

# Vem söker barnpsykiatrisk öppenvård?

Fem års nybesök vid en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Göteborg

**Drygt 5 procent av samtliga barn i upptagningsområdet (10 522 barn) sökte under en femårsperiod barnpsykiatrisk vård. Drygt 40 procent gjorde 1–3 besök, medan 2 procent upptog en femtedel av vårdresurserna. Knappt 50 procent träffade en läkare.**

**Nästan hälften av barnen levde med ensamstående mamma. En tredjedel levde under ingen eller lätt stress, medan nästan en tredjedel levde under svår till extrem stress. Andelen patienter som erhöll någon neuropsykiatrisk diagnos ökade markant mellan 1992 och 1996, från 24 till 45 procent efter förändrade undersökningsrutiner.**

**Det framgår av en studie över alla nybesök under fem års tid på en barnpsykiatrisk öppenvårdsmottagning i centrala Göteborg. Studien ger en deskriptiv bild av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten under 1990-talet.**

Förvånansvärt lite har under den senaste 25-årsperioden publicerats om epidemiologi, demografi och fenomenologi när det gäller den svenska barn- och ungdomspsykiatrins patientklientel. Utöver de statliga utredningarna om barn- och ungdomspsykiatri [1-4], och ett mindre antal enkätundersökningar

## Författare

SVENNY KOPP

överläkare, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg  
*E-post:* svenny.kopp@hem.utfors.se

CHRISTOPHER GILLBERG

professor i barn- och ungdomspsykiatri, Göteborgs universitet; överläkare, barnneuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg. *E-post:* christopher.gillberg@pediat.gu.se

[5-6], har vi bara kunnat hitta tio publikationer som har direkt anknytning till detta område [7-16]. Ingen av dessa har redovisat någon detaljerad bild av barn som söker öppen vård.

Detta är anmärkningsvärt mot bakgrund av att det i massmedia ofta framhålls att behovet av barn- och ungdomspsykiatrisk vård ökar samtidigt som resurserna uppges vara begränsade. Under de senaste fem åren uppges trycket på den öppna barn- och ungdomspsykiatri ha tilltagit markant. Bland annat har väntetiderna blivit allt längre. Publicerad systematisk statistik avseende patienter och antal besök finns dock – såvitt vi kunnat finna – inte att tillgå.

Föreliggande arbete vill mot denna bakgrund ge en relativt aktuell bild av arbetet inom den öppna barn- och ungdomspsykiatri genom att rapportera resultat från ett femårsmaterial av nybesök vid en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i centrala Göteborg.

## MATERIAL OCH METODER

### Patienter

Samtliga nybesök (= första gången på mottagningen alternativt ej konsulterat mottagningen de senaste 18 månaderna) under perioden 1992–1996 vid den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen Masthugget i Göteborg genomgicks med avseende på bakgrundsfaktorer, symptomatologi, diagnoser och typ av vård.

**Ensamstående mamma** med ett eller två barn är den vanligaste familjekonstellationen hos de barn som söker barnpsykiatrisk öppenvård.

Mottagningens upptagningsområde omfattar tre av Göteborgs 21 stadsdelar (Linnéstaden, Majorna och Styrösö) med – i medeltal för åren 1992–1996 – en population av 10 522 individer i åldrarna 0–18 år. Under perioden ökade befolkningen såväl i stort inom upptagningsområdet som inom barnbefolkningen (0–18 år) med 11 procent (från 9 827 personer år 1992 till 11 012 år 1996) [17].

Av familjerna i Linnéstaden och Majorna bodde ca 85 procent i flerfamiljshus, medan motsvarande andel i Styrösö (bestående av ett antal öar i Göteborgs södra skärgård och omfattande 1 187 barn) var bara 3 procent. Inget av områdena är extremt socialt belastat. Andelen invånare med utländsk anknytning var förhållandevis liten, ca 12 procent.

Vid mottagningen arbetade under hela perioden 6–8 läkare, psykologer och kuratorer, tillsammans motsvarande 5,5 heltids årsarbetare. Samtliga tjänster var besatta under hela studiens gång, under vilken tid första författaren (SK) var överläkare och administrativt ansvarig för mottagningen.

## Metoder

Varje nybesök genomgicks av den läkare, psykolog eller kurator som haft mest direktkontakt med barnet/familjen. Detta skedde med hjälp av ett för

studien särskilt konstruerat formulär som täckte följande faktorer eller områden: kön, ålder, antal besök och sammanlagd vårdtid, vårdgivarkategori, eventuell remiss till slutet vård eller till annan specialiserad verksamhet, psykologisk testning, utvidgad neuropsykiatrisk bedömning, social utredning, socioekonomisk status, sociala förhållanden i övrigt, familjesituation samt potentiellt stressfyllda livshändelser.

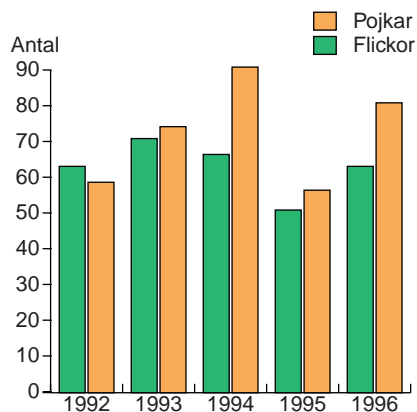
Första författaren (som själv träffade cirka hälften av samtliga patienter som registrerades som nybesök) gick därefter – tillsammans med respektive vårdansvarig läkare, psykolog eller kurator – igenom varje patients sjukhistoria, journal och ovannämnda formulär och ställde diagnos enligt DSM-III-R [18]. Dessa diagnoser ställdes ibland efter avslutad behandling och avvek vid flera tillfällen från de preliminära diagnoser som från början styrts valet av terapi. Medvetenhet och kunskap om bl a neuropsykiatriska tillstånd ökade hos alla vårdgivare under den tid som studien pågick. Detta medförde att det i vissa fall kunde dröja en längre tid innan det framstod klart vilken underliggande problematik som patienten hade störst svårigheter med eller symtom av. Då föreliggande arbete inte har karaktären av hypotestestande undersökning ansågs det inte nödvändigt att göra en studie av interbedömarreliabiliteten avseende diagnoserna.

Undersökningsrutinerna vid mottagningen förändrades mitt i studien – främst med anledning av ökad kunskap om neuropsykiatriska tillstånd – så att efter 1994 alla barn med misstanke om DAMP (deficit in attention, motor control and perception) eller påtagliga sociala interaktionssvårigheter kom att ses av överläkaren redan från början eller som mest efter tre besök hos annan vårdgivare.

*Socioekonomisk status.* Socioekonomisk status (SES) fastställdes enligt modifierade riktlinjer från Statistiska centralbyrån 1982 [19], enligt följande: 0 = studerande, arbetslös, föräldraledighet eller långtidssjukskrivning; 1 = arbetare; 2 = tjänsteman/-kvinna och akademiker; 3 = egen företagare, inklusive konstnärliga yrken.

*Potentiellt stressfyllda livshändelser/förhållanden.* Psykosociala stressorer bedömdes enligt DSM-III-Rs skattningslista [18], utifrån en skala 1–6, där 1 är liktydigt med »ingen» och 6 motsvarar »katastrofal» stress.

*Sexuella övergrepp och/eller fysisk misshandel.* Misstanke om sexuella övergrepp eller fysisk misshandel har registrerats om barnets berättelse och/eller lekbedömande, rättsintyg och/eller moderns berättelse givit ett trovärdigt intryck; den misstänkte förövaren har



Figur 1. Antal nybesök fördelade på kön och år.

inte dömts i något av dessa fall.

*Långtidsbehandling.* En långtidsbehandling ansågs föreligga om patienten haft konsultationer med behandlingsinriktning 31 gånger eller mer. Drygt hälften (fler flickor än pojkar) av dessa besök skedde som individuella kontakter med barnet med eller utan parallella samtal med en eller båda föräldrarna. Om sådana parallella kontakter skett har barnets besök noterats som ett och föräldrarnas/föräldrarnas som ytterligare ett.

## RESULTAT

### Översiktlig epidemiologi

Det finns ingen tendens till ökning av antalet nybesök under perioden (Figur 1).

Sammanlagt 610 nybesök (326 pojkar, 284 flickor) registrerades under femårsperioden, motsvarande i medeltal 122 nybesök per år. För dessa nybesök svarade 583 barn, varav 27 (4 procent) registrerades som nybesök en andra gång under femårsperioden. Varje vårdgivare hade i genomsnitt ett nybesök varannan vecka (5,5 vårdgivare och 44 arbetsveckor per år).

Det totala antalet konsultationer för de 610 nybesöken under femårsperioden var 6 214 (inräknat återbesök också under hela 1997).

Statistik över totala antalet besök vid mottagningen (nybesök och återbesök) förelåg bara för 1995 och 1996 [21]. Under dessa två år gjordes sammanlagt 3 226 besök, motsvarande 1,3 patientbesök per arbetsdag och vårdgivare (5,5 tjänster och 44 femdagars arbetsveckor per år).

### Hur många barn i området söker hjälp?

Någon exakt siffra för den ackumulerade prevalensen för barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdskonsultation i det aktuella upptagningsområdet kan inte anges. Om man utgår från ett

relativt konstant medelvärde av ca 10 522 0–18-åringar i upptagningsområdet (se ovan) och att under en femårsperiod 577 barn (583 minus 6 som var äldre än 18 år) gjorde nybesök (115 per år) blir den skattade ackumulerade prevalensen för 19-åringar som någon gång i åldern 0–18 år gör nybesök vid mottagningen 19,7 procent (115×18: 10 520).

### Vårdgivare

Patienterna träffade oftast en kurator (67 procent av samtliga nybesök), därefter psykolog (60 procent) och läkare (49 procent). Vid mottagningen fanns 2 kuratorstjänster, 2,5 psykologtjänster och 1 läkartjänst. Andelen nybesökande patienter som vid något tillfälle träffade psykolog eller läkare ökade under perioden 1992–1996 från 56 procent till 73 procent respektive från 42 procent till 55 procent. Andelen som enbart träffade kurator sjönk från 28 procent 1992 till 12 procent 1996. Trettiofem procent av patienterna träffade endast endera psykolog eller kurator, medan 16 procent träffade båda. Tjugo procent träffade alla tre kategorierna (med tendens till påtaglig ökning i detta avseende under studiens gång).

### Typ och antal konsultationer per patient

Två tredjedelar (67 procent) av samtliga nybesökande patienter (eller deras föräldrar) fick tio eller färre konsultationer vid mottagningen; knappt två tredjedelar (64 procent) av denna grupp utgjordes av nybesök som fick 1–3 konsultationer.

En liten grupp (11 flickor, 4 pojkar; sammanlagd andel av alla 2,5 procent) stod för drygt 20 procent av samtliga konsultationer.

Långtidsbehandling gavs i 7,5 procent av samtliga fall, lika ofta när det gällde flickor som pojkar. Sammanlagt 3 procent av flickorna och 0,6 procent av pojkarna fick 51–100 konsultationer; ytterligare 1 procent av flickorna och 0,6 procent av pojkarna fick fler än 100 besök.

De flesta flickorna som gjorde fler än 50 besök hade diagnosen ångest, medan tre av fyra pojkar i motsvarande grupp hade diagnosen ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) med tilläggsdiagnoser såsom störd utveckling av koordinationsförmågan, speciella skrivsvårigheter eller speciella lässvårigheter (motsvarande »svår DAMP», se nedan).

Långvarig familjeterapi (fler än 30 besök) förekom i 0,7 procent av fallen. Gruppsamtal (tio strukturerade samtal, framför allt för föräldrar till barn med ADHD) gavs i 3 procent av samtliga nybesök.

I medeltal var antalet besök för poj-

**ANNONS**

kar 10,7 och för flickor 9,6, med endast små variationer från år till år med undantag för 1993, då medelbesökstalet för registrerade nybesök (både pojkar och flickor) var 7,0.

Drygt hälften av nybesöken avslutades samma år som barnet/familjen sökte. Från 1992 till 1994 fördubblades andelen som var aktuella under minst tre års tid från 10 till 20 procent. Antalet konsultationer per nybesökande patient fluktuerade något under hela perioden 1992–1996, men utan någon klar tendens till ökning eller minskning (10,5, 7,8, 10,7, 12,3 respektive 10,1 konsultationer för respektive år).

En något utvidgad neuropsykiatrisk bedömning (riktad undersökning av neuropsykiater och någon form av testning hos psykolog) gjordes vid något tillfälle under utrednings-/behandlings-tiden i 18 procent av nybesöken. Ytterligare 12 procent genomgick psykologisk testning utan att mera ingående bedömas av neuropsykiater.

### Övrig barn- och ungdomspsykiatrisk vård

Tre procent av samtliga barn (6 procent av flickorna och 1,5 procent av pojkarna) hade vårdats på akutavdelningen vid stadens barn- och ungdomspsykiatriska klinik (i direkt anslutning till besöken på mottagningen eller tidigare), och ytterligare 2 procent på familjeavdelningen där. Av inneliggande flickor hade 50 procent diagnosen trotsyndrom/beteendestörning och ytterligare 46 procent depression som huvuddiagnos (se nedan). Samtliga pojkar utom en i motsvarande grupp hade ADHD.

Fem procent sökte under perioden 1992–1996 akut till kristeamet vid den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (flickor:pojkar = 2:1).

Tre procent av samtliga nybesök remitterades vidare till barnneuropsykiatrisk specialistklinik.

### Vård inom socialförvaltningen

En procent av samtliga patienter vårdades på något av socialförvaltningens behandlingshem.

### Utredningsuppdrag från sociala myndigheter

Sammanlagt 10,5 procent av samtliga nybesök var föranledda av direkta uppdrag från socialtjänsten (4,4 procent omedelbart omhändertagande enligt Lag om vård av unga, LVU, och 6,1 procent s k §50-utredningar).

### Medicinering

Sammanlagt 4,6 procent av samtliga nybesökande barn och ungdomar behandlades under kortare eller längre perioder med farmaka, oftast från gruppen

Tabell I. Huvuddiagnos enligt DSM-III-R. Procentandel med specificerad diagnos.

Diagnos	Flickor	Pojkar	Totalt
<b>Neuropsykiatriska syndrom</b>			
ADHD*	11,6	29,8	20,8
Impulskontrollstörning NUD	0,7	0,3	0,5
Tourettes syndrom	0,4	2,5	1,5
Kroniska tics	0,4	0,3	0,3
Stamning	0,4	0,3	0,3
Tvångssyndrom	2,1	1,8	2,0
Autistiskt syndrom	0	0,6	0,3
PDD (autismliknande tillstånd)	2,1	1,8	2,0
Mental retardation	0,4	0,6	0,5
Läs-/skrivsvårigheter	2,1	0,3	1,1
Språkutvecklingsavvikelse	0	0,3	0,2
Pavor nocturnus	0	0,3	0,2
Dyssomni	0	0,9	0,5
Enures	0,7	0,3	0,5
Enkopres	2,5	1,8	2,1
<b>Sociala beteendestörningar</b>			
Beteendestörning inklusive trots	7,8	4,6	6,1
Missbruk	0	0,3	0,2
<b>Depression och ångest</b>			
Depression	13,0	7,7	10,2
Ångest	15,8	5,5	10,3
Elektiv mutism	1,4	0,3	0,8
<b>Andra diagnoser</b>			
Anorexia nervosa	2,1	0	1,0
Bulimia nervosa	0,4	0	0,2
Anpassningsreaktion	2,1	4,0	3,1
Reaktiv kontaktstörning	0,7	0,3	0,5
Somatoformt syndrom	0,4	0	0,2
Transsexualism	0,4	0	0,2
<b>V-koder</b>			
Familjerelationsstörning	7,0	8,0	7,5
Sorg eller ålderskris	1,8	0,6	1,1
Ingen diagnos	23,6	26,7	25,2

\* inklusive odifferentierad uppmärksamhetsstörning

serotoninåterupptagshämmare eller centralstimulantia.

### Bakgrundsfaktorer

Bara 28 procent av barnen i nybesöksgruppen levde med båda sina biologiska föräldrar. I 48 procent av fallen levde barnen med en ensamstående mor, och i 3 procent med en ensamstående far.

Vart tredje barn (32 procent) var enda barnet. Bara 9 procent levde i familjer med tre eller flera syskon.

Ingen eller lätt psykosocial stress förelåg i 37 procent av de 500 fall som skattats i detta avseende (nybesök från 1992 är ej medtagna). Måttlig stress bedömdes föreligga i 31 procent, svår i 20 procent och extrem eller katastrofal stress i 9 procent av fallen.

Av barn med ensamstående mödrar hade 40 procent låg ekonomisk standard (på grund av att modern studerade, var arbetslös, föräldraledig eller sjukskriven). Knappt 10 procent av de barn som levde med båda biologiska föräldrarna hade motsvarande låga standard.

Missbruk hos förälder (oftare modern) förekom i minst 6 procent av nybesöken. Psykisk sjukdom hos förälder (oftast modern) förekom i 3 procent. Allvarlig fysisk sjukdom hos förälder eller barn förelåg i 3 procent respektive 1,5 procent av nybesöken.

Två procent av barnen kom som nybesök i nära anslutning till endera förälderns (något oftare faderns) naturliga död eller självmord.

Fjorton procent av barnen hade annat hemspråk än svenska, men nästan samtliga talade god svenska. Tolk behövdes bara i något enstaka fall.

Fysisk misshandel hade förekommit i 2 procent av fallen. Misstanke om sexuella övergrepp förelåg därutöver i 3 procent. Barnets mor hade blivit misshandlad i 1,5 procent.

### Diagnoser

*Ingen diagnos.* I vart fjärde fall kunde diagnos inte ställas, i allmänhet därför att tillräcklig information saknades. Medelbesöksantalet i dessa fall var 2,7.

*Familjerelationsstörning (V-kod).* I

8 procent förelåg familjerelationsstörningar som inte var relaterade till psykiatrisk diagnos hos barnet.

### DSM-III-R axel I- och axel II-diagnoser

**Huvudsaklig diagnos.** Huvudsaklig DSM-III-R-diagnos framgår av Tabell I. Vart tredje barn hade en neuropsykiatrisk huvuddiagnos (32,9 procent), vart femte (20,5 procent) hade depression eller ångestsyndrom och vart sextonde (6,1 procent) en huvuddiagnos med företrädesvis antisocial problematik.

**Antal diagnoser.** Något färre än hälften av alla nybesök (44 procent) gavs endast en DSM-III-R-diagnos, var sjätte (16 procent) fick två, var trettonde (7,5 procent) tre, var tjugoförsta (4,7 procent) fyra och var fyrtonde (2,3 procent) fick fem eller sex DSM-III-R-diagnoser.

**Typ av diagnos.** Diagnosen ADHD innefattade dels fall som uppfyllde tillräckliga DSM-III-R-kriterier för denna diagnos (58 procent), dels sådana som utan att uppvisa hyperaktivitet fyllde kriterierna för ADD (attention deficit disorder) enligt DSM-III [20] och som enligt DSM-III-R [18] föll inom ramen för »odifferentierad uppmärksamhetsstörning» (42 procent). Komorbiditeten var mycket hög i fallen med ADHD som huvuddiagnos; flera än två tredjedelar hade minst en av tilläggsdiagnoserna motoriska koordinationssvårigheter, specifika lässvårigheter eller marginell mental retardation. Därtill kom att var fjärde hade trotsyndrom/beteendestörning, var sjätte depression och var sjunde ångestsyndrom.

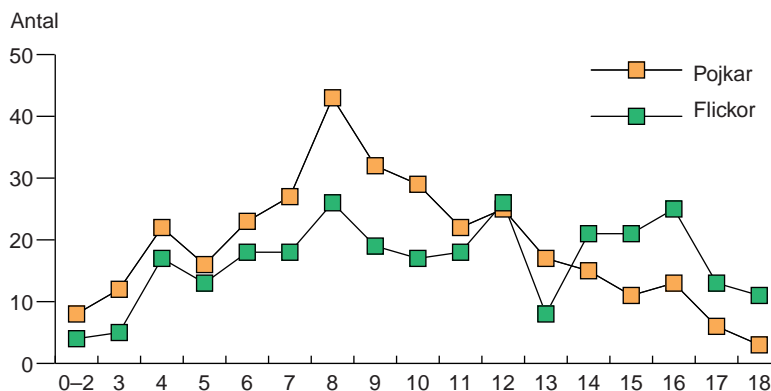
De enda specifika diagnoserna som visade en klar procentuell förändring från 1992 till 1996 var ADHD och ätstörningar. 1992 gavs 14 procent av nybesöken diagnosen ADHD, medan motsvarande andel 1996 var 39 procent. Ätstörningsdiagnoser ställdes hos flera procent av flickorna 1992, men inte hos någon (vare sig pojke eller flicka) 1996.

Andelen med neuropsykiatrisk diagnos som huvuddiagnos ökade från 24 procent 1992 och 1993 till 35 procent 1994, 38 procent 1995 och 45 procent 1996. Under motsvarande period sjönk andelen nybesök utan diagnos från 26, 30 respektive 32 procent under de tre första åren till 24 procent och 15 procent under de två sista.

Tabell I visar att 2,3 procent av nybesöken en diagnos inom autismspektrum. Ytterligare 1,8 procent hade utpräglade autistiska symtom, men då utredningen i detta avseende var ofullständig kunde diagnos inte fastställas i dessa fall.

### Pojkar jämförda med flickor i olika åldersgrupper

Pojkar dominerade nybesöken i åldrarna upp till och med 10 års ålder, där-



Figur 2. Antal nybesök fördelade på kön och ålder.

efter skedde en utjämning, och från 14 års ålder var det flickorna som dominerade klart (Figur 2). Relationen flicka:pojke var bara 2:3 (155:234) för 11-åringar och yngre, men drygt 4:3 (125:90) för gruppen 12–18-åringar.

Bland riktigt små barn (0–3 år), vilka utgjorde 5 procent av samtliga nybesök, dominerade pojkarna mera (2,2:1). Det är att märka att andelen nybesök i gruppen 0–3 år sjönk från 11 under 1992 till 1 under 1996.

Av samtliga nybesök för pojkar utgjordes 40 procent av 7–10-åringar, medan endast 15 procent var i åldrarna 14–18 år. Motsvarande andelar för flickorna var 29 respektive 33 procent.

Andelen flickor som genomgick en något utvidgad neuropsykiatrisk bedömning ökade från 5 procent 1992 till 25 procent 1996. För pojkarna ökade denna andel från 19 procent till 38 procent. Få tonårsflickor genomgick neuropsykiatrisk bedömning.

Misstanke om sexuella övergrepp förelåg betydligt oftare när det gällde flickor (6,3 procent mot 0,3 procent för pojkar).

Tre till sex DSM-III-R-diagnoser hade var fjärde pojke, men bara var tolfte flicka.

Ifråga om diagnoser förelåg stora könsskillnader för de högprevalenta tillstånden ADHD (flickor:pojkar 0,3:1), depression (1,5:1) och ångest (2,5:1), liksom för ett antal mindre vanligt förekommande syndrom, t ex Tourettes syndrom (0,1:1) och anorexia nervosa (6:0) (Tabell I).

### DISKUSSION

Sammanfattningsvis sökte alltså en förhållandevis stor andel (5,6 procent) av samtliga barn från upptagningsområdet hjälp vid den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen under en 5-årsperiod, och det uppskattades att var femte barn/tonåring skulle komma att

ha sökt där någon gång i åldern 0–18 år. Dessa siffror stämmer ganska väl med tidigare uppskattningar av frekvensen barn- och ungdomspsykiatrisk konsultation i svenska storstäder [11, 12]. Det förtjänar dock att nämnas att upptagningsområdet i vår studie innefattar ett av de primärområden i Göteborg som har en av de högsta konsultationsfrekvenserna i staden [21].

Drygt 40 procent av dem som sökte gjorde bara något eller några enstaka besök, medan drygt 2 procent konsulterade mottagningen flera än 50 gånger – därvid förbrukande en femtedel av vårdresurserna – under den femårsperiod studien pågick. Liknande resultat framkom vid undersökningar i Lund [22, 23] samt inom Stockholms psykiiska barn- och ungdomsvård [10].

I vår studie framkom inget talande för en ökning av antalet nybesökande (eller av antalet icke-nybesökande) patienter. Antalet besök per patient har inte säkert ändrats under perioden 1992–1996. Registerdata från mottagningen visar istället att antalet nybesök sjunkit från i medeltal 150 per år 1986–1991 till 122 per år 1992–1996.

Även det totala antalet patienter som var aktuella vid mottagningen var lägre under den senare perioden. Viss osäkerhet råder dock om hur jämförbara siffrorna är då under vissa perioder särskilda journaler förts över föräldrar, vilka då räknats som separata nybesök. I en forskningsrapport från psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet gällande 1996 [24] noterades inte heller någon ökning av antalet nybesök vid den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Angered, ett socialt mycket belastat område i norra Göteborg.

Den psykosociala stressfaktorn var högre hos Angeredspatienterna, men huruvida klientelet där i övrigt var jäm-

förbart med vårt kunde inte avgöras, eftersom bara drygt 7 procent av nybesöken vid den mottagningen erhöll någon diagnos.

### Fler fick neuropsykiatrisk diagnos

Andelen patienter som fick en neuropsykiatrisk diagnos ökade markant från 1992 (24 procent) till 1996 (45 procent). Detta förklaras sannolikt av den ökade medvetenheten och kunskapen om sådana tillstånd (inklusive tillgången till bättre och operationaliserade diagnoskriterier) och den därav följande mera riktade undersökningsmetodiken. Den markanta ökningen av frekvensen läkar- och psykologkonsultation (inklusive testning) vid mottagningen, liksom det intensifierade teamarbetet (genom vilket allt flera patienter kom att träffa fler än en vårdgivare) under studiens gång, är ett uttryck för den ökade kunskapen inom detta område.

Få tonårsflickor utreddes neuropsykiatriskt, vilket kan förklara den högre förekomsten av huvuddiagnoserna trotsyndrom och beteendestörning hos dem jämfört med pojkarna, som oftare hade tilläggsdiagnoser av detta slag.

Den relativt låga frekvensen av ätstörningar och autismspektrumstörningar i materialet förklaras till stor del av att det i Göteborg sedan många år finns en specialiserad barnneuropsykiatrisk klinik och att det under 1993 öppnades en specialmottagning för personer med ätstörningar.

Den höga frekvensen av ensamstående mödrar (48 procent i vår studie jämfört med 17 procent i befolkningen i stort enligt SCB 1996) [25] – ofta med dåliga ekonomiska förutsättningar – går igen i flera studier [15, 22, 23], även om frekvensen i vår är den högsta som hittills noterats.

Det fanns inte – i vår eller dessa andra studier – belägg för att arbetslöshet, socialbidragsberoende eller invandrarsstatus skulle vara specifikt relaterade till barn- och ungdomspsykiatrisk konsultation. En dryg tredjedel av vårt klientel hade få eller inga psykosociala stressfaktorer av betydelse.

Det förelåg påtagliga skillnader mellan pojkar och flickor ifråga om ålder vid konsultation (pojkar kom framför allt i tidiga skolår, flickor företrädesvis mitt i tonåren), typ av diagnos (pojkar hade mera neuropsykiatriska tillstånd, flickor mera ångest och depression) och antal diagnoser (pojkar hade fler än flickorna).

Liknande resultat har tidigare publicerats av bl a von Knorring och medarbetare [13]. Fler flickor än pojkar bedömdes ha varit sannolikt utsatta för sexuella övergrepp. Övriga skillnader

mellan pojkar och flickor var förhållandevis små och av tveksam betydelse.

### Tveksam grund för påståenden om ökat antal patienter

Uppgifterna om det starkt ökade patientflödet till den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården grundar sig främst på en utredning från Landstingsförbundet [5], som citerats av Socialstyrelsen [1-3]. Det är att märka att Landstingsförbundets utredning utgörs av en genomgång av enkäter till barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter, inte på journaluppgifter. Det är oklart hur man räknat antalet besök i sammanställningen (och det tycks föreligga stor variation från verksamhet till verksamhet inom landet). Mycket talar för att man i vissa uträkningar satt likhetstecken mellan antal »besök» och »patienter» och/eller att man räknat flera individer (inklusive föräldrar) i en och samma familj som patienter, med resultatet att uppgifter om vårdsökarfrekvens blivit orimliga. I vår studie är det administrativa beslutet att införa väntelista, vilket vid mottagningen skedde 1994, det enda registrerade uttrycket för en möjlig ökad »belastning» inom den öppna barn- och ungdomspsykiatri under senare år.

\*

Ett tack till Göteborgs Läkaresällskap och Barnklinikernas forskningsfond, Östra sjukhuset, Göteborg, som hjälpt till att finansiera denna studie. Tack även till personalen vid barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Masthugget, för hjälp med journaldatainsamling, och till psykolog Sven Östlund, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, för hjälp med databearbetning.

### Referenser

1. Socialstyrelsen. God psykiatrisk vård på lika villkor? Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
2. Socialstyrelsen. Innehåll och kvalitet i den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Psykiatriuppföljningen 1997:8. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
3. Barnpsykiatrikommittén. Roster om barns och ungdomars psykiska hälsa. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén SOU 1997:8. Stockholm: Fritzes, 1997.
4. Barnpsykiatrikommittén. Det gäller livet. SOU 1998:31. Stockholm: Fritzes, 1998.
5. Landstingsförbundet. Barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Enkätundersökning. Stockholm: Landstingsförbundet, 1994.
6. SKTF. Barnen drabbas hårt i nedskärningstider. Enkät till BUP/PBU, 1995: 8. Stockholm: Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, 1995.
7. Nylander I, Rydelius PA. Akut barn- och ungdomspsykiatri i storstad. Socialmedicinsk Tidskrift 1976; 53: 159-63.
8. Gillberg C, Höök K. Barn- och ungdomspsykiatrisk jourverksamhet i Göteborg. Socialmedicinsk Tidskrift 1977; 54: 401-8.
9. Otto U. Tolv års barn- och ungdomspsykiatri. Läkartidningen 1982; 79: 4420-8.

10. Carlberg M. PBU-verksamheten inom Stockholms läns landsting. Stockholm: Liber, 1984.
11. Gillberg C. Stort behov av barn- och ungdomspsykiatrisk vård i storstad. Läkartidningen 1984; 81: 1618.
12. Karlsson A, Sonesson L. Hur stort är behovet av barn- och ungdomspsykiatrisk vård? Läkartidningen 1984; 81: 439-40.
13. von Knorring AL, Andersson O, Magnusson D. Psychiatric care and course of psychiatric disorders from childhood to early adulthood in a representative sample. J Child Psychol Psychiatry 1987; 28: 329-41.
14. Adler H. Patienter på två PBU-mottagningar. Stockholm: Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting, 1997.
15. Falkestav F, Holm M, Thernlund G. BUP case management system. Rapport 29. Lund: Rådet för hälso- och sjukvårdsforskning, 1997.
16. Holmgren Linnman M, Fried I, Fägersten E, Larsson JO, Rydelius PA. Allt fler barn och ungdomar söker psykiatrisk hjälp. Läkartidningen 1997; 94: 4641-4.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
22. Djurfeldt M. Vad håller vi på med egentligen? Rapport från Lundateamets internstatistik. Lund: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, 1987.
23. Djurfeldt M. På en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning. Rapport från Lundateamets internstatistik. Lund: Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, 1989.

En fullständig referenslista kan erhållas från överläkare Svenny Kopp, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, 416 85 Göteborg.

### Summary

#### Outpatients in child psychiatry: five years at a child and adolescent psychiatry centre in Gothenburg

Svenny Kopp, Christopher Gillberg

Läkartidningen 1999; 96: 5071-6.

All case-records of first-time visitors to an outpatient child and adolescent psychiatric centre from 1992 to 1996 were reviewed, and re-diagnosis was performed according to DSM-III-R. Assessment procedures and routines were seen to change over this period as awareness of neuropsychiatric disorders increased. Slightly more than 5% of all children in the catchment area (10,522 individuals) sought psychiatric help during the study period; about 40% of these made 1-3 visits. One fifth of health care resources was consumed by 2% of all clinic attenders. Fewer than 50% were seen by a psychiatrist. Half were living in single-parent families, one third had experienced mild stress, and nearly one third had been exposed to marked psychosocial stress. The proportion of patients receiving a neuropsychiatric diagnosis rose markedly from 24% in 1992 to 45% in 1996.

Correspondence: Svenny Kopp, Dept of Pediatric Psychiatry, Sahlgrenska University Hospital, SE-416 85 Göteborg, Sweden.  
E-mail: svenny.kopp@hem.utfors.se