

# Dansk Psykiatrisk Selskab

HVIDBOG 2012-2020



Udgiver: Dansk Psykiatrisk Selskab, dec. 2011  
Redaktion: Journalist Birgitte Ehrhardt  
Layout: Ziggy Fugmann, [www.zentralbild.dk](http://www.zentralbild.dk)  
Tryk: Arco Grafisk A/S  
Oplag: 2500  
ISBN: 87-91149-83-5.

### Dansk Psykiatrisk Selskab

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) er et lægevidenskabeligt selskab, der har det som hovedopgave at fremme dansk psykiatri samt dansk forskning inden for dette område.

Vi arbejder for at sikre den bedst mulige uddannelse af fagets udøvere, og for at befolkningen til stadighed har adgang til optimale psykiatriske behandlingstilbud. Det er desuden et vigtigt mål for os at udbrede kendskabet til psykiatri, og dermed være med til at nedbryde og i sidste ende fjerne de mange fordomme, der stadig findes på området. Læs mere på [www.dpsnet.dk](http://www.dpsnet.dk)

Som medlemmer kan optages læger.

---

# Indhold

---

s. 4	Resumé
s. 7	Kommissorium og arbejdsgruppe
s. 8	Forord og status
s. 12	Psykiatrisk sygdomsbelastning – nu og i fremtiden
s. 22	Psykiaterens kerneopgaver
s. 30	Rekruttering, videre- og efteruddannelse og fastholdelse
s. 40	Diagnostik, behandling og forebyggelse
s. 50	Anvendelse af tvang i psykiatrien
s. 56	Retspsykiatri
s. 62	Fagudvikling, forskning og kvalitetsudvikling
s. 70	Organisatorisk status og finansiering
s. 80	Psykiatrien og omverdenen
s. 86	Synspunkter fra patient- og pårørendeorganisationer

---

---

# 1. Resumé

---

Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2012-2020 er en revision af selskabets første hvidbog fra 2004. Hvidbogen gør status over dansk psykiatri netop nu set med faglige briller: Hvor skal der sættes ind? Hvad skal vi prioritere? Hvad er udfordringerne, dilemmaerne og barriererne?

Hvidbogen giver et overblik over centrale spørgsmål i dansk psykiatri, dvs.: den psykiatriske sygdomsbelastning, psykiatriens opgaver, diagnostik og behandling, forskning, fagudvikling, uddannelse og efteruddannelse samt organisering og økonomi. Den rummer endvidere selskabets anbefalinger til, hvad der bør prioriteres og fokuseres på i de kommende år.

Hvert kapitel afsluttes med de fem væsentligste anbefalinger. Derefter kommer de vigtigste referencer. Den samlede referenceliste kan ses på DPS' hjemmeside: [www.dpsnet.dk](http://www.dpsnet.dk)

Dette kapitel rummer en oversigt over de væsentligste konklusioner og anbefalinger.

## Generelt

- Den psykiatriske sygdomsbelastning er omfattende og stigende.
- Der er behov for fokus på særlige grupper, enten fordi de er i vækst, eller fordi de mangler specialiseret behandlingstilbud. Det gælder bl.a. depression og angst, ældre med psykisk lidelse, voksne med ADHD og oligofrene.
- Andelen af førtidspensioner, der gives på baggrund af behandlelige psykiske sygdomme vokser. Forebyggelse og hurtig behandling af psykisk sygdom bør derfor op-prioriteres kraftigt.
- Der er behov for grundige økonomiske analyser, der kan afdække: Hvordan de nuværende ressourcer anvendes optimalt, hvordan ressourcerne i dag fordeler sig på ker-

neydelser og administrative opgaver, og hvordan nye ressourcer bør prioriteres for at opnå størst mulig cost-benefit.

- Der bør udarbejdes en samlet national, konkret og prioriteret plan for det psykiatriske område. Dette bør ske i et samarbejde mellem fagfolk, administratorer og politikere. *Se kapitel 4, 7 og 11.*

## Organisatorisk, administrativt, økonomisk

- Psykiatrien har et finansielt efterslæb i forhold til de somatiske specialer. Finansieringen bør ske over finansloven og ikke over satspuljemidler, så det bliver muligt at gennemføre en langsigtet planlægning.
- Uanset evt. fremtidige ændringer i sundhedsvæsenets struktur skal både den primære og den sekundære sektor i psykiatrien organiseres sammen med de somatiske specialer. Dette er bl.a. væsentligt for at sikre sammenhæng i patientforløbene.
- Speciallægepraksis skal udbygges, og der skal udvikles modeller for shared care for at styrke behandlingsindsatsen over for ikke-psykotiske lidelser.
- Antallet af senge i psykiatrien skal øges med 15-20 procent.

*Se kapitel 5, 7 og 11.*

## Fagligt

- Der er behov for nationale kliniske retningslinjer for at sikre, at diagnostik og behandling bliver mere ensartet og så evidensbaseret som muligt. Det nationale indikatorprojekt bør udvides til at omfatte flere psykiatriske sygdomme end depression og skizofreni.
- Overdødeligheden hos psykisk syge skal nedbringes ved fokus på grundig diagnostisk udredning og intensiveret samarbejde mellem somatik og psykiatri.
- Der skal øget fokus på rådgivning af særlige grupper, som gravide og ammende og mennesker af anden etnisk herkomst, mhp. psykiatrisk behandling.
- I kvalitetsudviklingen af psykiatrien bør specialisering fortsat prioriteres frem for nærhedsprincippet. Samtidig er det vigtigt at sikre, at patienterne ikke tabes mellem specialiserede tilbud.
- Inddragelse af pårørende bør sikres mere systematisk i behandlingen.
- Psykiatriske patienter og deres pårørende skal tilbydes undervisningsforløb om den psykiske sygdom.
- Tværfaglighed er et grundlæggende princip i det psykiatriske speciale. Den faglige ledelse og behandlingsansvaret skal fortsat være placeret hos speciallægen, uanset speciallægemanglen. Denne vil kræve uddelegering af opgaver og mere hjælpepersonale.
- Tvangsanvendelse er i et vist omfang uomgængeligt i den psykiatriske behandling for at sikre omsorgen for psykotiske patienter uden sygdomsindsigt. Der skal dog

fortsat være fokus på at kvalitetsudvikle anvendelsen af og forebyggelsen af tvang, bl.a. via systematisk brug af information fra eftersamtaler. Det bør sikres, at behandlingen af klager over tvang foregår mere ensartet landet over.

- Der er behov for initiativer, der kan nedbringe de senere års stigning i antallet af retspsykiatriske patienter. Der skal fokuseres på identifikation og målrettet behandling af patienter, der har risiko for at begå kriminalitet.

*Se kapitel 5,7,8,9, 10 og 12.*

### Forskning

- Der er i dag en betydelig psykiatrisk forskningsaktivitet i Danmark. Denne skal fastholdes og udbygges. En vis grad af centralisering af aktiviteterne er nødvendig for at sikre dette.
- De kliniske arbejdende lægers forskningsaktivitet bør fremmes via oprettelse af speciallægestillinger, der er delt mellem klinisk arbejde og forskning.

*Se kapitel 10.*

### Uddannelse/rekruttering

- Fortsat fokus på rekruttering til specialet er centralt for at fastholde den begyndende positive udvikling. Antallet af uddannelsesstillinger bør opnormeres for at sikre tilstrækkelige ressourcer til den fremtidige behandling.
- Efteruddannelse af speciallægerne er afgørende for at sikre kvaliteten i behandlingen. Efteruddannelsen bør finansieres af det offentlige, frem for af medicinalindustrien, og der bør stilles konkrete krav til gennemførelse af efteruddannelse.
- Der er et stort behov for efteruddannelse af plejepersonalet i behandlingssektoren. Efteruddannelse kan bidrage til at reducere anvendelsen af tvang.

*Se kapitel 6.*

---

## 2. Kommissorium og arbejdsgruppe

---

Arbejdsgruppen, der havde til opgave at revidere Dansk Psykiatrisk Selskabs hvidbog, blev nedsat i november 2010 og har holdt i alt fem møder.

Det foreløbige arbejde blev præsenteret på Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøde 2011, hvor medlemmerne havde mulighed for at bidrage med synspunkter og kommentarer. Arbejdsprocessen har været synliggjort via mødereferater på selskabets hjemmeside. Hvidbogen har været sendt i høring i udkast hos selskabets medlemmer i oktober 2011. Hovedparten af de indkomne høringssvar er implementeret i den endelige udgave.

### Arbejdsgruppen bestod af:

Professor, dr.med., ledende overlæge, Poul Videbech

Overlæge, ph.d. Dorte Sestoft

Overlæge, ph.d. Annette Lolk

Overlæge Sonja Rasmussen

Praktiserende speciallæge Poul-Erik Carlsen

Yngre læge Claus Fischer

Overlæge, ph.d. Jeanett Bauer

Konsulent på rapporten: kommunikationsrådgiver Birgitte Ehrhardt.

### Gruppens kommissorium var at beskrive:

- status for de anbefalinger, som DPS første hvidbog kom med i 2004
- den nuværende og forventede psykiatriske sygdomsbelastning, herunder betydningen af demografiske forhold, nye diagnoser og retspsykiatriske patienter
- status for psykiatriske patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet og mulige indsatsområder for at styrke tilknytningen
- psykiatriske patienters somatiske sygdomsgrad og kortere gennemsnitslevetid

- psykiatriens kerneopgaver i fremtiden, set i lyset af ovenstående punkter, herunder et bud på en prioritering
- hovedopgaver inden for forskning og kvalitetsudvikling
- psykiatriens udviklingsmuligheder
- psykiatriens nuværende faglige og organisatoriske status, herunder psykiatriens finansielle status, prioritering af ressourcer samt status for rekruttering
- forslag til fremtidig organisation af psykiatrien
- hvilke udfordringer der er for at gennemføre anbefalingerne, herunder samarbejde med sundhedsmyndigheder og regioner.

---

## 3. Forord og status

---

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) udgav for otte år siden sin første hvidbog om dansk psykiatriens kerneopgaver og udfordringer: DPS' Hvidbog 2004-2010.

Siden er der sket meget på det psykiatriske område – både rent fagligt og organisatorisk. For et år siden besluttede selskabets bestyrelse derfor, at der var behov for at revidere hvidbogen.

Resultatet foreligger her: Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2012-2020.

Dansk Psykiatrisk Selskabs første hvidbog gav et overblik over udfordringer og barrierer. Derudover rummede den en lang række anbefalinger til, hvor det – efter psykiaternes vurdering – var vigtigt, at der blev sat ind.

I det følgende ser vi på, hvordan det er gået. Var vores vurdering af udviklingen rigtig? Og er vore anbefalinger blevet fulgt? Eller er problemerne tværtimod taget yderligere til?

### Den samlede sygdomsbelastning

I DPS' første hvidbog pegede vi på, at psykisk sygdom længe har udgjort en meget væsentlig andel af den samlede sygdomsbelastning – både for den enkelte og for samfundet generelt. Vi skønnede også, at antallet af patienter i behandling ville stige yderligere i de kommende år.

Den vurdering har vist sig at holde stik.

### Behov for en økonomisk genopretningsplan

Desværre har man ikke, som anbefalet, prioriteret forebyggelse og behandling af psykisk sygdom i tilstrækkelig grad.

Psykiatrien har i dag et betragteligt økonomisk efterslæb i forhold til somatikken. Der er derfor behov for en økonomisk genopretningsplan, hvor psykiatrien tilføres ekstra midler. Fra politisk side høres ofte, at psykiatrien modtager mange ekstrabevillinger via satspuljen, og at mange af disse efterfølgende gøres permanente. Satspuljen udgør imidlertid kun en lille del af den samlede finansiering, og midlerne tildeles ikke efter en overordnet og langsigtet strategi. En tilsvarende finansiering af de somatiske lægespecialer ville næppe være gangbar.

### Organiseringen

I 2002 gik Strukturkommissionen i gang med at se på, hvordan opgavefordelingen mellem de daværende amter og kommuner fremover skulle se ud. Kommissionen fremlagde sit forslag i 2004. Et vigtigt tema i den første hvidbog var derfor psykiatriens organisering i forbindelse med en sådan gennemgribende omlægning af den overordnede administrative struktur.

Resultatet blev som bekendt, at psykiatrien forblev sammen med det øvrige sundhedsvæsen – det vil sige i regionerne. Det kan ikke siges ofte nok, hvor vigtigt dette er. Det er helt afgørende for den faglige bæredygtighed, forskningen, udviklingen, rekrutteringen og kvaliteten af behandlingen, at ansvaret for den psykiatriske behandling ligger i sundhedsvæsenet – som det er tilfældet med de øvrige lægelige specialer.

Forestillingen om, at psykiatri og somatik hører sammen, bliver imidlertid til stadighed udfordret. Den stærkt øgede aktivitet og det stigende pres i psykiatrien betyder tilsammen, at de psykiatriske opgaver, som kommunerne skal løfte, bliver tungere.

De senere års kortere indlæggelser betyder f.eks., at patienterne ofte er mindre stabile,

når de udskrives. Dermed bliver opgaven tungere. I takt med at kommunerne har svært ved at løfte opgaverne, fostrer kommuner og politikere nye ideer, der udfordrer den nuværende organisering – uden at have en klar strategi for eller overblik over faget.

Dansk Psykiatrisk Selskab er derfor nødt til endnu engang at understrege, at uanset den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, er det helt afgørende for det psykiatriske speciale, at det forbliver organiseret sammen med somatikken.

### Specialiseringen

Dansk Psykiatrisk Selskab fastslog i 2004, at omdrejningspunktet for den faglige udvikling i psykiatrien bør være specialisering, ikke nærhedsprincippet; i lighed med udviklingen inden for de øvrige sundhedsvidenskabelige specialer. I de senere år er udviklingen da også gået i den retning. Samling af ekspertise og specialiserede sengeafsnit og ambulante enheder har vundet frem, senest støttet af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

### Rekrutteringen og opgavefordelingen

Et andet vigtigt tema i den første hvidbog var rekrutteringen og opgavefordelingen. Flere aktører har i de senere år igangsat initiativer, der havde til formål at styrke rekrutteringen, ikke mindst Dansk Psykiatrisk Selskab. De seneste prognoser og ansættelsesrunder tyder på, at den negative udvikling er vendt, og at det psykiatriske speciales status hos lægestuderende og yngre læger i dag er højere end før. Der skal dog fortsat gøres en særlig indsats for at fastholde denne udvikling.

Selvom manglen på psykiatriske speciallæger ikke længere tegner til at blive helt så omfattende som tidligere frygtet, vil der fortsat være for få psykiatere i de næste mange år. Samtidig stiger antallet af mennesker i behandling. Bedre uddannelse af psykologer til at varetage opgaver i psykiatrien har været en strategi for at løse problemet. Det er dog væsentligt at gøre sig klart, at selvom visse opgaver både kan løses af psykologer og psykiatere, er der også en række opgaver af lægelig karakter, der hverken kan eller bør varetages af andre faggrupper.

### Særlige områder

Mere fokus på særlige områder – ældrepsykiatri, psykisk sygdom og misbrug, retspsykiatri og oligofreni – var også blandt anbefalingerne i DPS' første hvidbog. Og lidt er der da også sket. Der har i de senere år således været meget fokus på retspsykiatrien, og området har fået tilført flere ressourcer. Dette er dog mere en konsekvens af den kraftige stigning i antallet af retspsykiatriske patienter – og den fokus, der har været på disse patienters farlighed – end udtryk for en egentlig langsigtet planlægning.

De øvrige områder derimod er ikke blevet styrket tilstrækkeligt. Der er derfor i de kommende år fortsat brug for at styrke indsatsen for patienter med psykisk sygdom og oligofreni. Det samme gælder ældrepsykiatrien, der må forventes at vokse kraftigt i takt med, at der bliver flere ældre. Derudover er der i de seneste år sket en kraftig stigning i antallet af voksne, der har fået diagnosen attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Der er behov for at styrke dette område, lige som der er behov for konsensus og faglige retningslinjer på området.

### Shared care

I den første hvidbog anbefalede vi også, at man styrkede samarbejdet mellem psykiatri og almen praksis gennem shared care-modeller. Dette område har desværre heller ikke været prioriteret i tilstrækkelig grad.

Skal man sikre kvalificeret behandling af den store gruppe patienter med ikke-psykotiske lidelser, er der fortsat et stort behov for at komme i gang med at etablere shared care og udvikle modeller, der er skræddersyet det danske sundhedssystem.

### En national psykiatriplan

I hvidbogen 2004 fastslog vi, at der burde udarbejdes en national psykiatriplan, der udstak de overordnede visioner og rammer for de næste fem-ti års udvikling af dansk psykiatri. En række aktører – Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Dansk Psykiatrisk Selskab selv – har siden offentliggjort strategier og visioner. Disse har mange lighedspunkter, men der mangler fortsat helt konkrete handleplaner.

I dag, otte år senere, er der mere end nogen sinde behov for en samlet, landsdækkende plan, der kortlægger og prioriterer opgaverne. Og ikke mindst en plan, som er konkret.

Med Hvidbog 2012-2020 håber Dansk Psykiatrisk Selskab at have leveret et solidt fagligt bidrag til en nødvendig platform for de vanskelige beslutninger om prioriteringer og ressourcer i psykiatrien, som administratorer og politiske beslutningstagere skal træffe i de kommende år.

## 4.

# Psykiatrisk sygdomsbelastning – nu og i fremtiden

Psykisk sygdom udgør en stigende del af den samlede sygdomsbelastning – både globalt og her i Danmark. Alt tyder på, at den udvikling vil fortsætte. Forebyggelse og behandling af psykisk sygdom bør derfor være et særligt fokusområde i den danske sundhedspolitik – også når det gælder ressourcer til området. En særlig indsats bør rettes mod depression og angst, ADHD hos voksne, psykiske lidelser hos det stigende antal ældre samt udviklingshæmmede med psykisk lidelse.

## Danmark

Der eksisterer kun sparsomme undersøgelser af forekomsten af psykisk sygdom i Danmark, og hovedparten handler om psykisk sygdom hos særlige grupper – f.eks. mennesker, der også lider af en somatisk sygdom. Samtidig er flere studier ikke baseret på diagnostisk udredning, men på spørgeskemaundersøgelser – dvs. at det er patienterne selv, der fortæller om deres symptomer. Dette gør det vanskeligt at få præcise og valide tal for forekomsten af psykisk sygdom i Danmark.

Når det er sagt, er der dog ingen tvivl om, at psykisk sygdom er et stigende problem – både globalt og her i Danmark. Et studie fra 2004, der har undersøgt forekomsten af depression via en diagnostisk spørgeskemaundersøgelse blandt 2040 danskere, fandt således en forekomst af moderat til svær depression hos 3,3 pct. og af let depression hos 4,1 pct. Tilsvarende nyere studier viser en stigende tendens.

Statens Institut for Folkesundhed har etableret en database med data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne) fra 1987 og frem. Data er hentet via spørgeskemaundersøgelser blandt meget store befolkningsgrupper, men disse undersøgelser baserer sig som nævnt på selvrapporterede symptomer – ikke på diagnostisk udredning. Den seneste opgørelse er fra 2004 og viser også en stigning i forekomsten af psykiske symptomer.

Der anvendes generelt følgende skøn over forekomsten af psykiske sygdomme i Danmark:

- 200.000 har en depressionssygdom, heraf har 175.000 en moderat-svær depression
- 250.000 har en angstlidelse
- 80.000 har en demenssygdom
- 75.000 har en spiseforstyrrelse
- 40.000 har en psykotisk lidelse.

## Globalt

World Health Organisation (WHO) har siden 1990 gennemført opfattende undersøgelser for at få et overblik over sygdomsbelastningen og dødeligheden globalt (Global

Burden of Disease, GBD). Som led i disse studier har WHO udarbejdet to mål for sygdomsbelastning:

- Disability Adjusted Life Year (DALY) og
- Years Lost to Disability (YLD).

DALY er et fælles mål for sygdomsbelastning, som kan anvendes til prioritering i sundhedssektoren. DALY udtrykker sygdomsbelastning som en kombination af sygdom og livskvalitet. I udregningen af DALY indgår faktorerne: alder ved sygdommens begyndelse, forløb og varighed, sværhedsgrad, invaliditet/handicap, behandlingsrater og dødelighed. En DALY svarer således til ét tabt år med sundt liv, mens YLD er antal år levet med sygdom.

Fig. 4.1 De 10 væsentligste årsager til YLD, globalt og i højindkomstlande, og til DALY i højindkomstlande. WHO, 2004

YLD, Globalt, mænd	YLD (millioner)	% af total YLD
1. Unipolar depression	24,3	8,3
2. Alkoholmisbrug	19,9	6,8
3. Høretab, start voksenalder	14,1	4,8
4. Nedsat syn	13,8	4,7
5. Skizofreni	8,3	2,8
6. Katarakt	7,9	2,7
7. Bipolar sygdom	7,3	2,5
8. Kronisk obstruktiv lungelidelse	6,9	2,4
9. Astma	6,6	2,2
10. Fald	6,3	2,2
YLD, Globalt, kvinder	YLD (millioner)	% af total YLD
1. Unipolar depression	41,0	13,4
2. Nedsat syn	14,0	4,6
3. Høretab, start voksenalder	13,3	4,3
4. Katarakt	9,9	3,2
5. Osteoarthritis	9,5	3,1

6. Skizofreni	8,0	2,6
7. Anæmi	7,4	2,4
8. Bipolar sygdom	7,1	2,3
9. Fødselasfyksi og fødselstraumer	6,9	2,3
10. Alzheimers og andre demenstilstande	5,8	1,9
YLD, Højindkomstlande	YLD (millioner)	% af total YLD
1. Unipolar depression	10,0	14,6
2. Høretab, start i voksenalder	4,2	6,2
3. Alkoholmisbrug	3,9	5,7
4. Alzheimers og andre demenstilstande	3,7	5,4
5. Osteoarthritis	2,8	4,1
6. Nedsat syn	2,7	4,0
7. Kronisk obstruktiv lungelidelse	2,4	3,5
8. Diabetes	2,3	3,4
9. Astma	1,8	2,6
10. Stofmisbrug	1,7	2,4
DALY, Højindkomstlande	DALY (millioner)	% af total DALY
1. Unipolar depression	10,0	8,2
2. Iskæmisk hjertesygdom	7,7	6,3
3. Cerebrovaskulær lidelse	4,8	3,9
4. Alzheimers og andre demenstilstande	4,4	3,6
5. Alkoholmisbrug	4,2	3,4
6. Hørenedsættelse, start i voksenalder	4,2	3,4
7. Kronisk obstruktiv lungelidelse	3,7	3,0
8. Diabetes	3,6	3,0
9. Cancer i lunger/luftveje	3,6	3,0
10. Trafikulykker	3,1	2,6



WHO's opgørelser viser, at psykiske lidelser har en meget stor betydning for den samlede sygdomsbelastning i verden. Psykiske sygdomme er således blandt de væsentligste årsager til både DALY og YLD (fig. 4.1).

Globalt set er unipolar depression den væsentligste årsag til YLD og den 3. væsentligste årsag til DALY, og ifølge WHO's prognose vil sygdommens andel af den globale sygdomsbelastning fortsat stige frem til 2030. Ser man på højindkomstlande, ligger unipolar depression på 1. pladsen – både m.h.t. DALY og YLD.

### Patienter i behandling

Ifølge en opgørelse foretaget af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) i 2011 steg antallet af personer i Danmark med kontakt til den psykiatriske hospitalssektor i perioden 2000-2008 med ca. 40 pct. Denne udvikling afspejler dog formentlig også, at der i de senere år har været øget fokus på behandlingen af ikke-psykotiske lidelser som depression, angst og belastningsreaktioner.

Fra 2000 til 2008 er den andel af patienter, der indlægges, faldet med 30 pct., mens det samlede antal sengedage er faldet med 20 pct. Dette er en følge af, at antallet af sengepladser undervejs er blevet reduceret med 20 pct. I samme periode – dvs. fra 2000 til 2008 – er antallet af ambulante besøg steget med 43 pct. DSI's undersøgelse fortæller ikke, hvad denne udvikling har betydet – hverken for antallet af genindlæggelser eller for kvaliteten af behandlingen. Af Danske Regioners Benchmarking 2009 fremgår det imidlertid, at ca. 22 pct. af patienterne indlægges igen inden for 30 dage. Det er tankevækkende, at antallet er lavest i Region Nord, hvor den gennemsnitlige indlæggelsestid er længst.

### Demografiske faktorerens betydning for sygdomsbelastningen

Ifølge Danmarks Statistik vil den danske befolknings sammensætning ændre sig betydeligt i de kommende år. Den udvikling må forventes at få stor betydning for den samlede sygdomsbelastning i det danske samfund.

I 2010 var der i alt 4.319.228 voksne personer (18+) i Danmark. Det tal forventes at vokse med 4,9 pct., således at der i 2020 vil være i alt 4.529.193 voksne i Danmark. I samme periode forventes antallet af 70+årige at stige med 35,5 pct. – fra 604.018 til 818.506 personer. Antallet af ældre med en psykisk lidelse forventes derfor at stige markant i de kommende år.

Ifølge Danmarks Statistik vil antallet af indvandrere og deres efterkommere

(18+årige) i samme periode vokse fra 421.227 personer i 2010 til 535.929 personer i 2020 – en stigning på 27,2 pct. I 2010 kom 61,7 pct. af indvandrerne og deres efterkommere fra ikke-vestlige lande. I 2020 forventes det, at denne gruppe vil udgøre 64,6 pct. af det samlede antal indvandrere og efterkommere. På den baggrund må det forventes, at antallet af ikke-etniske danskere med en psykisk lidelse vil stige, og at en del af dem – på grund af deres sygdom – ikke vil have lært dansk. Sundhedsstyrelsen vurderer således, at 300-500 af indvandrerne i 2020 vil have behov for en specialiseret indsats (regionsfunktion).

### Udviklingshæmmede med psykisk lidelse

En anden patientgruppe, der ofte har behov for psykiatrisk behandling, er de udviklingshæmmede (oligofrene). Vi kender ikke det præcise antal af udviklingshæmmede i Danmark i dag, men det skønnes, at ca. 0,9 pct. af de 4-15-årige har en IQ, der er lavere end 70. På baggrund af data fra Region Syddanmark skønnes der at være i alt 5500 oligofrene, der har behov for psykiatrisk behandling. De psykiatriske behandlingstilbud til udviklingshæmmede er imidlertid sparsomme – både når det drejer sig om diagnostik og behandling af psykiske lidelser. Alvorligt syge udviklingshæmmede har i dag ikke mulighed for at blive indlagt på specialiserede afdelinger, og rummes dårligt på almindelige psykiatriske afdelinger. Der er ikke særligt uddannet plejepersonale til denne gruppe, og mangel på psykiatere med særlig erfaring.

### ADHD hos voksne

Der har i de senere år været stigende opmærksomhed på voksne med attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD blev tidligere betragtet som en tilstand, der udelukkende optrådte hos børn, men nyere undersøgelser har vist, at symptomerne hos nogle fortsætter ind i voksenalderen. Mennesker med ADHD har betydelig risiko for komorbiditet til (dvs. risiko for også at rammes af) bl.a. angst og depression samt en forøget risiko for at udvikle et alkohol- og stofmisbrug. Hovedparten af disse voksne behandles i dag i speciallægepraksis, men vi ser et stigende antal henvisninger til hospitalssektoren af patienter, hvor diagnosen ikke er stillet i barndommen.

Der er et stort behov for mere viden om ADHD hos voksne og for efteruddannelse af psykiaterne. Der findes i dag ikke nationale retningslinjer for udredning og behandling af sygdommen hos voksne. Sådanne retningslinjer er nødvendige for at sikre større ensartethed i behandlingen og er under udarbejdelse på initiativ fra Dansk Psykiatrisk Selskab.

### Psykiisk sygdomsbelastning og arbejdsmarked

Den psykiatriske sygdomsbelastning afspejler sig i befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet. Antallet af mennesker i Danmark, der modtager offentlig forsørgelse pga. helbredsproblemer, er på blot 25 år steget fra 280.000 til 445.000. Den andel, der tilkendes førtidspension på grund af en psykisk lidelse, er stigende internationalt, men tydeligst i Danmark, hvor andelen fra 1999 til 2009 er steget fra 30 pct. til 52,6 pct. (se fig. 4.2). Fra første kvartal af 2010 til første kvartal af 2011 har der dog været et fald – fra 52,6 til 48,5 pct.

Omkring 2/3 af alle de pensioner, der gives grundet en psykisk sygdom, gives i dag (2009) på grund af ikke-psykotiske sygdomme – dvs. lidelser, som det ofte er muligt at behandle så effektivt, at den syge kan fungere normalt igen. 16 pct. af alle førtidspensioner, der gives grundet en psykisk lidelse, gives til personer under 30 år. Det skønnes endvidere, at omkring 50 pct. af alle langtidssygemeldte har en psykisk sygdom, der ofte ikke er diagnosticeret. Man kan således godt frygte, at en årsag til det høje antal førtidspensioner, der tilkendes i Danmark pga. psykisk sygdom, er utilstrækkelig diagnostik og behandling. Det kan også hænge sammen med, at

Andel af tilgang som følge af psykiske lidelser, 20-65 årige, pct.

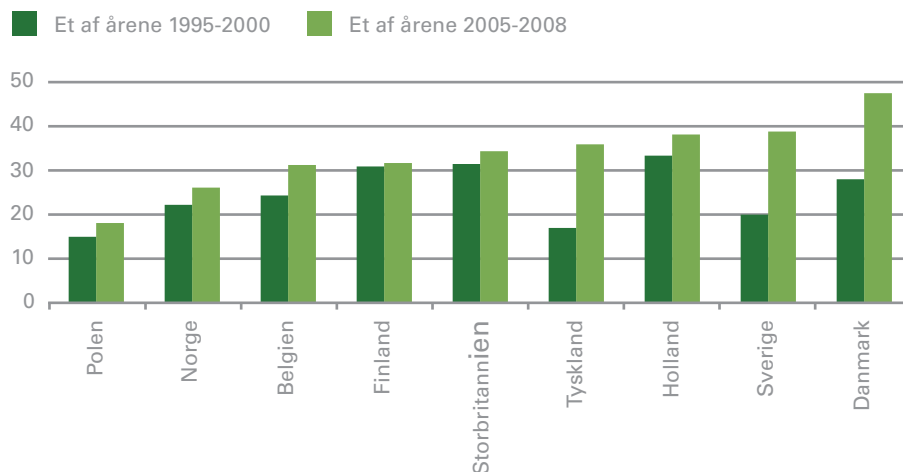


Fig. 4.2. Ændringen i andel af førtidspensioner tilkendt på baggrund af psykisk lidelse fra 1995-2000 til 2005-2008 i europæiske lande (Arbejdsmarkedsrapport 2010)

arbejdsmarkedet er blevet mere krævende og gør det vanskeligere for sårbare personer at få arbejdsvilkår, der ikke er for belastende. Det er ikke hensigtsmæssigt, hverken for den enkelte eller samfundsökonomien, at manglende fleksibilitet på arbejdsmarkedet skubber flere ud.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) har i 2010 udgivet en hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, der bl.a. gennemgår den eksisterende litteratur om emnet. Den konkluderer, at der er evidens for, at en hurtig og evidensbaseret behandlingsindsats mindsker risikoen for et langt sygefravær og for, at mennesker glider ud af arbejdsmarkedet. Det samme gør sig gældende, hvis der iværksættes en koordineret indsats, hvor arbejdspladsen tidligt inddrages i en plan for, hvordan den syge kan vende tilbage til arbejdet.

NFA har sammen med en række kommuner for nylig igangsat projektet "Tilbagevenden til arbejde (TTA)", der har til formål at nedbringe langtidssygefraværet hos psykisk syge og muliggøre en hurtigere og varig tilbagevenden til arbejdet.

Førtidspension er imidlertid ikke den eneste økonomiske konsekvens af psykisk lidelse. Mange mennesker med psykisk sygdom er på kontanthjælp eller under revalidering. Utilstrækkelig behandling af psykisk sygdom hos yngre kan få konsekvenser for deres mulighed for at få en uddannelse og dermed for at kunne forsøge sig selv fremover. Det er derfor vigtigt, at der kommer mere fokus på forebyggelse og på en hurtig og evidensbaseret behandlingsindsats - både af hensyn til den enkelte og til samfundet generelt.

---

# Anbefalinger og referencer kapitel 4.

---

## Anbefalinger

- Psykisk sygdom udgør en stigende del af den samlede sygdomsbelastning. Alt tyder på, at denne tendens fortsætter. Forebyggelse og behandling af psykisk sygdom bør være et fokusområde i dansk sundhedspolitik i de kommende år – også når det gælder ressourcer til området. En særlig indsats bør rettes mod angst og depression.
- Der bør fokuseres på at opnå viden og erfaring vedr. fastholdelse på eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet i forbindelse med psykisk sygdom.
- Det øgede antal ældre vil medføre, at behovet for ældrepsykiatere og for udbygning af specialet vil stige betydeligt.
- Der er brug for mere viden om ADHD hos voksne. Retningslinjer for udredning og behandling er under udarbejdelse.
- Diagnostik og behandling af oligofrene med psykisk lidelse bør fortsat udbygges. Der bør arbejdes på, at hver region har en sengeafdeling med særlig ekspertise på området, hvor en del af afdelingen er velegnet til indlæggelse af oligofrene. Ved en udbygning af specialet bør der tages højde for rekrutteringen af yngre læger.

## Referencer

1. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. Olsen, LR, Mortensen, EL, Bech, P. Acta Psychiatr. Scand. 2004;108(2):96-10.
2. Sundhed og sygdom i Danmark & og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
3. En psykiatri i verdensklasse. Danske Regioners visioner for fremtidens psykiatri. Danske Regioner, 2009.
4. Global burden of disease, 2004 update. WHO, 2008.
5. National strategi for psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2009.
6. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
7. Benchmarking af psykiatrien – herunder nøgletal for aktiviteten i 2009. Danske Regioner, 2011.
8. Danmarks statistik, [www.dst.dk](http://www.dst.dk)
9. Arbejdsmarkedsrapport 2010. Helbred, arbejdsliv og offentlig forsørgelse. Dansk arbejdsgiverforening, 2010.
10. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejdsmarked. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010.

Samtlige referencer i hvidbogen kan ses på DPS' hjemmeside: [www.dpsnet.dk](http://www.dpsnet.dk)

## 5.

## Psykiaterens kerneopgaver

Antallet af psykiatriske patienter er stærkt stigende. Samtidig er organiseringen under forandring, og der er mangel på psykiatere. Det sætter de faglige ressourcer under pres. Skal psykiatrien kunne løfte udfordringen, er der behov for en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling, en styrkelse af speciallægepraksis og efteruddannelse samt indførelse af shared care.

Mange psykiske sygdomme giver sig udslag i, at patienten får både psykiske, sociale og funktionsmæssige vanskeligheder. Psykiatri er derfor et af de lægevidenskabelige specialer, der i høj grad baserer sig på tværfaglighed. Både udredning af patientens symptomer, vanskeligheder og funktionstab – og arbejdet for at bedre disse og hindre forværing – kræver derfor ofte en tværfaglig og helhedsorienteret behandlingsindsats. Denne kan omfatte:

- diagnostik af psykisk lidelse
- diagnostik af evt. somatiske sygdomme, og sikring af behandling og kontrol af disse
- medikamentel behandling af psykiske sygdomme
- psykoterapi
- psykoedukation
- samarbejde med og uddannelse af pårørende
- indsats på det sociale område og samarbejde med socialforvaltning samt evt. med arbejdsplads
- samarbejde med de kommunale hjemmeplejer og bosteder
- støtte og omsorg
- tvangsanvendelse over for mennesker med svær psykisk sygdom uden indsigt i egen sygdom.

I sekundærsektoren, både på sengeafdelinger og ambulant, arbejder psykiateren derfor sammen med mange andre aktører som f.eks. psykologer, sygeplejersker, andre plejegrupper, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, samt med læger fra andre specialer, især neurologer og læger fra andre neurofag.

Det er afgørende for et godt resultat, at der er et tæt samarbejde aktørerne imellem, og at de forskellige faggrupper bidrager med hver deres særlige kompetencer og faglighed. Behandlingsansvaret for den samlede indsats er placeret hos speciallægen.

Når det er sagt, er det vigtigt at være opmærksom på, at en stor del af de psykiatriske patienter udelukkende behandles i speciallægepraksis.

### Nødvendige kompetencer for psykiateren

Fortrolighed med det psykiatriske interview – samtalen med patienten – og indgående viden om psykopatologiske fænomener er helt centrale kompetencer, både når det gælder udredning og behandling af psykiske sygdomme. Derudover skal psykiateren have viden om psykofarmakologi og forskellige former for psykoterapi.

En række andre kompetencer er imidlertid også betydningsfulde. I takt med at vores viden om de store psykiske sygdomme som skizofreni og depression øges, påvirker det f.eks. den diagnostiske inddeling. Dette afspejles i de igangværende revisioner af de internationale diagnostiske systemer: WHO's ICD-10 og det amerikanske DSM-IV. Parakliniske undersøgelser, inkl. genetiske analyser, og billeddannende teknikker forventes fremover at medvirke til, at diagnostikken bliver mere præcis. Større viden om, hvordan forskellige typer medicin påvirker den enkelte patient forventes også at føre til en psykofarmakologisk behandling, der i højere grad er 'skræddersyet' til den enkelte patient.

Der er i disse år stigende fokus på de psykiatriske patienters høje forekomst af somatisk sygdom og væsentligt kortere gennemsnitslevetid. Der er også fokus på de bivirkninger, som den psykofarmakologiske behandling kan give – og på vigtigheden af, at risikoen for bivirkninger afvejes i forhold til den enkelte patients sygdomsgrad og behandlingsbehov. Et tæt samarbejde med de øvrige lægefaglige specialer er derfor afgørende for, at behandlingen af patienterne bliver optimal. Tiltag til at sikre dette samarbejde og til at nedbringe den øgede dødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom er i 2011 behandlet i Danske Regioners rapport om "kvalitet i psykiatrien".

Psykiateren skal altså, for at kunne navigere inden for fagområdet, både have viden om psykopatologiske fænomener, diagnostik, psykofarmakologi og somatisk sygdom. Skal psykiateren holde sig ajour med den faglige udvikling, er der behov for løbende efteruddannelse. Det er i dag den enkelte psykiaters eget ansvar at efteruddanne sig – der foreligger ikke formaliserede krav om efteruddannelse. Dette er ikke hensigtsmæssigt.

### Stigende produktion og mange nye opgaver

Antallet af patienter, der behandles i psykiatrien, er stigende (se kapitel 4). Samtidig har organiseringen i en årrække været under forandring. Begge dele har bidraget til at sætte de faglige ressourcer i psykiatrien under pres.

Der er f.eks. i dag meget fokus på kvalitetssikring og akkreditering – to områder, der afføder mange nye dokumentationsopgaver. Der er også en klar tendens til, at behandlingen specialiseres og til, at patienterne i vidt omfang overgår til ambulante behandling, hvilket

medfører kortere indlæggelser, accelererede patientforløb og omfordeling af ressourcer. Alle faggrupper har anvendt mange kræfter på at implementere disse forandringer – og alt tyder på, at forandringerne vil fortsætte i de kommende år. Meget taler således for, at de faglige ressourcer i psykiatrien også i de kommende år vil være under pres.

### Speciallægemangel og konsekvenserne for arbejdsdelingen

Som beskrevet i kapitel 6 vil der fortsat være mangel på psykiatriske speciallæger i de kommende år. Skal psykiatrien kunne imødekomme den udfordring, er det helt afgørende med en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling. Dels skal psykiaterne ikke bruge tid på opgaver, der løses lige så godt af andre faggrupper. Dels er det nødvendigt at sikre, at de lægefaglige opgaver rent faktisk løses af lægerne. Mere hjælpepersonale, f.eks. sekretærer, vil kunne frigøre lægerne fra en række opgaver, der i dag tager tid fra lægernes kerneopgaver.

Som led i et afbureaukratiseringsprogram gennemførte firmaet Implement i 2009 en kortlægning af sygehuspersonalets arbejdsopgaver for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Den påviste bl.a., at læger bruger under halvdelen af deres tid på direkte patientrelaterede opgaver og megen tid på dokumentation og registrering. Blandt forslagene til forenklinger var bl.a. ændrede arbejdsgange i form af opgaveglidning, bedre it, ændring af reglerne for samtykke samt en forenkling af indberetningssystemet for tvang.

### Den ny specialistuddannelse for psykologer

I 2011 iværksatte man en ny specialistuddannelse for psykologer, der ønsker at arbejde i psykiatrien. Rammerne for uddannelsen er fastlagt i en bekendtgørelse fra Sundhedsstyrelsen, og uddannelsens teoretiske og praktiske udformning indeholder elementer fra speciallægeuddannelsen. Denne nye faggruppe bør dermed være i stand til at varetage flere opgaver, end psykologerne traditionelt har varetaget i det psykiatriske behandlingssystem. Selvom der således er et vist overlap i opgaver, vil der fortsat være opgaver, der alene skal varetages af speciallægen (se fig. 5.1). Desværre har man ikke fra central side prioriteret uddannelse af neuropsykologer, der ellers ville kunne give væsentlige bidrag til en forbedret diagnostik og en behandling, der i højere grad er skræddersyet den enkelte patient.

### De praktiserende psykiatere

Der er ca. 150 praktiserende psykiatere i Danmark, der arbejder under sygesikringen. Antallet har været stabilt over en årrække, men geografisk set er de meget uens fordelt. De praktiserende psykiatere behandler ca. 50.000 patienter årligt, heraf 25.000 nyhenviste. Herudover findes enkelte private ambulante psykiatriske behandlingssteder.

Psykiaterens opgaver	Opgaver, som kan deles med andre faggrupper	Opgaver for andre faggrupper
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitation</li> <li>• Udredning og diagnostik</li> <li>• Somatisk udredning og behandling</li> <li>• Psykofarmakologisk behandling</li> <li>• ECT (Elektro Convulsiv Terapi)</li> <li>• Ordination af tvangsanvendelse</li> <li>• Uddannelse af læger</li> <li>• Udarbejdelse af retslige erklæringer</li> <li>• Samarbejde med somatiske specialer</li> <li>• Overordnet behandlingsansvar</li> <li>• Faglig ledelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykoterapeutisk behandling</li> <li>• Vurdering af psykopatologi</li> <li>• Forskning</li> <li>• Eftersamtaler efter tvangsanvendelse</li> <li>• Psykoedukation</li> <li>• Undervisning af pårørende</li> <li>• Supervision på psykoterapeutisk uddannelse</li> <li>• Supervision af andre faggrupper</li> <li>• Uddannelse af andre faggrupper</li> <li>• Kvalitetsudvikling</li> <li>• Registreringsopgaver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropsykologiske og andre psykologiske undersøgelser</li> <li>• Pleje</li> <li>• Miljøterapi</li> <li>• Social udredning</li> <li>• ADL-træning</li> <li>• Fysisk aktivering</li> </ul>

Fig. 5.1 Fordeling af arbejdsopgaver

Der foregår desværre ikke nogen systematisk registrering af diagnoser for patienter, der behandles i psykiatrisk speciallægepraksis. En undersøgelse fra 2009 viste imidlertid, at ca. 40 pct. af patienterne led af depression, 32 pct. af nervøse og stressrelaterede lidelser og 10 pct. af personlighedsforstyrrelser. Derudover behandles mange patienter med ADHD i speciallægepraksis. Af den seneste overenskomst mellem Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Regioner fremgår det, at diagnosekodning skal implementeres.

Der eksisterer i dag ikke nogen formel aftale om afgrænsningen mellem speciallægepraksis og ambulant psykiatrisk behandling i sekundærsektoren. En afgørende faktor er, om patientens sygdom kan behandles monofagligt, eller om der er behov for et tværfagligt behandlingstilbud. Central visitation til ambulant behandling i sekundærsektoren vil muligvis fremover gøre afgrænsningen klarere.

Ventetiden til behandling i speciallægepraksis er uhensigtsmæssig lang – 85 pct. af patienterne venter mere end tre måneder og 45 pct. mere end seks måneder. Selv med en

mere hensigtsmæssig fordeling af opgaverne er der derfor behov for flere praktiserende psykiatere.

De tidligere beskrevne omfattende krav om dokumentation og registrering gælder i dag kun den sekundære sektor. Der eksisterer således ikke i dag ikke formelle krav om dokumentation for kvaliteten i primærsektoren. Denne markante forskel mellem de to sektorer – en forskel, der også afspejles i, at primærsektoren ikke er medtaget i Danske Regioners projekt om kvaliteten i psykiatrien – er ikke hensigtsmæssig.

### Samarbejdet med de praktiserende læger

Alment praktiserende læger får via deres speciallægeuddannelse seks måneders ansættelse i psykiatrisk regi, og opnår herved et vist kendskab til psykiske lidelser. Denne sideuddannelse er helt afgørende for behandlingen af psykiske sygdomme. Det er derfor bekymrende, at man har overvejet at reducere omfanget af sideuddannelsen. Den praktiserende læge er i mange tilfælde patientens første kontakt ved psykisk sygdom, og 90 pct. af de psykiatriske patienter, især patienter med angst og depression, behandles i almen praksis.

Samarbejdet med almen praksis er således centralt. Desværre foregår det i dag meget forskelligt og med varierende fokus i regionerne. Dette er ikke hensigtsmæssigt. En udbygning og ensretning af samarbejdet vil være nødvendigt, hvis det fremover skal være muligt at tilbyde tilstrækkelig behandling til det store antal patienter med ikke-psykotiske lidelser.

### Shared care

Samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien kan foregå efter forskellige modeller. En dansk undersøgelse har for nylig gennemgået litteraturen på området. Den viser, at der er evidens for at benytte en shared care-model kaldet collaborative care, der bl.a. indeholder elementer som case-management ved psykiatrisk sygeplejerske, supervision ved psykiater og undervisning af patienter. Der er imidlertid behov for at afprøve effekten af collaborative care under danske forhold, idet de fleste undersøgelser er foretaget i USA. På grund af de organisatoriske forskelle mellem USA og Danmark vides det ikke, om collaborative care vil have samme effekt i Danmark. Der er endvidere behov for at udvikle en dansk model for collaborative care, der medtager de grundlæggende principper, men samtidig tager højde for danske samarbejdsforhold.

---

# Anbefalinger og referencer kapitel 5.

---

## Anbefalinger

- Behandlingsansvar og faglig ledelse skal ligge hos psykiateren.
- Det skal sikres, at den enkelte psykiater får løbende efteruddannelse for at holde sig ajour med fagets udvikling.
- Pga. manglen på speciallæger skal der de kommende år være fokus på uddelegering af ikke-lægelige opgaver, evt. via mere hjælpepersonale.
- Der bør ske en udbygning af speciallægepraksis og af finansieringen hertil.
- Der bør etableres velfungerende shared care-modeller i alle regioner og satses på mere forskning på området.

## Referencer

1. Lægeforeningens psykiatripolitik. Lægeforeningen, 2010.
2. National strategi for psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2009.
3. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
4. Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2008. Danske Regioner, 2009.
5. Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling. Danske Regioner, 2011.
6. Bekendtgørelse om specialpsykologuddannelsen. BEK nr 1303 af 25/11/2010.
7. Kortlægning og måling af administrative opgaver. Resultater af målingen på sygehusområdet. Implement, 2009.
8. Munk-Jørgensen, P, Andersen, B. Diagnoses and dropouts among patients of Danish psychiatrists in private practice. Psychiatric services. Dec. 2009, vol 60, no 12.
9. Ventetid skader psykiatriske patienter. Lægeforeningen, 2011.
10. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af systematisk litteraturundersøgelse. Epløv, Lundsteen, Birket-Smith, 2009.

## 6.

## Rekruttering, videre- og efteruddannelse og fastholdelse

Psykiatrien er ramt af manglen på speciallæger. Og ifølge den seneste prognose vil der fortsat mangle psykiatere i Danmark i de kommende år. Samtidig er der kommet nye diagnosegrupper, som kræver behandling. Derfor er der i psykiatrien fokus på, hvordan man styrker rekrutteringen, uddannelsen og fastholdelsen af læger i specialet.

### Rekruttering

Der er de seneste år optaget flere lægestuderende på universiteterne. I 2009 blev optaget således øget fra 1200 til 1400. Igangsættelsen af den nye lægeuddannelse på Aalborg Universitet i efteråret 2010 har ikke påvirket dette tal nævneværdigt. I 2011 er der således i alt optaget 1456 på lægestudiet.

### Lægeprognosen

Lægeprognose 2010 – 2030 viser, at der generelt er sket en betydelig stigning i antallet af læger i forhold til tidligere prognoser. Dette skyldes primært tre forhold: øget optag på universiteterne, indvandring af læger samt at lægerne går senere på pension.

Lægeprognose 2010 – 2030 viser således, at der frem til 2015 generelt vil ske et fald i antallet af speciallæger. Men i modsætning til tidligere prognoser viser den seneste, at der efter 2015 vil ske en stigning i antallet af speciallæger frem til 2025. Det skyldes primært fire forhold: øget videreuddannelseskapalet, faldende kandidatalder for læger i hoveduddannelsesforløb, indvandring af læger samt at lægerne går senere på pension. Det forventes, at fireårs-reglen og reduktionen af den kliniske basisuddannelse (KBU) til ét år – mod turnus, som var halvandet år – vil forlænge den periode, som den enkelte læge kan arbejde som speciallæge.

Der er glædeligt, at speciallægemanglen ikke bliver så stor, som den tidligere prognose viste.

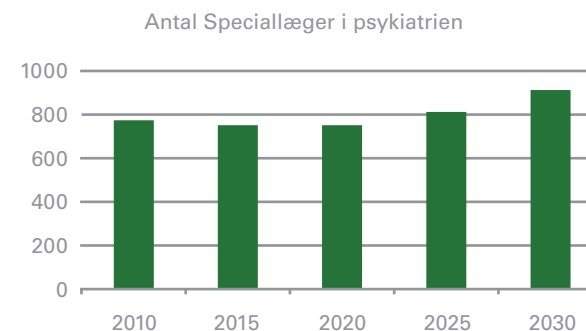


Fig. 6.1: Udviklingen i antallet af speciallæger i psykiatri ifølge lægeprognose 2010-2030. Kilde: Sundhedsstyrelsen



### Lægeprognosen for psykiatrien

For psykiatrien viser den seneste lægeprognose også en mere positiv tendens end tidligere skøn. Der forudsiges et fald i antallet af psykiatriske speciallæger i perioden 2010 – 2020 på 3,2 pct., afløst af en stigning på godt 22 pct. fra 2020 og frem til 2030.

Tidligere var kandidatalderen for de læger, der startede i hoveduddannelsesforløb i psykiatrien 14,5 år – eller betydeligt højere end i andre specialer. På det seneste er den dog faldet markant. I uddannelsesregion Syd har kandidatalderen i de seneste tre år i gennemsnit været 8,6 år ved ansættelse i Hoveduddannelsesforløb. Lignende fald skønnes at gøre sig gældende i de to andre uddannelsesregioner. Det er glædeligt, at lægerne nu søger ind i psykiatrien tidligere i karrieren, og at mange allerede under studiet vælger, at de vil være psykiatere.

Kønsfordelingen blandt de færdiguddannede læger kan vise sig at få betydning for prognosen. I 2010 var 45 pct. af alle læger nemlig kvinder, men i 2019 vil over 50 pct. være kvinder. Dette vil kunne få betydning for antallet af speciallæger, idet kvinder pga. barselsorlov er længere tid om at uddanne sig. Flere kvindelige læger vil dermed kunne betyde en dårligere prognose for væksten i antallet af speciallæger.

Der er ventetid på psykiatrisk behandling, især på behandling hos praktiserende psykiatere og specialiserede behandlingstilbud. Samtidig er der kommet nye diagnosegrupper til, som kræver behandling. Det er en medvirkende grund til, at der i de kommende år fortsat vil være stor mangel på speciallæger. For at afhjælpe dette bør der oprettes flere uddannelsesstillinger – f.eks. seks ekstra uddannelsesstillinger pr. år, to i hver af de tre uddannelsesregioner øst, syd og nord.

Prognosen viser også, at der fortsat er en tendens til, at der vil være store regionale forskelle, således at manglen på speciallæger fortsat vil være størst i yderområderne.

### Rekrutteringstiltag

Der har de seneste fem år været fokus på rekrutteringen til psykiatrien. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) udarbejdede i 2007 en rapport om rekruttering. Følgende initiativer blev foreslået som værende fremmende for rekrutteringen: psykiatri i turnus, forbedring af psykiatriens image, fokus på lægefaglighed, forskning og specialisering samt favorisering af velfungerende uddannelsessteder.

Rapporten rummer desuden en række forslag til nye tiltag, som kan give de studerende bedre mulighed for et positivt møde med psykiatrien under studiet. Blandt forslagene er:

Valgfrit ophold i psykiatrien under studiet (evt. i samarbejde med praksis), etablering af foreninger for studerende med særlig interesse for psykiatri samt en forbedring af FADL-vagternes arbejdsforhold i form af uddannelse og forberedelse, førend de begynder at have vagter på en psykiatrisk afdeling – svarende til den uddannelse, de modtager, førend de kan være vagt ved respiratorpatienter. Endelig peger rapporten på, at man ved at ansætte studerende som vikarer på afdelinger med lægemangel vil kunne give dem et indblik i arbejdet som psykiater.

Flere af vore forslag er siden blevet implementeret.

Psykiatri indgår nu i flere dele af den kliniske basisuddannelse (KBU, tidligere turnus). Dette er et væsentligt skridt for rekrutteringen. Desværre har man ikke i alle regioner sikret, at psykiatrien kombineres med medicin i basisuddannelsen. Det er også positivt at se, at flere læger med psykiatri i KBU nu fortsætter til en introduktionsstilling inden for specialet. Endelig er det vigtigt, at der fortsat er fokus på at gøre stillingerne på de psykiatriske afdelinger attraktive, så rekrutteringen af læger sker så tidligt i uddannelsesforløbet som muligt.

I Aarhus, Odense og København er etableret grupper/selskaber for studerende med interesse for psykiatri, og de studerende kan deltage i DPS' årsmøde til nedsat pris. Dette initiativ har vist sig at være betydningsfuldt for rekrutteringen til specialet. Derudover er der i Aarhus og København etableret psykiatriske Summer Schools for studerende. Aalborg afholder også Summer Schools for yngre og seniorlæger, der arbejder i psykiatrien. Endelig har regionerne i de seneste år rekrutteret læger fra andre EU-lande, både til uddannelses- og til speciallægestillinger. I nogle tilfælde har dette skabt sproglige problemer. Denne form for rekrutteringstiltag bør derfor ledsages af intensiv sprogundervisning samt undervisning i dansk kultur.

### Videreuddannelse

Den nuværende speciallægeuddannelse blev igangsat i 2004. Siden er målbeskrivelserne blevet revideret i 2007 og 2010.

I 2004 blev uddannelsen kortere, i det sideuddannelsen i neurologi blev reduceret fra ét år til et halvt år. Det betyder, at psykiaterne – i de tilfælde, hvor der er tvivl – har dårligere forudsætninger for at vurdere, om der er tale om en psykisk eller en neurologisk lidelse, hvilket kan være alvorligt for den enkelte patient.

Den nuværende uddannelse til psykiater er opbygget således, at man begynder med en

etårig introduktionsstilling efterfulgt af 3 ½ års psykiatri i hoveduddannelsesstilling samt et halvt års neurologi. Væsentlige elementer i den nuværende speciallægeuddannelse er supervision og mesterlære i forhold til de syv definerede lægeroller. Dette er en metode, der fordrer nært samarbejde og hyppig kontakt mellem yngre læger og speciallæger. Derfor er det vigtigt, at speciallægerne er med i det daglige arbejde og ikke bruger deres tid på vagtarbejde om aftenen og natten.

Antallet af speciallæger i psykiatrien vil som nævnt være faldende frem til 2020. Samtidig er manglen på speciallæger ujævnt fordelt, så især yderområderne er hårdt ramt. Denne mangel på speciallæger har/må forventes at få en negativ indflydelse på kvaliteten af uddannelsen af de kommende speciallæger. De mindre uddannelsessteder er dybt afhængige af uddannelsessøgende læger i den daglige drift, men der vil ikke desto mindre blive behov for at vurdere, om kvaliteten af uddannelsen kan opretholdes. En centralisering kan blive nødvendig.

Flere steder er der forsøg i gang med at anvende telemedicin i såvel undervisningen som visitationen af patienter. Telemedicin vil formodentligt være et godt redskab i videreuddannelsen – både i undervisningen, men også i forbindelse med supervision. Dermed vil de uddannelsessøgende læger både få adgang til mere, og mere kvalificeret, støtte fra speciallæger.

I Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2008-2012 blev antallet af uddannelsesstillinger på landsplan øget fra 46 til 50. Her i 2011 er der fortsat ubesatte uddannelsesstillinger, men der er stor forskel på situationen i de tre uddannelsesregioner.

I perioden 2006 – 2010 var det således kun tre af de opslåede stillinger i Øst, der var ubesatte. I Syd har 13 af de opslåede stillinger været ubesatte, mens der i samme periode har været 48 ubesatte stillinger i Region Nord. Det høje antal ubesatte stillinger i Nord skyldtes dog primært, at man i 2010 opslug 25 uddannelsesstillinger, men kun fik besat de fem. I 2010 blev der på landsplan opslået i alt 60 uddannelsesstillinger mod de 50 stillinger, som specialet er dimensioneret til.

Som det fremgår af fig. 6.2, er der på landsplan (fraset i 2010) en stigende tendens til, at de opslåede uddannelsesstillinger bliver besat

For hver hoveduddannelsesstilling er der på landsplan to introduktionsstillinger.

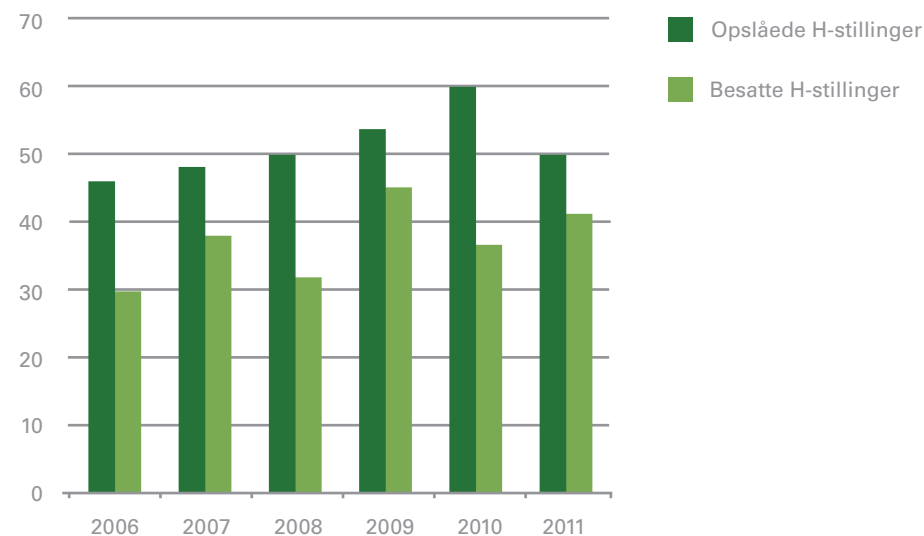


Fig. 6.2: Oversigt over udviklingen i hoveduddannelsesstillinger.  
Kilde: Sundhedsstyrelsen

Karrierevejledning er en integreret del af det formaliserede vejledningsprogram for basislæger. Muligheden for at præge de yngste læger til at vælge psykiatrien er et vigtigt område, der kræver et særligt fokus. Det er væsentligt at motivere egnede læger til at vælge uddannelsen til speciallæge i psykiatri, ligesom det er væsentligt at frasortere ikke-egnede. Denne opgave stiller store krav til vejlederne for læger i introduktionsstilling. Lægeforeningen har oprettet en frivillig mentorordning for basislæger. En lignende ordning kunne overvejes i psykiatrien. Både i relation til rekruttering og uddannelse af yngre læger er der potentiale i at tilbyde erfarne speciallæger som mentorer.

Trods behovet for rekruttering er det fortsat vigtigt, at kun læger med de rigtige kvalifikationer får tilbudt en uddannelsesstilling. I forbindelse med uddannelsesreformen i 2004 blev der udarbejdet en "Faglig profil for ansøgere til H-stilling i specialet psykiatri". Det fremgår af denne, hvilke kvalifikationer og evner man skal besidde for at blive speciallæge i psykiatri. I en tid med mangel på læger i psykiatrien kan det frygtes, at læger som ikke besidder sådanne kvalifikationer fastholdes i uddannelsen, alene af driftsmæssige grunde. Det er derfor centralt, at de uddannelsesansvarlige overlæger løbende bliver rustet til at foretage vurderingen af lægerne i uddannelsesforløb, uafhængigt af driften af den enkelte psykiatriske afdeling.

Der er på landsplan planlagt en fusion af en række psykiatriske afdelinger. Det er endnu uvist, hvilken betydning dette vil få for uddannelsen i psykiatri, men det er i den forbindelse vigtigt at sikre, at behovet for bæredygtige uddannelsesmiljøer tages med i planlægningen.

I forbindelse med den nye uddannelse af specialpsykologer er det vigtigt at fastholde, at dette tiltag ikke må betyde en forringelse af den lægelige uddannelse. Det må således ikke betyde, at den tid, hvor uddannelsessøgende læger har adgang til speciallæger, reduceres. Det må heller ikke blive sådan, at specialpsykologer kommer til at stå for væsentlige dele af uddannelsen af yngre læger. "Rutinepræget" anamneseoptagelse og udredning – to områder, som delvist tænkes uddelegeret til specialpsykologer – kan have en væsentlig uddannelsesmæssig værdi for yngre læger.

Det teoretiske fundament under uddannelsen består af to typer kurser: I- og H-kurser. Det er derfor væsentligt, at læger under uddannelse kan påbegynde et kursus sideløbende med deres kliniske uddannelse. Der har de senere år været udbudt for få pladser på I-kurser. En del kursister får dermed først tilbudt en plads, når de er halvvejs gennem forløbet. Dette er u hensigtsmæssigt – ikke alene uddannelsesmæssigt, men også i forhold til at fastholde lægerne i specialet. I foråret 2011 er I-kursus Syd genetableret, og der er løbende optag på alle I-kurser. Det ser derfor ud til, at alle fremover vil kunne påbegynde et kursusforløb sideløbende med, at de går i gang med den kliniske uddannelse.

H-kurserne består af 32 kursusdage, som de uddannelsessøgende læger deltager i sideløbende med ansættelse i H-stilling. Kurserne finansieres af Sundhedsstyrelsen. DPS har flere gange udtrykt ønske om, at kursusrækken udvides, da der er sket en stor udvikling inden for faget.

### Efteruddannelse

Som tidligere nævnt har de yngre læger i dag mindre klinisk erfaring end tidligere, når de får en hoveduddannelsesstilling. Samtidig er varigheden af uddannelsesstillingen kortere end før. Dette sammenholdt med, at de tidligere § 14-krav om, at man skulle arbejde som speciallæge i to år, før man kunne blive ansat i en overlægestilling, er forsvundet, bevirker alt i alt, at de kommende speciallæger – og i særdeleshed overlæger – ikke vil besidde den samme erfaring som før. Derfor er der behov for mere efteruddannelse.

Samtidig er psykiatrien, som andetsteds påpeget, et område, der er kendetegnet ved stor faglig udvikling. Efteruddannelse er derfor selvsagt nødvendig. Der er i den sammenhæng brug for en klar definition af både indhold og omfang af psykiateres efteruddan-

nelse. Der er også behov for en offentlig finansiering af efteruddannelsen, ligesom man bør se på, om efteruddannelsen skal registreres centralt.

### Fastholdelse

Manglen på speciallæger kan også afhjælpes ved at sætte fokus på fastholdelsen af læger i specialet. Flere speciallæger har i de senere år forladt sundhedsvæsenet for at etablere sig i egen praksis uden ydernummer.

Dette bør give anledning til, at der sættes fokus på arbejdsmiljøet og indholdet i stillingerne i sundhedsvæsenet. Man bør i den forbindelse være opmærksom på, at tendensen til, at speciallæger skal være i front, vil forringe speciallægernes arbejdsvilkår. Derudover bør der f.eks. etableres seniorordninger, som kan holde speciallægerne længere på arbejdsmarkedet. Dette vil være særligt relevant i de kommende år, hvor mange speciallæger nærmer sig pensionsalderen. Endelig bør man sikre, at speciallægen får tilstrækkeligt med hjælpepersonale, så lægens ressourcer ikke bruges på administrative opgaver, der med fordel kan løses af andre personalegrupper. Som nævnt sker der det modsatte i dag.

---

# Anbefalinger og referencer kapitel 6.

---

## Anbefalinger

- For at reducere speciallægemanglen skal der fortsat være fokus på rekruttering, fastholdelse og arbejdsmiljø.
- Behovet for speciallæger vil stige i de kommende år. For at imødegå dette bør der oprettes yderligere seks uddannelsesstillinger om året.
- I den kliniske basisuddannelse bør psykiatri kombineres med medicin.
- Anvendelsen af telemedicin i undervisning og supervision skal udbygges og understøttes. For at sikre, at der er tilstrækkeligt med speciallæger til supervision og undervisning, bør speciallæger ikke være i tilstedeværelsesvagt.
- Alle speciallæger skal have efteruddannelse, der betales af arbejdsgiver. Der bør stilles konkrete krav til gennemførelse af efteruddannelse. For praktiserende speciallæger bør der gives en passende kompensation for deltagelse i efteruddannelse.

## Referencer

1. Sundhedsstyrelsen: Lægeprognose for udbuddet af læger i perioden 2010-2030.
2. Sundhedsstyrelsen: Lægeprognose Udbuddet af læger 2000-2025.
3. Sundhedsstyrelsen: Målbeskrivelse Psykiatri, 2010
4. Jacobsen TB, Mathiesen T, Brødsgaard I. Rapport Vedrørende rekruttering af yngre læger og medicinstuderende til specialet, DPS 2007
5. Sundhedsstyrelsen: Dimensioneringsplan 2008-2012.
6. Sundhedsstyrelsen: Oversigt over opslåede og besatte H-forløb.  
[www.sst.dk/uddannelse](http://www.sst.dk/uddannelse)
7. Speciallægekommissionen: Fremtidens speciallæge, 2000.

# 7.

## Diagnostik, behandling og forebyggelse

Det er vigtigt med en grundig psykiatrisk diagnostik. Men mange psykisk syge lider også af somatiske sygdomme. Derfor skal der være et tæt samspil mellem psykiatri og somatik – omkring udredning, behandling og forebyggelse. Der er også behov for fokus på den høje selvmordsrate og på rådgivning af særlige grupper. Endelig bør der gøres en særlig indsats for at forhindre, at så mange psykisk syge tildes førtidspension uden at have fået et ordentligt behandlingstilbud.

Psykiatriske lidelser skal som alle andre sygdomme udredes, diagnosticeres og behandles. Nogle psykiske lidelser er ofte langvarige, andre har svingende forløb, men med lange gode perioder. Men forskningen viser, at selv de alvorligste psykoser kan man ikke helt sjældent komme sig over – hvis man vel at mærke bliver hjulpet igennem de kritiske perioder, og hvis de sociale skadevirkninger af sygdommen afværges. Udover udredning og behandling er det således meget vigtigt med opfølgning og rehabilitering. Til slut i kapitlet skal forebyggelsesmuligheder nævnes.

I det følgende tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Psykiatri. Psykiatrien er ikke grenspecialiseret, men inden for mange områder er der i dag sket en specialisering, der både involverer speciallægerne og det øvrige tværfaglige personale.

Psykiatriens hovedopgaver omfatter en meget bred vifte af sygdomme, hver med deres specifikke problemer og udfordringer. Disse sygdomme er kategoriseret i den internationale sygdomsklassifikation "International Classification of Diseases (ICD-10)", der her i 2011 er ved at blive revideret. De vigtigste sygdomme er nævnt i fig. 7.1.

Hovedgruppe	Eksempler på sygdomme
Organiske lidelser	Demens, delirøse tilstande, organiske depressioner
Misbrugsrelaterede psykiatriske sygdomme	Forgiftninger, afhængighedsproblematik, psykoser
Skizofreni og andre psykoser	Skizofreni, paranoia
Affektive lidelser	Mani, depression
Angst og tvangslidelser	Panikangst, obsessiv-kompulsiv lidelse, funktionelle lidelser
Belastnings- og tilpasningsreaktioner	Posttraumatisk stress reaktion
Spiseforstyrrelser	Anoreksi, bulimi
Seksuelle forstyrrelser	Ekshibitionisme, pædofili
Personlighedsforstyrrelser	Bordeline personlighedsforstyrrelse
Psykiske sygdomme hos oligofrene	Depressioner og psykoser
Psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser	ADHD, autisme spektrum forstyrrelser

Fig. 7.1. De vigtigste psykiatriske sygdomsgrupper med eksempler

## Diagnostisk udredning

Den diagnostiske udredning er en central lægelig opgave. Der tænkes her både på udredning af psykiatrisk og somatisk sygdom, da begge dele ofte optræder side om side hos samme patient, hvilket er en del af forklaringen på den voldsomt forøgede dødelighed, der ses hos mennesker med psykisk lidelse.

En præcis diagnostik er forudsætningen for, at lægen kan tilbyde den optimale behandling, dvs. den behandling, der har den bedste – og bedst dokumenterede – effekt. Det er også forudsætningen for at kunne vejlede patient og pårørende om behandlingsmuligheder og det forventelige forløb. For at sikre en optimal udredning og behandling er der udarbejdet faglige retningslinjer for en række psykiske lidelser (*se kapitel 10*).

Alle patienter, der behandles i det psykiatriske system, bør derfor tilses af en speciallæge inden for en snæver tidsfrist. Denne kan naturligvis uddelegere de enkelte delelementer af udredningen til andre – f.eks. yngre psykiatere, neurologer, psykologer og sygeplejersker – men det overordnede ansvar for udredningen er speciallægens. Iflg. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) for Depression skal deprimerede patienter være tilset af speciallæge inden for få dage. Noget lignende gælder for mennesker med skizofreni, jf. NIP-skizofreni. Disse målsætninger lever man desværre ikke op til på alle afdelinger i dag.

Der findes en række instrumenter i form af semistrukturerede interviews og skalaer, der er udviklet mhp. diagnosticering og vurdering af psykisk sygdom. Alle speciallæger får under uddannelsen kendskab til disse værktøjer, som også har stor betydning i forskningsmæssige sammenhænge.

Da psykiske lidelser og legemlig sygdom ofte optræder side om side, bør alle psykiatriske patienter have foretaget en almindelig lægeundersøgelse, herunder de relevante parakliniske undersøgelser, dvs. laboratorieundersøgelser, EKG, skanninger og andre undersøgelser. Omfanget af et sådant udredningsprogram er bl.a. beskrevet i referenciprogrammerne for angst, depression og skizofreni, der kan downloades fra dpsnet.dk. Se desuden kapitel 10. Igen kniber det med at leve op til dette på alle afdelinger – især inden for depressionsområdet, som omfatter mange patienter.

## Behandlingsplan, udskrivningsaftale og koordinationsplan

Alle indlagte – og mange ambulante – patienter får udarbejdet en behandlingsplan. I planen indgår undersøgelser, medicinsk behandling, psykoterapi, psykoedukation, ergo- og fysioterapi samt en vurdering af behovet for sociale tiltag. Patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den nødvendige behandling, skal der indgås

en udskrivningsaftale med. Denne aftale indgås mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl. Hvis en patient ikke vil medvirke til udskrivningsaftalen, skal den psykiatriske afdeling i stedet udarbejde en koordinationsplan.

## Problemkomplekser på tværs af diagnostiske kategorier

Selv om det naturligvis er helt centralt at få fastslået præcist, hvad en patient fejler, er der en række udfordringer, som går på tværs af sygdomskategorier. De vigtigste omtales nedenfor, men bag det hele ligger, at kravene til god behandling er skærpet betydeligt: Det drejer sig ikke længere kun om medikamentel behandling, der skal også gives psykoedukation, familierapi og individuelle samtaler.

## Kortere levetid

Psykiatriske patienter har væsentlig kortere levetid end befolkningen som helhed. Dette skyldes ikke kun den veldokumenterede forøgede risiko for at begå selvmord. Danske undersøgelser har således vist, at dødeligheden ved en række legemlige sygdomme er mere end fordoblet for de fleste psykiatriske patienters vedkommende – værst for patienter med skizofreni, men patienter med misbrug og affektiv sygdom har også en høj overdødelighed. Alt i alt betyder dette, at disse mennesker mister mellem 15 og 20 leveår, sammenlignet med befolkningen som helhed.

Overdødeligheden skyldes både livsstilsfaktorer som dårlig kost, rygning og for lidt motion og bivirkninger ved den psykofarmakologiske behandling, der medfører det såkaldte metaboliske syndrom. Der bør derfor være større fokus på, at mange psykiatriske patienter også lider af somatiske sygdomme, og på øget samarbejde med såvel almen praksis som det øvrige hospitalsvæsen.

Det modsatte problem – psykiatrisk sygdom hos patienter med somatiske sygdomme – er også en væsentlig udfordring. Psykiatriske sygdomme som f.eks. en depression kan nemlig gøre det meget vanskeligt at behandle den legemlige sygdom optimalt. Man ved f.eks., at hvis en patient med akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) efterfølgende får en depression, stiger dødeligheden af hjertesygdommen til det dobbelte. Undersøgelser har også vist, at mennesker med psykisk sygdom sjældnere end andre borgere bliver tilbudt f.eks. en stentindsættelse eller en bypass-operation for deres iskæmiske hjertesygdom. På samme måde er prognosen for apopleksi (blodprop i hjernen) langt alvorligere, hvis forløbet kompliceres af en depression.

Der er derfor behov for et tættere samarbejde mellem somatik og psykiatri for at kunne

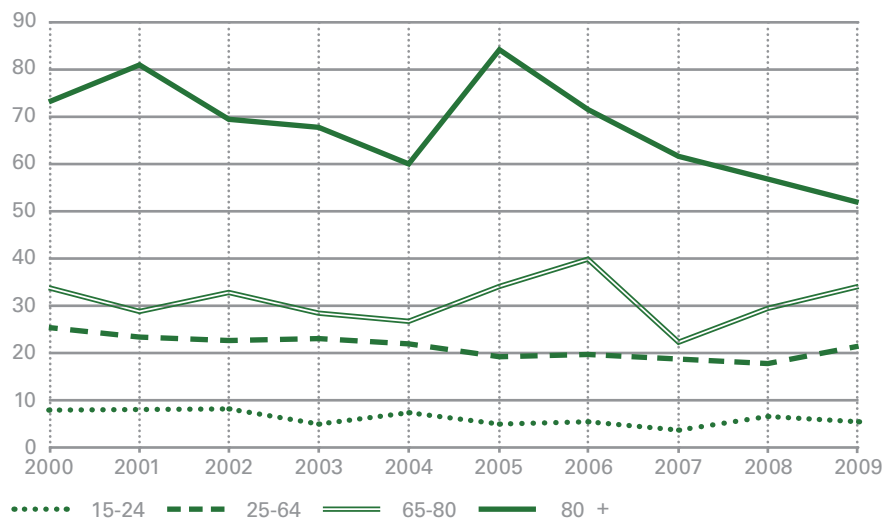


Fig. 7.2. Selvmordsrate pr. 100.000 fordelt efter alder for mænd i Danmark, 2000-2009. Kilde: Sundhedsstyrelsen (Dødsårsagsregisteret) og Danmarks Statistik (Befolkningsdata). Beregning: Ph.d. Annette Erlandsen, Psykiatrisk Center København

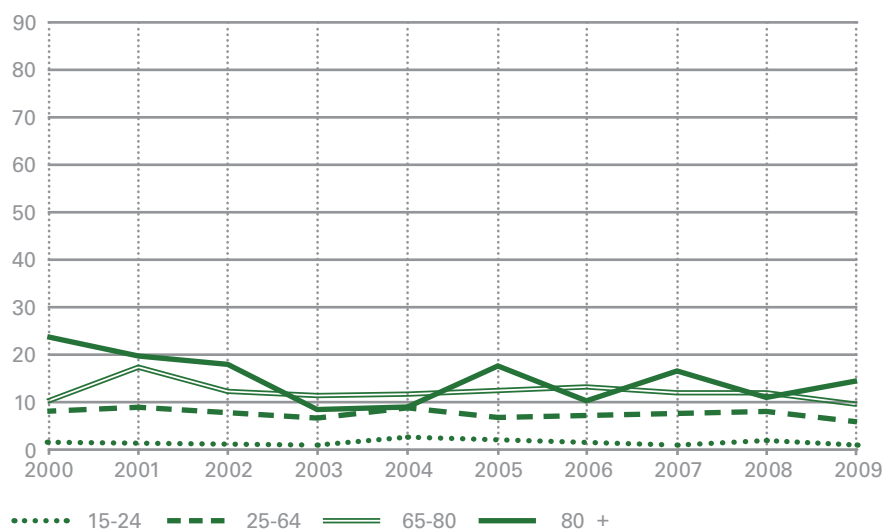


Fig. 7.3. Selvmordsrate pr. 100.000 fordelt efter alder for kvinder i Danmark, 2000-2009. Kilde: Sundhedsstyrelsen (Dødsårsagsregisteret) og Danmarks Statistik (Befolkningsdata). Beregning: Ph.d. Annette Erlandsen, Psykiatrisk Center København

hjælpe det meget store antal mennesker, som lider af både psykiatriske og somatiske sygdomme. Organiseringen af psykiatrien i forhold til de somatiske specialer og geografisk nærhed til disse er væsentlige i denne sammenhæng (se kapitel 11), ligesom krav til somatisk udredning er indbygget i både NIP-depression og NIP-skizofreni (se kapitel 10). Det bør således sikres, at alle psykiatriske afdelinger har nem adgang til somatiske tilsyn på afdelingen. Disse forhold er nævnt i en ny rapport fra Danske Regioner.

### Selv mord

Psykisk sygdom giver en markant øget risiko for selvskadende adfærd, selvmord samt en adfærd, der udgør en risiko for andre. Selvmordsraten har været faldende i befolkningen som helhed, men der er fortsat en meget høj selvmordsrate blandt ældre mænd. Se figur 7.2 og 7.3.

### Førtidspension

Det er et stort problem, at sygdomme som depression og angst – der begge kan behandles med godt resultat – udgør en meget stor og støt stigende andel af baggrunden for tilkendelse af førtidspension (se kapitel 4). Dette er specielt bekymrende, fordi stadig flere af disse førtidspensionister er unge mennesker. Problemet er paradoksalt, fordi depression og angst er de sygdomme, som vi i hvert fald i kliniske forsøg har de bedste resultater med at helbrede medicinsk og psykoterapeutisk.

Årsagerne til dette paradoks er komplekse, men både dansk og international forskning tyder på, at de centrerer sig om to udfordringer: 1) Patienter med de nævnte sygdomme opsøger ofte ikke behandling, og 2) Når de gør det, er samfundets tilbud meget begrænsede, til trods for, at cost-benefit-beregninger har vist sig at være særdeles gunstige. Et evidensbaseret psykoterapeutisk forløb er f.eks. billigt sammenlignet med udgifterne til livslang pension til en 25-årig. Blandt de faktorer, der er med til at forhindre en løsning er, at den investering, der nødvendig for at forbedre forholdene, skal ske for regionernes budgetter, mens de afledte reducerede omkostninger opnås i den kommunale sektor.

### Gravide og ammende med en psykiatrisk lidelse

Der bliver flere og flere gravide med en psykiatrisk lidelse. Behandlingen er kompleks og kræver, at man er fortrolig med den nyeste forskning, da der hele tiden kommer nye undersøgelser på området. I princippet bør patienter, der planlægger graviditet eller som allerede er gravide, henvises til specialiseret behandling (dvs. regionsfunktion), men dette er ikke muligt af praktiske grunde. Shared care (se kapitel 5) er også her meget betydningsfuldt. En anden stor udfordring er rådgivning af ammende, der er i medicinsk behandling.

### Anden etnisk baggrund

Der er et stigende antal personer med anden etnisk baggrund end dansk, som skal behandles i det psykiatriske system. Ofte skyldes det posttraumatisk stress, f.eks. tortur af flygtninge. En del af de etniske minoriteter vil pga. deres psykiske sygdom ikke kunne lære dansk eller glemme det igen pga. demens. De vil derfor have behov for både tolk og særlige behandlingstilbud.

### Misbrug

Misbrug af stoffer og alkohol er et centralt problem i psykiatrien. Dette skyldes dels, at mange mennesker behandler deres psykiatriske symptomer med stoffer for kortvarigt at lindre symptomerne dels, at mange mennesker, der har et misbrug, efterfølgende udvikler psykiatriske symptomer. Misbrugsbehandlingens organisatoriske tilhørsforhold er således af meget stor betydning (se kapitel 11).

### Forebyggelse

Forebyggelse er en vigtig opgave i psykiatrien. Traditionelt inddeles forebyggelse i primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Ved primær forebyggelse forstås tiltag med henblik på at forebygge, at en sygdom opstår. Forebyggelse af fødselskomplikationer kan f.eks. – udover at forebygge hjerne-skade – også være med til at forebygge, at barnet senere udvikler skizofreni. Man kan også forebygge mange selvmord ved f.eks. at kræve, at køb af større mængder paracetamol sker på recept.

Langt de fleste muligheder for primær forebyggelse ligger imidlertid uden for psykiatriens område, selv om den psykiatriske forskning kan pege på årsagssammenhænge, der i princippet giver mulighed for forebyggelse. Det er dermed op til andre instanser at beslutte, hvilke konsekvenser denne viden skal have. Man ved f.eks. i dag, at voldsom stress på arbejdspladsen kan udløse en depression. Men skal dette forebygges, vil det kræve en række forskellige indgreb på mange niveauer i både private og offentlige virksomheder.

Internationalt er der i disse år fokus på effekten af tidlig opsporing af psykisk sygdom (sekundær forebyggelse). Princippet er, at hvis man identificerer personer, som har vist tidlige sygdomstegn uden at have udviklet sygdommen fuldt ud, så bør de tilbydes behandling. Det antages, at dette vil kunne bedre prognosen og evt. forhindre komplikationer og senfølger af sygdomme som skizofreni, bipolar sygdom og depression. Megen forskning tyder nemlig på, at langvarig ubehandlet sygdom, udover sociale skadevirk-

ninger, kan beskadige hjernen og gøre det endnu vanskeligere for patienten at vende tilbage til sin vante tilværelse.

Et andet område med et meget stort forebyggelsespotentialer er opsporing af psykiske lidelser hos mennesker, der også lider af somatisk sygdom (komorbiditet). En række somatiske sygdomme har nemlig vist sig at være tæt forbundet med en hyppig forekomst af angst og depression. Det gælder bl.a. mange neurologiske sygdomme, som parkinsons syge og apopleksi samt hjertesygdomme, lungesygdomme og mange langvarige smertetilstande.

Tertiær forebyggelse vil sige forebyggelse af tilbagefald og er en central opgave i psykiatrien. Her kan nævnes forebyggende behandling med litium ved bipolar sygdom, vedvarende antidepressiv behandling ved tilbagevendende depression eller tæt opfølgning af patienter med skizofreni. Det er væsentligt, at patienten selv kan se et formål med at følge behandlingen, dvs. har forståelse for, at behandlingen hjælper. En sådan forståelse kan bedres gennem psykoedukation – dvs. systematisk undervisning i psykiske lidelser og deres behandling. Dette bør derfor være et tilbud til alle patienter. Det er også vigtigt at inddrage de pårørende – både i selve behandlingen og gennem tilbud om støtte og undervisning i f.eks. pårørendegrupper.



---

# Anbefalinger og referencer kapitel 7.

---

## Anbefalinger

- Samtidig psykisk og somatisk sygdom (komorbiditet) er betydningsfuld – både målt i tabte leveår og i tabt livskvalitet. Det kræver fokus på grundig diagnostisk udredning og bedre samarbejde mellem psykiatri og somatik.
- Selvmord blandt psykisk syge er et andet meget stort problem, som kræver fokus.
- Man skal undersøge, hvorledes man kan forhindre, at så mange unge psykisk syge ikke får et tilbud om evidensbaseret behandling, men i stedet placeres på førtidspension.
- Der skal øget fokus på rådgivning af særlige grupper, som gravide og ammende og mennesker af anden etnisk herkomst, mhp. psykiatrisk behandling.
- Især sekundær og tertiær forebyggelse er oplagte indsatsområder i psykiatrien.

## Referencer

1. Jørgensen P, Nordentoft M & Videbech P: Forebyggelse af psykiske sygdomme. Munksgaard 2010.
2. Referenceprogram for Unipolar depression hos voksne. Sundhedsstyrelsen 2007.
3. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M et al.: "Increased mortality among patients admitted with major psychiatry disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaf-fective disorder, and schizophrenia." *Journal Clinical Psychiatry* 2007;68: 899-907.
4. Danske Regioner: Kvalitet i psykiatrien. Ny dagsorden for diagnostik og behandling. 2011.

## 8.

## Anvendelse af tvang i psykiatrien

Det kan være nødvendigt at anvende tvang over for patienter med en psykisk lidelse. Anvendelsen af tvang i psykiatrien har siden 2002 været relativt stabil – bortset fra tvangsindlæggelserne, der er steget med knapt 60 pct. Tvang er et voldsomt indgreb for patienten. Der er derfor behov for løbende at evaluere anvendelsen af tvang. Der bør især være fokus på at nedbringe omfanget af fysisk magtanvendelse og på systematisk brug af informationerne fra eftersamtaler.

Det kan være nødvendigt at anvende tvang i behandlingen af patienter med psykisk lidelse – både for at sikre den relevante behandling og for at beskytte patienten selv eller andre mod fare. Anvendelsen af tvang er reguleret iht. "Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien".

Omfanget af anvendelsen af tvang har de seneste ti år været relativt stabilt. Cirka 20 pct. af alle patienter, der i denne periode har været indlagt på en psykiatrisk afdeling i Danmark, har været berørt af tvang.

Tvangen rubriceres i fire grupper: 1) Frihedsberøvelse, 2) Tvangsbehandling, 3) Fikseringer og anden fysisk magtanvendelse, og 4) Beskyttelsesforanstaltninger. Siden 2010 har det desuden været muligt at tvangsbehandle visse patienter efter udskrivning ved såkaldt "tvungen opfølgning".

I 2010 var der i Danmark i alt 5483 patienter, som blev udsat for tvang – eller 21,1 pct. af alle indlagte på de psykiatriske afdelinger. 4403 blev frihedsberøvet, 886 blev tvangsbehandlet, 3119 blev udsat for fysisk magtanvendelse og 184 for beskyttelsesforanstaltninger. Summen er større end det samlede antal patienter, da samme patient ofte er udsat for forskellige former for tvang.

Både den samlede anvendelse af tvang og dens fordeling på kategorier har været relativt stabil i de seneste ti år. Dog er antallet af tvangsindlæggelser steget markant – fra 1980 i 2002 til 3129 i 2010. Man kunne frygte, at det afspejler, at tilstanden hos ambulante psykiatriske patienter generelt er blevet dårligere – måske fordi det i dag er sværere at blive indlagt og få et længerevarende stabiliserende forløb. Patienterne er nemlig i dag i gennemsnit indlagt i væsentligt kortere tid end tidligere.

Det er bemærkelsesværdigt, at anvendelsen af de såkaldte udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der har til formål at fastholde de svageste patienter i behandlingen efter udskrivning, er fordoblet: fra 268 i 2009 til 536 i 2010. En forklaring kunne være, at de er en forudsætning for eventuel senere brug af tvungen opfølgning.

Siden 2002 er der også sket en betydelig stigning i antallet af patienter, som primært har en fysisk lidelse, men som har været behandlet med tvang iht. psykiatriloven. Det er uvist, om der er tale om ændrede behov hos patienterne eller om en ændret praksis.

### Fysisk magtanvendelse

Den samlede anvendelse af fysisk magt – f.eks. bæltefiksering og tvungen beroligende

medicin – har siden 2002 ligget på samme niveau. Fra 2009 til 2010 er der dog en tendens til en øget anvendelse af tvungen beroligende medicin og et fald i anvendelse af bæltefiksering.

Der har i samme periode været igangsat flere initiativer, som netop har haft til formål at nedbringe anvendelsen af tvang generelt og i særdeleshed af fysisk magtanvendelse.

Der har også været fokus på de konkrete metoder, der anvendes, især bæltefiksering. Det såkaldte "Gennembrudsprojekt", der blev gennemført over hele landet i hhv. 2005 og 2007, viste, at man rent faktisk kan nedbringe den fysiske magtanvendelse på afdelingerne gennem en målrettet indsats. Desværre har resultaterne ikke vist sig at holde ud over projektperioden.

Da Psykiatriloven blev revideret i 2006, blev der indført flere ændringer, der havde til formål at sikre kortest mulig bæltefiksering. Man indførte f.eks., at den bæltefikserede skal tilses af en læge fire gange i døgnet. Man besluttede også, at fikseringer efter otte-ogfyrre timer skal vurderes af en anden speciallæge i psykiatri – dvs., at der skal foreligge en 'second opinion'.

Antallet af fikseringer af flere døgn varighed er dog fortsat på næsten samme niveau som før: I 2005 var der 680 patienter og i 2009 641 patienter, der var fikseret i mere end tre døgn. Det kan skyldes, at der i samme periode er sket store ændringer på afdelingerne.

Overbelægningen og gennemstrømningen af patienter giver mere uro på afdelingerne og øger risikoen for anvendelse af tvang. Den pointe blev for nyligt fremhævet i en artikel i det britiske tidsskrift *The Lancet*, der beskriver de standarder, som en psykiatrisk afdeling bør leve op til.

Derudover er der et stort behov for mere efteruddannelse af plejepersonalet i behandlingssektoren, da bedre uddannet personale kan bidrage til at reducere anvendelsen af tvang.

### Eftersamtaler

Ved revisionen af Psykiatriloven i 2006 blev der også indført obligatoriske eftersamtaler. Det betyder, at alle, som har været udsat for tvang, i dag skal tilbydes en eftersamtale mhp. at få belyst, hvordan patienten har oplevet tvangen, og hvad man fremover eventuelt kan gøre anderledes i en lignende situation.

Eftersamtalerne muliggør, at man på afdelingerne løbende kan evaluere, hvordan tvang opleves af patienterne, og dermed få nye ideer til, hvordan den evt. kan mindskes. Samtidig kan patienten få talt episoden igennem. Man bør derfor anvende informationen fra samtalerne til at forbedre forholdene omkring anvendelse af tvang i psykiatrien.

### Tvungen opfølgning

Med den seneste revision af Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien i 2010 er det blevet muligt at tvangsbehandle visse patienter efter udskrivning. Antallet af patienter, som kan tvangsbehandles, er ganske lavt, og der har kun været gjort brug af muligheden i få tilfælde.

Anvendelse af tvang på udskrevne patienter rejser da også en række etiske spørgsmål, herunder spørgsmålet om patientens autonomi og ret til selvbestemmelse, når patienten ikke længere er psykotisk. Der foreligger ikke sikker evidens for effekten af tvungen opfølgning, og blandt fagpersoner er meningene delte. Ordningen skal evalueres efter fire år.

### Klagesystemet

Det Psykiatriske Patientklagenævn under Statsforvaltningerne behandler klager over de tvangsindgreb, der har fundet sted under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.

Det er Dansk Psykiatrisk Selskabs klare opfattelse, at praksis i de fem statsforvaltninger i disse år udvikler sig forskelligt. Dette er bestemt ikke hensigtsmæssigt, da det i yderste konsekvens betyder, at en sag til dels behandles og afgøres efter, hvor i landet den behandles.

Hvis en patient ønsker at anke en afgørelse fra Det Psykiatriske Patientklagenævn (PKN), kan afgørelsen enten forelægges retten eller Patientombudet – afhængig af, hvilken type tvang der klages over. Den psykiatriske afdeling har derimod kun mulighed for at anke afgørelser om tvangsbehandling – ikke afgørelser om frihedsberøvelse eller fysisk magtanvendelse.

Dette er ikke hensigtsmæssigt. Dels kan en forkert afgørelse i sidste ende skade patienten, dels er underkendelser af PKN's afgørelser i høj grad med til at skabe præcedens for den fremtidige sagsbehandling.

### Særligt farlige patienter

Landets farligste psykiatriske patienter kan dømmes til anbringelse på Sikringsafdelin-

gen i Region Sjælland, hvor man har mulighed for at anvende andre tvangsforanstaltninger end på andre psykiatriske afdelinger. Da Europarådets Torturforebyggelseskomité i 2008 besøgte Danmark, vurderede de, at en bestemt fikseringsmetode (såkaldt "oppegående fiksering", hvor en patient kan gå omkring, men er forhindret i at kunne slå ud efter andre eller løbe), som blev anvendt på Sikringsafdelingen, var betænkelig.

Efterfølgende blev der nedsat en referencegruppe i Sundhedsstyrelsens regi, som i 2009 udgav rapporten "Tvangsforanstaltninger i Psykiatrien – en udredning".

Referencegruppen anbefalede, at Sikringen – efter konkret ansøgning til Justitsministeren og efter faglig vurdering og indstilling foretaget af et særligt sagkyndigt råd nedsat af Sundhedsstyrelsen – fik mulighed for at anvende andre tvangsforanstaltninger end dem, der fremgår af psykiatriloven. Vel at mærke i en konkret situation og over for en konkret patient. Dette er nu iværksat.

Det er vigtigt, at man gør det muligt at håndtere denne meget vanskelige gruppe patienter, som i andre lande ofte ville være at finde i fængslerne. Anvendelsen af den nødvendige tvang bør derfor gøres mindre bureaukratisk. Dette bør kunne lade sig gøre samtidig med, at den enkelte patients retsstilling fortsat sikres.

## Anbefalinger og referencer kapitel 8.

### Anbefalinger

- Der er behov for en målrettet central indsats mhp. forskning i og løbende evaluering af anvendelsen af tvang i psykiatrien.
- Det er behov for fokus på, hvorvidt "tvungen opfølgning" virker efter hensigten, herunder hvorledes det opleves af patienten at være underlagt tvang efter udskrivning.
- Det er vigtigt at sikre en ensartet behandling af klager over tvang landet over. Det kan f.eks. ske gennem en årlig fælles redegørelse fra de psykiatriske patientklagenævne med fokus på ensartet praksis.
- Der bør være systematiseret brug af information fra de afholdte eftersamtaler som en del af en løbende evaluering og forbedring af anvendelsen af tvang.
- Der bør være lige ankesmuligheder af afgørelser om anvendelse af tvang, således at patient og psykiatrisk afdeling har samme muligheder.

### Referencer

1. Anvendelse af tvang i psykiatrien 2010. Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Bekendtgørelse om Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, 2006.
3. Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning. Sundhedsstyrelsen, 2009.
4. De psykiatriske patientklagenævns årsberetninger for 2007 – 2009, udgivet af de psykiatriske patientklagenævne ved statsforvaltningerne.
5. The need for asylum. The Lancet. Vol.378, July 2. 2011.
6. Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien. Evaluering af projektet. Amtsrådsforeningen, 2006.

## 9.

# Retspsykiatri

Antallet af retspsykiatriske patienter er i de senere år steget markant. Dette er bekymrende og kunne tyde på, at der er noget i vores behandlingssystem, der ikke fungerer optimalt. Det er ikke nok blot at gennemføre særlige retningslinjer for behandlingen eller øge ressourcerne til retspsykiatrien. Både beslutningstagere og behandlingsansvarlige bør også forholde sig til, hvorfor antallet af psykisk syge kriminelle stiger så voldsomt i disse år.

Retspsykiatri omhandler udredning og behandling af psykisk syge kriminelle. I Danmark er retspsykiatri ikke et selvstændigt speciale, men et fagområde inden for almenpsykiatrien.

Ifølge den danske straffelov vil en sigtet, der pga. sindssygdом findes utilregnelig i gerningsøjeblikket, være straffri. Der idømmes i stedet en psykiatrisk særforanstaltning – en behandlingsdom. Personer med andre former for psykiske forstyrrelser kan i særlige tilfælde også dømmes til behandling i stedet for almindelig straf. En behandlingsdom anses for at være mere skånsom end straf, men har også til formål at forebygge ny kriminalitet.

Ved en retspsykiatrisk udredning forstås dels 1) en udredning før dom i form af mentalobservation mhp. en evt. psykiatrisk foranstaltning (dvs. psykiatrisk behandling) og dels 2) en udredning efter dom mhp. at vurdere, hvordan behandlingen forløber, og hvornår foranstaltningen evt. kan ændres eller ophæves.

Ansaret for behandlingen af de retspsykiatriske patienter i Danmark ligger i sundhedsvæsenet, dvs. i regionerne. Behandlingen foregår primært i det almindelige psykiatriske behandlingssystem. Der er dog op gennem 90'erne etableret retspsykiatriske sengeafdelinger rundt om i landet, men disse afdelinger har ingen særlig forvaltningsmæssig eller juridisk status (bortset fra Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland).

## Retspsykiatrisk behandling – de retspsykiatriske patienter

Når en patient dømmes til behandling, pålægges ansaret for behandlingen normalt overlægen på den psykiatriske afdeling, som patienten hører til iht. sin bopæl. Særlige forhold gør sig gældende, hvis patienten har fået dom til anbringelse. Her vil patienten ofte blive anbragt på en af de retspsykiatriske sengeafdelinger. I særlige tilfælde vil der, pga. patientens farlighed, blive afgivet dom til anbringelse på Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland.

Det er den behandlingsansvarlige overlæges ansvar at sørge for, at behandlingen føres ud i livet, herunder at gribe ind, hvis den dømte ikke passer sin behandling. Det er også overlægens ansvar at udfærdige erklæringer til retten, f.eks. i forbindelse med en ændring af dommen.

Principielt er den behandling, som en retspsykiatrisk patient modtager, ikke forskellig fra den, som andre patienter tilbydes; bortset fra, at det som regel vil være muligt at indlægge og tilbageholde patienten på en psykiatrisk afdeling iht. dommen. En retspsykiatrisk patient kan derimod ikke tvangsbehandles med medicin mod sin vilje iht. dommen.

Patienten skal – som alle andre patienter – opfylde Psykiatrilovens regler om tvangsbehandling, hvis en sådan skal iværksættes.

I langt de fleste tilfælde vil behandlingsdømte også være under tilsyn af Kriminalforsorgen, som står for handleplan og koordinering med andre myndigheder, f.eks. de sociale myndigheder.

### Voldsom stigning i antallet af retspsykiatriske patienter

Antallet af behandlingsdømte i Danmark er i de senere år steget voldsomt – fra 297 personer i 1980 til 2638 i 2010. Hertil kommer, at kriminaliteten oftest er alvorlig. Det betyder, at de psykisk syge kriminelle nu udgør ca. 20 pct. af Kriminalforsorgens samlede klientel – hvor de i forhold til deres andel af befolkningen kun burde udgøre en 2-3 pct. Der er således et stort behov for en koordineret indsats på flere forskellige områder for at bremse stigningen i antallet af behandlingsdømte.

Stigningen i forbruget af ressourcer til retspsykiatrien er ikke blot et udtryk for en prioritering af området, men også en nødvendig konsekvens af, at antallet af retspsykiatriske patienter er eksploderet. Det er et signal om, at flere psykiatriske patienter i dag havner i en situation, hvor der er risiko for, at de begår kriminalitet.

Der er ikke nogen entydig forklaring på dette. Meget tyder dog på, at der er en sammenhæng mellem stigningen i antallet og de senere års dårligere muligheder for at blive indlagt og behandlet, herunder færre muligheder for lange og stabiliserende forløb. Undersøgelser i andre europæiske lande peger således på, at nedlæggelsen af sengepladser kan være medvirkende til en såkaldt re-institutionalisering – dvs. en overførsel af psykisk syge til andre dele af systemet f.eks. fængslerne. Desuden er der i de seneste år sket en stigning i antallet af patienter, som er dømt for vold mod offentligt ansatte – primært ansatte i psykiatrien og i politiet.

Dette er sandsynligvis både et udtryk for ændret anmeldelsespraksis og for, at flere offentligt ansatte rent faktisk udsættes for vold fra patienter; det er igen en følge af, at de patienter som indlægges er mere syge på indlæggelsestidspunktet, ligesom overbelægning og stor gennemstrømning af patienter giver mere uro på afdelingerne og øger risikoen for voldelige episoder. Det øgede antal anmeldelser for vold mod ansatte kan imidlertid ikke forklare den voldsomme stigning i antallet af psykiatriske patienter, der begår kriminalitet.

Ubehandlet psykisk sygdom kan medføre alvorlig, personfarlig kriminalitet på bag-

grund af sindssygdomssymptomer som f.eks. vrangforestillinger. Det er derfor vigtigt med tidlig opsporing og en løbende og tæt opfølgning af psykiatriske patienter. Det er ligeledes vigtigt, at psykisk syge kriminelle i varetægt bliver identificeret, så de kan få den relevante behandling, samt blive udredt og dømt efter gældende lovgivning.

Man bør med andre ord sikre relevant behandling under den psykiatriske særforanstaltning, og behandlingen bør koordineres med de involverede parter, gerne i form af en overordnet behandlingsplan for hele den periode, hvor patienten er dømt til behandling.

Endelig bør der være mulighed for en gradvis udslusning, f.eks. i form af såkaldte "half-way-houses" – døgnbemandede bosteder, hvor patienterne kan opholde sig i en længere periode, inden de evt. udsluses til egen bolig; en model, man har gode erfaringer med i andre europæiske lande.

Årsagerne til stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter er altså komplekse. En række undersøgelser tyder på, at anden psykisk lidelse i form af personlighedsforstyrrelse eller misbrug også kan spille en væsentlig rolle, ligesom forskellige faktorer kan have forskellig betydning afhængig af konteksten. Man bør derfor forsøge at identificere de psykiatriske patienter, der er særligt udsat for at begå kriminalitet, og inddrage potentielle risikofaktorer i behandlingsplanen.

### Psykisk sygdom og kriminalitet – en tværministeriel rapport

I 2006 udgav Justitsministeriet, Sundhedsministeriet og Socialministeriet rapporten "Psykisk sygdom og kriminalitet". Baggrunden var, at Folketinget ønskede en redegørelse for grunden til det stigende antal retspsykiatriske patienter samt forslag til, hvad der konkret kunne gøres.

Rapporten rummer en række anbefalinger inden for fire hovedområder:

- bedre koordinering af behandlingsforløbet mellem aktørerne (psykiatri, kriminalforsorg og socialforvaltning)
- tilstrækkelig behandlingsskapacitet til særligt udsatte patienter, både i almenpsykiatrien og i retspsykiatrien

- mere og bedre uddannelse af fagpersoner inden for det retspsykiatriske område
- mere forskning, herunder forskning i diverse behandlingstiltags effekt på kriminalitet.

Selv om rapporten udkom for fem år siden, er alle disse anbefalinger fortsat meget aktuelle.

#### Sundhedsstyrelsens vejledning

Sundhedsstyrelsen har de seneste år udgivet rapporter om psykiatriske behandlingsforløb, der er gået forud for en række retspsykiatriske patienters kriminelle handling. Der har været fokus på tilfælde, hvor den begåede kriminalitet har været endog meget alvorlig. Det viser sig, at flere af de pågældende gerningsmænd var kendt i det psykiatriske system i forvejen og måske ikke fulgt regelmæssigt, selvom de måske endda havde en dom til behandling på gerningstidspunktet.

Disse forløb var en medvirkende årsag til, at Sundhedsstyrelsen i 2010 udstedte detaljerede retningslinjer for, hvad der forventes, når en person får dom til psykiatrisk behandling; herunder en præcisering af overlægens rolle, og hvor ofte de dømte som minimum skal møde op ambulant.

Det skal afslutningsvist pointeres, at de retspsykiatriske patienter udgør en særdeles belastet og sårbar gruppe, både psykisk og socialt. Ydermere har over halvdelen et misbrug – i mange tilfælde et blandingsmisbrug. At det drejer sig om særligt udsatte mennesker understreges af, at de retspsykiatriske patienter ofte ikke blot udgør en risiko for andre, men selv er i stor risiko for at blive ofre for kriminalitet.

## Anbefalinger og referencer kapitel 9.

### Anbefalinger

- Fokus på identifikation og målrettet behandling af patienter i risiko for kriminalitet.
- Mulighed for langvarig stabiliserende behandling under indlæggelse af de mest syge (rets)psykiatriske patienter.
- Relevant og målrettet beskæftigelse under indlæggelse, som en del af behandlingen af de retspsykiatriske patienter.
- Gradvis udslusning af de tungeste retspsykiatriske patienter, herunder særlige bosteder med døgnbemanding, som skridtet før egen bolig.
- Forskning i effekten af den retspsykiatriske behandling.

### Referencer

1. Danske Regioner. Retspsykiatri – Kvalitet og sikkerhed. 1-80. Danske Regioner, København, 2011.
2. Stevens, H, Nordentoft M, Agerbo E, Mortensen PB. Psychiatric treatment sentences. Ugeskrift for Læger. 2010, Aug. 30; 172(35):2366-70. Danish.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, and Justitsministeriet. Psykisk sygdom og kriminalitet. 4-136. Schultz Grafisk, København, 2006.
4. Kramp, P. and G. Gabrielsen. "The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill." European Psychiatry. 24.6 (2009): 401-11.
5. Kramp, P. and D. Sestoft. "Psykoze og kriminalitet." Ugeskrift for Læger, 170.46 (2008): 3768-70.
6. Priebe, S., et al. "Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries." BMJ 330.7483 (2005): 123-26.
7. Sundhedsstyrelsen. Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009. 2010.

## 10.

# Fagudvikling, forskning og kvalitetsudvikling

De senere års eksplosive vækst i ny viden kræver en specialisering på fagområder. Den udvikling skal fortsættes, men man skal sikre sig, at patienterne ikke tabes mellem to specialiserede tilbud. Der er også behov for flere kliniske retningslinjer. Danmark har en betydelig forskning i psykiatri. Den position skal fastholdes, og stærke områder skal tilføres flere midler. Endelig skal det være lettere for klinisk arbejdende læger at udføre forskning, f.eks. gennem oprettelse af delestillinger.

## Specialiseringen af psykiatrien

Psykiatriens udvikling op til og omkring årtusindskiftet har især været præget af store organisatoriske forandringer og en faglig udvikling, der satte fokus på nærhed og kontinuitet. I mange af de daværende amter og nuværende regioner har man etableret små lokale enheder (distriktspsykiatriske centre, lokalpsykiatrier osv.), som netop skulle sikre nærhed og kontinuitet.

Psykiatriens organisatoriske forhold behandles andetsteds i denne bog (*se kapitel 11*). Her skal blot nævnes, at i takt med den betydelige videnskabelige udvikling, som psykiatrien har gennemgået i de senere år, er et andet princip gradvist blevet opprioriteret: specialiseringen af psykiatrien. Den eksplosive vækst i den samlede viden om psykiske lidelser gør det nemlig vanskeligt at være generalist og samtidig bevare et højt fagligt niveau inden for mange områder. Man kan derfor frygte, at den hidtidige organisering i små almenpsykiatriske enheder ikke vil være i stand til at indfri fremtidens krav og forventninger om evidensbaseret videnskabeligt forankret udredning og behandling på et højt fagligt niveau.

Det første eksempel på denne udvikling var oprettelsen af enheder til tidlig og intensiv behandling af unge med skizofreni (OPUS og TIT). Siden har flere regioner udviklet tilsvarende specialiserede tilbud til f.eks. patienter med angst, OCD, kronisk depression, ældrepsykiatriske teams osv.

Både i Sundhedsstyrelsens "National Strategi for Psykiatri" fra 2009 og i specialevejledningen (*se kapitel 11*) peger man også på behovet for specialisering. Der advares dog også mod det, der bekymrer mange i den forbindelse, nemlig at patienter bliver tabt mellem to specialiserede tilbud. Det skal ligeledes sikres, at patienter med komplicerede lidelser – eller flere lidelser – ikke bliver kastebold mellem forskellige afdelinger, så ingen tager hånd om vedkommende.

## Kliniske retningslinier og Det Nationale Indikatorprojekt

Metode- og valgfriheden i den psykiatriske indsats er i dag mindre end før. Det er der flere grunde til. Offentligheden forventer med god grund samme kvalitet, uanset hvor i landet man tilbyder hjælp. Desuden benytter flere og flere patienter og pårørende sig af internettet til at skaffe sig informationer om sygdomme og behandlingsmuligheder. Der sker således en betydelig harmonisering og internationalisering af alle lægelige specialer i disse år. Denne udvikling vil forstærkes fremover, ikke mindst fordi patienter nu har fået ret til at blive behandlet i andre EU-lande og tage pengene med sig.



Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) har i de senere år lagt en stor arbejdsindsats i at deltage i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer og MTV-rapporter, som giver en oversigt over den internationale litteratur og guidelines på et givet område set med danske øjne. Samtidig har selskabet selv stået for udgivelsen af faglige retningslinier – ofte i et frugtbart samarbejde med andre lægevidenskabelige selskaber. Desværre anvendes disse kliniske retningslinjer ikke altid. Der er behov for lokale efteruddannelsestilbud, der kan sikre, at de anvendes overalt, således at alle patienter kan få glæde af dem. Dette er en offentlig opgave.

Medlemmer af DPS har deltaget i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), hvor man har udviklet indikatorer til måling af kvaliteten af udredningen, behandlingen og plejen af mennesker med hhv. skizofreni og depression. En sådan måling gør det muligt at sammenligne kvaliteten på forskellige afdelinger og i forskellige regioner. Erfaringen viser, at disse målinger er et vigtigt instrument til at højne kvaliteten for den enkelte patient. DPS betragter dette arbejde som meget vigtigt og ser frem til, at andre psykiatriske sygdomsgrupper inddrages i NIP.

### Forskning

Det er glædeligt, at den psykiatriske forskning i tiltagende grad er kommet på dagsordenen. Dette skyldes bl.a. behovet for at udvikle nye behandlingsprincipper, men det er også vigtigt for beslutningstagere og planlæggere at få ny, evidensbaseret viden om de psykiske lidelser. Der er desuden en stigende tendens til, at forskning og udvikling er en rekrutteringsparameter, som har betydning, når medicinstuderende og yngre læger skal vælge speciale.

Der vil i de kommende år være et meget stort behov for forskning i effekten af de forskellige indsatser i psykiatrien (sundhedstjenesteforskning) – samt for forskning i, hvordan man kan omsætte den nye viden til anvendelse i praksis (implementeringsforskning). Den forskning, som allerede er udført vedr. OPUS tilbuddene og de såkaldte Opsøgende Psykoseteams, er eksempler på dette.

Mere viden om samspillet mellem de yderst komplekse neurobiologiske og miljømæssige mekanismer, der er involveret i udviklingen af de psykiske sygdomme, er også en forudsætning for, at der kan blive skabt bedre og mere effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder. Det er derfor vigtigt at udnytte de meget store teknologiske fremskridt, der bl.a. er sket inden for neuroradiologien i de seneste år, så man får større indsigt i disse teknikkers anvendelighed til undersøgelse og diagnosticering af psykiske lidelser.

Der knytter sig især mange forventninger til den såkaldte translationelle udforskning af patogenetiske forhold – dvs. udnyttelsen af opdagelser fra dyreeksperimentel og molekylærbiologisk forskning til forskning, der involverer mennesker. På samme måde kan resultaterne fra den humane forskning give anledning til nye hypoteser, som kan testes i laboratorierne. Denne patogenetiske forskning i sygdomsmekanismer giver nemlig håb om en mere målrettet søgning efter helt nye typer af behandlinger, hvilket der i høj grad er behov for. Samtidig understreger dette, at når man opbygger og udvikler forskningsmiljøer inden for psykiatrien, er tæt forbindelse mellem klinisk forskning og grundforskning af vital betydning.

Herudover peger Sundhedsstyrelsen i sin nationale strategiplan på andre områder, hvor man mener, at der er behov for forskning. Man nævner bl.a. forskning i påtrængende problemområder, herunder forebyggelsesmetoder vedr. psykiatriske patienter, der begår kriminalitet; anvendelse af tvang samt metoder, der kan forbedre patienternes fysiske helbred.

Samtidig peger Sundhedsstyrelsen på betydningen af, at der skabes bedre betingelser for forskning – og mere fokus på, at forskning er en væsentlig del af den kliniske virksomhed, f.eks. gennem fleksible forskningsstillinger.

### Forskningsmiljøerne i dansk psykiatrisk forskning

Den psykiatriske forskning i Danmark udfolder sig primært omkring universitetshospitalerne og universiteterne og beskæftiger sig bl.a. med følgende områder:

- Psykiatrisk grundforskning
- Neuropsykiatrisk forskning
- Epidemiologisk (registerbaseret) forskning
- Genetisk forskning
- Klinisk interventionsforskning
- Psykopatologisk forskning
- Forebyggelsesforskning

Den psykiatriske grundforskning gør f.eks. brug af dyreeksperimentelle metoder i udforskningen af stress og depression samt kostens betydning for disse tilstande. Molekylærbiologien spiller en rolle for udforskningen af serotonintransporterens betydning ved antidepressiv behandling og ved visse misbrugstilstande. Neuropsykiatrisk forskning er centreret om udnyttelsen af de billeddannende teknikker (SPECT, PET, MR,

fMRI og MEG) til udforskning af bl.a. depressioner, OCD, de såkaldte funktionelle lidelser og skizofreni. Psykiatrien har således været meget hurtig til at tage disse højteknologiske metoder i brug for at udrede patienter og udforske de psykiske sygdomme.

Et i international sammenhæng enestående område er den danske psykiatriske registerforskning. Denne forskning muliggøres af vores registre og cpr-numre og har først og fremmest til formål at generere nye hypoteser. Dette kan sammen med den genetiske forskning pege på vigtige sygdomsmekanismer, som derefter kan udforskes i molekylærbiologiske modeller, med billeddannende teknikker eller i kliniske undersøgelser.

Psykiatrisk forskning inddrager i stor udstrækning viden og metoder fra andre discipliner – f.eks. samfundsvidenskab og humaniora – for at belyse de meget komplicerede problemstillinger i psykiatrien. Der anvendes på samme måde både kvalitative og kvantitative metoder. Forskningen er tværfaglig, idet man udover læger inddrager psykologer, cand.scient.er, sygeplejersker, filosoffer, historikere og andre faggrupper.

Klinisk forskning – dvs. afprøvning af nye behandlingsformer og undersøgelser – foregår på en lang række afdelinger samt i speciallægepraksis. Denne type forskning er ofte initieret og betalt af medicinalindustrien. Dette forhold kan betyde, at der kan være forskningsområder, som er klinisk af stor betydning, men som det er vanskeligt at få finansieret.

Den psykiatriske forskningsproduktion herhjemme omfatter årligt et par hundrede videnskabelige artikler i internationale, peer-reviewede tidsskrifter og omkring 25 afhandlinger, hovedsageligt ph.d.-afhandlinger. Disse videnskabelige arbejder citeres hyppigt i den internationale litteratur. Flere psykiatere er desuden flittige undervisere i det internationale forsknings- og uddannelsesmiljø.

### Udfordringer vedr. psykiatrisk forskning og kvalitetsudvikling

Lægemanglen betyder, at megen psykiatrisk forskning i dag udføres af ikke-læger. Dette er dels en styrke, dels et problem. Der er ingen tvivl om, at tværfagligheden sikrer, at flere facetter af den psykiatriske klinik bliver gjort til genstand for forskning – lige som den er med til at sikre mange forskellige tilgange. Omvendt er det problematisk, hvis lægerne, der som faggruppe står centralt i behandlingsindsatsen, pga. arbejdsbelastningen nedprioriterer forskningsarbejdet.

Det er også et stort problem, at psykiatrisk forskning ofte kun delvist er integreret i fagudviklingen. Et fåtal af lægerne er forskningsaktive og -orienterede, og selv ansatte med forskningskompetence har svært ved tidsmæssigt at forene forskning med de kliniske

opgaver. Valget bliver derfor ofte et enten-eller frem for et både-og. Der er dermed et stort behov for en kritisk og videnskabelig vurdering af den faglige praksis, da meget af den faglige indsats ikke er videnskabelig funderet. Dette problem kendes i øvrigt også fra andre lægelige specialer.

Det er derfor centralt, at der på alle større afdelinger oprettes stillinger, som er delt mellem forskning og klinik. Dette er også vigtigt for at sikre, at det stigende antal læger med en ph.d. grad, også efter erhvervelsen af denne, forbliver aktive både mht. forskning og vejledning af yngre kolleger. Kun derved kan den store investering, som samfundet har gjort i de pågældende, forrentes. I dag er situationen inden for alle specialer desværre den, at kun meget få læger er forskningsmæssigt aktive efter erhvervelsen af ph.d.-graden.

Mange nyere forskningsgennembrud fordrer et samarbejde med andre somatiske specialer (kardiologi, gynækologi-obstetrik, infektionsmedicin, neuroradiologi osv.). Tilsvarende er et tæt samarbejde med de øvrige specialer uomgængeligt, hvis man skal afhjælpe den meget alvorlige overdødelighed, som de psykiatriske patienter har pga. legemlige sygdomme. Det er derfor et problem, hvis psykiatrien forvaltningsmæssigt og geografisk fjernes fra de somatiske specialer, da dette modarbejder samarbejdet og udvekslingen af kreative ideer. Tværtimod skal man sikre, at psykiatrien i nye hospitaler fra starten tænkes indplaceret i nærheden af de øvrige neuro-specialer.

Den psykiatriske forskning er videnstung. Den kræver derfor ofte et samarbejde mellem mennesker fra mange forskellige fagområder og professioner. De tider er forbi, hvor enkeltindivider gennem stor flid kunne lave banebrydende forskning. Moderne psykiatrisk forskning kræver ligesom al anden forskning en 'kritisk masse' – dvs. et tilstrækkeligt stort antal forskere og ph.d. studerende til, at der opstår et kreativt miljø. Det er derfor af uvurderlig betydning, at der findes centerdannelser på universitetssygehuse, der kan fungere som kraftcentre og vidensbanker og stille vejlederkræfter til rådighed. Det kræver centralisering og tilstrækkelige midler, hvis et forskningsmiljø skal opbygges, og forskningen klare sig i den internationale konkurrence om talenter og penge. Dette er også vigtigt, hvis man ønsker at styrke samarbejdet med de andre lægelige specialer og tiltrække udenlandske forskere.

I sin ideelle form belyser kvalitetsudvikling, hvordan kvaliteten af klinisk praksis vurderes på grundlag af evidensbaserede kvalitetsmål samt, hvordan den udvikler sig over tid. Kvalitetsudvikling som systematisk arbejdsmetode og dokumentationsstrategi, som i indikatorprojekterne for skizofreni og depression, vil stimulere den faglige udvikling i psykiatrien. Dette arbejde bør derfor udvides til at omfatte andre psykiske lidelser.

---

# Anbefalinger og referencer kapitel 10.

---

## Anbefalinger

- Specialiseringen af psykiatrien i fagområder skal fortsættes, men man skal sikre sig, at patienterne ikke tabes mellem de specialiserede tilbud.
- Der skal udarbejdes flere kliniske retningslinjer og følges op med efteruddannelse, ligesom Det Nationale Indikator-projekt bør inddrage flere psykiatriske sygdomme end depression og skizofreni.
- Der foregår en efter international målestok meget betydelig forskningsaktivitet i Danmark. Det skal sikres, at denne fastholdes og udbygges, og at de områder, hvor vi i særlig grad har udmærket os, tilføres midler.
- Der skal oprettes delestillinger, som kan gøre det lettere for klinisk arbejdende læger at udføre forskning.
- En vis centralisering af forskningen er nødvendig, hvis man skal klare sig i den internationale konkurrence.

## Referencer

1. Dansk Sygehus Institut: Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale. Udfordringer og muligheder for psykiatrien. København, 2006.
2. Sundhedsstyrelsen: National Strategi for Psykiatri, 2009.

# 11.

## Organisatorisk status og finansiering

Fra 2000 til 2011 steg bevillingerne til somatikken med 45 pct., mens der kun var 15 pct. til psykiatrien. Der er derfor behov for en økonomisk genopretningsplan. Finansieringen bør ske over finansloven, så man kan gennemføre en langsigtet planlægning. Der er også et stort behov for økonomiske analyser af, hvordan pengene udnyttes optimalt. Uanset sundhedssystemets fremtidige struktur bør psykiatrien følge organiseringen af det øvrige sundhedsvæsen.

Den psykiatriske behandling og de sociale opgaver omkring psykisk syge er organiseret i henholdsvis regioner og kommuner.

### Regionerne

Diagnostik og behandling af psykisk sygdom varetages i regionerne i henholdsvis den primære og den sekundære sektor. En meget væsentlig del af de psykiske lidelser behandles hos de praktiserende læger, der også fungerer som 'gatekeepers' ved henvisning til speciallægebehandling (i primær sektor). Her varetages først og fremmest den ambulante behandling af patienter, der ikke har brug for et tværfagligt tilbud.

Den sekundære sektor omfatter de psykiatriske hospitaler og dertil knyttede ambulante enheder, distriktspsykiatriske enheder, ambulatorier og specialiserede teams. De praktiserende læger og praktiserende speciallæger har mulighed for at henvise til specialiseret behandling i den sekundære sektor.

Regionerne arbejder for øjeblikket på at etablere en central og ensartet visitation til sekundærsektoren. Med den udvidede undersøgelses- og behandlingsret (behandlingsgarantien) har regionerne desuden indgået aftaler med et antal private behandlingssteder, som patienter med bestemte lidelser kan henvises til, hvis der er mere end to måneders ventetid på undersøgelse eller behandling i den offentlige sektor. De lidelser, der er omfattet af garantien, er f.eks. svær angst/OCD, svær depression, svær bipolar lidelse m.m. Det er sygdomme, der er for komplicerede til at blive behandlet i den primære sektor, men omvendt ikke så komplicerede, at de kræver regions- eller højt specialiseret funktion (se nedenfor).

Regionens opgaver er bestemt af Sundhedsloven.

Danske Regioner har i 2011 offentliggjort en benchmarking af den psykiatriske behandling i de fem regioner. Den viser, at der på en række områder er forskel på organisering, aktivitet og økonomi regionerne imellem. I november 2011 har Danske Regioner, bl.a. som konsekvens heraf, lanceret en ny plan for kvalitetsudvikling i psykiatrien. Denne fokuserer på fem områder: 1) højere diagnostisk pålidelighed (reliabilitet) – gennem bedre uddannelse i psykopatologi, 2) landsdækkende kliniske retningslinjer, 3) pakkeforløb i psykiatrien, 4) bedre somatisk udredning af psykisk syge mhp. at forbedre midlertidigt og 5) fælles kvalitetsmonitorering.

## Kommunerne

Kommunernes opgaver i forhold til psykisk syge er primært af social karakter. Kommunerne har således ansvaret for: 1) rådgivning og støtte, 2) forebyggelse af sociale problemer og 3) at tilbyde almene serviceydelser samt at tilgodese behov som følge af nedsat psykisk funktionsevne. Kommunernes ansvarsområde omfatter dermed botilbud, støtte- og kontaktpersonsordninger, hjemmepleje, være- og aktivitetstilbud og beskyttet beskæftigelse. Kommunerne er hovedaktør på rehabiliteringsområdet. Efter strukturreformen har kommunerne desuden overtaget ansvaret for behandlingen af misbrug (se nedenfor).

De socialpsykiatriske opgaver er ikke ens organiseret i de enkelte kommuner. I nogle kommuner er der tale om selvstændige enheder, i andre ligger de socialpsykiatriske enheder sammen med handicap-, sundheds- eller misbrugsområdet.

Kommunernes opgaver er bestemt af Serviceloven.

Koordinationen og sammenhængen mellem regionale og kommunale opgaver er søgt reguleret via sundhedsaftaler. Desværre er der store problemer med koordineringen. I erkendelse heraf udsendte Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2011 en generel vejledning om kommunal rehabilitering, hvor også det psykiatriske område er beskrevet.

## Udviklingen henimod ambulat behandling

Overordnet set har den psykiatriske behandling i Danmark gennemgået samme udvikling som i den øvrige vestlige verden. Bedre medicin og nye sociale behandlingsmuligheder har tilsammen gjort det muligt at afvikle "asylpsykiatrien" og i højere grad fokusere på ambulat behandling. Med etableringen af distriktskykiatrien i 1980'erne tog udviklingen henimod ambulat behandling yderligere fart. I de seneste otte-ti år er afviklingen af sengekapaцитet fortsat – bortset fra på det retspsykiatriske område, hvor antallet af senge er steget (se fig. 11.1). Det har medført en reduktion i indlæggelsestiden. Regionernes benchmarking fra 2011 viser, at ca. 22 pct. af psykiatriske patienter i 2009 blev genindlagt inden for en måned efter udskrivelse. Dette tyder på, at indlæggelsestiden er kommet så langt ned, at systemet begynder at blive ineffektivt og producere ekstra arbejde.

I takt med stigningen i antallet af patienter i behandling og de accelererede indlæggelsesforløb er kommunernes opgaver blevet mere omfattende. Dette har Kommunernes Landsforening (KL) påvist i en rapport om opgaveudviklingen i psykiatrien, udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) i 2011. KL har i efteråret 2011 offentliggjort deres visioner for en opprioritering af den kommunale socialpsykiatri.

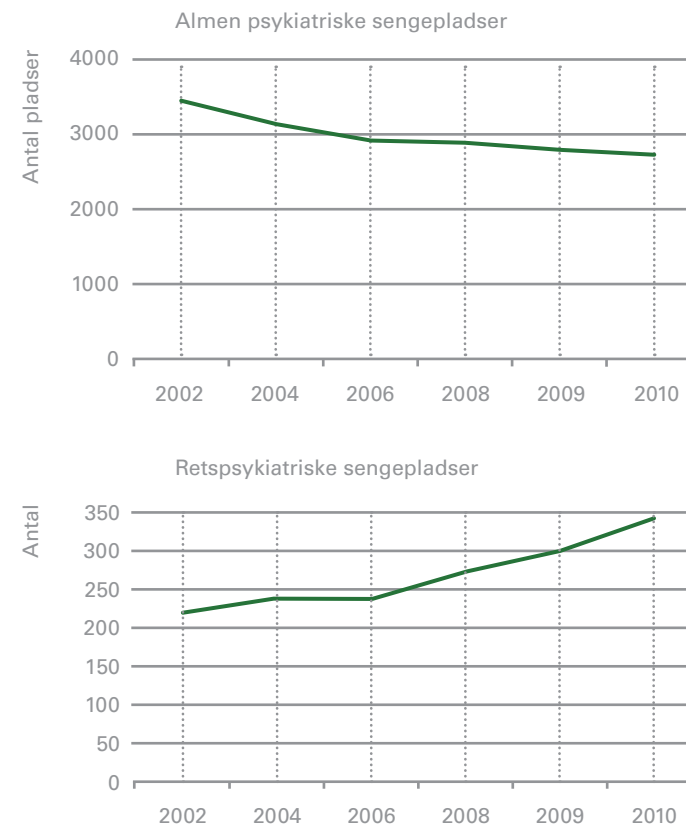


Fig. 11.1 Udvikling i antal psykiatriske sengepladser, almen psykiatri og retspsykiatri. Kilde: Danske Regioner

Udbygningen af de ambulante tilbud har ikke været tilstrækkelig til, at patienterne kan følges hurtigt og tæt nok efter udskrivelse. Der er f.eks. lang ventetid på behandling hos praktiserende psykiater og på behandling i specialiserede tilbud.

Der eksisterer ikke undersøgelser, der præcist og entydigt viser, hvilken sengekapaцитet der er den rigtige – da kapaciteten naturligvis bl.a. afhænger af tilgængeligheden af ambulante tilbud. Internationalt har flere studier vist, at reduktionen i antallet af sengepladser og opgraderingen af ambulat psykiatri har ført til flere indlæggelser. Et dansk studie peger omvendt på, at patienter med skizofreni ikke har udbytte af meget lange

indlæggelser – i hvert fald ikke i forhold til intensiv, specialiseret ambulans behandling. Denne form for behandling (OPUS) er imidlertid relativt ny, og der er fortsat en stor gruppe kroniske syge, der aldrig har fået dette tilbud. Ydermere viser ny forskning, at patienter, der har gennemført OPUS-projektet, har samme behov for indlæggelser som patienter, der ikke var med.

Royal College of Psychiatry påpegede i 2011 i tidsskriftet *The Lancet*, at man ikke helt må glemme "asyl-funktionen" – dvs. muligheden for at få den beskyttelse, støtte og miljøterapeutiske indsats på døgnbasis, som kan være nødvendig for psykiatiske patienter i akutte sygdomsfasen for at sikre tilstrækkelig bedring før overgang til ambulans funktion. Asyl-funktionen kan også være af stor betydning for pårørende, der også aflastes i en indlæggelsesperiode. De seneste års mange nedlæggelser af sengepladser har i høj grad reduceret denne mulighed.

Fagligt er det således vurderingen, at sengekapaciteten i almenpsykiatrien nu er reduceret for kraftigt. Det vurderes, at sengekapaciteten bør udvides med 15-20 procent. Der er primært behov for mere kapacitet til akutte indlæggelser, især i hovedstadsområdet. Enkelte patientgrupper har dog brug for at have mulighed for længere indlæggelser. Det drejer sig især om de ca. 20 procent af skizofrene, der er medikamentelt behandlingsresistente og ofte i polyfarmaceutisk behandling (dvs. behandles med mere end tre lægemidler) – samt til tider ustabile pga. manglende sygdomsindsigt. For denne gruppe kan en justering af medicinen, herunder en reduktion i antallet af præparater, kun gennemføres forsvarligt under indlæggelse.

For en gruppe af de mest syge patienter er et psykiatrisk bosted afgørende for at få den støtte, der bl.a. kan reducere risikoen for forværring og behovet for indlæggelse. Der er i dag desværre meget lang ventetid på bosteder. Kommunernes Landsforening lægger i deres udspil om en styrkelse af den socialpsykiatriske indsats op til, at bosteder fremover i højere grad skal være midlertidige – et initiativ, man kan frygte vil lægge yderligere pres på de sygeste af de psykiatiske patienter, der i forvejen ikke længere kan forvente længere, stabiliserende indlæggelser.

### Behandling af misbrug

Misbrugsbehandling blev i forbindelse med kommunalreformen i 2007 organisatorisk placeret i kommunalt regi. Lægeforeningens misbrugsudvalg undersøgte i 2009 konsekvenserne for alkoholbehandlingen og fandt, at behandlingstilbuddene i kommunerne udviste meget stor variation, både i kvantitet og kvalitet, hvad der havde betydet en forringelse af behandlingen.

Bedre behandling af misbrug har en væsentlig betydning for sundhedstilstanden i den danske befolkning. Alkohol- og stofmisbrug er et udbredt problem og bidrager til overdødelighed. Misbrug fører til stor lidelse for den enkelte patient og dennes familie inklusive deres børn. Misbrugerne er desuden overrepræsenteret blandt mennesker med sygdomme som skizofreni, bipolar sygdom, unipolar depression, OCD og andre angstlidelser, ADHD og personlighedsforstyrrelser. Det skyldes, at mennesker med disse sygdomme ofte vil forsøge at selv-medicinere sig selv med alkohol eller andre stoffer for f.eks. at dæmpe deres angst. Patienter med misbrug har desuden ofte somatiske lidelser.

Organisatorisk bør behandling af misbrug derfor ligge i sundhedsvæsenet. Som et minimum bør rollefordelingen mellem kommuner og sundhedsvæsen defineres klarere, når det gælder mennesker med misbrug og psykiatrisk komorbiditet, og der bør opstilles klare retningslinjer for udredning, diagnostik og behandlingsmetoder.

Kommunernes Landsforening har i deres udspil om fremtidens socialpsykiatri selv problematiseret misbrugsbehandlingen og efterlyst bedre diagnostik og behandling for denne gruppe.

### Centralisering og specialisering

Etableringen af distriktspsykiatrien blev i sin tid ledsaget af kvalitetsmål, der drejede sig om nærheds- og kontinuitetsprincipper. Sengeafsnittene og de tilknyttede ambulante enheder var dermed organiseret i forhold til bopæl (*se kapitel 7*).

I de senere år har den faglige udvikling taget så meget fart, at man, som i de somatiske specialer, i højere grad ser specialisering som vejen til at fastholde kvaliteten i behandlingen. Dermed er der i stigende grad etableret afdelinger for retspsykiatri, ældrepsykiatri, depressionsafsnit, specialklinikker for affektive lidelser – samt teams til debuterende psykotiske, til psykotiske med dårlig compliance (opsøgende psykoseteams), til behandling af dobbeltdiagnoser og til retspsykiatiske patienter. Udviklingen henimod øget specialisering og centralisering afspejles i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri, der trådte i kraft den 1. januar 2011.

Mange patienter med psykiske lidelser behandles som nævnt i almen praksis. Derudover varetager de praktiserende læger opfølgningen af patienter, der har været behandlet i sygehussektoren eller hos en praktiserende speciallæge.

De praktiserende speciallæger behandler primært patienter, der ikke kræver en indsats, som involverer flere forskellige faggrupper. I sygehusvæsenet behandles hovedparten af

patienterne på den nærmeste psykiatriske afdeling (hovedfunktionsniveau), som er det mindst specialiserede niveau i hospitalssektoren. Patienter, der diagnostisk eller behandlingsmæssigt set er komplicerede, kan henvises til en regionsfunktion, der rummer specialiserede udrednings- og behandlingsfunktioner inden for de forskellige sygdomsområder. Hver region har en til tre afdelinger, der har regionsfunktionen inden for et eller flere specialiserede områder.

Den højt specialiserede funktion, der typisk tager sig af mere sjældne tilstande eller særligt komplicerede sygdomme, findes primært ved universitetshospitalerne i København, Århus og Odense. Specialevejledningen rummer en oversigt over alle regions- og højt specialiserede funktioner.

### Prioritering af lægeressourcer

Der er i dag meget fokus på, at speciallægen bør være i front i vagtarbejdet, så de akutte patienter vurderes af de mest erfarne. På det psykiatriske område vil det imidlertid være meget lidt hensigtsmæssigt, idet det vil fjerne væsentlige ressourcer fra den specialiserede behandling, der foregår i dagtimerne. Inden for psykiatrien dækker begrebet 'akut' desuden ikke kun over de allerførste minutter/timer, men også observationen over de første døgn. I Sundhedsstyrelsens rapport, "Akutindsats i psykiatrien – planlægningsgrundlag for den regionale psykiatri", anbefales det da også blot, at der i vagten er mulighed for, at de yngre læger har mulighed for telefonisk at kontakte en speciallæge.

### Afgrænsningen til børne-ungdomspsykiatrien

Afgrænsningen mellem den del af psykiatrien, der retter sig mod behandlingen af voksne patienter, og den del, der vedrører børn og unge, er ikke ens i den regionale psykiatri. Dette er ikke hensigtsmæssigt – der bør være identiske aldersgrænser. Det mest hensigtsmæssige vil være 18 år, da denne grænse er det skæringspunkt, der i øvrigt anvendes i kommunalt regi.

Overgangen fra behandling i børne-ungdomspsykiatri til behandling i voksenpsykiatri er desuden ofte ikke tilstrækkelig koordineret. Der er behov for at undersøge, hvordan samarbejdet om disse overgange kan optimeres, så de foregår mere glidende.

### Organiseringen i forhold til de somatiske specialer

Geografisk nærhed mellem psykiatri og somatik er af stor betydning for både kvaliteten af og sammenhængen i behandlingen. Det skyldes, at de psykiatriske patienter meget ofte også lider af en eller flere somatiske sygdomme.

Desværre har man i regionernes hospitals- og psykiatriplaner ikke konsekvent fulgt de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen har udstukket om betydningen af, at hospitalspsykiatrien geografisk set placeres sammen med de somatiske specialer. Mange psykiatriske afdelinger ligger således i dag isoleret fra somatikken.

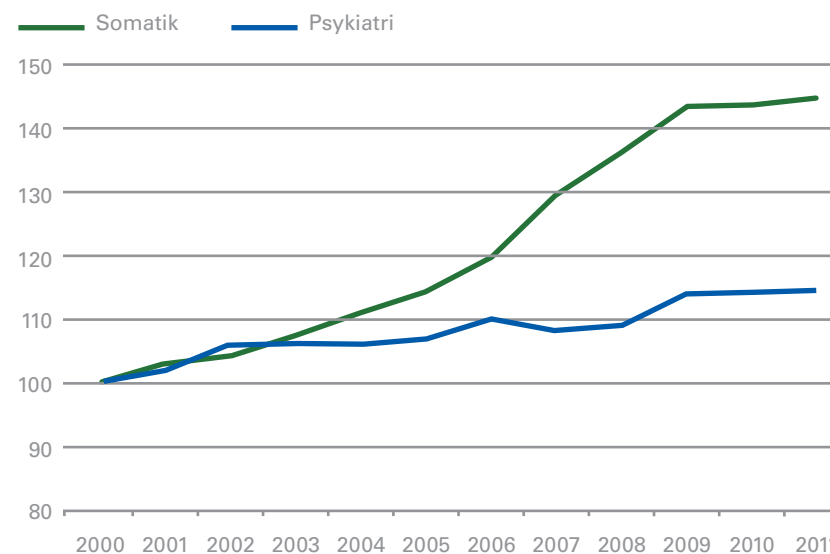


Fig. 11.2 Indekseret økonomisk udvikling for psykiatri og somatik på sygehusene samt udvikling i aktivitet i psykiatri. Kilde: Danske Regioner

### Finansieringen

På trods af den stigende aktivitet i psykiatrien har væksten i bevillingerne været markant ringere end i de somatiske specialer (fig. 11.2). Fra 2000 til 2011 har det somatiske område haft en vækst i bevillinger på 45 pct. Til sammenligning var væksten i psykiatrien i samme periode på 15 pct.

Udover bloktilskuddet får psykiatrien tilført finansiering via satspuljen. Satspuljens andel af de samlede bevillinger til psykiatrien er steget. Hvor den i 2007 udgjorde 4 pct. af de samlede midler, udgjorde den i 2011 hele 14 pct. Som noget positivt er midlerne i stigende grad blevet permanentgjort. Det er dog fortsat ikke hensigtsmæssigt, at finan-

sieringen sker over satspuljen. Dels er satspuljen kendetegnet ved store udsving fra år til år. Dels vil en udbygning af psykiatrien via satspuljemidler nødvendigvis være præget af manglende langsigtet planlægning og prioritering. Fra politisk side angives det, at man ønsker at sidestille psykiatri med somatik. Det indebærer også, at man ikke finansierer psykiatrien via midler, der er afsat til udsatte grupper, men finansierer den på samme måde som andre sygdomme.

Ovenstående figur viser kun en del af billedet, da de samlede udgifter til psykisk sygdom ikke kun omfatter udgifterne til behandling, men også udgifterne til kommunale opgaver og til overførselsindkomster. Psykiatrien mangler grundige økonomiske analyser, der kan pege på, hvorledes de eksisterende ressourcer kan anvendes mere hensigtsmæssigt, og hvordan nye ressourcer bør prioriteres for at opnå størst mulig cost-benefit. Det er i den sammenhæng også væsentligt at få afklaret, om man med fordel kan reducere administrationsomkostningerne, så flere midler anvendes på kerneopgaverne.

## Anbefalinger og referencer kapitel 11.

### Anbefalinger

- Psykiatrien bør finansieres via faste midler over finansloven.
- Sengekapaciteten bør udvides med 15-20 procent.
- Der er behov for grundige økonomiske analyser, der kan afdække: Hvordan de eksisterende ressourcer kan anvendes optimalt, hvordan ressourcerne er fordelt på kerneydelser og administrative opgaver, og hvordan nye ressourcer bør prioriteres for at opnå størst mulig cost-benefit.
- Uanset sundhedssystemets fremtidige struktur bør al psykiatrisk behandling, inklusive den ambulante behandling og misbrugsbehandlingen, følge organiseringen af det øvrige sundhedsvæsen.
- Specialisering bør fortsat vægtes højere end nærheds- og kontinuitetsprincipper i den fremtidige kvalitetsudvikling.

### Referencer

1. Benchmarking af psykiatrien – herunder nøgletal for aktiviteten i 2009. Danske Regioner, 2010.
2. Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling. Danske Regioner, 2011.
3. Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Dansk Sundhedsinstitut. 2011.
4. Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2008. Danske Regioner, 2009.
5. Nyt udspil om fremtidens socialpsykiatri. Kommunernes Landsforening, 2011
6. The need for asylum. The Lancet. Vol.378, July 2. 2011
7. Alkoholbehandling i kommunerne. Lægeforeningen, 2009
8. Specialevejledning for psykiatri. Sundhedsstyrelsen, 2011.
9. Den akutte indsats i psykiatrien – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen, 2009.
10. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM.: Outcomes of Nordic Mental Health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry. May, 2011.



# 12.

## Psykiatrien og omverdenen

Psykiatrien har længe haft fokus på at inddrage patienterne i deres egen behandling. Men de pårørende skal også inddrages. De udgør nemlig en vigtig ressource, der kan være med til at mindske risikoen for tilbagefald. Derfor skal alle psykiatriske patienter og deres pårørende tilbydes undervisning om psykisk sygdom, og samarbejdet med patient- og pårørende-foreningerne skal styrkes.

Psykiatrien har – grundet sin store bredde og tværfaglighed – et tæt samarbejde og samspil med mange forskellige organisationer og myndigheder.

### Patienter og pårørende

Der har flere år været fokus på at inddrage patienterne i deres egen behandling. Dette sker bl.a. ved at udarbejde behandlingsplaner – både under indlæggelse og i den ambulante psykiatri. De svageste inddrages gennem udskrivningsaftaler, som sikrer den fortsatte ambulante behandling (se kapitel 8).

De fleste psykiatriske afdelinger tilbyder også undervisning om psykisk sygdom til patienterne. Derved får patienterne en faktuel viden, der øger deres egen forståelse for sygdommen. Flere steder er patienterne desuden brugerlærere – dvs. de underviser og holder foredrag om psykisk sygdom.

De fleste afdelinger har også undervisningstilbud, hvor de pårørende undervises i psykiske sygdomme. Mange regioner/afdelinger har desuden en "pårørendepolitik", som sætter fokus på medinddragelse af de pårørende i behandlingen, ligesom mange afdelinger har retningslinjer for, hvordan de pårørende skal inddrages/orienteres. Der er således i psykiatrien et stort ønske om samarbejde med de pårørende omkring behandlingen af patienten. I enkelte tilfælde er dette dog ikke muligt, da patienterne ikke ønsker deres pårørende inddraget.

Der er i 2007-2009 gennemført et nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårønde-arbejdet i psykiatrien. Erfaringerne skal bruges til fortsat at udvikle samarbejdet med de pårørende.

Flere undersøgelser inden for skizofreni har f.eks. vist, at hvis de pårørende inddrages mere systematisk i behandlingen gennem familieintervention, vil det kunne mindske risikoen for tilbagefald. Enkelte undersøgelser har fundet, at denne behandlingsform også kan mindske udgifterne til psykiatrisk behandling.

For at sikre at de pårørende inddrages systematisk i behandlingen, kunne man med fordel undervise om dette emne i speciallægeuddannelsen.

Hvert andet år gennemføres en landsdækkende patient- og pårørende tilfredshedsundersøgelse. Der er fra psykiatriens side stor fokus på denne undersøgelse, da vi naturligvis ønsker, at både patienter og pårørende er tilfredse med behandlingen og behandlingstilbuddet.

I tider med besparelser er det ofte kerneopgaven – patientbehandlingen – der bliver prioriteret, mens det kan være svært at finde tid til andre tiltag. Det er derfor vigtigt, at der også i de kommende år fortsat er fokus på inddragelse og samarbejde med pårørende.

Psykiatrien har også et samarbejde med patient- og pårørendeforeninger – på mange forskellige niveauer og regier. Flere regioner har således i dag et dialogforum, hvor politikere mødes med patient- og pårørendeforeninger. Derudover har mange afdelinger faste møder mellem ledelsen og de lokale patient- og pårørendeforeninger. Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) mødes en gang om året med alle patient- og pårørendeforeninger på psykiatrimrådet, lige som vi samarbejder med dem omkring henvendelser til politikere og andre enkeltsager. DPS vil i den kommende tid søge at udvikle samarbejdet med patient- og pårørendeforeningerne.

### Psykiatriens image og stigmatisering

Medierne er jævnligt med til at skabe debat om psykiatrien. Desværre er det sjældent psykiatrien, der sætter dagsordenen for denne debat, og fagområdet har i mange år døjet med et dårligt image.

Det er kendetegnende for nogle mediers tilgang til psykiatrien, at man ikke skelner mellem de forskellige psykiske sygdomme. Noget tilsvarende ville aldrig forekomme, hvis det f.eks. drejede sig om mavesår versus tyktarmskræft. I 2010 ansatte DPS derfor ansat en journalist, der skal sikre en mere proaktiv tilgang til pressen – og dermed en mere nuanceret beskrivelse af psykiatrien og psykisk sygdom i medierne.

Psykiatriens dårlige image har de senere år været på dagsordenen ved en række konferencer, arrangeret i et samarbejde mellem psykiatriens faglige organisationer, Psykiatridfonden og patient- og pårørendeforeninger. Formålet med disse initiativer er at styrke formidlingen om psykisk sygdom og dermed mindske en række af de myter og fordomme, som er med til at give psykiatrien og de psykisk syge et dårligt image.

Der er i efteråret 2011 igangsat en national afstigmatiseringskampagne, "En af os". Kampagnen, der skal løbe over fem år, skal ikke alene skabe øget viden om og forståelse for mennesker med psykiske sygdomme, men skal også – gennem en række målrettede initiativer – bidrage til at reducere stigmatisering, fordomme og social eksklusion på uddannelsesinstitutioner, på arbejdspladserne og i samfundet generelt. Initiativet er et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Socialministeriet, Det Sociale Netværk, Psykiatridfonden og TrygFonden. DPS er sammen med flere andre organisationer og netværk repræsenteret i projektets følgegruppe.

### Internationalt samarbejde

Dansk psykiatri samarbejder med flere internationale organisationer og selskaber. DPS har således i mange år deltaget i Nordisk Psykiatrisk Samarbejdskomite (NPS) – et fællesnordisk organ for de psykiatriske selskaber i de fem nordiske lande. NPS udgiver et nordisk tidsskrift om psykiatri og afholder hvert tredje år en nordisk psykiatrikongres. Derudover deltager DPS i de relevante faglige møder hos Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Psychiatric Association (EPA), World Psychiatric Association (WPA) og World Health Organisation (WHO).

### Medicinalindustrien

Forskning i nye lægemidler er kostbar. Derfor har der i mange år været et samarbejde mellem psykiatrien og medicinalindustrien omkring forskning i nye lægemidler. Flere medicinalfirmaer skærer i disse år ned på budgettet til udvikling af nye psykofarmaka og på aktiviteterne i deres CNS-afdelinger (dvs. de afdelinger, der forsker i sygdomme i det centrale nervesystem). Dette er bekymrende, da der – som ved fysiske sygdomme – også i psykiatrien er stort behov for ny viden og nye lægemidler. DPS vil derfor kraftigt opfordre regeringen til at afsætte flere offentlige midler til forskning i effekten af lægemidler inden for psykiatri.

Udover samarbejdet omkring udvikling af nye lægemidler inviterer medicinalbranchen også speciallæger til kongresser, ligesom man tilbyder undervisning til læger og andet personale i psykiatrien. Selv om både kongresdeltagelse og undervisning følger reglerne på området, burde hovedparten af disse aktiviteter fremover i stedet finansieres af offentlige midler.

---

# Anbefalinger og referencer kapitel 12.

---

## Anbefalinger

- Psykiatriske patienter og deres pårørende skal tilbydes et undervisningsforløb om den psykiske sygdom.
- De pårørende skal i højere grad inddrages i behandlingen
- Samarbejdet med patient- og pårørendeforeninger skal udbygges.
- Der skal være flere offentlige midler til psykiatriforskning.
- Deltagelse i nationale og internationale kurser og kongresser, der er af central betydning for det faglige niveau og for udviklingen af faget, bør finansieres af offentlige midler.

## Referencer

1. Center for kvalitet, region Midtjylland: Pårørende i psykiatrien, 2009.
2. Danske Regioner: Patienterne har ordet, 2009 og 2011.
3. Danske Regioner: De pårørende har ordet, 2009 og 2011.
4. Pharoah FM, Mari JJ, Steiner D: Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst. Rev. 2000.
5. McFarlane, W.R. Multiple family groups in the treatment of severe psychiatric disorders. Guilford Press, 2002.

# 13.

## Synspunkter fra patient- og pårørendeorganisationer

Dansk Psykiatrisk Selskab er overbevist om, at et tættere samarbejde med patient- og pårørendeorganisationer kan bidrage til at løfte kvaliteten af den psykiatriske behandling. Derfor har vi besluttet at intensivere samarbejdet. Som det fremgår af hvidbogen, er der langt hen ad vejen sammenfald mellem DPS' anbefalinger og foreningernes synspunkter.

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) har besluttet at intensivere samarbejdet med patient- og pårørendeorganisationerne. Det gør vi, fordi vi tror, at et tættere samarbejde kan være med til at løfte kvaliteten af den psykiatriske behandling. Samtidig vil det kunne styrke den politiske gennemslagskraft på områder, der har betydning for de psykiatriske patienter. I forbindelse med denne revision af selskabets hvidbog har vi derfor bedt organisationerne om at bidrage med deres hovedsynspunkter.

Som det fremgår af dette kapitel, er der en høj grad af sammenfald mellem Dansk Psykiatrisk Selskabs anbefalinger og anbefalingerne fra patient- og pårørendeorganisationerne – selvom DPS på enkelte områder ikke er enige i, hvordan man bedst sikrer en høj faglighed. Det er DPS' opfattelse, at det ikke i tilstrækkelig grad har stået klart, i hvor høj grad DPS og organisationerne arbejder i samme retning. Det er derfor vort håb, at hvidbogen vil tydeliggøre dette.

### Depressionsforeningen, OCD-foreningen, Angstforeningen og De9

Depressions-, Angst- og OCD-foreningen samt De9 konstaterer, at der er sket meget lidt på deres områder, siden DPS udgav sin første hvidbog i 2004. Dette undrer foreningerne.

Der er nemlig meget at vinde – ikke alene for patienterne selv, men både rent økonomisk og for samfundet generelt – ved at behandle disse lidelser, der er årsag til stadig flere langtidssygemeldinger og førtidspensioner. Det er derfor vigtigt, at der arbejdes mere systematisk med at få patienterne tilbage i arbejde. Derudover er der behov for, at ikke-psykotiske lidelser sidestilles med somatisk sygdom, så patienterne f.eks. har adgang til evidensbaseret psykoterapi uanset alder. Dette gælder ikke mindst for gravide med depression og angst.

I England har London School of Economics undersøgt, hvad en større satsning på området ville koste. Ifølge deres beregninger koster det i dag det engelske samfund ca. 12 mia. pund, at så mange lider af depression og kronisk angst. Til sammenligning ville en overgang til grundig udredning og behandling kun koste en brøkdel – eller omkring 0,6 mia. pund. Ifølge deres beregninger er der altså klare samfundsøkonomiske fordele ved en sådan model.

Skal vi her i Danmark få det fulde udbytte af en sådan satsning, forudsætter det imidlertid, at videre- og efteruddannelsen i psykoterapi får et markant løft.

For at sikre behandlingen af disse store patientgrupper – og udnytte de sparsomme speciallægekræfter optimalt – bør man f.eks. prioritere shared care-modeller. Da mulighe-

derne for indlæggelse er meget begrænsede, er det desuden væsentligt at styrke de specialiserede tilbud – f.eks. de affektive klinikker – og etablere akut-teams, der kan sikre en hurtig udredning og behandling. Inden for somatikken har man diabetesskoler. Et tilsvarende tilbud vil være en klar gevinst på angst- og depressionsområdet, da det vil styrke mulighederne for psykoedukation både til patienter og pårørende, hvilket er af stor betydning for forebyggelsen.

Derudover ønsker foreningerne, at Danmark snarest får en samlet national plan for psykiatrien, der kan sikre, at anbefalingerne føres ud i livet.

### SIND

SIND lægger vægt på, at psykiatrien ligestilles med de somatiske specialer – også rent økonomisk. Eftersom psykiatrien har et økonomisk efterslæb på to mia. kr. i forhold til det øvrige sundhedsvæsen, understreger SIND, at der bør gennemføres en økonomisk genopretningsplan, hvor psykiatrien tilføres ekstra midler. Det skal endvidere sikres, at finansieringen sker over finansloven og ikke – som tilfældet er i dag – i stigende grad via usikre og tilfældige satspuljemidler. Ligestilling med det somatiske område betyder også, at mennesker med psykisk sygdom skal sikres evidensbaseret behandling – som f.eks. psykoterapi ved depression – uanset alder.

SIND fremhæver den øgede aktivitet, der har været i det psykiatriske behandlingssystem. Antallet af patienter i behandling er i de senere år øget drastisk. Samtidig er antallet af sengepladser reduceret – uden at der er kommet mere personale. Den heraf følgende overbelægning, de tidligere udskrivelser og den megen uro på sengeafdelingerne må formodes at være grunden til, at det fortsat ikke er lykket at nedbringe anvendelsen af tvang – og at antallet af retspsykiatriske patienter er stigende. SIND ønsker derfor, at belægningsprocenten kommer ned, at afdelingerne får en bedre normering, og at der gøres en særlig indsats for at efteruddanne personalet – alt sammen initiativer, der må forventes reducere behovet for anvendelse af tvang.

SIND fremhæver, at man i Region Midtjylland for nylig – med inspiration fra Norge – har oprettet et "Psykiatriens hus", hvor man samler dagbehandling og distriktspsykiatriske behandling, hvor der er mulighed for døgnophold, og hvorfra den koordinerende kommunale indsats kan udgå. SIND opfordrer til, at alle kommuner etablerer tilsvarende faciliteter.

Psykiatriske behandling omfatter dels den biologiske behandling og psykoterapi, dels den socialpsykiatriske behandling, der varetages af kommunerne. SINDS erfaring er, at

den socialpsykiatriske rehabilitering er blevet udsultet siden strukturreformen. Koordinationen mellem de forskellige instanser og sektorer, der har ansvaret for den samlede behandling, er utilstrækkelig, og det er ofte overladt til patienten selv at varetage den nødvendige koordination. Derfor er der behov for en særlig analyse og indsats på dette område.

Manglen på en tidlig og effektiv rehabiliteringsindsats øger patienternes risiko for at glide ud af arbejdsmarkedet. Her skal der sættes ind. Samtidig skal man være opmærksom på, at nogle patienter er for syge til at arbejde – også selvom de er meget unge. Det skal derfor stadig være muligt at få førtidspension uanset alder, ligesom psykisk syge bør have ret til at få den normale kontanthjælpssats – og ikke den særlige lave sats, der i dag gives til psykisk syge unge under 25 år (bortset fra patienter med diagnoserne skizofreni og borderline personlighedsforstyrrelse).

### ADHD-foreningen

ADHD-foreningen har i 2010 udarbejdet en handleplan, der både omfatter børn- og ungdomsområdet og voksenområdet. På voksenområdet giver foreningen udtryk for, at der er store forskelle i den udredning og behandling, deres medlemmer får tilbudt. De ønsker derfor, at der skabes sikkerhed for en god og ensartet psykiatriske udredning, og at den medicinske behandling følger ensartede retningslinjer.

Mange patienter bliver i dag kun tilbudt medicinsk behandling. Foreningen mener, at der er behov for en mere helhedsorienteret behandling, der også giver mulighed for adfærdstræning. Det er også vigtigt, at de speciallæger, der har kontakt med ADHD-patienter, samarbejder tæt med den kommunale sektor, som har mulighed for at igangsætte en række støttfunktioner, hvis man i tilstrækkeligt omfang er orienteret om patientens problemer.

Foreningen påpeger, at der ikke i tilstrækkeligt mange psykiatere i Danmark, der har kompetencerne til at varetage udredning og behandling af ADHD. Det er endvidere et problem, at patienterne ikke altid følges af en speciallæge, men behandles af egen læge, når udredningen har fundet sted. Såfremt patientens egen læge skal varetage den fortsatte behandling, vil det kræve efteruddannelse af de praktiserende læger, fastslår foreningen.

### Bedre Psykiatri

Bedre Psykiatri påpeger, at en meget stor del af den danske befolkning – hele 37 procent – på et tidspunkt oplever at være pårørende til et menneske med psykisk sygdom. Ud-

over den psykiske belastning, som de pårørende udsættes for, rammes mange også på deres arbejdsliv og økonomi. Der er derfor ikke tilstrækkeligt fokus på inddragelse af samarbejde med og støtte til pårørende i den psykiatriske behandling, hvilket afspejler sig i tilfredshedsundersøgelser.

Der er flere grunde til, at det er vigtigt at inddrage de pårørende. Dels udgør de en vigtig ressource i forhold til patienterne, både hvad angår viden og støtte; undersøgelser har således vist, at hvis de pårørende inddrages, giver det mindre risiko for tilbagefald, færre genindlæggelser og øget samarbejdsvilje hos patienterne. Dels risikerer de pårørende qua belastningen selv at blive syge, så deres egen tilknytning til arbejdsmarkedet kommer under pres.

Bedre Psykiatri påpeger også, at de pårørendes holdninger har stor betydning for psykiatriens generelle image i befolkningen.

Bedre Psykiatri foreslår derfor, at psykiatrien opprioriterer inddragelsen af de pårørende. De foreslår også, at man tager udgangspunkt i de konkrete eksempler på 'best practice' fra projektet "Pårørende i Psykiatrien" og gør disse til national standard. Derudover ønsker de, at de pårørende får bedre muligheder for psykologbistand, der kan forebygge svære reaktioner på belastningen.

## Referencer kapitel 13.

1. Handleplan 2010. ADHD-foreningen. 2010.
2. Capacent Epinion for BEDRE PSYKIATRI. Befolkningsundersøgelse. 2008.
3. Epinion for BEDRE PSYKIATRI – en landsdækkende undersøgelse. 2011.
4. Center for Kvalitetsudvikling. Projekt "Pårørende i Psykiatrien". Nationalt kvalitetsprojekt til udvikling af pårørendearbejdet i psykiatrien. 2009.
5. The depression report. A new deal for depression and anxiety disorders. London School of Economics. 2006.
6. "Sæt psykiatrien på valgplakaten". Et inspirationshæfte til brug i valgkampen. SIND. 2011.

---

## Foreningernes hjemmesider

---

- [www.depressionsforeningen.dk](http://www.depressionsforeningen.dk)
- [www.oda.nu](http://www.oda.nu)
- [www.ocd-foreningen.dk](http://www.ocd-foreningen.dk)
- [www.de9.dk](http://www.de9.dk)
- [www.sind.dk](http://www.sind.dk)
- [www.ADHD.dk](http://www.ADHD.dk)
- [www.bedrepsykiatri.dk](http://www.bedrepsykiatri.dk)
- [www.pslandsforening.dk](http://www.pslandsforening.dk)

---

## Foreningernes logoer

---



**PS LANDSFORENING**  
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE



DepressionsForeningen



**BEDRE PSYKIATRI**  
- landsforeningen for pårørende



Patientforening for OCD-ramte og deres pårørende