

Den 27. juli 2018

Dansk Psykiatrisk Selskabs kommentarer til:

Sundhedsstyrelsens rapport "Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser"

Størstedelen af de udfordringer, som psykiatrien kæmper med i dag, skyldes, at psykiatrien igennem mange år har været både underprioriteret og underfinansieret.

Det har længe heddet sig, at alle patienter enten skulle behandles ambulant eller tages vare på ude i kommunerne. Over en årrække nedlagde man derfor et stort antal sengepladser og fjernede mange af de aktiviteter på afdelingerne, som man tidligere kunne tilbyde patienterne. Mange af de tværfaglige medarbejdere som socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter m.fl. forsvandt også: Der var ikke længere brug for dem, da det jo ikke længere var meningen, at patienterne skulle være indlagt ret længe.

Mennesker skal naturligvis ikke være indlagt, hvis deres behandling med fordel kan varetages ambulant. Det siger sig selv. Omvendt mener vi hos DPS, at samfundet bør give borgerne den behandling, de har brug for. Også når/hvis det kræver en indlæggelse. Også når der er tale om psykisk sygdom.

Denne del af ligningen halter unægtelig.

Forbundne kar

Sengepsykiatrien og den ambulante psykiatri/distriktspsykiatrien er forbundne kar: Hvis man reducerer den ene, skal den anden udbygges og styrkes. Det er her, at kæden hopper af.

Det ambulante system blev nemlig *ikke* udbygget så meget og så hurtigt, at det kunne behandle de mange – ind imellem meget syge – patienter, der måtte udskrives i takt med, at man nedlagde flere og flere sengepladser. Og er det fortsat ikke den dag i dag. De kommunale tilbud blev *ikke* opgraderet til at rumme alle disse mange nye syge mennesker. Og er det fortsat ikke. Dertil kommer, at kommunernes tilbud var meget forskellige. Det er de stadigvæk.

Og man har ikke bare forsømt at udbygge den ambulante psykiatri, så den kunne tage fra. Samtidig med at antallet af sengepladser alene i perioden 2007 – 2014 er reduceret med 21 pct. (Sundheds- og Ældreministeriet: Kortlægning af Retspsykiatrien 2015, p. 4.), har der været en dramatisk stigning i antallet af mennesker med psykisk sygdom, som skal udredes og behandles. Vel at mærke for de samme ressourcer! Udrednings- og behandlingsgarantien gør selv sagt ikke udfordringen mindre – hvor sympatisk den end er.

Vi står i dag med et system, som er presset til det yderste: Der kan ikke "arbejdes smartere" eller sættes "mere damp på maskinerne". Der er ganske enkelt ikke flere lavthængende frugter. Samtidig har vi at gøre med mennesker, der har brug for tid og ro, hvis behandlingen skal have en effekt. Uro underminerer /ødelægger behandlingen. Det rimer ganske enkelt ikke.

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

"Svingdørspatienter"

De manglende muligheder for at gøre behandlingerne helt færdige, skaber mange "svingdørspatienter".

Antallet af genindlæggelser er steget – også genindlæggelser med tvang. Samtidig er den gennemsnitlige indlæggelsestid forkortet; ikke fordi der er kommet mere effektive behandlinger, men fordi der hele tiden skal være plads til nogen, som er endnu mere syge. I det ambulante er man nødt til at afslutte patienter, som forsat har et stort behov for behandling – for at få plads til nogen, som er endnu dårligere. Hos de privatpraktiserende psykiatere er det i dag også begrænset, hvor længe en patient kan være i behandling. I sig selv ejendommeligt, når vi nu ved, at nogle af de psykiatriske patienter er så syge, at de vil have behov for behandling i årevis.

Bedre til at differentiere

I DPS mener vi, at vi skal blive bedre til at differentiere: Psykiske sygdomme er forskellige og har vidt forskellig intensitet: Samme sygdom kan have et helt forskelligt forløb. Lige som det ikke giver mening at tale om kirurgi under et, er det u hensigtsmæssigt at bruge psykisk sygdom som fællesbetegnelse.

Vi mener, at den enkelte patient skal have tilbudt en behandling, der svarer til sygdommen og dens intensitet, på basis af en faglig vurdering (stepped care-modellen). Nogle vil have brug for nogle få møder, andre kan have brug for at have kontakt til psykiatrien resten af livet – måske i form af to-tre årlige besøg hos en psykiater i distrikpsykiatrien eller i privat praksis, som de kender og har tillid til.

Et psykiatrisk system, som i den grad er udpint og kører på højtryk er hverken godt for patienterne, de pårørende eller for personalet. Der er brug for, at der igen kommer tid og ro, så der kan skabes tillid og relation. Vi kommer derfor ikke udenom, at psykiatrien har behov for et massivt økonomisk løft. Det koster naturligvis. Men vi tror på, at det i længden er mere rentabelt at behandle mennesker fagligt og etisk korrekt fra begyndelsen – både menneskeligt og samfundsøkonomisk.

Og der er også andre gevinster:

Behandling tager tid

Al psykiatrisk behandling tager tid – hvad enten værktøjet er medicin, miljøterapi eller psykoterapi eller som i de fleste tilfælde en kombination. Ingen behandling har effekt med det samme.

Det kræver tid at observere mennesker for symptomer på psykisk sygdom. Og det kræver patienternes tillid at få dem til at beskrive deres symptomer. Derfor er nøgleordene i al psykiatrisk behandling: **tid og ro, tillid og relation.**

Er de fire forudsætninger tilstede, **vil vore diagnoser blive mere præcise og rigtige fra begyndelsen.** Dermed er der større sandsynlighed for, at vi fra starten finder frem til den rigtige behandling. Og for at den har en effekt.

I dag skal diagnosen stilles hurtigt. Og den er ikke længere blot lægens arbejdshypotese, men skal registreres med det samme. Den har betydning – også uden for det psykiatriske system. Den bliver brugt i mange sammenhænge – også u hensigtsmæssige. Og en forkert diagnose kan være vanskelig at slippe af med igen.

Mange skal igennem flere forløb, før de får den rigtige behandling. Det er dyrt – både for samfundet og rent menneskeligt. Mange bliver genindlagt – ind imellem også med tvang. Fordi der er alt for lidt tid.

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

Hvis der er tid og ro, tillid og relation, **er der heller ikke behov for at give så meget medicin.** Og man behøver ikke at give medicin for at 'lægge låg på'. I dag har vi – som det gang på gang beskrives i pressen – hele afdelinger, hvor der kun er indlagt ustabile patienter. Og dermed uro hele tiden.

Hvis der var tid og ro, **kunne vi nedbringe tvang på en etisk forsvarlig måde.** Det viser flere satspulje-projekter. Men projekterne bliver aldrig forlænget eller resultaterne udbredt, når projektmidlerne er løbet ud. Man begynder blot forfra igen.

Tvang er andet end bæltter

Der er i dag en ensidig fokusering på bæltfikseringer. Fordi antallet af bæltfikseringer partout skal ned uden tilførsel af nye ressourcer, opstår der en kultur, hvor mennesker fastholdes igennem længere tid, medicineres kraftigt, flyttes til afdelinger, som ikke er "bæltfri", eller lige frem udskrives, når de rettelig skulle have været lagt i bælte. **Det er en usund og uskøn kultur, som hverken kan eller bør forsvares.**

Undersøgelse

I DPS så vi meget gerne en grundig undersøgelse af, hvad det betyder for den enkelte patient, at det sundhedsfaglige personale i denne tid bliver **presset til at nedbringe tvang uden ressourcer.** Som læger bliver vi bedt om at stå i spidsen for tvangen. Vi har svært ved at blive ved med at stå inde for det.

I psykiatrilovens § 2 stk. 5 står som bekendt: *Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, personalets kompetencer, politikker i relation til patienter og pårørende, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.*

Hos DPS tror vi ikke på, at tvang helt kan – eller skal – afskaffes. Men tvang skal aldrig anvendes som en nødløsning, pga. ressourcemangel, men som en omsorg for patienten: Det er en menneskeret at få en god behandling, også når man ikke selv er i stand til at erkende, at man er syg.

Vi er også nødt til at understrege, at hvis psykiatriloven § 2 blev overholdt, kunne alle former for tvang reduceres til et strengt minimum.

Mennesker, der er ramt af psykisk sygdom, har om nogen brug for tid, ro og sammenhæng.

Muligheden for at skabe **sammenhængende forløb** ville bedres, hvis der var tid og ro til netværksmøder, pårønderarbejde, samarbejdsaftaler, koordinationsplaner og udskrivningsaftaler. I virkelighedens verden kan man i dag som læge få besked på at "skabe pladser" og "fokuser på flow" – dvs. at man med kort varsel skal udskrive den bedste af de dårlige patienter, man har indlagt i afdelingen. Presset på psykiatrien betyder desværre også, at der har indsneget sig **en meget problematisk måde at tale om patienterne på.**

I dag er gabet mellem vores faglige ekspertise – og det som rammerne giver os mulighed for at tilbyde patienterne – så stort, at mange læger ikke kan holde til det. Med andre ord: Det er i de senere år sket et afgørende skred i normen for psykiatrisk behandling. Det går både ud over rekrutteringen og fastholdelsen. Mange går på pension tidligt, selvom psykiatri er et speciale, hvor man generelt bliver dygtigere, jo flere patienter man har set. Andre arbejder i nicheområder eller i udlandet. Mange af disse psykiatere kunne formentlig trækkes tilbage til klinikken og til Danmark, hvis man bedrede forholdene for de psykiatriske patienter.

Rekrutteringen

Det samme gør sig gældende for rekrutteringen. Psykiatri er et spændende speciale, som spænder fra filosofi til neuroscience. Det tiltaler de unge. Men det er ikke rart at være den læge, der skal sende syge

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

mennesker hjem – mennesker, som ikke burde have været udskrevet. Det er svært for den læge, der skal tage ansvaret for beslutningen. Og det er bestemt ikke arbejdsforhold, som fremmer rekrutteringen.

Som ung cand.med. står man over for et utal af spændende muligheder, når man skal vælge speciale. Hvis psykiatrien skal kunne klare sig i konkurrencen, er det helt afgørende for rekrutteringen, at de medicinstuderende tidligt får kendskab til specialet. Sådan er det desværre ikke.

Psykiatri blev for nogle år siden skåret ned til tre uger på medicinstudiet. Og som om det ikke var nok, er der nu planer om, at psykiatrien ikke længere skal indgå i den Kliniske Basisuddannelse for Læger (KBU'en).

Uden KBU'en går det galt

Al erfaring viser, at de unge lægestuderende vælger speciale tidligt i deres studieforb.løb.

DPS er derfor dybt bekymret over tankerne om, at psykiatrien skal ud af KBU'en. At udfase psykiatrien af KBU'en vil derfor gøre det markant sværere at rekruttere. Og underminere flere års intens indsats for at fange de unges opmærksomhed. Når det om nogle år viser sig, at manglen på psykiatere er blevet endnu større end i dag, skal man som beslutningstager derfor være klar over, at man selv har været med til at puste til den udvikling.

Man kan også frygte, at læger fra andre specialer vil få endnu vanskeligere ved at tilse, behandle og indlægge patienter med psykiatriske sygdomme, når de stort set ikke har mødt patientgruppen undervejs i studiet. Det kan medføre yderligere risiko for stigmatisering og tidlig død.

En psykiatri uden læger?

Samfundet har brug for dygtige psykiatere. Og psykiatrien er et bredt og meget komplekst felt. Derfor skal de unge psykiateres uddannelse naturligvis være state-of-the-art. De yngre læger skal fx have mulighed for at arbejde om dagen og få supervision af ældre kolleger. Ikke kun gå nattevagt.

Vi ser i disse år en tendens til, at de unge læger under uddannelse nogle steder primært opfattes som det kit, der skal få vagtplanen til at hænge sammen. Selve uddannelsen og dens indhold kommer i anden række.

Den udvikling er farlig. Der er i dag en udbredt lægemangel – de unge læger kan vælge og vrage. Ingen unge læger er interesserede i et arbejde, hvor opgaverne alene handler om at gå i vagt, udøve tvang, give medicin og se på somatiske problemstillinger. Hvorfor skulle de da også vælge det? Det er ikke nogen attraktiv karrierevej.

Fortsætter den udvikling, risikerer vi, at de unge læger vender ryggen til psykiatrien og overlader den til andre faggrupper – fx psykologerne. Og en psykiatri uden læger vil næppe være en fordel for patienterne.

Øget sygelighed og overdødelighed

Mennesker med psykisk sygdom kæmper både med større sygelighed og med overdødelighed. Det er der flere grunde til:

På mange hospitaler ligger de psykiatriske afdelinger stadig fjernt fra de somatiske. Det er med til at skabe øget sygelighed og overdødelighed. Og berøringsangst for og stigmatisering af de psykiatriske patienter i somatikken. Alene det, at psykiatrien ligger et helt andet sted, sender et signal om, at man er anderledes, og stigmatiserer både patienterne og de ansatte. Dette kan være medvirkende til, at det er svært at rekruttere personale til psykiatrien – både når det gælder læger og de øvrige faggrupper.

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

Samme matrikel

DPS mener, at psykiatrien bør ligge på samme matrikel som somatikken med en samlet modtagelse. Dog bør der tages højde for de særlige forhold, der gør sig gældende for psykiatriske patienter, blandt andet anvendelsen af "psykiatriloven" i modtagelsen. Det personale, som skal vurdere de psykiatriske patienter, skal have særlige kompetencer indenfor psykiatri, det gælder både læger og plejepersonale. Det mest hensigtsmæssige vil være en psykiatrisk akutmodtagelse beliggende tæt opad den somatiske modtagelse, så der er mulighed for tæt samarbejde.

Der er sandsynligvis flere grunde til den øgede sygelighed og overdødelighed blandt psykiatriske patienter. Nogen af dem er formentlig, at nogle patienter er så syge, at de har svært ved at deltage i screenings-programmer, og at vi ifølge psykiatriloven først må tvangsbehandle somatisk sygdom hos psykotiske, når sygdommen er svært fremskreden. Mange får derfor først behandlet deres somatiske sygdomme, når sygdommen er meget langt henne i forløbet.

Men vi mangler i høj grad viden om, hvad årsagerne er. Det undrer os derfor, at SST i sin rapport lægger så stor vægt på faktorer, som der faktisk er evidens for *ikke* virker, jf. flg. studier:

1) Helene Speyer et al (2016): The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity, World Psychiatry.

2) Jahri Tihonens (Ref. Tihonen et al (2015) Anti-psychotic treatment and Mortality in schizophrenia, Schizophrenia Bulletin) registeropgørelser over overlevelse med og uden medicin. De viser, at der er størst risiko for dødsfald blandt de patienter med skizofreni, som ikke er i behandling med antipsykotika.

Mere forskning

Vi ved meget, men langt fra nok om de psykiske sygdomme. Det er derfor helt afgørende at få styrket forskningen, så vi både kan blive klogere på behandling og forebyggelse.

Undtagelsen er den eksplosive stigning i antallet af retspsykiatriske patienter, der er sket i de senere år. Her ved vi godt, hvad der skal til for at knække kurven: Der er ingen tvivl om, at vi ville kunne reducere tallene markant, hvis alle almenpsykiatriske patienter fra begyndelsen fik tilstrækkelig behandling.

Vi kan meget mere i psykiatrien, end rammerne i dag gør det muligt at tilbyde. Meget kunne derfor forebygges, hvis vi læger havde mulighed for at anvende den viden, som vi rent faktisk har.

Misbrug er en psykisk sygdom

Hos DPS vil vi gerne kvittere for regeringens beslutning om, at mennesker med misbrug skal behandles i psykiatrien. Misbrug er efter vores opfattelse en psykisk sygdom, som er underprioriteret. Og som der bør forskes meget mere i. Derfor er der en god ide, at udredning og behandling samles et sted, hvor ekspertisen er.

ICD-11

I DPS er vi bekymrede for dele af den kommende ICD-11. Den 18.06.2018 offentliggjorde WHO en forhåndsvisning af ICD-11 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>). Den endelige version af ICD-11 skal efter planen præsenteres på WHO's Generalforsamling i maj 2019. Medlemslandene forventes her at godkende ICD-11 i WHO's regi med henblik på implementering inden 2022.

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

Arbejdet med ICD-11 har været lang og trang, og WHO har undervejs cirkuleret flere forskellige udkast. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) og Børne – og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUPDK) – samt DPS' og BUPDK's fælles Diagnoseudvalg – har dog kun haft få muligheder for at påvirke arbejdet med ICD-11.

Vi er netop nu i gang med at gennemgå de konkrete ændringer for at kunne pege på fordele og ulemper ved det nuværende udkast. Vi vil – som da ICD-10 i sin tid blev indført i Danmark – gerne bistå Sundhedsdata-styrelsen med rådgivning, undervisning og vejledning; fx vedrørende konsekvenserne for indrapporteringen af diagnoser til Landspatientregistret, hvis ICD-11 indføres.

Forringet diagnostik

ICD-10 rummer allerede nu op mod 400 psykiatriske diagnoser. Det er derfor bekymrende, at ICD-11 vil optage flere nye diagnoser. **DPS oplever** en tendens i tiden til at sygeliggøre det normale og normalisere det syge. Både for samfundet og for den enkelte kan det blive en kostbar glidebane, hvis uhensigtsmæssig adfærd fremover skal diagnosticeres som psykisk sygdom.

Indføres nye diagnoser, vil sundhedsvæsenet være forpligtet til også at tilbyde behandling for disse lidelser. Det fylder os med bekymring. Med de meget begrænsende ressourcer, som psykiatrien i dag råder over, bør behandlingen af de sværest syge patienter – og personalets sikkerhed – have første prioritet.

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