



NATIONAL STRATEGI
FOR
PSYKIATRI

2009

National strategi for psykiatri

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: psykiatri

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 20. august 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-970-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, august 2009

National strategi – til gavn for psykiatriske patienter

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en national strategi for psykiatri for at styrke indsatsen på det psykiatriske område. Psykiske lidelser er et af de tungeste sygdomsområder på linje med kræft og hjertesygdomme og har store konsekvenser både for borgeren og for familien. Mange danskere kender til psykiske lidelser - 10-20 pct. af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at lide af en psykisk sygdom.

Der har de seneste år været en række initiativer på det psykiatriske område; flerårige politiske aftaler med konkrete mål og midler har givet synlige og målbare resultater. Vi har dog fortsat store udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats.

Psykiatriske patienter skal have professionel forebyggelse og behandling af høj faglig standard med tilsvarende servicemål, muligheder, respekt og rettigheder som somatiske patienter. Prioriteringen af det psykiatriske område er fint i tråd med WHO's deklaration og handlingsplan fra 2005, der pointerer, at problemerne omkring psykiske lidelser i Europa er stigende og må forventes yderligere at vokse, med mindre, der over en bred front sættes ind for at vende udviklingen.

Sundhedsstyrelsens Nationale Strategi er pejlemærke for en samlet og sammenhængende langsigtet udvikling af indsatsen til gavn for mennesker med psykiske lidelser. Strategien er ikke en egentlig handlingsplan, men den indeholder fokusområder, der kan omsættes til konkrete initiativer.

Det er vores vision, at det skal være lettere at være psykisk syg, der skal være muligheder for at få hjælp tidligt, og der skal være en vifte af forskellige tilbud målrettet den enkelte borgers behov. Der skal være tilstrækkelig kvalificeret arbejdskraft indenfor det psykiatriske område, og endelig skal vi sørge for at generere og sprede viden om forebyggelse og behandling.

Vi har gode forudsætninger for at realisere strategien. Der er sket en rivende faglig udvikling, og der er politisk fokus på fortsat at udvikle det psykiatriske område. Vi får hele tiden større viden og dermed også en større forståelse for psykiske sygdommes opståen og udvikling samt flere redskaber til forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering.

Den Nationale Strategi er udformet på baggrund af drøftelser igennem det seneste år med fagfolk, patientorganisationer, regionsrepræsentanter og Sundhedsstyrelsens Rådgivningsgruppe vedrørende psykiatri. Blandt alle interessenter er der bred enighed og vilje til at indgå i et konstruktivt samarbejde og styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Vi har et vedtaget nationalt værdigrundlag for arbejdet. Vi har alle ansvaret for, at det ikke stopper ved de gode intentioner, men at intentionerne rent faktisk omsættes til bedre muligheder for de psykiatriske patienter – lad os komme i arbejdstøjet!

Sundhedsstyrelsen, 20. august 2009

*Jesper Fisker
Direktør*

Indhold

National strategi for psykiatri	5
Om psykiske lidelser	9
Det skal være lettere at være psykisk syg	11
Det skal være let at få tidlig hjælp	14
Det skal være let at få de rette tilbud	17
Det skal være lettere at være psykiatrisk patient	20
Det skal være lettere at arbejde i psykiatrien	24
Det skal være let at få og bruge ny viden	27

National strategi for psykiatri

Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri skal give et grundlag for at samle de mange forskellige gode intentioner og visioner til nationale, aggregerede og fremadrettede initiativer for en samlet indsats i psykiatrien. Den indeholder både kortsigtede og mere langsigtede mål, indsatsområder og visioner.

Hensigten med strategien er at tilvejebringe et fagligt bredt grundlag for den udbygning af psykiatrien, som vil finde sted i de kommende år, dels gennem regionernes psykiatriplaner og dels gennem statslige initiativer. Det er ikke hensigten bl.a. i lyset af de aktuelle store udfordringer med mangel på kvalificeret arbejdskraft, at lægge op til øjeblikkelige ændringer af psykiatrien, men at sikre at der foregår en gradvis udvikling og tilpasning til de udfordringer, som psykiatrien står overfor.

En vigtig forudsætning for, at strategien kan bidrage til en generel kvalitetsudvikling af den psykiatriske indsats, er, at strategien bliver formidlet bredt ud i sundhedsvæsenet, og at strategien inddrages både i planlægningen af den fremtidige udvikling og i det konkrete patientnære arbejde.

I forbindelse med WHO's Ministerkonference "Mental health – Facing the challenges, building solutions", Helsinki januar 2005 konstaterer WHO, at problemerne vedr. psykiske lidelser i den europæiske region er stigende og må forventes yderligere at vokse, medmindre der over en bred front sættes ind for at ændre den igangværende udvikling.

I den på konferencen vedtagne deklARATION, som Danmark har tilsluttet sig, fastslås det, at mental sundhed og velbefindende er fundamentalt for et liv af kvalitet for individet, familier og samfundet som helhed. De fremsatte rekommandationer for indsatsen omfatter fremme af mental sundhed og forebyggelse, let tilgængelighed, effektiv og evidensbaseret behandling af høj kvalitet samt rehabilitering, herunder mulighed for fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdslivet. Desuden lægges der vægt på recovery, styrket oplysning og forskning, aktiv bekæmpelse af stigmatisering, diskrimination og social udstødning samt inddragelse af patienter og pårørende.

Der er blandt alle interessenter en bred enighed og vilje til at løfte og styrke indsatsen for psykiatriske patienter i det danske sundhedsvæsen på en række centrale områder.

Sundhedsstyrelsens Nationale strategi for psykiatri har fokus på sundhedsvæsenet. Imidlertid har indsatser i den sociale sektor samt på områderne kultur, uddannelse og arbejdsmarked stor betydning i relation til psykiatriske patienters samlede behov. En sammenhængende indsats på tværs af sektorer vil ofte være afgørende for patientens muligheder for at opnå en god tilværelse. Denne sammenhæng kan bl.a. sikres via sundhedsaftaler.

En brydningstid - nye muligheder

Udbygning og forbedring af tilbuddene til mennesker med psykiske lidelser har i en årrække været et politisk prioriteret indsatsområde og været forankret i flerårige politiske aftaler, som har været fulgt op med statslige midler til realisering af aftalernes målsætninger.

Den nugældende psykiertiaftale for 2007–2010 omfatter bl.a.:

- **Fortsat fastholdelse af aktiviteten og nedbringelse af ventetid i børne- og ungdomspsykiatrien**
- **Indførelse af udvidet udrednings- og behandlingsret**
- **Styrket indsats vedr. retspsykiatriske patienter**
- **Lettere tilgængelighed**
- **Styrkelse af den udgående/opsøgende virksomhed og indsatsen vedr. ikke-psykotiske lidelser.**
- **Nøje overvejelser før eventuel yderligere nedlæggelse af sengekapaletet.**

Partierne bag psykiertiaftalen for 2007- 2010 var enige om den fælles målsætning, at alle psykiatriske patienter i takt med at mulighederne herfor tilvejebringes, skal have tilsvarende rettigheder, som de somatiske patienter. Med satspuljeaftalen for 2008-2011 blev der afsat midler til indførelse af en undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien, således at psykisk syge børn og unge under 19 år, som er henvist til børne- og ungdomspsykiatrien, siden 1. august 2008, har haft ret til at lade sig undersøge på en privat klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for 2 måneder.

Psykisk syge børn og unge har siden 1. januar 2009 endvidere haft ret til hurtig behandling, som indebærer, at hvis undersøgelsen viser, at patienten har behov for hurtig behandling for at undgå forværring af sin lidelse, har patienten ret til at lade sig behandle på en privat klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder.

Fra Januar 2010 får psykisk syge voksne en udvidet behandlingsret, som indebærer, at patienter, som er henvist til behandling i voksenpsykiatrien, har ret til at lade sig behandle på en privat klinik eller hospital, som regionerne har en aftale med, hvis bopælsregionen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder.

Med satspuljeaftalerne og den betydelige økonomi, der har fulgt aftalerne er psykiatrien kommet langt, men skal der i løbet af de kommende år sikres yderligere udvikling, løft i kvaliteten og tilstrækkelig kapacitet, er der behov for en samlet langsigtet og målrettet indsats til at imødekomme udfordringerne på området. En fortsat udbygning af børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri bør tilrettelægges med udgangspunkt i strategien.

Kommunalreformen og udviklingen i behandlingsmulighederne, sygeligheden og sundhedsvæsenets organisation giver anledning til overvejelser om, hvor psykiatrien skal bevæge sig hen for at møde nutidens og fremtidens udfordringer.

Alle fem regioner har i løbet af 2007 og 2008 udarbejdet psykiatriplaner. Der ligger således allerede nu i regionernes psykiatriplaner gode intentioner og en række forslag til styrkelse af den fremtidige psykiatri. Danske Regioner har tillige sat fokus

på psykiatrien med bud på fremtidens psykiatri. Ligeledes har de faglige selskaber og patientforeningerne formuleret mål og ønsker til fremtidens psykiatri.

Alle regioner og kommuner har indgået sundhedsaftaler om indsatsen for mennesker med sindslidelser. Aftalerne skal bidrage til samarbejde og sammenhæng i indsatsen mellem den regionale psykiatri og den kommunale socialpsykiatriske indsats.

Som led i specialeplanlægningen har Sundhedsstyrelsen i 2008 udmeldt specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri indeholdende anbefalinger og krav til den fremtidige tilrettelæggelse af sygehusvæsenets psykiatrivirksomhed.

Sundhedsstyrelsen har endvidere i 2009 udarbejdet rapporten 'Den akutte indsats i psykiatrien'. Rapporten indeholder anbefalinger om styrkelse af den psykiatriske akutmodtagelse, bl.a. med bedre og formaliserede akutte tilbud til patienter i alle aldre og let tilgængelighed til akutte psykiatriske tilbud.

Som led i Sundhedsstyrelsens pågående arbejde om mental sundhedsfremme og forebyggelse udsendtes i 2008 rapporten: "Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter" om grundlaget for fremme af mental sundhed.

Skal intentionerne i planer og anbefalinger realiseres, forudsætter det en vedholdende fokusering på og prioritering af området.

Mål for den nationale strategi

Indsatsen overfor psykisk syge skal løftes og styrkes – sammenhængende, langsigtet og med visioner. De overordnede mål for indsatsen er at:

- **Styrke udbredelse og implementering af viden om fremme af mental sundhed, og forebyggelse**
- **Nedbringe omfanget og sværhedsgraden af psykiske lidelser og forebygge og reducere invaliditet**
- **Styrke psykiatriske patienters muligheder for at blive helbredte eller så raske og velfungerende som muligt**
- **Reducere psykiatriske patienters overdødelighed og sygelighed herunder somatisk sygelighed**
- **Sikre at personer med psykiske lidelser modtager en lettilgængelig, tilstrækkelig og effektiv diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning af høj kvalitet og med højest mulig inddragelse og respekt for den enkelte patients autonomi og selvbestemmelse.**

Den nationale strategi præsenterer en række temaer, som skal bidrage til at nå ovenstående mål:

Det skal være lettere at være psykisk syg

Det kan aldrig blive let at være psykisk syg, men der skal arbejdes hen imod at gøre det *lettere*. Det kan bl.a. ske gennem ændring af holdninger og opfattelser af psykisk sygdom. Myter, tabuer og fordomme skal aktivt bekæmpes. Accept, og rummelig forståelse skal fremmes. Det sker ikke af sig selv, og der skal derfor oplysning og afstigmatisering til.

Det skal være let at få tidlig hjælp

Der skal fokuseres på sundhedsfremme og forebyggelse, tidlig intervention og let tilgængelighed i psykiatrien. Når man bliver psykisk syg eller oplever tilbagefald eller kriser i sygdomsforløbet, skal det være *let at få tidlig hjælp*.

Det skal være let at få de rette tilbud

Der skal være et effektivt tilbud til alle med psykisk sygdom. Tilbuddet skal omfatte fagligt højt kvalificerede ydelser i alle faser af et patientforløb. Indsatsen skal være målrettet den enkelte patients sygdom og problemstillinger og være tilpasset den enkelte patients skiftende behov for støtte. Der skal derfor være bredde, differentiering og specialisering i de psykiatriske tilbud, og samtidig skal der være den fornødne kapacitet, så det er *let at få det rette tilbud* til rette tid og på rette niveau.

Det skal være lettere at være psykiatrisk patient

Den psykiatriske patient skal opleve sammenhæng i indsatsen - ikke kun i form af en velplanlagt indsats i den enkelte enhed, men også på tværs, internt i sygehusvæsenet såvel som på tværs af sektorer og myndigheder. Koordination, kontinuitet og forpligtende klare aftaler om samarbejde og ansvar mellem alle involverede skal foreligge og fungere i praksis. Patientens delplaner skal hænge sammen og integreres. Konstruktivt samarbejde med patient, pårørende og netværk skal om muligt etableres, og behandlingsmiljøet skal være af høj standard og opleves positivt af patienter og pårørende. En målrettet indsats for forebyggelse af tvang og udvikling af alternativer er væsentligt. Sammenhæng og samarbejde skal gøre det *lettere at være psykiatrisk patient*.

Det skal være lettere at arbejde i psykiatrien

En forudsætning for en velfungerende psykiatri er en tværfaglig personalesammensætning og et kompetent og engageret personale, der er tilstrækkeligt til at løse opgaverne med høj kvalitet. Særlige initiativer for rekruttering, fastholdelse, uddannelse, opgaveglidning og udviklende arbejdsmiljø må målrettet bringes i anvendelse. Arbejdet i psykiatrien vil altid være krævende, men det skal *være lettere at arbejde i psykiatrien*.

Det skal være let at få og bruge ny viden

Dokumentation af indsats og effekt skal styrkes med henblik på at få mere viden om den psykiatriske indsats. De etablerede kvalitetsudviklingsredskaber skal anvendes bedre og mere intensivt. Forskningen skal styrkes og fremmes, og den viden, der opnås, skal implementeres og anvendes til gavn for patienterne. Den viden der allerede foreligger nationalt og internationalt, skal implementeres hurtigere. Det skal være *lettere at få og bruge ny viden* og implementere den i daglig praksis.

Om psykiske lidelser

- **Psykisk syge lever ca. 15 år kortere end resten af befolkningen**
- **Psykisk syge har ca. 20 gange større risiko for at dø ved selvmord end resten af befolkningen**
- **Psykisk syge har overdødelighed af somatiske sygdomme bl.a. diabetes og hjertekarsygdomme**
- **Psykiske lidelser tegner sig for hver anden førtidspension**
- **Flere og flere psykisk syge bliver retspsykiatriske patienter**
- **Henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien stiger**

Forekomst af psykiske lidelser

Psykiske lidelser udgør en blandet gruppe af sygdomme, der omfatter organiske psykiske lidelser fx demens, misbrugs- og afhængighedslidelser og lidelser med psykotiske symptomer fx skizofreni, affektive sindslidelser, depression samt ikke-psykotiske lidelser fx angst, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser samt andre adfærdsændringer, herunder spiseforstyrrelser.

Der er en glidende overgang fra naturlige reaktioner på livets mange udfordringer til egentlig psykisk sygdom, og afgrænsningen af, hvad der er henholdsvis "normalt" og "afvigende" er både tids- og kulturbestemt.

- **10-20 % af den danske befolkning skønnes på et givet tidspunkt at lide af psykisk sygdom i varierende grad.**
- **10 % af befolkningen er derudover i større eller mindre grad præget af psykisk sårbarhed.**
- **Godt 2 % af befolkningen oplyser at have en langvarig psykisk lidelse.**
- **Ca. 30 % af denne gruppe oplever sygdommen som meget hæmmende.**

Der er stigende efterspørgsel efter diagnostik og behandling. Specifikt for børn og unge har ca. hvert 10. barn brug for en eller anden form for bistand pga. psykiske problemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer og lignende. Andelen af børn og unge, der har brug for egentlig børne- og ungdomspsykiatrisk bistand, er væsentligt mindre. Aktuelt henvises omkring 0,9 % af børne- og ungepopulationen til børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på diagnostik og eventuel behandling. Det er foreløbigt vurderingen, at 1,5-2 % af børne- og ungepopulationen har behov for et tilbud fra børne- og ungdomspsykiatrien. Sygdomme fra voksenpsykiatriens spektrum diagnosticeres nu oftere blandt unge.

Overdødelighed

Psykiske lidelser er forbundet med en betydelig overdødelighed. Overdødeligheden skyldes formentlig bl.a. underdiagnosticering og underbehandling. Selvmord udgør en væsentlig dødsårsag. Psykisk syge har således 20 gange så stor risiko for at dø ved selvmord som resten af befolkningen. Men psykisk syge har også en overdødelighed af somatiske sygdomme bl.a. diabetes og hjertekarsygdomme, som i væsentlig grad kan forebygges og behandles.

Det er kendt, at psykisk syge i højere grad har en levevis, der medfører en øget risiko for udvikling af kronisk somatisk sygdom, fx diabetes og hjertekarsygdomme. En levevis præget af uhensigtsmæssige kostvaner, rygning, fysisk inaktivitet, over-

vægt og misbrug. Den psykofarmakologiske behandlings bivirkninger kan også øge risikoen for somatisk sygdom.

Årsager

Årsagerne til psykiske lidelser er komplekse, multifaktorielle og kun til dels kendte. De omfatter biologiske, psykologiske og sociale forhold, og risikofaktorerne varierer for de enkelte psykiske sygdomme. Udover familiær disposition (genetik), som er en meget væsentlig risikofaktor for skizofreni og affektiv lidelse, kan nævnes graviditet og fødselsforhold, opvækstvilkår, fysiske og psykiske traumer, stress, livskriser, somatisk sygdom og misbrug. Specielt for misbrug gælder, at psykisk syge og sårbare har højere forekomst af misbrug. Samtidig kan misbrug i sig selv lede til eller medvirke til udvikling af psykisk sygdom.

Tabuer og myter om psykisk sygdom både i befolkningen og blandt behandlere kan i sig selv medføre risiko for, at sygdommen ikke erkendes og behandles i tide.

Betydning for den enkelte og samfundet

Psykiske lidelser er et af de tungeste sygdomsområder på linje med kræft og hjertesygdomme. Psykiske lidelser er hyppigt forekommende og vejer tungt både på det individuelle og familiemæssige plan og tegner sig for store samfundsøkonomiske udgifter med et årligt træk på ca. 30 mia. kr.

WHO har beregnet, at skizofreni, depression samt bipolar affektiv lidelse er blandt de 10 sygdomme, der vejer tungest blandt alle psykiske og ikke-psykiske sygdomme i relation til tab af gode leveår. EU anfører nedsat mental sundhed som en af de tre vigtigste årsager til stress og sygefravær.

Der bruges mange ressourcer både i sundhedsvæsenet og i andre sektorer på psykiske lidelser – men der er til stadighed behov for forbedringer af indsatsen. Der er endvidere tegn på, at forekomsten af visse psykiske lidelser er stigende.

- **Af kontakterne til praktiserende læger skyldes ca. 8 % psykiske lidelser.**
- **Psykisk lidelse anføres som årsag til 8 % af arbejdsophør, ca. 1 mio. ekstra fraværsdage og ca. 50 % af alle førtidspensioner.**
- **Psykiske lidelser tegner sig for 20 % af alle sengedage og for ca. 40.000 sygehusindlæggelser årligt.**

Psykofarmakaforbruget svarer til, at ca. 10 % af befolkningen dagligt modtager behandling med psykofarmaka. Antallet af retspsykiatriske patienter er vokset markant og udgør nu ca. 2000, hvoraf knap 600 er indlagte.

Det skal være lettere at være psykisk syg

Integration



Afstigmatisering



Oplysning

Integration

Sundhedslovens krav om let og lige adgang til behandling gælder også for psykiatriske patienter. Omfanget af psykiske lidelser og de langsigtede omkostninger for individet, familien og samfundet er gennem den senere årrække blevet synliggjort bl.a. via WHO's og EU's publikationer.

Historisk har psykiatrien været isoleret som et "væsen for sig", og selvom dette formelt blev ændret for mere end 30 år siden, hænger tankegangen fast, og psykiatrien er på forskellige måder forblevet isoleret og ikke integreret med det øvrige sundhedsvæsen. Det er vigtigt at understøtte den nuværende udvikling væk fra denne adskillelse.

Det er væsentligt, at det psykiatriske område behandles og opfattes som en integreret del af sundhedsvæsenet på linje med de somatiske områder. Psykiatriske patienter har således samme krav på professionel forebyggelse og behandling af høj faglig standard med tilsvarende servicemål, muligheder, respekt og rettigheder som somatiske patienter. Kun problemstillinger, der er helt specielle for psykiatrien, bør håndteres med særlige løsninger og først efter nøje og kritisk vurdering af hensigtsmæssigheden og nødvendigheden heraf.

Der er særlige etiske dilemmaer på det psykiatriske område, idet der i visse situationer kan være konflikt mellem hensynet til patientens umiddelbare selvbestemmelseret og tungtvejende hensyn til patienten selv eller omgivelserne. Men eksistensen af denne type dilemmaer bør ikke medføre en generel automatisk og unødvendig umyndiggørelse af psykiatriske patienter.

Afstigmatisering

Stigmatisering omfatter udstødning og stempning og udgør en af de alvorlige barrierer for, at mennesker med psykiske lidelser kan bevare eller genvinde deres sociale plads i samfundet. Dette hænger formentlig sammen med en generel uvidenhed kombineret med mange myter, tabuer og fordomme knyttet til psykiske lidelser. Visse psykiske lidelser er de senere år måske blevet mindre tabubelagte, fx depression. Alligevel er der god grund til at forholde sig bevidst og aktivt til problemet.

Stigmatisering kan medføre øget mindreværd, usikkerhed og forværring af sygdommen oven i de konkrete symptomer. Den kan således let medføre selvstigmatisering. Frygt, tabuer og fordomme driver patienterne selv til at benægte og skjule deres symptomer og problemer til skade for tidlig diagnostik og effektiv behandling. De pårørende kan også komme til at medvirke til stigmatiseringen pga. uvidenhed, fornægtelse og fordomme. Samtidig stigmatiseres de pårørende også selv, fordi det opleves skamfuldt at have en psykisk syg i familien. De samme myter, fordomme og uvidenhed om psykisk sygdom, som præger befolkningen, kan også præge forskellige professionelle faggrupper både i og udenfor sundhedsvæsenet. Dette kan i værste fald medføre forkerte tiltag og negative resultater af den indsats, der ydes.

Den negative opfattelse af psykiske lidelser og psykiatriske patienter rammer også psykiatrien og bidrager til lav status og negativt omdømme. Kun 22 % af den generelle befolkning har et positivt syn på psykiatrien. Blandt patienter og pårørende er andelen med et positivt syn generelt højere, hvilket kunne tyde på, at et øget kendskab kan medføre et mere positivt syn på psykiatrien. Psykiatriens generelt dårlige omdømme hænger også sammen med brugen af tvang, og at det kan opleves svært at få relevant hjælp i tide. Psykiatriens dårlige image kan have negativ indflydelse på rekruttering og fastholdelse af personale og hæmme mulighederne for en positiv udvikling

At bekæmpe stigmatisering bl.a. ved at øge viden, sikre åbenhed, synliggørelse, forståelse og accept overfor mennesker med psykisk sygdom er en central opgave i relation til at ligestille psykisk syge med andre og give dem muligheder for at mestre deres sygdom og livssituation.

Oplysning

Internationalt bl.a. i WHO og EU er der på linje med danske fag- og brugerkredse enighed om, at der er brug for et målrettet opgør med eksisterende fordomme og myter om psykiske lidelser og psykiatriske patienter. Det er derfor vigtigt at videreføre oplysningskampagner og undervisning samt udarbejdelse af informationsmateriale og lignende med henblik på at afstigmatisere. Internationale erfaringer viser, at sådanne indsatser nytter. Oplysningsindsatsen bør i øvrigt tilgodesee behovet for en særlig indsats blandt etniske grupper.

Mediernes dagsorden og fokus på de ulykkelige tilfælde, hvor psykisk syge er involveret i personfarlig kriminalitet, bekræfter myter og fordomme og kan medføre uhensigtsmæssige reaktioner. Der bør i oplysningsindsatsen derfor bl.a. sættes fokus på, at den altdominerende hovedpart af psykisk syge ikke er farlige for deres omgivelser.

Initiativer med henblik på en generel øget viden om psykisk sygdom er vigtige. Der er behov for information om symptomer på psykisk lidelse, og om eksisterende forebyggelses- og behandlingsmuligheder, herunder om mulighederne for helbredelse. Det er tillige vigtigt at informere om, hvordan det er at være psykisk syg og tilknyttet en psykiatrisk afdeling.

Det skal fortælles:

- **At somatisk og psykiatrisk sygdom er ligeværdige og har samme krav på forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af høj faglig kvalitet**
- **At tidlig indsats nytter**
- **At man kan blive rask eller velfungerende med støtte og hjælp**
- **At det er noget særligt at tage vare på psykiatriske patienter – det fordrer respekt, særlig faglig kompetence og ansvarlighed**

De gode historier skal frem – og grundlaget for de dårlige bekæmpes.

Mange frivillige organisationer, herunder Psykiatrifonden og patient- og pårørende-foreninger, har bl.a. med støtte fra satspuljeaftaler og andre finanslovbevillinger vist, hvordan oplysningsarbejde kan iværksættes. Desuden har regioner og kommuner etableret informationscentre og er begyndt at anvende medarbejdere med bru-

gerbaggrund som led i oplysningsvirksomhed. Flere psykiatriske afdelinger har gennem de senere år holdt åbent-hus-arrangementer med fokus på behandlingsmuligheder. Samtidig har disse arrangementer givet interesserede mulighed for at se, hvordan der ser ud på en psykiatrisk og/eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Anvendelse af mange forskellige former for oplysningsmetoder bør indgå, herunder patient- og pårørendeundervisning samt fx telefonrådgivning, IT/hjemmesider, åbent-hus-arrangementer, fortællinger om de gode patientoplevelser mv. Ligeledes kan utraditionelle landsdækkende informationskampagner tages i brug.

Der er brug for et aktivt målrettet opgør med eksisterende fordomme og myter om psykiske lidelser og psykiatriske patienter - samt redelig udramatisk information om det at være psykisk syg og om eksisterende forebyggelses- og behandlingsmuligheder.

Det skal være let at få tidlig hjælp

Sundhedsfremme



Tidlig intervention



Let tilgængelighed

Sundhedsfremme og forebyggelse

Mental sundhed er ikke blot fravær af psykisk sygdom. Det er en tilstand af trivsel, hvor individet kan håndtere dagliglivets udfordringer og indgå i sociale fællesskaber. Der er dokumentation for, at den mentale sundhedstilstand bl.a. har betydning for risikoadfærd og for udvikling af en række både psykiske og fysiske sygdomme. Der er stigende evidens for at det er muligt at påvirke væsentlige determinanter, både risikofaktorer og beskyttende faktorer. Der er brug for systematisering og implementering af denne viden i et sundhedsfremme og forebyggelsesperspektiv.

Forebyggelse og fremme af mental sundhed bør være et prioriteret indsatsområde for det samlede sundhedsvæsen, både i de regionale og kommunale ansvarsområder. Med kommunalreformen har kommunerne fået et større og mere sammenhængende ansvar for at løfte opgaver vedr. forebyggelse.

Fremme af mental sundhed og forebyggelse kan således både finde sted i den kommunale sektor og i den primære og sekundære sundhedssektor. Det kan ske ved professionelt fokus på trivsel og inklusion i de almindelige sammenhænge hvor borgerne færdes; i familien, institutioner, skoler, arbejdspladser, ældrecentre mv. Tidlig opsporing og tidlig intervention ved psykiske problemer kan bl.a. ske via kommunale sundhedsordninger, sundhedsplejerske, hjemmesygepleje, døgndækkende tilbud, , pædagogisk- psykologiske rådgivninger, opsøgende støtte- og kontaktpersoner, praktiserende læge, psykolog, praktiserende speciallæge samt i ambulante tilbud og sygehusenheder.

Opfattelsen af, at psykisk sygdom er et resultat af en samvirkning mellem genetisk sårbarhed og miljøets påvirkning må anses for bekræftet. Nyere forskning viser, at disse samvirkende processer kan påvirkes igennem hele livet.

Den enkeltes sårbarhed overfor psykiske lidelser afhænger udover arvelig disposition bl.a. af gode forældre/barn-relationer, herunder tidlige tilknytningsprocesser og trygge opvækstvilkår, der tilgodeser udviklingen af personlige ressourcer. Det er også vigtigt med gode vilkår i skole-, uddannelses- og arbejdslivet, der modvirker stress, udbrændthed, mobning, marginalisering og manglende selvværd. Fremme af meningsfuldhed og en samlet sund livsstil kan også befordre såvel fysisk som psykisk velbefindende.

Der er særligt behov for at skærpe opmærksomheden omkring:

- **Brede indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske problemer, herunder for børn og unge.**
- **Børn i familier med psykisk eller somatisk syge eller misbrugende familiemedlemmer.**
- **Voksne med langvarige eller alvorlige fysiske lidelser, voksne, der er udstødt fra arbejdsmarkedet og voksne med misbrug.**
- **Ældre, der er fysisk isolerede, som er ensomme og har oplevet tab og livskriser.**

Der er endnu begrænset evidens for konkrete specifikke forebyggelsesmetoder og for effekten af specifikke forebyggende tiltag overfor risikofaktorer for psykisk

sygdom. Yderligere forskning er derfor nødvendig for at udforske mulighederne for at forebygge, forhindre eller mildne udbrud af psykisk sygdom, herunder psykotiske tilstande.

Uspecifikke og svage symptomer kan være forvarslere til psykisk sygdom (prodromalsymptomer), men der foreligger ikke evidens for, at dette kan anvendes til at forudse hvem der vil udvikle en psykotisk lidelse, og der er heller ikke evidens for effekt af en særlig psykiatrisk indsats ved sådanne meget tidlige uspecifikke symptomer. Yderligere undersøgelser og erfaringsopsamling er nødvendig.

Tidlig intervention ved psykisk sygdom

Almen praksis har en vigtig rolle i relation til tidlig opsporing. Almen praksis bør styrkes og understøttes med henblik på bedre muligheder for tidlig diagnostik af psykisk sygdom og tegn på tilbagefald - både vedr. børn og voksne. Almen praksis har også behov for øget kendskab til de ydelser, psykiatrien kan tilbyde. En øget psykiatrifaglig viden vil styrke almen praksis' muligheder. Aftaler og retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet bør derfor udvikles, fx i form af mulighed for efteruddannelse, psykiatrifaglig supervision i almen praksis og telefonisk rådgivning samt aftaler om adgang til akutte og subakutte vurderinger i psykiatrien.

I mange tilfælde opdages psykisk sygdom for sent, dvs. først, når den udiagnosticerede og ubehandlede sygdom har medført en forringet tilværelse, social deroute eller fx. kriminalitet. Der er også behov for en særlig opmærksomhed og øget tidlig indsats for personer, der har overvejelser og tanker om selvmord eller har forsøgt at begå selvmord.

Der er dokumentation for, at tidlig intensiv intervention, diagnostik og behandling kan bedre prognosen ved udviklet psykisk sygdom, forhindre udvikling af invaliderende funktionstab og fastholde patientens sociale muligheder. Erfaringerne fra OPUS-teams har vist, at en tidlig opsøgende og intensiv indsats er meget effektiv. Det bør derfor være et mål, at der på landsplan er et sådant tilbud til alle relevante patienter. Det gælder også gruppen af psykisk syge blandt etniske grupper.

Let tilgængelighed - akutte tilbud

Mange psykiatriske patienter har behov for let adgang til støtte og opbakning i akutte situationer - også uden for dagtid. Det er derfor afgørende, at det sikres, at alle patienter med psykiske lidelser, herunder selvhenvendende, har let adgang til akutte tilbud i sundhedsvæsenet. Dette er særligt relevant, da psykisk syge kan have svært ved at håndtere komplicerede regler for henvendelse i akutte og belastede situationer.

Der skal sikres let adgang til formaliserede akutte psykiatriske tilbud døgnet rundt for patienter i alle aldre med mulighed for akut kvalificeret faglig vurdering.

Der skal være let tilgængelighed til akut indlæggelse, midlertidig psykiatrisk observation og vurdering samt let adgang til ambulant akut og/eller subakut vurdering. Der skal endvidere kunne følges op med hurtig iværksættelse af behandling og opfølgning, fx i opsøgende teams.

De psykiatriske specialer skal kunne levere kvalificeret vurdering og behandling med høj kvalitet uanset tid på døgnet, jf. anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport om akut psykiatri og specialevejledninger for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Sindslidende kan også have behov for let tilgængelige tilbud om støtte, rådgivning og omsorg uden for normale åbningstider og uden forudgående visitation i andre sektorer.

Det skal være let at få de rette tilbud

Bredde og specialisering ● *Kapacitet* ● *Sammenhæng med somatikken*

Bredde og specialisering

Psykiatriske patienter kan præsentere sig med mange forskellige karakteristika, problemstillinger og behov. Behovet, sværhedsgraden og kompleksiteten er ikke altid diagnosespecifik. Der er stor variation også indenfor de enkelte diagnosegrupper.

Målet skal være en bred vifte af tilbud til alle med psykisk lidelse. Tilbuddet skal omfatte fagligt højt kvalificerede ydelser i alle faser af et patientforløb fra tidlig intervention over den akutte sygdomsbehandling til den langvarige viderebehandling og rehabilitering. Tilbuddene skal være af mindst mulig indgribende karakter i relation til patientens integritet, selvbestemmelse og skiftende behov for støtte.

Der er endvidere behov for øget specialisering. Specialisering betyder, at indsatsen målrettes i forhold til en bestemt målgruppe og ydes af personale med særlige kompetencer og ekspertviden. Den faglige udvikling har synliggjort behovet for specialisering af såvel behandling af hyppigt forekommende psykiatriske sygdomme med komplicerede forløb som mere sjældne psykiske sygdomme. Specialiserede tilbud kan i øvrigt organiseres på forskellige niveauer og måder.

Der er brug for en øget specialisering, men specialiseringen må ikke føre til, at patienter, som ikke passer ind, falder imellem "to stole" eller, at den brede almene psykiatriske indsats rettet mod forskellige patientkategorier og -behov taber opmærksomhed og prestige.

Der er allerede væsentligt fokus på specialisering inden for særlige sygdomsgrupper. Som led i specialeplanlægningen har Sundhedsstyrelsen i 2009 udgivet specialevejledning for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Der er heri fastsat en række nye specialfunktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) bl.a. for særligt komplicerede eller vanskeligt behandlelige psykiatriske lidelser, herunder også sværere ikke-psykotiske lidelser.

Kapacitet

Den stigende efterspørgsel efter diagnostik og behandling stiller krav til kapaciteten. Stadigt flere patienter med psykiske problemstillinger behandles ambulantly i sygehusvæsenet i stedet for under indlæggelse. Dette er med til at sikre mindst mulig indgriben i patientens dagligdag, og det betyder, at flere patienter kan behandles. Den stigende omlægning til ambulantly behandling kræver derfor øget ambulantly kapacitet, ikke blot i ambulatorier/klinikker, men også i form af udgående/opsøgende teams.

Udgående/opsøgende teams som fx OPUS- teams, opsøgende psykoseteams, gerontopsykiatriske teams, akutteams mv. har vist særdeles gode behandlingsresultater og kan med fordel styrkes og udbygges til flere patienter og patientgrupper.

De distriktspsykiatriske centre kan typisk varetage de komplekse, ambulante forløb for de kroniske eller langvarigt syge patienter, der har brug for en kontinuerlig tværfaglig indsats og evt. et kommunalt tilbud. Det bør sikres, at de distriktspsykiatriske enheder har volumen til at råde over den fornødne tværfaglighed. Ligeledes er det vigtigt, at der er kapacitet til at modtage selvhenvendende, ligesom der bør være mulighed for at følge op på udeblivelser mv. Det kan fx ske i form af opsøgende aktivi-

tet for at fastholde kontinuitet i behandlingsindsatsen og forebygge medicinsvigt, social deroute mv.

Sideløbende med den store udbygning af den ambulante virksomhed er der foregået en drastisk reduktion af sengekapaciteten, hvilket betyder, at der ofte er et uhen-sigtsmæssigt stort pres på afdelingerne og belægningen.

Der bør opretholdes solid og fagligt bæredygtig indlæggelseskapacitet – akut såvel som planlagt. Den stationære kapacitet skal både imødekomme behovet for længerevarende indlæggelser, der forebygger uhensigtsmæssige genindlæggelser, og sikre intensive velplanlagte patientforløb uden spild – og ventetid.

Tærsklen for indlæggelse bør ikke sættes for højt. Patienten skal hurtigt og let kunne indlægges, hvis der er behov for det, og skal samtidig kunne være indlagt så længe, som der er behov, og med mulighed for gradvis udslusning. Lettere mulighed for indlæggelse i tide kan formentlig medvirke til at forebygge såvel behov for tvang som kriminalitet. Omvendt skal patienter, som ikke længere har behov for indlæggelse, hurtigt kunne udsluses til relevante og velegnede opfølgende tilbud. Tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb spiller således en væsentlig rolle i forhold til at udnytte sengekapaciteten bedst muligt.

Særlige grupper af patienter, bl.a. patienter med såkaldt dobbeltdiagnoser, ældre patienter mv., bør kunne modtages i sengeafsnit, der kan tilgodese deres særlige behandlingsmæssige og fysiske behov. Det gælder også for de retspsykiatriske patienter, hvor der skal sikres en tilstrækkelig og fysisk velegnet kapacitet til længerevarende stabiliserende og rehabiliterende indlæggelser. Retspsykiatriske patienter skal kunne modtages med kort varsel.

Der er et helt særligt behov for udbygning af den børne- og ungdomspsykiatriske kapacitet, herunder også sengekapaciteten, så lange ventetider kan undgås.

For at udnytte kapaciteten i psykiatrien bør samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien i form af shared care-modeller, supervision, konsulent- og rådgivningsordninger mv. styrkes og udvikles. Muligheden for samarbejde med primærsektoren, dvs. almen praksis, psykolog- og speciallægepraksis, bør øges så, at patienter med psykiske lidelser af lettere eller moderat karakter kan varetages her med hensyn til initial udredning og eventuelt behandling og kontrol af ukomplicerede stabile patienter. Også på psykiatriområdet bør princippet om laveste effektive omsorgs- og behandlingsniveau følges. Derved kan der sikres kapacitet til, at patienter med sværere eller mere kompleks psykisk sygdom kan modtage et målrettet og mere specialiseret tilbud i sygehusvæsenet.

Sundhedsaftaler kan sikre samarbejdet mellem regionen og kommunerne bl.a. vedr. børn og unge med psykiske vanskeligheder, således at sygehuskapaciteten anvendes hensigtsmæssigt.

Sammenhæng og samarbejde med somatikken

Sammenhængen og samarbejdet med somatikken skal styrkes. For børne- og ungdomspsykiatrien er samarbejdet med pædiatrien veludbygget. Psykiatrien har også allerede et samarbejde med neurologi og geriatri, men der er fortsat behov for etablering og udvikling af samarbejde med de somatiske specialer, bl.a. i forbindelse med funktionelle lidelser. Dette kan bl.a. ske ved udbygning af liaisonpsykiatriske

tilbud. Der er fælles udfordringer og behov for styrket samarbejde og klar opgavefordeling med den somatiske akutfunktion ved en række akutte tilstande, fx forgiftninger, afrusning mv.

For så vidt angår de kliniske diagnostiske servicefunktioner har psykiatrien brug for hurtig og let adgang til billeddiagnostiske undersøgelser f.eks. MR-skanninger i forbindelse med udredning af årsager til psykiske symptomer. Endvidere er der behov for let adgang til laboratorieundersøgelser, bl.a. i forbindelse med individualiseret dosering af psykofarmaka og afklaring af forgiftningsproblemstillinger.

I sundhedsvæsenet skal der være øget professionel opmærksomhed på psykiatriske patienters fysiske tilstand og somatiske lidelser. Det er vigtigt, at somatiske symptomer og lidelser bliver udredt og behandlet, og der må gøres en særlig indsats for at motivere, støtte og følge de psykiatriske patienter i nødvendigt omfang og dermed sikre bedre livskvalitet og mulighed for at mindske patienternes overdødelighed.

Der skal i somatikken også være en øget opmærksomhed på risikofaktorer for udvikling af psykiske lidelser, fx i relation til alvorlige fysiske lidelser, kronisk sygdom, ulykker, misbrug mv. Det vides, at alvorlig somatisk sygdom kan være forbundet med øget risiko for udvikling bl.a. af angst- og depressionslidelser.

Det skal være lettere at være psykiatrisk patient

Patientforløb



Patient og netværk



Behandlingsmiljø

Sammenhængende patientforløb

I mange år har der været fokus på, hvorledes overgangen fra et regi til et andet har kunnet sikres, uden at der opstod problemer, informationstab og brud. Til trods herfor oplever patienter og pårørende ofte, at der mangler sammenhæng i indsatsen.

Der er således fortsat behov for at arbejde med tilrettelæggelsen.

Der bør udarbejdes standardiserede og effektive forløbsprogrammer for udredning og behandling af relevante patientkategorier med udgangspunkt i kliniske retningslinjer og referenceprogrammer.

Forløbsprogrammer:

- **Beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given tilstand.**
- **Indeholder en præcis beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.**
- **Omfatter et standardbehandlingsforløb for den givne sygdom fra mistanke til efterbehandling og opfølgning.**

Psykisk syge skal let og hurtigt kunne komme videre til andet tilbud samtidig med, at det er vigtigt at sikre, at de ikke ”tabes på gulvet” ved udskrivning. Derfor bør der sættes særligt fokus på sammenhæng og kontinuitet i den sundhedsfaglige opfølgende indsats og på overgange fra en sektor til en anden. Recovery og rehabiliteringsindsatsen bør medtænkes i hele forløbet.

Der bør gøres en særlig indsats tværsektorielt ved opfølgning af patienter med behandlingsdom – herunder gradvis udslusning med koordineret støtte fra fx en psykiatrisk teamfunktion og tværsektoriel koordination med Kriminalforsorgen og den kommunale sektor. Der bør også sikres systematisk opfølgning af patienter ved overgang fra retspsykiatrisk status til almindelig patient.

- **Der skal sikres tværfaglig koordination og sammenhæng i patientforløbet, herunder entydighed i den professionelle ansvarsplacering. Det gælder både ved udarbejdelse af generelle patientforløbsprogrammer, i relation til den enkelte patient og ved overgange fra et regi til et andet.**
- **Sundhedsaftalerne skal sikre klare aftaler om, hvilke opgaver, der skal løses henholdsvis i regionalt (sygehus, distriktpsychiatri og i praksissektor) og kommunalt regi.**

For en lille gruppe af de sværest syge skal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner sikre den sammenhængende indsats for den enkelte patient efter udskrivning

Samarbejde med patient og netværk

Behandlingsalliancen med den velinformerede patient, støttet af dennes netværk, er væsentligt for et godt behandlingsresultat. Behandlingen bør således tage udgangs-

punkt i et samarbejde og en åben dialog med respekt for patientens autonomi og selvbestemmelse. Det betyder dog ikke, at patienten skal bære ansvaret, når patienten har det dårligt og netop ikke kan. Det er de professionelles opgave.

Der skal i videst muligt omfang etableres et konstruktivt samarbejde med den enkelte patient både i relation til den diagnostiske fase, behandlingsfasen og den generelle opfølgning og omsorg. Organiseringen af de enkelte forløb skal så vidt muligt opfylde patientens ønsker og forventninger om en individualiseret behandling på dokumenteret grundlag. Aftaler bør fremgå klart af behandlingsplanen, som med fordel kan følge patienten gennem forskellige regi og løbende opdateres.

Patienten og dennes netværk skal bl.a. have information om planer for opfølgning, og om hvem der overtager ansvaret, fx i forbindelse med udskrivning. Der bør også foreligge klare og konkrete aftaler om kontaktmuligheder, bl.a. ved kriser i patientforløbet.

Patienterne skal opleve, at deres problemer bliver taget alvorligt, og deres netværk skal opleve, at de får den nødvendige støtte og opbakning. Både patienterne og deres netværk skal opleve at blive mødt med respekt og lydhørhed.

Information og psykoedukation af patienter og pårørende kan være afgørende for et vellykket behandlingsresultat. Dette bør målrettet udvikles og styrkes. Der skal i et behandlingsforløb foreligge klare aftaler for samarbejdet med patientens netværk, herunder aftaler om samtaler og mulighed for støtte, aflastning og hjælp ved behov.

Der er udarbejdet et sæt nationale værdier for arbejdet med psykiatriske patienter på tværs af sektorerne:

- **Respekt** mellem behandler og patient, mellem faggrupper og mellem professionelle internt i den enkelte sektor og imellem forskellige sektorer.
- **Faglighed** omfatter kontinuerlig udvikling af de faglige kerneydelser med inddragelse af anerkendte normer og standarder i indsatsen.
- **Ansvarlighed** indebærer, at samfundet såvel som den enkelte fagperson vedkender sig sit ansvar i indsatsen overfor personer med psykiske lidelser, og at der er entydighed i den professionelle ansvarsplacering ved overgang fra et regi til et andet, og at det sikres, at ansvaret er overdraget og modtaget.

Der er behov for, at værdierne i højere grad inddrages i det daglige arbejde med patienten og dennes netværk og i tilrettelæggelsen af samarbejdet om patientforløbet.

Behandlingsmiljøet

Der har i gennem mange år været fremsat kritik af behandlingsmiljøet i psykiatrien, især af de almene psykiatriske afdelinger og de akutte modtageafdelinger. Kritikken har omfattet en lang række forskellige forhold fx dårlig fysisk standard, overbelægning, utilstrækkeligt kvalificeret og for sparsomt personale, manglende mulighed for tid til samtale og meningsfuld aktivitet, manglende relevante terapeutiske muligheder, manglende respekt for patientens tid og problemer, mangelfuld informati-

on og pårørendestøtte, for meget fokus på medicinsk behandling samt for meget anvendelse af tvang mv.

Mange af kritikpunkterne høres fortsat, men resultaterne af de seneste års målrettede indsats begynder dog at vise sig i brugerundersøgelser, herunder også den forbedrede indsats i forhold til udbygningen af de fysiske rammer og antallet af enestuer. Der er imidlertid fortsat behov for udvikling og forbedringer.

Afdelingerne bør råde over de relevante faglige psykiatriske behandlingsmodaliteter, herunder psykofarmakologiske, psykoterapeutiske og psykosociale metoder i overensstemmelse med afdelingens patienters behov for behandling. Psykoedukation og rehabilitering bør indtænkes i det samlede patientforløb.

For nogle patienter kan indlæggelse opleves som en lettelse og en tryghed, og for andre vil det opleves som en indespærring, de ikke forstår og har svært ved at forliges med. Fælles for alle er behovet for gode fysiske rammer, mulighed for at kunne trække sig tilbage og have lidt privatliv samt mulighed for at kunne være ude i fri luft..

Behandlingsmiljøet bør også rumme mulighed for aktivitet, herunder fysisk aktivitet og rekreativ beskæftigelse samt sund kost og andre almene sundhedsfremmende og forebyggende tilbud bl.a. med henblik på generel forbedring af patienternes somatiske helbred. Det nationale implementeringsprojekt om fysisk aktivitet i psykiatrien har påvist, at fysisk aktivitet kan integreres i behandlingsmiljøet.

Der er ligeledes brug for, at patienten kan være sammen med sine besøgende, som også skal opleve, at de er velkomne. Etablering af individuelle besøgsaftaler kan øge mulighederne for at udnytte besøgsfaciliteterne hensigtsmæssigt.

Langt de fleste patienter har brug for medicinsk behandling. Den medicinske behandling er dog ikke tilstrækkelig til at genopbygge patientens tro på sig selv og patientens evne til at mestre sit liv og genvinde håb om, at situationen kan bedres.

Behandlingsmiljøet skal understøtte genopbygningsprocessen, og det kræver en hårfin balance imellem en beskyttende og en frigørende indsats i takt med, at patienten får det bedre. En væsentlig forudsætning for at skabe den balance er et fagligt velkvalificeret og tilstrækkeligt personale som kan fremme en åben og tillidsfuld kommunikation.

Tvang

Behovet for udøvelse af tvang skal mindskes. Tidligere diagnostik og behandling og lettere mulighed for indlæggelse i tide vil formentlig kunne medvirke til reduktion i behovet for tvangsindlæggelser.

For at sikre psykiatriske patienters retssikkerhed er det et absolut krav, at lovgivningen om tvangsforanstaltninger nøje overholdes. Anvendelse af tvang i psykiatrien er reguleret i psykiatriloven og supplerende regelsæt fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt fra Sundhedsstyrelsen. Det er afdelingsledelsens ansvar at sikre, at personalet på afdelingerne er bekendt og fortrolige med reglerne for anvendelse af tvang, og at der foreligger de nødvendige instrukser for iværksættelse og gennemførelse af tvangsforanstaltninger.

Det fremgår af lovgivningen, at anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Overlægen er til stighed ansvarlig for, at tvangsforanstaltninger ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

I forhold til en række i øvrigt nogenlunde sammenlignelige lande ser det ud til, at Danmark ligger relativt højt, for så vidt angår anvendelsen af fysisk tvang i form af fikseringer og fastholdelser. Meget få lande har en tilsvarende systematisk registrering og opgørelse af tvangsanvendelsen som Danmark. Alligevel bør det generelt give anledning til overvejelser om en permanent og systematisk indsats målrettet nedbringelse af dette. Det skal bemærkes, at det ikke er en god løsning blot at erstatte fysisk tvang med øget tvangsmedicinering.

Et tilstrækkeligt og velkvalificeret personale kan medvirke til nedbringelse af tvangsanvendelsen. Solid viden og kompetence hos personalet vedrørende kommunikation og konflikthåndtering er væsentlig.

Resultaterne af ”Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien” viste, at man med relativt små midler og konkrete initiativer kan nedbringe tvangen i afdelingerne markant. Kontinuerligt fokus på årsager til behov for tvang, evaluering og drøftelse af tvangsforløb ved afdelingskonferencer samt udvikling af audit involverende patienten og andre kvalitetsudviklingsprocesser i relation til tvang bør være en integreret del af arbejdet på de psykiatriske afdelinger. Spredning og nyttiggørelse af erfaringer på tværs af afdelinger er vigtigt. Tildeling af intensiv individuel personalestøtte til akut psykotiske og selvmordstruede patienter og målrettet anvendelse af støttende og beroligende aktiviteter bør søges fremmet.

Udøvelse af tvang er i visse situationer en nødvendig foranstaltning for at drage omsorg for en patient, når den pågældende ikke er i stand til at tage vare på sig selv eller er farlig for sine omgivelser. Udøvelse af tvang skal således altid være tegn på omsorg og på god kvalitet af den psykiatriske indsats i relation til den enkelte patient. Udøvelse af tvang skal altid finde sted under videst mulige hensyn til patientens integritet og værdighed. Et højt opmærksomhedsniveau og et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på tvang er nødvendigt.

Tvang kan være en nødvendig del af omsorgen for patienten, men det skal sikres at:

- **Tvang i afdelingerne begrænses mest muligt**
- **Tvangsudøvelse foregår med god kvalitet, høj standard og sikkerhed i udførelsen**
- **Patienten bevarer sin værdighed.**
- **Tvang aldrig erstatter personaleresourcer.**
- **Patient- og pårørendeerfaringer inddrages i arbejdet med forebyggelse af tvang.**

Derudover er det vigtigt, at der sker en tilstrækkelig og tidlig indsats, der kan forebygge behovet for tvangsindlæggelse.

Det skal være lettere at arbejde i psykiatrien

Tværfaglighed ● *Rekruttering og fastholdelse* ● *Kvalificering*

Tværfaglighed

Arbejdsformen i psykiatrien er tvær- og flerfaglig - både i forhold til behandlergrupper og miljøterapi grupper samt i udgående teams. Personalet i psykiatrien omfatter bl.a. speciallæger, læger, sygeplejersker, psykologer, socialpædagoger, socialrådgivere, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og plejere. Da det psykiatriske område er apparatmæssigt lavteknologisk, udgør personalet en afgørende og væsentlig ressource i løsningen af opgaverne på et højt kvalitetsniveau.

Det er afgørende, at en bredt sammensat personalestab bidrager til den samlede opgaveløsning med hver deres specifikke kompetencer. Det skal sikres, at hver faggruppe har høj faglig ekspertise og leverer arbejde af høj kvalitet. Supervision, vedligeholdelse og udvikling af kompetencer er væsentligt.

Den stigende specialisering stiller ekstra og særlige krav om indsigt i fagområdernes særlige problemstillinger og arbejdsmetoder. Visse opgaver foretages bedst af den faggruppe, der har den grundlæggende, solide, uddannelsesmæssige baggrund og kompetence, mens andre opgaver vil kunne varetages af flere forskellige faggrupper med den fornødne efteruddannelse, erfaring og supervision.

Manglen på kvalificeret arbejdskraft udgør en af de væsentligste barrierer for udbygning og opkvalificering af tilbuddene til de psykisk syge. Der mangler speciallæger, men også sygeplejersker, erfarne psykologer og andet personale.

Mangelsituationen skærper således kravene til en effektiv tilrettelæggelse af patientforløbene og til en vurdering af mulighederne for opgaveglidning, som kan være med til at optimere udnyttelsen af personaleresourcerne. En forudsætning herfor er, at der gennemføres den nødvendige opkvalificering af de involverede med henblik på at forhindre en kvalitetsforringelse i opgaveløsningen.

Under forudsætning af, at der altid sikres en højt kvalificeret lægefaglig vurdering af patientens tilstand, kan de speciallægelige ressourcer udnyttes bedre fx ved delegering af arbejdsopgaver. Det kan ske til bl.a. yngre læger, psykologer med relevant specialistuddannelse og specialuddannede sygeplejersker vedr. fx visitation, indledende vurdering og lettere behandling m.m. Endvidere kan forskellige opgaver delegeres til administrativt personale.

Rekruttering og fastholdelse

Uanset en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse og fokus på opgaveglidning kan det psykiatriske område ikke realisere ambitionerne om højt kvalificerede tilbud til alle psykisk syge, hvis ikke der sikres en væsentligt øget tilgang af arbejdskraft. Der skal således gøres en aktiv og opsøgende rekrutteringsindsats bl.a. på uddannelsesinstitutioner, fx gennem mulighed for praktikophold, deltagelse i relevante uddannelsesarrangementer og lignende initiativer.

Psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien skal fremstå som attraktive uddannelses- og arbejdsområder med stor variation og mulighed for faglig udvikling og selvstændighed i arbejdet for alle de sundhedsfaglige grupper. Specialuddannelsen for sygeplejersker bør synliggøres og sikres. Specifikt for læger skal der aktivt skabes interesse og motivation for videreuddannelse i psykiatri/børne- og ungdomspsykiatri. Positivt bekendtskab med specialet i studietiden, fx som fast vagt og lægevikar, og under den kliniske basisuddannelse, foruden muligheder for udvikling og forskning samt en skarpere og klarere profilering af psykiatrien/børne- og ungdomspsykiatrien som lægefaglige specialer kan medvirke hertil.

For at fremme rekrutteringen af psykologer bør det synliggøres, at ansættelse inden for psykiatrien giver gode muligheder for at opnå autorisation og efterfølgende gennemgå specialistuddannelse.

Sikring af gode arbejdsvilkår, positive og udviklende faglige miljøer, godt arbejdsklima, oplevelsen af meningsfuldhed i indsatsen og større respekt om psykiatrien vil kunne fremme rekrutteringen og sikre fastholdelse af det eksisterende personale.

Et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø, mulighed for fleksible og varierede ansættelses- og arbejdsformer og udviklende positive og innovative læringsmiljøer er alle vigtige faktorer til fastholdelse af medarbejdere. Seniorordninger kan medvirke til at fastholde det ældre og erfarne personale længere tid. Individuelle udviklingsplaner for den enkelte medarbejder kan med fordel anvendes.

Det er på lidt længere sigt afgørende, at der investeres betydelig tid og kræfter i rekruttering, uddannelse og udvikling af et attraktivt arbejdsmiljø, selvom der er hårdt brug for personalet til varetagelse af de daglige patientopgaver.

Kvalificering

I indsatsen for at fastholde og rekruttere personale er kompetenceudvikling og vedligeholdelse nødvendige faktorer. Der bør kontinuerligt arbejdes med udvikling af personalets psykiatriske viden, indsigt og handlemuligheder, herunder diagnostiske og behandlingsmæssige kompetencer samt viden om en flersidig af metoder og redskaber.

Initiativer vedr. efter- og videreuddannelse af det samlede personale, herunder også regelmæssig afdelings-/enhedsspecifik, tværfaglig undervisning med henblik på styrkelse af de samlede personalekvalifikationer og – kompetencer, bør prioriteres højt. En del af personalet har en begrænset grunduddannelse og har derfor et særligt stort behov for efteruddannelse og opkvalificering. Overbygningsuddannelser i form af særlige kompetencegivende uddannelsesforløb fx vedr. psykoterapi vil være en forudsætning for, at flere kan varetage specifikke fagområder eller særlige problemstillinger.

Uddannelsesaktiviteter, kurser og afdelingsnær undervisning skal afspejle og operationalisere de værdier, holdninger og funktioner, som udgør grundlaget for den psykiatriske virksomhed og de strategisk valgte indsatsområder.

Der bør i uddannelsesaktiviteterne bl.a. fokuseres på solid viden og indsigt i de særlige etiske udfordringer i psykiatrien, de grundlæggende værdier i patientkontakten, regler for tavshedspligt, informeret samtykke, regler for tvang, ret til information, behandlingsrettigheder, klagemuligheder, tidsfrister mv. Stor sikkerhed og forståelse

se heraf vil give en bedre praktisk forvaltning af relationen til patienten, dennes netværk og samarbejdspartnere samt mere tryghed og tillid hos patienterne.

Desuden bør der lægges vægt på viden om konstruktive kommunikationsformer, konflikthåndtering, risikovurderinger samt viden om, hvordan man arbejder ud fra kliniske retningslinjer og regelsæt. Der bør ligeledes fokuseres på, hvordan korrekt dokumentation, registrering og indberetning skal foretages. Undervisning og oplæring i anvendelse af tilhørende IT-teknologi er nødvendig.

Kendskab til samarbejdspartneres kompetencer og handlemuligheder samt de gensidige forpligtende aftaler bør være en del af den løbende afdelingsnære undervisning og uddannelse.

Der bør i øvrigt være fokus på videreudvikling og vedligeholdelse af de enkelte faggruppers monofaglige kompetencer. En øget specialisering af psykiatrien forudsætter, at der er mulighed for fordybelse og fokus på specifikke fagområder eller særlige problemstillinger.

Det skal være let at få og bruge ny viden

Dokumentation



Kvalitetsudvikling



Forskning

Dokumentation

På alle niveauer i sundhedsvæsenet og i alle faser af behandlingsforløbene er det vigtigt at sikre, at det enkelte patientforløb omfatter sundhedsfaglige og socialfaglige ydelser af høj kvalitet. For at kunne vurdere kvaliteten er det nødvendigt, at indsatsen dokumenteres, gøres synlig og målbar og dermed tilgængelig for kvalitetsudvikling.

Der er fortsat et stort behov for dokumentation på det psykiatriske område, og det er i den forbindelse væsentligt, at det psykiatriske område til stadighed sidestilles med det somatiske område i bestræbelserne på at forbedre dokumentationen af sundhedsvæsenets aktiviteter. Det er ligeledes vigtigt, at der sikres bedre mulighed for at følge patientforløb over tid på tværs af regi og sektorer.

Dokumentationsopgaven bør i videst muligt omfang foregå som en integreret del af den daglige sundhedsfaglige indsats både i primær- og sekundærsektoren. Dokumentation bør endvidere være struktureret på en sådan måde, at samme ydelser registreres ens på tværs af landet så anvendelighed og udveksling af data understøttes.

I psykiatrien findes der allerede veludviklede kliniske databaser (BupBasen og DIPSY-databasen) samt registrering i Landspatientregistret og tvangsregisteret, og det er muligt i en vis udstrækning at sammenligne patientbehandlingen på tværs af landet. Derudover er skizofreni omfattet af NIP-databasen. En videreudvikling og en bedre udrulning af de eksisterende systemer kan give grundlag for en bedre løbende monitorering og mulighed for bedre behandlingsindsats, fordi mere viden opsamles og kan udnyttes til kvalitetsudvikling. Forudsætning herfor er at data formidles forståeligt og let tilgængeligt. Der bør således i det videre arbejde være særlig opmærksomhed på dette.

Kvalitetsudvikling

Gennem det seneste årti er der målrettet arbejdet med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af psykiatrien, bl.a. er der udarbejdet referenceprogrammer, MTV-rapporter samt sygdomsspecifikke anbefalinger. Psykiatrien er desuden på lige fod med somatikken omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Modellen baserer sig på kvalitetscirklen, hvor problemer kontinuerligt identificeres, løses og evalueres.

Sundhedsstyrelsens database for utilsigtede hændelser omfatter også psykiatri. Indberetningerne danner grundlag for fremadrettede anbefalinger, hvilket allerede er sket med hensyn til forebyggelse af selvmord på psykiatriske afdelinger.

Der foretages også regelmæssigt tilfredshedsundersøgelser, hvilket bl.a. har givet anledning til et nationalt projekt om forbedring af indsatsen i relation til pårørende efter gennembrudsmetoden. Herudover har psykiatriske og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger deltaget i det nationale kvalitetsprojekt om tvang efter gennembrudsmetoden. Registreringen af tvang muliggør overvågning af tvang i egen afdeling og lokal kvalitetsudvikling.

Kvalitetsudvikling bør basere sig på WHO's fem kvalitetsmål:

- **Høj professionel standard**
- **Effektiv ressourceudnyttelse**
- **Minimal patientrisiko**
- **Høj patienttilfredshed**
- **Helhed i patientforløbet.**

Der er i de kommende år brug for en yderligere indsats, hvor det eksisterende kvalitetsarbejde fastholdes og systematisk videreudbygges.

Fremadrettet er der behov for afdelingsspecifikke evalueringer i form af fx auditmetoder vedr. de nære daglige arbejdsprocesser. Derudover er der specifikt behov for at fokusere yderligere på nogle af de store uløste og vanskelige problemstillinger, fx kontinuitetsslip, selvmord, tvangsanvendelse, misbrug og kriminalisering.

Forandringsprocesser kan være træge i det danske sundhedsvæsen – også i psykiatrien. Det betyder, at den store viden, som er opbygget, langt fra altid omsættes til praksis til gavn for patienterne. Der hersker et såkaldt 'knowing-doing-gap' fordi den foreliggende viden kun langsomt eller slet ikke implementeres. Barrierer for implementering må derfor identificeres og overvindes.

Ledelsesmæssigt kontinuerligt fokus og opbakning er nødvendig for at sikre, at kvalitetsarbejdet resulterer i blivende positive forandringer og udvikling. Kvalitetsudviklingen skal forankres og indarbejdes i det daglige kliniske arbejde.

Et af de væsentlige redskaber til at sikre implementering er at sikre lokal forankring af kvalitetsudviklingsinitiativer. Initiativer implementeres bedst, hvis der lokalt blandt det udførende personale er forståelse for initiativernes baggrund og betydning. Dette kan fx ske gennem uddannelsesprojekter for personalet eller ved at inddrage personalet i arbejdet med at implementere initiativerne også med henblik på at etablere en lærende kvalitetskultur.

Introduktionen af projektet Map Of Medicine (MOM) i det danske sundhedsvæsen vil medføre nye muligheder for at sikre implementering af kliniske retningslinjer i den daglige kliniske praksis. MOM er et videnssystem, som dækker både patientforløbet i primær- og sekundærsektor og har til formål at sikre udvikling, opdatering og formidling af nationale kliniske retningslinjer i Danmark, herunder også inden for det psykiatriske område.

Forskning

Der er generelt behov for øget viden om effekten af indsatserne i psykiatrien. Der er behov for forskning fokuseret på effekt af forskellig tilrettelæggelse af den psykiatriske indsats (sundhedstjenesteforskning) og forskning i omsætning af indhentet viden til anvendelse i praksis (implementeringsforskning). Viden om de komplekse neurobiologiske og miljømæssige mekanismer, der er involveret i udviklingen af de psykiske sygdomme, er en forudsætning for bedre og mere effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder.

Evidensgrundlaget for sundhedsfremme og forebyggelse og for forskellige diagnostiske- og behandlingsmæssige modaliteter bør fortsat øges, og der bør sikres gode

muligheder for såvel grundforskning som mere praktisk klinisk relevant forskning vedr. psykiske lidelser.

Der efterspørges bl.a. øget viden om forekomst og udvikling af psykiske lidelser samt baggrunden for det øgede henvisningspres på børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på at forbedre mulighederne for effektiv forebyggelse, behandling og hensigtsmæssig arbejdsdeling.

Væsentlige fokusområder:

- **Epidemiologisk forskning, implementeringsforskning og sundhedstjenesteforskning, herunder effektundersøgelser.**
- **Forskning vedr. påtrængende problemområder, herunder forebyggelsesmetoder, psykiatriske patienter der begår kriminalitet, anvendelse af tvang, effekt af inddragelse af pårørende, samt metoder til forbedring af patienternes fysiske helbred.**
- **Forskning med henblik på styrket evidens af effekten af psykofarmakologisk, psykoterapeutisk, psykosocial behandling og rehabilitering, samt effekten af integreret anvendelse heraf.**
- **Internationalt samarbejde med mulighed for at indgå i en 'opgavefordeling' om forskningsemner.**

Der skal generelt skabes bedre betingelser for og mere fokus på forskning som en væsentlig del af den kliniske virksomhed, fx ved fleksible forskningsstillinger. Forskeruddannelse, forskerstillinger og egentlige forskningsenheder vil kunne medvirke til at fremme dynamikken i psykiatrien generelt. Samtidig må det antages at kunne stimulere rekrutteringen af bl.a. speciallæger til specialerne. Specialeplanlægningens vægt på fagligt stærke og bæredygtige miljøer giver øgede muligheder for dette.