

Barn- och ungdomspsykiatri på primärvårdsnivå

Håkan Jarbin, chöl, med dr
BUP Halland

Förekomst av psykiska problem hos barn- och unga

- $\frac{1}{3}$ har sömnsvärigheter minst en gång i veckan
- $\frac{1}{4}$ har huvudvärk
- $\frac{1}{5}$ har magont
- $\frac{1}{4}$ haft psykisk störning någon gång under uppväxt
- $\frac{1}{10}$ har nu psykisk störning

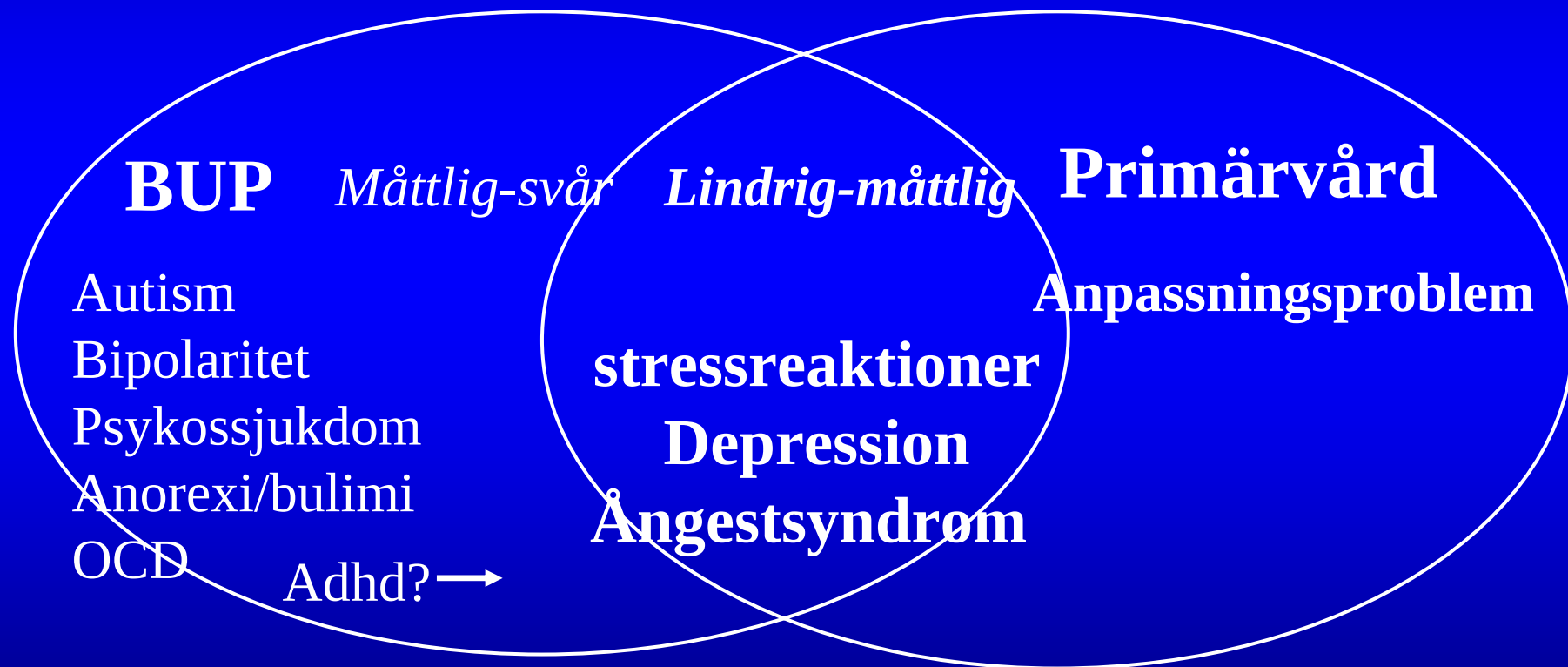
Trender i tiden

- ÖKNING
 - Antalet barn- och unga som söker och vill få psykiatrisk hjälp ökar stadigt
 - Andelen ungdomar som känner ängslan, oro och nedstämdhet har ökat
 - Andelen ungdomar med långvariga lindriga till måttliga besvär ökar
- OFÖRÄNDRAT
 - Ingen motsvarande ökning av barn- och ungdomar med påtaglig depression eller ångestsyndrom eller adhd

Vart vänder sig barn- och ungdomar? (ex från VGregion)

- För unga med psykiatrisk diagnos sker
 - 66 % av läkarbesöken inom BUP
 - 29 % inom barn- och ungdomsmedicin
 - 5 % inom primärvården

diagnoser BUP - PV



Önskvärt läge 2012 i VGregion primärvård och barn- och ungdomspsykiatri

- Primärvården är väl etablerad som första linjens vård.
- Ansvarsgränsen för unga under 18 år är tydliggjord.
- Samarbete mellan vårdcentraler och BUP är utvecklat.

Utvecklingsplan för V Gregion primärvården och BUP

- PRIMÄRVÅRDEN
 - Ökad **kunskap** om psykiska störningar hos barn och ungdom
 - Tillgång till psykologisk och **psykosocial** kompetens
 - **Samordning** av vårdcentralernas och ungdomsmottagningarnas (skolhälsovårdens?) arbete
- BUP
 - **bistår** med konsultation och handledning till primärvården
 - **sköter** svåra (neuro)psykiatriska problem o funktionshinder

Likheter

BUP-vuxenpsykiatri på vårdcentral

- Samma psykiatriska störningar
- Samma diagnoskriterier
 - HELA DSM systemet ska användas för både barn och vuxna
- Samma grundprinciper för behandling

Skillnader

BUP-vuxenpsykiatri på vårdcentral

- Familj/Nätverk är direkt engagerat och arbetssättet behöver vara familjeorienterat
- Unga
 - mer affektstyrda och har mindre kognitiv kontroll
 - Miljöfaktorer spelar en större roll
 - Ärftliga faktorer spelar en större roll
 - Snabba insatser ännu viktigare
 - Symptom mera diffusa och överlappande
- Farmaka kommer aldrig i 1:a hand

Miljön påverkar förekomst av psykiska störningar

- Rutter (1970-talet) jämförde psykisk störning 10-11-åringar från olika miljöer
 - Isle of Wight 7%
 - London 14%
 - Londons belastade delar 21%

Epidemiologi

frekvens emotionella störningar

- **Depressioner (5%)**
 - 1% förskolebarn, 2% skolbarn, 5% tonåringar
 - av 16-åringar har 10% ngn gång haft depr
 - bipolär spektrum störning hos 1% i tonåren
 - 5% av 16-åringar har gjort självmordsförsök
- **Ångestsyndrom (10%)**
 - separationsångest hos 4% av 7-9-åringar
 - generaliserad ångest (ängslan) hos 4% av tonåringar
 - tvångssyndrom hos 1-3%
 - social fobi 1%
 - panikångest hos 0,5% av tonåringar

Epidemiologi

frekvens av utagerande störning

- Uppmärksamhetsstörning (adhd) hos (3-) 5%
- Trotssyndrom hos 1,5%
- uppförandestörning hos 2-10%

Epidemiologi

frekvens av ätstörningar

- Anorexia nervosa hos 0,6% av tonåringar
- bulimi hos 0,6%
- ospecifik ätstörning hos fler
 - 13% kräker/laxerar tidvis i viktreduktionssyfte (USA)

Epidemiologi

frekvens av ovanliga psykiska störningar

- Psykossjukdom hos 0,3- (0,5%) av tonåringar
- kroniska tics hos 0,5%
- Autismspektrumstörning 1 %
 - Aspergers syndrom hos 0,3%
 - Autistiskt syndrom hos 0,1%

Bedömning av unga

- Prata med
 - Familj först om möjligt/lämpligt alt börja med tonåring eller börja med föräldrar till barn. Tänk på kollateral info ex skolan
- Värdera
 - Psykiatriskt syndrom
 - Depression, ångestsyndrom, adhd, beteendestörning
 - Funktionsnivå
 - Skola, kompisar, fritid, ADL
 - Aktuella stressfaktorer
 - kompisstrul, kärlek, familjeproblem, skola/mobbing, flykting
 - Droger
 - Alkohol!!, tobak, illegala
 - Sömn
- Samla ihop inkl förälder och formulera diagnos + konkret plan på kort sikt

Depression

(överdriven ledsnad/olust)

- Prevalens
 - Barn 1-2%, tonåringar ca 5%
- Symptom
 - Barn: ont i mage/huvud, ”gnäller”
 - Tonåringar: irriterad, ”lat”, skoltrött, s-tankar
- Basnivå
 - Ställ diagnos på DSM-IV kriterier o informera
 - Öka stöd o minska belastning (skola utan press, krav hemma)
 - Sömn inkl insomn.med, mat inkl frukost, stimulera aktivitet, minimera alkohol
 - Sanera från stress o bråk
 - Ge hopp o peppa
 - Håll koll på suicidalitet (=fråga alltid), risk ökar från 15 år
- Remittera
 - Orkar ej skola alls eller inte kompisar,
 - påtagligt suicidal,
 - ej bättre efter 6-8 veckors behandling

Ångestsyndrom (överdriven oro och försiktighet)

- Prevalens
 - Uppemot 10%
- Symptom
 - Barn: separationsångest, OCD debuterar ofta prepubertalt,
 - Tonåringar: GAD, PTSD, social fobi, paniksyndrom
 - Skilj från ångest pga depression, pga droger, pga verkliga problem
- Basnivå
 - Ställ diagnos på DSM-IV kriterier o informera
 - Pedagogik helt central dvs förklara undvikandet (risk kronicitering) o exponering = våga!
 - Sanera från överdrivet hårda eller beskyddande föräldrar
 - Föreslå enkel ”läxa” med exponering
- Remittera
 - Samsjuklighet med depression eller missbruk
 - ej bättre efter 6-8 veckors behandling o fyller kriterier inkl funktionsnedsättningen

ADHD

(bristande uppmärksamhet, överaktivitet och impulsivitet)

- Prevalens
 - 5% varav svår 1%
- Symptom
 - Barn: hyperaktivitet hos de minsta
 - Tonåringar: enbart uppmärksamhetsstörning märks senare o ofta samtidig depression, OBS flickor som är ambitiösa kan dölja symptom och frågande krävs
- Basnivå
 - Ställ diagnos på DSM-IV kriterier +uteslut annan genes+ longitudinellt+ arv!
 - Pedagogik: skapa struktur i vardag, i skola
 - Föräldraträning
- Remittera
 - Enkla åtgärder ej tillräckliga
 - Samsjuklighet dep/ång/beteendestörning
 - Svikt i familj

Trotssyndrom, uppförandestörning (bryter regler och trotsar vuxna)

- Prevalens
 - 2-8%, varierar starkt med yttre faktorer
- Symptom
 - Barn: trotsar o ”krigar” på ett tröttsamt vis
 - Tonåringar: stjälar, vandaliserar, hotar o slåss
- Basnivå
 - Ställ diagnos på DSM-IV kriterier +uteslut annan genes+ longitudinellt+ arv!
 - OBS. våga fråga om dessa symptom
 - Pedagogik: skapa struktur i vardag, i skola
 - Föräldraträning
- Remittera
 - Enkla åtgärder ej tillräckliga
 - Samsjuklighet dep/ång/beteendestörning
 - Svikt i familj

Akut/posttraumatisk stress

- Prevalens
 - ?%, varierar mycket starkt med yttre faktorer
- Symptom
 - Bevittnat/utsatt för händelse med död eller svårt fysiskt övergrepp
 - Lider av mardrömmar o/e återupplevanden o ångestsymptom o undviker
- Basnivå
 - Ställ diagnos på DSM-IV kriterier + sömn?
 - OBS. våga fråga om dessa symptom
 - Försäkra att inte pågående traumatisering sker
 - Pedagogik: skapa struktur i vardag, inkl sömn, mat och aktivitet
 - Stöd av trygga närstående men inte press att tala
 - Behandla sömnstörning (yngre: alimemazin/hydroxizin, tonåringar: zolpidem/zopiklon)
- Remittera
 - Ej bättre efter 6-8 veckor
 - Samsjuklighet dep/ång/beteendestörning
 - Svikt i familj

BUP-barn inom primärvården kommer....

- Att innebära ”fasta förbindelser” med BUP för
 - Utbildning i diagnostik för PV
 - och kanske/gärna vår telefonintervju BCFPI som screening o selektion
 - Konsultation i bedömningar
- Att ge helhetsperspektiv på det psykiska o somatiska
- Att kräva behandlarresurser (förutom läkare) inom PV