

Rapport

Praksis for udredning og behandling af børn og unge med OCD i Danmark  
En national spørgeskemaundersøgelse



Cecilie Schultz Isaksen, Katja Anna Hybel, Judith Becker Nissen og Per Hove Thomsen, 2019

Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Forskningsafsnittet

*Praksis for udredning og behandling af børn og unge med OCD i Danmark*  
*En national spørgeskemaundersøgelse*

© Aarhus Universitetshospital Psykiatrien og forfatterne, 2019

Projektet er støttet af TrygFonden.

Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, Børne- og Ungdomspsykiatrisk  
Afdeling, Forskningsafsnittet, Palle Juul-Jensens Boulevard 175, indgang K,  
DK-8200 Aarhus N

[www.psykiatrien.rm.dk/forskning/borne--og-ungdomspsykiatrisk-forskningsafsnit-aarhus-universitetshospital/](http://www.psykiatrien.rm.dk/forskning/borne--og-ungdomspsykiatrisk-forskningsafsnit-aarhus-universitetshospital/)

Rapporten kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

# Forord

I nærværende rapport præsenteres resultaterne fra en undersøgelse af praksis for udredning og behandling af børn og unge med obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) i Danmark.

Der er sket en stor udvikling inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD. Vi har dog vidst meget lidt om, hvilke aktuelle tilbud der er rundt om i landet og hvilken praksis der er for udredning og behandling af børn og unge med OCD. Det har vi ønsket at undersøge nærmere blandt de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, de kommunale tilbud, de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og de privatpraktiserende psykologer.

I forlængelse heraf har vi ønsket at undersøge, om behandlerne oplever et behov for at få opkvalificeret deres kompetencer inden for dette område, samt i så fald, hvilke specifikke behov der måtte være, og hvordan disse vil kunne imødekommes bedst muligt.

Vi håber, at denne undersøgelse og rapport kan øge fokus på behandlingsmuligheder for OCD hos børn og unge, samt de eventuelle udfordringer og behov, der er inden for dette område.

Projektet er støttet af TrygFonden. Projektet falder inden for TrygFondens ønske om at arbejde for et samfund med færre psykisk syge, hvor flere er i stand til at leve et godt liv med deres sygdom, og hvor flere børn og unge får tidlig kvalificeret hjælp, når deres mentale sundhed er truet.

Vi ønsker at takke alle, der har besvaret vores spørgeskemaer og dermed muliggjort denne undersøgelse.

Undersøgelse og rapport er udfærdiget af Cecilie Schultz Isaksen, psykolog; Katja Anna Hybel, psykolog, specialist i klinisk børneneuropsykologi, ph.d.; Judith Becker Nissen, overlæge, ph.d., og Per Hove Thomsen, professor, overlæge, dr.med. Danske Regioner har bidraget med dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister.

I kapitel 1 findes en sammenfatning af rapportens hovedresultater og forslag til fremtidige indsatser baseret på disse resultater. I kapitel 2 præsenteres baggrundsinformation om OCD hos børn og unge og om den anbefalede behandling. Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af undersøgelsens metoder. I kapitel 4 kan der findes baggrundsdata om den hospitalsbaserede behandling af børn og unge med OCD, baseret på dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister. I kapitel 5-8 er resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen rapporteret med et kapitel for hver af de fire grupper af respondenter. Kapitel 9 indeholder en opsummering og sammenligning af resultater fra de fire grupper af respondenter.

**Cecilie Schultz Isaksen, Katja Anna Hybel, Judith Becker Nissen og Per Hove Thomsen, 2019**

*Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Forskningsafsnittet*

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Sammenfatning og forslag til fremtidige indsatser</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Baggrund</b> .....	<b>15</b>
<b>3. Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Baggrundsdata fra Danske Regioner .....	17
3.2 Udformning af spørgeskema .....	17
3.3 Afdækning af mulige respondenter til spørgeskemaundersøgelsen .....	18
3.4 Metodiske overvejelser og begrænsninger .....	19
<b>4. Baggrundsdata fra Danske Regioner</b> .....	<b>21</b>
4.1 Antallet af børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2013-2017 .....	21
4.2 Alderen på de børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2013-2017 .....	21
4.3 Komorbiditet hos de børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2017 .....	22
4.4 Antal ambulante besøg og indlæggelser registreret for de børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2017 .....	24
<b>5. Den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri</b> .....	<b>25</b>
5.1 Antal og typer af respondenter fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	25
5.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	25
5.3 Alder og sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	27
5.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	28
5.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	28
5.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	29
5.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	30
5.8 Medikamentel behandling af de børn og unge med OCD, der ses i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	31
5.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	32
5.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	33
5.11 Ventetid for børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	34
5.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD, der ses i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	34

5.13	Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger .....	35
5.14	Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger.....	36
<b>6.</b>	<b>Kommunale tilbud .....</b>	<b>38</b>
6.1	Antal og typer af respondenter fra de kommunale tilbud .....	38
6.2	Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud .....	38
6.3	Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD i de kommunale tilbud .....	43
6.4	Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD i de kommunale tilbud .....	44
6.5	Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud .....	45
6.6	Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud .....	46
6.7	Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud .....	47
<b>7.</b>	<b>Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....</b>	<b>52</b>
7.1	Antal og typer af respondenter blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	52
7.2	Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	53
7.3	Alder og sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	54
7.4	Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere.....	54
7.5	Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	55
7.6	Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere.....	56
7.7	Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	57
7.8	Medikamentel behandling af de børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	58
7.9	Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere.....	59
7.10	Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	60
7.11	Ventetid for børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	61
7.12	Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	61

7.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	62
7.14 Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere .....	63
<b>8. Privatpraktiserende psykologer .....</b>	<b>65</b>
8.1 Antal og typer af respondenter blandt de privatpraktiserende psykologer .....	65
8.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	66
8.3 Alder og sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	67
8.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	68
8.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	68
8.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	69
8.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	70
8.8 Medikamentel behandling af de børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende psykologer .....	71
8.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	72
8.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt hos de privatpraktiserende psykologer .....	72
8.11 Ventetid for børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer .....	73
8.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende psykologer .....	74
8.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende psykologer .....	75
8.14 Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende psykologer .....	75
<b>9. Opsummering og sammenligning af resultater .....</b>	<b>81</b>
9.1 Antal og typer af respondenter .....	81
9.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD .....	81
9.3 Sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD .....	82
9.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD .....	83
9.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD .....	85
9.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD .....	85
9.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD .....	88

9.8 Medikamentel behandling af børn og unge med OCD .....	90
9.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD.....	90
9.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt.....	91
9.11 Ventetid for børn og unge med OCD .....	92
9.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD .....	92
9.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD.....	93
9.14 Tematisk oversigt over uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD .....	94
<b>Referencer .....</b>	<b>98</b>
<b>Bilag .....</b>	<b>99</b>

# 1. Sammenfatning og forslag til fremtidige indsatser

Denne undersøgelse giver et indblik i praksis for udredning og behandling af børn og unge med obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) hos de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, blandt kommunale tilbud, hos privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri og hos privatpraktiserende psykologer. Rapporten afdækker udfordringer i forhold til udredning og behandling af børn og unge med OCD, samt nogle af de behov, der kan være for opkvalificering af kompetencer inden for dette område.

Rapporten baseres på en national spørgeskemaundersøgelse, med dataindsamling fra de forskellige grupper af respondenter. Derudover har Danske Regioner bidraget med dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister. Spørgeskemaerne blev besvaret i løbet af sommeren og efteråret 2018 med en besvarelsesprocent på 48-68 %. Besvarelserne kom fra alle landets fem regioner.

Nedenfor præsenteres en sammenfatning af resultaterne fra undersøgelsen:

## *Baggrundsdata fra Danske Regioner:*

- Der har samlet været 1210 børn (0-12 år) og unge (13-19 år) med OCD som aktionsdiagnose i behandling i den hospitalsbaserede psykiatri i 2017 (børn:  $n = 407$ ; unge:  $n = 803$ ).
- Den gennemsnitlige alder for børn og unge med OCD, der har været i hospitalsbaseret psykiatrisk behandling i 2017, var 10,1-11,0 år for børnene og 15,5-15,9 år for de unge. I 2017 har de børn, der har været i behandling som kommer fra Region Nordjylland dermed gennemsnitligt været næsten et år ældre end de, der kommer fra de andre regioner.
- Samlet er der 593 (49 %) ud af de 1210 børn og unge, der har været i behandling med OCD som aktionsdiagnose, der har haft mindst én bi-diagnose.
- Der er samlet registreret 14.017 ambulante besøg for de 1210 børn og unge med OCD som aktionsdiagnose, der har været i behandling i den hospitalsbaserede psykiatri i 2017. Det er gennemsnitligt 10,4 ambulante besøg pr. barn og 12,3 ambulante besøg pr. ung. Der er derudover registreret 60 indlæggelser, der fordeler sig på 48 børn og unge.



#### *Omfang af udredning og behandling:*

- De fleste af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og de privatpraktiserende speciallæger tilbyder ofte eller altid selv udredning og behandling af denne patientgruppe. Det er tilfældet for en lidt mindre andel af de kommunale tilbud og de privatpraktiserende psykologer.
- Der er en stor del af de privatpraktiserende psykologer, der kun ser 0-5 børn og unge med OCD om året.
- Der er nogle få børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og kommunale tilbud, der ser flere end 30 børn og unge med OCD om året.

#### *Sværhedsgrad af symptomer:*

- I de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, samt hos de privatpraktiserende speciallæger ses oftest børn og unge med moderat til svær OCD.
- Hos de privatpraktiserende psykologer ses oftest børn og unge med mild til moderat OCD.

#### *Komorbiditet:*

- På tværs af respondentgrupper beskrives en høj grad af komorbiditet hos børn og unge med OCD.
- De mest hyppige former for komorbiditet, der beskrives, er angstlidelser, depression eller autisme spektrum forstyrrelser.

#### *Udredningsredskaber:*

- På tværs af respondentgrupper har de fleste svaret, at de ofte eller altid laver et anamnestisk interview i udredningen af børn og unge med mulig OCD.
- Diagnostiske redskaber benyttes af mange af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og af de privatpraktiserende speciallæger, mens det gælder få af de andre respondenter.
- Miljøobservation benyttes mest i de kommunale tilbud.
- Selv-/forælderrapportering på spørgeskemaer benyttes af en større del af de privatpraktiserende speciallæger end af de andre respondenter.
- Psykologiske tests benyttes mest i de kommunale tilbud og i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger.

#### *Behandlingsformer:*

- De fleste tilbyder en form for psykoedukation, men det gælder en mindre andel af respondenter fra de kommunale tilbud end blandt de andre grupper af respondenter.

- Mange tilbyder netværksarbejde, men det gælder en mindre andel af de privatpraktiserende psykologer end blandt de andre respondenter
- Familiebaserede samtaler bliver ofte tilbudt hos en stor del af de privatpraktiserende speciallæger og psykologer.
- Individuel psykoterapi tilbydes af de fleste, men blandt de kommunale tilbud er det hos en mindre andel end blandt de andre respondenter.
- Gruppebehandling tilbydes hos en større andel af respondenter fra de kommunale tilbud og de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger end hos de privatpraktiserende.
- Medikamentel behandling tilbydes ofte eller altid af lidt over en tredjedel af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og de privatpraktiserende speciallæger.
- Samlet er der flest, der tilbyder individuel psykoterapi uden brug af manual.
- Der er ca. en tredjedel af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og de privatpraktiserende speciallæger, der ofte eller altid benytter en OCD-manual ved individuel psykoterapi, mens det kun gælder en lille andel af de privatpraktiserende psykologer og ingen af de kommunale tilbud.
- Få tilbyder specifik OCD gruppebehandling med eller uden brug af manual.
- En relativt stor andel af de kommunale tilbud benytter en gruppebehandlingsmanual til blandede angstlidelser.

*Teoretisk fundering:*

- For alle respondentgrupperne er der flest, der i høj grad bygger deres behandling på en kognitiv-adfærdsterapeutisk tilgang, heraf med den største andel i de psykiatriske hospitalsafdelinger og den mindste hos de kommunale tilbud.
- Der er en stor andel af alle grupper af respondenter, der i nogen grad bygger på mange af de forskellige behandlingstilgange i deres behandling af børn og unge med OCD.

*Medikamentel behandling:*

- Det vurderes, at det er gennemsnitligt 15-42 % af de børn og unge, der ses med OCD, der er i medikamentel behandling. Det er flest i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og færrest hos de privatpraktiserende psykologer.
- Sertralin er den mest anvendte medicin.

#### *Forældredeltagelse:*

- For alle respondentgrupper er det mest almindeligt, at forældrene er med til noget af behandlingen sammen med barnet.
- Det sker oftere, at forældrene ikke er en del af behandlingen hos de privatpraktiserende speciallæger og psykologer end hos de andre respondenter, men samtidig er det også oftere tilfældet, at forældrene deltager i alle sessioner sammen med barnet hos de privatpraktiserende speciallæger end hos de andre respondenter.

#### *Behandlingens varighed samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt:*

- Den mest almindelige behandlingstid for alle respondentgrupper er tre-seks måneder.
- Der er en større andel af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, der tilbyder booster-sessioner end blandt de andre respondenter.
- Der er en større andel af de privatpraktiserende speciallæger, der svarer, at de ofte laver en systematisk monitorering af behandlingseffekten end der er blandt de andre respondenter.

#### *Ventetid:*

- Der er oftest 0-1 måneds ventetid hos de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og de privatpraktiserende psykologer.
- Der er oftest 1-3 måneders ventetid hos de privatpraktiserende speciallæger.

#### *Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder:*

- Mens de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger oftest ser patienter, der tidligere har været udredt i andre hospitalsafdelinger, er det ved privatpraktiserende speciallæger og psykologer mest almindeligt, at patienterne tidligere har været ved PPR eller andre kommunale tilbud.
- Når patienter skal henvises videre, vil det fra de psykiatriske hospitalsafdelinger og de privatpraktiserende speciallæger oftest være til PPR eller andre kommunale tilbud, mens det fra privatpraktiserende psykologer oftest vil være til en psykiatrisk hospitalsafdeling eller til privatpraktiserende speciallæger.

#### *Respondenternes vurdering af udfordringer, behandlingseffekt, samt behov for styrkelse af egne faglige kompetencer:*

- Mange oplever, at det enten til dels eller i høj grad er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD. Dette gælder flest fra de kommunale tilbud. Der er få, der oplever, at det i høj grad er svært

at udrede/behandle børn og unge med OCD, men med en større andel af respondenterne fra de kommunale tilbud og de psykiatriske hospitalsafdelinger end blandt de privatpraktiserende.

- Næsten alle oplever enten til dels eller i høj grad at børn og unge med OCD profiterer godt af behandlingen. Flere af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og de privatpraktiserende psykologer oplever i høj grad, at patienterne profiterer godt af behandlingen end blandt de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og de kommunale tilbud.
- Mange oplever til dels eller i høj grad et behov for at få styrket deres kompetencer i forhold til udredning/behandling af børn og unge med OCD. Der er en større andel af respondenterne fra de kommunale tilbud, der i høj grad oplever et behov for at styrket deres kompetencer inden for dette område.

Udover de kvantitative spørgsmål havde respondenterne mulighed for at give kvalitative fritekstkommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD. Samlet for de fire respondentgrupper omhandlede kommentarerne i alt 14 temaer. Disse temaer præsenteres nedenfor:

1. *Udredning*: Vanskeligheder ved at skelne OCD fra anden psykopatologi samt i forhold til at opdage mentale ritualer. Behov for screeningsværktøjer og beskrivelse af standardudredning.
2. *Komorbiditet og kombination af vanskeligheder*: Udfordringer grundet høj grad af komorbiditet, blandt andet manglende mulighed for tilbud om deltagelse i gruppebehandlingstilbud (Cool Kids).
3. *Barnets familie og miljø*: Besværliggørelse af behandling ved problemstillinger knyttet til forældrene. Herunder for eksempel overinvolvering i barnets symptomer, vanskeligheder ved følelsesregulering, egen undgåelsesadfærd, samt belastende familieforhold eller manglende forståelse og motivation.
4. *Manglende effekt og tilbagefald*: Oplevelser med tilbagefald, manglende behandlingseffekt og skjulte mentale ritualer.
5. *Grundig indføring specifikt i OCD og OCD-behandling*: Beskrivelse af behov for mere grundig indføring i OCD og i, hvordan der arbejdes kognitivt specifikt med OCD i modsætning til andre angstlidelser.
6. *Psykoedukation og viderehenvingsmuligheder*: Oplevelse af manglende overblik over specialiserede tilbud til viderehenving og behov for opkvalificering i forhold til psykoedukation af familie og personale omkring barnet.

7. *Terapeutisk efteruddannelse*: Behov for mere efteruddannelse og vedligeholdende kurser i kognitiv adfærdsterapi.
8. *Manualbaseret behandling*: Beskrivelse af behov for manualbaserede tilgange eller opkvalificering i forhold til, hvad man skal være opmærksom på, hvis man benytter generel angstbehandlingsmanual (fx Cool Kids) til børn og unge med OCD.
9. *Forskellige tilgange til behandling*: Ønsker om mere viden om andre tilgange til behandling end kognitiv adfærdsterapi, samt gode erfaringer med en række forskellige behandlingstilgange.
10. *Supervision, sparring og opdatering vedr. forskningsresultater*: Behov for bedre supervisionsmuligheder og større tilknytning til børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, samt mere vidensdeling og opdatering på den nyeste forskning.
11. *Strukturelle udfordringer hos kommunale tilbud*: Udfordringer fordi det er en relativt lille klientgruppe og fordi der er en generel ambition om at have viden på generalistniveau, hvilket vanskeliggør specialviden.
12. *Strukturelle udfordringer hos privatpraktiserende psykologer*: Udfordringer i forbindelse med, at patienter og deres forældre selv skal betale eller betale via privat forsikring, da det blandt andet giver tidsbegrænsninger og økonomiske udfordringer.
13. *Behov for bedre samarbejde eller nye tilbud*: Ønsker om bedre samarbejde mellem de forskellige sektorer og udfordringer ved for eksempel kun at se få børn og unge med OCD, der samtidig har svære symptomer, komorbiditet eller lavt funktionsniveau. Forslag om nye offentlige og specialiserede tilbud.
14. *Typer af undervisning og uddannelse*: Ønsker om undervisning og kurser, hvor der er mulighed for fordybelse og praktiske øvelser.

Resultaterne afspejler, at børn og unge udredes på forskellig vis afhængigt af sektor når der er tale om mistanke om OCD. Herunder er der særligt forskel i anvendelse af diagnostiske redskaber. Behandlingen varetages generelt bredt funderet, hvor de fleste børn og unge med OCD vil modtage psykoedukation og netværksarbejde samt en del steder også psykoterapi. Denne psykoterapi baserer sig oftest på kognitiv-adfærdsterapeutiske principper, men også på andre metoder.

Flere udtrykker et godt grundlag for at udrede og behandle børn og unge med ukompliceret OCD. Udfordringerne opstår når der for eksempel er tale om komorbiditet, betydelig forældre involvering i symptomerne, samt hvis der er manglende effekt af behandlingen eller tilbagefald. Her efterspørges undervisning, supervision, sparringsmuligheder, vidensdeling og skriftlige guidelines.

## 1.1 Forslag til fremtidige indsatser

På baggrund af rapportens resultater gives på vegne af forfattergruppen i det følgende en række forslag til indsatser, der kan igangsættes med henblik på at fremme udredning og behandling af børn og unge med OCD:

### *Udredning*

- At der udarbejdes materiale til beskrivelse af en anbefalet udredning af OCD samt screeningsværktøjer til dem, der ikke selv tilbyder videre behandling, men har behov for en hurtig vurdering af, hvorvidt der er tale om OCD hos et barn eller en ung.
- At der udbydes undervisning eller kurser i, hvordan der i udredning skelnes mellem OCD og anden psykopatologi, samt hvordan mentale ritualer tydeliggøres.

### *Behandling*

- At der tilbydes mere specifik viden om OCD, og om hvordan der arbejdes kognitivt adfærdsterapeutisk med OCD både individuelt og i gruppe. Herunder hvordan dette adskiller sig fra behandling af andre angstlidelser. Dette kan indebære, at kendskabet til den OCD specifikke manualbaserede behandling udbredes, samt at der tilbydes opkvalificering i, hvordan OCD behandling af børn og unge kan integreres i gruppebehandling med brug af generel angstbehandlingsmanual, der aktuelt praktiseres mange steder.
- At der udbydes undervisning i, hvordan man i behandlingen af børn og unge med OCD håndterer svære tilfælde (fx grundet komorbiditet eller tilbagefald).
- At der udarbejdes en oversigt over specialiserede behandlingstilbud og viderehenvingsmuligheder til børn og unge med OCD i Danmark (evt. i form af en hjemmeside, der opdateres løbende).
- At der udbydes undervisning i, hvordan man i behandlingen håndterer manglende forståelse, motivation, belastende familief forhold, samt symptom-vedligeholdende faktorer i familien.

### *Forskning, undervisning og supervision*

- At der tilbydes mere terapeutisk efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi til professionelle.
- At supervisionsmuligheder i forhold til håndtering af OCD lidelser hos børn og unge optimeres, herunder at der skabes bedre rammer for supervision på tværs af sektorerne.
- At vidensdeling og opdatering på den nyeste forskning fremmes.
- At der udarbejdes materiale til psykoedukation af familie og personale.

- At effekten af andre behandlingstilgange end kognitiv adfærdsterapi undersøges.

#### *Strukturelle tiltag*

- At organisering og samarbejde mellem forskellige sektorer bedres således, at alle patienter sikres adgang til den rette behandling med den nødvendige grad af specialisering i forhold til symptomer, sværhedsgrad og komorbiditet.

## 2. Baggrund

Obsessiv-kompulsiv lidelse er en hyppig og alvorlig neuropsykiatrisk lidelse, der ofte debuterer i barndommen<sup>1, 2</sup>. Ifølge epidemiologiske studier har OCD en estimeret prævalens på op til 4 % hos børn og unge<sup>3</sup>. Det er en lidelse med et heterogent symptombillede, der samlet er karakteriseret ved tilbagevendende og påtrængende tvangstanker (obsessioner) og/eller gentagne ritualer (kompulsioner)<sup>4</sup>. Tvangstanker kan omhandle for eksempel snavs og smitte, at noget frygteligt skal ske, sygdom, seksualitet, død, og angst for at forvolde sig selv eller andre skade, og tvangshandlinger kan være for eksempel vaskeritualer, tjekkeritualer, gentagelsesritualer og symmetri<sup>5</sup>. Symptomerne er ofte ledsaget af angst eller voldsomt ubehag, og OCD er placeret på WHO's liste over de mest belastende lidelser på verdensplan<sup>5</sup>. Lidelsen er ofte associeret med reduceret livskvalitet<sup>4</sup> samt akademisk, social og familiemæssig funktionsbegrænsning<sup>6, 7</sup>. Hvis ikke OCD behandles, vil lidelsen have tendens til at blive kronisk med langvarige personlige og samfundsmæssige omkostninger<sup>8, 9</sup>.

Med den rette behandling kan denne prognose ændres.<sup>5</sup> Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af OCD, er kognitiv adfærdsterapi (KAT) den mest effektive psykoterapeutiske behandling til børn, unge og voksne, som lider af OCD og indeholder terapielementer som psykoedukation, kognitiv omstrukturering, eksponering og responshindring.<sup>5</sup> De nationale kliniske retningslinjer peger på, at KAT har effekt i behandlingen af børn, unge og voksne med moderat og svær OCD, men det er desuden god praksis at tilbyde kognitiv adfærdsterapi til børn, unge og voksne med mild OCD, da der er påvist en mulig effekt, og der ikke er kendte ulemper ved behandlingen. Der skal ikke anvendes selektive serotonin genoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling til børn og unge med moderat til svær OCD, da der ikke er fundet dokumenteret effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI. Der er desuden ikke dokumenteret en forskel i effekt mellem manualiseret familiebasert kognitiv adfærdsterapi og manualiseret kognitiv adfærdsterapi. Det er god praksis at være tilbageholdende med at tilbyde gruppebehandling til børn og unge med OCD, da der endnu ikke foreligger evidens og dansksprogede manualer herfor. Tredjebølge kognitiv terapi frem for standard kognitiv adfærdsterapi skal overvejes nøje, da effekten er usikker. Børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter et forløb med kognitiv adfærdsterapi, anbefales at blive tilbudt yderligere et forløb med kognitiv adfærdsterapi.<sup>5</sup>

Formålet med denne rapport er at undersøge praksis for udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, de kommunale tilbud, de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og de privatpraktiserende psykologer. I forlængelse



heraf ønsker vi at undersøge, om behandlerne oplever et behov for at få opkvalificeret deres kompetencer inden for dette område, samt i så fald, hvilke specifikke behov der måtte være, og hvordan disse vil kunne imødekommes bedst muligt. Vi håber desuden, at denne undersøgelse og rapport kan være med til at øge opmærksomheden på OCD hos børn og unge samt de eventuelle udfordringer og behov, der er inden for dette område.

## 3. Metode

Dataindsamlingen til den nationale spørgeskemaundersøgelse udgik fra Aarhus Universitetshospital Psykiatrien, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Forskningsafsnittet. Data blev indsamlet fra børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, kommunale tilbud, privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri og privatpraktiserende psykologer. Derudover blev Danske Regioner kontaktet for baggrundsdata vedrørende udredning og behandling af OCD i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri.

### 3.1 Baggrundsdata fra Danske Regioner

Data fra Danske Regioner bestod af udtræk af data, der stammer fra Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister (LPR). De får indrapporteret data fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger i hele landet.

### 3.2 Udformning af spørgeskema

Inden spørgeskemaundersøgelsen blev igangsat, blev det afdækket, hvilke tilbud og afdelinger der fandtes inden for den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri og i kommunerne ved at gennemgå relevante hjemmesider og via telefonisk kontakt. Dette blev hovedsageligt brugt til at finde frem til de rette repræsentanter til at besvare spørgeskemaet, men også som guide til udformningen af spørgeskemaerne. Spørgeskemaet blev derudover udarbejdet med inspiration fra en tidligere national undersøgelse<sup>10</sup>. Spørgsmålene blev udformet til at afdække: 1) generel baggrundsinformation om respondenterne, 2) information om udredning og behandlingspraksis, 3) information om patienterne/klienterne, 4) information om forløb, 5) information om behandlerens syn på behandlingseffekt og behov for undervisning og uddannelse på området. Dog indeholdt spørgeskemaet til de kommunale tilbud ikke spørgsmål vedrørende patienter/klienter eller forløb, da der her i stedet blev lagt større vægt på muligheden for uddybende kommentarer. Spørgeskemaerne indeholdt både lukkede og åbne spørgsmål til generering af henholdsvis kvantitative og kvalitative data. Inden spørgeskemaerne blev sendt ud til alle, blev der udsendt et eksemplar til en respondent fra hver af de fire respondentgrupper, som gav feedback. På baggrund af dette blev der lavet små justeringer. De endelige spørgeskemaer kan ses i Bilag 1. Der blev gjort brug af et elektronisk system (SurveyXact) til udformning af spørgeskema og indsamling af spørgeskemadata.

### **3.3. Afdækning af mulige respondenter til spørgeskemaundersøgelsen**

For at finde frem til respondenter inden for den hospitalsbaserede psykiatri blev det afdækket, hvilke afdelinger/afsnit/klinikker/ambulatorier/teams/enheder (fremover bruges "afdelinger" til at referere hertil) inden for hver regions børne- og ungdomspsykiatri, der varetager ambulant udredning og/eller behandling af børn og unge. Denne afdækning skete ved at gennemgå de forskellige regioners hjemmesider samt ved kontakt til de afdelinger, hvor der var uklarhed herom. Der blev i forbindelse hermed også fundet frem til en relevant kontaktperson fra de enkelte afdelinger, som spørgeskemaet kunne sendes til. Det var en repræsentant fra hver afdeling, der blev bedt om at udfylde spørgeskemaet på vegne af afdelingen. Det blev tilstræbt, at dette var den person, der er ansvarlig for udredning og behandling i den pågældende afdeling (dvs. overlæge, oversygeplejerske, teamleder eller lign.). Spørgeskemaerne fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger blev besvaret i perioden fra 1.6.2018 til 13.11.2018

De kommunale tilbud i form af PPR, familiehuse og andre tilbud, hvor der foregår enten udredning eller behandling af børn og unge, blev afdækket ved at gennemgå kommunernes hjemmesider eller gennem kontakt til kommunernes børne- og familieafdelinger for herfra at blive henvist til de relevante tilbud. Som oftest blev spørgeskemaet udsendt til en funktionspostkasse, men i nogle tilfælde var der ikke oplyst mailadresser på hjemmesiden og i så fald blev afdelingen kontaktet for at få oplyst en kontaktperson. Det var en repræsentant fra hver afdeling, der blev bedt om at udfylde spørgeskemaet på vegne af afdelingen. Mens samtlige kommuners PPR tilbud er blevet kontaktet, er det ikke sikkert, at det er lykkedes at finde frem til alle kommunens andre tilbud. De tilbud, der har været tilgængelige via kontakt eller hjemmeside, er blevet inkluderet i undersøgelsen. Spørgeskemaerne fra de kommunale tilbud blev besvaret i perioden fra 7.6.2018 til 28.11.2018.

Privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri med ydernummer blev fundet via sundhed.dk. De blev kontaktet for at få oplyst en mailadresse. De resterende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri blev fundet ved forespørgsel til andre børne- og ungdomspsykiatere med ydernummer, ved at søge på børne- og ungdomspsykiatere på internettet og gennem videreformidling af vores kontaktoplysninger via en repræsentant fra deres faglige netværk. Spørgeskemaerne fra de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere blev besvaret i perioden fra 24.5.2018 til 3.12.2018.

Privatpraktiserende psykologer blev identificeret via hjemmesiden: "<http://psykologeridanmark.dk>", hvor der blev krydset af ved børn og unge som klienttype. Spørgeskemaerne fra de privatpraktiserende psykologer blev besvaret i perioden fra 23.5.2018 til 4.12.2018.

### 3.4 Metodiske overvejelser og begrænsninger

Vi havde en række overvejelser i forbindelse med valg af respondenter, udarbejdelsen af spørgeskemaerne, samt ved valg af metoder til analyse.

I forhold til valget af respondenter er det forskellige niveau af respondenter fra de forskellige tilbud, der har besvaret spørgeskemaerne. For de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og de kommunale tilbud er det en repræsentant fra hver afdeling, der har besvaret spørgeskemaet på vegne af afdelingen. Derimod har de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og psykologer besvaret spørgeskemaet på deres egne vegne. Dette kan ikke undgå at påvirke de svar, vi har fået, da man som repræsentant for en afdeling ikke kan undgå at være farvet af ens egen subjektive oplevelse og det dermed kan være svært at give et retvisende billede for alle medarbejdernes holdninger og vurderinger. På den ene side kunne det derfor have været fordelagtigt at have fået besvarelser fra de enkelte ansatte. På den anden side ville det være svært rent praktisk at gøre dette.

I udarbejdelsen af spørgeskemaet har vi forsøgt at formulere spørgsmålene så tydeligt som muligt. Vi har desuden haft en repræsentant fra hver af de fire respondentgrupper til at teste spørgeskemaet, inden det blev sendt ud til alle. Alligevel er der nogle, der har meldt tilbage, at nogle af spørgsmålene var svære at svare på, og efterspurgte en svarmulighed, der for eksempel kunne have heddet "ikke relevant" eller "ved ikke". At vi ikke har haft en sådan svarmulighed, kan have betydning for de resultater, vi har fået.

Derudover har de fleste spørgsmål haft lukkede svarkategorier, hvor der skulle vælges mellem "aldrig", "sjældent", "til tider", "ofte", "altid", eller "i høj grad", "til dels/i nogen grad", "i lav grad", "slet ikke". En sådan graduering af svar kan give nogle andre svar, end hvis respondenterne for eksempel skal svare ja/nej eller for eksempel lave prioriteret rækkefølge af de forskellige svarmuligheder. Dette valg kan derfor have påvirket vores resultater.

I analyserne har vi valgt, at vi i de første kapitler, hvor resultaterne for hver af de fire respondentgrupper gennemgås, viser grafer, hvor det kan ses hvor stor en andel, der har svaret hver af de forskellige svarmuligheder. Vi har derimod i opsummeringen/sammenligningen af resultaterne opgjort, hvor mange der har svaret for eksempel "ofte" eller "altid" og sammenlignet procentdelene. For det første kan det være svært at få et fuldstændigt retvisende billede, når man sammenligner grupper af forskellige størrelser og niveauer af respondenter. For det andet vil det altid påvirke billedet, hvilke svarmuligheder man inddrager i en sådan sammenligning.

I forhold til de kvalitative svar har vi i de første kapitler, hvor resultaterne for hver af de fire respondentgrupper gennemgås, valgt at sammenskrive kommentarerne i en samlet tekst. Vi har sørget for at alle svarene indgår i teksten, men det kan alligevel ikke undgås, at nogle kommentarer kommer til at fremgå tydeligere end andre. I det afsluttende kapital, hvor vi sammenligner og opsummerer resultaterne, har vi valgt at inddele kommentarerne i nogle temaer, der synes at gå igen på tværs af de forskellige respondentgrupper. Vi har igen sørget for, at alle kommentarer er inddraget, men idet de samles i temaer, kan det ikke undgås, at noget kommer til at fremstå tydeligere end andet. Der er desuden igen stor forskel på antallet af respondenter i de fire respondentgrupper, hvilket kan betyde, at de fire grupperes svar ikke fylder lige meget i denne opsummering. Yderligere giver fritekstfeltets åbenhed mulighed for, at det er meget forskelligt, hvor meget de enkelte respondenter skriver, hvilket også kan påvirke det samlede billede.

Lige meget hvilke valg man foretager i denne proces, vil det kunne påvirke de resultater, der kommer ud. Vi har forsøgt at træffe de valg, vi mener giver det mest retvisende billede af virkeligheden. På trods af de ovenstående begrænsninger kan denne undersøgelse dermed bidrage til forståelsen af praksis for udredning og behandling af børn og unge med OCD i Danmark.

## 4. Baggrundsdata fra Danske Regioner

### 4.1. Antallet af børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2013-2017

Der har i 2017 været 1.210 børn og unge med OCD i behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling i Danmark. Heraf var der 407 børn op til 12 år og 803 unge i alderen 13-19 år. I tabel 4.1 ses antallet af unikke patienter med OCD som aktionsdiagnose, der i løbet af det givne år (2013-2017) har været i behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling. Data er opdelt efter patienternes bopælsregion.

<b>Tabel 4.1. Antallet af unikke patienter med OCD som aktionsdiagnose, der i løbet af det givne år har været i behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling.</b>					
Region	2013 Samlet antal (b+u)	2014 Samlet antal (b+u)	2015 Samlet antal (b+u)	2016 Samlet antal (b+u)	2017 Samlet antal (b+u)
Nordjylland	64 (22+42)	80 (22+58)	94 (24+70)	69 (21+48)	79 (16+63)
Midtjylland	239 (71+168)	298 (100+198)	272 (96+176)	272 (98+174)	272 (80+192)
Syddanmark	277 (84+193)	301 (94+207)	330 (112+218)	303 (94+209)	296 (108+188)
Hovedstaden	290 (113+177)	369 (156+213)	388 (170+218)	332 (147+185)	392 (155+237)
Sjælland	163 (52+111)	187 (63+124)	194 (68+126)	173 (55+118)	171 (48+123)
Total	1033 (342+691)	1235 (435+800)	1278 (470+808)	1149 (415+734)	1210 (407+803)

*Note: b = børn i alderen 0-12 år, u = unge i alderen 13-19 år*  
*Kommentar fra Danske Regioner: 2017 er muligvis ikke færdigregistreret, så dette tal kan være undervurderet. Der kan være forskelle i registreringspraksis i de forskellige regioner. Det kan ikke ses i LPR, om patienterne tidligere har fået en aktionsdiagnose.*

Der har i 2017 været 698 "nyhenviste" patienter med OCD i behandling i en børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling. Det var 36 fra Region Nordjylland, 175 fra Region Midtjylland, 166 fra Region Syddanmark, 227 fra Region Hovedstaden og 94 fra Region Sjælland. Tallene dækker over unikke patienter med OCD som aktionsdiagnose, der i løbet af 2017 har været i behandling på en børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling og ikke har været registreret i perioden 2008-2016. Dette tal er grundet målemetoden noget usikkert, men det er det bedste skøn, vi kan få på antallet af nye patienter, da det ikke registreres i LPR om en patient er ny.

### 4.2 Alderen på de børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2013-2017

Den gennemsnitlige alder for børn og unge med OCD som aktionsdiagnose, der har været i psykiatrisk behandling i 2017, var henholdsvis 10,1-11,0 år for børnene og 15,5-15,9 år for de unge. I tabel 4.2 ses den gennemsnitlige alder i årene 2013-2017 for børn og unge fra hver region. I 2016 og 2017 har de børn, der

har været i behandling, som kommer fra Region Nordjylland, gennemsnitligt været næsten et år ældre end de børn, der kommer fra de andre regioner. Derudover er der ikke store forskelle mellem regionerne.

<b>Tabel 4.2. Gennemsnitlig alder for børn og unge med OCD som aktionsdiagnose, der har været i psykiatrisk behandling på hospitalet i 2013-2017</b>					
Region	2013 Alder b /alder u	2014 Alder b /alder u	2015 Alder b /alder u	2016 Alder b /alder u	2017 Alder b /alder u
Nordjylland	10,8 / 16,5	10,1 / 16,5	9,8 / 16,3	10,8 / 16,2	11,0 / 15,7
Midtjylland	10,3 / 15,9	10,1 / 15,9	10,0 / 15,7	9,9 / 15,8	10,1 / 15,9
Syddanmark	10,3 / 15,6	10,3 / 15,5	10,1 / 15,7	10,2 / 15,8	10,1 / 15,5
Hovedstaden	10,2 / 16,0	9,9 / 15,8	9,9 / 15,6	9,8 / 15,6	10,2 / 15,6
Sjælland	9,7 / 16,0	10,3 / 15,7	10,1 / 15,9	10,0 / 15,5	10,1 / 15,9

Note: b = børn i alderen 0-12 år, u = unge i alderen 13-19 år

### 4.3 Komorbiditet hos de børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2017

Nedenfor ses en oversigt (se tabel 4.3) over antallet af patienter, der ud af de totale 1210 patienter med OCD i 2017 har haft de forskellige bi-diagnoser som første bi-diagnose. Der er for eksempel 140 patienter, der har haft en bi-diagnose inden for adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens som første bi-diagnose og 127 patienter, der har haft psykiske udviklingsforstyrrelser som første bi-diagnose. Samlet er der 593 (49 %) ud af de 1210 børn og unge, der har været i behandling med OCD som aktionsdiagnose, der har haft mindst én bi-diagnose.

<b>Tabel 4.3. Antallet af patienter, der ud af de totale 1210 patienter med OCD i 2017 har haft de forskellige bi-diagnoser som første bi-diagnose</b>	
Diagnoser	Antal
F20-29: Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	9
DF299: Ikke-organisk psykose UNS	9
F30-39: Affektive sindslidelser	23
DF321: Depressiv enkeltepisode af moderat grad	17
DF329: Depressiv enkeltepisode UNS	6
F40-49: Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	83
DF401: Socialfobi	14
DF402: Enkelfobi	6
DF411: Generaliseret angst	9
DF418: Anden angsttilstand	8
DF419: Angsttilstand UNS	15
DF4321: Langvarig depressiv tilpasningsreaktion	8
DF4323: Tilpasningsreaktion med andre emotionelle symptomer	9
DF438: Anden belastningsreaktion	9
DF439: Belastningsreaktion UNS	5

F50-59: Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	18
DF500: Nervøs spisevægring	5
DF501: Atypisk nervøs spisevægring	6
DF509: Spiseforstyrrelse UNS	7
F60-69: Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd	0
F70-79: Mental retardering	5
DF700: Lettere mental retardering med ringe påvirkning af adfærd	5
F80-89: Psykiske udviklingsforstyrrelser	127
DF810: Specifik læseforstyrrelse	6
DF839: Blandet udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder	26
DF840: Infantil autisme	10
DF841: Atypisk autisme	6
DF8410: Autisme atypisk med hensyn til begyndelsesalder	5
DF845: Aspergers syndrom	28
DF848: Anden gennemgribende mental udviklingsforstyrrelse	13
DF849: Gennemgribende mental udviklingsforstyrrelse UNS	25
DF889: Psykisk udviklingsforstyrrelse IKA	8
DF90-98: Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens	140
DF900: Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed	33
DF909: Hyperkinetisk forstyrrelse UNS	15
DF930: Abnorm separationsangst i barndom	5
DF938: Anden emotionel forstyrrelse i barndom	5
DF9380: Generel angsttilstand i barndommen	13
DF939: Emotionel forstyrrelse i barndom UNS	9
DF951: Kroniske motoriske eller vokale tics	11
DF952: Kombinerede vokale og multiple motoriske tics	22
DF9800: Ikke-organisk enuresis alene om natten	5
DF988: An. adfærd/emotionel forstyrrelse opstået i barndom/adolescens	7
DF988C: Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet	15
R: symptomer og abnorme fund, ikke klassificeret andetsteds	27
DR418: An. el ikke spec. symptom/abnormt fund vedr. erkendelsesevne	27
Z: Faktorer af betydning for helbredstilstand og kontakt med sundhedsvæsenet	161
DZ554: Undervisningsmæssigt utilpasset med lærere eller i klassen	5
DZ610: Problem pga. tab af følelsesmæssig kontakt i barndom	6
DZ617: Problem pga. stærkt skræmmende oplevelser i barndom	7
DZ618: Problem pga. anden negativ hændelse i barndommen	20
DZ634: Problem på grund af et familiemedlems forsvinden eller død	5
DZ635: Problem pga. opløsning af familien ved separation/skilsmisse	22
DZ637: An. problem pga. belastende begivenhed i familie/husstand	19
DZ731: Problem med forstærkede karaktertræk	8
DZ818: Familieanamnese med anden psykisk eller adfærdsmæssig sygdom	69
<i>Note: Total antal patienter = 1.210</i>	



#### 4.4 Antal ambulante besøg og indlæggelser registreret for de børn og unge med OCD, der har været i behandling i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2017

Nedenfor ses en oversigt (se tabel 4.4) over antallet af ambulante besøg registreret for børn og unge med OCD som aktionsdiagnose fra de fem regioner, samt hvor mange unikke patienter disse besøg er fordelt på. Gennemsnitligt antal besøg pr. patient er udregnet ud fra disse tal. Der har samlet været 14.017 ambulante besøg for patienter med OCD i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri i 2017. Det gennemsnitlige antal ambulante besøg pr. patient var 11,7 besøg. Børn havde gennemsnitligt 10,4 besøg, mens de unge gennemsnitligt havde 12,3 besøg.

Tabel 4.4. Antal ambulante besøg registreret for børn og unge med OCD som aktionsdiagnose			
Region	Ambulante besøg Antal (b+u)	Unikke ambulante patienter Antal (b+u)	Ambulante besøg pr. patient Gennemsnitligt antal (b+ u)
Nordjylland	991 (164+827)	78 (16+62)	12,7 (10,3+13,3)
Midtjylland	3.782 (856+2926)	269 (80+189)	14,1 (10,7+15,5)
Syddanmark	3.098 (1130+1959)	295 (108+187)	10,5 (10,5+10,5)
Hovedstaden	4.513 (1708+2805)	391 (155+236)	11,5 (11,0+11,9)
Sjælland	1.642 (358+1284)	170 (47+123)	9,7 (7,6+10,4)
Total	14.017 (4216+9801)	1.203 (406+797)	11,7 (10,4+12,3)

Note: b = børn i alderen 0-12 år, u = unge i alderen 13-19 år

Udover de ambulante besøg, har der i 2017 i alt været 60 indlæggelser, hvor OCD er registreret som aktionsdiagnose. Disse indlæggelser er fordelt på 48 forskellige børn/unge. Vi ved ikke, hvordan de fordeler sig på de fem regioner.

Vi kan ikke se, hvad der er foregået ved hverken ambulante besøg eller indlæggelser. Vi forsøgte at få en opgørelse af antallet af gange procedurerne individuel psykoterapi, familierapi, gruppebaseret psykoterapi, psykologisk undersøgelse, semistruktureret interview, somatisk udredning blev registreret i 2017, samt hvor mange patienter disse registreringer var fordelt over totalt. Disse tal var meget lave og virkede ikke valide. De er derfor ikke inkluderet i rapporten.

## 5. Den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri

### 5.1 Antal og typer af respondenter fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Samlet blev 38 mulige respondenter kontaktet, hvoraf 19 gennemførte spørgeskemaet (50 %). Der var fire respondenter, der påbegyndte spørgeskemaet, men kun gav få svar. Få svar betyder, at de ikke er nået til spørgsmål vedrørende udredning og behandling. Disse besvarelser er derfor ikke inddraget i analyserne. (Se tabel 5.1).

Tabel 5.1. Antal respondenter fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger	
Besvarelses-status	Antal (procent)
Gennemført	19 (50 %)
Få svar	4 (11 %)
Ikke besvaret	15 (39 %)
I alt	38 (100 %)

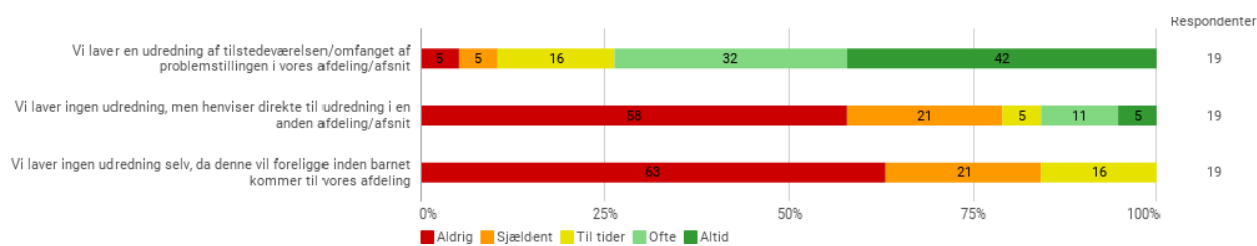
Besvarelseserne blev oftest udfyldt af afdelingernes overlæge (74 %;  $n = 14$ ). Derudover blev besvarelser udfyldt af en psykologfaglig koordinator/teamleder (11 %;  $n = 2$ ), afdelingssygeplejerske (5 %;  $n = 1$ ), ambulatorieleder (5 %;  $n = 1$ ) og sekretær (5 %;  $n = 1$ ). Besvarelsen, der blev udfyldt af en sekretær, var fra en afdeling, der hverken tilbyder udredning eller behandling af børn og unge med OCD (se afsnit 5.2). Besvarelseserne kommer fra følgende regioner: Region Nordjylland (5 %;  $n = 1$ ), Region Sjælland (16 %;  $n = 3$ ), Region Midtjylland (37 %;  $n = 7$ ), Region Syddanmark (11 %;  $n = 2$ ) og Region Hovedstaden (32 %;  $n = 6$ ).

### 5.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Ud af de 19 afdelinger, der har besvaret spørgeskemaet, er der otte afdelinger (42 %), der altid laver en udredning selv, når der henvises et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret og seks afdelinger (32 %), der ofte selv laver udredningen. Én afdeling (5 %) har svaret, at de aldrig foretager udredning af børn og unge med OCD. De henviser i stedet patienterne direkte til en anden afdeling (se figur 5.2.1).

**Figur 5.2.1**

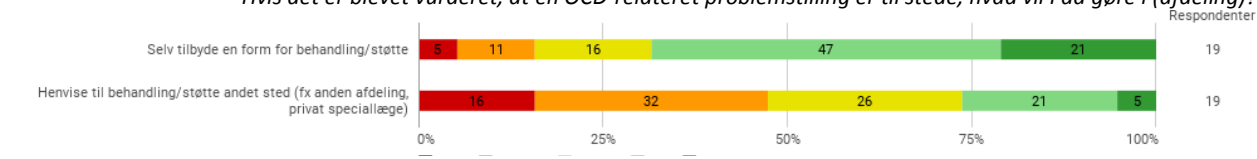
Når I møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret, hvad vil I da i (afdeling) gøre for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen?



I forhold til behandling, er der fire af de 19 afdelinger (21 %), der altid selv tilbyder behandling af børn og unge med OCD, mens ni afdelinger (47 %) ofte gør. Der er én afdeling (5 %), der aldrig selv tilbyder behandling af denne patientgruppe (se figur 5.2.2).

**Figur 5.2.2**

Hvis det er blevet vurderet, at en OCD-relateret problemstilling er til stede, hvad vil I da gøre i (afdeling)?



Fordi én af de 19 respondenter har svaret, at de aldrig laver udredning eller behandling af denne patientgruppe, indgår der 18 besvarelser i de resterende analyser. Ud af de 18 afdelinger, har 17 (94 %) svaret, at de har hovedfunktion, fem (28 %) har svaret, at de har regionsfunktion og fire (22 %) har svaret, at de har højt specialiseret funktion.

Der er syv afdelinger (39 %), der har svaret, at de har haft ti eller færre patienter til udredning for OCD i 2017 og otte afdelinger (45 %), der har svaret, at de har haft ti eller færre patienter i behandling for OCD i 2017. Samtidig er der 5 afdelinger (29 %), der har svaret, at de har haft flere end 30 børn og unge til udredning for OCD, mens 2 afdelinger (12 %) har haft flere end 30 børn og unge i behandling for OCD (se tabel 5.2).

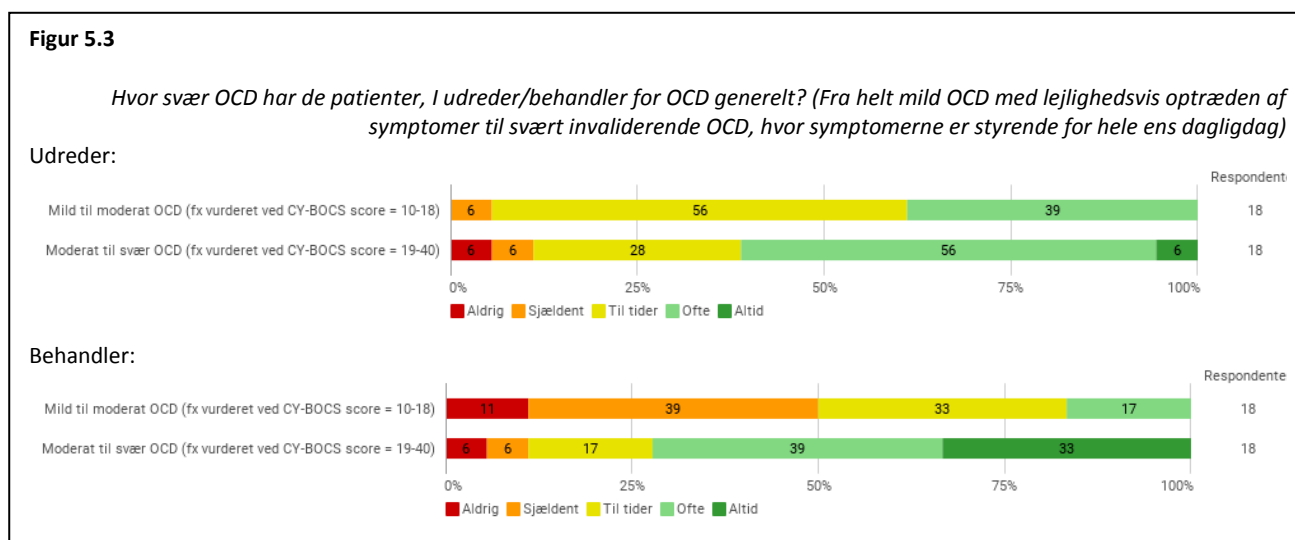
Tabel 5.2. Antal børn og unge, der anslås, at have været til udredning/behandling for OCD i afdelingen i 2017		
Estimeret antal	Antal, der har svaret det givne estimat i forhold til udredning (procent)	Antal, der har svaret det givne estimat i forhold til behandling (procent)
0-5	1 (6 %)	3 (17 %)
6-10	6 (33 %)	5 (28 %)
11-20	3 (17 %)	3 (17 %)
21-30	3 (17 %)	5 (28 %)

31-40	2 (11 %)	0 (0 %)
41-50	1 (6 %)	0 (0 %)
51-60	1 (6 %)	0 (0 %)
61-70	0 (0 %)	0 (0 %)
71-80	0 (0 %)	1 (6 %)
81-90	1 (6 %)	0 (0 %)
91-100	0 (0 %)	0 (0 %)
>100	0 (0 %)	1 (6 %)
<i>Note: N = 18</i>		

### 5.3 Alder og sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

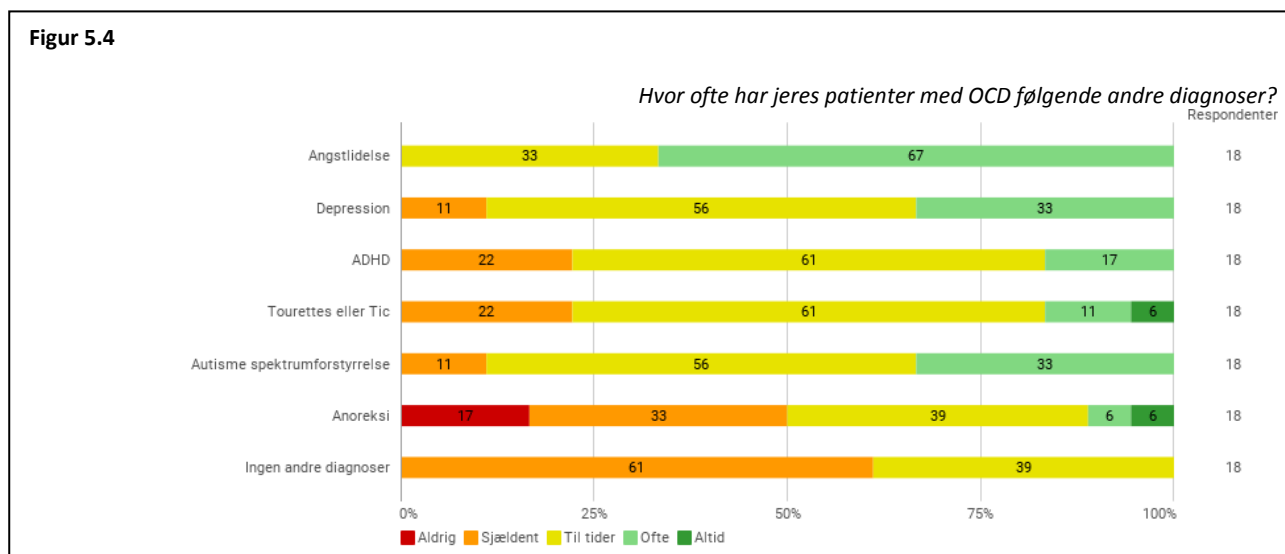
Ud af 18 afdelinger har 14 afdelinger (78 %) svaret, at de behandler børn (0-12 år) og 14 afdelinger (78 %), at de behandler unge (13-19 år). Ti afdelinger (56 %) arbejder både med børn og unge, fire afdelinger (22 %) arbejder kun med unge og fire afdelinger (22 %) arbejder kun med børn.

De patienter, der udredes i de forskellige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger har oftere moderat til svær OCD end de har mild til moderat OCD. Der er syv afdelinger (39 %), der har svaret, at de patienter, der udredes for OCD, ofte eller altid har mild til moderat OCD, mens 11 afdelinger (62 %) har svaret af, at de ofte eller altid har moderat til svær OCD. Når det kommer til behandling, er der tre afdelinger (17 %), der har svaret, at de børn og unge, der behandles for OCD, ofte eller altid har mild til moderat OCD og 13 afdelinger (72 %), der har svaret, at de ofte eller altid har moderat til svær OCD. Der er samtidig to afdelinger (11 %), der har svaret, at de aldrig behandler børn og unge med mild til moderat OCD (se figur 5.3).



## 5.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

En del af respondenterne har svaret, at patienterne i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger ofte eller altid ud over OCD har en angstlidelse (67 %;  $n = 12$ ), depression (33 %,  $n = 6$ ), ADHD (17 %;  $n = 3$ ), tourette eller tic (17 %;  $n = 3$ ), autisme spektrum forstyrrelse (33 %;  $n = 6$ ) eller anoreksi (12 %;  $n = 2$ ). Der er samtidig 61 % ( $n = 11$ ), der har svaret, at det er sjældent, at de børn og unge, de ser med OCD, ikke har andre diagnoser end OCD (se figur 5.4).

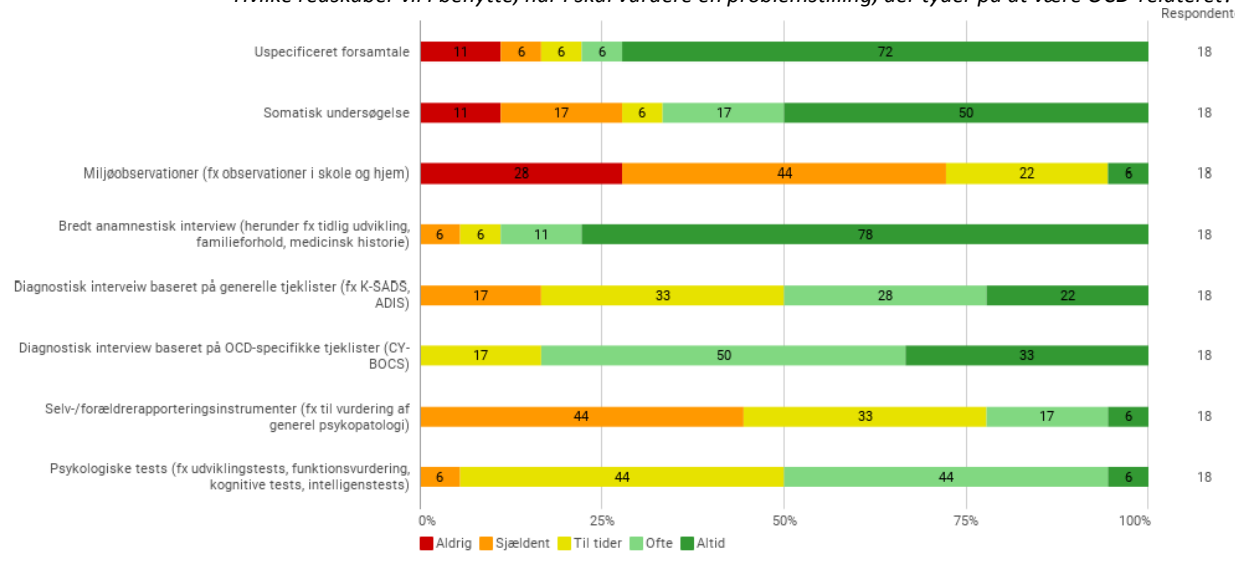


## 5.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Resultaterne viser, at når patienter udredes for OCD, bruges der i de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger generelt ofte eller altid en uspecificeret forsamtale (78 %;  $n = 14$ ). Der er dog ingen, der ofte eller altid laver en uspecificeret forsamtale uden også ofte eller altid at lave anamnestisk interview eller diagnostisk interview. Der er 67 % ( $n = 12$ ), der ofte eller altid laver en somatisk undersøgelse, mens 28 % ( $n = 5$ ) sjældent eller aldrig laver en sådan undersøgelse. Der er en del, der sjældent eller aldrig laver miljøobservationer (72 %;  $n = 13$ ), mens kun 6 % ( $n = 1$ ) har svaret, at de ofte eller altid laver miljøobservationer. Næsten alle foretager ofte eller altid et anamnestisk interview (89 %;  $n = 16$ ). Derudover foretages diagnostisk udredning baseret på generelle tjeklister ofte eller altid af 50 % ( $n = 9$ ), mens OCD-specifikke tjeklister vurderes at blive benyttet ofte eller altid af 83 % ( $n = 15$ ). Der er samlet 83 % ( $n = 15$ ) der ofte eller altid benytter enten et generelt eller et OCD-specifikt interview. Der er 44 % ( $n = 8$ ), der har svaret, at de sjældent bruger selv-/forælderreporteringer, mens 23 % ( $n = 4$ ) har svaret, at dette sker ofte eller altid. Halvdelen ( $n = 9$ ) bruger ofte eller altid psykologiske tests (se figur 5.5).

**Figur 5.5**

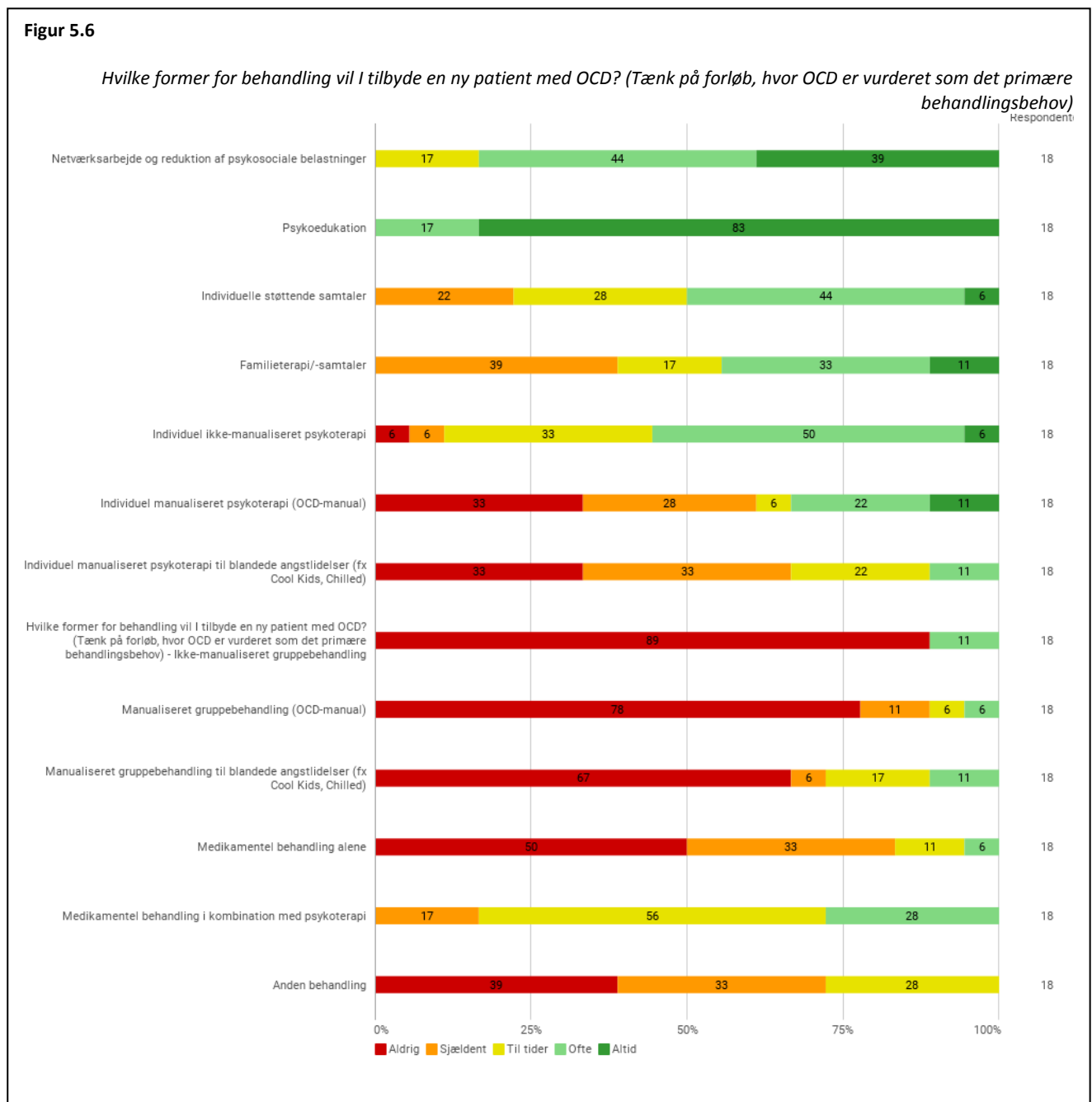
*Hvilke redskaber vil I benytte, når I skal vurdere en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret?*



## 5.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Alle har svaret, at de ofte (17 %,  $n = 3$ ) eller altid (83 %,  $n = 15$ ) tilbyder psykoedukation, og en stor andel har svaret, at de ofte (44 %,  $n = 8$ ) eller altid (39 %,  $n = 7$ ) tilbyder netværksarbejde eller reduktion af psykosociale belastninger. Der er 50 % ( $n = 9$ ), der ofte eller altid tilbyder individuelle støttende samtaler. Der er dog ingen, der ofte eller altid tilbyder støttende samtaler, som ikke ofte eller altid tilbyder individuel terapi, gruppebehandling eller familierapi/-samtaler. Der er 44 % ( $n = 8$ ), der ofte eller altid tilbyder familierapi/-samtaler. Der er flest, der har svaret, at de ofte eller altid tilbyder ikke-manualiseret individuel psykoterapi (56 %,  $n = 10$ ) i forhold til manualiseret individuel terapi ud fra OCD-manual (33 %,  $n = 6$ ) eller angstmanual (11 %,  $n = 2$ ). Samlet er der 85 % ( $n = 15$ ), der ofte eller altid tilbyder en af disse tre former for individuel terapi. I forhold til gruppebehandling er der 11 % ( $n = 2$ ), der ofte eller altid tilbyder ikke-manualiseret gruppebehandling, mens 6 % ( $n = 1$ ) ofte eller altid tilbyder manualiseret gruppebehandling ud fra OCD-manual og 11 % ( $n = 2$ ) ud fra angstmanual. Samlet er der 30 % ( $n = 5$ ), der ofte eller altid tilbyder en af disse tre former for gruppebehandling. Medikamentel behandling alene vurderes af 50 % ( $n = 9$ ) aldrig at være et tilbud, mens 6 % ( $n = 1$ ) vurderer, at dette ofte tilbydes. Medikamentel behandling i kombination med psykoterapi vurderes af 28 % ( $n = 5$ ) ofte at være et tilbud, mens 17 % ( $n = 3$ ) sjældent tilbyder dette. Samlet er der 35 % ( $n = 6$ ), der ofte eller altid tilbyder enten

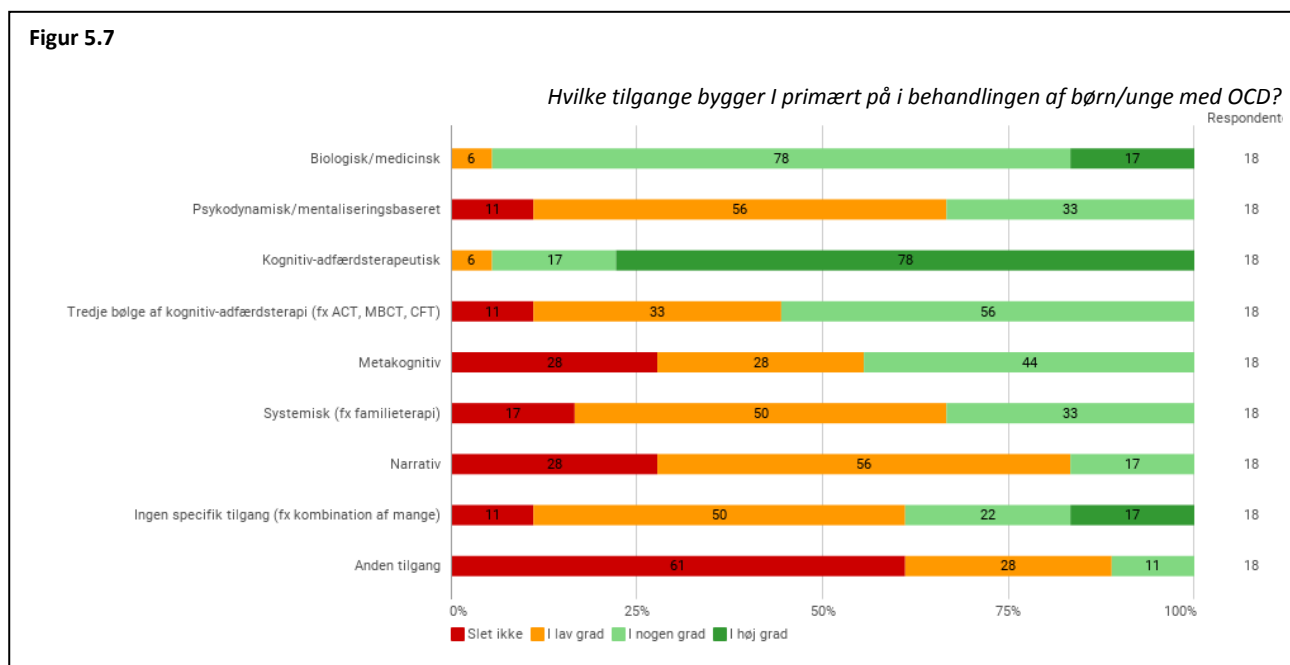
medikamentel behandling alene eller medikamentel behandling i kombination med psykoterapi (se figur 5.6).



### 5.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Den mest brugte behandlingstilgang er en kognitiv-adfærdsterapeutisk tilgang, der bygges på i nogen grad (17 %,  $n = 3$ ) eller i høj grad (78 %,  $n = 14$ ) for de fleste afdelingers vedkommende. Derudover har de fleste

også svaret, at de i nogen grad (78 %,  $n = 14$ ) eller i høj grad (17 %,  $n = 3$ ) bygger på en biologisk/medicinsk tilgang. Der er også en del, der i nogen grad bygger på tredje bølge af kognitiv adfærdsterapi (56 %,  $n = 10$ ), metakognitiv tilgang (44 %,  $n = 8$ ), psykodynamisk tilgang (33 %,  $n = 6$ ) og systemisk tilgang (33 %,  $n = 6$ ). Der er 17 % ( $n = 3$ ), der har svaret, at de i høj grad ikke benytter nogen specifik tilgang (se figur 5.7).



## 5.8 Medicamentel behandling af de børn og unge med OCD, der ses i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

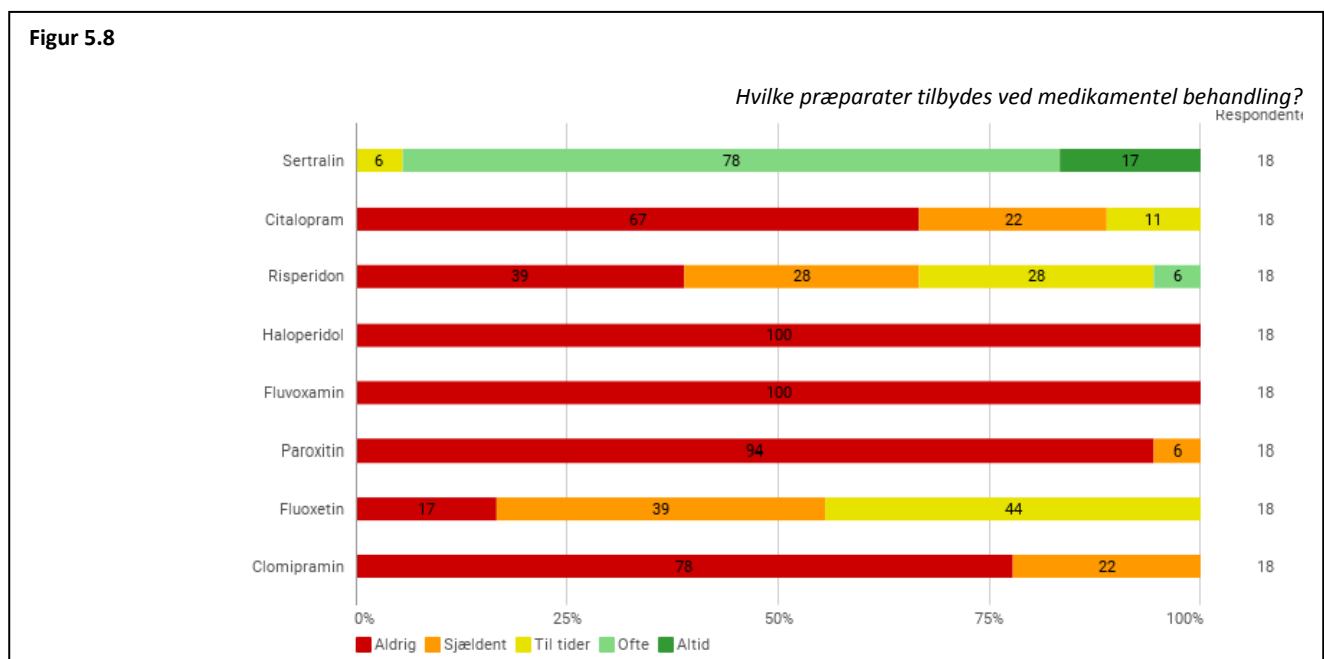
To respondenter (11 %) har svaret, at de ikke ved, hvor stor en andel, der modtager medicamentel behandling. Der indgår derfor 16 besvarelser til dette spørgsmål. Ud fra respondenternes besvarelser er det gennemsnitligt vurderingen, at ca. 42 % får medicamentel behandling. Ingen har svaret, at der ikke tilbydes medicamentel behandling, 6 % ( $n = 1$ ) har svaret, at det er ca. hver tiende, der får medicamentel behandling, og 13 % ( $n = 2$ ) har svaret, at det er ca. hver femte. Samlet har 44 % ( $n = 6$ ) svaret at halvdelen af patienterne eller flere får medicamentel behandling (se tabel 5.8).

Tabel 5.8. Andel af patienter med OCD, der modtager medicamentel behandling (alene eller sammen med psykoterapi)	
Estimeret procent	Antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0 %	0 (0 %)
10 %	1 (6 %)
20 %	2 (13 %)
30 %	4 (25 %)
40 %	2 (13 %)
50 %	3 (19 %)
60 %	2 (13 %)
70 %	1 (6 %)



80 %	1 (6 %)
90 %	0 (0 %)
100 %	0 (0 %)
Note: N = 16	

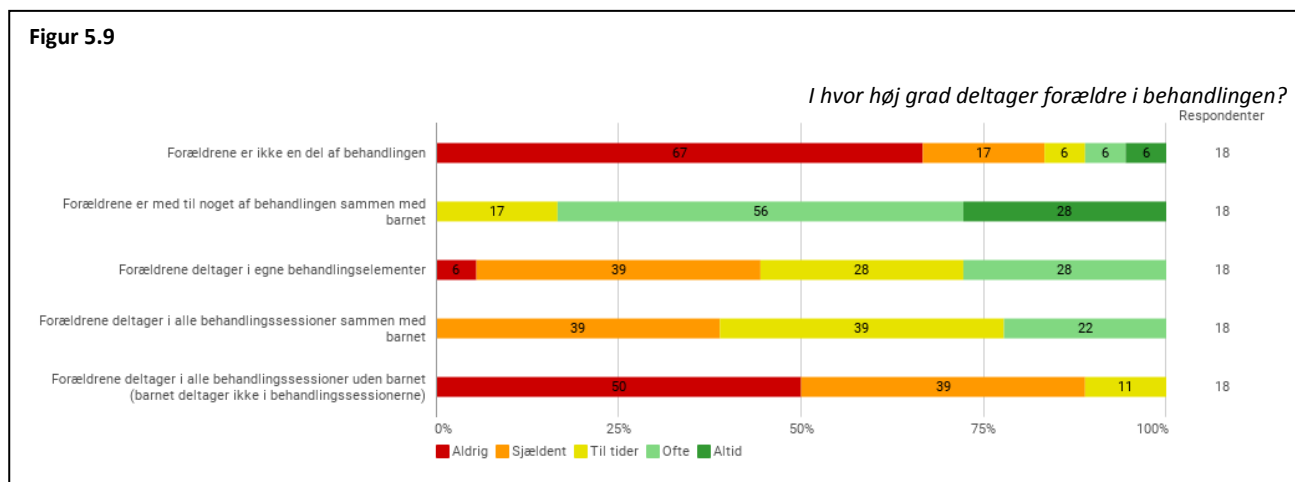
I forhold til, hvilken type af medikamentel behandling, der gives, er det stort set alle, der ofte (78 %;  $n = 14$ ) eller altid (17 %,  $n = 3$ ) benytter Sertralin som præparat til medikamentel behandling. Risperidon vurderes at blive brugt ofte af 6 % ( $n = 1$ ) og til tider af 28 % ( $n = 5$ ). Derudover bruges der til tider Citalopram (11 %,  $n = 2$ ) og Fluoxetin (44 %,  $n = 8$ ). Ingen benytter Haloperidol eller Fluvoxamin. Derudover vurderes det af en stor del, at der aldrig benyttes Citalopram (67 %,  $n = 12$ ), Paroxitin (94 %,  $n = 17$ ) og Clomipramin (78 %,  $n = 14$ ), se figur 5.8.



## 5.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Det er mest almindeligt, at forældrene deltager i noget af behandlingen sammen med barnet. Der er 28 % ( $n = 5$ ), der har svaret, at det altid er tilfældet og 56 % ( $n = 10$ ), der har svaret, at det ofte er tilfældet. Derudover vurderer 22 % ( $n = 4$ ), at det ofte er tilfældet, at forældrene deltager i alle sessioner. Der er 12 % ( $n = 2$ ), der vurderer, at forældrene ofte eller altid ikke er en del af behandlingen, mens 67 % ( $n = 12$ ) har svaret, at dette aldrig er tilfældet. Der er 28 % ( $n = 5$ ), der har svaret, at forældrene ofte deltager i egne behandlingssessioner, mens 6 % ( $n = 1$ ) har svaret, at dette aldrig er tilfældet. Der er ingen, der har svaret, at forældre ofte eller altid deltager i alle sessioner uden barnet (hvor barnet ikke selv indgår i behandlingen). Derimod har 50 % ( $n = 9$ ) svaret, at dette aldrig er tilfældet (se figur 5.9).

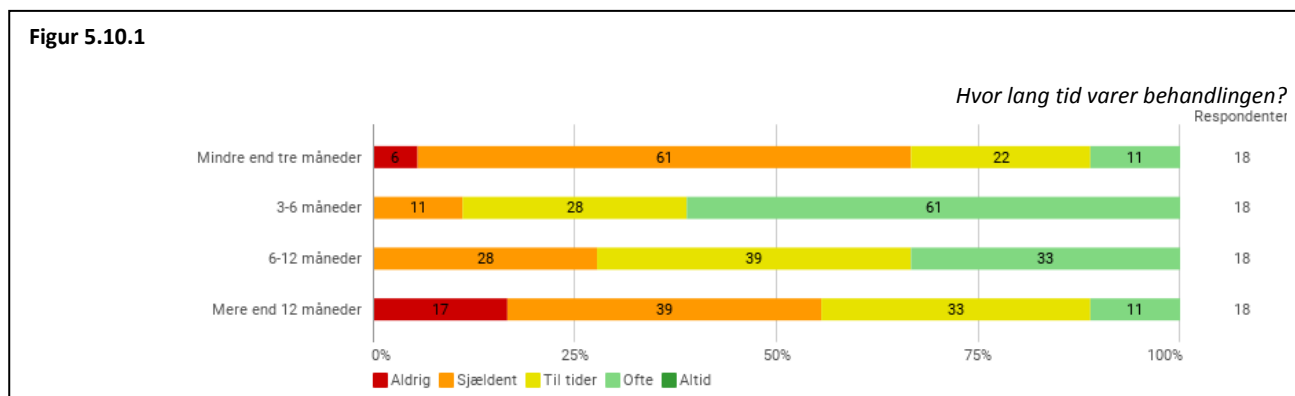
**Figur 5.9**



### 5.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Der er 61 % ( $n = 11$ ) af afdelingerne, der har svaret, at behandlingen ofte varer 3-6 måneder. Derudover har 33 % ( $n = 6$ ) svaret, at behandlingen ofte varer 6-12 måneder. Der er 11 % ( $n = 2$ ), der har svaret, at behandlingen ofte varer under tre måneder og 11 % ( $n = 2$ ), der har svaret, at varigheden ofte er mere end 12 måneder. Der er samtidig 67 % ( $n = 12$ ), der har svaret, at det aldrig eller sjældent er tilfældet, at behandlingen varer under tre måneder og 56 % ( $n = 10$ ), der har svaret, at det aldrig eller sjældent er tilfældet, at behandlingen varer mere end 12 måneder (se figur 5.10.1).

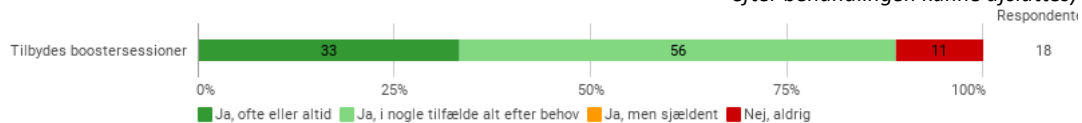
**Figur 5.10.1**



I forhold til brugen af booster-sessioner, er der 33 % ( $n = 6$ ), som ofte eller altid tilbyder booster-sessioner, altså sessioner, der for eksempel tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes. Der er 11 % ( $n = 2$ ), der aldrig tilbyder booster-sessioner (se figur 5.10.2).

**Figur 5.10.2**

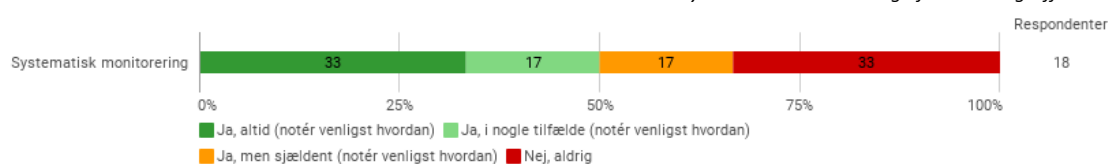
Tilbydes boostersessioner efter egentlig opnåelse af tilfredsstillende behandlingsresultat? (Sessioner, der fx tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes)



Der er 33 % ( $n = 6$ ), som har svaret, at de altid laver en systematisk monitorering af behandlingseffekten, mens 33 % ( $n = 6$ ) aldrig gør dette. I tilfælde, hvor behandlingseffekten monitoreres, er dette for de flestes vedkommende ved hjælp af CY-BOCS. Nogle få beskriver mere generelt, at det er en evaluering af symptomscore eller funktionsniveau (se figur 5.10.3).

**Figur 5.10.3**

Er der en systematisk monitorering af behandlingseffekten?



## 5.11 Ventetid for børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Ventetiden fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat vurderes det seneste år at have været 0-1 måned i 67 % af afdelingerne ( $n = 12$ ) og 1-3 måneder i de resterende 33 % af afdelingerne ( $n = 6$ ), se tabel 5.11.

**Tabel 5.11. Det seneste års gennemsnitlig ventetid fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat i de psykiatriske hospitalsafdelinger**

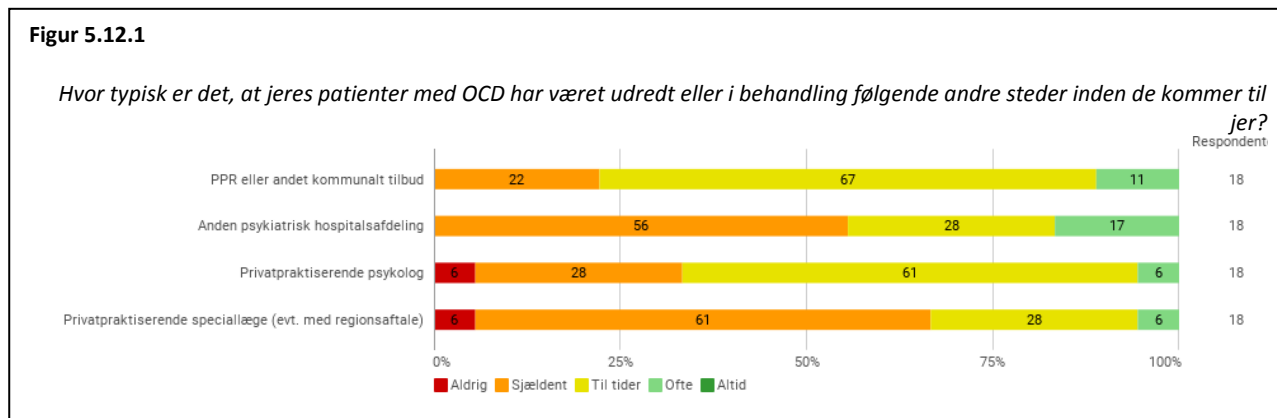
Estimeret gennemsnitlig ventetid	Antal respondenter, der har svaret det givne estimat (procent)
0-1 måned	12 (67 %)
1-3 måneder	6 (33 %)
3-6 måneder	0 (0 %)
6-12 måneder	0 (0 %)
Mere end 12 måneder	0 (0 %)

Note:  $N = 18$

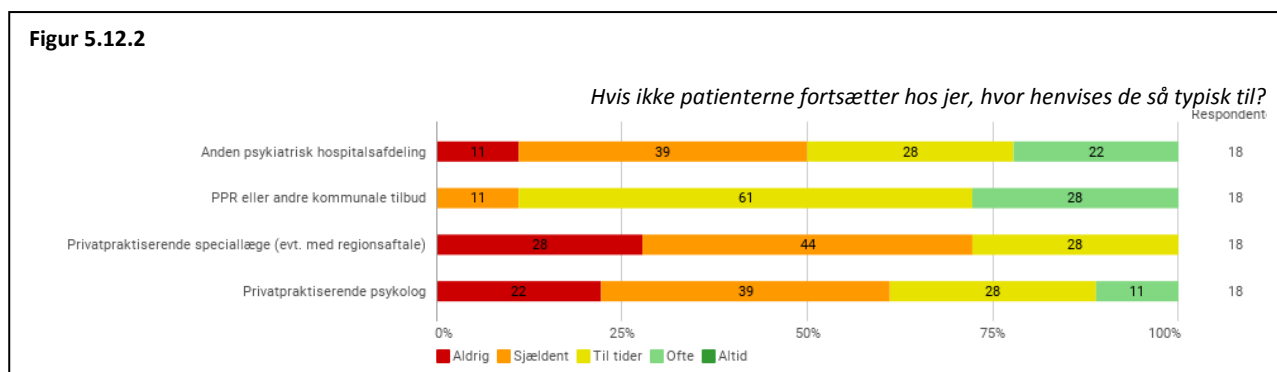
## 5.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD, der ses i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Der er 11 % ( $n = 2$ ) af afdelingerne, der har svaret, at de børn og unge, der udredes eller behandles for OCD ofte har været udredt eller behandlet i PPR inden. Der er 22 % ( $n = 4$ ), der har svaret, at dette sjældent er

tilfældet. Der er 17 % ( $n = 3$ ) af afdelingerne, der har svaret, at patienterne ofte tidligere har været udredt eller behandlet andre steder inden for den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri. Der er 6 % ( $n = 1$ ), der vurderer, at patienterne ofte har været udredt ved privatpraktiserende psykologer og det samme gælder for privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri (se figur 5.12.1).

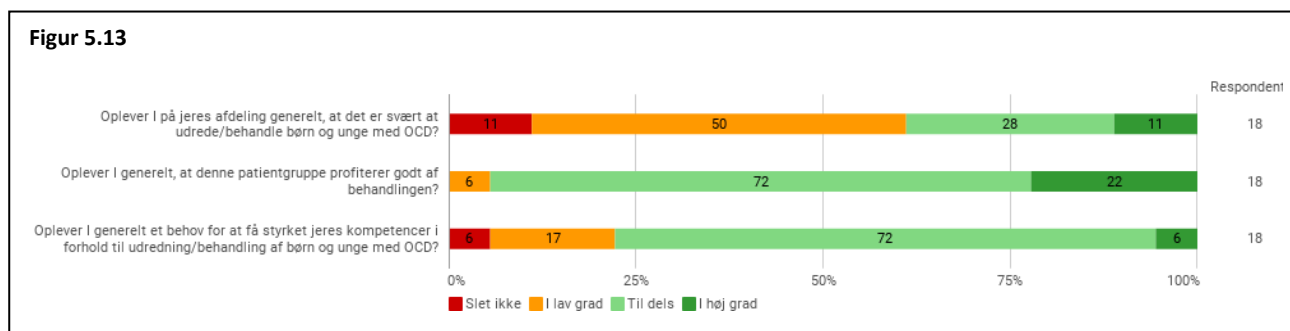


Hvis patienterne ikke fortsætter i afdelingerne, er der 28 % ( $n = 5$ ), der har svaret, at de ofte kommer til PPR eller andre kommunale tilbud. Der er 22 % ( $n = 4$ ), der har svaret, at de ofte henvises til en anden psykiatrisk hospitalsafdeling. Der er ingen, der har svaret, at de ofte eller altid kommer til en privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater, mens 11 % ( $n = 2$ ) har svaret, at de ofte kommer til en privatpraktiserende psykolog (se figur 5.12.2).



### 5.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

En stor del af afdelingerne oplever, at børn og unge med OCD enten i høj grad (22 %;  $n = 4$ ) eller til dels (72 %;  $n = 13$ ) profiterer godt af den behandling, der tilbydes. Dog oplever 39 % ( $n = 7$ ) til dels eller i høj grad, at det generelt er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD, og 78 % ( $n = 14$ ) oplever til dels eller i høj grad et behov for at få styrket kompetencerne i forhold til udredning/behandling af børn og unge med OCD (se figur 5.13).



#### 5.14 Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger

Noget af det, der af en del beskrives som værende svært i arbejdet med børn og unge med OCD, er, at der er en høj grad af komorbiditet. Fx opleves det at være svært at skelne symptomer på OCD fra symptomer på anoreksi, og at disse to lidelser kan forværre hinanden og gøre symptombilledet mere fastlåst. Ligeledes beskrives det, at især komorbiditet med autisme er en udfordring. Der er også nogle, der beskriver, at det kan være en udfordring, hvis man ikke ser så mange patienter med OCD, og at de patienter, der ses, har svær OCD og høj grad af komorbiditet. Det beskrives ligeledes som værende vanskeligt, hvis OCD ses som en belastning på baggrund af andre vanskeligheder som fx forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed eller blandet udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder. I forlængelse heraf beskrives det i kommentarerne, at der er et ønske om opkvalificering i forhold til udredning og behandling af patienter med komorbiditet. Herunder i udredningsteknikker, der kan bidrage til at kunne skelne mellem OCD, autisme og angst symptomer, da det giver store behandlingsmæssige udfordringer ikke at have en ordentlig vurdering heraf.

Udover komorbiditet kan andre problemer i forbindelse med OCD være med til at gøre det svært at arbejde med denne patientgruppe. Det beskrives af nogle, at der kan være særdeles lavt funktionsniveau med skolevægring, kompleks psykosocial situation og stor forældreinvolvering, og at dette kræver meget tid og

tæt forældresamarbejde. Derudover beskrives det, at det kan være svært med udgående funktion, forældrearbejde og samarbejde med primærsektoren.

Mere overordnet beskrives det i kommentarerne, at det er en udfordring ved svær OCD, når der er manglende behandlingseffekt og mere kronisk tilstand. Det opleves også, at en del af disse børn kan være svære at motivere for terapi og derfor skal der særligt i starten af forløbet bruges tid på miljøterapi og samtaler med forældrene, og at det ofte sker, at børnene må indlægges, da man ikke har kunnet behandle dem ambulantly. Specifikt nævnes det i forhold til symptomer, at særligt de seksuelle tvangstanker kan være svære at arbejde med i behandlingen.

I kommentarerne nævnes også, at det er en udfordring, at der kan være behandlere, der ikke har tilstrækkelig uddannelse/viden/indsigt i OCD-problematikker. I sammenhæng hermed beskrives det af en del, at der er behov for terapeutiske uddannelser, eller undervisning i teknikker/tilgange til behandling af patientgruppen og flere nævner, at de ønsker flere behandlere med en kognitiv-adfærdsterapeutisk uddannelse. Det nævnes også, at der er behov for en mere vedvarende træning og samrating for at dygtiggøre sig og vedligeholde kundskaber. Det nævnes desuden, at der i tilfælde med sammenlægning/oprettelse af nye teams kan være behov for mere fokus på og erfaring indenfor manualbaserede behandlingsprogrammer samt nærmere beskrivelse af standard udredning.

En enkelt afdeling beskriver, at på trods af udfordringer er der ikke behov for yderligere opkvalificering, idet de kun har meget få af disse patienter og forsøger at viderehenvise patienterne til andre afdelinger i så højt et omfang som muligt.

Derudover peger besvarelsene på, at der overordnet er behov for mere supervision og generel opdatering af viden omkring forskningsresultater vedr. behandlingseffekt.

## 6. Kommunale tilbud

### 6.1 Antal og typer af respondenter fra de kommunale tilbud

Samtlige 95 PPR-afdelinger (tre kommuner har ikke deres egen PPR-afdeling, men er tilknyttet PPR i en anden kommune) blev kontaktet. Heraf gennemførte 48 afdelinger besvarelsen (51 %). Derudover blev 54 andre kommunale tilbud kontaktet (dækker over kommunale tilbud, der varetager udredning eller behandling af børn og unge, som fx familiehuse), hvoraf 30 gennemførte besvarelsen (56 %). Der var samlet seks (4 %), der kun gav få svar, hvilket betyder, at de ikke er nået til spørgsmål vedrørende udredning og behandling. Disse besvarelser er derfor ikke inddraget i analyserne (se tabel 6.1).

Tabel 6.1. Antal respondenter fra de kommunale tilbud			
Besvarelses-status	Antal PPR (procent)	Antal andre kommunale tilbud (procent)	Samlet antal (procent)
Ikke besvaret	45 (47 %)	20 (37 %)	65 (44 %)
Få svar	2 (2 %)	4 (7 %)	6 (4 %)
Gennemført	48 (51 %)	30 (56 %)	78 (52 %)
I alt	95 (100 %)	54 (100 %)	149 (100 %)

De gennemførte besvarelser kommer fra kommuner fra følgende regioner: Region Nordjylland (14 %;  $n = 11$ ), Region Midtjylland (28 %;  $n = 22$ ), Region Syddanmark (22 %;  $n = 17$ ), Region Sjælland (12 %;  $n = 9$ ), og Region Hovedstaden (24 %;  $n = 19$ ).

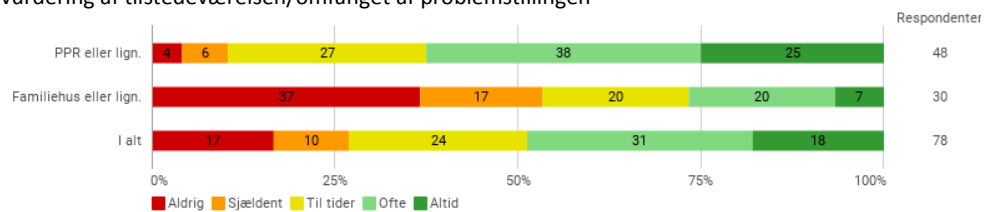
### 6.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud

I de fleste i PPR afdelinger foretager man ofte eller altid selv en udredning (63 %;  $n = 30$ ), mens det ikke gælder i lige så mange af de andre kommunale tilbud (27 %;  $n = 8$ ). Der er 34 % ( $n = 10$ ) af de andre kommunale tilbud end PPR, der har svaret, at de ofte eller altid viderehenviser børn og unge med OCD til andre tilbud i kommunen, som fx PPR. Derudover er der 30 % ( $n = 9$ ) af de andre kommunale tilbud end PPR, der har svaret, at der ofte eller altid foreligger en udredning inden de ser børn og unge med OCD. Dette er meget sjældnere tilfældet for PPR, hvor kun 8 % ( $n = 38$ ) har svaret, at der ofte eller altid viderehenvises til udredning andet sted, og kun 2 % ( $n = 1$ ) har svaret, at der forelægger en udredning på forhånd (se figur 6.2.1).

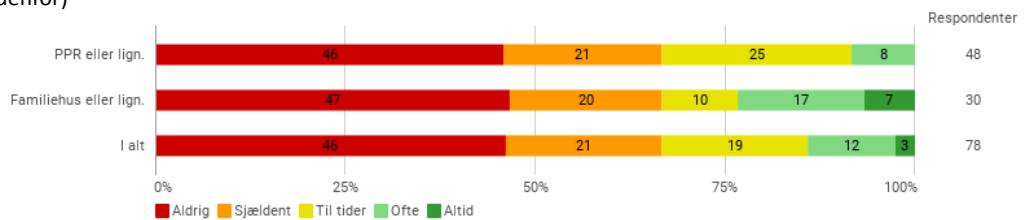
**Figur 6.2.1**

*Hvis I møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret (ikke diagnosticeret), hvad vil I da gøre for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen inden et eventuelt tilbud om kommunal behandling eller henvisning til udredning ved BUC?*

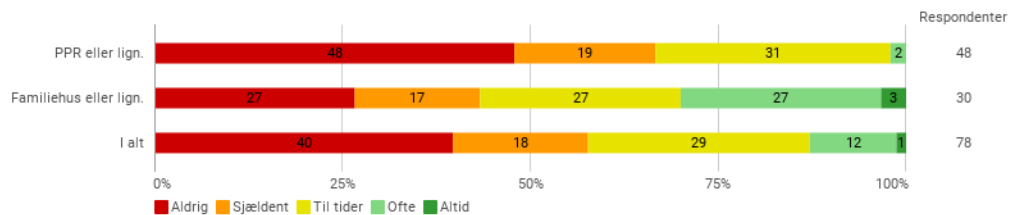
Vi laver selv en udredning/vurdering af tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen



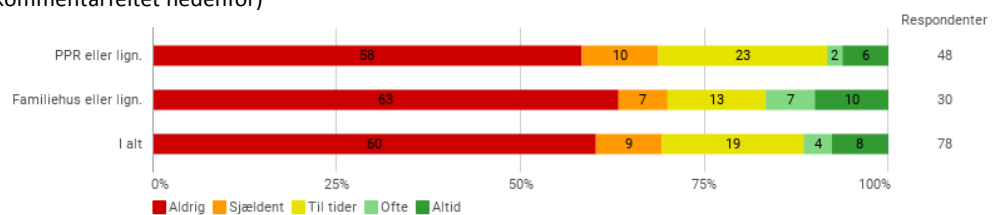
Vi laver ingen udredning/vurdering selv, men henviser direkte til en anden instans inden for kommunen (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)



Vi laver ingen udredning/vurdering selv, da denne vil forelægge inden barnet kommer til os (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)



Andet (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)



I kommentarerne fra PPR vedrørende udredning, er der en del, der har skrevet, at deres fokus hovedsageligt er på, hvordan OCD påvirker barnets funktion i skolen, og dermed ligeledes på at rådgive og vejlede i forhold hertil. De er altså særligt optagede af at hjælpe barnet til at trives i skolesammenhæng og barnets muligheder for at deltage i de læringsfællesskaber, som barnet indgår i skole/dagtilbud. Hvis der ikke er problemer i forhold til trivsel i skolen, beskrives det af nogle, at videre udredning skal ske via egen læge. Andre har beskrevet, at de selv laver en undersøgelse. Det beskrives desuden af nogle, at de har fokus på, hvilke opretholdende/vedligeholdende og beskyttende faktorer, der er i barnets miljø, og prøver at forstå barnets adfærd og symptomer som en del af, at der er betingelser i hjem/skolemiljø, der skal



ændres for at fremme barnets trivsel. De vil derfor i første omgang forsøge at vejlede forældre, skole eller pædagogisk personale. I sværere tilfælde vil de ofte lave en psykologisk undersøgelse, udredning eller lettere afdækning af problemet. Dette kan også ske gennem netværksmøder og samarbejde med familieafdeling, der kan udrede problematikken i hjemmet. Der kan i nogle tilfælde henvises til behandlingstilbud andre steder i kommunen, men alt efter omfang igangsættes en sådan behandling eller der visiteres til yderligere udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Andre har beskrevet, at det afhænger af, hvor funktionsforstyrret barnet er. Ved høj funktionsforstyrrelse vil der indgås samarbejde med egen læge og henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Mange har beskrevet, at de inden henvisning til psykiatrien laver udredning, der kan bestå af relevant testmateriale (PPV), test af kognitive- og eksekutive funktioner eller en kort opklarende udredning/vurdering af tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen. Det beskrives desuden, at forældrene enkelte gange ikke ønsker PPR involveret mere end højst nødvendigt og det er ikke muligt at lave en dyberegående afklaring/vurdering af problematikken. Andre beskriver også, at det ofte er via børne- og ungdomspsykiatrien, at sagen bliver henvist til dem.

I kommentarerne fra andre kommunale tilbud vedrørende udredning, er der mange, der har beskrevet, at de ikke foretager udredning, da dette ikke er en del af deres kompetence- eller fokusområde. Andre beskriver, at de ikke laver udredning, da denne vil være lavet andet sted, inden de ser barnet. Nogle beskriver, at de børn eller unge, de ser, oftest vil have OCD i mild grad og andre beskriver, at barnet kan have afsluttet behandling i psykiatrien tidligere. For de kommunale tilbud, der foretager udredning beskrives det af mange respondenter, at den vil bestå af psykologiske undersøgelser, mens andre beskriver, at de ikke benytter udredningsredskaber eller strukturelle spørgeskemaer. En del beskriver, at de gennem samtale forsøger at få indblik i symptomernes sværhedsgrad, samt i hvilket omfang symptomerne begrænser barnet eller den unge i hverdagen. De vurderer omfanget og belastningsgraden i familien og for det enkelte barn. Fokus er på barnets samlede trivsel og symptomer på OCD, og det afhænger af sværhedsgrad og OCD symptomernes indhold, hvorvidt der igangsættes tiltag. Der er mange, der beskriver, at der henvises til psykiatrien, hvis der vurderes at være svære symptomer eller hvis de igangsatte tiltag ikke hurtigt har effekt i ønsket retning. Andre gange kan der være problematikker, som er så voldsomme, at der samtidig henvises videre til psykiatrien og der arrangeres netværksmøder, så der sikres den bedst mulige indsats fra start. Det beskrives også, at hvis barnets eller den unges symptomer vurderes at kræve specialiseret behandling, henvises til videre udredning og behandling i psykiatrien. Når der viderehenvises, sker dette ofte gennem egen læge. Andre gange gennem familierådgiver eller PPR. Familien kan også blive opfordret til selv at opsøge hjælp til at få deres barn henvist til psykiatrien. Det kan lyde som om, at det nogle gange kan være svært at få accepteret en henvisning i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri, da det fx beskrives at: "...egen læge ... nogle få gange [har] held med at henvise til psykiatrien". Der er en del, der beskriver, at de kan have gode resultater ved egen behandling ved mildere

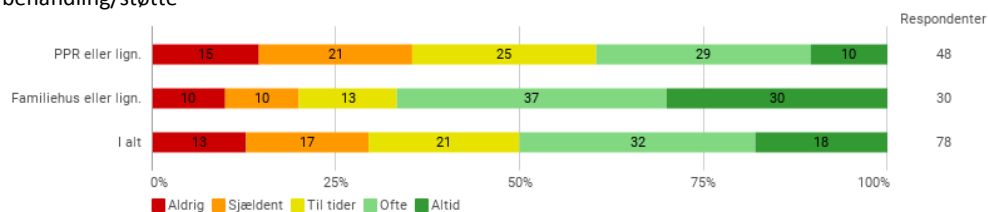
symptomer. Dette beskrives af en del som udgangspunkt at være gennem familiebehandling. Fx kan familiebehandling have en effekt på symptomerne, hvis disse ikke er meget udtalte, og fx kan kobles til udfordringer i familien. I sådanne tilfælde kan symptomerne dæmpes eller forsvinde. Nogle beskriver, at det meget sjældent handler om OCD som hovedproblem, men OCD kan ofte være en delproblematik. I de situationer, hvor der er (eller kan være) tale om en reaktion på belastninger i familien, rådgives forældrene om, hvordan de kan øge barnets trivsel og lette belastningerne. Der ses fx børn, som i særligt belastede situationer har OCD-lignende adfærd, og der kan det overvejes at sætte rådgivning på i familien, før der henvises til psykiatri. Nogle beskriver, at det kan være problematisk, hvis OCD er en del af et andet diagnostisk billede og psykiatrien kun fokuserer på den primære diagnose.

I forhold til behandling af børn og unge med OCD er der 39 % ( $n = 19$ ) af PPR-afdelingerne, der ofte eller altid tilbyder behandling, mens det gælder 67 % ( $n = 20$ ) af de andre kommunale tilbud. Der er samtidig 37 % ( $n = 18$ ) af PPR-afdelingerne, der ofte eller altid henviser til andre tilbud i kommunen, mens det gælder 17 % ( $n = 5$ ) af de andre kommunale tilbud (se figur 6.2.2).

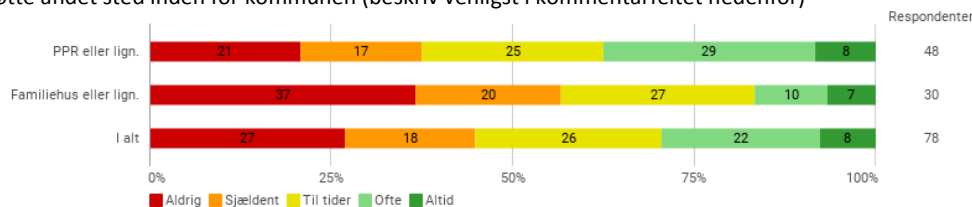
**Figur 6.2.2**

*Hvis det vurderes (af jer, BUC eller anden instans), at en OCD-relateret problemstilling er til stede, men ikke kræver psykiatrisk behandling på nuværende tidspunkt, hvad vil I da gøre?*

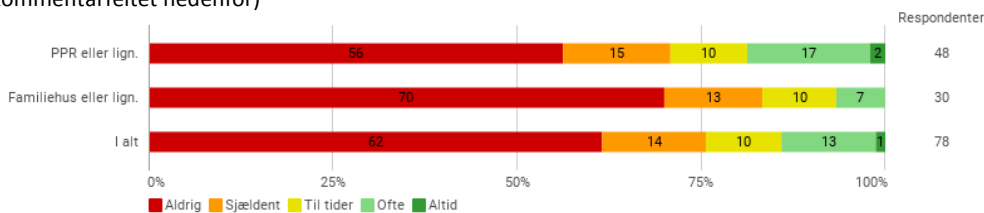
Selv tilbyde en form for behandling/støtte



Henviser til behandling/støtte andet sted inden for kommunen (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)



Andet (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)



I kommentarerne fra PPR vedrørende behandling beskriver de fleste, at de ikke har decideret OCD-behandling, men nogle kan tilbyde behandling af angst via Cool-kids-programmet. Nogle har mulighed for at tilbyde 3-5 samtaler eller henvise videre til familieafdeling i kommunen, som kan iværksætte psykologsamtaler. De fleste beskriver, at de kan tilbyde vejledning af forældre, pædagoger og lærere. De rådgiver skole og forældre i håndtering af OCD symptomer, herunder om samarbejdet mellem skole og hjem og hvordan de kan bidrage til forstærkning af de nye positive forskelle. Nogle anbefaler familierne at opsøge private behandlingstilbud mod egenbetaling. Dette kan evt. støttes op af samtaler til forældre og til barnet før, under og efter forløbet for at forstærke implementeringen af den positive forandring.

I kommentarerne fra de andre kommunale tilbud vedrørende behandling, beskrives det, at der er et tæt samarbejde med PPR, hvor der enten henvises til PPR, koordineres forløb gennem netværksmøder og i samråd vurderes, hvor sagen hører bedst til, hvilket fx kan være afhængigt af, hvem der kender barnet/den unge bedst. Det beskrives af flere, at de ofte selv vil tage behandlingen frem for hos PPR, da de ikke er begrænset af antal samtaler el. lign. Hvis OCD-symptomer vurderes at være opstået eller vedligeholdt af aktuelle svære miljømæssige belastninger i skole eller hjem, beskrives det, at barnet/den unge så vidt muligt henvises til tilbud i kommunen, der vil kunne tage hånd om problemstillingen via en bredere indsats, fx familieafdeling eller PPR. Nogle beskriver, at de kan tilbyde samtaler til børn og familier, hvor der er en OCD problematik til stede, men at de ikke har speciale i OCD og at det er sjældent, de har disse opgaver. Nogle skriver, at de kan tilbyde Cool Kids forløb i nogle tilfælde. Hvis der er brug for decideret behandling af OCD, vil det typisk foregå andetsteds fx via henvisning fra egen læge. Det beskrives desuden, at de ofte vil sende dem videre til privatpraktiserende psykologer eller i nogle tilfælde til behandling ved familiekonsulent eller psykolog tilknyttet kommunen. Nogle henviser til psykiatrien, men andre beskriver, at psykiatrien ofte ikke kan hjælpe med det store, hvorfor det ofte bliver et tilbud i kommunalt regi.

I forhold til hvor mange børn og unge med OCD, der ses i de kommunale tilbud, er der 23 % ( $n = 11$ ) af PPR-afdelingerne, der ser flere end 20 børn og unge med OCD pr. år, mens det gælder 3 % ( $n = 1$ ) af de andre kommunale afdelinger. De fleste kommunale tilbud ser dog færre end 10 børn og unge med OCD. Dette gælder både PPR (61 %;  $n = 30$ ) og de andre kommunale tilbud (77 %;  $n = 23$ ), se tabel 6.2.

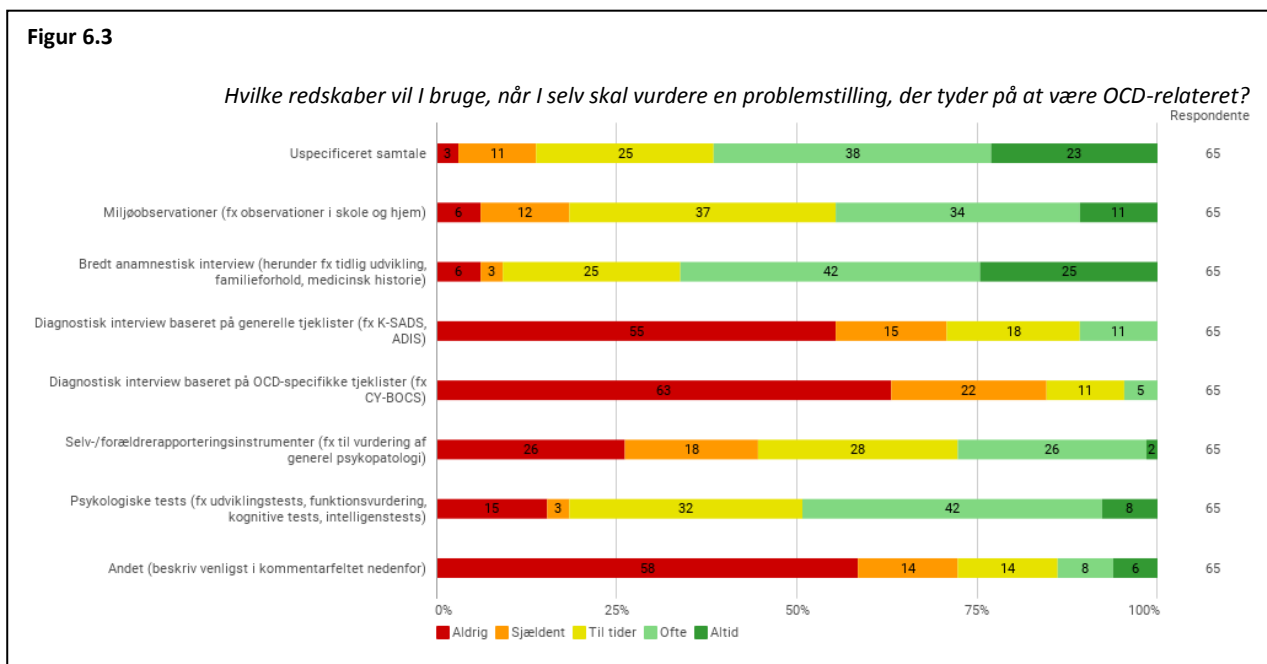
<b>Tabel 6.2. Antal børn og unge med OCD, der ses i de kommunale tilbud på et år</b>			
Estimeret antal	Antal fra PPR, der har svaret det givne estimat (procent)	Antal fra andre kommunale tilbud, der har svaret det givne estimat (procent)	Samlet antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0-5	8 (17 %)	9 (30 %)	17 (22 %)
6-10	21 (44 %)	14 (47 %)	35 (45 %)
11-20	8 (17 %)	6 (20 %)	14 (18 %)
21-30	6 (13 %)	1 (3 %)	7 (9 %)
31-40	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (1 %)

41-50	3 (6 %)	0 (0 %)	3 (4 %)
Flere end 50	1 (2 %)	0 (0 %)	1 (1 %)
Note: PPR: N = 48; Andre kommunale tilbud: N = 30; Samlet: N = 78			

### 6.3 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD i de kommunale tilbud

Da der er to PPR-afdelinger og 11 andre kommunale tilbud, der aldrig laver udredning, er der 65 besvarelser til spørgsmålet vedrørende udredningsredskaber.

Når der foretages udredning, vil 61 % ( $n = 40$ ) ofte eller altid have en uspecificeret forsamtale. Der er dog kun 2 % ( $n = 1$ ), der ofte eller altid har en uspecificeret forsamtale, som ikke ofte eller laver et anamnestisk eller diagnostisk interview. Der er 45 % ( $n = 29$ ), der ofte eller altid vil lave miljøobservationer, og 67 % ( $n = 44$ ), der ofte eller altid vil lave et bredt anamnestisk interview. Der er 11 % ( $n = 7$ ), der ofte laver et diagnostisk interview baseret på generelle tjeklister, mens ingen altid gør dette og 55 % ( $n = 46$ ) aldrig gør dette. Når det kommer til diagnostisk interview baseret på OCD-specifikke tjeklister, er der 5 % ( $n = 3$ ), der ofte benytter disse, men ingen der altid gør og 63 % ( $n = 41$ ), der aldrig gør. Der er samlet 12 % ( $n = 8$ ), der ofte eller altid laver et diagnostisk interview ved brug af enten generelle eller OCD-specifikke tjeklister. Der er 28 % ( $n = 18$ ), der ofte eller altid benytter selv-/forælderreportering og 50 % ( $n = 33$ ), der ofte eller altid benytter psykologiske tests (se figur 6.3).



I kommentarerne vedrørende udredningsredskaber, er der mange af respondenterne, der beskriver, at de lægger vægt på observationer i skolen og bygger på forældres beskrivelser af observationer hjemme. Det beskrives, at der benyttes samspilsobservationer (forældre/barn), samtaler med de professionelle omkring barnet (skole, SFO, klub etc.) og evt. samtaler med barnets/den unges venner. Derudover beskrives det, at der kan indhentes oplysninger fra andre (læge, sundhedspleje m.m.). Der er også nogle, der beskriver, at de indsamler informationer gennem netværksmøder, hvor symptomer, varighed og omfang beskrives. Derudover har man samtaler med barnet/den unge, hvor der stilles uddybende spørgsmål/psykologisk afdækkende samtaler. Med hensyn til konkrete redskaber beskrives det, at der kan benyttes en interviewguide med henblik på at afklare, hvilke former for angst/angstsymptomer barnet er ramt af samt graden af symptomerne. Derudover nævnes caseformuleringsanalyse (Carr), BECK-Youth, SCAS til forældre og børn, RCDAS, Rorschach til generel beskrivelse af den unge, spørgeskemaet 5-15, WISC-V/WISC-IV, TOMAL-2, BRIEF, SRS. Nogle beskriver, at de i stedet for at have fokus på diagnosticering vægter at beskrive belastningsgraden og hvor invalideret familien og barnet er.

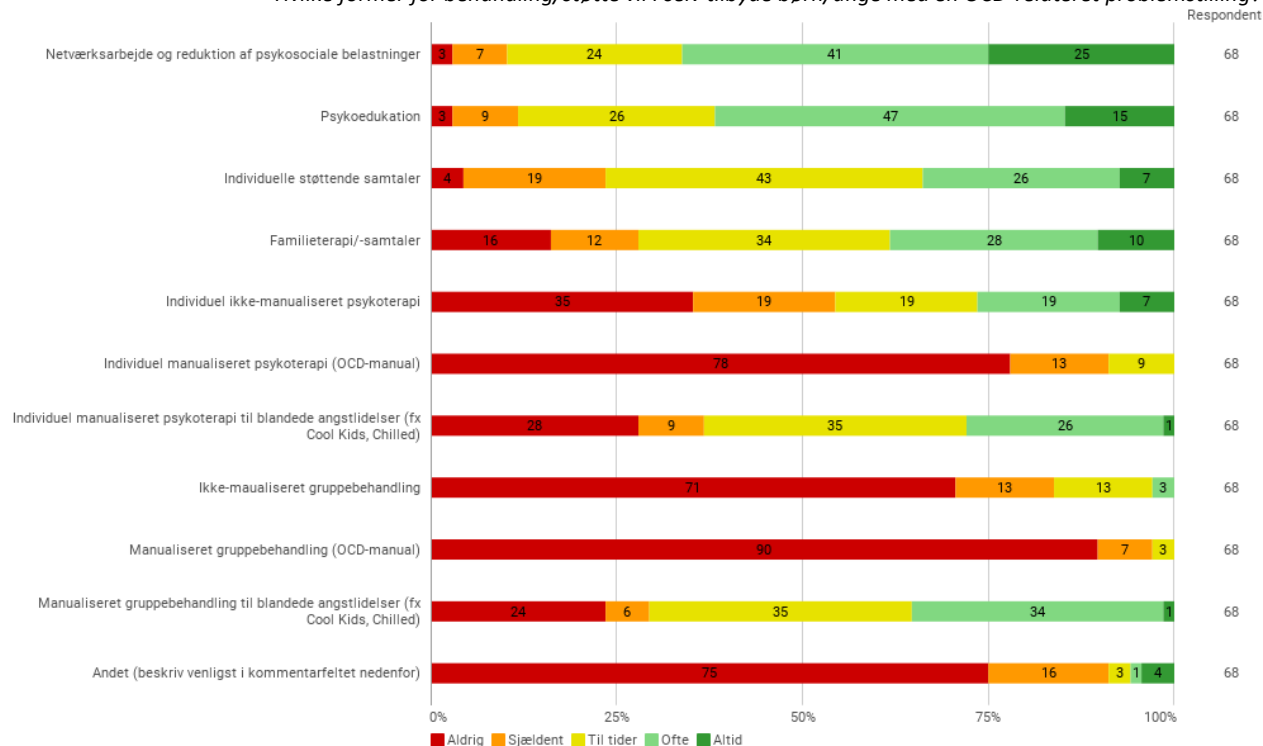
#### **6.4 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD i de kommunale tilbud**

Da der er syv PPR afdelinger og tre andre kommunale tilbud, der aldrig tilbyder behandling, baserer resultaterne sig på 68 besvarelser.

De typiske behandlingsformer er netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger, der ofte eller altid tilbydes af 86 % ( $n = 58$ ), samt psykoedukation, der ofte eller altid tilbydes af 62 % ( $n = 42$ ). Der er 33 % ( $n = 22$ ), der ofte eller altid tilbyder individuelle støttende samtaler. Dog er det der ikke nogen, der ofte eller altid tilbyder støttende samtaler og ikke også ofte eller altid tilbyder enten individuel terapi, gruppebehandling eller familieterapi/-samtaler. Der er 38 % ( $n = 26$ ), der ofte eller altid tilbyder familieterapi/samtaler. Når det kommer til individuel psykoterapi, er der 26 % ( $n = 18$ ), der ofte eller altid tilbyder ikke-manualiseret terapi, 27 % ( $n = 18$ ), der ofte eller altid tilbyder terapi baseret på manual til blandede angstlidelser, og ingen, der ofte eller altid tilbyder individuel terapi baseret på OCD-manual. Samlet er der 48 % ( $n = 33$ ), der ofte eller altid tilbyder individuel terapi i en af disse tre former. Når det kommer til gruppebehandling, er der 3 % ( $n = 2$ ), der ofte eller altid tilbyder ikke-manualiseret gruppebehandling og 35 % ( $n = 24$ ), der ofte eller altid tilbyder gruppebehandling baseret på manual til blandede angstlidelser, og igen ingen, der tilbyder gruppebehandling baseret på OCD-manual. Samlet er der 37 % ( $n = 25$ ), der tilbyder gruppebehandling i en af de tre former (se figur 6.4).

Figur 6.4

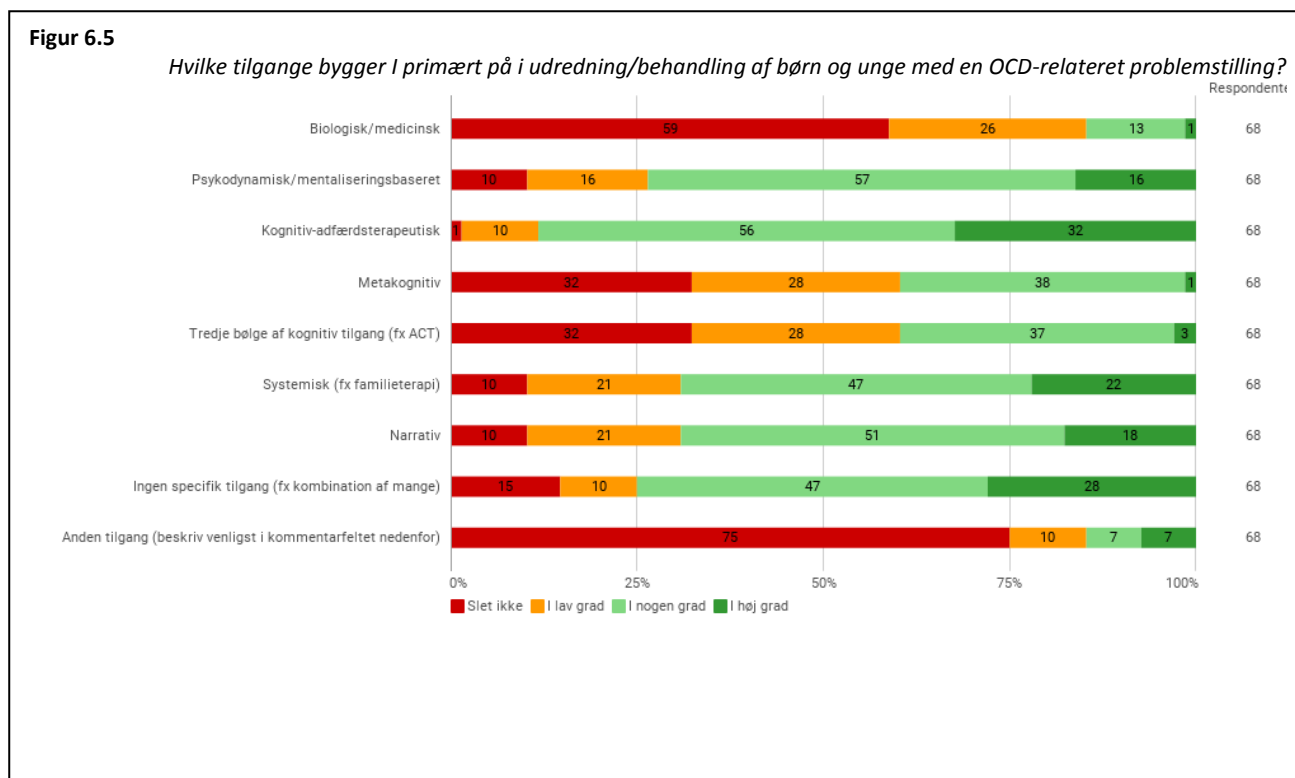
Hvilke former for behandling/støtte vil I selv tilbyde børn/unge med en OCD-relateret problemstilling?



I kommentarerne vedrørende behandlingsformer, er der nogle, der har skrevet, at de tilbyder temamøder om angst og OCD til forældre og professionelle. Der kan også være råd og vejledning (sammen med forældrene) til skolen om, hvad der kan være gode måder at håndtere OCD på - herunder, hvordan man kan tale om det i klassen eller andet. Andre nævner andre former for behandlingstilgange som Theraplay og reguleringer af barnets nervesystem, samt at arbejde med de voksnes ansvar for barnets verden. Nogle bruger generelt KidSkills i situationer, hvor det vurderes relevant og kunne formentlig godt i nogle situationer tilbyde et sådant forløb til et barn med OCD. I forhold til gruppebehandling beskriver nogle, at de har problemer med at få samlet børn nok til en gruppe. I forhold til familiebehandling kommenterer nogle, at deres tilbud og faglige kompetencer ikke er egnet til at tilbyde et forløb med fokus på familiebehandling. Der kan ofte være støttende og rådgivende samtaler med forældre eller familien samlet som supplement til individuel psykoterapi. Der er nogle, der beskriver, at de i tilfælde, hvor det viser sig, at barnets/den unges symptomer skyldes psykosociale belastninger, så vidt muligt forsøger at aktivere relevante instanser som fx familieafdeling eller skole.

## 6.5 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud

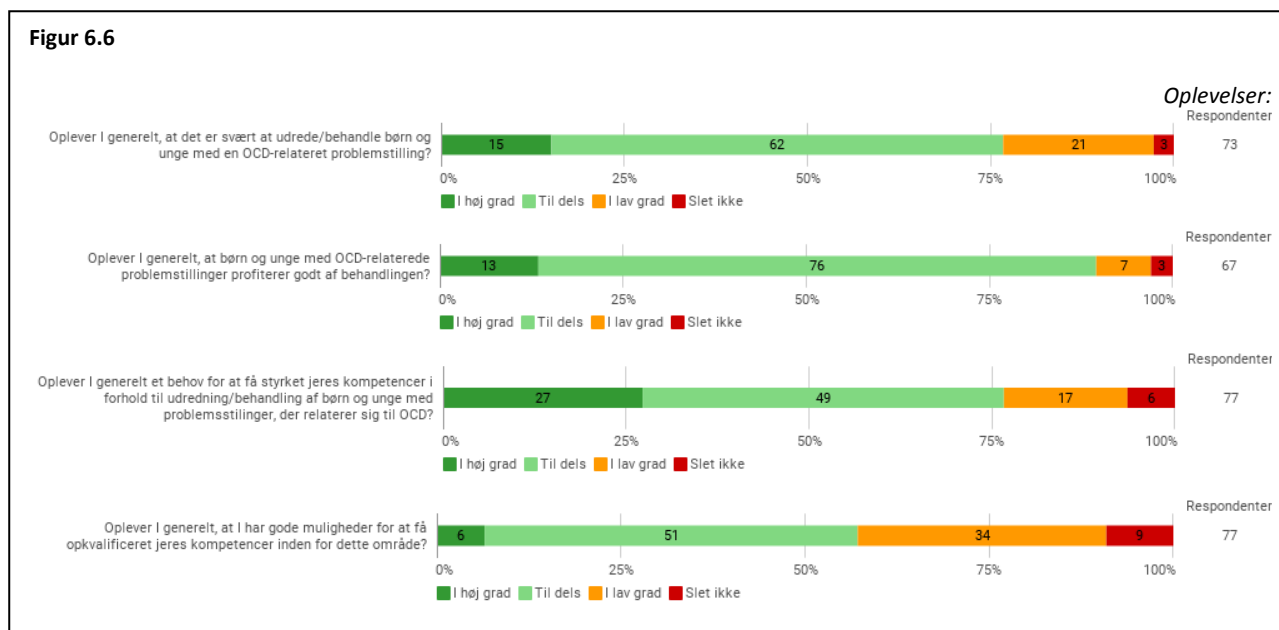
De typiske behandlingstilgange er kognitiv-adfærdsterapeutisk tilgang og psykodynamisk/mentaliseringsbaseret tilgang, som henholdsvis 88 % ( $n = 60$ ) og 73 % ( $n = 50$ ) i nogen eller høj grad bygger på. Derudover er der henholdsvis 69 % ( $n = 47$ ) og 68 % ( $n = 46$ ), der i nogen eller høj grad bygger på systemisk og/eller narrativ tilgang. Der er 39 % ( $n = 27$ ) og 40 % ( $n = 27$ ), der i nogen eller høj grad bygger på henholdsvis metakognitiv og tredjebølge tilgange. Den biologisk/medicinske model er den mindst almindelige med 14 % ( $n = 10$ ), der i nogen eller høj grad bygger herpå (se figur 6.5).



I kommentarerne vedrørende den teoretiske fundering er der mange, der beskriver, at valg af tilgang i høj grad afhænger af den enkelte medarbejder, samt en individuel vurdering af den konkrete sag. Der er flere, der har kommenteret, at der bruges forskellige tilgange som fx inddragelse af "kroppen" i behandlingen, miljøterapeutiske tilgange, evidensbaserede familiebehandlingsprogrammer (De Utrolige År, Parent Management Training, Funktionel Familie Terapi), og generelt teknikker til at arbejde med familiens problematikker, gruppeforløb for både barn og forældre, theraplay, mentaliseringsbaseret psykoterapi, narrativ behandling og sandplay.

## 6.6 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud

Der er 15 % ( $n = 11$ ), der i høj grad oplever, at det er svært at udrede/behandle børn og unge med en OCD-relateret problemstilling og 62 % ( $n = 45$ ), der til dels oplever, at dette er tilfældet. Der er 13 % ( $n = 7$ ), der i høj grad oplever, at børn og unge med OCD profiterer godt af behandlingen, mens 76 % ( $n = 51$ ) til dels oplever, at dette er tilfældet. Det er 76 % ( $n = 59$ ), der til dels eller i høj grad oplever, at de har behov for at få styrket deres kompetencer i forhold til udredning/behandling af disse børn og unge. Lidt over halvdelen (57 %;  $n = 44$ ) oplever, at der til dels eller i høj grad er gode muligheder for at opkvalificere kompetencer.



## 6.7 Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD i de kommunale tilbud

Mange beskriver, at noget af det, der gør det svært at arbejde med børn og unge med OCD er, at familien kan være tæt inddraget i symptomerne. Nogle skriver, at det er svært, hvis forældrene er vedligeholdende og har svært ved selv at rykke sig. Derudover beskrives det, at det er svært, fordi forældre og søskende også ofte er hårdt ramte af problemstillingen, der ofte påvirker familielivet samt skolegang og venskaber. Det beskrives, at behandlingen kan være svær, netop fordi OCD ikke er en individuel udfordring, men netop fordi familie og netværket er en stor del af det. Dette kan være problematisk, hvis omgivelserne ikke ønsker, at de skal bidrage til ændringerne. Det kan også være en udfordring, hvis det er svage familier, som kan have svært ved at støtte op om behandlingen. Det beskrives for eksempel, at det er nødvendigt at forældrene er involverede i behandlingen, for at barnet kan tilbydes at indgå i et Cool-kids behandlingsforløb. Der er også nogle, der beskriver, at det kan være vanskeligt, hvis forældrene selv har psykopatologiske symptomer, er overbeskyttende eller afvisende overfor en forståelse af OCD relaterede



problemstillinger. Samt generelt at det er svært, hvis der er en omfattende/kompleks forældreproblematik. Det beskrives desuden, at det kan være svært at arbejde mentaliseringsbaseret med forældre, som bl.a. præges af skyld. Det nævnes også, at det kan være kompliceret i skilsmisssager, hvor barnet har ligeligt fordelt samvær med begge forældre og dermed to forskellige hjemmemiljøer. I forlængelse heraf beskriver flere et behov for opkvalificering og viden i forhold til, hvordan familie og pårørende kan involveres i behandlingen og hvordan man tilrettelægger miljø- og familierapeutiske tilgange eller rådgivningsforløb. Der efterspørges et tættere samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien om behandlingsforløb, hvor det relationelle er i fokus og ikke alene barnets adfærd.

Derudover er der mange, der beskriver, at det kan være svært, hvis der er tale om komorbiditet eller flere forskellige problematikker eller vanskeligheder, som barnet/den unge er udfordret af. Der er nogle, der skriver, at disse børn og familier ofte er ramt af meget komplekse problemstillinger ud over OCD. Det kan således være vanskeligt at holde fokus på OCD og kun behandle indenfor dette. Nogle beskriver, at de oftest ser børn med mange diagnoser, hvilket kan betyde, at de ikke kan tilbydes at deltage i et Cool Kids-behandlingstilbud. Der er en, der skriver, at det ofte opleves, at OCD diagnoser og symptomer ses i forbindelse med udviklingsdiagnoser, hvor der ofte er meget fokus på den primære diagnose og sekundært på OCD. Nogle beskriver, at der i de sværeste tilfælde ofte er autisme spektrum forstyrrelser, og dermed bliver det et komplekst problemfelt mellem familie, skole og barn, som det som behandler er svært at få til at spille sammen. I forlængelse heraf beskriver flere et behov for opkvalificering i metoder i forhold til børn med komplekse problemstillinger eller blandingsdiagnoser. Nogle beskriver, at de kunne ønske målrettede kurser inden for de forskellige diagnoseområder, bl.a. omkring komorbiditet.

Mere generelt beskrives det, at det kan være svært at vide, hvilke veje der giver mest mening af gå, når OCD bliver massiv, og flere skriver, at det er svært, at forandringen ofte tager lang tid. Når der arbejdes kognitivt-adfærdsmæssigt i forhold til OCD, beskrives det, at det ikke er sjældent, at én tvangshandling erstattes af en anden. Det kan være svært, at der er tilbagefald og nye symptomer, når de oprindelige symptomer er væk. Der er en, der beskriver, at de derfor oftere arbejder i forhold til en bagvedliggende angstproblematik. Det opleves desuden af nogle, at der kan være manglende effekt og at OCD ikke er som anden angst. Blandt andet beskrives det, at OCD-symptomerne kan være sværere at få helt væk med Cool Kids-programmet, der opleves at fungere bedre for andre angstlidelser. Herunder at det er vanskeligere at opnå gode resultater ved forældrevejledning eller behandling/psykoedukation til børn og forældre. Det kan være svært at hjælpe familien til at tro på, at en given indsats vil være hjælpsom og det kan være svært at arbejde med forældrenes afmagt i.f.t. lidelsen hos deres barn. Det beskrives også som særligt svært, hvis de kommer sent ind, hvor barnets/den unges angstniveau er meget højt.

Det beskrives også som værende svært, at OCD er en kompleks problemstilling og kræver, at man arbejder hele vejen rundt om barnet for at opnå resultater. Det er dermed et komplekst felt at arbejde i og der kan være behov for mange samarbejdspartnere, og det nævnes af nogle, at det er udfordrende, at der er mange samarbejdspartnere. Der ønskes i forlængelse heraf mere kvalificeret viden om, hvordan man bedst rådgiver skoler (fx lærere og pædagoger) om håndtering af børns OCD og generelt uddyber viden om psyko-educationsmuligheder. Det beskrives, at der er mange nyuddannede psykologer, der generelt har brug for viden om emner inden for det psykologiske felt - især vedrørende konkret rådgivning af fagpersonale i forhold til, hvordan de støtter børn med OCD bedst. Da der ofte tilbydes familiebehandling og behandling af barnets/den unges problemer generelt, samt at det beskrives, at det ofte ikke specifikt er den psykiatriske diagnose, der er det primære fokus i behandlingen, er der behov for viden om, hvilken indflydelse OCD har på barnet generelt.

Det nævnes, at der også er behov for hjælp til indsatser, der kan støtte den mere intensive behandling, som vil foregå andet sted. I forlængelse heraf beskriver flere, at der er behov for viden om relevante og eksisterende tilbud til OCD-behandling. Det beskrives, at der er behov for at blive "klædt på", ift. hvilke behandlingsmuligheder der findes inden for børne- og ungdomspsykiatrien. Nogle beskriver det ved, at det kan være svært at følge, om de bruger de rigtige metoder, fordi der oftest er meget små fremskridt. Det beskrives i denne sammenhæng, at et møde med børne- og ungdomspsykiatrien kan hjælpe med at pege det i den rigtige retning og det derfor er en forudsætning for at støtte familien i primærsektoren, at der opnås større viden om den behandling der foregår i børne- og ungdomspsykiatrien. Der ønskes viden om, hvordan der er mulighed for at samarbejde tæt om det enkelte barn/ung, og nogle nævner, at der er behov for mere individuel orientering i hver sag, så man kan tilrettelægge indsatsen individuelt. Der beskrives desuden et behov for metoder til behandling af børn og unge med OCD, der kan tilpasses den enkelte familie. Derudover beskrives det, at der er behov for supervision fra erfarne behandlere på feltet og at der kunne ønskes en tættere tilknytning eller adgang til supervision fra børne- og ungdomspsykiatrien.

Der er en del, der beskriver, at der er behov for opkvalificering specifikt i forhold til OCD i stedet for angstlidelser generelt. Herunder specifik viden om OCD-diagnosen og meningsfulde behandlingsformer og tilgange, der specifikt kan anvendes i forhold til OCD fremfor fx Cool Kids. Nogle beskriver blandt andet, at der er behov for at blive klogere på OCD-symptomer og på, hvordan behandlingen heraf afviger fra behandlingen af andre angstlidelser. Der er en, der foreslår, at dette kunne være en uddybning af brugen af Cool Kids-behandling til børn og unge med OCD. Generelt beskrives forskellige behov for kurser i udredning og behandlingsmetoder, og behov for at alle psykologer havde efteruddannelse i kognitiv terapi. Nogle ønsker også mere viden om, hvordan man inden for psykiatrien arbejder behandlingsmæssigt i forhold til OCD og hvad der vurderes at hjælpe på lang sigt. Da mange ikke kan tilbyde behandling, er der et ønske om

større viden om undersøgelsesmetoder, herunder screeningsværktøjer til vurdering af symptomers sværhedsgrad. Der efterspørges et skema eller lignende værktøj, der kunne afdække nogle af de årsager, der som regel kan føre til en OCD adfærd. Der efterspørges desuden opkvalificering med henblik på, at blive mere sikker på, hvordan man adskiller OCD fra andre angstlidelser og andre psykiske lidelser og generel hjælp til valg af metoder ved udredning (fx CY-BOCS, m.v.)

På et mere strukturelt niveau beskrives det af flere som værende et problem, at OCD ikke er en problemstilling, der er så hyppig, dvs. at der er så lille en andel af børn/unge med OCD-relaterede problemstillinger, så behandlerne ikke opnår erfaring til specialistniveau med behandling af målgruppen. Desuden beskriver flere de kommunale tilbud som værende systemer, der er knyttet meget op på netværksbaserede arbejdsformer. I denne ramme opleves OCD som svær at arbejde med, idet der er tale om en mere intrapsykisk problemstilling. Det beskrives, at det er det interpersonelle, sociale, skolemæssige etc. man er mere vant til og rustet til i kommunerne. Det beskrives desuden, at efteruddannelse ikke prioriteres højt i kommunerne, medmindre det bliver så indgribende, at barnet får svært ved at gå i skole, hvilket kun gælder få tilfælde. Det nævnes også, at behandlingen er tidskrævende ved svære tilfælde og at forandring og synligheden af resultater tager lang tid. Det nævnes, at indenfor rammen af de kommunale tilbud kan det være svært at få taget hånd om en så omfattende behandlingsindsats, som OCD kan kræve. Herunder fx indsamling af anamnese og symptombillede, vedligeholdende faktorer i den aktuelle familiedynamik, psykoedukation til både barn og forældre, arbejde med bagvedliggende årsager til at barnet/den unge har udviklet tvangstanker og handlinger. I forlængelse heraf beskriver langt de fleste, at noget af det, der står i vejen for opkvalificering inden for området er økonomi. Dernæst kommer manglende tid og normering til at deltage i kurser samt en nedprioritering af feltet, da det er en lille gruppe, det drejer sig om. Nogle beskriver, at det kan være svært at finde disse uddannelser og at der ikke udbydes denne type kurser, der godkendes af Dansk Psykolog Forening. Der er også nogle, der beskriver, at fordi ambitionen i kommunen er, at alle psykologer er i stand til at arbejde på generalistniveau, bliver det vanskeligt som medarbejder at argumentere for videreuddannelse til specialisering inden for området. Der kan også være et problem i, at det ikke er muligt at tilbyde grupper pga. befolkningstal, og at opgaven falder i snitfladen mellem region, serviceloven (sagsbehandlere) og PPR-opgaver. Nogle beskriver, at det kunne være ambitionsniveauet, at nogle medarbejdere fik uddannelse på specialistniveau, både teoretisk og behandlingsmæssigt, omkring angst og OCD i stedet for generalistniveau for alle, og andre skriver, at der generelt er et behov for mere speciale inden for området.

I forhold til metode nævnes, at der er behov for undervisning og workshops. Selvom der findes undervisning og uddannelse, beskrives det, at der er behov for småkurser, som beskriver problemkomplekset og hvor der bliver arbejdet effektivt med at putte masser af god viden ind, kombineret

med praktisk erfaring. Dette skyldes blandt andet at budgettet ikke er til store uddannelser. Andre beskriver et behov for en mere målrettet uddannelse ift. OCD-problematikker frem for temadage.

Nogle ønsker ikke manualbaserede tilgange, mens andre beskriver, at der kan være behov for let tilgængelige gruppeforløb a la Cool Kids, hvis det skal være muligt at lave mere OCD-behandling. Derudover er der nogle, der beskriver et ønske om at vide mere om andre tilgange til behandling end kognitiv terapi, herunder nævnes metakognitiv terapi og et kort-tids behandlingsforløb, der bruges af nogle norske behandlere til voksne med OCD.

Nogle respondenter beskriver, at de ikke oplever problemer med udredning og behandling af børn og unge med OCD. Nogle har svaret, at det ikke er et problem fordi de ikke hører om det særlig ofte og henviser til disse børn og unge til andre. Nogle beskriver, at de ved svær OCD får psykiatri eller læger på banen, og støtter op om deres plan eller at de i nogle tilfælde tilkøbes specialuddannede konsulenter til fx psyko-  
edukation af familien. Nogle beskriver også, at når barnet gennem deres tiltag kommer til at opleve en "sikker base" indeni og udenfor, falder de som regel helt til ro, og har ikke behov for deres kontrol adfærd mere, mens andre beskriver, at det ofte kan gå ganske hurtigt med at få symptomerne til at aftage i forbindelse med deres rådgivning af forældre, børn og lærere, og hvis ikke, så henvises til andre instanser.

## 7. Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

### 7.1 Antal og typer af respondenter blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Der blev i alt kontaktet 40 privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri. Heraf har 25 (63 %) gennemført spørgeskemaet, mens to (5 %) har givet nogle svar. "Nogle svar" betyder, at de er nået til at besvare spørgsmål vedrørende udredning og behandling, og disse besvarelser er derfor inddraget i analyserne (se tabel 7.1.1).

Tabel 7.1.1. Antal respondenter blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere	
Besvarelsesstatus	Antal (procent)
Gennemført	25 (63 %)
Nogle svar	2 (5 %)
Ikke besvaret	13 (32 %)
I alt	40 (100 %)

Ud af de 27 besvarelser har 19 respondenter (70 %) svaret ja til, at de tilbyder udredning og/behandling af børn og unge med OCD, mens 8 (30 %) har svaret, at de hverken tilbyder udredning eller behandling af denne patientgruppe.

De 19 privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere, der tilbyder udredning/behandling, har praksis i følgende regioner: Region Nordjylland (0 %;  $n = 0$ ), Region Midtjylland (16 %;  $n = 3$ ), Region Syddanmark (11 %;  $n = 2$ ), Region Sjælland (16 %;  $n = 3$ ), og Region Hovedstaden (58 %;  $n = 11$ ). De har i gennemsnit arbejdet 14,8 år (range 2-30) som speciallæge med gennemsnitligt 19,9 års (range 10-35) erfaring med udredning/behandling af børn og unge generelt, og gennemsnitligt 15,3 års (range 1-25) erfaring med udredning/behandling af børn og unge med OCD.

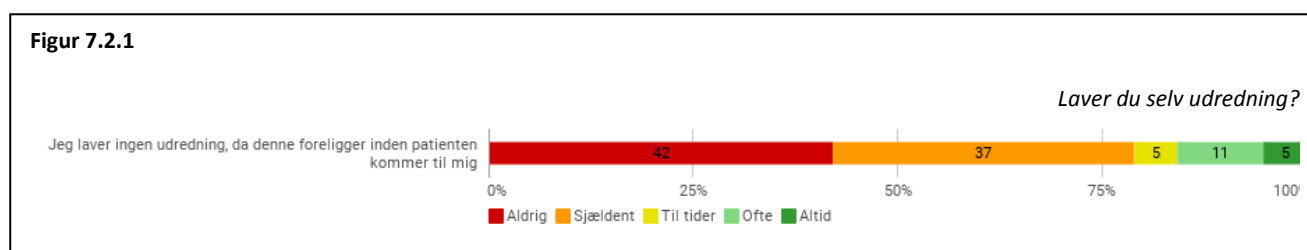
Ud af de 19 respondenter, har 42 % ( $n = 8$ ) udredt/behandlet flere end 100 børn og unge for OCD i deres arbejdsliv, 32 % ( $n = 6$ ) har udredt/behandlet 50-100 patienter med OCD og 26 % ( $n = 5$ ) har udredt/behandlet færre end 40 patienter med OCD (se tabel 7.1.2).

Tabel 7.1.2 Antal børn og unge, som de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere har haft til udredning/behandling i løbet af deres arbejdsliv	
Estimeret antal	Antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0-5	1 (5 %)
6-10	0 (0 %)
11-20	0 (0 %)
21-30	1 (5 %)
31-40	3 (16 %)
41-50	0 (0 %)
51-60	3 (16 %)

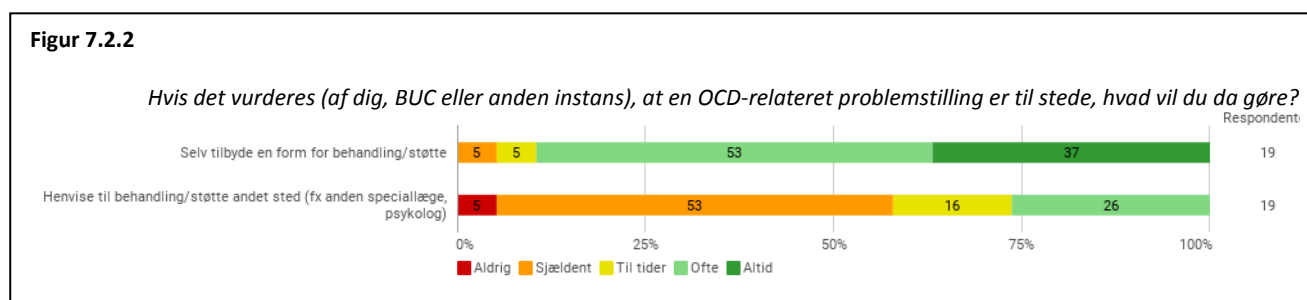
61-70	0 (0 %)
71-80	1 (5 %)
81-90	0 (0 %)
91-100	2 (11 %)
>100	8 (42 %)
Note: N = 19	

## 7.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Der er 5 % ( $n = 1$ ), der aldrig laver en udredning selv, da denne foreligger, inden patienten kommer, mens det ofte er tilfældet for 11 % ( $n = 2$ ). Der er 42 % ( $n = 8$ ), for hvem det aldrig er tilfældet, at der foreligger en udredning i forvejen, mens dette er sjældent for 37 % ( $n = 7$ ), se figur 7.2.1.



Størstedelen vil selv tilbyde behandling ofte (53 %;  $n = 10$ ) eller altid (37 %;  $n = 7$ ). Ingen vil aldrig selv tilbyde behandling. Der er 26 % ( $n = 5$ ), der har svaret, at de ofte henviser til behandling andet sted, mens 5 % ( $n = 1$ ) aldrig gør dette (se figur 7.2.2).



I løbet af et år, har 16 % ( $n = 3$ ) haft 0-5 patienter med OCD, 42 % ( $n = 8$ ) har haft 6-10 patienter med OCD, mens resten (42 %;  $n = 8$ ) har haft mellem 10 og 30 patienter med OCD (se tabel 7.2).

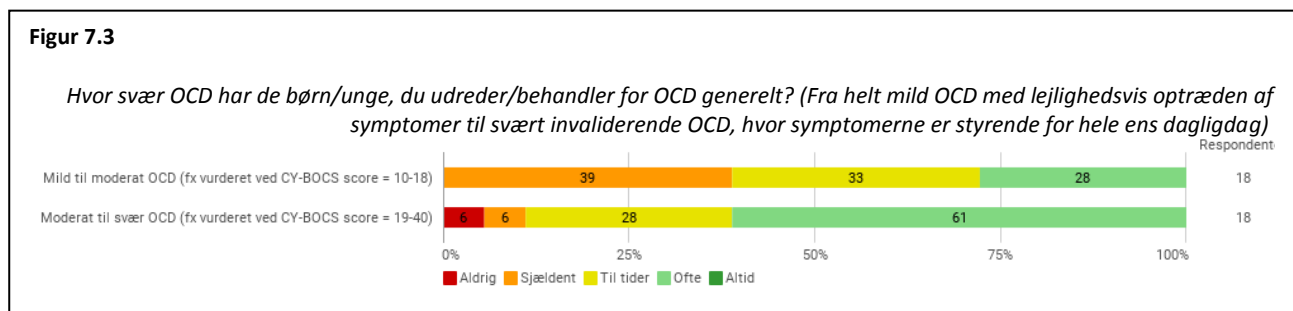
Tabel 7.2. Antal børn og unge, der anslås at have været til udredning/behandling for OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere på et år	
Estimeret antal	Antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0-5	3 (16 %)
6-10	8 (42 %)

11-20	7 (37 %)
21-30	1 (5 %)
>30	0 (0 %)
Note: N = 19	

### 7.3 Alder og sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Ud af de 18 besvarelser vedrørende alder, er der 16 (89 %), der har svaret, at de arbejder både med børn (0-12 år) og unge (13-19 år), mens to (11 %) udelukkende arbejder med unge.

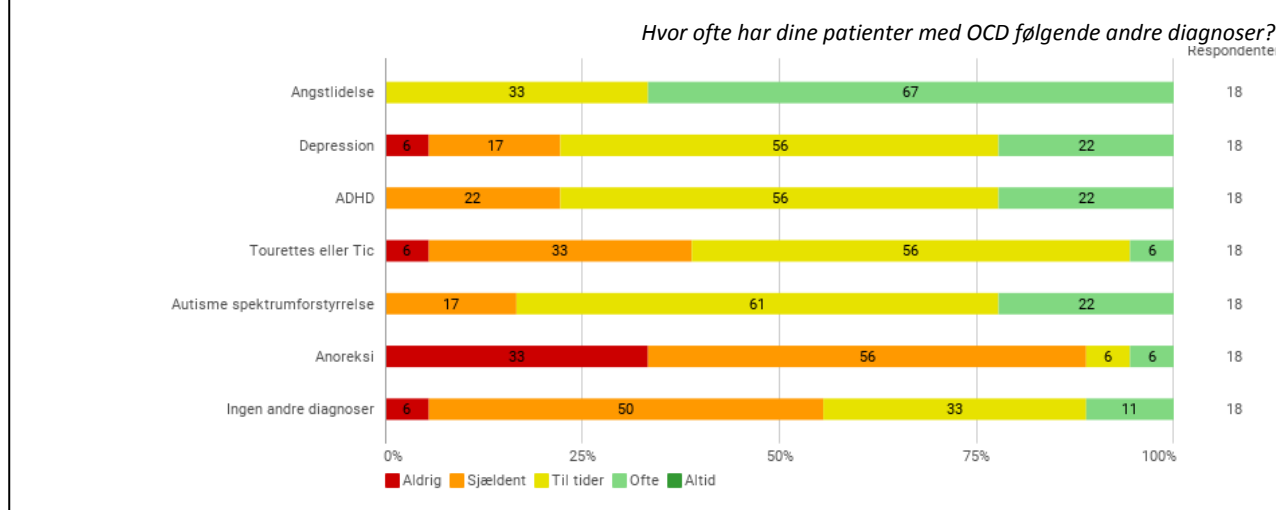
De privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere udreder eller behandler hyppigst børn og unge med moderat til svær OCD, hvilket ofte er tilfældet for 61 % ( $n = 11$ ), mens 28 % ( $n = 17$ ) har svaret, at de ofte udreder eller behandler børn og unge med mild til moderat OCD. Der er 12 % ( $n = 2$ ), som har svaret, at de sjældent eller aldrig udreder/behandler børn og unge med moderat til svær OCD, mens 39 % ( $n = 7$ ) har svaret, at de sjældent udreder/behandler børn og unge med mild til moderat OCD (se figur 7.3).



### 7.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Mange har svaret, at deres patienter ofte har andre lidelser så som angstlidelser (67 %;  $n = 12$ ), depression (22 %;  $n = 4$ ), ADHD (22 %;  $n = 4$ ) og/eller autisme spektrum forstyrrelse (22 %;  $n = 4$ ). Nogle har svaret, at deres patienter aldrig har anoreksi (33 %;  $n = 6$ ), depression (6 %;  $n = 1$ ) og/eller tic-lidelser (6 %;  $n = 1$ ). Derudover har 11 % ( $n = 2$ ) svaret, at deres patienter ofte ikke har andre diagnoser, mens 6 % ( $n = 1$ ) har svaret, at dette aldrig er tilfældet og 50 % ( $n = 9$ ) har svaret, at det sjældent er tilfældet (se figur 7.4).

Figur 7.4



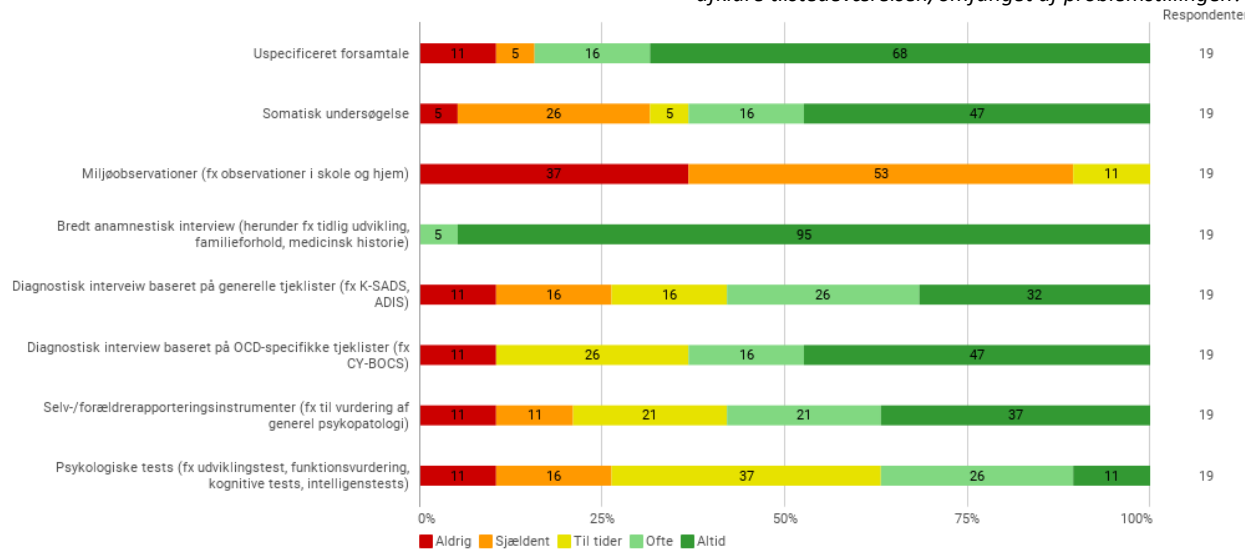
## 7.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

I udredning af patienter med mulig OCD foretager de fleste privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (84 %;  $n = 16$ ) ofte eller altid en uspecificeret forsamtale. Der er dog ingen, der ofte eller altid laver en uspecificeret forsamtale, som ikke også ofte eller altid laver anamnestisk og/eller diagnostisk interview. Der er 63 % ( $n = 12$ ), der ofte eller altid laver en somatisk undersøgelse, mens 31 % ( $n = 6$ ) aldrig eller sjældent gør dette. Der er ingen privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere, der ofte eller altid laver miljøobservationer, mens de fleste aldrig (37 %;  $n = 7$ ) eller sjældent (53 %;  $n = 10$ ) gør dette. Alle laver ofte (5 %;  $n = 1$ ) eller altid (95 %;  $n = 18$ ) et bredt anamnestisk interview. Diagnostiske interview baseret på generelle tjeklister benyttes ofte eller altid af 58 % ( $n = 11$ ) og OCD-specifikke tjeklister benyttes ofte eller altid af 63 % ( $n = 12$ ). Samlet er der 79 % ( $n = 15$ ), der ofte eller altid laver et diagnostisk interview med enten generelle eller OCD-specifikke tjeklister. Der er 58 % ( $n = 11$ ), der ofte eller altid bruger selv/forælderreporterings-instrumenter mens 22 % ( $n = 4$ ) aldrig eller sjældent gør. Derudover er der 37 % ( $n = 7$ ), der ofte eller altid bruger psykologiske tests, mens 27 % ( $n = 5$ ) aldrig eller sjældent gør (se figur 7.5).



**Figur 7.5**

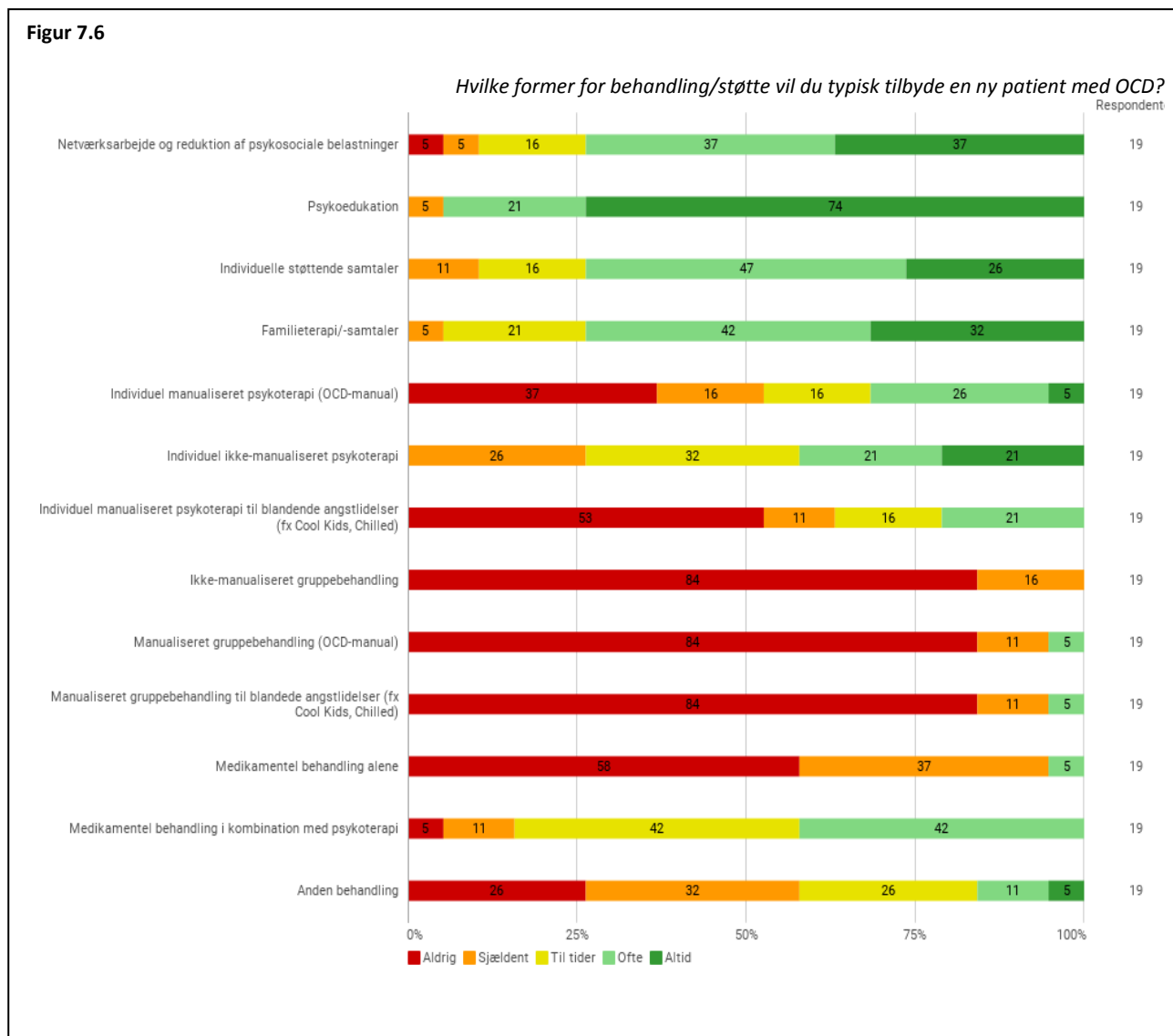
Når du møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret, hvilke redskaber vil du da benytte for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen?



## 7.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

De fleste tilbyder ofte (21 %;  $n = 4$ ) eller altid (74 %;  $n = 14$ ) psykoedukation samt ofte (37 %;  $n = 7$ ) eller altid (37 %;  $n = 7$ ) netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger. Der er 73 % ( $n = 14$ ), der ofte eller altid tilbyder individuelle støttende samtaler, men ingen, der gør dette uden ofte eller altid at tilbyde individuel terapi, gruppebehandling eller familierapi/-samtaler. Der er 74 % ( $n = 14$ ), der ofte eller altid tilbyder familierapi/-samtaler. Individuel psykoterapi tilbydes ofte eller altid af 31 % ( $n = 6$ ) ud fra OCD-manual, af 21 % ( $n = 4$ ) ud fra angstmanual og af 42 % ( $n = 8$ ) i ikke-manualiseret form. Samlet er der 74 % ( $n = 14$ ), der ofte eller altid tilbyder individuel terapi i en af disse tre former. Fem procent ( $n = 1$ ) tilbyder ofte manualiseret gruppebehandling ud fra OCD-manual, og 5 % ( $n = 1$ ) tilbyder ofte gruppebehandling ud fra angstmanual. Ingen tilbyder ofte eller altid ikke-manualiseret gruppebehandling. Samlet er der 5 % ( $n = 1$ ), der ofte eller altid tilbyder gruppebehandling i en af disse former. Fem procent ( $n = 1$ ) tilbyder ofte medikamentel behandling alene, mens 42 % ( $n = 8$ ) ofte tilbyder medikamentel behandling i kombination med psykoterapi. Samlet er der 42 % ( $n = 8$ ), der ofte eller altid tilbyder medikamentel behandling alene eller medikamentel behandling i kombination med psykoterapi (se figur 7.6).

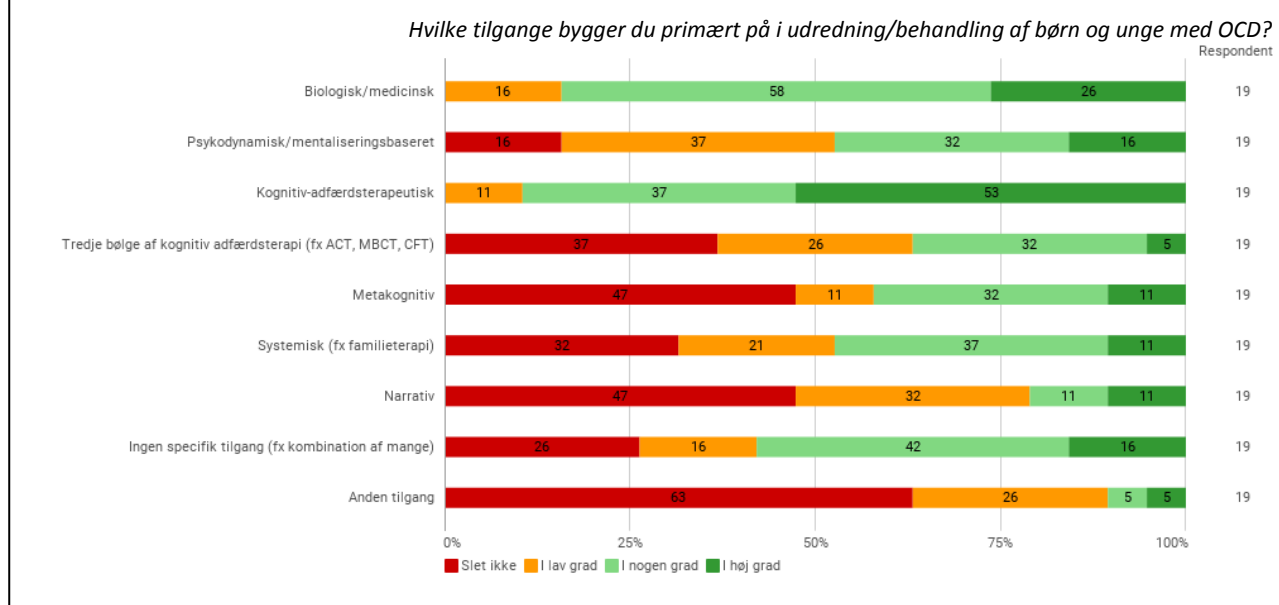
Figur 7.6



## 7.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

De fleste privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere bygger i nogen eller høj grad på en kognitiv-adfærdsterapeutisk tilgang (90 %;  $n = 17$ ) og/eller på en biologisk/medicinsk tilgang (84 %;  $n = 16$ ). Der er ikke nogen, der slet ikke bygger på disse tilgange i udredning og behandling af børn og unge med OCD. Derudover er der nogle, der i høj grad bygger på psykodynamisk/mentaliseringsbaseret tilgang (16 %;  $n = 3$ ), tredje bølge af kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang (5 %;  $n = 1$ ), metakognitiv tilgang (11 %;  $n = 2$ ), systemisk tilgang (11 %;  $n = 2$ ) og/eller narrativ tilgang (11 %;  $n = 2$ ). Der er 58 % ( $n = 11$ ), der i nogen eller høj grad ikke bygger på nogen specifik tilgang (se figur 7.7).

Figur 7.7



## 7.8 Medikamentel behandling af de børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

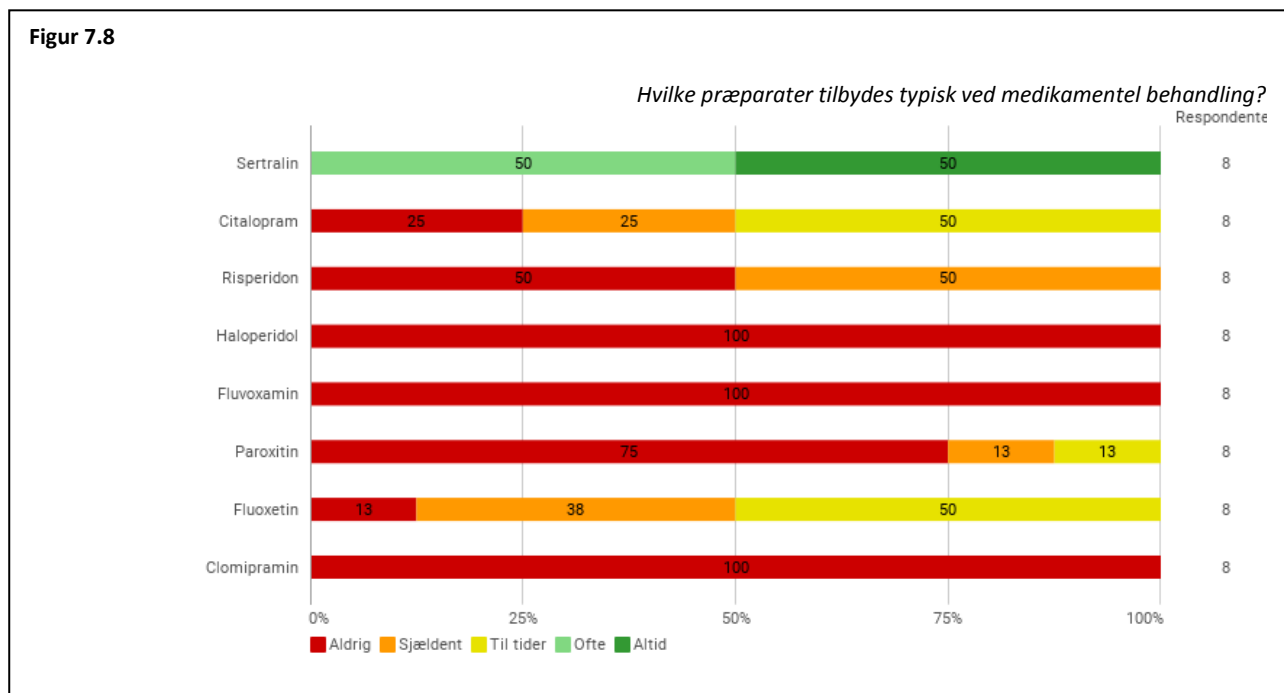
Der er ved en fejl kun otte besvarelser til spørgsmålet om medicin. Deraf har én (13 %) svaret "ved ikke". Resultaterne baseres derfor på syv besvarelser. Gennemsnitligt er der besvaret, at 31,4 % af patienterne får medikamentel behandling. Størstedelen har svaret, at 10-30 % af patienterne får medikamentel behandling (72 %;  $n = 5$ ), mens 14 % ( $n = 1$ ) har svaret, at 50 % får medikamentel behandling og 14 % ( $n = 1$ ) har svaret, at 70 % får medikamentel behandling (se tabel 7.8).

Tabel 7.8. Andel af patienter med OCD, der modtager medikamentel behandling (alene eller sammen med psykoterapi)	
Estimeret procent	Antal der har svaret det givne estimat (procent)
0 %	0 (0 %)
10 %	2 (29 %)
20 %	1 (14 %)
30 %	2 (29 %)
40 %	0 (0 %)
50 %	1 (14 %)
60 %	0 (0 %)
70 %	1 (14 %)
80 %	0 (0 %)
90 %	0 (0 %)
100 %	0 (0 %)

Note:  $N = 7$

De privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, der har besvaret spørgsmålet vedrørende typer af medikamentel behandling, benytter alle ofte (50 %;  $n = 4$ ) eller altid (50 %;  $n = 4$ )

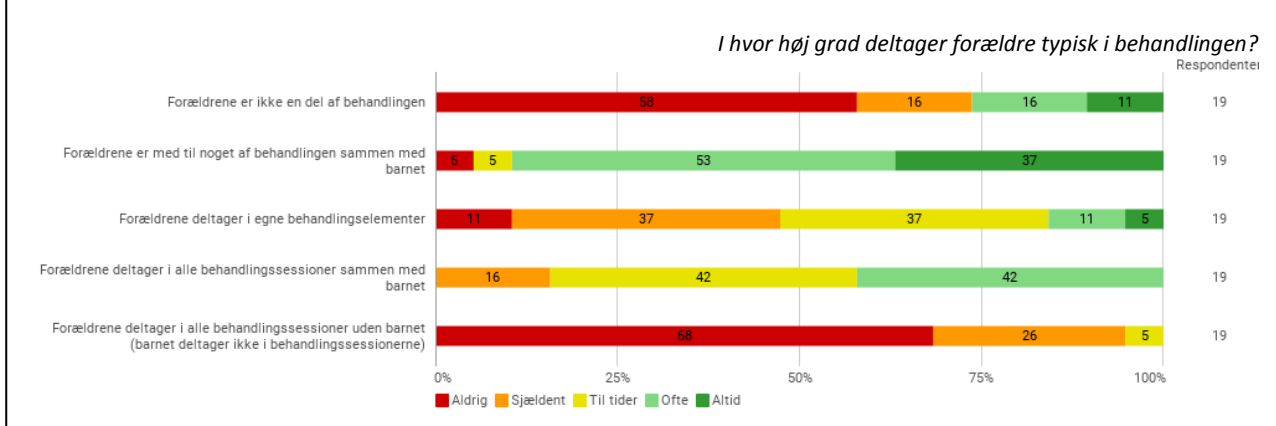
Sertralin. Derudover bruges der til tider Citalopram (50 %;  $n = 4$ ), Paroxitin (13 %;  $n = 1$ ), og Fluoxetin (50 %;  $n = 4$ ). Ingen bruger Haloperidol, Fluvoxamin eller Clomipramin (se figur 7.8).



## 7.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Der er 74 % ( $n = 14$ ), der har svaret, at det aldrig eller sjældent er tilfældet, at forældrene ikke er en del af behandlingen, mens 27 % ( $n = 5$ ) vurderer, at dette ofte eller altid er tilfældet. Der er 90 % ( $n = 17$ ), der har svaret, at forældrene ofte eller altid er med til noget af behandlingen sammen med barnet, mens 5 % vurderer, at dette aldrig er tilfældet. Der er 16 % ( $n = 3$ ), der har svaret, at forældrene ofte eller altid deltager i egne behandlingselementer og 42 % ( $n = 8$ ), der har svaret, at de ofte deltager i alle behandlingssessioner sammen med barnet. De fleste har svaret, at det aldrig eller sjældent (94 %;  $n = 18$ ) er tilfældet at forældrene deltager i alle behandlingssessioner uden barnet (hvor barnet dermed ikke deltager i behandlingssessioner). Resten (5 %;  $n = 1$ ) har svaret, at det til tider kan ske (se figur 7.9).

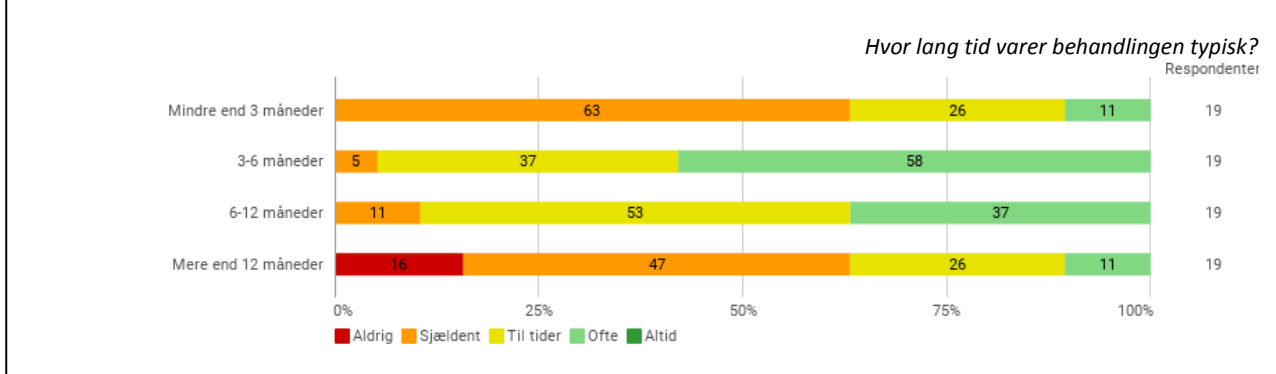
Figur 7.9



### 7.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Det er mest typisk, at behandlingen ofte varer 3-6 måneder (58 %;  $n = 11$ ) eller 6-12 måneder (37 %;  $n = 7$ ). Elleve procent ( $n = 2$ ) har svaret, at behandlingen ofte varer mindre end 3 måneder og 11 procent ( $n = 2$ ) har svaret, at den ofte varer mere end 12 måneder. Der er 16 procent ( $n = 3$ ), der har svaret, at behandlingen aldrig varer mere end 12 måneder (se figur 7.10.1).

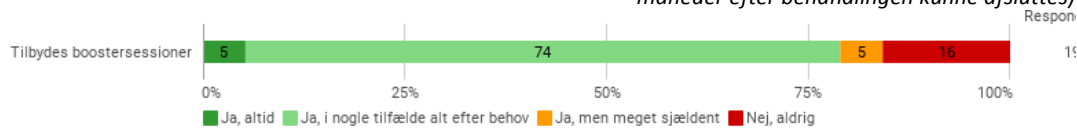
Figur 7.10.1



De fleste tilbyder booster-sessioner i nogle tilfælde alt efter behov (74 %;  $n = 14$ ), mens 5 % ( $n = 1$ ) altid tilbyder dette. Der er 16 % ( $n = 3$ ), der aldrig tilbyder booster-sessioner (se figur 7.10.2).

**Figur 7.10.2**

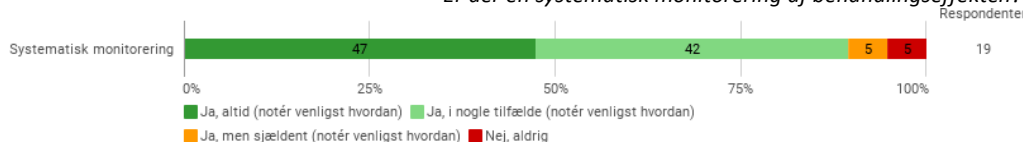
Tilbydes boostersessioner efter egentlig opnåelse af tilfredsstillende behandlingsresultat? (Sessioner, der fx tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes)



En stor andel har altid (47 %;  $n = 9$ ) eller i nogle tilfælde (42 %;  $n = 8$ ) en systematisk monitorering af behandlingseffekten, mens 5 % ( $n = 1$ ) aldrig har. De fleste monitorerer dette ved hjælp af CY-BOCS eller BOCS, mens andre bruger en 1-10 skala eller en klinisk vurdering ud fra samtale med patienten (se figur 7.10.3).

**Figur 7.10.3**

Er der en systematisk monitorering af behandlingseffekten?



## 7.11 Ventetid for børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Det seneste års ventetid fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat, vurderes af 35 procent ( $n = 6$ ) at have været 1-3 måneder. Derudover vurderer 24 % ( $n = 4$ ), at de havde 0-1 måneds ventetid, 29 % ( $n = 5$ ), at de havde 3-6 måneders ventetid og 12 % ( $n = 2$ ), at de havde 6-12 måneders ventetid. Der var ingen, der havde mere end 12 måneders ventetid.

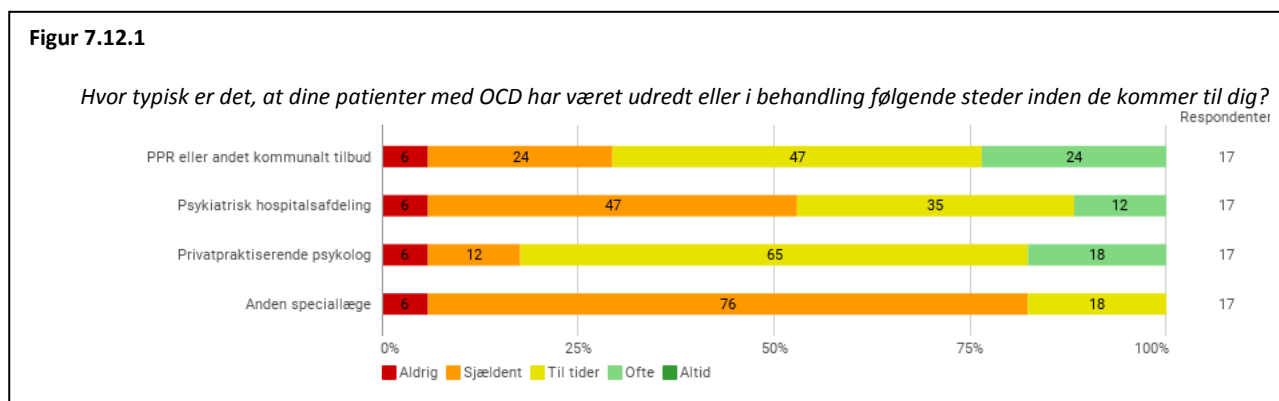
**Tabel 7.11. Det seneste års gennemsnitlig ventetid fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere**

Estimeret gennemsnitlig ventetid	Antal respondenter, der har svaret det givne estimat (procent)
0-1 måned	4 (24 %)
1-3 måneder	6 (35 %)
3-6 måneder	5 (29 %)
6-12 måneder	2 (12 %)
Mere end 12 måneder	0 (0 %)

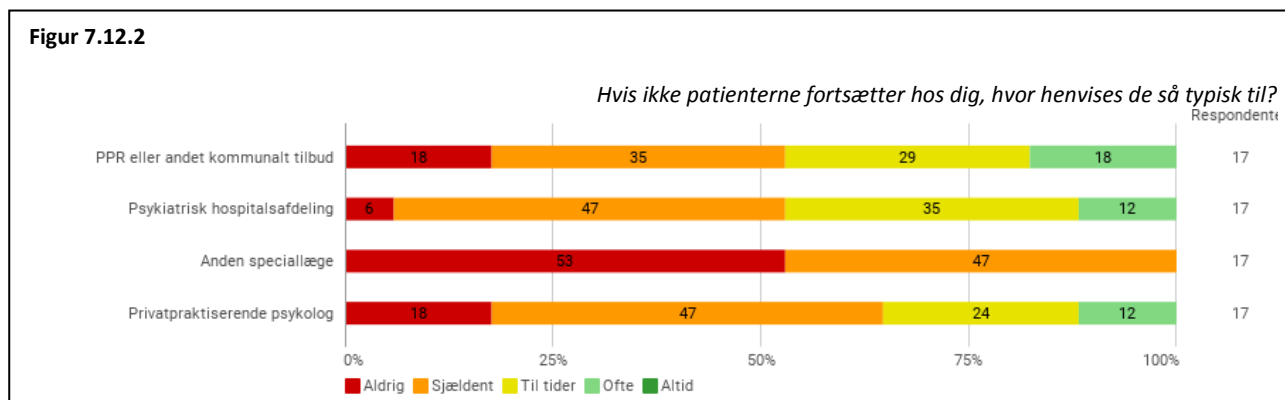
Note:  $N = 17$

## 7.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Der er 24 % ( $n = 4$ ) der har svaret, at patienterne ofte har været i PPR eller andre kommunale tilbud tidligere. Derudover er der 12 % ( $n = 2$ ), der har svaret, at de ofte har været ved en psykiatrisk hospitalsafdeling, og 18 % ( $n = 3$ ), at de ofte tidligere har været ved en privatpraktiserende psykolog (se figur 7.12.1).



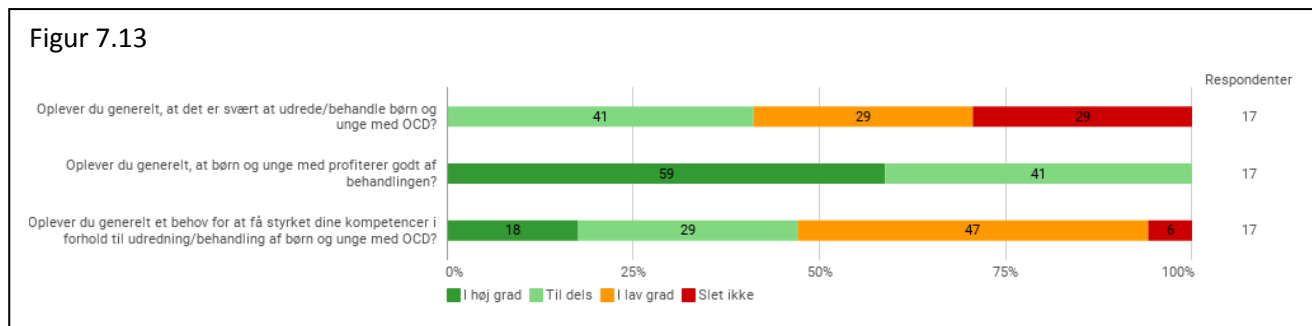
Hvis patienterne ikke fortsætter hos den pågældende børne- og ungdomspsykiater, har nogle svaret, at patienterne ofte kommer til PPR eller andet kommunalt tilbud (18 %;  $n = 3$ ), til en psykiatrisk hospitalsafdeling (12 %;  $n = 2$ ) eller privatpraktiserende psykolog (12 %;  $n = 2$ ), se figur 7.12.2.



### 7.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Der er ingen, der i høj grad oplever, at det er svært at udrede og/eller behandle børn og unge med OCD, mens 41 % ( $n = 7$ ) til dels synes, at det er svært. Der er 29 % ( $n = 5$ ), der slet ikke synes, at det er svært. Alle oplever enten i høj grad (59 %;  $n = 10$ ) eller til dels (41 %;  $n = 7$ ), at patienterne profiterer godt af

behandlingen. Der er 18 % ( $n = 3$ ), der i høj grad oplever et behov for at få styrket deres kompetencer, mens 29 % ( $n = 5$ ) oplever, at de til dels har behov for at få styrket deres kompetencer. Seks procent ( $n = 1$ ) oplever slet ikke et behov for at få styrket deres kompetencer (se figur 7.13).



#### **7.14 Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere**

Der er en del, der beskriver, at noget af det, de oplever, der kan være svært i arbejdet med børn og unge med OCD, er forhold relateret til familien omkring barnet. Der nævnes belastende familieforhold, familieproblematikker, eller at forældrene er dårligt fungerende og har svært ved at komme til behandlingssamtalerne eller støtte barnet i eksponering og respons-hindring. Derudover nævnes, at der kan være svær social belastning og stort skolefravær, som komplicerer behandlingen.

Det beskrives også, at der kan være vanskeligheder i samarbejdet med andre instanser som fx problemer med at få støtte fra skole/PPR/kommune. Derudover beskrives det, at der kan være komplekse sager, fordi det opleves, at sygehusene afslutter dem uden tilstrækkelig behandling og fordi kommunerne ikke er gearede til behandling. Nogle beskriver, at det er svært, hvis der er manglende kognitiv udredning fra PPR, der ikke får afdækket evt. udviklingsforstyrrelse, generaliserede eller specifikke indlæringsvanskeligheder eller ADHD/ADD. Det beskrives som et problem, at PPR ofte vil være konsultative i skoleregi og ikke vil udrede eller teste, og at det er svært at få støtte fra skole/PPR og kommune. Generelt beskriver nogle, at de kommunale behandlingstilbud synes forringet. Det foreslås, at det kunne hjælpe, hvis der gives psyko-udvikling og sygdomslære allerede i børnehaver eller skoler som en del af almindelig indsats på lige fod med at fortælle om ernæring og tandhygiejne.



Der er også flere, der beskriver, at behandlingen kan vanskeliggøres, når der er komorbiditet. Herunder særligt komorbiditet med autisme spektrum forstyrrelser. I forlængelse heraf, er der flere, der beskriver et behov for opkvalificering i forhold til udredning og behandling af OCD, når der er komorbiditet med autisme.

Det beskrives endvidere, at det kan være vanskeligt at behandle patienter til at være helt symptomfrie, og at en del oplever tilbagefald. Der er fx en, der skriver, at det er svært at behandle patienter, der har haft tidlig debut uden tidlig behandling, så der er opstået kronisk tilstand. Det kan desuden være svært, at børnene ofte kan være meget ængstelige for at eksponere. Andre skriver, at det opleves som værende særligt svært at behandle patienter med overvejende tvangstanker.

Nogle beskriver et behov for at få bygget oven på deres grunduddannelse i kognitiv adfærdsterapi, herunder med "uddannelses-boosters". Det foreslås, at der skulle arrangeres eller lægges op til obligatorisk efteruddannelse hvert år, som man gør i fx Tyskland.

Nogle beskriver et behov for opkvalificering i manualbaseret OCD-behandling. Andre beskriver et behov for opkvalificering i forhold til narrativ familieterapi til OCD. Derudover beskriver flere, at der er behov for mere supervision og sparring, mens andre beskriver et behov for deling af idéer til nye måder at tænke indsats på.

Nogle stykker oplever ikke, at dette er noget, der er svært, eller er ikke optaget af dette område.

## 8. Privatpraktiserende psykologer

### 8.1 Antal og typer af respondenter blandt de privatpraktiserende psykologer

Der blev i alt kontaktet 355 privatpraktiserende psykologer, hvoraf 152 (43 %) gennemførte spørgeskemaet. Der er 18 (5 %), der har givet nogle svar. "Nogle svar" betyder, at de er nået til at besvare spørgsmål vedrørende udredning og de er derfor inkluderet i analyserne. Personer med "få svar" er ikke nået til spørgsmål om udredning og behandling og er derfor ikke inkluderet. (Se tabel 8.1.1)

Besvarelses-status	Antal (procent)
Gennemført	152 (43 %)
Nogle svar	18 (5 %)
Få svar	28 (78 %)
Ikke besvaret	157 (44 %)
I alt	355 (100 %)

Én person, der har gennemført spørgeskemaet, har svaret, at vedkommende ikke længere er privatpraktiserende psykolog og er derfor ikke inkluderet. Ud af de 169 inkluderede besvarelser har 113 (67 %) svaret, at de tilbyder udredning og/eller behandling af børn og unge med OCD, mens 56 personer (33 %) har svaret, at de hverken tilbyder udredning eller behandling af børn og unge med OCD. Dette skyldes, at de udelukkende har voksne klienter (41 %;  $n = 23$ ), ikke har ressourcer til at inddrage denne klientgruppe i deres praksis eller har fokus andetsteds (23 %;  $n = 13$ ), at den type udredning/behandling ikke interesserer dem (11 %;  $n = 6$ ), at de ikke føler, at de har de rette kompetencer til at udrede eller behandle denne klientgruppe (55 %;  $n = 31$ ) eller der er andre grunde (13 %;  $n = 7$ ).

De 113 respondenter, der er inkluderet i de resterende analyser, kommer fra følgende regioner: Region Nordjylland (10 %;  $n = 11$ ), Region Midtjylland (27 %;  $n = 31$ ), Region Syddanmark (14 %;  $n = 16$ ), Region Sjælland (17 %;  $n = 19$ ), Region Hovedstaden (33 %;  $n = 37$ ).

Der er 47 % ( $n = 53$ ), der er specialister og 4 % ( $n = 5$ ), der er specialpsykologer. Der er ikke nogen, der ikke er autoriserede. Derudover har 5 % ( $n = 6$ ) svaret, at de yderligere har andre uddannelser (som fx psykoanalytiker under DPAS/IPA, næsten færdig som børneanalytiker, afspændingspædagog/kropsterapeut, SE terapeut, EMDR traumeterapeut).

Respondenterne har gennemsnitligt arbejdet 19,4 år (range 4-38) som psykolog med 14,4 års (range 0-40) erfaring med udredning/behandling af voksne generelt, 9,5 års (range 0-36) erfaring med

udredning/behandling af voksne med OCD, 16,4 års (0-38) erfaring med udredning/behandling af børn og unge generelt og 12,2 års (0-31) erfaring med udredning/behandling af børn og unge med OCD.

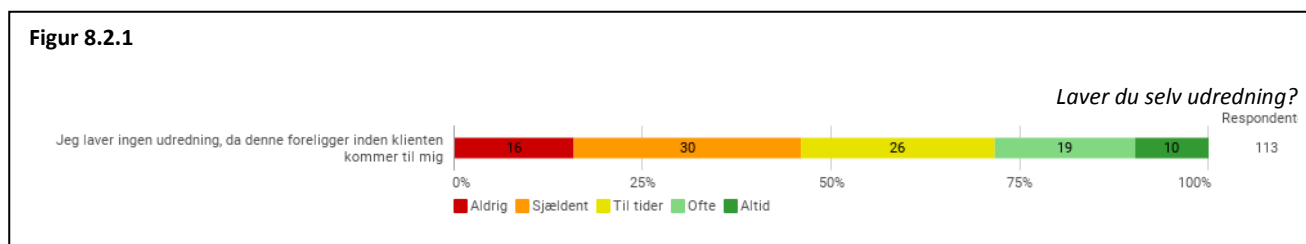
Samlet har 21 % ( $n = 24$ ) udredt/behandlet flere end 50 børn og unge med OCD i deres arbejdsliv, mens 25 % ( $n = 28$ ) har udredt/behandlet 0-10 børn og unge med OCD (se tabel 8.1.2).

Tabel 8.1.2. Antal børn og unge, som de privatpraktiserende psykologer har haft til udredning/behandling i løbet af deres arbejdsliv	
Estimeret antal	Antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0-5	14 (12 %)
6-10	15 (13 %)
11-20	28 (25 %)
21-30	16 (14 %)
31-40	12 (11 %)
41-50	7 (6 %)
51-60	5 (4 %)
61-70	1 (1 %)
71-80	5 (4 %)
81-90	0 (0 %)
91-100	5 (4 %)
>100	9 (8 %)

Note:  $N = 113$

## 8.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

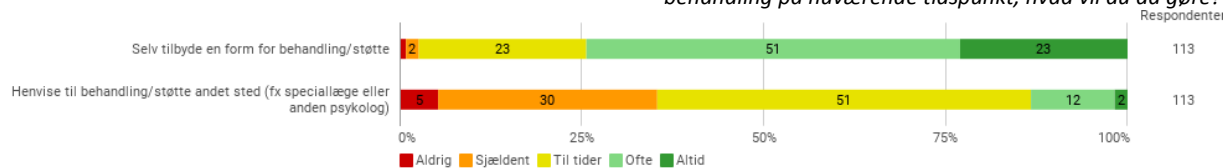
For 29 % ( $n = 33$ ) er det ofte eller altid tilfældet, at de ikke laver en udredning, da denne foreligger, inden de ser klienten. For 46 % ( $n = 52$ ) er det aldrig eller sjældent tilfældet, at de ikke laver en udredning (se figur 8.2.1).



De fleste vil altid (23 %;  $n = 26$ ) eller ofte (51 %;  $n = 58$ ) selv tilbyde behandling, mens 14 % ( $n = 16$ ) ofte eller altid vil henvise til andre (se figur 8.2.2).

**Figur 8.2.2**

Hvis det vurderes (af dig, BUC eller anden instans), at en OCD-relateret problemstilling er til stede, men ikke kræver psykiatrisk behandling på nuværende tidspunkt, hvad vil du da gøre?



De fleste har haft 0-5 (62 %;  $n = 70$ ) eller 6-10 (25 %;  $n = 28$ ) børn/unge med OCD i udredning/behandling på et år, mens 4 % ( $n = 4$ ) ser flere end 20 børn og unge med OCD på et år (se tabel 8.2).

**Tabel 8.2. Antal børn og unge, der anslås at have været til udredning/behandling for OCD hos de privatpraktiserende psykologer på et år**

Estimeret antal	Antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0-5	70 (62 %)
6-10	28 (25 %)
11-20	11 (10 %)
21-30	3 (3 %)
31-40	0 (0 %)
41-50	1 (1 %)
>50	0 (0 %)

Note:  $N = 113$

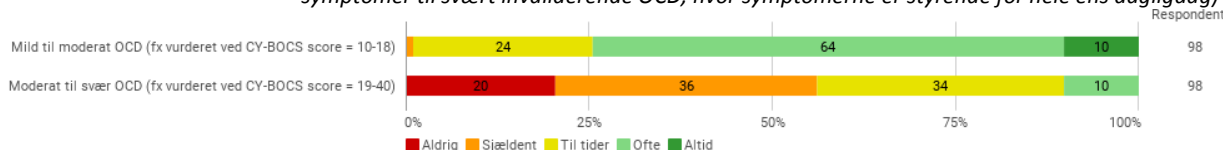
### 8.3 Alder og sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

Der er 73 % ( $n = 72$ ) af de privatpraktiserende psykologer, der arbejder med både børn (0-12 år) og unge (13-19 år), mens resten (27 %;  $n = 26$ ) kun arbejder med unge.

Der er 74 % ( $n = 73$ ), der har svaret, at deres klienter ofte eller altid har mild til moderat OCD, mens 10 % ( $n = 10$ ) har svaret, at de ofte har moderat til svær OCD. Derimod har 20 % ( $n = 20$ ) svaret, at deres klienter aldrig har moderat til svær OCD (se figur 8.3).

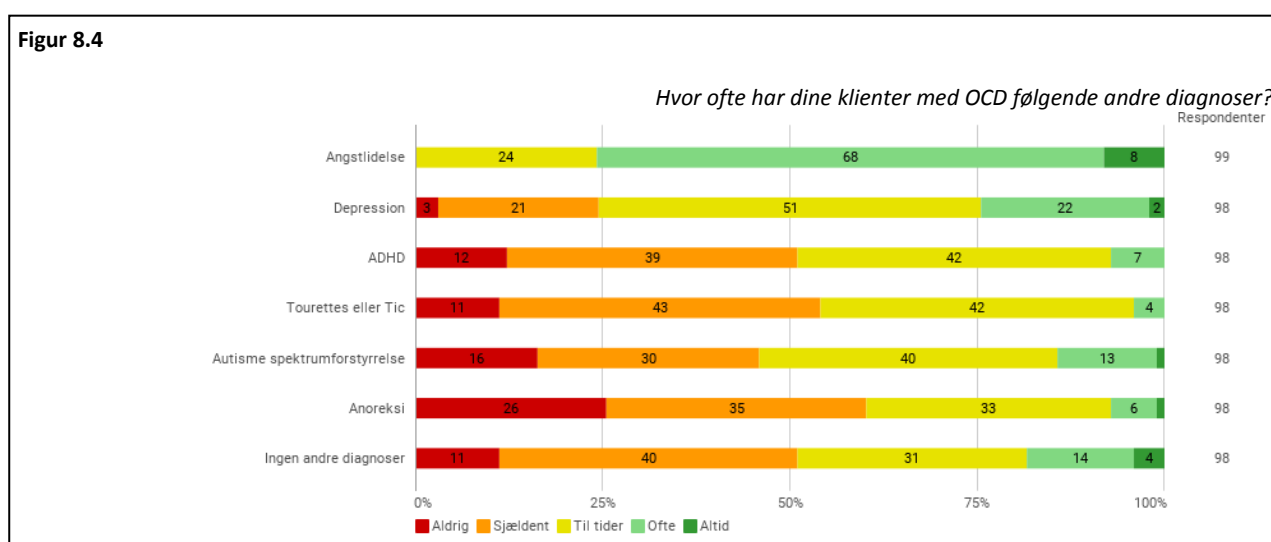
**Figur 8.3**

Hvor svær OCD har de børn/unge, du udreder/behandler for OCD generelt? (Fra helt mild OCD med lejlighedsvis optræden af symptomer til svært invaliderende OCD, hvor symptomerne er styrende for hele ens dagligdag)



## 8.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

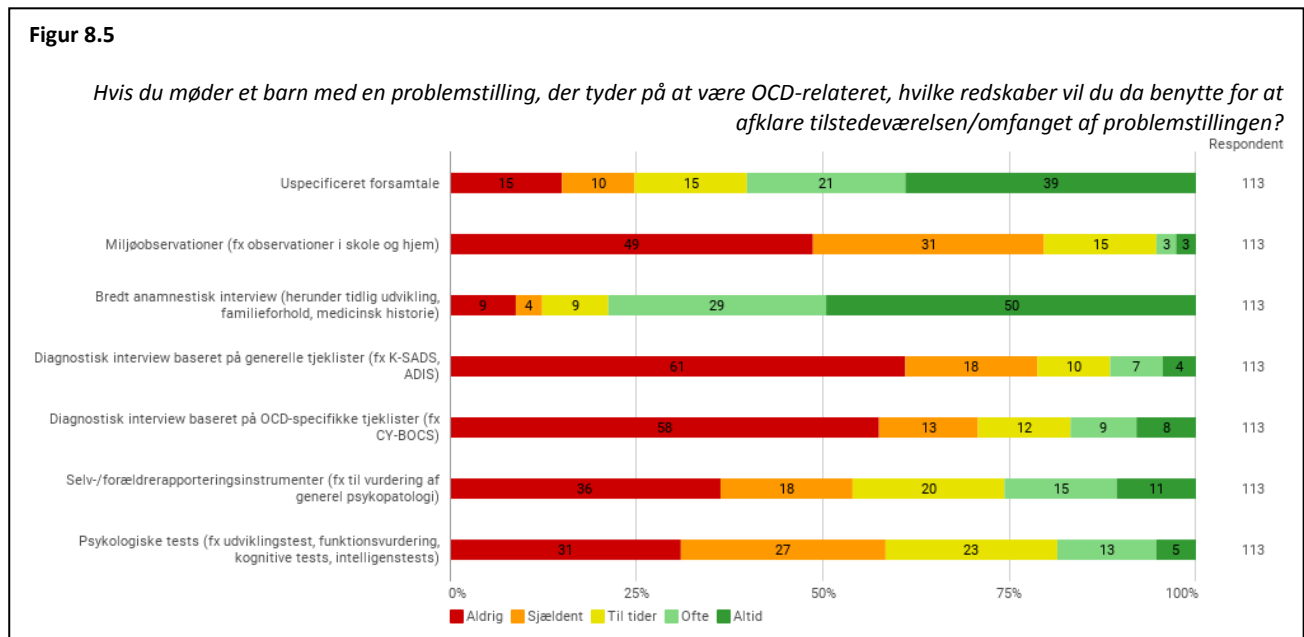
Der er mange, der har svaret, at de børn og unge med OCD de ser, ofte (68 %;  $n = 67$ ) eller altid (8 %;  $n = 8$ ) har en komorbid angstlidelse, og ofte (22 %;  $n = 22$ ) eller altid (2 %;  $n = 2$ ) har depression. Derudover vurderes det af nogle, at de ofte eller altid har ADHD (7 %;  $n = 7$ ), tourette eller tic (4 %;  $n = 4$ ), autisme (14 %;  $n = 14$ ) eller anoreksi (7 %;  $n = 7$ ). Det vurderes af 18 % ( $n = 18$ ), at deres klienter ofte eller altid udelukkende har OCD, mens 51 % ( $n = 50$ ) vurderer, at dette aldrig eller sjældent er tilfældet. Derudover vurderes det af nogle, at klienterne aldrig har anoreksi (26 %;  $n = 25$ ), autisme spektrum forstyrrelse (16 %;  $n = 16$ ), tourette eller tic (11 %;  $n = 11$ ), ADHD (12 %;  $n = 12$ ) eller depression (3 %;  $n = 3$ ), se figur 8.4.



## 8.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD hos de privatpraktiserende psykologer

Der er 60 % ( $n = 68$ ), der ofte eller altid laver en uspecificeret forsamtale. Dog er der kun 4 % ( $n = 5$ ), der ofte eller altid har en uspecificeret forsamtale, som ikke ofte eller altid laver et anamnestisk og/eller diagnostisk interview. Der er 6 % ( $n = 7$ ), der laver miljøobservationer. Der er 79 % ( $n = 90$ ), der ofte eller altid laver et bredt anamnestisk interview, mens 13 % ( $n = 15$ ), aldrig eller sjældent laver dette. De fleste laver aldrig (61 %;  $n = 69$ ) eller sjældent (18 %;  $n = 20$ ) et diagnostisk interview baseret på generelle tjeklister, mens kun 13 % ( $n = 15$ ) ofte eller altid gør dette. Ligeledes laver de fleste aldrig (58 %;  $n = 66$ ) eller sjældent (13 %;  $n = 15$ ) et diagnostisk interview baseret på OCD-specifikke tjeklister, mens kun 17 % ( $n = 19$ ) ofte eller altid gør dette. Samlet er der 20 % ( $n = 23$ ), der ofte eller altid laver et diagnostisk interview ved brug af enten generelle eller OCD-specifikke tjeklister. Der er 26 % ( $n = 29$ ), der ofte eller altid benytter selv-/forælderrapporteringsinstrumenter og 54 % ( $n = 61$ ), der aldrig eller sjældent gør. Derudover er der

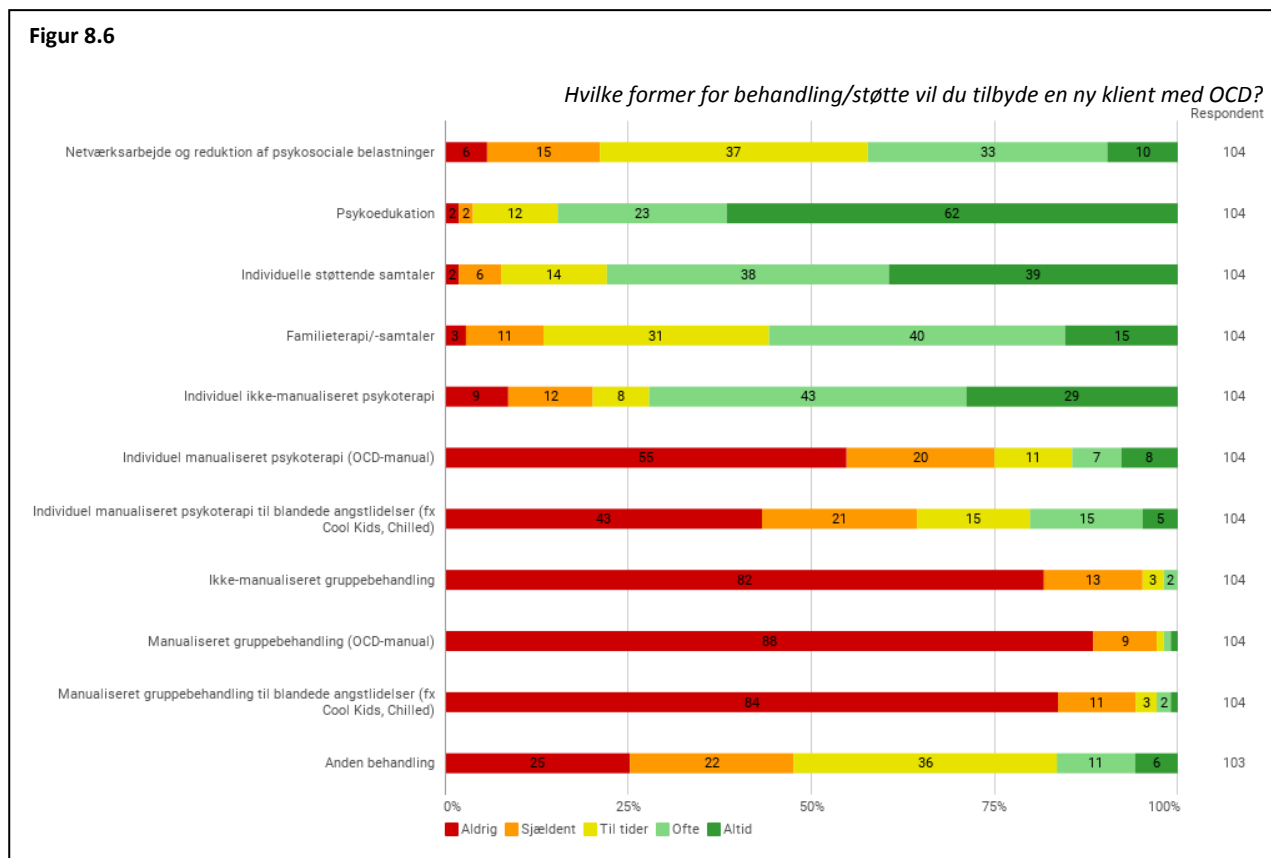
18 % ( $n = 20$ ), der ofte eller altid benytter psykologiske tests, mens 58 % ( $n = 66$ ) aldrig eller sjældent gør (se figur 8.5).



## 8.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

De fleste tilbyder ofte eller altid psykoedukation (85 %;  $n = 88$ ). Der er 77 % ( $n = 80$ ), der ofte eller altid tilbyder individuelle støttende samtaler. Dog er der kun 2 % ( $n = 2$ ), der gør dette uden også ofte eller altid at tilbyde individuel terapi, gruppebehandling eller familierapi/-samtaler. Der er en del, der ofte eller altid tilbyder netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger (43 %;  $n = 45$ ) og/eller familierapi/samtaler (55 %;  $n = 57$ ). I forhold til individuel psykoterapi er der en del, der tilbyder ikke-manualiseret individuel psykoterapi (72 %;  $n = 75$ ) og færre, der tilbyder individuel manualiseret psykoterapi baseret på OCD-manual (15 %) og/eller angstmanual (29 %;  $n = 30$ ). Samlet er der 88 % ( $n = 92$ ), der tilbyder individuel psykoterapi i en af de tre former. I forhold til gruppebehandling er der nogle få, der ofte eller altid tilbyder gruppebehandling i ikke-manualiseret form (2 %;  $n = 2$ ), ud fra OCD-manual (2 %;  $n = 2$ ) og ud fra angstmanual (3 %;  $n = 3$ ). Samlet er der 6 % ( $n = 6$ ), der ofte eller altid tilbyder gruppebehandling i en af de tre former (se figur 8.6).

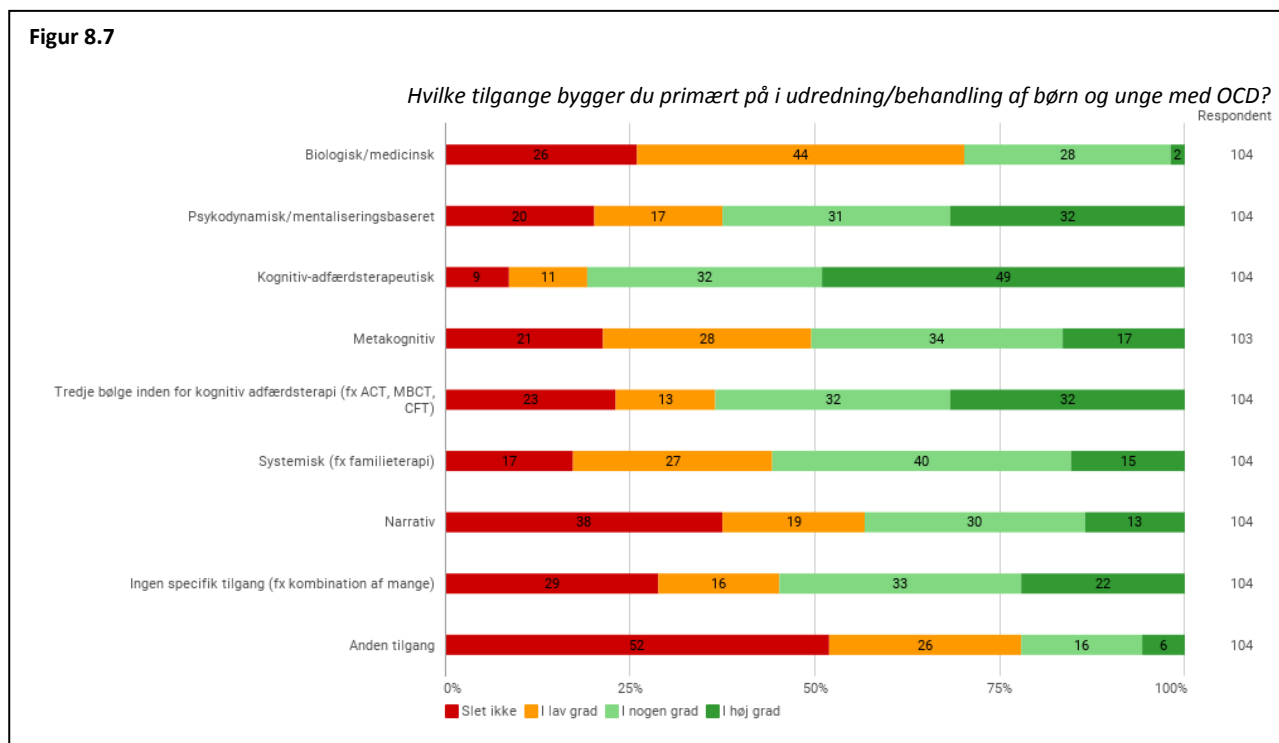
Figur 8.6



## 8.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

Der er flest, der i nogen eller høj grad bygger deres behandling af børn og unge med OCD på en kognitiv-adfærdsterapeutisk tilgang (81 %;  $n = 84$ ), men der er også mange, der i nogen eller i høj grad bygger på psykodynamisk/mentaliseringsbaseret tilgang (62 %;  $n = 65$ ), metakognitiv tilgang (51 %;  $n = 53$ ), tredje bølge af kognitiv adfærdsterapi (64 %;  $n = 67$ ), systemisk tilgang (55 %;  $n = 57$ ) og narrativ tilgang (43 %;  $n = 45$ ). Der er færrest, der bygger på biologisk/medicinsk tilgang (30 %;  $n = 31$ ). Der er 55 % ( $n = 57$ ), der i nogen eller høj grad ikke bygger på nogen specifik tilgang (se figur 8.7).

**Figur 8.7**



## 8.8 Medikamentel behandling af de børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende psykologer

I alt har 17 svaret "ved ikke" til spørgsmålet om, hvor mange af de børn og unge med OCD som respondenterne har i behandling, der får medicin. Derfor baserer resultatet sig på 89 besvarelser. Det er gennemsnitligt blevet svaret, at 14,7 % anslås at være i medikamentel behandling. Der er 46 % ( $n = 41$ ), der har svaret, at det er ca. hver tiende, der får medikamentel behandling og samlet har de fleste (71 %;  $n = 63$ ) svaret, at under halvdelen får medikamentel behandling (se tabel 8.8).

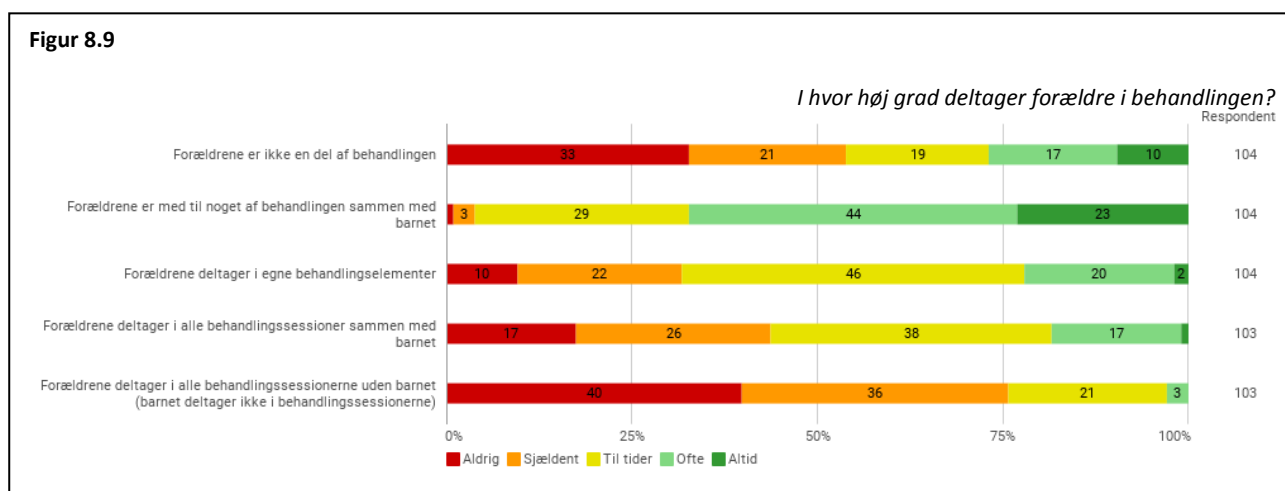
Tabel 8.8. Andel af patienter med OCD, der modtager medikamentel behandling ved siden af behandlingen hos de privatpraktiserende psykologer	
Estimeret procent	Antal, der har svaret det givne estimat (procent)
0 %	0 (0 %)
10 %	41 (46 %)
20 %	14 (16 %)
30 %	6 (7 %)
40 %	2 (2 %)
50 %	6 (7 %)
60 %	1 (1 %)
≥70 %	0 (0 %)

Note:  $N = 89$



## 8.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

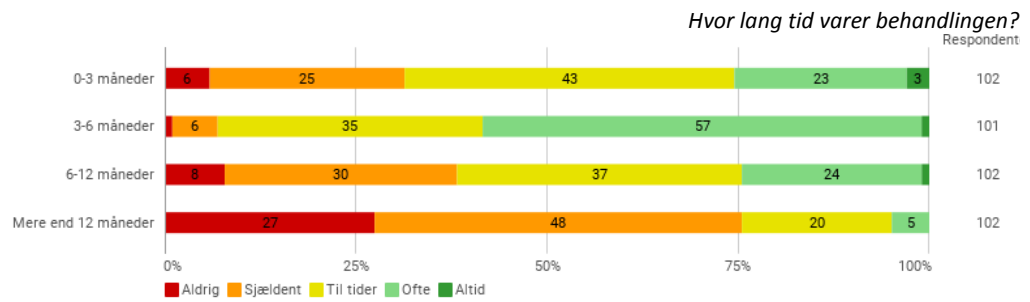
Der er 27 % ( $n = 28$ ), der har svaret, at det ofte eller altid er tilfældet, at forældrene ikke er en del af behandlingen, mens 64 % ( $n = 67$ ) har svaret, at dette aldrig eller sjældent er tilfældet. De fleste har svaret at forældrene ofte eller altid er med til noget af behandlingen sammen med barnet (67 %;  $n = 70$ ), mens der er 22 % ( $n = 23$ ), der har svaret, at de ofte eller altid deltager i egne behandlingssessioner og 18 % ( $n = 19$ ), der har svaret, at de ofte eller altid deltager i alle behandlingssessioner. Der er kun 3 % ( $n = 3$ ), der har svaret, at forældrene ofte deltager i alle behandlingssessioner uden barnet (barnet deltager ikke selv i behandlingen), mens 40 % ( $n = 41$ ) har svaret, at det aldrig er tilfældet (se figur 8.9).



## 8.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt hos de privatpraktiserende psykologer

Den typiske varighed af behandlingen er 3-6 måneder, hvilket 58 % ( $n = 59$ ) har svaret ofte eller altid er tilfældet. Nogle har svaret, at behandlingen ofte eller altid varer 0-3 måneder (26 %;  $n = 27$ ), 6-12 måneder (25 %;  $n = 26$ ) eller mere end 12 måneder (5 %;  $n = 5$ ). Der er 27 % ( $n = 28$ ), der har svaret, at behandlingen aldrig varer mere end 12 måneder (se figur 8.10.1).

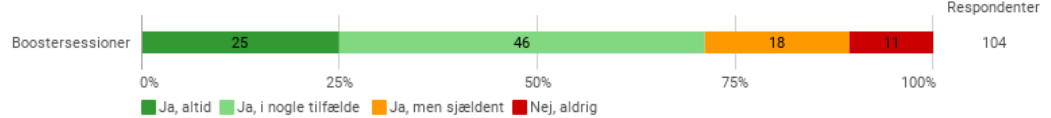
Figur 8.10.1



De fleste tilbyder altid (25 %;  $n = 26$ ) eller i nogle tilfælde (46 %;  $n = 48$ ) booster-sessioner, mens 11 % ( $n = 11$ ) aldrig gør (se figur 8.10.2).

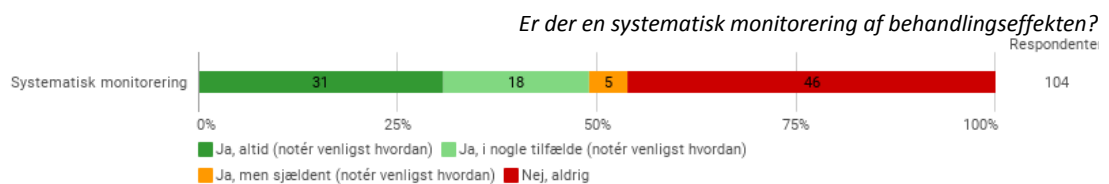
Figur 8.10.2

Tilbydes booster-sessioner efter egentlig opnåelse af tilfredsstillende behandlingsresultat? (Sessioner, der fx tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes)



Der er 31 % ( $n = 32$ ), der har svaret, at de altid laver en systematisk monitorering af behandlingseffekten, mens 46 % ( $n = 48$ ) aldrig gør. De, der laver monitorering af behandlingseffekten bruger ofte feedback informed treatment, forskellige rating-skalaer eller en kvalitativ vurdering af symptomerne baseret på samtale og feedback fra klient og forældre (se figur 8.10.3).

Figur 8.10.3



## 8.11 Ventetid for børn og unge med OCD hos de privatpraktiserende psykologer

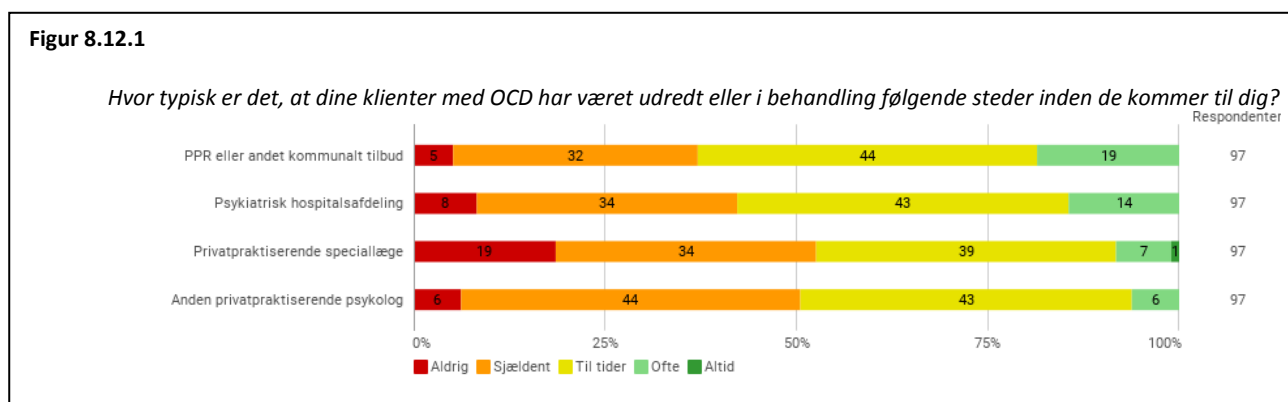
Ventetiden fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat vurderes det seneste år at have været gennemsnitligt 0-1 måned hos 53 % ( $n = 51$ ) af de privatpraktiserende psykologer. Der er 36 % ( $n = 35$ ), der vurderer, at de havde 1-3 måneders ventetid, 7 % ( $n = 7$ ), der havde 3-6 måneders ventetid, 3 % ( $n = 3$ )

= 3), der havde 6-12 måneders ventetid og 1 % ( $n = 1$ ), der havde mere end 12 måneders ventetid (se tabel 8.11).

Tabel 8.11. Det seneste års gennemsnitlig ventetid fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat hos de privatpraktiserende psykologer	
Estimeret gennemsnitlig ventetid	Antal respondenter, der har svaret det givne estimat (procent)
0-1 måned	51 (53 %)
1-3 måneder	35 (36 %)
3-6 måneder	7 (7 %)
6-12 måneder	3 (3 %)
Mere end 12 måneder	1 (1 %)
Note: $N = 97$	

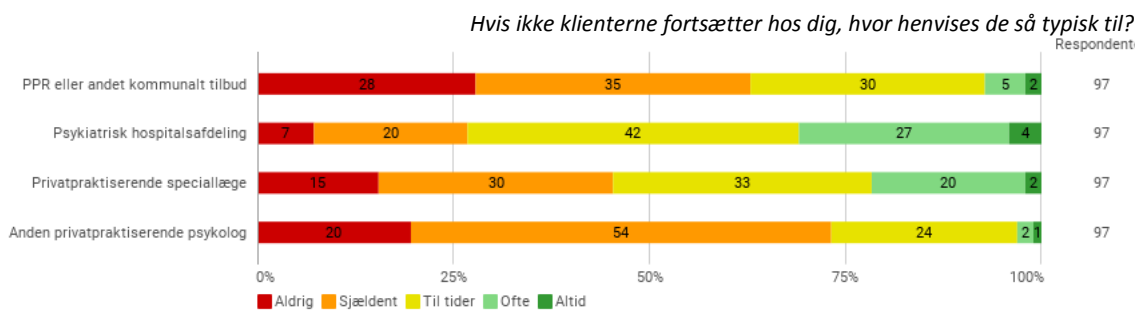
### 8.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD, der ses hos de privatpraktiserende psykologer

Hvis klienterne har været udredt/behandlet andre steder inden, er dette for de fleste ofte eller altid i PPR eller andre kommunale tilbud (19 %;  $n = 18$ ), mens det for nogle er fra børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling (14 %;  $n = 14$ ), ved en privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (8 %;  $n = 8$ ) eller ved en anden privatpraktiserende psykolog (6 %;  $n = 6$ ), se figur 8.12.1.



Hvis børnene/de unge videregives, vil det for de fleste ofte eller altid være til en børne- og ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling (31 %;  $n = 30$ ), eller en privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (22 %;  $n = 21$ ), mens det for få ofte eller altid er til PPR (7 %;  $n = 7$ ) eller anden privatpraktiserende psykolog (3 %;  $n = 3$ ), se figur 8.12.2.

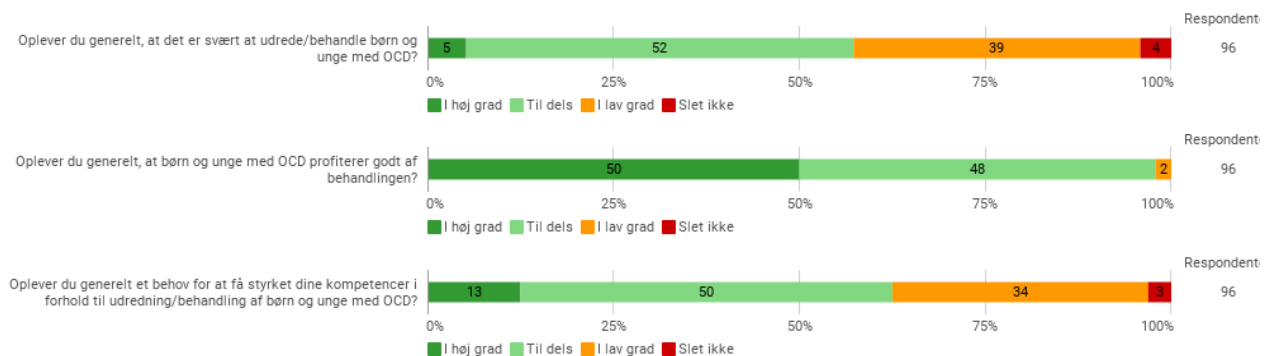
Figur 8.12.2



### 8.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende psykologer

Der er 5 % ( $n = 5$ ), der i høj grad oplever, at det er svært at udrede og/eller behandle børn og unge med OCD, 52 % ( $n = 50$ ), der oplever, at det til dels er svært, og 4 % ( $n = 4$ ), der slet ikke oplever, at det er svært. Størstedelen oplever, at klienterne i høj grad (50 %;  $n = 48$ ) eller til dels (48 %;  $n = 46$ ) profiterer godt af behandlingen. En stor del oplever dog et behov for at få styrket egne kompetencer enten i høj grad (13 %;  $n = 12$ ) eller til dels (50 %;  $n = 48$ ), se figur 8.13.

Figur 8.13



### 8.14 Uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD blandt de privatpraktiserende psykologer

Der er flere, der beskriver, at det generelt kan være svært, at bedringen kan gå langsomt og at der opleves hyppige tilbagefald. Nogle oplever, at det kan være sværere at arbejde kognitivt med OCD i forhold til andre angstlidelser. For eksempel beskrives det, at det opleves at være fordi angsten ikke knytter sig så meget til undgåelsesadfærd. Andre beskriver, at ritualerne ofte "hopper" rundt i den første del af forløbet og eksponering nogle gange kan synes at have en afgrænset effekt, og at der først senere kommer en mere generaliseret effekt. Der er også nogle, der beskriver, at elementer af OCD-en kan leve i skjul, herunder mentale ritualer, og OCD kan således være vanskelig at afgrænse. Derudover kan mentale ritualer være svære at arbejde med, og det opleves, at nogle klienter med mindre stærk motivation for at slippe ritualer senere i forløbet beretter om at have haft mentale ritualer i de perioder, hvor de har udfaset synlige ritualer. Nogle skriver, at det kan være svært, hvis der er høj grad af rigiditet, højt angst-arousal niveau og stort ønske om kontrol, hvilket stiller krav til terapeuten om fasthed, nænsomhed og viden. Andre beskriver, at der kan være vanskeligheder med at udskyde tvangsprægede handlinger, samt bistå klienten i ændring af tankemønstre og at rigiditet kan hæmme kreativiteten i ændringen af handlemønstret. Det beskrives desuden, at det kan være vanskeligt at komme ind til kernen i problematikken og komme ud over et fokus på symptomer.

Der er også en del, der beskriver udfordringer i forhold til familien omkring barnet. Der er nogle, der skriver, at det som privatpraktiserende kan være svært af økonomiske og logistiske grunde, at få forældrene inddraget nok i behandlingen. Der er nogle, der skriver, at noget af det, der kan gøre behandlingen svær er, hvis nære relationer, dvs. fx den ene forælder, er uinteresseret i barnet/den unge, samt hvis forældrene kun anser problemet som barnets og ikke ser deres andel eller ansvar i det. Det beskrives også som værende svært, hvis forældre er overbeskyttende og smelter sammen med barnets følelsesmæssige reaktioner, hvilket kan modarbejde behandlingen. I tråd hermed beskrives det, at den største barriere ofte er, at det ikke kun er barnet, der har vanskeligheder, men at en eller begge forældre også har vanskeligheder med at regulere følelser, hvilket kan betyde, at der opleves så stor følelsesmæssig smerte af at se sit barn gå igennem responshindring, at der laves undgåelse for at undslippe de ubehagelige følelser her og nu og dermed vedligeholder tilstanden på lang sigt. Det opleves som værende en udfordring, at børn og unge med OCD har mange forskellige problemstillinger og behov, og at nogle af dem også har forældre, der lider af angst og/eller OCD. Andre risikofaktorer, der beskrives, er utilstrækkeligt omsorgsmiljø, hårde institutionsvilkår og lav IQ. Der er også én, der beskriver, at forældrene kan være hjælpeløse, når børn har angst eller tvangshandlinger, og derfor ofte får handlet uhensigtsmæssigt i lang tid før der kommer en henvisning, hvilket forstærker og forværrer symptomerne. Derfor er det vigtigt at inddrage forældrene og deres erfaringer og få hjulpet barnet tidligst muligt.

Flere beskriver, at det kan være en udfordring at hjælpe børn og unge og deres familie med at bevare motivation, tro og håb i forhold til bedring. Ligesom det kan være svært for behandleren selv at holde modet oppe, når symptomerne er genstridige eller kommer igen. Det beskrives, at det til tider kan være et problem at få børnene eller de unge til at arbejde med opgaver hjemme, hvorfor de kun får udbytte af selve samtalerne. Andre skriver også, at motivation for både samtaler og hjemmetræning kan falde, når deres OCD reduceres, men inden de er egentligt færdigbehandlede, og at det er svært, hvis de så glider ud af behandlingen, og først kommer igen, hvis OCD-intensiteten igen stiger.

Derudover er der flere, der nævner problemer ved komorbiditet, herunder særligt autisme. Det beskrives, at når der arbejdes med børn og unge, som har autisme, kan det være udfordrende, da det kan være svært sammen med klienter at skelne tvangshandlinger fra de mere autistiske indsnævrede og belastende vaner, rutiner og systemer. Andre skriver, at behandlingsforløbene med klienter, der også har autisme, kan være særdeles komplekse.

Der er mange, der skriver, at rammerne for behandlingen af børn og unge med OCD for privatpraktiserende psykologer kan være noget af det, der besværliggør behandlingen. Flere beskriver, at det er et problem, at behandlingen skal betales af forældrene eller af en privat sundhedsforsikring. Det kan betyde, at fordi forløbene ofte tager lang tid, bliver både forældre og evt. betalende forsikringer til tider utålmodige. Derudover kan det være vanskeligt at få familierne til at følge behandlingen til dørs på grund af økonomi. Noget af det, der beskrives som værende en udfordring i den sammenhæng er også, at det ikke altid er muligt at have barnet i tilstrækkelig tid, til at OCD-symptomerne kan klarlægges og behandles. Det kan tage lang tid før barnet eller den unge føler sig tryk nok til at behandler betros OCD-symptomer, der ofte ikke var en del af henvisningsårsagen. Det beskrives, at der først skal bruges tid til at oprette relation og tillid, og nogle børn og unge med OCD har ofte dårlige erfaringer med voksne. Derudover nævnes, at børnene eller de unge kan være så vant til deres OCD, at de skal have hjælp til at blive klar over, hvor meget energi det tager. Det beskrives desuden, at familien/barnet ofte har haft symptomerne/angsten/OCD længe, så de er utålmodige, sårbare og bange for at det aldrig bliver bedre.

En anden udfordring, der opleves i forbindelse med at mange af patienterne ofte kommer via forældrenes forsikringer er, at det begrænsede antal timer til behandling også kan betyde, at psykologen ikke har mulighed for stort samarbejde med børnehaver og skoler, hvor en vigtig del af behandlingen kan finde sted. Der er én, der beskriver, at det typiske problem kan være utilstrækkelig støtte eller forståelse i miljøet og at det som regel gør en stor positiv forskel, hvis der sættes ressourcer af til at inddrage og give psykoedukation i skolen og i familien i højere grad. Der opleves af flere et behov for samarbejde med andre (offentlige) instanser og evt. samarbejdspartner i.f.t. forældre. Særligt, hvis der er en dysfunktionel

forældre. Desuden beskrives det som værende problematisk, at rådgivning/psykoedukation til skole mm. ofte må overlades til forældrene, da nogle (oftest forældrene) ellers skal betale for det. Det beskrives også, at økonomiske begrænsninger gør, at der er begrænsende muligheder for forløb med kombinerede sessioner med barnet og familien. Generelt beskrives det dermed, at rammerne i privat praksis kan gøre det svært med en samlet indsats omkring barnet, fordi forældrene selv skal betale, hvis der skal bruges tid på samarbejde med skole, indhente oplysninger, lave tests mv. Det beskrives også, at det kan være svært at være enepraktiserende fremfor et team, fx et tværfagligt team, som ville kunne gribe vanskelighederne an på mere differentieret måde. Der er også én, der skriver, at det kan være svært, fordi der ikke er tilstrækkelig mulighed for opfølgning på behandlingen.

Der er også flere, der beskriver et utilstrækkeligt samarbejde mellem de forskellige instanser omkring familierne. For eksempel beskrives det, at det kan være svært, hvis der er en kommunal indsats indover, som laver kontraindicerende behandling, fx Cool Kids, hvis psykologen laver metakognitiv behandling, eller hvis én instans bruger narrativ behandling og en anden samtidig CBT. Derudover beskrives det, at manglende kontakt til psykiater/PPR/skolevæsen kan være en udfordring, hvis man har børneklienter, hvor der samtidig arbejdes der. Det ville være nyttigt med fælles møder, men en udfordring, der nævnes i den sammenhæng er, hvem der i så fald skulle betale for det. En kommentar beskriver en oplevelse af, at psykiatrien behandler for lidt terapeutisk, men prioriterer medicin, og oplever, at der kan den privatpraktiserende psykolog supplere og give et kvalificeret terapeutisk tilbud. Andre udtrykker en frustration over, at der ikke tilrettelægges et skoletilbud. Der er også nogle, der beskriver, at børn og unge kan have været hos andre psykoterapeuter eller psykologer, der ikke har vidst nok om OCD, så der ikke er foretaget ordentlig udredning og den hidtidige behandling har været uden tilstrækkelig effekt. Der udtrykkes ligeledes frustration over at vide, at det er en lidelse, der med den rette behandling ofte kan behandles, men at der er så få, der tilbyder specialiseret OCD-behandling, og derfor er der mange, der går rundt enten uden behandling eller med nonspecifik behandling, der ikke hjælper. Der beskrives derfor et håb om, at flere bliver klædt på til at hjælpe OCD-ramte med specialiserede behandlingsmetoder. Der er en række forslag til løsning på nogle af de strukturelle udfordringer ved behandling af børn og unge med OCD. Disse går ud på, at børn og unge med OCD i højere grad får let tilgængelige tilbud i offentligt regi, og at der burde være en henvisningsmulighed i praksisoverenskomsten som fx at udvide målgruppen nedad for angstbehandling i sygesikringsoverenskomsten, der i dag er 18-38 år. Det nævnes, at det kunne give større mulighed for samarbejde med hele netværket omkring barnet og ikke udelukkende forældrene. Derudover nævnes det, at det kunne betyde, at det ikke kun er dem, som har forældre med sundhedsforsikring, der kan få hjælp. Det nævnes, at der burde være mere fokus på samarbejdet om det, der er bedst for barnet/den unge mellem skole-forældre-PPR-kommune-psykiatri og barnets terapeut.

Nogle beskriver vanskeligheder på grund af de eksisterende tilgange og forståelse af OCD hos andre behandlere, samt gode erfaringer med forskellige andre tilgange til behandling end kognitiv adfærdsterapi. Der er én, der skriver, at det fornemmes, at denne undersøgelse tager afsæt i den kognitive tilgang, hvilket vedkommende synes er en skam, da denne symptomtilgang slet ikke er tilstrækkelig. Det beskrives af andre, at der er for mange, som ser isoleret på symptomerne og laver fejlagtigt korte behandlingsforløb med børn og unge, som har alvorlige emotionelle og sociale forstyrrelser, samt at det kan være svært, fordi forståelsen af OCD er for simpel, overfladisk og manualiseret hos fagpersoner og samarbejdspartnere. Det opleves blandt andet, at der ofte ikke er systematiseret anamneseoptagelse eller forældrebehandling/samarbejde, og at børnene går for længe, inden det bliver opdaget, hvor alvorlige forstyrrelserne er og hvor forpinte børnene er. Det beskrives også, at mange ønsker at fjerne symptomer frem for at se bag om adfærden, og systematisk og vedvarende skabe udviklingsmuligheder for børnene, de unge og deres forældre/netværk. Det er også én, der skriver, at familierne kan have den fejlforestilling, at der er tale om en organisk funderet tilstand, der kun kan behandles med adfærds- eller kognitiv terapi, hvilket gør, at det kan tage noget tid/besvær at demonstrere, at der er tale om et forsvar mod angst (og/eller depression), som er særdeles tilgængeligt med psykodynamisk terapi. En anden beskriver en erfaring med, at det ved yngre aldersgrupper kan være bedre med praksisregulerende tiltag som fx kunstterapi. Det kan desuden være svært at arbejde med børn, som har en forsinket følelsesmæssig udvikling, da nogle af dem kan have gode kognitive evner, men ikke kan følge med følelsesmæssigt, hvilket beskrives at kunne afhjælpes ved hjælp af fx sandplay eller tegneterapi, hvor "symboliseringen" kan være med til at regulere dét, som de kognitive evner ikke kan. Desuden er der erfaring med at benytte meditation eller andre kropsovelser for at få nervesystemet nedreguleret. Der er også nogle, der kommenterer, at de har haft god erfaring med EMDR, kropsterapeutisk tilgang, fokus på familiesamtaler, og traumebehandling. Nogle efterspørger mere uddannelse i metakognitiv terapi, kort-tidsterapeutisk behandlingsforløb til de mildere OCD-tilfælde, og en tilgang som kombinerer det biomedicinske, psykiatriske og psykosociale og således medregner alle aspekter af problematikken - samt forholdene blandt børnene og i familierne.

Der er flere, der beskriver et ønske om en mere grundig forståelse af OCD og undervisning, der fokuserer specifikt på OCD og ikke angst generelt. Herunder nævnes et behov for undervisningen i en bredere og mere dybdepsykologisk forståelse af årsager og lidelse. I forlængelse heraf ønsker flere også opkvalificering i udredning af børn og unge med OCD samt uddannelse i differentiering af angstformer. Nogle beskriver et behov for viden om mulige screeningsmetoder og kort udredning. Der er også flere, der beskriver et ønske om undervisning eller efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi og målrettet behandling, samt generel evidensbaseret viden om, hvad der virker og hvad der er den nyeste viden og forskning på området. Dette beskrives ikke blot i forhold til OCD generelt, men også særligt i forhold til svær OCD. Det kunne også være



et kort boost i forhold til virksomme teknikker og metoder eller undervisning i Cool Kids eller noget manualiseret a la Cool Kids, men rettet mere direkte mod OCD. Nogle foreslår, at det kan være specifikke redskaber til ændring af børns/unges sikkerheds- og undgåelsesstrategier. Der nævnes også et behov for konkrete og håndgribelige metoder, der peger i retning af mulige øvelser, greb, behandlingshierarkier, samt mere kontekstuelle tilgange. Nogle beskriver behov for tilbud, der ikke er sygdomsfixerede.

I forhold til metode ønskes der af mange en praktisk tilgang (og det må gerne være meget hands-on), fx et praktisk kursus/aktionslæringsforløb, og samtidig ønskes en gennemgang af det teoretiske fundament. Der savnes tilbud fra psykologforeningen til at gøre privatpraktiserende dygtigere. Samtidig efterspørges dialog med andre som yder behandling indenfor området.

Der er også en del, der beskriver, at de ikke oplever et behov for opkvalificering på dette område. Det er fordi, de har meget efteruddannelse, har mulighed for supervision, når det er nødvendigt, eller oplever, at de får mere ud af selv at tilegne sig viden, men kunne ønske sig bedre videreformidling af litteratur. Andre oplever ikke et behov, fordi de ser så få af denne type klienter. De vil i stedet gerne kende mere til specialiserede tilbud, der kan viderehenvises til.

## 9. Opsummering og sammenligning af resultater

Der blev udført en national spørgeskemaundersøgelse med dataindsamling fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, fra tilbud i kommunerne, fra privatpraktiserende speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatri og fra privatpraktiserende psykologer. Spørgeskemaerne blev besvaret i løbet af 2018 (23/5-2018 til 4/12-2018). I det følgende vil besvarelserne fra de forskellige respondentgrupper blive opsummeret og sammenlignet.

### 9.1 Antal og typer af respondenter

Der var overordnet en høj besvarelsesprocent med 48-68 %, der havde besvaret alle eller de fleste spørgsmål og dermed kunne inkluderes i undersøgelsen. Besvarelserne kom fra alle fem regioner i landet.

Af de privatpraktiserende, der har besvaret spørgeskemaet, har de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere mere erfaring inden for udredning og behandling af børn og unge generelt og af børn og unge med OCD. De privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere har gennemsnitligt haft 19,9 års (range 10-35) erfaring med udredning/behandling af børn og unge generelt, mens det er 16,4 år (range 0-38) for de privatpraktiserende psykologer. De privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere har derudover haft gennemsnitligt 15,3 års (range 1-25) erfaring med udredning/behandling af børn og unge med OCD, mens det er 12,2 år (0-31) for de privatpraktiserende psykologer. Af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere havde 69 % ( $n = 13$ ) udredt/behandlet mere end 50 børn og unge for OCD i deres arbejdsliv, mens det gjaldt 21 % ( $n = 24$ ) af de privatpraktiserende psykologer. Kun 5 % ( $n = 1$ ) af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere havde udredt/behandlet færre end 10, mens det gjaldt 25 % ( $n = 28$ ) af de privatpraktiserende psykologer.

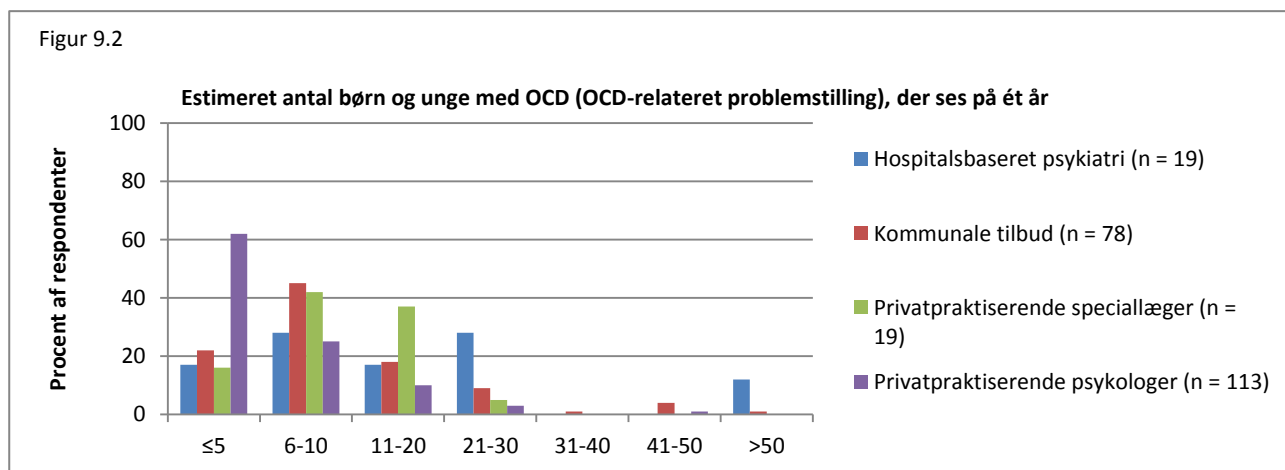
### 9.2 Omfang af udredning og behandling af børn og unge med OCD

Det er mere almindeligt, at de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere selv laver udredning end det er for de kommunale tilbud og de privatpraktiserende psykologer. Der er 74 % ( $n = 14$ ) af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, der har svaret, at der ofte eller altid laves en udredning i afdelingen for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen, når de møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret, mens det gælder 63 % ( $n = 30$ ) af PPR-afdelingerne og 27 % ( $n = 8$ ) af de andre kommunale tilbud. For privatpraktiserende er det mere typisk for psykologer (29 %;  $n = 33$ ), at der ofte eller

altid ikke laves en udredning, fordi den foreligger inden patienten kommer til dem, end det er for børne- og ungdomspsykiaterne (16 %;  $n = 3$ ). Det er sjældent eller aldrig tilfældet for 79 % ( $n = 15$ ) af børne- og ungdomspsykiaterne, at de ikke laver en udredning selv, mens det er tilfældet for 46 % ( $n = 52$ ) af psykologerne.

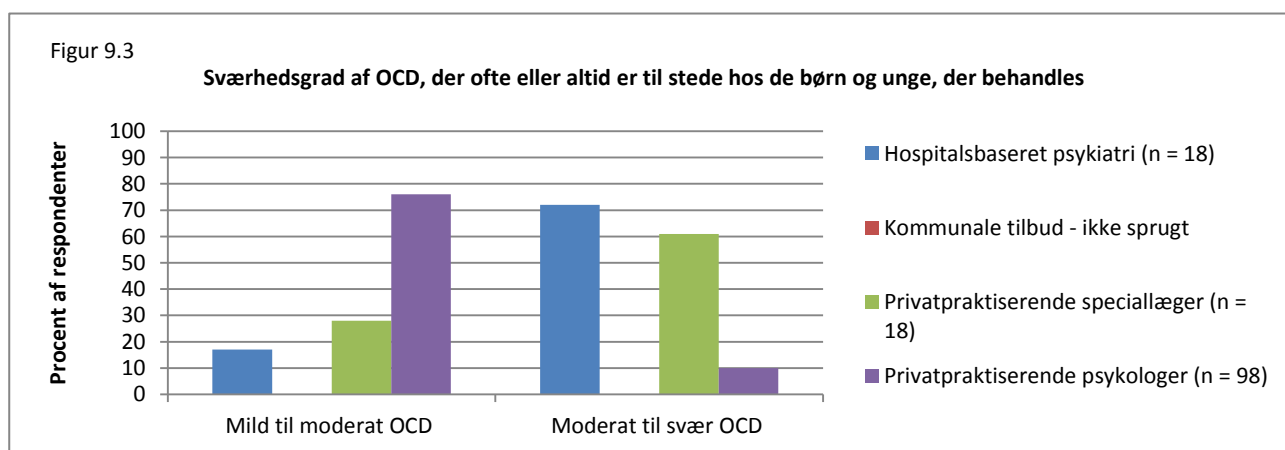
Ligesom med udredning, er det også mere almindeligt, at de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger selv tilbyder behandling af børn og unge med OCD end det er for de kommunale tilbud. Det gælder igen også en lidt større andel af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere end af de privatpraktiserende psykologer. I de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger vil 75 % ( $n = 14$ ) ofte eller altid selv tilbyde behandling af denne patientgruppe, mens det gælder 39 % ( $n = 19$ ) af PPR og 67 % ( $n = 20$ ) af andre kommunale tilbud. De fleste privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere vil ofte eller altid selv tilbyde behandling (90 %;  $n = 17$ ), mens det er lidt færre privatpraktiserende psykologer (74 %;  $n = 84$ ).

Der er forskel på, hvor mange børn og unge med OCD, der ses om året de forskellige steder. Mens der er 62 % ( $n = 70$ ) af privatpraktiserende psykologer, der kun ser 0-5 børn og unge med OCD, er det kun 16 % ( $n = 3$ ) af privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere, der har så få patienter med OCD. De fleste af de resterende ser alle mellem 6-20 patienter med OCD. Der er nogle få børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (12 %;  $n = 2$ ), og kommunale tilbud (5 %;  $n = 4$ ), der ser flere end 40 børn og unge med OCD om året (se figur 9.2).



### 9.3 Sværhedsgrad af symptomer hos de børn og unge, der ses med OCD

Det er mest almindeligt, at børn og unge med mild til moderat OCD udredes/behandles af privatpraktiserende psykologer, mens børn og unge med moderat til svær OCD udredes/behandles hos privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller i den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri. Mens 76 % ( $n = 74$ ) af de privatpraktiserende psykologer ofte eller altid ser børn og unge med mild til moderat OCD, gælder det kun 28 % ( $n = 5$ ) af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og 17 % ( $n = 3$ ) af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger. Derimod har 72 % ( $n = 13$ ) af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger og 61 % ( $n = 11$ ) af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere svaret, at de ofte eller altid ser børn og unge med moderat til svær OCD, mens det kun gælder 10 % ( $n = 10$ ) af de privatpraktiserende psykologer (se figur 9.3).

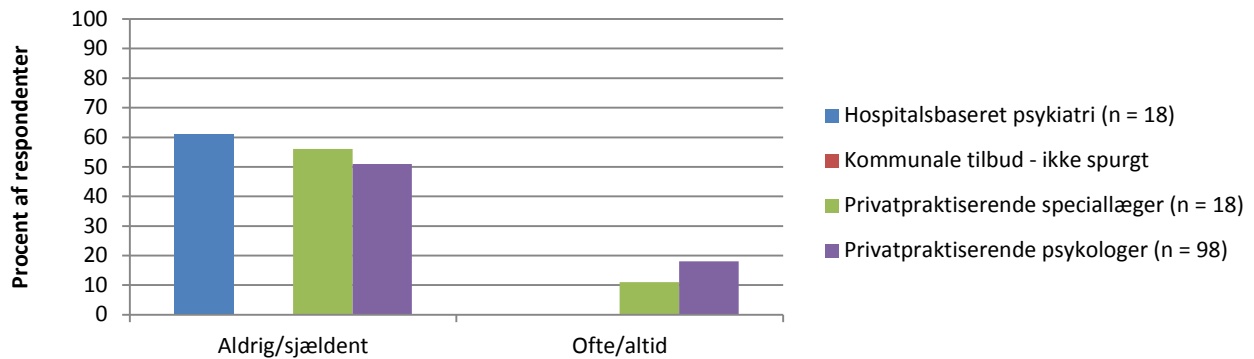


#### 9.4 Komorbiditet hos de børn og unge, der ses med OCD

Der er generelt mange, der vurderer, at de børn og unge, de ser med OCD, aldrig eller sjældent udelukkende har OCD, mens få vurderer, at det ofte eller altid er tilfældet, at de ikke har nogen form for komorbiditet. Dette går på tværs af de forskellige respondentgrupper, hvor 61 % ( $n = 11$ ) af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, 56 % ( $n = 10$ ) af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og 51 % ( $n = 50$ ) af de privatpraktiserende psykologer har svaret, at det aldrig eller sjældent er tilfældet, at de børn og unge, de ser med OCD, ikke har andre diagnoser (se figur 9.4.1).

Figur 9.4.1

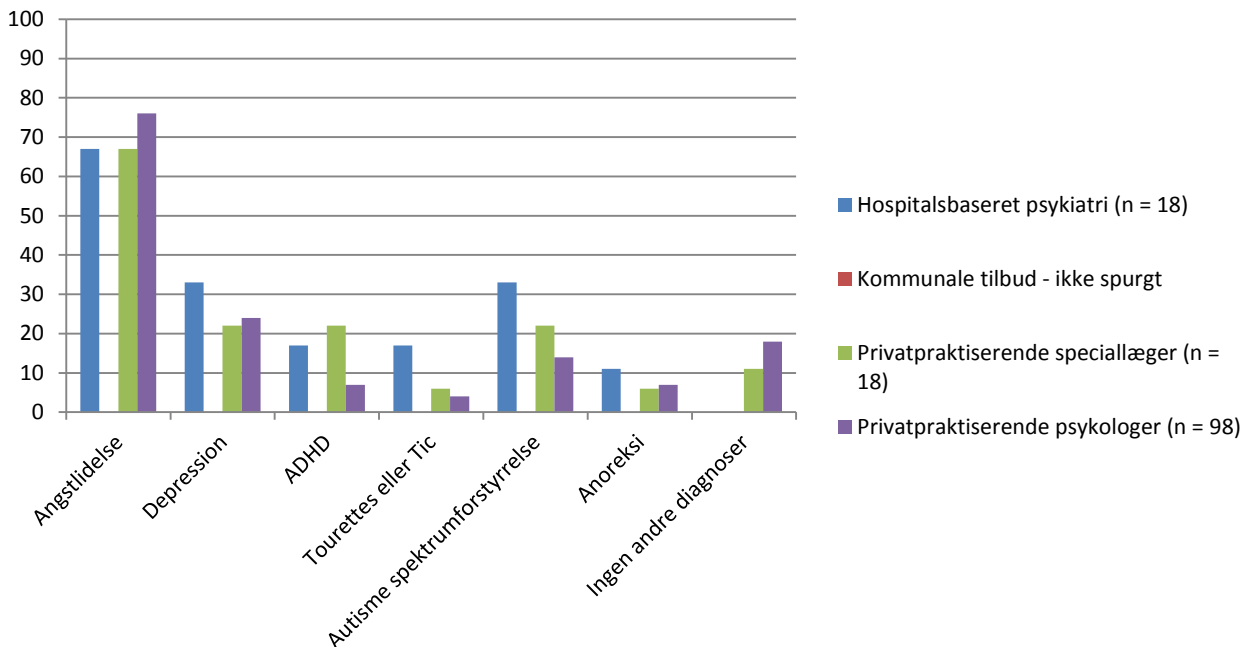
Hvor typisk det er, at de børn og unge, der ses med OCD, ikke har andre diagnoser



Der er ikke store forskelle i, hvilke komorbide lidelser, der ofte eller altid ses hos de børn og unge med OCD, der ses hos de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og de privatpraktiserende psykologer. På tværs af respondentgrupperne har patienterne oftest komorbide angstlidelser. Der er en lidt større andel af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, der ser børn og unge med OCD, der også har tourette eller tic- lidelser samt autisme spektrum forstyrrelser (se figur 9.4.2).

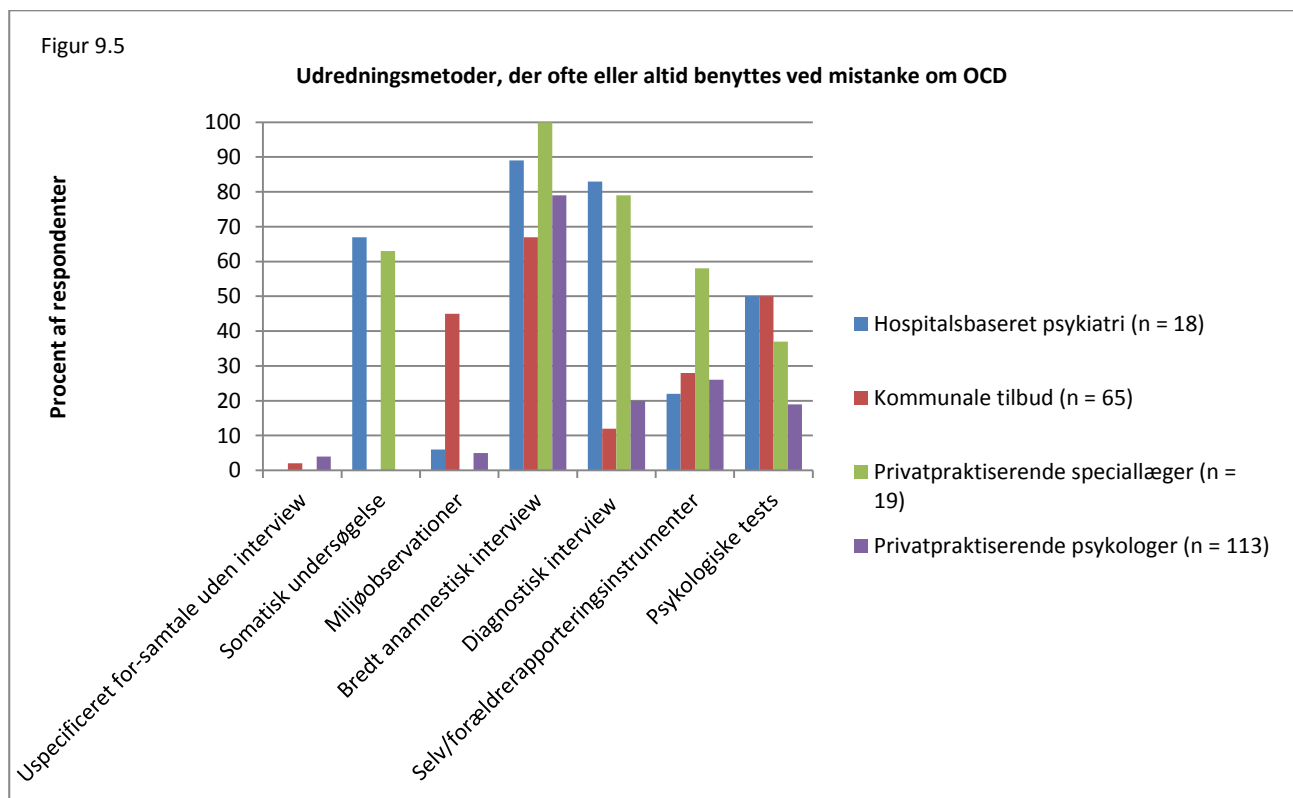
Figur 9.4.2

Komorbide lidelser, der ofte eller altid er tilstede hos de børn og unge, der ses med OCD



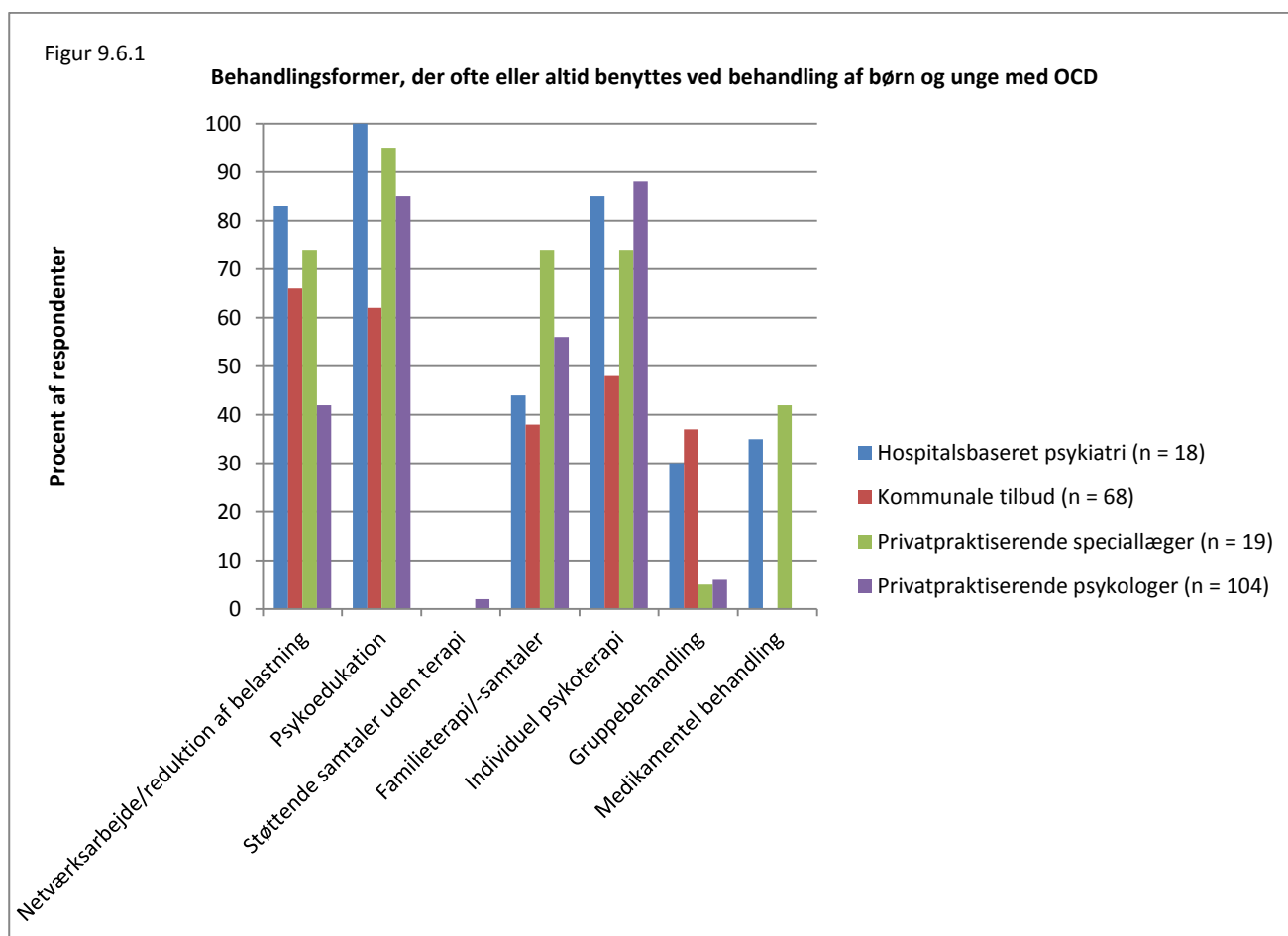
## 9.5 Brugen af udredningsredskaber ved udredning af børn og unge med mulig OCD

De fleste laver en et anamnestisk interview i udredningen af børn og unge med mulig OCD. Der er meget få, der laver en uspecificeret forsamtale uden et anamnestisk eller diagnostiske interview. Derudover er det lidt forskelligt, hvilke redskaber, der bruges til at udrede børn og unge med OCD hos de forskellige respondentgrupper. Der er for eksempel forskel i brugen af miljøobservation, hvilket der er flere fra de kommunale tilbud, der ofte eller altid benytter (45 %;  $n = 29$ ) end blandt de andre respondentgrupper (0-6 %). Der er også forskel i brugen af diagnostiske redskaber, der benyttes af mange af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (83 %;  $n = 16$ ) og af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (79 %;  $n = 15$ ) mens det gælder få af de andre respondenter (12-20 %). Selv-/forælderreportering benyttes af en større del af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (58 %;  $n = 11$ ) i forhold til de andre tilbud (22-28 %). Psykologiske tests benyttes mest af de kommunale tilbud (50 %;  $n = 33$ ) samt i de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (50 %;  $n = 9$ ) i forhold til de andre respondentgrupper (19-37 %), se figur 9.5.

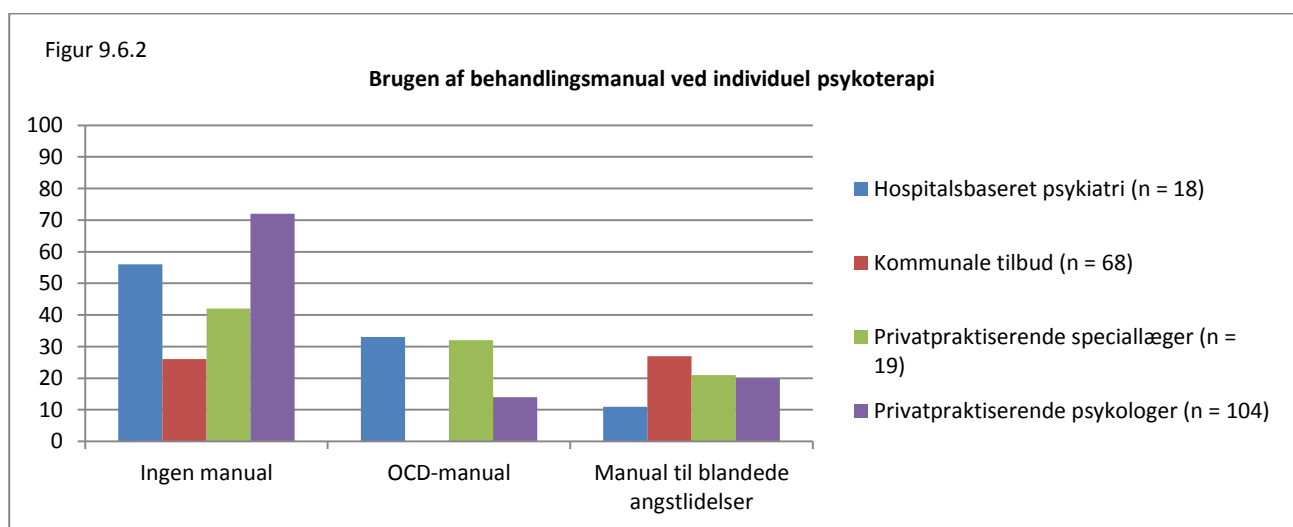


## 9.6 Former for behandling, der tilbydes til børn og unge med OCD

Der ses nogle forskelle i behandlingstilbud hos de forskellige grupper af respondenter. De fleste tilbyder en form for psykoedukation, men det gælder en mindre andel af de kommunale tilbud (62 %;  $n = 42$ ) end blandt de andre grupper af respondenter (85-100 %). Der er også mange, der tilbyder netværksarbejde, men her er det en mindre andel af de privatpraktiserende psykologer (42 %;  $n = 44$ ) end blandt de andre respondenter (66-83 %). Der er næsten ingen, der ofte eller altid tilbyder støttende samtaler uden også ofte eller altid at tilbyde enten individuel terapi, gruppebehandling eller familierapi/-samtaler. Familierapi/-samtaler bliver tilbudt hos en større andel af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (74 %;  $n = 14$ ) og privatpraktiserende psykologer (56 %;  $n = 58$ ) end blandt de andre (38-44 %). Individuel psykoterapi tilbydes af de fleste, men hos en mindre andel af de kommunale tilbud (48 %;  $n = 33$ ) end blandt de andre respondenter (74-88 %). Gruppebehandling tilbydes hos en større andel af de kommunale tilbud (37 %;  $n = 25$ ) og de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (30 %;  $n = 4$ ) end hos de privatpraktiserende (5-6 %). Medikamentel behandling tilbydes ofte eller altid af stort set lige store andele af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (35 %;  $n = 6$ ) og de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (42 %;  $n = 8$ ), se figur 9.6.1.

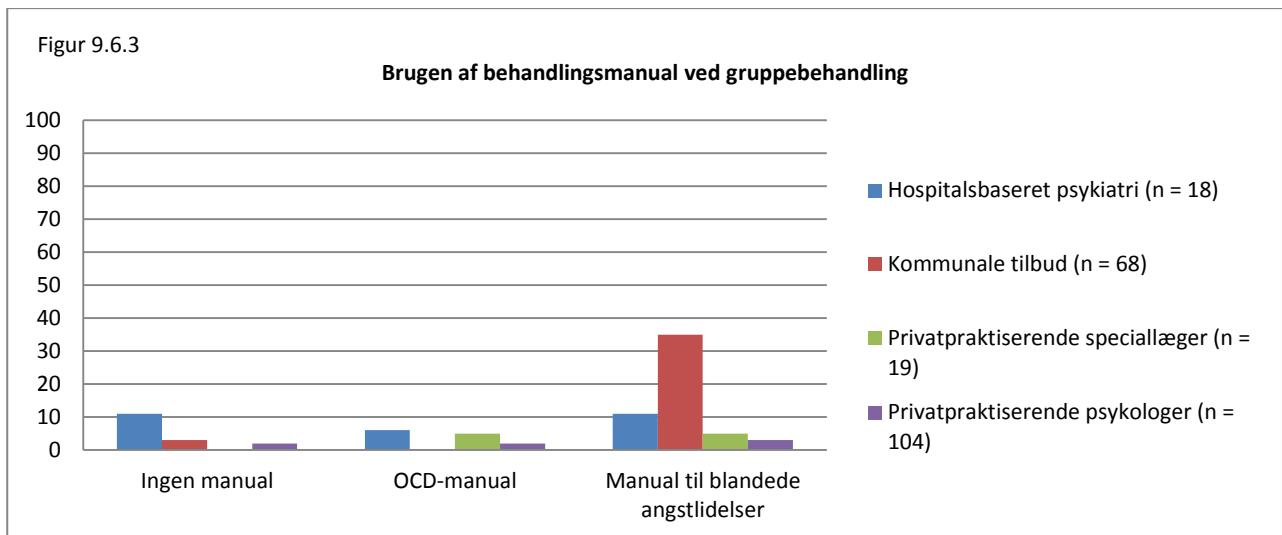


Der er flest, der tilbyder individuel psykoterapi uden brug af manual. I forhold til brugen af OCD-manual ved individuel psykoterapi, kan det ses, at der er en større andel af de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger (33 %;  $n = 6$ ) og de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (32 %;  $n = 6$ ), der ofte eller altid benytter denne. Derimod er det en lille andel af de privatpraktiserende psykologer (14 %;  $n = 15$ ) og ingen af de kommunale tilbud, der benytter den. Der er flest fra de kommunale tilbud (27 %;  $n = 18$ ), der ofte eller altid benytter en manual til blandede angstlidelser, mens det gælder lidt færre af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (21 %;  $n = 4$ ) og privatpraktiserende psykologer (20 %;  $n = 21$ ), og endnu færre af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (11 %;  $n = 2$ ), se figur 9.6.2.



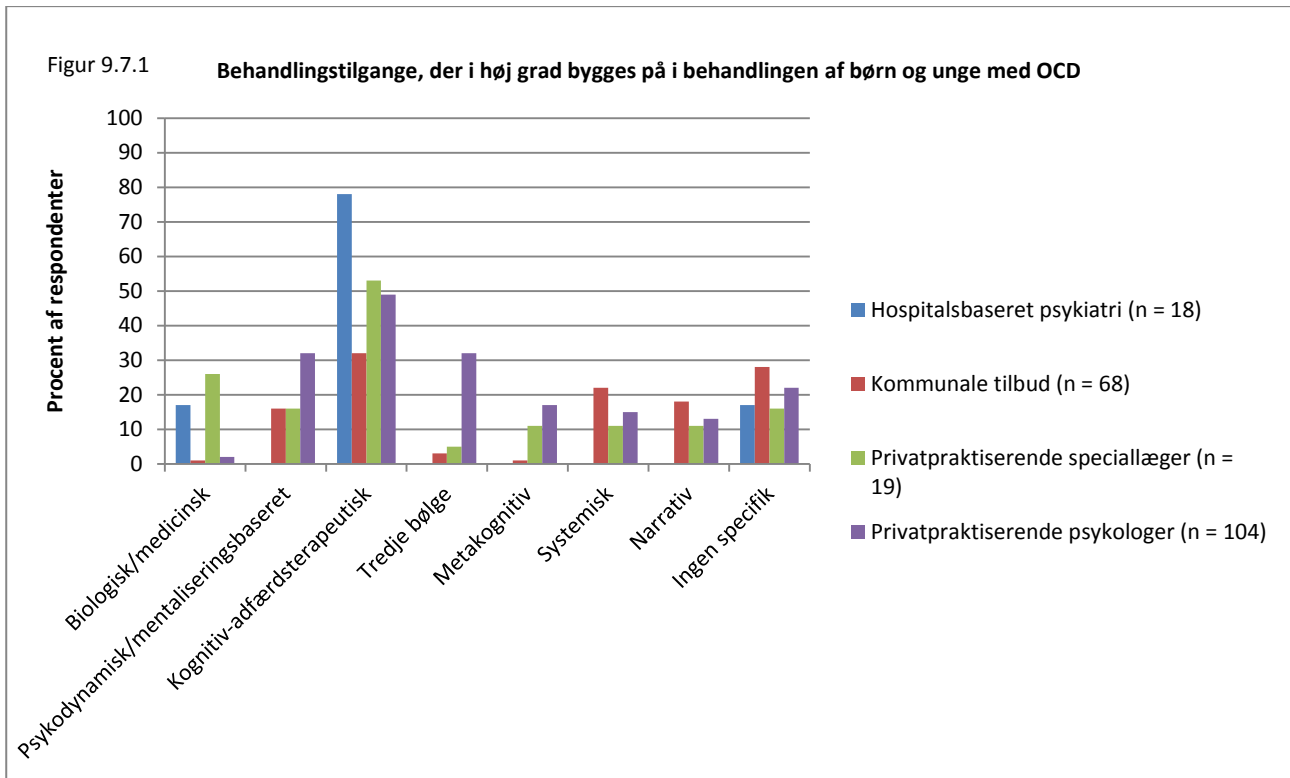
I forhold til brugen af manualer i gruppebehandling, er der generelt få, der tilbyder gruppebehandling uden manual eller gruppebehandling ved brug af OCD-manual. Derimod er der en relativt stor andel af de kommunale tilbud (35 %;  $n = 24$ ), der benytter en manual til blandede angstlidelser i forhold til de andre grupper af respondenter (3-11 %), se figur 9.6.3.



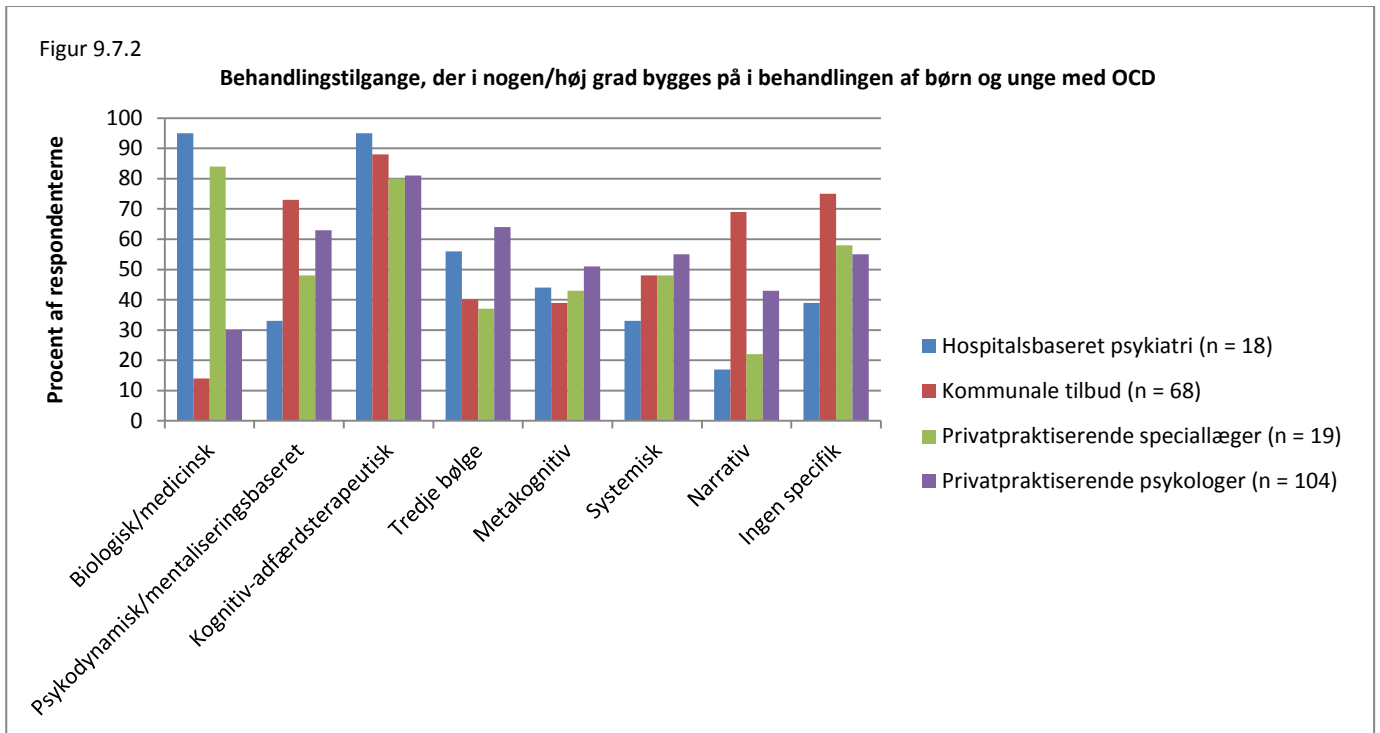


## 9.7 Den teoretiske fundering i behandlingen af børn og unge med OCD

For alle respondentgrupperne er der flest, der i høj grad bygger deres behandling på en kognitiv-adfærdsterapeutisk tilgang (32-78 %), med den største andel i de psykiatriske hospitalsafdelinger (78 %;  $n = 14$ ) og den mindste hos de kommunale tilbud (32 %;  $n = 22$ ). Der er flere fra de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (17 %;  $n = 3$ ) samt blandt de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (26 %;  $n = 5$ ), der i høj grad bygger på en biologisk medicinsk tilgang, end der er blandt de andre respondentgrupper (1-2 %). Der er flere privatpraktiserende psykologer (32 %;  $n = 33$ ), der i høj grad bygger på tredje bølge kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang i forhold til de andre grupper af respondenter (0-5 %), se figur 9.7.1.



Hvis man ser på, hvor mange, der i nogen eller i høj grad bygger på de forskellige tilgange, kan vi se, at der er en stor andel af alle grupper af respondenter, der bygger på mange af de forskellige tilgange i deres behandling af børn og unge med OCD (se figur 9.7.2).



## 9.8 Medikamentel behandling af børn og unge med OCD

Der er flere af de børn og unge med OCD, der ses i de psykiatriske hospitalsafdelinger (42 %), der vurderes at få medikamentel behandling. Dernæst kommer de børn og unge, der ses af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (31 %), mens der er færrest af de børn og unge med OCD, der ses af de privatpraktiserende psykologer (15 %), der vurderes at få medikamentel behandling (se tabel 10.8.1).

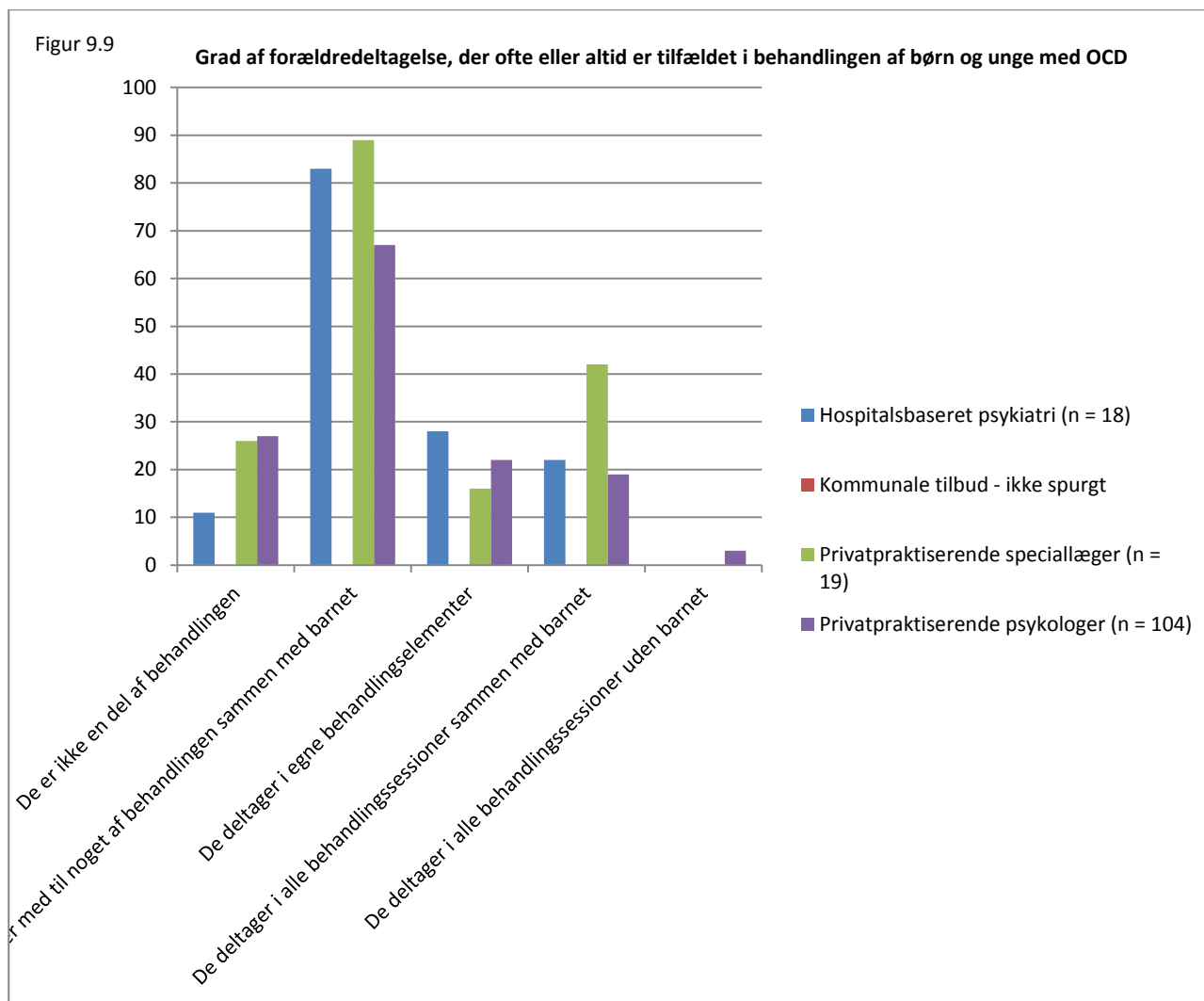
Tabel 9.8.1. Andel af børn og unge der anslås at være i medikamentel behandling			
	Børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (N = 16)	Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (N = 7)	Privatpraktiserende psykologer (N = 89)
Gennemsnitlig estimeret procent	42 %	31 %	15 %

I såvel de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger som hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere er det mest almindeligt at bruge Sertralin ved medikamentel behandling af børn og unge med OCD (se tabel 9.8.2).

Tabel 9.8.2. Præparater, der ofte eller altid tilbydes ved medikamentel behandling af børn og unge med OCD		
Præparat	Antal børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (procent) (N = 18)	Antal privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (N = 8)
Sertralin	17 (95 %)	8 (100 %)
Citalopram	0 (0 %)	0 (0 %)
Risperidon	1 (5 %)	0 (0 %)
Haloperidol	0 (0 %)	0 (0 %)
Fluvoxamin	0 (0 %)	0 (0 %)
Paroxitin	0 (0 %)	0 (0 %)
Fluoxetin	0 (0 %)	0 (0 %)
Clomiprmin	0 (0 %)	0 (0 %)

## 9.9 Forældres deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD

På tværs af respondentgrupperne er det mest almindeligt at forældrene er med til noget af behandlingen sammen med barnet. Det er mere almindeligt, at forældrene ikke er en del af behandlingen hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (26 %;  $n = 5$ ) og de privatpraktiserende psykologer (27 %;  $n = 28$ ) end i de psykiatriske hospitalsafdelinger (11 %;  $n = 2$ ). Derudover er det oftere tilfældet, at forældrene deltager i alle sessioner sammen med barnet hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (42 %;  $n = 8$ ) end det er hos de privatpraktiserende psykologer (19 %;  $n = 20$ ) og i de psykiatriske hospitalsafdelinger (22 %;  $n = 4$ ). Ellers er der ikke de store forskelle i forældrenes deltagelse i behandlingen af børn og unge med OCD hos de tre grupper af respondenter (se figur 9.9).



## 9.10 Behandlingens varighed, samt brug af booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekt

Den typiske behandlingstid for alle respondentgrupper er tre-seks måneder. Derudover er behandlingstiden oftere kortere end tre måneder og sjældnere på over seks måneder hos de privatpraktiserende psykologer end hos de andre grupper af respondenter (se tabel 9.10.1).

Tabel 9.10.1. Estimeret tid som behandlingen ofte eller altid varer			
Estimeret tid	Antal børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (procent) (N = 18)	Antal privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (procent) (N = 19)	Antal privatpraktiserende psykologer (procent) (N = 102)
<3 mdr.	2 (11 %)	2 (11 %)	26 (25 %)
3-6 mdr.	11 (61 %)	11 (58 %)	59 (58 %)
6-12 mdr.	6 (33 %)	7 (37 %)	26 (25 %)
>12 mdr.	2 (11 %)	2 (11 %)	5 (5 %)

Der er en større andel af de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger, der tilbyder booster-sessioner, mens privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere oftere har en systematisk monitorering af behandlingseffekten (se tabel 9.10.2).

<b>Tabel 9.10.2. Hvor mange der ofte eller altid tilbyder booster-sessioner og systematisk monitorering af behandlingseffekten.</b>			
	Antal børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (procent) (N = 18)	Antal privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (procent) (N = 19)	Antal privatpraktiserende psykologer (procent) (N = 104)
Booster-sessioner	16 (89 %)	15 (79 %)	74 (71 %)
Systematisk monitorering	9 (50 %)	17 (90 %)	51 (49 %)

### 9.11 Ventetid for børn og unge med OCD

Der er generelt kortere ventetid fra den første kontakt til udredning/behandling igangsættes hos de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger end hos de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og privatpraktiserende psykologer. Mens der ikke er nogen af de psykiatriske hospitalsafdelinger, der har mere end tre måneders ventetid er der 41 % (n = 7) af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og 11 % (n = 11) af de privatpraktiserende psykologer, der har det (se tabel 9.11).

<b>Tabel 9.11. Ventetid der ofte eller altid er for børn og unge med OCD</b>			
Estimeret tid	Antal børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (procent) (N = 18)	Antal privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (procent) (N = 17)	Antal privatpraktiserende psykologer (procent) (N = 97)
0-1 mdr.	12 (67 %)	4 (24 %)	51 (53 %)
1-3 mdr.	6 (33 %)	6 (35 %)	35 (36 %)
3-6 mdr.	0 (0 %)	5 (29 %)	7 (7 %)
6-12 mdr.	0 (0 %)	2 (12 %)	3 (3 %)
Mere end 12 mdr.	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (1 %)

### 9.12 Tidligere og efterfølgende udrednings- og behandlingssteder for børn og unge med OCD

Mens de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger oftere ser patienter, der tidligere har været udredt i andre hospitalsafdelinger, er det ved privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og privatpraktiserende psykologer mere typisk, at patienterne tidligere har været ved PPR eller andre kommunale tilbud (se tabel 9.12.1).

<b>Tabel 9.12.1 Steder hvor patienterne ofte eller altid tidligere har været til udredning/behandling</b>			
Sted	Antal børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (procent) (N = 18)	Antal privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (procent) (N = 17)	Antal privatpraktiserende psykologer (procent) (N = 97)

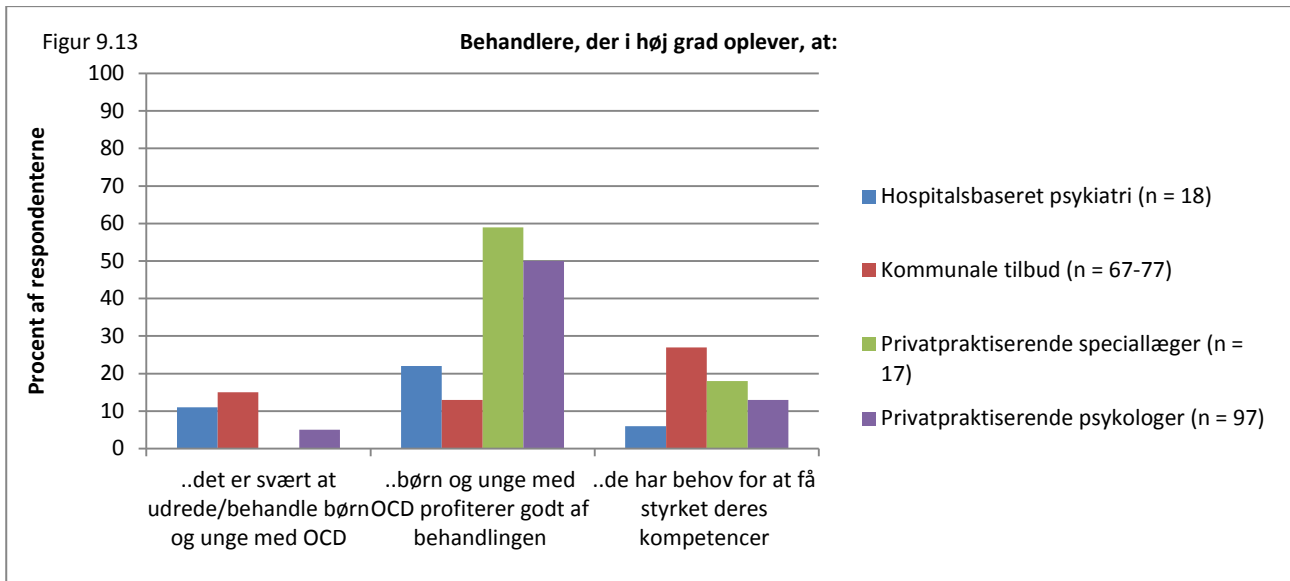
PPR eller andet kommunalt tilbud	2 (11 %)	4 (24 %)	18 (19 %)
Psykiatrisk hospitalsafdeling	3 (17 %)	2 (12 %)	14 (14 %)
Privatpraktiserende psykolog	1 (6 %)	3 (18 %)	6 (6 %)
Privatpraktiserende speciallæge	1 (6 %)	0 (0 %)	8 (8 %)

Når patienter skal viderehenvises, vil det fra de psykiatriske hospitalsafdelinger og de privatpraktiserende speciallæger oftest være til PPR eller andre kommunale tilbud, mens det fra privatpraktiserende psykologer oftest vil være til en psykiatrisk hospitalsafdeling eller privatpraktiserende speciallæger (se tabel 9.12.2).

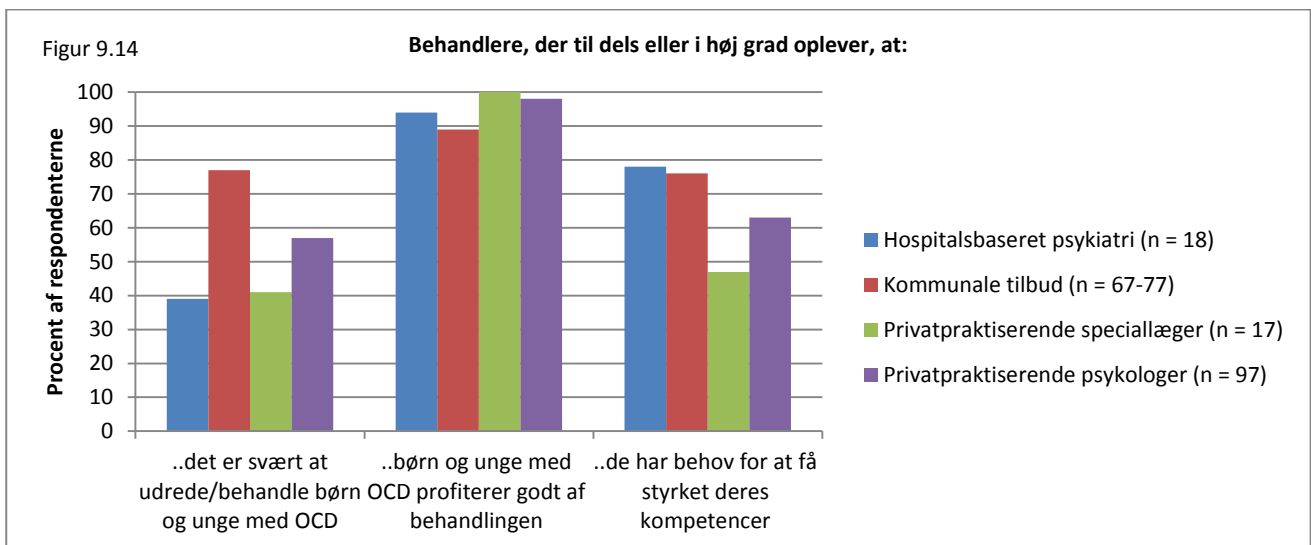
<b>Tabel 9.12.2. Steder hvor patienterne ofte eller altid senere kommer til udredning/behandling</b>			
Sted	Antal børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (procent) (N = 18)	Antal privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (procent) (N = 17)	Antal privatpraktiserende psykologer (procent) (N = 97)
PPR eller andet kommunalt tilbud	5 (28 %)	3 (18 %)	7 (7 %)
Psykiatrisk hospitalsafdeling	4 (22 %)	2 (12 %)	30 (31 %)
Privatpraktiserende psykolog	2 (11 %)	2 (12 %)	3 (3 %)
Privatpraktiserende speciallæge	0 (0 %)	0 (0 %)	21 (22 %)

### **9.13 Vurdering af graden af udrednings- og behandlingsmæssige udfordringer ved patientgruppen, vurdering af behandlingseffekten, samt vurdering af behovet for styrkelse af kompetencer ift. udredning og behandling af børn og unge med OCD**

Der er generelt få, der oplever, at det i høj grad er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD, men med en større andel af de kommunale tilbud (15 %;  $n = 11$ ) og de psykiatriske hospitalsafdelinger (11 %;  $n = 2$ ). I forhold til behandlernes oplevelse af, om børn og unge med OCD profiterer godt af behandlingen, er der en større andel af de privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere (59 %;  $n = 10$ ) og de privatpraktiserende psykologer (50 %;  $n = 49$ ), der i høj grad oplever, at de profiterer godt af behandlingen, end der er blandt de børne- og ungdomspsykiatriske hospitalsafdelinger (22 %;  $n = 4$ ) og de kommunale tilbud (13 %;  $n = 9$ ). Der er en større andel af de kommunale tilbud (27 %;  $n = 21$ ), der i høj grad oplever et behov for at styrket deres kompetencer i forhold til udredning/behandling af børn og unge med OCD, end der er blandt de andre respondentgrupper (6-18 %), se figur 9.13.



Omkring 40-75 procent oplever, at det til dels eller i høj grad er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD. Dette gælder flest fra de kommunale tilbud. Næsten alle oplever enten til dels eller i høj grad at børn og unge med OCD profiterer godt af behandlingen, men omkring 50-75 procent oplever til dels eller i høj grad et behov for at styrket deres kompetencer inden for dette område.



### 9.14 Tematisk oversigt over uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD

Nedenfor ses en tematisk oversigt over de samlede fritekstkomentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og ideer til opkvalificering. Ved at

gennemgå samtlige kommentarer fra de fire grupper af respondenter kunne der findes frem til nogle temaer, som disse kommentarer drejede sig om. Ved at inddrage alle kommentarerne kunne der findes 14 temaer, som gennemgås nedenfor. I bilag 2 kan findes en oversigt over, hvilke kommentarer de forskellige temaer bygger på.

#### Tema 1: Udredning

- Det kan være vanskeligt at skelne OCD fra anden psykopatologi (angst, autisme, spiseforstyrrelse)
- Det kan være vanskeligt at få øje på mentale ritualer
- Der kan være behov for opkvalificering i standard udredning og valg af metoder ved udredning
- Der kan være behov for screeningværktøjer

#### Tema 2: Komorbiditet og kombination af vanskeligheder

- Der kan opleves en høj grad af komorbiditet eller kombination af vanskeligheder, hvilket gør behandlingen udfordrende
- Det kan være vanskeligt at skelne mellem symptomer i behandlingen
- Der kan være gensidig forværring af symptomer ved komorbiditet
- Komorbiditet kan betyde, at børnene ikke er i målgruppe for Cool Kids

#### Tema 3: Barnets familie og miljø

- Forældres overinvolvering i barnets symptomer kan være en vedligeholdende faktor, herunder problemer med følelsesregulering og undgåelsesadfærd
- Der kan opleves manglende forståelse, motivation eller ansvar hos forældre, hvilket kan besværliggøre behandlingen – herunder kan det forhindre adgang til Cool Kids
- Det kan være vanskeligt ved skilsmisse, belastende familieforhold, psykopatologi hos forældre
- Der kan være behov for støtte til hele familien

#### Tema 4: Manglende effekt og tilbagefald

- Der kan opleves hyppige tilbagefald og gamle symptomer kan erstattes af nye
- Det kan være vanskeligt ved kronisk tilstand og svær OCD
- Det kan være vanskeligt at opretholde motivation
- Det kan opleves som sværere at arbejde kognitivt med OCD end angst
- Mentale ritualer kan foregå skjult
- Der kan opleves rigiditet og modstand mod eksponering

#### Tema 5: Grundig indføring specifikt i OCD og OCD-behandling

- Der kan være behov for grundig indføring i OCD
- Der kan være behov for opkvalificering i behandlingsmetoder, der specifikt kan anvendes i forhold til OCD – herunder, hvordan behandling adskiller sig fra angstbehandling



#### Tema 6: Psykoedukation og viderehenvingsmuligheder

- Der kan være behov for en oversigt over specialiserede tilbud
- Der kan være behov for materiale til psykoedukation af familie og personale
- Det kunne være gavnligt med tidlige indsatser – fx tidlig sygdomslære

#### Tema 7: Terapeutisk efteruddannelse

- Der kan være behov for efteruddannelse i KAT
- Der kan være behov for vedligeholdende kurser

#### Tema 8: Manualbaseret behandling

- Der kan være behov for manualbaserede tilgange, herunder blandt andet Cool Kids
- Der kan være behov for lettilgængeligt tilbud
- Nogle ønsker ikke manualbaserede tilgange

#### Tema 9: Forskellige tilgange til behandling

- Behov for mere viden om andre tilgange end KAT
- Gode erfaringer med fx EMDR, kunstterapi, psykodynamisk terapi, sandplay, tegneterapi, narrativ familierapi, meditation eller andre kropsøvelser, metakognitiv terapi, korttidsterapeutisk behandlingsforløb

#### Tema 10: Supervision, sparring og opdatering på forskning

- Der kan være behov for supervision fra erfarne behandlere
- Det kunne være gavnligt med en tættere tilknytning til børne- og ungdomspsykiatrien
- Der kan være behov for sparring
- Der kan være behov for opdatering på den nyeste forskning
- Der kan være behov for vidensdeling

#### Tema 11: Strukturelle udfordringer hos kommunale tilbud

- Det kan være en relativt lille gruppe
- Det kan være ambitionen at have viden på generalistniveau
- Der kan være økonomiske begrænsninger

#### Tema 12: Strukturelle udfordringer hos privatpraktiserende psykologer

- Det kan være svært, at de selv skal betale eller betale via privat forsikring, da det giver tidsbegrænsninger og økonomiske udfordringer
- Det kan være svært at nå hele vejen rundt og samarbejde med andre instanser, der kan hjælpe barnet

#### Tema 13: Behov for bedre samarbejde eller nye tilbud

- Det kan være svært, at der er mange samarbejdspartnere eller kontraindicerende tiltag
- Der er behov for bedre samarbejde mellem forskellige sektorer
- Det kan være vanskeligt, hvis man ser få børn og unge med OCD og dem man ser, har svære symptomer, komorbiditet eller lavt funktionsniveau
- Det kunne måske være gavnligt med et offentligt tilbud – fx udvidelse af sygesikringsoverenskomsten
- Det kunne være gavnligt med mere specialiserede tilbud

#### Tema 14: Former for undervisning og uddannelse

- Der kan være behov for mere fordybelse og hands-on
- Der kan være behov for workshops, kurser og foredrag

# Referencer

1. Eichstedt JA, Arnold SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: A tic-related subtype of OCD? *Clin Psychol Rev* 2001;21(1):137.
2. Rapoport JL. Childhood obsessive compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1986;27(3):289.
3. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the british nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry* 2003;15(1-2):178-84.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Electronic source ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. .
5. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). version 6.1. 2019.
6. Piacentini J, Bergman RL, Keller M, McCracken J. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13 Suppl 1(2, Supplement 1):S61-69.
7. Valderhaug R, Ivarsson T. Functional impairment in clinical samples of norwegian and swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14(3):164-73.
8. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive-compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology* 1993;26(3-4):145.
9. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997;6(4):154-8.
10. Becker Nissen J, Hove Thomsen P. Clinicians' views on clinical examination and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). A danish national survey study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62(4):309-14.

# Bilag

Bilag 1: Spørgeskemaer

Bilag 2: Kommentarer inddelt efter temaer

# Bilag 1

Spørgeskemaer

Spørgeskema til den hospitalsbaserede børne- og ungdomspsykiatri

Velkommen til undersøgelsen!

Tusind tak fordi du vil besvare dette spørgeskema på vegne af . Du bedes besvare spørgsmålene ud fra jeres generelle praksis og behov. Hvis du skulle være i tvivl om nogle af besvarelsene, kan du med fordel tage det op med dine kollegaer og fortsætte spørgeskemaet herefter. Du kan til enhver tid forlade spørgeskemaet og genoptage besvarelsen på et senere tidspunkt.

På forhånd tak. Vi sætter stor pris på din besvarelse!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling  
Aarhus Universitetshospital Psykiatrien

## **Baggrund**

**Hvad er din stilling i**

\_\_\_\_\_

## **Udredning og behandling**

**Når I møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret, hvad vil I da i gøre for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Vi laver en udredning af tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen i vores afdeling/afsnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi laver ingen udredning, men henviser direkte til udredning i en anden afdeling/afsnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi laver ingen udredning selv, da denne vil foreligge inden barnet kommer til vores afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor mange patienter vil du anslå, at I har haft til udredning for OCD i i 2017?**

0-5

6-10

- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- 71-80
- 81-90
- 91-100
- Flere end 100

### Hvilke redskaber vil I benytte, når I skal vurdere en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Uspecificeret forsamtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk undersøgelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøobservationer (fx observationer i skole og hjem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bredt anamnestisk interview (herunder fx tidlig udvikling, familieforhold, medicinsk historie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på generelle tjeklister (fx K-SADS, ADIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på OCD-specifikke tjeklister (CY-BOCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selv-/forælderrapporteringsinstrumenter (fx til vurdering af generel psykopatologi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologiske tests (fx udviklingstests, funktionsvurdering, kognitive tests, intelligencetests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvis det er blevet vurderet, at en OCD-relateret problemstilling er til stede, hvad vil I da gøre i ?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Selv tilbyde en form for behandling/støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henvise til behandling/støtte andet sted (fx anden afdeling, privat speciallæge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor mange patienter har I haft i behandling for OCD i i 2017?

- 0-5
- 6-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70



- 71-80  
 81-90  
 91-100  
 Flere end 100

**Hvilket niveau af behandling kan I tilbyde til patienter med OCD?  
 (Sæt gerne flere krydser)**

- Hovedfunktion  
 Regionsfunktion  
 Højtspecialiseret funktion

**Hvilke former for behandling vil I tilbyde en ny patient med  
 OCD? (Tænk på forløb, hvor OCD er vurderet som det primære  
 behandlingsbehov)**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle støttende samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familieterapi/-samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel ikke-manualiseret psykoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke-manualiseret gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentel behandling alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentel behandling i kombination med psykoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvilke tilgange bygger I primært på i behandlingen af børn/unge  
 med OCD?**

	Slet ikke	I lav grad	I nogen grad	I høj grad
Biologisk/medicinsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykodynamisk/mentaliseringsbaseret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv-adfærdsterapeutisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tredje bølge af kognitiv-adfærdsterapi (fx ACT, MBCT, CFT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metakognitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemisk (fx familieterapi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narrativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen specifik tilgang (fx kombination af mange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anden tilgang

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor stor en andel af jeres patienter med OCD modtager medikamentel behandling (alene eller sammen med psykoterapi)? Angiv venligst anslået procent:**

- Ved ikke
- 0
- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60
- 70
- 80
- 90
- 100

**Hvilke præparater tilbydes ved medikamentel behandling?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Sertralin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citalopram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risperidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haloperidol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluvoxamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paroxitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoxetin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clomipramin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**I hvor høj grad deltager forældre i behandlingen?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Forældrene er ikke en del af behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene er med til noget af behandlingen sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i egne behandlingselementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i alle behandlingssessioner sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i alle behandlingssessioner uden barnet (barnet deltager ikke i behandlingssessionerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor lang tid varer behandlingen?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Mindre end tre måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-6 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mere end 12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tilbydes boostersessioner efter egentlig opnåelse af tilfredsstillende behandlingsresultat? (Sessioner, der fx tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes)**

- Ja, ofte eller altid
- Ja, i nogle tilfælde alt efter behov
- Ja, men sjældent
- Nej, aldrig

**Er der en systematisk monitorering af behandlingseffekten?**

- Ja, altid (notér venligst hvordan) \_\_\_\_\_
- Ja, i nogle tilfælde (notér venligst hvordan) \_\_\_\_\_
- Ja, men sjældent (notér venligst hvordan) \_\_\_\_\_
- Nej, aldrig

## Patienter

**Hvilke(n) aldersgruppe(r) udreder/behandler I?**

- Børn (0-12 år)
- Unge (13-19 år)

Alderen på den yngste patient med OCD, I har haft (0-19) \_\_\_\_\_

Alderen på den ældste patient med OCD, I har haft (0-19) \_\_\_\_\_

**Hvor svær OCD har de patienter, I udreder for OCD generelt? (Fra helt mild OCD med lejlighedsvis optræden af symptomer til svært invaliderende OCD, hvor symptomerne er styrende for hele ens dagligdag)**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Mild til moderat OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 10-18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderat til svær OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 19-40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor svær OCD har de patienter, I behandler for OCD generelt? (Fra helt mild OCD med lejlighedsvis optræden af symptomer til**

## svært invaliderende OCD, hvor symptomerne er styrende for hele ens dagligdag)

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Mild til moderat OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 10-18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderat til svær OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 19-40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hvornår har jeres patienter typisk haft deres første OCD-symptomer?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Under 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-15 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hvor ofte har jeres patienter med OCD følgende andre diagnoser?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Angstlidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourettes eller Tic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme spektrumforstyrrelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen andre diagnoser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Forløb

### Hvor typisk er det, at jeres patienter med OCD har været udredt eller i behandling følgende andre steder, inden de kommer til jer?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
PPR eller andet kommunalt tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden psykiatrisk afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende speciallæge (evt. med regionsaftale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvis ikke patienterne fortsætter hos jer, hvor henvises de så typisk til?

Aldrig Sjældent Til tider Ofte Altid

Anden psykiatrisk hospitalsafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PPR eller andre kommunale tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende speciallæge (evt. med regionsaftale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor lang ventetid havde I gennemsnitligt sidste år (tid fra den første kontakt til udredning/behandling blev igangsat)?**

- 0-1 måned
- 1-3 måneder
- 3-6 måneder
- 6-12 måneder
- Mere end 12 måneder

**Oplevelse og fremtidige behov**

**Oplever I på jeres afdeling generelt, at det er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD?**

- Slet ikke
- I lav grad
- Til dels
- I høj grad

**Oplever I generelt, at denne patientgruppe profiterer godt af behandlingen?**

- Slet ikke
- I lav grad
- Til dels
- I høj grad

**Oplever I generelt et behov for at få styrket jeres kompetencer i forhold til udredning/behandling af børn og unge med OCD?**

- Slet ikke
- I lav grad
- Til dels
- I høj grad

**Beskriv venligst, hvis I oplever, at noget kan være svært i arbejdet med børn og unge med OCD:**

**Beskriv venligst, hvilken type undervisning/uddannelse, der kunne være gavnlig, hvis I oplever et behov for at opkvalificere jeres kompetencer inden for dette område:**

**Har du nogle afsluttende kommentarer?**

Tusind tak fordi du deltog i undersøgelsen. Det er en stor hjælp for vores videre arbejde.

Med venlig hilsen Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling,  
Aarhus Universitetshospital Psykiatrien

Hvis I er interesserede i at se den endelige rapport, indsæt da venligst den mailadresse, rapporten skal sendes til:

\_\_\_\_\_

## Spørgeskema til kommunale tilbud

Velkommen til undersøgelsen!

Tusind tak fordi du vil besvare dette spørgeskema på vegne af .

Formålet med undersøgelsen er at få et billede af praksis og behov i forbindelse med udredning og behandling af børn og unge med OCD-relaterede problemstillinger (enten en OCD-diagnose eller problemstillinger, hvor symptomer tyder på at være OCD-relaterede). Dette skal bruges som baggrund for, hvilken indsats der bedst kan bidrage til at fremme udrednings- og behandlingstilbuddene i fremtiden.

For at kunne undgå eventuelle fejl er det muligt for os at identificere, hvor besvarelsene kommer fra, men det vil ikke indgå i opgørelsen og afrapporteringen af resultaterne.

Vi sætter stor pris på din besvarelse!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

**Hvor mange børn/unge (0-19 år) med en OCD-relateret problemstilling vil du anslå, at I møder om året?**

- 0-5
- 6-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- Flere end 50

**Hvis I møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret (ikke diagnosticeret), hvad vil I da gøre for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen inden et eventuelt tilbud om kommunal behandling eller henvisning til udredning ved BUC?**

Aldrig Sjældent Til  
tider Ofte Altid

Vi laver selv en udredning/vurdering af tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen



Vi laver ingen udredning/vurdering selv, men henviser direkte til en anden instans inden for kommunen (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)

Vi laver ingen udredning/vurdering selv, da denne vil foreligge, inden barnet kommer til os (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)

Andet (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)

### Eventuelle kommentarer:

### Hvilke redskaber vil I bruge, når I selv skal vurdere en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Uspecificeret samtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøobservationer (fx observationer i skole og hjem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bredt anamnestisk interview (herunder fx tidlig udvikling, familieforhold, medicinsk historie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på generelle tjeklister (fx K-SADS, ADIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på OCD-specifikke tjeklister (fx CY-BOCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selv-/forælderrapporteringsskemaer (fx til vurdering af generel psykopatologi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologiske tests (fx udviklingstests, funktionsvurdering, kognitive tests, intelligencetests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Eventuelle kommentarer:

### Hvis det vurderes (af jer, BUC eller anden instans), at en OCD-relateret problemstilling er til stede, men ikke kræver psykiatrisk behandling på nuværende tidspunkt, hvad vil I da gøre?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Selv tilbyde en form for behandling/støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henvise til behandling/støtte andet sted inden for kommunen (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andet (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)

### Eventuelle kommentarer:

### Hvilke former for behandling/støtte vil I selv tilbyde børn/unge med en OCD-relateret problemstilling?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle støttende samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familieterapi/-samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel ikke-manualiseret psykoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke-manualiseret gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Eventuelle kommentarer:

### Hvilke tilgange bygger I primært på i udredning/behandling af børn og unge med en OCD-relateret problemstilling?

	Slet ikke	I lav grad	I nogen grad	I høj grad
Biologisk/medicinsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykodynamisk/mentaliseringsbaseret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv-adfærdsterapeutisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tredje bølge inden for kognitiv adfærdsterapi (fx ACT, MBCT, CFT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metakognitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemisk (fx familieterapi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narrativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingen specifik tilgang (fx kombination af mange)

Anden tilgang (beskriv venligst i kommentarfeltet nedenfor)

**Eventuelle kommentarer:**

**Oplever I generelt, at det er svært at udrede/behandle børn og unge med en OCD-relateret problemstilling?**

- I høj grad  
 Til dels  
 I lav grad  
 Slet ikke

**Oplever I generelt, at børn og unge med OCD-relaterede problemstillinger profiterer godt af behandlingen?**

- I høj grad  
 Til dels  
 I lav grad  
 Slet ikke

**Oplever I generelt et behov for at få styrket jeres kompetencer i forhold til udredning/behandling af børn og unge med problemstillinger, der relaterer sig til OCD?**

- I høj grad  
 Til dels  
 I lav grad  
 Slet ikke

**Oplever I generelt, at I har gode muligheder for at få opkvalificeret jeres kompetencer inden for dette område?**

- I høj grad  
 Til dels  
 I lav grad  
 Slet ikke

**Beskriv venligst, hvis I oplever, at noget kan være svært i arbejdet med børn og unge med problemstillinger, der relaterer sig til OCD:**

**Beskriv venligst, hvilken type undervisning/uddannelse der kunne være gavnlig, hvis I oplever et behov for at opkvalificere jeres kompetencer:**

**Beskriv venligst, hvis noget står i vejen for, at I kan få den opkvalificering, I ønsker:**

**Tusind tak for din deltagelse i undersøgelsen.**

**Hvis I er interesserede i at se den endelige rapport, skriv da venligst den mail-adresse rapporten skal sendes til:**

\_\_\_\_\_

Spørgeskema til privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Velkommen til undersøgelsen!

Formålet med undersøgelsen er at få et billede af praksis og behov i forbindelse med udredning og behandling af børn og unge med OCD. Dette skal bruges som baggrund for, hvilken indsats der bedst kan bidrage til at fremme udrednings- og behandlingstilbuddene i fremtiden.

Spørgeskemaet dækker følgende områder:

- Baggrund
- Udredning og behandling
- Patienter
- Forløb
- Oplevelse og fremtidige behov

På forhånd tak. Vi sætter stor pris på din besvarelse!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

**Inden vi går i gang, skal vi sikre, at det er korrekt, at du arbejder som speciallæge i en privat praksis (med eller uden ydernummer/regionsaftale) og tilbyder udredning/behandling af børn og unge med OCD?**

- Ja, udredning og/eller behandling
- Nej, hverken udredning eller behandling
- Nej, jeg arbejder ikke som speciallæge i en privat praksis

Du har svaret, at du ikke arbejder som speciallæge i en privat praksis, der udreder eller behandler børn eller unge med OCD. Derfor er resten af undersøgelsen ikke relevant.

Vi beklager forstyrrelsen og ønsker dig en fortsat god dag!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

## Baggrund

### Hvor i landet er din praksis lokaliseret?

- Region Midtjylland  
 Region Syddanmark  
 Region Hovedstaden  
 Region Sjælland  
 Region Nordjylland

### Hvor mange års erfaring har du med følgende? (Svaret forventes blot at være en estimering)

Arbejde som speciallæge \_\_\_\_\_  
 Udredning/behandling af børn og unge generelt? \_\_\_\_\_  
 Udredning/behandling af børn og unge med OCD? \_\_\_\_\_

### Hvor mange børn og unge vil du anslå, at du har udredt/behandlet for OCD? (Svaret forventes blot at være en estimering)

	0-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Flere end 100
I dit arbejdsliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I det seneste år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Udredning og behandling

### Når du møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret, hvilke redskaber vil du da benytte for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Jeg laver ingen udredning, da denne foreligger inden patienten kommer til mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uspecificeret forsamtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk undersøgelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøobservationer (fx observationer i skole og hjem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bredt anamnestisk interview (herunder fx tidlig udvikling, familieforhold, medicinsk historie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på generelle tjeklister (fx K-SADS, ADIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på OCD-specifikke tjeklister (fx CY-BOCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selv-/forælderreporteringsinstrumenter (fx til vurdering af generel psykopatologi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologiske tests (fx udviklingstest, funktionsvurdering, kognitive tests, intelligenstagstests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvis det vurderes (af dig, BUC eller anden instans), at en OCD-relateret problemstilling er til stede, hvad vil du da gøre?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Selv tilbyde en form for behandling/støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henvise til behandling/støtte andet sted (fx anden speciallæge, psykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvilke former for behandling /støtte vil du typisk tilbyde en ny patient med OCD?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle støttende samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familieterapi/-samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel ikke-manualiseret psykoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke-manualiseret gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentel behandling alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentel behandling i kombination med psykoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvilke tilgange bygger du primært på i udredning/behandling af børn og unge med OCD?

	Slet ikke	I lav grad	I nogen grad	I høj grad
Biologisk/medicinsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykodynamisk/mentaliseringsbaseret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv-adfærdsterapeutisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tredje bølge af kognitiv adfærdsterapi (fx ACT, MBCT, CFT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metakognitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Systemisk (fx familierterapi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narrativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen specifik tilgang (fx kombination af mange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden tilgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor stor en andel af dine patienter med OCD modtager medikamentel behandling (alene eller sammen med psykoterapi)? Angiv venligst anslået procent:**

- Ved ikke
- 0
- 10
- 20
- 30
- 40
- 50
- 60
- 70
- 80
- 90
- 100

**Hvilke præparater tilbydes typisk ved medikamentel behandling?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Sertralin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citalopram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risperidon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haloperidol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluvoxamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paroxitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoxetin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clomipramin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**I hvor høj grad deltager forældre typisk i behandlingen?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Forældrene er ikke en del af behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene er med til noget af behandlingen sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i egne behandlingselementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i alle behandlingssessioner sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i alle behandlingssessioner uden barnet (barnet deltager ikke i behandlingssessionerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor lang tid varer behandlingen typisk?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Mindre end tre måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-6 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mere end 12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tilbydes boostersessioner efter egentlig opnåelse af tilfredsstillende behandlingsresultat? (Sessioner, der fx tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes)

- Ja, altid
- Ja, i nogle tilfælde alt efter behov
- Ja, men meget sjældent
- Nej, aldrig

### Er der en systematisk monitorering af behandlingseffekten?

- Ja, altid (notér venligst hvordan) \_\_\_\_\_
- Ja, i nogle tilfælde (notér venligst hvordan) \_\_\_\_\_
- Ja, men sjældent (notér venligst hvordan) \_\_\_\_\_
- Nej, aldrig

## Patienter

### Hvilke(n) aldersgruppe(r) arbejder du med?

- Børn (0-12)
- Unge (13-19)

Alderen på den yngste patient med OCD, du har haft (0-19 år) \_\_\_\_\_

Alderen på den ældste patient med OCD, du har haft (0-19 år) \_\_\_\_\_

### Hvor svær OCD har de børn/unge, du udreder/behandler for OCD generelt? (Fra helt mild OCD med lejlighedsvis optræden af symptomer til svært invaliderende OCD, hvor symptomerne er styrende for hele ens dagligdag)

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Mild til moderat OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 10-18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderat til svær OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 19-40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvornår har dine patienter typisk haft deres første OCD-symptomer?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Under 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-15 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor ofte har dine patienter med OCD følgende andre diagnoser?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Angstlidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourettes eller Tic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme spektrumforstyrrelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen andre diagnoser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Forløb

### Hvor typisk er det, at dine patienter med OCD har været udredt eller i behandling følgende andre steder, inden de kommer til dig?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
PPR eller andet kommunalt tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk hospitalsafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden speciallæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvis ikke patienterne fortsætter hos dig, hvor henvises de så typisk til?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
PPR eller andre kommunale tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk hospitalsafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden speciallæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor lang ventetid havde du gennemsnitligt sidste år (inden udredning/behandling blev igangsat)?

0-1 måned

- 1-3 måneder
- 3-6 måneder
- 6-12 måneder
- Mere end 12 måneder

## **Oplevelse og fremtidige behov**

**Oplever du generelt, at det er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD?**

- I høj grad
- Til dels
- I lav grad
- Slet ikke

**Oplever du generelt, at børn og unge med profiterer godt af behandlingen?**

- I høj grad
- Til dels
- I lav grad
- Slet ikke

**Oplever du generelt et behov for at få styrket dine kompetencer i forhold til udredning/behandling af børn og unge med OCD?**

- I høj grad
- Til dels
- I lav grad
- Slet ikke

**Beskriv venligst, hvis du oplever, at noget kan være svært i arbejdet med børn og unge med problemstillinger, der relaterer sig til OCD:**

**Beskriv venligst, hvilken type undervisning/uddannelse, der kunne være gavnlig, hvis du oplever et behov for at opkvalificere dine kompetencer:**

**Har du nogle afsluttende kommentarer?**

Tusind tak fordi du deltog i undersøgelsen. Det er en stor hjælp for vores videre arbejde.

Med venlig hilsen  
Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center,  
Aarhus Universitetshospital Risskov

Hvis du er interesseret i at se den endelige rapport, bedes du venligst indsætte den mailadresse, rapporten skal sendes til:

---

Spørgeskema til privatpraktiserende psykologer

Velkommen til undersøgelsen!

Formålet med undersøgelsen er at få et billede af praksis og behov i forbindelse med udredning og behandling af børn og unge med OCD-relaterede problemstillinger. Dette skal bruges som baggrund for, hvilken indsats der bedst kan bidrage til at fremme udrednings- og behandlingstilbuddene i fremtiden.

Spørgeskemaet dækker følgende områder:

- Baggrund
- Udredning og behandling
- Klienter
- Forløb
- Oplevelse og fremtidige behov

På forhånd tak. Vi sætter stor pris på din besvarelse!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

**Inden vi går i gang, skal vi sikre, at det er korrekt, at du arbejder som psykolog i en privat praksis?**

- Ja, det er korrekt
- Nej, det er ikke korrekt

Du har svaret, at du ikke arbejder som psykolog i en privat praksis. Det betyder, at der må være sket en fejl. Spørgeskemaet er kun rettet mod psykologer, der arbejder i privat praksis og er derfor ikke relevant for dig.

Vi beklager forstyrrelsen og ønsker dig en fortsat god dag!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

**Tilbyder du nogen form for udredning eller behandling af børn eller unge med OCD? (I denne sammenhæng dækker OCD over enten en OCD-diagnose eller problemstillinger, hvor symptomer tyder på at være OCD-relaterede)**

- Ja, udredning og/eller behandling
- Nej, hverken udredning eller behandling

**Hvorfor tilbydes udredning og behandling af børn og unge med OCD ikke? (Vælg gerne flere svar)**

- Jeg har udelukkende voksne klienter
- Denne type udredning/behandling interesserer mig ikke
- Jeg har ikke ressourcer til at inddrage denne klientgruppe i min praksis (mit fokus er andetsteds)
- Jeg føler ikke, at jeg har de rette kompetencer til at udrede eller behandle denne klientgruppe
- Andet, beskriv: \_\_\_\_\_

Tusind tak fordi du besvarede spørgsmålene.

Da du ikke udreder eller behandler børn eller unge med OCD, er resten af undersøgelsen ikke relevant.

Vi beklager forstyrrelsen og ønsker dig en fortsat god dag!

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

## **Baggrund**

**Hvilken uddannelse har du? (Vælg gerne flere)**

- Psykolog, ikke autoriseret
- Autoriseret psykolog
- Psykolog, specialist
- Specialpsykolog
- Ph.d.
- Anden, Angiv: \_\_\_\_\_

**Hvor i landet er din praksis lokaliseret?**

- Region Nordjylland



- Region Midtjylland  
 Region Syddanmark  
 Region Sjælland  
 Region Hovedstaden

**Hvor mange års erfaring har du med følgende? (Svaret forventes blot at være en estimering)**

Arbejde som psykolog \_\_\_\_\_  
 Udredning/behandling af voksne generelt \_\_\_\_\_  
 Udredning/behandling af voksne med OCD \_\_\_\_\_  
 Udredning/behandling af børn og unge generelt \_\_\_\_\_  
 Udredning/behandling af børn og unge med OCD \_\_\_\_\_

**Hvor mange børn og unge vil du anslå, at du har udredt/behandlet for OCD? (Svaret forventes blot at være en estimering)**

	0-5	6-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	Flere end 100
I dit arbejdsliv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det seneste år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Udredning og behandling**

**Hvis du møder et barn med en problemstilling, der tyder på at være OCD-relateret, hvilke redskaber vil du da benytte for at afklare tilstedeværelsen/omfanget af problemstillingen?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Jeg laver ingen udredning, da denne foreligger inden klienten kommer til mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uspecificeret forsamtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøobservationer (fx observationer i skole og hjem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bredt anamnestisk interview (herunder fx tidlig udvikling, familieforhold, medicinsk historie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på generelle tjeklister (fx K-SADS, ADIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostisk interview baseret på OCD-specifikke tjeklister (fx CY-BOCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selv-/forælderrapporteringsinstrumenter (fx til vurdering af generel psykopatologi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologiske tests (fx udviklingstest, funktionsvurdering, kognitive tests, intelligencetests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvis det vurderes (af dig, BUC eller anden instans), at en OCD-relateret problemstilling er til stede, men ikke kræver psykiatrisk behandling på nuværende tidspunkt, hvad vil du da gøre?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Selv tilbyde en form for behandling/støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henvise til behandling/støtte andet sted (fx speciallæge eller anden psykolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvilke former for behandling/støtte vil du tilbyde en ny klient med OCD?**

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Netværksarbejde og reduktion af psykosociale belastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle støttende samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familieterapi/-samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel ikke-manualiseret psykoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuel manualiseret psykoterapi til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke-manualiseret gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling (OCD-manual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manualiseret gruppebehandling til blandede angstlidelser (fx Cool Kids, Chilled)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvilke tilgange bygger du primært på i udredning/behandling af børn og unge med OCD?**

	Slet ikke	I lav grad	I nogen grad	I høj grad
Biologisk/medicinsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykodynamisk/mentaliseringsbaseret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv-adfærdsterapeutisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tredje bølge inden for kognitiv adfærdsterapi (fx ACT, MBCT, CFT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metakognitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemisk (fx familieterapi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narrativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen specifik tilgang (fx kombination af mange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden tilgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor stor en andel af de børn og unge, du behandler for OCD, vil du anslå sideløbende får medikamentel behandling?**

*Angiv venligst anslået procent*

- Ved ikke
- 0
- 10

- 20
- 30
- 40
- 50
- 60
- 70
- 80
- 90
- 100

### I hvor høj grad deltager forældre i behandlingen?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Forældrene er ikke en del af behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i egne behandlingselementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene er med til noget af behandlingen sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i alle behandlingssessioner sammen med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældrene deltager i alle behandlingssessionerne uden barnet (barnet deltager ikke i behandlingssessionerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor lang tid varer behandlingen?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
0-3 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-6 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mere end 12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tilbydes boostersessioner efter egentlig opnåelse af tilfredsstillende behandlingsresultat? (Sessioner, der fx tilbydes tre måneder efter behandlingen kunne afsluttes)

- Ja, altid
- Ja, i nogle tilfælde
- Ja, men sjældent
- Nej, aldrig

### Er der en systematisk monitorering af behandlingseffekten?

- Ja, altid (notér venligst hvordan)\_\_\_\_\_
- Ja, i nogle tilfælde (notér venligst hvordan)\_\_\_\_\_
- Ja, men sjældent (notér venligst hvordan)\_\_\_\_\_
- Nej, aldrig

## Klienter

### Hvilke(n) aldersgruppe(r) arbejder du med?

- Børn (0-12)
- Unge (13-19)

Alderen på den yngste klient med OCD, du har haft (0-19) \_\_\_\_\_

Alderen på den ældste klient med OCD, du har haft (0-19) \_\_\_\_\_

### Hvor svær OCD har de børn/unge, du udreder/behandler for OCD generelt? (Fra helt mild OCD med lejlighedsvis optræden af symptomer til svært invaliderende OCD, hvor symptomerne er styrende for hele ens dagligdag)

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Mild til moderat OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 10-18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderat til svær OCD (fx vurderet ved CY-BOCS score = 19-40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvornår har dine klienter typisk haft deres første OCD-symptomer?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Under 10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-15 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor ofte har dine klienter med OCD følgende andre diagnoser?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
Angstlidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourettes eller Tic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme spektrumforstyrrelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoreksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen andre diagnoser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Forløb

### Hvor typisk er det, at dine klienter med OCD har været udredt eller i behandling følgende steder, inden de kommer til dig?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
PPR eller andet kommunalt tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk hospitalsafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende speciallæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvis ikke klienterne fortsætter hos dig, hvor henvises de så typisk til?

	Aldrig	Sjældent	Til tider	Ofte	Altid
PPR eller andet kommunalt tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk hospitalsafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatpraktiserende speciallæge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden privatpraktiserende psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor lang ventetid havde du gennemsnitligt sidste år (inden udredning/behandling blev igangsat)?

- 0-1 måned
- 1-3 måneder
- 3-6 måneder
- 6-12 måneder
- Mere end 12 måneder

## Oplevelse og fremtidige behov

### Oplever du generelt, at det er svært at udrede/behandle børn og unge med OCD?

- I høj grad
- Til dels
- I lav grad
- Slet ikke

### Oplever du generelt, at børn og unge med OCD profiterer godt af behandlingen?

- I høj grad
- Til dels
- I lav grad
- Slet ikke

**Oplever du generelt et behov for at få styrket dine kompetencer i forhold til udredning/behandling af børn og unge med OCD?**

- I høj grad
- Til dels
- I lav grad
- Slet ikke

**Beskriv venligst, hvis du oplever, at noget kan være svært i arbejdet med børn og unge OCD:**

**Beskriv venligst, hvilken type undervisning/uddannelse, der kunne være gavnlig, hvis du oplever et behov for at opkvalificere dine kompetencer:**

**Har du nogle afsluttende kommentarer?**

\_\_\_\_\_

Tusind tak fordi du deltog i undersøgelsen. Det er en stor hjælp for vores videre arbejde.

Med venlig hilsen

Forskningsafsnittet ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center  
Aarhus Universitetshospital Risskov

Hvis du er interesseret i at se den endelige rapport, bedes du venligst indsætte den mailadresse, rapporten skal sendes til:

\_\_\_\_\_

## Bilag 2

Tematisk oversigt over uddybende kommentarer vedrørende faktorer, der opleves som vanskelige i arbejdet med børn og unge med OCD, samt ønsker og idéer til opkvalificering inden for udredning og behandling af børn og unge med OCD. Kommentarerne er let omformuleret eller forkortet i de tilfælde hvor det har været nødvendigt for at sikre anonymitet.



## Tema 2: Komorbiditet og kombination af vanskeligheder

"Behov for målrettede kurser inden for de forskellige diagnoseområder bl.a. omkring ko-morbiditet."

"Svært ved flere forskellige problematikker ifht. barnets udfordringer"

"Behov for metoder i forhold til børn med komplekse problemstillinger eller blandingsdiagnoser."

"Det er svært når patienter har komorbid autisme"

"Det er altid vanvittigt svært ved alvorlig spiseforstyrrelse og OCD fordi de to lidelser gensidigt forværrer hinanden betydeligt og gør symptombilledet meget fastlåst."

"Vi oplever ofte, at OCD diagnoser og symptomer ses i forbindelse med udviklingsforstyrrelser, hvor der ofte er meget fokus på den primære diagnose og sekundært på OCD"

"Det er svært ved komorbiditet."

"Det er svært, at der ofte er komorbide vanskeligheder"

"Få patienter men med høj grad af ko-morbiditet, herunder ofte autisme."

"Ofte meget komplekse problemstillinger ud over OCD -oftest børn med mange diagnoser, der ikke er i målgruppe for eks Cool Kids."

"De fleste patienter har udtalt ko-morbiditet"

"Typisk tale om en kombination af vanskeligheder, hvilket gør det vanskeligt."

"Det der er svært er, at stort set alle børnene har komorbiditet ofte i form af underliggende autismspektrumforstyrrelse"

"Behov for undervisning i OCD og autisme"

"Der er behov for konkret undervisning i forhold til hensigtsmæssig tilgang til behandling af ko-morbid OCD."

"Svært ved ko-morbiditet, specielt ASF og SF, der er udfordrende i behandlingen"

"Svært ved ko-morbiditet"

"Arbejder med børn, unge eller voksne som har autisme som komorbiditet kan være udfordrende da det kan være svært sammen med klient at skelne tvangshandlinger fra de mere autistiske indsnævrede og belastende vaner, rutiner og systemer."

Børn og unge med comorbiditet kan være en svær gruppe at behandle sufficient i specialpraksisregi.

"Det er svært ved lav IQ"

"Det er svært at skelne symptomerne fra symptomerne i anoreksi."

"Der er behov for mere viden om særligt patienter med ko-morbiditet."

"De sværeste OCD patienter er dem, hvor man nok meget skal se OCD som en belastning på baggrund af andre vanskeligheder"

"I de sværeste tilfælde er der ofte autismspektrum forstyrrelser og dermed bliver det et komplekst problemfelt mellem familie, skole og barn, som det som behandler er svært at få til at spille sammen."

"De fleste har haft en autismspektrumforstyrrelse, hvilket har gjort behandlingsforløbet særdeles komplekst."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

"Det er svært ved egosyntonicitet og lavere begavelse"



### Tema 3: Barnets familie og miljø

"Kompliceres i skilsmisssager, hvor barnet har ligeligt fordelt samvær med begge forældre og dermed to forskellige hjemmemiljøer."

"Det tager lang tid og er svært belastende for familien. Det er ikke sjældent at der følger skilsmisse med, efter nogle år"

"Svært hvis forældrene modarbejder eller anser problemet kun som barnets og ser ikke deres andel/ansvar i det."

"Behov for viden om involvering af familie/pårørende i behandlingen."

"Det er svært ved kompleks psykosocial situation."

"Forældrenes overinvolvering i barnets vanskeligheder kræver tid og tæt forældresamarbejde"

"Det kan være svært, når forældrene 'modarbejder' indsatsen, ved at overbeskytte og smelte sammen med barnets følelsesmæssige reaktioner."

"Svært at arbejde mentaliseringsbaseret med forældre der præges af skyld."

"Svært at isolere OCD'en til den der har lidelsen og friholde resten af familien."

"De fleste patienter har udtalt familieproblematik."

"OCD er jo ofte ikke en individuel udfordring. Familien og netværket er en stor del af det, og det kan være svært, hvis omgivelserne ikke ønsker, at de skal bidrage til ændringerne."

"Børn og unge med svær socialbelastning og stort skolefravær kan være en svær gruppe at behandle sufficent i specialpraksisregi."

"Det er svært når en eller begge forældre er betydeligt involverede"

"Nogle har også forældre, der lider af angst og/eller OCD"

"Hvis nære relationer, fx den ene forælder, er uinteresserede i barnet/den unge."

"Oplever ind i mellem at forældrenes støtte til at den unge får trænet sine reguleringsstrategier ikke er stor nok."

"Forældrene kan være så dårligt fungerende at de har svært ved at komme til et regelmæssigt behandlingsforløb og/eller ikke formår at støtte barnet i eksponering/responshindring"

"Svært ved utilstrækkeligt omsorgsmiljø og hårde institutionsvilkår."

"Hvis forældrene selv har diagnosenære symptomer, er overbeskyttende eller afvisende overfor en forståelse af OCD relateret problemstillinger."

"Svært hvis vi kommer sent ind, hvor der er en omfattende/kompleks forældreproblematik."

"oplever ofte, at forældrene er hjælpeløse når børn har angst eller tvangshandlinger og derfor ofte får handlet uhensigtsmæssige i lang tid før der kommer en henvisning, hvilket forstærker og forværrer symptomerne. Derfor er det vigtigt at inddrage forældrene og deres erfaringer og få hjulpet barnet tidligst muligt."

"Det er svært hvis forældrene er vedligeholdende, og har svært ved at rykke sig."

"Det er svært ved svage familier, som kan have svært ved at støtte op (fx nødvendig for Cool-kids)."

"Der er ofte ikke tilstrækkelig forældrebehandling/samarbejde."

"Det er en svær problemstilling for det er både familien dvs forældre og søskende og det enkelte barn som er hårdt ramt. Det går ud over skolegang, venskaber og almindeligt familieliv."

"Det typiske problem kan være utilstrækkelig støtte eller forståelse i miljøet."

... at det ikke kun er barnet der har vanskeligheder, men at en eller begge forældre også har vanskeligheder med at regulere følelser. Det betyder at, typisk mor, får så stor følelsesmæssig smerte af at se sit barn gå igennem responshindring, at mor laver undgåelse for at undslippe de ubehagelige følelser her og nu, og dermed vedligeholder tilstanden på lang sigt."

"Svært ved belastende familieforhold."

"Svært at hjælpe familien til at tro på, at en given indsats vil være hjælpsom? Svært at arbejde med forældrenes afmagt ift. lidelsen hos deres barn."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

#### Tema 4: Manglende effekt og tilbagefald

"Det er svært når det går langt fra symptomdebut (typisk i barndommen) til at det opleves subjektivt behov for behandling (hos ældre teenagere)."

"Rigiditet kan ofte være en følgesvend, hvilket kan hæmme kreativiteten i ændringen af handlemønstret."

"Børn kan være meget ængstelige for at eksponere."

"Vi oplever ofte OCD-problematikker som vanskeligere at opnå gode resultater med ved forældrevejledning eller behandling/psykoedukation til børn og forældre. Generelt synes vi at opnå bedre resultater ift andre angstlidelser."

"Bedringen går langsomt og der ses hyppige tilbagefald"

"OCD-symptomerne er efter min erfaring sværere at få helt væk med Cool Kids fremfor de andre angstlidelser."

"Det er svært ved svær OCD, manglende behandlingseffekt for en alvorlig kronisk tilstand."

"Vanskeligheder med at udskyde tvangsprægede handlinger, samt bistå klienten i ændring af tankemønstre."

"Vi kan ikke hjælpe alle til fuldstændig symptomfrihed. Der er en del der kommer tilbage efter en symptomfri periode. Recidiv."

"OCD fremtræder som en angstform, der er sværere at arbejde kognitivt og manualbaseret med, da angsten ikke knytter sig så meget til undgåelsesadfærd."

"Dem med overvejende tvangstanker kan være sværere at behandle."

"Hvis vi arbejder kognitivt-adfærdsmæssigt i forhold til OCD, oplever vi ikke sjældent, at én tvangshandling erstattes af en anden."

"Ofte hopper ritualerne rundt i den første del af forløbet og eksponering kan nogle gange synes at have en afgrænset effekt. Først senere kommer der en mere generaliseret effekt"

"Oplever jævnligt at deres motivation for både samtaler og hjemmetræning falder, når deres OCD reduceres, men inden de er egentligt færdigbehandlede. Så glider de ind i mellem ud af behandlingen, og kommer først igen, hvis OCD-intensiteten igen stiger."

"Tvangshandlinger på tankeplan kan være svære at arbejde med og nogle klienter med mindre stærk motivation for at slippe ritualer beretter senere i forløbet om at have haft 'tankehandlinger' i de perioder hvor de har udfaset synlige ritualer."

"Elementer af OCD'en kan leve i skjul, da de kan være forbundet med særlige tankemæssige ritualer"

"Det kan variere, hvor motiveret et barn selv er for at ændre på sine adfærdsmønstre. De børn, som er trætte af deres tvangshandlinger og tvangstanker får mest ud af behandlingen. De børn, der holder fast i deres OCD og heller ikke er særlige nysgerrige på at undersøge og udfordre kan, kan være en stor udfordring for mig."

"Svært at hjælpe børn og unge og deres familie med at bevare motivation, tro og håb i forhold til bedring. Som behandler selv at holde modet oppe, når symptomerne er genstridige eller kommer igen."

"Ofte har familien/barnet haft symptomerne/angsten/OCD længe, så de er utålmodige, sårbare og bange for at det aldrig bliver bedre"

"Rigiditet og højt angstarousal og ønske om kontrol stiller store krav til terapeuten om fasthed, nænsomhed og viden."

"Svært hvis vi kommer sent ind, hvor barnets angstniveau er meget højt"

"Svært at finde den rette tilgang til et barn/ung med OCD."

"Det er tidkrævende / forandringen eller synligheden ift at se resultater tager lang tid. Vi oplever også, at OCD er en kompleks problemstilling, der kræver at man arbejder hele vejen rundt om barnet for at opnå resultater."

"Vanskeligt at komme ind til kerne i problematikken, at komme ud over symptomfokus, fordi disse ofte fylder meget for en person med OCD symptomer."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

### Tema 5: Grundig indføring specifikt i OCD og OCD-behandling

"Det er svært hvis der er behandlere, der ikke har den tilstrækkelig uddannelse/viden/indsigt i OCD problematikker."

"Kursus med henblik på specifik ny viden om OCD og behandlingsmuligheder."

"Det kunne være nyttigt at vide, hvordan man inden for psykiatrien arbejder behandlingsmæssigt i forhold til OCD, hvad der vurderes at hjælpe - også på lang sigt."

"Mere specifik viden om OCD diagnosen og meningsfulde behandlingsformer og tilgange."

"Både undervisning i selve forståelsen af OCD og undervisning i udredning og målrettet behandling"

"At blive klogere på OCD symptomer og hvordan behandlingen heraf afviger fra behandlingen af andre angstlidelser."

"Behov for mere viden om OCD og angst, samt forskellige behandlingsmetoder, der specifikt kan anvendes i forhold til OCD"

"Behov for større grad af fordybelse end mange af uddannelserne tilbyder i dag."

"Behov for uddannelse i OCD."

"Der er behov for noget specifikt ift ocd, fremfor f.eks. Cool Kids."

"Svært at vide hvilke veje, der giver mest mening af gå, når OCD bliver massiv."

"Behov for viden om behandlingsmuligheder"

"Kurser omhandlende behandling af OCD"

"Psykiatridiagnosen er sjældent den vi behandler men vi har stort behov for viden om, hvad diagnosen gør."

"Gavnligt med en grundig indføring i OCD og hvordan man behandlingsmæssigt griber det an"

"Kurser specifikt i behandling af OCD hos børn"

"Behov for kursus i behandlingsmetoder der kan bruges til OCD."

"Mere viden om behandlingen er klart at foretrække og en forudsætning for at vi kan støtte familien i primærsektoren."

"Undervisningen i en bredere mere dybde psykologisk forståelse af årsager og lidelse."

"Både udredning og behandling af OCD kan være svært"

"De bedst egnede behandlingsmetoder i forhold til arbejdet med børn og unge med angst"

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;  
■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

### Tema 6: Psykoedukation og viderehenvisningsmuligheder

"Behov for mere kvalificeret viden om, hvordan man bedst rådgiver skoler (fx lærere og pædagoger) om håndtering af børns OCD!"

"Vi har ikke behov for opkvalificerende tilbud, men viden om relevante og eksisterende tilbud."

"Behov for uddybet viden om psyko-educationsmuligheder."

"Det kunne måske hjælpe, hvis der gives psyko-educations og sygdomslære allerede i børnehaver og skoler som en helt almindelig indsats på lige vægt med at fortælle om sund ernæring og tandhygiejne"

"Ville gerne være bedre til screening og kende mere til specialiserede tilbud jeg kunne viderehenvise til."

"Vi har behov for at blive klædt på ift. hvilke behandlingsmuligheder der findes inden for psykiatrien."

"Behov for viden til brug ved konkret rådgivning af fagpersonale i forhold til, hvordan de støtter børn med OCD bedst."

"Behov for viden om screening og henvisningsmuligheder."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;  
■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

## Tema 7: Terapeutisk efteruddannelse

"Behov for flere behandlere med KAT-uddannelse"

"Specifikke redskaber til ændring af børns/unges sikkerheds og undgåelsens strategier"

"Behov for KAT uddannelse til tværfagligt personale"

"Jeg savner tilbud fra Psykologforeningen, hvor de tager initiativer til at gøre os privat praktiserende dygtigere."

"Et kort boost i forhold til virksomme teknikker og metode"

"Kognitiv adfærdsterapi til behandling af svær grad af OCD"

"Behov for opkvalificering i terapeutiske teknikker/tilgange"

"Behov for, at alle psykologer havde efteruddannelse i kognitiv terapi"

"Der er behov for opkvalificering i kognitiv adfærdsterapi"

"Størst behov for efteruddannelse i behandling"

"Der er behov for at bygge op på min grunduddannelse i KAT, det kunne være gavnligt, at lægeforening og Sundhedsstyrelsen arrangerede eller lagde op til obligatoriske kurser og efteruddannelser hver år, som man f.eks. gør i Tyskland"

"Der er behov for dygtiggøre sig indenfor og vedligeholde terapeutiske kundskaber, bygge nye metoder ovenpå"

"Al efteruddannelse i KAT-relaterede behandlingsmetoder ved OCD"

"Behov for terapeutiske uddannelser"

"Har en del efteruddannelse, men når stadig behov for og 'uddannelses -boosters'."

"Det er svært at forståelsen af OCD er forsimplet, overfladisk og manualiseret hos fagpersoner og samarbejdspartnere."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

## Tema 8: Manualbaseret behandling

"Gerne noget manualiseret ala Cool Kids, men rettet mere direkte mod tvang"

"Ved udskiftning af personale har vi brug for mere fokus og erfaring indenfor manualiserede behandlingsprogrammer for OCD"

"I PPR skal det være let tilgængelige gruppeforløb ala Cool Kids, der vil gøre det muligt at lave mere OCD behandling."

"Det blev på kurset netop beskrevet, hvor svært det er at skabe en forandring omkring OCD-vanskeligheder, også i et Cool Kids forløb. Så måske skal man ift. OCD-problematikker tænke i yderligere specifikke opkvalificeringsmuligheder?"

"Behov for Manualbaseret OCD behandling."

"Behov for Cool kids"

"Ikke manualiserede tilgange."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

## Tema 9: Forskellige tilgange til behandling

"Jeg vil gerne uddannes yderligere i narrativ familierapi"

"Andre tilgange (end KAT) til behandling, kunne være spændende."

"Jo yngre aldersgruppe jo bedre med praksis regulerende tiltag. Har stor succes med bla kunstterapi"

"Det er svært med børn, som har en forsinket følelsesmæssig udvikling, da nogle af dem kan have gode kognitive evner, men ikke kan følge med følelsesmæssigt. ... derfor benytter jeg ofte kreative behandlingsformer fx Sandplay eller tegnerapi ..samt meditation eller andre kropsovelser for at få nervesystemet nedreguleret."

"OCD som et forsvar mod angst (og/eller depression), som er særdeles tilgængeligt med psykodynamisk terapi."

"Viden om tilrettelæggelse af miljø, familierapeutiske tilgange / rådgivningsforløb."

"EMDR er en god behandling til OCD"

"Mere kontekstuelle tilgange"

"Et par fra Norge til fortalte om deres behandling af voksne med OCD, som de kunne kurere i løbet af kort tid."

"Metakognitiv terapi med børn, i grupper især"

"En tilgang som kombinere det biomedicinske, psykiatriske og psykosociale og således medregner alle aspekter af problematikken - samt forholdene blandt de børn og i de familier, den rammer."

"Familiesamtaler er ofte relevante"

"Der er til dels behov for opkvalificering inden for Mindfulness"

"Jeg ser OCD som en angstlidelse og arbejder med stressnedsættende og traumeføreløsende behandlingsmetoder - med godt resultat."

"Symptomtilgangen i kognitiv terapi er efter min mening slet ikke er tilstrækkelig."

"Bruger også delelementer fra Schematerapi samt eksternalisering af Amygdala-funktionen - og refererer ofte til filmen "inders inde", hvor børnene lærer at forholde sig til de forskellige positioner inden hovedet, og hvordan de hver især skal tackles"

"Kort-tidsterapeutisk behandlingsforløb til de mildere"

"Jeg bruger en kropsterapeutisk tilgang med gode resultater, hvor der er fokus på ned i tempo, ned i kroppen og ned i det konkrete"

"Der går meget tabt, hvis der bruges for mange skemaer og andet i stedet for at være til stede sammen med barnet/ den unge/ forældrene og lytte sig ind på og bruge den kliniske erfaring til at vurdere dynamikken og det som skal til, for at facilitere en bedring. Det oplever jeg meget virksomt."

"Der er for mange som ser isoleret på symptomerne og laver fejlagtig korte behandlingsforløb med børn og unge som har alvorlige emotionelle og sociale forstyrrelser"

"EMDR, der har en OCD protokol, det er effektiv"

"Yderligere uddannelse indenfor metakognitiv terapi"

"Den type klienter med OCD er ofte mennesker som også har været ude for traumatiske hændelser eller udviklingstraumer. Her sker der ofte en væsentlig bedring når traumet er bearbejdet og stressniveauet i kroppen reduceret."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;  
■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

"Behov for ikke sygdomsfixerede tilgange"

## Tema 10: Supervision, sparring og opdatering på forskning

"Der er behov for supervision."

"Forskningsbaseret viden om hvad der virker"

"Mulighed for en tættere tilknytning / adgang til supervision fra BUC."

"Mere evidensbaseret behandlingsviden"

"Der er behov for deling af ideer til nye måder at tænke indsats på."

"Der er behov for supervision."

"Der er behov for supervision og sparring"

"Der er behov for opdatering på forskningsresultater vedrørende behandlingseffekt."

svært at vide om vi gør det rigtige, fordi der oftest er meget små fremskridt - men efter vi har haft et godt møde med BUC, er vi klar på retningen :-)

"Behov for dialog med andre som yder behandling indenfor området."

"Behov for supervision fra erfarne behandlere på feltet."

"Der er behov for supervision"

"Har meget efteruddannelse, men det er stadig vigtigt med supervision. Både gruppesupervision og "sags-supervision". Ville ikke kunne have denne patientgruppe uden efteruddannelse og jævnlig supervision."

"Det jeg får mest ud af er når andre fagfolk anbefaler litteratur, for jeg kan godt selv tilegne mig viden. Så en stor hjælp i arbejdet ville være en portal hvor der lægges referencer ud."

"Update på nyeste viden osv. Det er svært som privatpraktiserende at holde sig ajour på det hele.."

"Den nyeste viden og forskning på området."

"Sidste nyt indenfor udredning og behandlingsplaner (opdatere min viden)"

"Specifik ny viden om OCD og behandlingsmuligheder"

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

## Tema 11: Strukturelle udfordringer hos kommunale tilbud

"Vi opsøger generelt ikke specialviden, da vi skal vide lidt om meget og kunne henvise til relevante tilbud."

"Ikke mulighed for rene gruppe pga. befolkningstal"

"Vi har så forholdsvis få med OCD problematikker, at der kan være økonomiske firhindringer ifht opkvalificeringsmuligheder"

"Ambition om, at alle psykologer var i stand til at arbejde på generalist niveau, hvormed det som medarbejder har været vanskeligt at argumentere for videreuddannelse til specialist inde for området."

"Der er behov for mere speciale indenfor området"

"Indenfor rammen af vores 10 sessioner kan det være svært at få taget hånd om"

"Ikke mulighed for rene gruppe pga. befolkningstal"

"Det er kommunens ambition, at alle psykologer har viden om området på generalist niveau. Det kunne være ambitionsniveauet at nogle medarbejdere fik uddannelse på specialist niveau, både teoretisk og behandlingsmæssigt, omkring angst og ocd."

"Den største udfordring er, at det ikke er en problemstilling som fylder meget i forhold til PPR's indsatser."

"Det der gør det svært er ressourcer."

"Tidsmæssige udfordringer"

"Vi har for få penge til efteruddannelse/opkvalificering vi har i PPR ikke tid til lange behandlingsforløb."

"Så lille en andel af børn/unge med ocd-relaterede problemstillinger, gør at det opleves vanskeligt at behandlerne opnår erfaring til specialist niveau med behandling af målgruppen."

"Vi er et system der er knyttet meget op på netværksbaseret arbejdsformer, hvor OCD kan være svær at arbejde med når det bliver mere intrapsykisk symptomatologi. Det interpersonelle, sociale, skolemæssige etc. er vi mere vant til / rustet til."

"Det er en af de diagnoser/problemstillinger, som ofte får lav prioritering i kommunen medmindre den bliver så indgribende, at barnet får svært ved at gå i skole (ganske få tilfælde)."

"Vi er et system der er knyttet meget op på netværksbaseret arbejdsformer, hvor OCD kan være svær at arbejde med når det bliver mere intrapsykisk symptomatologi. Det interpersonelle, sociale, skolemæssige etc. er vi mere vant til / rustet til."

"Det bliver nedprioriteret da det er en forholdsvis lille gruppe set i forhold til hvad vi iøvrigt møder."

"Vi har så forholdsvis få med OCD problematikker, at der kan være økonomiske firhindringer."

"Det er kommunens ambition, at alle psykologer har viden om området på generalist niveau. Det kunne være ambitionsniveauet at nogle medarbejdere fik uddannelse på specialist niveau, både teoretisk og behandlingsmæssigt, omkring angst og ocd."

"Vi er et system der er knyttet meget op på netværksbaseret arbejdsformer, hvor OCD kan være svær at arbejde med når det bliver mere intrapsykisk symptomatologi. Det interpersonelle, sociale, skolemæssige etc. er vi mere vant til / rustet til."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

## Tema 12: Strukturelle udfordringer hos privatpraktiserende psykologer

"Det har været vanskeligt at få familierne til at følge behandlingen til dørs på grund af økonomi."

"Som privatpraktiserende har man ingen adgang til børnehaver og skoler, hvor en vigtig del af behandlingen kan finde sted"

"At forløbene ofte tager lang tid og både forældre og evt. betalende forsikringer er meget utålmodige."

"Som privatpraktiserende kan det være svært af økonomiske og logistiske grunde, at stille op til at få inddraget forældrene, og at ha barnet i tilstrækkelig tid, til at OCD-symptomerne kan klarlægges."

"Det er begrænset hvad jeg kan tilbyde af netværksarbejde"

"...k betaler selv. Så økonomien ifht. hvad der skal til, kan være et problem for nogle."

"Svært med tilstrækkelig opfølgning under nuværende henvisningskriterier"

"Der er ikke noget samarbejde med andre (offentlige) instanser og evt. samarbejdspartner i.f.t. forældre"

"Et langt nok behandlingsforløb er svært at opnå, eftersom forældre selv skal betale for behandlingen hos mig"

"At der skal bruges tid til at oprette relation/tillid"

"At der ikke bliver givet betaling for netværksarbejde omkring barnet og at det gør det svært at bruge meget tid på den del, som jeg tænker også er vigtig"

"Jeg har som privatpraktiserende ikke mulighed for at intensivere og arbejde så praktisk anviser de som jeg gerne ville."

"Som regel gør det en stor positiv forskel hvis der sættes ressourcer af til at inddrage og give psyko-eduktion i skolen og i familien"

"Som privatpraktiserende er det vanskeligt at samarbejde med fx skole daginstitution."

"Forældrenes økonomiske begrænsende muligheder for forløb med kombinerede sessioner med barnet og familien. At rådgivning/psyko-udvikling til skole mm. ofte overlades til forældrene"

Som privatpraktiserende kan den manglende kontakt til psykiater/PPR/skolevæsen være en udfordring, hvis man har børneklinter, hvor der samtidig arbejdes der. Det ville være nyttigt med fælles møder og kontakt til den medicinerende psykiater, men hvem skulle betale?"

"Svært at være ene praktiserende fremfor et team som ville kunne gribe vanskelighederne an på mere differentieret måde"

"Jeg har ikke overenskomst med sygesikringen og der med begrænset antal timer, hvis børnene kommer via forældrenes forsikringer."

"Rammerne i privat praksis kan gøre det svært med en samlet indsats omkring barnet. Forældrene skal selv betale, hvis der skal bruges tid på samarbejde med skole, indhente oplysninger, lave tests mv."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;  
■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater; ■ = Privatpraktiserende psykologer



### Tema 13: Behov for bedre samarbejde eller nye tilbud

"Det er svært, at der er så mange samarbejdspartnere."

"Det er svært, at vi ikke har så mange af den type patienter, men dem vi har, er svære med megen komorbiditet"

"Vi har derfor ofte behov for et tæt samarbejde med psykiatrien, der ofte her står for selve behandlingen. Vi har således behov for at blive klædt på ift. hvilke behandlingsmuligheder der findes inden for psykiatrien, og vi har behov for viden om hvordan, vi får mulighed for at samarbejde tæt om det enkelte barn/ung."

"Der er behov for et offentligt, let tilgængeligt tilbud om psykologhjælp til børn og unge

"Der er en svært når der er et vaskeligt skolesamarbejde."

"Samarbejdet mellem skole-forældre-PPR-kommune-psykiatri og barnets terapeut er en mangelvare i dag og burde have mere fokus."

"Det hårdeste er nok at der er så få der tilbyder specialiseret OCD-behandling, og derfor er der mange der går rundt enten uden behandling eller med nonspecifik behandling, der ikke hjælper."

"Der er en del komplekse sager idet sygehuset afslutter dem typisk uden eller med meget lidt behandling og kommunerne er ikke gearede til behandling."

"Et tæt samarbejde med BUC om et behandlingsforløb hvor det relationære ville være i fokus og ikke barnets adfærd, ville styrke arbejdet."

"Det er svært at de børn vi modtager ofte har et særdeles lavt funktionsniveau, oftest med skolevægring."

"Jeg synes generelt, at rammerne er den største begrænsning."

"Det svære er helt klart hvis der er en kommunal indsats indover, som laver kontraindicerende behandling."

"Det er dyrt at sende medarbejdere på uddannelse. Ofte kan samarbejdet mellem psykiatrien og kommunalregi være en løsning. Men de år det tager at vende og hjælpe er svært belastende for familien."

"Det der er svært er mulighed for udgående funktion, familierarbejde og styrket samarbejde med primærsektoren."

"Det er svært at få støtte fra skole/PPR og kommune."

"PPR vil ofte kun være konsultative i skoleregii ikke udrede/teste. Gennem de sidste år er det blevet markant sværere at få skole, PPR og sagsbehandler til at komme til netværksmøde. Det kommunale behandlingstilbud synes forringet."

"Oplever et boom af OCD (og angst) – er det de øvrige behandlingstilbud kommunalt/psykolog, der er blevet mindre?"

"Jeg oplever, at det kan være svært at følge om vi gør det rigtige, fordi der oftest er meget små fremskridt - men efter vi har haft et godt møde med BUC, er vi klar på retningen."

"Man kunne godt udvide målgruppen nedad for angstbehandling i sygesikringsoverenskomsten, i dag er den 18-38 år, især for teenagere som ofte henvender sig med angst."

"Der burde være en henvisningsmulighed i praksisoverenskomsten for børn og unge med angst, så det ikke kun er dem, som har forældre med sundhedsforsikring, der kan få hjælp."

"Som privatpraktiserende kan den manglende kontakt til psykiater/ppr/skolevæsen være en udfordring, hvis man har børneklienter, hvor der samtidig arbejdes der. Det ville være nyttigt med fælles møder. - men hvem skulle betale?"

"Det er svært med mange samarbejdspartnere

"Jeg så gerne at der var et kvalificeret offentligt, let tilgængeligt tilbud om psykologhjælp til børn og unge med OCD. Jeg oplever at børn og unge har været hos andre psykoterapeuter eller psykologer, der ikke har vidst nok om OCD, så der ikke er foretaget ordentlig udredning og den hidtidige behandling har været uden tilstrækkelig effekt. Fx tilrettelæggelse af et skoletilbud"

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;  
■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer

#### Tema 14: Former for undervisning og uddannelse

"Jeg er generelt glad for at videreuddanne mig og vil gerne dykke meget mere ned i problematikkerne om angst og OCD (i stedet for et to-dags kursus om angst OG depression)."

"Undervisning og demonstration"

"Gerne konkrete og håndgribelige metoder, som peger i retning af mulige øvelser, greb, behandlingshierakier osv."

"En mere målrettet uddannelse ift OCD-problematikker frem for temadage."

"Det må gerne være meget hands-on"

"Et praktisk kursus/aktionslæringsforløb"

"Kurser og foredrag."

"Behov for Undervisning og workshops"

"Der findes bestemt undervisning og uddannelse, men budgettet er ikke til de store uddannelser. Så gode småkurser hvor der bliver arbejdet effektivt med at putte masser af god viden ind kombineret med praktisk erfaring, det ville være skønt."

"Ud fra en pragmatisk praksis-orienteret tilgang"

"Kortere kurser, som beskriver problemkomplekset og erfaringsbaserede tilgange."

"Større grad af fordybelse end mange af uddannelserne tilbyder i dag."

"Vi vil meget gerne have mere viden og undervisning for alle faggrupper i dette emne."

■ = Hospitalsbaseret børne- og ungdomspsykiatri; ■ = Kommunale tilbud;

■ = Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere; ■ = Privatpraktiserende psykologer