

Høringssvar fra Børne- og Ungdomspsykiatriske selskab vedrørende:

Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Ændring af patientrettigheder for børn og unge, som er henvist til udredning i psykiatrien, samt ændring af psykiatriske færdigbehandlingstakster)

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (BUP-DK) takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om ændring af sundhedsloven vedrørende patientrettigheder for børn og unge, som er henvist til udredning i psykiatrien, samt ændring af psykiatriske færdigbehandlingstakster.

Nedenstående er en række bemærkninger til fremsendte lovforslag.

Generelle bemærkninger

I Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab modtages hele ideen om udrednings- og behandlingsgarantier med blandede følelser. Det er positivt at børn og unge – og deres familier - henvist til BUP nu også får en garanti for, at de kan komme til uden urimelige ventetider og ikke udsættes for alt for lange udredningstider, men kommer så hurtigt som muligt i udredning og behandling.

Den store elefant i rummet er at udredning ikke altid kan gå hurtigt, og begrebet ”endelig diagnose” i en stor andel af vores patientforløb, ofte med flere samtidige (komorbide) diagnoser/tilstande, er en illusion.

Børn og unge er samtidig med deres ofte genetisk disponerede forstyrrelser i udvikling (alle domæner af ”normal” udvikling forgår samtidig med at sygdom udvikler sig), i et kompliceret samspil med familier, institution/skole og jævnaldrende. Det medfører at barnets tilstand hele tiden forandrer sig, og farves af de påvirkninger der er udefra. Derfor ser vi ikke sjældent at sygdomsbilledet forandres og symptomer dukker op i takt med at andre afdækkes – og ét diagnostisk billede overlappes/overskygges af et andet.

Vi ser derfor hellere at man samler udrednings- og behandlingsfrister til én frist på 60 dage til start på udredning/behandling, da henvisninger ikke er til akut behandling. Den regionsbaserede B&U-psykiatri må straks efter henvisningen er modtaget og registreret meddele om denne frist kan overholdes, og i fald man ikke kan tilbyde start inden 60 dage visitere patienten/familien til anden regional eller privat afdeling eller ”frit sygehusvalg”. Når Børne og ungdomspsykiatrien (offentligt eller privat) går i gang, udredes i henhold til til gældende retningslinjer, men man kan blive nødt til at skifte spor undervejs hvis nye diagnoser eller problemstillinger afdækkes. Behandling kan nogen gange institueres allerede ved første kontakt (f.eks. intervention over for søvnvanskeligheder), mens udredning for komorbide tilstande kan starte langt inde i eksisterende forløb. Komorbiditet gør at udredning af børn og unge er en ”pandora’s æske” og en *endelig diagnose* for et forløb ofte ikke giver mening.

Hurtig udredning er ikke et kvalitetsmål i sig selv. Individuelle forløb med fleksibilitet i behandlingsplanerne, tæt samarbejde med andre sektorer, og individuelle mål om bedre funktion og livskvalitet er god børne- og ungdomspsykiatri BUP. Af denne grund er en 60 dages frist for start på udredning/behandling i virkeligheden mest hensigtsmæssigt.

Vi støtter varmt at udredning og behandling følges ad; dvs. at et forløb med både udredning og behandling gøres færdigt der hvor det starter, med mindre patienten jf. specialplan kategoriseres som "regionsfunktion" eller "højt specialiseret" og kun kan behandles på udvalgte afdelinger med de fornødne kompetencer.

For børne- og ungdomspsykiatriske patienter er et velfungerende tværsektorielt samarbejde afgørende for et godt patientforløb. Samarbejdet mellem PPR, praktiserende læger og kommuner fungerer ikke optimalt i dag. Vi ser frem til at Sundhedsreformen og de nye sundhedsråd sikrer at alle parter; børne- og ungdomspsykiatere, praktiserende læger og kommuner (PPR/ Det lettilgængelige tilbud (LLT), skole og socialforvaltning) samarbejder om børn og unge i mental mistrivsel og ved fælles hjælp når frem til snitfladerne mellem psykisk mistrivsel (hører til i kommunen og LLT) og sygdom (hører til i BUP), så der opnås bedre mulighed for fælles og parallelle forløb i alle sager, fra før henvisning, under udredning og behandling til smidig afslutning, evt. med videre behandling, genoptræning og indsatser i kommunale tilbud (institution, skole, PPR, LLT, m.m.)(og evt. opfølgning??).

Generelle bemærkninger om begrebet – forløbsplaner. Hvorfor ikke anvende det eksisterende begreb "behandlingsplaner", som dækker det samme? Det virker helt unødvendigt at indføre en ny "lovpligtig" plan som har næsten 100% overlap med noget vi har i forvejen. Så vi anbefaler man slår de to planer sammen til én "forløbs- og behandlingsplan", som skal dække hele det tværsektorielle forløb for den enkelte person og dennes familie, og gerne følge borgeren både i regional og kommunal regi.

Specifikke bemærkninger:

s. 12 linie 14, bør PPR fortsat fremgå og ikke kun det lettilgængelige behandlingstilbud i kommunen.

s. 12 linie 20, er formuleringen for nyligt omkring 18 årige der kan genindlægges noget vag – en specificering kunne være ønskelig, eller der kunne bruge samme rettighed som i andre tilfælde hvor det er indenfor 3 måneder og med samme lidelse?

2.2. Udvidet frit sygehusvalg for børn og unge i psykiatrien

Vi støtter at et forløb som ikke kan startes i regionens BUP inden for fristen overgår fuldt og helt til "frit sygehusvalg" eller til de klinikker; offentlige eller private som henvisningsregionen har aftaler med. Sammenhæng er så centralt et tema i god BUP, at det bør foretrækkes.

2.3 Psykiatriske færdigbehandlingstakster

Denne del har vi ikke bemærkninger til udover at vi støtter tiltag der øger incitamenter til at børn og unge som er færdigudredt kommer i bedst egnet tilbud tæt på deres "dagligdag", hurtigst muligt. Det er et opmærksomhedspunkt at høje kommunale færdigbehandlingstakster kan medføre at kommunerne

hjemtager patienter til utilstrækkelige eller midlertidige tilbud, som kan virke modsat hensigten og forværre en patients situation.

Det er vigtigt, at kommuner ikke venter med deres indsatser og hjælp til barnet er ”endeligt” udredt hos os. Diagnoser betinger ikke hjælp – det gør funktionsnedsættelse. Det er en meget dårlig praksis, der har sneget sig ind, at man venter på at de andre er færdige, selvom man godt kan forudsige hvilket anbringelsestilbud der er behov for på et givent tidspunkt i forløbet.

Også her ønsker vi at understrege vores forventning om, at de nye sundhedsråd får som bunden opgave at sikre sammenhæng og samtidigt tværsektorielt samarbejde.

3. Økonomiske konsekvenser og implementeringskonsekvenser for det offentlige

Vi tænker at øgede patientrettigheder generelt fører til flere diagnoser. Derfor er samtidig udbygning af kommunale behandlingstilbud til børn og unge med mental mistrivsel (*under* psykopatologi- (diagnose-) niveau) en nødvendighed. Det skal være slut med den praksis, mange kommuner har, at kun en diagnose fører til støtte og behandling. BUP er enig med KL, der udtaler, at det korrekte er en kommunal praksis hvor behov for hjælp og støtte udløser hjælp og støtte ud fra kommunens vurdering af funktionsniveau og støttebehov. LTT er et stort skridt i den retning.

Det er især problematisk, at der ikke findes en elevrettighed til skolegang. Manglende skolegang og langvarigt skolefravær er ødelæggende for et barns mentale trivsel og kan meget ofte føre til psykiske sygdomme som social angst, selvskade og suicidalitet. Der bør derfor være en patientrettighed at børn og unge f.eks. med skolefravær modtager kommunal støtte. Denne indsats bør ske i samarbejde mellem almen praksis og PPR, og bør i mindre grad være styret af den enkelte skoles økonomi. Den meget store stigning i skolefravær der er opstået henover år er bekymrende

Dette kan opnås ved forskellige tiltag, hvor nogle kan gøre en forskel på kort, andre på lang sigt. Men helt afgørende er det, at børn og unge modtager tidlig hjælp, når de første symptomer på mental mistrivsel viser sig. Det er f.eks. skolefravær. BUP vil ikke nu eller på sigt kunne løse det problem samfundet oplever med mental mistrivsel, hvor især langvarigt skolefravær er et meget tydeligt symptom. Den opgave skal løses et andet sted.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

Samtidig med at vi hylder ønsket om at samle udredning og behandling – og dermed også give denne samlede pakke til de private aktører, må man frygte at det giver flere specialister (læger, psykologer, sygeplejersker) incitament til at søge væk fra den regionale BUP over i private sygehuse/klinikker. Det bedste værn mod denne ”flugt” er at tilpasse kapaciteten i den regionale BUP til patient-flow’et. Der skal via LTT (og forebyggende indsatser) reduceres i henvisningstallet og kapaciteten i BUP skal sidestilles med somatikken så den offentlige BUP – med alle de styrker den har i form af mere tværfaglighed, forskning, efteruddannelse m.m. - kan klare henvisningspresset og tilbyde gode arbejdsvilkår for de ansatte. Og sikres tilstrækkeligt tilbud i kommuner til at varetage specialbehov for børn og unge med diagnoser efter behandling i BUP, så børn og unge i mindre grad udvikler komorbide diagnoser.

Afsluttende bemærkninger

Fra BUP-DK anbefaler vi således at man samler udrednings- og behandlingsfrister til én frist på 60 dage og fjerner opdelingen mellem udredning og behandling, således at barnet/den unges forløb bliver sammenhængende.

Vi ønsker at fremhæve, at det er en bunden opgave for de kommende Sundhedsråd at sikre bedre sammenhæng for borgere i kontakt med sundhedsvæsenet, hermed også børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Dette har Sundhedsministeren bekræftet bilateralt for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab. Vi ser derfor frem til at der kommer noget specifikt beskrevet om dette, og vi deltager meget gerne i et evt. forarbejde.

De venligste hilsner

Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (bestyrelsen)