

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: Psykiatri og Lægemiddelpolitik
Sagsbeh.: DEPMAS
Koordineret med:
Sagsnr.: 1608993
Dok. nr.: 193322

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[SUU, FT og folketingspolitikere, den 24. oktober 2016 kl 17.00]

**Samrådstale den 24. oktober kl 17.00 om udredning i
psykiatrien**

Tak til formanden.

Samrådet handler om rammerne for børne- og ungdomspsykiatrien.

Jeg vil i min tale besvare følgende spørgsmål:

Spørgsmål AF om arbejdstilrettelæggelsen i børne- og ungdomspsykiatrien.

Spørgsmål AH om, hvordan jeg forholder mig til det brev, som er blevet bragt i Information den 14. september 2016 fra 50 yngre læger og psykologer i børne- og ungdomspsykiatrien.

Spørgsmål AI, der handler om samme brev i Information, hvor det omtalte personale har henvist til en konkret sag, hvor en læge har skullet diagnosticere et barn på baggrund af en kollegas noter.

Spørgsmål AJ, hvor der spørges ind til, hvordan disse forhold kan opstå efter aftalen i 2014 om at tilføre de 2,2 mia. til psykiatrien.

Og endeligt spørgsmål AK, der handler om de forskellige behandlingstilbud, der findes i børne- og ungdomspsykiatrien, herunder alternativer til medicinsk behandling såsom miljøterapeutiske foranstaltninger.

Jeg vil gerne indlede med at sige, at det bliver en lang tale jeg holder – men det er også mange spørgsmål, jeg har fået stillet, og som spørgeren også selv siger, så er det her et rigtig vigtigt område.

Jeg synes, det er rigtig gode og relevante spørgsmål, og jeg tror, at spørgerne i lighed med mig står med en ret dyb undren over de her sager i børne- og ungepsykiatrien, som er beskrevet i en række artikler i især Information.

Det drejer sig om en særlig sårbar patientgruppe, som jeg som sundheds- og ældreminister, selvfølgelig forventer modtager en grundig udredning, så de hurtigt kan få en afklaring af deres videre behandlingsforløb.

Derfor er det altså også ganske alvorligt, når så mange læger og psykologer er ude at råbe "vagt i gevær".

Og derfor er jeg også glad for, at vi kan få lejlighed til at drøfte området her i dag med udgangspunkt i de fem førnævnte spørgsmål.

Og selvom spørgsmål AF helt alfabetisk kommer først, så vil jeg dog tage mig den frihed at svare på det spørgsmål som det sidste.

Jeg vil i stedet starte med at svare på henholdsvis spørgsmål AH, AI og AK, som konkret drejer sig om den kritik, der er rejst af de 50 børne- og ungdomslæger og psykologer i Information den 14. september.

I det åbne brev fra de 50 børne- og ungdomslæger og psykologer kobler de en travl arbejdsdag med mangelfulde diagnoser med den udredningsret, som et enigt Folketing indførte i psykiatrien i 2014, og som er styrket yderligere med de nye regler om udrednings- og behandlingsret der trådte i kraft 1. oktober i år.

For mig at se må det bero på en misforståelse fra enten lægernes eller ledelsens side, når kritikken bliver koblet sammen med en kritik af udredning- og behandlingsrettens regler.

Udredning- og behandlingsrettens fokus på hurtigere udredning og behandling skal nemlig ikke på nogen måde opfattes som, at der stilles mindre og færre krav til kvaliteten af hverken udredning eller behandling.

Den skal derimod give patienterne nogle rettigheder og rammer i forhold til den udredning og behandling, som de modtager.

Og udredningsretten har da også forbedret de helt urimelige ventetider, som vi tidligere har hørt om, hvor det ikke var usædvanligt, at børn, unge og deres familier skulle vente både halve og hele år på en diagnose.

Udredningsretten handler om, at patienten skal tilbydes endelig udredning inden for 30 dage, *hvis det vel og mærke er fagligt muligt.*

Det har således hele tiden været muligt, at udredningen kan strække sig over mere end de 30 dage, hvis der er faglige årsager, der begrundet det.

Og lige netop inden for psykiatrien generelt, og især når man har med børn og unge at gøre, så kan det naturligvis fagligt være helt i orden, at udredningen strækker sig længere end de 30 dage.

Det vil ofte her ikke være tilstrækkeligt med en blodprøve, en scanning eller et røntgenbillede, der klarlægger diagnosen.

Nej, her er der i stedet ofte brug for, at man udover samtaler med barnet og den unge også taler med forældre eller skole.

Det kan også være, at man har behov for at observere barnet eller den unge over noget tid, og dermed kan udredningen strække sig over mere end de 30 dage.

Og jeg vil godt understrege det her, for jeg synes, det er vigtigt.

Det har aldrig været hensigten med udredningsretten, at man ikke skal tage sig den tid, det tager at udrede patienterne ordentligt!

Det er lige netop derfor, det er muligt at udredningen kan strække sig over mere end de 30 dage, når der er gode faglige grunde hertil.

Det fremgår klart og tydeligt i både lovgivningen og i vejledningen på området.

Og det forventer jeg selvfølgelig, at lægerne og ledelserne ude på de enkelte sygehuse er fuldt ud klar over.

For mig at se er det derfor også helt forfejlet, når man nogle steder taler om at justere i udredningsretten i psykiatrien på baggrund af den her kritik.

Vi skal huske på, at vi med indførslen af udredningsretten i psykiatrien ikke bare fik sikret psykiatriske patienter flere rettigheder i forbindelse med deres sygdom.

Nej det handlede også om at ligestille patienterne og signalere, at vi ikke tager psykisk sygdom mindre alvorligt end somatisk sygdom.

Det er ikke en rettighed, jeg ønsker at fjerne igen – både fordi det symbolsk vil sende nogle helt forkerte signaler, men også fordi vi skylder de her mennesker en bedre behandling for deres sygdom.

Det er dog ikke ensbetydende med, at jeg ikke vil handle på baggrund af den rejste kritik.

For som jeg startede med at sige, så er det en alvorlig sag.

Men jeg synes også, vi skal rette kritikken der, hvor den hører hjemme.

Vi skal ikke gå i rette med alle de dygtige læger, psykologer, sygeplejersker og andre fagspecialister som hver dag knokler for at gøre en indsats for en sårbar patientgruppe – nemlig vores børn og unge med en psykisk lidelse.

Men man kan ikke lade være med at bide mærke i, at én enkelt region stikker ud i hele den her kritik, der har været rejst.

Jeg har derfor også som opfølgning på kritikken, bedt Region Hovedstaden om en skriftlig redegørelse, da kritikken for langt hovedparten har været rejst af deres ansatte.

I redegørelsen har jeg bedt dem om at klarlægge, hvordan regionen håndterer udrednings- og behandlingsretten for psykiatriske patienter også i de tilfælde, hvor det af faglige årsager ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage.

-

Derudover har jeg bedt Region Hovedstaden om at redegøre for, hvordan regionen har tænkt sig at følge op på den kritik, som har været rejst af de ansatte i psykiatrien.

Jeg modtog redegørelsen fra Region Hovedstaden i sidste uge, og udvalget kan selvfølgelig få den oversendt, hvis I ønsker det.

I redegørelsen skriver regionen indledningsvist, at de deler min opfattelse af, at det selvfølgelig er uacceptabelt, *”hvis udrednings- og behandlingsrettens regler tages til indtægt for, at der stilles ringere krav til kvaliteten af udredning og behandling af psykiatriske patienter”*.

Region Hovedstaden fortæller videre, hvilke initiativer de har taget initiativ til i forbindelse med kritikken.

Jeg vil ikke gå dybere ned i de forskellige initiativer i redegørelsen nu, men blot overordnet fortælle, at der er afholdt et dialogmøde i Region Hovedstaden den 19. september, hvor langt størstedelen af medunderskriverne af brevet også deltog.

Der er desuden aftalt tilsvarende dialogmøder i de kommende måneder for at sikre løbende dialog med medarbejderne, ligesom underskriverne deltager i et møde med regionens psykiatriudvalg i morgen, hvor de regionale politiske repræsentanter også deltager.

Regionen skriver videre, at den dialog, der har været med medarbejderne, tegner et billede af, at kritikken fra det åbne brev ikke afspejler holdningen generelt blandt hverken ledere eller medarbejdere i psykiatrien.

Region Hovedstaden har desuden taget initiativ til, at alle medarbejdere kender de kliniske retningslinjer på området, og de bliver gennemgået på lægemøder mv., ligesom det er indskærpet, at de faglige retningslinjer selvfølgelig skal overholdes.

Afslutningsvist skriver Region Hovedstaden, at de løbende arbejder med overholdelsen af udrednings- og behandlingsretten, hvilket blandt andet har resulteret i kortere ventetider til første kontakt og flere behandlede patienter.

De peger dog også på de udfordringer med at overholde udredningsretten især blandt børn og unge, hvor der ofte skal involveres mange parter, som jeg også har berørt tidligere i min tale.

Jeg agter at følge op i forhold til Region Hovedstaden om et halvt års tid i forhold til de forskellige initiativer, de har i gangsat som følge af kritikken.

Jeg kan desuden forstå på Danske Regioner, at kritikken ikke er gået ram forbi i forhold til de øvrige regioner, som også lokalt drøfter kritikken i relevante fora.

I forhold til den helt konkrete kritik, der har været rejst i af en læge i Region Hovedstaden, som beskrev, hvordan hun har stillet en diagnose for et barn, som hun aldrig har mødt, men udelukkende på baggrund af en kollegas noter, så vil understrege, at hvert enkelt læge *”skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virksomhed”*, som det fremgår klart af § 17 i autorisationsloven.

Det er jo op til hver enkelt læge at vurdere, om de så også gør det i deres arbejde.

Og det klare udgangspunkt er, at en diagnose, det er noget, lægen stiller.

Jeg må derfor også sige, at det undrer mig meget, hvis læger udstikker diagnoser, hvis de ikke føler sig fagligt sikre på den diagnose.

Det, vil jeg gerne understrege, har aldrig været intentionen med udredningsretten.

Kvaliteten af både patienternes udrednings- og behandlingsforløb skal være i orden.

Det nytter eksempelvis ikke noget, at man hurtigt kan stille en diagnose, hvis det efterfølgende viser sig, at den er forkert.

Den enkelte læge har et ansvar for at vurdere, hvornår de fagligt er klædt nok på til at kunne give en diagnose.

De har en faglighed, som de selvfølgelig skal læne sig op ad i deres udredning og behandling af patienterne.

Og til det formål skal lægen selvfølgelig også følge arbejdspladsens lokale instrukser og vejledninger i forbindelse med udredning og behandling.

Ligesom de faglige selskaber desuden har en række vejledninger, som beskriver de faglige standarder for udredning og behandling af en sygdom.

Og Sundhedsstyrelsen har lavet en række nationale kliniske retningslinjer fx i forbindelse med udredning og behandling af børn og unge med ADHD.

Der er altså lavet en række værktøjer, som klæder lægerne fagligt på til at kunne træffe afgørelser om diagnoser og behandling, og som jeg selvfølgelig forventer, at de støtter sig op ad i deres daglige arbejde.

Sundhedsstyrelsen har også lavet en vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, som er med til at understøtte lægerne i deres arbejde. Nu er det her et område, som vi også får fornøjelsen af at drøfte i november, hvor vi mødes i samråd om medicinsk behandling af børn og unge med ADHD, så jeg vil heller ikke sidde og gå meget i dybden med det nu.

Men jeg vil gerne fremhæve vejledningen, da den er med til at præcisere, hvordan læger skal agere i forhold til medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

I vejledning, fremgår det, at *"der skal udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler. Det skyldes, at der kun er sparsom dokumentation for at anvende disse lægemidler til børn."*

Det fremgår også i vejledningen, at *”Miljøintervention i form af adfærdsorienteret behandling med forældretræning, psykoedukation, støttende samtaler og kognitiv træning med inddragelse af skole og institution er førstevalgsbehandling af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse.”*

Det betyder altså, at fx en ADHD-diagnose alene ikke er et tilstrækkeligt grundlag for at starte medicinsk behandling af børn og unge.

Det er vigtigt at udrede sværhedsgraden af sygdommen og øvrige psykiske, adfærdsmæssige og indlæringsmæssige vanskeligheder.

Udredningen af barnet eller den unge skal indgå i en bredere sammenhæng med vurdering af den samlede situation, herunder familiens situation, for at sikre en samlet og sammenhængende plan.

Lægerne har altså pligt til at tænke i alternativer til medicin.

Det er dog ikke ensbetydende med, at børn og unge ikke skal have medicin overhovedet, hvis de lider af psykiske lidelser, for rigtig mange har også stor gavn af den medicin, som de får.

Men man skal som læge også sørge for at tænke i andre alternativer.

Jeg er derfor heller ikke enig i den kritik, der har været rejst om, at systemet og arbejdstilrettelæggelsen indirekte tvinger børne- og ungdomspsykiaterne til at give børn medicin.

Jeg synes lige præcis, de føromtalte retningslinjer gør det meget klart, at Sundhedsstyrelsen ikke mener, at medicin skal være førstevalg, når det kommer til børn og unge.

Jeg vil dog også henvise til, at noget af den kritik, der har været rejst i Information, er målrettet de kommunale tilbud til børn og unge samt tilbud i regi af skolerne.

Det er nemlig et kommunalt ansvar at sikre, at børn og deres familier får den hjælp og støtte efter den sociale lovgivning, som de har brug for.

Og kommunernes afgørelser om hjælp og støtte skal træffes ud fra en konkret og individuel vurdering af det enkelte barns ressourcer og behov.

Jeg ved, at kommunerne kan give forskellige former for hjælp og støtte til børn og unge fx med ADHD og lignede problemstillinger

Det er fx hjælp til mestring til børnene og de unge samt deres familier

Men her må jeg henvise til mine ministerkollegaer, som sidder med social- og indenrigsområdet samt undervisningsområdet for en uddybning.

Og så er det som sagt også et område, som vi får lejlighed til at drøfte i november.

Nu vil jeg skifte lidt spor og svare på samrådsspørgsmål AJ og AF, der i højere grad handler om de generelle vilkår for børne- og ungepsykiatrien.

Der er blandt andet blevet spurgt ind til sammenhængen mellem de 2,2 mia. kr. som blev afsat til psykiatrien i aftalen om satspuljen for 2015-2018 og så de vilkår i børne- og ungepsykiatrien, som vi taler om i dag.

Jeg skal være den første til at sige, at jeg også undrer mig over, hvordan de ekstra midler til området afspejler sig i indsatsen.

Godt nok viser tal fra Sundhedsdatastyrelsen, at antallet af patienter helt generelt i psykiatrien er steget med mere end 6.000 fra 2014 til 2015, svarende til en stigning på 5 pct.

Og at ventetiderne er faldet – selvom der stadig er store regionale variationer.

Og selvom det jo alt sammen er meget godt, så er det til gengæld spørgsmålet, om pengene kommer ud i psykiatrien, og om de bruges til varme hænder.

Umiddelbart viser tallene, at både antallet af ansatte i psykiatrien og sengepladserne er faldende.

Samtidig finder jeg det meget frustrerende, at de årlige redegørelser, som vi modtager fra regionerne som opfølgning på midlerne, ikke er ensartede eller muliggør sammenligning på tværs af regionerne.

Det er faktisk ikke engang muligt at se udviklingen for de enkelte regioner siden 2014, som ellers er udgangspunktet for aftalens afsatte midler.

Lad mig bare sige det sådan - jeg er ikke tilfreds med regionernes opfølgning og resultaterne af de 2,2 mia. kr.

Det var også baggrunden for, at jeg havde inviteret satspuljeordførerne ind til et møde tirsdag den 11. oktober.

På mødet drøftede vi, hvordan vi i fremtiden bedre kan følge op på de 2,2 mia. kr. til psykiatrien.

Tiden er efter min mening inde til, at vi laver en ny opfølgingsmodel og måske en bedre og mere ensartet styring af psykiatrien.

Og det var der heldigvis også enighed om på mødet

Der var enighed om, at vi skal minde regionerne om, at vi netop gav dem frie ramme og udmøntede driftsmidlerne til kapacitet via bloktilskuddet.

Præcis som de i sin tid ønskede, ud fra kritikken om, at de ikke havde mulighed for at prioritere klogt, når psykiatrien var bundet af satspuljepartiernes puljetyranni og øremærkning.

Men det forpligter at få den store frihed.

Og som jeg fortalte på mødet med satspuljeordførerne, så er det også noget jeg vil tage en god drøftelse med Bent Hansen omkring.

Jeg har derfor inviteret ham ind til et møde om:

Hvad er pengene gået til - hvad er op og ned ift.
personaleudvikling, nedskæringer mv.

Men også hvordan psykiatrien skal følges fremadrettet.

Derudover blev jeg enig med satspuljeordførerne om, at vi først
og fremmest skal følge pengene tættere.

Det betyder, at der er behov for én kilde omkring budgetter og
regnskaber.

Og så skal der fremadrettet være mere ensartethed i
regionernes statusredegørelser.

Det er fx problematisk, at regionerne anvender forskellige
metoder til at opgøre antallet af ansatte og sengekapaciteten,
og at de ikke bruger de samme tidsserier, som passer med
udgangspunktet i 2014

Der er helt generelt behov for, at Danske Regioner som forening
tager et ansvar i forhold til, at der er konsistens i opfølgningerne

– så vi ikke sammenligner æbler og pærer - og at der følges op på målsætningerne.

På den måde kan vi også i fremtiden bedre følge, hvordan pengene er brugt.

Formålet var jo netop, at midlerne skulle gå til forbedringer for mennesker med psykiske lidelser.

Og det bringer mig raskt videre til det sidste samrådsspørgsmål, AF, som til gengæld også dækker et bredt område.

Her fokuserer spørgeren i første del af spørgsmålet på de udrednings- og behandlingspakker, som regionerne i stor grad gør brug af.

Det er sådan, at regionerne i alt har fem behandlingspakker og fire udredningspakker på børne- og ungdomsområdet.

Formålet med pakkerne er at tilbyde ensartede udrednings- og behandlingsforløb af høj kvalitet.

I udredningspakkerne er der ikke angivet nærmere indhold i de forskellige ydelser, der tilbydes i forbindelse med udredningen.

Der er i stedet en overordnet tidsramme for forløbet, som skal understøtte, at udredningsretten overholdes og samtidig minimere ventetiden for patienterne.

De enkelte ydelser i udredningspakkerne vælges efter en individuel vurdering af de enkelte patienters behov, og kan bestå af en individuel undersøgelse af barnet eller den unge, forældresamtaler, miljøobservationer mv.

Der er da generelt også stor tilfredshed med pakkerne, og både Norge og Sverige har nu også indført pakkeforløb i psykiatrien efter inspiration fra regionerne i Danmark.

Også statsrevisorerne var ude i her foråret og rose pakkerne, da de mener, at regionernes fokus på styring og brug af kapaciteten har resulteret i øget produktivitet og højere kvalitet.

Det vil sige flere patienter, der visiteres og udredes, men også behandles hurtigere og mere ensartet.

Og regionernes egen evalueringen af pakkeforløbene i sommeren 2016 viste også gode resultater, blandt andet mere gennemsigtighed i udredning og behandling for patienterne.

På baggrund af evalueringen har Danske Regioner påbegyndt en revision af pakkeforløbene, så de i endnu højere grad kobles op på de nationale kvalitetsmål, kliniske retningslinjer, medicin håndtering mv.

Det er regionerne selv, der står for rammer og indhold i de forskellige pakkeforløb.

Pakkeforløbene er altså ikke noget, der er påduttet regionerne fra hverken Christianborg eller Sundheds- og Ældreministeriets side.

Det er derfor også helt op til regionerne selv at ændre pakkerne, hvis de ikke synes, de understøtter den nuværende arbejdstilrettelæggelse godt nok.

Og sådan er det overordnet set mange steder i psykiatrien, der i langt overvejende grad er rammestyret.

Der er ikke en egentlig statslig takststyring af området, ligesom der ikke styres efter statsligt aftalte DRG-systemer, og der heller ikke er fastlagt et statsligt produktivitetskrav på 2 pct. som i somatikken.

Det er altså regionerne, der har ansvaret for at organisere og tilrettelægge varetagelsen af driftsopgaverne i det regionale sundhedsvæsen.

Det er den såkaldte regionale arbejdsgiverspligt og myndighedsudøvelse.

Der er selvfølgelig en række rammevilkår for regionerne, som blandt andet er:

- Lovgivningen på området.
- Aftalte overenskomster.
- Vejledninger og retningslinjer fra centrale sundhedsmyndigheder.

- Aftalte rammer, som hvert år bliver indgået mellem Danske Regioner og regeringen i de årlige økonomiaftaler.

Og desuden rammesættes regionerne af de aftaler, regeringen og Folketinget indgår. Dels med Danske Regioner og dels i form af elementer indeholdt i den til hver tids gældende finanslov.

Men overordnet set, så har regionerne store frihedsgrader til selv at tilrette indsatsen på psykiatriområdet.

Regionerne har selv tillagt styringen af det psykiatriske område større vægt gennem de seneste år.

Det skal blandt ses i lyset af, at der er blevet indført udvidet patientrettigheder såsom udredningsretten, der helt naturligt har indebåret øget styringsfokus på området.

Det har også haft klare resultater i forhold til at komme ventelisterne til livs samt en forøget kapacitet på området, så flere patienter bliver behandlet.

Regionernes store frihedsgrader på psykiatriområdet er for mig at se både godt og skidt.

På den ene side, så har de selv i høj grad muligheden for fleksibelt at tilrette indsatsen, så den er passer til den virkelighed, som personalet møder i deres hverdag.

Men på den anden side, så er der også risiko for, at der opstår de problemer, som jeg talte om tidligere, hvor vi vanskeligt kan følge de ressourcer, Folketinget ekstraordinært tilfører psykiatrien.

Og sager, som vi sidder og diskuterer i dag, hvor en lang række læger ikke oplever, at deres rammevilkår passer med deres virkelighed på arbejdet, dem har vi svært ved at påvirke eller bare i det mindste følge nærmere.

Og jeg er ikke ude i, at vi skal til at styre psykiatrien med hård hånd fra centralt hold.

Slet ikke.

Nej, jeg vil bare gerne have, at vi politikere, der på den ene eller anden måde også kommer til at stå til ansvar, når noget går galt i psykiatrien, at vi også har mulighed for at følge udviklingen lidt bedre.

Jeg vil derfor gerne – selvom jeg har talt længe nu - benytte anledningen til at tale om det arbejde, vi er i gang med om styring i psykiatrien.

Det er et arbejde, som Sundheds- og Ældreministeriet laver sammen med Danske Regioner og som i en arbejdsgruppe blandt andet vil se nærmere på data, kvalitet og styring i psykiatrien.

Ja, det er sådan set en arbejde, der har sin rod helt tilbage i den tidligere regerings udspil om "Ligeværd – Nyt fokus på indsatsen for mennesker med psykiske lidelser", der havde undertitlen – en langsigtet plan.

Det må man sige også gælder for dette helt konkrete tiltag.

Arbejdsgruppen forventes at afrapportere i foråret og komme med konkrete anbefalinger til styring af psykiatrien.

Men vi skal huske på, at produktivitet og mere aktivitet ikke gør det alene - det handler også om at få patienten i centrum for styringsdagsordenen og adressere geografiske forskelle.

Det er derfor vigtigt for mig, at vi får større fokus på, at der skabes resultater, der har værdi for patienten.

Men reelt kendskab til aktivitet og økonomi er altså i mine øjne en nødvendig forudsætning for at sætte kvalitet og resultater på dagsorden – præcis som det har været tilfældet i mange år i somatikken.

Det er ikke et spørgsmål om enten eller - det er et både og!

Jeg forventer derfor, at der i regi af dette arbejde bliver foretaget en balancering af hensyn, og der kommer en række anbefalinger inden for ensartethed i data og forskellige styrings- og monitoreringstiltag i almindelighed.

Det er altså min forventning, at vi med arbejdsgruppens afrapportering i foråret kan se frem til nogle solide anbefalinger til, hvor psykiatrien fremadrettet kan blive styrket yderligere.

Det er min klare ambition, at vi skal have løftet indsatsen i psykiatrien.

Det skal gerne være til gavn for både patienter og pårørende, men også de ansatte på området, som skal opleve, at det, vi beslutter, giver mening

Mange tak for ordet!