

Møde mellem
Folketingets Sundhedsudvalg
og
Overlægeforeningens Psykiatriudvalg
onsdag d. 30.3.05.

Sammenfatning af Overlægeforeningens Psykiatriudvalgs synspunkter:

- Psykiatrien beskæftiger sig med sygdomme, der kan behandles. Der bør være en ens organisering over hele landet af sygdoms*behandlingen* på det regionale niveau. Social støtte og kompensation for de handicap, som en sygdom giver, bør organiseres på det kommunale niveau.
- Der skal være et *samarbejde* mellem den regionale behandling og den kommunale socialpsykiatri.
- Der bør være en organisatorisk *sammenhæng* mellem den psykiatriske og somatiske udredning, diagnostik, behandling, forskning og kvalitetsudviklingbehandling.
- Der bør være en organisatorisk *sammenhæng* i hele den psykiatriske behandling fra ambulatorier/distriktpsikiatrier til sengeafdelinger.
- Der bør være tilstrækkeligt stort patientunderlag for de enkelte enheder til at tilgodese behovet for specialisering behandlingen af psykiatriske patienter. Kvalitet bør vægtes højere end nærhed. Nærheden kan tilgodeses gennem den sociale støtte på det kommunale plan.
- Rekrutteringen af personale til faget skal sikres. Ovennævnte tiltag vil medvirke til at bedre rekrutteringen af læger.

1. Psykisk sygdom

Der skal skelnes mellem sygdomsbehandling og støtte til at leve med den sygdom/de symptomer, man har. Sygdomsbehandling finder sted i den primære og den sekundære sundhedssektor, støtte i sociale sektoren. F. eks. behandles den sukkersyge patient hos egen læge, i sygehusenes diabetes ambulatorier og, når tilstanden er særligt kompliceret, under indlæggelse på sygehus. Hvis der kommer komplikationer som f. eks. benamputationer støttes patienten med kompenserende sociale foranstaltninger af det kommunale sociale system, f. eks. med transportordninger o.lign.:
Behandling i sundhedsvæsenet – social støtte i socialvæsenet.

Det er tilsvarende for psykisk syge patienter. Langt de fleste behandles af egen læge. De mere komplicerede forløb hos speciallæge, på sygehusenes ambulatorier (eller distriktspsykiatrier) eller under indlæggelse på sygehus.

WHO forudser at der vil være en stigende efterspørgsel efter psykiatrisk behandling. Psykiatrisk sygdom forventes at ville rykke op på en andenplads over de mest belastende sygdomme – for den enkelte og for samfundet - på verdensplan i 2020. Der er ingen grund til at tro, at Danmark kommer til at udgøre en undtagelse. Undersøgelser tyder på, at mere end 20% af befolkningen vil udvikle psykisk sygdom af én eller anden art. Dette betyder, at det er overordentligt vigtigt, at den psykiatriske behandling tilrettelægges så de mange ressourcer, der skal anvendes, kan udnyttes så effektivt som muligt. Patienterne og samfundet skal undgå at patienterne undersøges og behandles flere steder for de samme sygdomme.

Mange tror fejlagtigt at de psykiatriske sygdomme er noget, man er født født med. Det er det ikke. De opstår på et tidspunkt i livet, de behandles og patienten bedres eller bliver helt rask. Behandlingen af næsten alle sygdomme består af en eller anden form for samtalebehandling og af medicinsk behandling. De sociale vilkår som patienten lever under spiller ind – f. eks. kan en arbejdsløshed udløse en depression og en depression kan påvirke patientens lyst til at søge arbejde – og det indgår i den almindelige psykiatriske behandling at hjælpe patienten med at håndtere disse sociale forhold. Så den psykiatriske udredning og behandling medinddrager biologiske, psykologiske og sociale forhold.

2. Samarbejde mellem den psykiatriske behandlingsindsats og den socialpsykiatrisk støtte.

For et fåtal af patienterne, især de skizofrene patienter, er det nødvendigt med sociale støtteforanstaltninger - ligesom for den diabetiske patient. Kommunerne har tidligere ydet en stor del af disse foranstaltninger for denne gruppe af svært psykisk syge, og efter strukturreformen vil kommunerne skulle klare stort set hele den opgave. Regionerne vil kun skulle yde nogle få meget specialiserede sociale støttetilbud til skønsmæssigt 3-4 % af de patienter, der behandles i psykiatrien.

Psykiatrisk behandling og socialpsykiatrisk støtte er altså 2 områder, der adskiller sig fra hinanden på samme måder som den medicinske behandling til f. eks. geriatriske patienter eller sukkersyge patienter adskiller sig fra den kommunale sociale støtte (og i visse tilfælde ligefrem pleje), der ydes. Den somatiske behandling tænkes organiseret på det regionale niveau, støtten og hjemmeplejen på det kommunale niveau. Ingen drømmer om at flytte de to foranstaltninger over under samme forvaltningsmyndighed.

Der er for os at se ingen grunde til, at se anderledes på psykiatrien. De sociale støtteforanstaltninger bør organiseres på det kommunale niveau, der hvor patienterne færdes. Behandlingen kan så specialiseres på det regionale niveau. Og så skal der naturligvis gennem aftaler laves muligheder for et *samarbejde* mellem de to områder – fuldstændig som samarbejdsaftaler skal sikre et smidigt samarbejde mellem f. eks den medicinske afdeling og den kommunale hjemmepleje og og øvrige socialhjælp. Vi taler altså *for* et *samarbejde* på dette område.

3. Sammenhæng mellem psykiatrisk og somatisk behandling.

Med hensyn til behandlingen taler vi til gengæld om en *sammenhæng* – oven i købet på 2 måder: Sammenhæng imellem den psykiatriske behandling og den øvrige behandling for sygdomme og sammenhæng i hele den psykiatriske behandling.

Sammenhængen med somatikken er vigtig, fordi 25-30% af patienter i kontakt med den primære sundhedstjeneste eller indlagt på somatisk hospital har behandlingskrævende psykisk sygdom, mens 50% af de indlagte på psykiatriske hospitaler har somatiske sygdomme. Der er et dagligt samarbejde mellem psykiatrien og somatikken. Så alene for at sikre en så smidig behandling af "hinandens" patienter som muligt, er denne sammenhæng vigtig. For de psykiatriske patienter, der ikke fejler noget somatisk, er den somatiske udredning alligevel vigtig – for man kan jo ikke vide det på forhånd, og man må derfor undersøge alle patienter for eventuel udløsende somatisk årsag (f. eks. stofskiftelidelser hos den depressive patient eller hjernetumorer hos den psykotiske patient). De ikke psykotiske patienter med lettere psykiatriske tilstande henvender sig hyppigt hos egen læge med somatiske klager som tegn på psykisk sygdom. De bliver ofte henvist til videre somatisk udredning på sygehusene. Det er nødvendigt med et samarbejde mellem psykiatrien og somatikken – også for denne patientgruppe.

Man kan målrette såvel den psykologiske som den biologiske behandling mod en række af de psykiske sygdomme som depression, demens og skizofreni. Der kommer hele tiden mere og mere biologisk viden. Hertil kommer, at faget psykiatri internationalt står over for en udvikling, der fordrer en intensiv forskningsindsats med samarbejde mellem psykiatere, neurologer, radiologer (skanninger) immunologer, genetikere, psykologer og sociologer. Psykiatri og somatik har derfor brug for et tæt samarbejde i udredningen og behandlingen af patienter, og hvis man skal sikre en fortsat faglig udvikling til gavn for fremtidens patient med forskning og kvalitetsudvikling, er det nødvendigt både for psykiatrien og for somatikken med et tæt samarbejde til det øvrige sundhedsvæsen – og for den sags skyld også et styrket samarbejde med universitetsmiljøet.

4. Sammenhæng og kontinuitet i hele den psykiatriske behandling.

For den enkelte patient er det vigtigt, at der er sammenhæng i hele den psykiatriske behandling, han møder, lige fra indlæggelse på den intensivt skærmede afdeling til den distriktskykiatriske enhed. Hermed sikres den største kontinuitet – både i blandt de behandlere, der møder patienten, den viden, der er om patienten og den holdning, der er til patienten. For den psykiatriske patient er det overordentligt vigtigt at have tillid til behandleren, men samtidig kan et sådant tillidsforhold være svært at opbygge p. gr. a. den tilgrundliggende psykiatriske sygdom. Derfor er det vigtigt, at patienten møder samme personale i så vid udstrækning som muligt – og hvor det ikke er muligt, er det vigtigt for ham at vide, at det er samme læge og samme instans, der har ansvaret for behandlingen. Mistro sniger sig let ind, når patienten vandrer fra ét behandlingsregi til et andet – så skiftene skal minimeres.

Sygehusvæsenet har en udtalt tradition for forskning og forskningsbaseret kvalitetsudvikling. Forskningen trives også i behandlingspsykiatrien og psykiatrien skal være en del af den danske kvalitetsmodel. Der forskes både i sengeafdelinger og i forskellige distriktspsykiatriske metoder. Det er vigtigt, at den viden, der genereres gennem forskning på f. eks. sengeafdelingerne hurtig kan komme de ambulante patienter til gode og vice versa. Dette smidiggøres også bedst gennem en organisatorisk sammenhæng i hele behandlingspsykiatrien.

En ens organisering af psykiatrien over hele landet vil lette samarbejdet om kvalitetsudvikling på tværs af regionsgrænser.

5. Specialisering af den psykiatriske behandling.

Den faglige udvikling og behovet for at tilbyde patienterne behandling på et højt fagligt niveau kræver en vis volumen – en vis mængde patienter. Psykiatrien har været organiseret ud fra nærhedsprincippet – og den udvikling, der har været i de øvrige medicinske specialer med stigende specialisering er til en vis grad gået uden om psykiatrien. Det gælder såvel inden for somatikken som inden for psykiatrien, at man skal behandle en vis mængde patienter med den samme sygdom for at blive god til det. For små distriktspsykiatriske enheder kan ikke tilgodeses dette – og en tilknytning af de distriktspsykiatriske enheder til de kommende kommuner vil for langt de flestes vedkommende udgøre et for lille patientgrundlag for at sikre en tilstrækkelig specialiseret behandling. Det er nødvendigt at forlade nærhedsprincippet som basis for organiseringen af behandlingen af psykiatriske patienter. Patienterne skal have den rette behandling på den rette tid og på det rette sted. Der har været lagt alt for megen vægt på behandlingsstedet og alt for lidt vægt på ”den rette behandling” – med strukturkommissionens sektoranalyse af psykiatriens ord: ”kvalitet bør vægtes højere end nærhed”. Gennem organisering af *hele* psykiatrien i de større regionale enheder kan man opnå en bedre balance i dette forhold.

6. Rekruttering af læger.

Lægerne leder den diagnostiske udredning og den psykiatriske behandling. Der er mange forskellige personalegrupper, der indgår heri – men psykiateren er uundværlig. Derfor er det katastrofalt for fremtidens psykiatriske patient og for fagets udvikling, at psykiatere bliver en mangelvare, hvis der ikke gøres en målrettet indsats for at rekruttere flere læger til faget.

I psykiatrien har det i de seneste år ikke været muligt at besætte alle uddannelsesstillinger (som oven i købet er færre, end der er behov for) og prognosen forudsiger, at i år 2025 vil 1/3 af de psykiatriske speciallægestillinger være vakante. Der kan være mange årsager til rekrutteringsproblemerne i psykiatrien, herunder fx psykiatriens image. Det er vores opfattelse at psykiatriens organisation er en medvirkende faktor. For de unge læger, der skal ind i faget, er det vigtigt, at faget er et speciale på lige fod med de øvrige medicinske specialer – altså en fuldgyldig del af sygehusvæsenet. Den rette organisering af psykiatrien vil ikke i sig selv løse problemet. Rekrutteringsproblemerne kræver, at der ses på, hvordan de lægelige ressourcer udnyttes bedst, og at der arbejdes specifikt på at rekruttere og fastholde læger i specialet.