

[Eva Kjer Hansen]

til at komme videre. Når det drejer sig om psykiatriske patienter, er det jo ikke kun et spørgsmål om sygdomsbehandling, men i allerhøjeste grad også om efterfølgende tilbud om bolig, aktiviteter, beskæftigelse osv.

For mig er der især tre nøgleord, der skal hæftes på behandlings- og omsorgstilbudene til de psykiatriske patienter. Det første er tryghed. Enhver, der bliver syg eller får brug for hjælp, skal kunne regne med en ordentlig og god behandling og hjælp til at komme videre med livet. Det andet nøgleord er normalisering. Det gælder også om, at mennesker med psykiske lidelser kan få en dagligdag, der nogenlunde ligner den, vi kalder normal. Endelig er det tredje ord individualitet. Vi skal tage hensyn til, at der er stor forskel på de psykiske lidelser. Nogle har svære sindssygdomme, andre har kun brug for hjælp af og til. Vi skal tage hensyn til de forskellige krav og ønsker, den enkelte måtte have.

Jeg føler trang til at sige, at begrebet psykiatriske patienter jo ikke er noget særlig håndgribeligt, men tværtimod dækker over en meget stor gruppe med vidt forskellige behov for behandling og tilbud, og at det er svært at måle, om indsatsen er god nok. Det gælder i denne debat som i så mange andre, at vi ikke entydigt kan sige, hvornår indsatsen er rimelig og tilstrækkelig. Uanset hvor meget vi gør, er der altid noget, der vil kunne gøres bedre. Derfor synes jeg, det er godt, at vi løbende tager emnet op og får belyst det samlet og får en diskussion om, hvordan vi bedst griber det an.

Den aktuelle debat har været præget af en række synspunkter, især om, at der er sket et for stort fald i antallet af sengepladser og dermed en forringelse af behandlingstilbudene, og vel også om, at der er for få tilbud til patienterne, når de udskrives, hvilket fører til nye problemer og genindlæggelser, eller at folk helt falder ud af systemet. Jeg skal i det følgende knytte nogle kommentarer til nogle af de udsagn, der har været fremme.

Det, der især falder én i øjnene, når man kigger på udviklingen inden for det psykiatriske sygehusvæsen, er det store fald i antallet af normerede sengepladser, men jeg synes, det er vigtigt at understrege, at antallet af sengepladser jo ikke umiddelbart siger noget om, hvor god en behandling vi kan tilbyde de psykiatriske patienter.

Det mindre antal sengepladser skal ses i sammenhæng med, at heldøgnsindlæggelser i et vist omfang er erstattet af deldøgnsindlæggelser, ambulante psykiatriske tilbud og til dels også andre sociale foranstaltninger. F.eks. er antallet af ambulante besøg fordoblet i perioden fra 1976 til 1988, hvor antallet af sengepladser er reduceret med omkring 30 pct., og samtidig er der etableret en række distriktspsykiatriske ordninger og forsøg.

Kan vi nå frem til at undgå nogle indlæggelser, er det ganske givet det bedste for den enkelte patient. Det er da bestemt ikke lykken at blive løst fra sin hverdag, sin familie, sit hjem og sine nære omgivelser for at blive indlagt, hvis det på nogen måde kan undgås. Derfor er det positivt med de mange ændringer i behandlingsudbudet, og det er godt, at vi kan nå frem til i behandlingsudbudet at tage hensyn til de enkelte patienter og få behandlingstilbudene afpasset efter de individuelle behov. Det afgørende må være, at vi får opstillet andre tilbud i stedet for indlæggelser.

Problemet er vel også, at der i dag er stor forskel fra amt til amt, en forskel, der til dels er betinget af, at statshospitalerne i 1976 blev overført til amterne. Siden er der gennemført en voldsom omstilling, men udgangspunktet var meget forskelligt, fordi nogle amter skulle overtage store, utidssvarende statshospitaler, mens andre kunne starte fra bunden med at bygge en helt ny, moderne psykiatrisk service op.

Men der er også en forskel betinget af, om man har fundet ud af at samarbejde. Dér, hvor man har fundet ud af det, går det godt, men dér, hvor det kniber med at samarbejde på tværs af forvaltningerne og kommuner og amtskommuner, ja, dér går det knap så godt. Vi ser, at dér, hvor amtskommunerne og kommunerne arbejder sammen med personalet og faglige behandlere, og hvor de har inddraget patientforeningerne, er der ofte fundet meget tilfredsstillende løsninger. Kigger vi på de enkelte amtskommuner, ser vi jo, at der er masser af aktiviteter i gang, masser af forsøg med centre, aktivitetshuse og bofællesskaber, men også med vidt forskellige projekter, nye hjælpemuligheder osv.

Vi skal holde os for øje, at det er kommunerne og amtskommunerne, der har ansvaret for at løse disse opgaver, og at amtskommunerne og kommunerne er det helt rigtige forum at placere ansvaret i, fordi man lokalt bedst kan vurde-