

Domus Medica
Kristianiagade 11
2100 København Ø

Tak for muligheden for at komme med høringssvar

Vi noterer os med tilfredshed at vigtigheden af at styrke psykiatrien kvalitetsmæssig og økonomisk gennemsyrrer hele afsnittet om psykiatri.

Vi har vi forholdt os specifikt til de tre områder hvor kommissionen foreslår ændringer.

Sidst i notatet anfører vi et par bemærkninger til den indledende tekst.

1. Integration af organisation af psykiatri og somatik

Historisk er psykiatrien først i løbet af 1800-tallet blevet anerkendt som et lægevidenskabeligt speciale og udskilt fra fattigvæsenet. Efter at psykiatrien i Danmark var etableret som selvstændigt lægevidenskabeligt speciale, var det i mange år drevet separat som statsligt sindssygevæsen med behandlingen lokaliseret på otte store asyler. I slutningen af sidste halvdel af det nittende århundrede og første halvdel af det tyvende århundrede åbnedes psykiatriske afdelinger på store somatiske sygehuse (for eksempel Kommunehospitalets 6'te afdeling i 1875, afdeling O på Rigshospitalet i 1934, afdeling E på Bispebjerg i 1938). Efter kommunalreformen i 1970, overgik det statslige sindssygevæsen i 1976 til amterne, og herefter var der på en lang række store sygehuse psykiatriske og somatiske afdelinger under samme tag, organiseret med administrerende overlæger, som var underlagt en fælles hospitalsledelse. Af praktiske grunde var der, specielt i hovedstadsområdet, en del psykiatriske afdelinger, som placeredes fysisk adskilt fra de somatiske sygehuse. I løbet af 1990erne var der flere amter, først i Viborg og Nordjylland, senere andre amter i Jylland, siden på Fyn, som udskilte psykiatrien fra somatikken for at organisere den sammen med den sociale indsats. Ved kommunalreformen i 2007, blev også psykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab ledelsesmæssigt adskilt fra somatikken. Efter kommunalreformen er psykiatrien i alle regioner organiseret selvstændigt med egen direktion.

Psykkiske lidelser er, ligesom somatiske lidelser, forårsaget af miljømæssige og genetiske forhold. Forskning i årsagsforhold skal adressere begge disse aspekter. Forebyggelse og behandling i psykiatrien skal, ligesom i somatikken, indarbejde et bredt spektrum af forebyggende og behandlende indsatser.

Betydningen af forskellige aspekter har været inddraget i overvejelserne omkring integration versus fortsat separat organisering

Overdødelighed og underbehandling.

Det er særdeles veldokumenteret, at psykiatriske patienter har en meget forkortet levetid, som i betydelig grad kan tilskrives somatisk sygdom. I kommissionens rapport står overdødeligheden som det væsentligste argument for integration. Af baggrundsmaterialet fremgår, at der for bipolar affektiv sindslidelse og lidelser i skizofrenispektret i perioden 2014 til 2022 har været en mortalitetsratio, der har ændret sig ganske lidt i positiv retning (fra 3,3 i 2014 til 3,0 i 2022). I samme periode er der i samme diagnostiske kategorier kommet 18 procent flere patienter i behandling, og det kan ikke udelukkes at overdødeligheden er mindre i den nytilkomne patientgruppe, og at det kan forklare det lille fald i overdødelighed. Denne udvikling har været intenst udforsket, og danske forskere har kunnet dokumentere at i perioden 1995 til 2005 har overdødeligheden ved selvmord været faldende og overdødeligheden ved kræft og hjertekarsygdomme har været stigende^{1 2}. Der kan ikke fremskaffes et datagrundlag, der retvisende kan belyse om en integreret eller en separat model bedst kan nedbringe overdødeligheden.

Både i forhold til overdødelighed ved selvmord og somatisk sygdom kan samarbejdet mellem psykiatri og somatik spille en vigtig rolle, men det er vigtigt at erkende, at en del af overdødeligheden er grundlagt længe før første kontakt med sundhedsvæsenet - fortrinsvist i form af ufordelagtige livsomstændigheder for mennesker som senere udvikler psykisk lidelse. Både i et integreret og i et separat sundhedsvæsen vil der være meget store udfordringer med at sikre forebyggelse og behandling, der kan nedbringe noget af overdødeligheden, men de oplagte muligheder for tættere samarbejde i den integrerede model betyder, at den integrerede organisation må antages at være bedre rustet til at gøre det både i forhold til overdødelighed på grund af somatisk sygdom og selvmord. Vi vurderer at samorganiseringen og herunder tættere uddannelsesmæssig og klinisk kontakt mellem de lægelige specialer vil gøre det lettere at bekæmpe uligheden i levealder. Vi finder det sandsynligt at den nuværende separate model har været forbundet med en risiko for forsinkelse i udvikling af samarbejde om somatiske lidelse hos psykiatriske patienter og psykisk lidelse hos somatiske patienter. Mulighederne for samarbejde om den enkelte patient vil være svækkede. Det gælder både for patienter i somatikken og i psykiatrien. Med en fælles organisering vil det være lettere at organisere fælles procedurer for udredning og behandling af fysiske sygdomme blandt psykiatriske patienter, og det vil være lettere at organisere samarbejde om psykiatriske problemstillinger blandt patienter i somatikken, for eksempel i geriatri, neurologi og i de specialer, der behandler patienter med nyligt diagnosticeret alvorlig somatisk lidelse, patienter med selvmordsforsøg eller rusmiddelproblematik. I den nuværende organisering er der taget en række initiativer til at øge samarbejdet om somatiske udredning af psykiatriske patienter, men der er fortsat forskningsmæssig dokumentation for, at psykiatriske patienter i somatikken ikke modtager behandling af

samme høje kvalitet som patienter uden psykisk lidelse. Denne ulighed kan udbedres i begge organisationsformer, men mulighederne er bedre i en fælles organisation.

Vi ser en fordel i at viden deles på tværs af specialer og der opbygges relationer, som lettere samarbejdet om patienten, der får en mere helhedsorienteret hjælp, udredning og behandling.

Synergi mellem somatik og psykiatri

Vi ser klare fordele ved en fælles organisation, herunder tættere samarbejde med somatiske specialer, klinisk, uddannelsesmæssigt, og i form af videnskabelig synergi. Vi noterer os med tilfredshed, at der i forslaget om integration af somatik og psykiatri anbeføres et tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.

Den organisatoriske adskillelse af psykiatri og somatik har ført til øget afstand mellem psykiatri og somatik. Der har ikke været regelmæssige møder mellem psykiatriske cheflæger og cheflæger på somatiske hospitaler, der har ikke været deltagelse i fælles forskningsudvalg, der har ikke været psykiatrisk deltagelse i forskningsdage på store sygehuse. På det teoretiske og forskningsmæssige plan har dette indebåret en risiko for forsinkelse i inspirationsprocesser. Langsigtet er forsinkelse i inspirationsprocesser en meget alvorlig konsekvens af adskillelsen mellem somatik og psykiatri. Inspiration, der affødes af kontakt mellem det psykiatriske speciale og de somatiske specialer er i den nuværende organisering fortrinsvist muligt for personale involveret i organisatorisk arbejde fælles med somatikken, eller i videnskabelige fora, såsom forskningsråd.

Det betyder for eksempel, at inspiration fra de områder, der mest hastigt har bevæget sig fremad, så som hæmatologi, onkologi og neurologi forsinkes. Et eksempel kan være at et samarbejde med neurologien kan indeholde muligheder for at de markante fremskridt der er sket, for eksempel med behandlingen af dissemineret sklerose, kan inspirere forskningen i psykiatri. Samtidigt er der i psykiatrien udviklet praksis-inspirerede modeller for opretholdelse af kontakt med patienter, hvis funktionsniveau er udfordret af psykisk lidelse. Disse modeller være til inspiration for tilrettelæggelse af patientforløb i somatikken.

En fysisk og organisatorisk sammenlægning kan ikke kun være med til at sikre bedre somatisk behandling, men kan også være med til at øge psykiatriske kompetencer i de somatiske specialer, så der i større grad kan rummes psykiatriske patienter på de somatiske afdelinger pga. øget viden. Dette vil sikre bedre og hurtigere patientforløb uanset, hvor i systemet den psykiatriske patient befinder sig. Gensidig og hurtigere tilsynsfunktion, kan danne tæt samarbejde, relation og videndeling mellem specialer. Ved fælles organisering - kan der dannes en ny fælles kultur - viden bredes ud gensidigt mellem somatiske specialer og det psykiatriske speciale. Det kan endvidere være

med til at genvinde en faglig respekt, når det bliver tydeligt, hvad vi i psykiatrien kan bidrage med fagligt. Dette kan også skabe en tættere faglig lægelig forankring, som også vil bidrage til rekrutteringsmuligheder af læger. Dette kan også øge forskningen på tværs og hurtigere implementering af ny viden og metoder.

Faglig synergi kan handle om inspiration i forhold til udforskning af ætiologi og behandling - og inspirationen vil blive fremskyndet af større kontakt mellem specialerne. Det kan også handle om forskningsfællesskab, om samarbejde om kvalitetsudvikling. Det er meget sandsynligt at en integreret model vil give bedre muligheder for faglig synergi. Det skal dog nævnes at synergien på tværs af specialerne allerede findes i f.eks. multidisciplinære teamkonferencer (MDT) på kliniske niveauer og specielt også anvendt som et ledelsesforum med klinisk fokus på netop de patienter der ofte bevæger sig ind over flere specialer eller er multisyge, men det er ofte drevet af lokale kræfter og derfor sporadisk at finde i organisationer. Når det lykkes på cheflægeniveau at mødes på tværs af specialer mellem f.eks. på medicinsk afdeling, neurologisk afdeling, akutafdelingen og psykiatrisk afdeling, kræver det et i forvejen tæt samarbejde og opbygget kollegialt fællesskab eller i det mindste kendskab, der ikke er givet på forhånd og kræver en ekstra indsats, når psykiatrien er adskilt. Det findes dog og kan godt lade sig gøre uden en organisatorisk sammenlægning. Her kan alene en fysisk tættere placering på hinanden øge sandsynligheden for at lykkes med multidisciplinære møder og konferencer. Det skal dog ikke afhænge alene af lokale kræfter og ildsjæle, men bør være mere naturligt organisatorisk forankret i et fællesskab mellem de somatiske specialer og psykiatrien. Så her vil en både en organisatorisk og fysisk sammenlægning formentlig i højere grad sikre den synergi mellem specialer og samlet indsats til den multisyge patient.

En fordel ved tættere fysisk sammenlægning af psykiatrien og somatikken kan som tidligere nævnt være at kunne forske på tværs af specialer, da der er mange sammenhænge mellem psykiske og somatiske sygdomme, og vi finder flere og flere årsags-sammenhænge på tværs og genetiske sammenhænge. Man har eksempelvis etableret et "Hjernecenter" på Aarhus Universitetshospital, hvor man vil samle forskere fra psykiatrien og alle øvrige neurospecialer for at danne en synergi i forskningsfelterne og få et tættere samarbejde. Dette er gjort lettere ved blot den fysiske sammenlægning af psykiatrien med somatikken.

Udvikling i organisationsform og ledelse

I den tidligere integrerede model var psykiatrien repræsenteret af administrerende overlæger sammen med administrerende oversygeplejersker, ligesom på de somatiske afdelinger. På det organisatoriske plan er psykiatrien i tiltagende grad blevet repræsenteret af centerledelser uden klinisk og forskningsmæssig baggrund, og der er en risiko for at dette giver mindre faglig og udviklingsmæssig gennemslagskraft, end hvis lederne havde været psykiatere med solid klinisk og forskningsmæssig baggrund. Hertil

er der også en risiko for, at den opdeltede model langsigtet vil trække i en mere forvaltningsorienteret retning end i en faglig udviklingsretning.

Der kan være en bekymring for om integration med somatikken vil føre til atomisering af psykiatrien med mangel på fælles fremdrift. I en fremtidig organisering integreret med somatikken vil de psykiatriske afdelinger, ligesom de somatiske afdelinger, få en ledelse bestående af en administrerende overlæge og en chefsygeplejerske. I sig selv vil dette styrke den lægelige ledelse af specialet, men der er ikke sikkerhed for koordinering på tværs af afdelinger. I en fremtidig national plan for sundhedsvæsenet må det sikres, at den plan for genopbygning/genopretning af psykiatrien, der nu er i gang med en national 10-års plan for psykiatrien, fortsætter uanfægtet organisering og psykiatrien generelt prioriteres på lige fod med andre specialer i fremtiden, og at der sikres national koordinering. Den nationale koordinering er lettere under aktuelle organisering af psykiatrien og derfor denne vigtige pointe ved en organisatorisk sammenlægning.

Man kan indarbejde fælles planer for udvikling af specialiseringen i psykiatrien i specialeplanen, og man kan skele til modellen for funktionsbærende enheder, som tidligere er blevet udviklet for kirurgien. Der kan etableres regionale og nationale ledelsesfora, som enes om initiativer og som kan have allokeret ressourcer til implementering på tværs af afdelinger. Disse ledelsesfora vil være underlagt de budgetter som den enkelte afdeling har til rådighed, men også i dag er der budgetmæssige begrænsninger. Sundhedsstyrelsen, DMPG og DPS skal spille en større rolle i at udstikke fælles nationale retningslinjer. Vi er dybt optagede af at sikre samlet ledelse af psykiatrien, specielt i forbindelse med udrulning af 10 årsplanen for psykiatri, og det er afgørende at denne bliver succesfuldt implementeret i sin væsentlighed. Det er derfor nødvendigt at vurdere hvornår det er mest hensigtsmæssigt at foretage en eventuel organisatorisk integration for, at sikre en optimal udrulning af 10 års planen. Vi har hæftet os ved, at det er lykkedes i en lang række specialer at rulle procedurer ensartet ud for eksempel anæstesiologi, kirurgi, neurologi, gynækologi, kardiologi. Den nuværende organisation har kun haft begrænset succes med at skabe fælles fodslag på tværs af regioner og der er fortsat stor geografisk variation i implementering af centrale initiativer. En separat organisering af psykiatrien har givet mulighed for i nogen grad at koordinere faglige initiativer på landsplan. Under ledelse af psykiatridirektionerne er der gjort et betydeligt arbejde for at øge kvalitetsniveauet gennem øget specialisering og bedre samarbejde inde i den psykiatriske organisation. Samme proces har dog også været gennemført i andre specialer, for eksempel kirurgisk cancerbehandling, neurologi og neurokirurgi. Det er således ikke umuligt at gennemføre kvalitetsløft og specialisering i en organisering, hvor en lang række specialer er under hospitalsledelse på separate hospitaler. Det er meget væsentligt, at vi fastholder mulighederne for specialisering inden for psykiatrien. Vi noterer os, at en sådan udvikling har kunnet gennemføres i en

række andre lægelige specialer, og vi antager ikke at integration vil indebære bety-
dende hindringer på feltet.

Rekruttering

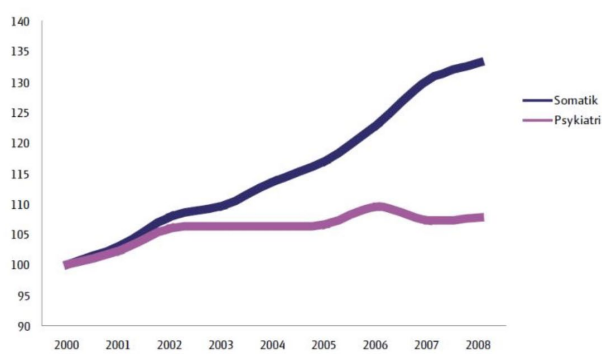
Der har været betydelig regional variation i rekruttering af kommende speciallæger i psykiatri, og der har også været en tydelig tendens til at psykiatriske speciallæger har forladt den regionale psykiatri. Vi vurderer at mulighederne for at rekruttere (og tilbage-rekruttere samt fastholde) speciallæger og modvirke afvandring vil være bedre i en samorganisering med somatikken med fremtrædende og tydelige lægelige rollemodeller.

Fastholdelse af øremærkede midler

Det er diskutabelt, om den selvstændige organisering af psykiatrien bedre har kunnet fastholde øremærkede midler til psykiatrien. Historisk har der været et betydeligt efterslæb.

Stigende udgifter til de somatiske sygehuse. Stagnation i psykiatrien

Den økonomiske udvikling i psykiatrien og somatikken. Indeks 100



Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase

En selvstændig organisering er ikke en forudsætning for at få og fastholde øremærkede midler, jævnfør at der er givet meget betydelige øremærkede midler på kræftområdet og for nyligt også i obstetrikken. Vi har fæstnet os ved, at det i kommissionens rapport understreges, at der skal investeres i psykiatrien, og psykiatriplanen skal gennemføres. Det er afgørende at den besluttede styrkelse af psykiatrien som Folketinget har fastlagt inden for det seneste par år fastholdes specifikt til psykiatrien, og at psykiatriplanen ikke mister momentum. Det vil således være afgørende at både den styr-

kede økonomi og psykiatriplanen integreres i forløbet vedrørende en organisatorisk integration mellem psykiatri og somatik. For sikre de nødvendige ressourcer, kan der skrives en klausul om, at ligestillingen først er tilendebragt, når finansieringen med 10-15-års planen sikrer et ligeværdigt niveau, så psykiatrien har samme udgangspunkt som somatikken. Dette vil udfolde sig til ende med arbejdet med bl.a. færdiggørelse af forløbsbeskrivelserne og DMPG'er, hvor den finansielle ramme løbende politisk justeres efter de faktuelle behov, når det igangværende arbejde er tilendebragt.

I den sammenhæng vil vi efterlyse at psykiatrien får en specifik prioritering i den nationale sundhedsplan, som er omtalt i kapitel 11. Dette kan forhåbentligt sikre at psykiatrien opretholder og øger den prioritering der er sket med 10 års-planen for psykiatri. Den finansielle klausul bør gælde uanset hvilken model for organisering, der politisk beslutes.

Det er også vigtigt her at nævne, at hvis der beslutes større organisatoriske og fysiske forandringer, så skal finansieringen heraf findes uden for sundhedsvæsenets aktuelle budgetter, da al omstrukturering koster penge og ikke bør gå udover den igangværende drift af sundhedsvæsenet og psykiatrien. Det kan bl.a. dreje sig om anlægsmidler, der skal finansiere nye byggerier.

Samlokalisering

Der er meget klare fordele ved at psykiatrien fysisk er placeret på samme matrikler som somatikken. En række psykiatriske afdelinger ligger geografisk adskilt fra de somatiske. Det har historiske rødder, idet nogen afdelinger fortsat er tidligere statshospitaler (f. ex Oringe) og Ballerup og Hvidovre indenfor de sidste 30 år indrettet i forhåndenværende lokaler. Samtidigt er der tidligere statshospitaler, som er afviklet til fordel for samlokalisering (Risskov og Augustenborg), men vi har også set det meget bekymrende, at der opføres nye somatiske sygehuse/gennemføres store ombygninger, uden at psykiatrien er tænkt ind (Hillerød, Køge og Rigshospitalet). Det kan ikke udelukkes, at den fysiske adskillelse i nyt sygehusbyggeri er en afledt konsekvens af den opdelte organisationsform. Ved en samorganisering vil det være oplagt i fremtidigt sygehusbyggeri at sikre geografisk nærhed mellem psykiatri og somatik. Der kan være håb om, at det i en samorganisering bliver mere sandsynligt, at man prøver at skaffe plads til psykiatrien f.eks i Hillerød og på Rigshospitalet. Uanset fremtidig model, skal samlokalisering prioriteres højt. Ved samlokalisering skal der også fremtidssikres den rette fysiske kapacitet med f.eks. rette antal sengeafsnit og størrelse af ambulatorievirksomhed i lyset af et stigende behov. Dette belært af erfaringer fra f.eks. Aarhus, hvor man flyttede 1:1 antal senge fra det psykiatriske hospital i Risskov og lavede større sengeafsnit men med samme antal senge, som er endt med svær overbelægning og ”dobbeltstuer” som har forringet behandlingen under indlæggelse.

Samarbejde med kommuner

Det er ikke et relevant argument, at der er mange psykiatriske patienter, der har brug for kommunale tilbud. Det er der også i f.eks. neurologi og geriatri.

Samarbejdet skal dog styrkes og i nuværende opdeling er der uacceptable ventetider til rette kommunale tilbud før og efter kontakt til den regionale psykiatri. Der skal allerede under indlæggelse og langt før ambulans afslutning være etableret et møde med en kommunal visitator, så der kan lægges en plan med det samme som kan iværksættes. Der kan f.eks. være der er behov for en aflastningsplads/-ophold for en tid, før man kan komme videre og der kan være behov for iværksættelse af eller øget behov for bostøtteindsats.

2. Øget tværsektorielt samarbejde

Helt overordnet kan det undre, at der ikke har været et fokus på overgangen mellem det kommunale og regionale i psykiatrien. Det tværsektorielle samarbejde har været problematiseret i alle årene siden sidste kommunalreform. Vi mener, at det ville være bedre at samle socialpsykiatrien under samme myndighed som hospitalspsykiatrien, så der kommer samme rettigheder og kvalitetskrav, især for døgninstitutioner og bosteder, hvor nogle af de sværest psykisk syge er allokeret.

Der kan også være et behov for et mere veldefineret og strukturelt samarbejde med primærsektoren. Det vil både dreje sig om generel forebyggelse og lettere behandling på den ene side, men også samarbejde under og efter behandling i den regionale psykiatri med opfølgning. Det vil kræve et større krav til tæt samarbejde, samtidigt ansvar med fælles planer og en lettere adgang til samme data. Et sådanne samarbejde bør i højere grad indtænke både almen praktiserende læger og praktiserende psykiatere.

Der skal være et mere gennemskueligt system til at tale sammen og dele data mellem almen praksis, praktiserende psykiater og regionspsykiatrien. En lige linje til direkte kontakt er derudover også vigtig, så færre henvisninger afvises og mindre tid spildes for alle og ikke mindst patienterne.

Fast tilknyttede læger på botilbud

Vi noterer os med stor tilfredshed at der er forslag om fast tilknyttede botilbudslæger, inspireret af modellen med faste plejehjemslæger. Ironisk kan man bemærke at historisk er de første botilbud blev etableret ved at man i 1987 udskilte de psykiatriske H-plejehjem og lod dem overgå til socialforvaltningerne. Som det anføres i kommissionens rapport: ”Ved overdragelsen i 1987 udgjorde H-plejehjem godt 70 pct. af det samlede antal pladser efter bistandslovens § 112, stk. 2, svarende til 2.395 pladser.” På disse institutioner boede de mest alvorligt syge psykiatriske patienter med stor grad af funktionsnedsættelse, betydelig polyfarmaci og somatisk komorbiditet. Med udskillelsen mistede disse patienter den organisatorisk understøttede adgang til psykiatrisk

ekspertise og somatisk behandling. Nu er man gradvist ved at udbedre dette betydelige svigt ved at organisere psykiatriske botilbudsteam, som kan sikre at den, ofte meget komplicerede psykiatriske medicinering, regelmæssigt gennemgås af speciallæger i psykiatri. Med ordningen om faste botilbudslæger kan den - de facto manglende adgang til almen medicinske speciallæger - udbedres.

Vi er nødt til at benytte anledningen til at foreslå at botilbud for mennesker med langvarige psykiatriske lidelser (§108) føres ind under samme organisering som den øvrige psykiatri. Vi vil ikke foreslå at §108 tilbud gøres til hospitalsafdelinger, som de var før 1987. Vi vil foreslå at botilbud under §108 overføres til sundhedsvæsenet og fortsat har karakter af botilbud med selvstændige lejemaal, uanset hvilken af kommissionens tre overordnede modeller, der vælges. Heraf følger at vi er store modstandere af at overføre de regionale botilbud til kommunalt regi. Der er en betydelig risiko for yderligere tab af uddannede medarbejdere og kompetence ved at de højt specialiserede botilbud, der aktuelt findes i regionalt regi overføres til kommunalt regi. Vi er nødt til at lave den modsatte bevægelse (på samme måde som man i strukturkommissionen har tænkt ift. plejehjem/ældrepleje).

Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien

Der er meget stor variation i adgangen og kvaliteten af tilbud i den kommunale sektor, og på den baggrund er dette forslag særdeles relevant. Som der nævnes i rapporten, viser en analyse, at kun 55% af medarbejderne i socialpsykiatrien har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Det er bydende vigtigt at der sættes krav til både den sundhedsfaglige OG socialfaglige indsats i socialpsykiatrien. Nationale kvalitetsstandarder skal gå på tværs af regionale og kommunale indsatser.

Det er nævnt i det faglige oplæg til 10-årsplanen, at der er begrænset adgang til sundhedsfaglig viden for personalet og at mennesker med psykiske lidelser oplever, at deres forløb er præget af utilstrækkeligt samarbejde, utilstrækkelig vidensdeling og utilstrækkelig koordination mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Den socialfaglige kvalitet i kommunernes socialpsykiatri er udfordret, og der er ingen løsningsforslag hertil fra Strukturkommissionen. Der nævnes, at der skal udarbejdes kvalitetsstandarder, anbefalinger og krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien. På samme måde skal der laves kvalitetsstandarder og krav til den socialfaglige indsats. Kvaliteten i både den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats skal hæves og med forpligtelser og krav.

Her kunne f.eks. være kvalitetsstandarder og krav om uddannelse til ansatte, så de rette kompetencer er til stede.

Ved at lægge socialpsykiatrien sammen med hospitalspsykiatrien, ville man også tage bostederne tilbage til regionspsykiatrien, og det vil nok være lettere at sikre højere

kvalitet både sundhedsfagligt og socialfagligt, da man er mere vant til at arbejde med evidens, forskning og kvalitetssikring i det regionale sundhedsvæsen og psykiatrien. I dette afsnit behandles også tilbagehenvisninger fra den regionale psykiatri til almenpraktiserende speciallæger. Dette er en meget relevant problemstilling, og det er i udgangspunktet ikke acceptabelt at så stor en andel af henvisninger fra de praktiserende speciallæger i almen medicin tilbagevises fra den regionale psykiatri. Det er påtrængende at der etableres et bedre samarbejde. Psykiatrisk speciallægepraksis kan spille en rolle i løsning af dette problem.

I nogle regioner er der en almen praktiserende læge, der har en koordinerende funktion for alle almen praktiserende læger i optageområdet til regionspsykiatrien (eller samlede hospital) - her kan kvalitetssikres ved audit eller dialog omkring kvalitet af henvisninger og kvalitet af afvisning og om der samtidig er givet anden anvisning i så fald. Dette kunne skabe en lettere koordinering, kvalitetskontrol og optimering af samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og de almen praktiserende læger i optageområdet.

Det findes allerede nu i flere regioner en speciallæge eller rådgivningstelefon fra sygehusspeciallæge og psykiatri til alment praktiserende læger. En sådan model kunne med fordel og let udrulles i alle regioner, så almen praktiserende læger kan have let og hurtig adgang til faglig rådgivning og psykiatriske vurderinger fra en speciallæge i psykiatri fra sygehuset.

Tværsæktorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet

Det kan undre at man i Strukturkommissionen ikke har handlet mere konkret i forhold til den største tværsæktorielle udfordring i psykiatrien - nemlig samarbejdet mellem regionerne og kommunerne (hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien (og øvrige kommunale myndigheder som uddannelse, beskæftigelse (jobcentre) og boligområdet). De 98 kommuner har forskellige myndighedsafdelinger, der heller ikke taler sammen internt, og så er der forskellige kommuner koblet til det regionale behandlingssystem, og kommunerne er forskelligt organiseret.

Under punktet om tværsæktorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet bliver det meget ukonkret. Er der områder, der skal sammenlægges eller er der noget vi kan lære fra somatikens tværsæktorielle samarbejde med hurtig visitatorfunktion og glidende overgange?

Der bør sikres et mere smidigt samarbejde med de kommunale myndigheder ift. mennesker der lider af psykisk sygdom. Det er et vedvarende problem, at der er så mange myndigheder og forskellige sagsbehandlere i de forskellige kommunale organiseringer og at de ikke taler sammen internt bare i den enkelte kommune og slet ikke tværkom-

munalt, da det kan være nødvendigt, da flere forskellige kommuner er koblet op på sygehuspsykiatrien. Denne udfordring er stor og bør adresseres, når vi taler om behovet for strukturforandringer.

Hvis man ikke vil lave strukturelle ændringer ift. overgangen mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, kunne man have en koordinerende person fra kommunerne, der tilhører optageområdet for regionspsykiatrien/hospitalsvæsenet - så der kan sikres smidige overgange og gennemføre kvalitetssikring f.eks. ift. ventetid på bostøtte eller bosted eller aflastningsplads etc. Dette med inspiration fra modellen, der anvendes i nogle regioner i samarbejdet med almen praksis.

3. Digitalisering

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår ”Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes”. Det fremhæves at digitale løsninger har et særligt potentiale i psykiatrien. Det er DPS holdning at man skal søge at udnytte de digitale løsninger, der kan gøre behandlingen mere tilgængelig eller udvider paletten af behandlingsmuligheder, men det er afgørende at de løsninger, der tages i brug, er testet efter gængse videnskabelige standarder for sundhedsvæsenet, således at der ikke bruges ressourcer på at indføre uvirksomme eller i værste fald skadelige behandlinger. Hvis der er tale om løsninger der automatiserer arbejdsgange eller letter patienters brug af sundhedsydelser uden at dette udgør en egentlig behandling, kan undersøgelser af effekt følge de almindelige forskrifter for det pågældende område. Det er væsentligt at skelne og sortere i digitale løsninger på linje med andre behandlinger. Blandt andet fordi der er et substantielt og voksende udbud, hvoraf kun en meget lille fraktion er understøttet af veludførte videnskabelige undersøgelser. Der bør eksempelvis kigges på mulighederne for digital selvmonitorering for mennesker med mild eller moderat grad af psykisk sygdom i forløb hos enten almen praktiserende læge eller praktiserende psykiater. Her er der et potentiale i at patienter selv monitorerer bestemte værdier via apps eller digitale units (armbånd, ure etc.), som potentielt kan skabe større medindvolding af patienten i behandlingen og dermed bedre samarbejde om behandlingen.

DPS understøtter holdningen om en bedre og lettere datadeling også på tværs af sektorer, hvilket vil kunne bidrage til at lette arbejdsgange og udvikle psykiatrisk behandling, hvor sammenhæng i patientforløb er et afgørende element. Dertil er en investering i en indsats for skalering og implementering af digitale løsninger afgørende for at kunne udnytte mulighederne i nye løsninger.

Bemærkninger til den indledende tekst i kapitel 12

I afsnittet om muligheder for tidlige forebyggende indsatser anføres: Sundhedsstrukturkommissionen ser herudover et væsentligt potentiale i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe mennesker, så psykiske problemer og sygdomme ikke opstår eller udvikler sig og forværres. Og så nævnes ”Lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel eller med symptomer på psykisk lidelse”. Vi skal hertil bemærke at der udover det lettilgængelige tilbud er behov for særlige indikerede forebyggende indsatser for anbragte børn og børn af forældre med psykisk lidelse. Vi skal desuden bemærke at forebyggende indsatser gælder alle aldre.

1. Laursen TM, Plana-Ripoll O, Andersen PK, et al. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? *Schizophr Res* 2018 doi: 10.1016/j.schres.2018.11.003 [published Online First: 2018/11/18]
2. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, et al. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4(12):937-45. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30429-7 [published Online First: 2017/11/11]