

Kommentarer til Sundhedsministerens besvarelse på Folketingets Sundhedsudvalgs spørgsmål 139 – 142 på baggrund af mit foretræde 24. oktober

Til Folketingets Sundheds - & Ældreudvalg

Jeg har i dag udbedt Region Hovedstadens Psykiatris Direktion om et møde angående den redegørelse som de har forfattet til Sundheds- & Ældreministeren om fundene med koncept SSUPP.

Jeg tillader mig at tilsende udvalget det samme dokument med få ændringer som er tilsendt Direktionen.

Jeg er fra Folketingets Sundheds & Ældre udvalg blevet informeret om, at Sundheds - & Ældreministeren har besvaret Sundhedsudvalgets forespørgsel som fremkom efter mit foretræde i udvalget 24. oktober 2019.

Af Sundheds - & Ældreministerens skrivelse kan jeg forstå, at Direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri er blevet udbedt en redegørelse for anvendelsen af koncept **SSUPP** i Region Hovedstaden Psykiatri.

Af redegørelsen kan jeg med beklagelse forstå, at jeg ikke har været god nok til at referere tilbage til de forskellige ledelsesniveauer i Region Hovedstadens Psykiatri om konceptet for Systematiske Somatiske Undersøgelser af Psykiatriske Patienter, **SSUPP**. Om dets anvendelse, udbredelse og hvordan en fremtidig udbredelse af konceptet kunne se ud.

Jeg tillader mig derfor, med baggrund i Sundhedsministerens besvarelse, at korrigere de fakta som ikke er eksakte:

Det beskrives, efter forespørgsel i Region Hovedstadens Psykiatri, at koncept **SSUPP**:

- 1) kun er anvendt på en mindre gruppe psykiatriske patienter i Region Hovedstadens Psykiatri.
- 2) Det er uvist om en udbredelse af konceptet vil give bedre resultater, end hvis det var egen læge der stod for udredningen
- 3) At længerevarende opfølgning erfaringsmæssigt er vanskelig hos gruppen af psykiatriske patienter, hvoraf mange ikke er i stand til at følge et behandlingsforløb.
- 4) Er er meget omkostningstung ordning for de enkelte psykiatriske afsnit.
- 5) Er en sårbar løsning, da den er bundet op om Niels Rokkjærs uddannelsesmæssige bredde. At det vurderes som urealistisk at finde nok læger med tilsvarende betydelig erfaring som det synes nødvendigt for at kunne navigere i konceptet.

At man satser på andre indsatser til håndtering af den somatiske overdødelighed:

PAL – teams, gode samarbejdsaftaler med somatikken (altså hospitalsafdelinger), at somatiske undersøgelser indgår i de regionale pakkeforløb, samt muligheden af at ansætte somatiske sygeplejersker med mobilt klinisk udstyr til undersøgelser af patienterne i deres hjem etc.

Jeg tillader mig at kommentere på ovenstående:

- 1) **SSUPP** har nu været anvendt på godt 7000 psykiatriske patienter i Region Hovedstadens sengeafsnit og især på psykiatriske ambulatorie enheder. Hovedparten heraf er patienter

med skizofreni og bipolær affektiv sindslidelse som det anslås, at der er 40.000 patienter af i Danmark. Da det traditionelt antages, at hovedparten af disse patienter søger bopæl i storbyer, kan 7000 patienter set med **SSUPP** næppe vurderes som et lille antal. Hos patienter i de psykiatriske ambulatorieenheder blev der fundet hidtil uerkendt somatisk sygdom hos 77% af patienterne. På bosteder er der fundet tidligere uerkendt somatisk sygdom hos 92% af patienterne.

- 2) Hvorfor er der så overhovedet en overdødelighed hos de psykiatriske patienter?
En konsultation hos egen læge kræver en ganske stor kognitiv indsats for at kunne være så fokuseret som de 10 til 15 minutter hos egen læge kræver. Der foreligger studier af patientadfærd hos baggrundsbefolkningen som beskriver, at kognitivt normale mennesker glemmer hovedparten af det, der egentligt gjorde, at de bestilte tiden hos egen læge. Kombinationen af at nedsat kognition indgår i alle psykiatriske diagnoser, samt det forhold, at hovedparten af de psykiatriske patienter kan beskrive tidligere stigmatiserende oplevelser i sundhedsvæsenet og/eller selvstigmatiserer gør, at psykiatriske patienter ikke har samme adgang til sundhedsydelser via egen læge som baggrundsbefolkningen. En **SSUPP** - konsultation tager 30 minutter. Det er en samtale med patienten på lægens initiativ om de forskellige organsystemer, så patienten ikke behøver planlægning, men blot skal være tilstede. **SSUPP** - konsultationen ender i en konklusion som diskuteres med patienten og gives denne med i hånden & sendes til egen læge, så patienten er klædt på til den efterfølgende konsultation hos egen læge.
- 3) Psykiatriske patienter er meget forskelligartede. Nogle motiveres hurtigere end andre. Der vil relativt hurtigt skabes erfaringer som også vil kunne støtte de patienter, der er svære at motivere. Det er ikke et argument, at nogle er meget svære at motivere, derfor skal ingen have tilbuddet.
- 4) Behandling koster penge. Omkostningerne til funktionen er beskrevet i overenskomsten for brug af praktiserende læger som praksiskonsulenter i andre dele af sundhedsvæsenet. Nye tiltag koster nytilførte ekstra midler.
- 5) I det danske sundhedsvæsen har vi allerede en gruppe læger, der er specielt trænet i afdækning af sygdom. Det er de praktiserende læge.
En interesseret praktiserende læge kan optrænes på 12 arbejdsdage i at anvende et værktøj som **SSUPP**. Det er, blandt andet, træning i en i forhold til praktiserende lægers kultur, marginalt tilpasset, men nødvendig supplerende træning i interview teknik. Skærpelse af det diagnostiske blik for den somatiske nål i den psykotiske høstak. Forståelse for stigmatisering/selvstigmatisering mod/hos psykiatriske patienter.
- 6) Jeg er fortalere for de mange tiltag, der er under udvikling eller allerede er indført i psykiatrien til bedre håndtering af den somatisk overdødelighed blandt psykiatriske patienter. Jeg ser således kun det fornuftige i deres indførelse. Problemet er bare det, at de ikke er ambitiøse nok, da de kun dækker i forhold til allerede erkendt sygdom.
Vi skal indse, at alle tiltagene er orienteret mod de allerede erkendte problemstillinger. Og at de refererer til de somatiske sygehusafdelinger som også er indrettet til håndtering af klart afgrænsede problemstillinger og opgaver. Derfor er de ikke egnede til afdækning af de 80 % af sygdomsbyrden hos psykiatriske patienter, som ikke er erkendt.
Når vi allerede i det danske sundhedsvæsen har de praktiserende læger, som er specielt trænet i afdækning af sygdom. Hvorfor så basere forbedringsarbejdet på de forkerte læger og på samarbejde med sygehusafdelinger som ikke har kapaciteten til 40.000 psykiatriske

patienter + godt 12.000 bosteds patienter udenfor psykiatrisk forløb med hver op til 5 tidligere uerkendte problemstillinger?

En interesseret praktiserende læge kan på 12 arbejdsdage optrænes i at anvende et værktøj som **SSUPP**. Der er tale om marginal tilpasset, men nødvendig supplerende træning i interview teknik i forhold til den almen medicinske kultur. Skærpelse af det diagnostiske blik for den somatiske nål i den psykotiske høstak. Forståelse & håndtering af stigmatisering/selvstigmatisering mod/hos psykiatriske patienter.

Og de vil referere til patientens egen læge i samme uddannelsesmæssige kultur som egen læge. Problemstillingens kerne er, at hvis overdødeligheden skal ned hos de psykiatriske patienter, skal 1) de ukendte 80% af sygdomsbyrden afdækkes af de læger, som vores samfund allerede har uddannet til det, men derudover trænet i **SSUPP**, 2) de psykiatriske patienter skal hjælpes ind i forløb hos deres egen læge. Så får de samme sundhedsyndelser som baggrundsbefolkningen og deres overdødelighed vil falde. År efter år.

Forudsætningen for, at det virker er, at indsatsen ligger dér, hvor patienterne kommer. I de psykiatriske ambulatorier. Og at de, med de afdækkede problemstillinger, sluses ind hos egen læge som allerede har alle trådene til sundhedsvæsenet i sine hænder. Og så overlade det til egen læge, hvad denne selv behandler og hvad der skal sendes videre til sygehusvæsenet.

Det er indlysende for ovenstående, at jeg naturligvis gerne løfter opgaven med at træne interesserede praktiserende læger i koncept **SSUPP**. Rekruttering synes ikke at være svær. Jeg er i en 12 – mands gruppe bestående af praktiserende læger. Herfra gør 2 – 3 læger løbende mig opmærksom på, at de er interesserede i funktionen. Jeg mærker også stor interesse fra læger i blokstilling i almen medicin. Selvom der er mangel på praktiserende læger, er der intet der tyder på rekrutteringsbesvær til **SSUPP** - funktionen. Slet ikke i en periode med øget uddannelse af nye praktiserende læger.

Jeg er igennem tiden blevet spurgt, hvorfor **SSUPP** ikke kan foretages:

- Af sygeplejersker: Sygeplejersker har ikke den nødvendige uddannelse i sygdomslære. Kurser kan ikke kompensere for forskellen mellem en lægeuddannelse og en sygeplejerskeuddannelse. Vi ser fremkomsten af behandlersygeplejersker på hospitalsafdelinger og i kommunen, hvilket er en klar støtte for lægerne på hospitalerne og i almen praksis, men de arbejder altid med en lægelig backup. I forhold til henvisninger til sygehusvæsenet og primærsektoren ligger adgangen til dette fortsat hos lægen. Dette skyldes netop krav til den henvisende om at kunne vægte og adskille foreliggende symptomer i forhold til hinanden på baggrund af en årelang studiebasert og erfaringsbasert sygdomslære. Det følgende er ligeledes gældende for sygeplejersker.
- Af psykiatere: Der er mange psykiatere med dybe og brede somatiske kompetencer. I uddannelsen til almen medicin indgår ansættelse og speciallægetræning på 5 + 2 somatiske specialer. Det giver en stor bredde og en faglig ballast som er en uundværlig basis for **SSUPP** samtidig med, at der i uddannelse er indbygget en forpligtelse til at opdatere sine færdigheder indenfor de specialer som gennemgås.

Erfaringsmæssigt findes der med anvendelse af koncept **SSUPP** indikation for udløsning af et pakkeforløb for kræft eller hjertelidelse x1 ugentligt til x1 månedligt. Henvisningspligten ligger på den læge, der konstaterer indikationen. Retningslinjerne for henvisning til pakkeforløb er desværre under hyppige justeringer. Der findes regionale forordninger til automatisk tilsendelse af opdateringer, men de sendes kun pr automatik til speciallæger i almen medicin. Er den enkelte læge ikke opdateret i nyeste ændringer i henvisningskrav, vil en sådan henvisning blive afvist. For at holde delen af afviste henvisninger nede på et minimum, er det nødvendigt, at undersøgelserne foretages af speciallæger i almen medicin, trænet i SSUPP.

- Af praktiserende læger (uden **SSUPP**): Se venligst ovenfor under punkt 6 for en kortfattet beskrivelse af hvad træning i koncept **SSUPP** indeholder.

Med venlig hilsen
Niels Rokkjaer
Speciallæge i almen medicin