

**Psykiatriens kerneopgaver
og udfordringer
2004 - 2010**

**Dansk Psykiatrisk Selskab
2004**

1. Forord	3
2. Resumé af Dansk Psykiatrisk Selskabs anbefalinger	4
3. Baggrund herunder kommissorium	7
4. Psykiatrisk sygdomsbelastning nu og i fremtiden....	8
Anbefaling	10
5. Psykiatriens udviklingsmuligheder	11
Nylig faglig udvikling og den nuværende status	11
Det nye diagnostiske paradigme	12
Sygdomsforløb	13
Det nye konceptionelle paradigme	14
Det nye behandlingsparadigme	14
Kliniske implikationer	15
Anbefalinger	16
6. Psykiaterens kerneopgaver i fremtiden	17
Arbejdsdeling	18
Ansvar og delegering	18
Den personlige læge	19
Praktiserende psykiatere	19
Samarbejde med praktiserende læger	19
Anbefalinger	20
7. Rekruttering og fastholdelse	22
Anbefalinger	22
8. Diagnostik, behandling og Forebyggelse	24
Diagnostik og behandling.....	24
Forebyggelse	25
Anbefalinger	26
9. Anvendelse af tvang i psykiatrien.....	27
Anbefalinger	27
10. Videre- og efteruddannelse	29
Speciallægeuddannelsen i psykiatri 2004	29
Speciallægekommisionens syv roller er:	29
Fagområder inden for psykiatrien.....	30
Særlige fagområder	31
Efteruddannelse	31
Anbefalinger	31

11. Fagudvikling, forskning og kvalitetsudvikling.....	33
Status.....	33
Udfordringer	35
Anbefalinger	36
12. Organisatoriske status	38
Aktuel organisering	38
Psykatriens fremtidige organisation	40
Anbefalinger	41
13. Den velinformerede patient.....	44
Anbefalinger	45
14. Psykiatrien og omverdenen	46
Anbefalinger	47
Litteratur.....	48

1. Forord

I fremtiden vil der være en stadig stigende efterspørgsel efter psykiatrisk behandling. WHO forudser således, at psykiatrisk sygdom rykker op på en andenplads over de mest belastende sygdomme – for den enkelte og for samfundet - på verdensplan i 2020. Det betyder, at psykiatrien skal organiseres således, at disse patienter kan modtages og behandles på den bedst mulige måde. Det kræver både øget fokus på forskning, implementering af forskningsresultater og en planlægning af, hvordan psykiatriens ressourcer udnyttes optimalt. Det er nogle af de spørgsmål, der behandles i denne hvidbog.

Der er sket en stor forskningsmæssig og faglig udvikling inden for psykiatrien igennem de seneste årtier. Det har gjort det nødvendigt med specialisering inden for visse områder af psykiatrien for at kunne leve op til en høj faglig standard. Hvidbogen forsøger at vurdere de heraf afledte fremtidige faglige udviklingsmuligheder og udfordringer, såvel konkrete tiltag som relevante værdi- og holdningsspørgsmål.

Organiseringen af psykiatrien er ligesom resten af sundhedsvæsenet til diskussion i forbindelse med Strukturkommissionens oplæg til en fremtidig organisering af den offentlige forvaltning.

Dansk Psykiatrisk Selskab ønsker at bidrage til denne diskussion om prioritering af ressourcerne og organisering af psykiatrien ved at udarbejde denne hvidbog om psykiatriens kerneopgaver og udfordringer i fremtiden.

Det er Dansk Psykiatrisk Selskabs håb, at denne hvidbog vil være til inspiration og nytte for personalet i psykiatrien, administratorerne og de politiske beslutningstagere, og at den vil blive brugt i den fremtidige planlægning af psykiatriens opgaver. Dansk Psykiatrisk Selskab er naturligvis indstillet på at uddybe og udvikle de konkrete tiltag og anbefalinger i samarbejde med andre aktører i sundhedsvæsenet.

Bestyrelsen takker udvalget for den store arbejdsindsats.

På vegne af Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse

Dorte Sestoft
Formand
Juni 2004

2. Resumé af Dansk Psykiatrisk Selskabs anbefalinger

Udfordringer for psykiatrien i Danmark

- Forebyggelse og behandling af psykisk sygdom bør prioriteres højere end i dag. Psykisk sygdom udgør allerede nu en betydelig andel af den samlede sygdomsbelastning af individ og samfund, og alt peger mod at antallet af psykisk syge vil stige fremover.
- Den store udvikling inden for biomedicin øger behovet for at udvikle ny og forskningsbaseret metodologi indenfor diagnostik og behandling af psykisk sygdom. Fremtiden ligger i individuel, skræddersyet behandling baseret på bl.a. genetiske tests og billeddannende teknikker.
- Særlige områder inden for psykiatrien skal have mere fokus. Det gælder fx ældrepsykiatri, retspsykiatri, patienter med både alvorlig psykisk lidelse og misbrug (dobbeltdiagnoser) og behandling af psykiske lidelse hos oligofrene patienter.
- Der skal gøres en særlig indsats dels for at rekruttere læger til psykiatrien og dels for fastholde kommende psykiatere i klinikken og i forskningen.

Psykiatriens udviklingsmuligheder

- Psykiatrisk behandling vil i stigende grad bestå af en individualiseret og integreret medicinsk, psykoterapeutisk og social indsats med afgørende vægt på information, oplysning og aktiv inddragelse af patienten
- Tidlig udredning og behandling af psykisk sygdom skal prioriteres højere i fremtiden.
- Det skal være enhver psykiatrisk patients ret sideløbende med udredning og behandling for psykisk sygdom samtidig at blive undersøgt – og behandlet for – somatiske sygdomme.

Forskning

- Der skal ske en regional og national forskningsplanlægning i et tæt samarbejde med universitetssygehusene og universiteterne. Psykiatrien har en forpligtelse til at udnytte klinisk relevante forskningsresultater.

- Klinisk og anvendelsesorienteret forskning skal opprioriteres i takt med en national koordinering af den samlede psykiatriske forskningsindsats.
- Forskning i diagnostik og den tidlige indsats mod psykisk sygdom samt sundhedstjenesteforskning i psykiatrien skal opprioriteres.

Sammenhæng mellem forskning og klinisk praksis

- Der bør udarbejdes en national psykiatriplan, der udstikker de overordnede visioner og strategier for de kommende fem til ti års psykiatriudvikling, herunder også for den psykiatriske forskning.
- Psykiatrien skal være en del af Den Danske Kvalitetsmodel, der kan blive fremtidens fundament for et gennemsigtigt sundhedsvæsen.
- Psykiatriens kvalitetsudvikling skal være basis for implementering af forskningsbaserede kvalitetsmål.
- Psykiatriens ydelser skal i højere grad være præget af evidens. Kvaliteten af behandlingen skal øges gennem udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinier for behandling af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.
- Der skal fokus på en ensartet og høj kvalitet af udredning og behandling. Dette kan bl.a. ske gennem oprettelse af nationale kliniske databaser.

Psykiaterens kerneopgaver i fremtiden

- Alle psykiatriske patienter bør have en personlig læge på speciallægeniveau.
- Psykiateren har fortsat behandlingsansvaret og dermed ansvaret for den faglige ledelse. Når det gælder administrativ ledelse, personaleledelse og strategisk ledelse må psykiateren til gengæld tilegne sig ny viden og kompetence helst tidligt i uddannelsesforløbet, jf. den nye speciallægeuddannelse. Ledelsesmæssige opgaver bør således prioriteres højere i fremtiden.
- Samarbejdet mellem praktiserende psykiatere og almen

praktiserende læger skal styrkes fx med såkaldt shared care mellem psykiatrien og de praktiserende læger. De alment praktiserende læger bør tilbydes efteruddannelse og supervision i psykiatri.

Anvendelse af tvang i psykiatrien

- Der skal udarbejdes nationale standarder for god klinisk praksis ved brug af tvang i psykiatrien.

Videre- og efteruddannelse

- Lægers efteruddannelse skal finansieres af arbejdsgiverne.
- Der skal tages initiativ til at pointgive uddannelser og registrere lægers deltagelse i kurser og efteruddannelse.

Organisering af psykiatrien

- Et øget velfungerende behandlings- og forskningssamarbejde mellem psykiatrien og somatikken kræver, at psykiatrien organisatorisk og ledelsesmæssigt følger det øvrige sundhedsvæsen – og at tilknytningen til somatikken og universitetsmiljøet generelt styrkes.
- En ny struktur af den offentlige sektor skal sikre koordination af og sammenhæng i den samlede behandling af psykiatriske patienter
- Den almindelige psykiatriske behandling bør suppleres med specialiserede enheder på regionsniveau for de store psykiatriske sygdomsgrupper og fagområder efter nærmere vurdering. Formålet er, at udvikle behandlingsmodeller for forebyggelse af udvikling og/eller forværring af psykiske lidelser, at behandle særligt komplicerede tilstande samt at fremme forskning og uddannelse.

Den velinformerede patient

- Lovændringerne om patienters retsstilling bør indarbejdes i det samlede psykiatriske behandlingssystem

3. Baggrund herunder kommissorium

Psykiatri er det lægevidenskabelige speciale, der beskæftiger sig med årsagssammenhænge, udvikling, forståelse, behandling og forebyggelse af psykisk sygdom hos voksne. Dansk Psykiatrisk Selskab har i 2003 udarbejdet en revideret målbeskrivelse og portefølje for specialet og en rapport om fagområderne. Selskabet mener i forlængelse af disse arbejder og diskussionen om den fremtidige organisering af psykiatrien, at der er behov for at skrive en hvidbog, som rummer en samlet beskrivelse af fagets aktuelle status og udvikling i de kommende år.

Dansk Psykiatrisk Selskab (i det følgende DPS) har derfor nedsat en arbejdsgruppe med følgende kommissorium:

- At beskrive den forventede psykiatriske sygdomsbelastning,
- At beskrive psykiatriens udviklingsmuligheder på baggrund af den videnskabelige og teoretiske status og udvikling indenfor psykiatrisk sygdomsopfattelse og behandling,
- At beskrive specialets kliniske kerneopgaver i fremtiden set i lyset af ovennævnte,
- At beskrive psykiatriens aktuelle faglige og organisatoriske status i Danmark,
- At beskrive hovedopgaverne indenfor forskning og kvalitetsudvikling de næste 10 år samt diskutere forudsætningerne for at gennemføre disse,
- At give forslag til fremtidig organisation af psykiatrien samt diskutere psykiatriens mest hensigtsmæssige tilhørsforhold til sektorerne.

Arbejdsgruppens deltagere har været:

Lægelig direktør Søren Bredkjær, formand

Professor dr.med., overlæge Lars Kessing

Cheflæge dr.med. Per Jørgensen

Overlæge Sonja Rasmussen

Overlæge ph.d.Dorte Sestoft

Konsulent på rapporten: journalist Marianne Scheele, DPS

Arbejdsgruppen har holdt 6 møder.

Rapporten inkluderer ikke børne- og ungdomspsykiatrien i Danmark. 7

4. Psykiatrisk sygdomsbelastning nu og i fremtiden.

Der findes ikke danske undersøgelser over forekomsten af psykiske sygdomme herhjemme. Udenlandske undersøgelser tyder imidlertid på, at mere end 20 % af befolkningen vil udvikle psykisk lidelse af en eller anden slags, svarende til 7-800.000 voksne herhjemme. Det skønnes således, at mellem 2% og 5 % af mænd og mellem 5 og 8 % af kvinder vil udvikle en depressiv lidelse i løbet af et år, sv. t. 200.000 voksne danskere. Samlet skønnes ca. 10 % af befolkningen at have en veldefineret angstlidelse i løbet af ét år og 2-3 % at have en lidelse med alkohol- eller stofafhængighed. Ca. 1 % af befolkningen skønnes at lide af skizofreni og ca. 1 % at lide af bipolar lidelse (mani/depression) sv.t. 40.000 voksne danskere med hver af disse sygdomme.

World Health Organisation (WHO) har siden 1990 gennemført studiet "The Global Burden of Disease Study". Det har resulteret i udarbejdelsen af et nyt mål for sygdomsbelastning: Disability Adjusted Live Year (DALY). Med dette mål udtrykkes sygdomsbelastning som en kombination af sygelighed (og livskvalitet) for de overlevende med sygdommen og dødelighed af sygdommen. DALY er en metasyntese af epidemiologisk information om incidens, prævalens, alder ved debut, forløb og varighed af sygdom, sværhedsgrad, invaliditet / handicap (disability), behandlingsrater og mortalitet.

DALY kan udgøre et fælles mål for sygdomsbelastning, som kan anvendes af fagfolk og politikere, når det angår prioritering i sundhedssektoren. Målet udtrykker forskellen mellem den optimale sundhedstilstand og den faktiske sundhedstilstand for den enkelte sygdom. En DALY svarer således til ét tabt år med sundt liv.

I WHO-undersøgelsen blev "disability" vægtet i forhold til indflydelsen på dagligdags aktiviteter, beskæftigelse, uddannelse og fritid mht. sværhedsgrad og varighed for behandlede og ubehandlede sygdomstilstande. DALY er beregnet for 108 forskellige sygdomme.

Det ses af tabel 1, at 5 af de 10 sygdomme, der medfører højest

belastning for 15 – 44-årige i udviklede regioner, er psykiatiske sygdomme.

Tabel 1. Ti førende årsager til DALY for 15 - 44 årige i 2000 (i % af total)

1. HIV / AIDS	13.0
2. Unipolar depressive disorders	8.6
3. Road traffic accidents	4.9
4. Tuberculosis	3.9
5. Alcohol use disorders*	3.0
6. Self-inflicted injuries	2.7
7. Iron deficiency anaemia	2.6
8. Schizophrenia	2.6
9. Bipolar affective disorder	2.5
10. Violence	2.3

* Inkluderer kun direkte konsekvenser af alkohol

Hvis man udelukkende ser på antal år levet med "disability" (YLD) med sygdom, udgør de psykiatiske lidelser 25.5 % af den samlede belastning (tabel 2).

Tabel 2. Procentvis fordeling af Years Lived with Disability (YLD) i udviklede regioner i 1990 for udvalgte sygdomsgrupper (i % af total)

Neuro-psychiatric conditions	25.5
Injuries	17.4
Infectious and parasit diseases	12.3
Respiratory diseases	7.7
Maligne neoplasms	0.8
Diabetis mellitus	0.9

Som en del af undersøgelsen har WHO udarbejdet prognoser for DALY i 2020. Dette er gjort med baggrund i prognoser for befol

kningssammensætning, dødelighed, skønnede rater for incidens og prævalens af sygdommene og på baggrund af 11 udvalgte risikofaktorer (fejlernæring, dårlig vandforsyning, sanitet og hygiejne, usikker sex, tobaksforbrug, alkoholforbrug, beskæftigelse, forhøjet blodtryk, fysik inaktivitet, stofmisbrug, luftforurening). En nærmere analyse viser, at de psykiatriske sygdomme, samlet set, skønnes at have udgjort 10 % i 1990, 12 % i 2002 og at udgøre 15 % i 2020 af den samlede DALY på verdensplan. Blandt de psykiatriske sygdomme udgør depression den største andel med 4.4 % i 1990 og 5.7 % i 2020.

Baggrunden for, at DALY vurderes at stige for depressiv sygdom i 2020, er, at flere prævalensstudier konsekvent har fundet, at depressiv sygdom debuterer tidligere i yngre kohorter i forhold til kohorter fra første del af 1900-tallet, og at prævalenstillene er fundet flere gange højere i nyere tid. Stigningen i prævalens kan dog delvist tilskrives metodologiske problemer. Årsagerne til stigningen af disse lidelser kendes ikke. Men der er ikke tale om en ændring af den arvelige belastning. Årsagerne skal således søges i ændringer i livsvilkår og omgivelser over de seneste 50 år, herunder bl.a. forandringer i familiestrukturen, økonomiske stressfaktorer samt belastende og omskiftelige arbejdsfunktioner. Ingen af disse hypoteser er grundigere undersøgt.

Anbefaling

- Forebyggelse og behandling af psykisk sygdom bør prioriteres højere end i dag.

Psykisk sygdom udgør allerede nu en betydelig andel af den samlede sygdomsbelastning af individ og samfund, og alt peger mod at antallet af psykisk syge vil stige meget.

5. Psykiatriens udviklingsmuligheder

Dette kapitel omfatter en beskrivelse af psykiatriens udvikling, *nuværende* faglige status og *fremtidige* udviklingsmuligheder. Et sådant fremtidigt skøn har betydning for planlægningen af psykiatrien herhjemme, såvel behandlings- som forskningsmæssigt.

Nylig faglig udvikling og den nuværende status

Psykiatrien blev etableret som et lægeligt speciale omkring 1800-tallet, og faget er gennem de forløbne 200 år blevet forankret som en lægevidenskabelig disciplin. Fagets genstand – de psykiske sygdomme – omfatter imidlertid også områder som rationalitet, normativitet og subjektivitet, hvorfor psykiatrien har haft – og har – et umiddelbart tættere forhold til de humanistiske og sociale videnskaber end mange andre lægevidenskabelige discipliner. De "store" etiske spørgsmål, som transplantationskirurgi, genmanipulation, kloning osv. rejser, er imidlertid ens for psykiatrien og for somatikken. Samtidig har der i perioder af psykiatriens historie været undertiden stærke spændinger mellem faggrupper, der så de psykiske sygdomme som overvejende biologisk betingede og andre, som overvejende opfattede de psykiske sygdomme som psykologisk betingede. Og endelig har der i hele psykiatriens historie været "antipsykiatriske" bølger, som satte spørgsmålstejn ved selve det lægelige paradigme. Samlet kan disse forhold medvirke til at skabe usikker fagligt identitet og bidrage til en opfattelse af "ringe videnskabelighed" målt i forhold til de såkaldte "eksakte videnskaber", som dominerer mange andre lægelige specialer.

Gennem de sidste 20-25 år har psykiatrien imidlertid gennemgået en udvikling, som næsten har karakter af et paradigmeskifte. Sammenlignende undersøgelser gennemført i 1970'erne i USA og England viste, at der var dårlig overensstemmelse mellem psykiatere om de enkelte diagnoser (lav reliabilitet). Klinisk beskrivelse og follow-up studier kunne ikke sikkert adskille patienter med eksogene tilstande fra patienter med endogene tilstande, og der fandtes ikke forskel i behandlingsrespons. Med udgangspunkt i disse undersøgelser undergik psykiatrien i slutningen af 1970'erne en radikal forvandling, som fortsat præger faget i udtalt grad.

Det nye diagnostiske paradigme

I USA introduceredes i 1980'erne et nyt diagnosesystem: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition (DSM-III), som brød med tidligere tiders tradition med inddeling af psykiske lidelser efter årsager. World Health Organization (WHO) indførte i begyndelsen af 1990'erne International Classification of Diseases 10th edition (ICD-10), som på samme vis som DSM-III og senere versioner (DSM-IIIR og DSM-IV) inddeler de psykiske lidelser i afgrænsede sygdomsenheder. Der er således en høj grad af overensstemmelse mellem de to systemer.

ICD-10 omfatter også legemlige sygdomme og de legemlige og psykiske lidelser inddeles i syndromer ud fra det samme beskrivende princip af fænomener.

ICD-10 og DSM-IV anvendes i dag næsten over alt og har medført en høj grad af diagnostisk enighed (reliabilitet) verden over.

Diagnosesystemerne har medført en stor stigning i psykiatrisk forskning internationalt og har ført til stigende indsigt og forståelse af de psykiske sygdomme. Den lægelige forståelse og behandling af sygdomme ændres hele tiden som resultat af nye videnskabelige erkendelser og derfor revideres såvel de psykiatriske som de somatiske diagnosesystemer løbende.

Eksempel på diagnose i ICD-10:

ICD-10 diagnostiske kriterier for svær depressiv episode (let forenklet version)

A: Mindst 2 ugers varighed af nedenfor nævnte symptomer

B: Tilstedeværelse af depressive kernesymptomer: (1) nedtrykthed (2) nedsat lyst eller interesse (3) nedsat energi eller øget træthæd

C: Mindst 5 af følgende ledsagesymptomer: (1) nedsat selvtillid eller selvfølelse (2) selvbefredelser eller skyldfølelse (3) tanker om død eller selvmord (4) tænke- eller koncentrationsbesvær (5) agitation eller hæmning (6) søvnforstyrrelser (7) appetit- eller vægtændring.

Gyldigheden af de psykiatriske diagnoser diskuteres løbende, ikke mindst afgrænsningen i forhold til normaltilstande, på samme måde som inden for de somatiske diagnoser. Der er et påtrængende behov for at få afklaret om lettere, måske subkliniske tilstande, så som lettere depressive tilstande eller angsttilstande skal behandles for at forebygge udvikling til sværere depressiv sygdom eller angstlidelse. Samme problemstilling findes indenfor de medicinske specialer, idet det fx diskuteres, hvorvidt let forhøjet blodtryk indenfor normalområdet skal behandles for at forebygge udvikling af forhøjet blodtryk og deraf følgende risiko for hjertekarsygdomme.

Sygdomsforløb

Oftentimes er der en længere fase med lettere psykiske symptomer eller med problemer med at fungere i social sammenhæng (prodromalfase), før debut af egentlig psykisk lidelse. Nyere forskning har afsløret, at sygdomme som skizofreni og bipolar lidelse tit kan spores tilbage til barndommen med debut af uspecifikke mindre neurologiske, psykiske eller sociale afvigelser eller problemer.

Sygdomsforløbene varierer fra person til person. En stor del af patienter med psykisk lidelse klarer sig godt med behandling. Andre oplever, at den psykiske lidelse letter eller helt forsvinder, mens nogle oplever et forløb med fluktuerende eller episodiske psykiske symptomer.

Man ved i dag, at såfremt et menneske først har fået en psykisk sygdom, så har personen en iboende sårbarhed og vedvarende øget risiko for tilbagefald af psykisk sygdom.

For flere psykiske sygdomme er der en tendens til såkaldt kronificering eller en progressiv forværring med tiden, hvilket bl.a. kendes fra skizofreni. Det kan resultere i et stadie præget af vedvarende initiativløshed, retningsløshed, affektfladhed, m.m.. Progressiv forværring kendes også fra bipolar og depressiv lidelse. Hver ny depressiv eller manisk episode synes således at øge risikoen for senere udvikling af yderligere sygdom.

Sygdomsforløbet ved de psykiske lidelser kan således være alvorligt og understreger vigtigheden af en tidlig behandlingsindsats.

Det nye konceptionelle paradigme

Man troede tidligere, at følelserne sad i hjertet, men i dag ved man, at alle mentale inkl. psykologiske processer foregår i hjernen. Man ved, at gener og proteiner bestemmer hjernens funktion. Med moderne billeddannende teknikker kan man med skanninger af hjernen påvise forandringer hos mennesker med psykiske lidelser. Tidligere mente man, at antallet af nerveceller i hjernen gradvist reduceredes fra 20-årsalderen og frem. Neurobiologisk forskning har imidlertid over de senere år påvist, at hjernen er plastisk, således at nye neuroner og netværk dannes livet igennem. Det enkelte individ påvirkes løbende både aktivt og passivt af biologiske, psykologiske og sociale forhold.

Man ved at kombinationer af gener præger og bestemmer det enkelte menneskes adfærd. Men endnu mere bemærkelsesværdigt er det, at virkningen også går den modsatte vej: adfærd og sociale forhold påvirker aflæsningen af gener. Man ved fx, at indlæring medfører ændringer i genekspression. Tilsvarende peger studier på, at medicinsk behandling og psykoterapi kan medføre ændringer i genekspression. Meget tyder på at antidepressiv medicin og måske også psykoterapi øger produktionen af proteiner i hjernen, som beskytter mod nervedød.

I de seneste årtier er der sket en eksplosiv vækst af neurovidenskaber, ikke alene pga. bedre teknologi og matematiske fremskridt, men tillige pga. teoretiske udviklinger med inddragelsen af *subjektiviteten* som emne og som forskningens udgangspunkt. Bevidsthedsstudier foregår i dag således på forskellige forklaringsniveauer. Denne interdisciplinære vifte kaldes for "**sciences of the mind**", der omfatter psykiatri, bevidsthedsfilosofi og fænomenologi, kognitiv videnskab, matematik, komputationel neurovidenskab, neuropsykologi og udviklingspsykologi, antropologi, lingvistik, mm.

Det nye behandlingsparadigme

Behandling af psykisk sygdom har såvel i Danmark som internationalt været præget af falske enten / eller – forestillinger, såkaldte falske dikotomier :

- 1) Sjæl versus hjerne. Man ved i dag, at sjæl og hjerne er uadskillelige. Sjælen er produktet af aktivitet i hjernen på det molekylære, cellulære og anatomiske plan.
- 2) Endogen versus exogen. Man ved i dag fra epidemiologiske og neurobiologiske undersøgelser, at exogene og endogene faktorer tilsammen regulerer hjernens aktivitet. Der er altid tale om en samvirkning af begge faktorer ved udvikling af psykisk sygdom.
- 3) Medicin versus psykoterapi. Polemisk udtrykt tyder meget i dag på, at medicin påvirker sjælen og psykoterapi påvirker hjernen. Konsekvenserne af uadskilligheden mellem sjæl og hjerne er i behandlingssammenhæng, at behandlingen bør integrere psykoterapi og medicinsk behandling.
- 4) Arv versus miljø. Man ved i dag, at arv kan forklare mellem 40 og 60 % af variationen i risiko for udvikling af psykisk sygdom. Tilsvarende kan arv forklare 40 % af variationen ved forkalkning i hjertets kranspulsårer og 30 % af variationen i brystkræft. Resten af variationen i sygdomsudviklingen forklares af interaktioner med miljøet. Det er således tale om en samvirken af arv og miljøfaktorer og ikke en selvstændig effekt af kun den ene faktor.

Aktuel og fremtidig forskning i lægemidler vil i stigende grad fokusere på at udvikle individuel medicin på baggrund af genetiske test af patienten. I dag responderer f. eks. kun ca. 60 til 70 % af patienterne på et givent lægemiddel mod depression. Med individuel designet medicin øges sandsynligheden for, at medicinen hjælper den enkelte, uden at patienten udvikler bivirkninger.

Kliniske implikationer

Neurobiologisk forskning har vist, hvordan individet og miljøet samvirker på afgørende vis i udviklingen af psykisk sygdom. Behandlingen af psykisk sygdom skal tage udgangspunkt i denne virkelighed. Moderne psykiatrisk behandling bør således bestå af en integration af flere behandlingsaspekter, som til sammen sigter på at forebygge udvikling af psykisk sygdom eller på at forebygge

forværring af debuteret psykisk lidelse. I dette samspil er det afgørende, at den enkelte patient er grundigt informeret om risici for udvikling af psykisk lidelse og betydningen af at indgå aktivt i behandlingen. Behandlingen bør iværksættes tidligst muligt og bestå af en langsigtet forebyggende indsats med uddannelsesprogrammer om psykisk sygdom og en individualiseret behandling med varierende kombinationer af medicinsk behandling, psykoterapi og sociale interaktioner.

Anbefalinger

- Psykiatrien er et lægevidenskabeligt speciale, der skal have et tæt fagligt og videnskabeligt fællesskab med de medicinske specialer. Med indførelsen af de nye diagnostiske systemer er der skabt en grundlæggende, veldefineret enighed verden over, som giver mulighed for videreudvikling og forskning internationalt. De nye neurobiologiske erkendelser om hjernens plasticitet og regenerative evner har ændret synet på de psykiatriske lidelser. Hjernens funktion og det enkelte individ påvirkes af fysiske, psykiske og sociale faktorer, og det er muligt at ændre hjernens funktion og det enkelte individ ved en systematisk og vedvarende påvirkning af medicinsk, psykologisk og socialt art.
- Psykiatrisk behandling bør således fremover i højere grad bestå af en individualiseret og integreret medicinsk, psykoterapeutisk og social indsats med afgørende vægt på information, oplysning og aktiv inddragelse af patienten.
- Tidlig udredning og behandling af psykisk sygdom skal prioriteres højere i fremtiden. Det skal være enhver psykiatrisk patients ret sideløbende med udredning og behandling for psykisk sygdom samtidig at blive undersøgt – og behandlet for – somatiske sygdomme.

6. Psykiaterens kerneopgaver i fremtiden

Psykiatri er i dag en sundhedsvidenskabelig disciplin på lige fod med medicin, neurologi m.m., hvor man i stigende omfang gør brug af molekylær biologi, genetik, epidemiologi og billeddannende teknikker for at forstå de psykiske sygdomme, deres behandling og forebyggelse.

I fremtiden vil de store sygdomme som skizofreni og depression blive opdelt i særlige undertyper, der kræver en specifik og individuel behandling.

På samme måde vil diagnostikken af de psykiske sygdomme blive mere specifik, man vil bl.a. inddrage blodprøver, genetiske undersøgelser og billeddannende teknikker.

Psykofarmakologi er allerede i dag meget kompleks. Nye præparater og specifikke behandlingsmetoder - afhængig af virkningsmekanisme og patientkarakteristika - kræver en stigende forståelse af molekylærbiologiske og farmakologiske principper.

Det psykiatriske interview – samtalen med patienten - er og vil imidlertid fortsat være en meget vigtig del af udredningen og behandlingen i psykiatrien. Psykiateren skal også i fremtiden have særlig viden og træning i dette centrale område og hertil erfaring med psykoterapi, herunder indikation og vurdering af de forskellige former for psykoterapi.

Følgende oversigt illustrerer kerneopgaver i psykiatrien og arbejdsdelingen mellem psykiatere og andre faggrupper i psykiatrien

Psykiaterens arbejdsopgaver	Arbejdsopgaver fælles med andre faggrupper	Arbejdsopgaver for andre faggrupper
<ul style="list-style-type: none">• Visitation• Diagnostik og udredning• Psykiatrisk behandling• Psykofarmakologi• ECT• Somatisk udredning og behandling• Medicinsk ordination og behandling• Ordination af tvangsanvendelse• Supervision og uddannelse af læger• Forskning• Kvalitetsudvikling• Behandlingsansvar• Faglig ledelse	<ul style="list-style-type: none">• Psykoterapeutisk behandling• Undervisning af patienter og pårørende• Supervision af personale• Uddannelse af personale• Forskning• Kvalitetsudvikling• Administrativ ledelse• Personale ledelse• Strategisk ledelse	<ul style="list-style-type: none">• Psykologiske undersøgelser• Miljøterapi• Social udredning• ADL træning• Fysisk aktivering

Psykiateren har behandlingsansvaret og dermed ansvaret for den faglige ledelse, og det stiller nogle særlige ledelsesmæssige krav. Når det gælder administrativ ledelse, personaleledelse og strategisk ledelse, må psykiateren tilegne sig ny viden og kompetence og helst tidligt i uddannelsesforløbet, sådan som den nye speciallægeuddannelse intenderer. Ledelsesmæssige opgaver bør prioriteres højere i fremtiden, og ledelse bør som fagområde gøres prestigefyldt .

Arbejdsdeling

I en tid med mangel på læger i psykiatrien og nye måder at organisere arbejdet på - som fx opsøgende psykoseteams - er det helt nødvendigt at diskutere, hvordan man bedst bruger de forskellige faggruppers kompetencer i psykiatrien. Læger skal ikke bruge tid på ikke-lægeopgaver, hvis andre faggrupper lige så godt kan løse disse.

Reduceret liggetid og øget krav til effektivisering af ambulant behandling lægger større pres på den enkelte behandler og patient og på relationen mellem patient og behandler. God behandling forudsætter tid og kontinuitet, både i behandlingsforløbet og i de personlige relationer.

En afgrænsning af kerneopgaver er imidlertid bestemt af:

- arbejdskultur,
- organisering,
- økonomi,
- det omgivende samfund lægen agerer i.

Ansvar og delegering

Lægen har det overordnede behandlingsansvar i forhold til den samlede patientbehandling. Store dele af opgaverne kan, inden for gældende lovgivning, delegeres til andre personalegrupper. Her kan psykiatrien hente inspiration fra det øvrige sundhedsvæsen. Visse forudsætninger *skal* dog være til stede for, at en delegering kan finde sted:

- Der skal være udarbejdet entydige, skriftlige retningslinjer for, hvordan en opgave skal varetages af en anden faggruppe

(vejledninger, referenceprogrammer) for at sikre kvaliteten af opgaveudførelsen.

- Personalet *skal* være oplært i at håndtere opgaven, altså have de nødvendige kvalifikationer og færdighedskompetence.

Et eksempel er at beskrive arbejdsopgaver, kompetencer og uddannelseskrav for psykologer i psykiatrien.

Den personlige læge

Alle psykiatriske patienter bør have en personlig læge, gerne en speciallæge. Den personlige læge er ansat i en klinisk sygehusafdeling, herunder distriktspsykiatrien og har et for patienten synligt behandlingsansvar. Den personlige læge i fx distriktspsykiatrien har et tæt samarbejde med den læge, patienten er tilknyttet under en eventuel indlæggelse.

Praktiserende psykiatere

I takt med reduktionen af psykiatriske sengepladser er patienttilgangen til distriktspsykiatrien og speciallægepraksis forøget. Således behandles i dag i speciallægepraksis en række patienter med diagnoser og sværhedsgrad af sygdomme, som tidligere blev behandlet i senge- og distriktspsykiatrien.

I rapporten om "Behandling af ikke-psykotiske tilstande" fra 2002 er de praktiserende psykiateres rolle beskrevet. Den viser bl.a., at den nuværende tilgængelighed til undersøgelse og behandling i psykiatrisk speciallægepraksis er for lille og ventetiden for lang. Ventetiden til praktiserende psykiatere bør højst være 4 uger fra henvisningstidspunktet og den regionale tilgængelighed til praktiserende psykiater bør være bedre og mere ensartet. Ligesom der er målsætninger for kvalitet indenfor voksenpsykiatri og distriktspsykiatri, bør Sundhedsstyrelsen udarbejde forslag til målsætninger for kvalitet i speciallægepraksis i psykiatri.

Samarbejde med praktiserende læger

Der bør være et tættere samarbejde mellem almen praksis og

psykiatrien for at sikre en højere servicemæssig kvalitet og en bedre faglig kvalitet for patienter med psykisk sygdom. Det fremgår af flere undersøgelser og audits i almen praksis, at en betydelig andel af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter kan sikres en bedre behandling gennem en bedre koordineret indsats mellem praktiserende speciallæger i psykiatrien og lægerne i almen praksis. Dette kan effektiviseres, hvis bl.a. de lange ventetider til behandling hos praktiserende speciallæger i psykiatri formindskes, og det ofte mangelfulde samarbejde mellem almen praksis, praktiserende speciallæger i psykiatri og distriktspsykiatrien forbedres. Et andet tiltag er efteruddannelse af praktiserende læger i diagnostik og behandling af psykiske sygdomme for at ruste disse til at kunne klare behandlingen af psykiatriske patienter optimalt. De alment praktiserende læger har gjort opmærksom på behovet for hurtig rådgivning og supervision af vanskelige behandlingsforløb. Det har i flere amter medført tiltag til "akut rådgivning" fra psykiatrisk speciallæge til alment praktiserende læge, hvilket har fungeret godt.

Anbefalinger

- Alle psykiatriske patienter bør have en personlig læge på speciallægeniveau.
- Psykiateren har fortsat behandlingsansvaret og dermed ansvaret for den faglige ledelse. Når det gælder administrativ ledelse, personaleledelse og strategisk ledelse, må psykiateren til gengæld tilegne sig ny viden og kompetence helst tidligt i uddannelsesforløbet, jf. den nye speciallægeuddannelse. Ledelsesmæssige opgaver bør således prioriteres højere i fremtiden.
- Den enkelte psykiater bør sikre sig at vedkommende løbende ajourfører og udvikler sit fag, og at vedkommende forsker, hvis han eller hun arbejder på et universitetshospital.
- Uddannelse af speciallæger skal varetages af læger.
- Flere dele af den samlede patientbehandling kan delegeres til andre faggrupper. Det kræver skriftlige retningslinier, og at de

pågældende faggrupper har de nødvendige kvalifikationer og kompetencer.

- Den kliniske arbejdsplads med bl.a. elektronisk patientjournal, booking og brug af elektronisk kalender skal anvendes mest muligt i arbejdstilrettelæggelsen i psykiatrien.
- Psykiatrisk speciallægepraksis udbygges, således at antallet af disse tilgodeser behovet for undersøgelse og behandling af patienter med ikke-psykotiske lidelser. I en tid med mangel på psykiatere kan det bl.a. ske ved udbygning af adgangen til deltidspraksis.
- Ventetiden til praktiserende psykiater bør højest være fire uger fra henvisningstidspunktet.
- Den regionale tilgængelighed til praktiserende psykiater bør være bedre og mere ensartet.
- Sundhedsstyrelsen bør udarbejde forslag til målsætninger for kvalitet i speciallægepraksis.
- Alle psykiatriske afdelinger bør have en praksiskonsulentordning med regelmæssige møder.
- Der bør være en aftale med distriktpspsykiatrien og praktiserende psykiatere om telefonisk rådgivning og supervision af almen praktiserende læger.

7. Rekruttering og fastholdelse

De seneste års lægemangel herhjemme har medført rekrutteringsproblemer til mange specialer, herunder især psykiatrien. Prognoser viser, at antallet af læger, der ikke er speciallæger, vil stige med 150% i de kommende år til mere end 10.000 i 2025. Flertallet af disse vil være under videreuddannelse og på vej til at blive speciallæger. Samtidig vil antallet af speciallæger falde p.g.a. 1980ernes opbremsning i antallet af lægestuderende samtidig med, at mange af de nuværende speciallæger pensioneres før år 2025.

Omkring år 2025 vil det danske sundhedsvæsen således have mange nyuddannede læger og en stor mangel på speciallæger. Det er sidstnævnte, som skal uddanne de unge læger og dermed sikre kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.

I psykiatrien har det i de seneste år ikke været muligt at besætte alle uddannelsesstillinger og prognosen forudsiger, at i år 2025 vil 1/3 af de psykiatriske speciallægestillinger være vakante, bl.a. fordi kandidatalderen for de læger, der starter hoveduddannelse i psykiatri, er 14.5 år mod ni år for de øvrige sygehusspecialer.

Der kan være mange årsager til rekrutteringsproblemerne i psykiatrien, herunder fx psykiatriens image. Den har været et lavstatusspeciale, måske fordi det har været vanskeligt at definere psykiatriens kerneopgaver, jf. tidligere. Andre peger med vægt på psykiatriens organisation som årsag til disse problemer.

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.

Lægeforeningen og Sundhedsstyrelsen har peget på en række generelle forslag til rekruttering og fastholdelse af læger. Dansk Psykiatrisk Selskab har derudover følgende anbefalinger.

Anbefalinger

- De prægraduate uddannelsesmuligheder skal gøres bedre og mere attraktive ved fx tilbud om fokuserede ophold i psykiatri.
- Der skal være tilbud til lægestuderende om deltagelse i Dansk Psykiatrisk Selskabs medlemsmøder og årsmøde.

- Der skal være bedre muligheder for skolarstipendier (forskning).
- Psykiatri skal være en del af turnusuddannelsen for læger.
- Psykiatrien skal gøres mere attraktiv gennem gode ansættelsesbetingelser, f.eks deltidstillinger.
- Der skal være bedre muligheder for delestillinger (klinik/ forskning).
- Afgrænsningen af fagets og de lægefaglige kerneydelser skal beskrives.
- De psykiatriske afdelingers kultur og adfærd skal gennemgås og forbedres, hvor det er nødvendigt, for at sikre en god arbejdsplads.
- Psykiatriens og psykiaterens image skal forbedres gennem målrettet arbejde, information og udadvendthed, således at psykiateren får en klar identitet, og psykiatrien fremstår med en klar profil i offentligheden.

8. Diagnostik, behandling og Forebyggelse

Diagnostik og behandling

Psykiatriske lidelser er sygdomme, der som alle andre sygdomme skal udredes, diagnosticeres og behandles. Psykiske lidelser er ofte langvarige, ligesom der kan være stor risiko for tilbagefald. Derfor vil nogle psykiatriske patienter i lange perioder have brug for behandling på de psykiatriske afdelinger eller i distriktpsychiatrien. Desuden vil der ofte være brug for en tværfaglig indsats herunder samarbejde med socialvæsenet.

Den diagnostiske udredning og ansvaret for forebyggelse og behandling er en lægelig opgave.

En præcis diagnostisk udredning er en forudsætning for at kunne tilbyde den optimalt virkningsfulde behandling, dvs. den behandling med den bedst dokumenterede effekt på netop den pågældende psykiske sygdom. Det er også en forudsætning for at kunne vejlede patient og pårørende om behandlingsmuligheder og forløb. De gældende diagnostiske kriterier er, som for alle andre sygdomme beskrevet i WHO's internationale klassifikation International Classification of Diseases (ICD-10), omtalt tidligere her i hvidbogen. Der findes en række instrumenter i form af skemaer udviklet mhp. diagnosticering og vurdering af psykisk sygdom. I mange afdelinger er der tradition for oplæring i brug af disse diagnostiske instrumenter, men en sådan oplæring er i øjeblikket ikke systematiseret. Alle speciallæger bør have kendskab til disse diagnostiske instrumenter (skemaer), som bl.a. også er af stor betydning i forskningsmæssige sammenhænge, men basis for den psykiatriske diagnostik vil fortsat være det grundige, individuelle psykiatriske interview.

Da nogle psykiske lidelser er udløst af underliggende legemlig sygdom, bør alle psykiatriske patienter have foretaget en **almindelig lægeundersøgelse** med nødvendige supplerende undersøgelser. I øjeblikket findes der ikke faciliteter til legemlig undersøgelse i fx alle distriktpsychiatiske centre. Tidligt i sygdomsforløbet bør der skrives en **behandlingsplan**

om muligt sammen med patienten. Behandlingsplanen revurderes løbende. I psykiatrisk behandling indgår biologiske behandlingsmetoder, psykoterapi, psykoedukation, ergo- og fysioterapi mm. I behandlingsplanen indgår også en vurdering af behovet for sociale tiltag. Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver, der indlægges på psykiatrisk afdeling. Overlægen har endvidere ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl. Såfremt en patient ikke selv vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

For at sikre en optimal behandling er der udarbejdet faglige retningslinier for en række psykiske lidelser, se kapitel 11.

Forebyggelse

Forebyggelse er en vigtig opgave i psykiatrien. Traditionelt inddeles forebyggelse i primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Ved **primær forebyggelse** forstås tiltag med henblik på at forebygge, at en sygdom opstår. Fx vil forebyggelse af fødselskomplikationer foruden at modvirke en række velkendte hjerneskader også være forebyggende for skizofreni. Her bør der i hvert fald gøres en indsats over for børn af psykisk syge voksne. Et andet eksempel er handlingsplan for forebyggelse af selvmord.

I øjeblikket er der internationalt fokus på effekten af tidlig opsporing af psykisk sygdom (**sekundær forebyggelse**). Princippet er her, at hvis man identificerer personer, som har vist tidlige sygdomstegn uden at have udviklet sygdommen fuldt ud, så bør de starte behandlingen så tidligt som muligt. Det antages, at dette vil kunne bedre prognosen og evt. forhindre komplikationer og senfølger

af sygdommen. Det gælder sygdomme som skizofreni, bipolare stemningssindslidelser og depression.

Forebyggelse af tilbagefald er en central opgave i psykiatrien (**tertiær forebyggelse**). Her kan nævnes forebyggende behandling med lithium ved bipolare stemningssindslidelser og tæt distriktspsykiatrisk opfølgning af patienter med skizofreni. Det er her væsentligt, at patienten selv kan se et formål med at følge behandlingen dvs. har forståelse for, at behandlingen hjælper. En sådan alliance kan bedres ved systematisk undervisning i psykiske lidelser og deres behandling dvs. psykoedukation, som bør være et tilbud til alle patienter, selvfølgelig tilpasset den enkelte. Det har også vist sig vigtigt at inddrage de pårørende både i selve behandlingen, også med tilbud om støtte og undervisning i fx pårørendegrupper.

Anbefalinger

- Psykiatriens ydelser skal i højere grad være præget af evidens. Kvaliteten af behandlingen skal øges gennem udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinier for psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.
- Fokus på ensartet og høj kvalitet af udredning og behandlingen ved oprettelse af nationale kliniske databaser.
- Alle patienter undersøges for legemlig sygdom, hvilket også skal kunne foregå i distriktspsykiatrien.
- Løbende fokus på forebyggelse af psykiske lidelser gennem tilstrækkelige distriktspsykiatriske behandlingstilbud og gennem systematisk undervisning af både patienter og pårørende.

9. Anvendelse af tvang i psykiatrien

Det kan være nødvendigt at behandle psykiatiske patienter mod deres vilje, da deres psykiske sygdom kan medføre, at de mister evnen til at bedømme sig selv og/eller omverdenen realistisk. Det kan medføre, at patienten bliver til fare for sig selv og/eller andre, ligesom patienten måske ikke selv er i stand til at se, at behandlingen er nødvendig. Tvang kan være frihedsberøvelse, dvs. tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse på en psykiatrisk afdeling samt tvangsbehandling. Desuden kan bæltefiksering og fysisk magtanvendelse under indlæggelse være nødvendigt, fx hvis patienten forsøger at skade sig selv eller andre. Al anvendelse af tvang skal registreres og indberettes til Sundhedsstyrelsen. Det juridiske grundlag for tvangsanvendelse er beskrevet i lov om tvang i psykiatrien. Loven indeholder også regler for tildeling af patientrådgiver og adgang til efterprøvelse af beslutning om anvendelse af tvang. Desuden findes der regler for behandling af ekstraordinært farlige patienter. Administration og beslutning om anvendelse af tvang er en **lægelig opgave**.

Anvendelse af tvang kan forståeligt nok være en traumatisk oplevelse for patienten. Det er derfor væsentligt, at man generelt sikrer en systematisk opfølgning, når en patient har været udsat for tvang, hvilket sker i bl.a. Norge. Det er tankevækkende, at der er store regionale forskelle i anvendelsen af tvang både samlet og udspecificeret på type af tvang. Andelen af indlagte patienter berørt af tvang varierer mellem amterne fra 11% til 33%. Specielt når det gælder frihedsberøvelse og tvangsmedicinering, kan man diskutere hvad den optimale mængde er, da det her selvfølgelig er vigtig ikke at anvende tvang, hvis det kunne have været undgået. På den anden side er det også vigtigt at sikre de dårligste patienter behandling og beskytte både patienter og samfund mod farer udløst af psykisk sygdom. Der er således behov for løbende forskning vedrørende tvangsanvendelse, herunder det nationale kvalitetsprojekt om tvang, der gennemføres i 2004-2005. Tidligere forskning har vist, at overbelægning og dårlige fysiske rammer på de psykiatiske afdelinger øger anvendelsen af tvang.

Anbefalinger

- Der skal udarbejdes nationale standarder for god klinisk praksis ved anvendelse af tvang i psykiatrien.
- Der indføres elektronisk indrapportering af tvang til Sundhedsstyrelsen, hvilket giver en tidssvarende registrering så afdelinger kan følge udviklingen, evaluere tiltag og vurdere evt. regionale forskelle.
- Løbende tiltag med henblik på at minimere den fysiske magtanvendelse.
- Systematisk opfølgning af patienter, som har været udsat for tvang.

10. Videre- og efteruddannelse

Med Speciallægekommisionens betænkning om "Fremtidens speciallæge" fra maj 2000 er speciallægeuddannelsen pr. 1. januar 2004 ændret. Ændringen bevirker, at den kliniske uddannelse er afkortet, således at de tidligere 5½ år afkortes til fem år. Uddannelsen starter med en ét-årig introduktionsstilling (I-stilling). Samtidig med denne ansættelse deltager man i et ét årig introduktionskursus arrangeret af DPS.

Når I-stillingen er gennemført og godkendt, går den kommende psykiater i gang med en hoveduddannelse. Det er en fire-årig ansættelse, der omfatter en neurologisk sideuddannelse og en psykiatrisk hoveduddannelse. Sideløbende med den kliniske ansættelse skal den kommende psykiater gennemføre flere teoretiske kurser. DPS finder det vigtigt, at denne omfattende uddannelsesreform evalueres.

Speciallægeuddannelsen i psykiatri 2004

Uddannelse til cand. med.	6½ år
Turnusstilling	1½ år
Introduktionsuddannelse i psykiatri	1 år
Hoveduddannelse (incl. Neurologisk sideuddannelse)	4 år
Uddannelsesetid i alt	13 år

I forbindelse med Speciallægekommisionens betænkning er der udarbejdet en ny "Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i psykiatri". I denne er beskrevet de minimumskompetencer, der skal opnås, før uddannelsen kan godkendes med udgangspunkt i betænkningens kompetencefelter eller roller.

Speciallægekommisionens syv roller er:

- Lægen som medicinsk ekspert
- Lægen som kommunikator
- Lægen som samarbejder
- Lægen som leder og administrator
- Lægen som sundhedsfremmer
- Lægen som akademiker
- Lægen som professionel

Fagområder inden for psykiatrien

Med det stigende behov for specialisering er det vigtigt, at nogle speciallæger specialiserer sig yderligere, og at der ansættes fagområdeeksperter. Sidstnævnte skal være med til at sikre den fortsatte udvikling af behandling, uddannelse og forskning indenfor fagområdet.

Ifølge Sundhedsstyrelsen defineres et fagområde ikke ved formelle målbeskrivelser eller uddannelsesbestemmelser, men ved at kompetencer vurderes i forhold til fx en funktionsbeskrivelse til et konkret stillingsopslag. Der er således tale om en individuel kompetencevurdering.

Ifølge DPS må man forvente, at en fagområdeekspert i forhold til sit fagområde har erhvervet sig særlig viden og kompetence indenfor epidemiologi, ætiologi, psykopatologi, diagnostik, forløbsformer, psykodynamiske forhold, psykoterapi, psykofarmakologisk behandling, familiebehandling, sociale interventioner, tidlig intervention, forskning, kvalitetsudvikling og supervision.

I 2003 vedtog DPS at anbefale følgende fagområder for psykiatri:

- Skizofreni
- Affektive sindstilstande
- Spiseforstyrrelser
- Ikke psykotiske tilstande
- Misbrugspsykiatri
- Psykofarmakologi
- Psykoterapi
- Retspsykiatri
- Ældrepsykiatri
- Sexologi
- Oligofrenipsykiatri
- Neuropsykiatri

I DPS har man løbende en diskussion om afgrænsning af fagområderne, der således ikke er statiske.

Et eksempel er at kravene til at blive godkendt som vejleder og supervisor i psykoterapi er forskellig i henholdsvis Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Psykolog Forening. Her bør der etableres fælles krav for uddannelsen til vejleder og supervisor i psykoterapi for psykologer og for psykiatere.

Særlige fagområder

Der er nogle specialfunktioner indenfor psykiatrien som retspsykiatri, misbrugspsykiatri, oligofrenipsykiatri og ældrepsykiatri, hvor det er særlig vigtigt at få uddannet fagområdeeksperter. Det gælder især oligofrenipsykiatrien, hvor mange indenfor området nærmer sig pensionsalderen, og det derfor kommer til at knibe med at uddanne nye speciallæger. Derfor kan det inden for dette som for andre fagområder være nødvendigt at oprette uddannelser, som delvis foregår i udlandet.

Efteruddannelse

Når speciallægeuddannelsen er gennemført og godkendt, er der herhjemme ikke krav om, at speciallægen uddanner sig yderligere. Det ser DPS gerne ændret, da også en psykiater har behov for livslang læring indenfor sit fag. Ved overenskomstforh andlinger er speciallæger dog sikret deltagelse i efteruddannelse i mindst 10 dage årligt. Beklageligvis er der ikke krav om, at efteruddannelsen betales af arbejdsgiveren. En stor del af danske lægers efteruddannelse betales derfor af medicinalindustrien, hvilket af mange grunde er uønskeligt, selvom der er regler for dette samarbejde.

I Sverige har Landtingsforbundet og det svenske lægeforbund oprettet en institution IPULS (Institutet för Professionell Utvikling af Läkare i Sverige), der står for en kvalitetssikring af lægers videre- og efteruddannelse. I mange andre lande er der krav om kontinuerlig efteruddannelse, og der er - såvel nationalt som internationalt - fokus på, hvordan læger kan sikres en betalt efteruddannelse, og hvordan der kan foregå en systematisk registrering af den enkeltes efteruddannelse. En kommende systematisk kodning og registrering af efteruddannelsesaktiviteter hos psykiatere er her en god hjælp.

Anbefalinger

- Implementeringen af den nye speciallægeuddannelse skal evalueres.
- Der skal etableres fælles krav for uddannelsen til vejleder og

supervisor i psykoterapi for psykologer og for psykiatere, og Sundhedsstyrelsen skal tildele autorisationen til vejledere og supervisorer.

- Hver amt eller region i Danmark forholder sig til fagområderne m.h.p. ansættelse af fagområdeeksperter for at sikre udviklingen indenfor behandling, forebyggelse, uddannelse og forskning.
- Lægerne forpligtiges til fortsat uddannelse, som betales af arbejdsgiveren. Der tages initiativ til at pointgive uddannelser og registrere lægers deltagelse i kurser og efteruddannelse.
- De centrale sundhedsmyndigheder og Lægeforeningen bør overveje en model som svenske IPULS til sikring af kvaliteten af lægers videre- og efteruddannelse.

11. Fagudvikling, forskning og kvalitetsudvikling

Status

Psykiatriens udvikling har i de seneste par årtier især været præget af:

- Organisatorisk forandring og fagudvikling med fokus på nærhed og kontinuitet.
- Forskningsaktivitet med international gennemslagskraft.
- Kvalitetssikring og -udvikling som en ny struktureret dokumentationsstrategi.

Nøgleord i moderne psykiatri er således evidensbaseret forebyggelse og behandling, sammenhæng og helhed i behandlingen, en høj grad af patient- og pårørendetilfredshed samt en hensigtsmæssig udnyttelse af de økonomiske ressourcer.

Psykiatriens organisatoriske forhold behandles i næste kapitel. Det skal her blot konstateres, at der trods forskellige organisatoriske modeller fortsat er en række problemer med at sikre sammenhæng og kontinuitet i den psykiatriske behandling på tværs af sektorerne. Metode- og valgfriheden i den psykiatriske indsats er blevet reduceret. Offentligheden forventer med god grund samme kvalitet, uanset hvor i landet man tilbyder hjælp. DPS har derfor i de senere år udarbejdet faglige retningslinier om væsentlige indsatsformer, herunder:

- antipsykotisk medicin
- stemningsstabiliserende medicin
- elektrostimulationsbehandling
- socialpsykiatrisk behandling af skizofreni
- behandling af seksuelle forstyrrelser
- behandling af ikke-psykotiske tilstande

DPS deltager også i arbejdet med anvisninger, handlingsplaner og rekommandationer fx med et referenceprogram for skizofreni, rapport om spiseforstyrrelser og program for forebyggelse af selvmordsadfærd. Internationale guidelines og anbefalinger fra

psykiatrispecifikke task force-grupper finder ligeledes vej ind i den kontinuerlige fagudvikling, der er præget af, at patient- og pårørendesynspunkter vinder stigende indpas.

Dansk psykiatrisk forskning udfolder sig primært omkring universitetshospitalerne med fokus på de forskningsområder, som Det Nationale Strategiudvalg for Sundhedsvidenskab prioriterede allerede midt i 90'erne. Disse områder er:

- genetisk forskning
- klinisk interventionsforskning
- neuroforskning
- forebyggelsesforskning
- epidemiologisk forskning

Et særligt område er den danske psykiatriske registerforskning, som er enestående i international sammenhæng.

Forskningen omfatter såvel basal som klinisk forskning.

Mens førstnævnte ofte gør brug af moderne teknik som fx molekylærgenetisk undersøgelse og billeddannende teknik på tværs af sygdomsenheder, så er klinisk forskning overvejende lavteknologisk og med udgangspunkt i de store sygdomsgrupper skizofreni, affektive lidelser, misbrug etc. Psykiatrisk forskning inddrager i stor udstrækning viden og metoder fra andre discipliner - herunder fx samfundsvidenskabelige og humanistiske discipliner - for at belyse de ofte komplicerede problemstillinger i psykiatrien.

Den psykiatriske forskningsproduktion herhjemme omfatter årligt et par hundrede videnskabelige artikler i internationale peer-reviewed tidsskrifter samt 5-10 akademiske afhandlinger. Med en kvalitativ vinkel citeres flere af disse videnskabelige arbejder hyppigt i den internationale litteratur. Enkelte psykiatere er desuden flittige undervisere i det internationale forsknings- og uddannelsesmiljø.

WHO's anbefalinger om kvalitet har været vejledende for det seneste tiårs udvikling indenfor sundhedsvæsenet:

- høj professionel standard,
- effektiv ressourceudnyttelse,
- minimal patientrisiko,

- høj patienttilfredshed,
- helhed i patientforløbet.

DPS udgav i 1996 publikationen " Kvalitetsudvikling - en brugerhåndbog". Siden da har en række psykiatriske kvalitetssikrings- og udviklingsinitiativer set dagens lys, herunder bl.a. lokale patient- og pårørendetilfredshedsundersøgelser samt kliniske databaser. Foruden det længe etablerede Psykiatriske Centralregister eksisterer der herhjemme en national database til registrering af evidensbaserede kvalitetsindikatorer for skizofrenibehandling (NIP) og en database til registrering af distriktpsikiatriske variable (DIPSY).

Udfordringer

Psykiatrien er i positiv udvikling, om end en række problemer og udfordringer er iøjnefaldende. Blandt de mest positive udviklingstiltag kan nævnes følgende:

- Forstærket afstigmatisering af psykisk sygdom i almenbefolkningen.
- Øget politisk interesse for psykiatrien.
- Øget samarbejde mellem psykiatrien og patient-/ pårørendeorganisationer.
- Bedre sygdomsforståelse.
- Forbedrede biologiske og psykologiske behandlingsmetoder.
- Forbedring af de psykiatriske afdelingers/hospitalers fysiske rammer med eneværelse, eget toilet, aktivitetstilbud etc.
- Øget sammenhæng mellem de offentlige behandlings- og støttetilbud.
- Øget forståelse for nødvendigheden af forskning og kvalitetsudvikling.

På den anden side har de senere års mediemæssige, politiske og faglige debat også påpeget en række problemer – internationalt er det f.eks. påvist, at dødeligheden for visse patientgrupper er stigende, der er flere sindssyge, som er hjemløse, antallet af

retspsykiatriske patienter stiger mv. Psykiatrien står således også over for en række problemer og udfordringer.

Nærhed og kontinuitet har til nu været højt prioriterede nøgleord i den organisatoriske og faglige udvikling. Til forskel fra andre sundhedsfag er psykiatrisk specialisering derfor næsten ikke-eksisterende. Specialisering og centralisering er imidlertid vejen frem. Små og isolerede enheder med generalistopgaver er ikke garant for fagudvikling, og der er behov for en kritisk analyse af de organisatoriske ændrings betydning for psykisk syge. Der foreligger ikke større evidensbaserede undersøgelser af sammenhængen mellem effektivitet og myndighedsstørrelse henholdsvis afdelings- og institutionsstørrelse for det samlede psykiatriske behandlingssystem. Dette gælder navnlig i forhold til effekterne af de forskellige indsatser. Der er således behov for at styrke sundhedstjenesteforskningen i psykiatri.

Psykiatrisk forskning lever - men kun som en delvis integreret part i fagudviklingen. Et fåtal af ansatte er forskningsaktive og -orienterede, og selv ansatte med forskningskompetence har svært ved tidsmæssigt at forene forskning med kliniske opgaver. Valget bliver derfor ofte et enten-eller fremfor et både-og. En kritisk og videnskabelig vurdering af faglig praksis er derfor sjældent, og megen faglig indsats er ikke videnskabelig funderet. Også forskningsområdet har været ramt af de lægelige rekrutteringsvanskeligheder. En del forskningsopgaver og -stillinger bestrides derfor af ikke-læger. Uden at vurdere kvaliteten af disse andre faggruppers forskningsindsats, er det problematisk, hvis læger, der som faggruppe står centralt i behandlingsindsatsen, nedprioriterer forskningsarbejdet.

I sin ideelle form belyser kvalitetsudvikling, hvordan kvaliteten af klinisk praksis vurderes på grundlag af evidensbaserede kvalitetsmål, samt hvordan den udvikler sig over tid. Centralt for dette arbejde er auditmetoden, som frit oversat er en systematisk kollegial kvalitetsvurdering. Det psykiatriske fagområde gør kun i begrænset omfang brug af kvalitetsudvikling som systematisk arbejdsmetode og dokumentationsstrategi. Det er derfor

essentielt at stimulere fagområdet til at forske og til at kvalitets- og kompetenceudvikle for at opnå en nødvendig, forstærket fagudvikling.

Anbefalinger

- I lighed med den nationale kræftplan og hjerteplan skal der udarbejdes en national psykiatriplan, der udstikker de overordnede visioner og strategier for de kommende fem til ti års psykiatriudvikling, herunder også for den psykiatriske forskning. Fælles værdigrundlag for sektorsamarbejdet og økonomiske incitament (puljemidler) er utilstrækkelige tiltag til at sikre en høj og rimelig ensartet faglig kvalitet.
- Der skal ske en regional og national forskningsplanlægning i et tæt samarbejde med universitetssygehusene og universiteterne.
- Klinisk og anvendelsesorienteret forskning skal opprioriteres i takt med en national koordinering af den samlede psykiatriske forskningsindsats.
- Forskning i diagnostik og den tidlige indsats mod psykisk sygdom samt sundhedstjenesteforskning i psykiatrien skal opprioriteres.
- Psykiatrien skal være en del af Den Danske Kvalitetsmodel, der kan blive fremtidens ramme og fundament for et gennemsigtigt sundhedsvæsen. Psykiatriens kvalitetsudvikling skal være basis for implementering af forskningsbaserede kvalitetsmål.
- Psykiatriens ydelser skal i højere grad være præget af evidens. Kvaliteten af behandlingen skal øges gennem udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinier for behandling af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.
- Der skal fokus på en ensartet og høj kvalitet af udredning og behandling gennem oprettelse af nationale kliniske databaser.
- Psykiatriens faglige praksis prioriterer evidensudvikling og -basering. Hertil hører en uddannelses- og stillingsstruktur med tilhørende lønsystem, der både tilgodeser forskning og klinisk praksis.

- Psykiatriens samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige neurofag styrkes; det gælder også fællesområdet mellem psykiatri og somatik i al almindelighed, dvs. liaisonpsykiatri.

12. Organisatoriske status

Aktuel organisering

Dansk psykiatri har de seneste årtier gennemgået en organisatorisk udvikling i lighed med psykiatrien i den øvrige vestlige verden. I denne periode er asylpsykiatrien blevet afviklet og i stedet har man etableret en psykiatri med differentierede hospitalstilbud samt en række ambulante tilbud og social indsats. Begreber som hospitalspsykiatri, distriktskykiatri og socialpsykiatri har derfor set dagens lys.

Psykiatrien er omfattet af en række lovkomplekser, hvoraf specielt sygehusloven og serviceloven er relevante. I følge sygehusloven er behandling en opgave for sundhedssektoren med lægen som ansvarshavende og dækker hospitalsafdelinger og de hertil knyttede ambulante enheder dvs. klinikker, ambulatorier og distriktskykiatriske enheder.

Serviceloven sigter til gengæld på at yde borgere med behov sociale tilbud i form af støtte, aktiviteter, bosted etc. Serviceloven omfatter personer/patienter i egen bolig, idet institutionsbegrebet som udgangspunkt er afskaffet. Via lovgivningen skelnes der således mellem behandling og social indsats. Behandlingsopgaven er derfor en opgave for sygehusejerne, dvs. amterne/Hovedstadens Sygehusfællesskab, mens den sociale indsats er et anliggende for såvel amter som kommuner. Med en ny finansieringsmodel indenfor det sociale område (grundtakstmodel) understreges kommunernes primære ansvar. Amternes opgave er således mange steder begrænset til få komplicerede sager, med mindre amt og kommune aftaler andet. Mens det store flertal af borgere med psykisk sygdom alene har brug for en behandlingsindsats via primær eller sekundær sundhedstjeneste (almenpraksis, speciallægepraksis, hospitals/distriktskykiatri), så varetager kommunerne alene den sociale indsats overfor en mindre gruppe borgere med kroniske sygdomme.

Socialpsykiatrien er som videnskab et bredt begreb og genstand for megen diskussion. Overordnet beskæftiger socialpsykiatrien sig med:

1. De samfundsmæssige forholds betydning for sindslidelsers

opståen, udvikling og forløb.

2. Samfundets forebyggende indsats overfor sindslidende.
3. Samfundets institutioner for behandling, revalidering og omsorg for sindslidende.

En gennemgang af dansk psykiatris organisatoriske status har primært fokus rettet på punkt 3. På det politisk-administrativt niveau har et flertal af amterne udskilt psykiatrien fra det øvrige sundhedsvæsen med eget eller delvis eget politisk udvalg og forvaltning. Almenpraksis og speciallægepraksis refererer imidlertid til den primære sundhedstjeneste (sygesikringsregi), som er politisk-administrativt organiseret sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

På kommunalt niveau varetages den sociale indsats af socialvæsenet med tilhørende politisk udvalg og forvaltning. Hovedkonklusionen er således:

- At flere organisatoriske strukturer er involverede i den psykiatriske indsats.
- At organiseringen er forskellig og uensartet landet over.
- At psykiatrien ofte refererer til anden politisk administrativ struktur end de øvrige lægevidenskabelige specialer.
- Ingen evaluering har anskueliggjort om den organisatoriske udvikling har fremmet eller besværliggjort den faglige udvikling.

Psykiatrien har i lighed med somatikken gennemgået en større omlægning fra stationær til ambulant behandling. Men hvor specialiseringen har været anvendt som en metode til faglig udvikling i somatikken, så har nærheds- og kontinuitetsprincippet været psykiatriens kvalitetsmål. Hvert amt og hver kommune har opbygget sit tilbud, og kun meget snævre patientgrupper har været relevante for lands- og landsdelsfunktioner; specialisering er således kun tilstede i meget begrænset omfang.

Den funktionsbærende enhed og den højst specialiserede enhed har fra central hold været foreslået som hensigtsmæssige organisatoriske strukturer. Psykiatrien har lige så lidt som

somatikken organiseret sig konsekvent i overensstemmelse hermed. Der er til gengæld flere eksempler på, at amtslig behandling og amtslig/kommunal socialpsykiatri har organiseret sig i enheder med tæt indbyrdes samarbejde. Universitetshospitalerne deltager derimod i mere forpligtende former for samarbejde med somatiske og psykiatriske hospitaler samt de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Der er eksempler på store kvalitetsforskelle i somatikken og psykiatrien primært af organisatoriske grunde. DPS skal gøre opmærksom på, at ventelisten til de socialpsykiatriske boenheder i dag er langt højere end ventelisten til boenheder for mennesker med fysisk sygdom. I 2002 ventede 7 % af indlagte psykiatriske patienter på en boligmulighed mod bare 2,4 % af indlagte somatiske patienter. DPS mener derfor, at det er meget vigtigt at sikre, at der er tilstrækkelig med bomuligheder til færdigbehandlede psykiatriske patienter, således at de ikke som nu skal vente op til flere år på en psykiatrisk afdeling, før de kan få en bolig. Det er ulykkeligt for den enkelte, og både uhensigtsmæssigt og dyrt for samfundet. Herhjemme har konsekvenserne af de omfattende organisatoriske ændringer af psykiatrien kun i begrænset omfang været nærmere analyseret.

Psykiatriens fremtidige organisation

Indenrigs- og Sundhedsministeriets og Socialministeriets sektoranalyse af sundheds- og socialektorens opgaver overfor mennesker med sindslidelser peger på, at ansvaret for den psykiatriske behandling - alle sundhedsmæssige ydelser til sindslidende, herunder distriktskykiatriske tilbud - skal følge ansvaret for det øvrige sundhedsvæsen.

Psykiatrisk behandling har fokus på årsagssøgning, diagnostik, behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme. Herved er forholdene for psykiatri og somatik sammenfaldende. 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.

Psykiatri og somatik har etableret fælles forskningsfora, der har resulteret i, at man nu fx kender årsagen til den alvorlige neuropsykiatriske sygdom Chorea Huntington, at der er etableret fælles udredning og behandlingsenheder som fx demensklinikker, og at man kan målrette såvel den psykologiske som den biologiske behandling mod en række af de psykiske sygdomme som depression, demens og skizofreni. Udvikling og implementering af en integreret behandling 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 med forskning og kvalitetsudvikling er det nødvendigt for psykiatrien med et tæt samarbejde til det øvrige sundhedsvæsen og at tilknytningen til universitetsmiljøet styrkes.

Psykiatrien ønsker ikke blot at facilitere samarbejdet mellem de forskellige områder, som arbejder med psykiatri, men aktivt at medvirke til at styrke dette.

For at tilgodese denne udvikling anbefales det at supplere den psykiatriske behandling med **specialiserede og regionale (centraliserede) enheder**. En sådan specialisering vil være særlig relevant for regioner/universitetshospitalerne. Det anbefales, at der bl.a. oprettes specialiserede enheder for hver af de store psykiatriske sygdomsgrupper: skizofreni, depressive og bipolare lidelser, ikke-psykotiske tilstande og spiseforstyrrelser samt for retspsykiatri, patienter med dobbeltdiagnoser, ældrepsykiatri, sexologi og oligofrenipsykiatri.

De specialiserede enheder skal have ansvaret for

- Modeludvikling. Udvikling af evidensbaserede behandlingsmodeller mhp. tidlig diagnostik og behandling af psykisk sygdom med det formål at forebygge udvikling og forværring af psykisk sygdom (sekundær og tertiær forebyggelse). Effekten af integrerede behandlingsmodeller dokumenteres forskningsmæssigt.
- Behandling af patienter med vanskelige udrednings- og behandlingsforhold. Som eksempler kan nævnes patienter med

særlig komplicerede eller behandlingsresistente tilstande samt psykisk syge patienter med fx misbrug og retspsykiatriske patienter samt gravide med psykiske problemer. En særlig opgave for sådanne specialiserede enheder vil være "second opinion" af høj faglig kvalitet.

- Forskning på internationalt niveau og herunder også implementering af forskningsresultater må psykiatrien selv være ansvarlig for, således at implementering af evidensbaserede forskningsresultater løbende foregår.
- Uddannelse og videreformidling af viden i forhold til den øvrige psykiatri og de øvrige lægelige specialer samt til primærsektoren og socialektoren og et tættere samarbejde generelt mellem de områder, som arbejder med psykiatriske patienter.
- Ligeledes bør der oprettes enheder for neuropsykiatrisk udredning og behandling, og enheder til forskning og behandling af patienter med kronisk prægede tilstande. Samarbejdet med socialektoren om patienter med kroniske tilstande bør styrkes og videreudvikles.

Anbefalinger

- Ansvar for den psykiatriske behandling – dvs. alle sundhedsmæssige ydelser til sindslidende, herunder distriktpspsykiatriske tilbud - skal følge ansvaret for det øvrige sundhedsvæsen. Det vil sige, at organseringen af psykiatrien skal følge det øvrige sundhedsvæsen ved en evt. strukturændring.
- Det er centralt for den faglige udvikling, rekruttering og kvaliteten i den psykiatriske indsats at senge- og distriktpspsykiatrien forbliver i den samme organisatoriske enhed.
- Såfremt man ønsker at samle størstedelen af psykiatrien (sengepsykiatri, distriktpspsykiatri og den amtslige socialpsykiatri) i en organisatorisk enhed, skal DPS stærkt anbefale, at det sker i regioner sammen med det øvrige sundhedsvæsen. At placere den samlede psykiatri i kommuner

på 30.000 –100.000 indbyggere vil dels medføre, at man støtter små behandlingsmiljøer uden mulighed for faglig udvikling og sikring af kvalitet i behandlingen samtidig med, at det vil forværre rekrutteringen til området drastisk. Strukturkommissionens Sektoranalyse af psykiatrien understreger da, også at "kvalitet bør vægtes højere end nærhed".

- DPS er enig i Sundhedsstyrelsens skøn i, at befolkningsgrundlaget for en funktionsbærende psykiatrienhed i dag skønnes at være større end tidligere vurderet. Når det gælder retspsykiatrien, spiseforstyrrelser, de ikke-psykotiske tilstande, oligofrenipsykiatri og enheder for udredning af demens bør befolkningsgrundlaget være 400.000-1.mill. indbyggere. Når det gælder akutte beredskaber er skønsmæssigt 150.000 – 250.000 indbyggere at foretrække. DPS håber for psykiatrien som for det øvrige sygehusvæsen, at en model med færre og større regionale enheder vil bidrage til at øge den faglige bæredygtighed og dermed sikre en høj faglig kvalitet i psykiatrien.
- Den fremtidige udvikling af det psykiatriske speciale må nødvendigvis tage udgangspunkt i de nye diagnostiske og konceptionelle erkendelser, hvorfor psykiatriens tilknytning til sundhedsvæsen og universitet bør styrkes. Det kan fx være gennem helt nødvendige fælles forskningsprojekter, oprettelse af post. doc. og ph.d.stipendier, hvilket også vil bidrage til at fastholde lovende forskere i psykiatrien.
- DSP har et stærkt ønske om, at den offentlige sektorstruktur i højere grad fokuserer på psykiatrien, samtidig med at man prioriterer en smidig samarbejdsform for klinik og forskning. Her tænkes primært på samarbejdet med de øvrige sundhedsfag, men også i forhold til den sociale sektor, hvor samarbejdet er relevant for en mindre del af de psykisk syge.
- At psykiatrien i højere grad end hidtil suppleres med specialiserede og regionale (centraliserede) enheder, en sådan specialisering vil især være relevant for regionerne/universitetshospitalerne.

- At de specialiserede enheder primært sigter på psykiatiske patienter med sjældne problemstillinger og på patienter med vanskelige udrednings- og behandlingsforhold som fx patienter med komplicerede neuropsykiatriske sygdomme, svært syge og behandlingsrefraktære patienter, patienter med depressiv lidelse som ønsker graviditet, retspsykiatriske patienter eller patienter med alvorlig psykisk lidelse og misbrug.

13. Den velinformerede patient

I de senere år har der været fokus på **patientrettigheder** og patienternes ret til medindflydelse bl.a. gennem loven om patienters retstilling. Det er vigtigt, at disse lovændringer også føres ud i livet. I psykiatrien lægges der vægt på, at patienterne i videst muligt omfang inddrages i tilrettelæggelsen af behandlingen. Det sker blandt andet i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsplaner for indlagte psykiatriske patienter og i forbindelse med udskrivningsaftaler for de svageste sindslidende.

DPS mener i den forbindelse, at alle afdelinger bør have tilbud til patienter om undervisning i deres sygdom og dermed sikrer patienterne medindflydelse på deres behandling.

Recovery eller det at komme sig helt eller delvist efter en alvorlig sindslidelse, har været kendt og anvendt gennem mere end 10 år andre steder i verden. Med recovery er der reelt tale om en opstramning og opprioritering af eksisterende god klinisk praksis. Modsat rehabilitering, hvor de professionelle gør noget for patienten, er recovery forbundet med det enkelte menneskes egen aktive indsats. De ydre faktorer – familie og professionelle - kan enten fremme eller hæmme denne proces.

For de fleste danske psykiatere er denne tanke ikke fjern fra almindelig god klinisk praksis, men som en målrettet strategi er den ny.

Inddragelsen af pårørende er øget de senere år. Mange afdelinger har tilbud til pårørende om undervisning i psykisk sygdom. Pårørende skaffer sig også på anden vis mere viden om psykisk lidelse og behandlingsmuligheder end tidligere. Det stiller større krav til speciallægen og andre der arbejder i psykiatrien. Mange amter har en "Pårørendepolitik" med en beskrivelse af, hvorledes de pårørende skal medinddrages i behandlingen.

Psykiatriens samarbejde med patient- og pårørendeforeningerne er gennem de sidste år blevet intensiveret og bedret. DPS anbefaler, at dette samarbejde fremmes. Patient – og pårørendeforeningerne vil gerne bidrage til udarbejdelse af informationsmateriale og tilbyder også at undervise i patient- og pårørendesamarbejde

på informationskurser både til pårørende og patienter samt medarbejdere på de psykiatriske afdelinger og i distrikpsykiatrien. Det er tilbud, man fra psykiatriens side bør reflektere positivt på, ikke mindst fordi patienterne i fremtiden naturligt vil stille stadig større krav til information og inddragelse i behandlingen.

Anbefalinger

- Lovændringerne om patienters retsstilling bør føre til bedre patientindflydelse.
- Samarbejdet mellem det psykiatriske behandlingssystem og patient- og pårørendeforeninger bør fremmes.

14. Psykiatrien og omverdenen

Psykiatriens image

Der er fortsat en ganske stærk debat om psykiatri i medierne, hvilket DPS er glad for. Medieanalyser viser, at psykiatriens og psykiaterens image er fokuseret på problemerne i behandlingen, og at psykiatrien ofte er i en defensiv position, hvor opgaven især bliver at besvare kritiske spørgsmål. Det er beklageligvis sjældent psykiatrien, der sætter dagsordenen.

Derfor er det vigtigt at forbedre samarbejdet mellem de centrale sundhedsmyndigheder, DPS, Psykiatrifonden, patient- og pårørendeforeninger og andre interessenter vendt mod omverdenen. Der er fortsat mange fordomme og myter om psykiatriske patienter, behandlere og behandling. Her er det væsentligt, at patienter, pårørende og fagfolk går sammen om at informere omverdenen om psykiske sygdomme.

Internationalt samarbejde

DPS har gennem mange år deltaget i Nordisk Psykiatrisk Samarbejdskomité (NPS). NPS er et fælles nordisk organ for de fem nordiske psykiatriske selskaber, der afholder en psykiatrikongres hver tredje år og udgiver et nordisk psykiatrisk videnskabeligt tidsskrift. DPS deltager ligeledes i faglige internationale møder med WPA (World Psychiatric Association), UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), WHO (World Health Organisation) og AEP (Association of European Psychiatrists). Der er enighed om - i samarbejde med patientorganisation inden for psykiatrien - at arbejde målrettet for at psykiatrien får større opmærksomhed i **EU-sammenhænge** og for, at EU's rammebevillinger til forskning inden for sundhedssektoren også skal gælde psykiatrien. I dag er det især hjerte- og kræftområdet, der prioriteres via EU's forskningsbevillinger.

Medicinalindustrien

De seneste års nye viden om genernes betydning for de psykiske sygdomme har øget behovet for klinisk forskning markant. Desværre modsvares denne vækst ikke af en stigning i de offentlige forskningsinvesteringer. Idet udvikling og afprøvning

af nye lægemidler er uhyre kostbar, er hovedparten af lægemiddelforskningen i dag finansieret af medicinalindustrien. DPS opfordrer de centrale sundhedsmyndigheder og andre til at arbejde for, at der bliver en mere hensigtsmæssig balance mellem den kliniske forskning, der finansieres af industrien, og det offentlige.

Anbefalinger

- Der skal være et bedre samarbejde mellem de centrale sundhedsmyndigheder, DPS, Psykiatrifonden, patient- og pårørendeforeninger og andre interessenter om at informere omverdenen om psykiske sygdomme.
- DPS ser det som et vigtigt mål at udbrede kendskabet til psykiatri, og på den måde være med til at fjerne de mange fordomme på området. I England har man gennemført landsdækkende undersøgelse om befolkningens holdning til psykiske sygdomme (<http://www.openthedoors.com>). DPS foreslår at der gennemføres lignende undersøgelser i Danmark.
- Internationalt bør der arbejdes målrettet for at psykiatrien får større opmærksomhed – flere rammebevillinger - i EU-sammenhænge.
- Det skal være muligt økonomisk at gennemføre klinisk afprøvning af forskellige medikamenter uden tilskud fra medicinalindustrien.

Litteratur

- Amtsrådsforeningen. En sammenligning af amternes aktiviteter på psykiatriområdet. 2002.
- Amtsrådsforeningen. Efter- og videreuddannelse på psykiatriområdet. 2002.
- Amtsrådsforeningen. Sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen. 2002.
- Amtsrådsforeningen. En sammenligning af amternes/H:S' aktiviteter på psykiatriområdet. 2003.
- Amtsrådsforeningens nøgletal på psykiatriområdet. 2003.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Kvalitetsudvikling - en brugerhåndbog. 1996.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Klinisk sexologisk fremtidige placering i psykiatrien. 1997.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling med antipsykotika. Ugeskrift for Læger 1998, klaringsrapport 5.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. God socialpsykiatrisk standard i behandling af unge og voksne med skizofreni. Ugeskrift for Læger 2001, klaringsrapport 6.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. 2001.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Psykofarmakologisk behandling med lithium og antiepileptika. Ugeskrift for Læger 2002, klaringsrapport 4.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. ECT rapport. 2002.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Målbeskrivelse for psykiatri. 2003.
- Det Nationale Strategiudvalg for Sundhedsvidenskab. Forslag til national strategi for sundhedsvidenskab. København: Forskningsministeriet 1995, Betænkning nr. 1284.
- Fremtidens psykiatri.
- Norsk psykiatrisk forenings generalplan for norsk psykiatri 2001-2010. 2002.
- Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Foreningen af speciallæger. Modernisering af specialet psykiatri. 2003.
- Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. 2003
- Psykiatripuljen for 2003-2006.
- Regeringens redegørelse til Folketinget om udviklingen inden for psykiatrien
- Indenrigs- og sundhedsministeriets Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer. 200 3.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet. Strukturkommissionens betænkning (nr.1434) 2004.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet og Socialministeriet. Regeringens statusrapport over tilbuddene til sindslidende 2001.
- Sundhedsstyrelsen. Dimensioneringsplan. 2003
- Sundhedsstyrelsen. Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien. 1995.
- Sundhedsstyrelsen. Målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien. 1998.
- Sundhedsstyrelsen. Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien. 1998.
- Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10.

Regeringen september 2002.

Videnscenter for socialpsykiatri. Kvalitet i socialpsykiatrien. 2000.

World Health Organisation. The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. 2001. World Health Organisation.

www.dpsnet.dk

En komplet litteraturliste kan rekvireres hos Dansk Psykiatrisk Selskab.