



**Opfølgning fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
på baggrund af foretræde for Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg den 11. oktober, 2016**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab takker for muligheden for foretræde samt det store fremmøde. Vi takker også for de spørgsmål, udvalget efterfølgende har stillet Sundhedsministeren. Vi blev på foretrædet bedt om at vende tilbage med uddybning af vores fremlæggelse. Hvis medlemmer af udvalget ikke har fået besvaret deres spørgsmål eller at yderligere spørgsmål dukker op, står vi selvfølgelig til rådighed til at besvare. Hanne Børner kan kontaktes på 3050 8307, hanneborner@gmail.com
Linda Hardisty Bramsen på 2237 0954, lindbram@rm.dk

Holdningsorienteret

BUP mener, at tilgangen til barnet eller den unge nogen gange kan være mere baseret på holdninger frem for at følge regler og være fagligt orienteret. Vi er klar over, at det er en "bombastisk" udmelding, men der findes – desværre – mange eksempler på, at dette gør sig gældende.

Vi blev af bl.a. MF Astrid Krag (S) bedt om at komme med eksempler.

Vedhæftet er en case på Mathilde 15 år, der netop er optaget til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien med en hypotese om udviklingsforstyrrelse inden for autismespektret. Det er en case blandt flere, men beskriver meget godt, hvad der kan opleves i hverdagen.

Sundheds- og Ældreudvalgt havde, samme dag som vores foretræde, samråd om sovemidler til børn og unge. Her omtalte Sundhedsministeren reglerne for kugledyner. Som det efterfølgende er fremgået af medierne, er der mange måder, hvorpå behandling med kugledyner fortolkes samt tvivl om, at det kan være en regional behandlingsopgave at starte behandling med kugledyner. Vi kan konkret nævne, at der f.eks. er forskelle mellem Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Som vi talte om på foretrædet, er der også forskel på opfattelsen og praktisering af udredningsgarantien, som vi gennemgår under punkt 3.

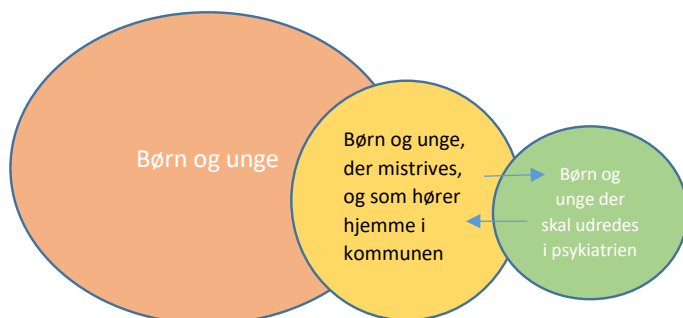
Økonomi

Hvis vi koordinerer forløbene og får samordnet sygehusets behandlingsplan med kommunens og skolens handleplaner, vil der kunne spares ressourcer.

På samråd om sovemidler til børn og unge den 11. oktober redegør Sundhedsministeren for de mange kommunale forebyggelsestiltag og -forpligtelser jf. Serviceloven. Ministeren forklarer også, at "Flere kommuner tilbyder indsatser til at fremme mental sundhed, men der er også forskel på indhold og omfanget af indsatserne fra kommune til kommune, og langt fra alle kommuner er desværre godt nok med på dette område." Ministeren redegør også for de tværsektorielle indsatser, der også kommer ind under Social- og Indenrigsministeren samt Børne- og Uddannelsesministerens område. Der redegøres også for, at Sundhedsstyrelsen den 23. november fremlægger en kortlægning af de bedste indsatser til at fremme den mentale sundhed for børn og unge. Der redegøres for satspuljeaftaler etc.

Samlet bliver det tværsektorielt til mange midler – som vi mener kan bruges mere strømlinet og til tiltag med dokumenteret evidens.

Vi kan dele danske børn og unge op i tre cirkler:



Som det er nu, er der for mange fra den midterste kategori – mistrivelsesgruppen med mild angst og depression, som kommer videre til psykiatrien – og omvendt mange børn, vi bør se, som vi ikke får kontakt med.

Vi tror, at en børne- og ungdomspsykiatripakke vil øge kvaliteten i de forskellige sektorer, hvilket vi baserer på de undersøgelser, der har været af kræftpakkerne.

Da der lige nu – også set ud fra Sundhedsministerens redegørelse og Sundhedsstyrelsens vurdering – tværsektorielt er tilbud med ingen, mindre eller direkte skadelig effekt, kan vi bruge de midler på at gøre systemet mere strømlinet.

Som vores case viser, er der også andre ressourcer, der skal medregnes, nemlig mødetid for både pårørende, skolepersonale, kommunalt personale og sundhedsprofessionelle. Ved et klarere og mere veldefineret pakkeforløb vil denne spildtid mindskes.

Ved at vi ser, udreder og behandler de rette børn og unge i psykiatrien vil vi også kunne spare unødigt spildtid, vi vil kunne hjælpe flere patienter til et godt liv med mindre ressourcekrævende hjælp og behandling på sigt og vi vil bruge mindre tid på møder i hele systemet.

Udredningsgaranti

Der blev af MF Jane Heitmann (V) spurgt ind til, hvad vi mener med elastik i udredningsgarantien.

Det er BUP's opfattelse, at der er udrednings- og behandlingsforløb, som kan foretages kvalificeret inden for de 30 dage. Men der er også forløb, hvor der kan være flere mulige diagnoser, eller hvor det er svært at udrede. Dertil kommer forløb, hvor det kan være svært at indhente de relevante oplysninger fra f.eks. skole, PPR og forældre i løbet af garantiperioden. Her vil det være godt med en elastik, for der skal være plads til faglige skøn og individuelle hensyn til barn og familie.

Der er mulighed for at bede om en ekstra "pakke", men det giver megen bureaukrati. Det presser systemet, når tiden trækker ud for kommunerne mht. information til børne- og ungepsykiatrien i forbindelse med en udredning, dermed bliver det svært for at presse flere aftaler ind – for pakkerne/patienter kommer ind i en lind strøm, og med UBR er der ikke plads til mange aftaler, som ikke allerede er sat i kalender

Generelt er der mellem regionerne forskellig tolkning af, om udredningsgarantien er overholdt ved begyndt behandling, eller når udredningen er færdig. Der er behov for en klar definition af udredning og behandling, og det er BUP's ønske, at de geografiske forskelle bliver mindsket af hensyn til patienterne.

Tid og ydelsesstyring

MF Trine Torp (SF) beder om en forklaring af, om ydelsesstyring giver for meget fokus på barnet og ikke på hele familien.

Vi må henvise til, at der her også er regionale forskelle for børne- og ungdomspsykiatrien i de 5 regioner. Som I måske bemærkede kom 50 yngre læger og special psykologer i september med et opråb (samråd om dette i dag den 24. oktober). De fleste af underskriverne kom fra Region Hovedstaden.

BUP anerkender de yngre lægers bekymring, og vi beder – som det fremgår af dette brev og af foretræde – om en form for elastik i den udrednings- og behandlingsgaranti, der lægger et pres på afdelingerne. Den nuværende 30 dages udrednings- og behandlingsgaranti har i visse tilfælde medført et for intensivt og stramt undersøgelsesforløb, hvor der ikke har været plads til individuelle patient og familiehensyn. Men vi har også den opfattelse, at dette har en regional slagside, hvor UBR nogle steder administreres meget rigtigt og andre steder meget løst.

Vi efterlyser derfor en klar ledelse, der instrueres af et Task Force bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Socialministeriet og Sundhedsministeriet desuden med en stærk faglig, videnskabelig repræsentation. Vi taler ikke om fagforening – men faglig fundering i højsædet. Det gør vi for at sætte patienten og de pårørende i centrum.

Børne- og ungdomspsykiatripakke I

Når man sætter sig ned og lytter til et samråd, som f.eks. samråd om sovemidler til børn og unge eller samråd om selvskade blandt børn og unge, kan man hurtigt høre, at der er vedtaget handlingsplaner, regionale pakker, satspuljer, kommunale forebyggelsestiltag inden for Serviceloven, forebyggelsespakke for mental sundhed, udrednings- og behandlingsgaranti, Nationale Kliniske Retningslinjer, indsatser for børn og unges mentale sundhed, højtspecialiserede sociale indsatser under den nationale koordination, Nationale Retningslinjer, obligatoriske trivselsmålinger, aktionsplaner mod mobning etc. Det skorter ikke på initiativer eller de gode intentioner. Men det giver også et mudret system, hvor man let kan sidde fast.

En børne- og ungdomspsykiatripakke vil sikre, at vejen gennem systemet – på tværs af sektorer og siloer – er cementeret og nem for patienten og de pårørende at overskue samt at blive hjulpet igennem.

Pakken skal sammensættes af en Task Force bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Socialministeriet og Sundhedsministeriet desuden med en stærk faglig, videnskabelig repræsentation med faglighed i højsædet. Det skal være en Task Force, der kan takle de magtkampe, der også findes i systemet.

Den skal beskrive ansvar, og det skal være forpligtende.

Det skal ikke være en hemmelighed, at de forskellige handlingsplaner og regionale pakker ikke er populære på afdelingerne og blandt vores medlemmer. Men det er netop fordi, det er en ren jungle. Desuden er initiativerne ofte gældende for både voksen og børne- og ungdomspsykiatrien, og det er vidt forskellige områder med vidt forskellige vilkår.

Det er derfor, vi ønsker en pakke fokuseret på børn og unge og på samme vilkår, som kræftpakkerne blev vedtaget – som et initiativ styret fra Folketinget og regering. Det den centrale koordinering, der er afgørende.

Vi ønsker et klart og veldefineret forløb fra mistanke, til udredning og opfølgning.

Vi ved, at det vil udfordre vores rolle som læger ved at være mere standardiseret og koordineret, men omvendt muliggør en pakke et tættere samarbejde på tværs af lægefaglige specialer og tværsektorielt og dermed understøtte vores faglighed og give mulighed for at lære hinanden at kende mht. alt det, der ligger uden for pakken. Det mener vi vil øge kvaliteten generelt.

Da børne- og ungdomspsykiatrien arbejder meget tværsektorielt og på tværs af 3 ministerielle områder, mener vi, at dette område er oplagt kandidat til en pakke. Pakkeforløbene er unikke og grund til at efterfølge, fordi fagprofessionelle, ledende klinikere, administratorer og ledere i regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Indenrigs- og Socialministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet samt Sundhedsstyrelsen er gået sammen for at skabe et forløb med patienten i centrum.

Der er også et aspekt af ulighed i behandlingen, som tingenes tilstand er i dag. Som det fremgår af vores case, skal man kunne slå i bordet, kende systemet og roller, kræve handling samt sætte sig ind i rettigheder og muligheder. Det er forældrene i vores cases holdning, at hvis der ikke kom et familiemedlem ind, der kunne tale "samme sprog" som de offentlige instanser, var deres barn stadig ikke i nærheden af at blive udredt.

Ifølge en undersøgelse fra Fonden Kraka har kræftpakkerne mindsket ulighed i sundhed.

Vi kan ikke fremlægge pakkens indhold i dette brev. Det kan vi ikke, fordi det skal koordineres af en Task Force, og fordi det skal dække vinkler fra de andre sundhedsprofessionelle roller, vi samarbejder med, der har en stor betydning for børne- og ungdomspsykiatrien fra uddannelsessektoren, den primære sektor og kommunerne til de forskellige fagligheder på afdelingerne.

Med alle disse aktører mener vi, at der skal en pakke til at optimere kapacitetsudnyttelsen, og vi er mere end klar til at gå i gang med arbejdet og lægge timerne i at få det til at lykkes.

Mathilde 15 år, begge forældre butiksansatte (sendes ifølge aftale med familien)

Mathilde begynder i 5. klasse at have massiv skolevægning og har generelt et problem med sociale kontakter til jævnaldrende. Forældre taler med skole og PPR, der henviser til, at Mathilde nok er skoletræt. Skolevægningen fortsætter i 6. klasse, og forældrene prøver igen at få hjælp fra skolen – uden effekt. Grundet lille folkeskole med klassetrin til 5. klasse begynder Mathilde sammen med sine klassekammerater på en ny skole i 6. klasse. Da der stadig er massivt skolefravær, flyttes Mathilde til en parallelklasse på samme skole – uden positivt resultat.

Forældre taler med praktiserende læge ang. hjælp til psykolog og psykiater, men der sker ikke yderligere.

Skolevægningen fortsætter i 7. klasse, og Mathilde skifter efter sommerferien skole til en 7. klasse på privatskole (altså på samme skoletrin hun gik året før). Hun begynder også hos privatpraktiserende psykolog flere gange om måneden, som forældrene betaler med hjælp fra barnets bedsteforældre.

Moderen opsøger flere gange praktiserende læge, men formår ikke at få en henvisning til datteren.

Mathilde har massiv skolevægning, men møder ugentligt – når det går godt – op hos en AKT-medarbejder.

Forældrene føler ikke, at de får hjælp og "googler" samt opsøger selv muligheder såsom Cool Kids. Psykologen, der varetager Cool Kids sessionerne taler om, at Mathilde lider af social angst.

Efter forløbet på 10 sessioner, begynder Mathilde at gå hos den pågældende privatpraktiserende psykolog. Ligesom forældrene på psykologens opfordring selv skriver barnet på venteliste til Angstklinikken.

Forløbet har nu stået på i knap 3 år, hvori der er sket en forværrelse af Mathildes tilstand. Fravær fra skolen er massivt. Forældrene er tyndslidte og er bekymrede for barnets fremtid og livskvalitet. På trods af forstående arbejdsgivere, begynder det også at give problemer med at tage fri for at deltage i møder samt at være hjemme, når Mathildes tilstand er værst. Forældrene ved ikke, hvem de skal gå til for at få hjælp.

Forældrene holder jævnligt møde med skolen, hvor PPR er repræsenteret ved en skolepsykolog desuden deltager lærere, AKT-medarbejder og pædagogisk leder.

Prak. læge er kontaktes igen, og denne gang lægger lægen en elektronisk henvisning til privat praktiserende psykiater – en besked moderen ikke forstår. Det er op til forældrene at finde en privatpraktiserende psykiater. Efter sommerferien 2016 kommer Mathilde slet ikke i 8. klasse.

AKT-pædagog oplever en klar forværring af den unge piges tilstand.

Forældrene er på randen til at opgive, og et familiemedlem går ind i sagen for at hjælpe familien.

Først kontaktes prak. læge, som beklager at have overhørt/misforstået problemets alvor. Der aftales en henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien med kombineret formulering fra familiemedlemmet samt fra egen læge. Henvisningen tilbagevises med begrundelse i manglende WISC undersøgelse.

Den prak. læge anbefaler, at hun kontakter kommunen for at få en børnefaglig undersøgelse § 50. Familien møder hos socialrådgiver, der forklarer, at man måske kan tilbyde en støtteperson til Mathilde, og at kommunen derudover har ret til at trække familien i børne- og ungeydelse, hvis barnet ikke møder i skolen, derudover har man ikke kendskab til angst eller tilbud, men henviser til private organisationer.

Familiemedlemmet kontakter PPR og spørger om plan for Mathilde. PPR ringer tilbage, at de ikke har Mathilde registreret, men vil tale med skolepsykologen, der deltager i skolemøderne. Skolepsykolog fra PPR ringer og beklager, at Mathilde ikke er oprettet i PPR-regi. Han mener, at hun er behandlingskrævende og vil straks foretage registrering samt WISC.

Forældrene forstår ikke, at PPR ikke har registreret Mathilde, da man tog kontakt til PPR tre år tidligere, samt at PPR deltager i skolemøderne. Da forældrene ikke kender systemet, kender de heller ikke til, at man kan være i "Åben rådgivning".

Mathilde optages efter venteliste på et år på Angstklinikken og har første session sammen med forældre.

PPR henviser Mathilde til Børne og ungdomspsykiatrisk Center i Risskov. Henvisningen godtages.

Den psykologstuderende, der har sessionerne med Mathilde på Angstklinikken, opfordrer familien til at udskyde en evt. udredning hos BUC, da hun lige er begyndt et angstforløb på klinikken.

Mathilde har et indledende møde med BUC, hvor man forklarer, at man har en hypotese om, at Mathilde har en udviklingsforstyrrelse i autismspektret og altså ikke lider af angst. Man anbefaler stop på Angstklinikken.

PPR-psykolog er også bekymret for at stoppe på Angstklinikken, efter at Mathilde har ventet så længe på at komme til. Det forvirrer forældrene og gør dem usikre, men efter råd fra familiemedlemmet (med kontakter til b&u psykiatere) har man besluttet at få Mathilde udredt på en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i en af de 5 regioner.

Første møde af 5 er i dag den 24. oktober 2016.