

Henvisningsprojektet i børne- og ungdoms- psykiatrien

Rambøll Management i samarbejde med
Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Rapport

Februar 2008

Rambøll Management A/S
Nørregade 7A
DK-1165 København K
Danmark

Telefon 3397 8200
www.ramboll-management.dk

Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien

Udarbejdet af:
Rambøll Management i samarbejde med
Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Udgivet af:
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: sum@sum.dk

Tryk: PE offset A/S, Varde
Oplag: 1.000

Udgivelsesår: 2008

ISBN: 978-87-7601-254-0
ISBN: 978-87-7601-255-7 (elektronisk version)

Publikationen er tilgængelig på:
<http://www.sum.dk>

Publikationen er gratis og kan bestilles hos:
Schultz Distribution kundeservice på tlf.: 43 22 73 00 eller
schultz@schultz.dk

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	1
1.1	Henvisningsprojektets formål og fokus	2
1.2	Undersøgelsesspørgsmål og strategi for præsentation af data	5
1.3	Rammer og opgaver for børne- og ungdomspsykiatrien	6
2.	Del 1 – Konklusioner og anbefalinger	11
2.1	Behovet for psykiatrisk udredning og behandling	12
2.2	Henvisningsmønstre	12
2.3	Årsager til stigning i antallet af henvisninger	14
2.4	Kapacitet og aktivitetsniveau	15
2.5	Ventetider	16
2.6	Kompetencer og medarbejderbehov	17
2.7	Samarbejde og arbejdsdeling	18
2.8	Udfordringer for samarbejde og arbejdsdeling	20
2.9	Nordiske erfaringer	22
2.10	Anbefalinger for Henvisningsprojektet	24
3.	Del 2: Behovet for psykiatrisk udredning og undersøgelse	29
3.1	Børn og unge med psykiske problemer	30
3.2	Antallet af henvisninger	34
3.3	Henvisningsmønstre til forskellige institutioner	35
3.4	Hvem henvises?	38
3.4.1	Hvem henviser?	42
3.5	Årsager til stigning i antallet af henvisninger	46
3.6	Afvisning af henvisninger	49
3.6.1	Årsager til afvisning af henvisninger	51
4.	Kapacitet og aktivitet	53
4.1	Aktivitet	54
4.1.1	Aktivitet i undervisningssektoren	54
4.1.2	Specialundervisning	55
4.1.3	Vidtgående specialundervisning	56
4.1.4	Aktivitet i socialsektoren	59
4.1.5	Aktivitet i praksissektoren	62
4.1.6	Aktivitet på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger	64
4.1.7	Konsulentfunktion	65
4.1.8	Hvilken aktivitet er der på øvrige afdelinger?	66
4.2	Ventetid	68
4.2.1	Ventetid i sundhedssektoren	68
4.3	Antal pladser	72
4.3.1	Pladser i sundhedssektoren	73
4.3.2	Pladser i socialsektoren	73
4.4	Personale og kompetencer	76
4.4.1	Personale i sundhedssektoren	76
4.4.2	Praktiserende speciallæger	77
4.4.3	Vurdering af faglige kompetencer	78

5.	Del 3: Undersøgelse af nordiske erfaringer	81
5.1	Norge	81
5.1.1	Udfordringer og målsætninger	81
5.1.2	Organisering og tilrettelæggelse	82
5.1.3	Kapacitet og aktivitet	83
5.1.4	Økonomi	86
5.1.5	Henvisninger – antal og kvalitet	86
5.1.6	Samarbejde	87
5.1.7	Eksempler fra Norge	88
5.2	Sverige	90
5.2.1	Udfordringer og målsætninger	90
5.2.2	Organisering og tilrettelæggelse	91
5.2.3	Kapacitet og aktivitet	93
5.2.4	Økonomi	95
5.2.5	Henvisninger – antal og kvalitet	95
5.2.6	Samarbejde	95
5.2.7	Eksempler fra Sverige	96
6.	Del 4: Samarbejde og arbejdsdeling	97
6.1	Opsporing	99
6.1.1	Fokus på opsporing og initiativer	99
6.1.2	Drivkræfter og tidligere opsporing – resultater fra sags gennemgang	101
6.2	Henvisning og koordination	107
6.2.1	Aftaler og samarbejdsfora	107
6.2.2	Henvisning og koordination – resultater fra sags gennemgang	109
6.3	Visitation i kommunen	114
6.3.1	Baggrund for og betydningen af krav om diagnose	114
6.3.2	Brug af diagnoser – resultater fra sags gennemgang	117
6.4	Ventetid i forløbet	120
6.4.1	Håndtering af ventetid	120
6.4.2	Tid i sagernes faser – resultater fra sags gennemgang	122
6.5	Information i forløbet	127
6.5.1	Vurdering af videndeling mellem samarbejdspartenerne	127
6.5.2	Kommunikation og samarbejde – Resultater fra sags gennemgang	130
7.	Bilag	135
7.1	Lovgivningsmæssige rammer for børne- og ungdomspsykiatrien	135
7.1.1	Sundhedsloven	135
7.1.2	Psykiatriloven	135
7.1.3	Service loven	136
7.1.4	Folkeskoleloven	137
7.1.5	Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning (PPR)	138
7.1.6	Sundhedsaftaler	138
7.2	Bemærkninger til metoden	144
7.2.1	Spørgeskemaundersøgelse – frafaldsanalyse	144
7.2.2	Sags gennemgang	145
7.3	Brug af BupBasen	148
7.3.1	Forskelle i indholdet for forskellige afdelinger og år	148
7.3.2	Dækningsgraden	150
7.4	Oversigt over de diagnoser der refereres til i Henvisningsprojektet	152
7.5	Yderligere datamateriale	153
7.6	Litteratur til de nordiske studier	156

1. Indledning

I denne rapport præsenterer Rambøll Management og Center for Kvalitetsudvikling de samlede resultater fra Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien. Rapporten er baseret på data fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, registeranalyse, sagsgennemgang, kvalitative interviews, litteraturstudier og de nordiske studier. Metode- og datagrundlag for Henvisningsprojektet uddybes nærmere i bilaget.

Der har til opgaven været tilknyttet en styregruppe bestående af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Velfærdsministeriet, Undervisningsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL. Derudover har der været en ekspertgruppe med repræsentanter fra Børne- og ungdomspsykiatrien, forskningsmiljøer og de kommunale myndigheder. Personerne i ekspertgruppen har givet sparring til konsortiet i forløbet og har også deltaget på 2 ekspertseminarer den 9. maj og den 24. september 2007. Endelig har eksperterne haft mulighed for at kommentere på de opstillede anbefalinger i rapporten.

Konsortiet er alene ansvarlig for Henvisningsprojektets resultater og anbefalinger.

Rapporten er inddelt i fire dele:

Del 1: Består af en præsentation af fokus i Henvisningsprojektet med en præsentation af formål og undersøgelsesspørgsmål. Derudover gennemgås det overordnede forløb i børne- og ungdomspsykiatrien med en beskrivelse af opgaver og ansvarsfordeling. Endelig præsenteres hovedkonklusioner fra undersøgelsen sammen med konsortiets anbefalinger.

Del 2: Præsenterer primært den kvantitative dokumentation mht. omfanget af henvisningerne, aktivitet og kapaciteten på området. Derudover indgår selvstændige afsnit om udviklingen i antallet af børn og unge, der har behov for psykiatrisk undersøgelse eller behandling.

Del 3: I tredje del præsenteres resultatet af undersøgelsen af de nordiske erfaringer inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Del 4: Her præsenteres resultaterne fra caseinterviewene og sagsgennemgangen med henblik på at undersøge og analysere samarbejdsrelationer og samarbejdsprocesser i børne- og ungdomspsykiatrien. Undersøgelsen og analysen har tre perspektiver: De kommunale myndigheder, de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger samt brugerne (forældre eller barn/ung).

Til sidst i rapporten er vedlagt et **bilag** med forskellige oversigter, et afsnit som beskriver de lovgivningsmæssige rammer for børne- og

ungdomspsykiatrien og et afsnit, der beskriver metoden for Henvisningsprojektet.

1.1 **Henvisningsprojektets formål og fokus**

Nærværende opgave om børne- og ungdomspsykiatrien inddrager en række forskellige problemstillinger. Formålet med Henvisningsprojektet er:

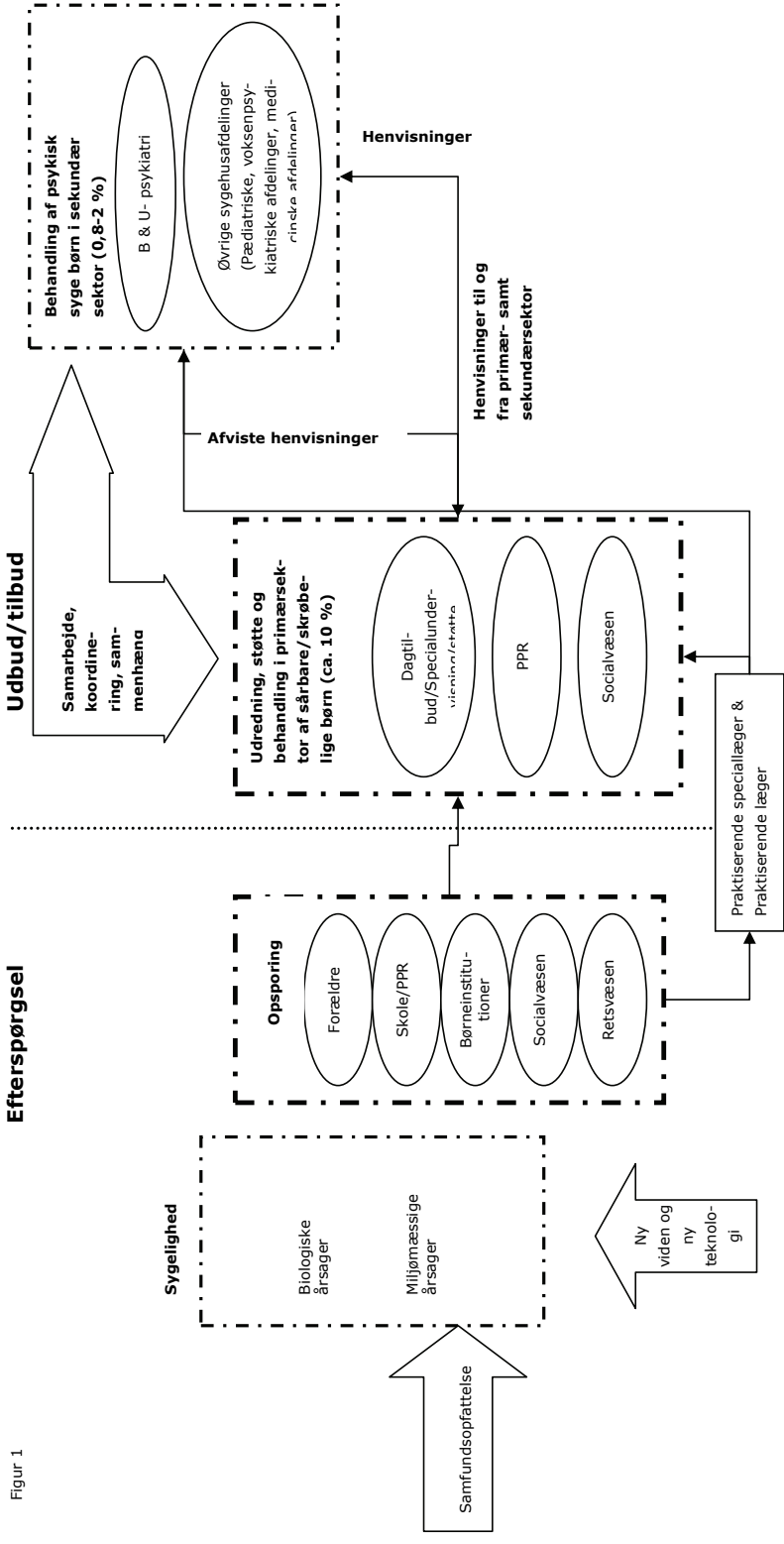
- At få afdækket årsagerne til det stigende antal henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien
- At belyse, om arbejdsdelingen mellem sektorerne er hensigtsmæssig
- At belyse, om det tværsektorielle samarbejde fungerer tilfredsstillende
- At kortlægge, hvordan indsatsen over for skrøbelige børn og unge kan styrkes
- At fremlægge anbefalinger herom på baggrund af afdækket dokumentation og viden.

Henvisningsprojektet vil forholde sig til alle dele af indsatsen i børne- og ungdomspsykiatrien fra en afdækning af forekomsten af de psykiske lidelser hos børn og unge til opsporing, henvisning samt selve behandlingen. Der er således fokus på både årsager til et øget antal henvisninger og den indsats, der foregår i forhold til de børn og unge, der bliver henvist.

Overordnet set kan Henvisningsprojektets formål beskrives ud fra de to følgende problemstillinger:

1. For det første sammenhængen mellem udbud og efterspørgsel. Antagelsen er, at der er en uoverensstemmelse mellem udbud og efterspørgsel inden for børne- og ungdomspsykiatrien, hvor lange ventetider på undersøgelse og behandling fx er en indikation på, at udbuddet ikke modsvarer efterspørgslen.
2. For det andet, hvordan processerne omkring opsporing, henvisning og behandling forløber. Der er således fokus på hele sagsforløbet fra opsporingen til behandlingen af børn og unge med psykiske problemer.

Antagelsen i Henvisningsprojektet er således, at der både kan være udfordringer mht. at skabe balance mellem udbud og efterspørgsel og at sikre hensigtsmæssige forløb for skrøbelige og psykisk syge børn og unge. Sammenhængen i Henvisningsprojektets fokus kan illustreres i nedenstående figur.



Figur 1

Det ene aspekt der er fokus på i Henvisningsprojektet er det, man kan kalde efterspørgselsside, der både handler om antallet af børn og unge med psykiske problemer og om professionelle samt forældre, der efterspørger ydelser i primær- og sekundærsektoren.

Der er en række forhold, der kan bestemme efterspørgslen på tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. En stigning i efterspørgslen kan være en reel stigning i antallet af børn og unge med psykiske problemer, men dette er også afhængigt af *samfundsopfattelsen af sygelighed* og *teknologisk udvikling*. Begrebet "sygelighed" er langt fra en entydig størrelse, da det er en definition, der er under løbende revision. Derudover er det langt fra entydigt, hvordan denne sygelighed opspores og børn og unge evt. henvises til behandling. En stigning i antallet af henvisninger kan eksempelvis skyldes, at der reelt er kommet flere børn med psykiske problemer, men det kan også skyldes, at udbuddet ændrer sig ved, at der kommer nye tilbud, eller at det rette tilbud ikke er til stede i primærsektoren. Det kan også skyldes, at man er blevet bedre til at opspore børn og unge, der er syge, eller at der er krav fra samfundet og forældre om at få stillet en diagnose.

Der er ligeledes *mange forskellige grupper af professionelle i kommunerne*, som fungerer som efterspørgere af børne- og ungdomspsykiatriske og andre særlige foranstaltninger til børnene. Efterspørgslen efter tilbud afhænger således af en række forskellige faktorer, som eksempelvis deres fortolkning af de problemer, som de eller *forældrene* kan se hos børnene, den vifte af behandlingstilbud som de kender til, eller den viden, de besidder om de psykiske problemer hos børnene og de unge.

I forhold til de forebyggende tiltag kan de forskellige fagpersoner have divergerende opfattelser af, hvorvidt der eksisterer et behov hos barnet/den unge selv, familien og de forskellige grupper af professionelle. Rummelighed i normalsystemet kan være en faktor, som spiller ind på de professionelles vurdering. Diagnosticering som adgangsbillet til øgede ressourcer kan være en faktor, som forældrene er påvirkede af.

Ser vi nærmere på de tilbud, der gives til børn og unge med psykiske problemer, er det vigtigt, at barnet eller den unge får det rette tilbud på det rette tidspunkt. Dette rejser naturligt et spørgsmål om kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien: har man de rette tilbud og har man de rette kompetencer til at håndtere barnets eller den unges problemer? En løsning kunne være at sikre, at tilbuddet er til stede og tilpasse antallet af pladser. De seneste undersøgelser peger imidlertid på, at *mangel på psykiatere med speciale* inden for børn og unge betyder, at antallet af pladser ikke nødvendigvis bare kan udvides, så det modsvarer det aktuelle behov fuldstændigt¹. En løsning på at skabe større sammenhæng mellem udbuddet og efterspørgslen og i indsatsen kunne være at sikre, at børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger kender muligheder for behandling i primærsektoren og

¹ Se eksempelvis Dagens Medicin, august 2006.

omvendt, og at kommunerne har et overblik over tilbuddene i sekundærsektoren.

Når der er så mange aktører med forskellig baggrund, vil det være en udfordring at sikre, at der er en *fælles viden* og en *ensartet visitationspraksis* på tværs af aktørerne. Der kan eksempelvis være forskel på, hvordan visitation foregår fra de praktiserende læger til det specialiserede tilbud i regionerne, og på, hvordan visitationen foregår fra PPR til de specialiserede forhold. Dette kan handle om uensartet praksis, men også om faglige kompetencer.

En central udfordring i børne- og ungdomspsykiatrien er således, om der er en klar sammenhæng mellem den indsats, der foregår i primærsektoren, og den indsats der foregår i sekundærsektoren, sådan at barnet eller den unge med psykiske problemer får et kvalificeret tilbud det rigtige sted. Dette har ligeledes indflydelse på efterspørgslen på eksempelvis de specialiserede tilbud. Et kvalificeret tilbud i primærsektoren kan være med til at mindske efterspørgslen på et mere specialiseret tilbud i sekundærsektoren, men det kræver, at medarbejdere i kommunerne har de rette kompetencer, at kommunerne har det rigtige tilbud, og at der er mulighed for konsultation fra børne- og ungdomspsykiatere.

1.2 **Undersøgelsesspørgsmål og strategi for præsentation af data**

For at belyse sammenhængen mellem udbud og efterspørgsel, undersøge de forskellige aspekter i den børne- og ungdomspsykiatriske indsats samt undersøge sammenhængen i børne- og ungdomspsykiatrien, tager Henvisningsprojektet udgangspunkt i 8 analyser. I nedenstående tabel 1 er listet de 8 analyser. Analyserne vil, som det fremgår, blive belyst igennem forskellige kapitler.

Tabel 1 – Analyser, fokusområder og undersøgelsesspørgsmål

Analyser specificeret i tilbuddet	Fokusområde	Del
1. Undersøgelse og analyse af udviklingen af psykisk sygelighed og sårbarhed blandt børn og unge	1. Dokumentation for forekomsten og udvikling af skrøbelige og psykisk syge børn og unge	2
2. Undersøgelse og analyse af henvisningsmønstret for børn og unge med psykiske problemer	2. Omfanget af henvisninger til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 3. Omfanget og typen af henvisninger til øvrige enheder 4. Potentielle årsager til stigning i antallet af henvisninger 5. Karakteristik af de henviste patienter 6. Hvem henviser patienterne 7. Omfanget af og årsagen til afviste henvisninger	2
3. Undersøgelse og analyse af kapacitet	8. Ventetid til børne- og ungdomspsykiatriske ydelser og øvrige ydelser 9. Pladser i de forskellige sektorer 10. Personale og kompetencer til rådighed på området	2

Analyser specificeret i tilbuddet	Fokusområde	Del
4. Undersøgelse og analyse af udviklingen af indsatsen i den primære og sekundære sektor	11. Omfanget af aktiviteten i socialektoren 12. Omfanget af aktiviteten i undervisningssektoren 13. Omfanget af aktiviteten i primærsektoren 14. Omfanget af aktiviteten i sekundærsektoren	4
5. Undersøgelse og analyse af arbejdsdeling og samarbejdet mellem den primære og sekundære sektor	15. Love og regler på området 16. Opsporing af skrøbelige og psykisk syge børn og unge 17. Håndtering af visitation 18. Information til brugere 19. Organisering af henvisningsprocessen 20. Øvrige initiativer til at skabe sammenhæng	4
6. Undersøgelse af nordiske erfaringer	21. Udfordringer og målsætninger for børne- og ungdomspsykiatrien i Norge og Sverige 22. Organisering og tilrettelæggelse af børne- og ungdomspsykiatrien 23. Kapacitet og aktivitet inden for børne- og ungdomspsykiatrien 24. Økonomi 25. Antal henvisninger og henvisningsmønstre 26. Samarbejde	3
7. Analyse af nordisk best practice	27. Fremhæve eksempler og erfaringer fra øvrige nordiske lande	3
8. Vurdering af relevante initiativer på baggrund af nordiske erfaringer og konklusioner i Henvisningsprojektet	28. Samlet analyse og anbefalinger på baggrund af de øvrige analyser.	1

1.3 Rammer og opgaver for børne- og ungdomspsykiatrien

Ansvar for indsatser over for børn og unge med psykiske problemer er fordelt mellem tre sektorer: sundheds-, social- og undervisningssektoren. Derfor er der også fire forskellige love, som regulerer indsatsen over for børn og unge med psykiske problemer. De fire love er hhv. Sundhedsloven, Psykiatriloven, Serviceloven samt Folkeskoleloven². Derudover er der i *Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*³ fastlagt seks obligatoriske indsatsområder, hvor regionsråd og kommunalbestyrelser skal indgå aftaler om deres indsatser, og indsende disse til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Dette gøres for at sikre koordination mellem indsatserne på sundhedsområdet i regioner og kommuner. Indsatsen over for mennesker med sindslidelser er et af disse områder (se bilag 7.1

² Dette notat bygger på Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005) og Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Lov nr. 1111 af 1. november 2006) (Psykiatriloven), Lov om Social Service (Lovbekendtgørelse nr. 58 af 18. januar 2007), samt Lov om Folkeskolen (Lov nr. 1195 af 30. november 2006). Desuden inddrages beskrivelsen af regler og tilbud på socialområdet i Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud, udarbejdet af Socialministeriet, Sundhedsministeriet, Undervisningsministeriet, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Københavns og Frederiksberg kommuner, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Sundhedsstyrelsen, maj 2001.

³ Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006, uddybet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om sundheds-koordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, 2006.

for en gennemgang af lovgivning og en gennemgang af udvalgte sundhedsaftaler). Gennemgangen af sundhedsaftalerne viser generelt, at:

- Sundhedsaftalerne varierer meget lidt inden for den enkelte region, da der typisk er tale om en fælles rammeaftale, som eventuelt suppleres med lokale samarbejdsaftaler.
- Sundhedsaftalerne er i forhold til hovedparten af de opstillede krav beskrevet generelt for hele psykiatriområdet. Det vil sige, at aftalerne på disse punkter ikke rummer en selvstændig beskrivelse af praksis for børne- og ungdomspsykiatrien.
- Der er en vis variation mellem regionerne i forhold til, hvor præcist, specifikt og systematisk børne- og ungeområdet beskrives i sundhedsaftalerne. Region Midtjylland og Region Nordjylland hører her til de regioner, hvor praksis inden for børne- og ungdomsområdet beskrives mest indgående.

Børn og unge der skal diagnosticeres og behandles inden for børne- og ungdomspsykiatrien, gennemgår et forløb, der ofte er præget af inddragelse af mange forskellige offentlige myndigheder igennem en længere periode. I Figur 2 er illustreret et typisk forløb for de børn og unge, der er analyseret i Henvisningsprojektet.

Forløbet kan inddeles i tre faser:

1. Opsporing og henvisning
2. Diagnosticering og behandling
3. Ambulant forløb og kommunale foranstaltninger.

Det er langt fra alle psykisk syge og skrøbelige børn og unge, der gennemløber alle faserne, men det giver et overblik over de opgaver, som aktørerne ofte varetager i forløbene.

1. Opsporing og henvisning – Indledningsvis vil der være en opsporingssfase, der ofte kan være langvarig. Familie, forældre, sociale netværk, de offentlige institutioner eller barnet/den unge selv vil se tegn på en eventuel psykisk sygdom eller skrøbelighed. Skole og daginstitution er de institutioner, som forældre oftest først går i dialog med om de pågældende børn og unge.

PPR bliver kontaktet af forældre eller lærere, og vil ofte være nogle af de første fagpersoner, der har kontakt til de skrøbelige eller psykisk syge børn og unge. Efterfølgende kan iværksættes tilbud af den kommunale sektor. Langt de fleste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien kommer fra praktiserende læger, og det er således hyppigt forældre selv, der er primær aktør i sagsforløbet, når de konsulterer deres egen læge for en løsning på deres barns problem. Den praktiserende læge kan henvise det pågældende barn/unge til mere specialiserede tilbud som praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri eller til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Der foregår kun i begrænset omfang behandling af børn og unge hos praktiserende læge inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien.

Udover forældre og socialt netværk, der selvfølgelig har en hovedrolle igennem hele forløbet, har de offentlige og private aktører i hovedtræk de opgaver, der er gengivet i Tabel 2.

Tabel 2 – Opgaver inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatri

Aktør	Opgaver
Almenpraktiserende læge	<ul style="list-style-type: none">▪ At henvise de rigtige børn og unge ud fra aftaler om, hvordan henvisningen skal udformes▪ Koordinere og samarbejde med socialforvaltning, PPR og skole
Praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri	<ul style="list-style-type: none">▪ Der er et begrænset antal praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, men de udfører mange undersøgelser årligt. Deres opgaver er:<ul style="list-style-type: none">○ Diagnosticering, behandling og evt. viderehenvisning af børn og unge
PPR	<ul style="list-style-type: none">▪ Rådgive og støtte fx skoler til at tilrette undervisning, således at den tager hensyn til skrøbelige børn og unge▪ Kortere samtaleforløb med børn og unge samt forældre▪ Anbefale tilbud til støtte af børn og unge▪ Test af børn og unge▪ Henvisning til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

Aktør	Opgaver
Skole og dag-institution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilpasse undervisning og tilbud til de behov, de enkelte børn og unge har ▪ Gøre opmærksom på behov for mere specialiserede tilbud end skolen eller institutionen kan tilbyde
Kommunal sagsbehandler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samtale og evt. visitation til kommunale støtteforanstaltninger for familien og de pågældende børn og unge ▪ Henvielse til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

2. *Diagnosticering og behandling* – De børn og unge, der henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, vil ofte have været igennem et længere forløb inden henvisningen, og i forløbet efter kontakten med børne- og ungdomspsykiatrien vil den kommunale sektor spille en hovedrolle. En årsag til dette er, at det ikke altid er relevant med behandling i sygehusvæsenet.

Derudover vil en evt. psykiatrisk behandling fra den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling oftest skulle suppleres af kommunale støtteforanstaltninger. Under forløb på børne- og ungdomspsykiatriske afdeling er en vigtig forudsætning for et godt forløb derfor, at der er et tæt samarbejde med den kommunale sektor, som sker gennem indhentelse af udtalelse fra fx skole og netværksmøder. Derfor vil det også være en opgave for parterne i primærsektoren at forberede forløbet efter kontakten med sygehusvæsenet. Der vil typisk også blive afholdt et afsluttende netværksmøde ved udskrivning fra den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling, da det ofte er nødvendigt at koordinere efterforløbet.

Table 3 – Opgaver under forløb inden for børne- og ungdomspsykiatri

Aktør	Opgaver
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitation til rette diagnostik og behandling ▪ Diagnostik og behandling ▪ Rådgivning fra socialrådgiver og psykolog om forløbet efter afslutning af forløb på afdelingen ▪ Koordinering med relevante kommunale parter
Skole, daginstitution, PPR og kommunal sagsbehandler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dele oplysninger om det pågældende barns/unges adfærd i kontakten med skole og institution. ▪ Deltage i koordinerende møder ▪ Forberede efterforløbet så tidligt som muligt under sygehusforløbet

3. *Forløb efter kontakt til sygehusafdeling og kommunale foranstaltninger* – Efter en afslutning af forløbet på sygehuset, hvor der afholdes en konference eller som minimum sendes et udskrivningsbrev, overgår ansvaret for barnet eller den unge til den kommunale sektor og evt. praktiserende læge (hvis det ikke er nødvendigt at tilbyde kommunale støtteforanstaltninger). Endelig vil de flere forløb indebære, at barnets eller den unges fortsætter i et forløb på sygehusafdelingen, hvor barnet eller den unges tilstand vurderes med faste intervaller.

I efterforløbet skal kommunen efter modtagelse af evt. diagnose eller udtalelse fra sygehuset vurdere, hvordan kommunen bedst støtter barnet eller den unge. Det er således kommunen og ikke sygehuset, der har ansvaret for at visitere til og tilbyde de specifikke foranstaltninger. Sygehusafdelingen angiver dog typen af behov, som afdelingen finder relevant.

Tabel 4 – Opgaver efter evt. forløb inden for børne- og ungdomspsykiatri

Aktør	Opgaver
Almenpraktiserende læge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandling i ambulante forløb, evt. medicinering af barnet eller den unge ▪ Rådgivning af familie samt barn/ung og deltagelse i koordinering af forløb
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansvar for evt. ambulant forløb i børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling ▪ Rådgivning mht. valg af relevant foranstaltning i kommunalt regi
PPR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitere til relevante tilbud ▪ Følge barnet eller den unge i forløbet efter kontakten til børne- og ungdomspsykiatrien
Skole og daginstitution samt evt. dag- og døgntilbud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitationsproces, hvor det vurderes, om institutionens tilbud passer til barnets eller den unges behov ▪ Levere relevante tilbud til barnet eller den unge.
Kommunal sagsbehandler	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitere til relevante tilbud ▪ Rådgivning af familie samt barn/ung og deltagelse i koordinering af forløb

2. Del 1 – Konklusioner og anbefalinger

I nærværende kapitel præsenteres hovedkonklusionerne fra Henvisningsprojektet om børne- og ungdomspsykiatrien. Opgaven er gennemført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Velfærdsmi-
nisteriet af et konsortium bestående af Rambøll Management og Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Der er i Henvisningsprojektet om børne- og ungdomspsykiatrien fokus på en række forskellige problemstillinger, hvor formålet med projektet er:

- At få afdækket årsagerne til det stigende antal henvisninger i børne- og ungdomspsykiatrien
- At belyse, om arbejdsdelingen mellem sektorerne er hensigtsmæssig
- At belyse, om det tværsektorielle samarbejde fungerer tilfredsstillende
- At kortlægge, hvordan indsatsen over for skrøbelige børn og unge kan styrkes
- At fremlægge anbefalinger herom på baggrund af afdækket dokumentation og viden.

Henvisningsprojektet vil forholde sig til alle dele af indsatsen i børne- og ungdomspsykiatrien, fra en afdækning af forekomsten af de psykiske lidelser hos børn og unge til opsporing, henvisning samt selve behandlingen. Der er således fokus på både årsager til et øget antal henvisninger og på den indsats, der foregår i forhold til de børn og unge, der bliver henvist.

2.1 **Behovet for psykiatrisk udredning og behandling**

Det er vanskeligt præcist at opgøre antallet af børn og unge, der har psykiske problemer og derved behov for udredning eller behandling i regi af børne- og ungdomspsykiatrien. Nationale og internationale undersøgelser samt ekspertvurderinger indikerer, at mellem 10-15 % af børn og unge har psykiske vanskeligheder, hvoraf kun en mindre andel har behov for psykiatrisk udredning eller behandling. Således er det ekspertvurderingen, at mellem 1-2 % af en årgang har behov for psykiatrisk diagnostik og behandling.

I børne- og ungdomspsykiatrien optages der i dag omkring 0,9 % fra den relevante målgruppe. Sundhedsstyrelsen peger på, at mellem 1 og 2 % af børne- og ungepopulationen kan have behov for en specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk indsats. Der er således fortsat brug for udvidelse af kapaciteten på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, ligesom der arbejdes på at effektivisere de enkelte sagsforløb ved bedre organisering af arbejds gange og samarbejdsprocedurer.

2.2 **Henvisningsmønstre**

Nærværende undersøgelse har som udgangspunkt, at antallet af henvisninger til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har været stigende gennem en årrække. Denne tendens er fortsat i år 2006 og 2007. Det kan således konstateres, at der fra 2004 til 2006 er sket en stigning på 47 %. Der er ikke noget, der tyder på, at antallet af henvisninger skulle falde. Det kan konstateres, at der er forskel på andelen af børn og unge i populationen, der bliver henvist til de forskellige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Den samme stigende tendens i antallet af henvisninger til andre aktører eller enheder end børne- og ungdomspsykiatrien kan ligeledes konstateres. En spørgeskemaundersøgelse blandt centrale aktører på feltet peger således på, at der ligeledes har været en kraftig stigning i antallet af henvisninger til privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri. Opfattelsen bekræftes af en stærkt stigende aktivitet blandt privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri. En forklaring på dette fænomen kan være, at en lang ventetid til børne- og ungdomspsykiatrien kan betyde, at de kommunale myndigheder i højere grad bliver opmærksom på, at de kan henvise barnet/den unge til de privatpraktiserende speciallæger.

Langt hovedparten (52 %) af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien kommer fra de praktiserende læger, mens 20 % kommer

fra henholdsvis PPR og socialforvaltning⁴. Dette dækker dog over markante forskelle mellem de forskellige afdelinger. For nogle afdelinger står PPR for op til 20 % af henvisningerne, mens der er et begrænset antal henvisninger fra PPR for andre afdelinger. Den samme forskel kan gøre sig gældende i forhold til henvisninger fra andre sygehusafdelinger. I nogle tilfælde modtager en afdeling op til 30 % fra andre sygehusafdelinger. Dette peger på, at henvisningspraksis, samarbejdspraksis og tradition har stor betydning for, hvordan der henvises.

De typiske aktionsdiagnoser er reaktiv forstyrrelse, hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD og autisme. Der er betydelige forskelle i aktionsdiagnoserne mellem de forskellige afdelinger. Der er eksempelvis markante forskelle på "psykose". I Esbjerg er aktionsdiagnosen for 12 % af de henviste denne diagnose, mens det tilsvarende tal for Herning er 1 % og Kolding 3 %. Tilsvarende ses der en markant forskel inden for "Adfærdsforstyrrelser", hvor aktionsdiagnosen for 19 % er dette i Næstved, mens ingen anden afdeling har en andel på over 7 % med denne aktionsdiagnose. De nedenstående forklaringer på forskellene er ikke entydige, men er de bedste forklaringer ud fra det foreliggende datagrundlag.

- 1)** En forklaring kan være, at der er faglige forskelle mellem afdelingerne, der gør, at nogle afdelinger specialiserer sig i bestemte sygdomme. Denne forklaring synes dog kun oplagt i de områder, hvor sygehusene ligger forholdsvis tæt på hinanden.
- 2)** En anden forklaring kan være, at der er historiske og kulturelle forskelle mellem afdelingerne, sådan at der er opstået en tradition for at diagnosticere på bestemte måder på de givne afdelinger.
- 3)** Der kan være forskel i den diagnostiske kultur og sprogbrug, således at børn og unge med bestemte symptomer diagnosticeres på en bestemt måde.
- 4)** Der kan være alternative tilbud i området – fx praktiserende speciallæger – der modtager børn og unge med en bestemt diagnose, hvilket betyder, at antallet af henvisninger inden for bestemte diagnoser er lavere.
- 5)** Endelig kan der være tale om tilfældige udsving i de tilfælde, hvor antallet af patienter er lavt.

Det er ikke muligt at give en entydig forklaring på forskellene, og caseinterviewene bidrager heller ikke til at give en mere entydig forklaring på de forskelle, der er i diagnosticeringen mellem afdelingerne. Det er dog konsortiets vurdering, at denne forskel ikke er hen-

⁴ Det skal nævnes, at selv om PPR og Socialforvaltning henviser i mindre grad, vil der hyppigt være et udbygget samarbejde med aktører i kommunerne. Det kan eksempelvis være i forhold til PPR, daginstitutioner eller skolerne. Disse vil typisk spille en vigtig rolle i undersøgelsen af børn/unge med psykiske vanskeligheder og den efterfølgende indsats.

sigtsmæssig, fordi det giver en risiko for manglende sammenhæng mellem barnets/den unges problemstilling og selve indsatsen. Det er vigtigt, at den faglige diskussion om, hvorfor der er disse forskelle i diagnosticeringen af børn og unge med psykiske problemer fortsætter. Oprettelsen af BupBasen og brug af data fra basen er et vigtigt redskab i denne sammenhæng.

I 2006 blev 23 % af henvisningerne afvist, men der er igen forskelle mellem afdelingerne med en høj andel afvisninger på nogle afdelinger og en lav andel på andre afdelinger. Afvisningerne sker dog tidligt i forløbet, således at der ikke er betydelig ventetid mellem henvisningen og en eventuel afvisning. Det er værd at bemærke forskelligheden mellem de forskellige afdelinger, hvilket kan indikere, at henvisningspraksis og traditioner har afgørende indflydelse på, hvor mange sager der afvises. Interviewene underbygger disse forklaringer om forskelle i praksis og traditioner. Nogle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger tager alle sager, mens andre afdelinger er meget mere selektive og konsekvente i deres afvisninger af sager. Der er også afdelinger, som ikke afviser en sag, hvis den ikke er oplyst i tilstrækkelig grad, men derimod indhenter oplysninger efterfølgende.

2.3 **Årsager til stigning i antallet af henvisninger**

Det er ikke muligt ud fra det foreliggende datagrundlag at identificere nogle entydige årsager til, at antallet af henvisninger stiger. Det er dog konsortiets vurdering, at der kan identificeres 6 plausible hovedårsager til stigningen, hvoraf den første årsagssammenhæng er den bedst underbyggede, mens der er tale om vurderinger for de andre årsagssammenhænge. Sundhedsstyrelsen konkluderer således om de forskellige årsager til stigningen i antallet af henvisninger, at 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.

1) Nationale og internationale undersøgelser peger på, at antallet af børn og unge med psykiske problemer overstiger de 0,9 %, som er den andel af børn og unge, som børne- og ungdomspsykiatrien håndterer i dag. Derved kan det forventes, at antallet af henvisninger stiger, indtil antallet modsvarer det reelle behov.

2) Det vurderes af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen og caseinterviewene, at der stilles større krav til børns sociale kompetencer i forhold til deres udgangspunkt, hvilket betyder, at flere børn ikke kan fungere i skolen eller daginstitutionen. Argumentet er ikke, at børn/unge bliver syge i normalsystemet, men at de oplevede krav forstærker behovet for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien samt tydeliggør, om børn og unge har psykiske problemer. Der peges også på, at der mangler relevante støttemuligheder og tilbud, som kan forebygge, at sygdomsforløbet for børn og unge eskaleres.

3) Der er sket en faglig opkvalificering af personalet, hvilket betyder at særligt medarbejdere i kommunerne er blevet bedre til at identifi-

cere børn og unge med psykiske problemer. Spørgeskemaundersøgelsen blandt de kommunale repræsentanter peger også på, at der er sket en opkvalificering af personalet, hvilket kan underbygge tæsen om, at medarbejderne er blevet bedre til at opfange børn og unge med psykiske problemer.

4) Der er et større behov hos forældrene for, at deres barn bliver udredt og får en behandling. Derudover er fagpersonerne i sundhedssektoren i større grad opmærksomme på psykisk sygdom blandt børn og unge. Det giver et behov hos forældrene om at få klarhed, og derfor kan de ofte presse på i forhold til de kommunale myndigheder eller den praktiserende læge for at få en diagnose eller få klarhed over, hvad deres barn fejler.

5) For at kunne finde det rette tilbud er der en del kommuner, der efterspørger en diagnose, før der kan henvises til dagbehandling og døgntilbud (herunder specielle skoleplaceringer). Dette er en medvirkende årsag til, at de kommunale myndigheder henviser til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. I de forskellige ekspertseminarer er dette blevet fremhævet som en vigtig årsag, men det er samtidig en årsagssammenhæng, som er blevet udfordret særligt af repræsentanter fra de kommunale myndigheder.

6) Endelig kan der være en forklaring i den demografiske udvikling, hvor fødselstallet er steget fra 1983 til 1994, hvilket kan give et øget henvisningspres. Det er ikke muligt at angive præcist, hvor stor betydning demografiske faktorer har, men Sundhedsstyrelsen konkluderer i statusrapporten fra 2007, at "De væsentlige større fødselsår-gange i 80-erne og 90-erne afspejler sig i det stedfundne stigende henvisningspres"⁵.

2.4 **Kapacitet og aktivitetsniveau**

Samtidig med at antallet af henvisninger er steget, er der sket en stigning i kapaciteten og aktivitetsniveauet i børne- og ungdomspsykiatrien og blandt de instanser, der arbejder med børn og unge, der har psykiske problemer. Der er eksempelvis sket en stigning fra 2001 til 2006 i andelen af børn og unge, der modtager specialundervisning, mens andelen af børn og unge, der modtager vidtgående specialundervisning har været mere stabil i den angivne periode. Samtidig vurderer de kommunale respondenter, at antallet af psykologfaglige udredninger i regi af PPR er steget inden for de seneste 5 år.

Kommunerne leverer en række forebyggende ydelser for udsatte børn og unge, herunder børn og unge med psykiske vanskeligheder som fx hjemme-hos'er eller kontaktpersoner som skal støtte den pågældende familie/det pågældende barn. Det er ikke muligt præcist at bestemme antallet af ydelser til gruppen af børn og unge *med psykiske vanskeligheder*, men antallet af børn og unge, som får forebyg-

⁵ Statusnotat fra Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe, 2007 (Det årlige fødselstal fra 1983 til 1994 steg fra ca. 50.000 til 70.000.)

gende bistand er vokset fra 12.748 børn og unge i 2001 til 15.894 i 2005 (Se afsnit 4.1.4, boks 5 for eksempler på forebyggende tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder).

Der har været en markant stigning i brugen af ydelser fra børne- og ungdomspsykiatere. I perioden fra 2000 til 2006 er der sket en stigning på 400 %. Der er i dag 16 privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri, og der er en tendens til stigning i antallet, da der i 1995 var 9 privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri.

Der kan ligeledes registreres en markant stigning i aktivitetsniveauet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. I perioden fra 2002-2006 er der samlet sket en stigning i aktivitetsniveauet på 22 %. Antallet af konsulentforløb og tilsyn er ligeledes steget markant i perioden fra 2004-2006. Antallet af ansatte er ligeledes steget i perioden 1997 til 2006. Dette gælder både i forhold til normerede stillinger og puljefinansierede stillinger. Sidstnævnte stillinger udgør samtidig en stigende andel af de samlede stillinger i børne- og ungdomspsykiatrien.

Derved kan det konstateres, at antallet af børn og unge der henvises, stiger, og at kapaciteten på området samtidig udbygges.

2.5 **Ventetider**

Siden 1997 er der sket en stigning i andelen af børn og unge, der venter på en ydelse fra børne- og ungdomspsykiatrien, og samtidig er der kommet flere børn og unge, som venter mere end 3 måneder. Baseret på analyse af tal fra BUP-basen konkluderes det derudover, at børn og unge med de sværeste problemstillinger venter i kortest tid.

Ventetiden udgør et markant problem for børne- og ungdomspsykiatrien og er et markant problem for den familie, det barn eller den unge som venter på en udredning eller et behandlingstilbud. I 2006 var der 1867 børn og unge på venteliste med en ventetid under 3 mdr., mens 998 børn og unge ventede mere end 3 mdr. Der eksisterer ikke registerdata, der derudover kan identificere områder, hvor ventetiden særligt udgør et problem, men i de gennemgåede sager er det særligt i forhold til opsporingen og den opfølgende foranstaltning. Der kan derudover konstateres stor forskel på ventetiden mellem de forskellige afdelinger, hvor der for én afdeling ikke er ventetid over 4 uger, mens kun 36 % i gennemsnit har ventet under 4 uger. Imidlertid kan der ikke på grundlag af Henvisningsprojektets data-materiale konkluderes, hvorfor der er så store forskelle mellem ventetiden til afdelingerne.

Ud fra gennemgangen af sagerne kan det konkluderes, at der kan gå lang tid fra afslutning af et forløb på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, til foranstaltningen iværksættes. I langt de fleste af sager går der over 2 måneder, og i flere tilfælde ½ år. Selv om dette bygger på et begrænset antal sager, så er det en konklusion, der kan

genfindes i spørgeskemaundersøgelsen, hvor det ikke kun er mangel i sekundærsektoren, der fremhæves af respondenterne. Når tidsforløbet vurderes inden for området, er det altså vigtigt at se på den tid der går i *hele* forløbet – ikke kun på ventetid til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Det er positivt, at de børn og unge som er hårdest ramt, også venter i kortest tid, men generelt udgør ventetiden et problem for barnet eller den unge med psykiske problemer, der kan betyde, at sygdomsforløbet forværres og eskalerer.

Ud over ventetiden til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien viser datamaterialet også, at der er ventetid internt i kommunen til eksempelvis videre undersøgelse i PPR-regi. Endelig peger undersøgelsen på, at børn og unge i nogle tilfælde kommer på en voksenpsykiatrisk afdeling pga. ventetid til et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ud over at afdække ventetiden har sagsgennemgangen også karakteriseret sager ud fra, hvor lang tid afklaringen tager, inden henvisning til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Der går ofte flere år fra første henvendelse fra forældre med mistanke om psykiske problemer til selve henvisningen. Der er *ikke* tale om ventetid, da børn og unge ikke venter på en ydelse. Afdækningen af tidsforløbene viser imidlertid, at der ofte er tale om oplevede lange forløb for forældre og børn/unge.

2.6 **Kompetencer og medarbejderbehov**

I projektet er medarbejdere og ledere blevet spurgt om deres problemopfattelse mht. evt. behov for personale. De adspurgte i spørgeskemaundersøgelserne vurderer, at der er størst behov for at ansætte sagsbehandlere og psykologer i primærsektoren og et markant behov for at ansætte børne- og ungdomspsykiatere i sekundærsektoren. I undersøgelsen er ikke spurgt specifikt til, hvilke funktioner respondenter vurderer, at faggrupperne skal varetage, men der er spurgt specifikt i forhold til behovet på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

På baggrund af kvalitative interviews og sagsgennemgangen fremgår det, at behovet for sagsbehandlere er størst ved opstart af forløb på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og undervejs i forløbet. Derudover ved søgning efter relevante tilbud til børn og unge. For både børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i sekundærsektoren og psykologer i primærsektoren udgør ventetid til de respektive ydelser, der er særligt relevante for forløbene i Henvisningsprojektet en særlig udfordring for forløbene. For psykologer i primærsektoren er det gennemførelse af samtaler og test, mens det for børne- og ungdomspsykiatere er diagnosticering og behandling. For de to sidstnævnte faggrupper kan der derfor ikke peges på en specifik funktion, hvor der er særlig mangel, da det er i personalegruppernes kerneydelse i forhold til forløbene, der opleves mangel på medarbejdere.

2.7 Samarbejde og arbejdsdeling

Henvisningsprojektet peger på, at der er en række hovedudfordringer for samarbejde og arbejdsdeling mellem og internt i primær- og sekundærsektoren. Disse udfordringer knytter sig til forskellige faser i et sagsforløb.

Opsporing: De gennemgåede sager er komplekse sager, hvor symptomerne ikke nødvendigvis er tydelige, og hvor det ikke er entydigt, at barnet eller den unge har psykiske problemer, der kræver et specialiseret forløb i børne- og ungdomspsykiatrien. I opsporingsfasen er der mange aktører involveret, fx mange forskellige lærere på skolen. Det kan betyde, at der er "mange forskellige øjne" på sagen, men samtidig kan det betyde, at der ikke altid er et fælles udgangspunkt for at vurdere problemstillingen.

Både på kommunalt niveau og på regionalt niveau er iværksat tiltag, der navnlig er rettet mod opkvalificering af medarbejdere og at styrke opsporingen af børn og unge med psykiske problemer. I de undersøgte sager viser det sig, at forældrene i høj grad er drivkræfter i sagen, og de skubber sagsforløbet fremad. Det er også en årsag til, at forældrene opsøger praktiserende læge. Forældrene opfatter, at det er tydeligere, hvordan praktiserende læger håndterer problemet, og tidshorizonten for løsningen. I forløbene var det klart, at skift fra fx børnehave til skole ofte bliver anledning til vurdering af børnenes problemer. Samtidig betyder skiftene, at kravene til bestemt adfærd hos børnene stiger, hvilket i sig selv medfører, at flere relevante problemer opspores. Endelig er det en drivkraft, at jo længere børn/unge kommer i forløbet, jo flere specialiserede fagpersoner inden for området børn/unge med psykiske problemer er til stede, herunder særligt PPR.

Henvisning og koordination: Der er i høj grad etableret retningslinjer for henvisninger, og samarbejdsfora i forhold til samarbejdspartnerne. Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har i 70 % af tilfældene etableret retningslinjer for, hvornår børn/unge skal henvises. Alle afdelinger har etableret netværksmøder. Derimod har kun 30 % standardiserede skemaer for henvisningerne. Imidlertid er der langt mindre kendskab til disse tiltag blandt samarbejdspartnerne, hvilket peger på, at det er nødvendigt i højere grad at skabe overensstemmelse mellem samarbejdspartnerne vedr. de aftaler, der er for samarbejdet.

Konsekvenserne af, at henvisningerne ikke indeholder de nødvendige oplysninger og bilag kan være, at sagerne bliver afvist og derved kan skabe ny ventetid eller, at der "spildes" ressourcer på at indhente relevante oplysninger. Når det alligevel ikke får alvorlige konsekvenser for de henviste børn/ unge, så er det fordi børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er opsøgende mht. at indhente information, og der er et sikkerhedsnet i form af forvisitationsmøder med forældre og evt. samarbejdspartner, hvor yderligere information kan udveksles.

For så vidt angår samarbejdsfora, er det vurderingen, at der i høj grad er informationsudveksling, og generelt fremmøde fra relevante

parter. Det kan fremhæves, at kommunerne aktivt bruger den diagnose og information, som børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har stillet i sagerne, og at børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling bruger de test og oplysninger, der evt. er leveret af PPR inden henvisningen. Caseinterviewene peger dog på, at samarbejdet kan forbedres ved, at sagsbehandlere fra socialforvaltningen inddrages tidligere i forløbet, da de oftest inddrages ved udskrivningskonferencerne. Ansvarsfordelingen er klar for den overordnede fordeling mellem primær- og sekundærsektor mht., hvor ansvaret for diagnostik, behandling og efterfølgende foranstaltninger er placeret. Uklarhederne opstår i forhold til at få formidlet til forældrene ved udskrivning, hvilke ydelser og rettigheder, de kan forvente i efterforløbet.

Visitation i kommunen: I spørgeskemaundersøgelsen til kommunen svarer 23 % af respondenterne, at i alle tilfælde eller i hovedparten af tilfældene kræves en diagnose, før der kan henvises til dagbehandlings- og døgntilbud. 41 % svarer, at det kræves "i nogle tilfælde". I 6 ud af 20 gennemgåede sager har diagnose været et krav for at iværksætte foranstaltning. I nogle tilfælde kræves diagnose for at kunne blive visiteret til et specialiseret dag- og døgntilbud. I langt de fleste tilfælde iværksættes eller er iværksat foranstaltninger af kommunen i ventetiden, hvor det dog primært er mindre omfattende tilbud end dag- og døgntilbud. Årsagerne til, at der kræves diagnose er primært:

- En diagnose understøtter, at barnet/den unge tilbydes den rigtige foranstaltning, og dermed sikres kvaliteten.
- Diagnoser er krav fra de dag- og døgntilbud, som kommunen efterfølgende skal henvise til.
- Det er ressourcekrævende at finde det rette tilbud til barnet/den unge, og derfor vil kommunen sikre, at det er det relevante tilbud, der søges efter.
- I forhold til kommunens egen prioritering af midler er det afgørende, at sagsbehandlere kan dokumentere, at der er et dokumenteret behov for en bestemt foranstaltning.

Gennem sagsgennemgangen er det undersøgt, om diagnosen reelt bruges af kommunen i visitationsprocessen. Diagnoser og anbefalinger bruges i de gennemgåede sager i langt de fleste tilfælde af kommunerne til at finde det rette tilbud til barnet eller den unge. I sagerne har fagpersonerne også vurderet, om kommunen kunne have løst en del af barnets/den unges problemstillinger. I kun ét tilfælde er det vurderet, at kommunen kunne have afhjulpet en del af problemet. De børn og unge, der er på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, har altså brug for den specialviden, der er på afdelingen.

Information i forløbet: I forhold til videnuveksling mellem praktiserende læge og PPR er der udviklingsmuligheder. Der er et gensidigt ønske og vurderet behov for, at der i højere grad udveksles information mellem parterne. En særlig udfordring er, at parterne ikke har noget etableret samarbejdsforum at mødes i, eller en fast arbejds-gang for udveksling af information.

Forældrenes og barnets/den unges oplevelse af kommunikationen og samarbejdet mellem parterne er undersøgt gennem sagsgennemgangen. Generelt har forældrene oplevet, at der har været flere uklarheder og uoverensstemmelser i den information, der er givet til dem. Særligt kan det på baggrund af analysen konkluderes, at utilfredsheden navnlig udspringer af usikkerhed og modsatrettede oplysninger fra de forskellige parter om rettigheder og ydelser.

2.8 Udfordringer for samarbejde og arbejdsdeling

På baggrund af analyserne af samarbejdet og arbejdsdelingen er det muligt at opstille nogle primære udfordringer for børne- og ungdomspsykiatrien:

Tabel 5 – Udfordringer

Emne	Udfordringer
Mindre ressourcestærke forældre	Forældre er en gennemgående og vigtig drivkraft i forløbene. En udfordring er at sikre opsporing og efterfølgende støtte i sager, hvor forældre ikke er så opsøgende/ressourcestærke.
Overgange mellem institutioner	Sagsgennemgangen viser imidlertid, at institutionerne oftest skal opleve problemet, før der tages hånd om det. Opsporingsfasen kan således forsinkes af, at problemerne opdages fx i børnehaven, skal vurderes i skolesammenhæng, før der kan tages handling. Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på, at de forskellige institutioner også har forskelligt syn på barnet eller den unge. Derved kan der være tale om "perspektivskift" i overgangen mellem eksempelvis daginstitution og skole.
Overgang til forløb efter skolen	I overgangen fra skole til forløbet efter skolen er det en udfordring at fastholde børn/unge i de relevante tilbud, og opspore eventuel psykisk sygdom. Her bortfalder flere af de samme drivkræfter (PPR og lærere), der gør sig gældende tidligere i forløbet. Det er en kerneudfordring at sikre kontinuitet i forløbet, når den unge forlader skolen.
Dele viden om retningslinjer og samarbejdsfora	Generelt er på nationalt og lokalt plan udviklet og informeret om retningslinjer, hvordan henvisninger og samarbejdsfora skal bruges. Imidlertid er viden asymmetrisk fordelt, hvor børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har stort kendskab, mens udfordring er, at samarbejdsparterne (PPR, socialforvaltning og praktiserende læger) ikke i samme grad kender tiltagene.
Konsekvens ved mangelfulde henvisninger	Udfordringen for børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger vedr. mangelfulde henvisninger er, at de ikke ønsker at tage de henviste børn/unge som gidsler, hvis henviseren ikke har udfyldt henvisningen i tilstrækkeligt omfang. På den anden side skal henviserne opleve, at det har konsekvenser, hvis henvisningen er mangelfuld. Flere steder har man indført generelle retningslinjer om, at alle mangelfulde henvisninger afvises, men det er ikke en generel politik på alle afdelinger.

Emne	Udfordringer
Ansvarsfordeling i efterforløbet	Ansvarsfordelingen mellem samarbejdspartnerne er forholdsvis klar og respekteres. Den primære udfordring er, at forældrene i højere grad skal føle, at det er klart, hvad der skal ske i forløbet efter sygehusforløbet. Her kan være op til 5-8 forskellige parter involveret i forløbene. Det kræver klar koordinering og ansvarsfordeling.
Forventningsafstemning og entydighed i kommunikationen til forældrene	Udfordringen i samarbejdet for kommunen er, hvis sygehusafdelingen kommer med meget specifikke anbefalinger i udskrivningsprocessen eller i forløbet på sygehuset. Dermed skabes forventninger hos forældre om, at bestemte tilbud kan leveres af kommunen. En måde at løse udfordringen på kunne være at informere de kommunale myndigheder før forældrene, sådan at medarbejdere i kommunen har mulighed for at håndtere de forskellige anbefalinger og opstille muligheder i forhold hertil.
Tidligere inddragelse af afdelingernes resultater	Viden fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling inddrages forholdsvis sent i forløbene. Sagsbehandlingsprocessen starter, når børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling skriftligt sender udskrivningspapirerne med en eventuel diagnose. Med en ret omfattende og tidskrævende søgeproces efter fx dag- og døgntilbud, så kan dette forsinke forløbene.
Etablering af fora for samarbejde med praktiserende læger	For både PPR og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er det generelt vurderingen, at der deles den relevante viden. Udfordringen er for begge parter – men især for PPR – samarbejdet med almenpraktiserende læger, hvor også praktiserende læger peger på, at der er forbedringspotentiale.

For disse udfordringer er det dog vigtigt at understrege, at der er en række betingelser, som sætter grænser for forløbene:

1. *Forældrenes svære situation* – Kommunikation og samarbejde i et sagsforløb foregår under ganske særlige vilkår, da forløbet er en emotionel periode for forældrene, som kan være vanskelig at tackle. Dette påvirker betingelserne for, hvorvidt kommunikationen og samarbejdet opleves som positivt. Det vil således være forventeligt, at ikke alle forældre oplever kommunikationen eller samarbejdet som tilfredsstillende.
2. *Sektorgrænser* – Opgaverne løses inden for en ramme, der indebærer, at barnets/den unges forløb typisk skal krydse sektorgrænsen mellem primær- og sekundærsektor. Selv om der er etableret mange tiltag til at styrke samarbejdet generelt inden for sundhedsområdet, er det erfaringsmæssigt en stor udfordring at sikre et effektivt samarbejde. Det er ikke et argument for, at det kun kan være sådan, men for at understrege, at samarbejdet også er en udfordring for andre områder inden for sundhedsvæsenet.
3. *Kendetegn ved psykisk sygdom* – Det er kendetegnende ved interview med fagpersonerne inden for området, at de tilkendegiver, at det ofte kan være svært at diagnosticere psykisk sygdom. De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger bruger ofte flere måneder med gentagne observationer og tests for

at sikre den rigtige diagnose. Derudover udvikler psykisk sygdom sig ikke på en fuldstændigt forudsigelig måde. Særligt i forhold til opsporingen er det vigtigt at inkludere vurderinger af den aktuelle opgaveløsning.

2.9 Nordiske erfaringer

Der er foretaget en undersøgelse af erfaringer inden for børne- og ungdomspsykiatrien i Norge og Sverige. Undersøgelsen bygger primært på litteraturstudier og interview. Det er konsortiets vurdering, at der på baggrund af det foreliggende datagrundlag kan oprises følgende konklusioner:

Norge

I Norge er børne- og ungdomspsykiatrien delt op i henholdsvis *poliklinikker* og *institutionstilbud*, hvor sidstnævnte kan være i form af både dag- og døgntilbud. Poliklinikkerne er blandt andet karakteriseret ved at foretage kortlægninger og udredninger og give råd og behandling til børn, unge og deres familier. Poliklinikkerne har derudover et vigtigt ansvar i forhold til at forebygge psykiske problemer hos børn og unge

15 - 20 % af alle børn og unge i Norge har psykiske lidelser, som påvirker deres funktionsniveau. Almenpraktiserende læger står også i Norge for hovedparten af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien, idet de tegner sig for ca. 60 % af alle henvisninger. En undersøgelse af 510 henvisninger viser, at ud af disse blev 88 % accepteret, mens 8 % blev returneret grundet manglende oplysninger og/eller kvalitet

Det norske lægelige selskab har som målsætning, at alle der henvises til den sekundære sundhedstjeneste, skal vurderes af en speciallist i børne- og ungdomspsykiatri

Siden 1998 har børne- og ungdomspsykiatrien i Norge udvidet sin kapacitet betydeligt. Dette er en følge af den optrappingsplan, som blev sat i værk i 1999, og som oprindeligt skulle have varet til 2006, men som i 2003 blev udvidet med to år. Øget produktivitet er i optrappingsplanen et virkemiddel for at øge tilgængeligheden til polikliniske tjenester for børn og unge. Men i Norge er også udfordringer mht. at holde ventetiden nede. Driftsudgifterne for psykiatrien for børn og unge er steget med 72 % fra 1998 til 2006

Et eksempel fra Norge på hurtig hjælp er Ungdomsenheten ved Barne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (BUPA) i Drammen. Enheden har ansvaret for at give tilbud til alle unge og deres familier i regionen, som har brug for øjeblikkelig hjælp i forbindelse med selv- og fællesproblematikker, akut psykose eller alvorlig psykosomatisk lidelse

Sverige

I Sverige hører børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom i Danmark, organisatorisk under deres regioner, og er delt ind i:

- Børne- og ungdomspsykiatrien, der skal være en specialistfunktion med ansvar for specialiseret og højt specialiseret pleje
- Ungdomsambulatorier for unge i alderen 16-25 år
- Den primære sundhedspleje (Primärvården), som er den sundhedspleje, der i Danmark hører under den primære sundhedstjeneste
- Familiecenter og primærpleje-ambulatorier.

Presset på afdelingerne inden for børne- og ungdomspsykiatrien steg i 1990'erne i hele landet, bl.a. pga. faldende kapacitet. Der er stort fokus på ventetiderne i Sverige. 65 % af enhederne rapporterede i en undersøgelse, at de havde længere ventetider end 30 dage til besøg/bedømmelse (7 % angav en ventetid på 13 uger eller mere). En rundspørge hos landets kommuner i efteråret 2004 viste, at 29,4 % af kommunerne mener, at samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og sundhedsplejen i skolerne er meget eller nogenlunde godt, mens 6,5 % mener, at samarbejdet er meget dårligt eller mangler. På nationalt plan er man derfor pt. i gang med at foretage en kortlægning og problemanalyse af den aktuelle situation inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

I Sverige er der behandlingsgaranti inden for både den primære og sekundære sundhedstjeneste. Som behandlingsgaranti er udfordret nu, indebærer den, at kontakt med den primære sundhedspleje skal ske samme dag, som patienten søger, og såfremt lægebesøg er nødvendigt, skal ventetiden højst være på 7 dage. Personer, som har fået en henvisning til den specialiserede pleje, skal tilbydes en tid inden for 90 dage. Hvis det viser sig, at patienten har behov for behandling, skal behandlingen igangsættes inden for yderligere 90 dage. I skrivende stund er man i Sverige i gang med at undersøge forudsætningerne for at gennemføre en skærpelse af behandlingsgarantien med formålet at forbedre tilgængeligheden til psykiatrisk pleje og behandling af børn og unge.

Et eksempel på kvalitetsudvikling fra Sverige er, at Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) publicerede i efteråret 2005 videnoversigten "Normbrytande beteende i barndomen" (Andershed & Andershed, 2005). Oversat til dansk er der tale om normbrydende adfærd i barndommen, hvor normbrydende adfærd defineres som "på forskellig vis at bryde med de gældende normer og regler i det miljø, barnet befinder sig". Ved brug af gennembrudsmetoden gennemføres et pilotprojekt med henblik på at forbedre arbejdet med børn op til 12-års alderen, som er i risiko for at udvikle en varig normbrydende adfærd.

2.10 **Anbefalinger for Henvisningsprojektet**

Som en del af Henvisningsprojektet skal der opstilles anbefalinger. Konsortiet er alene ansvarlig for Henvisningsprojektets resultater og anbefalinger. De nedenstående anbefalinger i uprioriteret orden bygger på datamaterialet i Henvisningsprojektet samt drøftelser med ekspertgruppe på de to afholdte seminarer.

Anbefaling 1 – Håndtering af ventetid og kapacitetsproblemet

Henvisningsprojektet dokumenterer, at der gennem de senere år har været en konstant stigning i antallet af børn og unge, der har efterspørgsel efter ydelser i psykiatrien. Samtidig er der fortsat lange ventetider på relevante tilbud, og denne ventetid er ikke aftagende. Henvisningsprojektet dokumenterer således, at der stadig er et behov for at forholde sig til kapaciteten og derved de nødvendige ressourcer på området. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At der sker en fortsat udbygning af udrednings-, diagnosticerings-, behandlings- og støttetilbuddene. I den generelle statistik på området og i undersøgte sager i Henvisningsprojektet var der en lang ventetid på alle de nævnte tilbud. I udbygning er det vigtigt at have hele forløbet for øje, da en udbygning af fx muligheder for diagnosticering på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger kun delvist vil afhjælpe problemet, da barnet/den unge ofte skal modtage støttende kommunale foranstaltninger efterfølgende.
- At der sker en fortsat udvikling af de forebyggende tiltag i kommunalt regi til børn og unge med psykiske problemer. Det er vigtigt, at der er tilbud i kommunerne, som målrettet kan hjælpe børn og unge med deres psykiske problemer. Der er allerede mange forebyggende tiltag i kommunerne, og undersøgelser peger på, at en tidlig indsats kan være med til at forebygge, at psykiske lidelser udvikler sig.
- At der bør være fokus på at sikre progression i sagsforløbene. Derfor er det vigtigt at udnytte ventetiden effektivt ved at etablere parallel- forløb i dele af undersøgelsesfasen frem mod diagnosticeringen.
- At der bør være fokus på at optimere hele undersøgelsesforløbet frem mod diagnosticeringen i børne- og ungdomspsykiatrien. Der er ikke grundlag for i projektets data at have nogen grund til at tro, at ressourcerne ikke udnyttes effektivt i dag. Men i dag er der ikke datagrundlag for, at man kan lære af hinanden mht., hvordan forløb planlægges effektivt. Der findes ikke data om effektiv ressourceudnyttelse. Der kan her henvises til erfaringerne fra Norge, hvor der er gennemført større produktivitetsanalyse i børne- og ungdomspsykiatrien.
- At der sikres viden om ventetider til dag- og døgntilbud. Mulighederne for at finde den rette foranstaltning er i dag en tidskrævende proces for den enkelte sagsbehandler og for

forældrene samt barnet/den unge. Der bør etableres en central database med angivelse af ventetider til dag- og døgntilbud, hvilket kunne ske i regi af tilbudportalen.dk.

- At nye ambulante og konsultative tiltag overvejes. Herhjemme udvikles der i disse år flere nye samarbejdsmodeller mellem kommuner og psykiatrien, fx med udgående faglige teams fra børne- og ungdomspsykiatrien.

Anbefaling 2 – De faglige kompetencer i kommunen udvikles og specialiseres

Analysen har vist, at kommunen ofte letter forløbene ved at levere kvalificerede henvisninger og hjælpe familierne tidligt. Der er derfor grund til at bygge videre på denne funktion og disse erfaringer. Oftest vil disse funktioner i kommunerne omkring opsporing, henvisning og den efterfølgende kontakt med de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger være hos PPR. Derfor er der taget udgangspunkt i PPR, men kommuner har forskellig organisering, og det vigtigste er her, at nedenstående funktioner varetages kvalificeret – ikke at det nødvendigvis skal placeres organisatorisk hos PPR. Konsortiet vil anbefale:

- At det bør indbygges i forløb, at PPR eller lignende funktion tidligt involveres, for at kunne give en faglig kvalificeret vurdering af barnets/den unges vanskeligheder og behov suppleret med konsulentbistand fra børne- og ungdomspsykiatrien. PPR's kerneopgave er i dag at rådgive i forhold til undervisningen og skolen. Her kunne PPR's rolle udvikles, styrkes og tydeliggøres vedrørende faglig vurdering og samspil og samarbejde til børne- og ungdomspsykiatrien. PPR kan fungere som det første led i en udredningsproces med henblik på at vurdere, hvilke behov der er for udredning og igangsætning af støttende forløb indtil en grundigere udredning i børne- og ungdomspsykiatrien kan finde sted. Det skal dog understreges, at hensigten ikke er, at PPR skal stå for udredning og diagnosticering af børn og unge.
- At PPR eller lignende funktion efter den første kontakt udarbejder en opfølgingsplan for det videre forløb, som indeholder oplysninger om, hvornår der følges op og hvem der følger op.
- At anvende de kommunale børnepolitikker og de regionale/kommunale sundhedsaftaler til at afstemme det lokale samarbejde, organisering og ansvar for forløb. Her kan det klargøres, hvem der er ansvarlig for hvilke funktioner i de forskellige sektorer fra starten af forløbet til afslutningen. Det handler ikke om et omfattende dokument, men er et overblik over, hvordan forældre, børn og unge kan forvente, at sagsforløbet vil være.

Anbefaling 3 – Mål for tydelige forløb

Henvisningsprojektet peger igennem sagsgennemgangen på, at mange forældre oplever usammenhængende forløb, og at forløb ofte strækker sig over lang tid fra de indledende symptomer og drøftelser til konkrete tiltag iværksættes. Forældre peger på, at der er et behov for koordination og klarhed og tydelighed i ansvar, aftaler, information og kontakt. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At der udarbejdes eksplicite mål for, hvordan et forløb tilrettelægges, og det bør kommunikeres klart, hvad forældre kan forvente i de forskellige faser af forløbet samt for det faglige indhold mv. I 2008 og 2009 indføres en 2 måneders frist for først undersøgelse og derefter behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Et område, hvor det vil være hensigtsmæssigt at opstille eksplicite kvalitetsmål til et forløb kunne fx være i forhold til ventetid fra henvisning fra kommunalt regi til iværksættelse af udredning, eller fra diagnosticering, visitation og behandlingstiltag. Kommunikation bør tænkes for hele forløbet lige fra den første opsporing til den konkrete behandling er igangsat, og både omfatte den kommunale del og børne- og ungdomspsykiatrien.

Anbefaling 4 – Styrkelse og udvikling af samarbejdet mellem socialforvaltning, PPR og børne- og ungdomspsykiatrien

PPR og socialforvaltning og børne- og ungdomspsykiatrien er vigtige samarbejdspartner. Langt hovedparten af sagerne bliver ganske vist henvist fra de praktiserende læger. PPR og socialforvaltningen har ofte været involveret i sagerne inden henvisning fra den praktiserende læge. Derudover vil de kommunale myndigheder være en vigtig aktør for børne- og ungdomspsykiatrien i udrednings- og undersøgelsesforløbet. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At samarbejdet mellem parterne fortsat bør styrkes og udvikles. Det bør sikres, at sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner også indeholder helt konkrete aftaler om samarbejdet og mål for arbejdet i børne- og ungdomspsykiatrien. Samarbejdsaftaler kan medvirke til at tydeliggøre samarbejdet og sikre gode henvisningsforløb samt fleksible løsninger. Det er vigtigt, at overholdelse af sådanne aftaler monitoreres og at resultaterne formidles til et nationalt niveau.
- At det bør overvejes at udbygge de udgående konsulentfunktioner i børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på faglig rådgivning i kommunerne, og samtidig medvirke til at sikre, at der fremsendes fyldestgørende henvisninger. Der er allerede gode eksempler på at sådanne konsulentfunktioner fungerer, og det synes oplagt at gennemføre en særlig indsats på dette område i de store byer, hvor der i forvejen er en specialiseret indsats i forhold til børn og unge med emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder.

Anbefaling 5 – Styrkelse af støtte til unge

Henvisningsprojektets sagsanalyser viser, at unge der går fra folkeskolen til en ungdomsuddannelse kan risikere at falde mellem to stole, fordi der typisk mangler et tilbud til den aldersgruppe. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At tilbuddene til den målgruppe fortsat udvikles. Der er allerede afsat midler under psykiertiaftalen til denne målgruppe, og efter en evaluering af virkningen af tiltagene, kan en udbredelse vurderes. Derudover er det vigtigt, at Ungdommens Uddannelsesvejledning er opmærksom på at de unge, som ikke påbegynder en ungdomsuddannelse eller frafalder ungdomsuddannelserne får et kvalificeret tilbud.

Anbefaling 6 – Almenpraktiserende læger

Samarbejdet mellem almenpraktiserende læger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og mellem almenpraktiserende læger og de kommunale parter er et område, der kan udvikles. Henvisningsprojektet har kunnet pege på, at der ofte mangler oplysninger i henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra praktiserende læger, og at der kun er et begrænset samarbejde i sagerne mellem praktiserende læger og de kommunale parter. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At der etableres bindeled mellem kommune og praktiserende læger. For samarbejdet mellem sygehuse og praktiserende læger er en fastholdelse og udbygning af praksiskonsulentordningen relevant. På tilsvarende vis kunne der etableres en ordning for samarbejdet mellem praktiserende læger og kommuner. I projektet gives flere eksempler på et sådant samarbejde.
- At det bør overvejes at etablere mulighed for telefonkonsultation til praktiserende læger og andre fagpersoner, hvor der kan modtages relevant sparring og supervision. Enkelte steder i landet er der etableret sådanne telefonkonsultationer, hvor børne- og ungdomspsykiatere kan give faglig rådgivning om vurderinger af eventuelle henvisninger.
- At den gode henvisning gøres nem for den almenpraktiserende læge. I dag findes gode beskrivelser af den gode henvisning, og de er generelt kommunikeret til den almenpraktiserende læge. Henvisningsprojektet viser, at der er nogle muligheder for at udvikle faste skabeloner til henvisninger, som kan bruges af de praktiserende læger i forbindelse med henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Anbefaling 7 – Brugerperspektivet

Henvisningsprojektet peger på, at forældre til børn og unge med psykiatiske problemer har et behov for rådgivning, vejledning og støtte. Derfor har forældre et stort informationsbehov og brug for

overblik over et forløb, der ofte kan forløbe over længere tid. Derfor vil konsortiet anbefale:

- Det er allerede et krav, at der skal være kontaktperson i sekundærsektoren. Men derudover kan der med fordel udpeges en kontaktperson/tovholder/koordinator i det kommunale regi, som forældrene kan have kontakt med i forløbet (også i ventetiden), og som har til opgave at informere og svare på eventuelle spørgsmål fra forældre. Der er ikke tale om at kontaktpersonen skal forholde sig til de faglige spørgsmål, men om at formidle viden og guide forældrene i forløbet. Der henvises her i øvrigt til lovgivningen på bl.a. sundhedsområdet, hvor der er beskrevet rammer for en kontaktpersonordning.
- At der gives forældre de bedst mulige informationer om forløb, ventetid og tiltag så tidligt som muligt i forløb. Der kan her også peges på henvisning til forældregrupper og forældrenetværk, som kan bidrage til forældreinformation og støtte.
- At der løbende gennemføres forældreundersøgelser for at sikre en kontinuerlig tilbagemelding fra forældre på deres vurdering af de tilrettelagte forløb og tiltag. Et særligt tema kan være håndtering af ventetidsforløb og afvisningsproblematikker. Eksempelvis gennemfører Danske Regioner systematiske landsdækkende forældreundersøgelser i børne- og ungdomspsykiatrien.

Anbefaling 8 – Kvalitetssikring for børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

De indsamlede data i Henvisningsprojektet dokumenterer, at der i børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark er variationer i forhold til antallet af henvisninger, antallet af afvisninger, diagnosticeringen og behandlingspraksis. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At der på sigt tages initiativ til at indarbejde et kvalitetssikringsprogram eksempelvis i regi af Den Danske Kvalitetsmodel på sundhedsområdet med henblik på at etablere faglige standarder og indikatorer for henvisninger, visitation, udredningsforløb og diagnostisk udredning. Gennem BupBasen er fundamentet for dette arbejde allerede etableret.
- At der på sigt eksempelvis i regi af Den Danske Kvalitetsmodel arbejdes på at gennemføre løbende kvalitetsaudit i børne- og ungdomspsykiatrien, med henblik på en løbende kvalitetssikring af forløb. Formålet med initiativet er at sikre en kontinuerlig kvalitetssikring af forløb, diagnostisering og at der skabes systematisk viden om praksis på området.
- At der tages initiativ til at sikre fælles brug af kvalitetsdata. Der er i dag få data, der kan belyse forløb på tværs af sektorer og identificere lokale og tværgående forbedringsmuligheder. De nye sundhedskoordinationsudvalg kan eventuelt indgå i dette initiativ.

Anbefaling 9 – Brug af de gode erfaringer – fra viden om aktiviteter til viden om virkning

Henvisningsprojektet peger på, at der er mange eksempler på god praksis, hvor både kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien har engageret sig i at finde nye løsninger og gennemført gode modelprojekter. På landsplan er der netop gennemført et gennembrudsprojekt om styrkelse af den fælles indsats i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor en række kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien i en fælles netværksorienteret ramme har udviklet rammer for organisering og samarbejde. Der er således masser af gode erfaringer at søge inspiration fra. Derfor vil konsortiet anbefale:

- At den gode praksis i samarbejde, organisering og behandlingstiltag synliggøres yderligere, og der opfordres til at styrke formidlingen af projekterne.
- At der bør være fokus på at sprede erfaringer om god praksis og at skabe rammer for implementering af god praksis i andre faglige miljøer. Det kan overvejes at sætte særligt "spot" på de gode eksempler, og at skabe en incitamentsstruktur, der belønner den gode og effektive opgaveløsning.

3. Del 2: Behovet for psykiatrisk udredning og undersøgelse

I nærværende del af rapporten præsenteres analyseresultaterne vedr. forekomst af psykisk sygdom, omfanget af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Formålet med kapitlet er at dokumentere både omfanget af og årsagen til efterspørgslen efter børne- og ungdomspsykiatriske ydelser. Kapitlet indeholder dermed følgende to analyser specificeret i udbudsmaterialet:

- Undersøgelse og analyse af udviklingen af psykisk sygelighed og sårbarhed blandt børn og unge
- Undersøgelse og analyse af henvisningsmønstret for børn og unge med psykiske problemer.

Kapitlet er opbygget som følger:

- I afsnit 3.1 er antallet af børn og unge med psykiske lidelser forsøgt afdækket.
- I afsnit 3.2 og 3.3 er redegjort for det totale antal henvisninger til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger samt andre relevante aktører. Herudover beskrives udviklingen i antallet af henvisninger over tid.
- I afsnit 3.4 er fokus rettet mod, hvem der henvises, hvem der henviser børn og unge med psykiske problemer til de speciali-

- serede børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og på evt. forskelle mellem de tidligere amter (nuværende regioner).
- I afsnit 3.5 er redegjort for mulige årsager til den oplevede stigning i antallet af henvisninger i de seneste år.
- I afsnit 3.6 er redegjort for antal afviste henvisninger og udviklingen i disse over tid.

For så vidt angår dokumentationen af efterspørgslens omfang er denne baseret på data fra forskellige registre, mens årsagerne til efterspørgslen er afdækket gennem litteraturstudier, spørgeskemaundersøgelse og interview.

3.1 **Børn og unge med psykiske problemer**

Det er vanskeligt at opgøre præcist hvor mange børn og unge, der har psykiske problemer og har behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Disse vanskeligheder hænger blandt andet sammen med, at opgørelsen over omfanget af børn og unge med psykiske problemer er stærkt afhængigt af, hvordan den undersøgte population afgrænses, og hvordan psykiske problemer defineres. Som det fremgår af boksen nedenfor, knytter der sig en række forskellige udfordringer til det at kunne opgøre antallet af børn og unge med psykiske problemer.

Boks 1 Udfordring ved opgørelse af forekomst

Der er stor forskel på de metoder, der er brugt til at identificere psykiatriske tilfælde, hvilket gør det svært at sammenligne studierne resultater. Denne mangel på ensartede metoder fremhæves af forfatterne som en af de helt centrale problemstillinger i børnepsykiatrisk forskning.

Forfatterne oplister i en artikel i *American Journal of Psychiatry* af Roberts et al. i 1998 en række faktorer, der gør det svært at forske i børne- og ungdomspsykiatri:

- **Sampling:** Det er svært, hvis ikke umuligt, at få et repræsentativt udsnit af en børnepopulation, fordi børn er så forskellige og på så forskellige udviklingstrin. Derfor koncentrerer de fleste studier sig kun om en lille aldersgruppe. Desuden er det ofte meget små samplesizes der opnås i studier af børnepsykiatriske sygdomme, hvilket betyder, at det antal cases, der findes, også er meget lille.
- **Casebestemmelse:** De fleste studier benytter sig enten af strukturerede interview (fx Diagnostic Interview Schedule for Children) eller semistrukturerede interview, hvor de første har en tendens til at finde for mange og de sidste for få børn med psykiatrisk sygdom. Begge metoder bruges ofte på både barnet og en nærtstående voksen (forælder eller lærer). Der ses også variation i, hvor høj prævalens der findes, alt efter hvem den anden person, man taler med, er (højere prævalens hvis man interviewer en forælder end en lærer).
- **Casedefinition:** De fleste studier benytter samme måde at definere cases på, nemlig DSM-kriterierne, men det er langt fra alle studier, der medtager alvorligheden af sygdommen. Kriterierne er måske ikke gode nok, når de identificerer så stor en del af en årgang som psykisk syge.

I en redegørelse fra 2001 kommer en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe med en vurdering af den fremtidige udvikling i sygdomsforekomsten. I 2001 modtog 0,4 % af samtlige børn og unge et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. Det blev dog allerede i redegørelsen fra 2001 peget på, at kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien ikke stod mål med det reelle behov⁶. Denne vurdering af uoverensstemmelse mellem kapaciteten og den reelle efterspørgsel er stadig aktuell. En opfølgingsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen konstaterer i statusnotatet fra 2007, at kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien er udbygget siden 2001, men at der ikke er set tegn på mætning, hvorfor der er behov for yderligere udbygning. Dette skyldes både et øget antal henvisninger, og også hjemtagning af patienter, der tidligere blev indlagt på voksenpsykiatriske eller pædiatriske afdelinger.

Det kan konstateres, at 0,9 % af en årgang i dag modtager behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Det er vurderingen fra Danske Regioner og formanden for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, at kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien bør sigte mod at kunne modtage 1,5-2 % af en årgang⁷. Der findes som nævnt ikke evidens for, hvor mange børn og unge, der præcist har behov for et behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien, men der er danske og internationale undersøgelser, som kan give en indikation af, hvor mange børn og unge, der har behov for behandling, og hvor mange børn og unge, der har psykiske problemer.

I en landsdækkende tværsnitsundersøgelse fra 1988/89 af børns sundhed ved skolestart (omfattende ca. 5000 børn i 30 kommuner) fandt man på baggrund af forældrenes vurderinger, at 7 % af børnene havde alvorlige psykiske problemer, der krævede en form for støtte eller behandling⁸. Dette behøvede dog ikke nødvendigvis at være behandling i regi af børne- og ungdomspsykiatrien.

I 1999/2000 blev forekomsten af børnepsykiatrisk sygdom samt omfanget af komorbiditet hos danske 8-9-årige børn undersøgt gennem en undersøgelse af 316 børn fra Fyns Amt (751 børn inviteret til at deltage)⁹. Studiet bestod dels af et forældrespørgeskema (CBCL) og dels af diagnostiske interview med screeningspositive og -negative børn. Undersøgelsen estimerer prævalens af børnepsykiatrisk sygdom til 11,98 %.

En stortingsundersøgelse i Norge har fundet, at omfanget af børn og unge med psykiske lidelser af en sådan alvorsgrad, at de har behov for hjælp fra specialisthelsetjeneste, ligger på omkring 5 % af børnebefolkningen (grundlaget for denne vurdering fremgår dog ikke). Det blev i 1988 besluttet, at målsætningen for udbygningen af kapacite-

⁶ Børne- og ungdomspsykiatrisk virksomhed – den fremtidige tilrettelæggelse, Sundhedsstyrelsen, 2001.

⁷ Se eksempelvis Dagens Medicin, november 2007.

⁸ Madsen M, Lindahl A, Bjerregaard P et al. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: DIKE, 1991.

⁹ Dorthe Janne Petersen & Nils Bilenberg. Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn. Ugeskrift for Læger 165/40, 2003.

ten inden for børne- og ungdomspsykiatrien skulle svare til, at ca. 2 % af børnepopulationen kunne få et tilbud.

Det fremgår af en rapport vedr. indhold og kvalitet i det svenske børne- og ungdomspsykiatriske sundhedsvæsen fra Socialstyrelsen 1997, at vurderinger af størrelsen af gruppen af børn og unge med behov for hjælp pga. problemer anføres til at ligge mellem 10 og 30 % af alle børn og unge. Det konstateres, at ca. 15 % af alle børn og unge i Sverige under opvæksten på et eller andet tidspunkt har haft kontakt med det børne- og ungdomspsykiatriske sundhedsvæsen.

I en artikel¹⁰ fra 1998 samles resultaterne fra 52 internationale studier af prævalensen af psykiatrisk sygdom blandt børn og unge¹¹. Studierne dækker en lang årrække, de ældste er helt tilbage fra 1950'erne, mens de nyeste er fra 1990'erne. De fleste studier er udført i USA og Storbritannien, men også både de øvrige dele af Europa og Sydamerika er repræsenteret. Der er stor forskel på, hvor mange der indgår i undersøgelsespopulationen, og på hvilke aldersgrupper der undersøges. Derfor findes der også meget forskellige prævalenser, fra 1 % til 51 %. Gennemsnittet af de fundne prævalenser er 15,8 %, og opdelt på aldersgrupper var der en gennemsnitlig prævalens på 8 % for førskolebørn (under 6 år), 12 % for skolebørn (6-13 år) og 15 % for unge (over 13 år).

I nedenstående tabel har vi opsamlet konklusionerne om forekomst fra de forskellige undersøgelser.

¹⁰ Roberts et al. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. Am J Psychiatry 155:6, June 1998.

¹¹ Roberts et al. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. Am J Psychiatry 155:6, June 1998.

Table 6 – Studier om forekomst af børn og unge med psykiske problemer

Kilde	Andel børn og unge med behov for psykiatrisk behandling	Øvrige resultater	År
Katrup M.: "Psychic disorders among pre School children in a geographically delimited area of Aarhus County, Denmark", Acta Psychiatrica Scand 1976; 54: 29-42	3 % af børnene havde modtaget hjælp hos børne- og ungdomspsykiater	16 % var dårligt tilpassede og havde psykiske problemer. 24 % blev bedømt som dårligt tilpassede. 10 % af børnene havde modtaget hjælp på grund af psykiske eller adfærdsmæssige problemer, heraf 6 % hos skolepsykolog og 1 % på rådgivningsklinik	1974
Refereres i Statusrapport 2006, Sundhedsstyrelsen	0,7 % af 10.000 børn havde et større psykisk problem eller lidelse	10 % af alle børn årligt søgte bistand pga. psykiske problemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer, psykosomatiske problemer eller taleproblemer	1979
Madsen M., Lindahl A. Bjerregaard P. et al.: "Børns sundhed ved skolestart 1988/89, København: DIKE, 1991	7 % af børnene havde alvorlige psykiske problemer		1988/89
Vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, Sundhedsstyrelsen 1996	Kun en lille del af disse børn og unge har behov for hjælp fra børne- og ungdomspsykiater	10-20 % af børn og unge på et eller andet tidspunkt under opvæksten har brug for hjælp pga. psykiske problemer	1996
Dorthe Janne Petersen & Niels Bilenberg: "Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn, Ugeskrift for Læger 165/40, 2003		Børnepsykiatrisk sygdom vurderes til at findes hos 11,98 % ¹² af populationen.	1999-2000
Refereres i Statusrapport 2006, Sundhedsstyrelsen	Omkring 5 % af børnebefolkningen har behov for hjælp fra speciallisteretjenerne		1988
Refereres i Statusrapport 2006, Sundhedsstyrelsen	Ca. 15 % af alle børn og unge har haft kontakt med det børne- og ungdomspsykiatriske sundhedsvæsen	Børn og unge med behov for hjælp pga. problemer anføres til at ligge mellem 10 og 30 % af alle børn og unge	1997
Roberts et al. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. Am J Psychiatry 155:6, June 1998		1 % til 51 %. Gennemsnittet af de fundne prævalenser er 15,8 %, og opdelt på aldersgrupper var der en gennemsnitlig prævalens på 8 % for førskolebørn (under 6 år), 12 % for skolebørn (6-13 år) og 15 % for unge (over 13 år)	1998

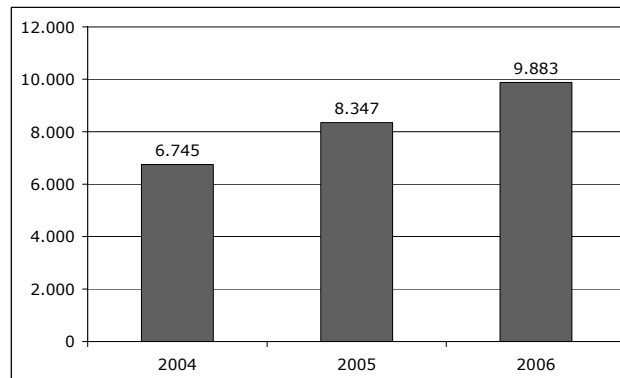
¹² Ikke alle disse børn og unge har behov for henvisning til specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling.

Selv om det er forbundet med usikkerhed, er det konsortiets vurdering ud fra danske og internationale undersøgelser, at det er rimeligt at antage, at mellem 1-2 % af en årgang har behov for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Tallet 1-2 % er yderligere underbygget af ekspertvurderinger, da det ikke er muligt at finde entydig evidens i litteraturen for det. Derudover er det rimeligt at antage, at mellem 10-15 % af børn og unge på et tidspunkt i opvæksten har behov for støtte pga. psykiske problemer.

3.2 Antallet af henvisninger

Antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er et af de centrale områder for nærværende Henvisningsprojekt. I dokumentationen af, hvor mange der henvises, er det dog som tidligere nævnt vigtigt at have for øje, at der er forskellig aldersgrænse for, hvornår de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger både inkluderer og ekskluderer de unge som del af deres patientgruppe.

Figur 3 Udvikling i antallet af henvisninger¹³



Af Figur 3 fremgår det, at der i 2006 blev henvist 9.883 børn og unge til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Sammenholdt med antal henvisninger i 2005 er der således tale om en stigning på ca. 33 % fra 2005 til 2006, mens den samlede stigning i antal henvisninger fra 2004 til 2006 ligger på ca. 47 %¹⁴.

I forhold til stigningen i antallet af henvisninger skal det bemærkes, at der samtidig er sket en vis stigning i antallet af afviste henvisninger (jf. afsnit 3.6 nedenfor) omend den er relativt lille. Stigningen i antallet af henvisninger kan derfor ikke i sig selv tages som udtryk for en aktivitetsstigning på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

¹³ BupBasen 2007.

¹⁴ Tallene er taget fra BupBasen. Både de absolutte og procentuelle tal underbygges af Sundhedsstyrelsens opgørelser på baggrund af indberetninger fra regionerne. Disse opgørelser viser eksempelvis, at Sundhedsstyrelsen også kan konstatere en stigning på ca. 33 % Statusrapport 2006, Sundhedsstyrelsen.

Den stigning, der har været i antal henvisninger, dækker over en meget forskelligartet udvikling i amterne, hvilket fremgår af Tabel 7.

Tabel 7 – Andel af population af børn og unge, der henvises¹⁵

	2004	2005	2006
Skolepsykiatrisk center – Københavns Kommune			0,2 %
Bispebjerg – H:S	0,3	0,8	0,9 %
København og Frederiksberg kommuner			1,1 %
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	0,6	0,6	0,7 %
Hillerød – Frederiksborg Amt	0,6	0,7	0,8 %
Fjorden – Roskilde Amt	0,7	0,7	0,9 %
Holbæk – Vestsjællands Amt	0,6	0,8	0,9 %
Næstved – Storstrøms Amt	0,5	0,5	0,6 %
OUH – Fyns Amt	0,4	0,5	0,6 %
Augustenborg – Sønderjyllands Amt ¹	0,3	0,4	0,5 %
Esbjerg – Ribe Amt	0,7	0,8	1,1 %
Kolding – Vejle Amt	0,6	0,8	0,9 %
Herning – Ringkøbing Amt	0,1	0,2	0,5 %
Risskov – Århus Amt	0,6	0,8	0,8 %
Viborg – Viborg Amt	0,6	0,7	0,8 %
Aalborg – Nordjyllands Amt	0,4	0,4	0,5 %
Landstotal	0,5	0,6	0,7 %

Som det fremgår af Tabel 7 har andelen af henvisninger i forhold til den relevante population i de pågældende amter generelt været stigende – fra 0,5 % i 2004 til 0,7 % i 2006. Forskellene mellem amterne er dog markant. I 2006 blev 1,1 % af børn og unge i Ribe Amt henvist, mens denne andel lå på 0,5 % i Ringkøbing Amt. Udsvingene der har været fra 2004 skal tolkes med forbehold, da BupBasen i 2004 og til dels i 2005 har været i en etableringsfase.

Sundhedsstyrelsen udarbejder årligt en opgørelse baseret på indberettede tal fra de tidligere amter og nu regioner¹⁶, og disse tal indikerer lignende tal som vist ovenfor i Tabel 7. Ifølge styrelsens opgørelser blev der i 1996 således henvist 0,4 % af populationen, og denne andel er steget til 0,9 % i 2006. Årsagen til forskellen mellem tallene fra henholdsvis BupBasen og Sundhedsstyrelsens opgørelser er, at der er forskellige opgørelsesmetoder i brug.

3.3 Henvisningsmønstre til forskellige institutioner

Det ovenstående giver et billede af antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, men der findes ikke opgørelser af, hvor mange der henvises til andre aktører som eksempelvis praktiserende læger, privatpraktiserende psykologer etc. I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen blandt fagpersoner, der arbejder med børn og

¹⁵ BupBasen.

¹⁶ Statusrapport 2007, Sundhedsstyrelsen.

unge med psykiske problemer, har vi spurgt ind til henvisningsmønstre. Respondenterne fra PPR og socialforvaltningerne i kommunerne har i spørgeskemaundersøgelsen angivet, hvor mange børn og unge, de henviser til forskellige enheder. Resultaterne fremgår af Tabel 8 nedenfor. Det interessante i nærværende sammenhæng er ikke antallet af henvisninger, da disse tal er forbundet med meget stor usikkerhed, men besvarelsen kan give en indikation af, hvilken fordeling der er for henvisningerne fra kommunerne.

Tabel 8 – Hvor mange børn og unge henvises årligt til følgende grupper i forbindelse med udredning af børn og unge med psykiske problemer?¹⁷

Praktiserende speciallæge inden for psykiatri	Praktiserende psykolog	Almenpraktiserende læge	Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	Pædiatrisk afdeling	Andre	I alt
473	521	633	1922	308	108	3965
12 %	13 %	16 %	48 %	8 %	3 %	100 %

Som det fremgår af tabellen, sker langt størstedelen af henvisningerne ikke overraskende til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Samtidig fremgår det af besvarelsene, at en næsten lige så høj andel af henvisninger sker til privatpraktiserende som eksempelvis praktiserende speciallæger inden for psykiatri, praktiserende psykologer eller almenpraktiserende læger.

Det beskedne omfang, der henvises til almenpraktiserende læger, er i overensstemmelse med både oplysninger givet i interviewene og de øvrige undersøgelser, der er udarbejdet om samarbejdet mellem almenpraktiserende læger og kommunerne, jf. Boks 2. Den relativt store andel der henvises til praktiserende speciallæge inden for psykiatri er undersøgt i sagsgennemgang og interviews. Forklaringen er, at nogle kommunale forvaltninger og PPR bruger de almenpraktiserende speciallæger som alternativ til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, hvis et barn/ung med lettere psykiske vanskeligheder skal udredes.

¹⁷ Socialforvaltningen og PPR adspurgt.

Boks 2 Kommunens rolle for almenpraktiserende læger

I 2003 blev der gennemført en analyse af kontaktmønstret mellem almenpraktiserende læger og deres forskellige samarbejdspartner¹⁸.

De almenpraktiserende læger registrerede konsekutivt i én arbejdsuge i september 2003 en udvalgt del af deres kontakter til kommunerne og det øvrige sundhedsvæsen. Alle kontakter i dagtiden mellem læge og kommune blev inkluderet (bortset fra receptfornyelse og kommunens kontakter med praksispersonalet), dvs. både henvendelser fra og til almen praksis blev registreret. Alle henvendelser fra lægen til det øvrige sundhedsvæsen vedrørende sygehusindlæggelse, ambulatorium, røntgen og fysioterapi indgik.

Resultatet var, at 37 % vedrørte kommunerne og 63 % det øvrige sundhedsvæsen. Af de fire instanser med højest kontakthypighed var de tre placeret i sundhedsvæsenet: sygehusvæsenet med 26 %, praktiserende speciallæger med 18 %, ældreområdet/hjemmeplejen med 16 % og røntgen med 11 %. Kontakter til socialforvaltningen lå på 6 %, når sygedagpengesager blev trukket fra.

Undersøgelsens forfattere gør opmærksom på, at aktiviteten i forhold til sygehussektoren er undervurderet i tallene, da bl.a. laboratorieresvar og epikriser ikke indgik i undersøgelsen.

I caseinterviewene blev det fremhævet, at en henvisning til privatpraktiserende psykolog eller psykiater typisk skete for at få et barn eller ung udredt og få en afklaring på en problemstilling. En henvisning til privatpraktiserende psykolog eller psykiater for at få et barn eller ung udredt, løser ikke problemet med ventelister til behandlingstilbud, men det kan løse problemet med ventetid til at få et barn udredt.

De samme respondenter er blevet bedt om at angive udviklingen i antal henvisninger til en række centrale aktører inden for de sidste 5 år (jf. Tabel 9).

Tabel 9 – Hvilken udvikling inden for de sidste 5 år har der været i antallet af henvisninger til følgende enheder/grupper?¹⁹

	Stigende	Ingen ændring	Faldende	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Almenpraktiserende læge	11 %	42 %	1 %	46 %	132
Praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri	40 %	23 %	2 %	36 %	132
Praktiserende speciallæger inden for psykiatri	20 %	22 %	0 %	58 %	132
Praktiserende psykolog	23 %	24 %	3 %	51 %	132
Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger	64 %	13 %	2 %	21 %	132
Voksenpsykiatrisk afdeling	7 %	15 %	1 %	77 %	132

¹⁸ Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet, Syddansk Universitet, 2003.

¹⁹ Socialforvaltning og PPR adspurgt.

Som det fremgår af tabellen vurderer respondenterne generelt, at der er sket en stigning i andelen af henvisninger. Det fremgår også af tabellen, at stigningerne hovedsagligt er sket i forhold til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og i forhold til praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri. Denne tendens understøtter det udsagn, som vi er blevet mødt med i caseinterviewene, nemlig at de privatpraktiserende psykiatere og psykologer anvendes aktivt på grund af lange ventetider til børne- og ungdomspsykiatrien. Derved synes manglende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien at styrke behovet for privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

3.4 Hvem henvises?

Ser vi nærmere på hvem der henvises til børne- og ungdomspsykiatrien tegner der sig nogle forskelle. I Tabel 10 nedenfor er kønsfordelingen blandt de henviste børn og unge vist.

Tabel 10 – Kønsfordeling²⁰

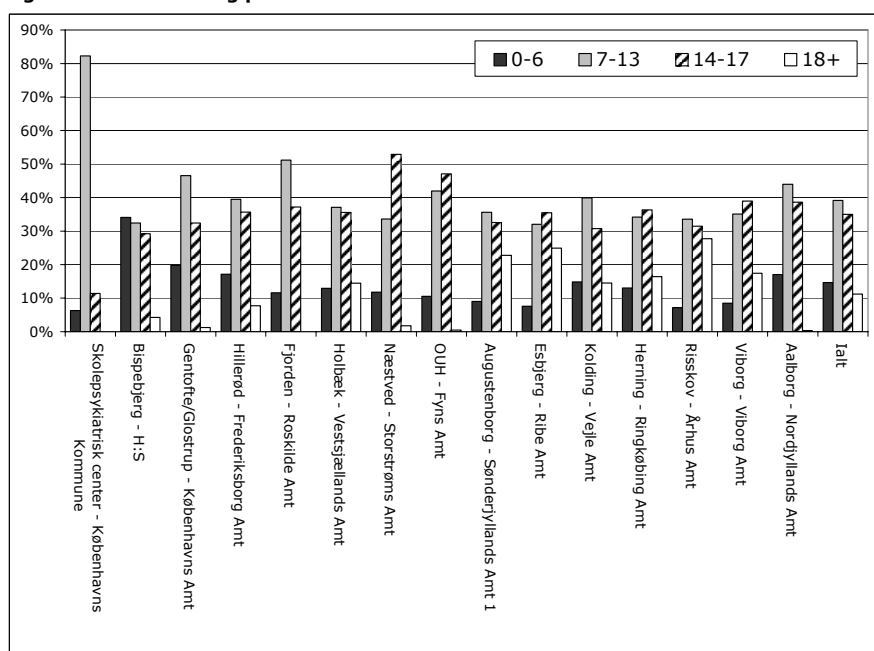
	2004	2005	2006
Andel drenge i antal henviste	53 %	55 %	56 %

Lidt mere end halvdelen af de henviste børn og unge er således drenge – en andel der har været stigende fra 2004. Baggrundsmaterialet (ej vist) viser, at der er en betydelig forskel på kønsfordeling mellem amterne (se i bilag 7.5). I 2006 varierede andelen af drenge fra 77 % i Skolepsykiatrisk Center til 50 % i Århus Amt. Årsagen til forskellen er, at de to nævnte steder har specialiseret sig i områder, hvor der er overvægt i relevante, der kan henvises af henholdsvis drenge og piger.

I Figur 4 nedenfor er aldersfordelingen i de enkelte amter og en samlet total for hele landet vist.

²⁰ BupBasen.

Figur 4 Aldersfordeling på de enkelte amter 2006²¹

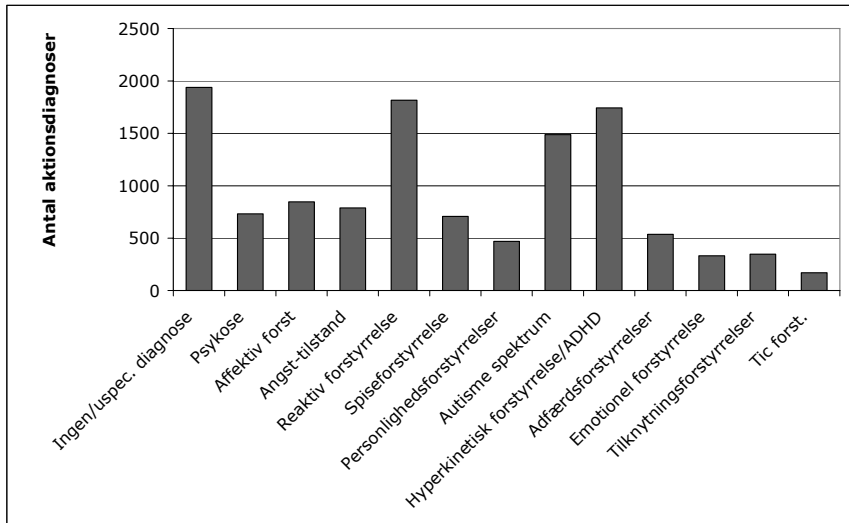


Som det fremgår af totalen er langt de fleste – ca. 75 % – af de henviste i alderen fra 7-17 år. Der er en betydelig forskel i alderssammensætningen mellem amterne. I Storstrøms Amt er fx 53 % af de henviste i aldersgruppen 14-17 år, mens den samme aldersgruppe kun udgør omkring 29 % i H:S. Skolepsykiatrisk Center i København adskiller sig ved, at langt hovedparten af deres patienter er i alderen fra 7-13 år, hvilket naturligt skyldes, at det er centrets primære målgruppe. Der er ikke oplagte forklaringer på, hvorfor der er aldersmæssige forskelle mellem amterne.

For så vidt angår fordelingen på de mest typiske aktionsdiagnoser, er denne forsøgt illustreret i Figur 5 nedenfor.

²¹ BupBasen.

Figur 5 Aktionsdiagnoser for de henviste børn og unge 2006²²



Inddrages en opdeling på amter, viser det sig, at der er stor forskel på patientsammensætningen og dermed aktionsdiagnoserne på tværs af de tidligere amter. I Tabel 11 er vist de henviste for hvert amt opdelt på diagnosekode. Af hensyn til overskueligheden er de amter, der inden for hver diagnose har den største andel patienter med den pågældende diagnose, markeret med **fed**²³.

²² ASD=Autisme Spektrum forstyrrelser/gennemgribende udviklingsforstyrrelser.
ADHD=Attention Deficit Hyperactive Disorder/opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet. Oplysninger er hentet fra BupBasen 2007

²³ Det er ikke muligt at angive stigninger inden for de enkelte diagnoser, da kategorierne har ændret sig gennem årene.

Table 11 – Fordeling af aktionsdiagnoser på amter 2006²⁴

	Ingen/ uspec. diagnose	Psykose	Affektiv forstyrrelse	Angsttilstand	Reaktiv forstyrrelse	Spiseforstyrrelse	Personlighedsførstyrrelser	Autisme spektrum	ADHD	Adfærdsforstyrrelser	Emotionel forstyrrelse	Tilknytningsforstyrrelser	Ticforstyrrelser	Total
Bispebjerg – H:S og Skolepsykiatrisk center	120	95	73	61	108	41	16	306	259	26	10	22	11	1148
	10 %	8 %	6 %	5 %	9 %	4 %	1 %	27 %	23 %	2 %	1 %	2 %	1 %	100 %
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	171	66	26	39	54	39	43	281	98	48	56	43	16	980
	17 %	7 %	3 %	4 %	6 %	4 %	4 %	29 %	10 %	5 %	6 %	4 %	2 %	100 %
Hilleroed – Frederiksberg Amt	213	66	80	103	199	103	47	111	326	66	46	39	16	1415
	15 %	5 %	6 %	7 %	14 %	7 %	3 %	8 %	23 %	5 %	3 %	3 %	1 %	100 %
Fjorden – Roskilde Amt	37	31	24	51	154	32	60	60	79	24	17	39	9	617
	6 %	5 %	4 %	8 %	25 %	5 %	10 %	10 %	13 %	4 %	3 %	6 %	1 %	100 %
Holbæk – Vestsjællands Amt	52	20	40	38	52	16	48	20	59	16	9	17	1	388
	13 %	5 %	10 %	10 %	13 %	4 %	12 %	5 %	15 %	4 %	2 %	4 %	0 %	100 %
Næstved – Storstrøms Amt	54	24	29	20	64	28	32	34	8	76	11	17	6	403
	13 %	6 %	7 %	5 %	16 %	7 %	8 %	8 %	2 %	19 %	3 %	4 %	1 %	100 %
OUH – Fyns Amt	119	20	42	50	133	80	51	77	45	52	49	47	20	785
	15 %	3 %	5 %	6 %	17 %	10 %	6 %	10 %	6 %	7 %	6 %	6 %	3 %	100 %
Augustenborg – Sønderjyllands Amt	79	43	25	43	216	16	21	51	209	2	10	4	4	723
	11 %	6 %	3 %	6 %	30 %	2 %	3 %	7 %	29 %	0 %	1 %	1 %	1 %	100 %
Esbjerg – Ribe Amt	246	121	136	64	198	69	30	18	31	55	16	21	20	1025
	24 %	12 %	13 %	6 %	19 %	7 %	3 %	2 %	3 %	5 %	2 %	2 %	2 %	100 %
Kolding – Vejle Amt	229	38	88	100	111	94	23	181	159	48	25	23	22	1141
	20 %	3 %	8 %	9 %	10 %	8 %	2 %	16 %	14 %	4 %	2 %	2 %	2 %	100 %
Herning – Ringkøbing Amt	79	3	11	15	16	3	0	42	36	4	6	11	5	231
	34 %	1 %	5 %	6 %	7 %	1 %	0 %	18 %	16 %	2 %	3 %	5 %	2 %	100 %
Risskov – Århus Amt	257	135	145	69	280	109	63	163	232	56	39	20	17	1585
	16 %	9 %	9 %	4 %	18 %	7 %	4 %	10 %	15 %	4 %	2 %	1 %	1 %	100 %
Viborg – Viborg Amt	241	51	66	102	189	30	25	78	151	34	20	33	8	1028
	23 %	5 %	6 %	10 %	18 %	3 %	2 %	8 %	15 %	3 %	2 %	3 %	1 %	100 %
Aalborg – Nordjyllands Amt	42	18	61	32	42	46	10	66	51	29	16	10	14	437
	10 %	4 %	14 %	7 %	10 %	11 %	2 %	15 %	12 %	7 %	4 %	2 %	3 %	100 %

²⁴ BupBasen

Der er betydelige forskelle mellem amterne mht. aktionsdiagnoserne. Der er eksempelvis markante forskelle på "psykose". I Esbjerg er aktionsdiagnosen for 12 % af de henviste denne diagnose, mens det tilsvarende tal for Herning er 1 % og Kolding 3 %. Tilsvarende ses der en markant forskel inden for "Adfærdsforstyrrelser", hvor aktionsdiagnosen for 19 % er dette i Næstved, mens ingen anden afdeling har en andel på over 7 % med denne aktionsdiagnose.

Der er forskellige forklaringer på disse udsving mellem de tidligere amter, hvoraf nogle af disse forklaringer er mere eller mindre oplagte:

1. En forklaring kan være, at der er faglige forskelle mellem afdelingerne, der gør, at nogle afdelinger specialiserer sig i bestemte sygdomme. Derfor henvises børn og unge med disse sygdomme til de specialiserede afdelinger. Denne forklaring synes dog kun oplagt i de områder, hvor sygehusene ligger forholdsvis tæt på hinanden.
2. En anden forklaring kan være, at der er historiske og kulturelle forskelle mellem afdelingerne, sådan at der er opstået en tradition for at diagnosticere på bestemte måder på de givne afdelinger.
3. Der er forskel i den diagnostiske kultur, der er på afdelinger, således at børn og unge med bestemte symptomer diagnosticeres på en bestemt måde.
4. Der er alternative tilbud i amtet – fx almenpraktiserende speciallæger – der aftager børn og unge med en bestemt diagnose, hvilket betyder, at antallet af henvisninger inden for bestemte diagnoser er lavere.
5. Antallet af børn og unge inden for nogle diagnosegrupper er begrænset – fx kun 4 patienter i kategorien " Adfærdsforstyrrelser" i Herning. Derfor kan der være tale om tilfældige udsving.

Det er ikke muligt at give en entydig forklaring på forskellene, og caseinterviewene bidrager heller ikke til at give en mere entydig forklaring på de forskelle, der er i diagnosticeringen mellem afdelingerne. Det er dog konsortiets vurdering, at denne forskel ikke er hensigtsmæssig, fordi det giver en risiko for manglende sammenhæng mellem barnets/den unges problemstilling og selve indsatsen. Samtidig kan det give en mistanke om, at den faglige diagnosticering ikke er præcis nok. Det er vigtigt, at den faglige diskussion om, hvorfor der er disse forskelle i diagnosticeringen af børn og unge med psykiske problemer fortsætter. Oprettelsen af BupBasen og brug af data fra basen er et vigtigt redskab i denne sammenhæng.

3.4.1 Hvem henviser?

I BupBasen er opstillet foruddefinerede kategorier for, hvem der har henvist patienten, hvilket kan give viden om, hvor efterspørgslen kommer fra.

I Tabel 12 er gengivet udviklingen i fordelingen af henvisere til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i perioden fra 2004 til 2006.

Tabel 12 – Fordeling af henvisninger på henvisere 2006²⁵

	2004	2005	2006
Egen læge	48,3	49,9	52
PPR	16,1	16,3	16
Speciallægepraksis	2,6	3,2	2
Retsvæsen	0,1	0,2	-
Socialforvaltning	5,4	4,9	4
Sygehusafdeling ²⁶	12	11,0	11
Psykiatrisk afd./skadestue	10,9	10,8	10
Anden	4,6	3,8	5

Omkring halvdelen af alle børn og unge med psykiske problemer henvises fra egen almenpraktiserende læge. Dermed er de almenpraktiserende læger klart den største henviser. Dernæst er der en gruppe af henvisere bestående af PPR, øvrige sygehusafdelinger og psykiatrisk afd./skadestue, der hver henviser 10-17 %. Få henvisninger kommer fra socialforvaltningen, hvilket er i tråd med interviews og sagsgennemgang, hvor socialforvaltningen primært er central i forløbet *efter* diagnosticering og evt. behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

I Tabel 13 nedenfor er vist, at alderen på de henviste børn og unge varierer betydeligt, alt efter hvilken henviser, de er henvist fra.

Tabel 13 – Gennemsnitsalder fordelt på henviser – 2004-2006²⁷

	Gennemsnitsalder
Almenpraktiserende læge	13
PPR	9
Socialforvaltning	10
Sygehusafdeling	11
Speciallægepraksis	12
Retsvæsen	18
Anden	11
Psykiatrisk afd./skadestue	15

Gennemsnitsalderen er højst ved henvisning fra retsvæsen og psykiatrisk afd./skadestue (15-17 år), mens alderen er lavest ved henvisning fra PPR (8 år). Baggrunden for aldersforskellen på børn og unge fra de forskellige henvisere hænger naturligt sammen med de aldersgrupper, henviserne er i kontakt med. PPR og socialforvaltninger

²⁵ BupBasen

²⁶ Fx Pædiatrisk afdeling

²⁷ BupBasen

er typisk i kontakt med børn og unge i en yngre alder, mens rets-
væsnets typisk er i kontakt med unge. Aldersgennemsnittet kan synes
højt i betragtning af, at der i stigende grad er tidlig opsporing og fo-
rebyggelse. Imidlertid fremgår det af datamaterialet, at der ofte er
flere års arbejde med afklaring i primærsektoren af barnets eller den
unges behov inden en henvisning.

I Tabel 14 er henviserne opgjort inden for de samme kategorier som
i Tabel 12.

Tabel 14 – Henvisere fordelt på områder i procent – 2006²⁸

	Egen læge	PPR	Sygehus-afdeling	Praktiserende speciallæge	Socialforvaltningen	Psykiatrisk afdeling/skadedestue	Andre og uoplyste	I alt
Skolepsykiatrisk Center	3 %	96 %	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	100 %
Bispebjerg H:S	39 %	9 %	15 %	3 %	14 %	13 %	6 %	100 %
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	35 %	19 %	15 %	5 %	3 %	17 %	7 %	100 %
Hillerød – Frederiks-borg Amt	47 %	21 %	9 %	2 %	3 %	14 %	4 %	100 %
Fjorden – Roskilde Amt	47 %	17 %	6 %	1 %	4 %	16 %	8 %	100 %
Holbæk – Vestsjæl-lands Amt	62 %	9 %	15 %	1 %	3 %	5 %	5 %	100 %
Næstved – Storstrøms Amt	50 %	14 %	11 %	1 %	8 %	10 %	5 %	100 %
OUH – Fyns Amt	59 %	15 %	14 %	3 %	3 %	1 %	4 %	100 %
Augustenborg – Søn-derjyllands Amt	53 %	32 %	10 %	0 %	0 %	2 %	3 %	100 %
Esbjerg – Ribe Amt	69 %	0 %	8 %	0 %	0 %	15 %	7 %	100 %
Kolding – Vejle Amt	60 %	21 %	9 %	2 %	5 %	1 %	3 %	100 %
Herning – Ringkøbing Amt	90 %	0 %	8 %	1 %	0 %	1 %	1 %	100 %
Risskov – Århus Amt	50 %	14 %	8 %	4 %	2 %	15 %	7 %	100 %
Viborg – Viborg Amt	59 %	17 %	11 %	1 %	3 %	6 %	3 %	100 %
Aalborg – Nordjyllands Amt	54 %	21 %	9 %	3 %	4 %	4 %	4 %	100 %

Af tabellen ses det, at der er en række bemærkelsesværdige forskel-
le mellem de forskellige områder. *For det første* er der stor forskel på
den rolle, PPR og socialforvaltningen spiller. For nogle afdelinger,
som fx afdelingen i Vejle Amt, står PPR for ca. 20 % af henvisninger-
ne, mens der er et begrænset antal henvisninger fra PPR i det tidli-
gere Vestsjællands Amt. Der er lignende forskelle i andelen af hen-
visninger fra den anden kommunale samarbejdspart: socialforvalt-
ningen i kommunerne.

For det andet modtager nogle afdelinger ingen henvisninger fra spe-
ciallægepraksis, mens andre afdelinger modtager ca. 5 % af henvis-

²⁸ BupBasen.

ningerne fra speciallægepraksis (Nordjylland og Århus). Det skal her bemærkes, at der ikke er speciallægepraksis i alle områder.

For det tredje er der variation mellem, hvor mange henvisninger der modtages fra andre sygehusafdelinger. Augustenborg modtager således under 20 % af henvisningerne fra andre sygehusafdelinger (sygehusafdeling og psykiatrisk afdeling/skadestue), mens afdelinger i Københavnsområdet modtager over 30 % af henvisningerne fra andre sygehusafdelinger.

Dette peger på, at henvisningspraksis og samarbejdspraksis har stor betydning for, hvordan der henvises. De indikerer, at det på nogle afdelinger er praksis, at henvisningerne kommer fra almenpraktiserende læge frem for eksempelvis fra PPR. Der eksisterer eksempelvis aftaler om, at børne- og ungdomspsykiatrien kun modtager en henvisning, der er kommet fra almenpraktiserende læge, som det har været tilfældet i Sønderjyllands Amt.

Det skal for god ordens skyld nævnes, at der ikke har været nogen markant udvikling fra 2004 til 2006 i fordelingen af, hvem der henviser til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (ej vist). Derved er der ikke tale om forskelle eller udsving, som udelukkende knytter sig til et enkelt år.

Med udgangspunkt i nedenstående Tabel 15 kan der tegnes en profil af de patienter, der henvises fra de centrale henvisere, idet den viser de tre mest almindelige diagnoser fra hver henviser. I bilag 7.4 findes en oversigt med kort beskrivelse af de diagnoser, der anvendes i rapporten.

Tabel 15 – Top-3 over hvilke patienter de centrale aktører henviser – samlet 2004-2006

Henviser	Diagnose	Andel af henvisninger
Psyk.afd./skadestue	Reaktiv	23
	Affektive lidelser	16
	Psykosser	14
Speciallæge	ADHD	19
	ASD	11
	Affektive lidelser	12
Sygehusafdeling	ADHD	15
	ASD	14
	Reaktiv	11
Socialforvaltning	ASD	21
	ADHD	14
	Adfærdsforstyrrelser	10
PPR	ADHD	32
	ASD	29
	Adfærdsforstyrrelser	4
Almenpraktiserende læge	Affektive lidelser	18
	ADHD	10
	Angst	9

For det første viser tabellen, at de hyppigst henviste patientgrupper udgør ca. 15-20 % af det samlede antal henviste for hver henviser. Eneste undtagelse er PPR, hvor de to mest almindelige diagnoser (ADHD og ADS) udgør over 50 % af de henviste patientgrupper. For det andet ses det, at der er et mønster mht., hvor de forskellige patientgrupper henvises fra. Speciallægepraksis, sygehusafdelinger, socialforvaltninger og PPR henviser således alle patienter med diagnose ADHD og ASD som enten den hyppigste eller næsthypigste diagnose, mens den største henviser – almenpraktiserende læge – hyppigst henviser patienter med diagnosen affektive lidelser, ADHD og angst.

I vurderingen af tallene i Tabel 15 skal det erindres, at der er stor forskel på antallet af henvisninger fra de forskellige henvisere. Derfor er i bilag 7.5 vist en oversigt over, hvilke patienter (opdelt på diagnoser) der henvises fra hvilke henvisere. Sammenholdt med resultaterne i Tabel 15 ses det, at selv om ASD ikke er på "top-3" over de mest benyttede henvisningsdiagnoser fra de almenpraktiserende læger, så er det alligevel dem, der henviser næstflest med denne diagnose.

3.5 **Årsager til stigning i antallet af henvisninger**

Der foreligger ingen videnskabelige undersøgelser, der giver et svar på, hvorfor der er sket en stigning i antallet af henvisninger i de seneste år. En oplagt forklaring, som oftest gives af fagfolk på området, kan være, at antallet af henvisninger endnu ikke modsvarer det reelle behov for behandling og udredning.

Der synes dog på tværs af studier, litteratur, interview og ekspertvurderinger at være enighed om, at der kan udpeges en række forskellige faktorer som spiller ind på antallet af henvisninger og stigning i antallet af henvisninger. De mulige forklaringer er ikke systematisk efterprøvet, da der mangler både rutinemæssig relevant statistik samt grundlæggende forskning på området, før man mere dybtgående kan belyse årsager til den observerede udvikling.

I spørgeskemaundersøgelsen, litteraturstudiet samt interview har vi imidlertid afdækket, hvilke årsager der kan være til stigningen i antallet af henvisninger og de forskellige årsagers plausibilitet. Nedenfor i Tabel 16 er resultaterne fra både spørgeskemaundersøgelsen, interviews og litteratur gengivet.

Table 16 – Der er sket en stigning i antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Hvad vurderer du, at de 3 vigtigste årsager til stigningen i antallet er?²⁹

Tema	Årsag	Antal	Andel	Litteratur	Interview
<i>Holdningsændring</i>	Der stilles større krav til børns sociale kompetencer, hvilket betyder, at flere børn ikke kan fungere i skolen eller daginstitutionen	42	52 %		X
	Der er et større behov hos forældrene for, at deres barn får behandling	38	47 %		X
	Der stilles større krav til børns faglige kompetencer, hvilket betyder, at flere børn ikke kan fungere i skolen eller daginstitutionen	13	18 %		X
	Mindre stigmatisering ved brug af psykiatriske ydelser			X	
<i>Demografi</i>	Mindre accept af at børn og unge trives dårligt eller klarer sig dårligt socialt og undervisningsmæssigt			X	
	Øget opmærksomhed over for børn og unge med psykiske symptomer			X	X
	Der er kommet flere børn med psykiske problemer	21	26 %		
<i>Medicinsk teknologisk udvikling</i>	Der er kommet flere for tidligt fødte børn	5	6 %		
	En del af henvisningspresset kan tilskrives, at det årlige fødselstal steg mellem 1983 og 1994 ³⁰			X	
	Større forventninger til mulighederne for børne- og ungdomspsykiatrisk behandling			X	
<i>Organisatoriske forhold</i>	Ændringer i opfattelsen af en diagnose forekomst eller ændret praksis vedr. anvendelse af en diagnose			X	X
	Øgede kvalitetskrav til diagnostik og behandling ³¹			X	
	Der stilles krav om diagnose, før der kan henvises til dagbehandling og døgntilbud (herunder specielle skoleplaceringer)	30	37 %		X
	Der er kommet flere børn i institutioner og skoler, hvilket betyder, at det bliver sværere for børn med psykiske problemer at fungere	14	17 %		
	Der er færre voksne til at tage sig af børn, der har problemer	7	9 %		X
	Faglig opkvalificering, der gør medarbejdere bedre i stand til at identificere børn og unge med psykiske problemer				X

²⁹ Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, Voksenpsykiatriske afdelinger, Pædiatriske afdelinger, Psykiatrichef i region, Sygehusleder. Tallet summerer ikke til 100 %, da respondenterne er blevet bedt om at angive de tre vigtigste årsager til stigningen i antallet af henvisninger. X i kolonnen "Interview" angiver, at interviewpersonerne har fremhævet årsagen, når de er blevet spurgt om de tre vigtigste årsager til stigningen i antallet henvisninger.

³⁰ Det årlige fødselstal fra 1983 til 1994 steg fra ca. 50.000 til 70.000. Statusnotat fra Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe, 2007.

³¹ Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 2001.

Som det fremgår, er de fem hyppigst angivne årsager til, at antallet af henvisninger er steget:

1. **Den nuværende kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien modsvarer ikke de reelle behov**, hvilket understøttes af nationale og internationale undersøgelser der peger på, at antallet af børn og unge med psykiske problemer overstiger de 0,9 %, der er den andel af børn og unge, som børne- og ungdomspsykiatrien håndterer i dag. Derved kan det forventes, at antallet af henvisninger stiger, indtil antallet modsvarer det reelle behov.
2. **Der stilles større krav til børns sociale kompetencer**, det opleves af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen og caseinterviewene, at der stilles større krav til børns sociale kompetencer i forhold til deres udgangspunkt, hvilket betyder, at flere børn ikke kan fungere i skolen eller daginstitutionen. Argumentet er ikke, at børn/unge bliver syge i normalsystemet, men at de oplevede krav forstærker behovet for behandling i børne- og ungdomspsykiatrien samt tydeliggør, om børn og unge har psykiske problemer. Der peges også på, at der mangler relevante støttemuligheder og tilbud, som kan forebygge, at sygdomsforløbet for børn og unge eskaleres.
3. **Der er et større behov hos forældrene for, at deres barn bliver udredt og får en behandling**, og halvdelen fremhæver dette som en central årsag til en stigning i antallet af henvisninger. Dette fremhæves også i interviewene. Der er et udtalt behov hos forældrene om at få klarhed, og derfor kan de ofte presse på i forhold til de kommunale myndigheder eller den praktiserende læge for at få en diagnose eller få klarhed over, hvad deres barn fejler.
4. **Der stilles krav om diagnose, før der kan henvises til dagbehandling og døgntilbud (herunder specielle skoleplaceringer)**, hvilket betyder, at de kommunale myndigheder henviser til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien for at kunne stille en diagnose, der muliggør en bestemt bevilling. I de forskellige ekspertseminarer er dette blevet fremhævet som en vigtig årsag, men det er samtidig en årsagsammenhæng som er blevet udfordret særligt af repræsentanter for de kommunale myndigheder.
5. **Der er sket en faglig opkvalificering af personalet**, hvilket betyder at særligt medarbejdere i kommunerne er blevet bedre til at identificere børn og unge med psykiske problemer. Spørgeskemaundersøgelsen blandt de kommunale repræsentanter peger også på, at der er sket en opkvalificering af personalet, hvilket kan underbygge tesen om, at medarbejderne er blevet bedre til at opfange børn og unge med psykiske problemer.

Endelig kan der være en forklaring i den demografiske udvikling, hvor fødselstallet er steget fra 1983 til 1994, hvilket kan give et øget henvisningspres. Det er ikke muligt at angive præcist, hvor stor betydning demografiske faktorer har, men Sundhedsstyrelsen konkluderer i statusrapporten fra 2007, at "De væsentlige større fødselsår-gange i 80-erne og 90-erne afspejler sig i det stedfundne stigende henvisningspres"³².

Henvisningsprojektets datamateriale peger på, at ovenstående årsager er primære årsager til, at antallet af henvisninger er steget. Det er dog meget vanskeligt at vurdere, om disse årsager er reelle, da de primært bygger på vurderinger af årsager. Samtidig kan årsagerne om rummelighed og behovet for diagnosticering være vanskelige umiddelbart at gøre noget ved uden en større holdnings- og prioriteringsdiskussion. Hvad angår årsagen om opkvalificering er det et positivt aspekt, der i et kortere perspektiv burde betyde, at antallet af afviste sager fra børne- og ungdomspsykiatrien burde falde som følge af, at det i højere grad er de rigtige børn, der henvises, og at sagerne fagligt er belyst af et kvalificeret personale.

3.6 Afvisning af henvisninger

Ikke alle henvisninger accepteres af den modtagende afdeling. I BupBasen forefindes tal for, hvor mange af henvisningerne der enten afvises eller omvisiteres af de respektive afdelinger. Af Tabel 17 nedenfor fremgår udviklingen i antallet af afviste henvisninger, uanset hvorfra henvisningen kommer.

Tabel 17 – Udvikling i antallet af afviste henvisninger³³

	Andel afviste ³⁴ /omvisiterede i %		
	2004	2005	2006
I alt	21 %	24 %	23 %

Andelen af afviste har ligget stabilt over de tre år – fra godt 21 % i 2004 til 23 % i 2006³⁵. Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger foretager inden for ca. en uge en vurdering af, om henvisningen skal afvises. Henvisningerne afvises således *inden* en eventuel ventetid til afdelingens ydelser.

³² Statusnotat fra Sundhedsstyrelsens opfølgingsgruppe, 2007. (Det årlige fødselstal fra 1983 til 1994 steg fra ca. 50.000 til 70.000.)

³³ BupBasen. Det er ikke muligt, at indhente mere specifik information om afvisninger, fx hvornår afvisninger sker i forløbet eller hvilke grupper, der afvises oftest, da vurderingen fra BupBasen er, at tallene ikke er robuste nok til sådanne sammenligninger.

³⁴ Afviste/omvisiterede er defineret som forløb, der er oprettet (henvisning) og afsluttet i BupBasen, uden andre formularer er anvendt (indeholder altså også udeblevne patienter).

³⁵ I marts 2005 blev indført en mulighed for at afkrydse i indberetningsskemaet, at en henvisning var blevet afvist. Det kan ikke afgøres generelt, hvordan dette har påvirket antallet af registrerede afviste henvisninger.

I perioden fra 2004 til 2006 har der ikke været nogen ændring i anbefalinger fra fx Sundhedsstyrelsen på henvisningsområdet – ej heller ændringer i de faglige selskabers anbefalinger. Derfor må det formodes, at den udvikling, der trods alt har været i antal afvisninger, må være forårsaget af beslutninger på de enkelte afdelinger og/eller ændringer i kvaliteten af de fremsendte henvisninger. I interviewene er nævnt, at en årsag kan være, at ressourcer til informationsmøder, ud af huse-konsultationer etc. er blevet markant mindre de seneste 5-7 år, så kommunikationen og hjælpen er blevet mindre. Det er dog ikke muligt at efterprøve denne hypotese i data-materialet.

Umiddelbart vil det være nærliggende at bruge de foreliggende data til en konklusion om, at det "reelle" antal henvisninger kan opgøres ved at trække antallet af afviste fra antallet af henvisninger. Imidlertid er det ikke konsortiets vurdering, at dette vil være en brugbar metode, idet der er mange årsager til, at en henvisning afvises, herunder at der mangler oplysninger. Disse henvisninger kan være relevante og være udtryk for en reel efterspørgsel, men opfylder bare ikke de formelle krav, der er til henvisningerne.

Boks 3 Undersøgelse af henvisninger

I Nordjyllands Amt gennemførte man i 2006 et opkvalificeringsprojekt for henvisningsproceduren³⁶. I projektet undersøgte man bl.a. antallet af henvisninger, og i hvilket omfang der skulle indhentes supplerende information ved visitationen.

I stikprøveperioden modtog Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i alt 147 ny-henvisninger, hvoraf 8 (5,4 %) blev afvist eller returneret til henviser, ligesom der skulle indhentes supplerende oplysninger på 10 af henvisningerne (6,8 %), for at afdelingen kunne se sig i stand til at visitere disse. Således blev i alt 129 eller 87,8 % af henvisningerne videre visiteret, mens en ottendedel (12,2 %) enten ikke imødekom kriterierne for henvisning til afdelingen eller for "den gode henvisning". 7 af de afviste/returnerede henvisninger kom fra almenpraktiserende læger, svarende til 4,7 % af samtlige henvisninger i perioden. Ligeledes kom 7 af de henvisninger, der skulle indhentes supplerende oplysninger på, fra almenpraktiserende læger.

Resultatet af stikprøveundersøgelsen peger således på, at der oftere er behov for at indhente supplerende oplysninger for at belyse henvisninger fra de almenpraktiserende læger end fra de øvrige henvisende instanser.

I Tabel 18 er udviklingen i antal afviste henvisninger i de enkelte amter vist.

³⁶ Opkvalificering af henvisningsproceduren. Nordjyllands Amt, 2006.

Tabel 18 – Afviste henvisninger fordelt på amt³⁷

	Antal afviste/omvisiterede i %		
	2004	2005	2006
Skolepsykiatrisk Center – Københavns Kommune		15,1 %	22 %
Bispebjerg – H:S	20,1 %	28,7 %	27 %
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	28,1 %	27,4 %	23 %
Hillerød – Frederiksborg Amt	16,8 %	15,5 %	24 %
Fjorden – Roskilde Amt	20,4 %	17,1 %	19 %
Holbæk – Vestsjællands Amt	16,7 %	17,5 %	21 %
Næstved – Storstrøms Amt	13,6 %	8,4 %	8 %
OUH – Fyns Amt	27,8 %	32,9 %	23 %
Augustenborg – Sønderjyllands Amt	5,9 %	2,8 %	1 %
Esbjerg – Ribe Amt	4,1 %	32,9 %	1 %
Kolding – Vejle Amt	28,2 %	26,1 %	31 %
Herning – Ringkøbing Amt	3,4 %	25,4 %	23 %
Risskov – Århus Amt	23,3 %	24,4 %	31 %
Viborg – Viborg Amt	15,9 %	20,1 %	20 %
Aalborg – Nordjyllands Amt	32,4 %	36,4 %	39 %

Det ses, at den relativt stabile samlede udvikling i antal afvisninger dækker over et mere broget billede og stor forskellighed, når de enkelte afdelinger sammenlignes. Antallet af afviste henvisninger er spredt fra 1 % i Augustenborg og Esbjerg til 39 % i Aalborg for 2006. Imellem de to yderpunkter er en jævn fordeling af antal afviste henvisninger på de øvrige afdelinger. Der er enkelte meget markante stigninger fra 2004 til 2006, men en del af forklaringen på disse vurderes at bero på den ændring i registreringsmulighed, der blev indført i marts 2005. Derudover må det forventes, at 2004 var præget af, at BupBasen var i en opstartsfasen, hvor registreringspraksis skulle indarbejdes.

Det er dog værd at bemærke forskelligheden mellem afdelinger, hvilket kan indikere, at henvisningspraksis og traditioner har afgørende indflydelse på, hvor mange sager der afvises. Interviewene underbygger disse forklaringer om forskelle i praksis og traditioner. Nogle børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger tager alle sager, mens andre afdelinger er meget mere selektive og konsekvente i deres afvisninger af sager. Det er interessant, at der er disse forskelle, og det peger igen på, at der er et behov for fagligt at diskutere henvisningspraksis og få en mere ensartet henvisningspraksis.

3.6.1 Årsager til afvisning af henvisninger

I spørgeskemaundersøgelsen er både de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og de øvrige relevante aktører blevet spurgt direkte

³⁷ BupBasen.

om, hvorfor henvisninger typisk afvises. Resultaterne er gengivet nedenfor.

I Tabel 19 nedenfor er vist de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers angivelse af grunden til, at visse henvisninger bliver afvist, idet der i spørgeskemaundersøgelsen er angivet fire faste begrundelser for at afvise henvisninger.

Tabel 19 – I hvilken grad vurderer du, at følgende årsager er grund til, at I afviser henvisninger?³⁸

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ Ikke relevant	Respondenter
De henviste børn og unge har ikke brug for ydelse fra sekundærsektoren	30 %	40 %	20 %	10 %	0 %	0 %	10
Henvisningerne er mangelfuldt udfyldt	0 %	40 %	50 %	0 %	10 %	0 %	10
De henviste børn og unge skulle modtage ydelse fra somatiskpsykiatrisk sygehusafdeling	0 %	0 %	0 %	70 %	20 %	10 %	10
Der er ikke tilstrækkelig kapacitet i afdelingen	0 %	40 %	0 %	20 %	40 %	0 %	10

Den mest hyppige årsag til at afvise en henvisning er, at det pågældende barn eller den unge ikke har behov for at modtage ydelser fra den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling. Over 80 % af afdelingerne angiver, at det i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad er en årsag til at afvise henvisninger. Dette resultat understøttes desuden af de interview, vi har afholdt med ansatte på afdelingerne, hvor det fremhæves, at mange af de afviste har psykosociale problemer og ikke egentlige psykiske problemer.

Dernæst er de to vigtigste årsager, at henvisningerne ikke er udfyldt korrekt, og at der ikke er tilstrækkelig kapacitet i afdelingen.

I forhold til kapaciteten skal det bemærkes, at årsagen deler afdelingerne i to "store" grupper, det lille antal respondenter taget i betragtning. Hvor den ene del mener, at det "slet ikke" er et problem, mener den anden del, at det "i høj grad" er et problem. Årsagen til denne opdeling kan ikke afgøres her, men der kan peges på følgende faktorer:

- forskellige kapacitetsniveauer på afdelingerne
- forskellige kriterier for, hvornår en patient skal afvises
- forskelle i de patientgrupper, der henvises til afdelingerne.

³⁸ PPR, forvaltningschefer, pædiatriske afdelinger, voksenpsykiatriske afdelinger, børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er adspurgte.

4. Kapacitet og aktivitet

I nærværende kapitel forholder vi os til kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien. Kapitlet indeholder følgende to analyser:

- Undersøgelse og analyse af kapacitet
- Undersøgelse og analyse af udviklingen af indsatsen i den primære og sekundære sektor.

Kapitlet er opbygget som følger:

- I afsnit 4.1 gennemgås aktivitetsniveauet i primær- og sekundærsektoren
- I afsnit 4.2 behandles ventetiden til forskellige tilbud og ydelser
- I afsnit 4.3 afdækkes antallet af pladser i primær- og sekundærsektoren
- I afsnit 4.4 præsenteres resultater om kompetencer og det ansatte personale i primær- og sekundær sektoren.

Der er så vidt muligt indhentet data inden for alle sektorområder (social, undervisning og sundhed), men det har ikke været muligt i alle tilfælde. Der er eksempelvis ikke relevante kapacitetsdata inden for PPR. Nedenstående er det valgt at inddele aktivitetsopgørelserne efter den sektor, hvor aktiviteten foregår, frem for at tage udgangspunkt i, fx hvilken aktivitet der ydes for bestemte diagnoser eller aldersgrupper. Baggrunden for denne inddeling er, at tallene fra de forskellige sektorer ikke umiddelbart kan sammenlignes og til dels vedrører forskellige tidsperioder.

I kapitlet er der en gennemgang af ventetids- og aktivitetstal for de centrale institutioner på området. Aktivitets- og ventetidstallene betyder dog ikke direkte kapaciteten på området, men kan derimod være en indikation for kapacitet(smangel), samtidig med at det kan indikere, at der er en bestemt efterspørgsel efter en ydelse.

Tabel 20 – Emner afdækket for hvert område

Område	Emne			
	Aktivitet	Antal pladser	Ventetid	Personale og kompetencer
Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger	X	X	X	X*
Socialsektoren	X		X*	X*
Undervisningssektoren – PPR og specialundervisning	X		X*	X*
Almenpraktiserende og privatpraktiserende speciallæger	X			X*

*Vurderet gennem spørgeskema.

4.1 Aktivitet

4.1.1 Aktivitet i undervisningssektoren

Tallene for børn og unge med psykiske problemer i undervisningssektoren er udelukkende en opgørelse af aktivitetsniveau på området. Data om aktivitetsniveau er indhentet gennem indberetninger fra kommunerne, og publiceres årligt af UNI-C.

Aktiviteten er opgjort efter to overordnede tilbud til psykisk sårbare børn og unge: specialundervisning og vidtgående specialundervisning. Disse ydelser er defineret som følger i folkeskoleloven, der var gældende på indberetningstidspunktet³⁹. Kommunalreformen giver en entydig placering af ansvaret for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn og voksne i kommunerne. Imidlertid findes endnu ikke data fra efter kommunalreformen, og derfor bygger nedenstående tal på den tidligere Folkeskolelovs specialundervisning (den tidligere Folkeskolelovs § 20, stk. 1) og vidtgående specialundervisning (den tidligere Folkeskolelovs § 20, stk. 2). I den tidligere Folkeskolelov havde amtskommunen ansvaret for den vidtgående specialundervisning, der foregik efter henvisning fra kommunen.

Ud over disse grupper findes specialundervisning lokalt på distriktskolen, men der findes ikke data for denne undervisning centralt. Selv om den vidtgående specialundervisning angiver, at undervisning er mere specialiseret end specialundervisning, så er der ikke nødvendigvis indholdsmæssig forskel på de to former for undervisning (UVM 2003).

Der findes ikke opgørelse af aktiviteten på PPR-området på landsplan, men derimod er der enkelte lokale undersøgelser af aktiviteten. Pædagogiske Psykologers Forening har i 2007 gennemført en spørgeskemaundersøgelse, der bl.a. viser, at PPR løser forskellige opgaver i kommunerne. Der er dog ikke i undersøgelsen en angivelse af aktiviteten⁴⁰. I Boks 4 er gengivet et eksempel på en sådan undersøgelse.

³⁹ "Rapport fra arbejdsgruppen om specialundervisning" Undervisningsministeriet, maj 2003.

⁴⁰ (Spørgeskemaundersøgelse om PPR i Danmark august 2007, Pædagogiske Psykologers Forening, 2007)

Boks 4 PPR's opgaver på småbørnsområdet

Skolestartsudvalget fik i 2005/2006 gennemført en undersøgelse af PPR's opgaver over for børn i 0-6-års alderen. Undersøgelsen skulle dels bestå af en kvantitativ undersøgelse af opgaverne ved samtlige PPR-kontorer i kalenderåret 2005, dels rumme en kvalitativ analyse af indsatsen i seks udvalgte kommuner i 2006.

4,4 % af børnene i målgruppen havde førstegangskontakt med PPR i løbet af 2005 – 36 % af børnene er piger, mens 64 % er drenge. Henvisningsintensiteten er 6,4 % for børn med anden etnisk baggrund, mens den for danske børn er 4,2 %.

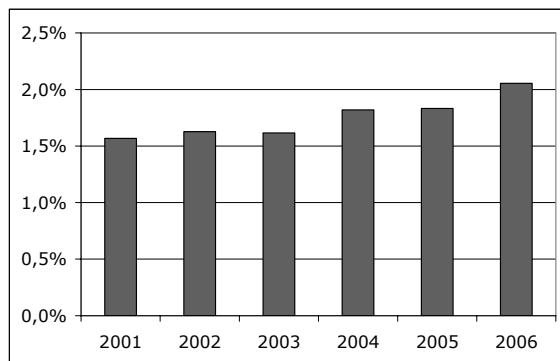
Det helt store flertal af kontakterne (74 %) sker, når børnene er 3-5 år. Alderen 4 år tegner sig for den største andel med 30 % af samtlige. Den væsentligste henvisningsgrund er tale-/sprogproblemer, som tegner sig for 62 % af samtlige henvisninger. Næsthøypigste årsag er generelle udviklingsproblemer (12 %) og socio-emotionelle problemer (12 %). Bevægelse/motorik omfatter 9 % og kontaktforstyrrelser 4 %. Sprog-/taleproblemer er hyppigst ved de 2-5-årige, mens generelle udviklingsproblemer og socio-emotionelle vanskeligheder fylder mest ved de 6-årige. Problemer med bevægelse/motorik er hyppigst for de 0-1-årige.

Hyppigste indsats er rådgivning og vejledning til familien, idet det sker i 79 % af tilfældene, efterfulgt af rådgivning og vejledning til pædagoger/dagpleje (65 %). På tredjepladsen kommer pædagogisk/psykologisk testning og observation (48 %) og talepædagogisk bistand (44 %). Supervision af pædagoger/dagpleje omfatter 11 %, mens andre former for indsats fylder mindre end 10 %.

4.1.2 Specialundervisning

Den nedenstående Figur 6 viser andelen af børn, der har modtaget den kommunale almindelige specialundervisning i perioden 2001-2006.

Figur 6 Andel børn og unge der modtager specialundervisning af samlet antal 6-16-årige⁴¹



Specialundervisningen har generelt været stærkt stigende de sidste år – med en stigning på 50 % siden midten af 1990'erne (UVM

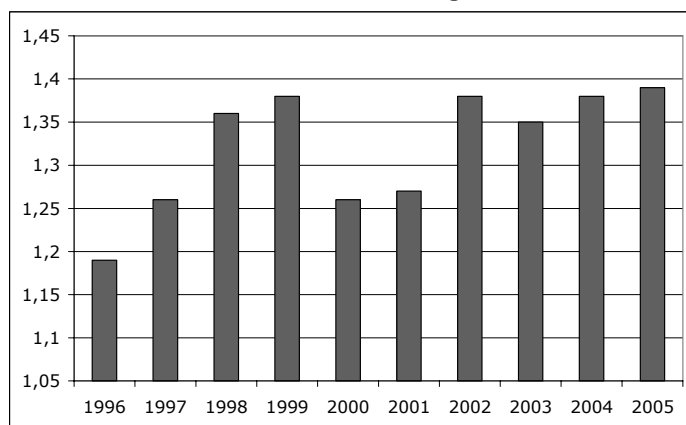
⁴¹ UNI-C – Grundskole nøgletal – Klasser og elever 1999/00 – 2006/07 (pr. 22/2-2007).

2003). En del af denne stigning kan dog, som ved stigning i antallet af henvisninger, også tilskrives demografi. Der er således kommet flere børn og unge, men som det fremgår af figuren, modtog en større andel af børn og unge specialundervisning i 2006 end i 2001. I 2001 modtog ca. 1,5 % af det samlede antal børn i alderen 6-16 år specialundervisning, mens det tilsvarende tal for 2006 er ca. 2,0 %. Den opgørelse modtager alene elever fra den almindelige kommunale specialundervisning og skoler, men modtager ikke specialundervisning der gives lokalt på distriktsskolen, fordi der ikke er opgørelser.

4.1.3 Vidtgående specialundervisning

I nedenstående Figur 7 er gengivet udviklingen i den vidtgående specialundervisning i perioden 1996-2005.

Figur 7 Frekvensen af elever i vidtgående specialundervisning i folkeskolens 1. – 10. klasse af samlet antal 6-16-årige⁴²



Det kan konstateres, at der ses stigninger fra 1996 til 1999, hvorefter der er et fald til 2001. Fra 2003 til 2005 ses igen en stigning i frekvensen. Faldet fra 1999 til 2001 skyldes sandsynligvis ændrede regler på området ved, at man omlagde ansvaret for specialundervisning samt ændrede den økonomiske styring.

Ser man på, hvor denne undervisning foregår, så modtager eleverne primært undervisning i enten specialskole eller i specialklasse. I 2005 modtog fire ud af fem elever eller 82 % således undervisning her. Der er siden begyndelsen af 90'erne sket en udvikling i retning af, at relativt flere elever undervises i specialklasser. Antallet af elever i specialskoler har ligeledes været konstant stigende i perioden⁴³. Kun 6 % modtager undervisning på opholdssteder og antallet af enkeltintegrede elever i almindelige skoler var i samme skoleår på 11 %.⁴⁴

⁴² UNI-C – Grundskole nøgletal – Klasser og elever 1999/00–2006/07 (pr. 22/2-2007).

⁴³ UNI-C – Elevtal i grundskolen 2000/01 – 2006/07 (pr. 22/2-2007).

⁴⁴ Folkeskolens vidtgående specialundervisning – Skoleårene 1995/96 – 2005/06, UNI-C, 2007.

Sammensætningen af børn og unge, der modtager specialundervisning, er meget forskelligartet.

Table 21 – Den procentvise fordeling af elever i udvalgte skoleår – efter væsentligste årsag⁴⁵

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Generelle indlæringsvanskeligheder	44 %	44 %	43 %	39 %	42 %	53 %	49 %	46 %	45 %	45 %	43 %
Adfærds-/ psykiske vanskeligheder	17 %	22 %	22 %	24 %	24 %	19 %	20 %	29 %	27 %	27 %	23 %
Læse-, sprog- og talevanskeligheder	14 %	15 %	15 %	15 %	13 %	12 %	9 %	7 %	9 %	8 %	6 %
Bevægelsesvanskeligheder	6 %	6 %	6 %	5 %	5 %	5 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Synsvanskeligheder	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %	2 %	1 %	1 %	1 %
Hørevanskeligheder	9 %	7 %	7 %	7 %	8 %	8 %	6 %	5 %	5 %	5 %	5 %
AKT-elever (Adfærd, Kontakt, Trivsel)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 %
ADHD-elever	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 %
Andet	8 %	4 %	5 %	8 %	6 %	0 %	9 %	7 %	8 %	9 %	6 %
Alle elever i 1-10. kl.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Af Tabel 21 fremgår det, at børn med generelle indlæringsvanskeligheder er den største gruppe, der modtager vidtgående specialundervisning. Andelen har været konstant på ca. 40 % det meste af perioden. For gruppen af elever med adfærds-/psykiske vanskeligheder har der for den samlede periode været en generel stigning i andelen, dog med kraftigt fald i andelen fra 2002 til 2005.

Faldet indikerer dog ikke nødvendigvis et reelt fald i antallet. En forklaring kan være, at der fra 2005 er tilføjet en opdeling på AKT og ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)-elever. Denne gruppe udgjorde i 2005 ca. 10 %. Det er Undervisningsministeriets vurdering, at denne gruppe elever tidligere primært har været registreret under kategorierne "generelle indlæringsvanskeligheder" og "adfærds-/psykiske vanskeligheder"⁴⁶.

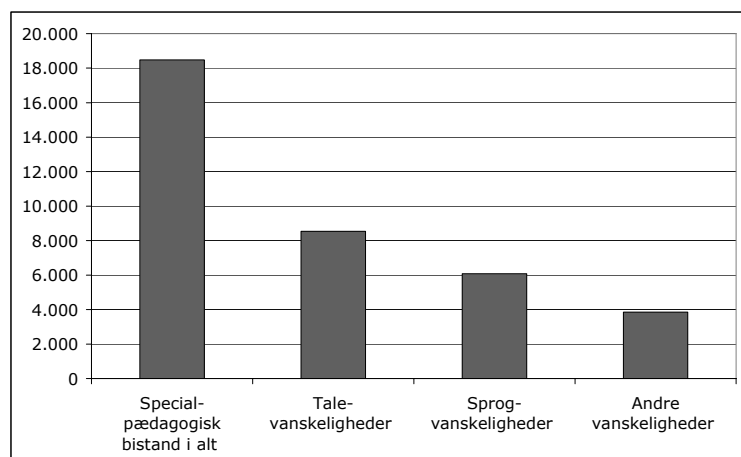
Inden skolestart tilbydes specialpædagogisk bistand til småbørn⁴⁷. For 2005 er i Figur 8 gengivet, hvilken type bistand der blev givet det år.

⁴⁵ Folkeskolens vidtgående specialundervisning – Skoleårene 1995/96 – 2005/06, UNI-C, 2007.

⁴⁶ Folkeskolens vidtgående specialundervisning – Skoleårene 1995/96 – 2005/06, UNI-C, 2007.

⁴⁷ Den specialpædagogiske bistand defineres således: "Specialpædagogisk bistand tilbydes, hvor det er vurderet, at børnenes udvikling på grund af sprog-, tale- eller andre vanskeligheder kræver en støtte. Formålet med den specialpædagogiske bistand er så tidligt som muligt at forebygge en fejludvikling hos barnet og/eller at begrænse virkningerne af barnets handicap." (UVM 2007).

Figur 8 Specialpædagogisk bistand til småbørn, hele landet – skoleåret 2005⁴⁸



I alt modtog 18.471 småbørn i skoleåret, der begyndte i 2005⁴⁹, specialpædagogisk bistand. Langt de fleste småbørn (ca. 75 %) blev tilbudt bistand pga. tale- eller sprogvanskeligheder.

I spørgeskemaundersøgelsen er ledere af PPR i de enkelte kommuner og forvaltningschefer blevet bedt om at skønne, hvor mange børn og unge med psykiske problemer, der er i de forskellige tilbud. På baggrund af dette viser nedenstående tabel den estimerede fordeling mellem henvisninger til de enkelte tilbud, i henholdsvis forvaltningerne og PPR. Tabellen indikerer, at der er en forskel i henvisningsmønstret mellem forvaltning og PPR, hvilket afspejler de forskellige behov børnene har, der har kontakt til henholdsvis PPR og forvaltningerne.

Tabel 22 – Hvor stor en andel af henvisningerne for børn/unge med psykiske problemer sker i løbet af et år... til⁵⁰

	Forvaltning		PPR	
	Procent	Antal	Procent	Antal
... i særlige dagbehandlingstilbud	28 %	24	6 %	31
... i særlige skoletilbud (specialklasser)	39 %	24	85 %	55
... i en kombination af særlige dagbehandlings- og skoletilbud	9 %	27	6 %	38
... i et døgntilbud	24 %	34	4 %	27
Total	100 %		100 %	

⁴⁸ Folkeskolens vidtgående specialundervisning – Skoleårene 1995/96 – 2005/06, UNIC, 2007.

⁴⁹ Statistikken blev for første gang indsamlet for skoleåret, der begyndte i 2005. I statistikken mangler der indrapportering fra 33 kommuner.

⁵⁰ Forvaltningschefer og PPR adspurgt. I spørgeskemaet er spurgt til: "Hvor mange børn (antal CPR-numre) med psykiske problemer er i løbet af et år henvist til.." Dette er omregnet til andele.

Forvaltningerne henviser ca. 40 % til særlige skoletilbud, mens der henvises en fjerdedel til henholdsvis særlige dagbehandlingstilbud og døgnstilbud. PPR henviser mere ensidigt til særlige skoletilbud, idet mere end fire ud af de fem børn og unge der henvises, henvises til særlige skoletilbud.

Antal psykologfaglige udredninger per år kan bruges som et pejlemærke for PPR-aktiviteten. Lederne af de kommunale PPR er blevet bedt om at vurdere udviklingen i antallet af psykologfaglige udredninger fra PPR gennem de sidste 5 år. Fordelingen af deres svar er vist i Tabel 23.

Tabel 23 – Hvilken udvikling har der været i antallet af psykologfaglige udredninger fra PPR de sidste 5 år?⁵¹

	Stigende	Ingen ændring	Faldende	Ved ikke/ Ikke relevant	Antal
Region Hovedstaden	80 %	15 %	5 %	0 %	20
Region Sjælland	58 %	0 %	0 %	42 %	12
Region Syddanmark	93 %	0 %	7 %	0 %	14
Region Midtjylland	87 %	0 %	7 %	7 %	15
Region Nordjylland	57 %	29 %	0 %	14 %	7
Total	78 %	7 %	4 %	10 %	68

Tabellen viser overordnet, at langt de fleste kommunale ledere af PPR oplever, at der de seneste fem år har været en stigning i antallet af psykologfaglige udredninger, og næsten ingen af lederne oplever et fald. Tabellen viser dog også en vis forskel i udviklingen regionerne imellem i forbindelse med angivelse af "ingen ændring".

4.1.4 Aktivitet i socialektoren

Der er en særlig udfordring i at belyse aktivitetsniveauet i socialektoren, da denne sektor varetager en bred vifte af opgaver, der spænder fra at levere ydelser til fysisk handicappede børn og unge til at støtte socialt udsatte familier.

Kommunerne har igennem en årrække udbygget den forebyggende indsats i forhold til udsatte børn og unge, herunder børn og unge med psykiske vanskeligheder. Kommunerne har mange muligheder for at iværksætte foranstaltninger for Henvisningsprojektets målgruppe herunder:

- Støtteperson ved anbringelse
- Konsulentbistand, dagtilbud o.l.
- Praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller støtte
- Etablering af døgnophold for barn/forældre
- Kontaktperson for hele familien
- Økonomisk støtte (følgeforanstaltning)
- Økonomisk støtte for at undgå anbringelse.

⁵¹ PPR adspurgte.

De nyeste tal fra Danmarks Statistik viser, at antallet af børn og unge, som får forebyggende bistand er vokset fra 12.748 børn og unge i 2001 til 15.894 i 2005⁵². Tilsvarende er der sket en vækst i de forebyggende tilbud, som retter sig mere bredt til familien. Her er antallet af familier, som får forebyggende støtte i 2005 på 35.264, hvilket er en stigning på 2.476 familier siden 2001, hvor antallet lå på 32.788⁵³.

Boks 5 Eksempler på forebyggende indsatser i kommunerne

Den forebyggende indsats i kommunerne retter sig mod forskellige børnegrupper, både de helt små og de større. Typisk vil den forebyggende indsats rette sig mod den enkelte familie eller det enkelte barn, fx i form af hjemme-hos'er eller kontaktpersoner, som skal støtte den pågældende familie/det pågældende barn i forhold til helt konkrete vanskeligheder, fx problemer i forhold til at organisere familiens hverdag, trivsels- eller opdragelsesproblemer.

Andre tilbud retter sig mod flere familier eller børn og unge. Det kan ske ved at etablere mødre-, børne- eller familiegrupper, hvor deltagerne har ensartede problemstillinger og hvor dette er en vigtig del af forebyggelses- og behandlingsindsatsen. Et eksempel på dette er etablering af mødregrupper for unge mødre, som både er socialt og psykisk udsatte, og som derfor kan have behov for støtte og rådgivning både forud for og efter fødslen. I de seneste år har der været særlig fokus på tilbud til unge med flere og mere komplekse problemer, fx både psykiske vanskeligheder og misbrugsproblemer. Her har flere kommuner etableret korps af kontaktpersoner, som har en tæt og længerevarende kontakt til en eller flere unge, ligesom flere kommuner har etableret bofællesskaber/hybler, hvor der i tilknytning til selvstændige boliger er ansat personale, som varetager pædagogiske og behandlingsmæssige opgaver.

På centralt niveau registreres ikke, hvilken type af problemer barnet eller den unge har, og inkluderer således også ydelser, der ikke er omfattet af målgruppen for denne undersøgelse⁵⁴. Derfor har vi valgt også at inddrage tal fra anbringelsesstatistikken.

Som led i anbringelsesreformen er der etableret et statistisk indberetningssystem for de afgørelser der træffes omkring anbringelse uden for hjemmet af børn og unge med særlige behov. Det har siden 1. januar 2006 været pålagt kommunerne, de sociale nævn og Ankestyrelsen at indberette oplysninger i forbindelse med afgørelser omkring børn og unge anbragt uden for hjemmet efter servicelovens bestemmelser eller efter dom.

Afgørelser om anbringelse af børn og unge træffes på baggrund af en bred vifte af årsager hos enten barnet/den unge eller hos dennes forældre og hjem. Årsager, som ikke nødvendigvis har noget med psykiske problemer eller lidelser at gøre. Nedenstående tabel viser således de udslagsgivende årsager hos barnet/den unge til afgørelsen.

⁵² Danmarks Statistik.

⁵³ Det gælder for både børn og unge og for familier, at en stor del af disse modtager flere former for forebyggende tilbud samtidigt, eksempelvis således, at familien får støtte i hjemmet samtidig med at en eller flere af børnene i familien har en fast kontaktperson, som har til opgave alene at støtte og rådgive barnet.

⁵⁴ Den generelle statistik indeholder tal for bl.a. antal indskrevne, antal børn og unge med forebyggende foranstaltninger.

Tabel 24 – Udslagsgivende årsager hos barnet/den unge til afgørelsen

	1.-3. kvar- tal 2006	4. kvartal 2006
Generelle adfærds- og/eller tilpasningsproblemer	57 %	52 %
Skoleproblemer	35 %	31 %
Problemer i fritid og/eller venskaber, netværk m.m.	34 %	30 %
Selvdestruktiv, opmærksomhedssøgende adfærd	18 %	17 %
Misbrugsproblemer	11 %	12 %
Kriminel adfærd	11 %	10 %
Underkastet ungdomssanktion	3 %	2 %
Manglende familierelationer/ gadebarn	7 %	7 %
Psykisk lidelse	8 %	9 %
Udviklingshæmning	6 %	4 %
Nedsat fysisk funktionsevne	3 %	3 %
Sundhedsforhold, helbred i øvrigt	9 %	13 %
Sprogproblemer	3 %	0 %
Uledsaget flygtningebarn/ung	0 %	2 %
Andre udslagsgivende forhold hos barnet/den unge	24 %	22 %
Ingen udslagsgivende forhold hos barnet den unge	12 %	15 %

Tabellen er beregnet ud fra de afgørelser om anbringelser i 2006, hvor årsagerne til anbringelse af den unge/barnet har været belyst i datagrundlaget. Tabellen viser, at psykiske lidelser hos barnet/den unge var en udslagsgivende årsag til anbringelse i 2006 i 8-9 % af sagerne. Af disse sager var det kun i 14-18 % af sagerne, at de psykiske lidelser var den eneste årsag til anbringelsen. Generelt gælder det i forhold til anbringelserne, at både forhold hos barnet/den unge samt forældrene typisk er udslagsgivende for anbringelsen. Således fremgår det af anbringelsesstatistikken for de første fire kvartaler for 2006, at kun 7-11 % af anbringelserne udelukkende skyldtes forhold hos børnene/de unge, mens 14-15 % af anbringelserne udelukkende skyldtes forhold hos forældrene eller i hjemmet.

En række af de andre udslagsgivende årsager hos barnet/den unge til anbringelsen kan potentielt formodes at tilhøre gruppen af børn og unge med problemer, som kan bringe dem i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien. Af tabellen fremgår det således, at generelle adfærds- og/eller tilpasningsproblemer hos barnet/den unge i 52-57 % af tilfældene i 2007 var en udslagsgivende årsag til anbringelsen, mens selvdestruktiv, opmærksomhedssøgende adfærd hos barnet/den unge var en udslagsgivende faktor imellem 17-18 % af anbringelserne. Det kan imidlertid ikke siges med sikkerhed, om disse børn har psykiske problemer, eller om deres problemer er af en anden karakter, da der ikke er fastsat ensartede retningslinjer for indberetningen til Anbringelsesstatistikken samt indholdet i kommunernes § 50- undersøgelser, når det kommer til de direkte udslagsgivende forhold hos barnet/den unge.

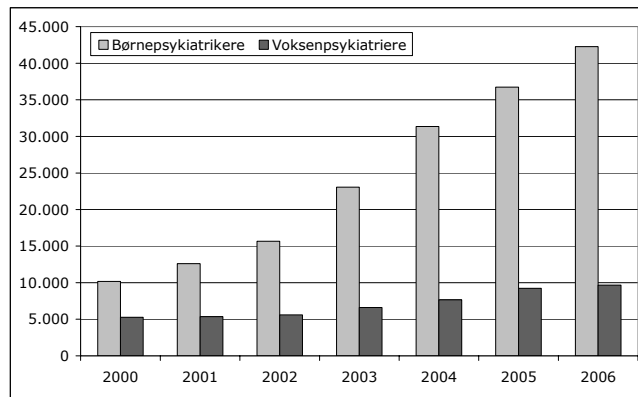
4.1.5 Aktivitet i praksissektoren

Her har vi valgt at fokusere på aktiviteten hos de praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Det er fravalgt at inkludere tal vedr. udviklingen i forbruget af lægemidler. Problemstillingen er, at statistikken på området ikke præcist kan kobles til, hvor forbruget er, og hvilken sammenhæng forbruget indgår i.

Praktiserende speciallæger i psykiatri

I det følgende er valgt både at inddrage aktiviteten hos praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri og praktiserende speciallæger i voksenpsykiatri. De praktiserende speciallæger benyttes igennem hele forløbet. De modtager henvisninger til diagnosticering og behandling fra kommunen og praktiserende læger, og børn og unge kan fortsætte i forløb hos praktiserende speciallæge efter forløb på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. I sygesikringsregistret har udvælgelseskriteriet været, at der skulle være tale om personer under 19 år, og de skulle have modtaget ydelser af enten en børne- og ungdomspsykiater eller voksenpsykiater.

Figur 9 Antal ydelser leveret af (børne)psykiatere⁵⁵

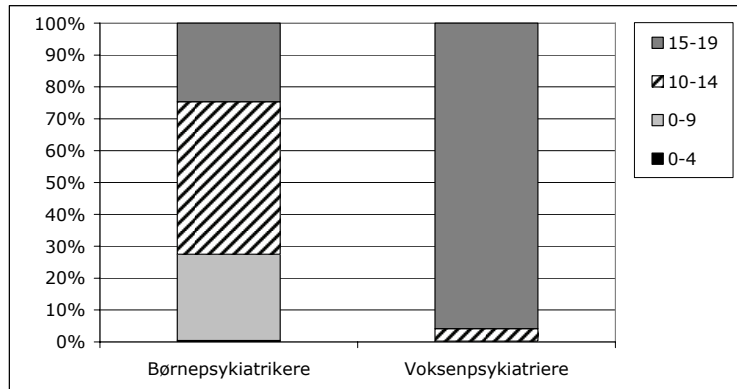


Figur 9 viser, at antallet af leverede ydelser fra år 2000 er steget markant. Udover at der er kommet flere børne- og voksenpsykiatere, så skal stigningen i aktivitet ses i sammenhæng med den stigende ventetid til børne- og ungdomspsykiatri. Fra interviews med kommuner og praktiserende læger er det klart, at privatpraktiserende psykiatere er et godt alternativ pga. de lange ventetider til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Patientsammensætningen mellem de to typer praktiserende psykiatere er naturligt meget forskellig, som det er dokumenteret i Figur 10.

⁵⁵ Sygesikringsregistret, Sundhedsstyrelsen. Ydelse er defineret som: *Det den praktiserende læge, tandlæge mv. honoreres for af Den Offentlige Sygesikring: konsultationer, undersøgelser, operative indgreb mv.*

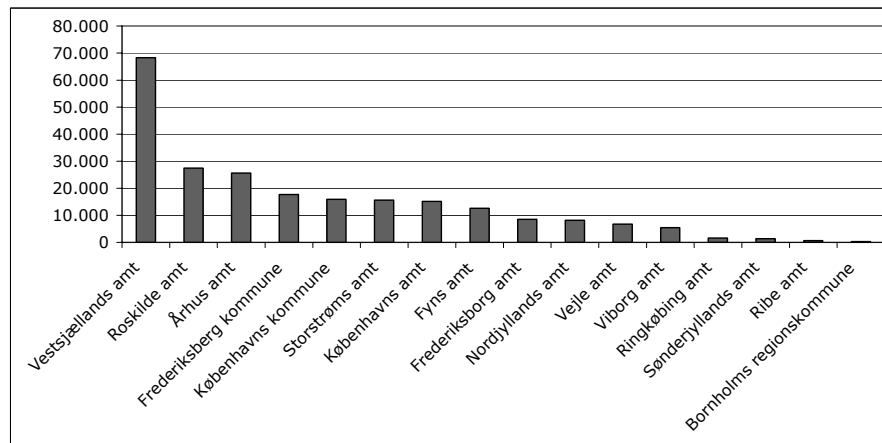
Figur 10 Aldersfordeling hos børne- og ungdomspsykiatere og voksenpsykiatere⁵⁶ - 2006



Voksenpsykiatere har næsten udelukkende patienter, der er 15 år eller derover. Børne- og ungdomspsykiaterne har en mere ligelig fordeling, hvor de 10-14-årige står for ca. 50 % af ydelserne, mens grupperne 0-9 år og 15-19 år står for resten af ydelserne. Kun 201 børn i alderen 0-4 år fik ydelser fra børnepsykiatere i 2006. En gennemgang af de historiske data, der ikke er gengivet her, viser, at patientsammensætningen har været meget stabil siden år 2000.

Den geografiske fordeling mellem de tidligere amter er gengivet i Figur 11, hvor der er foretaget et samlet udtræk for både børne- og voksenpsykiatere.

Figur 11 Samlet antal ydelser i 2006 fra børne- og voksenpsykiatere pr. 100.000 indbyggere⁵⁷



⁵⁶ Sygesikringsregistret

⁵⁷ Sygesikringsregistret. Endnu findes ikke data på regionsniveau.

Det er valgt at sammenholde antal ydelser med indbyggerantallet for at tydeliggøre de geografiske forskelle, der er mellem de tidligere amter. Tallene i figuren er fra før kommunalreformen, men det fremgår af figuren, at der er markant flere ydelser leveret af børne- og voksenpsykiatere til børn og unge i to af de amter, der i dag udgør Region Sjælland – Vestsjællands og Roskilde amter. I Vestsjællands Amt blev leveret ca. 70.000 ydelser pr. 100.000 indbyggere, mens det tilsvarende tal i fx Frederiksborg Amt er ca. 10.000. De fleste amter ligger dog i rummet fra ca. 15.000 ydelser pr. 100.000 indbyggere til 25.000 ydelser.

Der kan være flere årsager til, hvorfor der er så stor forskel på antallet af ydelser mellem amterne. En hovedårsag, der er blevet fremhævet i de kvalitative interviews, er, at der er enkelte praktiserende speciallæger i Vestsjællands Amt, der leverer særligt mange ydelser til en bestemt patientgruppe.

4.1.6 Aktivitet på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har siden 1996 oplevet en markant stigning i aktiviteten og en anden sammensætning af aktiviteten, som det fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 25 – Udvikling i aktivitet ved børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger⁵⁸

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006**
Udskrivninger heldøgn	940	1074	1017	1042	1056	1192	1423	1228	1285	1349	1285
Udskrivninger deldøgn*	480	537	572	699	621	548	-	-	-	-	-
Afsluttede ambulante kontakter	3605	3960	4869	5946	5672	6450	7459	8236	8213	8649	9703
I alt	5025	5571	6458	7687	7349	8190	(8882)	9464	9498	9998	10988
Årlig vækst		11%	16%	19%	-4%	11%	8%	7%	½%	5%	10%

* Fra 1. januar 2002-2006 registreres deldøgnsindlæggelser ikke i LPR som selvstændig kategori. Hovedparten af deldøgnsudskrivningerne vil herefter være registreret som ambulante ydelser. Sammenligning mellem før- og efter-ændringen i registrering kan ikke foretages uden forbehold herfor.

**Tallene for 2006 er foreløbige.

I 2006 var der 1.285 udskrivninger og 9.703 ambulante forløb. I perioden 2002-2006 er det samlede antal ydelser steget med 22 %. Der har igennem hele perioden været en stigning i aktiviteten inden for begge typer aktivitet – bortset fra 2002 til 2004, og igen fra 2005-2006, hvor der var et fald i antal heldøgnsudskrivninger. Sammensætningen af ydelser svarer til, at antallet af ambulante ydelser i 2004 udgjorde 88 % af det samlede antal ydelser.

⁵⁸ "Udviklingen i den Børne- og Ungdomspsykiatriske virksomhed", Sundhedsstyrelsen, 2006.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at der ikke nødvendigvis behøver at være den samme stigningsgrad i aktiviteten som i antal henvisninger, idet ikke hele efterspørgslen vil blive mødt, bl.a. fordi nogle henvisninger afvises, og fordi der evt. opbygges ventetid.

4.1.7 Konsulentfunktion

Ud over at levere ydelser til afdelingens patienter har de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger konsulentfunktioner og tilsyn i forhold til andre afdelinger. Konsulentfunktion kan være i forhold til en række forskellige aktører – både fra primær- og sekundærsektoren – og har oftest til formål at kvalificere indsatsen for en specifik patient/borger.

Tabel 26 – Udvikling i antal tilsyn ved andre afdelinger og konsulentforløb⁵⁹

	Antal tilsyn			Antal konsulentforløb		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Skolepsykiatrisk Center – København Kommune					0	0
Bispebjerg – H:S	51	65	126	5	8	54
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	-	38	13	84	85	443
Hillerød – Frederiksborg Amt	70	86	59	9	3	31
Fjorden – Roskilde Amt	83	50	38	11	2	38
Holbæk – Vestsjællands Amt	29	17	60	1	2	38
Næstved – Storstrøms Amt	30	17	19	41	12	60
OUH – Fyns Amt	65	52	64	20	48	172
Augustenborg – Sønderjyllands Amt	23	5	Ikke oplyst	0	0	1
Esbjerg – Ribe Amt	28	35	142	2	12	5
Kolding – Vejle Amt	15	11	31	3	2	34
Herning – Ringkøbing Amt	39	43	58	2	2	8
Risskov – Århus Amt		-	5	15	12	79
Viborg – Viborg Amt	43	30	20	1	9	13
Aalborg – Nordjyllands Amt	54	15	16	38	25	105
I alt	500	464	651	232	222	1081

Tabel 26 viser, at der fra 2004 til 2006 har været en betragtelig stigning i antal konsulentforløb. Det skyldes primært, at der er sket en kraftig stigning i registreringen i Københavnsområdet, afdelingerne i Odense og Aalborg, men der kan dog konstateres en stigning på næsten alle afdelinger. Stigningen fra 2005 til 2006 kan tilskrives lokale initiativer, fx i forbindelse med satspuljeprojekter.

⁵⁹ "Udviklingen i den Børne- og Ungdomspsykiatriske virksomhed", Sundhedsstyrelsen, 2006. og BupBasen.

På lignende vis er brugen af konsulenttydelser steget fra 2004 til 2006 med 30 %, hvor der er meget forskellig udvikling mellem afdelingerne og imellem årene.

4.1.8 Hvilken aktivitet er der på øvrige afdelinger?

På baggrund af udtræk fra Landspatientregistret kan antallet af børn og unge, der er indlagt med psykiatriske diagnoser på øvrige afdelinger, opgøres. I Tabel 27 er aktiviteten i perioden 1996-2002 således opdelt på fire indlæggelsesafdelinger: voksenpsykiatriske, pædiatriske, intern medicinske og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Tabel 27 – Udvikling i sammensætning af psykiatriske indlæggelser fordelt på afdeling⁶⁰

	Årstal						
	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Voksenpsyk.							
Børn	17	41	31	47	57	49	27
Unge	391	550	712	519	511	594	487
I alt	408	591	743	566	568	643	514
Andel	18 %	21 %	24 %	20 %	19 %	21 %	17 %
Pædiatrisk							
Børn	644	697	714	822	750	786	846
Unge	15	27	32	28	29	39	48
I alt	659	724	746	850	779	825	894
Andel	30 %	26 %	24 %	29 %	26 %	27 %	29 %
Intern med.							
Børn	91	94	58	46	57	53	39
Unge	364	432	468	434	513	504	554
I alt	455	526	526	480	570	557	593
Andel	20 %	19 %	17 %	17 %	19 %	18 %	19 %
B&U-psyk.							
Børn	369	345	374	336	349	360	303
Unge	346	639	712	657	705	716	751
I alt	715	984	1086	993	1054	1076	1054
Andel	32 %	35 %	35 %	34 %	36 %	35 %	35 %
Samlet antal heldøgnsindl.							
Børn	1121	1177	1177	1251	1213	1248	1215
Unge	1116	1648	1924	1638	1758	1853	1840
I alt	2237	2825	3101	2889	2971	3101	3055
Andel	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

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

⁶⁰ Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, Sundhedsstyrelsen, 2007.

Tabel 27 er særlig interessant med henblik på at dokumentere sammensætningen mellem afdelingerne. Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at 65 % af alle børne- og ungdomspsykiatriske patienter indlægges/behandles på andre afdelinger end de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Som det er beskrevet i Boks 6, så er der i flere tilfælde fagligt gode grunde til, at børn og unge indlægges på andre afdelinger end en børne- og ungdomspsykiatriske afdeling.

Boks 6 Årsager til indlæggelser på andre afdelinger

Sundhedsstyrelsen har undersøgt, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at så stor en andel af børn og unge med psykiske lidelser indlægges på andre afdelinger end de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Nedenstående er en opsamling af undersøgelsen:

”Man konstaterede i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001 ved en udvidet analyse, at indlæggelserne på interne medicinske afdelinger forekom velbegrundede (forgiftninger og spiseforstyrrelser).

Derimod fandt man, at mindst halvdelen af indlæggelserne af børn på pædiatriske afdelinger med psykiatrisk diagnose måtte anses som forårsaget af manglende børnepsykiatrisk kapacitet, herunder mulighed for døgn- og akutindlæggelse.

For så vidt angik indlæggelse af unge på voksenpsykiatriske afdelinger 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 anbefalede derfor i redegørelsen en udvidelse af tilbuddene med henblik på, at de 0-18-årige kunne ”hjemtages” til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.”⁶¹

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen blev de pædiatriske og voksenpsykiatriske afdelinger bedt om at angive, hvor stor en andel af børn og unge, der udredes eller modtages på deres afdeling, der ideelt set burde have været udredt eller behandlet på en specialiseret børne- og ungdomspsykiatriske afdeling.

Af de 29 personer, der har svaret på dette spørgsmål, har:

- 5 personer (svarende til ca. 17 % af de adspurgte) angivet, at det drejer sig om under 10 %,
- 4 personer (svarende til ca. 14 % af de adspurgte) mener, at andelen ligger mellem 30 og 50 %,
- mens 7 personer (svarende til ca. 24 % af de adspurgte) har angivet, at mere end halvdelen af de børn og unge de modtager og/eller udreder på deres afdeling, ideelt set burde have været udredt eller behandlet på en specialiseret børne- og ungdomspsykiatriske afdeling.

13 personer (svarende til ca. 45 % af de adspurgte) har svaret ”ved ikke”.

⁶¹ Statusrapport 2006, Sundhedsstyrelsen.

Respondenterne blev også bedt om at anføre, hvad de mener, der er den primære årsag til, at de modtager/behandler disse børn og unge, i stedet for at de henvises til en specialiseret børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Her angives fra pædiatrisk side næsten entydigt, at det skyldes lang ventetid til de specialiserede børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, herunder kapacitetsproblemer.

På det voksenpsykiatriske område har kun to respondenter svaret på dette spørgsmål, og har som årsager anført: (1) mangel på pladser på lukkede afsnit inden for børne- og ungdomspsykiatrien samt (2) fælles vagt med voksenpsykiatrisk bagvagt.

4.2 **Ventetid**

Ventetiden på ydelserne inden for børne- og ungdomspsykiatrien kan bruges til at vurdere sammenhængen mellem kapacitet og efterspørgsel samt adgangen til ydelserne for patienterne. Det er kun muligt at indhente registerdata vedrørende ventetid fra sundheds- og socialsektoren – og her kun for nogle institutioner.

4.2.1 **Ventetid i sundhedssektoren**

I sundhedssektoren er det muligt at dokumentere ventetid til sygehusafdelingerne, mens der ikke findes en central opgørelse af ventetiden til praktiserende speciallæger inden for (børne)psykiatri. Nedenstående opgørelse bygger på, at amterne og H:S er blevet bedt om at registrere, hvor mange der på en bestemt dag stod på venteliste, og hvor længe de indtil da havde ventet. Tilbage meldingen ved undersøgelsen har været, at tallene på den pågældende dag har været repræsentative for situationen. Det fremgår altså ikke, hvor lang ventetid en ny patient kan forvente ved kontakt til afdelingerne.

Tabel 28 – Ventetider til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger 1997-2006⁶²

	Pr. 1.12.1997			Pr. 1.1.2003			Vækst 97-03 i antal på venteliste	Pr. 1.1.2005			Vækst 03-05 i antal på venteliste	Pr. 1.1.2006			Vækst 05-06 i antal på venteliste	Pr. 31.12.2006			Vækst i 2006 i antal på venteliste
	Ventetider		Vente- liste	Ventetider		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.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.			u. 3 mdr.	o. 3 mdr.		
HS	96 91%	10	106	101 64%	56	157	62%	83 73%	30	113	-28%	125 82%	27	152	35%	154 87%	23	177	16%
Born	7		7	Indgår I H:S												33	33		
Kbh. Amt	105 67%	52	157	152 59%	105	257	64%	187 53%	165	352	37%	203 47%	228	431	22%	220 52%	204	424	-2%
Frd. borg	80 100%	0	80	109 85%	19	128	60%	115 75%	38	153	20%	124 63%	72	196	28%	120 66%	63	183	-7%
Ros	12 86%	2	14	55 85%	10	65	364%	58 77%	17	75	15%	68 55%	54	122	63%	138 61%	89	227	86%
Vest sj.	14 24%	44	58	184 96%	8	192	231%	46 98%	1	47	-75%	51 91%	5	56	19%	82 93%	6	88	57%
Stor str	37 62%	23	60	10 50%	10	20	-67%	85 62%	53	138	590%	175 88%	24	199	44%	177 64%	98	275	38%
Fyn	118 57%	88	206	128 50%	128	256	24%	94 78%	27	121	-53%	61 59%	43	104	-14%	115 95%	6	121	16%
Sdr. Jyll	26 65%	14	40	126 100%	0	126	215%	77 79%	21	98	-22%	75 83%	15	90	-8%	114 93%	9	123	37%
Ribe	43 64%	24	67	64 89%	8	72	7%	107 87%	16	123	71%	75 77%	22	97	-21%	110 95%	6	116	20%
Ring.	62 68%	29	91	34 46%	40	74	-19%	70 89%	9	79	7%	140 74%	49	189	139%	100 100%	0	100	-47%
Vejle	66 80%	16	82	68 62%	41	109	33%	77 90%	9	86	-21%	111 93%	8	119	38%	141 85%	24	165	39%
Årh.	186 82%	40	226	191 66%	97	288	27%	175 49%	184	359	25%	213 42%	299	512	43%	220 40%	332	552	8%
Vib.	26 70%	11	37	53 58%	39	92	149%	28 41%	41	69	-25%	71 97%	2	73	6%	70 60%	46	116	59%
Ndr. Jyll	54 41%	77	131	64 42%	88	152	16%	88 60%	59	147	-3%	94 59%	66	160	9%	106 64%	59	165	3%
Hele DK	932 68%	430	1.362	1339 67%	649	1.988	46%	1290 65%	670	1.960	-1%	1586 63%	914	2500	28%	1867 65%	998	2.865	15 %

I Tabel 28 ses det, at antal ventende har været stigende siden 1997, hvor 932 har ventet under 3 måneder, og 430 har ventet over 3 måneder. Ved udgangen af 2006 er dette steget til, at 1.867 har ventet under 3 måneder, og 998 har ventet over 3 måneder. Væksten i antallet på venteliste har været betragtelig. Fra starten af 2005 til slut-

⁶² Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, Sundhedsstyrelsen, 2007.

ningen af 2006 er antallet på venteliste steget med 46 %. Andelen, der på forespørgselstidspunktet har ventet under 3 måneder, har været konstant gennem årene.

Tabel 29 – Ventetider til Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger pr. 31.12 2006⁶³

Antal ventende	0-4 uger	5-8 uger	9-12 uger	13-26 uger	27-52 uger	>52 uger
Bispebjerg – H:S	64	59	31	21	35	0
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	111	78	31	43	128	33
Hillerød – Frederiksborg Amt	72	25	23	32	31	0
Fjorden – Roskilde Amt	69	41	28	24	62	3
Holbæk – Vestsjællands Amt	52	24	6	2	3	1
Næstved – Storstrøms Amt	87	47	43	56	36	6
OUH – Fyns Amt	62	38	15	5	1	0
Augustenborg – Sønderjyllands Amt	77	18	19	9	0	0
Esbjerg – Ribe Amt	64	28	18	3	3	0
Herning – Ringkøbing Amt	100	0	0	0	0	0
Kolding – Vejle Amt	84	30	27	21	3	0
Risskov – Århus Amt	111	73	36	72	170	90
Viborg – Viborg Amt	31	26	13	29	17	0
Aalborg – Nordjyllands Amt	51	31	24	28	31	0
Hele DK	1035	518	314	345	520	133
I alt 2865		1553				1312

Tabel 29 viser fordelingen af ventetiden på de enkelte afdelinger, og giver et mere nuanceret billede af, hvor lang ventetiden har været for de ventende børn og unge. Den samlede fordeling af de ventende viser, at 77 % har ventet mindre end 6 måneder.

På tværs af afdelingerne er der meget stor forskel mellem ventetider. Gentofte/Glostrup og Århus har ikke bare flest ventende, men de har også relativt flest, der venter lang tid. Et eksempel på en afdeling med en anden profil er afdelingen i Herning, hvor 100 % af ventende har ventet under 1 måned, hvor det samlede gennemsnit er 36 %. Det er dokumenteret, at ventetiden til behandling på sygehuse generelt er resultatet af et kompliceret samspil mellem faktorer på efterspørgselssiden (fx graden af prioritering ved henvisning og omkostninger ved behandling) og udbudssiden (fx omfang af ressourcer og effektivt)⁶⁴. Der findes ikke studier inden for børne- og ungdomspsykiatriske afdeling, der dokumenterer årsagerne til forskelle i ventetider, og heller ikke forskelle i fx effektivitet. På baggrund af Henvisningsprojektets dokumentation kan der ikke drages konklusioner mht., hvorfor der er forskelle i ventetiden.

Også i BupBasen findes en opgørelse af ventetiden. Ventetiden er her fra modtagelse af henvisning til start på undersøgelse. I tabellen nedenfor ser vi på ventetiden.

⁶³ Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, Sundhedsstyrelsen, 2006.

⁶⁴ Ventelister til elektiv behandling, DSI rapport 2004.

Tabel 30 – Ventetid fordelt på henviser – samlet 2004-2006⁶⁵

2004 til 2006	Antal	Median ventetid i dage
Almenpraktiserende læge	7.779	37
PPR	2.679	112
Socialforvaltning	641	62
Sygehusafdeling	1.828	35
Speciallæge	382	52
Retsvæsen	26	23
Anden	800 ⁶⁶	34
Psyk.afd./skadestue	1.910	4

I Tabel 30 er ventetiden opgjort på de forskellige henvisere. Tabellen viser, at de, der er henvist af PPR, venter længst tid. Halvdelen af de henviste fra PPR venter 3,5 måned eller mere, inden de kommer ind på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. De der er blevet henvist af socialforvaltningen, venter næstlængst. For de der blev henvist af speciallæger, almenpraktiserende læger, sygehusafdelinger eller fra en helt anden kilde, har halvdelen af de henviste børn og unge mellem 1 og 2 måneders ventetid.

Årsagen til forskellen i ventetid mellem de forskellige henvisere er drøftet i Henvisningsprojektets ekspertgruppe. Primært fremhæves den forklaring, at det er de mest behandlingskrævende børn og unge, der henvises fra andre henvisere end de kommunale. Derfor vil ventetiden være længere for patienter henvist fra PPR og socialforvaltning. I afsnit 6.4 er dokumenteret, at de mest behandlingskrævende patienter hurtigst tilbydes behandling, hvilket understøtter ekspertgruppens forklaring.

PPR, børne- ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatriske afdelinger og kommunens forvaltning er blevet spurgt, i hvor høj grad de mener, at ventetiden til forskellige institutioner er et problem. De har således kunnet angive, hvorvidt de mener, at der i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad er et problem med ventetid til følgende institutioner/tilbud: Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, Praktiserende speciallæger, Specialtilbud/specialdøgn-tilbud, PPR, Specialundervisning/skoletilbud.

De adspurgte faggrupper mener, at det største problem med ventetiden er til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (se i bilag 7.5). De pointer, der træder frem, er:

- At ventetiden til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er det, der opleves som det største problem. 2/3 af de adspurgte svarer, at de enten i høj grad eller i meget høj grad oplever ventetiden som et problem.
- At ventetiden til de praktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien opfattes som det næststørste

⁶⁵ BupBasen

⁶⁶ "Anden" dækker primært over henvisninger, hvor henviseren ikke er angivet.

problem. Ca. 40 % af respondenterne svarer, at ventetiden til de praktiserende speciallæger i meget høj grad eller i høj grad er et problem.

- At ventetiden til specialdagtilbud eller specialdøgntilbud opfattes som et problem i høj grad eller i meget høj grad for lidt over ¼ af respondenterne.
- At ventetiden til PPR, specialundervisning og øvrige ydelser i begrænset omfang opfattes som værende et problem.

Tabel 31 viser, hvor lang tid lederne af PPR skønner deres ventetid er.

Tabel 31 – Hvor lang er jeres egen ventetid til følgende?⁶⁷

	0-3 uger	4-8 uger	9 uger eller derover	Ved ikke	Total	Antal
Udredninger/undersøgelser/vurderinger i PPR	21 %	41 %	35 %	3 %	100 %	68
Støttende og forebyggende foranstaltninger i PPR	35 %	28 %	22 %	15 %	100 %	68

For ventetiden på de støttende og forebyggende foranstaltninger i kommunalt regi svarer 22 % af respondenterne fra PPR, at de har 9 uger eller derover, mens 35 % svarer, at det er 3 uger eller mindre. I forhold til udredninger svarer 41 %, at de har 4 til 8 ugers ventetid. I forhold til den samlede ventetid er det bemærkelsesværdigt, at 76 % af PPR svarer, at der er over 4 ugers ventetid til udredning, da det ofte er i den opsporende fase, at PPR inddrages – inden henvisning til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Inden ventetiden til undersøgelse til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling kan altså forventes en ventetid på en vurdering fra PPR. Denne ventetid til PPR skal også inddrages i vurderingen af, hvorfor mange vælger at gå til praktiserende læge for at blive henvist til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Dernæst skal det tages med i betragtning, at en stor del af de familier, som har et barn eller ung med psykiske problemer, ikke blot vil opleve ventetid til børne- og ungdomspsykiatrien, men også vil opleve ventetid til udredning i kommunalt regi.

Dag- og døgntilbud er også blevet spurgt om deres ventetid, men det har for størstedelen ikke været relevant at besvare spørgsmålet, da sagerne ofte vurderes løbende, eller fordi en del er akuttilbud.

4.3 Antal pladser

Antallet af pladser i både primær- og sekundærsektor indikerer direkte, hvor meget kapacitet, der er til rådighed. Antal pladser skal her forstås bredt som både antallet af sengepladser og institutionspladser samt antallet af relevante institutioner.

⁶⁷ PPR er adspurgte. Tilsvarende har en undersøgelse foretaget af Pædagogiske Psykologers Forening vist lignende ventetid til PPR's ydelser. (Spørgeskemaundersøgelse om PPR i Danmark august 2007, Pædagogiske Psykologers Forening, 2007.)

4.3.1 Pladser i sundhedssektoren

Det er ikke helt entydigt, hvordan de normerede pladser opgøres. Dog er forskellen ikke større, end at der kan gives et samlet billede af kapaciteten.

Tabel 32 – Udvikling i antal normerede børne- og ungdomspsykiatriske pladser⁶⁸

	2003 (1. jan) *	2005 (1. jan) *	2006 (1.jan)*	2006 (31.dec)*	Vækst i %
Heldøgn	216	231	212	214	+1 %
Deldøgn	190	182	203	165	-18,7 %
I alt	406	413	415	379	
Vækst i %		1,7 %	0,5%	-8,7	

* Inkl. pladser vedr. spiseforstyrrelser

I Tabel 32 er pladserne opdelt i hel- og deldøgnsaktivitet fra 2003 til 2006. I 2006 var der 214 heldøgnspladser og 165 deldøgnpladser. Siden 2003 har der været et fald på 7 % i det samlede antal pladser. Mht. fordelingen mellem de to typer pladser, så er udviklingen fra 2003 til 2006 gået i retning af, at en større andel af det samlede antal pladser er heldøgnspladser. Det skal bemærkes, at reduktionen i antallet pladser er sket samtidig med en stigning i den ambulante aktivitet, som det tidligere er dokumenteret.

4.3.2 Pladser i socialektoren

Der kan gives et generelt billede af antallet af institutioner på socialområdet og antallet af pladser⁶⁹. Som det er tilfældet for aktiviteten i socialektoren, så er det – særligt inden for den kommunale sektor – ikke muligt præcist at isolere den aktivitet inden for socialområdet, der er relevant for Henvisningsprojektet.

På grund af kommunalreformen er opgørelsen af kapaciteten fordelt på amter/regioner ændret, og kan derfor ikke sammenlignes direkte med de tidligere år. Tabel 33 viser fordelingen af institutioner på de enkelte regioner samt Københavns Kommune.

⁶⁸ UDVIKLINGEN I DEN BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE VIRKSOMHED, Sundhedsstyrelsen, 2006.

⁶⁹ Oplysninger findes under "Sociale forhold, sundhed og retsvæsen" Danmarks Statistik.

Tabel 33 – Status for antallet af institutionspladser pr. 1. januar 2007⁷⁰

	Hoved- staden	Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jyl- land	Køben- havns Kommune	Total
Særlig dag- og klubtilbud	20	0	32	3	20	-	75
Handicap	93	151	116	290	64	-	714
Social/adfærd	0	0	0	34	0	-	34
Sikrede*	26	34	20	25	0	16	121
I alt	139	185	168	352	84	16	944

*Oplysning fra Velfærdsministeriet pr. 1. januar 2008. Ekskl. den sikrede institution.

Der er 75 regionale særlige dag- og klubtilbud, mens der er 34 institutionspladser inden for området "social/adfærd". Kategorien "handicap" dækker institutioner for børn og unge med fysiske og psykiske handicap, og her er 714 institutioner.

Fordelingen på regioner viser, at der er en meget forskellig fordeling af institutionspladser. Det er fx kun Region Midtjylland, der har institutionspladser inden for området "social/adfærd", hvilket kan hænge sammen med, at kommunerne i de øvrige regioner har overtaget institutionerne.

Tabel 34 og Tabel 35 viser, hvordan respondenterne svarede, da de blev bedt om at vurdere de kommunale tilbud til børn og unge med psykiske problemer. Tabellerne er opdelt efter, om der er tale om dagtilbud eller døgntilbud.

Tabel 34 – Er kommunen i stand til at stille et velegnet dagbehandlingstilbud til rådighed for børn og unge med psykiske problemer?⁷¹

	I alle til- fælde	I hoved- parten af tilfælde- ne	I nogle tilfælde	I få til- fælde	Aldrig	Ved ikke/ Ikke relevant	Total
Total	3 %	28 %	28 %	8 %	3 %	30 %	219
Dagbehandlingstilbud for børn og unge	11 %	35 %	27 %	5 %	0 %	22 %	37
Børne- og ungdoms- psykiatrisk afdeling	0 %	10 %	60 %	20 %	0 %	10 %	10
Voksenpsykiatrisk afd.	0 %	0 %	24 %	5 %	0 %	71 %	21
Pædiatrisk afdeling	0 %	11 %	32 %	21 %	5 %	32 %	19
Børne- og ungeforvalt- ningen, Socialforvalt- ningen eller anden forvaltning	3 %	40 %	37 %	8 %	3 %	10 %	63
PPR	4 %	52 %	23 %	4 %	7 %	9 %	69

⁷⁰ Regionernes aktiviteter på social- og specialundervisningsområdet i 2007, Danske Regioner, 2007.

⁷¹ PPR, dagtilbud, børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger, voksenpsykiatriske afdelinger og socialforvaltningen adspurgte.

Tabel 35 – Er kommunen i stand til at stille et velegnet døgntilbud til rådighed for børn og unge med psykiske problemer?⁷²

	I alle tilfælde	I hovedparten af tilfældene	I nogle tilfælde	I få tilfælde	Aldrig	Ved ikke/ Ikke relevant	Total
Total	3 %	28 %	24 %	9 %	5 %	32 %	322
Døgntilbud for børn og unge	4 %	29 %	29 %	9 %	1 %	27 %	140
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	0 %	0 %	60 %	30 %	0 %	10 %	10
Voksenpsykiatrisk afd.	0 %	5 %	14 %	5 %	0 %	76 %	21
Pædiatrisk afdeling	0 %	5 %	32 %	16 %	11 %	37 %	19
Børne- og ungeforvaltningen, Socialforvaltningen eller anden forvaltning	2 %	43 %	22 %	8 %	11 %	14 %	63
PPR	7 %	33 %	16 %	7 %	9 %	28 %	69

Overordnet set viser de to ovenstående tabeller, at omkring 30 % af respondenterne mener, at kommunen stiller et velegnet tilbud til rådighed i enten alle eller hovedparten af tilfældene. Der er imidlertid stor forskel på besvarelsene fra de forskellige respondenter. Således er det bemærkelsesværdigt, at børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i mindre grad vurderer, at der er velegnede tilbud. Dette er i overensstemmelse med de kvalitative interviews gennemført i forbindelse med projektet. Her blev det fremhævet, at der kan være forskellig opfattelse mellem parterne mht. om tilbuddene i primærsektoren er relevante og dækkende for de behov, som barnet eller den unge har.

Respondenterne er også blevet bedt om at vurdere, hvorvidt primærsektoren stiller den nødvendige mængde dagbehandlingstilbud til rådighed for de specifikke aldersgrupper.

⁷² PPR, døgntilbud, børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger, voksenpsykiatriske afdelinger og kommunal forvaltningen adspurgt

Tablet 36 – I hvilken grad vurderer du, at der er det nødvendige antal dagbehandlingstilbud i primærsektoren for følgende aldersgrupper?⁷³

		I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ Ikke relevant	Total
0-3 år	Antal	4	30	73	27	6	26	166
	Procent	2,4 %	18,1 %	44 %	16,2 %	3,6 %	15,7 %	100 %
4-7 år	Antal	3	27	87	23	3	23	166
	Procent	1,8 %	16,2 %	52,4 %	13,9 %	1,8 %	13,9 %	100 %
8-15 år	Antal	2	30	81	36	3	14	166
	Procent	1,2 %	18,1 %	48,8 %	21,7 %	1,8 %	8,4 %	100 %
16-21 år	Antal	2	15	59	44	5	41	166
	Procent	1,2 %	9 %	35,4 %	26,5 %	3 %	24,7 %	100 %

Tablet 36 peger på, at den største mangel på dagbehandlingstilbud ligger i gruppen 16-21 år. Over en fjerdedel af respondenterne mener, at primærsektoren enten i ringe grad eller slet ikke stiller det nødvendige antal behandlingstilbud til rådighed. Dette skærper opmærksomheden omkring gruppen 16-21 år. Forklaringen af vurderingen af manglende tilbud genfindes i interview, og det er generelt vurderingen, at netop overgangen fra skolen til tid efter skole er særligt problematisk. I del 4 analyseres denne problemstilling ud fra sags gennemgangen.

Besvarelsene inden for de øvrige aldersgrupper fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem de positive og negative svar. 18-21 % af respondenterne vurderer, at der i meget høj grad eller i høj grad er de nødvendige tilbud, mens mellem 19 og 22 % har angivet, at primærsektoren enten i ringe grad eller slet ikke stiller det nødvendige antal pladser til rådighed.

4.4 **Personale og kompetencer**

Ud over at undersøge, hvor mange pladser og institutioner der er til rådighed, så er personale og kompetencer også en afgørende faktor i vurderingen af kapaciteten. I dette afsnit er valgt ikke at inddrage antallet af medarbejdere i socialektoren, da det ikke er muligt at få præcise tal for antal medarbejdere, der beskæftiger sig med børn og unge i målgruppen for Henvisningsprojektet.

4.4.1 **Personale i sundhedssektoren**

Udviklingen i antal ansatte er præsenteret i tabellen nedenfor. I forhold til Tablet 37 skal der gøres opmærksom på, at tabellen er en opgørelse af de *normerede* stillinger i sektoren.

⁷³ Børne- og ungdomspsykiatrien, pædiatriske afdelinger, PPR, børne- og ungeforvaltningen og psykiatriområdet er adspurgt.

Tabel 37 – Udvikling i antal normerede stillinger i børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (puljefinansierede i parentes) ⁷⁴

	Dec. 1997	Jan. 2003	1.1.2005	1.1.2006	31.12.2006	%- øgning Primo 06- ultimo 06	%- øgning 97- ultimo 06
Lægestillinger	134	196 (17)	242 (23)	270 (35)	235 (29)	- 13	75
Psykologstillinger	78	122 (12)	159 (23)	185 (38)	174 (43)	-6	123
Socialrådgivere	43	53 (4)	65 (11)	66 (13)	64 (11)	-3	49
Miljøpersonale							
Sygeplejersker	252	339 (12)	414 (31)	435 (41)	422 (49)	-3	67
Pædagoger	125	176 (7)	194 (10)	206 (17)	188 (14)	-8	51
Andet personale	110	260 (6)	352 (20)	381 (28)	393 (27)	3	257
heraf fys./ergo.		27	34	35	36 (3)		
Heraf SOSU		84	88	71	80 (0)		
I alt	742	1.146 (58)	1.426 (118)	1.543 (172)	1.477 (174)	-4	99

Siden 1997 har der for alle de præsenterede faggrupper været tale om en markant stigning i antal ansatte, og det samlede personaleantal er fordoblet. Fra primo 2006 til ultimo 2006 er dog sket et fald i antallet af ansatte på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Særligt markant er det, at der er sket fald i antallet af ansatte læger på 13 %.

Af tabellen fremgår det desuden, hvor mange af stillingerne der er puljefinansierede. I forhold til udviklingen over tid er det bemærkelsesværdigt, at de puljefinansierede stillinger udgør en større andel i dag end i 2003. For eksempel udgjorde de puljefinansierede lægestillinger ca. 9 % af det totale antal lægestillinger i 2003, mens de udgjorde 12 % i 2006.

4.4.2 Praktiserende speciallæger⁷⁵

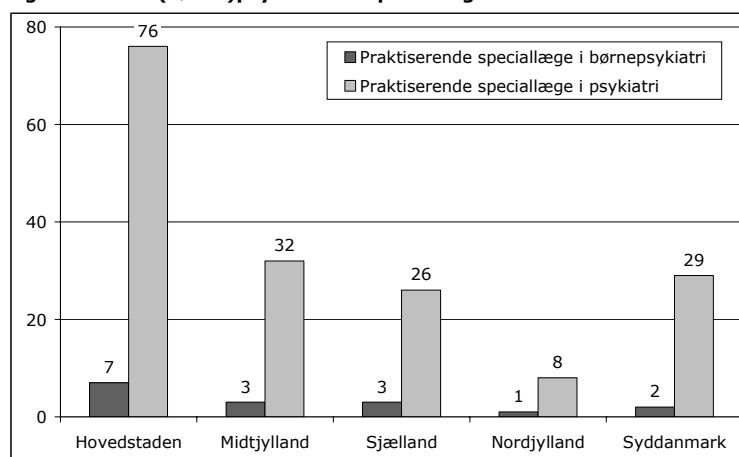
I Figur 12 ses det, at der pr. 1. juli 2007 er 16 læger med speciale i børne- og ungdomspsykiatri, og 171 speciallæger inden for det psykiatriske område som helhed. Selv om det ikke er al aktiviteten for

⁷⁴ Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed, Sundhedsstyrelsen, 2007.

⁷⁵ I primærsektoren er den vigtigste aktør den almenpraktiserende læge, men andelen af tid som de almenpraktiserende læger i Danmark anvender på børn og unge med psykiske problemer er begrænset, derfor er de ikke medtaget i beregningen.

speciallægerne inden for psykiatri, der omhandler børn og unge, så udgør deres aktivitet en væsentlig del af aktiviteten inden for den samlede børne- og ungdomspsykiatri.

Figur 12 Antal (børne)psykiatriske speciallæger⁷⁶



I 1995 var der 168 speciallæger inden for det psykiatriske område som helhed og 9 speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri⁷⁷. Der er altså sket en vis stigning i antallet af speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri de seneste 12 år.

Imellem regionerne er der en betydelig forskel på antallet af (børne)psykiatere. Antallet spænder fra 78 psykiatere og 7 børne- og ungdomspsykiatere til 8 og 1. Det er forventeligt, at der er flest i Hovedstadsregionen – alene i kraft af indbyggertallet – men det er værd at bemærke, at der er særligt mange børne- og ungdomspsykiatere i Region Sjælland i forhold til indbyggertallet⁷⁸.

4.4.3 Vurdering af faglige kompetencer

Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er blevet bedt om at vurdere, hvilke faglige kompetencer der mangler i henholdsvis primær- og sekundærsektoren. Tabel 38 viser, hvilke kompetencer respondenterne vurderer mangler i primærsektoren.

⁷⁶ Speciallægefortegnelsen pr. 1.juli 2007

⁷⁷ Indsatsen for sindslidende. Status, vurdering og forslag til nye initiativer, 1996, Indenrigsministeriet.

⁷⁸ Hovedstadsregionen: 1,6 mio., Region Sjælland: 0,8 mio., Region Syddanmark: 1,18 mio., Region Midtjylland: 1,2 mio. og Region Nordjylland: 0,57 mio.

Tabel 38 – Hvilke faglige kompetencer vurderer du, der mangler i primærsektoren? ⁷⁹ (*)⁸⁰

		I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ Ikke relevant	Total
Skolepsykologer (cand.pæd.psyk.)	Antal	24	54	94	52	22	92	338
	Procent	7,1 %	16 %	27,8 %	15,4 %	6,5 %	27,2 %	100,0 %
Pædagoger (herunder specialuddannede)	Antal	21	36	111	63	31	76	338
	Procent	6,2 %	17,9 %	32,8 %	18,6 %	9,2 %	22,5 %	100,0 %
Psykologer (cand.psyk.)	Antal	37	60	104	42	23	70	336
	Procent	11,0 %	17,9 %	31 %	12,5 %	6,8 %	20,8 %	100,0 %
Lærere (herunder specialuddannede)	Antal	14	32	81	60	29	120	336
	Procent	4,2 %	9,5 %	24,1 %	17,9 %	8,6 %	35,7 %	100,0 %
Sagsbehandlere (herunder socialrådgivere)	Antal	55	73	76	27	18	90	339
	Procent	16,2 %	21,5 %	22,4 %	8 %	5,3 %	26,6 %	100,0 %

(*) Primærsektoren udgør: PPR, kommunale forvaltninger, som er i kontakt med børn og unge med psykiske problemer eller psykiatriske lidelser og dag- og døgntilbud.

Det ses i tabellen, at respondenterne vurderer, at den faggruppe, der er størst mangel på i primærsektoren, er sagsbehandlere. Derefter følger psykologer⁸¹ og skolepsykologer. De øvrige faggrupper – pædagoger og lærere – vurderer respondenterne i lavere omfang, der er mangel på i primærsektoren.

Nedenstående tabel viser, hvilke kompetencer respondenterne vurderede, der mangler i sekundærsektoren.

⁷⁹ Følgende er adspurgt: Dag- og døgntilbud for børn og unge, børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger, børne- og ungeforvaltningen og PPR.

⁸⁰ Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger og voksenpsykiatriske afdelinger adspurgt.

⁸¹ I forhold til, hvor mange psykologer, der er ansat i PPR, så er i den tidligere nævnte undersøgelse kortlagt, hvor mange psykologer der er ansat i PPR. Undersøgelsen viser, at der er 1165 psykologer ansat, men det er usikkert, om ledere af PPR er talt med, og samtidigt kan tallene ikke sammenlignes med tidligere tal fra 1995, da der er sket organisatoriske ændringer i den mellemliggende periode. (Spørgeskemaundersøgelse om PPR i Danmark august 2007, Pædagogiske Psykologers Forening, 2007).

Tabel 39 – Hvilke faglige kompetencer vurderer du, der mangler i sekundærsektoren?⁸²

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/ Ikke relevant	Antal
Psykiatere	24,6 %	16,4 %	11,8 %	2,6 %	1,3 %	43,3 %	390
Børne- og ungdomspsykiatere	34,6 %	31,0 %	11,0 %	2,1 %	,3 %	21,0 %	390
Pædagoger (herunder specialuddannede)	3,1 %	7,7 %	24,4 %	17,9 %	6,2 %	40,8 %	390
Psykologer (cand.psyk.)	8,7 %	15,4 %	27,2 %	8,7 %	3,6 %	36,4 %	390
Sagsbehandlere (herunder socialrådgivere)	6,2 %	10,5 %	19,0 %	10,3 %	3,8 %	50,3 %	390
Andet:	53,3 %	20,0 %	26,7 %	,0 %	,0 %	,0 %	15
Andet:	,0 %	100,0 %	,0 %	,0 %	,0 %	,0 %	1

Fælles for både Tabel 38 og Tabel 39 er, at hvis man deler svartendensen op for de forskellige faggrupper ses det, at faggrupperne typisk peger på deres egen faggruppe som det sted, hvor der er størst mangel på kompetencer. Således ses det, at voksenpsykiatriske afdelinger typisk peger på, at der mangler psykiatere, hvorimod pædiatriske afdelinger og børne- og ungeforvaltningen især mener, at der mangler børne- og ungdomspsykiatere. Tabellen viser ikke, hvordan de enkelte faggrupper svarer⁸³.

Derimod viser tabellen de generelle svartendenser. De fleste respondenter, uanset branche, vurderer, at der er størst mangel på kompetencer inden for børne- og ungdomspsykiatere. Næsten 35 % af respondenterne vurderer således, at der i meget høj grad er mangel på disse. Den gruppe, der vurderes at være næststørst mangel på, er psykiatere, hvorefter psykologerne følger.

Fælles for respondentgrupperne er, at pædagoger og sagsbehandlere er de grupper, hvor man mener, at der kun i nogen eller ringe grad mangler kompetencer. At faggrupperne primært udtaler sig om manglen på kompetencer i deres egne faggrupper, forklarer den store "ved-ikke"-svarprocent. En stor del af de adspurgte faggrupper ved ikke, hvorvidt der inden for andre faggrupper mangler kompetencer. Dette kommer blandt andet til udtryk i spørgsmålet om, hvorvidt der mangler sagsbehandlere, hvilket 50,3 % af de adspurgte ikke ved.

⁸² Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger og voksenpsykiatriske afdelinger adspurgte.

⁸³ Se bilag nr. 7.4 for uddybende tabeller.

5. Del 3: Undersøgelse af nordiske erfaringer

I nærværende kapitel undersøger konsortiet, hvorledes Sverige og Norge har organiseret børne- og ungdomspsykiatrien samt indsamlet de centrale nøgletal om aktivitet, kapacitet og økonomi. Derudover fremlægges eksempler fra Sverige og Norge ud fra rapporter og vurderinger, der er udgivet i de to lande.

Undersøgelsen af de nordiske erfaringer skal både anvendes til at kunne sammenligne forholdene i de nordiske lande og inspirere i forhold til den danske kontekst. I nærværende del 1 vil resultaterne fra den nordiske undersøgelse blive fremlagt selvstændigt.

Først vil resultaterne fra Norge blive præsenteret, og herefter vil resultaterne fra Sverige blive fremlagt. Resultaterne fremlægges under følgende overskrifter:

- Udfordringer og målsætninger
- Organisering og tilrettelæggelse
- Kapacitet og aktivitet
- Økonomi
- Henvisninger
- Samarbejde
- Eksempler.

5.1 Norge

5.1.1 Udfordringer og målsætninger

Ifølge Folkehelseinstituttet i Norge har mellem 15 og 20 % af alle børn og unge i Norge psykiske lidelser, som påvirker deres funktionsniveau. I alt 8 % af landets børn og unge har en psykisk lidelse, som er behandlingskrævende. I Oslo er andelen højere (ca. 10 %), mens andelen er noget lavere i distrikterne (ca. 6 %). Andelen af børn og unge med psykiske lidelser er højere blandt ungdommen og lavere blandt førskolebørn. Forekomsten af psykiske problemer og lidelser blandt børn under tre år er ukendt⁸⁴.

Ifølge det norske børne- og ungdomspsykiatriske selskab bør alle børn og unge, som henvises til den sekundære sundhedstjeneste (spesialisthelsetjenesten)⁸⁵, vurderes af en specialist i børne- og ungdomspsykiatri. En sådan målsætning forudsætter ifølge selskabet tilstrækkelige lægeressourcer ved poliklinikkerne, dvs. minimum to lægespecialister pr. poliklinik og en teammodel med 2+2+1+1 fagstillinger (læge/psykolog/socionom/pædagog)⁸⁶.

⁸⁴ Folkehelseinstituttets hjemmeside: www.fhi.no d. 20.07.08.

⁸⁵ "Generalplan for specialiteten barne- og ungdomspsykiatri 1998-2007", udarbejdet af Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening.

⁸⁶ Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 1996-1997:15.

5.1.2 Organisering og tilrettelæggelse

Børne- og ungdomspsykiatrien i Norge hedder på norsk psykisk hel-severn for barn og unge og er en del af det psykiske helsevern. Mål-gruppen er børn og unge under 18 år⁸⁷. I Norge er børne- og ung-domspsykiatrien delt op i henholdsvis *poliklinikker* og *institutionstilbud*, hvor sidstnævnte kan være i form af både dag- og døgntilbud. Poliklinikkerne står for stort set al psykiatrisk behandling af børn og unge inden for børne- og ungdomspsykiatrien, idet de behandler op mod 94 % af patienterne. Det er kun de hårdest ramte børn og unge, som modtager et institutionstilbud.

Følgende institutioner og klinikker findes inden for børne- og ungdomspsykiatrien:

- **Poliklinikkerne** er blandt andet karakteriseret ved at foretage kortlægninger og udredninger og give råd og behandling til børn, unge og deres familier. Poliklinikkerne har derudover et vigtigt ansvar i forhold til at forebygge psykiske problemer hos børn og unge. Endvidere består en af poliklinikkernes centrale opgaver i at vejlede og samarbejde med instanser fra den primære sundhedstjeneste (1. linjetjeneste), som fx de faste praktiserende læger (fastlegen)⁸⁸, PPR, socialforvaltningen (barnevernet) og helsestasjoner⁸⁹.
- **Dagtilbuddet** er et tilbud til dem, der har behov for en mere omfattende behandling, end poliklinikkerne er i stand til at tilbyde.
- **Sengeafdelingerne** bliver hovedsageligt brugt som akut- og udredningsenheder for unge, hvor der er mistanke om alvorlige psykiske problemer.
- **Akutfdelingene** dækker principielt hele aldersgruppen, men er mest aktuelt for de unge. Der kan imidlertid også godt opstå alvorlige og farlige kriser i familier med mindre børn, og det er et stort problem, at der ikke findes egnede tilbud til disse⁹⁰.

⁸⁷ Andersson et al. 2005:23.

⁸⁸ I Norge har man almenpraktiserende læger samt fastleger. Fastlegen er også en almenpraktiserende læge, som dog har indgået aftale om at være med i fastlegeordningen, som giver alle borgere ret til at have en fast almenpraktiserende læge. Borgerne kan selv vælge, om de vil have en fastlege, eller om de vil have muligheden for at gå til en hvilken som helst læge fra gang til gang. Borgerne betaler imidlertid en egenandel, når de går til læge i Norge, og denne er højere, hvis man har fravalgt at have en fastlege. (Forbrukerrådets hjemmeside: www.forbrukerportalen.no d. 24.08.07.)

⁸⁹ Helsestasjoner i Norge minder en del om sundhedsplejerskernes rolle i Danmark, men dog i udvidet form, da der også er læger involveret. I Norge er det her, at nyfødte og børn op til femårsalderen får deres helbredsundersøgelser og vaccinationer. Nogle steder i landet er der etableret helsestasjoner for unge i alderen 13-24 år, som har behov for vejledning og hjælp mht. forhold som pubertet, spiseforstyrrelser, graviditet, prævention, seksualitet med mere (se fx Oslo Kommunes hjemmeside under Helsestasjon: <http://www.oslo.kommune.no/dok/felles/tjenester/helsest.asp>).

⁹⁰ Legeforeningen 2004:21.

- **Familieafdelinger** er etableret i nogle fylker⁹¹, hvor familien kan blive indlagt sammen med barnet eller den unge i en lejlighed.
- **Behandlingshjem** er et institutionstilbud, hvor børn og unge kan bo og modtage behandling igennem en længere periode⁹².

Mange steder i Norge er børne- og ungdomspsykiatrien inkluderet i og organiseret som en del af et distriktspsykiatrisk center, som er en faglig selvstændig enhed, der har ansvaret for en væsentlig del af de psykiatriske tilbud til voksne inden for et geografisk område. Ved udgangen af 2003 var der godkendt 64 ud af 78 planlagte distriktspsykiatriske centre. Sosial- og helsedepartementet beskriver i en rundskrivelse, hvad centrene bør tilbyde: poliklinik, ambulant team, dagtilbud, et eller flere døgntilbud og råd og vejledning til aktuelle samarbejdsparter i optagningsområdet. Legeforeningen i Norge mener, der er for stor variation i tilbuddene, og at det faglige niveau mange steder er for lavt i de distriktspsykiatriske centre⁹³.

5.1.3 Kapacitet og aktivitet

Siden 1998 har børne- og ungdomspsykiatrien i Norge udvidet sin kapacitet betydeligt. Dette er en følge af den optrappingsplan, som blev sat i værk i 1999⁹⁴, og som oprindeligt skulle have været til 2006, men som i 2003 blev udvidet med to år. Hovedmålene i optrappingsplanen var oprindeligt:

- 400 ekstra fagligt uddannet personale til poliklinisk virksomhed
- Produktivitetsøgning på 50 % ved poliklinikkerne
- Børne- og ungdomspsykiatrien skal årligt kunne hjælpe 5 % af børn og unge under 18 år
- 205 flere døgnpladser til de unge, totalt 500 pladser ved slutningen af perioden, og ændring af behandlingshjem til klinikker med mere aktiv behandling⁹⁵.

Nogle af ovennævnte mål er blevet justeret undervejs. For eksempel blev behovet for antal døgnpladser i børne- og ungdomspsykiatrien nedjusteret med 100 pladser til totalt 400 i statsbudgettet for 2005. Dette skyldes blandt andet, at der i de seneste år er sket en faglig udvikling i retning mod flere ambulante og opsøgende metoder, som i mange tilfælde udgør alternativer til indlæggelse. I styringsdokumenterne for 2005 fra Helsedepartementet til de regionale helsefore-

⁹¹ Svarer til de tidligere amter i Danmark (<http://da.wikipedia.org/wiki/Fylke> d. 23.08.07).

⁹² Andersson et al. 2005:22-23.

⁹³ Legeforeningen 2004:21.

⁹⁴ Optrappingsperioden startede officielt i 1999. Fordi talmaterialet for de respektive år refererer til situationen ved slutningen af året, er ændringerne i planperioden beregnet med udgangspunkt i data fra driftsåret 1998. Derved er det i realiteten ændringer fra og med 1. januar 1999, som registreres (Pedersen 2006:53).

⁹⁵ Pedersen 2006:53.

tak⁹⁶ understreges desuden behovet for at fortsætte rekrutteringen af fagpersoner ud over målet på 400 flere behandlerårsværk, da dette anses for nødvendigt for at nå målet på en 5 % dækningsgrad inden udgangen af 2008.

Optrapningsplanens mål om, at nå 5 % af børne- og ungdomsbefolkningen inden planperioden slutter, indebærer, at omkring 54.000 børn og unge skal have et behandlingstilbud i 2008, hvilket er omkring 33.400 flere end ved planperiodens start⁹⁷.

Resultaterne indtil nu har været:

- Optrapningsplanens mål om at øge antallet af fagpersoner i poliklinisk virksomhed for børn og unge med 400 blev indfriet allerede i 2003, dvs. da perioden for optrapningsplanen var halvvejs.
- Øget produktivitet (målt som tiltag per fagårsværk) er i optrapningsplanen et virkemiddel for at øge tilgængeligheden til polikliniske tjenester for børn og unge. I de syv første år af planperioden (1999-2005) er antallet af polikliniske tiltag⁹⁸ per behandler øget med 60 %. Målet på 50 % produktivitetsøgning er altså opnået. Øgningen i produktivitet er imidlertid først og fremmest sket ved, at hver patient i gennemsnit har fået flere tiltag. Hver behandler tager dog også hånd om flere patienter end tidligere, idet der her er sket en stigning på 19 %.
- Norge er godt på vej mod at opfylde målet, idet i alt 47.280 børn og unge i Norge modtog et behandlingstilbud inden for børne- og ungdomspsykiatrien i 2006, hvilket svarer til 4,3 % af alle børn og unge i Norge⁹⁹. I forhold til 2005, hvor der blev givet tilbud om behandling til 43.426 børn og unge, er der sket en stigning på 9 %.

⁹⁶ Staten overtog ejeransvaret for de offentlige sygehuse ved sykehusreformen, som blev iværksat den 1. januar 2002 (Helse- og omsorgsdepartementet 2002:1). I den forbindelse blev der etableret fem regionale helseforetak, som har ansvaret for specialhelsetjenesten i en region. Pr. 1. juni 2007 er der fire helseforetak, idet to helseforetak er blevet slået sammen (Helse- og omsorgsdepartementet 2002a:1, http://no.wikipedia.org/wiki/Regionalt_helseforetak d. 24.08.07).

⁹⁷ Kalseth 2005:31. I 1998 modtog 20.634 børn og unge i Norge et behandlingstilbud. I 2006 var dette tal steget til 47.280, hvilket svarer til en stigning på 129 %.

⁹⁸ Polikliniske tiltag består af både direkte tiltag (terapi, samtale, udredning) og indirekte tiltag (møder, vejledning og andet indirekte arbejde) (Pedersen 2006:33).

⁹⁹ Den 1. januar 2007 havde Norge 1.096.000 registrerede bosatte børn under 18 år. Det samlede befolkningstal var 4.681.100, hvormed børn og unge udgjorde 24 % af hele befolkningen ved sidste årsskifte (Statistisk Sentralbyrås hjemmeside, august 2007).

Tabel 40 – Nøgletal

Emne	Nøgletal
Antal børn og unge i behandling	<ul style="list-style-type: none"> • 46.214 børn og unge har i 2006 modtaget poliklinisk behandling, mens 2.461 børn og unge har modtaget et dag- eller døgntilbud. • 642.000 polikliniske tiltag blev udført i 2006
Patientsammen-sætning	<ul style="list-style-type: none"> • Børn op til femårsalderen havde i 2005 en dækningsgrad på 0,7 % • Børn og unge mellem seks og 12 år havde en dækningsgrad på 4,1 % • 13-17-årige topper med en dækningsgrad på 6,4 % i 2005 • Flere drenge (57 %) end piger (43 %) modtager behandling
Kapacitet, personale	<ul style="list-style-type: none"> • I børne- og ungdomspsykiatrien opgjort i årsværk og døgnpladser for børn og unge var i 2006 på 3.507¹⁰⁰ - stigning på 63 % i forhold til 1998. Fordelingen er følgende: <ul style="list-style-type: none"> • polikliniske årsværk 1773 • årsværk ved døgn- og dagafdelinger 1671 • personer i ambulante team 63 • I 2006 var der registreret 63 årsværk ved ambulante tilbud • Døgn- og dagafdelingerne for 51 % af personaleindsatsen – selv om de kun står for behandlingen af 6 % af det samlede antal børn og unge
Kapacitet, pladser	<ul style="list-style-type: none"> • I perioden 1998-2006 har der været en 14 % stigning i antallet af døgnpladser fra 293 døgnpladser i 1998 til 335 døgnpladser i 2006 • I samme periode steg antallet af patienter i dag/døgntilbud med 60 % fra 1537 patienter i 1998 til 2461 patienter i 2006¹⁰¹ • Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er lidt over 300 døgnpladser – omtrent to tredjedele af disse pladser er fordelt på sygehusafdelinger/klinikker, mens resten er på behandlingshjem, som tilbyder længere ophold end klinikkerne
Ventetider til poliklinisk behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Under 1 måned 16,3 % • 1-3 måneder 38,4 % • 3-6 måneder 27,0 % • 6-12 måneder 17,4 % • Over 1 år 1 %

Ifølge en rapport fra 2007 er det nærliggende at antage, at børne- og ungdomspsykiatrien har prioriteret udbygningen af poliklinikkerne frem for udbygningen af døgnafdelingerne, for lettere at nå målet på

¹⁰⁰ Årsværkene fordelt på faggrupper ser ud som følger: psykiatere 138, andre læger 154, psykologer 732, socionomer 340, andet terapipersonale med højskoleuddannelse 1425, terapipersonale uden højskoleuddannelse 99, andet personale 618 (Solstad 2007:99).

¹⁰¹ Stigningen i antallet af døgnpladser kan ikke alene give en forklaring på, hvorfor der har været den store vækst i antallet af patienter i dag-/døgntilbud. Forklaringen skal ligeledes findes i en kombination af kortere og/eller højere belægningsprocent (Solstad 2007:94).

5 % dækningsgrad. I forlængelse af dette står der i rapporten, at det desuden kan se ud som om, at man har lagt vægt på øget bemanding på dag- og døgntilbuddene, siden væksten i personale har været betydelig større end væksten i døgnpladser¹⁰². I Norge satser man i disse år på at udbygge de ambulante tilbud, hvilket kan reducere behovet for institutionspladser.

Selv om behandling i døgnafdelinger gælder et lille antal børn og unge sammenlignet med den polikliniske behandling, så bruges mere end halvdelen af ressourcerne på døgnbehandling. Der foregår i disse år en omstrukturering af døgninstitutionerne i børne- og ungdomspsykiatrien ved, at tidligere behandlingshjem lægges ind under klinikker¹⁰³.

5.1.4 Økonomi

De totale driftsudgifter til psykisk helsevern i Norge er steget med 29 % i perioden 1998-2006, når der regnes med faste 2006-norske kroner. Hvor de totale driftsudgifter i 1998 beløb sig på 10,2 mia. norske kroner, så var dette tal i 2006 steget til 13,2 mia. norske kroner¹⁰⁴.

Driftsudgifterne for psykisk helsevern for børn og unge er i samme periode steget med 72 %. Hvor de totale driftsudgifter i 1998 var på 1,2 mia. norske kroner, så var dette tal i 2006 steget til 2,2 mia. norske kroner.

5.1.5 Henvisninger – antal og kvalitet

Det har ikke været muligt at finde nationale tal på, hvor mange børn og unge der henholdsvis henvises til og afvises af børne- og ungdomspsykiatrien. Det er derimod muligt at vise fordelingen af henvisere på de 43.426 børn og unge, som i 2005 havde kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien¹⁰⁵:

¹⁰² Antal årsværk ved døgn- og dagafdelinger var i 1998 på 1204, mens det i 2006 var steget til 1671 årsværk (Solstad 2007:99).

¹⁰³ Legeforeningen 2004:20-21.

¹⁰⁴ Solstad 2007:97.

¹⁰⁵ Pedersen 2006:204.

Henvisende instans	Totalt	
	Antal	Procent
Patienten selv	7	0,0
Den faste praktiserende læge samt primærlæge	21.723	60,2
Øvrige aktører fra den primære sundhedstjeneste	2.984	8,3
Specialisthelsetjeneste	176	0,5
Børnehave, skolesektor, PPR	6.158	17,1
Socialtjeneste, barnevern	3.821	10,6
Politi/fængsel/retsvæsen	3	0,0
Andre tjenester	1.178	3,3
Privatpraktiserende specialister	27	0,1
Totalt	36.077	100
Ikke angivet	7.349	
Totalt	43.426	

Som det fremgår af tabellen, er det i Norge patientens faste praktiserende læge, der står for hovedparten af henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien, idet de tegner sig for 60,2 % af alle henvisningerne. Dette svarer nogenlunde til de praktiserende lægers andel af henvisningerne i Danmark. Dernæst kommer 17 % af henvisningerne fra enten børnehaven, skolesektor eller PPR.

I Norge er retten til at henvise børn og unge til psykiatrien forbeholdt læger eller ledere af socialforvaltningen. Det er således også disse, som i rapporten står for stort set alle formelle henvisninger. Ud af 507 henvisninger, henviste den faste praktiserende læge i 52 % af tilfældene, andre læger henviste i 35 % af tilfældene, mens ledere af socialforvaltninger henviste i 11 % af tilfældene. Kun 2 % af henvisningerne blev foretaget af andre henvisere end disse.

5.1.6 Samarbejde

I rapporten "Samhandling mellem kommunale tjenester og BUP – kvalitet og indhold i henvisningen og epikrisen" fra 2006 har børne- og ungdomspsykiatrien foretaget kvalitets- og indholdsvurderinger af 510 henvisninger. Ud af disse blev 88 % accepteret, mens 8 % blev returneret grundet manglende oplysninger og kvalitet¹⁰⁶. I rapporten har man opgjort henvisningerne på henholdsvis formelle henvisere, instanser som er registreret som henvisere, og instanser som arbejder med den pågældende sag på henvisningstidspunktet.

I samme rapport vurderes henvisninger, som kommer fra den faste praktiserende læge som mindre gode, både hvad angår indhold og kvalitet, end henvisninger som kommer fra socialforvaltningerne og PPR. I mange tilfælde foretager den faste praktiserende læge en direkte henvisning til BUP uden først at diskutere patientens situation tværfagligt med andre instanser. Både personalet i børne- og ungdomspsykiatrien og i det kommunale fagmiljø giver i undersøgelsen

¹⁰⁶ Andersson og Norvoll 2006:25.

udtryk for, at henvisninger fra de faste praktiserende læger i nogle sager kan være en ren formalitet, hvor lægen ikke har set familien eller barnet før henvisningen.

Det kommunale fagmiljø mener imidlertid, at et godt samarbejde med de faste praktiserende læger kan hæve kvaliteten i henvisningerne. Der efterspørges derfor en mere aktiv deltagelse fra den faste praktiserende læge som diskussionspartner i vurderingerne. I diskussioner om den faste praktiserende læges rolle versus helsetasjones og skolelægens rolle i henvisningsprocessen kommer det frem, at de kommunale deltjenester gerne kontakter lægen på helsetasjonen eller skolelægen, fordi disse er mere tilgængelige end den faste praktiserende læge. Repræsentanter fra børne- og ungdomspsykiatrien og de faste praktiserende læger mener imidlertid, at det er vigtigt, at henvisningen går via den faste praktiserende læge for at sikre bedre opfølgning og kontinuitet i sagen. Et andet vigtigt argument for, at de faste praktiserende læger skal have henvisningsret til børne- og ungdomspsykiatrien, er, at de via medicinsk udredning kan vurdere, om årsagen til problemerne er af somatisk eller psykisk karakter. Der bliver desuden givet udtryk for, at de praktiserende lægers undersøgelse og vurdering er specielt vigtig ved spiseforstyrrelser og depression samt ved mistanke om syns- og høreproblemer eller udviklingsforstyrrelser.

Rapporten viser endvidere, at en ud af fire henvisninger mangler tre af seks efterspurgte oplysninger. Multivariate analyser viser, at der er en øget sandsynlighed for, at henvisningen indeholder de efterspurgte oplysninger, når mere end én instans er involveret i sagen på henvisningstidspunktet, og når barnet er yngre end 13 år. Desuden er sager, som er henvist fra PPR, mere udfyldte end de sager, som er henvist fra helsetasjonen eller skolelægen. Under interviewene med teams fra børne- og ungdomspsykiatrien kommer det endvidere frem, at kvaliteten i de henvisninger, som de modtager fra de kommunale instanser, er varierende udfyldt – fra godt udfyldte til stærkt mangelfulde. De mangelfulde oplysninger giver ekstraarbejde til børne- og ungdomspsykiatrien, som skal bruge tid på at indhente de nødvendige oplysninger i sagen. Herved er der risiko for, at ventetiden for igangsættelse af adækvat behandling øges.

5.1.7 **Eksempler fra Norge**

Et eksempel fra Norge er Ungdomsenheten ved Barne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (BUPA) i Drammen, der hører under Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Buskerud HF. Enheten har ansvaret for at give tilbud til alle unge og deres familier i regionen, som har brug for øjeblikkelig hjælp i forbindelse med selvmordsproblematikker, akut psykose eller alvorlig psykosomatisk lidelse. BUPA Ungdomsenheten har udviklet en model for øjeblikkelig hjælp, som er baseret på intensiv poliklinisk¹⁰⁷ og ambulant terapi som alternativ til indlæggelse.

¹⁰⁷ Erfaringerne viser, at det for mange unge faktisk er bedre med et tilrettelagt intensivt poliklinisk tilbud (Ristvedt:2).

Ambulant terapi indebærer, at behandlingen foregår hjemme hos patienten eller andre steder uden for behandlingsinstitutionen.

Barne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har lang tradition for at arbejde utraditionelt. Allerede i 1983 ansatte man psykiatriske sygeplejere, som indgik i et øjeblikkeligt hjælpeteam for børn og unge. Ungdomsenheten har været under gradvis opbygning siden 1998 og er et resultat af "Ungdomsprojektet", som startede i foråret 1996. Projektets formål var at udvide det eksisterende tilbud for at kunne tilbyde de unge og deres familier et behandlingstilbud baseret på fleksible, alternative metoder. Projektets fokus var på mestring samt de unges og deres familiers ressourcer (Ristvedt:2).

Ungdomsenheten har en øjeblikkelig hjælpevagtordning, som man kan henvende sig til hele døgnet, i alle weekender og højtider. Vagtordningen består af læge og højt kvalificeret miljøterapeut/andet behandlingspersonale. Pårørende, de unge selv, skolehelsetjenesten, læger, offentlige myndigheder (barnevern/politi) eller andre kan henvende sig direkte til Ungdomsenhetens vagttelefon (Ristvedt:3). Alle henvendelser til enheden vurderes samme dag (Ristvedt:1). Såfremt kriterierne for øjeblikkelig hjælp er til stede, vil den unge og forældrene umiddelbart få tilbud om intensiv poliklinisk behandling. Dette kan være familierapi (op til tre samtaler om ugen), individualterapi, ambulant miljøterapi eller anden forstærkning i hjemmemiljøet (der hvor den unge bor) (Ristvedt:3).

Enheden har to funktioner. Den første er at være en poliklinik, som tilbyder en intensiv behandling til unge med akutte og alvorlige psykiske problemer, hvor traditionel poliklinisk behandling ikke er tilstrækkelig. Den anden funktion er at tilbyde korte akutindlæggelser knyttet til øjeblikkelig hjælp. Enheden har (siden efteråret 2000) imidlertid blot 2 døgnpladser, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid er på otte dage. Akutpladserne er beregnet til unge med følgende problemer: 1) psykotisk/psykosetruet ungdom, 2) suicidal/selvdestruktiv ungdom og 3) alvorlig grad af spiseforstyrrelse (Ristvedt:1-2).

Vigtige målsætninger for arbejdet i Ungdomsenheten er blandt andet, at de unge og deres familier er sikret et tilbud om behandlingskontakt, så længe de selv og/eller omsorgspersonerne finder det nødvendigt. Derudover er det vigtigt, at den unges ressourcer udnyttes således, at liv sikres, sundhed gradvis genvindes og vækst og normal udvikling fremmes. Der lægges desuden vægt på fleksibilitet og tilgængelighed i behandlingstilbuddet. Endelig bør indlæggelse i døgninstitution kun ske, når undersøgelse/behandling ikke kan gennemføres fagligt forsvarligt på anden måde, og i disse tilfælde bør indlæggelsen være så kort som mulig (Ristvedt:1-2).

Når en ung person har forsøgt at begå selvmord, er Ungdomsenhetens første prioritet at få den unge til at føle sig tryk. I Ungdomsenheten gøres dette først og fremmest ved at sørge for omsorg og opfølgning fra forældre/omsorgspersoner. Den psykologiske betydning

af, at den unge ser, at de nærmeste bekymrer sig og passer på den unge, anser Ungdomsenheten for at være mere effektiv end indlæggelse på en lukket afdeling med hensyn til risiko for nye selvmordsforsøg (Ristvedt:2-3).

I de mest akutte faser tilbyder Ungdomsenheten personale, som kan bistå de pårørende, ved at Ungdomsenheten flytter sine personale-ressourcer ud, hvor de unge bor. Det kan være hjemme hos biologiske forældre, i barneverninstitutioner eller andre tiltag, som de unge er en del af (Ristvedt:3). Hensigten er at tilbyde akutpsykiatrisk hjælp, der hvor brugerne i samarbejde med behandlerne finder det mest hensigtsmæssigt. Mobilisering af de unges familier og andre ressourcepersoner i netværket samt lokale hjælpere, udgør en vigtig del af dette arbejde (Ristvedt:3). Når det af og til alligevel er nødvendigt at indlægge en ung person, så lægger Ungdomsenheten vægt på, at de pårørende får anledning til at være sammen med de unge under hele opholdet (Ristvedt:3).

Alle børn og unge får sammen med deres familier tilbud fra et tværfagligt sammensat behandlingsteam, således at der til enhver tid er flere personer, der kan sikre kontinuitet i tilbuddet. Ungdomsenheten har i den forbindelse 23 fagstillinger bestående af blandt andre læger, psykologer, kliniske pædagoger, kliniske socionomer, psykiatriske sygeplejersker, verneplejere og barnevernspædagoger. For at sikre fleksibiliteten i tilbuddet er turnuspersonalet ikke kun tilknyttet Ungdomsenhetens døgnenhed, men kan til enhver tid disponeres i de tiltag, som er mest hensigtsmæssige for brugeren (Ristvedt:3-4).

Fordi Ungdomsenheten tilbyder behandlingskontakt så længe den unge og/eller omsorgspersonerne oplever at have behov for det, så arbejder Ungdomsenheten poliklinisk over tid med omkring 150 "gamle" sager oveni de ca. 100 nye sager, som henvises hvert år (Ristvedt:4). I årene 2001-2005 har Ungdomsenheten kunnet behandle 60-70 % af patienterne, som har haft behov for øjeblikkelig hjælp ud fra en intensiv poliklinisk model i kombination med ambulante arbejde (Ristvedt:4).

5.2 Sverige

5.2.1 Udfordringer og målsætninger

Børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige har siden 1990'erne gennemgået store forandringer. De ambulante indsatser er i denne periode vokset betydeligt, men tilstrømningen af børn er samtidig også steget kraftigt. Udviklingen mod ambulante behandling vurderes til at være overvejende positiv. Dette skyldes, at udrednings- og behandlingsmetoderne er blevet bedre, og samtidig viser erfaringer, at mange tilstande behandles bedre, når barnet kan blive i sit nærmiljø, mens behandlingen står på. Samtidig er antallet af sengeafdelinger (slutenvårdspladser) mindsket kraftigt, og mange steder i landet er

der nu kun få pladser til akutte tilstande. Antallet af pladser i hele landet er faldet fra 534 pladser i 1990 til 236 pladser i 2005¹⁰⁸.

Presset på afdelingerne inden for børne- og ungdomspsykiatrien steg således i 1990'erne i hele landet, hvilket afspejles i de omfattende indsatser, som landstingene har igangsat for at kunne tilbyde børn og unge en øget tilgængelighed til adækvat udredning, pleje og behandling. Der arbejdes i den forbindelse med udtrykket "tidlige indsatser". Det varierer, hvilke målgrupper der bliver genstand for tidlige indsatser, idet det fra region til region spænder fra specifikke målgrupper til "alle børn og unge med behov for særlig støtte"¹⁰⁹.

Unge med psykiske problemer, som samtidig er ude i et misbrug, er en af de grupper, som Sverige ser ud til at have stort fokus på, idet disse unge ofte bliver nævnt i litteraturen. Arbejdet med at udvikle indholdet i plejen til unge misbrugere, der samtidig har psykiske problemer, er dog slet ikke kommet i gang i samme udstrækning som arbejdet med at øge tilgængeligheden gennem tidlige indsatser. Flere landsting er i gang med at kortlægge problemets omfang og nogle planlægger eller er gået i gang med at satse på forskellige kompetenceforstærkninger for at kunne støtte disse unge.

På nationalt plan er man pt. i gang med at foretage en kortlægning og problemanalyse af den aktuelle situation inden for børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom man er i gang med at definere termer og begreber inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Dette arbejde skal være færdigt i løbet af efteråret 2007. Samtidig er man i gang med at udarbejde forslag til mål og delmål (absolutte mål eller forbedringsmål). Resultatet af dette arbejde skal være færdigt ved årsskiftet 2007/2008, og sammen med de ovenfor nævnte tiltag skal det indgå i en rapport, som skal overgives til regeringen senest den 31. december 2007. Derudover er man i gang med et indikationsarbejde, som går ud på at skabe et fælles syn på, hvilke indsatser der skal gives ud fra den aktuelle viden på området. Dette arbejde skal være færdigt og rapporteret senest den 31. december 2008. Som det sidste skal man sammenstille, udvikle og sprede aktuel viden gennem Nationellt utvecklingscentrum (Socialstyrelsens opgave)¹¹⁰.

5.2.2 Organisering og tilrettelæggelse

I Sverige hører børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom i Danmark, organisatorisk under deres regioner, som dog betegnes län¹¹¹. Der er

¹⁰⁸ Ifølge Heléne Nellvik fra Sveriges Kommuner og Landsting var der kun 216 pladser i 2005 (Nellvik 2007:2).

¹⁰⁹ Socialstyrelsen 2005:49.

¹¹⁰ Nellvik 2007:mail af 21. juni 2007.

¹¹¹ Ligesom i Danmark følger Sverige en forvaltningsmodel på tre niveauer. Der er det nationale niveau, hvor det i Sverige er Riksdagen, som har den lovgivende magt, svarende til Folketinget i Danmark. Dernæst kommer det regionale niveau, hvor Sverige er inddelt i 21 län (regioner), som hver har et landsting (regionsråd), som tager sig af de politiske beslutninger på dette niveau. De vigtigste ansvarsområder for landstingene er hälso- och sjukvården (sundhedsvæsenet), idet den tegner sig for ca. 80 % af udgifterne. Til sidst er der det lokale niveau, hvor Sverige er inddelt i 290 kommuner, som hver har en folkvald församling (byråd) (www.regeringen.se d. 15.05.07).

21 län i Sverige, som hver har et landsting, der står for de politiske beslutninger, og som svarer til Danmarks regionsråd.

Det er vurderingen fra repræsentant for Sveriges Kommuner och Landsting, at der ikke findes klart definerede nationale kriterier for, hvad der i Sverige hører inden for børne- og ungdomspsykiatriens virksomhed. Det samme ser ud til at gøre sig gældende for andre offentlige instanser, der har med børns og unges psykiske problemer at gøre i Sverige, hvilket fører nogle problematikker med sig. Nedenstående vil de forskellige instansers opgaver, som de henholdsvis er og bør være ifølge Nationell psykiatrisamordning, blive uddybet.:

- **Børne- og ungdomspsykiatrien** skal være en specialistfunktion, der har ansvaret for specialiseret og højt specialiseret pleje. Børne- og ungdomspsykiatriens målgruppe er børn og unge op til 18 år. Grænserne er dog noget flydende i forbindelse med overførsel til voksenpsykiatrien. Således tilbyder børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien mange steder i landet en fælles indsats for unge mellem 16 og 25 år, men indsatsen er meget forskellig fra landsting til landsting¹¹². Ifølge Nationell Psykiatrisamordnings anbefalinger i deres sidste rapport fra 2006 "Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder" skal børne- og ungdomspsykiatrien koncentrere sin indsats til de mest trængende børn og familier. Den skal særligt prioritere børn og unge med risiko for at udvikle svære psykiske problemer samt unge, som lider af eller er i indledningsfasen til at udvikle psykiske sygdomme. For at kunne varetage denne funktion er der behov for, at børne- og ungdomspsykiatrien udvikles og forstærkes. Det er samtidig vigtigt, at børne- og ungdomspsykiatrien ikke også skal tage sig af den primære sundhedstjenestes opgaver, fx hvis sidstnævnte mangler ressourcer. I så fald vil der være risiko for, at børne- og ungdomspsykiatrien ikke kan opfylde sin specialistrolle. Ifølge Nationell psykiatrisamordning har børne- og ungdomspsykiatrien behov for at blive revurderet, så dens opgaver bliver at
 - lave uddybende udredninger
 - diagnosticere psykiske sygdomme og neuropsykiatriske tilstande
 - give psykiatrisk behandling, som ikke kan gives af den primære sundhedstjeneste
 - give konsultation og vejledning til de offentlige institutioner, som familierne er i tæt kontakt med i hverdagen (basverksamheter), den primære sundhedspleje og socialforvaltningen (socialtjänst).

- **Ungdomsambulatorier.** Mange steder i landet er der ligeledes etableret ungdomsambulatorier for unge i alderen 16-25

¹¹² Mange steder eksisterer der dog et fungerende samarbejde omkring specifikke målgrupper, for eksempel for unge med anoreksi/bulimi eller mistænkt neuropsykiatrisk problematik.

år. Som eksempel kan nævnes den ungdomspleje, som i 2004 blev indviet i Umeå, og som er et bredt samarbejdsprojekt mellem landstinget (børne- og ungdomspsykiatrien og almenpsykiatrien), Umeå Kommune, forsikringskassen og arbejdsnævnet i regionen. Målgruppen er her unge, som har behov for sammensatte psykosociale indsatser og/eller kortere samtalebehandlinger. Formerne for samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almenpsykiatrien er imidlertid mere eller mindre fast organiserede, og der foretages udredninger for at klarlægge forudsætninger for samarbejdet, som det er nødvendigt at udvikle yderligere¹¹³.

- **Sundhedspleje.** Herefter kommer den primære sundhedspleje (Primärvården), som er den sundhedspleje, der i Danmark hører under den primære sundhedstjeneste (första linjens vård). Den primære sundhedspleje har ansvaret for personer i alle aldre og i alle tilstande og skal dermed også i et vist omfang tage vare på børn og unge med psykiske problemer, herunder psykosomatiske problemer som hovedpine, søvnproblemer, træthed og mavepine. Disse symptomer er ofte årsagen til, at børn og unge søger primær sundhedspleje.
- **Familiecenter og primærpleje ambulatorier.** Der findes familiecentrale og primærpleje-ambulatorier (primärvårdsmottagningar), som har et stort udbud af indsatser til børn og unge med psykosociale problemer. Der er imidlertid store forskelle landet over, og der findes områder, hvor man ikke mener, at den primære sundhedspleje har ansvaret for børn og unge med psykiske problemer, og hvor børne- og ungdomspsykiatrien derfor varetager alle psykiske problemer hos børn og unge. Inden for den primære sundhedspleje er der generelt et stort behov for øgede kompetencer og flere ressourcer for på bedste vis at kunne tilgodese børnenes psykiske behov¹¹⁴.

5.2.3 Kapacitet og aktivitet

I skrivende stund er man i Sverige i gang med at undersøge forudsætningerne for at gennemføre en skærpelse af behandlingsgarantien med formålet at forbedre tilgængeligheden til psykiatrisk pleje og behandling af børn og unge. Der er derfor stort fokus på kapacitet og aktivitet.

Forslaget indebærer, at børn og unge skal kunne tilbydes kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien inden for højst 30 dage efter beslutningen om henvisning dertil. Desuden skal uddybende udredning og behandling kunne tilbydes inden for højst 30 dage efter beslutningen om udredning/behandling¹¹⁵.

¹¹³ Nellvik 2007:4, Socialstyrelsen 2005:50.

¹¹⁴ Nationell psykiatrisamordning 2006:367.

¹¹⁵ Nationell psykiatrisamordning 2006:392-393.

Den almene opfattelse inden for den sociale børne- og ungdomsomsorg er, at ventetiderne er blevet længere, og mulighederne for at få hjælp fra børne- og ungdomspsykiatrien er blevet forringet. Den "Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén" stillede i 2003 i en rundspørge spørgsmål om ventetider til samtlige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. På spørgsmålet om, hvilken ventetid afdelingen havde til første besøg i forbindelse med planlagt kontakt, svarede 25 %, at det afhang af prioritet, 14 % angav, at ventetiden var mere end en måned, 20 % angav ca. en måned, og 35 % angav to uger eller kortere ventetid¹¹⁶.

Tabel 41 – Nøgletal

Emne	Nøgletal
Antal børn og unge i behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Mellem 10-15 % af alle Sveriges børn og unge søger børnepsykiatrisk konsultation på et eller andet tidspunkt under opvæksten. • I 2006 udgjorde 78.400 besøg hos lægerne, mens 456.600 besøg foregik hos andre personalekategorier inden for børne- og ungdomspsykiatrien i offentligt regi, som fx psykologer, sociologer m.fl.¹¹⁷. Arbejdet inden for børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige varetages som et teamarbejde mellem mange forskellige faggrupper, men antal besøg er imidlertid kun opgjort for henholdsvis læger og andet personale.
Kapacitet, personale	<ul style="list-style-type: none"> • Der findes ingen tal for antallet af ansatte inden for børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige, idet disse bliver opgjort sammen med resten af den specialiserede psykiatri¹¹⁸.
Kapacitet, pladser	<ul style="list-style-type: none"> • I 2005 rådede børne- og ungdomspsykiatrien over 216 sengepladser (vårdpladser). Antallet af patienter på sengeafdelingerne (vårdtillfällen) for samme år er opgjort til 2.647.
Ventetider til behandling	<ul style="list-style-type: none"> • I den nationale ventetidsdatabase findes der totalt 119 børne- og ungdomspsykiatriske enheder, som skal rapportere. • I april 2007 rapporterede 35 % af samtlige rapporterende enheder en ventetid på højst 4 uger. 65 % af enhederne rapporterer med andre ord længere ventetider end 30 dage til besøg/bedømmelse (7 % angav en ventetid på 13 uger eller mere). • Der er også ventetid til fx visse neuropsykiatriske udredninger og til behandling; lægemiddelbehandling, KBT/kognitiv behandling m.m. Årsagen er mangel på ressourcer, lige fra mangel på læger til manglende kompetence og mangel på kapacitet
Garantier	<ul style="list-style-type: none"> • I Sverige er der behandlingsgaranti inden for både den primære og sekundære sundhedstjeneste. Som behandlingsgarantien er udformet nu, indebærer den, at kontakt med den primære sundhedspleje skal ske samme dag, som patienten søger, og såfremt lægebesøg er nødvendigt, skal ventetiden højst være på 7 dage. Personer, som har fået en henvisning til den specialiserede pleje, skal tilbydes en tid inden for 90 dage. Hvis det viser sig, at patienten har behov for behandling, skal behandlingen igangsættes inden for yderligere 90 dage.

¹¹⁶ Nationell psykiatrisamordning 2006:369.

¹¹⁷ Det betyder, at knap 15 % af besøgene inden for børne- og ungdomspsykiatrien sker hos læger. Der er imidlertid store regionale forskelle, hvorfor tallet spænder helt fra 7 % og op til 26 % (Nellvik 2007:2, Nationell psykiatrisamordning 2006:369).

¹¹⁸ Nellvik 2007:2.

5.2.4 Økonomi

I Sverige bliver børne- og ungdomspsykiatriens ressourcer og ændringerne i forbruget heraf ikke opgjort nationalt. Det tætteste man kommer på en opgørelse er via Nationell Psykiatrisamordning, som har spurgt landsting og regioner, hvor meget børne- og ungdomspsykiatrien har kostet regionerne i 2005. Alle landsting og regioner svarede, og sammenlagt kostede børne- og ungdomspsykiatrien ca. 2,1 milliarder svenske kroner¹¹⁹. Det svarer til ca. 15 % af samtlige omkostninger til psykiatriområdet i Sverige.

5.2.5 Henvisninger – antal og kvalitet

Det er vurderingen fra repræsentant for Sveriges Kommuner och Landsting, at der i Sverige ikke findes tal for, hvor mange henviste, der blev afvist af børne- og ungdomspsykiatrien i 2005/2006. De måler pt. kun, hvor mange der venter på at blive modtaget i børne- og ungdomspsykiatrien. Tallet for april 2007 viser, at totalt 504 børn har ventet mere end 90 dage på at blive modtaget, og dette tal ligger generelt på mellem 500-600 børn. Man ved ikke med sikkerhed, hvorfor de venter, men det kan handle om, at de ikke er blevet prioriteret og dermed skulle kunne betegnes som delvist afvist.

Ifølge Sveriges Kommuner og Landsting anvender visse modtagelser forskellige typer af bedømmelsesinstrumenter som C-gas, GAF, BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview), og ud fra disse sætter de rammerne for, hvilke børn og unge de henholdsvis tager imod eller afviser.

I forhold til hvem der kan henvise til børne- og ungdomspsykiatrien i Sverige, så ser dette meget forskelligt ud i landet, eftersom kriterierne ikke er defineret. Dem der henviser oftest (opgjort på erhverv) er skolen, socialforvaltningen (socialtjänsten) samt institutioner, som tager sig af børn med varige funktionsnedsættelser (barnhabiliteringen). Der kommer meget få henvisninger fra den primære sundhedspleje. Den absolut største andel opsøger børne- og ungdomspsykiatrien direkte uden henvisning (op til 80-90 % i nogle regioner).

5.2.6 Samarbejde

En rundspørge hos landets kommuner i efteråret 2004 viste, at 29,4 % af kommunerne mener, at samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og sundhedsplejen i skolerne er meget eller nogenlunde godt, mens 6,5 % mener, at samarbejdet er meget dårligt eller mangler. 28,2 % af kommunerne har svaret, at samarbejdet er hverken godt eller dårligt, mens 24,1 % slet ikke har svaret på spørgsmålet. Resultaterne giver, ifølge Socialstyrelsen, anledning til at konstatere, at såvel formerne for samarbejdet som indholdet i samarbejdet skal videreudvikles¹²⁰.

Samarbejdet mellem børne- og ungdomspsykiatrien og andre sektorer varierer meget fra i visse regioner at være veludviklet og regule-

¹¹⁹ Samtlige udgifter eksklusive lokaleomkostninger (Nationell psykiatrisamordning 2006:368).

¹²⁰ Socialstyrelsen 2005:49.

ret via aftaler, til at forekomme i meget begrænset omfang. Et eksempel på et veludviklet samarbejde er Västbus, som er et samarbejde mellem regionen Västra Götaland og 49 forskellige kommuner. Her samarbejder børne- og ungdomspsykiatrien med socialforvaltningen, skolen, elevhälsa¹²¹ m.fl.¹²².

5.2.7 Eksempler fra Sverige

I forbindelse med den kortlægning, som Sveriges Kommuner och Landsting er i gang med at gennemføre, har de spurgt regionerne og landstingene, om de kan komme med eksempler på best practice. Der er blevet peget på nedenstående pilotprojekt, som gennemføres i løbet af 2007 og 2008.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) publicerede i efteråret 2005 vidensoversigten "Normbrytande beteende i barndomen" (Andershed & Andershed, 2005). Oversat til dansk er der tale om normbrydende adfærd i barndommen, hvor normbrydende adfærd defineres som "på forskellig vis at bryde med de gældende normer og regler i det miljø, barnet befinder sig".

Vidensoversigten viser blandt andet, at normbrydende adfærd ofte debuterer allerede i løbet af de første to leveår i form af problemadfærd. Der findes i dag evidensbaserede metoder, som anvendes, og som er blevet vurderet i Sverige. Det er imidlertid sådan, at den eksisterende viden inden for området ikke er blevet omsat til god praksis overalt i landet. For at lukke gabet mellem det, der henholdsvis vides og det, der rent faktisk gøres, har Sveriges Kommuner och Landsting og IMS besluttet at starte et fælles udviklingsprojekt. I den forbindelse har de indbudt kommuner og landsting til at deltage i et pilotprojekt med henblik på at forbedre arbejdet med børn op til 12-årsalderen, som er i risiko for at udvikle en varig normbrydende adfærd. Som metode vil man forsøge at tillempe gennembrudsmetoden¹²³.

Projektets overordnede mål er:

- at mindske antallet af børn, som risikerer at udvikle en varig normbrydende adfærd
- at udvikle arbejdsmetoder og samarbejdsformer mellem førskole/

¹²¹ Elevhälsa rummer både skolelæge og initiativer fra læger, psykologer m.fl. til børn, som har brug for særlig hjælp og støtte samt specialpædagogiske indsatser (se fx www.skovde.se under elevhälsa).

¹²² Nellvik 2007:4-5.

¹²³ Gennembrudsmetodens formål er at sprede viden og praksis, hvis forbillede er "Breakthrough series" (BTS), som er udarbejdet af The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston, USA. Metoden bygger på, at der findes viden, som ikke omsættes til praksis i tilstrækkeligt stort omfang i arbejdet i hverdagen, og den prøver at lukke hullet mellem det, nogle ved, og det, de fleste gør. Gennembrudsmetoden er blevet anvendt i Sverige i ca. 10 år og har været fremgangsrig på mange områder inden for den svenske helse og sygepleje samt ældreomsorgen (Sveriges Kommuner och Landsting 2007).

- skole, socialforvaltningen og børne- og ungdomspsykiatrien, som bidrager til at indsatser tilbydes tidligere
- at undersøge om gennembrudsmetoden kan tillempes til dette område, og om den vil kunne tilpasses til lignende problemområder
 - at fremme en øget anvendelse af evidensbaserede metoder.

Ifølge indbydelsen til pilotprojektet bygger gennembrudsmetodikken især på målinger og opfølgninger af de forandringer, som gennemføres. Det er imidlertid svært at følge op og måle resultaterne af forebyggende arbejde, blandt andet på grund af tidsperspektivet. Det er ikke muligt at være sikker på, at den forandring, der gennemføres, leder til forbedring. At måle og følge op er, som det ser ud i dag, imidlertid den bedste måde til at få øget viden. For at måle resultatet af forebyggende arbejde er det nødvendigt med både kvalitative og kvantitative mål samt forskellige typer procesmål. Desuden skal målinger af før- og efter-ændringerne gennemføres på systematisk vis. Deltagerne skal i teams deltage i fire læringsseminarer for at lære af hinanden og få ideer til eget udviklingsarbejde. Første læringsseminar er i september 2007 – fjerde og sidste læringsseminar er i september 2008. Imellem hvert læringsseminar er der en arbejdsperiode. I november 2008 udkommer slutrapporten. Til projektet er der knyttet en ekspertgruppe bestående af erfarne forskere og praktikere, som skal bidrage med at sammensætte et forandringskoncept, som bygger på evidens og videnskabsbaseret praksis inden for området. Dette koncept skal bruges som et udgangspunkt for de forandringer, som de forskellige teams afprøver¹²⁴.

6. Del 4: Samarbejde og arbejdsdeling

I denne fjerde del af rapporten vil vi fokusere på: Undersøgelse og analyse af arbejdsdeling og samarbejdet mellem den primære og sekundære sektor.

For at afdække samarbejde og arbejdsdeling er der på baggrund af kvalitative interviews og registeranalysen udvalgt 5 temaer, der er afgørende for et godt samarbejde og en hensigtsmæssig arbejdsdeling. Analysen er gennemført ved at analysere en række sagsforløb, interviews og spørgeskemaspørgsmål. Temaerne afdækker alle elementer fra alle faser i forløbene og problemstillinger, der er relevante for de primære aktører i forløbene:

- *Opsporing*, hvor det afdækkes, i hvor høj grad der er fokus på opsporing, og hvilke drivkræfter der er i opsporingen.
- *Hensivning og koordination* undersøges gennem en afdækning af omfanget af aftaler, samarbejdsfora, og konsekvenser af, at aftaler ikke overholdes, og fora ikke fungerer efter hensigten.

¹²⁴ Sveriges Kommuner och Landsting 2007.

- Ved emnet *visitation i kommunen* sættes fokus på, hvilken rolle krav om diagnoser har for forløbene.
- *Ventetid i forløbet* afdækkes ved at fokusere på, hvordan ventetiden håndteres af samarbejdsparterne, og hvor lang tid der går i de forskellige faser.
- *Information i forløbet* har for det første fokus på videndeling mellem samarbejdsparterne. For det andet forældres og børns/unges oplevelse af informationsniveauet.

Tilsammen giver temaerne en karakteristik af arbejdsdelingen og samarbejdsrelationerne mellem kommuner, sygehusafdelinger og almenpraktiserende læger. Temaerne vurderes hver især ud fra, om der er¹²⁵: Klar ansvarsfordeling, få barrierer, rette kompetencer, entydig kommunikation og klarhed mht. hvad næste skridt er i forløbet, og hvordan det skal gennemføres.

Kapitlet bygger på følgende datamateriale:

- *Forløbsspecifikke sagsanalyser*, hvor 20 sager er udvalgt med henblik på at kortlægge processen fra opsporing til evt. behandling og udskrivning i konkrete sager. I forhold til sagsanalysen er der gennemført 3-4 interview omkring den enkelte sag. Fremgangsmåde ved sagsgennemgangen er beskrevet nærmere i afsnit 7.2.2 i bilag. Herunder er også beskrevet sagernes sammensætning set i forhold til gennemsnittet på landsplan. Konklusionen er, at børnene/de unge i de udvalgte sager er lidt yngre, i højere grad henvist fra PPR og oplever i højere grad indlæggelse i forløbet. En betydning for analysen er, at sagerne er lidt "tungere" end landsgennemsnittet, og derfor vil de også være mere komplicerede.
- *Caseinterview i regionerne* med henblik på at få en mere dybtgående forståelse af organiseringen og processerne i og omkring børne- og ungdomspsykiatrien, herunder samarbejdsprocesserne mellem de involverede instanser både inden for og på tværs af sektorer. Der er gennemført ca. 3-4 interviews på regionalt niveau.
- *Caseinterview i kommunerne* med samme fokus som i forhold til caseinterviewene i regionerne, hvor der er gennemført 3-4 interview på kommunalt niveau.
- *Spørgeskemaundersøgelser*, hvor resultaterne af spørgsmålene vedr. samarbejde og arbejdsdeling præsenteres.

I analyserne af sagerne har konsortiet ikke interviewet praktiserende læger, der har været direkte involveret i forløbene. Imidlertid er der gennemført interviews med 10 praktiserende læger om de samme emner, der behandles i del 4.

Strategien for analysen er *for det første* at give et generelt overblik over centrale aktørers opfattelse af status og besvarelser fra spørgeskemaundersøgelsen. *For det andet* at give et samlet overblik over

¹²⁵ Analysen af temaer er inspireret af Lean-tankegangen.

sager, der er gennemgået. Endelig udvælges sager, der illustrerer centrale problemstillinger.

6.1 Opsporing

Alle børn og unge med psykiske problemer bør blive opsporet, og efterfølgende vil der være en proces, hvor det overvejes, hvilken ydelse de skal tilbydes. Derfor er opsporing den aktivitet, som er relevant for alle de børn og unge, der er en del af målgruppen for Henvisningsprojektet. Opsporingen sker ved, at barnet/den unge/forældre eller fagpersoner oplever, at barnet/den unge kan have brug for hjælp.

Opsporingen er dermed afgrænset fra den senere henvisning og visitation, hvor det er fagprofessionelle, der vurderer det relevante forløb for barnet eller den unge. Centralt er, hvordan denne henvendelse til fx PPR eller børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger håndteres, og hvor tidligt det sker. På denne baggrund er det valgt at fokusere på følgende spørgsmål i analysen af opsporingen:

- *I hvor høj grad er fokus på opsporing?*
- *Hvilke tiltag har kommuner og regioner iværksat på området?*
- *Hvilke drivkræfter er der i opsporingen?*
- *Kan opsporingen ske tidligere?*

6.1.1 Fokus på opsporing og initiativer

Spørgeskemaundersøgelsen og de generelle interviews kan primært belyse, i hvilken grad der er fokus på opsporing, og hvilke tiltag der er iværksat. Graden af fokus på opsporingen kan indikere, om det er klart, at der er et særligt ansvar for opsporing.

I hvor høj grad er fokus på opsporing?

I spørgeskemaundersøgelsen er fokuseret på, hvordan kommunerne opsporer børn og unge, der kan have brug for hjælp. For det første er spurgt til, om der generelt er fokus på opsporingen i kommunerne. Som det fremgår af Tabel 42 nedenfor, er der blandt respondenterne bred enighed om, at der er fokus på at opspore børn og unge med psykiske problemer.

Tabel 42 – I hvilken grad er der i kommunen fokus på at opspore børn og unge, der har psykiske problemer?¹²⁶

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Ved ikke/ Ikke relevant	Antal
Total	23 %	50 %	23 %	3 %	1 %	132
Børne- og ungeforvaltning, socialforvaltning eller anden forvaltning	21 %	54 %	21 %	3 %	2 %	63
PPR	26 %	46 %	25 %	3 %	0 %	69

¹²⁶ Socialforvaltning og PPR adspurgt.

Således er det ikke færre end 73 % af de 132 respondenter, der svarer, at kommunen enten har "meget høj" eller "høj" grad af fokus på at opspore børn og unge med psykiske problemer. De kvalitative interviews bekræfter, at alle respondenterne har en klar holdning til spørgsmålet og oplever, at problemet med psykisk syge og skrøbelige børn og unge er stigende og relevant.

I denne sammenhæng er det vigtigt at gøre opmærksom på, at det ikke alene er kommunernes ansvar at opspore de relevante børn og unge. Som det er dokumenteret i kapitel 3, så kommer langt de fleste henvisninger til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger fra almenpraktiserende læger. Derfor skal almenpraktiserende læger også være opmærksomme på børn og unge, der kan have brug for psykologisk eller psykiatrisk støtte eller behandling.

For almenpraktiserende læger foregår opsporingen ved konsultationer med forældre samt børn og unge. De interviewede respondenter fra praksissektoren angiver alle, at de har stor opmærksomhed på problemstillingen – ikke mindst pga. forældrene. Herefter tages handling ved ofte at henvise til mere specialiserede tilbud.

Hvilke tiltag har kommuner og regioner iværksat på området?

Af Tabel 43 fremgår det, hvordan dette fokus på det stigende antal psykisk syge og skrøbelige børn og unge udmønter sig i konkrete tiltag. Således er kommunerne blevet spurgt, hvordan de opsporer børn og unge med psykiske problemer.

Tabel 43 – Hvordan opsporer kommunen børn og unge, der har psykiske problemer?¹²⁷

	Vi har opkvalificeret lærere	Vi har opkvalificeret pædagoger	Vi har opkvalificeret medarbejdere i kommunen (fx i regi af PPR)	Vi giver generel information til forældre	Vi har oprettet et netværk af fagfolk	Andet	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Total	58 %	59 %	82 %	16 %	47 %	17 %	3 %	132
Børne- og ungeforvaltning, socialforvaltning eller anden forvaltning	43 %	49 %	75 %	14 %	56 %	11 %	3 %	63
PPR	71 %	68 %	88 %	17 %	39 %	23 %	3 %	69

* Procenterne summer ikke nødvendigvis til 100, da det har været muligt at sætte flere kryds i spørgsmålet.

Af tabellen fremgår, at det mest udbredte initiativ er opkvalificering af personalet (lærere, pædagoger og medarbejdere i øvrige dele af kommunen), da ca. 60 % af respondenterne svarer, at de har gennemført disse initiativer. Særligt i forvaltningen er der desuden oprettet netværk af fagfolk, der har fokus på området. Derimod giver

¹²⁷ Socialforvaltning og PPR adspurgt.

omkring 16 % af respondenterne generel information til forældrene, der kan støtte opsporingen.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi ligeledes spurgt ansatte på sygehusene og i forvaltningerne i regionen, hvad man har gjort for at understøtte kommunernes arbejde med at opspore børn og unge med psykiske problemer.

Tabel 44 – Hvordan opsporer regionen børn og unge, der har psykiske problemer?¹²⁸

	Vi har opkvalificeret særlige medarbejdere i kommunen	Vi har udarbejdet informationsmateriale til kommunerne	Vi har udarbejdet retningslinjer til kommunerne for, hvordan de kan blive bedre til at identificere børn og unge med psykiske problemer	Vi giver generel information til forældre	Vi har oprettet et netværk af fagfolk	Regionen gør ikke noget særligt for at opspore børn og unge med psykiske problemer	Andet	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Ledelse på psykiatrisk sygehus	23 %	23 %	12 %	19 %	19 %	15 %	31 %	38 %	26
Forvaltningsleder på regionsniveau	40 %	40 %	60 %	60 %	60 %	0 %	80 %	0 %	5

Som det fremgår af tabellen, er det meget forskelligartet, hvad de forskellige sygehuse gør for at understøtte kommunens arbejde med at opspore børn og unge med psykiske problemer.

I forbindelse med kategorien "andet" har flere fremhævet samarbejdsaftaler og udgående teams som understøttende foranstaltninger, mens andre mener, at ventelisterne og -tiderne allerede er alt for lange.

Både på kommunalt niveau og på regionalt niveau er iværksat tiltag, der navnlig er rettet mod opkvalificering af medarbejdere. I nærværende undersøgelse har det ikke været muligt nærmere at vurdere og prioritere i form af afsatte midler til formålet eller effekten af denne opkvalificering direkte. Ud fra spørgeskemaundersøgelsen kan det dog konkluderes, at *der er fokus på problemstillingen i kommunerne, og der er iværksat tiltag.*

6.1.2 **Drivkræfter og tidligere opsporing – resultater fra sagsgennemgang**

Som det fremgår af ovenstående afsnit er skoler, daginstitutioner, PPR, kommune, egen læge og forældre de primære aktører i forbindelse med opsporing af skrøbelige og psykisk syge børn og unge.

¹²⁸ Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, voksenpsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger, psykiatrichef i region og sygehusleder adspurgt.

Med reference til udvalgte cases belyser dette afsnit, hvilke drivkræfter der er i opsporingen, samt hvorvidt det vurderes, at opsporinger burde ske tidligere i forløbene. Spørgsmålet om drivkraft er relevant for at vurdere, om det er tydeligt, hvordan forløbet er fra opsporing til evt. videre henvisning.

Nedenstående tabel viser de sager, hvor forældrene har været de primære aktører, og derudover viser tabellen, i hvor mange sager det vurderes, at opsporingen burde være sket tidligere.

Tabel 45 – Opsporing i sagerne

Sag nr.	Det vurderes, at barnet burde have været opsporet tidligere ¹²⁹	Hvem har været den primære aktør i forbindelse med opsporingen
11	-	Daginstitution
12	X Sagsbehandler	Speciallæge i et ungdomscenter
13	X	Forældre
21	-	Dagplejer
22	X BUP	Daginstitution
31	-	Talepædagog
32	-	Den unge selv
33	X	PPR
34	X	Daginstitution
41	X Vurderet af kommune og hospitalets læge	Forældre
42	-	Forældre
43	-	Forældre
44	-	Daginstitution
45	-	Skole
46	X Vurderet af BUP og forældre	Forældre
47	X Vurderet af forældre	Forældre
51	X Vurderet af hospitalets læge og forældre	Forældre
52	-	Forældre
53	X Vurderet af lærer/pædagog og forældre	Forældre
54	X Vurderet af lærer/pædagog og forældre	Forældre

¹²⁹ Ikke alle samarbejdsparter i et forløb har kunnet vurdere, hvorvidt de mener, at opsporingen burde være sket tidligere. Tabellen tager således kun udgangspunkt i de sager, hvor interviewpersonen har nævnt det i forbindelse med spørgsmålet om, hvordan forløbet kunne have været mere hensigtsmæssigt.

Hvilke drivkræfter er der i opsporingen?

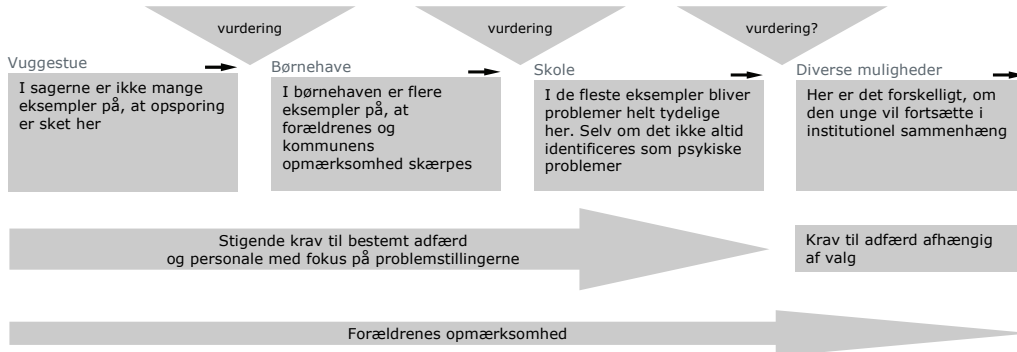
De kvalitative interviews gennemført i forbindelse med Henvisningsprojektet bekræfter, at opsporingen af psykisk syge og skrøbelige børn og unge som hovedregel bliver foretaget af personer, der er tæt på barnet eller den unge i hverdagen. Det vil sige, at de primære aktører i opsporingsfasen er forældre, venner, skolen, daginstitutioner, PPR, almenpraktiserende læge og socialforvaltningen.

Tabellen viser, at det i langt de fleste tilfælde er forældrene selv, som er den primære aktør i forbindelse med opsporingen. I 6 af sagerne er det daginstitutionen eller skolen, som har påpeget problemer, uden at forældrene selv har været opmærksomme på det. Således er det kun i et fåtal af sagerne, at det ikke er forældrene selv, som har været den primære aktør i opsporingen. Både almenpraktiserende læger og psykologer beskriver, at forældre i dag er mere bevidste om at søge hjælp hos blandt andet egen læge, hvis de registrerer en anderledes adfærd hos deres barn.

I nogle sager er forældrene først blevet opmærksomme på problemer med deres barn, efter at han/hun er begyndt i daginstitution/skole. I disse sager fortæller flere forældre, at de har konfronteret lærere eller pædagoger med problemet, men ikke føler, at der er blevet reageret. Derefter har de valgt at kontakte egen læge. Flere forældre påpeger i denne sammenhæng, at de oplever, at det ikke er tydeligt, hvordan problemstillingen håndteres af skole, daginstitution eller PPR. Ved besøg hos praktiserende læge er det imidlertid tydeligere, hvordan problemet skal håndteres, og hvilken tidshorisont der er. I interviewene med praktiserende læger bekræftes det, at det netop er en prioritering, at forældrene ved konsultation hurtigt skal henvises til anden fagperson.

På baggrund af ovenstående og interviews kan drivkræfterne i opsporingen opsummeres i Figur 13. Forældrene er gennemgående drivkræfter i opsporingen. Ressourcestærke forældre er ofte gode til at gøre opmærksom på problemstillingerne hos deres børn. Den generelle større accept af at søge hjælp ved psykisk sygdom har hjulpet på dette.

Figur 13 Drivkræfter i opsporingen



Figuren illustrerer også, at det er en vigtig faktor, at jo længere hennene i forløbet barnet/den unge kommer, des større beredskab mht. specialiseret personale. Her tænkes på PPR, og der er desuden ikke mange børne- og ungdomspsykiatere specialiseret i meget små børn. For mange forældre kommer dette til udtryk ved, at perioden omkring opsporingen er udfordrende, da *forældrene ikke føler, at der er de rette kompetencer på dette tidspunkt i forløbet*. Det kan skyldes, at de specialiserede fagpersoner først involveres sammen med kontakt til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, og at disse i højere grad har erfaring med psykisk syge børn og unge.

Endelig illustrerer figuren betydningen af overgange eller vurderingspunkter, som de er angivet i figuren. For hvert skift fra institution til institution involveres nyt personale, og der stilles i stigende grad krav til børnene, jo længere i forløbet de kommer. Det medfører, at skiftene ofte giver anledning til vurdering af børnenes problemer med fx lærer. De oplevede større krav til børnene navnlig i skolen har medført, at det bliver tydeligere, at der kan være psykiske problemer hos et barn. Det bliver fx hurtigere klart, at et barn ikke kan leve op til faglige krav i skolen. I de gennemgåede sager ses også, at opsporingen og viderehenvisningen ofte sker ved overgange fra vuggestue til børnehave eller fra børnehave til skole. Dette indikerer, at *planen for, hvad der er næste skridt i vurderingen og støtten til barnet/den unge, ikke overskrider institutions- og sektorgrænser*. Følgende er derudover de primære udfordringer for opsporingen:

1. *Et opmærksomhedspunkt er forældre, der ikke er så opsøgende/ressourcestærke* eller problemstillinger hvor der er tæt samspil mellem sociale og psykiske faktorer. Ved sidstnævnte problemstilling kan det være svært at identificere en eventuel psykisk sygdom, og her efterspørger både praktiserende læger, socialforvaltningen og PPR et tættere samspil mellem parterne mht. at dele information og vurdere sagerne.
2. Det andet opmærksomhedspunkt er *overgangen fra skole til forløbet efter skolen*. Her bortfalder ofte flere af de samme drivkræfter, som fx PPR, der gør sig gældende tidligere i forløbet. Hvis ikke de pågældende børns og unges sygdom er identificeret her, så er det vurderingen fra respondenterne, at det bliver sværere at opspore problemstillingerne.
3. Sagsgennemgangen viser imidlertid, at *institutionerne oftest skal opleve problemet, før der tages hånd om det*. Opsporingsfasen kan således forsinkes af, at problemer opdages fx i børnehaven skal vurderes i skolesammenhæng, før der kan tages handling.

I Boks 7 er eksempel fra en kommune, hvor den samlede indsats på tværs af sektorer er tænkt i kommunens politik.

Boks 7 Hillerød Kommune – Fælles børn – Fælles Ansvar

Hillerød Kommune har udarbejdet en sammenhængende politik på børne- og ungeområdet, hvor ønsket er at målrette indsatsen over for børn og unge med særlige behov og dermed skabe større sammenhæng mellem det generelle og det forebyggende arbejde i kommunen. Politikken omhandler bl.a. *sarte børn og unge* samt *risikobørn og -unge*.

Det særlige ved strategien i Hillerød Kommune er, at alle de instanser, som har med børn og unge at gøre, dvs. dagtilbuds-, skole- og klubområdet samt sundhedsplejen, er med til at udforme en plan for, hvordan de vil styrke indsatsen over for børn og unge i alle områder. I den forbindelse har kommunen valgt at have særligt fokus på 5 områder:

- Tidlig indsats
- Børn og forældre
- Familie og netværk
- Evaluering
- Store børn og unge.

Det betyder, at der på hvert af områderne formuleres en specifik politik og standard for indsatsen. Derudover opstilles indikatorer for, hvad der er succeskriteriet inden for de forskellige fokusområder, og endelig opstilles metoder for, hvordan man efterfølgende ønsker at evaluere på indsatserne. Det almene område skal derved angive eksempler for, hvordan indsatserne har et præcist forebyggende perspektiv.

Hvad angår indsatsen over for truede børn, behovsbørn, sarte børn og risikobørn, sker der også her en konkret målfastsættelse i forhold til indsatsen. Dette betyder, at der fastsættes standarder for, hvordan børnene og de unge skal håndteres samt indikatorer for, hvordan målene kan nås. Derudover formuleres strategier for den efterfølgende evaluering af indsatsen.

Burde opsporingen være sket tidligere i forløbet?

Som det fremgår af Tabel 47, vurderer en stor del af interviewpersonerne, at opsporingen i flere sager burde være sket tidligere i forløbet. Konklusionerne fra temaet kan indikere, om ressourcer med fordel kunne tilføres i opsporingsfasen.

Der er ikke altid overensstemmelse mellem, hvad forældrene vurderer og hvad PPR, BUP og andre instanser vurderer. Ud af de 11 sager, hvor det vurderes, at barnet/den unge er opsporet for sent, er det i 5 af tilfældene, forældrene som vurderer det. Som det også fremgår af ovenstående afsnit, mener forældrene, at den sene opsporing især skyldes læreres og pædagogers manglende opmærksomhed på deres børns problemer.

Derfor har forældrene i en stor del af sagerne følt sig nødsaget til at kontakte egen læge for at få hjælp til det videre forløb. Sag nr. 51 illustrerer dette eksempel. Som det ses i casen, er der forskel på, hvordan barnet opleves i hjemmet sammenlignet med, hvordan barnet opleves i daginstitutionen og skolen. Lærere og pædagoger oplever i denne case ikke den samme problematik, som forældrene gør, hvilket betyder, at der går lang tid, før den endelige opsporing sker.

Boks 8 Eksempel – sag nr. 51

Allerede fra pigen er lille, oplever forældrene hende som besværlig og krævende. Sundhedsplejersken foreslår, at de lægger pigen tidligere i seng, men mener ikke, at pigen udviser bekymrende adfærd.

Tiden i børnehaven og skolen øger forældrenes bekymring over pigen, og de forsøger at blive henvist til PPR, hvorefter det foreslås, at de retter henvendelse til en familiepsykolog.

Mens forældrene oplever, at pigen får det dårligere, mener lærere og pædagoger, at pigen klarer sig fint og er god til at underholde sig selv.

Da moderen vælger at gå til egen læge for at involvere ham i sine bekymringer, henviser han dem til BUP, hvor forældrene udtaler, at de for første gang i processen oplever at blive taget alvorligt. Pigen indlægges herefter med akut psykose og tics, og diagnosen fastsættes som Tourette.

Denne case indikerer, at der blandt pædagoger og lærere kan opstå vanskeligheder med at årsagsbestemme børnenes adfærd. Opfattelsen af, hvorvidt der reelt er tale om psykiske problemer hos barnet, eller hvorvidt der i højere grad er tale om sociale problemer i familien, kan således være vanskelig at afgøre for pædagoger og lærere. Specifikt fremhæves, at nogle diagnoser er særligt vanskelige at opdage, blandt andet autisme og ADHD. Således

påpeger en pædagog, at særligt piger med autisme kan være vanskelige at opdage, hvilket betyder, at opsporingen forsinkes.

I denne forbindelse er det vigtigt at erindre, at kommunerne har særlige forpligtelser og betingelser for opsporingen.

1. Medarbejdere skal finde den mindst indgribende foranstaltning, der kan løse barnets eller den unges problemer, og man vil prøve at løse opgaven, så tæt på problemet som muligt.
2. Psykisk sygdom er ikke entydigt at identificere, og sygdommen kan komme mere til udtryk i nogle perioder frem for andre.

Begge disse betingelser og principper understreger, at opsporing er en udfordring, men samtidig er det som beskrevet ofte vurderet af fagpersonerne i sagerne, at opsporingen burde være sket tidligere.

Et opmærksomhedspunkt ved den tidligere opsporing er derudover, at de forskellige instanser tilsyneladende ikke arbejder ud fra den samme problemopfattelse og dermed ikke *kommunikerer entydigt til forældrene*. Dermed er det ikke tydeligt, hvordan der fremadrettet vil blive taget hånd om problemet. Som det ses i casene, kan problemerne opfattes forskelligt, afhængigt af, hvem der kigger. Således ser lærere og pædagoger ikke altid det samme som de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det er forventeligt i en vis udstrækning, men det medfører også, at forældre og børn/unge oplever et "perspektivskift" ved skift fra den ene sektor til den anden. En større grad af erfaringsdeling kunne således være et nyttigt redskab for at sikre en tidligere opsporing af børn og unge med psykiske problemer.

6.2 Henvisning og koordination

Efter en opsporing af et barn eller en ung med psykiske problemer sker der typisk en henvisning til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, hvis der er behov for psykiatrisk bistand til at diagnosticere eller behandle. Alternativt kan praktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri inddrages eller speciallæger inden for psykiatri, hvis der er tale om en ung patient. I det nedenstående tages dog udgangspunkt i et henvisningsforløb, hvor der henvises til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Her er fokus på selve henvisningen og samarbejdsfora og den information, der er givet ved henvisning fra PPR, praktiserende læge eller evt. andre:

- *Findes aftaler for henvisning?*
- *Er der etableret samarbejdsfora?*
- *Konsekvenser af at henvisninger ikke lever op til aftaler?*
- *Fungerer samarbejdsfora efter hensigten?*

6.2.1 Aftaler og samarbejdsfora

I spørgeskemaundersøgelsen er fokus primært på, hvilke formelle aftaler og regler der er for at henvise til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Aftaler og samarbejdsfora kan være måder at sikre klar arbejdsdeling. På nationalt plan findes retningslinjer for, hvad der skal være en del af den gode henvisning, men spørgsmålet er, om der også i samarbejdet mellem parterne er udarbejdet retningslinjer.

Findes aftaler for henvisninger?

For det første er det relevant, om der findes retningslinjer for, hvordan og hvornår der henvises til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det er tidligere beskrevet, at netop udformningen af henvisningerne er en af årsagerne til de mange afviste henvisninger. I spørgeskemaundersøgelsen er der derfor spurgt ind til dette, og svarene er gengivet i Tabel 46.

I Tabel 46 ses, hvilke aftaler der er for henvisningerne, hvor det er muligt at sammenligne besvarelserne fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og samarbejdsparterne.

Tabel 46 – Hvilke koordinerende funktioner er der mellem kommune og sygesektor på det børne- og ungdomspsykiatriske område?

	Fælles retningslinjer/ aftaler for, hvornår der henvises til børne- /ungdomspsykiatriske afdelinger	Standardiseret henvisningsskema for henvisning til børne- og ung- domspsykiatri	Ved ikke	Antal
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	70 %	30 %	0 %	10
Børne- og ungeforvaltning, socialforvaltning eller anden forvaltning	19 %	27 %	24 %	63
PPR	28 %	25 %	17 %	69

Spørgsmålet kan *for det første* bruges til at afdække, hvilke funktioner der er oprettet. Svarene fra børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er de besvarelser, der i højest grad angiver, om der er et bestemt tiltag i samarbejdet mellem kommune og sygehus, da det ofte er de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, der er ansvarlige for tiltaget. Yderligere har alle de adspurgte afdelinger besvaret spørgsmålet. For de fleste afdelinger (70 %) er der også fælles retningslinjer om henvisninger. Derimod er det kun 30 %, der har et standardiseret henvisningsskema. I forhold til henvisningsskemaet fremgår det af interviewene, at der ofte er aftaler og tilgængelige dokumenter, der beskriver indholdet i en god henvisning. Således er informationen oftest tilgængelig for henviserne, hvis de opsøger den.

For det andet kan spørgsmålet bruges til at afdække forskelle i kendskabet til retningslinjer og skemaer. Det er også bemærkelsesværdigt, at kun 19-28 % af PPR og kommunale forvaltninger kender til aftaler om henvisning, hvor det ikke kan formodes, at det er en ret entydig kategori. I besvarelserne i de kvalitative interviews genfindes denne forskel i opfattelsen af fælles retningslinjer, hvor flere af respondenterne fra kommunal forvaltning/PPR kender praksis for fx henvisning, og at den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling plejer at indkalde bestemte parter til forvisitationsmøder, så opfattes det sjældent som en fast aftale mellem parterne.

En udfordring ved at sprede viden om retningslinjer er, at der er mange samarbejdsparter for børne- og ungdomspsykiatri-afdelingerne. Interviewene med de almenpraktiserende læger har afdækket en særlig problemstilling for dem. Den enkelte almenpraktiserende læge ser ganske få børn og unge med psykiske problemer – flere nævner, at 1-2 om året henvises fra dem, og kun ca. 2 om måneden er i målgruppen. I spørgeskemaundersøgelsen er spurgt til, hvor mange forskellige personer i PPR og socialforvaltningerne, der kan henvise (ej vist – se Tabel 68 i bilag). Ca. halvdelen svarer, at den enkelte sagsbehandler kan henvise alene eller efter aftale med faglig leder. For PPR er det tilsvarende tal 100 %, hvilket er udtryk for, at PPR har en faglig baggrund og funktion til at samarbejde med børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Derfor er det mange personer, der skal informeres om aftaler og regler.

Resultatet peger på, at *det er nødvendigt i højere grad at skabe overensstemmelse mellem samarbejdsparterne vedr. de aftaler, der er for samarbejdet.*

Er der etableret samarbejdsfora?

Viden om, hvilke samarbejdsfora og samarbejdsformer der er mellem kommune og sygehus, er også afdækket gennem spørgeskemaundersøgelsen. I tabellen nedenfor er de forskellige aktører blevet spurgt om, hvilke koordinerende funktioner der er.

Tabel 47 – Hvilke koordinerende funktioner er der mellem kommune og sygehussektor på det børne- og ungdomspsykiatriske område?

	Netværks- møder	Der er aftaler om forventninger og procedure for udskrivningsforløb "Den gode aflevering"	Åben koordinator ift. primærsektoren	Andet	Ved ikke	Antal
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	100 %	70 %	40 %	30 %	0 %	10

Igen er valgt at tage udgangspunkt i børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers besvarelser. Alle afdelinger har netværksmøder, der koordinerer samarbejdet mellem parterne i slutningen af forløbene, ofte også i starten af forløbene. Det vil ikke være i alle forløbene, at der indkaldes til møder i starten af forløbene, og der indkaldes ikke, hvis det er en ung, der kun skal gå til opfølgning hos almenpraktiserende læge. For de fleste afdelinger (70 %) er også aftaleprocedurer for udskrivning. Derimod er det kun mellem 30-40 %, der har en åben koordinationsfunktion i forhold til primærsektoren. For gruppen "andet" er svaret primært andre former for åbent hus eller faste aftaler.

I forhold til de nævnte samarbejdsfora er det værd at bemærke, at i ingen af sagerne har en almenpraktiserende læge deltaget i disse fora. Flere børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger inviterer dog almenpraktiserende læge. Interviewene med almenpraktiserende læger bekræfter, at det er meget svært at afsætte tid til disse samarbejdsfora. Almenpraktiserende læge følger således ikke barnet/den unge gennem hele forløbet, men er primært involveret ved, at de henviser til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. *Der er altså primært fora mellem kommune og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor forløbene kan koordineres, og information udveksles.*

6.2.2 Henvisning og koordination – resultater fra sags gennemgang

I sags gennemgangen er fokuseret på følgende to spørgsmål mht. hvordan disse aftaler og fora fungerer i praksis.

Konsekvenser af mangelfulde henvisninger

I Tabel 48 er de gennemgåede sager opsummeret mht., om informationen har været tilstrækkelig, og om der tidligere er sket afvisning af henvisninger¹³⁰.

Der er retningslinjer for henvisningerne, som er kortlagt i spørgeskemaundersøgelsen, og ud fra optællingen i Tabel 48 ser det umiddelbart ud til, at aftalerne følges. Der er kun 2 tilfælde, hvor respondenterne fra børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger vurderer, at informationerne i henvisningerne ikke har været tilstrækkelige. I det ene tilfælde består henvisningen af en note om "obs. DAMP". For de henvisninger, hvor der er tilstrækkelig information, dækker opgørelsen over meget forskelligartede grader af dokumentation. I flere af

¹³⁰ Som det er beskrevet i afsnit 7.2.2 er en næsten ligelig fordeling mellem PPR og egen læge, mht. hvem der har henvist sagen til afdelingen.

sagerne er henvisningerne fra navnlig PPR suppleret med psykologiske testresultater samt udtalelser fra PPR og skole, mens informationen på den anden side er begrænset i andre tilfælde.

Tabel 48 – Henvisninger

Sag nr.	Hvem har henvist barnet til BUP?	Var informationerne i henvisningerne tilstrækkelige – vurderet af BUP? ¹³¹	Er der tidligere sket en afvisning af henvisning?
11	PPR	-	Nej
12	PPR	-	Nej
13	Privatpraktiserende psykiater	Ja	Nej
21	PPR	Ja	Nej
22	PPR	Ja	Nej
31	Somatisk børneafdeling	Ja	Nej
32	Egen læge	Ja	Nej
33	Egen læge	Ja	Nej
34	Egen læge	Ja	Nej
41	Egen læge	-	Nej
42	PPR	-	Nej
43	Privatpraktiserende psykiater	Ja	Ja
44	PPR	Ja	Nej
45	PPR	Ja	Ja
46	Egen læge	Nej	Nej
47	PPR	Ja	Ikke relevant
51	Egen læge	Nej	Nej
52	Egen læge	Ja	Ja
53	Somatisk børneafdeling	Ja	Nej
54	PPR	-	Nej

I kun tre tilfælde er der tidligere blevet afvist en henvisning, hvor årsagen imidlertid ikke var mangelfuld henvisning. I sagerne har henvisningernes kvalitet derfor ikke haft alvorlige konsekvenser for forløbet. Denne konklusion bekræftes af de generelle interviews, hvor der ofte er en holdning om, at en dårlig henvisning ikke skal medvirke til, at barnet eller den unge ikke modtager den relevante hjælp. Der er dog væsentlige ulemper ved mangelfulde henvisninger. De primære ulemper ved mangelfulde henvisninger, der er fremhævet af respondenter, er:

- Det er oftere nødvendigt at indsamle yderligere information fra henviserne, hvilket er tidskrævende.
- Det kan være nødvendigt at henvise barnet eller den unge til test, inden henvisningen kan behandles, der kan fx gennemføres intelligenstag.
- Det kan være nødvendigt at afvise henvisninger i første omgang, hvis oplysningerne er mangelfulde.

Når ulemperne ikke bliver så udtalte, hænger det dels sammen med holdningen på afdelingerne om at lade tvivlen komme barnet/den

¹³¹ Det er ikke i alle sager respondenterne har kunnet vurdere dette.

unge til gode, dels det sikkerhedsnet der er i form af forvisitationsmøder. På nogle afdelinger indkaldes til forvisationsmøde ca. 1-2 måneder efter henvisning til afdelingen. Her lægges plan for forløbet, og sagen vurderes i tæt samarbejde med fx forældrene og evt. kommunale parter, der beskrives nedenfor. Denne praksis og holdningen hos de fleste børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger medfører, at *konsekvensen af at sende en mangelfuld henvisning er begrænset, og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling får tildelt en omfattende arbejdsopgave*. Almenpraktiserende læger er spurgt om baggrunden for de mangelfulde henvisninger. Primært er det tilbagemeldingen, at når de ser så få patienter, som det er tilfældet, så vil de af faglige hensyn ikke gå ind i en dybere vurdering af sagerne og dermed udfylde henvisninger komplet.

Boks 9 Københavns Kommune – Udredningsgrupper og møder

Udredningsgrupper

To gange om året afholder BUP, PPR og Skolepsykiatrisk Center udredningsmøder, som forløber over 14 dage. Formålet med disse udredningsgrupper er at kunne undgå indlæggelserne og nedsætte ventetiden. Udredningsgrupperne betyder, at forløbet går hurtigere og ikke er nær så indgribende, som når sagen skal gennem en afdeling.

På udredningsmøderne kan man beslutte ikke at henvise, men hvis man vælger at henvise, er det muligt at sende en mere uddybende henvisning med neuropsykologisk test, hvilket effektiviserer processen.

Møder mellem psykiatere

Et andet tiltag på børne- og ungdomspsykiatriområdet er, at psykiatere et par gange om året mødes i et forum på Bispebjerg Hospital, hvor gennemgående temaer, der har været problematiske, diskuteres.

Formålet med møderne er at lave forslag til fremtidige samarbejdsaftaler med psykiatrien samt at dele erfaringer, der kan lette det videre samarbejde mellem de forskellige instanser.

Fungerer samarbejdsfora efter hensigten?

I Tabel 49 er gengivet de forskellige samarbejdsfora, det er valgt at fokusere på i denne sammenhæng. Det drejer sig om forvisitationsmøder i starten af forløb og endelig udskrivningskonferencer¹³². Endelig er en række andre fora, hvor kommunale parter og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har dialog om sagerne. Kriteriet for, om disse fora fungerer tilfredsstillende, er her valgt at være, at 1) sagen bliver tilstrækkeligt oplyst og dermed, 2) at ansvarsfordeling ved mødet er klar.

¹³² Det skal bemærkes, at de forskellige fora kan have forskellige betegnelser – fx netværksmøder.

Tabel 49 – Benyttede samarbejdsfora

Sag nr.	Hvilke samarbejdsfora er taget i brug		
	Andet	Forvisitation	Udskrivningskonference
11	-	Ikke afklaret	X
12	-	Ikke relevant	X
13	X – institutionsbesøg	X	X
21	X – tlf. møder og møder på skole	X	X
22	X – tlf. møder og møder på skole	X	X
31	X – tlf. møder	X	X
32	X – tlf. møder	X	X
33	-	X	X
34	-	-	X
41	X – telefonisk kontakt	Forsøg på møde ¹³³	-
42	-	X	X
43	-	-	X
44	-	X	X
45	-	X	Ikke planlagt endnu
46	-	Ikke interesse for det blandt kommunale parter	Ikke interesse for det blandt kommunale parter
47	-	X	X
51	-	Ikke relevant	X
52	X – hjemmebesøg	X	X
53	-	Ikke relevant	X
54	X	X	X

1. Oplysning af sagen. Helt generelt har der været udskrivningskonferencer for langt hovedparten af sagsforløbene og forvisitationsmøder for flere af de andre forløb. Deltagerne i møderne er – udover børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling – typisk forældre, PPR og evt. skole og sagsbehandler fra socialforvaltningen. Særligt ved udskrivningsmøder deltager repræsentanter fra alle samarbejdsparter. Det er indtrykket fra de generelle interviews, at dette afspejler de fleste sager inden for børne- og ungdomspsykiatrien – møderne prioriteres højt af afdelingerne. For at sagen bliver tilstrækkeligt belyst, så kræves det, at de relevante parter er med til møderne. Fra sagsgennemgangen, interviews med PPR og kommunens forvaltninger er det indtrykket, at møderne i starten og i slutningen af forløbet på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er gode fora at udveksle information og få en fælles forståelse af, hvordan forløbet skal være fremefter. Det fremgår af sagerne, at *sagerne bliver meget grundigt belyst med bidrag fra flere parter*. Fra interviewene med børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling fremgår det, at de tests og det materiale, der kommer fra PPR i høj grad letter visitationsprocessen, og

¹³³ Sag nr. 41 er et eksempel på dette, hvor BUP indkalder til et forvisitationsmøde med 14 dages varsel, hvilket PPR ikke kunne efterleve. Det er dog ikke en generel problemstilling for PPR at deltage i møderne, og møderne prioriteres af PPR.

den efterfølgende diagnosticering. Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling tager evt. også ud på institutionsbesøg, hvis det er relevant.

I forhold til oplysning af sagerne peger sagsgennemgangen og interviews på, at den eneste udfordring mht. til deltagerne i møderne har været, at socialforvaltninger ofte kommer sent ind i sagsforløbene, og derfor ofte ikke er med til forvisitationsmøder. Socialforvaltningerne er adspurgte om, hvorfor det er tilfældet, og her refereres til, at det er ressourcekrævende at deltage i møderne – selv om det ville være det ideelle. *Det er vanskeligt rettidigt at sikre, at der er klarhed om næste skridt i forløbet, når socialforvaltningen sent er med i forløbet.*

2. Ansvarsfordeling. Det andet kriterium, der er undersøgt for samarbejdet, er, om ansvarsfordelingen er klar som et resultat af møderne. Ansvarsfordelingen er særlig relevant for udskrivningskonferencen, hvor barnets eller den unges forløb efter udskrivning skal koordineres. Fra sagsgennemgangen fremgår det, at socialforvaltningen er repræsenteret i langt de fleste sager, hvor det er relevant – ud over PPR, skole og evt. repræsentanter fra dagtilbud. Af Tabel 49 fremgår også, at i alle sagerne har udskrivningskonferencer været afholdt, hvilket kan ses som udtryk for den prioritering, der er af møderne. Der er heller ikke eksempler på, at børn eller unge er "faldet mellem to stole". Der er flere grunde til dette:

- Sagsbehandlere på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling fastholder ofte kontakt til børn/unge i afsluttede forløb, hvilket medfører, at familien stadig har holdepunkt i afdelingen.
- Arbejdsdelingen er klar mellem de kommunale parter og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. I sagerne eller i interviewene er ingen indikation af uklarhed om, hvem der skal tilbyde foranstaltninger efter et forløb på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.
- Forældrene er ofte aktive parter mht. at opsøge hjælp og sikre sammenhæng i sagerne.

Forældrenes oplevelse af situationen er dog ikke entydigt positiv. Efter at have været i et meget struktureret og – relativt set – kortvarigt sygehusforløb, overdrages ansvar til forældrene, kommunens sagsbehandlere og PPR.

Sag nr. 53 er et eksempel på denne problematik, hvor et barn efter et meget langt opsporings- og udredningsforløb henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Her iværksættes behandling, og efter et halvt år udskrives barnet. Ved udskrivningsmødet er der deltagere fra 5 forskellige institutioner, der alle er relevante for den fremtidige indsats til barnet. Ved udgangen af mødet er det dog uklart for forældrene, hvem der skal koordinere forløbet og sikre fremdrift. Ud fra sagsforløbene er der dog som beskrevet oftest mekanismer, der sikrer en sammenhæng. *Udfordringen synes derfor primært at være, at det skal være tydeligt for forældre og samar-*

bejdsparter, hvordan forløbet vil være fremefter, og hvilke ansvarlige myndigheder der vil være involveret.

6.3 **Visitation i kommunen**

Der foregår løbende en visitation af ydelser i et længerevarende forløb, men her er valgt at fokusere på to perioder i et forløb.

For det første forløbet inden en evt. henvisning til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor det særligt er PPR, kommunale sagsbehandlere og praktiserende læge, der skal finde det rette tilbud til det pågældende barn eller unge. Det kan være tilbud om støttende foranstaltninger i hjemmet og/eller støttende foranstaltninger til barnet i skolen/daginstitutionen/fritidshjem.

For det andet inddrages perioden efter et forløb på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Her drejer visitationsprocessen sig primært om, at PPR og kommunens socialrådgivere visiterer til de relevante tilbud. Disse tilbud kan være de støttende tilbud nævnt tidligere, men kan også være mere omfattende, som fx visitation til dag- og døgntilbud. Derudover er det relevant at undersøge visitationsprocessen på sygehusafdelingerne, men dette behandles i afsnit 6.1 om henvisninger pga. af den tætte sammenhæng med henvisningsproblematikken.

I visitationen er valgt at fokusere på ét centralt element i den kommunale visitation – *hvilken rolle diagnoser har for den kommunale visitationsproces*. Da det har været en fremtrædende hypotese blandt respondenter i foranalysen, er fokusområdet at kravet om diagnoser for at få adgang til foranstaltninger kan være unødvendigt og fremmer antallet af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Kravet om diagnose kan således være en vigtig barriere for effektive forløb. Afsnittet vil inddrage tre undersøgelsesspørgsmål:

- *Stilles generelt krav om diagnose for at iværksætte kommunale foranstaltninger?*
- *Hvordan påvirker det den kommunale indsats i ventetiden?*
- *Hvorfor er der krav om diagnoser for at få adgang til kommunale foranstaltninger?*
- *Bliver diagnoser fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling brugt i den kommunale sagsbehandling?*

6.3.1 **Baggrund for og betydningen af krav om diagnose**

Stilles krav om diagnose?

I spørgeskemaundersøgelsen har vi forsøgt at afdække dette forhold, og respondenternes svar er gengivet i Tabel 50. Respondenterne er spurgt, om der kræves diagnose, før der kan henvises til dagbehandlings- og døgntilbud.

Tabel 50 – Er der krav om diagnose, før der kan henvises til dagbehandlings- og døgntilbud (herunder specielle skoleplaceringer) for børn og unge med psykiske problemer?¹³⁴

I alle tilfælde	4 %
I hovedparten af tilfældene	19 %
I nogle tilfælde	41 %
I få tilfælde	16 %
Aldrig	19 %
Ved ikke/Ikke relevant	1 %
Antal	69

Som det fremgår af tabellen, er det relativt få, der angiver, at der er et krav om diagnose i alle tilfælde. Det drejer sig om i alt 4 %. Der kan dog konstateres en tendens til, at diagnosen er vigtig. 19 % af respondenterne angiver således, at der i hovedparten af tilfældene er et krav om diagnose, og 41 % angiver i nogle tilfælde, mens det kun er 35 % af respondenterne, som angiver, at en diagnose i få tilfælde eller aldrig er relevant. I vurderingen af spørgsmålet skal inddrages, at formuleringen opstiller forholdsvis høje krav for at svare "alle tilfælde" eller "i hovedparten af tilfældene", da der spørges om *krav* og ikke bare "det anbefales" eller "det er hensigtsmæssigt". *Visitation til dag- og døgntilbud kræver derfor ofte en diagnose.*

Hvordan påvirker det den kommunale indsats i ventetiden?

I tiden fra henvisning til diagnostik og evt. behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling kan der være op til 1½ års ventetid. Derfor er der i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt til, hvor ofte det er tilfældet, at der iværksættes en indsats før diagnosen er stillet.

Tabel 51 – Iværksætter du/I en indsats, mens det pågældende barn eller den unge venter på udredning på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling?¹³⁵

	PPR	Børne- og ungeforvaltning, socialforvaltning eller anden forvaltning
I alle tilfælde	26 %	19 %
I hovedparten af tilfældene	51 %	59 %
I nogle tilfælde	19 %	19 %
I få tilfælde	3 %	0 %
Aldrig	0 %	0 %
Ved ikke/Ikke relevant	1 %	3 %
Antal	69	63

I langt de fleste tilfælde iværksættes en anden indsats i de tilfælde, hvor der er ventetid til børne- og ungdomspsykiatrien. Både fra PPR og kommunens forvaltning. Fra de kvalitative interview fremgår det, at den indsats, der iværksættes, er kendetegnet ved følgende:

¹³⁴ PPR.

¹³⁵ PPR og kommunal forvaltningen adspurgt.

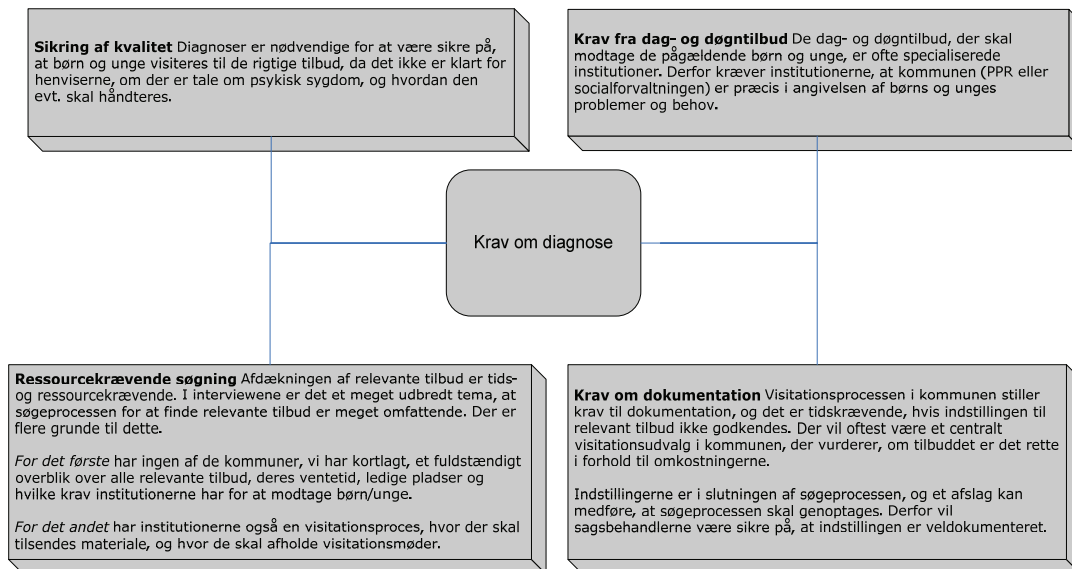
- Indsatsen er ofte iværksat før henvisningen til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, da der er tale om børn og unge, der i forvejen har haft brug for støtte.
- Spørgsmålet i Tabel 53 omhandler dag- og døgntilbud, men der er andre foranstaltninger som fx støtteperson i skolen eller familiestøtteperson. For disse foranstaltninger er det forventningen fra interviewene, at væsentligt færre ville kræve diagnosen, og derfor iværksættes denne type foranstaltninger i ventetiden. Sags gennemgangen har bekræftet dette.
- Det prøves så vidt muligt at undgå vidtrækkende indsatser inden børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er kommet med den endelige vurdering. I interviewene bliver det fremhævet, at 1) man kan risikere at vælge en forkert indsats og dermed skulle tilbyde en ny indsats, og 2) det er i sig selv en tidskrævende proces (ofte et ½-1 år) at undersøge muligheder for indsats og få bevilling til det, og inden det var gennemført, kunne barnet eller den unge være startet undersøgelsesforløbet på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Selv om der er gode grunde til ikke at iværksætte en ydelse i ventetiden, så er det værd at bemærke, at *PPR og socialforvaltningen sjældent er opsøgende mht. at få foreløbige tilbagemeldinger fra børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger for dermed at starte en søgeproces eller igangsætte midlertidige tilbud*. Afslutningen på forløbet på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er således ofte startskud til søgning efter tilbud.

Hvorfor er der krav om diagnoser for at få adgang til kommunale foranstaltninger?

Kravet om en diagnose skal ses i den sammenhæng, at det ikke er et formelt krav i lovgivningen, at der skal stilles diagnose, før der kan henvises til et tilbud. Derfor er spørgsmålet inddraget i de generelle interviews med sagsbehandlere. I Figur 14 er fremhævet de vigtigste årsager til krav om diagnose.

Figur 14 Årsager til krav om diagnose



Der er gode grunde til de fire betingelser beskrevet i Figur 14: Sikring af kvalitet, Krav fra dag- og døgntilbud, Ressourcekrævende søgning samt Krav om dokumentation. For det første at det særligt tilstræbes, at barnet eller den unge første gang får det rigtige tilbud, og for det andet at der skal være en hensigtsmæssig prioritering af midlerne og de begrænsede pladser på institutionerne. Selv om der er gode grunde til at kræve diagnose, så er det stadig en *barriere for at gennemføre forløb på kort tid*. I de undersøgte kommuner har man på flere måder søgt at afhjælpe de ovenstående problemstillinger fx:

- Der er oprettet en central enhed med psykologer, der skal rådgive sagsbehandlere om valg af tilbud i Københavns Kommune.
- I Roskilde Kommune er indført et krav om, at sagsbehandlere skal indstille to relevante tilbud til visitationsudvalget, således at det ikke er alt eller intet ved afgørelse om relevant tilbud. I kommunen er også en elektronisk oversigt over pladser på kommunens egne institutioner, som kan bruges i sagsbehandlernes søgeproces.

6.3.2 Brug af diagnoser – resultater fra sagsgennemgang

Det sidste spørgsmål til afklaring i afsnittet om den kommunale visitation er, hvorvidt og hvordan diagnoserne og anbefalingerne bliver brugt i den kommunale sagsbehandling. I sagsgennemgangen er fokuseret på dette spørgsmål. I Tabel 52 er sagerne opsummeret vedr. brug af diagnose, om kommunen har krævet diagnose for at iværksætte foranstaltninger, om anbefalingerne fra børne- og ungdoms-

psykiatriske afdelinger har været anvendelige for kommunen, og om det er vurderet, at kommunen kunne have afhjulpet problemet.

Indledningsvis kan det konstateres, at i 6 ud af de 20 sager har det været en faktor, at kommunen har krævet diagnose for at iværksætte foranstaltninger. Dette er allerede konstateret i ovenstående afsnit, men data er inddraget her, da det hænger sammen med næste spørgsmål om, hvorvidt anbefalingerne har været anvendelige for kommunen. I sagerne har der klart været en vurdering af, at *børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers anbefalinger har været anvendelige*. Dette er interessant, da det viser, at der er sammenhæng mellem, at kommunen henviser til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, og at de har et behov for vurdering fra en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Tabel 52 – Brug af diagnoser og anbefalinger

Sag nr.	Har kommunen krævet diagnose for at iværksætte foranstaltninger?	Er det vurderet af kommunen, at BUP's anbefalinger har været anvendelige for kommunen?	Er det BUP's vurdering, at kommunen kunne have afhjulpet problemet?
11	Nej	Ja	Nej
12	Ja	Ja	Nej
13	Nej	Ja	Nej
21	Nej	Ikke relevant	Nej
22	Nej	Delvist	Nej
31	Nej	Ja	Nej
32	Nej	Ja	Nej
33	Nej	Delvist	Nej
34	Nej	-	Ja
41	Nej	Nej	Delvist
42	Nej	Ja	Nej
43	Ja	Ja	Nej
44	Nej	-	Nej
45	Nej	Delvist	Nej
46	Ja	Ja	Nej
47	Nej	Ja	Nej
51	Nej	-	Nej
52	Ja	Ja	Nej
53	Ja	Ja	Nej
54	Ja	Nej	Nej

I Boks 10 er denne effekt illustreret ved, at sagen får en ny drejning, og drengen fra sagsbeskrivelsen får et meget omfattende tilbud, der kan støtte ham fremover. Pointen er ikke her, at kommunen skulle have gjort noget tidligere, men hvor vigtigt det er for hovedparten af forløbene, at en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling vurderer barnet eller den unge.

Dette understreges af, at det kun i én sag er vurderet, at kommunen kunne have afhjulpet problemet. For de øvrige sager er det kendetegnende, at det af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling vurderes, at kommunen ikke kunne have afhjulpet problemet.

I interviewene blev der også spurgt ind til, om henvisningen til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling var en måde at udskyde beslutningen om, hvilket tilbud barnet eller

den unge skulle have. Der var generelt ikke nogen opfattelse af, at dette skulle være tilfældet – hverken på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger eller hos PPR og kommunale forvaltninger. Tværtimod gjorde flere opmærksom på, at det er ressourcekrævende at henvise til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, da det medfører, at der skal udarbejdes udtalelser og deltages i flere møder under et forløb. Derfor vil det ikke generelt være ressourcebesparende at henvise til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Samlet set er det vurderingen, at *resultatet af børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers vurdering er afgørende for det forløb, der efterfølgende er for barnet eller den unge.*

Der kan imidlertid peges på to udviklingsområder:

1. *Forventningsafstemning*

Udfordringen i samarbejdet for kommunen er, hvis sygehusafdelingen kommer med meget specifikke anbefalinger i udskrivningsprocessen eller i forløbet på sygehuset. Dermed skabes forventninger hos forældre om, at bestemte tilbud kan leveres af kommunen. Fra sagerne er det erfaringen, at problemstillingen ikke er så udtalt i det skriftlige materiale, der sendes til kommunen og forældrene fra en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Derimod er det i samtalerne med forældrene undervejs i forløbet, hvor der kan skabes forventninger om bestemte tilbud.

2. *Tidligere inddragelse af afdelingernes resultater*

I de gennemgåede sager inddrages viden fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling forholdsvis sent i forløbene. I alle sagerne har PPR og sagsbehandlere lagt vægt på, at sagsbehandlingsprocessen starter, når børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger skriftligt sender udskrivningspapirerne med en eventuel diagnose. Som det er nævnt tidligere, så kan søgeprocessen efter rette foranstaltninger være ret omfattende og tidskrævende. I interviewene og gennemgangen af sagerne er det kendetegnende, at afdelingerne tidligt får mistanke om en

Boks 10 Eksempel - sag nr. 54

Et eksempel på betydningen af diagnoser er en 10-årig dreng, der i dag er diagnosticeret med opmærksomhedsforstyrrelse. Hans forløb starter, da moren i børnehaven gør opmærksom på, at der kan være problemer med hendes søn. Det giver anledning til, at der iværksættes familiesamtaler.

Skolestarten er ikke vellykket og derfor tilknyttes en psykolog fra PPR, hvor der gennemføres samtaler. Dette hjælper ikke, og drengen må tages ud af skolen, før han indlægges på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Efterfølgende er drengen kommet i et intensivt dagbehandlingstilbud.

gruppe af diagnoser, der er relevante for det pågældende barn eller unge. Imidlertid indledes søgeprocessen efter foranstaltninger først rigtigt ved endelige skriftlige diagnoser.

6.4 Ventetid i forløbet

I analysen af forløbene er det prioriteret at registrere ventetiden i sagsgennemgangen og spørge til ventetiden i spørgeskemaundersøgelsen, fordi ventetiden kan være udtryk for, at der er behov for at udvikle arbejdsdelingen. I sagsanalysen fokuseres på den ventetid, der er i forløbene, som er registreret i den generelle ventetidsstatistik. Dette er ikke nødvendigvis ventetid i traditionel forstand, men for forældre og børn/unge er det tid, hvor de ikke modtager den relevante ydelse. I analysen af ventetiden er inddraget følgende:

- *Hvordan håndteres ventetiden?*
- *Hvor længe er ventetiden i de forskellige faser i forløbet?*

6.4.1 Håndtering af ventetid

Ventetiden til de forskellige ydelser i forløbet – diagnostik, behandling og støtte – er afdækket kvantitativt i Kapitel 3. For de interviewede respondenter var der ingen tvivl om, at det er en væsentlig udfordring, at der er ventetid i forløbet, og at problemet er blevet større over de seneste år. Idealet for respondenter er, hvis ventetiden til ydelserne er kort, men det fremhæves også, at det er vigtigt, at der er kort ventetid igennem hele forløbet. I navnlig spørgeskemaundersøgelsen og i de kvalitative interviews er spurgt til, hvordan ventetiden håndteres af kommuner og sygehuse.

Primærsektor

En vigtig måde at håndtere ventetiden er ved at prioritere de forskellige sager. I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen er der netop spurgt til, hvordan børn og unge prioriteres, når der er ventetid til ydelserne. PPR og dag- og døgntilbud er blevet spurgt om, hvordan de prioriterer i sagerne for at forkorte eller undgå ventetid. I Tabel 53 er gengivet, hvordan man prioriterer de forskellige sager.

Tabel 53 – Prioriterer I mellem de forskellige sager for at forkorte eller undgå ventetid?¹³⁶

	PPR	Dag- og døgntilbud for unge og børn
Ja, vi tager først de sager, som er akutte sager	88 %	29 %
Ja, vi tager først de sager, som kan behandles hurtigt	22 %	4 %
Ja, vi tager altid de sager, hvor vi ved, at der er ledige pladser til et tilbud	10 %	12 %
Andet, hvad:	22 %	22 %
Nej, alle sager behandles ens	4 %	18 %
Ved ikke	3 %	32 %
Antal	68	174

¹³⁶ PPR og daginstitutioner.

Ud fra besvarelserne i Tabel 53 fremgår det, at PPR i høj grad prioriterer de akutte sager først, da 88 % af de 68 respondenter svarer dette. For dag- og døgntilbuddene er dette i mindre grad tilfældet, men der skal lægges mærke til, at en stor andel svarer "ikke relevant/ved ikke" eller "andet".

En stor gruppe svarer "andet" på spørgsmålet og har angivet, at prioriteringen er afhængig af:

- Børnenes alder
- Hvorvidt barnet har en diagnose
- Hvilken diagnose barnet/den unge har
- Der er central visitation, så det er ikke relevant
- Efter hvem man bedst kan hjælpe
- Der er ingen ventetid, der er ingen prioritering
- Institutionen er en akutinstitution.

Fra de kvalitative interviews med PPR kan billedet af prioriteringen nuanceres. Det fremføres af flere respondenter fra PPR, at udfordringen ikke kun er at prioritere i sagerne, men også at afslutte sagsforløbene og tilbyde en fagligt set relevant ydelse efter evt. forløb på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Sekundærsektoren

De børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger er ikke spurgt til deres prioritering i ventetiden. Derimod er brugt BupBasen til at vurdere, om det er de mest akutte patienter, der først får en tid. Som en del af kvalitetsudviklingsarbejdet arbejder BupBasen med HoNOSCA, der er en score for tyngden eller sværhedsgraden af symptomerne hos de henviste børn og unge – se Boks 11 for en nærmere beskrivelse.

Konsortiet har bedt BupBasens medarbejdere om at se på korrelationen mellem ventetiden og HoNOSCA. Konklusionen er, at der er en *højsignifikant negativ korrelation mellem ventetid og tyngde målt ved HoNOSCA-score ved start på undersøgelse*. Som det var tilfældet for PPR, så indikerer denne analyse altså, at det er de børn og unge med høj sværhedsgrad af symptomer, der også venter kortest tid, som også er målsætningen. Det har heller ikke været et tema i forbindelse med de kvalitative interviews, at respondenterne opfatter selve prioriteringen i ventetiden som en fremtrædende problemstilling.

Boks 11 Hvad er HoNOSCA?

De forløb, der registreres i BupBasen, får tildelt en score, der har forkortelsen HoNOSCA. HoNOSCA står for "Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents" og er en børne- og ungeversion af "Health of the Nation Outcome Scale", som stammer fra Storbritannien. Scoren sammensættes ved, at 13 problem-/symptomområder rates på en skala fra 0-4, hvor 4 er højt:

- Adfærd (4 elementer)
- Funktion (2 elementer)
- Symptom (3 elementer)
- Relation (4 elementer)

Den totale score fra 0-52 repræsenterer sværhedsgraden af symptomer som helhed. Indholdet er symptom- og problembaseret, ikke diagnosebaseret. Fordele ved HoNOSCA er ifølge BupBasens vurdering, at den er:

- Kort, simpel, acceptabel, nyttig
- Dækker kliniske og sociale problemstillinger
- Sensitiv for forandring over tid
- Reliabel (interrater)
- Kendt relation til anerkendte skalaer (validitet).

Samlet om håndteringen af ventetiden kan det siges, at *hovedproblestillingen ikke synes at være selve prioriteringen – hverken i primær- eller sekundærsektor.*

6.4.2 Tid i sagernes faser – resultater fra sagsgennemgang

Data fra sagsgennemgangen vil blive brugt til at tegne et generelt billede af tidsperioder i de forskellige sager:

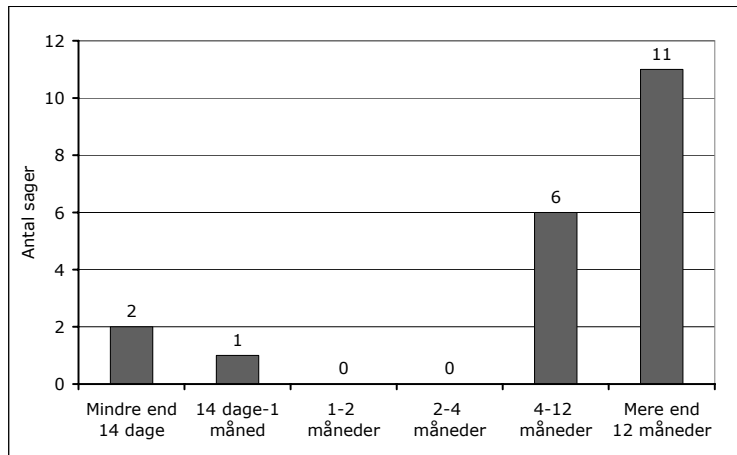
- Tiden fra opsporing til henvisning
- Tid fra henvisning til første samtale hos BUP
- Tiden fra behandlingens afslutning indtil der er iværksat foranstaltninger for efterforløbet.

For hver fase i forløbet gives et overblik over, hvordan tiden fordeler sig på de gennemgåede sager, ved at tiden i sagerne opdeles i seks forskellige ventetidslængder – mindre end 14 dage; 14 dage-1 måned; 1 måned-2 måneder; 2-4 måneder; 4-12 måneder og mere end 12 måneder – på tværs af faserne.

Tid fra opsporing til henvisning

Som det fremgår af Figur 15 er opsporingsfasen ofte lang. Hvad angår tiden fra opsporing til henvisning viser sagsgennemgangen, at der oftest er tale om ventetider, som overskrider et halvt år. I sagerne er eksempler på, at der er gået flere år fra første henvendelse til PPR, til der henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at barnet/den unge skulle være henvist tidligere til børne- og ungdomspsykiatrien, da der som nævnt i afsnittet om opsporing er en række årsager til, at dette ikke sker tidligere.

Figur 15 Tid i opsporingsfase



Der er i høj grad forskel på, hvordan tiden fra opsporingen til henvisningen opleves af forældre. Forskellene er forårsaget af, at det er forskelligt, hvor aktive forældrene – og i enkelte tilfælde den unge selv – er i forhold til at opsøge behandling. Hvis man opsøger hjælp sent i forløbet, opleves ventetiden heller ikke på samme måde lang. Nogle forældre opsøger fx egen læge tidligt i forløbet, så snart de fornemmer, at der er noget galt med deres barn, men bliver afvist på dette tidlige tidspunkt. I modsætning hertil bliver andre forældre først sent opmærksomme på problemet, hvis fx skole eller andre instanser fra primærsektoren henvender sig og gør opmærksom på et potentielt problem.

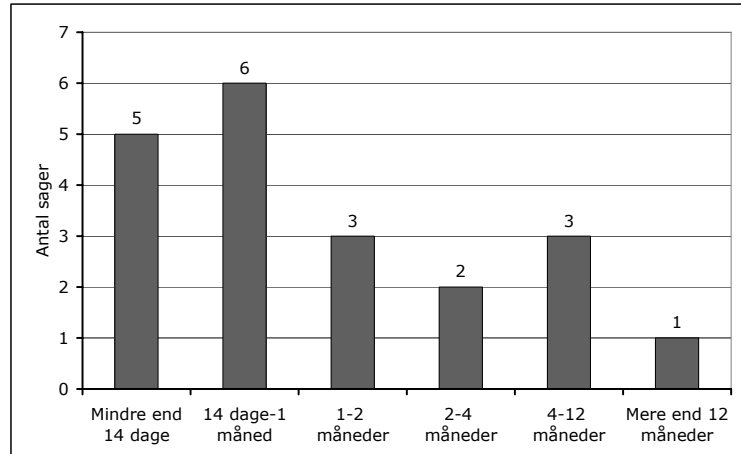
Tabel 54 – Tid fra opsporing til henvisning – eksempler på hændelsesforløb

Eksempel	Indhold	Sagsnr.
Forståelse hos de forskellige parter	Omvendt forholder det sig i en anden sag, hvor der ikke opleves ventetid, fordi moren føler, at hun bliver forstået og taget alvorligt af de forskellige sagsbehandlere. Endvidere ønsker moren ikke sit barn anbragt på en psykiatrisk institution af økonomiske årsager, hvilket også betyder, at ventetiden ikke opleves som et problem.	52
Vanskelig diagnose	I sag 21 er der tale om en dreng, som først kommer i en form for behandling, hvor han overflyttes til en specialskole, mens udredningen foregår, efter tre henvisninger. Man har i BUP meget svært ved at få stillet den rigtige diagnose, hvilket giver ventetid, fordi sagen ikke ses som akut.	21
System og procedurer	I sag 47 er der meget lang ventetid på at blive henvist, fordi PPR ikke vil behandle sagen, førend pigen er fyldt 6 år. På det tidspunkt hvor forældrene gør opmærksom på problemet, går pigen kun i børnehaven, og der går således et par år, før sagen behandles – en ventetid, som forældrene opfatter som unødigt lang.	47

Ventetid fra henvisning til første samtale hos BUP

I forhold til tiden fra henvisning og til den første samtale hos BUP befinder ventetiden sig i de fleste tilfælde på omkring eller under 1 måned, ligesom den i nogle sager – generelt de mere akutte tilfælde – er mindre og ligger omkring 10 dage. Tiderne er opgjort i Figur 16.

Figur 16 Tid til første samtale



De første samtaler er forvisitation på afdelingerne, og ikke start på behandlingen/diagnostik. Ventetiden til behandlingen/diagnostik fremgår af den generelle statistik på området, som er gengivet i afsnit 4.2¹³⁷. Det er kendetegnende, at tiden fra henvisning til første samtale ikke opleves som ventetid, hvis forældrene er tilfredse med behandlingsforløbet. I denne forbindelse er der i flere tilfælde tale om, at sagsgennemgangen i kommunerne fremskyndes, hvis forældrene presser på. Videre er BUP gennemgående hurtige til at melde tilbage på henvisningerne med en dato for yderligere samtale, eller eventuelt at udmelde en afvisning (hvilket de generelle interviews også påpegede). Dette forhold kan oftest gøre, at ventetiden indtil første samtale hos BUP ikke opleves så lang.

Tabel 55 – Tid fra henvisning til første samtale hos BUP – eksempel på hændelsesforløb

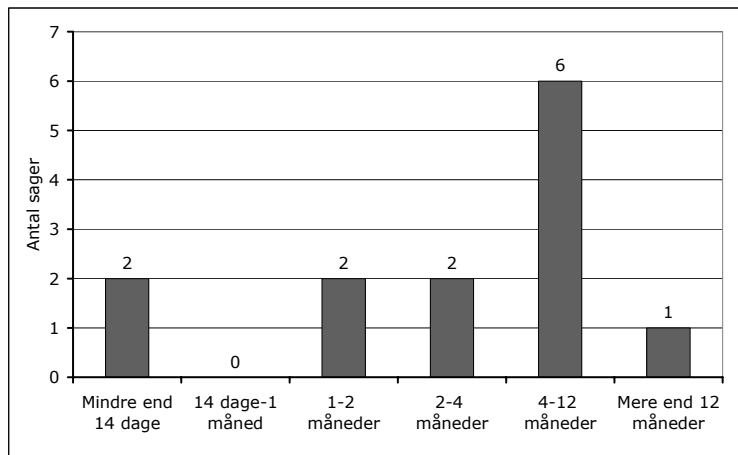
Eksempel	Indhold	Sagsnr.
System og procedurer	En mor kontakter BUP for at rykke for en samtale, men brevet om samtale er allerede sendt og af denne grund kan tidspunktet ikke ændres. Videre føler moren sig under hele forløbet mødt af en mur i sin kontakt med socialforvaltningen. Hun føler ingenlunde, at sagen tages alvorligt, hvilket naturligvis giver stærke frustrationer.	41

¹³⁷ Ved udgangen af 2006 har 1.867 ventet under 3 måneder, og 998 har ventet over 3 måneder.

Ventetiden fra behandlingens afslutning indtil der er iværksat foranstaltninger for efterløbet

Med hensyn til ventetid fra behandlingens afslutning til der iværksettes yderligere foranstaltninger er billedet igen meget blandet. Som det fremgår af Figur 17 er ventetiden dog i lidt mere end halvdelen af tilfældene mere end 4 måneder.

Figur 17 Tid til forebyggende foranstaltning¹³⁸



I ét tilfælde er de efterfølgende foranstaltninger iværksat allerede inden barnet udskrives, mens der i andre tilfælde er tale om længere ventetider. Mange af de gennemgåede sager er imidlertid for nuværende uafsluttede, og det vurderes i sagerne, at forklaringen på dette forhold skal findes i det faktum, at det kan være svært for kommunerne at tilbyde de korrekte foranstaltninger til patienterne, og at denne problematik ofte er et spørgsmål om manglende ressourcer. Derudover kan der være ventetid, hvis det er svært at få stillet den korrekte diagnose, hvis der ikke gives anbefalinger for videre foranstaltninger, så længe diagnosticeringen pågår. Samtidig kan det forsinke processen, hvis konklusionerne fra udskrivningsmøderne ikke sendes umiddelbart efter mødet til socialforvaltning og PPR.

¹³⁸ Ikke alle sager er afsluttet, og derfor er det samlede antal ikke 20 sager.

Tabel 56 – Tiden fra behandlingens afslutning indtil der er iværksat foranstaltninger for efterforløbet – eksempler på hændelsesforløb

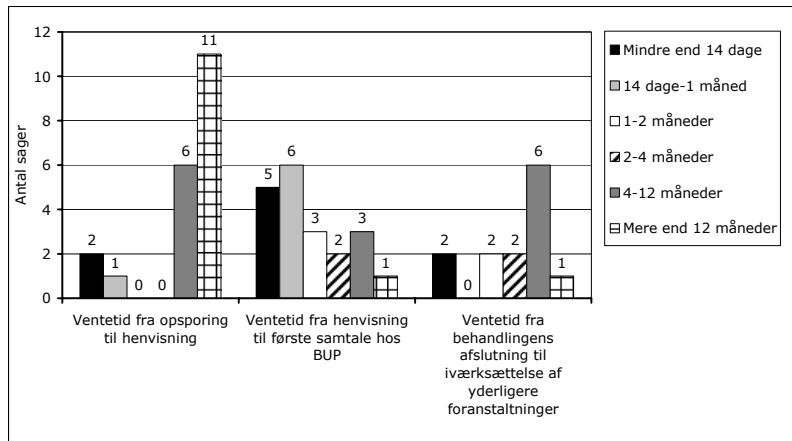
Eksempel	Indhold	Sagsnr.
Manglende kommunale ressourcer	En ung mand venter stadig på et egnet døgntilbud. Ifølge sagsbehandleren findes der kun ét egnet socialpædagogisk tilbud i kommunen, og hertil er der lang ventetid.	12
	I ét tilfælde vurderer BUP, at en sag kunne være afsluttet, hvis kommunen iværksatte de rette foranstaltninger. Kommunen er imidlertid ikke enig i diagnosen og mener ikke, der kan eller skal gøres mere. PPR mener heller ikke, at det er deres opgave at finde et egnet tilbud. Sagsbehandleren giver imidlertid udtryk for, at kommunens økonomi har været en hindring for, at der kunne findes et egnet tilbud.	41
	I én sag er der ikke iværksat de rette foranstaltninger – der er ikke fundet et egnet undervisningstilbud. BUP hævder, at kommunen ikke råder over de nødvendige tilbud, og at det er derfor, at sagen syltes.	51

Den samlede tid i forløbene

De ovenstående tal og opgørelser er selvsagt ikke en statistik over tider for alle forløb inden for børne- og ungdomspsykiatrien, men opgørelser kan bruges til at illustrere, hvor de lange tidsforløb er i sagerne. Opgørelserne viser klart, at hvor de store flaskehalse med hensyn til tid ligger. I de gennemgåede sager er den største ventetid fra opsporing til henvisning, mens det går ganske hurtigt fra henvisningen er sendt, til der indkaldes til første samtale i BUP. Det skal dog erindres, at ventetiden til selve starten på undersøgelsen på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling kan være lang – op til 1½ år. Derudover kan tiden til de efterfølgende foranstaltninger være lang – ofte fordi der mangler ressourcer i kommunen til at tilbyde egnede tilbud. Særligt er det værd at bemærke, at hvor tiden i opsporingsfasen kan være forårsaget af, at problemstillingen ikke er klar for fagpersonerne, så er dette afklaret i forløbet efter besøg på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

I lyset af opsamlingen i Figur 18 er den samlede vurdering, at *opmærksomheden i høj grad også skal være rettet mod tiden i opsporingsfasen og forløbet efter sygehusforløbet, da her går mindst lige så lang tid, som i ventetiden til ydelse fra en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.*

Figur 18 Opsamling på tid i faserne



6.5 Information i forløbet

Det sidste tema omhandler information i forløbet. Ved undersøgelse af information i forløbet inddrages navnlig den information, der er givet til forældre, børn og unge. Den information, der er givet mellem myndigheder, er i høj grad analyseret i afsnit 6.1 om henvisninger og afsnit 6.3 om visitation.

For både koordinationen og informationen er valgt at fokusere på uoverensstemmelser og uenigheder i forløbene samt brug af formelle fora til at udveksle information og koordinere. Uenigheder og uoverensstemmelser medfører ikke nødvendigvis, at barnet eller den unge ikke har modtaget den relevante diagnostik eller behandling, og derfor skal dette afsnit ikke tolkes som en vurdering af det faglige forløb. I afsnittet vil der blive inddraget følgende:

- *Hvorvidt børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og PPR vurderer graden af videndeling*
- *Forældres og børns/unges oplevelse af informationsniveauet og samarbejdet mellem aktørerne i forløbene.*

6.5.1 Vurdering af videndeling mellem samarbejdspartnerne

I det generelle afsnit vil blive fokuseret på spørgsmålet om vurderingen af videndeling gennem data fra spørgeskemaundersøgelsen og de generelle interviews. Informationsniveauet er her afdækket ud fra de to perspektiver børne- og ungdomspsykiatrien og kommunen repræsenteret ved PPR. Af Tabel 57 fremgår vurderingen af, i hvilken udstrækning de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger vurderer, at de deler relevant viden med de forskellige samarbejdspartner.

Tablet 57 – I hvilken udstrækning vurderer de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, at der deles relevant viden om barnet/den unge med følgende samarbejdsparter?¹³⁹

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke
Skolerne	40 %	50 %	10 %	0 %	0 %	0 %
Almenpraktiserende læger	30 %	30 %	40 %	0 %	0 %	0 %
Daginstitutioner	40 %	40 %	10 %	10 %	0 %	0 %
Fritidsklubber/fritidstilbud	20 %	10 %	20 %	50 %	0 %	0 %
Kommunen/socialforvaltning/PPR	50 %	50 %	0 %	0	0 %	0 %

Af tabellen fremgår det, at afdelingerne generelt vurderer, at de i meget høj grad eller i høj grad deler relevant viden med kommunen/socialforvaltningen/PPR, skolerne og daginstitutioner. På baggrund af interviewene og sagsgennemgangen er det klart, at omfanget af den information der deles, er størst for så vidt angår de kommunale samarbejdsparter.

Videndelingen med de almenpraktiserende læger vurderes forskelligt. Der er 60 % af respondenterne som angiver, at de i meget høj grad eller i høj grad deler viden med de almenpraktiserende læger, men der er samtidig 40 % som angiver, at de i nogen grad deler relevant viden med de almenpraktiserende læger. Informationen, børne- og ungdomspsykiatriske afdeling deler med de praktiserende læger, er skriftlige meddelelser om, at udredningsforløb starter og afsluttes. I interviewene med praktiserende læger og børne- og ungdomspsykiatriske afdeling er blevet spurgt, om dette er tilfredsstillende. Fra begge parter synes der *ikke at være et ønske om, at informationsudvekslingen generelt bliver mere intensiv, hvis de generelle retningslinjer følges* mht., at børne- og ungdomspsykiatriske afdeling sender de omtalte meddelelser til praktiserende læger.

På tilsvarende vis er PPR spurgt om, i hvilken udstrækning der deles relevant viden med samarbejdspartnerne.

Tablet 58 – I hvilken udstrækning vurderer PPR, at der deles relevant viden om barnet/den unge med følgende samarbejdsparter?¹⁴⁰

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke	Antal
Skolerne	46 %	49 %	3 %	0 %	1 %	0 %	69
Almenpraktiserende læger	3 %	12 %	45 %	32 %	1 %	7 %	69
Daginstitutioner	33 %	54 %	7 %	3 %	0 %	3 %	69
Fritidsklubber/fritidstilbud	14 %	33 %	36 %	10 %	1 %	4 %	69
Børne- og ungdomspsykiatriske afdeling	33 %	46 %	13 %	4 %	3 %	0 %	69

¹³⁹ Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger, voksenpsykiatriske afdelinger, socialforvaltning, PPR, psykiatrichef i region og sygehusleder adspurgt.

¹⁴⁰ Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, pædiatriske afdelinger, voksenpsykiatriske afdelinger, socialforvaltning, PPR, psykiatrichef i region og sygehusleder adspurgt.

PPR vurderer, at skolerne og daginstitutionerne er de parter, hvor der er mest videndeling, hvilket ikke er overraskende i kraft af, at det er PPR's primære samarbejdspartner. Fritidsklubber/fritidstilbud og de almenpraktiserende læger er de parter, som PPR deler mindst viden med. Indtrykket af den begrænsede videndeling med praktiserende læger bekræftes af interviews med både praktiserende læger og PPR, og begge parter vurderer, at det kunne være relevant med højere grad af videndeling. De to samarbejdspartner deler problemopfattelse, da begge parter peger på, at:

- der ikke informeres om henvisning
- det er svært at få kontakt til samarbejdspartneren. *For almenpraktiserende læger* nævnes det, at det er svært hurtigt at få kontakt til den korrekte person – både i socialforvaltningen og PPR – da det opfattes som om, der er mange indgange, og man ikke kan få svar inden for en rimelig tid. *For PPR* er udfordringen, at de har svært ved at få almenpraktiserende læger til at deltage i møder, som de indkalder til.

I forløbene vil det ofte være børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, der i praksis er udgangspunktet for videndeling mellem PPR og almenpraktiserende læger, fx da PPR får information om henvisning ved indkaldelse til netværksmøde. En forklaring på den manglende videndeling kan derfor være, at parterne har forskellige måder at dele viden samt tidshorisonter for forløbene.

I forhold til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling tilkendegiver PPR generelt, at der deles relevant viden med afdelingerne. Interviewene bekræfter også, at samarbejdet i vid udstrækning lever op til det ideal, der er skitseret i starten af afsnittet.

De kvalitative interviews peger på en forbedringsmulighed, da nogle af respondenterne fra *PPR oplever en uklarhed i tilrettelæggelsen af forløbene på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger*. Særligt opleves, at udredningsforløbene tager meget lang tid, og psykiatere ikke i tilstrækkelig høj grad er involveret i forløbene på afdelinger, og at det overlades til psykologer og pædagoger. Det er vigtigt at pointere, at det *ikke* er en generel kritik af børne- og ungdomspsykiatrisk afdelings arbejde – i stedet er det vores vurdering, at udtalelserne skal tolkes som et udtryk for, at samarbejdet vil blive styrket, hvis børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers samarbejdspartner opnår større indsigt i forløb på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

For både PPR og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er det generelt vurderingen, at der deles den relevante viden. *Udfordringen er for begge parter – men især for PPR – samarbejdet med almenpraktiserende læger, hvor også almenpraktiserende læger peger på, at der er et forbedringspotentiale.*

6.5.2 Kommunikation og samarbejde – Resultater fra sags-gennemgang

I dette afsnit fokuseres på forældrenes oplevelse af informationsniveauet i sagsforløbet. De ovenstående afsnit har fokuseret på det generelle videnniveau mellem samarbejdspartnerne. I sagsgennemgangen vil fokus derfor i stedet være på forældrenes og barnets eller den unges oplevelse af kommunikation og samarbejde.

I undersøgelsen af området er undersøgt to områder, der også er gengivet i Tabel 59.

1. Informationen givet til forældrene og barnet/den unge – indikatorerne i to første kolonner. Herunder inddrages spørgsmålene om forældrenes oplevelse af informationsniveauet under forløbet, og hvorvidt forældrene har oplevet, at de er blevet fejlinformeret eller om der på anden måde har været uklarheder eller uenigheder under forløbet.
2. Hvordan samarbejdet med de forskellige samarbejdspartner har forløbet – indikatorerne i de tre sidste kolonner. Herunder hvorvidt forældrene i de forskellige sager har oplevet samarbejdet som tilfredsstillende eller utilfredsstillende. Med samarbejde tænkes bl.a. på, hvorvidt forældrene oplever, at de er blevet lyttet til og taget seriøst.

Tabel 59 – Oversigt over nøgleindikatorer i sagerne for kommunikation og samarbejde

Sag nr.	Kommunikation		Oplevelse af samarbejde ¹⁴¹		
	Forældrene mener, at informationsniveauet under forløbet har været tilfredsstillende?	Der har været uklarheder i kommunikationen under forløbet?	Hvordan oplever forældrene samarbejdet med BUP?	Hvordan oplever forældrene samarbejdet med PPR?	Hvordan oplever forældrene samarbejdet med kommunen?
11	X (fra BUP)	-	Tilfredsstillende	Ikke tilfredsstillende	Ikke tilfredsstillende
12	X (fra BUP)	X	Tilfredsstillende	Ikke relevant	Ikke tilfredsstillende
13	-	X	Ikke tilfredsstillende	Ikke relevant	Ikke tilfredsstillende
21	X	-	Tilfredsstillende	Ikke relevant	Ikke tilfredsstillende
22	X	-	Tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Ikke relevant
31	X	X	Ikke relevant	Ikke relevant	Ikke relevant
32	-	X	Ikke tilfredsstillende	Har ikke indgået i samarbejdet	Ikke tilfredsstillende

¹⁴¹ Det er her valgt at fokusere på de vigtigste samarbejdspartnere i forløbene.

Sag nr.	Kommunikation		Oplevelse af samarbejde ¹⁴¹		
	Forældrene mener, at informationsniveauet under forløbet har været tilfredsstillende?	Der har været uklarheder i kommunikationen under forløbet?	Hvordan oplever forældrene samarbejdet med BUP?	Hvordan oplever forældrene samarbejdet med PPR?	Hvordan oplever forældrene samarbejdet med kommunen?
33	X	X	<i>Ikke relevant</i>	<i>Ikke relevant</i>	<i>Ikke relevant</i>
34	X	-	Tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Har ikke indgået i samarbejdet
41	X	X	Tilfredsstillende	<i>Ikke relevant</i>	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
42	-	X	Tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<i>Ikke relevant</i>
43	-	X	Tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
44	-	X	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<i>Ikke relevant</i>	Tilfredsstillende
45	-	X	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Tilfredsstillende
46	-	-	Tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
47	X (fra BUP)	-	Tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
51	X (fra BUP)	X	Tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
52	X (fra BUP)	X	Tilfredsstillende	<i>Ikke relevant</i>	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
53	-	X	Tilfredsstillende	<i>Ikke relevant</i>	<u>Ikke</u> tilfredsstillende
54	X (fra BUP)	-	Tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende	<u>Ikke</u> tilfredsstillende

Forældrenes oplevelse af kommunikationen

Med kommunikationen tænkes her specifikt på den mundtlige overførsel af information mellem den enkelte instans og forældrene. Som eksempel kan nævnes, hvorvidt forældrene oplever, at de er blevet informeret om de undersøgelser, der løbende er blevet foretaget for at kunne diagnosticere barnet eller den unge. *Første søjle* i tabellen fortæller, at ca. halvdelen af forældrene har haft en positiv oplevelse af informationsniveauet under forløbet. Det betyder således, at den anden halvdel ikke har haft en ubetinget positiv oplevelse af informa-

tionsniveauet. *Den anden søjle* fortæller, at en stor del af forældrene har oplevet, at der har været uklarheder i kommunikationen under sagsforløbet.

I de interviews der er foretaget med forældrene nævnes særlig to områder, som har haft indflydelse på, hvorvidt forældrene har været tilfredse med informationen. Her kan særligt nævnes to problematikker, som går igen i flere af interviewene:

1. Manglende information
2. Modsatrettede informationer.

1. Manglende information

I enkelte sager understreges det, at det udelukkende er informationsniveauet fra BUP, som forældrene har været tilfredse med. Dette ses blandt andet i sag nr. 1, hvor forældrene oplever, at de er blevet godt informeret af BUP, hvorimod informationerne fra PPR og kommunen har været meget begrænsede. Dette skyldes bl.a., at forældrene ikke mener, at PPR har taget deres sag alvorlig, og at de således har måttet presse dem for at få en henvisning til BUP. I flere kommuner arbejder man med denne problemstilling, som et eksempel fra Aalborg Kommune er gengivet i Boks 12.

En stor del af de forældre, som oplever informationsniveauet som utilfredsstillende, forklarer dette med, at de ikke er blevet korrekt informeret under forløbet, og at de ikke har fået nogen oplysninger om udviklingen i forløbet. Et eksempel på dette er en familie som oplever, at deres 15-årige datter, der er indlagt for anorexi nervosa, får flere informationer end forældrene. Således udtaler de i et interview, at de flere gange oplever, at deres datter var blevet underrettet før dem selv, og at de ofte ikke ved, på hvilket grundlag de forskellige beslutninger er blevet truffet.

Eksempler på uklarheder er fx, at forældrene ikke føler, at de er blevet informeret om kommunens støttemuligheder. En enkelt af forældrene påpeger således, at de selv har måttet tage initiativ til økonomisk støtte til specialbørnehave, da dette ikke var noget de blev informeret om af kommunen.

Boks 12 Aalborg Kommune – "Forbindelsen"

Social- og sundhedsforvaltningen samt Skole- og Kulturforvaltningen i Aalborg Kommune har oprettet et supplerende tilbud til kommunens psykisk syge børn og unge. Projektet hedder "*Forbindelsen*" og består af et tværfagligt team, der skal støtte børn og unge i et psykiatrisk forløb. Teamet består af en socialrådgiver, en pædagog, en lærer og en psykolog, som kan bistå og vejlede barnet/den unge og familien under og efter forløbet. Teamet tilbyder derfor følgende:

- Tæt kontakt med barnet/den unge og familien
- Vejledning og samtaleforløb
- Brobygger mellem samarbejdsparter og barnet/den unge og familien
- Konsultativ bistand til de fagpersoner der er omkring barnet.

Formålet med teamet er at fungere som bindeled mellem de involverede instanser og familien under det psykiatriske forløb og som støtte i hjemmet, skolen eller daginstitutionen efter forløbet.

2. Modsatrettede informationer

Et forældrepar oplever, at de konstant modtager modsatrettede oplysninger fra BUP, hvilket betyder, at forældrene overraskes, da den endelige diagnose stilles. Denne familie vælger således at benytte sig af amtets småbørnskonsulent, således hun kan bistå dem under møderne med BUP.

Et andet eksempel på uklarheder er en konflikt mellem forældre og BUP, som har været uenige om årsagen til, at deres barn først sent i forløbet bliver døgnindlagt. Uenighed om ventetid er således et område, som ofte medfører uklarheder i kommunikationen. Således diskuteres det i flere af sagerne, hvilken instans der er skyld i ventetiden.

Forældrenes oplevelse af samarbejde

De tre sidste søjler i Tabel 59, som fortæller, hvordan forældrene har oplevet samarbejdet med de tre instanser under sagsforløbet, viser, at der er ganske stor forskel på, hvordan forældrene oplever samarbejdet med BUP, PPR og kommunen. Tabellen viser således, at forældrenes samarbejde med BUP i højere grad er tilfredsstillende end samarbejdet med PPR og kommunen. Dog er det ikke blot samarbejdet mellem forældrene og de enkelte instanser, som påvirker forældrenes opfattelse af sagens forløb. Samarbejdet mellem de enkelte instanser kan nemlig ligeledes nævnes som et vigtigt kriterium for, hvorvidt sagsforløbet opleves positivt af forældrene.

I interviewene med forældrene nævnes således særligt to områder, som har haft indflydelse på, hvorvidt samarbejdet har været tilfredsstillende.

1. Samarbejdet mellem forældre og BUP, PPR og kommune
2. Samarbejdet mellem BUP, PPR og kommune

1. Samarbejdet mellem forældre og BUP, PPR og kommune

I flere af interviews udtrykker forældrene frustrationer over ikke at blive taget alvorligt af kommunen og af PPR. I flere af sagerne udtrykker forældrene således frustrationer over, at de har følt, at PPR ikke har lyttet til dem, og de måttet presse på for at kunne blive henvist til BUP. Det er dog ikke kun hos PPR, at forældrene oplever disse udfordringer. Således udtaler flere forældre, at de oplever, at sagsbehandlere har lovet dem ydelser, som de ikke senere har levet op til, eller fordi de ikke har informeret dem om kommunens støttemuligheder – både på det økonomiske og emotionelle

Boks 13 Gode eksempler

Forløbene opleves ofte som positive, når:

- Forældrene føler, at de er blevet støttet af både BUP, PPR og kommune. Således er det afgørende, at forældrene oplyses om sagens udvikling og om, hvilke muligheder de har for at få støtte – både økonomisk og emotionelt.
- Forældrene oplever forløbet som struktureret og planlagt.
- Forældrene fra begyndelsen informeres om tilrettelæggelsen af forløbet, som det ses i sag nr. 3. Her får forældrene fra begyndelsen en oversigt over, hvilke samtaler der skal afholdes med barnet, samt hvilke samtaler der skal afholdes med forældrene. På trods af, at der løbende opstår uenigheder mellem forældrene og BUP, svarer forældrene alligevel, at det der overordnet set har været godt ved hele forløbet er, at BUP har været gode til at fortælle dem, hvad der blev gjort.

plan. Endelig er en tilbagevendende udfordring, at forældrene oplever hyppige udskiftninger i sagsbehandlere i sagerne.

Et eksempel er sag nr. 1. Her oplever forældrene, at PPR ikke vil henvise barnet til BUP før barnet fylder 6 år. Dette til trods for, at barnet ikke trives i børnehaven og har ADHD-lignende adfærd. Først da BUP overtager sagen, oplever forældrene, at sagen tages alvorligt.

I de sager, hvor forældrene ikke mener, at samarbejdet med BUP har været tilfredsstillende, drejer det sig i flere tilfælde om, at forældre og BUP ikke er enige i, hvordan en sag skal løses. I to af sagerne skyldes utilfredsheden med samarbejdet således deres forskellige holdning til medicinering og til, hvorvidt de foranstaltninger, der er iværksat, er tilstrækkeligt hensigtsmæssige.

2. Samarbejdet mellem BUP, PPR og kommune I flere tilfælde giver man således det dårlige samarbejde mellem PPR, kommune og BUP som årsag til, at forløbet ikke er blevet oplevet som positivt af forældrene. Sag nr. 9 og 10 kan nævnes som eksempler på en sådan problematik.

- I sag nr. 10 er det særligt et problem, at BUP og PPR ikke er enige i den stillede diagnose, hvilket ifølge moren er frustrerende. Derudover kritiserer den pågældende børne- og ungdomspsykiatriske afdeling kommunen for ikke at tilbyde rådgivning og støtte. Således påpeger hun, at hun i højere grad kunne ønske, at der var et bedre samarbejde mellem kommune, BUP og PPR.
- I sag nr. 9 peger BUP på, at de havde kunnet gøre deres arbejde bedre, hvis PPR havde sendt dem det relevante materiale, de havde brug for. Samtidig påpeges det, at PPR udelukkende modtager relevante oplysninger fra BUP, fordi forældrene informerer dem. Forældrene spiller således en aktiv rolle i den videndeling, der foregår mellem de to instanser.

Samlet har hovedtemaet for de sager, hvor forældrenes oplevelse af samarbejde været negativ, at *usikkerhed og modsatrettede oplysninger om rettigheder og ydelser har været afgørende for, at der har været en negativ oplevelse.*

7. Bilag

7.1 Lovgivningsmæssige rammer for børne- og ungdomspsykiatrien

Ansvar for indsatser over for børn og unge med psykiske problemer er fordelt mellem tre sektorer: sundheds-, social- og undervisningssektoren. Derfor er der også fire forskellige love, som regulerer indsatsen over for børn og unge med psykiske problemer. De fire love er hhv. sundhedsloven, psykiatriloven, serviceloven samt folkeskoleloven¹⁴². Derudover er indsatsen over for børn og unge med psykiske problemer i høj grad præget af de puljemidler, der udmøntes på baggrund af satspuljen.

7.1.1 Sundhedsloven

Sundhedsloven opstiller ikke specifikke rammer for behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, men fastsætter derimod kravene til sundhedsvæsenet generelt med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. I Sundhedsloven er der fokus på at opfylde følgende mål:

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
2. Behandling af høj kvalitet
3. Sammenhæng mellem ydelserne
4. Valgfrihed
5. Let adgang til information
6. Et gennemsigtigt sundhedsvæsen
7. Kort ventetid på behandling.

Efter reglerne i sundhedsloven er regioner og kommuner ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.

7.1.2 Psykiatriloven

Psykiatriloven fastsætter reglerne for anvendelse af frihedsberøvelse eller anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Loven opstiller ikke specifikke retningslinjer for børne- og ungdomspsykiatrien, men reglerne opstillet i loven gælder for indlagte på såvel voksen- som børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

¹⁴² Dette notat bygger på sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005) og Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Lov nr. 1111 af 1. november 2006) (Psykiatriloven), Lov om Social Service (Lovbekendtgørelse nr. 58 af 18. januar 2007) samt Lov om Folkeskolen (Lov nr. 1195 af 30. november 2006). Desuden inddrages beskrivelsen af regler og tilbud på socialområdet i Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud, udarbejdet af Socialministeriet, Sundhedsministeriet, Undervisningsministeriet, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Københavns- og Frederiksberg kommuner, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Sundhedsstyrelsen, maj 2001.

7.1.3 Serviceloven

Serviceloven opstiller, at der skal ydes særlig støtte til psykisk svage børn og unge og deres familier for at skabe de bedst mulige opvækstvilkår og opnå de samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed som deres jævnaldrende.

Jf. ovenstående om psykiatriloven opstiller serviceloven ligeledes retningslinjer for anvendelse af magt og andre indgreb i selvbestemmelsesretten på institutioner beregnet til døgnophold for børn og unge.

Serviceloven opstiller en række forhold, kommunerne skal leve op til i forhold til børn og unge med særlige behov, herunder psykiatriske problemer. Kommunen har ansvar for at sikre:

- At der føres tilsyn med børns og unges forhold, så kommunen tidligst muligt kan få kendskab til tilfælde, hvor der er behov for særlig støtte. Kommunen skal endvidere undersøge forholdene, hvis der er mistanke om, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte. Herefter skal der træffes begrundet beslutning om, hvorvidt der skal iværksættes foranstaltninger og i givet fald, af hvilken art.
- At de opgaver og tilbud, der omfatter børn, unge og deres familier, udføres i samarbejde med forældrene og på en sådan måde, at det fremmer børns og unges udvikling, trivsel og selvstændighed.
- At der oprettes en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at støtten ydes tidligt og sammenhængende, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, pædagogisk, psykologisk og anden sagkundskab. Der skal udpeges en fra gruppen, som gøres ansvarlig for at koordinere indsatsen over for det enkelte barn.
- At der i forbindelse med anbringelse uden for hjemmet udarbejdes en plan for opholdet, som bl.a. angiver formålet og varigheden af anbringelsen. Yderligere skal kommunen tilbyde forældrene en støtteperson, som kan styrke forældrenes samarbejde og involvering i arbejdet omkring barnet eller den unge.
- At der løbende føres tilsyn med barnets eller den unges forhold under opholdet uden for hjemmet og træffes afgørelse om ændret anbringelsessted, behandling, uddannelse mv., hvis dette skønnes at være nødvendigt i forhold til formålet med anbringelsen.

Flytter en familie med et eller flere børn med særlige behov fra kommunen, er fraflytningskommunen endvidere forpligtet til at underrette tilflytningskommunen om familiens behov.

I forbindelse med disse kommunale ansvarsområder opstilles i serviceloven forskellige foranstaltningstyper, som kommunalbestyrelsen

kan iværksætte over for børn og unge med psykiske problemer¹⁴³. Tilbuddene kan ydes enkeltvis eller i kombination.

Det er således kommunen, der iværksætter foranstaltningen, men det kan godt være et tilbud i regionen, som stiller foranstaltningen til rådighed. Kommunalbestyrelsen skal senest 3 mdr. efter, der er iværksat en foranstaltning over for et barn eller en ung, vurdere, om indsatsen skal ændres, eller om handleplanen skal revideres.

Alle indsatser skal ske efter princippet om at anvende den mindst indgribende formålstjenlige foranstaltning. Endvidere skal der som hovedregel altid opnås samtykke fra indehaver af forældremyndigheden. Er der tale om anbringelse, bør der også opnås samtykke fra den unge selv, hvis han/hun er over 15 år.

7.1.4 Folkeskoleloven

Folkeskoleloven angiver, at folkeskolen er for alle børn og unge uanset forudsætninger. Folkeskolen er derfor forpligtet til at yde specialundervisning eller anden specialpædagogisk bistand til børn og unge, der har behov herfor.

Kommunalbestyrelsen er ifølge folkeskoleloven ansvarlig for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn og unge under 18 år bosat i kommunen. Det påhviler derimod regionsrådet at drive lands- og landsdelsdækkende undervisningstilbud for børn og unge bosat i regionen, som kræver særlig vidtgående hensyntagen eller støtte. Begge disse krav gælder også specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt folkeskolen¹⁴⁴.

Der opsættes ikke bestemmelser for, hvorledes skolens indsats over for børn og unge med psykiske problemer skal udmøntes. Indsatsen skal dog ske ud fra principper om nærhed og mindste indgriben. Barnet eller den unge skal således i så høj grad som muligt fastholde sin tilknytning til den almindelige folkeskoleklasse, og kun hvis det ikke kan undgås, skal der henvises til specialklasse eller andre specialundervisningstilbud.

Reglerne opstillet i folkeskoleloven uddybes endvidere i *Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand*¹⁴⁵ og den tilknyttede Vejledning om folkeskolens indsats

¹⁴³ De forskellige foranstaltningstyper er: (1) Konsulentbistand, (2) Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, (3) Familiebehandling eller lignende støtte, (4) Døgnophold for familien eller dele af den, (5) Aflastningsordning, (6) Personlig rådgiver for barnet eller den unge, (7) Fast kontaktperson for barnet eller den unge og for hele familien, (8) Anbringelse uden for hjemmet, (9) Formidling af praktiktilbud hos en arbejdsgiver for den unge, (10) Økonomisk støtte til udgifter der bevirker undgåelse af en anbringelse uden for hjemmet eller udgifter til ophold på kost- eller efterskole.

¹⁴⁴ Folkeskoleloven § 20 stk. 2-3.

¹⁴⁵ Bekendtgørelse nr. 1373 af 15. december 2005.

over for elever, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte¹⁴⁶.

7.1.5 **Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning (PPR)**

Ifølge folkeskoleloven skal henvisning til specialundervisning eller andet tilbud ske efter pædagogisk-psykologisk rådgivning og efter samråd med eleven og forældrene¹⁴⁷. En pædagogisk-psykologisk vurdering har til formål at belyse barnets eller den unges faglige, personlige eller sociale kompetencer med henblik på at rådgive skolen samt eleven og dennes forældre om relevante tilbud, der tilgodeser barnets særlige behov. Dette sker som oftest på baggrund af oplysninger fra lærere, forældre og andre nøglepersoner. Undersøgelsen kan, hvis det skønnes nødvendigt, suppleres med undersøgelser og udtalelser fra andre sagkyndige. Omfanget af undersøgelsen afhænger af barnets eller den unges behov og den sammenhæng, det befinder sig i. Forældrene skal altid medvirke centralt i forløbet. På baggrund af undersøgelsen udarbejder PPR et forslag til specialundervisning eller andet tilbud, som svarer til det enkelte barns forudsætninger og behov. En konsekvens af undersøgelsen kan være en videre henvisning til undersøgelse eller afdækning i børne- og ungdomspsykiatrien.

7.1.6 **Sundhedsaftaler**

I henhold til sundhedslovens § 205 skal regionsrådet og kommunalbestyrelserne i de enkelte regioner indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Formålet med forslaget er at sikre samordning og sammenhæng for de patientforløb, der går på tværs af de to myndighedsniveauer, regioner og kommuner. Indførelsen af sundhedsaftalerne skal ses i lyset af, at der er gode erfaringer med formaliserede aftaler mellem amtsråd og kommunalbestyrelser i forhold til fx aftaler om særlige forebyggelsesindsatser. Imidlertid er det langt fra alle kommuner, som har benyttet sådanne aftaler, og deres udbredelse har endvidere ikke omfattet alle de områder, hvor amtskommuner og kommuner havde fælles ansvar og forpligtelse for opgaveløsningen. Dette har resulteret i et manglet systematisk fokus på sammenhæng i indsatsen og sammenhæng for patienten.

Det er indenrigs- og sundhedsministeren, som fastsætter nærmere regler for, hvilke indsatsområder sundhedsaftalerne skal dække. I *Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*¹⁴⁸ er der således fastlagt seks obligatoriske indsatsområder, hvor regionsråd og kommunalbestyrelser skal indgå aftaler om deres indsats og indsende disse til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Indsatsen over for mennesker med sindslidelser er et af disse områder.

Denne del af sundhedsaftalen skal overordnet set sikre koordinering i forhold til de samarbejdsflader, der findes mellem regionen, der har

¹⁴⁶ Vejledning nr. 9904 af 6. december 2002.

¹⁴⁷ Folkeskoleloven § 12 stk. 2.

¹⁴⁸ Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006, uddybet i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, 2006.

myndighedsansvar for sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunen, der har myndighedsansvar for den socialpsykiatriske indsats.

Bekendtgørelsen specificerer endvidere syv krav, der som minimum skal beskrives i sundhedsaftalen i forhold til indsatsen over for mennesker med sindslidelser:

	Krav	Baggrund
1	Beskrivelse af arbejdsdeling mellem region og kommuner i forhold til indsatsen for mennesker med sindslidelser	Kravet skal ses i lyset af, at den grundlæggende arbejdsdeling er fastsat af lovgivningen, men en lang række opgaver går imidlertid på tværs af myndighedsområder, og der er muligheder for forskellige grader af integration i opgaveløsningen. I forhold til børne- og ungeområdet kan der være afgrænsningsproblemer mellem den forebyggende kommunale indsats over for børn med psykiske problemer og diagnostik samt sygdomsbehandling. Her er der behov for en bred tværfaglig indsats ved dels udredning og dels i forbindelse med behandling og opfølgende foranstaltninger. Formålet med kravet er således at klargøre og beskrive denne arbejdsdeling samt at øge kendskabet til den.
2	Koordinering af den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats	Kravet skyldes det koordinationsbehov, som opstår i og med, at mennesker med sindslidelser ofte har komplekse problemstillinger og langvarige forløb. Dette stiller store krav til fleksibilitet og koordinering, da den enkeltes behov kan variere meget over tid. Koordinationsbehovet øges herudover af, at der er tale om såvel en tværsektoral (region og kommune) som tværfaglig indsats (sundhedsfaglig og socialt faglig).
3	Sikring af formidling af relevant information	Baggrunden for dette krav består i, at et sammenhængende og velkoordineret patientforløb i høj grad afhænger af, om de relevante oplysninger tilflyder de relevante parter på de rigtige tidspunkter under patientforløbet. Herudover skal borgernes rettigheder sikres, og det skal være let for borgeren at få adgang til den relevante information.
4	Sikring af tværfaglig og tværsektoral vurdering i forbindelse med udskrivning	Baggrunden for kravet er, at mennesker med sindslidelser efter indlæggelse ofte vil have behov for en opfølgning eller understøttelse med andre initiativer. Der er derfor behov for koordinering af udskrivning samt udskrivningsbetingede ydelser mellem de involverede parter.
5	Sikring af vurdering af behov for indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med sindslidelse	Kravet skyldes, at børn af forældre med sindslidelser og søskende til børn med sindslidelser ofte kan have et behov for støtte. Der er derfor behov for en beskrivelse af, hvordan denne behovsvurdering foretages, samt hvem der er ansvarlig for varetagelsen af eventuelle behov.
6	Sikring af planlægning og styring af kapaciteten i forhold til mennesker med sindslidelser	Tilgængelighed er afgørende i relation til psykiske problemer. Der er både en kvantitativ og kvalitativ dimension af kapacitet, og der er behov for en effektiv planlægning og styring af begge disse dimensioner.
7	Beskrivelse af parternes opfølgning på aftalen	For at realisere formålet med sundhedsaftalerne er det afgørende, at de implementeres, samt at der løbende følges op på sundhedsaftalens bidrag.

Alle sundhedsaftaler skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Rambøll Management har systematisk gennemgået 25 af de indgåede sundhedsaftaler. Gennemgangen har haft tre formål:

- At afdække, om sundhedsaftalerne er blevet godkendt af Sundhedsstyrelsen i forhold til de opstillede krav i bekendtgørelsen. Denne afdækning baseres på en gennemgang af Sundhedsstyrelsens godkendelsesbreve. Afdækningen giver et billede af, hvor langt regionerne og kommunerne er kommet med at indgå aftaler for psykiatriområdet generelt.¹⁴⁹
- At afdække, hvorvidt sundhedsaftalerne specifikt beskriver deres tilgang til børne- og ungdomspsykiatrien i forhold til de opstillede krav, og herunder at sammenfatte formen for samarbejdet og indholdet i samarbejdet.
- At pege på eksempler med interessante tilgange i forhold til koordineringen af patientforløbene inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Udvælgelsen af sundhedsaftaler er foretaget således, at der i hver region er udvalgt 2 større kommuner (over 65.000 indbyggere), 2 mellemstore (mellem 40.000-64.999) og en mindre kommune (under 30.000 indbyggere).

Undersøgelsen af de 25 sundhedsaftaler viste helt overordnet følgende generelle forhold:

- Sundhedsaftalerne varierer meget lidt inden for den enkelte region, da der typisk er tale om en fælles rammeaftale, som eventuelt suppleres med lokale samarbejdsaftaler.
- Sundhedsaftalerne er i forhold til hovedparten af de opstillede krav beskrevet generelt for hele psykiatriområdet. Det vil sige, at aftalerne på disse punkter ikke rummer en selvstændig beskrivelse af praksis for børne- og ungdomspsykiatrien.
- Der er vis variation mellem regionerne i forhold til, hvor præcist, specifikt og systematisk børne- og ungdomsområdet beskrives i sundhedsaftalerne. Region Midtjylland og Region Nordjylland hører her til de regioner, hvor praksis inden for børne- og ungdomsområdet beskrives mest indgående.

I forhold til det første krav om beskrivelse af arbejdsdelingen, så viser det sig, at ingen af de undersøgte sundhedsaftaler opfylder dette krav, mens 20 opfylder det delvist, og de fem fra Region Sjælland opfylder slet ikke kravet.

En væsentlig andel af sundhedsaftalerne sætter imidlertid specifikt fokus på arbejdsdelingen inden for børne- og ungdomsområdet. Især sundhedsaftalerne fra Region Midtjylland og Region Nordjylland er beskrevet detaljeret i forhold til børne- og ungdomsområdet, jf. Boks 14.

¹⁴⁹ Afdækningen foretages kun i forhold til de krav, som har direkte relevans for patientforløbene inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Krav nr. 5 og 7 gennemgås derfor ikke.

Boks 14 Eksempler på arbejdsdeling inden for børne- og ungdomspsykiatrien

Henvi sning

I sundhedsaftalerne for kommunerne i Region Midtjylland er der fokus på at harmonisere henvisningsvejene til børne- og ungdomspsykiatrien således, at de bliver fyldestgørende og processen effektiviseres til gavn for borgerne. Herudover er der i sundhedsaftalerne opstillet anbefalinger til, hvad henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien bør indeholde samt en beskrivelse af konsekvenserne ved mangelfulde oplysninger.

Dette fokus går igen i sundhedsaftalerne for kommunerne i Region Nordjylland. Her er der ligeledes fokus på en optimering af henvisningsproceduren. Konkret er der dels en beskrivelse af målgruppen for børne- og ungdomspsykiatrien og dels en beskrivelse af den aftale, der er indgået med hensyn til indholdet i henvisninger. Sundhedsaftalerne beskriver således en tjekliste for den gode henvisning, og herudover hvilke oplysninger der bør indgå i en socialfaglig eller psykologisk undersøgelse for at underbygge henvisningen.

Visitation

I de undersøgte sundhedsaftaler for kommunerne i Region Midtjylland er de generelle principper om henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien beskrevet. Fx er det beskrevet, at børn og unge generelt først skal henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når deres forstyrrelser er så svære eller komplicerede, at andre professionelle behandlere finder mulighederne udtømte, eller når sværhedsgraden af deres problemer er af en sådan karakter, at man ser sig ude af stand til at løse dem i primærsektoren.

Herudover er kriterier for visitation og afvisning beskrevet i sundhedsaftalen. Disse er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriets anbefalinger.

Endelig beskriver sundhedsaftalen visitationsprocessen ved hhv. akutte/subakutte behandlingsforløb og behandlingsforløb med venteliste. Ved behandlingsforløb med venteliste på over 3 måneder er det således beskrevet, hvorledes patienten/familien tilbydes en ambulant kontakt med en faglig medarbejder, samt hvordan denne medarbejder skal arbejde for at inddrage kommunen.

I de undersøgte sundhedsaftaler for Region Nordjylland og kommunerne i regionen er der ligeledes beskrevet procedure ift. visitation inden for børne- og ungdomspsykiatrien med fokus på tidsfrister og kriterier for afvisning af henvisninger.

Undersøgelse og behandling

I forbindelse med undersøgelses- og behandlingsstart er det i sundhedsaftalerne for kommunerne i Region Midtjylland beskrevet, hvorledes indhentning af oplysninger om patienten og information og inddragelse af kommunen skal foregå.

Herudover er det beskrevet, hvilken procedure der anvendes i forhold til at varsle kommunen ved udskrivninger fra forskellige typer af behandlingsforløb, herunder bl.a. afholdelsen af udskrivningskonference samt indholdskrav til den udskrivningserklæring, som børne- og ungdomspsykiatrien forfatter, når de anbefaler, at der foretages opfølgende foranstaltninger

I de undersøgte sundhedsaftaler for kommunerne i Region Nordjylland er der ligeledes beskrevet procedure ift. udskrivningskonference og udskrivningsbrev inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

I forhold til kravet vedrørende koordinering af den sundhedsfaglige og socialt faglige indsats, så viser gennemgangen, at 16 ud af 25

sundhedsaftaler opfylder kravet om at sikre koordinering mellem den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats. Det drejer sig om alle fem kommuner i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland og én kommune i Region Hovedstad. Fire kommuner i Region Hovedstad og fem kommuner i Region Nordjylland opfylder kun kravet delvist. Denne koordinering er beskrevet konkret i forhold til børne- og ungeområdet i alle fem kommuner i Region Hovedstad og én kommune i Region Syddanmark, jf. Boks 15. Gennemgangen af de forskellige sundhedsaftaler viser herudover, at der er et generelt fokus på, at patienten skal have en kontaktperson fra både kommunalt og psykiatrisk regi, samt hvorledes koordineringen og ansvaret mellem disse skal fordeles.

Boks 15 Eksempler på koordinationsstilgange

Samarbejde og koordinations mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats

I sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune er det beskrevet, hvordan der gennem projekter på Bispebjerg Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og i Socialforvaltningen i Københavns Kommune arbejdes med at styrke koordineringen mellem sektorerne. Dette samarbejde videreføres med særligt fokus på en eventuel tilpasning af aftalekonceptet, såfremt der indføres en behandlingsgaranti i børne- og ungdomspsykiatrien.

Projekt om tværsektoral samarbejdsmodel

I sundhedsaftalen med Region Syddanmark og Odense Kommune er en eksisterende samarbejdsaftale vedr. en tværsektoral samarbejdsaftale for børn og unge videreført. Projektet opstiller en samarbejdsmodel for forløbet, som tager udgangspunkt i de samarbejdsforhold, der typisk er knyttet til et sagsforløb. Det vil sige, at sundhedsaftalen beskriver forhold vedr. opstilling af henvisningskriterier, tilgang til kortlægning af den unges netværk, inddragelse af kommunen, afklaringsmøde i forbindelse med undersøgelse samt en beskrivelse af, hvilke roller og hvilket ansvar de forskellige parter har i forløbet.

I forhold til kravet om beskrivelse af informationsdelingen mellem patient, region og kommune i forbindelse med indskrivning og udskrivning opfylder alle fem kommuner i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland dette krav (15 ud af 25 sundhedsaftaler). Alle kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland opfylder kun kravet delvist (10 ud af 25 sundhedsaftaler). Kun 2 sundhedsaftaler beskriver informationsdelingen specifikt for børne- og ungeområdet – begge to fra Region Hovedstaden. I disse sundhedsaftaler er der fokus på at indskærpe vigtigheden af, at kommunen underrettes, når det skønnes, at barnet eller den unge har et særligt behov for støtte i henhold til servicelovens bestemmelser. I den forbindelse præciseres det, at forældrenes samtykke så vidt muligt bør indhentes, men at den skærpede indberetningspligt herudover kan træde i kraft. Herudover er der på tværs af alle sundhedsaftalerne generelt set et ensartet mønster, når det drejer sig om beskrivelse af, hvem der har ansvaret for at vurdere, om andre parter skal informeres i forhold til både indskrivning og udskrivning. Sundhedsaftalerne fra Region Nordjylland retter derudover fokus på udfordringer forbundet med effektiv kommunikation mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger, mens sundhedsaftalerne fra Re-

gion Midtjylland har fokus på behandlingsplan for patienten, afklaring af inddragelse af pårørende tidligt i indlæggelsesforløbet og inddragelse af patientens vurdering igennem hele forløbet.

Det fjerde krav vedrørende sikringen af en tværfaglig og tværsektoriel vurdering af patienten i forbindelse med udskrivning opfyldes af alle kommuner i Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Jylland (20 ud af 25 sundhedsaftaler), mens kommunerne i Region Hovedstaden kun opfylder kravet delvist (5 ud af 25 sundhedsaftaler). Kun en af kommunerne (fra Region Syddanmark) har beskrevet vurderingen specifikt i forhold til børne- og ungeområdet, og her er der fokus på PPR's deltagelse i netværksmøder ved udskrivning. På tværs af sundhedsaftalerne fremgår det herudover, at det ved udskrivningen af patienten er sygehusets ansvar at tage kontakt til relevante parter for at planlægge og koordinere patientens efterfølgende forløb. I to regioner (Nordjylland og Hovedstaden) beskrives nedsættelse af arbejdsgrupper, som skal udarbejde samarbejdsaftaler mellem region og kommune i forhold til både indskrivning og udskrivning og arbejdsgrupper, som skal komme med forslag til procedure for udskrivning.

I forhold til det sjette krav om planlægning og styring af kapaciteten viser gennemgangen af sundhedsaftalerne, at alle de undersøgte kommuner i Region Syddanmark og fire kommuner i Region Midtjylland opfylder kravet om at beskrive tilgangen til planlægning og styring af kapaciteten i forhold til mennesker med sindslidelser (9 ud af 25 sundhedsaftaler), de resterende kommuner opfylder kun kravet delvist (16 ud af 25 sundhedsaftaler). I alle de undersøgte kommuner i Region Midtjylland beskrives tilgangen specifikt i forhold til børne- og ungeområdet, Boks 16. Gennemgangen af sundhedsaftalerne viser herudover, at drøftelser og vurderinger om planlægning og styring af kapacitet foretages i fællesskab mellem regioner og kommuner i nedsatte arbejdsgrupper. Herudover indeholder en række af sundhedsaftalerne forpligtelser for begge parter i forhold til at holde hinanden opdateret om tilbud, kapacitet og patientstrømme samt etableringen af planlægningsværktøjer.

Boks 16 Eksempler på tilgang til styring og planlægning af kapaciteten på børne- og ungeområdet

I sundhedsaftalerne for kommuner i Region Midtjylland er det beskrevet, hvorledes regionen forholder sig til målsætningerne fra satspuljemidlerne på børne- og ungeområdet samt målsætningen om at reducere ventetiden gennem henvisningsgaranti. Disse spørgsmål drøftes i den administrative styregruppe. Herudover beskrives det, dels hvordan der skal nedsættes en arbejdsgruppe, som skal sætte fokus på at sikre en samlet og koordineret indsats mellem kommunerne og Region Midtjylland, og dels hvordan der i de kommende år skal gennemføres en undersøgelse af, hvilke typer og hvilket omfang af døgnkapacitet der er behov for.

7.2 Bemærkninger til metoden

7.2.1 Spørgeskemaundersøgelse – frafaldsanalyse

Undersøgelsens målgruppe er:

- Lederen af socialforvaltning eller lignende i de 98 kommuner
- Lederen af pædagogisk-psykologisk rådgivning i 98 kommuner
- Psykiatricheferne på regionalt niveau i alle 5 regioner
- Sygehusdirektør på alle psykiatriske sygehuse
- Afdelingsledelsen på alle psykiatriske afdelinger i Danmark
- Afdelingsledelsen på alle pædiatriske afdelinger i Danmark
- Ledelsen på dag- og døgntilbud til psykisk syge børn og unge.

Dataindsamlingens forløb

Dataindsamlingen foregik i perioden 28. juni – 17. august 2007

- Indsamlingen af data er foregået som internetbesvarelse og telefoninterview.

Varslings- og rykkermail

De samtlige 573 respondenter fik tilsendt varslingsmail med link til internetbesvarelse af spørgeskemaet torsdag den 28. juni.

Den 31. juli fik alle de respondenter, som ikke havde besvaret skemaet på det tidspunkt, tilsendt rykkermail med link.

Den 13. juli sendtes der en sidste rykkermail.

I perioden 1. august – 17. august gennemførtes der telefonisk rykkerrunde med tilbud om at besvare skemaet via telefoninterview.

Undersøgelsen lukkedes for dataindsamling mandag morgen den 20. august 2007.

Svarprocenter

Den totale rensede svarprocent på undersøgelsen er 76 %.

Frafaldet ligger meget lavt procentmæssigt.

Den højeste frafaldsprocent blev registreret blandt dag- og døgntilbud – 24,7 %, hvor af 20,8 % ikke var en del af målgruppen. Grunden hertil er, at respondentlisten blandt dag- og døgntilbud er trukket ud fra tilbudsportalen.dk. Blandt de udtrukne institutioner blev der valgt fra alle institutioner, som ikke leverer ydelser efter servicelovens § 32 og/eller § 67. Derudover er listen gennemgået af konsulent Ian Røpke, og der blev yderligere sorteret en del respondenter fra. Men på trods af det indeholder listen – som ellers forventet – en del institutioner, som enten ikke leverer ydelser efter servicelovens § 32 og/eller § 67, eller som ikke har nogle børn eller unge med psykiske problemer. Disse blev frafaldet ved tillægsspørgsmålet:

1.1. Er det korrekt, at din institution leverer ydelser efter servicelovens § 32 og/eller § 67?

- Ja
 Nej
 Min institution har ikke børn og unge med psykiske problemer.

I PPR-gruppen findes der 96 respondenter – i stedet for de 98, lig med antal kommuner – da der er fem kommuner, som varetager PPR-opgaverne for fem mindre kommuner (en til en), samtidig med at Københavns Kommune deltager med fire geografiske PPR-afdelinger.

Gennemførelsesstatus, opdelt på faggruppe

Antal	Forvaltning	PPR	Region	Psykiatrisk sygehus/afdeling	Pædiatrisk afdeling	Dag- og døgntilbud	I alt
Ikke gennemført	29	23	0	5	5	33	95
Gennemført	63	69	5	57	19	177	390
Frafaldet i alt	6	4	0	7	2	69	88
- hvoraf "ikke i målgruppen"	0	0	0	5	0	58	63
Respondenter i alt	98	96	5	69	26	279	573
Respondenter – relevante	98	96	5	64	26	221	510
Procent	Forvaltning	PPR	Region	Psykiatrisk sygehus/afdeling	Pædiatrisk afdeling	Dag- og døgntilbud	I alt
Ikke gennemført	29,6 %	24,0 %	0,0 %	7,2 %	19,2 %	11,8 %	16,6 %
Gennemført	64,3 %	71,9 %	100,0 %	82,6 %	73,1 %	63,4 %	68,1 %
Frafaldet i alt	6,1 %	4,2 %	0,0 %	10,1 %	7,7 %	24,7 %	15,4 %
- hvoraf "ikke i målgruppen"	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,2 %	0,0 %	20,8 %	11,0 %
Svarprocent i alt	64 %	72 %	100 %	83 %	73 %	63 %	68 %
Renset svarprocent	64 %	72 %	100 %	89 %	73 %	80 %	76 %

7.2.2 Sagsgennemgang

Dette afsnit beskriver:

1. Fremgangsmåde ved gennemførelse af caseanalyse
2. Forskelle mellem casematerialet og landsgennemsnittet.

1. Fremgangsmåde ved gennemførelse af caseanalyse

Metode til dataindsamling og analyse i dybdeundersøgelsen

Formålet med den kvalitative undersøgelse har været at gå i dybden med en række centrale problemstillinger. Dybdeundersøgelsen er dels gennemført som generelle interview med:

- Forløbsspecifikke interviews: 64 respondenter
- Generelle caseinterviews i regionerne: 20 respondenter
- Caseinterviews i kommunerne: 24 respondenter
- Generelle interviews med praktiserende læger: 10 respondenter.

Dels som forløbsspecifikke sagsanalyser, hvor i alt 20 konkrete sager er udvalgt med henblik på at få kortlagt processen fra opsporing til udredning og evt. behandling, udskrivning og opfølgning.

Sagsudvælgelse

Sagerne er identificeret og udvalgt på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i de fem regioner, og afdelingerne har desuden indhentet samtykke fra de pågældende familier. I undersøgelsen indgår sager fra henholdsvis en stor og en lille kommune i hver region.

Udvælgelsen er sket inden for diagnosegrupperne ADHD, autisme, spiseforstyrrelse og skizofreni, da disse er de mest udbredte diagnoser i tilknytning til børne- og ungesager. Det er desuden karakteristisk for de pågældende diagnoser, at såvel primær- som sekundærsektor sædvanligvis er aktivt involverede i forskellige stadier i et samlet sagsforløb. Der er således åbnet mulighed for at indhente oplysninger om flest mulige faser i et sådant forløb. I udvælgelsen er der samtidig taget højde for, at såvel børnesager (under 16 år) som ungesager (mellem 16 og 21 år) er repræsenteret.

Dataindsamling

I tilknytning til hver enkelt sag er journalmaterialet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger indledningsvis blevet gennemgået, hvorefter der er gennemført interview med de pågældende familier, i ungesagerne også de unge selv. Desuden er fagpersoner med kendskab til sagsforløbet i henholdsvis primær- og sekundærsektor blevet interviewet.

Interviewene er gennemført efter en fælles guide, hvor informanterne har redegjort for deres erfaringer med forløbene fra opsporing, henvisning, udredning/behandling, udskrivning og til opfølgning. Der er i interview og journalgennemgange særligt fokuseret på ventetider, faglige tiltag i ventetidsperioder, arbejdsdeling, samarbejdsforhold og information.

Dataanalyse

Nøgleoplysninger fra de indhentede data fra hver case er samlet i en skabelon, der er udformet med henblik på at samle oplysningerne vedr. ovenstående fokuspunkter. Data fra disse skabeloner, suppleret med udvalgte eksempelbeskrivelser fra interviewene, er anvendt som grundlag for rapporteringen.

Generelle interview

Forud for og sideløbende med dataindsamlingen til caseanalyser er der gennemført interview med en række nøglepersoner i regionale børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger samt i kommunerne. Disse interview er gennemført med samme fokusering som i caseanalyserne, men på et mere generelt niveau. Der er i disse interview desuden blevet spurgt til særlige udfordringer, barrierer og drivkræfter i forhold til såvel sektor-interne som tværsektorielle forhold vedr. organisering og samarbejde.

2. Forskelle mellem casematerialet og landsgennemsnittet

Blandt andet er forskel mellem andelen af indlæggelsesnes, kønnes og aldersgruppernes repræsentation i Rambøll Managements forløbsspecifikke sager sammenlignet med de statistikker fra BupBasen og Sundhedsstyrelsen.

De sager, som rapporten løbende analyserer, diskuterer og forholder sig til, tager udgangspunkt i 20 udvalgte cases, som dækker alle regionerne i Danmark. Sagerne er kvalitative og har til formål at belyse, hvordan et sagsforløb forløber og opleves af de involverede parter, herunder både forældre, psykologer, sagsbehandlere, læger osv.

Nedenstående tabel viser andelen af køn, aldersgrupper og indlæggelsesforløb i Henvisningsprojektets sager sammenlignet med det samlede landsgennemsnit. Tabellen viser, at der er fin sammenhæng i repræsentationen af køn mellem de kvalitative og kvantitative data, hvorimod der er forskel i aldersrepræsentation i Henvisningsprojektets sager i forhold til landsgennemsnittet. Ligeledes er forskelle på antallet af indlæggelser og ambulante forløb.

Tabel 60 – Sammenligning af cases og landsgennemsnit

Sag nr.	Dreng	Pige	0 – 6 år	7 – 13 år	14 – 17 år	18 +	Indlæggelse	Ambulant
Region Nordjylland	3			2	1		2	1
Region Midtjylland	2		1	1				2
Region Syddanmark	2	2	1	2	1		2	2
Region Sjælland	3	4	1	4	2			7
Region Hovedstaden	2	2	1	2	1		4	
Samlet andel i de udvalgte sager	60 %	40 %	20 %	55 %	25 %	0 %	40 %	60 %
Samlet andel i landsgennemsnit	56 %*	44 %*	15 %*	39 %*	35 %*	11 %*	14 %**	86 %**

*Tallene der sammenlignes med er fra 2006.

** Tallene er fra 2004.

De sager, som Rambøll Management tager udgangspunkt i, har som det ses i tabellen en overrepræsentation af de 7 – 13-årige børn, hvorimod der er en underrepræsentation af unge over 18 år. Således beskriver Henvisningsprojektets sager ikke forløb for unge over 18 år.

Sagsgennemgangen har vist, at i sagerne i Henvisningsprojektet er PPR er involveret i ca. halvdelen af henvisningerne til BUP. Dette gør sig ikke gældende i de kvantitative data, hvor PPR gennemsnitligt kun står for 16 % af henvisningerne til BUP. At PPR er overrepræsenteret i Rambøll Managements egne sager kan skyldes overrepræsentationen af børn i alderen 7-13 år. Dette er børn i skolealderen, hvilket betyder, at PPR ofte involveres i forbindelse med indberetninger.

Samlet set må det formodes, at sagerne i Henvisningsprojektet er lidt tungere end den gennemsnitlige sag. De forløbsspecifikke analy-

ser leverer en kvalitativ indsigt i processen fra opsporing til visitation af psykisk syge børn og unge. Derfor er det ikke i sig selv problematisk, men konsortiet har været opmærksom på forskellene i udarbejdelsen af analysen.

7.3 Brug af BupBasen

I dokumentationen af henvisningsaktiviteten i sekundærsektoren er BupBasen (www.bupbasen.dk) den primære kilde. Initiativet til en landsdækkende kvalitetsdatabase i børne- og ungdomspsykiatrien kom fra både fagligt, administrativt og politisk hold.

Til udviklingen af databasen blev knyttet en styregruppe med repræsentation fra sygehusejerne (Amtsrådsforeningen og H:S), Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab i Danmark (BUP-DK). Der blev etableret en faglig baggrundsgruppe bestående af speciallæger fra geografisk repræsentative afdelinger.

Databasen indeholder registreringer fra alle danske børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Indrapporteringen til databasen foregår elektronisk. I BupBasen registreres bl.a. de diagnoser, som de henviste børn og unge gives. Diagnosekoder gives ud fra ICD-10 standarden¹⁵⁰ – for psykiatrien er det F-koderne, der er relevante. De mest almindelige diagnoser for de henviste er: ADS, ADHD, Reaktiv, Affektive lidelser og angst. Endelig skal det bemærkes, at en stor del af de henviste er blevet givet en Z-kode, der er en samlegruppe for ingen diagnose eller uspecificerede diagnose.

Brugen af BupBasen kræver, at der er opmærksomhed på de begrænsninger, der er for datagrundlaget. Der er primært to områder, der kræver opmærksomhed. For det første om basen har tilstrækkelig dækningsgrad og for det andet forskelle i indholdet mellem afdelinger og år.

7.3.1 Forskelle i indholdet for forskellige afdelinger og år

BupBasen er nyetableret og i opstarten har der været en række forbedringer af data fra 2004 til nyeste tal fra 2006. I forhold til data fra de forskellige år, er data fra 2004 ikke komplette, da:

- Indberetninger fra H:S begyndte 1. september 2004
- Ringkøbing Amt begyndte indberetningerne 1.5.2004 for et teams vedkommende, mens de øvrige teams først begyndte indberetning 1.1.2005¹⁵¹
- Selv om der er betydelig forskel imellem afdelinger, så har de fleste afdelinger en aldersgrænse på omkring 18-20 år. På samme måde er ændringer i aldersgrænser fra 2004 til 2006,

¹⁵⁰ World Health Organization (WHO) (1996). ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. Cambridge University Press).

¹⁵¹ Det er valgt ikke at beregne helårsværdien for Ringkøbing Amt og H:S, da den ville bygge på relativt få indberetninger fra H:S, og det ikke kan vurderes for Ringkøbing Amt, hvor meget aktivitet de enkelte teams står for.

der har været i de enkelte afdelingers grænse, begrænsede. Det betyder, at man kan forvente, at tallene kan sammenlignes mellem afdelinger og mellem de forskellige år.

I præsentationen af datamaterialet vil der blive gjort opmærksom på disse forhold, hvor det er relevant. Derudover har Sønderjyllands Amt valgt en model, hvor kun patienter, der giver positivt samtykke til registrering, inddateres til BupBasen. Det medfører, at BupBasen forventer, at Sønderjylland Amt vil have relativt færre indberetninger end de øvrige amter, da kravet om samtykke medfører, at ikke al aktivitet indberettes.

Aldersgrænser

I dokumentationen af, hvor mange der henvises, er det vigtigt at have for øje, at der er forskellig aldersgrænse for, hvornår de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger både inkluderer og ekskluderer de unge som del af deres patientgruppe.

I Tabel 61 gengives de forskellige aldersgrænser, der er gældende for landets børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. For alle afdelingerne på sygehusene gælder det, at der er en fælles nedre grænse på 0 år. Skolepsykiatrisk Center har derimod en nedre grænse på 6 år. Derimod varierer den øvre grænse, fra en øvre grænse på 17 år i H:S til ikke at have en øvre grænse i Århus Amt.

Ligeledes fremgår det, at de enkelte afdelinger har ændret deres øvre grænse fra 2004 til 2006. Roskilde og Københavns amter har således sat deres aldersgrænse ned med et år siden 2004.

Tabel 61 – Aldersgrænse for børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Danmark¹⁵²

	2004	2005	2006
Skolepsykiatrisk Center København kommune		6 – 18 år	6 – 17 år
Bispebjerg – H:S	0 – 17 år	0 – 17 år	0 – 17 år
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	0 – 21 år	0 – 20 år	0 – 17 år ADHD-klinik 0 – 19 år
Hillerød – Frederiksborg Amt	0 – 19 år	0 – 19 år	0 – 19 år
Fjorden – Roskilde Amt	0 – 18 år	0 – 17 år	0 – 17 år
Holbæk – Vestsjællands Amt	0 – 19 år	0 – 19 år	0 – 19 år
Næstved – Storstrøms Amt	0 – 24 år	0 – 24 år	0 – 18 år
OUH – Fyns Amt	0 – 17 år	0 – 17 år	0 – 17 år
Augustenborg – Sønderjyllands Amt	0 – 20 år	0 – 20 år	0 – 20 år
Esbjerg – Ribe Amt	0 – 20 år	0 – 20 år	0 – 21 år
Kolding – Vejle Amt	0-20 år og 14 – 25 år (spiseforstyrrelser)	0-20 år og 14 – 25 år (spiseforstyrrelser)	0 – 19 år Afsnit for spiseforstyrrelser 14 – 25 år
Herning – Ringkøbing Amt	0 – 19 år	0 – 19 år	0 – 19 år

¹⁵² BupBasen.

	2004	2005	2006
Risskov – Århus Amt	0 – 20 år inkl. generelt	0 – 20 år inkl. generelt	0 – 20 år Center for spiseforstyrrelser 14 – 30 år
	Vedr. Center for Spiseforstyrrelser:	Vedr. Center for Spiseforstyrrelser:	
	a. Ambulante: alle – uanset alder	a. Ambulante: alle – uanset alder	
	b. Indlagte: 14-29 år (inkl.)	b. Indlagte: 14-29 år (inkl.)	
Viborg – Viborg Amt	0 – 19 år	0 – 19 år	0 – 19 år
Aalborg – Nordjyllands Amt	0 – 18 år	0 – 18 år	0 – 18 år

7.3.2 Dækningsgraden

I hver årsrapport dokumenterer BupBasen dækningsgraden, dvs. antal indberetninger i basen i forhold til de registreringer, der er i de patientadministrative systemer. Dækningsgraden er vigtigt, da den er en god indikator for, hvor mange af de henviste, der registreres i BupBasen, og dermed hvor fyldestgørende basen kan afdække Henvisningsprojektets fokusområder.

I Tabel 62 fremgår dækningsgraden for amterne og Skolepsykiatrisk Center. Dækningsgraden for tallene fra 2006 er på 79 %. Der har været en lille stigning i den samlede dækningsgrad for databasen fra 2004 til 2005 – men et fald fra 2005 til 2006. Danske Regioner har sat som mål for *etablerede* kliniske databaser, at de skal have en dækningsgrad på mindst 90 %. Selv om BupBasen endnu ikke lever op til denne målsætning er basen ikke langt fra målsætningen. Det vurderes derfor, at det både er hensigtsmæssigt og forsvarligt at benytte data fra basen.

Tabellen viser også, at der er visse resultater, der ikke er forventelige, herunder særligt at dækningsgraden er over 100 % for to amter. Årsagen er, at forløbene oprettet i BupBasen sættes i forhold til antal oprettede henvisninger i de patientadministrative systemer. I Boks 17 gengives årsagerne til disse uoverensstemmelser. For denne analyse er det vigtigste dog at vide, at de henvisningstal, der bruges i dette kapitel, ikke fuldstændigt dækker alle henvisninger.

Tabel 62 – BupBasens dækningsgrad¹⁵³

	2004	2005	2006
Skolepsykiatrisk Center – København kommune	-	95 %	98 %
Bispebjerg – H:S	36 %	80 %	98 %
Gentofte/Glostrup – Københavns Amt	99 %	97 %	96 %
Hillerød – Frederiksborg Amt	83 %	96 %	89 %
Fjorden – Roskilde Amt	99 %	85 %	105 %
Holbæk – Vestsjællands Amt	100 %	100 %	108 %
Næstved – Storstrøms Amt	73 %	65 %	61 %
OUH – Fyns Amt	93 %	83 %	66 %
Augustenborg – Sønderjyllands Amt	34 %	40 %	47 %
Esbjerg – Ribe Amt	53 %	62 %	72 %
Kolding – Vejle Amt	78 %	84 %	79 %
Herning – Ringkøbing Amt	35 %	45 %	40 %
Risskov – Århus Amt	98 %	95 %	91 %
Viborg – Viborg Amt	99 %	72 %	69 %
Aalborg – Nordjyllands Amt	87 %	83 %	87 %
I alt	78 %	81 %	79 %

Boks 17 Registrering af aktivitet og dækningsgrad

I BupBasens rapport for 2007 redegøres for, hvilke baggrunde der kan være til den samlede dækningsgrad og dækningsgraderne på over 100 %.

BupBasen foreslår fire forklaringer:

1. Forløbsbegreberne kan være forskellige. Nogle steder oprettes der nye kontakter/forløb i de patientadministrative systemer (PAS) ved statusskift (fx fra en almen afdeling til et Spiseforstyrrelsescenter). BupBasens almene forløb – de hyppigste – registreres principielt som samlede forløb. Nogle steder registreres skadestuebesøg i PAS, de indgår ikke i BupBase.
2. Dækningsgrader over 100 % (Roskilde og Vestsjællands amter) hænger sammen med det modsatte: Forløb i BupBase blev i 2006 splittet op, så ét forløb i PAS blev til flere i BupBase.
3. Komplexiteten i forløbsregistreringen har medført nogle delforløb, som har været svære at koble sammen. Ved en dataoprensning i begyndelsen af 2007 kan der være tabt nogle reelle forløb. Der er fra og med 2007 lavet valideringsfunktioner, og en ny type forløbsregistrering er under planlægning.
4. Endelig var der en reel underrapportering til BupBasen for specifikke afdelinger.

Der vil formentlig være bedre overensstemmelse mellem BupBase og PAS, hvis der tælles antal personer frem for forløb. I andet halvår af 2007 gennemførtes et projekt ved overensstemmelser mellem patientadministrative data og BupBase-data på en udvalgt afdeling.

¹⁵³ BupBasen.

7.4 **Oversigt over de diagnoser der refereres til i Henvisningsprojektet**

ASD står for 'Atrioseptumdefekt' og er et medfødt hul i skillevæggen (septum) mellem højre og venstre hjerteforkammer.

ADHD står for 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' og er en hyperkinetisk forstyrrelse, der er kendetegnet ved, at barnet har vanskeligt ved at bevare sin koncentration og opmærksomhed. ADHD kan derfor også betegnes som en opmærksomhedsforstyrrelse. ADHD er en neuropsykiatrisk tilstand, hvilket vil sige, at årsagerne er neurobiologiske.

Tourette syndrom er en arvelig neurologisk lidelse og skyldes en medfødt forstyrrelse i hjernens signalstoffer. Mange af de børn som har tourette, lider også af ADHD.

Autisme er en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, der er kendetegnet ved, at barnet ikke kan skabe normal kontakt til andre mennesker. Autisme er kendetegnet ved sprogforstyrrelser og rituel adfærd.

Aspergers syndrom hører under den autistiske diagnose. Aspergers syndrom er en udviklingsforstyrrelse, hvor barnet er kontaktforstyret i en grad, der minder om de mest begavede autistiske børn. Et barn med Aspergers syndrom er kendetegnet ved sine særinteresser. Sproget og intellektet er normalt.

Spiseforstyrrelse: Anoreksi og bulimi er de mest forekommende spise-forstyrrelser og kan begge udvikle sig til livstruende sygdomme.

Skizofreni er en sindslidelse. Der er tale om en sygdom i hjernen, som giver den skizofrene store problemer med kontakt og kommunikation til omverdenen, samtidig med at der kan optræde psykotiske fænomener.

Affektive lidelser kan komme til udtryk i maniske og depressive lidelser, hvor stemningslejet varierer unaturligt. Affektive sindslidelser er hyppige og oftest livslange sygdomme med episodiske forløb.

Angst er en typisk reaktionsmåde, som optræder når man føler sig udsat for fare. Enkelte mennesker oplever dog angstreaktioner, uden at der foreligger en reel fare. Dermed er angsten overdreven og uhensigtsmæssig og kan påvirke livskvalitet og evne til at fungere socialt. De typiske former for angst er agorafobi, generaliseret angst, panikangst og socialfobi.

Psykose har været anvendt som betegnelse for svær sindslidelse med ændring af totalpersonligheden og tab af realitetssansen. Typiske former for psykoser er skizofreni, paranoid psykotisk tilstand, akutte og forbigående psykotiske tilstande, skizo-afektive sindslidelser samt mani og depression med psykotiske symptomer.

OCD står for Obsessive-Compulsive Disorder og er kendetegnet ved tvangstanker og tvangshandlinger, dvs. tanker og handlinger, som bliver ved med at vende tilbage til personen, og som ofte udføres efter et særligt mønster.

Kilde: www.sundhedsguiden.dk og www.sundhed.dk

7.5 Yderligere datamateriale

Nedenstående fremgår de enkelte faggruppers holdninger til, hvorvidt der er mangel på særlige kompetencer i sekundærsektoren. Nedenstående faggrupper er således blevet spurgt, hvorvidt de mener, at der er mangel på psykiateres, børne- og ungdomspsykiateres, pædagogers (herunder specialuddannede), psykologers (cand.psyk.), og sagsbehandlers (herunder socialrådgivere) kompetencer i sekundærsektoren.

Bilaget skal ses som et tillæg til afsnit 4.4 i Henvisningsprojektet, hvor de enkelte faggruppers specifikke svar ikke fremgår entydigt.

Tabel 63 – I hvor høj grad er der mangel på psykiateres kompetencer i sekundærsektoren?

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Total	25 %	16 %	12 %	3 %	1 %	43 %	390
Dag- og døgntilbud for unge og børn	24 %	14 %	11 %	2 %	1 %	49 %	177
Ledelse på psykiatrisk sygehus	31 %	27 %	27 %	0 %	8 %	8 %	26
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	50 %	10 %	10 %	10 %	0 %	20 %	10
Voksenpsykiatrisk afdeling	62 %	19 %	5 %	5 %	0 %	10 %	21
Pædiatrisk afdeling	16 %	26 %	5 %	11 %	0 %	42 %	19
Psykiatriområde i regionen	40 %	20 %	0 %	0 %	0 %	40 %	5
Børne- og ungeforvaltning, Socialforvaltning eller anden forvaltning	24 %	14 %	13 %	0 %	3 %	46 %	63
PPR	12 %	19 %	13 %	3 %	0 %	54 %	69

Tabel 64 – I hvor høj grad er der mangel på børne- og ungdomspsykiateres kompetencer i sekundærsektoren?

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Total	35 %	31 %	11 %	2 %	0 %	21 %	390
Dag- og døgntilbud for unge og børn	35 %	27 %	7 %	2 %	1 %	29 %	177
Ledelse på psykiatrisk sygehus	23 %	31 %	31 %	4 %	0 %	12 %	26
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	30 %	50 %	20 %	0 %	0 %	0 %	10
Voksenpsykiatrisk afdeling	43 %	33 %	14 %	0 %	0 %	10 %	21
Pædiatrisk afdeling	47 %	37 %	5 %	5 %	0 %	5 %	19
Psykiatriområde i regionen	20 %	40 %	40 %	0 %	0 %	0 %	5
Børne- og ungeforvaltning, Socialforvaltning eller anden forvaltning	40 %	24 %	10 %	2 %	0 %	25 %	63
PPR	29 %	43 %	12 %	3 %	0 %	13 %	69

Tabel 65 – I hvor høj grad er der mangel på pædagogers (herunder specialud-dannede) kompetencer i sekundærsektoren?

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Total	3 %	8 %	24 %	18 %	6 %	41 %	390
Dag- og døgntilbud for unge og børn	6 %	9 %	28 %	12 %	3 %	42 %	177
Ledelse på psykiatrisk sygehus	0 %	4 %	12 %	35 %	15 %	35 %	26
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	0 %	10 %	10 %	30 %	40 %	10 %	10
Voksenpsykiatrisk afdeling	0 %	0 %	14 %	10 %	0 %	76 %	21
Pædiatrisk afdeling	0 %	5 %	63 %	21 %	0 %	11 %	19
Psykiatriområde i regionen	0 %	0 %	20 %	20 %	40 %	20 %	5
Børne- og ungedrift, Socialforvaltning eller anden forvaltning	2 %	10 %	14 %	24 %	11 %	40 %	63
PPR	0 %	7 %	25 %	20 %	3 %	45 %	69

Tabel 66 – I hvor høj grad er der mangel på psykologers (cand. psyk.) kompetencer i sekundærsektoren?

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Total	9 %	15 %	27 %	9 %	4 %	36 %	390
Dag- og døgntilbud for unge og børn	10 %	13 %	25 %	6 %	2 %	44 %	177
Ledelse på psykiatrisk sygehus	0 %	12 %	38 %	19 %	4 %	27 %	26
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	0 %	20 %	40 %	20 %	20 %	0 %	10
Voksenpsykiatrisk afdeling	10 %	5 %	14 %	10 %	0 %	62 %	21
Pædiatrisk afdeling	16 %	11 %	53 %	11 %	0 %	11 %	19
Psykiatriområde i regionen	0 %	0 %	20 %	40 %	40 %	0 %	5
Børne- og ungedrift, Socialforvaltning eller anden forvaltning	3 %	22 %	24 %	11 %	5 %	35 %	63
PPR	14 %	22 %	26 %	4 %	3 %	30 %	69

Tabel 67 – I hvor høj grad er der mangel på sagsbehandlere (herunder socialrådgivere) kompetencer i sekundærsektoren?

	I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Slet ikke	Ved ikke/Ikke relevant	Antal
Total	6 %	11 %	19 %	10 %	4 %	50 %	390
Dag- og døgntilbud for unge og børn	10 %	13 %	18 %	5 %	1 %	54 %	177
Ledelse på psykiatrisk sygehus	0 %	8 %	15 %	19 %	12 %	46 %	26
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	0 %	10 %	10 %	30 %	10 %	40 %	10
Voksenpsykiatrisk afdeling	5 %	0 %	10 %	5 %	0 %	81 %	21
Pædiatrisk afdeling	0 %	16 %	47 %	11 %	0 %	26 %	19
Psykiatriområde i regionen	0 %	0 %	0 %	0 %	40 %	60 %	5
Børne- og ungedrift, Socialforvaltning eller anden forvaltning	5 %	8 %	17 %	22 %	5 %	43 %	63
PPR	4 %	10 %	23 %	10 %	6 %	46 %	69

Tabel 68 – Hvem i kommunen kan henvise til en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling eller praktiserende speciallæger?

	Børne- og ungeforvaltning, socialforvaltning eller anden forvaltning	PPR
Den enkelte sagsbehandler	27 %	29 %
Den enkelte sagsbehandler efter aftale med faglig leder	39 %	25 %
Den enkelte psykolog eller PPR-medarbejder	47 %	64 %
Den enkelte psykolog eller PPR-medarbejder efter aftale med faglig leder	44 %	46 %
Leder af PPR	46 %	62 %
Leder af socialforvaltning	32 %	38 %
Læge	8 %	12 %
Andre, hvem:	8 %	1 %

Tabel 69 – Alder og køn for henviste børn og unge

Amt	Alder				Køn			I alt
	0-6	7-13	14-17	18+	♂	♂ %	♀	
Skolepsykiatrisk Center København kommune	10	130	18	0	122	77 %	36	158
Bispebjerg H:S	321	305	275	40	516	55 %	425	941
Gentofte/Glostrup Københavns Amt	229	539	375	14	713	62 %	444	1157
Hillerød Frederiksborg Amt	140	323	292	63	452	55 %	366	818
Fjorden Roskilde Amt	59	260	189	0	314	62 %	194	508
Holbæk Vestsjællands Amt	92	264	253	103	383	54 %	329	712
Næstved Storstrøms Amt	41	117	184	6	204	59 %	144	348
OUH Fyns Amt	70	278	312	3	365	55 %	298	663
Augustenborg Sønderjyllands Amt	33	130	119	83	206	56 %	159	365
Esbjerg Ribe Amt	51	216	239	168	334	50 %	340	674
Kolding Vejle Amt	122	328	253	119	481	59 %	341	822
Herning Ringkøbing Amt	50	131	139	63	222	58 %	161	383
Risskov Århus Amt	94	440	413	364	659	50 %	652	1311
Viborg Viborg Amt	39	161	179	80	247	54 %	212	459
Aalborg Nordjyllands Amt	96	248	218	2	362	64 %	202	564
Hele landet	1.447	3.870	3.458	1.108	5.580		4.303	9.883

7.6 **Litteratur til de nordiske studier**

Den svenske regerings hjemmeside: www.regeringen.se

Nationell psykiatrisamordning 2006: Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

Nellvik, Heléne 2007: Brev vedhæftet mail af 19. juni 2007 som svar på mail sendt af Center for Kvalitetsudvikling den 11. juni 2007.

Nellvik, Heléne 2007: Mail af 21. juni 2007.

Skövde Kommunes hjemmeside: www.skovde.se

Socialstyrelsen 2005: Nationell handlingsplan för hälso- og sjukvården. Slutrapport.

Sveriges Kommuner och Landsting i samarbete med IMS, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Socialstyrelsen 2007: Inbjudan Projekt Pinocchio.