

0Sundheds- og Ældreministeriet0

Enhed: JURPSYK  
Sagsbeh.: DEPMAS  
Koordineret med:  
Sagsnr.: 1901264  
Dok. nr.: 829283  
Dato: 04-03-2019

## TALEPAPIR

Det talte ord gælder  
Samråd i SUU d. 27. februar 2019

### **Samråd AJ, AK og AL om psykiatriens rolle i sundhedsreformen**

Tak for spørgsmålene.

Jeg er blevet stillet en række spørgsmål om psykiatriens rolle i sundhedsreformen, og det vil jeg meget gerne uddybe, for lige præcis psykiatriske patienter forventer jeg får særlig gavn af sundhedsreformens opgør med silotænkningen i sundhedsvæsenet.

Første spørgsmål handler om at skabe sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, og hvordan sundhedsreformen og psykiatrihandlingsplanen fra efteråret 2018 spiller sammen.

Med psykiatriplanen afsatte vi mere end 2,1 mia. kr. til 43 initiativer på tværs af en række ministerier og fastsatte en række bindende mål for udviklingen i psykiatrien. Det var blandt andet mål for reduktion af tvang, at færre børn og unge mistrives og en række andre mål, der skal sikre, at flere mennesker med psykiske lidelser fastholdes på arbejdsmarkedet eller i uddannelse.

Her styrkede vi både de regionale akutte udrykningsteams; lavede nye intensive teams i børne- og ungdomspsykiatrien der blandt andet skal sikre, at nogle af de børn og unge, som udsættes for gentagen tvang, får tidligere hjælp fra psykiatrien; og vi har fremsat et lovforslag om en større anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner – og det er bare nogle af de initiativer fra psykiatriplanen med fokus på det tværgående samarbejde.

Men vi står over for så massive udfordringer på det psykiatriske område fremover, at der skal mere til.

Med sundhedsreformen vil vi strukturelt forbedre indsatsen, og det gør vi blandt andet med de 21 nye sundhedsfællesskaber, de nye sundhedshuse, og at der bliver tænkt bedre på tværs af psykiatri og somatik.

Mennesker med psykiske lidelser har i den grad brug for, at der bliver skabt nogen bedre strukturelle rammer for en styrkelse af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde og for en høj, ensartet kvalitet i hele landet.

For vi ser desværre stadig store regionale forskelle, fx når det kommer til akutte genindlæggelser, hvor næsten hver fjerde indlæggelse i psykiatrien i Midtjylland efterfølges af en genindlæggelse inden for 30 dage. I Nordjylland er det mindre end hver sjette indlæggelser, der fører til en genindlæggelse.

Psykiatrien er for mig at se et tydeligt eksempel på, at der er behov for, at vi tager både et større nationalt ansvar for at sikre en større ensartethed på tværs af landet, så det ikke er postnummeret, der afgør, hvilken hjælp og behandling man modtager.

Men også en styrkelse af det nære sundhedsvæsen i forhold til den mangel på sammenhæng og koordination, som desværre er kendetegnende for alt for mange psykiatriske patienter.

Genindlæggelsestallene, som jeg lige nævnte, er et godt eksempel. Vi hører nok alle sammen ved besøg ude i landet og når vi taler med organisationer, eksempler på, at patienter fra psykiatrien udskrives, uden at der er klare aftaler for, hvad der skal ske videre. Den ene hånd ved ikke, hvad den anden gør.

Her vil vi med sundhedsfællesskaberne sikre et langt større lokalt samarbejde, så der bygges bro mellem psykiatrien, kommunerne og de praktiserende læger.

De nye sundhedsfællesskaber er netop til gavn for patienter som har mange forskellige aktører inde over deres behandling – det er blandt andet de psykiatriske patienter og kronikerne, der får allerstørst gavn af det samlede overblik, man skal have i sundhedsfællesskaberne.

For psykiatrien skal tænkes integreret med somatikken. Psykiatrien er en del af det samlede sundhedsvæsen på lige fod med somatikken.

Når vi taler om sammenhæng i indsatsen, så er det jo vigtigt at holde sig for øje, hvad sundhedsreformen særligt fokuserer på – nemlig det nære sundhedsvæsen, hvor vi skal have styrket kompetencerne, og hvor vi med bindende faglige standarder stiller flere krav til både kommunerne og almen praksis.

Sygehusene skal i langt højere grad koordinere indsatsen med medarbejdere uden for sygehusvæsenet og stå til rådighed for vejledning og rådgivning.

Det er i primærsektoren, blandt andet hos almen praksis og kommunerne, at der skal ske de store ændringer. For mennesker med psykiske lidelser kan det betyde, at de i fremtiden kan få bedre og tidligere hjælp hos deres praktiserende læge eller for eksempel i de nye sundhedshuse. Og når vi taler børn og unge, så vil PPR være den naturlige indgang for dem.

Ligesom sundhedsfællesskaberne vil få bedre mulighed for at igangsætte projekter med fælles økonomi og fælles ledelse, som vi blandt andet kender det fra Psykiatriens Hus i Silkeborg, fordi vi fjerner barriererne for samarbejde.

For der er behov for et øget fokus på de mange danskere, som har psykiske problemer, og derfor skal vi styrke de tidlige indsatser fx i almen praksis. Det kan være, at der skal være en psykolog eller en specialuddannet sygeplejerske ansat hos den praktiserende læge til at hjælpe på et tidligere tidspunkt, end det ofte sker i dag.

Men det er jo ikke noget, der bare sker af sig selv. Derfor skal en ny kvalitetsplan være med til at sætte faglige standarder for almen praksis og kommunale sundhedsopgaver.

I første omgang skal vi have styrket de sundhedsfaglige kompetencer på de socialpsykiatriske tilbud, hvor blandt andet Styrelsen for Patientsikkerhed på deres tilsynsbesøg i 2017 har kunnet konstatere, at der er en række alvorlige brister i patientsikkerheden på mange bosteder. Hele 28 pct. af tilsynsbesøgene førte til et påbud. Styrelsen peger på, at det særligt er medicin og medicinbehandling, der hører til de største patientsikkerhedsmæssige risikoområder.

Derfor skal Sundhedsstyrelsen som noget af det første også udarbejde anbefalinger til den sundhedsfaglige indsats i kommunernes socialpsykiatriske tilbud. Og derefter kommer så de nye anbefalinger til en ændret opgavevaretagelse for blandt andet angst og depression.

Den nye nærhedsfond på 6 mia. kr. skal bidrage til, at der er tilstrækkeligt med sundhedspersonale og de rette kompetencer til at leve op til krav til opgaveløsning og til de nye kvalitetsstandarder i kvalitetsplanen, men også de nye moderne sundhedshuse.

Jeg bliver også spurgt ind til, hvordan samarbejdet mellem de forskellige aktører skal foregå i de kommuner, der ikke er tilknyttet et sundhedsfællesskab, hvor der er en psykiatrisk akutmodtagelse.

Til det spørgsmål vil jeg gerne understøtte, at alle sundhedsfællesskaber har psykiatriske tilbud. Psykiatrien er integreret ind i alle sundhedsfællesskaber.

Det er derfor ikke anderledes, end det er i dag, hvor der heller ikke ligger hverken psykiatriske eller somatiske akutmodtagelser i hver kommune, men hvor borgerne i hver enkelt kommune er tilknyttet et hospital, når de har behov for akuthjælp.

Sundhedsfællesskaberne skal jo ikke bare være nye siloer, men derimod gøre op med den silotænkning, som der kan være tendens til i dag. De skal derfor også arbejde sammen – både inden for de nye sundhedsforvaltninger og på tværs af sundhedsforvaltningerne.

I de tilfælde, hvor en borger bor i et sundhedsfællesskab, hvor der ikke er et psykiatrisk sygehus/akutmodtagelse, så skal sundhedsfællesskabet selvfølgelig inddrage det psykiatriske sygehus, som borgeren behandles på.

Her har sundhedsforvaltningerne en vigtig rolle for at sikre sammenhæng på tværs af sygehusene. Og det er også derfor vi har lagt op til, at psykiatrien skal være repræsenteret i både det faglige og politiske ledelsesniveau i de nye sundhedsfællesskaber.

Angst og depression er to af de rigtig store sygdomsgrupper for særligt voksne, og sygdomsbyrderapporten fra 2015 viser da også, at der årligt er ca. 130.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med depression som aktionsdiagnose og ca.

120.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med angst som aktionsdiagnose.

Hvert år koster angst og depression ikke bare den enkelte borger mange udfordringer, men også samfundet mange mia. kr. på grund af tabt produktion. Der er altså et rigtig stort både menneskeligt, men også samfundspotentiale i at styrke den tidlige indsats.

Sundhedsstyrelsen skønner, at 25 pct. af alle de planlagte ambulante besøg for mennesker med lette og moderate angsttilstande og depression med fordel kan varetages uden for sygehusene gennem en styrket kommunal indsats og et styrket tværfagligt samarbejde.

Det vil kræve et større fagligt arbejde at finde ud af, hvordan man bedst kan inddrage psykologer, særligt uddannede sygeplejersker i almen praksis eller i de nye sundhedshuse, privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere, PPR og andre i den tidlige indsats.