

BupBase

Årsrapport 2008



**Børne- og UngdomsPsiatrisk Selskab i Danmark
Kompetencecenter Syd, Odense Universitetshospital
Maj 2009**

BupBase sekretariatet

Sekretær Kätthe Juel
BupBase sekretariatet
Psykiatrien i Region Syddanmark
Dannebrogsgade 3
5000 Odense

Tlf.: 4014 5155

E-mail: Bupbase@ouh.regionsyddanmark.dk

Offentlig hjemmeside: www.bupbase.dk

Klinisk ansvarlig

Overlæge, professor Niels Bilenberg
Det Børne- og ungdomspsykiatriske Hus
Psykiatrien i Region Syddanmark
Dannebrogsgade 3
5000 Odense

E-mail: niels.bilenberg@ouh.regionsyddanmark.dk

Copyright © BupBase sekretariatet 2009

Indhold:

Indhold:.....	3
Konklusioner.....	6
Databasens formål.....	6
Anbefalinger.....	7
Baggrund.....	9
Dataindsamling og metode.....	10
Deltagende afdelinger/centre.....	16
Aktivitet i BupBasen.....	17
Dækningsgrad- databasens registreringskomplethed af patienter.....	18
Henvisningsmønster.....	21
Visitation og konsulentforløb 2008.....	26
Resultater, indikatormålinger.....	30
Indikator I:.....	30
Indikator II:.....	35
Indikator III.....	51
Indikator IV.....	66
Indikator V.....	67
Revisionspåtegning fra Kompetencecenter SYD.....	68
Kontaktadresser:.....	69
Forskning og afrapportering fra BupBase.....	70
Referencer:.....	71

Appendix A: Papirversion af formularer: Opret patient, henvisning, forvisitation, start undersøgelse, revurdering, afslutning, ADHD-RS (Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale) og ADHD kliniske data.

Ordforklaring

BUP-DK	Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab i Danmark
HoNOSCA	Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents
GAPD	Global Assessment of Psychosocial Disability
WHO	World Health Organization
HKD	Hyperkinetic Disorder
ADHD	Attention Deficit/Hyperactive Disorder
ADHD-RS	Attention Deficit/Hyperactiv Disorder- Rating Scale
ASD	Autisme spektrum forstyrrelser
Person.forstyr.	Personlighedsforstyrrelser
Emot.forstyr.	Emotionelle forstyrrelser i barndommen
Tilknytn.forstyr.	Tilknytningsforstyrrelser
Spiseforstyr.	Spiseforstyrrelser
Reak.forstyr.	Reaktive forstyrrelser
Adfærdsforstyr.	Adfærdsforstyrrelser
PAS	Patientadministrativsystem
PPR	Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
LPR	Landspatientregistret
OCD	Obsessive Compulsive Disorder / tvangsforstyrrelse
ICD-10	Classification of Mental and Behavioural Disorders. Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders, version 10

Forord

Dette er årsrapport nummer fem fra BupBase. Rapporten er udarbejdet i samarbejde med CSC Scandihealth A/S og Kompetencecenter Syd. Analysearbejdet er udført af Kompetencecentrets epidemiolog og biostatistikere.

Rapporten indledes med en kort gennemgang af BupBasens organisation, kvalitetsindikatorer, forløbstyper og forskellige definitioner. Derefter gennemgås afdelingernes eller centrene datagrundlag, henvisnings- og visitationsmønstre, fordeling på forløbstyper og diagnosemønstre. Rapportens hovedafsnit viser BupBasens indikatorene: ventetid og resultatindikatorerne HoNOSCA, GAPD og ADHD-RS. For ADHD-RS, som her præsenteres for første gang, præsenteres også datakomplethed. Resultatindikatorerne præsenteres alene i de patientforløb hvor der har foregået behandling, hvilket er en af de nye ting indført pr. 1.1.2008. Nu er tiden for alvor inde til at pejle os ind på standarder for "outcome" for de mest almindelige diagnosegrupper.

Der skal lyde en stor tak til de børne- og ungdomspsykiatriske afdelingers medarbejdere for deres tålmodige og omhyggelige arbejde med dataindsamling og indtastning i databasen. Vi har i 2008 fået etableret en BupBase coach ordning, som gerne skulle højne kvaliteten i inddateringerne. Enkelte centre har dog ikke udpeget Bupbase coach, men hele holdet skal gerne være til rådighed for BupBase sekretariatet, så vi på "klinik-siden" får en ligeså stærk organisation som sekretærene har opbygget omkring BupBase.

Også tak til Danske Regioners Databasesekretariat for økonomisk støtte og indsigt i BupBasens særlige vilkår som fællesdatabase for alle forløb i specialet. Vores bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet er nu endeligt opbrugt og vi må fra midt i 2009 søge medfinansiering af BupBase ved at de indrapporterende centre betaler for en "service-pakke" for at få sekretariatsbetjening, herunder support (hot-line), uddannelse og vedligeholdelse af medarbejderes kompetencer til at inddatere til BupBase, støtte til udtræk der understøtter datakomplethed og til udvikling og forskning m.m.. Samlet skal medfinansieres svarende til godt ½ million kroner årligt. Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner kræver at de private hospitaler/klinikker, der aftager patienter fra sygehusenes ventelister, jvnf. "Lov om udvidet ret til undersøgelse og behandling i Børne- og Ungdomspsykiatri", skal indrapportere til BupBase. Det arbejder vi på i øjeblikket.

Sekretariatet modtager gerne kommentarer til rapportens indhold og præsentation af data. Årsrapport 2008 med bilag og andet relevant materiale vedrørende Bupbase er tilgængeligt på hjemmesiden - www.bupbase.dk, hvor tidligere årsrapporter også kan findes.

Vi håber, at rapporten vil danne grundlag for diskussioner i afdelingerne og andre faglige fora og blive et godt redskab for specialets stadige kvalitetsudvikling.

Odense, den 15. maj 2009

Annette Gjerris
Formand for BupBasens bestyrelse

Niels Bilenberg
Klinisk ansvarlig overlæge

Konklusioner

Databasens formål

Bupbase's formål er at dokumentere og beskrive aktiviteten i specialet, samt at sikre en høj kvalitet i udredning og behandling, via indsamling af data fra alle henviste forløb til den hospitalsbaserede Børne- og Ungdomspsykiatri.

Data bearbejdes til deskriptive tabeller og figurer, samt til beregning af 5 udvalgte indikatorer; 2 procesindikatorer (ventetid til udredning og datakomplethed vedrørende indregistrering af ADHD-RS) og 3 resultatindikatorer (HoNOSCA, GAPD og ADHD-RS).

For såvel de deskriptive dele som for indikatorerne fremlægges afdelings-/center-specifikke data til sammenligning af aktivitet, proces og resultater.

BupBase sekretariatet udarbejder sammen med Kompetencecenter Syd kvartalsrapporter og en årsrapport.

På baggrund af resultat-indikatorerne skal sekretariatet (faggruppen) pege på indsatsområder, hvor kvaliteten i den Børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed kan styrkes.

Udvalgte konklusioner fra årsrapporten 2008

Årsrapporten for 2008 har mange positive budskaber til klinikken. Der er en høj dækningsgrad hvad angår oprettelse af patienter i BupBase (90 %). Der synes at være en stor ansvarlighed i centrene i forhold til at få inddateret henvisninger til Bupbase.

Efter oprettelsen af patient og forløb forekommer et væsentligt tab af registrering på samlet op imod 50% af forløbene, som ikke følges til revurdering (T2).

Ventetiden er uændret ift. 2007.

Målt med resultat-indikatoren HoNOSCA har behandlingen af to alvorlige diagnosegrupper, psykose og affektiv forstyrrelse ført til at flere patientforløb revurderes som "svagt belastede"; en stigning fra 15 % til 22 % for psykose og fra 35 til 42 % for affektiv forstyrrelse. For øvrige diagnoser er der ingen betydende forskel.

Der er store forskelle på fordelingen i outcome-grupper mellem centrene.

ADHD-RS er først indført som indikator i 2008. Der er meget ringe registreringsdækning på ca. 20 % (indikator 4). De få registreringer der er fuldført tyder på at forældre- og lærervurderet symptombelastning efter behandling virkelig kan reduceres i en grad så ADHD-patienten normaliseres i op imod 50 % af forløbene.

Anbefalinger

Vedrørende forløbsdefinitionen

Med Kommunalreformen og omlægningen af sundhedssektoren, og dermed den hospitalsbaserede Børne- og ungdomspsykiatri, vil flere og flere patientforløb foregå på flere matrikler indenfor samme region. Det kan starte med en henvisning til en hovedfunktion, og efterfølges af særlig udredning på en regionalfunktion, start på behandling samme sted, for at sluttes med efterambulant opfølgning tilbage i hovedfunktionen. En ny forløbsmodel kunne have basis i en region. Selvom et patientforløb undervejs skifter ”matrikel” er det samme forløb.

Mange forløb er først nået til behandlings-delen efter 6 måneder. Det kunne derfor give mening at patientforløb først revurderes i BupBase ved afslutning – og ikke efter 6 måneder.

På afslutnings-formular skal en ny afkrydsningsmulighed tilføjes: ”visiteret til privat udredning/ behandling”. Et sådant henvist forløb vil senere dukke op i BupBase, hvis den private aktør er godkendt af Danske Regioner jvnf. ”Lov om udvidet ret til undersøgelse og behandling i Børne- og Ungdomspsykiatri” (se forord).

BupBase faggruppen vil tage fat på denne evaluering og eventuelle ændring af forløbsdefinitionen i anden halvdel af 2009, så en ny definition kan træde i kraft pr. 1.1.2010.

Vedrørende datakomplethed

Der ser ud til at være et data-komplethedsp problem med ”tab” af ca. 25 % af forløbene fra henvisning til start undersøgelse og derefter et nyt tab på omkring 25 % mellem start undersøgelse og revurdering. Begge disse registreringsmæssige mangler skal der arbejdes med at minimere. Sekretariatet og faggruppen foreslår audit i centrene for at få tydeliggjort hvor registreringspraksis skal opstrammes.

Procesindikator (Ventetid) – Indikator I

T1 bør defineres som den startdato afdelingen rapporterer til PAS – altså når forløbet starter administrativt (også selvom der kan være ventetid på elementer af udredningen). Det er utroværdigt at BupBase arbejder med en anden ventetidsdefinition end den ”officielle” som den kan trækkes fra PAS. BupBase faggruppen afklarer dette sammen med revision af forløbsdefinitionen, så en evt ændring kan implementeres snarest muligt.

Resultatindikator (HoNOSCA) – Indikator II

Ved tolkning af resultaterne skal man tage i betragtning at belastningen på revurderingstidspunktet ikke nødvendigvis er udtryk for belastningen, når patienterne er færdigbehandlede. En af de overvejelser der må gøres i faggruppen i den nærmeste fremtid, er hvorvidt T2 skal flyttes til tidspunktet når patienten skønnes færdigbehandlet og afsluttes eller overgår til rutinemæssig efterbehandling (opfølgning). Se også under forløbsdefinition.

Årsrapporten dokumenterer ikke eventuelle lokale forskelle i ”tyngden” af symptomer ved start på udredning/behandling. Udgangspunktet må nødvendigvis påvirke tyngden ved revurdering og dermed den afdelingsspecifikke fordeling i outcome-grupper, som offentliggøres i denne rapport. Analyser der sammenkæder symptombelastningsgraden ved start og afslutning kunne være særdeles informative, men kræver mere analysekapacitet end der er mulighed for indenfor årsrapportens rammer. Vi anbefaler i stedet at interesserede gives adgang til data og undersøger dette som et projekt, der kan kvalificere BupBase-data og årsrapport.

Hvad angår HoNOSCA som resultat-indikator ligger udfordringen i at følge op på resultaterne og anvende disse til at optimere behandlingen. Der er store forskelle på fordelingen i outcome-grupper

mellem centrene og oplagte muligheder for mere indgående analyser og audit på forløb (sammenligning af resultatmæssigt vellykkede forløb og forløb med dårligt outcome internt i afdelingerne og på tværs). Vi har et instrument i hænderne, som kan styrke vores kvalitet og som tillige åbner mulighed for forskning – et desværre alt for uudnyttet potentiale i BupBase.

ADHD er en oplagt diagnose-gruppe at starte med, fordi vi der har den nye ADND-RS indikator til at styrke sammenligningerne af resultater på tværs og et referenceprogram til at vejlede behandlingen.

Spiseforstyrrelser har jvnf. Figur 19 stor spredning på fordeling i outcome-grupper centrene imellem, med fra 10 til knap 50 % i ”svagt belastet” gruppe. På dette område er der desuden et etableret netværk, så centrene kan mødes og sammenligne resultater og behandlingsregimer.

Resultatindikator (GAPD) – Indikator III

Der er fortsat grundlag for bekymring angående anvendeligheden af GAPD som resultat-indikator. Der synes at være usikkerhed om tolkningen af scoringsmanualen og dermed dårlig interrater-reliabilitet (ratere kommer til forskelligt resultat ved bedømmelse af det samme barn). Hvis ikke der med træning og samrating via vores BupBase-coach ordning kan etableres mere konsensus må vi erkende skalaens uegnet til formålet.

Procesindikator (ADHD-RS) – Indikator IV

Der er alt for mange som ikke får udfyldt og indrapporteret ADHD-RS skemaer trods en ADHD-arbejdsdiagnose på T1. Klinikkerne på nøje gennemgå arbejdsgange så alle der udredes for mulig F90.x diagnose for tilsendt/udleveret ADHD-RS til forældre og skole og at disse efterfølgende inddateres i den dertil knyttede formular. I 2008 var det i henholdsvis 23 og 19 % af ADHD udredningerne hvor hjem og skole ratings blev indrapporteret.

Resultatindikator (ADHD-RS) – Indikator V

Denne indikator er i år så præliminær, at det ikke giver mening at stratificere på afdelinger/centre. Vi skal anvende denne indikator meget offensivt i tiden fremover. Behandlere skal alle steder i hvert enkelt forløb med ADHD aktionsdiagnose tilstræbe at ADHD-RS scores både i hjem og skole og for begge subskalaer kommer under T-score på 60 (dvs ”normaliseres”) ved revurdering efter optimering af behandlingen. Centrene vil i fremtiden blive vurderet på om minimum 50% ”normaliseres”, hvilket bør være muligt jævnfør resultater fra det amerikanske MTA-studie og ”naturalistiske studier” refereret i tidsskrifter.

Det er et ambitiøst mål, da ADHD-probanderne i MTA-studiet muligvis havde mindre comorbiditet og var mindre belastede i udgangspunktet.

Baggrund

BupBase er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for den Børne- og Ungdomspsykiatriske aktivitet i Danske Regioner. BupBase er tilknyttet Kompetencecenter Syd, Forsknings- og MTV-afdelingen på Odense Universitetshospital.

Databasen ledes af en *bestyrelse*, hvis aktuelle sammensætning er:

- Vicedirektør Annette Gjerris, Psykiatrvirksomheden, Region Hovedstaden (formand)
- Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland, Århus
- Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Psykiatrien, Region Syddanmark (økonomiansvarlig)
- Center og klinikchef Hanne Børner, Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup
- Overlæge, professor, klinisk projektleder i BupBase Niels Bilenberg, Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus Odense, Psykiatrien Region Syddanmark
- Centerchef Uwe Klahn, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, Region Hovedstaden.
- Overlæge, ph.d. Linda Kærlev, Forskning- og MTVafdelingen, Kompetencecenter Syd, Odense Universitetshospital.

Databasens indhold, analyser og udvikling koordineres af et *fagligt udvalg*, de aktuelle medlemmer er:

- Overlæge, professor Niels Bilenberg, Det børne- og ungdomspsykiatriske Hus Odense, Psykiatrien Region Syddanmark (formand)
- Ledende overlæge Flemming Sevaj, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland
- Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland
- Overlæge Torben Isager, Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup, Region Hovedstaden
- Overlæge Thorsten Schumann, Børne- og Ungdomspsykiatrisk ambulatorium, Augustenborg, Psykiatrien Region Syddanmark
- Overlæge Merete Weischer, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Bispebjerg, Region Hovedstaden

Økonomi

BupBasens økonomi er baseret på bevillinger fra:

- Danske Regioners Databasesekretariat – kr. 550.000 år 2008.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet – Psykiatripuljebevilling kr. 600.000 pr. år til og med 2008.

Formål med årsrapport:

At offentliggøre resultater eller med henblik på at bedre kvaliteten i undersøgelse og behandling i Børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark

Dataindsamling og metode

Kvalitetsindikatorer

Indikatorer er mål for afdelingens aktivitet og opdeles i proces- og resultatindikatorer. En *procesindikator* måler en aktivitet med indirekte betydning for resultatet i forhold til en ønsket standard for denne aktivitet. En *resultatindikator* måler effekten af undersøgelse og behandling overfor modtageren (patienten) i forhold til dokumenterede kriterier og standarder på området. De nedennævnte indikatorer er alle relaterede til de forløb, hvor patienten modtager undersøgelse og evt. behandling – se nedenfor under forløbstyper.

For hver indikator, der inddrages, skal der indsamles data til måling af selve indikatoren og de mulige forklarende faktorer, som skal indgå i analysen, når indikatoren og ændringer i indikatoren analyseres. Alle variabler kræver så klare kategoriseringer og definitioner som muligt.

I den aktuelle version af BupBasen indsamles data til fem indikatorer; 2 procesindikatorer og 3 resultatindikatorer.

Tabel 1 Indikatorer

Indikator-område	Indikator	Type	Standard	Forklarende faktorer Stratificering
I. Henvisning Visitation	Ventetid	Proces	75% venter under to måneder på start af undersøgelse og/eller behandling	Henviser, henvisningsdiagnose, afdeling
II. Ændring i symptom-belastning	HoNOSCA	Resultat	Andel af behandlingsforløb med <i>svag belastning*</i> ved afslutning (eller efter 6 mdr) Standard: Explorativ	Diagnose , køn, alder, familiær socialgruppe, etnicitet, afdeling
III. Ændring i psykosocial funktion	GAPD	Resultat	Andel af behandlingsforløb med <i>god psykosocial funktion*</i> ved afslutning (eller efter 6 mdr) Standard: Eksplorativ	Diagnose , køn, alder, familiær socialgruppe, etnicitet, afdeling

- Algoritme for *svag belastning* (HoNOSCA) og *god psykosocial funktion* (GAPD) kan ses under gennemgangen af Indikator II og III

Fra 1.1.2008 er der indsamlet diagnosespecifikke data vedrørende patienter med forstyrrelse af opmærksomhed (Hyperkinetisk forstyrrelse (HKD) eller ADHD).

IV. ADHD evaluering	ADHD- RS	Proces	Der foretages forældre og lærer scoring i alle (100%) forløb med ADHD diagnose (F90.x og F98.8)	Afdeling
V. Ændring i ADHD symptom- belastning	ADHD- RS	Resultat	Andel af behandlingsforløb med ADHD diagnose hvor ADHD-RS score normaliseres**	Diagnostisk subgruppe, afdeling, køn, alder, familiær socialgruppe

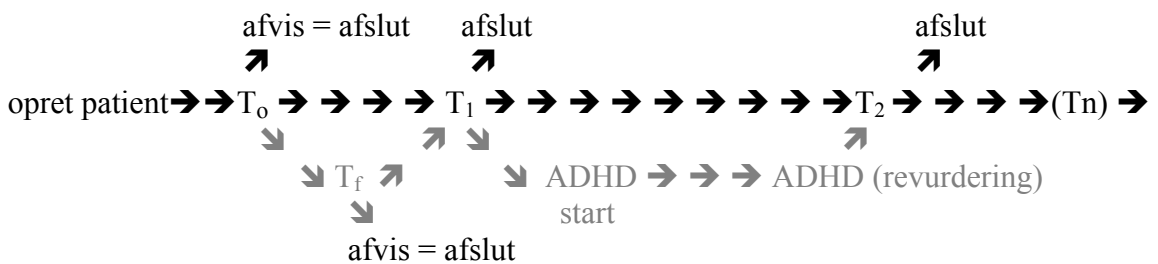
** Normalisering er defineret som en alders- og kønsrelateret score lavere end gennemsnit + én standarddeviation (T-score<60)

Forløbstyper i BupBase

Databasen registrerer primært undersøgelses- og behandlingsforløb, men også konsulentforløb og afviste patienter. Registreringen af de almene forløb er baseret på en helhedsorienteret forløbsmodel, hvor patienten betragtes som værende i samme udrednings- og behandlingsforløb uanset skift mellem forskellige afsnit og teams indenfor samme afdeling, uanset evt. intern ventetid. Det er afdelingens samlede indsats, der søges beskrevet i databasen. Denne forløbsmodel kan være forskellig fra de kontaktbaserede patientadministrative systemer, jf. de senere overvejelser om dækningsgraden. BupBase afviger desuden i nogle tilfælde fra de reelle kliniske forløb ved kun at følge patienterne i op til seks måneder. Der kan dog foretages flere registreringer (og dermed analyser) af længere forløb, så databasen i højere grad vil afspejle den kliniske virkelighed. Vejene i de forskellige forløbstyper er skitseret i figur 1.

Figur 1 Forløbsbeskrivelse

'Veje' en patient kan gå gennem BupBase-registreringen:



Alle henvisninger oprettes (T_0),	Evt. forvisitation (T_f) samtale(r) eller netværks-møde(r)	Start (T_1) på us. og/eller behandling	ADHD-start Ved arbejdsdiag-nose F90.x og F 98.8	Revurdering (T_2) ADHD revurdering
---------------------------------------	--	---	---	--

Samme BupBase forløb uanset afsnit og statusskift
Forløb i BupBase er en kæde af begivenheder, som følger efter henvisning ^a(se noter) af en patient.

- Der er fire typer forløb:
- 1) Behandlingsforløb,
 - 2) Undersøgelserforløb,
 - 3) Afviste/ tilbagevisterede ^b forløb og
 - 4) Konsulentforløb ^c

Ved undersøgelses- og behandlingsforløb er der tre ankerbegivenheder:

- henvisningstidspunkt (T_0),
- start på undersøgelse (T_1) og
- revurdering (T_2).

Administrativt følger herefter BupBase Afslutning. Der kan være indskudt en forvisitation (T_f) mellem T_0 og T_1 .

Hvis et undersøgelses- eller behandlingsforløb stadig er i gang seks måneder efter T_1 , skal der foretages revurdering (T_2) med diagnose for den primære del af forløbet. Der kan foretages senere revurderinger (T_{2+}), hvor også diagnosen skal revurderes. Kun i forløb med behandling rates patienterne med HoNOSCA og GAPD ved T_2 .

Hvis arbejdsdiagnosen ved T_1 er ADHD (F90.x eller F98.8) skal der udfyldes ADHD-RS formular af hjemmet og skolen, og hvis diagnosen fastholdes som slutdiagnose, tillige ADHD-RS fra begge kilder ved follow up, når behandling er institueret.

Statusskift fra fx. ambulatorium til indlæggelse i samme ^d afdeling/center er i BupBase sammenhæng stadig det samme forløb. Hvis patienten viderehenvises/omvisiteres til en anden afdeling/center afsluttes forløbet i første afdeling og oprettes på ny i den anden.

Noter

- a) Der kan også være tale om, at patienten selv henvender sig, fx via skadestue. Rene skadestuebesøg og tilsyn oprettes ikke som BupBase forløb.
- b) Afviste henvisninger oprettes med personidentifikation og henvisningsoplysninger og afsluttes umiddelbart i BupBase (registreres som "afviste" på afslutningsformularen).
- c) Konsulentforløb er netværksmøde(r) og/eller enkeltstående samtale(r) m.h.p at vurdere, om patienten skal vente på egentlig undersøgelse og behandling (hvorved kontakterne bliver til forvisitation) eller kan afsluttes som et konsulentforløb. Et konsulentforløb kan have flere kontakter og indeholde behandlingselementer, men registreres som konsulentforløb uden T_1 og T_2 registreringer, HoNOSCA rating m.m., hvis patienten (eks. et mindre barn) ikke selv deltager i undersøgelse og /eller behandling. Ved afslutning registreres på afslutningsformular; "afslutte efter forvisitation".
- d) Det skal afklares indenfor hver region, om forskellige enheder/afdelinger hører under samme afdeling/center eller i BupBase sammenhæng skal betragtes som adskilte. Hvis en patient viderehenvises til en afdeling i en anden region, betragtes det som et nyt forløb. Det angives på afslutningsformularen, hvilken afdeling pt. er henvist til, m.h.p. senere sammenkædning.

Læg mærke til, at der ved flere revurderinger i forløbene (T_{2+}) skal foretages revision af diagnosen – dvs. hele det multiaksiale diagnosemønster. På den måde kan komplekse forløb følges over længere tid, evt. flere år. Også ADHD-RS revurdering kan gentages i lange forløb.

Formularer

Der er otte formularer, som findes i papirversion (se Appendiks A) tilsvarende skærbillederne. Den enkelte afdeling afgør, om klinikerne indtaster direkte i databasen eller udfylder papirformularerne, som indtastes af sekretærerne.

- Opret patient Patientidentifikation og bopælskommune
 - Henvisning T_0 : dato for henvisning modtaget, henviser, henvisningsdiagnose mm.
 - Forvisitation T_f : evt. forsamtale eller start på konsulentforløb
 - Start undersøgelse T_1 : første patientkontakt i et forløb
 - Revurdering T_2 : afslutning af klinisk forløb eller 6 (5-7) måneder efter T_1
 - Afslutning Administrativ lukning af forløbet i BupBase.
- Afslutning er en forudsætning for, at et nyt forløb kan oprettes for samme patient efter ny henvisning.

I 2008 er der indført formularer for indtastning af specifikke data om ADHD. En særlig manual er udarbejdet for denne funktion.

- ADHD-Start Under udredning af ADHD (før behandling sættes i gang)
- ADHD-Revurdering Evaluering af behandling (kan gentages) (med kliniske data)

I revurderingsformular T_2 afkrydses om der kun er foregået undersøgelse (i så fald registreres den multiaksiale diagnose, men HoNOSCA og GAPD registrering undlades) eller undersøgelse og behandling (medfører fuld registrering ved T_2).

Øvrige definitioner

Henvisningsdato (T_0): Den dato henvisningen modtages i afdelingen. De fleste steder dateres henvisningen af modtagende sekretær, når posten åbnes. Akutte patienter som selv henvender sig, fx i skadestue, registreres på henvendelsesdato. I dette tilfælde kan T_0 blive samme dato som T_1

Henvisningsdiagnose: Tentativ diagnose – modtagende afdelings bedste faglige skøn efter de forhåndenværende oplysninger. Ikke blot henvisers evt. diagnose. Koder som F989, Z004 eller Z032 bør undgås, brug hellere mindre uspecifikke diagnoser som F29:... psykose, uspecificeret, eller F90.9 opmærksomhedsforstyrrelse, uspecificeret.

Forvisitation: En (ikke-obligatorisk) indskudt ydelse fx netværksmøde eller enkeltstående samtale med pt. og/eller familien m.h.p. at vurdere, om sagen kan afvises, omvisiteres eller afsluttes som konsulentforløb eller skal videre til udredning og eventuel behandling. Hvis udredningen fortsætter i umiddelbar forlængelse af forvisitationen kan denne dato (hændelse) være identisk med start undersøgelse (T_1). Forvisitation, der ikke fører til egentlig undersøgelse og behandling registreres som konsulentforløb og afsluttes herefter (BupBase afslutningsformular udfyldes med ”afsluttet efter forvisitation”).

Konsulentforløb: Ved afkrydsning af konsulentforløb forventes ikke en T_1 (og T_2) registrering. Konsulentforløb tæller ikke i ventetids-indikatoren og afsluttes som et konsulentforløb. Se i øvrigt definitionen ovenfor under note c.

Start undersøgelse (T_1): Tidspunkt for første kontakt med patienten i et planlagt, sammenhængende undersøgelses- eller behandlingsforløb. Her rates patienten med HoNOSCA og GAPD, som

beskriver patientens funktion *før* T1, samtidig med at indsamling af informationer til scoringen kan foretages *efter* T1, som led i undersøgelsen. Der registreres tillige én eller flere Arbejdsdiagnoser.

Etnicitet: Patientens forældres fødeland.

Husstand: Personer på patientens folkeregisteradresse uanset forældremyndighedsstatus.

Socio-økonomisk status for fungerende mor og far på folkeregisteradressen.

ADHD start: Hvis en af arbejdsdiagnoserne ved T₁ er ADHD (F90.x eller F98.8) skal der udleveres ADHD-RS til forældre og skole. Besvarelserne indtastes efterfølgende i BupBase.

ADHD revurdering: Hvis ADHD diagnosen bekræftes under udredningen skal hjem og skole genudfylde ADHD-RS når behandling (medicin, pædagogik, psykoedukation mm.) er institueret. Ved hver ADHD-RS "revurdering" inddateres også kliniske data (medicin (type og døgndosis), støtte i skole og familie, og klinisk opfølgning). ADHD-RS revurdering registrering kan laves flere gange.

Revurdering (T₂): Her registreres ved klinisk afslutning eller 5-7 måneder efter start dels den multiaksiale diagnose for hele forløbet. Hvis behandling har indgået i forløbet tillige patientens status de sidste 14 dage før revurderingen målt med HoNOSCA og GAPD. Denne registrering danner grundlag for beregning af resultatindikatorerne.

Multiaksial diagnostik: Her følges WHO's retningslinier for diagnostik i børne- og ungdomspsykiatri (World Health Organization (WHO), 1996) på fire akser: 1) psykiatrisk syndrom, 2) udviklingsforstyrrelse, 3) begavelsesniveau (IQ) og 4) somatiske diagnoser.

Diagnoserne er en beskrivelse af de tilstande, som blev afdækket ved undersøgelsen og var udgangspunktet for behandlingen i det konkrete forløb. Registrering på alle akser er obligatorisk og ved fravær af diagnose eller normale forhold på én eller flere akser udfyldes med henholdsvis Z032, F8x, F7x og Ax.

Afslutning: Et BupBase-forløb lukkes almindeligvis efter revurdering (T₂). Hvis patienten fortsætter i behandling kan man dog vælge at holde BupBase-forløbet åbent med registrering af fortløbende revurderinger (T2+). Alle BupBase-forløb skal afsluttes senest ved det kliniske forløbs afslutning.

HoNOSCA: "Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents" (Bilenberg, 2003; Gowers et al., 1999) er en børn og unge version af "Health of the Nation Outcome Scale", som stammer fra Storbritannien. Hvert af de 13 items dækker et problemområde, og problemtyngden scores på en skala fra 0-4. Overlap mellem områderne er begrænset, og hvert item udgør et specifikt bidrag. Indholdet er symptom- og problembaseret, ikke diagnose-baseret. Den totale score fra 0-52 repræsenterer tyngden af symptomer og belastning som helhed.

Ratingen er en status over patientens tilstand de seneste to uger op til henholdsvis T₁ og T₂. Problemtyngden beregnes ud fra en algoritme som værende *svag*, *middel* eller *svær* og udgør den ene af to "resultatindikatorer" i BupBasen.

GAPD: "Global Assessment of Psychosocial Disability" (WHO, ICD-10, akse 6) (World Health Organization (WHO), 1996) er en skala fra 0-8, hvorpå patientens samlede funktionsniveau scores. 0 er ideel god funktion på alle områder og 8 repræsenterer en tilstand, hvor patienten ikke kan varetage selv de mest basale funktioner i relation til sin alder. Ændringen i GAPD score er den anden "resultatindikator" i BupBasen. Patienten rates på samme tidspunkter som for HoNOSCA's vedkommende, men for en længere forudgående periode (tre måneder ved start- og en måned ved slut-rating).

Undersøgelse og behandling: Der afkrydses på revurderingsformularen, om der er foregået:

Undersøgelse alene

Udover undersøgelse har interventionen i forløbet (T1 -> T2) kun bestået i orientering om undersøgelsesresultatet, mundtligt og evt. skriftligt.

SKS ydelseskoder kan fx være førstegangsbesøg, psykologisk undersøgelse, netværksmøde og udfærdigelse af erklæring.

Undersøgelse og behandling

Interventionen har udover orientering om undersøgelsesresultatet omfattet rådgivning og evt. anden behandling.

SKS ydelseskoder kan være fx individuel psykoterapi, familierapi, samtale med behandlingssigte, psykofarmakologisk behandling og psykoedukation i gruppe.

Deltagende afdelinger/centre

Tabel 2. Afdelinger/centre som registrerer i BupBase og deres respektive baggrundspopulation

Region Center/Afdeling	Aldersgrænser	Indbyggere i regionen (0–17-årige) ultimo 2008
Region Hovedstaden:	0 - 17 år	345.829
Københavns kommune* Skolepsykiatrisk Center	6 – 18 år	
Bispebjerg	0 – 17 år	
Glostrup	0 – 17 år	
Hillerød	0 – 17 år	
Region Sjælland:	0 - 17 år	185.046
Roskilde	0 – 17 år	
Holbæk	0 – 19 år	
Næstved	0 - 17 år	
Region Syddanmark:	0 – 17 år	271.083
Odense	0 - 17 år	
Kolding	0 - 23 år	
Augustenborg	0 – 20 år	
Esbjerg	0 - 20 år	
Region Midtjylland:	0 – 17 år	286.115
Risskov	0 – 20 år	
Herning	0 – 19 år	
Viborg	0 – 19 år	
Region Nordjylland	0 – 17 år	127.411
Ålborg	0 – 17 år	

* Skolepsykiatrisk Center har Københavns Kommunes skoleelever som baggrundspopulation.

Kilde: Danmarks statistik. Statistikbanken

Aktivitet i BupBasen

Samlet antal forløb i BupBasen d. 31.12.2008

I alt 46.668 forløb er oprettet i databasen siden start i oktober 2003. Hvert forløb er knyttet til dels en person, dels en henvisning, den samme person kan således have flere forløb.

Antallet af nyoprettede forløb i perioden 1.1.-31.12.2008 er 13.351. I kalenderåret er 6.570 patienter startet undersøgelse/behandling (T₁) og 4.721 har fået foretaget en revurdering (T₂). Startede og revurderede patientforløb kan være henvist de foregående år.

Tabel 3. Forløb registreret i BupBase i 2008

Region	Center/afdeling	Henvisninger 2008	Startede forløb (T ₁) i 2008	Revurderede forløb (T ₂) i 2008	Revurderede forløb (T ₂) i 2008
		Antal henvisninger	Antal forløb	I alt	Forløb med behandling
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	167	104	61	24
	Bispebjerg	1.078	409	403	231
	Glostrup	1.406	689	555	318
	Hillerød	996	719	573	391
Sjælland	Roskilde	541	241	124	63
	Holbæk	885	307	73	54
	Næstved	678	169	107	47
Syddanmark	Odense	1.053	404	249	202
	Augustenborg	1.044	795	576	382
	Esbjerg	887	749	619	345
	Kolding	693	374	319	270
Midtjylland	Herning	617	338	181	164
	Risskov	1.836	568	251	123
	Viborg	401	269	242	187
Nordjylland	Aalborg	1.069	435	388	263
Hele landet		13.351	6.570	4.721	3.064

* Skolepsykiatrisk Center og Bispebjerg har begge Københavns kommune som optageområde

Kommentar: Der er på landsplan et voldsomt fald fra 13.351 henviste/oprettede forløb til 6.570 startede forløb i 2008. Det er to forskellige vinduer vi ”kigger ind ad”, men bortfaldet synes for stort, svarende til at kun ca. 50% af henviste forløb starter udredning. Senere dokumenterer vi at gennemsnitligt ca. 25% af henviste patienter afvises, tilbagevisiteres eller afsluttes efter forvisitation/konsulentforløb. Der ser derfor ud til at være et data kompletionsproblem med ”tab” af ca. 25% af forløbene fra *henvisning* til *start undersøgelse*, som dog delvis kan skyldes en øgning af patienter på venteliste. Efterfølgende synes der at optræde et nyt ”tab” på omkring 25% mellem *start undersøgelse* og *revurdering*. Begge disse registreringsmæssige mangler skal der arbejdes med at minimere.

Dækningsgrad- databasens registreringskomplethed af patienter

Vi har i forbindelse med årsrapporten arbejdet med forskellige modeller til vurdering af databasens registreringskomplethed af patienter. Baggrunden herfor er, at en analyse af 2008 data i Bupbasen mod 2008 data i en sammenligningsgruppe så som Landspatientregistret (LPR) ikke vil tage højde for, at Bupbasen er forløbsbaseret og LPR er kontaktbaseret og de 2 datakilder dermed ikke umiddelbart sammenlignelige med hensyn til årstal for indberetninger og hvilke forløb som indberettes. En sådan overordnet analyse ville vise en registreringskomplethed af Bupbasen på 67% i 2007 og 60% i 2008, og mange manglende cases både i Bupbase og i LPR.

Efter epidemiologiske overvejelser af fordele og ulemper, har vi i år valgt en ny model for analyse af registreringskompletheden, som vi finder mere korrekt ud fra Bupbasens forløbsbaserede opbygning. Vi sammenholder oprettede cpr-numre i BupBase med cpr-numre oprettet i Landspatientregistret (LPR) af de Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger. I tæller medtages cpr-numre fra hele BupBasens eksistensperiode (2003-22. februar 2009) og som samtidig opfylder betingelserne for nævner. I nævner indgår cpr-numre registreret med ”ind-år” i LPR i henholdsvis 2007 og 2008.

Databasens registreringskomplethed beregnes som andelen af personer oprettet i BupBasen og som er indrapporteret til Landspatientregisteret i 2008, set i forhold til det samlede antal personer indrapporteret til LPR fra en af de Børne- og Ungdomspsykiatriske afdelinger drevet af Danske Regioner (DR) i 2008. Til sammenligning vises de tilsvarende tal for 2007.

Registreringskompletheden opgøres på afdelings-/centerniveau.

54.446 forløb registreret ialt i Bupbase pr. 22.02.09.

43.799 forskellige cpr i Bupbase pr. 22.02.09.

	2007	2008
Antal patienter i Bupbasen alle år 1993-22.2.2009	43.799	43.799
Antal patienter reg. i Landspatientregisteret 2007 og 2008	10.747	10.914
Antal patienter både i BupBase og i Landspatientregistret	9.465	9.814
Manglende patienter i BupBase	1.282	1.100
Bupbasens registreringskomplethed (%)	88,1	89,9

- En person kan kun optræde en gang i det pågældende år.

Kommentar: Når der ses bort fra årstallet for registreringen i BupBase er der en meget høj registreringskomplethed i BupBase, hvor 89,9% i 2008 og 88,1% i 2007 af de registrerede cpr-numre i LPR var at finde i BupBase som helhed. At LPR heller ikke er uden mangler i forhold til registrering kan bl.a. ses af, at Bupbasen havde yderligere 493 cases i 2007 og 937 cases i 2008 som ikke var registreret i LPR.

Der er generelt set en god registreringskomplethed på alle afdelinger imellem 90,4 og 99,9% i forhold til at indberette cases i BupBase som er indberettet til LPR, imens der for en betydelig del af

cases er forskel på årstallet hvor indberetningen sker i henholdsvis Bupbase og i LPR, hvor overensstemmelsen på de enkelte afdelinger varierer fra 35,7% op til 93,2%.

Anbefaling: Det er muligt at øge kompletheden for 2007 og 2008 ved at gennemgå lister fra LPR over de manglende cases (som kombinationen af cpr og afdelinger) i Bupbase i 2007 (n=1.414) og 2008 (n=1.318), således at registreringskompletheden for 2007 og 2008 til årsrapporten 2009 øges.

Tabel 4. Bupbasens registreringskomplethed 2008, opdelt på afdelinger

Der er medtaget alle cases (som kombination af cpr og afdeling) i alle årene i Bupbase som samtidig er i LPR i 2008 i tælleren og delt med cases i LPR i 2008.

Bupbase alle år, cpr.nr. og afdeling, mod LPR 2008					
Afdeling	Antal	BupBase records	Frekvens	Procent	Heraf manglende Bupbase cases født 1989 og før**
Skolepsykiatrisk Center	Antal	BupBase records	705	-*	-
Bispebjerg	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	3738 38 3776	99,0 1,0 100,0	0
Gentofte	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	1660 1 1661	99,9 0,1 100,0	0
Glostrup	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	3676 46 3722	98,8 1,2 100,0	0
Hillerød	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	3710 4 3714	99,9 0,1 100,0	0
Roskilde	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	2076 22 2098	99,0 1,0 100,0	0
Holbæk	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	3067 21 3088	99,3 0,7 100,0	12
Næstved	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	2210 106 2316	95,4 4,6 100,0	94
Bornholm	Missing	(er i LPR)	220	100,0	176
Odense	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	3374 126 3500	96,4 3,6 100,0	19
Augustenborg	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	2693 13 2706	99,5 0,5 100,0	1
Esbjerg	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	2982 19 3001	99,4 0,6 100,0	2
Kolding	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	3426 161 3587	95,5 4,5 100,0	41
Herning	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	2076 221 2297	90,4 9,6 100,0	39
Risskov	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	6406 237 6643	96,4 3,6 100,0	50
Viborg	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	1927 11 1938	99,4 0,6 100,0	2
Aalborg	Antal Missing Total	BupBase records (er i LPR)	2925 72 2997	97,6 2,4 100,0	0

* Skolepsykiatrisk Center registrerer ikke i LPR, ** Ikke alle afdelinger registrerer patienter ≥ 19 år i Bupbase

Henvisningsmønster

Demografiske forhold

I 2008 er der oprettet 13.351 henviste forløb i BupBasen. Alders- og kønsfordelingen fremgår af tabel 5 og fordelingen på henviser af tabel 6.

Der er ingen forskel i mønstret hvad angår aldersfordeling sammenlignet med 2007, men en svag procentvis øgning i antallet af henviste drenge – fra 55,7 % til 58 %.

Også fordelingen på henviser (tabel 6) er på landsplan næsten identisk med tidligere år. Over halvdelen af henvisningerne kommer fra alment praktiserende læger, derefter følger Pædagogisk Psykologisk rådgivning (PPR) med knap 1/5 og andre sygehusafdelinger, med ca. halvdelen fra somatiske og halvdelen fra psykiatriske afdelinger inkl. psykiatrisk skadestue. Kun 4 % kommer direkte fra en socialforvaltning, selvom alle afdelinger formentlig er åbne for at modtage henvisninger derfra.

Mønsteret i henvisningsdiagnoser; procentdel af samlede antal henvisninger til det enkelte center (tabel 7), varierer enormt mellem centrene. I Risskov registreres 46% på henvisningstidspunktet som havende ingen eller uspecifik diagnose, dette er nede på 2% i Næstved og i Skolepsykiatrisk Center. Uens registreringspraksis gør sammenligninger besværlige. De fleste centre ligger dog på et acceptabelt niveau med 10-20% uspecificerede henvisningsdiagnoser.

Både vedrørende ASD og ADHD er der stor variation. ASD som henvisningsdiagnose varierer fra 4% i Esbjerg til 19% i Glostrup og Ålborg (Skolepsyk.Center dog særligt med 30%), mens ADHD som henvisningsdiagnose udgør 10% af henvisningerne i Risskov og 38% i Viborg (43% på Skolepsyk.Center, som også i denne sammenhæng har en ganske særlig position).

Når man sammenligner på regionalt plan (tabel 8) udjævnes forskellene og kun eksempelvis Spiseforstyrrelse varierer meget. Som henvisningsdiagnose udgør spiseforstyrrelser dobbelt så stor en andel af region Midtjyllands henvisninger som i de øvrige regioner (givetvis pga den store afdeling for spiseforstyrrelser i Risskov med bredere aldersoptag). Påfaldende er det også at ASD udgør 19% af henvisningerne i region Nordjylland mod kun 8% i region Syddanmark.

Tabel 5

Alder og køn for henviste patientforløb 2008

Region	Center/ afdeling	Alder					Køn			I alt
		0-6	7-13	14-17	18-20	21 +	Mand	Mand pct.	Kvinde	
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	8	144	15	0	0	139	83	28	167
	Bispebjerg	307	392	324	4	51	604	56	474	1078
	Glostrup	310	668	425	1	2	863	61	543	1406
	Hillerød	150	436	403	6	1	618	62	378	996
Sjælland	Roskilde	74	266	201	0	0	325	60	216	541
	Holbæk	117	344	311	112	1	484	54	401	885
	Næstved	88	268	320	2	0	398	58	280	678
Syddanmark	Odense	123	447	478	5	0	569	54	484	1053
	Augustenborg	103	401	371	161	8	570	54	474	1044
	Esbjerg	64	250	332	229	12	447	50	440	887
	Kolding	112	318	214	44	5	433	62	260	693
Midtjylland	Herning	65	262	197	80	13	359	58	258	617
	Risskov	250	688	488	270	140	1022	55	814	1836
	Viborg	26	162	158	55	0	233	58	168	401
Nordjylland	Aalborg	150	555	363	1	0	674	63	395	1069
Hele landet		1.947	5.601	4.600	970	233	7.738	58	5.613	13.351
Pct.		14,6	42,0	34,4	7,3	1,7				

Tabel 6. Henvisende instans 2008

Region	Center/ Afdeling	Egen læge	PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)	Sygehus- afdeling	Praktiserende speciallæge	Social- forvaltningen	Psykiatrisk afdeling/ skadestue	Andre og uoplyste	Total
Region Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	1	162	0	1	0	0	3	167
	Bispebjerg/Bornholm	442	171	132	24	118	170	21	1078
	Glostrup	512	322	191	28	24	206	123	1406
	Hillerød	475	220	69	16	39	151	26	996
Region Sjælland	Roskilde	254	114	59	17	28	58	11	541
	Holbæk	497	140	124	17	15	66	26	885
	Næstved	365	25	72	11	74	89	42	678
Region Syddanmark	Odense	626	144	106	31	86	11	49	1053
	Augustenborg	548	278	145	2	4	41	25	1044
	Esbjerg	615	7	87	8	5	136	29	887
	Kolding	394	214	40	9	17	10	9	693
Region Midtjylland	Herning	465	84	28	5	2	16	17	617
	Risskov	939	368	143	76	49	151	110	1836
	Viborg	269	37	44	7	9	29	6	401
Region Nordjylland	Aalborg	606	228	56	66	44	52	17	1069
Hele landet		7.008	2.514	1.297	318	514	1.186	514	13.351
Pct.		52,5	18,8	9,7	2,4	3,8	8,8	3,8	100

Tabel 7. Henvisningsdiagnose blandt nyhenviste 2008, jf. WHO, ICD-10 (5) Afdelinger/Centre

Region	Center/ afdeling	Ingen /uspec.	Psykose	Affektiv forstyr.	Angst /OCD	Reakt forstyr.	Spise- forstyr.	Person. forstyr.	ASD	ADHD	Adfærd. forstyr.	Emot. forstyr.	Tilknytn. forstyr.	Andre diag/ uoplyst	Total
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	3 2%	1 1%	0 0%	3 2%	0 0%	0 0%	0 0%	50 30%	71 43%	0 0%	7 4%	1 1%	31 19%	167 100 %
	Bispebjerg/Bornholm	267 25%	46 4%	73 7%	50 5%	161 15%	62 6%	15 1%	120 11%	152 14%	20 2%	9 1%	3 0%	100 9%	1.078 100%
	Glostrup	191 14%	58 4%	121 9%	83 6%	80 5%	45 3%	37 3%	266 19%	235 17%	48 3%	22 2%	22 2%	198 14%	1.406 100 %
	Hillerød	49 5%	38 4%	123 12%	76 8%	52 5%	51 5%	2 0%	130 13%	330 33%	43 4%	14 1%	17 2%	71 7%	996 100%
Sjælland	Roskilde	44 8%	11 2%	39 7%	36 7%	50 9%	8 1%	20 4%	85 16%	173 32%	44 8%	0 0%	4 1%	27 5%	541 100%
	Holbæk	281 32%	17 %	56 6%	64 7%	17 2%	44 5%	25 3%	90 10%	198 22%	25 3%	6 1%	10 1%	52 6%	885 100%
	Næstved	11 2%	40 6%	86 13%	61 9%	32 5%	45 7%	21 3%	89 13%	155 23%	71 10%	2 0%	11 2%	54 7%	678 100%
Syddanmark	Odense	234 22%	37 4%	117 11%	87 8%	117 11%	62 6%	25 2%	69 7%	195 19%	49 5%	11 1%	6 0%	44 0%	1.053 100%
	Augustenborg	354 34%	11 1%	130 12%	53 5%	49 5%	28 3%	8 1%	74 7%	252 24%	14 1%	3 0%	6 0%	62 6%	1.044 100%
	Esbjerg	117 13%	48 5%	201 22%	60 7%	99 11%	40 5%	10 1%	34 4%	98 11%	46 5%	5 1%	7 1%	122 14%	887 100%
	Kolding	115 17%	18 3%	58 8%	45 6%	11 2%	32 5%	1 0%	120 17%	214 31%	2 0%	2 0%	5 1%	70 10%	693 100%
Midtjylland	Herning	103 17%	6 1%	57 9%	36 6%	32 5%	37 6%	1 0%	63 10%	183 30%	16 3%	6 1%	6 1%	71 12%	617 100%
	Risskov	842 46%	31 2%	70 4%	73 4%	28 2%	204 10%	2 0%	158 9%	188 10%	34 2%	29 2%	3 0%	174 9%	1.836 100%
	Viborg	50 12%	12 3%	48 12%	29 7%	18 4%	9 2%	3 0%	35 9%	152 38%	6 1%	5 1%	1 0%	33 8%	401 100%
Nordjylland	Aalborg	166 16%	47 4%	92 9%	50 5%	18 2%	48 4%	1 0%	200 19%	208 19%	12 1%	14 1%	2 0%	211 20%	1.069 100%
Hele landet		2.827	421	1.271	806	764	715	171	1.583	2.804	430	135	104	1.320	13.351
Pct.		21,2%	3,2%	9,5%	6,0%	5,7%	5,4%	1,3%	11,9%	21,0	3,2%	1,0%	0,8%	9,8%	100%

ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen

Tilknytn.forstyr. = Tilknytningsforstyrrelser.

Table 8. Referral diagnosis among newly referred 2008, cf. WHO, ICD-10 (5) - Regions

Regioner	Ingen /uspec.	Psyko	Affektiv forstyr.	Angst /OCD	Reakt forstyr.	Spise-forstyr.	Person. forstyr.	ASD	ADHD	Adfærd. forstyr.	Emot. forstyr.	Tilknytn. forstyr.	Andre diag/ uoplyst	Total
Region Hovedstaden	510 14%	143 4%	317 9%	212 6%	293 8%	158 4%	54 1%	566 16%	788 22%	111 3%	52 1%	43 1%	400 11%	3.647 100%
Region Sjælland	336 16%	68 3%	181 9%	161 8%	99 5%	97 5%	66 3%	264 12%	526 25%	140 7%	8 0%	25 1%	133 6%	2,104 100%
Region Syddanmark	820 22%	114 3%	506 14%	245 7%	276 8%	162 4%	44 1%	297 8%	759 21%	111 3%	21 1%	24 1%	298 8%	3.677 100%
Region Midtjylland	995 35%	49 2%	175 6%	138 5%	78 3%	250 9%	6 0%	256 9%	523 18%	56 2%	40 1%	10 0%	278 10%	2.854 100%
Region Nordjylland	166 16%	47 4%	92 9%	50 5%	18 2%	48 4%	1 0%	200 19%	208 19%	12 1%	14 1%	2 0%	211 20%	1.069 100%
Hele landet	2.827 21,2%	421 3,2%	1.271 9,5%	806 6,0%	764 5,7%	715 5,4%	171 1,3%	1.583 11,9%	2.804 21,0%	430 3,2%	135 1,0%	104 0,8%	1.320 9,8%	13.351 100%

ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen

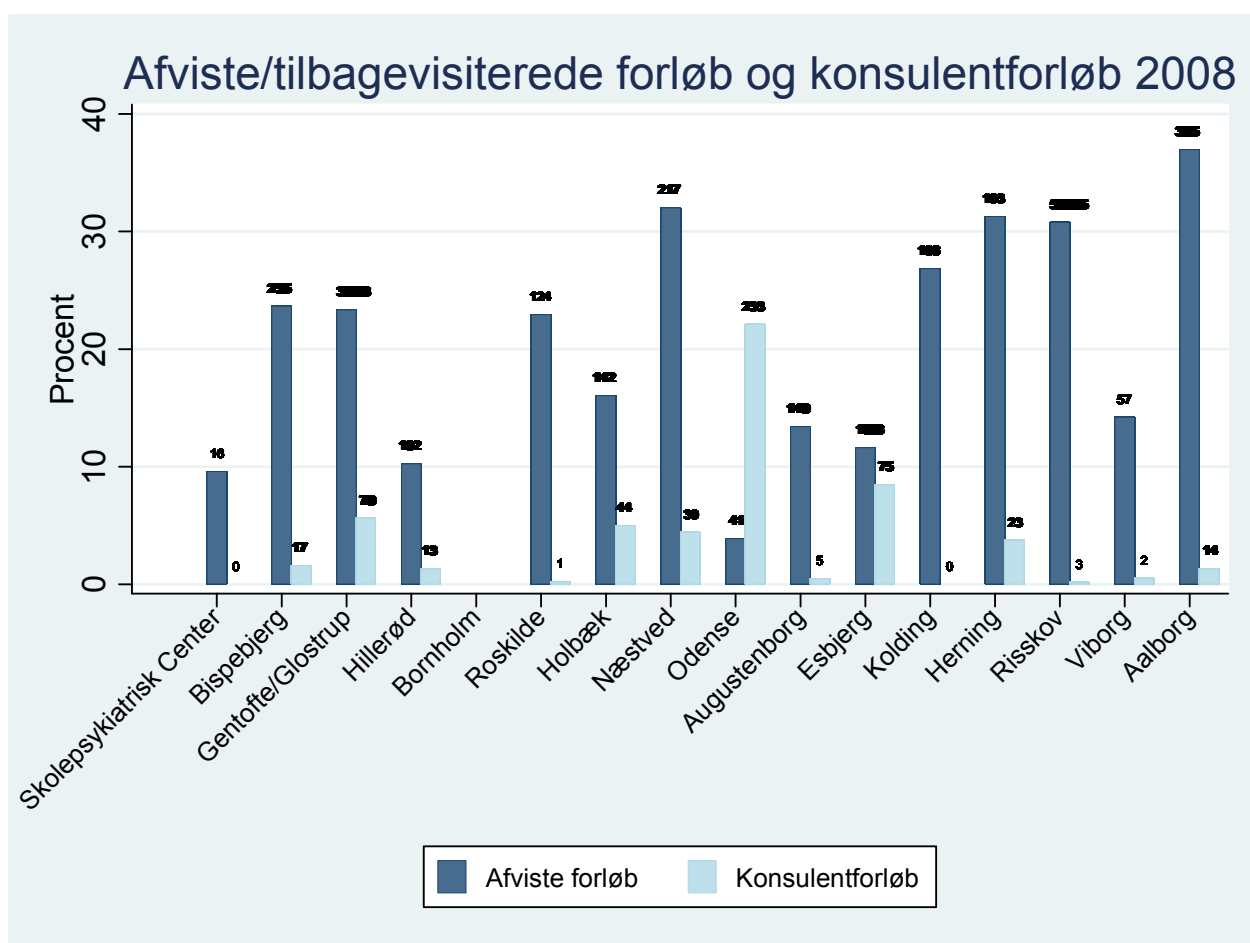
Tilknytn.forstyr. = Tilknytningsforstyrrelser.

Visitation og konsulentforløb 2008

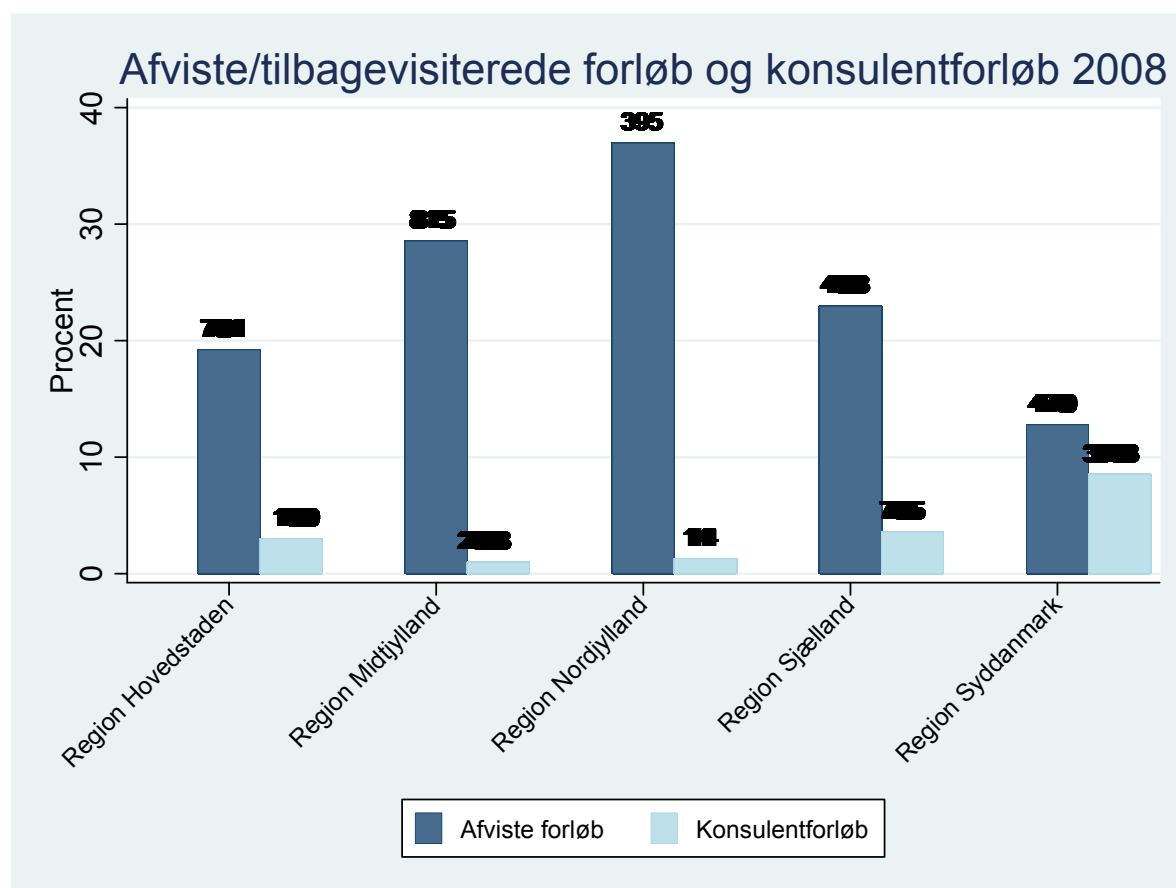
Visitation og forvisitation foregår forskelligt i de enkelte afdelinger, centre og teams i regionerne. Der er meget forskellig anvendelse af forvisitation i praksis og uensartethed i registreringen i BupBase. Der har ydermere været pres på afdelingerne til ændret registreringspraksis ifm. at Lov om udvidet ret til udredning og behandling blev indført. De fleste steder afvises eller omvisiteres 25-35 % af alle henviste. Flest i Ålborg (37 %) og færrest i Odense (4 %).

I Odense er det høje antal konsulentforløb udtryk for en praksis, hvor næsten alle henviste patienter ses til forvisitation, hvorefter en del (knap 25 %) afvises eller afsluttes uden start af udredningsforløb. Dette bliver i BupBase registreringen til et ”konsulentforløb”.

Figur 2



Figur 3

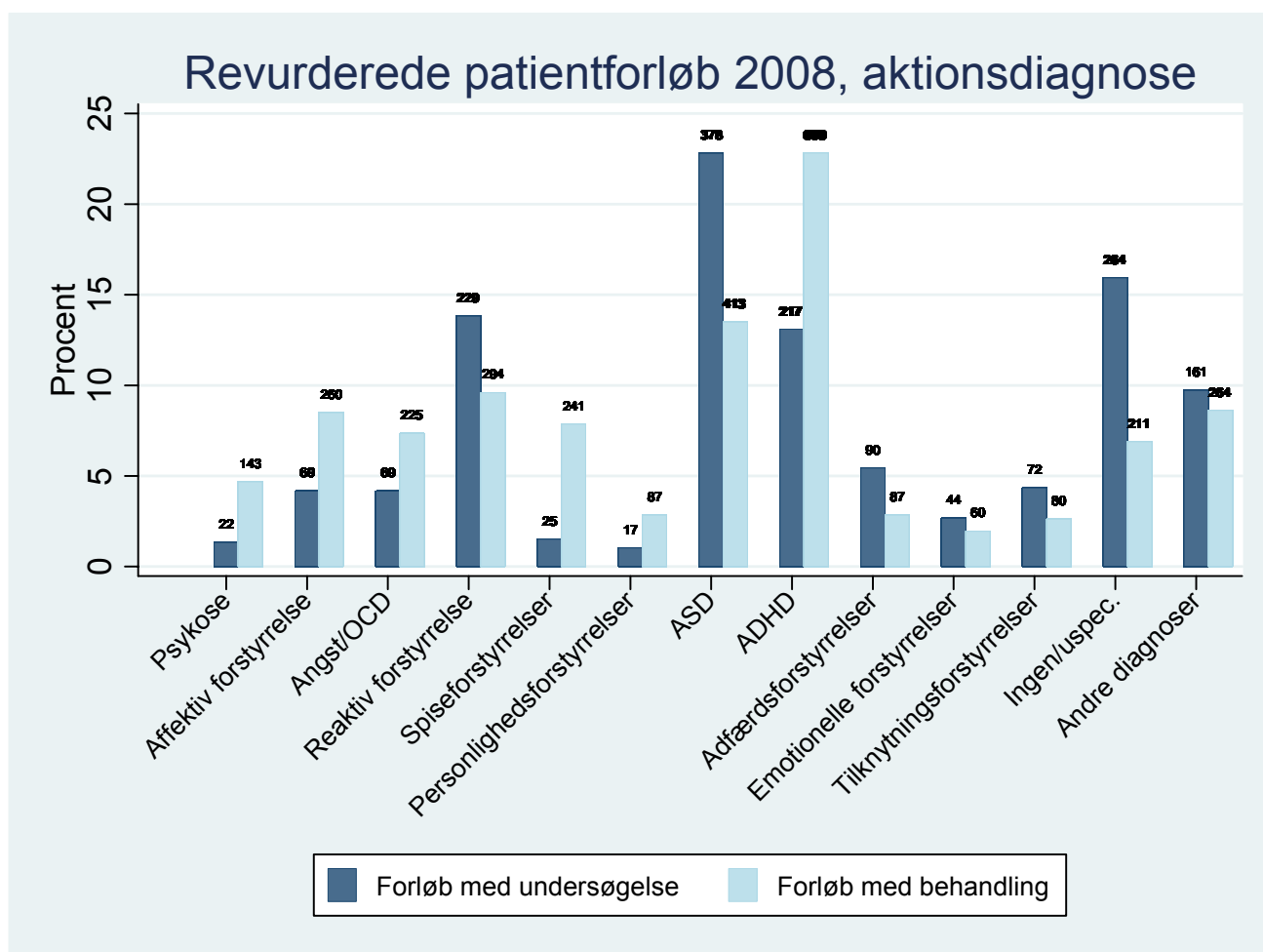


Centrenes tal slår selvfølgelig igennem på regionerne. I region Syddanmark afvises procentvis færrest. Hvis de to søjler lægges sammen udjævnes forskellene mellem regionerne omend der fortsat er et spænd fra godt 21 % (region Syddanmark) til knap 38 % (region Nord) af henvisningerne, som ikke overgår til egentlige udrednings-/behandlingsforløb.

Undersøgte og eventuelt behandlede patienter

Revurderede patienter i BupBase er et udtryk for hvilke patienter der har optaget undersøgelses- og behandlingkapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien i 2008. Gruppen belyses her i forhold til aktionsdiagnoser (den diagnose der har været i centrum for forløbet) samt køns- og aldersfordelingen.

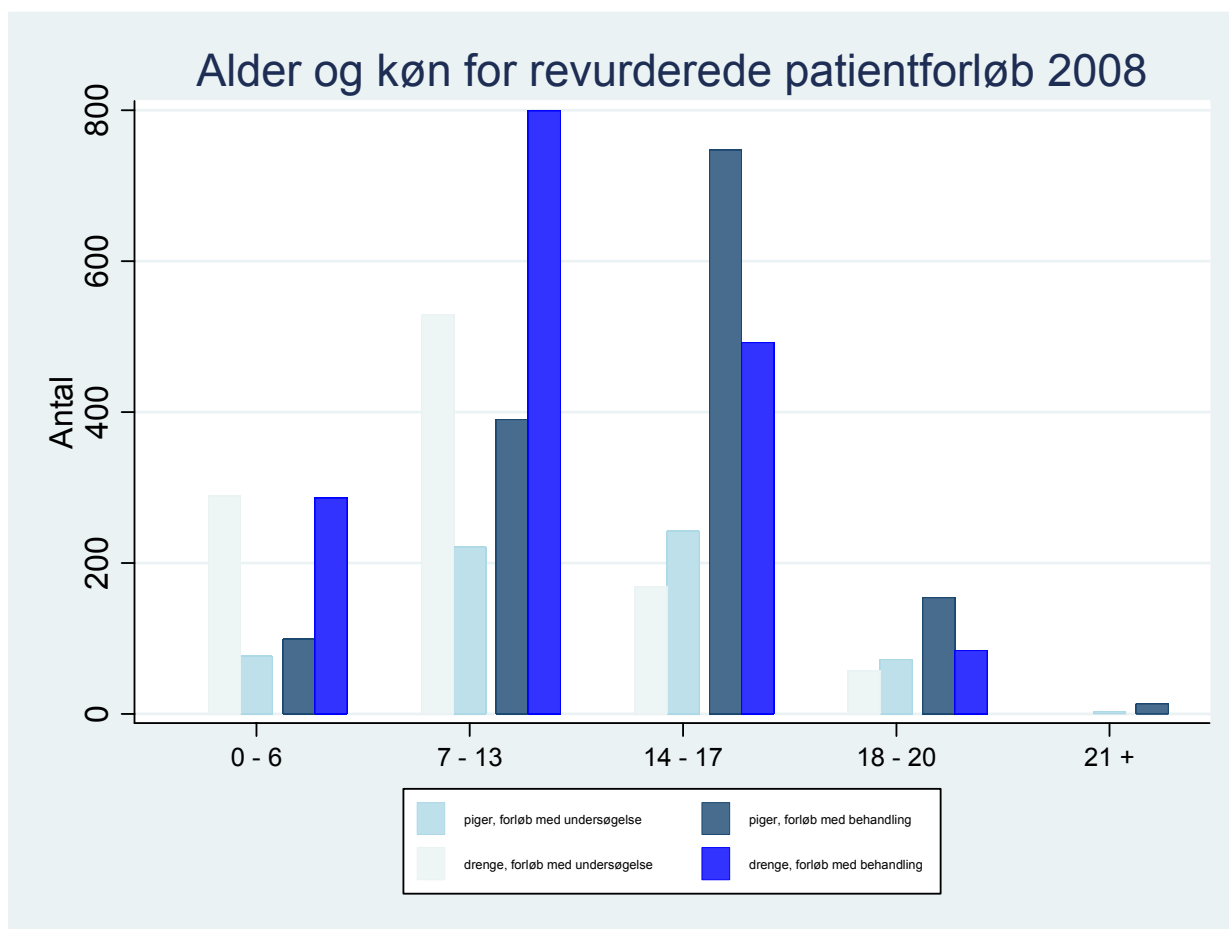
Figur 4. Revurderede patientforløb (T2) i 2008 fordelt på aktionsdiagnoser (N=4.721), heraf 3.064 forløb med behandling



Det er ASD og ADHD som optager den største del; tilsammen knap 40% af både den andel af patientforløb som alene undersøges og af den andel som tillige behandles i dansk BUP. Forventeligt ligger tyngden for ASD i udredning. Der udredes også mange, svarende til ca. 17 % af de rene undersøgelsessager, som ikke ender med en diagnose (ingen/uspec).

Affektive forstyrrelser, angst/OCD, reaktiv forstyrrelser og spiseforstyrrelser udgør alle 8-10% af det samlede antal behandlingsforløb (tilsammen godt 1/3).

Figur 5



Vi kan se at undersøgelses- og behandlingstygden ligger på drenge frem til puberteten. Rigtig mange drenge i alderen 7-13 år behandles og tilsvarende mange piger i alderen 14-17 år behandles i centrene. Samlet er det fortrinsvis drenge som beslaglægger undersøgelses- og behandlingskapaciteten.

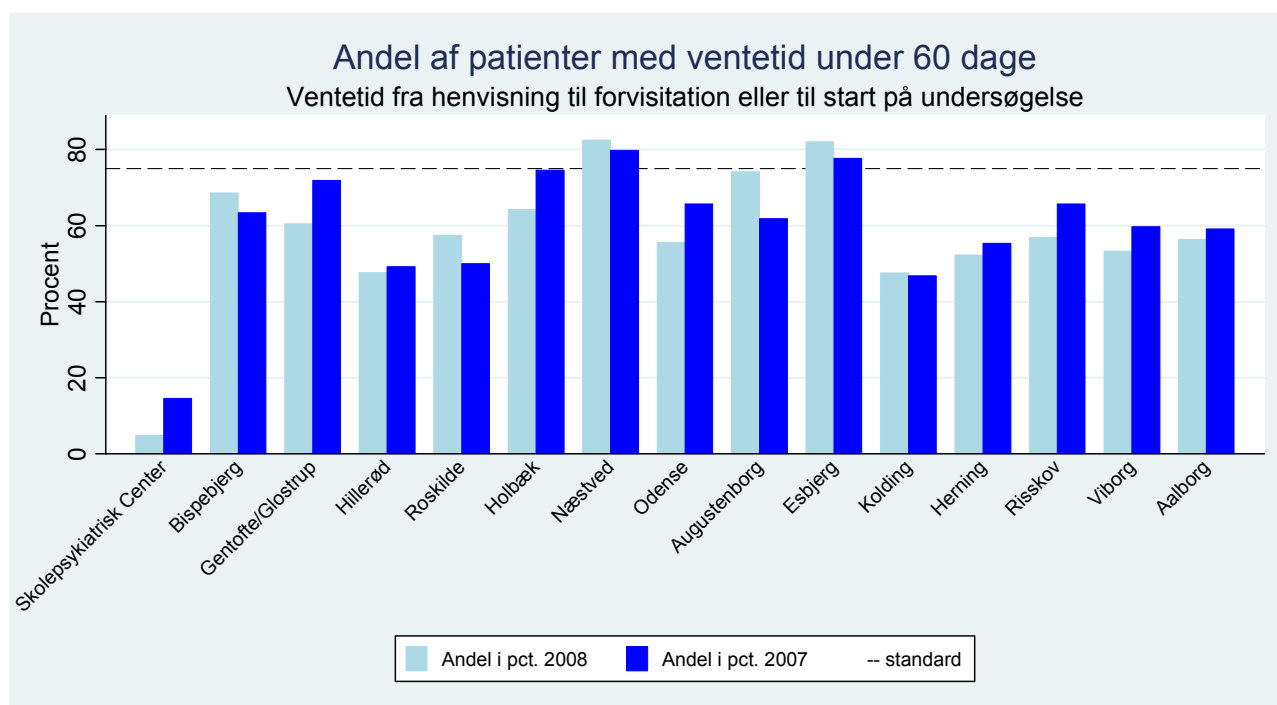
Resultater, indikatormålinger

Indikator I:

Ventetid

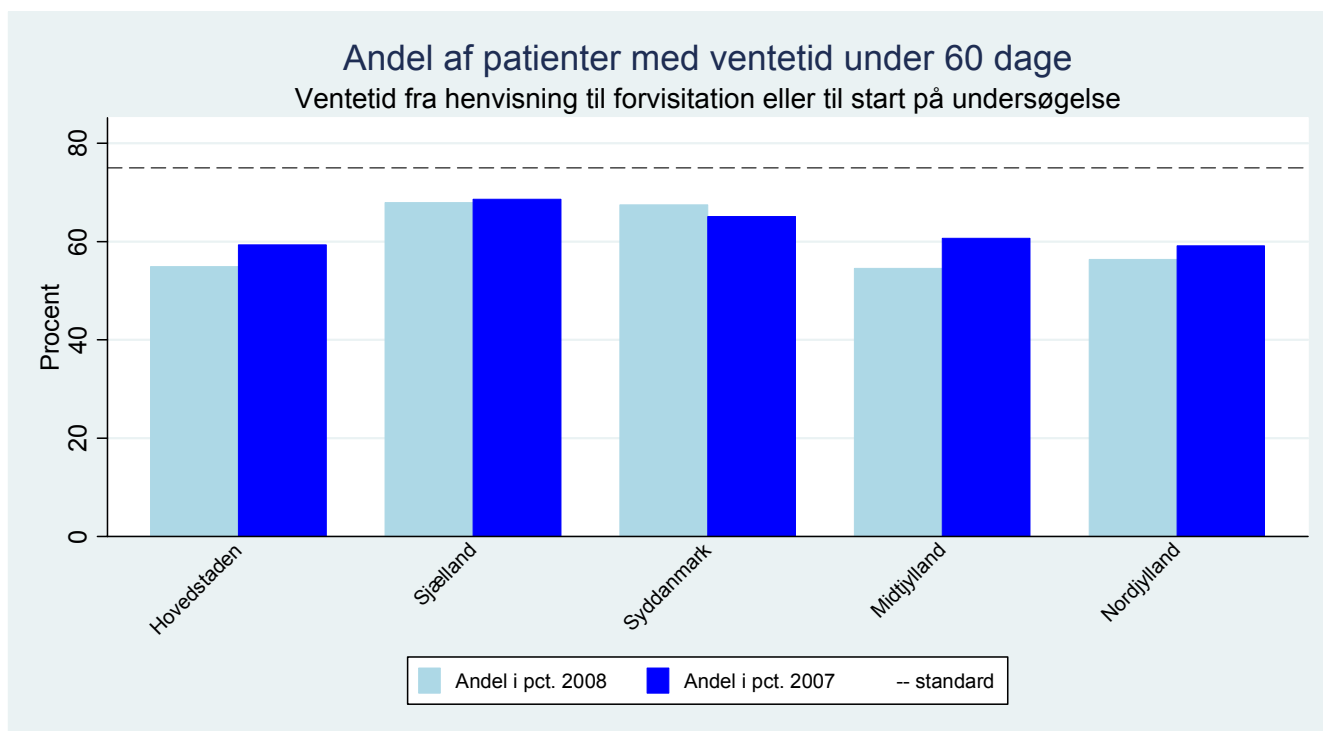
Det er servicemålet, at undersøgelse skal starte indenfor to måneder efter modtagelse af henvisning. Indikator standard er at 75 % startes inden 60 dage. Vi har i år set på ventetidsindikatoren både som ventetid "fra henvisning til forvisitation (Tf) eller til start undersøgelse (T1)" (præsenteret først) og som den tidligere præsenterede fra henvisning til "start undersøgelse (T1)" (præsenteret efterfølgende). Når begge præsenteres er det for at modgå den forskel i registreringspraksis, som har gjort sammenligninger mellem BupBase data og de til Sundhedsstyrelsen indberettede ventetider. Vi mener at det først præsenterede indikatormål (figur 6+7) passer bedst med de ventetider der optræder i statistikker.

Figur 6



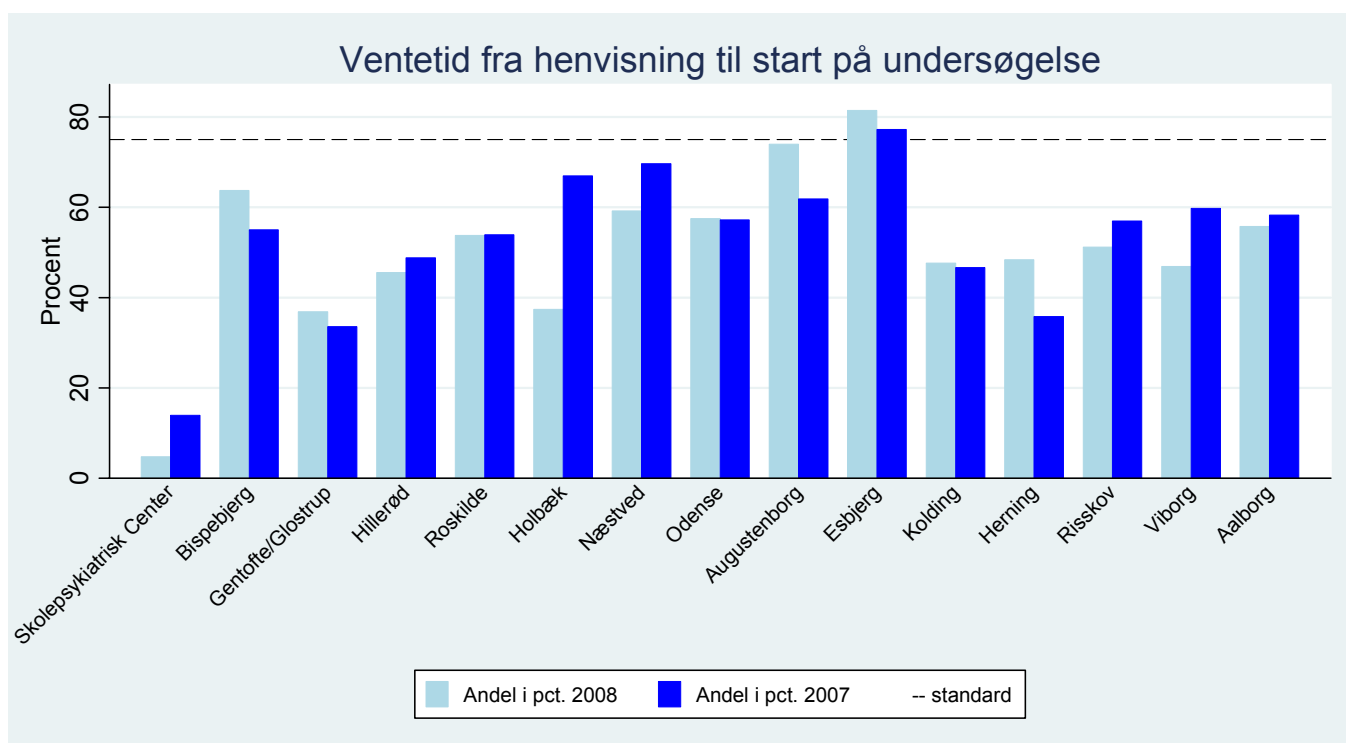
Centrene i Næstved, Esbjerg og Augustenborg klarer indikator-standarden som de eneste. Skolepsykiatrisk Center (Kbh. kommune), Hillerød og Kolding har laveste andel patienter med ventetid under 60 dage.

Figur 7



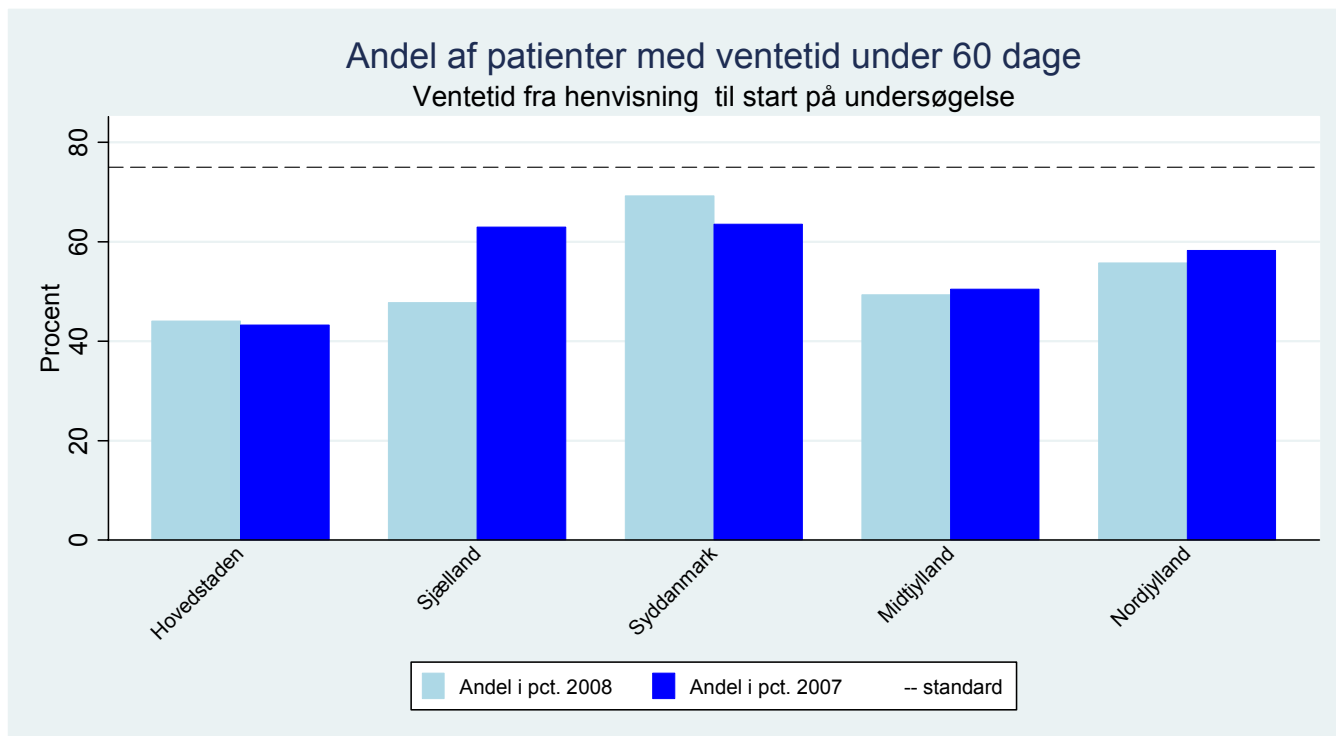
Set på regionalt plan er der ikke de store forskelle på standard-opfyldelsen. Bortset fra Region Syddanmark er andelen af forløb med mindre end 2 måneders ventetid (indikator-standard) faldet i alle regioner fra 2007 til 2008. Der forestår en stor opgave med at klare kravene efter indførelsen af loven om udvidet ret til undersøgelse og behandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien.

Figur 8. Andel af patienter med ventetid under 60 dage

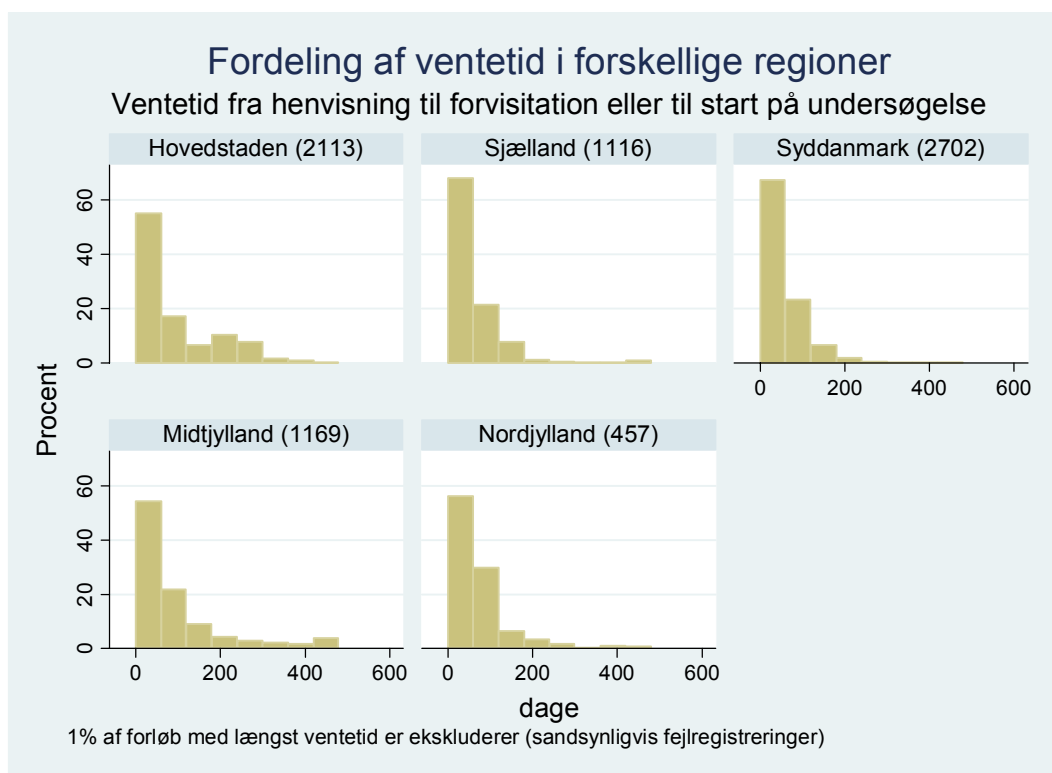


Allerede fra 2009 må vi forvente at ventetiden i alle centre og regioner går væsentlig ned. Med en udredningsgaranti kan vi fra 2010 flytte standarden fra 75% indenfor 60 dage til alle (100%) indenfor 60 dage.

Figur 9. Ventetid fordelt på regioner.



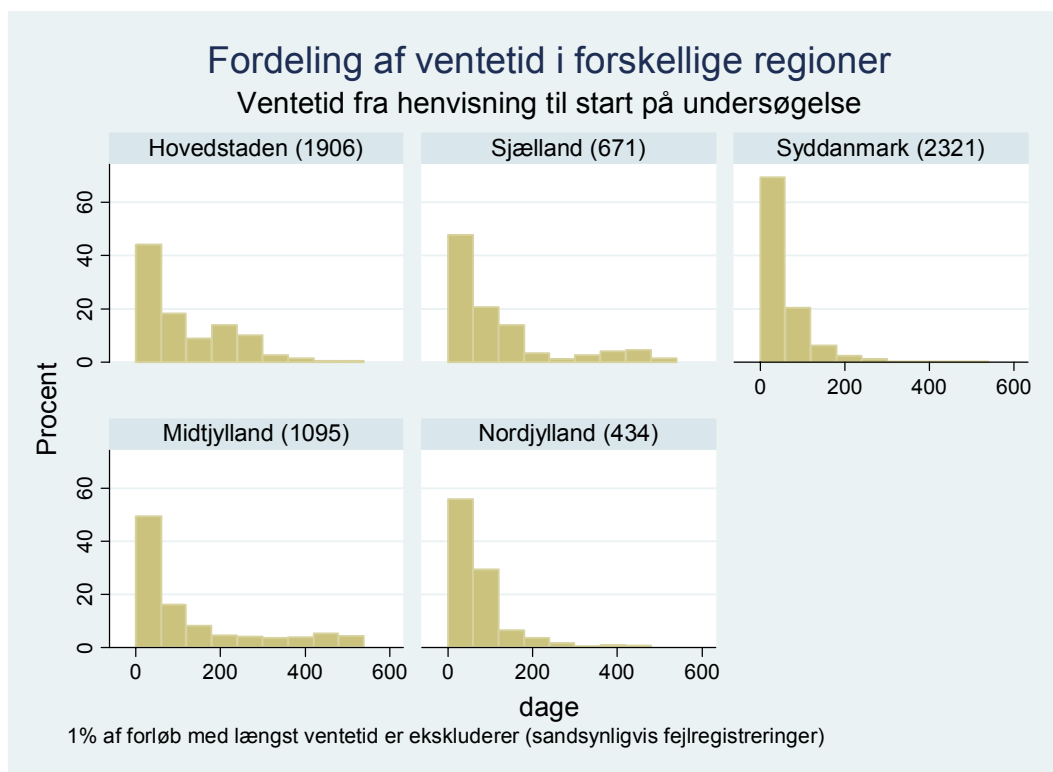
Figur 10. Ventetid opgjort i 60-dages intervaller



*** 5 forløb med ventetid over 1000 dage er ekskluderet (sandsynligvis fejlregistreringer)**

Når vi ser på fordelingen af ventetid i 60-dages intervaller, har regionerne Hovedstaden og Midtjylland en længere ”hale” som udtryk for en større andel med meget lang ventetid. De øvrige regioner har næsten ingen forløb med ventetid ud over 120 dage (4 måneder).

Figur 11



Indikator II:

HoNOSCA (*Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents*) er BupBasens primære resultatindikator. Den scores af klinikerens på 13 items, hver dækkende et problemområde med en scoring på en skala fra 0 til 4. Overlap mellem områderne er begrænset, og hvert item udgør et specifikt bidrag. Den totale score fra 0-52 repræsenterer sværhedsgraden af symptomer og belastning som helhed. HoNOSCA dækker følgende symptomområder

Blok a. Adfærdsproblemer

1. Aggressiv/antisocial
2. Hyperaktivitet, opmærksomhed
3. Selvskade
4. Misbrug

Blok b. Funktionsevne

5. Bøglige/sproglige færdigheder
6. Fysiske handicap

Blok c. Symptomer

7. Hallucinationer og vrangforestillinger
8. Ikke-organisk somatiske symptomer
9. Emotionelle symptomer o.lign.

Blok d. Social problemer

10. Problemer med jævnaldrene
11. Selvhjulpethed og selvstændighed
12. Familieliv og forhold
13. Mangelfuld skole fremmøde

Ved analyse af behandlingsresultat ved revurdering af patienten (T2) opgøres HoNOSCA efter følgende algoritme: ved sammenligning med belastning ved start (T1)

Gruppe 1: Svagt belastet eller over 50% reduktion i totalscore

- HoNOSCA total score $T2 < T1$
 - HoNOSCA total score $T2 \leq 13$
 - items i blok c skal alle scores ≤ 1
 - sum-score af blok a skal være ≤ 4
 - sum-score af blok d skal være ≤ 6
 - sum-score af blok b skal være ≤ 4
- eller
- relativ reduktion i HoNOSCA total score $(T1-T2)/T1 > 0,5$

Gruppe 2: Middel belastet; ingen eller mindre reduktion i totalscore

- Opfylder ikke kriterierne for gruppe 1
- HoNOSCA total score $T2 \leq T1$
- HoNOSCA total score $T2 \leq 26$
- items i blok c skal alle scores ≤ 2
- sum-score af blok a skal være ≤ 6
- sum-score af blok d skal være ≤ 8
- sum-score af blok b skal være ≤ 4

Gruppe 3: Svært belastet eller forværring af totalscore

- HoNOSCA total score $T2 > T1$
- eller HoNOSCA total score $T2 > 26$
- eller blot ét item i blok c scores > 2
- eller sum-score af blok a > 6
- eller sum-score af blok d > 8
- eller sum-score af blok b > 4

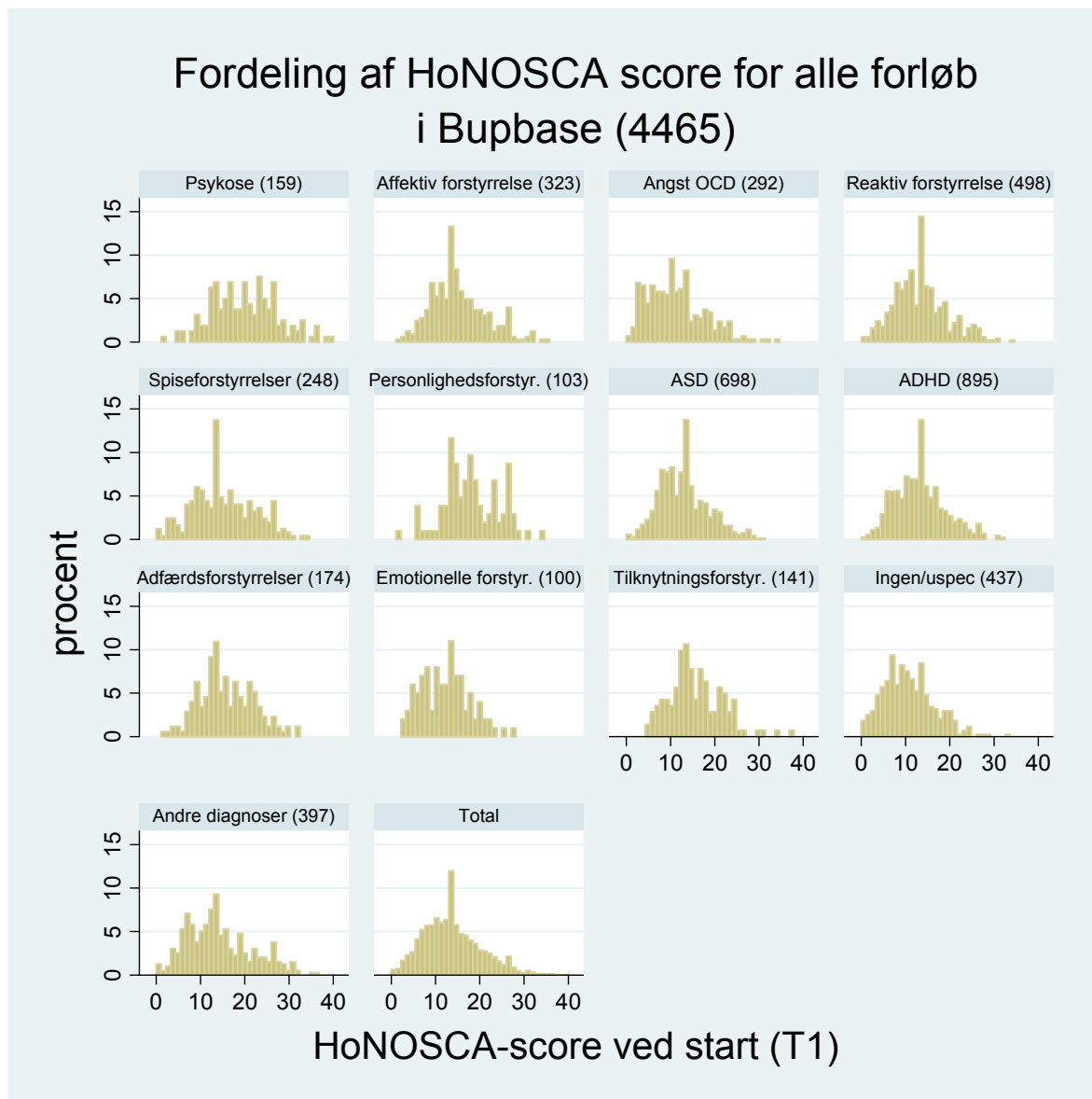
(Hvor der ikke står "eller" mellem kriterierne er der underforstået "og".)

* udarbejdet af N. Bilenberg efter drøftelse i international HoNOSCA gruppe (4)

Figurene 12 og 13 viser baseline HoNOSCA-score fordelingen for henholdsvis alle udrednings- og behandlingsforløb og forløb med efterfølgende behandling fordelt på hoveddiagnose-grupper. Om end kurverne er vanskelige at aflæse, ses at diagnosegrupperne "psykose" og "personlighedsforstyrrelse" er forholdsvis mest højreforskuet som udtryk for relativ størst belastning ved start af undersøgelse. Modsat ses grupper som angst/OCD og emotionelle forstyrrelser at være mindst belastede ved start.

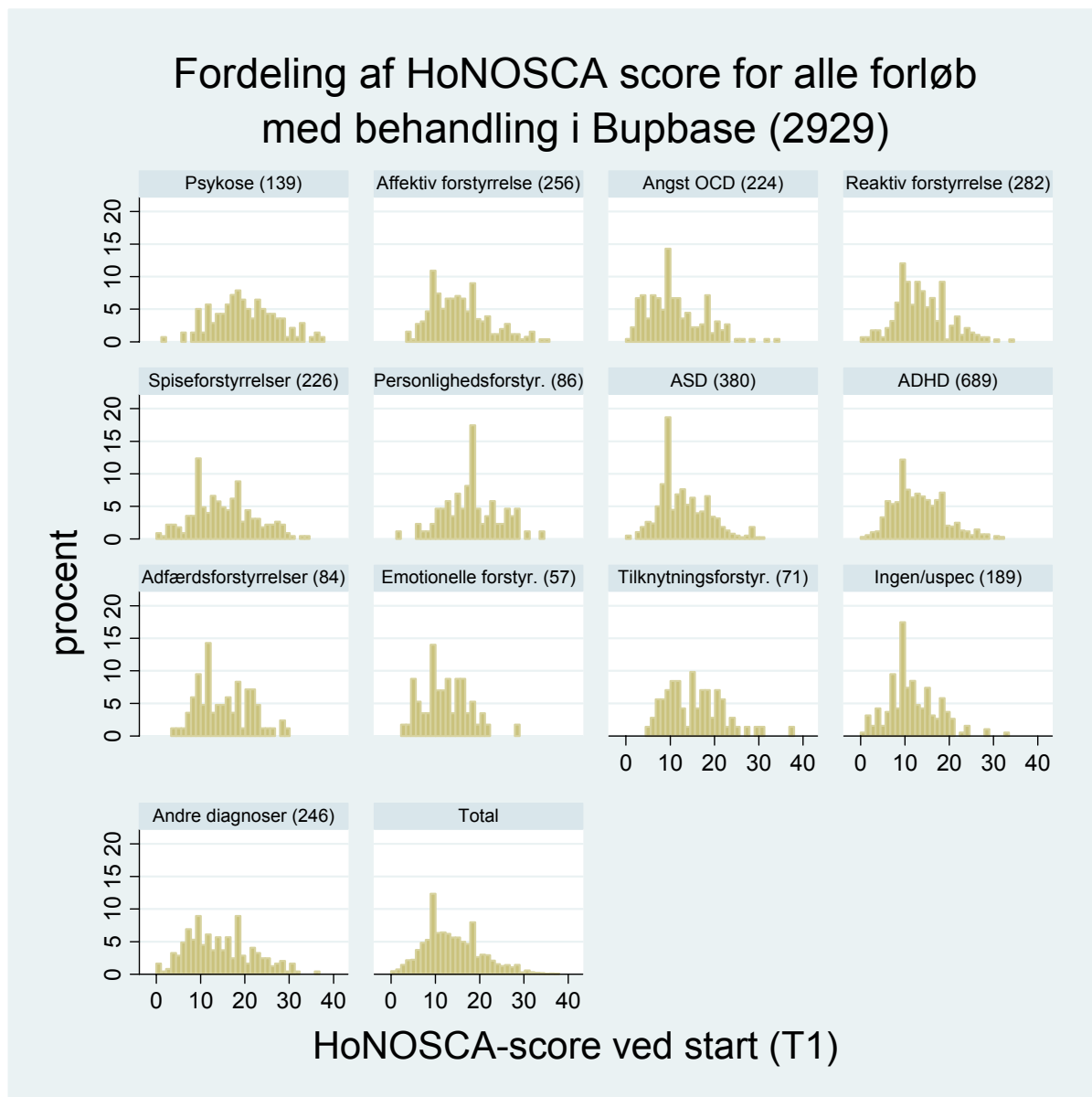
Her dokumenteres ikke eventuelle lokale forskelle i "tyngden", som nødvendigvis må påvirke resultat-indikatoren. Analyser der sammenkæder symptombelastningsgraden ved start og afslutning kunne være særdeles informative, men kræver mere analysekapacitet end hvad der nu er muligt i årsrapporten. Vi anbefaler i stedet at interesserede gives adgang til data og undersøger dette som et projekt der i fremtiden kan kvalificere BupBase data og årsrapport.

Figur 12



Her indgår alle forløb med registrering af HoNOSCA ved T1.

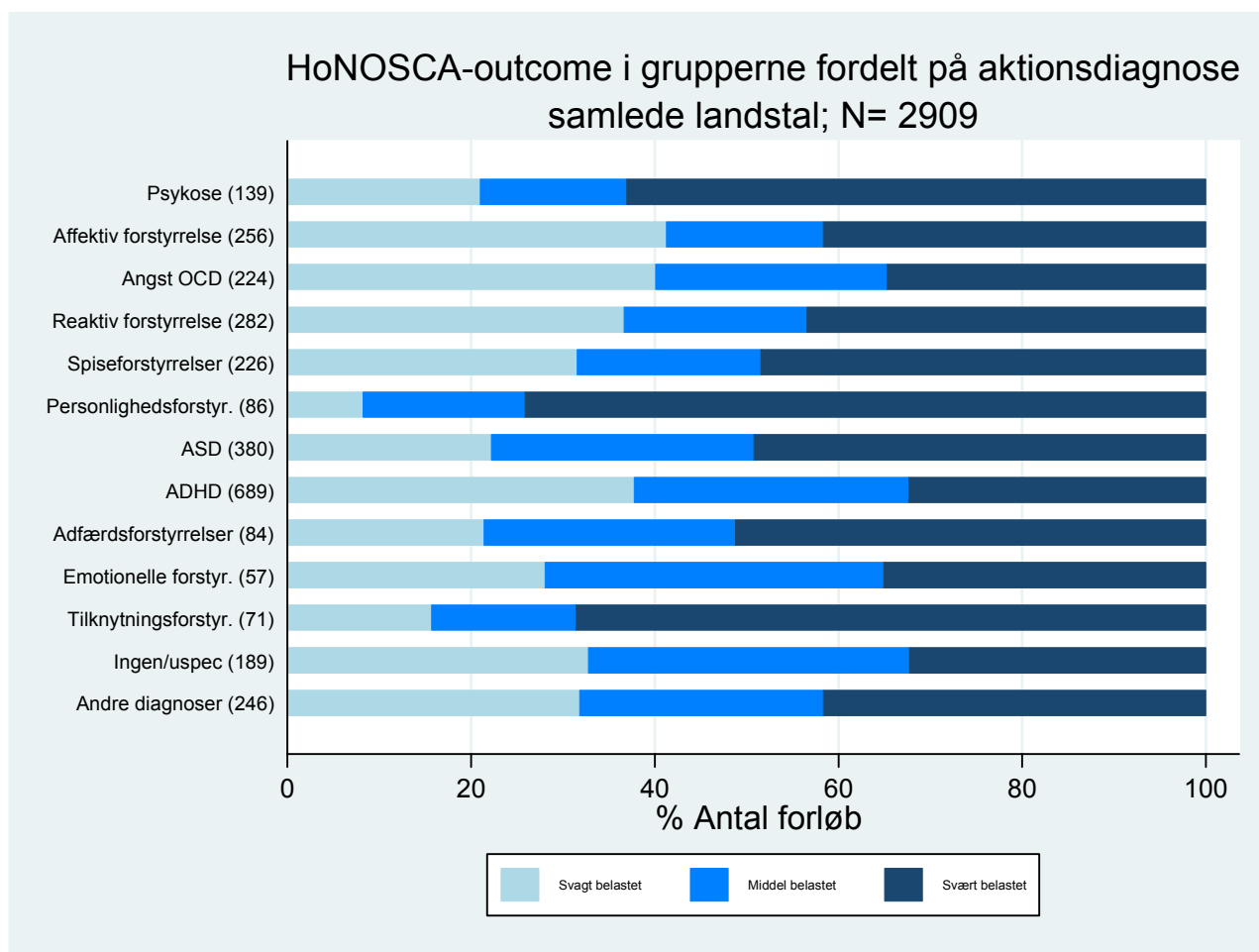
Figur 13



Her indgår kun forløb, hvor der efterfølgende har været behandling.

På oversigts-figuren (figur 14) kan man se at flest behandlingsforløb med aktionsdiagnoserne ”Affektiv forstyrrelse”, ”Angst/OCD” og ”ADHD” på landsplan placerer sig i gruppen ”Svagt belastet” ved revurdering – ca. 40 %. Aktionsdiagnoserne ”Personlighedsforstyrrelse” og ”Tilknytningsforstyrrelse” er de grupper som har dårligst ”outcome” ved revurdering.

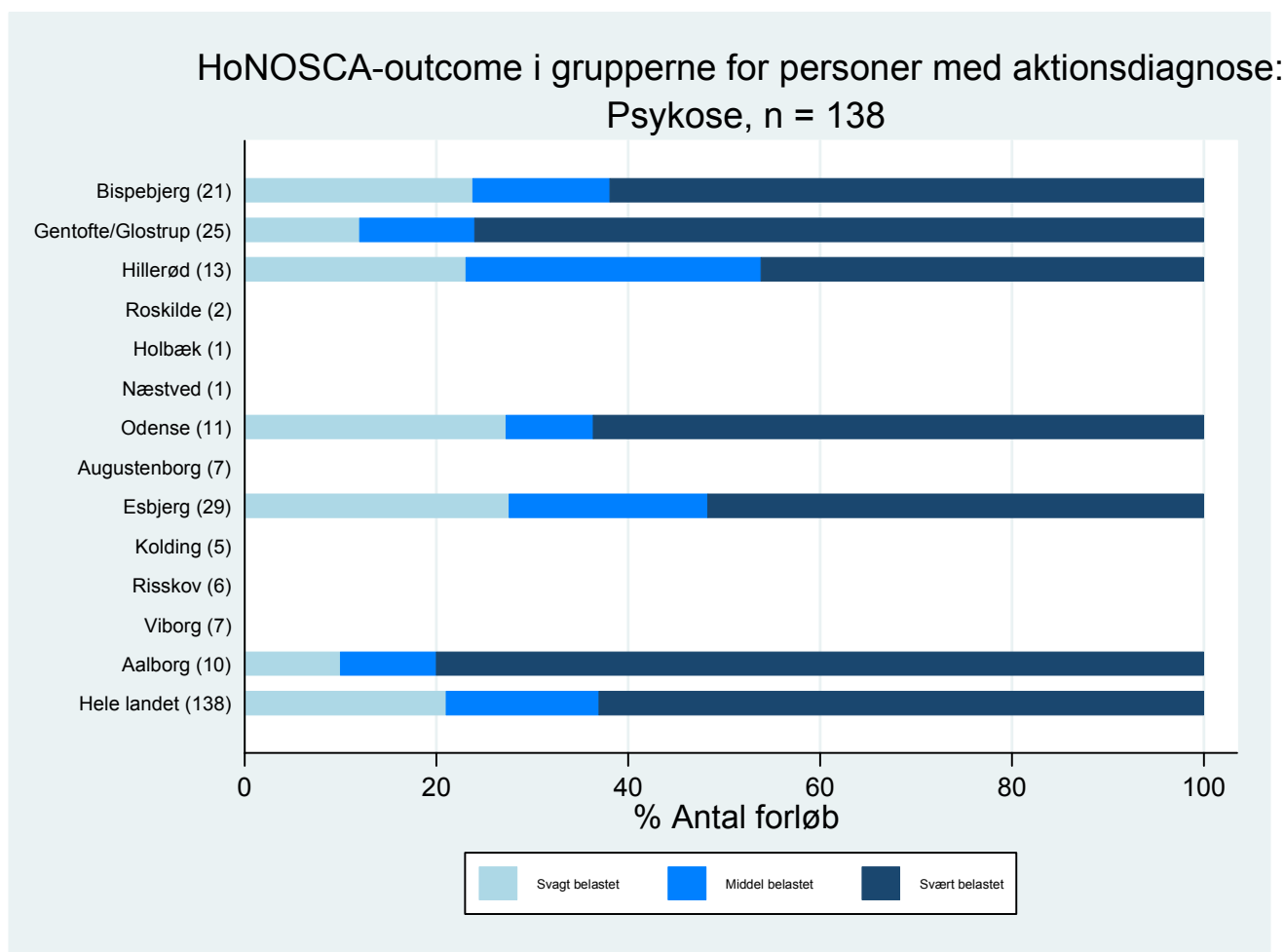
Figur 14



Indikatoren gøres op stratificeret på aktionsdiagnoser og afdelingsspecifikt. Da det statistiske sammenligningsgrundlag nemt bliver for tyndt, er afbildning af HoNOSCA resultater, hvor der har været færre end 10 behandlingsforløb med en bestemt diagnose på en afdeling/et center undladt. Nederst på alle figurer ses "landsgennemsnittet", der foreløbig fungerer som relativ standard for indikatoren. Afdelingerne kan sammenligne sig med mange forbehold, da der ikke i analyserne er taget højde for komorbiditet, forskelle i social belastning, alders og kønsvariationer samt specialfunktioner med flere svært belastede patienter m.m.

Det der ønskes målt er om behandlingsindsatsen gør en forskel for patienterne og i 2008 indgår for første gang kun revurderinger, hvor ydelserne mellem start og revurdering har inkluderet behandling. Ved tolkning af resultaterne skal man også tage i betragtning at belastningen på revurderingstidspunktet ikke nødvendigvis er udtryk for belastningen når patienterne er færdigbehandlede. En af de overvejelser der må gøres i faggruppen i den nærmeste fremtid, er hvorvidt T2 skal flyttes til tidspunktet når patienten skønnes færdigbehandlet og afsluttes eller overgår til rutinemæssig efterbehandling (opfølgning).

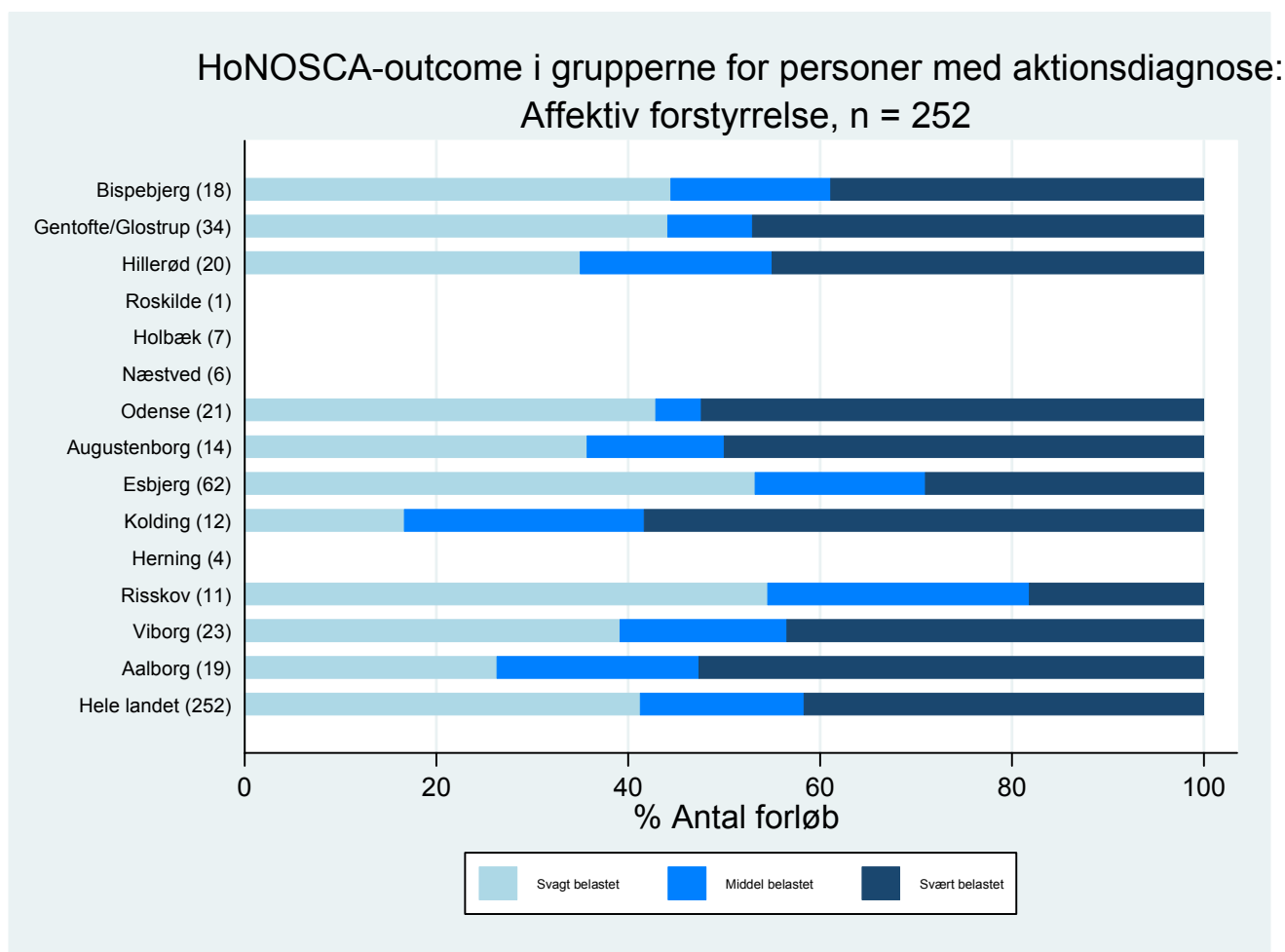
Figur 15



Psykose er en af de alvorligste diagnoser i BUP og disse patienter er ofte svært belastede både af symptomer og i deres funktion ved henvisning. Det er tillige vanskelige tilstande at behandle og mange patienter har en dårlig prognose. Det er en af de diagnosegrupper som på landsplan har dårligst outcome på HoNOSCA indikatoren.

Esbjerg og Odense placerer sig i sammenligningen af centrene ovenfor med knap 25 % af behandlingsforløbene med aktionsdiagnose indenfor psykoseområdet i "svagt belastede" gruppe. Ålborg og Glostrup har ca. 10 % i "svagt belastet" gruppe. Det er få forløb som indgår og baseline-score kan variere meget.

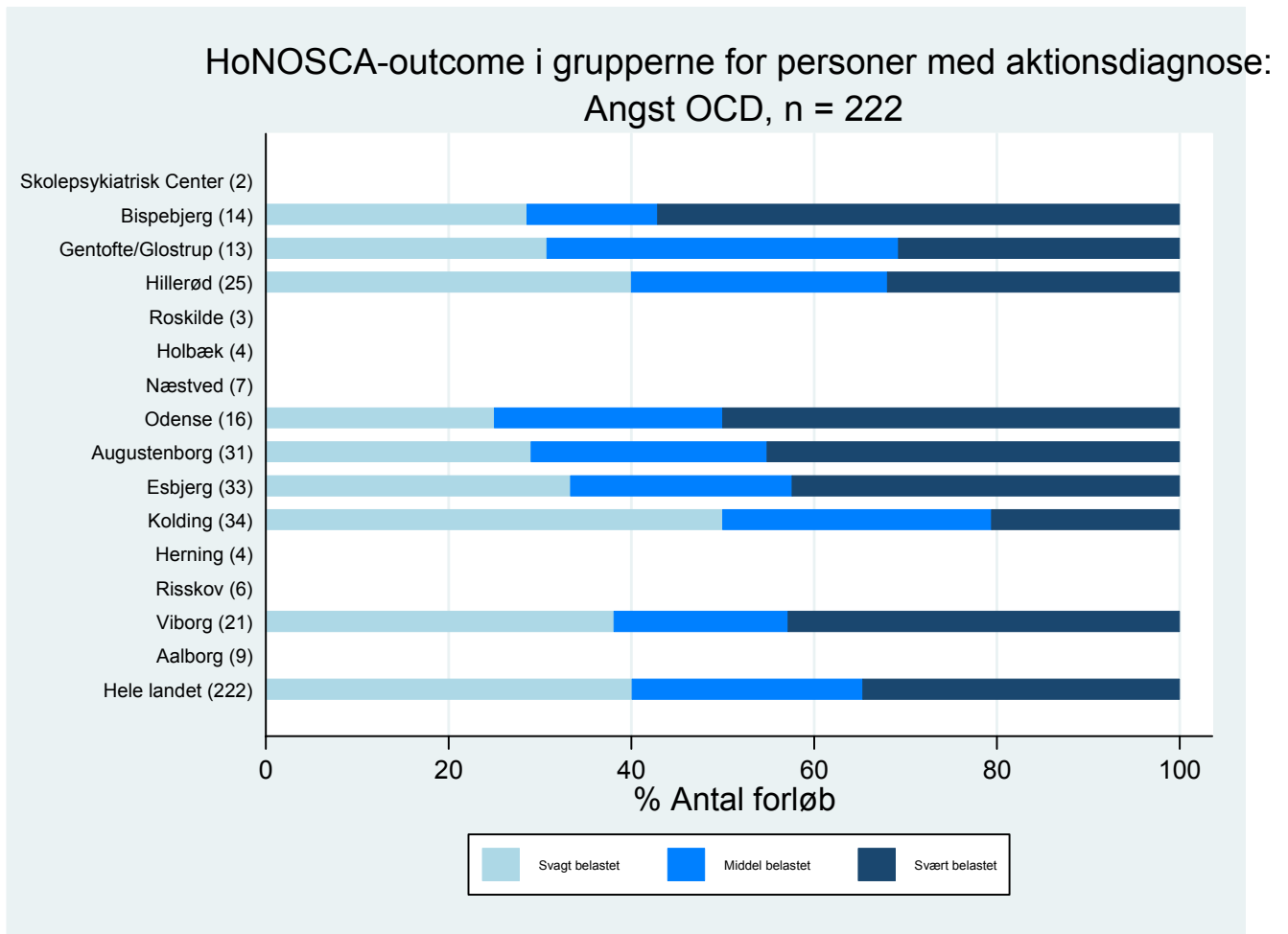
Figur 16



I Esbjerg har man behandlet 62 patienter (forløb) med Affektiv forstyrrelse mod blot én i Roskilde. I det hele taget synes man ikke i Region Sjælland at behandle særlig mange patienter med Affektive lidelser (i alt 14 forløb). Det er iøjnefaldende forskelle enten i henvisningsmønster, diagnostisk kultur eller behandlingskultur, som bør undersøges nærmere.

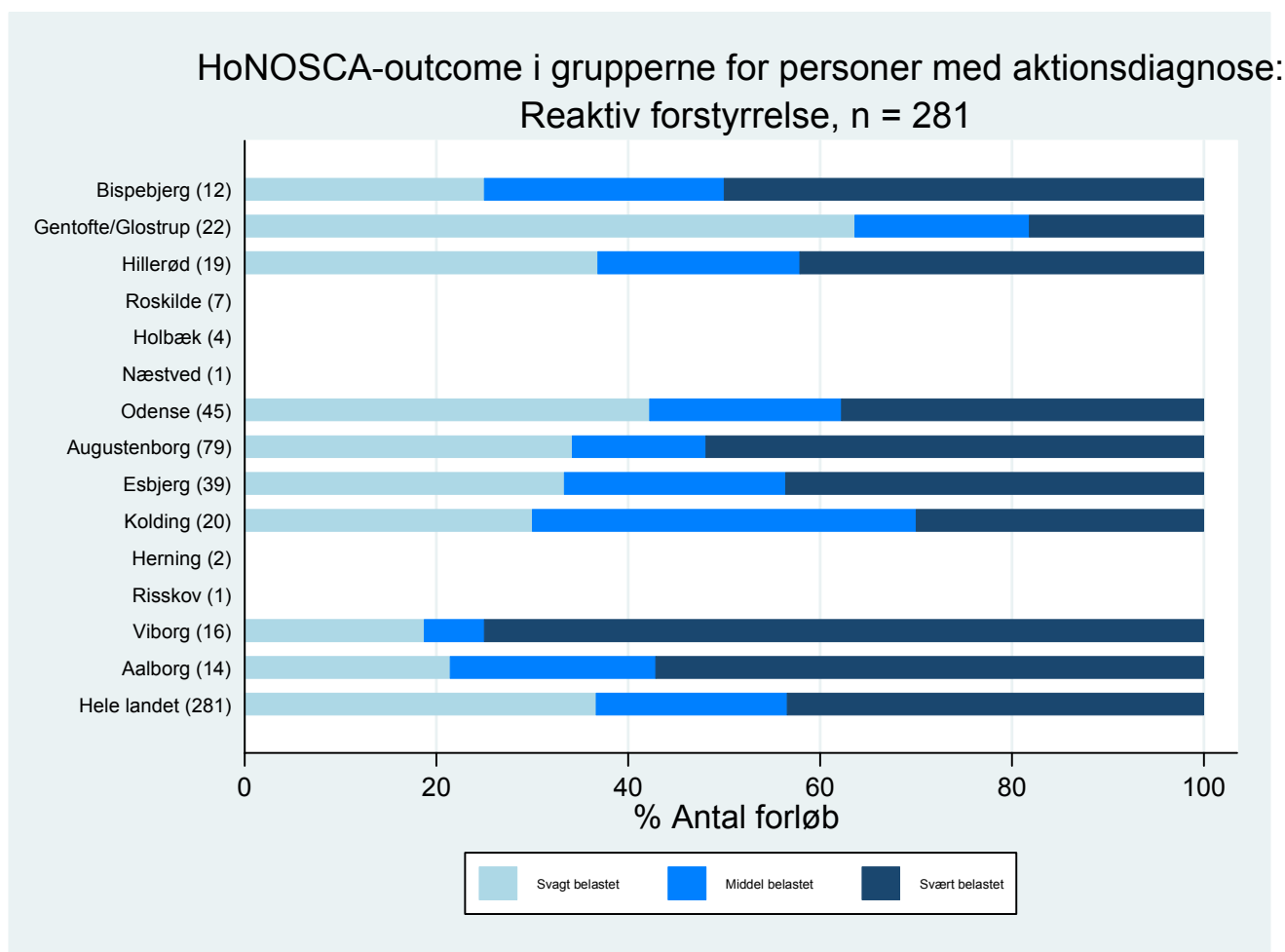
Vedrørende de affektive tilstande placerer Risskov og Esbjerg sig med over halvdelen af behandlingsforløbene i "svagt belastet" gruppe. Der er meget stor spredning på resultat-indikatoren mellem centrene. I Kolding er under 20 % placeret i "svagt belastet" gruppe. Esbjergs mange forløb med godt resultat kunne delvis begrundes i at disse som gruppe betraget var mindre belastede ved start.

Figur 17



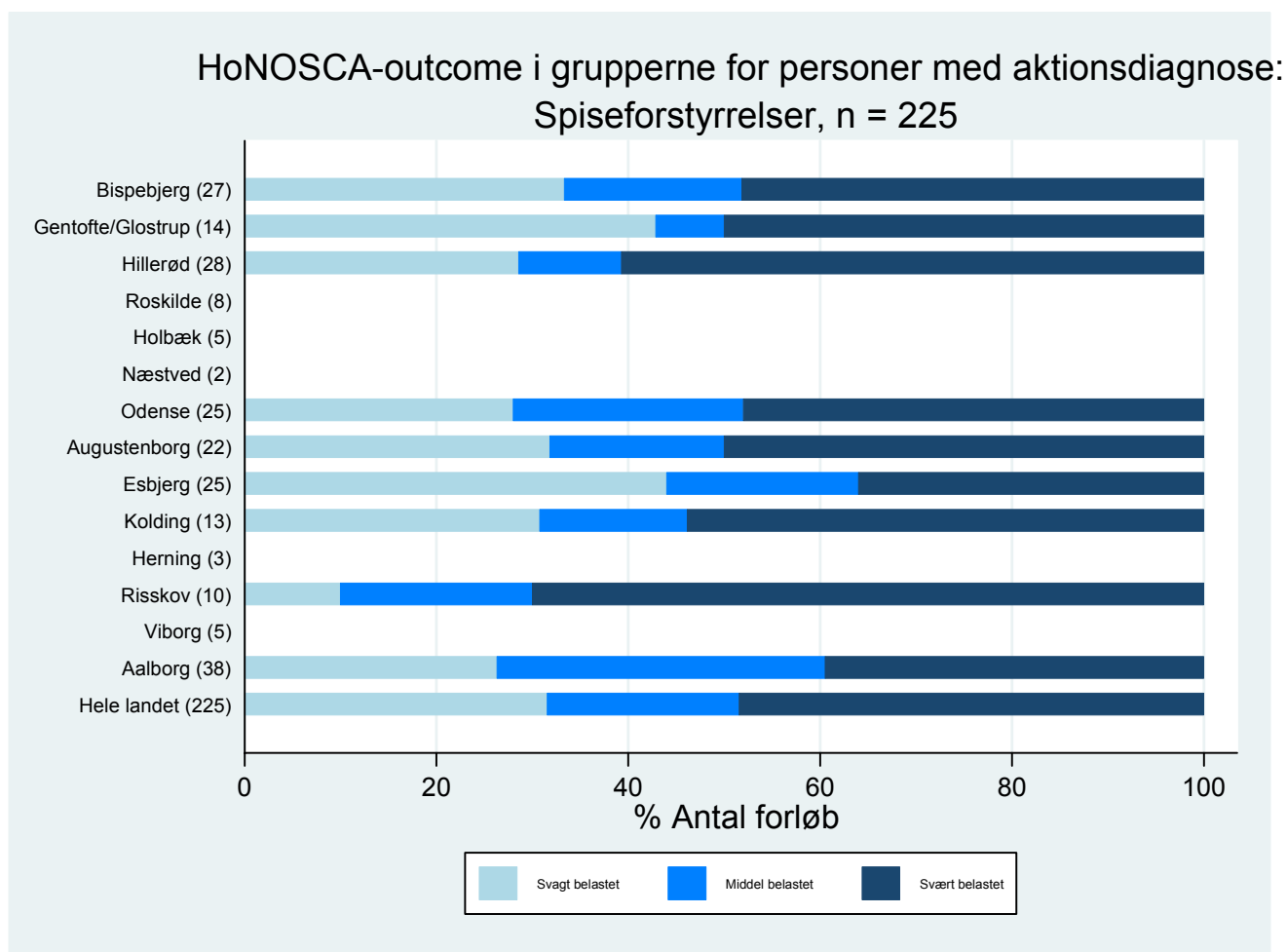
Kolding placerer sig med 50 % af i alt 34 behandlingsforløb i ”svagt belastet” gruppe.

Figur 18



Det er meget forskelligt i hvilken udstrækning børn og unge med aktionsdiagnosen ”Reaktiv forstyrrelse” har været tilbudt behandling. Variationen er fra 79 forløb i Augustenborg til 1 forløb i både Risskov og Næstved. I Glostrup er over 60 % af deres 22 forløb med denne aktionsdiagnose ratet som svagt belastede ved afslutning af behandlingsforløbet, hvilket er langt over landsgennemsnittet.

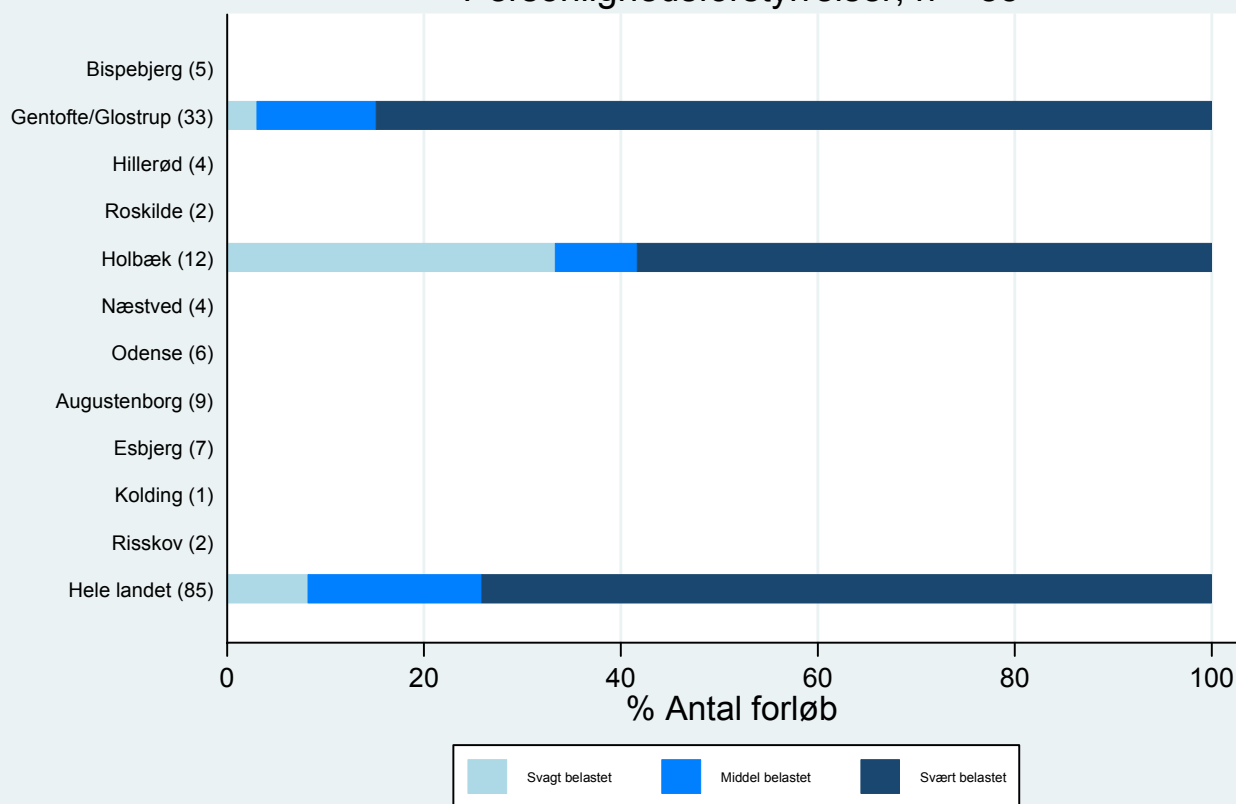
Figur 19



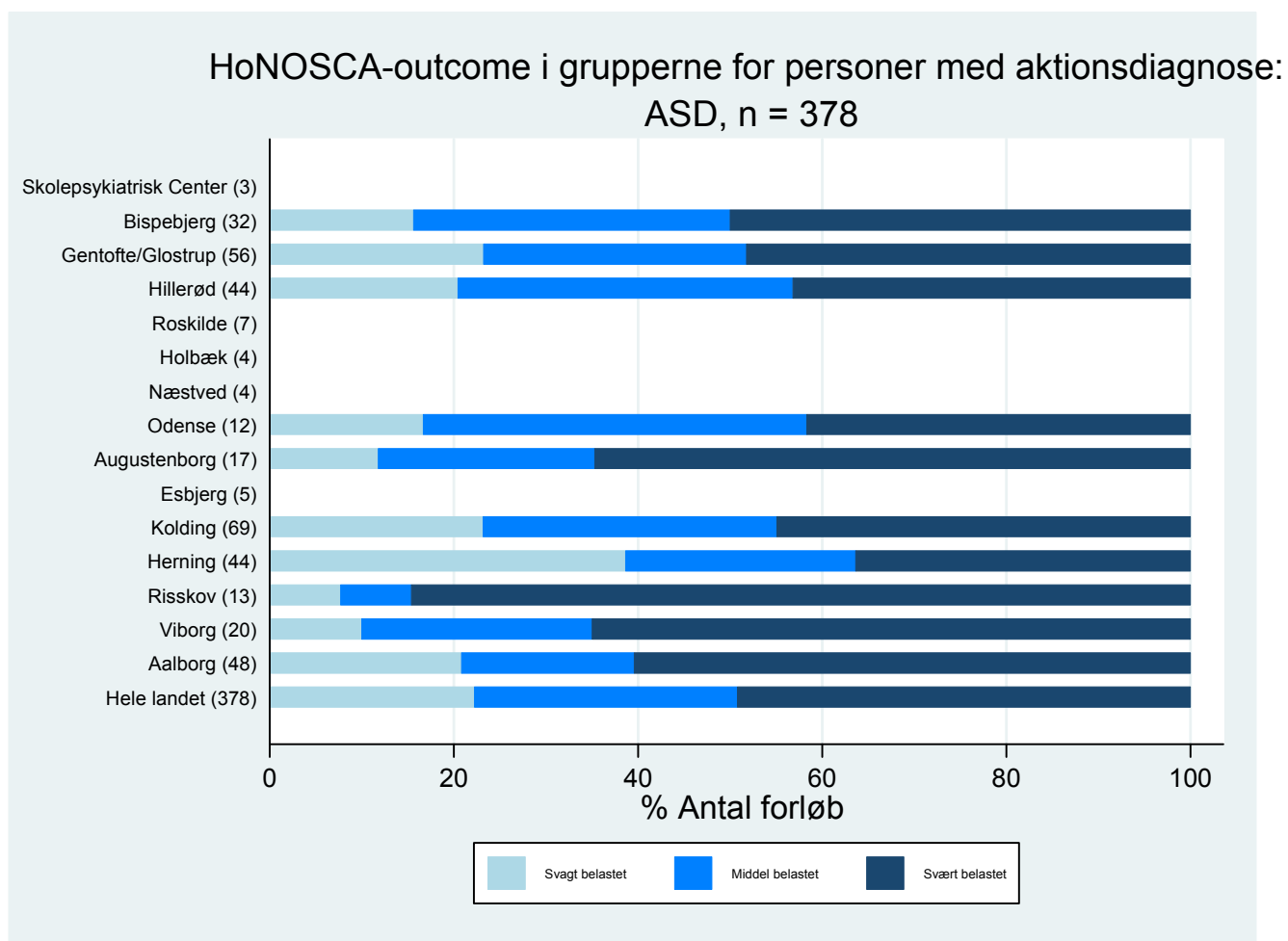
Esbjerg placerer sig med over 40% i svagt belastet gruppe og ca. 65% i grupperne *svagt og middel belastet* tilsammen. I Risskov er kun registreret 10 patienter med spiseforstyrrelse.

Figur 20

HoNOSCA-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Personlighedsforstyrrelser, n = 85

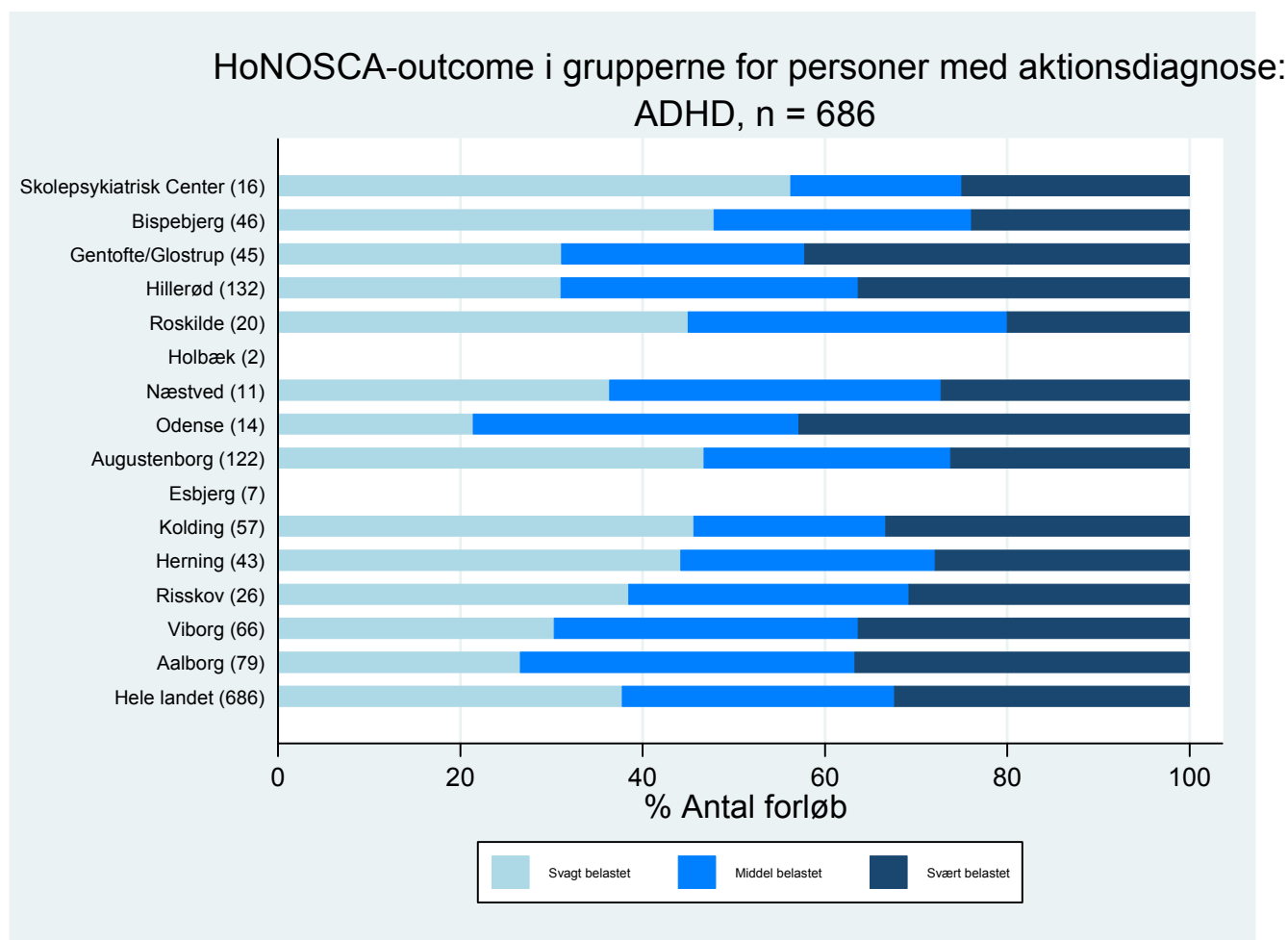


Figur 21



I Herning har man med godt resultat (40% i den svagt belastede gruppe) behandlet en stor gruppe med ASD (44 forløb)

Figur 22



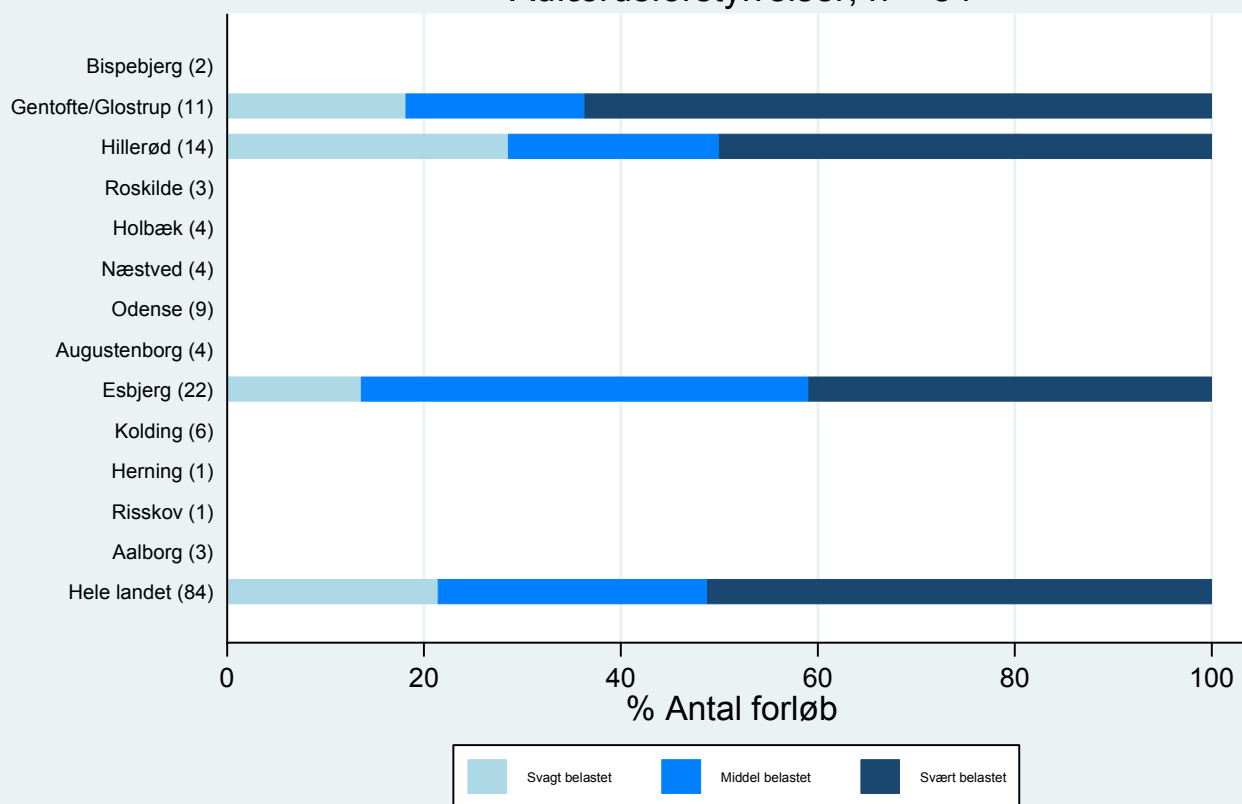
HoNOSCA indikatoren for ADHD er: 50 % placerer sig i "svagt belastet" og 25 % i "middel belastet" gruppe. (bygger på det store materiale vi efterhånden har vedrørende denne diagnosegruppe).

Skolepsykiatrisk Center er det eneste center som har over 50% af deres ADHD forløb placeret i den svagt belastede gruppe ved revurdering. Augustenborg, Bispebjerg, Herning, Kolding og Roskilde placerer sig alle med over 40% svagt belastede ved revurdering. Odense placerer sig med kun 22 % svagt belastede ved revurdering.

For ADHD er der fra dette års rapport en sygdomsspecifik indikator (ADHD-RS). Denne indikator gennemgås senere i årsrapporten.

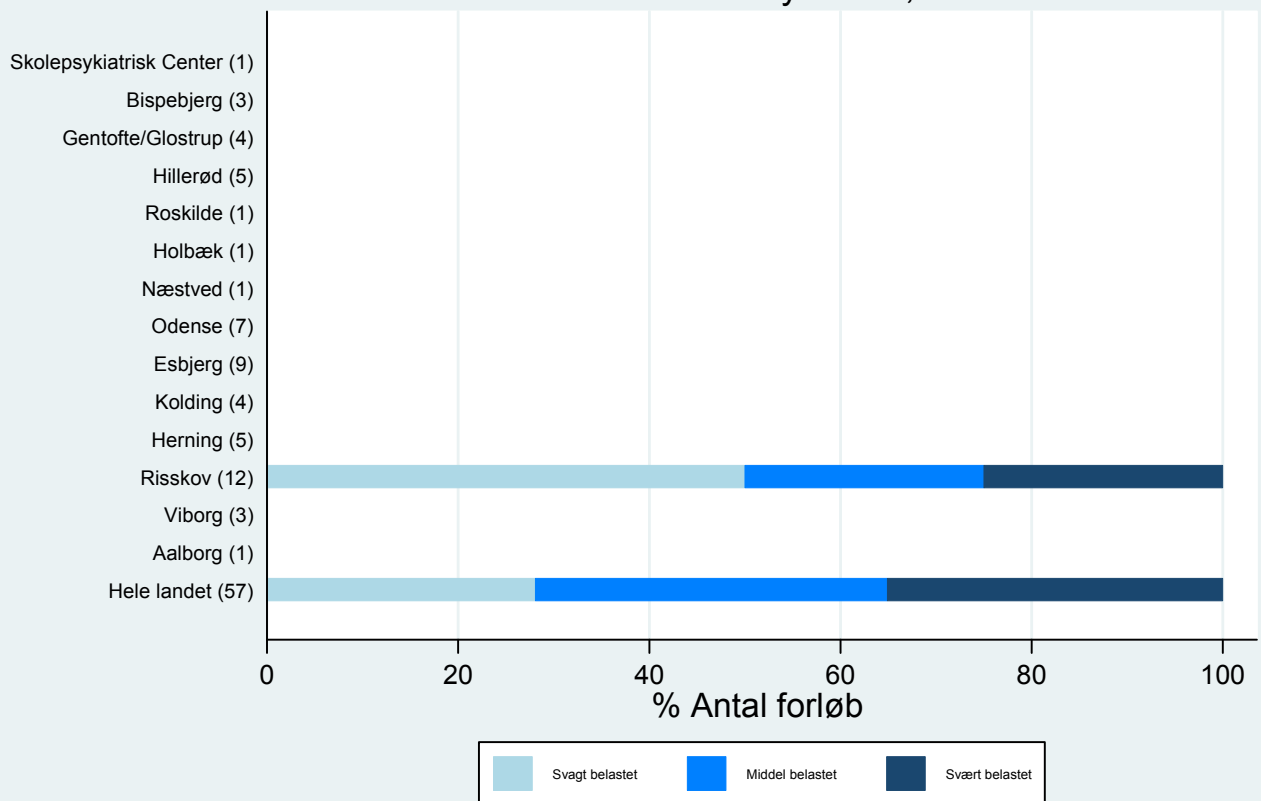
Figur 23

HoNOSCA-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Adfærdsforstyrrelser, n = 84



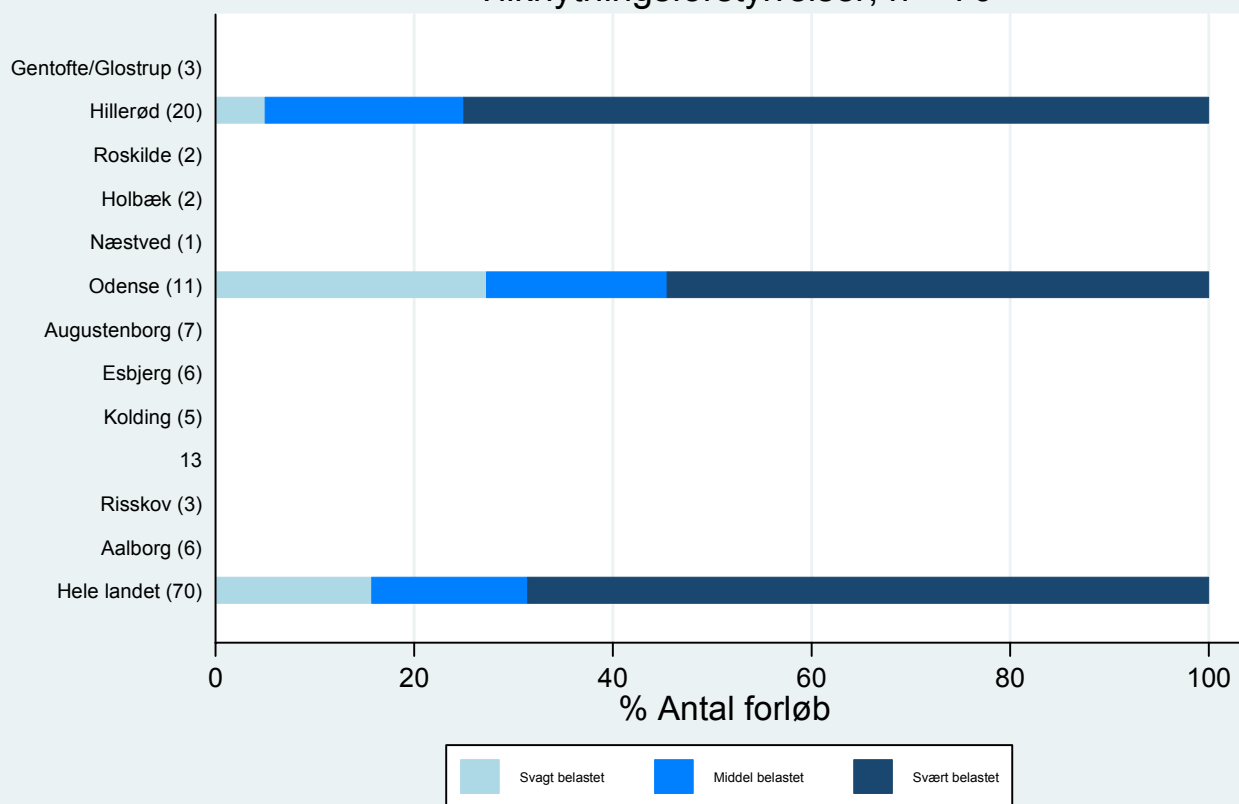
Figur 24

HoNOSCA-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Emotionelle forstyrrelser, n = 57



Figur 25

HoNOSCA-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Tilknytningsforstyrrelser, n = 70



Indikator III

GAPD (Global Assessment of Psychosocial Disability) skalaen er det andet mål, der anvendes til beskrivelse af ændring fra start (T1) til revurdering (T2). Skalaen er fra WHO's side defineret med ord som: En helhedsvurdering af den psykosociale funktionsevne, nærmere uddybet som psykologisk, social og beskæftigelsesmæssig funktion. Ved start af undersøgelse skal man score svarende til det laveste funktionsniveau de seneste 3 måneder.

Skalaen defineres således:

0 Særdeles god/god social funktion

Særdeles god/god funktion på alle sociale områder. Gode relationer til familie, kammerater og andre voksne udenfor familien; indgår ubesværet i nye sociale sammenhænge; og gode fritidsaktiviteter og interesser.

1 Moderat social funktion

Moderat generel funktion, men med forbigående eller mindre vanskeligheder inden for et eller to områder (funktionen kan være bedre på et eller to andre områder).

2 Let nedsat social funktionsevne

Tilfredsstillende funktion på de fleste områder, men lette vanskeligheder på mindst et eller to områder (som f.eks. problemer med kammerater, nedsat social aktivitet, nedsat interesse, problemer i relation til familien, nedsat socialt engagement eller vanskeligheder i forhold til voksne udenfor familien).

3 Moderat nedsat social funktionsevne

Moderat nedsat social funktionsevne på mindst et eller to områder.

4 Alvorlig nedsat social funktionsevne

Alvorlig nedsat social funktionsevne på mindst et eller to områder (som f.eks. mangel på kammerater, ude af stand til at overskue nye sociale situationer, eller ude af stand til at gå i skole).

5 Alvorlig og gennemgribende nedsat social funktionsevne

Alvorlig nedsat funktionsevne på de fleste områder.

6 Ude af stand til at fungere på de fleste områder

Behøver vedvarende omsorg og støtte fra andre mennesker for at kunne fungere i hverdagen; ude af stand til at klare sig selv.

7 Betydelig og gennemgribende nedsat funktionsevne

Ofte ude af stand til at opretholde minimal personlig hygiejne eller har ofte brug for støtte til at undgå, at der opstår fare for barnet selv eller andre, eller har betydelig nedsat evne til at kommunikere.

8 Dybtgående og gennemgribende nedsat social funktionsevne

Vedvarende ude af stand til at opretholde personlig hygiejne eller vedvarende risiko for at kunne skade sig selv eller andre, eller total mangel på kommunikationsevne.

Algoritmen for placering af forløbene i outcome-grupper er således:

Gruppering:

- *svagt belastet*: GAPD score ved T2 < 3
- *middel belastet*: GAPD score ved T2 \geq 3 og GAPD score ved T2 < GAPD score ved T1
- *svært belastet*: GAPD score ved T2 \geq 3 og GAPD score ved T2 \geq GAPD score ved T1.

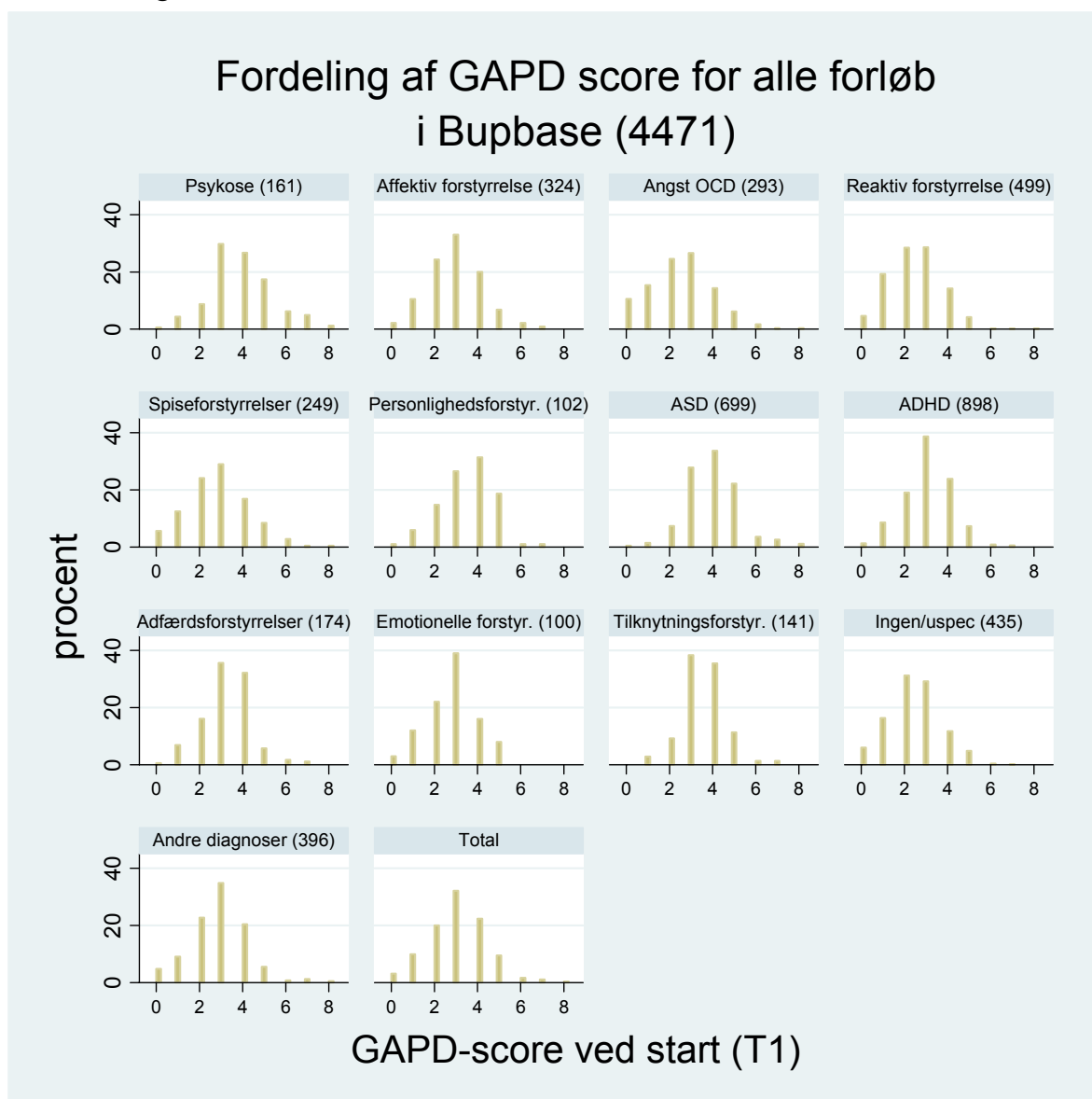
Det skal bemærkes, at GAPD (til forskel fra HoNOSCA) kan anvendes for alle aldersgrupper, også børn under 4 år og for yngre voksne (18+ år).

Gruppen *middel belastet* dækker faktisk over patientforløb hvor GAPD score ved T2 godt kan være ganske høj, men dog lavere end ved T1. Så en mere korrekt betegnelse ville være *fortsat middel- svært til svært psyko-socialt belaste - men bedret*.

Ved opgørelse af sidste årsrapport viste det sig, at afdelingerne overvejende anvendte den midterste og nederste del af skalaen ved start af forløbene. Fordelingen af GAPD baseline-scores (T1) for de forløb, som blev revurderet i 2008, fremgår af figur 26 og 27.

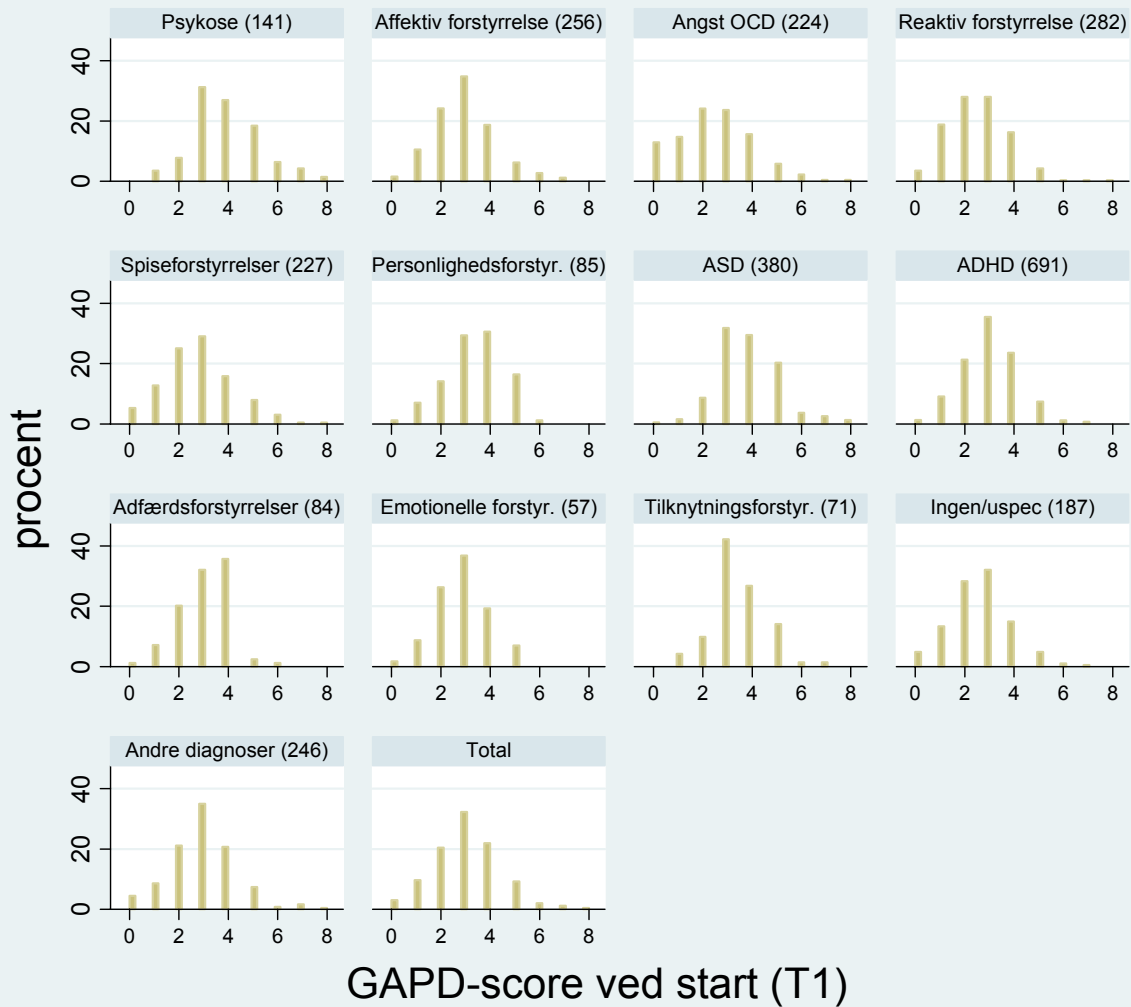
Figur 26

GAPD ved start (T1) i revurderede behandlingsforløb 2008 opgjort på aktionsdiagnoser



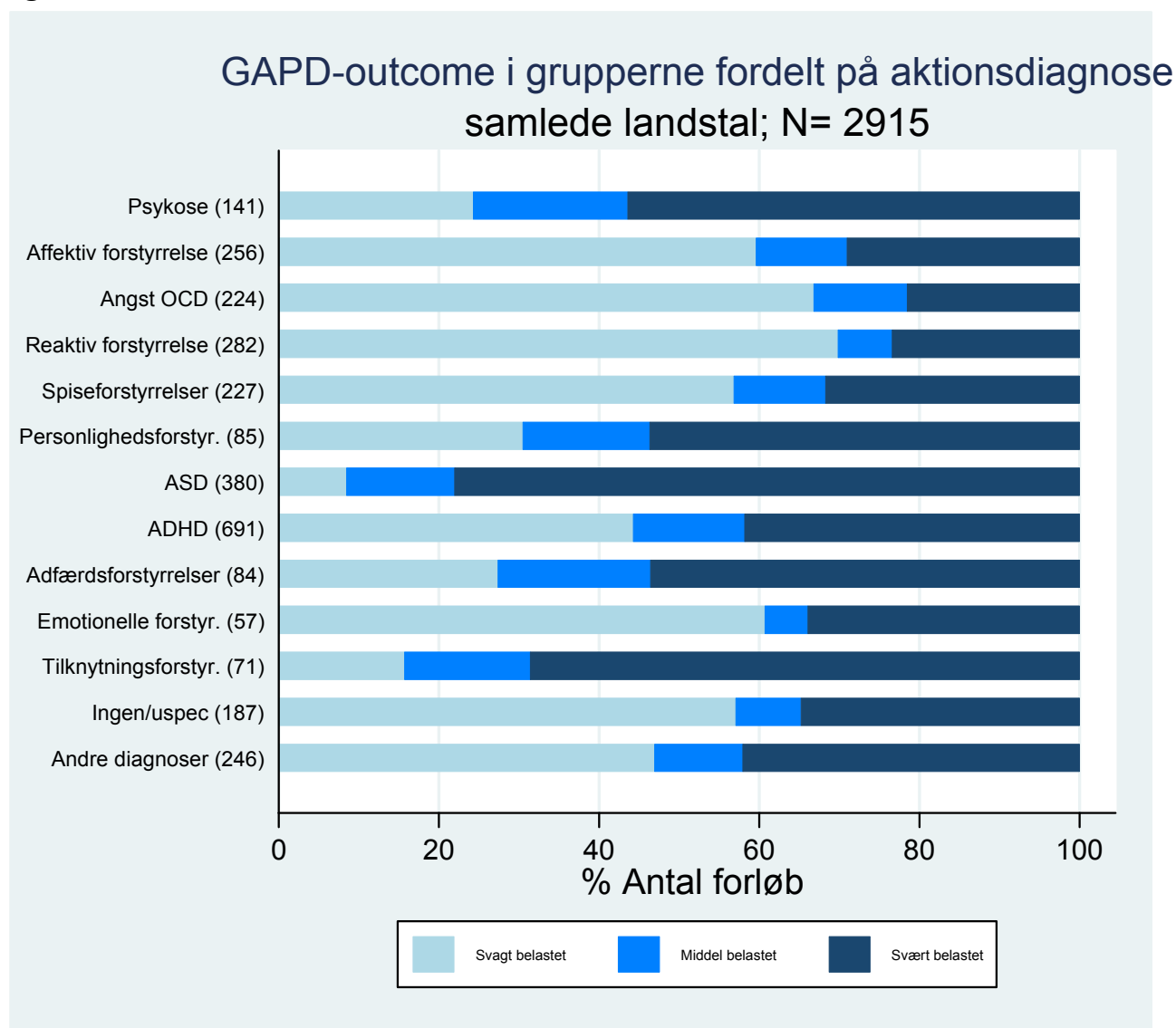
Figur 27

Fordeling af GAPD score for alle forløb med behandling i Bupbase (2931)



Indikator 3 måler som indikator 2 ”resultat” ved follow-up, men er et mere globalt udtryk for psykosocial belastningen ved revurdering af behandlede patientforløb. Der er fortsat grundlag for bekymring angående anvendeligheden af GAPD som resultat-indikator. Der synes at være usikkerhed om anvendelsen og tolkningen af scoringsmanualen og dermed dårligere interrater-reliabilitet (ratere kommer til forskelligt resultat ved bedømmelse af det samme barn). Hvis ikke der med træning og samrating via vores BupBase-coach ordning kan etableres mere konsensus må vi erkende skalaens uegnethed til formålet.

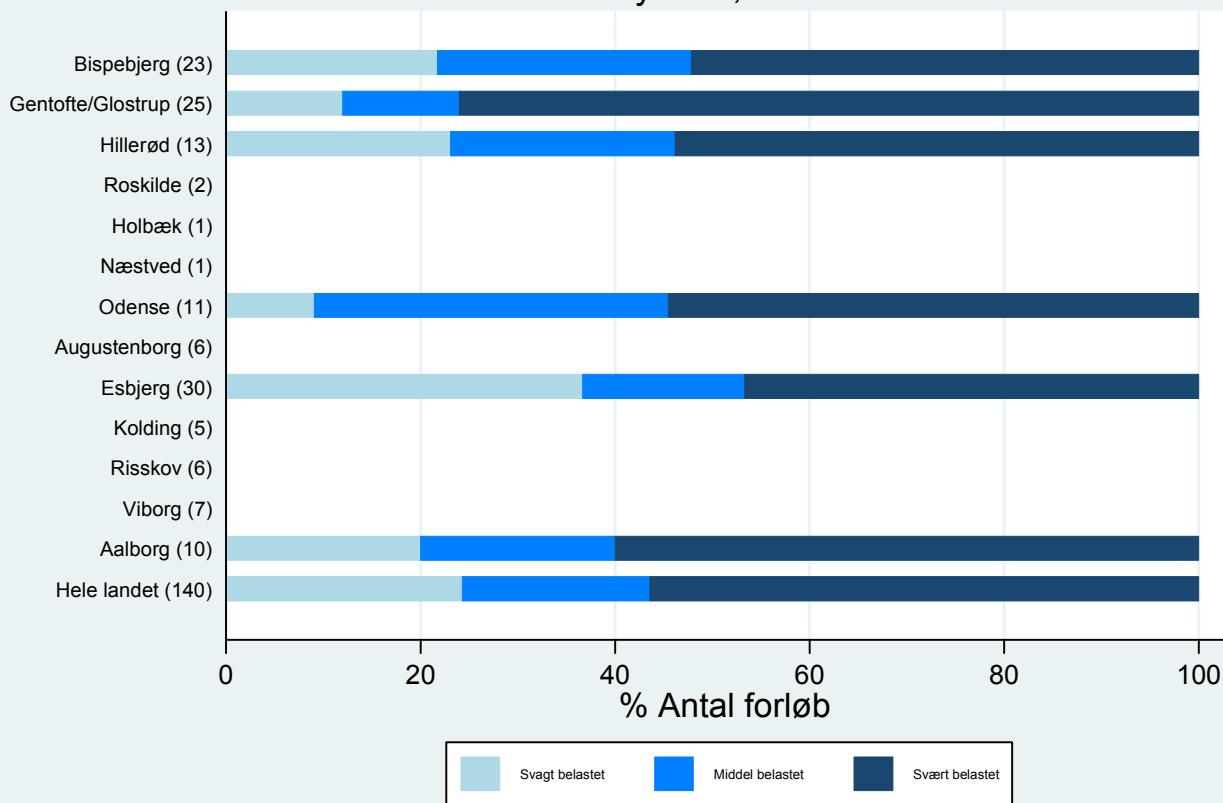
Figur 28



Man kan sammenligne figur 27 og 28, og se at f.eks. ved Affektiv forstyrrelse er ca 40 % lavt scorende ved start (T1) og 60 % ved revurdering (T2). For Autismespektrum forstyrrelser (ASD) er der til sammenligning ingen forskel på %-delen der scorer 0, 1 eller 2 på GAPD før og efter udredning/behandling. Det er tilsyneladende ikke forløbet i BUP der ”flytter” patienterne, men måske først noget som sker i skolesystem og socialforvaltning efterfølgende (noget som kun kan undersøges hvis der laves langsigtet follow-up).

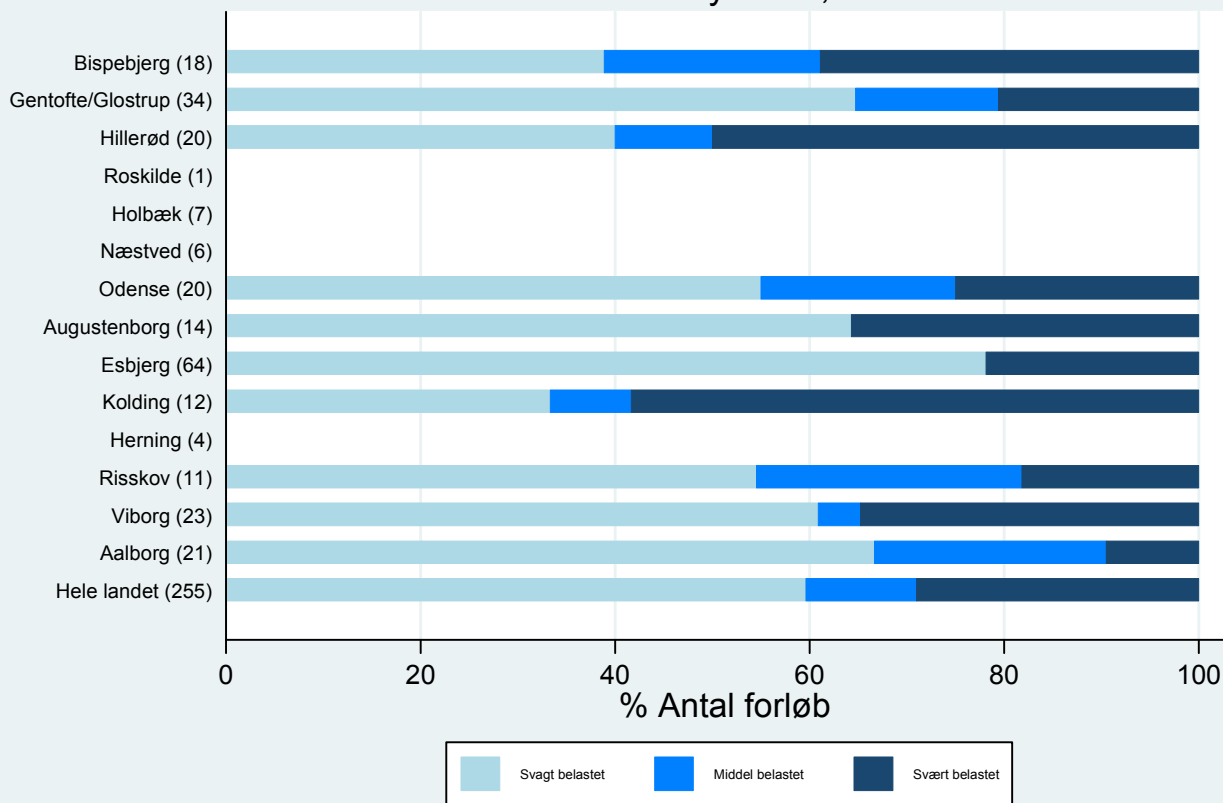
Figur 29

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Psykose, n = 140



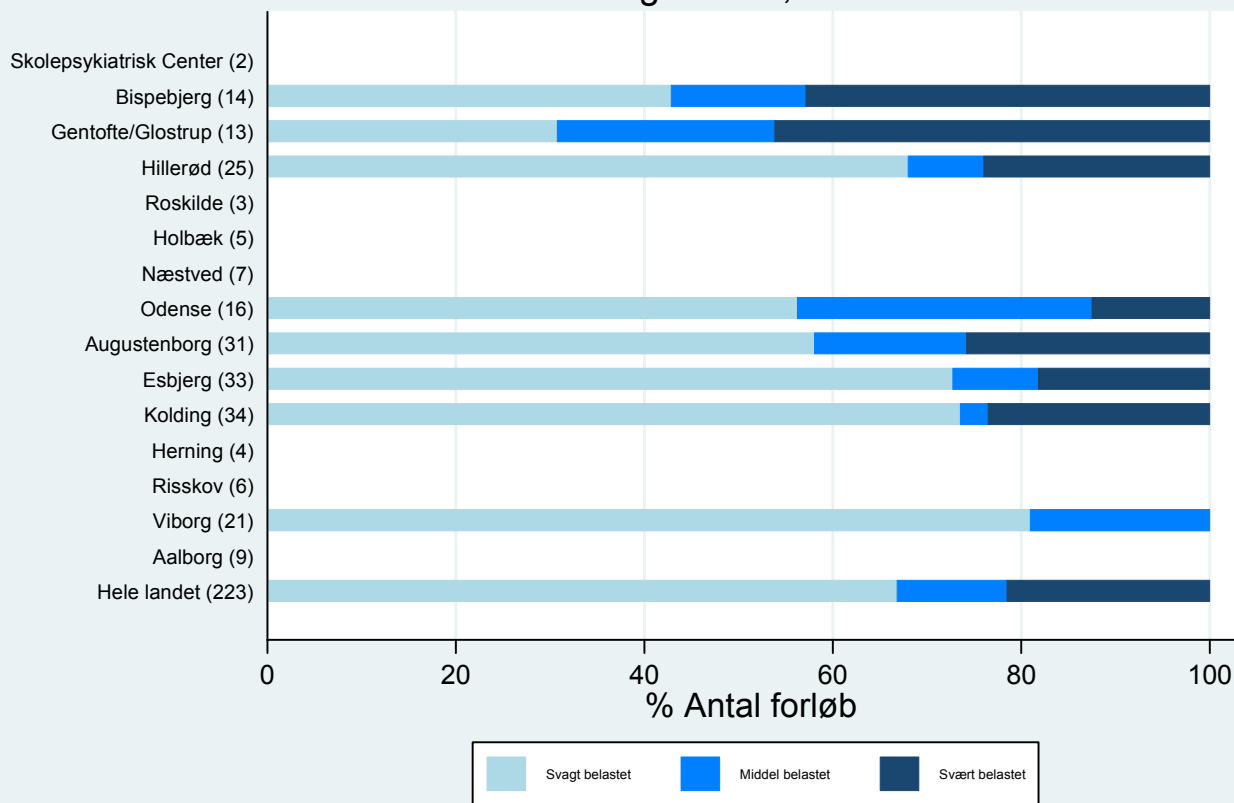
Figur 30

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Affektiv forstyrrelse, n = 255



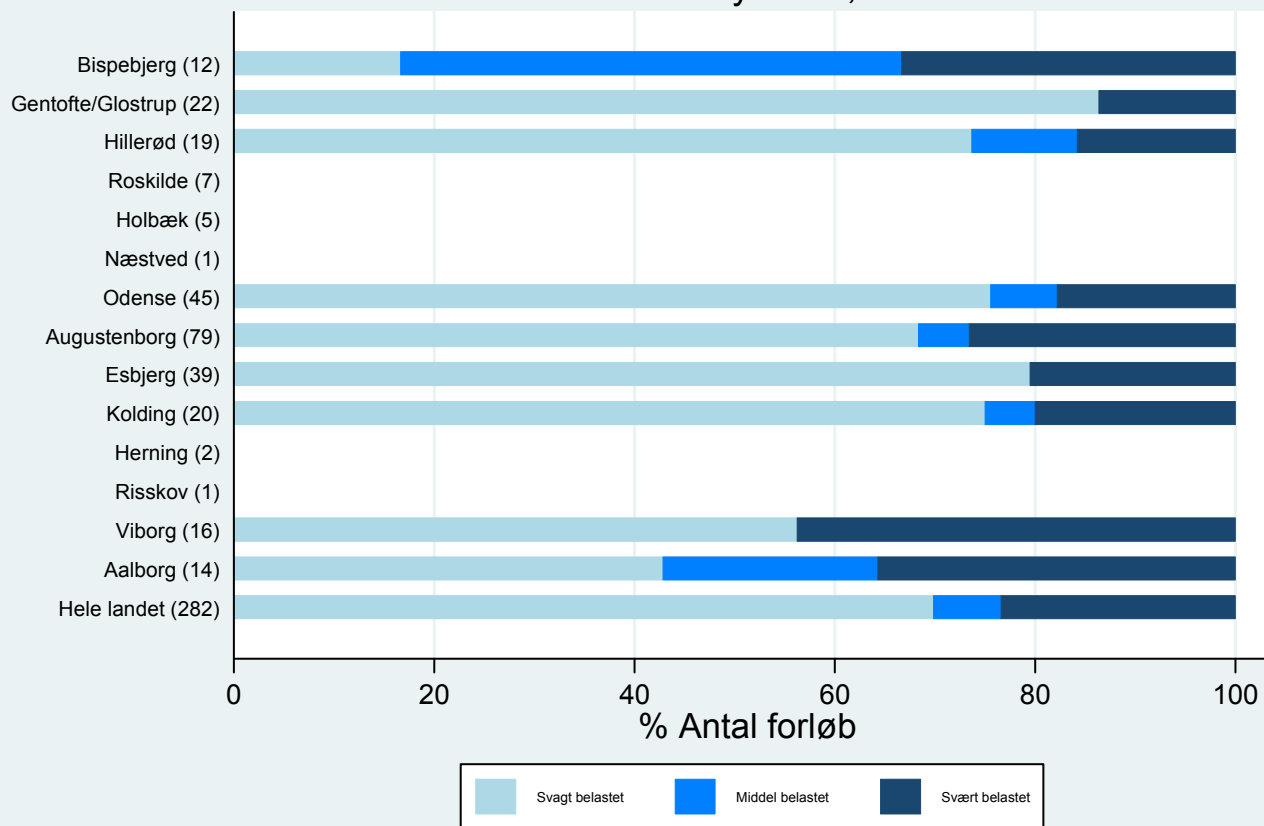
Figur 31

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Angst OCD, n = 223



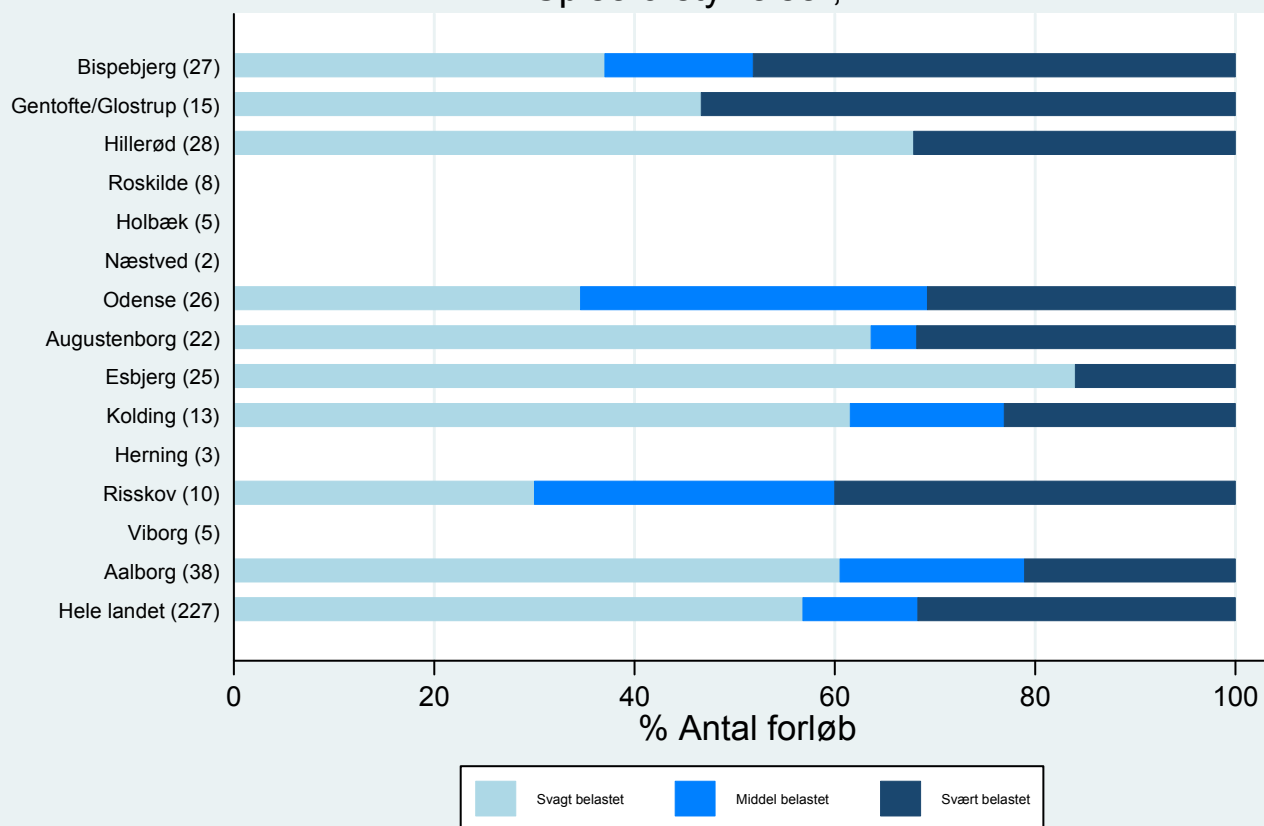
Figur 32

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Reaktiv forstyrrelse, n = 282

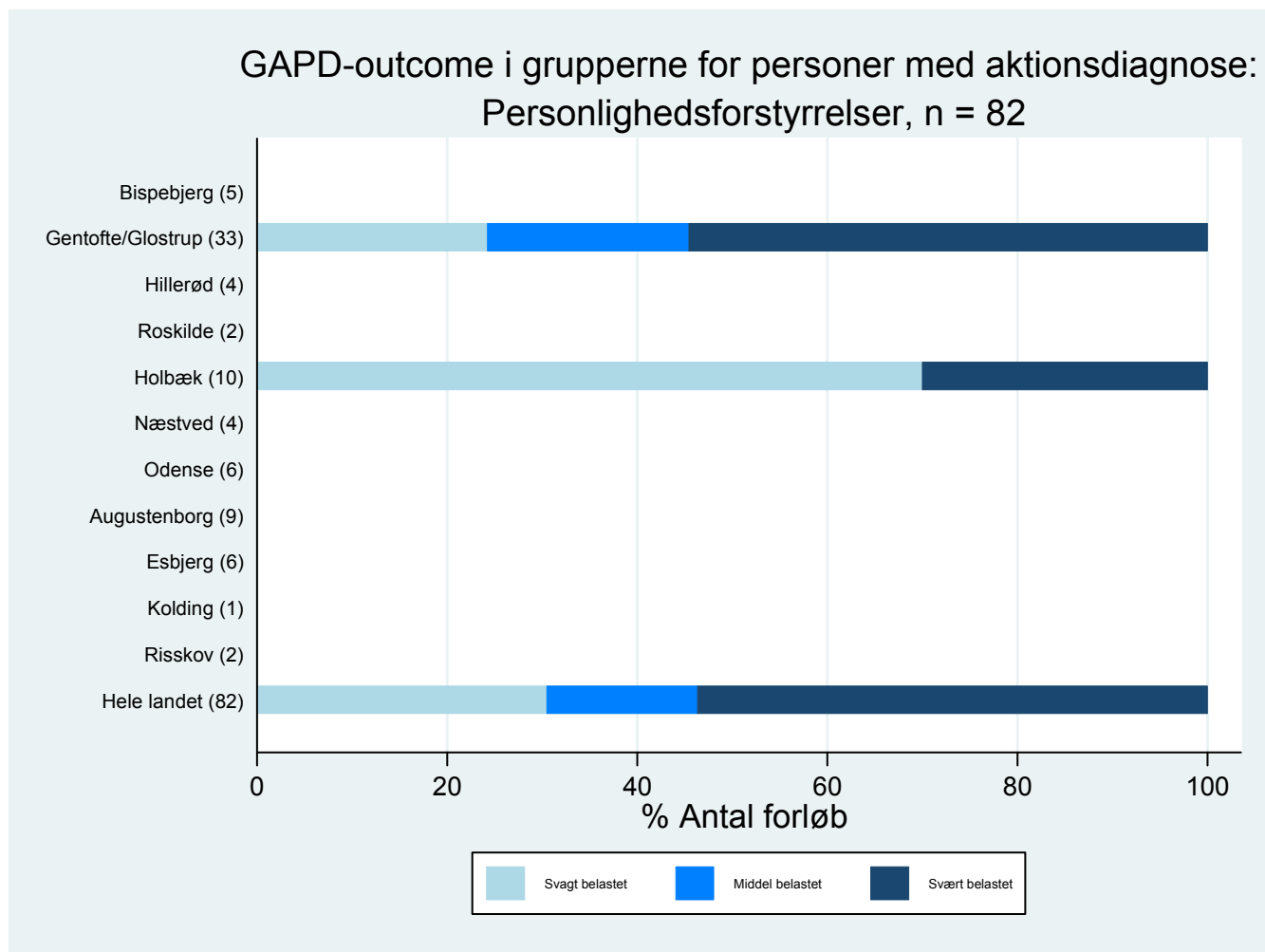


Figur 33

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Spiseforstyrrelser, n = 227

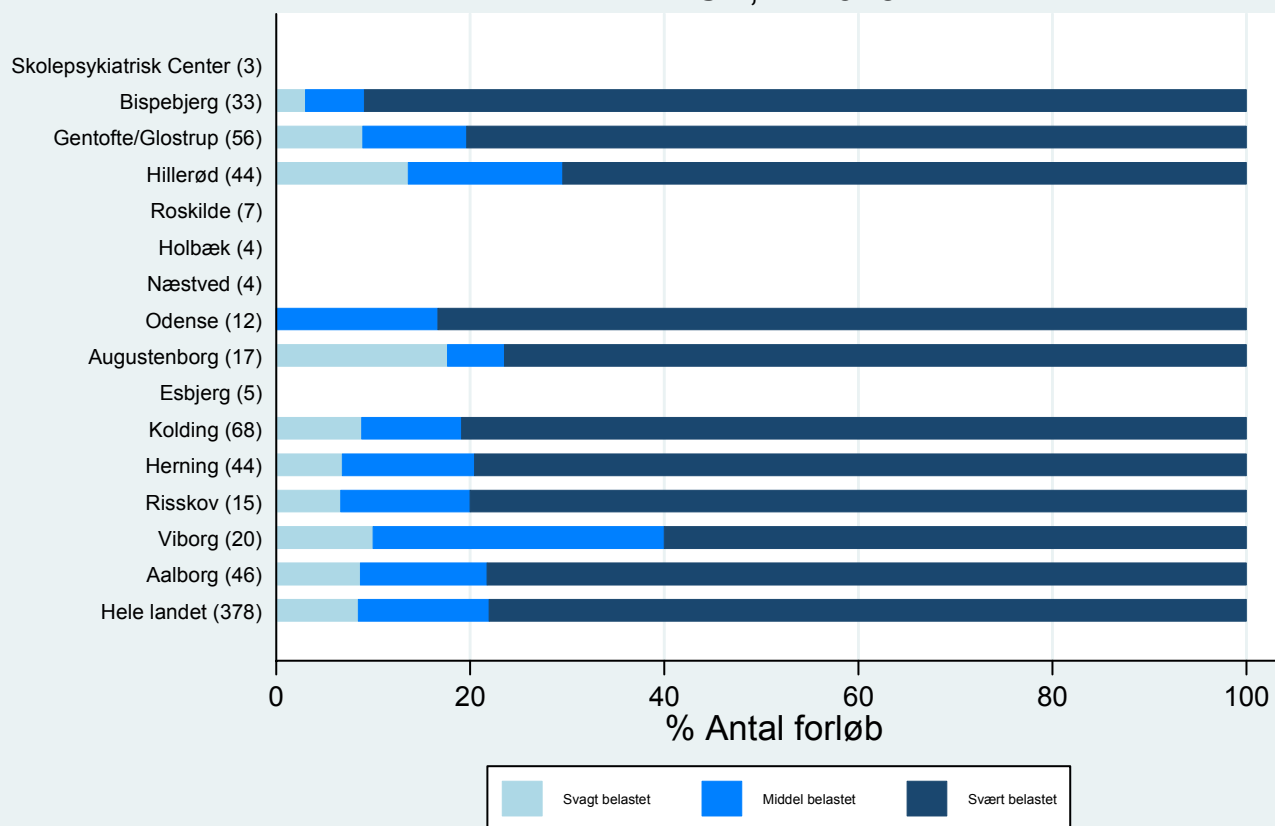


Figur 34



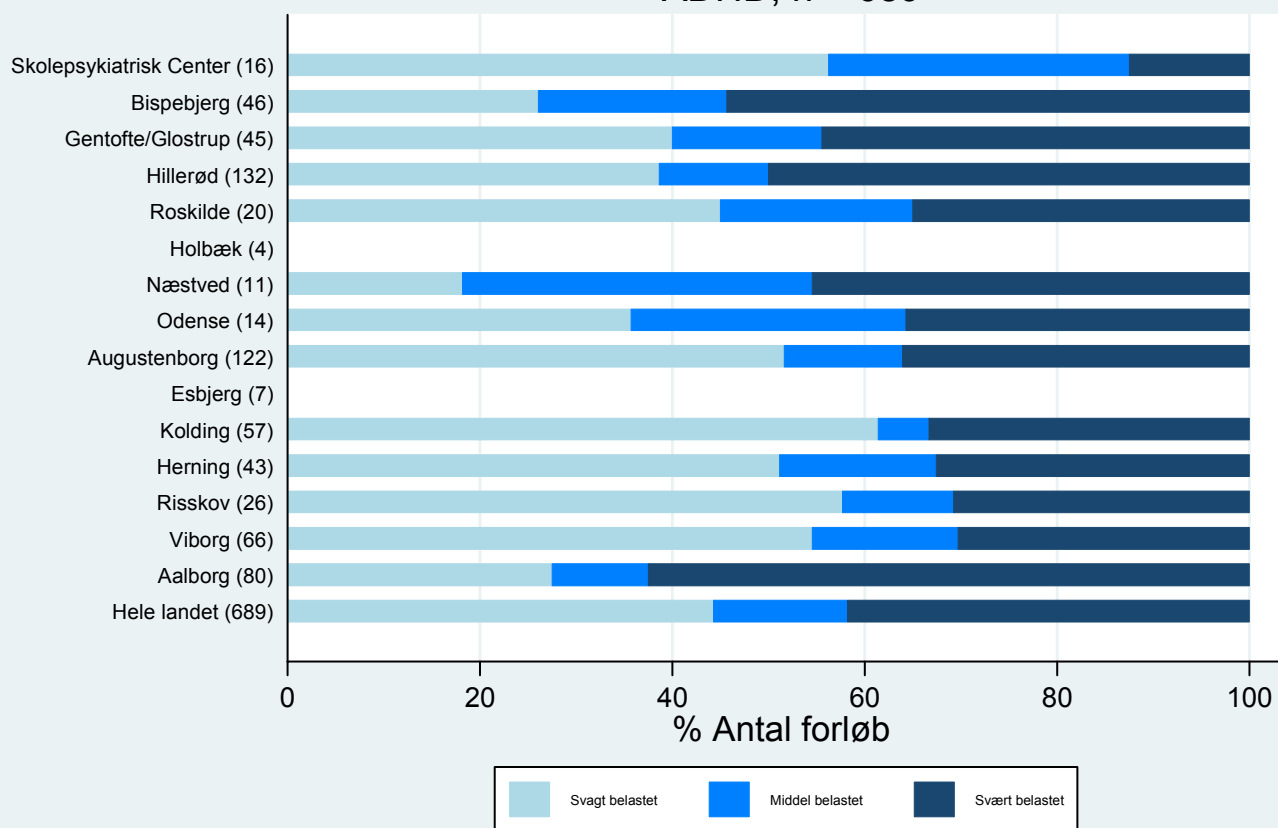
Figur 35

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
ASD, n = 378



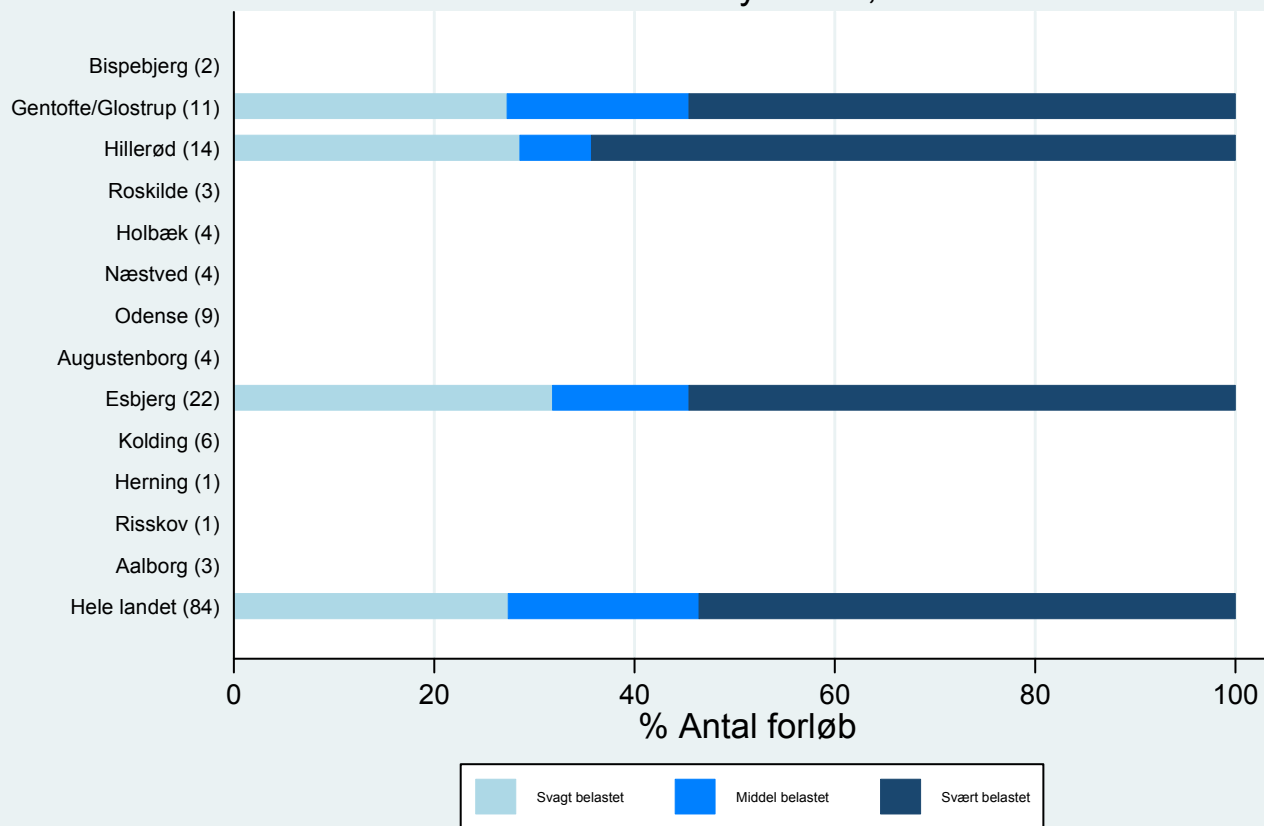
Figur 36

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
ADHD, n = 689



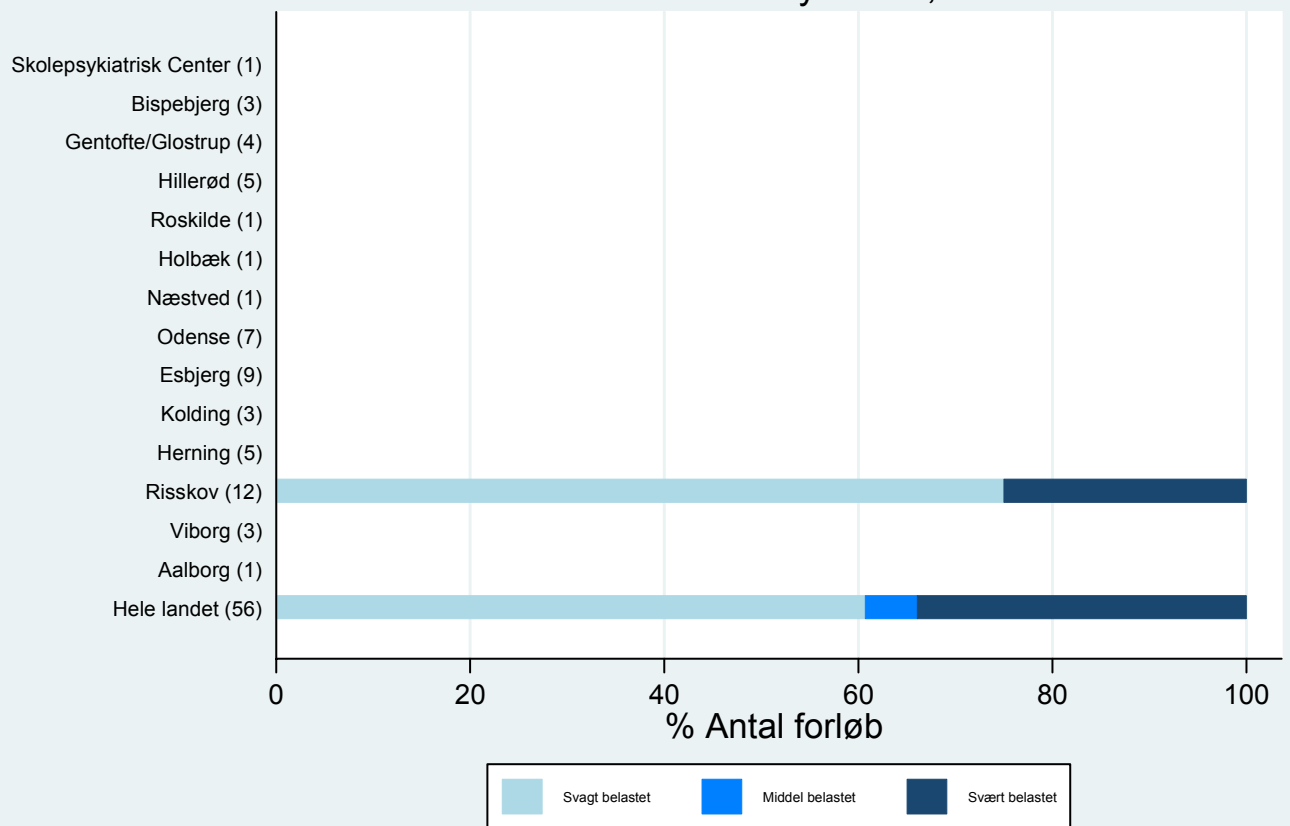
Figur 37

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Adfærdsforstyrrelser, n = 84



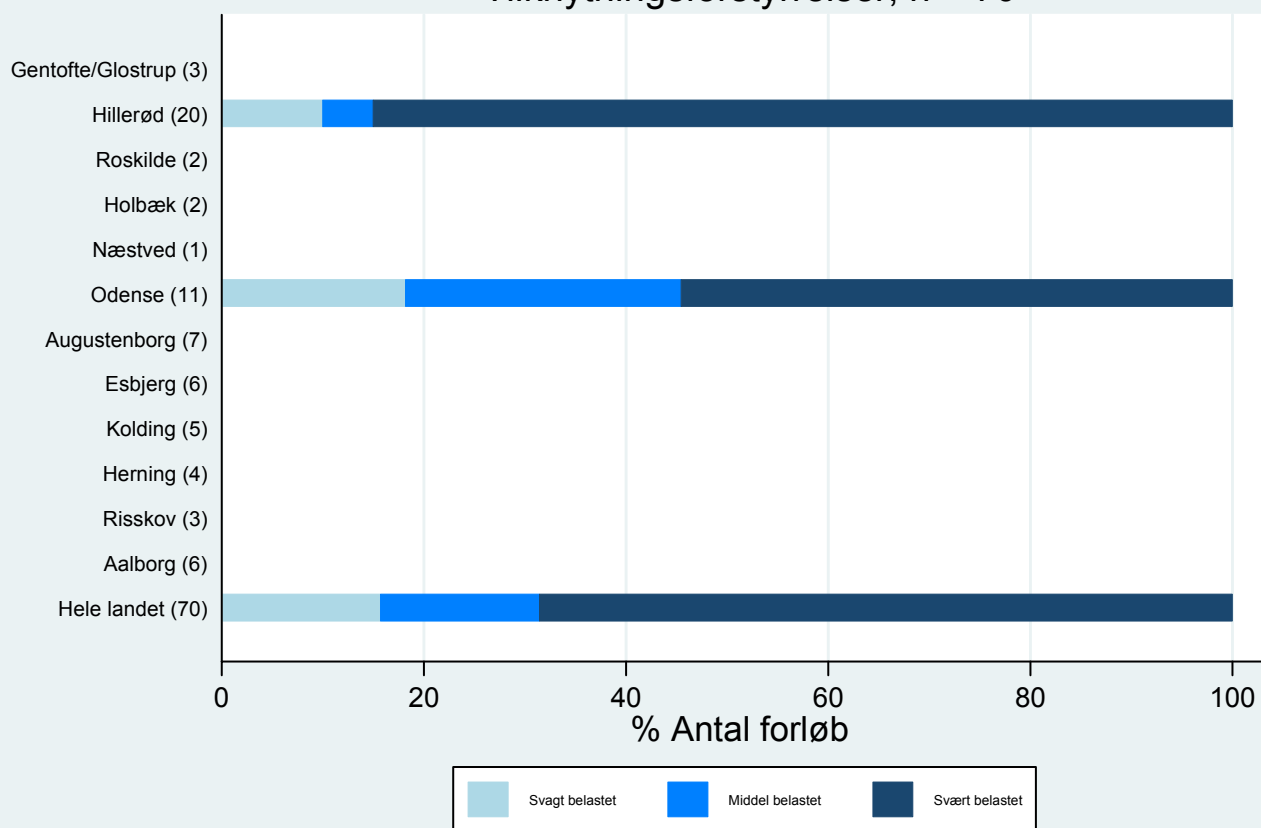
Figur 38

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose:
Emotionelle forstyrrelser, n = 56



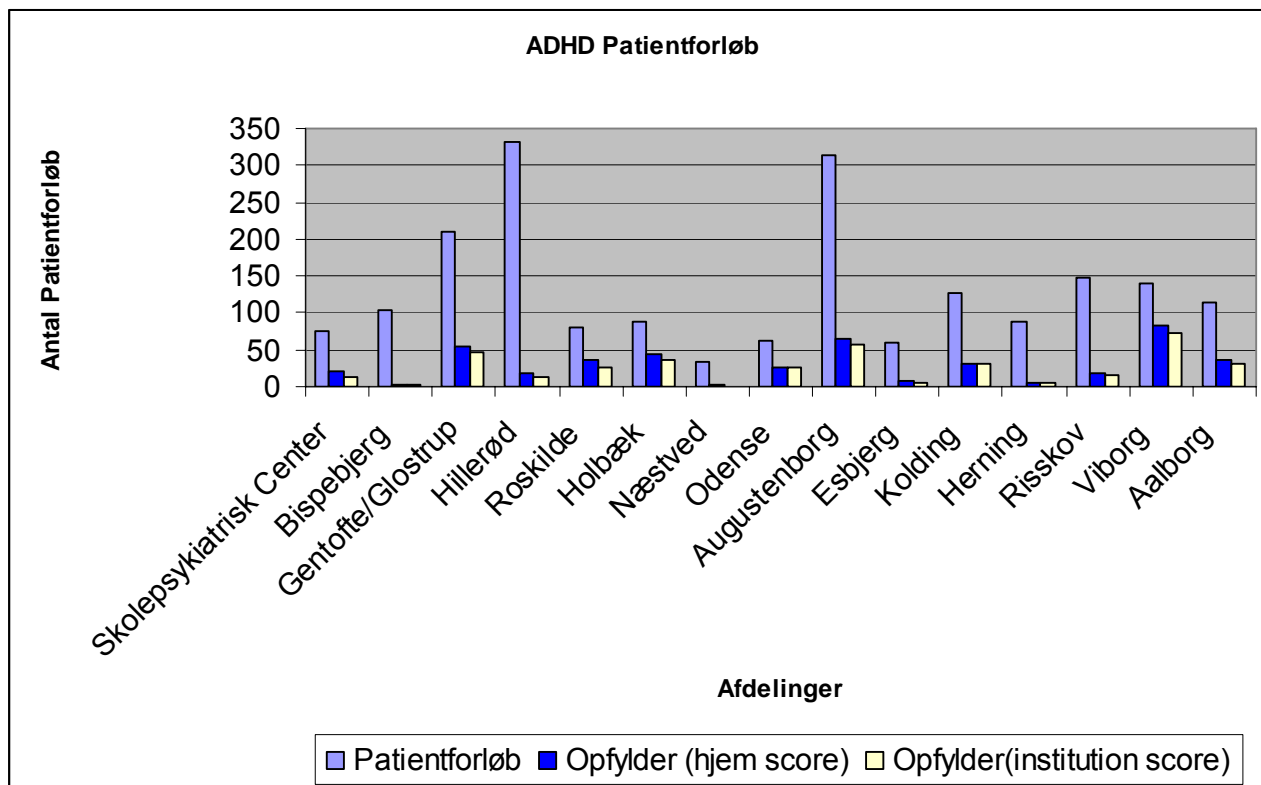
Figur 39

GAPD-outcome i grupperne for personer med aktionsdiagnose: Tilknytningsforstyrrelser, n = 70



Indikator IV

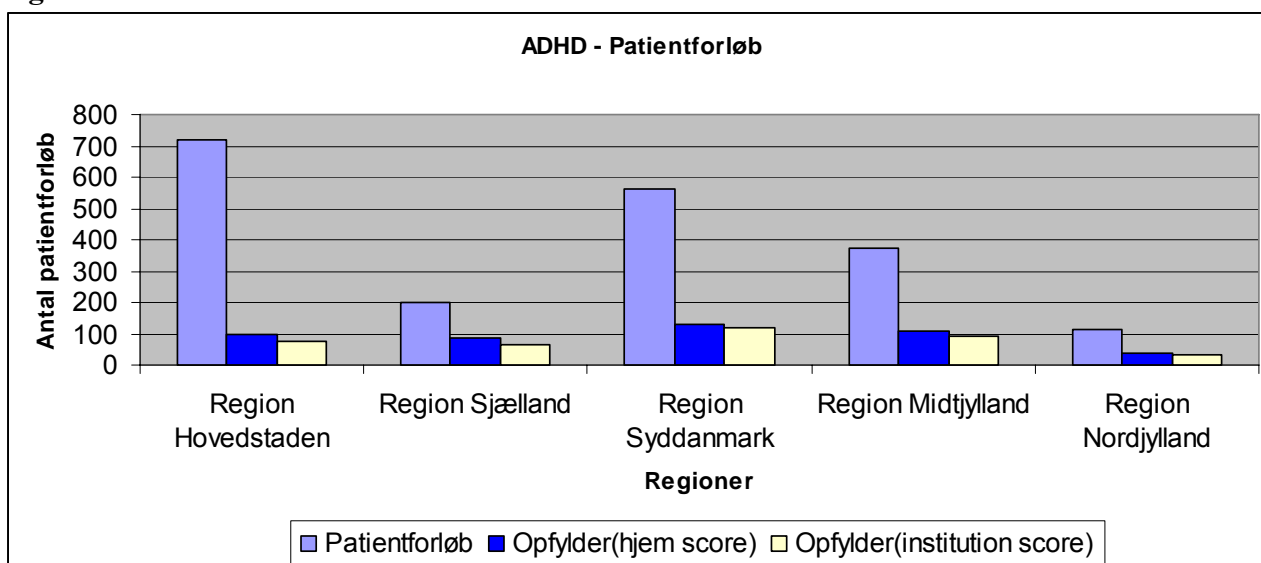
Figur 40



- Bispebjerg har ikke deltaget i ADHD-RS registreringen i 2008
- Flere andre centre synes kun i yderst begrænset omfang at være kommet i gang med anvendelsen og inddateringen af ADHD-RS (Næstved, Esbjerg og Herning)

Det ser ud til at indikator-standarden, at alle forløb med ADHD som arbejdsdiagnose får udfyldt og registreret ADHD-RS af hjem og skole er meget langt fra tilfredsstillende. Kun 23 % får registreret ADHD-RS fra forældre og 19 % ADHD-RS fra skolen. Her ligger en stor opgave for centrene i forhold til at få indarbejdet rutiner for udsending og indtastning af disse skemaer.

Figur 41



Indikator V

Tabel 9 Andel af ADHD-forløb, som ”normaliseres”

	Forældre	Skole
Uopmærksomhed		
N (antal)	130	126
Normal score	50 (38%)	73 (58%)
Hyperaktiv / impulsiv		
N (antal)	141	126
Normal score	51 (36%)	63 (50%)

Denne indikator er i år så præliminær, at det ikke giver mening at stratificere på afdelinger/centre. Vi skal anvende denne indikator meget offensivt i tiden fremover. Behandlere skal alle steder i hvert enkelt forløb med ADHD aktionsdiagnose tilstræbe at ADHD-RS scores både i hjem og skole og for begge subskalaer kommer under T-score på 60 (dvs ”normaliseres”). Centrene vil i fremtiden blive vurderet på om 50% ”normaliseres”, hvilket bør være muligt jævnfør resultater fra det amerikanske MTA-studie og ”naturalistiske studier” refereret i tidsskrifter. Det er et ambitiøst mål, da ADHD-probanderne i MTA-studiet muligvis havde mindre comorbiditet og var mindre belastede i udgangspunktet.

Revisionspåtegning fra Kompetencecenter SYD (v. overlæge Linda Kærlev)

I henhold til basiskravene for de nationale kliniske kvalitetsdatabaser skal Kompetencecenter Syd fremlægge følgende bemærkninger.

Kompetencecenter Syd indgår i tæt samarbejde med Bupbase. I medfør heraf har epidemiolog og biostatistikere fra Kompetencecenteret været direkte sparringspartnere for Bupbase i forbindelse med udarbejdelsen af årsrapporten for 2008. Kompetencecenterets biostatistikere har forestået den rekonstruktion af produktionsdata, som muliggør afrapportering inden for den kliniske forløbsramme, som er specificeret i rapporten. Analyserne af indikatorerne er fortaget af biostatistikere ved kompetencecenteret, og registreringskomplethedsanalysen er foretaget af den kliniske epidemiolog. Rapporten indeholder en fyldestgørende redegørelse for dataindsamling og udmøntning af forløbsbegreb.

BupBasen adskiller sig fra de fleste andre nationale kliniske kvalitetsdatabaser ved at være specialespecifik med deraf følgende mulighed for at registrere og monitorere flere sygdomsgrupper.

I rapporten omtales registrerings- og datakomplethed samt opgørelse af nye og gamle indikatorer.

I et afsnit i rapporten er der foretaget en vurdering af *databasens registreringskomplethed* på basis af uafhængige indberetninger til Landspatientregistret. Da sidstnævnte er kontaktbaseret i modsætning til at være klinisk forløbsbaseret, er de to uafhængige datakilder ikke umiddelbart sammenlignelige, og der er i år valgt en model som vurderes at optimere komplethedsanalysen. Med forbehold for ovennævnte sammenlignelighedsproblematik, vurderes det, at registreringskompletheden i BupBase er på et højt niveau 89,9 % omend der fortsat vil være behov for en løbende dialog mellem BupBase og de indberettende centre for at sikre optimal og ensartet registreringspraksis. Kompetencecenteret og BupBase har haft en løbende dialog omkring overvejelser vedrørende optimering af datasættet som danner baggrunden for Bupbasen.

Hvad angår analyse af *datakompletheden* er 2 procesindikatorer fra 2007 vedrørende indrapportering af relevant status for den enkelte patient udskiftet, og datakompletheden er i stedet medtaget i relation til præsentation, analyse og kommentering af den enkelte indikator.

Rapporten indeholder et afsnit, hvori *indikatorerne* præsenteres. I det omfang datasættet har muliggjort det, er indikatorerne værdisat for hver enkelt navngivet behandlingscenter. Præsentationen er for hver indikator ledsaget af en kommentering.

Det nuværende indikatorsæt indeholder 2 procesindikatorer, der sætter fokus på henholdsvis ventetid og på udfyldning og indrapportering af ADHD-RS skemaer. Yderligere indeholder det nuværende indikatorsæt 3 resultatindikatorer (*HoNOSCA*, *GAPD*, samt *ADHD-RS*), som fra 1.1.08 alene præsenteres i de patientforløb, hvor der har foregået behandling. Indikatorresultaterne er opgjort efter specificeret center og også præsenteret samlet. Resultatindikatoren *ADHD-RS* er med for første gang i år og datamaterialet er endnu ikke så solidt, at det giver mening at stratificere på afdelinger/centre. Resultaterne for de enkelte indikatorer er kommenteret med anbefalinger og anvisninger på forbedringer på det pågældende indsatsområde.

Seneste kvartalsvise afrapportering foregik 19. januar 2009, og der vil fremadrettet foregå løbende kvartalsvis afrapportering. Kompetencecenteret forventer inden sommeren 2009 at idriftsætte webbaseret afrapportering på den første af de landsdækkende databaser, der ligger i regi af Kompetencecenter Syd. Når denne on-line afrapportering er afprøvet af klinikerne, vil der blive søgt om finansiering til on-line afrapportering af de øvrige landsdækkende databaser ved Kompetencecenter Syd- og dermed også Bupbase.

Kontaktadresser:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. Formand Center ved formand Jan Jørgensen, Børne- og Ungdomspsykiatriske Hus, Odense Universitetshospital, Psykiatrien i Region Syddanmark..

Kompetencecenter Syd. OUH, Region Syddanmark, MTV og Forskningsafdelingen, Odense Universitetshospital, Klørvænget 8, 5000 Odense C.

Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 27, 2300 København S

Kontaktpersoner:

BupBase coach:

Skolepsykiatrisk Center	Overlæge Ann Mari Etting
Bispebjerg	Overlæge Merete Weischer
Bornholm	Psykolog Eva Munch
Glostrup	Overlæge Torben Isager og overlæge Tine Houmann
Hillerød	Overlæge Anne Châtillon
Holbæk	Socialrådgiver Susanne Nielsen
Næstved	Afdelingslæge Peter Fleng Daniel og afdelingslæge Helene Johannesen
Odense	Afdelingslæge Dorthe Petersen
Augustenborg	Overlæge Thorsten Schumann
Esbjerg	Psykolog Søren Sommer
Kolding	Læge Jeanette Wachter
Viborg	Psykolog Anja Pedersen og Hannah Dybdal
Aalborg	Overlæge May-Britt Kivikoski Kalvåg

Kontaktpersoner afdelingerne:

Skolepsykiatrisk Center	Lægeseekretær Tina Tornbo
Bispebjerg	Lægeseekretær Karin Søborg
Bornholm	Konsulent Joan Behrens
Glostrup	Lægeseekretær Elizabeth Jacobsen
Hillerød	Chefsekretær Ulla Bisgaard
Roskilde	Lægeseekretær Britta Koch Nielsen og lægeseekretær Valeria Rousshikh
Holbæk	Afdelingspsygeplejerske Lotte Jensen
Næstved	Lægeseekretær Anette Pia Petersen
Odense	Lægeseekretær Dorthe Therkelsen
Augustenborg	Lægeseekretær Karin Hell
Esbjerg	Lægeseekretær Kristine Stokholm
Kolding	Lægeseekretær Lotte Bruhn From
Risskov	Lægeseekretær Christina Dentoft
Herning	Lægeseekretær Lilli Fredberg Didriksen
Viborg	Ledende lægeseekretær Anna Bitch og lægeseekretær Mette Kirkegaard
Aalborg	Lægeseekretær Heidi Hattmann Hjortshøj

Forskning og afrapportering fra BupBase

Resultater fra BupBase er blevet præsenteret på kongresser og konferencer i Melbourne (IACAPAP; september 2006), Stockholm (ADHD konference, Novartis; maj 2007), Istanbul (IACAPAP; maj 2008)

Data har været en væsentlig ressource ved udarbejdelse af ”Henvisningsprojektet i børne- og ungdomspsykiatrien”, Rambøll Management i samarbejde med Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, September 2007.

Data har indgået i publikationer:

Dyrborg J, Esbjørn B H, Levin E, Hoyer M: Child and Adolescent Psychiatry and Family Status. Nation wide register based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008

Bilenberg N: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA): Results of a Danish field trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2003 Dec;12(6):298-302

Bilenberg N, Ellingsgaard SL, Poulsen L, Dalsgaard S: Dansk standardisering af ADHD rating skalaen ADHD-RS (submitted)

Szomlajski N, Dyrborg J, Rasmussen H, Schumann T, Koch SV, Bilenberg N: Validity and clinical feasibility of the ADHD Rating Scale (ADHD-RS) (submitted)

Referencer:

- 1) Bilenberg N (2003), Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)--results of a Danish field trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 12:298-302
- 2) Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Beevor A, Lelliott P, Jezzard R, Wing JK (1999), Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *Br J Psychiatry* 174:428-431
- 3) World Health Organization (WHO) (1996), *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders*, Cambridge University Press
- 4) Hanssen-Bauer K, Gowers S, Aalen O, Bilenberg N, Brann P, Garralda E, Merry S & Heyerdahl S: Inter-rater reliability of routine outcome measures in child and adolescent mental health services. II. Cross-national differences in HoNOSCA, CGAS and GAPD Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2007 Aug 21

Appendix A: Papirversion af formularer: Opret patient, henvisning, forvistation, start undersøgelse, revurdering, afslutning, ADHD-RS (Attention Deficit/Hyperactiv Disorder-Rating Scale) og ADHD kliniske data.

Afdelingens navn:		Afsnit:
Udfyldt af (sekretær):		Dato:

OPRET PATIENT

Cpr.-nummer: _____ Køn: mand kvinde

Dato:

Fornavn: _____

Efternavn: _____

Kommunekode: _____ Kommune: _____

Børne- og ungdomspsyk.afd.	Afdelingens afsnitsinddeling	Afsnit:
Udfyldt af sekretær og centralvisitation:		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

HENVISNING

Henvisningsdato: _____ (Henvisning modtaget eller akut henvendelse)

Henvisningsdiagnose: Kode D _____ Navn: _____

Henviser:

- Egen læge
- Psykiatrisk afd. /skadestue
- PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)
- Socialforvaltningen
- Sygehusafdeling
- Praktiserende speciallæge
- Retsvæsen
- Anden _____

NB: Hvis patienten omvisiteres eller afvises, så der ikke foretages forvisitation/konsulentforløb eller et egentligt undersøgelses- og behandlingsforløb, udfyldes Afslutningsskemaet med Afvist/omvisiteret.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

Ingen forvisitation

FORVISITATION

Definition

En (ikke-obligatorisk) indskudt ydelse i venteperioden til start på egentlig undersøgelse og behandling. Ydelsen kan være netværksmøde og/eller enkeltstående samtale med pt. og/eller familie mhp. at vurdere, om sagen kan afsluttes som **konsulentforløb** eller kræver egentlig us. og behandling, almindeligvis efter nogen (yderligere) ventetid.

Dato for forvisitation: _____

Forventet forløb

- Almindelig us./behandlingsforløb*
- Konsulent forløb*

Hvis sagen afsluttes som konsulentforløb udfyldes START US. (T1) og REVURDERING (T2) **ikke**.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

START US.

Definition: Første patientkontakt i planlagt undersøgelses- og/eller behandlingsforløb

Dato for konsultation: _____

Fødeland for

Biologiske mor Biologiske far (uoplyst: skriv 9)

Husstand (patientens folkeregisteradresse)

Mindst ét kryds, evt. tre eller flere

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 01. Biologisk mor |
| <input type="checkbox"/> | 02. Biologisk far |
| <input type="checkbox"/> | 03. Stedmor |
| <input type="checkbox"/> | 04. Stedfar |
| <input type="checkbox"/> | 05. Adoptiv mor |
| <input type="checkbox"/> | 06. Adoptiv far |
| <input type="checkbox"/> | 07. Søskende/halvsøskende/"pap"-søskende
Antal _____ |
| <input type="checkbox"/> | 08. Bedsteforældre |
| <input type="checkbox"/> | 09. Plejefamilie |
| <input type="checkbox"/> | 10. Institution |
| <input type="checkbox"/> | 11. Alene |
| <input type="checkbox"/> | 12. Patientens samlever |
| <input type="checkbox"/> | 13. Andre – relation til barnet/den unge
13 a. _____ |

Socio-økonomisk status

(for "forældre" på folkeregisteradr.)

- Fungerende mor:**
1. Selvstændig/medhjælpende ægtef.
 2. Lønmodtager
 3. Arbejdsløs
 4. Uddannelsessøgende
 5. Pensionist/efterløn
 6. Ude af erhverv i øvrigt
 7. Uoplyst/ikke aktuel.
- Fungerende far:**
1. Selvstændig/medhjælpende ægtef.
 2. Lønmodtager
 3. Arbejdsløs
 4. Uddannelsessøgende
 5. Pensionist/efterløn
 6. Ude af erhverv i øvrigt
 7. Uoplyst/ikke aktuel

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Start us. – fortsat

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

Arbejdsdiagnose Kode:

Navn:

OBS: Ved udfyldelse af diagnoserne: F90x + F988 skal der udfyldes ADHD-RS skemaer (som udfyldes af forældre og skole/institution)

HoNOSCA Scoring

Alvorligste problem indenfor **to uger før T1**. I særlige tilfælde, hvis det skønnes relevant tidligere.

- | | |
|---|-------------|
| <i>01. Destruktiv, antisocial eller aggressiv adfærd</i> | _____ (0;4) |
| <i>02. Overaktivitet, opmærksomhed og koncentration</i> | _____ (0;4) |
| <i>03. Selvpåført skade som ikke skyldes uheld/ulykke</i> | _____ (0;4) |
| <i>04. Misbrug af alkohol, opløsningsmidler eller stoffer</i> | _____ (0;4) |
| <i>05. Boglige eller sproglige færdigheder</i> | _____ (0;4) |
| <i>06. Fysisk sygdom eller nedsat funktionsevne</i> | _____ (0;4) |
| <i>07. Hallucinationer eller vrangforestillinger</i> | _____ (0;4) |
| <i>08. Ikke-organiske somatiske symptomer</i> | _____ (0;4) |
| <i>09. Emotionelle og relaterende problemer</i> | _____ (0;4) |
| <i>10. Relationer til jævnaldrende</i> | _____ (0;4) |
| <i>11. Tage vare på sig selv og selvstændighed</i> | _____ (0;4) |
| <i>12. Familieliv og relationer</i> | _____ (0;4) |
| <i>13. Manglende fremmøde i skolen</i> | _____ (0;4) |
| <i>Total score</i> | _____ |

HoNOSCA Scoringsvejledning

0 = Intet problem

1 = Mindre problem, der ikke kræver behandling

2 = Lettere problem, som dog er klart til stede

3 = Moderat alvorligt problem

4 = Alvorligt til meget alvorligt problem

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Start us. – fortsat

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

GAPD scoring (Alle aldersgrupper)

Laveste funktion de **seneste tre måneder**

GAPD scoring:

- 0. Særdeles god/god social funktionsevne
- 1. Moderat social funktionsevne
- 2. Let nedsat social funktionsevne
- 3. Moderat nedsat social funktionsevne
- 4. Alvorligt nedsat social funktionsevne
- 5. Alvorligt og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 6. Ude af stand til at fungere på de fleste områder
- 7. Betydelig og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 8. Dybtgående og gennemgribende nedsat social funktionsevne.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

REVURDERING

Bemærk: Dette er konklusionen på diagnostisk udredning.
Start på (egentlig) undersøgelse og behandling.

Dato for konsultation: _____

Akse 1:

Psykiatriske syndromer m.m. Diagnoser F 70 - 83 på akse 2 og 3.

Aktionsdiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Bidiagnose Kode D _____ Navn _____

Akse 2:

Specifikke udviklingsforstyrrelser (F8x = Ingen udviklingsforstyrrelser; F8u= Uoplyst)

Diagnose Kode D _____ Navn _____

Diagnose 2 Kode D _____ Navn _____

Akse 3:

Begavelse/mental retardering (F7x = Ingen retardering; F7u = Uoplyst)
DR418 anvendes til "Inferioritas Intellektualis", IQ 70-85

Klassifikation Kode D _____ Navn _____

Akse 4:

Somatiske diagnoser (Ax = Ingen somatiske diagnoser; DUx = Uoplyst)

Diagnose 1: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 2: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 3: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 4: Kode D _____ Navn _____

Diagnose 5: Kode D _____ Navn _____

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Revurd. – fortsat.

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

Er der foretaget: Undersøgelse: Behandling:

(Hvis der er foretaget undersøgelse, skal HoNOSCA og GAPD ikke udfyldes)

HoNOSCA Scoring

Alvorligste problem indenfor to uger før T2

- | | |
|---|-------------|
| <i>01. Destruktiv, antisocial eller aggressiv adfærd</i> | _____ (0;4) |
| <i>02. Overaktivitet, opmærksomhed og koncentration</i> | _____ (0;4) |
| <i>03. Selvpåført skade som ikke skyldes uheld/ulykke</i> | _____ (0;4) |
| <i>04. Misbrug af alkohol, opløsningsmidler eller stoffer</i> | _____ (0;4) |
| <i>05. Boglige eller sproglige færdigheder</i> | _____ (0;4) |
| <i>06. Fysisk sygdom eller nedsat funktionsevne</i> | _____ (0;4) |
| <i>07. Hallucinationer eller vrangforestillinger</i> | _____ (0;4) |
| <i>08. Ikke-organiske somatiske symptomer</i> | _____ (0;4) |
| <i>09. Emotionelle og relaterende problemer</i> | _____ (0;4) |
| <i>10. Relationer til jævnaldrende</i> | _____ (0;4) |
| <i>11. Tage vare på sig selv og selvstændighed</i> | _____ (0;4) |
| <i>12. Familieliv og relationer</i> | _____ (0;4) |
| <i>13. Manglende fremmøde i skolen</i> | _____ (0;4) |
| <i>Total score</i> | _____ |

HoNOSCA Scoringsvejledning

0 = Intet problem

1 = Mindre problem, der ikke kræver behandling

2 = Lettere problem, som dog er klart til stede

3 = Moderat alvorligt problem

4 = Alvorligt til meget alvorligt problem

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Revurd. – fortsat.

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

GAPD scoring (Alle aldersgrupper)

Laveste funktion den seneste måned

GAPD scoring:

- 0. Særdeles god/god social funktionsevne
- 1. Moderat social funktionsevne
- 2. Let nedsat social funktionsevne
- 3. Moderat nedsat social funktionsevne
- 4. Alvorligt nedsat social funktionsevne
- 5. Alvorligt og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 6. Ude af stand til at fungere på de fleste områder
- 7. Betydelig og gennemgribende nedsat social funktionsevne
- 8. Dybtgående og gennemgribende nedsat social funktionsevne.

Børne- og ungdomspsykiatrisk .afd.		Afsnit:
Udfyldt af (kliniker):		Dato:

Patient: Cpr.nr.: _____ Navn: _____

AFSLUTNING

Afslutningsdato: _____

- Afslutningsgrund:**
- Afsluttet forløb i BupBase
 - Patienten udeblevet
 - Afvist
 - Anden årsag
 - Afsluttet efter forvisitation

Bedømmelsesskala for opmærksomheds- og adfærdsforstyrrelse

Barnets navn: _____ Fødselsdato: _____ Dato: _____

Relation til barnet: Mor___ Far___ Stedforælder___ Lærer:___ Andet:_____

Vejledning: Sæt venligst en cirkel omkring det tal der *bedst beskriver* barnets adfærd derhjemme eller i skolen det sidste halve år

		Aldrig eller Sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
1.	Er ikke opmærksom på detaljer, eller laver sjuskefejl i sit skolearbejde.	0	1	2	3
2.	Har svært ved at fastholde koncentrationen ved opgaver eller under leg.	0	1	2	3
3.	Hører tilsyneladende ikke efter ved direkte tiltale.	0	1	2	3
4.	Gør ikke de ting der bliver bedt om, eller gør dem ikke færdige.	0	1	2	3
5.	Har svært ved at organisere opgaver og aktiviteter.	0	1	2	3
6.	Undgår opgaver (fx skole, lektier) som kræver omtanke og koncentration.	0	1	2	3
7.	Mister ting der er nødvendige for at udføre opgaver eller aktiviteter.	0	1	2	3
8.	Bliver let afledt eller distraheret.	0	1	2	3
9.	Er glemsom i forbindelse med daglige aktiviteter.	0	1	2	3
10.	Sidder uroligt eller bevæger konstant hænder og fødder.	0	1	2	3
11.	Rejser sig fra sin plads i klassen, eller i andre sammenhænge hvor man forventes at blive siddende.	0	1	2	3
12.	Farer omkring i situationer hvor det ikke er passende.	0	1	2	3

(Fortsættes næste side)...vend

13.	Har svært ved at indgå i stille lege eller fritidsaktiviteter.	0	1	2	3
14.	Er altid "i fuld fart" eller "har krudt bagi".	0	1	2	3
15.	Snakker som et vandfald.	0	1	2	3
16.	Buser ud med et svar, før spørgsmålet er afsluttet.	0	1	2	3
17.	Har svært ved at vente på sin tur.	0	1	2	3
18.	Afbryder eller forstyrrer andre.	0	1	2	3
19.	Bliver rasende eller mister besindelsen.	0	1	2	3
20.	Skændes med de voksne.	0	1	2	3
21.	Trodser åbenlyst voksne eller nægter at rette sig efter regler.	0	1	2	3
22.	Irriterer folk med vilje.	0	1	2	3
23.	Giver andre skylden for sine fejl eller dårlige opførsel.	0	1	2	3
24.	Er nærtagende eller bliver let irriteret af andre.	0	1	2	3
25.	Er vred eller fornærmet.	0	1	2	3
26.	Er ondskabsfuld eller hævngherrig.	0	1	2	3

Kommentarer:

Tak for hjælpen!

Behandlingsskema vedrørende ADHD

Barnets navn: _____ Køn: _____ Cpr.nr.: _____

Skema udfyldt af: _____ Dato: _____

Skemaet udfyldes af klinikken sammen med indhentning af ADHD-RS revurdering skemasæt fra forældre og lærer.

- Efter etablering af behandling og i forbindelse med evaluering af denne
- Hvis patienten er startet medicinsk behandling med centralstimulantia (metylphenidat, dexamphetamin, atomoxetin eller modafinil), da minimum en måned efter start på medicin (tilpasset den lokale kliniske praksis)

Er patienten sat i medicinsk behandling for sin opmærksomhedsforstyrrelse?

Nej Ja ;

Hvis ja udfyldes nedenstående (gerne flere krydser ved kombinationsbeh.):

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Metylphenidat (Ritalin, Equasym, Motiron, Medikinet) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Metylphenidat, langstidsvirkende (Equasym Depot, Medikinet CR, Ritalin Uno, Concerta) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Dexamphetamin (Dexamfetamin) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Atomoxetin (Strattera) | Døgndosis: _____ mg |
| <input type="checkbox"/> Modafinil (Modiodal) | Døgndosis: _____ mg |

Modtager patienten specialundervisning eller særligt undervisningstilbud?

Nej Ja

Hvis ja, hvilken type særligt undervisningstilbud ?

- Støttetimer i normal klasse
- Undervisning i støttecenter
- Specialklasse

Modtager patienten og/eller familien støtte efter "Lov om social service" på baggrund af diagnosen ADHD ?

Nej Ja

Hvis ja, hvilken type støtteforanstaltning ?

- Støtte i hjemmet (familieværksted, "hjemme hos" el. lign.)
- Støtte i fritidsinstitution
- Andet; beskriv: _____

Følges patienten i ambulatorium eller afdeling ?

Nej Ja

Hvis ja, i hvilket regi ?

- I almindeligt "basisteam"
- I særligt specialteam (CS-klinik, ADHD-klinik el. lign.)
- Andet, beskriv, _____