

Landsforeningen
BEDRE PSYKIATRI
- pårørende til sindslidende



Sundhedsudvalget
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Att.: Liza Christensen

Sekretariatet
Livjærggade 20
2100 København Ø

info@bedrepsykiatri.dk
Telefon 35 25 46 00

12. december 2006

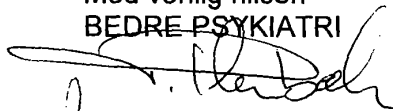
Vedlagt fremsendes notat udarbejdet af Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI som tager udgangspunkt i §-71-udvalgets melding i Dagens Medicin den 16. november 2006.

Notatet indeholder yderligere baggrundsinformation om "åbne samtaler" samt generelt om recovery og pårørendes rolle.

Endelig er der en række konkrete forslag, som vil understøtte udbredelsen af "åbne samtaler" i psykiatrien.

Yderligere information kan fås ved henvendelse til Generalsekretær Thorstein Theilgaard på telefon 35 25 46 10 eller via mail tt@bedrepsykiatri.dk.

Med venlig hilsen
BEDRE PSYKIATRI



Thorstein Theilgaard
- Generalsekretær

Bilag



Landsforeningen BEDRE PSYKIATRI

Notat omhandlende konkrete opfølgende initiativer vedrørende §71-udvalgets fælles udmelding om perspektiverne i "åbne samtaler"

Indledende bemærkninger

Indledningsvist vil BEDRE PSYKIATRI gerne rose §-71-udvalgets interessante udmelding i et fælles debatindlæg i Dagens Medicin den 16. november d.å. om perspektiverne i at bruge "åbne samtaler" i fremtidens danske psykiatri.

I en situation, hvor:

- Tvangstallene inden for psykiatrien desværre er stigende igen,
- Tilfredshedsundersøgelserne i relation til hhv. distriktspsykiatrien og de psykiatriske sengeafsnit afdækker, at næsten 70 % af pårørende til psykisk syge er utilfredse,
- Der er en stor og stigende mangel på psykiatere,

finder BEDRE PSYKIATRI, at det er både modigt og fremsynet af Folketingets psykiatriudvalg at bringe erfaringerne med "åbne samtaler" ind i overvejelserne om fremtidens psykiatri i Danmark.

Det er vores klare overbevisning, at "åbne samtaler" og andre recovery-baserede behandlingsmetoder kan være med til at kvalitetsudvikle psykiatrien til gavn og glæde for alle landets psykisk syge, de pårørende, psykiatrien og samfundet generelt i form af eksempelvis færre genindlæggelser, mindre medicinforbrug, færre psykisk syge på overførelsesindkomst, mindre nedslidning af de pårørende, færre rekrutteringsproblemer.

Recovery-baserede behandlingsformer såsom "åbne samtaler" skal ikke opfattes som et mirakelmiddel, der alene kan trylle alle problemer inden for psykiatrien væk, men derimod som et væsentligt element, der kan være med til mere systematisk at stimulere og skabe en positiv udviklingsspiral inden for psykiatrien.

Dette papir indeholder følgende:

- Dokumentation vedrørende "åbne samtaler" og recovery (1)
- Konkrete forslag (2)

2. International dokumentation vedrørende "åbne samtaler" og recovery

Erfaringerne fra Vest Lapland taler for sig selv, og skal ikke gentages i dette notat. Der findes et omfangsrigt materiale vedrørende internationale undersøgelser om, at psykiske sygdomme i almindelighed, herunder også skizofreni, ikke nødvendigvis er en "livstidsdom".

På trods af denne dokumentation kan vi samtidig konstatere, at kronicitets-opfattelsen af psykiske sygdomme lever i bedste velgående inden for den danske psykiatri. Derfor er der god

grund til i skematisk form at fremhæve en række forløbsundersøgelser vedrørende den enkeltes muligheder for at komme sig enten helt eller socialt (det vil sige, at man fortsat har symptomer i klinisk forstand, men at disse ikke forhindrer den enkelte i at deltage i et socialt liv).

	Antal patienter	% kommet sig helt	% kommet sig socialt	% kommet i alt
Bleuler 1972	208	23	43	66
Harding et al. 1986	269	34	34	68
Huber et al. 1975	502	26	31	57
Tsuang et al. 1972	186	20	26	46
Ciampi & Muller 1976	289	29	24	53

Hentet fra Harding, (1988). Resultater fra fem opfølgingsstudier af patienter med diagnosen skizofreni

The Vermont Longitudinal Study of Persons With Severe Mental Illness, I: Methodology, Study Sample, and Overall Status 32 Years Later (Harding et al. fra 1986) bygger på, at forskere siden 1950'erne har fulgt 269 patienter med skizofreni. De har alle været del af et (på daværende tidspunkt) ret innovativt behandlings- og rehabiliterings-program. Patienterne blev udskrevet i perioden 1955 til 1965 for at deltage i et omfattende hospitalsdrevet efterbehandlingsprogram. De medvirkende patienter var alle valgt ud fra, at de kunne rubriceres, som blandt de "allerdårligste" og mest "kroniske", som det hedder i undersøgelsen.

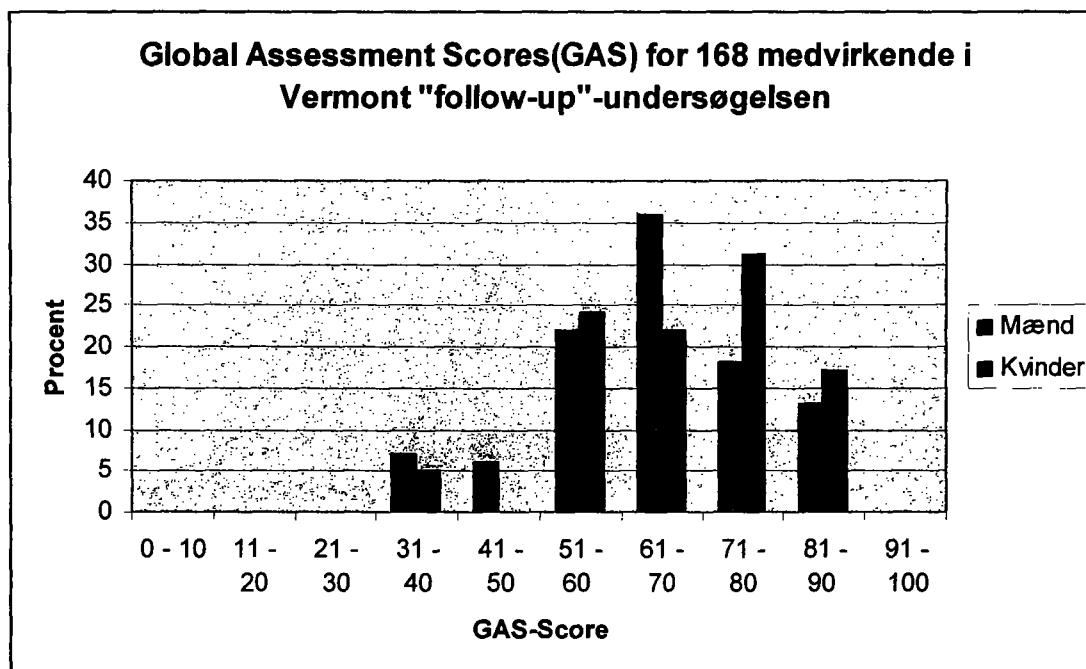
10 år efter programmets begyndelse blev der foretaget en evaluering, som indikerede, at 2/3 af de medvirkende ikke var indlagt, men mange af disse var socialt isolerede samtidig med at de levede og arbejdede under institutionsagtige forhold.

Vermont-undersøgelsen søgte at gå et skridt videre, da der tilsyneladende er bevis for, at nogle psykiatriske lidelser kræver længere tidsperioder for at der kan gives et mere præcist billede af sygdommens forløb og behandlingens resultater. I begyndelsen af 1980'erne blev der igen udført en såkaldt "follow-up-study"- det vil sige ca. 30 år efter behandlingsprogrammets start. Det lykkedes at genfinde 97 % af de personer, som havde medvirket 20 år tidligere. Efterfølgende kunne det så undersøges hvorvidt disse personer stadig var ligeså begrænsede af deres sygdom, som de havde været ca. 20 år tidligere.

Resultatet var, at mellem 50 % og 75 % kunne siges at have oplevet betydelig forbedring eller ligefrem recovery. Det blev også klart, at der er store variationer mht. hvor fungerende de var på forskellige områder.

Beskæftigelse: 26 % havde arbejde, hvoraf halvdelen bestred ufaglært arbejde. 33 % var arbejdsløse, 8 % arbejdede frivilligt, og 5 % var hjemmegående husmødre. Derudover var der på grund af den høje en del pensionister. Det blev på baggrund af forskellige mål for leveomkostninger anslået, at ca. 77 % havde en tilstrækkelig indkomst til at opretholde omkostninger som dækker de basale behov.

Den såkaldte Global Assessment Scale (efterfølgende refereret til som: GAS) blev brugt for at have et enkelt mål på de medvirkendes generelle psykologiske og sociale tilstand. Resultaterne er givet i tabellen nedenfor:



Kilde: American Journal of Psychiatry 1987; 144 side 723

Det viste sig, at 68 % (N=114) havde en GAS-score over 61. En score over 61 bliver kategoriseret som skæringspunktet hvorover de medvirkende kun har forholdsvis milde eller ingen symptomer. Milde symptomer defineres som fx mild søvnløshed og humørsvingninger, men generelt fungerer man okay og personer i omgangskredsen, som ikke lige ved det, vil ikke normalt vide, at personen er syg. Det er ikke muligt ud fra dataene at få et resultat som påviser signifikant forskel i score mellem kønnene, men det kan da påpeges, at 68 % af personer med en score mellem 31 og 70 er mænd, hvorimod kvinderne dominerer (62 %) i andelen af personer med en score mellem 71 og 90.

For at se nærmere på de individuelle resultater, er der i nedenstående tabel opstillet forskellige områder, som blev brugt til at konstruere GAS-scoren.

Område	Antal	%
Ikke indlagt det seneste år	140	83
Mødes med venner hver eller hver anden uge	111	66
Har én eller flere tætte venner	128	76
Har været i beskæftigelse det seneste år*	79	47
Udviste svage eller ingen symptomer	121	72
Lever et okay til rigt liv	128	76

*beskæftigelsens kvalitet kunne ikke vurderes, da det pga. tavshedspligt ikke var muligt fx at besøge de medvirkendes arbejdspladser.

Kilde: Journal of Psychiatry 1987; 144 side 723

Det som ikke eksplicit fremgår af tabellen er, at der ikke var noget ensartet billede eller mønster. Nogle medvirkende fungerede fint på nogle områder, men lå helt i bunden på andre. Det er dog bemærkelsesværdigt, at 72 % af de medvirkende kun udviste svage eller ingen symptomer ca. 30 år efter deres diagnose. Det skal jo huskes, at resultaterne efter 10 år var knap så opløftende, og at de medvirkende var udvalgt blandt de allermest syge, som var indlagt på Vermont State Hospital. Resultaterne efter 30 år stemmer ikke overens med den gængse opfattelse af perspektiverne for stærkt skizofrene og andre med svær psykisk sygdom,

som tilsiger, at det realistiske scenario er, at opnå marginale eller ingen ændring over lang tid. Dette blev modvist i Vermont-undersøgelsen, hvor mere end halvdelen af de ellers kronisk syge, efter 30 år havde opnået en meget højere funktionsdygtighed. Det er dog også klart, at det er meget heterogene resultater, som opleves. Der er derfor stadig mange ubesvarede spørgsmål, som der bør arbejdes videre med. Eksempelvis: hvorfor klarede nogen sig godt og andre ikke? Er det muligt at forudsige forløbet ud fra tidlige symptomer eller forløb efter fx 10 år fra diagnosen er stillet?

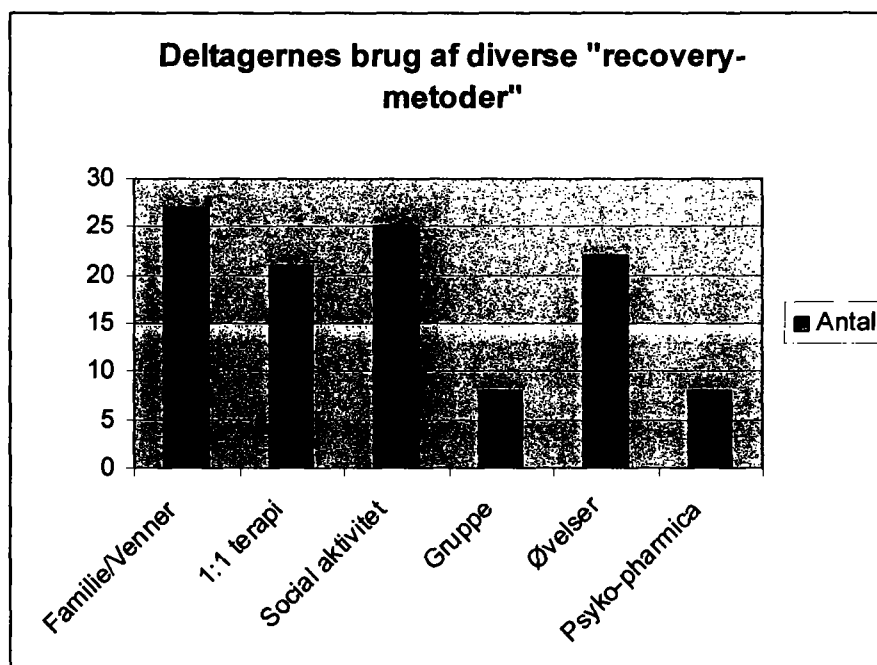
Ovennævnte forløbsundersøgelser synes med andre ord at underbygge perspektiverne i metoderne inden for "åbne samtaler", sådan som de bliver praktiseret i Vest Lapland.

I samme undersøgelse er det i øvrigt sådan, at de variable som viste det mest negative effekt på sygdomsforløb og mulighederne for recovery, var manglende pårørende-involvering i behandlingen og stofmisbrug.

Når det handler om inddragelse af pårørende som en ressource findes, der tillige en række internationale undersøgelser, som sætter "åbne samtaler" i relief. Eksempelvis peges der i *How do we recover? An analysis of psychiatric survivor oral stories* på, at den mest positive faktor, som medvirker til recovery, var i undersøgelsen: De pårørende (dvs. den enkeltes primære sociale netværk).

72 % anså støtte fra venner og familie som værende den vigtigste brik for deres helbredelse. Andre sociale relationer og øvelser (fx terapi) bliver også generelt vurderet højt.

I det nedenstående søjlediagram er det antal af de deltagende personer, som benyttede sig af diverse helbredelses metoder vist:



Note: Der medvirkede i alt 36 personer

Kilde: Cohen, 2005, s.344

Opsummerende kan det med andre ord konstateres, at:

- ✓ Psykisk sygdom, heller ikke de såkaldt tunge diagnoser, nødvendigvis er kroniske
- ✓ Tidlig indsats gør en forskel for helbredelsesforløbet
- ✓ Pårørende (i bred forstand) kan gøre en forskel i forhold til den enkeltes muligheder for hel eller social recovery
- ✓ Social aktivitet og terapi vurderes som værende væsentligere for den enkeltes muligheder end det rent medicinske

Samlet set synes disse internationale undersøgelser at understøtte tankerne bag "åbne samtaler", sådan som de praktiseres i f.eks. Vest Lapland.

2. Konkrete forslag

I det nedenstående peges der i kortfattet form på en række forslag, der hver for sig og ikke mindst i fællesskab vil kunne være med til at udvikle psykiatrien i Danmark i retning af øget brug af "åbne samtaler", og ikke mindst de skitserede metoder fra Vest Lapland.

➤ **Forslag 1 - Etablering af et Dansk Recovery Center**

Formålet er at skabe ny viden om forebyggelse, behandling, rehabilitering og støtte samt vidensopsamling, koordinering og tværdisciplinær forskning på området, herunder bl.a. effektmålinger af indsatserne.

Centret bør skabe rum for udveksling mellem professionelle, forskere, undervisere og mennesker med psykosociale handicap, bl.a. i form af emneorienterede netværk, seminarer, konferencer og konkrete forsøgsprojekter. Centeret bør være centralt placeret, gerne suppleret med regionale kompetencecentre, som kan servicere udviklingen af recovery-orientering i de enkelte regioner.

➤ **Forslag 2 - De nye sundhedscentre i kommunerne skal gøres til omdrejningspunkt for en forebyggende og sammenhængende indsats i forhold til mennesker med psykiske problemer**

Udbygningen af de kommende sundhedscentre kan sikre nærhed og tilgængelighed på et tidligt tidspunkt og inden for det almindelige sundhedssystem. Det kan styrke den forebyggende indsats og give bedre mulighed for at løse problemerne før de har vokset sig store og komplicerede. Det er afgørende, at der er adgang til tidlig og akut hjælp, når mennesker har brug for det. En tidlig indsats kan være med til at forhindre at problemerne vokser folk over hovedet, og at der på længere sigt bliver brug for en langt mere indgribende og langvarig behandling.

Sundhedscentrene kan også være med til at styrke og understøtte de pårørendes funktion og rolle. Der skal afsættes de nødvendige midler til at sundhedscentrene kan løfte denne nye opgave.

➤ **Forslag 3 - Ligestil psykologer og psykiatere**

Psykologer kan erstatte psykiatere som behandlingsansvarlige. I Norge har man gennemført denne ændring i 1999 uden at det har givet anledning til samfundsmæssige problemer eller problemer for brugerne af psykiatrien.¹ Formålet er én gang for alle at sikre de nødvendige samtale- og terapikompetencer inden for psykiatrien, som er en forudsætning for realiseringen af perspektiverne i "åbne samtaler".

Dette vil samtidig have den positive effekt, at manglen på psykiatere vil kunne afhjælpes i betydeligt omfang.

Som en nu-og-her-løsning vil BEDRE PSYKIATRI i øvrigt pege på, at der kan bruges udenlandske psykiatere til at sikre den nødvendige kapacitet til at realisere "åbne samtaler" som en del af fremtidens danske psykiatri.

➤ **Forslag 4 - Orlovsmulighed for pårørende**

Der indføres ret til betalt orlov for en primær netværksperson i op til 6 måneder.

Dette vil styrke mulighederne for at være til stede for den enkelte i perioder, hvor det er hensigtsmæssigt. Forslaget vil også modvirke nedslidning af netværket, og deraf følgende sygdomsmeldinger m.v.

➤ **Forslag 5 - Midler til pårørendearbejdet**

Der afsættes f.eks. 100 mio. kr. om året til kommuner, regioner og frivillige foreningers arbejde i forhold til at støtte, uddanne, rådgive og inddrage pårørende til psykiske syge.

➤ **Forslag 6 - Øremærket præmieringsordning**

Der indføres en flerårig præmieringsordning på f.eks. 200 mio. kr. om året, der er øremærket til de afdelinger m.v. inden for psykiatrien, der arbejder systematisk og målrettet med "åbne samtaler".

De nærmere kriterier for tildelingen af midler fastlægges fra politisk side.

➤ **Forslag 7 - Målbare succeskriterier for den samlede indsats for psykisk sundhed**

En løbende undersøgelse af, om indsatserne rent faktisk virker er nødvendig og logisk, hvis man skal sikre optimal udnyttelse af ressourcerne og få adgang til viden om der er områder, som skal opprioriteres eller hvor indsatsen skal lægges om. Forslaget skal øge fokus på mulighederne for at komme sig, og kan for eksempel handle om at måle og give tilbagemeldinger om følgende parametre over en årrække:

- ✓ Tilgang og afgang af psykiatribrugere
- ✓ Socioøkonomiske levevilkår i forhold til resten af befolkningen
- ✓ Tilknytning til arbejdsmarkedet hhv. overførselsindkomster
- ✓ Uddannelsesniveau
- ✓ Selvmord og selvoplevet livskvalitet
- ✓ Medicinforbrug

¹ SINTEF Helse, juni 2006, Samdata Psykisk helsevern, Nøkkeltall 2005, Rapport A247