

Kære Strukturkommission: Husk psykiatrien

Vi vil gerne understrege vigtigheden af, at psykiatrien får en plads i det forslag, som Strukturkommissionen kommer til at fremlægge næste år, og vi har også input til, hvilke dele af psykiatrien, der skal prioriteres.

Af bestyrelsen i Dansk Psykiatrisk Selskab

Regeringen har nedsat en Sundhedsstrukturkommission, som har fået den enorme og meget komplekse opgave at opstille modeller for en fremtidig organisering af sundhedsvæsenet, som tager højde for, at der er mangel på medarbejdere i sundhedsvæsenet, samtidig med at der er et stigende antal patienter. Det ligger os meget på sinde, at behandlingen af mennesker med psykiske lidelser bliver tænkt ind i kommissionens arbejde på lige fod med alle andre patientgrupper, og vi har også nogle anbefalinger til, hvilke dele af psykiatrien det er allervigtigst at tænke ind.

Mange psykiske lidelser kræver langvarig specialiseret behandlingsindsats Når psykisk sygdom diskuteres i den politiske debat, møder vi ofte en opfattelse af, at den egentlige psykiatriske behandling finder sted under indlæggelse, og at kommunerne derefter overtager opgaven med den færdigbehandlede patient. Det er næsten aldrig rigtigt. Langt de fleste mennesker, som er ramt af psykisk lidelse, oplever at blive behandlet uden for hospitalerne.

De fleste psykiske lidelser debuterer i ungdomsårene. Forløbet kan variere betydeligt. En del kommer sig hurtigt og får hjælp via egen læge, praktiserende psykiater, psykolog eller via kommunale tilbud, men mange har tilbagevendende sygdomsepisoder, og en gruppe et langvarigt forløb med vedvarende symptomer og brug for hjælp for at få hverdagen til at fungere. Behandlingen er ofte kompleks og kræver langvarig, specialiseret og helhedsorienteret ambulant psykiatrisk behandling. Behandlingsforløbene kan bedst sammenlignes med behandlingen af langvarige komplekse lidelser som eksempelvis epilepsi, sklerose eller Parkinsons sygdom, og et velfungerende samspil mellem en regional og kommunal indsats er væsentligt for forløbet.

Kommunernes sociale tilbud kan komme på tale i forskellige sygdomsfaser og afhængigt af den enkeltes funktionsniveau. Støtteforanstaltningerne strækker sig fra botilbud, bostøtte, kontaktperson og tilknytning til værested, hvis det sociale funktionsniveau er betydeligt nedsat. Ved højere funktionsniveau kan der være tale om uddannelsesstøtte, mentorordninger og støttet beskæftigelse. Disse kommunale støtteforanstaltninger kan medvirke til at forebygge forværring af tilstanden og forebygge indlæggelse i den regionale psykiatri og skal derfor være let tilgængelige.

Derfor er det helt afgørende, at strukturkommissionen tænker de kommunale støtteforanstaltninger ind i den løsning, som kommissionen fremlægger. Der skal efter udskrivelse være mulighed for tilknytning til specialiserede ambulante teams eller til opfølgende behandling i psykoterapeutiske ambulatorier. Disse ambulante tilbud spiller en afgørende rolle for at sikre optimal behandling af patientens psykiske lidelse.

Sundhedsbetjening af bosteder Beboere på psykiatriske botilbud får, som det er nu, hverken den somatiske eller psykiatriske behandling, de behøver. Der bor 14.000 mennesker i psykiatriske botilbud. Mange af disse pladser var en del af de psykiatriske afdelinger i amtsligt regi indtil 1987, hvor de hovedsageligt overgik til kommunalt regi. Med ændringen af institutionerne fra hospitaler til botilbud, overgik patienterne til at være borgere, der kunne bo i egen bolig på institutionen med samme rettigheder som andre borgere. I samme ombæring mistede de dog deres direkte adgang til psykiatrisk og somatisk lægedækning. Resultatet er, at mange, som bor på psykiatriske botilbud, i praksis sjældent bruger muligheden for at opsøge praktiserende læge, og at den psykiatriske lægedækning er regionalt meget varierende. Derfor er der mange mennesker på botilbud, som ikke får den optimale behandling, hverken af fysiske eller psykiske lidelser.

Foreløbige erfaringer fra bosteder, der har haft tilknytning af faste praktiserende læger, tyder på, at der er mange beboere, der lider af ubehandlede, eller ikke optimalt behandlede fysiske lidelser, og at det, at der er en fast læge tilknyttet, kan forbedre forløbet af disse lidelser. I nogle tilfælde kan basale sundhedsmæssige forhold som nedsat syn og hørelse korrigeres, ganske enkelt fordi der er en læge til stede, som er opmærksom på disse forhold. Foreløbige data tyder på, at en meget stor andel af beboerne får ændret i den medicinske behandling for fysiske lidelser (både ny-ordination og ophør), får ordineret undersøgelser på baggrund af fysisk helbred samt får nye hjælpemidler og lignende. De foreløbige erfaringer med indførelse af psykiatriske botilbudsteams tyder på, at den psykiatriske behandling kan optimeres, indlæggelser forebygges og anvendelsen af tvangsforanstaltninger kan nedbringes.

Strukturkommissionen kan gentænke botilbuddene, så de knyttes tættere til det regionale sygehusområde med let adgang til somatisk og psykiatrisk ekspertise – men uden at opgive beboernes autonomi.

Psykiatriske pakkeforløb og forløbsbeskrivelser skal tilpasses den enkelte De korte pakkeforløb for angst og depression har nu eksisteret i 10 år. Det vurderes, at flere vil kunne få større gavn af behandlingen i pakkeforløbene, hvis der er bedre mulighed for tilpasning til individuelle behov. Pakkeforløbene er udviklet med kræftpakkerne som forbillede. For kræftpakkerne gælder det, at man med blandt andet individuelt tilpassede scanninger og blodprøver kan diagnosticere mere præcist, og at man har god evidens for effekten af de indsatser, der svarer til tumortype og stadieinddeling. Dermed har man kunnet udvikle en model, der meget nøjagtigt kan forudsige udviklingen af de enkelte sygdomsforløb, selvfulgelig med mulighed for afvigelser ved komplikationer.

Sådan er det ikke i psykiatrien. Vi kan ikke scanne eller mikroskopere os frem til en forudsigelse af, hvem der kan klare sig med et kort pakkeforløb, men forskningsresultater tyder på, at kun halvdelen af patienter, der modtager pakkeforløb for angst og depression, har tilfredsstillende behandlingsresultat efter forløbet. Derfor har vi brug for viden om, hvem der har gavn af en længere og mere omfattende indsats, og der er behov for individuel tilpasning af behandlingen med fokus på, at der skal leveres behandling af høj faglig kvalitet med anvendelse af de bedste dokumenterede metoder.

Vi anbefaler at Strukturkommissionen indtænker en evaluering og revision af pakkeforløb for ikke-psykotiske lidelser, så forløbene tilrettelægges således, at den enkeltes behov i højere grad kan imødekommes.

Behandling af angst og depression i almen praksis Almen praksis spiller en stor rolle i forbindelse med behandling af angst og depression, men der er uudnyttede muligheder for, at den praktiserende læge kan spille en endnu større og mere kvalificeret rolle i forhold til lettere og moderate tilfælde af angst og depression. Dette kan ske ved, at den praktiserende læge får en lettere adgang til en hurtig vurdering af en patient hos en speciallæge i psykiatri, og dernæst kan behandle patienten selv med sparring hos den praktiserende speciallæge i den model, der er kaldt "hurtig psykiatrisk udredning". Det kunne være en del af de kommende sundhedsklynger, hvor praktiserende psykiatere kan tænkes ind.

Et andet tiltag med gode erfaringer på området er den såkaldte collabri-model, hvor fremskudte regionale teams, med psykiatriske sygeplejersker, der har en efteruddannelse i kognitiv terapi, hjælper praktiserende læger ved at tilbyde kognitiv terapiforløb for angst og depression til patienter i almen praksis.

I arbejdet i Strukturkommissionen vil vi anbefale, at der indtænkes modeller for bedre behandling af angst og depression i almen praksis, herunder mulighed for forankring i sundhedsklynger.

Flere praktiserende psykiatere og bedre udnyttelse af kapaciteten Den gennemsnitlige ventetid hos en praktiserende psykiater er i øjeblikket 81 uger. Den skal nedbringes, og vi er tidligere i Dansk

Psykiatrisk Selskab kommet med bud på, hvordan det kan ske. Nemlig ved at kan øge og bedre udnytte kapaciteten i speciallægepraksis i psykiatri.

Vi foreslår blandt andet: Flere ydernumre til praktiserende psykiatere. Bedre udnyttelse af andre faggrupper i psykiaternes speciallægepraksis. Mulighed for deltidsansatte assisterende speciallæger og læger under uddannelse til psykiater samt supervisionsopgaver, så speciallægepraksis får en uddannelsesfunktion. Der skal være et tættere samarbejde mellem praktiserende psykiatere og både almen praktiserende læger og den regionale psykiatri med fælles forløb, hvor det giver mening.

Nogle af de ting vi foreslår, kræver ændringer i overenskomsten for praktiserende speciallæger og ændringer i uddannelsesforløb for speciallæger i psykiatri. Vi håber, at dette også giver anledning til nogle overvejelser i Strukturkommissionen.

Individuelt Planlagt arbejde med Støtte (IPS) Mange mennesker med psykiske lidelser ønsker at vende tilbage til arbejde eller uddannelse, og konceptet Individuelt Planlagt arbejde med Støtte (IPS) har vundet indpas i Danmark, efter at der nu foreligger solid både dansk og international evidens for, at der er god effekt af indsatsen. Konceptet indebærer, at der etableres et samarbejde mellem på den ene side kommunale IPS-teams, som er ansvarlige for at understøtte processen med at finde egnet beskæftigelse eller uddannelse og på den anden side regionale teams, som er ansvarlige for den behandlingsmæssige indsats. IPS-teams samarbejder med lokale arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner. Målet er, at det lykkes at indplacere patienten/borgeren i det almindelige arbejdsmarked eller i uddannelsessektoren, i mange tilfælde på nedsat tid eller i særlige arbejdsfunktioner. Det er i et stor dansk forsøg vist, at flere kan komme i arbejde eller uddannelse ved denne indsats, og at der er en sikker langtidseffekt, som kan fastholdes i flere år.

Strukturkommissionen bør i sit oplæg sikre de fornødne rammer for, at denne indsats videreføres, for den vil hjælpe patienter til en aktiv rolle i samfundet, et mindre behandlingsbehov og højere livskvalitet.

Udredning og behandling af autisme Aktuelt er der kun en beskeden regional involvering i behandlingen af autisme. Langt størstedelen af denne udredning, behandling og pædagogiske indsats varetages af kommunerne. Det betyder i praksis, at der er meget stor variation i, hvad patienterne tilbydes i forskellige kommuner. Behandling af autisme kræver betydelig specialiseret pædagogisk viden, og medicin spiller en meget lille rolle i behandlingen.

Det er ikke sandsynligt, at samtlige landets kommuner kan opbygge et højt kompetenceniveau. Vi foreslår derfor, at det indgår i Strukturkommissionens overvejelser at indføre forpligtende standarder for den kommunale indsats og opbygge kommunale videnscentre med indsigt i både psykoedukation og den miljømæssige indsats, eller overføre behandlingen af kompliceret autisme til regionalt regi. Formålet er at sikre et ensartet højt niveau i indsatsen over for denne, ofte oversete, målgruppe.

Kære strukturkommission: Vi er klar over, at det er en stor og kompleks opgave, I er kommet på. Vi i Dansk Psykiatrisk Selskab kommer gerne forbi og knytter endnu flere ord på, hvordan vi i en tid med mangel på arbejdskraft og flere patienter kan organisere psykiatrien lidt bedre, til gavn for både patienter, pårørende og personale.