

5 Sérstakir hópar með geðsjúkdóma

5.1 Börn og unglingar

Þriðjungur þjóðarinnar er börn og unglingar undir 18 ára aldri. Margar þjóðir leggja mikla áherslu á að byggja upp geðheilbrigðisþjónustu fyrir þennan aldurshóp. Það er ljóst að margir geðsjúkdómar byrja eða eiga sér forstig í barnæsku og sífellt fleiri rannsóknir sýna fram á að því fyrr sem gripið er inn í, þeim mun meiri árangurs er að vænta. Fyrirbyggjandi gildi góðrar geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og unglunga verður að teljast ótvírætt. Skipulagsleysi þjónustunnar hér á landi er vandamál þannig að oft er óljóst hvert á að leita eða hvert hlutverk aðilar hafa en fyrst og fremst er framboð ónógt. Skortur er á sérhæfðu fagfólki, sérstaklega barna- og unglिंगageðlæknum.

Hér að neðan er gerð grein fyrir þýðingu og algengi geðræns heilsuvanda hjá börnum og unglíngum, rannsóknum, stefnu nágrannaþjóða og staða þjónustunnar hér á landi. Loks eru tillögur til úrbóta.

5.1.1 Mikilvægi geðheilbrigðis hjá börnum og unglíngum

1. Erfiðleika á sviði samskipta, líðunar, hegðunar eða þroska, sem eru það miklir að þörf er á inngripi fagfólks, má kalla geðheilsuvanda. Þegar geðheilsuvandi er alvarlegur og viðvarandi eða mörg geðheilsuvandamál eru til staðar, oft í tengslum við fleiri áhættuþætti, er um geðröskun eða geðsjúkdóm að ræða. Geðheilbrigðisvandamál eru hlutfallslega algeng hjá börnum. Faraldsfræðilegar rannsóknir, þar með talið íslenskar, benda til að um 20% barna eigi við geðheilsuvanda að stríða á hverjum tíma og að 7-10% barna þurfi á geðrænni meðferð að halda (1,2,3).

Um 10-20% barna þurfa á hjálp að halda vegna geðraskana

2. Geðheilbrigði barna er mikilvægt vegna þess að:
 - Ómeðhöndlaðir geðsjúkdómar barna eða annar vandi af félagslegum eða andlegum toga valda ekki eingöngu þjáningu og skerða möguleika barnanna sjálfra til heilbrigðs þroska heldur valda þeir einnig oft verulegu álagi á fjölskyldur þeirra.
 - Óleyst vandamál barna og unglínga halda oft áfram með vaxandi þunga fram á fullorðinsár.
 - Geðheilbrigðisvandamál barna auka álag víða í þjóðfélaginu, svo sem á félagsmála- og skólakerfið.
 - Ógreindar geðraskanir barna með langvarandi líkamlega sjúkdóma geta haft neikvæð áhrif á batahorfur þeirra.
 - Geðheilbrigðisvandamál sem koma upp í heilsugæslunni krefjast oft mikils tíma og orku þar til tekist er á við undirliggjandi vanda.
3. Geðheilbrigðisvandamál geta haft áhrif á alla þætti í lífi barnsins. Allir sem koma nálægt uppeldi og uppvexti barnsins hafa hlutverki að gegna í að efla, viðhalda og bæta geðheilbrigði þess.

Foreldrar, kennarar, starfsfólk heilbrigðis- og félagsmálastofnana eiga allir þátt í uppeldi barnsins.

Mikilvægast er að allir taki höndum saman og vinni að sama markmiði barninu eða unglingnum til heilla.

5.1.2 Algengi geðheilbrigðisvandamála hjá börnum og unglingum.

5.1.2.1 Algengi helstu geðraskana og tengdra þroskaraskana enskra barna og unglunga (2):

Ámiga um nætur (Nocturnal enuresis)	8% 7 ára 1% 14 ára
Svefnerfiðleikar (Sleep difficulties)	13-14 % 3ja ára barna
Átruflanir barna (Feeding difficulties in children)	12-14% leikskólabarna.
Verkir í kviðarholi án líkamlegra orsaka (Abdominal pain without organic case)	10% hjá 5-10 ára börnum
Svæsin skapofsaköst (Severe tantrum)	5% 3ja ára barna
Fælni (Simple phobias)	2,3 - 9,2% barna
Námserfiðleikar (“Specific reading retardation”)	Lestrarhamlanir 4 – 10%
Tilfinningaraskanir með upphaf í bernsku (Emotional disorders with onset in childhood)	4,5 - 9,9% hjá 10 ára börnum
Djúp geðlægd (Major depression)	0,5 - 2,5% hjá börnum 2 - 8% hjá unglingum
Hegðunarraskanir (Conduct disorders)	6,2-10,8% 10 ára gamalla barna
Kipparaskanir (Tic disorders)	1-13% drengja 1-11% stúlkna
Áráttuþráhyggjuraskanir (Obsessive compulsive disorders)	1,9% unglunga
Ofvirkniraskanir (Hyperkinetic disorders)	1,7% hjá drengjum í grunnskóla
Áskita (saurleki) (Encopresis (fecal soiling))	2,3% drengja og 0,7% stúlkna 7-8 ára 1,3% drengja og 0,3% stúlkna 11-12 ára
Lystarstol (Anorexia nervosa)	0,5-1% 12-19 ára barna/unglinga 8-11 sinnum algengara hjá stúlkum
Lotugræðgi (Bulimia nervosa)	1% unglingsstúlkna og ungra kvenna
Sjálfsvígstilraunir (Attempted suicide)	2-4% unglunga
Sjálfsvíg (Suicide)	7,6 á hverja 100.000 15-19 ára unglunga

(úr "A handbook on Child and Adolescent Mental Health", breska heilbrigðisráðuneytið, 1995 (4))

5.1.2.2 Íslenskar rannsóknir á algengi geðheilsuvanda hjá börnum og unglingum

Árið 1974 birti Sigurjón Björnsson niðurstöður rannsóknar á geðheilsu 1100 barna á aldrinum 5 - 15 ára. Börnin voru metin klínískt meðal annars m.t.t. vitsmunapróska (WISC) og með frávarpsprófi (Rorschach) auk hálfstaðlaðs viðtals við móður. Hlutfall alvarlega geðtruflaðra barna var um 20 %. Algengustu einkennin voru viðkvæmni, kvíði tengdur félagslegu álagi, samskiptaerfiðleikar, neikvæðni, hegðunarerfiðleikar auk sértækra námserfiðleika, ámigu og taltruflana. Góð geðheilsa tengdist hærra menntunarstigi foreldra, hárrí stöðu föður, viðhorf móður til hlýju og tilfinningalegrar svörunar, hærri greindarvísitölu barns og einkunnum í 12 ára bekk (3)

Árið 1995 könnuðu Helga Hannesdóttir og Sif Einarsdóttir með einkennakvörðum Achenbachs algengi hegðunar- og tilfinningaeinkenna handahófsúrtaks 11 – 18 ára barna og unglunga. Kvarðar voru lagðir fyrir 1052 foreldra og 545 börn og unglunga á aldrinum 11-18 ára. Meðal vandamálastig á aldrinum 4-16 ára var svipað á Íslandi (17,5) og í rannsóknunum í Danmörku (17,7), Noregi (16,0) og Svíþjóð (14,2) þar sem sami einkennakvarði var notaður en var heldur lægra en í öðrum erlendum rannsóknunum sem sami kvarði var notaður en aðferðarleg atriði geta skýrt mismuninn (4).

Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála birti niðurstöður rannsókna sinna á vímuefnaneyslu ungs fólks 1998. Spurningalistar voru lagðir fyrir nemendur í efstu bekkjum grunnskóla í mars 1997, en til samanburðar voru samskonar kannanir frá 1992 og 1995. Spurningalistunum svöruðu 7.785 nemendur í 9. og 10. bekk, sem er um 91% nemenda í þessum árgöngum. Kannanir um vímuefnaneyslu þessa aldurshóps liggja fyrir á landsvísu allt frá árinu 1984. Niðurstöður sýna að heldur dró úr útbreiðslu bæði löglegra og ólöglegra vímuefna og tóbaks meðal skólanema á síðari hluta 9. áratugarins, en á þeim 10. hefur slík neysla aukist aftur.

Um fimmtungur 10. bekkjanna reykja daglega 1997 sem er sama hlutfall og 10 árum áður, en 1992 reyktu um 15% þessara nemenda daglega.

Árið 1997 höfðu ríflega 81% nemenda í 10. bekk grunnskóla neytt algengasta vímuefnisins, áfengis, einhvern tímann á ævinni sem er sama hlutfall og 1984. Lægst komst neyslan í 70% 1989. Tæplega 40% nemenda í 10. bekk sögðust hafa orðið drukknir sex sinnum eða oftar, 18,7% nemenda í 9. bekk og 5,4% nemenda 8. bekkjar. Samanborið við önnur Evrópulönd er hlutfall nemenda sem hafa orðið drukknir á Íslandi (60%) hátt (6. sæti). Einnig eru vandamál tengd áfengisneyslu í þessum hópi algeng í samanburði við önnur Evrópulönd svo sem hlutfall nemenda í 10. bekk sem hafa orðið fyrir óæskilegri eða ógætilegri kynlífsreynslu vegna eigin áfengisneyslu, lent í slagsmálum eða sem stolið eða rænt hefur verið frá eða orðið fyrir meiðslum eða lent í slysi af sömu ástæðu.

Hlutfall nemenda í 10. bekk sem hafa prófað ólögleg vímuefni árið 1995 er 10% sem er hærra en í Noregi og Svíþjóð, en lægra en í Danmörku (18%) og í Bretlandi þar sem hlutfallið var hæst (42%). Hass eða marijuana er algengasta ólöglega vímuefnið. Þrjú prósent nemenda 10. bekkjar sögðust hafa prófað amfetamín, samanborið við 2% í Danmörku og 1% í Noregi og Svíþjóð. Um 0-1% grunnskólanema á Norðurlöndum, þar með talið Ísland, sögðust hafa prófað efni á borð við LSD, alsælu og heroín, en kókaín komst ekki á blað á Íslandi. Samanburður á aðgengi að ólöglegum vímuefnum í nágrannalöndunum leiddi í ljós að það er svipað í Noregi, Svíþjóð og Íslandi. Fram kemur að því yngri sem unglingarnir hefja áfengisneyslu, því alvarlegri eru vandamálin sem henni fylgja þegar fram í sækir, þar með talin neysla ólöglegra vímuefna. Þessir unglingar eru í áhættuhópi sem endurspeglast m.a. í slökum tengslum þeirra við foreldra sína og skóla og litlu tómstundastarfi. Að koma í veg fyrir áfengisneyslu þessa hóps er því brýnt forvarnarverkefni (5). Sjá nánar stefnumótun í vímaefnamálum, kafla 5.3.5.1.

5.1.3 Stefnumótun nokkurra nágrannalanda í geðheilbrigðismálum barna og unglunga

Nágrannarþjóðirnar hafa sett fram stefnumótun í geðheilbrigðisþjónustu við barnafjölskyldur. Dæmi eru tekin frá Svíþjóð, Bandaríkjunum og Bretlandi.

5.1.3.1 Svíþjóð

Markmið barna- og unglिंगageðheilbrigðisþjónustu er að fyrirbyggja, finna, lina og lækna geðrænar raskanir, sjúkdóma og samskiptavandamál sem hindra persónuvöxt og þroska. Þjónustan á að mótast af heildarsýn og veitast með virðingu fyrir einstaklingnum, í samspili með fjölskyldunni og samvinnu við tengdar samfélagsstofnanir.

Markhópur er börn og unglingar sem sýna einkenni eða eru í áhættu fyrir geðheilsuvanda og sem geta átt í erfiðleikum með félagslega aðlögun, ásamt fjölskyldum þessara barna og unglunga. Aldursmörkin eru venjulega 0 - 17 ára. Göngudeildarþjónusta er veitt til hins ítrasta. Innlögn er veitt við bráðri geðtruflun sem krefst mikillar umönnunar, við geðrannsókn þar sem sólarhringsvistun er nauðsynleg, ásamt við alvarlegum geðröskunum sem krefjast gjörgæslu og verndar (6).

(Socialstyrelsen: Psykiatri uppföljningen 1997:8; Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården; 23)

5.1.3.2 Bandaríkin

Á 9. áratugnum voru gerðar áherslubreytingar á geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglunga. Þessar breytingar voru m.a.

- a) Aukin áhersla á að veita þjónustu án innlagna til að halda fjölskyldum saman og í tengslum við grunnþjónustuna (community-based treatment services).

- b) Aukið vægi samfellu í meðferð með auknu aðgengi og framboði þjónustu sem tekur mið af þörfum barnsins og fjölskyldunnar.
- c) Lögð áhersla á að auka þátt fjölskyldunnar í skipulagi og útfærslu meðferðarinnar, sem byggir á breyttu viðhorfi til hlutverks fjölskyldunnar.
- d) Miðað að samhæfingu þjónustunnar milli stofnana og fagaðila þar sem tekið er mið af sameiginlegri ábyrgð á skjólstæðingum og þörfinni fyrir samhæfingu úrræða.
- e) Endurmetnar fjármögnunarleiðir þar sem að hægt er að nýta úrræði sem þegar eru til staðar enn betur (7).

(Children's Mental Health Services. Research, policy and evaluation; Bickman, C & Rog, D.J.; 1995)

5.1.3.3 **Bretland**

Meginhluta geðheilbrigðisvanda barna og unglunga er hægt að sinna í heilsugæslu (primary care). Þessu er aðeins hægt að framfylgja ef heilbrigðisstarfsmennirnir hafa til þess nægilega þekkingu og þjálfun auk aðstöðu til að viðhalda þeirri hæfni. Heilsugæsluteymið verður að hafa auðveldan aðgang að sérfræðiþjónustunni. Teymið getur aðeins sinnt þessu hlutverki ef aðgengi að sérfræðingum er tryggt.

Sérfræðingar geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglunga eiga að styðja við og efla starf heilsugæslunnar, annarra fagaðila og áhugamannasamtaka sem vinna að bættri þjónustu við börn og unglunga með geðræn vandamál. Stuðningur felur m.a. í sér handleiðslu, ráðgjöf og þjálfun.

- Þjónustan á að vera skjólstæðingsmiðuð.
- Upplýsa þarf sjúklinga um meðferðarleiðir og þá þjónustu sem stendur til boða.
- Sérfræðiþjónustan á öllum stigum þarf að endurspeglar mismunandi þarfir skjólstæðinganna.
- Þjónustan þarf að beinast fyrst og fremst að þeim skjólstæðingum sem eru í brýnustu þörf fyrir hana.
- Forðast ber faglegra einangrun.

Skipulag þjónustu

Hver þjónustueining þarf að hafa framhaldsmenntaðan einstakling innan hverrar fagstéttar til að skipuleggja og vera ábyrgur fyrir faglegru þróun svo sem þjálfun, handleiðslu og endurnýjun þjónustunnar.

Forðast skal að þjónusta sé einangruð.

Góð samvinna og samhæfing er nauðsynleg. Ef samskipti og samhæfing er léleg munu úrræði glatast vegna endurtekninga, göt myndast, sjúklingar og þeir sem veita þjónustuna verða ráðvilltir.

Geðheilbrigðisþjónusta við börn og unglunga er í megin atriðum þrjúþætt:

- Mat og meðferð.
- Ráðgjöf, stuðningur og samráð við, fjölskyldumeðlimi, starfsfólk heilbrigðis, félagsmála- og skólakerfis auk áhugamannasamtaka.
- Efling geðheilbrigðis barna og unglunga (8).

(Wallace, S.A., Crown, J.M., Cox, A.D. & Berger, M. (1997). Child and adolescent mental health: Health care needs assessment. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.)

5.1.4 Geðheilbrigðisþjónusta fyrir börn, unglunga og fjölskyldur þeirra á Íslandi

Ekki er til nein opinber heildstæð stefnumótun á Íslandi varðandi þjónustu á geðheilbrigðisviði fyrir börn, unglunga og fjölskyldur þeirra og því verður í staðinn gerð grein fyrir skipulagi þeirrar þjónustu sem veitt er í dag.

Hér á eftir verður reynt að flokka þjónustuna allt frá almennri grunnþjónustu til sérhæfðari þjónustu ýmissa fagaðila og loks til sérhæfðustu stofnanarþjónustu með fagteymum þar sem möguleiki á innlögn er til staðar. Þáttur þessara þjónustuaðila í forvarnarstarfi spannar einnig vítt svið og t.a.m. hafa sérhæfðustu stofnanir eins og barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans mikilvægu hlutverki að gegna í fyrsta, öðru og þriðja stigs forvörnum. Einnig vísast sérstaklega til kafla 2.2. um forvarnir.

5.1.4.1 Grunnþjónusta

Grunnþjónustan veitir almenna geðheilbrigðisþjónustu sem miðar að lækkun nýgengis geðraskana sem felst m.a. í því að:

- uppgötva geðheilbrigðisvanda á fyrstu stigum, svo sem félagslega, tilfinningalega og samskiptalega erfiðleika
- gefa almenn ráð og í sumum tilvikum meðferð við minni háttar geðheilsuvanda
- nota tækifæri sem gefast til að efla geðheilbrigði og fyrirbyggja geðheilsuvanda.

Vettvangur og starfsemi grunngeðheilbrigðisþjónustu við börn og unglunga er eðlilegast að sjá í tengslum við skóla og heilsugæslu. Starfsfólk skóla og heilsugæslu þarf að vera í stakk búið að veita þessa þjónustu og efla hana. Samkvæmt heilbrigðisáætlunum og lögum hér á landi er gert ráð fyrir að geðheilbrigðisþjónusta verði stór þáttur í starfsemi heilsugæslustöðva. Eins og staðan er í dag er mikil nauðsyn að efla þennan þátt, bæði utan hefðbundinna sjúkrastofnana, svo sem í skólum og einnig í tengslum við heilsugæsluna. Huga ber „sérstaklega að hinum fjölmörgu möguleikum sem eru til heilbrigðisfræðslu, ráðgjafar og stuðnings við börn og unglunga á

öllum skólastigum. Öflug heilsuverndarstarfsemi, sem beinist að fyrirbyggingu heilbrigðisvanda og almennri eflingu vellíðunar, er sá þáttur sem mikilvægast er að styrkja á komandi árum. Til að svo geti orðið þyrfti þó að breyta áherslum í núverandi heilbrigðiskerfi og í menntun heilbrigðisstétta." (Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum, 1997).

5.1.4.1.1 Mæðravernd/fjölskylduvernd

Öllum íslenskum konum stendur til boða mæðravernd á meðgöngutíma. Það skortir þó að mæðravernd taki mið að víðari skilgreiningu á heilbrigði (líkamlegu, andlegu, félagslegu). Við framkvæmd laga um heilbrigðisþjónustu nær mæðravernd yfir meðgöngutímamann og ungbarnavernd yfir tímabilið eftir fæðingu. Tíðni sálfélagslegra aðlögunarerfiðleika eftir fæðingu kallar á endurskoðun á framkvæmd heilsuverndar fyrir mæður og ungbörn (Marga Thome, 1996). Breskar rannsóknir hafa leitt í ljós að geðsjúkdómar kvenna eru þrisvar sinnum algengari á fyrstu mánuðum eftir barnsburð en á öðrum tímabilum ævinnar (Cox, Murray & Chapman, 1993). Í íslenski könnun sem gerð var árið 1996 kom í ljós að þunglyndiseinkenni hrjá 14% mæðra 2-3 mánuðum eftir fæðingu og fimmta hver móðir kennir mikillar streitu í foreldrahlutverkinu (Marga Thome, 1996). Þunglyndi mæðra hefur marktækt neikvæðari áhrif á þroska ungbarna hafi það verið til staðar fyrstu þrjú mánuði eftir fæðingu en á öðrum tíma (Murray, 1992). Áhrif á sveinbörn eru marktækt neikvæðari en á meybörn (Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen & Kumar, 1995). Eingöngu 25% þeirra sem greindust með þunglyndi fá að eigin sögn aðstoð frá heilbrigðisstéttum vegna þunglyndis (Marga Thome, 1996).

Landlæknisembættið vinnur nú að endurskoðun mæðraverndar en það er ljóst að sálfélagslegir þættir hafa verið útundan fram til þessa. Þó má benda á þróunarverkefnið "Nýja barnið" sem unnið hefur verið á heilsugæslunni á Akureyri og lýst er í næsta kafla.

5.1.4.1.1.1 Nýja barnið

„Nýja barnið“ þróunarverkefni við Heilsugæslustöðina á Akureyri er dæmi um þverfaglega samvinnu - og þjónustu sem hægt er að byggja öflugt forvarnarstarf á hvað varðar þroska og heilbrigði einstaklinga og fjölskyldna þeirra. Í verkefninu "Nýja barninu" á Akureyri er lögð áhersla á sálfélagslegt mat barnshafandi kvenna strax í fyrsta viðtali við heilsugæslulækni og unnið er út frá því mati á meðgönguferlinu.

Neytendakönnun fór fram á þessari þjónustu (sérstaklega á fyrsta viðtalinu) og fannst þjónustuþegum, að í rúmlega 80 % tilfella, að spurningar heilsugæslulæknis væru við hæfi í þessu fyrsta viðtali. Einnig kom það fram í viðtali við þær konur sem fengu hópmeðferð vegna sálfélagslegra erfiðleika að þeim fannst gagnsemi af þessari þjónustu vera ótvíræð og fannst þeim þær ráða betur við móðurhlutverkið í kjölfar hennar.

Samkvæmt verkefnisstjórunum Karólínu Stefánsdóttur, félagsráðgjafa og Hjálvari Freysteinsyni, heilsugæslulækni var sú tilgáta staðfest að almennt er auðveldara að ná samstarfi um úrræði og meðferð á þessu mótunarskeiði fjölskyldunnar en á öðrum tímum og að þessar breyttu áherslur og starfsaðferðir voru í takt við óskir og þarfir fjölskyldunnar.

Áframhaldandi þróun á þessari braut þyrfti að eiga sér stað með nákvæmari árangursmælingum á þjónustuna og forvarnargildi slíkrar þjónustu. Einnig þyrftu þættir þjónustunnar að vera áreiðanleikaprófaðir eins og heilsufarsmat þ.e. samræmi á milli fagaðila sem gera matið.

Sú hugmyndafræði sem byggt er á í Akureyrarverkefninu um fjölskylduverndina og mikilvægi forvarnarstarfs í tengslum við heilsuverndarstarf er nauðsynlegt að efla innan heilsugæslunnar á landsvísu. (sjá nánar um í kafla 4.3.1.3).

5.1.4.1.2 Ungbarnaeftirlit

Landlæknisembættið gaf út handbók 1996 um nýja tilhögun ungbarnaverndar sem áætlað er að taki gildi frá 1999. Er það vel að mat á andlegum og líkamlegum þroska er gefið aukið vægi miðað við það sem áður var. Mikilvægt er að meðhöndlun þessara vandamála sé í skýrum farvegi. Sérfræðingateymi í tengslum við Heilsuverndarstöðina getur orðið mikilvægur liður í frekari mati á frávikum en leiðin að þriðja stigs stofnunum svo sem BUGL og Greiningarstöðinni þarf að vera greið.

5.1.4.1.3 Skólaheilsugæsla

Markmið hennar er að „stuðla að því að börn fái að þroskast við þau bestu andlegu, líkamlegu og félagslegu skilyrði sem völ er á" (Björg Eysteinsdóttir, 1996). „Þegar staða skólayfirlæknis var lögð niður mælti Landlæknisembættið með því, árið 1992 að dregið yrði úr líkamlegu eftirliti skólabarna þannig að hjúkrunarfræðingum gæfist meiri tími til að sinna forvörnum og fræðslu. Einnig til að sinna andlegum og félagslegum vandamálum nemenda sem oft krefjast skjótra úrlausna. Í flestum grunnskólum starfa nemendaverndarráð þar sem sameinast kraftar og þekking ýmissa starfsstétta. Þarna er reynt að taka á vandamálum einstakra nemenda, áður en þau verða að stærra vandamáli, og leita leiða til úrlausnar." (Björg Eysteinsdóttir, 1996).

Nemendaverndarráð, skólaheilsugæslan og sérfræðideildir skóla þurfa að mynda eina samfellu sem getur tekist á við tilfinninga- og félagsleg vandamál sem upp koma í skólaumhverfinu en oft er verkaskipting milli þessara aðila óljós jafnframt því sem misvel er stutt við þessa þjónustu. Meðan þessi þáttur í þjónustunni er veikur er ekki við því að búast að stofnanir eins og Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala geti á landsvísu haldið utan um og meðhöndlað vandamál sem tilheyra verksviði þessara aðila og heyra undir sveitastjórnir á hverjum stað.

5.1.4.2 Sérhæfð þjónusta fagaðila

Á þessu stigi fer fyrst og fremst fram frekari greining á félagslegum, tilfinningalegum og samskiptalegum vanda. Einnig fer fram meðferð þeirra sem geta nýtt sér þjónustu utan sérfræðistofnana og handleiðsla/ráðgjöf fyrir starfsfólk í grunnþjónustunni.

Skipta mætti verkefnum þessa þjónustustigs á eftirfarandi hátt:

- greina og veita meðferðarþjónustu á fyrstu stigum félagslegs, tilfinningalegs og samskiptalegs vanda
- veita þjónustu og ráðgjöf til annars fagfólks, t.d. þeirra sem vinna í grunnþjónustunni.
- greina flóknari og erfiðari tilvik sem kynnu að þurfa á frekari sérfræðihjálp að halda og hlutast til um að viðkomandi fái þjónustu á viðeigandi stofnunum.

Forvörn sérhæfðrar þjónustu fagaðila felst í að meðhöndla vandann á fyrstu stigum og koma þannig í veg fyrir að hann verði viðvarandi. Samkvæmt lögum ber sveitarfélögum að sjá til þess að vissir hópar fái tilskylda þjónustu sem fyrirbyggjandi aðgerð (Lög um vernd barna og ungmenna Nr. 58, 1992). Sem dæmi um þetta eru m.a. börn sem hafa á einhvern hátt verið vanrækt eða orðið fyrir ofbeldi. Sveitarfélögin reka sjálf slíkar þjónustueiningar í mjög litlum mæli og hafa því þurft að vísa málum til stofnana sem reknar eru af ríkinu eða greiða fyrir þessa þjónustu á einkareknum stofum fyrir þá skjólstæðinga sína sem ekki hafa fjárhagslegt bolmagn til þess.

Þessu stigi tilheyra bæði stofnanir og þjónustueiningar við stofnanir sem reknar eru af sveitarfélögum og ríki auk þess sem um er að ræða einyrkjaþjónustu, en þar eru sérfræðingar (barnageðlæknar, sálfræðingar, félagsráðgjafar og geðhjúkrunarfræðingar) sem vinna oftast einir á einkareknum stofum.

Ef litið er til þess hve meðferðartilboðin eru fá, biðlistarnir langir á þeim meðferðarstofnunum sem til eru og fáir sérmenntaðir fagmenn á sviðinu er augljóst að **gera þarf stóratök í menntunarmálum til þess að fjölga sérhæfðum fagmönnum sem sinnt geta börnum, unglíngum og fjölskyldum þeirra.**

Þær stofnanir og þjónustueiningar sem ríki og sveitarfélög reka og tilheyra þessu stigi eru eftirfarandi:

5.1.4.2.1 Sálfræði og sérkennsludeild (SOS deild) dagvistar barna í Reykjavík

Þar vinna sálfræðingar sem veita greiningar- og ráðgjafarþjónustu inn á dagvistarheimili Reykjavíkurborgar vegna einstakra barna. Einnig veita þeir stuðning fyrir starfsfólk dagvistarstofnananna. Á SOS deildinni vinna einnig leikskólasérkennarar og þroskajálfar sem sinna einstökum börnum á

leikskólunum í samvinnu við sálfræðingana. Á dagvist barna starfa einnig leikskólaráðgjafar í samvinnu við fyrrnefnt starfsfólk SOS deildarinnar.

Félagsráðgjafar sinna þar einungis þjónustusviðinu en þeir hafa umsjón með dagmæðraþjónustunni.

Að sögn starfandi sálfræðings á SOS deildinni er mikill skortur á sérfræðingum við deildina sérstaklega m.t.t. breiddar faghópsins. Þar vantar fleiri faghópa eins og til dæmis iðjuþjálfara, félagsráðgjafa og sjúkrapjálfa.

5.1.4.2.2 Sérfræðiþjónusta skóla

Samkvæmt reglugerð um sérfræðiþjónustu í skólum (Reglugerð um sérfræðiþjónustu í skólum Nr. 386, 1996) er í dag kveðið svo á um að sálfræðingar sem vinni við skólana skuli einungis sinna „faglegri ráðgjöf vegna almennrar kennslu einstaka námsgreina og aðstoð og leiðbeiningum við kennara vegna sérkennslu“. Þeir skulu enn fremur gera greiningu á börnum sem eiga í tilfinningalegum/félagslegum vanda, en ekki veita þeim meðferð, heldur vísa þeim annað til meðferðar. Það er vitað í dag að því fyrr sem meðferð hefst hjá barni sem á í tilfinningalegum/félagslegum erfiðleikum því betri eru möguleikarnir á að koma í veg fyrir að úr verði viðvarandi og erfitt vandamál. Þetta er því afturför frá því sem áður var og slæm nýting á þeim starfskrafti sem vinnur við sérfræðiþjónustu skólanna.

Frá Félagi skólasálfræðinga

Reynsla undanfarinna ára hefur sýnt að sálfræðiþjónusta skóla sinni oft nemendum með svo alvarlega erfiðleika að það hefði fullkomlega réttlætt tilvísun á meðferðarúrræði utan skólakerfisins, en sú þjónusta hefur ekki verið til staðar í nægilegum mæli. Skortur á slíkri þjónustu hefur orðið til þess að mjög tímafrek og erfið mál hafa setið eftir í höndum sálfræðiþjónustu skóla án þess að þar væri mannaflí til að sinna þeim í samræmi við þörf barnanna. Þetta hefur einkum gerst úti á landi þar sem ekki hefur verið starfandi fólk úr geðheilbrigðisstéttum og félagsmálayfirvöld hafa ekki verið í stakk búin til að veita faglega ráðgjöf.

Skortur er á þjónustu fyrir nemendur með alvarlega erfiðleika

Þetta gamla fyrirkomulag var þanið til hins ýtrasta, en nú er búið að skilgreina sálfræðiþjónustu í skólum upp á nýtt og mun þrengja en áður var.

Með nýjum grunnskólalögum, sem tóku gildi 1. ágúst 1996, fylgdi ný reglugerð um sérfræðiþjónustu í skólum. Þar er verulega dregið úr beinni þjónustu við börnin og fjölskyldur þeirra. Störf sérfræðiþjónustu skóla eiga samkvæmt þessari reglugerð fyrst og fremst að beinast að því að efla grunnskólana sem faglegar stofnanir sem geti leyst flest þau viðfangsefni sem upp koma í skólastarfi og veita starfsmönnum skóla leiðbeiningar og aðstoð við störf sín eftir því sem við á. Um þjónustu við foreldra segir reglugerð um sérfræðiþjónustu skóla að það eigi að gefa þeim kost á leiðbeiningum um uppeldi nemenda eftir því sem aðstæður leyfa.

Þarna er búið að afmarka sérfræðiþjónustu skóla mjög þröngt og draga úr beinni þjónustu við börn og forráðamenn þeirra.

Dregið hefur verið úr sérfræðiþjónustubjónustu við börn

Vandamál barnanna eru enn til staðar og ákveða verður hver skuli sinna þeim verkefnum sem sálfræðiþjónusta skóla sinnti áður.

Mikilvægu forvarnarstarfi er sinnt í grunnskólum með því að greina vandamál á frumstigi. Samkvæmt reglugerðinni að ofan á sálfræðiþjónusta grunnskóla ekki að sinna meðferð.

Það er ekki nóg að finna þau börn sem eiga rétt á aðstoð skv. lögum, heldur þurfa líka að vera til staðar úrræði sem veita eiga þeim aðstoð skv. lögum. Mikilvægt er að foreldrum og börnum sé tryggður sá réttur að Tryggingastofnun ríkisins greiði fyrir þá þjónustu sem sálfræðingar veita utan stofnana.

Foreldrum og börnum skal tryggður aðgangur að sérfræðiþjónustu

5.1.4.2.3 Heilsugæslan

Miklum fjölda barna og unglunga með geðrænan heilsufarsvanda er sinnt á heilsugæslustöðvum af læknum og hjúkrunarfræðingum. Við einstaka stöð starfa félagsráðgjafar og nýbreytni er að ráða sálfræðinga á heilsugæslustöðvar. Hópurinn fagnar sérstaklega þessari þróun en bendir um leið á að uppbygging þessarar þjónustu þarf að vera markvissari og tengsl t.a.m. sálfræðinganna við aðra þjónustuaðila annarra stofnana þurfa að vera skýr.

5.1.4.2.4 Einyrkjar á einkareknum stofum

Einyrkjar á einkareknum stofum eru læknar svo sem heimilislæknar, barna- og unglíngageðlæknar, barnalæknar og geðlæknar auk félagsráðgjafa, sálfræðinga og geðhjúkrunarfræðinga. Þessir sérfræðingar veita margvíslega þjónustu við einstaklinga, fjölskyldur og stofnanir bæði beint og í formi ráðgjafar sem tilheyrir þriðja stiginu. Miðað við fjölda sérfræðinga sem þjónusta fullorðna einstaklinga sem eiga við geðheilsuvanda að stríða er mikill skortur á sérfræðingum á barna- og unglíngasviðinu innan geðheilbrigðisþjónustunnar. Í viðtölum við formenn fagfélaga viðkomandi faghópa kemur í ljós að **starfandi sérfræðingar sem hafa sérmenntun á meðferðarsviði fyrir börn og unglíngar eru mjög fáir í öllum viðkomandi fagfélögum.**

5.1.4.2.5 Fjölskyldumiðstöð vegna „barna í vanda“

Samstarfsverkefni til ákveðins tíma á vegum Reykjavíkurborgar, heilbrigðis- og félagsmálaráðuneytanna og Reykjavíkurdéildar Rauða krossins, mannað ráðgjöfum ýmissa stofnana. Þangað geta leitað foreldrar sem eru í vanda með börn sín og er þá sérstaklega verið að veita stuðning vegna vímuefna og

hegðunarvanda unglunga. Slík þjónusta myndi nýtast vel fyrir breiðari hóp unglunga.

5.1.4.2.6 Samvist - Fjölskylduþjónusta Mosfellsbæjar og Reykjavíkurborgar

Þangað geta barnafjölskyldur leitað beint án tilvísunar. Þar vinna bæði félagsráðgjafar og sálfræðingar sem allir hafa þjálfun í fjölskyldumeðferð. Þetta er tilraunaverkefni á vegum tveggja sveitarfélaga á höfuðborgarsvæðinu. Um er að ræða tilraunaverkefni þar sem unnið er út frá þeirri hugmyndafræði að barnið og hinir fullorðnu séu hluti af fjölskylduheildinni og því þurfi að vinna með fjölskylduna í heild þegar um er að ræða vanda hjá meðlimum fjölskyldunnar. Frá upphafi hefur verið gert árangursmat, en niðurstöður úr því hafa enn ekki verið birtar opinberlega.

5.1.4.2.7 Hlutverk sveitarfélaga

Félagsmálastofnanir sveitarfélaganna veita fjölskyldum í tilfinningalegum og félagslegum vanda ýmiskonar aðstoð.

Í lögum um vernd barna og ungmenna er gert ráð fyrir þrenns konar lausnum þegar börn geta ekki búið heima hjá sér, þ.e. fósturheimilum, sbr. VI. kafla bvl., vistunum á stofnunum á vegum sveitarfélaga, sbr. 2. mgr. 51. gr. bvl., og vistunum á stofnunum á vegum Barnaverndarstofu, sbr. 5. mgr. 51. gr. laganna.

Vistanir á stofnunum á vegum sveitarfélaga takmarkast við þau tilfelli þar sem ekki þarf að bjóða upp á sérhæfða meðferð. Þar getur verið um að ræða sambylí, áfangastaði eða fjölskylduheimili.

Reykjavík: Barnaverndarmál eru á vegum sveitarstjórna en barnaverndar-nefndir starfa undir eftirliti Barnaverndarstofu. Barnaverndarmál eru víða mjög umfangsmikil og má sem dæmi nefna að samkvæmt ársskýrslu Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar fyrir árið 1996, hafði barnaverndarnefndin afskipti af málum 195 barna úr 153 fjölskyldum.

Auk barnaverndarmála eru a.m.k. stærri sveitarfélögin með mjög viðamikla þjónustu við börn, unglunga og fjölskyldur þeirra. Þetta starf er að miklum hluta sniðið að þörfum fólks sem hefur átt við margháttuð vandamál að stríða. Sem dæmi má nefna starf á vegum Reykjavíkurborgar, en þar starfaði meðferðar- og ráðgjafardeild sem sinnti unglingum á aldrinum 13-18 ára.

Í töflunum hér á eftir má sjá aldur og kyn þeirra sem nutu aðstoðar árið 1996, en upplýsingarnar eru úr ársskýrslu Félagsmálastofnunar Reykjavíkur 1996 (Ársskýrsla FR, 1997). Þessi deild hefur nú verið lögð niður og málefnum unglunga nú sinnt í tengslum við fjölskyldur sínar í fjölskyldudeild hverfaskrifstofanna, en ekki sér eins og áður var.

Aldur og kyn unglunga sem voru til meðferðar hjá meðferðar- og ráðgjafardeild unglingadeildar 1996

	Stúlkur		Drengir		Alls	
	Fj.	%	Fj.	%	Fj.	%
12-14 ára	18	13,1	30	21,4	48	17,3
15-16 ára	65	47,4	60	42,9	125	45,1
17 ára og eldri	54	39,4	50	35,7	104	37,5
Samtals	137	99,9	140	100,0	277	99,9

Alls bárust 100 ný mál til meðferðar- og ráðgjafardeildar unglingadeildar á árinu.

**Ástæða komu til meðferðar- og ráðgjafarsviðs
Mál sem bárust á árinu**

	Fj.	%
Samskiptaerfiðeikar í fjölskyldu	28	14,2
Vandi vegna skóla/atvinnu	26	13,2
Fjölskylduaðstæður	25	12,7
Afbrot	22	11,2
Hegðunarvandi	18	9,1
Útivist	16	8,1
Félagstengsl	11	5,6
Vímuefnavandi	11	5,6
Þunglyndiseinkenni	5	2,5
Ofbeldi (gerandi)	3	1,5
Flökkulíf	3	1,5
Óöryggi og kvíði	3	1,5
Sjálfsmorðshætta	3	1,5
Einelti	3	1,5
Kynferðislegt ofbeldi	2	1,0
Rofið fóstur	1	0,5
Óþekkt og annað	17	8,6
Samtals	197	100,0

Í sumum málum eru tilgreindar fleiri en ein ástæða komu. Hér eru allar ástæður komu tilgreindar.

Á vegum Fjölskyldudeildar Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar eru rekin nokkur fjölskyldu- og vistheimili auk sambýlis og unglungaheimilis.

Kostnaður Reykjavíkurborgar við þennan málaflokk 1996 er tæpar 158 milljónir króna og er þá ekki tekið tillit til hlutdeildar í sameiginlegum rekstri, stjórnun o.fl.

5.1.4.2.8 Rauða kross húsið

Í tilefni af ári æskunnar 1985 var ákveðið á aðalfundi RKÍ 1985 að leita leiða til að koma ungum fíkniefnaneytendum og aðstandendum þeirra til aðstoðar og hófst starfsemin 14. desember 1985.

Tilgangurinn var að koma upp hjálparstöð fyrir börn og unglinga upp að 18 ára aldri, sem væri opin allan sólarhringinn. Strax í upphafi var lögð áhersla á fyrirbyggjandi starf.

Aðalverkefni „Hússins“ hafa verið þrjú.

1. Neyðarathvarf
2. Símaþjónusta
3. Ráðgjöf

Samkvæmt upplýsingum frá Rauða krossinum hafa verið frá 75-133 komur í Húsið á ári hverju síðan 1986. Aðalástæður eru húsnæðisleysi, samskipta-örðugleikar, neysla gests, neysla forráðamanna, stundarósætti, erfiðar heimilisástæður, ofbeldi o.fl.

Símhringingar voru fremur fáar fyrstu árin en fór upp í rúmlega 7000 árið 1992, en árið 1995 voru 3000 símhringingar.

Þeir sem hringja eru flestir á aldrinum 12-16 ára, en í 20% tilvika er sá sem hringir fullorðinn. Stúlkur eru í verulegum meirihluta þeirra sem hringja eða nær tveir þriðju hlutar símhringjenda.

5.1.4.3 Stofnanþjónusta

Sérhæfðar heilbrigðisstofnanir veita sérfræðiaðstoð við alvarlegri, flóknari, viðvarandi geðheilsuvanda. Á þeim starfa teymi einstaklinga úr ýmsum faghópum.

Teymið metur og meðhöndlar geðraskanir hjá börnum og unglingum og í því geta verið:

- barna- og unglिंगageðlæknar
- aðrir læknar
- sálfræðingar
- hjúkrunarfræðingar
- félagsráðgjafar
- iðjuþjálfar
- listþjálfar
- sérkennarar
- talmeinafræðingar

Teymið veitir:

- sérfræðimat og aðgang að sérhæfðustu meðferðarúrráðum. Hér fer fram sérhæfð þjónusta sem nauðsynlegt er að veita í völdum tilvikum. Hér má nefna dagdeildir, sérhæfða göngudeildarstarfsemi, legudeildir fyrir eldri

börn og unglunga. Hér fá einstaklingar sem eru alvarlega veikir eða í sjálfsvígshættu þjónustu.

- öðrum fagaðilum ráðgjöf, kennslu og þjálfun.

Helsta sérhæfða heilbrigðisstofnunin sem sinnir börnum og unglungum upp að 18 ára aldri í geðrænum vanda er barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans. Þessum vanda er þó að einhverju leyti sinnt á barnadeildum stóru sjúkrahúsanna og elsta aldurshópnum er þjónað á almennum geðdeildum. Í tengslum við barnadeild FSA er 75% staða barna- og unglिंगageðlæknis sem gefur þeirri deild möguleika á að sinna geðröskunum barna og unglunga í tengslum við aðra sérhæfða sjúkrahúspjónustu sem er til fyrirmyndar, en stuðningsþjónustu vantar. Þá er eldri unglungum í vímuefnavanda einnig veitt meðferð á vegum SÁÁ og vímuefnaskorar Landspítalans. Aðrar sérhæfðar stofnanir, en sem heyra undir félagsmálayfirvöld, eru meðferðarheimili Barnaverndarstofu og Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins.

5.1.4.3.1 Barna- og unglिंगageðdeild Landspítalans, BUGL

I. Hlutverk

Deildin er sérfræðimiðstöð geðheilbrigðiskerfisins við börn og unglunga. Hún veitir þjónustu á þriðja stigi við mat og meðferð geðraskana hjá börnum og unglungum að 18 ára aldri. Jafnframt er samstarf og ráðgjöf við aðra aðila sem sinna börnum og unglungum með félagsleg, þroskafræðileg, geðræn og önnur heilsufarsleg vandamál, þýðingarmikill hluti starfseminar. Hlutverk deildarinnar er því þýðingarmikið í beinu og óbeinu forvarnarstarfi.

BUGL er sem hluti háskólasjúkrahúss jafnframt miðstöð sérfræðipækkingar og rannsókna á geðheilsu barna- og unglunga. Hver fagstétt, sem saman mynda þjónustuteymin, viðheldur faglegru þekkingu sinni og þróar hana samkvæmt bestu vísindalegri vitneskju á hverjum tíma auk þess að miðla þeirri þekkingu með kennslu, þjálfun, ráðgjöf og handleiðslu til nema, annarra faghópa og stofnana.

II. Þjónusta

Barna- og unglिंगageðdeild hefur starfað við Landspítalann frá 1970. Geðdeild Barnaspítala Hringsins, eins og deildin hét þá, var ætlað að hafa 2 legudeildir með 6 og 11 rýmum, en annarri deildinni var breytt í dagdeild. Árið 1987 opnaði síðan unglिंगageðdeild með 8 rýmum. Til að auka hagkvæmni og efla göngudeildarstarfsemi voru dagdeild og legudeild barna sameinaðar í september 1995.

Í dag skiptist starfsemi BUGL í deildir með dag- og sólarhringsrýmum auk vaxandi göngudeildarþjónustu. Meðferðarvinna allra deilda þ.m.t. göngudeildar, fer fram í náinni samvinnu við sérkennara Dalbrautarskóla sem

er sérskóli fyrir nemendur sem eiga við geðræna, tilfinningalega og félagslega örðugleika að etja. Mikilvæg þróun hefur átt sér stað í þeirri samvinnu, sem m.a. hefur birst í náms- og kennslumati ásamt ráðgjafavinnu sérkennaranna við heimaskóla göngudeildarsjúklinga BUGL. Sú þróun hefur hins vegar verið stöðvuð, þjónusta Dalbrautarskóla verið dregin saman og Fræðslumiðstöð Reykjavíkur endurskoðar nú hlutverk skólans.

Hér á eftir eru starfsemistölur BUGL 1986-1997

Fyrst er tekið saman starfsemi legudeildanna. Meðalfjöldi sjúklinga á dag, fjöldi einstaklinga sem lögðust inn, fjöldi innlagna og loks þróun á meðal-dvalartíma.

Starfsemistölur eru frá 1986-1996

	Meðalfjöldi sjúklinga á dag	Fjöldi innlagðra einstaklinga	Fjöldi innlagna	Meðallegutími
1989	9.7	42	52	68.4
1987	13.3		55	88.1
1988	17.4	61	75	84.6
1989	15.8	50	66	87.6
1990	15.5	81	110	51.5
1991	15.9	64	80	72.7
1992	15.4	62	92	60.9
1993	16.6	86	123	49.4
1994	16.6	75	103	57.0
1995	13.2	68	91	53.0
1996	10.5	54	73	46.8

	Fjöldi viðtala
1991	1486
1992	2410
1993	2313
1994	2443
1995	2473
1996	3115
1997	3530

III. Stöðuheimildir á BUGL:

Læknasvið:

Læknar 7
Sálfræðingar 6
Félagsráðgjafar 4
Iðjuþjálfari 1
Læknaritarar 2.5

Hjúkrunarsvið:

Hjúkrunarfræðingar 17
Aðrir 23

IV. Kostnaður við BUGL

Rekstrarkostnaður BUGL fyrir árið 1997 nam 135.586.000 kr. sem er 6,7% hækkun miðað við 1996. Launagjöld námu alls 124.531.000 kr. sem er 9,9% hækkun miðað við 1996.

Sértekjur BUGL 1997 námu 1.171.000 kr. sem er um 0,9% af heildargjöldum stofnunarinnar.

V. Staða BUGL

Nokkur umræða varð um stöðu BUGL á árinu 1997, m.a. í fjölmiðlum. Langir biðlistar barna og unglinga sem vísað hafði verið til mats og meðferðar í göngudeild, höfðu myndast og biðtíminn var allt að 1 ár. Legudeildir barna og unglinga voru undir auknu álagi, annars vegar vegna undirmönnunar og hins vegar vegna skorts á meðferðardeild fyrir alvarlega veika einstaklinga sem þurfa á langtímameðferð að halda.

Með núverandi mönnun og skipulagi hefur verið mögulegt að veita innan við hálfu prósentu barna undir 18 ára aldri, meðferð. Þrefalda þarf mannafla göngudeildar til að ná því markmiði að geta þjónustað 2% barna og unglinga árlega, samkvæmt viðmiðum norskra stjórnvalda - sjá nánar tillögur hópsins um málefni BUGL.

Vanda BUGL þarf auk þess að skoða í samhengi við ófullnægjandi grunnþjónustu fyrir börn og unglinga í geðrænum vanda. Þannig er forvinna í mörgum tilfellum ófullnægjandi þegar vísað er til BUGL og úrræði skortir til eftirfylgdar á málum eftir sérfræðiaðstoð á BUGL. Úrbóta er því þörf á fleiri þjónustusviðum (sjá tillögur).

VI. Meðferðarheimilið að Kleifarvegi í Reykjavík

Hulda Guðmundsdóttir fyrrverandi forstöðumaður samdi eftirfarandi texta að beiðni starfshópsins.

„Kleifarvegsheimilið hefur verið starfrækt við geðsvið Sjúkrahúss Reykjavíkur frá árinu 1985, að beiðni heilbrigðisráðuneytisins og borgarstjórnar, en þess ber að geta og þakka að Kvenfélag Hvítabandsins beitti sér fyrir stofnun Kleifarvegsheimilisins og hefur alla tíð veitt því mikinn stuðning og gefið börnunum ýmsan nauðsynlegan búnað á ári hverju.

Heimilið er meðferðarstofnun fyrir börn sem eiga við alvarlega tilfinningaleg og geðræn vandamál að stríða. Sálfræðideild skóla í Reykjavík vísar börnum til meðferðar og hafa tilvísanir verið metnar á sérstökum samráðsfundum af meðferðarteymi heimilisins og fulltrúum sálfræðideildar og sérkennara í sérdeild Laugarnessskóla. Meðferðarstarfið er skipulagt af þverfaglegu teymi og er frumvinnan eftir tilvísun fólgin í rannsóknnum og athugunum á vandanum. Eftir að barn og fjölskylda hafa fallist á meðferð er innlögn ákveðin og getur það verið annað hvort í sólarhringsinnlögn eða dagvistun. Í báðum tilvikum er gerð meðferðaráætlun sem miðuð er við þarfir hvers barns og fjölskyldu þess.

Að meðaltali hefur hvert barn verið til meðferðar á heimilinu u.þ.b. tvö ár. Það sem hefur gefið heimilinu sérstöðu sem meðferðarstofnun er að **það tók eingöngu við tilvísunum frá sálfræðeildum skóla í Reykjavík** sem aftur þjóna vinnustöðum barna, þ.e.a.s. grunnskólum Reykjavíkur og við útskrift tóku sálfræðeildir skóla síðan aftur við börnunum sem tryggði samfellu í meðferð barnanna og fjölskyldna þeirra. Aldursmörk barnanna eru 7-13 ára. Sum barnanna eiga eftir meðferð á Kleifarvegsheimilinu ekki í nein hús að venda og er því mikilsvert að geðheilbrigðiskerfið auki meðferðarúrræði fyrir þau börn og unglunga sem þurfa á langtímameðferð að halda vegna tilfinningaskaða sem orðið hafa snemma á lífsleiðinni og alvarlegra geðrænna einkenna. Gert er ráð fyrir sex börnum á heimilinu í sólarhrings- og dagvistun.

Starfsfólk heldur reglubundna handleiðslufundi, meðferðarfundir og fræðslufundi en til þeirra eru stundum kvaddir utanaðkomandi fræðarar. Starfsfólk sækir einnig fræðslunámskeið utan heimilisins.

Á árinu 1997 komu á deildina sex börn og voru legudagar 984, en á dagdeild voru innritaðir nú og dagvistunardagar voru 1.206. Börnin sóttu sérkennslu í dagdeild Laugarnesskóla 4-5 tíma á dag. Samvinna við kennara var góð og haldnir voru fundir með þeim, auk þess sem þeir mættu í fræðslu deildarinnar. Meðferðarform eru fjölskyldumeðferð, umhverfismeðferð, stuðningur við heimanám, vettvangsferðir til að auka reynsluheim barnanna og loks geðlyf þegar við á. Börnin fengu einnig iðju- og sjúkráþjálfun á æfingastöð fatlaðra.

Löngu er ljóst að þörf er á mun víðtækari úrræðum fyrir börn og unglunga úr þeim hópi sem hér um ræðir og hafa deildinni borist að jafnaði þrefalt fleiri verðugar umsóknir en hún hefur getað annað. Í þessu sambandi er vert að benda á hve starfsemi af þessu tagi hefur mikilvæg fyrirbyggjandi áhrif þegar til lengri tíma er litið.

Á Kleifarvegsheimilinu starfa auk forstöðumanns sjö uppeldisfulltrúar, ein matráðskona, deildarsálfræðingur og geðlæknir í hlutastarfi.

Á árinu 1997 var ákveðið að hætta rekstri heimilisins og flytja hann til barna- og unglिंगageðdeildar Ríkisspítalanna. Reksturinn mun áfram kostaður með framlagi á fjárlögum sem nú færir frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur til Ríkisspítalanna, þannig að um sparnað er ekki að ræða. Heildarrekstrarkostnaður heimilisins hefur verið um 25 milljónir á ársgrundvelli og er það mat manna sem til þekkja að tæpast sé hugsanlegt að reka meðferðardeild af þessu tagi fyrir minna fé. Formlega var flutningur frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur til Ríkisspítalanna gerður 1. janúar 1998."

Starfshópurinn bendir á að flutningur meðferðarheimilisins til barna- og unglingsgeðdeildar Landspítalans opnar möguleika fyrir meiri samfelli í meðferð barna með króníska geðsjúkdóma og tryggir þeim aðgang að þjónustu barnageðlækna sem ekki hafa starfað við heimilið.

VII. Skipulag BUGL

1. Göngudeild

Inntökuteymi göngudeildar BUGL

Teymið tryggir faglega skimun mála innan tiltekins skamms tíma til að auka gæði þjónustunnar og fyrirbyggja upphleðslu mála á biðlista.

Sérhæfð göngudeildarstarfsemi BUGL

Á göngudeildinni starfa teymi innhverfra- (tilfinninga) og úthverfra- (hegðunar) raskana og fjölskyldumeðferðarteymi. Í teyminum eru barnageðlæknar, sálfræðingar, félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, ýmsir þerapistar, iðjuþjálfari ofl.

Samráðsteymi (konsúltasjónsteymi) BUGL

Stofna þarf þverfaglegt teymi undir stjórn barna- og unglingsgeðlæknis sem sinni samráðskvaðningum við barnadeild Landspítalans og hugsanlega aðra aðila.

2. Bráðamóttökudeild

Samanber tillögu II um uppbyggingu BUGL í 5.1.5.

3. Dagdeild

Á dagdeild fer fram sérhæfð meðferð sem krefst lengri daglegrar viðveru en í göngudeild og samvinnu fagaðila í beinni vinnu með barn/foreldra/fjölskyldu. Meðferðinni sinna fagaðilar beint og samsetning teymis getur skarast við göngu- og legudeildarteymi. Í dag er dagdeildarmeðferð eingöngu hluti legudeilda.

4. Meðferðardeildir

Meðferðardeild barna Dalbraut 12 er með 4 sólarhringsrýmum og 2 dagrymum. Stefnt er að auknu vægi dagdeildarmeðferðar. Ekki er þar aðstaða til bráðainnlagna.

Meðferðardeild unglunga hefur 7 sólarhringsrými og 1-2 dagrymi án aðstöðu til bráðainnlagna utan skrifstofutíma.

Framhaldsmeðferðardeild langveikra barna að Kleifarvegi 15 verður rekið áfram en í náninni samvinnu við aðra meðferðarstarfsemi BUGL.

Stofna þarf samsvarandi **framhaldsmeðferðardeild fyrir unglunga** upp að 18 ára aldri sbr tillögu III um uppbyggingu BUGL í 5.1.5.

5.1.4.3.2 Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins, GRR

Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins starfar samkvæmt 16. gr. laga um málefni fatlaðra og heyrir beint undir félagsmálaráðuneytið. Greiningarstöð tók formlega til starfa 1. janúar 1986, en forveri hennar athugunardeildin í Kjarvalshúsi, hafði starfað í rúman áratug þar áður. Meginhlutverk Greiningarstöðvar er „athugun, rannsókn og greining á fötluðum, sem vísað er þangað...“, en með greiningu er átt við nákvæmt mat á getu og vangetu hins fatlaða einstaklings og þörfum hans, svo og leit að orsökum fyrir fötluninni í samvinnu við barnadeildir sjúkrahúsanna. Að lokinni greiningu er leitað eftir nauðsynlegri þjálfun og meðferð, auk þess sem reynt er að gera sér grein fyrir framtíðarhorfum hins fatlaða og fjölbreyttum þörfum barnsins og fjölskyldu þess.

Þann 1. júní 1997 tók nýtt skipurit gildi um starfshætti GRR. Breytingarnar endurspeglar m.a. þá stefnu stjórnvalda að þjónusta við fatlaða verði felld að félagsþjónustu sveitarfélaga, í stað þess að vera alfarið á vegum ríkisins.

Starfsemi Greiningarstöðvar skiptist nú í fjögur fötlunarsvið, auk inntöku- og samræmingarsviðs. Svið I og II taka að sér almennar þroskaraskanir yngri og eldri forskólabarna, svið III hreyfihamlanir og svið IV tengsla- og málhamlanir, t.d. einhverfa og aðrar gagntækar þroskaraskanir.

Í lok ársins 1995 beitti yfirlæknir barna- og unglíngageðdeildar Landspítalans sér fyrir því að deildin fengi fjármagn frá heilbrigðisyfirvöldum til að sinna áfram þjónustu við einhverfa, en án árangurs. Af þeim sökum varð að hætta að taka við nýjum tilfellum einhverfra frá og með 1. mars 1996. Í kjölfarið fór félagsmálaráðuneytið fram á við Greiningarstöð að hún gerði tillögu um stofnun fagteymis í málefnum einhverfra og skyldra fatlana. Það er ljóst að GRR og BUGL þurfa að eiga samstarf því að óhjákvæmilega heyrar geðraskanir á einhverfurófi einnig til verksviðs barna- og unglíngageðdeilda. Rekstrarkostnaður GRR 1996 var tæpar 80 milljónir kr.

5.1.4.3.3 Barnaverndarstofa

Ítarlegar upplýsingar um starfsemi Barnaverndarstofu bárust í bréfi frá stofnuninni og einnig hefur hópurinn fengið kynningarrit Barnaverndarstofu 1997.

Það kemur fram að Barnaverndarstofa er stjórnsýslustofnun sem heyrir undir félagsmálaráðuneytið. Vakin er athygli á því að meðferðarheimilin sem lúta yfirstjórn Barnaverndarstofu eru rekin á grundvelli laga nr. 58/1992 um vernd barna og ungmenna sbr. lög nr. 22/1995 og reglugerð nr. 264/1995 um Barnaverndarstofu og III. kafla sömu reglugerðar sem leggur grundvöll að rekstri meðferðarheimilanna.

Einungis tvö ár eru síðan Barnaverndarstofa tók til starfa. Eitt af markmiðum með endurskipulagningu barnaverndarsviðsins var að skapa verkaskiptingu heilbrigðis- og félagsmálaráðuneyta.

Tilgangur með stofnun Barnaverndarstofu var að efla barnaverndarstarf. Hér er einkum um að ræða eftirlit með störfum barnaverndarnefnda, að veita þeim ráðgjöf og fræðslu um það sem varðar barnavernd.

Annað aðalhlutverk Barnaverndarstofu var að yfirtaka rekstur ýmissa meðferðarheimila, sem áður heyrðu undir Unglingaheimili ríkisins.

Þriðja meginverkefni Barnaverndarstofu var að þjónusta barnaverndarnefndir hvað varðar fósturráðstafanir. Hér er um að ræða að meta hæfni verðandi fósturforeldra og veita þeim fræðslu og einnig að veita barnaverndarnefndum ráðgjöf um allt það er að fósturmálum lýtur.

Meðferðaheimili eru rekin undir yfirumsjón og eftirliti Barnaverndarstofu

Þessi heimili eru rekin á grundvelli laga um vernd barna og unglínga. Þar fer fram sérhæfð meðferð svo sem vímuefnamedferð og vistun í bráðatilvikum vegna meintra afbrota og alvarlegra hegðunarerfiðleika líkt og segir í lögnum.

Auk Barnaverndarstofu stendur Reykjavíkurborg að rekstri slíkra heimila.

Ljóst er að mörg ef ekki flest barnanna, sem dvelja á heimilum þessum eiga við einhvern geðsjúkdóm að stríða og hafa verið til meðferðar á BUGL.

Sem stendur eru rekin 5 meðferðarheimili á vegum Barnaverndarstofu með 6 rýmum hvert. Á Stuðlum eru 8 rými til skammtímamedferðar og 4 til neyðarvistunar.

Barnaverndarstofa hefur því til umráða.

- langtímamedferð 30 rými
- skammtímamedferð 8 rými
- neyðarvistun 4 rými
- alls 42 rými

Samkvæmt upplýsingum frá Barnaverndarstofu er dvalartími barna í langtímamedferð nokkuð mismunandi en sjaldnast skemmri en eitt ár nema rof verði á meðferðinni. Í sumum tilvikum er jafnvel um 2 ára meðferð að ræða eða lengri.

Barnaverndarstofa leggur áherslu á eftirtalda þætti í samstarfi við geðheilbrigðiskerfið:

Í fyrsta lagi er lögð áhersla á almennt samstarf með það að markmiði að börn njóti ávallt þeirra meðferðar sem þau þurfa á að halda og árangursríkust er talin hverju sinni.

Einnig er þörf á almennri ráðgjöf á þessu sviði (consultation) við einstaka meðferðarheimili.

Í þriðja lagi er svo lögð áhersla á bráðþjónustu.

Barnaverndarstofa vekur athygli á skorti á geðlæknisfræðilegri ráðgjöf fyrir börn og ungmenni. Nefnt er sem dæmi umfang barnaverndarnefnda sem sinna börnum, þar sem grunur leikur á að þau hafi verið beitt kynferðislegu ofbeldi.

Einnig er bent á vandamál sem geta komið upp á meðferðarheimilum og þurfa úrlausnar geðlæknis og loks á vandamál sem upp geta komið á neyðarmóttökunni að Stuðlum og þurfa einnig geðlæknisafskipta við.

Barnaverndarstofa vekur einnig athygli á því að stundum er erfiðleikum bundið að fá upplýsingar frá BUGL og getur það skapað veruleg vandamál á meðferðarheimilum.

Barnaverndarstofa leggur ríka áherslu á að bætt verði geðlæknisfræðileg ráðgjöf og meðferð fyrir börn og unglunga sem á slíku þurfa að halda.

5.1.4.3.4 Samtök áhugamanna um áfengis- og vímuefnavandamálið, SÁÁ

Meðferð unglunga með áfengis- og vímuefnavandamál fer í auknum mæli fram á vegum SÁÁ.

Unglingar og fjölskyldur þeirra snúa sér oftast í byrjun til göngudeilda SÁÁ í Reykjavík eða á Akureyri. Meðferð fer fram á Sjúkrastöð SÁÁ að Vog þar sem gerð er læknisfræðileg og sálfræðileg greining á vandanum. Árið 1996 voru 92 innritanir á unglungum 17 ára og yngri eða um 4.5% heildarinnritana (2.045) á Vog það árið. Árið 1990 voru 34 innritanir 17 ára og yngri sem nam tæpum 2% heildarinnlagna það árið. Það er því ljóst að á undanförunum árum hefur fjöldi innlagðra unglunga á Vog aukist. Meðferðarþrógrömin að Vog hafa ekki verið sérsniðin að þörfum unglunga né aðskilin frá meðferð fullorðinna vímuefnasjúklinga.

Í ársskýrslu SÁÁ fyrir árið 1996 er tekið saman hve margir einstaklingar 19 ára og yngri hafa lagst inn á Vog 1989-1996.

	stúlkur	piltar	alls	innlagnir
1989	31	49	80	96
1990	36	56	92	113
1991	30	76	106	123
1992	33	74	107	134
1993	43	83	126	152
1994	60	82	142	172
1995	51	86	137	185
1996	69	111	180	223

Misnotkun eða fíkn í áfengi er aðalsjúkdómsgreining unglínganna í 70% tilvika. Fjörutíu prósent þeirra fá aðra vímuefnagreiningu einnig. Í þrjátíu prósent tilvika er annað vímuefni en áfengi talið aðalvandinn. Aðrar sjúkdómsgreiningar svo sem geðraskanir eru ekki gefnar upp í ársskýrslu SÁÁ fyrir árið 1996.

Í skýrslu SÁÁ er lögð áhersla á að sum ungmennanna gera meira úr vímuefnaneyslu sinni en efni standa til. Einkum er talið varasamt að treysta upplýsingum þeirra sem eru á aldrinum 15-17 ára.

Auk áfengismisnotkunar neyta unglíngarnir kannabísefna, amfetamíns, ofskynjunarefna og E-pillunnar.

Kókaínnotkun er lítil og heróínneysla sáralítill. Unglíngar virðast fíka eitthvað við það að sprauta sig með amfetamíni en flestir láta duga að reyna það í eitt eða örfá skipti. Sprautunotkun í þessum hópi er orðin alvarlegur heilbrigðisvandi þar sem flestir þeirra sem sprauta sig reglulega fá C-lífrarbólgu smit og 15% þeirra sem hafa fíkað við að sprauta sig sjaldnar en 10 sinnum hafa fengið þennan sjúkdóm.

SÁÁ áætla að kostnaður við meðferð sjúklinga 19 ára og yngri hafi verið um 30 milljónir króna árið 1996, þar af hafi 5 milljónir króna farið í göngudeildarstarfsemi.

5.1.5 Umræður og tillögur starfshópsins um stefnumótun í geðheilbrigðismálum barna og unglínga:

5.1.5.1 Umræða

Nauðsynlegt er að stórefla geðheilbrigðisþjónustu hér á landi við börn og unglínga og fjölskyldur þeirra. Á öllum sviðum skortir þjónustuaðila og þeir eru illa í stakk búnir að takast á við geðheilsuvanda þess þriðjungs þjóðarinnar sem er undir 18 ára aldri. Helstu veitendur þessarrar þjónustu eiga að vera heilsugæsla, sérfræðiþjónusta leik- og grunnskóla, fjölskyldudeildir félagsmálastofnana, sérfræðingar á einkareknum stofum auk sérhæfðra stofnana. Þar er barna- og unglíngageðdeild Landspítalans umfangsmest. Samhæfingu og boðleiðum milli aðila er verulega ábótavant. Samfélagið þarf að bjóða upp á aðgengilega þjónustu fyrir fjölskyldur til að sálfélagslegur vandi sem stéðjar að fjölskyldum í nútíma samfélagi nái ekki að búa um sig í lífi einstaklinganna og verða að stóru vandamáli og jafnvel viðvarandi sjúkdómi.

Aðeins lítið brot af þeim börnum sem eiga við geðraskanir að stríða fá nú sérhæfða meðferð. Þótt sú meðferð sem í boði er teljist fyllilega sambærileg að gæðum við það sem best gerist hjá nágrennaþjóðum þá er hlutfall þeirra sem fá þjónustu mun lægra hér á landi og mun færri njóta hennar en annarrar heilbrigðisþjónustu, þ.á.m. geðheilbrigðisþjónustu fullorðinna.

Orsakir vanda hinnar sérhæfðu þjónustu eru efalaust margþættar: Eðli hennar hefur breyst á seinni árum í samræmi við framfarir og aukna þekkingu á sviði barnageðlæknisfræðinnar án þess að nauðsynlegar umbætur hafi átt sér stað. Fjöldi tilvísana til stofnanna og sérfræðinga á þessu sviði hefur margfaldast. Eitt alvarlegasta vandamál þjónustunnar er að starfandi barnageðlæknum hefur fækkað og eru nú aðeins örfáir starfandi í landinu. Mjög mikilvægt er að heilbrigðisyfirvöld leggi sitt af mörkum til að leysa þann vanda.

Staðsetning barna- og unglingageðdeildar Landspítalans við Dalbraut veldur faglegri einangrun og dregur úr eðlilegum samskiptum og samvinnu við önnur svið heilbrigðisþjónustunnar, ekki síst barnalækningar og fullorðinsgeðlækningar. Svigrúm til vísindarannsókna á þessu sviði er takmarkað og tengsl skortir við Háskóla Íslands. Erlendir sérfræðingar sem nýlega gerðu úttekt á starfsemi BUGL að beiðni Ríkisspítala bentu einnig á að rekstrarform deildarinnar væri þungt og miðstýrt og lögðu til að rekstrarlegt sjálfstæði hennar yrði aukið sem og samvinna við barnalækningasvið Landspítalans (Lennart Köhler og Lars Edgren, 1995).

5.1.5.2 Tillögur til úrbóta

1. Aðaláhersla verði lögð á að efla starfsemi BUGL á næstu árum. Vægi deildarinnar verði þannig eflt í að veita faglega forystu er varðar þjónustu, kennslu, rannsóknir og ráðgjöf við aðrar stofnanir og fagaðila. Tillögurnar eru (sjá nánari útfærslu í kafla 5.1.5.3)
 - a) Fimm ára framkvæmdaáætlun um eflingu BUGL verði gerð að forgangsverkefni í heilbrigðiskerfinu.
 - b) Stofnuð verði bráðamóttökudeild fyrir börn og unglunga á Landspítalalóð.
 - c) Framhaldsmeðferðardeild fyrir unglunga upp að 18 ára aldri verði stofnuð.
 - d) Geðheilbrigðisþjónusta verði veitt í nýjum Barnaspítala
 - e) Stjórnunarlegri stöðu BUGL verði breytt.
2. Heilbrigðisráðuneytið hafi frumkvæði að því að fjölga megi barna- og unglingageðlæknum eins fljótt og auðið er.
3. Stofnuð verði kennslustaða í barna- og unglingageðlækningum við læknadeild Háskóla Íslands.
4. Þjónusta heilsugæslunnar við geðheilsuvanda barna- og unglunga verði stórefld með markvissari fjölskylduráðgjöf og möguleika á meðferð algengra vandamála. Ráðið verði í lögboðnar stöður fagfólks og mynduð samráðsteymi innan heilsugæslunnar sem tengist sérhæfðri barnageðheilbrigðisþjónustu um handleiðslu og sérfræðiaðstoð.

5. Efla þarf og endurskoða hlutverk sérfræðipjónustu grunnskólanna (lög um grunnskóla nr. 66/1995, 43. gr. og reglugerð um sérfræðipjónustu skóla, nr. 386/1996, 3 gr.), auka vægi meðferðarþátta og samvinnu við námsráðgjafa og skólaheilsugæslu. Saman þurfa þessir aðilar aukið svigrúm til að geta sinnt meðferð barna og unglinga í geðrænum vanda. Þörf er á þverfaglegri samvinnu til að auka gæði þjónustunnar.
6. Framboð á þjónustu sérfræðinga í stofurekstri við börn í geðrænum vanda er mjög takmarkað, sérstaklega hvað varðar barna- og unglिंगageðlækna. Endurskoða þarf gjaldskrá og hækka greiðslur til sérfræðinga. Starfshópurinn leggur einnig til að Tryggingastofnun ríkisins taki þátt í að greiða fyrir þjónustu sálfræðinga, félagsráðgjafa og geðhjúkrunarfræðinga með sérmenntun á þessu sviði (sbr. tillögu í kafla 8).
7. Komið verði á skipulögðu samstarfi BUGL, Barnaverndarstofu, SÁÁ og vímuefnaskorar Landspítalans varðandi mat og meðferð á unglिंगum í hegðunar- og vímuefnavanda. Mat og meðferð á samsettum vanda unglिंगa í vímuefnaneyslu þarf m.a. að grundvallast á þekkingu nútíma barna- og unglिंगageðlæknisfræði (sjá kafla 5.3.5.1. og tillögu um móttökudeild BUGL).
8. Opnuð verði sérstök unglिंगamóttaka. Unglिंगamóttökur á Norðurlöndum sinna margs konar heilbrigðis-, félagsmála- og fræðsluþjónustu þar sem sérfræðingar á ýmsum sviðum sem snerta unglिंगa starfa á sameiginlegum vettvangi. Milliliðalaust, gott aðgengi án beins kostnaðar fyrir unglिंगinn er grundvallaratriði. Vísir er að slíkri starfsemi með tilraunaverkefni Fjölskyldumiðstöð vegna barna í vanda sem gæti orðið hluti af slíkri þjónustu.
9. Samstarf BUGL og Greiningarstöðvar. Fatlaðir, til að mynda þroskaheftir, eru í aukinni áhættu varðandi geðheilsuvanda og eiga sama rétt til geðheilbrigðisþjónustu og aðrir landsmenn. BUGL og GRR eiga því oft sameiginlegan skjólstaðingahóp og því mikilvægt fyrir þessa aðila og fjölskyldur þeirra að samstarf sé virkt. Starfshópurinn telur að línur séu enn óskýrar varðandi þá þjónustu sem BUGL og GRR þurfa að veita einhverfum og sjúklingum með einhverfurófsraskanir. Nýgreindir, fatlaðir einstaklingar innan þessa hóps, svo sem þeir sem eru með dæmigerða einhverfu og oftast með almenna greindarskerðingu, njóta þjónustu nýstofnaðs fagteymis GRR. Hins vegar er sá sjúklingahópur sem BUGL greinir með raskanir á einhverfurófi yfirleitt ekki greindarskertur en í mörgum tilvikum félagslega

fatlaður. Heilbrigðisyfirvöld þurfa að tryggja nauðsynlegt fjármagn til BUGL svo að hægt verði að veita þessum hópi þjónustu. Stjórnendur BUGL og GRR þurfa að komast að samkomulagi um eðlilega verkaskiptingu í ljósi hlutverka stofnananna.

- 10. Þegar í stað verði skipaður starfshópur um framkvæmd fyrirhugaðrar uppbyggingar á geðheilbrigðisþjónustu við börn og unglinga.**

5.1.5.3 Sérstakar tillögur starfshópsins varðandi úrbætur í málefnum barna- og unglingeðdeildar Landspítalans, BUGL:

I. Gerð verði fimm ára áætlun um markvissa uppbyggingu BUGL og þannig stefnt að því að hægt verði að veita árlega 2 % barna nauðsynlega sérfræðiþjónustu í stað innan við hálfu prósentu nú. Þjónustuaukningin fari fram í göngu- og dagdeildum sem hafi formleg tengsl við heilsugæsluna þar sem starfi þverfagleg teymi fagfólks.

Norskar tölur gera ráð fyrir 4 fagaðilum í göngudeild eingöngu á hverja 30.000 íbúa þegar miðað er við að geta sinnt 2% barna á ári, sem samsvarar 36 fagaðilum á Íslandi. Í dag samsvarar vinnuframlag fagaðila sem sinna göngudeild sérstaklega á BUGL um 12 stöðugildum en þyrfti að fjölga um 24 (á tveimur árum) ef ofangreind markmið eiga að geta náðst. Það þarf því að fjölga um 4-5 stöður í göngudeild árlega.

Er þetta í samræmi við þróun sambærilegrar þjónustu í nágrenni löndunum og ráðleggingar sænskra sérfræðinga sem skiluðu álitum um starfsemi BUGL í ágúst 1995.

II. Opnuð verði bráðamóttökudeild fyrir börn og unglinga á Landspítalalóð.

Eiginleg móttökudeild fyrir börn og unglinga í bráðum alvarlegum geðrænum vanda hefur aldrei verið til á Íslandi. Í neyðarvistun Stuðla þar sem börnum og unglingum í bráðu annarlegu ástandi er komið fyrir, eru ekki tækni á að veita heilbrigðisþjónustu, þar með talda bráða lækniþjónustu. Á þessu er brýnt að ráða bót.

Móttökudeildin sinni aldursþópnum upp að 18 ára aldri og við hana verði 24 tíma lækniþjónusta. Því er nauðsynlegt að deildin sé staðsett við vaktþjónustu lækna á Landspítalalóð þar sem stutt er í nauðsynlega stöðþjónustu.

Gera þarf ráð fyrir 6-8 sólarhringsrýmum. Stefnt verður að því að gera dvöl stutta og markvissa sem á að vera mögulegt samkvæmt því heildarskipulagi sem tillögur þessar gera ráð fyrir. Við deildina starfi barnageðlæknir, deildarlæknir, sálfræðingur, félagsráðgjafi, hjúkrunarfræðingar og aðstoðarfólk. Þessi deild þarf að eiga skipulegt samstarf við Barnaverndarstofu og SÁÁ.

III. Opnuð verði framhaldsmeðferðardeild fyrir unglunga upp að 18 ára aldri. Slík deild gæti verið staðsett í íbúðahverfi með dagvistar- og sólarhringsrýmum. Reynsla undanfarinna ára hefur sýnt að brýn nauðsyn er á langtímameðferðarúrræði fyrir unglunga sem haldnir eru langvinnum geðsjúkdómum.

IV. Geðheilbrigðisþjónusta verði veitt í nýjum Barnaspítala

Öflugt samstarf barna- og unglingageðdeildar við barnadeild skilar sér í auknum gæðum í þjónustu við börnin, unglingana og fjölskyldur þeirra. Af hagkvæmnisástæðum og til að vinna gegn fordómum ber að veita geðheilbrigðisþjónustu í sem nánustum tengslum við aðra heilbrigðisþjónustu, hvort sem um er að ræða heilsugæslu eða spítalaþjónustu.

Starfshópurinn skorar á heilbrigðisráðherra að beita sér nú þegar fyrir því að barna- og unglingageðdeild fái aðstöðu í nýjum Barnaspítala fyrir að minnsta kosti þann hluta starfseminnar sem brýnast er að samtengja við aðra sérhæfða heilbrigðisþjónustu við börn og unglunga.

V. Stjórnunarleg staða BUGL verði endurskoðuð.

Í skýrslu Lennart Köhlers og Lars Edgrens (ágúst 1995) að beiðni Ríkisspítala segir að stjórn BUGL þurfi að bera eigin ábyrgð á fjárhag, sjúkl-ingabókhalði og þjónustustjórn og að eðlilegast sé að deildin heyri til barnasviðsins. Í skýrslu Hagsýslu ríkisins um málefni barna og unglunga (október 1993) segir að rekstrarform BUGL sé þungt og miðstýrt sem leiði til takmarkaðs sjálfstæðis sem gerir það að verkum að BUGL geti ekki sinnt margþættu hlutverki sínu sem skyldi (6).

Starfshópurinn telur nauðsynlegt að sjálfstæði BUGL verði tryggt og þar með vald yfir og ábyrgð á faglegri stjórn og þróun. Því verður ekki við komið nema núverandi staða BUGL sem skor innan geðsviðs, til jafns við undirdeildir fullorðinsgeðdeilda, verði rofin. BUGL sem sjálfstæð eining innan eða utan Ríkisspítala þarf að eiga náið samstarf við barna- og geðdeildir stóru sjúkrahúsanna.

5.1.6

Heimildir

1. „A handbook on Child and Adolescent Mental Health“, breska heilbrigðisráðuneytið, 1995)
2. Ársskýrsla Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar árið 1996. Reykjavíkurborg 1997.
3. Barn og unge med psykiske lidelser og problemer. Odin, Social- og helsedepartementet, St meld 25, 1996-97.
4. Björg Eysteinsdóttir. (1996). Heilsugæsla í skólum. Tímarit Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 72(3), 132-134.
5. Children's Mental Health Services. Research, policy and evaluation; Bickman, C & Rog, D.J.; 1995.
6. Costello et. al. 1988. Psychiatric disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Risk Factors. Archives of General Psychiatry, 45, 1107-1116.
7. Cox, J.L., Murray, D., Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. British Journal of Psychiatry, 163, 27-31.

8. Extern granskning af verksamhet og organization ved barnpsykiatriska kliniken, Landspítalinn, Reykjavík augusti 1995, Lennart Köhler, Lars Edgren.
9. Hagsýsla ríkisins (október 1993). Málefni barna og unglunga.
10. Helga Hannesdóttir, Sif Einarsdóttir, *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 4, issue 4, Oct. 1995, 237-248.
11. Lög um vernd barna og ungmenna, nr. 58, Alþingi 1992.
12. Marga Thome (1996). Líðan kvenna á meðgöngu og eftir barnsburð. Dreifirit við kennslu í námsbraut í hjúkrunarfræði við HÍ.
13. Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 33(3), 543-561.
14. „Nýja barnið“ - aukin fjölskylduvernd og bætt samskipti. Þróunarverkefni. Hjálmar Freysteinnsson, heilsugæslulæknir, Karólína Stefánsdóttir, fjölskylduráðgjafi og
15. Hulda Guðmundsdóttir, félagsráðgjafi. Upplýsingar fengnar á kynningu verkefnis þann 8. Maí 1998 á Fjórðungssjúkrahúsi Akureyrar.
16. Rutter, M.L. et al (1975a). Attainment and Adjustment in two Geographical Areas. I: The Prevalence of Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 35-56.
17. Rutter, M.L., et al (1975b) Attainment and Adjustment in two Geographical Areas. III: Some Factors Accounting for Area Differences. *British Journal of Psychiatry*, 126, 520-533.
18. Sharp, D., Hay, H.D., Pawlby, S., Schmucker, G., Allen, H., Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boy's intellectual development. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 36(8), 1315-1336.
19. Sigurjón Björnsson (1974). Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavík, Iceland. *Scandinavian Journal of Psychology*, 15, 244-254.
20. Socialstyrelsen: Psykiatri uppföljningin 1997:8; Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården; 23
21. Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum. Unnin af Sesselju Guðmundsdóttur og dr. Kristínu Björnsdóttur í samvinnu við fjölmarga hjúkrunarfræðinga undir stjórn stjórnar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.
22. Ungbarnaverd: Leiðbeiningar um heilsugæslu barna. Gestur Pálsson, Jóhann Ág. Sigurðsson og Hjördís Guðbjörnsdóttir. Landlæknisembættið, 1996.
23. Vímuefnaneysla ungs fólks: umhverfi og aðstæður 1998. Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg, Viðar Halldórsson,
24. Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála.
25. Wallace, S.A., Crown, J.M., Cox, A.D. & Berger, M. (1997). *Child and adolescent mental health: Health care needs assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.