

København, den 21. august 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. Lovforslag om ændring af sundhedsloven (Ændring af patientrettigheder for børn og unge, der er henvist til udredning i psykiatrien, samt ændring af færdigbehandlingstakster for psykiatriske patienter)

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på lovforslag om ændring af patientrettigheder for børn og unge, der er henvist til udredning i psykiatrien, samt ændring af færdigbehandlingstakster for psykiatriske patienter.

DSAM bifalder, at der i fremtiden bliver kortere ventetid for børn og unge, der henvises til en børne- og ungdomspsykiatrisk sygehusafdeling.

Vi bifalder målet fra 10 års planen om, at de unge tilbydes et sammenhængende forløb inden for 60 dage uden den nuværende opdeling mellem udredning og behandling (jf. side 5).

At dette i lovteksten har ført til en opdeling, hvor man vil udrede indenfor 1 måned og behandle inden for 2 måneder, finder vi en smule konstrueret.

Udredning og behandling kan godt opdeles skarpt, når det gælder visse kræftsygdomme, hvor man nærmest mekaniseret kører igennem fx kikkertundersøgelser og scanninger, fordi det er operationen/kemoterapien, der er behandlingen.

Når det gælder patienter, hvor man mistænker psykiatrisk sygdom, starter samtalen - og dermed behandlingen - ved første kontakt. Udredningen foregår løbende, og samtaler og udredning foregår i en vekselvirkning med barnets/familiens tanker og erkendelser imellem fremmøderne. Det er ikke sikkert, at man har en endelig diagnose indenfor 2 måneder, men processen er i gang, og patienterne ved, at de ikke afsluttes, før den er færdig. Sådan er det i almen praksis, og sådan er det også i børne- og ungepsykiatrien.

Vi bemærker, at man heldigvis nederst på side 5 har skrevet, at man tilbyder endelig udredning og behandling, **"såfremt det er fagligt muligt"** i bemærkningerne til loven.

Fra DSAM anbefaler vi således, at man samler udrednings- og behandlingsfrister til én frist (30 eller 60 dage) og fjerner opdelingen mellem udredning og behandling i stk. 3.

Forslaget bør ikke stå alene

Der bør sikres en god visitation før henvisning, og det bør sikres, at der er et godt samarbejde mellem alle aktører.

Krise og udredningssamtaler i almen praksis

På side 12 fremgår, at henvisningen kan komme fra en alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge, det let tilgængelige behandlingstilbud i kommunerne, en anden sygehusafdeling, herunder en akutmodtagelse, andre offentlige sygehuse eller private sygehuse.

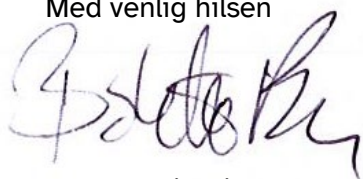
En henvisning til psykiatrien bør ske efter længerevarende kendskab og med viden om evt. somatiske problematikker. Det er ikke hensigtsmæssigt at henvise, hvis man kun har set patienten en gang, fx i forbindelse med en krise eller affektreaktion (medmindre det handler om akut indlæggelse). Vi foreslår, at man i højere grad sikrer involvering af egen læge, som har et helhedssyn på patienten og familien. Det kan ske ved indførelse af krisesamtaler hos egen læge - som det ses i Region Syddanmark.

Lægefaglig inddragelse i sundhedsråd og samarbejde på tværs af sektorer

Samarbejdet mellem PPR, praktiserende læger og kommuner har i alt for mange år været en Bermuda-trekant. I fremtiden bør det sikres, at der er et godt samarbejde mellem børne- og ungespsykiatrien, almen praksis og kommuner.

Derfor bør man i forbindelse med sundhedsreformen og de nye sundhedsråd også sikre den lægefaglige inddragelse af alle parter og velbeskrevet tværgående samarbejde mellem børne- og ungespsykiatere, praktiserende læger og kommuner (PPR/Det lettilgængelige tilbud).

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM