

NOTAT

24. oktober 2006

Afsender: Knud Kristensen
Direkte telefon: 86 17 63 98
Direkte telefax: 86 17 18 17
Direkte E-post: kk@euroteam.dk

Behandling af psykisk syge – behandlingsformer og ansvar¹

Behandlingen af psykisk syge består af tre dele, der supplerer hinanden²:

- en biologisk,
- en psykoterapeutisk, og
- en socialpsykiatrisk.

Den biologiske behandling er naturvidenskabeligt baseret og består af behandling med medicin, ECT (elektrokonvulsiv terapi – også kaldet elektrochok) og psykokirurgiske indgreb. Også lysbehandling i forbindelse med depression henregnes til biologisk behandling.

Psykoterapeutisk behandling er en samlebetegnelse for en lang række behandlingsformer, hvor samtalen er det bærende element i behandlingen.³ Derudover dækker psykoterapeutisk behandling over de psykoterapeutiske principper om udformningen af behandlingsmiljøet. Sidstnævnte kaldes også miljøterapi.

Socialpsykiatrisk behandling er en samlebetegnelse for de behandlingstiltag, der sigter mod at fjerne eller begrænse de sociale konsekvenser af den psykiske sygdom. De socialpsykiatriske tilbud tager udgangspunkt i patientens bolig-, uddannelses-, (fritids)beskæftigelses- og sociale funktion. Uden for Danmark bruges normalt betegnelsen psykosocial rehabilitering om dette behandlingselement.

Alle tre metoder indgår i behandlingen, og elementernes indbyrdes vægt skal afspejles i behandlingsplanen. Fx indgår den socialpsykiatriske behandlingsdel oftest med lav vægt i behandling af lettere til middelsvære depressioner og den biologiske (farmakologiske) behandlingsdel med ringe vægt i behandling af anoreksi.

¹ Nedenstående er beskrevet med udgangspunkt i den lovgivning, der gælder efter 1. januar 2007. Se "Håndbog for psykiatribrugere og pårørende" 2. reviderede udgave (udkommer medio december 2006).

² Beskrivelsen bygger på Ralf Hemmingsen m.fl. "Klinisk Psykiatri" 2. udgave, Munksgaard 2002

³ Fx Psykoanalyse, kognitiv terapi, psykoedukation, social færdighedstræning, ADL (Activities of Daily Living) og adfærdsterapi.

Psykiatriske patienter der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus skal tilbydes en genoptræningsplan⁴. Planen skal udarbejdes af sygehuset og er patientens sikkerhed for en målrettet indsats efter udskrivningen.

Dette er en videreførelse af den tilsvarende bestemmelse i sygehusloven, men med kommunalreformen sker der en væsentlig ændring af genoptræningsbegrebet.

Det fremgår af forarbejderne til sundhedsloven, at genoptræningsplanen tænkes at dække borgerens *samlede* behov for rehabilitering – fx behov for specialundervisning, beskæftigelse og træning med henblik på at vedligeholde psykiske (herunder kognitive) færdigheder. Rehabilitering er en helhedsorienteret intervention, fx bestående af brugerundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdsændringer, genoptræning, psykosocial omsorg samt efterbehandling.

Det er hermed slået fast, at genoptræningsplanen fra 1. januar 2007 skal udstrækkes til at gælde psykiatriske patienters behov for socialpsykiatrisk behandling.

Det behandlingsmæssige ansvar er i sundhedsloven (og psykiatriloven) entydigt placeret hos den behandlingsansvarlige overlæge. Det er således lægens ansvar at udarbejde en behandlingsplan, en udskrivningsplan og/eller en genoptræningsplan.

Ansvaret for *gennemførelsen* af behandlingen er fordelt over en række forskellige myndigheder fx:

- Ansvaret for den lægefaglige behandling er placeret hos regionerne
- Ansvaret for den tandlægefaglige behandling (specialtandplejen) er placeret hos kommunen
- Ansvaret for den socialpsykiatriske behandling er delt mellem regionerne, kommunerne og staten⁵

Det overordnede ansvar er fordelt på en række ministerier. Det er først og fremmest Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har det overordnede ansvar for hele sundhedslovgivningen (det overordnede behandlingsansvar) og ansvaret som rekurs- og tilsynsmyndighed i forhold til kommunerne og regionerne.

Socialministeriet har det overordnede ansvar for den socialpsykiatriske indsats uden for hospitalssektoren.

Beskæftigelsesministeriet har det overordnede ansvar for forsørgelse og beskæftigelse.

⁴ Sundhedslovens § 84 - jf kapitel 39 (genoptræning).

⁵ Statens *udførende* ansvar i forhold til behandling af psykiatriske patienter vedrører fx beskæftigelse (staten i jobcentre), uddannelse (gymnasiale og videregående uddannelser) og forsørgelse (handicaptillæg til psykiatriske patienter der modtager SU).

Forvirring

Når vi taler om behandling af psykiatriske patienter, opstår der ofte forvirring. Det gør der bl.a. fordi:

- der er begrebsmæssig uklarhed omkring behandlingens indhold (hvad vi mener, når vi taler om behandling)
- der er 'rod' i kompetencefordelingen

Med strukturreformen er der udsigt til forbedring, men ikke løsning af problemerne.

Den begrebsmæssige uklarhed

Der er en årelang tilbøjelighed til *begrebsmæssigt* at ekskludere socialpsykiatrien fra behandlingen.

Vi hører ofte om socialpsykiatri *ctr* behandlingspsykiatri. Behandlingspsykiatri benyttes som synonym for den regionale/(amtslige) psykiatri, mens socialpsykiatri benyttes som synonym for den kommunale indsats (+ de regionale/amtslige botilbud).

Ofte tænker man slet ikke på fx beskæftigelse og uddannelse i de etablerede systemer uden for psykiatrien som dele af socialpsykiatrien (socialpsykiatri foregår i socialpsykiatriske institutioner!!).

Den begrebsmæssige uklarhed forstærkes af, at der arbejdes med begreber som 'efterbehandling', 'rehabilitering' og 'genoptræning'. Hermed skabes der en begrebsmæssig afstand mellem de biologiske og terapeutiske behandlingsdele på den ene side, og den socialpsykiatriske behandlingsdel på den anden. Dette ses ikke at være lægefagligt begrundet.

Det anbefales, at man fremover taler om *een* psykiatri (= behandlingspsykiatrien?). Denne omfatter alle tre behandlingselementer.

Kompetencefordelingen

Det giver god mening at give den behandlingsansvarlige (over)læge ansvaret for den behandlingsmæssige indsats.

Men: Når lægen kun har formel indflydelse på to af de tre behandlingsformer, virker systemet ikke.

Hvis en psykiater i en plan fastslår, at der er et lægefagligt behov for fx 20 timers bostøtte pr. uge til en patient, har lægen ingen indflydelse på kommunens beslutning om at tildele patienten de pågældende timer.

Kunne man forestille sig, at lægen ordinerer medicin og kommunen afslår at betale for medicinen? Nej vel!

Hvad bør der gøres?

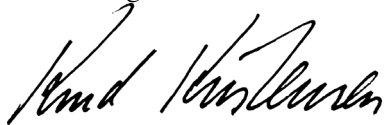
Det er *ikke* formålet med dette notat at løse alle problemerne omkring behandling af psykiatriske patienter.

Jeg vil dog gerne pege på et par punkter:

- Begrebsmæssigt bør man bestræbe sig på at inkludere socialpsykiatrien, når der tales om tilbud til psykiatribrugere (der bør ikke længere tales om behandlingspsykiatri og socialpsykiatri – der er kun een psykiatri).
- Lægefagligt begrundede behov for socialpsykiatrisk indsats bør ikke kunne afvises med henvisning til manglende bevillinger m.m. (ansvaret skal placeres hos lægen og ikke hos myndigheden – som vi kender det fra den øvrige del af sundhedssystemet).

Desværre har strukturreformen ikke bidraget til afklaring af spørgsmålene omkring behandling af psykiatriske patienter.

Med venlig hilsen



Knud Kristensen
DE9
Fmd.