



I denne artikel anvendes ordet psykisk sygdom om tilfælde, som falder under psykiatriens arbejdsområde, mens ord som psykiske vanskeligheder og psykisk lidelse bruges om tilfælde, som ikke er psykiatriens målgruppe og derfor håndteres uden for psykiatrien, f.eks. med et samtaleforløb hos en psykolog eller social støtte i kommunalt regi.

Kompetencecenter for Dobbelt-diagnoser svarer på syv spørgsmål til psykiatrien

Når de mange professionelle aktører på rusmiddelområdet møder hinanden og skal samarbejde, kan forskellige faglige tilgange og rammer give frustrationer og misforståelser. Det ønsker Kompetencecenter for Dobbelt-diagnoser at gøre sit for at ændre på ved i denne artikel at svare på nogle af de spørgsmål, de oftest hører fra andre fagpersoner. Centret ønsker at forklare, hvilke rationaler og vilkår der ligger bag nogle af psykiatriens praksisser, som ellers kan undre samarbejdspartnere.

AF SIDSEL BUSCH, SIGNE WEGMANN DÜRING, KATRINE JENSEN, KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN, SOLVEJ MÅRTENSSON OG JONATHAN LED LARSEN

01. Hvorfor får mine borgere ikke behandling i psykiatrien, selvom det er ret åbenlyst, at de har psykiske vanskeligheder?

Selvom det umiddelbart er rigtigt, at det er psykiatriens opgave at tilbyde behandling til mennesker med psykisk sygdom, så er det ikke altid der, vurdering og behandling starter. De psykiatriske sygehuse og den ambulante psykiatri er faktisk ikke den første instans, der kommer på banen ifm. psykiske vanskeligheder; det er i stedet de privatpraktiserende psykiatere og psykologer såvel som egen læge. Det psykiatriske behandlingssystem er en del af det, man kalder den sekundære sundhedssektor, mens de privatpraktiserende psykiatere, psykologer og alment praktiserende læger tilhører primærsektoren og er første behandlingslinje.

I praksis betyder det, at psykiatriens behandlingstilbud kun tager sig af psykiske vanskeligheder, som vurderes at have en sværhedsgrad, der gør, at der ikke er ressourcer eller kompetencer til at behandle problemet hos egen læge eller hos de privatpraktiserende psykiatere eller psykologer. Det er kun læger, der kan henvise til voksenpsykiatrien. Selve afgørelsen om, hvorvidt en person har en 'svær nok' sygdom til at

høre til i psykiatrien, beror derefter på en vurdering fra psykiatriens egne specialister.

02. Selvom en borger har det rigtig dårligt og henvender sig i en psykiatrisk akutmodtagelse, så er det langt fra sikkert, at vedkommende bliver tilbudt en indlæggelse – hvordan kan det være?

De psykiatriske akutmodtagelser er indgangen til psykiatrien, når en borger oplever en akut psykisk krise. Akutmodtagelserne er døgnåbne og kræver ikke henvisning. Alligevel garanterer en henvendelse i akutmodtagelsen ikke, at psykiatrien kan tilbyde en mere omfattende behandling. Som det også er tilfældet i en somatisk skadestue, skal det udover tilbud om akut hjælp også sikres, at de behandlingsmæssige ressourcer, der findes, bruges på de mest akut trængende. Hvis man fx henvender sig på en somatisk skadestue med smerter i foden, vil det blive vurderet, om man kan sendes til behandling hos egen læge, eller om der er behov for en akut operation. Derfor er det første, der sker, at der bliver foretaget en vurdering, hvor erfarent personale vurderer borgerens tilstand, men også tager hensyn til de tilgængelige ressourcer samt har et blik på andre muligheder for at yde hjælp end med en indlæggelse.

I den psykiatriske akutmodtagelse er den første samtale som regel med en sygeplejerske, der spørger til grunden til henvendelsen, hvad der har ledt op til den, og ofte også om lignende situationer har fundet sted tidligere. Typisk kommer borgeren derefter til at tale med en læge, som altid har mulighed for at konferere med en erfaren kollega.

De problemer, der bliver prioriteret højt i akutmodtagelsen ift. indlæggelser, vil typisk handle om tanker eller planer om selvmord eller selvskade. Det kan også være situationer, hvor et menneskes sans for, hvad der er virkeligt, er brudt sammen (psykose), og hvor der er risiko for, at vedkommende selv eller andre kan komme til skade. Svære tilfælde af psykiske symptomer efter rusmiddelbrug kan nogle gange resultere i eller sidestilles med en psykose, og her vil akutmodtagelserne også i nogle tilfælde kunne skabe rammer for en afrusning. Der er også forskel på mulighederne fra henvendelse til henvendelse, fx fordi nogle patienter måske er kendt i psykiatrien i forvejen, og der er en ledig plads på den afdeling, som vedkommende tidligere har været indlagt på.

Der er altså en del faktorer, herunder perioder med spidsbelastning eller forudgående kendskab til patienten, som spiller ind på, hvad akutmodtagelsens personale har af handlemuligheder, men der er også tilfælde, der altid resulterer i indlæggelser. Hvis man ikke tilbydes indlæggelse, vil personalet på akutmodtagelsen ofte foreslå anden behandling, man kan opsøge, eller man tilbydes et forløb et andet sted i psykiatrien.

03. Hvordan bliver en borger egentlig tilknyttet psykiatrien – er der flere indgange, og hvad er den typiske vej ind i psykiatrien?

Der er to måder, hvorpå man kan komme i behandling i den regionale behandlingspsykiatri. Den ene er via henvendelse til en psykiatrisk akutmodtagelse. Den anden går via en central, regional visitation. Akutmodtagelsen tager sig som beskrevet af akutte psykiske kriser, og derfor er akutmodtagelserne optaget af – og forpligtet til – at vurdere borgerens umiddelbare tilstand. Visitationenheden er til gengæld der, hvor det afgøres, hvorvidt en borger hører til i psykiatrien eller ej, når der ikke er en akut tilstand. De kan også vurdere, om borgeren vil være lige så godt eller bedre hjulpet i primærsektoren. Det er en læge, fx egen læge eller lægen i rusmiddelbehandlingen, som skal lave henvisningen. På baggrund heraf vurderer visitationen, om den enkelte borger hører til i psykiatrien. Vejen til at blive tilknyttet psykiatrien er altså i langt de fleste tilfælde via en lægelig henvisning til den centrale visitation.

04. Det er svært som samarbejdspartner at gennemskue, hvornår en borger er dårlig nok til, at psykiatrien kan anvende tvang. Hvad siger lovgivningen?

Selvom de behandlingsformer, psykiatrien bruger, er møntet på at blive brugt i et frivilligt samarbejde med patienten, så er der noget særligt ved psykiatrien, som ikke gælder for andre dele af sundhedsvæsenet: Psykiatrien har mulighed for at bruge tvang under helt særlige, kritiske omstændigheder. Både af menneskeretslige og almenmenneskelige grunde er tvang en nødløsning, og der foregår en stor indsats for at minimere brugen af tvang i psykiatrien.

Tvang må udelukkende udøves, når en læge vurderer, at en patient er psykotisk eller på anden vis ude af sig selv i en grad, der kan sidestilles med en psykose. Anvendelsen af tvang er stærkt reguleret lovgivningsmæssigt, og der er faste procedurer for at anvende tvang i første omgang, og dernæst for, hvor ofte tvangen skal genvurderes. Anvendelse af tvang kræver altid godkendelse af en overlæge med speciale i psykiatri. Patienter, der bliver udsat for tvang, har altid mulighed for at klage over anvendelsen af tvang.

Anvendelse af tvang er aldrig ønskværdigt, og hos nogle patienter er det en entydigt dårlig oplevelse, mens andre i bakspejlet godt kan acceptere og måske endda være glade for, at der blev grebet ind på et tidspunkt, hvor de havde svært ved at tage vare på sig selv. Det er vigtigt at bemærke, at selvom en person har det meget dårligt og måske ville kunne have gavn af en indlæggelse, så kan vedkommende ikke indlægges akut mod sit eget ønske, hvis ikke vedkommende vurderes at være til akut fare for sig selv eller andre.

05. Man skal have en diagnose for at modtage behandling i psykiatrien – men hvad er en diagnose, og hvem kan stille den?

Diagnoser er en måde at gruppere psykiske sygdomme, og de hjælper behandlingssystemet til at guide patienter hen til den rette behandling. Diagnoser bruges også som værktøj i forskning, men er derudover også kommet til at spille en rolle ift. andre velfærdssydelser, selvom det ikke oprindeligt har været meningen med dem. I Danmark bruger vi diagnosemanualen ICD-10, som er udarbejdet af WHO. Hver enkelt sygdom er defineret ved en liste af mulige symptomer, og en diagnose kan stilles, hvis en patient har et vist antal af symptomerne, og de har været til stede i et vist tidsrum.

Diagnoser bliver i en psykiatrisk sammenhæng stillet af en speciallæge i psykiatri. Diagnosticering bygger i psykiatrien på en vurdering af det samlede symptom-billede. Diagnosticering involverer altså mere end at udfylde en tjekliste med symptomer, fordi en liste med symptomer ikke i sig selv kan definere, hvor grænsen går mellem at kunne genkende et symptom i mild grad og så at opfylde det i diagnostisk forstand. I psykiatriens terminologi hviler denne afgørelse på klinisk viden, der opbygges ved at se rigtig mange patienter. Selvom diagnoser kan blive stillet udenfor psykiatrien, fx af privatprak-

tiserende psykologer, så vil en henvisning til psykiatrien i mange tilfælde medføre, at der udføres en ny udredning. Hvis man bliver indlagt i psykiatrien, vil der altid blive stillet en – om ikke andet så foreløbig – diagnose.

06. Hvis man har et misbrug, har man så ikke også en psykiatrisk diagnose og kan få behandling i psykiatrien?

I ét tilfælde betyder en psykiatrisk diagnose ikke, at en person behandlingsmæssigt hører til i psykiatrien, og det er i tilfældet med misbrug. I ICD-10 kaldes misbrug henholdsvis 'skadeligt brug' og 'afhængighedsyndrom' (derudover findes bl.a. diagnoserne 'akut intoksikation' og 'abstinensstilstand'). Misbrugsproblemer kan altså lede til en psykiatrisk diagnose, men det betyder ikke, at psykiatrien er den rette instans i det konkrete tilfælde til at behandle misbrugsproblemer. Grunden til det er historisk. Frem til 1970'erne var det en del af psykiatriens arbejde at behandle misbrug, men i og med at nye, større grupper af mennesker, ofte med sociale problemer, begyndte at bruge stoffer, så blev det besluttet, at misbrugsbehandlingen skulle flyttes udenfor psykiatrien. Derfor hører rusmiddelbehandlingen i dag under kommunerne.

Misbrug bliver dog i mindre grad stadig behandlet i psykiatrien, fx ifm. afrusning, ligesom det også er psykiatriens ansvar at sørge for misbrugsbehandling, mens patienten er indlagt.

07. Det kan tit være svært for samarbejdspartnere udenfor hospitalsvæsenet at vide, hvordan der arbejdes i psykiatrien. Hvilke behandlingsmetoder bruges der typisk?

Behandling i psykiatrien er ofte kun én indsats blandt flere andre. Fx er personer, der både har en psykisk sygdom og et misbrug, ofte tilknyttet en indsats både i den ambulante psykiatri, i misbrugsbehandlingen og i jobcentret. Det kan være en udfordring, hvis hver af de forskellige indsatser bygger på forskellige menneskesyn og bruger forskellige metoder. Da psykiatrien er et medicinsk speciale, vil hovedparten af den behandling, der tilbydes, være karakteriseret ved at være netop sundhedsfaglig. Dokumentation for behandlingens effekt vurderes ofte ud fra såkaldte kontrollerede studier, hvor man søger at isolere effekten af en ny behandling og sammenligne den med standardbehandlingen.

I praksis betyder det, at psykofarmaka ofte er et element i behandlingen, men det foregår stort set altid i samspil med en psykosocial indsats, der kan variere fra gruppeundervisning om den diagnose, man har fået stillet, over støttende samtaler til psykoterapi, som også kan foregå enten individuelt eller i gruppe. Psykiatrien råder i dag over et langt mindre antal sengepladser end tidligere, og derfor foregår størstedelen af behandlingen ambulant. Det vil sige, at patienten mø-

der op til samtaler eller konsultationer på sygehuset, i en lokal klinik eller får besøg i hjemmet.

Den hyppigst brugte referenceramme i psykiatrien er her kognitiv terapi og motiverende samtaler. I forbindelse med indlæggelse på specialiserede afdelinger spiller miljøterapi ofte også en rolle. Miljøterapi betyder, at alt det patientrettede arbejde på afdelingen er tænkt igennem ift. en bestemt metode. Det er oftest en kognitiv tilgang, hvor der især arbejdes på at nuancere eller justere patientens tolkninger af andre mennesker, situationer og sine egne tilstande for at opøve større fleksibilitet i personens reaktionsmønstre. Der findes dog også andre terapeutiske tilgange i psykiatrien, fx har de enheder, som behandler personlighedsforstyrrelser, ofte flere tilgange i spil end de enheder, der behandler psykoser, fordi der mangler undersøgelser, der støtter bestemte psykoterapeutiske tilgange ved psykose.



Sidsel Busch er ph.d., antropolog



Signe Wegmann Düring er ph.d., post.doc, speciallæge i psykiatri



Katrine Jensen er kandidat i folkesundhedsvidenskab



Katrine Schepelern Johansen er ph.d., seniorforsker, antropolog og leder af Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser



Solvej Mårtensson er ph.d., folkesundhedsvidenskab



Jonathan Led Larsen er ph.d. studerende, psykolog

Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser

i Region Hovedstaden bidrager til, at mennesker med en dobbelt diagnose får den bedst mulige hjælp. Centret er tovholder på udviklingsprojekter, der skal styrke behandlingsindsatsen og koordinationen på tværs af region og kommune, og er både initiativtager og samarbejdspartner for forskningsprojekter. Centret står også for rådgivnings- og formidlingsopgaver omkring dobbelt diagnoseområdets aktører, værktøjer og centrale udfordringer. Du er velkommen til at kontakte centrets medarbejdere. Se oversigt over medarbejdere på Kompetencecenter for Dobbelt diagnoser hjemmeside: www.psykiatri-regi-onh.dk/kfd.