

Kommunernes opgaver og udfordringer på psykiatriområdet

Artiklen beskriver kommunernes opgaver og udfordringer på psykiatriområdet, og peger bl.a. på konsekvenserne af flere sindslidende, mere ambulante behandling og nye fokusområder. Artiklen er baseret på en undersøgelse lavet af Dansk Sundhedsinstitut for KL i 2010.



MARIE HENRIETTE MADSEN
projektleder, Dansk Sundhedsinstitut, DSI

Længere tids debat i landets dagblade efterlader et indtryk af, at psykiatrien er under voldsomt pres. Ofte er fokus på sygehussektorens udfordringer med at få budgetter og sengepladser til at harmonere med efterspørgslen på psykiatrisk behandling. Kommunernes rolle i relation til borgere med sindslidelser er sjældent i fokus, selvom kommunerne, som det bl.a. fremgår af en undersøgelse foretaget af KL, også oplever, at de har fået mange nye opgaver på psykiatriområdet, og at der er et voldsomt pres på fx de kommunale væresteder, støtte- og kontaktpersonordninger og botilbud (Jørgensen, 2009). Med andre ord medvirker flere sindslidende generelt og flere sindslidende med større behov for omsorg og pleje ifølge kommunerne til, at også kommunernes omkostninger stiger (Kudahl & Jørgensen, 2009).

Samtidig har kommunerne med strukturreformen i 2007 overtaget det samlede myndigheds- og finansieringsansvar for hele socialområdet, herunder også nye opgaver på psykiatriområdet. Hvilke og hvor mange opgaver kommunerne nu og i fremtiden

skal løse, og hvilke kompetencer, det kræver i kommunerne, er derfor ikke uvæsentlige spørgsmål. I denne artikel vil jeg diskutere kommunernes rolle, deres opgaver og udfordringer på området. Artiklen er baseret på en undersøgelse lavet af Dansk Sundhedsinstitut for KL i 2010¹ baseret på registerdata og interview² (Madsen, Hvenegaard & Fredslund, 2011). Undersøgelsen og dermed også denne artikel er primært eksplorativ, med det formål, at give et overblik over, hvad der karakteriserer opgaveudviklingen indenfor det psykiatriske område i regioner og kommuner, og hvilke udfordringer det giver kommunerne nu og på sigt.

Artiklen forholder sig, på linje med undersøgelsen bag, kun til opgaveudviklingen på det voksenpsykiatriske område.

Mange aktører giver et stort behov for overblik og koordinering

Psykiatriområdet er svært at få greb om både for udefrakommende – selv for dem, som »færdes« der dagligt, dvs. både

NOTE 1 Rapporten kan downloades på www.dsi.dk

NOTE 2 *Registerdata* beskriver kapaciteten og aktiviteten på de psykiatriske hospitaler, i ambulatorier, distriktspsykiatri mm. i perioden 2000-2008. Fire *fokusgruppeinterview* med henholdsvis læger og sygeplejersker i sygehus- og distriktspsykiatri, ledere af den kommunale socialpsykiatri og ledere af kommunale jobcentre, medvirker til at belyse, hvilke typer af opgaver kommunen aktuelt løser, hvad der karakteriserer og har drevet opgaveudviklingen i regioner og kommuner, og hvilke udfordringer det giver kommunerne nu og i fremtiden. Interviewene blev gennemført i august 2010

borgere/patienter og medarbejdere. I regionerne står de psykiatriske hospitaler for den medicinske behandling, enten ved indlæggelse eller i ambulante forløb, og kommunerne har ansvaret for at hjælpe borgere med psykiske lidelser til at få en hverdag til at fungere og forebygge sociale problemer. Derudover spiller praktiserende læger, psykiatere og psykologer også en rolle i behandlingen af nogle grupper af psykisk syge, og kommunerne har også kontakt til psykisk syge via misbrugscentre, hjemmesygepleje, beskæftigelsesindsats og uddannelse. Der er altså relativt mange aktører, som skal samarbejde og koordinere et samlet forløb med udgangspunkt i hhv. en sundhedsfaglig og en socialfaglig tilgang til arbejdet. Disse aktører er tilmed underlagt forskellig lovgivning, herunder Sundhedsloven, Serviceloven og beskæftigelseslovgivningen.

Samtidig er psykiatriområdet i kommunerne organiseret meget forskelligt. I nogle kommuner er psykiatriområdet organiseret i en adskilt enhed, andre steder er psykiatriområdet slået sammen med handicapområdet, sundhedsområdet eller misbrugsområdet, ligesom der er stor variation i, hvordan hjemmesygeplejen samarbejder med socialpsykiatrien. Kommunerne er heller ikke lige langt i arbejdet med at etablere psykiatriområdet i kommunerne, idet nogle kommuner allerede før strukturreformen havde ansvaret for flere specialiserede socialpsykiatriske tilbud, mens det for andre kommuner er en ny opgave.

Regioner og kommuner har lagt et stort arbejde i at udarbejde såkaldte sundhedsaftaler, som skal sikre koordination og samarbejde bl.a. på psykiatriområdet, men aftalerne er endnu ikke implementeret blandt medarbejderne, som tilmed giver udtryk for, at det kan være svært at gennemskue, hvem der gør hvad, hvornår og for hvem. Selvom ansvarsfordelingen, ifølge sundhedsaftalerne, er klar, er overblikket altså ikke etableret fuldstændigt endnu.

Tre typer opgaveudvikling

En måde at forstå og beskrive udviklingen i de kommunale sundhedsopgaver er ved at skelne mellem opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning (se tabel 1). Den kategorisering er udviklet på baggrund af opgaveudviklingen på det somatiske område (Vinge & Kilsmark, 2009), men er også illustrativ for udviklingen i kommunernes opgaver på psykiatriområdet.

De tre kategorier medvirker bl.a. til at forstå, hvad der driver den opgaveudvikling, som kommunerne oplever, og vil danne rammen om analysen i det følgende.

Opgaveøgning: Flere med psykiske problemstillinger

Det er vanskeligt at opgøre, hvilke og hvor mange opgaver kommunerne varetager på psykiatriområdet, da der mangler tilstrækkeligt valide data. Til gengæld er det muligt, at følge udviklingen i antal patienter i kontakt med behandlingspsykiatrien³, og udviklingen i forbruget af ambulante og stationær⁴ behandling.

Disse data tegner overordnet set et billede af, at antallet af patienter i kontakt med behandlingspsykiatrien stiger. I perioden 2000 til 2008 er det samlede antal af patienter steget med 42 % (se Tabel 2), men som Figur 1 viser, er der stor variation i væksten, de enkelte diagnoser imellem.

Adfærdsforstyrrelser opstået i barndommen, som bl.a. rummer ADHD er den diagnose, hvor antallet af patienter er steget mest (230 %). Antallet af patienter blandt de øvrige ikke-psykotiske lidelser⁵ stiger også i perioden 2000-2008, og de ikke-psykotiske lidelser udgør samlet set den største gruppe af patienter. Patienter indenfor det skizofrene spektrum er også en af de grupper, der i antal fylder meget. Til gengæld er væksten knap så dramatisk, som blandt de ikke-psykotiske lidelser.

TABEL 1 Typer af opgaveforandringer og deres primære drivere (Vinge & Kilsmark, 2009)

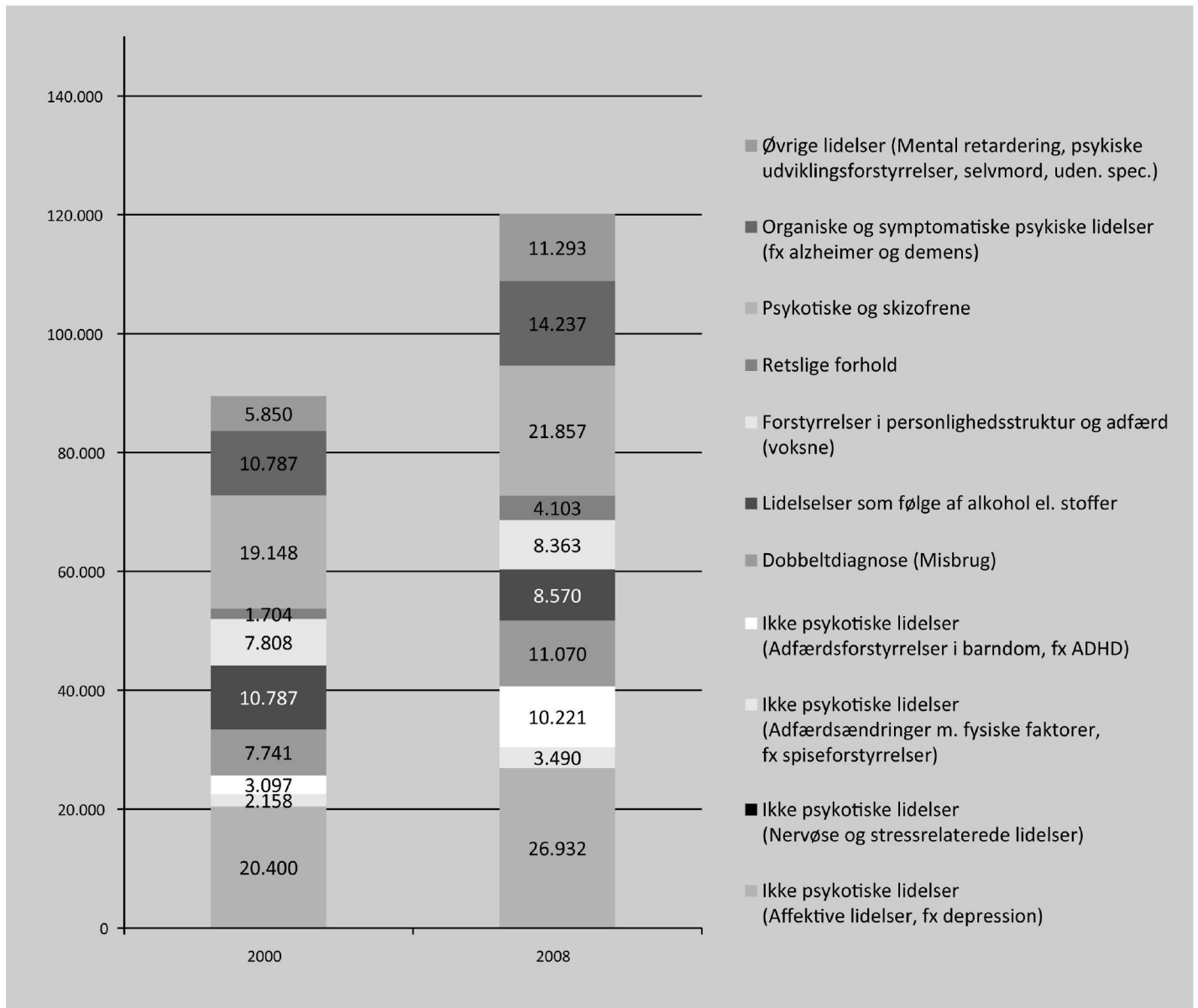
Forandringstyper	Primære drivere
Opgaveøgning	Demografi, sygdomsbillede, behandlingsmuligheder, flere med multiple sygdomme
Opgaveglidning	Korte indlæggelser, sygehuse konverterer til ambulante aktiviteter
Opgaveændring	Nye og bedre behandlingsmuligheder og behandlingsteknologi

NOTE 3 I artiklen skelner vi mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Behandlingspsykiatri dækker over de tilbud, som er knyttet til de psykiatriske sygehuse, dvs. psykiatriske sengeafdelinger, ambulatorier, distriktspsykiatri, opsøgende psykoseteams mm. Socialpsykiatri dækker her over de tilbud, som er forankret i kommunerne, dvs. forskellige former for botilbud, støtte- og kontaktpersoner, aktivitets- og væresteder.

NOTE 4 Dvs. behandling ved indlæggelse

NOTE 5 Ikke-psykotiske lidelser udgør en bred gruppe af lidelser omfattende lette til moderate affektive tilstande, nervøse og stressrelaterede tilstande, herunder somatoforme tilstande, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og misbrug af alkohol og stoffer. De ikke-psykotiske lidelser er karakteriseret ved, at der ikke er psykotiske symptomer så som vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser og styringsoplevelser (Dansk Psykiatrisk Selskab, 2001).

FIGUR 1 Udviklingen i antal patienter i kontakt med behandlingspsykiatrien fordelt på diagnoser



Endelig udmærker gruppen af retslige diagnoser sig ved, at antallet af patienter er steget 141 %, om end de fortsat udgør en meget lille gruppe.

Forklaringen i væksten i antallet af borgere med psykiske lidelser finder vi bl.a. i et øget fokus på de psykotiske diagnoser. Det har ført til nye behandlingsmuligheder og dermed flere i psykiatrisk behandling. Samtidig er psykisk sygdom blevet mindre tabubelagt, og flere borgere beder om hjælp til at håndtere psykiske problemstillinger. Endelig er der fokus på tidlig opsporing af psykisk sygdom, og langt flere psykiske lidelser bliver opdaget – ikke mindst blandt børn og unge. Der er altså ikke kun tale om, at flere lider af psykisk sygdom, men om at flere bliver opdaget, at flere henvender sig med behov for hjælp, og at mulighederne for medicinsk behandling er blevet bedre.

Tallene præsenteret her dækker som sagt kun psykisk syge i kontakt med behandlingspsykiatrien. Borgere, som er i behandling for psykiske lidelser fx hos deres praktiserende læger eller de borgere med mildere eller endnu ikke erkendte psykiske problemstillinger, som kommunerne er i kontakt med, fx i jobcentrene, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen etc. fremgår ikke. De tilgængelige data giver altså ikke et fuldstændigt overblik over alle psykisk syge i Danmark. Især udgør kommunerne en blind vinkel, idet der kun eksisterer enkeltstående undersøgelser og opgørelser over antal tildelte antallet af borgere med psykiske lidelser i kommunerne.

Kommunerne oplever dog parallelt med behandlingspsykiatrien, at antallet af borgere med psykiske sygdomme er steget markant indenfor en ti-årig periode. Desuden oplever kom-

TABEL 2 Udviklingen i behandlingspsykiatriens aktivitet

	2000	2008	Ændring (antal)	Ændring (%)
Antal patienter i alt	81.708	116.331	34.623	42%
Antal indlagte patienter	25.147	24.619	-528	-2%
Ambulante patienter (kun ambulat behandlet)	50.611	83.582	14.703	65%
Ambulante patienter i alt	85.940	100.643	32.971	17%
Antal sengedage i alt	1.406.932	1.138.346	-268.586	-19%
Gns. indlæggelsestid pr. patient	55,95	46,24	-10	-17%
Antal indlæggelser pr. indlagt patient	1,39	1,47	0,1	6%
Antal ambulante besøg i alt	543.497	778.625	235.128	43%
Antal ambulante besøg pr . ambulat patient	6,49	8,05	1,5	24%
Antal skadestuebesøg i alt	41.594	47.600	6.006	14%

munerne, at flere og flere borgere har svært ved at håndtere et helt almindeligt liv, fx gennemføre en uddannelse og fastholde et arbejde. Herunder hører en voksende gruppe af unge, som – som en socialpsykiatrichef formulerede det – har svært ved »at få fat« og leve op til de krav som samfundet stiller til dem, og som i kortere eller længere tid har brug for støtte fra kommunerne til at blive »i det normale system«.

Opgaveglidning: Kortere indlæggelser og mere ambulat behandling giver flere opgaver i kommunerne

Selvom antallet af patienter er steget med 42 %, er antallet af indlagte faldet med ca. 2 %. Det svarer til, at andelen af patienter, som indlægges, er faldet med ca. 30 procent i perioden 2000-2008 (se Tabel 2). I samme periode er det samlede antal sengedage faldet med ca. 20 %, mens antallet af ambulante besøg er steget med 43 %.

Udviklingen mod kortere indlæggelser og mere ambulat aktivitet er, ifølge interviewene, drevet af flere forhold, herunder:

- En grundlæggende opfattelse af, at psykiatriske patienter har bedst af og ret til et liv så tæt på det normale som mulig.

- Bedre og mere effektiv medicinsk behandling, som gør det muligt at stabilisere patienterne hurtigere, så de ikke længere er indlæggelseskrævende.
- En udvidet målgruppe (jf. forrige afsnit) og dermed et øget pres på behandlingspsykiatriens ressourcer. Det preser behandlingspsykiatrien til at udvikle kortere indlæggelsesforløb.
- Psykiatriske patienters ret til behandling indenfor to måneder⁶, som medvirket til at behandlingspsykiatrien er blevet mere opmærksom på, at prioritere de patienter, som kræver specialiseret behandling og afgrænse sig fra at tage sig af de patienter, hvor praktiserende læger eller privatpraktiserende psykiatere og psykologer kan varetage behandling.

Selvom medicinske landvindinger har gjort det muligt, at forkorte psykiatriske patienters indlæggelsesforløb, er de patienter, som bliver udskrevet fra sygehusene dog ofte langt fra raske. Det kan være vanskeligt for mange borgere med psykisk sygdom, at håndtere et ambulat behandlingsforløb, fx at møde op til aftalte tidspunkter og huske at tage sin medicin. Støtte af borgere i ambulante forløb, som selv skal håndtere

NOTE 6 Psykiatriske patienter har ret til behandling inden for to måneder efter henvisning til et psykiatrisk hospital (det udvidede frie sygehusvalg). Hvis regionen ikke kan tilbyde behandling inden for to måneder, er borgeren berettiget til behandling på et privat sygehus (Lovbekendtgørelse 913, 2007).

deres medicin, er derfor nogle af de opgaver som kommunerne nu og i fremtiden kommer til at forholde sig til.

Interviewene peger også på, at årsagen til, at antallet af retspsykiatriske patienter er steget så markant, er, at behandlingspsykiatrien udskriver patienterne så tidligt, som det er muligt, for at få ressourcerne til at række. En af informanterne udtrykte det således:

»Der er kommet flere retspsykiatriske patienter, men dem der allerede er i retspsykiatrien: Hvorfor er det, at de bliver ved med at lave recidiv kriminalitet? Det er jo nok noget med, at der ikke er ressourcer nok i psykiatrien i det hele taget ... Det er jo et tegn på, at der er noget galt. Det er fordi vi ikke er nok omkring dem« (Psykiater)

Ifølge informanterne fra behandlingspsykiatrien, er de nødt til at skelne skarpt mellem patienter, som er indlæggelseskrævende (fx fordi de er til fare for sig selv eller andre), og patienter, som fortsat er behandlingskrævende, men som er 'raske nok' til at indgå i en eller anden form for ambulans forløb. Den udvikling stiller store krav til kommunerne, som skal imødekomme behovet for intensiv støtte til meget sårbare mennesker på alle tider af døgnet, og til medarbejderne, som skal kunne håndtere mennesker med komplekse og mangeartede problemstillinger. Kommunerne oplever derfor en øget efterspørgsel efter døgnbemandede tilbud og botilbud, efter bostøtte og støtte- og kontaktpersonordninger og efter hjemmetræning, støtte til hverdagsaktiviteter mm.

Overgangen fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien er helt afgørende for disse borgere, og her diskuterer regioner og kommuner, hvor ressourcer og kompetencer bliver udnyttet bedst. Informanter til denne undersøgelse, særligt fra behandlingspsykiatrien, fremhævede dilemmaet mellem på den ene side at ville hjælpe borgere på egne præmisser og med individuelle tilbud i borgernes eget nærmiljø, og på den anden side sikre kvalificerede tilbud til *alle* grupper af psykisk syge i *alle* faser. Ingen ønsker psykiatrien tilbage til tidligere tiders totalinstitutioner, hvor psykisk syge levede afsondret fra det almindelige samfund, men med strukturreformen er socialpsykiatrien blevet så spredt, at den faglige bæredygtighed nu er til debat. Spørgsmålet er om kompetencerne er blevet spredt for meget efter, at kommunerne har overtaget hele det socialpsykiatriske område, og om tiden nu er kommet, hvor kommunerne skal overveje at samarbejde om nogle tilbud til udvalgte målgrupper på bekostning af ønsket om geografisk nærhed?

Opgaveændring: Nye rammer for arbejdet og opgaver der bliver løst på en anden måde

Sidst men ikke mindst skal kommunernes oplevelse af at have fået flere og nye opgaver på psykiatriområdet også ses i lyset af, at kommunernes metoder og tilbud udvikler og ændrer sig uafhængigt af behandlingspsykiatrien. I et af interviewene fremgik følgende dialog:

»Vi har fået en anden vinkel på vores opgave. Tidligere var det kaffe og smøger på værestedene. I dag er det altså kost og motion og den slags. Vi har både løbegrupper og tager i motionscenter, og det synes jeg er meget positivt.«

»Der er nogle opgaver, der er forsvundet, og i stedet er der opstået nye. Der er også kommet en hel masse fokus på beskæftigelse generelt.« (Dialog under interview med socialpsykiatricher)

Citatet vidner både om, at nogle aktiviteter (fx kaffe og smøger) er erstattet af andre (fx løbeture) og om nye politiske og faglige mål, fx på beskæftigelsesområdet. I interviewene med kommunale jobcenterchefer fremgik det bl.a., at jobcentrene har fået meget større fokus på (og dermed mere arbejde med), at hjælpe psykisk syge borgere på sygedagpenge eller kontakthjælp i beskæftigelse. Den skærpede lovgivning på beskæftigelsesområdet⁷, er uden tvivl én forklaring på det skærpede fokus. Jobcentercheferne beskriver imidlertid også, at de generelt er blevet mere opmærksomme på, at nogle borgere med psykiske lidelser kan have gavn af og godt kan tåle at blive aktiveret, komme væk hjemmefra og ud blandt andre mennesker. Dette stiller dog krav til jobcentrenes medarbejdere, som skal have en vis baggrundsviden om psykiske lidelser, og være i løbende dialog med enten behandlingspsykiatrien eller de praktiserende læger om, hvornår den enkelte borger er i stand til at deltage i et aktivt tilbud.

Den skærpede lovgivning har desuden givet jobcentrene nye udfordringer med at håndtere, at nogle borgere med psykiske lidelser har svært ved at leve op til kravet om, at indgå i beskæftigelsesrettede forløb. De kan fx have svært ved at forholde sig til, at det kan få store konsekvenser for dem (deres indkomstgrundlag bortfalder), hvis de ikke møder op til planlagte forløb. Lovgivningen tager ikke hensyn til, at der er en gruppe borgere for hvem denne »pisk- og gulerodsstrategi« ikke virker, og interviewene peger på en bekymring for, om samfundet lader nogle borgere i stikken, hvis man ikke også håndterer den psykiske problemstilling. Jobcentrene er derfor lige nu optagede af behovet for at udvikle tilbud, som kombinerer beskæftigelsesindsatsen med medicinsk behandling og en socialpsykiatrisk indsats, og dermed tilpasse sig de nye rammer for deres arbejde.

NOTE 7 Med strukturreformen blev beskæftigelseslovgivningen skærpet, og alle ledige og sygedagpengemodtagere skal i dag udarbejde en jobplan i samarbejde med jobcentrene og tidligere i forløbet indgå i en eller anden form for beskæftigelsesrettet tilbud, hvis de vil bevare retten til dagpenge eller kontanthjælp.

Et behov for at dokumentere opgaveudviklingen i kommunerne

På baggrund af ovenstående er det altså muligt at konkludere, at kommunerne er udfordret af flere borgere med psykiske problemstillinger, hvoraf nogle er svært syge og belastet af flere andre problemstillinger, som misbrug og kriminalitet (Madsen, Hvenegaard & Fredslund, 2011). Det er dog en konklusion baseret på data fra en anden sektor og på interview, som i sigens natur ikke er egnet til at opgøre en opgaveudvikling i tal.

Kommunerne har lige nu ikke har ret gode muligheder for, at dokumentere de opgaver de varetager, herunder de opgaver, som kommunerne nu oplever, at de overtager fra regionerne uden økonomisk kompensation. Samtidig giver kommunerne i undersøgelsen udtryk for, at de er ved at opbygge en viden om, hvad der virker for borgere med psykiske problemstillinger.

Denne viden kan stå mål med den viden, som er produceret i behandlingspsykiatrien, men tiden og muligheden for at dokumentere effekten af kommunernes arbejde mangler..

Dokumentation er dog ikke en ukendt aktivitet i kommunerne, og bestemt et område som er i udvikling, men den har lige nu ikke en form, som kan bruges strategisk i planlægning og kvalitetsudvikling. Denne undersøgelse peger på, at det er en af kommunernes helt store udfordringer, at tilrettelægge forløb for sindslidende borgere, som både tilgodeser borgerne, faglige standarder og den bedste brug af de samlede ressourcer, kompetencer etc. Derfor er det væsentligt, at kommunerne udvikler muligheden for, at få et samlet overblik over, hvad de laver, for hvem og hvordan det virker – uanset om der er tale om opgaveøgning, -glidning eller – ændring.

LITTERATUR

Dansk Psykiatrisk Selskab (2001). *Behandling af psykotiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*.
 Jørgensen, J. (2009). Kommunal psykiatri under hårdt pres. Momentum [Elektronisk version]: <http://www.kl.dk/Dokumenter/Artikler/JJR/2009/09/Kommunal-psykiatri/>
 Kudahl, S. & Jørgensen, J. (2009). Psykisk

syge udskrives for tidligt. Momentum [Elektronisk version]: <http://www.kl.dk/Artikler/63424/2009/09/Psykisk-syge-udskrives-for-tidligt/>
 Lovbekendtgørelse 913 (2007). *LBK 913 af 13/10/2002*.
 Madsen, M. H., Hvenegaard, A., & Fredslund, E. K. (2011). *Opgaveudvikling på psykiatriom-*

rådet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger. København: Dansk Sundhedsinstitut.
 Vinge, S. & Kilsmark, J. (2009). *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder*. København: Dansk Sundhedsinstitut.