

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs input til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab er et lægevidenskabeligt selskab for alle børne- og ungdomspsykiatere samt læger under uddannelse til at blive speciallæge i specialet. Dette inkluderer både de ansatte på hospitalerne og de offentlige og private i speciallægepraksis. Vores formål er skabe den bedste udredning og behandling for alle børn og unge der rammes af psykisk sygdom, samt give oplysninger og viden om neurodiversitet, psykisk sårbarhed og sygdom, så alle børn og unge kan få den bedst mulige opvækst og rammer for udvikling.

Vi værdsætter og har en stor respekt for kommissionens arbejdsopgave, og vi ønsker at bidrage til arbejdet med vores syn på hvordan vi kan skabe et endnu bedre sundhedsvæsen i Danmark.

Vi har fire punkter, vi gerne vil fremhæve:

1. Psykisk sygdom opstår i en kombination af både biologiske, psykiske og sociale årsager, og derfor skal behandlingen adressere alle tre aspekter. Både den behandling der skal foregå på hospitalet og den der skal foregå i kommunen og i hjemmet.
2. Der skal skelnes mellem psykisk sårbarhed og psykisk sygdom, og mellem forebyggelse og behandling, ligesom man både forebygger og behandler fysiske sygdomme.
3. Den medmenneskelige relation er afgørende for et godt behandlingsresultat. Derfor skal mulighederne for kontinuitet i behandler-patient-relationen vægtes i den nye sundhedsstruktur (*både i regionerne og i kommunerne*).
4. Der er alt for lidt fokus på behandlingen i socialpsykiatrien (*behandlingen i kommunerne*), herunder specialskoler, bosteder og døgninstitutioner til børn og unge. Der er behov for et løft af kompetencer og ressourcer og for at ambitionerne øges, så det svarer for eksempel til ambitionerne på kræftområdet.

Det bruges stadig meget få ressourcer på de psykiske sygdomme relativt til de fysiske sygdomme. Det på trods af at den psykiske sygdomsbyrde i Danmark ikke er lille, og mere end halvdelen af svær psykisk sygdom debuterer i barn- eller ungdomsalderen. Det har overrasket selv psykiatere, at tæt på 80% af alle danskere oplever behandlingskrævende psykisk sygdom på et tidspunkt i deres liv¹. Dette understreger hvor tabubelagt psykisk sygdom stadig er.

I Danmark er vi stolte af, at alle familier får besøg af en sundhedsplejerske, som følger spædbarnets fysiske udvikling de første måneder. Vi er også stolte af, at alle familier har en praktiserende læge, de kan ringe til, når de har den mindste bekymring om deres barns fysiske helbred. De praktiserende læger forventer at kende de familier, de har i deres praksis og følger børnene igennem mange år. Derfor har Danmarks befolkning en høj grad af fysisk sundhed og medfødte skavanker opdages tidligt og behandles forebyggende. Kroniske sygdomme, både de svære og de lette sygdomme, så som a) diabetes, nærsynethed, platfod b) de forbigående sygdomme som snue, bakterielle infektioner og de svære, så som c) kræft, som behandles tidligst muligt med de mest effektive indsatser vi kender til.

Givet prævalensen af psykisk sygdom og mistrivsel blandt børn og unge er der behov for et tilsvarende system for de psykiske sygdomme for børn og unge. Det vil være et tegn på stor

¹ <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2806888>

velstand, den dag Danmark kan bryste sig af at tage sig lige så kompetent af psykiske sygdomme som af de fysiske sygdomme. Vi ved allerede meget om forebyggelse og behandling af psykisk sygdom hos børn og unge, men der er brug for en øget prioritering af formidling af denne viden i uddannelsesvæsenet, hvor viden om forebyggende indsatser aktuelt ikke er på dagsordenen, samt omsætning til landsdækkende indsatser som både vedrører det regionale og det kommunale system.

Vi kan udrede og behandle bedre end vi har mulighed for i dag. Som på så mange andre områder, har vi brug for mere forskning i dansk kontekst men det bør ikke forhindre os i at anvende den viden vi allerede har.

Psykisk sygdom forklares og behandles i dag ud fra en bio-psyko-social-forklaringsmodel. Det betyder at man både skal undersøge hvad der er på spil fysisk (biologisk), psykisk og socialt. Men vores sundhedsvæsen er traditionelt primært optaget af det fysiske. Det psykiske og sociale aspekt bliver integreret som noget ekstra, såsom tilbud, når det gælder de fysiske sygdomme, som psykologsamtaler til forældre til børn med kræft eller socialrådgiversamtaler for dem som skal omskoles efter en arbejdsulykke. Desværre hersker der på mange måder ikke den samme tilgang, når det gælder de psykiske sygdomme, hvor det meste af den psykosociale og socialpædagogiske behandling ligger i kommunerne. Dette medfører at et speciale som det børne- og ungdomspsykiatriske, hvor psykosociale aspekter er af stor betydning for behandlingen, er mere afhængigt af samarbejde med aktører udenfor sundhedsvæsenet end specialer hvor behandlingen overvejende er medicinsk eller kirurgisk. Dette sætter krav til tydeliggørelse af rammerne for samarbejdet samt også sikre at disse aktører sikres ressourcer og kompetencer til at løse opgaverne.

Patienter har en række rettigheder som regionerne og kommunerne skal efterleve. Disse rettigheder drejer sig om tid til udredning og tid til behandling samt behandlingskvalitet målt på en række fastlagte indikatorer.

Men for de børn, unge og deres familier der har brug for hjælp fra børne- og ungdomspsykiatrien, er den del af behandlingen, som er indbefattet af patientrettighederne ofte kun en meget lille del af det de har brug for. Den del af behandlingen som omfatter psykoterapi og/eller familierapi som den primære behandling ligger ofte ude i kommunerne og er derfor slet ikke omfattet sundhedsloven. Det samme gælder for den sociale del af behandlingen, som omtales som indsatser. At man betegner noget som 'behandling' og andet som 'indsatser' udgør i sig selv en betydelig forskelsbehandling. Det er i et rettighedsperspektiv helt forkert, at patienterne efter endt psykiatrisk udredning ikke har ret til den del af behandlingen, som ligger i kommunerne. Trods kommunalt behov for selvstyre finder vi det relevant at påpege at vi ser et behov for en ensretning, beskrevne standarder og rettigheder, på samme vis som det engang blev indført for eksempel for den kommunale tandpleje.

Herudover er det fra et behandlingsmæssigt perspektiv ikke hensigtsmæssigt at den læge, der har stillet diagnosen, ikke har indflydelse på (eller medansvar for) den behandling der ligger i kommunerne. Lægen har ikke indflydelse på om der iværksættes behandling og indsatser, om de stemmer overens med konklusionen på den psykiatriske undersøgelse og følger ikke op på om der

er den ønskede effekt. Der er behov for en styrkelse af samarbejdet med fokus på fælles ansvar, blandt andet gennem forbedrede kommunikationsveje mellem kommunalt og børnepsykiatrisk fagpersonale.

Psykisk sårbarhed kan skyldes en genetisk betinget neurodiversitet såsom autisme, men det kan også være fattigdom eller at ens forældre har en psykisk sygdom. Ligesom der er større risiko for at få den arvelige variant af sukkersyge, hvis ens forældre har sukkersyge, så er der også en større risiko for at få en psykisk sygdom, hvis en af ens forældre har en psykisk sygdom. Autismen er en neuroudviklingsforstyrrelse, og den gør personen mere sårbar overfor at udvikle en psykisk følgesygdom.

De "klassiske" psykiske sygdomme, såsom depression, angst, psykose, OCD, anoreksi osv. er sygdomme som vi kan behandle og helbrede, hvis vi sætter tidligt nok ind med den rette behandling -og indsatser. Både fysisk, psykisk og socialt. Der er behov for også hvad angår børn og unges psykiske sundhed at vores sundhedsvæsen bliver indrettet på en sådan måde, at de har ret til alle tre dele.

Lad os tage et eksempel, der viser at børns psykiske mistrivsel altid skal ses i en kontekst, forskellen på psykisk sårbarhed og sygdom, og hvor der både er brug for behandling og forebyggelse. Vi får henvist en otteårig dreng som aldrig er kommet i gang med skolen og som allerede havde fravær i børnehaven. I henvisningen var der mistanke om angst.

Man kan sammenligne det med et barn, der voksede op i 1960'erne og udviklede kronisk bronkitis. Alle kunne se, at dette barn var mere overfølsom end de andre børn. Måske vidste man det ikke, måske vidste man godt, at problemet var støv, tobaksrøg osv., men ingen overvejede f.eks. at gøre det forbudt for pædagogerne (eller forældrene) at ryge, mens de havde barnet på skødet.

Den otteårige dreng får diagnosen autisme udover diagnosen social angst. Hvis han kun havde angst eller OCD, ville man kunne tilbyde ham psykoterapi sammen med hans forældre. Men hans angst kom, fordi drengen havde en autisme (som han var født med) som ikke var blevet mødt med de rette indsatser. Det er ligesom barnet i 1960'erne, hvis lunger blev udsat for mere støv og røg end de kunne klare.

Så det er nødvendigt både at gøre barnets daglige miljø mere "autismevenligt" svarende til drengens behov (både i børnehaven, skolen og i hjemmet) og derudover give familien akut behandling for den angst-sygdom, der er stødt til. Det svarer til at et barn med astma, der får astmamedicin samtidigt med at man a) fjerner evt. skimmelsvamp, b) nedbringer snavs c) gør rygning forbudt i institutionerne samt at lærere, pædagoger og familien skal fjerne de ting, der giver allergi. Det ville nemlig ikke give mening at behandle en astma hvis man ikke samtidig fjerner de udløsende faktorer der forværrer astmasymptomerne. Med andre ord – en helhedsorienteret behandling, som behandler astma bedst muligt. I vores eksempel, kan det være at drengen skal have en autismevenlig skole, eller en skole der tager højde for barnets individuelle behov.

Dette eksempel tages frem, fordi der er brug for en accept af, at børns mentale sundhed er afhængig af ting udenfor sundhedssystemet, og at sundhedssystemet ikke alene kan sikre

befolkningens sundhed, hverken den fysiske eller den psykiske. Der er behov for øget viden om, og implementering af miljøer, herunder skolemiljøer, som understøtter mental trivsel og forebygger psykisk mistrivsel og psykisk sygdom.

Som børne- og ungdomspsykiater, kan det opleves som behandlingsmæssigt ulogisk og uhensigtsmæssigt at man kan skrive en recept på medicin til et barn såsom medicin mod OCD, angst eller depression, men ikke kan anvise barnet til en skole, hvor der ikke er risiko for udvikling af psykisk sygdom. Det svarer til at man ikke vil sende et barn tilbage i en skole med skimmelsvamp, hvis det har udviklet svær lungesygdom pga. skimmelsvamp.

Vi vil derfor anbefale, at Sundhedsstrukturkommissionen anerkender at psykiske sygdomme har både fysiske, psykiske og sociale årsager, og at der derfor tilsvarende bør være patientrettigheder, hvor læger kan skrive recept på al behandling, ikke kun på medicin, men også på den psykiske og sociale behandling og indsats.

Sundhedsstrukturkommissionen afholdt i december 2023 et stormøde. Her fortalte fire patienter om hvad der var vigtigt for dem. En af de fire fortalte at relationen til en enkelt behandler, som patienten oplevede vitterligt interesseret sig for patienten, havde været afgørende for hans helbredelse. Men efterfølgende blev næsten al diskussion styret ud fra regionernes eller kommunernes perspektiver. Sundhedssystemet bør være til for patienterne og tage udgangspunkt i al den viden, vi har om hvad der er hjælpsomt for dem, ikke hvad der ser godt ud på et excel ark eller en økonomisk model, også selvom det er tillokkende at flytte fokus væk fra patienterne og hen på dem, der skal bestemme over systemet.

Vi vil anbefale, at Sundhedsstrukturkommissionen i alle deres anbefalinger, sikrer løbende effektmåling af om anbefalingerne kommer til gavn for patienterne og deres familier. I særlig grad ønsker vi fokus på om en anbefaling kan støtte eller blive en forhindring for kontinuitet mellem patient og behandler. Patient-behandler-kontinuitet påpeges igen og igen af patienterne som en afgørende faktor for helbredelse. Det er formentlig endnu vigtigere for patienterne med psykiske sygdomme, men gælder så absolut også for patienter med fysiske sygdomme.

I dag måler man på hvor mange dage man skal vente på at få en behandling. Vi mener man bør måle på om patienterne får det bedre. Man bør også måle på hvor få eller mange forskellige behandlere man møder i sin gang gennem systemet. Der er ganske vist indført patientansvarlige læger, men det er desværre ofte blot et navn i en pc. Det er på ingen måde den læge, som familien kender og ser som sin primære behandler.

Børne- og Ungdomspsykiatrien har gennem en årrække været meget hårdt presset ift at overholde et politisk krav om ventetiden til første samtale. Det er den patientret der hedder UBR: udrednings- og behandlingsretten. Det har medført en lang række af tiltag mhp. at effektivisere både udredning og behandling, der i starten var gode. Vi har dog oplyst sundhedsministeren om, at vi nu de fleste steder i landet har skåret så meget ned, at det mange steder kun er en ret til udredning men ikke en ret til behandling. Hertil kommer at udredningen i sig selv også er beskåret kraftigt. Desværre har denne udvikling desuden betydet en stor afvandring fra faget, der gør det

tiltagende svært at overholde UBR og give den rette behandling til de børn og unge, der har brug for behandling.

Afslutningsvis et andet eksempel: Mennesker med svær kræftsygdom skal ofte gennem mange behandlinger, der kan tage måneder og år. De følges tæt i mange år, fordi man ved at sygdommen kan vende tilbage. Mennesker med svær psykisk sygdom skal på samme vis have behandling gennem måneder og år. Den behandling skal ofte ske på behandlingssteder, hvor personalet aktuelt ikke har de nødvendige uddannelser og kompetencer til at behandle dem. Man ville aldrig acceptere at det personale, der behandler mennesker med kræftsygdom, ikke er korrekt uddannet.

Vi håber at Sundhedsstrukturkommissionen vil komme med forslag til, hvordan man opbygger et sundhedssystem, hvor der kæmpes lige så indædt for at helbrede mennesker med psykisk sygdom som der kæmpes for at helbrede mennesker med kræft, også selvom de psykiske sygdomme kræver en anden type behandling, der rettes mod alle tre aspekter: Både de biologiske, de psykiske og de sociale.

Vh Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskab v/

Mette Falkenberg Krantz, Ph.D, post doc, bestyrelsesmedlem

Kasper Jessen, Ph.D, Speciallæge, bestyrelsesmedlem

Nina Tejs Jørring, overlæge, specialist og supervisor i psykoterapi, forperson