



NOTAT

To diagnoser – Et menneske

Beredskab – målgruppe for samlet behandling af psykisk sygdom og misbrug

Budskaber

- Hvis man både har en psykisk sygdom og er afhængig af stoffer, alkohol eller medicin, er en tryk og sammenhængende behandling helt afgørende for, om man får det bedre. For langt de fleste påvirker misbruget nemlig den psykiske sygdom – og omvendt. Og der følger næsten altid forskellige fysiske sygdomme med.
- Borgere med psykisk sygdom og misbrug er en af de mest udsatte grupper i det danske samfund, og dør i gennemsnit 22 år før alle andre. Men selvom psykisk sygdom og misbrug hænger tæt sammen, behandles det alligevel hver for sig i regioner og kommuner. Det er bestemt i loven.
- Det betyder, at mennesker med begge diagnoser risikerer at falde mellem to stole, når de har brug for behandling. Vi risikerer samtidigt, at mennesker kan gå rundt med en ubehandlet psykisk lidelse eller misbrug, som kan medføre dårligt livskvalitet, mange gen- og tvangsindlæggelser, uopdagede fysiske sygdomme og tidlig død.
- Patienter, pårørende, medarbejdere og politikere er enige: Lad os få skabt et samlet sundhedsfagligt tilbud. Regionerne har ansvaret for at overholde borgernes patientrettigheder. Ansvaret herfor er entydigt og gælder alle borgere, der er henvist til sygehusbehandling. Tilsvarende bør ansvaret for at behandle et samtidigt misbrug være entydigt.
- Vi foreslår, at regionerne får ansvaret for at samle behandlingen af begge sygdomme under ``samme tag``. Målgruppen for et nyt samlet regionalt behandlingstilbud til borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug skal være:

23-09-2020

EMN-2017-03010

1358435

Josefina Hindenburg Krausing

Alle borgere, som modtager behandling i den regionale psykiatri, og som har et behandlingskrævende misbrug – uanset misbrugets art og omfang¹.

- Målet er at tilvejebringe et sundhedsfagligt og sammenhængende behandlingstilbud af høj kvalitet for de tusindvis af mennesker, der både har en psykisk sygdom og et samtidigt misbrug, og hvor der også tages samtidigt vare om somatisk sygdom, skader efter fx langvarigt misbrug m.m.

Q & A

1. Målgruppen i det regionale forslag

Hvem er målgruppen for det regionale ansvar og hvor mange borgere?

- Det er alle borgere, som behandles i den regionale psykiatri, og som også har et behandlingskrævende misbrug vedkommende ønsker udredt og behandlet. Uanset misbrugstype og tyngde af misbrug. De bør fremadrettet tilbydes et samlet udrednings- og behandlingstilbud 'under samme tag' i regionalt regi. I tilbuddet skal der også samtidigt tages hånd om fysiske sygdomme.
- LPR- data viser, at i 2017 havde ca. 16.000 unikke patienter med dobbeltdiagnose aktiv kontakt med psykiatrien, og var i enten ambulante behandling for deres psykiske sygdom eller indlagt. Det er det antal vi tager udgangspunkt i, og som vil være målgruppens forventede størrelse (ca.).

KL mener målgruppen er mindre og ca. 1200 – 2000 borgere - hvorfor er der så stor forskel på målgruppen i antal i fht. jeres forslag?

- KL mener at målgruppen skal være de sværest syge – dvs. borgere med svær psykisk sygdom og svært misbrug. Det er vi ikke enige i. Det vil skabe en u hensigtsmæssig opdeling af behandlingspsykiatriens eksisterende dobbeltdiagnosepatienter: 1) Dem der fremadrettet får et samlet tilbud i regionalt regi, og 2) dem der fortsat skal behandles for den psykiske lidelse i regionen og misbruget i kommunen. Med den opdeling er der risiko for at der skabes et A- og et B-hold blandt de mennesker der har dobbeltdiagnoser, idet der så ikke er et samlet tilbud til alle.

¹ Forslaget er en konkretisering af et udspil fra 20018. Her foreslog Danske Regioner sammen med Lægeforeningen, Bedre Psykiatri og Dansk Psykiatrisk Selskab at etablere et behandlingstilbud i regionerne, hvor borgere med psykisk sygdom og misbrug kan behandles i et samlet forløb forankret i sundhedsvæsenet.

2. Økonomi og kapacitet

Man hører ofte, at psykiatrien er presset i knæ af alt for få ressourcer og lægemangel. Kan psykiatrien overhovedet løfte opgaven?

- Psykiatrien er presset, men tiltroen bør alligevel være høj. Stadig flere udredes og behandles, udredningsretten overholdes, og behandlingskvaliteten er løftet. Faktisk er 9 ud af 10 patienter tilfredse. Dertil kommer, at vi jo oprindeligt lancerede vores forslag om at behandling af psykisk sygdom og misbrug bør samles til et integreret tilbud sammen med Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab og Bedre Psykiatri. Så både fagfolk og brugerne mener, at regionerne er de mest egnede til at løfte opgaven.
- KL bør i stedet kigge indad og spørge, om det ikke er hos kommunerne, at livremmen er ved at sprænge. Alt for mange opsøger de psykiatriske skadestuer på grund af et aktivt og ubehandlet misbrug.

Det lyder dyrt, hvad vurderer I, at det kommer til at koste?

- Kommunerne brugte i 2016 ca. 1,5 mia. kr. til behandling af misbrug (netto), Når en del af opgaven flytter, skal pengene selvfølgelig flytte med. Hertil kommer udgifterne til de mange mennesker med behov for behandling, og som i dag går ubehandlede rundt. Og vi har som sagt også en ambition om at styrke kvaliteten helt grundlæggende. Vi håber politikerne er parate til at investere.
- Udgifterne relateret til patienter med misbrug og psykisk sygdom i dag er enorme. Over 70 procent af målgruppen hører til blandt de allermest omkostningstunge patienter i det danske sundhedsvæsen. Hertil kommer de store udgifter, der er forbundet med afbrudte uddannelsesforløb, tabt arbejdsfortjeneste og førtidspension. Kort sagt, det kan betale sig at investere i god og sammenhængende behandling til disse udsatte borgere med mål om fx færre genindlæggelser, færre kontakter til akut hjælp (skadestuer), udtrapning af misbrug m.m. Der er mange sunde leveår at hente.

3. Region vs. kommuner

I vil forebygge, at patienter med psykisk sygdom og misbrug falder mellem to stole. Men skaber I ikke bare nye overgange mellem behandling og sociale tiltag?

- Målgruppen i det nye integrerede behandlingstilbud vil på linje med mange andre borgere, der behandles i sundhedsvæsenet og psykiatrien have et betydeligt behov for kommunal støtte. Der vil således fortsat

være snitflader på tværs af sektorer. Men kombinationen af behandlingskrævende misbrug og psykisk lidelse er så kompleks, at der er behov for et massivt kvalitetsløft for borgere med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Der skal derfor være et tæt samarbejde mellem region og kommune omkring den enkelte borger, som bl.a. sikrer borgeren let adgang til relevant socialfaglig støtte, beskæftigelsesrettede indsatser samt rehabiliterende tilbud på linje med andre sygdomsområder.

Hvorfor vil regionerne være bedre til at løse opgaven?

- Regionerne har den psykiatri- og sundhedsfaglige ekspertise og erfaring med kliniske retningslinjer, dataregistrering m.m. til at kunne levere et samlet tilbud til målgruppen af højere kvalitet end i dag. Det har kommunerne ikke. Kommunernes forudsætninger for at levere behandling af høj ensartet kvalitet er ikke til stede. Enhederne er for små, og der mangler sundhedsfaglig tyngde i behandlingen. På grund af deres størrelse har kommunerne heller ikke mulighed for at udvikle indsatsen.
- På tværs af landet er der i dag alt for stor variation i forhold til kvalitet og omfang af misbrugsbehandlingen. Det mærker vi tydeligt i vores psykiatriske skadestuer, hvor hver tredje, der kommer ind, også har et misbrug. Og man mærker det også på de socialpsykiatriske bosteder, hvor misbrug og handel med stoffer er et kæmpe problem.
- Misbrug kan ikke ses løsrevet fra psykisk lidelse, som det bliver nogle steder i kommunalt regi i dag samtidig med at psykiatrien får patienter ind til behandling, som har haft misbrug længe før de vidste de havde en psykisk lidelse.

Hvad er det regionerne kan, som kommunerne ikke kan, når det kommer til misbrug?

- Kombinationen af en psykisk lidelse og samtidigt misbrug kræver en evidensbaseret, specialiseret og multidisciplinær sundhedsfaglig behandlingsindsats, som ikke er mulig kommunalt. Vi kan levere et specialiseret tilbud og integrere en samlet psykiatrisk, medicinsk/somatisk behandling og med tæt opfølgning til opfølgende indsatser kommunalt. Og vi kan danne 5 fagligt bæredygtige miljøer frem for 98. Desuden kan vi understøtte vores lokale psykiatri med viden, så vi fortsat kan levere en kvalificeret behandling tæt på borgeren. For nærhed er også vigtig.

KL klandrer Danske Regioners forslag for ikke at skele til, hvad der er bedst for borgeren. Herunder længere afstande geografisk til misbrugsbehandlingen.

- Det er bedst for borgerne i videst muligt omfang at møde ensartede sundhedstilbud uanset, hvor man bor- og i et gennemskueligt og sammenhængende forløb. Desværre mangler de kommunale misbrugstilbud ofte et sundhedsfagligt indhold og de varierer betydeligt både i kvalitet og tilgængelighed. Et forenklet system, hvor de sundhedsfaglige og misbrugsfaglige kompetencer samles vil både give et kvalitetsløft og være nemmere for den enkelte borger at navigere i. I dag løber borgerne spidsrod mellem det kommunale misbrugscenter, det psykiatriske ambulatorium og egen læge.
- Psykiatrien rækker langt ud og er allerede til stede i langt de fleste af landets kommuner. Behandlingen af den psykiske sygdom og misbrug kan både være på sygehuset, i lokal- psykiatri, psykiatrhuse og desuden vil der også være muligt at opbygge udgående tilbud. Internetbaseret behandling af misbrug sammen med den samtidige behandling af psykisk sygdom skal også indtænkes.

Hvis misbrug er en psykiatrisk diagnose, hvorfor så ikke foreslå, at hele misbrugsområdet skal overgå til regionerne?

- Patienter med en ren misbrugsproblemstilling har også behov for behandling af høj kvalitet. Og en behandling, som bygger på evidens og på stærke sundhedsfaglige kompetencer. Derfor lægger vi også op til, at der skal laves en samlet plan og et samlet løft af misbrugsområdet. En plan, som både løser sammenhængsudfordringen for borgere med psykisk sygdom og misbrug og samtidigt understøtter bedre kvalitet i misbrugsbehandlingen for dem, der udelukkende lider af et misbrug. Og derved kan borgere som alene lider af et misbrug fremadrettet fortsat behandles kommunalt. Men hvis Folketinget ønsker det, så må vi jo løse hele opgaven.

Undersøgelser viser, at misbrugsbehandlingen er blevet bedre. Hvorfor ikke bare styrke det der virker?

- Der er sket fremskridt i misbrugsbehandlingen rundt om i landet. Og i dag ved man på mange fronter, hvad der virker. Men der fortsat alt for mange steder, hvor man ikke gør brug af best practice, og hvor man ikke opdager de psykiske lidelser.

Hvorfor ikke efterligne den norske model, som KL peger på?

- Som vi har kendskab til den norske model, så ligger det primære ansvar for sociale og rehabiliterende indsatser i kommunen. I, hvad der svarer til vores regioner, ligger dels den psykiatriske og dels den tværfaglige specialistbehandling (TBS), som er Norges svar på rusmiddelbehandlingen. Den store forskel er, at behandlingen af mennesker med både psykisk lidelse og misbrug skal være integreret og tager afsæt i en lovbestemt "individuel plan" som er en rettighed for borgeren/patienten.

- Den norske kompetencetjeneste for rus og psykiatri rapporterer også om betydelige udfordringer med at få behandlingen til at hænge sammen her. Sundhedsstyrelsen har i et FT- svar i juni 2020 vurderet, at det ikke handler om at indføre et fuldstændig lignende system, men at Danmark godt kan drage nytte af de norske erfaringer om hvordan arbejdet med dobbeltdiagnoser er grebet an. Det er vi enige i. Blandt de elementer, Sundhedsstyrelsen hæfter sig særligt ved, er nationale retningslinjer for udredning, behandling og opfølgning, en rettighedsbaseret og skræddersyet indsats, en grundig udredning og en systematisk kvalitetsudvikling af området.
- Vi skal som i Norge bygge behandlingen af psykisk sygdom og samtidigt misbrug på en sundhedsfaglig tilgang fx pakkeforløb og kliniske retningslinjer samt hensynet til somatiske sygdomme. Og ved et entydigt regionalt ansvar for behandlingen af begge sygdomme, sikres det rettmæssige for patienten i form af udrednings- og behandlingsretten, som vi er underlagt.

4. Kompetencer

Borgerne har frit valg i fht. misbrug; Hvordan vil regionerne håndtere borgernes frie valg af misbrugsbehandling, mens de er under behandling af psykisk sygdom?

- Der må gælde de samme regler for den regionale misbrugsbehandling for så vidt angår frit valg (herunder af private udbydere), som det gør for andre behandlinger.

Hvordan vil regionerne håndtere, at en borger er opnået velbehandlet af sin psykiske sygdom, men fortsat har brug for behandling af misbrug

- I de tilfælde, hvor der opnået effekt af behandlingen af de psykiatriske symptomer, men hvor der stadig er et behandlingskrævende misbrug, foreslås det, at borgeren fortsætter i psykiatriens tilbud, indtil der er opnået effekt. Dette af hensyn til ikke at bryde et igangsat forløb. Først herefter afsluttes patienten til eventuel videre opfølgning hos egen læge eller kommunal enhed.

Vil det ikke indebære en overfokusering på medicinsk behandling, og en adskillelse af de socialfaglige indsatser, hvis misbrugsbehandling fremover udgår fra psykiatrien?

- Psykiatrisk behandling er meget andet end medicinsk behandling. Psykoterapi, samtale, motivation, sygepleje, fysio- og ergoterapi er jo integrerede dele af behandlingen. Det skal det selvfølgelig fortsat være. Det er i øvrigt faglige indsatser, som vi i psykiatrien i højere grad kan tilbyde som del af behandlingen, end der kommunalt kan tilbydes i misbrugs-

behandlingen. Dertil kommer flere og flere internetbaserede behandlingstilbud. Så har borgeren hverken brug for eller gavn af psykofarmaka eller anden medicin, skal det selvfølgelig ikke ordineres.

- Et tæt samarbejde med de forskellige kommunale instanser, som måtte spille en rolle i forhold til den enkelte borgers situation, er selvfølgelig fortsat vigtigt. Det gælder jo allerede for den depressionsramte arbejdstager, den unge pige med spiseforstyrrelse, folk med diabetes, den kræftramte osv. osv. Der vil være snitflader, og dem skal vi tage hånd om.

Hvordan vil I håndtere udlevering af metadon og lægeordineret heroin?

- I fht. at udlevere metadon og lægeordineret heroin, så er der i gode forudsætninger for udlevering:
 1. Psykiatrien er til stede i mange kommuner. De ordinerer, seponerer og udleverer masser af potent medicin
 2. De somatiske hospitaler har apoteker, hvorfra udlevering kan ske
 3. Som i dag kan der indgås aftaler med private apoteker om udlevering.
 4. Fremadrettet og afstemt efter lokale behov og ønsker kan/skal der indgås aftaler med kommunale misbrugscentre
 5. Endelig kan der indgås aftale med PLO om udlevering fra de praktiserende læger

Hvad med alle de mange behandlingskompetencer, der er opbygget i kommunerne. Hvad skal der ske med dem?

- Alle de mange dygtige folk, der i dag arbejder på misbrugsbehandlingsstederne - dem kan vi ikke undvære i et nyt behandlingstilbud. De skal være med til at opbygge og udvikle et nyt tilbud, som kan mere, end det vi kan tilbyde i dag.

Fakta

Registerdata² viser, at ca. 26.500 borgere lider af psykisk sygdom og samtidigt misbrug. I den datapopulation indgår også borgere, som ikke er i aktiv behandling i psykiatrien. LPR- data viser, at i 2017 havde ca. 16.000 unikke patienter med dobbeltdiagnose aktiv kontakt med psykiatrien. Data vidner om et uforudsigeligt kontaktmønster og komplekst sygdomsbillede, som kalder på en mere samlet integreret sundhedsfaglig indsats af højere kvalitet.

²”Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug”, Danske Regioner, Data: Beregninger baseret på Psykiatriregeret 2016 samt artikel af Toftdahl, Norden-toft og Hjorthøj.

- Hver tredje borger, der søger hjælp akut har både en psykisk sygdom og et misbrug af enten stoffer eller alkohol³.
- Dobbeldiagnosepatienter har i gennemsnit en højere andel akutte kontakter til både somatikken og psykiatrien sammenlignet med psykiatriske patienter generelt.
- Ca. 16.000 patienter med dobbeldiagnose har været aktivt i kontakt med psykiatrien i 2017. 66 % af dobbeldiagnosepatienterne har også været i kontakt med somatikken i det samme år.
- I 2017 havde 10 % af patienterne med angst, 13,5 % af patienterne med bipolar affektiv sindslidelse og 8 % af patienterne med depression et diagnosticeret misbrug. Ift. skizofreni havde knap halvdelen et misbrug.⁴
- Dobbeldiagnosepatienter har flere bæltefikseringer end patienter uden et samtidigt misbrug⁵.
- De gennemsnitlige årlige omkostninger i både somatikken og psykiatrien til dobbeldiagnosepatienter er 103.562 kr. pr. patient. En psykiatrisk patient uden dobbeldiagnose indebærer en omkostning på 48.331 kr. Over 70 procent af målgruppen hører til blandt de mest omkostningstunge patienter i det danske sundhedsvæsen.
- 90 procent af de psykisk syge, som gennemgår en mentalundersøgelse, vurderes at have modtaget utilstrækkelig misbrugsbehandling.

³ " Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug", Danske Regioner, Data bygger på en tværregional stikprøveundersøgelse fra akutmodtagelser fra januar 2018.

⁴ Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug", Danske Regioner, Data: Beregninger baseret på Psykiatriregeret 2016 samt artikel af Toftdahl, Nordentoft og Hjorthøj.

⁵ Kompetencecenter for dobbeldiagnose, Region Hovedstaden, 2017