

Maj 2001

**Rapport fra Udvalget vedr. bedre samspil
mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien**

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
1.1 Kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning.....	3
1.2 Udvalgets arbejde	4
2. De offentlige tilbud til sindslidende	5
2.1 Indledning.....	5
2.2 Oversigt over amtslige og kommunale tilbud til sindslidende	5
2.3 Omstillingen i indsatsen for sindslidende.....	8
2.4 Samordning og samarbejde på tværs	10
3. Samspil og barrierer.....	13
3.1 Indledning.....	13
3.2 Udvikling af et fælles værdigrundlag	14
3.3 Forskellige fagkulturer.....	16
3.4 Recovery	18
3.5 Tavshedspligt og samtykke.....	19
4. Fra henvendelse til udskrivning	22
4.1 Indledning.....	22
4.2 Samarbejde med pårørende	23
4.3 Henvendelse til den praktiserende læge.....	26
4.4 Når indlæggelse er nødvendig	28
4.5 Særligt om tvangsindlæggelse.....	30
4.6 Udskrivningsfasen.....	33
4.6.1 Aftaler og planer om behandling og støtte	34
4.6.2 Udfordringer for samarbejdet i udskrivningsfasen.....	36
4.7 Information og kontakt til den praktiserende læge	38
5. Ansvar for sammenhængen – Kontakt, kontinuitet og koordinering i forhold til den enkeltes behov for støtte.....	40
5.1 Indledning.....	40
5.2 Støtte- og kontaktpersonordningen.....	41
5.3 Tovholdere og koordinatore	43
5.4 Personligt ombud - en svensk case-managementmodel	44
5.5 Model for koordinering af psykosocialt arbejde. En norsk case-managementmodel.....	46
5.6 Opsøgende Psykoseteam.....	47
5.8 Opsøgende team i socialt regi - retssikkerhed for de svageste.....	51
5.9 Overvejelser om modeller til kontakt, kontinuitet og koordinering	52
6. Varierede tilbud forebygger brud	54
6.1 Varierede tilbud	54
6.2 Akuttilbud i aften- og nattetimer	56
6.3 Adgang til uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder	58
7. Sammenfatning og økonomi.....	60

1. Indledning

1.1 Kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning

Som led i aftalerne om Finansloven for 2001 blev der bl.a. aftalt følgende:

"På psykiatriområdet varetager kommunerne opgaver i tilknytning til socialpsykiatrien i form af botilbud og døgninstitutionspladser til psykisk skrøbelige børn og unge m.v., mens amterne står for sundhedssektorens tilbud på de psykiatriske hospitaler og i distriktspsykiatrien. Der har været eksempler på manglende koordinering af indsatsen mellem de socialpsykiatriske og sundhedsfaglige tilbud.

Der iværksættes derfor et udvalgsarbejde, som skal komme med oplæg til bedre samspil på psykiatriområdet, der baseres på et tæt samarbejde mellem social- og sundhedssektoren, samt på lydhørhed over for patienterne og de pårørende. Udvalget afsluttes primo maj 2001".

Sundheds- og socialministeren nedsatte på den baggrund primo 2001 et udvalg med følgende kommissorium:

"Udvalget skal analysere samspillet mellem tilbuddene til sindslidende i sundhedsvæsenet og den sociale sektor, herunder sengepsykiatrien, distriktspsykiatrien, praksissektoren og socialpsykiatrien.

Udvalget skal på den baggrund:

- *Afdække eventuelle barrierer for sammenhængen mellem tilbuddene.*
- *Udarbejde forslag til initiativer, der kan understøtte og forbedre sammenhængen og kontinuiteten i det samlede offentlige tilbud til de sindslidende.*

Udvalget kan som led i sit arbejde inddrage erfaringer og synspunkter fra ressourcepersoner, organisationer m.v. på området.

Sekretariatsbetjeningen varetages af Sundhedsministeriet og Socialministeriet".

Udvalget fik følgende sammensætning:

Søren H. Thomsen, formand, kontorchef, Sundhedsministeriet

Alice Holm, kontorchef, repræsentant for Kommunernes
Landsforening

Karl Bach Jensen, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykia-
tribrugere (LAP),

Kurt Stig Jensen, planlægningskonsulent, HS

Marianne Jespersen, afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen

Peter Juul, kontorchef, Socialministeriet

Tommy Kjeldsgaard, konsulent, Amtsrådsforeningen

Elsebeth Lundsteen, Landsforeningen Sind

Henrik Stahl Nielsen, psykiatrikoordinator, Frederiksberg og Køben-
havns kommuner i forening

Merete Nordentoft, overlæge, Dansk Psykiatrisk Selskab

Svend-Erik Simonsen, Fagligt Netværk Socialpsykiatri

Ole Aagerup, Landsforeningen Pårørende til Sindslidende

Sekretariatsbetjeningen har været varetaget af:

Thomas I. Jensen, Fuldmægtig, Sundhedsministeriet

Hanne Marie Jensen, Fuldmægtig, Socialministeriet

1.2 Udvalgets arbejde

Udvalget har afholdt 5 møder. Medlemmerne af arbejdsgruppen og sekretariatet har som grundlag for drøftelserne fremlagt forskelligt materiale.

På vegne af udvalget har formanden og sekretariatet herudover aflagt besøg i Vejle Amt og Århus Amt, hvor praktiske erfaringer med samarbejdet om indsatsen for de sindslidende blev præsenteret af repræsentanter for psykiatrien. Ved besøget i Århus Amt deltog endvidere en repræsentant for socialpsykiatrien i Randers Kommune.

Tilsvarende har formanden og sekretariatet haft møde med repræsentanter for Praktiserende Lægers Organisation og lederen af Videnscenter for Socialpsykiatri med henblik på at få belyst de forskellige samarbejdsproblemstillinger.

2. De offentlige tilbud til sindslidende

2.1 Indledning

Amter og kommuner er i dag ansvarlige for en bred vifte af forskellige tilbud til sindslidende.

Hvilke og hvor mange af de forskellige tilbud, der er relevante for den enkelte sindslidende afhænger af lidelsens karakter og den sindslidendes egne ønsker, når der ses bort fra de helt særlige situationer, hvor tvangsmæssig behandling i henhold til psykiatriloven kommer på tale.

Mennesker med en sindslidelse er ikke en homogen gruppe, men er forskellige med hensyn til ønsker, behov og ressourcer. Kravene til sammenhæng og kontinuitet knytter sig særligt til de tilfælde, hvor den sindslidende benytter op til flere af de forskellige tilbud, herunder ikke mindst i forløb, der involverer indlæggelse og udskrivning fra psykiatriske afdelinger i sygehusvæsenet og længerevarende - evt. livslang - tilknytning til distriktpspsykiatrien og de sociale støttetilbud.

I dette kapitel beskrives indledningsvis ganske kort sundhedsvæsenets og socialsektorens forskellige tilbud. Derefter bliver omstillingen i psykiatrien væk fra de tidligere store totalinstitutioner omtalt, og i forlængelse heraf beskrives nogle helt overordnede udviklingstræk i samordningen af indsatsen i amterne og mellem amterne og kommunerne.

2.2 Oversigt over amtslige og kommunale tilbud til sindslidende

De samlede offentlige tilbud til sindslidende i sundheds- og socialsektoren består i punktform overordnet af følgende:

- Praktiserende læger
- Privatpraktiserende psykiatere
- Sygehuspsykiatrien

- Åbne/lukkede sengeafdelinger samt afdelinger med mulighed for skærmning
 - Dagafsnit
 - Sygehusambulatorier
 - Psykiatriske skadestuer, udrykningstjenester m.v.
- Distriktpsychiatrien
 - Medicinsk og terapeutisk behandling
- Socialpsykiatriske og kompenserende støttetilbud
 - Dagtilbud, herunder væresteder, aktivitetssteder, undervisning, beskæftigelse m.v.
 - Botilbud og bostøtte
 - Støtte- og kontaktpersoner

Ansvar for opgaveløsningen er fordelt således, at *amterne* varetager de sundhedsmæssige ydelser samt den socialpsykiatriske indsats overfor den mindre gruppe af svært sindslidende med længerevarende og særlige behov for støtte og omsorg.

Kommunerne varetager de almene socialpsykiatriske opgaver, mens *amterne* varetager de nævnte specialiserede opgaver.

Hovedstadsområdet skiller sig ud i forhold til dette generelle billede. Her er opgaverne fordelt sådan, at Hovedstadens Sygehusfællesskab tager sig af de sygehus- og distriktpsychiatiske tilbud, mens Københavns og Frederiksberg kommuner varetager de socialpsykiatriske tilbud.

Sundhedsmæssige ydelser

I sundhedsvæsenet er hovedindgangen for den sindslidende – som for alle andre patienter – den praktiserende læge. Dennes rolle uddybes i kapitel 3, men det skal fremhæves, at et stort antal mennesker hvert år behandles hos de praktiserende læger for psykiske lidelser. Det skal også fremhæves, at de praktiserende psykiatere årligt behandler et betydeligt antal patienter, som har behov for en mere specialiseret behandling end den, der kan ydes i almen praksis. Set i relation til kommissoriet for udvalget er det dog overvejende de patienter, hvor der sker henvisning til sygehusvæsenet, som er i fokus.

Sygehusvæsenets tilbud omfatter dels egentlig indlæggelse på åbne eller lukkede sygehusafdelinger, ambulante behandling på de psykiatriske afdelinger og i distriktskykiatrien.

Sygehuspsykiatrien omfatter sengeafsnit, dagafsnit og ambulatorier, hvor behandlingstilbuddene omfatter medicinsk behandling, forskellige terapiformer og aktiviteter som værkstedstræning etc. Sygehuspsykiatrien omfatter også de psykiatriske skadestuer m.v.

Distriktskykiatri defineres i Sundhedsstyrelsens ”Målsætninger for kvalitet i distriktskykiatrien” som et ambulante tværfagligt behandlingstilbud, etableret lokalt med tæt tilknytning til den stationære psykiatriske sygdomsbehandling i sengeafdelingerne, i et tæt samarbejde med andre berørte sektorer, specielt socialsektoren. Distriktskykiatrien omfatter medicinsk og terapeutisk behandling.

De socialpsykiatriske ydelser

Den særlige sociale indsats i forhold til sindslidende bliver i dansk sammenhæng som hovedregel betegnet som den socialpsykiatriske indsats.

Videnscenter for Socialpsykiatri har i bogen ”Kvalitet i socialpsykiatrien” defineret socialpsykiatri som den sociale indsats, som ydes for at støtte mennesker, der, som følge af en sindslidelse, ikke kan få opfyldt deres grundlæggende sociale rettigheder i de almindelige sociale tilbud.

Socialpsykiatriens fokus er hverdagslivet og udgangspunktet er taget i konkret praktisk arbejde med at skabe tilbud til de sindslidende, der i modsætning til tidligere ikke er indlagt langvarigt på psykiatriske sygehuse.

Den sociale indsats er en støtte til at få et hverdagsliv, som fungerer så sammenhængende og hensigtsmæssigt som muligt, og omdrejningspunktet i støtten er kontakten mellem bruger og medarbejder. Det centrale faglige mål er at støtte den sindslidendes evne til at fungere i forhold til samfundet og til at etablere et socialt netværk, og til i det hele taget at håndtere sit liv med en psykisk lidelse.

Amternes socialpsykiatriske tilbud omfatter mere specialiserede botilbud, beskæftigelses- og aktivitetstilbud og samværstilbud.

Kompenserende specialundervisning af sindslidende er ligeledes en amtslig opgave, og i nogle amter er der en relativt tæt kobling mellem det socialpsykiatriske og det uddannelsesmæssige system.

Kommunerne varetager styringen af midlertidige botilbud, støtte i eget hjem, akut- trænings- og aflastningsboliger, støtte- og kontaktpersoner, være- og aktivitetssteder og praktisk bistand i hjemmet. Dertil kommer hjemmepleje samt varetagelsen af den forsørgelsesmæssige side for de personer, der ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet.

Det skal endelig fremhæves, at det er kendetegnende for både sundhedsvæsenet og socialektoren, at personalet er sammensat af en række forskellige faggrupper, og at flere af disse faggrupper optræder i begge sektorer.

2.3 Omstillingen i indsatsen for sindslidende

Det er velkendt, at psykiatrien har undergået meget store forandringer over de seneste 10 – 20 år. Den organisering af tilbuddene til sindslidende, vi ser i dag, er således et resultat af bevægelsen væk fra de store totalinstitutioner, som statshospitalerne repræsenterede, frem til den nuværende decentrale organisering af opgaveløsningen, hvor langtidsindlæggelse kun helt undtagelsesvist finder sted.

De tidligere totalinstitutioner er blevet beskrevet som karakteriseret ved lukkethed, fjernhed og afsondring fra samfundet. Behandlings- og omsorgstilbudet er beskrevet som beskyttende, begrænsende og umyndiggørende - nærmest omklamrende – og med manglende fleksibilitet i opgaveløsningen. Institutionerne havde en hierarkisk struktur, hvor lægegruppen var den helt dominerende faggruppe.

Den gradvise afvikling af totalinstitutionerne og etableringen af distriktpsychiatrien og de nye sociale støttetilbud indebærer, at flere instanser nu fik ansvar for delopgaver i forhold til den sindslidende. Koordinationen og sikringen af sammenhængen i tilbudene til den enkelte sindslidende var herefter ikke længere forankret organisatorisk ét sted.

Det forhold, at ansvaret for indsatsen for de sindslidende i dag er forankret i flere regier, har været medvirkende til at fremme en

dynamisk proces, hvor tilbuddene fagligt og kvalitetsmæssigt er blevet udviklet. For ud over den organisatoriske ændring har omstillingen i psykiatrien overordnet også handlet om at skabe åbenhed om opgaven, dynamik i udviklingen af tilbuddene til sindslidende, nærhed og om at fremme integrationen af de sindslidende i samfundet - i lokalmiljøet.

Omstillingen, afprøvningen og udviklingen af nye tilbud betød imidlertid også brud i den sammenhæng, som var indeholdt i totalinstitutionernes tilbud.

Det mest åbenlyse problem i omstillingsprocessen var den generelt utilstrækkelige koordinering af nedlæggelsen af de mange hospitalssenge inden de nye distrikts- og socialpsykiatriske tilbud var tilstrækkeligt udbygget.

Blandt andet med psykiertiaftalerne for perioderne 1997 – 1999 og 2000 – 2002 har regeringen og amter og kommuner prioriteret en hurtigere udbygning af de nye tilbud.

Opdelingen af indsatsen for de sindslidende i flere organisatoriske enheder har en række fordele for den sindslidende. Det giver således bredde og dermed valgmuligheder og kan desuden bidrage positivt til en nuanceret tilrettelæggelse af indsatsen og til et samlet tilbud med mange facetter.

Opdelingen af indsatsen indebærer imidlertid også, at der er et vedvarende behov for at sikre den nødvendige sammenhæng mellem tilbuddene, således at den sindslidende oplever de forskellige offentlige tilbud som en helhed. Det samlede offentlige tilbud er herved som udgangspunkt baseret på en samarbejdsstrategi – ikke på konkurrence.

Det forventes med andre ord, at de mange involverede parter samarbejder på tværs af administrative opdelinger. De enkelte tilbud forventes at tilpasse sig påvirkninger fra en dynamisk omverdens krav, og ikke kun tænke på egen organisation og dens udvikling. Det gælder også m.h.t. at justere i forhold til de forandringer, der måtte ske i andre tilbud på området. Udgangspunktet er, at hver organisation eller hvert tilbud har sin kerneopgave, men kun kan løse en begrænset del af den samlede behandlings- og støtte- og omsorgsopgave.

I dette netværk af organisatoriske enheder og med mange forskellige faggrupper involveret, varetages koordineringen af den samlede opgave ikke af en enkelt instans. Men målet er, at den decentraliserede og komplekse vifte af tilbud spiller sammen som et netværk uden brud eller huller, således at den sindslidende oplever sammenhæng i indsatsen.

Udvalget finder, at der er grund til at anerkende, at der i amter og kommuner i planlægningen af indsatsen for de sindslidende generelt er opmærksomhed på vigtigheden af at sikre sammenhæng i tilbuddene. Men der er tale om en proces, og hvor der fortsat er behov for at udvikle samarbejdet både i omfang og i kvalitet.

Udvalget vil samtidig understrege, at det vurderes som positivt, at tilbuddene til sindslidende i dag består af en langt bredere vifte af tilbud end tidligere. Balancen ligger nu i at kunne opretholde systemets og tilbudenens dynamik, skabe de individuelle løsninger, der svarer til den enkelte sindslidendes behov, og samtidig sikre en klar ansvars- og opgavefordeling og koordinering. Målet er, at tilbudene til den enkelte hænger sammen på tværs af sektorerne og hænger sammen i et kontinuerligt forløb.

2.4 Samordning og samarbejde på tværs

I anledning af 25-året for amternes overtagelse af ansvaret for sygehuspsykiatrien udgav Amtsrådsforeningen i april 2001 en publikation om organiseringen af psykiatrien i amterne.

Det fremgår heraf, at der op gennem 90'erne og i starten af 2000 i de fleste amter er sket en omorganisering af psykiatrien. Det nævnes, at dette afspejler dels periodens øgede fokusering på mennesker med sindslidelse, og dels ønsket om at styrke indsatsen med flere og nye tilbud og mere sammenhæng i indsatsen.

Tendensen på amtsplan er en sammentænkning af sygehus- og socialpsykiatrien. Flere amter har samlet indsatsen i ét politisk udvalg og én forvaltning. Nogle har etableret psykiatrisekretariater til styrkelse af samarbejdet på tværs af amtets forvaltningsdele og andre har særlige samarbejdsfora til information og udvikling på tværs.

Når det gælder samarbejdet mellem kommuner og amter, antager det i praksis mange forskellige former. Her nævnes til illustration en række af eksempler:

- Formaliserede samarbejdsaftaler mellem et amt og kommunerne i amtet.
- Politiske sociale udviklingsudvalg.
- Politiske kontaktudvalg.
- Politiske styregrupper.
- Permanente følgegrupper med politikere og embedsmænd.
- Embedsmandsudvalg og planudvalg.
- Regionaliserede psykiatriledelser, koordinationsgrupper/ lokalpsykiatriledelser.
- Dialogfora.

I en del af ovennævnte fora ses der lokalt en del eksempler på, at bruger- og pårørendeforeninger er repræsenteret.

Den ideelle model for organisering af og samarbejdet om indsatsen er ikke fundet, og den findes næppe. Amterne vil antagelig også fremover organisere og samordne psykiatrien på forskellig vis ligesom samarbejdet mellem amter og kommuner vil antage forskellige former.

Udvalget ser det som positivt, at der fortsat afprøves forskellige organisations- og samarbejdsmodeller inden for og på tværs af amter og kommuner.

3. Samspil og barrierer

3.1 Indledning

Udvalgets drøftelse af samspil og barrierer for sammenhæng i indsatsen har afsat i tilkendegivelser fra både brugere, pårørende og professionelle om, at de offentlige tilbud ikke altid hænger godt nok sammen.

Det kan resultere i brud i patientbehandlingen og i de sociale støtteforanstaltninger, hvilket yderligere kan skabe brud i den sindslidendes personlige udvikling og i sidste ende vanskeliggøre eller forhindre den sindslidendes mulighed og stræben efter at skabe livssammenhæng.

Bedre sammenhæng i tilbuddene vil derfor dels medvirke til at sikre et bedre forløb for den enkelte sindslidende, dels mere generelt fremme en kvalitetsmæssig bedre og mere effektiv anvendelse af ressourcerne på området.

Udover utiltrækkeligt samarbejde kan barrierer for sammenhæng i indsatsen også være det helt konkrete, at der mangler tilbud, dels i forhold til forskellige behov og dels i forhold til bestemte kategorier af sindslidende.

Udvalget vil i øvrigt gerne understrege, at en tæt inddragelse og et godt samarbejde med den sindslidende er det fundament, hvorpå gode og sammenhængende forløb for den enkelte sindslidende bygger.

Det er således kun i helt særlige tilfælde, at behandling gennemføres med tvang, jf. afsnit 4.5.

Udgangspunktet for indsatsen i såvel sundhedsvæsenet som den sociale sektor er, at den skal ske i dialog og samarbejde med den sindslidende.

En drøftelse af barrierer for gode forløb og behovsopfyldelse indeholder – mere eller mindre klart formuleret - en forestilling om det ideelle system, en idealmodel. I dette kapitel beskrives først nogle forsøg på at indkredse elementer i det ideelle system.

Dernæst ses på nogle mulige overordnede barrierer i samspillet mellem tilbudene.

3.2 Udvikling af et fælles værdigrundlag

Indledningsvis skal der citeres fra to publikationer, hvor forfatterne med udgangspunkt i henholdsvis sundhedsvæsen og socialsektor opstiller nogle principper og idealer i et forsøg på at indkredse centrale elementer i forestillingen om den ideelle indsats.

I bogen "Sammenhæng og brud i psykiatrien" (Lægeforeningens forlag, 2000) findes bl.a. en sammenfatning af principperne for behandling ved alvorlige psykisk lidelse:

"At det handler om at sikre, at de nødvendige tilbud er til stede. Det indebærer, at der skal være:

- Lettilgængelig mulighed for henvendelse,
- Grundig psykiatrisk og somatisk undersøgelse
- Medicinsk, psykoterapeutisk og socialpsykiatrisk behandling
- Sikring af kontinuitet, inddragelse af væsentlige aspekter af den sindslidendes situation, inddragelse af familie
- Rolige og trygge forhold under indlæggelse
- Differentierede aktivitetsmuligheder under indlæggelse
- Differentierede sociale tilbud efter udskrivelse."

Tilsvarende er der i bogen "Den sindslidende & De lokale tilbud" (forlaget Dafolo, 2000) beskrevet nogle principper for de sociale tilbud:

"Botilbudene differentieres på baggrund af brugernes behov for social kontakt med ligestillede og deres evne til at klare hverdagen. Konkret er der tale om en variation, der indeholder egen bolig, opgangsfællesskab, bofællesskab, pensionat, familiepleje og døgninstitution. Til alle boformer er der knyttet kontaktperson i forhold til den enkeltes behov.

Inden for lokalområdet er der lagt forskellige uddannelses- værksteds- og værestedstilbud. Disse tilbud differentieres således, at de dækker det samlede behov med hensyn til: professionelt styret eller brugerstyret, de uddannelsesmæssige eller håndværksmæssige forudsætninger blandt brugerne, og en tilknytning til behandlingssystemet samt tilknytning til samfundet udenfor behandlingen.

Det er vigtigt at tilbudene er tilgængelige for de grupper, de henvender sig til. i tilbud, der skal tilfredsstillе behov for brugerstyring og tilknytning til det omkringliggende samfund er det vigtigt, at de ansatte medarbejdere ikke er overbeskyttende omsorgsgivere med erfaringer fra behandlingssystemet. Det er mere vigtigt med ansatte med erfaringer fra det omkringliggende samfund og kompetencer, der anerkendes i normalsamfundet.”

I disse beskrivelser er der ikke antydning af skel mellem forskellige tilbud. Der er tale om glatte forløb, fordi alle medarbejdere ser sig selv som en del af en større helhed og sammenhæng, og kender og respekterer de øvrige lokale serviceyders tilbud. Der konkurreres ikke om målgrupper, og det anerkendes, at der er brug for, at nogle påtager sig ansvaret for en sammenhæng i indsatsen, når brugeren ikke magter det og gør det i samarbejde med og respekt for den enkelte bruger.

I relation til overvejelserne om et fælles værdigrundlag skal der også henvises til de 4 målsætningsrapporter, der i dag foreligger vedrørende indsatsen på psykiatriområdet.

Sundhedsstyrelsen har således udsendt:

- Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien, 1995.
- Målsætninger for kvalitet i distrikpsykiatrien, 1998.
- Målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien, 1998.

Videnscenter for Socialpsykiatri har udsendt:

- Kvalitet i socialpsykiatrien, 2000.

Herudover kan det nævnes, at Dansk Psykiatrisk Selskab i foråret 2001 har udsendt:

- God socialpsykiatrisk standard i behandling af unge og voksne med skizofreni.

Disse målsætningsrapporter indeholder alle konkrete anbefalinger vedrørende indsatsen for sindslidende og herunder for samarbejdet mellem de relevante involverede parter. De mål, der er opstillet, bygger bl.a. på den underliggende præmis, at et tæt ligeværdigt samarbejde er en afgørende faktor i en vellykket sammenhængende indsats.

Som det fremgår er målsætningsrapporterne udarbejdet over en længere tidsperiode og til dels uafhængigt af hinanden.

Udvalget finder på den baggrund, at der kan være grund til at se nærmere på, hvorvidt de foreliggende målsætningsrapporter med fordel kunne suppleres med en tværgående overordnet opstilling af de fælles centrale *værdier og mål* for indsatsen for sindslidende. Et sådant fælles tværsektorielt og tværfagligt grundlag vil efter udvalgets vurdering kunne medvirke til at fremme udviklingen af gode sammenhængende forløb i indsatsen i forhold til den enkelte sindslidende.

Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriet og Socialministeriet tager initiativ til, at der sammen med relevante parter på området udarbejdes et fælles værdigrundlag for den samlede offentlige indsats for sindslidende med det mål at understøtte udviklingen af gode sammenhængende forløb for den enkelte sindslidende.

3.3 Forskellige fagkulturer

Sundheds- og socialektoren har som beskrevet forskellige kerneopgaver. Det afspejler sig også i, at der groft sagt er udviklet forskellige kulturer, dvs. fagsprog, rutiner, handlemønstre etc. Forskelle der bl.a. bunder i, at der er to forskellige faglige perspektiver i spil: Behandlingsperspektivet og det sociale rettigheds- og integrationsperspektiv.

Set i en barriere-sammenhæng er det i høj grad de gensidige forestillinger og fordomme, som kan udgøre et problem. Udvalget har derfor søgt at sammenfatte nogle af de fordomme, der med mellemrum kommer til udtryk.

I forhold til socialektoren hævdes det indimellem:

At det sociale arbejde varetages af semi-professionelle praktikere. At det praktiske arbejde er løst eller usikkert hvad angår metode, teori og stringens. At socialektorens praktikere ikke ved nok om sindslidelse til at kunne arbejde forsvarligt. At der ikke arbejdes målrettet og synligt - man lægger ikke vægt på at beskrive og sandsynliggøre effekten af, hvad man går og laver. Især ikke overfor sundhedssektorens professioner. At socialarbejdere ikke reflekterer

over, hvorfor man gør som man gør - man har en fragmenteret praksis og en pragmatisk fremgangsmåde.

Modsat hævdes det om sundhedsvæsenet:

At psykiatrien fastholder mennesket i sygdommen, der betragtes som en biologisk-kemisk ”fejl”, men ikke ser hele mennesket og samspillet med omgivelserne. At de professionelle indtager en dominerende rolle og trænger ind over det sociale felt med et dominerende begreb om behandling.

Der er som nævnt klart tale om meget karikerede fremstillinger, men selv om tendensen til grøftegravning eller fjendebilleder mellem sektorerne er vigende, er der tale om forestillinger, der fortsat med mellemrum ses afspejlet i den offentlige debat.

Uden at gå dybere ind i forskellene i fag- og sektorkulturer skal det noteres, at forskellene til dels også afspejler, at de forskellige enheder møder den sindslidende i forskellige situationer og forskellige faser af patient/brugerforløbet. Personalet observerer forskellige ting – afhængigt af faglig baggrund og perspektiv og tilbudets kerneopgave. Hver enhed og faggruppe har således fokus på hver sit brudstykke af den sindslidende og situationen.

Dette er der i sig selv intet forkert i - tværtimod. Forskelligheden er netop med til at sikre en bred og mange facetteret indsats for de sindslidende. Problemerne opstår først i det omfang, man ikke åbent orienterer sig udad mod andre involverede med henblik på at samarbejde om indsatsen. Risikoen er da, at der er et manglende helhedssyn på den sindslidende og hans eller hendes situation.

Problemet med sammenstød mellem fag- og sektorkulturer lader sig næppe afdække mere præcist inden for dette udvalgs rammer, men udvalget kan konstatere at såvel sindslidende som pårørende oplever forskelle mellem de forskellige tilbud, og at det kan give både positive og negative oplevelser.

Hvorvidt der opleves sådanne sammenstød vil ikke mindst afhænge af, om der er konflikter eller et ligeværdigt samarbejde mellem de forskellige tilbud.

Forskellene i fagkulturer kan desuden udgøre en barriere i kommunikationen mellem sektorerne, hvilket svækker sammenhængen i indsatsen.

Udvalget finder grundlæggende, at det er positivt, at der ses en voksende grad af tværfaglighed i indsatsen for de sindslidende. Tværfaglighedens styrke er, at forskellige fagligheder indgår i et åbent samarbejde baseret på gensidig respekt.

Et aspekt i denne diskussion er også de barrierer, der kan ligge i, hvad der meget overordnet kan betegnes som forskelle i behandlingsfilosofier eller mere konkret forskellige opfattelser af, hvad sindslidelser er, og hvilke behandlinger og støttetilbud, der er mest hensigtsmæssige.

Udvalget skal ikke gå nærmere ind i denne diskussion, men understrege, at den faglige debat om disse spørgsmål selvfølgelig er en helt central forudsætning for en fortsat faglig udvikling af kvaliteten i indsatsen for sindslidende.

Udvalget skal imidlertid også understrege, at den faglige debat ikke må føre til, at den sindslidende og pårørende oplever at blive kastebold i de faglige diskussioner.

Udvalget finder i den forbindelse, at elementer som fælles efteruddannelse, temamøder og andre uddannelsesmæssige og kontaktskabende initiativer kan bidrage til at styrke samarbejdet mellem faggrupperne.

Udvalget anbefaler, at der gennemføres et udviklingsarbejde med henblik på nærmere at belyse, hvilke tiltag der vil kunne medvirke til at styrke samarbejdskulturen på tværs af de to sektorer og på tværs af faggrænser.

3.4 Recovery

I forlængelse af det foregående vedrørende den faglige debat og udvikling finder udvalget særlig anledning til at nævne den i dansk sammenhæng begyndende diskussion om begrebet *recovery*.

Recovery har endnu ikke fået et dansk navn, men begrebet dækker i korthed over ”det at komme sig af sin sindslidelse/blive helbredt” - set i modsætning til begrebet kronisk sindslidelse.

Det forhold, at man kan komme sig af sygdom og genvinde sin uafhængighed af behandlings- og støttetilbudene, er ikke som sådan en nyopdagelse eller et hidtil ukendt perspektiv i relation til psykisk sygdom. Men der er et fornyet fokus på det og interesse for at forstå, hvad det er, der hjælper den enkelte fremad i recovery-processen.

Begrebet recovery lægger op til *systematisk at overveje* mulighederne for, at det sammenhængende forløb for den sindslidende også omfatter muligheden for helt at forlade såvel behandlings- som støttetilbudene.

Udvalget anbefaler, at der gennemføres tværsektoriel forskning og evt. forsøg, hvor recovery-perspektivet gøres til genstand for nærmere undersøgelse.

3.5 Tavshedspligt og samtykke

Med mange involverede i den samlede indsats i forhold til den enkelte sindslidende skal der kommunikeret og udveksles oplysninger om den sindslidende.

Regler om tavshedspligt, dvs. om videregivelse og indhentelse af fortrolige oplysninger reguleres af forvaltningsloven, personoplysningsloven, straffeloven, retssikkerhedsloven, lov om patienters retsstilling, psykiatriloven og gældende sædvane om god forvaltningsskik.

Udvalget har drøftet, om reglerne om tavshedspligten udgør en hindring for det praktiske samarbejde, dels på tværs af sektorerne og dels i forhold til pårørende.

Der er i udvalget enighed om, at reglerne til beskyttelse af den enkelte private person er vigtige, og udvalget finder generelt, at reglerne ikke udgør en barriere for det nødvendige samarbejde. I de fleste situationer er det enkelt og uproblematisk at indhente det nødvendige samtykke, så relevante oplysninger kan videregives.

Det skal i denne forbindelse yderligere nævnes, at der er mulighed for i særlige situationer at fravige kravet om samtykke.

I relation til den lille gruppe af patienter, der efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred rummer psykiatriloven mulighed for at indgå eller udarbejde en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

I den forbindelse indeholder loven hjemmel til at videregive oplysninger om patienters rent private forhold til andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl., hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til indgåelse af og tilsyn med

overholdelse af en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. I samme omfang kan myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. videregive oplysninger om patienter til den psykiatriske afdeling og andre myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

Også gennem den såkaldte værdispringsregel - jf. forvaltningsloven og lov om patienters retsstilling - er der i særlige tilfælde hjemmel til at fravige kravet om samtykke. Efter værdispringsreglen er en forvaltningsmyndighed berettiget til at give meget følsomme oplysninger videre til anden forvaltningsmyndighed, når der er en klar ubalance mellem på den ene side hensynet til de interesser, der begrunder tilbageholdelsen selv over for andre myndigheder, og på den anden side afgørende modhensyn til enten private eller offentlige interesser.

Blandt pårørende opleves reglerne om tavshedspligt imidlertid ikke sjældent som en barriere i samarbejdet.

Der kan her være grund til at fremhæve, at Sundhedsstyrelsens Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt – dialog og samarbejde med patienter fra 1997 lægger op til, at informationer fra de pårørende må modtages i sundhedsvæsenet uden den sindslidendes samtykke. Samtidig fastslås det, at patienten skal give sit samtykke, når der er tale om at videregive oplysninger om pågældendes behandling til de pårørende.

Hvis patienten er i en tilstand, hvor vedkommende er ude af stand til at varetage sine interesser og dermed ikke er i stand til at forstå en information og tage stilling til samtykke, kan der efter en konkret vurdering videregives nødvendige oplysninger til de pårørende, hvis videregivelsen må antages at være i patientens interesse.

Som hovedregel skal patienten give samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, herunder oplysninger om det forhold at vedkommende er indlagt.

Hvis der er tale om at videregive oplysninger om et barn eller en ung under 18 år, gælder der som udgangspunkt ikke tavshedspligt over for forældremyndighedens indehaver. Dog kan tavshedspligt være nødvendig i visse situationer, men f.eks. oplysning om opholdsstedet skal altid videregives til forældrene.

Er der tale om en myndig psykiatrisk patient, der ikke ønsker, at de pårørende får oplysning om, at vedkommende er indlagt, skal dette som udgangspunkt respekteres. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at det kan være afgørende for patientens stillingtagen at forklare, at en videregivelse ikke nødvendigvis indebærer, at de pårørende kommer på besøg, men at det kan være af stor betydning, at de ved, hvor patienten opholder sig. Det kan være en situation, hvor de pårørende er bekymrede og f.eks. leder efter patienten.

Reglerne om tavshedspligt betyder således ikke, at de pårørende overhovedet ikke kan få information. Sundhedspersoner kan uden at overtræde tavshedspligten informere pårørende om generelle forhold vedrørende en sygdom og behandlingsmulighederne og de pårørendes muligheder for at yde og få støtte generelt.

Sundhedspersonerne kan også modtage informationer fra pårørende, uden at det kommer i strid med tavshedspligten. De kan f.eks. godt tale med de pårørende om deres oplevelser af situationen og de problemer, de pårørende oplever.

Selvom reglerne om tavshedspligt ikke afskærer de pårørende fra information, kan det ikke udelukkes, at reglerne om tavshedspligt i nogle tilfælde har været anvendt som undskyldning for ikke at prioritere information og dialog med de pårørende.

Der er grund til at fremhæve, at de fleste sindslidende gerne ser de pårørende inddraget i et samarbejde med sygehuset m.v. Omvendt er der også tilfælde, hvor sindslidende nægter personalet at samarbejde med de pårørende, hvilket som hovedregel skal respekteres.

4. Fra henvendelse til udskrivning

4.1 Indledning

Der vil i dette kapitel blive fokuseret på koordinationen og sammenhængen i forløbet i situationer, hvor den sindslidende bevæger sig fra tilbud i ét regi til tilbud i et andet eller benytter flere forskellige tilbud på samme tid.

Kapitlet indledes med et afsnit om inddragelse af den sindslidende og de pårørende. For overskuelighedens skyld er kapitlet i øvrigt bygget op om de faser, som indgår fra henvendelse til egen læge over udskrivning fra psykiatrisk afdeling til tilbuddene i distrikts- og socialpsykiatrien. Det er tilstræbt, at teksten også afspejler, at der i virkelighedens verden ikke er tale om standardforløb og sjældent om lineært fremadskridende forløb, som begynder hos egen læge og slutter i distrikts- og socialpsykiatrien.

For eksempel vil nogle sindslidende, som tidligere har været indlagt på psykiatrisk afdeling komme ud for, at en indlæggelse igen bliver nødvendig. Det betyder, at indlæggelse på en psykiatrisk afdeling ofte finder sted fra en hverdag, hvor den sindslidende benytter distrikts- og socialpsykiatriens tilbud.

Det samlede forløb for en sindslidende kan således se temmelig forskelligt ud afhængigt af den enkeltes ønsker, ressourcer og behov. I det enkelte forløb kan indgå en række forskellige behandlingsmæssige og sociale tilbud, som kan indgå i forskellige kombinationer og med forskellig intensitet.

Nogle benytter relativt mange af disse tilbud, mens andre benytter meget få. Nogle forlader relativt tidligt i forløbet behandlings- og støttetilbuddene, fordi de genvinder evnen til at tage vare på egen tilværelse, mens andre indgår i meget langvarige forløb.

Der er således mange variationer over dette forløb og derfor også variation med hensyn til behovet for koordination af forløbet.

4.2 Samarbejde med pårørende

Udviklingen af den offentlige indsats på det psykiatriske område har øget behovet for at forbedre samarbejdet mellem *alle* de parter, der indgår i samspillet om indsatsen i forhold til den enkelte sindslidende.

I den forbindelse er samarbejdet med den sindslidendes familie, pårørende og eventuelle private netværk af stor betydning. Det er i dag dokumenteret viden, at psykisk syges pårørende er en vigtig ressource i psykiatrien. Ved pårørende forstås den psykisk syges nærmeste familie eller andre nærtstående personer i den syges sociale netværk.

De pårørende kan have flere vigtige roller

- som vidensbærere
- som koordinatører
- som hjælp-, støtte- og omsorgsgivere
- som en vigtig del af den sindslidendes private sociale netværk

Inddragelse af de pårørende forudsætter den sindslidendes samtykke. Erfaringen er, at mange sindslidende gerne ser pårørende og/eller andre fra det private netværk inddraget, ligesom de pårørende i de fleste tilfælde ønsker at være samarbejdsparter - at være med til at tage et ansvar.

De pårørende har en stor viden og erfaring om det konkrete menneske, og kan give de professionelle værdifuld information, som kan komme behandlingen og dermed den syge tilgode.

Mennesker med sindslidelse træffer lige som andre mennesker selv beslutninger vedrørende deres liv. Det gælder beslutninger, der vedrører behandling og behandlingsforløb i sundhedsvæsenet, med mindre psykiatrilovens bestemmelser om tvang finder anvendelse. Det gælder desuden beslutninger, der vedrører den sociale sektors tilbud om hjælp, støtte og omsorg i hverdagslivet.

I praksis spiller de pårørendes ofte en vigtig rolle i at sikre den nødvendige kontinuitet og koordination. Det får således afgørende betydning, at der samarbejdes mellem den syge, dennes pårørende og behandlerne, når samspillet og koordinationen med og mellem institutioner og myndigheder skal bringes til at fungere, og når der skal følges op på beslutninger, aftaler og planer.

Den personlige og følelsesmæssige tilknytning hos de pårørende, som er ”stand-by” døgnet rundt, giver en særlig ansvarlighed og omsorgskvalitet.

Men de pårørende har ikke altid tilstrækkelig viden og erfaring til umiddelbart at varetage de opgaver, som de lige fra lidelsens begyndelse bliver kastet ud i, med at hjælpe og støtte deres slægtning, hvorfor de kan have behov for støtte, viden og rådgivning. Der er direkte risiko for, at pårørende i deres uvidenhed om lidelsen og dens symptomer, kan forårsage en forværring af tilstanden. Det er derfor vigtigt, at psykiatriens institutioner og myndigheder fra starten etablerer et godt tillidsforhold til og samarbejde med både den sindslidende og dennes pårørende.

I takt med at sindslidende integreres i samfundet og skal leve et hverdagsliv på egne præmisser, får den sindslidendes sociale relationer en stærk indflydelse på resultatet af samfundets indsats – det være sig behandling eller hjælp, støtte og omsorg.

Det gælder for mange sindslidende, at det sociale netværk smuldrer på grund af kontaktvanskeligheder og belastning af nærmiljøet i akutte faser. De pårørende bliver de sindslidendes vigtigste og ofte eneste livline. Det er vigtigt for mange sindslidende at bevare deres tilhørsforhold til familien og dermed deres sociale identitet.

Selvom de familieære, følelsesmæssige bånd ofte er stærke, er de ikke ubrydelige, og konflikter og interessemodsætninger er ikke usædvanlige. Da de gode relationer med de pårørende generelt har så afgørende, positiv indflydelse på resultatet af behandlingen og rehabiliteringen, er det vigtigt, at de professionelle behandlere positivt arbejder for at etablere tillid og samarbejde i forholdet.

Samarbejde mellem pårørende og de offentlige tilbud er rundt om i landet udviklet i varierende omfang og i øvrigt tilrettelagt på forskellig måde. Flere steder er der vedtaget principper for samarbejde med patienter/brugere og pårørende, mens der andre steder arbejdes med at udvikle sådanne principper, hvoraf bl.a. følgende kan fremhæves:

- De professionelle skal støtte den sindslidende i at fastholde og udbygge sit private sociale netværk og kontakten til de nærmeste pårørende.
- Kontakten med de pårørende skal etableres tidligt i forløbet.
- De professionelle skal inddrage de pårørendes viden og erfaringer.
- Det er vigtigt at bevare de pårørendes motivation for og udvikle deres evne til at være støttepersoner for den sindslidende.
- Det er vigtigt, at de pårørende bliver tilbudt personlig hjælp og undervisning samt vejledning i at håndtere vanskelige situationer, og der skal være mulighed for at deltage i grupper med andre pårørende.

Udvalget kan konstatere, at man i dag har sikker viden om, at der kan opnås en væsentlig positiv effekt på lidelsens forløb og udviklingen af den sindslidendes evne til at etablere og leve et acceptabelt hverdagsliv, når de professionelle tidligt og målrettet inddrager og samarbejder med pårørende.

Udvalget anbefaler, at der så tidligt som muligt i behandlingsforløbet etableres en kontakt med de nærmeste pårørende – under forudsætning af at den sindslidende giver sit samtykke hertil – med henblik på at samarbejde mellem den sindslidende, de pårørende og vedkommende institution om det videre forløb. Det er i den forbindelse vigtigt, at der er opmærksomhed om værdien af at samarbejde med pårørende indgår i uddannelsen og efteruddannelsen af personalet i både sygehus- og socialpsykiatrien.

Netværksarbejde i Finland

Som et eksempel fra udlandet på en metode til tidlig og systematisk inddragelse af netværket omkring den sindslidende kan i denne forbindelse nævnes en model, som praktiseres i Västra-Lappland i det nordlige Finland.

Der er i regionen fastsat regler for, hvordan og hvornår den sindslidende og hans eller hendes netværk inddrages i beslutningerne omkring behandlingen. Der gælder blandt andet den regel, at der inden 24 timer efter, at der er etableret kontakt mellem den sindslidende og det psykiatriske hospital, skal afholdes et ”netværksmøde” med deltagelse af alle involverede parter, herunder den sindslidende og dennes familie samt evt. også venner, praktiserende læge, naboer, kolleger, politi m.v.

I mødet deltager også de involverede personalegrupper og mødet kan dermed også bidrage til koordinationen af det forløb, som sættes i værk for patienten. Mødet ledes af den første behandler, som patienten har talt med ved sin kontakt til hospitalet. Endvidere gælder den regel, at personalet ikke må tale om eller planlægge forløb for patienten, uden at patienten selv deltager.

Kilde: ”Når rejsen er målet – metoder i socialpsykiatrisk praksis”, Videnscenter for Socialpsykiatri, 2000.

4.3 Henvendelse til den praktiserende læge

Arbejdsdelingen på det psykiatriske område følger – ligesom i sundhedsvæsenet i øvrigt – princippet om, at udredning og behandling bør varetages på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau.

Den typiske vej for en patient med en psykisk lidelse ind i behandlingssystemet går således via henvendelse til egen læge, og – i det omfang det er muligt og forsvarligt – færdigbehandles patienten også hos egen læge. Hvor det ikke er muligt henviser lægen til en praktiserende psykiater eller til sygehuspsykiatrien.

Den praktiserende læge kan desuden spille en rolle i det forløb, som knytter sig til fasen efter udskrivning fra sygehus. Nogle patienter efterbehandles hos egen læge, mens andre patienter typisk modtager ambulans behandling i distriktspsykiatrien, eventuelt med støtte fra

tilbuddene i socialpsykiatrien. Se nærmere herom i afsnit 4.4 om udskrivningsfasen.

Den praktiserende læges opgaver:

Før eventuel indlæggelse

- Udredning og behandling.
- Henvisning til specialiseret behandling, herunder opsamling og videregivelse af nødvendig information.

Efter udskrivning

- Deltagelse i efterbehandling, herunder evt. støtte og motivering af den sindslidende til at fortsætte med behandling og til at modtage de sociale støttetilbud.
- Støtte og rådgivning til de pårørende.
- Behandling og vejledning i forbindelse med den sindslidendes eventuelle somatiske sygdomme.

En stor del af de psykiske lidelser, der behandles af den praktiserende læge vedrører lettere angst og depressionstilstande. Behandlingen kan være medikamentel, men mange praktiserende læger er også efteruddannet til at yde terapeutiske samtaler.

Der kan være grund til at understrege, at det at sikre patienten et godt og sammenhængende forløb også indebærer, at der ikke sker unødige henvisninger til de mere specialiserede niveauer i sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge har en tilstrækkelig viden om psykiske lidelser, udvikler sin viden, men også befinder sig i en sammenhæng til kolleger, der er speciallæger i psykiatri, og som kan rådgive og vejlede, når der er behov for det. Det kan nævnes, at i flere amter indgår praktiserende læger i supervisionsgrupper med speciallæger fra sygehus- eller distriktpspsykiatrien. Specifikt gælder det, at læger, der yder samtaleterapi i henhold til overenskomsten med sygesikringen, er forpligtet til at deltage i supervisionsmøder enten mellem alment praktiserende læger eller med psykolog eller psykiater.

Udvalget finder det væsentligt, at der arbejdes videre med udbredelse og udvikling af supervisionsordninger, og at den generelle kvalitetsudvikling af de praktiserende lægers arbejde med sindslidende fortsætter.

I den forbindelse skal det yderligere nævnes, at Sundhedsstyrelsen i efteråret 2000 udsendte en vejledning om behandling med antidepressiva, antipsykotika m.v., som fortrinsvis er udarbejdet med henblik på brug i almen praksis. Ligeledes kan det nævnes, at Dansk Selskab for Almen Medicin med støtte fra Sundhedsministeriet er i færd med at udarbejde kliniske retningslinier for de praktiserende lægers diagnosticering, og behandling af depression og for opfølgning overfor patienter, som behandles for depression.

Når der foretages en henvisning er den praktiserende læges iagttagelser og erfaringer fra mødet med patienten et vigtigt afsæt for den videre behandling. Henvisningen bør ideelt set indeholde alle oplysninger om patienten og dennes private og professionelle netværk, som kan være relevante i den videre behandling, herunder også oplysninger om eventuelle behandlingsmæssige tiltag, som er iværksat hos den praktiserende læge.

En række amter har praksiskonsulenter. Disse har koordinerende opgaver og fungerer som en form for mellemmand mellem praksis og de psykiatriske afdelinger. En opgørelse fra januar 2000 viste, at i alt 11 amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner havde praksiskonsulenter på det psykiatriske område. Det er udvalgets vurdering, at praksiskonsulenter har en positiv effekt på samarbejdet mellem praktiserende læger og sygehus, idet konsulenterne kan bidrage til at vaner og rutiner justeres og medvirke til, at den generelle forståelse mellem sektorerne styrkes. Konsulenterne kan medvirke til at få skabt nogle lokalt tilpassede effektive rammer og procedurer for såvel gåde henvisninger og gode udskrivningsforløb.

Udvalget foreslår, at brugen af praksiskonsulenter på psykiatriområdet udbredes til hele landet.

4.4 Når indlæggelse er nødvendig

Det følger af psykiatriloven, at den behandlingsansvarlige overlæge har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for alle patienter, der indlægges på en psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsen vejledning om psykiatrilovens revision fra 1998, at lægen i forbindelse med drøftelsen af behandlingsplanen skal vejlede patienten om formålet med behandlingen og søge patientens samtykke til de påtænkte

foranstaltninger, herunder overveje mulighederne for patientens eventuelle forslag om andre behandlingsformer.

Behandlingsplanen - som skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen - skal indeholde en plan for den påtænkte behandling, herunder evt. medicinsk behandling og psykoterapeutiske og sociale foranstaltninger. I planen angives bl.a. de mål, som søges opnået ved behandlingen og tidspunkt for planlagt opfølgning af behandlingsplanen. Desuden skal patientens holdning til behandlingsplanen fremgå. Planen skal ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller den overordnede behandlingsstrategi.

Det er udvalgets opfattelse, at behandlingsplanen bør være et redskab til at sikre, at den sindslidende oplever sammenhæng mellem de behandlingsmæssige og sociale elementer, som indgår, og til at forberede patienterne på en tilbagevenden til samfundslivet.

Behandlingsplanen bør endvidere anvendes som redskab til at planlægge en hensigtsmæssig overgang fra indlæggelse på en psykiatrisk afdeling til evt. ambulante behandling i distriktskykiatrien eller egen læge og til tilbuddene i socialpsykiatrien i de tilfælde, hvor det er relevant.

I tilfælde hvor patienten op til indlæggelsen har været i ambulante behandling i distriktskykiatrien bør personalet herfra inddrages i beslutninger vedrørende behandlingsplanen, medmindre patienten ikke ønsker dette. Det samme bør gælde for personalet fra den sociale sektor, hvis patienten op til indlæggelsen har benyttet tilbud i socialpsykiatrien, idet dette personale ligeledes kan have en særlig viden om patienten, som er relevant for behandlingen.

Denne procedure kan bidrage til, at vigtig viden om den sindslidendes behov og ressourcer inddrages i planlægningen af behandlingen og aktivitetstilbud under indlæggelsen.

I forhold til at sikre størst mulig kontinuitet under indlæggelsen er det hensigtsmæssigt, at ansvaret for den enkelte patient i videst muligt omfang samles hos en fast kreds af personalet. Det vil hermed kunne sikres, at planlagte samtaler finder sted med dette personale, og at det også er dette personale, der varetager samtaler med pårørende, hjemmebesøg, varetager kontakten til distriktskykiatrien, de socialpsykiatriske tilbud m.v.

I visse amter er opgaveløsningen i psykiatrien organisatorisk tilrettelagt således, at opgaverne i det distriktspsykiatriske tilbud og på den psykiatriske afdeling varetages af det samme personale. Det giver nogle særlige vilkår i forhold til at skabe mulighed for kontinuitet i relationen mellem patient og personale, i de tilfælde hvor indlæggelsen finder sted fra distriktspsykiatrien.

Kontinuiteten kan styrkes yderligere ved at søge at undgå pludselige overflytninger mellem afdelinger. Det er en fordel, at afdelingerne er indrettet fleksibelt, så patienterne kan forblive i det samme regi, selvom deres tilstand ændrer sig. Det kan f.eks. indebære, at den skarpe adskillelse mellem lukket og åbent afsnit ophæves. En række steder i landet er der etableret såkaldt ”skærmede enheder”, hvor der er mulighed for at lukke en del af afsnittet af, hvis der er behov for, at en eller nogle få patienter skærmes fra de øvrige patienter for at undgå belastende og evt. truende situationer.

Ved skift fra et behandlingsregi til et andet, f.eks. fra sengeafdeling til distriktspsykiatri, er det nødvendigt, at personalet sammen med den sindslidende forbereder det forestående skift og herunder introducerer patienten til det nye personale. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis personalet på afdelingen og i distriktspsykiatrien har aftalt faste procedurer for skiftet.

Det er i øvrigt udvalgets opfattelse, at det i forbindelse med udskrivning er en god idé, at der sammen med patienten sker en evaluering af forløbet.

4.5 Særligt om tvangsindlæggelse

Det er et grundlæggende og lovfæstet princip i dansk ret, at sygdomsbehandling kræver patientens samtykke. Kun to steder i sundhedslovgivningen er der hjemmel til at gennemføre behandling mod patientens ønske. Det drejer sig om epidemiloven og psykiatriloven.

I psykiatriloven er det hensynet til patienten selv og/eller hensynet til omgivelserne, der begrundet fravigelsen af selvbestemmelsesretten. Enten fordi behandling kan forbedre udsigten til helbredelse, eller fordi behandling kan føre til reduktion af fare for patienten selv eller andre.

Psykiatriloven fastsætter under hvilke omstændigheder, der kan iværksættes tvangsindlæggelse af sindslidende.

Tvangsindlæggelse kan kun iværksættes af en læge. Lægen har pligt til at anmode om politiets bistand til iværksættelse af tvangsindlæggelse, hvis en person findes at være psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed og er til fare for sig selv eller andre. Samme pligt påhviler lægen, hvis den pågældende er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske kan sidestilles hermed, og det med henblik på behandling vil være uforsvarligt ikke at tvangsindlægge den pågældende, fordi prognosen for helbredelse eller afgørende bedring ellers vil blive væsentligt forringet.

Loven tillader ikke psykiatere at indlægge personer på den afdeling, hvor de selv en ansat. Når tvangsindlæggelse kommer på tale, sker det i praksis overvejende under medvirken af en praktiserende læge.

Det er et tilbagevendende tema i den offentlige debat, hvorvidt de ganske restriktive betingelser, som skal være opfyldt for, at der kan ske tvangsindlæggelse, i visse tilfælde udgør en barriere for, at der kan etableres et forløb, som sikrer den nødvendige behandling, omsorg og støtte for den sindslidende.

Det er imidlertid udvalgets vurdering, at Psykiatrilovens regler vedr. tvangsindlæggelse ikke i sig selv udgør en barriere for en sammenhængende behandlingsindsats.

Der er til gengæld en række praktiske omstændigheder forbundet med de situationer, hvor tvangsindlæggelse er på tale, som kan være vanskelige at håndtere, og som kan blive oplevet som unødigt træghed i systemet.

Når der vurderes at være behov for tvangsindlæggelse, udgør det en meget vanskelig og belastende situation for den sindslidende og de pårørende. Men også for den praktiserende læge, som er kaldt til stede, kan situationen være vanskelig i den forstand, at det kan sætte det normale tillidsforhold mellem lægen og patienten under pres.

Der foreligger mange beretninger om de praktiske vanskeligheder, som ofte melder sig, når en tvangsindlæggelse sættes i værk. Der kan være tilfælde, hvor patienten viser sig ikke at være hjemme eller nægter at lukke op, når lægen møder op for at foretage sin vurdering. I andre tilfælde er patienten måske i stand til kortvarigt at skjule sine symptomer under lægens besøg. Endvidere er det ikke altid muligt, at der med kort varsel kan komme en læge til stede.

Desuden spiller det ind, at den praktiserende læge ofte savner erfaring og rutine. Antallet af tvangsindlæggelser er så relativt få, at den praktiserende læge kun yderst sjældent kommer ud for situationer, hvor tvangsindlæggelse er på tale. Lægen vil derfor sjældent være rutineret i proceduren og betingelserne for tvangsindlæggelse.

Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriet som information til de praktiserende læger udarbejder en kort praktisk vejledning vedr. procedurerne i forbindelse med iværksættelse af en tvangsindlæggelse.

Udvalget skal i øvrigt i relation til tvangsindlæggelse bemærke, at efter udvalgets vurdering kan udviklingen af bedre og mere sammenhængende behandlingstilbud i sundhedssektoren og støttetilbud i socialsektoren også medvirke til at forebygge tvangsindlæggelser.

Psykiatriloven sætter som beskrevet snævre grænser for, hvornår tvangsindlæggelse kan komme på tale. Det er vigtigt at understrege, at tvangsindlæggelserne glædeligvis kun udgør en meget lille del af de samlede antal indlæggelser i det psykiatriske sygehusvæsen. Men i de tilfælde, hvor tvangsindlæggelse foretages, er det til gengæld helt afgørende, at det sker så smidigt og skånsomt som muligt.

I diskussionen af behovet for smidige og skånsomme procedurer i forbindelse med tvangsindlæggelse, har udvalget drøftet det hensigtsmæssige i Psykiatrilovens bestemmelse om, at psykiatere ikke kan indlægge personer på den afdeling, hvor de selv er ansat. Det kan eksempelvis i praksis også omfatte psykiatere i distriktpsychiatrien, når det pågældende distriktpsychiatriske center organisatorisk hører ind under den sygehusafdeling, hvor tvangsindlæggelsen skal finde sted.

Udvalget har ikke fundet grundlag for at foreslå en ændring af de nugældende bestemmelser for lægers medvirken ved tvangsindlæggelse, men foreslår, at spørgsmålet indgår i det analysearbejde, som vil gå forud for den planlagte revision af Psykiatriloven i 2005.

4.6 Udskrivningsfasen

Det er især i forbindelse med skift fra behandling på psykiatrisk sygehus til ambulante behandling i distriktpspsykiatrien og til støttetilbud i den sociale sektor, at der er risiko for, at der opstår brud i kontinuiteten.

Til illustration af dette kan der eksempelvis henvises til en undersøgelse, som er offentliggjort i bogen ”De farlige psykiatriske tal”, fra 2000. Heraf fremgår, at kun ca. 48 pct. af de skizofrene patienter, som udskrives fra psykiatriske afdelinger har kontakt til et ambulante behandlingstilbud 1 måned efter udskrivelse, og at andelen kun stiger ganske få procent, når man ser på, hvor mange der efter 3 måneder har kontakt til ambulante behandling.

Sammenhæng i behandling og støtte kræver, at der sker en koordineret udslusning, som sikrer, at den sindslidende får tilbudt og introduceres til den behandling og støtte, som er aftalt. Jo flere tilbud der er aftalt, jo større er behovet for koordination.

Det er i den forbindelse en forudsætning, at der både generelt og konkret er etableret et godt og struktureret samarbejde og en klar ansvarsfordeling mellem personalet på den psykiatriske afdeling, i distriktpspsykiatrien og i socialpsykiatrien, herunder både den amtslige og den kommunale del.

Igen gælder det, at alle relevante parter - det vil i princippet sige alle, som har en rolle og en opgave i det videre forløb, herunder også den sindslidendes nære private netværk - bør inddrages så tidligt som muligt i planlægningsforløbet. Ellers kan der tabes vigtige skridt i rehabiliteringen af den sindslidende, som er målet for den samlede indsats.

Det er udvalgets indtryk, at man i amter og kommuner i disse år arbejder målrettet på at udvikle samarbejdet i forbindelse med udskrivningsfasen og planlægningen af det samlede forløb for den sindslidende.

Udvalget anbefaler, at der fortsat arbejdes på at videreudvikle samarbejdsstrukturerne og metoderne i forbindelse med udskrivningsfasen og planlægningen af det samlede forløb.

4.6.1 Aftaler og planer om behandling og støtte

Planbegrebet

I indsatsen for sindslidende anvendes betegnelsen ”plan” eller ”handleplan” i flere forskellige betydninger, og indholdet af planerne har desuden forskellig rækkevidde.

Betegnelsen ”handleplan” bruges ofte om *den sociale plan*, som er lovbestemt i serviceloven. Planen udarbejdes i socialforvaltningen og handler primært om den sociale indsats i form af beskæftigelse, boform og personlig hjælp.

Desuden bruges betegnelsen ”handleplan” jævnligt om de forskellige former for konkrete aftaler i forbindelse med udskrivning.

Endelig bruges betegnelsen ”handleplan” om *den individuelle målrettede udviklingsplan*, som den sindslidende udarbejder sammen med kontaktmedarbejderen i det socialpsykiatriske tilbud. Denne form for plan kan f.eks. dreje sig om, hvordan den sindslidende kan ændre på sin døgnrytme og dermed undgå at genere naboerne ved at spille musik om natten. Den handler med andre ord om, hvordan den sindslidende bliver bedre til at tage vare på sig selv i dagligdagen.

Udover de nævnte former for planer findes som tidligere omtalt den psykiatriske *behandlingsplan* i forbindelse med behandling på psykiatrisk afdeling og en *udskrivningsaftale* eller *koordinationsplan*, som i særlige tilfælde udarbejdes ved udskrivning fra sygehuset.

I princippet vil der således kunne være udarbejdet en hel række planer for den sindslidende, som ikke nødvendigvis er koordinerede, men knytter sig til afgrænsede faser af det samlede forløb.

Udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner

Som nævnt har den ansvarlige overlæge pligt til at sikre, at der opstilles en behandlingsplan for alle patienter, der indlægges på psykiatrisk afdeling.

I udskrivningsfasen har overlægen tillige pligt til at sikre, at der udarbejdes udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for patienter, der må antages ikke selv at ville søge nødvendig behandling eller sociale tilbud efter udskrivning. Formålet med bestemmelsen er at sikre opfølgning i forhold til patienter, der samtidig har alvorlig psykisk sygdom og alvorlige sociale problemer, misbrug etc.

Bestemmelserne er beregnet for den særlige gruppe af patienter, som hidtil har haft vanskeligheder med at indgå i samarbejdet med det psykiatriske behandlingssystem. En del kan karakteriseres som såkaldte ”svingdørpatienter”, som har haft meget uregelmæssige behandlingsforløb.

Det er i bemærkningerne til ændringen af psykiatriloven i 1998 skønnet, at den omhandlede gruppe på landsplan er i en størrelsesorden på ca. 1.000 personer. Der vil derfor kun være tale om indgåelse af udskrivningsaftaler og udarbejdelse af koordineringsplaner ved et mindre antal udskrivninger. De seneste opgørelser viser, at der i 1999 blev udarbejdet i alt 252 udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

En udskrivningsaftale eller koordinationsplan kan ikke gennemtvinges overfor patienten, men placerer et ansvar i behandlings- og støttesystemet for at reagere og tage kontakt til patienten, hvis denne udebliver fra tilbud i et planlagt forløb.

Udskrivningsaftalen indgås mellem patienten, overlægen ved den psykiatriske afdeling samt øvrige relevante parter – dvs. distriktspsykiatrisk center, sociale myndigheder m.fl. Aftalen skal indeholde en beskrivelse af, hvilke behandlingsmæssige og sociale tilbud den sindslidende deltager i efter udskrivning, og der fastsættes i aftalen et tidspunkt for det første møde hos f.eks. det distriktspsykiatriske center.

Udskrivningsaftalen er tidsbegrænset, og det skal således fremgå af aftalen, hvornår den skal tages op til vurdering. Det skal fremgå af udskrivningsaftalen, hvem der er ansvarlig for revurdering af planen, og hvem der er ansvarlig for opfølgningen, således at den sindslidende får de tilbud, som er aftalt. Det skal endvidere fremgå, hvem der skal reagere, hvis aftalen ikke overholdes, herunder f.eks. i tilfælde af, at den sindslidende ikke møder op til aftalt tid til tilbud, som er angivet i aftalen.

Hvis den sindslidende ikke ønsker at medvirke ved udformningen af en udskrivningsaftale skal der udfærdiges en *koordinationsplan* for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til den pågældende. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner har således samme indhold. Den forskellige betegnelse afspejler alene, om patienten har ønsket at medvirke ved indgåelse af en aftale eller ej.

4.6.2 Udfordringer for samarbejdet i udskrivningsfasen

Det er udvalgets vurdering, at der er et generelt behov for en bedre koordinering af de planer, som udarbejdes i behandlingssystemet, og de planer som udarbejdes i socialektoren. Som nævnt går udviklingen generelt i retning af større fokus på tværsektoriel planlægning og samarbejde i udskrivningsfasen. Det er imidlertid udvalgets opfattelse, at dette fortsat må betragtes som et udviklingsområde.

Udvalget finder således, at lokale aftaler om samarbejde og koordination er et redskab, som kan medvirke til at sikre den nødvendige strukturering af indsatsen for den sindslidende på tværs af sektorerne.

Et godt redskab i denne sammenhæng er efter udvalgets vurdering indgåelse af samarbejdsaftaler mellem et amt og kommunerne inden for amtsgrænsen. Aftaler, som bl.a. kan indeholde en afklaring af opgaveansvar og opgavefordeling, organisering, mødestruktur m.v. Som led i sådanne aftaler kan det eksempelvis også aftales, at amtet varetager konkrete opgaver for kommunerne, eller at flere kommuner går sammen om at udbyde bestemte tilbud.

Flere steder i landet er der indgået sådanne aftaler, mens aftaler af denne type andre steder er under udvikling. Udvalget finder det hensigtsmæssigt, at alle amter og kommuner overvejer sådanne samarbejdsaftaler om den lokale indsats for sindslidende.

På det praktiske samarbejdsniveau i relation til den enkelte sindslidende bør der være klare retningslinier for tilrettelæggelsen af den vifte af behandlingsmæssige og sociale tilbud, som tilbydes den sindslidende i forbindelse med udskrivning.

Udvalget er naturligvis bekendt med, at der allerede i dag er et betydeligt samarbejde om tilrettelæggelsen af tilbuddene efter udskrivning. I flere amter arbejdes der eksempelvis på at udvikle udskrivningsplaner for den enkelte, som favner bredere end de afgrænsede planer, der udarbejdes i de forskellige regier. Der arbejdes desuden i praksis med udarbejdelse af sociale planer under den sindslidendes indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Formålet er tidligt i forløbet at klarlægge behovet for og indgå aftaler om boform, beskæftigelse, uddannelse og andre former for aktiviteter, samt særlige former for social støtte f.eks. kontanthjælp.

Det er udvalgets vurdering, at der også på dette område er behov for en videreudvikling af indsatsen.

Udvalget skal på den baggrund anbefale, at Socialministeriet og Sundhedsministeriet i samarbejde med relevante parter tager initiativ til, at der gennemføres en systematisk erfaringsopsamling vedrørende udarbejdelsen og anvendelsen af de forskellige planer, der indgår i indsatsen for sindslidende, med henblik på at understøtte en lokal kvalitetsudviklingsproces på området.

Udvalget kan videre pege på det hensigtsmæssige i, at amter og kommuner indgår aftaler om, hvordan behandlings- og eventuelle udskrivningsplaner koordineres med planerne på det sociale område.

Dette vil efter udvalgets opfattelse kunne sikre en klar ansvarsfordeling og derved medvirke til at sikre, at den sindslidende tilbydes de behandlingsmæssige og sociale tilbud, som er aftalt.

Indholdsmæssigt kan udvalget pege på en række konkrete elementer, som med fordel kan indgå ved en koordinering af indsatsen.

Konkret kan det f.eks. indgå, at personalet på den psykiatriske afdeling ikke må slippe kontakten til den sindslidende, før det er konstateret, at den sindslidende har etableret kontakt og indledt samarbejde med personalet i distriktpsychiatrien.

Af hensyn til kontinuitet er det desuden vigtigt, at nye behandlere og støttepersoner introduceres så tidligt som muligt. F.eks. kan den sindslidende med en kontaktperson fra afdelingen besøge det distriktpsychiatiske center eller botilbuddet inden udskrivningen fra den psykiatriske afdeling finder sted. Tilsvarende kan personale fra distriktpsychiatrien eller socialpsychiatrien ledsage den sindslidende til den psykiatriske afdeling, når der er tale om genindlæggelse.

Det kan endvidere indgå, at den sindslidende af hensyn til kontinuiteten i videst mulig udstrækning tilknyttes en fast kreds af personer blandt det personale, som er tilknyttet de aftalte tilbud. Hvis den sindslidende eksempelvis fra gang til gang møder forskelligt personale i distriktpsychiatrien, kan det svække motivationen til at møde og op modtage den anbefalede behandling.

Endelig skal udvalget pege på, at en bedre strukturering af samarbejde og forløb forudsætter, at parterne i det daglige arbejde afsætter den nødvendige tid til udveksling af information og koordinering af opgaverne.

4.7 Information og kontakt til den praktiserende læge

Den praktiserende læge kan være et vigtigt led i det netværk, som skal sikre, at der efter udskrivningen tages hånd om den sindslidende, og at han eller hun modtager de tilbud, som er nødvendige i relation til behandling og i rehabilitering.

Det er derfor væsentligt, at personalet i henholdsvis sygehus-, distrikts- og socialpsykiatrien er opmærksom på, at den praktiserende læges rolle ikke er udspillet med patientens indlæggelse eller med udskrivning til tilbuddene i distrikts- og socialpsykiatrien.

Den praktiserende læge har flere roller i denne fase. En meget væsentlig funktion er at stå til rådighed som rådgiver for den sindslidende – f.eks. ved tilbagefald eller eventuel modvilje mod samarbejde med personalet i distrikts- eller socialpsykiatrien. Her kan den praktiserende læge vejlede den sindslidende og f.eks. motivere ham eller hende til at tage imod de tilbud, som er relevante og kan føre til en bedring af hans/hendes situation.

I nogle tilfælde kan der være tale om at dele behandlingsopgaverne, således at den praktiserende læge varetager hovedparten af behandlingen, mens distriktspsykiatrien overvejende fungerer som konsulent.

Desuden er den praktiserende læge i kontakt med den sindslidende i forbindelse med behandling af somatiske lidelser. Her er det bl.a. afgørende, at egen læge har præcis viden om medicin, som den sindslidende eventuelt modtager som led i behandlingen i psykiatrien.

Hvis lægen via sin praksis også har kontakt med de pårørende kan lægen her evt. have en støttende og rådgivende funktion.

Det er således hensigtsmæssigt for sammenhængen i indsatsen for sindslidende, at den praktiserende læge løbende informeres om, hvilken behandling og støtte den sindslidende modtager samt om eventuelle skift i behandlings- og støttetilbud, herunder skift i primær kontaktperson.

Den praktiserende læge modtager et udskrivningsbrev, når patienten udskrives fra sygehuset. Informationen fra afdeling til praktiserende læge sker imidlertid ikke altid hurtigt nok, og indholdet og omfanget af informationen svarer ikke altid til behovet hos den praktiserende læge. Ofte ved den praktiserende læge således ikke hvilke planer, der er lagt for patienten. Hertil kommer, at den praktiserende læge ikke

altid orienteres ved skift mellem tilbuddene i behandlings- og støttesystemet.

Udvalget anbefaler, at både de psykiatriske afdelinger og de distriktpspsykiatriske enheder overvejer mulighederne for en bedre og hurtigere information af relevante oplysninger til den sindslidendes egen praktiserende læge. Praksiskonsulentordninger vil kunne medvirke til at løse denne opgave.

5. Ansvar for sammenhængen – Kontakt, kontinuitet og koordinering i forhold til den enkeltes behov for støtte.

5.1 Indledning

Mødet mellem den professionelle og den sindslidende og opretholdelse af en god kontakt er en central forudsætning for en sammenhængende indsats.

Det er imidlertid et kendetegn ved nogle mennesker med sindslidelse, at de har vanskeligt ved at søge kontakt og bevare kontakten med andre mennesker. Der er sindslidende, der ikke møder op til behandlingsaftaler, som isolerer sig i boligen, ikke formår at håndtere henvendelser fra diverse myndigheder, betale husleje og andre regninger, rydde op og få ordentlig mad, passe helbredet osv.

For nogle er det hele evnen til at tage hånd om sig selv, der i kortere eller længere perioder - måske mere permanent - kan svigte. For andre er der tale om et bevidst fravalg af kontakt med behandlingssystemet. For nogles vedkommende er det systemet, der har opgivet de pågældende, og for andre er der et fravær af sygdomserkendelse.

Der er mennesker, der har særlige behov for støtte til at benytte de etablerede tilbud og samfundets muligheder i øvrigt, og derfor har brug for, at det professionelle system påtager sig et medansvar for, at der ydes en god og sammenhængende indsats.

Mennesker med en sindslidelse er ikke en homogen gruppe. Deres sygdomsforløb og perspektiver på hverdagslivet er forskellige og varierer over tid. I den professionelle opgaveløsning angående kontakt med brugeren og koordinering af indsatsen er der derfor brug for forskellige valgmuligheder, forskellige arbejdsformer eller modeller.

Nedenfor beskrives nogle forskellige kontaktskabende, opsøgende og koordinerende organisationsformer. De har hver deres styrke i forhold til koordinering, samordning og integration, og er forskellige med hensyn til brugerens rolle, og med hensyn til systemets forventninger til brugeren.

Følgende organisationsformer bliver omtalt: Støtte- og kontaktpersonen, tovholder, kontaktpersoner, personligt ombud (en svensk case managementmodel), koordinering af psykosocialt arbejde (en norsk case managementmodel), opsøgende psykoseteams (en amerikansk case managementmodel), tidlig opsporing og intervention for unge med skizofreni - det såkaldte OPUS-projekt - og opsøgende team i socialt regi for de svagest stillede.

Afslutningsvis fremlægges udvalgets overvejelser om nødvendigheden af en tydelig placering af ansvaret for kontakt og koordination i forhold til den enkelte sindslidende.

5.2 Støtte- og kontaktpersonordningen

Blandt mennesker med sindslidelse findes en lille gruppe med ganske særlige problemer, nemlig de mest isolerede og socialt sårbare og udsatte sindslidende, som har store udækkede sociale behov. Det er denne gruppe af mennesker over 18 år med sindslidelser, der er støtte- og kontaktpersonordningens målgruppe.

Formålet med støtte- og kontaktpersonordningen (herefter SKP-ordningen) er at styrke brugerens mulighed for at opbygge og fastholde kontakt til omverden ud fra egne ønsker og behov, og dermed gøre brugeren i stand til i en stadig større grad at benytte samfundets muligheder, herunder de øvrige etablerede tilbud til mennesker med sindslidelse.

Intentionen med tilbudet er, at støtte- og kontaktpersonen (herefter SKP'en) sammen med brugeren identificerer og formulerer dennes behov for omsorg, støtte og service og sikrer, at brugeren modtager dette i overensstemmelse med brugerens rettigheder. Intentionen er endvidere, at SKP'en sammen med brugeren understøtter, at andre indsatser planlægges, samordnes og gennemføres, og at SKP'en bistår brugeren i kontakten med myndigheder m.v.

SKP-ordningen er opsøgende i sin karakter og repræsenterer en særlig form for kontakt mellem bruger og medarbejder, hvor kontakten mellem dem er en væsentlig faktor for den sindslidendes mulighed for at få brudt sin isolation og udvikle sig.

Ved opsøgende indsats forstås, at SKP'en tager kontakt til personen, uden at denne har rettet forudgående henvendelse, der er således ikke tale om en visiteret ordning. Det kan imidlertid også være den sindslidende selv, der retter henvendelse, fordi denne har hørt om ordningen fra andre.

SKP-ordningen giver mulighed for anonymitet. Eventuelt opgivelse af anonymitet må i alle tilfælde ske med brugerens accept jf. regler om fravigelse af tavshedspligt i forbindelse med samtykke.

Ordningen er et tilbud, som den enkelte selv vælger at tage imod eller frasige sig. Brugeren bør have mulighed for at fravælge en foreslået kontaktperson med henblik på, at der findes en anden, hvor den nødvendige tillid er til stede.

Det kræver tid, tålmodighed og vedholdenhed at skabe en tillidsfuld kontakt, der ikke virker påtrængende, grænseoverskridende eller får karakter af overgreb. Opsøgende indsats giver derfor anledning til etiske overvejelser.

Hovedopgaven for SKP'en er at opsøge, opbygge og sikre kontakt på en sådan måde, at den sindslidendes egne ønsker, behov og præmisser respekteres i hele forløbet.

Kontaktforholdet er det bærende element. Det betyder, at der er krav om *personkontinuitet, vedholdenhed og fleksibilitet* i forhold til brugerens aktuelle behov.

Udgangspunktet for indsatsen er at brugeren skal tilbydes en hjælp, der understøtter og styrker muligheden for et liv på egne præmisser. Indsatsen er en støtte til social mestring og støtte til personlig mestring, dvs. at kunne håndtere sit liv med en psykisk sygdom.

Det er vigtigt at SKP'en har et godt samarbejde med andre dele af det sociale hjælpesystem og offentlige myndigheder i almindelighed. SKP'en kan styrke brugerens eget samspil med de øvrige tilbud, men har ikke en egentlig koordinerende funktion i forhold til viften af tilbud.

SKP'en *kan* dog tilbyde brugeren at være koordinerende i forhold til andre dele af det sociale system og behandlingssystemet, f.eks. til sagsbehandlere og distriktpsykiatrien. Men det tilstræbes at

ordningen tilrettelægges, så det sikres, at SKP'en i forholdet til brugeren fremtræder som en selvstændig enhed med en egen identitet i forhold til det øvrige system.

Erfaringen viser, at de fleste kontaktforløb skal måles i år. En stor del af målgruppen for ordningen har en langvarig tilknytning til socialpsykiatrien og i særdeleshed til SKP'en. Initiativet til en afslutning kan komme fra medarbejderen, men det kan også være brugeren selv, der foreslår et ophør. Det er imidlertid vigtigt, at kontakten afsluttes med brugerens accept.

Det er kommunen, der har ansvaret for at etablere den obligatoriske SKP-ordning. Kommunerne kan i den forbindelse gå sammen på tværs af kommunegrænser om at løse opgaven og etablere en tværkommunal ordning. Der er også mulighed for amtskommunale SKP-ordninger på den måde, at en eller flere kommuner og amtskommunen indgår aftale om etablering af ordningen på amtskommunal basis.

5.3 Tovholdere og koordinatore

I flere amter er der indført modeller med såkaldte *tovholdere* eller *koordinatorer*. Modellerne har forskellig udformning, men har det til fælles, at der i samråd med den sindslidende udpeges en koordinerende person, som har til opgave at sikre, at et behandlingsforløb med en indlæggelse, en behandlingsplan og en udskrivningsplan i praksis *samordnes* med en social handleplan.

Modellen kan eksempelvis være udformet således, at hver instans, der har kontakt til en sindslidende, skal sikre, at den sindslidende har en fast kontaktperson fra pågældende instans. En sindslidende kan således have flere kontaktpersoner, som til sammen er ansvarlige for en koordineret handlingsplan.

Der er også eksempler på, at der udpeges en tovholder, når den sindslidende er tilknyttet 3 eller flere kontaktpersoner og instanser, og der er tale om komplekse problemer med behov for særlig koordinering. Målet er at skabe kontinuitet i forløbet for den sindslidende og sikre, at den pågældende ikke tabes imellem systemerne.

Tovholderen har ingen formel kompetence i forhold til de enkelte instanser og tilbud, men de enkelte instansers kontaktperson har pligt til at holde tovholderen underrettet om omstændigheder omkring den sindslidende, herunder om ændringer i aftaler om forløbet.

5.4 Personligt ombud - en svensk case-managementmodel

I Sverige er tilbudet om *personligt ombud* ved at blive etableret på landsplan. Modellen bygger dels på studier af case-management, udviklet i USA og England og dels på et 3-årigt forsøg i Sverige (1995-98) med tilbud om *personligt ombud* til ikke-indlagte sindslidende. Evalueringen viste gode resultater, bl.a. et reduceret behov for ambulans og hospitalspsykiatrisk behandling.

Tilbudets målgruppe er sindslidende med et omfattende og langvarigt socialt handikap, som indebærer store vanskeligheder for et rimeligt hverdagsliv. Målgruppen har komplekse behov for behandling, støtte og service, og har behov for kontakt med mange forskellige dele af social- og sundhedssystemet, men kan ikke håndtere det alene. Tilbudet gælder personer over 18 år og omfatter bl.a. personer i plejeboliger og personer med dobbeltdiagnoser.

Hovedopgaven for personligt ombud er at medvirke til at sikre, at forskellige myndigheders indsatser bliver samordnet i forhold til den enkelte bruger.

Ifølge opgavebeskrivelsen skal det personlige ombud:

- Sammen med den enkelte bruger identificere og formulere brugers behov for omsorg, støtte og service.
- Sammen med brugeren sørge for at forskellige indsatser planlægges, samordnes og gennemføres.
- Bistå og – hvis der er fuldmagt dertil – repræsentere brugeren i kontakterne med forskellige myndigheder.
- Sikre at brugeren får omsorg, støtte og service efter egne ønsker, mål, behov og rettigheder.

Det personlige ombud har således to grundlæggende roller, der beskrives som både en ”mægler/samordnerrolle” og en ”advokatrolle”, og adskiller sig fra den danske støtte- og kontaktpersonordning ved i udpræget grad at lægge vægt på rettighedsperspektivet, dvs. at sørge for at brugeren får, hvad han eller hun har ret til.

Endvidere er det oplyst, at personligt ombuds opgaver tangerer eller overlapper ansvar og opgaver, som andre medarbejdere har i forhold til sindslidende i Sverige. For eksempel den støtteperson, der er udpeget af patientnævn i relation til tvangsanbringelse – en parallel til den danske patientrådgiverordning.

Med hensyn til relationen mellem brugeren og den professionelle er der ingen forskel på den svenske personligt ombud og den danske SKP-ordning. I beskrivelsen af personligt ombudsfunktionen bemærkes:

- Brugerens egen vilje og ønsker respekteres.
- Personkontinuitet over lang tid.
- Tålmodighed.
- Tætte relationer – nært og tillidsfuldt forhold mellem bruger og ombud.
- Arbejdet foregår i den sindslidendes eget miljø.
- Ombudets fleksibilitet og opmærksomhed på det aktuelle behov.

De nævnte elementer indgår alle i den danske SKP-ordning.

Det personlige ombud udpeges af den pågældende kommune. Det fremhæves i den forbindelse, at personen skal have en vis autonomi, indenfor den kommunale organisation for at være troværdig. Det anbefales derfor, at ombudet ikke har andre roller i relation til de personer han eller hun er ombud for. F.eks. kan kombinationen af personligt ombud og personale ved bostøtteordning indebære rollekonflikter.

Kommunerne har ansvaret for det personlige ombud i den konkrete opgaveløsning. Kommunerne har mulighed for, men ikke pligt til at tilbyde personligt ombud. Den sindslidende har således ingen krav på dette tilbud og har ikke mulighed for at klage ved afslag herpå.

5.5 Model for koordinering af psykosocialt arbejde. En norsk case-managementmodel

Case- eller care- management-modeller findes i mange forskellige varianter. I Norge er udviklet en model benævnt ”Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser”. Målgruppen er også her de sindslidende, som har behov for tiltag fra flere instanser, og hvor behovet for samordning og samarbejde er påkrævet.

Case-managementmodeller udspringer af den konstatering, at tilbud ofte styres af brugerens kriser og symptomer, hvor akutte faser udløser stor aktivitet fra mange instanser. Det skaber utryghed for brugeren og kræver mange ressourcer.

Når krisen er overstået er der risiko for, at brugeren overlades for meget til sig selv. Hvis der tilrettelægges en ordentlig opfølgning af kriseindsatsen, en indsats der forbedrer livskvalitet og funktionsevnen, kan kriser forebygges eller minimeres.

I den norske variant kaldes case-manageren en *personlig koordinator*, og det anbefales, at den personlige koordinator vælges fra den del af det samlede indsatsnetværk, som står for det væsentligste indhold af tilbudet til den aktuelle bruger.

Den personlig koordinator får tildelt ansvaret for at koordinere serviceydelser til en eller flere brugere over længere tidsrum. Koordinatoren skal derfor have fuld viden om hele det brede spektrum af lokalområdets servicemuligheder.

Koordinatoren og brugeren kortlægger i fællesskab indsatsbehovet og lægger en langsigtet plan. Der lægges en strategi for indsatsen, hvor der fokuseres på brugerens mest centrale problemer.

Koordinator sørger for effektiv brug, samordning og tilpasning af alle lokalsamfundets ressourcer, som kan give brugeren et stabilt og meningsfuldt liv. Det gøres ved at trække hjælpere ind, som har kompetence i forhold til specielle opgaver. Det kan være nødvendigt at oprette en ansvarsgruppe.

Koordinatoren opretter en ansvarsgruppe, når der stilles specielle krav til samarbejde, kommunikation og ledelse i det servicenetværk, der er brug for. Hvis koordinator kan sikre tværsektoriel opfølgning gennem mere uformelle samarbejdsformer, er en ansvarsgruppe ikke påkrævet.

Etablering af en ansvarsgruppe er en metode til planlægning og koordinering, når der er tale om særlig sammensatte problemstillinger. Gruppens deltagere har et forpligtende delansvar for opfølgningen. Brugeren skal være med på møderne, og som regel bør også familie m.v. være repræsenteret.

Koordinatorrollen er ikke knyttet til en speciel faggruppe, men personen må have tilstrækkelig kompetence og adgang til vejledning for at kunne løse opgaven.

Ansvar for opfølgningen er forankret hos ledelsen af den myndighed, hvor koordinator er ansat. Det lokale servicenetværk skal anerkende og støtte det arbejde, som koordinatoren har.

5.6 Opsøgende Psykoseteam.

Blandt de modeller, der er udviklet for at imødegå de svært psykisk syges vanskeligheder med at klare sig i samfundet er opsøgende psykoseteam antagelig den bedst beskrevne og undersøgte model. Modellen er udviklet i USA i begyndelsen af 1960'erne og benævnes der assertive community treatment, ACT. I Danmark bruges betegnelsen opsøgende psykoseteam.

Undersøgelser i udlandet har vist, at modellen bedre end andre kan fastholde alliancen med patienten, reducere sengedagsforbruget, muliggøre at patienten fastholder en selvstændig bolig, nedbringer kriminaliteten og øge andelen af patienter i beskæftigelse.

En variant af modellen for opsøgende psykoseteam er sat i værk i Sønderjyllands Amt og andre varianter forberedes i Storstrøms Amt og i H:S i samarbejde med Københavns Kommune.

Originalmodellens afsæt er, at det er nødvendigt med en langvarig behandlingsstrategi, eventuelt livslang, i forhold til mennesker med kroniske sindslidelser, som ikke langvarigt er indlagt på psykiatrisk sygehus.

Formålet er at hjælpe med at skabe en stabil tilværelse af en rimelig kvalitet, og det kan opnås gennem fire delstrategier.

For det første skal der fokuseres bredt på de forhold, der påvirker personens stabilitet, økonomi, boligforhold, daglige færdigheder,

socialisering, beskæftigelsesaktiviteter, muligheder for krise- læge- og psykiatrisk hjælp.

De fleste serviceydelser leveres af teamet i videst mulig omfang. Er der områder, hvor teamet ikke kan levere den nødvendig behandling/indsats, så er teamet ansvarlig for, at et tilbud skaffes et andet sted fra.

Indsatsen omfatter medikamentel behandling, støttende samtalerapi, social færdighedstræning og inddragelse af netværk i indsatsen.

Også andre opgaver, såsom at sikre rettidig betaling af regninger, sikring af beskæftigelse, beskyttet arbejde etc., indgår i teamets indsats.

For det andet skal nøglepersoner have fokus på alle de sider af personens liv, som påvirker dennes stabilitet i samfundet. Det betyder, at selv når andre yder en service, er det teamets ansvar, at sikre at kvaliteten er i orden, og teamet vil følge med i, hvordan det forløber.

For det tredje skal der være tæt kontakt med personen. Teamet skal vide hvad der foregår i personens liv, så det har mulighed for at gribe hurtigt ind og hjælpe. Det er en central teamfunktion at holde øje med alle personens behov.

For det fjerde er der ingen tidsbegrænsning for hvor længe en person kan blive betjent af teamet, eller hvor længe en ydelse kan tilbydes.

At fastholde alliancen med personen er afgørende - også i denne model.

Det opsøgende psykoseteam er sammensat af medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, herunder psykiater, psykiatrisk sygeplejerske, psykolog, socialrådgiver og andre relevante faggrupper. Teamet består af 7-10 medlemmer, der hver har ansvar for ca. 10 personer. Kontakten til disse personer opretholdes fortrinsvist ved hjemmebesøg.

Personerne, klienterne, diskuteres i teamet, og den primære kontaktperson har til opgave at lede diskussionen om ”egne klienter” på disse møder.

Teamet dækker døgnets 24 timer.

Teamets arbejdsmåde er assertiv, dvs. opsøgende, pågående eller vedholdende. Heri ligger, at personer, der ikke er tilstede ved aftalte samtaler, opsøges på ny, om nødvendigt gentagne gange.

Inddragelse af brugere eller forhenværende brugere som ressource er genstand for stigende opmærksomhed. Det afspejles også i det amerikanske forlæg for modellen med opsøgende psykoseteams. I beskrivelsen af det opsøgende team, ACT, er det således anført, at brugere kan yde en værdifuld indsats i teamarbejdet. Det nævnes at, de har særligt gode forudsætninger for at forstå de dagligdags problemer, som folk med en sindslidelse har. De kan optræde som fortalere for brugerens synspunkter og fastholde teamets opmærksomhed på servicemodtagerens synspunkter. De kan hjælpe med til at begrænse stigmatiseringen ved hele tiden at udfordre personalets partiskhed og fordomme.

ACT-modellen har i USA har været genstand for kritik. Kritikerne mener bl.a., at den behandlingsfilosofi, som modellen bygger på, på forhånd udelukker muligheden for *recovery* – for at man kan komme sig helt af sindslidelsen. Kritikerne mener, at modellen for ensidigt fokuserer på langvarig medicinsk behandling, og at den sindslidende fratages ansvaret for egen livssituation. Endelig hævdes det, at der er en konflikt mellem modellens opsøgende, vedholdende form og den sindslidendes selvbestemmelsesret. Kritikerne udtrykker i den forbindelse frygt for, at ACT-modellen kan føre til en legalisering af tvangsbehandling i den sindslidendes eget hjem. Der er i forbindelse med kritikken taget skridt til udvikling af en alternativ model kaldet PACE (Personal Assistance in Community Existence).

5.7 OPUS – tidlig intervention for unge med skizofreni

OPUS-projektet (OPsporing af Unge Skizofrene) er en model for en tidlig og intensiv indsats for yngre mennesker med skizofreni. Indsatsen er organisatorisk bygget op om et tværfagligt team og en kontaktperson og er forankret i sygehusvæsenet.

OPUS-projektet blev sat i værk i København og Århus i 1998 efter inspiration fra tilsvarende modeller i bl.a. England, Australien og Canada.

OPUS-projektet udløber som forsøg i 2002. I Århus Amt vil tilbudet fortsætte efter 2002, og i København vil den behandlingsmæssige del også fortsætte ind i 2003, mens der endnu ikke er truffet beslutning om den sociale del af indsatsen efter projektperiodens ophør.

Tidlig intervention ved skizofreni bygger på den ide, at øget opmærksomhed på sygdommens tidlige udviklingsfaser kan forbedre prognosen og mindske de personlige og sociale omkostninger. Det sker først og fremmest ved at reducere varigheden af den ubehandlede psykose og ved en efterfølgende intensiv behandling.

For unge med psykoselidelser synes den mest ideelle behandling at være et flerårigt introduktions- og visitationsprogram. Yngre mennesker, som første gang kommer i behandling for en psykoselidelse, tilbydes et 2-3 årigt forløb, hvor de følges tæt af et tværfagligt sammensat team. Teamet råder over en psykiater, en socialrådgiver, en psykolog, en eller flere sygeplejersker. Herudover kan inddrages ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialpædagoger og sundheds- og socialuddannet personale med anden fagrelevant baggrund. Kernen i OPUS-behandlingen er tilknytningen til teamet og herunder en kontaktperson.

Det er kontaktpersonens opgave - gennem en vedholdende og opsøgende indsats - at søge at fastholde kontakten til den unge, sikre kontinuitet på tværs af behandlingsregier og sektorer samt yde konkret støtte tilpasset de skiftende behov. Kontakten foregår gerne i patientens eget hjem med fokus på at understøtte patientens ressourcer.

Behandlingstilbuddet rummer en fast aftale om ca. 1 ugentlig kontakt, men kontakten kan i kritiske perioder være hyppigere. Kontaktpersonen skal i høj grad bruge sit team som en baggrundsgruppe for sit arbejde, og der skal være mulighed for konkret at inddrage andre medlemmer af teamet, når det er påkrævet.

OPUS-programmet bygger bl.a. på involvering af den unges familie i gruppeundervisning. Heri indgår gruppeundervisning for både for de unge og de pårørende om årsager til psykose, om mulighed for forebyggelse af tilbagefald og om behandlings- og støtte muligheder.

Programmet rummer desuden bl.a. træning i sociale færdigheder. For de dårligst fungerende patienter arbejdes der individuelt for at sikre patienternes såkaldte "life-skills" dvs. evnen til at klare egen hygiejne, rengøring, indkøb etc. For de lidt bedre fungerende patienter er målet at sikre "social-skills" dvs. evnen til at begå sig socialt med andre mennesker. Dette arbejde foregår i gruppe med fokus på undervisning og træning i kommunikation.

Mod afslutningen af den unges forløb i programmet aftales det, i hvilket regi behandling og støtte skal fortsætte. I nogle tilfælde vil den unges tilstand være forbedret i en sådan grad, at fortsat kontakt med psykiatrien ikke er nødvendig. I andre tilfælde vil henvisning til mere psykoterapeutisk orienterede behandlingstilbud være relevante og i mange tilfælde vil tilknytning til et tidsubegrænset psykoseteam være relevant. I nogle ganske enkelte tilfælde vil længevarende institutionsophold være nødvendigt.

De foreløbige resultater af OPUS-projektet viser, at forløbet udvikler sig mere gunstigt - det vil sige mindre belastende og invaliderende - hos de unge, der er i den intensive behandling, at tilfredsheden med behandlingen er større både hos de unge og deres pårørende, og at samarbejdet mellem den unge og behandlerne om behandlingen er bedre i OPUS end i den almindelige behandling.

5.8 Opsøgende team i socialt regi - retssikkerhed for de svageste

Som led i regeringens, Amtsrådsforeningens og Kommunernes Landsforenings projekt "Service og Velfærd" er det igangsat et projekt "Retssikkerhed for de svageste stillede".

Projektets sigte er at identificere fælles generelle problemer og løsningsmuligheder, der kan sikre retssikkerheden for de svageste. Der skal udvikles metoder, der kan bidrage til, at intentionerne i lovgivningen bliver realiseret. Gennem en målrettet indsats over for et udvalgt antal personer skal der høstes erfaringer med hensyn til kravene for en virkningsfuld indsats.

Målgruppen for projektet er de svages stillede, f.eks. mennesker med psykiske lidelser, hjemløshed og misbrug m.fl. Der igangsættes modelprojekter i få udvalgte kommuner, og metoden i projektet er at

få afprøvet målrettede støtteordninger i relevante miljøer, f.eks. med kontaktpersonordninger.

Det er tanken at projekterne skal medvirke til at fremme retssikkerheden for de svagest stillede, tidlig forebyggende indsats/opsøgende arbejde, tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, sammenhæng i indsatsen, planer, og bruger- og pårørendeinddragelse.

F.eks. igangsættes et projekt, som skal medvirke til at skabe et sammenhængende tilbud i Odense Kommune. Tilbudet skal være helhedsorienteret og dække viden og kompetencer i de psykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. Tilbudet skal omfatte:

- Et opsøgende team, der yder såvel socialt opsøgende og udgående arbejde, psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling.
- Et værested og et pensionat specifikt rettet til målgruppe.

Der vil være en bred vifte af samarbejdsparter, som indgår i projektets følgegruppe.

Tilbudet skal være et varigt og selvstændigt tilbud målrettet de svageste sindslidende og misbrugere. Projektet går i gang maj 2001.

5.9 Overvejelser om modeller til kontakt, kontinuitet og koordinering

Der er i det foregående præsenteret en række eksempler på modeller, som hver for sig repræsenterer bud på, hvordan kontaktskabende og særligt opsøgende samarbejdsformer kan etableres. Flere af modellerne har deres særlige styrke i forhold til bestemte grupper af sindslidende, mens andre har en bredere målgruppe.

Udvalget finder ikke grundlag for at fremhæve bestemte modeller eller kombinationer af modeller frem for andre. Overvejelser om indførelse af sådanne eller lignende modeller i danske amter og kommuner bør ske på grundlag af en vurdering af, hvad der bedst matcher de lokale behov og muligheder.

Udvalget finder det imidlertid afgørende, at samarbejdet om indsatsen for den enkelte sindslidende struktureres således, at det bedst muligt understøtter koordination og samordning af det samlede forløb.

Det indebærer bl.a., at der systematisk bør ske en koordination af forløbet i samarbejde med den sindslidende.

Udvalget foreslår på den baggrund, at de koordinerende funktioner samles hos én eller en snæver kreds af de medarbejdere, som er involveret i indsatsen for den sindslidende.

Tillid og åbenhed er helt afgørende forudsætninger for et godt samspil mellem den sindslidende og den eller de involverede medarbejdere. I situationer, hvor den sindslidende giver udtryk for, at tillidsforholdet ikke er til stede, vil der være behov for at drøfte, hvem den sindslidende ønsker skal varetage de koordinerende opgaver.

Det er udvalgets vurdering, at teambaserede og særligt opsøgende modeller for samarbejde og kontakt vil være med til at præge udviklingen i indsatsen for sindslidende i de kommende år. Der tænkes bl.a. på OPUS og forskellige forsøg under overskriften Opsøgende Psykoseteams. Både i relation til koordinationsfunktionerne og i samspillet med den sindslidende og de pårørende er det vigtigt, at foretage evaluering af disse initiativer.

Udvalget finder, at det i forsøg med mere kontaktskabende og opsøgende organisations- og samarbejdsformer er centralt at overveje det etiske dilemma mellem på den ene side det tungtvejende hensyn til den sindslidendes selvbestemmelsesret – og på den anden side kravet om, at social- og sundhedsmyndighederne sætter ind med den nødvendige hjælp, støtte og omsorg, når en borger ikke længere er i stand til at tage vare på sig selv.

Udvalget foreslår, at der i evalueringen af projekter, hvor der indgår særligt opsøgende virksomhed og nye måder at koordinere indsatsen på, ud over de behandlingsmæssige effekter, også sættes fokus på brugererfaringer, bl.a. med hensyn til respekten for den enkelte sindslidende borgers selvbestemmelse og integritet og tillidsforholdet mellem behandlere og den sindslidende.

6. Varierede tilbud forebygger brud

6.1 Varierede tilbud

Det samlede offentlige tilbud udgør i dag i fugleperspektiv en tæt struktur af både almene og specialiserede behandlingstilbud, botilbud, dagtilbud, samt aktivitets- undervisnings- og arbejdsmarkedsrelaterede tilbud.

Etableringen af disse tilbud er et resultat af bl.a. de overordnede politiske målsætninger om, at sårbare samfundsgrupper har ret til et hverdagsliv så lig det normale som muligt.

For så vidt angår de sociale støttetilbud begyndte de fleste større kommuner at etablere være- og aktivitetssteder ud fra den antagelse, at det var, hvad der var brug for. Efterhånden er der udbygget med yderligere dagtilbud, med botilbud og støtte- og kontaktpersoner. For mindre kommuner kan det imidlertid være et problem at etablere et tilstrækkeligt bredt spektrum af tilbud til at dække behovene i den lokale befolkning. I nogle kommuner er den enlige støtte- og kontaktperson simpelt hen kommunens socialpsykiatri.

Nogle steder i landet har man løst denne udfordring ved at flere kommuner er gået sammen i et tværkommunalt samarbejde om at etablere et differentieret tilbud. Andre steder er der etableret tilbud i samarbejde mellem amt og kommune.

Også i sundhedsvæsenet kan det konstateres, at udbygningen af tilbuddene til sindslidende er foregået i forskellig takt. Det skal dog noteres, at siden 1998 har distriktspsykiatrien været fuldt geografisk udbygget, således at alle borgere er dækket af et tilbud om distriktspsykiatrisk service. Der stiles nu mod en udbygning i dybden, forstået som en udvidelse af behandlingskapaciteten i disse enheder, og en generel kvalitetsudvikling af tilbuddene.

Samlet er den overordnede målsætning fortsat, at sindslidendes støtte- og behandlingsbehov i videst mulig udstrækning skal dækkes i nærheden af boligen, i nærmiljøet.

Til det normale liv hører, at man har mulighed for at vælge til og fra, og at der er reelle valgmuligheder. Idealet må være et system og udbud af tilbud, der giver den enkelte mulighed for at skabe sig en meningsfuld tilværelse, og som samtidig understøtter den enkeltes muligheder for, om muligt, at få det så godt, at der ikke længere er behov for særlige tilbud.

Der er ud over landet fortsat store variationer i tilbuddene til sindslidende. Forskelle mellem land- og by, store og små kommuner og amtskommuner og mellem de regioner, der fra gammel tid har haft de store statshospitaler liggende, og andre regioner.

Der er desuden forskelle på tilbuddenes mængde og behovsorientering, forskellighed i indhold, målgrupper i fokus, kapacitet, åbningstider i tilbuddene og visitationskrav. Endelig er der forskelle med hensyn til personalekategorier og -kompetencer, traditioner for koordination, samarbejdsaftaler med komplementære parter osv. osv.

Forskellene kan bl.a. aflæses af statistikker, af evalueringsrapporter og projektstatusrapporter fra både det sociale og sundhedsmæssige område.

Det skal understreges, at forskellene både kan afspejle en tilpasning til de lokale forhold og behov, men også forskelle i serviceniveau.

Overalt i landet – i såvel amter som kommuner – foregår der i disse år en løbende udbygning af tilbuddene til sindslidende i forlængelse af psykiatrafalterne mellem regeringen og de kommunale parter. En løbende afrapportering sker i forbindelse med Sundhedsministeriets og Socialministeriets årlige udarbejdelse af statusrapporter om tilbuddene til sindslidende.

I den daglige virkelighed må det enkelte menneske med en sindslidelse, de pårørende og de professionelle naturligvis forholde sig til de til enhver tid aktuelle muligheder, som der er til rådighed i lokalområdet.

Den sindslidende og de pårørende kan imidlertid opleve manglende muligheder for et hverdagsliv i sammenhæng, hvis de i forhold til nogle specifikke behov savner et relevant tilbud. Også set fra professionel side er der risiko for u hensigtsmæssige brud i et ellers

vellykket behandlingsforløb, hvis der ikke er tilstrækkelige muligheder for et individuelt tilpasset tilbud i amtsligt og/eller kommunalt regi efter udskrivning fra sygehus.

Udvalget vil hermed understrege, at koordination og samarbejde mellem de forskellige parter i indsatsen er vigtig, men et vellykket, sammenhængende og individuelt tilrettelagt forløb og hverdagsliv forudsætter også, at der er en tilstrækkelig vifte af relevante og tilgængelige tilbud.

Det er samtidig meget vigtigt, at der ved etableringen af nye tilbud til sindslidende er opmærksomhed på, hvad de sindslidende selv oplever som gode og relevante tilbud. Mange amter og kommuner har allerede gode erfaringer hermed.

Udvalget skal på den baggrund anbefale, at med henblik på at sikre varierede og relevante tilbud bør amter og kommuner aktivt inddrage repræsentanter for de sindslidende og de pårørende i et samarbejde i forbindelse med den lokale planlægning, der finder sted som led i den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende.

6.2 Akuttilbud i aften- og nattetimer

Sindslidendes behov for støtte, omsorg og behandling stopper ikke kl. 16. eller i weekends og på helligdage. Det er derfor vigtigt, at den sindslidende og de nærmeste ved, hvor man trygt og enkelt kan henvende sig og få relevant hjælp uden for den normale åbningstid.

Det er generelt opfattelsen, både hos brugere, pårørende og professionelle, at en sindslidendes behov for akuttilbud hænger meget sammen med indholdet af vedkommendes dagligdag.

Kritiske tilstande om natten kan således være en udløber af, at dagene mangler indhold og kvalitet. Et tilstrækkeligt kvalificeret og udbygget dag- og aften tilbud til den enkelte sindslidende ændrer naturligvis ikke ved, at der er behov for døgnfunktioner, men vil kunne mindske det kapacitetsmæssige behov.

Det skal dog ikke undervurderes, at et centralt træk ved nogle sindslidendes liv er hyppig forekomst af store, pludselige udsving i sindstilstanden. For eksempel kan udsigten til ensomme aften- og nattetimer og weekends i sig selv være tilstrækkelig til at skabe angst,

utryghed og ubalance og udløse et akut behov for hjælp – uanset hvor gode dag- eller aftentilbud, der gives.

Hvis den sindslidende eller de pårørende står med et akut opstået problem og samtidig står uden et hensigtsmæssigt tilbud om kontakt, støtte og behandling, er der risiko for forværring af tilstanden, akut indlæggelse og ringere udsigt til god håndtering af dagligdagen for den sindslidende selv.

Der er i dag rundt om i landet forskellige akuttillbud i aften- og nattetimerne, der spænder fra vagtlægerne, hjemmesygeplejen, de almindelige skadestuer, særlige psykiatriske skadestuer, telefonrådgivninger, vagtfunktioner på de psykiatriske afdelinger. Gennem de senere år er der også skabt døgnåbne akutte kontakttillbud knyttet til de socialpsykiatriske tilbud.

For den sindslidende er det helt centrale muligheden for kontakt, først og fremmest samtale, eventuelt rådgivning og eventuelt muligheden for en overnatning.

For mange skaber det især tryghed, når tilbudet er knyttet til steder og personale, som den sindslidende kender i forvejen, og hvor man derfor også har et forhåndskendskab til den sindslidende.

På den baggrund har der bl.a. været fokus på åbningstiderne i distriktspsykiatrien. Sundhedsstyrelsens målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien anbefaler bl.a. i denne forbindelse, at den distriktspsykiatriske service bør være let tilgængelig udfra principper om geografisk nærhed og udvidet åbningstid.

Der foreligger ingen undersøgelser af sindslidendes oplevelse af tilgængelig for så vidt angår geografisk nærhed eller åbningstid. Der er imidlertid i 2000 foretaget en kortlægning af åbningstiden, som viser, at 101 centre har daglig åbnings- og træffetid mandag til fredag i tidsrummet 8.00 - 16.00. 68 af de nævnte centre har kun åbent i dette tidsrum. 28 centre har udvidet åbningstid én dag om ugen, heraf har 3 centre åbent til efter 18.00.

Udvalget anbefaler, at der i overensstemmelse med psykiatriaftalen fra 1997 fortsat arbejdes hen mod at udvide åbningstiderne såvel i sundhedsvæsenets tilbud som i de sociale dagtilbud under hensyn til de lokale behov.

Udvalget anbefaler endvidere, at der i alle amter sikres let adgang til hjælp og støtte i aften- og nattetimerne i tilfælde af akut opstået behov. Endvidere anbefales det, at forbedre informationen til såvel de sindslidende som de pårørende om disse akuttilbud.

Området akutte døgnåbne tilbud er stadig et udviklingsområde, og ikke mindst nye tiltag, som bl.a. de i kapitel 5 beskrevne ordninger, må forventes at påvirke udviklingen på området.

6.3 Adgang til uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder

Et sammenhængende tilbud til sindslidende bør også omfatte mulighed for beskæftigelse og uddannelse m.v.

Det at opretholde et vist aktivitetsniveau i hverdagen – f.eks. ved at have ansvar for og udføre et dagligt stykke arbejde – har stor betydning for udsigten til, at den sindslidende kan komme til af leve en tilværelse nær det normale og måske i sidste ende helt forlade behandlings- og støttetilbuddene. Aktiviteterne på værestederne er gode for mange, men for andre vil det være mere meningsfuldt med et tilbud med mere intensitet og ansvar. At etablere en relation til arbejdsmarkedet kan derfor også være et vigtigt led i rehabiliteringen.

Omvendt er aktivering ikke nødvendigvis det rigtige tilbud til alle. For nogle sindslidende vil det opleves som uoverskueligt at blive konfronteret med arbejdsmarkedet f.eks. gennem et aktiveringstilbud.

Det har i den forbindelse været fremhævet som et problem, at socialforvaltningerne i visse tilfælde ikke tillægger de lægelige vurderinger tilstrækkelig vægt i sager om førtidspension. Det kan bevirke, at der stilles krav om aktivering i tilfælde, hvor den sindslidende ville være bedre tjent med at blive tilbudt en aktivitet under mere trygge former.

Også tilbuddet om uddannelse under en eller anden form kan være vigtig for den personlige udvikling og rehabiliteringen. Også her gælder det om at finde den rette form og intensitet.

I relation til uddannelse og beskæftigelse skal det fremhæves, at der her kan være behov for en indsats, der rækker ud over socialsektoren, og således også omfatter undervisnings- og arbejdsmarkedssektoren.

Udvalget anbefaler, at der i den videre udbygning af tilbuddene til sindslidende på alle niveauer sker en større inddragelse af de sektoransvarlige myndigheder for uddannelse, beskæftigelse, bolig m.v., således at et samlet sammenhængende tilbud til sindslidende kan række ud over sundheds- og socialsektorens tilbud.

7. Sammenfatning og økonomi

Sammenfatning

Rapportens kapitel 1 beskriver udvalgets kommissorium og arbejde.

Kapitel 2 beskriver sundhedsvæsenets og socialsektorens forskellige tilbud samt overordnede udviklingstræk i samordningen af indsatsen i amterne og kommunerne.

I kapitel 3 gøres forsøg på at indkredse centrale elementer i gode og sammenhængende forløb og kapitlet beskæftiger sig desuden med mulige overordnede barrierer i samspillet mellem tilbuddene.

Kapitel 4 beskæftiger sig med koordinationen i sammenhængen i forløbet i situationer, hvor den sindslidende bevæger sig fra tilbud i ét regi til tilbud i et andet, eller benytter flere forskellige tilbud på samme tid.

I kapitel 5 præsenteres en række forskellige kontaktskabende, opsøgende og koordinerende arbejdsformer, som har hver deres styrke i forhold til koordinering, samordning og integration og er forskellige med hensyn til brugerens rolle.

Kapitel 6 omhandler variationen i de offentlige tilbud på området og vigtigheden af, at der eksisterer et system og udbud af tilbud, der giver den enkelte mulighed for at skabe sig en meningsfuld tilværelse.

Rapporten indeholder en række overvejelser og vurderinger i relation til behovet for sammenhæng og koordination i den tværsektorielle indsats for sindslidende.

Udvalget når i den forbindelse bl.a. frem til følgende forslag og anbefalinger:

- *Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriet og Socialministeriet tager initiativ til, at der sammen med relevante parter på området udarbejdes et fælles værdigrundlag for den samlede offentlige indsats for sindslidende med det mål at understøtte udviklingen af gode sammenhængende forløb for den enkelte sindslidende.*

- *Udvalget anbefaler, at der gennemføres et udviklingsarbejde med henblik på nærmere at belyse, hvilke tiltag der vil kunne medvirke til at styrke samarbejdskulturen på tværs af de to sektorer og på tværs af faggrænser.*
- *Udvalget anbefaler, at der gennemføres tværsektoriel forskning og evt. forsøg, hvor recovery-perspektivet (perspektivet om at komme sig af sin sindslidelse/blive helbredt og genvinde sin uafhængighed af behandlings- og støttetilbud) gøres til genstand for nærmere undersøgelse.*
- *Udvalget anbefaler, at der så tidligt som muligt i behandlingsforløbet etableres en kontakt med de nærmeste pårørende – under forudsætning af at den sindslidende giver sit samtykke hertil – med henblik på at samarbejde mellem den sindslidende, de pårørende og vedkommende institution om det videre forløb. Det er i den forbindelse vigtigt, at der er opmærksomhed om værdien af at samarbejde med pårørende indgår i uddannelsen og efteruddannelsen af personalet i både sygehus- og socialpsykiatrien.*
- *Udvalget foreslår, at brugen af praksiskonsulenter på psykiatriområdet udbredes til hele landet.*
- *Udvalget foreslår, at Sundhedsministeriet som information til de praktiserende læger udarbejder en kort praktisk vejledning vedr. procedurerne i forbindelse med iværksættelse af en tvangsindlæggelse.*
- *Udvalget har ikke fundet grundlag for at foreslå en ændring af de nugældende bestemmelser for lægers medvirken ved tvangsindlæggelse, men foreslår, at spørgsmålet indgår i det analysearbejde, som vil gå forud for den planlagte revision af Psykiatriloven i 2005.*
- *Udvalget anbefaler, at der fortsat arbejdes på at videreudvikle samarbejdsstrukturerne og metoderne i forbindelse med udskrivningsfasen og planlægningen af det samlede forløb.*
- *Udvalget anbefaler, at Socialministeriet og Sundhedsministeriet i samarbejde med relevante parter tager initiativ til, at der gennemføres en systematisk erfaringsopsamling vedrørende*

udarbejdelsen og anvendelsen af de forskellige planer, der indgår i indsatsen for sindslidende, med henblik på at understøtte en lokal kvalitetsudviklingsproces på området.

- *Udvalget anbefaler, at både de psykiatriske afdelinger og de distriktpspsykiatriske enheder overvejer mulighederne for en bedre og hurtigere information af relevante oplysninger til den sindslidendes egen praktiserende læge. Praksiskonsulentordninger vil kunne medvirke til at løse denne opgave.*
- *Udvalget foreslår, at de koordinerende funktioner samles hos én eller en snæver kreds af de medarbejdere, som er involveret i indsatsen for den sindslidende.*
- *Udvalget foreslår, at der i evalueringen af projekter, hvor der indgår særligt opsøgende virksomhed og nye måder at koordinere indsatsen på, ud over de behandlingsmæssige effekter, også sættes fokus på brugererfaringer, bl.a. med hensyn til respekten for den enkelte sindslidende borgers selvbestemmelse og integritet og tillidsforholdet mellem behandlere og den sindslidende.*
- *Udvalget anbefaler, at med henblik på at sikre varierede og relevante tilbud bør amter og kommuner aktivt inddrage repræsentanter for de sindslidende og de pårørende i et samarbejde i forbindelse med den lokale planlægning, der finder sted som led i den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende.*
- *Udvalget anbefaler, at der i overensstemmelse med psykiatriaftalen fra 1997 fortsat arbejdes hen mod at udvide åbningstiderne såvel i sundhedsvæsenets tilbud som i de sociale dagtilbud under hensyn til de lokale behov.*
- *Udvalget anbefaler endvidere, at der i alle amter sikres let adgang til hjælp og støtte i aften- og nattetimerne i tilfælde af akut opstået behov. Endvidere anbefales det, at forbedre informationen til såvel de sindslidende som de pårørende om disse akuttillbud.*
- *Udvalget anbefaler, at der i den videre udbygning af tilbuddene til sindslidende på alle niveauer sker en større inddragelse af de sektoransvarlige myndigheder for uddannelse, beskæftigelse, bolig m.v., idet et samlet sammenhængende tilbud til sindslidende kan række ud over sundheds- og socialsektorens tilbud.*

Økonomi

Udvalget skal endelig vedrørende økonomien i de fremlagte forslag understrege, at udvalget ikke har taget stilling til de ressourcemæssige konsekvenser af de fremlagte forslag. Nogle forslag vil kunne gennemføres inden for de eksisterende ressourcemæssige rammer samt medvirke til at sikre den størst mulige effekt af kommende ressourcetilførsler, men det skønnes, at en række forslag vil kræve tilførsel af yderligere ressourcer.