørt af tvang både før og efter sin 15. fødselsdag. I alt-kolonnerne tæller alene unikke personer, hvorfor tallene er lavere end summen af 0-14 års- og 15-17-årskolonnerne.

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

Det fremgår, at det absolutte antal personer under 18 år berørt af tvang er steget i perioden. Sættes dette antal i relation til stigningen i antallet af psykiatriske indlæggelser blandt samme persongruppe i perioden, ses en tilnærmelsesvis konstant andel af personer under 18 år berørt af tvang på ca. 20 %. Dette dækker over en svagt stigende andel berørte af tvang hvad angår børn under 15 år, mens der for unge mellem 15 og 17 år er sket et svagt fald i andelen, der er berørt af tvang. Det skal generelt bemærkes, at registreringen først anses for komplet fra 2004.

Der skelnes i tvangsstatistikken mellem forskellige typer af tvang jævnfør de i tabel 9 anførte definitioner. Det fremgår, at de tvangstyper, der er hyppigst anvendt i relation til børn og unge gennem alle årene fra 1999 til 2010 dels er ”frihedsberøvelser” dvs. tvangsindlæggelser eller tvangstilbageholdelser, og dels er ”fiksering og fysisk magtanvendelse”, som omfatter fiksering, fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin og fra 2008 tillige personlig afskærmning.

En nøjere analyse af undergruppen ”fiksering og fysisk magtanvendelse” (tabel 10) viser at fysisk fastholden fortsat i 2010 udgør den dominerende type af tvang i relation til børn og unge inden for undergruppen, efterfulgt af bæltefiksering. Niveaue for tvangsansendelsen fremtræder nogenlunde uændret.

**Tabel 9: Børn og unge under 18 år berørt af tvangsforanstaltninger i perioden 2004 til 2010**

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
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
2008	Frihedsberøvelser	22	122	144
	Tvangsbehandlinger	14	23	37
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	25	84	109
	Beskyttelsesfiksering	0	0	0
2009	Frihedsberøvelser	11	112	123
	Tvangsbehandlinger	0	19	19
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	24	99	123
	Beskyttelsesfiksering	0	0	0
2010	Frihedsberøvelser	19	101	120
	Tvangsbehandlinger	12	29	41
	Fiksering og fysisk magtanvendelse	42	98	140
	Beskyttelsesfiksering	1	1	2

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 8.

**Definitioner:**

Frihedsberøvelser: tvangsindlæggelser og -tilbageholdelser.

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

Fiksering og fysisk magtanvendelse: Bæltfiksering, remmefiksering, handsker, fastholden, aflåsning af yderdør og beroligende medicin.

Beskyttelsesfiksering: Stofbælte, aflåsning af yderdøre og "andet".

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen

**Tabel 10: Børn og unge berørt af tvangsforanstaltninger fordelt på typer af fiksering og fysisk magt-anvendelse i perioden 1999 til 2010**

År	Type af fiksering og fysisk magt-anvendelse	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
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
2008	Bælte	11	53	64
	Remme	6	37	43
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	18	44	62
	Døraflåsning	3	15	18
	Beroligende medicin	11	35	46
	Personlig skærmning	0	6	6
2009	Bælte	4	57	61
	Remme	3	38	41
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	21	60	81
	Døraflåsning	2	19	21
	Beroligende medicin	4	44	48
	Personlig skærmning	1	9	10
2010	Bælte	9	61	70
	Remme	5	36	41
	Handsker	0	0	0
	Fastholden	39	51	90
	Døraflåsning	4	21	25
	Beroligende medicin	11	38	49
	Personlig skærmning	3	6	9

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 8 og tabel 9.

Kilde: Register over anvendelsen af tvang i psykiatrien, Sundhedsstyrelsen



**Tabel 11: 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-/ ungdomspsykiatriske afd.	35	101	136	72 %
	Voksenpsykiatriske afd.	2	50	52	28 %
2005	Børne-/ ungdomspsykiatriske afd.	38	109	147	79 %
	Voksenpsykiatriske afd.	9	30	39	21 %
2006	Børne-/ ungdomspsykiatriske afd.	10	74	84	79 %
	Voksenpsykiatriske afd.	0	23	23	21 %
2007	Børne-/ ungdomspsykiatriske afd.	16	64	80	70 %
	Voksenpsykiatriske afd.	5	30	35	30 %
2008	Børne-/ ungdomspsykiatriske afd.	40	117	157	80 %
	Voksenpsykiatriske afd.	3	36	39	20 %
2009	Børne-/ ungdomspsykiatriske afd.	31	132	163	90 %
	Voksenpsykiatriske afd.	0	19	19	10 %
2010	Børne-/ ungdomspsykiatriske afd.	51	124	175	87 %
	Voksenpsykiatriske afd.	2	25	27	13 %

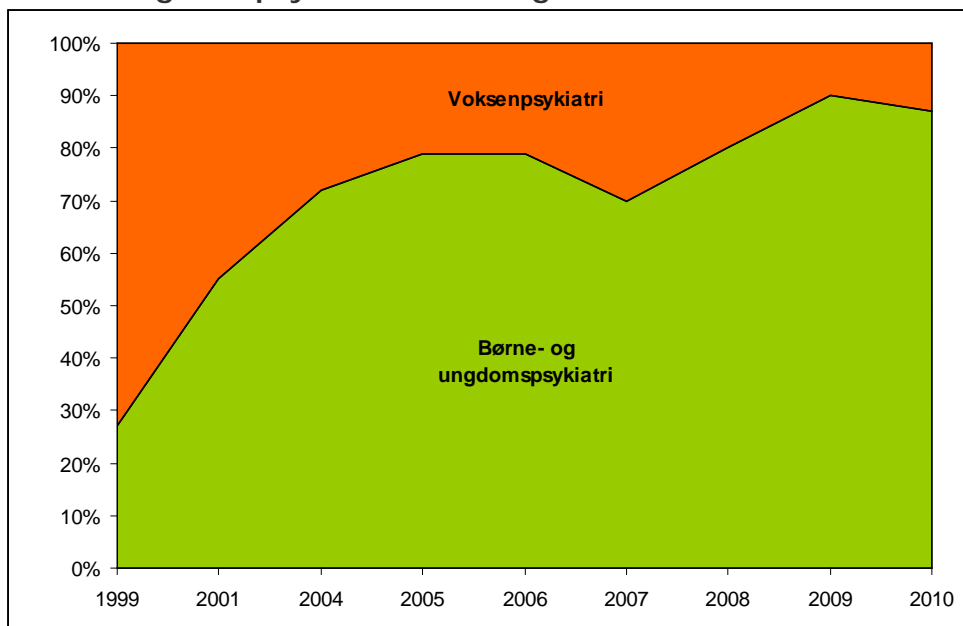
Én person kan have været indlagt på både en børne- og ungdomspsykiatriske afd. og en voksenpsykiatriske afdeling i løbet af kalenderåret. Derfor er summen af personer udsat for tvang på børne- og ungdomspsykiatriske afdeling og på voksenpsykiatriske afdeling *ikke* lig værdien i tabel 8.

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. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger udøvede i 2007 70 % af tvangen overfor de under 18-årige, og i 2010 varetog de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 87 % af tvangen udøvet overfor de under 18-årige.

Målsætningen om, at de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger selv skulle kunne varetage aggressive, selvdestruktive eller selvmordstruede patienter, således at de u hensigtsmæssige overflytninger til voksenpsykiatrien kunne undgås, ser således ud til i høj grad at være opfyldt. Dette illustreres yderligere af figur 2.

**Figur 2: Fordeling mellem indlæggelsessted for personer under 18 år berørt af tvang. Procentvis fordeling mellem voksen- og børne-/ungdomspsykiatrisk afdeling**



## 2.5 Udviklingen belyst i relation til ressourcer

Der er gennem årene tilført ekstra ressourcer fra centralt hold i form af satspuljemidler til børne- og ungdomspsykiatrien. Midlerne har været målrettet udbygning af kapaciteten bl.a. med henblik på at nedbringe ventetiden til udredning og behandling. Midlerne er udmøntet til regionerne som permanente bevillinger og udgjorde i 2009 225 mio.kr., jf. tabel 12. Ressourcetilførslen skal ses i forhold til regionernes samlede udgifter til børne- og ungdomspsykiatrien, som i 2009 var 1.017 mio.kr.<sup>1</sup>.

**Tabel 12: Midler til børne- og ungdomspsykiatrien afsat med satspuljeaftaler 2003-2012**

mio.kr., 11-pl	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Satspuljeaftale 2003-06	37	37	37	37						
Satspuljeaftale 2005-08 *			94	94	94	94	35	35	35	35
Satspuljeaftale 2007-10					61	61	61	61	61	61
Satspuljeaftale 2008-11						20	129	168	204	243
<b>I alt</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>131</b>	<b>131</b>	<b>155</b>	<b>175</b>	<b>225</b>	<b>264</b>	<b>300</b>	<b>339</b>

\* Heraf 30 mio. kr. til spiseforstyrrelser

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

<sup>1</sup> "Benchmarking af psykiatrien - herunder nøgletal for aktiviteten i 2009". Udarbejdet af arbejdsgruppe med regionale repræsentanter nedsat under Regionsdirektørerne.

## 2.6 Specialeplanlægning i børne- og ungdomspsykiatrien

I forbindelse med strukturreformen fik Sundhedsstyrelsen til opgave at fastsætte og placere specialfunktioner i sygehusvæsenet. Med virkning fra 1. januar 2011 udsendte Sundhedsstyrelsen specialevejledninger for 36 specialer. I specialevejledningerne beskrives specialets opgaver og udfordringer samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. Af specialevejledningen fremgår, hvilke funktioner Sundhedsstyrelsen har fastsat som specialfunktioner, og hvilke sygehuse der har fået styrelsens godkendelse til at varetage disse i henhold til de beskrevne krav.

Forud herfor foregik en længerevarende og grundig dialog- og ansøgningsproces involverende faglige specialister, regioner og private sygehuse. For så vidt angår psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien er der lagt vægt på behovet for en vis øget specialisering og hermed en styrkelse af udvikling af målrettede faglige tilbud til særlige grupper af patienter. Specialevejledningen for børne- og ungdomspsykiatrien bringes som bilag i nærværende rapport (se side 35).

### 3 Efterspørgslen efter ydelser

Efterspørgslen kan bl.a. belyses ved antallet af henvisninger jævnfør nedenstående tabel 13 og figur 4.

Antallet af henviste til børne- og ungdomspsykiatrien har været stigende år for år i perioden siden 1996. Samtidig ses en stigning i antallet af afviste gennem årene. Stigningen i henvisningerne var i 2007 5 % i forhold til det foregående år, medens det fra 2007 og til 2009 er steget med 26 %. Antallet af henvist og andelen af afviste for de enkelte regioner fremgår af tabellen.

Andelen af afviste varierer mellem regionerne med et landsgennemsnit på 23 %. Der tegner sig et fortsat billede af, at der er en diskrepans mellem henvisningerne og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers opfattelse af behovet for specialiseret børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelser og behandling. Blandt de afviste henvisninger findes blandt andet omvisiterede patienter samt et antal henvisninger, der afvises på grund af ufuldstændighed, og hvor henvisningen efterfølgende genfremsendes.

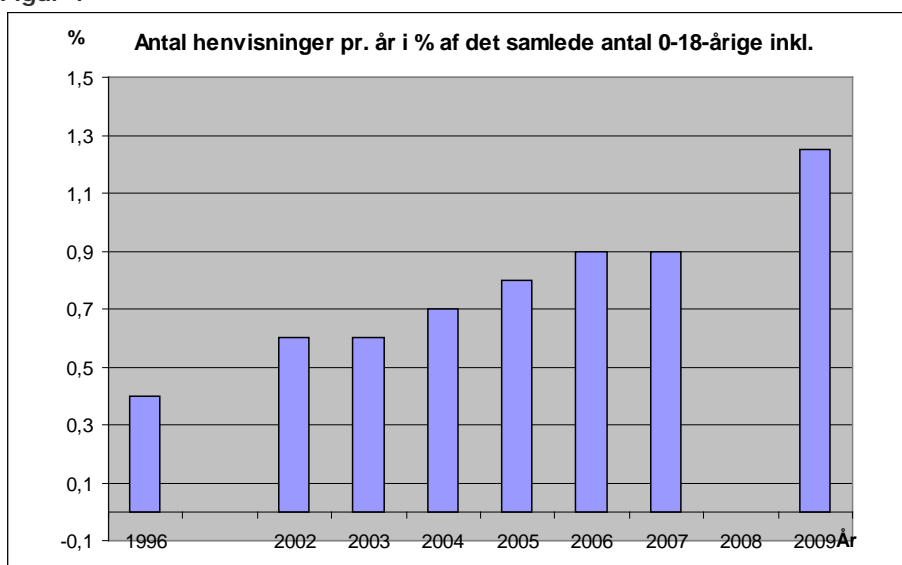
Til trods for de mange samarbejdsaftaler og drøftelser herunder inden for rammerne af sundhedsaftalerne, der gennem årene er ført bl.a. mellem regioner og kommuner må den fortsatte stigning i antallet af henvisninger give anledning til behov for fornyede konkrete lokale drøftelser.

**Tabel 13: Antal henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Andel afviste henvisninger.**

	2006	2007	2009	2009 Afviste	2009 Andel afviste
Region Hovedstaden	3.141	3.320	4.563	922	20 %
Region Sjælland	2.227	2.513	2.398	770	32 %
Region Syd-danmark	3.810	3.608	4.624	649	14 %
Region Midtjylland	3.022	2.512	4.187	1.475	35 %
Region Nordjylland	620	821	1.257	454	36 %
I alt	12.200	12.774	16.049	3.621	23 %
Henviste i % af 0-18 årige inkl. (folketal pr. 1. januar i året)	0,96 % (1.270.648)	1,00 % (1.276.748)	1,25 % (1.284.838)		

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne.

Figur 4



Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra de tidligere amter og regionerne

Fordelingen på diagnosegrupper ved de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fremgår af tabel 14.

**Tabel 14: Antal personer i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt på diagnosegruppe – 2000 - 2010**

Diagnosegruppe	2000		2005		2009		2010*	
	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %	Antal	Andel i %
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst (F90-F98)	2.512	29,6	4.429	32,2	8.544	42,3	9.810	45,0
Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (F50-F59)	614	7,2	911	6,6	1.255	6,2	1.389	6,4
Affektive sindslidelser (F30-F39)	450	5,3	928	6,7	1.331	6,6	1.435	6,6
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalder (F60-F69)	408	4,8	566	4,1	496	2,5	401	1,8
Mental retardering (åndssvaghed) (F70-F79)	257	3,0	487	3,5	563	2,8	524	2,4
Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legeomne symptomer (F40-F48)	1.314	15,5	2.272	16,5	2.421	12,0	2.458	11,3
Organiske inkl. symptomatiske psykiske lidelser (F00-F09)	59	0,7	51	0,4	98	0,5	81	0,4
Psyk. lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer (F10-F19)	71	0,8	154	1,1	196	1,0	187	0,9
Psykisk lidelse uden specifikation (F99)	186	2,2	117	0,9	75	0,4	105	0,5
Psykiske udviklingsforstyrrelser (F80-F89)	1.641	19,3	2.405	17,5	3.527	17,5	3.696	16,9
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psyk., skizoaffektive psyk. (F20-F29)	326	3,8	637	4,6	685	3,4	716	3,3
Andet**	647	7,6	807	5,9	1.004	5,0	1.019	4,7
<b>I alt</b>	<b>8.485</b>	<b>100</b>	<b>13.764</b>	<b>100</b>	<b>20.195</b>	<b>100</b>	<b>21.821</b>	<b>100</b>

Kilde: Landspatientregisteret

\* Foreløbige tal

\*\* Andet er en gruppe af personer, som ikke kan karakteriseres under de øvrige diagnosegrupper

Der ses af tabel 14, at der i perioden er en stigning i antallet af personer, som enten indlægges eller modtager ambulant behandling i børne- og ungdomspsykiatrien fra 8.485 i 2000 til 21.821 i 2010.

Det fremgår af tabel 14, at den diagnosegruppe, der er vokset mest, er gruppen af adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndom eller opvækst. Her ses en stigning fra 2.512 i 2000 til 9.810 i 2010. Denne diagnosegruppe omfatter bl.a. personer, der har fået diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse, også ofte benævnt ADHD.

Årsagen til den observerede stigning i antallet af personer, som enten indlægges eller modtager ambulante behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, kendes ikke. Det er fra et epidemiologisk synspunkt næppe sandsynligt, at der i løbet af så kort en årrække kan forekomme en så markant øget sygelighed.

Sundhedsstyrelsens følgegruppe vedr. børne- og ungdomspsykiatri kom i 2008 med følgende overvejelser over årsager til den øgede efterspørgsel:

- At der er kommet en øget opmærksomhed overfor børn og unge med psykiske symptomer.
- At der er sket en ændring i holdninger og adfærd i forhold til tidligere, som medfører mindre accept af, at børn og unge trives dårligt eller klarer sig dårligt socialt og undervisningsmæssigt og i sammenhæng hermed et større ønske om fagkyndig udredning af eventuelle årsager hertil.
- Større forventninger til mulighederne for 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 vedrørende anvendelse af en diagnose kan medføre væsentlige ændringer i efterspørgsel og henvisningsadfærd for visse lidelser.
- Bedre behandlingstilbud, øget specialisering og nye patientrettigheder kan også have betydning.

Følgegruppen finder fortsat, at disse mulige forklaringer er de mest sandsynlige, men det må understreges, at dette fortsat ikke kan efterprøves, blandt andet fordi det fordrer dokumentation af ændringer over tid, hvor oplysninger vedrørende tidligere opfattelser og adfærd næppe lader sig fremskaffe. Der må i denne sammenhæng peges på, at der udover rutinemæssig relevant statistik er behov for grundlæggende forskning på området, hvis man i fremtiden ønsker mere dybtgående at kunne belyse årsager til den observerede udvikling.

## 4 Venteliste- og ventetidsudviklingen

Opgørelsen af ventende og ventetiden i tabellerne 15-17 baserer sig på spørgeskemaundersøgelsen, hvor regionerne fik til opgave at opgøre, hvor mange der på en bestemt dag stod på venteliste, og hvor længe de på dette tidspunkt havde ventet. Det kan konstateres, at der er sket en væsentlig reduktion af antallet på venteliste samt af ventetiden opgjort ved årsskiftet. På ventelisten var der 508 færre i 2009 end i 2007.

**Tabel 15: Ventetider og ventelister til børne- og ungdomspsykiatri**

	Pr. 31.12.2006			Vækst i 2006 i antal på venteliste	Pr. 31.12.2007			Vækst i 2007 i antal på venteliste	Pr. 31.12.2009			Vækst 2007-9 i antal på venteliste
	Ventetider		Venteliste		Ventetider		Venteliste		Ventetider		Venteliste	
	u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.		
Reg.Ho	494 63 %	290 37 %	784		520 68 %	246 32 %	766	-2 %	463 74 %	158 26 %	621	-19 %
Reg.Sj	397 67 %	193 33 %	590		430 52 %	393 48 %	823	29 %	312 74 %	111 26 %	423	-49 %
Reg.Sy	480 91 %	45 9 %	525		434 92 %	39 8 %	473	-10 %	558 90 %	61 10 %	619	31 %
Reg.Mi	390 51 %	378 49 %	768		441 47 %	503 53 %	944	71 %	442 57 %	333 43 %	775	-18 %
Reg.No	106 64 %	59 36 %	165	3 %	102 71 %	42 29 %	144	-13 %	117 57 %	90 43 %	207	44 %
	1.867 65 %	998 35 %	2.865	15 %	1.924 61 %	1.223 39 %	3.150	10 %	1.892 72 %	753 28 %	2.645	-16 %

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra regionerne.

Ultimo 2009 (jf. tabel 15) havde 1.892 patienter (72 % af alle på ventelisten) ventet under tre måneder, mens 753 patienten (28 %) havde ventet over tre måneder. I absolute tal var der 470 patienter færre end i 2007, som havde ventet over tre måneder. Antallet af personer, der ventede under tre måneder var næsten uændret.

**Tabel 16: ventetider til børne- og ungdomspsykiatri, pr. 31.12.2009**

Antal ventende	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger	i alt
Region Hovedstaden	245	154	64	108	47	3	621
Region Sjælland	158	85	69	80	31	0	423
Region Syddanmark	255	238	65	28	32	1	619
Region Midtjylland	223	126	93	172	156	5	775
Region Nordjylland	53	42	22	34	36	20	207
Hele landet	934	645	313	422	302	29	2.645
u/o 2 md.	1.579		1.066				

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra regionerne.



**Tabel 17: 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
Region Hovedstaden	238	173	109	105	131	10	766
Region Sjælland	202	156	72	113	191	89	823
Region Syddanmark	241	139	55	21	17	0	473
Region Midtjylland	189	150	102	172	226	105	944
Region Nordjylland	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.

Den tid, den enkelte patient venter, er generelt mere væsentlig end antallet af patienter på ventelisten. For så vidt angår ventetiden kan det på baggrund af tabel 16 og 17 konstateres, at færre børn pr. 31. december 2009 havde ventet over to måneder på undersøgelse eller behandling end i de tidligere år. Det fremgår således, at ca. 2/3 pr. 31. december 2009 havde ventet under to måneder og 1/3 over to måneder. Det skal bemærkes, at der kun registreres aktiv ventetid. Ventetiden beregnes fra den dato, hvor en afdeling modtager en henvisning af en patient til udredning eller behandling og til den dato, hvor udredning eller behandling tilbydes.

Tabel 18 er baseret på Danske Regioners aktivitets- og ventetalsopgørelser på psykiatriområdet og viser udviklingen i antallet af ventende opgjort kvartalsvis i perioden 1. april 2009 til 1. april 2011. Det fremgår af tabellen, at ca. 60 % af de ventende har ventet under to måneder, idet der dog er store regionale forskelle.

**Tabel 18: Regionernes ventetidsopgørelser. Tallet i % angiver, hvor stor en andel af de ventende, der har ventet under to måneder.**

	Ventetid	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Gennemsnit
1.4. 2009	< 2 mdr. > 2 mdr.	409 74 % 145	171 41 % 245	450 75 % 149	482 53 % 431	133 64 % 74	61 %
1.7. 2009	< 2 mdr. > 2 mdr.	481 70 % 210	198 49 % 202	467 78 % 128	448 49 % 475	103 53 % 90	60 %
1.10. 2009	< 2 mdr. > 2 mdr.	339 51 % 327	204 53 % 180	442 76 % 140	313 40 % 478	109 53 % 97	55 %
1.1. 2010	< 2 mdr. > 2 mdr.	419 60 % 282	196 54 % 166	493 80 % 126	350 45 % 425	94 46 % 112	57 %
1.4. 2010	< 2 mdr. > 2 mdr.	446 60 % 292	232 53 % 203	459 72 % 175	356 45 % 441	115 50 % 116	56 %
1.7. 2010	< 2 mdr. > 2 mdr.	362 57 % 275	241 61 % 152	516 70 % 223	341 42 % 464	107 52 % 99	56 %
1.10. 2010	< 2 mdr. > 2 mdr.	352 59 % 246	208 68 % 98	428 60 % 286	240 29 % 583	108 49 % 113	53 %
1.1. 2011	< 2 mdr. > 2 mdr.	405 64 % 229	242 76 % 76	492 69 % 217	300 36 % 522	108 52 % 99	59 %
1.4. 2011	< 2 mdr. > 2 mdr.	360 67 % 179	267 82 % 60	414 72 % 164	292 38 % 482	132 55 % 110	63 %

Kilde: Danske Regioner.

## 5 Vedrørende spiseforstyrrelser

### 5.1 Baggrund

Spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi er et alvorligt og tilsyneladende generelt problem blandt unge i de vestlige lande. Problemerne udgør et kontinuum, der strækker sig fra en meget udbredt risikoadfærd til svære psykiatiske sygdomme. Sundhedsstyrelsen har 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 samt satspuljeaftalen for 2005. Via satspuljeaftalen for 2005 blev der således truffet aftale om en permanent tildeling af ressourcer til styrkelse af området spiseforstyrrelser i form af 30 mio. kr. årligt.

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. De 30 mio.kr. fra satspuljeaftalen for 2005 blev afsat med henblik på at styrke indsatsen for spiseforstyrrede i overensstemmelse med anbefalingerne i denne rapport.

### 5.2 Udviklingen i kapacitet og aktivitet

Oplysningerne om antallet af særlige pladser til personer med spiseforstyrrelser (uanset alder) ved de børne- og ungdomspsykiatiske og voksenpsykiatiske afdelinger/centre er hentet direkte fra spørgeskemabesvarelserne og fremgår af tabellerne 19 og 20. Pladsantallene i de to tabeller dækker over det antal pladser, den enkelte region 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 eventuelt i voksenpsykiatrien i overensstemmelse med ovenfor nævnte rapportens anbefalinger. I nogle tilfælde er disse pladser registreret inden for voksenpsykiatrien.

**Tabel 19: Antal særlige pladser til spiseforstyrrede – dagpladser**

	B&U 2005	Voksen 2005	B&U primo 2006	Voksen primo 2006	B&U ultimo 2006	Voksen ult. 2006	B&U ult. 2007	B&U ult. 2009
Region Hovedstaden	2	42	10	77	1,7	*21	1	1
Region Sjælland	6	0	6	0	0	0	6	0
Region Syddanmark	10	0	7	0	5,5	0	7	7
Region Midtjylland	8	0	8	0	8	0	8	15
Region Nordjylland	0	0	0	0	0	0	0	0
I alt dagpladser	26	42	31	77	15,2	*21	22	22

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra regionerne.

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.

\* Herudover kapacitet til 77 ambulante forløb

**Tabel 20: Antal særlige pladser til spiseforstyrrede – døgnpladser**

	B&U 2005	Voksen 2005	B&U primo 2006	Voksen primo 2006	B&U ultimo 2006	Voksen ult. 2006	B&U ult. 2007	B&U ult. 2009
Region Hovedstaden	9	10	9	10	9,3	10	9	12
Region Sjælland	10	0	10	0	0	0	0	9
Region Syddanmark	15,5	1	14	1	13,5	2,5	12	18
Region Midtjylland	27 **	0 **	29 **	0 **	8 **	0 **	8	14
Region Nordjylland	8	0	8	0	8	0	3	2
I alt døgnpladser	69,5	11	70	11	38,8	12,5	32	42

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra regionerne.

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.

\*\* Oplysninger fra de tidligere amter, der indgik i Region Midtjylland, har vist sig at være fejlbehæftede.

### 5.3 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 – 2010. Det skal bemærkes, at tabellen omfatter alle aldersgrupper, det vil sige børn og unge (B&U) samt voksne med spiseforstyrrelser.

**Tabel 21: Indlæggelser og ambulante forløb for spiseforstyrrelser (alle aldre) behandlet i sygehusvæsenet.**

		Diagnose	2000	2004	2005	2006	2008	2009	2010
Indlæggelser	Psykiatri	Anoreksi	182	149	131	194	169	118	138
		Bulimi	40	17	25	15	24	22	26
		Øvrige	37	16	25	27	43	50	41
		<b>I alt</b>	<b>259</b>	<b>182</b>	<b>181</b>	<b>236</b>	<b>236</b>	<b>190</b>	<b>205</b>
	B&U-psykiatri	Anoreksi	117	157	146	156	178	155	159
		Bulimi	10	3	6	7	8	4	3
		Øvrige	8	14	8	10	23	13	16
		<b>I alt</b>	<b>135</b>	<b>174</b>	<b>160</b>	<b>173</b>	<b>209</b>	<b>172</b>	<b>178</b>
Ambulante forløb	Psykiatri	Anoreksi	511	581	761	634	706	356	561
		Bulimi	607	589	620	624	481	366	260
		Øvrige	215	254	269	306	271	208	158
		<b>I alt</b>	<b>1.333</b>	<b>1.424</b>	<b>1.650</b>	<b>1.564</b>	<b>1.458</b>	<b>930</b>	<b>979</b>
	B&U-psykiatri	Anoreksi	442	702	751	814	799	662	786
		Bulimi	234	266	298	317	221	199	195
		Øvrige	141	163	192	233	240	204	243
		<b>I alt</b>	<b>817</b>	<b>1.131</b>	<b>1.241</b>	<b>1.384</b>	<b>1.260</b>	<b>1.065</b>	<b>1.224</b>

Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister

#### 5.4 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 22 for årene 2005-2010. Det samlede antal henviste udgjorde i 2009 1.264 mod 1.400 i 2007. Der ses således et fald i antallet af henviste patienter med spiseforstyrrelsessygdomme gennem de seneste år.

**TABEL 22: Antal henvisninger vedr. spiseforstyrrelser i perioden 2005–2009 til de børne- og ungdomspsykiatriske (B&U) og voksenpsykiatriske afdelinger uafhængigt af alder**

	B&U 2005	Voksen 2005	B&U 2006	Voksen 2006	B&U 2007	Voksen 2007	B&U 2009	Voksen 2009
Region Hovedstaden	111	418	160 (16)	470 (54)	151 (17)	466 (56)	233	-
Region Sjælland	102	95	74 (1)	29 (1)	137 (18)	32 (0)	92	1
Region Syddanmark	172	117	190 (6)	111 (2)	176 (5)	107 (2)	181	138
Region Midtjylland	282	23	270 (48)	45 (-)	288 (41)	14 (0)	460	105
Region Nordjylland	29	-	24 (1)	- (-)	36 (1)	93 (-)	53	1
I alt	696	653	718 (72)	655 (57)	788 (82)	712 (58)	1.019	245

Tallene er cirkatal, da mange henvisninger ikke indeholder diagnose, og mange diagnoser ændres efter første samtale. Tal i parentes angiver afviste henvisninger.

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne.

## 5.5 Ventelister og ventetider

Tabel 23 viser ventetiderne for patienter med spiseforstyrrelsessygdomme uanset alder.

**Tabel 23: Ventetider vedr. spiseforstyrrelser, uanset alder.  
Opgjort pr. 31.12. 2009**

	<b>0-4 uger</b>	<b>5-8 uger</b>	<b>9-12 uger</b>	<b>13-26 uger</b>	<b>27-52 uger</b>	<b>&gt; 52 uger</b>	<b>I alt</b>
Region Hovedstaden	11	5	0	0	0	0	16
Region Sjælland	2	0	1	0	0	2	5
Region Syddanmark	15	3	0	0	0	0	18
Region Midtjylland	25	11	3	0	0	0	39
Region Nordjylland	8	3	0	0	0	0	11
I alt	61	22	4	0	0	0	87

Kilde: Spørgeskemabesvarelse fra regionerne

Det kan konstateres, at 95 % af de henviste patienter med spiseforstyrrelsessygdomme ved udgangen af 2009 havde ventet højst otte uger (dvs. under to måneder).

## 6 Socialektoren

### 6.1 Socialektorens ansvar og opgaver:

Den sociale sektor yder støtte til børn og unge, der har et særligt behov for støtte, så de opnår de bedst mulige opvækstvilkår, herunder også børn og unge med psykiske lidelser. Nogle børn og unge med psykiske lidelser kan indgå i normalområdet som fx skole, daginstitution eller bosted med ekstra støtte, og andre må indgå i specialtilbud rettet mod psykisk syge børn og unge.

Med det stigende antal børn og unge med psykiske lidelser står kommunerne over for en række udfordringer om indsats og samarbejde.

Jf. Serviceloven § 52 stk. 3 kan kommunalbestyrelsen iværksætte hjælp indenfor følgende typer af tilbud:

- Konsulentbistand
- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller behandling af barnet eller den unges problemer
- Døgnophold for forældre og barn
- Aflastningsordning
- Personlig rådgiver for barnet eller den unge
- Fast kontaktperson for barnet, den unge eller familien
- Formidling af praktiktilbud
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte
- Økonomisk støtte, hvis støtten erstatter en ellers mere indgribende foranstaltning
- Dagbehandlingstilbud med både skole- og behandlingstilbud
- Anbringelse

Der er således jf. serviceloven en bred vifte af muligheder for at yde hjælp til børn og unge med behov for særlig støtte – både gennem forebyggende foranstaltninger og gennem en egentlig anbringelse.

#### 6.1.1 Sociale tilbud til børn og unge

Det er ikke muligt at udsondre antal pladser direkte målrettet målgruppen. Et udtræk fra Tilbudsportalen viser, at der er en del døgninstitutioner og opholdssteder, som er registreret til at matche målgruppen (0-17 år): Sindslidelse (angst, depression, forandret virkelighedsopfattelse, personlighedsforstyrrelse, spiseforstyrrelse) og ADHD og autismspektret. Tilbuddene har en eller flere af målgruppekategoriene ovenfor, men det er ikke muligt at udsondre hvor mange af pladserne på disse institutioner, som er tilbudt et barn/ung fra målgruppen.

Kapaciteten på social- og specialundervisningsområdet reguleres i regi af de årlige rammeaftaler mellem kommunerne i hver region.

#### 6.1.2 Anbragte børn

Ved udgangen af 2009 var 12.770 børn og unge mellem 0-17 år anbragt uden for hjemmet. Heraf vil en del høre til inden for målgruppen eller have forældre der hører til i målgruppen.

Godt 2/3 af pladserne er private (familiepleje og opholdssteder) og ca. ¼ er kommunale eller regionale døgninstitutioner: Ved udgangen af 2009 var 49 % af de anbragte børn under 18 år anbragt i plejefamilie, 17 % på socialpædagogiske opholdssteder og 24 % på kommunale eller regionale døgninstitutioner.

I 16 % af afgørelserne vedrørende anbragte børn var årsagen hos barnet/den unge til anbringelsen blandt andet nedsat funktionsevne. Nedsat funktionsevne er her defineret som nedsat fysisk funktionsevne, udviklingsforstyrrelse (autisme, ADHD mv.), udviklingshæmning og sindslidelse. I 4 % af afgørelserne var det eneste årsag til, at der blev truffet afgørelse om anbringelse. I 13 % af tilfældene var sindslidelser hos forældrene udslagsgivende årsag til anbringelsen.

### 6.1.3 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

De pædagogisk-psykologiske rådgivninger (PPR) har ifølge ppr-lederne oplevet, at der de seneste fem år har været en stigning af psykologfaglige udredninger, og kun ganske få har oplevet et fald (Henvisningsundersøgelsen, Rambøll Management, juni 2008).

For så vidt angår ventetiderne til kommunale tilbud, viser en evaluering af psykologhjælp offentliggjort i 2008, at ventetid for psykolog er to uger i den kommune med den korteste ventetid, 30 uger i den kommune med den længste, medens gennemsnittet er 9,1 uge. Ventetid for anbringelse på specialiseret institution er minimum seks uger og maksimum 36 uger og i gennemsnit 19 uger (Rambøll, 2008).

Af en analyse af de pædagogisk-psykologiske rådgivningsenheder pr. 1. august 2007 på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Pædagogiske Psykologers Forening i samarbejde med Landsamrådet for PPR-chefer fremgår blandt andet, at antallet af psykologer i landets kommuner varierer fra 0,83 til 4,71 pr. 10.000 indbyggere.

### 6.1.4 Psykologaftalen og -puljen

Baggrunden for psykiertiaftalen 2007 – 2010 er det stigende antal børn og unge med psykiske lidelser og deraf følgende pres på de kommunale institutioner og pres på børne- og ungepsykiatrien med lange ventelister og ventetider. Børn og unge med psykiske lidelser kan have behov for en tidlig og forebyggende hjælp samt støtte, mens de venter på psykiatrisk diagnostik og behandling, hvis de bliver tilbagevist af børne- og ungdomspsykiatrien samt efter afsluttende udredning og eventuel behandling.

Med det formål at imødekomme det stigende behov er der i psykiertiaftalen for 2007 - 2010 på Socialministeriets område sat fokus på:

- Den sociale, pædagogiske og psykologiske indsats og støtte til børn og unge med lettere psykiske problemer
- Den psykologiske indsats og støtte til unge på ungdomsuddannelserne
- Netværksdannelse for forældre til børn med psykiske lidelser
- Konsulenttjeneste til anbringelsessteder med børn og unge med psykiatriske diagnoser.

*Psykologprojekterne i kommunerne:*

Der er etableret syv projekter med gennemsnitlig tre psykologer ansat, i alt 18. Projekterne startede i januar 2008 og afsluttes i 2011. I 2008 har projekterne gennemsnitligt haft 98 henvisninger, og der har i alt været 587 henvisninger. Det laveste antal henvisninger til et projekt var 58 og det højeste 175. Det gennemsnitlige antal behandlingsforløb har været 70 (kun fem projekter har opgivet tal her). I alt har der i perioden været 392 forløb. Det laveste antal gennemførte forløb var 38 og det højeste 95.

*Projekter på ungdomsuddannelserne:*

Der er etableret syv projekter på forskellige ungdomsuddannelser med gennemsnitlig 1,8 psykolog, i alt 12,5 psykolog ansat. Der har gennemsnitligt været 291 henvendelser pr. projekt. Det gennemsnitlige antal behandlingsforløb var i 2008 205, i alt 1.450 forløb (opgjort ud fra 6 projekter).

*Netværk for forældre til børn og unge med psykiske lidelser:*

Der er dannet ni netværk med forældre til børn og unge med psykiske lidelser. Der er mellem 10 og 20 forældre i hvert netværk. I alt deltager ca. 200 forældre i netværk. Forældre "repræsenterer" 186 børn og unge (114 sønner og 72 døtre) med psykiske lidelser. 95 pct. af børnene/de unge har fået stillet en psykiatrisk diagnose.

*Konsulentstøtte til anbringelsessteder:*

Der er fem projekter, hvor der ydes psykiatrisk konsulenttjeneste. 15 anbringelsessteder deltager i projekterne. Der deltager 10 psykiatriske konsulenter i projektet. Konsulentfunktionen består af supervision af individuelle medarbejdere og grupper, undervisning, samtaler med forældre og vurdering af de unge.



## 7 Konklusion og anbefalinger

Gennem de seneste 15 år har en målrettet udvidelse af kapaciteten og aktiviteten i børne- og ungdomspsykiatrien haft høj prioritet. Der er i hele perioden kontinuerligt sket en stigning i aktiviteten i sygehusvæsenet, især i form af stigninger i de ambulante ydelser og herunder i gennemførte ambulante forløb. Der ses dog ikke en tilsvarende udbygning af heldøgnsengekapaciteten. Parallelt hermed er der sket en betydelig stigning i antallet af henvisninger, i perioder af et sådant omfang at det har overgået de samtidige, betydelige aktivitetsstigninger.

Fra 2007 til udgangen af 2009 ses antallet af heldøgnspladser tilnærmelsesvis at være uændret, mens antallet af registrerede dagpladser er faldet. Antallet af udskrivninger fra heldøgnspladserne er til trods herfor steget med ca. 200 udskrivninger svarende til 17 % i 2009, og holder sig nogenlunde konstant i 2010. Antallet af afsluttede ambulante kontakter er ca. 4.000 flere i 2010 end i 2007, dvs. 40 % større. De ambulante besøg er steget med ca. 36.000 ambulante besøg til 121.000 ambulante ydelser i 2010 i forhold til 2007.

Stigningen i det årlige antal henvisninger fra 2007 til 2009 andrager 3.275 flere henviste (fra 12.774 til 16.049) svarende til at man i 2009 skulle tage vare på 26 % flere patienter end i 2007. Herved er andelen af børne- og ungepopulationen som er henvist til børne- og ungdomspsykiatrien nu steget til 1,25 %. I den forbindelse skal det erindres, at følgegruppen tidligere har vurderet, 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 i sygehusvæsenet.

Antallet af afviste og omvisiterede udgjorde i 2009 fortsat en ikke uvæsentlig andel med et landsgennemsnit på 23 % af de henviste. Der er således fortsat en diskrepans mellem henvisernes og de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers opfattelse af behovet for specialiseret børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelser, diagnose og behandling.

Den kontinuerlige stigning i antallet af henvisninger tillige med det relativt store antal tilbageviste bør give anledning til fortsatte konkrete lokale drøftelser bl.a. inden for rammerne af sundhedsaftalerne.

Antallet på venteliste pr. 31. december 2009 var 2.645, hvilket svarer til en reduktion på 16 % i forhold til året før. For så vidt angår ventetiden kan der konstateres en afkortning af ventetiden. I 2007 ventede ca. halvdelen af patienterne over to måneder, medens dette kun var tilfældet for en tredjedel i 2009. I 2009 var der stadig et lille (29) antal der havde ventet over et år. Dette er dog et stort fremskridt i forhold til 2007, hvor 208 ventede over et år.

Siden 1. april 2009 har Danske Regioner fulgt udviklingen i form af kvartalsvise ventetidsopgørelser frem til 1. april 2011. Det fremgår heraf, at ca. 60 % af de ventende har ventet under to måneder, idet der er regionale forskelle mellem regionerne og ligeledes inden for den enkelte region gennem kvartalerne. Der er således sket fremskridt på området i relation til ventetider, men der er fortsat behov for forbedring af situationen.

Af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri fremgår at det fortsat forventes at ca. 2 % af en børneårgang kan have behov for børne- og ungdomspsykiatrisk tilbud i sygehusvæsenet. Det må således forventes, at der fortsat vil være behov for en videre udbygning på området.

Det er i denne forbindelse vigtigt at fastholde den målrettede indsats og principielle arbejdsdeling, hvor børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet varetager de vanskelige og specialiserede indsatser, mens kommuner, skolevæsen, PPR, socialforvaltninger og den primære sundhedstjeneste varetager øvrige og lettere opgaver.

Kommunerne og herunder skolevæsenet har fortsat store udfordringer med hensyn til den forebyggende og opfølgende indsats. Afsnittet om socialsektoren beskriver opgaverne og en række iværksatte initiativer. Der savnes dog relevante og tilgængelige data for systematisk at kunne beskrive indsatsen på området.

I rapporten vises udviklingen på diagnoseplan. Specielt bemærkelsesværdigt er den store vækst i diagnosegruppen adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst. Disse udgør nu 45 % af alle patienter i børne- og ungdomspsykiatrien. I absolutte tal er der – med en betydelig regional variation – sket en firedobling af antallet af patienter i denne diagnosegruppe i perioden.

Det ser således ud til, at der fortsat er behov for en faglig afklaring mellem de involverede faggrupper, om hvad der bør defineres og opfattes som trivselsmæssige, sociale og indlæringsmæssige problemstillinger, der skal håndteres i de relevante kommunale sammenhænge, og hvad der må anses for psykiske problemer eller psykiatriske sygdomme, herunder hvad der bør henvises til diagnostisk udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet.

Der ses også en vækst i det absolutte antal i andre diagnosegrupper bl.a. affektive sindslidelser og skizofreni dvs. svære psykiatriske lidelser. Denne udvikling finder følgegruppen bør gøres til genstand for mere dybtgående faglige overvejelser og forskning.

Rapporten indeholder et specifikt afsnit om spiseforstyrrelser. Det fremgår heraf, at antallet af henvisninger i 2009 er faldet i forhold til 2007. Det fremgår endvidere, at spiseforstyrrede generelt modtages indenfor otte uger og kun undtagelsesvist har ventet mere end otte uger. Det kunne således se ud til, at der på dette område er ved at foreligge en balancesituation.

Det absolutte antal af børn og unge under 18 år, som er berørt af tvang, har gennem perioden 2004-2010 vist en vis stigning. Sættes dette i relation til det stigende antal indlæggelser, ses andelen berørt af tvang at være svagt stigende for børn under 15 år og svagt faldende for unge mellem 15 og 17 år. Målsætningen om, at børne- og ungdomspsykiatrien selv skulle kunne varetage aggressive, selvdestruktive eller selvmordstruede patienter, er i vidt omfang opfyldt.

Med Sundhedsstyrelsens specialevejledning foreligger en opdateret beskrivelse af specialet og dets udfordringer og opgaver. I denne fastlægges som noget nyt en række specialfunktioner og en retning for specialets videre udbygning og styrkelse. Specialevejledningen bringes derfor i sin helhed som bilag til nærværende rapport.

Sammenfattende kan det konstateres, at der fortsat er en række udfordringer på området, og at der fortsat ikke ser ud til at være den fornødne balance mellem efterspørgslen og kapaciteten på det børne- og ungdomspsykiatriske område, tilsyneladende bortset fra spiseforstyrrelsesområdet. Forebyggelse af psykiske lidelser samt effektive opfølgende indsatser efter udredning og eventuel børne- og ungdomspsykiatrisk behandling udgør væsentlige indsatsområder. Der savnes fortsat systematiske data for indsatsen i social- og undervisningssektorerne.

# Bilag 1:

## Specialevejledningen for børne- og ungdomspsykiatri

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

### Specialebeskrivelse

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

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

### Hovedopgaver

I børne- og ungdomspsykiatri er der følgende hovedopgaver:

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

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

### Forhold af betydning for specialeplanlægning

Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale blev etableret i 1994 ved en sammenlægning af det hidtidige børnepsykiatriske speciale og området ungdomspsykiatri. Patienter op til det 18. år bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien, men aldersgrænsen er i øvrigt fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og evt. efter den enkelte patients særlige forhold. Et grundlæggende princip i børne- og ungdomspsykiatrien er at tilbyde den behandling, der er effektiv, tilstrækkelig og mindst indgri-

bende i patientens tilværelse og integritet. Børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet varetager de mere komplicerede/specialiserede opgaver. Lettere problemer og vanskeligheder bør kunne varetages i de primære led.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Den faglige tilrettelæggelse og organisering af børne- og ungdomspsykiatri**

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

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

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

Følgende rapporter og projekter inddraget i specialeplanlægningen i relevant omfang:

- Sundhedsstyrelsens årlige rapporter 'Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed'
- Sundhedsstyrelsens rapport 'Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling' fra 2005
- Sundhedsstyrelsens redegørelse 'Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse' fra 2001

#### Praksisområdet

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

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

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

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

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

Det kommunale sundhedsvæsen

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

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre forpligtende koordinering og samarbejde på tværs af sektorer. Sundhedsaftalerne omfatter obligatoriske samarbejdsområder og samarbejdet mellem regioner og kommuner vil således være nærmere beskrevet i sundhedsaftalerne. Der kan indgås aftaler inden for flere områder end de obligatoriske.

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

Sygehusvæsenet

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

Af hensyn til læsbarhed anvendes forkortelser for sygehusenes navne:

BUC Glostrup	Region Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup
BUC Bispebjerg	Region Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg
BUC Hillerød	Region Hovedstadens Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød
BU Odense	Psykiatrien i Region Syddanmark, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Odense
BU Kolding	Psykiatrien i Region Syddanmark, Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling Kolding

AUH BU Regionscenter Risskov

Århus Universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Risskov

AUH BU Regionscenter Herning

Århus Universitetshospital, Børne- og ungdomspsykiatrisk Regionscenter i Herning

AUH Aalborg Sygehus

Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

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

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

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

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

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

## **Krav til specialfunktionsniveau**

Regionsfunktioner

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

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

Følgende er regionsfunktioner:

- Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni (OPUS og/eller TIT) (incidens 300 pt./prævalens 600 pt.):  
*BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, BUC Hillerød, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH BU Regionscenter Herning, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus*
- Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser (mental retardering, autismspektrumlidelser) og svært udadreagerende patienter (incidens 100 pt./prævalens 500 pt.):  
*BUC Glostrup, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus*
- Komplekse diagnostiske tilstande inden for affektive lidelser, ADHD, autismspekret, OCD og/eller Tourette-syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau, eller hvor den psyko-farmakologiske behandling er særligt kompliceret (incidens 100 pt./prævalens 500 pt.):  
*BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus*
- Patienter med spiseforstyrrelser og behov for døgnindlæggelse (150 indlæggelser). Kræver tæt samarbejde med pædiatri og intern medicin: endokrinologi:  
*BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, BUC Hillerød, Holbæk Sygehus, BU Odense, BU Kolding, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus, Kildehøj Privathospital*
- Spæd- og småbørnspsykiatri (0-3-årige) (incidens 440 pt./prævalens 660 pt.):  
*BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, Holbæk Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus (formaliseret samarbejde)*
- Børn (under 13 år) med behov for døgnindlæggelse (ca. 13.000 sengedage):  
*BUC Glostrup, BUC Bispebjerg, Næstved Sygehus, BU Kolding, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH BU Regionscenter Viborg, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus*
- Primær vurdering af surrogatfængslede (incidens 90 pt.). Ved behov for længerevarende ophold bør patienten overføres til højt specialiseret retspsykiatrisk funktion for unge:  
*BUC Glostrup, Roskilde Sygehus (formaliseret samarbejde), BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov*
- Selvmordsforebyggelse hos børn og unge (incidens 2.000 pt./prævalens 500 pt.):  
*BUC Bispebjerg, Roskilde Sygehus, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov, AUH BU Regionscenter Herning, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus*

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



Højt specialiserede funktioner

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

Følgende er højt specialiserede funktioner:

- Behandlingsresistente psykotiske tilstande (incidens 60 pt./prævalens 120 pt.):  
*BUC Bispebjerg, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov*
- Komplekse tilstande inden for affektive lidelser, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret (incidens 20 pt./prævalens 40 pt.):  
*BUC Bispebjerg, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov*
- Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autisme, OCD og/eller Tourette-syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor der er psykofarmakologisk behandlingsresistens (incidens 20 pt./prævalens 100 pt.):  
*BUC Glostrup, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov*
- Særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser, hvor behandlingen har været langvarig og kompliceret (incidens 30 pt./prævalens 120 pt.). Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi og pædiatri:  
*BUC Bispebjerg, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov*
- Spæd- og småbørn (0-3-årige) med svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseproblemer (incidens 90 pt./prævalens 135 pt.):  
*BUC Glostrup, BU Odense, AUH BU Regionscenter Risskov*
- Ungdomsretspsykiatrisk funktion vedr. mentalobservationer og dom til behandling under indlæggelse (incidens 45 pt./prævalens 90 pt.):  
*BUC Glostrup, BU Odense (formaliseret samarbejde), AUH BU Regionscenter Risskov, AUH Aalborg Psykiatriske Sygehus (formaliseret samarbejde)*

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