

# Barnepsykiatriens utfordringer

Barne- og ungdomspsykiatrien har vokst de senere årene, og fremstår som en selvstendig disiplin. Den står ikke lenger i skyggen av voksenpsykiatrien, men utfordringene er fremdeles mange. Flere leger, styrking av det tverrfaglige samarbeidet og økt involvering av spesialistkandidatene er noen nødvendige tiltak for å nå måltallene.

■ Barnepsykiaterne representerer en liten, men raskt voksende gruppe kolleger som frem til nå har hatt lav status innen legerketten. Til tross for at antallet er økende, slutter flere allikevel etter kort tid i feltet slik at spesialistandelen ikke øker raskt nok. De fleste leger som søker seg til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er nyutdannede kvinner. Det er sannsynligvis både fagets innhold, arbeidets organisering med forholdsvis lav vaktbelastning, og muligheten til tverrfaglig arbeid som gjør fagområdet attraktivt for kvinner. Spesialiteten har siden midten av 1980-årene og helt til 2008 vært den eneste spesialitet med en kvinneandel på over 50 % (1, 2).

Jeg har arbeidet i barne- og ungdoms-

annerledes ut, med høyest forekomst av depresjoner, suicidalitet og selvskading, spiseforstyrrelser, debuterende psykose-tilstander og bipolare lidelser. Ungdom i alderen 14–17 år utgjør den største gruppen av innlagte pasienter (3).

I BUP-feltet forebygger, diagnostiserer og behandler vi psykiske lidelser og avvik hos barn og ungdom. Tidlige tegn på alvorlige problemer som følge av relasjonsskader, autismespekterproblematikk, debuterende schizofreni og bipolare lidelser kan være diffuse og vanskelig å diagnostisere. Dette gjør at utredningsarbeidet ofte er tidkrevende, og må foregå på indirekte og tverrfaglig vis. En grunn til at leger i så liten grad tidligere har valgt barnepsykiatri kan være at faget har

fastlege, lærere, PP-tjenesten, barnevern, idrettsledere etc. må ha god innsikt i barnets særskilte vansker og hjelpebehov for at utredning og behandling skal kunne gi resultater. BUP-arbeidet må derfor siktes inn på både barnets symptomer og generelle funksjon og den evnen de nære voksne har til å støtte opp om tiltakene.

Ved opptrappingen av barne- og ungdomspsykiatrien tok man høyde for at 5 % av gruppen barn og unge under 18 år skulle få et tilbud (3). Hvis vi regner at barne- og ungdomsgruppen utgjør om lag en firedel av Norges befolkning, blir antall behandlingstrengende barn og unge på landsbasis 50 000. I tillegg kommer de som bor i flyktningmottak som til nå ikke er blitt tilstrekkelig prioritert, men som gjerne har et stort behov for helsehjelp. Særlig gjelder det de som blir boende lenge i mottakene eller som har vært utsatt for overgrep og/eller traumer. Psykisk sykdom hos barn og unge i mottak er generelt større og mer alvorlig enn for de fleste som henvises til barne- og ungdomspsykiatrien (5).

## «God tilgang på BUP-tjenester til minst 5 % av alle barn og unge i Norge er noe som ennå ikke er realisert flere steder i landet»

psykiatrien de siste 15 årene, etter en karriere som bedriftslege og allmennpraktiker. Dette fagområdet er både spennende og meningsfylt. Imidlertid har underskudd på kolleger medført lite tid til særlig annet enn «brannslukking» når det gjelder pasientarbeid og veiledning av utdanningskandidater. Dette har gått ut over muligheten til å utføre andre oppgaver som forskning, fagutviklingsarbeid osv.

### Barne- og ungdomspsykiatriens praksisfelt

Vi barne- og ungdomspsykiatere møter som oftest nyhenviste pasienter med «usminket» symptomatologi, i den forstand at dette er pasientenes første kontakt med psykiatrien. De fleste henvisningene omhandler til dels uklare symptomer og tegn på psykisk lidelse eller utviklingsavvik. Majoriteten av pasientene er over sju års alder, med et tyngdepunkt rundt ca. 10–11 år for guttene og 14–16 for jentene (3). Den polikliniske virksomheten utgjør mer enn 90 % av driften, langt mer enn i voksenpsykiatrien. De hyppigst forekommende henvisningsgrunnene er hyperkinetiske forstyrrelser og atferdsvansker, som utgjør 30 % (3). Deretter følger utviklingsforstyrrelser og emosjonelle vansker, tilknytningsforstyrrelser og angst/depresjon og tilpasningsvansker. På sengepostene ser bildet noe

virket mer utydelig både med hensyn til diagnostikk og behandling enn andre spesialiteter. Nå er det større vekt på evidensbaserte metoder, og vi har fått mer kunnskap om hjernen og om barns utvikling. Denne styrkingen av fagets biologiske substans har også styrket legenes plass i feltet.

### En selvstendig disiplin

I Norge er det nå i prinsippet tre grener innenfor psykiatrifaget – Psykiatri (for voksne), Barne- og ungdomspsykiatri og Rus og avhengighetsmedisin – som er under behandling i direktorat og departement med tanke på formell godkjenning. Psykiatri fremstår som den klart dominante og mest «utvokste» grenen, og har i dag ca. 1 180 yrkesaktive spesialister under 70 år, mot barne- og ungdomspsykiatriens ca. 230 (4). Inntil for noen år siden har det vært få barnepsykiatere, og disse har strevd med å finne sin plass og sitt faglige ståsted på en likeverdig måte i forhold til kolleger i voksenpsykiatrien. Voksenpsykiatrien har utgjort en atskillig større gruppe og deres legegruppe har ofte vært enerådende i psykiatrifeltet. Det er mye som bør samle oss, men også mye som er forskjellig. Bl.a. må barnepsykiaterne arbeide mye indirekte i forhold til pasientene og forholde seg mye til de voksne rundt barnet. Familien og dens nettverk,

### Ressursbruk

God tilgang på BUP-tjenester til minst 5 % av alle barn og unge i Norge er noe som ennå ikke er realisert flere steder i landet. Manglende måloppnåelse er stadig gjenstand for oppmerksomhet og bekymring, både innad i BUP-enhetene, fra myndighetenes og fra sykehusledelsens side. Samtidig som opptrappingsplanen har ført til at flere får hjelp, har det også vært en økning av antall tiltak per pasient (6). Sistnevnte måltall ønsker myndighetene å redusere for å nå enda flere barn, noe som vekker mye diskusjon innad i de enkelte enheter med tanke på faglig kvalitet. I motsetning til i BUP-sektoren er det i voksenpsykiatrien ikke satt opp måltall for hvor mange pasienter som skal behandles per saksansvarlig. Er myndighetene ikke like bekymret for ressursbruken i voksenpsykiatrien? Hadde vi hatt sammenliknbare tall for antall behandlede pasienter per saksansvarlig og for antall tiltak per pasient i henholdsvis voksenpsykiatrien og BUP-feltet hadde det vært lettere å avveie den totale ressursfordelingen mellom dem.

Hvorfor er det vanskelig å nå 5 % dekningsgrad mange steder selv etter at BUP-feltet er ferdig opptrappet? En mulig grunn kan være at enheter som var lavt dimensjonert i forhold til folketall før opptrappings-

planen, fortsatt er små relativt sett, mens de som var store, er blitt enda større. Dessuten har desentralisering og oppstart av nye enheter medført en «uttynning» av den lille gruppen erfarne legene som fantes innenfor et geografisk område. Det hjelper lite å utvide staben ved poliklinikkene med annet personell i stedet for leger for å få opp produktiviteten, fordi psykologer, sosionomer med flere ofte genererer enda større behov for legespesialister. Det er altfor få legespesialister i BUP-feltet (7). Mitt inntrykk er dessuten at spesialistene er fordelt noe ulikt i forhold til befolkningsgrunnlag mellom sykehusene, og når det gjelder geografisk plassering av hjemler for privat praksis.

### Legesituasjonen før og nå

Det har vært ambivalens både i fagfeltet og hos myndighetene når det gjelder vilje til å rekruttere barnepsykiatere i BUP-feltet. Rollen er blitt veid i forhold til andre profesjoner i feltet, som psykologspesialister, kliniske sosionomer, kliniske pedagoger, psykiatriske sykepleiere, kliniske barnevernspedagoger etc. Ansettende myndigheter har til dels argumentert med at medisinsk kunnskap ikke er så nødvendig i fagfeltet, og at andre faggrupper kan utføre hovedtyngden av det kliniske arbeidet. Mange steder har det nok blitt slik fordi det har vært vanskelig å få tak i barnepsykiatere, og det har vært satset for lite på å beholde de få som er.

Dette er imidlertid i ferd med å endre seg. Barne- og ungdomspsykiatri topper listen av de legespesialiteter som fikk størst økning av godkjente spesialister i perioden 2000–07 (7). Denne plasseringen må ses på bakgrunn av at det hadde vært et betydelig underskudd av legespesialister i BUP-feltet tidligere. Opptrappingsplanen medførte at antallet yrkesaktive spesialister under 70 år steg fra ca. 60 til ca. 190 i den angitte tidsperioden, og per januar 2010 var det oppe i 230 (4). Legeforeningen rangerer barne- og ungdomspsykiatri som nr. 2 blant de fag som vil ha størst behov for en økning av antall spesialister i årene fremover, mens psykiatri ligger på om lag 13. plass (7).

Opptrappingen av BUP-feltet skjedde ved en nokså rask og kraftig oppbemanning av mange typer fagstillinger. For legene gikk økningen langsommere pga. streng regulering av tildelte hjemler fra statens side. Det oppsto dermed en stor ubalanse av fagfolk i de tverrfaglige teamene med særlig stor manko på legespesialister. Dette forholdet gjør seg fortsatt gjeldende flere steder i landet. Hvem holder ut å være barnepsykiater på et mindre sted hvis det er en ensom rolle og arbeidet kun går ut på å skrive resepter (7)?

### Tiltak for bedre spesialistdekning i BUP-feltet

Det er i dag flere søkere og større interesse for barne- og ungdomspsykiatrien enn før.

Tiden er derfor inne til raskt å kunne opprette flere stillinger for å oppnå en rause bemanning på legesiden i de tverrfaglige teamene; særlig i poliklinikkene. Min erfaring er at produktiviteten og fagligheten fungerer best når antallet leger og psykologer er nokså likt og til sammen ikke utgjør mindre enn to tredeler av teamenes størrelse. Jeg er spent på hvilket mål for antall legestillinger myndighetene setter med hensyn til optimal bemanning i BUP-feltet videre. Mitt inntrykk er at Legeforeningens prognoser og ambisjoner med henblikk på antall utdanningsstillinger for barnepsykiatere i årene fremover er for lavt (7).

Det er ca. to tredeler kvinner blant barnepsykiaterne, og de fleste utdanningskandidatene er nyutdannet og nyetablerte med små barn. Det foregår en stor, og naturlig, avskalling de første årene av utdanningsløpet pga. varierende interesse for fagfeltet, der for eksempel pediatri eller allmennmedisin gjerne konkurrerer ut barne- og ungdomspsykiatrien. Det er ellers en utfordring at legegruppen er så ung at den, naturlig nok, i stor grad preges av fravær og forandring i sammensetning pga. deltid og permisjoner knyttet til omsorg for små barn og graviditeter. Hvis de som blir igjen på jobb mest må være konsulenter og reseptmakere, blir situasjonen fort utilfredsstillende, og vi får økt frafallet. Økt involvering av utdanningskandidatene i ledelse, forskning og faglig fordypning er en måte å bidra til at de får sterkere tilknytning til faget og arbeidsstedet. I dag er det lite tid til dette i en presset hverdag.

Barnepsykiatrien har vært preget av interne kompetansestridigheter. Er dette fortsatt forklaringen på sviktende driftsresultater? Jeg tror ikke det. Leger og psykologer, miljøterapeuter, kliniske pedagoger og sosionomer samarbeider nå som regel på en meningsfull og utfyllende måte med felles mål for øye. Fremdeles er det mangel på praksisnær forskning og fellesfaglig kvalitetsstyring, men dette kan bli bedre når antall spesialister generelt kommer mer på plass. Det er derfor svært viktig at også de andre profesjonene i fagfeltet blir stimulert og ivaretatt i tiden fremover. Bl.a. er det viktig å unngå en lekkasje av kliniske psykologer og kliniske pedagoger til kommunene på grunnlag av bedre lønns- og arbeidsforhold der.

Det er innført prioriteringsveileder når det gjelder psykisk helsearbeid for barn og unge, og det er god konsensus i fagfeltet om hvilke symptomer som gir prioritet (9). Mitt inntrykk er at BUP-feltet i så henseende er kommet lenger enn en del andre spesialiteter. Sykehusledelsen har her et godt redskap for å kunne innføre bedre styringsverktøy og kontrollrutiner innad som sikrer at de rette pasientene får hjelp og helhetlige behandlingsløp, til rett tid og i rett mengde, i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Det vil også kunne gi bedre sikring for at evidensbaserte behandlingsløp blir brukt i BUP-feltet. Dette vil styrke spesialistenes rolle (og dermed barnepsykiaternes rolle) i fagfeltet og gjøre arbeidet mer attraktivt.

Barne- og ungdomspsykiatriens plass som spesialitet bør styrkes. Dette kan bl.a. skje ved at det målbevisst settes et mer positivt søkelys på tjenesten både utenfra og innenfra. Fagfeltets kjerneområde med vektlegging av tverrfaglighet, tidlig intervensjon og tett samarbeid med familie og etater i kommunene er heldigvis i tråd med tiden. For å avspeile dette har flere sykehus nå endret navn på sin barne- og ungdomspsykiatriske avdeling til avdeling for psykisk helsearbeid blant barn og unge. De har fjernet ordet psykiatri (som er betegnelse på legespesialister) fra institusjonsnavnet som dermed kan favne bedre alle tunge profesjoner som er representert i fagområdet utenom legene. I forlengelsen av dette kan det være nærliggende å foreslå at psykiatriske avdelinger endrer navn til avdeling for psykisk helsearbeid blant voksne og at spesialiteten psykiatri endrer navn til voksenpsykiatri. Dette ville være et navneskifte med symbolsk betydning: Barne- og ungdomspsykiatri er blitt en voksen disiplin i sin egen rett.

### Solfrid Hjelset Larsen

sohlars@kleppnett.no

Stavanger universitetssjukehus – BUPA4095  
Stavanger

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Prosent kvinner av alle godkjente spesialister etter spesialitet 1950–2009. www.legeforeningen.no/id/1442 [30.11.2010].
2. Godkjente spesialister i 2008. www.tidsskriftet.no/index.php?seks\_id=1804132 [30.11.2010].
3. Andersson HW. Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. SINTEF Teknologisk og samfunn, Rapport 2/2009. Trondheim: SINTEF, 2009.
4. Godkjente spesialister per 4.1. 2010. www.legeforeningen.no/id/158764 [30.11.2010].
5. Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00124/Migrasjon\_og\_helse\_124049a.pdf [9.12.2010].
6. St.prop. 1 S (2009–2010). 8 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008, punkt 8.14. Punkt 8.14. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010/9.html?id=580402 [9.12.2010].
7. Spesialistutdanning av leger. Oslo: Legeforeningen, 2009. www.legeforeningen.no/asset/46251/1/46251\_1.pdf [30.11.2010].
8. Vaglum P. Hva er en psykiater? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1478–80.
9. Psykisk helsevern for barn og unge. Prioriteringsveileder 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

Mottatt 14.9. 2009, første revisjon innsendt

5.5. 2010, godkjent 2.12. 2010.

Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.