



Dansk Psykiatrisk Selskab

Visioner for fremtidens psykiatri

Vi foreslår, at følgende tre områder i særlig grad prioriteres:

1. Behandling af høj kvalitet
2. Forskning – en investering i fremtiden
3. Etisk ansvarlighed

Regeringen omtaler i pjecen: "Danmark og Globaliseringen", at Danmark skal være et førende videnssamfund for at leve op til globaliseringens

Baggrund

Psykiatrien har i de sidste 100 år udviklet sig fra "anstaltspsykiatri" til et mere mangfoldigt tilbud af behandlingsmuligheder: Ambulant behandling i distriktspsykiatrien, særlige tilbud til unge med psykose, opsøgende psykiatriske teams, specialklinikker og speciallægepraksis. Styrkelsen af de ambulante behandlingstilbud har gjort det muligt for patienterne at bo i egen bolig, og synet på psykisk syge har ændret sig i takt med afinstitutionaliseringen.

Psykiatrisk behandling er i stigende grad baseret på forskningsresultater. Dansk psykiatri og danske psykiatere har bidraget til fagets udvikling, nationalt såvel som internationalt, gennem forskning på højt internationalt niveau og gennem forbedring og udvikling af nye behandlingsmetoder.

Dansk Psykiatrisk Selskab udgav i 2004 "Hvidbogen", der beskrev psykiatriens kerneopgaver og udfordringer frem mod 2010. Siden da er meget sket:

Strukturreformen har medført, at opgaver og ansvar inden for psykiatrien i betydelig grad har skiftet karakter. I strukturreformen beskrives sundhedsaftalerne, som også omhandler indsatsen overfor mennesker med psykiske sygdomme. Sundhedsaftalerne stiller på alle niveauer øgede krav om en forsknings- og evidensbaseret indsats.

Verdenssundhedsorganisationen WHO forudsår, at psykiske lidelser vil indtage en andenplads over de mest belastende sygdomme på verdensplan i 2020. Regeringen omtaler i pjecen: "Danmark og Globaliseringen", at Danmark skal være et førende videnssamfund for at leve op til globaliseringens udfordringer. Dette indbefatter at tilbyde en moderne og evidensbaseret behandling til psykisk syge.

Den psykiatriske forskningsindsats har aldrig været vigtigere, hvis vi skal imødekomme den stigende efterspørgsel på psykiatrisk behandling og udvikle nye behandlingsmetoder til gavn for patienterne.

Psykiatrien lider dog stadig under mangel på uddannet arbejdskraft. Manglende efteruddannelse af personalet og utilstrækkelige økonomiske ressourcer medvirker til, at mange patienter ikke modtager behandlingstilbud, eller at de modtager dem sent i forløbet.

Dansk Psykiatrisk Selskab vil gerne nå mere - til gavn for patienterne, deres familier og samfundet som helhed.

Vi har en forpligtigelse til at frembringe og udnytte forskningsresultater

Vi er åbne over for nye behandlingsmetoder, hvor virkningen er veldokumenteret eller undersøges.

Vi ønsker at udvikle en psykiatri, hvor behandlingen er let tilgængelig, indsatsen er målrettet og planlægges i et samarbejde med patienten og dennes pårørende.

Vi ønsker at arbejde for en afstigmatisering af psykiatrien.

Vi skal være bevidste om de etiske forpligtelser overfor patienterne og overfor samfundet. For psykiatrien er der en særlig forpligtelse, der affødes af at forvalte psykiatriloven. En lov, der griber ind i personers frihed på afgørende vis.

Vi ønsker at rette opmærksomheden mod forebyggende initiativer, for at reducere den fysiske magtanvendelse til et minimum, og for at kvalificere den øvrige tvangsanvendelse mest muligt.

Vi ønsker at arbejde for en afstigmatisering af psykiatrien. Det skal ske ved en ligestilling med somatiske specialer og ved en sikring af en større bredde i psykiatriens indsatsområde.

Vi har i Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse fundet, at selskabets 100 års jubilæum i december 2008 var en god anledning til at udmønte disse forslag i et 10 punkts program.

Bestyrelsen fremlagde udkastet til sit 10 punkts program ved årsmødet i 2009, og de 10 punkter findes i Appendix.

De 10 programpunkter har været fremlagt for selskabets medlemmer, patient- og pårørendeorganisationer og Danske Regioner, og deres synspunkter har dannet baggrund for arbejdet i en ad hoc-gruppe fra Dansk Psykiatrisk Selskab, som af bestyrelsen fik som kommissorium:

- I. At foretage en prioritering af de 10 punkter og udarbejde formulering af disse.
- II. At give begrundet prioritering af de enkelte punkter
- III. At udarbejde konkrete forslag til indsatser og deres implementering for de prioriterede områder indenfor de kommende år.

Prioriterede områder

Tre områder, hvor flere af de 10 punkter har kunnet inkluderes, er prioriteret. De vil i det følgende blive konkretiseret. De tre områder er:

- A. Behandling af høj kvalitet
- B. Forskning - en investering i fremtiden
- C. Etisk ansvarlighed.

A. Behandling af høj kvalitet

For at en behandling kan siges at være af høj kvalitet bør den:

- Være tilgængelig
- Være til stede i tilstrækkeligt omfang
- Udføres effektivt
- Være sammenhængende
- Være baseret på evidens
- Udføres af højt kvalificeret personale
- Have fokus på tidlig intervention
- Give mulighed for second opinion
- Medinddrage pårørende i behandlingen

Inden for behandling af høj kvalitet skal følgende søges implementeret:

1. Det skal sikres, at den eksisterende viden hurtigt implementeres i klinikken. Dette kan ske ved i højere grad at benytte de allerede eksisterende referenceprogrammer (for skizofreni, depression, angst) samt ved at udarbejde nye programmer og opdatere de gamle programmer. Denne opgave har tidligere været centraliseret under Sundhedsstyrelsen, men er nu blevet lagt ud til regionerne. Dansk Psykiatrisk Selskab mener, at kun en centraliseret instans er i stand til at løfte en så tung opgave.
2. Der skal udvikles standardiserede pakkeforløb for forskellige patientgrupper/diagnostiske grupper for at sikre kvalitet og ensartethed i behandlingen landet over. Som led i pakkeforløbet skal der også ske en afdækning af de individuelle behov, og behandling, der er relevant for den enkelte patient, skal tilbydes. De standardiserede forløb forventes at skulle udarbejdes i løbet af en

Årsmødet
 Et pakkeforløb er en samlet indsats, hvor alle faserne i behandlingen – henvisningsprocedure, detaljeret undersøgelsesprogram, diagnostisk udredning, behandling og sociale tiltag – samles i ét forløb. Forløbet er på forhånd fastlagt, men der er mulighed for individuel tilpasning afhængig af behov. Standardiseringen vil gøre processen mere overskuelig for både patienter og pårørende. Samtidig vil det give større indsigt i forløbet. Da alt er planlagt og koordineret i forhold til hinanden, reduceres risiko for forglemmelser og fejl. Også dette vil kunne bidrage til større tryghed for alle involverede parter. Det er vigtigt, at pakkeforløbene jævnligt revideres, så indholdet altid er opdaterede i forhold til den nyeste viden.

Et planlagt forløb vil optimere behandlingen og føre til, at patienten hurtigere vil kunne vende tilbage til sin dagligdag.

Alle pakkeforløb skal som omtalt så vidt muligt tage udgangspunkt i eksisterende referenceprogrammer, fastlagte guidelines og nyere forskningsresultater, men med løbende evaluering af behandlingseffekt, og evt. ændring af behandlingsplaner, afhængig af effekt mv. for at sikre, at den iværksatte behandling har dokumenteret effekt på kort og lang sigt.

Pakkeforløb vil være hensigtsmæssige i udredning og behandling af patienter med sværere psykiske lidelser, herunder nydiagnosticerede og behandlingsrefraktære, som fx skizofreni, bipolare lidelser, depressive lidelser eller demenstilstande. Også patienter hvor adækvat behandling i dag ikke altid er tilgængelig, fx ikke-psykotiske lidelser som angst, hyperaktivitets og opmærksomhedsforstyrrelser personlighedsforstyrrelser og moderat depression, bør sikres hurtig og tilstrækkelig behandling.

Kvalitetssikrings- og evalueringstiltag skal igangsættes sideløbende med pakkeforløbene og skal opleves som relevante for både patienter og behandlere.

I tilrettelæggelsen af pakkeforløb bør opmærksomheden også rettes mod, at mange psykiatriske patienter mangler ressourcer og netværk. Det betyder, at de ofte undlader at opsøge behandling. For sådanne grupper af socialt udsatte og marginaliserede skal der ligeledes udarbejdes relevante behandlingstilbud, der tager hensyn til deres specielle behov.

Nedenstående sygehistorier illustrerer nogle af de patientkategorier, der er tale om:

Skizofreni

22-årig mand, som helt fra barnsben har trukket sig tilbage fra andre mennesker. Han havde, trods god begavelse, svært ved at koncentrere sig i skolen, var i gang med uddannelsesforløb, men isolerede sig i tiltagende grad, sad ofte ved computeren til langt ud på natten, havde dårlig hygiejne og røg en del hash. Gradvist udviklede han ideer om, at der var startet en sammensværgelse mod ham, hvor lærerne, andre elever og til sidst også naboerne ville ødelægge hans liv, idet de var misundelige på ham. Til sidst turde han heller ikke spise af frygt for forgiftning. Han blev indlagt på psykiatrisk afdeling og kom i behandling med antipsykotisk medicin, som havde en god effekt. Han blev tilknyttet et OPUS team, hans familie inddraget i familiebehandling, og han trænede sociale færdigheder i et gruppeforløb. Han ophørte med hashforbruget. Ved psykologisk testning kunne man bekræfte hans vanskeligheder med opmærksomhed og planlægning. Efter 1½ års behandling kunne han genoptage sit ingeniørstudium på specielle ... °

Bipolare lidelser

35-årig mand bringes til psykiatrisk skadestue, da han har forsøgt at dirigere trafikken og skønnes psykisk syg. Det lykkes ham at stikke af, men få timer senere tvangsindlægges han, da han har kørt mod færdselsretningen med stor hastighed og bragt flere i akut fare. Ved indlæggelsen findes han letvakt irriteret, meget talende, uafslægt i bevægelse, mener han har forhindret flere færdselsuheld ved sin adfærd og er ganske urealistisk. Han vurderes som psykotisk, klart behandlingskrævende. Efter et døgn indlæggelse, hvor tilstanden ikke har ændret sig markant, kan han overtales til at tage mod beroligende medicin. Han bliver efter et par døgn mere rolig og ved en samtale, hvor ægtefællen medvirker, kommer det frem, at han de sidste år har haft flere episoder, hvor han har været depressiv og haft vanskelighed med at overkomme sit arbejde, men søgt at klare sig igennem ved at drikke alkohol og ikke været villig til at søge hjælp. I samråd med ægtefællen accepterer han at starte en behandling med stemningsstabiliserende medicin, og efter få uger er han atter i neutral stemning. Han udskrives til ambulanskontakt med stemningsstabiliserende medicin og er ved senere kontakter

Tilbagevendende depressioner

49-årig kvinde, der har haft 3 depressioner i voksenlivet, som hver gang er klaret med antidepressiv medicin ordineret af egen læge. Da den 4. depression kommer, er det, som om den ingen ende vil tage. Kvinden sygemeldes og tager den medicin, som egen læge ordinerer. Efter nogle måneder føler hun, at verden er ved at gå under, og det er hendes skyld, hun orker intet, ligger mest i sin seng, men uden at sove. I samråd med egen læge, lader hun sig indlægge. Her får hun et stærkere middel mod depression, personalet hjælper hende med at få etableret en normal døgnrytme, med at dyrke motion og spise regelmæssigt. Hun deltager også i en gruppe med andre patienter i samme situation. Hun bliver enig med sin psykiater om, at det er vigtigt at få medicin, der forebygger tilbagefald af depression. Hun får timer hos psykolog i faresignaler på depression og hvordan hun kontrollerer sine tanker for at forebygge nye depressioner.

Angst

61-årig kvinde henvises efter, at hun igen har udviklet angst. Hun har haft angst i perioder siden 45 års alderen, og gået hos praktiserende psykiater, distriktpsychiatri og psykolog for både angst og kriser. Hun er blevet behandlet med talrige former for medicin og forskellige former for terapi, herunder afspænding og instruktion i vejrtrækningsteknik. Har på henvisningstidspunktet været fri for angst i 4 år. Hendes angst blussede op, efter at hun og ægtefællen havde været på en mislykket ferie med venner gennem mange år. Hun fik fornyet instruktion i vejrtrækningsteknik, og kunne delvis bruge dette. Hun fik samtaler, hvor man talte om vreden mod venneparret, og at hun undertrykte vreden. Angsten forsvandt, men vendte tilbage, da hun fik problemer med en ejendomsmægler, hvor man igen talte om den undertrykte vrede. Hun og ægtefællen flyttede i lejlighed, og hun var da bange for at genere naboerne, og i forbindelse med dette, taltes om hendes selvværd. Hun fik kortvarigt antidepressiv medicin, men behandlingen måtte opgives p.gr.a. bivirkninger. Efter 15 måneders ambulantly behandling havde hun praktisk talt ingen angst, og behandlingen afsluttedes efter 18 måneder og 17 samtaler.

Demens

75 årig kvinde, der for 3 år siden har fået stillet diagnosen Alzheimers sygdom i lettere grad ved en ambulantly undersøgelse i et ældrepsykiatrisk team. Hun blev sat i behandling med en kolinesterasehæmmer og afsluttet til egen læge. På daværende tidspunkt klarede hun sig med let støtte fra sine 2 børn, hvor datteren bl.a. hjalp med at overskue økonomien. I de første par år var hendes tilstand stabil, men siden er hendes demens blevet forværret, og hun klarer sig tiltagende dårligt i dagligdagen. I det sidste halve år har hun fået forestillinger om, at datteren og hjemmehjælpen bestjæler hende bl.a. ved at fjerne ting fra hendes hjem. Når tingene dukker op andre steder i patientens hjem, mener hun, at tyven må have lagt dem tilbage. Hun genhenvises af egen læge til ældrepsykiatrisk team. Hun er ved undersøgelsen moderat dement og har tydelige forfølgelsesforestillinger, der ikke kan korrigeres. Hun virker vred og forpint. Hun sættes i behandling med en lille dosis antipsykotika, og der etableres kontakt til demenskoordinatoren, der får motiveret hende til at komme i et dagcenter 3 dage ugentligt. Ved opfølgning 3 måneder senere er hun velbefindende og mener ikke, at hun bliver bestjålet mere.

3. Der skal være sammenhæng i behandlingen. Dette sker ved, at man tilstræber, at hver patient skal være tilknyttet så få øvrige behandlere som muligt.

Der skal lægges en individuel plan for hvert forløb, der skal følge patienten gennem hele forløbet, og hvor der tages hånd om patientens samlede situation.

Second opinion efter fastlagte retningslinjer kan etableres som et åbent tilbud til psykiatriske patienter

Sammenhængen i patientforløb gælder både for behandlingen i psykiatrien og i samarbejdet med andre sektorer og fag. Således skal patienten tilbydes et begrænset antal behandlere både under indlæggelse og ved ambulans behandling i psykiatrisk regi.

Da psykiatriske patienter ofte har sammenfaldende legemlig sygelighed, skal en relevant somatisk udredning indgå som en integreret del af et patientforløb.

En afklaring af sociale problemstillinger og stillingtagen til tiltag rettet mod disse skal også være en del af et patientforløb, hvor der således skal være et tæt samarbejde med relevante kommunale instanser.

4. Der bør være mulighed for medicinfri observation i en periode, hvis det skønnes relevant. Undersøgelser kan gennemføres i denne periode, så der kan stilles en sikker diagnose. Medicinfri observation for især nyhenviste patienter bør være en patientrettighed, der skal være medvirkende til at sikre en evidensbaseret behandling efter gældende retningslinjer. Patienter, der indlægges akut, kan være så dårlige, at man af den grund er afskåret fra at gennemføre en medicinfri observationsperiode.

I nationale og internationale retningslinjer anbefales medicinfri observation for at sikre tilstrækkelig mulighed for adækvat diagnosticering, før der påbegyndes behandling. Ligeledes skal det anbefales, at man i behandlingen primært arbejder monoterapeutisk, altså afprøver et præparat ad gangen.

5. Der bør i hver region etableres specialiserede afdelinger med det formål at give mulighed for længerevarende stabiliserende ophold for behandlingsrefraktære psykotiske patienter.

Det begrænsede antal sengepladser har haft negative konsekvenser. Patienter risikerer at blive utilstrækkeligt diagnostisk afklaret, inden behandling igangsættes. De bliver udskrevet, før der er sikret en tilstrækkelig stabilisering og der er risiko for, at der igen sker en forværring af tilstanden med genindlæggelse til følge. For at undgå dette bør der skabes mulighed for, at kronisk psykotiske patienter kan være indlagt i længere perioder. Psykiatrien skal derimod ikke anvendes til at løse sociale problemer. Kroniske patienter, der har brug for botilbud, skal kunne udskrives, når de er psykiatrisk færdigbehandlede i psykiatrisk afdeling.

6. Der skal udvikles og forskningsmæssigt afprøves "shared care" modeller. Det skal ske som en intensivering af samarbejdet mellem psykiatrien og almen praksis.

For at psykiaterne kan løfte den psykiatriske behandlingsopgave, skal "shared care" modellen implementeres nationalt. Et formaliseret samarbejde, hvor de praktiserende læger tilbydes supervision af behandlingsforløb og rådgivning i forbindelse med visitation. Derved skabes en forudsætning for at almen praktiserende læger kan overtage hele eller dele af behandlingen ved bestemte sygdomsgrupper.

7. En forudsætning for at kunne tilbyde en kvalificeret psykiatrisk behandling er, at personalet er veluddannet og til stadighed vedligeholder deres viden

Alle ansatte i psykiatrien skal tilbydes arbejdsgiverbetalt faglig oplæring ved tiltrædelse, og alle ansatte i psykiatrien skal have ret til 2 ugers arbejdsgiverbetalt efteruddannelse årligt.

Hver region bør udarbejde en faglig optrappingsplan for alle faggrupper med arbejde i psykiatrien med fokus på styrkelse af behandlernes kompetence

Eksisterende efteruddannelses tilbud skal kritisk gennemgås med henblik på eventuelle justeringer og ajourføringer.

Den enkelte afdeling/psykiatriske center bør have ansvar for efteruddannelsen af de ansatte for at sikre, at afdelingens/centrets behov tilgodeses. Ved enhver fastansættelse i psykiatrisk regi bør der derfor lægges plan for omfang og karakter af efteruddannelse.

B. Forskning, en investering i fremtiden

Forskning er grundlaget for, at det psykiatriske speciale overhovedet er etableret, og forskning er forudsætningen for ny viden om årsagsforhold, sygdomsmekanismer, forebyggelse og behandling.

Der er behov for en øget forskningsindsats inden for årsagsfaktorer til psykiske lidelser og behandling af psykiske lidelser. Indsatsen skal strække sig fra grundforskningen til den specialiserede kliniske forskning indenfor nye og allerede anvendte behandlingsmetoder i psykiatrien herunder en klinisk forskning i effekt af alle anvendte behandlingsmetoder i psykiatrien.

For at sikre en uvildig vurdering af psykofarmakas virkning og bivirkninger, bør forskningen tilstræbes at være uafhængig af medicinalindustrien.

Det skal sikres, at forskning skal være alsidig, så alle aspekter:

Grundforskning,
Årsagsudforskning,
Behandlingsorienteret forskning og
Klinisk effektforskning tilgodeses

Formålet med forskningsrelaterede aktiviteter og kvalitetssikringsaktiviteter er at:

- a. Etablere nye muligheder for forebyggelse og behandling til gavn for patienten
- b. Sikre at nye forskningsresultater omsættes og implementeres i den kliniske hverdag
- c. Forholde sig kritisk til egen kliniske praksis
- d. Skabe mulighed for at foretage evidensbaserede og omkostningseffektive valg mellem forskellige behandlingsmuligheder og anvende ressourcer optimalt

Der skal være mulighed for både vidensgenerende forskning og kvalitetsudvikling. Herved skal sikres en optimal udnyttelse af eksisterende viden som led i klinisk praksis ved alle typer ansættelse. Dette er særligt vigtigt på universitetshospitalerne, for derved kan man sikre, at nye behandlingsmetoder hurtigt bliver udbredt til gavn for patienterne. Hvis psykiatere og andre faggrupper ikke selv er aktive indenfor forskning, er det således meget vanskeligt at se mulighederne og fejlkilderne i ny forskning. Patienter skal tilbydes mulighed for at deltage i relevante

C. Etisk ansvarlighed

I al lægegerning stilles der høje krav om etisk ansvarlighed i udførelse af arbejdet, i forhold til den enkelte patient, til dennes familie, men også til samarbejdspartnere og til samfundet som helhed. Der er en asymmetri i relationen, som man må være bevidst om. Patienters sociale og kulturelle forhold samt religiøse overbevisninger kan indgå som faktorer i den nødvendige relation, som skal opbygges, for at en god behandling kan etableres. Den særlige relation, psykiatriloven fordrer af psykiatere, stiller yderligere krav til en høj etisk refleksion og standard i forbindelse med udøvelsen af faget. Psykiatriens personale bør være opmærksomme på, at egne overbevisninger kan få indflydelse på relationen til patienterne, med mindre man er sig dette yderst bevidst. Personalet i psykiatrien skal være opmærksom på, hvorledes holdninger tilkendes gives på mange – ofte subtile – måder, bl.a. i indretning af afdelinger, måden hvorpå man modtager patienter og pårørende, hvad man siger, og hvordan man siger det. Det gælder med andre ord i alle aspekter af kontakten til patient, pårørende og andre samarbejdspartnere. Respekt er en grundlæggende værdi indenfor psykiatrien sammen med faglighed og ansvarlighed.

Inden for området etisk ansvarlighed skal fremhæves, at der skal være en problematisering af brugen og en anerkendelse af nødvendigheden af tvang. Der bør nedsættes et udvalg under Dansk Psykiatrisk Selskab vedrørende Psykiatriloven for at sikre, at selskabet løbende er opdateret på området og kan indgå i en dialog med myndighederne om, hvad der kan gøres for at reducere brug af tvang.

Det er psykiatriens mål, at behovet for tvang mindskes. Tidlig opsporing af psykiske sygdomme kan formentlig reducere anvendelsen af tvang. Der skal oprettes Ph.D stipendier til forskning indenfor anvendelse af tvang på klinisk niveau.

Øget samarbejde med patienter og deres pårørende

Pårørende er en væsentlig støtte for patienter og ofte nødvendige for, at de kan klare sig i samfundslivet. Pårørende rammes, når en person får en psykisk sygdom.

Psykiatrien skal anerkende pårørendes selvstændige behov for oplysning om sygdommene og for inddragelse - så vidt muligt - i planerne for behandlingen. Endvidere skal de pårørendes egne oplevelser og belastning anerkendes og søges afhjulpet sideløbende med patienternes behandling

Det foreslås, at der oprettes et borgerkontor/hotline, hvor pårørende kan henvende sig døgnet rundt og få råd og vejledning.

Enhver psykiatrisk afdeling bør udarbejde en pårørendepolitik og regelmæssigt afholde møder med pårørende/patientorganisationer.

Både patienter og pårørende skal tilbydes den information, de har behov for. Pårørende, der ofte er de personer, der støtter patienterne mest i deres dagligdag, skal - med patientens accept - medinddrages i behandlingen.

Psykiatriens personale bør være opmærksomme på, at egne overbevisninger kan få indflydelse på relationen til patienterne, med mindre man er sig dette yderst bevidst

Psykiatrien skal anerkende pårørendes selvstændige behov for oplysning om sygdommene og for inddragelse

Nationale strategiplaner

Vi har inden for den senere tid set flere vigtige udspil omhandlende psykiatriens fremtid, som Sundhedsstyrelsens nationale strategi, oplægget fra Danske Regioner om Psykiatri i Verdensklasse og Regeringens udspil om Styrket indsats for sindslidende. Sådanne tiltag skal hilses velkomment som nødvendige initiativer, men utilstrækkelige til at sikre en bedre fremtidig psykiatri. Det er derfor nødvendigt nøje at monitorere, hvorledes de implementeres i den kliniske praksis. Der efterlyses en handleplan, der omsætter visioner til konkrete og prioriterede handlinger. Dette kræver tilførsel af ressourcer til implementeringen, samt at denne ikke fremover finansieres via satspuljemidler, men som en del af finansloven, dvs. at det skal være permanente tilførsler og ikke i form af tidsbegrænsede projekter.

Appendix

Dansk Psykiatrisk Selskabs 10 punkts program

1. Patienterne skal have den bedst mulige behandling

Der skal i højere grad anvendes behandling, som har dokumenteret effekt på kort og langt sigt, hvilket stiller store krav til forskning og implementering af nye forskningsresultater. De kvalitetssikringstiltag, der sættes i værk, skal opleves som relevante for både patienter og behandlere, og vi vil gerne vurderes på behandlingseffekt. Der skal fokuseres på en tidlig opsporing og indsats overfor psykisk lidelse for at bedre prognosen på kort og langt sigt.

2. Behandling efter behov

Mange psykiatriske patienter mangler ressourcer og netværk, hvorfor de ofte ikke opsøger behandling. Det er vigtigt, at også de socialt mest udsatte og andre marginaliserede grupper får et relevant behandlingstilbud, der tager hensyn til deres specielle behov.

3. Psykiatriske patienter er ligeværdige samfundsborgere

Psykiatriske patienter isoleres ofte. Det er vigtigt at skabe et samfund med plads til mennesker med psykiske problemer. Dette kræver et rummeligt arbejdsmarked og bomuligheder, der støtter de svært psykisk syges livskvalitet. Det kræver også, at beslutningstagerne skaber rammerne herfor. I DPS vil vi bestræbe os på, at medier, fagfolk, skoler, interesseorganisationer og andre meningsdannere får øjnene op for, hvor vigtigt det er at aftabuisere psykisk sygdom og funktionsnedsættelse, og vi vil medvirke til at gøre en indsats på at integrere psykisk syge på arbejdsmarkedet.

4. Øget samarbejde med patienter og deres pårørende

Patienterne skal føle sig respekterede og skal aktivt medinddrages i egen behandling. De pårørende er ofte de personer, der støtter patienterne mest i deres dagligdag. Derfor skal de - med patientens accept - medinddrages i behandlingen og både patienter og pårørende skal tilbydes den information de har behov for.

5. Bedre sammenhæng i behandlingen

Psykiatriske patienter har ofte sociale og fysiske problemer udover deres psykiske sygdom. Der skal derfor lægges individuelle behandlingsplaner for de enkelte patienter, hvor der også tages hånd om ikke-psykiatriske problemer. Samarbejdet mellem sengeafdelinger og den ambulante behandling skal styrkes. Samtidig skal psykiatrien ikke bruges til at løse sociale problemer, f.eks. skal patienter, der har brug for botilbud, kunne udskrives, når de er psykiatrisk færdigbehandlede. Samarbejdet med og tilgængeligheden til det somatiske sygehusvæsen skal styrkes, og samarbejdet med de praktiserende læger skal øges, så de praktiserende læger får tilstrækkelig information til at kunne overtage hele eller en del af behandlingen.

6. Patienter med ikke-psykotiske lidelser har også krav på behandling

Patienter med ikke-psykotiske lidelser såsom angst, lettere depressioner, personlighedsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser, der kan være meget invaliderende og koste mange sygedage, kan hjælpes med psykoterapi eller en kombination af medicinsk og psykoterapeutisk behandling. Disse patienter bør sikres en hurtig og tilstrækkelig behandling.

7. Fokus på anvendelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien

Det er psykiatriens mål, at behovet for tvang mindskes. Der skal være tilstrækkelig sengekapacitet til, at patienter kan indlægges i tide, diagnostisk afklares og først udskrives, når de er tilstrækkelig stabiliserede til at kunne følge et ambulant forløb. Overbelægning og dårlig fysisk standard i sengeafdelingerne samt personalemangel kan medføre øget brug af tvangsforanstaltninger, hvorfor der bør ske en opprioritering af den fysiske standard og opmærksomhed på, at de nødvendige personaleressourcer er til stede.

Det er samtidig vigtigt, at psykiatrilovens bestemmelser anvendes, når mennesker, der ikke kan tage vare på sig selv og har brug for behandling, får den nødvendige behandling og pleje, selvom det indebærer anvendelse af tvang.

8. Rekruttering og fastholdelse af personale i psykiatrien skal styrkes

Psykiatriens vigtigste redskab er personalet og dets viden. Derfor skal der arbejdes på at fastholde dygtige og erfarne medarbejdere og tiltrække nye. Løbende efteruddannelse skal holde det psykiatriske personales viden opdateret. Der er brug for en faglig optrappingsplan med fokus på behandlernes kompetencer, og udgifterne hertil bør være finansieret af

9. Investering i fremtiden med øget uafhængig psykiatrisk forskning

Der er behov for en øget forskningsindsats inden for belysning af årsagsfaktorer til og behandling af psykiske lidelser, d.v.s. grundforskning samt klinisk forskning indenfor nye og allerede anvendte behandlingsmetoder i psykiatrien. For at sikre en uvildig vurdering af psykofarmakas virkning og bivirkninger, bør forskningen tilstræbes at være uafhængig af medicinalindustrien.

10. National handleplan.

Der bør udarbejdes en national psykiatriplan der udstikker de overordnede visioner og strategier for fremtidens psykiatri, både behandling, forskning og kvalitetsudvikling.