

BupBase

Årsrapport 2009



**Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab i Danmark
Kompetencecenter Syd, Odense Universitetshospital
Maj 2010**

BupBase sekretariatet

Sekretær Kätthe Juel
BupBase sekretariatet
Psykiatrien i Region Syddanmark
Hunderupvej 116
5230 Odense M

Tlf.: 4014 5155
E-mail: Bupbase@ouh.regionsyddanmark.dk
Offentlig hjemmeside: www.bupbase.dk

Klinisk ansvarlig

Overlæge, professor Niels Bilenberg
Det Børne- og ungdomspsykiatriske Afdeling
Psykiatrien i Region Syddanmark
Hunderupvej 116
5230 Odense M
E-mail: niels.bilenberg@ouh.regionsyddanmark.dk

Copyright © BupBase sekretariatet 2010

Indhold:

Indhold:.....	3
Ordforklaring	4
Forord	5
Konklusioner og anbefalinger	6
Resumé af resultater	7
Databasens formål.....	8
Baggrund.....	9
Dataindsamling og metode.....	10
Statistisk-epidemiologisk analyse	16
Deltagende afdelinger/centre.....	18
Aktivitet i BupBasen.....	19
Dækningsgrad - databasens registreringskomplethed af patienter	21
Henvisningsmønster	22
Undersøgte og behandlede patienter.....	27
Resultater, indikatormål	35
Indikator I	35
Indikator II	39
Indikator III.....	49
Indikator IV.....	58
Indikator V	61
Revisionspåtegning fra Kompetencecenter Syd	65
Kontaktadresser:	67
Forskning og afrapportering fra BupBase	68
Referencer:.....	69
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.	
Appendix B: Supplerende analyse til HoNOSCA og GAPD	

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	Patientadministrativ system
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

BupBase er nu en etableret kvalitetsdatabase – markeret med denne sjette årsrapport. Mange ting er blevet rutiner og fungerer godt. Desværre er der også alt for meget forsømmelighed med inddatering, specielt med hensyn til ”follow up” data, hvilket betyder at resultatindikatorerne bliver for svage.

Rapporten indledes som vanligt med en gennemgang af BupBasens organisation, kvalitetsindikatorer, forløbstyper og forskellige definitioner. Centrenes datagrundlag, henvisnings- og visitationsmønster, fordeling på forløbstyper og diagnosemønster bliver derefter præsenteret. Rapportens hovedafsnit viser BupBasens indikatorens mål: ventetid og resultatindikatorerne HoNOSCA, GAPD og ADHD-RS. Resultatindikatorerne opgøres alene på de patientforløb, hvor behandling er påbegyndt.

Coach ordningen, som blev etableret i 2008. Formålet var at øge ansvarligheden og højne kvaliteten i inddateringerne. Desværre må vi konstatere, at initiativet endnu ikke har medført det ønskede løft i datakompletheden. Der er et behov for et stærkere engagement, hvis BupBase skal bidrage til højnelse af kvaliteten i børne- og ungdomspsykiatrien. Planlægning af konkrete projekter på basis af indrapporterede data vil måske kunne understøtte indrapportering. Man skal i den forbindelse være opmærksom på, at BupBase sammen med andre landsdækkende kvalitetsdatabaser indgår i akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel, hvorfor indrapportering er en obligatorisk del af det daglige kliniske kvalitetsarbejde, på hvilket vi også vil blive bedømt.

Bestyrelsen ønsker derfor at flytte fokus fra administrative data til resultatindikatorerne og vil påpege en række områder, hvor centre/afdelinger/regioner eller Børne- og UngdomsPsikiatrisk Selskab bør gøre en særlig indsats med henblik på forbedring af patientbehandling.

Tak til de mange medarbejdere, der har inddateret og til Danske Regioners Databasesekretariat for økonomisk støtte og indsigt i BupBasens særlige vilkår som fællesdatabase for alle forløb i specialet.

Årsrapport 2009 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, 26.maj 2010

Annette Gjerris
Formand for BupBasens bestyrelse

Niels Bilenberg
Klinisk ansvarlig overlæge

Konklusioner og anbefalinger

- Ventetidsindikatoren vurderes ikke at have særlig stor gennemslagskraft, da såvel politikere, administratorer som klinikere i det daglige arbejder med de data, der kan hentes i de patientadministrative systemer. Denne indikator præsenteres i årsrapporten formentlig for sidste gang.
- Der vil snarest blive taget skridt til at få flyttet T2-registreringen til et tidspunkt, hvor registrering af ændring i belastning (HoNOSCA) giver optimal mening; d.v.s. når man afslutter patientforløbet eller patienten ”overgår til vedligeholdelsesbehandling”.

Hvad angår resultatindikatoren HoNOSCA bør der nu handles på resultaterne. Afdelingsledelser og hospitalsledelser bør adressere afvigende resultater på eget område og opstille relevante handleplaner m.h.p. forbedringer.

- GAPD indikatoren synes at have tvivlsom anvendelighed, da resultaterne blot understøtter HoNOSCA.
- ADHD registreringen er ikke fyldestgørende. De data, der kan trækkes ud af BupBase på dette område, kan få stor betydning både i den offentlige debat og i forhold til planlægning, dimensionering af behandlingstilbud samt afgrænsning af fremtidens målgruppe for hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatrisk behandling. Der er meget fokus på ADHD og det er vigtigt, at BupBase kan bidrage til at kaste lys over udvikling i incidentrate, ressourceforbrug til undersøgelse og behandling og måske danne grundlag for etablering af en klinisk kohorte til langtidsopfølgning ind i voksenalderen.

Der bør lokalt gøres en særlig indsats i forhold til indrapportering på ADHD-området. BupBase sekretariatet vil fra juni 2010 trække lister over alle forløb registreret med F90.x i årets 5 første måneder, således at man lokalt kan tage de nødvendige initiativer. Der vil i 2010 blive taget initiativ til et projekt vedrørende ADHD-RS m.h.p. opbygning af klinisk kohorte.

- 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. Et patientforløb kan begynde med en henvisning til en hovedfunktion og efterfølges af særlig udredning på en regionalfunktion, påbegyndelse af behandling samme sted, for at sluttes med efterambulant opfølgning tilbage i hovedfunktionen. En ny forløbsmodel skal kunne følge sådanne forløb selvom et patientforløb undervejs skifter ”matrikel”. Dertil kræves at BupBase løftes op på en ny it-plattform (Topica 4.0). Vi vil i efteråret 2010 ansøge Danske Regioners it-udviklings-pulje om støtte til en sådan konvertering.
- Der er stor ansvarlighed med hensyn til oprettelse af nye henviste forløb. De konkrete dækningsgradsanalyser har dog ikke kunnet foretages, da LPR ikke har færdiggjort tal for 2009 ved årsrapportens deadline. Den del af BupBase organisationen som varetager oprettelse af forløb og inddatering af henvisninger synes veletableret med gode rutiner.

I årsrapporten 2010 vil indikatorerne blive rangordnet, således at afdelinger med de bedste resultater er placeret øverst i diagrammet. Det vil lette overskueligheden.

Resumé af resultater

BupBase har en vigtig og stærk placering i forhold til at få beskrevet og analyseret henvisningsmønstret til dansk børne- og ungdomspsykiatri. Der er på dette felt mange oplysninger, som ikke kan findes andre steder. Henvisningstallet er steget hver år siden BupBasen blev etableret. I 2004 registrerede BupBase 6.800 henvisninger og i 2009 oprettedes 15.000 henvisninger. Set i forhold til tidligere år er andelen, der henvises af egen læge, stort set uændret på omkring 50 %, hvorimod andelen fra PPR er vokset fra 16 til 23 %. Andelen af børn under 14 er vokset fra ca. 50 til 60 %, og den samlede andel af henviste drenge er vokset fra 53 til 60 %.

Den altafgørende forskel i henvisningsmønstret udgøres af en voldsom stigning i børn henvist til udredning for ADHD. Dette tal er steget fra 1.050 i 2005 til 3.826 i 2009 svarende til henholdsvis 12 og 25 % af de samlede henvisninger, eller en 264 % stigning i det faktiske antal henvisninger til udredning for denne tilstand.

Procesindikator (Ventetid) – Indikator I

Der er næsten ingen ændring i ventetiden i forhold til 2008. Det er afdelingerne i Region Syddanmark som har flest forløb med ventetid under 60 dage. I regionen påbegynder 72 % undersøgelse indenfor 2 måneder.

Resultatindikator (HoNOSCA) – Indikator II

Denne resultatindikator viser belastningsgrad ved inklusion til behandling (T1) og senere i forløbet (T2).

Der findes markante forskelle i belastningsgraden ved inklusion på forskellige centre, ligesom outcome ved T2 var meget forskellig centrene imellem og fordelt på diagnoser.

Resultatindikator (GAPD) – Indikator III

Resultaterne understøtter HoNOSCA resultatindikatoren (indikator II), men tilføjer ikke væsentligt nyt. Faggruppen vil diskutere dette og overveje en afvikling af GAPD registreringen.

Procesindikator (ADHD-RS) – Indikator IV

Kun i 33,8 % af forløbene med ADHD arbejdsdiagnose (F90.x eller F98.8) udsendes til forældre og inddateres i ADHD-RS; for lærerrating er andelen 29 %. Her ligger et stort arbejde for de lokale coach'es for at få denne andel op i nærheden af de ønskede 100 %.

Resultatindikator (ADHD-RS) – Indikator V

For ADHD-RS er der udmeldt en indikatorstandard på 50 % "normaliseret" efter behandling. Et mål der ikke er nået for de alt for få fuldt registrerede forløb. Der er for få forløb med tilstrækkelig data til at foretage resultatanalyser.

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.

Ved sammenligninger af patienternes belastning efter behandling skulle afdelingerne gerne inspirere hinanden til implementering af de bedst virkende behandlingsmetoder.

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, Region Syddanmark.

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

- Vicedirektør Annette Gjerris, Psykiatrivirksomheden, Region Hovedstaden (formand)
- Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland, Århus
- Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Psykiatrien, Region Syddanmark (økonomiansvarlig)
- Ledende overlæge Jan Jørgensen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling, Odense. Psykiatrien, Region Syddanmark.
- Overlæge, professor, klinisk projektleder i BupBase Niels Bilenberg, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Odense, Psykiatrien Region Syddanmark
- Overlæge Tine Houmann, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup. .
- Overlæge, ph.d. Linda Kærlev, Kompetencecenter Syd, Forskning- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark.

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

- Overlæge, professor Niels Bilenberg, Børne- og Ungdomspsykiatriske Afdeling 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 2009.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet – Psykiatripuljebevilling på 1.800.000 kr. for perioden 2003-2009.

Formål med årsrapport:

At offentliggøre resultater eller med henblik på at beskrive og dokumentere aktiviteten og 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.

Table 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

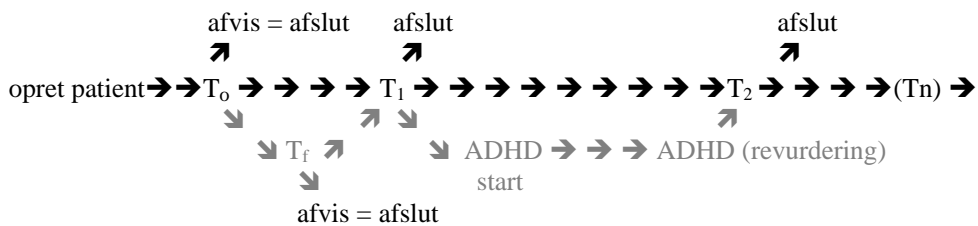
** Normalisering er defineret som en alders- og kønsrelateret score lavere end gennemsnit + én standarddeviation (T-score<60)

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, og 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 arbejdsdiagnose 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 behandlelementer, 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 sekretærene.

- 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 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 døgn dosis), 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) begavnelsesniveau (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). Forløb kan også afsluttes efter forvisitation ("papir"-visitation eller 1-2 ydelser med det formål at afklare om BUP undersøgelse/behandling skal iværksættes). 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 tre "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 af de tre resultatindikatorer 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 afkrydes 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.

Statistisk-epidemiologisk analyse

Punktestimater

Alle indikatorer, der er omfattet af nærværende rapport, er proportioner af natur. For indikatorerne I og IV angives grafisk procenten af patientforløb, der opfylder kravet om tilfredsstillende indsats i relation til den pågældende indikator. Begge indikatorer er angivet på regionsniveau såvel som på afdelings niveau. For indikator V angives antallet af patientforløb, som indgår i værdsættelsen af indikatoren, samt antallet og procent af patientforløb, der opfylder kravet om tilfredsstillende indsats i relation til den pågældende indikator. Indikator er angivet både på afdelingsniveau, og regionsniveau såvel på nationalt niveau. For indikatorerne II og III angives grafisk procenten af patientforløb, der fælder ind i kategorierne: ”svag belastet”, ”middel belastet” og ”svært belastet”. Begge Indikatorer er angivet for hver enkelt diagnose gruppe og på regionsniveau såvel på afdelings niveau.

For hver indikator for kategorier med et tal, der er 10 eller mindre i nævneren, foretages der ingen beregning af punktestimat.

Statistiske metoder: Basale ideer

De avancerede statistiske metoder, som anvendes i denne rapport, fokuserer primært på vurdering af eventuel geografisk heterogenitet på afdelingsniveau. Et vigtigt spørgsmål, som der skal tages stilling til, er om der findes en ”ægte” strukturel variabilitet i den enkelte indikator, eller om der simpelthen er tale om tilfældig variation som forklaring på geografiske forskelle.

Dette fører til hierarkiske modeller, hvor der tillades strukturel variabilitet imellem geografiske områder. Hvis den eksisterer, kan denne variabilitet skyldes ikke observerbare kovariater, som man ikke har taget højde for.

Den grundlæggende idé bag en hierarkisk model er at opdele variationen, som observeres blandt de område-specifikke estimater, i en tilfældig variation *inden for* hvert enkelt område og systematisk variation *imellem* områderne. Det sidste er beskrevet af en normal fordeling med en standarddeviation, sigma, som beskriver variationen af områdernes sande niveau, dvs. det niveau, som ville være observeret i en situation med et meget stort antal områder. Denne standarddeviation kan estimeres ud fra foreliggende data; jo højere værdi af sigma, jo større er den systematiske variation. En værdi af standarddeviation tæt på 0 indikerer, at der ingen variation er områderne imellem.

Der findes forskellige typer af hierarkiske modeller, afhængig af datatypen og forskellige estimationsteknikker. I denne rapport anvendes en af multilevel modellerne og en random-interceptmodel til analyse af heterogenitet.

For disse modeller er en direkte fortolkning af standarddeviationen ofte kompliceret. Derfor vil der blive rapporteret p-værdier svarende til en test af $\sigma=0$, dvs. nul-hypotesen svarende til ingen forskel imellem områderne.

Heterogeniteten imellem områder skyldes ikke nødvendigvis forskelle i behandlingsindsats og resultater, men kan simpelthen forklares ved forskelle i sammensætningen af populationer imellem områder. Der kan i den hierarkiske model tages højde for dette ved at tilføje individualspecifikke variable (kovariater), som beskriver forskelle i populationerne f.eks alder og køn og som potentielt kan forklare variationen imellem afdelingerne. I dette tilfælde beskriver heterogenitetsparameteren sigma den variation imellem områderne, som ikke kan forklares ud fra forskelle i populationerne mht. til de covariater, som er inkluderet i modellen. Det fremgår af de præsenterede tabeller i Appendix B, hvilke kovariater der indgår i de enkelte analyser. Der kan i et samarbejde imellem

Kompetencecentret og klinikerne til fremtidige årsrapporter overvejes at medtage yderligere kovariater såsom familiens socioøkonomiske status etc..

For hver analyse bringes en sammenfattende statistisk-epidemiologiske kommentar til hovedteksten. Detaljerne af de statistiske analyser fremlægges i Appendix B.

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 2009
Region Hovedstaden:	0 - 17 år	348.896
Københavns kommune*		
Skolepsykiatrisk Center	6 - 18 år	
Bispebjerg	0 - 17 år	
Glostrup	0 - 17 år	
Hillerød	0 - 17 år	
Hejmdal **	0 - 17 år	
Region Sjælland:	0 - 17 år	184.671
Roskilde	0 - 17 år	
Holbæk	0 - 19 år	
Næstved	0 - 17 år	
Region Syddanmark:	0 - 17 år	270.400
Odense	0 - 17 år	
Kolding	0 - 23 år	
Augustenborg	0 - 20 år	
Esbjerg	0 - 20 år	
Vejlefjord**	0 - 17 år	
Region Midtjylland:	0 - 17 år	286.439
Risskov***	0 - 17 år	
Herning***	0 - 17 år	
Viborg***	0 - 17 år	
*** registrerede afdelinger modtager nyhenviste 0-17 år (incl.)- igangværende sager kan fortsætte frem til den ptt. fylder 21 år. Ptt. med spiseforstyrrelser (anorexia og bulimia nervosa) BUC modtager alle henvisninger uanset patientens alder.		
Region Nordjylland	0 - 17 år	126.799
Ålborg	0 - 17 år	

* Skolepsykiatrisk Center har Københavns Kommunes skoleelever som baggrundspopulation. Skolepsykiatrisk Center slutter indberetning pr. 30.9.2009, da afdelingen lukker. ** Privatklinikker, som er opstartet i løbet af 2009.

Kilde: Danmarks statistik. Statistikbanken

Aktivitet i BupBasen

Samlet antal forløb i BupBasen d. 31.12.2009

I alt 55.134 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.-31.12.2009 er 15.645. I kalenderåret er 7.437 patienter startet undersøgelse/behandling (T₁) og 5.692 har fået foretaget en revurdering (T₂), heraf har 3.680 forløb inkluderet behandling. Startede og revurderede patientforløb kan være henvist de foregående år.

Tabel 3 Forløb registreret i BupBase i 2009

Region	Center/afdeling	Henvisninger 2009	Startede forløb (T1) i 2009	Revurderede forløb (T2) i 2009	Revurderede forløb (T2) i 2009
		Antal henvisninger	Antal forløb	I alt	Forløb med behandling
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	13	42	79	24
	Bispebjerg	1.395	409	513	330
	Glostrup	1.536	779	768	438
	Hillerød	1.131	907	702	439
	Hejmdal	3	1	0	0
I alt		4.078	2.138	2.062	1.231
Sjælland	Roskilde	704	324	175	100
	Holbæk	1.012	340	59	45
	Næstved	773	228	114	51
I alt		2.489	892	348	196
Syddanmark	Odense	1.227	631	321	234
	Augustenborg	1.146	830	820	501
	Esbjerg	928	814	611	398
	Kolding	916	501	319	265
	Vejlefjord	36	49	21	0
I alt		4.253	2.825	2.092	1.398
Midtjylland	Herning	874	339	247	197
	Risskov	2.255	658	323	201
	Viborg	457	253	246	195
I alt		3.586	1.250	816	593
Nordjylland	Aalborg	1.239	332	374	262
I alt		1.239	332	374	262
Hele landet		15.645	7.437	5.692	3.680

- Skolepsykiatrisk Center og Bispebjerg har begge Københavns kommune som optageområde
- Skolepsykiatrisk Center lukket 1.10.2009. Hejmdal og Vejlefjord Privatklinikker startet inddatering sidst på året 2009

Tabel 3 viser de registrerede henvisninger, startede forløb og revurderede forløb i 2009. Startede og revurderede forløb kan være patienter, der er henvist i 2008 som indgår, hvorimod en del henviste i 2009 slet ikke er nået til "start undersøgelse" eller "revurdering". For sidstnævnte gruppe vil en meget stor del være henvisninger fra året før. Man ser således ind af forskellige "vinduer" på aktiviteten i dansk Børne- og ungdomspsykiatri. På grund af dette forhold bliver usikkerheden større jo længere til højre i tabellen man kommer. Der er desværre ikke tilstrækkelig datakomplethed ved start behandling, for slet ikke at tale om en endnu større "glemsomhed" mht inddatering af forløbs "revurdering". Tallene i de tre kolonner til højre er derfor helt klart for små.

Dækningsgrad - databasens registreringskomplethed af patienter

Ved patientregistreringskompletheden forstås andelen af børne- og ungdomspsykiatriske patienter registreret i Bupbase, ud af den totale pulje af patienter (cpr.nr.) som faktisk er tilkommet LPR i kalenderåret i Danmark.

Landspatientregisteret benyttet som ekstern datakilde til belysning af eventuelle manglende indberetninger om nyoprettede patienter (nye cpr-numre) det pågældende år fra kliniske enheder involveret i de registrerede Børne- og ungdomspsykiatriske forløb. Der har imidlertid i begyndelsen af 2010 været problemer med at opnå fuldt dækkende dataudtræk fra Landspatientregisteret for 2009, hvorfor det ikke har været muligt at udsende lister over mulige manglende cases til afdelingerne og en registreringskomplehedsanalyse kan derfor først forventes effektueret ved udarbejdelsen af årsrapporten for 2010.

Henvisningsmønster

Demografiske forhold

I 2009 er der oprettet 15.645 henviste forløb i BupBasen. Alders- og kønsfordelingen fremgår af tabel 4 og fordelingen på henviser af tabel 5.

Der er kun minimale forskelle i mønstret hvad angår køns- og aldersfordeling sammenlignet med 2008, men en svag procentvis øgning i antallet af henviste drenge – fra 58 % til 60 % og en lille relativ øgning af 7-13-årige.

Også fordelingen på henviser (tabel 5) er på landsplan næsten identisk med tidligere år. Halvdelen af henvisningerne kommer fra alment praktiserende læger (her er et lille relativt fald fra 52 til 50 %), derefter følger Pædagogisk Psykologisk rådgivning (PPR) med knap 1/4 og andre sygehusafdelinger, med ca. halvdelen fra somatiske og halvdelen fra psykiatriske afdelinger inkl. psykiatrisk skadestue. Kun 4 % kommer direkte fra en socialforvaltning.

I 2009 blev 3.826 børn og unge henvist med henvisningsdiagnosen ”forstyrrelse af opmærksomhed og aktivitet” eller obs. ADHD (Tabel 6 & 7). Det udgør 25 % af alle henvisninger. Det er en stigning på 1.000 fra 2008, hvor denne henvisningsårsag udgjorde 21 % af de samlede henvisninger. Affektive forstyrrelse og Autismespektrum forstyrrelse (ASD) er også i talmæssig vækst som henvisningsårsag uden dog at påvirke den relative fordeling.

Tabel 4

Alder og køn for henviste patientforløb 2009

Region	Center/ afdeling	Alder				Køn		I alt
		0-6	7-13	14-17	18-	Mand	Kvinde	
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	1 7,7%	11 84,6%	1 7,7%	0 0	9 69,2%	4 30,8%	13 100%
	Bispebjerg	304 21,8%	570 40,9%	479 34,3%	42 3,0%	853 61,1%	542 38,9%	1.395 100%
	Glostrup	291 18,9%	781 50,8%	461 30%	3 0,2%	985 64,1%	551 35,9%	1.536 100%
	Hillerød	173 15,3%	541 47,8%	414 36,6%	3 0,3%	709 62,7%	422 37,3%	1.131 100%
	Hejmdal - Privat klinik	0 0%	1 33,3%	2 66,7%	0 0,0%	3 100%	0 0%	3 100%
	I alt	769 19%	1.904 47%	1.357 33%	48 1%	2.559 63%	1.519 37%	4.078 100%
Sjælland	Roskilde	91 12,9%	350 49,7%	262 37,2%	1 0,1%	444 63,1%	260 36,9%	704 100%
	Holbæk	133 13,1%	461 45,6%	343 33,9%	75 7,4%	592 58,5%	420 41,5%	1.012 100%
	Næstved	101 13,1%	326 42,2%	344 44,5%	2 0,3%	462 59,8%	311 40,2%	773 100%
	I alt	325 13%	1.137 46%	949 38%	78 3%	1.498 60%	991 40%	2.489 100%
Syddanmark	Odense	134 10,9%	540 44%	549 44,7%	4 0,3%	693 53,5%	534 43,5%	1.227 100%
	Augustenborg	104 9,1%	414 36,1%	393 34,3%	235 20,5%	628 54,8%	518 45,2%	1.146 100%
	Esbjerg	65 7%	268 28,9%	338 36,4%	257 27,7%	447 48,2%	481 51,8%	928 100%
	Kolding	131 14,3%	457 49,9%	248 27,1%	80 8,7%	588 64,2%	328 35,8%	916 100%
	Vejle fjord - Privat klinik	9 25%	21 58,3%	6 16,7%	0 0%	25 69,4%	11 30,6%	36 100%
	I alt	443 10%	1.700 40%	1.534 36%	576 14%	2.381 56%	1.872 44%	4.253 100%
Midtjylland	Herning	104 11,9%	427 48,9%	285 32,6%	58 6,6%	517 59,2%	357 40,8%	874 100%
	Risskov	332 14,7%	976 43,3%	729 32,3%	218 9,7%	1.294 57,4%	961 42,6%	2.255 100%
	Viborg	46 10,1%	231 50,5%	178 38,9%	2 0,4%	287 62,8%	170 37,2%	457 100%
	I alt	482 13%	1.634 46%	1.192 33%	278 8%	2.098 59%	1.488 41%	3.586 100%
Nordjylland	Aalborg	170 13,7%	576 46,5%	491 39,6%	2 0,2%	791 63,8%	448 36,2%	1.239 100%
I alt		170 14%	576 46%	491 40%	2 0%	791 64%	448 36%	1.239 100%
Hele landet		2.189 14%	6.951 44%	5.523 35%	982 6%	9.327 60%	6.318 40%	15.645 100%

Tabel 5 Henvisende instans 2009

Region	Center/afdeling	Egen læge		PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)		Sygehus- afdeling		Praktisende Speciallæge		Social- forvaltningen		Psykiatrisk afdeling/ Skadestue		Andre, uoplyste + retsvæsen		Total	
Region Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	0	0%	12	92%	1	8%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	13	100%
	Bispebjerg/Bornholm	492	35%	333	24%	133	10%	77	6%	111	8%	188	14%	61	4%	1.395	100%
	Glostrup	597	39%	392	26%	158	10%	38	3%	19	1%	197	13%	135	9%	1.536	100%
	Hillerød	452	40%	360	32%	85	8%	20	2%	28	3%	149	13%	37	3%	1.131	100%
	Hejmdal -Privatlinik	1	33%	2	67%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%
I alt	1.542	38%	1.099	27%	377	9%	135	3%	158	4%	534	13%	233	0%	4.078	100%	
Region Sjælland	Roskilde	329	47%	144	21%	87	12%	21	3%	43	6%	52	7%	28	4%	704	100%
	Holbæk	550	54%	202	20%	118	12%	29	3%	18	2%	53	5%	42	4%	1.012	100%
	Næstved	357	46%	32	4%	96	12%	14	2%	137	18%	99	13%	38	5%	773	100%
I alt	1.236	50%	378	15%	301	12%	64	3%	198	8%	204	8%	108	4%	2.489	100%	
Region Syddanmark	Odense	782	64%	154	13%	145	12%	31	3%	51	4%	14	1%	50	4%	1.227	100%
	Augustenborg	653	57%	335	29%	91	8%	3	0%	1	0%	28	2%	35	3%	1.146	100%
	Esbjerg	648	70%	46	5%	83	9%	3	0%	10	1%	110	12%	28	3%	928	100%
	Kolding	434	47%	350	38%	70	8%	4	0%	15	2%	18	2%	25	3%	916	100%
	Vejle fjord-Privatlinik	10	28%	25	69%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%	36	100%
I alt	2.527	59%	910	21%	389	9%	42	1%	77	2%	170	4%	138	3%	4.253	100%	
Region Midtjylland	Herning	512	59%	233	27%	65	7%	20	2%	1	0%	21	2%	22	3%	874	100%
	Risskov	1.040	46%	622	28%	202	9%	85	4%	92	4%	132	6%	82	4%	2.255	100%
	Viborg	295	65%	76	17%	47	10%	20	4%	5	1%	9	2%	5	1%	457	100%
I alt	1.847	52%	931	26%	314	9%	125	3%	98	3%	162	5%	109	3%	3.586	100%	
Region Nordjylland	Aalborg	731	59%	242	20%	58	55%	56	5%	48	4%	55	4%	49	4%	1.239	100%
I alt	731	59%	242	20%	58	55%	56	5%	48	4%	55	4%	49	4%	1.239	100%	
Hele landet		7.883	50%	3.560	23%	1.439	9,2%	422	3%	579	4%	1.125	7%	637	4%	15.645	100%

Tabel 6. Henvisningsdiagnose blandt nyhenviste 2009, jf. WHO, ICD-10 (5) Afdelinger/Centre

Region	Center/ Afdeling	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F40-49 (-43)	Reakt. forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center	0 0%	0 0%	1 7,7%	0 0%	0 0%	0 0%	4 30,8%	5 38,5%	0 0%	2 15,4%	0 0%	0 0%	1 7,7%	13 100%
	Bispebjerg/Bornholm	40 2,9%	74 5,4%	54 3,9%	63 4,6%	50 3,6%	27 2%	166 12,1%	293 21,4%	9 0,7%	7 0,5%	0 0%	478 34,8%	111 8,1%	1.372 100%
	Glostrup	74 4,8%	158 10,3%	68 4,4%	40 2,6%	48 3,1%	20 1,3%	259 16,9%	283 18,5%	25 1,6%	24 1,6%	15 1%	314 20,5%	205 13,4%	1.533 100%
	Hillerød	41 3,6%	148 13,1%	68 6%	33 2,9%	53 4,7%	5 0,4%	143 12,6%	403 35,6%	39 3,4%	35 3,1%	14 1,2%	73 6,5%	76 6,7%	1.131 100%
	Hejmdal – privat	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3%	2 66,7%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 100%
Sjælland	Roskilde	10 1,4%	66 9,4%	58 8,2%	28 4,0%	22 3,1%	33 4,7%	115 16,3%	252 35,8%	36 5,1%	3 0,4%	9 1,3%	20 2,8%	52 7,4%	704 100%
	Holbæk	17 1,7%	64 6,5%	43 4,4%	23 2,3%	45 4,6%	23 2,3%	122 12,4%	326 33,2%	21 2,1%	4 0,4%	12 1,2%	250 25,5%	32 3,3%	982 100%
	Næstved	44 5,7%	98 12,7%	54 7,0%	19 2,5%	41 5,3%	20 2,6%	117 15,2%	262 34%	51 6,6%	8 1,0%	12 1,6%	15 1,9%	30 3,9%	771 100%
Syddanmark	Odense	37 3,0%	170 13,9%	92 7,5%	63 5,1%	62 5,1%	35 2,9%	95 7,7%	283 23,1%	49 4%	17 1,4%	12 1%	276 22,5%	36 2,9%	1.227 100%
	Augustenborg	11 1,0%	143 12,5%	58 5,1%	61 5,3%	13 1,1%	27 2,4%	72 6,3%	262 22,9%	13 1,1%	4 0,3%	4 0,3%	422 36,8%	56 4,9%	1.146 100%
	Esbjerg	50 5,5%	201 22,1%	60 6,6%	135 14,8%	44 4,8%	17 1,9%	32 3,5%	116 12,7%	32 3,5%	3 0,3%	9 1,0%	96 10,5%	115 12,6%	910 100%
	Kolding	12 1,3%	100 10,9%	51 5,6%	16 1,7%	37 4,0%	3 0,3%	99 10,8%	245 26,8%	9 1%	3 0,3%	4 0,4%	292 31,9%	44 4,8%	915 100%
	Vejlefjord – privat	0 0%	1 2,8%	2 5,6%	0 0%	0 0%	0 0%	12 33,3%	12 33,3%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%	8 22,2%	36 100%
Midtjylland	Herning	7 0,8%	46 5,3%	19 2,2%	24 2,7%	68 7,8%	2 0,2%	104 11,9%	276 31,6%	24 2,7%	21 2,4%	16 1,8%	182 20,8%	85 9,7%	874 100%
	Risskov	31 1,4%	65 2,9%	87 3,9%	42 1,9%	249 11,1%	0 0%	260 11,6%	259 11,5%	36 1,6%	12 0,5%	9 0,4%	1017 45,2%	183 8,1%	2.250 100%
	Viborg	7 1,5%	13 2,8%	26 5,7%	7 1,50%	2 0,4%	2 0,4%	37 8,1%	257 56,2%	3 0,7%	2 0,4%	3 0,7%	56 12,3	42 9,2%	457 100%
Nordjylland	Aalborg	49 4,0%	102 8,2%	45 3,6%	23 1,9%	53 4,3%	1 0,1%	199 16,1%	290 23,4%	4 0,3%	2 0,2%	8 0,6%	241 19,5%	222 17,9%	1.239 100%
Hele landet	Hele landet	430 3%	1.499 9%	786 5%	577 4%	787 5%	215 1%	1.837 12%	3.826 25%	351 2%	147 1%	127 1%	3.733 24%	1.298 8%	15.563 100%

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

Tilknytn.forstyr. = Tilknytningsforstyrrelser.

Table 7. Referral diagnosis among newly referred 2009, cf. WHO, ICD-10 (5) - Regions

Regioner	Psykoze F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F4040(- 43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	Total
Region Hovedstaden	155 4%	380 9%	191 5%	136 3%	151 4%	52 1%	573 14%	986 24%	73 2%	68 2%	29 1%	865 21%	393 10%	4.052 100%
Region Sjælland	71 3%	228 9%	155 6%	70 3%	108 4%	76 3%	354 14%	840 34%	108 4%	15 1%	33 1%	285 12%	114 5%	2.457 100%
Region Syddanmark	110 3%	615 15%	263 6%	275 6%	156 4%	82 2%	310 7%	918 22%	103 2%	27 1%	29 1%	1.087 26%	259 6%	4.234 100%
Region Midtjylland	45 1%	124 3%	132 4%	73 2%	319 9%	4 0%	401 11%	792 22%	63 2%	35 1%	28 1%	1.255 35%	310 9%	3.581 100%
Region Nordjylland	49 4%	102 8%	45 4%	23 2%	53 4%	1 0%	199 16%	290 23%	4 0%	2 0%	8 1%	241 19%	222 18%	1.239 100%
Hele landet	430 3%	1.499 9%	786 5%	577 4%	787 5%	215 1%	1.837 12%	3.826 25%	351 2%	147 1%	127 1%	3.733 24%	1.298 8%	15.563 100%

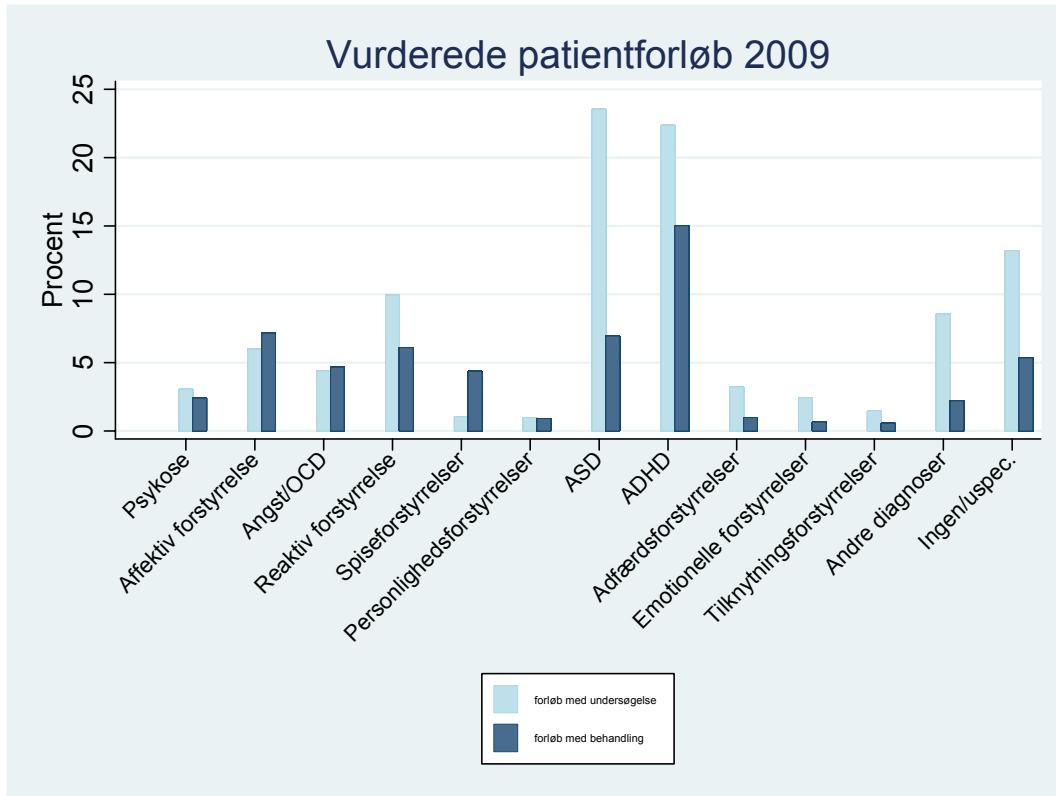
ASD = Autisme spektrum forstyrrelse. Person.forstyr. = Personlighedsforstyrrelse. Emot.forstyr. = Emotionelle forstyrrelser i barndommen

Tilknytn.forstyr. = Tilknytningsforstyrrelser.

Undersøgte og behandlede patienter

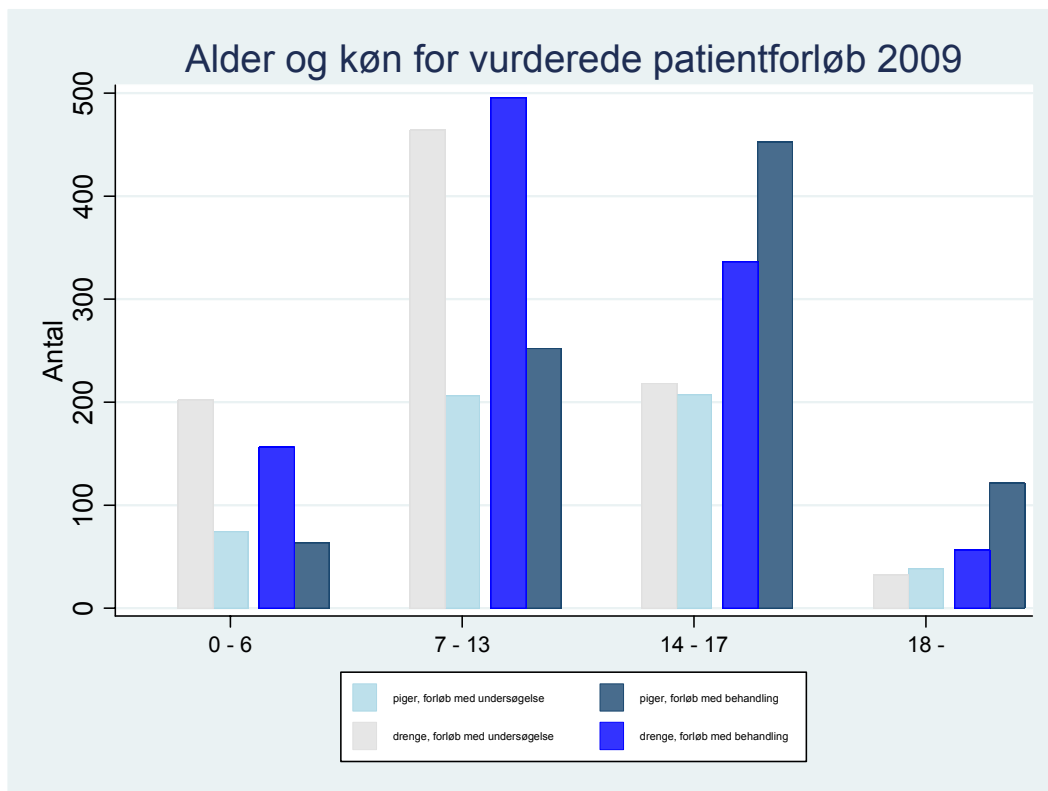
Revurderede patienter i BupBase er et udtryk for hvilke patienter, der har optaget undersøgelses- og behandlingskapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien i årets løb. Gruppen belyses her i forhold til aktionsdiagnoser (T2; multiaksial – akse 1 diagnose der har været i centrum for forløbet) samt køns- og alders-fordelingen.

Figur 2 Revurderede patientforløb (T2) i 2009 fordelt på aktionsdiagnoser (N=5.692), heraf 3.680 forløb med behandling



Det er ikke uventet ADHD gruppen, som udgør den overvejende andel af behandlingsforløbene, efterfulgt af affektivt forstyrrede, ASD og patienter med reaktive tilstande.

Figur 3 Revurderede patientforløb (T2) i 2009 fordelt på køn- og aldersgrupper (N=5.692), heraf 3.680 forløb med behandling



Behandlingsforløb har tyngden i aldersgruppen 14-17-årige med overvægt af piger og drenge i 7-13 års alderen.

Belastningsgraden af de patienter, som undersøges og behandles, kan belyses ved HoNOSCA score ved T1. Vi har i den følgende tabel sammenlignet total HoNOSCA score for de forskellige aktionsdiagnosegrupper i de 14 hospitalsbaserede centre og viser gennemsnitsscore af de som kun undersøges og af de som fik behandling. Tendensen er ikke entydigt i retning af, at det er de mest belastede, som behandles. Dette kan have flere årsager, blandt andet motivation og compliance i forhold til at gå ind i behandlingsforløb, samt manglende indrapportering ved T2 som kan være skævt fordelt i forhold til belastningsgrad.

Belastningsgraden, målt med HoNOSCA, som et udtryk for behandlingsbehov er vurderinger, vi kan vælge at inddrage i fremtiden, når der skal prioriteres. Under alle omstændigheder er det interessant i hvilke patientforløb, vi anvender vores ressourcer.

Table 8 - Gennemsnit af HoNOSCA score ved T1 - opdelt på forløb med "udelukkende undersøgelse" og forløb med behandling 2009

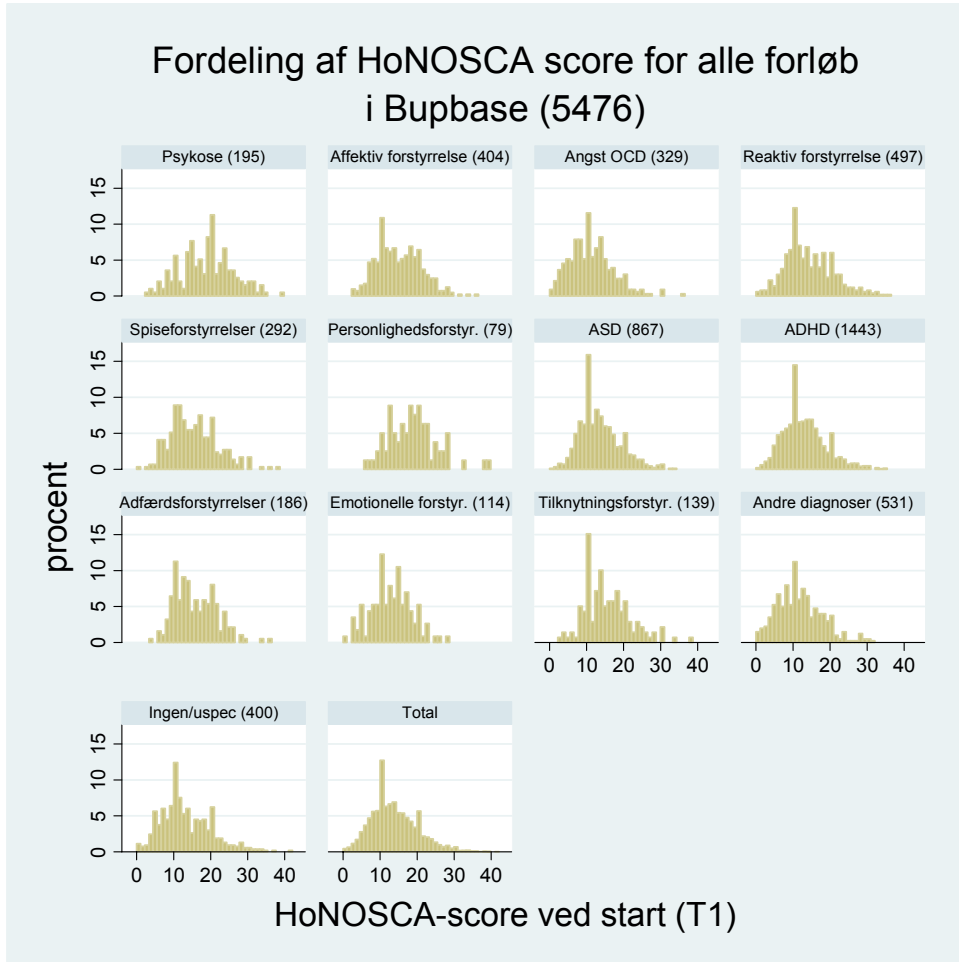
Region	Center/ Afdeling	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F4040(-43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center							11,3 13,0	7,6 9,0				8,3		
	Bispebjerg/Bornholm	13,0 22,7	11,7 16,5	11,7 10,3	4,0 18,2	14,0 14,6	25,0 25,0	13,3 15,1	10,4 14,2	24,0	9,0 6,0	24,0 24,0	11,0 24,3	14,7 18,2	
	Glostrup	14,5 17,0	11,7 16,2	10,3 13,0	9,6 19,0	18,5 11,6	15,0 18,4	12,4 15,6	13,4 14,2	12,7 22,5	14,0 18,4	17,3 25,5	15,1 16,0	14,7 16,0	
	Hillerød	16,7 19,0	14,0 18,2	12,6 11,4	13,2 11,0		15,0 16,0	12,6 11,6	11,5 12,6	17,0 11,5	12,6 12,0	17,0 12,0	13,5 11,2	13,0 11,5	
	Hejmdal – privat			5,0				15,5	12,8	19,0			15,0	9,0	
Sjælland	Roskilde	12,0 18,0	17,0 14,5	8,0 13,0	22,0 11,0		10,7 18,7	10,9 11,0	13,1 12,0	12,3 24,0		14,5	15,0 13,5	25,0	
	Holbæk		10,0 11,0				18,0 21,0	14,7 31,0	15,0 9,3						
	Næstved	14,3 23,3	8,0 11,0	9,5 15,6		8,0	16,0 16,0	10,4 16,0	14,7 11,5	18,0 21,0	8,5	14,0	10,5 16,0		
Syddanmark	Odense	14,5	13,0 13,7	18,2 15,1	19,5 16,2	5,5 19,7	19,5 24,7	15,0 15,6	13,5 13,5	13,0 14,0	13,5 9,0	12,0 14,6	15,7 12,0	9,3 17,2	
	Augustenborg	9,0 14,3	14,7 18,9	16,6 12,0	12,6 17,1	26,0 16,7	19,2 19,2	12,0 16,7	14,5 13,7		13,4 26,3	24,0 18,0	14,2 16,6	14,9 15,6	
	Esbjerg	22,5 18,9	14,3 15,2	9,0 7,7	12,7 14,0	19,0 14,1	21,7 17,0	10,8 12,7	11,1 9,0	12,8 14,4	12,5 15,0	14,0	15,2 17,4	10,3 21,4	
	Kolding	13,0 21,1	11,0 13,5	18,0 11,1	10,3 12,7	0,0 14,0	28,0 28,0	10,5 11,3	12,5 10,7	20,5 17,8		13,0 11,0	12,3 12,3	12,4 12,6	17,3 12,8
	Vejlefjord – privat			5,0				15,5	12,8	19,0			15,0	9,0	
Midtjylland	Herning		22,0 14,3	10,5 12,0		5,0 15,5	27,0 27,0	9,6 15,1	12,9 11,7		13,0 11,0	4,0	11,8 16,5	12,0 13,7	
	Risskov	11,3 14,3	12,3 13,7	8,6 9,6	16,3 22,3	6,0		12,6 14,9	25,2 17,0	12,8 22,0	11,3 10,0	13,0	9,3 15,6	10,7 22,0	
	Viborg		8,0 20,0	4,0 10,0	36,0 18,7			22,0 21,0	15,4 16,3				17,4 15,0		
Nordjylland	Aalborg	14,4 16,9	13,8 14,0	8,0 12,9	14,9 20,1	3,0 13,7		14,6 16,2	12,5 12,9	13,0 13,5		21,0	12,8 17,3	11,0 13,0	

* fed = forløb med behandling

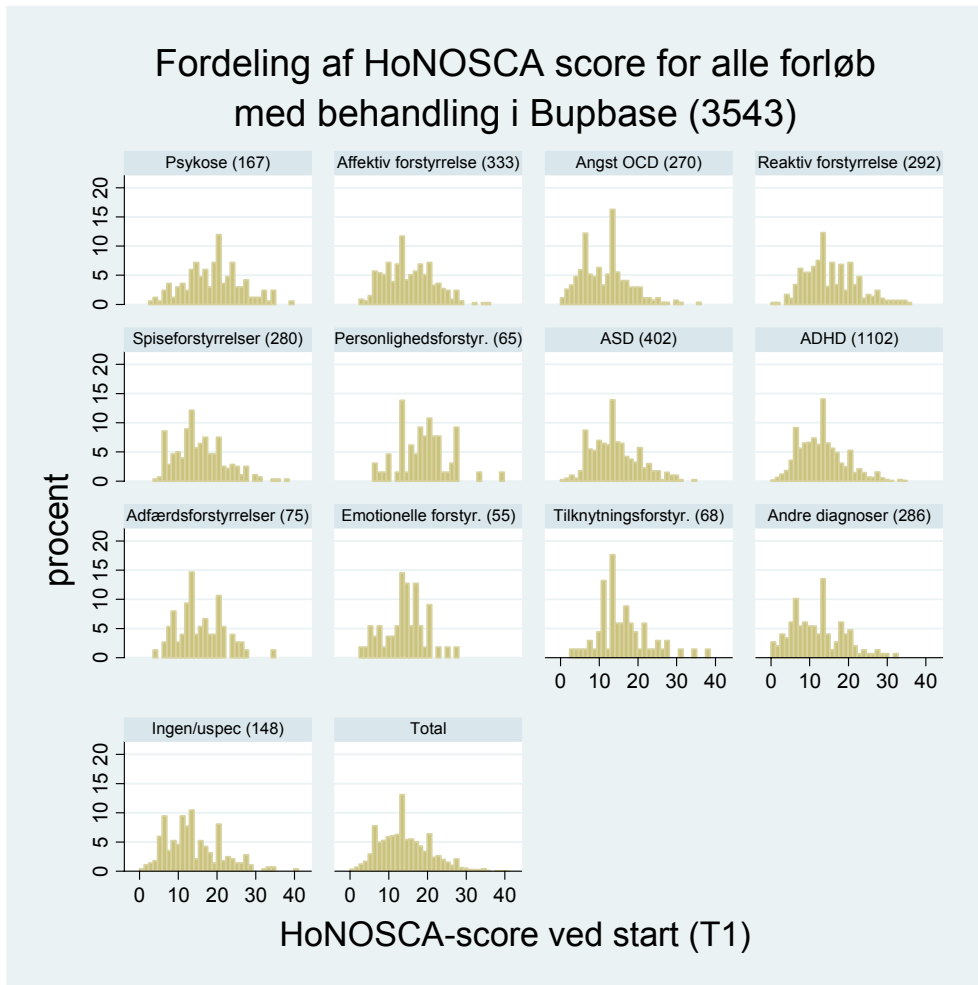
Sammenfatning:

Fra en supplerende analyse kan konkluderes, at HoNOSCA score som forventet er generelt lavere for forløb med undersøgelse end for forløb med undersøgelse og behandling. Der er statistisk evidens for resterende heterogenitet mellem afdelingerne. Blandt alle afdelinger behandler Skolepsykiatrisk Center forløb med den gennemsnitlige laveste initial HoNOSCA score, mens Viborg behandler forløb med den gennemsnitlige højeste score.

Figur 4 Fordeling af HoNOSCA for alle forløb i BupBase (5476)



Figur 5 Fordeling af HoNOSCA score for alle forløb med behandling i BupBase (3543)



Her indgår alle forløb med behandling og registrering af HoNOSCA ved T1.

Table 9 - Gennemsnit af GAPD score ved T1 - opdelt på forløb med "udelukkende undersøgelse" og forløb med behandling 2009

Region	Center/ Afdeling	Psykose F20 - 29	Affektiv forstyr. F30-39	Angst /OCD F4040(-43)	Reakt forstyr. F43	Spise- forstyr. F50-59	Person. forstyr. F60-69	ASD F84	ADHD F90	Adfærd. forstyr. F91-92	Emot. forstyr. F93	Tilknytn. forstyr. F94	Uspecificeret Z032/F99.9/ F98	Andre diag/ uoplyst	
Hovedstaden	Skolepsykiatrisk Center							3,3 6,0	2,2 3,0				2		
	Bispebjerg/Bornholm	3,3 5,2	3,3 3,8	3,0 2,7	1,0 2,0	4,0 3,8	4,0	4,5 3,9	3,6 3,4	8,0	3,0 1,0	4,0 6,0	3,5 3,9	4,0 3,2	
	Glostrup	3,6 3,9	2,4 3,5	1,9 2,8	1,7 2,8	3,6 2,4	3,3 3,8	4,0 4,5	3,2 3,4	3,0 3,4	3,0 3,5	2,9 4,5	4,3 4,5	3,6 3,2	3,3 3,3
	Hillerød	3,0 3,2	2,4 3,3	3,0 2,8	2,5 2,0	2,5 2,5	5,0 3,0	3,9 4,6	3,1 3,3	3,0 3,0	3,0 3,5	2,6 3,5	4,0 4,0	3,2 3,2	2,6 2,0
	Hejmdal – privat														
Sjælland	Roskilde	4,0 2,0	3,0 3,8	3,0 3,0	5,0 1,5	2,0	3,3 3,7	4,0 4,1	3,0 3,1	3,7 4,0		3,5	4,0 3,5	4,0	
	Holbæk		3,0 2,0	2,6			3,0 4,0	5,7 5,0	5,0 3,3					2,0	
	Næstved	3,3 4,5	2,0 4,0	2,5 3,6		2,0	4,0	3,6 5,5	3,6 3,7	3,3 4,0	1,5	4,0	4,3 4,0		
Syddanmark	Odense	3,5	3,0 3,3	4,0 3,1	4,0 3,0	0,0 3,8	4,5 5,3	3,7 5,1	3,2 3,9	4,0 3,3	3,5 2,6	2,0 3,8	4,1 3,6	3,3 4,8	
	Augustenborg	0,0 4,8	2,8 3,7	2,8 2,7	2,5 3,0	3,0 3,2	3,8	3,8 3,9	3,0 3,0	4,0	1,8	4,0 4,5	3,0 3,9	3,0 3,3	
	Esbjerg	3,5 2,9	1,9 2,7	3,0 2,2	2,3 2,2	3,3 1,8	3,3 2,3	4,0 3,4	2,7 1,7	2,9 2,9	2,9 3,5	3,0	2,9 2,9	2,0 3,3	
	Kolding	7,0 5,3	3,0 3,4	4,5 2,7	2,6 2,7	1,0 3,0	4,0	3,7 3,7	2,5 2,7	4,5 3,2	4,0	4,0	3,0 3,0	2,0 3,1	3,7 2,3
	Vejlelfjord – privat			2,0				3,2	3,1	3,0			4,0	3,0	
Midtjylland	Herning		5,0 2,7	3,0 3,0	0,0	3,0	3,0	3,5 4,7	2,8 2,1		2,0 3,0	1,0	2,8 3,3	3,3 1,7	
	Risskov	1,7 4,3	2,7 2,4	1,6 2,2	3,7 3,5	2,0		4,1 4,3	4,6 3,9	2,8 4,0	2,4 2,0	3,0	2,3 3,5	3,3 3,5	
	Viborg		1,0 4,0	2,0 2,0	4,0 3,5			4,7 5,0	3,5 3,5	4,0			3,7 3,1		
Nordjylland	Aalborg		2,6 3,0	2,0 3,0	2,7 3,2	1,0 2,3		4,4 3,6	2,7 2,6	2,5 1,5	5,0 4,3	4,33	2,9 3,4	0,5 3,0	

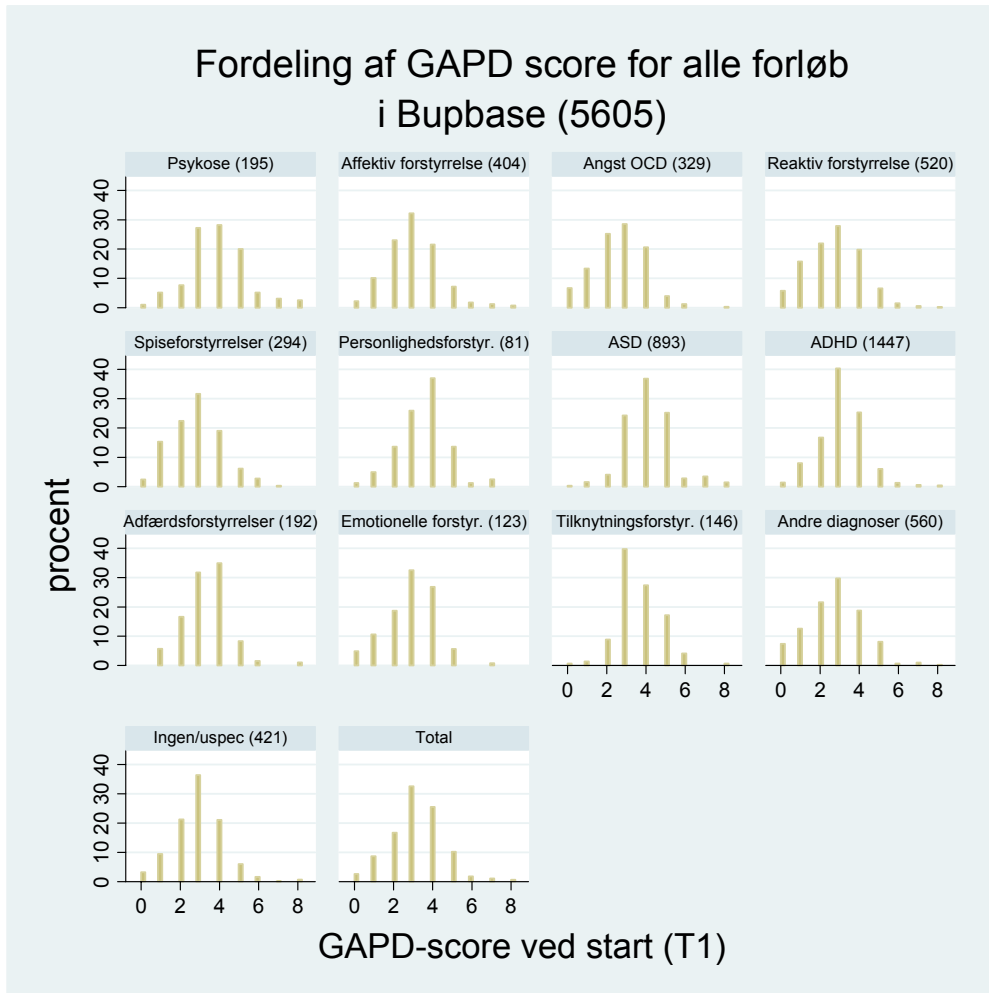
* fed = forløb med behandling

Sammenfatning:

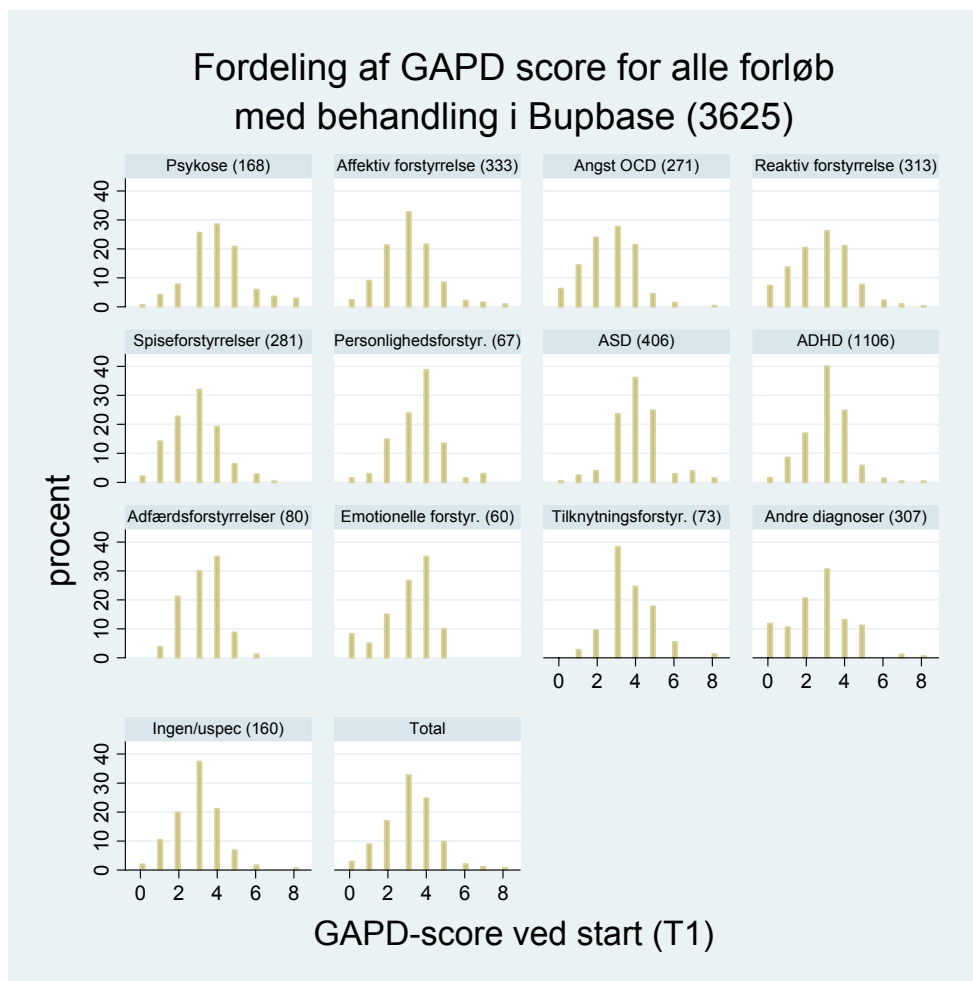
Fra en supplerende analyse kan konkluderes, at GAPD score som forventet er generelt lavere for forløb med undersøgelse end for forløb med undersøgelse og behandling. Der er statistisk evidens for resterende heterogenitet mellem afdelinger og regioner med p-værdi <0.0001.

Blandt alle afdelinger behandler Skolepsykiatrisk Center forløb med den gennemsnitlige laveste GAPD score, mens Bispebjerg behandler forløb med den gennemsnitlige højeste GAPD score ved initialt interview.

Figur 6 GAPD ved start (T1) i revurderede forløb 2009 opgjort på aktionsdiagnoser



Figur 7 GAPD ved start (T1) i revurderede behandlingsforløb 2009 opgjort på aktionsdiagnoser



Også i denne registrering er der et mindre frafald i forhold til det samlede antal forløb med behandling (Tabel 3).

Grafen over total (nederst) viser, at tyngden af de behandlede forløb ved start ligger omkring moderat (score 3) til alvorligt (score 4) nedsat psykosocial funktionsevne.

Indenfor især psykoser, affektive forstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og autismspektrumforstyrrelser er der en mindre, men markant andel, som har massivt nedsat psykosocial funktion (score 6 – 8).

Der er stadig overraskende mange forløb - også blandt de behandlede - som har lave GAPD scoringer (0 -2) ved start. Det kan skyldes at angst og depression hos visse patienter ikke følges af betydende indskrænkninger i det sociale liv.

Resultater, indikatormål

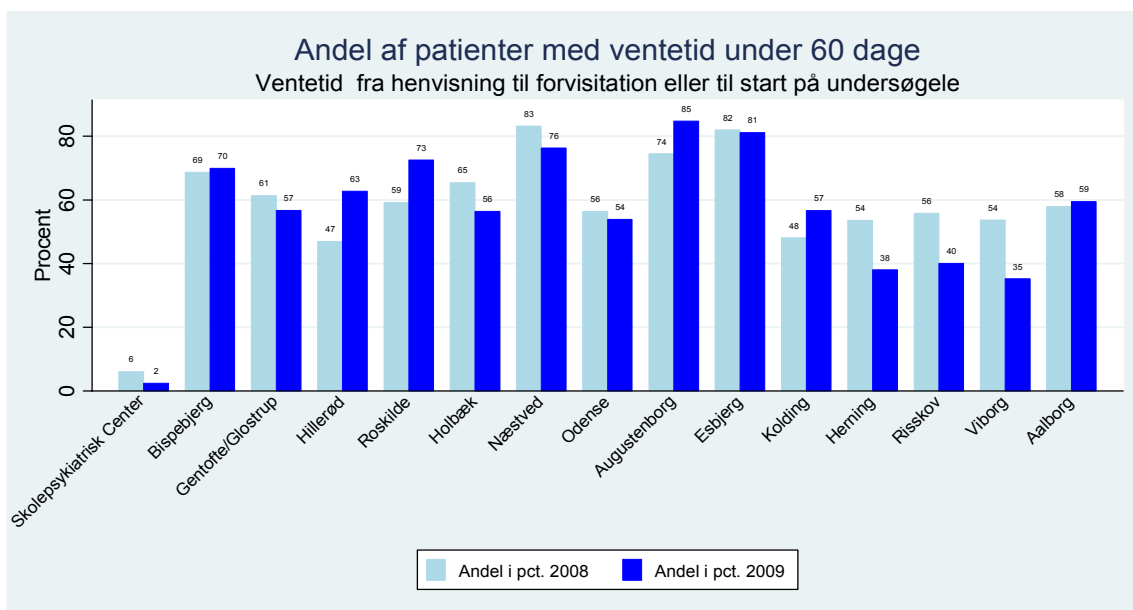
Indikator I

Ventetid

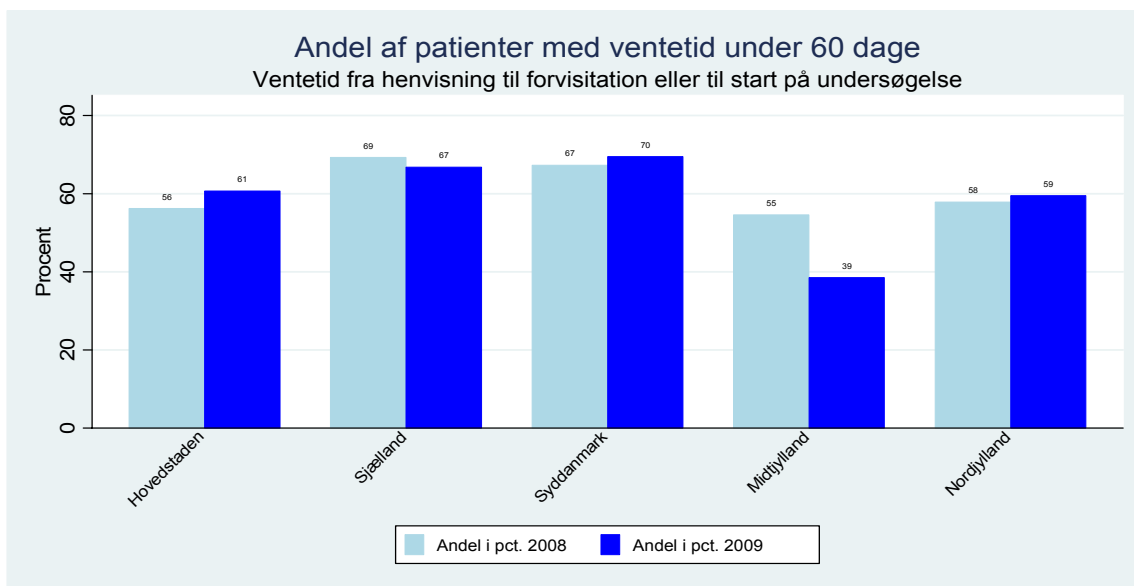
Det er servicemålet, at undersøgelse skal starte indenfor to måneder efter modtagelse af henvisning. Indikator standard er at 75 % startes inden 60 dage. Vi har i år set på ventetidsindikatoren både som ventetid ”fra henvisning til forvisitation (Tf) eller til start undersøgelse (T1)” (præsenteret først) 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 8) passer bedst med de ventetider, der optræder i statistikker.

Der er kun små forskydninger af ventetiden. På regionsniveau er det udelukkende region midtjylland, som har en markant mindre andel af forløb som startes indenfor 60 dage (Figur 9) i forhold til 2008. Andelen er her faldet til 40 % mod 60 til 70 % i resten af landet.

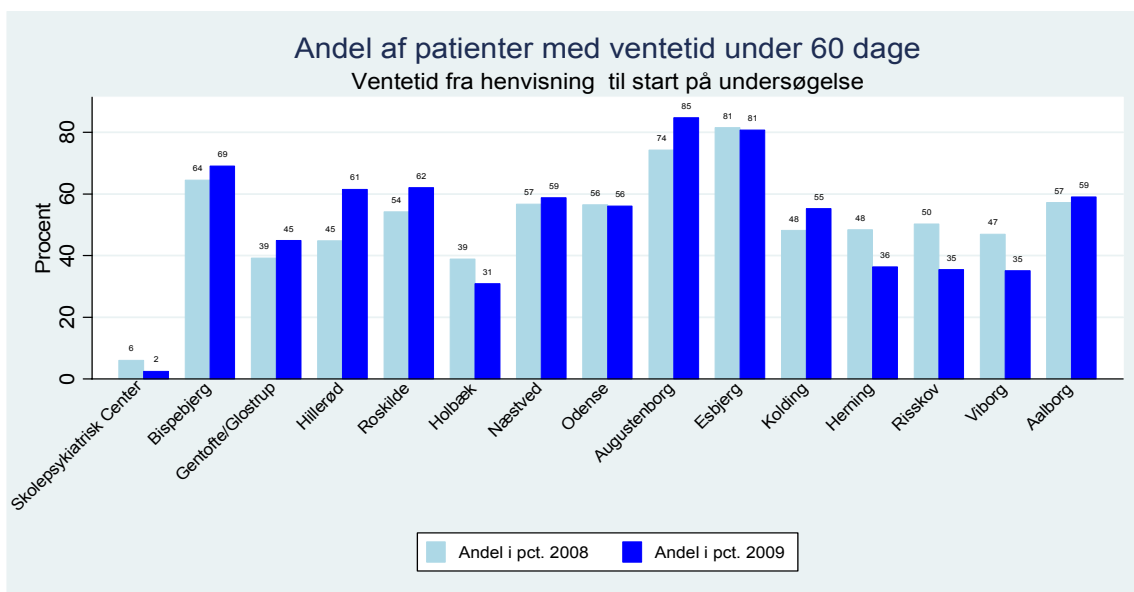
Figur 8 Ventetid til forvisitation eller start undersøgelse (afdelinger)



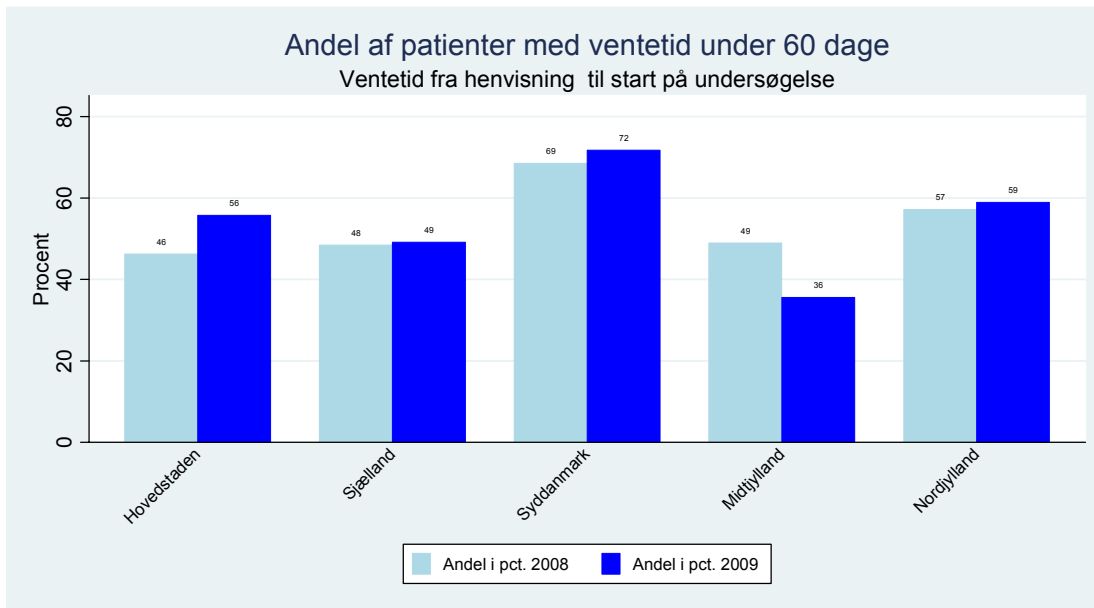
Figur 9 Ventetid til forvisitation eller start undersøgelse (regioner)



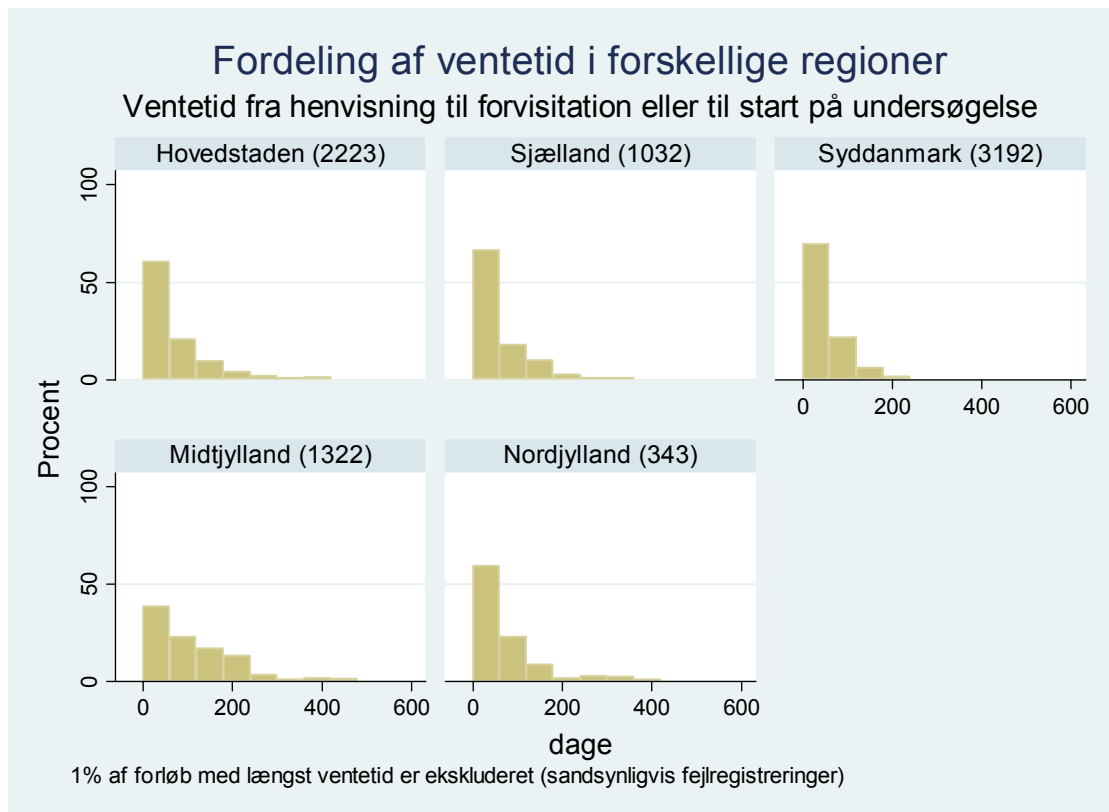
Figur 10 Ventetid til start undersøgelse (afdelinger)



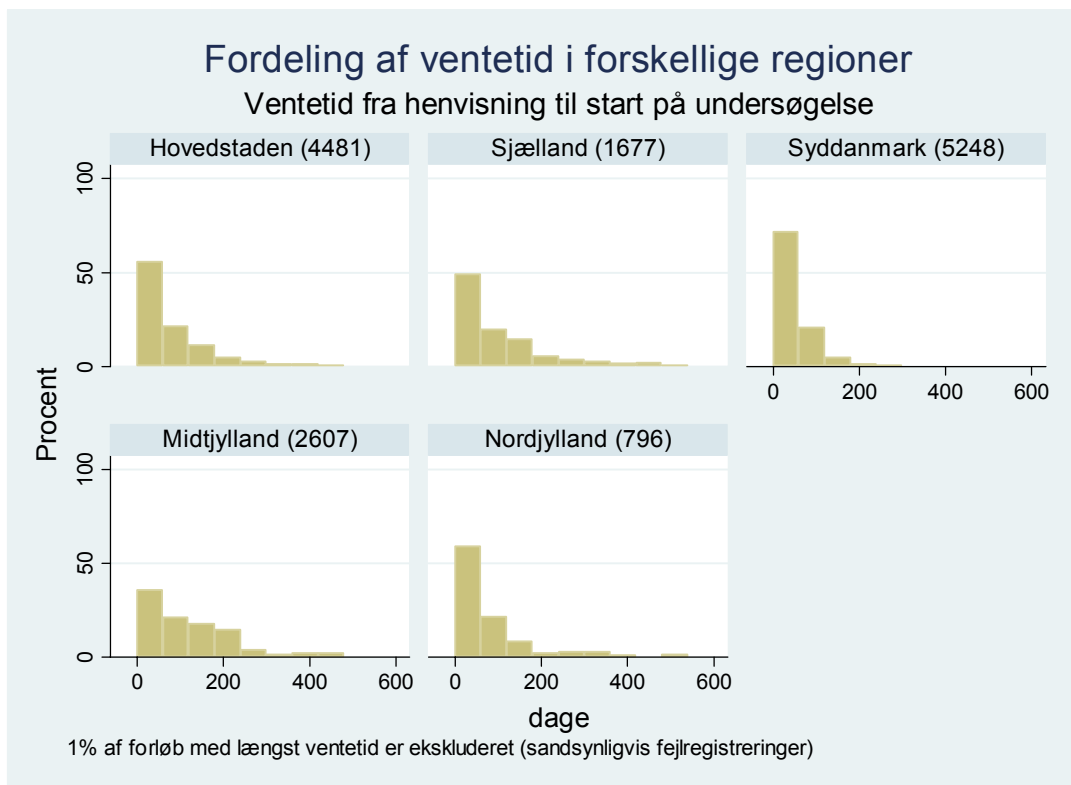
Figur 11 Ventetid til start undersøgelse (regioner)



Figur 12 Ventetid opgjort i 60-dages intervaller



Figur 13 Ventetid fra henvisning til start på undersøgelse



Indikator II

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents) er BupBasens primære resultatindikator. Den scores af klinikerer på 13 items, hver dækkende et problemområde med en scoring på en skala fra 0 til 4. Overlap mellem områderne er begrænset, så 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. Fysisk sygdom / 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 jævnaldrende
11. Selvhjulpethed og selvstændighed
12. Familieliv og forhold
13. Mangelfuld skole fremmøde

Betegnelsen ”resultatindikator” skal tages med forbehold. Der vil almindeligvis være flere samvirkende forklaringer på, at en patient ændrer symptomer og adfærdsmønster. Behandlingseffekt er en af disse mulige forklaringer. Strengt taget ville det være mere korrekt at tale om ”ændring fra start til slut”. Det samme gælder for indikatorerne GAPD og ADHD-RS.

Ved analyse af outcome/ændring 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 og 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".)

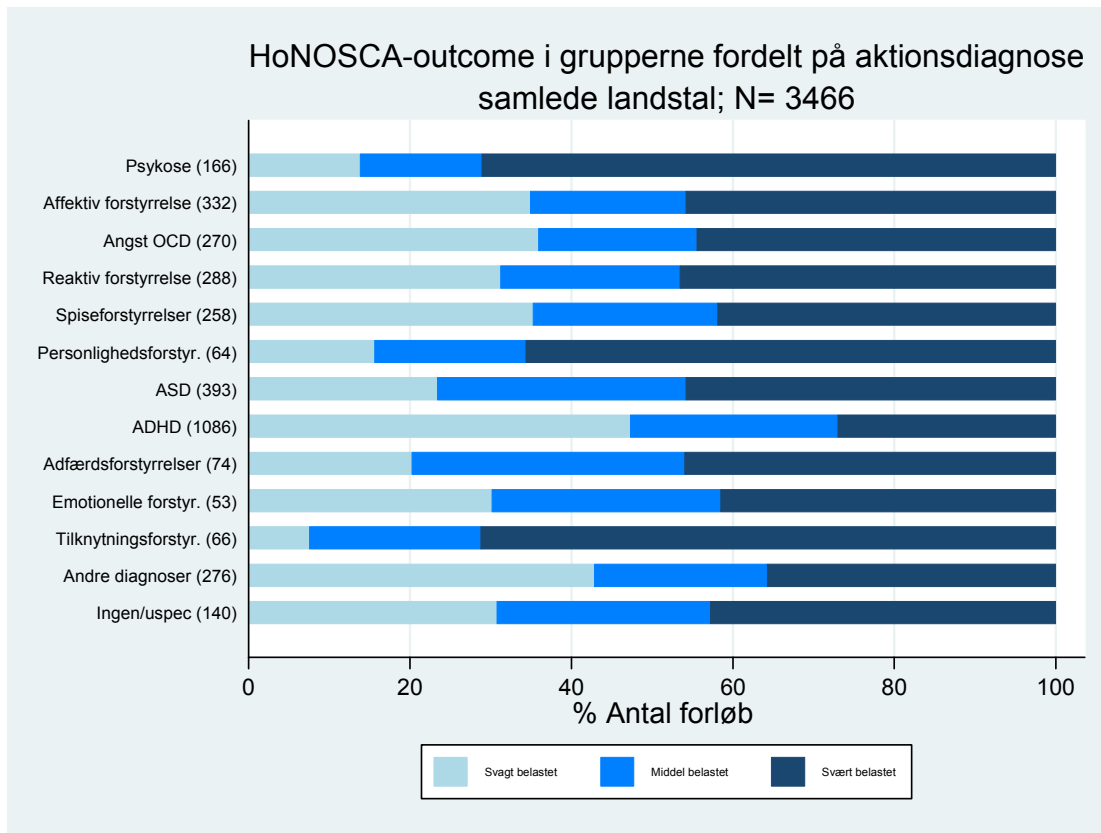
* udarbejdet af N. Bilenberg efter drøftelse i international HoNOSCA gruppe (4)

I de følgende analyser er selekteret det aldersspektrum: 4 – 20 år, hvor HoNOSCA kan anvendes meningsfuldt. Grupperne er iflg. sagens natur noget inhomogene. Fx vil en patient, der ved T1 har et meget lavt score, kunne komme i gruppe 3, hvis scoringen bliver højere i forløbet.

HoNOSCA score fordelt på diagnoser

HoNOSCA outcome, beregnes kun for de forløb, hvor der er foregået behandling.

Figur 14



Der var i alt knap 3.500 forløb (4-20 år), hvor der blev givet behandling og HoNOSCA blev registreret ved T2. Sammenlignet med 2008 (2909 forløb) er det en klar fremgang.

De sværest belastede diagnosegrupper (ved T2) eller med forværring i forløbet var psykoser, personlighedsforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser. Det skal nævnes, at for disse ”tunge” grupper vil behandlingen ofte vare ud over 6 måneder og evt. først opnå bedring senere.

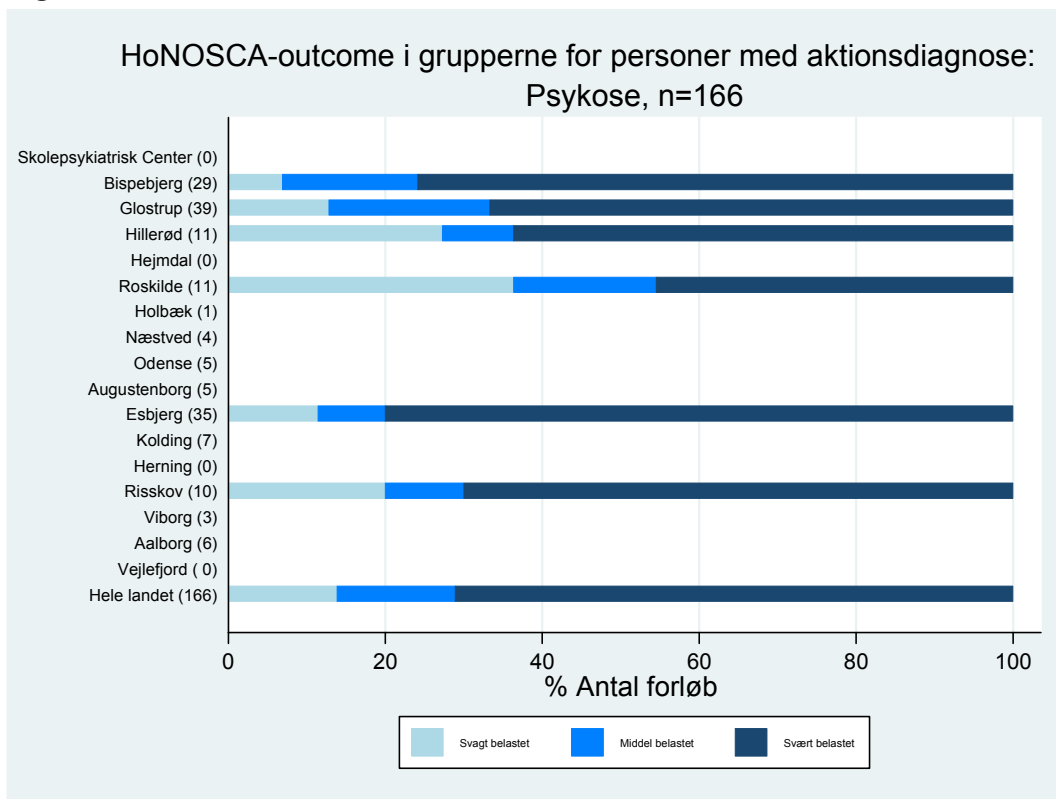
ADHD er diagnosegruppen med flest ”svagt belastede” ved T2. I hvor høj grad det skyldes lavt udgangsniveau og/eller gunstigt behandlingsforløb analyseres nærmere i afsnittet om ADHD-RS.

HoNOSCA outcome fordelt på afdelinger

Indikatoren analyseres stratificeret på aktionsdiagnoser (mere korrekt: aktionsdiagnosegrupper) og centre/afdelinger. For at have et rimeligt statistisk fundament er kun aktionsdiagnoser med 100 eller flere forløb på landsplan medregnet, ligesom centre med under 10 forløb er udeladt.

Nederst på hver figur ses landsgennemsnittet, der foreløbig fungerer som relativ standard for indikatoren. Sammenligninger skal foretages med forbehold, da der ikke i analyserne er taget højde for komorbiditet, social belastning, alder og køn etc. Der er beskrevet iøjnefaldende forskelle grafisk set og analyseret hvorvidt forskellene er statistisk signifikante.

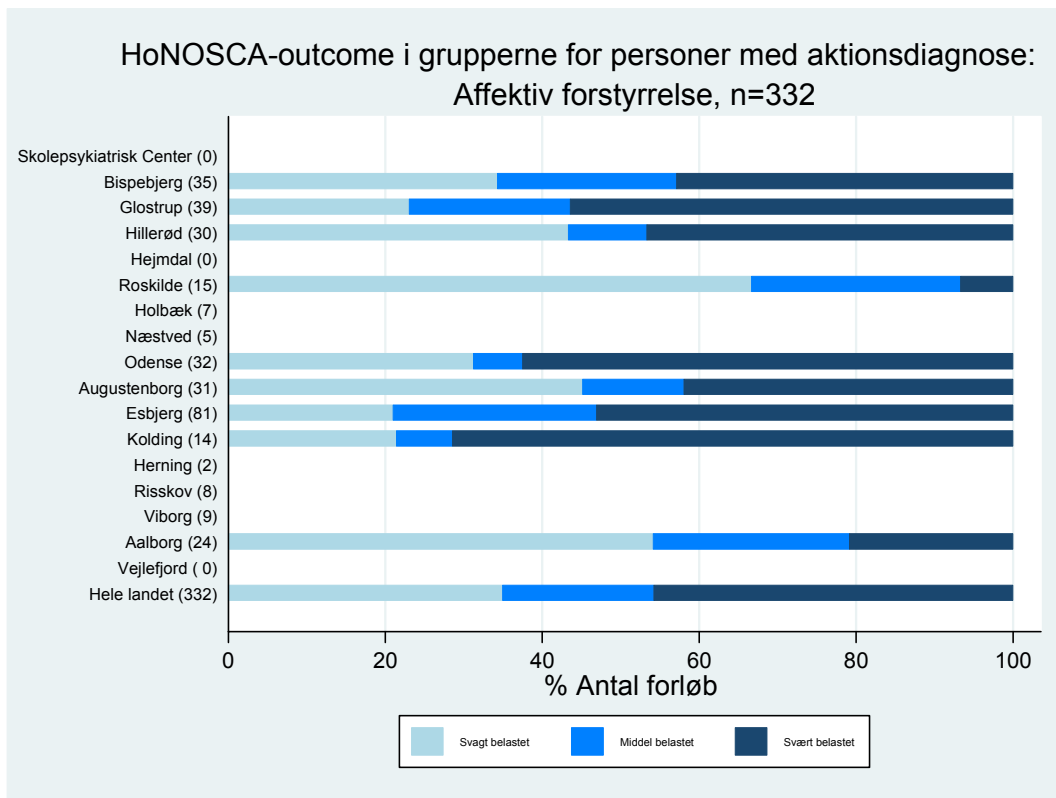
Figur 15



I denne opgørelse kan man primært undre sig over, hvor stor forskel der er i hyppigheden/brugen af psykose diagnosen imellem centrene. Det kunne anspore til en nærmere analyse af diagnosertradition og reliabilitet før man gik ind på at sammenligne outcome.

Psykose er i øvrigt, som det fremgik ovenfor, en af diagnoserne med relativt dårligt outcome målt på denne måde. Det antal forløb som indgår i analyserne er meget få. Bispebjerg har markant færre i resultatgruppen "svagt belastet" i forhold til landsgennemsnittet ved opgørelse af resultatindikatoren.

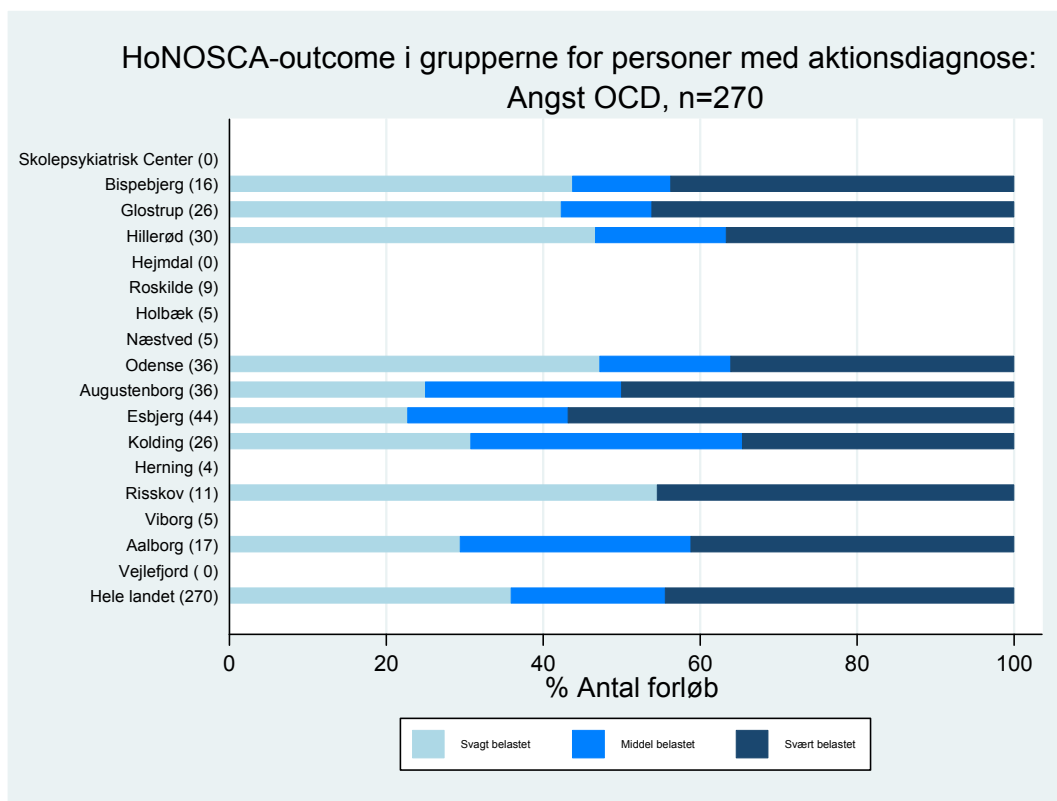
Figur 16



Som ventet er outcome på landsplan bedre for affektive forstyrrelser end for psykoser. Også her er der stor variation i brugen af diagnosegruppen.

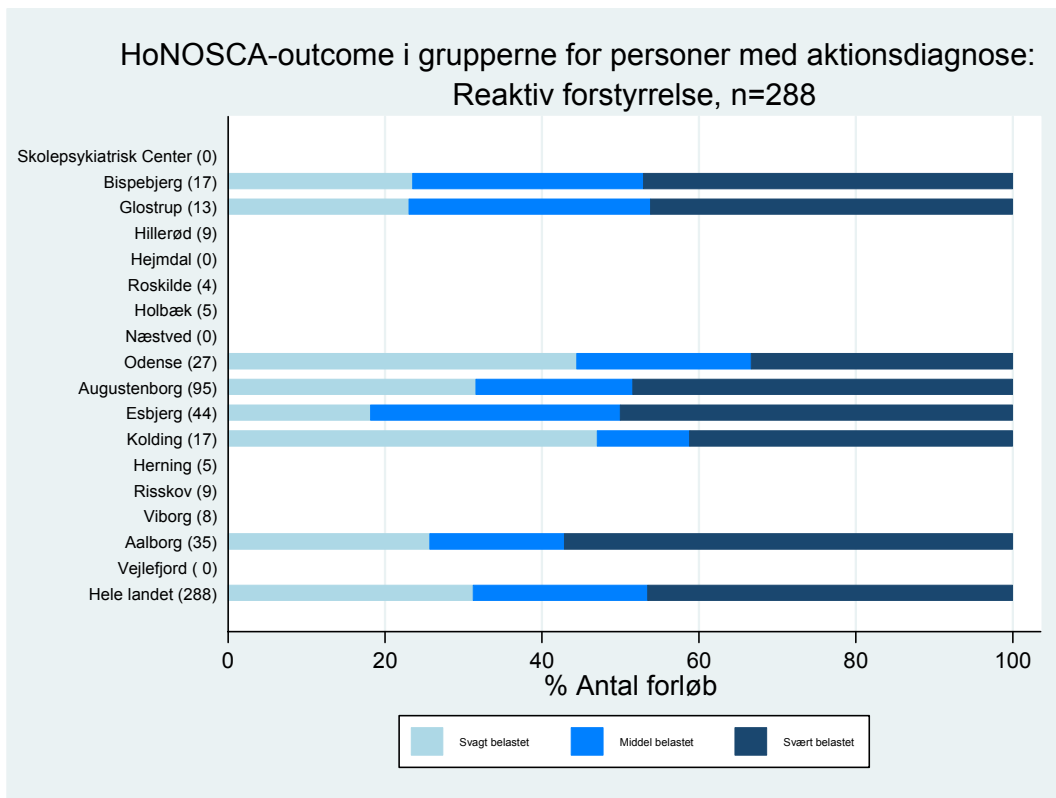
Igen ser Roskilde, men også Aalborg ud til at have bemærkelsesværdig gunstige resultater. Esbjerg, Kolding og Glostrup har markant færre i resultatgruppen "svagt belastet" i forhold til landsgennemsnittet.

Figur 17



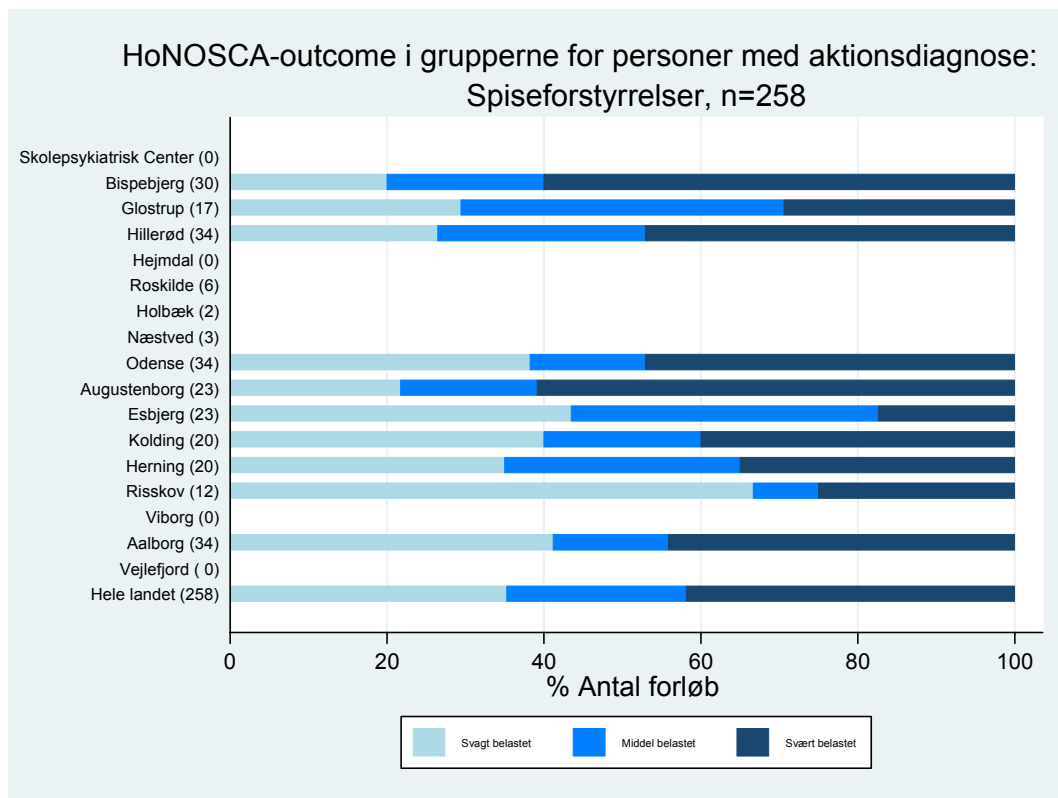
Der er små forskelle i outcome i denne alt i alt relativt mildt belastede gruppe. Risskov og Odense er "positive varianter", hvorimod det er vanskeligt at udpege afdelinger med særligt dårligt resultat.

Figur 18



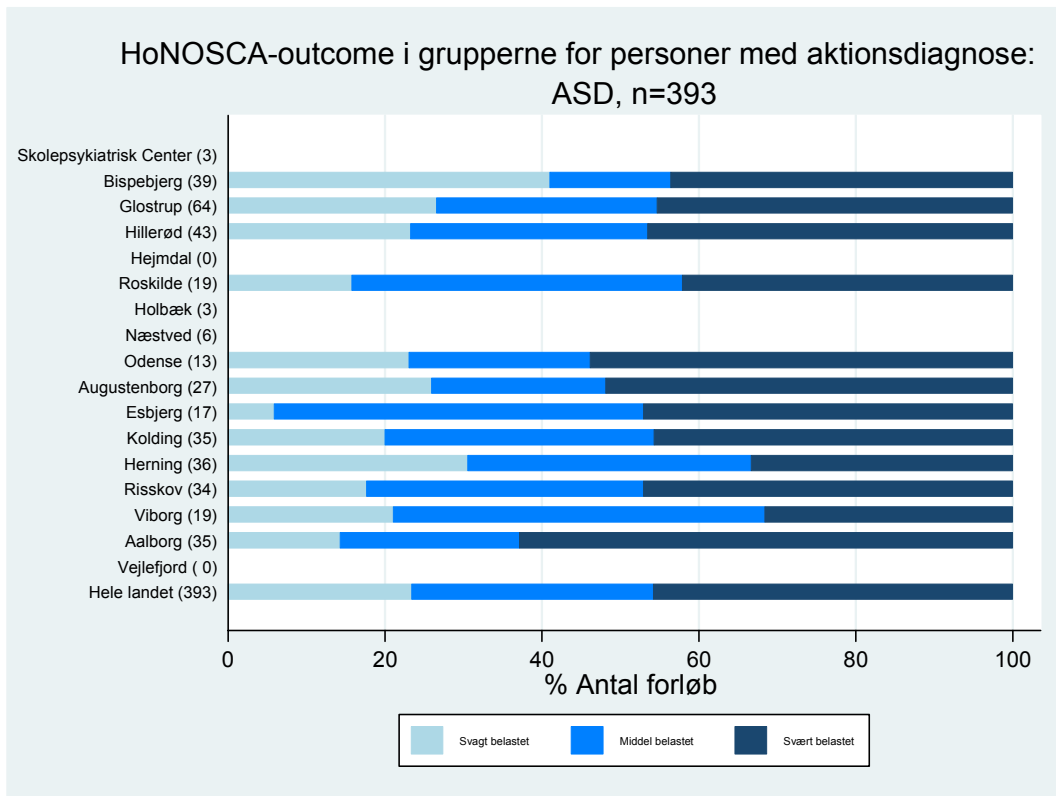
Diagnosen Reaktiv forstyrrelse synes at blive anvendt relativt hyppigt i Region Syd, ikke mindst i Augustenborg. Dette svarer til mønsteret i 2008. I de fleste andre centre anvendes denne diagnosekategori ikke eller disse patienter tilbydes ikke behandling. Dette vil blive forsøgt belyst.

Figur 19



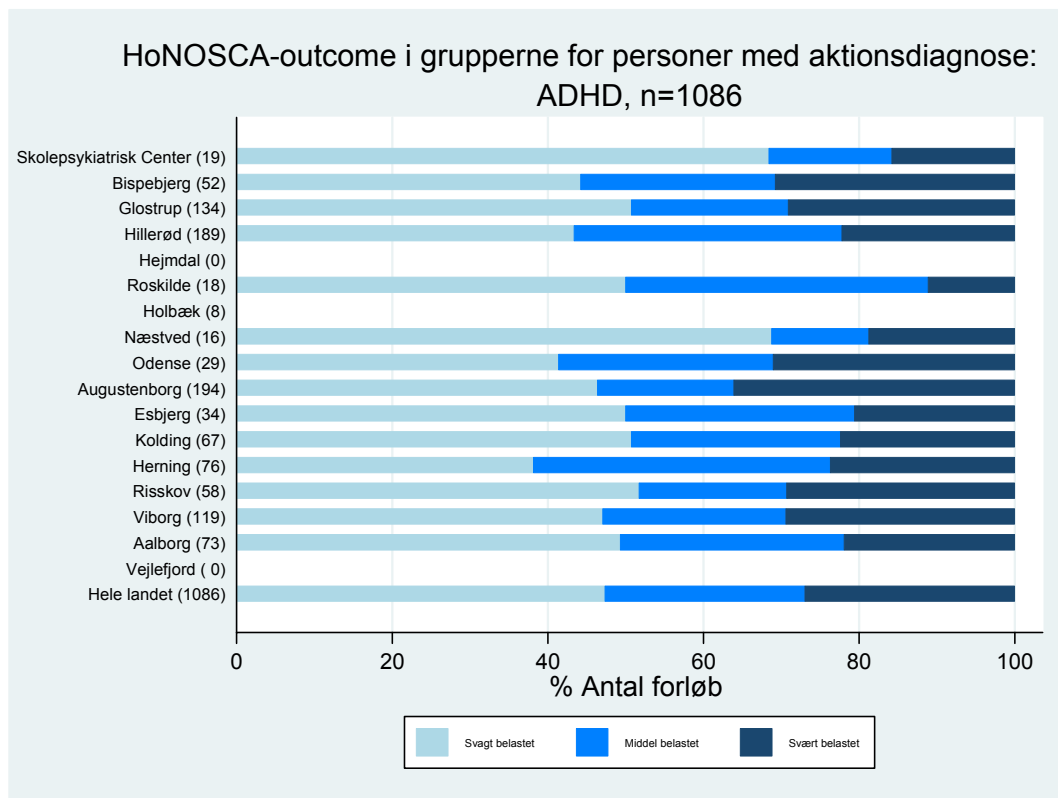
Det mest markante resultat her er det gunstige outcome for Risskovs 12 registrerede patienter, som formentlig er fra regionens særlige Center for Spiseforstyrrelser. Der er formentlig tale om en underrapportering? Hvis resultatet viser sig holdbart også for de øvrige patienter fra Risskov i aldersgruppen vil det være interessant at analysere nærmere. Bispebjerg og Augustenborg har markant færre i resultatgruppen "svagt belastet" i forhold til landsgennemsnittet.

Figur 20



Autismespektrumforstyrrelser er den næsthøjest anvendte aktionsdiagnosegruppe. Mønsteret med ca. halvdelen svært belastede ved T2 går igen fra tidligere år. Det er værd at lægge mærke til, at knap 400 patienter med ASD, udover den obligatoriske undersøgelse, også har fået behandling – hvilket jo er forudsætningen for at måle HoNOSCA outcome. Esbjerg har markant færre i resultatgruppen ”svagt belastet” i forhold til landsgennemsnittet.

Figur 21



Sammenlignet med tidligere år er der for ADHD's vedkommende tendens til større ensartethed i det stort set positive outcome. Skolepsykiatrisk Center og Næstved skiller sig ud med specielt gunstige resultater.

Sammenfatning:

For alle diagnostiske grupper gælder det, at køn er ikke en prognostiske faktor, dvs sandsynligheden for at være i en bestemt HoNOSCA kategori er den samme for piger og drenge. For diagnosegrupperne: Angst/OCD, ADHD og Adfærdsforstyrrelser er alder en positiv prognostisk faktor, dvs sandsynligheden for at være i kategorien "svagt belastede" er højere for de ældre end for de yngre børn. Herud over gælder det for alle de diagnostiske grupper, at der ikke er statistisk evidens for den resterende heterogenitet imellem afdelinger.

Indikator III

GAPD (Global Assessment of Psychosocial Disability) skalaen er det andet mål ved siden af HoNOSCA, der kan anvendes til beskrivelse af ændring fra start (T1) til revurdering (T2) i alle aldersgrupper (i modsætning til HoNOSCA). 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, ved revurdering den seneste måned

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 af outcome:

- *svagt belastet*: GAPD score ved T2 < 3

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

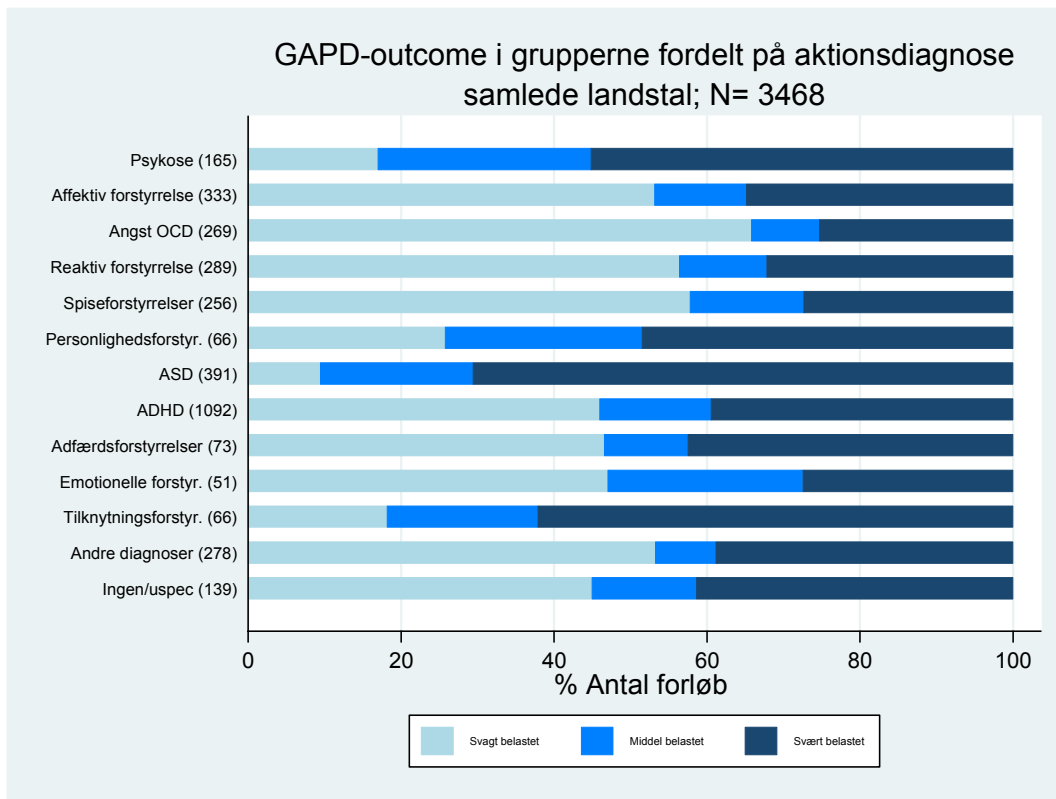
- *svært belastet*: GAPD score ved T2 \geq 3 og GAPD score ved T2 \geq GAPD score ved T1.

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 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*.

I beskrivelserne af outcome i det følgende indgår – som ved HoNOSCA – kun forløb med behandling.

Figur 22



Som nævnt betyder ”svagt belastet”, at score ved T2 er 0 – 2. Som eksempel på tydelig positiv udvikling i forløbet kan nævnes affektive forstyrrelser: Det fremgår – ved sammenligning med Fig. 26, at andelen med gunstigt outcome (svagt belastede) steg fra godt 30 % til over 50 %.

For angst og OCD er de tilsvarende tal: fra knap 50 % til knap 70 %. For spiseforstyrrelser fra ca. 40 % til ca. 60 %. For ADHD fra 30 % til knap 50 %.

På den anden side skete der målt på denne måde ikke nogen positiv udvikling i socialt funktionsniveau for gruppen med autismespektrumforstyrrelser og kun marginal bedring blandt de tilknytningsforstyrrede. Det ligger i syndromernes natur, at en evt. bedring først kan ventes på længere sigt.

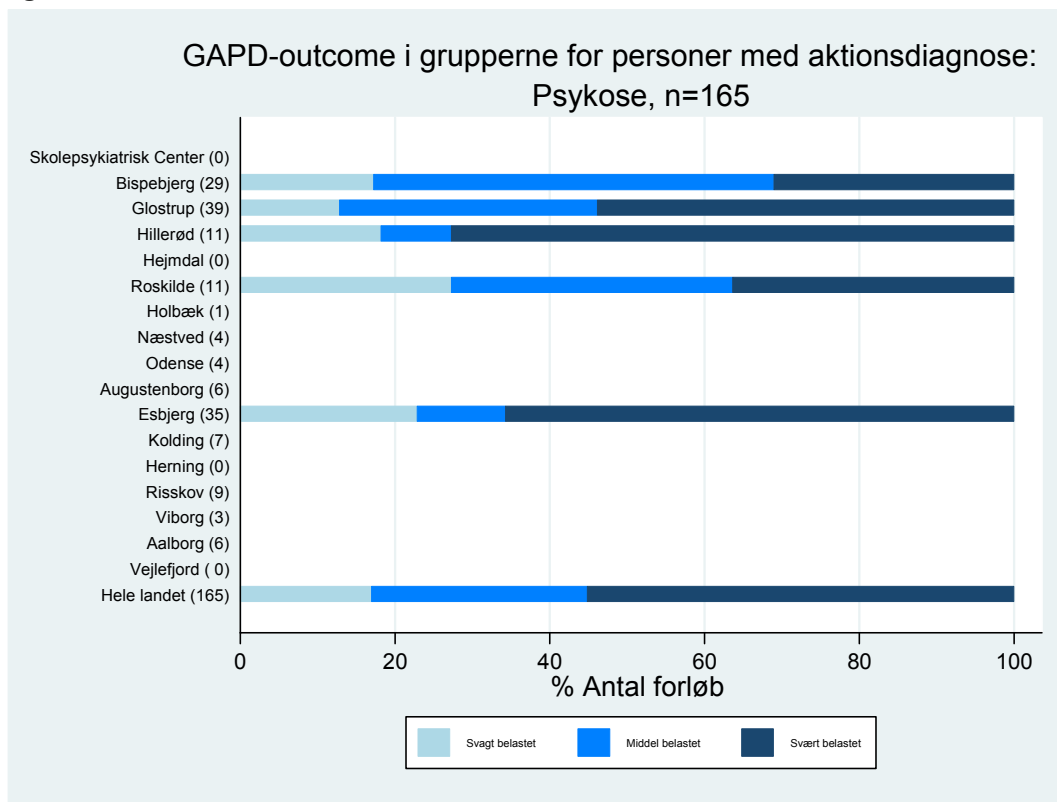
GAPD outcome fordelt på afdelinger

Også GAPD analyseres stratificeret på aktionsdiagnoser og centre/afdelinger. Med samme begrundelse som ved HoNOSCA er kun aktionsdiagnoser med 100 eller flere forløb på landsplan medregnet, ligesom centre med under 10 forløb er udeladt.

Nederst på hver figur ses landsgennemsnittet, som relativ standard for indikatoren.

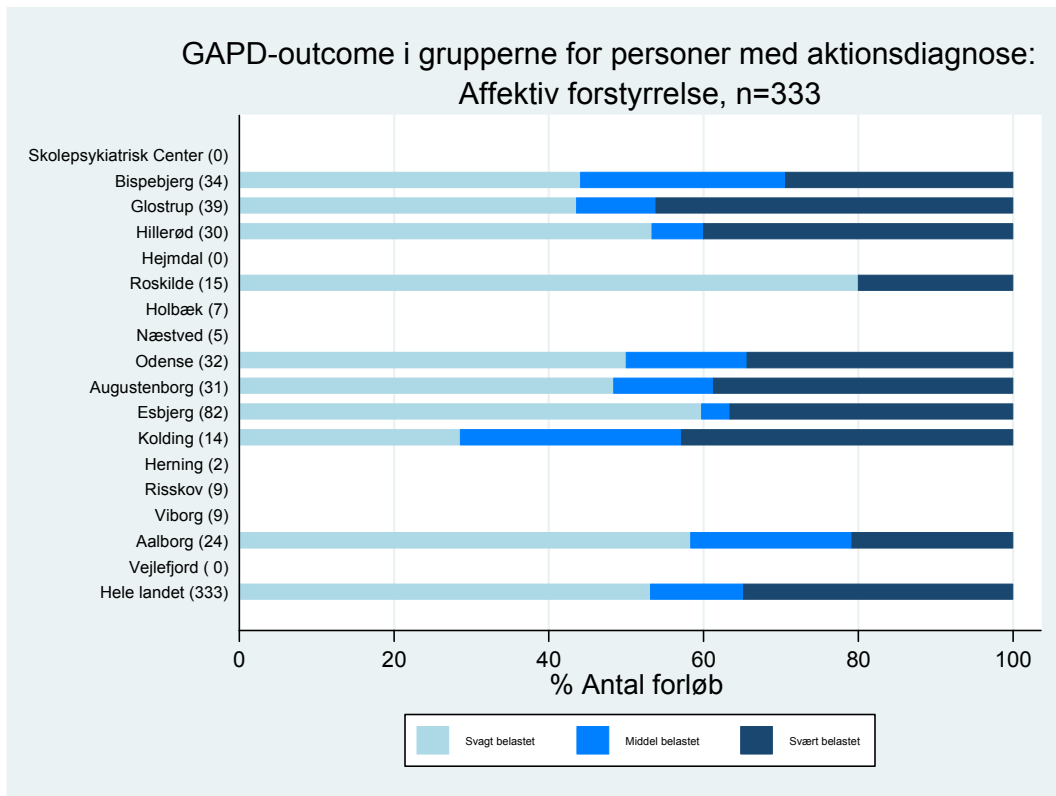
Sammenligninger skal foretages med nævnte forbehold; der er ikke i analyserne er taget højde for komorbiditet, social belastning, alder og køn etc.

Figur 23



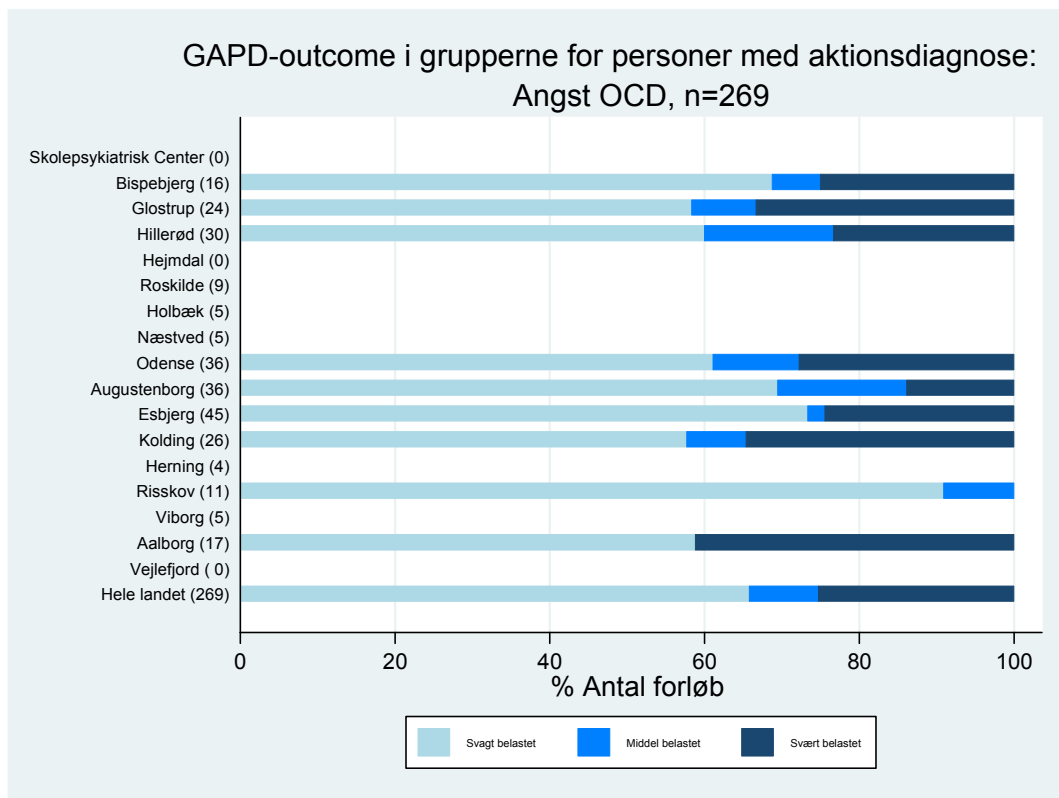
Gruppen med psykose er (sammen med autismspektrumforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser) præget af relative mange, som er socialt dårligt fungerende ved revurdering. Der er ikke markante grafiske forskelle mellem centrene.

Figur 24



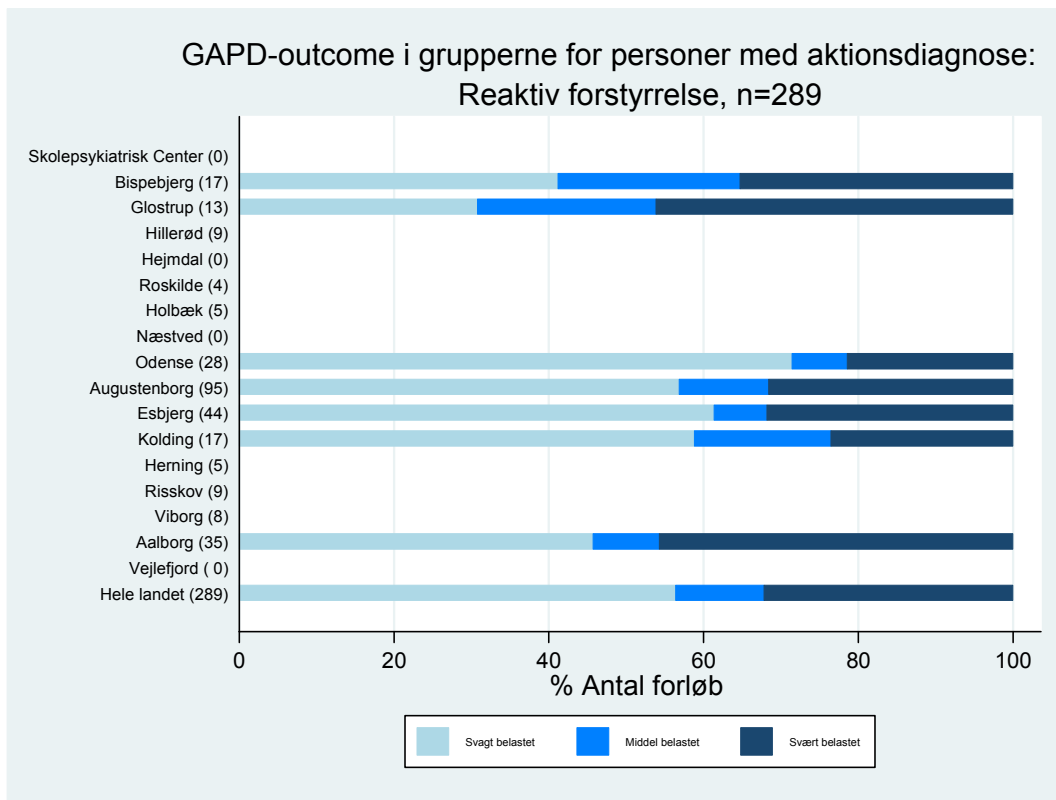
For affektive forstyrrelser registreres den nævnte fremgang. Roskilde har et særlig gunstigt resultat, om end for relativt få forløb.

Figur 25

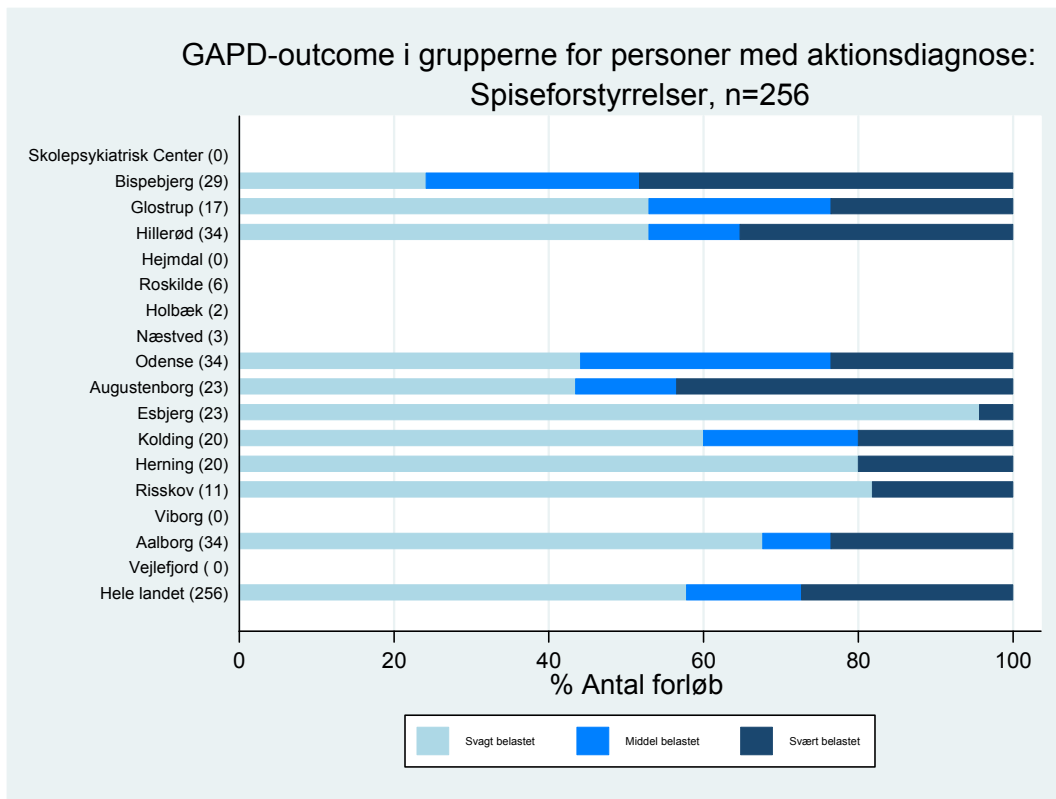


Det er velkendt, at der i Risskov er implementeret særlige programmer for behandling af OCD. Det kunne være resultatet af denne indsats, der afspejles i outcome målt med GAPD? Desværre er der indrapporteret ret få forløb sammenlignet med tilsvarende afdelinger. Det kunne være interessant at udrede forklaringen herpå nærmere.

Figur 26



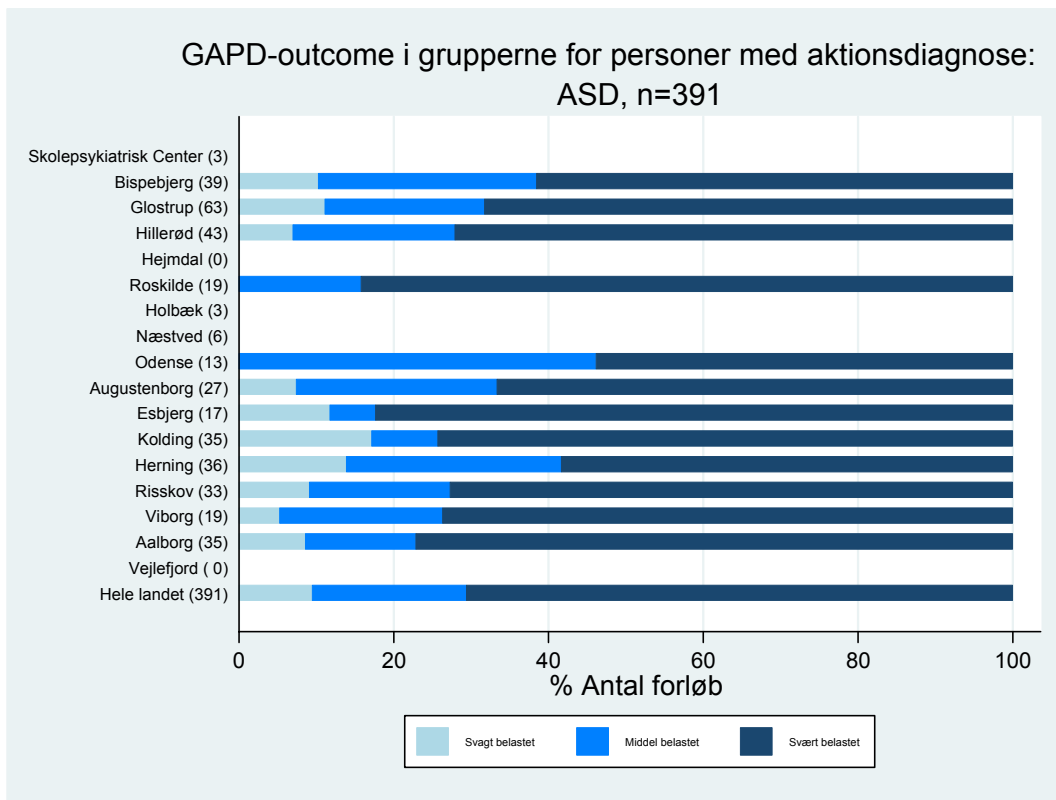
Figur 27



Blandt spiseforstyrrelser er der tilsyneladende ret store forskelle imellem centrene, målt med GAPD. Det relativt ugunstige resultat på BBH kan skyldes overvægt at tunge patienter som led i landsdelsfunktionen.

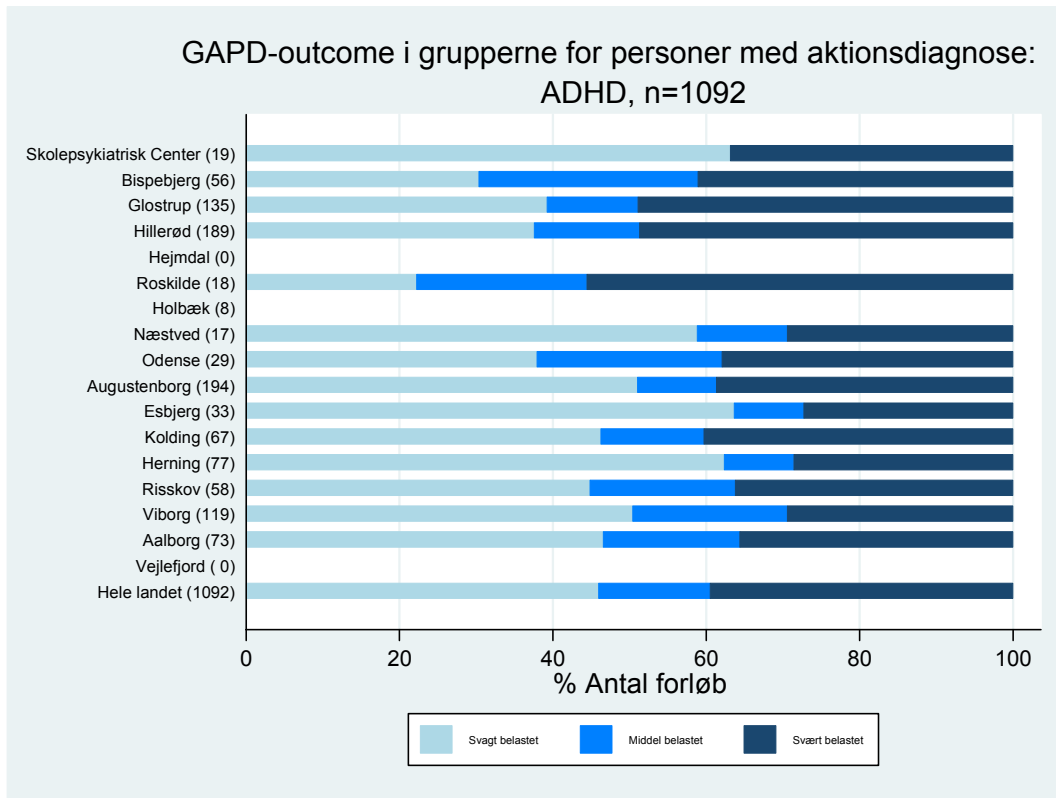
Hvad er det, der kan i Esbjerg, Herning og Risskov? Tallet 11 for sidstnævnte må være en markant underrapportering i betragtning af specialfunktionen i Center for Spiseforstyrrelser.

Figur 28



Forskellene indenfor autismspektrumforstyrrelser er som ventet beskedne. Det vil mere være kvaliteten af udredningen, der er interessant indenfor et tidsperspektiv på 6 mdr.

Figur 29



For ADHD henvises til de mere specifikke mål, som gennemgås i næste kapitel.

Sammenfatning:

For de diagnostiske grupper: Affektiv forstyrrelse og Tilknytningsforstyrrelser er køn en statistisk signifikant prognostisk faktor, hvorfor at sandsynligheden for at være i kategorien "svagt belastede" ved revurdering er højere for piger end for drenge. For alle andre diagnostiske grupper køn er ikke en prognostisk faktor, dvs sandsynligheden for at være i et bestemt HoNOSCA kategori er det sammen for piger og drenge. For diagnosegrupperne: Angst/OCD, Reaktiv forstyrrelse og Emotionelle forstyrrelser i barndommen er alder en positiv prognostisk faktor, dvs sandsynligheden for at være i kategorien "svagt belastede" ved revurdering er større for de ældre end for de yngre børn. For diagnosegrupperne: Gennemgribende udviklingsforstyrrelser og ADHD er alder en negativ prognostisk faktor, dvs sandsynligheden for at være i kategorien "svagt belastede" ved revurdering er mindre for de ældre end for de yngre børn. Herudover blev der fundet statistisk signifikant heterogenitet imellem afdelingerne for diagnosegrupperne: Spiseforstyrrelser, Personlighedsforstyrrelser og ADHD imens at der ikke er statistisk evidens for den resterende heterogenitet imellem afdelingerne for de øvrige diagnostiske grupper

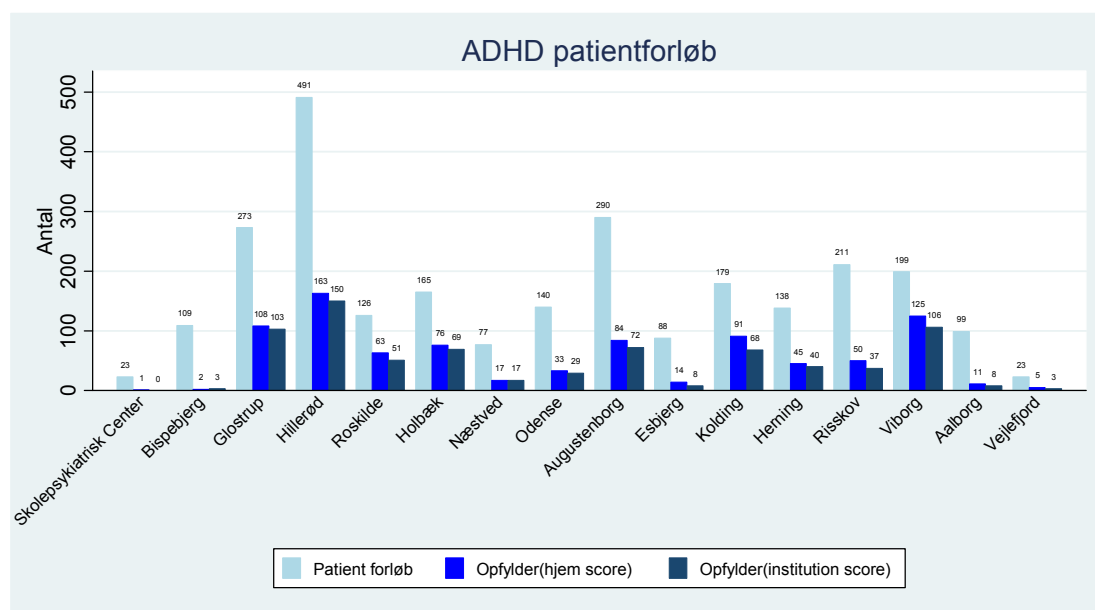
Indikator IV

ADHD-RS har nu været implementeret i BupBase i 2 år. Der burde være implementeret rutiner for indsamling af spørgeskemaerne hver gang en F90.x diagnose er blandt arbejdsdiagnoserne ved start af undersøgelse (T1).

Indikator IV beskriver datakompletheden som en brøk med nævner; alle forløb med ADHD (F90.x og F98.8) som arbejdsdiagnose ved T1 (N=2.631) og tæller; forløb med inddatering af henholdsvis ADHD-RS (hjem) (n=889; 33,8 %) og ADHD-RS (skole) (n=763; 29,0 %).

Figur 30

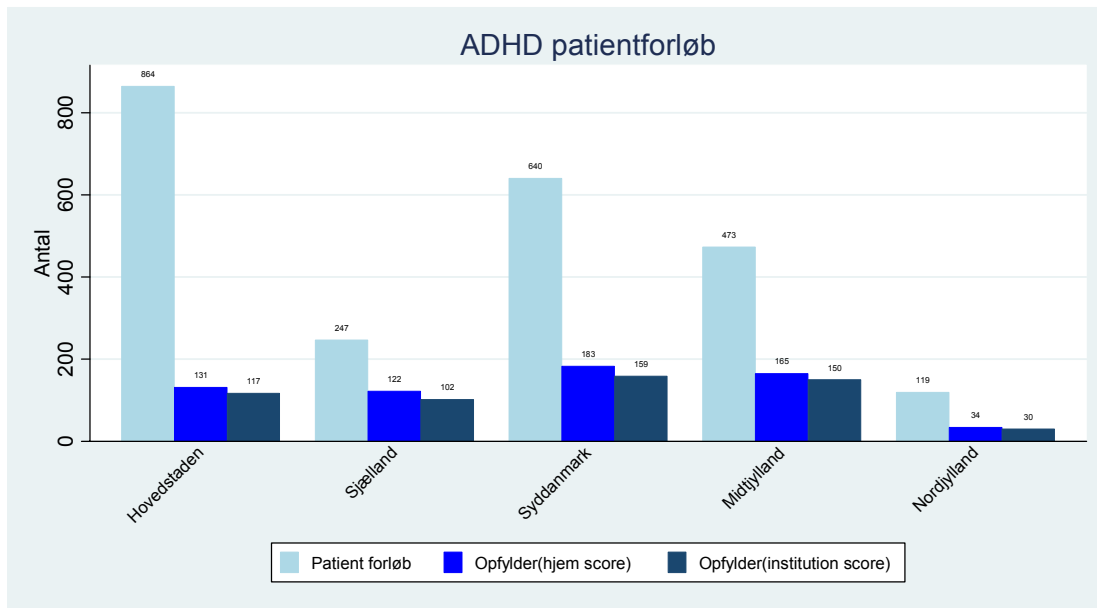
Registrerede med ADHD arbejdsdiagnose i 2009. Heraf udfyldte ADHD-RS start skema (afdelinger)



Alle afdelinger må siges at have ekstrem dårlig datakomplethed. Her er meget at arbejde med, for at ADHD-RS som resultatindikator kan blive anvendelig. Hvis ansvarligheden var stor kunne vi besvare mange spørgsmål om hvorvidt vi tager de ”rigtige” patienter i behandling og ved senere opfølgning af patienternes belastning efter behandling, hvorvidt forskellige kombinationer af pædagogisk og farmakologisk terapi reducerer symptombelastning.

Figur 31

Registrerede med ADHD arbejdsdiagnose i 2009. Heraf udfyldte ADHD-RS start skema (regioner)



Indikator V

Indikatoren belyser hvor mange patienter, der er normaliseret ved follow up efter initiering af behandling.

ADHD-RS scoring

Baseline ADHD-RS score hos børn og unge i udredning for ADHD på danske afdelinger.

Der er i alt i 2008 og 2009 oprettet 1.931 (1.501 drenge og 430 piger) ADHD-RS-start ratings, heraf har 1.786 besvaret skemaet således at det kan opgøres.




Forældre rating	N	Minimum	Maximum	Mean	SD	Mean norm (drengene)			Mean norm (piger)		
						6-9 år;	10-13 år;	14+ år	6-9 år;	10-13 år;	14+ år
Uopmærksomhedsscore	1786	0	27	16,4	7,1	4,6	4,9	5,4	3,9	3,5	3,4
Hyperaktivitet/impulsivitet score	1786	0	27	15,5	7,5	5,1	3,9	3,7	4,0	3,0	2,3
Adfærdsscore	1786	0	24	10,6	6,4	3,5	2,8	2,6	2,5	2,6	2,5

Der er ikke forskel i forældrenes rating af drenge og piger, men der er en aldersforskel med faldende tendens med stigende alder.

For lærerscoring ser de tilsvarende gennemsnitsscores ved baseline således ud:

Lærer rating	N	Minimum	Maximum	Mean	SD	Mean norm (drengene)			Mean norm (piger)		
						6-9 år;	10-13 år;	14+ år	6-9 år;	10-13 år;	14+ år
Uopmærksomhedsscore	1625	0	27	16,4	6,2	5,4	6,8	6,3	2,1	3,3	2,9
Hyperaktivitet/impulsivitet score	1625	0	27	15,3	7,6	4,4	4,2	2,6	1,2	1,8	1,0
Adfærdsscore	1624	0	24	8,8	6,3	2,2	2,5	2,1	1,0	1,0	0,9

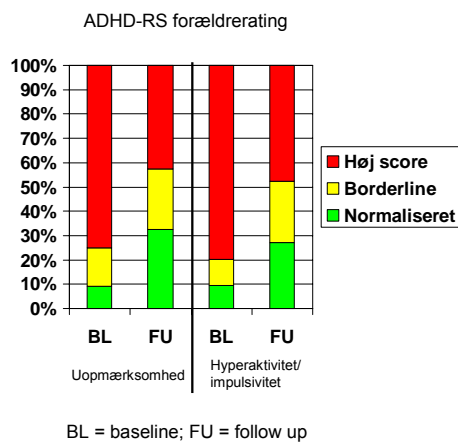
BupBase; 'ADHD-RS' Resultat indikator

-  • "Normalisering" (baseret på alders- og kønsstratificerede norm data)
 - T-score ≤ 60 (norm mean + 1 SD); sv. til 84 percentil i baggrundspopulationen
-  • "Borderline" symptombelastning
 - $60 < \text{T-score} < 70$;
-  • "Svær" symptombelastning
 - T-score ≥ 70 (norm mean + 2 SD); sv. til 98 percentil i baggrundspopulationen

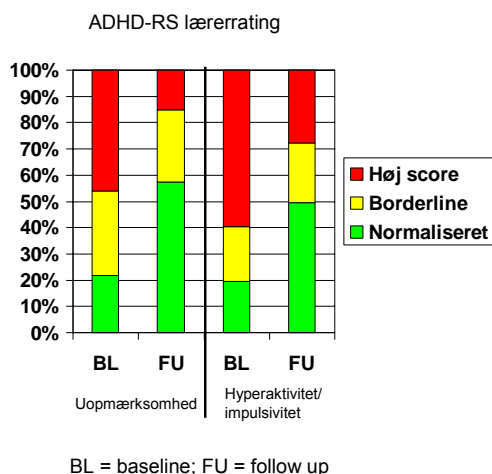


For 338 patienter var der indrapporteret ratings fra forældrene både ved start og follow up. For 292 patienter var der tilsvarende indrapporteret ratings fra patienternes skolelærere. Ved follow up var kernesymptomerne reduceret ved næsten alle patienter, og "normaliseringraten" ses af figuren nedenfor.

Figur 32



Figur 33



Hvis vi ser på de konkrete indikatorer for 2009 fordelt på afdelinger (Tabel 10 og 11) er det for det første ikke mange patienter, der er både baseline og follow up data på. For det andet er spredningen på "normaliseringsraten" for de indrapporterede patienter stor. Af de indrapporterede patienter ser det ud til at ca. 1/3 bliver normaliseret ud fra forældrenes bedømmelse og godt 60 % ud fra skolens bedømmelse. Raten er lidt lavere for hyperaktivitet/impulsivitets scoren

Tabel 10. ADHD-RS Normaliseringsraten fordelt på afdelinger; uopmærksomhed

Uopmærksomhed						
	N normaliseret forældre	N total forældre	% normaliseret (forældre)	N normaliseret skole	N total skole	% normaliseeret (skole)
Glostrup	13	28	46,4	17	29	58,6
Hillerød	8	26	30,8	15	21	71,4
Roskilde	25	65	38,5	33	54	61,1
Holbæk	1	3	33,3	2	3	66,7
Næstved	1	5	20,0	3	5	60,0
Odense	1	14	7,1	9	13	69,2
Augustenborg	17	39	43,6	22	40	55,0
Esbjerg	0	0		2	4	50,0
Kolding	2	6	33,3	7	9	77,8
Herning	3	21	14,3	13	19	68,4
Risskov	3	7	42,9	10	11	90,9
Viborg	20	75	26,7	37	69	53,6
Aalborg	3	7	42,9	3	5	60,0
Hele landet	97	296	33%	173	282	61%

Tabel 11. ADHD-RS Normaliseringsraten fordelt på afdelinger; Hyperaktivitet/impulsivitet

Hyperaktiv/impulsiv	N normaliseret forældre	N total forældre	% normaliseret (forældre)	N normaliseret skole	N total skole	% normaliseeret (skole)
Glostrup	7	29	24,1	12	29	41,4
Hillerød	11	26	42,3	9	21	42,9
Roskilde	20	64	31,3	25	57	43,9
Holbæk	1	3	33,3	1	3	33,3
Næstved	1	5	20,0	3	6	50,0
Odense	1	14	7,1	8	13	61,5
Augustenborg	10	40	25,0	16	37	43,2
Esbjerg	0	1	0,0	2	4	50,0
Kolding	0	7	0,0	7	9	77,8
Herning	4	21	19,1	13	19	68,4
Risskov	1	8	12,5	5	11	45,5
Viborg	19	74	25,7	30	70	42,9
Aalborg	3	7	42,9	3	5	60,0
Hele landet	78	299	26%	134	284	47%

Det samlede indtryk er først og fremmest at alt for få patienters data registreres og det skal der rettes op på i fremtiden. Vi skal anvende scoringen af symptomerne til at styre vores behandling. Cirka 50% bør kunne normaliseres i forældrenes bedømmelse og ca 65% ved lærerrating og kun meget få procent bør efter institueret behandling fortsat ligge i den sværest belastede gruppe.

Revisionspåtegning fra Kompetencecenter Syd (ved overlæge, PhD Linda Kærlev)

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

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.

Kompetencecenter Syd har indgået i et tæt samarbejde med BupBase i forbindelse med udarbejdelsen af årsrapporten for 2009. Kompetencecenterets biostatistikere har forestået den bearbejdning af produktionsdata, som muliggør afrapportering inden for den kliniske forløbsramme, som er specificeret i rapporten, og foretaget analyser af indikatorerne.

Årsrapporten indeholder en fyldestgørende redegørelse for dataindsamling og udmøntning af forløbsbegreb samt opgørelse af indikatorer, med supplerende analyser af manglende indberetninger i forhold til Patientforløb som er afsluttet efter start af undersøgelse (T1), uden at der forligger en revurdering (T2).

Der var som ved årsrapporten 2008 planlagt en opgørelse og vurdering af *databasens registreringskomplethed* på basis af uafhængige indberetninger til Landspatientregistret, hvorved forstås andelen af børne- og ungdomspsykiatriske patienter registreret i Bupbase, ud af den totale pulje af patienter som faktisk er opstået i Danmark. Der har imidlertid i begyndelsen af 2010 været problemer med at opnå fuldt dækkende dataudtræk fra Landspatientregisteret for 2009, hvorfor det ikke har været muligt at udsende lister over mulige manglende cases til afdelingerne eller foretage analysen på aktuelle data inden årsrapportens afslutning, og en registreringskomplethedsanalyse kan derfor først forventes effektueret ved udarbejdelsen af årsrapporten for 2010. Fremadrettet forventes Landspatientregisteret benyttet som ekstern datakilde til belysning af eventuelle manglende indberetninger om nyoprettede patienter (nye cpr-numre) det pågældende år fra kliniske enheder involveret i de registrerede Børne- og ungdomspsykiatriske forløb.

Kompetencecenteret og BupBase har haft en løbende dialog omkring overvejelser vedrørende optimering af datasættet som danner baggrunden for Bupbasen, og der blev på baggrund af analysen til Årsrapporten sidste år vurderet et fortsat behov for en løbende dialog mellem BupBase og de indberettende centre for at sikre optimal og ensartet registreringspraksis.

Hvad angår analyse af *datakompletheden* er denne som i Årsrapporten for 2008 medtaget i relation til præsentation, analyse og kommentering af den enkelte indikator og der er anbefalet en kraftig opstramning især i forhold til registreringer vedrørende start af behandling og forløbsrevurdering.

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 er uændret fra 2008 og 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* var med for første gang i 2008 og datamaterialet er endnu ikke solidt, men der er for første gang i 2009 stratificeret på afdelinger/centre. Resultaterne for de enkelte indikatorer er kommenteret med anbefalinger og anvisninger på forbedringer på det pågældende indsatsområde. Desuden er for første gang i herværende årsrapport medtaget henvisningsdiagnose på afviste og samt en opgørelse over Gennemsnit af HoNOSCA score ved T1 fordelt efter forløb med undersøgelse eller undersøgelse og behandling.

Seneste kvartalsvise afrapportering foregik 20. januar 2010, og der vil også fremadrettet foregå løbende kvartalsvise afrapportering. Kompetencecenteret har i 2009 idriftsat webbaseret afrapportering på den første af de landsdækkende databaser, der ligger i regi af Kompetencecenter Syd. Når denne on-

line afrapportering er færdigafprøvet af klinikerne, vil der på sigt blive søgt om finansiering til on-line afrapportering af de øvrige landsdækkende databaser ved Kompetencecenter Syd- og dermed også Bupbase. Der planlægges dog forinden gennemgang af BupBases indikatorer og omlægning af BupBase til en opdateret indrapporteringsplatform Topica 4, fra den nuværende Topica 3.

Kontaktadresser:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark. Formand Center ved formand Jan Jørgensen, Børne- og Ungdomspsykiatriske Afdeling, 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 – udgår 1.10.2009 afdelingen lukker
Bispebjerg	Overlæge Merete Weischer
Bornholm	Psykolog Eva Munch
Glostrup	Overlæge Torben Isager og overlæge Tine Houmann
Hillerød	Overlæge Anne Chátillon
Holbæk	Socialrådgiver Susanne Nielsen, Læge Lis Dillon
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 Mia
Bornholm	Konsulent Joan Behrens
Glostrup	Lægeseekretær Elizabeth Jacobsen
Hillerød	Chefsekretær Ulla Bisgaard
Roskilde	Lægeseekretær Britta Koch Nielsen og lægeseekretær Christina Larsen
Holbæk	Afdelingssygeplejerske Lotte Jensen og sekretær Trine Nymann Storgaard
Næstved	Lægeseekretær Anette Pia Petersen
Odense	Lægeseekretær Dorthe Therkelsen
Augustenborg	Lægeseekretær Karin Hell
Esbjerg	Lægeseekretær Kristine Stokholm
Kolding	Lægeseekretær Lotte Bruhn From
Risskov	Mangler - vakant
Herning	Lægeseekretær Jytte Nielsen
Viborg	Ledende lægeseekretær Anna Bitch og lægeseekretær Mette Kirkegaard
Aalborg	Lægeseekretær Heidi Hattmann Hjortshøj

Privatklinikker:

Vejlefjord	Pia Hansen – lukker feb.2010
Hejmdal	Jan Samuelsen – startet inddatering sidst på året 2009
Speciallæge Jürgen Schwarzenburg , Rønne	– startet inddatering sidst på året 2009

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:

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

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**

Szomlajski N, Dyrborg J, Rasmussen H, Schumann T, Koch SV, **Bilenberg N**. Validity and clinical feasibility of the ADHD rating scale (ADHD-RS) A Danish Nationwide Multicenter Study. *Acta Paediatr* **2009**; 98(2):397-402.

Poulsen L, Jørgensen SL, Dalsgaard S, **Bilenberg N**. Dansk standardisering af attention deficit and hyperkinetic disorder-ratingskalaen. *Ugeskr Laeger* **2009**, 171(18):1500-1504

Kandidatspeciale på Sundhedsvidenskab, SDU; *Forskel i henvisningsmønstre til børne- og ungdomspsykiatrisk service mellem børn fra etnisk danske familier og fra familier med anden etnisk baggrund* ved stud.med. Thanusha Sabaratnam, vinter 2009

Formateret: Engelsk
(Storbritannien)

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. Multi-axial 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, forvisitation, start undersøgelse, revurdering, afslutning, ADHD-RS (Attention Deficit/Hyperactive Disorder-Rating Scale) og ADHD kliniske data.

Appendix B: Supplerende analyse til HoNOSCA og GAPD

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

- 01. Biologisk mor
- 02. Biologisk far
- 03. Stedmor
- 04. Stedfar
- 05. Adoptiv mor
- 06. Adoptiv far
- 07. Søskende/halvsøskende/"pap"-søskende
Antal _____
- 08. Bedsteforældre
- 09. Plejefamilie
- 10. Institution
- 11. Alene
- 12. Patientens samlever
- 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.

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

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. Bøglige 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, _____

Appendix B

1. Supplerende analyse til Tabel: HoNOSCA score for undersøgte vs. behandlede patienter.

- 1) Ved hjælp af lineær regressions analyse (se Tabel A1) finder vi at børn med behandling har signifikant højere initial HoNOSCA score end børn der kun er undersøgt.

Tabel : A1

HoNOSCA score	Coef.	robust s.e	P>t	[95%Conf.	Interval]
behandling(ja/nej)	1,638735	0,4028013	0,001	0,780184	2,497285
Psykose	-1,215	0,9492038	0,22	-3,23818	0,808178
Affektiv forstyrrelse	-4,06549	1,191748	0,004	-6,60564	-1,52534
Angst/OCD	-7,51431	1,251469	0	-10,1818	-4,84687
Reaktiv forstyrrelse	-4,05628	1,20747	0,004	-6,62994	-1,48261
Spiseforstyrrelser	-4,73112	0,9677221	0	-6,79377	-2,66847
Personlighedsforstyrrelser	(omitted)				
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	-5,5476	1,094906	0	-7,88133	-3,21386
ADHD	-5,84756	1,252253	0	-8,51667	-3,17844
Adfærdsforstyrrelser	-2,99734	1,542618	0,071	-6,28535	0,29067
Emotionelle forstyrrelser i barndommen	-6,08626	1,724031	0,003	-9,76094	-2,41157
Tilknytningsforstyrrelser	-2,01728	1,949248	0,317	-6,172	2,137446
Andre diagnoser	-4,55505	1,256707	0,002	-7,23366	-1,87644
Ingen/uspec.	-4,25931	1,203011	0,003	-6,82347	-1,69516
Constant	16,36579	1,269234	0	13,66048	19,0711

- 2) For at finde ud om der er heterogenitet mellem afdelinger i initial HoNOSCA score hos børn der skal have behandling var der estimeret en random intercept model med afdelings kode som gruppe variable (se tabel A2).

Tabel: A2

Hscore1	Coef.	Std. Err.	P>z	[95% Conf.	Interval]
Psykose	5,208085	0,724287	0	3,78851	6,627661
Affektiv forstyrrelse	1,929796	0,648356	0,003	0,6590419	3,20055
Angst/OCD	-1,31191	0,664583	0,048	-2,614464	-0,00935
Reaktiv forstyrrelse	1,326473	0,651664	0,042	0,0492352	2,603711
Spiseforstyrrelser	2,05559	0,68038	0,003	0,72207	3,389109
Personlighedsforstyrrelser	4,643666	0,833718	0	3,009608	6,277723
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	0,060016	0,632654	0,924	-1,179962	1,299994
ADHD	-0,089	0,620389	0,886	-1,304936	1,126943
Adfærdsforstyrrelser	2,583377	0,751328	0,001	1,110802	4,055953
Tilknytningsforstyrrelser	2,67	0,846392	0,002	1,011103	4,328897
Andre diagnoser	0,536449	0,67918	0,43	-0,7947206	1,867618
Ingen/uspec.	0,926666	0,642325	0,149	-0,3322683	2,185601
Constant	12,97227	0,706467	0	11,58762	14,35692
/sigma_u	1,421211	0,289133		0,9538693	2,117523
/sigma_e	6,102841	0,050911		6,00387	6,203444
Rho	0,051442	0,019878		0,022732	0,103524

Likelihood-ratio test of sigma_u=0: chibar2(01)= 212,76 Prob>=chibar2 = 0,000

Resultater vist i Tabel A2 giver, at for 95% af afdelingerne ligger gennemsnittet af initial HoNOSCA score for børn med behandling mellem 10,19 og 15,76.

- 3) Yderlig analyse (se Tabel A3) viser at Skolepsykiatrisk Center behandler børn i gennemsnit med den laveste initial HoNOSCA score mens afdeling i Viborg med den højeste.

Tabel: A3

Residuals	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
Skolepsykiatrisk Center	-3,77673	0,941611	-4,01	0	-5,622568	-1,9309
Bispebjerg	0,720292	0,329976	2,18	0,029	0,073441	1,367143
Glostrup	0,466394	0,227421	2,05	0,04	0,0205828	0,912205
Hillerød	-0,87094	0,203073	-4,29	0	-1,26902	-0,47286

Roskilde	0,155279	0,347713	0,45	0,655	-0,5263406	0,836898
Holbæk	-1,45423	0,334909	-4,34	0	-2,110753	-0,79771
Næstved	-0,89814	0,413302	-2,17	0,03	-1,708335	-0,08795
Odense	1,229856	0,244289	5,03	0	0,7509782	1,708734
Augustenborg	1,588448	0,212071	7,49	0	1,172727	2,004169
Esbjerg	-1,09645	0,215481	-5,09	0	-1,518851	-0,67404
Kolding	-1,15783	0,273452	-4,23	0	-1,693875	-0,62178
Herning	1,770803	0,333905	5,3	0	1,116252	2,425355
Risskov	0,006047	0,24351	0,02	0,98	-0,4713036	0,483397
Viborg	3,053141	0,383651	7,96	0	2,301073	3,805208
Aalborg	0,576854	0,335922	1,72	0,086	-0,0816528	1,235361
Vejle fjord	-1,79346	0,953025	-1,88	0,06	-3,661667	0,07475

2. Supplerende analyse til Tabel: GAPD score for undersøgte vs. behandlede patienter.

- 1) Ved hjælp af lineær regressions analyse (se Tabel A4) finder vi at børn med behandling har signifikant højere initial GAPD score end børn der kun er undersøgt.

Tabel: A4

GAPD score	Coef.	robust s.e	P>t	[95% Conf.	Interval]
behandling(ja/nej)	0,206646	0,0757484	0,016	0,0451925	0,3681
Psykose	-0,18602	0,3240495	0,574	-0,8767184	0,504672
Affektiv forstyrrelse	-0,81855	0,1832023	0	-1,209032	-0,42806
Angst/OCD	-1,1925	0,2519249	0	-1,72946	-0,65553
Reaktiv forstyrrelse	-1,26838	0,2369268	0	-1,773378	-0,76338
Spiseforstyrrelser	-1,15571	0,2518725	0	-1,692567	-0,61886
Personlighedsforstyrrelser	-0,19516	0,2936565	0,516	-0,821076	0,430752
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	0,211475	0,1976034	0,301	-0,2097071	0,632656
ADHD	-0,81352	0,1936047	0,001	-1,22618	-0,40086
Adfærdsforstyrrelser	-0,67329	0,2118239	0,006	-1,124782	-0,2218
Emotionelle forstyrrelser i barndommen	-1,11976	0,2653113	0,001	-1,685257	-0,55426
Tilknytningsforstyrrelser	(omitted)				
Andre diagnoser	-0,87409	0,2125726	0,001	-1,32718	-0,421
Ingen/uspec.	-0,68584	0,1780758	0,002	-1,065397	-0,30628
Constant	3,570197	0,2164956	0	3,108747	4,031646

- 2) Der var fittet Random-effects ML regression For at finde ud om der er heterogenitet mellem afdelinger i initial HoNOSCA score hos børn der skal have behandling var der estimeret en random intercept model med afdelings kode som gruppe variable (se tabel A5).

Tabel: A5

GAPD score	Coef.	Std. Err.	P>z	[95% Conf.	Interval]
Psykose	-0,0074117	0,1507952	0,961	-0,3029648	0,2881415
Affektiv forstyrrelse	-0,6641224	0,1349596	0	-0,9286384	-0,3996063
Angst/OCD	-1,034482	0,1383254	0	-1,305595	-0,7633689
Reaktiv forstyrrelse	-1,065636	0,1352098	0	-1,330642	-0,8006297
Spiseforstyrrelser	-0,8017271	0,1419093	0	-1,079864	-0,52359
Personlighedsforstyrrelser	-0,4433389	0,1732617	0,011	-0,7829256	-0,1037523
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	0,3233119	0,131605	0,014	0,0653709	0,5812528
ADHD	-0,6514891	0,1289619	0	-0,9042498	-0,3987285
Adfærdsforstyrrelser	-0,4604218	0,1567054	0,003	-0,7675588	-0,1532848
Emotionelle forstyrrelser i barndommen	-0,7948197	0,1771829	0	-1,142092	-0,4475477
Andre diagnoser	-0,8240792	0,1408315	0	-1,100104	-0,5480545
Ingen/uspec.	-0,5247304	0,1336121	0	-0,7866053	-0,2628556
Constant	3,689167	0,1448305	0	3,405305	3,97303

/sigma_u	0,2814121	0,0573821	0,1887019	0,4196715
/sigma_e	1,283678	0,0106398	1,262993	1,304702
Rho	0,0458551	0,0178641	0,0201685	0,092983

Likelihood-ratio test of sigma_u=0: chibar2(01)= 239,51 Prob>=chibar2 = 0,000

Resultater vist i Tabel A4 giver, at for 95% af afdelinger ligger gennemsnit af initial GAPD score for børn med behandling mellem 3,14 og 4,24.

- 3) Yderligere analyse (se Tabel A6) viser at Skolepsykiatrisk Center behandler børn i gennemsnit med den laveste initial GAPD score mens afdelingen i Bispebjerg behandler børn med den højeste.

- 4) Tabel: A6

res iduals	Coef.	Std. Err.	P>t	[95% Conf. Interval]
Skolepsykiatrisk Center	-0,698098	0,1980598	0	-1,086353 -0,309843
Bispebjerg	0,4290348	0,0655021	0	0,3006317 0,557438
Glostrup	0,1930618	0,0460776	0	0,1027362 0,2833873
Hillerød	-0,02418	0,042691	0,571	-0,1078669 0,0595067
Roskilde	0,0673596	0,07302	0,356	-0,0757808 0,2104999
Holbæk	0,1186284	0,07142	0,097	-0,0213755 0,2586323
Næstved	0,2112291	0,0867359	0,015	0,0412016 0,3812566
Odense	0,3757397	0,0517587	0	0,2742776 0,4772018
Augustenborg	0,1248713	0,0445804	0,005	0,0374808 0,2122617
Esbjerg	-0,497566	0,04524	0	-0,5862491 -0,408882
Kolding	-0,021585	0,0575183	0,707	-0,1343377 0,0911675
Herning	-0,29573	0,0703394	0	-0,4336155 -0,157844
Risskov	0,1581986	0,050897	0,002	0,0584256 0,2579715
Viborg	0,2420211	0,0806976	0,003	0,0838304 0,4002118
Aalborg	-0,244106	0,0707657	0,001	-0,3828269 -0,105384
Vejlefjord	-0,483012	0,2004606	0,016	-0,8759725 -0,090051

3: Supplerende analyse til indikator 2

- 1) For grunddiagnose - Psykose

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,329302	0,377755	0,87	0,383	-0,4110842 1,069689
kvinde	0,433658	0,269712	1,61	0,108	-0,0949682 0,962284
cut1	-0,33321	1,076749	-0,31	0,757	-2,443597 1,777184
cut2	0,552288	1,076781	0,51	0,608	-1,558163 2,662739
var(FBEkode)	3,82E-20	6,69E-11			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi =0.5

- 2) For grunddiagnose - Affektiv forstyrrelse

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,082752	0,281929	0,29	0,769	-0,4698183 0,635323
kvinde	0,076742	0,220388	0,35	0,728	-0,3552094 0,508694
cut1	-0,18633	0,79356	-0,23	0,814	-1,741674 1,369023
cut2	0,488888	0,794299	0,62	0,538	-1,06791 2,045686
var(FBEKODE)	0,078055	0,09938			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi =0.82

3) For grunddiagnose - Angst/OCD

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,365629	0,181554	2,01	0,044	0,0097894	0,721469
Kvinde	-0,16215	0,185176	-0,88	0,381	-0,5250865	0,200789
cut1	0,400309	0,472962	0,85	0,397	-0,5266792	1,327297
cut2	1,329959	0,474508	2,8	0,005	0,3999408	2,259977
var(FBEkode)	0,040101	0,088228				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi = 0.33

4) For grunddiagnose - Reaktiv forstyrrelse

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
HoNOSCA						
alder_kat	-0,03591	0,186868	-0,19	0,848	-0,4021671	0,330341
kvinde	0,031316	0,191564	0,16	0,87	-0,3441428	0,406775
cut1	-0,76406	0,507147	-1,51	0,132	-1,75805	0,229929
cut2	0,100007	0,507816	0,2	0,844	-0,8952941	1,095308
var(FBEkode)	0,043719	0,064955				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi = 0.28

5) For grunddiagnose - Spiseforstyrrelser

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,099943	0,209311	0,48	0,633	-0,3102994	0,510185
Kvinde	0,047689	0,322448	0,15	0,882	-0,5842972	0,679676
cut1	-0,264	0,617125	-0,43	0,669	-1,473542	0,945545
cut2	0,629416	0,618008	1,02	0,308	-0,5818566	1,840689
var(FBEkode)	0,040569	0,059021				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi = 0.28

6) For grunddiagnose - Personlighedsforstyrrelser

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,432686	1,277997	0,34	0,735	-2,072143	2,937514
kvinde	-0,17461	0,623139	-0,28	0,779	-1,395942	1,046718
cut1	-0,81198	3,88028	-0,21	0,834	-8,41719	6,793227
cut2	0,325165	3,878237	0,08	0,933	-7,276041	7,926371
var(FBEkode)	1,90E-08	0,00016				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi = 0.5

7) For grunddiagnose - Gennemgribende udviklingsforstyrrelser

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,005221	0,099214	0,05	0,958	-0,1892346	0,199677
Kvinde	0,176588	0,157983	1,12	0,264	-0,1330531	0,486229
cut1	-1,21219	0,237073	-5,11	0	-1,676842	-0,74753
cut2	0,170613	0,232904	0,73	0,464	-0,2858716	0,627097
var(FBEkode)	0,039794	0,036213				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.11

8) For grunddiagnose - ADHD

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,194883	0,072135	2,7	0,007	0,0535018	0,336265
Kvinde	0,148962	0,104177	1,43	0,153	-0,0552203	0,353144
cut1	0,234658	0,169296	1,39	0,166	-0,0971563	0,566473
cut2	1,384549	0,172724	8,02	0	1,046017	1,723081
var(FBEkode)	0,001332	0,009684				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.46

9) For grunddiagnose - Adfærdsforstyrrelser

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,633362	0,269309	2,35	0,019	0,1055257	1,161199
Kvinde	-0,28616	0,323311	-0,89	0,376	-0,9198334	0,347523
cut1	0,067774	0,622556	0,11	0,913	-1,152413	1,287962
cut2	1,431083	0,631268	2,27	0,023	0,1938207	2,668345
var(FBEkode)	8,02E-19	5,30E-10				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.5

10) For grunddiagnose - Emotionelle forstyrrelser i barndommen

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,265755	0,274572	0,97	0,333	-0,2723967	0,803906
Kvinde	-0,37851	0,352935	-1,07	0,284	-1,070256	0,313226
cut1	-0,60174	0,62367	-0,96	0,335	-1,824111	0,620629
cut2	0,865587	0,624779	1,39	0,166	-0,3589567	2,090131

var(FBEkode)	0,0765	0,158252
--------------	--------	----------

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.34

11) For grunddiagnose - Tilknytningsforstyrrelser

HoNOSCA	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,427199	0,271631	1,57	0,116	-0,1051867 0,959585
Kvinde	0,063507	0,363852	0,17	0,861	-0,6496308 0,776645
cut1	-1,08293	0,588174	-1,84	0,066	-2,235734 0,069866
cut2	0,262661	0,569941	0,46	0,645	-0,854404 1,379725
var(FBEkode)	0,090116	0,156602			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.28

3. Supplerende analyse til Indikator 3

1) For grunddiagnose – Psykose

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	-0,82847	0,43571	-1,9	0,057	-1,682442 0,025508
kvinde	0,282604	0,255841	1,1	0,269	-0,2188347 0,784043
cut1	-3,70165	1,266704	-2,92	0,003	-6,184346 -1,21896
cut2	-2,42036	1,255639	-1,93	0,054	-4,881363 0,040653
var(FBEkode)	0,05352	0,07385			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.16

2) For grunddiagnose - Affektiv forstyrrelse

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,184096	0,279054	0,66	0,509	-0,3628399 0,731032
kvinde	-0,46512	0,218347	-2,13	0,033	-0,8930715 -0,03717
cut1	0,269225	0,792944	0,34	0,734	-1,284917 1,823366
cut2	0,849056	0,79362	1,07	0,285	-0,7064111 2,404522
var(FBEkode)	0,170404	0,143267			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.053

3) For grunddiagnose - Angst/OCD

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,989893	0,216498	4,57	0	0,5655658 1,414221
kvinde	-0,17653	0,212569	-0,83	0,406	-0,5931534 0,2401

cut1	3,193375	0,594565	5,37	0	2,028048	4,358702
cut2	3,705731	0,601799	6,16	0	2,526227	4,885235
var(FBEkode)	0,108461	0,113619				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.15

4) For grunddiagnose - Reaktiv forstyrrelse

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,420639	0,167225	2,52	0,012	0,0928837	0,748394
kvinde	-0,05388	0,199546	-0,27	0,787	-0,4449804	0,337227
cut1	1,60644	0,454633	3,53	0	0,7153748	2,497505
cut2	2,071355	0,458625	4,52	0	1,172466	2,970243
var(FBEkode)	0,058763	0,06911				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi= 0.18

5) For grunddiagnose - Spiseforstyrrelser

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	-0,09485	0,229419	-0,41	0,679	-0,5445011	0,354803
Kvinde	-0,49902	0,372935	-1,34	0,181	-1,229964	0,231916
cut1	-0,14595	0,716342	-0,2	0,839	-1,54995	1,258058
cut2	0,516726	0,716752	0,72	0,471	-0,888082	1,921533
var(FBEkode)	0,748849	0,452818				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi<0.001

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	-0,10035	0,231977	-0,43	0,665	-0,5550151	0,354319
Kvinde	-0,52261	0,380012	-1,38	0,169	-1,267425	0,222196
Bispebjerg	0,538759	0,666367	0,81	0,419	-0,7672969	1,844814
Glostrup	-0,54229	0,692717	-0,78	0,434	-1,899989	0,81541
Hillerød	-0,33525	0,66788	-0,5	0,616	-1,644266	0,973775
Roskilde	-0,44045	0,807541	-0,55	0,585	-2,023199	1,142302
Holbæk	-2,76734	1,212703	-2,28	0,022	-5,14419	-0,39048
Odense	0,044638	0,656486	0,07	0,946	-1,24205	1,331327
Augustenborg	0,196556	0,702821	0,28	0,78	-1,18E+00	1,57E+00
Esbjerg	-36,3718	1,42E+07	0	1	-2,77E+07	2,77E+07
Kolding	-1,11391	0,814299	-1,37	0,171	-2,709903	0,482092
Herning	-0,77483	0,794643	-0,98	0,33	-2,332299	0,782646
Risskov	-0,96334	0,78904	-1,22	0,222	-2,509831	0,583148
Aalborg	-0,73166	0,664175	-1,1	0,271	-2,033421	0,570098

6) For grunddiagnose - Personlighedsforstyrrelser

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	-0,00073	0,23825	0	0,998	-0,4676895	0,466234
Kvinde	-0,44653	0,379393	-1,18	0,239	-1,190125	0,29707
cut1	0,194299	0,750592	0,26	0,796	-1,276835	1,665433
cut2	0,872169	0,751829	1,16	0,246	-0,6013896	2,345727
var(FBEkode)	0,858505	0,532529				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi<0.001

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	-0,00504	0,240712	-0,02	0,983	-0,4768261	0,466749
kvinde	-0,46446	0,385611	-1,2	0,228	-1,220241	0,291327
Bispebjerg	3,293579	1,071903	3,07	0,002	1,192689	5,39447
Glostrup	2,2101	1,088149	2,03	0,042	0,0773672	4,342833
Hillerød	2,4053	1,07484	2,24	0,025	0,2986527	4,511947
Næstved	2,735305	1,211717	2,26	0,024	0,3603844	5,110226
Odense	2,778733	1,068708	2,6	0,009	0,6841046	4,873361
Augustenborg	2,930751	1,098004	2,67	0,008	0,778703	5,082798
Esbjerg	-39,639	2,84E+08	0	1	-5,57E+08	5,57E+08
Kolding	1,640806	1,165873	1,41	0,159	-0,6442626	3,925875
Herning	1,983593	1,154007	1,72	0,086	-0,2782191	4,245404
Risskov	1,779763	1,150536	1,55	0,122	-0,4752462	4,034773
Aalborg	2,009187	1,071694	1,87	0,061	-0,0912932	4,109668

7) For grunddiagnose - Gennemgribende udviklingsforstyrrelser

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	-0,61833	0,124575	-4,96	0	-0,8624896	-0,37416
kvinde	-0,2303	0,188917	-1,22	0,223	-0,6005655	0,139975
cut1	-3,73166	0,314771	-11,86	0	-4,348599	-3,11472
cut2	-2,43421	0,295082	-8,25	0	-3,01256	-1,85586
var(FBEkode)	7,81E-19	2,43E-10				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi=0.5

8) For grunddiagnose - ADHD

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	-0,22485	0,074455	-3,02	0,003	-0,3707787	-0,07892
Kvinde	-0,08356	0,108428	-0,77	0,441	-0,2960731	0,128956
cut1	-0,63406	0,196268	-3,23	0,001	-1,018734	-0,24938

cut2	-0,0231	0,195805	-0,12	0,906	-0,4068712	0,360671
var(FBEkode)	0,105683	0,055147				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi<0.001

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	-0,22065	0,074855	-2,95	0,003	-0,3673611 -0,07394
Kvinde	-0,09112	0,108762	-0,84	0,402	-0,304286 0,122051
Skolepsykiatrisk Center	-0,5994	0,461122	-1,3	0,194	-1,503182 0,304384
Bispebjerg	0,282681	0,379544	0,74	0,456	-0,4612108 1,026572
Glostrup	0,234373	0,364838	0,64	0,521	-0,4806968 0,949443
Hillerød	0,173245	0,353424	0,49	0,624	-0,5194526 0,865942
Holbæk	-0,82405	0,790206	-1,04	0,297	-2,372823 0,724726
Odense	-0,0384	0,429994	-0,09	0,929	-0,8811743 0,80437
Augustenborg	-0,3651	0,354678	-1,03	0,303	-1,060256 0,330057
Esbjerg	-0,90385	0,512182	-1,76	0,078	-1,907712 0,100004
Kolding	-0,46455	0,378697	-1,23	0,22	-1,20678 0,277687
Herning	-0,74078	0,378526	-1,96	0,05	-1,482676 0,001117
Risskov	-0,31318	0,39146	-0,8	0,424	-1,080424 0,454071
Viborg	-0,45864	0,36302	-1,26	0,206	-1,17015 0,252864
Aalborg	0,271535	0,370419	0,73	0,464	-0,4544733 0,997543

9) For grunddiagnose - Adfærdsførstyrrelser

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,376708	0,245545	1,53	0,125	-0,1045514 0,857967
Kvinde	-0,65193	0,329965	-1,98	0,048	-1,298651 -0,00521
cut1	-0,06432	0,557165	-0,12	0,908	-1,156347 1,027698
cut2	0,69168	0,559267	1,24	0,216	-0,4044632 1,787824
var(FBEkode)	6,85E-25	3,91E-13			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi=0.5

10) For grunddiagnose - Emotionelle forstyrrelser i barndommen

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
alder_kat	0,595381	0,290525	2,05	0,04	0,0259632 1,1648
Kvinde	-0,65316	0,37857	-1,73	0,084	-1,395147 0,088821
cut1	1,107466	0,656502	1,69	0,092	-0,1792537 2,394187
cut2	1,763518	0,671989	2,62	0,009	0,4464434 3,080592
var(FBEkode)	0,028743	0,172139			

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi=0.44

11) For grunddiagnose - Tilknytningsforstyrrelser

GAPD	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
alder_kat	0,189674	0,248981	0,76	0,446	-0,2983191	0,677667
Kvinde	-0,72597	0,352049	-2,06	0,039	-1,415972	-0,03597
cut1	-1,30025	0,569891	-2,28	0,023	-2,417215	-0,18328
cut2	-0,37719	0,557261	-0,68	0,498	-1,469401	0,715022
var(FBEkode)	0,275554	0,268418				

Test af nul-hypotesen vedr. heterogenitet (Var = 0): p-værdi=0.09