

Redegørelse på det psykiatriske område, 2010

Departementet for Sundhed, Grønlands Selvstyre

Forord

På forårssamlingen 2008 blev der givet tilsagn om at udarbejde en ny redegørelse på psykiatriområdet, som skal opdatere den sidste redegørelse, *"Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland"* fra 1998. Baggrunden for udarbejdelsen af en ny redegørelse på psykiatriområdet er bl.a. den hastige udvikling, som præger hele sundhedsområdet. Det nuværende Naalakkersuisut har ønsket dette arbejde videreført.

Denne redegørelse afskille sig fra tidligere redegørelser på området ved at give et samlet billede af det psykiatriske område og ved ikke kun at se på behandling, men også på forebyggelse af psykisk sygdom og ved at se området i sin samfundsmæssige kontekst.

Verdenssundhedsorganisation (WHO)'s deklARATION og handlingsplan fra 2005 fastslår, at mental sundhed og velbefindende er fundamentalt for et liv af kvalitet for individet, familien og samfundet. WHO beskriver problemerne med psykiske lidelser som stigende og som et område, der forventes yderligere at vokse, medmindre der over en bred front sættes ind for at ændre den igangværende udvikling.

Psykiatrien er i dag et af de tunge sygdomsområder på linje med kræft og livsstilssygdomme.

Det psykiatriske område indeholder store udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats og et velfungerende tværfagligt samarbejde. Redegørelsen lægger op til en strategi for det psykiatriske område med vægt på forebyggelse og samarbejde mellem forskellige sektorer.

Målet med redegørelsen er i fremtiden at sikre et let tilgængeligt, sammenhængende, effektivt og evidensbaseret tilbud af høj kvalitet til brugere af det psykiatriske system og som dækker både forebyggelse, udredning og behandling af psykisk sygdom. Redegørelsen har et specielt fokus på patientgrupper med særlige behov: børn, unge, ældre, retspsykiatriske patienter, voldelige patienter og patienter med både en psykisk sygdom og et misbrug.

Redegørelsen munder ud i en række anbefalinger, der tager udgangspunkt i de fremsatte mål og visioner på psykiatriområdet. Anbefalingerne omfatter en lang række indsatser. Som Medlem af Naalakkersuisut for Sundhed er det mit håb, at redegørelsen vil danne grundlag for en frugtbar dialog om, hvordan den fremtidige betjening på det psykiatriske område skal være og dermed også af, hvordan og hvilke af de foreslåede indsatser, vi skal prioritere.

Marts, 2010

Agathe Fontain

Medlem af Naalakkersuisut for Sundhed

Indholdsfortegnelse

Forord.....	2
Indholdsfortegnelse.....	3
Resume.....	6
Kommissorium	6
Redegørelsens fokus.....	6
Lovgrundlaget på området	6
Data på psykiatriområdet er mangelfulde.....	6
Den nuværende viden om psykisk sygdom.....	7
Forebyggelse af psykisk sygdom.....	7
Oprustning af den primære sundhedstjeneste.....	7
Omfanget af psykiske lidelser i befolkningen.....	8
Organiseringen af det psykiatriske område.....	8
Psykiatrisk afdeling A1.....	8
Distriktspsykiatrien.....	9
Børn.....	9
Unge.....	9
Ældre.....	10
Patienter med misbrug.....	10
Retspsykiatriske patienter.....	11
Behandlingstilbuddet.....	11
Behandling af psykisk sygdom	12
Medicinsk behandling.....	12
Socialpsykiatrisk behandling.....	12
Tvang i psykiatrien.....	13
Fortsat styrkelse af uddannelsesområdet.....	13
Rekruttering og fastholdelse.....	13
Oplysning til befolkningen om psykisk sygdom styrkes.....	14
Psykoedukation (uddannelse af patienter og pårørende).....	14
Forskning indenfor det psykiatriske område	14
1 Indledning.....	15
2 Det psykiatriske område	16
2.1 Mål og visioner for psykiatrien i Grønland.....	16
2.2 Lovgivning på psykiatriområdet.....	17
2.3 Forskningsbaseret viden om psykisk sygdom og psykisk sårbarhed i Grønland.....	17
2.4 Den psykiatriske målgruppe.....	19
2.5 Det psykiatriske sygdomsbillede.....	19
2.6 Det psykiatriske område – enheder.....	20
3 Dronning Ingrid's Hospital, Psykiatrisk Afdeling A1.....	22
3.1 De fysiske rammer i afdeling A1.....	23
3.2 Personalenorering og bemanning.....	23
3.3 Læger.....	25
3.4 Psykologfunktionen.....	25
3.5 Psykiatrisk ergo- og fysioterapi.....	25
3.6 Socialrådgiverfunktionen ved afdeling A1, på Dronning Ingrid's Hospital.....	26
3.7 Psykiatrisk ambulatorievirksomhed ved Psykiatrisk afdeling.....	26
3.8 A1 som uddannelsessted.....	26
3.9 Psykiaterbesøg i sundhedsdistrikterne – "Kystrejser i psykiatri".....	26

4	Distriktspsykiatrien.....	28
4.1	Distriktspsykiatrien i Nuuk.....	28
4.2	Distriktspsykiatrien i byerne udenfor Nuuk.....	30
4.3	Det tværfaglige samarbejde.....	30
5	Tilbud til patientgrupper med særlige behov.....	31
5.1	Børn.....	31
5.2	Unge.....	32
5.3	Ældre.....	33
5.3.1	Demens.....	34
5.4	Voldelige patienter.....	35
5.5	Misbrugere i psykiatrien.....	35
5.6	Det retspsykiatriske område.....	36
5.6.1	Særlige foranstaltninger overfor psykisk syge kriminelle.....	37
5.6.2	Patienter med psykiatrisk særforanstaltning.....	37
5.6.3	Retspsykiatrisk afdeling R3.....	38
5.6.4	Sikringsanstalten, Nykøbing Sjælland.....	39
6	Det psykiatriske behandlingstilbud.....	40
6.1	Medicinsk behandling.....	40
6.2	Psykoterapi og miljøterapi.....	42
6.3	Sociale støtteforanstaltninger og beskæftigelse (socialpsykiatri).....	42
6.3.1	Beskæftigelse.....	42
6.3.2	Boligområdet.....	42
	Aaqa.....	43
	Aja.....	43
	Alloq.....	43
6.4	Handicappede med psykisk sygdom.....	43
6.4.1	Boenheder og bokollektiver for handicappede med psykisk sygdom.....	44
6.4.2	Støttepersonkorpset i kommunerne.....	45
6.4.3	Pårørende til psykisk syge.....	46
7	Særlige foranstaltninger i psykiatrien.....	47
7.1	Tvangsindlæggelser.....	47
7.2	Tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, og fiksering.....	47
8	Udfordringer indenfor psykiatriområdet og anbefalinger til indsatser.....	48
8.1	Tidssvarende lovgivning.....	48
8.2	Bedre datagrundlag og styringsinstrumenter.....	48
8.3	Fokus på forebyggelse af psykisk sygdom, herunder selvmord og selvmordsforsøg.....	49
8.4	Et sammenhængende og fleksibelt tilbud.....	49
8.5	Optimeret fordeling af ressourcer for diagnostik og behandling.....	50
8.6	Oprustning af tilbud indenfor diagnostik og behandling af psykiske sygdomme i distrikterne.....	50
8.7	Oplysning om psykisk sygdom til befolkningen styrkes.....	50
8.8	Tilbud om psykoedukation for psykisk syge og pårørende.....	51
8.9	Forbedret tilbud om misbrugsbehandling specielt til patienter med dobbeltdiagnoser.....	51
8.10	Styrke det tværsektorielle samarbejde og den social-psykiatriske indsats.....	51
8.11	Fortsat styrkelse af uddannelsesområdet.....	52
8.12	Rekruttering og fastholdelse.....	53
8.13	Forskning indenfor det psykiatriske område.....	53
8.14	Tvang i psykiatrien.....	54
8.15	Psykiatrisk afdeling A1.....	54
8.15.1	De fysiske rammer.....	54
8.16	Distriktspsykiatrien.....	54

8.16.1 Arbejde frem mod en egentlig distriktspsykiatrisk funktion.....	54
8.16.2 Fysiske rammer for distriktspsykiatrien	55
8.17 Det børnepsykiatriske område.....	55
8.17.1 Tilbuddets omfang.....	55
8.17.2 Tilbuddets karakter.....	55
8.18 Unge med psykisk sygdom	56
8.18.1 Fastholdelse af unge i behandlingsforløb	56
8.18.2 Socialpsykiatriske tilbud.....	56
8.18.3 Tidlig opsporing og forbedrede tilbud om udredning af unge med psykosociale problemstillinger.....	56
8.19 Ældre med psykisk sygdom.....	57
8.19.1 Øget antal ældre og ændring i demografi øger behovet.....	57
8.19.2 Fysiske rammer omkring ældre psykisk syge	57
8.20 Det retspsykiatriske område.....	57
8.20.1 Hjemtagning af psykisk afvigende kriminelle	57
8.20.2 At sikre et velfungerende samarbejde omkring udskrivningen.....	57
8.20.3 Sikre en kort ventetid inden dom.....	58
Referencer.....	59
Bilagsfortegnelse.....	59
KOMMISSORIUM OG PLAN.....	60
Tids- & handleplan.....	62
Styregruppe og arbejdsgrupper under psykiatriredegørelsen 2009.....	63

Resume

Denne redegørelse på psykiatriområdet er den første siden "Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland" fra 1998.

WHO's deklARATION og handlingsplan fra 2005 fastslår, at mental sundhed og velbefindende er fundamentalt for et liv af kvalitet for individet, familien og samfundet. Psykiatrien er i dag et af de tungeste sygdomsområder på linje med kræft og livsstilssygdomme. Det psykiatriske område indeholder store udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats og et velfungerende tværfagligt samarbejde.

Kommissorium

Overordnet er kommissoriet for denne redegørelse, at

- få udarbejdet en rapport på det psykiatriske område med fokus på den nuværende status,
- få afdækket, hvilke nye tiltag, der er ønskelige for at sikre udvikling på området.

Kommissoriet for arbejdet kan læses i sin fulde længde i bilag 1. Deltagerne i arbejdsgrupperne fremgår af bilag 2.

Redegørelsens fokus

Redegørelsen forsøger at se psykiatriområdet i sin helhed og i sin samfundsmæssige kontekst. Den munder ud i en række anbefalinger, der tager udgangspunkt i de fremsatte mål og visioner på psykiatriområdet og omfatter en lang række indsatser, hvis formål samlet er at sikre et let tilgængeligt, sammenhængende, effektivt og evidensbaseret tilbud af høj kvalitet til brugere af det psykiatriske system omkring forebyggelse, udredning og behandling. Specielle fokusgrupper i redegørelsen er patientgrupper med særlige behov: børn, unge, ældre, retspsykiatriske patienter, voldelige patienter og patienter med et samtidigt misbrug.

Lovgrundlaget på området

Psykiatriområdet er fortsat reguleret ved lov nr. 118 af 13. april 1938 med senere ændringer.

Det anbefales, at

- arbejdet med en psykiatrilov omkring patientrettigheder prioriteres således, at et lovforslag på dette område kan fremlægges senest i 2011,
- arbejdet med den øvrige lovgivning på området prioriteres.

Data på psykiatriområdet er mangelfulde

Det blev under arbejdet med redegørelsen fundet, at de nuværende data på området ikke kan bruges til at skabe overblik over området eller som styringsredskaber.

Det anbefales, at

- der udarbejdes en analyse af hvilke centrale data, der i fremtiden skal sikres for at overvåge psykiatriområdet bedst muligt,
- analysen danner baggrund for en datastrategi på området, der inkluderer, hvordan data sikres og valideres,
- der udarbejdes en plan for, hvordan denne strategi kan implementeres,
- det for alle nye initiativer sikres, at disse initiativer tilpasses i den overordnede datastrategi og at de evalueres.

Den nuværende viden om psykisk sygdom

Vores nuværende viden om psykisk sygdom konkluderer, at

- en målrettet forebyggende indsats er en af grundpillerne for så vidt muligt at undgå, at mennesker udvikler psykisk sygdom,
- kronisk tilstand og invalidering ofte ses ved svær psykisk sygdom,
- vilkår i barndom, tidlige traumer og seksuelle overgreb har stor betydning for udvikling af psykisk sygdom og evnen til at mestre livet,
- lettere psykisk sygdom eller symptomer er hyppige, specielt hos patienter, der har oplevet svigt og alkoholmisbrug i hjemmet,
- en årsagskæde fra omsorgssvigt og alkoholmisbrug i barndomshjemmet via seksuelle overgreb til selvmordsforsøg er sandsynlig,
- der kan forventes, at vi vil se en udvikling hen imod flere retspsykiatriske patienter og flere henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien,
- psykiatriske patienter har større risiko for at udvikle fysisk sygdom og at miste leveår pga. disse.

Forebyggelse af psykisk sygdom

Der blev påpeget et stort behov for at sikre fortsat fokus på den forebyggende indsats overfor psykisk sygdom.

Det anbefales, at

- de nuværende forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fortsættes,
- der sikres koordinerede og brede indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske problemer, specielt for børn, unge og ældre,
- skærpe opmærksomheden på misbrug hos gravide, og hvis misbrug konstateres, skal mulighed for hurtig henvisning til gratis misbrugsbehandling sikres,
- skærpe opmærksomheden på grupper med specielle behov som: børn i familier med psykisk eller somatisk syge eller misbrugende familiemedlemmer, voksne med langvarige eller alvorlige fysiske lidelser, voksne, der er udstødt fra arbejdsmarkedet, misbrugere og ældre med et spinkelt netværk, der er ensomme eller har oplevet tab.

Oprustning af den primære sundhedstjeneste

Forskningen har peget på, at den primære sundhedstjeneste må oprustes. Et af målene for denne oprustning må også være at forbedre diagnostik og behandling i distrikterne af almindelige psykiske sygdomme som depressioner, angstrelaterede tilstande og psykosomatiske forstyrrelser. Det sundhedsfaglige personale i distrikterne må derfor styrkes kompetencemæssigt og understøttes med henblik på en bedre diagnostik og behandling af psykisk sygdom og tegn på tilbagefald. Psykiatriske patienters overdødelighed af fysiske sygdomme skyldes overvejende manglende behandling.

Det anbefales, at

- der sikres et mere ensartet tilbud omkring de almindeligt forekommende psykiatriske tilstande ved at udarbejde og implementere generelle retningslinjer for behandlingen af psykiatriske sygdomme i distrikterne,
- sikre, at det er let at få et relevant behandlingstilbud gennem et intensiveret samarbejde mellem distrikterne og psykiatrisk afdeling A1 samt aftaler om adgang til telemedicinske vurderinger,
- der arbejdes på at sikre bedre mulighed for, at personalet i distrikterne kan få supervision omkring behandling af patienter med psykiatriske lidelser telefonisk eller telemedicinsk,
- der sikres øget opmærksomhed på fysisk sygdom hos patienter med psykiske lidelser og psykisk sygdom hos fysisk syge.

Omfanget af psykiske lidelser i befolkningen

Det skønnes, at der er ca. 900 svært syge psykiatriske patienter, der er i kontakt med det psykiatriske system. Disse patienter vil oftest være i behandling for skizofreni eller anden kronisk psykose eller maniodepressive tilstande, eventuelt unipolar depression, personlighedsforstyrrelser, adfærdsændringer, eller misbrugsproblematikker. Omkring 250 af de sværest psykisk syge er bosiddende i Nuuk og omkring 650 er bosiddende udenfor Nuuk.

Der er et meget større, men ukendt antal patienter, der alene varetages udenfor det psykiatriske system, fx i Lægeklinikken i Nuuk og i ambulatorierne i sundhedsdistrikterne. Det vil oftest gælde personer med mindre invaliderende sygdom som fx angst og neurotiske tilstande, lettere depression, tilpasningsreaktioner, reaktioner på tab og traumer eller misbrugs-/afhængighedsproblematikker.

Hos børn og ældre ses oftest et andet sygdomsmønster. De hyppigste egentlige børnepsykiatriske tilstande i dag er således autisme og ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)/ opmærksomhedsforstyrrelser evt. egentlig psykose eller neurotiske tilstande med tvangstanker og tvangsadfærd. Hos ældre ses både det samme sygdomsspektrum som hos yngre voksne og problematikker, som bliver hyppigere med stigende alder, som konfusionstilstande og demens.

Organiseringen af det psykiatriske område

Det psykiatriske område udgøres af den landsdækkende psykiatriske afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital (DIH), en række distriktspsykiatrier i Nuuk og i byerne på kysten. Herudover er der et eksternt samarbejde på det retspsykiatriske område med Retspsykiatrisk afdeling R3 i Risskov og evt. med Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland og på det børnepsykiatriske område med Bispebjerg Hospital.

En af målsætningerne indenfor sundhedsvæsenet er, at tilbyde det samme tilbud om ydelser uafhængigt af bosted. Det skønnes, at ca. 1/3 af det samlede antal indlæggelser af psykiatriske patienter sker på psykiatrisk afdeling A1 på DIH, mens resten foregår på andre afdelinger på DIH eller i sundhedsdistrikterne. Af den samlede normering modtager kysten cirka 25 ugers psykiatrisk speciallægebetjening om året. Personalnormeringerne og fordelingen mellem personalegrupperne indenfor distriktspsykiatrien, sat i forhold til antallet af svært syge psykiatriske patienter i de enkelte sundhedsdistrikter, er meget forskellig.

Det anbefales, at

- det samlede tilbud i distrikterne analyseres og fremtidigt behov estimeres,
- det sikres, at fordelinger mellem personaleressourcer og det samlede behov i distrikterne optimeres.

Psykiatrisk afdeling A1

Psykiatrisk afdeling A1 betjener hele den grønlandske befolkning med specialiseret psykiatrisk behandling ved indlæggelse på afdelingen og ved ambulante udrednings- og behandlingstilbud til både voksne, børn og unge. Det psykiatriske sengeafsnit er en akut modtageafdeling for voksne patienter, samt unge over 15 år. Psykiatrisk afdeling er opdelt i to afsnit – et åbent og et skærmet afsnit. Det åbne afsnit har plads til 10 indlagte patienter fordelt med 1 eller 2 personer i hvert rum. Det skærmede afsnit har 2 pladser på enkeltstuer samt 1 akut modtageseng. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var i 2008 17 dage, men varierede fra 2 dage til 8 måneder. Gennemsnitsalderen for indlagte patienter er lav (33 år i oktober 2009) i forhold til i Danmark.

På grund af den psykiatriske behandlings karakter er en psykiatrisk afdeling relativt mere personaletung end en tilsvarende afdeling for patienter med fysiske lidelser.

Ved dårlige fysiske rammer på psykiatriske afdelinger ses mere vold. Rammerne på psykiatrisk afdeling A1 er ikke tidssvarende. Det gælder specielt for den skærmede enhed, hvor der allerede i dag er et generelt overbelægningsproblem, i 2009 på 35%. Der mangler afskærmede udendørs faciliteter og bedre flugtveje for personalet fra skærmet enhed. Forventningen om, at flere ældre med psykiske sygdomme indlægges i fremtiden nødvendiggør, at faciliteter til patienter med funktionshandicap bør medtænkes ved udbygning af afdelingen.

Det anbefales, at

- der igangsættes et analysearbejde indeholdende en konsekvensvurdering af, hvordan faciliteterne på psykiatrisk afdeling A1 forbedres mod en tidssvarende standard, der imødekommer fremtidige behov.

Distriktskykiatrien

Distriktskykiatrien er en samlet betegnelse for Distriktskykiatrien i Nuuk (Ikaarsaarfik) og den psykiatriske hjemmesygeplejefunktion på kysten. Distriktskykiatrien er et tilbud til ikke indlagte psykiatriske patienter. I distriktskykiatrien pågår den ambulante behandling af patienter med alvorlige psykiske lidelser hos patienter med behov for hyppig kontakt og støtte. Den lokale distriktskykiatri varetager tillige den ambulante psykiatriske behandling af patienter med særforanstaltninger (retspsykiatriske patienter). En stor del af det samlede tidsforbrug i Distriktskykiatrien i Nuuk bruges til medicinrelaterede ydelser: Distriktskykiatrien i Nuuk i dag har således ligesom psykiatrisk hjemmesygepleje på kysten overvejende hjemmesygeplejefunktion. En hjemmesygepleje er oftest mindre tværfaglig, mindre integreret og mindre centreret omkring patientens behov end en egentlig distriktskykiatrisk enhed er.

Distriktskykiatrien i Nuuk peger på, at de nuværende fysiske rammer er en hæmsko for at varetage områdets funktioner, fx samtaler med patienter. På kysten har psykiatrisk sygepleje til huse på sygehusene, om dette er optimalt må vurderes lokalt. Samtidig er der behov for boenheder, beskæftigelse og evt. væresteder for psykisk syge.

Det anbefales, at

- der arbejdes frem mod en mere distriktskykiatrisk orienteret funktion centreret om patienternes behov,
- behovet for fysiske rammer for distriktskykiatrien, behov for boliger og for øvrige faciliteter analyseres og vurderes i sin helhed og eventuelle fordele ved en integration af dele af funktionerne vurderes.

Børn

Børnepsykiatri er en specialopgave. Grønland har gennem de sidste mange år haft et formaliseret samarbejde med Bispebjerg Hospital. Børnepsykiatrien ved DIH er alene et ambulante tilbud til børn (0-15 år). Børn indlægges sjældent, men er indlæggelse nødvendig, foregår den på Bispebjerg Hospital i Danmark. Det børnepsykiatriske område er normeret til en fuldtids børnepsykolog placeret på DIH, samt en børnepsykiatrisk konsulent fra Bispebjerg Hospital. Der udføres tre konsulentrejser årligt på i alt 5 uger (35 dage). Børn skrives på venteliste til børnepsykiater efter henvisning fra PPR, sundhedsplejen, distrikterne, eller socialforvaltningerne. Der er i dag ca. 150 børn i Grønland, der følges af børnepsykiater og området har været i kraftig vækst igennem de senere år. Der er i dag generelt godt 1 års ventetid på tilsyn af børnepsykiatrisk konsulent.

I dag er det kun de største regionale sundhedsdistrikter, der får besøg af børnepsykiater og børnepsykolog. Børn tilses derfor ofte uden for deres egen hjemby, hvilket kan gøre samarbejdet omkring barnet vanskeligere. Disse vanskeligheder må søges overkommet bedst muligt, blandt andet ved bedre supervision til lokale professionelle.

Det anbefales, at

- det børnepsykiatriske område tildeles flere ressourcer,
- det tilstræbes at ventetiden på udredning nedsættes til under 9 måneder,
- det børnepsykiatriske tilbud regionaliseres i fremtiden,
- muligheden for supervision omkring børnepsykiatriske problemstillinger styrkes.

Unge

Kun et lille antal unge er diagnosticeret med en psykisk sygdom af en sværhedsgrad, der gør, at de er tilknyttet det psykiatriske system i forhold til, hvad der kunne forventes ud fra danske tal. Det står i

skarp kontrast til, at sundhedsvæsenet, socialvæsenet, skolevæsenet og institutionerne beskriver, at der er omfattende og voldsomme problemer på ungeområdet med selvmordsforsøg, selvmord, misbrug og følger af seksuelle overgreb og anden form for omsorgssvigt.

Udredningen af disse unge vil ofte være en opgave for PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning) eller for det lokale sundhedsdistrikt. PPR kontorerne har ofte for få ressourcer i forhold til behovet og derfor en betydelig ventetid. Unge med psykosociale vanskeligheder er i fare for senere at udvikle psykiatriske lidelser, hvorfor tidlig opsporing og viden hos professionelle, der møder de unge, er nødvendig.

Unge motivation for behandling er ofte svingende og kortvarig. De er derfor sværere at fastholde i et ambulante behandlingsforløb. Samtidig fandt ungdomspsykiatriprojektet (se afsnit 5.2), at det kan være svært at etablere relevante foranstaltninger omkring unge, der udskrives fra psykiatrisk afdeling, fordi kommunerne ofte manglede tilbud og/eller kvalificeret personale til at gennemføre de foreslåede/ iværksatte tilbud.

Det anbefales, at

- opsporing og indsats overfor sårbare unge og unge med svære psykosociale problemstillinger intensiveres,
- samarbejdet omkring sårbare unge bør yderligere intensiveres,
- et tilbud om hjælp, støtte og samtaler etableres, der hvor de unge er, fx i skoler og uddannelsesinstitutioner,
- den eksisterende ventetid på udredning af unge med psykosociale problemstillinger nedbringes,
- unge psykisk syge tilbydes særlige tilrettelagte tilbud omkring den ambulante behandling,
- der sikres et relevant socialpsykiatrisk tilbud til unge psykisk syge.

Ældre

Ældregruppen vokser hurtigt og specielt gruppen af meget gamle, over 80årige. Det gør, at vi vil se flere med demens og konfusionstilstande. Alkoholrelateret demens hos ældre ses allerede. I dag er ældre over 65 år stort set ikke repræsenteret indenfor psykiatrien. Meget tyder på, at psykisk sygdom hos ældre er underdiagnostiseret, ikke kun omkring demenssygdomme, men også omkring lettere psykiske lidelser som angst og depression. Ubehandlet depression hos ældre kan udvikles til en kronisk tilstand.

Psykisk syge ældre vil ofte også have fysiske funktionsbegrænsninger eller vil udvikle disse efter en kortere årrække. Der stiller specielle krav til institutioner, boenheder og boliger til denne gruppe. De eksisterende sociale institutioner for ældre har svært ved at rumme alkoholdementes adfærd, da miljøet for de almindelige ældre bliver alt for påvirket. Det kan forventes, at der indenfor en kortere årrække vil blive brug for flere egentlige psykiatriske plejehjemspladser.

Det anbefales, at

- eventuelle udækkede behov indenfor psykiske lidelser hos ældre søges afdækket,
- behovet for mere specialiserede bo- og plejefaciliteter for psykisk syge og demente ældre må analyseres yderligere.

Patienter med misbrug

Mange patienter i det psykiatriske system har også en misbrugsdiagnose. Det gælder for omkring halvdelen af patienter på Psykiatrisk afdeling A1 og i distriktspsykiatrien, men næsten alle patienter på det retspsykiatriske område. Misbruget er en trussel mod en optimal behandling af den psykiske lidelse. Mange psykiatriske patienter med misbrug har svært ved at profitere af de eksisterende tilbud om misbrugsbehandling.

Det anbefales, at

- sikre et generelt bedre tilbud om hurtig misbrugsbehandling - tilbuddet skal så vidt muligt være gratis,

- sikre et gratis tilbud om misbrugsbehandling til patienter med psykisk sygdom, der er dimensioneret efter det eksisterende behov og som er specielt indrettet til personer med psykiske lidelser af en sværhedsgrad, så de ikke kan profiteres af de eksisterende tilbud.

Retspsykiatriske patienter

De retspsykiatriske patienter udgør en stigende andel af de indlagte patienter på A1, ligesom antal forbrugte sengedage på Retspsykiatrisk R3 er stigende. De retspsykiatriske patienter er en speciel patientgruppe, der ofte har en type af psykisk lidelse som kræver langvarigt tilsyn, mange har været langvarigt indlagt, har et samtidigt misbrug og har behov for en betydelig socialpsykiatrisk indsats. Mange udsluses via A1 eller den landsdækkende sociale institution, Aaqa i Nuuk. Et velfungerende samarbejde mellem afdeling R3 og institutioner og kommuner i Grønland omkring de retspsykiatriske patienter, herunder specielt omkring boliger, boenheder og institutionspladser, er nødvendig.

Det har været påpeget, at der går forholdsvis lang tid fra forbrydelsen er begået til domsafsigelsen. Denne ventetid sker i nogle tilfælde på R3, hvilket er meget kostbart for det grønlandske sundhedsvæsen.

På Herstedvester er der i dag ca. 22 indsatte. Hvis psykisk afvigende kriminelle efter planen skal hjemtages fra Herstedvester, når en lukket anstalt bygges i Nuuk, vil presset på psykiatrisk afdeling øges. Det gælder såvel udredning som behandling og vil kræve oprettelse af en egentlig lukket psykiatrisk afdeling, med alle de nødvendige faciliteter til langvarige behandlingsophold, for farlige psykisk afvigende personer.

Det anbefales, at

- samarbejdet omkring de retspsykiatriske patienter mellem forskellige sektorer udbygges og intensiveres, specielt omkring mulighed for udslusning og udskrivning til hjemkommune,
- der sikres entydighed i og konkret forankring af den professionelle ansvarsplacering for denne patientgruppe,
- kæden fra forbrydelsen til dom skal nærmere analyseres med henblik på at belyse, om der eventuelt er forsinkende led og at sikre, at tiden mellem forbrydelse og dom er den kortest mulige,
- en hjemtagning af psykisk syge kriminelle bør vente.

Behandlingstilbuddet

På børne-, unge- og ældreområdet synes der at være en række udækkede behov. Samtidig opfattes det aktuelle tilbud ikke altid af patienter, pårørende og professionelle som værende fleksibelt og sammenhængende - specielt set i forhold til overgange mellem de forskellige tilbud i sundhedsvæsenet. På lægeområdet er psykiatrien i dag subspecialiseret med børnepsykiatri, ungdomspsykiatri og gerontopsykiatri (ældrepsykiatri) som selvstændige subspecialer på linje med det voksenpsykiatriske speciale. Der blev afdækket et behov for at sikre en opdateret viden om diagnostik og behandling indenfor alle grene af psykiatrien i fremtiden.

Det anbefales, at

- der sikres et sammenhængende tilbud til alle med en psykisk lidelse og i alle faser af patientforløbet fra tidlig intervention, over den akutte diagnosticering og behandling, og til den langvarige behandling og rehabilitering for patienter med langvarig eller kronisk sygdom,
- sikre at det psykiatriske tilbud er afbalanceret i forhold til behovet og inkluderer diagnostik og behandling indenfor alle grene af psykiatrien,
- der sikres en uproblematisk overgang mellem de forskellige tilbud,
- muligheden for landsdækkende egentlig telemedicinsk konsultation med specialafdeling udbygges til at være et fast tilbud,
- det telemedicinske tilbud undersøges og ved behov udvides, så det kan tilgodese de stigende kommunikationsbehov.

Behandling af psykisk sygdom

Den psykiatriske behandling er tværfaglig og tværsektoriel. Det psykiatriske behandlingssystem hører under Departementet for Sundhed, mens den socialpsykiatriske indsats hører under kommunerne og Departementet for Sociale anliggender.

Hovedprincippet i tilrettelæggelsen af behandlingen for den enkelte patient er, at behandlingsindsatsen ydes på det lavest nødvendige niveau af specialiseret indgriben. Den samlede indsats skal sikre, at den psykisk syge kan udnytte sine ressourcer bedst muligt, leve så selvstændigt et liv som muligt, og så vidt muligt undgå alvorlige tilbagefald (recidiver) af den psykotiske tilstand.

For langvarigt psykisk syge patienter er det afgørende for deres livskvalitet, at de har støtte og struktur i hverdagen samt, at de i bedre faser af deres sygdom kan tilbydes relevant beskæftigelse. For de mest syge psykiatriske patienter er det nødvendigt at kunne bo med personalestøtte og at kunne sikres optræning til det højest mulige funktionsniveau.

Medicinsk behandling

Det psykiatriske system yder medicinsk behandling, samtalebehandling og egentlig psykoterapeutisk behandling. Medicinsk behandling er fortsat vigtig, selvom den ikke kan stå alene, men bør suppleres af tilbud om terapi eller samtaler. De typer af medicin, der oftest indgår, er: antipsykotisk medicin, angstdæmpende medicin, midler mod søvnløshed, midler mod depression og de sidste år er tilkommet CNS stimulerende midler, der bruges ved ADHD, og midler mod demens. Tal fra 2002 til 2008 viser, at der er en jævn stigning i forbruget af antipsykotisk medicin, en større stigning i forbruget af midler mod depression og langt de største stigninger indenfor brugen af CNS stimulerende midler og midler mod demens. Forbruget af angstdæmpende medicin og sovemidler er faldet lidt.

Udgiften til medicin til brug ved psykiatriske lidelser er steget meget hurtigere end den generelle pris- og lønudvikling. Stigningen skyldes helt overvejende introduktion af nye, bedre, men dyrere typer af antipsykotisk medicin. Medicinudgiften forventes de kommende år ikke at stige helt så kraftigt.

Socialpsykiatrisk behandling

For langvarigt psykisk syge patienter er det helt afgørende, at de har støtte og struktur i hverdagen samt at de i bedre faser af deres sygdom kan tilbydes relevant beskæftigelse. Hvis sygdommen er så svær, at den psykisk syge vurderes ude af stand til at passe et arbejde, kan denne efter ansøgning tildeles social førtidspension. For de mest syge psykiatriske patienter er det nødvendigt at kunne bo med personalestøtte og at kunne sikres optræning til det højest mulige funktionsniveau. Hvis den psykisk syge er så svært syg, at der er behov for støtteforanstaltninger, kan der ansøges om omfattelse af Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994 om hjælp til personer med vidtgående handicap. Personer med en psykiatrisk diagnose udgør i alt 49 pct. af alle registrerede, og skizofrene alene 15 pct. Den største stigning ses blandt børn med ADHD og autisme. Der er i dag tre landsdækkende institutioner for personer med psykiske lidelser.

Mange svært psykisk syge har svært ved at bevare deres bolig og ender som boligløse, hvilket betyder, at en del ikke kan udskrives fra Retspsykiatrisk afdeling R3 eller fra A1, fordi der ikke er noget sted at udskrive dem til. Der synes at mangle tilbud om beskæftigelse i nogle kommuner.

Fra socialområdet og kommunerne blev der peget på, at den centrale sociale sagsbehandling kan være langvarig, mens der fra de centrale sociale myndigheder peges på, at mange ansøgninger er mangelfulde, hvilket trækker sagsbehandlingstiden ud.

Det anbefales, at

- psykisk syges mulighed for rehabilitering, beskæftigelse og fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdslivet optimeres,
- det tværfaglige samarbejde omkring de psykiatriske patienter styrkes,
- sikre at det er let for den psykisk syge at søge hjælp i det sociale system,
- der laves en analyse og handlingsplan for, hvordan behovet for boliger og boenheder til psykisk syge dækkes,

- sikre at det socialpsykiatriske samarbejde mellem selvstyret og kommunerne fungerer optimalt,
- sagsbehandlingen tilrettelægges så den er så enkel som muligt for de lokale sagsbehandlere, og at det er let at søge vejledning for lokale sagsbehandlere.

Tvang i psykiatrien

Det kan være nødvendigt i særlige tilfælde at benytte tvang i psykiatrien. Det kan dreje sig om en tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsmedicinering eller tvangsfiksering. Der har været en stigning i antallet af tvangsindlæggelser fra 14 i 2001 til 29 i 2008. I 2009 blev 36 patienter tvangstilbageholdt i afdeling A1, mens 2 patienter blev tvangsbehandlet. Ved tvangsfiksering kan benyttes bælte, håndremme, fodremme og handsker. I 2009 blev 45 patienter tvangsfikseret.

Det er vigtigt, at tvang i psykiatrien begrænses mest muligt og at patientens retsstilling i forhold til klageadgang sikres bedst muligt. Det er den ikke i den nuværende lovgivning (se ovenfor).

Fortsat styrkelse af uddannelsesområdet

Udvikling kræver uddannelse. Der er allerede fokus på uddannelse inden for mange områder i relation til det psykiatriske område, men arbejdsgrupperne pegede på, at der fortsat er et generelt behov for uddannelse af personer, der arbejder med psykisk syge. Ud over en lang række allerede gennemførte initiativer starter 16 sundhedsassistenter i 2010 på et specialiseringsmodul i psykiatri.

Personalet i distriktskykiatrien har et behov for videreuddannelse for bedre at kunne varetage de mangeartede opgaver, som arbejdet indeholder. Det gælder ikke mindst i forhold til patientundervisning og undervisning/supervision af personalegrupper på sociale institutioner og boenheder.

Arbejdet med psykiatriske ældre er belastende og kræver, at man er uddannet til at tackle de specielle problemstillinger, der er. Dette behov dækkes ikke af eksisterende uddannelser.

Under arbejdet blev peget på behovet for:

- tilbagevendende kurser til personalet i psykofysisk træning, miljøterapi og kommunikation med psykisk syge. Disse kurser kan medvirke til at forebygge og håndtere voldelige og aggressive situationer i de sociale døgninstitutioner, i distriktskykiatrien og på Dronning Ingrid's Hospital,
- faglig supervision og vejledning til de ufaglærte og til socialpædagoger, som arbejder med psykisk syge,
- at indføre e-learning i distriktskykiatrien,
- at psykologer i sundhedsvæsenet bør sikres uddannelsesmidler til videreuddannelse og specialisering på lige fod med psykologer i kommunerne,
- en kort specifik demensuddannelse til professionelle, ansat på alderdomshjemmene, i sygehuse, til hjemmehjælpere og støttepersoner og til pårørende,
- at det at have gennemgået yderligere uddannelse skal kunne mærkes økonomisk.

Rekruttering og fastholdelse

Generelt har det psykiatriske område været præget af problemer med rekruttering og fastholdelse af personale indenfor de fleste faggrupper. I forbindelse hermed sker der en form for ufrivillig kompetenceglidning, specielt indenfor de områder, der nødvendigvis må besættes. Der er allerede en række initiativer i gang for at bedre rekruttering og fastholdelse.

Det anbefales, at

- gode arbejdsvilkår, et udviklende fagligt miljø, et godt arbejdsklima, en oplevelse af meningsfuldhed i indsatsen og større respekt om arbejdet i psykiatrien fremmes,
- det skal være let at få faglig støtte,
- psykiatrien skal fremstå som et attraktivt arbejdsområde med stor variation og mulighed for faglig udvikling og selvstændighed i arbejdet for alle de sundhedsfaglige grupper.

Oplysning til befolkningen om psykisk sygdom styrkes

Behovet for oplysning omkring psykisk sygdom synes endnu stort. Det kom under arbejdet frem, at mange almindelige mennesker har et meget begrænset kendskab til psykisk sygdom, at en del er bange for psykisk syge og en del er usikre omkring omgangen med psykisk syge. Manglende viden om psykisk sygdom og manglende reaktion på symptomer på begyndende psykisk sygdom kan være medvirkende til, at de unge når at udvikle svære psykiske vanskeligheder, før de ses i behandlingssystemet.

Det anbefales, at

- der udformes en overordnet informationsstrategi omkring psykiske lidelser,
- der tages initiativer til oplysningskampagner og udarbejdes informationsmateriale med henblik på at øge befolkningens viden om psykisk sygdom,
- information om symptomer på psykisk lidelse, og om eksisterende forebyggelses- og behandlingsmuligheder er let tilgængelig for befolkningen,
- sikre opdateret information om, hvordan det er at være psykisk syg.

Psykoedukation (uddannelse af patienter og pårørende)

Psykoedukation er ikke et generelt tilbud til psykisk syge og pårørende. For børnegruppen er uddannelse til pårørende til psykisk syge børn essentielt for et godt samarbejde omkring barnets sygdom. Psykoedukation af unge psykisk syge fandtes i ungdomspsykiatriprojektet at gavne de unge, der kunne fastholdes til projektet. Også tilbud om undervisning til pårørende til demente bør tilbydes, da det er erfaringen, at pårørende til demente er tilbageholdende og lider i stilhed.

Det anbefales, at

- sikre at der findes målrettede tilbud om psykoedukation til både psykisk syge og pårørende.

Forskning indenfor det psykiatriske område

Der er behov for mere viden om psykisk sygdom i befolkningen ikke mindst hos børn, unge og ældre. Der er behov for afdækning af psykisk sygdoms sammenhæng med sociale forhold (epidemiologisk forskning), samt behov for klinisk forskning med fokus på sammenhæng mellem tilrettelæggelse af den psykiatriske indsats og behandlingseffekt, og ikke mindst forskning om hvordan den indhentede viden bedst bringes til anvendelse (implementeringsforskning).

Det anbefales, at

- forskningen indenfor psykisk sygdom og psykisk sundhed prioriteres økonomisk og praktisk.

Departementet for Sundhed vurderer, at en del af anbefalingerne ikke kan udmøntes indenfor den eksisterende økonomiske ramme, men den endelige vurdering af de økonomiske behov må afvente en politisk stillingtagen til, hvilke af anbefalingerne, man ønsker at prioritere.

1 Indledning

Psykatrien er et af de tungeste sygdomsområder på linje med kræft og livsstilssygdomme. Området indeholder derfor store udfordringer, som kræver en langsigtet og målrettet indsats.

Det er ikke kun i Grønland, psykisk sygdom ses som et vigtigt område i fremtiden. WHO's deklARATION og handlingsplan fra 2005 fastslår, at mental sundhed og velbefindende er fundamentalt for et liv af kvalitet for individet, familien og samfundet. Den beskriver problemerne med psykiske lidelser som stigende og som et område, der forventes yderligere at vokse, medmindre der over en bred front sættes ind for at ændre den igangværende udvikling.

Landsstyret gav på Forårssamling 2008 tilsagn om at udarbejde en ny redegørelse på psykiatriområdet, som skal opdatere den sidste redegørelse, *"Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland"* fra 1998 (Direktoratet for Sundhed og Forskning, 1998). Baggrunden for udarbejdelsen af en ny redegørelse på psykiatriområdet er bl.a. den hastige udvikling, som præger hele sundhedsområdet.

Det nuværende medlem af Naalakkersuisut har ønsket dette arbejde videreført.

Naalakkersuisut finder det relevant med en opdatering dels i forhold til anbefalingerne i 1998 og dels i forhold til iværksættelse af nye tiltag i psykiatrien.

Kommissoriet for arbejdet med denne redegørelse (bilag 1) er, at

- få udarbejdet en rapport på det psykiatriske område med fokus på den nuværende status,
- få afdækket, hvilke nye tiltag, der er ønskelige for at sikre udvikling på området.

På baggrund af områdets status og eventuelle tiltag på området vil rapporten så vidt muligt også indeholde overordnede analyser af hvilke økonomiske, strukturelle og personalemæssige omkostninger, området har, og hvilke den ønskelige udvikling kan forventes at få, samt hvordan området datamæssigt kvalitetssikres i fremtiden. Denne sidste del af kommissoriet kan redegørelsen ikke leve op til.

Redegørelsen fra 1998 (Direktoratet for Sundhed og Forskning, 1998) omfattede hjemtagelsen af psykiatriske patienter, dvs. dels patienter med behov for behandling på en lukket psykiatrisk afdeling og dels de retspsykiatriske patienter, idet det ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt ikke er hensigtsmæssigt, at patienter behandles så langt fra deres normale miljø.

Kommissoriet for redegørelsen fra 1998 omfattede således ikke det psykiatriske område generelt, eller specielle behov hos ældre eller i børne- og ungdomspsykiatrien.

Redegørelsen fra 1998 angav, at hjemtagning udover etablering af bygningsmæssige faciliteter i form af en lukket afdeling, personaleboliger, institutionspladser etc. også krævede en revurdering af det samlede psykiatriske behandlingssystem. Styregruppen fandt, at der var tre vigtige forudsætninger, der skulle opfyldes forud for hjemtagningen af de psykiatriske patienter.

1. En revision af lovgivningen, da denne ikke fandtes tidssvarende.
2. En forøget uddannelsesmæssig indsats, også fordi der blev peget på et eksisterende uddannelsesmæssigt efterslæb. Herunder fandtes det også vigtigt at tage hensyn til de massive personaleerkrutteringsproblemer indenfor sundhedsvæsenet som helhed.
3. Den tredje forudsætning var en forbedring af den lokalpsykiatriske service med styrkelse af tilbuddet til ikke-indlagte sindslidende. En oprustning af dette tilbud fandtes nødvendigt uafhængigt af en hjemtagning.

2 Det psykiatriske område

Redegørelsen fra 1998 (Direktoratet for Sundhed og Forskning, 1998) tager udgangspunkt i den distriktspsykiatriske organisationstænkning og den definerede målsætning:

"Der skal tilbydes en psykiatrisk behandlingsindsats, der ud over at tage sigte på symptombehandling sigter mod øget livskvalitet for den enkelte, hvori indbefattes større personlig integritet med indsigt i og større ansvarlighed for eget liv" (s. 17).

2.1 Mål og visioner for psykiatrien i Grønland

Der findes generelle målsætninger for folkesundheden, for sundhedsvæsenet generelt og mere specifikt for det psykiatriske område. Disse vil kort blive gennemgået i det nedenstående.

Folkesundhedsprogrammet "Inuuneritta – lad os få et godt liv" (Inuuneritta, 2007) beskriver Landsstyrets strategier i perioden 2007–2012. Heraf fremgår:

"Det er Landsstyrets målsætning at forbedre folkesundheden og derved sikre en øget livskvalitet. Dette skal ikke ske gennem behandling alene. Tiden er inde til at øge fokus på og opprioritere sundhedsfremme og det forebyggende arbejde. Landsstyret arbejder på baggrund af et bredt sundhedsbegreb, vi anerkender at sundhedstilstanden påvirkes af en lang række sygdomme og sundhedsproblemer, som er et resultat af et kompliceret samspil mellem sociale, kulturelle og økonomiske levevilkår, livsstil og arvelige egenskaber. Der må og skal arbejdes på tværs af sektorer" (s. 3).

I "National strategi for sundhedsvæsenet" fra 2002 (Direktoratet for Sundhed, 2002) er beskrevet en række strategiområder, hvoraf nogle er direkte eller indirekte relateret til det psykiatriske område. Sundhedsvæsenet finder det bl.a. hensigtsmæssigt, at:

- styrke den primære sundhedssektor i lokalsamfundet, herunder også distriktspsykiatrien,
- standardisere de psykiatriske ydelser i hele landet,
- udbygge samarbejdet internt i sundhedsvæsenet, bl.a. gennem specialistrejser,
- intensivere omfanget af telemedicinsk behandling,
- udarbejde faglige retningslinjer indenfor bl.a. psykiatriområdet,
- opprioritere uddannelse på alle planer,
- forstærke det tværsektorielle arbejde,
- forbedre løn og ansættelsesvilkår,
- skabe en arbejdspladskultur, der kan rekruttere og fastholde personale.

Det psykiatriske område skal tilbyde behandling til alle personer bosiddende i Grønland, hvis de falder indenfor en eller flere af de psykiatriske målgrupper (beskrevet i afsnit 2.4).

Målsætningen for psykiatrien er i redegørelsen fra 1998 beskrevet som:

"Målsætningen for psykiatrien i Grønland er at tilbyde psykiatrisk undersøgelse og behandling til landets indbyggere. Det forudsættes, at samtlige personer bosiddende i Grønland tilbydes psykiatrisk bistand, hvis de falder indenfor de psykiatriske målgrupper".

"Der skal tilbydes en psykiatrisk behandlingsindsats, der ud over at tage sigte på symptombehandling sigter mod øget livskvalitet for den enkelte, hvori indbefattes større personlig integritet med indsigt i større ansvarlighed for eget liv." (s. 17).

I 2007 beskrev psykiatrien selv sin vision (Psykiatrisk afdeling A1, 2007) som:

"At være den borgernære, opsøgende og forebyggende psykiatri, hvor patienten er i centrum for en sammenhængende og evidensbaseret behandling uanset, hvor i Grønland man bor." (s. 1).

Konklusion: I henhold til nuværende strategier er psykiatriens fokus i dag således:

- at pointere vigtigheden af sundhedsfremme og forebyggelse af psykisk sygdom,
- at behandlingen sker med patienten i centrum,
- at behandlingen sker så tæt på patienten som muligt,
- at behandlingen er vidensbaseret,
- at tilbuddet er sammenhængende.

2.2 Lovgivning på psykiatriområdet

Grønland fik den 1. januar 2009 lovgivningskompetencen på psykiatriområdet, jfr. lov nr. 1406 af 27. december 2008. For nuværende forbliver *Lov om sindssyge personers hospitalsophold* fra 1938 med senere ændringer gældende for Grønland.

Departementet for Sundhed arbejder på en ny psykiatrilov, der skal erstatte "Lov om sindssyge personers hospitalsophold", men arbejdet er endnu ikke tilendebragt. Departementet arbejder således fortsat på at løfte den opgave, som blev anbefalet af juragruppen i forbindelse med udarbejdelse af "Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland" (Direktoratet for Sundhed og Forskning, 1998).

Det betyder, at psykiatriområdet i Grønland fortsat er reguleret ved lov nr. 118 af 13. april 1938 med senere ændringer. Der er i 1986 lavet en sammenskrivning af loven med dens ændringer, jfr. lov nr. 11150 af 31. oktober 1986, der således er den gældende lov på området.

Der er i loven om sindssyge personers hospitalsophold ikke nogen formaliseret klageadgang. Spørgsmål om en anbringelses lovlighed eller en tilbageholdelses lovlighed kan alene prøves for en domstol, men kan ikke forelægges et formelt patientklagenævn.

Direktoratet for Sundhed har i 1996 udarbejdet et cirkulære om frihedsberøvelse ved indlæggelse, ophold og behandling på Dronning Ingrid's Hospitals psykiatriske afdeling, jfr. cirkulære nr. 10. Cirkulæret udstikker retningslinjerne for tvangstilbageholdelse, tvangsindlæggelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, brug af tilsynsværge og tvangsprotokol.

Den eksisterende lovgivning omkring særforanstaltninger vedrørende kriminelle psykisk syge er særskilt behandlet i afsnit 5.6.

2.3 Forskningsbaseret viden om psykisk sygdom og psykisk sårbarhed i Grønland

På trods af områdets sundhedsmæssige betydning findes kun begrænset forskning om psykisk sundhed og sygdom i Grønland.

I forskningen sættes psykisk sundhed og psykisk sygdom oftest ind i en social og kulturel sammenhæng.

Kultur (som begrebet bruges i transkulturel psykiatri) beskriver de værdier, trosforestillinger og adfærdsmønstre, som et samfund lærer sine medlemmer med det formål at klæde dem bedre på til livets udfordringer (Murphey 1968, citeret af Lyng, 2000).

Social sammenhæng er fundet at have betydning for både opståen og mestring af psykisk sygdom. Undersøgelser i andre Inuitsamfund har vist, at en gruppe, der har særlig risiko for psykiske forstyrrelser, ikke behøver at præsentere åbenbare symptomer eller blive klinisk syge, så længe deres "økosystem" (omgivelser i bred forstand) er relativt stabilt. Omvendt vil forstyrrelserne blive åbenlyse, hvis der kommer ubalance i økosystemet (Lyng, 2000).

Undersøgelser om psykisk sygdom, psykiske symptomer og psykisk sårbarhed kan ses ud fra, om de:

- inddrager befolkningen som helhed,

- inddrager patienter i den ambulante del af sundhedssystemet,
- inddrager patienter i det psykiatriske system (patienter, der er indlagte eller i distriktpsychiatrien/psykiatrisk hjemmesygepleje).

I hovedtræk har forskningen vist, at:

- Psykiatriske patienter blev indlagt i en yngre alder i Grønland (end i Danmark), hvilket kan have sammenhæng med, at næsten halvdelen af indlagte psykiatriske patienter var opvokset i et disharmonisk opvæksthjem, flere blandt de yngre patienter og flest blandt patienter med personlighedsforstyrrelser (Lyng, 2000).
- Næsten halvdelen af alle 18-64-årige patienter til konsultation i Lægeklinikken i Nuuk og i Qa-sigianguit, der accepterede at indgå i undersøgelsen og som senere gennemgik et psykiatrisk interview, fik en psykiatrisk diagnose. Den hyppigste diagnose var angst og psykiske symptomer tolket som legemlige (somatiseringsforstyrrelser), nedtrykthed (dystymi) og depression (Lyng et al., 2003).
- Alkoholproblemer i barndomshjemmet var den alvorligste risikofaktor for at få en psykiatrisk diagnose.

Undersøgelsens tal er formentlig maksimumstal på grund af undersøgelsens design og bortfald af undersøgelsespersoner (Lyng et al., 2003).

- Befolkningsundersøgelsen blandt voksne i Grønland i 2005-7 fandt, at:
 - I alt 54 % havde oplevet alkoholrelaterede problemer i barndomshjemmet (Bjerregaard et al., 2009).
 - Andelen, der har oplevet seksuelle overgreb i barndommen, er meget ens blandt unge og voksne (omkring 20 %). Hos voksne fandtes en klar stigning i andelen, der har oplevet seksuelle overgreb over tid; således havde de yngste deltagere oftere været udsat for overgreb (Curtis et al., 2006, Bjerregaard et al., 2009).
 - Hos voksne er seksuelle overgreb og alkoholproblemer i barndomshjemmet fundet i mange tilfælde at forekomme hos de samme personer, ligesom selvmordsforsøg oftere ses hos personer, der har oplevet seksuelle overgreb. Det er nærliggende at forestille sig en årsagskæde, der går fra omsorgssvigt og alkohol i barndomshjemmet via seksuelle overgreb til selvmordsforsøg (Bjerregaard et al., 2009).
 - Tegn på tiltagende dårlig psykisk trivsel hos en stor gruppe, af især unge kvinder, idet der er set en fordobling af 25-34-årige kvinder, der havde forsøgt selvmord fra 1993 til 2005-7 (Bjerregaard et al., 2009).

Selvom forholdene i Danmark ikke umiddelbart kan overføres til grønlandske forhold, kan de bruges til at belyse områder, som vi ikke har så meget viden på:

I Danmark vides at (Sundhedsstyrelsen, 2009):

- Psykisk syge lever ca. 15 år kortere end resten af befolkningen. Denne overdødelighed skyldes formentlig bl.a. underdiagnostisering og underbehandling.
- Psykisk syge har ca. 20 gange større risiko for at dø ved selvmord end resten af befolkningen.
- Psykisk syge har overdødelighed af somatiske sygdomme, bl.a. diabetes og hjertekarsygdomme. Dette skyldes, at psykisk syge har en livsstil, der medfører øget risiko for kronisk sygdom bl.a. omkring kostvaner, rygning, manglende fysisk aktivitet, overvægt og evt. misbrug.
- Psykiske lidelser tegner sig for hver anden førtidspension.
- Flere og flere psykisk syge bliver retspsykiatriske patienter.
- Henvisningerne til børne- og ungdomspsykiatrien stiger.

Konklusion

Den nuværende viden peger på, at

- en målrettet forebyggende indsats er en af grundpillerne for så vidt muligt at undgå, at mennesker udvikler psykisk sygdom,
- kronificering og invalidering ofte ses ved svær psykisk sygdom,

- vilkår i barndom, tidlige traumer og seksuelle overgreb har stor betydning for udvikling af psykisk sygdom og mestring af livet,
- lettere psykisk sygdom eller symptomer er hyppig, specielt hos patienter, der har oplevet svigt og alkoholmisbrug i hjemmet,
- en årsagskæde fra omsorgssvigt og alkoholmisbrug i barndomshjemmet via seksuelle overgreb til selvmordsforsøg er sandsynlig,
- der kan forventes, at vi vil se en udvikling hen imod flere retspsykiatriske patienter og flere henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien,
- psykiatriske patienter har større risiko for at udvikle fysisk sygdom og at miste leveår af disse.

2.4 Den psykiatriske målgruppe

Ifølge Redegørelsen fra 1998 (Direktoratet for Sundhed og Forskning, 1998) er den psykiatriske målgruppe:

- Patienter med akutte eller kroniske psykotiske tilstande,
- Patienter med grænsepsykotiske tilstande,
- Retspsykiatriske patienter, herunder personer til mentalundersøgelse og domfældte til psykiatrisk behandling,
- Ikke-psykotiske patienter med psykiatriske symptomer af en sådan sværhedsgrad, at det medfører væsentlige indskrænkninger i personens mulighed for livsudfoldelse,
- Psykiske forstyrrelser hos børn og unge til ambulant behandling og for unges vedkommende også til dag- og døgnindlæggelse i det omfang, som er angivet for voksne. Sværere tilfælde bør fortsat henvises til behandling i Danmark, indtil mulighed for behandling her i landet er etableret,
- Krisebehandling i forbindelse med sygeligt forløb,
- Psykisk udviklingshæmmede, der udviser tegn på psykiatrisk lidelse (s. 19).

2.5 Det psykiatriske sygdomsbillede

Ligesom den forskningsbaserede viden om psykisk sygdom er begrænset, gælder det også for data fra sundhedsvæsenet omkring psykisk sygdom.

Der findes endnu ikke valide statistiske oplysninger, der giver et samlet overblik over antallet af psykiatriske patienter, men det skønnes fra psykiatrisk afdeling A1, at der i 2009 er ca. 900 voksne og unge personer, hvis psykiske sygdom er så svær, at de er tilknyttet distriktspsykiatrien i Nuuk, ambulatoriet ved Psykiatrisk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital, psykiatrisk hjemmesygepleje i sundhedsdistrikterne eller som på anden måde er registreret som patienter, der følges af en speciallæge gennem A1 eller ved konsulentbesøg under kystrejse i unge og voksenpsykiatrien.

Af de ca. 900 personer skønnes ca. 250 at være bosiddende i Nuuk. Således er næsten 2/3 af svært syge psykiatriske patienter bosiddende udenfor Nuuk.

De hyppigst forekommende svære psykiske sygdomme, der følges af speciallæge er:

- skizofreni,
- manio-depressive tilstande,
- andre akutte eller kroniske psykoser,
- unipolar depression,
- personlighedsforstyrrelser og adfærdsændringer,
- misbrugs-/ afhængigheds-problematikker.

Det fremgår både af forskningen og fra den kliniske hverdag, at mange patienter har flere diagnoser, hvor den primære diagnose for patienter med psykisk lidelse ofte vil være psykose eller personlighedsforstyrrelse, og den sekundære vil være en misbrugsdiagnose. Det angives fra Psykiatrisk afde-

ling og i distriktspsykiatrien, at mindst 50 % af deres patienter også har en misbrugsdiagnose, mens det på det retspsykiatriske område gælder en langt højere andel.

Ud over disse ca. 900 voksne og unge personer med sværere psykisk sygdom er der et meget større, men ukendt antal patienter, der alene varetages udenfor det psykiatriske system, fx i Lægeklinikken i Nuuk og i ambulatorierne i sundhedsdistrikterne. Det vil oftest gælde personer med mindre invaliderende sygdom som:

- angst og neurotiske tilstande,
- lettere depression,
- tilpasningsreaktioner,
- reaktioner på tab og traumer,
- misbrugs-/ afhængigheds-problematikker.

Der er også enkelte patienter med svær psykisk sygdom, der af forskellige grunde ikke ønsker kontakt til det psykiatriske system. Det vides ikke, hvor stor en andel af patienter med psykisk sygdom udenfor psykiatrisk regi, der har dobbeltdiagnose.

Hos børn skal den psykiske lidelse ses i sammenhæng med barnets alder, dets omgivelser og dets almindelige udvikling. De hyppigste egentlige børnepsykiatriske tilstande er i dag:

- autisme,
- ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)/ opmærksomhedsforstyrrelser,
- depression,
- psykose,
- mutisme (stumhed i udvalgte situationer),
- neurotiske tilstande inklusive OCD (Obsessive Compulsive Disorder)/tvangstanker og tvangsadfærd.

Børn med kortvarige psykiske problemer og børn med psykosomatiske problemstillinger som tristhed, mave- og hovedpine, hvor der ikke har kunnet påvises fysisk årsag, lettere spiseforstyrrelser, kortvarige sorg- og krisereaktioner eller børn udsat for overgreb eller vold, der ikke udviser tegn på psykisk sygdom, vil normalt ikke være i kontakt med det psykiatriske system.

Hos ældre ses både det samme sygdomsspektrum som hos yngre voksne, men hertil kommer problematikker, som bliver hyppigere med stigende alder som:

- konfusionstilstande,
- demens.

2.6 Det psykiatriske område – enheder

Det psykiatriske område udgøres af en landsdækkende psykiatrisk afdeling på Dronning Ingrid's Hospital (DIH), en række distriktspsykiatrier i Nuuk og i byerne på kysten. Herudover er der et eksternt samarbejde, dels med Retspsykiatrisk afdeling R3 i Risskov og i sjældne tilfælde med Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland på det retspsykiatriske område og dels med Bispebjerg Hospital på det børnepsykiatriske område.

Der findes desværre ingen sikre opgørelser over det samlede psykiatriske arbejde, herunder indlæggelser og sengedage, men det blev i forbindelse med arbejdet omkring delfunktionsprogrammer for DIH opgjort, at kun ca. 1/3 af det samlede antal indlæggelser af psykiatriske patienter sker på psykiatrisk afdeling A1 på DIH.

Resten af de psykiatriske indlæggelser foregår på andre afdelinger på DIH eller i sundhedsdistrikterne, der varetager de akutte indlæggelser af egne patienter, dette gælder også i forbindelse med tvangsindlæggelser.

En række psykiatriske patienter er således indlagt på lokalsygehus uden at det er nødvendigt med overflytning til Psykiatrisk afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital. Psykiatrisk afdeling bliver i disse

situationer kun inddraget i behandlingen ved behov for kontakt til specialist omkring behandlingsændringer, som fx behov for medicinændring eller hvis patientens vanlige medicinske behandling skal genoptages.

3 Dronning Ingrid's Hospital, Psykiatrisk Afdeling A1

Psykiatrisk afdeling A1 betjener hele den grønlandske befolkning med specialiseret psykiatrisk behandling ved indlæggelse på afdelingen og ved ambulante udrednings- og behandlingstilbud til både voksne, børn og unge. Afdelingen er desuden lokal modtageafdeling for psykiatriske patienter fra Nuuk by og fra de øvrige afdelinger på Dronning Ingrid's Hospital. Der er p.t. ingen venteliste til behandling på afdeling A1. I henhold til Finansloven for 2010 forventes en uændret aktivitet i afdelingen.

Det psykiatriske sengeafsnit er en akut modtageafdeling for voksne patienter, samt unge over 15 år. Da de fysiske rammer på psykiatrisk afdeling og de øvrige patienters adfærd, med baggrund i deres sygdom, ikke udgør et sundhedsfremmende miljø for børn med psykisk sygdom, så indlægges der kun undtagelsesvis personer under 15 år. Det samme gælder i mindre grad for ældre.

Psykiatrisk afdeling er opdelt i to afsnit – et åbent og et skærmet afsnit. Det åbne afsnit har plads til 10 indlagte patienter fordelt med 1 eller 2 personer i hvert rum. Det skærmede afsnit har 2 pladser på enkeltstuer samt 1 akut/modtageseng. Akut/modtagesengen må ikke bruges fast. I perioden 1/4 - 1/11 2009 har behovet for skærmede pladser dog været så stort, at der har været en overbelægning på de to skærmede pladser på 35 pct. Dette er løst ved at inddrage akut/modtagesengen til dette.

De fleste patienter, der indlægges på skærmet enhed, er uden sygdomsindsigt, svært psykotiske, urolige og udadreagerende. Det skærmede afsnit kan aflåses, og her er mulighed for fiksering af patienten i det omfang, dette skulle blive påkrævet.

Indlæggelser og diagnoser for patienter indlagt i psykiatrisk afdeling A1 fremgår af Tabel 3.1 og Tabel 3.2.

Tabel 3.1 Indlæggelser på psykiatrisk afdeling (A1) på DIH

	2004	2005	2006	2007	2008
Antal indlagte patienter på A1 (udskrivninger)	265	239	254	264	207
Sengedage på A1	3.828	3.657	3.854	3.727	3.492
Gennemsnitlig indlæggelsestid (dage)	14,4	15,3	15,2	14,1	16,9
Overgået som dagpatient	51	26	33	24	13

Kilde: Talmaterialet stammer fra 2002-2007 diverse rapporter og opgørelser fra Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, sammenligning.

Indlæggelseslængden for den enkelte patient varierer fra 2 dage til 8 måneder. Psykiatriske patienter har generelt en forholdsvis lang liggetid i forhold til patienter med somatisk sygdom, det gælder specielt patienter med særforanstaltninger (retspsykiatriske patienter). Se afsnit 5.5. Det skal her bemærkes, at de retspsykiatriske patienter udgør en stadig stigende andel af de indlagte patienter på A1.

Gennemsnitsalderen for indlagte patienter var i oktober 2009 33 år. Der er også tidligere fundet en lav gennemsnitsalder for indlagte psykiatriske patienter i Grønland, som er lav sammenlignet med de skandinaviske lande, hvor den ligger i 40'erne.

Tabel 3.2 Almindeligste diagnoser for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling A1 i perioden 2004-2008

Hoveddiagnose (ICD 10)	Navn	Andel
F2	Skizofreni og lignende psykotisk tilstand	52 %
F4	Nervøse og stressrelaterede tilstande	11 %
F1	Psykelige lidelser med organisk baggrund	7 %
F6	Forstyrrelser og forandring af personlighedsstruktur eller adfærd	6 %

Kilde: Landspatientregistret.

Selvom registreringen i Landspatientregistret formentlig ikke er fuldstændig, giver Tabel 3.2 en ide om de almindeligste grunde til indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Tabellen angiver den umiddelbare årsag til indlæggelsen. Det fremgår, at de fleste patienter, der indlægges på A1, er skizofrene eller har en lignende svær psykisk sygdom: mange af de patienter, der indlægges med øvrige diagnoser som nervøse eller stressrelaterede tilstande og akut opstået belastningstilstand vil også have en psykose-diagnose også.

3.1 De fysiske rammer i afdeling A1

De fysiske rammer på psykiatrisk afdeling A1 er i forhold til patientantallet trange, og rammerne lever ikke op til internationale standarder for behandlingsmiljø for patienter med psykiatriske lidelser, idet:

- Patienter kan blive indlagt på 2 sengsstuer.
- Patienter indlagt under tvang, som er tvangstilbageholdte, surrogat fængslede eller anbragt under dom, har ganske begrænsede muligheder for at komme ud i den friske luft, idet Psykiatrisk afdeling A1 ikke er i besiddelse af skærmede udendørsfaciliteter som en gård.
- Sikkerheden for personalet samt medpatienter i det skærmede afsnit er ikke optimale, grundet suboptimale flugtveje.
- Afdelingen er trang, og der er ikke rum for de enkelte patienter til at trække sig tilbage til eget domæne, hvilket risikerer at medføre en forøget frekvens af trusler og vold mod medpatienter og personale.

På afdelingen er der et "ungerum" indrettet specielt til denne målgruppe. Herudover er der ingen af de fysiske forhold, der er tilrettelagt til specifikke målgrupper. Generelt er det ikke muligt at tage hensyn til specielle behov hos patienterne i forbindelse med tildeling af stue. Tildeling af stue afhænger alene af patientens kliniske tilstand og dermed sygdommens aktuelle sværhedsgrad.

Efter oprettelsen af skærmet enhed er det meget sjældent, at det er nødvendigt at overflytte patienter til lukket psykiatrisk afdeling, men det fremtidige behov på dette område afhænger også af, om der bygges en anstalt for psykisk afvigende kriminelle i Nuuk, da det formentlig vil skabe et øget behov for anbringelse på lukket psykiatrisk afdeling.

Der er i generalplanen projekteret en ny tidssvarende psykiatrisk afdeling, dimensioneret til 12 pladser. Dette behov er estimeret ud fra sengedagsforbruget frem til 2007 fremskrevet til 2015. Som en del af planen skulle psykiatrisk afdeling råde over 1 plads i akutcentret. Dette er ikke implementeret bl.a. ud fra hensynet til sammenhæng i patientforløbet. Herudover forventes behov for 8 ambulante behandlingsrum og en række kontor- og personalefaciliteter.

3.2 Personalenormering og bemanning

På grund af den psykiatriske behandlings karakter er en psykiatrisk afdeling relativt mere personale-tung end en tilsvarende afdeling for patienter med fysiske lidelser. På afdelingen er ansat speciallæger i psykiatri, reservelæger, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, sygeplejersker, sundhedsassistenter m.fl. I Tabel 3.2.1 gives et øjebliksbillede af personalesituationen den 1. december 2009.

Tabel 3.2.1**Personalesituationen på Psykiatrisk afdeling, 1. december 2009**

Stillingstype	Stillinger ud fra lønsum	Besatte stillinger*
Administrerende psykiatrisk overlæge (speciallæge i psykiatri)	1	1
Overlæger / Speciallæger i psykiatri	3	1,5
Reservelæge	3	2
Ledende psykolog	1	ubesat
Voksenpsykolog / Børnepsykolog	2 / 1	2 / 0 (fra 17/12-09)
Socialrådgiver	2	2
Oversygeplejerske	1	1
Afdelingssygeplejerske	1	1
Sygeplejerske	9	8
Sundhedsassistent	9	10 inkl. **
Plejer	0	0
Ergoterapeut	1	1
Socialpædagog i ergoterapien	3	3
I alt	37	33,5

* oplysninger fra afdelingsledelsen 1/12-09

** en er uddannet socialpædagog

Det psykiatriske område er og har længe været præget af mangel på faglært personale med specialuddannelse og/eller erfaring indenfor psykiatrien. Mange ansættelser er kortvarige. Den ustabile personalesituation påvirker i høj grad de psykiatriske patienter, som er specielt afhængige af rolige og stabile omgivelser og af et personale, der kan observere og forebygge, at en situation tilspidnes, så det fx ikke bliver nødvendigt at anvende tvang i plejen.

Psykiatrisk afdeling har i lange perioder lidt under manglen på sygeplejersker og specielt specialuddannede sygeplejersker. Fra afdelingsledelsen er oplyst, at indenfor plejegruppen var 72 % af de normerede timer besat i 2005, 76 % i 2006, 71 % i 2007, 83 % i 2008, og 90 % i 2009 (frem til 1/12-09). Afdelingen har på baggrund af vakancer, sygefravær og øget aktivitet i den skærmede enhed haft et konstant merforbrug på overarbejdskontoen på omkring 1,5 mio. kr.

Vakante sygeplejerskestillinger udfyldes af andre personalegrupper, oftest med en lavere kompetence – nogle med erfaring indenfor specialet, andre uden. I tilspidsede situationer har afdelingen været nødt til at ansætte ikke faglært personale til at varetage plejeopgaver.

Der benyttes bureauvikarer i afdelingen. En sådan belastning samt den generelle mangel på faglært personale påvirker arbejdsmiljøet i negativ retning og gør det vanskeligt at fastholde personalet i stillingerne og samtidig vanskeligt at rekruttere personale til specialet og øger dermed risikoen for at ende i en negativ spiral.

Der er indført et specielt tillæg til sygeplejersker, der arbejder i psykiatrien samt et tillæg for specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. Tillæggene har ikke umiddelbart haft den ønskede virkning på rekrutteringen til specialet.

Belastede arbejdsvilkår kan ofte aflæses på sygefraværet. Der findes aktuelt ikke statistik for sygefravær, men det skønnes af afdelingsledelsen, at den er betragteligt højere end for somatiske sengeafdelinger.

3.3 Læger

Speciallæger og reservelæger på den psykiatriske afdeling har følgende arbejdsopgaver:

- Udreder, diagnosticerer og behandler de indlagte patienter på afdelingen
- Tilser patienterne i distriktspsykiatrien i Nuuk via 4 ugentlige ambulatoriedage
- Har hyppig/daglig kontakt med sundhedsdistrikterne omkring behandling af psykisk syge udenfor Nuuk
- Supervision, rådgivning og vejledning til distriktslæger og andet personale i distrikterne, der arbejder med psykiatriske patienter/problemstillinger.

3.4 Psykologfunktionen

På Psykiatrisk afdeling er normeret 4 psykologstillinger, fordelt på en børnepsykolog, en ungdomspsykolog og to voksenpsykologer.

Psykologernes arbejdsopgaver på voksen- og ungeområdet omfatter bl.a.:

- udredning og diagnostik gennem samtaler og psykologisk testning,
- udtalelser vedrørende patienter samt udarbejdelse af testrapporter,
- samtaleforløb af såvel terapeutisk som støttende karakter dels individuelt dels i grupper,
- deltagelse i faglig udvikling samt gensidig tværfaglig undervisning,
- supervision af andre faggrupper,
- deltagelse i tværfaglige stuegangs- og behandlingsmøder samt visitationsmøder,
- tilsyn på andre afdelinger på Dronning Ingrid's Hospital ved krisereaktioner, fx selvmordsforsøg,
- konsulentbistand til eksterne samarbejdspartnere omkring patienter.

Børnepsykologen deltager på konsulentrejser til sundhedsdistrikterne sammen med børnepsykiateren (se afsnit 5.1) og både børnepsykologen og ungdomspsykologen deltager i det kommunale samarbejde omkring børn og unge med psykiatriske problemer.

Der har siden februar 2008 været en eller flere vakante eller vikarbesatte psykologstillinger.

3.5 Psykiatrisk ergo- og fysioterapi

Den psykiatriske ergoterapi anvendes i forbindelse med observation, udredning og behandling af indlagte patienter i dag- og døgnafsnittet. Der er desuden 5 ambulante pladser, der benyttes af distriktspsykiatrien som supplerende behandlingstilbud til patienter, der skønnes at kunne få gavn af en intensiveret behandling i en kortere periode.

Ergoterapien er en integreret del af afdelingen og den samlede behandling, hvor der er mulighed for at observere og teste patienternes symptomer, funktionsniveau og sociale kompetencer inden for dagliglivets aktiviteter, indkøb og byture, madlavning, socialt samvær i grupper, spil, husflid, håndarbejde o.l. Der er hver fredag eftermiddag cafe for indlagte og tidligere indlagte patienter. Cafeen er velkendt af patienterne og velbesøgt. Personalet får her en vigtig mulighed for at genskabe kontakten til patienter, der i en periode er udeblevet fra behandling i distriktspsykiatrien.

Ansættelse af fysioterapeuter indenfor det psykiatriske område er relativt nyt. Men det er en vigtig nyskabelse, da alle grupper af psykiatriske patienter profiterer af, at fysisk aktivitet indgår i behandlingen. Hos visse patientgrupper, som fx depressive, er fundet, at motion i sig selv kan bedre sygdommen. Psykiatrisk fysioterapi tager udgangspunkt i krop/psyke sammenhænge med henblik på at udvikle de kropslige ressourcer, patientens handlemuligheder og livskvalitet. Den psykiatriske fysioterapi anvendes i forbindelse med observation, udredning, vurdering og behandling af indlagte patienter i dag- og døgnafsnittet samt i distriktspsykiatrien.

3.6 Socialrådgiverfunktionen ved afdeling A1, på Dronning Ingrid's Hospital

Der er ansat 2 socialrådgivere på Dronning Ingrid's Hospital. Disse to socialrådgivere dækker såvel det somatiske som det psykiatriske område.

Psykiatriske patienter har ofte et stort behov for social støtte og foranstaltninger efter udskrivningen fra A1. Socialrådgiverne inddrages derfor ofte tidligt i behandlingsforløbet.

Socialrådgiverne er et kontakttled i forhold til samarbejdet med kommuner i hele Grønland og udfører rådgivning, vejledning og sagsbehandling af sociale problemstillinger under patientens indlæggelse og omkring udskrivning i samarbejde med interne og eksterne samarbejdspartner. Det kan dreje sig om fx anmeldelser (arbejdsulykkesanmeldelse, erstatningssager for voldsramte), ansøgninger (om hjælpemidler, hjemmehjælp, lommepenge under indlæggelsen, barseldagpenge, arbejdsmarkedsydelse under sygdom, socialførtidspension, revalidering, eller omfattelse af handicapforordning nr. 7), desuden indberetninger eller underretninger til de sociale myndigheder om børn mv.

3.7 Psykiatrisk ambulatorievirksomhed ved Psykiatrisk afdeling

Ambulatorievirksomheden for voksne, børn og unge dels fra Nuuk og dels fra sundhedsdistrikterne pågår i de lokaler, der er indrettet til læger, psykologer og socialrådgivere i tilknytning til den psykiatriske afdeling.

I ambulatoriets konferencelokale er der opsat telepsykiatrisk udstyr. Dette telepsykiatriske udstyr, indgår som arbejdsredskab i lighed med telefon og mail, men bruges ikke konsekvent. Der er telepsykiatrisk konference med Risskov omkring de retspsykiatriske patienter en gang om måneden samt ad hoc. Derudover bruges det telepsykiatriske udstyr i samarbejdet med kysten i forbindelse med konferencer, men også til kliniske vurderinger og patientsamtaler.

3.8 A1 som uddannelsessted

A1 er uddannelsessted for sygeplejestuderende, sundhedsassistentelever og portører. Der er ikke ansat en klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske på afdelingen, hvorfor opgaven med at undervise og vejlede ligger hos afdelingens plejepersonale.

3.9 Psykiaterbesøg i sundhedsdistrikterne – "Kystrejser i psykiatri"

De fleste sygehuse og sundhedscentre får årligt besøg af en psykiater.

Det kan være en af de psykiatriske overlæger ved Dronning Ingrid's Hospital, som tager på kystrejse, men ofte er det en psykiater fra Danmark, der forestår disse besøg. Specialister, der hentes udefra til disse kystrejser, er ofte tidligere ansatte i Psykiatrisk afdeling A1, som har været i distriktet før og som dermed har et vist forhåndskendskab til patienterne.

Under besøgene tilses allerede kendte psykiatriske patienter samt patienter, der er nyhenvist af lægerne i distriktet. Nyhenviste patienter vil ofte skulle gennemgå et diagnostisk udredningsforløb og påbegynde medicinsk behandling, mens allerede kendte patienter oftest tilses med baggrund i et behov for revurdering af den pågående behandling.

Tabel 3.9.1 Kystrejser ved psykiatrisk speciallæge

	2004	2005	2006	2007	2008
Specialistrejser på kysten (uger)	28	22	33	21,5	23,5

Kilde: Talmaterialet stammer fra Dronning Ingrid's Hospital for 2004-5 og fra Sundhedsledelsen for 2006-2008.

Der er afsat 1 uge til vurdering med videre per omkring 20 henviste patienter. For de tilrejsende specialister er det vigtigt, at det lokale personale kender patienten og kan supplere med oplysninger omkring patienterne og sikre, at nye ordinationer og anbefalinger udføres og følges op. Her er de psykiatriske hjemmesygeplejersker, og andet personale tilknyttet distriktskykiatrien, vigtige nøglepersoner i kraft af deres indgående kendskab også til patientens sociale vilkår og de lokale støttemuligheder.

4 Distriktpsychiatrien

Distriktpsychiatrien er en samlet betegnelse for Distriktpsychiatrien i Nuuk (Ikaarsaarfik) og den psykiatriske hjemmesygeplejefunktion på kysten. Distriktpsychiatrien er et tilbud til ikke indlagte psykiatriske patienter.

I distriktpsychiatrien pågår:

- Den ambulante behandling af patienter med alvorlige psykiske lidelser hos patienter med behov for hyppig kontakt og støtte.
- Den lokale distriktpsychiatri varetager tillige den ambulante psykiatriske behandling af patienter med særforanstaltninger (retspsykiatriske patienter).

For patienter med psykiske lidelser, som befinder sig i distrikterne, er det lægerne i det pågældende distrikt, der har behandlingsansvaret, mens det for patienter i distriktpsychiatrien i Nuuk gælder, at det er Psykiatrisk afdeling A1, ved Dronning Ingrid's Hospital, der har ansvaret.

Distriktpsychiatrien anvender videnskabeligt dokumenterede metoder fra psykiatrien, tilpasset en helhedsopfattelse af den enkeltes sociale tilværelse (se bilag 3). Oftest foregår behandlingen i distriktpsychiatrien i et samspil mellem personalet i distriktpsychiatrien, lægerne i distrikterne og speciallægerne på Psykiatrisk afdeling.

Patienterne i distriktpsychiatrien er som hovedregel diagnostisk udredt af en speciallæge i psykiatri og modtager psykiatrisk behandling, som foreslået af psykiater. Der kan dog være enkelte patienter tilknyttet distriktpsychiatrien, som venter på tilsyn af en tilrejsende speciallæge i psykiatri. Læger, psykiatriske hjemmesygeplejersker og andre personalegrupper, der arbejder med de psykiatriske patienter i distriktpsychiatrien er i tæt kontakt med psykiaterne og plejepersonalet på Psykiatrisk afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital. Kontakten er både løbende og betinget af akut opståede problemer eller forværring i tilstanden hos en af de psykiatriske patienter. Denne kontakt foregår via telefon, mail eller telemedicin.

Ud over selve behandlingen har distriktpsychiatrien en vigtig koordinerende opgave overfor samarbejdspartnere, således varetager distriktpsychiatrien også rådgivende-, vejledende-, undervisende- og superviserende- opgaver overfor både interne og eksterne samarbejdspartnere.

Distriktpsychiatrien skal give et lettilgængeligt tilbud omkring støtte og behandling i eget miljø tilpasset til den enkeltes behov. Formålet er at forebygge tilbagefald, optræne funktionsevne og kompensere for de handicap, sygdommen giver. En stor opgave er at opretholde kontakten til de psykiatriske patienter, idet en god alliance mellem patient og behandler er nødvendig for at opnå et godt behandlingsresultat.

Næsten alle patienter tilknyttet distriktpsychiatrien er i medicinsk behandling, oftest med antipsykotisk medicin. En stor opgave i distriktpsychiatrien er at være med til at motivere patienterne til at vedblive i den medicinske behandling for at undgå tilbagefald eller forværring af sygdommen. Det vurderes fra distriktpsychiatrien i Nuuk, at arbejdsopgaver relateret til den medicinske behandling udgør omkring 70 pct. af de samlede tidsmæssige ressourcer.

4.1 Distriktpsychiatrien i Nuuk

Distriktpsychiatrien i Nuuk hører administrativt under Psykiatrisk afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital. Siden 2003 har distriktpsychiatrien været fysisk placeret uden for Psykiatrisk afdeling.

I dag huses distriktpsychiatrien i et centralt beliggende hus i Nuuk by. Huset er et almindeligt enfamilieshus, der ikke giver de bedste muligheder for personalet i forhold til fx ro til samtaler med patienterne.

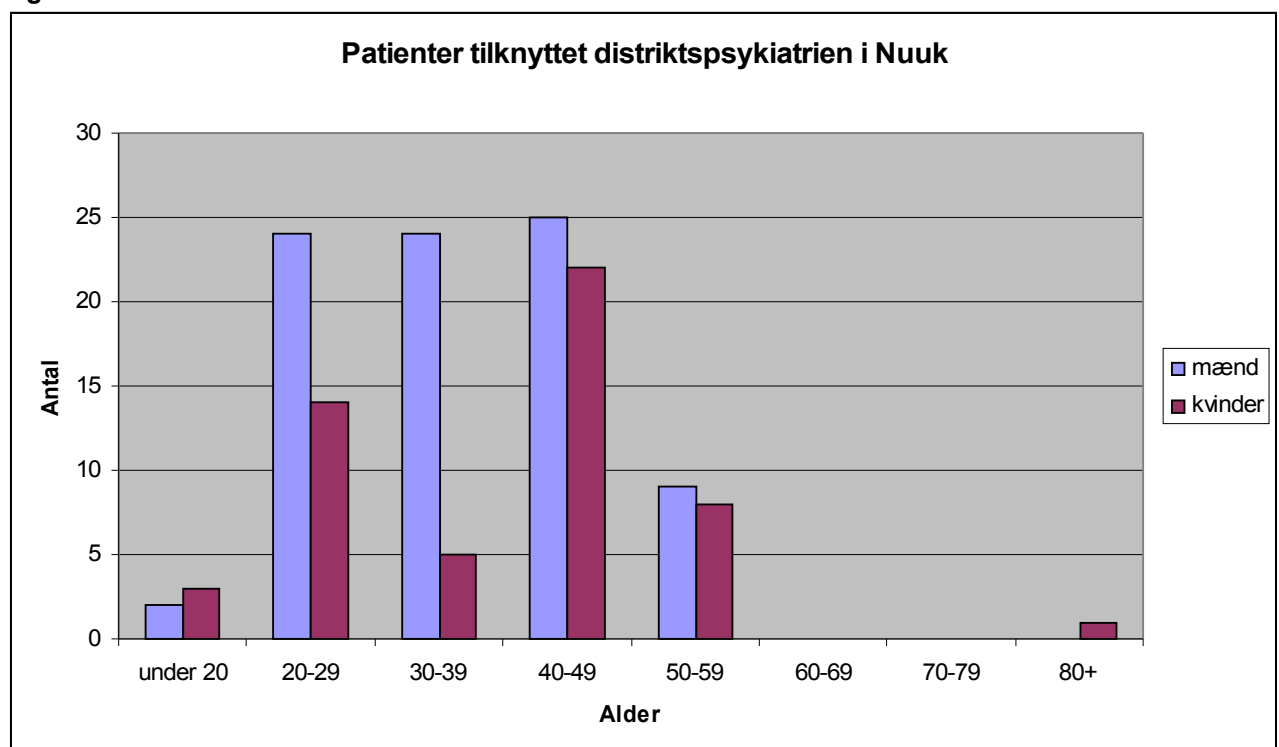
Distriktspsykiatrien er et dagtilbud åbent på alle hverdage mellem 8 og 16. Udenfor den almindelige åbningstid (aften, nat og weekender), kan distriktspsykiatriens personale kontaktes gennem Psykiatrisk afdeling A1. Personalet består af 1 ledende distriktspsykiatrisk sygeplejerske, 1 sygeplejerske, 3 sundhedsassistenter. Derudover er der tilknyttet reservelæge/overlæge, psykolog, socialrådgiver, ergoterapeut, og fysioterapeut.

Fra 1. november 2009 overgik stillingen som ledende distriktspsykiatrisk sygeplejerske fra at være en kombineret klinisk og administrativ stilling til alene at være administrativ, med rådgivende og vejledende opgaver overfor medarbejderne, specielt på kysten, med baggrund i behov for at sikre områdets videre udvikling gennem udarbejdelse og udbygning af de kliniske retningslinjer.

Den gruppe af patienter, der er tilknyttet distriktspsykiatrien, er typisk voksne patienter (over 15 år) med alvorlige ofte kroniske sindslidelser som skizofreni, kronisk psykose evt. med personlighedsafvigelser. I mindre omfang er patienter med bipolar affektiv lidelse (manio-depressive tilstande) eller depression tilknyttet, mens andre grupper af psykiatriske patienter, som patienter med angsttilstande, lettere depressioner, demens og neuroser, ses i meget begrænset omfang.

Distriktspsykiatrien i Nuuk servicerer primo 2010 145 psykisk syge personer. Antallet af tilknyttede patienter har ligget stabilt omkring dette niveau i flere år. Det har derfor ikke været nødvendigt at sætte overgrænse på patientantallet. Antallet af patienter pr. ansat fagperson i distriktspsykiatrien er mellem 30 til 40 patienter – hvilket er højt i forhold til andre nordiske lande.

Figur 4.1



Af figur 4.1., der viser aldersfordelingen hos de distriktspsykiatriske patienter i Nuuk pr. 2009, ses det, at der er en overvægt af mandlige patienter (62 %). Figuren viser samtidig, at gennemsnitsalderen er lidt lavere for mandlige patienter, nemlig 38 år, mod 41 år for kvinder. Ældre over 65 år er stort set ikke repræsenteret i distriktspsykiatrien.

Patienter tilknyttet distriktspsykiatrien bor oftest i egen bolig eller hos familie. Der er dog en relativ stor andel, p.t. 27 pct., der bor i boenheder, eller på de eksisterende landsdækkende socialpsykiatriske institutioner (Aaqa eller Aja).

De fleste af distriktspsykiatriens patienter møder selv op i distriktspsykiatriens lokaler, hvorfor kun få får besøg i eget hjem. Arbejdet er struktureret efter patienternes behov sådan, at formiddagene, hvor patienterne ofte ikke er vågne, bruges til medicinophældning i doseringsæsker, samarbejdsparter, administrativt arbejde m.v. Den direkte patientkontakt centrerer sig primært at foregå i eftermiddagstimerne.

4.2 Distriktspsykiatrien i byerne udenfor Nuuk

Klientellet på kysten er det samme som i Nuuk. Patienterne bor også her enten i egen bolig, hos familie, i bokollektiv eller i boenhed.

I sundhedsdistrikterne forestås den psykiatriske behandling af lægerne i tæt samarbejde med det øvrige sundhedsfaglige personale.

I Qaqortoq, Paamiut, Maniitsoq, Sisimiut, Aasiaat og Ilulissat sundhedsdistrikter er der psykiatriske hjemmesygeplejersker/sundhedsassistenter/sundhedshjælpere, der udelukkende beskæftiger sig med de psykiatriske patienter og har tæt kontakt til patienter og deres pårørende. I de byer, der har flest psykiatriske patienter, er der desuden tilknyttet andet sundhedsfagligt personale. I de mindre byer er der en hjemmesygeplejerske til at dække både det somatiske og det psykiatriske område. I Ittoqqortoormiit, Qeqertarsuaq samt Tasiilaq er der ingen hjemmesygeplejersker. Her er det sundhedsdistriktets personale som, sideløbende med andre opgaver, varetager opgaver omkring de psykiatriske patienter. I Qaanaaq er området integreret med sundhedsplejen og den somatiske hjemmesygepleje. Det personale, som er knyttet til distriktspsykiatrien, kan alle steder kontaktes direkte i dagtiden. Aften/nat kontaktes via distriktssygehuset eller sundhedscenteret. En del patienter kommer til sygehuset eller sundhedscentre, men personalet ser også patienter i deres hjem. De mindste steder kommer patienterne til sygehuset efter behov og aftale.

I sundhedsdistrikterne er der ca. 650 kendte psykisk syge personer og her kan antallet af patienter pr. sygeplejerske/sundhedsperson svinge fra omkring 30 i Paamiut til omkring 90 i Aasiaat.

4.3 Det tværfaglige samarbejde

Det tværfaglige samarbejde i Nuuk i forhold til distriktspsykiatrien er velfungerende. Der afholdes et ugentligt tværfagligt behandlingskonference omkring de enkelte patienter for at sikre en helhedsvurdering i forhold til patienten samt en koordinering i forhold til iværksættelse og opfølgning eller revision af forskellige tiltag. Der er deltagelse af bl.a. psykiater, psykolog, socialrådgiver og distriktspsykiatriens faste medarbejdere og de personer, som har særlig betydning for planlægning af de pågældende patienters behandling.

Distriktspsykiatriens vigtigste eksterne samarbejdsparter i Nuuk er: patienternes støttepersoner, lægerne på Lægeklinikken, Kommuneqarfik Sermersooq, kommunens ældreinstitutioner, landsdækkende sociale institutioner på området (Aaqa, Aja), boenheder, Sungiusarfik (Værestedet), Kriminalforsorgen, Politiet, og Anstalten for Domfældte. Heraf er samarbejdet formaliseret med jævnlige møder med blandt andet Kriminalforsorgen.

Det tværfaglige samarbejde i byerne på kysten adskiller sig principielt ikke fra Nuuk. Mødeform og interval varierer dog fra by til by og er meget afhængig af de personaleressourcer, der forefindes på et givet tidspunkt.

5 Tilbud til patientgrupper med særlige behov

5.1 Børn

Børnepsykiatri er en specialopgave, hvor Grønland gennem de sidste mange år har haft et formaliseret samarbejde med Bispebjerg Hospital. Dette betyder at børnepsykiatrien ved DIH alene er et ambulantly tilbud til børn 0-15 år. Er indlæggelse nødvendig, foregår dette på den børnepsykiatriske afdeling på Bispebjerg Hospital i Danmark.

Børneområdet er normeret til en fuldtids børnepsykolog placeret på DIH, samt en børnepsykiatrisk konsulent fra Bispebjerg Hospital. Der udføres tre konsulentrejser årligt på i alt 5 uger (35 dage).

Børn skrives på venteliste til børnepsykiater efter henvisning fra PPR, sundhedsplejen, distrikterne eller socialforvaltningerne. Børnepsykiatrien har et tæt samarbejde med kystsygehusene, de lokale PPR kontorer og socialforvaltninger og et vist samarbejde med børnelægen på DIH i forbindelse med børn, der følges af læger fra begge specialer, hvilket fx gælder en del børn med ADHD.

Der er i dag ca. 150 børn i Grønland, der følges af børnepsykiater, og området har været i kraftig vækst igennem de senere år. Der er i dag generelt godt 1 års ventetid på tilsyn af børnepsykiatrisk konsulent. Det er børnepsykiateren, der står for konsulentrejserne sammen med børnepsykologen. Nuuk besøges 2 gange årligt, Ilulissat og Qaqortoq 1 gang årligt, mens Tasiilaq er besøgt ca. hvert andet år frem til 2007, hvorefter denne særstatus måtte ophøre pga. ressourceknaphed. Før 2006 blev Nuuk kun besøgt én gang årligt. Børn og deres familier fra de omliggende sundhedsdistrikter må rejse til disse byer for at konsultere børnepsykiateren.

Mellem henvisningerne foretages den daglige varetagelse af opgaverne omkring børn i ambulantly psykiatrisk behandling af børnepsykologen på Psykiatrisk afdeling i tæt samarbejde med specialister på Bispebjerg hospital. Nyindkomne henvisningerne drøftes derfor løbende og undersøgelsen indledes af børnepsykologen for børn fra Nuuk og for subakutte børn. Øvrige børn ses på kystrejserne.

Børnepsykologen har de sidste par år for et fåtal af børnene udarbejdet en kort undersøgelses- og behandlingsplan, der mailer til børnepsykiateren. Øvrige opgaver er bl.a. kontakt til personalet i sundhedsdistrikterne, forældre m.fl. Dertil kommer psykologens mange opgaver omkring specialpædagogisk rådgivning til barnets omgivelser.

Under konsulentrejserne er der afsat en halv dag til ikke diagnosticerede børn samt 1½ time til opfølgning på hvert diagnosticeret barn, inkl. tid til tolkning og anden indhentning af information.

Børn, der alene har følger efter omsorgssvigt, tilhører ikke de psykiatriske kernepatienter og bliver derfor ikke umiddelbart undersøgt/behandlet i psykiatrisk regi, med mindre de har symptomer på børnepsykiatrisk lidelse. Behov for hjælp til børn med følger efter omsorgssvigt forventes at blive vurderet i det lokale sociale system og i PPR regi.

Tabel 5.1.1 Oversigt over antal børn set af børnepsykiater og børnepsykolog i perioden 2000 – 2009

By	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ilulissat	9	16	20	24	27	24	37	34	38	28
Qaqortoq	9	12	6	14	14	12	14	16	12	12
Tasiilaq	10	16			7		6			
Nuuk	33	29	35	34	36	48	53	55	49	58
I alt	61	73	61	72	84	84	104	105	99	98

Kilde: Opgørelser fra det børnepsykiatriske team.

Produktiviteten under specialistrejser for børnepsykiater og børnepsykolog har været jævnt stigende frem til 2007, men er de sidste 2 år faldet. Dette er dels, fordi man i modsætning til tidligere fastholder en arbejdsdag på 8 – 10 timer samt én ugentlig fridag og ikke mindst fordi den tidligere faste børnepsykolog er ophørt. Stillingen har fra 2008 været besat med psykologvikarer fra Danmark uden kendskab til grønlandske forhold eller sprog. Udredningen er derfor foregået over tolk.

Aktuelt (november 2009) er 17 børn på venteliste til tilsyn i Nuuk, hvor ventetiden er op til 1 år, 5 børn venter på tilsyn i Qaqortoq. Disse ses i foråret 2010. I alt 14 venter på tilsyn i Ilulissat. Disse forventes udredt i foråret 2010 eller 2011.

Ventetiden ses på trods af, at der er blevet strammet op omkring retningslinjer for henvisninger til børnepsykiater. Stramningen er primært omkring kontrol af børn set tidligere, således at den disponible tid overvejende bruges på nyhenviste børn og i mindre grad på opfølgninger og kontrol. Sidstnævnte opgaver lægges over på distrikternes læger.

Selv med de beskrevne ændringer er det ikke muligt for børnepsykiateren at dække det stigende behov for diagnosticering, kontrol m.v. inden for den økonomiske ramme, der er afsat til børnepsykiatri.

5.2 Unge

I årene 2002 – 2003 var op til 25 % af det samlede antal indlæggelser på psykiatrisk afdeling patienter i alderen 15-20 år. På grund af den markante stigning i psykiatriske sygdomme, herunder:

- psykoser
- affektive sygdomme
- personlighedsforstyrrelser
- opmærksomhedsforstyrrelser, tvangstanker og adfærdsforstyrrelser, autisme
- opfølgning på selvmordsforsøg
- retspsykiatriske patienter

Det viste sig under projektet, at de fysiske rammer ikke blev udnyttet efter hensigten. Dels var de indlagte unge oftest for syge til at opholde sig i deres del af afdelingen, dels var der en stor variation i behov for sengepladser til unge, idet antallet af indlagte unge varierede fra 0 til 6 ad gangen. Variationen i indlæggelser af unge over året betød, at de tre reservede senge i perioder ikke var i brug samtidig med, at voksenpsykiatrien havde behov for flere senge.

Da antallet af unge indlagte også er faldet markant siden forholdene i 2002 og 2003 har afdeling A1 nu valgt at have en fleksibel placering af de unge indlagte ud fra en helhedsbetragtning af den unges situation og den samlede patientsammensætning.

Tabel 5.2.1 Unge (15-20årige) indlagt på Psykiatrisk afdeling A1 på køn

	2004	2005	2006	2007	2008
		31	29	34	14
Antal indlæggelser på A1.*	46	19 drenge	10 drenge	13 drenge	5 drenge
		12 piger	19 piger	21 piger	9 piger
Antal indlagte patienter/år *		21	19	29	12
		13 drenge	8 drenge	11 drenge	5 drenge
		9 piger	11 piger	18 piger	7 piger
Tvang gul	0	0	0	1	0
Tvang rød	3	2	3	8	3
Dagpatienter	7	3	7	6	3
% unge	14,7	14,1	13	16,6	8,3

Kilde: Talmateriale fra DIH, Psykiatrisk afdeling, projekt "Ungdomspsykiatri i Grønland."

* Patienter fra hele landet, forskellen mellem rækkerne repræsenterer, at nogle patienter genindlægges

I forbindelse med projektet har der været oprettet 2 grupper for de unge og 1 gruppe for pårørende:

- Gruppen "psykoedukation", har haft til formål at give de unge mulighed for og hjælp til at formulere deres tanker og reflektere over deres liv. Gruppen har været ledet af en ungdomspsykolog og en socialpædagog.
- Gruppen "kost og motion" har haft til formål at give de unge et indblik i betydningen af kost-, motions-, samt livsstilsvaner generelt. Gruppen har været ledet af en fysioterapeut og en socialpædagog.
- Gruppen "psykoedukation for pårørende" har været afholdt 9 gange og i alt 5 patienters forældre har deltaget. Deltagerne har udtrykt tilfredshed med tilbuddet, men fremmødet har været meget vekslende.

For unge i ambulant behandling fandtes, at de unge er sværere at fastholde i et forløb. Unge afsluttes oftere end voksne fordi de udebliver, og det var karakteristisk, at de unges motivation for behandling var svingende og ofte kortvarig.

Projekt indeholdt også specialrejser af en uges varighed til distrikter med særlig mange ungdomspsykiatriske patienter (Sisimiut, Aasiaat og Tasiilaq). Disse rejser blev afviklet enten alene af ungdomspsykolog eller af voksenpsykiater og psykolog i forening, idet der ikke eksisterer aftale om ungdomspsykiatrisk konsulentbistand. Det viste sig under rejserne, at et meget lille antal unge var kendt i systemet med psykiatriske sygdomme i forhold til forventeligt ud fra danske tal. Til gengæld fandtes ved drøftelser med det lokale sundhedsvæsen, socialvæsen, skolevæsen og institutionerne, at der var omfattende og voldsomme problemer på ungeområdet med selvmordsforsøg, selvmord, misbrug og følger af seksuelle overgreb og anden form for omsorgssvigt. Mange af disse unge har svære psykosociale vanskeligheder og er i fare for senere at udvikle psykiatriske lidelser.

Det er ikke fuldt afklaret i hvor høj grad, der foreligger en underdiagnostisering af psykisk sygdom hos unge. Med baggrund i den høje andel af unge med psykosociale problemstillinger vil man forvente, at andelen af unge med psykisk sygdom er mindst på højde med niveauet i den øvrige vestlige verden.

Projekt Ungdomspsykiatri anbefalede, at

- behandlingen under indlæggelse af unge over 15 år fortsat foregår som en integreret del af Psykiatrisk afdeling A1's virke, men at der arbejdes med strukturering af aktivitetstilbud til gruppen i afdelingen,
- fortsat at tilbyde psykoedukation til både de unge og til pårørende, selvom projektet viste, at begge grupper havde haft et vekslende fremmøde,
- implementere tidlig opsporing af unge med psykisk sygdom og konsulentfunktion i kystbyerne.

Projekt Ungdomspsykiatri fandt, at

- udsigten til større livskvalitet for psykisk syge unge er stærkt afhængig af, at der gøres en samlet indsats for at undgå passivering, udstødelse af familien, vennekreds og arbejdsmarked,
- oprettelsen af et Ungeforum kan afdække svage led i det offentlige tilbud til ungegruppen,
- der er behov for ungdomspsykiatrisk konsulentbistand til sjældnere ungdomspsykiatriske tilstande og til generel opdatering af viden på området hos Psykiatrisk afdeling A1's personale.

5.3 Ældre

Ældreområdet må forventes at stå over for betydelige udfordringer i fremtiden. Som det fremgår af Tabel 5.3.1 forventes en fordobling af antallet af 65-79årige, men en næsten firdobling af andelen af personer, der er mere end 80 år gamle fra i dag til år 2040.

Tabel 5.3.1 Forventet ældrebefolkning frem til 2040 (antal og procent af totalbefolkningen i parentes)

	2009	2020	2030	2040
65-79årige	3.314 (5,9 %)	4.370 (7,7 %)	6.666 (11,7 %)	6.672 (11,8 %)
80+årige	367 (0,6 %)	627 (1,1 %)	895 (1,6 %)	1.533 (2,7 %)

Kilde: Grønlands Statistik

Ældre er ofte mere fysisk skrøbelige, har færre fysiske ressourcer at møde sygdom med end yngre og har derudover en højere forekomst af egentlig fysiske sygdomme eller skavanker. På grund af de demografiske ændringer i samfundet har flere ældre i dag et begrænset socialt netværk, hvorfor en del kan forventes at blive gamle alene.

Behandlingssystemet må være rustet til at kunne imødekomme de øgede behov, som det mere komplekse sygdoms- og sociale billede hos ældre psykisk syge giver.

Vi har ingen tal på andelen af ældre med psykiske sygdomme, men andelen synes stigende. Med en stigende ældrebefolkning vil samfundet få flere aldersdemente, men også ældre med psykiske lidelser som angsttilstande, depression, konfusionstilstande og egentlige psykoser, idet disse synes at være i stigning. En del ældre patienter med lettere psykiske sygdomme eller lettere demens følges i den somatiske hjemmesygepleje og bor i eget hjem, men kommunerne oplever, at mange af de ældre, de får på ældreinstitutionerne i dag har en psykiatrisk diagnose.

Ældre med angsttilstande har ofte behov for tæt kontakt til hjemmehjælp og hjemmesygeplejen, fordi de ikke tør være alene og ender måske med at komme på alderdomshjem, hvis de ikke har et tæt familienetværk.

Depression hos ældre diagnosticeres i stigende grad, men er formentlig fortsat betydelig underdiagnosticeret. Hos ældre kan depression udvikle sig til en kronisk tilstand. Sygdommen nedsætter ikke kun livskvaliteten, men øger plejebehovet. Der ses også flere ældre med en decideret psykose eller konfusionstilstande, hvor de er hallucinerede, urolige og kan blive voldelige.

På mange af alderdomshjemmene er kun ufaglærte ansat. Derfor betaler nogle kommuner sundhedsvæsenet for at få deres plejkrævende ældre eller handicappede passet, herunder også de demente. Det har været meget svært at få uddannede ud på alderdomshjemmene. I takt med den stigende plejetyngde og sygdomsrekvens hos ældre har flere kommuner valgt at ansætte sygeplejefaglige ledere. Dette betyder, at der i dag flere steder på kysten er ansat sygeplejersker på ældreinstitutionerne.

Der er i dag en gruppe af kroniske psykiatriske patienter, som efterhånden har nået en alder, hvor de ikke kan blive på deres hjem, boenheder eller institutioner. De vil på grund af deres sygdom måske ikke kunne rummes på et almindeligt plejehjem eller alderdomshjem.

5.3.1 Demens

Det er først de sidste ca. 5 år, man for alvor er begyndt at stille demensdiagnosen. Demensdiagnosen vil ofte blive stillet gennem en samtale og en demenstest (MMSE test) samt diverse blodprøver for at udelukke andre årsager til tilstanden. I særlige tilfælde vil en skanning af hjernen komme på tale.

Demens betragtes ikke som en egentlig psykiatrisk lidelse. Tilstanden forventes at kunne udredes i distrikterne eller i særlige tilfælde på Medicinsk afdeling, Dronning Ingrid's Hospital. Ældre med demenstilstande har dog større risiko for at udvikle andre tilstande, som konfusion, delir eller vrangforestillinger, der kan give et sekundært psykiatrisk udrednings- og behandlingsbehov.

Der er i dag lavet skærmede enheder for demente i Narsaq, Qaqortoq, Nuuk, Tasiilaq, Maniitsoq, Sisi-miut, Uummannaq, Qasigianguit, Qeqertarsuaq, Aasiaat og Ilulissat. Udover beboerne i skærmet enhed er det vurderet på alderdomshjemmet i Nuuk, at 12 ud af det øvrige beboerklientel på 32 har de-

mens. Det er tydeligt herfra, at der også bliver flere borgere, der får en alkoholrelateret hjerneskade/demenstilstand.

Generelt er omgang med og pleje af demente en særlig udfordring, men det gælder i endnu højere grad klienter med alkoholbetinget hjerneskade, som oftest er relateret til den forreste del af hjernen og tindingeregionen (frontotemporale del af hjernen).

De kan optræde hæmningsløst og da de ingen sygdomserkendelse har, kan der let opstå konflikter, hvor de måske reagerer aggressivt. Disse mennesker har brug for en helt speciel pleje, som almindelige plejehjem har svært ved at yde. De skræmmer de "raske" gamle, og forringer dermed deres livskvalitet, samtidig med at de selv får forringet deres livskvalitet, fordi de ofte får negativ opmærksomhed.

På Utoqqaat Illuats aflastningsafdeling (skærmede enhed) i Nuuk kan ældre komme ind til observation for demens. I flere tilfælde har det været en depression, der havde udløst demenslignende symptomer.

Når et menneske bliver ramt af en demenssygdom træder det kommunale system til. I Nuuk og i landets større byer får demensramte mennesker med begyndende problemer i hjemmet tilbud om (kan der tilbydes) madudbringning, hjemmehjælp, dagcenterplads, aflastningsplads på alderdomshjem, eller en institutionsplads. I de mindre byer er tilbuddene færre, og de er ofte færrest i bygderne. Her oplever man tit, at familien kører træt.

5.4 Voldelige patienter

Der er sket en stigning i antallet af tvangsindlagte, patienter med behov for indlæggelse på den skærmede enhed på psykiatrisk afdeling A1 og retspsykiatriske patienter. Disse grupper af patienter er ofte svært syge og kan på grund af deres sygdom være angste, urolige og eventuelt voldelige.

Psykiatrisk afdeling A1 har et akutkald til portører, der kan tilkaldes ved behov, ligesom politiet kan tilkaldes. Afdelingen har sikkerhedsprocedurer, der kontinuerligt opdateres og udbygges i samarbejde med Landslægeembedet. På afdelingen arbejder man bevidst med at undgå situationer, der kan udløse overfald. Trods denne indsats er antallet af overfald på personalet, begået af indlagte patienter, ikke mindsket. Nogle af disse overfald har givet anledning til alvorlige fysiske og psykiske skader hos det overfaldne personale med længerevarende sygemeldinger til følge.

5.5 Misbrugere i psykiatrien

Mange patienter med en psykiatrisk diagnose har også et misbrug. Andelen af patienter med et misbrug er ikke fuldt klarlagt, men det menes at dreje sig om ca. halvdelen af de psykiatriske patienter indlagt på A1 og i distriktspsykiatrien, mens andelen er væsentlig højere blandt retspsykiatriske patienter.

Misbruget vil ofte være et alkohol- og/eller hashmisbrug. Enkelte har også et uhensigtsmæssigt forbrug af lægemidler som beroligende midler, sovepiller eller svagere smertestillende, der i sin opbygning ligner morfin (opiater). Den høje andel af patienter med et misbrug bunder til dels i, at misbruget er en form for selvmedicinering, hvor patienterne udnytter midlernes beroligende og til dels angstdæmpende effekt.

Set fra et behandlingssynspunkt er misbruget dog uhensigtsmæssigt. Misbruget kan i sig selv forværre patientens psykiske tilstand og give fysiske bivirkninger, men patienter med et samtidigt misbrug er også svære at behandle medicinsk og socialpsykiatrisk. For patienten vil misbruget være forbundet med perioder med henholdsvis rus og abstinenser og fylde meget i patientens bevidsthed og prioritering. Distriktspsykiatrien oplever, at det er svært at fastholde kontakten til misbrugere, ligesom det er sværere at hjælpe til meningsfulde aktiviteter og boligtilbud, og at de oftere har mindre social støtte i

deres netværk. Samtidig er de sværere at nå med samtaleterapi og fx at justere den medicinske behandling.

Det er derfor nødvendigt, at der er gode tilbud om misbrugsbehandling til denne gruppe, hvilket ikke er tilfældet i dag. Misbrugsbehandling er centreret omkring det offentlige tilbud Qaqiffiit, en privat behandlingsinstitution i Nuuk, samt enkelte andre private udbydere. Misbrugsinstitutionerne er selvvisiterende og det er sjældent, at institutionerne skønner, at deres tilbud kan hjælpe de psykiatriske patienter, der har ønsket henvisning til behandling. Misbrugsbehandlingen bygger oftest på, at klienterne skal blive bevidste omkring deres misbrug, misbrugets baggrund og omkring, hvad misbruget betyder for dem selv og deres omgivelser. Behandlingens fundament er således patientens evne til at tænke og at omsætte tanker til handling. Mange tilbud bygger på gruppebehandling. Det kan således være svært for mange psykisk syge patienter umiddelbart at få gavn af de eksisterende tilbud. Det er også et problem for de psykiatriske patienter, at nogle behandlingsinstitutioner kræver, at deres klienter er medicinfri.

Misbrugsbehandling kan også være et spørgsmål om økonomi, idet det oftest vil være de kommunale socialforvaltninger, der vil blive ansøgt om at betale for behandlingen.

5.6 Det retspsykiatriske område

En retspsykiatrisk patient er en person, som opfylder følgende tre betingelser:

- har begået en kriminel handling,
- er sindssyg eller i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed, eller mentalt retarderet,
- har fået en dom i henhold til kriminalloven.

Hvis politiet ønsker afklaret, om den kriminelle er sindssyg eller i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed eller mentalt retarderet, kan de begære den pågældende mentalobserveret. Indledningsvist vil der ofte være tale om, at politiet får udarbejdet en vejledende distriktslægeerklæring. Dette er en mindre omfattende erklæring om patientens generelle psykiske tilstand, som kan udfærdiges af en distriktslæge, og som anvendes ved vurderingen af, om der skal foretages en egentlig mentalobservation. Politiet vil herefter, navnlig ved grovere forbrydelser, fx drabssager, begære den sigtede underkastet en egentlig mentalobservation.

En mentalobservation foretages af en speciallæge i psykiatri. Retspsykiatrien er et ekspertområde i voksenpsykiatrien. Mentalobservation kan foretages dels ambulant, hvor patienten kan være indsat i en anstalt og dels under indlæggelse. Hvis det er nødvendigt, at den sigtede er indlagt under mentalobservationen, vil denne foregå på Retspsykiatrisk afdeling R3 i Risskov, som Sundhedsvæsenet i Grønland har en aftale med.

En del af de mentalobserverede forbliver efter mentalobservationen indlagt i Retspsykiatrisk afdeling R3 som surrogat for tilbageholdelse frem til domsafsigelsen. Det drejede sig således om 6 ud af de 7 mentalobserverede fra 2009.

Der har været en betydelig vækst i antallet af patienter, der får foretaget en mentalobservation (tabel 5.6.1)

Tabel 5.6.1 Mentalobservationer 2006-2009

	2006	2007	2008	2009 (til 1/12)
Mentalobservation under indlæggelse	4	1	6	7
Mentalobservation ambulant	4	13	29	25
	(fra 1/9-31/12)			

Kilde: Retspsykiatrisk afdeling R3.

5.6.1 Særlige foranstaltninger overfor psykisk syge kriminelle

En kriminel, der findes at være psykisk syg, kan i henhold til kriminallovens kapitel 33 idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, når det er fundet nødvendigt for at forebygge, at gerningsmanden begår yderligere kriminalitet.

Den psykiatriske patient kan f.eks. idømmes:

- dom til anbringelse på hospital eller anden institution i Danmark eller Grønland (§ 157, stk. 1),
- dom til behandling på hospital eller anden institution i Danmark eller Grønland (§ 157, stk. 2),
- dom til tilsyn ved Kriminalforsorgen eller en beskikket tilsynsførende (kapitel 28).

Den mest indgribende foranstaltning er dom til anbringelse på psykiatrisk hospital i Danmark, der kan idømmes, hvis der skønnes behov for en egentlig anbringelse på en lukket psykiatrisk afdeling, idet der ikke findes en lukket psykiatrisk afdeling i Grønland. Ved en dom til anbringelse på psykiatrisk hospital kan den pågældende kun udskrives efter rettens kendelse herom.

I kriminalloven er en dom til anbringelse tidsbegrænset til maksimalt 3 år, som dog i særlige tilfælde kan forlænges med yderligere 2 år (§ 158, stk. 1). Dette gælder dog ikke, når den domfældte findes skyldig i alvorlige forbrydelser som drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, voldtægt og lign. (§ 158, stk. 2). I disse tilfælde er anbringelsen almindeligvis tidsubestemt, men skal prøves for retten efter 3 år efter afgørelsen og herefter mindst hvert 2. år.

Efter den tidligere kriminallov blev foranstaltninger i henhold til kriminallovens § 113 (nu § 156) altid idømt uden tidsbegrænsning.

Ved en dom til behandling på psykiatrisk hospital skal patienten indlægges på enten Retspsykiatrisk afdeling R3 i Risskov eller Psykiatrisk afdeling A1 i Nuuk til igangsætning af dommen. Dette uanset hvor velbehandlet patienten i øvrigt er blevet i tiden frem til domsafsigelsen.

Den længste tid for en behandlingsdom er 3 år, men kan forlænges i yderligere 2 år under særlige omstændigheder (§ 158, stk. 1). Dette gælder dog ikke, når den domfældte findes skyldig i alvorlige forbrydelser som drab, røveri, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, voldtægt og lign (§ 158, stk. 2). I disse tilfælde er dommen almindeligvis tidsubestemt, men skal prøves for retten efter 3 år efter afgørelsen og herefter mindst hvert 2. år.

En patient med en tilsynsdom skal ikke nødvendigvis indlægges for at iværksætte dommen, men i dommen kan indgå bestemmelser om, at den dømte undergiver sig afvænningsbehandling, lægelig behandling eller psykiatrisk/sexologisk behandling. Tilsynstiden kan efter den nye lov normalt ikke overstige 3 år.

Psykisk afvigende, kriminelle, der ikke er omfattet af kriminallovens § 156, stk. 1, dvs. som ikke er egentlig psykisk syge (psykotiske) eller mentalt retarderede, kan fortsat dømmes til anbringelse på ubestemt tid i en psykiatrisk ledet anstalt under Kriminalforsorgen i Danmark (dom til forvaring), i praksis foregår afsoningen på Anstalten ved Herstedvester. Indsatte i Herstedvester kan efter nærmere vurdering blive overført til anstalt i Grønland (kapitel 34).

Patienter der er dømt til foranstaltninger efter kriminallovens kapitel 33 eller forvaring efter kapitel 34, skal have beskikket en bistandsværge (kapitel 35). Der er nedsat en arbejdsgruppe, hvis opgave det er at se på bistandsværgesystemet.

5.6.2 Patienter med psykiatrisk særforanstaltning

Pr. 1. oktober 2009 er i henhold til Kriminalforsorgen 63 patienter idømt en psykiatrisk særforanstaltning. Ud over dette har 3 personer med en grønlandsk dom og tilknytning til det psykiatriske system ophold i Danmark.

Patienter med dom til behandling/anbringelse i Danmark udskrives til videre behandling i Grønland under tilsyn af Kriminalforsorgen. Udslusningen fra Retspsykiatrisk afdeling R3 sker i tæt samarbejde med Psykiatrisk afdeling A1, patientens hjemkommune og Kriminalforsorgen, mens udslusningen fra Psykiatrisk afdeling A1 sker i samarbejde med hjemkommunen og Kriminalforsorgen. De fleste patienter fra R3 overflyttes til A1 inden hjemsendelse.

Patienten, der har været flere år i Danmark, vil oftest have behov for at blive udsluset via en behandlingsinstitution. I praksis sker udslusningen via Aaqa i Nuuk. Aaqa har 5 pladser øremærket til retspsykiatriske patienter (Familiedirektoratet, 2005).

Trods et stort arbejde med at sikre færdigbehandlede en hurtig tilbagevenden og udskrivelse til hjemkommunen i Grønland sker det, at patienter ikke kan tilbageflyttes, fx på grund af manglende bolig eller institutionsplads. Det gælder både patienter på R3 og i Psykiatrisk afdeling A1. Aktuelt (november 2009) er der 2 patienter på Retspsykiatrisk afdeling R3, der venter på bolig i Grønland. Der er betydelig fokus på denne problemstilling og de omkostninger, der er forbundet hermed.

Med baggrund i dette behov og for at lette overgangen til en god tilværelse i Grønland er netop planlagt opstartet en ny institution med 6 pladser i Nuuk forstaden Qinngorput. Institutionen skal modtage patienter direkte fra Retspsykiatrisk afdeling R3 med henblik på videreudslusning.

Kriminalforsorgen i Grønland samarbejder omkring behandlingsdømte med A1, distriktskykiatrien, hjemkommuner og institutioner. Arbejdet kan være organiseret forskelligt i de forskellige kommuner, men i Nuuk er der et tæt samarbejde med distriktskykiatrien og Kriminalforsorgen, med afholdelse af faste månedlige møder.

5.6.3 Retspsykiatrisk afdeling R3

Grønland råder p.t. over 18 pladser på Retspsykiatrisk afdeling R3, en gradvis stigning fra 14 pladser over de sidste 4 år. Der er med det nuværende antal pladser p.t. ingen ventetid på indlæggelse i afdelingen. Sengedagsforbruget på R3 var i 2008 5.713 dage.

Udgiften til det retspsykiatriske område udgør en relativt stor andel af sundhedsvæsenets udgifter til patientbehandling udenfor Grønland. Således udgjorde psykiatrisk behandling ved Retspsykiatrisk afdeling R3 i Risskov 22 pct. af den samlede bevilling.

Der er i Finansloven for 2010 afsat 33.491.000 kr., svarende til 2,9 % af den samlede bevilling til sundhedsvæsenet, til behandling på Retspsykiatrisk afdeling R3 og Børnepsykiatrisk afdeling på Bispebjerg Hospital. I 2009 blev den samlede bevilling brugt på R3, da der ikke var indlæggelser på Børnepsykiatrisk afdeling.

I overslagsårene frem til 2013 forventes det, at antallet af forbrugte senge på R3 kan nedsættes til 15 og dermed reducere udgiften til området.

Der blev i 2008 brugt 5.713 sengedage på Retspsykiatrisk afdeling R3. De retspsykiatriske patienter har generelt en meget lang indlæggelsesvarighed. Pr. oktober 2009 havde 12 af de indlagte patienter været indlagt i mere end 1 år, og den længst indlagte har været indlagt i knap 5 år. Den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed for de 7 patienter, der blev udskrevet i 2009 frem til oktober 2009 var 222 dage.

Tabel 5.6.3 Udvikling i sengedagsforbrug på Retspsykiatrisk afdeling R3

	2005	2006	2007	2008
Sengedage for patienter behandlet på R3	4.833	4.548		5.713

Kilde: Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse og R3

Aktuelt (november 2009) er 18 patienter indlagt i afdelingen, heraf har 10 en anbringelsesdom, 3 er indlagt fra Grønland til mentalobservation og 1 er indlagt fra Anstalten fra Herstedvester til mentalob-

servation, mens 4 patienter har en behandlingsdom. Gennemsnitsalderen for de indlagte er 32,5 år (spredning fra 16 til 52 år).

Det er overlægen ved afdeling R3's opfattelse, at der er sket den samme ændring i diagnoserne på henviste patienter fra Grønland som hos danske patienter, hvilket betyder at man i dag ser en lavere andel af patienter med egentlig sindssygdom som skizofreni og flere patienter, der er grænsepsykotiske (borderline tilstande) eller er karakterafvigende med en skrøbelig personlighedsstruktur. Det er af betydning, fordi disse patientgrupper har en øget risiko for vedvarende misbrug og fornyet kriminalitet.

I henhold til Kriminalforsorgen og ledende psykiater ved Retspsykiatrisk afdeling R3 har en meget stor del, tæt på 100 %, af retspsykiatriske patienter en dobbeltdiagnose, altså både en psykiatrisk diagnose og en misbrugsdiagnose.

5.6.4 Sikringsanstalten, Nykøbing Sjælland

Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland anvendes til patienter, der vurderes for farlige til almindelige retspsykiatriske afdelinger. Længden af indlæggelse kan gå fra et par uger til en længerevarende indlæggelse. Når patienten igen er vurderet egnet til indlæggelse på en almindelig retspsykiatrisk afdeling, kan han/hun flyttes tilbage. Det er ingen grønlandske patienter indlagt på sikringsanstalten i øjeblikket.

6 Det psykiatriske behandlingstilbud

Den psykiatriske behandling gives ud fra videnskabeligt dokumenterede principper hvad angår diagnosticering, medicinsk behandling, samtalebehandling og egentlig psykoterapeutisk behandling.

Den overordnede målsætning er fortsat, som det også fremgår af Redegørelsen fra 1998 (Direktoratet for Sundhed og Forskning, 1998), at den syge oplever et sammenhængende system og en sammenhængende vifte af tilbud i det lokalområde, hvor den sindslidende bor.

Det psykiatriske behandlingssystem hører under Departementet for Sundhed, mens den socialpsykiatriske indsats hører under kommunerne og Departementet for Sociale anliggender. Varetagelsen af området er derfor tværsektoriel.

Den psykiatriske behandling ser den aktuelle psykiske lidelse i en biologisk, psykologisk og social ramme, hvor det enkelte menneskes dispositioner, psykiske og sociale opvækstvilkår samt aktuelle livsvilkår indgår i et samspil, der danner baggrund for den aktuelle psykiske lidelse.

Den psykiatriske behandling er tværfaglig, så vidt det er muligt ud fra de lokalt givne muligheder med deltagelse af læge og andet sundhedsfagligt personale, psykolog eller andre psykoterapeuter/samtalepartnere, socialrådgiver og andet socialt hjælpepersonale, ergoterapeut eller andet personale med viden om arbejdstilbud og beskæftigelse, samt eventuelt fysioterapeut.

Hovedprincippet i tilrettelæggelsen af behandlingen for den enkelte patient er, at behandlingsindsatsen ydes på det lavest nødvendige niveau af specialiseret indgriben. Det betyder, at det lokale sundhedsvæsen og socialvæsen har ansvaret for at varetage behandlingen og heraf mulige sociale foranstaltninger, men at begge instanser efter behov har mulighed for at trække på de psykiatriske specialkompetencer, som findes på Psykiatrisk afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital og hos de sociale myndigheder.

Denne organisering gør, at en del patienter med lettere psykiske lidelser ikke kommer i kontakt eller kun meget kortvarig kontakt (fx under en konsulentrejse) med det psykiatriske system, mens de fleste patienter med sværere og langvarige psykiske lidelser er i løbende kontakt med det psykiatriske system. Det kan være i forbindelse med konsulentbesøg i distrikterne, som patient i distriktspsykiatrien/den psykiatriske hjemmesygepleje eller under indlæggelse på distriktspsygehus eller på Psykiatrisk afdeling A1.

Den akutte udredning og diagnosticering er en lille del af den samlede behandling. Den samlede indsats skal sikre, at den psykisk syge kan udnytte sine ressourcer bedst muligt, leve så selvstændigt et liv som muligt, og så vidt muligt undgå alvorlige tilbagefald (recidiver) af den psykotiske tilstand.

Væsentligst for, at den ambulante behandling lykkes er et differentieret og integreret tilbud til den enkelte patient. Forudsætningen for, at den distriktspsykiatriske behandling lykkes er, at der er tilstrækkelige ressourcer, tilstrækkelige kompetencer i distriktspsykiatrien, lav personaleudskiftning og et tilstrækkeligt differentieret socialt og socialpsykiatrisk tilbud inden for bolig, beskæftigelse, hverdagsaktiviteter og støtte.

6.1 Medicinsk behandling

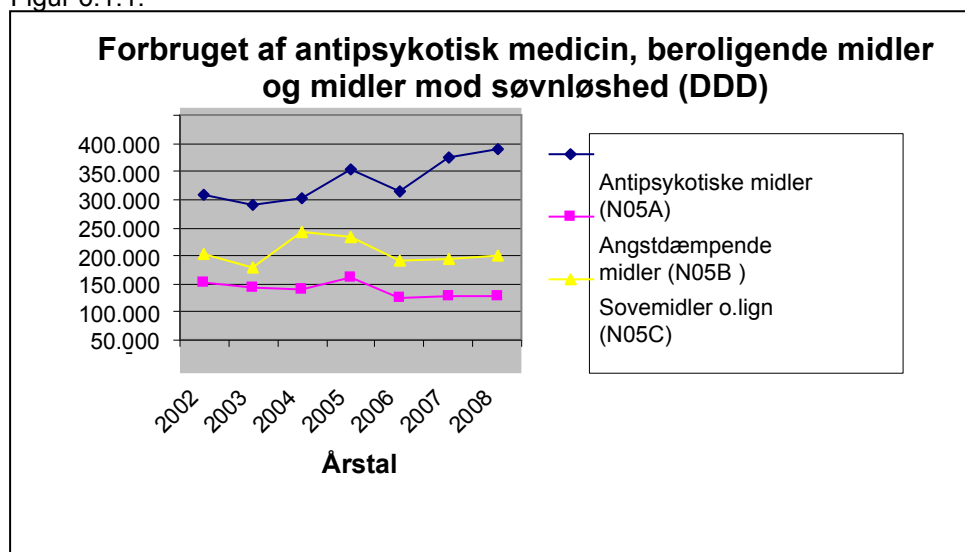
En vigtig del af den psykiatriske behandling er fortsat den medicinske behandling. De typer af medicin, der oftest indgår i denne behandling er: antipsykotisk medicin, angstdæmpende medicin, midler mod søvnløshed, midler mod depression og de sidste år er tilkommet CNS stimulerende midler, der bruges ved ADHD, og midler mod demens.

Langt hovedparten af den samlede medicinudskrivning af lægemidler til brug ved psykisk sygdomme eller tilstande sker udenfor psykiatrisk specialafdeling, hvilket vil sige i distrikterne.

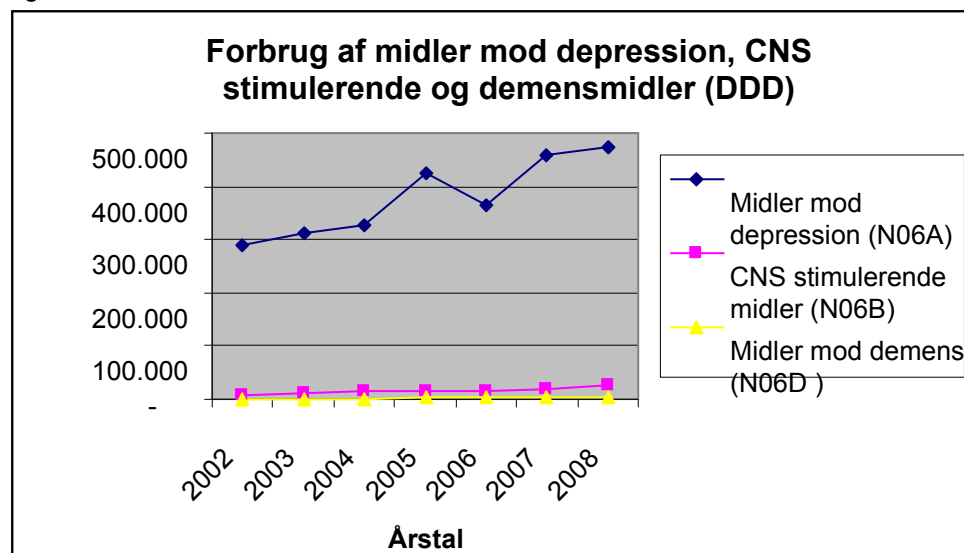
Man kan vurdere forbruget af medicin ved at udregne "definerede døgn doser" = DDD, som er den døgndosis, man oftest anvender.

Ud fra figurene 6.1.1. og 6.1.2. kan ses, at der er sket en stigning i forbruget af antipsykotisk medicin (fra 257.632 DDD i 2002 til 339.745 DDD i 2008), men en endnu større stigning i forbruget af midler mod depression og langt de største stigninger indenfor brugen af CNS stimulerende midler (fra 5.960 doser i 2002 til 25.240 i 2008) og midler mod demens (fra 187 doser i 2002 til 4.555 i 2008). Forbruget af angstdæmpende medicin og sovemidler er faldet lidt.

Figur 6.1.1.



Figur 6.1.2.



Stigningen indenfor antallet af definerede døgn doser (DDD) overstiges langt af stigningen i omkostninger til medicinen. Udgiften per DDD for medicin til brug ved psykiatriske lidelser er således steget meget hurtigere end den generelle pris- og lønudvikling. Stigningen skyldes helt overvejende en markant prisudvikling på antipsykotisk medicin, der omfatter 86 pct. af den samlede udgift til hele området.

Indkøb af psykofarmaka beløb sig således totalt i 1996 til ca. 2 mio. kr., svarende til 8,5 % af det samlede medicinindkøb. Det steg så til 9,7 mio. kr., svarende til 20,1 % i 2007, og i 2008 var den samlede medicinudgift på området 9,9 mio. kr.

Den øgede udgift skyldes langt overvejende introduktion af nye typer af antipsykotisk medicin til den store gruppe af patienter, der er i langvarig eller livslang behandling for deres psykose. Medicinudgiften forventes de kommende år ikke at stige dramatisk, men nogenlunde at følge pris- og lønudviklingen, fordi det ikke forventes at indføre nye midler i større omfang.

6.2 Psykoterapi og miljøterapi

Medicinsk behandling kan ikke stå alene, men bør suppleres af tilbud om terapi eller samtaler. Psykoterapi kan have mange former, men omfatter behandlingstilbud, der bygger på psykologiske midler. Det kan være behandling af enkeltpersoner eller grupper. Egentlig psykoterapi kræver specialuddannelse. Samtalebehandling er primært af støttende karakter og udføres af alle personalegrupper i psykiatrien.

Miljøterapi omfatter terapi, der hjælper patienten til bedre at kunne klare sig i hverdagen gennem træning af primært sociale færdigheder. Denne form for terapi inddrager alle behandlergrupper, men primært ergoterapi og plejegruppen.

6.3 Sociale støtteforanstaltninger og beskæftigelse (socialpsykiatri)

For mange langvarigt psykisk syge patienter er det helt afgørende, at de har støtte og struktur i hverdagen samt at de i bedre faser af deres sygdom kan tilbydes relevant beskæftigelse. For de mest syge psykiatriske patienter er det nødvendigt at kunne bo med personalestøtte og at kunne sikres optræning til det højeste mulige funktionsniveau.

6.3.1 Beskæftigelse

For den psykisk syge er en dag med indhold, struktur og forudsigelighed en vigtig del af livskvaliteten, som hjælper i forebyggelse af psykotiske tilbagefald. Der findes spredt i Grønland beskyttede værksteder med forskellige former for aktivitetsmuligheder, der kan medvirke til at give de psykisk syge en meningsfuld tilværelse. Det er ikke muligt at give nøjagtige tal, men en del psykisk syge er i arbejde hos lokale arbejdsgivere, og muligheden for relevant beskæftigelse, også uden for de egentlig beskyttede arbejdspladser, synes tilfredsstillende mange steder på kysten. I Nuuk synes der at være behov for flere og mere differentierede tilbud, da det ser ud til, at psykisk syge i Nuuk har væsentligt sværere ved at finde beskæftigelse end deres ligestillede udenfor Nuuk. I de enkelte byer findes kommunalt støttede væresteder for psykisk syge/handicappede.

Hvis det findes realistisk, at en psykisk syg helt eller delvis kan passe et arbejde efter revalidering, kan dette søges i henhold til Landstingsforordning nr. 4 af 31. maj 2001. Det vurderes fra socialrådgiverne ved Psykiatrisk afdeling A1, at et øget kendskab blandt psykisk syge og arbejdsgivere til denne mulighed vil kunne gøre det lettere for den syge at bevare en kontakt til arbejdsmarkedet.

Hvis sygdommen er så svær, at den psykisk syge vurderes ude af stand til at passe et arbejde, kan denne efter ansøgning tildes social førtidspension.

6.3.2 Boligområdet

En del psykisk syge har behov for hjælp til at finde bolig. Nogle kommuner har ikke mulighed for at tildele den syge en passende bolig, hverken i lejeboliger, lokale boenheder eller bokollektiver for handicappede.

Manglen på en bolig kan betyde, at den syge må forblive indlagt efter at være vurderet færdigbehandlet, eller at patienten udskrives trods manglen på bolig. Det er en ikke ubetydelig udgift for sundheds-

væsenet, hvorfor der er indgået aftale omkring at indkræve takstmæssig betaling fra kommunerne i disse situationer.

Selvstyret har døgninstitutioner for personer med vidtgående handicap. Der er i dag tre landsdækkende institutioner for personer med psykiske lidelser.

Aaqa

Døgninstitutionen Aaqa er en landsdækkende socialpsykiatrisk døgninstitution for 29 voksne over 18 år med psykiske lidelser. Der er til institutionen tilknyttet et beskyttet værksted med 18 pladser. Institutionen modtager primært beboere med diagnosticeret skizofreni eller andre alvorlige psykiske lidelser. Institutionen er et botilbud til de dårligste psykiatriske patienter, der ikke længere har behov for indlæggelse på psykiatrisk afdeling, men som er for syge til at komme direkte tilbage til hjemkommunen. Aaqa fungerer samtidig som udslusningssted for retspsykiatriske patienter med et langvarigt behandlingsforløb.

Genoptræningsafdelingen på Aaqa benyttes af kommunerne til optræning og genoptræning af psykisk syge med henblik på at opnå et højere funktionsniveau i hjemkommunen gennem ophold af tre til seks måneders varighed.

Aja

Angerlarsimaffik Aja er en døgninstitution for unge primært mellem 14 og 18 år og er normeret til at modtage 10 unge. Aja er et specialtilbud til unge med en skrøbelig personlighed, hvad enten dette skyldes en traditionel psykiatrisk problematik eller dette skyldes svære sociale, familiemæssige eller personlige forhold, såsom seksuelle overgreb eller andre former for alvorlig omsorgssvigt.

Aja skal ses som et tilbud, der først og fremmest er af socialpædagogisk karakter. Aja inkluderer det tidligere Matu-projekt og "pigeprojektet".

Alloq

Alloq er en ny institution, der skal modtage færdigbehandlede retspsykiatriske patienter fra Psykiatrisk afdeling A1 og Retspsykiatrisk afdeling R3 i Risskov. Institutionen er oprettet for at lette overgangen til et liv udenfor institutionen og på grund af, at behovet for egen bolig eller plads i boenhed til disse patienter ikke kan dækkes inden for det ofte relativt korte varsel, der gives.

6.4 Handicappede med psykisk sygdom

Hvis den psykisk syge er så svært syg, at der er behov for støtteforanstaltninger, kan der ansøges om omfattelse af Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994 om hjælp til personer med vidtgående handicap. Den handicappede kan ved godkendelse fx få hjælp i form af støtteperson eller andre hjælpeforanstaltninger. Omfattelse ophører ved 65 år.

Ifølge en optælling i Departementet for Sociale anliggender var der pr. 21. august 2009 i alt 661 personer med en psykiatrisk diagnose, som modtager hjælp iht. Landstingsforordningen. Heraf er 206 psykisk udviklingshæmmede (Tabel 6.4.1).

Tabel 6.4.1**Psykiatriske patienter omfattet af Landstingsforordning nr. 7 pr. 21. august 2009**

Totalt antal registrerede under Landstingsforordning nr. 7	1.132
Antal registrerede med psykiatriske diagnoser:	
- Psykisk udviklingshæmmede	206
- Skizofreni	185
- Anden psykisk lidelse	128
- Autisme / DAMP / ADHD / Asperger	92
<i>I alt registreret med psykiatrisk diagnose</i>	611

Kilde: Handicapdatabasen

Personer med en psykiatrisk diagnose udgør en stor andel af de omfattede, i alt 49 pct. Heraf udgør skizofreni alene 15 pct. af alle omfattede af Landstingsforordningen.

Generelt er der to vigtige forhold at være opmærksom på, dels en generel stigning i andelen af personer med psykisk lidelse, der omfattes af forordningen og dels er der gennem de senere år set en meget stor stigning i børn med psykisk lidelse (Autisme, ADHD og andre opmærksomhedsforstyrrelser), der omfattes af Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994 (tabel 6.4.2). Det har betydning både for typen og omfanget af støtteforanstaltninger. Samtidigt kan det forventes, at de nyeste registrerede vil være omfattet af registreringen igennem en længere årrække. Den pågående udvikling er derfor en betydelig udfordring for det sociale system.

Tabel 6.4.2. Antal af børn omfattet af Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994, på baggrund af autisme og ADHD fordelt på sundhedsdistrikter

Autisme/ ADHD	I alt pr. 14.7.2008	Tilgang frem til 01.10.2009
Kommune Kujalleq	8	1
Kommuneqarfik Sermersooq	29	7
Qeqqata Kommunua	17	2
Qaasuitsup Kommunua	21	3
Hele Grønland, i alt	75	88
Danmarksanbragte	13	

Kilde: Handicapdatabasen

Alene fra juli 2008 til oktober 2009 er yderligere 13 børn søgt omfattet af Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994 med baggrund i enten autisme eller ADHD. Disse børn har ofte brug for en massiv støtte - ofte i form af en støtteperson eller støttelærer i folkeskolen. Enkelte af disse børn er fyldt 18 år og har fortsat behov for støtte gennem handicapforordningen. Det er på nuværende tidspunkt for tidligt at vurdere i hvilket omfang disse børn vil have mulighed for at klare sig selv på arbejdsmarkedet eller opnå en uddannelse.

6.4.1 Boenheder og bokollektiver for handicappede med psykisk sygdom

Der er i denne redegørelse ikke sat fokus på de sociale institutioner, som fx døgninstitutioner, bokollektiver og boenheder, samt beskyttede tilbud til uddannelse og arbejde til den psykisk syge borger, men da den socialpsykiatriske indsats er en stor del af behandlingsindsatser er det overordnet medtaget.

Der findes i dag boenheder/bokollektiver for handicappede i alle byer undtagen Qaanaaq (Tabel 6.4.1.1)

Tabel 6.4.1.1 **Oversigt over placeringen og antal af institutioner for handicappede (pr. 01.05.2009)**

Sundhedsdistrikt	Boenheder	Bokollektiver	Tilgang 2008	Tilgang 2009	Antal beboere
Qaanaaq	0	0	0		0
Upernavik	3	0	0		9
Uummannaq**	4	0	0		19
Ilulissat	3	0	0		7
Qeqertarsuaq	1	0	0		4
Qasigiannuguit	4	1	0		10
Aasiaat	2	1	0		14
Kangaatsiaq	1	0	0		3
Sisimiut	9	1	1		22
Maniitsoq	6	0	0		14
Nuuk	9	0	1		30
Paamiut	1	0	0		4
Narsaq	1	0	0		4
Qaqortoq	3	0	0		8
Nanortalik	1	0	0		10
Tasiilaq	2 (+1)	0	0	(+1)*	6
Ittoqqortoormiut	1 (+1)	0	1	(+1)*	2
Total	51 (+2)	3	3	(+2)*	166

Kilde: Departementet for Sociale anliggender. * markeringen betyder at disse enheder er bevilget. **Boenheder i Uummannaq omfatter også beboere, der ikke er omfattet af Landstingsforordningen.

I alt bor 166 handicappede i en boenhed med døgnbemanding. Disse kan oprettes, når der i kommunen findes mindst 2 handicappede med behov. I 2008 blev der oprettet 3 nye boenheder og i 2009 yderligere 4 nye. Det ser ikke ud til, at behovet for oprettelse af nye boenheder bliver mindre i den nærmeste fremtid.

I de fleste boenheder bor patienter med forskellige typer af handicap. Det gælder også boenheder for psykisk handicappede. Det kan være et pædagogisk problem, idet patienter med hjerneskade, med en psykose, et misbrug eller en karakterafvigelse har behov for meget forskellige pædagogiske og sociale indsatser.

6.4.2 Støttepersonkorpset i kommunerne

En del psykiatriske patienter bliver omfattet af § 7 i Landstingsforordning nr. 7 af 3. november 1994 med henblik på tildeling af en støtteperson. Der er p.t. i kommunerne bevilget et antal støttetimer, svarende til 398 støttepersoner på fuld tid til handicappede.

Støttepersoner er generelt en gruppe, der udskiftes meget hurtigt. De fleste støttepersoner gør et stort arbejde, men der opleves forskel på kvaliteten af arbejdet. Der afholdes jævnlige kurser for støttepersoner, men den erhvervede viden kan på grund af den hurtige udskiftning af støttepersoner oftest kun kortvarigt udnyttes til sit formål – at hjælpe den psykisk syge i hverdagen. Det hænder, at støttepersoner ikke kan yde den hjælp, som patienten har behov for, eller ikke har kendskab til, hvordan hjælpen skal ydes. Det betyder så, at nogle psykisk syge mangler støtte for at udvikle sig og opnå det højeste mulige funktionsniveau.

For nuværende mangler der også tilbud om løbende supervision til støttepersonerne.

6.4.3 Pårørende til psykisk syge

En psykisk sygdom er ofte af længere varighed og i nogle tilfælde kronisk. Psykisk sygdom ses eller opstår i alle aldersgrupper, selvom de enkelte sygdomme oftere diagnosticeres i visse aldersgrupper end i andre. De gælder fx opmærksomhedsforstyrrelser/autisme og ADHD hos børn, skizofreni hos yngre voksne og dementielle tilstande hos ældre.

Selvom psykisk sygdom altid påvirker familie og venner markant og ofte fylder meget i familiens dagligdag, er de pårørendes behov og bekymringer omkring den syge meget forskellige i forhold til, om det fx er et barn, en bror, en forælder, der er syg.

Det fælles er usikkerheden for fremtiden for den psykisk syge, sorgen over diagnosen, og at man som pårørende eller ven kan møde situationer i hverdagen med den syge, som kan være svære at tackle. Mange pårørende har ikke kendskab til sygdommen og de manifestationer, den kan give hos den syge. De vil derfor ofte føle sig usikre eller endda utrygge ved at omgås den syge.

Rundt om i kommuner eller sundhedsvæsenet vil der i perioder være tilbud til pårørende, men der er i dag ingen permanente formaliserede tilbud om undervisning til pårørende til personer med psykisk sygdom. Psykiatrisk afdeling A1 forsøger med jævne mellemrum at opstarte pårørende-grupper. Det er dog endnu ikke lykkedes at opretholde en pårørendegruppe gennem en længere periode. Personalet fornemmer, at de pårørende har meget svært ved at tale om problemer, da de giver udtryk for, at de føler, at de udleverer den psykisk syge, eller at deres problemer udstilles i en større forsamling samt at de har svært ved at leve op til forventninger fra omgivelserne om at støtte deres pårørende.

Verdens Sundhedsorganisationen WHO har indført en årlig psykiatridag for at sætte fokus på psykiatriske sygdomme og på de forhold, som personer med psykiatriske sygdomme lever under. Kommuneqarfik Sermersooq har siden 2000 i samarbejde med institutioner, foreninger m.fl. markeret denne dag med et større arrangement for at støtte op om borgere med psykiske sygdomme.

Der har siden 1996 eksisteret en landsdækkende forening for sindslidende og deres pårørende m.v., Sugisaq. Sugisaqs formål er bl.a. at medvirke til større forståelse og tolerance, forbedring af sociale vilkår m.v. for mennesker med sindslidelser, samt deltage i det forebyggende arbejde med psykiatriske lidelser.

7 Særlige foranstaltninger i psykiatrien

Tvangsforanstaltninger reguleres efter "Lov om sindssyge personers hospitalsophold" og igennem "Cirkulære nr. 10 om frihedsberøvelse ved indlæggelse, ophold og behandling på Dronning Ingrid's Hospitals psykiatriske afdeling".

7.1 Tvangsindlæggelser

Behovet for at tvangsindlægge en patient kan opstå ved nyopstået psykisk sygdom eller hvis en erkendt psykisk syg ophører med sin medicinske behandling og igen bliver sindssyg. Tvangsindlæggelse sker kun, hvis patienten ikke vil medvirke til en frivillig indlæggelse.

En person kan tvangsindlægges, hvis en læge, der ikke er ansat på psykiatrisk afdeling, finder personen sindssyg eller i en tilstand, der kan sammenlignes hermed og hvis det vurderes, at patientens tilstand kan forventes at blive betydeligt forværret, hvis behandling ikke finder sted. Denne form for tvangsindlæggelse kaldes på behandlingsindikation (på "gule papirer").

Skønnes personen at være sindssyg og i en tilstand, hvor han/hun udgør en fare for sig selv eller andre, kan personen indlægges på farlighedsindikation ("røde papirer").

Der har været en stigning i antallet af tvangsindlæggelser (Tabel 7.1.1).

Tabel 7.1.1: Tvangsindlæggelser 2006-2009

	2004	2005	2006	2007	2008
på "gule papirer"	1	8	6	4	11
på "røde papirer"	14	17	9	20	29
I alt	15	25	15	24	40

Data: administrationen, Dronning Ingrid's Hospital

7.2 Tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, og fiksering

Ud over, at en patient kan blive tvangsindlagt er der også mulighed for at tvangstilbageholde eller tvangsbehandle en patient, hvis patienten er sindssyg eller i en sindssyg lignende tilstand, der gør det uforsvarligt ikke at frihedsberøve eller tvangsbehandle den pågældende. I 2009 blev 36 patienter tvangstilbageholdt i afdelingen, mens 2 patienter blev tvangsbehandlet.

Tvangsfiksering må kun ske, når patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare, truer med dette, forfølger eller groft forulemper medpatienter, eller udøver betydeligt hærværk. Ved tvangsfiksering kan benyttes bælte, håndremme, fodremme og handsker. I 2009 blev 45 patienter tvangsfikseret.

Beskyttelsesfiksering benyttes for at beskytte en person mod utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering er frivillig.

8 Udfordringer indenfor psykiatriområdet og anbefalinger til indsatser

I dette afsnit beskrives kort de fremtidige behov og udfordringer af organisatorisk, praktisk og ressourcemæssig art, som arbejdsgrupperne har peget på eller som blev afdækket under udarbejdelsen af redegørelsen. På relevante områder fremkommer redegørelsen med anbefalinger.

Anbefalingerne tager udgangspunkt i de fremsatte mål og visioner på psykiatriområdet og omfatter en lang række indsatser, hvis formål samlet er at sikre en let tilgængelig, sammenhængende, effektiv og evidensbaseret forebyggelse, udredning og behandling af høj kvalitet til brugere af det psykiatriske system.

At nå dette forudsætter, at baggrunden som en tidssvarende lovgivning, tidssvarende fysiske rammer, opdateret viden og uddannelse, mulighed for at fastholde personale, godt arbejdsmiljø og respekt om arbejdet alt sammen er i orden, men også meget bedre mulighed for dokumentation og kvalitetssikring af arbejdet i det psykiatriske system.

Departementet for Sundhed vurderer, at en del af anbefalingerne ikke kan udmøntes indenfor den eksisterende økonomiske ramme, men den endelige vurdering af de økonomiske behov må afvente den politiske stillingtagen til, hvilke af anbefalingerne, Inatsisartut ønsker at prioritere.

8.1 Tidssvarende lovgivning

Behovet for en tidssvarende lovgivning er fortsat presserende. Den nuværende lovgivning sikrer ikke et godt arbejdsgrundlag for arbejdet omkring de psykiatriske patienter og er indenfor fx patienternes rettigheder helt utilstrækkelig.

Anbefalinger:

- at arbejdet med en psykiatrilov omkring patientrettigheder prioriteres således, at et lovforslag på dette område kan fremlægges senest i 2011,
- at arbejdet med den øvrige lovgivning på området prioriteres.

8.2 Bedre datagrundlag og styringsinstrumenter

Der mangler en overordnet plan for og tilrettelæggelse af data indenfor det psykiatriske område. Manglen på data gør det svært at estimere fremtidige behov, svært at opfylde målsætningen om samme behandling uanset bosted og om kvalitetssikring af de psykiatriske ydelser.

De nuværende data på området kan ikke bruges som styringsredskaber eller til at skabe overblik over området. Der findes ingen samlet registrering af ydelser, der kan danne baggrund for sammenligning mellem de enkelte distrikter. Der eksisterer stort set ikke data omkring diagnoser, behandling og ingen omkring resultat. Samtidig er data ikke validerede og for data fra det centrale diagnoseregister formentlig langt fra komplette. Der indsamles centralt ikke data på det distriktspsykiatriske område eller ydelser relateret til de lettere psykiatriske lidelser, der behandles udenfor det psykiatriske system.

Anbefalinger:

- at der udarbejdes en analyse af hvilke data, der i fremtiden skal sikres for at overvåge psykiatriområdet bedst muligt,
- at analysen danner baggrund for en datastrategi på området, der inkluderer, hvordan data sikres og valideres,
- at der udarbejdes en plan for, hvordan denne strategi kan implementeres,
- at det for alle nye initiativer på psykiatriområdet sikres, at disse initiativer indgår i den overordnede datastrategi og at de evalueres.

8.3 Fokus på forebyggelse af psykisk sygdom, herunder selvmord og selvmordsforsøg

Der blev påpeget et stort behov for at sikre fortsat fokus på den forebyggende indsats overfor psykisk sygdom. Hvis vi ønsker at hæve debutalderen for psykisk sygdom og sikre, at flere undgår psykiske symptomer, selvmordstanker og selvmordsforsøg, er det nødvendigt at reducere antallet af børn og unge, der udsættes for negative livsforløb og psykosociale belastninger, herunder seksuelt misbrug.

I forhold til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg rummer psykiatrisk afdeling en ressource til supplerende af den forebyggende indsats ved Paarisa i form af individuelle samtaler med personer med selvmordsadfærd, selvmordsforsøg og vedvarende selvmordstanker. De individuelle samtaler kan i nogen grad indpasses i den psykiatriske hjemmesygepleje på kysten, der dog i tilfælde af behov for psykoterapi må henvise til kommunens psykolog/er. Psykiatrisk afdeling kan yde telesupervision til hjemmesygeplejen. Indsatsen koordineres med Paarisa i et samarbejde, der er gensidig interesse for.

Forskningen peger entydigt på, at en aktiv indsats i forebyggelse og behandling af alkoholmisbrug, ikke mindst overfor børnefamilier og gravide, er nødvendig og at fremtidige forebyggende initiativer mod seksuelt misbrug af børn også bør omfatte initiativer rettet mod sociale og kulturelle normer for seksuel omgang med mindreårige.

Det er udenfor rammerne i denne redegørelse at beskrive omfanget af de allerede iværksatte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, men området har stort fokus. Det gælder i sundhedsregi gennem Inuuneritta og specielt projektet "Tidlig indsats" for sårbare gravide familier og med børn op til 2 år. Departementet for Sociale anliggender er netop i forbindelse med efterårssamlingen 2009 fremkommet med en hvidbog på området. Samtidig har mange af de tidligere kommuner designet og implementeret egne indsatser på det forebyggende område.

Anbefalinger:

- de nuværende forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fortsættes,
- der sikres koordinerede og brede indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske problemer, specielt for børn, unge og ældre,
- at skærpe opmærksomheden på misbrug hos gravide, og hvis misbrug konstateres, skal der sikres mulighed for hurtig henvisning til gratis misbrugsbehandling,
- at skærpe opmærksomheden på grupper med specielt behov som: børn i familier med psykisk eller somatisk syge eller misbrugende familiemedlemmer, voksne med langvarige eller alvorlige fysiske lidelser, voksne, der er udstødt fra arbejdsmarkedet, misbrugere og ældre med et spinkelt netværk, der er ensomme eller har oplevet tab.

8.4 Et sammenhængende og fleksibelt tilbud

På børne-, unge- og ældreområdet synes at være udækkede behov (se senere). Samtidig blev det fremlagt, at det aktuelle tilbud ikke altid af patienter og pårørende opfattes som sammenhængende, specielt i forhold til overgange mellem de forskellige tilbud i sundhedsvæsenet.

På lægeområdet er psykiatrien i dag subspecialiseret med børnepsykiatri, ungdomspsykiatri og gerontopsykiatri (ældrepsykiatri) som selvstændige subspecialer på linje med det voksenpsykiatriske speciale. Der blev afdækket et behov for at sikre en opdateret viden om diagnostik og behandling indenfor alle grene af psykiatrien i fremtiden.

Anbefalinger:

- at der sikres et sammenhængende tilbud til alle med en psykisk lidelse og i alle faser af patientforløbet fra tidlig intervention, over den akutte diagnostisering og behandling, og til den langvarige behandling og re-habilitering for patienter med langvarig eller kronisk sygdom,

sikre at det psykiatriske tilbud er afbalanceret i forhold til behovet og inkluderer diagnostik og behandling indenfor alle grene af psykiatrien, at der sikres en uproblematisk overgang mellem forskellige tilbud, at muligheden for telemedicinsk konsultation med specialafdeling udbygges til at være et fast tilbud.

8.5 Optimeret fordeling af ressourcer for diagnostik og behandling

En af målsætningerne indenfor sundhedsvæsenet er, at sikre det samme tilbud om ydelser uafhængigt af bosted. I dag bor omkring 2/3 af de svært syge psykiatriske patienter på kysten. Af den samlede normering modtager kysten cirka 25 ugers psykiatrisk speciallægebetjening om året.

Personalenormeringerne og fordelingen mellem personalegrupperne indenfor distriktspsykiatrien sat i forhold til antallet af svært syge psykiatriske patienter i de enkelte sundhedsdistrikter er meget forskellig.

Anbefalinger:

- at det samlede tilbud i distrikterne analyseres og det fremtidige behov estimeres,
- at der sikres at fordelinger mellem personaleressourcer og det samlede behov i distrikterne optimeres.

8.6 Oprustning af tilbud indenfor diagnostik og behandling af psykiske sygdomme i distrikterne

Forskning har peget på, at den primære sundhedstjeneste må oprustes. Et af målene for denne oprustning må også være at forbedre diagnostik og behandling i distrikterne af almindelige psykiske sygdomme som depressioner, angstrelaterede tilstande og psykosomatiske forstyrrelser.

Det sundhedsfaglige personale i distrikterne må derfor styrkes og understøttes med henblik på bedre muligheder for hjælp til diagnostik og behandling af psykisk sygdom og tegn på tilbagefald - både vedrørende børn og voksne.

Psykiatriske patienter har en betydelig overdødelighed af fysiske sygdomme. Det er derfor vigtigt, at somatiske symptomer og lidelser bliver udredt og behandlet, og at de psykiatriske patienter støttes, følges og motiveres til at blive diagnosticeret og behandlet. Samtidig har fysisk syge med alvorlige fysiske lidelser, kronisk sygdom og misbrug, øget risiko for at udvikle psykiske lidelser.

Anbefalinger:

- at der sikres et mere ensartet tilbud omkring de almindeligt forekommende psykiatriske tilstande gennem at udarbejde og implementere generelle retningslinjer for behandlingen af psykiatriske sygdomme i distrikterne,
- at sikre, at det er let at få et relevant behandlingstilbud gennem et intensiveret samarbejde mellem distrikterne og Psykiatrisk afdeling A1 samt aftaler om adgang til telemedicinske vurderinger,
- at der arbejdes på at sikre bedre mulighed for, at personalet i distrikterne kan få supervision omkring behandling af patienter med psykiatriske lidelser telefonisk eller telemedicinsk,
- at der sikres øget opmærksomhed på fysisk sygdom hos patienter med psykiske lidelser og psykisk sygdom hos fysisk syge.

8.7 Oplysning om psykisk sygdom til befolkningen styrkes

Behov for oplysning omkring psykisk sygdom synes endnu stort, selvom der pågår tiltag omkring at sikre en større viden om patienter med handicap, herunder psykisk sygdom fra det nystartede Videnscenter på Handicapområdet under Departementet for Sociale anliggender.

Det kom under arbejdet frem, at mange almindelige mennesker har et meget begrænset kendskab til psykisk sygdom, at en del er bange for psykisk syge og en del er usikre omkring omgangen med psykisk syge.

Projektet "ungdomspsykiatri" viste, at manglende viden om psykisk sygdom og manglende reaktion på symptomer på begyndende psykisk sygdom kan være medvirkende til, at de unge når at udvikle svære psykiske vanskeligheder, før de ses i behandlingssystemet.

Anbefalinger:

- at der udformes en overordnet informationsstrategi omkring psykiske lidelser,
- at der tages initiativer til oplysningskampagner og udarbejdes informationsmateriale med henblik på at øge befolkningens viden om psykisk sygdom,
- at information om symptomer på psykisk lidelse og om eksisterende forebyggelses- og behandlingsmuligheder, er let tilgængelige for befolkningen,
- at sikre opdateret information om, hvordan det er at være psykisk syg.

8.8 Tilbud om psykoedukation for psykisk syge og pårørende

For børnegruppen er pårørendeuddannelse omkring barnets sygdom essentielt for at sikre et godt samarbejde omkring barnet. Uddannelsesinitiativer på børneområdet pågår allerede i perioder, men er ikke tilgængelige for alle.

Psykoedukation af unge fandtes i ungdomspsykiatriprojektet at gavne de unge, der kunne fastholdes til projektet, men at fremmødet både hos de unge og blandt pårørende var vekslende.

På Utoqqaat Illuat i Nuuk arbejdes der på at udvikle et tilbud om undervisning til pårørende til demente, da det er deres erfaring, at pårørende til demente er meget tilbageholdende og lider i stilhed.

Anbefaling:

- at sikre, at der findes målrettede tilbud om psykoedukation til både psykisk syge og pårørende.

8.9 Forbedret tilbud om misbrugsbehandling specielt til patienter med dobbeltdiagnoser

En stor del af de psykiatriske patienter har et samtidigt misbrug, og misbrug øger i sig selv risikoen for at udvikle psykisk sygdom.

Mange psykiatriske patienter med misbrug har svært ved at profitere af de eksisterende tilbud om misbrugsbehandling. Da misbruget er en trussel mod en optimal behandling af den psykiske lidelse, er det vigtigt i fremtiden at sikre bedre behandlingstilbud til psykiatriske patienter med dobbeltdiagnoser.

Anbefalinger:

- at sikre et generelt bedre tilbud om hurtig misbrugsbehandling - tilbuddet skal så vidt muligt være gratis,
- at sikre et gratis tilbud om misbrugsbehandling til patienter med psykisk sygdom, der er dimensioneret efter det eksisterende behov og som er specielt indrettet til personer med psykiske lidelser af en sværhedsgrad, så de ikke kan profitere af de eksisterende tilbud.

8.10 Styrke det tværsektorielle samarbejde og den social-psykiatriske indsats

Hvis de psykiatriske patienter skal opleve et sammenhængende behandlingsforløb, er et forstærket tværsektorielt samarbejde nødvendigt. På psykiatriområdet er det specielt samarbejdet med den soci-

ale sektor, både i forhold til boligområdet, omkring beskæftigelse, behov for støtteperson og øvrige sociale hjælpeforanstaltninger.

For langvarigt psykisk syge patienter er det afgørende for deres livskvalitet, at de har støtte og struktur i hverdagen, samt at de i bedre faser af deres sygdom kan tilbydes relevant beskæftigelse. For de mest syge psykiatriske patienter er det nødvendigt at kunne bo med personalestøtte og at kunne sikres optræning til det højeste mulige funktionsniveau.

Mange psykisk syge har svært ved at bevare deres bolig og ender som boligløse, og en del kan ikke udskrives fra Retspsykiatrisk afdeling R3 eller fra A1, fordi der ikke er noget sted at udskrive dem til. Der mangler tilbud om beskæftigelse i nogle kommuner.

Fra socialområdet og kommunerne blev peget på, at den centrale sociale sagsbehandling kan være langvarig, mens der fra de centrale sociale myndigheder peges på, at mange ansøgninger er mangelfulde, hvilket trækker sagsbehandlingstiden ud.

Anbefalinger:

- psykisk syges mulighed for rehabilitering, beskæftigelse og fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdslivet optimeres,
- at det tværfaglige samarbejde omkring de psykiatriske patienter styrkes,
- at sikre, at det er let for den psykisk syge at søge hjælp i det sociale system,
- at der laves en analyse og handlingsplan for, hvordan behovet for boliger og boenheder til psykisk syge dækkes,
- at sikre, at det socialpsykiatriske samarbejde mellem selvstyret og kommunerne fungerer optimalt,
- at sagsbehandlingen tilrettelægges, så den er så enkel som muligt for de lokale sagsbehandlere, og at det er let at søge vejledning for lokale sagsbehandlere.

8.11 Fortsat styrkelse af uddannelsesområdet

Udvikling kræver uddannelse. Der er allerede fokus på uddannelse inden for mange områder i relation til det psykiatriske område, men arbejdsgrupperne pegede generelt på behovet for at styrke uddannelsen af personer, der arbejder med psykisk syge.

Gennemførte initiativer indenfor uddannelsesområdet er bl.a.:

- *Kurser for støttepersoner.* Disse kurser afholdes jævnligt lokalt, da netop denne gruppe er svære at fastholde i stillingerne.
- *Kurser for psykiatrisk personale.* Disse kurser tilbydes årligt og foregår på PI, der har blandt andet været afholdt kurser omkring patienter med dobbeltdiagnoser, psykologisk konflikthåndtering samt psykofarmakologi (medicinsk behandling af psykisk sygdom) for sundhedsassistenter.
- *Specialiseringsuddannelse i psykiatri for sygeplejersker.* Det har siden 2002 været muligt for sygeplejersker via Departementet for Sundheds videreuddannelsespulje at søge økonomisk støtte til specialuddannelse indenfor psykiatri. Beklageligvis har ingen endnu gennemført en sådan uddannelse.
- *Studieophold.* Man bestræber sig på, at afdelingens personale får løbende mulighed for at komme på studieophold på Risskov. Denne mulighed ønskes udbygget til et formaliseret samarbejde.

Endnu ikke gennemførte uddannelsesinitiativer er:

- *Psykiatriassistentuddannelsen:* Denne uddannelse er en 20 ugers overbygning på sundhedsassistentuddannelse indenfor psykiatri på PI. Uddannelsen starter i 2010, hvor der afholdes 2 kurser for i alt 16 sundhedsassistenter.

Personalet i distriktpsychiatrien har et behov for videreuddannelse for bedre at kunne varetage de mangeartede opgaver, som arbejdet indeholder. Det gælder ikke mindst i forhold til patientundervisning og undervisning/supervision af personalegrupper på sociale institutioner og boenheder.

Arbejdet med psykiatriske ældre er belastende og kræver, at man er uddannet til at tackle de specielle problemstillinger, der er. Dette behov dækkes ikke af eksisterende uddannelser.

Under arbejdet blev peget på behovet for:

- tilbagevendende kurser til personalet i psykofysisk træning, miljøterapi og kommunikation med psykisk syge. Disse kurser kan medvirke til at forebygge og håndtere voldelige og aggressive situationer i de sociale døgninstitutioner, i distriktpsychiatrien og på Dronning Ingrid's Hospital,
- faglig supervision og vejledning til de ufaglærte og til socialpædagoger, som arbejder med psykisk syge,
- at indføre e-learning i distriktpsychiatrien,
- at psykologer i sundhedsvæsenet bør sikres uddannelsesmidler til videreuddannelse og specialisering på lige fod med psykologer i kommunerne,
- en kort specifik demensuddannelse til professionelle ansatte på alderdomshjemmene, i sygehusene, til hjemmehjælpere og støttepersoner og til pårørende,
- at det at have gennemgået yderligere uddannelse skal kunne mærkes økonomisk.

8.12 Rekruttering og fastholdelse

Den psykiatriske afdeling og distriktpsychiatrisk hjemmesygepleje på kysten har længe haft vanskeligt ved at rekruttere specialiseret eller faglært personale. I forbindelse hermed sker specielt for områder, der nødvendigvis må besættes, en form for ufrivillig kompetenceglidning således, at reservelægestillinger evt. udfyldes af uddannelseslæger med kort anciennitet i korterevarende ansættelser, og sygeplejerskestillinger besættes med andet faglært eller evt. med ikke faglært personale til at varetage plejeopgaver.

Der er allerede taget skridt til udveksling af personale på det psykiatriske område med andre lande i Norden, ligesom Sundhedsledelsen har forsøgt at forbedre personalesituationen gennem samarbejdsaftaler med institutioner i Danmark. Disse initiativer har ikke været så succesrige, som det kunne ønskes, måske fordi der i alle lande er en markant mangel på sundhedsfagligt personale inden for det psykiatriske område.

Der er indført et specielt tillæg til sygeplejersker, der arbejder i psykiatrien samt et tillæg for specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje. Tillæggene har ikke umiddelbart haft den ønskede virkning på rekrutteringen.

Anbefalinger:

- sikring af gode arbejdsvilkår, et udviklende fagligt miljø, et godt arbejdsklima, en oplevelse af meningsfuldhed i indsatsen og større respekt om arbejdet i psykiatrien,
- det skal være let at få faglig støtte,
- psykiatrien skal fremstå som et attraktivt arbejdsområde med stor variation og mulighed for faglig udvikling og selvstændighed i arbejdet for alle de sundhedsfaglige grupper.

8.13 Forskning indenfor det psykiatriske område

Der er behov for mere viden om psykisk sygdom i befolkningen, ikke mindst hos børn, unge og ældre. Der er behov for afdækning af psykisk sygdoms sammenhæng med sociale forhold (epidemiologisk forskning), samt behov for klinisk forskning af effekten af indsatserne i psykiatrien med fokus på sammenhæng mellem tilrettelæggelse af den psykiatriske indsats og behandlingseffekt, og ikke mindst på forskning om, hvordan den indhentede viden bedst bringes til anvendelse (implementeringsforskning).

Anbefaling:

- at forskningen indenfor psykisk sygdom og psykisk sundhed prioriteres økonomisk og praktisk.

8.14 Tvang i psykiatrien

Det kan være nødvendigt i særlige tilfælde at benytte tvang i psykiatrien. Det kan dreje sig om en tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsmedicinering eller tvangsfiksering. Der har været en stigning i antallet af tvangsindlæggelser fra 14 i 2001 til 29 i 2008. I 2009 blev 36 patienter tvangstilbageholdt i afdeling A1, mens 2 patienter blev tvangsbehandlet. Ved tvangsfiksering kan benyttes bælte, håndremme, fodremme og handsker. I 2009 blev 45 patienter tvangsfikseret. Det er vigtigt, at tvang i psykiatrien begrænses mest muligt, og at patientens retsstilling i forhold til klageadgang sikres bedst muligt. Det er den ikke i den nuværende lovgivning (se ovenfor).

8.15 Psykiatrisk afdeling A1

8.15.1 De fysiske rammer

Rammerne på psykiatrisk afdeling A1 er ikke tidssvarende. Det gælder specielt for den skærmede enhed, hvor der allerede i dag er et generelt overbelægningsproblem. Der mangler afskærmede udefaciliteter og bedre flugtveje for personalet fra skærmet enhed.

Ved dårlige fysiske rammer på psykiatriske afdelinger ses mere vold. Bedre fysiske rammer med enkeltstuer vil bedre patienternes mulighed for at undgå stressende situationer ved, at de kan trække sig tilbage til eget værelse. Bedre udefaciliteter med mulighed for fysisk udfoldelse udenfor under skærmede omstændigheder vil også forventes at kunne bedre problemet.

Forventningen om, at flere ældre med psykiske sygdomme indlægges i fremtiden nødvendiggør, at faciliteter til patienter med funktionshandicap indtænkes ved udbygning af afdelingen.

Det fremtidige behov for indlæggelser på Psykiatrisk afdeling A1 vil også være afhængigt af, hvordan de regionale tilbud indenfor psykiatrien udvikler sig og af de generelle vilkår på kystens sygehuse i fremtiden, specielt omkring rekruttering og fastholdelse af specialiseret personale indenfor det psykiatriske område.

I generalplanen for Dronning Ingrid's Hospital er der skitseret en nybygning af Psykiatrisk afdeling. Arbejdet er fortsat kun skitseret overordnet og byggeriet er ikke bevilget midler i Finansloven i overslagsårene frem til 2013. Der indgår p.t. ikke bygning af en lukket afdeling i planerne.

Anbefaling:

- der igangsættes et analysearbejde indeholdende en konsekvensvurdering af, hvordan faciliteterne på psykiatrisk afdeling A1 forbedres mod en tidssvarende standard, der imødekommer fremtidige behov.

8.16 Distriktpsychiatrien

8.16.1 Arbejde frem mod en egentlig distriktpsychiatriisk funktion

Der er stor forskel på tankerne bag og de opgaver, der forventes varetaget i en egentlig distriktpsychiatriisk enhed og i en psykiatrisk hjemmesygeplejefunktion. Den egentlige distriktpsychiatriiske funktion har en integreret og tværfaglig tilgang til patienten og bringer behandlingen ud i patientens miljø, så er hjemmesygeplejefunktionen ofte mindre integreret og mindre centreret omkring patientens behov.

Distriktpsychiatrien i Nuuk i dag har ligesom psykiatrisk hjemmesygepleje på kysten overvejende hjemmesygeplejefunktion.

Samtidig bruges en stor del af det samlede tidsforbrug i Distriktpsychiatrien i Nuuk til medicinrelaterede ydelser. Det betyder, at kontakten med patienterne er centreret om medicingivning samt opfølgning, vejledning og undervisning knyttet til den medikamentelle behandling, mens den øvrige distriktpsychiatriiske behandling er nedtonet.

Anbefaling:

- der arbejdes frem mod en mere distriktspsykiatrisk orienteret funktion centreret om patienternes behov.

8.16.2 Fysiske rammer for distriktspsykiatrien

Distriktspsykiatrien i Nuuk peger på, at de nuværende fysiske rammer er en hæmsko for at varetage områdets funktioner, fx samtaler med patienter. På kysten har psykiatrisk sygepleje til huse på sygehusene, om dette er optimalt må vurderes lokalt. Samtidig er der behov for boenheder, beskæftigelse og evt. væresteder for psykisk syge.

Anbefaling:

- behovet for fysiske rammer for distriktspsykiatrien, behov for boliger og for øvrige faciliteter analyseres og vurderes i sin helhed, og eventuelle fordele ved en integration af dele af funktionerne vurderes.

8.17 Det børnepsykiatriske område

8.17.1 Tilbuddets omfang

Adfærd og symptomer, der skyldes en egentlig børnepsykiatrisk lidelse og som profiterer af den børnepsykiatriske behandling kan være svære at skelne fra adfærd og symptomer, der er begrundet i kontaktforstyrrelser, omsorgssvigt og sociale problemstillinger, hvor det nødvendige tilbud er af socialpædagogisk karakter. Fra det sociale område blev peget på, at man ikke synes, at det nuværende tilbud dækker deres behov.

I skrivende stund venter børn i sundhedsdistrikterne ofte op til 1 år på børnepsykiatrisk vurdering: Hurtigere diagnostik og behandling vil bedre barnets prognose, mindske sygdomsudviklingen og risikoen for kronificering. Det er ikke muligt for børnepsykiateren at dække det stigende behov for diagnosticering, kontrol m.v. inden for den økonomiske ramme, der er afsat. En opnormering vil også give bedre mulighed for at kunne bruge ressourcer til konsultativ bistand til de samarbejdspartnere, der i dagligdagen er involveret i det enkelte barn.

Anbefalinger:

- det børnepsykiatriske område tildeles flere ressourcer,
- det tilstræbes, at ventetiden på udredning nedsættes til under 9 måneder.

8.17.2 Tilbuddets karakter

I dag er det kun de største regionale sundhedsdistrikter, der får besøg af børnepsykiater og børnepsykolog. Børn tilses derfor ofte uden for deres egen hjemby. Det har konsekvenser for muligheden for at vurdere barnet, fordi fagpersoner, som kender barnet/familien og de sociale forhold omkring barnet ikke umiddelbart kan inddrages. Det gør det også svært for børnepsykiateren at få mulighed for at undervise støttepersoner, institutionspersonale etc. og at have kontakt til det lokale sygehus eller sundhedscenter, de lokale sociale myndigheder, skolen, PPR m.fl. efter konsulentbesøg.

Børnepsykiatriske vurderinger og behandlinger er en specialistopgave. Almindelige distriktslægers kendskab til udredning og behandling af disse problematikker vil ofte være begrænset og muligheden for vejledningen fra den børnepsykiatriske konsulent kan med fordel styrkes.

Anbefalinger:

- det børnepsykiatriske tilbud regionaliseres i fremtiden,
- muligheden for supervision omkring børnepsykiatriske problemstillinger styrkes.

8.18 Unge med psykisk sygdom

8.18.1 Fastholdelse af unge i behandlingsforløb

Der skal særlige tiltag til for, at unge kan sikres den nødvendige behandling ambulante. Unges motivation for behandling er ofte svingende og kortvarig. Unge afslutter derfor oftere ambulante behandlingsforløb gennem udeblivelse, og de er sværere at fastholde i et forløb end voksne er.

Det kan imødeses ved lettere og hurtigere adgang til psykiatrisk behandling og ved, at de unge mødes der, hvor de er, ved fx i højere grad at bruge det tværsektorielle samarbejde til at øge motivationen til behandling. En ændring af selve behandlingstilbuddet i form af et mere kortvarigt og intensivt, men hyppigt gentaget behandlingsforløb, har også været foreslået.

Anbefaling:

- unge psykisk syge tilbydes særlige tilrettelagte tilbud omkring den ambulante behandling.

8.18.2 Socialpsykiatriske tilbud

Ungdomspsykiatriprojektet fandt, at det kan være svært at etablere relevante foranstaltninger omkring unge, der udskrives fra psykiatrisk afdeling, fordi kommunerne ofte manglede tilbud og/eller kvalificeret personale til at gennemføre de foreslåede/iværksætte tilbud.

Anbefaling:

- der sikres et relevant socialpsykiatrisk tilbud til unge psykisk syge.

8.18.3 Tidlig opsporing og forbedrede tilbud om udredning af unge med psykosociale problemstillinger

Ungdomspsykiatriprojektet fandt, at et lille antal unge er diagnosticeret med en psykisk sygdom af en sværhedsgrad, der gør, at de er tilknyttet det psykiatriske system i forhold til, hvad der kunne forventes ud fra danske tal. Det står i skarp kontrast til, at sundhedsvæsenet, socialvæsenet, skolevæsenet og institutionerne beskriver, at der er omfattende og voldsomme problemer på ungeområdet med selvmordsforsøg, selvmord, misbrug og følger af seksuelle overgreb og anden form for omsorgssvigt. Unge med psykosociale vanskeligheder er i fare for senere at udvikle psykiatriske lidelser.

Opsporingen af unge med psykosociale problemstillinger vil ofte ske via pårørende eller gennem skolen/andre institutioner, der møder den unge. Udredningen vil derfor ofte blive en opgave for PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning) eller for det lokale sundhedsdistrikt. PPR kontorerne har ofte få ressourcer i forhold til behovet og en betydelig ventetid. Nogle PPR kontorer har derfor valgt at prioritere skolesøgende børn.

Der er behov for tidlig opsporing af unge, der udvikler psykiatrisk lidelse og i den forbindelse konsulentbistand til professionelle, der møder unge med psykosociale vanskeligheder. Der kan stilles spørgsmål til, om der eksisterer den nødvendige viden om udredning af denne gruppe unge lokalt i sundhedsvæsenet.

Anbefalinger:

- opsporing og indsats overfor sårbare unge og unge med svære psykosociale problemstillinger intensiveres,
- samarbejdet omkring sårbare unge bør yderligere intensiveres,
- et tilbud om hjælp, støtte og samtaler etableres, der hvor de unge er, fx i skoler og uddannelsesinstitutioner,
- den eksisterende ventetid på udredning af unge med psykosociale problemstillinger nedbringes.

8.19 Ældre med psykisk sygdom

8.19.1 Øget antal ældre og ændring i demografi øger behovet

Ældregruppen vokser hurtigt og specielt gruppen af meget gamle, over 80årige. Det gør at flere tilstande, der er specielt hyppige hos ældre som demens og konfusionstilstande, vil blive hyppigere. Alkoholrelateret demens hos ældre ses allerede. Samtidig vil de meget gamle ofte også have fysiske sygdomme og skavanker.

I dag er ældre over 65 år stort set ikke repræsenteret indenfor psykiatrien, hverken som indlagte på Psykiatrisk afdeling A1 eller i distriktskykiatrien i Nuuk.

Meget tyder på, at psykisk sygdom hos ældre er underdiagnostiseret, ikke kun omkring demenssygdomme, men også omkring lettere psykiske lidelser som angst og depression. Ubehandlet depression hos ældre kan udvikles til en kronisk tilstand.

Anbefaling:

- Eventuelle udækkede behov indenfor psykiske lidelser hos ældre søges afdækket.

8.19.2 Fysiske rammer omkring ældre psykisk syge

Psykisk syge ældre vil ofte også have fysiske funktionsbegrænsninger eller vil udvikle disse efter en kortere årrække. Der stilles specielle krav til institutioner, boenheder og boliger til denne gruppe.

De eksisterende sociale institutioner for ældre har svært ved at rumme alkoholdementes adfærd. I Nuuk kan således hverken Ippiarsuk eller Utoqqaat Illuat rumme alkoholdemente mennesker, da miljøet for de almindelige ældre begge steder vil blive alt for påvirket.

Det kan forventes, at der indenfor en kortere årrække vil blive brug for flere egentlige psykiatriske plejehjemspladser, evt. et landsdækkende psykiatrisk plejehjem eller et hospice under sundhedsvæsenet til at modtage psykisk syge ældre.

Anbefaling:

- behovet for mere specialiserede bo- og plejefaciliteter for psykisk syge og demente ældre må analyseres yderligere.

8.20 Det retspsykiatriske område

8.20.1 Hjemtagning af psykisk afvigende kriminelle

Hvis psykisk afvigende kriminelle efter planen skal hjemtages fra Herstedvester, når en lukket Anstalt bygges i Nuuk, vil presset på psykiatrisk afdeling øges. Det gælder både kapacitet indenfor udredning og behandling, men også oprettelse af en egentlig lukket psykiatrisk afdeling med alle de nødvendige faciliteter til langvarige behandlingsophold for farlige psykisk afvigende personer.

På Herstedvester er der i dag ca. 22 indsatte. En lukket psykiatrisk afdeling for denne gruppe af patienter vil kræve en betydelig opnormering og ca. dobbelt så meget personale som den eksisterende afdeling A1.

Anbefaling:

- en hjemtagning af psykisk syge kriminelle bør vente.

8.20.2 At sikre et velfungerende samarbejde omkring udskrivningen

De retspsykiatriske patienter udgør allerede i dag en stadigt stigende andel af de indlagte patienter på A1 og antal forbrugte sengedage på Retspsykiatrisk afdeling R3 er stigende. De retspsykiatriske patienter er en speciel patientgruppe, der ofte har en type af psykisk lidelse, som kræver langvarigt tilsyn, mange har været langvarigt indlagt, har et samtidigt misbrug og har behov for en betydelig socialpsykiatrisk indsats.

Den største udfordring på det retspsykiatriske område er at sikre et velfungerende samarbejde mellem afdeling R3 og institutioner og kommuner i Grønland omkring de retspsykiatriske patienters tilbageflytning til Grønland, herunder specielt en fremadrettet strategi for behov for boliger, boenheder og institutionspladser.

Det er nødvendigt at kunne sikre et godt socialpsykiatrisk modtageapparat også omkring støtteforanstaltninger, evt. beskæftigelse og fortsat behandling. Hvis patienten skal sikres en hurtig foranstaltningsændring, må støtteapparatet i Grønland fungere optimalt og kunne beskrives i detaljer.

Anbefalinger:

- samarbejdet omkring de retspsykiatriske patienter mellem forskellige sektorer udbygges og intensiveres, specielt omkring mulighed for udslusning og udskrivning til hjemkommune,
- der sikres entydighed i og konkret forankring af den professionelle ansvarsplacering for denne patientgruppe.

8.20.3 Sikre en kort ventetid inden dom

Det har været påpeget, at der går forholdsvis lang tid fra forbrydelsen er begået til sagen er behandlet hos politiet, patienten er mentalundersøgt, sagen er forelagt retslægerådet og retslægerådet har svaret. Det gør, at de retspsykiatriske patienter ofte venter lang tid på deres dom. Denne ventetid sker ofte på R3 og er dermed meget kostbar for det grønlandske sundhedsvæsen.

Anbefaling:

- kæden fra forbrydelsen til dom skal nærmere analyseres med henblik på at belyse, om der eventuelt er forsinkende led og at sikre, at tiden mellem forbrydelse og dom er den kortest mulige.

Referencer

- BJERREGAARD P, INGER K. DAHL-PETERSEN (red). Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2005-2007. Levevilkår, livsstil og helbred. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- CHRISTENSEN, E., KRISTENSEN, L. G. & BAVISKAR, S. (2008) Børn i Grønland. Nuuk, Departementet for Familie og Sundhed og Socialforskningsinstituttet.
- CURTIS, T., LARSEN, H. B., HELWEG-LARSEN, K., PEDERSEN, C. P., OLESEN, I., SØRENSEN, K., JØRGENSEN, M. E. & BJERREGAARD, P. (2006) Unges trivsel i Grønland 2004. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal 1:2006*.
- DIREKTORATET FOR FAMILIE OG SUNDHED (2007) Inuuneritta. Folkesundhedsprogram. Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007 -2012
- DIREKTORATET FOR SUNDHED OG FORSKNING (1998) Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- FAMILIEDIREKTORATET (2005) Redegørelse om hjemtagning af færdigbehandlede retspsykiatriske patienter fra Danmark, j.nr. 45.37.09). Departementet for Familie.
- LYNGE, I. (2000) Psykiske lidelser i det grønlandske samfund. *Faculty of Health*. Copenhagen, University in Copenhagen.
- LYNGE, I., MUNK-JØRGENSEN, P., PEDERSEN, A. L., MULVAD, G. & BJERREGAARD, P. (2003) Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen. *SIF's grønlandsskrifter*. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- NICLASEN, B., LØNGAARD, K., LAURSEN, L. K. & SCHNOHR, C. (2007) Sundhed på toppen [Health on the top of the world]. *Inussuk Arktisk Forskningsjournal 1-2007*. Nuuk, Grønlands Hjemmestyre.
- PSYKIATRISK AFDELING A1 (2007) Psykiatriens vision. Nuuk, Dronning Ingrid's Hospital.
- SUNDHEDSSTYRELSEN (2009) National strategi for psykiatri 2009. Sundhedsstyrelsen.

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Kommissorium og plan for arbejdet med udarbejdelse af statusrapport på psykiatriområdet.
- Bilag 2:** Deltagere i arbejdsgrupper og høringsparter.

KOMMISSORIUM OG PLAN

for arbejdet med udarbejdelse af statusrapport på psykiatriområdet

Nuuk, august 2009

BAGGRUND

Landsstyret gav på Forårssamlingen 2008 tilsagn om at udarbejde en redegørelse på psykiatriområdet. Den sidste redegørelse på området er "Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland" fra 1998. Det nuværende medlem af Naalakkersuisut ønsker dette arbejde videreført.

De fleste områder i det grønlandske sundhedsvæsen er i hastig udvikling, det gælder også for psykiatriområdet, og Landsstyret fandt det derfor relevant med en opdatering indenfor psykiatriområdet, dels i forhold til anbefalingerne i 1998 og dels i forhold til iværksættelse af nye tiltag for det stigende antal patienter, der findes i psykiatrien.

KOMMISSORIE FOR ARBEJDET

Formålet med arbejdet er, at:

- få udarbejdet rapport på det psykiatriske område med fokus på den nuværende status,
- få afdækket hvilke nye tiltag, der er ønskelige for at sikre udvikling på området.

På baggrund af områdets status og eventuelle tiltag på området vil rapporten så vidt muligt også lave overordnede analyser af hvilke økonomiske, strukturelle og personalemæssige omkostninger området har, og hvilke den ønskelige udvikling kan forventes at få, samt hvordan området datamæssigt kvalitetssikres i fremtiden.

ARBEJDET MED RAPPORTEN

Arbejdet tager udgangspunkt i psykiatriredegørelsen fra 1998 og det udkast til en rapport, der blev udarbejdet i 2008.

STYREGRUPPEN

Arbejdet ledes af en styregruppe. Sammensætningen af styregruppen er som følger: Lægefaglig konsulent, Departementet for Sundhed, Sundhedsfaglig konsulent, Departementet for Sundhed, Overlægen ved Psykiatrisk afdeling, DIH, Oversygeplejerske ved Psykiatrisk afdeling, DIH. Repræsentant fra Departementet for Sociale anliggender, repræsentant fra Sundhedsledelsen. Formand for styregruppen er afdelingschef Karna Jokumsen, Departementet for Sundhed og ved hendes fravær departementschefen, Departementet for Sundhed.

Den Lægefaglige konsulent er sekretær for Styregruppen og er ansvarlig for den endelige udformning af rapporten til Departementet.

ARBEJDSGRUPPER

Der bliver nedsat arbejdsgrupper indenfor følgende områder:

- 1) Den distriktspsykiatriske funktion og sekundær forebyggelse af psykisk sygdom
- 2) Psykiatrisk afdeling A1
- 3) Retspsykiatri
- 4) Socialpsykiatri
- 5) Primær forebyggelse af psykisk sygdom

For hvert af disse områder ønskes dels beskrevet generelt, men også specifikt for målgrupperne børn/unge og ældre.

Styregruppen beskriver målene for arbejdet i de enkelte arbejdsgrupper. Hensigten er i alle arbejdsgrupper at sikre den højest mulige faglighed indenfor området både på ledelses- og medarbejderplan. Arbejdsgrupperne refererer til Styregruppen og Styregruppens medlemmer fra Departementet for Sundhed deltager i fornødent omfang i relevante arbejdsgrupper.

Overlægen og oversygeplejersken ved Psykiatrisk afdeling, DIH, udpeger egne medlemmer til arbejdsgrupperne. Styregruppen foreslår medlemmer til grupperne fra relevante samarbejdspartnere. Sekretæren for styregruppen er ansvarlig for henvendelse til disse. Her tænkes specielt på repræsentant fra kriminalforsorgen, KANUKOKA, Arbejdsgiverforeningen og evt. Politimesteren.

Arbejdsgrupperne er rådgivende, men får indsigt og mulighed for at kommentere den del af rapporten, der omhandler deres eget område. Sekretær for arbejdsgrupperne er styregruppens repræsentant (den Lægefaglige konsulent eller den Sundhedsfaglige konsulent).

Der kan indkaldes relevant ekspertise til arbejdsgrupperne ad hoc, herunder fra Økonomiafdelingen, DIH, Landsapoteket, DIH, og udviklingssygeplejersken, DIH.

Tids- & handleplan

Tidspunkt	Aktivitet	Formål
August 2009	Kommissorium godkendes	
22. september 2009	1. styregruppemøde	Præsentation af arbejdet og kommissoriet for dette, forslag til medlemmer af arbejdsgrupper, fordeling af opgaver
Primo oktober	Møde mellem formanden for Styregruppen og arbejdsgrupperne	Præsentation af kommissoriet, mål for grupperne og tidsplan, fordeling af arbejdet
Primo oktober	1. møde i arbejdsgrupperne	Detailplanlægning, ansvarsfordeling og tidsstrukturering
15. november	Arbejdsgrupperne	Skriftlig afrapportering til Styregruppen
20. oktober	2. styregruppemøde	Status for arbejdet, skitsering af struktur og indhold af rapporten
Medio december	Styregruppen præsenteres for 1. udkast	Rapporten diskuteres og revideres
Primo januar	Arbejdsgrupperne præsenteres for 1. udkast	Styregruppen melder tilbage til arbejdsgrupperne
Medio januar	Tilbage melding fra arbejdsgrupperne	Tilbage melding på udkast 1 til Styregruppen
Ultimo januar	Høring endelig rapport	Den endelige rapport udsendes til høring
Primo februar	Formanden for Styregruppen	Færdig rapport afleveres

Nuuk, den 19. august 2009, Birgit Niclasen

Styregruppe og arbejdsgrupper under psykiatriredegørelsen 2009

Styregruppen

Birgit Niclasen, Lægefaglig konsulent, Departementet for Sundhed

Julie Præst Wilche, Sundhedsfaglig konsulent, Departementet for Sundhed

Poul Bisgaard, Overlæge, Psykiatrisk afdeling A1

Ulrik Gad Andresen, Oversygeplejerske, Psykiatrisk afdeling A1

Naja Rosing Fleischer, Repræsentant for Departementet for Sociale anliggender

Henrik Sand, Departementet for Sociale anliggender

Majbritt Andersen, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse

Formand for styregruppen er afdelingschef Karna Jokumsen, Departementet for Sundhed og ved hendes fravær departementschefen, Departementet for Sundhed. Disse har ikke deltaget i styregruppens møder p.g.a andre opgaver.

Arbejdsgrupper

1) Den distriktspsykiatriske funktion og sekundær forebyggelse af psykisk sygdom

Arbejdsgruppen har holdt 3 møder

Birgit Niclasen, Lægefaglig konsulent, Departementet for Sundhed

Anne Grethe Holmegaard, Distriktspsykiatrien, 1. møde

Tine Sønderkov Nielsen, Distriktspsykiatrien, 2. og 3. møde

Angutinnguaq Johnsen (Ergoterapi), 2. og 3. møde

Soheila Marfihoun, Distriktspsykiatrien, Aasiaat, pr telefon

Margrethe Thuesen, Kommuneqarfik Sermersooq, 1. møde

Trine Chemnitz, Kriminalforsorgen.

2) Psykiatrisk afdeling A1

Arbejdsgruppen har holdt 3 møder

Julie Præst Wilche, Sundhedsfaglig konsulent, Departementet for Sundhed

Poul Bisgaard, Overlæge, Psykiatrisk afdeling A1

Ulrik Gad Andresen, Oversygeplejerske, Psykiatrisk afdeling A1

Olav Ø. Pedersen, Afdelingspsygeplejerske, Psykiatrisk afdeling A1

Dorthe Hansen Petrusen, Sundhedsassistent, Psykiatrisk afdeling A1

Elisabeth Eigildsen, Socialpædagog, Psykiatrisk afdeling A1

Angutinnguaq Johnsen, Psykiatrisk ergoterapi, Psykiatrisk afdeling A1

Tilforordnet: Henrik Sand, Afdelingsleder, Departementet for Sociale anliggender.

3) Retspsykiatri

Arbejdsgruppen har holdt 2 møder

Julie Præst Wilche, Sundhedsfaglig konsulent, Departementet for Sundhed

Inger Kreutzmann, Kriminalforsorgen

Trine Arngrim, Retspsykiater, Risskov, Danmark, med pr. telefon + særligt møde

Jimmy Bøgh Veitland, Retsvæsenet, nåede ikke at deltage

Morten Nielsen, Vicepolitimester, 1. møde

Fuldmægtig fra Politimesterembedet deltog i 2. møde

Nikolaj Kleist, Overlæge i Psykiatri, Århus, repræsentant for A1, pr telefon ved 1. møde

Tilforordnet Landslæge Flemming Stenz, Landslægeembedet.

4) Socialpsykiatri

Arbejdsgruppen har holdt 3 møder

Birgit Niclasen, Lægefaglig konsulent, Departementet for Sundhed
Kisea Bruun, Afdelingsleder, KANUKOKA,
Fie Hansen, Aja,
Kirsten Bødker, Kommuneqarfik Sermersooq, 1. møde
Karoline Rosing, Forstander, Aaqa
Kristine Jensen Mørch, Ledende socialrådgiver, Sana social
Henrik Sand, Afdelingsleder, repræsenterer Departementet for Sociale anliggender.

5) Primær forebyggelse af psykisk sygdom

Birgit Niclasen, Lægefaglig konsulent, Departementet for Sundhed
Birgit Hansen, Repræsentant fra PAARISA (forældreuddannelsen)
Bodil Karlishøj Poulsen, Repræsentant fra PAARISA
Julie Dorph, Repræsentant fra PAARISA (selvmordsforebyggelse)
Kunuunnguaq Fleischer, KIIN (den gode børnehavn, den gode skole) – sendt skriftligt indlæg
Line Dahlentoft, Kommuneqarfik Sermersooq
Tilforordnet: Kisea Bruun, KANUKOKA.

Generelt for alle arbejdsgrupper

Arbejdsgrupperne er rådgivende, men får indsigt og mulighed for at kommentere den del af rapporten, der omhandler deres eget område. Sekretær for arbejdsgrupperne er styregruppens repræsentant (den lægefaglige konsulent eller den sundhedsfaglige konsulent).

For hvert af disse områder ønskes dels beskrevet generelt, men også specifikt for målgrupperne børn/unge og ældre.

Alle arbejdsgrupper forventes at forholde sig til kommissoriet. Alle arbejdsgrupper inkluderer information omkring egne eksterne samarbejdsrelationer. Alle arbejdsgrupper får udleveret psykiatrirapporten fra 1998 som fil og del af den ikke færdige rapport fra 2008 – på eget område, samt eventuelle bilag indenfor eget område

Arbejdsgrupperne kan indkalde ad hoc medlemmer ved behov.

Spørgsmål til arbejdsgrupperne

- 1) Hvad omfatter området (ex A1/Distriktspsykiatrien)?
- 2) Hvordan er området organiseret og bemandet? (fx årsværk, personalegrupper)
- 3) Hvilken opgave løser området?
- 4) Hvilke typer af patienter/klienter ses? (antal/andele?)
- 5) Hvem er de vigtigste samarbejdspartnere? (og hvordan fungerer samarbejdet?)
- 6) Hvad kan fremhæves positivt omkring området?
- 7) Hvad kan fremhæves af negativt omkring området?
- 8) Hvilke udfordringer ser I for jeres område i fremtiden?
- 9) Hvordan kan betjeningen af målgruppen for jeres område forbedres i fremtiden?

Disse spørgsmål er kun vejledende for jeres arbejde – og kan være mere relevante for nogle grupper end for andre – og de må gerne reformuleres efter gruppens behov.

Nuuk, den 23. september 2009
Birgit Niclasen