

Patienten først! – Også den psykiatriske?

SUNDHEDSREFORMEN OG PSYKIATRI

Udspil til en sundhedsreform

16. januar 2019 fremlagde regeringen sit udspil til en sundhedsreform. Regeringen vil fremtidssikre sundhedsvæsenet og styrke det, så patienter oplever større sammenhæng, mere nærhed og styrkede patientretigheder. Selve udspillet fylder 140 sider. Derudover er der et forslag om rekruttering og fastholdelse af medarbejdere samt en kort version af udspillet på 41 sider.

De nævnte publikationer kan alle hentes på sundhedsministeriets hjemmeside her: <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2019/Januar/Sundhedsreform-saetter-patienten-foerst.aspx>

Udspillet handler ikke kun om psykiatri, men om hele sundhedsvæsenet. Når man læser udspillet, er det nærmest klinisk rensat for oplysninger om, hvordan fremtidens psykiatri kommer til at se ud. Der er enkeltstående sætninger som "...og så psykisk sårbare unge får hjælp, inden de udvikler alvorlige psykiske lidelser" – og udfordringerne i psykiatrien bruges som eksempel på, at det går den forkerte vej med sundhedsvæsenet i Danmark (fx tvang og akutte genindlæggelser).

Det nævnes endvidere, at man vurderer, at langt flere borgere med let til moderate angsttilstande og depression fremover skal behandles hos parktiserende speciallæger i psykiatri, i almen praksis eller i psykologregi.

Man sidder tilbage med den fornemmelse, at psykiatrien blev glemt, da man tegnede sundhedsvæsenets nye danmarkskort.

Dette papir er en vurdering af udspillet – set med psykiatriens brugere og pårørendes øjne.

Først et par roser til udspillet

Med udspillet lægges op til styrkelse af nærhedsprincippet og patientrettighederne. Der varsles et fremtidigt kvalitetsfokus, og det erklæres, at de forskellige instanser i fremtiden skal tvinges til at samarbejde til fordel for patienterne.

Der lægges fx op til etablering af nye lokale sundhedshuse, ret til udredning også hos privat praktiserende speciallæger, en ny national kvalitetsplan og en årlig national udviklingsplan.

Endelig lægges der op til etablering af 21 nye sundhedsfællesskaber, hvor regioner og kommuner skal samarbejde om fælles løsninger.

Men løser reformen psykiatriens problemer?

Som sagt er udspillet klinisk rensat på bud på hvordan psykiatriens problemer skal løses, så det er nok desværre mere end tvivlsomt, om det vil komme til at ske.

Hvem skal løse opgaverne?

Der lægges op til at flere af de opgaver, der i dag løses på hospitalerne, i fremtiden skal løses hos de privat-praktiserende, speciallæger, læger og i psykologregi – eller i kommunerne.

Men hvem er det helt konkret, der skal løse opgaverne?

De privat praktiserende læger kunne nok løse en del af de opgaver der i dag løses i hospitalsregi, men alt for mange praktiserende læger ved for lidt om psykiatri, og de kan ikke få den hjælp de har brug for fra regionspsykiatrien.

Hos privat praktiserende speciallæger i psykiatri er der lange ventetider – bl.a. fordi der er alt for få ydernumre. Det er der ikke lagt op til at gøre noget ved.

Der er også alt for få praktiserende psykologer med ydernumre, og selv hos de der har et ydernummer, skal borgeren betale en stor del af konsultationen selv.

Heller ikke det lægges der op til at gøre noget ved. Man kunne med rette spørge, om man i virkeligheden er ved at indføre brugerbetaling for mennesker med psykiske lidelser?

Men hvad så med kommunerne? Her kunne man måske godt ansætte psykologer og psykiatere (i det omfang der er ledige at finde); men der følger ikke penge med til kommunerne, så hvordan skal de kunne finansiere indsatsen?

Reformen skaffer altså ikke flere hænder til mennesker med psykiske lidelser.

Nye strukturer gør det ikke alene

Der lægges op til at de nuværende tre led (regering/folketing, regioner og kommuner) skal erstattes af fem led (regering/folketing, en ny statslig myndighed Sundhed Danmark, fem regionale sundhedsforvaltninger, 21 sundhedsfællesskaber og 98 kommuner).

Sundhedsvæsen Danmark skal ganske vist styrke kvaliteten og de 21 sundhedsfællesskaber skal sikre sammenhæng i indsatsen, men der indføres ingen nye redskaber til at tvinge parterne til at arbejde sammen.

Det er derfor oplagt, at der er risiko for mindre sammenhæng i stedet for mere.

Den nye struktur passer ikke til psykiatrien

De nye sundhedsfællesskaber er centreret om de 21 eksisterende akut-sygehuse. Psykiatriens organisering passer ikke altid til dette.

Et eksempel: I Frederikshavn er der en mindre psykiatrisk afdeling. Den er en filial af psykiatrien i Brønderslev.

Brønderslev hører til sundhedsfællesskab Aalborg og Frederikshavn hører til sundhedsfællesskab Hjørring. Ganske vist deltager direktøren for psykiatrien i sundhedsforvaltningen i Region Nordjylland i bestyrelsen i sundhedsfællesskabet i Hjørring, men det virker ikke som den optimale måde at koordinere indsatsen.

Et andet eksempel: Mange psykiatriske patienter bor på botilbud. Botilbuddet er ikke altid geografisk placeret i borgerens hjemkommune. En borger fra Aarhus Kommune kan fx være anbragt på Tangkær-centret (i Norddjurs Kommune). Ved indlæggelse behandles borgeren i psykiatrien i Randers. Det er altså sundhedsfællesskab Randers, der skal koordinere den indsats, men Aarhus (der har sit eget sundhedsfællesskab) deltager ikke her.

Hvordan sikres koordineringen så?

Mindre demokratisk indflydelse og kontrol

Sundhedsvæsen Danmark skal ledes af en bestyrelse (der udpeges af sundhedsministeren). De fem regionale sundhedsforvaltninger skal ledes af en bestyrelse udpeget af sundhedsministeren og de valgte regionsråd nedlægges. De 21 sundhedsforvaltninger skal ledes af en bestyrelse der også udpeges af sundhedsministeren.

Den demokratiske indflydelse og kontrol flyttes til folketings- og byrådsvalgene.

Direkte demokratisk indflydelse giver naturligvis ikke automatisk psykiatriske patienter og pårørende bedre vilkår, men eksemplet med regionsrådsvalget i Region Midtjylland i 2017 viser, at det er en vigtig

'sikkerhedsventil.' I Midtjylland etablerede utilfredse vælgere en Psykiatriliste, der blev valgt ind i Regionsrådet, og har fået stor indflydelse på udviklingen af psykiatrien i regionen.

Mindre patientindflydelse

Ganske vist er der i bestyrelserne for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger hvert sted et medlem fra patientforeningerne, men det er desværre ikke sandsynligt, at det bliver en repræsentant fra en af psykiatriens patientforeninger. I de 21 sundhedsfællesskaber, vil der ikke være patientforeningsrepræsentanter.

Patientforeningernes indflydelse vil alt andet lige blive langt mindre i den fremtidige struktur.

De specialiserede socialpsykiatriske tilbud

Som en konsekvens af reformen flyttes alle de regionale opgaver, der ikke er direkte forbundet med drift af hospitaler. Det gælder også de tilbageværende socialpsykiatriske botilbud.

Disse overdrages til kommunerne. Ikke nødvendigvis beliggenhedskommunen, men måske til den kommune, der har flest brugere på tilbuddet.

Efter strukturreformen i 2007 så vi en tydelig afspecialisering af de sociale tilbud til mennesker med psykiske lidelse. Ikke fordi kommunerne ikke kunne drive tilbuddene, men fordi kommunerne har en udtalt ulyst til at 'handle' med hinanden.

Kommunerne anbragte derfor borgere på egne botilbud i stedet for det, der er bedst for borgeren.

Heldigvis har kommunerne haft større lyst til at 'handle' med regionerne end med hinanden.

Derfor er der en nærliggende grund til at frygte, at en kommunalisering af de resterende sociale tilbud i landet, vil føre til endnu mere afspecialisering.

Konklusion

Konklusionen er, at de foreslåede strukturændringer ikke alene løser de alvorligste problemer i psykiatrien.

Der er gode ting i forslaget, men disse ville alle kunne implementeres uden en sundhedsreform.

Hvad kunne vi ønske os?

Allerbedst ville det være, hvis man droppede denne store reform og i stedet koncentrerede sig om at løse de strukturelle problemer som vi alle er enige om. En strukturreform kan som nævnt formentlig ikke løse problemerne – og vil på visse stræk endda formentlig vil forværre problemerne.

HVIS man insisterer på at gennemføre en reform, kunne jeg opstille følgende ønskeliste (udover flere penge til indsatsen for mennesker med psykiske lidelser):

- Et særligt appendiks til reformaftalen, hvor man adresserer de særlige problemer, som gælder for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende. Her bør der være konkrete udspil vedrørende forebyggelse og tidlig indsats, reduktion af tvang og genindlæggelser m.m.
- Forpligtende samarbejde i sundhedsfællesskaber, der passer til psykiatriens struktur – Den Integrerede Psykiatri.
- Sikre mere borger-/patientinvolvering på alle niveauer.
- Sikre mest muligt demokratisk kontrol og indflydelse.
- Særligt psykiatrifokus på alle niveauer (nedsættelse af et nationalt psykiatriråd, et psykiatriråd i sundhedsforvaltningerne, et psykiatriråd i sundhedsfællesskaberne og i kommunerne).
- Bedre psykiatri-koordinering mellem ministre, ministerier og folketingsudvalg.
- De mest specialiserede sociale tilbud skal forankres i en selvejende statslige institution med egen bestyrelse og med en objektiv finansiering/delvist objektiv finansiering, så prisen ikke bliver afgørende for kommunernes valg af tilbud.
- Et psykiatriens hus i alle kommuner. Evt. fælles for flere kommuner, eller som en del af de lokale sundhedshuse.
- Forløbsprogrammer (som går på tværs af sektorerne) på toppen af pakkeforløbene.