

# Geðheilbrigðisþjónusta fyrir börn og unglunga

Ólafur Ó.  
Guðmundsson

ÞJÓNUSTA BARN- OG UNGLINGAGEÐDEILDAR, nú Landspítala Dalbraut (BUGL), hefur breyst mikið á þeim 30 árum sem deildin hefur starfað. Fyrstu árin var megináherslan lögð á þjónustu á dag- og legudeildum við tiltölulega fá börn með alvarleg geðræn- og þroskavandamál svo sem einhverfu en í dag fá hundruð barna og unglunga þjónustu á göngudeild. Auk göngudeildar eru á þremur innlagnardeildum BUGL 21 pláss, 15 sólarhringsrými, þar af tvö bráðarými og sex dagrými.

Frá 1998 hafa árlega borist um 500 nýjar tilvísanir til barna- og unglिंगageðdeildarinnar sem er mikil aukning frá árunum á undan. Um það bil fjórar af hverjum fimm tilvísunum verða að klínískum viðfangsefnum en í öðrum tilvikum hætta foreldrar við eða hafa fengið einhverja úrlausn á vandanum á meðan beðið er eftir þjónustu sem getur verið frá dögum upp í fáeina mánuði eftir eðli vandans. Þó að tilvísunum hafi fjölgað hefur biðtími eftir þjónustu ekki lengst heldur frekar styst, en hér ræður mestu innra skipulag, fjöldi fagfólks og hvers konar þjónusta er veitt. Þrátt fyrir mikilvægi teymisvinnu verður ekki framhjá því litið að hlutur lækna við mat og meðferð geðraskana verður alltaf sá möndull sem teymisvinnan snýst um. Hér kemur til þekking lækna á frávikum í líkamlegri og andlegri starfsemi þeirrar heildar sem manneskjan er og áralöng þjálfun í markvissum aðferðum til að meta og meðhöndla frávík sem flokkast sem sjúkleg samkvæmt áreiðanlegum og gildum greiningaraðferðum. Sérfræðilæknar kosta meira í launum, bæði í dagvinnu og vegna vaktþjónustu, en þegar upp er staðið er nægur fjöldi sérfræðilækna til að tryggja gæði og faglega þjónustu, grundvöllur allrar sérhæfðrar sjúkráhusþjónustu. Ef þennan þátt vantar eða hann er ófullnægjandi, er hætt við að þjónustan verði ómarkvissari, lakari að gæðum og þegar upp er staðið, mun dýrari fyrir alla aðila. Þetta á ekki síst við í barna- og unglिंगageðlækningum en skortur á sérfræðingum í greininni hefur verið stærsta vandamálið við uppbyggingu sérfræðiþjónustunnar. Margt bendir til að breyting sé að verða á og áhugi unglækna sé að vakna fyrir mikilvægi og möguleikum þessarar sérgreinar bæði hérlendis og erlendis. Aukin áhersla á grundvallaratriði læknisfræðinnar um vinnubrögð sem byggja á faglegru þekkingu og rannsóknnum, læknislistinni og -fræðinni, eru líklegust til að vekja áhuga læknanema og unglækna.

Þjónusta stofnana samfélagsins við börn og ung-

linga í vanda, sérstaklega þeim sem tengist hegðun, líðan og vímuefnaneyslu, hefur töluvert verið til umræðu undanfarin ár. Yfirvöld hafa brugðist við og kallað saman starfshópa sem skilað hafa niðurstöðum og tillögum meðal annars um framkvæmdaáætlun um markvissa uppbyggingu þjónustunnar á mismunandi stigum en slík áætlun liggur þó enn ekki fyrir (1-4). Þann 10. október 1998 skilaði starfshópur um stefnumótun í málefnum geðsjúkra skýrslu til heilbrigðisráðherra. Í kaflanum um börn og unglunga eru tillögur í 10 liðum til úrbóta og starfshópurinn var sammála um að gera þessar tillögur að forgangsmáli allrar skýrslunnar. Tvö atriði eru að koma nú til framkvæmda, komið hefur verið á fót 25% lektorstöðu í barna- og unglिंगageðlækningum við læknaeild og með nýlega undirrituðum samningi BUGL, Barnaverndarstofu og SÁÁ er opnað fyrir formlegt samstarf þessara aðila með hætti sem ekki hefur áður verið reyndur. Einnig var á síðasta ári gerð breyting á reglugerð sjúkratrygginga til hagsbóta fyrir fjölskyldur barna með geðraskanir sem leita eftir þjónustu utan stofnana. Loks hefur skýrsla starfshóps landlæknis um þjónustu utan stofnana litið dagsins ljós nú í maí 2000 þar sem fram koma ítarlegar tillögur til úrbóta á þeim vettvangi. Má þar nefna tillögu um endurvakningu á embætti skólayfirlæknis og leiðir til að auka þátt heilsugæslunnar í geðheilbrigðisþjónustu við börn og ungmenni (5).

Foreldrar geta leitað með vandamál tengd geðheilsu barna og unglunga til heilsugæslulækna eða skólinn leitar til þessara sömu lækna í hlutverki skólalækna. Heilsugæslan væri betur í stakk búin að sinna þessum vanda ef tengsl við sérfræðiþjónustuna væru betri og flæði upplýsinga á milli markvissara svo sem með læknabréfum. Einnig þyrfti að koma til aukin áhersla á teymisvinnu innan heilsugæslunnar til dæmis milli læknis, hjúkrunarfræðings og sálfræðings. Sumar stöðvar hafa tekið frumkvæðið í þessum efnunum og má nefna sem dæmi samvinnu heilsugæslunnar og skólaskrifstofunnar á Akranesi með handleiðslu BUGL um þjónustu við ofvirk börn og þróunarverkefnið *Nýja barnið* við Heilsugæslustöðina á Akureyri fyrir barnshafandi konur.

Geðlæknar sjá tengslin milli geðræns vanda foreldris og barns en beita flestir fyrst og fremst einstaklingsbundnum meðferðarúrræðum sem einfaldari eru í framkvæmd en geta auðvitað hjálpað barninu í fjölskyldunni óbeint en samband milli geðheilsu for-

eldris, sérstaklega móður, og barns er vel þekkt (6).

Barnalæknar bæði á einkastofum og sjúkrahúsum sinna miklvægum hluta þeirrar þjónustu sem börn fá vegna geðheilsuvanda, sérstaklega þegar um þroskafrávik er að ræða.

Það er því ekki hlutverk sérhæfðrar sjúkrahúspjónustu eins og þeirrar sem veitt er á BUGL að koma með beinum hætti að vanda allra barna og unglunga með geðraskanir. Til staðar þarf að vera lagskipt þjónusta þar sem fyrst er leitað til þeirra fagaðila sem líklegastir eru til að þekkja aðstæður barnsins svo sem til heilsugæslunnar, sálfræðiþjónustu skóla og félagsþjónustunnar sem síðan þurfa að eiga greiðan aðgang að sérfræðiþjónustu utan og innan sjúkrahúsanna. Mesta misræmið er í sérfræðiþjónustu utan stofnana við börn og unglunga með geðraskanir samborið við fullorðna, þjónusta sálfræðinga er ekki niðurgreidd og framboð á þjónustu barnageðlækna er afar takmarkað en hins vegar er þjónusta sjálfstætt starfandi barnalækna umtalsverð. Þetta endurspeglast meðal annars í því sem fram kemur í grein í síðasta hefti Læknablaðsins (7) að á einu ári komu 54% tilvísana til ofvirknitemis barna- og unglिंगageðdeildarinnar frá barnalæknum, 13% frá barnageðlæknum en aðeins 8% frá heimilislæknum. Niðurstöður þeirrar rannsóknar, ítarleg yfirlitsgrein um stöðu þekkingar á ofvirkni-röskun sem birt er í þessu tölublaði Læknablaðsins (8) ásamt niðurstöðum starfshópa þeirra sem nefndir eru að ofan, endurspegla aukna vitund og þekkingu á þeim vanda sem við er að kljást. Ekki síður mikilvægt er að geta sýnt fram á að sú þjónusta sem læknar standa fyrir hér á landi er byggð á þekkingu sem grundvallast á viðurkenndum vinnubrögðum læknisfræðinnar.

#### Heimildir

1. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Stefnumótun í málefnum geðsjúkra. Skýrsla starfshóps; 10. október 1998: 93-4.
2. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Forgangsröðun í heilbrigðismálum, rit 2, 1998, áherluatriði: 8.
3. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2005, vinnuhandrit; 18. mars 1999: 34.
4. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Skýrsla nefndar um stefnumótun í málefnum langveikra barna; júní 1999: 22-3.
5. Skýrsla starfshóps Landlæknis. Börn og ungmenni með geðræn vandamál – þjónusta utan sjúkrastofnana; maí 2000: 5.
6. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Affective Disorders* 1998; 48: 1-13.
7. Baldursson G, Magnússon P, Guðmundsson ÓÓ. Greiningar og meðferðarúræði 102 barna og unglunga sem komu til barna- og unglिंगageðdeildar Landspítalans vegna ofvirknieinkenna frá 1. júní 1998 til 31. maí 1999. *Læknablaðið* 2000; 86: 337-42.
8. Baldursson G, Guðmundsson ÓÓ, Magnússon P. Ofvirkni-röskun. *Yfirlitsgrein. Læknablaðið* 2000; 86: 413-20.