



Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog

2021-2031



Indhold

1. RESUMÉ	9
GENERELT	9
ORGANISATORISK, ADMINISTRATIVT, ØKONOMISK	9
FAGLIGT	10
UDDANNELSE/REKRUTTERING	10
FORSKNING	10
2. KOMMISSORIUM OG ARBEJDSGRUPPE	15
ARBEJDSGRUPPEN BESTOD AF:	15
FLG. TAKKES FOR BIDRAG TIL HVIDBOGEN:	15
GRUPPENS KOMMISSORIUM VAR AT BESKRIVE:	15
3. FORORD OG STATUS	18
DEN SAMLEDE SYGDOMSBELASTNING	18
BEHOV FOR EN ØKONOMISK GENOPRETNINGSPLAN	18
ORGANISERINGEN	18
SPECIALISERINGEN	18
REKRUTTERINGEN OG OPGAVEFORDELINGEN	19
SÆRLIGE OMRÅDER	19
SHARED CARE	19
EN NATIONAL PSYKIATRIPLAN	20
4. MENTAL SUNDHED – MISTRIVSEL – PSYKISK SYGDOM	24
PSYKISK (MENTAL) LIDELSE	24
VIDENSKABELIG BEGRUNDELSE FOR PSYKISK LIDELSE	25
PSYKIATRIENS FØDELSE OG UDVIKLING	25
PSYKOSER OG IKKE-PSYKOTISKE TILSTANDE	26
PSYKIATRIENS EKSPANSION EFTER 2. VERDENSKRIG	26
ØGEDE RESSOURCEMÆSSIGE KRAV	27
ORGANISATORISKE ÆNDRINGER	27
MENNESKER MED PSYKOTISKE LIDELSER	28
SAMMENHÆNG I BEHANDLINGEN - RECOVERY	29
ET UUDTØMMELIGT BEHANDLINGSBEHOV	29
PSYKIATRI – ET LÆGEVIDENSKABELIGT SPECIALE	30
VIDENSKAB, JURA OG ETIK	30
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	31
REFERENCER	31
5. ORGANISERINGEN AF PSYKIATRIEN I DANMARK	34
DEN OVERORDNEDE OPDELING	34
DEN PRIMÆRE OG DEN SEKUNDÆRE SEKTOR UNDER REGIONERNE.	35
ALMEN PRAKSIS	35
PRAKTISERENDE PSYKIATERE	36
VISITATION	37
UDREDNING OG BEHANDLING	37
DET PSYKIATRISKE SYGEHUSVÆSEN	39
BEHOVET FOR SENGE I PSYKIATRIEN	41
"DE SÆRLIGE PLADSER"	44
OVERGANGEN MELLEM INDLÆGGELSE OG AMBULANT BEHANDLING	45
DE AMBULANTE TILBUD	45
SPECIALEPLANEN	46
HELBREDELSE OG RECOVERY	47
IT-UNDERSTØTTELSE	48
OVERGANGE MELLEM SYSTEMERNE	48
SOCIALE PROBLEMER OG SOCIALPSYKIATRIEN	49

REFERENCER	50
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	51
6. PSYKIATRISK SYGDOMSBELASTNING - NU OG I FREMTIDEN	54
DANMARK	54
GLOBALT	54
OMKOSTNINGER VED NEUROLOGISKE OG MENTALE HJERNESYGDOMME	56
STIGNING I ANTALLET AF PSYKIATRISKE PATIENTER	56
DEMOGRAFISKE FAKTORERS BETYDNING FOR SYGDOMSBELASTNINGEN	57
UDVIKLINGSHÆMMEDE MED PSYKISK LIDELSE	57
ADHD OG AUTISME HOS VOKSNE	58
PSYKISK SYGDOM OG ARBEJDSMARKEDET	58
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	59
REFERENCER	59
7. DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE I PSYKIATRIEN – HVAD ER PSYKIATERENS OPGAVER?	63
FLERE PATIENTER OG MANGE NYE OPGAVER	64
BEHANDLINGSANSVAR	65
<i>Status i Danmark</i>	65
<i>Status i Norge</i>	65
<i>Status i Sverige</i>	66
DANSK PSYKIATRISK SELSKAB MENER	66
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	67
REFERENCER	67
8. REKRUTTERING, FASTHOLDELSE, VIDERE- OG EFTERUDDANNELSE AF LÆGER	68
LÆGEPROGNOSEN	70
REKRUTTERINGSTILTAG	70
SPECIALLÆGEUDDANNELSE	73
EFTERUDDANNELSE	74
FASTHOLDELSE	75
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	75
REFERENCER	76
9. DIAGNOSTIK OG UDREDNING	80
SYGDOMSKLASSIFIKATION	80
VORES NUVÆRENDE DIAGNOSESYSTEM ICD-10	80
DIAGNOSTISK UDREDNING	81
ANDRE KLASSIFIKATIONSSYSTEMER	82
10. FOREBYGGELSE INDENFOR PSYKIATRIEN	86
UNIVERSEL FOREBYGGELSE	86
SOMATISK SYGDOM	89
SELMORDSFOREBYGGELSE	89
MISBRUG AF STOFFER OG ALKOHOL	90
OPUS-PROJEKTERNE	90
KRIMINALITET OG RETSPSYKIATRIEN	90
FOREBYGGELSE AF GENTAGNE AF EPISODER ELLER FORVÆRRINGER	91
KONKLUSION OG ANBEFALINGER	92
REFERENCER	92
11. INDDRAGELSE AF PATIENTER OG PÅRØRENDE	96
INDDRAGELSE	96
LUP – LANDSDÆKKENDE UNDERSØGELSER AF PATIENTOplevelser	97
PAL – PATIENT ANSVARLIG LÆGE	100
PSYKOEDUKATION OG RÅDGIVNING	100
INDDRAGELSE AF PATIENT- OG PÅRØRENDEFORENINGER. PSYKIATRIALLIANCEN	100
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	101
REFERENCER	101

12. MINDSKELSE AF TVANG I PSYKIATRIEN	104
FRIHEDSBERØVELSE	105
TVANGSBEHANDLINGER	107
FIKSERINGER OG ANDEN FYSISK MAGTANVENDELSE	108
POLITISKE TILTAG	110
UNDGÅELSE AF TVANGSANVENDELSE	111
UDSKRIVNINGSAFTALER OG KOORDINATIONSPLANER	111
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	112
REFERENCER	112
13. RETSPSYKIATRI	116
RETSPSYKIATRISK BEHANDLING – DE RETSPSYKIATRISKE PATIENTER	117
VOLDSOM STIGNING I ANTALLET AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER	117
RAPPORTEN "ER DER EN SAMMENHÆNG MELLEM BEHANDLING/STØTTE AF PSYKISK SYGDOM OG KRIMINALITET?"	119
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	120
REFERENCER	120
14. MISBRUG OG PSYKISK SYGDOM	124
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	125
REFERENCER	126
15. ÆLDREPSYKIATRI	130
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	132
REFERENCER	133
16. FAGUDVIKLING OG FORSKNING	136
DANSK PSYKIATRISK FORSKNING	136
FORSKNINGSMILJØERNE I DANSK PSYKIATRISK FORSKNING	137
UDVIKLINGSARBEJDE	138
UDFORDRINGER VEDR. PSYKIATRISK FORSKNING	139
BEDRE FINANSIERING AF PSYKIATRISK FORSKNING	140
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	141
REFERENCER	141
17. PSYKISK SYGDOM I OFFENTLIGHEDEN	144
PSYKISK SYGDOM OG STIGMATISERING	144
PSYKISK SYGDOM OG ET MEDIEBILLEDE I UDVIKLING	147
KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	148
REFERENCER	149
18. DANSK PSYKIATRISK SELSKABS BUD PÅ NYE MÅL FOR KVALITET I PSYKIATRIEN	
- MENNESKET SOM MÅL I SIG SELV.	152
LEVETID FOR PATIENTERNE SVARENDE TIL DEN ØVRIGE BEFOLKNING	153
FALD I ANTALLET AF SELVMORD	155
FALD I ANVENDELSEN AF TVANG GENERELT	155
FALD I ANTAL VOLDSTILFÆLDE MOD MEDPATIENTER OG PERSONALE	155
FALD I ANTALLET AF RETSPSYKIATRISKE PATIENTER.	156
FALD I ANTALLET AF HJEMLØSE MED PSYKISK SYGDOM.	156
FALD I ANVENDELSE AF POLITIRESSOURCER TIL ARBEJDE MED PSYKISK SYGE	156
PATIENTERNE OG DE PÅRØRENDE FØLER SIG OFTE IKKE HJULPET, MEN SNARERE AFVIST	157
FALD I ANTALLET AF PATIENTER, SOM HAR ET MISBRUG.	157
MERE FORSKNING OG BEDRE ANVENDELSE AF DATABASES	157
REFERENCER	158
19. PSYKIATRIENS GRÆNSER	163

K A P I T E L E T

Resumé

1. Resumé

Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2021-2031 er en revision af selskabets anden hvidbog fra 2012. 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 væsentligste anbefalinger. Derefter kommer de vigtigste referencer.

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

Generelt

- Den psykiatriske sygdomsbelastning i Danmark 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, psykoselidelser, misbrug, ældre med psykisk lidelse, og mennesker med oligofreni
- Andelen af mennesker på overførselsindkomst på baggrund af behandlelige psykiske sygdomme vokser. Forebyggelse og hurtig behandling af psykisk sygdom bør derfor opprioriteres kraftigt
- Både den ambulante psykiatri og sengepsykiatrien skal udbygges
- Der er behov for grundige økonomiske analyser, der kan afdække: Hvordan de nuværende ressourcer anvendes optimalt, hvordan ressourcerne i dag fordeler sig på kerneydelser 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, politikere samt patient- og pårørendeorganisationer. Planen skal være finansieret.

Se kapitel 4,5 og 6.

Organisatorisk, administrativt, økonomisk

- Psykiatrien har et finansielt efterslæb i forhold til de somatiske specialer. Finansieringen bør ske over finansloven og ikke over puljemidler, 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, 6 og 19.

Fagligt

- Der er behov for nye nationale kliniske retningslinjer og opdatering af de eksisterende for at sikre, at diagnostik og behandling bliver mere ensartet og så evidensbaseret som muligt
- 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 de 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. Det vil kræve uddelegering af opgaver og mere tvær fagligt personale herunder lægesekretærer
- Tvang anvendes over for de sværest psykisk syge patienter og er i et vist omfang uomgængeligt for at sikre omsorgen for psykotiske patienter uden sygdomserkendelse. Tvangsanvendelsen er stigende i Danmark trods flere politiske tiltag. Hvis tvangen skal mindskes, er der behov for fokus på kvaliteten og effekten af behandlingsindsatser, støtte og sammenhæng på tværs af sektorer over for patientgrupper i risiko for tvang.
- 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

Uddannelse/rekruttering

- Fortsat fokus på rekruttering af læger 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 8.

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 speciallæge-stillinger, der er delt mellem klinisk arbejde og forskning
- Større nye behandlingsinitiativer bør så vidt muligt være forudgået af kliniske forskningsprojekter der belyser virkningen heraf

- Der skal samtidig sikres efterfølgende videnskabelig evaluering af sådanne initiativer
- De nationale kliniske databaser skal bringes til at fungere ved at regionerne tvinges til at indberette til dem
- Til den tid bør de udvides til at omfatte flere psykiatiske sygdomme end depression, skizofreni, ADHD og retspsykiatiske patienter
- Der skal oprettes et særligt Psykiatrisk Forskningsråd, der kan uddele midler til psykiatiske videnskabelige projekter.

Se kapitel 10 og 16.

K A P I T E L T O

Kommissorium og arbejdsgruppe

2. Kommissorium og arbejdsgruppe

Arbejdsgruppen, der havde til opgave at revidere Dansk Psykiatrisk Selskabs hvidbog, blev nedsat i april 2020 og har holdt i alt fem møder, de fleste virtuelt.

Det foreløbige arbejde blev præsenteret på Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøde 2021, hvor medlemmerne havde mulighed for at bidrage med synspunkter og kommentarer.

Arbejdsprocessen har været synliggjort via mødereferater på selskabets hjemmeside. Hvidbogen har været diskuteret på selskabets årsmøde og sendt i høring hos selskabets medlemmer. Hovedparten af de indkomne høringssvar implementeres i den endelige udgave.

Arbejdsgruppen bestod af:

Professor, overlæge, dr.med. Poul Videbech (redaktør)
Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge Gitte Ahle
Professor, overlæge, Ph.d. Kjeld Andersen
Ledende overlæge Per Balling
Praktiserende speciallæge Jannik Bjerrum (udgået nov.2020)
1. reservelæge Rasmus Handest
Overlæge Lene Høgh

Flg. takkes for bidrag til hvidbogen:

Overlæge Ph.d. Anne Mette Brandt-Christensen. Overlæge Annick Parnas. Overlæge, Ph.d. Bjørn Ebdrup. Overlæge Casper Westergaard. Overlæge Hans-Henrik Ockelmann. 1. reservelæge, Ph.d., Helene Speyer. Stabslæge, Ph.d. Jeanett Bauer. Overlæge Johannes Krogh. Overlæge, Ph.d. Julie Nordgaard. Dansk psykiatrisk Selskabs Forskningsudvalg ved Professor Maj Vinberg. 1. reservelæge, Ph.d. Maria Nilsson. Læge Mette Falkenberg Krantz. Læge Nikolaj Kraglund. Professor emeritus Per Vestergaard. Professor, klinikchef, dr.med. Raben Rosenberg. Professor overlæge, Ph.d., Rene Ernst Nielsen. Professor, Overlæge Sidse Arnfred. Overlæge, Ph.d., Simon Hjerrild. Overlæge, Ph.d. Torsten Jacobsen. Praktiserende speciallæge Tove Mathiassen. Formand for Foreningen af Yngre Psykiatere, reservelæge Troels Schmidt

Gruppens kommissorium var at beskrive:

- Status for de anbefalinger, som Dansk Psykiatrisk Selskab er fremkommet med i tidligere hvidbøger
- 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

K A P I T E L T R E

Forord og status

3. Forord og status

Dansk Psykiatrisk Selskab udgav for ti år siden sin anden hvidbog om dansk psykiatris kerneopgaver og udfordringer: DPS' Hvidbog 2012-2020. 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 2021-2031. Dansk Psykiatrisk Selskab har tidligere givet et overblik over udfordringer og barrierer. Derudover har man givet en lang række anbefalinger til, hvor det efter selskabets 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 Dansk Psykiatrisk Selskabs 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 i Danmark. 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 efter en overordnet og langsigtet strategi.

Organiseringen

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 tidligere, 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 tidligere hvidbøger var rekrutteringen og opgavefordelingen. Flere aktører har i de seneste år igangsat initiativer, der havde til formål at styrke rekrutteringen. Det gælder 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 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. Endelig vil Dansk Psykiatrisk Selskab pege på det betydelige potentiale, der ligger i at opkvalificere sygeplejerskerne, der med deres brede sundhedsfaglige uddannelse har et godt udgangspunkt for, under lægelig supervision, at pleje og behandle mennesker med psykisk sygdom, sådan som man fx ser det for distriktpspsykiatriske sygeplejerskers vedkommende.

Særlige områder

Mere fokus på særlige områder – ældrepsykiatri, psykisk sygdom og misbrug, retspsykiatri og oligofreni – var også blandt anbefalingerne i tidligere hvidbøger. Og lidt er der da også sket. Der har i de seneste 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 det er 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, misbrug og oligofreni. Det samme gælder ældrepsykiatrien, der må forventes at vokse kraftigt i takt med, at der bliver flere ældre.

Shared care

I tidligere hvidbøger 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 til det danske sundhedssystem.

En national psykiatriplan

Allerede i hvidbogen fra 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. Og vel at mærke en plan, hvor der også sikredes finansiering af de tiltag, som man beskrev. En række aktører – Danske Regioner, Regeringens psykiatriudvalg, Sundhedsstyrelsen, Lægeforeningen og Dansk Psykiatrisk Selskab selv – har siden offentliggjort strategier og visioner. Disse har mange lighedspunkter, men der mangler fortsat helt konkrete handleplaner. Aktuelt er der omsider ved at blive udarbejdet en sådan plan, men arbejdet er meget forsinket pga. Covid-19 epidemien.

Med denne hvidbog 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 samt et bidrag, der kan inspirere i arbejdet med den kommende psykiatriplan.

K A P I T E L F I R E

Mental sundhed
– mistrivsel
– psykisk sygdom

4. Mental sundhed – mistrivsel – psykisk sygdom

Der tales i disse år meget om befolkningens mentale sundhed og om, at vi er nødt til at gøre noget for at bedre denne og forhindre, at flere udvikler psykisk sygdom. Mange mistrives, hvilket man også vil sætte ind overfor for at forhindre udvikling af psykisk sygdom. Men hvordan definerer man egentlig begreberne? Hvornår er man mentalt sund, lader det sig afgrænse? Kan man mistrives uden at være psykisk syg, og kan man trives selvom man har en psykisk sygdom? Hvornår kan man tale om, at man er psykisk syg, og kan man tale om psykisk sygdom som en samlet enhed? Det er nogle af de spørgsmål, som vil blive søgt besvaret i det følgende.

Mental sundhed – psykisk sygdom

Sundhedsstyrelsen karakteriserer mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker. Mental sundhed er altså ikke kun fraværet af psykisk sygdom, men består også af psykologiske ressourcer og evner, som er nødvendige for at kunne udvikle sig og klare de udfordringer, der dukker op i alle menneskers liv. Sundhedsstyrelsen understreger, at dårlig mental sundhed er en alvorlig og selvstændig risikofaktor for at udvikle somatisk såvel som psykisk sygdom (bl.a. hjertekarsygdom, depression og angst) og tidligere død end forventet. Fremme af mental sundhed er derfor afgørende vigtig for at undgå dette.

Sundhedsstyrelsen har i en undersøgelse af mental sundhed fundet, at kun 63 % blandt mænd havde god mental sundhed, og at kvinder havde det dårligere mht. mental sundhed.

Værdimæssige forhold om det gode liv uden mistrivsel ligger som klare undertoner i begreber om sygdom og sundhed. Hvad skal forstås herved? Det er selvfølgelig ikke tilstrækkeligt at definere og afgrænse psykisk sygdom som fravær af mental sundhed eller oplevet mistrivsel, når man tænker på de forskellige belastende livsvilkår, mange mennesker lever under, hvad enten de lever i komplekse materielt velstillede civilisationer eller er borgere i udviklingslande. Et liv i mistrivsel er et klassisk tema i store forfatteres bøger. Betænkt blot Dostojevskij og Dickens.

Begrebet psykisk sygdom er ikke entydigt og dækker tilmed over mange og yderst forskellige psykiske lidelser. Det må derfor undre, når man i medierne taler om psykiske syge uden nærmere præcisering. Det er sjældent, at man tilsvarende taler om den somatisk syge person uden en præcis reference til, hvad vedkommende lider af, fx sukkersyge eller blodprop i hjertet. Upræcise begreber forplumrer den offentlige debat og er ganske uegnede som politisk beslutningsgrundlag.

Psykisk (mental) lidelse

I 2013 udsendte American Psychiatric Association 5. og nyeste udgave af dets psykiatriske klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Analysis of Mental

Disorders (DSM). Her definerer man psykisk (mental) lidelse som:

- En psykisk lidelse er et syndrom karakteriseret ved klinisk signifikante forstyrrelser i et individs kognition, emotionelle regulation eller adfærd, som afspejler en dysfunktion i de psykologiske, biologiske eller udviklingsmæssige processer, der ligger til grund for mentale funktioner. Psykiske lidelser er almindeligvis ledsaget af væsentlig lidelse eller funktionsnedsættelse i sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige aktiviteter. En forventet eller kulturelt accepteret reaktion på en almindelig belastning eller et tab, såsom en elsket persons død, er ikke en mental lidelse. Socialt afvigende adfærd (dvs. politisk, religiøs eller seksuel) og konflikter, som primært er mellem individet og samfundet, er ikke mental lidelse, medmindre afvigelsen eller konflikterne skyldes en dysfunktion i individet som beskrevet.

Ved denne deskriptive definition peger man på to centrale forhold, nemlig 1) fejlfunktion af specifikke psykologiske, biologiske eller udviklingsmæssige processer som kriterie på psykisk lidelse, mens 2) mistrivsel som følge af belastning eller tab samt socialt afvigende adfærd er ikke psykisk lidelse.

Videnskabelig begrundelse for psykisk lidelse

Ud over normative forhold om, hvad der skal forstås ved signifikante forstyrrelser, henviser man i DSM 5 til forstyrrelser af processer, der ligger til grund for mentale funktioner. Det er derfor en videnskabelig vigtig opgave at afklare, hvilke fejlfunktioner, der ligger til grund herfor og at begrunde, at man har opstillet en række forskellige diagnoser ved psykiske lidelser. Det kan man i dag dog kun i nogen grad, og derfor er de fleste diagnostiske kriterier baseret på nøje beskrivelse af symptomer (psykopatologi) frem for mulige tilgrundliggende årsager. Men derved afgrænses psykiske lidelser ikke vilkårligt. Moderne diagnostik bygger på en lang historisk klinisk erfaring med karakteristik af psykiske lidelser, og klassifikation heraf er løbende tilpasset ny videnskabelig erkendelse om årsager, patofysiologi, psykologi og behandling. Når der opstilles nye diagnoser som fx PTSD og ADHD, søger man derfor at begrunde dem videnskabeligt, men i betragtning af, hvor mange psykiatriske lidelser, der i dag findes, er det indlysende, at der er varierende videnskabelig evidens herfor. Den vigtige pointe er imidlertid, at man kan forholde sig rationelt og videnskabeligt i vurderingen af begrundelsen for fx at opfatte ADHD som psykisk lidelse og ikke kun som socialt uhensigtsmæssig adfærd.

Psykiatriens fødsel og udvikling

For at forstå de mange udfordringer, som psykiatrien er stillet over for, er det er nødvendigt at kaste et kort blik over psykiatriens historie. Før år 1800 var der ikke nogen psykiatri. Sådan begynder medicinalhistorikeren Edward Shorter sin bog om psykiatriens historie. Faktisk var begrebet psykiatri end ikke foreslået som faglig term. Det skete først i 1808, hvor tyskeren J.C. Reil (1759-1813) foreslog Psychiaterie som betegnelsen for den nye medicinske disciplin, der tog sig af de "afsindige", og ikke før i 1816 blev begrebet reformuleret til Psychiatrie. Psykiatriens fødsel kan tidsfæstes til en ny radikal sygdomsforståelse og behandling af psykisk syge.

Selvom der ikke før 1800 var nogen psykiatri, var der unægteligt psykisk syge mennesker. Sindssygdomme med hallucinationer, vrangforestillinger og svært socialt forstyrret adfærd er klart beskrevet tilbage i oldtiden. Psykiatriens fremkomst som lægefaglig disciplin fik enorm betydning for mennesker med psykisk sygdom. I løbet af de næste hundrede år fik psykiatrien sit eget sprog - psykopatologien - og gruppen af såkaldte gale mennesker blev opdelt i forskellige diagnostiske grupper på basis af deres symptomer, forløb og årsager. Fx begyndte man at skelne mellem mentalt retarderede, mennesker med epilepsi og egentligt psykisk syge. Man var således tidligt opmærksom på, at der var mange forskellige sygdomsårsager. Man foregreb dermed den moderne bio-psyko-sociale sygdomsmodel med dens vægt på både biologiske, psykologiske og sociale forhold som årsager og baggrund for behandling. Men datidens behandlinger var selvfølgelig præget af tidens stærkt begrænsede viden.

Kernegruppen af syge var de sværeste sindssyge, som man i dag klassificerer som organiske hjernelidelser, invaliderende former for skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse. Mange af disse syge fik livslangt ophold på store asyler gemt væk fra det almindelige samfundsliv.

I dansk psykiatri udgjorde disse lidelser fortsat psykiatriens kernegruppe helt op til 2. verdenskrig, hvilket klart afspejler sig i den danske psykiatriprofessor August Wimmers (1872-1937) lærebog Speciel klinisk Psykiatri for Studerende og Læger udgivet i 1936. De psykiske sygdomme omfattede da flere grupper af organiske hjernesygdomme inkl. oligofreni samt de klassiske psykoser: skizofreni og maniodepressiv psykose, men kun én gruppe af ikke-psykotiske lidelser, som den gang kaldtes psykopati.

Psykoser og ikke-psykotiske tilstande

Under betegnelsen psykopati findes en broget gruppe af ikke-psykotiske lidelser, herunder visse neuroser, som senere fik Freuds tænkning som teoretisk grundlag, og som kom til at dominere i amerikansk psykiatri i perioden 1940-70. De kom dog først ind i det Europæisk diagnostiske klassifikationssystem International Classification of Diseases (ICD) efter 2. verdenskrig. Man havde dog allerede fra i sidste halvdel af 1800-tallet brugt diagnosen neurasteni som betegnelse for nervøse lidelser, altså lidelser uden påviselig organisk årsag og med en symptomatologi, der ikke var så udtalt som for de svære sindslidelser.

Psykiatriens ekspansion efter 2. verdenskrig

Psykiateren Erik Strömghrens lærebog i psykiatri kom i en række udgaver fra 1950-erne og var længe den eneste lærebog i Danmark. Man kan her læse, at livstidsrisikoen for at få en psykisk lidelse var på 9%, nemlig 3% at få hhv. en psykose, en neurose eller en personlighedsforstyrrelse. I moderne epidemiologiske studier af forekomst af psykisk lidelse baseret på DSM-diagnostik finder man helt andre tal for forekomst af psykiske lidelser. Således har man i amerikanske befolkningsstudier fundet livstidssygdomsrisiko på helt op til 50 % og en såkaldt 12 måneders prævalens på ca. 10-15 %, dvs. forekomsten af psykiske lidelser i det foregående år. Denne stigning skyldes især udvidelsen af psykiatriens område med det brogede felt af ikke-psykotiske tilstande præget af depression, angst, somatiske symptomer m.fl. Dette afspejler således en væsentlig udvidelse af det

psykiatriske sygdomsbegreb efter 2. verdenskrig, som klart angivet ved ændring i de internationale psykiatriske diagnosesystemer: fra sygdomme (engelsk: mental diseases) til lidelser (mental disorders).

Der er dermed tale om en drastisk udvidelse af det psykiatriske sygdomsbegreb. Hvor man ved organiske sygdomme havde fokuseret på en biologisk årsagsfaktor, fx betinget af syfilis, hjernebetændelse, forgiftninger eller svære somatiske sygdomme, kom der i løbet af 1900 og fremover fokus på andre årsagsfaktorer under indflydelse af den psykologiske og samfundsvidenskabelige forskning og et voksende kendskab til hjernens funktionelle kompleksitet. Det er således ikke muligt kun at beskrive fejlfunktioner, som definerende for psykisk sygdom rent biologisk, men man må også inddrage psykologiske og udviklingsmæssige forhold. Psykiatriens ekspansion falder dermed i god tråd med fremkomst af den bio-psyko-sociale sygdomsmodel med dens komplekse samspil af årsagsfaktorer og påpegnelse af forskellige muligheder for behandling.

Øgede ressourcemæssige krav

Ekspansion af de ikke-psykotiske tilstande og deres talmæssige omfang betyder nye udfordringer til behandling og forebyggelse, ikke mindst af økonomiske grunde. I en stor udvalgsrapport fra 2013 (1), som indeholder et omfattende empirisk talmateriale om en lang række forhold i psykiatrien, hedder det fx:

Samtidig diagnosticeres flere med en psykisk lidelse. Det gælder særligt for børn og unge og for ikke-psykotiske lidelser. Der ses endvidere en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter, som behandles i psykiatrien. Psykiske lidelser tegner sig for i alt 25 pct. af den totale sygdomsbyrde efterfulgt af kræft og kredsløbssygdomme, som hver står for henholdsvis 17 pct. og 15,2 pct. Psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser er årsag til 50 pct. af alle langtidssygemeldinger og 48 pct. af alle førtidspensioner. Når unge under 30 år tildeles en førtidspension, skyldes det i 4 ud af 5 tilfælde psykiske lidelser.

Organisatoriske ændringer

Pga. af det store antal bliver almen praksis derfor det primære behandlingssted for mange mennesker med psykiske lidelser, mens svære former for psykiske lidelse kræver den specialviden, som psykiatrien i dag kan tilbyde under indlæggelse og i den ambulante psykiatri, der er omorganiseret parallelt med psykiatriens ekspansion. At skabe sammenhæng i psykiatrisk behandling er en af hovedmålsætningerne for behandling i socialpsykiatrien, hvilket kræver forskellige former for indsatser (se kapitel 5):

- Regional psykiatri, der dækker over sygehusbaseret psykiatri, både i indlagt og ambulante regi, lokalpsykiatri, distriktspsykiatri m.v.
- Praksissektor, der dækker over alment praktiserende læge, speciallæge i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt praktiserende psykolog.
- Den kommunale sociale indsats, der dækker over tilbud til voksne med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, herunder tilbud i form af bostøtte, støtte- og kontaktpersonordning, botilbud m.v.
- Indsatsen på undervisningsområdet, der dækker over tilbud til børn og unge med det formål at skabe de nødvendige forudsætninger for trivsel, udvikling og læring, herunder tilbud om støttepersoner, pædagogisk-psykologisk rådg-

ivning, specialundervisning m.v.

- Beskæftigelsesindsatsen, der dækker over indsatser med det formål, at unge og voksne skal ud på arbejdsmarkedet, herunder beskæftigelsesrettede indsatser udbudt af jobcentre.

Kommunerne har særlig mulighed for at fremme mental sundhed og forebygge udviklingen af psykiske lidelser gennem de sammenhænge, hvor kommunen møder borgeren, fx via sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler, jobcentre, sundhedscentre og hjemme(syge-)plejen (se kapitel 10).

Der er organisatorisk sket meget dramatiske ændringer af den psykiatriske behandling inden for de sidste 30-40 år med styrkelse af den ambulante psykiatri og nedlæggelse af sengeantallet på de psykiatriske sygehuse. Herved er kortvarig behandling under indlæggelse primært beregnet for de sværeste syge. Dette stiller særlige krav til organisering af en sammenhængende behandlingsindsats på tværs regionale og kommunale sektorer. Dette stiller så igen nye krav til de ledelsesmæssige aspekter og kvalifikationer til at drive moderne psykiatrisk behandling.

Man kan også blandt senere års udviklingstendenser pege på langt højere grad af politisk styring end tidligere, hvilket ikke kun kommer til udtryk i den lokale, praktiske organisering af psykiatrisk behandling i regionerne, men også i central fastlæggelse af målsætning, visioner og strategier for psykiatrisk behandling.

Mennesker med psykotiske lidelser

Psykiatriens kernegrupper er fortsat de sværeste psykiske syge, der med psykiatriens ekspansion ikke kun omfatter psykotiske lidelser, men også en række lidelser præget af depression, angst, personlighedsforstyrrelser og misbrug. Ved psykotiske lidelser foreligger der en gennemgribende forstyrrelse af personens realitetssans, der typisk viser sig ved symptomer, der ikke som angst og tristhed kan ses hos normale. Det drejer sig primært om hallucinationer, vrangforestillinger og svært socialt utilpasset adfærd. Personen er typisk uden sygdomserkendelse, og den fordrejede virkelighedsopfattelse og personens reaktioner herpå gør det vanskeligt eller umuligt at fungere i dagligdagen. Personen kan fremtræde så abnorm eller farlig for sig selv eller omgivelserne, så forskellige tvangsindgreb mod den syge kan komme på tale. Det er et alvorligt overgreb mod personens autonomi, hvorfor der i en retsstat er lovgivet specifikt og meget detaljeret herom.

Trods videnskabelige fremskridt er Wimmers inddeling på mange måder fortsat gældende i dag for de psykotiske tilstande. Gruppen af organiske hjernelidelser kan i dag diagnosticeres med ganske anden præcision end i Wimmers tid som følge af mange teknologiske fremskridt inden for biokemi, genetik, elektroencefalografi og hjerneskaningsmetoder (CT- og MR-skanning) m.fl. Sådanne metoder er anvendt i studiet af andre af de klassiske psykoser uden dog at føre til afgørende diagnostiske nyskabelser, men de har givet anledning til nye teoretiske modeller til forklaring af psykosers opstående, udvikling og behandling. Fremkomsten af moderne psykofarmaka fra 1950-erne gav helt ny mulighed for behandling af psykotiske lidelser og er forudsætningen for, at man kan

behandle mange af disse lidelser ambulant fremfor under indlæggelse i decennier eller længere. Men den medicinske behandling kan ikke stå alene, og den er i dag integreret i forskellige former for behandling med baggrund i den bio-psyko-social sygdomsmodel. Kognitiv adfærdsterapi har i de senere år fået tiltagende betydning i behandling af både ikke-psykotiske og psykotiske tilstande.

Sammenhæng i behandlingen - recovery

Trods behandlingsmæssige fremskridt med øget fokus på psykiatrisk og psyko-social rehabilitering, opnår mange personer med svære psykiske lidelser bedring, men ikke fuld helbredelse. For at undgå den terapeutiske nihilisme, der tidligere prægede dele af lægestanden, altså opfattelsen af, at mange psykiske lidelser er kroniske invaliderende sygdomme, har man navnlig fra politisk hold fremført begrebet recovery som mål for fremtidens psykiatri. Begrebet har dog været velkendt blandt psykiatere siden 1920'erne, hvor der blev udført vigtige follow-up studier af mennesker med skizofreni, som viste at en stor del af disse patienter kunne blive fuldstændig raske igen. Hvor det traditionelle mål for behandling har været symptomorienteret, er begrebet recovery mere ambitiøst. Man taler om en recovery-proces med indsatser, der giver personen med en psykisk lidelse den største mulighed for at blive integreret i familien og i samfundet, deltage aktivt i rehabiliteringsprocessen, lære færdigheder samt opnå følelsen af at have kontrol over sygdommen.

Netop pårørende er gennem pårørendeorganisationer som Sind, Angst-foreningen, OCD-foreningen m.fl. blevet væsentlige medspillere i psykiatrisk behandling. Ikke kun som modtagere af psykoedukation, men som aktive deltagere i den integrerende behandlingsindsats (se kapitel 11 og 18).

Et udtømmeligt behandlingsbehov

Psykiatriens ekspansion rummer en risiko for, at de mest syge ikke bliver tilgode-set nok i daglig behandling betinget af de begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet, og at de ikke udgør en magtfuld politisk pressionsgruppe. Mennesker med behov for specialiseret psykiatrisk behandling findes som anført inden for mange psykiske sygdomme og ikke kun blandt mennesker med psykotiske lidelser.

Psykiatriens ekspansion har netop sit udspring i et stort behandlingsbehov for mennesker med ikke-psykotiske lidelser, herunder depression, angst, alkohol- og stofmisbrug, personlighedsforstyrrelser, autisme og ADHD. Hertil kommer nye politiske udfordringer om hjælp, rådgivning og behandling af manglende trivsel blandt store grupper af befolkningen betinget af en række faktorer, der resulterer i nedsat mental sundhed, mistrivsel, stress og på længere sigt "udbrændthed" med varigt tab af erhvervsevne.

Behandlingsbehovet er derfor udtømmeligt, og det bliver fremover nødvendigt i højere grad at diskutere prioritering af sundhedsydelse til den meget store gruppe mennesker med manglende psykisk sundhed, der mistrives i det moderne samfund, og som forståeligt nok ønsker eller måske direkte forlanger hjælp. Det er en særlig udfordring ved fordelingen af ressourcer, da mange af de metoder, der anvendes i psykiatrisk behandling også er virksomme hos denne gruppe mennesker. Det er her kampen om begrænsede ressourcer kan blive

barsk i en tid, hvor vi kan være på vej til et behandlersamfund, hvor menneskelige problemer tilbydes teknokratiske løsninger – medicin og psykoterapi – baseret på et forenklet menneske- og samfundssyn. Risikoen, der lurder i baggrunden, er selvfølgelig, at man ved at klientgøre mennesker risikere at mindske deres evne til egenomsorg og problemløsning.

Psykiatri – et lægevidenskabeligt speciale

For den fremtidige udvikling af psykiatrien og behandling af de mest psykisk syge mennesker er det afgørende vigtigt, at psykiatrien forsat har solid basis i lægevidenskaben. Psykiatri har mere end noget andet lægeligt fag været omgærdet af myter og fordomme om årsager og heraf betingede forslag til meget forskellige uvirksomme og skadelige behandlinger. Tidligere tiders ofte ørkesløse diskussioner om afgrænsning af psykisk sygdom og årsager og behandling heraf bør ske ud fra et videnskabssyn baseret på systematisk forskning, som underkastes kritisk analyse.

Der er en betydelig optimisme i psykiatrisk forskning, som skyldes flere forhold, fx forventninger til teknologiske fremskridt inden for genetik, molekylærbiologi, neuropsykologi og billeddannende metoder og en række nye grundvidenskabelige metoder. For at få bedre diagnostik og behandling er der store forventninger til resultater af datamining med brug af de mange data fra forskellige omics (altså information om gener, proteiner, metaboliske processer etc.) samt de enorme kliniske datamængder, der opbygges i sygdomsrelaterede registre. I dansk sammenhæng er der særligt store forventninger til brugen af data fra vore fremragende befolkningsbaserede registre, der gør det muligt at følge patienter i forløb og følge sygdomme gennem generationer samt at forske på tværs af en hel befolkning og på tværs af sundhedsvæsenet med stor validitet af resultaterne. Den populationsbaserede epidemiologiske forskning har særligt givet vigtige resultater inden for rammerne af den bio-psyko-sociale sygdomsmodel. Disse forhold er nøjere omtalt i kapitel 16.

Videnskab, Jura og etik

Målsætningen i psykiatri er som i den øvrige lægevidenskab at yde korrekt behandling. Herved menes oftest korrekt i faglig forstand som evidensbaseret virksom behandling, men begrebet har en bredere betydning, der inddrager både juridiske og etiske forhold. Siden 1939 har lovgivning om tvang i psykiatrien undergået en række forandringer til sikring af patientens rettigheder, når de på grund svær psykisk lidelse udsættes for tvangsanvendelse. Der er klare kriterier for at kunne udøve tvang samt muligheder for at anke afgørelser og tilmed på en måde, som har opsættende virkning indtil patientklagenævnets accept (se kapitel 12). Der er i det moderne sundhedsvæsen talrige andre forhold, der gør sundhedsjura til et område med stor og voksende betydning i dagligdagen. Lægeløftet er et eksempel på fagspecifikke etiske regler, og tilsvarende regelsæt findes for andre faggrupper i psykiatrien. I daglig klinik opstår der til stadighed en række etiske dilemmaer i valg eller fravalg af behandling. For at tilgodese

nødvendige etiske diskussioner i respekt for patientens autonomi er der i regionerne oprettet etiske komiteer, der har til opgave at belyse etiske problemstillinger med samme grundighed som over for faglige og juridiske forhold.

Konklusioner og anbefalinger

Psykatri har som lægeligt speciale siden starten af 1800-tallet gennemgået en markant udvikling, hvor følgende kan fremhæves

- Fra omkring 2. Verdenskrig er det sket en markant udvidelse af sygdomsområdet fra klassiske sindssygdomme til en stor gruppe af ikke-psykotiske tilstande, der har ført til nye teorier om sygdom og behandling
- Med udvidelse af sygdomsspektret fra de svære sindslidelser – sindssygdomme – til den store gruppe af nervøse lidelser har psykiatrien ændret genstandsområde fra psykiske sygdomme (eng. diseases) til psykiske lidelser (eng. disorders)
- Fra 1950'erne efter fremkomsten af psykofarmaka og psykoterapi samt udviklingen af socialpsykiatrien skete der en afinstitutionisering fra behandling under indlæggelse på asyl til ambulant behandling. En udvikling der har krævet vidtgående organisatoriske ændringer
- Psykiatriens udvikling nødvendiggør analyse af fagets grundlæggende sygdomsforståelse – fagets sygdomsbegreb, dvs. hvad der begrundes, at vi kalder noget for en psykisk lidelse. Psykisk lidelse er ikke identisk med mangelfuld mental sundhed, mistroiselse eller forskellige former for social uacceptabel adfærd
- Prioritering af sundhedsydelse bør tilgodeses de sværest psykisk syge, hvad enten de lider af psykotiske eller ikke-psykotiske tilstande.
- Psykiatrisk forskning skal fremmes med udnyttelse af de gode forskningsmuligheder, der findes i Danmark for at sikre kvalitet i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser og for at forebygge ikke bare psykisk lidelse, men også for at fremme mental sundhed.

Referencer

1. Rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, 2013.

K A P I T E L F E M

Organiseringen af psykiatrien i danmark

5. Organiseringen af psykiatrien i danmark

Der har over de sidste mange år været et stigende ønske fra mange sider om, at psykiatrien skal være patient-centreret, recovery-orienteret, sammenhængende, udvise geografisk ensartethed, og at overdødelighed, tvangsanvendelse og antallet af retspsykiatriske patienter skal reduceres. På trods af visioner, hensigtsretklæringer og drypvise bevillinger hovedsageligt i form af satspuljemidler, er det ikke lykkedes at implementere disse ambitioner i større omfang i den kliniske virkelighed. Det skyldes ikke kun at ressourcerne ikke er tilstrækkelige, men også at den overordnede organisering ikke understøtter den ønskede forandring, idet den tager udgangspunkt i en fragmenteret, "siloopdelt" model for psykisk sygdom og behandling. Dette indebærer mange overgange mellem de forskellige systemer, hvor der er risiko for, at man mister kontakten med patienten og forløbet bliver afbrudt, eller at patienten "falder mellem to stole". Dansk Psykiatrisk Selskab så gerne en psykiatri med sammenhængende patientforløb, som tog udgangspunkt i den enkelte patients sygdom, funktionsniveau og ressourcer. Vi vil i dette kapitel give et overblik over psykiatriens organisation i dag og beskrive fordele og ulemper ved denne samt pege på mulige løsninger.

Den overordnede opdeling

Den psykiatriske behandling og de sociale opgaver er overordnet organiseret i hhv. regionerne og kommunerne. Regionernes opgaver er bestemt af Sundhedsloven, og kommunernes opgaver er bestemt af Serviceloven. Diagnostik og behandling af psykisk sygdom varetages således i regionerne i henholdsvis den primære og den sekundære sektor. 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 4) 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 i 2007 overtog kommunerne desuden ansvaret for behandlingen af misbrug.

Den psykiatriske udredning og behandling er ikke ens organiseret i de 5 regioner, og ligeledes er de socialpsykiatriske opgaver heller ikke ens organiseret i de 98 kommuner. I nogle kommuner er der tale om selvstændige enheder, i andre ligger de socialpsykiatriske enheder sammen med handicap-, sundheds- eller misbrugsområdet.

Koordinationen og sammenhængen mellem regionale og kommunale opgaver er søgt reguleret via de såkaldte sundhedsaftaler. Desværre er der store problemer med koordineringen, og der har været tendens til, at regioner og kommuner frem for at samarbejde til patienternes og de ansattes bedste, gensidigt har beskyldt hinanden for de problemer, der er. Pga. ressourceknaphed i regionerne har en del patienter været for syge og ustabile, når deres videre forløb skulle varetages i kommunerne, og kommunerne har ikke leveret tilbud, der sikrede, at videreforløbene var tilfredsstillende.

Såfremt psykiatrien fortsat overordnet skal være organiseret på denne måde, har Dansk Psykiatrisk Selskab et ønske om, at der kommer en klar ansvarsfordeling i forhold til, hvilke tiltag der skal foregå i hhv. regionalt og kommunalt regi, og at det forløb, man som patient bliver tilbudt eller som behandler skal yde, er ensartet og af høj kvalitet. Der må være klare retningslinjer for, hvilke kompetencer, der er brug for til hver en tid i et patientforløb, uanset om forløbet på tidspunktet primært hører under regionen eller kommunen, idet mange patienter bliver tilbudt tiltag samtidigt fra begge instanser. I sådanne tilfælde er et godt samarbejde mellem aktørerne meget vigtigt.

Den primære og den sekundære sektor under regionerne.

Psykiatrisk behandling foregår mange forskellige steder i sundhedsvæsenet. I primærsektoren kan den foregå hos patientens egen læge i almen praksis, hos psykolog eller hos en praktiserende speciallæge i psykiatri. I sekundærsektoren kan den foregå ambulant eller under indlæggelse. Behov for behandling i sekundærsektoren burde i princippet hvile på en vurdering foretaget af speciallæge i psykiatri om, at patienten har behov for lægeligt ledet tværfaglig behandling, som ikke kan varetages i primærsektoren. Vurderingen burde foregå ved, at patienten henvendte sig akut i psykiatrisk skadestue, ved indlæggelse eller henvisning til centralvisitationen udfærdiget af læge i primærsektoren. Desværre er der i de senere år sket en skævvridning, således at patienter, som kan nøjes med monofaglig behandling, behandles i sekundærsektoren, mens alment praktiserende læger må tage sig af meget komplicerede patienter, fordi disse er blevet afsluttet fra en sekundær sektor presset af udrednings- og behandlingsgarantien.

Almen praksis

Centralt for etablering af en behandlingsrelation er ofte, at patienten opsøger sin læge måske ledsaget af pårørende. Den praktiserende læge kan vælge selv at behandle patienten, hvilket sker i langt de fleste tilfælde. Er der tale om sværere eller mere kompliceret psykisk lidelse, kan lægen rådføre sig med specialist-eksperter i en såkaldt *shared-care* model, som er en samarbejdsmodel, hvor behandlingsansvaret for patienten bevares i almen praksis, men adgangen til speciallægehjælp lettes gennem fælles konferencer, konsultationer og supervision. Der kan være tale om et direkte samarbejde med en praktiserende psykiater eller med distriktpspsykiatrien, og det kan involvere andre faggrupper som fx sygeplejerske og psykolog. De steder i landet, hvor dette fungerer, er der stor tilfredshed med ordningen. Man bør således sørge for, at det bliver en velfungerende mulighed i hele landet.

Den praktiserende læge kan også henvise til en praktiserende psykiater, hvilket dog aktuelt ofte er forbundet med lang ventetid. Den praktiserende læge kan desuden henvise til sekundærsektoren gennem en central visitation. Nogle steder i landet kan der henvises til indlæggelse, mens man andre steder har uvisiterede akutmodtagelser. Iflg. en undersøgelse, som PLO lavede blandt deres medlemmer i 2020, oplevede næsten 90% af de praktiserende læger jævnligt problemer med afviste henvisninger, hvor det gik ud over patientens forløb. Fordelen ved de uvisiterede modtagelser er, at patienterne kan henvende sig på alle tider af døgnet uden at skulle have været set af vagtlæge først. Ulem-

pen er bl.a., at en stor del af de patienter, der henvender sig, allerede er i ambulante forløb. Henvendelsen er således ofte ikke hensigtsmæssigt, hverken for patient eller ressourceudnyttelsen.

Tidvist må den praktiserende læge indlægge patienter med anvendelse af tvang jf. psykiatriloven. Dette er ikke uden risiko for, at behandlingsrelationen lider skade, og man skylder derfor ikke alene patienten, men også indlæggende læge at yde et tilstrækkeligt forløb af en ordentlig kvalitet, når der skrides til tvangsindlæggelse. Desværre ser vi genindlæggelser med tvang flere gange årligt.

Egen læge er således det første led, hvor der er indbygget en primær **gate-keeper-funktion** som under optimale forhold ville sikre, at de mest syge patienter får den mest specialiserede behandling

Praktiserende psykiatere

Der er ca. 115 praktiserende psykiatere i Danmark med fuldtidsydernummer. De arbejder ca. 50 timer om ugen og har en overenskomst med sygesikringen i lighed med almen praksis, hvor speciallægen honoreres per konsultation, telefonsamtale eller e-mail. I overenskomsten er fastsat et loft for indtjeningen, og efter dette er nået, udbetales kun 40% af indtjeningen for resten af året. For speciallæger med deltidsydernummer udgør dette beløb ca. en tredjedel, og hvis loftet nås, udbetales ikke yderligere fra regionen i det pågældende indtjeningsår. Ifølge overenskomsten må den enkelte patient ses 10 gange hos speciallægen, men dog kan antallet af konsultationer i særlige tilfælde øges til 20 eller flere. Der er imidlertid også et ukendt antal psykiatere, som praktiserer privat uden ydernummer, hvilket betyder, at patienterne skal betale det fulde honorar evt. med refusion fra sundhedsforsikringer eller Sygesikringen.

Udgifterne til speciallægepraksis i psykiatri, dækker de ydelser, der er betalt via sygesikringen, i 2017 svarende til alt 49.103 patienter, der havde haft i alt 326.097 kontakter med et gennemsnit på 57 kontakter per 1.000 borgere. En gennemgang af ydelserne viser, at 84% udredes på højst 2 konsultationer. Af de patienter, som fortsætter behandling efter endt udredning (87%), får 7% primært et psykoedukativt forløb, 18% et psykoterapeutisk forløb og 75% fortsætter primært i et medicinsk behandlingsforløb med støttende samtaler med i gennemsnit 7,4 besøg per patient per forløb. Antal besøg, hver patient har hos speciallægen, er faldende efter at have ligget stabilt i 2012-16. Der er store regionale forskelle, og opgøres tallene per 1.000 borgere, er der 87 kontakter til psykiatrisk speciallæge per 1.000 borgere i Region Nordjylland mod 71 per 1.000 i Region Midtjylland med et gennemsnit på 76 ydelser per 1.000 borgere. Til sammenligning blev der ydet psykologhjælp til 79.675 borgere med et gennemsnit på 82 kontakter per 1.000 borgere af ca. 850 psykologer med overenskomst.

Der er store forskelle i antallet af speciallæger i psykiatri i de forskellige regioner, hvilket bl.a. afspejles i ventetider til behandling hos praktiserende speciallæger i psykiatri. Det er regionerne som fastsætter, hvor mange ydernumre de vil udbyde, og om deltidsydernumre kan opgraderes til fulde ydernumre, hvis speciallægen skulle ønske det. Der er i øjeblikket ventelister hos praktiserende psykiatere på op mod 24 måneder og samtidig en uudnyttet kapacitet, da det er de færreste patienter, som har råd til eller er indstillet på at betale selv for psykiatrisk behandling.

Visitation

Alle henvisninger til sygehusvæsnet modtages i de respektive regioner i en central visitation, hvor fx specialiserede sygeplejersker eller andre personale i samråd med speciallæger i psykiatri ud fra beskrivelsen i henvisningen tager stilling til, om der er behov for indlæggelse, ambulant udredning og behandling i afdelinger, der kan være specialiserede i særlige sygdomsområder (affektive lidelser, psykoser, personlighedsforstyrrelser) eller afvisning af henvisningen. Visitationen kan foregå udelukkende på de fremsendte oplysninger eller kan indebære samtale med patienten. Jo mere erfaren den visiterende læge er, jo færre patienter henvises til en forkert behandlingsenhed eller afvises fejlagtigt. Dette led udgør sekundær *gate-keeper-funktion*, og det er vigtigt, at en sådan varetages af speciallæger i psykiatri gerne med særlig viden om psykopatologi og stor klinisk erfaring. Forkert visitation eller forkert afvisning har store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger.

Visitation til de enkelte tilbud – både indlæggelse og ambulant, som er beskrevet nedenfor, bør ikke alene være diagnoseafhængigt, men også afhænge af sygdommens sværhedsgrad og patientens funktionsniveau. Som eksempel skal man have diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse for at blive tilbudt DAT-behandling og risikerer at blive afvist, hvis man fx har en skizofreni-diagnose, på trods af, at man kan have behov for netop denne terapiform. Omvendt tilbydes alle unge med skizofreni et OPUS-forløb, selv om nogle slet ikke har behov for intensiv, tværfaglig indsats. Det fører på samme tid til svigt af patienter, spild af ressourcer og er ikke patientcentreret.

Udredning og behandling

Centralt for al lægelig behandling er at have tilstrækkelig tid til at udrede patientens symptomer, så der kan stilles en korrekt diagnose og iværksættes en relevant behandling, der retter sig mod den diagnosticerede lidelse. Ikke sjældent henvises patienten i en fase, hvor den psykiske lidelse er under udvikling (fx ved skizofreni) og måske kompliceret af comorbidt misbrug, hvorfor det kan være særligt komplekst og tidskrævende at stille den korrekte diagnose. Derfor er længden på selve udredningen meget individuel, og der kan ikke i alle tilfælde stilles en korrekt diagnose inden for udrednings- og behandlingsgarantiens rammer. På dette punkt vil psykiske lidelser adskille sig betydeligt fra en del legemlige lidelser, hvor selve diagnosticeringen oftest kan foretages hurtigere. Derfor bliver tilstrækkelig tid til grundig og korrekt diagnosticering – og dermed korrekt behandling – en af de centrale problemstillinger i psykiatrien. Selve behandlingen bør planlægges, så der fokuseres på den enkelte patients symptomer, funktions- evne og psykosociale problemstillinger samt under hensyntagen til den støtte som vedkommende kan opnå i sit nærmiljø og blandt sine pårørende. Udredning af psykiske lidelser kan som nævnt være kompleks, og i sekundærsektoren involverer det ideelt set et tværfagligt team bestående af psykiater, neurolog, ergoterapeut, fysioterapeut, sygeplejerske, psykolog og socialrådgiver.

I nogle regioner er der oprettet specialafdelinger, som foretager sådanne udredninger. Dette kan være i distriktpsychiatriske centre, som udreder de patienter, der bor i et givet område eller region. De kan have en speciel aftale med de praktiserende psykiatere om, at de ser nyhenviste patienter til en afklarende samtale med henblik på, om der skal ske en videre udredning, eller om patienten

kan afsluttes til egen læge. I nogle tilfælde kan patienterne udredes og behandles hos almen praktiserende læge eller hos praktiserende speciallæge. I Odense har man haft succes med en ordning, hvor de praktiserende læger kunne få vurderet deres patienter hos en speciallæge i psykiatri indenfor 14 dage mhp. diagnose og behandlingsforløb, så de vidste om, og hvordan de selv skulle behandle patienten, eller om henvisning til psykolog, praktiserende psykiater eller sekundærsektoren var mere hensigtsmæssig.

For den enkelte patient og de pårørende er det ofte en balance mellem at få hurtig hjælp, få en så grundig og retvisende udredning og diagnostik som muligt, samt at behandlingsstedet er let tilgængeligt. Ikke alle psykiatriske patienter formår således at tage offentlig transport i flere timer, hvilket kræver at fx specialiserede sygeplejersker kører på hjemmebesøg (fx via de nedenfor nævnte FACT-teams), og at der er et tæt samarbejde mellem psykiatrien og de kommunale bo-støtter og støttekontaktpersoner.

Psykiske lidelser skal forstås biopsykosocialt, dvs. som et komplekst samspil mellem biologiske forhold (legemlig sygdom, misbrug, arveligt betinget sårbarhed), psykologiske forhold (personlighedstræk, mestringsstrategier, opvækstmiljø) samt sociale forhold (familiære, økonomiske, arbejdsmæssige), der interagerer og kan udløse samt vedligeholde den psykiske lidelse. De samme forhold belaster de pårørende og kan gøre det vanskeligt for patienten at gennemføre en behandling for fx en fysisk lidelse (se kapitel 10). Det vil ofte være nødvendigt at behandlingen gennemføres gennem et tæt samarbejde med praktiserende læger, det somatiske sygehusvæsen, med de kommunale jobcentre, familieafdelinger, sagsbehandlere, måske kriminalforsorg og - ikke mindst - med misbrugscentre, herberger og private organisationer, der tager sig af hjemløse misbrugere. For at facilitere dette vigtige samarbejde bruger psykiateren ofte meget tid, som ikke anvendes ansigt til ansigt med patienten. Dette er nøjere omtalt i kapitel 7. Andre instanser som politi og vagtberedskab kan være involveret ved selvmordsfarlig eller mere udadrettet adfærd hos patienten.

Når behandlingen er veletableret, og den psykiske lidelse er i stabil fase, afsluttes patienten ofte til egen læge måske for de sværest syges vedkommende i samarbejde med til et kommunalt tilbud, som følger patienten videre. Der ydes i nogen grad konsulentbistand fra psykiatere og psykiatriske specialsygeplejersker til bo-institutioner såvel i regionalt som kommunalt regi, ligesom institutionerne ideelt set har et tæt samarbejde med de afdelinger, hvor beboerne indlægges, når de har behov for det. Desværre er det langt fra altid denne måde, det forløber på. Mange patienter er ustabile, og behandlingen er ikke veletableret, når de udskrives eller afsluttes fra psykiatrien. Eventuelt genoptager de et tidligere misbrug eller påbegynder et nyt. Dertil kommer, at kommunerne pga. stram økonomi har hjemtaget svært psykisk syge borgere fra regionale botilbud til kommunale, når der har været plads. Det medfører, at de praktiserende læger og kommunerne, står med en opgave, som de kan have meget svært ved at løfte.

Psykiatrien har været udfordret af heterogen diagnostik og behandling, både på tværs af lande, men også på tværs af regionerne. Det bør ensortes ved fokus

på problemet, efteruddannelse og nationale møder, hvor heterogenitet diskuteres mhp. at opnå konsensus. Desuden bør der som nævnt være tid til at stille korrekte diagnoser, og det fordrer et tilstrækkeligt antal speciallæger. Der er særligt udenfor byområderne en udtalt mangel på speciallæger. Denne udfordring er generel for sundhedsvæsenet, og der er flere mulige løsninger (se kapitel 8). Lægeforeningen viste på baggrund af en konkret undersøgelse i forbindelse med oplægget "Styrk psykiatrien nu – det vedrører os alle" fra 2018, at der kunne frigøres speciallægetid svarende til 100 speciallæger ved at lade lægerne fra administrative arbejde, som i øvrigt bedre kunne udføres af andre personalekategorier.

Det psykiatriske sygehusvæsen

Det psykiatriske sygehusvæsen drives som nævnt af Regionerne. I 2009 var antallet af voksne patienter i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen 89.614 med 792.157 kontakter. I 2017 var i alt 151.000 patienter i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen heraf 116.771 voksne og antallet af voksne kontakter var steget til 1.110.778. Antallet af unikke patienter, som var indlagt i voksenpsykiatrien, har ligget nogenlunde stabilt i perioden på omkring 23.000, mens antallet af indlæggelser er steget fra 38.119 i 2009 til 43.693 i 2017. Dette skyldes, at indlæggelsesvarigheden er blevet kortere samt et betydeligt antal akutte genindlæggelser, idet antallet af sengepladser (døgnbehandlingspladser) er blevet reduceret i perioden. Hvor meget de er reduceret, er vanskeligt at afgøre, da det opgøres forskelligt, og da der er forskel på de forskellige døgnbehandlingstilbud. Fx kan der være forskel på, om der både er optalt børne-ungdomspsykiatriske, almenpsykiatriske og retspsykiatriske pladser, eller om det udelukkede drejer sig om almenpsykiatriske pladser. I et svar fra Sundhedsministeren til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg den 11. jan 2017, så tallene fra Danske Regioner således ud:

Normerede sengepladser i psykiatrien

Antal	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hovedstaden	1498	1462	1391	1396	1168	1192	1195	1201	1182	1170
Sjælland	395	395	395	380	379	391	394	368	392	392
Syddanmark	582	582	582	597	579	582	564	605	598	598
Midtjylland	535	543	511	505	517	521	523	531	518	496
Nordjylland	277	277	270	270	261	271	272	270	270	249
Hele landet	3287	3259	3149	3148	2904	2957	2948	2975	2960	2905

Anm.: Det bemærkes, at tallene for 2007-2015 er opgjort ultimo året, hvorimod tallene for 2016 er opgjort pr. 1. januar. Opgørelses-tidspunktet kan have betydning for antallet af sengepladser, og der skal således tages forbehold i sammenligningen. Desuden bemærkes det, at tallene fra 2007-2008, 2009-2010 og 2011-2015 stammer fra henholdsvis benchmarkingsrapporterne for 2008, 2014 og 2015. Tallene for 2011 og 2013 er således fra den seneste benchmarkingsrapport for 2015, hvor Region Midtjylland bagudrettet har korigeret antallet af sengepladser i disse år, hvorfor antallet afviger fra tidligere rapporter.

Kilde: Danske Regioner, Benchmarking af psykiatrien 2008, 2014 og 2015. Tallene fra 2016 er opgjort af Danske Regioner på baggrund af indberetninger fra regionerne i forbindelse med bidrag til besvarelse af SUU alm. del nr. 569.

Opgørelsen fra benchmarking af psykiatrien 2017 så således ud:

Børne- og ungdomspsykiatrien						Abs. ændring fra 2016-2017
	2013	2014	2015	2016	2017	
Region Nordjylland	11	11	11	11	12	1
Region Midtjylland	49	49	49	49	49	0
Region Syddanmark	46	47	47	46	46	0
Region Hovedstaden	79	78	74	74	74	0
Region Sjælland	37	40	40	40	40	0
Hele landet	225	225	221	220	221	1
Voksenpsykiatrien						Abs. ændring fra 2016-2017
	2013	2014	2015	2016	2017	
Region Nordjylland	261	259	259	233	233	0
Region Midtjylland	474	482	469	466	465	-1
Region Syddanmark	515	558	551	549	537	-12
Region Hovedstaden	1.116	1.123	1.108	1.092	1.092	0
Region Sjælland	357	342	352	345	345	0
Hele landet	2.718	2.764	2.739	2.685	2.672	-13

Der er store regionale forskelle i antallet af sengepladser, hvor der fx i 2017 i Region Midtjylland var 0,45 senge pr. 1000 indbyggere, er det tilsvarende tal for Region Hovedstaden 0,76, sv.t. 68% flere senge pr. indbygger. Tilsvarende har reduktionen i antallet af sengepladser også været meget forskellig i de forskellige regioner, ligesom antallet af indlæggelser er forskellige. Således indlægges omkring 7 per 1.000 voksne i Region Nordjylland; mens tallet er 11 per 1.000 i Region Syddanmark og Region Hovedstaden. Gennemsnittet på landsplan er 10 indlæggelser per 1.000 voksne.

Det anføres ofte i den offentlige debat vedrørende psykiatri, at vi skal se til Norge. Gør vi det mht. sengepladser, ses det at Norge iflg. OECD har over dobbelt så mange sengepladser pr. 1000 indbyggere, som vi har i Danmark (1).

Antallet af ambulante besøg inkl. skadestuebesøg i voksenpsykiatrien er gået fra 754.038 i 2009 til 1.067.085 i 2017. Pr. patient betyder det en stigning fra 8,7 til 9,2 besøg i gennemsnit per år. Antal besøg pr. 1.000 varierer meget: fra 191 besøg per 1.000 i Region Nordjylland (i 2017), 270 per 1.000 i Region Syddanmark og et landsgennemsnit på 237 per 1.000 voksne. I 2009 var der 179 besøg per 1.000 voksne. Den ambulante aktivitet i psykiatrien er således steget næsten 20% i perioden fra 2013–2017.

En analyse foretaget af Kommunernes Landsforening i 2017 af udviklingen i behandlingsindsatsen for patienter med skizofreni (2) viste, at ca. 5.000 patienter med skizofreni både var indlagt og i ambulant behandling i løbet af samme år. Den samlede behandlingsindsats i denne patientgruppe var karakteriseret ved et kraftigt fald i antallet af indlæggelsesdage årligt og uændret ambulant behand-

lingsindsats samt stigende genindlæggelsesfrekvens og flere med akutte psykiatriske skadestuebesøg. Behandlingsindsatsen fra 2007-2015 havde udviklet sig som følger: Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed pr. indlæggelse var faldet fra 40 dage til 27 dage. Det gennemsnitlige antal indlæggelser årligt pr. patient var derimod steget fra 1,9 indlæggelser til 2,2 indlæggelser årligt. Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage pr. patient pr. år var faldet fra 77 dage til 58 dage. Gennemsnitligt var der 17 planlagte ambulante besøg årligt i hele perioden. Andelen af patienter, som også havde været på psykiatrisk skadestue i løbet af samme år, var steget fra 49 pct. til 65 pct. Desuden var genindlæggelsesfrekvensen steget fra 27,3 pct. til 29,3 pct.

Udover disse eksakte tal har vi i psykiatrien også betydelige mørketal og underbelyste områder. Fx ved vi ikke, hvor mange mennesker som aldrig har henvendt sig trods behov for psykiatrisk hjælp, hvor mange som er blevet afvist og ikke kommet tilbage, eller som har mistet kontakten med psykiatrien i en overgang, og derfor er uden behandling, selvom de egentligt har et behov.

Behovet for senge i psykiatrien

Overordnet har den psykiatriske behandling i Danmark gennemgået den 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 ambulant behandling (se kapitel 4). Desværre er nedlukningen af sengepladser (døgnbehandlingspladser) gået for hurtigt og har været for omfattende. Dette har sammen med stigningen i antallet af patienter, som skal udredes og behandles, lagt pres på et ambulant system, som ikke i tilstrækkelig grad er blevet udbygget til at varetage opgaverne. Vi står derfor i dag med en psykiatri, hvor der hverken er kapacitet nok til at indlægge patienterne i det omfang, der er behov for, eller tilbyde de ambulante forløb, der også er behov for. Patientforløbene, som burde være sammenhængende, er brudt op, og der er en tidsbegrænsning på, hvor længe patienter kan være tilknyttet disse afhængig af rammer og ressourcer. Fx har vi store akutafdelinger, som udskriver op mod 80 % af patienterne indenfor en uge, og patienterne i den ambulante psykiatri må ofte afsluttes efter 1-2 år, fordi der er mere syge patienter, som skal til.

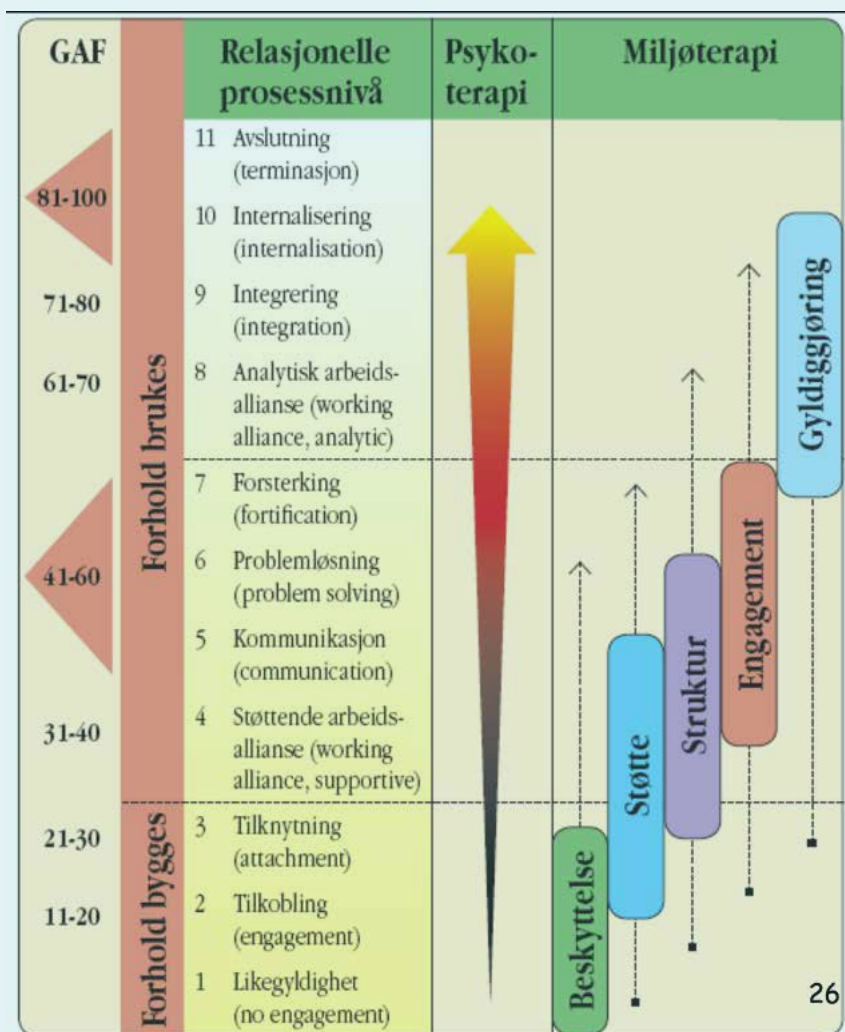
Iflg. en undersøgelse, som lægeforeningen lavede i 2018 (3), svarede 78 procent af speciallægerne i sygehuspsykiatrien nej til, at der var sengepladser nok til alle med behov for indlæggelse, og 84 procent havde oplevet at afvise patienter, som ud fra en lægefaglig vurdering ville have gavn af et ambulant forløb. Disse forhold går i særlig grad ud over patienter med skizofreni, bipolar sygdom, svær depression og patienter med komplicerende misbrug af alkohol og stoffer (såkaldte dobbeltdiagnoser). På grund af mørketallet er det imidlertid meget vanskeligt at estimere, hvor mange døgnbehandlingspladser og hvor meget ambulant kapacitet der er behov for.

For at skabe differentierede patientforløb må der være både døgnbehandlingspladser og ambulante tilbud af forskellig type og intensitet. Når man har behov for indlæggelse, skal der være lægeligt ledet tværfaglig behandling, men også meningsfuld beskæftigelse i det omfang tilstanden tillader det, idet målet med indlæggelsen skal være at udrede patienten, afhjælpe symptomerne og bedre

funktionsniveauet. Ved at integrere GAF-skalaen, de miljøterapeutiske principper og de relationelle procesniveauer (Stavangermodellen) kan man afgøre, hvilke rammer patienten bør tilbydes. Se figur 1 GAF-skalaen (Global Assessment of Functioning) og figur 2 Miljøterapeutiske principper og relationelle procesniveauer.

GAF		
Enten		Eller
Ingen eller minimale symptomer F.eks. mild eksamensangst	90 81	Gode funktioner på alle områder, interesseret og engageret i et bredt spekter af social aktiviteter. Er socialt effektiv, og er stort set tilfreds med livet. Kun dagligdags problemer og bekymringer. Kontrolleret markering af uenighed med andre.
Forventet og forbigående reaktioner på psykosociale stressfaktorer. F.eks. koncentrationsvanskeligheder efter et skænderi	80 71	Ubetydelig, midlertidig og situationsbetinget nedsat social, erhvervsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. midlertidig at komme bagud med opgaver.
Nogle lette symptomer. F.eks. lettere nedstemthed, moderate indsovningsvanskeligheder.	70 61	Nogle vanskeligheder med social, erhvervsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. sporadisk skulking eller tyveri inden for hjemmet.
Moderate symptomer. F.eks. affladede følelser, omstændeligt sprog, et panikanfald af og til.	60 51	Moderate vanskeligheder i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. få venner, konflikter med kolleger eller bekendte.
Alvorlige symptomer. F.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangssituationer.	50 41	Alvorlig forstyrrelse i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. ingen venner, kan ikke klare at holde fast på et job.
En del forstyrrelse i realitetstestning eller kommunikation, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. F.eks. talen er af og til ulogisk, uforståelig eller irrelevant.	40 31	Større funktionssvigt på flere områder, så som arbejde, skole eller familierelationer, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. F.eks. undgår venner, forsermer familien, ude af stand til at arbejde.
Adfærden er i betydelig grad påvirket af vrangforestillinger eller hallucinationer. ELLER: Alvorlig forstyrrelse i kommunikation eller dømmekraft. F.eks. af og til usamlet, opfører sig meget upassende, til stadighed optaget af selvmord	30 21	Manglende funktionsevne på næsten alle områder. F.eks. forbliver i sengen hele dagen, intet job, hjem eller venner.
Fare for at kunne skade sig selv eller andre. F.eks. selvmordsforsøg uden klar forventning om at dø, er ofte voldelig, manisk. ELLER: Alvorlig kommunikationsforstyrrelse. F.eks. snakker stort set sammenhengende eller er stum.	20 11	Af og til svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne. F.eks. meget urenlig med afføring
Vedvarende fare for at skade sig selv eller andre alvorligt. F.eks. gentagne voldshandlinger. ELLER: Alvorlige suicidale handlinger med klar forventning om at dø.	10 1	Vedvarende svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne.

Figur 1. Global assesment of function (GAF)-skalaen.



Figur 2. Stavanger modellen: Miljøterapi og relationelle prosesser integrert med GAF.

Mulighetene for døgnbehandling under indlæggelse bør omfatte intensive pladser, lukkede pladser, åbne pladser, langtidsrehabiliteringspladser og 5-døgns afsnit, hvor patienten er hjemme i weekenden. Endelig er det vist, at daghospitalspladser også kan være nyttige. Benævnelsen intensiv plads har været brugt af forskellige aktører med forskellig betydning i psykiatrien. Når Dansk Psykiatrisk Selskab nævner *intensivpladser*, mener vi pladser svarende til intensivpladser i somatikken med fire til seks patienter på afdelingen og én til én bemanning. Her skal de mest psykotiske patienter, fx patienter som tvangsindlægges, behandles i de første dage af deres indlæggelse. Det er i de første dage af sådanne indlæggelser, der anvendes mest medicin og mest tvang. Dette kan mindskes ved, at patienten er i rolige omgivelser med sin egen faste kontaktperson. Man vil ligeledes, når det drejer sig om udredning og diagnostik, få de mest præcise observationer fra plejepersonalet. Når patienten er kommet over et funktionsniveau sv.t. GAF 10-20, kan vedkommende flyttes til en lukket døgnbehandlingsplads.

Det er selvfølgelig vigtigt, at indlæggelse ikke medfører et funktionstab, som man så det i de psykiatriske asyler tilbage i 1950'erne. Dels fordi indlæggelsestiden dengang – i modsætning til nu – var meget langvarige og faktisk kunne omfatte flere decennier, dels fordi der i dag netop kan arbejdes målrettet med at øge funktionsniveauet hos patienten, hvis man får tid og mulighed herfor. Til gengæld er der mange, som taber funktionsniveau ved gentagne korte indlæggelser ved at være "kastebold i systemet" eller miste kontakten til behandlingen. Som det fremgår af Stavangermodellen (figur 1 og 2), har de mest syge patienter, i begyndelsen primært brug for beskyttelse og støtte. Det tager sin tid at genopbygge et godt funktionsniveau herfra. Patienten kan have brug for "at spærre verden ude", for trygge rammer og måske være på afstand af et stressende hjemmemiljø. Der kan være behov for at afværge, at patienten gør skade på sig selv eller andre. Under indlæggelse er der mulighed for at stille en diagnose under døgnobservation af symptomer. Nogle patienter vil have brug for optrapning af medicin under nøje observation for bivirkninger, andre for nedtrapning af medicinen under døgnovervågning for at kunne opfange evt. tilbagefald i sygdommen. En del patienter har såkaldt polyfarmaceutisk behandling, fx behandling med flere forskellige typer antipsykotisk medicin evt. med tillæg af benzodiazepiner. Dette vil ofte være uhensigtsmæssigt og medføre mange bivirkninger. Sanering af den medicinske behandling vil ofte foregå bedst under indlæggelse, fordi der hele tiden er fare for genopblussen af den oprindelige sygdom, hvorved patienten måske mister sygdomsindsigten og helt ophører med al sin behandling. Desuden skal man huske på, at ændringer i medicineringen kan være flere uger om at slå igennem.

Der bør også være mulighed for at blive indlagt mhp. at komme ud af et misbrug af rusmidler. Erfaringsmæssigt kan dette tage lang tid også efter at de fysiske abstinenser er aftaget. Der vil ofte være behov for genoptræning af sociale færdigheder. En del patienter vil således have brug for en langvarig rehabiliterende indlæggelse pga. et vedvarende behov for rammer og støtte, for at kunne klare sig og opretholde deres funktionsniveau og livskvalitet.

I dag er stort set al beskæftigelse for patienterne nedlagt på de psykiatriske afdelinger, men det er vigtigt, at patienterne kan beskæftige sig med fx kreativt arbejde og fysisk aktivitet og gøre sig gældende på den måde. Derfor må tværfagligheden tilbage i højsædet, således at der ud over psykiatere ansættes pædagoger, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere samt sekretærer, alle med en overbygning i psykiatri på deres respektive uddannelser. Det vil forbedre behandlingen, som ikke kun skal bestå af medicin, betydeligt. Desuden vil det afhjælpe problemet med at få tilstrækkeligt personale. Dertil kommer et stort behov for at fastholde og udvide muligheden for psykoterapi under indlæggelse.

"De særlige pladser"

Fra 2012 og fire år frem blev fem medarbejdere i socialpsykiatrien dræbt af psykisk syge beboere. Dette førte til, at Folketinget skabte en konstruktion, kaldet "De Særlige Pladser", hvis sigte var at man skulle kunne huse de mest syge, misbrugende og farlige beboere under rammer, der skulle være sikkerhedsmæssigt forsvarlige. Man landede på en model med 150 pladser på landsplan,

hvor indlæggelse af og samarbejde med patienterne skulle ske frivilligt og efter indstilling og godkendelse i det kommunale system.

Dansk Psykiatrisk Selskab finder, at etableringen af flere sengepladser var og er påkrævet, men at organisationen af De Særlige Pladser udelukkende er sket som del af en politisk begrundet forhandling og uden at høre på faglige argumenter. Kriterierne, man politisk blev enige om, var så stramme, at det har vist sig svært at få fyldt pladserne op. Desuden skal patienterne være parate til at opgive deres bolig for at kunne blive indlagt, og sidst men ikke mindst skal patienterne indstilles til indlæggelse i et "visitationsforum" gennem de politiske styrede kommunalbestyrelser og regionsråd.

Dansk Psykiatrisk Selskab mener, at en personkreds, som De særlige Pladser retter sig imod, som hovedregel ville være bedre hjulpet med en længerevarende, stabiliserende indlæggelse på de almindelige psykiatriske afdelinger og at ordningen hurtigst muligt skal nedlægges, således at man i stedet overfører sengepladserne til den regionale psykiatri – både organisatorisk og lovgivningsmæssigt, således at patienterne bliver indlagt efter lægefaglige kriterier. Det ville ydermere være et første spinkelt skridt til at reetablere den manglende sengekapacitet i Danmark.

Overgangen mellem indlæggelse og ambulant behandling

En sårbar overgang er mellem indlæggelse og ambulant behandling. Ofte vil der være forskellige syn på den enkelte patient, og det tager tid for det behandlende team at lægge en god plan. Det ambulante team, der kender patienten, involveres for sjældent, hvilket igen fører til fejl og udtalt dobbeltarbejde. I fremtiden bør der derfor arbejdes med transmurale modeller, hvor patientens behandlingsansvarlige læge i det ambulante forløb fastholder behandlingsansvaret under indlæggelse og går hyppig stuegang. Det vil betyde, at det nuværende skel mellem ambulante læger og hospitalslæger udviskes. Dette vil være trykligere, for patienten og samtidig går mindre viden tabt mellem stationært og ambulant forløb. Endelig vil det betyde langt mere effektiv oplæring af yngre læger, fordi de ser længere patientforløb. Det er dog meget vigtigt, at muligheden for kollegial sparring sikres i en sådan model.

De ambulante tilbud

De ambulante tilbud bør også være differentierede og så finmaskede, at man i videst muligt omfang er i stand til at behandle patienterne, så de ikke får behov for indlæggelse. Man bør som tidligere have mulighed for tilknytning til et daghospital ugens fem hverdage i dagtiden, idet undersøgelser har vist, at dette er et godt tilbud til patienter med intensivt behov for ambulant opfølgning i en periode. Her kan være tale om debuterende svære lidelser eller tilbagefald til sådanne, som ikke kræver egentligt døgnbehandling. Særlige ambulante tilbud som fx OPUS bør ikke være alders-, diagnose og tidsbegrænset, som det er i dag. Dette intensive ambulante forløb bør være tilgængeligt uanset debutalder, diagnose og evt. komplicerende misbrug, og tilbuddet skal stå til rådighed, så længe en speciallæge i psykiatri finder det indiceret.

For de patienter, som har vanskeligt ved at give fremmøde, bør der være udgående teams. I hovedstadsområdet findes i dag gadeplansteam og såkaldte FACT-team, som bør udbredes. FACT betyder Flexible Assertive Community Treatment og er en hollandsk model, der aktuelt implementeres i Danmark og flere andre europæiske lande. Modellen tager udgangspunkt i et tværfagligt team, der med lokal forankring skal understøtte den enkelte patients recovery-proces og vej tilbage til at være en del af samfundet. I teorien skal et FACT-team kunne løfte alle opgaver, der er nødvendige, men i Danmark er modellen endnu ikke prioriteret til sit fulde potentiale. I FACT-teams, er der mulighed for intensivering af behandlingen, således at patienten om nødvendigt kan besøges dagligt ved kriser og støttes i at komme sig i sit hjemmemiljø. I den fuldt finansierede model, der endnu ikke findes i Danmark, er der tillige mulighed for at kontakte teamet alle dage døgnet rundt. I overensstemmelse med recovery-tankegangen, bør social støtte (herunder hjælp til bolig, job, serviceydelser), misbrugsbehandling, psykosocial behandling og farmakologisk behandling kunne tilbydes i et samlet team, fordi det er klart mest effektivt og opleves mest trygt for den enkelte. Endelig skal også nævnes, at den lægelige videreuddannelse bedres gennem en sådan ordning, hvilket vil komme fremtidige patienter til gavn.

For de patienter, som har behov for det, bør det være muligt at være tilknyttet et ambulant tilbud livslangt. I dag ses alt for ofte tilbagefald til svær psykoselidelse efter afslutning fra distriktspsykiatrien. Det bør således være muligt at se patienten med en tilstrækkelig hyppighed og varighed. Personalet bør som under indlæggelse være tværfagligt og med overbygning af psykiatri på deres respektive grunduddannelser.

Specialeplanen

Sundhedsstyrelsen fastsætter i henhold til Sundhedsloven specialfunktioner i sygehusvæsenet. Det sker via specialeplanen, der udgøres af de samlede specialevejledninger for alle lægevidenskabelige specialer. Grundtanken i specialeplanen er, at "øvelse gør mester". Således samles behandling af sjældne lidelser, vanskeligt behandelbare lidelser eller lidelser, der fordrer særligt ressourcekrævende behandlinger i enten **regionsfunktioner** (1-3 pr region) eller i **højt specialiserede funktioner** (1-3 i hele landet). Sundhedsstyrelsen beslutter ud fra fastlagte krav placering af regions- og højt specialiserede funktioner efter ansøgning fra regionerne. Som tommelfingerregel forventes omkring 10% af behandlinger at være specialiserede, og den væsentligste del af behandlingerne foregår altså i de såkaldte **hovedfunktioner**. Den første specialeplan fra 2010 gennemgik revision mellem 2014 og 2017. For det psykiatriske speciales vedkommende medførte revisionen, at nogle højt specialiserede funktioner udgik for bl.a. skizofreni og for affektive lidelser.

Den psykiatriske specialevejledning har den indbyggede vanskelighed, at specialiseringen ofte ikke handler om særlige lidelser, men snarere om højere kompleksitetsgrad af de lidelser, der også behandles i hovedfunktion. Det vanskeliggør afgrænsning mellem hoved- og specialfunktioner. Ofte er der desuden talt om lidelser, der behandles over længere tid og dermed ikke færdigbehandles i en specialfunktion, der snarere vil varetage behandlingen en tid, eller vurdere diagnose, behandling og komorbiditet før tilbagehenvielse til hovedfunktion. For mange mennesker med psykiske lidelser kan nærheden til og lettilgængelighed

af behandling være særligt betydningsfuld, hvilket også har betydning, når specialfunktioner samles få steder i en region eller i landet. Samlet har de nævnte udfordringer medført, at den psykiatriske specialevejledning har været og fortsat er utilstrækkeligt implementeret. Det bør der arbejdes videre med i de kommende år, bl.a. via et grundigt gennemsyn af den aktuelle specialevejledning mhp. om den bør revideres på baggrund af de nuværende erfaringer, så den kommer til at fungere mere hensigtsmæssigt. Specialeplanen er et ambitiøst forsøg på at samle det, der er svært, sjældent eller dyrt for at sikre kvalitet, udvikling og forskning, og det er en ambition, der er lige så vigtigt for psykiatriske som for somatiske patienter.

Helbredelse og recovery

Målet for behandlingen er principielt helbredelse og symptomfrihed, hvilket kan opnås i mange tilfælde. Men i de tilfælde, hvor dette ikke er muligt, vil målet ud fra en recovery-orienteret tilgang være størst mulig reduktion i symptomerne, bedring i funktionsevne og livskvalitet samt hjælp, således at patienten kan leve et for ham eller hende meningsfyldt liv. Behandlingen og succeskriterierne herfor bør altid foregå i samråd med patienten (som fx **shared decision making**). Indsatsen er i sådanne tilfælde oftest tværfaglig og individuelt tilpasset og består udover farmakologisk behandling også af samtaleterapi samt psykosociale indsatser i både regionalt og kommunalt regi. I denne sammenhæng er de i kapitel 16 omtalte **Patient reported outcome measurements** (PRO) meget vigtige. I Danmark er de ydermere helt enestående konstrueret, så de er velegnede både i den daglige kliniske kontakt samt til forskning og kvalitetsudvikling. Et peer-board af patienter har spillet en meget central rolle for udviklingen kvalificeringen af PRO i Danmark.

Psykiatrisk behandling strækker sig ofte over længere tid og patienten følges ofte i stabil fase af andre faggrupper. Man kan overveje om konsultationer evt. kan overgå til praktiserende speciallæger i lighed med, hvad man ser i andre specialer. Således kan den praktiserende speciallæge i psykiatri bl.a. tage stilling til evt. fortsat medicinering og regulering af denne i samarbejde med egen læge. Da patienter med psykiske lidelser i gennemsnit lever 10-20 år kortere end andre, er et tæt samarbejde med egen læge også vigtigt, så der kan foregå nødvendig udredning af somatiske lidelser så behandlingen heraf kan varetages.

Forudsætningen for at iværksætte en psykiatrisk (eller anden) behandling er, at patienten har forstået, hvad behandlingen går ud på, og på det grundlag frivilligt har givet sit informerede samtykke til, at den kan finde sted. Dette skal dokumenteres i journalen og dermed er patientens ret til selvbestemmelse – som beskrevet i Sundhedsloven – en lige så naturlig del af psykiatrien, som den er i somatiske specialer som anført i Sundhedsloven. Imidlertid er et centralt symptom ved mange psykiske lidelser, at patienten har vanskeligt ved at beslutte sig, kommer i tvivl og konstant overvejer, hvad der er det rigtige at gøre. Det kan gøre det pinefuldt at fastholde en beslutning om behandling og kræver vedvarende støtte og motivering fra de omgivende behandlere og kontaktpersoner. Derudover kan det grundet de psykiske lidelsers natur være nødvendigt at behandle en mindre gruppe patienter mod deres vilje. Hjemlen hertil er beskrevet i Psykiatriloven og omtales nøjere i kapitel 12.

IT-understøttelse

De mange samarbejdsflader omkring psykiatriske patienter kræver kommunikation – verbalt og elektronisk. Det stiller krav til alle de involverede fagpersoner, patienter og pårørende om at lytte respektfuldt til hinanden, forsøge at udtrykke sig klart, spørge, når der er noget man ikke forstår, at resumere beslutninger, så alle forstår dem. Den elektroniske kommunikation vanskeliggøres af, at der er forskellige it-systemer i de forskellige regioner, mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehus, mellem kommuner og region; samt at disse it-systemer ikke kan udveksle informationer med hinanden. Man har forsøgt delvis at råde bod på dette gennem det Fælles Medicinkort (FMK) – det fælles medicinmodul og de fælles laboratorieportaler for svar på blodprøver, men dette fungerer dog ikke optimalt overalt. Ydermere er psykiaternes arbejde i visse regioner vanskeliggjort af et dysfunktionerende kontraintuitivt IT-system til journalføring.

Overgange mellem systemerne

Der nydiagnosticeres ca. 35.000 personer med psykiske lidelser årligt i Danmark, heraf ca. en tredjedel (omkring 10.000) i børne- og ungdomspsykiatrien. En stor del af disse børn vil som voksne have behov for kontakt med voksenpsykiatrien. Alligevel er der store problemer med at sikre en overgang og overgivelse af behandlingsansvar mellem de to behandlingssystemer - på trods af forsøg med fleksible aldersgrænser, så igangværende behandling kan afsluttes af patientens velkendte behandlere. Dertil kommer, at de unge skifter tilhørsforhold i kommunen efter det fyldte 18 år, og dermed skifter alle de sagsbehandlere og kontaktpersoner, som har fulgt udviklingen, kender historien og de pårørende.

Et godt samarbejde er som nævnt et centralt element for at sikre sammenhængende forløb og behandling. Den psykiatriske speciallægeviden danner grundlag for psykiatrisk udredning og behandling med medicin og psykoterapi, samt ofte også for somatisk udredning og behandling. Endelig er speciallægens kliniske viden vigtig for den sociale indsats i kommunen. Centralt i det betydelige antal involverede professionelle står patienten og de pårørende, som må have tid og rum, hvis indsatsen skal lykkes (kapitel 11).

Et andet eksempel på problematiske overgange mellem forskellige systemer ses indenfor misbrugsbehandlingen. Misbrug er en komplicerende faktor for mange mennesker med psykiske lidelser. Misbrug kan forværre sygdommen og modvirke behandlingen. Derfor er der i nogle regioner etableret 'dobbelt-diagnose' teams – dvs. et særligt tilbud rettet mod mennesker med både en psykisk lidelse og et betydeligt misbrug – og afdelinger, der er specialiserede i denne behandling. Imidlertid har misbrug et så stort omfang, at alle psykiatriske behandlingssenheder inkl. det primære sundhedsvæsen har behov for en hurtig og smidig kontakt til misbrugsbehandling, og i dette er ofte et tæt samarbejde med kommune og politi i PSP-samarbejdet. Aktuelt er misbrugsbehandlingen imidlertid samlet i kommunerne og hos private aktører. Derudover finder også megen misbrugsbehandling sted på sygehusene og ambulant. Hvordan man sikrer tilstrækkelig oplysning, forebyggelse og hurtig indsats, er en af de største udfordringer for hele sundhedsvæsenet – og ikke mindst psykiatrien. Dansk Psykiatrisk Selskab mener, at misbrugsbehandlingen bedst varetages i regionalt regi, således at koordineringen mellem de forskellige behandlere lettes mest muligt. Se kapitel 14.

Somatisk underbehandling er velbeskrevet, men en enkel løsning findes ikke. Behandlingssystemet bør være trygt og imødekommende overfor psykiatriske patienter. Et aktuelt forsøg, der undersøger effekten af strukturelle ændringer, er allerede i gang. SOFIA-trial undersøger således om de praktiserende læger yder en bedre behandling, hvis de kompenseres økonomisk for at bruge mere tid på konsultationer med psykiatriske patienter. Det er et fint eksempel på en indsats, der sikrer de strukturelle muligheder og søger at opnå lighed i sundhed ved ulige behandling. Det er i dag flere steder svært, for ikke at sige umuligt, at få medicinsk tilsyn på en patient, som er indlagt i psykiatrien.

Sundhedsvæsenets øvrige behandlere bør alle have mere viden om psykiatri, som udgør 25% af sygdomsbyrden. Det vil medføre hurtigere diagnostik og bedre behandling af både somatiske og psykiatriske sygdomme, hvilket ville medvirke til at reducere overdødeligheden. Sidegevinsterne vil være mindre stigmatisering af patienterne og øget rekruttering af alle faggrupper til specialitet, når de får indblik i, hvor interessant det er. De dårligste patienter bør have støtte fra psykiatrisk personale – fx sygeplejersker – til at passe deres somatiske behandling i ambulatorier o.l. samt at deltage i screeningsprogrammer osv.

Sociale problemer og socialpsykiatrien

Tidligere har socialrådgivere været værdsatte medarbejdere i alle psykiatriske afdelinger og behandlingsteams, da psykiske lidelser naturligvis forværres af uafklarede sociale forhold og desuden kan medføre sociale hændelser, som kræver tæt samarbejde med socialforvaltningerne at udrede. Besparelser har imidlertid ført til, at der i langt mindre omfang er adgang til socialrådgiverbistand. Den afklaring, som en kompetent socialrådgiver kan bidrage med, er et centralt element i reduktionen af de sociale belastninger, der vedligeholder den psykiske lidelse og betinger et dårligere respons på den igangsatte behandling. I forbindelse med socialreformen, hvor kommunernes opgaver blev delegeret ud til forskellige afdelinger og hver borger fik flere sagsbehandlere, er mængden af samarbejdspartnere i kommunerne vokset. En typisk patient i psykiatrisk afdeling har kontakt til mentor/bostøtte samt sagsbehandlere i jobcenter, i familieafdeling, i ydelseskontor samt socialrådgiver for visitation til bolig mv. Den psykiatriske afdelings socialrådgiver var tidligere den, der varetog kontakten til kommunen, nu er det ofte en sygeplejerske, der kan have sværere ved at finde frem til den rigtige kommunale medarbejder. Der går derfor megen tid med at udrede patienternes sociale forhold, økonomi og muligheder for kommunal støtte eller afklaring af arbejdsevne og evt. mulighed for pension. Den enkelte patient er således ofte afhængig af sine pårørende til at etablere og fastholde kontakten til kommunen. I nogle kommuner har man nu indført én samlende funktion – især for børnefamilier.

Megen speciallægetid går med at skrive erklæringer til det sociale system. Dette for at dokumentere patientens sygdom, behandling og nedsatte arbejdsevne. Sjældent er der mulighed for en periode til recovery, hvor patienten under kyndig vejledning kunne (gen-)optræne de færdigheder, der er gået tabt under sygdommen.

Der bør også i kommunerne være individuelle tilbud, som tager udgangspunkt i borgernes behov: fra bostøtte i egen bolig til botilbud, hvor mennesker med meget lavt funktionsniveau kan bo med passende støtte. Som nævnt er der i takt med de accelererede indlæggelser og den mangelfulde udbygning af den ambulante psykiatri kommet øget pres på bostederne. De skal i dag varetage opgaver, som de ikke har ressourcer til. Hvor man før i tiden hovedsageligt kunne arbejde med at stabilisere og øge patienternes funktionsniveau og livskvalitet, står man i dag med ustabile psykotiske patienter, som ofte tillige har et misbrug. Der er mangel på personale, så en ansat tidvist kan være alene med beboerne, og en opgørelse fra FOA viser, at 25 % er ufaglærte. Såfremt man fortsat vælger, at behandlingen af ustabile psykiatriske patienter skal foregå på bostederne, må de faglige kompetencer følge med. Dette indebærer nem adgang til psykiatrisk ekspertise, enten ved ansættelse af psykiatrisk konsulent, eller konsultation ved speciallæge fra nærliggende psykiatrisk afdeling i tilstrækkeligt omfang. Desuden ansættelse af pædagoger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere.

Som det er i dag, er det forbundet med betydelig risiko både at være ansat og at være beboer. Volden mod både beboere og ansatte er steget. Vi har som yderste konsekvens heraf været vidne til drab og til beboere, som er døde pga. uvidenhed om den medicin, de skal have pga. deres sygdom. Det er helt afgørende at de kommunale tilbud bliver ensartede landet over, og at der kommer kvalitetskrav til tilbuddene. De skal være tidssvarende, og der bør fx være differentierede krav til personale- og kompetencesammensætning på bostederne afhængig af, hvilken målgruppe de modtager.

Referencer

1. <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>
2. <https://www.kl.dk/nyheder/makro-analyseenheden/social-og-sundhed/udvikling-i-behandlingsindsatsen-for-patienter-med-skizofreni/>
3. https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegeforeningens_psykiatriudspil_2018.pdf
4. SST, 2015: Specialeplanlægning, begreber, principper og krav: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Specialeplan%C3%A6gning-begreber-principper-og-krav.ashx?la=da&hash=D903ED6C047072ADB268E15C50ED8EDAD6DBF656>
5. Gældende psykiatriske specialevejledning: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/SST_Specialevejledning_for_Psykiatri-09-12-2019.ashx?la=da&hash=8CBFA28573D03FB1660DFB8056B6ED9D9684F705

Konklusioner og anbefalinger

- Psykiatrien skal finansieres sufficient over finansloven
- Organiseringen skal understøtte en patientcentreret og recovery-orienteret indsats
- Organiseringen skal understøtte sammenhængende patientforløb
- Både den ambulante psykiatri og sengepsykiatrien skal udbygges
- Den psykiatriske specialeplan bør gennemses og revideres på baggrund af de hidtidige erfaringer for at muliggøre bedre implementering
- Organiseringen skal sikre lighed i sundhed
- Organiseringen skal sikre ensartethed i tilbuddene
- Organiseringen skal optimere udnyttelsen af ressourcerne

K A P I T E L S E K S

Psykiatrisk sygdomsbelastning - nu og i fremtiden

6. 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.

Danmark

Til belysning af psykisk sygdom i Danmark har Statens Institut for Folkesundhed 2015 udgivet rapporten "Sygdomsbyrden i Danmark" (1). Rapporten er første del af det danske sygdomsbyrdestudie, som leverer sygdomsbyrdeestimer bl.a. for udvalgte psykiske sygdomme. Det er et nationalt studie, der er lavet i forlængelse af tal fra det globale sygdomsbyrdestudie Global Burden of Disease fra WHO.

Incidens og prævalens er baseret på et årligt gennemsnit fra 2010-2012 og er opdelt efter køn.

Sygdomsbyrdemål kan være flere forskellige forhold, bl.a. forekomst, indlæggelser og tabte leveår pga. en given sygdom. Incidensen af en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år blev registreret med en aktionsdiagnose for den pågældende sygdom i Landspatientregisteret. Prævalensen for de psykiske sygdomme er foretaget ved at identificere alle personer, der er registreret med en aktionsdiagnose for den pågældende sygdom over en given periode i Landspatientregisteret. Sammenlignet med den seneste hvidbog fra 2012-2020 har man i nærværende rapport brugt data i form af aktionsdiagnoser fra Landspatientregisteret, hvorimod man dengang bl.a. benyttede SUSY-undersøgelserne (2), der baserede sig på spørgeskemaundersøgelser – ikke på diagnostisk udredning. Der foreligger ikke relevante rapporter fra SUSY-undersøgelserne siden da.

Der anvendes generelt følgende skøn over forekomsten af psykiske sygdomme i Danmark, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret. For demenssygdomme er opgørelserne også baseret på Dødsårsagsregisteret:

- Der er årligt 11.000 nye tilfælde af depression. 32.000 mænd og 59.000 kvinder lever med depression, der i rapporten betegnes som "forholdsvis svær" - dvs. som ikke kan rummes udelukkende i primærsektoren.
- Der er årligt 17.000 nye tilfælde af angst. 52.000 mænd og 84.000 kvinder lever med angst.
- Der er årligt over 8000 nye tilfælde af Alzheimers og anden demenssygdom. Omkring 89.000 personer over 60 år lever med Alzheimers og anden demenssygdom.
- Der er årligt 3.500 nye tilfælde af skizofreni. 43.000 personer lever med skizofreni.

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) (3). 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 og som 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.

YLD, højindkomstlande	YLD (millioner)
1. Unipolar depression	8,5
2. Angst	5,7
3. Stofmisbrug	4,1
4. Skizofreni	2,3
5. Alkoholmisbrug	2,1
6. Andre psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	2,0
7. Bipolar sygdom	2,0
8. Autisme og asperger	1,5
9. Adfærdsmæssige forstyrrelser opstået i barndom	0,8
10. Idiopatisk mental retardering	0,7

Daly, højindkomstlande	daly (millioner)
1. Unipolar depression	8,5
2. Stofmisbrug	6,6
3. Angst	5,7
4. Alkoholmisbrug	3,4
5. Skizofreni	2,4
6. Andre psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	2,0
7. Bipolar sygdom	2,0
8. Autisme og asperger	1,5
9. Adfærdsmæssige forstyrrelser opstået i barndom	0,8
10. Idiopatisk mental retardering	0,7

Fig. 1 viser de 10 væsentligste årsager i sygdomsgruppen "Mental and substance use disorders". Tabellerne viser YLD hhv. DALY i højindkomstlande. WHO-tallene er fra 2016 og offentliggjort i juni 2018.

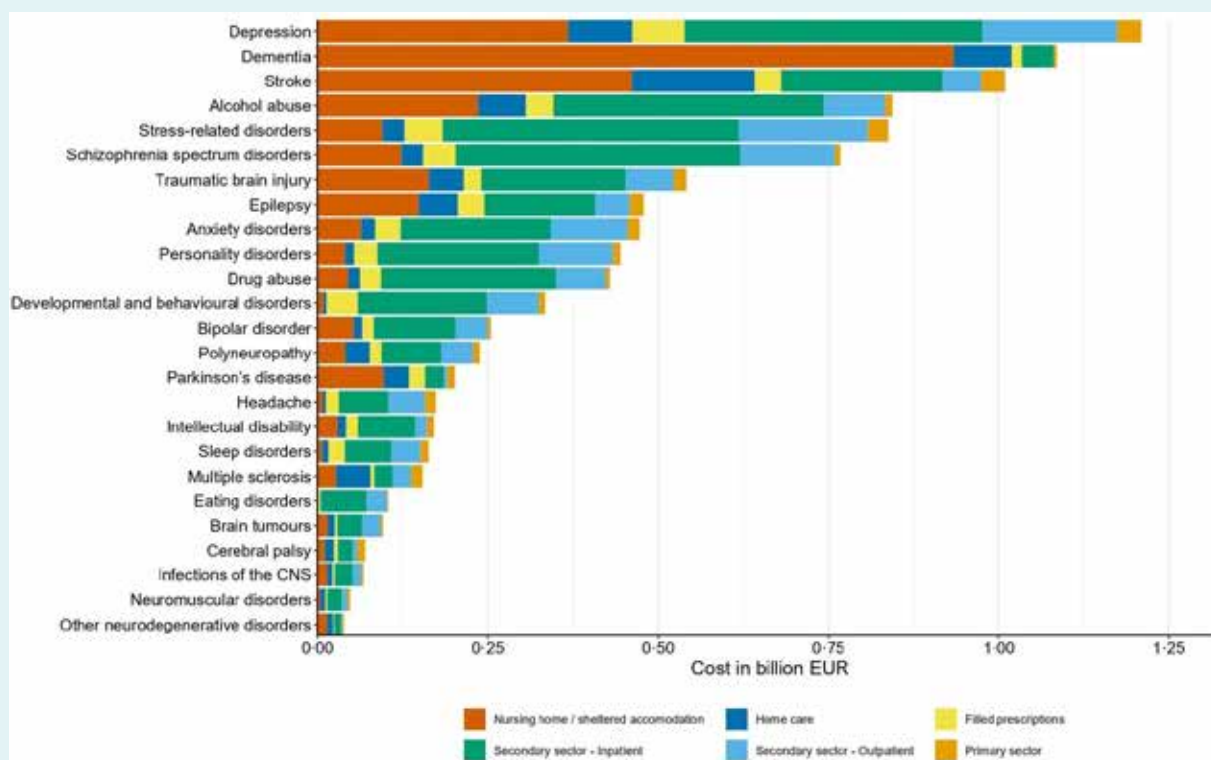
Siden seneste hvidbog er det bl.a. bemærkelsesværdigt, at især stofmisbrug er rykket højt op på listerne, både når det gælder DALY og YLD. En del af forklaringen skal formenligt findes i den opioidepidemi, der især har ramt USA hårdt. Ifølge WHO's tal fra august 2020 kan ca. 500.000 dødsfald årligt relateres til stofmisbrug, og mere 70 pct. af disse dødsfald er relateret til opioider. Ifølge WHO's estimerer døde ca. 115.000 i 2017 af en opioidoverdosis.

Angst er ny på listen siden seneste hvidbog og ligger ligeledes i top tre, både når det gælder DALY og YLD. Herhjemme afspejler det sig både i tallene over personer, der rammes af og lever med angst. Sygdommen er således også en betydelig faktor ift. tab af arbejdsevne og ansøgning om førtidspension.

Omkostninger ved neurologiske og mentale hjernesygdomme

"Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: a population-based cohort study" fra 2020 har undersøgt de direkte og indirekte økonomiske omkostninger ved hjernelidelser på baggrund af tal fra økonomiske registre og patientregistre (4). Studiet bygger på data om den danske befolkning i perioden fra 1995-2015 og beskæftiger sig både med somatiske sygdomme, der udspiller sig i hjernen samt psykisk sygdom. Ved begyndelsen af januar 2015 havde 1.075.081 personer i den danske befolkning mindst en prævalent hjernesygdom - svarende til 18,9 pct. af den samlede befolkning. I 2015 var de samlede direkte omkostninger ved hjernelidelser 5,2 mia. euro i Danmark, mens de indirekte omkostninger til medicin, hjemmepleje, tabt arbejdsevne m.m. lød på 11,2 mia. euro.

Med udgifter på henholdsvis 1,2 og 1,1 mia. euro er depression og demens de hjernesygdomme, der er forbundet med de største indirekte omkostninger. I 2015 var personer med demens den gruppe med de højeste udgifter pr. borger med en udgift på 30.000 euro.



Figur 2. Omkostninger ved personer med en prævalent hjernesygdom i Danmark i 2015.

Stigning i antallet af psykiatriske patienter

Ifølge Danske Regioner er antallet af psykiatriske sengepladser fra 2007 til 2018 faldet med 11,8 pct. fra 3.287 pladser til 2.899. Mens der er blevet færre sengepladser, er antallet af patienter i psykiatrien steget markant med 36,9 pct.

- fra 110.486 i 2009 til 151.262 i 2017 (5). En undersøgelse viste at 58 pct. af speciallægerne i psykiatrien dagligt eller ugentligt må udskrive patienter for tidligt pga. mangel på ledige sengepladser (6). Den situation opstår samlet mere end 25.000 gange årligt. At patienter udskrives, før behandlingen er afsluttet, medvirker til, at 23 pct. af patienterne bliver genindlagt inden for 30 dage. En medvirkende årsag til den høje genindlæggelsesprocent kan dog også være underdimensionerede ambulante tilbud.

Demografiske faktorerers 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. Ved udgangen af 2020 var i alt 4.683.525 voksne personer fyldt 18 år i Danmark. Det tal forventes at vokse med 4,1 pct., således at der i 2030 vil være i alt 4.874.618 voksne i Danmark. I samme periode forventes antallet af personer i Danmark over 70 at stige med 18,1 pct. – fra 853.760 til 1.008.578 personer. Antallet af ældre med en psykisk lidelse forventes derfor at stige betydeligt i de kommende år (se kapitel 15).

Ifølge Danmarks Statistik vil antallet af indvandrere og deres efterkommere (fyldt 18 år) i samme periode vokse fra 652.363 personer i 2020 til 802.518 personer i 2030 – en stigning på 30 pct. I 2020 kom 64 pct. af indvandrerne og deres efterkommere fra ikke-vestlige lande. I 2030 forventes det, at denne gruppe vil udgøre 61,4 pct. af det samlede antal indvandrere og efterkommere. Selvom andelen af indvandrere og efterkommere procentuelt ventes at falde en smule det kommende årti, vil antallet personer med ikke vestlig baggrund i Danmark således fortsat vokse. 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. En del af dem kan have behov for en specialiseret indsats som regionsfunktion.

Udviklingshæmmede med psykisk lidelse

Mental retardering dækker over en ætiologisk heterogen gruppe af personer med udviklingsmæssige udfordringer siden tidlig barndom. Prævalensen er opgjort til 1-2 %. Et grundlæggende livsvilkår i denne gruppe er, at de pga. nedsat intelligens har vanskeligt ved at adaptere sig til forandringer i omgivelserne, hvilket skaber problemer i varierende grad, både ift. at opretholde et rimeligt funktionsniveau i dagligdagen, og at sårbarheden over for miljømæssige belastninger giver dem en øget risiko for at udvikle psykisk sygdom.

Studier viser en højere andel af psykiatriske sygdomme i denne patientgruppe. Hvor personer med lettere mental retardering (IQ 50-70) ligner almenbefolkningen ift. psykiatrisk komorbiditet, tegner der sig et andet billede hos personer med en IQ under 50 (moderat til sværere mental retardering), hvor sproglige begrænsninger kan vanskeliggøre diagnostikken. I denne gruppe er øget behov for psykiatrisk intervention, ofte i form af psykofarmakologisk behandling, af sværere adfærdsmæssige forstyrrelser som aggressivitet og selvskade. Desuden forekommer egentlig psykiatrisk sygdom (fx psykotiske gennembrud)

hyppigere i denne gruppe end i baggrundsbefolkningen. Håndtering af især de dårligste patienter er en specialisopgave, både mht. den daglige omsorg og pleje i et specialiseret, socialpædagogisk botilbud, samt behov for specialiseret, psykiatrisk intervention. I Danmark er behandlingen organiseret i de fem regioner med specialiserede teams.

ADHD og autisme hos voksne

Der har i de senere år fortsat været stigende opmærksomhed på voksne med attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) og autisme. Hovedparten af disse voksne diagnosticeres og behandles i dag i speciallægepraksis. Der ses et stigende antal henvisninger af patienter, hvor diagnosen ikke er stillet i barndommen. Ifølge Danske Psykiateres og Børne- ungdomspsykiateres Organisation (DPBO) har langt de fleste praktiserende psykiatere viden og erfaring med diagnostik og behandling af ADHD og autisme hos voksne. Det ville være ønskeligt, at der i ambulant hospitalsregi var mulighed for diagnostik og behandling af ADHD-patienter med betydende komorbiditet, som fx misbrug, personlighedsforstyrrelser og autisme, som der er i visse regioner.

Der har gennem længere tid været et behov for nationale retningslinjer for at sikre større ensartethed i udredningen og behandlingen af ADHD hos voksne. Siden seneste hvidbog har Sundhedsstyrelsen i 2015 udgivet en National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af ADHD hos voksne. Desuden har Rådet for Dyr Sygehusmedicin (RADS) udgivet et Baggrundsnotat for medicinsk behandling af ADHD i 2016.

Psyisk sygdom og arbejdsmarkedet

Den psykiatriske sygdomsbyrde afspejler sig i befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet. Ifølge "Sygdomsbyrden i Danmark" fra 2015 (1) er depression årligt årsag til 230 og 520 nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til 3 pct. af alle nytilkendelser blandt mænd og 6 pct. af alle nytilkendelser blandt kvinder.

Erhvervsaktive personer med depression har årligt 1,7 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden depression. Det svarer til 6 pct. af alle sygedage. Hvert år koster depression 1.220 mio. kr. i behandling og pleje og 3.110 mio. kr. på grund af tabt produktion. Det understreger behovet for korrekt diagnosticering og sufficient behandling af depression. Ifølge rapporten er angst årligt årsag til 1.900 nytilkendte førtidspensioner. Det svarer til 12 pct. af alle nytilkendelser og udgør således en væsentlig del af nytilkendte førtidspensioner. Erhvervsaktive personer med angst har årligt 1,9 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden angst, hvilket svarer til 7 pct. af alle sygedage. Hvert år koster angst 950 mio. kr. i behandling og pleje og 8.610 mio. kr. på grund af tabt produktion. Skizofreni er årligt årsag til 560 nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og 340 blandt kvinder, hvilket svarer til 6 pct. af alle nytilkendelser. Erhvervsaktive personer med skizofreni har årligt 280.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden skizofreni, hvilket svarer til 1 pct. af alle sygedage. Hvert år koster skizofreni 2.610 mio. kr. i behandling og pleje og 5.650 mio. kr. på grund af tabt produktion.

Der er fortsat brug for et tæt samarbejde imellem psykiatrien og det kommunale system, så mennesker med psykiske lidelser har mulighed for at være en del af arbejdsmarkedet, selvom de måtte arbejde mindre effektivt eller ikke er i stand til at varetage et fuldtidsarbejde.

Konklusioner og anbefalinger

- Psykisk sygdom udgør en markant del af den samlede sygdomsbelastning, og alt tyder på, at denne tendens fortsætter. Opsporing, forebyggelse og behandling af psykisk sygdom bør derfor være et fokusområde i dansk sundhedspolitik i de kommende år – også når det gælder ressourcer til området
- 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 brug for mere viden om misbrug. Det gælder både misbrug af alkohol og andre rusmidler samt ifm. opsporing, forskning, diagnosticering og behandling
- Diagnostik og behandling af mennesker med oligofreni og psykisk lidelse bør fortsat udbygges.

Referencer

1. Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme, Sundhedsstyrelsen, oktober 2015.
2. Sundhed og sygdom i Danmark & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
3. Global Burden of Disease, GBD 2016-tal, www.who.int
4. Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: a population-based cohort study, 2020
5. Danske Regioner, Psykiatrital, www.regioner.dk
6. [Folketingets hjemmeside, ft.dk](http://Folketingets.hjemmeside.ft.dk)
7. Genindlæggelser i det psykiatriske sundhedsvæsen, Sundhedsdatastyrelsen, 2017
8. Styrk psykiatrien nu – det vedrører os alle, Lægeforeningen, 2018
9. Benchmarking af psykiatrien, Danske Regioner, 2017
10. Danmarks Statistik, www.dst.dk
11. Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk

K A P I T E L S Y V

Det tværfaglige samarbejde i psykiatrien – hvad er psykiaterens opgaver

7. Det tværfaglige samarbejde i psykiatrien – hvad er psykiaterens opgaver?

Psykiaterens kerneopgaver

Psykiateren som speciallæge beskæftiger sig med forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering af patienter med psykiske lidelser. Psykiateren har fokus på, at man ikke kan adskille et menneskes biologiske, psykiske og sociale dimensioner - disse indgår i en konstant interaktion hos det enkelte individ. Psykiateren som medicinsk ekspert udreder og behandler psykisk sygdom. Som en naturlig del af udredning og behandling af de givne psykopatologiske symptomer, indgår en konstant stillingtagen til om en given patients psykiatriske symptomer kan være en manifestation af legemlig sygdom. Psykiateren varetager som læge også generel somatisk udredning og behandling af almindeligt forekommende medicinske sygdomme.

Psykiateren har 6 års lægevidenskabelig universitetsuddannelse, 1 års klinisk basisuddannelse, 1 års introduktion til specialet, 4 års speciallægeuddannelse, herunder 6 måneders neurologisk sideuddannelse, en psykoterapeutisk grunduddannelse samt forskningstræning (se kapitel 8). Samlet gør dette, at psykiateren, som autoriseret speciallæge, har opnået den nødvendige kompetence til at arbejde ud fra den bio-psyko-sociale forståelse af psykiske sygdomme, med fokus på det hele menneske. Psykiateren besidder, i kraft af sin uddannelse, et veldefineret sundhedsvidenskabeligt, psykologisk og særligt psykopatologisk vidensgrundlag. Foruden arbejdet på de psykiatriske akutmodtagelser, døgnafdelinger, ambulatorier og i psykiatrisk speciallægepraksis, foretager psykiateren også kliniske vurderinger af psykiatriske problemstillinger hos patienter i andre specialer eller institutioner, samt udviser ekspertise i andre situationer end den direkte patientkontakt ved at bistå lægelige kolleger, pårørende og øvrige samarbejdspartnere med råd og vejledning. Psykiateren samarbejder desuden med sociale myndigheder ved udstedelse af lægeerklæringer, udfører mentalobservationer i forbindelse med retssager samt tager ansvar for, i samarbejde med Kriminalforsorgen, at behandle mennesker, der pga. psykisk sygdom har begået kriminalitet og fået dom til behandling.

Fundamentet for psykiaterens arbejde er et åbent og inkluderende samarbejde med patienter og pårørende. For at sikre patientbehandling af høj kvalitet udveksler psykiateren viden og perspektiver med såvel patienter og pårørende som med sundhedsvæsenets øvrige professionelle, samt instanser uden for sundhedsvæsenet. At arbejde som psykiater forudsætter en grundlæggende interesse i den enkelte patient, og diagnosticering af patienter med psykiske lidelser kræver en naturlig, åben, nysgerrig og fordomsfri tilgang. Med patientens tarv for øje skal psykiateren ydmygt kunne diskutere og revidere egne og andres vurderinger og skøn. Faget kræver ofte, at der træffes beslutninger, som patienten eller pårørende kan være uenige i, hvorfor arbejdet kræver stor faglighed, personlig integritet og fundamental ordentlighed (1). For i videst muligt omfang

at sikre lige adgang til sundhed, at kunne give behandling til de alvorligt trængende og for at forebygge selvmord og vold, har psykiateren jf. Psykiatriloven pligt til at indlægge og behandle mennesker, der pga. psykose eller ligestillede tilstande ikke er i stand til at tage vare på sig selv. Dette er en vanskelig opgave, som fordrer en høj grad af etiske, juridiske, differentialdiagnostiske og kommunikative kompetencer, bl.a. således at den størst mulige grad af autonomi hos patienterne opretholdes, og mængden af tvang minimeres (se kapitel 12). Psykiateren er med sin specialistviden om udredning og behandling central i uddannelsen af kommende psykiatere og bidrager til uddannelsen og efteruddannelsen af øvrige faggrupper, såvel inden for som uden for det psykiatriske behandlingssystem.

Psykiatri er en lægevidenskab, der til stadighed udvikler sig (kapitel 4). Forskning i psykiatrien er beskrevet i kapitel 16. For at sikre kvaliteten i udredning og behandling af psykiatriske patienter er det afgørende, at psykiateren har tid til at holde sig opdateret på de nyeste forskningsresultater, til faglig diskussion og vidensdeling i dagligdagen, samt tid til at sikre høj kvalitet i uddannelsen af kommende psykiatere, da størstedelen af deres uddannelse foregår lokalt på hospitalerne.

Flere patienter og mange nye opgaver

Antallet af patienter, der behandles i psykiatrien, er stigende, uden at der dog har været en tilsvarende stigning i de ressourcer, der er afsat til psykiatrien (se kapitel 5). Samtidigt har organiseringen i en årrække været under konstant forandring. Begge dele har bidraget til at sætte de faglige ressourcer i psykiatrien under pres. Der er fx i dag meget berettiget fokus på kvalitetssikring, men dette afføder mange nye dokumentationsopgaver. Det er ikke sandsynliggjort, at der er en gevinst ved en del af denne dokumentation, og Lægeforeningen har fundet, at der kunne frigøres tid til patienterne, svarende til 85 fuldtidsstillinger på landsplan, ved at overdrage administrative opgaver til ikke-sundhedsfagligt personale (2). Dette tal er i samme størrelsesorden, som regionernes estimat af den akutte mangel på speciallæger i psykiatri (3).

Som beskrevet i kapitel 8 vil der fortsat være mangel på psykiatriske speciallæger i de kommende år. Skal psykiatrien kunne imødekomme den udfordring, er det helt afgørende at have langt større fokus på, hvilke opgaver der kan uddelegeres. 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. En forøgelse af antallet af fx lægesekretærer vil kunne frigøre lægerne fra en række opgaver, der i dag tager tid fra lægernes kerneopgaver.

Der vil altså være store gevinster at hente, hvis man koncentrerer psykiaterens tid om kerneopgaverne og uddelegerer andre opgaver til relevante faggrupper. I figur 1 ses hvilke opgaver, der kan deles eller uddelegeres til andre faggrupper.

Psykiaterens opgaver	Opgaver, som kan deles med andre faggrupper	Opgaver for andre faggrupper
• Visitation • Udredning og diagnostik • Somatisk udredning og behandling • Psykofarmakologisk behandling • ECT (Elektro Convulsiv Terapi) • Ordination af tvangsanvendelse • Uddannelse af læger • Udarbejdelse af retslige erklæringer • Samarbejde med somatiske specialer • Overordnet behandlingsansvar • Faglig ledelse	• Psykoterapeutisk behandling • Vurdering af psykopatologi • Forskning • Eftersamtaler efter tvangsanvendelse • Psykoeksklusion • Undervisning af pårørende • Supervision på psykoterapeutisk uddannelse • Supervision af andre faggrupper • Uddannelse af andre faggrupper • Kvalitetsudvikling • Registreringsopgaver	• Neuropsykologiske og andre psykologiske undersøgelser • Pleje • Miljøterapi • Social udredning • ADL-træning • Fysisk aktivisering

Figur 1 - opgaver i psykiatrien

Behandlingsansvar

Status i Danmark

Behandlingsansvaret i psykiatrien har i de seneste år været diskuteret meget i den offentlige debat, og derfor følger en beskrivelse af den aktuelle status. Sundhedsstyrelsen definerer helt overordnet et sygehus som "en institution, der varetager behandling under lægeligt ansvar" (4), men skriver også "at der varetages behandling på et sygehus under lægeligt ansvar betyder ikke, at al behandling, som varetages på institutionen, sker under lægeligt ansvar". De skriver endvidere at "Autoriserede sundhedspersoner er således i juridisk forstand selvstændigt ansvarlige for den faglige virksomhed, der udøves". Behandling, fraset enkelte områder, er ikke forbeholdt en bestemt faggruppe (4).

For indlagte patienter har overlægen ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for patienten. Aktuelt kan overlægen uddelegere udarbejdelsen til en anden læge, men Sundhedsstyrelsen planlægger at ændre vejledningen til loven, så opgaven vil kunne uddelegeres til en anden sundhedsperson: fx en læge, sygeplejerske eller specialpsykolog (5). Ved ambulant behandling kan en sygeplejerske eller specialpsykolog allerede i dag udarbejde behandlingsplanen. Overordnet set er det et ledelsesmæssigt ansvar at udarbejde instrukser om "ansvars og kompetencefordeling", men med hensyn til behandlingen af den enkelte patient, er det den overlæge, der har ansvaret for behandlingen, der skal beslutte, hvilke opgaver der kan delegeres (6). Visse opgaver er dog forbeholdt læger, bl.a. henvisning til behandling (fraset akut behandling), ordination af medicin, udfærdigelse af lægeerklæringer, recepter og dødsattester, samt beslutninger om iværksættelse og efterprøvelse m.v. af tvangsforanstaltninger.

Status i Norge

I den offentlige debat om behandlingsansvar har der ofte været henvist til Norge. Sundhedsstyrelsen har i 2020 udarbejdet en beskrivelse af status for specialpsykologer, "psykologspecialister" (7). Sundhedsstyrelsen påpeger, at der

er flere ting, der gør det vanskeligt at sammenligne Danmark og Norge, bl.a. at hvor psykiatrien i Danmark igennem mange år har undergået en centralisering, er der i Norge foregået en decentralisering, samt at en større del af behandlingen i Danmark foregår på døgnafsnit.

Psykologspecialister har primært erstattet sygeplejersker i de decentrale centre, hvor deres opgaver typisk er vejledning, udredning, behandling og teamledelse. Den somatiske og medicinske behandling skal konfereres med læge, og – på trods af at det daglige samarbejde mellem de forskellige faggrupper i psykiatrien er velfungerende – så oplever flere psykiatere, at de "blot udsteder recepter og udøver tvang" (7). Dette har betydet, at det har været vanskeligt at rekruttere og fastholde speciallæger i psykiatri, og denne mangel på speciallæger har medført, at bl.a. opfølgning på medicinsk behandling har været utilstrækkelig.

Status i Sverige

Ved korrespondance med svenske kollegaer har vi fået oplyst, at der for 4-5 år siden var drøftelser om at specialuddannede psykologer kunne få patientansvar og/eller ledelsesansvar i psykiatrien, med henblik på at aflaste lægerne. Dette blev dog afvist, og aktuelt er det i Sverige kun læger, der kan have behandlingsansvar for patienter i psykiatrien. Andre faggrupper kan have det øverste ledelsesansvar, men det medicinske ansvar ligger hos en læge.

Dansk Psykiatrisk Selskab mener

Psykiatrisk behandling i hospitalsregi – hvad enten det foregår under indlæggelse eller ambulant – er en tværfaglig opgave, hvor behandlingsteamet, udover psykiateren, består af faggrupper som sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, læger fra somatiske specialer samt andre læger ansat i psykiatrien, fx læger under uddannelse. Patienter med psykisk sygdom er i større risiko end andre for at have fysiske sygdomme. Disse sygdomme kan i sig selv forværre forløbet af en psykiatrisk lidelse, og mange fysiske sygdomme, som fx lavt blodsukker, autoimmune sygdomme, infektioner eller kræft i nervesystemet, leversygdomme osv. kan manifestere sig ganske som psykiatriske sygdomme. Uopmærksomhed overfor nogle af disse årsager kan være fatal for patienten. At vurdere om symptomer som fx træthed eller uro er på baggrund af den psykiatriske lidelse, intern medicinsk lidelse, eller den medicinske behandling, kan være en særdeles vanskelig og kompliceret opgave, som udover et indgående kendskab til patienten også kræver psykofarmakologisk og intern medicinsk ekspertise.

Den sundhedsvidenskabelige, lægefaglige baggrund gør psykiateren kompetent til at lede de komplekse psykiatriske patientforløb, til at foretage relevante prioriteringer i klinikken, til at koordinere, hvilke dele af patientens forløb der kan og bør varetages af andre faggrupper i og uden for psykiatrien, og til at visitere patienter til korrekt behandling.

Det er afgørende for et godt resultat, at der er et tæt samarbejde mellem de forskellige faggrupper, og at disse bidrager med hver deres særlige kompetencer og faglighed. Det er ligeledes afgørende for et godt resultat af patientforløbet, at behandlingsansvaret for den samlede indsats er placeret hos overlægen.

Konklusioner og anbefalinger

- Psykiatrisk behandling i hospitalsregi er en tværfaglig opgave, hvor det overordnede behandlingsansvar og den faglige ledelse bør ligge hos psykiateren.
- Pga. manglen på speciallæger skal der de kommende år være fokus på uddelegering af ikke-lægelige opgaver. Ved fx ansættelse af lægesekretærer vil et meget stort antal speciallægetimer kunne frigøres til patientarbejde.

Referencer

1. "Faglig profil" for psykiatri. Endnu ikke udgivet.
2. https://www.laeger.dk/sites/default/files/fakta-ark_-_psykiaternes_tid_0.pdf
3. https://www.laeger.dk/sites/default/files/laegeforeningens_psykiatriudspil_2018.pdf
4. SST: "Lovgivning og ansvar i forhold til den tværfaglige indsats i den regionale psykiatri" fra 22-01-2020, sagsnummer 05-0801-95
5. SST: "Bedre brug af specialpsykologernes kompetencer i det tværfaglige samarbejde i den regionale psykiatri" fra 22-01-2020, sagsnummer 05-0801-95
6. Autorisationslovens § 73
7. SST: "Notat om psykiatrien i Norge og anvendelsen af specialpsykologer" fra 22-01-2020 - Sagsnr. 05-0801-95

K A P I T E L O T T E

Rekruttering, fastholdelse, videre- og efteruddannelse af læger

8. Rekruttering, fastholdelse, videre- og efteruddannelse af læger

Efterspørgslen på speciallæger i psykiatri er større end forudset i prognoserne. På trods af forbedring af rekruttering og fastholdelsen af læger, mangler der fortsat speciallæger i psykiatri. Samtidig stiger antallet af mennesker med psykisk lidelse, der har behov for behandling i sundhedssystemet. Derfor skal rekrutteringen, uddannelsen og fastholdelsen af læger i psykiatrien styrkes.

Lægeprognosen

Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2018-2040 viser, at der siden 1990'erne er sket en tredobling i optaget på medicinstudiet, at antallet af beskæftigede læger steget med 10 % i perioden 2009-2015, samt at fordelingen mellem de forskellige regioner siden 2008 har været relativt stabil. Desuden er der sket en 18% stigning i antallet af udenlandsk uddannede læger i Danmark fra 2009 til 2015 (1).

Ifølge lægeprognosens hovedscenarie forventes udbuddet af læger, eksklusive læger på orlov, at stige med ca. 56 % til 39.447 læger i 2040. Dette er dog kun ét ud af flere mulige scenarier, og tallet er behæftet med stor usikkerhed. For psykiatrien viser hovedscenariet for den seneste lægeprognose en mere positiv tendens end tidligere skøn. Der forudsiges en stigning i antallet af læger, fra 942 i 2018 til 1298 i 2040 - en stigning på 38%. Dette skøn er dog behæftet med stor usikkerhed, og såfremt den aktuelle udvikling ikke følger sundhedsstyrelsens hovedscenarie, men fortsætter uændret, vil vi i 2040 kun se en stigning til 1.059, svarende til 12%. 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.

At stigningen for antallet af læger i psykiatrien er betydeligt lavere, næsten 20 procentpoint, end stigningen af antallet af læger generelt, skyldes delvist at gennemsnitsalderen for læger i psykiatrien er 59 år (2) og hele 27% af alle lægerne i psykiatrien er +65 år (3). Dette medfører en stor afgang af læger pga. pensionering.

Der er ventetid på psykiatrisk behandling, især på behandling hos praktiserende psykiatere og specialiserede behandlingstilbud, og der vil i de kommende 20 år fortsat være stor mangel på speciallæger.

Rekrutteringstiltag

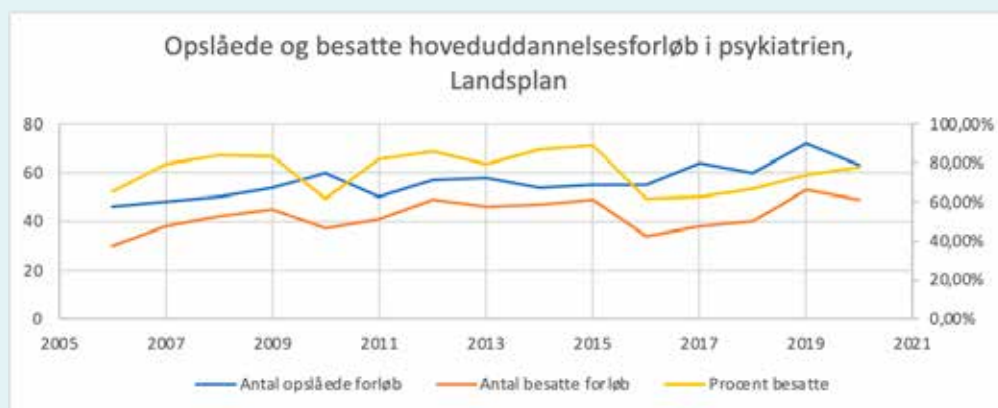
I 2007 udarbejdede Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) en rapport (4) med forslag til at øge rekrutteringen. Der blev lagt op til et tidligt møde med det psykiatriske speciale, et møde, der skal være en positiv oplevelse af et mangfoldigt, forskningspræget speciale med gode muligheder for effektiv behandling. Der blev foreslået en række konkrete initiativer for at kunne tiltrække lægestuderende til specialet, hvoraf flere nu er implementeret: psykiatriske sommerskoler for yngre læger og medicinstuderende, foreninger for psykiatriinteresserede medicinstuderende, deltagelse i specialets årsmøde, psykiatri i den kliniske basisuddannelse (KBU), prisopgaver i psykiatri og bedre modtagelse af medicinstuderende og lægevikarer i psykiatrien. Det skønnes at have været medvirkende til den begyndende stigning i tilgangen til specialet.

Der er imidlertid fortsat store muligheder for forbedring af rekrutteringen. En nylig undersøgelse af kandidatstuderende ved Københavns Universitet (5) viste, at andelen af studerende, der var overbeviste om at de ville vælge psykiatri som speciale, var uændret efter deres 3 ugers kliniske ophold på studiet. Udenlandske opgørelser viser, at et godt klinikophold er vigtigt for rekrutteringen til specialet (6), samt at længden af dette skal være over 6-8 uger for at øge andelen af studerende, der vil vælge psykiatri. Dansk Psykiatrisk Selskab ønsker derfor, af hensyn til rekrutteringen og til uddannelsen af de læger, der vælger andre specialer, at den prægraduate kliniske undervisning i psykiatri udvides til 8 uger. Samtidigt vil det også afspejle fagets størrelse og kliniske betydning i forhold til de kirurgiske og medicinske specialer. Desuden vil indføring af nye moduler om de psykiatriske aspekter af sundhed og den gode prognose ved mange psykiatriske lidelser på bachelordelen af lægeuddannelsen både kunne øge interessen for faget og mindske stigmatiseringen.

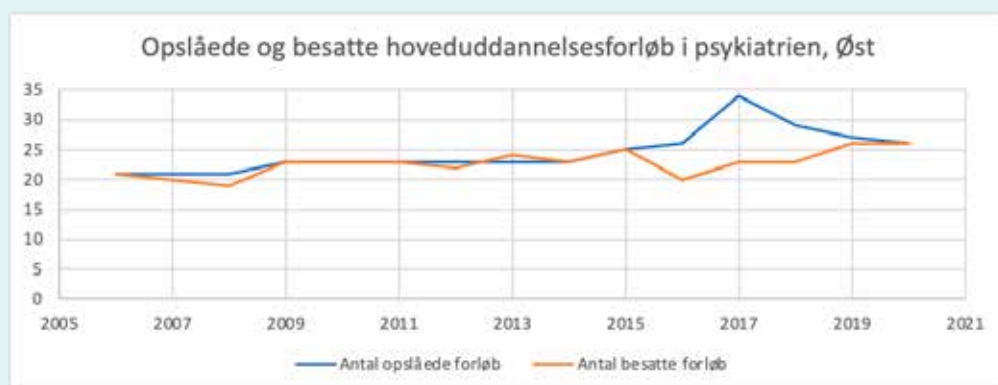
Psykiatriens image gennemgår i disse år en positiv forandring. Det er nødvendigt at holde fast i denne udvikling, hvis stigmatisering ikke skal føre til forringet behandling af psykiatriske patienter. Dansk Psykiatrisk Selskab mener, at psykiatri bør være en fast del af KBU, da flere læger med KBU i psykiatrien fortsætter til en introduktionsstilling inden for specialet, og et større psykiatrisk kendskab blandt læger i somatiske specialer vil være nyttigt for disse samt afhjælpe stigmatisering af psykisk syge.

I Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan 2018-2020 blev antallet af hoveduddannelsesstillinger i psykiatri på landsplan fastsat til 54, et niveau der har ligget stabilt gennem en længere årrække. I 2020 er der fortsat ubesatte uddannelsesstillinger, men der er stor forskel på situationen i de tre uddannelsesregioner. Se fig. 1-4. Fra 2016 til 2020 var det således kun få af de opslåede stillinger i Syd og Øst, der var ubesatte, i gennemsnit hhv. 4,4 og 4,8 stillinger årligt, med samlet kun én ubesat stilling i øst de seneste to år, mens der i perioden har været et større antal ubesatte stillinger i Nord, gennemsnitlig 10,4 stilling årligt. Det høje antal ubesatte stillinger i Nord er delvist båret af, at man i 2016 så et markant fald af besatte stillinger, der først de seneste år er indhentet.

Hospitaler i yderområderne er afhængige af læger i uddannelsesstillinger for at kunne varetage patientbehandlingen, men det er naturligvis vigtigt, at uddannelsen også dér lever op til de krav, der er stillet i målbeskrivelsen.



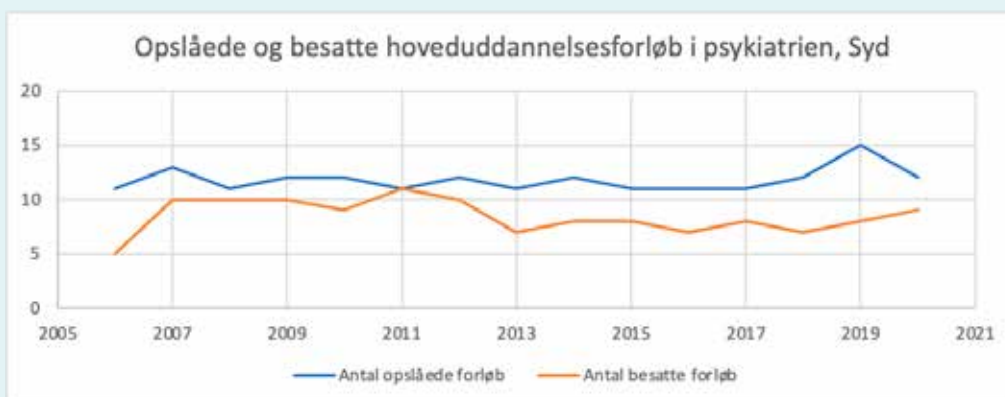
Figur 1 - Sundhedsstyrelsens opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb



Figur 2 - Sundhedsstyrelsens opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb



Figur 3 - Sundhedsstyrelsens opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb



Figur 4 - Sundhedsstyrelsens opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb

Speciallægeuddannelse

Psykiatri er et af de største lægelige specialer. Den nuværende speciallægeuddannelse blev igangsat i 2003, og målbeskrivelserne blev revideret i 2007, 2010 og 2016. Speciallægeuddannelsen i psykiatri er opbygget med ansættelse primært på psykiatriske afdelinger. Introduktionsstillingen er adgangsgivende til at søge hoveduddannelse i specialet. Under hoveduddannelsen har kursisten ophold på mindst to psykiatriske afdelinger og et sideforløb med ophold på én neurologisk afdeling. Se oversigt i tabel 1.

Speciallægeuddannelsen i psykiatri		5 år
Introduktionsstilling i voksenpsykiatri		1 år
Hoveduddannelsen		4 år
-	Neurologisk afdeling	½ år
-	H1 forløb på psykiatrisk afdeling	2 år
-	H2 forløb på psykiatrisk afdeling	1 ½ år

Tabel 1 – oversigt over speciallægeuddannelsen i psykiatri

I den seneste målbeskrivelse (7) er der et markant øget fokus på den kliniske, direkte og strukturerede supervision – dvs. situationer, hvor en senior kollega er med til uddannelseslægens samtale med en patient, og efterfølgende giver uddannelseslægen feedback. Kompetencevurderingen er specificeret med præcis beskrivelse af type af læringsmetoder og dokumentation, der er nødvendig for at en given kompetence kan opnås. Selvom flere regioner har indført tiltag for at øge supervisionen af uddannelsessøgende læger, skal der fortsat være fokus på at styrke dette. Der er behov for i stigende grad at integrere supervision som en naturlig del af det daglige kliniske

arbejde for at få uddannelsen i psykiatri til at leve op til målbeskrivelsens krav, i form af tilstrækkelig bed-side-oplæring, tilstrækkeligt antal af struktureret kliniske observationer, kompetencevurderinger og hyppige strukturerede vejleder-samtaler.

Regionerne har de seneste år et øget fokus på specialisering af personalet i psykiatrien, herunder bl.a. sygeplejersker og psykologer, for at øge kvaliteten af behandlingen. Specialpsykologernes målbeskrivelse er udformet ud fra målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i psykiatri, og de to uddannelser trækker på de samme sparsomme seniore lægeressourcer. Lægerne under uddannelse bemande også afdelingerne aften, nat og weekend, hvor der ikke er en senior læge til stede, og det er derfor vigtigt med tiltag, der sikrer ressourcer til lægernes uddannelse, når de er til stede i dagtiden samtidig med mere erfarne kolleger.

Psykoterapi er en obligatorisk del af den psykiatriske speciallægeuddannelse. Kravene i Danmark ligger dog væsentligt under de europæiske anbefalinger (8), og mange steder er psykoterapi ikke en integreret del af dagligdagen på de psykiatriske afdelinger. Særligt skal fremhæves at der ikke er en koordinering mellem den teoretiske undervisning og udførelsen af psykoterapi i praksis. Der er desuden en udfordring at sikre kvalificeret supervision. Kundskaber inden for psykoterapi er essentielle for at kunne tilbyde patienterne en bio-psyko-social udredning og behandling. Derfor bør uddannelse i psykoterapi integreres bedre i speciallægeuddannelsen i forhold til det øvrige kliniske arbejde. Dette vil sandsynligvis også forbedre fastholdelsen af læger i psykiatrien.

Patienternes overgang mellem Børne- og Ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien har stor opmærksomhed både i Danmark og internationalt. Et vellykket transitionsforløb er afgørende for den unges videre behandling. Aktuelt opleves overgange af mange unge som ustrukturerede, usammenhængende og uforberedte. Det er vist, at 50% af alle voksenpsykiatriske patienter under 30 år også har haft kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien, hvilket understreger behovet for fokus på transition (9). Det er væsentligt for at sikre god behandling i denne aldersgruppe, at kommende psykiatere får indblik i patienternes opvækst, psykopatologiens udvikling og den behandling, de har modtaget i børne- og ungdomsårene. Som led i hoveduddannelsen til voksenpsykiater bør der inkluderes et ansættelsesforløb i søsterspecialet Børne- og Ungdomspsykiatri. Dette kunne i en periode tænkes som en forsøgsordning, hvor dele af en årgang i hoveduddannelse får et ophold af 3-6 måneders varighed i den del af Børne- og Ungdomspsykiatrien, der beskæftiger sig med de unge. Det er dog vigtigt, at der ved indførelse af en sådan ordning ikke sker reduktion af uddannelsens øvrige elementer.

Efteruddannelse

Hvis psykiatrien også fremover skal være kendetegnet ved stor faglig udvikling, vil det være nødvendigt med øget fokus på efteruddannelse af speciallægerne. Der er i den sammenhæng brug for en klar definition af både indhold og omfang af psykiateres efteruddannelse. Aktuelt er overlæger, i kraft af deres overenskomst, sikret 10 dage årligt til efteruddannelse, men det er dog først i den sene-

ste overenskomst, at der er kommet et krav om disse dage udnyttes. I Dansk Psykiatrisk Selskab finder vi det hensigtsmæssigt at læne os op ad de europæiske anbefalinger (10), der blandt andet peger på, at der bør oprettes et formaliseret program for efteruddannelse, der sigter på opdatering af allerede tilegnet viden, samt anskaffelse af ny viden - både inden for den enkelte psykiaters specifikke arbejdsområde, men også inden for udviklingen inden for psykiatrien generelt. Dette program bør være obligatorisk, fri for kommercielle interesser, reklamer og indholdsmæssig indflydelse fra sponsorer. Programmer som dette findes allerede i visse regioner. Udviklingen af fremtidens psykiatri vil kræve stærke lægefaglige ledelseskompetencer med henblik på at sikre evidensbaseret faglig udvikling, ressourceudnyttelse og prioritering. Efteruddannelse indenfor ledelse bør prioriteres i langt højere grad end i dag. En stærkere efteruddannelse vil, ud over bedre patientbehandling, kunne bidrage til øget rekruttering og fastholdelse, via et bedre uddannelsesmiljø (11).

Fastholdelse

Pga. manglen på speciallæger er det essentielt med fokus på fastholdelsen af læger i specialet. Yngre Læger gennemførte i 2018 en undersøgelse blandt læger under uddannelse samt afdelingslæger i psykiatrien, der konkluderede at for læger i KBU og introduktionsstilling var der hhv. 37% og 64%, der forventede at fortsætte karrieren i psykiatrien (12). For læger i hoveduddannelse og færdigguddannede speciallæger var der ca. en tredjedel, der forventede at forlade den regionale psykiatri inden for de næste tre år. Dette er på den ene side ikke et problem, da der i høj grad er behov for praktiserende psykiatere samt psykiatere i kommunalt regi, men da uddannelsen af speciallæger i psykiatri foregår regionalt, og der i undersøgelsen fandtes en "helt klar sammenhæng mellem arbejdsmiljø, uddannelsesmiljø og faglig tilfredsstillelse på den ene side og sandsynligheden for at fortsætte karrieren i den regionale psykiatri på den anden side", vil der være en positiv selvforstærkende effekt i at opprioritere arbejds- og uddannelsesmiljø i psykiatrien.

Som nævnt ovenfor, forventes en betragtelig del af landets psykiatere at gå på pension inden for de næste få år. Det er nødvendigt at øge fokus på fastholdelse af denne gruppe, hvis man vil opretholde behandlings- og uddannelseskapacitet i psykiatrien i de kommende år. Dette kan ske ved øget mulighed for at gå på nedsat tid eller at blive fritaget for visse opgaver.

Endelig bør man sikre, at speciallægen får mulighed for at fokusere på sin kerneopgave (se kapitel 7), så lægens ressourcer ikke bruges på administrative opgaver, der med fordel kan løses af andre personalegrupper, helt modsat den bevægelse, der aktuelt foregår i disse år.

Konklusioner og anbefalinger

- Der er stort behov for yderligere tiltag med henblik på rekruttering ind i specialet. Her bør sættes ind med både et længere klinikforløb for medicin-studerende og med at gøre psykiatri til en fast del af KBU, samt optimere uddannelsesforhold og arbejdsmiljø under speciallægeuddannelsen.
- Speciallægeuddannelsen skal forbedres ved 1: stringent implementering af struktureret klinisk observation på alle niveauer af uddannelsesforløbet; 2:

implementering af en velfungerende logistik omkring psykoterapi forløb og supervision og mulighed for klinisk forløb i psykoterapeutisk ambulatorium

- Der er mangel på speciallæger og meget store regionale forskelle i antallet af speciallæger pr borger. Trods en generelt tiltagende rekruttering, medfører den høje gennemsnitsalder i specialet, at tilvæksten er væsentligt langsommere end andre specialer. Der bør udvikles et nationalt program for fastholdelse af læger på +60 år
- Der bør oprettes et formaliseret program for efteruddannelse psykiatrien, der bør være obligatorisk, fri for kommercielle interesser, reklamer og indholdsmæssig indflydelse fra sponsorer. Programmet skal indeholde en kombination af obligatoriske, generelle emner og tilvalg efter interesse, herunder også lederuddannelse
- Stærkere psykiatrisk basisviden hos læger i andre specialer kan mindske stigmatiseringen af psykiatiske patienter og forbedre deres somatiske behandling, som aktuelt er ringere end baggrundsbefolkningens. Dette kan opnås ved ovenstående tiltag tidligt i lægeuddannelsen, ved ligestilling af psykiatri med de somatiske specialer (dvs. hospitalsfællesskab), samt ved at sætte ind med fokuseret psykiatrisk videre- eller efteruddannelse indenfor andre specialer.

Referencer

1. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/L%C3%A6geprog-nose-2018-2040.ashx?la=da&hash=B64A451ED51D2CFDD09976F-3CD49DB045BCA0451>
2. https://www.laeger.dk/sites/default/files/yl_2018_fremtidens_psykiatere.pdf
3. https://www.laeger.dk/sites/default/files/nationalt_partnerskab_for_laege-daekning_i_psykiatrien.pdf
4. http://dpsnet.dk/wp-content/uploads/2015/01/rekrutteringsrapportfinal_1_.pdf
5. https://curis.ku.dk/ws/files/238430321/Hansen2020_Article_E_LibraryOf-AuthenticPatientVid.pdf
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28618855/>
7. https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciall%C3%A6ger/Maalbeskrivelser/Psykiatri/M_lbeskrivelse-Psykiatri-27_9_16_final.ashx?la=da&hash=B21B3EC08DC5B-5CE60DD8F66546022D4F7C7E2B9
8. <http://uemspychiatry.org/wp-content/uploads/2012/01/ETR-Psychiatry-201703.pdf>
9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368253/>
10. <http://uemspychiatry.org/wp-content/uploads/2020/07/UEMS-PS-CME-Recommendations-.pdf>
11. https://www.laeger.dk/sites/default/files/yl_2018_fremtidens_psykiatere.pdf
12. https://www.laeger.dk/sites/default/files/yl_2018_fremtidens_psykiatere.pdf

K A P I T E L N I

Diagnostik og udredning

9. Diagnostik og udredning

Sygdomsklassifikation

En sygdomsklassifikation anvendes til at rapportere og monitorere sundhedsdata af epidemiologiske, administrative og kliniske årsager. Anvendelse af sygdomsklassifikation sikrer en ensartet rapporteringsform og et ensartet sprog på tværs af systemer, lande og kulturer. Data anvendes i opbygning og skalering af behandlingsenheder fx sygehuse og til monitorering af sygdomsforekomst medførende eventuelle ændringer i screening, forebyggelse, udredning og behandling. Sygdomsklassifikation anvendes dertil i forbindelse med diagnostisk praksis, og meget af den viden, der ligger til grund for information om behandling og prognose, er centreret om forsøg baseret på patientgrupper inddelt i henhold til diagnoser. Diagnosesystemet anvendes desuden i andre sammenhænge end de rent sundhedsmæssige som fx i forsikringssager og i kommunal sagsbehandling. Det hyppigst anvendte sygdomsklassifikationssystem er International Classification of Diseases (ICD), som for nuværende er i sin tiende udgave. Klassifikationssystemet vedligeholdes centralt af World Health Organisation (WHO) og nationalt af Sundhedsdatastyrelsen. ICD-10 er en del af en større klassifikationspakke (WHO Family of International Classifications (WHO-FIC)). Alle diagnoser i Danmark indberettes til Landspatientregisteret efter Sundhedsdatastyrelsens Klassifikationssystem (SKS) til brug for medicinalstatistik. Der skal altid som minimum anføres en såkaldt aktionsdiagnose for den aktuelle sygdomsepisode, som har ført til undersøgelse og behandling. Det er vigtigt, at den registrerede aktionsdiagnose løbende klinisk vurderes og kvalificeres under det psykiatriske patientforløb. Der kan desuden anføres én eller flere relevante bidiagnoser for andre psykiatriske eller somatiske sygdomme.

Vores nuværende diagnosesystem ICD-10

WHO har udarbejdet det diagnostiske klassifikationssystem ICD-10, som har været anvendt i DK siden 1994. F-kapitlet heri er det fælles sprog, som alle, der arbejder med psykiatri verden over, kan bruge for at forstå hinanden klart og entydigt. Ved opdateringen af ICD-10 havde man indenfor det sjette kapitel (kapitel F) omhandlende psykiske tilstande et særligt fokus på at øge reliabiliteten ved at anvende diagnostiske kriterier og dermed sikre en større ensartethed i diagnostisk praksis.

En psykiatrisk diagnose er en ultrakort betegnelse for et karakteristisk sygdomsbillede, som med ét eller få ord betegner en gruppe af psykiske symptomer eller tegn, som sædvanligvis optræder sammen. Kriterierne er ikke nødvendigvis de, der hyppigst forekommer indenfor den enkelte diagnose, men derimod de kriterier, der bedst adskiller én tilstand fra en anden. I psykiatrien mangler vi i de fleste tilfælde tilstrækkelige og sikre oplysninger om årsagerne (ætiologien) og viden om sygdomsudviklingen (patogenesen), og er derfor nødt til at inddele efter symptomatologien og prognosen, dvs. det sæt af symptomer og tegn, som sædvanligvis forekommer sammen (syndromet), og som er knyttet til et bestemt forløb. Et syndrom defineres som de symptomer, som patienten kan beskrive og de psykopatologiske tegn, man direkte kan iagttage.

ICD-10 hviler således på et erfaringsmæssigt grundlag, hvor diagnoserne bygger på syndromer, der er knyttet til bestemte forløb og som derfor er fundet praktisk anvendelige. Klassifikation er rent beskrivende, og derfor ateoretisk og non-ætiologisk, når man ser bort fra de psykiske sygdomme med en tydelig hjerneorganisk årsag eller de, der er udløst af brug af psykoaktive stoffer, som fx alkohol. Betegnelserne for symptomer og diagnoser er operationelt defineret, dvs. at der anført præcise retningslinjer og definitioner for deres anvendelse, hvilket har betydet, at pålideligheden (reliabiliteten) af diagnoserne er god. Diagnosen har meget stor praktisk betydning ved behandlingsmæssige beslutninger og prognostiske vurderinger. Den er helt afgørende for udarbejdelsen af en behandlingsplan, ved kommunikation mellem behandlere, og den anføres i erklæringer til sociale og retslige myndigheder.

Diagnostisk udredning

Diagnostiske kriterier har til formål at afgrænse en tilstand fra lignende sygdomsbilleder og forudsætter, at man forinden har undersøgt det fulde symptombillede. Den diagnostiske proces starter altså med grundig, systematisk undersøgelse af sygdomsforløbet og det fulde symptombillede.

Anamnesen bør omfatte en grundig kronologisk livshistorie, der bl.a. udgør konteksten for psykopatologisk vurdering i forskellige livsafsnit, og hermed for vurderingen af debuttidspunkt, afgrænsningen af sygdomsepisoder og bedømmelsen af sygdomsudvikling over tid. Det er vigtigt, at tidligere journalmateriale gennemlæses, ligesom informationer fra pårørende kan være af stor betydning. Med patientens tilladelse bør pårørende således som udgangspunkt altid indkaldes til samtale bl.a. mhp. oplysninger til brug for diagnostikken fx vedr. sygehistorie og psykosociale belastninger.

Den psykopatologiske undersøgelse bør foregå ved et grundigt semistruktureret interview. Udgangspunktet vil ofte være patientens aktuelle klager, men man bør også bede patienten uddybe sygdomsepisoderne beskrevet i anamnesen. Man bør så vidt muligt følge patientens fremstilling og interesseret spørge ind til symptomer. Tilstedeværelsen af et symptom bekræftes, når patienten selv giver et eksempel, som interviewerens kan acceptere som udtryk for det pågældende fænomen. Foruden udredningen gennem samtaler bør der ske en vurdering af patientens fremtræden og adfærd (tegn) under samtaler - og observationer (af især indlagte patienter). Som hjælp til denne proces har WHO stået for udarbejdelsen af forskellige semi-strukturerede diagnostiske interviews til at afgøre om forskellige symptomer eller sygdomsadfærd er til stede hos patienten. WHO's SCAN er en semistruktureret interviewguide (Present State Examination) til præcis kortlægning af psykiske symptomer og tegn ved hjælp af et tilhørende „Glossary“, som indeholder operationelle definitioner for de fleste psykopatologiske fænomener, som anvendes i ICD-10. Danmark forventes at indføre ICD-11 om få år.

Den psykopatologiske undersøgelse kan således ikke afgrænses til kriterierne for en enkelt diagnose, og diagnostisk udredning handler derfor om bekræftelse af diagnose samt udelukkelse af potentielle differentialdiagnoser. Dvs., at først når der er foretaget en bred systematisk undersøgelse af psykopatologien, kan der stilles en diagnose.

Diagnostisk udredning forudsætter viden om psykopatologi, fx gennem læsning af lærebøger og anden faglitteratur, og grundig træning i diagnostisk praksis under supervision og aktiv deltagelse i klinisk undervisning. Den kliniske udredning kan ved behov suppleres med billeddannende teknikker, parakliniske undersøgelser og psykologiske undersøgelser. Den endelige diagnose foretages på baggrund af alle informationer indsamlet i henhold til det diagnostiske system der anvendes.

At stille en korrekt diagnose er en nødvendig forudsætning for den rette behandling, men i sig selv er ikke tilstrækkelig. For at finde den rette behandling til den enkelte patient er det nødvendigt også at danne sig et indtryk af, hvad der kan have forårsaget den pågældende tilstand, dvs. af de psykologiske, biologiske eller sociale faktorer, som man skønner har været baggrunden for eller medvirket til fremkomsten af sygdomsbilledet. Det er vigtigt at holde disse to vurderingssæt ude fra hinanden, således at man først gør sig klart, hvad det diagnostisk drejer sig om og først herefter vurderer eventuelle årsagsfaktorer, så man undgår forhastede beslutninger og forfejlet behandling på forkert eller utilstrækkeligt diagnostisk grundlag.

I ICD-10 anvendes en opdeling i generelle og specifikke kriterier for visse tilstande, fx ved skizofreni, hvor der er generelle kriterier, som altid skal være opfyldte, og mere specifikke kriterier for de enkelte subtyper. Eksklusionskriterierne er de i klinikken mest almindeligt anvendte forbehold, således at diagnosen ikke bør anvendes, hvis sygdommen bedre forklares ved de i eksklusionskriteriet nævnte tilstande eller forhold. Fx med eksklusionskriteriet "organisk ætiologi" menes enten sygdom, skade eller dysfunktion af hjernen fremkaldt af primær hjernelidelse eller af anden legemlig sygdom, eller betinget af brugen af alkohol eller andre psykoaktive stoffer.

Eksklusionskriterier anvendes også ved tilstande, hvor symptomerne optræder samtidigt, fx kan affektive sygdomme, specielt depressive, også indeholde forskellige angst- og tvangssymptomer, som derfor kun kan føre til selvstændige diagnoser, hvis man kan udelukke en samtidig depressionstilstand. Men hvis sygdomshistorien dokumenterer, at disse diagnoser var tilstede allerede før begyndelsen af den depressive episode, er eksklusionskriteriet ikke opfyldt.

Andre klassifikationssystemer

Foruden den hyppige anvendelse af ICD-10, som er den officielle sygdomsklassifikation i Danmark, anvendes indenfor for psykiatrisk diagnostisk klassifikation det amerikanske DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – femte udgave) hyppigt, både klinisk og forskningsmæssigt. DSM-systemet er senest opdateret markant i 2013 og den nye udgave af ICD, ellefte version, vil klassifikationsmæssigt og diagnosepraktisk minde i højere grad om DSM-5, sammenlignet med ICD-10 og DSM-IV. WHO har i 2019 godkendt kodestrukturen for ICD-11, og det forventes, at oversættelsesarbejdet af ICD-11 påbegyndes i 2021 og kan færdiggøres med implementering tidligst i 2024.

K A P I T E L 1 0

Forebyggelse indenfor psykiatrien

10. Forebyggelse indenfor psykiatrien

Der er adskillige vigtige aspekter ved forebyggelse af psykiske sygdomme:

1. Forebyggelse af at psykiske sygdomme overhovedet opstår
2. Forebyggelse af forværring af aktuelle episode samt forebyggelse af komplikationer som sociale følgevirkninger, somatisk komorbiditet, selvmord og andet, når de psykiske sygdomme først er opstået. Her vil fx tidlig opsporing være meget væsentligt
3. Forebyggelse af gentagne af episoder eller forværringer.

I praksis er det svært at skelne mellem disse aspekter, fordi der er glidende overgange. Den videnskabelige litteratur er særdeles omfattende og emnet får mere og mere interesse i den offentlige debat. I det følgende er nævnt nogle relativt få eksempler på forebyggende tiltag overfor forskellige sygdomme, men dette kapitel er på ingen måde en komplet oversigt over emnet. Dette også fordi, en meget væsentlig del af forebyggelsen af psykiske sygdomme faktisk ligger udenfor psykiatrien. Fx forebygger kommunerne utvivlsomt psykisk sygdom ved at støtte svage familier med børn. Justitsvæsenet forebygger megen psykisk sygdom (fx PTSD og angst) ved at fængsle voldtægtsforbrydere. Arbejdstilsynet forsøger at forebygge depression og angst ved at sikre et godt arbejdsmiljø uden mobning og lignende. Eksemplerne er legio.

Universel forebyggelse

Indenfor forebyggelse skelner man mellem tre begreber: universel forebyggelse, selektiv forebyggelse og indikeret forebyggelse. Ved universel forebyggelse forstår man forebyggelse på befolkningsniveau. For nærmere at kunne planlægge forebyggelse er det en nødvendig, men ikke tilstrækkelig betingelse at kende årsagsforhold, man kan sætte ind overfor. For eksempel forebyggelse af depression. Vi ved, at mange depressioner forårsages af svær stress, men denne viden gavner os ikke noget videre i forebyggelsesmæssig henseende. Stress skyldes rigtigt mange forskellige ting. Så hvordan forhindrer man stress i at opstå? Er det overhovedet muligt? Ville det være ønskeligt, hvis man kunne? Hvis vi teoretisk tænkte os, at vi gennem en massiv indsats kunne forhindre stress i at opstå, er spørgsmålet, hvor mange depressioner ville vi så have forebygget? Det er desværre temmelig sikkert, at det ikke ville have været den kolossale indsats værd. Et regneeksempel illustrerer dette. Forudsætter vi, at der kommer 1,7% nye tilfælde af depression om året i befolkningen, og vi vil være tilfredse med en 22% reduktion af de nye tilfælde til 1,3%, kan man udregne, at videnskabelig påvisning af effekt vil kræve mere end 17.000 mennesker i interventionsgruppen og tilsvarende i en kontrolgruppe. Er vores intervention så effektiv, at vi kan forebygge det dobbelte antal, skal vi "kun" bruge 4000 forsøgspersoner i hver gruppe. Det giver sig selv, at dette ville kræve enorme ressourcer, og det vil derfor være praktisk umuligt at bevise en interventions effekt, hvis vi ønsker universel forebyggelse. Omvendt er det heller ikke acceptabelt at indføre interventionen uden videnskabelig afprøvning først. Det ville være helt uoverskueligt dyrt, hvis en intervention blev indført, og den så ikke virkede. Universel forebyggelse af bestemte psykiske sygdomme er derfor næppe en mulighed og bliver det formentligt aldrig.

Anderledes forholder det sig mht. forebyggelse af selvmord. Her retter universelle strategier sig mod forebyggelse fx vha. våbenlovgivningen, ændret kulilteniveau i husholdningsgas og mindre pakningsstørrelser af paracetamolpræparater i håndkøb. Disse tiltag vurderes at have stor effekt på selvmordsraten (1).

Forebyggelse overfor bestemte målgrupper: selektiv og indikeret forebyggelse

Forebyggelse overfor befolkningsgrupper med kendte risikofaktorer eller kendt risikoadfærd kaldes **selektiv forebyggelse**. Der er en del videnskabelige undersøgelser af dette, hvor man fx har undersøgt populationen af mennesker med apoplexi eller myokardieinfarkt og forebyggende behandlet dem med antidepressiv medicin for at forebygge, at de udviklede depressioner. Årsagen til at man har lavet sådanne studier er, at der ved de to nævnte sygdomme er en flerfold forøget risiko for depression i efterforløbet. Hvis der opstår en sådan depression, forværres dødeligheden og rehabiliteringsresultatet markant. Igen skal man have meget store samples for at påvise en sikker effekt, hvorfor risikoen for såkaldte type 2 fejl er overvældende. Tilsvarende har man undersøgt forskellige former for behandling (alt fra antidepressiv medicin, psykoterapi, ekstra støtte ved sundhedsplejerske, omega-3-fedtsyrer og behandling med diverse hormoner osv.) til kvinder der har født, fordi disse vides at have en forhøjet forekomst af depression. Studierne har ikke kunne påvise blivende effekt heraf og lider i øvrigt af et meget stort antal drop-outs. Dvs. at de mennesker, der ikke føler at de har brug for interventionen, holder op med den, hvorved studiet bliver inkonklusivt.

I stedet må man satse på **tidlig opsporing** i disse risikogrupper og derved forebygge, at sygdommen (typisk depression eller angst) bliver værre og sværere at behandle end den ellers ville være. Et eksempel: I mange kommuner i Danmark screener sundhedsplejerskerne kvinder, der har født med et særligt spørgeskema. Herved findes kvinder, der muligvis lider af fødselsdepression og angst. I sværere tilfælde kan disse henvises til egen læge til behandling, men det er vist, at ekstra samtaler hos særligt uddannede sundhedsplejersker har effekt overfor let til moderat depression. Derved forebygges formentligt svære depressioner, der ville skulle henvises til psykiatrisk behandling, ligesom problemer med den tidlige mor-barn tilknytning forebygges.

Ved **indikeret forebyggelse** tilbydes forebyggende behandling til individer med kendte risikofaktorer. Det ikke at have nogen nærtstående at betro sig til er vist at være en risikofaktor or psykisk sygdom. Civilsamfundet og det offentlige stiller en masse tilbud til rådighed for borgere, som er velegnede til at adressere dette problem, men udfordringen er formentligt, at mennesker i risiko ofte netop ikke kan udnytte disse.

Selektiv forebyggelse overfor mennesker, der har været udsat for såkaldt **early life-time stress** (som defineres som incest eller død af en forælder, mens man var barn), er meningsfuld, fordi disse har øget forekomst af angst og depression senere i livet. Et sådant program omfattede gruppeindsats til børnene, familieinterventioner, vejledning til forældre og lejraktiviteter for børn. I fjorten undersøgelser var interventionerne rettet mod både børn og deres forældre og viste, at når disse forældre støttes, kan de bedre støtte deres børn. I det hele taget var

der god effekt af sådanne programmer på børnenes og forældrenes trivsel og sorgbearbejdning og nogen effekt på børns PTSD-symptomer, angst, depression og adfærdsproblemer (2).

Nært slægtskab med en patient med depression er en risikofaktor. Det kan skyldes både genetiske og miljømæssige forhold, og at det at være barn af en deprimeret mor eller far øger risikoen for selv at få depression med en faktor 6. Disse børn udgør derfor en oplagt målgruppe for et forebyggelsesprogram. Clarke og medarbejdere gennemførte en randomiseret kontrolleret undersøgelse af 13-18 årige børn af patienter i behandling for depression. Ca. 90 børn og unge med depressionssymptomer blev randomiseret til et 15-sessioners program med hhv. kognitiv forebyggelsesterapi i gruppe og ingen særlig behandling. Ved 15 måneders followup var forekomsten af depression på 29 % for kontrollernes nedkommende, men kun 9 % for den behandlede gruppe, hvilket er statistisk signifikant og temmelig imponerende (3,4).

Et interessant eksempel på forebyggelse på individplanet indebar "selv-screening". Det er det såkaldte "Coping with Depression Course (CWD)" af Lewinsohn og medarbejdere. Dette kursus blev annonceret i aviser, magasiner og TV, havde minimale eksklusionskriterier og anvendte en kognitiv adfærdstherapeutisk tilgang. Selvom det var rettet mod befolkningen som helhed, viste det sig, at af de der meldte sig opfyldte omkring 80% kriterierne for klinisk depression. CWD medførte reduktion i depressive symptomer, en effekt som stadig var til stede ved 6 måneders followup. Der er senere udført en metaanalyse af 25 randomiserede studier af CWD, som viser, at programmet både har effekt som behandling, men også kunne sænke depressionsforekomsten i den undersøgte population med 38% (5). Formentlig havde det særligt en forebyggende effekt hos personer med milde depressive træk, som ikke nødvendigvis opfyldte kriterierne for en egentlig depression, hvorved man undgik at disse symptomer udvikle sig til en klinisk depression. Programmet nåede ud til mennesker, som ellers ikke ville komme i behandling, fordi det var ikke-stigmatiserende, fleksibelt og gjorde noget aktivt for at rekruttere patienter.

Et aktuelt dansk eksempel på forebyggelse er det såkaldte "Mind my mind" projekt, som er et lodtrækningsforsøg, udgående fra et samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrifonden og syv kommuner. Tilbuddet bestod af lettere adgang til kognitiv terapi børn og unge i skolealderen (6-16 år), hvis disse udviste begyndende tegn på angst, depression eller adfærdsforstyrrelser. Disse forsøgspersoner blev randomiseret til enten **management as usual** eller 13-15 individuelle manualiserede CBT-sessioner, skræddersyet til barnets problemstilling. Resultaterne viste, at belastningen af følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer hos barnet faldt signifikant mere i Mind My Mind-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen (6).

Forebyggelse af komplikationer, når psykisk sygdom først er opstået

Disse komplikationer kan være sociale, samt psykiske og fysiske sygdomme. Tidlig opsporing og behandling er meget vigtigt for den psykisk syges **sociale liv**, herunder parforhold og uddannelse. Mange psykisk syge opnår ikke den uddannelsesstatus, som de burde, når man sammenligner med deres forældres uddannelsesniveau, fordi de bliver ramt af psykisk sygdom tidligt. Meget af den behandling, som gives i det psykiatriske system, har netop til formål at afbøde disse sociale skadevirkninger.

Somatisk sygdom

Somatiske komplikationer til psykisk sygdom omfatter bivirkninger ved behandlingen (appetitøgning, metabolisk syndrom etc), manglende motion pga. sygdomsbetinget passivitet (6), rygning og usund kost. Trods potentielt skadelige bivirkninger ved fx antipsykotisk medicin, er det vist, at disse præparater øger livslængden for mennesker med skizofreni. Der er lavet videnskabelige studier over hele verdenen, hvor man har forsøgt at sætte ind overfor disse problemer med vekslende held, men resultaterne tyder på, at jo tidligere man sætter ind, jo større succes med fx vægttab og rygestop (8). Desuden viser undersøgelser, at psykisk syge har det samme ønske om at tabe sig og stoppe med at ryge, som alle andre mennesker har. Det er derfor psykiateren og den praktiserende læge skal være meget opmærksom på denne form for forebyggelse, fordi de nævnte faktorer betyder, at mennesker med psykisk sygdom i gennemsnit lever 15-20 år kortere end andre mennesker. Hele området med fysisk helbred hos psykisk syge er for nylig gennemgået meget grundigt i en britisk rapport (9).

Selvmondsforebyggelse

Forebyggelse af **selvmord** skal også have meget høj prioritet. Ud over tragedien for de pårørende udgør selvmord et stort samfundsmæssigt problem. I 1980'erne begik 1600 mennesker selvmord om året i Danmark. Tallet er nu faldet til ca. 600, men det er stadig 3 gange så mange, som der dør i trafikken. Som nævnt foregår der en betydelig forebyggelse af universel karakter, men der er også flere videnskabeligt veldokumenterede interventioner til forebyggelse af selvmord. Et eksempel er den såkaldte Nürnbergintervention (10). Som navnet siger foregik interventionen i Sydtykland i Nürnberg, som er en by på størrelse med København. Man udarbejdede en plan for forebyggelse af selvmord, som omfattende et uddannelsesprogram for praktiserende læger om depression og let tilgængelig psykiatrisk rådgivning og behandling i konkrete tilfælde. Samtidig uddannede man politi og skolelærere til at opdage og reagere på tegnene på depression. I løbet af en 4-årig periode reducerede dette program raten af både selvmordsforsøg og selvmord med 33 %. I kontrolbyen Würzburg, som har ca. samme størrelse, hvor der ingen intervention fandt sted, var denne rate stort set uændret i samme periode. Det kan således gøre en meget stor forskel, at mennesker i risiko for selvmord får den fornødne behandling, men det kræver bl.a. psykiatrisk assistance til de praktiserende læger, så de har nogen at spørge til råds i svære tilfælde, oplysning af lærere og politifolk samt et let tilgængeligt behandlingstilbud.

En af de grupper af patienter, som er særligt i risiko for at begå selvmord er bipolare patienter. Her er det vist, at litiumbehandling sænker denne risiko markant (11).

Misbrug af stoffer og alkohol

Mange psykiske sygdomme kompliceres af misbrug af alkohol eller stoffer. Dette kan skyldes, at mennesker med psykisk sygdom dulmer deres symptomer som fx angst med alkohol eller hash. Dette såkaldte symptomatiske misbrug er meget almindeligt forekommende. Andre årsager til misbrug kan være, at sygdommen (eller behandlingen) medfører glædesløshed og fornemmelse af afstand til andre mennesker. Dette søger den syge at modvirke vha. fx centralstimulantia. Problemet med disse forsøg på selvbehandling er naturligvis, at stofferne har deres egne bivirkninger samt er afhængighedsskabende. Uanset, hvad årsagen er til misbruget, vil følgesymptomerne til afhængigheden herunder de sociale, psykiske og somatiske skadevirkninger efterhånden overskygge alt. Det er et meget stort problem, at behandlingen ofte ikke er samlet hos én instans. Misbruget behandles i kommunalt regi, mens den psykiske sygdom behandles i regi af Regionernes praktiserende speciallæger eller sygehusvæsen (se kapitel 14). Risikoen for, at patienter falder mellem to stole, er således meget stor. Der ligger et meget stort forebyggelsespotentiale ved at fokusere på misbrug blandt psykisk syge, hvilket også ville forebygge en del kriminalitet, fordi vi ved at risikoen for dette stiger, når man adderer misbrug til den psykiske sygdom.

OPUS-projekterne

Et andet eksempel på forebyggelse af forværring, som skal nævnes i denne sammenhæng, er de såkaldte OPUS projekter. Disse har eksisteret siden slutningen af 1990'erne og har til formål tidligt af opfange unge med psykotiske symptomer eller med såkaldte prodromalsymptomer. Formålet er at forhindre udvikling af egentlig psykose, som kan ødelægge den unges sociale muligheder eller være decideret farlig for vedkommende. OPUS er således et intensivt, ambulant behandlingstilbud, hvor man vha. medicinsk behandling, samtalerapi, psykoedukation, social støtte, familiesamtaler og -vejledning samt sundhedsrådgivning forsøger at behandle først og fremmest skizofreni samt at forebygge forværring af sygdommen. Effekten af OPUS er undersøgt i adskillige videnskabelige studier. Ved den intensiv behandling har man kunne forebygge senere forværring af tilstanden og indlæggelser på psykiatrisk afdeling (12). Bl.a. de invaliderende såkaldte negative symptomer på skizofreni som social tilbagetrækning og apati kan i nogen grad forebygges (13). Problemet er imidlertid, at der i dag kan være ventetid til inklusion i OPUS, hvilket naturligvis ikke er hensigtsmæssigt.

Kriminalitet og retspsykiatrien

Et af de mest succesfulde eksempler på forebyggelse ses inden for retspsykiatrien. Desværre har ikke-psykotiske personer, der begår kriminalitet og bliver straffet herfor, en meget høj risiko for recidiv i fornyet kriminalitet. Kriminalforsorgen og Danmarks statistik oplyser således, at 66% begår fornyet kriminalitet inden for 2 år efter afsoningen (14). Derimod ses der blandt personer, der havde en dom til psykiatrisk foranstaltning, at kun 25% recidiverede i ny kriminalitet inden for 2 år efter ophævelsen af denne foranstaltning. Psykiatriske foranstaltninger kan

være dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling eller dom til psykiatrisk behandling, og personer med psykoser eller andre svære sindslidelser kan idømmes disse foranstaltninger, der således har en markant effekt på risikoen for fornyet kriminalitet. Se i øvrigt kapitel 13.

Forebyggelse af gentagne af episoder eller forværringer

Flere psykiske sygdomme forekommer i perioder og er væk eller næsten væk i andre perioder. Et oplagt eksempel herpå er bipolar sygdom. Tilsvarende er forebyggelse af nye episoder af depression er særdeles vigtig, pga. sygdommens tilbøjelighed til at recidivere. Forebyggelsesaspektet er derfor kolossalt vigtigt. Hvad angår unipolar depression, er effekten af antidepressiv medicin til forebyggelse af nye depressive episoder veldokumenteret i flere metaanalyser (15). Alt tyder på, at antidepressiva, som har effekt på den akutte episode, i samme dosis også har forebyggende effekt på senere episoder. Et eksempel: en undersøgelse af 285 patienter med depression, som blev fulgt over 20 år, viste i overensstemmelse med dette, at de patienter, der fik intensiv medicinsk behandling, havde en signifikant mindre samlet depressionsbyrde end de patienter, der fik en mindre intensiv behandling, eller end de patienter, der slet ikke fik behandling (16). Dette på trods af, at de patienter, der fik intensiv behandling, også havde de sværeste sygdomsepisoder forud for behandlingen. Tilsvarende er stemningsstabiliserende medicin vist at have effekt overfor svingninger i stemningslejet som led i bipolar sygdom.

Psykologisk forebyggelse er imidlertid også effektiv overfor tilbagefald af depression (15, 17). Formentligt er det sådan, at patienter, som får psykoterapi mod den akutte depressive episode, vil have mindre tilbøjelighed til at få nye episoder, fordi det, de havde lært i den initiale terapi, stadig vil være brugbart ved optræk til nye symptomer. De bedst undersøgte psykoterapeutiske teknikker i den forbindelse er kognitiv terapi og interpersonel psykoterapi, men der er kommet nyere undersøgelser, der viser, at mindfulness også har en forebyggende effekt mht. tilbagefald. Formentligt pga. denne tekniks stressreducerende effekt.

Uanset hvilken psykisk sygdom, det drejer sig om, kan **psykoedukation** hjælpe til at finde frem til tidlige symptomer, som kan advare om, at en ny episode af sygdommen er undervejs. Det kan være søvnproblemer eller koncentrationsbesvær, der indvarsler en ny episode. Psykoedukation tilbydes til de fleste patienter med bipolar sygdom og bør også tilbydes mennesker med andre psykiske sygdomme.

Konklusion og anbefalinger

I ovenstående tekst nævnes en række udvalgte problemstillinger, hvor forebyggelsesarbejde er undersøgt videnskabeligt. Der kunne nævnes mange andre eksempler på forebyggelse, der virker eller netop ikke virker, og mulighederne er legio.

Følgende punkter skal fremhæves:

Der foregår rigtig megen vigtig forebyggelse uden for psykiatrien og uden for det lægelige område, for eksempel:

- » Forebyggelse ved social støtte af familier i kommunerne
- » Tidlig opsporing af kvinder med fødselsdepressioner ved sundhedsplejerskerne
- **Forebyggelse har stor opmærksomhed og foregår i dag i høj grad i psykiatrien, fx**
 - » Forebyggelse af komplikationer til sygdommene
 - » Forebyggelse af forværring (fx OPUS)
 - » Forebyggelse af recidiv af sygdom
 - » Forebyggelse af sociale og somatiske komplikationer til sygdom
 - » Herunder forebyggelse af kriminalitet
- **Imidlertid er der en række områder, hvor samfundet kunne gøre mere:**
 - » Forebyggelse af selvmord ved bedre service for depressionsramte, som illustreret i Nürnbergmodellen
 - » Forebyggende behandlingstilbud til pårørende til mennesker med depression eller anden psykisk sygdom. Evidensen viser det virker.
 - » Bedre opmærksomhed og behandlingstilbud til mennesker med somatisk sygdom, der vides at have forhøjet risiko for depression
 - » Bedre behandlingstilbud til børn med "early life-time stress"
 - » Tidligere behandlingsindsats af mennesker med depression og angst

Referencer

1. Nordentoft M, Erlangsen A. Suicide—turning the tide. *Science*. 2019;365(6455):725-.
2. Bergman AS, Axberg U, Hanson E. When a parent dies - a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliat Care*. 2017 Aug 10;16(1):39.
3. Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Dec;58(12):1127-34.
4. Mendelson T, Tandon SD. Prevention of Depression in Childhood and Adolescence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2016 Apr;25(2):201-18.
5. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clin Psychol Rev*. 2009 Jul;29(5):449-58.
6. Jeppesen P, Wolf RT, Nielsen SM, et al. Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Psychotherapy Compared With Management as Usual for Youth With Common Mental Health Problems: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(3):250–260.

7. Nyboe L, Vestergaard CH, Moeller MK, Lund H, Videbech P. Metabolic syndrome and aerobic fitness in patients with first-episode schizophrenia, including a 1-year follow-up. *Schizophr Res.* 2015 Oct;168(1-2):381-7.
8. Fouhy et al. Physical health interventions for patients who have experienced a first episode of psychosis: a narrative review. *Ir J Psychol Med.* 2020 Sep 28;1-14.
9. Firth et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet. Psychiatry*, 2019, Vol.6 (8), p.675-712.
10. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013 Dec;37(10 Pt 1):2404-9.
11. Tondo L, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Prevention of Suicidal Behavior in Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.* 2020 Oct 9. doi: 10.1111/bdi.13017.
12. Drake et al. Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study. *Lancet Psychiatry.* 2020 Jul;7(7):602-610.
13. Dama et al. Short duration of untreated psychosis enhances negative symptom remission in extended early intervention service for psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2019 Jul;140(1):65-76.
14. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=31981>
15. Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, Leucht C, Samara M, Dold M, Davis JM, Leucht S. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry.* 2014 Jun;71(6):706-15.
16. Leon AC, Solomon DA, Mueller TI, Endicott J, Rice JP, Maser JD, et al. A 20-year longitudinal observational study of somatic antidepressant treatment effectiveness. *Am J Psychiatry* 2003 Apr;160(4):727-33.
17. Biesheuvel-Leliefeld KE, Kok GD, Bockting CL, Cuijpers P, Hollon SD, van Marwijk HW, Smit F.
18. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord.* 2015 Mar 15;174:400-10.

K A P I T E L L E V E

Inddragelse af patienter og pårørende



11. Inddragelse af patienter og pårørende

I Dansk Psykiatrisk Selskabs hvidbog fra 2012 var nogle af anbefalingerne, at pårørende i højere grad skulle inddrages i behandlingen, at der skulle være tilbud om undervisningsforløb til patienter og deres pårørende, og at samarbejdet med patient- og pårørendeforeninger skulle styrkes.

Inddragelse

I hele sundhedsvæsenet har der gennem en årrække været tiltagende fokus på højere grad af inddragelse af patienter og deres pårørende i behandling og beslutningsprocesser (1,2,3), det gælder også for det psykiatriske behandlingsområde. I 2013 udgav regeringens psykiatridvalg rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" og angav en række pejlemærker for inddragelse af patienter og pårørende (4):

Pejlemærker for indsatsen

- Fokus på borgerens egne ressourcer, ønsker og behov. Udgangspunktet er, at borgeren kan komme sig og få et godt og aktivt liv.
- Forpligtende og systematisk fokus på pårørende som en ressource samt fokus på pårørendes vilkår og betingelser.
- Inddragelse af brugere og pårørende som en grundlæggende del af en inddragende, åben og moderne psykiatri.
- Udbredelse af metoder til aktiv borger- og pårørendeinddragelse i indsatsen og i alle sektorer. Ledelsesmæssigt fokus på aktiv borger- og pårørendeinddragelse i indsatsen.
- Brug af peer to peer (medarbejdere med brugerbaggrund) i indsatsen.
- Øget inddragelse af frivillige organisationer og foreninger i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Etablering af partnerskaber med frivillige foreninger og organisationer i indsatsen.

Pejlemærkerne afspejles udmærket i de indsatser, der allerede i nogen grad er implementeret. Inddragelsen sker på flere niveauer, fx inddrages patienter og pårørende i de strategiske indsatser nationalt, aktuelt i arbejdet med 10-års planen for psykiatri. Der er i det hele taget med rette stort fokus på bruger- og pårørenderepræsentation i beslutningsfora og i udviklingsprojekter i psykiatrien. Der er i stigende grad ansat medarbejdere med brugerbaggrund i psykiatriske sengeafsnit og ambulatorier (peer to peer) for at patienter kan have rollemodeller og opnå en anden form for støtte end fra sundhedsfaglige. I kvalitetsmål vinder Patient Reported Outcome (PRO) data frem, som beskrevet nærmere i kapitel 16 (5).

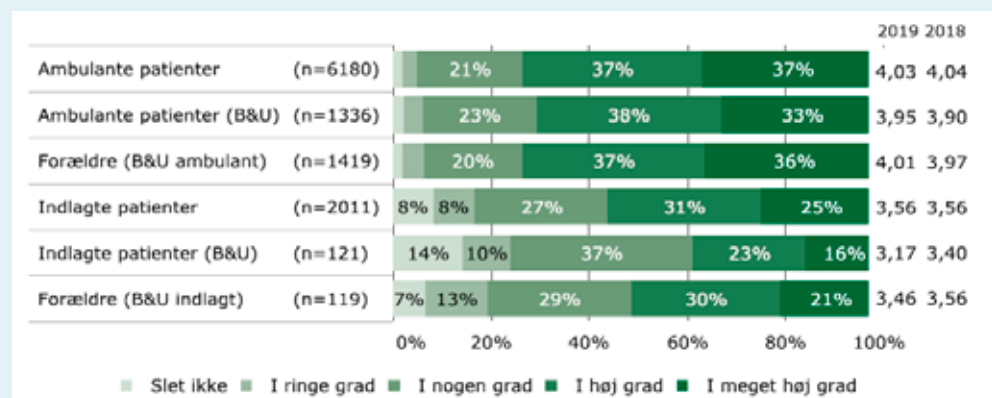
I de individuelle behandlingsforløb arbejdes der også med inddragelse af såvel patienter som pårørende. Der er en stigende erkendelse af, at det er vigtigt, at behandler, patient og de pårørende får forventningsafstemt mulighederne

og får afdækket, hvad der for patienten er de største udfordringer og vigtigste mål. Hvornår behandlingen er en succes, og hvad der er de vigtigste problemer og væsentligste mål, kan se forskelligt ud fra patient- og behandlersynspunkt. Derfor indeholder psykiatriske behandlingsplaner oftest også punktet: "Patientens egne mål". I et behandlingsforløb kan der arbejdes med disse på forskellig vis, afhængig af typen af behandling, organiseringen og patientens tilstand, ressourcer og netværk. I behandlingsplanerne indgår også et punkt vedrørende pårørendeinddragelse, og der arbejdes løbende med at finde gode modeller for denne inddragelse, også for de patienter, der fx pga. manglende sygdomsindsigt i perioder afviser, at deres pårørende inddrages. Dette er naturligvis en vanskelig balancegang, fordi det også kan være fuldstændigt legitimt ikke at ønske sine pårørende inddraget i sin behandling.

Bevægelsen mod større inddragelse af både patienter og deres pårørende er ikke kun en kulturel udvikling, men hviler også på faglig grund. Forskning har vist, at patientinddragelse via fx shared-decision-making giver bedre behandlingsresultat, compliance og øget tilfredshed (6-8). Ligeledes har inddragelse af pårørende betydning for patienters alliance og risiko for tilbagefald og genindlæggelse (9). Som pårørende er det dels af betydning at "være klædt på" til den ofte meget omfattende opgave, det kan være at støtte et menneske med psykisk sygdom, dels betyder viden, information og støtte meget for de pårørendes eget mentale helbred.

LUP – Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser

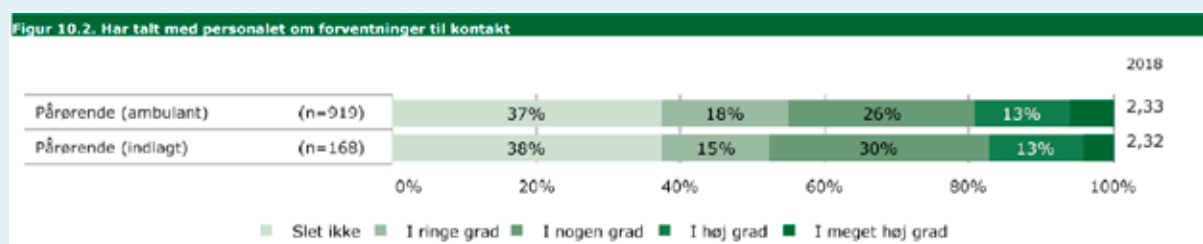
I lighed med det somatiske område gennemføres der årligt for psykiatrien en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse (LUP) på vegne af Danske Regioner til vurdering af patienttilfredshed med behandlingen. LUP foretages for både Psykiatri og Børne- og Ungdomspsykiatri. Hvert tredje år gennemføres også en undersøgelse af de pårørendes oplevelser og tilfredshed. Herigennem kan man bl.a. få indtryk af, hvordan patienterne og deres pårørende vurderer, at det går med inddragelse (10). Nedenstående figur 1 og 2 fra LUP 2019 viser patienters vurdering af, hvorvidt deres egne erfaringer inddrages, og hvorvidt de er med til at træffe beslutninger (svarprocent på hhv 71% og 63% for indlagte og ambulante patienter). Figurer 3-5 angiver pårørendes vurdering af, hvorvidt der forventningsafstemmes med dem, om deres erfaringer inddrages, og om de er med til at træffe beslutninger om patientens undersøgelse/behandling og er inddraget ved udskrivelse (svarprocent for pårørende til hhv indlagte og ambulante patienter 36% og 38%).



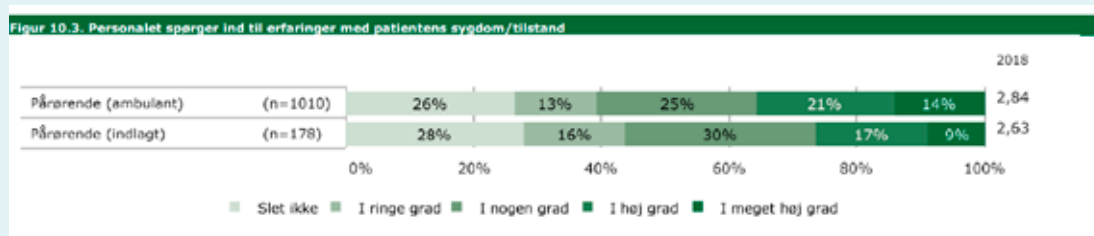
Figur 1. Personalet spørger ind til patientens egne erfaringer. Fra LUP 2019

Med til at træffe beslutninger om sygdom/tilstand		
	2019	2018
Ambulante patienter	94 % (5356)	93 % (5071)
Ambulante patienter (B&U)	85 % (1025)	87 % (903)
Forældre (B&U ambulant)	91 % (1223)	89 % (1145)
Indlagte patienter	78 % (1700)	81 % (1490)
Indlagte patienter (B&U)	54 % (100)	61 % (104)
Forældre (B&U indlagt)	80 % (104)	78 % (112)

Figur 2. Patienten er med til at træffe beslutninger om sygdom/tilstand. Fra LUP 2019.



Figur 3. Har talt med personalet om forventninger til kontakt. Fra LUP 2018.



Figur 4. Personalet spørger ind til erfaringer med patientens sygdom/tilstand. Fra LUP 2018.

Tabel 10.1
Med til at træffe beslutninger om patientens undersøgelse/behandling

	Ja	Nej
Pårørende (ambulant) (n=734)	51%	49%
Pårørende (indlagt) (n=138)	46%	54%

Tabel 10.2
Inddraget i patientens udskrivelse

	Ja	Nej
Pårørende (indlagt) (n= 154)	53%	47%

Figur 5. Er med til at træffe afgørelse om patientens undersøgelse/behandling samt udskrivelse. Fra LUP 2018

For psykiatriens vedkommende ses i figur 1-5, at 74% af patienter i ambulant behandling angiver høj eller meget høj grad af at få inddraget egne erfaringer, og at 94% angiver medindflydelse på beslutninger. For indlagte patienter er procentdelen mindre (hhv. 56% og 78%).

Kun 39% og 33% af pårørende til hhv. patienter i ambulant forløb og indlagte patienter angav i høj eller meget høj grad, at personalet talte med dem om forventninger til kontakt. Tilsvarende svarede 35% og 26%, at de i høj eller meget høj grad blev spurgt til erfaringer med patientens sygdom og tilstand, og kun ca. halvdelen oplevede at være med til at træffe beslutninger om behandling eller at blive inddraget i forbindelse med udskrivelse. Svarprocenten er særligt for de pårørendes vedkommende lav, men der er tydeligt fortsat plads til forbedringer, og vha. LUP kan indsatsen følges.

PAL – Patient Ansvarlig Læge

En national model for at indføre såkaldt Patient Ansvarlig Læge (PAL) på danske sygehuse udsprang af en aftale om Kræftplan IV og finansloven for 2017. Parterne i aftalen var Sundheds- og ældreministeriet, Danske Patienter, Kræftens Bekæmpelse og Danske Regioner, men også Dansk Sygeplejeråd, Overlægeforeningen og Foreningen af Yngre Læger (11). Hovedformålet med PAL var at sikre kontinuitet, sammenhæng og "tovholderfunktion" i sygdomsforløb også på tværs af specialer. PAL er således forskellig fra "behandlingsansvarlig læge", idet denne er ansvarlig for forløbet indenfor et enkelt sygdomsområde, mens PAL tager det overordnede ansvar for patientens udrednings- og behandlingsforløb og skal medvirke til at skabe bedre forløb for patienten ved at sikre, at de forskellige behandlinger fungerer sammen. Blandt de ønskede effekter af PAL nævnes bl.a. styrket inddragelse af patient og evt. pårørende i behandlingsforløbet. Dette forventes at kunne opnås ved, at patient og pårørende har en fast, gennemgående læge at henvende sig til ved tvivl og usikkerhed, fordi vedkommende sikrer koordination af forskellige behandlinger (uden dog at være fagligt ansvarlig ud over eget speciale). Det skal påpeges, at konceptet til dels er udsprunget af, at den tidligere vedtagne kontaktpersonsordning ikke har fungeret optimalt, specielt indenfor somatikken. Mht. forholdene indenfor psykiatrien har kontaktpersonsordningen været velimplementeret. Hertil kommer, at udgangspunktet for PAL primært har været kræftpatienternes forhold og i mindre grad de psykiatriske patienters behov. PAL har foreløbig ikke vist sig uproblematisk at implementere, da der lægges op til, at indførelse kan foregå forskelligt, afhængig af speciale, geografi, organisering osv. Først og fremmest har det vist sig vanskeligt at finde en model til at afgøre, hvem der bør have PAL-ansvar, når patienter behandles inden for flere forskellige specialer.

Psykoedukation og rådgivning

For den enkelte patients behandlingsforløb er det betydningsfuldt for såvel patient som pårørende at få grundig information om sygdom, symptomer, behandlingsmuligheder og prognosen, og at udvikle strategier for at håndtere og bedst muligt leve med de psykiatriske symptomer. I selve behandlingsforløbet indgår psykoedukation og pårørendeinddragelser i pakkeforløb og forløbsbeskrivelser, der udover de ambulante forløbsbeskrivelser nu også omfatter 5 tvær-regionale forløbsbeskrivelser for indlæggelser, som de enkelte regioner er i gang med at implementere.

I alle fem regioner er oprettet Psykiatriske Informationscentre (PsyInfo), der tilbyder information, rådgivning og vejledning om psykisk sygdom.

Inddragelse af patient- og pårørendeorganisationer. PsykiatriAlliancen

Dansk Psykiatrisk selskabs hvidbog fra 2012 anbefalede, at samarbejdet med patient og pårørendeorganisationer skulle udbygges. Selskabet havde dengang årlige møder med patient- og pårørendeorganisationer, og et kapitel i hvidbogen fra 2012 var dedikeret synspunkter fra foreningerne. Der har siden været arbejdet intensivt videre med samarbejdet, hvilket bl.a. har udmøntet sig i etablering af PsykiatriAlliancen, et åbent netværk, hvis medlemsorganisationer tæller patient- og pårørendeorganisationer samt faggrupper indenfor forebyggelse, behandling og sociale tilbud. PsykiatriAlliancens formål er at forstærke og forbedre indsats-

sen omkring psykiske lidelser indenfor bl.a. forebyggelse, behandling, sikkerhed, forskning, sammenhæng i de offentlige ydelser og bekæmpelse af den overdødelighed som mennesker med psykisk sygdom har (12).

Konklusioner og anbefalinger

Der skal fortsat være fokus på inddragelse af patienter og pårørende på flere niveauer: i de enkelte behandlingsforløb, i beslutningsfora, i udvikling og forskning, og der skal løbende arbejdes med gode modeller for inddragelse.

Referencer

1. <https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/patientinddragelse>
2. SST og DSI, MTV, 2008: "Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed".
3. SST, Socialstyrelsen, 2014: "Koncept for systematisk inddragelse af pårørende".
4. Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, 2013: "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser".
5. Kristensen S et al. Conceptualizing patient-reported outcome measures for use within two Danish Psychiatric clinical registries: description of an interactive co-creation process between patients and healthcare professionals. [Nordic Journal of Psychiatry](#), 2018, vol 72, issue nr 6, p 409-419
6. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision-making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:403-409
7. Fisher A, et al. Improving treatment decision-making in bipolar II disorder: a phase II randomised controlled trial of an online patient decision-aid. *BMC Psychiatry*. 2020 Sep 17;20(1):447
8. Hamann J et al. [Shared decision making for in-patients with schizophrenia](#). *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Oct;114(4):265-73.
9. Ashcroft K et al. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community ment health j*. 2018. Oct;54(7):983-91.
10. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Psykiatri. [file:///C:/Users/jbau0007/Downloads/Rapport_2019_LUP_Psykiatri.pdf](#)
11. Danske Regioner, 2017: Hvidbog for den PatientAnsvarlige Læge <https://www.laeger.dk/sites/default/files/hvidbog.pdf>
12. PsykiatriAlliancen: www.Psykiatrialliancen.dk

K A P I T E L T O L V

Mindskelse af tvang i psykiatrien



12. Mindskelse af tvang i psykiatrien

Det kan desværre være nødvendigt at anvende tvang i behandlingen af mennesker med psykisk sygdom – både for at sikre behandling, men også for at beskytte patienten selv eller andre mod fare. Anvendelse af tvang er reguleret i "Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien". Brugen af tvang rejser store etiske dilemmaer omhandlende den enkeltes selvbestemmelsesret versus samfundets hjælpepligt. Dilemmaet opstår fx hos den stilfærdige patient med skizofreni, som isolerer sig i sin bolig, hvor alle afløb er stoppet. Skal denne patient behandles mod sin vilje? Eller skal man lade patienten være, indtil denne bliver hjemløs eller dør alene i sin lejlighed pga. sundhedsskadelige forhold? Et andet klassisk dilemma er patienten med selvskadende handlinger, som tvangsindlægges gang på gang pga. livstruende selvskade, og som ofte også bæltefikseres og får beroligende medicin med tvang under indlæggelsen. Eller den unge mand med skizofreni og misbrug, som gentagne gange bliver personfarlig og ender med tvangsindlæggelser og tvangsfikseringer.

Trods intentioner om det modsatte er anvendelsen af tvang i psykiatrien imidlertid fortsat stigende. Siden 2010 er tvangsindlæggelserne steget med 45%, tvangsbehandlingerne med 79%, og anvendelsen af fysisk magt eller fiksering er steget med 10%. Ganske vist er tvangsfikseringer faldet med 36%, men akut beroligende medicin med tvang er steget med 49%, og fastholden er steget med 58%. Tilsyneladende er tvangsfikseringerne i nogen grad blevet erstattet med anvendelse af beroligende medicin med tvang og manuel fastholden. Tvang er et voldsomt indgreb over for et menneske og udviklingen er derfor yderst bekymrende. Patientgrupper i risiko for tvangsanvendelse er hovedsageligt svært psykisk syge med psykotiske gennembrud, dobbeltdiagnosepatienter og selvskadende patienter, men også demente, mentalt retarderede og et stort antal patienter indlagt på medicinske og kirurgiske afdelinger udsættes for tvang i psykiatrien. De sidstnævnte i forbindelse med de såkaldte delirøse tilstande. Det kan tænkes, at med de rette behandlingsindsatser kunne mange af disse patienter behandles uden tvangsanvendelse. Det er bare ikke det, vi ser i dag.

Årsagerne til udviklingen i tvangsanvendelsen i psykiatrien er multifaktoriel og skal findes både indenfor og uden for den regionale psykiatris mure (1). Med den viden vi har i dag, kan vi imidlertid undgå en stor del af tvangsanvendelsen i psykiatrien, men det kræver politisk vilje og investeringer i både den regionale og kommunale psykiatri.

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) blev i 1992 inkorporeret i dansk lovgivning, hvortil der er knyttet et individuelt klagesystem i form af Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol. Danmark har herudover underskrevet FN's handicapkonvention, hvor formålet er ophør af alle former for tvang. Sidstnævnte giver dog anledning til bekymring, idet undladelse af tvang over for de sværest psykisk syge i nogle tilfælde vil overlade den psykisk syge til sig selv, i risiko for at være til fare for sig selv eller andre og til at gå til grunde, og således udgøre et alvorligt omsorgssvigt.

I stedet for tvang anbefaler konventionen, at understøtte den enkeltes beslutningstagen med respekt for autonomi, vilje og præferencer. Til trods for underskrivelsen af handicapkonventionen anvender Danmark fortsat meget tvang og har endnu ikke taget de nødvendige skridt i form af ressourcetilførsel og behandlingsindsatser målrettet reduktion af tvang. Som der står i psykiatriloven, må tvang aldrig erstatte omsorg, pleje og behandling, men spørgsmålet er, om Danmark efterlever dette.

Imidlertid må man dog understrege, at Danmark med lov om anvendelse af tvang i psykiatrien på mange måder er unik i sin varetagelse af både behandling af de sværest psykisk syge og den psykisk syges rettigheder. Loven skal sikre, at de sværest psykisk syge får den nødvendige behandling. Desværre er det muligt, at loven i dag finder anvendelse overfor patienter, som ved tilstrækkelig behandling og støtte ikke havde brug for tvangsanvendelse.

Der i Danmark en stærk og pålidelig tradition for registrering af tvangsanvendelsen. Det er til stadighed nødvendigt at sikre faglig kvalitet og ensartethed i registreringen af tvang. Registrering af tvang er medvirkende til, at patientrettigheder sikres og skjult tvang elimineres. Samtidigt er tvangsdata i Danmark tilgængelige for alle og udviklingen kan følges og være en del af den offentlige debat.

Tvangsanvendelsen rubriceres i fem grupper: 1) Frihedsberøvelse, 2) Tvangsbehandling, 3) Fikseringer og anden fysisk magtanvendelse, 4) Beskyttelsesforanstaltninger og 5) Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Med ændringen af psykiatriloven pr. 1. juli 2019 blev personkredsen, som er omfattet af lov om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udvidet til at omfatte alle, som modtager tilbud efter Servicelovens afsnit V med baggrund i en psykisk funktionsnedsættelse, mens lov om tvungen opfølgning (såkaldt ambulans tvang) som forsøgsordning blev afskaffet.

Med indførelsen af særlig lovgivning i 2018 blev det muligt at anvende tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, hvormed tænkes på fx mentalt retarderede eller hjerneskadede borgere. Formålet med loven er at sikre behandling og omsorg for disse individer (5).

Frihedsberøvelse

Antallet af frihedsberøvelser er de seneste 9 år steget fra 5.711 i 2010 til 7.466 i 2019. Frihedsberøvelser omfatter både tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på psykiatrisk hospital, og der ses en stigning i begge tvangsanvendelser.

For tvangsindlæggelsernes vedkommende ses antallet af **tvangsindlæggelser** at være steget fra 3.044 i 2010 til 4.418 i 2019, svarende til en stigning på 45%. Antallet af personer, som har været udsat for tvangsindlæggelse, er steget fra 2.600 i 2010 til 3140 i 2019, svarende til en stigning på 21%. Udviklingen er bekymrende, idet befolkningsandelen af mennesker med svær psykisk sygdom som skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse er uændret. Flere personer tvangsindlægges altså end tidligere.



Figur 1. Antal tvangsindlæggelser 2004-2019



Figur 2. Antal personer udsat for tvangsindlæggelse 2004-2019

Endvidere viser tallene, at der er patienter, som tvangsindlægges mere end én gang om året. Antallet af personer som genindlægges med tvang var således i 2019 på 29%. Til sammenligning var antallet af genindlæggelser med tvang i 2004 på 14% og i 2010 på 15%.

Tvangsgenindlæggelsesprocenten har altså tidligere været stabil omkring 14-15%, men er nu steget markant inden for de seneste 10 år. Allerede i 2011 udtrykte Dansk Psykiatrisk Selskab bekymring for udviklingen i tvangsindlæggelser, dette med baggrund i en stigning i tvangsindlæggelserne på 60% fra 2002 til 2010 (6). Udviklingen er, som det fremgår, ikke bedret, hvilket er stærkt bekymrende, idet man kan frygte at stigningen i antallet af tvangsindlæggelser og personer som udsættes for tvangsindlæggelse er udtryk for en generel forringelse af tilstanden blandt de sværest psykisk syge ambulante patienter, og at der er sket en yderligere forværring siden 2010. Dette er sandsynligvis et udtryk for, at både behandling under indlæggelse, den ambulante opfølgning og støttetilbud i kommunerne er mangelfulde og ikke hænger tilstrækkeligt sammen. Stigningen i tvangsindlæggelser sætter herudover de psykiatriske sengeafdelinger under et enormt pres, idet patienter som tvangsindlægges er svært syge og ressourcekrævende og har øget risiko for fiksering og akut beroligende medicin med tvang de første døgn af indlæggelsen.

Medvirkende til stigningen i tvangsindlæggelser er formentligt også at flere patienter end tidligere bliver psykotiske pga. misbrug af centralstimulerende stoffer. Flere tvangsindlæggelser tænkes også at kunne tilskrives selvskaade og

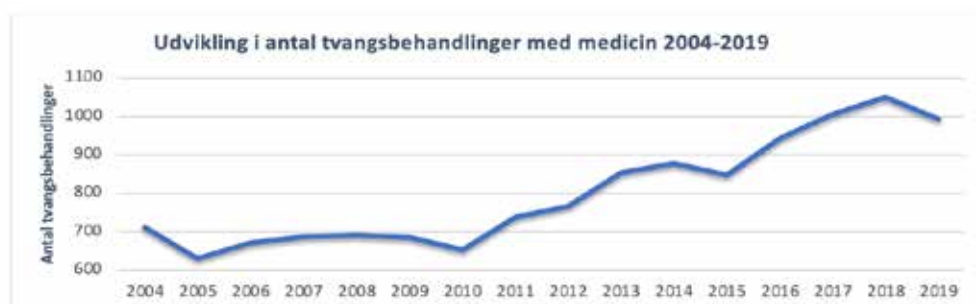
selvmordsforsøg som led i personlighedsforstyrrelse og posttraumatisk stress syndrom, samt at der ses flere tvangsindlæggelser i forbindelse med tvangsbehandling for somatisk lidelse (delirium).

Tvangsbehandlinger

Antallet af tvangsbehandlinger er steget fra 1.048 i 2010 til 1.872 i 2019, svarende til en stigning på 79%. Tvangsbehandlinger udgøres af tvangsbehandling med medicin, tvangsbehandling med ECT (elektrokonvulsiv behandling), tvangsbehandling af legemlig lidelse og tvangsbehandling i form af tvangsernæring. Se figur 3-5.



Figur 3. Antal tvangsbehandlinger 2004-2019



Figur 4. Antal tvangsbehandlinger med medicin 2004-2019



Figur 5. Antal tvangsbehandlinger for legemlige lidelser 2004-2019

Størstedelen af tvangsbehandlingerne udgøres af tvangsbehandling med medicin og tvangsbehandling for legemlig lidelse. I 2019 blev der påbegyndt **tvangsbehandling med medicin** 992 gange, svarende til en stigning på 52% siden 2010. Der er således tale om en ganske markant stigning i antallet af tvangsbehandlinger. Tvangsbehandling med medicin er et uomgængeligt nødvendigt redskab i behandlingen af de sværest psykisk syge patienter med skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse og psykotisk depression. Uden tvangsbehandling med medicin under indlæggelse vil denne gruppe af patienter dø af deres sygdom eller blive svært personfarlige. Det er bekymrende, at flere personer tvangsbehandles med medicin end tidligere, idet personkredsen, som har brug for tvangsbehandling, næppe er udvidet betragteligt. Man kan frygte, at udviklingen skal forklares i, at disse mennesker ikke er velbehandlede ved udskrivelse og ikke får den nødvendige tilbagefaldsforebyggende ambulante opfølgning, samt tilstrækkelig med støtte i den kommunale psykiatri, herunder i botilbud.

I 2019 blev der påbegyndt **tvangsbehandling for legemlig lidelse** 628 gange, svarende til en stigning på 152% siden 2010. Denne stigning er svært bekymrende, og der er behov for undersøgelse af, hvad der ligger bag tallene. Personkredsen, som tvangsbehandles for legemlig lidelse, omfatter typisk patienter med personlighedsforstyrrelse og PTSD, som tvangsbehandles efter selvmordsforsøg og svær selvskade, samt psykiatrisk raske patienter, som tvangsbehandles i de medicinske og kirurgiske afdelinger pga. delirøs tilstand, som led i deres somatiske sygdom. Det kan frygtes, at stigningen i tvangsbehandling af legemlig lidelse skal ses i sammenhæng med at også de somatiske afdelinger er under pres og ikke har den nødvendige tid og ro til at undgå tvang. Det er således erfaringen, at tvangsanvendelse hos disse patienter ofte kan undgås ved en fast vagt, rolige omgivelser og tålmodighed. Der er behov for særlige somatiske senge, som i samarbejde med psykiatrien kan håndtere denne gruppe af patienter og derved forebygge tvangsanvendelse.

Man ser desuden en stigning i antallet af **unge patienter**, der udsættes for tvangsendlæggelser og tvangsbehandling, når de tilknyttes voksenpsykiatrien i 18-20-årsalderen. Det kunne skyldes, at der i overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien er skift af behandlingsrammer og traditioner, som bidrager til stigningen i brug af tvang for denne gruppe af patienter. Der er behov for målrettede terapeutiske behandlingsindsatser både under indlæggelse, efter udskrivelse i den ambulante psykiatri, i botilbud og generelt i den kommunale psykiatri, hvis den samlede behandlingsindsats overfor de svært selvskadende patienter skal lykkes. Det frygtes, at tvangstallene vil fortsætte deres stigning, idet patientgruppen er i vækst i børne- og ungdomspsykiatrien og heraf også vil være det i voksenpsykiatrien.

Fikseringer og anden fysisk magtanvendelse

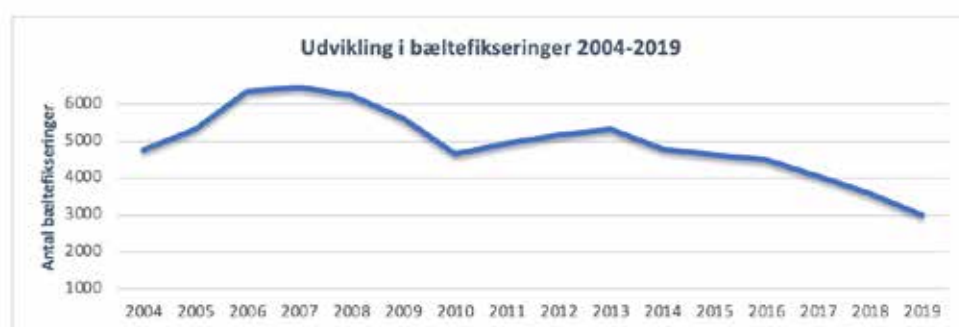
Fiksering og fysisk magtanvendelse omfatter bæltefiksering, fiksering med remme, fiksering med handsker, fastholden, aflåsning af afdelingens yderdør, beroligende medicin med tvang og personlig skærmning over 24 timers varighed.

Den samlede anvendelse af fiksering og anvendelse af fysisk magt er steget med 27% siden 2010, fra 15.937 tilfælde i 2010 til 17.564 i 2019. Antallet af personer, som er berørt af fiksering og/eller fysisk magt, er betydeligt lavere, idet én patient kan være berørt af flere tvangsforanstaltninger samtidigt. Det er inte-

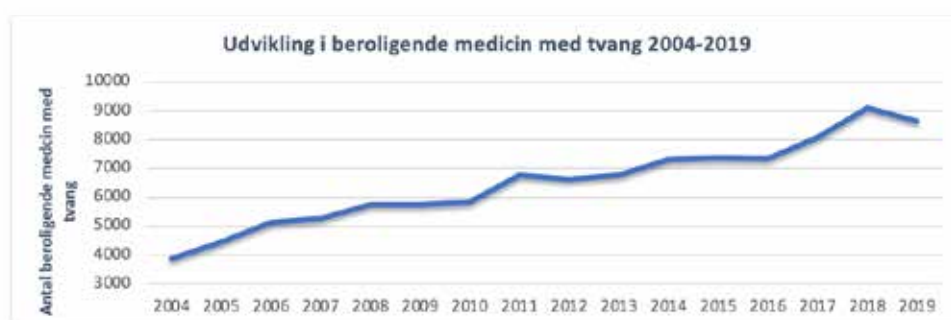
ressant, at antallet af personer berørt af fiksering og fysisk magtanvendelse har været stabilt siden 2004 med et antal på 2.865 i 2004, 2.961 i 2010, 2.955 i 2019, mens antallet af påbegyndte fikseringer og/eller fysisk magtanvendelse har været stærkt stigende med et antal på 13.781 i 2004, 15.937 i 2010 og 17.564 i 2019. Dette svarer til en stigning på 27% siden 2004, hvilket tyder på, at der anvendes mere tvang end tidligere på de samme patienter.

I nedenstående redegøres for udviklingen i tvangsfiksering i bælte, akut beroligende medicin med tvang og fastholdelse, idet det er de hyppigst anvendte af de fysiske tvangsforanstaltninger, og det ydermere ofte er samme indsatser, som kan forebygge disse tvangsanvendelser. Fiksering med hånd- og fodremme er også hyppigt anvendt, men finder sted samtidigt med en bæltetiksering, hvorfor der ikke her ses særskilt på denne tvangsforanstaltning.

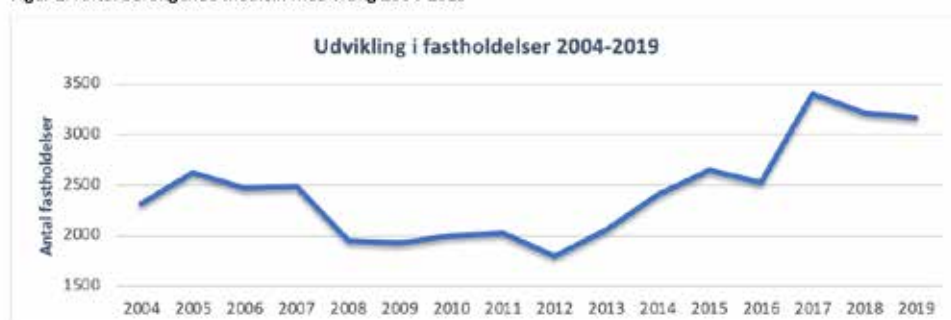
I 2019 var der i Danmark 2.995 bæltetikseringer, 8.656 tilfælde af akut beroligende medicin med tvang og 3.166 fastholdelser.



Figur 1. Antal bæltetikseringer 2004-2019



Figur 2. Antal beroligende medicin med tvang 2004-2019



Figur 3. Antal fastholdelser 2004-2019

Tvangsfiksering med bælte og anden fysisk magtanvendelse finder hyppigst sted i de første dage efter indlæggelsen, men ses også i visse tilfælde under hele indlæggelsesforløbet f.eks. hos selvskadende patienter. Patienter i særlig risiko for tvangsfiksering og anden fysisk magtanvendelse er typisk patienter som tvangsindlægges og som er svært psykotiske og udadreagerende, patienter med svær psykisk sygdom og samtidigt misbrug, patienter med selvskadende handlinger og psykiatrisk raske patienter med somatisk betinget delirøs tilstand.

I en nylig udgivet rapport fra Institut for Menneskerettigheder om **Etnicitet og tvang i psykiatrien**, fremgår det, at en patient af ikke-vestlig oprindelse har større risiko for at blive udsat for tvang end en patient af dansk oprindelse. De største forskelle ses inden for tvangsformerne fiksering og fysisk magtanvendelse. Undersøgelsen viser, at sproglige og kulturelle barrierer såvel som fordomme og nedsættende holdninger over for patienter med etnisk minoritets baggrund kan være med til at forklare den øgede tvang. Der peges i rapporten bl.a. på behov for bedre adgang til kvalificeret tolkning og uddannelse i tværkulturel sygepleje i psykiatrien (7).

Stigningen i **akut beroligende medicin** med tvang antages at have noget af sin forklaring i øget behov for beroligende medicin, når man forsøger at undgå tvangsfiksering, dels at der administreres lavere dosis end tidligere, dels at de formelle krav til tvangsbehandling med medicin er stadig omsiggribende med underkendelser af beslutning om tvangsbehandling, som udsætter den egentlige behandling og nødvendiggør flere anvendelser af akut beroligende medicin med tvang. Det ser således ud til, at de forskellige typer tvang er "forbundne kar". Forsøg på reduktion af én type kan i visse tilfælde medføre øget brug af andre former for tvangsanvendelse.

Politiske tiltag

Der er de seneste 15 år foretaget flere politiske tiltag, herunder psykiatrilovsændringer for at mindske brugen af især tvangsfiksering i bælte. I 2005 havde man det såkaldte Gennembrudsprojekt, og i 2014 vedtog et bredt flertal i folketinget partnerskabsaftalerne sammen med det 3-årige satspuljeprojekt vedr. "Bæltefrie afdelinger". Med partnerskabsaftalen blev der indgået aftale mellem regeringen og Danske Regioner om en 50%-reduktion i bæltefikseringer og en samtidig reduktion af andre former for tvang ud fra baseline (2011-2013), inden udgangen af 2020. Desværre er man langt fra målet i 2019, hvor udviklingen siden 2010 viser en 36%-reduktion i tvangsfiksering med bælte, en 49%-stigning i akut beroligende medicin med tvang og 58%-stigning i antallet af fastholdelser. Det er bekymrende, at reduktion af bæltefikseringer har ført til stigning i akut beroligende medicin med tvang et stigende antal fastholdelser. Beroligende medicin med tvang anses traditionelt som et mindre indgribende middel end bæltefiksering. Det oplevede overgreb ved fastholdelse som middel er omdiskuteret. Med Sundhedsstyrelsens cirkulære om en maksimal varighed af fastholdelser på 30 min. er man dog kommet væk fra langvarige fastholdelser. Dansk Psykiatrisk Selskab vurderer, at der er et stort behov for forskning i patienters oplevelser af tvangsanvendelse og deres præferencer. Samarbejdsaftaler og eftersamtaler bør spille en væsentlig rolle i beslutningsprocesser.

Undgåelse af tvangsanvendelse

Evalueringen af forsøg med bæltefri afdelinger viste, at de tre væsentligste elementer, som skal til for at undgå tvangsfiksering i bælte, er tilførsel af personale-ressourcer, kompetenceudvikling og ledelsesmæssig opbakning, elementer som samlet set medfører en forbedring af afdelingernes infrastrukturer, det kliniske arbejde og fagligheden (3). Ikke overraskende var det måske vigtigste fund i evalueringen af "Forsøg med bæltefri afdelinger", at medarbejderne i sengepsykiatrien skal have tid til patienterne. Det kræver nærvær, tilgængelighed, vedholdenhed, tålmodighed, tid og koncentration at være til stede i de komplekse situationer, som patienterne befinder sig i, når de er svært urolige og forpinte og er i risiko for at udvikle personfarlig adfærd eller at skade sig selv. Det er tidskrævende at undgå bæltefikseringer, akut beroligende medicin med tvang og fastholdelser, men resultaterne viser, at det kan lade sig gøre med tilstrækkeligt personale med de rette kompetencer, hvilket idet hele taget har stor betydning for patientbehandlingen. Patienterne bliver mere tilfredse, og det samlede behandlingsresultat for den enkelte patient bedres.

En del af den fysiske magtanvendelse, vi ser i dag, kan undgås med de rette indsatser og investeringer i den akutte psykiatri. Bæltefikseringerne vil kunne undgås i langt større grad end svarende til en 50% reduktion, og beroligende medicin med tvang og fastholdelse vil kunne reduceres ganske betydeligt. Fysisk magtanvendelse sætter sig spor hos den, som udsættes for det og vi bør som moderne samfund have langt større ambitioner inden for dette område, end vi har i dag. Det er et etisk dilemma, at den viden, vi har i dag vedr. undgåelse af bæltefiksering og anden fysisk magtanvendelse, ikke bringes i anvendelse og sætter retning for politiske ambitioner og investeringer i den akutte og den ambulante psykiatri.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Med ændringen af psykiatriloven 1. juli 2019 skal alle patienter med en aftale efter servicelovens afsnit 5 have udarbejdet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Lovændringen skal være med til at sikre sammenhæng i sektorovergange for de sygeste psykiatriske patienter. Skal indsatsen lykkes, kræver det, at samarbejdspartnerne i sektorerne sammen med patienten og de pårørende udarbejder fælles mål for patientbehandlingen på kort og på lang sigt, samt tager udgangspunkt i patientens ønsker og behov, og at de nødvendige ressourcer er til stede i den regionale og kommunale psykiatri til iværksættelse af aftaler og planer. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner risikerer ellers at blive et slag i luften.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner giver mulighed for at dele informationer mellem sektorer og udfærdigelsen af en udskrivningsaftale eller koordinationsplan registreres i sundhedsdatastyrelsens register over tvangsanvendelse. Det vækker bekymring, at der med psykiatrilovsændringen 1. juli 2019 inddrages en meget stor personkreds i lovgivningen, som overlægen er forpligtet til at udfærdige udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for. Dette fordi det for størstedelen af den omfattede personkreds slet ikke er nødvendigt at bryde tavshedspligten med henblik på at sikre sektorovergang. Mange patienter har således slet ikke et problem med sektorovergange.

Tvang anvendes over de sværest psykisk syge patienter, og flere patienter udsættes for tvang i psykiatrien end tidligere. Den stigende tvangsanvendelse er bekymrende og må tages til udtryk for, at der udredes, behandles og plejes stadigt mere syge patienter i psykiatrien uden at de fornødne ressourcer er fulgt med. Samlet set betyder det, at den kommunale og regionale psykiatri sættes under et enormt pres og får stadigt vanskeligere ved at løse opgaven omkring reduktion af tvang.

Konklusioner og anbefalinger

- Flere intensive sengepladser med ressourcer og kompetencer til patienter i risiko for tvang
- Kapacitet i sengepsykiatrien til sufficient udredning, behandling og pleje under indlæggelse af de sværest psykisk syge patienter
- Fokus på behandlingsindsatser og tværsektorielt samarbejde omkring patienter med svære selvskadende handlinger
- Samling af misbrugsbehandlingen i den regionale psykiatri
- Fokus på forebyggelse af tvangsanvendelse over for patienter i somatisk delir gennem fælles behandlingsindsatser mellem psykiatri og somatik
- Fokus på indsatser og samarbejde i overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien
- Fokus på indsatser og samarbejde mellem psykiatri og kommuner omkring demente patienter med adfærdsforstyrrelser
- Fokus på tvang mod etniske minoriteter gennem bedre adgang til kvalificeret tolkning og uddannelse i tværkulturel udredning, behandling og sygepleje
- Opsøgende, fleksible og behovstilpassede ambulante tilbud til de sværest psykisk syge patienter
- Ressource- og kompetenceløft i socialpsykiatriske støttetilbud, herunder botilbud
- Flere specialiserede botilbud
- Forskning i anvendelsen af tvang, årsager og konsekvenser for psykiatrisk behandling

Referencer

1. Andersen K, Nielsen B. Coercion in psychiatry: the importance of extramural factors. Nord J Psychiatry. 2016 Nov;70(8):606-10.
2. eSundhed.dk, brug af tvang i psykiatrien, Sundhedsdatastyrelsen.
3. Sundhedsstyrelsen. Evaluering forsøg med bæltefri afdelinger i psykiatrien, okt. 2018.
4. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., LBK nr 936 af 02/09/2019
5. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile, LBK nr. 126 af 27/01/2019
6. Dansk Psykiatrisk Selskab, Hvidbog 2012-2020
7. Institut for menneskerettigheder. Etnicitet og tvang i psykiatrien, 2020.

K A P I T E L T R E T T E N

Retspsykiatri

13

13. Retspsykiatri

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. sindssyge findes utilregnelig i gerningsøjeblikket, være straffri. Der idømmes i stedet en psykiatrisk særforanstaltning, fx en behandlingsdom. Personer med andre former for psykiske forstyrrelser kan i særlige tilfælde også dømmes til behandling i stedet for almindelig straf. En psykiatrisk foranstaltning 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.

Ansvar 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 Slagelse).

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 er steget gennem en årrække for nu at ligge stabilt, men højt. I perioden 1981–2000 blev der gennemsnitligt afsagt cirka 240 foranstaltningsdomme om året, mens der i perioden 2001–2017 gennemsnitligt var cirka 710 foranstaltningsdomme om året, heraf godt 500 til psykiatrisk behandling. Danske Regioner og Justitsministeriets Retspsykiatrisk Klinik har på denne baggrund fået lavet rapporten – ”Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet?”. Denne omtales senere i afsnittet.

Der blev iflg. Justitsministeriets forskningskontor afsagt 822 foranstaltningsdomme i 2019. Omkring 65% af foranstaltningsdommene angår psykisk syge (dvs. egentligt psykotiske jf §16 stk.1 i straffeloven), 20% mentalt retarderede og 15% mangelfuldt udviklede (§69). Det sidste begreb dækker bl.a. over sværere personlighedsforstyrrelser, autisme og lignende. Andelen af domme uden tidsbegrænsning er størst for de dømte efter §16 stk.1 (46%), lidt lavere for mentalt retarderede (39%) og lavest for mangelfuldt udviklede m.v. (36%). De tre hyppigste kriminalitetsformer for både psykisk syge, mangelfuldt udviklede og mentalt retarderede er vold og trusler mod offentligt ansatte (straffelovens § 119), simpel vold (straffelovens § 244) og trusler (straffelovens § 123 og § 266).

Retspsykiatrisk behandling – de retspsykiatriske patienter

Når en patient dømmes til behandling, pålægges ansvaret 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 ganske særlige tilfælde vil der, pga. patientens farlighed, blive afsagt dom til anbringelse på Sikringsanstalten i Slagelse.

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, ofte i et formelt samarbejde med Kriminalforsorgen. Det er også overlægens ansvar at udfærdige erklæringer til retten, fx i forbindelse med en ændring af dommen samt med årlige udtalelser til Statsadvokaten.

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, idet alle andre tvangsforanstaltninger end frihedsberøvelse sker med baggrund i kriterierne i psykiatriloven. Patienten skal derfor – 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, fx de sociale myndigheder.

Voldsom stigning i antallet af retspsykiatriske patienter

Antallet af behandlingsdømte i Danmark er i de senere år steget markant – fra 300 personer i 1980 til nu at udgøre over 4.000 personer. 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 udtryk for en prioritering af området, men også en nødvendig konsekvens af, at antallet af retspsykiatriske patienter er øget markant. 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 fx 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 udtryk for ændret anmeldelsespraksis og for, at flere offentligt ansatte rent faktisk udsættes for vold fra patienter; det er igen formentligt 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 alene forklare den voldsomme stigning i antallet af psykiatriske patienter, der begår kriminalitet.

Ubehandlet psykisk sygdom kan medføre alvorlig, personfarlig kriminalitet på baggrund af sindssygdomssymptomer som fx 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.

Region Midtjyllands tværsnitsundersøgelse fra 2015 tyder på, at 40-50% af de retspsykiatriske patienter har et misbrug. Misbruget i sig selv kan øge risikoen for vold med en faktor 3. Der er tale om en højere risikofaktor for vold end den psykotiske lidelse (skizofreni) i sig selv er årsag til. Derfor er misbrugsbehandling et kardinalpunkt hos den retspsykiatriske patient med misbrug og bør styres af den behandlingsansvarlige overlæge.

Endelig bør der være mulighed for en gradvis udslusning, fx i form af såkaldte "halfway- 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.

På europæisk niveau ses påfaldende forskelle landene imellem (14). Der er dels store forskelle i antallet af retspsykiatriske sengepladser og dels på indlæggelsesvarighed, sidstnævnte med en 10-folds difference mellem enkelte lande. Forklaring på disse nationale forskelle tillægges størrelsen af BNP, sundhedsudgifter og demokrati-index. Med andre ord, har velhavende stater flere sengepladser og længere indlæggelsestider. Der mangler dog basisdata, der kan sammenligne landene imellem til at forklare yderligere herom. Den danske nationale retspsykiatriske database i RKKP-regi er under opstart og data kan trækkes ud herfra senest fra 2022. Disse data er afgørende for at kunne fremsætte evidensbaserede forklaringer på det høje niveau af psykiatriske særforanstaltninger i Danmark.

Aktuelt står retspsykiatrien overfor nye udfordringer ved varetægtssurrogering af bandemedlemmer. D. 19/11-2019 foretog flere personer en væbnet befrielsesaktion med gidseltagning fra Retspsykiatrisk afdeling SL 10 i Slagelse, hvilket medførte et strakspåbud fra Arbejdstilsynet om at sikre, at arbejdet planlægges, tilrettelægges og udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. De regionale retspsykiatriske afdelinger er ikke bygget til at modstå væbnet aggression udefra, hvorfor denne del af retspsykiatriens opgaver bør løses andetsteds under fængselsmæssige rammer. Dette behandles nu på ministerielt niveau.

Rapporten "Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk sygdom og kriminalitet?"

Baggrunden for undersøgelsen (9) var at belyse mulige årsager til den markante stigning i antallet af retspsykiatriske patienter. Undersøgelsen havde til formål at undersøge, hvorvidt utilstrækkelig behandling vurderedes at være en risikofaktor for kriminalitet begået af psykisk syge. Med fokus på forløbet forud for den påsigtede kriminalitet ønskedes det at bidrage til forståelse og forebyggelse af kriminalitet hos psykisk syge i Danmark. Undersøgelsen var en deskriptiv undersøgelse i form af en systematiseret beskrivelse og vurdering af 218 erklæringer afgivet over en periode på 6 mdr. i 2016. Kun 13 af de undersøgte var ikke kendt i psykiatrien i forvejen.

Der blev peget på særlige problemområder:

1. Mistet kontakt til behandlingssystemet
2. Kontakt uden tilstrækkelig behandling
 - a. Manglende indlæggelse trods behov
 - b. Talrige kortvarige indlæggelser
 - c. Diagnoseproblemer
 - d. Manglende brug af tvang i henhold til psykiatriloven
 - e. Afsluttet efter aftale (Hvilket sjældent var til gavn for patienterne, men skyldtes kapacitetsmangel)
 - f. Indlægges ikke på trods af dom
 - g. Mangler struktureret tilbud
3. Misbrug
4. Hjemløshed

På baggrund af undersøgelsens resultater nedsatte Danske Regioner en arbejdsgruppe, som skulle komme med anbefalinger til kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom (10). De ser i overskrifter således ud:

1. En aktør har det fulde ansvar for en patient/borger, indtil ansvaret er fuldt ud overdraget og bekræftet af en anden aktør
2. Der skal være tilstrækkelig kapacitet i den stationære psykiatri til, at alle patienter med et lægeligt begrundet behov for at blive indlagt kan blive indlagt
3. Der skal være tilstrækkelig kapacitet i de sociale indsatser til, at borgere med behov for social støtte hurtigt kan få det mest hensigtsmæssige tilbud for den enkelte
4. Udskrivningsaftaler / koordinationsplaner skal bruges systematisk i det tværsektorielle samarbejde om den enkelte borger

5. Hvis en patient udebliver fra aftaler i psykiatrien eller har gentagne akutte kontakter med hospitalssektoren, skal der senest ved tredje hændelse ske en lægefaglig vurdering af de fremadrettede indsatser
6. Patienter skal hurtigere tilbydes et mere individuelt tilpasset tilbud
7. Bedre adgang til specialiseret psykiatrisk rådgivning om brugen af tvang
8. Bedre viden om ansvar for behandling af patienter med dom til behandling
9. Mennesker med svær psykisk sygdom og samtidigt misbrug skal have adgang til et sammenhængende behandlingstilbud
10. Regioner og kommuner skal i samarbejde sikre de fornødne tilbud til hjemløse i psykiatrisk behandling

Dansk Psykiatrisk Selskab kan fuldt bakke op om anbefalingerne.

Konklusioner og 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 er vigtig

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.
8. Sundheds- og ældreministeriet: Kortlægning af retspsykiatrien. Dec 2015 (opdateret april 2016)
9. Danske Regioner og Justitsministeriet Retspsykiatrisk Klinik: Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? Jan 2019
10. Danske Regioner: Anbefalinger til kriminalitetsforebyggende indsatser målrettet mennesker med psykisk sygdom. Oktober 2019
11. Nye foranstaltningsdomme i 2019, Justitsministeriets forskningskontor.
12. Simon Kamber: Psykisk syge lovovertrædere i nordisk strafferet.

13. European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. Birgit A Völlm, Martin Clarke, Vincenc Tort Herrando, Allen O. Seppänen, Pawel Gosek, Janusz Heitaman, Erik Bulten. .
14. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, (<http://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6>), "Forensic mental health in Europe; some key figures" J. Tomlin, I. Lega, P. Brauun, H. Kennedy, V. T. Herrando, R. Barroso, L. Castelletti, F. Mirabella, f. Scarpa, B. Völm, experts of Cost Action IS 1302

K A P I T E L F J O R T E N

Misbrug og psykisk sygdom

14

14. Misbrug og psykisk sygdom

Behandling af misbrug har en væsentlig betydning for sundhedstilstanden i den danske befolkning. Med misbrug forstås her indtagelse af alkohol og stoffer, der har det fælles, at de er "psyko-aktive", altså kan påvirke tanke- og følelseslivet og som potentielt kan føre til afhængighed. Alkohol- og stofmisbrug er et udbredt problem og bidrager til overdødelighed. Misbrug fører til stor lidelse for den enkelte patient og dennes familie inklusive eventuelle børn. Misbrugerne er desuden overrepræsenteret blandt mennesker med sygdomme som skizofreni, bipolar sygdom, unipolar depression, OCD og andre angstlidelser, ADHD og personlighedsforstyrrelser. Et dansk registerstudie har således dokumenteret, at andelen af mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom er 48% for skizofreni, 40% for bipolar lidelse, 29% for depression og 39% for personlighedsforstyrrelser (1).

Sammenhængen mellem psykisk sygdom og misbrug er meget kompleks og kun delvis kendt. Dette illustreres ved flere forklaringsmodeller, der ikke nødvendigvis udelukker hinanden (2,3):

1. Patienter med psykisk sygdom forsøger at "selv-medicinere" sig for fx at dæmpe deres angst eller på anden måde lette deres symptomer og gener
2. Diatese-stress modellen, hvor psykisk sårbarhed samt miljø- og opvækstfaktorer spiller sammen og øger risikoen for psykisk sygdom og misbrug
3. Teorien vedr. "mangel på belønning", hvor bestemte neurale baner i hjernen har nedsat aktivitet eller på anden måde er dys-fungerende medførende emotionel "fladhed" og amotivation
4. Genetisk sammenhæng mellem psykotiske tilstande og afhængighed, altså genetisk sammenfald som både øger risikoen for psykoser og misbrug eller afhængighed

Der er de seneste år sket væsentlige fremskridt i forståelsen af psykiatriske sygdomme, både årsager og sygdomsmekanismer. Trods disse fremskridt kan teknikker som billeddannelser af hjernen, genetiske undersøgelser, biomarkører, psykologiske tests eller psykiatriske rating skalaer endnu ikke alene sikre diagnose af psykiatriske sygdomme (se kapitel 9 og 16). Diagnostikken i psykiatrien bygger derfor stadig først og fremmest på samtaler med patienten, pårørende og andre relevante personer samt observation af adfærd. Dette med henblik på indsamling af oplysninger om den pågældende patients symptomer og følgende indskrænkninger af livsudfoldelsen. Er patienten påvirket af stoffer eller alkohol påvirkes vedkommendes hjerne, altså "bio" i den bio-psyko-sociale model, i en uforudsigelig grad og som følge heraf også de psykologiske og sociale funktioner. Resultatet bliver, at den diagnostiske proces vanskeliggøres – oftest i en grad, så en diagnose bliver umulig at fastslå. En psykiatrisk diagnose forudsætter derfor, at individet ikke er under påvirkning af psyko-aktive stoffer.

Udover at misbrug vanskeliggør udredning og diagnosticering af nyopstået psykisk sygdom, forværres prognosen og muligheden for behandling af patienter med kendt psykisk sygdom markant. Misbrug øger risikoen for somatiske sygdomme, medfører forværring af psykiatriske symptomer, manglende compliance (samarbejde mellem patient og behandler), vold og udadreagerende adfærd,

selvmord og tilbagefald og dermed (gen-) indlæggelser. Behandlingen af misbrug (og psykiatrisk sygdom) er derfor ofte kompliceret (4-8). Selv ved såkaldt "lettere" psykiske sygdomme, fx angst, lettere eller moderate affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser er psykiatrisk viden afgørende. Ved lidelser som psykoser er psykiatrisk specialviden et sine qua non. Aktuelt er behandlingen af misbrug imidlertid placeret i kommunalt regi, mens behandlingen af psykiatriske lidelser i regionalt regi. Patienterne med både misbrug og psykiatrisk sygdom falder derfor ofte mellem to sektorer og skal forholde sig til to behandlingsregimer med hver sine retningslinjer for udredning, diagnostik og behandlingsmetoder (se kapitel 5).

Behandlingen bør derfor som udgangspunkt samles i ét regi og med kompleksiteten taget i betragtning, bør dette placeres i psykiatrien dvs. i sundhedsvæsenet. Optimal behandling vil i mange tilfælde kræve tværfaglig indsats og dermed fordrer tæt samarbejde med kommunale instanser. Rollefordelingen mellem sundhedsvæsenet og kommunerne skal derfor defineres klart. Projekter mellem psykiatrien og kommunale misbrugscentre om samarbejde og rollefordeling er fx gennemført i Region Hovedstaden ("Samarbejde på tværs", rapport offentliggjort april 2020), hvor erfaringerne med tværfagligt arbejde har været opløftende, men også peger på, at en række tiltag er nødvendige for at sikre optimal behandling (9). Enkelte steder har man i hospitalsregi introduceret ambulatorier, som Specialambulatoriet under Psykiatrisk Center Sct. Hans, som er placeret på Østerbro i København, hvor man fokuserer på patienter med samtidig misbrug og psykiatrisk sygdom – typisk psykoselidelser. Tilsvarende i kommunalt regi findes Vista Balboa i Odense. Erfaringerne herfra understreger vanskelighederne og udfordringerne med behandlingen af disse patienter og at specialviden på området er af afgørende betydning, men desuden at det rent faktisk er muligt at behandle denne meget komplicerede patientgruppe med godt resultat.

I den psykiatriske hoveduddannelse til speciallæge i psykiatri indgår et obligatorisk kursus i misbrug. Kurset er aktuelt over 2 dage og dækker bredt problemstillingerne ved misbrug og samtidig psykiatrisk sygdom. Dansk Psykiatrisk Selskab mener, at kurset bør styrkes med 1 dag, hvor det komplekse samspil mellem diagnosticering og behandling af denne patientgruppe yderligere kortlægges. Desuden bør der sættes tid af i det kliniske arbejde under hoveduddannelsen til arbejde på misbrugsbehandlingscentre, hvorved kommende psykiatere kan få indblik i selve misbrugsbehandlingen og de muligheder og begrænsninger, der ligger i det kommunale behandlingstilbud. Det er desuden vigtigt at holde sig for øje, at "kommunalt tilbud" ikke blot er én type tilbud, men varierer fra kommune til kommune, afhængig af hvilke muligheder og prioriteringer de enkelte kommuner har. Sidstnævnte er desuden også et argument for at samle behandlingen overordnet i regionalt regi i tæt samarbejde med kommuner.

Konklusioner og anbefalinger

- Mellem 30% og 50% af mennesker med svær psykisk sygdom har samtidigt misbrug
- Sammenhængen mellem psykisk sygdom og misbrug er kompleks
- Såvel diagnosticering og behandling af psykisk sygdom vanskeliggøres i stor grad af samtidigt misbrug
- Prognosen for behandling af samtidig psykisk sygdom og misbrug er dårlig

- Behandlingen kræver ofte tværfaglig indsats
- Behandlingen af misbrug og psykisk sygdom er delt mellem kommunale og regionale tilbud
- Behandling bør samles i regionalt regi i tæt samarbejde med kommunerne
- Det tværfagligt samarbejde skal klarere defineres og styrkes
- Uddannelse og forskning i diagnosticering og behandling af samtidig psykisk sygdom og misbrug skal styrkes

Referencer

1. Jorgensen KB, Nordentoft M, Hjorthøj C. Association between alcohol and substance use disorders and psychiatric service use in patients with severe mental illness: a nationwide Danish register-based cohort study. *Psychol Med.* 2018;48(15):2592-600.
2. Khokhar J. Y. et al. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis, *Schizophr Res* 2018; 194: 78-85.
3. Hjorthøj, C & Andersen, K. Skizofreni og misbrug. *Ugeskr Læger* 2018;180:V08170578
4. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. 2008
5. Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. 2014
6. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning. 2015
7. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse. 2016
8. VIVE. Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – Samfundsøkonomiske aspekter. 2018
9. Region Hovedstadens Psykiatri. Projekt Samarbejde på tværs - en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, rapport april 2020

K A P I T E L F E M T E N

Ældrepsykiatri

15

15. Ældrepsykiatri

Danmark må som andre vestlige lande imødesee væsentlige demografiske forandringer, hvor andelen af ældre, ofte defineret som befolkningen over 65 år, vil vokse betragteligt. I dag (2020) udgør 65-årige eller ældre 19,85 % af befolkningen og denne andel vil vokse til 24,94 % i 2060. I absolutte tal en stigning på 440.794 ældre, fra 1.155.991 i dag til 1.596.785 i 2060 (1). Selvom ældre generelt har en bedre sundhedstilstand i dag end tidligere, må man forudse, at sundhedsvæsenet generelt vil skulle behandle et stigende antal ældre i fremtiden, både med fysiske og psykiske sygdomme.

Samtlige psykiske sygdomme kan ses hos ældre. Man skal dog være opmærksom på at symptomprofilen kan være væsentlig anderledes hos ældre sammenlignet med yngre. Fx vil ældre ikke altid præsentere en depression med typiske kerne-symptomer (tristhed, manglende interesser og lyst eller manglende energi eller øget træthæd) eller ledsagesymptomer (for eksempel nedsat selvværd og/eller nedsat selvtillid, øget bekymringstendens eller søvnproblemer), men kan blandt andet kunne frembyde irritation, vrede og bebrejdelser mod andre, appellerende adfærd og svært ved at være alene (2). Desuden vil man ofte se inkontinens, smerter eller angst for at have en alvorlig fysisk sygdom (hypokondri). Sådanne patienter kan derfor gennemgå længerevarende og resultatløse udredningsprogrammer, hvor man ikke finder en fysisk årsag til generne.

Grundene til, hvorfor ældre ofte frembyder en anden symptomprofil, er komplekse. I livets løb undergår mennesker forskellige livsforløb, både biologisk, psykologisk og socialt. Derfor er ældrebefolkningen generelt mere heterogen sammenlignet med yngre voksne, som udtrykt i sætningen "Man fødes som kopi og dør som original". Eksempelvis er ældres sociale og arbejdsmæssige situation anderledes end en person midt i 30'erne og er i en del tilfælde økonomisk mere sikret på grund af pension. Men også biologisk og psykologisk forandres mennesker gennem livet. Dette ses fx ved det såkaldte "**emotional paradox**" (dansk: følelsesmæssige paradoks) (3). Ældre personer gennemlever typisk en fase af livet, der er præget af tab (tab af arbejde og måske social position, fysisk tilbagegang med begrænsninger i livsudfoldelse, tab af familiemedlemmer og venner), men trods disse forandringer er ældre ofte mere opmærksomme på positive ting og generelt tilfredse med deres livssituation. Årsagen eller årsagerne er ikke sikkert klarlagt. Både scanningsstudier af hjernen og psykologiske studier har dog bidraget til forståelse af dette paradoks og vist, at der sker biologiske forandringer i hjernen i livets løb, som kan være medvirkende til paradokset. Tilsvarende kan psykotiske tilstande, som skizofreni, være "farvet" af alder og ikke altid vise sig hos den ældre patient på samme måde som hos den yngre, specielt hvis sygdommen viser sig senere eller sent i livet.

Med stigende alder øges risikoen for at have flere sygdomme samtidigt. Således fremgår det af den seneste nationale undersøgelse af danskernes sundhed (Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017), at mere end hver tredje person over 65 år har to eller flere kroniske sygdomme, og risikoen stiger med alderen (4). Med flere sygdomme behandles der ofte med flere forskellige

typer medicin samtidigt (5). Et dansk studie har vist, at 50% af ældre der kommer på plejehjem behandles med 6 til 18 forskellige præparater 18-24 måneder før indflytning (6). Derfor er viden om, hvordan forskellige sygdomme og deres behandling kan påvirke hinanden vigtig. Dette har man en særlig ekspertise i på ældrepsykiatriske ambulatorier og sengeafsnit.

Med alderen stiger risikoen for demens, op mod 82.000 personer i alderen 65+ har således en demenssygdom. Medregnes 60-64-årige er tallet ca. 89.000. Udover at demens rammer de kognitive funktioner som sprog, hukommelse, overblik og planlægningsevne påvirkes også andre psykologiske funktioner. Demensudredningen i Danmark er organiseret i tværfaglige klinikker (med specialerne psykiatri, geriatri og neurologi). Det er ofte ældrepsykiatere, der deltager i udredningen. Klinikkerne (Hukommelses- eller Demensklinikker) kan organisatorisk være i somatisk eller psykiatrisk regi.

Omkring 90% af personer med demens vil i demensforløbet opleve et eller flere psykiske symptomer som angst, depression, iritabilitet, aggression, vrede, eufori, apati, appetit- og søvnforstyrrelser samt psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger. Sidstnævnte kan i øvrigt være svære at skelne fra fejlerindringer, der ses som led i svækkelsen af de kognitive funktioner. De psykiske og adfærdsmæssige symptomer betegnes ofte med den engelske betegnelse Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) (7). BPSD vanskeliggør ofte plejen af demente personer, både på plejehjem og i private hjem. Symptomernes karakter samt sværhedsgrad bevirker, at behandlingen kræver psykiatrisk viden og ekspertise. Tvangsindlæggelser på psykiatriske afdelinger på grund af BPSD er desværre stigende.

Et særligt problem for ældrepsykiatrien er akut forvirringstilstand, delirium eller blot delir. Delir ses meget sjældent uden akut fysisk sygdom eller evt. forudgående kirurgiske indgreb, og den udløsende årsag er derfor langt hyppigst somatisk (8). Delir er en alvorlig og potentiel livstruende tilstand. Risikoen for udvikling af delir stiger med alder. Trods delir således oftest er en legemlig sygdom er symptomerne psykiatriske: forvirring, angst, uro, aggressivitet, hallucinationer, vrangforestillinger mm. Ofte er patienterne ikke i stand til at modtage (livsvigtig) behandling eller udvikler på anden måde en adfærd, hvor vedkommende kan være til fare for sig selv eller andre. Da patienterne er psykotiske og ikke er i stand til at samarbejde om den livsnødvendige behandling, må lægerne på de somatiske afdelinger ofte tvangsindlægge i psykiatrisk regi. En ikke uvæsentlig andel af alle tvangsindlæggelser, op mod 20%, skyldes således delir (se i øvrigt kapitel 12). Det er derfor vigtigt med et tæt samarbejde og vidensudveksling mellem somatiske afdelinger og psykiatriske afdelinger for at identificere, forebygge og behandle delir.

I dag deltager alle kommende psykiatere i hoveduddannelsesforløb i et 3-dages obligatorisk kursus i ældrepsykiatri, hvor fokus er på de problemstillinger som er præsenteret ovenfor. Tidligere var kurset 1,5 dag, men Dansk Psykiatrisk Selskab udvidede kurset for over ti år siden i erkendelse af de udfordringer, man forudså ville komme (og som udspiller sig i disse år). Ikke alle psykiatriske hospitalsafdelinger har i dag specialafsnit for ældre, og visse steder er specialafsnit faktisk

blevet nedlagt, således at patienterne må indlægges på almenpsykiatriske sengeafsnit. Denne paradoksale udvikling forringer naturligvis behandlingen afgørende, men også uddannelsen af psykiatriske speciallæger. De kommende psykiatere får således ikke mulighed for grundig klinisk indføring i disse patienters særlige præsentation af psykiatrisk sygdom og deres særlige behandlingsbehov. Afdelinger som stadig har sengeafsnit dedikeret til ældrepsykiatriske patienter, bør derfor prioritere, at deres uddannelsessøgende læger får et ophold på dette afsnit. Endelig skal tilføjes, at der også er et betydeligt etisk og sikkerhedsmæssigt aspekt ved at blande desorienterede demente med unge urolige og udadretterende med skizofreni eller akut mani.

Den psykiatriske behandling af ældre bør derfor varetages af en psykiatriske specialfunktion med sengeafsnit såvel som ambulatorier. Da patienterne som nævnt meget ofte fejler flere sygdomme på samme tid, skal behandlingen ske i tæt samarbejde med praktiserende læger og somatiske hospitalsafdelinger. Herudover skal der være et tæt samarbejde med kommunale tilbud, hjemmepleje og plejecentre, ikke mindst indenfor demensområdet. Samarbejdet bør bygge på princippet *shared care* (se kapitel 3), hvor de enkelte dele af den ofte meget komplekse behandling, både medicinsk og psykosocialt, varetages af de forskellige relevante aktører, og hvor opgavefordelingen er fastlagt i samarbejdsaftaler aktørerne imellem.

Konklusioner og anbefalinger

- Andelen af befolkningen 65 år eller ældre vokser betragteligt i kommende år; fra knap 20% i dag til 25% i 2060, en stigning på over 400.000 individer
- Alle psykiske sygdomme kan ses hos ældre
- Sygdommene er ofte "farvet" samtidig fysisk sygdom, men også af naturlige aldringsprocesser og fremtræder derfor ikke altid med samme symptomprofil som hos yngre voksne
- Ældre mennesker med psykisk sygdom har ofte samtidig fysiske sygdomme, hvor både disse sygdomme i sig selv, men også deres behandling, skal inddrages i diagnosticering og behandling af den psykiske sygdom
- Demenssygdomme med psykiske problemstillinger som angst, depression, psykoser og afledte adfærdsproblemer udgør en særlig og stigende udfordring
- Prioritering af ressourcer skal afspejle de demografiske ændringer
- Behandlingen skal ske på specialiserede hospitalsafsnit og i specialiserede ambulantteams
- Ældrepsykiatrien skal have tættere samarbejde med både praktiserende læger og somatiske hospitalsafsnit i "shared care"
- Samarbejdet med kommunale tilbud, ikke mindst plejehjem, skal udbygges

Referencer

1. Danmarks Statistik, Statistikbank (<https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1680>), tilgået 9/8-2020
2. Hegeman, J.M. et al. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *BJPsych* 2012;200:200-281
3. Mather, M. The emotion paradox in the aging brain. *Ann N Y Acad Sci* 2012;125(11):33-49
4. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen 2018.
5. Maher R. L., et al. Clinical consequences of polypharmacy in elderly, Expert opinion on drug safety 2014: 13: 57-65.
6. Lundby C, et al. Use of medication among nursing home residents: a Danish drug utilisation study, Age and ageing 2020.
7. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens - 2019
8. Benjaminsen S. Delirium blandt ældre indlagte patienter er hyppig og har dårlig prognose, *Ugeskr Læger* 2014: 176

K A P I T E L S E K S T E N

Fagudvikling og forskning

16

16. Fagudvikling og forskning

Forskning er en vigtig del af det psykiatriske speciale, og Danmark har en betydelig psykiatrisk forskning. Den øgede viden har medført en tiltagende specialisering indenfor psykiatrien, der i dag dækker mange fagområder og subspecialer, hvilket også afspejles i forskningen. Denne udvikling vil fortsætte, og det er væsentligt, at man samtidig bestræber sig på at sikre implementeringen af de nyeste forskningsresultater i udviklingen af det psykiatriske behandlingstilbud, samt at der pågår en stadig udforskning og evaluering af allerede etablerede behandlinger, således at disse kan blive behørigt opdaterede. På baggrund heraf bør der således ske en løbende opdatering af de kliniske retningslinjer og medicinske teknologirapporter. Den psykiatriske forsknings væsentlige position skal fastholdes, stimuleres, og der er brug for tilføring af flere midler. Endelig mener Dansk Psykiatrisk Selskab, at det skal være lettere for klinisk arbejdende læger at udføre forskning, fx gennem oprettelse af delestillinger og bedre karrieremuligheder efter at have erhvervet en ph.d.-grad.

Dansk psykiatrisk forskning

Dansk Psykiatrisk Selskab finder det vigtigt at have en synlig og prioriteret forskning. Dette skyldes det store behov for at udvikle nye og bedre behandlingsprincipper til gavn for mennesker med psykiske lidelser. Samtidig er det vigtigt for beslutningstagere og planlæggere, at få ny evidensbaseret viden om de psykiske lidelser og deres behandling af hensyn til planlægning af fremtidige tiltag inden for psykiatriområdet. Forskning og udvikling er desuden vist at være væsentlige rekrutteringsparametre, når medicinstuderende og yngre læger skal vælge speciale. Stærke forskningsmiljøer tiltrækker således dedikerede medicinstuderende og læger. I det følgende beskrives de store linjer inden for dansk psykiatrisk forskning med fokus på bredden i dansk psykiatrisk forskning, udvalgte milepæle, udfordringer samt anbefalinger til fremtiden.

Psykiatrisk forskning benytter sig af en bred vifte af videnskabelige metoder og tilgange. For at belyse de ofte komplicerede problemstillinger i psykiatrien inddrages i stor udstrækning ekspertise og metoder fra andre områder fx ingeniørvidenskab, matematik, psykologi og øvrige samfundsvidenskaber samt humaniora. Der anvendes både kvalitative og kvantitative metoder. Forskningen er meget ofte tværfaglig, idet man udover læger inddrager psykologer, naturvidenskabskandidater, ingeniører, sygeplejersker, filosoffer, statistikere, historikere og ikke mindst i tiltagende grad psykiatriske patienter og deres pårørende. Det er Dansk Psykiatrisk Selskabs opfattelse, at det er vigtigt, at forskningen er forankret i det medicinske felt gennem det psykiatriske speciale.

Den psykiatriske forskningsproduktion i Danmark har været stigende og omfatter årligt ca. 350 videnskabelige artikler i internationale, fagfællebedømte 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 internationale forsknings- og uddannelsesmiljøer og bedømmere for internationale anerkendte tidsskrifter, der formidler forskningsresultater. De seneste år er der visse steder i landet sket en opprioritering af forskningen med etablering af flere kliniske professorater indenfor mange af de psykiatriske fagområder. Det er samtidigt lykkedes ved samarbejde mellem flere af de store forskningsmiljøer at opnå betydeligt fondsstøtte, hvor man netop har

lykkedes med at integrere grundforskning, de unikke danske sygdomsregistre og den kliniske psykiatriske viden.

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 forskning og registerforskning
- Genetisk forskning
- Klinisk interventionsforskning
- Psykoterapeutisk forskning
- Psykopatologisk forskning
- Forebyggelsesforskning

Den klinisk psykiatriske grundforskning undersøger fx molekylærbiologiens bag hjernens signalstoffers betydning ved fx antipsykotisk eller antidepressiv behandling. Neuropsykiatrisk forskning er centreret om udnyttelsen af de billeddannende teknikker (SPECT, PET, MR, fMRI og MEG) samt neuropsykologiske metoder til udforskning af bl.a. depressioner, OCD, de såkaldte funktionelle lidelser samt skizofreni. Perifere biomarkører målt i fx blod, urin, og spyts anvendelighed udforskes specielt mht. som mulige markører for behandlingsrespons og progression ligesom deres anvendelighed som diagnostiske redskaber udforskes.

I international sammenhæng er den danske psykiatriske registerforskning et enestående område. Denne forskning muliggøres ved samkøring af de mange og rige danske sygdomsregistre vha. CPR-numrene og har først og fremmest til formål at generere nye hypoteser og finde risikofaktorer for forskellige sygdomme. Dette kan sammen med den genetiske forskning pege på vigtige sygdomsmekanismer, som derefter kan udforskes i molekylærbiologiske modeller. Denne forskning kan igen overføres til patienter vha. fx biomarkører, billeddannende teknikker eller i kliniske undersøgelser. Klinisk medikamentel forskning, dvs. afprøvning af ny medicin, foregår på nogle afdelinger samt i speciallægepraksis. Desværre har det offentlige ikke ønsket at gå ind i den form for forskning, hvorfor den mestendels er finansieret af medicinalindustrien, hvilket er principielt uheldigt. Dette betyder, at der kan være forskningsområder, som har stor klinisk betydning, men som det er vanskeligt at få finansieret. I de seneste år er der fremkommet mere forskning af effekten af ikke-medikamentel behandling i form af forskellige former for psykoterapi, kognitiv remediering og livstilsændringer, udført i solide randomiserede forskningsdesigns.

Mere viden om samspillet mellem de yderst komplekse neurobiologiske og miljømæssige mekanismer, der er involveret i udviklingen af de psykiske sygdomme, er en ubetinget forudsætning for, at der kan blive skabt bedre og mere effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder (se kapitel 10). Det er derfor vigtigt at udnytte de meget store teknologiske fremskridt, der er sket i de seneste år, fx de billeddannende teknikker, mulighed for at anvende data genereret fra mobiltelefoner, større viden om genetiske forhold og mulighed for anvendelse af Big Data. Derved opnås større indsigt i disse teknikkers anvendelighed til diagnosticering, udredning og behandlingsmonitorering af de psykiske lidelser.

Der knytter sig store 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. Skal disse muligheder udnyttes, er det vigtigt, at man opbygger og udvikler forskningsmiljøer inden for psykiatrien, hvor der er en tæt forbindelse mellem klinisk forskning og grundforskning. Visse steder er udviklingen imidlertid gået den modsatte vej, hvor man netop har adskilt grundforskning fra klinisk forskning.

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). Eksempler på dette er den forskning, som allerede er udført vedr. OPUS tilbuddene og ved tidlig intervention ved bipolar affektiv sindslidelse.

Sundhedsstyrelsen peger i sin nationale strategiplan på en række andre områder, hvor man mener, at der er behov for styrket forskning (1). Man nævner fx behov for forskning i forebyggelsesmetoder, der skal reducere risikoen for at psykiatriske patienter begår kriminalitet, behovet for viden, der kan reducere anvendelse af tvang samt metoder, der kan forbedre patienternes generelle helbred, herunder behandle de samtidige somatiske sygdomme og de somatiske følger, som koster tabte leveår for mennesker med psykisk sygdom. Endelig peger Sundhedsstyrelsen ligesom Dansk Psykiatrisk Selskab på betydningen af, at der skabes bedre betingelser for forskning og mere fokus på, at forskning er en væsentlig del af den kliniske virksomhed. Dette kan fx ske gennem fleksible forskningsstillinger der kombineres med klinisk arbejde.

Udviklingsarbejde

Psykiatriens organisatoriske forhold behandles andetsteds i denne bog (se kapitel 5). Psykiatriens udvikling er kontinuerligt præget af organisatoriske forandringer. Aktuelt trækker den faglige udvikling i retning af at skabe flere diagnosespecifikke tilbud, fx til mennesker med bipolar sygdom, debuterende psykose eller kronisk depression, samt at målrette behandling til specifikke sårbare grupper af mennesker med psykiske lidelser (fx tilbud til gravide). Dette sker netop for at integrere 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 form af OPUS (se kapitel 10). Siden har flere regioner udviklet tilsvarende specialiserede tilbud til fx patienter med angst, bipolar affektiv sindslidelse, kronisk depression, ældrepsykiatriske teams osv. Det skal dog her problematiseres, at der for nuværende ikke er skabt et ensartet behandlingstilbud på tværs af de fem regioner, hvilket bør være ambitionen. Endelig mangler der stadig ordentlig integrering af behandlingen til patienter med komplicerede lidelser eller flere samtidige lidelser, som fx misbrug (se kapitel 14). Tilstrækkelig integrering af de samtidigt relevante indsatser såvel tværfagligt som tværsektorielt er vigtig for at forebygge usammenhængende eller mangelfulde forløb.

Dansk Psykiatrisk Selskab har lagt en stor arbejdsindsats i at deltage i udarbejdelsen af Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer og kliniske guidelines, som giver en oversigt over den internationale litteratur og vejledning på et givet område set med danske øjne. Disse vejledninger skal opdateres løbende, hvilket er væsentligt for at klinisk praksis afspejler den nyeste viden både psykofarmakologisk og non-farmakologisk. Samtidig har Dansk Psykiatrisk Selskab stået for udgivelsen af faglige retningslinjer, ofte i samarbejde med andre lægevidenskabelige selskaber. Fx kan næves vejledning vedrørende visse kardiologiske komplikationer til psykofarmakologisk behandling samt vejledning i psykofarmakologisk behandling af gravide og ammende i samarbejde med hhv. Dansk Kardiologisk selskab og Dansk Selskab for Obstetrik og gynækologi. Der er dog stadig et stort behov for regionale og lokale efteruddannelses tilbud, der kan sikre, at brugen af retningslinjerne vinder bredere indpas i den daglige klinik.

Medlemmer af Dansk Psykiatrisk Selskab har deltaget i det daværende Nationale Indikatorprojekt, hvor man udviklede indikatorer til måling af kvaliteten af udredningen, behandlingen og plejen af mennesker med bestemte sygdomme. Dette har ført til oprettelsen af bl.a. Dansk Depressionsdatabase, Den Nationale Skizofrenidatabase og ADHD-databasen. En tilsvarende retspsykiatrisk database er under vejs. Det Nationale Indikatorprojekt er nu overgået til Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (www.rkkp.dk). Planen med arbejdet var at kunne sammenligne kvaliteten af udredning og behandling af disse sygdomme på forskellige afdelinger og i forskellige regioner for derved at højne den. Imidlertid har dette arbejde ikke helt indfriet forventningerne, bl.a. på grund af mangelfuld registrering i visse regioner. De psykiatriske databaser har således disse steder ikke haft den ledelsesmæssig opbakning, som er nødvendig for at sikre en ordentlig drift. De har dog på trods af dette givet anledning til adskillige publikationer i internationale tidsskrifter (2,3,4).

Danmark er meget lang fremme med at konstruere målemetoder til PRO, dvs. Patient Reported Outcome measures. Arbejdet udspringer i en erkendelse af, at der kan være forskel på, hvad en patient opfatter som et eftertragtelsesværdigt mål for behandlingen, og hvad de fagprofessionelle opfatter. PRO-Psykiatri i Danmark har således et dobbelt formål:

1. På individniveau til at understøtte dialogen mellem patient og behandler, patientcenteret behandling samt fælles beslutningstagen
2. På aggregeret niveau skal PRO-baserede indikatorer bruges til at synliggøre og forbedre den patientoplevede behandlingskvalitet for patienter diagnosticeret med skizofreni henholdsvis depression

PRO-Psykiatri er udviklet i regi af Dansk Depressionsdatabase (DDD) og Den Nationale Skizofrenidatabase (DNS) og kan således også bruges til forskning og kvalitetsudvikling (5).

Udfordringer vedr. psykiatrisk forskning

Psykiatrisk forskning er et af de medicinske forskningsområder, hvor der foregår meget tværfaglig forskning, dvs. mange forskellige faggrupper og videnskaber bidrager væsentligt. Det er dog vigtigt, at den psykiatriske forskning er forankret i den lægelige forskningstradition, hvor tværfagligheden sikrer, at flere facetter af den psykiatriske klinik bliver gjort til genstand for forskning, ligesom de mange forskellige tilgange sikres. Her er det dog problematisk, at der fortsat er

lægemangel indenfor psykiatrien, idet lægerne, der som faggruppe står centralt i forskning og behandlingsindsatsen, pga. arbejdsbelastningen nedprioriterer forskningsarbejdet. Derfor er det væsentligt, at forskningen vedvarende stimuleres, og at der skabes incitament og inkluderende uddannelsesmæssige muligheder for at rekruttere og fastholde yngre læger i den psykiatriske forskning og dermed i psykiatrien. Det er således 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, forbliver aktive både mht. forskning og vejledning af yngre kolleger. Dette vil optimere den akademiske investering, som samfundet har gjort i de pågældende.

Et tæt samarbejde med de øvrige lægefaglige specialer er uomgængeligt, fx for at afhjælpe den markante overdødelighed der er blandt psykiatriske patienter. Hertil kommer at kompliceret misbrugsbehandling, fx svære delirøse tilstande ofte kræver tværfaglig lægelig indsats. Det er derfor et problem, at psykiatrien visse steder er geografisk fjernet fra de øvrige kliniske specialer og bl.a. derfor kan have svært ved at få medicinske tilsyn til patienterne. Dansk Psykiatrisk Selskab støtter tanken om, at psykiatrien i nye hospitaler fra starten tænkes indplaceret i nærheden af de øvrige medicinske kliniske specialer. Som eksempel har man i Region Sjælland etableret et tæt samarbejde mellem det nyetableret Steno Diabetes center, hvor man samtidigt har etableret et formaliseret samarbejde med psykiatrien også omfattende forskning.

Den psykiatriske forskning kræver som nævnt ofte et samarbejde mellem mange forskellige fagpersoner. Ligesom ved al anden forskning kræves en 'kritisk masse' – dvs. et tilstrækkeligt stort antal forskere og ph.d.-studerende til, at der opstår et nytænkende, kreativt og produktivt miljø. Ligeledes er det væsentligt i klinisk forskning, at de nødvendige infrastrukturer sikres både personalemæssigt i form af fx forskningssygeplejersker og teknisk via adgang til fx hjerneskannere og klinisk biokemiske afdelinger, så biologiske prøvemateriale kan håndteres ensartet iht. gældende standarder. Det er derfor af uvurderlig betydning, at der findes centerdannelser på universitetssygehusene, der kan fungere som kraftcentre og vidensbanker og stille vejlederkrafter til rådighed. Opbygning af et moderne forskningsmiljø kræver en vis grad af centralisering og tilstrækkelige midler, hvis forskningen skal klare sig i den skarpe internationale konkurrence om talent og økonomiske midler. Dette er også vigtigt, hvis man ønsker at styrke samarbejdet med de andre lægelige specialer og tiltrække udenlandske forskere. Desuden kræver optimal klinisk forskning ofte samarbejde på tværs af flere centre og hospitaler.

Bedre finansiering af psykiatrisk forskning

De fleste forskere bruger en meget stor del af deres tid på at søge private fonde og forskningsråd om penge til projekter. Dette er accentueret af at de fleste danske universiteter ikke mere giver ph.d.-stipendier. I mange sammenhænge er psykiatriske forskere således i konkurrence med alle de somatiske specialer og pga. den stigmatisering som psykisk sygdom er ude for, vil en ansøgning om forskning i fx psykiatrisk behandling ofte have sværere ved at komme i betragtning end fx hjertemedicinsk forskning. Problemstillingen illustreres af, at Danmarks Frie forskningsråd i 2016 uddelte 217 mill. kroner til forskning. Heraf gik 9 mio. til psykiatri (6). Dvs. 4%, hvilket er meget lavt i betragtning af specialets størrelse. Dansk Psykiatrisk Selskab mener derfor, at der skal oprettes et centralt Psykiatrisk forskningsråd i Danmark, som uddeler midler til psykiatriske

forskningsprojekter efter ansøgning. Ansøgningerne skal bedømmes af internationale peer-reviewere efter et nøjere defineret pointsystem.

Konklusioner og anbefalinger

- Lægevidenskabelig forskning er en af grundstenene i det psykiatriske speciale, som vedvarende skal styrkes og prioriteres og omsættes til innovation i de kliniske miljøer
- Forskning er en naturlig del af den daglige kliniske drift, hvor brugerinddragelse har høj prioritet
- Forskningen anbefales forankret i de kliniske universitetsmiljøer, hvor der findes en kritisk masse af forskere og ressourcer
- De nationale og internationale forskningssamarbejder skal vedvarende stimuleres og styrkes
- Forskning herunder finansieringen heraf skal prioriteres som et væsentligt element i psykiatriens 10-årsplan
- Man skal fremme muligheden for at offentlige og private aktører i fællesskab finansierer forskningsaktiviteter
- Større nye behandlingsinitiativer bør så vidt muligt være forudgået af kliniske forskningsprojekter der belyser virkningen heraf
- Der skal samtidig sikres efterfølgende videnskabelig evaluering af sådanne initiativer
- Der skal oprettes flere delestillinger, som kan gøre det lettere for klinisk arbejdende læger at udføre forskning. Der er brug for etablerede forskningskarriereveje efter endt ph.d.-grad
- De kliniske retningslinjer bør opdateres jævnligt, og ved behov skal der udfærdiges nye retningslinjer og følges op med efteruddannelse
- Der bør oprettes en landsdækkende psykiatrisk forskningsråd, som man kan søge om forskningsmidler. Ansøgningerne bedømmes af internationale eksperter på området.

Referencer

1. <https://ufm.dk/publikationer/2015/forskning-til-gavn-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-en-national-strategi>
2. Svensson E, Voldsgaard I, Haller LG, Baandrup L. Validation study of the population included in the Danish Schizophrenia Registry. Dan Med J. 2019 Oct;66(10):A5571.
3. Videbech P, Deleuran A. The Danish Depression Database. Clin Epidemiol. 2016 Oct 25;8:475-478.
4. Rasmussen LR, Videbech P, Mainz J, Johnsen SP. Gender- and age-related differences in the quality of mental health care among inpatients with unipolar depression: a nationwide study. Nord J Psychiatry. 2020 Nov;74(8):569-576.
5. S. Kristensen, J. Mainz, L. Baandrup, M. Bonde, P. Videbech, J. Holmskov & P. Bech. Conceptualizing patient-reported outcome measures for use within two Danish psychiatric clinical registries: description of an iterative cocreation process between patients and healthcare professionals. Nord J Psychiatry. 2018 Aug;72(6):409-419.
6. <https://www.ft.dk/samling/20161/almdel/suu/spm/725/svar/1400773/1747525/index.htm>

K A P I T E L S Y T T E N

Psykisk sygdom i offentligheden

17. Psykisk sygdom i offentligheden

Når man har psykisk sygdom inde på livet som psykisk syg eller pårørende, har ens omgivers opfattelse af sygdommen stor betydning for bl.a. motivationen, for behandling, for sygdomsudviklingen og for ens livskvalitet.

Forestillingerne om psykisk sygdom i samfundet er under vedvarende forandring. Hovedaktørerne i denne forandringsproces er de psykisk syge og deres pårørende, de sundhedsprofessionelle, aktører indenfor kultur og medier samt politikere. Med andre ord er hovedaktørerne interessenter med hver deres perspektiver og dagsordner på området. Dette afholder ikke andre fra at have stærke holdninger til psykisk sygdom og psykiatrien. Den brede opfattelse og meningsdannelse er udover nutidige forhold i høj grad præget af en historisk kontekst, hvor psykisk sygdom ofte associeres med magt og afmagt samt menneskefjendske behandlingsmetoder. På trods af fremskridt medfører stigmatisering af psykisk syge stadig urimelige skævheder i vores samfund, diskriminerende behandling, afstandtagen og selvstigmatisering.

En åben offentlig debat og formidling af viden til den brede offentlighed er sammen med et løft af de psykiatriske behandlingstilbud vigtige redskaber til at underbygge et mere retvisende og hensigtsmæssigt billede af psykisk sygdom, og de mange muligheder, der er for støtte og behandling. Det er imidlertid også tiltrængt med et øget fokus på at undgå vedvarende strukturel diskriminering i samfundet. Herudover er det tiltrængt med en holdningsændring indenfor såvel som udenfor behandlingssystemet i retning af en mere respektfuld og ligeværdig behandling af psykisk og legemlig sygdom.

Psykisk sygdom og stigmatisering

Mennesker med alvorlig psykisk sygdom er igennem tiden og i mange forskellige kulturer vedvarende blevet marginaliserede og udsat for stigmatisering. Selvom der er sket en nuancering i den generelle opfattelse af og forståelse for psykisk sygdom, er stigmatisering stadig et udbredt problem, som mennesker med psykisk sygdom fortsat oplever både privat og på arbejdsmarkedet (1). Nyere studier har vist, at både stigmatiseringen i sig selv, men også forventningen om den og den heraf følgende selvstigmatisering, udgør betydelige barrierer for, at mennesker ramt af psykisk sygdom kan leve det liv de ønsker. Også hvad angår brug af det øvrige sundhedsvæsen, som udgør en vigtig forudsætning for at kunne opretholde et godt helbred, er stigmatisering en væsentlig hindring for mennesker med psykisk sygdom (1).

Stigmatisering bidrager hermed til ulighed for mennesker med psykisk sygdom, hvad angår sundhed og beskæftigelse. En ulighed, som ikke blot kan forklares ud fra den funktionsnedsættelse, der er forbundet med selve sygdommen. Effekterne af stigmatisering skaber således en ond cirkel, hvor de fordomme, der vedligeholder stigmatiseringen resulterer i dårligere helbred og ringere vilkår på arbejdsmarkedet og vice versa.

Hvis vi vil komme stigmatiseringen til livs, er en del af løsningen, at de gængse, men ofte fejlagtige, opfattelser ændres og nuanceres. Stigmatiseringen bunder således ofte i for lidt og for unuanceret viden om, hvad det vil sige at have en psykisk sygdom. En undersøgelse lavet for Psykiatrifonden i 2016 viste for eksempel, at næsten 20% af danskerne ikke vidste at psykiske sygdomme kunne helbredes (2). Manglende viden om psykiske sygdomme kan blandt andet medføre, at den som rammes oplever sin lidelse som noget skamfuldt og tabubelagt og kan få et urealistisk pessimistisk syn på behandlingsmulighederne og chancerne for bedring eller helbredelse. Dette kan i sidste ende føre til et forsinket og utilfredsstillende behandlingsforløb, idet det i første omgang kræver overvindelse at drøfte de psykiske vanskeligheder med familie eller venner, og derefter at opsøge egen læge eller et psykiatrisk system, som man frygter alligevel ikke kan hjælpe (3). Det er ingen let eller hurtig opgave at ændre den generelle opfattelse af psykisk sygdom, og problematikken kan ikke afhjælpes gennem øget viden alene. Et stort systematisk review fra 2017 fandt noget nedslående, at den sociale accept af mennesker med psykiske lidelser ikke var øget trods en generelt øget viden om psykisk sygdom i befolkningen (4).

En vigtig brik er et tiltrængt løft af de psykiatriske behandlingstilbud samt et løft indenfor det sociale område. En bedret behandling og social støtte vil bedre evnen til mestring af de udfordringer, der opstår i kølvandet på en psykisk sygdom, således at sygdommen medfører færrest mulige forhindringer indenfor arbejdsmarkedet, det offentlige og den sociale sfære. En bedret behandlingsindsats vil på den måde kunne påvirke den offentlige forestilling om, at psykisk sygdom altid forringer funktionsniveau og livskvalitet. En utilstrækkelig behandlingsindsats medfører omvendt synlige negative sociale og arbejdsmæssige konsekvenser med en styrkelse af de negative forestillinger til følge.

Et løft af psykiatrien bør også indbefatte en større indsats for involvering af pårørende, da familie og venners ofte uvurderlige støtte kan styrkes og gøres mere effektiv gennem psykoedukation og inddragelse i det konkrete behandlingsforløb. Et større fokus på inddragelse af de pårørende vil på den måde både kunne lette den sygdomsramte, men også styrke det ofte udfordrede netværk af pårørende (se også kapitel 11). Man møder blandt pårørende ofte en stor velvilje, men trods gode intentioner fungerer samarbejdet ikke altid optimalt. En bedret involvering af pårørende, hvor det er muligt, vil bidrage til en øget forståelse for psykiske sygdomme. Et bidrag, der kan spredes som ringe i vandet og påvirke den generelle holdningsdannelse vedrørende psykisk sygdom i samfundet.

Stigmatisering er også et resultat af manglende eller utilstrækkelig behandling. Det menneske, som er blevet rask, eller som ikke længere oplever et funktionsstab på baggrund af sin psykiske lidelse, vil frembyde langt færre årsager til at blive stigmatiseret end den, som stadig er syg og har et stort tab af funktionsniveau. Der har gennem årene været mange ytringer om bedre forhold fra politisk hold, men uden at det for alvor har kunne mærkes i psykiatrien. Mange oplever derimod, at forholdene er blevet stedse ringere. Denne oplevelse kan bl.a. hænge sammen med, at antallet af mennesker med en behandlingskrævende sygdom er steget betydeligt mere end de midler, der er sat af til behandlingen.

Konsekvensen er, at der i dag er markant færre penge pr. bruger (5) (se kapitel 6). Dertil kommer, at antallet af retspsykiatriske patienter som nævnt i kapitel 13 blev tredoblet fra 2001 til 2014 (6), en stigning, som bl.a. skyldes manglende rettidig tilstrækkelig støtte og behandling, og som desværre understøtter forestillingerne om, at psykisk sygdom er forbundet med utilregnelighed og farlighed (7).

Selv ved tilstrækkelig behandling og genvinding af fuldt funktionsniveau bliver mennesker med tidligere psykisk sygdom stigmatiseret, når begrænsninger, som kan synes retfærdige og samfundsrelevante i forbindelse med aktuelt pågående sygdom, opretholdes efter remission og i visse tilfælde livslangt. Det kan fx dreje sig om begrænsninger angående kørekort, kreditkort, forsikring, adoption, værnepligt, udtagelse som nævning og ansættelser som erhvervsfisker, politibetjent eller erhvervschauffør (8). Som anført af bl.a. flere psykiatere, er det nødvendigt at skelne tydeligt mellem diskrimination begrundet i urimelig stigmatisering og nødvendig forskelsbehandling begrundet i reel inkompetence, eller betydeligt øget risiko for dette. Det er nødvendigt med præcise kriterier for at nægte en borger et givent privilegie, samt kontrol med at en sådan nægtelse ophører ved inkompetencens ophør (8).

Mere viden, bedre behandling og klarere regler med henblik på at undgå strukturel diskrimination vil bringe os langt i forhold til at mindske stigmatiseringen af mennesker med nuværende eller tidligere psykisk lidelse. Herudover er der kulturelle og politiske tendenser i vor tid, som man skal være opmærksom på kan stå i vejen for en mindskelse af stigmatiseringen; blandt andet konkurrencestatens indtog hvor det enkelte menneske i højere grad betragtes som human ressource end som et individ med eget værd (9), og som for eksempel sætter konkrete spor, når der allokeres flere ressourcer til de mindst syge med størst mulig sandsynlighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet, og færre til de alvorligst psykisk syge med mere kroniske forløb. En påmindelse om at udvise medmenneskelighed kan være på sin plads i et samfund, hvor økonomisk tænkning ofte dominerer den politiske dagsorden og under tiden kommer til at fremme en mere generel stigmatisering af alle, der ikke bidrager til et ellers ganske rigt samfund. I denne forbindelse er det på sin plads at nævne dem, hvor psykisk sygdom rammer hårdest. I psykiatrien møder man ikke sjældent mennesker, for hvem deres sygdom er udtalt og vedvarende. Nogle af disse bliver dårligere som årene går, nogle sidder fast i misbrug. Det kan under tiden være en eufemisme at tale om en funktionsnedsættelse - nogle bliver slet og ret dybt invaliderede og afskåret fra at tage del i samfundet på grund af deres sygdom. Det er vigtigt, at en velment optimisme ift. psykisk sygdom ikke får os til at vende blikket bort fra og ignorere disse menneskers eksistens. For dem rammer stigmatiseringen særligt hårdt, og der er ikke noget, eller meget lidt, de kan gøre ved det. Det sker, at nogle i denne gruppe først får den tilstrækkelige behandling, når de idømmes en dom til psykiatrisk behandling (10). Vi bør som samfund stille krav om bedre behandling af de mest syge medborgere. Dette vil reducere de "dårlige historier" og bekæmpe stigmatisering.

Psyisk sygdom og et medie billede i udvikling

Mediebilledet har i årtier været under rivende forandring, hvilket først og fremmest skyldes, at internettet år for år bliver en mere og mere integreret del af danskernes hverdag. De gamle veletablerede mediehuse har måtte forny sig, og er blevet mere interaktive, nye medier baseret på den nye teknologi har set dagens lys, udenlandske medier er blevet lettere tilgængelige og sidst men ikke mindst, er de sociale medier kommet til at spille en afgørende rolle i nyhedsformidlingen og dens virkning i offentlige rum. Umiddelbart et mere demokratisk medielandskab, men også et mere anarkistisk og ubarmhjertigt rum, som giver andre udfordringer - som professor i filosofi Vincent Hendricks udtrykker det: "Alle har fået en megafon" (11). Med de sociale medier som platform deles og drøftes psykiatriske termer og bliver hvermandseje. Der er teoretisk mulighed for, at sådanne platforme kan bidrage til øget oplysning og nuancering af, hvad det vil sige at have en psykisk sygdom, men i praksis er der stor risiko for misinformation og forfæjlet brug af diagnostiske termer (9). Dertil kommer, at tonen kan være ekstremt barsk, hvilket afholder mange - ikke mindst fagfolk fra at træde ind i debatten og kvalificere det indhold, der deles.

På trods af de ændringer, der på godt og ondt har fundet sted, spiller de konventionelle medier stadig en afgørende rolle i portrætteringen af psykisk sygdom, og deres historier står stadig stærkt i dannelsen af den offentlige opinion. Portrætteringen formes både af behovet for at fange offentlighedens opmærksomhed og af presseetiske principper. Hvor førstnævnte kan afstedkomme sensationshistorier med en dramatiseret, skarp vinkel, kan sidstnævnte bidrage til respektfulde og givende portrætteringer af livet med psykisk sygdom. Det er selvfølgelig vigtigt, at de negative historier også behandles i medierne. Psykiatrien har vidtrækkende magtbeføjelser og skal kritiseres ligesom alle andre offentlige og private institutioner. Det giver heller ikke et retvisende billede, hvis det lidelsesfulde glider ud af billedet. Det vigtige er, at emnet behandles respektfuldt og tilstrækkelig nuanceret. DR-journalisten Anders Agger og Dagbladet Information har leveret gode eksempler på dette (12, 13, 14, 15). For at bidrage til en mere hensigtsmæssig udvikling, bør pressen holdes op på sit presseetiske ansvar og kritiseres, når den fejler.

Indenfor litteraturen sker der en udvikling, som vedrører portrætteringen af psykiske lidelser. Der er de seneste år udgivet bøger i stort antal med førstehåndsberetninger om psykisk sygdom. Antallet af udgivelser har sågar givet forfatter og forlægger Asger Schnack anledning til i kritiske vendinger at tale om en "diagnosekultur" indenfor dansk litteratur (16). For de fleste, der har berøring med psykisk sygdom, er det imidlertid ikke underligt, at emnet ligner en utømmelig åre af stof til kreativ udfoldelse, og at interessen hos læserne er tilsvarende overvældende. Litteratur, der berører, psykisk lidelse, afsøger bl.a. grænseområder af den menneskelige eksistens og udvider forståelsen og empatien for vores medmennesker. Som eksempel herpå kan nævnes forfatteren og dokumentaristen Peter Øvig, hvis selvbiografiske bog "Min Mor Var Besat" blandt andet beretter om sin egne oplevelser med psykotisk depression og behandling med "elektrochokterapi" (17). Værket udfordrer sejlivede tabuer og åbner op for en langt mere berigende og konstruktiv debat end den til tider polemiske og polariserede debat, man ofte møder i dagspressen og diverse kommentarspor.

Også i filmindustrien har psykiatriske diagnoser inspireret til utallige film og serier de senere år, og i mange portrætters positive aspekter af diagnoserne, som for eksempel i serien *Homeland*, hvor hovedpersonens bipolare lidelse bidrager til hendes unikke talent som CIA-agent. Til trods for at der er en risiko for at bidrage til romantisering af psykiske lidelser giver portrættering af psykisk sygdom i bøger og film ofte anledning til en positiv og nuanceret dækning i medierne, hvor de, der kender til at have en psykisk sygdom inde på livet, kommer til orde.

Overordnet set synes behandlingen af psykiske lidelser under det brede mediebillede samt i populærkultur at udvikle sig i positiv retning, når det handler om at bryde tabuer og nuancere debatten. På den anden side kan det være svært at forudse, hvordan den yderst komplekse og hurtigt forandrende medievirkelighed påvirker folkesundheden, herunder stigmatiseringen. I en artikel fra *New York Times* fra 2015 hævdes det f.eks., at sociale medier fremmer en præstations- og sammenligningskultur, der truer unge menneskers trivsel og i sidste ende kan føre til psykisk sygdom og selvmord (18). Artiklen er ikke videnskabelig og har et anekdotisk præg, men den illustrerer den potentielle vigtighed af at holde øje med, hvad der rører sig i medierne, og hvordan det påvirker os alle sammen.

Konklusioner og anbefalinger

1. Stigmatisering af mennesker ramt af psykisk sygdom er stadig en betydelig udfordring for psykiatrien. Forestillinger om psykisk sygdom er under vedvarende forandring, og der er således også et vedvarende behov for, at den offentlige samtale kvalificeres og nuanceres fra fagligt hold
2. Et løft af psykiatrien, herunder en forbedring af mulighederne for behandling, kan bidrage til en mere positiv opfattelse af psykisk sygdom i befolkningen
3. Der er behov for, at der skelnes mere tydeligt mellem forskelsbehandling, som ud fra et samfundsmæssigt synspunkt kan være nødvendig, og egentlig diskrimination
4. Det er vigtigt at velment og i visse henseender relevant optimisme i forhold til psykisk sygdom ikke tager fokus fra de mennesker, som er varigt invaliderede af deres lidelse. Med bedre behandling af de mest syge og ofte misbrugende patienter, vil kriminalitet begået af disse formentlig kunne reduceres betydeligt, hvilket vil bidrage til mindre stigmatisering
5. Medierne gennemgår disse år en rivende forandring. Der bør være opmærksomhed på den nye medievirkelighed, både når det gælder omtalen af psykiske lidelser, men også i forhold til hvordan den påvirker den mentale folkesundhed
6. Det er positivt, at der de seneste år er kommet talrige dokumentarprogrammer og artikler, som går langt udenom de stereotype fremstillinger af psykisk sygdom, ligesom skønlitteraturen de sidste år har bidraget med skildringer af psykisk lidelse, som muliggør en dybdegående indlevelse i nogle af de problematikker, psykisk sygdom medfører

Referencer

1. Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: Position paper and future directions. BMC Psychol. 2020. DOI:10.1186/s40359-020-00399-0.
2. Psykiatrifonden. No Title. <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/tabu-og-stigmatisering-se-mig-som-den-jeg-er-er-ikke-min-sygdom/stigmatisering.aspx>.
3. Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: A systematic review. Psychol Med 2017. DOI:10.1017/S0033291717000344.
4. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2012. DOI:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
5. Cevea. Psykiatrien under pres. 2018.
6. Stølan, Liv Os, Møllerhøj J (Kompetencecenter for R. Drømme og muligheder. 2017.
7. Psykiatrifonden. Stigmatisering og selvstigmatisering - myter og misforståelser. <https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/tabu-og-stigmatisering-se-mig-som-den-jeg-er-er-ikke-min-sygdom/stigmatisering.aspx> (accessed Oct 20, 2020).
8. Vendsborg, Per, Bratbo, Johanne, Draiby, Piet, Eplov, Lene, Fabricius, Mads, Jespersen, Ejgil, Pilsudski, József, Lindhardt, Anne, Nordentoft M. Den vedvarende stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom. Ugeskr Læger 2018.
9. Brinkmann, Svend, Petersen A et al. Diagnoser - Perspektiver, kritik og diskussion. Forlaget Klim, 2015.
10. Ockelmann HH. Har vi vænnet os til drab? Altinget. 2016.
11. Sørensen AM. Vincent Hendricks: Det er på tide vi vinder vores selvstændighed tilbage. 2020. <https://videnskab.dk/kultur-samfund/vincent-hendricks-det-er-paa-tide-vi-vinder-vores-selvstaendighed-tilbage>.
12. Stenlev K. For tre år siden besluttede en læge, at jeg ikke var værdig til at få hjælp til at få børn. Dagbladet Inf. 2020.
13. DR. Indefra med Anders Agger: Elektrochok. 2018.
14. DR. Indefra med Anders Agger: Akutpsykiatri. Danmarks Radio, 2019.
15. DR. Indefra med Anders Agger: Anoreksi. Danmarks Radio, 2019.
16. Rosenbaum B BB. 10'ernes "antidiagnosekultur" udfordrer vores fejlagtige opfattelse af psykisk sygdom. Information. 2019.
17. Peter Øvig. Min Mor Var Besat. Gyldendal, 2019.
18. Suicide on Campus and the Pressure of Perfection. New York Times. 2015.

K A P I T E L A T T E N

Dansk Psykiatrisk Selskabs bud på nye mål for kvalitet i psykiatrien

- Mennesket som mål i
sig selv.

18. Dansk psykiatrisk selskabs bud på nye mål for kvalitet i psykiatrien - mennesket som mål i sig selv

Med god individualiseret psykiatrisk behandling kan man opnå væsentlig bedring i livskvalitet for den enkelte patient og dennes pårørende. Vi ved fra udenlandske undersøgelser og fra visse danske erfaringer, at psykiatrien faktisk er i stand til at hjælpe patienterne og deres pårørende væsentligt bedre, end vi har mulighed for under de aktuelt givne rammer og ressourcer. Dette er ikke alene frustrerende som fagperson, fordi man ved, at det kunne være anderledes, men det får også ofte alvorlige konsekvenser, både for patienterne og for deres pårørende og for fagpersonerne selv.

Ud over de manglende ressourcer og snævre rammer, er den måde psykiatrien er blevet styret på, også blevet et problem. Man har anvendt såkaldt driftsmålstyring, men måltal for drift og økonomi er klart utilstrækkelige, hvis kvaliteten i psykiatrien skal forbedres. Fx blev der blandt andet fastsat mål om, at antallet af bæltefikseringer skulle nedbringes, at patienterne skulle udredes og være i behandling indenfor en måned, og at personalet i den ambulante psykiatri skulle se patienter i 50% af deres arbejdstid. Det gode i dette, er der jo ingen, som kan være uenige i. Problemet har været, at man styrede blindt efter disse mål uden at have øje for, hvordan de blev forsøgt opnået i en psykiatri uden tilstrækkelige ressourcer. Målene blev "mål i sig selv", og menneskene, som det drejede sig om, blev klemte og glemt. Når man blindt styrer efter driftsmål, glemmer man, at der er mennesker bag tallene. Man så fx at antallet af bæltefikseringer faldt, man nærmede sig driftsmålet, men man overså, at mennesker i stedet blev fastholdt i længere tid af personalet, fik større mængder medicin eller blev udskrevet, når de var så dårlige, at bæltefiksering kunne blive aktuelt, så de ikke talte med i statistikken over bæltefikseringer. God behandling af disse mennesker var således ikke et mål i sig selv, og kvaliteten af behandlingen var ikke højere, men statistikkerne så pænere ud.

I langt de fleste af disse tilfælde går det ud over de mest syge patienter i psykiatrien, og det er adskillige gange vist i videnskabelige undersøgelser, at fx antallet af bæltefikseringer kan nedbringes ved tilførsel af ressourcer og kompetencer, uden anden tvang øges.

Et andet eksempel er overholdelsen af udrednings- og behandlingsretten (UBR). Den er også et mål i sig selv. I psykiatrien stiller vi diagnoser ved hjælp af samtaler med patienterne. Det tager tid at etablere en tillidsfuld relation til et andet menneske. Da der samtidig er mangel på speciallæger, siger det sig selv, at det ikke er realistisk at overholde UBR under de nuværende forhold, hvis patienterne skal have en korrekt diagnose. For at kunne overholde målet – UBR – ser vi desværre også, at "udredning" nu blot defineres anderledes, end vi som læger definerer det, således at patienterne ikke udredes af specialister, og at mange får forkerte diagnoser, og dermed kommer i forkerte behandlingsforløb, hvilket i høj grad er kostbart for det enkelte menneskes livsforløb, men også samfundsøkonomi.

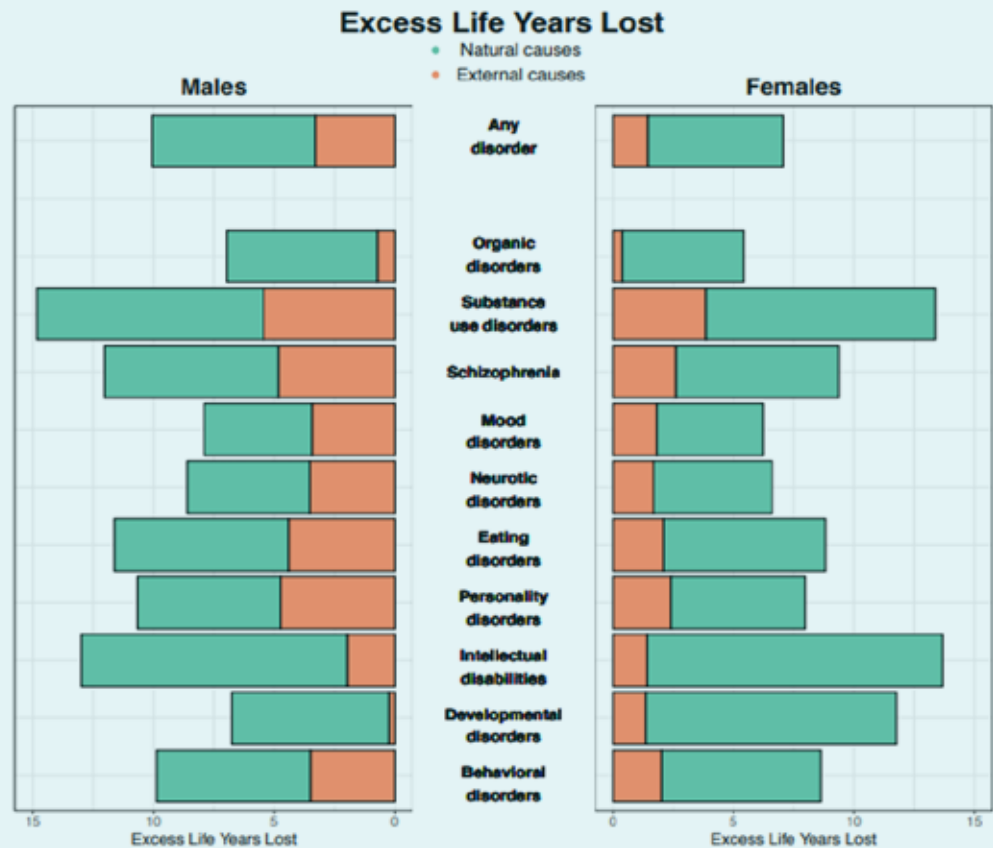
misk. Målet er således ikke en udredning og behandling af høj kvalitet til gavn for det enkelte menneske, målet er, at alle udredes og behandles til en bestemt tid. Ydermere er det vist bl.a. indenfor depressionsområdet i Danmark, at jo dårligere uddannet man er, og jo lavere socialklasse har tilhører, jo ringere kvalitet opnår man i udredningen og behandlingen (1).

Det tredje eksempel er det mål, at alle medarbejdere i den ambulante psykiatri skal se patienter 50% af arbejdstiden. Dette kan umiddelbart synes som et rimeligt og godt mål, men målet er meget konkret, idet der skal være tale om direkte patientkontakt, og fx er tid til dokumentation ikke inkluderet. Målet er produktionsorienteret, men hvor mange man kan nå, og hvor lang tid det tager kommer jo helt an på, hvilken faggruppe, opgave eller patientgruppe der tales om. Er der fx tale om udredningsforløb, meget tværfagligt samarbejde eller om psykoterapi? Desværre kommer det igen til at gå ud over de allerdårligste patienter, nemlig de som ikke selv magter at opsøge os, de, hvor kontakt med pårørende, egen læge, bosteder og socialforvaltning er afgørende, samt de, der fx skal opsøges på gaden og lignende. Når systemet er presset og tid til andet end direkte patientkontakt ikke tæller med i regnskabet, fremmer det kontakten til de patienter, som selv kan give fremmøde eller selv kan og vil invitere indenfor i deres hjem, og tilsvarende neddrøles kontakten til de, der ikke magter dette. Atter er det enkelte menneske i psykiatrien ikke målet i sig selv. Målet om at opnå 50% patientkontakt kan således opfyldes af behandlerne med de bedst fungerende patienter, mens det atter bliver til skade for de mest syge, hvilket er uacceptabelt.

DPS foreslår derfor, at der tages udgangspunkt i overordnede mål, som vil komme det enkelte menneske til gavn. Vi anbefaler konkret, at psykiatrien måles på nedenstående uafhængige parametre.

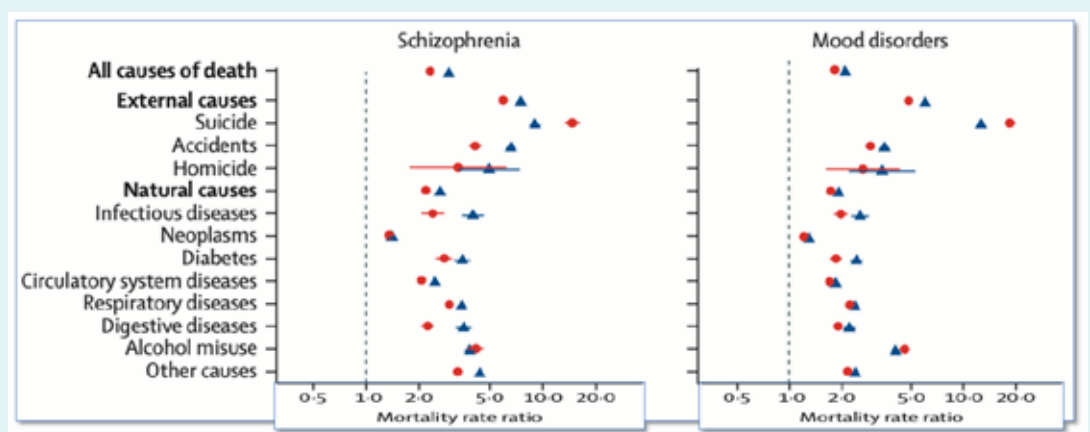
Levetid for patienterne svarende til den øvrige befolkning

Det har desværre været kendt i adskillige år, at mennesker med psykisk sygdom lever 10-15 år kortere end baggrundbefolkningen, men der er fortsat ingen ændringer på området. I et studie fra 2019 opgjorde man diagnoser og dødsårsager (se figur 1). Alle psykiske sygdomme var associeret med kortere levetid både for mænd og kvinder.



Figur 1. Tabte leveår fordelt på forskellige psykiske sygdomme.

Dødsårsagerne er både interne (død som følge af sygdomme) og eksterne (død som følge af selvmord, mord eller ulykke) (2) og er vist i figur 2 for hhv. skizofreni og affektive lidelser. Det ses at selvmord spiller en meget stor rolle.



Figur 2. Den forøgede risiko for at dø af forskellige årsager for mennesker med skizofreni hhv. affektiv sygdom

Da årsagerne til overdødeligheden hos mennesker med psykisk sygdom er mange, er der også mange forhold man skal korrigere for at opnå målet om en levetid svarende til baggrundsbefolkningen. Som nævnt i kapitlet om forebyggelse kan selvmord relativt enkelt forebygges (se kapitel 10). Derved ville en del liv kunne spares.

Mennesker med psykisk sygdom er stigmatiserede (se kapitel 17). Det gælder også når de henvender sig med somatisk sygdom. Der er en berøringsangst blandt en del personale i den øvrige del af sundhedsvæsenet, som vi kunne komme til livs, hvis disse personaler i løbet af deres uddannelse lærte mere psykiatri (se kapitel 8). Det gælder alle uddannelser indenfor social- og sundhedsvæsenet. På medicinstudiet har man i dag kun 3-4 ugers psykiatri, i visse regioner endnu mindre. Set i lyset af at psykiske sygdomme tegner sig for 25% af sygdomsbyrden, er dette uforståeligt. Hvis sundhedspersonalet fik mere viden om psykisk sygdom, ville man kunne opdage både psykisk og somatisk sygdom tidligere. Desuden ville dette fremme rekrutteringen af mere personale til psykiatrien, pga. bedre kendskab til området (se kapitel 8).

Overgangene mellem sektorerne er et stort problem, som bl.a. afstedkommer, at mennesker bliver tabt i systemet og dermed ikke behandlet i tide. Særligt behandlingen af misbrugslidelserne, som tegner sig for en stor del af årsagerne til overdødeligheden, har været for ringe. Nogle mennesker med psykoselidelser skal have hjælp til at deltage i screeningsprogrammer, følge behandlingsforløb mm. Kontinuerlig, sufficient og individuelt tilrettelagt behandling af den somatiske såvel som den psykiske lidelse herunder misbrug vil nedbringe overdødeligheden betragteligt. Fx er det vist, at mennesker med skizofreni, som er i antipsykotisk behandling, har lavere dødelighed end ubehandlede.

Nedbring antallet af selvmord

Antallet af selvmord har ligget relativt stabilt på ca. 600 personer om året de seneste år. Det vil sige, at 2 danskere gennemsnitligt begår selvmord dagligt. Dobbelt så mange mænd som kvinder begår selvmord. Årligt dør 3 gange flere danskere ved selvmord, end ved trafikulykker (3). Antallet af selvmord ville kunne nedbringes ved sufficient individuel behandling og andre tiltag, som nævnt i kapitel 10.

Nedbring anvendelsen af tvang generelt

Den seneste opgørelse fra Sundhedsstyrelsen vedrørende tvang viser desværre, at det overordnet set ikke er lykket at nedbringe tvangen, men at tvang fortsat er stigende, og at det samlede antal mennesker, som berøres af tvang, fortsat er langt over det ønskede niveau, hvilket findes meget bekymrende (4). I psykiatrien er det vist adskillige gange, at vi kan nedbringe tvang, når de rette ressourcer og kompetencer er til stede. Der henvises til kapitlet om tvangsanvendelse (kapitel 12).

Nedbring antal voldstilfælde mod medpatienter og personale

Institut for menneskerettigheder har i 2018 foretaget en undersøgelse vedrørende vold og trusler på botilbud. De fandt, at andelen af ofre for personfarlig kriminalitet var mere end fordoblet i perioden fra 2007 til 2016. Desuden

registrerede man, at det enkelte offer blev udsat for stadig flere personfarlige hændelser. Endelig var antallet af domme for personfarlig kriminalitet pr. beboer er næsten tredoblet (5).

Fagforeningen FOA har i 2020 i Fagbladet FOA under temaet "Vold i psykiatrien" anført, at flere af deres medlemmer får PTSD. Antallet af anmeldelser om vold til politiet har været stødt stigende fra 217 i 2015 til 628 i 2019.

Dette kunne forebygges ved, at patienterne var mere stabile, før de blev udskrevet til deres botilbud, at behandlingen af misbrug blev bedret, og at man ved nedbringelsen af tvang satte ind med de rette ressourcer, rammer og kompetencer. Dette vil dog også kræve, at mennesker med komplicerede tilfælde af psykoser kombineret med misbrug har mulighed for længerevarende indlæggelse i psykiatrisk afdeling, således at de kan komme på god afstand af misbruget, og den antipsykotiske medicin kan få tid til at virke. Samtidig vil man kunne reducere den polyfarmaci, som ellers vil medføre store bivirkninger for personen og som øger sandsynligheden for, at han eller hun ophører med sin medicinske behandling. Se kapitel 5.

Nedbring antallet af retspsykiatriske patienter

Antallet af retspsykiatriske patienter er steget betragteligt de sidste 20 år fra ca. 1.500 til nu langt over 4.000. Samspillet mellem psykisk sygdom og kriminalitet er komplekst, og der er formentligt flere årsager til denne eskalering. Tydeligt er det dog, at en betydelig del af stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter ville kunne forebygges, hvis der var mulighed for at give patienterne bedre behandling i almenpsykiatrien (6,7). Se i øvrigt kapitel 13 om retspsykiatri.

Nedbring antallet af hjemløse med psykisk sygdom

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (Vive) foretog igen i 2019 en national kortlægning af hjemløsheden i Danmark. Andelen af hjemløse med psykisk sygdom havde generelt været stigende hen over perioden, hvor kortlægningerne havde været foretaget. I 2009 havde 37% af hjemløse psykisk sygdom. Procentsatsen har siden været støt stigende frem til 2019, hvor 59% af de hjemløse led af psykisk sygdom. Andelen med psykisk sygdom var således steget ved denne kortlægning, på trods af at det samlede antal hjemløse borgere ellers var faldet lidt (8).

Undersøgelser viser, at patienter udskrives til hjemløshed, og mange udskrives uden at have modtaget tilstrækkelig behandling (9). Bedring af disse forhold kunne nås ved individualiseret tilstrækkelig behandling og social støtte, samt bedre behandling af misbrug.

Nedbring anvendelsen af politiressourcer til arbejde med psykisk syge

Hovedkonklusionerne fra en temaanalyse foretaget af politiet i 2018 er, at andelen af registrerede hændelser, hvor personer med psykiske lidelser er involveret, er mere end fordoblet i de sidste 15 år. Således omhandlede ca. 6% af hændelserne i hverdagens beredskab i 2009 mennesker med psykiske lidelser. I 2016 var andelen af sådanne hændelser steget til 13%. I absolutte tal var der sket en stigning fra 15.850 hændelser i 2009 til 42.800 hændelser i 2016. Næsten hver

anden betjent (41%) havde på deres seneste vagt haft en opgave med en person med psykiske lidelser. Lidt mere end halvdelen (59%) af politiets opgaver, der involverede personer med psykiske lidelser, omfattede et samarbejde med eller kontakt til andre myndigheder. I samme periode er antallet af tvangsindlæggelser steget med 45 %. Det var Rigspolitiets opfattelse, at udfordringer i samarbejdet mellem myndigheder kunne betyde, at personer med psykiske lidelser kom i kontakt med politiet gentagne gange, uden at dette reelt løste kernen i borgernes problemer. En særlig risikogruppe i denne sammenhæng var personer med psykiske lidelser med komplekse problemstillinger som fx misbrug, der fordrede en høj grad af sammenhæng og samarbejde mellem politiet og andre myndigheder. Omkring hver anden af de personer (43%), som politiet vurderede havde en psykisk lidelse, var samtidig skønnet at være påvirkede af alkohol eller narkotika.

Dette mål ville kunne nås ved lavere tærskel for psykiatrisk behandling samt individuel tilstrækkelig behandling.

Patienterne og de pårørende føler sig ofte ikke hjulpet, men snarere afvist

Det fremgår ofte, at patienter og pårørende gerne ville have været bedre hjulpet, og man har forsøgt af måle dette ved hjælp af de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP), som omtalt i kapitel 11. I sådanne undersøgelser kan man dog ikke være sikker på, at de sværest syge patienter kan medvirke, og de er et meget dårligt styringsredskab. Som nævnt i kapitel 16 er der udviklet redskaber, der er under afprøvning i visse regioner, til måling af PRO – patient reported outcome measures. I Danmark er PRO udviklet i samarbejde med et peer-board bestående af patientrepræsentanter og vil give mulighed for forbedring af den kliniske kontakt samt for forskning og kvalitetsudvikling (11).

Fald i antallet af patienter, som har et misbrug

Der er behov for en langt bedre behandling af mennesker med misbrug. Det gælder både mennesker med og uden samtidig erkendt psykoselidelse. Der er behov for behandling på højt specialiseret niveau og langt mere forskning på området. I dag er området delt mellem forskellige sektorer, hvilket medfører stor risiko for at patienten bliver kastebold mellem forskellige instanser og ikke modtager en ordentlig og samlet behandling af sine problemer (se kapitlerne 5 og 15).

Mere forskning og bedre anvendelse af databaser

Forskning i psykiatri skal styrkes til gavn for patienterne. Psykiatrien skal være et prioriteret emne i regeringens og regionernes fordeling af forskningsmidler. Andelen af forskningsmidler bør nærme sig andelen af sygdomsbyrden frem mod 2025.

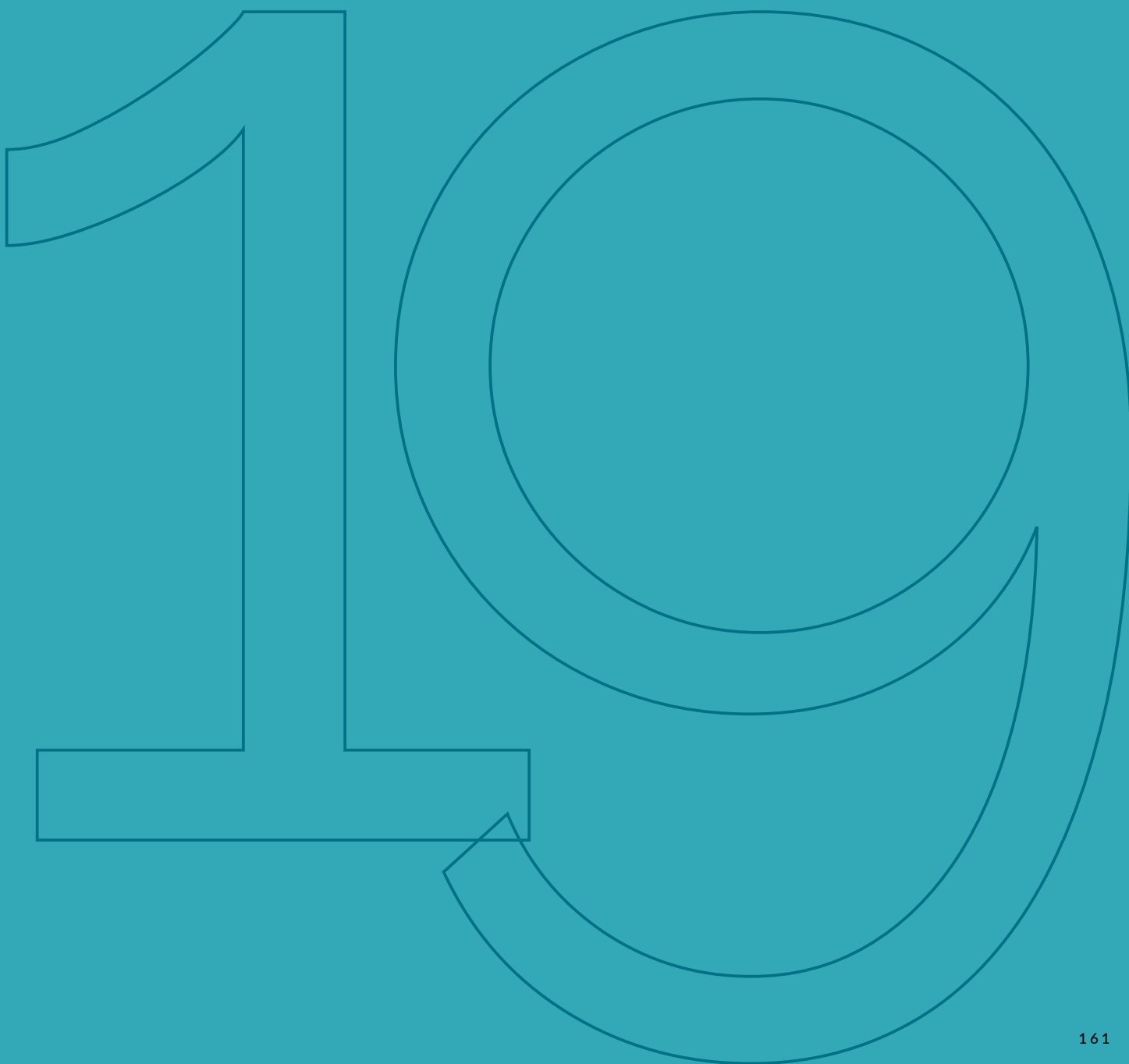
De kliniske databaser, som er nævnt i kapitel 16 skal bringes til at fungere optimalt gennem bedre indberetning af data til disse. Dette vil indebære en meget betydningsfuld mulighed for forskning og kvalitetsudvikling.

Referencer

1. Knudsen SV, ... Videbech P, Mainz J. Socioeconomic inequities in quality of care, readmissions, suicidal behaviour and mortality among incident depression patients – a nationwide study. Submitted.
2. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet*. 2019 Nov 16;394(10211):1827-1835.
3. <https://selvmordsforskning.dk/statistikbank/fakta-om-selv-mord-og-selv-mordsforsoeg/>
4. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Monitorering-af-tvang-i-psykiatrien-juli-2019-juni-2020>
5. https://menneskeret.dk/sites/menneskeret.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/ligebehandling_2018/rapport_vold_og_trusler_paa_botilbud_2018.pdf
6. https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Kortlaegning-af-retspsykiatrien-dec-2015/Kortlaegning-af-retspsykiatrien-dec-2015.pdf
7. <https://www.regioner.dk/media/11265/rapport-om-mentalundersoegelser-30-01-2019.pdf>
8. <https://www.vive.dk/media/pure/14218/3352843>
9. Vorting et al. *Nord J Psychiatry* in press 2021.
10. <https://politi.dk/-/media/mediefiler/landsdaekkende-dokumenter/statistikker/oevrige-udgivelser/gamle-udgivelser/temaanalyse-om-beredskabets-arbejde-med-psykisk-syge-personer.pdf?la=da&hash=5F9DFA757E030D42C79D754013DBE9221F4E783F>
11. Baandrup L, Rasmussen JØ, Mainz J, Videbech P, Kristensen S. Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Clinical Research: A Descriptive Review in Comparison with Clinician-Rated Outcome Measures. *Int J Qual Health Care*. 2021 Jan 6:mzab001.

K A P I T E L A T T E N

Psykiatriens grænser



Psykiatriens grænser

Spektret af mentale lidelser rækker fra svære sindssygdomme, psykiatriens traditionelle kernegruppe, i den ene ende, til mistrivsel og mental usundhed i den anden. Den første gruppe tæller få hundrede tusinder, den anden tæller millioner. Imellem disse yderpunkter findes de såkaldte lettere sindslidelser. En ukendt del af dette spektrum er i dag den etablerede psykiatris målgruppe. Man savner en debat om afgrænsningen af dem, der er eller bør være psykiatriens målgruppe, dem som psykiatriens altid knappe resurser skal anvendes på. En ligeså vigtig debat gælder grænsedragninger indenfor det, der måtte blive defineret som psykiatriens målgruppe. Hvilke problemer (sygdomme) behandles bedst og mest rationelt i sundhedsvæsenets primærsektor, hvilke bør behandles i sundhedsvæsenets sekundærsektor, og hvilke problemer håndteres bedst i den kommunale sociale sektor? Endelig er der behov for en debat om samfundets bistand til dem, der mistrives, men som falder udenfor den længe savnede definition af psykiatriens målgruppe.

Et er debat, noget andet er de handlinger, der skal til for at skabe en ny og mere hensigtsmæssig psykiatristruktur. Disse handlinger er politiske beslutninger, beslutninger som skal træffes på et fagligt forsvarligt grundlag. Hvordan tilvejebringes et sådant beslutningsgrundlag? Der er behov for et permanent rådgivningsorgan for politikere og embedsværk. Et sådant organ kunne være 'Det nationale råd for psykiatri', et rådgivningsorgan som i lighed med f.eks. Etisk råd og Rådet for socialt udsatte kunne levere analyser og rådgivning til samfundet mht. netop afgrænsning af psykiatriens område og de forskellige sektorer og faggruppers kompetencer og ansvar. Men et sådant organ, der kan samle psykiatriens interesser: patienter, pårørende, fagpersoner og politikere, findes desværre (endnu) ikke.

At undlade at træffe beslutninger om psykiatriens rette målgruppe - om grænserne for psykiatri - vil medføre vedvarende krav om flere resurser, resurser som aldrig vil slå til, fordi behovet i en ikke afgrænset psykiatri vil være uendeligt. Så længe psykiatriens område ikke er afgrænset vil utilfredshed og frustrationer bestå, uanset de midler, der tilføres for at lappe huller. Det skyldes, at nye midler vil blive beslaglagt af en stadigt voksende gruppe af nye patienter. Midlerne vil ikke nå dem, der trænger mest: de alvorligt sindslidende patienter med psykose-lidelser, psykiatriens kernegruppe. Psykiatrien har behov for et strukturelt eftersyn, således at de mange kvalitetsløft, der i dag lanceres indenfor de nuværende løse rammer, for alvor kan bringe tilfredshed hos patienter og deres pårørende og arbejdsglæde og stolthed hos de engagerede faggrupper.

