

## **Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskabs høringsvar på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering**

### Indledning:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab er glad for Sundhedsstrukturkommissionens fokus på sidestilling af psykiske og somatiske lidelser og bifalder indsatser mhp. at fremme denne ligestilling. Vores vurdering er dog, at der er en række forudsætninger, der skal være opfyldt før det er realistisk, at en organisatorisk sammenlægning vil bibringe en sådan ligestilling.

En ny strukturreform skal sikre fremtidens sundhedsvæsen, som skal betjenes af de mennesker, der er børn og unge i dag. Ca. 15% af de unge opnår ikke 9.klasses eksamen, og for de fleste skyldes dette psykisk sygdom, som ikke er tilfredsstillende behandlet og en neurodiversitet, som giver øget sårbarhed for psykisk sygdom, når der ikke tages de rette hensyn.

Da børn og unge med psykisk sygdom og psykiske handikap i høj grad er afhængige af et forpligtende samarbejde mellem kommune og region, vil vi anbefale, at man fra politisk hold adresserer denne problemstilling før noget andet. Det vil være en nødvendig prioritering, hvis vi på sigt skal sikre nok kapacitet til sundhedsvæsenet.

I lyset af ovenstående er det derfor nedenstående fokuspunkter, der ud fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs forståelse er de vigtigste at adressere ind i en Sundhedsstrukturreform.

De vigtigste fokuspunkter skal være:

1. Ikke-medicinsk behandling skal sidestilles med medicinsk behandling af psykisk sygdom.
2. Der skal etableres en socialpsykiatri for børn og unge.
3. Et fælles sundhedsvæsen for psykiatri og somatik, når de rette forudsætninger er til stede.

Uddybning af de tre fokuspunkter:

1. Ikke-medicinsk behandling (fx terapi, familieindsatser, specialpædagogik, etc.) skal sidestilles med medicinsk behandling af psykisk sygdom.

I rapportens kapitel 1, side 9 beskrives en afgrænsning af kommissionens fokusområde:

*" Sundhedsstrukturkommissionen har på baggrund af kommissoriet beskæftiget sig bredt med sundhedsvæsenet og de nærliggende områder. Udgangspunkt for kommissionens arbejde har været, at sundhedsområdet dækker over de indsatser, der fremgår i sundhedsloven. Dog vurderer kommissionen, at **en række indsatser efter serviceloven i praksis og fra et borgerperspektiv er tæt forbundne med indsatser efter sundhedsloven og derfor kan betragtes som nærtliggende områder til sundhedsområdet.** Kommissionen har betragtet de områder, som **almindeligvis omtales det kommunale "ældreområde" og dele af "socialområdet", der fx vedrører sociale indsatser til borgere med psykisk lidelse, som nærtliggende og derfor omfattet af genstandsfeltet for kommissionens arbejde**".*

Vi bifalder denne beskrivelse; at der for den enkelte borger eller familie, er en lang række indsatser, som ydes under helt andre lovgivninger end Sundhedsloven, men som af den enkelte opfattes (og bør opfattes) som sundhedsydelser, da ydelsen har til hensigt at forbedre den enkeltes sundhedstilstand.

Det er derfor vigtigt for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab at påpege, at så længe der ikke er en overordnet lovgivning, der koordinerer den helt nødvendige ikke-medicinske behandling, der pågår under Barnets Lov, Serviceloven, Folkeskoleloven og Sundhedsloven, vil det ikke være muligt at tilbyde børn og unge under 18 år med psykisk sygdom/neurodiversitet en tværsektoriel koordineret og sammenhængende behandling af god faglig standard, samt sikre den nødvendige forebyggelse af psykiske sygdomme.

Der savnes således forslag til konkrete tiltag i afrapporteringen fra Sundhedsstrukturkommissionen, der kan løse de tværsektorielle udfordringer, som skyldes, at den ikke-medicinske behandling er underlagt forskellige lovkomplekser, såsom Barnets Lov, Serviceloven og Folkeskoleloven, udover Sundhedsloven.

Vi foreslår en helt konkret løsning: at det bliver muligt at ydelser, der skal ydes under en anden lov end Sundhedsloven, er at opfatte som en sundhedsfaglig ydelse, såfremt det er anbefalet (ordineret) af en sundhedsfaglig person med begrundelse i forbedring af personens sundhedstilstand. Dette vil være en ligestilling med somatikken, hvor patienter allerede nu kan henvises til behandling i kommunalt regi og den primære sektor, fx til fysioterapi og genoptræning.

Case:

*Hvis et barn vælter på cykel og pådrager sig en hjerneskade med efterfølgende funktionstab, vil forventning om genoptræning på sygehus og i kommunalt regi være selvfølgelig, mens et barn med autisme, der vælter psykisk i skolen og udvikler invaliderende angst og depression, med funktionstab til følge, ikke har nogen selvfølgelig adgang til relevant indsats eller genoptræning på tværs af sektorer. Funktionstab på baggrund af svær psykisk sygdom kan være lige så invaliderende som funktionstab på baggrund*

*af somatisk sygdom, men der er ikke lige adgang til behandling og genoptræning for de to patientgrupper.*

En sundhedsfaglig anbefaling skal således udløse en sundhedsfaglig ydelse, selvom den bliver leveret og er beskrevet f.eks. under Barnets lov, Serviceloven eller Folkeskoleloven. Det er nødvendigt, hvis vi ønsker reel ligestilling for patienter med psykisk sygdom i forhold til den måde, der gives sundhedsydelser for somatiske lidelser.

**Hvis Sundhedsministeriet derfor på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens rapport fremsætter lovforslag, som omfatter overdragelse af dele af nuværende Servicelovs bestemmelser (Ældreområdet) til varetagelse i ny fælles myndighed, anbefaler vi, at der i dette lovforslag indgår, at det nye myndighedssundhedsområde også omfatter bestemte støtteforanstaltninger efter Barnets Lov, Service- og Folkeskolelov, med mere.**

## 2. Der skal etableres en socialpsykiatri for børn og unge.

Vi sætter pris på kommissionens fokus på den manglende socialpsykiatri for børn og unge. I dag er der hverken for voksne eller for børn og unge en veletableret beskrivelse af, hvilke opgaver socialpsykiatrien skal påtage sig, hvem der leverer den eller hvor ansvaret ligger. Det gælder især for børn og unge med psykiske lidelser/udviklingsforstyrrelser. På hovedrapportens side 310 nederst står der:

*"Samarbejdet mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri er en særlig udfordring. Det gælder både for voksne og børn med psykiske lidelser".*

Men på side 250 i Boks 12.5 under pkt. 2 står der:

*"Det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet".*

Her ønsker vi at understrege at dette skal omfatte alle mennesker med psykiske lidelser uanset alder, også børn og unge.

- Børn og unge på døgninstitutioner eller opholdssteder skal have samme adgang til fasttilknyttede læger.
- De nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien skal også omfatte de foranstaltninger, som børn og unge omfattes af efter både Barnets Lov, Service- og Folkeskoleloven.
- De tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet skal eksplicit og konkret også forholde sig til udfordringerne indenfor børne- og ungdomspsykiatrien og denne patientgruppe.

Vedr. tovholderfunktionen på side 254 anbefaler kommissionen etablering af en "tovholderfunktion" for beboere på botilbud. En tilsvarende ordning skal også etableres for de børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet i plejefamilier, på døgninstitutioner eller opholdssteder. Vi fremhæver disse punkter, fordi vi er bekymrede for, at man ikke indtænker børn og unge som en særlig patientkategori.

Vi mener, at man som samfund bør have en lige så stor ambition om, at mennesker med psykisk sygdom skal og kan blive raske eller opnå bedst mulig funktionsevne, som man har for mennesker med somatiske sygdom eller handicap. Vi mener derfor, at der bør være behandlingsinstitutioner, der har speciallæger tilknyttet og drives med den ambition, at børn og unge kommer i trivsel. Der er i dag et alt for lavt specialiseringsniveau for både støtte og behandling af børn og unge, der bor på bosteder.

Case:

*En ung pige med mangeårig spiseforstyrrelse har udviklet selvskaede, psykotiske symptomer og tilbagevendende selvmordsforsøg og anbringes på et "bosted" mhp. behandling af sine psykiske sygdomme. Stedet er en kommunal institution, og der er ikke fast tilknyttet psykiatrisk speciallæge til at styre den overordnede behandling af pigen. I stedet varetages den psykiatriske behandling ambulant af fagpersoner, der har sparsom kontakt til patienten. Denne pige burde modtage intensiv behandling på en døgnbehandlingsinstitution med personale med de rette ungdomspsykiatriske kompetencer i fast samarbejde med den regionale psykiatri.*

Alle former for familieindsatser hører under Barnets lov eller sociallovgivningen og er dermed ikke rettet mod at kompensere for psykiske lidelser. Der mangler et familieperspektiv, der gør det muligt at ordinere socialpsykiatriske sundhedsydelse målrettet hele familien.

Case:

*Et forældrepar med egne vanskeligheder, som har børn med ADHD, har svært ved at skabe den nødvendige struktur og rammer for børnene, hvorfor børnene udvikler skolevægring, angstlidelse og adfærdsforstyrrelser. Den rette hjælp i disse tilfælde vil være en familiebaseret indsats målrettet hele familien, og i særlig grad forældrene, for at sikre, at de trods egne vanskeligheder, kan støtte børnenes helbredelse og sunde udvikling. Der er i dag hverken mulighed for at ordinere eller koordinere en sådan indsats.*

3. Et fælles sundhedsvæsen for psykiatri og somatik, når de rette forudsætninger er til stede.

Sundhedskommissionen ønsker at udvide vores primærsektor, og vi har et håb om, at den kan blive lige så god til at tage sig af mental sundhed og sygdom, som den er til at tage sig af somatisk sundhed og sygdom.

I dag klarer primærsektoren mere end 90% af al somatisk sygdom, og kun få procent kommer ind i sekundærsektoren. Ambitionen må være, at der er en primær sektor, der kan tage sig af majoriteten af alle henvendelser både for psykiatri og somatik. Det Let Tilgængelige kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel er kun et første skridt på vejen. Men det er endnu ikke hverken implementeret eller evalueret. Alt for mange psykiske lidelser når stadig at blive til svær psykisk sygdom, fordi der ikke er en primær sektor, der griber problemerne, mens de er små.

I kapitel 12 fremhæver kommissionen at *indsatsen i kommunerne for mennesker med psykiske lidelser typisk forankret et andet sted end sundheds og ældreindsatsen og involverer ofte flere forvaltninger, afhængigt af den enkeltes alder og livssituation* og: *at manglende sammenhæng mellem indsatsen i kommuner, regioner og praksis- sektoren,... i dag er en af de væsentligste udfordringer.*

Hvilket vi i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab er enige i! Men trods denne konklusion, er konkrete forslag til at løse denne udfordring ikke medtaget i kommissionens afrapportering ift. psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Dette til trods for som påpeget i Boks 12.2 af kommissionen, at der er sket en stigning på 87% i antallet henvendelser til børne- og ungdomspsykiatrien fra 2009 til 2022. De beskriver også det arbejde, der foregår med 10-årsplanen for psykiatrien.

Kommissionens analyse, s 252:

*Sundhedsstrukturkommissionen vurderer på den ene side, at den nuværende adskilte ledelses og organisationsstruktur kan give psykiatrien mulighed for at udvikle eget speciale og faglighed. En selvstændig ledelse kan give mulighed for at have **særskilt fokus på egne faglige miljøer og fastholde og udbygge en nødvendig specialisering på psykiatriområdet** i forhold til målgruppens behov og forudsætninger.*

*En selvstændig psykiatri kan derudover potentielt i højere grad fastholde og tiltrække ressourcer ved ikke at skulle konkurrere herom med andre sygehusområder. På den anden side vurderer kommissionen, at opdelingen medfører øget risiko for silotænkning, der kan gøre det vanskeligere at samarbejde om den konkrete behandling, hvor der ofte vil være behov for både en somatisk og en psykiatrisk indsats.*

Vi er enige i kommissionens analyse omkring fordelene ved den nuværende adskilte struktur, og vi mener, at en sammenlægning med somatikken først bør ske, når psykiatriplanen er implementeret, så der er opbygget de nødvendige faglige miljøer og specialisering, og en sammenhængende sundhedsfaglig indsats for børn og unge med psykisk sygdom med en sammenhængende koordineret indsats – herunder en socialpsykiatri for børn og unge og lovgivning ift. velfungerende ikke-medicinsk behandling.

**Vi ønsker derfor at understrege, at den silotænkning indenfor sundhedsvæsenet man ønsker at adressere, på nuværende tidspunkt er et mindre problem for børne- og ungdomspsykiatrien, end den silotænkning vi oplever mellem kommuner og regioner. Da vores patienter på afgørende punkter er afhængige af et forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner, skal denne problemstilling adresseres først. På sigt vil en fuld**

**integration af den psykiatriske og somatiske organisering være en visionær videreudvikling imellem mere ligestillede partnere.**

#### 4. Øvrige kommentarer:

Ovenstående er Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs vigtigste budskaber. Nedenfor beskrives en række andre punkter med relevans for børne- og ungdomspsykiatrien.

##### A. Vedrørende anbefaling 1: ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Ang. samarbejde mellem praktiserende læger og kommunerne:

Ift. tilbagehenvisninger side 256:

*Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har i 2020 foretaget en rundspørge blandt deres medlemmer, der viser, at op i mod 90 procent af de alment praktiserende læger jævnligt oplever problemer med tilbage- henvisninger i psykiatrien. Problemet gælder særligt for børne- og ungdomspsykiatrien. Tilbagehenvisninger kan være med til at skabe usikkerhed og tvivl hos den enkelte om det videre behandlingsforløb og risiko for forværring af tilstanden, hvis den almenmedicinske læge ikke har alternative muligheder for at tilbyde relevant udredning og behandling.*

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab erkender denne problemstilling og er meget glade for, at Sundhedsministeriet er lykkedes med at lovgive om et let tilgængeligt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge, som praktiserende læger kan henvise til.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab ser frem til det samarbejde, der skal ske ift. dette behandlingstilbud og vil også gerne være med til at formulere opgavebeskrivelse for almen praksis, så almen praksis også kan håndtere en større del af de psykiske problemstillinger tidligt i samarbejde med kommunerne som primær sektor.

Men der vil stadig være en risiko for usikkerhed og tvivl, idet der ikke er en fælles kommunikationsplatform imellem de tværsektorielle siloer. De manglende muligheder for at kommunikere digitalt mellem kommuner, praktiserende læger og hospitalssektor - og med familierne gælder både ret til gensidig orientering og henvisning.

Vi anbefaler derfor større åbenhed, f.eks. en fælles journal, som "ejes" af patienten og dennes familie. Borgere skal have ret til journalindsigt i kommuner, som der er det i regioner.

##### B. Vedrørende anbefaling 2 om ny organisering af digitalisering og data.

Dette er vigtig nationalt ift. fx behandling, forskning, brug af PRO data og databaser. Det vil være vigtigt, at der i et sådant arbejde tænkes tværsektorielt, så data ikke bliver forsimplet eller mangelfulde fx for patienter, hvor behandling foregår både i primære og sekundære regi. Her er børne- og ungdomspsykiatrien særligt udsat, da kommunernes brug af og tilgang til data er helt anderledes end Regionernes. Vi ser gerne et krav om fælles dataindsamling tværsektorielt.

Et aktuelt og presserende eksempel på problemer med digitalisering for børne- og ungdomspsykiatrien er implementeringen af ICD 11, der aktuelt er stoppet, fordi det "kun" er psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, der efterspørger dette ud fra vigtige faglige begrundelser. Men når økonomi og samarbejde om digitalisering mellem statslige og regionale instanser ikke kan lykkes, står det i vejen for faglig udvikling, diagnosticering og behandling af vores patienter.

#### C. Vedrørende hjælpemidler og patientrettet forebyggelse – side 304.

Her kunne vi ønske, at kommissionen havde været eksplicit og understreget, at disse også bør omfatte tilbud til børn og unge med psykiske lidelser og neurodiversitet. Vi oplever desværre tit at disse muligheder ikke anses at omfatte f.eks. tilbud til børn og unge med varige funktionsnedsættelse p.gr.a. f.eks. ADHD og/eller autismespektrumsforstyrrelser. Endnu et eksempel på ulighed mellem psykiatri og somatik.

#### D. Vedrørende patientrettigheder.

I kapitel 13 står der: *Sundhedsstrukturkommissionen er samtidig opmærksom på, at patientrettigheder også kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionen har bl.a. peget på, at patientrettigheder kan vanskeliggøre mulighederne for at foretage faglige skøn og prioriteringer i sundhedsvæsenet. Et stærkt styringsmæssigt fokus på at overholde bestemte ventetider kan i princippet lede til u hensigtsmæssige prioriteringer hos de driftsansvarlige myndigheder.*

Børne- og Ungdomspsykiatrien har måske mere end noget andet speciale oplevet de u hensigtsmæssige konsekvenser af disse patientrettigheder, hvor det faktisk ikke er blevet en patientret, der løfter kvaliteten eller sikre patienterne bedre hjælp. Retten til behandling er forsvundet, kompetencer udvandet og rettighederne er kun blevet til en ret til diagnosticering.

Vi er derfor glade for, at sundhedsministeren har igangsat et arbejde, der skal se på denne problematik, da et ensidigt fokus på disse tal har haft meget negative konsekvenser for det faglige niveau og arbejdsmiljø i hele børne- og ungdomspsykiatrien. Det har medført vanskeligheder ift. fastholdelse af alle faggrupper og en forskydning mod en større privat sektor indenfor vores speciale.

Derfor bakker selskabet selvfølgelig op om henstillingen på side 275 ift. at sikre anonyme data fra forsikringselskaberne og "danmark" ift. socioøkonomiske oplysninger og ydelsesstatistik.

#### E. Vedrørende Anbefaling 3 omhandlende vækstloft for sygehuslæger.

Dette er ikke på nogen måde aktuelt at tænke ind i børne- og ungdomspsykiatrien, der fortsat er udfordret af rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer. En yderligere udvandring af børne- og ungdomspsykiatrien ift. lægekræfter vil spænde ben for den begyndende positive udvikling, der er på vej. Den dagsorden der foregår i somatisk regi mhp. overføre aktivitet og sikre læger i primære regi, er slet ikke aktuelt for børne- og ungdomspsykiatrien.

## Afslutning:

BUP-DK anerkender den kæmpe indsats, der ligger bag kommissionens rapport. I respekt for at psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien kun udgør en mindre del af det danske sundhedsvæsen, er vi alligevel skuffet over det manglende fokus på den mentale sundhedskrise, vi oplever netop nu. Selv i den mest ambitiøse model 1, er der ikke fokus på at løse psykiatriens problemer. Dette beskriver kommissionen på side 248:

*Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet sker der med model 1 en samling af ansvar, kompetence og budget for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, og de organisatoriske snitflader mellem sundheds- og ældreområdet reduceres. På den måde skabes der gode betingelser for sammenhæng i patientforløb, og det er en central fordel ved model 1. Hvor stort potentialet er, afhænger dog af den valgte styreform, den interne organisering i de nye enheder, og præcis hvilken variant af opgavesamling der vælges..... **Samtidig er der snitflader på andre områder, især det psykiatriske område, som ikke løses med model 1.***

Kommissionen omtaler dog mange steder i rapporten flere konkrete udfordringer netop indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, f.eks.:

- *Boks 13.2 Væsentlige konklusioner fra analyse om sundhedsforsikringer*  
6. pind, side 273: "Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være udfordringer indenfor enkelte specialer eller fagområder, fx indenfor børne- og ungepsykiatrien".
- *Boks 12.2 Udvalgte fakta om mennesker med psykiske lidelser*  
3. pind, side 247: "Antallet af børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri er steget fra ca. 25.000 i 2009 til ca. 46.000 personer i 2022. Det svarer til en stigning på ca. 87 pct".  
7. pind, side 247: "Blandt børn og unge vil ca. 15 % blive diagnosticeret med en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år".
- *Side 246: "Der er i de senere år sket en betydelig aktivitetsstigning i den regionale psykiatri, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien".*

Vi ser det derfor som en alvorlig mangel, at kommissionen ikke også har omfattet de relevante dele af Serviceloven, Barnets Lov og Folkeskoleloven som "nærtliggende" ift. sundhedsloven – og dermed omfattet af kommissionens genstandsfelt. Vi håber det kommende lovgivningsarbejde vil inddrage dette, og at der vil komme konkrete ændringer, der forpligtiger en tværsektoriel indsats til børn og unge med mentale og psykiske vanskeligheder, og som understøtter, at børne- og ungdomspsykiatriens ressourcer og kompetencer bruges bedst muligt.

Ved behov står selskabets bestyrelse gerne til rådighed med uddybende oplysninger og forklaringer.

På bestyrelsens vegne,  
Nina Tejs Jørring  
[forperson@bupnet.dk](mailto:forperson@bupnet.dk)  
<https://bupnet.dk/>