

Århus d 23 Marts 2015

Til
Sundhedsstyrelsen Embedslægeinstitutionen Nord
Langelandsvej 8
8940 Randers SV
Att Embedslæge Elisabeth Work

Høringssvar til Sagsnr. 5-4411-1729/1/ Reference EL W

"Sundhedsstyrelsen overvejer at indskrænke din virksomhed således, at du ikke må behandle patienter under 18 år"

Baggrunden for, at jeg er kommet i Sundhedsstyrelsens søgelys, er ikke klager fra patienter, pårørende eller samarbejdspartnere.

Jeg så en 15-årig pige i forbindelse med meget svær afhængighed af hash. Flere i hendes familie havde diagnosen ADHD. Hun havde meget alvorlige symptomer på ADHD, som stemte rigtig godt overens med selvbehandling med hash.

Hun havde i øvrigt prøvet talrige andre stoffer herunder medicin mod ADHD, hvis virkning hun beskrev fuldstændig, som man kunne ønske det ved behandlingsstart.

Hun var uden støtte fra forældrene kommet på afvænningsophold. Jeg iværksatte ud fra hendes erfaringer med ADHD medicin en hurtig optrapning i Concerta.

Jeg startede behandling for hashabstinenser med Quetiapin og det lykkedes i løbet af ganske kort tid at få hende fri af hash og væsentlig mere stabiliseret.

På baggrund af hendes øvrige sociale problematik blev hun ikke sendt hjem, men kom på institution for unge, hvor hun i løbet af ½ års tid igen udviklede et svært misbrug.

Institutionen var orienteret om, at de kunne kontakte mig på mail, men de valgte først at kontakte mig, da problemerne var meget store og de var på det tidspunkt ikke indstillet på at betale for opfølgende samtale, derfor foreslog jeg, at patienten blev henvist til Børneungdomspsykiatrisk afdeling, hvilket efterfølgende skete.

Patienten blev under indlæggelse på Børneungdomspsykiatrisk afdeling hjulpet fri af misbruget og startede behandling med Strattera.

Det var under denne indlæggelse, at en læge i Børneungdomspsykiatrisk regi indsendt underretning til Sundhedsstyrelsen om, at jeg som voksen psykiater havde set hende, at jeg havde startet hurtigt op i ADHD medicin og at jeg havde behandlet med Quetiapin mod hashabstinenser.

Der var ikke stillet spørgsmål ved min diagnose ADHD.

Min påstand i dag er, at hun ville være stillet over for krav om afholdenhed før, hun var kommet i behandling, hvis ikke jeg havde banet vejen.

Min sag er således ikke startet på baggrund af klager fra de unge, deres forældre, misbrugsbehandlere eller institutioner. Tværtimod har forældre og samarbejdspartnere udtrykt bekymring for hvem der så skal hjælpe de unge i fremtiden.

Her følger de 13 klagepunkter og mine svar og kommentarer.

1. *"Der er ingen begrundelse for hvorfor patienterne ikke er forsøgt henvist til børne-ungdomspsykiater. Der er ikke tale om akutte tilstande og i flere tilfælde har børne-ungdomspsykiatrien tidligere været involveret og der kunne genhenvises. "*

Jeg husker tydeligt den første patient, jeg behandlede for ADHD selv om, patienten ikke var fyldt 18 år, det var på Center for Misbrugsbehandling i Århus, hvor jeg havde gjort de første erfaringer med behandling af mennesker med misbrugsproblemer og ADHD, på baggrund af de positive erfaringer med dem, der var fyldt 18 år, blev jeg spurgt, om, jeg ville se en, der var under 18 år, hvilket jeg valgte at gøre og patienten havde rigtig mange tegn på ADHD og misbrug, der umiskendeligt lignede selvbehandling.

Patienten blev ligesom så mange andre misbrugsfri og fik mange andre frihedsgrader i sit liv.

Jeg tænkte, der må være mere end bare diagnose og medicin til dette unge mennesker og henviste til Børneungdomspsykiatrisk Hospital, jeg vedlagde min journal og blev indkaldt til netværksmøde, der var indkaldt sagsbehandler fra kommunen, patientens mor, patienten, der deltog ud over Speciallæge i Børneungdomspsykiatri en Psykolog.

Man havde valgt ikke at tale med patienten før dette møde og mødet blev indledt med en meddelelse om, at denne patient har ikke ADHD. Jeg valgte den konstruktive tilgang og gennemgik de tydelige symptomer på ADHD, der havde været gennem hele patients liv. Assisteret af moderen gjorde jeg rede for slægtshistorien med sandsynlig disposition til ADHD og sidst men ikke mindst de meget markante positive virkninger af medicinsk behandling, som såvel mor og patient kunne bekræfte.

Jeg fik således medhold i, at diagnosen nok var rigtig. Konklusionen på mødet blev, patienten har ADHD, er velbehandlet med medicin, der er ikke yderligere tilbud fra Børneungdomspsykiatrisk side, resten af opgaven er social og mor. Medicinen kunne fremover udskrives via praktiserende læge. Havde jeg ikke set denne patient, ville en henvisning til Børneungdomspsykiatrisk afdeling på det tidspunkt have medført en afvisning på baggrund af misbrugsproblemerne, sådan var det 2008 på Børneungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov.

Siden har jeg i flere sammenhænge fået forespørgsler om undersøgelse af unge mennesker med misbrug, hvor man har haft mistanke om, at der kunne ligge psykiatrisk sygdom til grund for misbruget.

I den fulde overbevisning, at mit tilbud ville være et alternativ til ingenting, har jeg valgt at påtage mig opgaven i en række sammenhænge selvom, jeg godt vidste, at Sundhedsstyrelsen ikke billigede dette.

Jeg har holdt mig opdateret i forhold til denne afvisningspraksis og har med stor glæde konstateret, at den ikke længere eksisterer, nu er det ikke i orden at afvise længere og det har betydet, at mange flere nu bliver undersøgt, i 2007 var det ca. 1% af samtlige børn og unge, der blev set af en Børneungdomspsykiater, nu er det omkring 3 %.

En meget store del bliver afsluttet efter første samtale, således er det uvist, hvor stor stigningen har været i antallet af børn og unge, der får behandling. Praksis i forhold til børn og unge med misbrug har flyttet sig lidt, der er enkelte, der får diagnosen ADHD selvom de har et misbrug, under forudsætning af, at den unge magter at stoppe sit misbrug i en periode på 3 måneder, kan behandling med Strattera (den mindst virksomme medicin med Indikationen ADHD) komme på tale.

Misbrugsophør overlades til den unge og dennes forældre under opfordring til at kontakte en det kommunale misbrugstilbud.

I de Misbrugscentre jeg har kontakt til, har det ikke været praksis, at Børneungdomspsykiatriskafdeling kontakter misbrugscenteret mhp. at samarbejde, misbrugsbehandling er ifølge Sundhedsstyrelsen en social opgave.

Efter praksis med afvisninger blev ændret til, at ingen måtte afvises, har jeg igen henvist en række unge mennesker og der tegner sig et tydeligt billede, det er lykkedes at få etableret behandlingsforløb hos unge, der er kommet fri af misbrug, det er med overtale lykkedes, at få Børneungdomspsykiaterne til at videreføre medicinsk behandling påbegyndt af mig, når de unge har været misbrugsfri. Jeg har flere eksempler på afslutning efter første samtale, i de tilfælde, hvor den unge ikke var stoppet misbruget, i flere tilfælde med direkte henvisning til fortsat kontakt til undertegnede. Blandt disse har der været unge, der pga. ubehandlet ADHD, misbrugsproblemer og svære sociale problemer hos forældrene har tilbragt adskillige år på institution. En har jeg mødt i et midlertidigt afrusningstilbud under ophold på forsorgshjem, denne patient var hjemløs, der var ingen støtte fra forældrene,

patienten var i svært misbrug herunder begyndende alvorlig kriminalitet, berigelseskriminalitet, pushervirksomhed og voldskriminalitet. Abstinenserne i forbindelse med misbrugsreduktion gjorde patienten aggressiv og der var begrundet frygt for voldelige handlinger.

Patienten havde effekt af medicin mod ADHD, men sov ikke, fordi ADHD medicinen ikke virkede om natten.

De sidste to patienter var nået igennem deres deroute uden, at nogen havde søgt henvisning til Børneungdomspsykiatrisk behandling, hvilket kunne have været meget velbegrundet fra allertidligste barndom, man kan undre sig over hvorfor, man kan undre sig rigtig meget over, hvorfor Børneungdomspsykiatrisk Hospital i Aarhus ikke ville påtage sig opgaven i disse meget svære tilfælde.

Når du læser dette, håber jeg, du forstår, hvorfor jeg ikke i alle tilfælde, hvor jeg ser unge mennesker under 18 år, henviser til behandling i Børneungdomspsykiatrisk regi.

Ud af de 12 patienter Sundhedsstyrelsen har udbedt sig min redegørelse for er således kun 3 søgt henvist til behandling i Børneungdomspsykiatrisk regi, en henviste jeg umiddelbart, fordi der var alvorlige psykotiske symptomer udviklet uafhængigt af tidligere misbrug, patienten havde været stoffri 1 år ved min undersøgelse og symptomerne opfyldte kriterierne for Skizofreni, udover henvisningen skrev jeg recept på relevant antipsykotiskmedicin, som patienten valgte ikke at tage, patienten blev tilknyttet specialtilbud for unge med skizofreni, hvor man ikke har formået at få patienten til at tage antipsykotisk medicin og er tilsyneladende stadig afventende nu 1 år efter, kontakten begyndte.

En var en ung, der havde tilbragt tid på institution pga. svære sociale problemer i hjemmet og pga. misbrugsproblemer og dertilhørende kriminalitet. Patienten var ikke under det søgt udredt for evt. tilgrundliggende psykisk sygdom, men patienten havde selv mistanke om ADHD, hvilket jeg kunne bekræfte ved min undersøgelse på et Rusmiddelcenter, efter opstart af ADHD medicin, valgte patienten at stoppe med misbrug, efter kort tid kunne patienten udtrappes af abstinensmedicin, denne patient blev undersøgt på Børneungdomspsykiatrisk afdeling, hvor man kunne bekræfte diagnosen ADHD, deres spørgsmål til patienten og institutionen var, nu får du medicin, hvad ønsker du mere? Den tredje patient var på institution med et enkeltmandstilbud dvs. patienten havde et personale omkring sig døgnet rundt for at yde den ypperste pædagogiske indsats i øvrigt efter kognitiv ressourcefokuseret accepterende pædagogiske metoder KRAP.

Patienten havde tidligere haft kontakt til både Børneungdomspsykiatrisk afdeling og praktiserende Børneungdomspsykiater. Patienten var i misbrug. Institutionen kontaktede mig i håb om, at jeg med min specialviden kunne bidrage med relevante tiltag, men selv med dette kom jeg til kort og håbet hos patienten brast, i reaktionen på dette vurderede jeg, at der var alvorlig fare for, at patienten ville begå selvmord på kontaktede akut Børneungdomspsykiatriskafdeling, som valgte at lave en vurdering, efter samtale i Modtagelsen blev patienten afsluttet uden videre tilbud dog mulighed for henvisning til ambulant kontakt via praktiserende læge.

En Speciallæge i Børneungdomspsykiatri kan ikke efter en vurdering i modtagelsen henvise til eget ambulatorium, der kan alene tages stilling til et behov for akut indlæggelse.

Patienten kom hjem og begik meget massivt hærverk, hvorfor patienten blev overflyttet til lukket ungdomsinstitution inden for kriminalforsorgen.

Det skal anføres, at denne lukkede institution under kriminalforsorgen tilkøber assistance fra privat praktiserende Børneungdomspsykiater uden overenskomst med Regionen dvs. en psykiater uden for det offentlige sundhedsvæsen. Således har Sundhedsstyrelsen ved gennemgang af mine 12 patientsager fået indblik i, hvilke odds jeg har været op imod ved forsøg på henvisning til Børneungdomspsykiatrisk behandling i det danske sundhedsvæsen alligevel skriver de, at jeg ikke har forsøgt henvisning til Børneungdomspsykiatrien.

2. *"Journalerne er ikke ført med omhu og samvittighedsfuldhed. Der er alvorlige mangler i forhold til at journalføre oplysninger udefra, her under oplysninger fra kommune og misbrugscenter, mailkorrespondance med forældre og kontaktpersoner og vigtige observationer gjort af personale i misbrugsinstitutionerne."*

Samtlige dokumenter fra samarbejdspartnere er indscannede og ligger i min journal. Der er anamnese fra samarbejdspartnere, der er PPR-undersøgelser, resumeer fra tidligere behandlingstiltag ect.

Mail korrespondancen er, som det fremgår, tilgængelig og medsendt til Sundhedsstyrelsen. Jeres påstand i punkt 2 er således ikke i overensstemmelse med virkeligheden.

3. *"Der foreligger ikke en tilstrækkelig og grundig anamnese. Oftest er der kun tale om oplysninger fra den unge. Der er ikke forsøgt opnået anamnese ved forældre eller forsøgt rekvireret oplysninger udefra i form af skoleoplysninger, oplysninger fra kommunen eller tidligere undersøgelser eller behandlingsforsøg. "*

Jeg har ikke set unge patienter uden deltagelse af forældre og/eller misbrugsbehandler/pædagoger på institutioner.

Ud over de mundtlige oplysninger, der er givet, foreligger alle på undersøgelsestidspunktet tilgængelige sagsakter indscannede i min journal.

I de 12 patienter Sundhedsstyrelsen har gennemgået deltog mindst 1 forældre i udredningen i 6 tilfælde.

4. *"Udredningen suppleres sjældent med ratingscales eller diagnostiske interviews, selvom det flere steder er relevant."*

I de afsluttende bemærkninger har jeg skevet lidt mere udførligt om de nye diagnostiske kriterier for ADHD.

Den mest udbredte og internationalt anerkendte ratingscale i forhold til ADHD er ASRS. Det er ikke et diagnostisk redskab men et screeningsinstrument, som kan bruges af ikke medicinale personer til opsporing af sygdom.

I 80% af tilfældene er screeningsresultatet i ASRS i overensstemmelse med en diagnose stillet efterfølgende dvs. der er nogle, der har symptomer uden, at det er udtryk for ADHD og der er nogle, der har ADHD uden at have symptomer nok.

ASRS og andre ratingscales foreligger indscannet i mine journaler, hvor det er relevant dvs. ikke, hvis der tidligere er stillet en ADHD diagnose og ikke, hvis ADHD ikke er diagnosen.

5. *" Der er ingen oplysninger i journalen om alvorlige psykosociale forhold. "*

Hvis man ikke medregner bilag i journalen, er det klart, at min dokumentation for disse problemer ikke er detaljeret.

Alene det faktum, at udredningen foregår på et misbrugscenter eller en institution er, som jeg ser det, et udtryk for meget alvorlige sociale problemer forbundet med meget store omkostninger for børn og deres forældre for slet ikke at tale om samfundets økonomiske omkostninger.

6. *" Der udføres stort set ikke somatisk undersøgelse, herunder somatisk*

anamnese med fokus på kontraindikationer til medicin, samt somatisk undersøgelse inklusiv, BT, puls, højde og vægt som minimum. ”

Jeg vedgår, at jeg ikke i min journal har dokumenteret somatiske symptomer og undersøgelser tilstrækkelig omfang. Jeg har ændret min praksis på dette område og i de tilfælde, hvor der er symptomer, som jeg ikke med rimelig sikkerhed kan vurdere, henviser jeg nu til undersøgelse hos de praktiserende læger.

I april 2014 så jeg en dengang 14 årig dreng på institution, hvor han var anbragt pga. svære adfærdsforstyrrelser, undersøgelsen foregik i samarbejde med forældrene og institutionen. Drengen var ikke tidligere psykiatrisk undersøgt.

Jeg fandt meget stor mistanke om ADHD og valgte at tilbyde ham behandling med Methylphenidat, hvilket forældrene accepterede.

Patienten havde god effekt de første dage, men udviklede et besvimelsestilfælde, hvorfor forældrene efter aftale stoppede medicinen og kontaktede mig. Han blev udredt på hjerteafdeling, hvor man ikke kunne give en sikker forklaring, der var en mindre variation i hans EKG.

Jeg valgte at henvise til Psykiatrien i Nordjylland. Jeg blev senere kontaktet, om jeg virkelig mente, at de skulle se denne patient, ”det er jo bare adfærdsforstyrrelser”.

Dertil var mit svar, at jeg alternativt ville rådføre mig med embedslægen om, hvordan jeg bedst behandlede ham. De valgte at se ham efterfølgende og han er nu i behandling med Methylphenidat for ADHD.

7. ” Medicin indledes oftest i første samtale uden klar og entydig indikation. ”

Jeg bruger mellem 1½ og 2 timer til første samtale. Dette er for udgået af forberedelse i form af gennemgang af sagsakter.

Undersøgelsen afsluttes med, at jeg sammen med den unge, forældrene og samarbejdspartnere dikterer min journal, under det har de mulighed for at komme med indvendinger på mistanke om misforståelser, spørgsmål, hvis der er behov for uddybning, der er således ingen, der behøver at gå fra samtalen med et ubesvaret spørgsmål. Enhver indvending fra den unge, den unges forældre eller samarbejdspartner vil blive taget alvorligt fra min side.

Der er altid påført indikation og dette føres omhyggeligt i Fælles Medicinkort dvs. det fremgår også af de pakninger, der siden bliver afhentet på Apoteket.

Såvel misbrug som ADHD er forbundet med markant overdødelighed, langt hovedparten af mine patienter hører til den alvorlige kategori af ADHD patienter, hvor dødeligheden er 8 gange højere end normalbefolkningen selv, når de er diagnosticeret og søgt behandlet for ADHD.

Med denne forøgede dødsrisiko er det med fuld overlæg, at jeg stiler efter optimal behandling så hurtigt som muligt herunder medicinens virkning i alle de vågne timer.

8. ”Der foreligger ikke plan for behandling inkl. informeret samtykke fra patient og forældre samt plan for opfølgning og kontrol. ”

Jeg erkender, at jeg ikke detaljeret skrifteligt dokumenterer mine planer herunder informeret samtykke.

Der foreligger skriftligt samtykke for alle på nær 2 patienter, disse er indscannede og medsendt. De 2 undtagelser er udtryk for, at der i forbindelse med ophold på den pågældende afslutnings institution er indhentet skriftligt samtykke.

Jeg betragter det som informeret samtykke, når patient, forældre og eller samarbejdspartnere har deltaget i udfærdigelsen af min journal herunder har haft mulighed for at gøre indvendinger og stille spørgsmål mens, jeg dikterer journalen.

Jeg betragter det som underforstået, at min indsats kun er et psykiatrisk delelement af den sociale plan/misbrugsbehandlingsplan, som er baggrunden for, at min undersøgelse overhovedet har fundet sted.

I alle tilfælde er der planer om opfølgning via e-mail kontakt dvs. forældre og samarbejdspartnere kan i 90 % af tilfældene påregne at have svar på spørgsmål inden for 1 hverdagsdøgn. Hvis ikke der på den måde findes relevante løsninger, har samarbejdspartnere fri råderet over min tid ved mit næste fremøde. Tilfælde af mere akut karakter, kan telefonkontakt aftes via min sekretær. Der kan inden for få dage findes tid til face to face opfølgning i min klinik.

Disse helt basale standarder har jeg fundet overflødige at anføre for hver enkelt patient.

9. " Der behandles ofte med mere end et præparat ad gangen uden særlig begrundet indikation. "

Ved mine ordinationer via Fælles Medicinkort såvel som i min journal påføres altid indikation. I de tilfælde hvor der tale om både ADHD og hashmisbrug starter jeg behandlingen af begge dele samtidig.

10. " Behandling med Melhyphcnidat er off-label i forhold til indikation, dosis og optrapning uden særlige notater i journalen her om. Ved misbrug er 1. valg Atomoxetin. Dosis overskrider i tiere tilfælde anbefalinger og der gives ofte depot præparat 2 gange daglig uden begrundelse. Optrapningen sker hurtigt (ofte hen over en uge) uden begrundelse. Bivirkninger som søvnproblemer behandles ikke hensigtsmæssigt. "

Jeg skal ikke benægte, at jeg i forhold til en gruppe af ADHD patienter, som hører til dem med højest risiko for tidlig død ikke altid har fulgt de vejledende doser, der stammer fra randomiserede, dobbeltblindede undersøgelser blandt ADHD patienter uden misbrug og uden alvorlig samtidig anden psykisk sygdom. Specielt vil jeg gerne erkende, at jeg har valgt at bruge Centralstimulerende medicin fremfor Atomoxetin, der finde ingen evidens for, at Atomoxetin skulle virke bedre blandt dem, der har risiko for misbrug end dem, der er i misbrug.

11. " Behandling med Quetiapin/Seroquel er off-label og begrundelsen herfor er ikke journalført. Selvom indikationen abstinensbehandling er almindelig praksis, sker doseringen meget tilfældigt uden opfølgning i forhold til affekt og uden plan for nedtrapning i misbruget. "

Jeg skal ikke benægte, at jeg har brugt off-label Quetiapin/Seroquel til behandling af hashabstinenser, det bygger på empirisk viden og ikke dobbeltblindede placebo kontrollerede undersøgelser, som først nu er lige på trapperne.

Jeg har i 14 år brugt Quetiapin til behandling af hashabstinenser. Det er min og mange andres erfaring, at der er meget stor forskel på, hvordan Quetiapin virker på de enkelte individer. Derfor lyder min mundtlige vejledning til patienterne således " du skal have nok til, at du kan sove, men ikke så meget så du er sløv dagen efter". For langt hovedparten er en dosis til sovetid nok. Behandlingsvarigheden er meget afhængig af det tilgrundliggende misbrug og

kan variere fra uger til nogle måneder. Undtagelsesvis er der i forbindelse med hashabstinenser så svære symptomer i dagtiden, at jeg også anbefaler brugen af små mængder Quetiapin i dagtiden. Det er en fast del af mine aftaler med patienterne, forældre og eller misbrugbehandlere og pædagoger, at jeg gennem e-mail kontakt holdes opdateret på effekt og bivirkninger og herunder vejleder i dosering og udtrapning herunder også status for misbruget.

Det rækker ud over min evner at forudsige et forløb, derfor er den meget fleksible tilgang med hyppige justeringer nødvendig. Jeg har ikke i alle tilfælde skriftligt dokumenteret denne komplekse del af planen.

12. " Der er ikke udført opfølgende kontroller - hverken af effekt og bivirkninger eller somatiske forhold. Den psykiske tilstand er heller ikke tilstrækkeligt fulgt, idet der er flere oplysninger om mistanke om selv- mordtanker og psykose uden at patienten er tilset."

Selv mordstanker forekommer hos halvdelen af alle borger i Danmark på et eller andet tidspunkt i deres liv. Vurdering af selvmordsrisiko har været og er stadig en del af min rutine hos samtlige patienter. De 12 journaler rummer 3 eksempler. I alle tilfælde har jeg umiddelbart handlet. I det ene tilfælde ved at starte medicinsk behandling således, at der ved opfølgning 2 dage efter var indtrådt en så markant bedring, at der ikke længere var forhøjet selvmordsrisiko. I det andet tilfælde ved at anmode om her og nu vurdering ved Børneungdomspsykiater, forløbet er beskrevet i det ovenstående. I det tredje tilfælde blev der givet udførlig instruks til faderen om opmærksomhed på at følge en evt. udvikling i selvmordstanker herunder vejledning i handlemuligheder og opfordring til umiddelbar kontakt til undertegnede.

Kun i det tilfælde, hvor jeg vurderede behov for akut undersøgelse, reagerede patienten med udadrettet aggressiv og destruktiv handling som, fordi det samtidig var forbrydelser i forhold til straffeloven, gav anledning til samfundets straf fremfor sundhedsvæsenets hjælp.

De øvrige mindre komplikationer er dokumenteret i min opfølgning på mail og ved samtaler fx har utilstrækkelig virkning og bivirkninger førte til præparatskift. I 2 tilfælde skift til ikke medicinsk behandling men træning med Neurofeedback. Neurofeedback er relativ ukendt i det danske sundhedsvæsen, men indgår eksempelvis som en del af anbefalingerne i de norske retningslinjer for behandling af ADHD.

13. " Der foreligger ikke plan for øvrige psykosociale interventioner i form af intervention overfor misbruget, supplerende psykoterapi, ophold på institution/pædagogik, uddannelse og beskæftigelse, kontakt til forældre etc."

Undersøgelse, behandling og opfølgning af samtlige 12 patienter er foregået i samarbejde med forældre, misbrugsbehandler og pædagogiske institutioner således, at der har været synergi mellem deres og mine tiltag. Jeg har ikke kompetencen til på fyldestgørende vis at redegøre for alle muligheder for tiltag inden for misbrugsbehandling og pædagogisk intervention i institutioner for børn og unge. Jeg har bedste fald kunnet bidrage med sparring, når vi har drøftet deres planer. Hvis jeg tager udgangspunkt i den patient, som jeg fandt velbehandlet i forhold til misbrug og ADHD og derfor viderehenviste til Børneungdomspsykiatrisk afdeling i Risskov, blev der fra deres side udtrykt undren over, hvad de så skulle og de havde ikke på opfølgningstidspunktet kunne bidrage med yderligere .

Jeg har erfaring fra udredning og behandling af mere end 800 patienter og har holdt mig opdateret omkring internationale videnskabelige undersøgelser om ADHD og mange andre psykiske sygdomme og lidelser.

Specielt omkring ADHD har der nu igennem mere end 10 år været solid dokumentation for, at ADHD starter i barndommen, der er bred enighed om, at der skal være symptomer i barndommen, men det er blevet tydeligt, at problemerne kan indsætte på et senere tidspunkt idet, der er stor forskel på hvilke miljøer børnene opvokser i. Der kan være støttende miljøer med gode forældre, pædagoger, lærere m.v. som formår at kompensere og stimulere, så symptomerne ikke udvikler sig til problemer. Denne viden er integreret i den seneste revision af det amerikanske diagnosesystemet DSM5 og er en del af den kommende revision af WHO diagnosesystem ICD11, det betyder, at man tidligere skulle dokumentere problemer før 7 års alderen, nu skal man dokumentere symptomer før 12 års alderen. De i Danmark anvendte raitingscales og udredningsprocedure tager i meget vidt omfang udgangspunkt i de gamle diagnosekriterier, det betyder, at rigtig mange ikke får en diagnose og dermed mulighed for at få behandling hverken medicinsk eller specifik social behandling. Sundhedsstyrelsen skriver, at jeg er til fare for mine patienter, jeg vil gerne påstå, at Sundhedsstyrelsen er til fare for alle dem, der pga. forældede procedurer ikke får en diagnose og behandling.

Senest har Børneungdomspsykiater Søren Dalsgaard publiceret artikel i The Lancet, undersøgelsen viser, at mennesker med ADHD har en væsentlig forøget risiko for tidlig død for de fleste mere end dobbelt så høj som en sammenlignelig rask, der er en særlig gruppe, som har 8 gange større risiko for tidlig død, det er dem, der har svære adfærdsforstyrrelser samtidig med ADHD og det er dem, der har misbrug samtidig med ADHD. Den altovervejende grund til øget risiko for tidlig død er ulykker, der er ikke i artiklen nævnt død pga. komplikationer til medicinsk behandling.

Undersøgelsen er lavet ud fra danske patienter, som vel at bemærke har fået ADHD diagnose, det kunne være interessant at vide, hvor mange der pga. krav om stoffrihed ikke har fået relevant behandling på dødstidspunktet. Jeg tænker, at artiklen kunne være et godt udgangspunkt for revision af praksis med at tilbyde den mindst effektiv behandling til dem, der er så uheldige ikke at kunne stoppe med misbrug før behandlingen er startet.

Der har nyligen været en grundig undersøgelse af forekomsten af psykisk sygdom blandt varetægtsarrestanter i Vestre Fængsel, da jeg læste undersøgelsen, undrede det mig, at så få fik diagnosen ADHD, det hænger naturligvis sammen med de meget restriktive diagnostiske procedurer udfra et forældet diagnosesystem. Som jeg husker det, var det kun 18%, der fik diagnosen selvom, der i undersøgelsen bemærkes, at rigtig mange havde store problemer med koncentration og uro.

Man valgte i tankevækkende mange tilfælde at stille en Personlighedsforstyrrelsesdiagnose, efter de nye diagnosekriterier kræver en sådan diagnose udelukkelse af fx ADHD. I svenske fængsler har man taget konsekvensen, man ser ikke længere i gennem fingrene med misbrug i fængslerne, de lukkede fængsler er stoffri, man behandler fanger for deres psykiske sygdom herunder ADHD, der er gode svenske undersøgelser, der viser, at 1 krone brugt på behandling af en indsat med ADHD sparer samfundet for 20 kroner på længere sigt.

De danske fængsler tilkøber i tilfældigt omfang psykiater assistance i forhold til de indsatte, det er ikke et tilbud knyttet til det danske sundhedsvæsen.

Misbrugsbehandling er en social og dermed kommunal opgave, hvis man i kommunerne ønsker psykiatrisk assistance, må denne tilkøbes for kommunale midler, kun i ekstreme tilfælde, kan der udarbejdes en koordinationsplan, der findes meget detaljerede retningslinjer for udarbejdelse af koordinationsplaner for psykiatrisk, social og misbrugsbehandlings

indsats, jeg har endnu ikke mødt den første, der har fået det tilbudt. Jeg har ikke kendskab til, hvem der er koordinator for en sådan indsats i Region Midt eller Region Nordjylland, hvor jeg jævnligt kommer

Inspirationen til min indsats overfor unge er kommet fra alle de voksne patienter med misbrugsproblemer, jeg igennem årene har mødt. Samtlige disse er blevet svigtet som børn, svigtet af et utilstrækkeligt sundhedsvæsen, der kun undersøgte 1 % af alle børn og unge, hvor 10 % burde undersøges.

Der har været systematisk undladelse af behandling af børn og unge med misbrugsproblemer. Der har ikke været ekspertise i hverken Børneungdoms eller voksenpsykiatrien således, har man dokumenterbart været medvirkende årsag til talrige menneskers alt for tidlige død.

De 12 journaler Sundhedsstyrelsen har gennemgået er alle eksempler på unge med meget alvorlige psykiske problemer de fleste kombineret med misbrug. Nogle var anbragt i særdeles omkostningsfyldte pædagogiske rammer, jeg vil påstå, at deres respektive praktiserende læger ikke har haft en forventning til, at der var et tilbud i Børneungdomspsykiatrien til disse unge mennesker. Der har været afmagt blandt pædagoger, misbrugsbehandlere og forældre også afmagt i forhold til et håb om hjælp fra det danske sundhedsvæsen. Jeg er helt sikker på, at der på en række punkter er mulighed for en bedre indsats end det, jeg har gjort.

Jeg finder, at Sundhedsstyrelsens udkast til fremstilling af mine fejl giver et alt for forvrænget billede og at Sundhedsstyrelsen på den måde dækker over de utilstrækkelige forhold i sundhedsvæsenet.

Min indsats over for de unge var også tænkt som en provokation.

I har heldigvis ikke kritiseret mine diagnoser, I har ikke sat spørgsmålstejn ved behovet for behandling, tak for det. I har ikke sagt, at behandling var overflødig tværtimod, har I sagt, at jeg burde have henvist flere end jeg har.

Med venlig hilsen

Henning Laugesen
Speciallæge i psykiatri
Misbrugspsykiatrisk Klinik
Fuglebakkevej 54
8210 Århus V
E-mail: henning@dadlnet.dk