

Regeringens forslag til ny Psykiatriplan "Vi løfter i fællesskab" *Dansk Psykiatrisk Selskabs kommentarer*

Oktober 2018

1. Flere gribes med en tidligere og let tilgængelig indsats

- 1. Lokal forankring af afstigmatiseringsindsatsen En-af-os**
- 2. Bedre inddragelse af mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende gennem civilsamfundet**
- 3. Viden om og udbredelse af "peer to peer"-projekter**
- 4. Psykiatritopmødet videreføres**
- 5. Landsdækkende udbredelse af Headspace**
- 6. Styrke studenterrådgivningen på de videregående uddannelser**
- 7. Udvikle forebyggende kommunale tilbud for psykisk sårbare unge**
- 8. Øge viden om mental sundhed og mistrivsel blandt børn og unge**
- 9. Psykisk mistrivsel i grundskoler og på ungdomsuddannelser skal reduceres**
- 10. Kompetencecenter målrettet børn som pårørende af mennesker med psykiske lidelser**
- 11. Videreføre tilskud til psykologbehandling for angst og depression**
- 12. Fjerne aldersløftet for tilskud til psykologbehandling af angst**
- 13. Sikre tilskud til psykologbehandling til unge mellem 14-17 år med angst og depression**

DPS mener:

Overordnet er det vigtigt at skelne mellem de udfordringer, vi alle møder undervejs i livet, og de problemer, det giver at være ramt af psykisk sygdom. Udfordringer omkring trivsel, præstationskultur og stress er ikke noget, der kan eller skal løses i psykiatrien. Det skal løses ude i civilsamfundet. Dette lægges der også op til.

De unge. Omkring de unge savner vi noget om misbrug, da dette for nogen er første tegn på psykisk lidelse. Som voksenpsykiatere foretager vi af og til underretninger om børn, der omsorgsvigtes. Vi savner her noget om vurdering af kvalitet og effekt af opfølgningen på underretninger om børn til kommunerne. Der står heller ikke noget om nødvendige tvangsfjernelser.

Fordommene. Her mener DPS, at planen rummer gode initiativer. Dog tror vi desværre ikke, at fordommene forsvinder, før mennesker med psykiske sygdomme bliver ligestillet med andre borgere. Det vil kræve flere ting, bl.a. at man fra regeringens side arbejder på at gøre op med den sociale ulighed, og at man reelt ligestiller de psykisk syge med de somatisk syge økonomisk set – dvs. beslutter, at psykiatrien helt og holdent skal finansieres over finansloven.

Hunde og kropsscannere. Omvendt er vi nødt til at sige, at forslag om hunde og kropsscannere på de psykiatriske afdelinger trækker i den modsatte retning og er med til at fastholde/styrke fordommene om den almenpsykiatriske patient som utilregnelig og farlig.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

Ingen kan være uenige i de gode holdninger, som præger mange dele af udspillet, men vi savner, at holdningerne følges op af handling.

At styrke studenterrådgivningen, lave videnprojekter og kompetenceudviklende forløb blandt fagpersoner for at reducere psykisk mistrivsel er alle gode ideer. Hvor langt man konkret kan komme for de midler, der er afsat, må tiden vise. Under alle omstændigheder skal der tilknyttes en finansieret evaluering af projekterne.

Headspace skal udbredes til hele landet. Projektet bør følges tæt mhp., om man rent faktisk får valuta for pengene. Det bliver således interessant at se, om det kan mindske antallet af mennesker, som udvikler en egentlig psykiatrisk sygdom. Vi ved i dag ikke, hvad der forårsager de psykiatriske lidelser. Og dermed heller ikke, hvordan de forebygges.

En styrkelse af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Det er vigtigt, at PPR rustes til at håndtere de opgaver, som de har forstand på og er gode til. Således at de kun behøver at sende de borgere videre, som har reelle psykiatriske vanskeligheder.

Lettere adgang til psykologisk behandling. Dette er som udgangspunkt godt, hvis det er reelle angst og depressionstilstande, der behandles og ikke trivselsproblemer eller lign. Det må ikke blive en ordning, som sygeliggør vanskeligheder, som *ikke* udspringer af sygdom.

Det er svært at forudsige, om lettere adgang til psykologbehandling vil betyde øget pres på de to andre ambulante behandlingsmuligheder: Privatpraktiserende psykiatere og Distriktskykiatrisk Center for diagnostisk udredning af comorbiditet og supplerende medicinsk behandling af de sværere tilfælde. Samt øget pres på misbrugsindsatsen, da misbrug ofte er en følgetilstand.

Vi ser i disse år en tendens til at sygeliggøre normal psykologisk adfærd – f.eks. ”ondt i livet”. Samtidig er der en tendens til at ville prøve at normalisere svært sygelige tilstande. Det er som nævnt vigtigt at skelne mellem vanskelige livsomstændigheder og egentlige psykiatriske lidelser. Vi er enige i, at man bør kunne få hjælp til begge dele, men det er vigtigt at skelne, så borgerne kan få rigtig og tilstrækkelig hjælp – rette sted.

2. Personalets kompetencer styrkes og bruges bedre

14. Specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje skal leve op til fremtidens krav
15. Specialpsykologernes kompetencer skal bedre i spil
16. Undersøge mulighederne for sundhedsautorisation af psykologer
17. Understøtte rekruttering af dygtige medarbejdere til psykiatrien
18. Indrette Den Kliniske Basisuddannelse (KBU), så psykiatrien får en mere fremtrædende rolle
19. Analyse af retspsykiatrien
20. Udvide behandlingsmulighederne for ambulante retspsykiatriske patienter

DPS mener:

I psykiatrien arbejdes der ud fra en bio – psyko – social model, dvs. ud fra en bred og helhedsorienteret tilgang til patienterne. Det overordnede behandlingsansvar kan derfor kun varetages af psykiatere, da vores

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

uddannelse netop går ud på at kunne navigere inden for alle disse tre områder – og dermed også have overblik over, hvilke opgaver der er relevante og forsvarlige at uddelegere til andre faggrupper.

Hvis man ønsker at reducere overdødeligheden blandt de psykiatriske patienter, skal man ikke gøre specialpsykologer til behandlingsansvarlige. Behandlingsansvaret forudsætter en lægefaglig uddannelse pga. kompleksiteten i den psykiatriske udredning og behandling. Af hensyn til patientsikkerheden er det derfor på ingen måde gangbart at gøre specialpsykologer til behandlingsansvarlige. Farmakologisk behandling og udredning og behandling af somatisk comorbiditet kræver lægefaglige kompetencer.

Dette skal ikke ses som udtryk for en fagkamp, men som udtryk for bekymring for vores patienter. Der er mangel på læger generelt, og vi læger har ikke svært ved at få arbejde – hverken i Danmark eller i udlandet. Så vi har ingen interesse i en fagkamp. Men vi kan ikke stiltiende se på, at man træffer beslutninger, som kan skade patienterne, for at løse problemer, som kan løses på anden vis. Der er ingen tvivl om, at mange opgaver kan uddelegeres til de dygtige specialpsykologer, som vi psykiatere har et glimrende samarbejde med; ligesom vi har det med mange andre faggrupper i psykiatrien. Men specialpsykologernes uddannelse består ikke som psykiaternes af et lægefagligt studium efterfulgt af mange års klinisk uddannelse og erfaring.

”For at tilgodese og optimere et konstruktivt tværfagligt samarbejde mellem specialpsykologer og psykiatere og derved sikre den enkelte patient et godt og relevant udrednings- og behandlingsforløb vil regeringen søge tilslutning til, at der med satspuljeaftalen for 2019 afsættes 0,6 mio. kr. i 2019 til udarbejdelsen af en fælles vejledning for specialpsykologernes virke i psykiatrien og en undersøgelse af, om det vil være hensigtsmæssigt, at specialpsykologerne får flere beføjelser i psykiatrien og i så fald, hvilke beføjelser der hensigtsmæssigt kan varetages af specialpsykologer. Arbejdet forankres i Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter” (p. 39).

Det arbejde anser vi os selvfølgelig selvskrevet til at deltage i – og hilser det velkomment. Hos DPS har vi en klar forventning om, at der ikke vil blive truffet betydningsfulde beslutninger om psykiatriens fremtid i Danmark, før dette arbejde er tilendebragt. Og vi har været med.

Den norske model. Der tales i disse år en del om Den norske model, som noget, som vi måske også skulle indføre her i Danmark. Her vil spagfærdigt indskyde nogle faktuelle oplysninger, som sjældent kommer frem i debatten:

1) Hvis psykiatrien i Danmark skal ligestilles med den norske, skal psykiatrien have tilført 5,5 mia. kr. Ja, kære læser, De læste rigtigt: 5,5 milliarder kroner.

2) Vi skal også have etableret mange flere sengepladser. Norge har nemlig dobbelt så mange sengepladser pr. 1000 indbyggere, som vi har her i Danmark.

Psykiatrien skal være en del af KBU'en. Dette er en meget vigtig beslutning. Det er især vigtigt for rekrutteringen – hvis psykiatrien presses ud af KBU'en, vil det være et alvorligt slag mod rekrutteringen af læger til psykiatrien. Men det er også vigtigt, at læger, der *ikke* vælger psykiatri som speciale, får et større kendskab til psykiatriske patienter og de psykiatriske sygdomme. Det vil medvirke til afstigmatisering – og til at mindske overdødeligheden blandt psykiatriske patienter.

Rekruttering. Rekrutteringen af yngre læger på KBU er særlig vigtig for de geografiske yderområder, da det er den primære forudsætning for, at de psykiatriske afdelinger her kan holde deres egen fødekæde af speciallæger i gang. Ellers vil behandlingskvaliteten og kapaciteten i yderområderne blive endnu mere

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

udfordret af manglen på speciallæger i de kommende år – og den er i forvejen svært, svært udfordret. Speciallægemangel er en af de væsentligste årsager til forskellene i behandlingskvalitet på landsplan. Med andre ord: **Der kan ikke ske mere opgaveglidning af lægefaglige opgaver i yderområderne, uden at det har alvorlige konsekvenser for behandlingen.**

"Et fælles løft af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser vil gøre det mere attraktivt at arbejde i psykiatrien blandt andet i form af mere forskning og fokus på højere kvalitet i indsatsen, der giver mulighed for, at de forskellige faggrupper kan bruge deres kompetencer bedst muligt."

Det er grundlæggende nødvendigt at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet i psykiatrien til, at patienterne kan behandles fagligt forsvarligt. Vi mangler i dag ganske enkelt at sikre de helt basale forhold i psykiatrien. Kom de på plads, ville alene det betyde, at det blev langt mere attraktivt at arbejde i psykiatrien.

Kvalitet og økonomi. Sundhedspersoner er blevet sundhedspersoner, fordi de vil andre mennesker det godt. Man kan ikke i længden holde til at behandle andre, som det foregår i psykiatrien i dag – det viser Lægeforeningens seneste undersøgelser. Før de helt basale forhold er i orden, giver det ikke mening at tale om kvalitet. En sådan opretning koster penge – og det er der ikke afsat økonomi til i planen.

Igen: Holdningen er rigtig – men vi savner handling.

Dét, at de basale forhold ikke er i orden, betyder, at dygtige erfarne psykiatere i dag søger væk fra regionspsykiatrien, og at yngre læger fravælger specialet. Man kan frygte, at den tendens bliver endnu mere udtalt, hvis psykiateren fremover ikke skal varetage de psykiatriske kerneopgaver, men uddelegere disse til andre og i stedet påtage sig administrative opgaver.

Vi hører med stigende styrke fra yngre læger, at den opgaveportefølje, som de ser skitseret i forskellige udspil fra diverse aktører, bestemt ikke opleves som nogen attraktiv karrierevej. Tværtimod.

Unødig administration. Vi påskønner, at der er fokus på at fjerne unødvendigt papirarbejde fra lægerne. *En undersøgelse fra Lægeforeningen viser, at hvis man fjernede administrative opgaver fra psykiaterne, ville det frigive tid svarende til 100 speciallæger. Et ganske betydeligt tal.*

Retspsykiatrien:

"Regeringen vil nedsætte en arbejdsgruppe, der skal analysere det retspsykiatriske område og komme med forslag til mulige tiltag, der bl.a. kan sikre en bedre organisering og sagsbehandling til gavn for de berørte mennesker. En del af analysen vil fokusere på de mentalundersøgelser, der udarbejdes i forbindelse med straffesager. Og analysen vil se på de retlige rammer for foranstaltningsdomme samt den praktiske anvendelse af reglerne. Arbejdsgruppens arbejde vil danne grundlag for anbefalinger og forslag til mulige tiltag på det retspsykiatriske område" (p. 40).

Det arbejde vil vi meget gerne udpege nogle af vores medlemmer til at deltage i.

Man foreslår derudover, at retspsykiatriske patienter med ambulant behandlingsdom skal have mulighed for at få den varetaget i det private. Der nævnes specifikt "Skovhus Privathospital", hvilket forekommer højest mærkværdigt. Et detaljeringniveau af den karakter forekommer malplaceret i en national psykiatriplan. Desuden skal det bemærkes, at der findes yderst få patienter med "Dom til ambulant behandling", da dette ikke er hensigtsmæssigt pga. den manglende mulighed for indlæggelse i henhold til dommen.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

3. Kvaliteten i socialpsykiatrien styrkes til gavn for mennesker med psykiske vanskeligheder

21. En strategisk omlægning og udvikling af indsatsen i socialpsykiatrien
22. Videns- og kompetenceløft af ledere og medarbejdere i socialpsykiatrien
23. Sikre kvaliteten på socialpsykiatriens største ydelsesområder
24. Justere visitationen til de særlige pladser i psykiatrien

DPS mener:

”Mennesker med psykiske problemer hjælpes ofte bedst og på den mindst indgribende måde i den kommunale socialpsykiatri, hvor de får hjælp til at fungere i hverdagen. Men antallet af mennesker, der får hjælp i socialpsykiatrien, er steget, og deres psykiske udfordringer er mere komplekse end før. Dog har de ofte gode udviklingsmuligheder og dermed også mulighed for at komme i uddannelse, beskæftigelse og blive en del af civilsamfundet, hvis de får den rette støtte på det rigtige tidspunkt. Der er således et stort udviklings- og investeringspotentiale i socialpsykiatrien” (p 43).

Socialpsykiatrien. Vi er helt enige. Når antallet og kompleksiteten er øget, skyldes det, at behandlingspsykiatrien i mange år har været underprioriteret og underfinansieret. Det har medført, at mange patienter udskrives, før de er stabile nok til, at behandlingen kan videreføres i kommunalt regi. Samtidig er mange brugere i socialpsykiatrien aldrig nået inden for døren på en psykiatrisk afdeling, i distriktspsykiatrien eller hos en psykiater pga. komplicerende misbrug og hjemløshed.

Der bør være differentierede tilbud om boformer – spændende fra egen bolig med støtte-kontakt person til bosteder, hvor beboerne kan have en hverdag med struktur, forudsigelighed og beskæftigelse. De skal kunne behandles for deres sygdomme (psykose og misbrug), være omgivet af personer, som de har tillid til, og der bør være beskæftigelse, så de føler, at de gør en forskel. Alle mennesker har brug for at kunne gøre sig gældende – også de sværest psykisk syge patienter. Det giver bedre livskvalitet.

Nogle kommuner har indrettet aflastningspladser på de kommunale bosteder. Det kan være en god løsning, fordi patienten så kan blive i sit lokalområde og bevare sine sociale kontakter – og man kan etablere kontakt til patientens bostøtter/støtte-kontaktperson samt evt. motivere for en mere permanent flytning til et bosted.

Hvis kommunerne skal varetage behandlingen af ustabile psykiatriske patienter med komplekse problemstillinger – sådan som det foregår i dag – forudsætter det, at 1) personalet uddannes bedre, at 2) der ansættes flere psykiatere i kommunalt regi og/eller at 3) samarbejdet med de privatpraktiserende psykiatere styrkes. Der skal også føres journalnotater både om patientens tilstand og medicineringsplan, så samarbejdet med regionspsykiatrien bedres. Endelig er det nødvendigt, at der er tid til at observere effekten af behandlingen, så man kan lave en ordentlig rehabiliteringsplan, som patienten kan have glæde af.

Recovery eller bedre livskvalitet. Vi savner i det hele taget, at samfundet anerkender, at nogle patienter ikke kan blive raske – men at alle kan få en bedre livskvalitet. Også de allermest syge. Man stigmatiserer de mest syge psykiatriske patienter dobbelt ved ikke at anerkende det.

Vi savner også, at regioner og kommuner aftaler, hvor ”snitfladen” i patientbehandlingen skal være: Hvor stabile skal patienterne være, før de udskrives, og hvor meget skal kommunen dermed kunne løfte med støtte

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

i hjemmet eller bosted. Økonomiske ressourcer og personaleressourcer skal følge det sted, hvor patienten behandles.

De 150 særlige pladser. Hvad de 150 særlige pladser angår, har vi hele tiden advaret mod en sådan løsning. Og DPS står ikke alene: Alle 30 medlemmer af PsykiatriAlliancen advarede under de to høringsrunder om, at det ikke var nogen gangbar løsning. Der er akut og voldsom brug for pladserne i psykiatrien, og for at læger kan henvise og visitere til pladserne, så langt hovedparten af pladserne ikke står tomme. Igen oplever vi et slagsmål mellem regioner og kommuner, hvor patienterne står tilbage som taberne. Det er uskønt at se på!

Der er kun ganske få patienter, som opfylder kriterierne for at få en plads. Og når vi så støder på nogen, som gør – og henviser dem – afvises de alligevel. Vi hører argumentet: ”at kommunen ikke vil betale for at færdigbehandle regionens patienter”. Forståeligt nok set i lyset af den model, vi har i dag. Derfor vil vi endnu engang henstille, at kommuner og regioner aftaler præcist, hvordan behandlingen af patienterne skal fordeles imellem dem.

Et andet aspekt, som er problematisk ved de særlige pladser, er, at de er midlertidige (3-6 mdr.). Og at man skal opgive sin bolig for at få en plads. Det er ganske enkelt uanstændigt. De mennesker, som er så syge, at de har brug for at være der, har om nogen brug for ro og struktur. I stedet tilbyder man dem usikkerhed og at blive kastebold mellem offentlige instanser; noget, ikke engang raske mennesker kan holde til.

Bemandingen er også tankevækkende – både hvad angår antallet af personaler og disses faglige baggrund. På psykiatrisk afdeling i Vejle i Region Syd oprettede man f.eks. den 1. marts 2018 15 særlige døgnpladser til patienter med svær psykisk sygdom, samt eventuelt misbrug og udadreagerende adfærd. Bemandingen adskiller sig radikalt fra den på en almindelig psykiatrisk afdeling i Danmark i 2018, både mht. antallet af personaler og mht. personalets faglige baggrund.

35 ansatte til 15 pladser. Medarbejderstaben tæller nemlig hele 35 ansatte – til 15 døgnpladser! Ud over et par psykiatere er der en hel del sygeplejersker, sosu-assistenten og ergoterapeuter. Der er også en fysioterapeut, en socialrådgiver, en psykolog samt en enkelt medarbejder med brugerbaggrund. Samt 12 socialpædagoger. Det viser en undersøgelse, som fagbladet Socialpædagogen har foretaget.

Tidligere havde de almindelige psykiatriske afdelinger en langt bedre bemanding – og en meget større grad af tværfaglighed. Sådan er det desværre ikke længere. Her er de tværfaglige kompetencer langt de fleste steder sparet væk. I dag skal mange psykiatere typisk både løse sekretær- og socialrådgiveropgaver.

4. De mest syge patienter får bedre og mere intensiv behandling

- 25. Udvikle et sundhedspædagogisk værktøj til forebyggelse af somatisk sygdom**
- 26. Nationale standarder for intensive sengeafsnit**
- 27. Nye intensive sengeafsnit i voksenpsykiatrien**
- 28. Nye intensive børne- og ungdomspsykiatriske specialiserede teams**
- 29. Styrke de regionale akutte udrykningsteams i psykiatrien**
- 30. Bedre samarbejde mellem politiet og sundhedssektoren**

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

DPS mener:

"Mennesker med psykiske lidelser er så forskellige, at det ikke giver mening at tale om "patienterne" som én samlet gruppe. For mens langt størstedelen har et liv med arbejde, familie og fritidsinteresser, så er der desværre også en mindre gruppe, hvis liv er meget præget af deres psykiske lidelse. De er ofte i kontakt med psykiatrien og har mange indlæggelser bag sig.

Det er mennesker, som er hårdt ramt af deres psykiske lidelser, og som derudover har været igennem nogle behandlingsforløb, som langt fra altid er optimale.

Det kan være ustabile forløb med mange genindlæggelser, og hvor der for ofte bruges tvang. Det er nogle af de allermest sårbare mennesker i vores samfund, og de har en markant overdødelighed.

Regeringen ønsker, at kvaliteten i indsatsen over for denne lille gruppe af udsatte og mest syge psykiatriske patienter, styrkes markant. Vi skal tilbyde dem en bedre behandling, så de kan få mere livskvalitet" (p. 49).

De hårdest ramte. Hos DPS er vi fuldstændig enige. Dette er et afsnit, hvor vi føler os hørt og forstået. Det er vigtigt, at der også tænkes intensive senge på hovedfunktionsniveau.

Det skal være intensive senge, hvor normeringen er 1 til 1 døgnet rundt, og hvor de dårligste af patienterne med psykose, medicinsvigt og/eller under indvirkning af stoffer kan få behandling af høj faglig og intensiv støttende kvalitet. Hvor der er tid og ro til at skabe tillid, relation og alliance og forstå kompleksiteten omkring den enkelte patient. Det handler om flere hænder til de mest syge i de første 1-4 døgn af indlæggelsen, hvorefter patienten kan overføres fra en intensiv til en ikke-intensiv seng.

Det er vigtigt, at døgnbehandlingskapaciteten er stor nok til, at patienterne er stabile, når de udskrives til videre opfølgning i ambulant regi. Derfor er det vigtigt, at både døgnbehandling under indlæggelse, den ambulante behandling og botilbuddene opgraderes og i højere grad skræddersyes til den enkeltes behov. På den måde er vi overbeviste om, at både genindlæggelser og tvang kan nedbringes markant.

Tvang. Vi vil advare imod blindt at styre mod at nedbringe enhver form for tvang – f.eks. bæltefikseringer, som vi har set i de senere år – uden tilførsel af flere ressourcer. Man risikerer at erstatte een form for tvang med en anden. Og vi vil på det kraftigste opfordre til, at der kommer fokus på **de uetiske fastholdelser**, som flere steder har afløst bæltefikseringerne. Vi ønsker os en fremtid med brug af et absolut minimum af tvang, men hvor tvang debatteres mere nuanceret og ikke er tabu. Når tvang er et tabu, risikerer vi – som vi ser i dag – at mennesker, som burde have været indlagt og behandlet i henhold til psykiatriloven, ikke bliver det.

Vi anser det for at være en menneskeret – og for at være omsorg – at man får behandling; også når man er for syg til at indse, at man har behov for det.

Indsatser, som skal skabe sammenhæng, er velkomne, men løser ikke alt. Det er de psykotiske sygdommes natur, at nogen patienter undgår alle opsøgende indsatser og intensive ambulante tilbud og bliver svært syge, misbrugende og farlige. Det er afgørende for den samlede behandling – og for at undgå at bruge tvang – at disse patienter mødes af en intensiv indsats de første døgn; uanset hvor i landet de indlægges.

Vi har en udfordret psykiatri, hvor **49 pct. af ressourcerne bruges på 5 pct. af patienterne. Dermed er det ekstra vigtigt, at de 49 pct. bruges rigtigt.** Det gør man bl.a. gennem en målrettet intensiv indsats i de første døgn, hvor de dårligste patienter er indlagt. Og ved ikke at udskrive patienterne, før de er så stabile, at den videre behandling kan foregå ambulant.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

50 nye intensive senge. Vi var begejstrede ved udsigten til de 50 nye intensive senge, idet vi havde fået opfattelsen af, at der var tale om *ekstra* senge.

Det viste sig desværre at være en misforståelse; en misforståelse, som vi deler med flere andre repræsentanter for patient- og brugerorganisationerne og personalet i psykiatrien, som har deltaget i rundbordssamtalerne med sundhedsministeren. Det nytter ikke noget opnormere *eksisterende* senge, da de jo skal tages fra nogen andre patienter, som også har behov for dem.

Lægeforeningens undersøgelse af konsekvenserne af manglen på sengepladser. Der er akut mangel på sengepladser i dansk psykiatri. Det viser en undersøgelse, som Lægeforeningen gennemførte i april 2018 blandt 906 psykiatere i Danmark.

Undersøgelsen viser, at danske psykiatere i dag ofte er tvunget til at udskrive ikke-færdigbehandlede patienter pga. den massive mangel på psykiatriske sengepladser. **58 pct.** af de psykiatere, som behandler voksne på sygehusene, oplever således mindst én gang om ugen, at de er nødt til at udskrive en patient, som ud fra et lægefagligt synspunkt ville have haft gavn af at blive på sygehuset. Og **49 pct. af** voksenpsykiaterne må mindst én gang om ugen afvise at indlægge en patient, som ellers ville have haft gavn af at blive indlagt.

Hos DPS er vi dybt bekymrede over tallene. De viser, at ressourcerne i psykiatrien ikke er fulgt med den markante stigning i patienttallet. Det er ikke ulovligt, men det er bestemt ikke god lægepraksis. Det er uanstændigt over for patienterne. Og det er grunden til, at mange dygtige psykiatere i disse år forlader hospitalssektoren. **Så det er dybt, dybt skadeligt for fastholdelsen.**

Når psykiatere er nødt til at afvise patienter, så betyder det, at – ofte svært – syge mennesker kommer alt for sent i behandling og dermed risikerer at blive endnu mere syge. Udskrives patienter, inden de f.eks. har fået justeret deres medicin, eller der har været tid til at påbegynde et terapeutisk forløb, er der stor risiko for, at de ikke bliver raske og må indlægges igen. Det ville man aldrig acceptere inden for hjerte- eller kræftområdet, hvorfor skal lægerne så stilles over for sådant et valg i psykiatrien?

De 150 særlige pladser. Vi ser gerne, at de 150 særlige pladser kommer ind under regionspsykiatrien, så psykiatere kan henvise til dem, og patienterne derved kan få glæde af dem. Det ville være et godt skridt i den rigtige retning. I Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog anslog vi allerede i 2012, at vi manglede omkring 400-500 sengepladser/døgn-behandlingspladser. Det er svært at få et præcist overblik over, hvor mange senge regionerne mangler, da man ikke kan bruge overbelægningstal som mål; der er typisk ikke mulighed for overbelægning i psykiatrien – i stedet griber man til at afvise patienterne eller udskrive dem for tidligt. "Overbelægningen" afspejler sig derfor i samfundsbilledet, i form af hjemløse og/eller som mennesker, som når at blive så syge, at de bliver til fare for sig selv eller andre.

Siden 2007 har der været et fald i antallet af normerede sengepladser i psykiatrien på landsplan fra 3.287 sengepladser i 2007 til 2.905 sengepladser i 2016, svarende til et fald på 11,6 procent.

De 65 senge med færdigbehandlede patienter. Der har været skrevet en del om disse sengepladser som noget, der kan afhjælpe manglen på senge. Men regionerne og kommunerne er forbundne kar: Regionerne

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

har færdigbehandlede patienter liggende, som ikke kan udskrives, mens kommunerne varetager behandlingen af syge og ustabile patienter, som er så dårlige, at de burde være indlagt. Og så vil de på deres side også beslaglægge en seng.

Politiet. Vi har et godt samarbejde med politiet, og forstår til fulde deres frustration over at skulle medvirke til at indlægge de samme patienter igen og igen, og over at skulle varetage en del af det arbejde, som burde ligge i psykiatrien. Det er dybt frustrerende for både patienterne, deres pårørende, sundhedspersonalet – og politiet selv. En opnormering af både den regionale psykiatriske behandling og de kommunale tilbud ville lette politiets arbejde betragteligt. Det vil koste penge på kort sigt, men vil betale sig på længere sigt.

Fordobling af antal opgaver. Der er i de senere år sket en fordobling i antallet af udrykninger, hvor politiet assisterer eller bliver bedt om assistance. Det viser en analyse fra Rigspolitiet. I 2009 var politiet ude 15.850 gange, hvor udrykningen handlede om en psykisk syg person. I 2016 var det tal steget til 42.800, altså over 100 hændelser om dagen. Når politiet bruger mere tid på en bestemt type opgave, så går tiden fra andre. Derfor sætter udviklingen politiets ressourcer under voldsomt pres.

Overdødeligheden. Hvis man vil nedbringe overdødeligheden blandt de psykiatriske patienter, bør man først og fremmest se på den sociale ulighed og på den manglende økonomiske ligestilling mellem behandlingen af psykiatriske og somatiske sygdomme.

Det er også vigtigt, at alle læger, sygeplejersker og social – og sundhedsassistenter i løbet af deres grunduddannelse får et bedre kendskab til psykiatriske patienter og deres sygdomme, således at de har et grundlæggende kendskab til psykiatri – uanset om de vil arbejde i somatikken eller i psykiatrien. Det vil medvirke til at mindske den berøringsangst, der kan være over for de psykiatriske patienter, når de henvender sig i somatikken. For lægers vedkommende forestiller vi os en sidestilling med somatikken, således at alle læger på universitetet har mere psykiatri end de nuværende 3-4-uger. Alle læger bør, når de er færdige som cand.med.er, være lige så velbevandede i psykiatriske sygdomme som i somatiske sygdomme. Vi hilser også forslaget om, at psykiatri fortsat skal være en del af KBU velkomment.

Somatisk sygdom. Der bør også ses på muligheden for at tvangsbehandle somatisk sygdom hos patienter med psykotiske lidelser, så vi ikke skal vente til sygdommen er svært fremskreden, fordi patienten i sin psykotiske tilstand nægter at modtage behandling.

Selv mord. De ulykkelige selvmord, som medvirker til, at gennemsnitslevealderen blandt mennesker med psykisk sygdom ikke er så høj som hos den øvrige befolkning, er som nævnt i nogle tilfælde udtryk for den manglende intensive indsats i en underprioriteret og underfinansieret psykiatri.

5. Bedre sammenhæng i borgernes indsatser

31. Bedre overgang fra behandling i psykiatrien til indsatser i socialpsykiatrien
32. Bedre inddragelse af pårørende i forbindelse med udskrivning fra psykiatrien
33. Justere taksten for færdigbehandlingsdage
34. Analyse, der skal understøtte bedre forløb for færdigbehandlede patienter
35. Bedre overgange fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien
36. Kompetencecentre for behandling af dobbeltbelastning
37. Udvikle og afprøve værktøjer til at opspore mennesker med psykiske lidelser og misbrug

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

38. Færre rusmidler og farlige genstande på psykiatriske afdelinger

DPS mener:

For at bedre overgange i psykiatrien – herunder overgangen fra B&U- psykiatri til voksenpsykiatri – er udskrivningsaftaler og koordinationsplaner rigtig gode redskaber. Derfor skal de selvfølgelig være obligatoriske. MEN: Hvis de gode intentioner skal føre til noget, skal der være tid til at lave aftalerne/planerne. Der er rigtig mange mennesker omkring den enkelte patient, som skal inviteres. Det tager tid at sætte sådan et møde i stand. Og det kræver, at alle interessenter kan deltage, hvilket betyder, at de skal indkaldes i god tid, hvis der skal være plads i deres kalendere.

Så heller ikke her kommer vi udenom, at den korte indlæggelsestid, som mange patienter oplever pga. manglende døgnbehandlingspladser, er medvirkende til en stor del af den manglende kommunikation. I virkelighedens verden er man nødt til at udskrive patienterne fra den ene dag til den anden – eller endog fra den ene time til den anden – og når således ikke altid den tiltænkte planlægning.

Man skal i øvrigt være klar over, at lykkes det at få skabt en bedre psykiatri, hvor der er tid til at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for alle patienter, kan dette medføre en stigning i mængden af tvang og frihedsberøvelser, fordi det vil give bedre muligheder for at opdage og hjælpe nogle patienter - i nogle tilfælde med tvang.

Et andet samarbejde, som er vigtigt, er samarbejdet, mens patienten er indlagt: Det bør der også være både mulighed for og tid til. Samarbejdet kan *ikke* reduceres til et udskrivningsmøde, som det ofte sker i dag pga. manglen på tid. Det gælder i høj grad også samarbejdet med de pårørende.

Der bør være tid og ro til at inddrage de pårørende i væsentligt højere grad, end tilfældet er i dag, med henblik på samarbejde – eventuelt både med og uden patientens samtykke. Patienter med psykose vil af og til vælge deres pårørende fra. Der skal tages stilling til, hvad der kan gøres for, at sygehuset alligevel kan samarbejde med de pårørende – som minimum skal alle være klar over, at man på trods af manglende samtykke fra patienten altid har lov til at lytte til de pårørende, så deres oplysninger kan inddrages i behandlingen. Og at læger og sygeplejersker altid må fortælle i generelle vendinger om sygdom og behandling.

Der bør også være tid og ro til at tage sig af de pårørende, som kan være i chok, hvis deres kære har fået stillet en alvorlig diagnose efter et svært forløb. Med hensyn til samtykke fra psykotiske patienter, bør man se på habilitetsproblematikken. Vi savner også noget om børn som pårørende, og som tidligere nævnt også om børn, som må tvangs fjernes.

Nye modeller. Der kan naturligvis altid være behov for at udvikle et område. **Men overordnet mener vi ikke, at der er behov for at udvikle nye kompetencecentre eller nye modeller til mennesker med psykiske lidelser og misbrug.** Der findes allerede gode, eksisterende tilbud, som blot kan udbredes. Men der er behov for mere fokus på området – også på misbrug, hvor den psykiske sygdom (endnu) ikke er fremtrædende, og der er i høj grad behov for at udbrede tilbuddene og for forskning på området. Og der er behov for at udvikle og forankre samarbejdet mellem det regionale niveau og distriktspsykiatrien, privatpraktiserende psykiatere mv.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

”Regeringen vil: Sikre færre rusmidler og farlige genstande på psykiatriske afdelinger Regeringen vil fremsætte et lovforslag, der skal give hjemmel til, at der på psykiatriske afdelinger, herunder på Sikringen og de retspsykiatriske afdelinger kan anvendes kropsscannere ved undersøgelse af patienter eller besøgende ved mistanke om, at der medbringes medikamenter, rusmidler eller farlige genstande ind på afdelingerne. Desuden vil regeringen foreslå, at der på udearealer kan anvendes hunde. Lovforslaget forventes fremsat i februar 2019 (p. 63).

Kropsscannere. Dette forslag er skudt helt over målet og vil stigmatisere psykiatriske patienter yderligere. Desuden vil det give en falsk tryghed, da patienterne også kan tilvirke våben på afdelingerne. Løsningen er at skelne mellem de forskellige psykiatriske tilstande, så alle psykiatriske patienter ikke samles på samme afdeling uanset sygdom. Der er desuden behov for mere personale, faste sikkerhedsrutiner og længere indlæggelser for den type patienter, som er svært psykotiske, udadreagerende og misbrugende, så de når at blive stabile. Samt beskæftigelse under indlæggelsen, så de har noget at foretage sig, når de får trang til stoffer.

6. Mere forskning og innovation til gavn for mennesker med psykiske problemer

- 39. Nyt forsknings- og teknologifællesskab
- 40. Flere innovative forskningsprojekter og teknologi – afprøvning
- 41. Mere viden om behandling med elektrochok
- 42. Nye Nationale Kliniske Retningslinjer
- 43. Ny klinisk kvalitetsdatabase for psykologbehandling

DPS mener:

Vi undrer os over flere ting. Ordet teknologi eller ”teknologifællesskab” bruges f.eks. i flere forskellige sammenhænge, uden at man forklarer det nærmere.

Vi undrer os også over, at udspillet pludselig bliver så detaljeret, at man nævner forskning i kognitive forstyrrelser efter ECT. Der er andre ting, som er potentielt mere risikobetonede – f.eks. nogle former for medicinsk behandling: En almindelig medicinsk antipsykotisk tabletbehandling kan af og til have bivirkninger i form af 10-50 kilos overvægt. Alligevel er psykofarmakologi ikke nævnt med eet ord, selv om det i hospitalpsykiatrien dog er grundlaget for det meste behandling. Herudover er problemet med misbrug og somatisk comorbiditet slet ikke nævnt.

Databaserne. De nationale databaser rummer en potentiel guldgrube af muligheder for at undersøge kvaliteten af behandling m.v. i Danmark. MEN – som med al forskning gælder det at: ”garbage in – garbage out”. Hvis data (dvs. indberetningerne) ikke er af højeste og helt ensartet kvalitet, er data i bedste fald intet værd; i værste fald vildledende. Hvis ikke data overføres korrekt, risikerer man at spille penge og vildlede folk. Bl.a. derfor bør regeringen kræve, at der indføres ét nationalt it-system på sundhedsområdet, som er tilpasset Danmark.

Dansk Psykiatrisk Selskab
www.dpsnet.dk

Psykiatrisk Center Glostrup, Retspsykiatrisk afd. 81. Ndr. Ringvej 29-67, DK-2600 Glostrup

Formand: Overlæge Gitte Ahle, e-mail: formand@dpsnet.dk
Sekretær: Helen Gerdrup Nielsen, helen.gerdrup.nielsen@regionh.dk

Informationerne om de tusindvis af patienter med depression og ADHD, der behandles af privat praktiserende psykiatere, skal også ind i databaserne, før konklusionerne kan blive valide.

Det er godt med fokus på forskning, men alle de forslag til ny forskning, som forslaget rummer, er helt igennem underfinansierede.

Overordnet mener DPS:

Planen rummer rigtig mange gode initiativer – næsten alt for mange. Og der er langt fra afsat penge til dem alle. Det betyder, at mange forslag aldrig vil kunne føres ud i livet.

Vi savner 1) en prioritering af forslagene, og vi savner 2) en tilstrækkelig finansiering. Vi ønsker, at psykiatrien finansieres 100 procent over finansloven og ikke delvist af satspuljemidler.

Planen afspejler, at man tror, at der er behov for nye og bedre initiativer. Forfatterne er ikke klar over/vil ikke erkende, at selve fundamentet – basis – ikke er i orden. Der savnes i den grad en beskrivelse af de basale vilkår og behov, der skal være på plads for, at psykiatrien kan opfylde sine kerneopgaver.

Distriktskykiatrien og de privatpraktiserende psykiatere. 60 pct. af patienterne deles i dag om 10 pct. af udgifterne. Det er derfor værd at fokusere på og styrke de behandlingstilbud, som sikrer en god og billig behandling: distriktskykiatrien og de privatpraktiserende psykiatere. I voksenpsykiatrien var i 2016 114.258 patienter i ambulant behandling, og tallet er stigende. Derfor er det påfaldende, at distriktskykiatrien og de privatpraktiserende psykiatere slet ikke er nævnt i udsnittet.

Brobyggerpsygeplejersker. Der har været røster fremme om et nyt begreb: Brobyggerpsygeplejersker. Hvem skal være chef for dem og sikre fagligheden? Socialrådgivere er helt nødvendige i det samarbejde. Er man i virkeligheden ved at opbygge en erstatning for den velfungerende distriktskykiatri, som heldigvis stadig findes mange steder i landet.

Hvordan tænker regeringen sig, at psykiatrien skal organiseres fremover?

Vi savner en overordnet og sammenhængende plan for, hvordan psykiatrien skal være organiseret fremover – gerne langsigtet, således at der f.eks. tænkes ti år frem. Vi savner tilstrækkelig finansiering af psykiatrien på finansloven og en reel økonomisk ligestilling med de somatiske specialer. Det har vi desværre ikke fået med dette forslag til en ny psykiatrihandlingsplan.