

Anne Petersen, Marie Brandhøj Wiuff og Martin Sandberg Buch

## Organisationer der samarbejder på det psykiatriske og sociale område

Kortlægning af det tværsektorielle samarbejde mellem Vordingborg Kommune, Psykiatrien Region Sjælland og almen praksis

R

K

O

K

A

O

R

*Organisationer der samarbejder på det psykiatriske og sociale område – Kortlægning af det tværsektorielle samarbejde mellem Vordingborg Kommune, Psykiatrien Region Sjælland og almen praksis kan hentes fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)*

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7488-826-0  
Projekt: 10753  
December 2014

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

Denne rapport er et supplement til et fælles tværsektorielt projekt "Sammen om" mellem Region Sjælland, Vordingborg Kommune og Almen praksis. Det overordnede formål med projekt "Sammen om" har været at medvirke til at sikre, at psykisk udfordrede unge mellem 15 og 25 år oplever en tidlig, koordineret og målrettet indsats for at forebygge sygeliggørelse og marginalisering og for at fastholde de unges kontakt til uddannelse og arbejde i almensektoren. Formålet med rapporten er at få overblik over såvel som indblik i, hvordan der arbejdes og samarbejdes i og på tværs af region, kommune og almen praksis. Da en stor del af udfordringerne omkring det tværsektorielle samarbejde ikke er begrænset til at gælde børn og unge, beskæftiger rapporten sig med området generelt for både børn, unge og voksne.

En væsentlig årsag til, at samarbejdet er vanskeligt at koordinere, er, at det berører flere enheder og sektorer, som løbende gennemgår større indholdsmæssige og/eller organisatoriske ændringer og derved ændret ansvarsfordeling og ændrede arbejdsgange. En anden væsentlig årsag er løbende lovændringer, som også betyder ændrede samarbejdsflader såvel internt i kommunen og regionen som på tværs af sektorerne. Her er ikke mindst de seneste store arbejdsmarkedsreformer en stor udfordring.

Rapporten bærer også præg af den store omstilling på området, og flere forhold, som beskrives i rapporten, er allerede ændret, inden rapporten bliver offentliggjort. Da rapporten bygger på interview, har vi i udgangspunktet valgt at holde fast i de beskrevne forhold, men der, hvor forholdene har ændret sig væsentligt siden interviewtidspunktet, er der lavet tilpasninger. Rapporten giver således et godt billede af de udfordringer, der er for de mange forskellige enheder, når de skal arbejde sammen. Et samarbejde og en koordinering, som er nødvendig for at kunne støtte de psykisk sårbare børn, unge og voksne.

Kortlægningen er finansieret af Psykiatrien Region Sjælland. Selvom det således har været et regionsprojekt under det Tværsektorielle Samarbejde i Psykiatrien (TSP), har Vordingborg Kommune haft projektstyringen. Det gav god mening, da en stor del af koordineringen omkring de psykisk sårbare også handler om samarbejde på tværs af de enkelte organisatoriske enheder i kommunen.

Der skal lyde en særlig tak til de medarbejdere fra de 11 involverede organisatoriske enheder, som deltog i interviewene. Der skal også lyde en tak for konstruktive kommentarer fra de to reviewere, ledere fra de involverede organisatoriske enheder for kvalitetstjek, og sidst men ikke mindst til Tania Fischer Højfeldt, projektkoordinator i Vordingborg Kommune, og Svend Anders Christensen, udviklingskonsulent i Region Sjælland, for deres store arbejde med at koordinere dataindsamlingen samt processen omkring kvalitetstjek i de involverede enheder og kommentering af rapporten – ikke mindst på grund af de mange ændringer, der er sket undervejs.

Marita Dalsgaard  
Psykiatri og Handicapchef, Vordingborg Kommune  
December 2014

# Indhold

Resumé .....	6
1 Indledning .....	9
1.1 Formål .....	9
1.2 Rapportens opbygning .....	10
2 Metode .....	11
2.1 Bearbejdning af interviewdata og validering .....	13
3 Tværgående temaer .....	14
3.1 De organisatoriske enheders opbygning .....	15
3.2 Man skal holde sig på egen banehalvdel .....	16
3.3 Rammer for eget og andres handlerum .....	16
3.4 Vi er alle tovholdere .....	17
3.5 Informationsflow på tværs .....	17
3.6 Der hvor medarbejderne får energi af samarbejdet med andre .....	18
3.7 Overgange mellem organisatoriske enheder .....	19
3.8 Ønsker til det gensidige samarbejde .....	20
4 De organisatoriske enheders fortællinger .....	21
4.1 Børn og Unge (kommunal) .....	21
4.1.1 Vejen ind i Børn og Unge .....	22
4.1.2 Borgerens vej i Børn og Unge .....	24
4.1.3 Samarbejdet med andre aktører .....	26
4.1.4 Overgange fra én enhed til en anden .....	27
4.2 Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap (kommunal) .....	30
4.2.1 Vejen ind i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap .....	30
4.2.2 Borgerens vej i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap .....	31
4.2.3 Samarbejdet med andre aktører .....	33
4.2.4 Overgange fra én enhed til en anden .....	34
4.3 Værestedet Oasen (kommunal) .....	38
4.3.1 Vejen ind i Værestedet Oasen .....	39
4.3.2 Borgerens (og andre aktørers) vej i Værestedet Oasen .....	40
4.3.3 Samarbejdet med andre aktører .....	42
4.3.4 Overgange fra én enhed til en anden .....	44
4.4 Jobcenteret (kommunal) .....	47
4.4.1 Vejen ind i Jobcenteret .....	47
4.4.2 Borgerens vej i Jobcenteret .....	48
4.4.3 Samarbejdet med andre aktører .....	49
4.4.4 Overgange fra én enhed til en anden .....	51
4.5 Ungdommens Uddannelsesvejledning – STU-teamet (tværkommunal) .....	53
4.5.1 Vejen ind i Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-forløb) .....	54
4.5.2 Borgerens vej i Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-forløb) .....	55
4.5.3 Samarbejdet med andre aktører .....	55
4.5.4 Overgange fra én enhed til en anden .....	56

4.6	Center for Rusmidler (kommunal) .....	59
4.6.1	Vejen ind i Center for Rusmidler.....	59
4.6.2	Borgerens vej i Center for Rusmidler .....	60
4.6.3	Samarbejde med andre aktører.....	60
4.6.4	Overgange fra én enhed til en anden .....	62
4.7	Psykiatrisk Akutmodtagelse (regional) .....	65
4.7.1	Vejen ind i Psykiatrisk Akutmodtagelse .....	65
4.7.2	Borgerens vej i Psykiatrisk Akutmodtagelse .....	67
4.7.3	Samarbejde med andre aktører.....	69
4.7.4	Overgange fra én enhed til en anden .....	69
4.8	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik (regional) .....	73
4.8.1	Vejen ind i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik .....	73
4.8.2	Borgerens vej i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik.....	75
4.8.3	Samarbejde med andre aktører.....	76
4.8.4	Overgange fra én enhed til en anden .....	79
4.9	Sengeafsnit for voksne (regional) .....	82
4.9.1	Vejen ind i Sengeafsnittet .....	82
4.9.2	Borgerens vej i sengeafsnittet.....	83
4.9.3	Samarbejdet med andre aktører .....	84
4.9.4	Overgange fra én enhed til en anden .....	86
4.10	Distriktspsykiatrien (regional) .....	88
4.10.1	Vejen ind i Distriktspsykiatrien.....	88
4.10.2	Borgerens vej i Distriktspsykiatrien .....	89
4.10.3	Samarbejdet med andre aktører .....	90
4.10.4	Overgange fra én enhed til en anden .....	92
4.11	Den praktiserende læge .....	96
4.11.1	Vejen ind til den praktiserende læge.....	96
4.11.2	Borgerens vej hos den praktiserende læge .....	97
4.11.3	Samarbejdet med andre aktører .....	98
4.11.4	Overgange fra én enhed til en anden .....	100
Bilag 1	Forkortelser og paragraffer .....	102
Bilag 2	Interviewguide .....	104

# Resumé

Psykiatrien Region Sjælland har bedt KORA lave en interviewbaseret kortlægning af det tværsektorielle samarbejde mellem region, kommune og almen praksis med fokus på borgere med psykiske problemstillinger. Kortlægningen er afgrænset til det tværsektorielle samarbejde mellem Psykiatrien Region Sjælland, Vordingborg Kommune og almen praksis. Formålet med kortlægningen er:

- at få overblik over såvel som indblik i, hvordan der arbejdes og samarbejdes i og på tværs af Psykiatrien Region Sjælland, Vordingborg Kommune og almen praksis.

Kortlægningen er gennemført via mini-gruppeinterview (2-4 deltagere) og enkeltinterview med medarbejdere fra 11 organisatoriske enheder, som på forskellig vis er involveret i forløb omkring borgere med psykiske problemstillinger. Der er gennemført interview med seks kommunale enheder, fire regionale enheder og et med almen praksis (se oversigten nedenfor). I alt er 22 personer interviewet.

Kortlægningen har form af en række fortællinger om de forskellige organisationer, der samarbejder. Det er medarbejderne i de forskellige samarbejdende organisationer, der fortæller. Denne form er valgt for at komme tæt på medarbejdernes konkrete erfaringer fra deres praktiske arbejde.

## Oversigt over de interviewede organisatoriske enheder

Organisatorisk enhed	Antal interviewede
<i>Kommunale enheder</i>	
Børn og Unge, PPR og Forebyggelse	4
Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap	2
Værestedet Oasen	2
Jobcenteret	2
Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-teamet)	2
Center for Rusmidler	2
<i>Regionale enheder</i>	
Psykiatrisk Akutmodtagelse	1
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik	3
Sengeafsnit for voksne	1
Distriktpsychiatrien	2
<i>Almen praksis</i>	
Praktiserende læger	1
<b>Interviewede i alt</b>	<b>22</b>

## Analyse af tværgående temaer

I gennemgangen af medarbejdernes fortællinger er en række tværgående temaer, der har betydning, og som er med til at sætte rammerne for det tværsektorielle samarbejde, blevet identificeret. Disse er:

*De organisatoriske enheders opbygning:* Overordnet set er en stor del af de organisatoriske enheder opbygget på samme måde med en modtagelsesenhed, som foretager en indledende vurdering af en sag; derefter sendes sagen videre til en visiterende enhed og i sidste ende til

en enhed, der leverer et konkret tilbud til borgeren. Undtaget fra denne opbygning er almen praksis, hvor borgeren ikke skal igennem en modtagelsesenhed eller en indledende vurdering for at få hjælp. Visse tilbud i det kommunale Værested Oasen er også uvisiterede, hvor borgerne således kan komme ind fra gaden.

*Man skal holde sig på egen banehalvdel:* Aktørerne har et ønske om, at andre aktører kun videregiver information om borgere og ikke tager stilling til, hvad der er det rette tilbud til borgeren. Hvis andre aktører har en holdning til, hvad en anden aktør skal tilbyde en borger og fortæller borgeren det, skaber det gnidninger i samarbejdet med borgeren for de andre aktører.

*Rammer for eget og andres handlerum:* Alle aktører er underlagt rammer i form af love, procedurer, standarder og økonomiske styringssystemer. Man er bevidst om, at andre aktører – ligesom én selv – ikke kan påvirke de rammer, de er underlagt. Derfor kan man ikke bebrejde andre aktører, hvis det, de gør, ikke nødvendigvis giver mening derfra, hvor man selv anskuer borgerens problematik.

*Vi er alle tovholdere:* Alle aktører betragter sig selv som tovholdere og koordinatører, som skal få de relevante aktører til at spille konstruktivt sammen. Det kan være svært, fordi de ikke altid modtager den information om borgerne fra de andre aktører, som de mener, de bør.

*Informationsflow på tværs:* Udvekslingen af information om borgerne på tværs af sektorer og enheder inden for samme sektor kan være en udfordring. Det kræver for det første, at borgeren giver samtykke til, at information om dem må videregives – også på tværs af enheder inden for samme sektor. Aktørerne er ofte nødt til at være aktivt opsøgende for at få den information fra andre aktører, som de har brug for. Der kan desuden være behov for dialog om, hvilken form for information den ene aktør har brug for fra en anden aktør samt omfanget af denne information.

*Der hvor medarbejderne får energi af samarbejdet med andre:* Det tværfaglige samarbejde fungerer godt, når de enkelte aktører har et personligt kendskab til hinanden, og når de bliver på egen banehalvdel og leverer information uden at komme med anbefalinger. Men der, hvor medarbejderne får energi af at samarbejde, er, når de mødes og reelt samarbejder, sparrer med hinanden og engagerer sig i hinandens faglighed. Det kan være i sparringen omkring konkrete borgere til netværksmøder, eller når de kommer på hinandens matrikler eller mødes på anden vis.

*Overgange mellem organisatoriske enheder:* De forskellige organisatoriske enheder arbejder med borgere afgrænset til forskellige aldre. Nogle enheder overholder disse overgange til punkt og prikke med reference til, at skellene er fastsat ved lov. Andre forholder sig mere fleksibelt til disse formelle overgange og lader borgeren skifte, når det passer ind i dennes forløb med afsæt i en faglig vurdering. Aktørerne oplever dog ikke, at der er store problemer forbundet med borgernes overgang fra én enhed til en anden. Problemerne kan opstå, hvis der ikke i tide reageres på, at en borger skal overgå fra én enhed til en anden.

*Ønsker til det gensidige samarbejde:* Under interviewene kom en række generelle ønsker til samarbejde frem:

- Når der sker noget væsentligt med borgeren i andet regi, ønsker aktørerne at blive informeret.
- Andre aktører må ikke kommunikere til borgeren og dennes pårørende, hvad de mener, vil være det rette for en aktør at tilbyde.
- Andre aktører må ikke kommunikere til en anden organisatorisk enhed, hvad de mener, vil være det rette for en aktør at tilbyde.

- Det skal være nemt at finde ud af, hvem der arbejder med borgeren i andre organisatoriske enheder.
- Det skal være nemt at kontakte andre enheder.
- Procedurer, standarder og økonomiske styringssystemer skal være baseret på et fagligt rationale.
- De forskellige aktører skal have mulighed for at komme hos hinanden, hvis det giver fagligt mening.
- Koordineringen mellem aktørerne skal være bedre, således at deres indsatser tilpasses hinanden.

### **Fortællinger om enhedernes arbejde og samarbejde med andre aktører**

Efter den tværgående analyse præsenteres en fortælling og illustration af hver organisatorisk enhed baseret på de interviewede medarbejderes erfaringer med deres arbejde og samarbejde med andre aktører. Beskrivelserne giver indblik i:

- Hvad medarbejderne beskriver som enhedens formål
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med enheden
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet enheden
- Hvordan enheden samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale.

Der er ikke lavet resumé af fortællingerne, men ønsker man indsigt i en bestemt organisatorisk enhed, kan man med fordel læse fortællingen om netop den enhed (se kapitel 4).



# 1 Indledning

Psykiatrien Region Sjælland og kommunerne i regionen arbejder i det daglige ofte med de samme borgere for at understøtte en bedring i deres situation. Helt overordnet varetager regionen den højt specialiserede behandling af psykiatriske lidelser, mens kommunen arbejder mere bredt med borgerens hele liv, herunder psykiske problemer. Den praktiserende læge er borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet og fungerer som gatekeeper til specialiseret behandling i sundhedsvæsenet, herunder i behandlingspsykiatrien. Imellem disse tre overordnede organisationer er der forskellige tværsektorielle samarbejdsflader, ligesom der er samarbejdsflader mellem enheder inden for samme organisation, fx mellem forskellige kommunale enheder.

Psykiatrien Region Sjælland har ønsket at få overblik over og indblik i det tværsektorielle samarbejde mellem kommune, region og almen praksis omkring borgere med psykiske problemstillinger, sådan som medarbejderne i de konkrete institutioner, der er involveret i borgernes forløb, oplever det og fortæller om det. Psykiatrien Region Sjælland har derfor bedt KORA lave en interviewbaseret kortlægning af det tværsektorielle samarbejde. Kortlægningen skal indgå som led i det videre arbejde med at udvikle et stærkt tværsektorielt samarbejde og en sammenhængende psykiatri.

Kortlægningen er afgrænset til det tværsektorielle samarbejde mellem Psykiatrien Syd, Region Sjælland, Børne- og Ungdomspsykiatrien, Region Sjælland og Vordingborg Kommune samt almen praksis.

Den bærende metode bag kortlægningen er medarbejdernes fortællinger. Når vi har valgt at fokusere på deres fortællinger, er det for at give plads til deres konkrete erfaringer fra arbejdet og samarbejdet omkring borgerne, snarere end at præsentere beskrivelser af, hvordan samarbejdet formelt set bør være. For at lade disse fortællinger fremstå rent er der ikke foretaget en diskussion af dem i forhold til den eksisterende litteratur omkring tværsektorielt og tværfagligt samarbejde.

## 1.1 Formål

Formålet med kortlægningen er:

- at få overblik over såvel som indblik i, hvordan der arbejdes og samarbejdes i og på tværs af Psykiatrien Region Sjælland, Børne- og Ungdomspsykiatrien Region Sjælland, Vordingborg Kommune og almen praksis.

Kortlægningen omfatter fortællinger, der beskriver de organisatoriske enheders kompetenceområde og rammer; hvornår der i hver enhed samarbejdes på tværs, mellem hvem der samarbejdes, og om hvad der samarbejdes. Fortællingerne er baseret på medarbejderes oplevelse af deres arbejde og samarbejde med andre aktører. Der kan således godt være en vis diskrepans mellem, hvordan medarbejderne oplever arbejdet, og hvordan det formelt set beskrives i de forskellige enheder. I de tilfælde, hvor der er en sådan diskrepans, har vi valgt at lade medarbejderens stemme lyde, da formålet netop er at kortlægge de konkrete erfaringer.

Kortlægningen skal indgå som inspiration til udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og øge vidensniveauet om hinanden – det være sig både i hverdagen blandt medarbejderne i de forskellige kommunale og regionale organisatoriske enheder såvel som i konkrete samarbejdsprojekter, bl.a. projekt 'Sammen om psykisk udfordrede unge' (et tværsektorielt samarbejdsprojekt mellem Vordingborg Kommune, Psykiatrien Region Sjælland og almen praksis).

## 1.2 Rapportens opbygning

I kapitel 2 præsenteres den metode, der er anvendt i kortlægningen af det tværsektorielle samarbejde. Det beskrives, hvorledes kortlægningen er afgrænset til at omfatte 11 organisatoriske enheder, og hvordan disse enheders arbejde og samarbejde med andre enheder er af-dækket via gruppe- og enkeltinterview med medarbejdere. Det beskrives også, hvordan de indsamlede fortællinger er bearbejdet i nærværende rapport.

I kapitel 3 præsenteres en analyse af tværgående temaer, der er udsprunget af fortællingerne. Denne analyse belyser væsentlige forhold og udfordringer i det tværsektorielle samarbejde.

I kapitel 4 præsenteres en fortælling for hver organisatorisk enhed om arbejdet i enheden og samarbejdet med andre aktører, som de interviewede medarbejdere oplever det. Til hver fortælling hører en grafisk illustration med fokus på borgerens bevægelse i den organisatoriske enhed og forståelser af arbejdet og samarbejdet. Hver enhed har sit afsnit (afsnit 4.1-4.11). Den organisatoriske enhed, man eventuelt mangler viden om, kan man således lære bedre at kende ved at læse det pågældende afsnit. Hvert afsnit indledes med samme introduktion – Metodisk introduktion – målrettet de læsere, der kun læser udvalgte afsnit. Læser man rapporten fra ende til anden, kan denne introduktion med fordel springes over.

I rapporten anvendes 'borger' som gennemgående begreb, selv om man inden for behandlingspsykiatrien og almen praksis typisk bruger benævnelsen 'patient'. I samarbejdet mellem den kommunale og regionale sektor slår 'borger' mere og mere igennem som fælles betegnelse – bl.a. i sundhedsaftalerne, hvorfor det er valgt også at bruge betegnelsen i denne rapport.

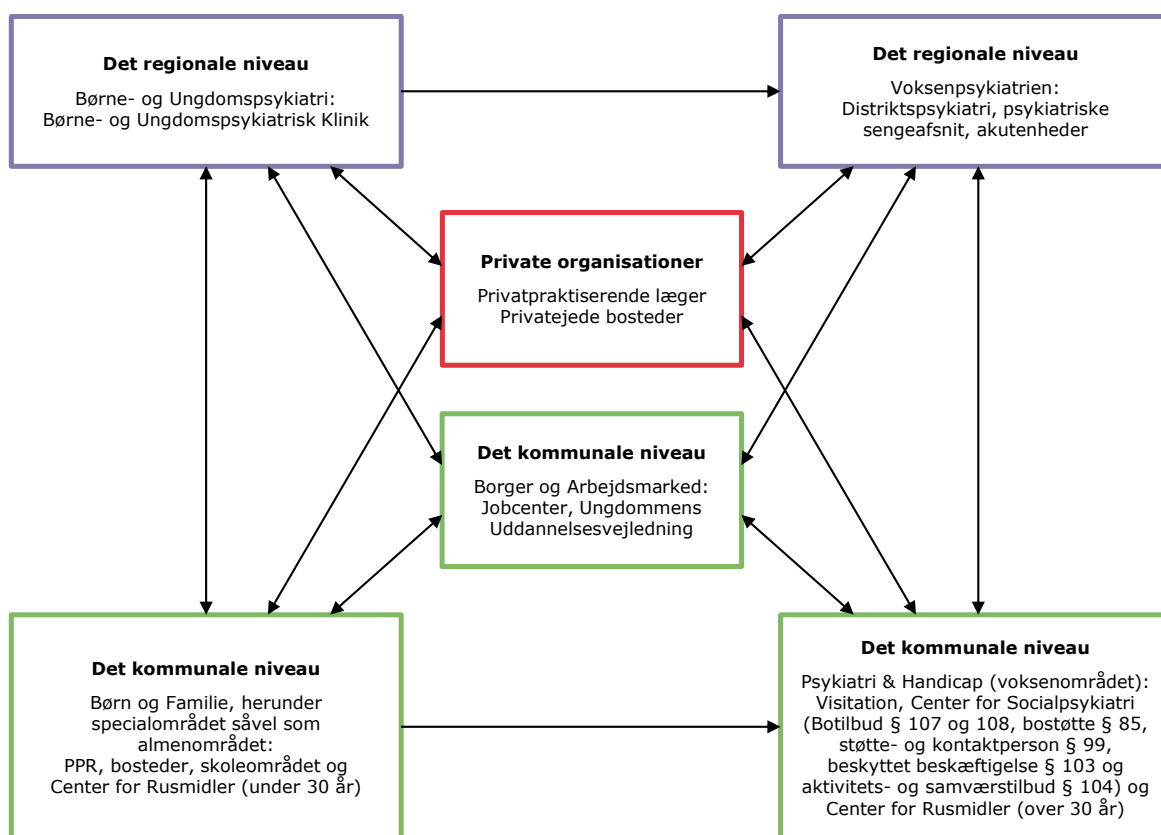
Bilag 1 indeholder en oversigt over forkortelser, der bruges i dokumentet, og de paragraffer fra Serviceloven, der henvises til i rapporten. I bilag 2 ses den spørgeguide, der er benyttet til interviewene med aktørerne.

## 2 Metode

Kortlægningen af det tværsektorielle samarbejde mellem kommune, region og almen praksis omkring borgere med psykiske problemstillinger er gennemført via interviews med medarbejdere fra de organisatoriske enheder involveret i det tværsektorielle samarbejde.

På indledende møder mellem Psykiatrien Region Sjælland, Vordingborg Kommune og KORA blev der til brug for planlægningen af interviewrunden udarbejdet en råskitse over de aktører i henholdsvis kommune, region og almen praksis, der er i berøring med hinanden, fordi de samarbejder om de samme borgere på det psykiatriske og sociale område. Råskitsen fremgår af Figur 2.1.

**Figur 2.1** Råskitse over samarbejdsflader mellem kommune, region og almen praksis\*



\* Se bilag 1 for en mere uddybende beskrivelse af paragrafferne i figuren.

Ud fra de identificerede samarbejdsflader prioriterede Psykiatrien Region Sjælland og Vordingborg Kommune, hvilke parter der skulle interviewes, og de etablerede aftaler med medarbejdere om at deltage i mini-gruppeinterview (dvs. 2-4 deltagere). I tre tilfælde var det dog ikke muligt at lave mini-gruppeinterview, hvorfor der er lavet enkelt-interview. Alle interview er optaget på minidisc. Tabel 2.1 giver et overblik over interviewene med de udvalgte organisatoriske enheder.

**Tabel 2.1** De interviewede organisatoriske enheder\*

Organisatorisk enhed	Lokation	Interviewpersoner
<i>Kommunale enheder</i>		
Børn og Unge, PPR og Forebyggelse, Vordingborg Kommune	Præstø	4
Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap (voksne), Vordingborg Kommune	Stege	2
Værestedet Oasen (del af Center for Socialpsykiatri), Vordingborg Kommune	Stege	2
Jobcenter Vordingborg, Vordingborg Kommune	Vordingborg	2
Ungdommens Uddannelsesvejledning, Sjælland Syd, STU-teamet	Faxe	2
Center for Rusmidler, Vordingborg Kommune	Vordingborg	2
<i>Regionale enheder</i>		
Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM), Region Sjælland	Vordingborg	1
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik, Region Sjælland	Næstved	3
Sengeafsnit for voksne, Region Sjælland	Vordingborg	1
Distriktpspsykiatrien Vordingborg, Region Sjælland	Vordingborg	2
<i>Almen praksis</i>		
Praktiserende læger	Roskilde	1
<b>Interviewede i alt</b>		<b>22</b>

\* Skemaet viser, hvilke konkrete enheder vi har interviewet. I kapitel 3 placeres de forskellige enheder i forhold til deres organisatoriske tilhørsforhold (se Figur 3.1).

Både mini-gruppeinterview og enkelt-interview var narrativt inspirerede. Denne tilgang blev valgt for at komme så tæt på medarbejdernes egne, konkrete erfaringer. Medarbejderne fortalte om borgernes forløb, hvor i forløbet de er i kontakt med borgeren, og hvornår de er i kontakt med medarbejdere fra andre enheder – regionale såvel som kommunale. Der tages således afsæt i medarbejdernes oplevelser i hverdagen på det givne tidspunkt for interviewet (december 2013/januar 2014 samt juni 2014). Fokus i interviewene har været at få kortlagt konkrete arbejdsgange og samarbejdsflader. I bilag 2 ses den interviewguide, der blev udviklet i samarbejde mellem Region Sjælland, Vordingborg Kommune og KORA.

Mens medarbejderne fortalte, tegnede interviewer den forløb og de tværsektorielle kontakter, som medarbejderne fortalte om, på et whiteboard (10 interview) eller på et stykke papir (1 interview). Med denne tilgang blev der skabt et praksisnært og rigt beskrivende billede af det tværsektorielle samarbejde, hvor fortællingen, som interviewer hørte og opfattede den, løbende blev verificeret af interviewpersonerne, efterhånden som interviewer tegnede den på whiteboardet/papiret. At se deres egen hverdag og samarbejdsflader tegnet op inspirerede også interviewpersonerne undervejs i interviewet, som bl.a. huskede nye facetter af deres arbejdsgange og samarbejde, da de så det tegnet op.

Ved mini-gruppeinterviewene var det muligt både at sikre, at der blev tegnet sammenhængende fortællinger om det tværsektorielle arbejde, men også at fortællingerne ikke blot repræsenterede en enkelt persons erfaringer med det tværsektorielle samarbejde. Under mini-gruppeinterviewene inspirerede interviewpersonerne hinanden og nuancerede hinandens erfaringer, og på den måde giver fortællingerne indblik i mere generelle erfaringer. Dette generaliserende element kunne ikke i samme grad udfoldes i enkelt-interviewene (interview med Psykiatrisk Akutmodtagelse, Sengeafsnittet og praktiserende læger, se Tabel 2.1). Som et led i kvalitetssikringen har alle enheder dog haft mulighed for at kommentere på beskrivelserne for derigennem at sikre, at de er refereret korrekt. Tabel 2.2 illustrerer denne del af kvalitetssikringen.

Det er bevidst valgt ikke at angive interviewpersonernes uddannelse og jobfunktion ud fra et ønske om, at organisationerne kunne være kendte, men ikke interviewpersonerne. Fortællingerne skal bruges i den videre udvikling af samarbejdet mellem *organisationer* – ikke mellem enkeltindivider.

## 2.1 Bearbejdning af interviewdata og validering

Tegningerne af det tværsektorielle samarbejde, der blev produceret under interviewene, er rentegnet. Fortællingerne om det tværsektorielle samarbejde, der knyttede sig til tegningerne, er endvidere renskrevet på baggrund af lydfiler fra interviewene. De renskrevne fortællinger er en kondensering af interviewpersonernes ord, foretaget af KORA, og samlet giver de indblik i, hvordan medarbejderne oplever, at deres arbejde og det tværsektorielle samarbejde forløber (kapitel 4).

Fortællingerne er for det første valideret ved, at interviewpersonerne har fået dem tilsendt med henblik på at sikre, at de afspejler det, medarbejderne havde fortalt om deres arbejde og samarbejde med andre enheder. For det andet har lederne for de organisatoriske enheder valideret fortællingerne og bidraget til at opdatere fortællingerne i forhold til væsentlige ændringer i arbejdsgange og samarbejdsflader siden interviewtidspunktet (se Tabel 2.2).

**Tabel 2.2** Validering af enhedernes fortællinger foretaget af medarbejdere foråret 2014 (M)\* og ledere i juni 2014 (L1) og oktober 2014 (L2)

Organisatorisk enhed	Validering		
	Ingen svar	Med rettelser	Ingen rettelser
Børn og Unge, PPR og Forebyggelse		M, L1, L2	
Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap	M	L1, L2	
Værestedet Oasen		M, L1	L2
Jobcenter	M	L1, L2	
Center for Rusmidler		M, L1	L2
Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-teamet)		M, L1	L2
Psykiatrisk Akutmodtagelse		M	L1, L2
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik		M, L1, L2	
Sengeafsnit for voksne	M	L1	L2
Distriktpsychiatrien		M	L1, L2
Praktiserende læger	M	L2	L1

\* Det er ikke nødvendigvis alle interviewede medarbejdere, der har svaret tilbage.

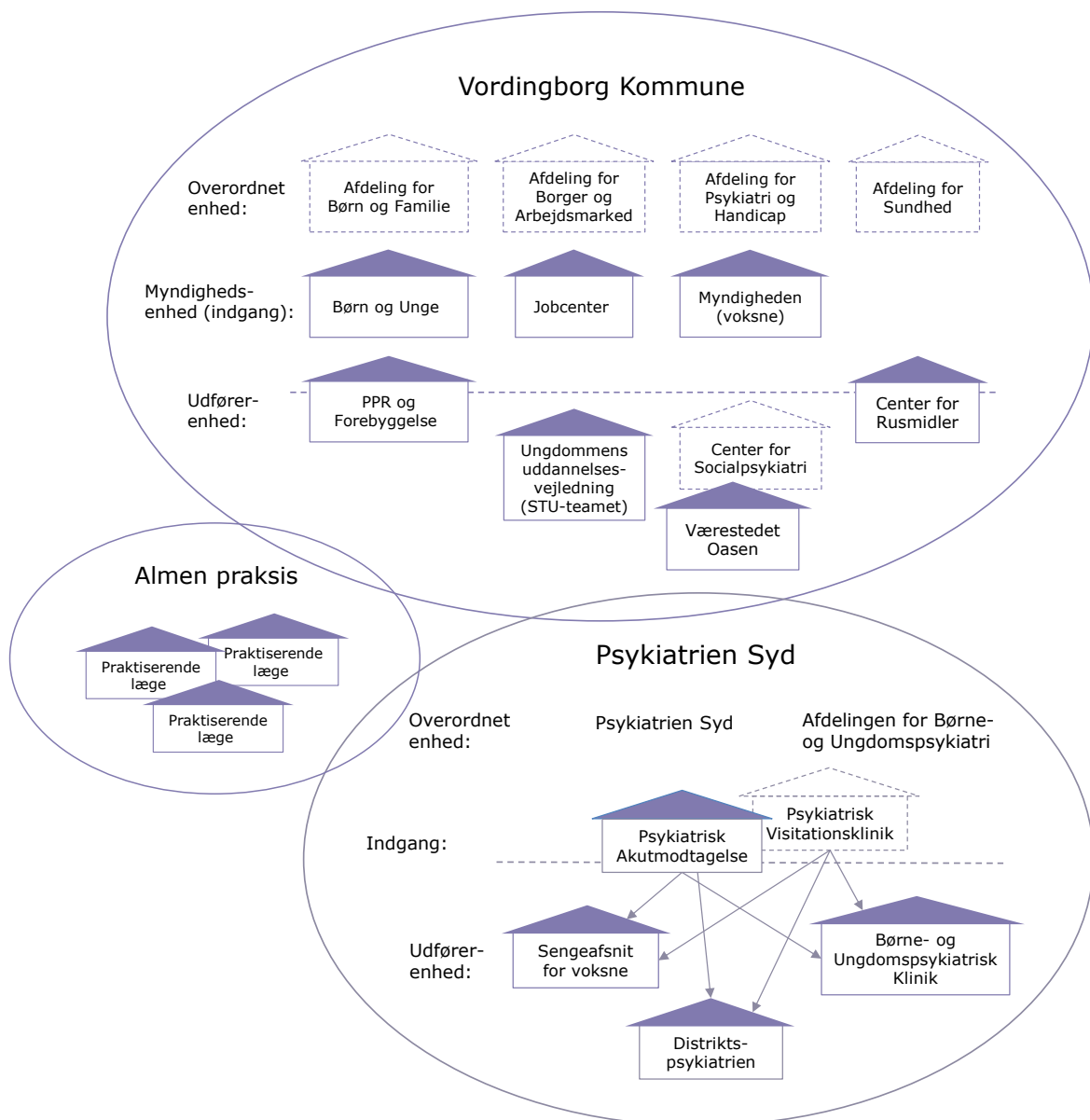
Med afsæt i en gennemlæsning af de renskrevne fortællinger har KORA uddraget og beskrevet en række centrale, tværgående temaer vedrørende samarbejdet på tværs af enheder og sektorer inden for det psykiatriske og sociale område. Fokus er fortsat på aktørernes opfattelser af egen og andres rolle i borgeres forløb og betydningen af disse opfattelser for det tværsektorielle samarbejde (kapitel 3).

### 3 Tværgående temaer

I dette kapitel præsenteres en række tværgående temaer vedrørende samarbejdet på tværs af enheder og sektorer inden for det psykiatriske og sociale område. De konkrete temaer har KO-RA identificeret i en gennemlæsning af interviewene og sætter fokus på centrale tværgående udfordringer, som de interviewede aktørerne opfatter og oplever dem.

Inden vi ser på organisationernes overordnede opbygning, præsenteres først et overblik over de involverede enheder og deres organisatoriske placering (Figur 3.1). Figuren tjener som et organisatorisk landkort, man kan navigere i, når man læser de tværgående temaer (kapitel 3) og fortællingerne fra hver organisatorisk enhed (kapitel 4).

**Figur 3.1** De involverede enheder og deres organisatoriske placering

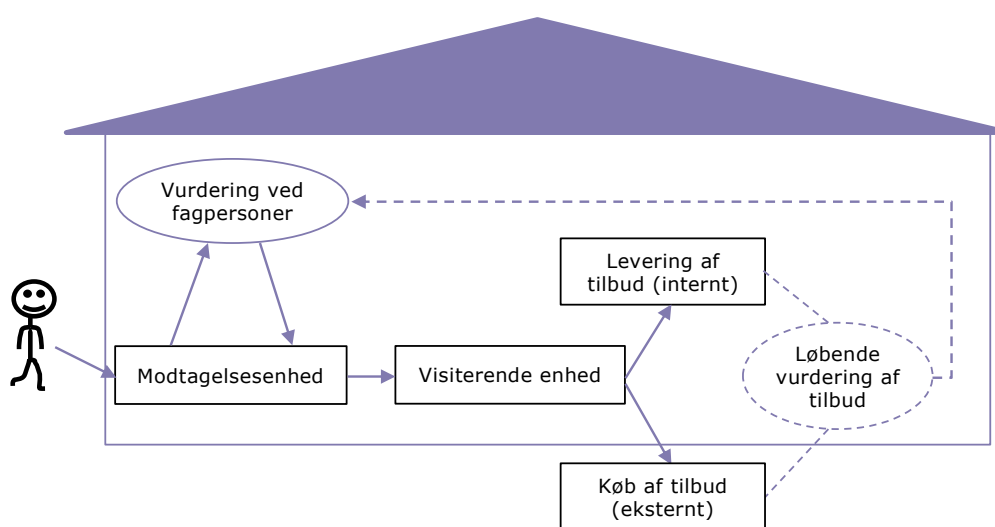


Ovenstående figur er ikke et fuldstændigt billede af organiseringen af Vordingborg Kommune, den regionale behandlingspsykiatri i Psykiatrien Syd og den regionale Børne- og Ungdomspsykiatri. De organisatoriske enheder, som er interviewet i forbindelse med kortlægningen, er indtegnet og fremstår som fuldt optegnede huse. Nogle huse er med stiplede kanter, hvilket indikerer, at disse enheder ikke er særskilt interviewet og beskrevet i denne rapport. De er medtaget for at lette forståelsen af det samlede organisatoriske landkort.

### 3.1 De organisatoriske enheders opbygning

En stor del af de organisatoriske enheder er opbygget på samme måde. Når en borger eller en sag om en borger kommer til enheden, skal den først igennem en modtagelsesenhed, der foretager en indledende vurdering af sagen – se Figur 3.2.

**Figur 3.2** De organisatoriske enheders håndtering af borgerhenvendelser



Modtagelsesenheden sender sagen videre til medarbejdere, som fagligt skal vurdere sagen nærmere, før de sender sagen videre til en enhed, der visiterer et tilbud til borgeren. Herfra sendes sagen til en udførelsenhed, der kan levere det, som borgeren er visiteret til. Det kan være den samme enhed, som tidligere har behandlet sagen, eller det kan være en anden enhed, som tilbuddet købes hos. Herefter skal det løbende vurderes, om tilbuddet stadig er det rette for borgeren, og om kvaliteten af indsatsen er god nok. Er det ikke det, og skal indsatsen ændres, går der igen en proces i gang, hvor sagen skal belyses, vurderes, visiteres og tilbuddet købes.

Undtaget fra denne håndtering af borgerhenvendelser er almen praksis, som er borgerens primære adgang til sundhedsvæsenet. Den enkelte borger vil altid kunne kontakte egen læge og få en konsultation uden forudgående vurdering. En vurdering eller henvisning fra almen praksis er ofte det første led i forhold til at komme videre i det kommunale eller regionale sundhedssystem. Almen praksis vil således ofte ligge forud for, at en modtagelsesenhed tager hånd om en henvendelse fra eller om en borger. Det kommunale Værested Oasens aktivitets- og samværstilbud kræver ikke forudgående visitation, og her kan borgeren således komme ind fra gaden. Flere af de øvrige tilbud i Oasen (fx socialpædagogisk støtte (§85)) kræver dog forudgående visitation gennem kommunens Myndighed i Afdeling for Psykiatri og Handicap.

## 3.2 Man skal holde sig på egen banehalvdel

Både den kommunale og regionale organisation er opdelt i enheder, der varetager hver sin opgave vedrørende en borgers sag. Det former arbejdet i den enkelte organisatoriske enhed. De medarbejdere, der undersøger og belyser borgerens sag, træffer ikke nødvendigvis beslutning om, hvilken indsats borgeren skal tilbydes. Det betyder, at medarbejderne internt i en organisatorisk enhed skal levere et bestemt produkt til deres kollegaer, fx en henvisning, en udredningsplan, en behandlingsplan, en visitation osv. (se beskrivelsen af de enkelte enheder i afsnit 4.1-4.11). Dette produkt skal deres kollegaer anvende til at udføre deres arbejde. Det skaber grænser for, hvad de enkelte medarbejdere må gøre i deres arbejde med borgeren. Medarbejderne i fx jobcenteret må således ikke anbefale, hvad visitationen i afdelingen for psykiatri og handicap skal bevilge. Det former, hvad medarbejderne gør i deres arbejde, men det former også samarbejdet mellem enhederne. Hvis et led i kæden ikke leverer det, de skal – fx en vurdering af borgerens tilstand – og i stedet leverer noget andet – fx anbefalinger til, hvilken indsats borgeren skal have – kan det, ifølge medarbejderne, skabe frustrationer og gnidninger i samarbejdet.

At medarbejdernes arbejde er afgrænset på denne måde, former også arbejdet med andre organisatoriske enheder. I belysningen af en borgers sag har medarbejderne fx brug for at indhente andre enheders vurderinger af borgeren. Det er igen vigtigt, at disse andre enheder ikke kommer med anbefalinger til, hvad der vil være det rette at tilbyde borgeren, men kun leverer de efterspurgte informationer og faglige vurderinger af borgerens funktionsevne. For eksempel må den regionale Børne- og Ungdomspsykiatriske Klinik ikke anbefale, hvilken indsats barnet/den unge skal have fra Børn og Unge (kommunal). De må kun levere vurderinger af barnets/den unges tilstand. Det er Visitationsudvalget i Børn og Unge, der bevilger et bestemt tilbud til borgeren.

Samarbejdet mellem og internt i de kommunale og regionale enheder omfatter et gensidigt ønske om, at andre aktører kun videregiver informationer om borgeren og ikke tager stilling til, hvad der er det rette at tilbyde borgeren. I kommunen er det fx kun de respektive myndighedsenheder, der lovmæssigt kan visitere en borger til en bestemt indsats inden for deres eget kompetenceområde. Når én organisatorisk enhed mener, at en anden enhed skal tilbyde borgeren noget bestemt, skaber det frustrationer. Stort set alle fortællingerne beretter om, at medarbejderne oplever, at andre aktører har en holdning til, hvad de skal tilbyde borgeren, og at de siger den højt – også til borgeren. Det skaber gnidninger i samarbejdet. Borgerne bliver skuffede over ikke at blive tilbudt dét, de blev stillet i udsigt af andre aktører. De andre aktører oplever samarbejdet som svært, fordi borgeren ikke tilbydes det, som de vurderer, er det rette for borgeren.

Samtidig med at der er en generel fortælling om, at andre aktører blander sig i, hvad ens organisation skal tilbyde borgeren, er der også en udbredt egen-fortælling om, at de enkelte aktører selv er meget bevidste om ikke at tilbyde borgere noget på andre organisatoriske enheders vegne. Det er en værdi for aktørerne at *”holde sig på egen banehalvdel”*, for derigennem viser de respekt for de andre aktører.

## 3.3 Rammer for eget og andres handlerum

På tværs af de forskellige organisatoriske enheder er der en opfattelse af, at alle er underlagt stramme rammer, som former det handlerum, de har. De stramme rammer er love, procedurer og standarder såvel som økonomiske styringssystemer. Love former overordnet set, hvad borgeren kan tilbydes i de enkelte enheder, og som sådan også hvordan de i nogle organisatoriske enheder tilrettelægger arbejdet. Eksempelvis dikterer loven, hvor ofte der skal føres tilsyn med den indsats, som borgeren modtager, og afgrænser hvad en borger kan tilbydes. Procedurer og standarder former også arbejdet og dikterer fx, hvad de skal fokusere på i samtaler osv.



De økonomiske styringssystemer betyder, at nogle arbejdsopgaver udløser ydelser (betaling), mens andre ikke gør. I den regionale behandlingspsykiatrien er det fx kun arbejdsopgaver, der involverer en direkte kontakt med borgeren, der udløser en ydelse. Når medarbejderne bruger tid på arbejdsopgaver, der ikke involverer borgeren direkte, presses enhedens økonomi. Medarbejderne fortæller, at det gør det svært at prioritere opgaver som fx udvikling af det tværfaglige arbejde eller samtaler med pårørende.

Det er en udbredt opfattelse, at medarbejderne i andre organisationer, ligesom én selv, ikke kan påvirke de rammer, de er underlagt. Som følge heraf kan man heller ikke bebrejde andre aktører, hvis det, de gør, ikke nødvendigvis giver mening derfra, hvor man selv anskuer borgerens problematik. Medarbejderne fortæller, at det derfor også er en værdi for dem at udvise respekt for deres kollegaer fra andre organisatoriske enheder, og fordi de alle på den måde oplever at være bundet af rammerne, er det ikke rimeligt at blande sig i deres arbejde. Derfor er det en værdi for aktørerne, at de kun må levere input om borgeren i dialogen med andre aktører og ikke blande sig i, hvad de andre organisationer tilbyder borgeren.

### 3.4 Vi er alle tovholdere

Samtidig med at det er vigtigt, at aktørerne holder sig på egen banehalvdel og respekterer, at der er rammer, som former aktørernes handlerum, så opfatter samtlige aktører sig som en tovholder i borgerens forløb. Alle aktører beskriver, at de har en helhedsorienteret tilgang, og at de fra deres position kan se, hvordan andre aktører også spiller eller burde spille en rolle i borgerens bedring. Derfor ser de også deres egen rolle som en tovholder og koordinator, der skal få de relevante aktører til at spille konstruktivt sammen. Det kan være svært, bl.a. fordi de ikke føler, at de modtager informationer om borgeren fra de andre aktører, sådan som de bør gøre. Som en af de interviewede aktører forklarer det således:

*"Hvis vi skal forestille at være tovholdere, som man altid så populært siger, så er det rigtig svært at holde i nogle tove, som man ikke nødvendigvis kender".*

Det er også svært, fordi det kan opleves vanskeligt at få andre aktører til at engagere sig i borgerens situation og levere den indsats, som borgeren har behov for – set derfra hvor den enkelte aktør anskuer sagen.

Roller som tovholder karambolerer med at skulle holde sig på egen banehalvdel. En tovholder har netop brug for at få flere aktører til at spille sammen. Derfor ser de deres egen arbejdsopgave som én, der bevæger sig udover den indsats, de selv kan tilbyde borgeren. På samme tid er der som beskrevet tidligere en stærk værdi om ikke at blande sig i, hvad andre aktører tilbyder borgeren.

At alle beskriver sig selv som tovholdere betyder også, at der er en række tovholdere, som fra forskellige ståsteder forsøger at holde en proces kørende for borgeren. Det vil sige at holde alle tovene og sikre, at de forskellige andre aktører leverer det, de skal. Fordi aktørerne har forskellige ståsteder, ser de også borgerens proces forskelligt, og det vil derfor være forskellige 'tove', de holder. Når vi observerer, at alle definerer sig selv som tovholdere, bliver det et centralt spørgsmål i udviklingen af samarbejdet, hvordan institutionerne får de mange forskellige tovholdere til at arbejde godt sammen, når de dels holder forskellige tove, og dels også vil forstå mulighederne i 'tovene' forskelligt. Spørgsmålet er endvidere, om det med så mange tovholdere kan undgås, at tovene 'filtrer sammen', så det bliver uhensigtsmæssigt for borgerens forløb.

### 3.5 Informationsflow på tværs

En udfordring i overgangen mellem organisatoriske enheder og samarbejdet imellem dem er udveksling af information om borgerne – eller mangel på samme.

Information om borgerne internt mellem de regionale enheder videregives via journalen. Men de regionale aktører ser ikke nødvendigvis journalen som et godt format til videregivelse af information om borgerne til de kommunale enheder. Journalen er det psykiatriske systems arbejdsredskab og indeholder bl.a. hypotetiske diagnoser. Tages de for pålydende, kan det kommunale system fejlagtigt komme til at bygge deres indsats på den regionale behandlingspsykiatriske arbejdshypoteser. Det er også generelt opfattelsen, at diagnoser ikke skal være i fokus i socialpsykiatrien. De regionale enheder vil dog gerne videregive relevant information – fx udlevere psykologiske test til PPR-psykologer i kommunen. Det er blot vigtigt, at de kommunale aktører er specifikke omkring, hvilken konkret information de har brug for.

Der er som nævnt blandt medarbejderne generelt et ønske om, at andre aktører skal passere information og ikke tage stilling. Informationsudvekslingen indebærer således ikke en drøftelse eller dialog om borgerens situation. Der er dog flere eksempler på, at aktørerne – både internt i og på tværs af regionale og kommunale enheder – er i dialog om, *hvilken form* for information den ene aktør har brug for fra en anden aktør. Det er med til at lette arbejdet for den, der skal videregive information, og gør det også nemmere for den, der skal bruge informationen at komme videre i processen med at understøtte en bedring i borgerens situation. Omfanget af og formen på den information, som en organisatorisk enhed internt producerer omkring en borger, matcher sjældent det behov for information, som andre enheder har. Nogle aktører oplever, at informationen om borgere fra andre aktører er for omfattende, og andre oplever den for kortfattet. For eksempel oplever Børne- og Ungdomspsykiatrisk klinik at få henvisninger, der fylder fra 4 linjer og helt op til 3-5 sider. Blandt andet derfor er der udarbejdet en guide til, hvilken information en henvisning skal indeholde.

Ofte er aktørerne nødt til at være aktivt opsøgende i forhold til at få den information fra andre aktører, som de har brug for. Videregivelse af information – særligt mellem den regionale og kommunale sektor – er imidlertid udfordret af, at borgerne skal give samtykke til al udveksling af personfølsomme oplysninger, fx helbredsoplysninger mv. Hvis samtykket eksempelvis er givet i starten af et behandlingsforløb, fortæller medarbejderne, at de kan blive i tvivl om, hvorvidt dette samtykke fortsat gælder, når behandlingsforløbet afsluttes flere år efter. Forvaltningsloven udfordrer desuden informationsudvekslingen mellem de kommunale enheder. For eksempel har den kommunale Myndighed i Afdeling for Psykiatri og Handicap ikke adgang til oplysninger om borgere, som er i et forløb i Jobcenteret i selvsamme kommune. Det skal de bede om mundtligt eller skriftligt – og borgeren skal her også give sit samtykke til, at informationen fra Jobcenteret videregives til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap.

Informationsflowet kan således være sparsomt eller helt mangle. For eksempel oplever almen praksis ofte ikke at blive orienteret om borgeres behandling i Distriktspsykiatrien; at orienteringen sker med meget forsinkelse, eller først når lægen selv efterspørger information. Dette til trods for, at der formelt set burde sendes en epikrise ved afslutningen af forløbet i Distriktspsykiatrien. Borgerne kommer ofte tilbage til den praktiserende læge, når de har været til en undersøgelse, behandling eller i et forløb hos en anden aktør. Hvis lægen ikke er vidende om, hvad borgere har været igennem, er det vanskeligt at agere tovholder og støtte op om og hjælpe borgeren med at navigere de rette steder hen i de kommunale og regionale systemer.

### 3.6 Der hvor medarbejderne får energi af samarbejdet med andre

Mens samarbejdet med andre aktører både i egen sektor og på tværs kan være besværligt, fremhæver aktørerne også samarbejde, der fungerer godt. Det er grundlæggende der, hvor de har et personligt kendskab til hinanden, og hvor de bringer deres faglighed i spil på en konstruktiv måde. Derudover er det også både der, hvor aktørerne bliver på hver sin banehalvdel

og leverer de informationer, de skal, uden at komme med anbefalinger, såvel som der, hvor de reelt samarbejder, sparrer med hinanden og engagerer sig i hinandens faglighed.

Det er som nævnt helt basalt vigtigt for aktørerne, at andre ikke stiller borgerne noget i udsigt på deres vegne. Når det overholdes, fungerer samarbejdet bedre, men ikke nødvendigvis på en måde, der giver medarbejderne ekstra energi. Den får de til gengæld, fortæller de, når de kommer hinanden ved på en konstruktiv og faglig måde.

Det kan være i sparringen om konkrete borgere på fx netværksmøder, eller når medarbejdere, der kender hinanden på tværs af organisationerne, tager kontakt til hinanden for at finde den bedste løsning for en borger.

Det kan være, når de krydser sektorernes fysiske grænser, fx kommunens Center for Rusmidler inviteres ind i regionspsykiatrien for at give gruppesamtaler, hvor også medarbejdere deltager. De bringer deres faglighed i spil, de får energi, og de bliver klogere, beskriver aktørerne om sådanne 'grænseoverskridende' aktiviteter.

Et andet eksempel er Oasen, der er et kommunalt værested og udøver af bl.a. § 85 (socialpædagogisk støtte) og § 99 (støtte- og kontaktperson) i Serviceloven. Oasen definerer sig selv som et *neutralt* sted, hvor andre aktører er velkomne til at udføre deres arbejde på matriklen. Oasen ligger langt fra de øvrige tilbud, og da nogle borgere har svært ved at komme til de øvrige aktører, er det for flere aktører en mulighed at møde borgerne på Oasen. Det betyder, at medarbejderne fra de forskellige organisatoriske enheder møder hinanden, og de kender hinanden. Det betyder også, at de kan motivere borgerne til at samarbejde med andre aktører, der kan gavne borgeren. Og endelig betyder det, at medarbejderne fra de forskellige enheder kan sparre med hinanden om en borger, de er bekymrede for, fordi de har en fælles interesse og en uformel kontaktflade. På baggrund af disse forhold kan man sige, at det neutrale ikke kun gælder mødet mellem borgere og forskellige medarbejdere, men også forskellige medarbejdere imellem.

### 3.7 Overgange mellem organisatoriske enheder

Borgerne kan potentielt skulle skifte organisatorisk tilhørsforhold mange gange under et forløb i det regionale og kommunale system. De forskellige organisatoriske enheder arbejder med borgere afgrænset til forskellige aldre – typisk er der et skel ved det 18. år, hvor borgeren bliver myndig. Nogle enheder overholder disse overgange til punkt og prikke, mens andre ser på de formaliserede overgange som 'overgange med elastikker i enderne'. De lader borgeren skifte, når det passer ind i hans eller hendes forløb. Det udfordrer samarbejdet på tværs. De, der følger de fastsatte overgange, har behov for, at andre aktører mobiliseres i tide og engagerer sig i at sikre en god overgang. De, der ikke overholder dem på samme måde, orienterer sig mod borgerens forløb og tilrettelægger overgange ud fra, hvornår det passer ind. Disse to forskellige tilgange finder deres rationale forskellige steder:

- Et lov-rationale: De, der følger de formelle aldersovergange, begrundet det med, at de er bundet til det, da skellene er fastsat ved lov.
- Et fagligt rationale: De, der lader borgeren skifte til en anden enhed, når det passer ind i hans eller hendes forløb, begrundet det fagligt, dvs. det fx er den bedste måde at sikre udviklingen af borgeren på.

Dette skel betyder selvfølgelig ikke, at de, der handler i forhold til et lovrationaler, ikke også er faglige, ligesom det ikke betyder, at de, der handler efter et fagligt rationale, ikke kender loven. Men de illustrerer to forskellige måder at forholde sig til nogle konkrete valg, og i praksis kan de to rationaler trække i forskellige retninger.

Overordnet set oplever de forskellige aktører dog ikke de store besværligheder ved borgernes overgange. Problemerne kan opstå, hvis der ikke reageres i tide på, at en borger skal overgå til en anden enhed, eller hvis den anden enhed stiller større krav til borgerens sårbarhed, før han eller hun kan modtage et tilbud. Det er tilfældet ved overgangen fra børne- og ungetilbud til voksertilbud, bl.a. fordi Serviceloven/Sundhedsloven har meget forskellige paragraffer på henholdsvis børne-/ungeområdet og voksenområdet.

Mens medarbejderne generelt ikke oplever, at der er store problemer forbundet med borgernes overgange fra en enhed til en anden, reflekterer flere også over, at det måske er, fordi de ikke opdager de borgere, hvor der er problemer. Med en modtageenhed og indledende visitation ser de fleste aktører først borgeren, når denne er blevet vurderet og visiteret til netop deres enhed. De vil derfor ikke afvise, at de ikke oplever, at borgere tabes mellem to stole ved overgangen, fordi de ganske enkelt ikke ser dem ligge mellem stolene. Den praktiserende læge bekræfter til dels dette billede for nogle grupper af borgere. Borgerne er ofte tilknyttet en praktiserende læge over mange år, og selvom borgerne kan skifte tilhørsforhold mellem de kommunale og regionale enheder, forbliver de hos den samme praktiserende læge. Det betyder også, at hvis borgerne ikke længere tilbydes noget fra andre organisatoriske enheder, opsøger de ofte deres praktiserende læge, som så enten må varetage behandlingen eller forsøge at få dem ind i de specialiserede tilbud igen. Den praktiserende læge er nemlig ikke ekspert på enkeltområder, men tværtimod en tovholder i borgerens forløb og arbejder for at sikre, at borgeren modtager den hjælp fra andre aktører, som han eller hun har brug for – ligesom alle de andre aktører oplever at være det.

### 3.8 Ønsker til det gensidige samarbejde

Under interviewene kom der en række generelle ønsker til samarbejdet med andre aktører frem. De præsenteres her:

- Når der sker noget væsentligt med borgeren i andet regi, ønsker aktørerne at blive informeret – fx hvis borgeren indlægges, udskrives, eller hvis behandlingsplaner ændres.
- Andre aktører må ikke kommunikere til borgeren og dennes pårørende, hvad de mener, vil være det rette for en anden aktør at tilbyde.
- Andre aktører må ikke kommunikere til en anden organisatorisk enhed, hvad de mener, vil være det rette for en aktør at tilbyde.
- Det skal være nemt at finde ud af, hvem der arbejder med borgeren i andre organisatoriske enheder.
- Det skal være nemt at kontakte andre enheder.
- Procedurer, standarder og økonomiske styringssystemer skal være baseret på et fagligt rationale. Det vil sige, at den måde, de former arbejdet, skal give faglig mening.
- De forskellige aktører skal have mulighed for at komme hos hinanden, hvis det giver faglig mening.
- Koordineringen mellem aktørerne skal være bedre, således at deres indsatser tilpasses hinanden. For eksempel skal Distriktpsykiatrien og den kommunale sagsbehandler være bedre til at koordinere deres indsats over for borgeren.

## 4 De organisatoriske enheders fortællinger

I dette kapitel præsenteres medarbejdernes fortællinger fra de 11 organisatoriske enheder i kondenseret form. Fortællingerne afsluttes af en eller to illustrationer, der samler op på centrale aktører og processer. Først præsenteres de kommunale enheder (afsnit 4.1-4.6), dernæst de regionale enheder (afsnit 4.7-4.10) og afslutningsvis almen praksis (afsnit 4.11). Man kan med fordel orientere sig om den enkelte enheds organisatoriske placering i det organisatoriske landkort i kapitel 3 (Figur 3.1).

Hvert afsnit i kapitlet giver et indblik i de rammer, som medarbejderne i de forskellige enheder oplever at arbejde under. Det indblik kan man – hvis man arbejder i en enhed, der samarbejder med den pågældende enhed – bruge til at forstå deres bevæggrunde og til at reflektere over den samarbejdsrelation, man befinder sig i.

### 4.1 Børn og Unge (kommunal)

#### **Metodisk introduktion**

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Børn og Unge, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Børn og Unge
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Børn og Unge
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Børn og Unge
- Hvordan Børn og Unge samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Børn og Unges funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Børn og Unge (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Børn og Unge vil variere, hvis der kigges på konkrete borgeres forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. I stedet fokuseres på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Børn og Unge hører under Afdeling for Børn og Familie og er myndighedsafdeling på børne- og ungeområdet. Det betyder, at Børn og Unge træffer beslutninger vedrørende sager om børn og unge i henhold til lovgivningen. Børn og Unges opgave er specifikt at vurdere, om der er en sag på en konkret borger ud fra Serviceloven. Hvis der er, skal de vurdere, hvad borgerens behov er, og når borgeren er blevet tildelt en indsats, skal de sikre, at den leveres tilfredsstillende, og at den fortsat imødekommer borgerens behov. Det betyder, at loven former den måde, der

arbejdes på. Loven definerer, *hvornår* der er en sag, og dermed *hvad* kommunen er *forpligtet til at levere*, og *hvad* borgeren har *ret til at modtage eller vurderes at have behov for*.

I Børn og Unge er borgeren et barn eller et ungt menneske. Det vil sige, at borgerne kan være tilknyttet afdelingen, indtil de fylder 18 år. Herefter overgår de til et voksentilbud, hvis de stadig har behov for et tilbud fra kommunen – medmindre den unge er anbragt og vurderes at være omfattet af efterværn. I så fald er borgeren tilknyttet Børn og Unge op til det 23. år.

#### 4.1.1 Vejen ind i Børn og Unge

Børn og Unge består af seks teams:

- **Modtageteam**, som modtager henvendelser og underretninger om børn og unge
- **Handicapteam**, som varetager sager med børn og unge med fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse i alderen 0-18 år
- **Børne- og familieteam**, som varetager sager med børn under 14 år
- **Ungeteam**, som varetager sager med unge på 14 år og ældre
- **Efterværnsteam**, som følger unge, der har en sag hos kommunen, før de er 18 år, fra de er 18-22 år
- **Anbringelsesteam**, som varetager matchning af børn/unge med anbringelsessted og fører konkret tilsyn med barnet/den unge under anbringelse

Arbejdsgangen i afdelingen begynder, når der kommer enten en *henvendelse* vedrørende et barn/en ung eller en *underretning* (i henhold til § 153 eller § 154 i Serviceloven) om, at et barn/en ung ikke trives.

Henvendelser kan komme fra:

- Forældre
- Psykiatriske og somatiske hospitaler
- Praktiserende læger
- Tandlæger
- Speciallæger
- Sundhedsplejerske

For eksempel kan en somatisk afdeling, praktiserende læger etc. – som har haft et barn i behandling – henvende sig til Børn og Unge, hvis de mener, at barnets vanskeligheder skal vurderes i henhold til Serviceloven, fx om de falder inden for handicapparagrafferne (§ 41 og 42 – merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste). Forældre kan også henvende sig, fordi de er bekymrede for deres barn og fx mener, at kommunen skal betale et efterskoleophold, hvilket vurderes i henhold til socialparagrafferne (§ 52 stk. 3 – diverse foranstaltninger).

Alle offentlige ansatte fagpersoner har pligt til at underrette kommunen, hvis de får kendskab til forhold, der giver anledning til at formode, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte (§ 153). Desuden har alle, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år udsættes for vanrøgt/nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer deres sundhed og udvikling i fare, også pligt til at underrette kommunen. En underretning kan således komme fra mange forskellige aktører (underrettere):

- Pårørende, fx familie og venner
- Medborgere, fx naboer
- Aflastningsfamilier, dvs. 'ansatte pårørende'

- Skolevæsenet
- Institutioner
- Fritidsklubber
- Psykiatriske og somatiske hospitaler
- Praktiserende læger
- Tandlæger
- Speciallæger
- Sundhedsplejerske
- PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og Forebyggelse<sup>1</sup>

Underretningens vej i afdelingen er forenklet set, at den modtages af Modtageteamet, som vurderer, om underretningen er en sag i henhold til Serviceloven. Hvis den er det, sender Modtageteamet den videre til et af de øvrige fire teams i Børn og Unge, som vurderer, hvad barnet/den unge har behov for (social-paragrafferne), og/eller hvad forældrene har ret til (handicap-paragrafferne). Vurderingen sendes videre til Visitationsudvalget, som bevilger et tilbud/en ydelse og sender sagen retur til Børn og Unge, som nu kan købe tilbuddet til barnet og/eller bevilge ydelsen til forældrene.

### **Modtagelse af henvendelser og underretninger**

Ved *henvendelser* vurderer Børn og Unge, om barnets/den unges vanskeligheder hører under socialparagrafferne og/eller handicapparagrafferne i Serviceloven, og om der skal laves en børnefaglig undersøgelse i henhold til Servicelovens § 50. Modsat underretninger er der ikke fastsat krav i Serviceloven om en bestemt tidsramme for vurdering af henvendelser. Hvis ikke henvendelsen hører under Serviceloven, afsluttes sagen, og der sendes brev herom til dem, der har henvendt sig<sup>2</sup>.

I henhold til Servicelovens § 155 stk. 2 skal en *underretning* vurderes inden for 24 timer. Konkret vurderer Modtageteamet, om underretningen er en sag i henhold til Serviceloven. En underretning kan falde i tre kategorier, henholdsvis en rød, gul eller grøn underretning. Rød og gul underretning betyder, at underretningen falder inden for Servicelovens bestemmelse – er den rød, skal der handles med det samme. Kategoriseres underretningen som grøn, betyder det, at underretningen ikke er omfattet af Serviceloven. Serviceloven sætter således rammerne for, hvad Børn og Unge kan gøre og tilbyde borgere. Set fra Børn og Unges side skal det gode samarbejde om en underretning derfor tilpasses til, at medarbejderne kan arbejde i henhold til Serviceloven. Det betyder, at underretninger fra de forskellige aktører i udgangspunktet skal være *en passage af information* om borgerens funktionsniveau, mere end at det skal være en drøftelse af borgerens behov for hjælp eller forslag til, hvad der ville være den rette hjælp til borgeren. For det er Serviceloven, der afgør, om der er et behov, og hvilket tilbud borgeren har krav på.

Det betyder ikke, at Modtageteamet ikke kan være interesseret i vurderinger fra underrettere såvel som fra andre aktører, når de skal vurdere, om der i henhold til Serviceloven er en sag eller ikke. I nogle sager kontakter de underretterne og andre aktører for at indhente oplysninger om borgeren. Det kan fx være, at behandlingspsykiatriske organisationer kontaktes for at

<sup>1</sup> PPR og Forebyggelse hører under Afdeling for Børn og Familie og har til opgave at understøtte inklusion i skoler og dagtilbud (i form af rådgivning og vejledning til lærere og pædagoger) og at udarbejde pædagogiske, psykologiske vurderinger med henblik på at vurdere børns behov for støtte i skoler og dagtilbud. PPR modtager ofte indstillinger i henhold til Folkeskoleloven fra forældre, skoler og dagtilbud. Hvis PPR i forbindelse med disse indstillinger eller i andre sammenhænge nærer bekymring for det pågældende barn, skal PPR lave en underretning til Børn og Unge. PPR kan også henvise til Psykiatrisk Visitationsklinik (regional) via BUF (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum). BUF er et samarbejdsforum med deltagere fra PPR og Forebyggelse samt regionalpsykiatrien på børn- og ungeområdet.

<sup>2</sup> Hvis det er forældrene, der har henvendt sig, får de en decideret afgørelse om, at kommunen har vurderet, at der ikke skal laves en børnefaglig undersøgelse sammen med en klagevejledning. Hvis henvenderen ikke er forælder til barnet/den unge, får de en besked om, at henvendelsen ikke hører under Servicelovens bestemmelser, men at de er velkomne til at henvende sig igen – men så skal de skrive en bekymring.

udarbejde en undersøgelse af borgerens funktionsniveau og en beskrivelse af hans eller hendes behov. Samarbejdet skal dog stadig være en passage af informationer, der bevæger sig fra underrettere og andre aktører til Modtageteamet i Børn og Unge.

Vurderer Modtageteamet, at der er en sag i henhold til Serviceloven, kan borgeren få hjælp ad to veje. Hvis Modtageteamet har en sag, hvor de vurderer, at der er et behov for rådgivning eller tilbud efter Servicelovens § 11.1, 11.3 og 11.4 (rådgivning og konsulentbistand), videregives den til PPR, som yder den pågældende rådgivning.

Kræver sagen et mere omfattende tilbud, sendes sagen videre til det rette team i Børn og Unge, hvor sagen belyses ved en børnefaglig undersøgelse i henhold til Servicelovens § 50.

Hvis underretningen omhandler et barn/en ung, som er kendt i Børn og Unge, vurderer Modtageteamet alvoren i underretningen og videregiver den til den sagsbehandler, der allerede har sagen.

#### 4.1.2 Borgerens vej i Børn og Unge

Hvis Modtageteamet vurderer, at der er en sag i henhold til Serviceloven, sendes sagen til det relevante team i Børn og Unge, som skal foretage en § 50-undersøgelse. Den undersøgelse skal give et helhedsbillede af barnets situation og derfor omfatte barnets/den unges udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold samt venskaber såvel som andre relevante forhold. Borgeren tilknyttes en sagsbehandler, som begynder at udrede sagen. I det arbejde etableres der samarbejdsflader til både kommunale og regionale organisationer. Medarbejderen indhenter informationer om borgerens situation og funktionsniveau.

Sagsbehandlerens opgave er også at vurdere, hvilke tilbud barnet/den unge og familien har behov for, og hvem der skal levere tilbuddet i henhold til socialparagrafferne. Der skal eventuelt også tages stilling til, hvorvidt forældrene har ret til kompensation i henhold til handicapparagrafferne. De rammer, som medarbejderne kan tænke inden for, er stadig afgrænset af de muligheder, som Serviceloven giver:

*“Der skal være hjemmel i loven, før vi kan gøre noget. Sidder vi med en god idé, skal vi finde et sted i loven, hvor den passer ind, for at vi kan gøre det”.  
(Medarbejder i Børn og Unge)*

Tilbuddet, som borgeren har behov for, omfatter ofte, at flere aktører skal yde en indsats for barnet/den unge, fx i skolen, behandlingspsykiatrien, PPR og Forebyggelse, aflastningsfamilie og kriminalforsorgen. Udredning på børnepsykiatrisk afsnit har fx ofte konsekvenser for barnets skolegang. Det betyder, at flere aktører skal mobiliseres, og på det kommunale område kan Børn og Unge som myndighedsafdeling pålægge andre kommunale aktører at agere.

*“Det er os, der bestemmer, for det er os, der er myndighedspersoner. Så det er os, der vælger, hvilken indsats der skal laves omkring et barn, og som undersøger, hvem der kan varetage den opgave”. (Medarbejder i Børn og Unge)*

Borgerens sagsbehandler i Børn og Unge undersøger og vurderer således borgerens behov, hvad der er det rette tilbud i henhold til Serviceloven, og hvem der kan levere det. Vurderingen sender sagsbehandleren som en indstilling til Visitationsudvalget inden for Afdeling for Børn og Familie. Visitationsudvalget er et bevilgende udvalg, som vurderer, om sagsbehandleren har undersøgt sagen tilstrækkeligt til at vurdere, om der er en sag i henhold til Serviceloven, og om det tilbud, som sagsbehandleren foreslår, i så fald er det rette at give. Hvis Visitationsudvalget vurderer, at der er en sag, og at den er tilstrækkeligt belyst, bevilger udvalget det foreslåede tilbud til borgeren. Herefter sender de sagen tilbage til medarbejderen i Børn og Unge, for at



denne kan købe tilbuddet og sikre leveringen af det. Vurderer Visitationsudvalget, at sagen ikke er tilstrækkeligt belyst, må sagsbehandleren belyse den yderligere.

Hvis Visitationsudvalget har bevilget et tilbud til en borger, sendes sagen retur til Børn og Unge, som nu skal købe det tilbud til borgeren, som han eller hun har behov for. Tilbuddet kan leveres fra mange forskellige aktører, både offentlige og private, og også kommunens egne organisatoriske enheder fungerer som leverandører, eksempelvis når Børn og Unge bestiller PPR og Forebyggelse til at levere uvildig rådgivning til familier. Det betyder, at Børn og Unge har en samarbejdsrelation med en lang række forskellige enheder, fx:

- PPR og Forebyggelse
- Andre kommuner
- Private aktører, fx anbringelsessteder og aflastningsfamilier
- BUF (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum)
- Psykiatriske hospitaler
- Retspsykiatriske enheder
- Kriminalforsorgen
- Dagtilbud
- Skoler
- Ungdommens Uddannelsesvejledning
- Jobcenteret
- Autismecenteret
- Voksenområdet og misbrugsområdet, hvis forældrene har problemer, der hører under disse

I tilfælde, hvor et barn/en ung eventuelt har nogle psykiske vanskeligheder, som kræver nærmere udredning og ikke er akutte, kan Børn og Unge henvise til BUF. BUF er et samarbejde mellem Vordingborg Kommune og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Sjælland og har til formål at kvalificere potentielle henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. I BUF sidder psykologer fra kommunen og repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik, som vurderer henvisningerne. BUF anbefaler herefter det videre forløb i kommunen eller i kombination med Børne- og Ungdomspsykiatrien og eventuelt praktiserende læge.

I sager om anbringelser samarbejder Børn- og familieteam eller Ungeteam med Anbringelsesteam om at finde den aktør, der bedst kan levere det tilbud, som borgeren er visiteret til. I samarbejde med Anbringelsesteam tager de kontakt til den potentielle leverandør og holder et møde, hvor de beskriver borgeren. De afklarer, om den potentielle leverandør vil kunne løfte opgaven og vil være interesseret i det. For ikke at skuffe borgeren inddrages han eller hun først, når det er afklaret, at leverandøren er i stand til og interesseret i at levere tilbuddet.

Serviceoven former også Børn og Unges arbejde efter, at der er købt et tilbud. Serviceoven fastsætter, hvor ofte det skal vurderes (mindst hvert halve år), om det er det rette tilbud, borgeren er visiteret til, og ikke mindst om leverandøren af tilbuddet leverer det, vedkommende er bestilt til at levere til borgeren. Det er Børn og Unges opgave. Vurderingen frembringes bl.a. gennem et statusmøde, hvor de relevante aktører i barnets liv deltager inkl. leverandøren af tilbuddet. I processen med at vurdere om tilbuddet er det rette, kan det være nødvendigt at inddrage alle de aktører, der samarbejder med borgeren, for at afdække, hvilke behov borgeren har, og hvad der skal til for at dække dem. Det kan fx være behandlingspsykiatrien, skolen eller praktiserende læger. I denne proces indhenter Børn og Unge igen informationer, som de skal bruge til at afdække, hvilke muligheder der er for at støtte borgeren inden for Serviceovens rammer. Hvis et tilbud ændres på økonomi eller foranstaltning, skal sagen for Visitations-

udvalget igen, hvorefter Børn og Unge igen skal købe det rette tilbud, tjekke at det leveres, at det passer til borgeren osv.

### 4.1.3 Samarbejdet med andre aktører

Børn og Unge har en række samarbejdsflader med andre aktører.

De pårørende er en væsentlig samarbejdspartner for Børn og Unge. For det meste går det godt – men nogle gange modarbejder forældremyndighedsindehaverne dét, der er kommunens vurdering af barnets interesse. Børn og Unge kan i sådanne tilfælde opstille et forældreplæg, fx at forældrene skal følge behandlingen i misbrugscenteret. Hvis ikke forældrene følger behandlingen, kan sagsbehandleren inddrage børnefamilieydelsen i op til tre måneder.

Mens det fx er muligt at pålægge misbrugscenteret (som er en kommunal enhed) en opgave, er det sværere, når den aktør, de gerne vil inddrage, ikke er kommunal, som fx Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik (regional behandlingspsykiatrisk enhed). Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik afslutter oftest en borgers sag, efter borgeren er udredt, med mindre borgeren modtager medicinsk behandling. Hvis Børn og Unge eller PPR og Forebyggelse ønsker at inddrage dem igen senere, skal der være presserende årsager for at få dem til at tage sagen op. Kommunikationen om det foregår via mail, hvor Børn og Unge laver en henvisning.

Når der er indgivet en underretning om en borger, oplever Børn og Unge, at underretteren ofte har et bud på, hvilket tilbud der skal leveres til borgeren, og at de har talt med borgeren og hans eller hendes pårørende om det på forhånd. Det kan komplicere relationen mellem underretteren og medarbejderne såvel som mellem Børn og Unge og borgeren. Fra Børn og Unges side behandles sagerne i en bestemt proces og ud fra Serviceloven. Serviceloven giver medarbejderne både pligt og ret til at handle, men kun til at handle som loven giver hjemmel til. Det vil sige, at forslag fra underretteren, der ikke falder inden for det, loven giver hjemmel til, kan medarbejderne ikke udføre. Det betyder i praksis, at de forslag, underretteren har, ikke altid er mulige eller bare ikke er det rette tilbud i henhold til loven. Det kan skuffe underretteren. Da underretteren allerede har stillet borgeren bestemte tilbud i udsigt fra Børn og Unge, bliver borgeren og de pårørende også skuffede og måske frustrerede over ikke at modtage det, de forventede. Det gør samarbejdet mellem kommune og borger besværligt på et meget tidligt stadie.

Underrettere kan også blive frustrerede over ikke at høre mere til sagen, efter de har indgivet en underretning. Det gør de nemlig ikke, for mens enhver underretning fører til, at Børn og Unge undersøger sagen nærmere, kommunikerer de ikke nødvendigvis sagens proces eller afgørelse til underretteren.

For Børn og Unge kan det også være svært, at Serviceloven har en så betydelig formende indflydelse på deres arbejde.

*“Vi bruger uanede mængder tid på at skrive og dokumentere vores gerninger eller mangel på samme i stedet for at have en kontakt til dem, som det hele omhandler. Og selve metoden i det daglige arbejde bliver let glemt i dette virvar. Det offentlige har meget svært ved at forenkle, og det pudsige er jo netop, at vi har at gøre med borgere, for hvilke vores systemer virker rent kafkaske. Det er en trist udvikling”.  
(Medarbejder i Børn og Unge)*

Når medarbejderne tænker på deres arbejde i hverdagen, har de således et stort behov for, at andre aktører indretter sig efter Serviceloven i deres samarbejde, fordi de selv skal gøre det. Når de lader tankerne flyve mere frit og tænker over, hvad der ville være de bedste rammer for deres arbejde, ville loven ikke være den, der først og fremmest formede arbejdet.

#### 4.1.4 Overgange fra én enhed til en anden

Der er en række tidspunkter i borgerens liv, hvor han eller hun automatisk overgår fra én enhed til en anden. Internt i Børn og Unge er der en grænse ved 14 år, hvor borgeren overgår fra barn til ung og således skifter fra Børn- og familieteam til Ungeteam. Når borgerne fylder 18 år, hører de principielt ikke længere under Børn og Unge. Op til det 18. år er der imidlertid foregået en proces med at vurdere, hvad der skal ske med den unge. Denne proces sættes i gang, når den unge fylder 16,5 år. Den unge drøftes løbende i et såkaldt Overgangsudvalg bestående af repræsentanter fra Børn og Unge, Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, Jobcenteret og Ungdommens Uddannelsesvejledning. Her drøftes det, om og hvilken form for støtte, borgeren eventuelt skal have efter sin 18 års fødselsdag. Der skal være truffet en afgørelse herom, inden den unge fylder 17,5 år. Det sikrer, at der er opmærksomhed på borgeren i tide til, at indsatsen over for borgeren kan tilrettelægges.

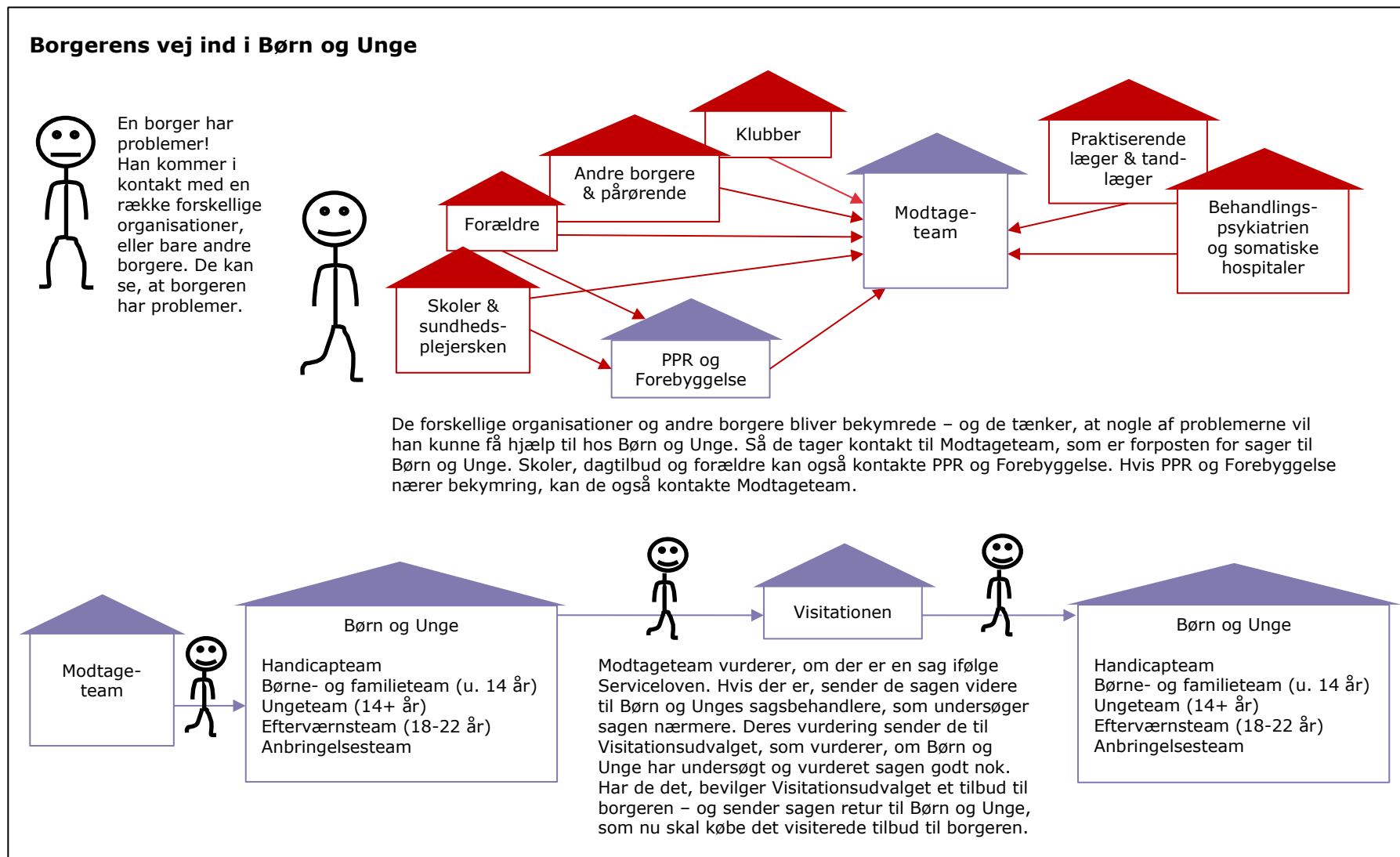
Vurderes det, at støtten vil vare langt ind i voksenlivet, videregives sagen til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri & Handicap. Ellers kan sagen forblive i Børn og Unge i en periode, hvor borgeren fx kan få efterværn, indtil han/hun er 23 år. Efterværn kan gives til de unge, der i henhold til Serviceloven har haft en kontaktperson eller har været anbragt et halvt år før det 18. år. Efterværn kan være at fortsætte i sin anbringelse eller få en fast kontaktperson tilknyttet. Herudover etableres der ofte et samarbejde med uddannelsesinstitutioner, Jobcenteret og Ungdommens Uddannelsesvejledning for at få den unge i gang med en uddannelse eller jobaktivitet såvel som for at sikre en indkomst. Hvis ikke den unge er omfattet af efterværn, overgår vedkommende til Jobcenteret og kan søge om uddannelseshjælp eller starte på en uddannelse og få SU.

Medarbejderne oplever ikke samarbejdsproblemer ved overgangene internt i kommunen. Derimod kan samarbejdet med andre kommuner være svært. For eksempel kan andre kommuner være modstræbende over for at overtage egne borgere anbragt i Vordingborg Kommune, når de fylder 18 år.

Når et barn overgår fra børne- til ungepsykiatrien i det regionale system, oplever medarbejderne heller ikke problemer. De modtager typisk en skrivelse fra hospitalet, hvis en borger har skiftet kontaktperson.

At der ikke opleves problemer med overgange internt i kommunen eller i det regionale system har to forklaringer. Den ene er, at medarbejderne kender hinanden, hvilket gør det nemt at tage kontakt og dermed sikre, at borgerne ikke tabes i overgangen. Den anden er, at overgangene såvel som samarbejdet generelt er støttet af en lang række procedurer og standarder, der gør det nemt at agere. Medarbejderne ved, hvem de skal kontakte og om hvad.

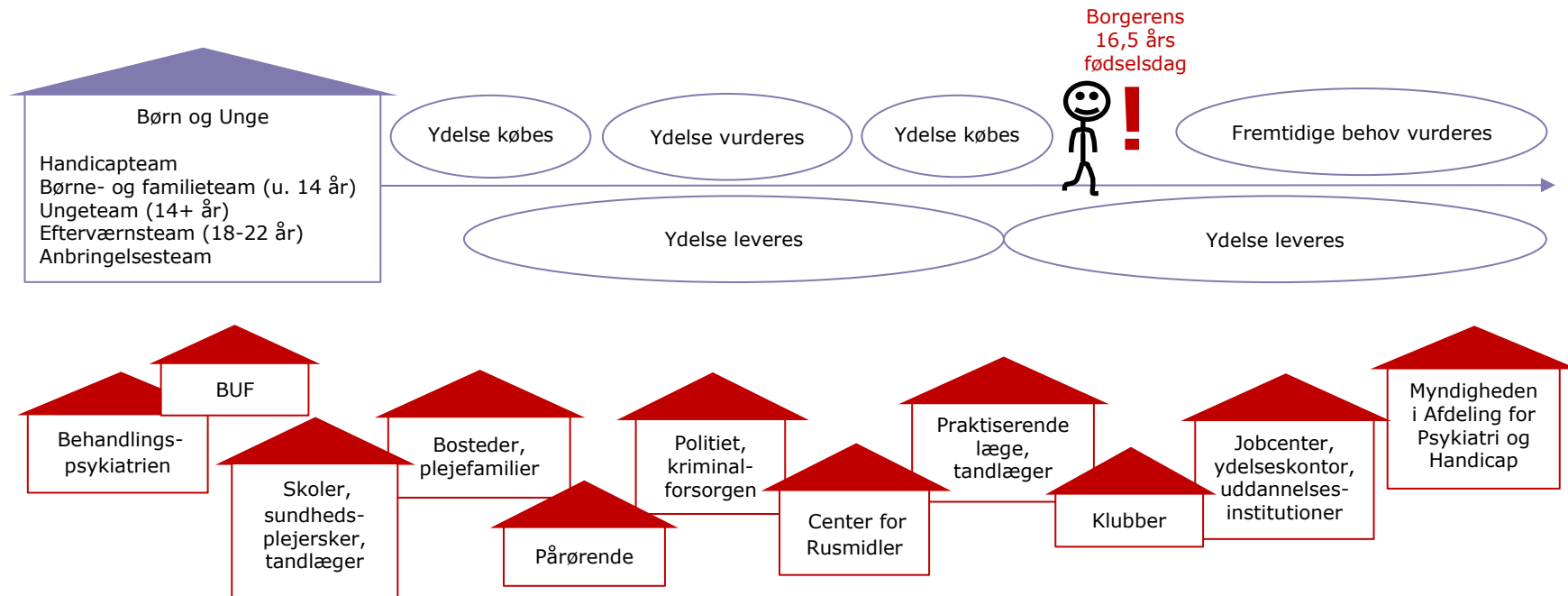
Figur 4.1



## Borgerens vej i Børn og Unge

Børn og Unges arbejde er herfra en bølgende bevægelse af at købe den ydelse, borgeren er visiteret til, sikre sig, at ydelsen leveres, og at den har den rette kvalitet. I denne proces vurderes borgerens behov løbende, og det vurderes, hvad der nu er det rette tilbud. Det rette tilbud visiteres, det leveres, det vurderes osv. Når borgere fylder 16,5 år, starter en proces med at vurdere, hvilke tilbud borgeren evt. skal have som voksen.

I disse bølgebevægelser inddrager Børn og Unge alle de andre aktører (de røde tage), der også arbejder med borgeren, for at få den viden og de informationer om borgeren, de har brug for, for at kunne visitere, købe, levere og vurdere det tilbud, som borgeren ifølge Serviceloven har ret til eller behov for. Fordi medarbejderne er dem, der kan visitere, købe og vurdere tilbud, fungerer de som tovholdere i borgerens proces med at få det bedre.



## 4.2 Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap (kommunal)

### **Metodisk introduktion**

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap
- Hvordan Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicaps funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelseperson fra Afdeling for Psykiatri og Handicap (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejderes perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap er en kommunal myndighed på det specialiserede voksenområde. Myndighedens opgave er at undersøge borgers behov for støtte i henhold til Serviceloven og det kommunale serviceniveau, træffe en afgørelse, at visitere til og købe de tilbud som borgeren har ret til, og at sikre at de leveres og er af rette kvalitet.

### 4.2.1 Vejen ind i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap

Når Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap første gang hører om en borger, kan det være på adviseringsmøder, som afholdes en gang i kvartalet med henholdsvis:

- Jobcenteret
- Børn og Unge
- PPR og Forebyggelse
- UU-vejlederen

Det kan være Børn og Unge, PPR og Forebyggelse eller UU-vejlederen, der på det kvartalsmæssige adviseringsmøde, fortæller om en borger, der snart fylder 18 år og derfor vil overgå til voksenområdet. De forskellige aktører arbejder ud fra forskellige lovmæssige rammer, og det gør, at de ser forskellige behov hos borgeren. Sagen diskuteres, og der lægges en plan for den unges uddannelse/forsørgelse og fremtidige støttebehov i henhold til Serviceloven. Aktører fra adviseringsmøderne kan også kontakte Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap om en borger udenom adviseringsmøderne via telefon eller mail. Det kan være Jobcenteret, der skriver, at de har kontakt til en borger, som de tænker har behov for støtte.

Derudover kan følgende øvrige aktører bringe borgerne til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap:

- Praktiserende læger
- Private aktører, fx bosteder, psykiatere, psykologer
- Distriktpsychiatrien
- Borgere selv såvel som deres pårørende
- Afdeling for Pleje og Omsorg
- Psykiatriske hospitaler
- Somatiske hospitaler
- Andre kommuner
- § 85-medarbejdere (visiteret socialpædagogisk støtte) der vurderer, at det tilbud, en borger får, ikke længere er tilstrækkeligt
- Væresteder eller § 99-medarbejdere (uvisiteret støttekontaktperson), der får kendskab til en borger, som kunne have behov for socialpædagogisk støtte
- Kriminalforsorgen
- Center for Rusmidler
- Børne- og Ungdomspsykiatrien
- Retspsykiatrien

#### 4.2.2 Borgerens vej i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap

Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap ser på henvendelser som ansøgninger, der skal behandles, hvis borgeren er indforstået med det.

Der kan sondres mellem nye og kendte borgere. Nye borgere har ikke tidligere haft en tilknytning til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap – kendte borgere har. Enten kan det være en henvendelse om en borger, der allerede er visiteret til et tilbud i kommunen, eller en borger der tidligere har været det, men i en periode ikke har haft behov for et tilbud fra Afdeling for Psykiatri og Handicap.

Når der kommer en henvendelse på en kendt borger, orienterer medarbejderne sig først i borgerens kommunale sagsakter. Sagsakterne giver dog ikke et fuldstændigt billede af, hvad der foregår vedrørende borgeren i andre enheder, regionale såvel som kommunale, for lovgivningen forhindrer dette.

*“Så kigger vi jo i den kommunale sag. Vi kigger på, hvad der ligger i forvejen. Og vi har jo ikke adgang til alle dokumenter. Det er jo Forvaltningsloven, der siger det. Hvis vi er heldige, kan vi se, at der ligger en sag [i andre af kommunens forvaltninger], men vi har fx ikke adgang til Jobcenterets sager. Dem skal vi forhøre os om mundtligt eller skriftligt. Så vi kan ikke danne os et fuldt overblik. Borgeren skal jo*

*også give samtykke. Vi kan heller ikke se sager fra Børn og Unge eller Center for Rusmidler". (Medarbejder i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap)*

For at få et overblik over, hvilke andre organisatoriske enheder der arbejder med borgeren, skal medarbejderne derfor være aktivt opsøgende. Det vil sige, at de skal spørge borgeren, hvilke enheder det drejer sig om, få hans eller hendes tilladelse til at kontakte enhederne og derefter kontakte enhederne – fx den regionale behandlingspsykiatri. Det gør de typisk over telefonen.

Når Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap modtager en henvendelse, opsøger de typisk borgeren for at vurdere situationen. Først og fremmest afdækker de, om borgeren hører til i Afdeling for Psykiatri og Handicap, og hvis borgeren gør, hvilke behov han eller hun har. De laver en VUM på borgeren, som står for VoksenUdredningsMetoden. I sin fysiske form er VUM en skabelon, som medarbejderen skal udfylde med oplysninger om borgerens psykiske, sociale og fysiske funktionsniveau, samt hvilke ressourcer borgeren har til at tackle sine udfordringer. VUM'en er dog ikke kun medarbejdernes ord om borgerens situation. Borgerens og andre relevante personers beskrivelse af situationen skal således også inddrages og noteres.

*"VUM'en er delt op i borgerens ord og sagsbehandlerens ord og andres ord, så man sikrer sig, at man når hele vejen rundt, før man træffer en beslutning".  
(Medarbejder i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap)*

VUM'en påbegyndes ved den første kontakt med borgeren. Det kan være et besøg hos borgeren eller et netværksmøde. Der er en procedure for, at der skal holdes et netværksmøde for en borger, som kommer ind i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap fra regionens tilbud. Et netværksmøde er et møde mellem de relevante aktører i borgerens liv der arbejder for, at borgeren skal få det bedre. Det kan være nogle af de samme aktører, som retter henvendelse til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap om en borger.

Netværksmødet kan arrangeres af Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap eller af en af de andre aktører, der allerede er involveret i borgerens liv, fordi de kender borgeren. Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap indkalder også til netværksmøde, hvis borgeren fx gennem længere tid har modtaget et tilbud fra afdelingen og har været i sit hjem, men han eller hun fungerer dårligt. Hvis fx Distriktspsykiatrien allerede har et samarbejde med borgeren, deltager Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap i et netværksmøde, som Distriktspsykiatrien afholder, og kan her spørge borgeren, om han eller hun er interesseret i at samarbejde med dem. Selvom Distriktspsykiatrien og Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap synes, det er en god idé, skal borgeren selv være motiveret og give sin accept. Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap bliver også nogle gange inviteret til udskrivningskonferencer i behandlingspsykiatrien i forbindelse med udskrivning af borgere.

Efter netværksmødet vil medarbejderen ofte tage et møde med borgeren – et visitationsbesøg – for at få uddybet alle de forhold, der kom op på mødet, såvel som andre forhold, der ikke kom op, for at kunne vurdere borgerens situation og udarbejde en VUM.

VUM'en udarbejdes således på baggrund af den viden, som medarbejderen får om borgeren via henvendelsen til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, netværksmødet og visitationsbesøget samt de oplysninger og vurderinger, som medarbejderen med samtykke fra borgeren indhenter fra andre aktører. Efter den proces færdiggør medarbejderen VUM.

VUM'en ligger til grund for den endelige afgørelse til borgeren og skal indeholde de faglige begrundelser. Borgeren har i henhold til Serviceloven ret til en skriftlig afgørelse samt til at klage over afgørelsen. Medarbejderne er derfor grundige i deres arbejde med at udarbejde en fyldestgørende VUM:



*"Tænk hvis jeg overser noget, der er relevant, for så skal jeg starte forfra igen med at indhente oplysninger. På den anden side så må vi jo heller ikke indhente mere, end der er relevant. Og det er faktisk først, når vi har lavet en VUM, vi kan sige, hvad der er relevant, for den fortæller os, hvad der er relevant".*

*(Medarbejder i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap)*

Med afsæt i VUM'en afholdes et visitationsmøde, hvor lederen af Myndigheden for Afdeling for Psykiatri og Handicap deltager. Her drøftes borgerens situation og behov, og hvad forskellige tilbud vil kunne føre til. Drøftelserne understøtter det faglige niveau, og derfor er visitationsmødet et vigtigt internt led i processen for Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap. På visitationsmødet vurderes det, om sagen er godt nok belyst, og hvad borgeren skal tilbydes. Vurderer medarbejderen, at borgeren har behov for et mindre § 85-tilbud (visiteret socialpædagogisk støtte), skal sagen ikke nødvendigvis drøftes på et visitationsmøde først.

Når borgeren er i et tilbud, som er visiteret af Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, er det afdelingens opgave at sikre, at borgeren modtager det tilbud og vurdere, hvordan borgeren udvikler sig i det tilbud.

*"Det er både en opfølgning på, om vi får det, vi betaler for. Så det er en opfølgning på den kontrakt, vi har indgået med det sted, vi køber noget. Men det er jo også det personlige tilsyn. Vi skal jo også sikre os, at borgeren har det godt".*

*(Medarbejder i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap)*

Tilsynet føres med de mellemrum, der giver mening i forhold til borgerens situation. I nogle tilfælde er det med tremåneders intervaller, i andre halvårslige. Det handler om, at de skal falde med de mellemrum, som sikrer, at borgeren får det tilbud, han eller hun har behov for.

#### 4.2.3 Samarbejdet med andre aktører

Udover drøftelsen af den konkrete borgers situation er de faste kvartalsvise adviseringsmøder godt for det interne samarbejde mellem enheder i kommunen. Møderne betyder nemlig, at medarbejderne fra de forskellige kommunale enheder lærer hinandens sprog såvel som tilbud at kende.

*"Det er en god form, hvor vi lærer mere om hinanden. Jeg kan forestille mig, at de andre i starten ikke vidste, hvad jeg konkret mente, når jeg sagde bostedstilbud, og jeg vidste ikke, hvad de konkret mente med ydelser og bevillinger og sådan. Det er den proces, hvor vi lærer hinanden at kende og får et fælles sprog".*

*(Medarbejder i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap)*

Når der kommer nye lovgivninger på de forskellige områder, går det ikke ud over samarbejdet mellem de kommunale enheder. De interesserer sig for det som hinandens arbejdsvilkår og taler sammen om, hvordan de håndterer det. Medarbejderne antager snarere, at det må påvirke borgerne, da det er de tilbud, borgerne får, som påvirkes af lovændringerne.

Ligesom Distriktspsykiatrien retter henvendelse om borgere, som de oplever, har behov for støtte fra Afdeling for Psykiatri og Handicap, kan medarbejdere fra Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap rette henvendelse til Distriktspsykiatrien, når de vurderer, at borgeren har behov for mere støtte fra den side. Borgeren skal dog altid give samtykke til, at medarbejderne kontakter samarbejdspartnere – medmindre borgeren er til fare for sig selv eller andre. Mange gange er medarbejderne i Distriktspsykiatrien og Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap dog allerede i jævnlig kontakt med hinanden, enten gennem møder, eller fordi borgerens kommunale støttekontaktperson eller en socialpædagogisk medarbejder fra Center for Socialpsykiatri også er til stede, når borgeren har møder med Distriktspsykiatrien. Eksempelvis

følger den socialpædagogiske medarbejder borgeren op til Distriktpsychiatrien og hjælper borgeren med at overholde den behandling, som Distriktpsychiatrien giver borgeren. Heri ligger en væsentlig sondring i ansvarsområderne mellem organisationerne. Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap definerer tydeligt, at de ikke behandler borgeren – det gør behandlingspsykiatrien. Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicaps opgave er derimod – gennem visitering af støtte via Center for Socialpsykiatri – at støtte op om den behandling, som behandlingspsykiatrien giver borgeren.

#### 4.2.4 Overgange fra én enhed til en anden

Der er en række forskellige overgange til og fra Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap.

Som tidligere beskrevet afholdes der adviseringsmøder med faste intervaller. Når en borger tilknyttet Børn og Unge fylder 16,5 år, tages sagen op på adviseringsmødet, hvor planlægningen af borgerens fremtidige forløb i kommunen begynder. Adviseringsmøderne sikrer, at de unge mennesker, der har en sag i Børn og Unge, føres godt over i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, hvor de får et forløb, der passer her og nu, men også med mål der ligger fx ti år ude i fremtiden.

Er borgeren inde i det kommunale og/eller regionale system, før de er 16 år, fungerer overgangen godt. I perioden fra det 16. til 18. år kan der derimod være problemer. For eksempel er det svært at sikre en god overgang for unge, der er indlagt i Børne- og Ungdomspsykiatrien (regionalt), kort tid før eller når de fylder 18, hvis de ikke har en sag i Børn og Unge (kommunalt). Ingen i det kommunale system vil da være bekendt med, at borgeren kan have brug for støtte. Når borgeren fylder 18 år, slipper Børne- og Ungdomspsykiatrien ham eller hende, hvorefter borgeren med dags varsel kan have behov for kommunal støtte, som det ikke har været muligt at forberede. Med så kort varsel er det umuligt at inddrage borgeren og pårørende i en god proces om at finde det rette tilbud såvel som at sikre, at borgeren kan komme ind i tilbuddet. At tilrettelægge et godt tilbud for en meget syg, ung borger kræver fx længere tid end to-tre måneder.

*“Grunden til, at det er så vigtigt for os at komme igennem den vurderingsproces, er, at Serviceloven skiller ved de 18 år. Det er den, der er det store issue. At den skiller. Det kan man godt mærke, at Psykiatrien er sådan irriteret over eller ligeglade med. Men man kan bare ikke være ligeglad med det, for det har så stor indflydelse for borgeren, at den skiller der. For det påvirker, hvad vi kan tilbyde borgeren. Det er ikke samarbejdet, tror jeg, det er viden”.*

*(Medarbejder i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap)*

Problematikken involverer fx også Jobcenteret. Fordi systemerne skiller skarpt ved det 18. år, kan borgeren fra den ene dag til den anden stå uden forsørgelsesgrundlag, hvis ikke Jobcenteret på forhånd er bekendt med borgerens situation.

Overgangen fra den regionale behandlingspsykiatri til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap er svær for borgere med dobbeltdiagnoser. Da de både har et misbrug og psykiatriske problematikker, er der behov for samtidige indsatser i flere systemer. Traditionelt har psykiatrien stillet krav om, at borgeren var i behandling for sit misbrug eller misbrugsfri, for ellers var det ikke muligt at skelne, hvad der er misbrugsproblematikker, og hvad der er psykiatriske problematikker. Ligeledes kan man ikke bo på flertallet af bosteder, hvis man har et misbrug. Omvendt mente det kommunale misbrugsområde, at det ikke var muligt at behandle misbrugsproblematikken, før de psykiatriske problematikker var behandlet, da misbruget fx kunne være selvmedicinering. Det betød – og betyder i et vist omfang stadigvæk – at borgere med en dobbeltdiagnose faldt og falder mellem de to systemer.

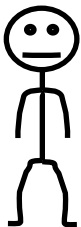
Med organiseringen af området hører de dobbeltdiagnosticerede således til i både den regionale behandlingspsykiatri og den kommunale misbrugsbehandling og vil typisk skulle modtage ydelser begge steder. Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap befinder sig midt imellem de to. Gennem Center for Socialpsykiatri (det udførende led i Afdeling for Psykiatri og Handicap) kan de støtte borgeren i at overholde aftaler i Distriktpsychiatrien og i Center for Rusmidler, men de kan ikke presse borgerne til noget – kun støtte og motivere. Det betyder, at borgeren selv skal være drivkraften i at trække ud af sit misbrug, og det er borgeren ikke nødvendigvis, da misbruget kan være den daglige lindring af de psykiatriske problematikker.

Når hverken den regionale behandlingspsykiatri eller Center for Rusmidler arbejder med borgeren, mangler Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap de professionelle vurderinger af, hvad borgeren har behov for, og at de iværksætter de behandlingstiltag af både psykisk sygdom og misbrug, som Center for Socialpsykiatri derefter kan støtte op om.

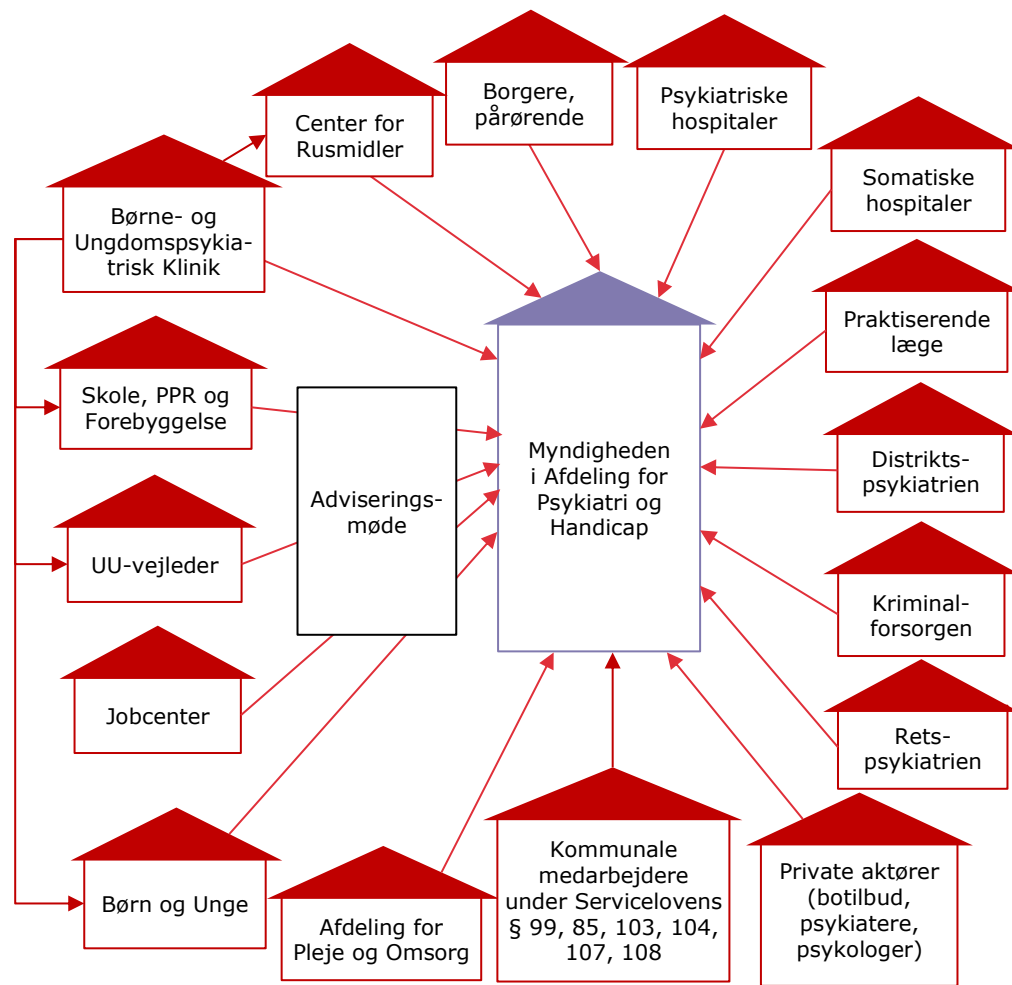
Nogle borgere har en dom med vilkår om misbrugsbehandling. I de tilfælde er det 'nemt' for Afdeling for Psykiatri og Handicap at varetage opgaven med at støtte op om borgerens misbrugsbehandling, for da er deres opgave som sådan reduceret til at være en tilsynsopgave. Der skal fx føres tilsyn med, at borgeren tager antabus. Det tilsyn sikrer dog ikke, at der arbejdes med de problematikker, der ligger bag, eller borgerens motivation for behandling. Det langsigtede og faglige perspektiv i indsatsen glider derfor i baggrunden, hvis den behandlingspsykiatriske og misbrugsfaglige ekspertise ikke har iværksat de behandlingstiltag, som sikrer borgerens langsigtede udvikling.

Figur 4.2

### Borgerens vej ind i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap



En borger har problemer. Det ved borgeren måske selv, eller hans/hendes netværk bemærker det. Det er både det private og det professionelle netværk. Borgeren selv eller netværket bliver bekymrede, og tænker, at den kommunale Myndighed i Afdeling for Psykiatri og Handicap kan hjælpe med nogle af problemerne. Derfor henvender de sig til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap.



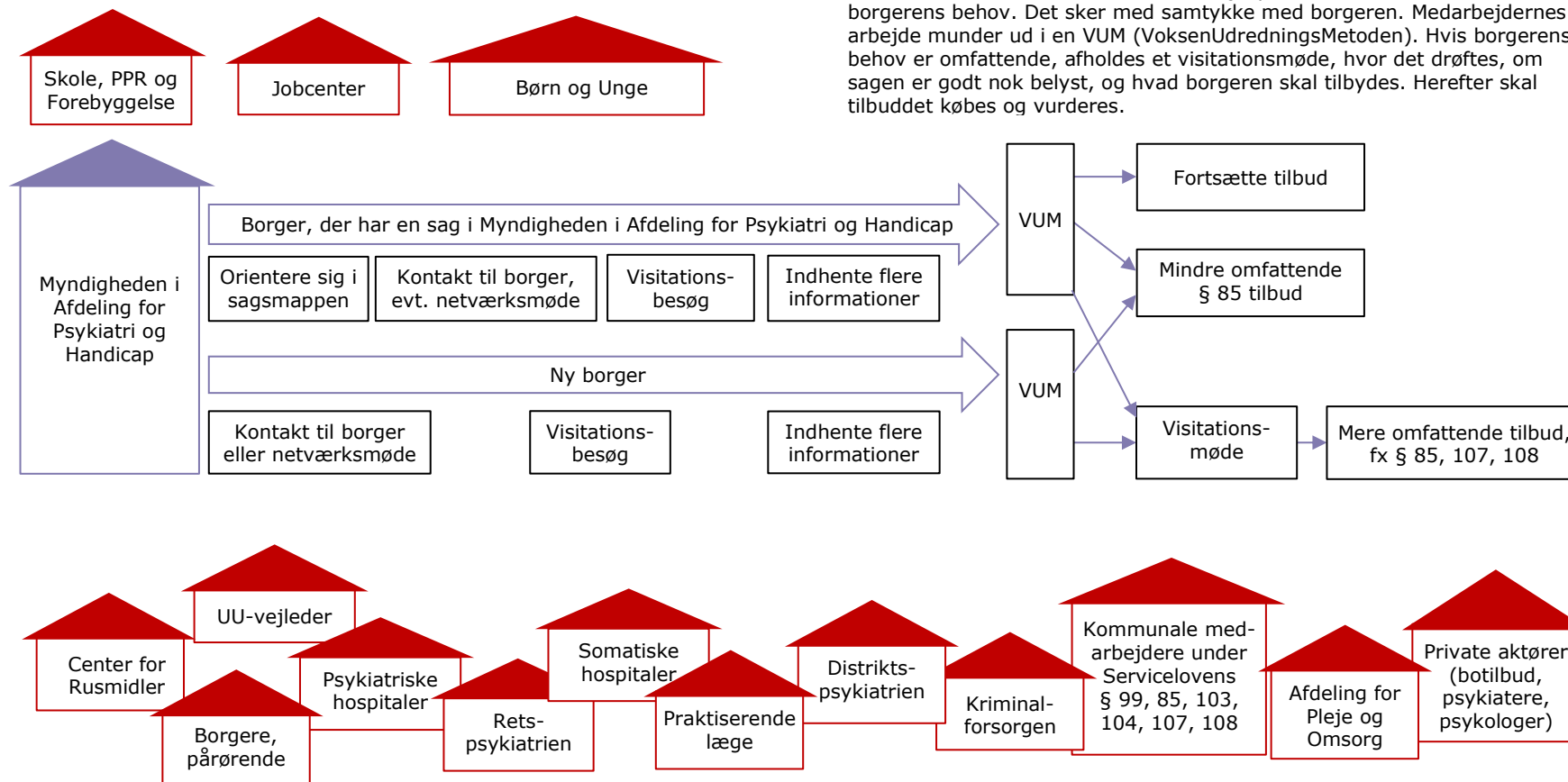
Udover at borgerne selv, deres pårørende og de mange forskellige organisationer henviser borgerne, er der også et fast adviseringsmøde mellem Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, Børn og Unge, PPR og Forebyggelse, Jobcenteret og UU-vejlederen. Her drøfter de, hvad der vil være det rette tilbud til de unge mennesker, som snart fylder 18 år og overgår til voksenområdet, herunder Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap i kommunen.

## Borgerens vej i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap

Når en borgers sag behandles i Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, vil forløbet variere, alt efter om borgeren allerede er kendt af medarbejderne, eller om det er en 'ny' borger. For borgere, som allerede er kendte, orienterer medarbejderne sig først i borgerens sagsmappe, tager derefter et møde med borgeren, og indhenter derpå informationer hos alle relevante aktører for at kunne vurdere, hvad borgeren ifølge Serviceloven skal tilbydes.

Informationerne kan også indhentes på et netværksmøde. Er det en ny borger, indleder Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap arbejdet med enten at tage et møde med borgeren alene eller et netværksmøde for derefter at tage på visitationsbesøg hos borgeren.

Uanset forløbet opsøger Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap informationer fra de relevante samarbejdspartere for at kunne vurdere borgerens behov. Det sker med samtykke med borgeren. Medarbejdernes arbejde munder ud i en VUM (VoksenUdredningsMetoden). Hvis borgerens behov er omfattende, afholdes et visitationsmøde, hvor det drøftes, om sagen er godt nok belyst, og hvad borgeren skal tilbydes. Herefter skal tilbuddet købes og vurderes.



## 4.3 Værestedet Oasen (kommunal)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Værestedet Oasen, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Værestedet Oasen
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Værestedet Oasen
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Værestedet Oasen
- Hvordan Værestedet Oasen samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Værestedet Oasens funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Center for Socialpsykiatri (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Værestedet Oasen vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Værestedet Oasen er et socialpsykiatrisk værested inden for Center for Socialpsykiatri under Afdeling for Psykiatri og Handicap. Oasen tilbyder socialpædagogisk støtte, fællesskab og aktiviteter for borgere med sindslidelser, dobbeltdiagnoser og/eller socialt udsatte borgere. Oasen tilbyder både uvisiterede aktiviteter og visiterede *aktivitets- og samværstilbud* (§ 104). Oasen yder også *socialpædagogisk støtte* i eget hjem (§ 85) og opsøgende arbejde som *støtte- og kontaktpersoner* (§ 99). Det er også et hus, der rummer lejligheder både på Oasens matrikel såvel som andre steder, som Oasen sammen med Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap visiterer til. Der er boliger til psykisk sårbare unge og til borgere med sindslidelse. Og så er Oasen, med egne ord, *neutral grund*, hvor alle de forskellige aktører, der arbejder med borgerne, er velkomne. Oasen er og vil være et rummeligt sted, hvorfra der kan arbejdes med borgerne. Det er interviewpersonernes korte version af, hvad Oasen er.

Oasen vil også gerne være et sted for psykisk udfordrede borgere, der akut mangler et sted at være. Det kan være af økonomiske årsager, eller fordi der er brug for akut psykisk støtte til at tackle trusler fra hverdagen. De har fx haft akutværelser, hvor § 85-borgere kunne bo nogle dage ved behov. Det minimerede indlæggelserne. Når Oasen på den vis har huset borgere, har de ikke været påvirket af begrænsninger fra lovparagraffer. Der har været politisk og faglig opbakning fra fx forvaltningen og de praktiserende læger til Oasens arbejde, fordi det var tydeligt, at det var meget bedre end alternativet for borgerne.

### 4.3.1 Vejen ind i Værestedet Oasen

Oasen er et hus med mange indgange. I kraft af at være et værested kan borgerne komme ind fra gaden, dvs. de kan komme i Oasen uden at være visiteret til det. Det er derfor muligt at være anonym.

Når borgerne ikke kommer ind fra gaden, kommer de fx via Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, hvor de visiteres til et § 85-tilbud (socialpædagogisk støtte), som så udføres af Oasens medarbejdere. Det kan også være, at en medarbejder fra Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap kontakter Oasen over telefon eller mail og fortæller om en borger, der har behov for at blive opsøgt, fx fordi en bekymret pårørende eller nabo har kontaktet Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap. Da opsøger Oasens medarbejdere borgeren og arbejder i det tilfælde under § 99.

Når borgerne kommer i Oasen, erfarer medarbejderne eksempelvis, at nogle borgere har behov for et § 85-tilbud. Er det en omfattende hjælp, som borgeren har brug for, vil han eller hun blive visiteret til et tilbud gennem Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap – forudsat at borgeren har lyst til det. Det har de fleste, fordi de ved at komme i værestedet allerede er trygge ved medarbejderne i Oasen. Ligeledes kan borgere, der kommer ind i Oasen via § 99, senere overgå til et § 85-tilbud, hvis borgeren har behov for hjælp og er motiveret til det.

Med de mange forskellige funktioner, som Oasen varetager, er det sådan, at nogle kun kommer i værestedet (uvisiterede aktivitets- og samværstilbud efter § 104 i Serviceloven). Andre modtager § 85 (socialpædagogisk støtte), men kommer også i værestedet. Endnu andre får § 85, men kommer ikke i værestedet, og endelig er der dem, som medarbejderne opsøger under § 99 (støtte- og kontaktperson).

Borgerne kommer således ind i Oasen:

- Fra gaden
- Via Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap

Men også ved at en række andre organisationer gør borgeren opmærksom på, at Oasen findes, eller gør Oasen opmærksom på, at borgeren findes, fx

- Børne-familieafdelingen
- Jobcenteret
- Center for Rusmidler
- Psykiatriske sengeafsnit
- Distriktpsychiatrien
- Ældresekretariatet
- Kriminalforsorgen
- Politiet
- Pårørende

De mange forskellige aktører gør Oasen opmærksom på, at en borger har behov for støtte. Det gør de over telefon og mail. Én og samme borger kan være tilknyttet mange aktører samtidig, fx kriminalforsorgen, Center for Rusmidler, Distriktpsychiatrien og Jobcenteret.

Oasen oplever at have et godt samarbejde med Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap. Der er stor fleksibilitet i deres samarbejde, fordi de har en god og tillidsfuld relation. Medarbejderne ringer eller skriver til hinanden og drøfter de situationer, der måtte være. Hvis en borger har brug for støtte, så får han eller hun det med det samme. Der går ikke flere uger

med et tungt visitationsarbejde. Det betyder, at Oasen ikke oplever at tabe borgere mellem to stole, der henholdsvis hedder Oasen og Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap. Den praksis, hvor medarbejderne afklarer situationerne med hinanden direkte, er dog så småt ved at ændre sig, da der kommer mere standardiserede visitationsprocedurer ind. Når der skal visiteres borgere til boligerne, som Oasen er inde over, sidder Oasen med i Visitationsudvalget, og på den måde er de stadig en central aktør i visiteringen af borgerne til boligerne. Det betyder, at de kan anvende deres viden om borgerne til at sikre dem det tilbud, de har behov for. Oasen er ikke med til visitering af andre tilbud til borgerne.

#### 4.3.2 Borgerens (og andre aktørers) vej i Værestedet Oasen

Samarbejdet mellem Oasen og de forskellige andre aktører slutter ikke ved en informationsudveksling om, at en borger har det dårligt. Fra aktørerne kommer der også repræsentanter i Oasen for at holde møder med borgerne, med og uden at medarbejdere fra Oasen deltager i mødet. Oasen deltager kun i mødet, hvis borgeren beder dem om det.

*"I går var der en lægesamtale, hvor vi ikke deltog. Der kom en overlæge fra behandlingspsykiatrien og havde en konsultation med en borger, fordi det kan jo være [opleves som, red.] farligt at have besøg af en overlæge hjemme hos sig selv. Så kan vi jo være et neutralt sted. Det kan også være besværligt og angstprovokerende for borgerne her på Møn, at skulle tage ind til møde i Center for Rusmidler eller Jobcenteret eller behandlingspsykiatrien [i Vordingborg, red.]. Vi får neutraliseret stemningen. Brugerne er trygge her". (Medarbejder i Oasen)*

Hvis møderne kan lægges i Oasen, vurderes det, at mange flere gennemføres, end hvis borgeren skulle møde op på det enkelte behandlingssted – ikke kun med de borgere, der er tilknyttet Oasen på den ene eller anden måde. Også til møder med borgere fra lokalområdet, der ikke har nogen tilknytning til Oasen, kan de forskellige aktører låne lokaler til at holde møder. Det handler ikke om at gøre det nemt for de borgere, der er en del af Oasen, men at gøre det nemt og muligt for *alle* borgere.

Såvel borgerne som Oasen selv får også meget ud af at være et neutralt sted for de mange forskellige aktører. Ét er, at borgere, der ikke kommer i Oasen, men som har behov for det Oasen kan tilbyde, opdager, at Oasen eksisterer, fordi de kommer til møde med fx Jobcenteret i Oasens lokaler. Noget andet er, at borgerne bliver trygge ved at have kontakt med de mange forskellige aktører, der alle kan bidrage til borgerens bedring. Det kan gøre det nemmere for andre relevante aktører at etablere et konstruktivt samarbejde med borgeren. Et tredje forhold er, at Oasens medarbejdere kan støtte borgeren i at have et godt samarbejde med de andre aktører. På den måde kan Oasen også holde sig informeret om, hvorvidt borgeren har det godt, også selvom kontakten mellem Oasen og borgeren i en periode er sporadisk.

*"Det er jo også en fordel for borgeren. Når vi har så gode samarbejdsrelationer til fx Distriktspsykiatrien og Kriminalforsorgen, og de kommer her i huset, så har man jo et ansigt på dem. Jeg giver fx § 85-støtte til en borger, som har tilsyn fra Kriminalforsorgen, så er det jo nemt for mig at støtte den borger i at overholde de aftaler, og det er nemt for mig at ringe til Kriminalforsorgen og sige, at borgeren ikke er dukket op i 14 dage og spørge: 'Har du snakket med ham?'". (Medarbejder i Oasen)*

Samarbejdet mellem Oasen og de forskellige aktører fungerer således også godt, fordi de kender hinanden. Ligesom medarbejderne i Oasen kontakter de aktører, der er en del af en borgers støtte, så kontakter de øvrige aktører også Oasens medarbejdere. Det sker fx, når deres samarbejde med borgeren slår knuder.



*"Idet jeg kender medarbejderne ved Jobcenteret, og de ved, hvem vi er, og hvad vi står for, så ringer de og siger: 'Jeg har ikke kunnet få fat i ham her, og hans kon-tanthjælp ryger, hvis ikke jeg får en samtale med ham. Kan du sørge for, at jeg får et møde med ham, eller kan vi arrangere mødet nede hos jer?'".*

*(Medarbejder i Oasen)*

På den måde kan Oasen hjælpe de øvrige aktører til at kunne udføre deres arbejde ved at faci-litere, at de får holdt de møder med borgerne, som de skal. På den måde indtager de en form for tovholderrolle, hvor de er med til at sikre den fælles dagsorden for alle aktørerne: at borgere skal have den støtte, vedkommende har brug for. Det er nemlig det fælles udgangspunkt for alle aktørerne.

Mens mange aktører således kommer i Oasen og udfører deres arbejde, er socialpsykiatrien og misbrugsbehandlingen adskilt, hvilket bl.a. skyldes, at det organisatorisk er placeret i forskelli-ge afdelinger. Når der er organisatoriske skel i arbejdet med de problematikker, som borgerne har, skaber det hindringer for at hjælpe borgerne. For borgerne er alle problematikkerne en del af deres hverdag og virkelighed, og problematikkerne kan godt krydse kommunale afdelings-grænser såvel som øvrige organisatoriske grænser.

*"Det er jo utopi at tro, at vi kun har rene sindslidende, for vi har også dem med dob-beltdiagnose. Og dem er der mange af. Det koster 100 kroner at komme herfra til Center for Rusmidler, og dem har borgerne ikke. Så de ville kun komme der, hvis vi kørte dem, og det har vi ikke ressourcer til. De [Center for Rusmidler, red.] ville gerne komme her, men det kan så ikke lade sig gøre, som det er lige nu".*

*(Medarbejder i Oasen)*

Selvom samarbejdet er begrænset, samarbejder Oasen og Center for Rusmidler dog alligevel, for det har de altid gjort. Oasen udleverer antabus efter aftale med Center for Rusmidler, og på den måde bliver den medicinske misbrugsbehandling med antabus tilgængelig for borgerne trods de store fysiske afstande. Antabussen udleveres både til dem, der frivilligt ønsker at komme ud af et alkoholmisbrug, såvel som dem der har en dom til behandling med antabus. På den måde samarbejder Oasen også med Kriminalforsorgen og hjælper dem med deres arbejde. Samarbejdet med Kriminalforsorgen er også i forhold til borgere, der har en dom til samfunds-tjeneste, hvor borgere kan afsone dommen i Oasen.

At Oasen kan fungere som et neutralt sted og anvendes af de andre aktører, tilskrives bl.a. geografien. Oasen er det eneste tilbud til målgruppen på Møn, og der er langt til de matrikler, som de andre aktører hører til på.

*"Det har jo også meget med geografi at gøre, at vi er den eneste instans af alle dem her, der befinder sig på Møn. Så alle de borgere, der bor her på Møn, der har med alle de her enheder at gøre, der er vi dem, der er tættest på. Både geografisk og fordi de kommer her, eller vi kommer hos dem. Så kan vi jo være mellemlid, for mange af de her borgere åbner ikke deres post, de tager ikke telefonen. Så vi kan være med til at arrangere, at de får et møde med de andre og til at sikre, at de kommer til mødet".* (Medarbejder i Oasen)

Oasens placering på landkortet betyder, at de er tættest på borgerne i fysisk såvel som mental forstand. De har nemmere kontakt med borgerne, og borgerne er trygge ved Oasen.

Udover at Oasen ser sig selv som værende neutral grund, hvor andre aktører er velkomne, ser de også sig selv som et mellemlid i de andre aktørers samarbejde med borgerne. De faciliterer, at andre aktører kan udføre deres arbejde, og at borgerne føler sig trygge sammen med de andre aktører. De forbliver dog samtidig tro mod deres egen arbejdsopgave, og ærlighed er et grundelement i samarbejdet med borgeren. De fortæller oprigtigt om de forskellige aktørers

tilstedeværelse, hvad de kender til deres tilbud til borgerne osv. Det er vigtigt for den tillidsfulde relation mellem Oasens medarbejdere og borgerne, at Oasen trækker en grænse ved, at de gerne faciliterer de andre aktørers arbejde, men de går ikke andre aktørers ærinde, hvis borgeren ikke ønsker det.

Oasens ressourcer drænes ikke af, at mange andre aktører kommer i huset. Tværtimod beskriver medarbejderne, at Oasen udvikles af at være et åbent sted, hvor både borgere og de mange forskellige aktører kommer. Ved ethvert møde med en anden aktør får de mere og mere indsigt i, hvordan de andre arbejder. Det gør også, at de ved, hvem de skal kontakte, hvis borgeren har problemer. Det sparer Oasen tid og ressourcer.

*”Hvis vi var sådan en lukket enhed, der kom ude hos en borger, og jeg kunne se ’Gud, han har ikke været til de og de samtaler’, så ville det være et stort arbejde for mig, hvis jeg ikke havde det udsyn herfra, at begynde at finde ud af hvor jeg skulle ringe hen, og hvor jeg skulle have møder og sådan. Det letter mit arbejde [at arbejde et åbent sted, red.]”. (Medarbejder i Oasen)*

Oasen har også et tæt samarbejde med de praktiserende læger. Dels kommer de hos hinanden, og dels har de telefonkontakt. Lægerne kommer primært i Oasen, hvis en borger har det så dårligt, at der skal skrives gule eller røde indlæggelsespapirer<sup>3</sup> til psykiatrien på borgeren.

Medarbejderne fra Oasen kommer hos de praktiserende læger, fordi de følger borgerne derhen. Oasens medarbejdere hjælper borgerne med at bestille medicin, ligesom de udleverer den, og herigennem er de også i løbende kontakt med de praktiserende læger. Når Oasen hjælper borgerne med at få medicin, er det altid, fordi der foreligger en specialaftale med den udskrivende instans, fx behandlingspsykiatrien, den praktiserende læge eller Center for Rusmidler. Det er vigtigt, at den grænse overholdes, for det er de udskrivende instansers ansvar, og det er dem, der sammen med borgeren i sidste ende styrer medicineringsprocessen. Igen faciliterer Oasen de andre aktørers arbejde, og Oasen er behjælpelig, fordi det hjælper borgeren og de andre aktører.

Der er desuden et formaliseret samarbejde mellem Afdeling for Børn og Familie og Oasen. Afdeling for Børn og Familie kan købe ydelser af Oasen. Det kan være, når medarbejdere fra Oasen udfylder den funktion at sikre, at børn af sindslidende kommer i skole. Det er på den måde specificeret, hvilken opgave medarbejderne skal varetage, og samarbejdsrelationen er i de tilfælde præget af, at der kun er sparsom informationsudveksling mellem enhederne om de erfaringer, som Oasen gør sig undervejs.

### 4.3.3 Samarbejdet med andre aktører

Som beskrevet ovenfor vurderer Oasens medarbejdere, at samarbejdet fungerer godt på tværs af de mange forskellige aktører. Det, andre aktører gør, kan dog være kontraproduktivt set fra Oasens side, og det skyldes, at de forskellige aktører er underlagt forskellige love og regler. Medarbejdere fra andre enheder, som qua den lov, de arbejder under, er pålagt at gøre noget, der kan være kontraproduktivt for borgerens situation, kontakter Oasen og går i dialog om, hvorvidt de kan hjælpe med at ændre situationen, fx få borgeren til at møde op på Jobcenteret.

---

<sup>3</sup> En læge kan tvangsindlægge en borger, hvis denne vurderes at være psykotisk, og det vil være uforvarsligt ikke at frihedsberøve vedkommende med henblik på behandling. Gule indlæggelsespapirer anvendes, hvis ud-sigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af situationen ellers vil blive væsentligt forringet (helbredsindikation). Røde indlæggelsespapirer bruges, når borgeren frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (fareindikation), se: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/tvangspsykiatri/tvangsindlaeggelse/>.

Det gør det tydeligt for Oasen, at de andre gør deres bedste for borgerne inden for de rammer, de skal agere under.

*"Vi oplever dem ikke som paragrafryttere. De prøver virkelig på at få tingene til at fungere for borgeren. Også med vores hjælp. Og hvis de er blevet nødt til at sanktionere, så fungerer vi også som en buffer for dem, for vi forklarer borgeren: 'Jamen hør her, du glemte at komme til det møde ...'". (Medarbejder i Oasen)*

Når borgeren er indlagt til behandling, holder § 85-medarbejderne fra Oasen kontakt med borgeren. Det er meget vigtigt, når det drejer sig om psykiatriske indlæggelser. Kontakten holdes, også selvom borgeren på grund af sine symptomer ikke sætter pris på besøgene fra medarbejderne i situationen.

*"Da han var indlagt, kørte vi hver uge ned og besøgte ham. Han rakte bare hånden frem, og det var det. Det var en to sekunders visit, men vi gjorde det hver uge. Og lige pludselig så havde han det bedre, og så kom hans kontaktperson derned, og så udtrykte han sin glæde over, at vi havde vist interesse for ham. Vi holder kontakten, så de ikke skal starte forfra. Hvis det er en længere indlæggelse, så kan vi tale med visitatoren, om det skal være et ophør eller en pause". (Medarbejder i Oasen)*

*"Vores arbejde med § 85-borgeren er sådan, at hvis de i en periode har brug for mere hjælp, så udvider vi, og så trækker vi os stille tilbage igen. Det er sådan yoyoagtigt. Vi ser ikke så nøje på, hvor mange timer de er visiteret til. Og den elastik den er rigtig god at have". (Medarbejder i Oasen)*

Oasens muligheder for at justere tilbuddet til borgerens behov skyldes, at de har et godt og tillidsfuldt samarbejde med Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap. Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap har således tillid til, at Oasen leverer et godt arbejde for alle borgere, og at de netop kan gøre det, fordi de leverer timerne, så de er tilpasset borgernes situation her og nu – til forskel fra på visitationstidspunktet. Fordi de kan gøre det, vurderer kommunen, at timeregnskabet kommer til at gå op i sidste ende på en måde, hvor alle borgere får det, de har behov for.

Mens samarbejdet således i det store hele fungerer rigtig godt, fordi Oasen fungerer som et neutralt sted, er der også samarbejdsrelationer, der kunne være bedre.

Nogle afdelinger i behandlingspsykiatrien kan glemme Oasen ved midtvejs- og udskrivnings-samtaler, fordi det ikke er en indarbejdet procedure for dem. Der skal Oasen sørge for at holde sig til. Når medarbejderne holder sig til på afdelingerne, gør de det ved, at de tager kontakt til personalet, når de besøger borgeren. De præsenterer sig selv som borgerens kontaktperson og siger, at de meget gerne vil inddrages i møder om borgeren. Personalet er imødekommende, men en ny problematik opstår, fordi møderne i nogle enheder planlægges med kort varsel. Det kan gøre det umuligt for Oasen at deltage. Det kan skabe en uheldig spiral, hvor Oasen frygter, at det kommer til at lyde, som om de aldrig kan.

Et andet tilfælde, hvor det kan være svært at blive inddraget i borgerens udskrivelse, er, når Oasens kontakt til borgeren går gennem § 99 i Serviceloven. Disse borgere er anonyme, og det fremgår ingen steder, at borgeren har en kontakt i det sociale system. Hospitalet kan derfor ikke via dokumenter vide, at der er medarbejdere, der kender borgeren, som de kan kontakte.

Når hospitalet får borgere ind, der ikke er i kontakt med det sociale system, men som har behov for støtte i hverdagen, ønsker Oasen, at hospitalerne vil fortælle om værestedet, så borgerne er bekendte med, at der er tilbud i lokalsamfundet. Omvendt kan der også opstå problematikker, hvis hospitalet er for specifik i sin formidling om kommunale tilbud. Når en borger er indlagt, tænker medarbejderne på hospitalet i baner af, hvad der efterfølgende vil være det

rette tilbud for borgerne. Det betyder, at de nogle gange fortæller borgeren, hvad de kommunale tilbud skal give borgeren, uden at borgeren er visiteret til det, eller at de ved, om det er muligt for borgeren at få tildelt tilbuddet. Det giver problemer, når dét, borgeren får at vide på hospitalet, ikke stemmer overens med det, som de kommunale tilbud kan levere. Det gør det bl.a., fordi lægens ord tillægges stor vægt.

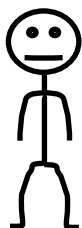
*"Borgerne opfatter, at hvis der er en hvidkilet, der siger, at det ville være godt for dig, jamen så skal det være sådan. Det kan virkelig være konfliktyldt. Men jeg synes, det er nemmere at tale med en overlæge nu, end det var tidligere. De lytter mere til, hvad vi siger". (Medarbejder i Oasen)*

#### 4.3.4 Overgange fra én enhed til en anden

Som beskrevet ovenfor oplever Oasen i det store hele, at overgangene mellem dem og andre institutioner fungerer fint. De peger dog på, at der er en gruppe af unge, som de har en fornemmelse af ikke bliver ført godt over i voksensystemet. Det er de unge, der ikke allerede har en sag i Afdeling for Børn og Familie, men som reelt har behov for støtte. De er bare ikke blevet opdaget som børn eller unge. Fordi de ikke er blevet opdaget, så er der ingen overlevering, og derfor opleves det ikke som et problem med overleveringen, eller at der tabes borgere mellem to stole. Problemet består snarere i, at der er unge, der først "kommer op på stolen", når de er blevet voksne.

Figur 4.3

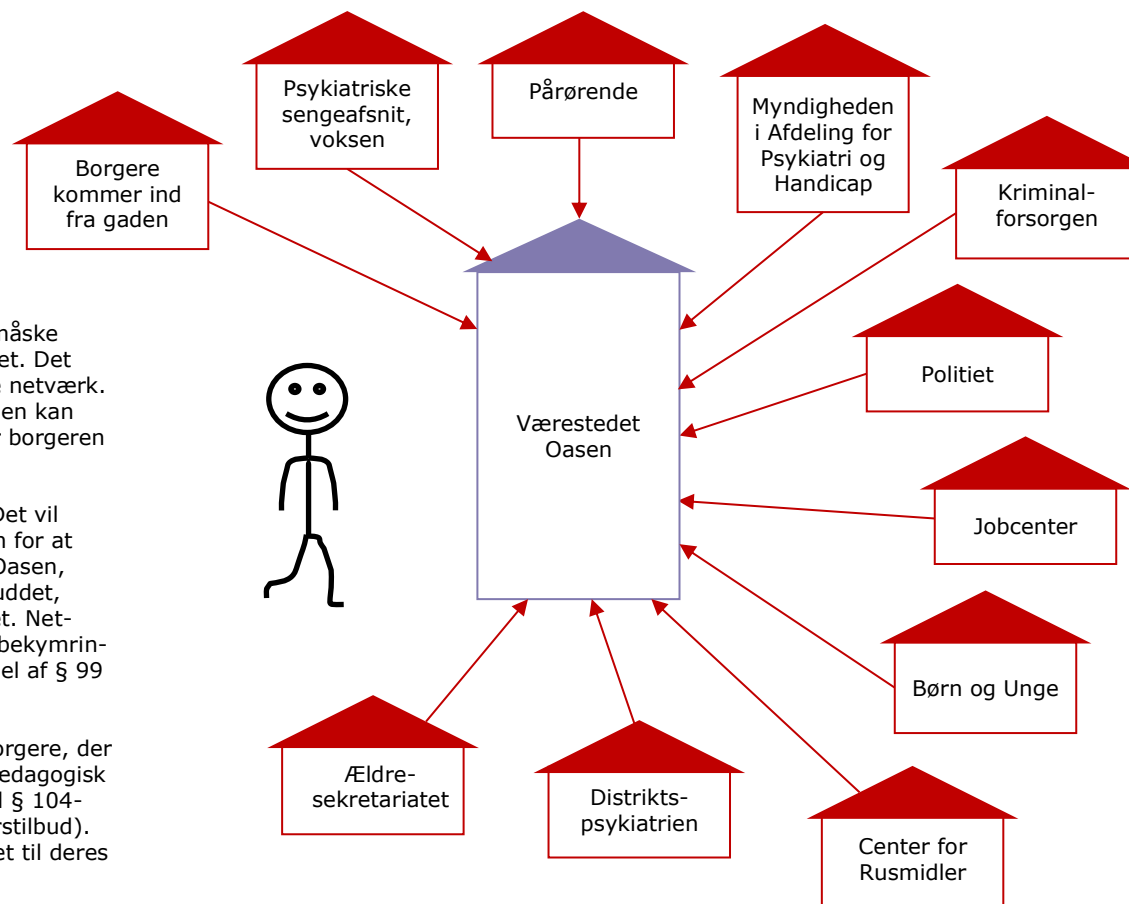
### Borgerens vej ind i Værestedet Oasen



En borger har problemer. Det ved borgeren måske selv, eller hans/hendes netværk bemærker det. Det gælder både det private og det professionelle netværk. Borgeren selv eller netværket tænker, at Oasen kan hjælpe med nogle af problemerne og hjælper borgeren i kontakt med Oasen.

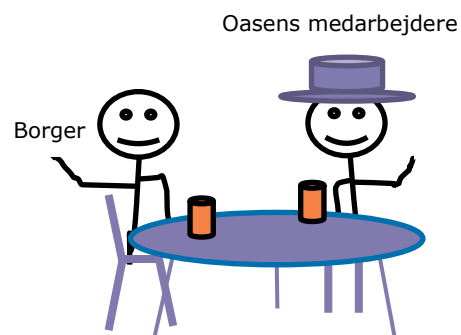
Borgere kan komme i Oasen lige fra gaden. Det vil sige, at man ikke skal være visiteret til Oasen for at komme der. Borgerne kan således komme i Oasen, enten fordi de selv er opmærksomme på tilbuddet, eller fordi deres netværk opfordrer dem til det. Netværket kan også kontakte Oasen med deres bekymringer, og Oasen opsøger da borgeren som en del af § 99 arbejde (støtte- og kontaktperson).

Medarbejderne i Oasen arbejder også med borgere, der er visiteret til § 85 støtte (til borgere socialpædagogisk støtte), ligesom borgere kan være visiteret til § 104-aktiviteter (uvisiterede aktivitets- og samværstilbud). Det betyder, at nogle borgere også er visiteret til deres samarbejde med Oasens medarbejdere.

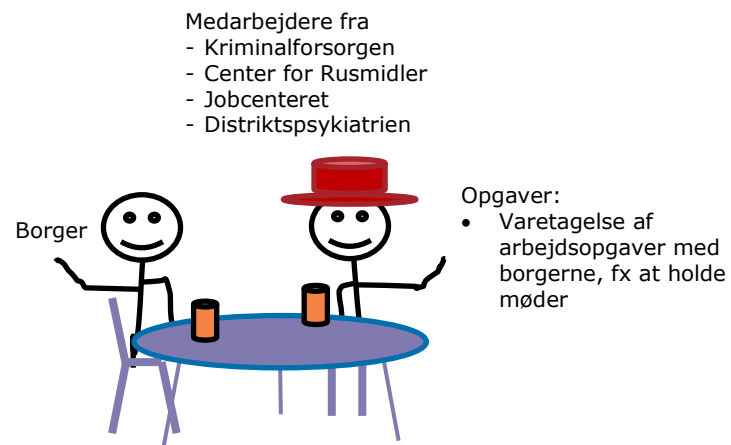


## Borgerens vej i Værestedet Oasen

### Værestedet Oasens matrikel



- Opgaver:
- § 104, 85, 99
  - Udlevering af medicin
  - Udlevering af antabus
  - Sted for samfundstjeneste
  - Opgaver købt af Børn og Unge
  - Motivere borgere til samarbejde med andre organisationer



Oasen er et værested og et sted, hvor medarbejderne arbejder under § 104, 85 og 99 i Serviceloven. Derudover er det vigtigt for Oasen at være en matrikel, hvor alle borgernes samarbejdspartnere er velkomne.

Det kan være, at medarbejderne på vegne af Center for Rusmidler udleverer antabus og udleverer medicin for Distriktspsykiatrien eller den praktiserende læge. Andre kommunale enheder kan købe Oasens medarbejdere til at udføre opgaver for dem. Borgere, der er dømt til samfundstjeneste, kan afsone hos Oasen, og på den måde er der et samarbejde mellem Oasen og Kriminalforsorgen. Endelig støtter Oasens medarbejdere borgerne i at samarbejde med de andre organisationer.

Det kan også være ved, at medarbejdere fra andre organisationer kommer i Oasen og udfører deres arbejde. Medarbejdere fra andre organisationer er velkomne i Oasen, hvor de kan låne lokaler til at varetage deres arbejde. Det betyder, at Jobcenteret, Center for Rusmidler, Distriktspsykiatrien og Kriminalforsorgen har deres gang i Oasen for fx at afholde møder med borgere. Det betyder også, at medarbejdere fra de forskellige organisationer har et nært samarbejde med hinanden.

## 4.4 Jobcenteret (kommunal)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Jobcenteret, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som Jobcenteret formål
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Jobcenteret
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Jobcenteret
- Hvordan Jobcenteret samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Jobcenterets funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Jobcenteret (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Jobcenteret vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

I det kommunale jobcenter arbejder mange faggrupper: socialrådgivere, skolelærere, ejendomsrådgivere, bankfolk. Alle sidder med samme overordnede opgave. De hjælper borgere med at komme i job eller uddannelse – eller at blive klar til det. Medarbejderne i Jobcenteret varetager denne opgave ved at indtage, hvad de betegner som en tovholderrolle.

*”Vi bliver meget dem, der tager borgeren i hånden, fordi de er så dårlige, som de er. Jeg synes sådan i forhold til myndigheder og lignende, der hjælper jeg borgeren meget. Der er jo mange instanser inde over. Også til møder hvor Distriktspsykiatrien har indkaldt. Det er stadig os, der har en stor del af taletiden, fordi borgeren ikke kan vælge os fra. Så som funktion fylder vi meget. Også fordi, hvis vi sidder med en borger, der har det dårligt, så skal vi altså kontakte lægen, psykiatrien, socialpsykiatrien. Det er vores opgave. Jeg skal jo hjælpe borgeren videre, og de kan ikke selv”. (Medarbejder i Jobcenteret)*

### 4.4.1 Vejen ind i Jobcenteret

Borgere, der har ret til kontanthjælp eller uddannelseshjælp<sup>4</sup>, kommer i kontakt med Jobcenteret gennem Jobcenterets reception. Her henvender de sig for at søge kontanthjælp/uddannelseshjælp, og det vurderes, hvilket tilbud der skal til, for at de kan komme i job/uddannelse. Borgeren er nu i et forløb i Jobcenteret.

<sup>4</sup> 1. januar 2014 blev kontanthjælpen afskaffet for alle unge under 30 år, som ikke har en uddannelse. Kontakt-hjælpen er blevet erstattet af uddannelseshjælp, hvor grundydelsen er på niveau med SU, se: <https://www.borger.dk/Sider/Kontanthjaelp-under-30-uden-uddannelse.aspx>.

Til forskel fra flere af de andre organisatoriske enheder er det således altid borgeren selv, der henvender sig, eventuelt fulgt af en medarbejder fra en anden enhed. Det betyder, at samarbejdet mellem enheder først sker, når borgeren er kommet i enten det ene eller andet forløb i Jobcenteret.

#### 4.4.2 Borgerens vej i Jobcenteret

Når borgerne kommer ind i Jobcenteret, vurderes borgernes umiddelbare ressourcer og tildeles et forløb, der matcher ham eller hende – hvis vedkommende er i stand til at være i et forløb.

Borgere med tilstrækkelige ressourcer sendes i Straks-aktivering, også kaldet Min Vej. I Straks-aktiveringen får borgerne råd og vejledning om deres rettigheder og pligter i forhold til kontanthjælp/uddannelseshjælp og deres proces med at finde job eller den rette uddannelse. Jobcenteret lægger en jobplan sammen med borgeren, og der foretages en forberedende voksenundersøgelse. Det er en standardpakke, der varer 14 dage. Derefter visiteres borgeren til den vejledning, de skal have for at komme i arbejde/uddannelse. Vejlederen indkalder dem til samtale efter to til tre måneder. I det efterfølgende forløb inddrager Jobcenteret andre aktører, der kan være med til at bringe borgeren i arbejde/uddannelse.

Borgere, der ikke kan klare Straks-aktiveringsforløbet på 14 dage, meddeler det. Borgeren kan også være fulgt af fx en kontaktperson fra Center for Socialpsykiatri, deres forældre eller en ven, som forklarer, at borgeren ikke kan klare det. Borgeren får herefter en visitationssamtale, hvor sagsbehandleren afdækker, hvad der skal til, for at borgeren kan klare det, såvel som der gives råd og vejledning og oplyses om ret og pligt i forbindelse med kontanthjælp/uddannelseshjælp. Sagsbehandleren forbliver oftest borgerens kontaktperson i Jobcenteret.

Hvis den borger, der ikke kan klare et Straks-aktiveringsforløb, vil kunne klare et andet forløb, gives han/hun et tilbud, og der oprettes et uddannelsespålæg, hvori der beskrives en plan. Hvis borgeren ikke kan deltage i et dagligt tilbud, kan der oprettes et mentortilbud, hvorigennem borgeren gøres klar til uddannelse. I det omfang, der er behov, indhenter Jobcenteret oplysninger fra egen læge og orienterer sig i, hvordan der arbejdes med borgeren i behandlingspsykiatrien, Center for Socialpsykiatri og Center for Rusmidler.

Når sagsbehandleren har afdækket borgerens sag, udarbejdes et forberedende skema, og sagen vendes med nærmeste leder. Herefter sendes den til Rehabiliteringsteamet, som vurderer, om sagen er tilstrækkeligt belyst. Hvis ikke afvises sagen, og sagsbehandleren får den retur.

En tilstrækkelig belysning betyder, at behandlingsmulighederne for borgerens problematikker er udtømte, for ellers afviser Rehabiliteringsteamet sagen. For at sagen er tilstrækkeligt belyst, skal medarbejderne fx have afdækket både borgerens psykiatriske diagnose og behandlingsforløb. Det betyder, at de indhenter oplysninger fra andre kommunale og regionale organisationer og derfor er afhængige af et samarbejde med dem for at kunne gøre deres arbejde. Der kan være mange forskellige aktører inde over:

- Center for Socialpsykiatri (§ 99 og § 85)
- Distriktspsykiatrien (hvor kontakten går gennem primærbehandleren)
- Politiet
- Kriminalforsorgen (hvor kontakten går gennem den tilsynsførende)
- Center for Rusmidler (hvor kontakten går gennem misbrugsbehandleren)
- Offentlige og private aktiveringsprojekter (hvor kontakten går gennem kontaktpersonen)
- Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU)



Er sagen tilstrækkeligt belyst, går Rehabiliteringsteamet videre med sagen. I indstillingen må sagsbehandlerne ikke komme med egne vurderinger af borgerens situation eller anbefalinger til, hvilket tilbud borgeren skal have. De må kun belyse sagen.

*“Vi må ikke komme med vurderinger. Vurderingerne er skåret ud af det. Derfor skal vi sørge for, i hele forløbet, at få andre til at vurdere. Vi skal få lægen til at vurdere, om alle behandlingsmuligheder er udtømt. Hvad er der af skånehensyn? Vi skal have lavet arbejdsprøvnings, som beskriver, hvad borgeren kan og ikke kan. Hvilke hjælpemidler, der skal være til stede. Andres vurderinger skal lægges til grund”.*  
(Medarbejder i Jobcenteret)

Jobcenterets samarbejdsrelation med andre er derfor præget af, at de skal have en vurdering ud af deres samarbejdspartnere. Andre kommunale og regionale organisationer er ikke på samme måde afhængige af Jobcenteret for, at de kan gøre deres arbejde.

Rehabiliteringsteamet kan indstille borgeren til et ressourceforløb, som kan vare mellem et og fem år, og borgere under 40 år kan være i et sådan forløb op til tre gange, dvs. 15 år i alt. I ressourceforløbet afdækkes borgerens ressourcer. Rehabiliteringsteamet kan også indstille borgeren til fleksjob eller indstille til pension. Indstillingen sender rehabiliteringsteamet videre til visitationsteamet, som visiterer borgeren til et tilbud.

#### 4.4.3 Samarbejdet med andre aktører

Undervejs i et forløb i Jobcenteret åbner borgerne sig oftest mere og mere for medarbejderne, og de får indblik i borgerens situation – også det kaos, der ofte er i borgerens liv. Det kan være vrangforestillinger, at borgeren ikke kan holde sit hjem eller ikke kan komme op om morgenen. Jobcenteret spørger borgeren, om han eller hun kunne tænke sig en kontaktperson, der kan hjælpe med det svære. Hvis borgeren ønsker, det indstiller Jobcenteret borgeren til en kommunal § 85-kontaktperson, men er opmærksom på ikke at love, at borgeren vil få det, for Jobcenteret kan ikke beslutte, hvad andre enheder skal levere. Indstillingen gives til Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap, men det kan være tungt. Dels er det begrænset til en dag ugentligt, hvor visitatoren kan kontaktes pr. telefon, og dels følger et tungt papirarbejde med. Er Jobcenteret meget bekymret for en borger, kontaktes kommunens § 99-medarbejdere, som med kort varsel opsøger borgeren og vurderer situationen. På den måde er § 99-medarbejderne en livline.

Hvis medarbejderne vurderer, at borgeren vil have gavn af et forløb i Distriktskykiatrien, kan de ligeledes ikke *tildede* borgeren et forløb. Det er den praktiserende læge, der skal henvise borgeren, og afgørelsen om, hvorvidt borgeren skal have et forløb, ligger således i første omgang der. Jobcenteret beder derfor borgeren om at opsøge egen læge for at få en henvisning til Distriktskykiatrien. Jobcenteret oplever stor forskel på, hvordan de praktiserende læger håndterer sådanne sager. Nogle praktiserende læger varetager hellere selv en medicinsk behandling af borgerne end at henvise dem til Distriktskykiatrien. Andre har kun sparsom viden om, hvordan de henviser til Distriktskykiatrien, og spørger derfor Jobcenteret til råds, mens endnu andre er gode til at henvise borgerne. Samarbejdet med de praktiserende læger er derfor vigtigt for Jobcenterets arbejde med at hjælpe borgeren.

*“Vi er jo ikke læger, men vi kan jo efterhånden godt se, når folk har det dårligt og har behov for psykiatrisk hjælp... men de skal gennem egen læge, og det kan være problematisk, hvis lægen ikke vil. Det er også lidt uhyggeligt, at nogle læger ikke ved, at Distriktskykiatrien er der, og at det er dem der skal henvise til den”.*  
(Medarbejder i Jobcenteret)

Hvis Jobcenteret oplever, at det er svært at få borgeren i et forløb i Distriktspsykiatrien, fordi den praktiserende læge er modvillig, forsøger de at mobilisere borgerens netværk, fx venner eller støttekontaktperson i at "slå i bordet" og sikre, at borgeren henvises. Jobcenteret følger ikke selv borgeren til læge, da det ligger ud over deres jobfunktion.

Medarbejderne oplever ofte, at informationsflowet fra andre organisationer, der samarbejder med borgeren, er sparsom. Der er ikke en automatisk deling af journaler eller andre dokumenter om borgeren, da det er forskellige sektorer og lovgivninger, de opererer under. Derfor skal Jobcenteret aktivt efterspørge dokumenter, og borgerne skal give samtykke til, at de forskellige organisationer må dele dem med Jobcenteret. De har således ikke et overblik over, hvordan borgerens liv former sig i samarbejdet med de andre aktører. Jobcenteret er opsøgende på viden om det. Får Jobcenteret fx gennem pårørende eller kommunale kontaktpersoner at vide, at en borger er indlagt, kontakter de hospitalet og beder om at blive indkaldt til udskrivnings-samtalen. Det er deres måde at få viden om, hvad der er foregået i borgerens liv. På den måde er det de pårørende eller kontaktpersoner fra Center for Socialpsykiatri, der kommer til at bygge bro i samarbejdet mellem Jobcenteret og hospitalspsykiatrien.

Medarbejderne på Jobcenteret har også kun sparsomt kendskab til, hvem der er borgernes kontakter i de andre organisationer.

*"Man lærer efterhånden, hvem der er ansat hvor. Du kan være heldig, at borgeren har én med, som du så får nummeret på. Jeg kan ikke slå op noget sted, om medarbejdere i Distriktspsykiatrien, og det samme med Socialpsykiatrien. Det går fra mund til mund: 'Kender du Birgitte, og har du hendes nummer?'. Vi mangler oversigter over, hvem der er hvor". (Medarbejder i Jobcenteret)*

Men ligesom de andre organisationer kan virke utilgængelige for Jobcenteret, er medarbejderne i Jobcenteret også klar over, at de kan være utilgængelige for de andre.

*"Men vi er jo også hemmelige. Jeg varovre på Oasen (et socialpsykiatrisk tilbud), og der havde de ikke vores numre. Hvorfor er det, at de ikke bare har en liste med alle vores numre? Hvad er det, der gør det så hemmeligt!". (Medarbejder i Jobcenteret)*

Det påvirker samarbejdet mellem organisationerne. Når medarbejderne kender hinanden på tværs af organisationerne, tager de fat i hinanden og indleder samarbejdet om at hjælpe konkrete borgere.

*"Jeg har faktisk lige fået en mail fra Distriktspsykiatrien, hvor de skriver: 'Jeg kan forstå, at du er vejleder for XX, skal vi have et samarbejde?'. God ide! Det er jo, fordi jeg kender den primærbehandler i forvejen". (Medarbejder i Jobcenteret)*

Et tæt samarbejde med de andre aktører, der arbejder med borgeren, er vigtigt for, at indsatsen over for borgeren hele tiden kan understøtte borgerens bedring. Samarbejdet med de andre aktører er således vigtigt for medarbejderne for at tilpasse deres arbejde til borgerens situation. Vurderer en distriktspsykiatrisk medarbejder fx, at borgeren har det meget dårligt, og at det vil modvirke borgerens bedring, at Jobcenteret arbejder aktivt med borgerens sag, så trækker Jobcenteret sig for en tid. Det handler om, at borgeren skal have det rette forløb, og at man på ingen måde presser en borger, som ikke kan klare det.

Medarbejderne anvender også deres viden om borgerens forløb til at motivere borgeren. De fortæller borgeren, at de har hørt fra Distriktspsykiatrien, at det går sådan og sådan, så derfor tror de på, at borgeren også er klar til fx et aktiveringstilbud. Det kan virke afvæbnende såvel som motiverende for borgeren.

Et af de fora, hvor aktørerne samarbejder, er netværksmøder. Alle de aktører, der er en del af borgerens liv, kan indkalde til et netværksmøde – også de pårørende. På møderne diskuteres borgerens situation og muligheder. Netværksmøder er gode, og Jobcenteret afholder som hovedregel alle lovpligtige to-måneders møder med aktivitetsparate borgere som netværksmøder. Det svære kan være at få samlet alle relevante aktører, så det er vigtigt, at mødeindkaldelsen sendes i god tid.

Samarbejdet med andre aktører slår knuder, hvis de andre aktører stiller borgeren bestemte tilbud i sigte fra Jobcenterets side. Jobcenteret oplever fx, at borgere kommer til dem fra Distriktpsychiatrien med en forventning om, at de gennem Jobcenteret kan få et bestemt tilbud, fx tildelt førtidspension:

*”Det svarer lidt til, at vi sagde til borgerne, hvilken diagnose de skulle have. Men de (behandlingspsykiatrien) kan godt finde på at sige til borgeren, at de bare skal gå ned og søge en pension”. (Medarbejder i Jobcenteret)*

Ifølge den gældende lovgivning er det meget vanskeligt at få tildelt førtidspension. Borgerne bliver derfor skuffede og frustrerede over deres samarbejde med Jobcenteret, hvilket er en ulempe for såvel deres forløb som for arbejdsglæden i Jobcenteret.

#### 4.4.4 Overgange fra én enhed til en anden

Når en borger fylder 30 år, overgår han eller hun fra at være ung til at være voksen i Jobcenteret. Tre måneder før en borger fylder 30 år, begynder Jobcenteret at forberede overgangen til voksen, således at sagen kan overgå den dag, borgeren fylder år. Medarbejderne i Jobcenteret oplever det ikke som noget, der hverken letter eller besværliggør deres arbejde. Kun for borgerne må det potentielt være en ulempe, fordi de skal have ny kontaktperson, og fordi det er uforståeligt for dem, hvorfor de eventuelt skal igennem de samme tests flere gange.

Er eller har borgeren været tilknyttet Børn og Unge, kan det besværliggøre deres arbejde. Børn og Unge er på mange måder som et lukket land for Jobcenteret. Borgeren har ingen journaler med sig. Jobcenteret kan anmode om dem, men det er meget tungt. Det er fx svært at få kontakt til den rette medarbejder over telefon og mail, delvist fordi de ikke ved, hvem de skal kontakte. På interviewtidspunktet vidste medarbejderne fra Jobcenteret dog, at borgernes overgang fra Børn og Unge til voksenområdet blev drøftet på et adviseringsmøde. Medarbejderne hørte blot ikke nærmere om disse møder. Praksis er nu således, at den medarbejder der deltager i mødet, orienterer resten af teamet om relevante sager, som har været drøftet på adviseringsmødet.

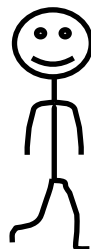
Figur 4.4

### Borgerens vej ind i og i Jobcenteret

En borger over 18 år med ret til kontanthjælp er arbejdsløs og henvender sig i Jobcenterets reception for at få kontanthjælp.

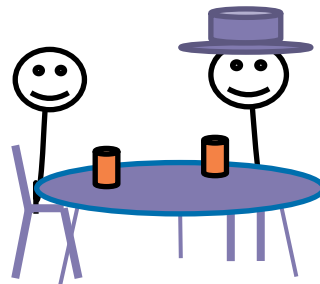


Borgeren sendes til en samtale med en sagsbehandler i Jobcenteret, som skal vurdere borgerens ressourcer og behov for støtte til at komme i job/uddannelse.

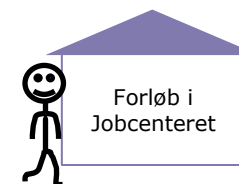


Sagsbehandleren laver en vurdering af, hvilket forløb borgeren skal i. Borgere, der kan klare det, sendes i Straks-aktivering. Borgere, der ikke kan klare Straks-aktivering, får en visitationssamtale hos en sagsbehandler i Jobcenteret.

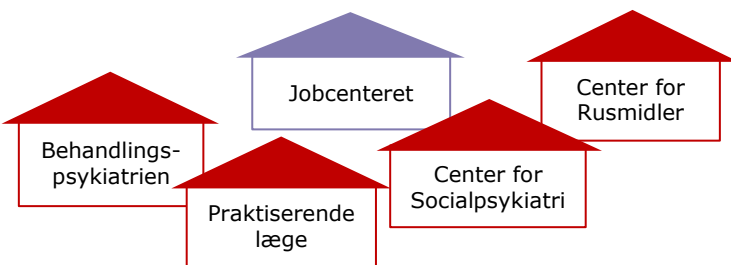
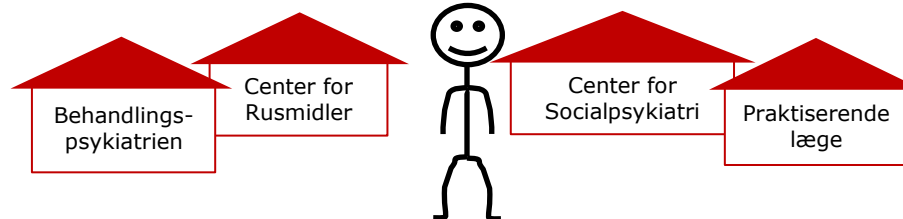
I samtalen afdækkes borgerens behov, og borgeren oplyses om sine rettigheder og pligter.



Hvis det vurderes, at borgeren kan klare et andet forløb end Straks-aktiveringen, sendes borgeren i det forløb. Vurderes borgeren ikke at kunne klare Straks-aktivering, men et andet forløb, gives det tilbud, og der oprettes et uddannelsespålæg. Hvis borgeren ikke kan deltage i et dagligt tilbud, oprettes et mentortilbud, hvor igennem borgeren gøres klar til uddannelse.



Det er ikke nok, at borgeren selv vurderer, at han eller hun ikke kan komme i et forløb. Det skal bekræftes af professionelle. Jobcenteret indhenter derfor en status på borgeren fra den praktiserende læge for at vurdere det rette tilbud og den rette ydelse. Jobcenteret undersøger også, om borgeren er i forløb i behandlingspsykiatrien, Center for Socialpsykiatri og Center for Rusmidler. Borgeren skal give samtykke til, at Jobcenteret må indhente oplysningerne.



Jobcenteret fortsætter med at afdække borgerens ressourcer og bliver måske bekymret for borgeren undervejs. Medarbejderen forsøger så at motivere borgeren til at tage kontakt til fx Center for Rusmidler, behandlings- eller socialpsykiatrien eller den praktiserende læge, eller Jobcenteret spørger, om de må kontakte dem på vegne af borgeren. De er meget påpasselige med ikke at love borgeren, at de andre organisationer kan hjælpe dem på en bestemt måde. Det kan de nemlig ikke.

Er de meget bekymrede for en borger, der ikke vil lade dem kontakte andre, gør de den kommunale § 99 støttekontaktperson opmærksom på borgeren.

## 4.5 Ungdommens Uddannelsesvejledning – STU-teamet (tværkommunal)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Ungdommens Uddannelsesvejledning Sjælland Syd, specifikt i Team for Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (STU-teamet), herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med STU-teamet
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med STU-teamet
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet STU-teamet
- Hvordan STU-teamet samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af STU-teamets funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Ungdommens Uddannelsesvejledning (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i STU-teamet vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Ungdommens Uddannelsesvejledning Sjælland Syd (herefter UUSS) er et samarbejde mellem Faxe, Næstved og Vordingborg Kommuner om uddannelses- og erhvervsvejledning. UUSS er samfinansieret af de tre kommuner, men fungerer som en selvstændig og uafhængig enhed med egen ledelse.

UUSS vejleder dels elever i grundskolernes 8.-10. klasser og dels unge mellem 15-25 år (samt 25-30-årige ved tilkøb fra Jobcenteret), som ikke har gennemført en ungdomsuddannelse eller ikke er i gang med uddannelse, beskæftigelse eller anden aktivitet.

Team for Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse (herefter STU-teamet) er et specialteam under UUSS, som varetager centerets specialvejledning for borgere med særlige behov. Det sker med afsæt i 'Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov'. Særlige behov dækker bl.a. ADHD, autismespektret, hjerneskade, Downs syndrom samt angst og depression.

Den særligt tilrettelagte ungdomsuddannelse tilbydes til unge, som efter undervisningspligtens ophør (efter 9. eller 10. klasse) ikke kan gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse med socialpædagogisk støtte, mentorordning eller lignende. Uddannelsen kan søges op til det 25. år. Formålet med uddannelsen er, jf. lovteksten, at:

*Unge udviklingshæmmede og andre unge med særlige behov opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse.*

#### 4.5.1 Vejen ind i Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-forløb)

Arbejdsgangen i UU-vejledningens STU-team starter, når de kontaktes om en borger, der skal have sit behov for et STU-forløb afklaret. Kontakten indledes typisk fra en af nedenstående aktører:

- Skolevæsenet, herunder specialskoler
- Jobcenteret – typisk vedrørende unge over 18 år
- Børn og Unge
- Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap
- Pårørende, fx familie og venner
- Aflastningsfamilier, dvs. 'ansatte pårørende'/opholdssteder

Udredningen starter med et vurderingsmøde mellem en STU-vejleder og borgeren samt dennes pårørende og eventuelle kontaktpersoner. På mødet gennemføres en indledende vurdering af borgerens funktionsniveau for at vurdere, om borgeren er i målgruppen for den særligt tilrettede ungdomsuddannelse. Hvis borgeren ikke falder inden for målgruppen, sendes vedkommende videre – fx til vejledning om ordinært uddannelsesforløb eller ressourceafklaring på Jobcenteret.

Hvis borgeren umiddelbart vurderes at falde inden for målgruppen, indhentes samtykke til en udredning, og STU-vejlederen udarbejder en indledende beskrivelse af borgerens situation og funktionsniveau. Denne 'forklædebeskrivelse' tages op i den enkelte kommunes STU-netværk. STU-netværket er et formaliseret mødeforum, der mødes en gang om måneden for at koordinere STU-udredninger. Teamet er sammensat af fagpersoner fra:

- Jobcenteret
- Børn og Unge
- Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap
- PPR og Forebyggelse
- Videns Center for Specialpædagogik (ViSP)
- Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU)

Netværkets deltagere forbereder sig ved at indhente de oplysninger, de hver især har på borgeren, for dermed at lave en fyldestgørende beskrivelse af borgerens situation, diagnoser, igangværende udredninger, funktionsniveau etc.

Under udredningen er det også netværkets opgave at sparre med hinanden i forhold til den unges funktionsniveau og hvilke uddannelses tilbud, der er egnede til den enkelte. Udredningsforløbet tager typisk et halvt år, men i øvrigt er forløbene meget forskellige, alt efter hvor kompliceret borgerens situation er, samt hvor 'kendte' de er i systemet i forvejen. Nogle forløb, hvor borgerne er kendte, er ukomplicerede, mens andre involverer specialister i forhold til sendiagnostisering af fx ADHD og ADD.

På baggrund af udredningen og input fra netværksgruppen udarbejder STU-vejlederen sammen med borgeren og dennes pårørende et udkast til en uddannelsesplan. Den faglige baggrund for indstillingen og selve uddannelsesplanen sendes til den enkelte kommunes visitationsudvalg for

STU. Visitationsudvalget tager stilling til målgruppevurderingen og indholdet af uddannelsesplanen, herunder hvor uddannelsen skal finde sted.

#### 4.5.2 Borgerens vej i Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-forløb)

Ved bevilget forløb starter borgeren på et treårigt STU-forløb, hvor STU-vejlederen koordinerer ydelserne i forløbet og fungerer som borgerens tovholder. STU-vejlederen har i denne fase løbende samarbejde med de aktører, som leverer tilbud til borgeren. Samtidig holder STU-vejlederen minimum en (men oftest flere) opfølgning/er om året sammen med borgeren og relevante aktører fra forløbet. Opfølgningerne bruges til at vurdere, om forløbet understøtter de mål, der er opstillet, samt til at justere uddannelsesplanen afhængig af borgerens situation og funktionsniveau. Ved betydende ophold i uddannelsesforløbet eller væsentlige ændringer i borgerens funktionsniveau skal uddannelsesplanen revurderes.

STU-forløbet er normeret til tre år, men kan i praksis tage op til fem år at gennemføre. STU-vejlederen har således en langvarig relation til den unge, og undervejs i forløbet samarbejdes på ad hoc basis med en række af de øvrige aktører, som er i kontakt med borgeren. Det drejer sig typisk om:

- Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap eller Børn og Unge (afhængig af borgerens alder): I forbindelse med at borgeren skal flytte hjemmefra, skal der ofte ske en udredning og træffes afgørelse om, hvilket botilbud borgeren er berettiget til. Dette skal også afstemmes den uddannelse borgeren er i gang med, fx hvordan det påvirker behovet for transport.
- Jobcenteret: Har ansvaret for borgerens forsørgelse under STU-forløbet. Samtidig inddrager jobcenteret ofte STU-vejlederen i udredning af borgere med så lavt et funktionsniveau, at førtidspension eller lignende er på tale efter endt STU-forløb.
- Distrikts- og socialpsykiatri: Her indkaldes STU-vejlederen typisk til netværksmøder i forbindelse med indlæggelser, udredning og omlægninger i medicinsk behandling.

STU-vejlederne oplever, at samarbejdet med de forskellige aktører er velfungerende, og at samarbejdspartnerne er gode til at inddrage det kendskab, som vejlederen får om borgeren.

#### 4.5.3 Samarbejdet med andre aktører

STU-teamet samarbejder primært med kommunale aktører, og dette samarbejde opleves uproblematisk. Dette forklares med, at samarbejdet er understøttet af velfungerende arbejdsgange og gode stabile relationer mellem de involverede medarbejdere. Det indebærer bl.a., at STU-vejlederne kender de forskellige lovgivninger (STU-vejledning, Serviceloven, LAP-loven<sup>5</sup> osv.), som de forskellige enheder arbejder under.

Særligt det formaliserede STU-netværk i forbindelse med udredning af borgere forud for et STU-forløb opleves som et stort løft, der kvalificerer sagsbehandlingen og de indstillinger, der laves. Samtidig afholdes der et årligt dialogmøde mellem STU-vejlederne og visitationsudvalget for STU for at afstemme forventninger og krav til de indstillinger, der laves.

Der er dog en mindre gruppe af borgere, som ikke bor i deres hjemkommune og udgør en undtagelse: Det drejer sig om børn og unge, som enten er anbragt på Sydsjælland af en anden kommune, samt borgere anbragt uden for de sydsjællandske kommuner. Disse forløb falder uden for det ordinære system, og de opleves ofte som en stor udfordring.

---

<sup>5</sup> Lov om aktiv socialpolitik.

I forbindelse med udredningen samarbejder STU-netværket med regionale enheder, hvis der er behov for diagnosticering eller kliniske vurderinger af borgerens funktionsniveau. Der er også samarbejde med regionale enheder, der udbyder STU-forløb.

#### 4.5.4 Overgange fra én enhed til en anden

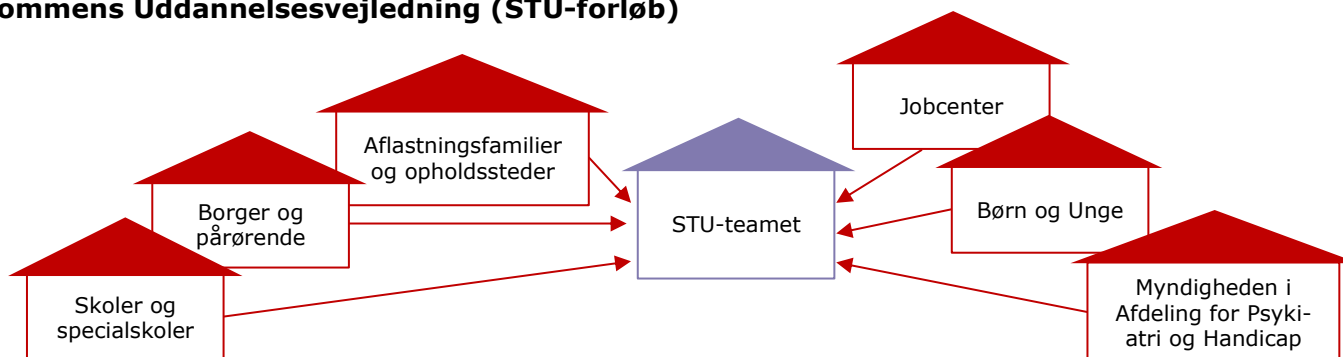
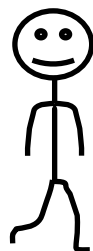
Den vigtigste overgang i borgernes forløb er ved endt STU-forløb, hvor STU-teamet på samme måde som almindelige uddannelser slipper borgeren. Ved afslutningen overgår nogle borgere til ordinær uddannelse, mens andre overgår til skånejobs eller til ressourceforløb i de kommunale Jobcentre. Her er det Jobcentrene, som overtager ansvaret for borgeren, og som har dokumentationspligten for det videre forløb. STU-vejlederne oplever denne overlevering som velfungerende.



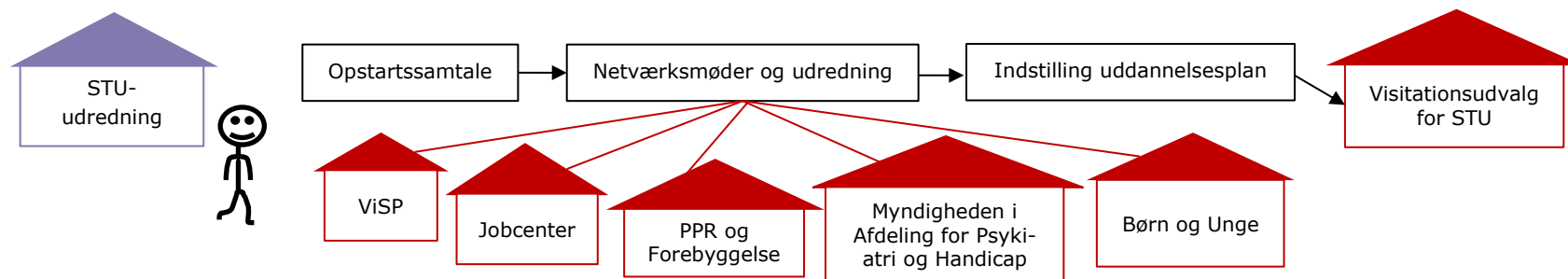
Figur 4.5

### Borgerens vej ind i Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-forløb)

En borger skal have afklaret sit behov for særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse.



Borgeren og den uddannelsesinstitution eller anden relevant aktør, som borgeren er tilknyttet, kontakter STU-teamet for at få vurderet borgerens behov for særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse. Kontakterne falder typisk i to klumper: Første klump omhandler unge, der afslutter forløb i folke- og specialskole, mens anden klump omhandler unge over 18 år, som typisk er tilknyttet et jobcenter.



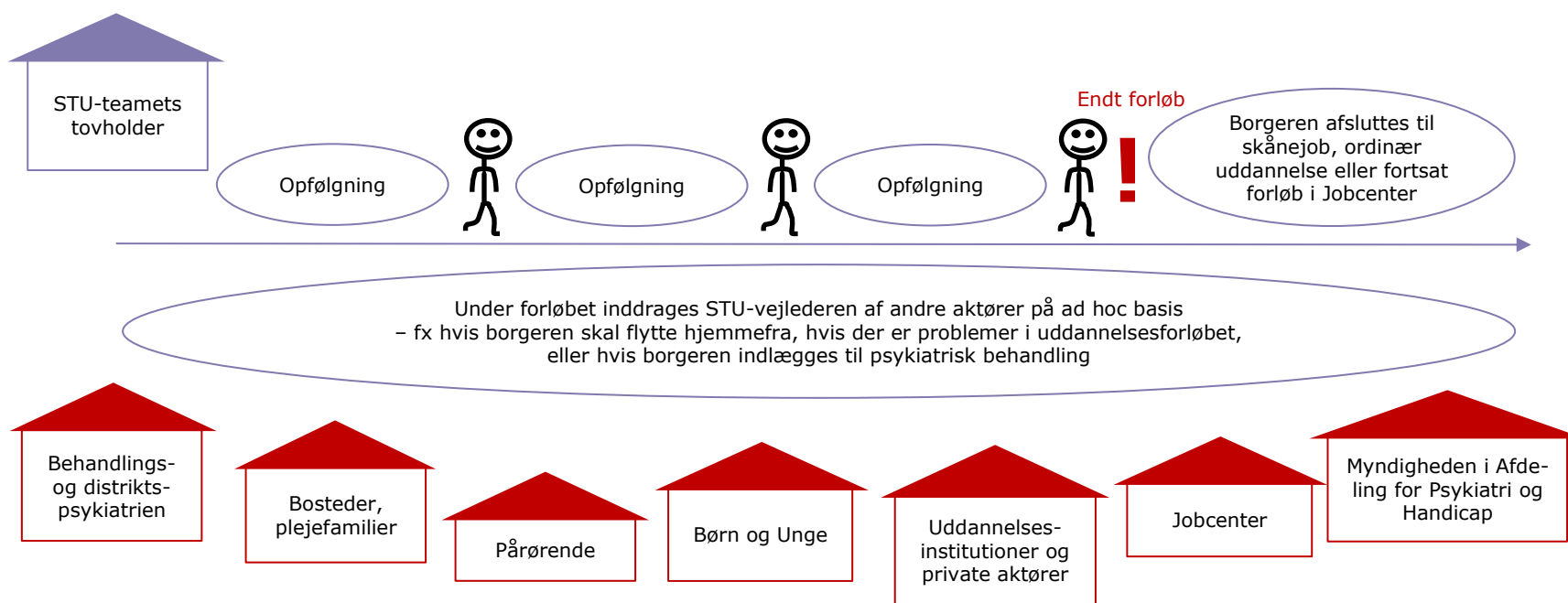
STU-forløbet starter med en opstartssamtale og en indledende målgruppevurdering. Hvis vurderingen viser, at borger falder inden for målgruppen, oprettes en sag, som bringes ind i den enkelte kommunes STU-netværk, hvor der sidder fagpersoner fra relevante enheder i borgerens hjemkommune.

Netværket samler oplysninger om borgeren og koordinerer relevant udredning af funktionsniveau, diagnoser etc. Netværket mødes minimum to gange om hver borger. Herefter sendes indstilling til visitationsudvalget i den relevante kommune.

## Borgerens vej i Ungdommens Uddannelsesvejledning (STU-forløbet)

For de borgere, der bevilges et STU-forløb, udarbejder STU-vejlederen en endelig uddannelsesplan i samarbejde med modtagende uddannelsesinstitution. Planen beskriver indholdet i forløbet og de mål, der arbejdes mod at indfri for den enkelte borger. STU-vejlederen koordinerer ydelserne i forløbet og er borgerens tovholder under hele forløbet. Mindst en gang årligt (ofte væsentligt oftere) holdes der opfølgingsmøde med borgeren og

relevante aktører i uddannelsesforløbet for at vurdere, om der arbejdes hen imod de opstillede mål. Ved behov justeres uddannelsesplanen løbende til borgerens situation og funktionsniveau. Ved endt forløb (og i de forløb hvor borgeren af forskellige årsager falder fra) afleveres borgerne til anden aktør. Det kan fx være ordinær uddannelse, skånejob eller fortsat forløb i Jobcenter.



## 4.6 Center for Rusmidler (kommunal)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Center for Rusmidler, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Center for Rusmidler
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Center for Rusmidler
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Center for Rusmidler
- Hvordan Center for Rusmidler samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale.

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Center for Rusmidlers funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Center for Rusmidler (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Center for Rusmidler vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kommer naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Center for Rusmidler er organiseret under Afdeling for Sundhed i Vordingborg Kommune. Centeret fokuserer på rådgivning, forebyggelse og behandling i forhold til borgerens rusmiddelforbrug. Forbruget kan være af stoffer såvel som alkohol, og målgruppen er såvel unge som voksne borgere. I Center for Rusmidler behandles rusmiddelforbruget ud fra tanken om, at det er hele mennesket, der skal behandles, og ikke fx blot en fysisk afhængighed. Formålet med at modtage behandling i Center for Rusmidler er således at nedsætte (ophør/reduktion) eller stabilisere et rusmiddelforbrug ved at styrke det hele menneske. Der arbejdes ud fra borgerens egne mål.

### 4.6.1 Vejen ind i Center for Rusmidler

Kontakten til Center for Rusmidler kan etableres gennem en række forskellige aktører, som får borgeren til at opsøge centeret:

- Jobcenteret
- Praktiserende læge
- Pårørende
- Børn og Unge
- Uddannelsesinstitutioner
- Behandlingspsykiatrien

Borgeren kan også henvende sig i centeret på eget initiativ.

Center for Rusmidler består af fire afdelinger, henholdsvis:

- Stofafdelingen (borgere over 30 år, der har et ønske om at ændre deres forbrug af stoffer)
- Alkoholafdelingen (borgere over 30 år, der har et ønske om at ændre deres forbrug af alkohol)
- Ungeafdelingen (borgere under 30 år, som har et forbrug/overforbrug af stoffer og/eller alkohol)
- Halvvejshuset (et efterbehandlingstilbud/udslusningstilbud til borgere, der er blevet stof-fri/ædru efter døgnbehandling eller ambulante behandling).

De unge (under 30 år) og voksne (over 30 år) kommer ind i Center for Rusmidler på forskellige måder. Alle kan komme ind i centeret fra gaden. De unge kommer dog ofte i centeret, fordi deres uddannelsesinstitution, Jobcenteret, Børn og Unge (kommunal) eller deres pårørende har hjulpet dem til at opsøge centeret. Derfor er det som regel planlagt, at de kommer.

De voksne kan være henvist fra deres praktiserende læge, behandlingspsykiatrien, Jobcenteret eller fra Børn og Unge, da Børn og Unge kan aftale med eller pålægge forældre at gå i behandling.

#### 4.6.2 Borgerens vej i Center for Rusmidler

Når borgeren kommer i et forløb, tages der indledningsvis én eller flere samtaler med borgeren, og hvis borgeren er motiveret for behandling, indskrives vedkommende. Processen forud for indskrivning varierer for unge og voksne. De brugere, der modtager substitutionsmedicin, er oftest over 30 år. Blandt andet på grund af medicinen er de som regel motiverede for behandlingen, og de indskrives som regel efter én samtale.

De unge kan derimod være mindre motiverede. Da behandlerne som hovedregel ikke anvender medicin i behandlingen af unge, har de ikke "den gulerod" i forhold til at engagere dem i et forløb. For de unge vil starten af et forløb på Center for Rusmidler derfor ofte bestå af et forløb med samtaler, hvor der arbejdes med relationen til den unge og dennes motivation. Relationen til borgeren er for behandlerne et væsentligt redskab i behandlingen.

Når borgeren er indskrevet, iværksættes behandlingsforløbet. Borgeren kommer i et forløb, hvor centerets behandlere fokuserer på at inddrage alle relevante aktører i borgerens netværk – både det private og professionelle. Behandlerne har en klar antagelse om, at borgerens vej til at nå sine mål bl.a. går gennem samarbejde med andre aktører. De inddrager og samarbejder også med borgerens pårørende gennem samtaler, hvis borgeren giver samtykke til det.

#### 4.6.3 Samarbejde med andre aktører

Hvis borgerens rusmiddelproblematikker skal behandles med succes, skal der fokuseres på alle aspekter af borgerens liv. Det betyder fx, at behandlerne i deres arbejde spørger ind til, hvordan borgeren trives på sit uddannelsessted, i hverdagen, fysisk osv. Herved får behandlerne i Center for Rusmidler et godt overblik over, hvilke aktører der spiller en rolle i borgerens liv. Det kan fx være uddannelsesstedet, Jobcenteret, kontaktpersoner i social- eller distriktspsykiatrien og den praktiserende læge.

Behandlerne i Center for Rusmidler sørger for at positionere sig selv i forhold til, hvad borgeren mangler i sit liv. Der kan være mange aktører involveret i en borgers forløb, og er der for mange i spil på samme tid, kan de mange og potentielt forskellige perspektiver være en hindring for borgerens udvikling. Er der allerede mange andre aktører involveret i borgerens forløb, og

fungerer det godt, skruer behandlerne i Center for Rusmidler ned for deres engagement for ikke at risikere at trække i en anden retning.

Udover at positionere sig i forhold til de øvrige aktører i borgerens liv ser Center for Rusmidler sig selv som at have en tovholderfunktion i borgerens liv. Den rolle praktiserer de bl.a. ved at facilitere borgerens samarbejde med andre relevante aktører. Behandlerne følger ofte borgeren til de forskellige aktører og sikrer på den måde, at deres ekspertise og viden kommer i spil og tænkes med ind, når andre aktører tilrettelægger deres tilbud/behandling til borgeren.

Behandlerne deltager fx i møder på Jobcenteret. For behandlerne er det vigtigt, at Jobcenteret kender og forstår borgerens forløb i Center for Rusmidler, så de to organisationers arbejde spiller bedst muligt sammen i forhold til at facilitere, at borgeren når sit mål. Mens behandlerne således er med til at fremlægge borgerens situation, afholder de sig fra at give gode råd om, hvad der vil være det rette tilbud fra Jobcenterets side. Det er vigtigt, at man respekterer hinandens områder og organisatoriske grænser, hvis samarbejdet skal fungere gnidningsfrit. Samarbejdet fungerer overvejende godt, fordi behandlerne i Center for Rusmidler og Jobcenteret kender hinanden.

Inddragelse af de praktiserende læger og offentlige psykiatere er også vigtigt i samarbejdet. Behandlerne opfatter disse som en vigtig motivator i arbejdet med borgeren. Det kan nemlig være meget motiverende for borgeren at skulle op til lægen og have taget prøver. Det får borgeren til at tage sig selv seriøst, forklarer behandlerne. Men der kan være udfordringer i inddragelsen af de praktiserende læger og offentligt ansatte psykiatere. Det kan være svært at få aftaler i stand med dem. Det skyldes både travlhed og den måde, som disse aktørers hverdag er organiseret på. Behandlerne på Center for Rusmidler kan fx opleve et behov for, at de praktiserende læger kommer til møde hos dem såvel som på andre lokationer. Men oplevelsen er, at lægerne hellere ser, at der bookes en konsultationstid hos dem. Når behandlerne kommer til lægekonsultationerne, formes deres møde af den kontekst, som en konsultation udgør. Lægen forventer, at borgeren sammen med behandleren kommer for at få deres kerneydelse af dem, dvs. en lægefaglig vurdering og/eller en ordinerings, og ikke for at have en gensidig udveksling og derudfra lægge en plan. Det kan således være en udfordring for behandlerne at sikre, at helheden i borgerens misbrugsbehandling tænkes ind.

Samarbejdet med behandlingspsykiatrien fungerer for det meste godt. På grund af visitation og lignende kan det dog være svært at komme i kontakt med psykiatrien, få lavet aftaler inden for relevant tidsramme og derfor også at etablere et samarbejde om borgerens bedring. Dele af psykiatrien er opmærksomme på Center for Rusmidlers kompetencer. For eksempel har en lukket psykiatrisk afdeling for patienter med dobbeltdiagnose inviteret Center for Rusmidler ind i deres organisation. Hver 14. dag afholder behandlerne fra Center for Rusmidler gruppesamtaler med patienter på afdelingen. Behandlerne fra afdelingen deltager også, og de har flere gange givet udtryk for, at de er meget glade for samarbejdet. De fortæller, at de lærer meget og har fået bedre indsigt i, hvordan brugen af rusmidler (også) har en positiv betydning for borgerne, og hvorfor de har svært ved at stoppe deres misbrug. Gruppesamtalerne giver derfor også behandlerne fra afdelingen input til deres individuelle samtaler med borgerne. Derudover har behandlerne i Center for Rusmidler og på den lukkede psykiatriske afdeling fået et bedre kendskab til hinanden, hvilket har fået samarbejdet til at flyde bedre generelt.

Center for Rusmidler oplever samarbejdet med det somatiske hospitalsvæsen som udfordrende, nok mest fordi man ikke er opmærksom på rusmidlerne eller Center for Rusmidlers eksistens. Når behandlerne fra centeret kommer i hospitalsenhederne i forbindelse med en borger, opleves personalet på hospitalerne interesseret og imødekomende over for deres faglige input.

#### 4.6.4 Overgange fra én enhed til en anden

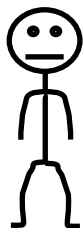
Behandlerne i Center for Rusmidler oplever overordnet set ikke borgernes overgange mellem forskellige enheder og organisationer som noget, der påvirker deres arbejde.

Internt i Center for Rusmidler er der overgange, men fordi afdelingerne i Center for Rusmidler ligger side om side på samme etage i samme hus, fungerer overgangene glidende og godt. Behandlerne er i tæt dialog med hinanden om borgerne, og hvis de og borgeren selv vurderer, at det er bedst, at borgeren bliver i et forløb i Ungeafdelingen, efter borgeren fylder 30 år, så forbliver denne i Ungeafdelingen, selvom der er et formelt skel ved 30 år. Det handler om, at borgeren skal være der, hvor han vil få det bedste forløb; der hvor der er gode relationer. Mange afsluttes dog direkte fra Ungeafdelingen, fordi de når deres mål.

Center for Rusmidler har en samarbejdsaftale med behandlingspsykiatrien, som danner en god ramme for samarbejdet omkring borgere, der både er tilknyttet centeret og behandlingspsykiatrien. Når en sådan borger indlægges, kontakter sengeafsnittet Center for Rusmidler med henblik på et planlægningsmøde, hvor det aftales, hvad der fremadrettet skal gøres for borgeren. Der, hvor samarbejdet og overgangen nogle gange bliver problematisk, er, når der er tale om borgere i misbrugsbehandling, der ikke i forvejen er tilknyttet behandlingspsykiatrien. Det kan være svært at få disse borgere ind i et forløb i behandlingspsykiatrien – bl.a. fordi psykiatrien traditionelt har haft en opfattelse af, at misbruget skulle være stoppet, inden psykiatrisk udredning og behandling kunne gennemføres. Processen opleves af behandlerne i Center for Rusmidler som bureaukratisk tung og tidskrævende, og det kan tillige være stressende for behandlerne, når de står med en borger, som de vurderer, har behov for hjælp i behandlingspsykiatrien.

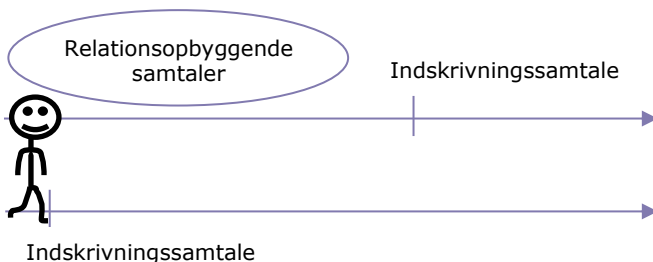
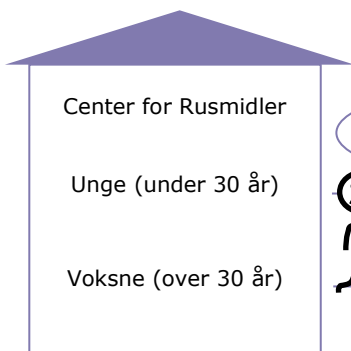
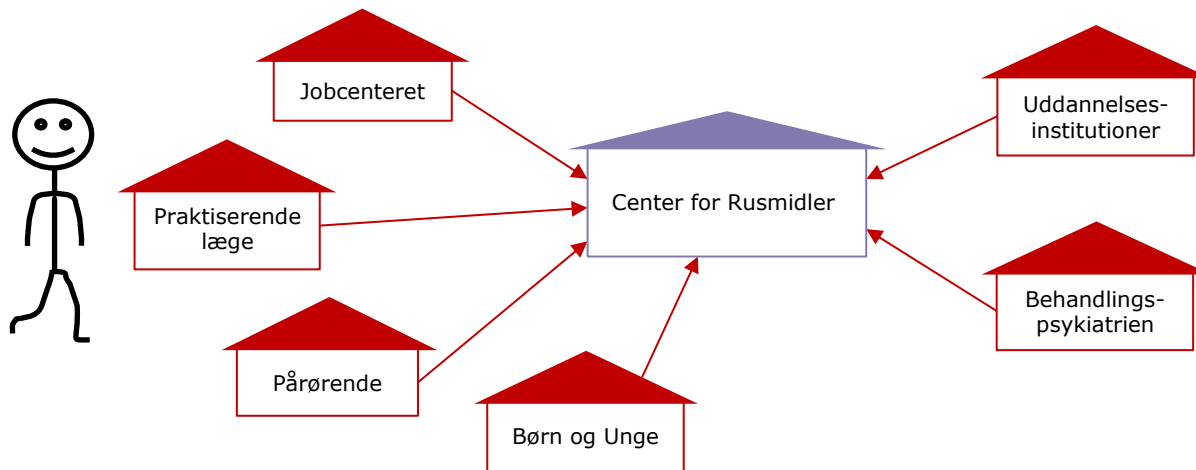
Figur 4.6

### Borgerens vej ind i Center for Rusmidler



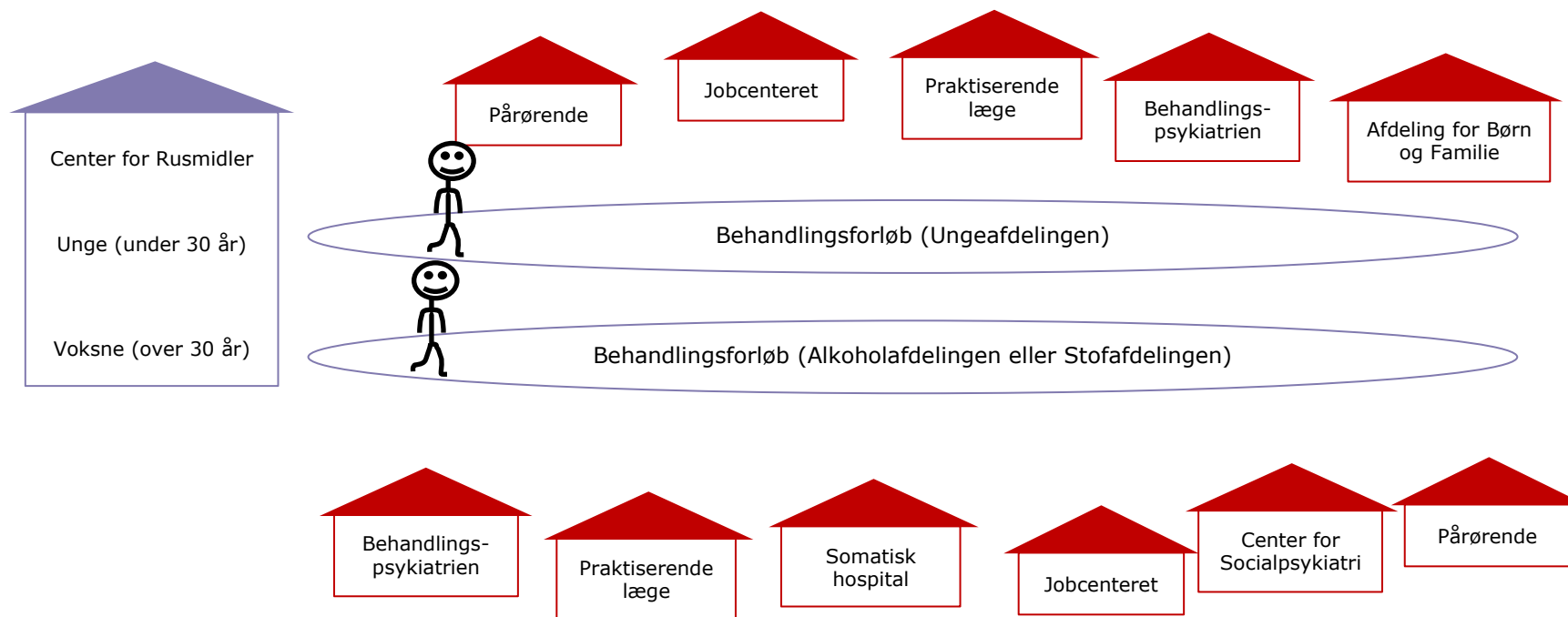
En borger har misbrugsproblemer! Han kommer i kontakt med en række forskellige organisationer, eller er bare i kontakt med sine pårørende. De kan se, at borgeren har problemer...

De forskellige organisationer eller de pårørende kontakter Center for Rusmidler for at få hjælp til borgerens misbrugsproblemer. Alt efter hvilken form for misbrug borgeren har, og hvor gammel borgeren er, tilknyttes han eller hun den rette afdeling i Center for Rusmidler.



Unge borgere har ofte brug for, at der opbygges en god relation, før de er motiverede for behandling. Og dermed også før der kan foretages en indskrivningssamtale. Voksne får oftest medicin som en del af deres behandling. Det motiverer dem meget, og behandlingen kan startes op ved stort set første kontakt.

## Borgerens vej i Center for Rusmidler



Når borgeren er blevet indskrevet i Center for Rusmidler, begynder behandlingen formelt og for alvor. For voksne vil det som sagt ofte inkludere medicinsk behandling. For unge vil det sjældent være tilfældet. En stor del af behandlingen, uanset om der er tale om unge eller voksne, er samtaler og at hjælpe til at skabe sammenhæng i borgerens liv.

Derfor fokuserer Center for Rusmidler meget på at inddrage borgerens netværk – både det private og det professionelle – og på den måde fokusere på alle aspekter af borgerens liv. Centeret indkalder til møder, koordinerer og tilpasser sin indsats i forhold til, hvad der ellers foregår i borgerens liv, og hjælper med samarbejdet med andre aktører.



## 4.7 Psykiatrisk Akutmodtagelse (regional)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Psykiatrisk Akutmodtagelse, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Psykiatrisk Akutmodtagelse
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Psykiatrisk Akutmodtagelse
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Psykiatrisk Akutmodtagelse
- Hvordan Psykiatrisk Akutmodtagelse samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale.

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Psykiatrisk Akutmodtagelses funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Psykiatrisk Akutmodtagelse (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Psykiatrisk Akutmodtagelse vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Psykiatrisk Akutmodtagelse (herefter PAM) er en døgnåben afdeling, hvor borgere frit kan henvende sig ved akut behov for psykiatrisk hjælp. PAM foretager en indledende undersøgelse og vurdering af borgerens tilstand, og borgeren hjælpes med at komme derhen, hvor han eller hun kan få den rette behandling. Det kan for borgere i en akut tilstand og borgere med et behov for en kort indlæggelse være i PAM. Det kan også være til behandling hos egen læge, i distriktpsykiatrien eller et sengeafsnit, hvis indlæggelsen vurderes at ville vare længere end ca. tre dage. For borgere under 18 år vil PAM formidle en kontakt til Børne- og Ungdomspsykiatrien og i akutte tilfælde sørge for, at Børne- og Ungdomspsykiatrien kan overtage borgeren med det samme.

### 4.7.1 Vejen ind i Psykiatrisk Akutmodtagelse

Psykiatrisk Akutmodtagelse betegner sig selv som forposten til psykiatrien. Det er en af de centrale veje ind i det psykiatriske behandlingssystem.

Borgerne kommer til PAM enten på eget initiativ, hvor de oftest er fulgt af pårørende, eller fordi andre aktører opfordrer dem til at opsøge PAM eller fysisk følge dem til PAM. Det er mange forskellige aktører såsom:

- Center for Socialpsykiatri

- Bosteder
- Jobcentre
- Misbrugscentre og alkoholrådgivningen
- Distriktpsychiatrien
- Klinik for selvmordsforebyggelse
- Klinik for traumatiserede flygtninge
- Liaison-klinikken<sup>6</sup>
- Andre regioners psykiatriske afsnit (når en borger tilhørende Region Sjælland kommer i kontakt med psykiatrien i andre regioner)
- Praktiserende læge
- Privatpraktiserende psykiater
- Politiet
- Arresthuse
- Somatiske hospitaler
- Hjemmeplejen

Disse aktører vil ofte have et ønske om, at PAM skal tage imod borgeren, da de vurderer, at borgeren har brug for akut psykiatrisk hjælp, som de ikke selv er i stand til at give. De fleste af disse aktører kontakter PAM og fortæller, at borgeren er på vej, og hvilket indtryk de har af borgerens situation. Det er en god og nyttig information for medarbejderne i PAM at have et billede af borgerens situation og den problematik, som han eller hun kommer med. Ofte har aktøren dog også en klar forventning om, hvad PAM skal gøre for borgeren.

*"Der hvor vi har en udfordring – og sådan set altid har haft det – er, at mange instanser ringer for at melde en borger til indlæggelse, men der er ingen, der kan indlægge, hvis jeg skal sige det lidt firkantet. Vi påberåber os altid vurderingsretten. Vi siger 'fint' og tager imod og laver en vurdering, og så må vi se, hvordan vi kan hjælpe bedst muligt. Vi prøver og har prøvet i mange år at formidle, at der er ingen, der må love en indlæggelse, men det gør de stadigvæk. Det er en udfordring for os, for det kan give en dårlig oplevelse for borgeren at blive stillet noget i udsigt, som vi så ikke lever op til". (Medarbejder i Psykiatrisk Akutmodtagelse)*

På den måde giver de forskellige aktører nyttige informationer om borgerens situation, men fortæller også PAM, hvad der er den rette løsning på borgerens problematik. Det oplever PAM som frustrerende, for det er kun dem, der inden for deres organisatoriske enhed kan vurdere, hvad borgeren skal tilbydes. At de forskellige aktører har forventninger om, hvad PAM skal tilbyde, påvirker også deres samarbejde med borgeren. I de tilfælde, hvor PAM til forskel fra de forskellige aktører ikke vurderer, at det er en indlæggelse, der er behov for, bliver borgerne og deres pårørende ofte skuffede og frustrerede.

I andre tilfælde er der ingen kontakt mellem PAM og den aktør, der har vurderet, at borgeren har brug for hjælp og derfor har foreslået borgeren at opsøge PAM. Det gælder fx ofte, når den praktiserende læge eller privatpraktiserende psykiater opfordrer borgeren til at opsøge PAM.

Politiet fungerer som en form for leverandør af borgere til PAM, idet de eskorterer borgerne til PAM. Det kan være borgeren selv, der føler sig selvmordstruet eller på andre måder psykisk sårbar, så han eller hun henvender sig til politiet for at få hjælp, eller det kan være deres om-

---

<sup>6</sup> Liaison-klinikken modtager patienter med komplicerede somatoforme og dissociative lidelser. Somatoforme lidelser er vedholdende fysiske symptomer, der ikke kan tilskrives kendt veldefineret somatisk lidelse. Dissociative lidelser er svære forstyrrelser i integrationen af erkendelse, identitet, hukommelse, sansning og vilje.

givelser, der gør det for dem. Da følger politiet borgeren til PAM, og borgeren følger frivilligt med. Politiet assisterer også ved tvangsendlæggelser (indlæggelser på gule eller røde papirer).

Arresthusene søger konsulentbistand fra PAM. Har de indsatte, som de vurderer til at have det meget dårligt psykisk, bringer politiet den indsatte til PAM, hvor han eller hun vurderes, hvorefter politiet tager borgeren med igen, hvis ikke borgeren skal indlægges.

#### 4.7.2 Borgerens vej i Psykiatrisk Akutmodtagelse

Når en borger kommer til PAM, foretager en triagesygeplejerske en vurdering af borgeren ud fra triagesystemet. Triagesystemet er et trinopdelt system, hvor sygeplejersken vurderer borgerens situation på forskellige parametre, og ud fra, hvordan borgeren scorer i vurderingen, tildeles han eller hun en farvekode. Farvekode betegner, hvor akut borgeren har behov for at blive tilset af en læge. På den måde organiseres borgerens første proces i PAM ud fra triagen.

Den borger, der har henvendt sig i PAM, får en samtale med en reservelæge og en sygeplejerske. Denne sygeplejerske bliver borgerens kontaktsygeplejerske i PAM. I samtalen danner lægen sig et billede af borgerens tilstand og beslutter herudfra, om borgeren skal indlægges i PAM, henvises videre eller sendes hjem. De, der indlægges, er dem, der har et *akut* behov, fx selvmordstruede, borgere i voldsom affekttilstand – eventuelt på grund af misbrug – eller borgere med behov for akut alkoholabstinensbehandling og "nye" såvel som "kendte" borgere, der er svært psykotiske og har akut behov for medicin og stabilisering. De, der ikke indlægges, er således dem, der ikke har et *akut* behov. Det betyder ikke, at de ikke har behov for hjælp, og for disse borgere resulterer lægens vurdering i en henvisning til dem, som lægen i samarbejde med plejepersonalet vurderer, vil kunne hjælpe borgeren.

Der er således tre veje videre herfra for borgeren:

1. PAM sender borgeren hjem
2. PAM sender borgeren videre til indlæggelse på et andet afsnit
3. Borgeren indlægges i PAM

I det næste beskrives, hvad der sker, når borgeren sendes hjem eller videre til indlæggelse på andre typer af regionale, psykiatriske behandlingstilbud.

#### **Når borgeren henvises til en anden enhed**

Mange borgere, der ikke har akutte behov, foreslår PAM at tage hjem og søge egen læge med råd og vejledning om at få en psykolog. Andre borgere vil PAM henvises til et forløb i en anden regional enhed. Disse regionale enheder er:

- Klinik for traumatiserede flygtninge (via Psykiatrisk Visitationsklinik)
- Klinik for selvmordsforebyggelse (via Psykiatrisk Visitationsklinik)
- Liaison-klinikken (de somatiserede patienter) (via Psykiatrisk Visitationsklinik)
- Distriktpsychiatrien
- Misbrugscentre (via Psykiatrisk Visitationsklinik)
- Somatiske sygehuse (overflytning, dvs. ikke skal gennem Psykiatrisk Visitationsklinik)

PAM har i sin udredning vurderet, hvilket behov borgeren har, og i den henvisning, de sender til Psykiatrisk Visitationsklinik (herefter PVK), foreslår de, hvilket tilbud borgeren har behov for. De fortæller borgeren, at de kan se, at han/hun har det dårligt, men at vedkommende fx vil kunne få hjælp i Distriktpsychiatrien. Derfor sender de en henvisning til PVK. Ligesom det er vigtigt for dem, at andre aktører ikke lover borgerne, hvad de kan forvente at modtage af PAM, er medarbejderne i PAM opmærksomme på ikke at love borgeren, at han eller hun vil få en

bestemt hjælp. De forklarer også borgeren, at han/hun skal gå hjem og vente på at få et brev om det videre forløb:

*"Så siger vi til borgeren: 'Det her lyder som om, du kan have brug for at blive udredt gennem Distriktpsychiatrien', og så siger vi til borgeren: 'Vi sender en henvisning til Psykiatrisk Visitationsklinik, og så bliver du kontaktet'. Vi må heller ikke love, at Distriktpsychiatrien tager dem, ligesom ingen må love, at vi indlægger".*  
(Medarbejder i Psykiatrisk Akutmodtagelse)

PAM henviser de borgere, der har behov for mere hjælp fra behandlingspsykiatrien, til PVK. Når PAM 'slipper' borgeren ved henvisningen til PVK, er det altid med ordene, at hvis borgeren oplever en forværring, er han/hun meget velkommen til at henvende sig i PAM igen. Medarbejderne giver også borgeren et visitkort fra PAM.

Henvisningen fra PAM til PVK er den skadesjournal, som lægen dikterer efter samtalen med borgeren. Skadesjournalen er således det dokument, som sekretæren sender til PVK. Med denne videresendelse af dokumentet slipper PAM borgeren. Det er nu op til PVK at vurdere, om de er enige i PAM's vurdering af, at borgeren har behov for et tilbud hos en bestemt regional instans.

PVK sender et brev til borgeren med enten en invitation til at komme i et bestemt tilbud eller et afslag. PAM har i denne fase ingen kontakt med borgeren eller PVK om afgørelsen. Samtidig med at borgeren afsluttes, sendes der også en epikrise til borgerens egen læge. Det er videresendelse af information, og der er således ingen dialog mellem den praktiserende læge og PAM.

PAM kan også vurdere, at der blandt borgerens pårørende er børn, som har behov for støtte. I sådanne tilfælde laver PAM en underretning til kommunen, og borgeren bliver altid informeret om, at underretningen udarbejdes. Ofte sker det i samarbejde med borgeren. I underretningen er PAM igen opmærksom på ikke at komme med anbefalinger om, hvilket tilbud kommunen bør iværksætte, da de ikke kan blande sig i, hvordan en anden organisation agerer. Kommunen sender et modtagelsesbrev som svar på underretningen. Det er rart, for det giver sikkerhed for, at kommunen behandler sagen.

### **Når borgeren indlægges i PAM**

Hvis det er vurderet, at borgeren har et akut behov for hjælp, indlægges vedkommende i PAM. Borgeren får da en kontaktperson på afsnittet.

Efter indlæggelsen foretages en somatisk undersøgelse, og borgeren tildes en sengestue. Den behandling, som borgeren herefter tilbydes, kan kategoriseres som:

- Kontakt
- Samtale
- Medicinsk behandling

Essensen i kontakt er, at medarbejderne observerer borgeren. Det kan være alt fra at sidde sammen med borgeren over at have visuel kontakt med faste intervaller til at være fast vagt. Samtale kan være alt fra uformelle samtaler om stort og småt til psykoedukative samtaler. Den medicinske behandling er behandling med medicin, fx beroligende medicin, anti-psykotisk medicin, angstdæmpende medicin og abstinensbehandling.

Borgerne er maksimalt indlagt i PAM to til tre døgn. Herfra overflyttes borgeren til andre psykiatriske afsnit eller udskrives til eget hjem. Hvis der vurderes at være et behov for yderligere psykiatrisk behandling, sender PAM en henvisning til PVK. Hvis der er behov for længerevaren-

de indlæggelse i psykiatrien, vil borgeren blive overflyttet til et psykiatrisk sengeafsnit på hospitalet. Dette aftales på psykiatrisk afdelings daglige visitationskonference.

#### 4.7.3 Samarbejde med andre aktører

Når en borger er indlagt, er der ofte god kontakt mellem PAM, Center for Socialpsykiatri og bostederne. PAM informerer Center for Socialpsykiatri og bostederne om borgerens forløb. Center for Socialpsykiatri og bostederne bringer fx tøj og penge ud til borgeren, som han eller hun måtte mangle.

Under en indlæggelse har PAM desuden et omfattende samarbejde med pårørende. Alle pårørende tilbydes en samtale, mens borgeren er tilknyttet PAM. Samarbejdet med pårørende og borgerne afsluttes dog, når borgerens forløb afsluttes i PAM, typisk efter maksimalt to til tre dage. PAM varetager således ikke forløb ud over indskrivningen, ligesom PAM heller ikke laver opsøgende arbejde over for borgerne.

Når borgeren møder ind i PAM, foretages der som nævnt en vurdering af, om borgeren har et akut behov for den hjælp, som PAM kan tilbyde, eller om borgeren har et hårdt liv og behov for lindring, men ikke er i en akut tilstand, der kræver lindring fra PAM's side. Vurderingen af, om det er det ene eller andet, kan der være uenighed om set fra forskellige organisationer. Det kan give anledning til gnidninger i samarbejdet mellem PAM og andre organisatoriske enheder – fx i vurderingen af hvor akut eller farlig en psykotisk tilstand er.

Der er også to grupper af borgere, der ikke indlægges på PAM, men hvor der alligevel kan opstå gnidninger i samarbejdet mellem enhederne. Den ene gruppe er børn og unge under 18 år. Medarbejderne i PAM tager børn/unge og deres pårørende ind og tager en samtale med dem. Hvis PAM vurderer, at der er tale om en akut situation, kontakter de Børne- og Ungdomspsykiatrien direkte med henblik på, at de skal overtage sagen. I praksis ringer PAM til Børne- og Ungdomspsykiatrien, men samtalen og samarbejdet kan være problematisk. Mens PAM oplever at stå med en bekymring for borgeren, kan Børne- og Ungdomspsykiatrien være presset på ressourcer og være modstræbende over for at modtage borgeren. Det kan gøre samarbejdet mellem enhederne svært. Hvis PAM vurderer, at familien kan vente på at komme til i Børne- og Ungdomspsykiatrien, sender de familien hjem og beder dem opsøge Børne- og Ungdomspsykiatrien den følgende dag eller ugen efter, eller de sender dem hjem med besked om, at de vil modtage en indkaldelse til Børne- og Ungdomspsykiatrien.

Den anden gruppe er ældre over 75 år. De hører qua deres alder til på gerontopsykiatrisk afsnit. Gerontopsykiatrien er også presset på ressourcer, da to afsnit er sammenlagt på grund af en brand. Derfor indlægges nogle gerontopsykiatriske patienter alligevel i PAM.

#### 4.7.4 Overgange fra én enhed til en anden

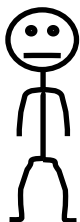
Noget af det vigtigste for, at en borger kommer i gang med et behandlingsforløb uden for PAM, er, at han eller hun hjælpes med den indledende kontakt. Derfor tager medarbejderne i PAM fx kontakt til det relevante misbrugscenter, hvis de erfarer, at borgeren har et misbrug. De ringer til centeret og aftaler et møde for borgeren. Det fungerer rigtig godt, fordi det er nemt at lave aftaler inden for den nærmeste fremtid. Det samme gælder for Center for Socialpsykiatri og bostederne, mens det er sværere med Distriktspsykiatrien. Distriktspsykiatrien har ofte svært ved at finde huller i deres kalender til at besøge borgerne inden for kort tid efter udskrivelsen. PAM ønsker, at de skal have et besøg i ugen efter, at de udskrives. At Distriktspsykiatrien har svært ved at imødekomme det kan gøre, at medarbejderne i PAM bekymrer sig om, hvordan borgeren skal klare sig den første tid efter udskrivning. Det føles lidt som at tabe borgeren mellem to stole.

Det er dog nemt at sikre, at informationen om, at en borger er udskrevet, når frem til Distriktpsychiatrien. Hvis ikke PAM kan få kontakt over telefonen, har Distriktpsychiatrien en central postkasse, hvortil PAM sender besked om, at borgeren er udskrevet. Det fungerer og sikrer, at informationerne kommer frem til rette sted. Det kommunale misbrugsområde har et stort ønske om at modtage informationer om indlæggelse, men PAM ved ikke, hvordan de skal kunne overkomme det. Kommunerne afviser, at det kan lade sig organisere, så de har en central postkasse, sådan som Distriktpsychiatrien har. I stedet ønsker de forskellige enheder i de forskellige kommuner at modtage informationen på lige så mange forskellige måder, hvilket opleves som praktisk umuligt i hverdagen i PAM – både i forhold til at holde styr på, hvem der skal have informationerne, og hvordan de skal have dem.

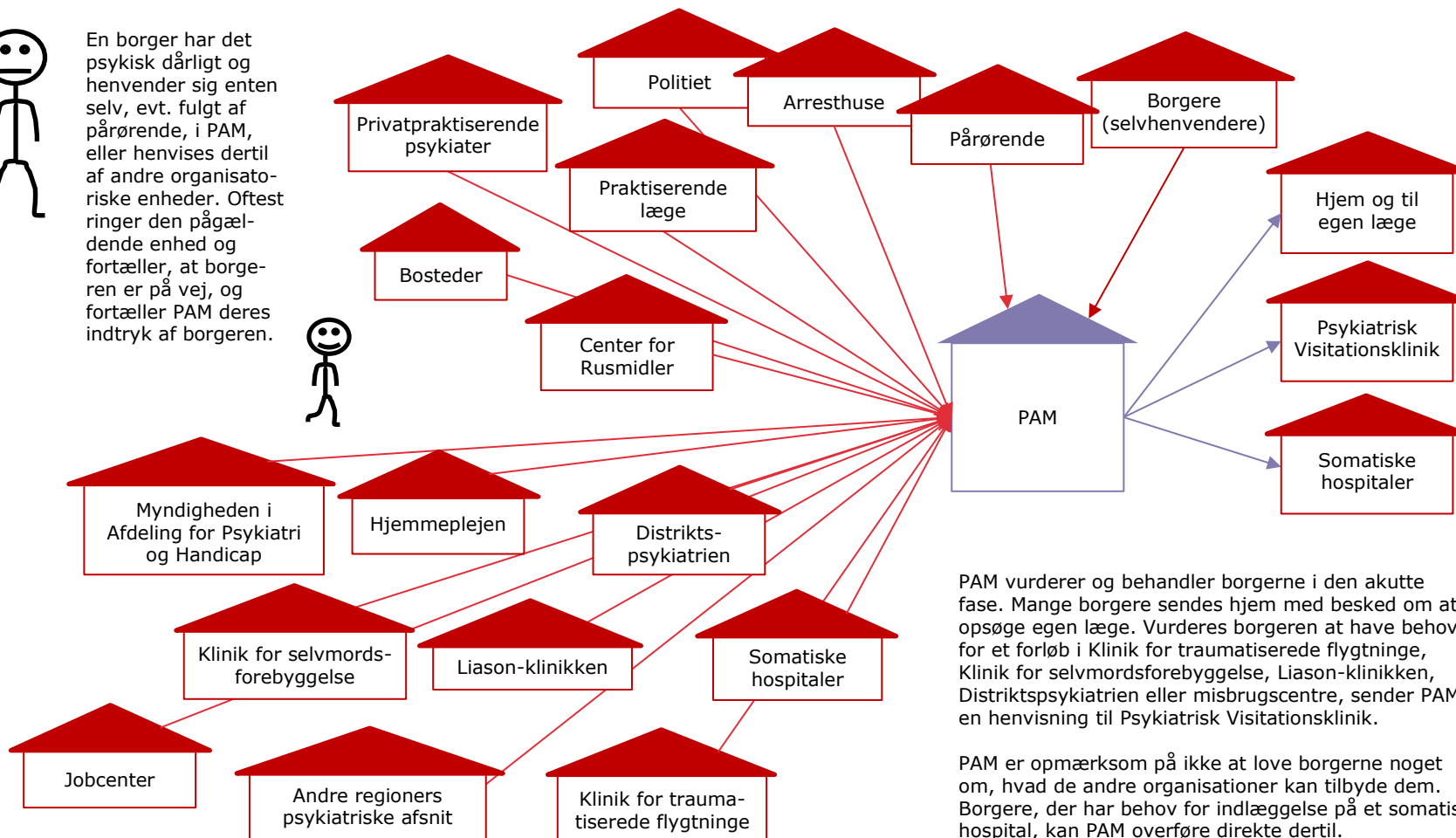
Der er en problematik med, at dobbeltdiagnosticerede falder mellem to stole. Groft opridset ønsker psykiatrien, at borgerne skal være misbrugsfrie, før de behandles i psykiatrien, mens misbrugsbehandlere ønsker, at borgernes udredes for psykiatriske lidelser, da de mener, det er årsagen til misbruget. Den problematik spiller PAM også en rolle i, da man generelt er mindre tilbøjelige til at indlægge mennesker, der også har et misbrug.

Figur 4.7

### Borgerens vej ind i Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM)



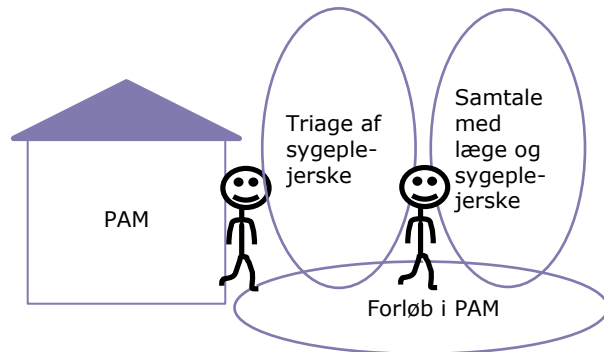
En borger har det psykisk dårligt og henvender sig enten selv, evt. fulgt af pårørende, i PAM, eller henvises dertil af andre organisatoriske enheder. Oftest ringer den pågældende enhed og fortæller, at borgeren er på vej, og fortæller PAM deres indtryk af borgeren.



PAM vurderer og behandler borgerne i den akutte fase. Mange borgere sendes hjem med besked om at opsøge egen læge. Vurderes borgeren at have behov for et forløb i Klinik for traumatiserede flygtninge, Klinik for selvmordsforebyggelse, Liason-klinikken, Distriktspsykiatrien eller misbrugscentre, sender PAM en henvisning til Psykiatrisk Visitationsklinik.

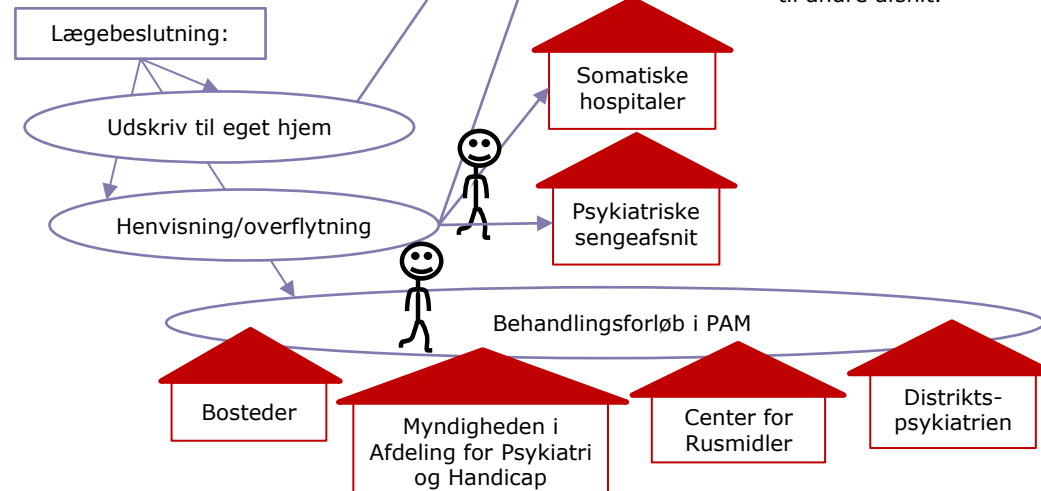
PAM er opmærksom på ikke at love borgerne noget om, hvad de andre organisationer kan tilbyde dem. Borgere, der har behov for indlæggelse på et somatisk hospital, kan PAM overføre direkte dertil.

## Borgerens vej i Psykiatrisk Akutmodtagelse



Når borgeren er kommet ind i PAM, foretager en triagesygeplejerske en vurdering af borgerens situation ud fra triagesystemet. Det vurderes, hvor akut borgeren har behov for at tale med en læge, og alt efter denne vurdering får borgeren hurtigere eller langsommere en samtale med en læge og en sygeplejerske. Ud fra samtalen vurderer lægen borgerens behov, og ud fra denne vurdering skal lægen træffe en beslutning.

Borgere, der har et akut behov for behandling, kan indlægges i PAM, fx borgere der er selvmordstruede, dobbeltdiagnosticerede i affekttilstand, og borgere med så svære psykiske problematikker, at de akut ikke kan drage omsorg for sig selv.



Borgere, der ikke er akutte, sender lægen hjem, ofte med besked om at opsøge egen læge, eller henviser til andre regionale tilbud gennem Psykiatrisk Visitationsklinik, eller overflytter dem til andre afsnit.

Borgere er oftest indlagt 2-3 døgn i PAM, før de udskrives eller henvises/overflyttes videre. Efter indlæggelsen foretages en somatisk undersøgelse af borgeren, og han/hun tildeles en sengestue.

Behandlingen i PAM kan overordnet kategoriseres som tre elementer: Kontakt, Samtale og Medicinsk behandling. Kontakten består bl.a. i at observere borgeren for at kunne vurdere hans/hendes tilstand og tage vare på borgerens behov.

Samtale er uformelle samtaler om lidt af hvert såvel som psykoedukative samtaler. Den medicinske behandling er netop dette: Medicinsk behandling af tilstanden.

Under indlæggelsen er PAM fx i kontakt med borgerens bosted for at rekvirere ejendele, som borgeren mangler. Ved udskrivningen er PAM i kontakt med de aktører, der er relevante for at sikre borgerens behandling fremover.



## 4.8 Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik (regional)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik
- Hvordan Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale.

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Kliniks funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Formålet med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik (B&U) er at udrede og behandle børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det enkelte barn/den enkelte unge udredes altid med inddragelse af familie og/eller netværk og der tages udgangspunkt i barnet/den unges hele situation.

### 4.8.1 Vejen ind i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik

B&U er opdelt i forskellige enheder. Der er en børneenhed, hvor borgerne er tilknyttet, indtil de bliver 13 år, og en ungeenhed for de 13-18-årige. Endelig er der en enhed, der fokuserer på borgere i alderen 0-18 år med ADHD – ADHD-teamet, som således breder sig over både børn og unge.

Før borgerne kommer ind i B&U, skal de som regel visiteres via Psykiatrisk Visitationsklinik (PVK). PVK visiterer til B&U (og andre enheder) på baggrund af skriftlige henvisninger fra en række forskellige aktører:

- BUF (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum)

- Den praktiserende læge (som også kan være kontaktet af plejefamilier, bosteder, opholdssteder, sundhedsplejersker m.m.) og privatpraktiserende speciallæger
- Pædiatriske sygehusafdelinger

BUF er et samarbejde mellem en række kommuner – herunder Vordingborg Kommune – og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Sjælland. Formålet med BUF er at kvalificere og sikre et kontinuert forløb i forbindelse med henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrien. I BUF sidder repræsentanter fra kommunen og B&U. Hvis ikke det drejer sig om akutte tilfælde, skal henvisninger vedrørende børn og unge med psykiske vanskeligheder behandles i BUF. Praktiserende læge, psykologer fra PPR og Forebyggelse og sagsbehandlere fra Børn og Unge kan henvise. Sidstnævnte kan fx være blevet gjort opmærksomme på barnet/den unge af bosteder, familie, plejefamilie eller Center for Rusmidler. Henvisningen vurderes i BUF, som herefter anbefaler det videre forløb. BUF giver mulighed for, at der kan igangsættes sideløbende initiativer i kommunen og Børne- og Ungdomspsykiatrien. Vurderes der at være behov for en psykiatrisk udredning, sendes henvisningen med alt materiale videre til Psykiatrisk Visitationsklinik. I akutte tilfælde skal egen læge henvise direkte til Psykiatrisk Visitationsklinik.

Henvendelserne fra de forskellige aktører er meget forskellige i omfang, men har overordnet set form som en beskrivelse af barnet, og hvad der bekymrer aktøren. Det er fx beskrivelser af, hvor de går i skole, hvordan det går i skolen, hvilke psykiatriske symptomer de har osv.

Henvisningen til PVK og den videre visitering i det psykiatriske system er en balancering af, at der skal være tilstrækkelige og helhedsorienterede informationer om borgeren: ikke for lidt, ikke for meget. Det er vigtigt for medarbejderne, at beskrivelsen af borgerens situation er helhedsorienteret. Det vil sige, at det er vigtigt, at borgerens problematikker belyses fra flere vinkler, sådan at der ikke drages fejlslutninger om hans eller hendes psykiske situation. Henvisninger kan være farvet af at have en bestemt relation til borgeren, som reelt belyser sagen for ensidigt.

For at sikre gode henvisninger ligger der en guide til den gode henvisning på regionens hjemmeside, hvor det beskrives, hvilke oplysninger PVK skal have for at kunne lave en god visitering. Det er retningslinjer, som er lavet for at lette samarbejdet på tværs.

Selve visitationen i PVK omfatter en indledende vurdering af borgerens situation, og der anføres en henvisningsdiagnose:

*”Typisk står der: ”Ud fra PPR-papirerne har vi mistanke om, at den her dreng har noget inden for det autistiske spektrum”. Så får vi en aktionsdiagnose, der hedder ’gennemgribende udviklingsforstyrrelse, og så siger de ’stor’, ’mellem’ eller ’lille’ pakke i forhold til nogle standarder. Så sættes der nogle ydelser på, og så ryger den ud til os, og så går vi i gang. Så kan vi be- eller afkræfte, alt efter hvad vi finder ud af undervejs”. (Medarbejder i B&U)*

Udover vurdering af borgerens situation og henvisningsdiagnose tildeler PVK således også borgeren en bestemt pakke. B&U skal så udføre pakken. I det materiale, B&U modtager fra PVK, står ikke noget om, hvorfor PVK har fundet frem til den diagnose og den pakke. Det er mere en bevægelse af informationer, end det er en dialog mellem enhederne.

Når PVK har visiteret en sag til B&U, er der meget konkrete formelle forhold, der skal være på plads, førend B&U kan arbejde videre med sagen. For eksempel skal PVK indhente samtykke fra forældremyndighedsindehaverne om, at barnet/den unge må udredes og behandles i B&U, og at B&U må dele informationer om borgeren med andre relevante offentlige organisationer. Samtykket indhentes efter PVK’s behandling af sagen, og før den overgår til B&U. PVK sender et brev til forældremyndighedsindehaveren, hvori der skal være en samtykkeerklæring. Den

skal alle forældremyndighedsindehaverne have underskrevet og medbringe til det første møde – førstegangssamtalen.

#### 4.8.2 Borgerens vej i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik

Når en borger kommer ind i B&U, foretages først en grundig udredning af borgeren. Den tager udgangspunkt i henvisningen og visiteringen fra PVK, men bygger videre og ændrer i nogle tilfælde PVK's vurderinger markant. Det betyder, at B&U nogle gange afslutter borgere med det samme, selvom PVK's visitering lagde op til noget andet, og i andre tilfælde at den pakke, der er visiteret, bliver justeret.

Borgerens første møde med B&U er førstegangssamtalen. Førstegangssamtalen kaldes også en J3E, og er bygget op om standarden ved dette navn. J3E angiver, hvad der som minimum skal tales om ved førstegangssamtalen. Borgeren og hans eller hendes pårørende deltager ved førstegangssamtalen. De pårørende kan være private såvel som professionelle pårørende, eksempelvis kontaktpersoner fra bosteder eller institutioner.

Efter førstegangssamtalen udarbejder medarbejderne en behandlingsplan. Ifølge medarbejderne burde behandlingsplanen dog omtales som en udredningsplan, da det reelt er en plan for, hvad udredningen skal omfatte. Behandlingsplanen (udredningsplanen) udformes på konferencen. Det er et tværfagligt møde, som afholdes to gange ugentligt, hvor borgerens psykiatriske problematik drøftes og valideres. På baggrund heraf udfyldes skabelonen for behandlingsplanen (udredningsplanen). Det er den behandlingsansvarlige overlæge, som skriver under på den. Behandlingsplanen (udredningsplanen) er en del af journalen.

Når udredningen er afsluttet, drøftes borgeren igen på konference, og det besluttet faktisk, om patienten afsluttes, eller der tilbydes behandling. Hvis der tilbydes behandling, udformes en behandlingsplan (som reelt er en behandlingsplan), og den konkrete behandling aftales endeligt med borgeren/familien. Den aktuelle behandlingsplan afspejler således, hvilke behandlingstiltag der på et givent tidspunkt i forløbet er aftalt med barnet/den unge og dennes familie.

Behandling er overordnet set:

- Medicin
- Terapi: individuel, gruppe, familie (det giver kun ydelser (betaling), hvis borgeren deltager, dvs. rene pårørendegrupper giver ingen ydelser)
- Samarbejde med Afdeling for Børn og Familie (sagsbehandler, PPR og Forebyggelse om undervisningstiltag og B&U)

Behandlingen er aldrig kun medicin, for det er borgerens hele situation og liv, der skal fungere godt, ligesom der kan være bivirkninger af medicin. Behandlingen baseres også på mindstemiddelprincippet. Det betyder, at det fx afprøves, om en kugledyne gavner borgeren, før der udskrives medicin. Medicin kan dog tillægges stor vægt af andre aktører. B&U oplever, at andre aktører nogle gange fokuserer på den medicinske behandling som den primære og anbefaler, hvad der skal være B&U's behandlingstilbud til borgerne. B&U kontakter da disse aktører og forklarer dem, hvordan de ser på mindstemiddelprincippet. Omvendt kommer B&U også nogle gange til at anbefale andre aktører, hvordan de skal arbejde. For det gode samarbejdes skyld er det dog vigtigt, at man bliver på egen banehalvdel.

*"Vi argumenterer indenfor vores faglige banehalvdel. Og så er det jer på jeres kommunale halvdel der må vurdere, hvad familierne og børnene er berettigede til. Det gælder om at blive på hver sin banehalvdel og så være i dialog om, hvordan vi kan hjælpe hinanden og familierne. [...] Nogle gange er vi ikke gode nok til at holde os på vores banehalvdel. Nogle gange kommer vi til at være lidt for meget 'familiernes ad-*

*vokater' forstået på den måde, at vi kommer til at give dem håb om, at noget kan lykkes, som ikke kan det. Vi har jo ikke nogen myndighedsrolle hos os. Men vi kommer nemt til at stå dér i midten, når vi står der med en patient, der har store problemer". (Medarbejder i B&U)*

Når behandlingsplanen (som her er udredningsplanen) for borgerens undersøgelse er lagt, informerer B&U som det første forældrene/forældremyndighedsindehaverne og barnet/den unge om det, de har fundet frem til og gerne vil tilbyde. Når undersøgelsen er afsluttet, gives tilbagemelding til forældre, barn/ung og netværk ved et netværksmøde.

### **Rammevilkår for arbejdet i B&U**

Arbejdet i B&U er formet af nogle overordnede rammer, som ifølge medarbejderne ind imellem kan gøre det svært at gøre et godt arbejde. Arbejdet i B&U er bl.a. formet af ydelsestildeling og tidsfrister. For nogle medarbejdere kan det ind imellem give en oplevelse af, at tilrettelæggelsen af arbejdet i højere grad handler om at tilfredsstille systemet, end hvad der giver mening i udrednings- og behandlingsarbejdet.

*Ydelsestildeling:* Nogle arbejdsopgaver udløser en ydelse, dvs. betaling til klinikken, mens andre ikke gør. De arbejdsopgaver, der gør, er dem, hvor der er en direkte kontakt med borgeren (patienten), mens alle andre opgaver ikke gør. For eksempel udløser de aktiviteter, som udelukkende er for pårørende, samt og netværksmøder uden tilstedeværelse af barnet/den unge der er i behandling, ikke betaling til B&U. Det er imidlertid vigtigt for medarbejderne at kunne inddrage de pårørende og det bredere netværk, og det efterlader dem i et dilemma mellem at kunne gøre deres arbejde fagligt bedst og at sikre, at klinikken får betaling for det arbejde, der leveres. På trods af dette dilemma vælger B&U fortsat at lave aktiviteter, der fx involverer forældre til de børn, som er i behandling.

For at understøtte eksempelvis børn og unge diagnosticeret med ADHD og deres trivsel i skolen har B&U etableret et 'road show', hvor to medarbejdere tager ud på skolerne og psykoedukerer om ADHD. Skolerne er meget glade for det, er medarbejdernes erfaring. Igen er det dog ikke en aktivitet, der udløser ydelser til klinikken.

*Tidsfristerne:* Det er fastlagt, hvor lang tid der må gå, fra borgeren bliver en sag hos PVK, til borgeren er udredt og i gang med en eventuel behandling. På interviewtidspunktet (primo 2014) gjaldt følgende frister – nogle af disse er i dag strammere:

- Fra PVK har modtaget henvisningen skal borgeren have en tid til en førstegangssamtale hos B&U inden for en måned.
- Inden en uge skal borgeren have modtaget et brev med en dato for samtalen i B&U, og datoen skal ligge inden for fire uger.
- Fra diagnosekonferencen til behandlingens påbegyndelse må der maksimalt gå fire uger.

De mange tidsfrister kan give et pres på arbejdet, og medarbejderne har en oplevelse af, at manglende overholdelse af tidsfristerne også kan påvirke klinikken økonomi.

### **4.8.3 Samarbejde med andre aktører**

Efter orientering af familien og det nærmeste netværk indkalder B&U ofte til endnu et netværksmøde, som involverer forældremyndighedsindehaverne og andre relevante aktører, fx:

- UU-vejlederen
- Skole
- PPR og Forebyggelse

- Aflastningsfamilien
- Familiens kontaktperson

Ofte inviteres også borgerens sagsbehandler.

*”Som regel når undersøgelsesforløbet er færdigt, indkalder vi til netværksmøde, hvor vi giver tilbagemelding på undersøgelsen, og der indkalder vi oftest sagsbehandleren, for der er ofte noget med, at der skal laves et videre arbejde om barnet i kommunalt regi. Så der er sagsbehandleren rigtig væsentlig. Nogle gange holder vi også møder tidligere, hvis der er en sagsbehandler, allerede efter førstegangssamtalen for at koordinere indsatsen, eller hvis vi tænker, at det her er noget, der kræver, at en sagsbehandler er inde over”. (Medarbejder i B&U)*

Det bedste er, når de tidligt kommer i samarbejde med hinanden, så de kan koordinere, hvad der sker i de mange forskellige enheder, som arbejder med borgeren.

Af en samarbejdsaftale mellem B&U og kommune fremgår, at netværksmøder har til formål:

- At udveksle oplysninger mellem sektorer i forbindelse med udredning af en børne- og ungdomspsykiatrisk patient
- At orientere om en gennemført børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse
- At drøfte og koordinere det videre forløb i psykiatrisk og kommunalt regi

På netværksmødet præsenterer B&U således deres vurderinger og anbefalinger for, hvad borgeren har behov for, dvs. både hvad de kan tilbyde, og hvilke behov der skal imødekommes i andre organisationer. De er opmærksomme på kun at præsentrere deres egne vurderinger af, hvad barnet/den unge med de givne psykiatriske vanskeligheder har behov for, og fx ikke beskrive hvad andre organisatoriske enheder skal gøre. Kommunen kan føle sig gået for nær, hvis den oplever, at B&U vil bestemme, hvad den skal levere.

Netværksmøderne er som sådan ikke beslutningsmøder, men et konstruktivt samtaleforum. Den kommunale sagsbehandler har oftest ikke beslutningskompetence og skal derfor tilbage i egen organisation for at kunne beslutte, hvad der kan tilbydes. B&U er således opmærksomme på ikke at give konkrete forventninger til forældrene og børnene/de unge om, at der træffes beslutninger på mødet. Det bedste er at gå fra et netværksmøde med skuldrene sænket og med tanke på, at nu gør alle det, de kan.

Eftersom barnet/den unges behandlingsforløb ofte strækker sig over tid og kræver en fælles indsats fra alle parter, vil der udover det første netværksmøde jævnligt blive afholdt møder – både dem, som B&U inviterer til, og dem andre aktører inviterer til.

### **Journalen som informationsbærer**

PVK opretter en journal på borgeren, som følger borgeren rundt i behandlingssystemet. I journalen findes alt det materiale om borgeren, som er at finde i det psykiatriske behandlingssystem. Journalen er først og fremmest et internt arbejdsredskab i psykiatrien og dermed tilpasset behandlingspsykiatriens behov. Den er bl.a. et diagnostisk redskab, hvor forskellige mulige diagnoser foreslås og senere valideres eller forkastes. Og mens diagnoser er i fokus i dette regi, er de ikke altid særligt nyttige eller brugbare andre steder i systemet.

*”Vores journal er et diagnostisk redskab, og det kan være svært at overføre til en anden praksis, og det bør den sociale indsats ikke være. I den sociale lovgivning står der ikke noget om diagnoser. Der står noget om funktionsnedsættelse. Og så er det et problem, at vi ligesom bidrager til, at det diagnostiske sprog flytter ud i den socia-*

*le verden. For vi hører jo fra mange forældre, at hvis ikke der ligger en diagnose, så kan de ikke få hjælp". (Medarbejder i B&U)*

Journalen indeholder dog også mange centrale oplysninger, som B&Us samarbejdspartnere har brug for at se, for at de kan varetage deres arbejde med borgeren. I disse tilfælde skal borgeren give tilsagn, før der kan udveksles informationer mellem de forskellige offentlige instanser. Nogle gange anmoder samarbejdspartnere om at få adgang til hele journalen og ikke kun i det materiale, der er nødvendigt for opgavevaretagelsen.

*"Nogle gange undervejs i udrednings- eller behandlingsforløb er der kommuner, der ønsker oplysninger, der står i journalerne, og nogle sagsbehandlere ønsker fuld kopi af journalen, men det gør vi ikke. For det kan de ikke bruge til noget. De bliver nødt til at være mere skarpe på, hvad de gerne vil have. Så vi deler oplysninger fra journalen, men ikke journalen som sådan, medmindre de bliver indlagt eller overflyttet. Så følger journalen med dem. Så andre klinikker kan bruge journalen". (Medarbejder i B&U)*

Ligesom medarbejderne i B&U selv kan have svært ved at finde tid til at læse et meget omfattende henvisningsmateriale, har de også erfaringer med, at hvis de sender en omfattende journal, læses og forstås journalen ikke som et hele og netop et arbejdsredskab. Det kan betyde, at andre aktører kommer til at bygge deres indsats på en af arbejdshypoteserne, som B&U senere forkastede igen. Det vil sige, at indsatsen ikke passer til borgeren. For medarbejderne gælder det således om at kommunikere den relevante viden til de relevante personer i de forskellige organisationer, der vil kunne anvende informationerne korrekt. Det betyder fx, at B&U gerne overleverer psykologiske testresultater til kommunale PPR-psykologer, hvis de beder om det, fordi de netop vil kunne forstå og anvende dem korrekt. Psykologer i B&U indhenter også psykologiske testresultater fra PPR. Forældremyndighedsindehaverne kan bede om aktindsigt i journalen. Hvis de gør det, gør medarbejderne altid en indsats for at hjælpe dem til at forstå, hvad der står i journalen.

Når kommunale sagsbehandlere henvender sig for at få en hel journal, ringer B&U til sagsbehandleren og spørger, hvad de har brug for at vide. Det giver en god dialog, hvor sagsbehandleren bliver specifik på, hvad de mangler af viden. Det letter også arbejdet for medarbejderne i B&U at lave dette opkald, for det kan være omfattende arbejde at udarbejde statuserklæringer, samtidig med at det ikke udløser betaling til klinikken.

Der pågår et samarbejde mellem B&U og kommunerne, hvor de forsøger at blive klogere på, hvilke informationer de har brug for i deres arbejde:

*"Vi har lige holdt et samarbejds møde med repræsentanter for de kommuner, vi arbejder meget sammen med. Der var erklæringerne noget, vi talte meget om. Det var ikke det med, hvorvidt det koster penge eller ej, men mere hvorvidt skrivelser fra os til sagsbehandlere i kommunerne er brugbare eller ej. Og hvad er det sagsbehandlerne har brug for til at sikre, at de her børn og deres familier får noget relevant hjælp. Og de vil ikke have, at vi mener noget om konkrete anbefalinger, for det er jo deres arbejde. Så de vil gerne have, at vi beskriver funktionsniveau; funktionsnedsættelse er der jo meget fokus på i den sociale lovgivning. Og så behov. Og så er det deres arbejde at finde ud af, hvad man så kan iværksætte. De vil gerne have grundige beskrivelser. Så måske er det med at holde det kort mere noget internt med, at vi ikke skal skrive så meget". (Medarbejder i B&U)*

I kommunikationen mellem B&U og kommunen er der således fokus på, at det er vurderinger og informationer, der videregives, mens det er ugleset at give konkrete anbefalinger om, hvad andre enheder skal gøre.

#### 4.8.4 Overgange fra én enhed til en anden

Der er en række formelle overgange fra at være tilknyttet én enhed til at være tilknyttet en anden i både det regionale og kommunale system. I B&U overgår man fra barn til ung, når man fylder 13 år, og fra ung til voksen, når man fylder 18 år. Der kan dog være borgere, hvor det ikke vil være det bedste at overgå præcis ved den 13. eller 18. fødselsdag, fordi de er i gang med et kompliceret behandlingsforløb. Der strækker medarbejderne i nogle tilfælde rammerne, for at det skal give faglig mening. De, der ikke afsluttes, når de er 18 år, afsluttes for de flestes vedkommende i det 18. år.

B&U overvejer i god tid, hvad der vil være det rette tilbud, efter barnet/den unge skal overgå til en anden enhed. Mange borgere, der fylder 18 år og har brug for videre støtte, vil allerede have en UU-vejleder, som fx kan have været inde over borgeren, fra han eller hun gik i 7. klasse. Borgeren kan forblive tilknyttet sin UU-vejleder, indtil han/hun er 25 år, og det er en stor fordel, at der er en aktør, der fortsætter samarbejdet med borgeren, når han/hun både i B&U og det kommunale system overgår fra ung til voksen.

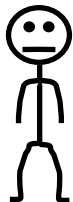
Ikke mange kan eller skal følges i voksenpsykiatrien, for de fleste er for velfungerende. Der er forskel på kulturen i voksen- og børne-ungepsykiatrien og som sådan også mellem børne- og ungepsykiatrien. Jo ældre man er, des mindre omsorgstænkning og des større krav stilles der til borgerens og de pårørendes eget engagement. Derfor kan det være svært for medarbejderne i B&U at afslutte borgere, som B&U har haft en lang relation til, og som fremover vil kunne modtage mindre støtte, end de har fået i B&U. Selvom det sjældent sker, overleveres en borger ind imellem til voksenpsykiatrien. B&U laver en henvisning, men der sker ikke anden overlevering. B&U hører heller ikke fra officielle kanaler, hvad der sker videre i borgerens sag.

Der opstår ofte problemer i forbindelse med, at borgeren skifter sagsbehandler i kommunen. For B&U er det svært at vide, hvem der varetager borgerens interesser der, og hvis en sagsbehandler er ved at afslutte en borger, kan det være svært at engagere vedkommende i nye tiltag omkring borgeren. De forskellige kommuner gør også tingene på forskellige måder, hvilket gør det svært for B&U at finde ud af, hvordan de fx får en borger ind i det kommunale system. Oplever B&U, at kommunerne ikke vil gå ind i en sag om et barn/en ung, laver de underretninger til kommunen. Nogle sagsbehandlere er meget glade for B&Us underretninger, for de vil gerne gå ind i en sag, men de er pressede på tid og økonomi. Underretningerne giver således en form for prioritet til arbejdet med borgerne.

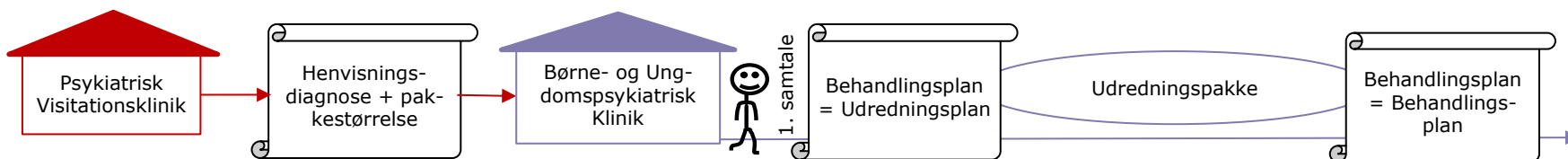
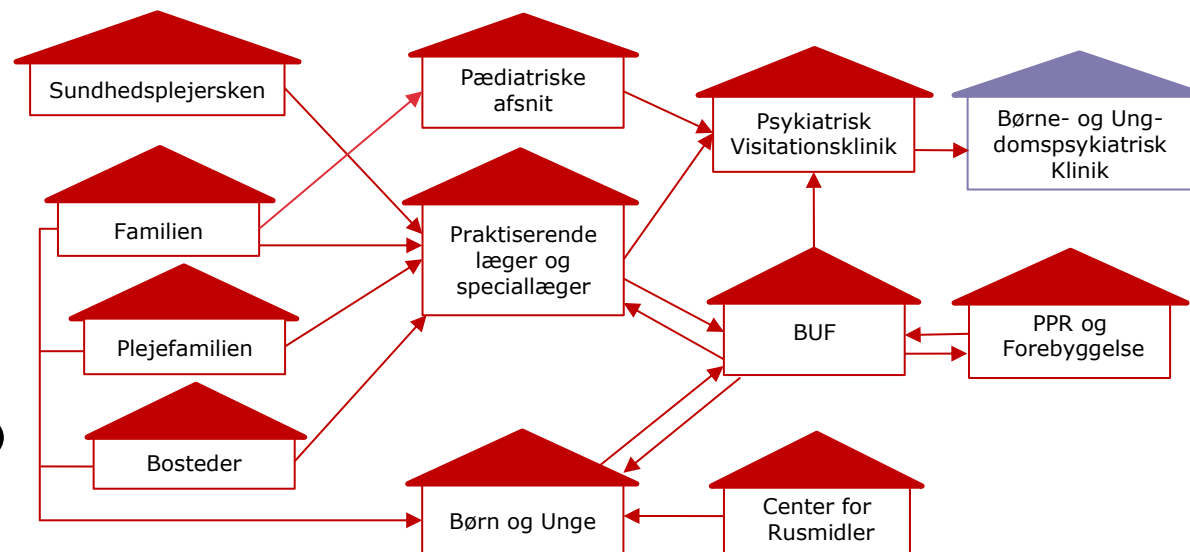
Der er ikke mange henviste til B&U, som har et aktivt, alvorligt misbrug, der ellers ville godtgøre en henvisning til Center for Rusmidler. Spørgsmålet er – reflekterer medarbejderne – om det er, fordi de ganske enkelt ikke visiteres til B&U, fordi PVK kræver, at de skal afruses, før de kan komme i behandling. Det er en velkendt problematik. Hvad end grunden er, så mærker medarbejderne ikke, at denne gruppe borgere tabes mellem 'to stole'. Om det er, fordi de ikke findes, eller fordi B&U ikke ser dem, ved medarbejderne ikke.

Figur 4.8

### Borgerens vej ind i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik



En borger, der enten er et barn eller en ung, har problemer, som bekymrer hans eller hendes private og professionelle netværk. Netværket kontakter fx den praktiserende læge, en sagsbehandler fra den kommunale Børn og Unge eller PPR og Forebyggelse, som vurderer, at der er behov for hjælp fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk klinik. Hvis ikke der er tale om akutte tilfælde, udarbejder disse aktører en henvisning til BUF. BUF vurderer henvisningen, og hvis der er behov for en psykiatrisk udredning, videregives henvisningen til Psykiatrisk Visitationsklinik. I akutte tilfælde skal borgeren vurderes af egen læge, som kan henvise direkte til Psykiatrisk Visitationsklinik.

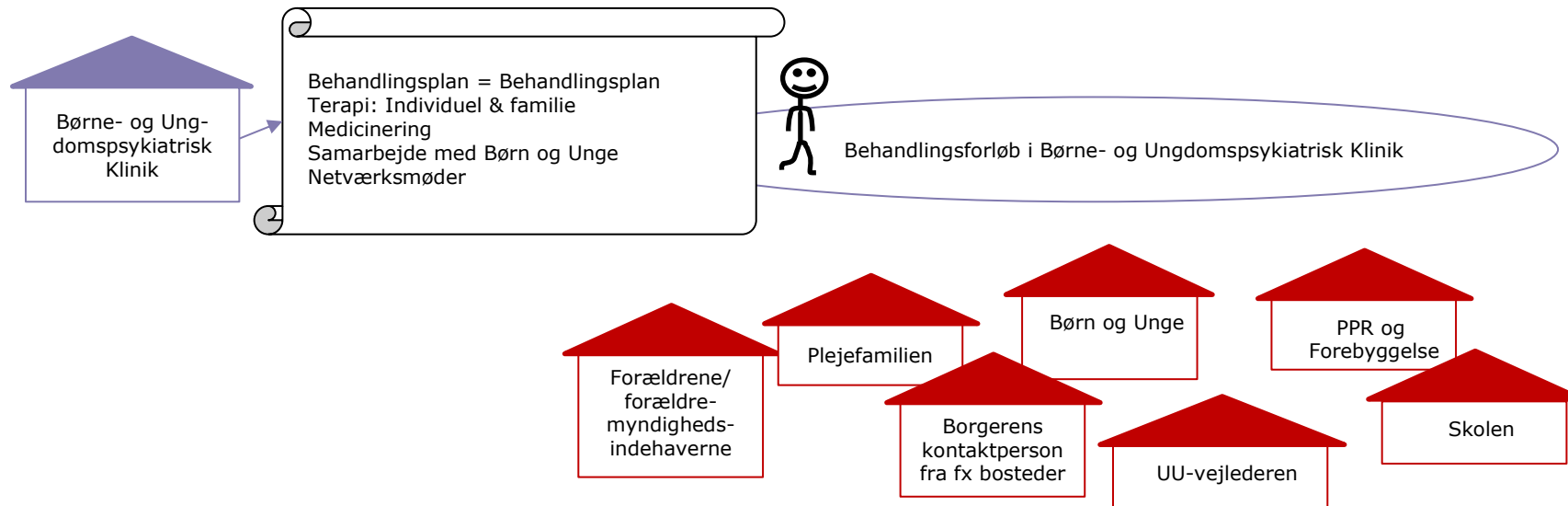


Ved visitationen af borgeren sender Psykiatrisk Visitationsklinik en 'henvisningsdiagnose' og 'pakkestørrelsesanvisning' til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik. Det er en indledende vurdering af borgeren, som bl.a. definerer, hvor mange ressourcer Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik må bruge på borgeren. I Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik skal de inden for en uge invitere borgeren og de pårørende til en indledende samtale, hvorefter klinikken udarbejder en behandlingsplan/udredningsplan.

De går herefter i dybden med at undersøge borgerens situation i en udredningspakke, som ender ud med en reel behandlingsplan som valideres på en behandlingskonference. Behandlingen skal nu sættes i værks inden for fire uger. Den kan godt afvige fra det, der blev besluttet i Psykiatrisk Visitationsklinik.



## Borgerens vej i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik



Behandlingen af borgeren er aldrig kun medicin. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik lægger vægt på at arbejde helhedsorienteret og ud fra et mindste-middel-princip.

Fordi medarbejderne tænker behandlingen helhedsorienteret, fokuserer de på at inddrage borgerens netværk på netværksmøder. Her præsenterer de deres vurderinger af, hvad barnet/den unge har behov for, dvs. både hvad de kan tilbyde, og hvilke behov barnet/den unge har, som skal imødekommes i andre organisationer.

De er opmærksomme kun at præsentere egne vurderinger og fx ikke at beskrive, hvad andre organisationer skal gøre, for det skaber dårligt samarbejde. Sundhedsvæsenet og socialvæsenet arbejder under forskellige regler, og ingen kan bestemme over andres organisationer. Det er ofte heller ikke beslutningstagere, der er med til netværksmøder, hvorfor der ikke kan træffes konkrete beslutninger i de fora. B&U er derfor opmærksomme på ikke at give borgerne og de pårørende forventninger om, at der træffes beslutninger på mødet.

## 4.9 Sengeafsnit for voksne (regional)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Sengeafsnit for voksne, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som formålet med Sengeafsnit for voksne
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Sengeafsnit for voksne
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Sengeafsnit for voksne
- Hvordan Sengeafsnit for voksne samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale.

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Sengeafsnit for voksnes funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Sengeafsnit for voksne (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Sengeafsnit for voksne vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Sengeafsnittet behandler psykiske problematikker hos de borgere, hvor det vurderes, at behandlingen kræver en indlæggelse. Når behandlingen ikke længere forudsætter indlæggelse, udskrives borgeren, og behandlingen fortsættes ofte i andre enheder, fx i Distriktpsychiatrien. Sengeafsnittets formål er derfor mere specifikt at behandle borgere, indtil de er "*færdigbehandlede i hospitalsregi*". Hvornår det er, og hvad færdigbehandlet vil sige, er et skøn, som den behandlende overlæge er ansvarlig for at tage, men det tages i samarbejde med personalet.

### 4.9.1 Vejen ind i Sengeafsnittet

De fleste borgere, der indlægges i Sengeafsnittet, har først været i kontakt med Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM). Borgerne henvender sig selv i PAM eller fx via egen læge, ligesom de også kan indlægges under tvang. I PAM vurderes borgerens behov: Skal borgeren indlægges? Skal indlæggelsen være en kort indlæggelse i PAM, eller skal borgeren overflyttes til en kortere eller længere indlæggelse i et sengeafsnit? En kort indlæggelse på et sengeafsnit varer typisk 8-14 dage.

Den beskrivelse af borgerens problemer og vurdering af behandlingsbehovet, som foretages af borgeren i PAM, og som i andre situationer fx bliver en henvisning til PVK, kommer i forbindelse med en overflytning til et sengeafsnit til at udgøre en første grovskitse for en behandlingsplan. Grovskitsen videregives til Sengeafsnittet.

*“Der ligger sådan en grovskitse-behandlingsplan ovre fra modtagelsen [PAM], og når så vores overlæge taler med patienten i den første indlæggelsestid, så kommer han dybere ind, og billedet breder sig sådan ud, og så kan det være han finder ud af, at der skal elektrochok til eller noget. Og det vil så være et længere forløb”.*  
(Medarbejder i Sengeafsnit for voksne).

Grovskitsen fra PAM er således et første redskab, som Sengeafsnittet arbejder ud fra, når de skal behandle borgeren. Efterhånden som medarbejderne med deres forskellige fagligheder taler med borgeren, får de et bedre billede af hele borgerens situation, og behandlingsplanen tilpasses efter aftale med borgeren. Behandlingsplanen skal som minimum revideres hver 14. dag, men når borgeren kommer ind på Sengeafsnittet, og medarbejderne arbejder med ham eller hende, justeres den oftest under de første indlæggelsesdage.

#### 4.9.2 Borgerens vej i sengeafsnittet

Behandlingen af borgerne på Sengeafsnittet består af:

- Medicin
- Miljøterapi
- Samtale
- ECT (Electroconvulsive Therapy)

Derudover er der mulighed for fysisk træning med en fysioterapeut, ergoterapi og samtale med en socialrådgiver.

Mens det er overlægen, der træffer beslutninger om borgerens behandling, er det gennem et samarbejde mellem de mange forskellige fagligheder i afsnittet, at behandlingen af borgeren planlægges. Behandlingen vurderes løbende, og det sker formelt på den ugentlige konference-dag, hvor alt personale, der er på arbejde, er til stede – undtagen dem, der passer gangen. Fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere, læger, psykologer, sygeplejersker, sosu-assistenten, elever og studerende opsummerer, hvad status er for borgeren, hvad der skal gøres medicinsk og terapeutisk, og hvor langt borgeren er fra udskrivning.

Borgeren er ikke med på konferencen, så efter konferencen taler medarbejderne med borgeren om konferencebeslutningerne. Udgangspunktet er, at behandlingsplanen bør laves sammen med borgeren, men nogle gange kan vedkommendes sygdom være en forhindring for dette. Medarbejderne foretager derfor en afvejning af, om borgeren kan rumme informationerne hans eller hendes psykiske situation taget i betragtning. Ud fra denne afvejning taler de med borgeren om, hvad der skal ske under indlæggelsen, fx at borgeren er kommet ind til medicinsk stabilisering og udredning.

Andre organisationer kan tænkes ind i den reviderede behandlingsplan, som er udarbejdet i sengeafsnittet, fx hvis der er massive sociale problemer. I den forbindelse inddrages Sengeafsnittets socialrådgiver i borgerens behandling. Ofte er borgerens sociale problemstillinger beskrevet i journalen, og på den måde bliver socialrådgiveren bekendt med dem. For borgere, der tidligere har været indlagt, kan der i journalen eksempelvis være kommunale vurderinger, som tidligere er rekvireret, ligesom distriktspsykiatriske notater siden 2008 også findes i journalen. Socialrådgiveren tager en samtale med borgeren, og sammen finder de ud af, hvad der kan gøres.

Socialrådgiverens vurdering drøftes også med kollegaerne – i hverdagen såvel som på den ugentlige konference. Da medarbejderne på afsnittet kender hinanden, er det nemt at være i dialog om, hvad borgeren har behov for, og hvad der er det rette at gøre i et helhedsorienteret perspektiv. Medarbejderne på afsnittet kan fx deltage i hinandens møder med borgerne, fx når

socialrådgiveren deltager i lægens samtale med borgeren. Socialrådgiveren opsamler da alle de oplysninger, der kommer frem under samtalen, som er relevante for borgerens sociale trivsel, fx om der er styr på forsørgelsen, børn og/eller husdyr, der skal passes, et misbrug osv. Det giver socialrådgiveren overblik over, hvilke andre aktører der har en rolle at spille i borgerens bedring.

Borgeren er den, der kender sit eget liv bedst, og det er derfor også borgeren, som socialrådgiveren i første omgang henter informationer om borgerens liv hos. I samtalen med borgeren kommer det frem, hvilke andre offentlige aktører der er inde over borgeren, og socialrådgiveren kan som en del af den samtale aftale med borgeren, at hun kontakter en eller flere af de øvrige aktører med et konkret formål – fx hvis borgeren har en mentor gennem en mentorordning i Jobcenteret.

### 4.9.3 Samarbejdet med andre aktører

Når andre organisationer tænkes med ind i behandlingen, er det afsnittets socialrådgiver, der kontakter dem.

*“Så vil jeg kontakte de instanser, der er relevante for den sociale problemstilling. Så vil det være mig, der henvender mig til visitator og spørger: “Kan du komme til et møde?”. Eller et bosted. Så er det også mig, der skriver til visitator. Der er jeg fuldstændig tovholder på det. Indkalder til et visitationsmøde eller samarbejdsrunde, det kan hedde rigtig mange forskellige ting, og sætter en dato for, hvornår folk skal møde her”. (Medarbejder i Sengeafsnit for voksne)*

I samtalen med de andre aktører sker der en udveksling af informationer om borgeren, hvis denne har givet samtykke til dette. Hvis socialrådgiveren kontakter dem for at løse et konkret problem i borgerens liv, fortæller de andre aktører ofte om, hvordan borgeren har fungeret i tidligere forløb. Det øger forståelsen for den måde, borgerens liv har udviklet sig på, og gør det muligt at have en mere helhedsorienteret tilgang til borgeren.

Som tovholder skal socialrådgiveren også beskrive borgerens situation for andre og herigennem vurdere borgerens behov. Her er socialrådgiveren opmærksom på ikke at komme med konkrete forslag til, hvilke tilbud borgeren skal have – det er udelukkende op til fx kommunen at afgøre. Oplevelsen er imidlertid, at det kan være begrænsende for det helhedsorienterede fokus i behandlingen, at kommunens handlerum er defineret af lovgivningen:

*“Det store problem er, at de har den lov i ryggen, og de fokuserer måske meget på § 85. Men hvis man læser formålsparagrafferne i den sociale lovgivning – hvad er det, man skal? Man skal råde og vejlede. Hvis man vurderer som visitator, at man ikke synes, borgeren skal have en § 85, kan man ikke bare sige: “Jamen det skal han ikke”. Så skal man tænke bredere... Det er et samspil. Der er jo masse af love, der spiller sammen”. (Medarbejder i Sengeafsnit for voksne)*

Det lovmæssige fokus fra kommunalt regi udfordrer tovholderrollen for socialrådgiveren på sengeafsnittet, som netop forsøger at få de forskellige enheder til at spille sammen i overensstemmelse med borgerens behov. Socialrådgiveren kan som nævnt ikke bestemme, hvad andre enheder skal gøre. Derfor bliver tovholderrollen at arbejde støt fremad ud fra den faglige vurdering og se nye muligheder, når ‘gamle muligheder’ afvises.

Borgerens eget engagement er en forudsætning for, at en række andre aktører kan arbejde med ham eller hende. Det kan fx være Center for Rusmidler, som Sengeafsnittet vurderer, vil kunne hjælpe borgeren. På Sengeafsnittet motiveres borgeren for at komme i et forløb der. Det kan være ved at give borgeren telefonnummeret til centeret, hjælpe borgeren med at ringe,

eller at socialrådgiveren kontakter centeret og eventuelt også inviterer dem ud på afsnittet for at tale med borgeren. Center for Rusmidler kommer der gerne, og det er et godt samarbejde.

Det er dog ikke altid, at borgeren er motiveret for, at andre aktører skal inddrages. Her kan Sengeafsnittets medarbejdere stå i et dilemma om at drage omsorg for en borger, som har ret til at bestemme i eget liv, men som de frygter ikke kan drage ordentlig omsorg for sig selv, og som er færdigbehandlet i hospitalsregi. I den situation kontakter socialrådgiveren fx den kommunale visitator for at sikre, at der er opmærksomhed på borgeren efter udskrivelsen. Medarbejderen fortæller altid borgerne, hvad de gør fra Sengeafsnittets side, dvs. at de kontakter kommunen, men forklarer også, at det er borgeren frit for, om han eller hun fx vil åbne for § 99-støttekontaktpersonen. Medarbejderen forklarer borgeren, at de gør det, fordi de er bekymrede for borgeren.

Samarbejdet med en del andre aktører er beskrevet i sundhedsaftalerne, og dem holder Sengeafsnittet sig til i forbindelse med komplicerede udskrivinger. Socialrådgiveren arrangerer så tidligt som muligt samarbejds- og planlægningskonferencer for alle relevante aktører, hvis de vurderer, der kommer store forandringer i, hvad borgeren modtager fra de kommunale aktører. De inviterede til sådanne møder kan være:

- Visitator – en vigtig person, fordi det er visitatoren, der 'sidder på pengekassen'
- Borgerens kontaktperson, men denne kommer sjældent, fordi § 85 suspenderes, mens borgeren er indlagt
- Kriminalforsorgen for behandlingsdømte
- Jobcenteret
- En repræsentant fra borgerens bosted
- Center for Rusmidler – oftest kun ved unge dobbeltdiagnosticerede
- Primærbehandleren fra Distriktspsykiatrien
- Pårørende

Der er et stort samarbejde med kommunens Børne-ungeafdeling, for mange har børn i hjemmet, og der skal tages hånd om, hvordan de påvirkes af situationen. Fra Sengeafsnittet undersøger de dette, og hvis der er behov for en indsats over for børnene, laver Sengeafsnittet underretninger til kommunen. Socialrådgiveren beder ofte om navnet på den kommende sagsbehandler og inviterer til møde på Sengeafsnittet for at møde familien og høre om problemstillingen. Der er meget stor velvilje til det samarbejde.

*"Jeg kan jo ikke vurdere, hvad der er behov for af støtte, for det er jo altid på baggrund af deres undersøgelse. Men netop derfor synes jeg, det er så vigtigt at formidle, hvad det er, vi ser her, hvad har vi observeret og gjort, og hvad skal der ske, og hvad er det for symptomer, vi ligesom er bekymrede for".*  
(Medarbejder i Sengeafsnit for voksne)

Igen kan Sengeafsnittet ikke beslutte, hvilken indsats kommunen skal yde, men de kan formidle deres viden så grundigt som muligt.

Samarbejdet med de mange aktører, der kan være inde over en borger, kan også opleves tungt. Gennem det indblik socialrådgiveren får i borgerens situation under indlæggelse i Sengeafsnittet, bliver det tydeligt, hvordan de ikke altid spiller sammen.

Et eksempel kunne være en borger som fik psykotiske symptomer og derfor opsagde sin bolig og blev hjemløs – og senere blev indlagt. For at denne borger igen skal kunne fungere efter udskrivelsen, skal borgeren have en bolig. og for at borgeren kan få en bolig, skal bl.a. det kommunale boligkontor, ydelseskontor og Center for Socialpsykiatri samarbejde, således at

borgeren stilles en bolig til rådighed, får hjælp til at kunne betale den, og får støtte til at bo i den. Socialrådgiveren vil i et sådan tilfælde fx bede boligkontoret om at holde en lejlighed, mens hun eller han søger om en enkeltydelse til at dække de umiddelbare udgifter. I kommunikationen med de andre aktører begrundes socialrådgiveren de forskellige behov ud fra borgerens sygdomsforløb og situation. Men aktørerne spiller dårligt sammen, bl.a. fordi de lovparagraffer, som ydelseskontoret og boligkontoret arbejder ud fra, spiller dårligt sammen med dét at have en psykisk sygdom. Det betyder, at socialrådgiverens faglige argumentation ikke altid tages i betragtning, og det betyder, at det ikke altid er muligt at handle i overensstemmelse med det, der er det rette i forhold til borgerens behandling og rehabilitering.

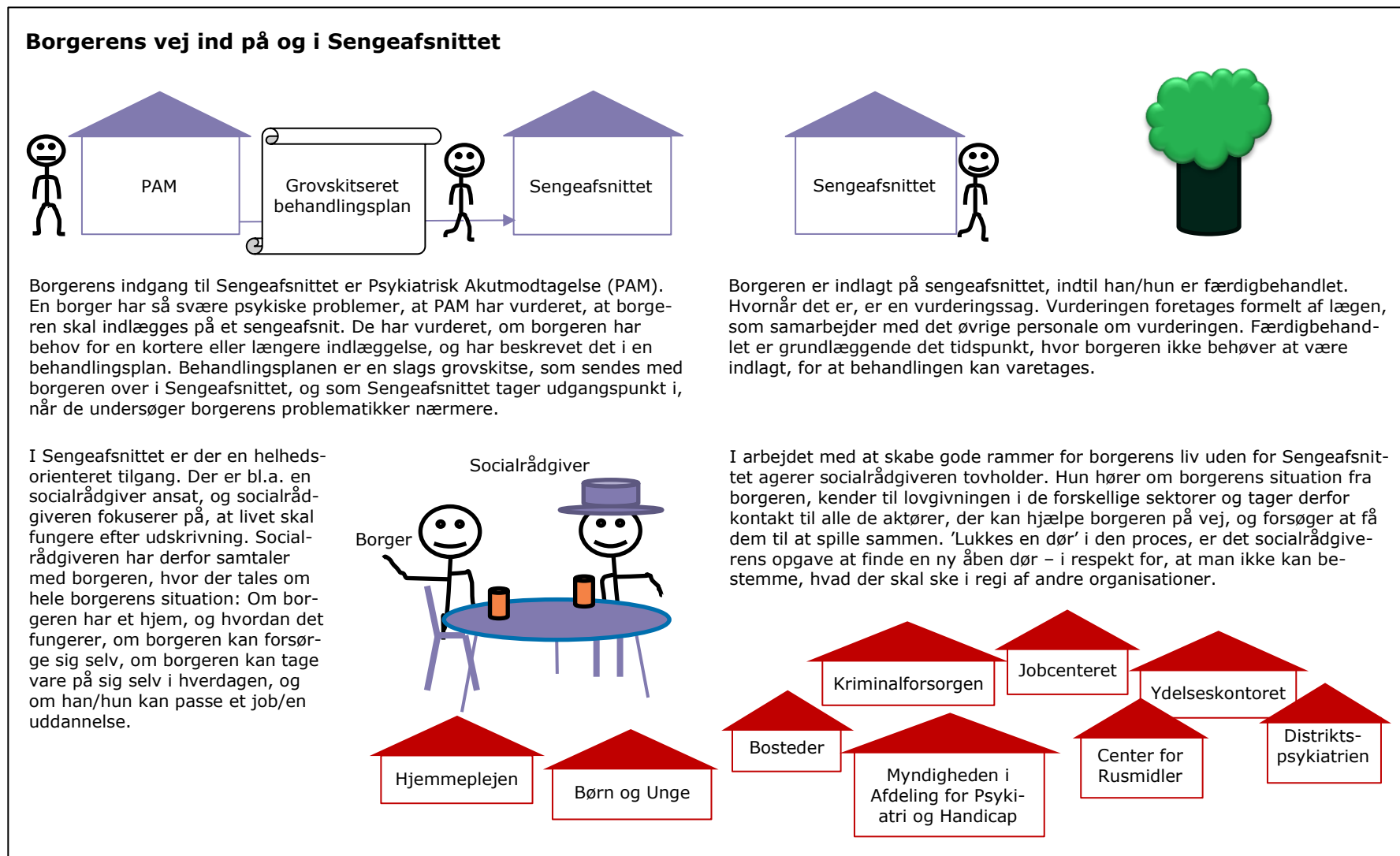
#### 4.9.4 Overgange fra én enhed til en anden

Borgeren kan have været i kontakt med andre regionale enheder, inden han eller hun indlægges på Sengeafsnittet, fx Børne-ungepsykiatrisk Klinik. Fordi journalen følger borgeren inden for behandlingssystemet, og fordi den leverer de relevante informationer om borgerens forløb, er der ikke overgangsproblemer forbundet med, at en borger, der har haft et forløb i ungdomspsykiatrien, kommer ind på sengeafsnittet. De interne overgange i det regionale system fungerer således godt i forhold til at levere informationer om tidligere indsatser.

Når borgere skal udskrives fra Sengeafsnittet, skal der for nogles vedkommende tages kontakt til Distriktspsykiatrien. Det gælder dem, der allerede er i et forløb, såvel som borgere der skal opstartes i et forløb. Sengeafsnittet kontakter Distriktspsykiatrien og opdaterer dem om borgerens situation, og de sørger for, at borgeren får en konkret tid til at komme i Distriktspsykiatrien, når han eller hun udskrives.

Der kan være behov for, at borgeren får hjælp til at fortsætte den medicinske behandling. Sengeafsnittet kan aftale med den kommunale hjemmesygeplejerske, at borgeren får hjælp med at administrere medicinen. Hvis det er en ny borger, skal de vide det tre dage før, mens de for en borger, der allerede er tilknyttet hjemmeplejen, skal vide det dagen før. Samarbejdet fungerer fint. Der er bare tider, der skal overholdes.

Figur 4.9



## 4.10 Distriktpsychiatrien (regional)

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan der fra medarbejdernes perspektiv arbejdes i Distriktpsychiatrien, herunder:

- Hvad medarbejderne beskriver som Distriktpsychiatriens formål
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med Distriktpsychiatrien
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet Distriktpsychiatrien
- Hvordan Distriktpsychiatrien samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale.

Fortællingen er baseret på interview med medarbejdere og afspejler dermed medarbejdernes oplevelser af Distriktpsychiatriens funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en ledelsesperson fra Distriktpsychiatrien (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejderes perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i Distriktpsychiatrien vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kommer naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Formålet med Distriktpsychiatrien er at give en helhedsorienteret ambulans behandling til voksne borgere (18-75 år) med længerevarende psykiske lidelser.

### 4.10.1 Vejen ind i Distriktpsychiatrien

Borgernes vej ind i Distriktpsychiatrien går gennem fem andre organisatoriske enheder:

- Psykiatrisk Visitationsklinik (PVK)
- Psykiatriske klinikker, Psykiatrien Syd<sup>7</sup>
- PAM (Psykiatrisk Akutmodtagelse)
- TOP (Tidlig Opsporing af Psykose)
- Psykiatriske sengeafsnit

Distriktpsychiatrien har dermed ikke selv indflydelse på, hvilke borgere der kommer hos dem, og Psykiatrisk Visitationsklinik (PVK) står for hovedparten af visitationerne til Distriktpsychiatrien.

<sup>7</sup> Disse er Psykiatrisk Klinik Maribo, Psykiatrisk Klinik Næstved, Hukommelsesklinikken, Klinik for Liaisonpsykiatri, Klinik for Selvmordsforebyggelse og Klinik for Traumatiserede Flygtninge.



Forud for borgernes kontakt til ovenstående organisatoriske enheder har de ofte været i kontakt med andre, der fx har skrevet en henvisning til PVK eller foreslået dem at opsøge PAM. Eksempler på disse er:

- Praktiserende læge (som igen kan være gjort opmærksom på borgeren via fx Jobcenteret, arbejdsgiver, pårørende, Center for Socialpsykiatri, hjemmeplejen, PsykInfo og psykiatriske sengeafsnit, der enten får borgeren til at kontakte lægen, eller hjælper borgeren med at kontakte lægen)
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik
- TOP (som også henviser til PVK og PAM)
- PsykInfo (Psykiatrisk Informationscenter)
- Center for Rusmidler

Distriktspsykiatrien har således ikke nødvendigvis direkte kontakt med disse forskellige aktører om borgernes behov for hjælp fra Distriktspsykiatrien – og dog. Nogle kontakter Distriktspsykiatrien direkte for at få deres hjælp til borgeren. Det kan fx være Jobcenteret eller Center for Socialpsykiatri, som kontakter Distriktspsykiatrien over mail eller telefon, fordi de er bekymrede for en borger og spørger, hvad de skal gøre. Ofte kender medarbejderne fra de to enheder hinanden, og det foregår som en god dialog, hvor Distriktspsykiatrien forklarer, at de skal få borgeren til egen læge, som så kan henvise borgeren via PVK.

Hvordan medarbejderne skal arbejde i Distriktspsykiatrien, såvel som hvordan borgere henvises til Distriktspsykiatrien, er desuden fastlagt gennem standarder i Den Danske Kvalitetsmodel, der er beskrevet i regionens dokumenthåndteringssystem D4. D4 skal sikre, at alle borgere får behandling af samme kvalitet. Medarbejderne kan også ty til D4, hvis de er i tvivl om, hvad der er det rette at gøre, eller hvis der opstår gnidninger i samarbejdet med andre organisationer.

*“Der hvor vi kan sige, at D4 kommer ind ved Jobcenteret, det er, at vi henviser til, at det står klokkeklart, at de skal over egen læge. Og så sige, at det siger vores retningslinjer. Ellers kunne vi jo være rigtig flinke og sige, at vi tager borgeren ind i det gode samarbejdes ånd. Det gjorde vi jo i gamle dage. Men det gør vi altså ikke længere”. (Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

At henvise til D4'eren i dialogen med samarbejdspartneren kan således være en måde at afklare, hvad de forskellige aktører kan forvente af hinanden.

Det er vigtigt for Distriktspsykiatrien, at den henvisning, der kommer fra forposterne, er så grundig som mulig, for det er deres grundlag for arbejdet med borgeren og sikrer den behandling, der matcher borgerens behov.

*“Hvis der kommer en ny ældre patient fra egen læge, der aldrig har været i berøring med psykiatrien, mistet ægtefælle, og som er angst og ensom, så er det jo en psykologisk udredning, der skal til. Det handler måske om separationsangst og ensomhed, og så kan det være, at det er noget socialpsykiatrisk, der skal indover. Så er det jo vigtigt at få det udredt, så det ikke kun er en pille, der tilbydes. Derfor er det vigtigt at være skarp på udredningerne. Vi er i dialog [med dem der henviser]”. (Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

#### 4.10.2 Borgerens vej i Distriktspsykiatrien

Når borgeren er kommet ind i Distriktspsykiatrien, begynder et forløb med at afklare borgerens behandlingsbehov yderligere og give ham eller hende den behandling, der er behov for.

Der gennemføres en første samtale med patienten, hvor primærbehandleren og en psykiater deltager. Samtalen varer ofte to timer og forløber på basis af retningslinjer i D4 for, hvad medarbejderne skal interviewe patienten om. Har borgeren børn, interviewes der også efter et særligt børneskema. Ved den indledende samtale tænkes der: "Hvor passer denne borger ind?". Det overvejes, om borgeren har behov for støtte, der leveres i kommunale tilbud. Har borgeren fx brug for en § 85- eller § 99-støtte? Skal Jobcenteret med ind over? Når Distriktspsykiatrien tænker de kommunale tilbud med ind som en mulig støtte for borgeren, er de bevidste om, at de ikke kan foreslå en bestemt indsats fra kommunen, og de lover derfor ikke borgeren noget på vegne af kommunen. De opstiller kun forskellige muligheder. Distriktspsykiatrien kan også sende borgeren til andre regionale tilbud, fx OPUS (der er et særligt behandlingstilbud til mennesker med debuterende psykose) eller til den opsøgende sygeplejerske, hvis det er dem der matcher borgerens behov.

Interviewet giver medarbejderne et billede af borgerens livssituation og sætter fx også fokus på KRAM-faktorer<sup>8</sup>. Der optages journal, og der udarbejdes en behandlingsplan, hvor det specificeres, hvad samarbejdet skal være. Der fokuseres på borgeren som et helt menneske, der kan have psykiske, sociale såvel som fysiske problematikker. I Distriktspsykiatrien er der således et tværfagligt team, der behandler borgeren. Behandlingen kan bestå af mange forskellige tilbud:

- Individuelle samtaler med behandlere, socialrådgivere m.fl.
- Psykologsamtaler
- Psykoedukation – individuel såvel som i grupper
- Motionsgrupper
- Mindfulness
- Social færdighedsterapi
- Medicin
- Pakkeforløb for borgere med bipolar lidelse, skizofreni og personlighedsforstyrrelser
- Netværksmøder ved behov

Distriktspsykiatrien er organiseret som en udbyder af patientkontakter til borgere med psykiske problematikker. Det betyder, at alt det arbejde, der omfatter en direkte kontakt med en borger, leveres og registres, og Distriktspsykiatrien modtager efterfølgende betaling for arbejdet.

*"Hver dag lægger vi en opgørelse, en ydelsessedel på patientkontakt for de ydelser, vi leverer, som sekretæren skriver ind, og så får vi 'økonomi efter det'".  
(Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

Når borgeren er indlagt på et psykiatrisk afsnit, får Distriktspsykiatrien ikke ydelse for at være i kontakt med borgeren. Fordi ydelserne, dvs. økonomien, følger borgeren, formes behandlingen i Distriktspsykiatrien af borgerens bevægelse inden for det regionale system. Når borgeren indlægges på et psykiatrisk afsnit, gives Distriktspsykiatrien ikke ydelser for at arbejde med borgeren, og derfor lukkes kontakten stort set ned, og Distriktspsykiatrien kommer først ind over borgeren igen ved udskrivning.

#### 4.10.3 Samarbejdet med andre aktører

Der er et stort pres på psykiatrien, både den regionale og den kommunale. Det kan være svært for organisationerne at følge med. Derfor – og fordi de udfylder forskellige roller i støtten til borgeren – er samarbejdet mellem organisationerne meget vigtigt for Distriktspsykiatrien. Både fordi de alle hjælper borgeren, og fordi de aflaster hinanden.

---

<sup>8</sup> KRAM henviser til de livsstilsrelaterede risikofaktorer kost, rygning, alkohol og motion.

*"Vi har brug for hinanden. Hvis de ikke var der, så havde vi endnu mere travlt. Det er så vigtigt, at de er derude. Jeg har også holdt små samarbejds møder hos patienter, med to SKP'er<sup>9</sup>, patienten og jeg selv, for at sige 'hvem gør hvad?'".  
(Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

De forskellige aktører koordinerer således deres indsats over for borgeren. En udfordring for et samarbejde mellem organisationer, der er pressede af et stort arbejdspress, kan dog være ventetid. Det vil sige en ventetid for borgeren, førend han eller hun kan få den rette støtte, og en ventetid for Distriktspsykiatrien førend de kan give slip på borgeren med vished om, at borgeren nu får den støtte, der er behov for.

*"Vi henviser til kommunen. Og der er rigtig lang ventetid. Den kompenserer vi for ved at have kontakt hver 14 dag. Men patienterne kunne jo komme sig hurtigere, hvis der ikke var den ventetid". (Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

De forskellige organisationer må navigere inden for de rammer, de har, og Distriktspsykiatrien kan gøre det ved fx at kompensere for borgerens behov ved at give kontakt, der "holder patienten oven vande" i ventetiden. Det kan være svært for medarbejderne, både fordi det er svært at se borgeren have det svært, men også fordi det lægger et arbejdspress på medarbejderne i en i forvejen tætpakket arbejdsdag. De prioriterer dog stadig at involvere de andre aktører, fordi det netop er et vigtigt element af den helhedsorienterede tilgang.

*"Jeg bliver ved med at indkalde folk, til det lykkedes. Så må det tage den tid, det tager, for det skal fungere". (Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

De har derfor tålmodighed med de andre aktører, også fordi de er bevidste om, at det er rammerne, de forskellige aktører er underlagt, som former deres handlemuligheder. Distriktspsykiatrien sørger for at kende de andre aktørers rammer og respektere deres vilkår. Deres opgave er at finde løsninger, der fungerer inden for hinandens rammer.

*"At falde ind i en kommunal tankegang er ikke svært. Det er noget med respekten for de andres arbejde. Vi sidder ikke og diskuterer. Vi respekterer, at de også har nogle rammer at arbejde inden for. Og kendskabet til de rammer, de har at arbejde inden for, og vores rammer – organisationsrammerne – det er vigtigt i det samarbejde. Vi kan ikke bare have den indstilling, at 'det må da kunne lade sig gøre ...'. Vi skal finde et tredje fælles". (Medarbejder i Distriktspsykiatrien)*

Distriktspsykiatrien er bevidst om, at den tålmodighed, de udviser over for de kommunale enheder, må de kommunale enheder også vise over for Distriktspsykiatrien. Det kan være, at Jobcenteret venter på en erklæring fra Distriktspsykiatrien og kontakter Distriktspsykiatrien for at spørge, om den er på vej. Medarbejderne har oftest en god dialog, hvor medarbejderen fra Distriktspsykiatrien forklarer, at erklæringen ligger på skrivebordet, men at der vil gå noget tid. Ligesom Distriktspsykiatrien har respekt for de andres rammer, oplever Distriktspsykiatrien også, at de andre har respekt for de rammer, Distriktspsykiatrien opererer under.

Samarbejdet praktiseres fx på netværksmøder, hvor de forskellige aktører, der er en del af borgerens liv, deltager og diskuterer borgerens situation. Deltagerne er fx:

- Støttekontaktpersoner fra Center for Socialpsykiatri
- Hjemmeplejen
- Arbejdsgiver

---

<sup>9</sup> SKP'er er en forkortelse for StøtteKontaktPerson. Dette begreb bruges i psykiatrien ofte om flere forskellige foranstaltninger, der er beskrevet i Serviceloven, bl.a. § 85 socialpædagogisk støtte, § 99 støtte- og kontaktperson, mentorer via Jobcenteret og andre.

- Jobcenteret
- Kriminalforsorgen
- Pårørende – borgerne anbefales skriftligt at invitere deres pårørende med fra første samtale

Borgeren er altid med inde over, hvilket også er specificeret i D4. Som minimum skal borgeren give samtykke til, at aktørerne samarbejder, men optimalt er borgeren selv aktivt deltagende.

På netværksmøderne diskuterer aktørerne, hvordan de kan hjælpe borgeren, og der fokuseres på borgeren som et helt menneske fremfor fx som en sygdom og en social problematik adskilt fra hinanden. Det afstemmes, hvad det er hensigtsmæssigt, at Distriktspsykiatrien, Center for Socialpsykiatri og Jobcenteret gør, og indsatserne koordineres i forhold til hinanden. På netværksmøderne lægges der også mere langsigtede planer for borgeren.

*”Jeg har lavet nogle behandlingsplaner i forhold til en patient sammen med SKP’eren, hvor vi ligesom har samarbejdet, SKP’eren og jeg. Hvor vi har fundet ud af, at det er denne vej, vi skal sammen med patienten”.*  
(Medarbejder i Distriktspsykiatrien)

Udover at mødes til netværksmøder, møder medarbejderne fra de forskellige organisationer hinanden ved en række lejligheder. Er borgeren fx indlagt, møder medarbejderne ofte Center for Socialpsykiatri, Jobcenteret og hjemmeplejen til udskrivningskonferencer på hospitalet. De ringer til eller skriver med dem om problematikker i hverdagen. Det sker som altid med borgernes accept og med størst mulig inddragelse af borgeren.

Distriktspsykiatrien anbefaler ofte borgere at benytte de kommunale væresteder, som ikke forudsætter, at borgeren er visiteret dertil. Værestedsmedarbejdere kommer i Distriktspsykiatrien og fortæller borgerne om værestedet. Når Distriktspsykiatriens motionsgruppe er ude at gå, lægger de nogle gange vejen forbi værestederne. De taler med borgerne om det og går eventuelt ind og hilser på. På den måde kender medarbejderne fra Distriktspsykiatrien og værestederne hinanden godt. De mødes uformelt, når de kommer på hinandens matrikler.

Distriktspsykiatrien møder den praktiserende læge, når de følger borgere op til lægen, og deltager i konsultationen. I det samarbejde hjælper de med at oversætte borgerens situation til lægen og lægens ord til borgeren. Lægerne inviteres også med til netværksmøder.

Endelig er Distriktspsykiatriens dokumentationsredskaber en måde, hvorpå andre aktører kan få indblik i borgerens behandling i Distriktspsykiatrien. Journalen kan rekvireres af andre regionale aktører – og også kommunale aktører, såfremt borgeren har givet samtykke til, at personlige oplysninger kan videregives til andre aktører. Behandlingsplanen og medicinlisten har borgeren i eget hjem, og hvis borgeren har givet samtykke, kan de være tilgængelige for medarbejderne i Center for Socialpsykiatri.

#### 4.10.4 Overgange fra én enhed til en anden

Der er en række formelle overgange, hvor borgeren går fra at have været tilknyttet én enhed til en anden. Overgangene er knyttet til forskellige aldre.

Borgere, der fylder 18 år, skal overgå fra Børne- og Ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, og skal de ind i Distriktspsykiatrien, foregår overgangen via PVK. Det er således PVK, der visiterer borgeren, og der er ingen direkte kontakt mellem Børne- og Ungdomspsykiatrien og Distriktspsykiatrien. Distriktspsykiatrien kan ved behov rekvirere borgerens journal fra Børne- og Ungdomspsykiatrien, hvis borgeren har givet samtykke.

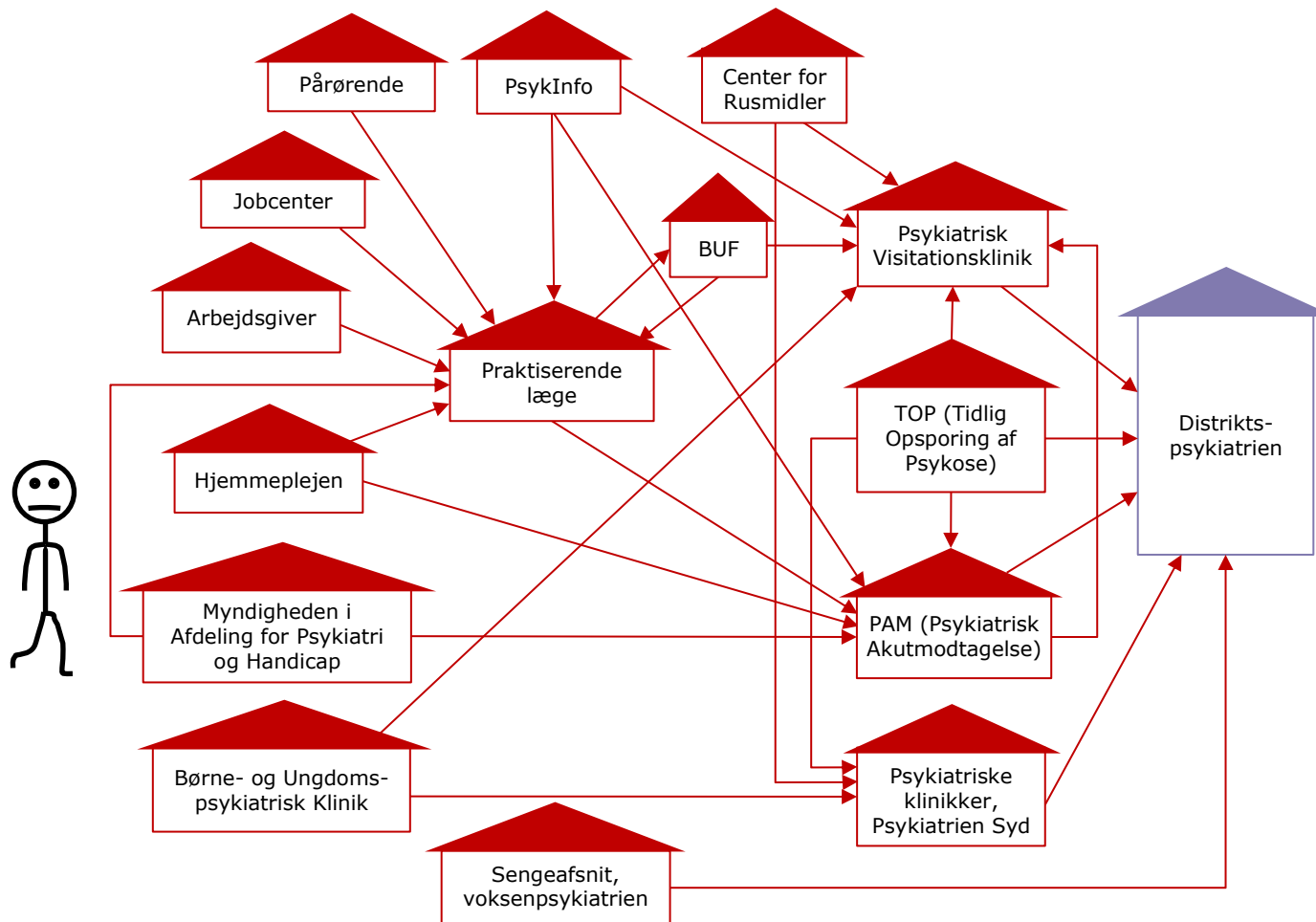
Distriktspsykiatrien oplever grundlæggende ikke, at borgerne reagerer på at skifte fra én kategori til en anden i systemet, men mere på at skifte sagsbehandler. Det giver i udgangspunktet usikkerhed, for man ved, hvad man har, men ikke hvad man får.

**Figur 4.10**

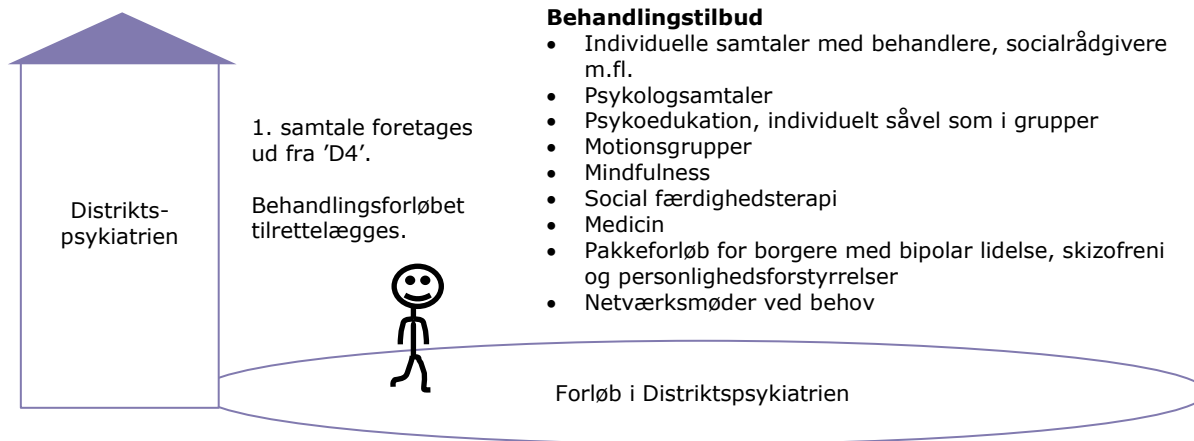
**Borgerens vej ind i Distriktspsykiatrien**

En borger har problemer, som bekymrer hans eller hendes private og professionelle netværk. De hjælper borgeren med at kontakte den praktiserende læge, som kontakter en 'forpost' til Distriktspsykiatrien: Psykiatrisk Visitationsklinik, TOP, PAM eller en psykiatrisk klinik i Psykiatrien Syd. Der kan således være mange aktive aktører, før borgeren kommer i Distriktspsykiatrien.

Psykiatrisk Visitationsklinik, TOP, PAM eller en psykiatrisk klinik i Psykiatrien Syd visiterer borgeren til Distriktspsykiatrien. Nogle kontakter dog også Distriktspsykiatrien direkte – fx Myndigheden i Afdeling for Psykiatri og Handicap eller Jobcenteret, hvis medarbejderne er bekymrede for en borger. Distriktspsykiatrien har en god dialog med disse medarbejdere og forklarer, at borgeren skal via egen læge, som kan henvise borgeren til Psykiatrisk Visitationsklinik.

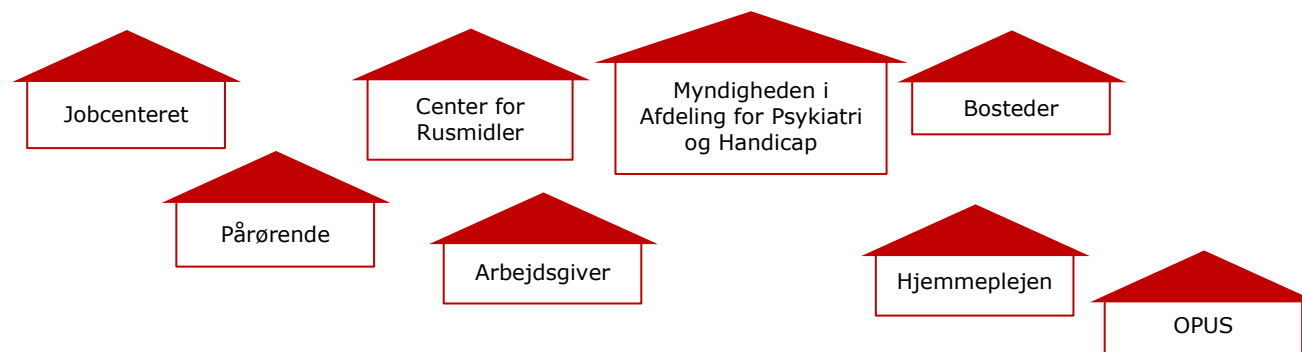


## Borgerens vej i Distriktpsychiatrien



Der foreligger standarder for, hvordan medarbejderne skal arbejde med en borger. Når borgeren første gang kommer i Distriktpsychiatrien, får han eller hun en samtale med en læge og den kommende primære behandler. Denne samtale er formet ud fra en standard i Den Danske Kvalitetsmodel, D4. Herefter kommer borgeren i et forløb i Distriktpsychiatrien, som har en række forskellige tilbud.

I det forløb, som borgeren gives, inddrages de relevante kommunale og regionale aktører ved behov. De kontakter hinanden via mail og telefon, og de afholder netværksmøder og drøfter, hvordan borgeren bedst kan hjælpes med de ressourcer, der er på tværs af de organisatoriske enheder.



## 4.11 Den praktiserende læge

### Metodisk introduktion

Dette afsnit præsenterer en fortælling om og en illustration af, hvordan den praktiserende læge arbejder, herunder:

- Hvad praktiserende læge beskriver som formålet med almen praksis
- Hvordan borgeren kommer i kontakt med almen praksis
- Hvordan borgerens forløb er, når borgeren er tilknyttet den praktiserende læge
- Hvordan den praktiserende læger samarbejder med andre organisatoriske enheder om borgeren og oplever overgange mellem enheder – kommunale såvel som regionale

Fortællingen er baseret på interview med en praktiserende læge og afspejler dermed dennes oplevelser af almen praksis funktion, arbejdsvilkår og samarbejdsrelationer. Fortællingen er efterfølgende kvalitetssikret af de interviewede medarbejdere og en to øvrige praktiserende læger (se Tabel 2.2 i kapitel 2), men det er fortsat de fortællende medarbejders perspektiv, der er det fremtrædende.

Selvom borgernes situation kan ligne hinanden, er de også forskellige. Det betyder, at arbejdet i almen praksis vil variere, hvis der kigges på konkrete borgers forløb. Det gøres der ikke i dette afsnit. Der fokuseres i stedet på de større linjer i arbejdet og samarbejdet. Fortællingerne er primært beskrivende i forhold til, hvad der sker, og hvordan medarbejderne oplever samarbejdet med andre aktører, mere end at de kritisk udforsker disse oplevelser og de bagvedliggende rationaler. Det har ikke været formålet at skitsere barrierer i samarbejdet og deres mulige løsninger. Men de refleksioner, der kom naturligt for medarbejderne undervejs, er inddraget – uden at det må ses som en udtømmende beskrivelse.

Den praktiserende læge er borgerens indgang til det øvrige sundhedsvæsen og skal sikre, at borgeren får den hjælp, han eller hun har brug for. Den praktiserende læge fungerer på mange måder som en tovholder i borgerens liv.

*“Vi er meget tovholdere. Vi er ikke specialister på nogle små fagområder. Vi skal prøve at mestre bredden. Vi skal forklare patienten, hvad der sker. Vi skal hjælpe patienten med at manøvrere i et stort system på alle leder og kanter. Vi er tovholdere. Vi er et bindeled mellem forskellige akutte og ikke-akutte tilbud med en følge-op-rolle, men også initierende med at få folk videre i systemet”. (Praktiserende læge)*

### 4.11.1 Vejen ind til den praktiserende læge

Stort set alle borgere har en praktiserende læge, og borgerne kommer hos deres praktiserende læge i forbindelse med lægelige og sociale problematikker. Til forskel fra mange andre sundhedsorganisationer er den praktiserende læge ikke et visiteret sted. Borgeren kan ringe til lægen og bede om en tid eller komme akut ind ad døren og bede om en tid.

*“Der er ikke noget forud for kontakten med mig. Man kan ringe op og sige: “Jeg har brug for at snakke med dig”. Og så får man en tid”. (Praktiserende læge)*



#### 4.11.2 Borgerens vej hos den praktiserende læge

Fordi den praktiserende læge fungerer som en tovholder, og fordi borgeren også opfatter lægen som en tovholder, kontakter borgeren ofte sin praktiserende læge, hvis han eller hun har været i kontakt med andre dele af behandlingssystemet, fx den psykiatriske akutmodtagelse (PAM). Borgeren ringer til lægen og fortæller om kontakten og spørger ofte lægen, hvad der nu skal ske.

Mens borgerne således selv af egen drift kan kontakte deres praktiserende læge, kan de også gøre det, fordi andre aktører har fortalt dem, at de skal gøre det. Når borgere har eller har haft et forløb i ambulante tilbud, kan aktørerne bede borgeren få en konsultation hos deres praktiserende læge for fx at få en tid hos en privatpraktiserende psykiater eller psykolog eller få lavet bestemte tests. De aktører kan være:

- Psykiatrisk Akutmodtagelse
- Center for Socialpsykiatri
- Jobcenteret
- Sygedagpengeafsnit

Der er ingen direkte kontakt mellem de forskellige aktører og den praktiserende læge. Gennem borgeren forsøger de andre aktører så at sige at bestille den praktiserende læge til at udføre noget bestemt.

*“De siger: “Gå til din egen læge og bliv henvist til det og det”, eller – tit som sådan lidt en bestillingsopgave, uden at de selv kommunikerer med os. Patienterne kan komme til mig og sige, at jeg har haft ondt i ryggen så længe; min sagsbehandler siger, at jeg skal have en scanning. Så tænker jeg, hun er ikke læge, det ved hun ikke. Eller jeg er deprimeret, min sagsbehandler siger, jeg skal henvises til psykiatrien, eller starte medicin eller ... Og rigtig tit sker det, uden at sagsbehandleren kontakter mig”. (Praktiserende læge)*

Den praktiserende læge udfører ikke blot “bestillingerne”, der på den måde kommer fra andre aktører. Med deres lægefaglige viden vurderer de borgerens tilstand, og hvad der lægeligt er indikation for og træffer derefter en beslutning om, hvad de vil gøre. I den proces indhenter lægen nogle gange også oplysninger fra andre aktører for at kunne træffe den rette afgørelse. Det er vedvarende lægens opgave at vurdere, hvad der lægeligt er indiceret og påkrævet i den aktuelle sag.

Det er ofte et problem for den praktiserende læge at mangle oplysninger om, hvilke initiativer andre aktører har iværksat for borgeren. Det kan være, hvilken behandling borgeren modtager i distriktspsykiatrien – både i medicinsk og terapeutisk forstand. Hvis en borger fx er indlagt eller har et længere forløb i Distriktspsykiatrien, orienteres lægen enten slet ikke, eller først noget tid efter udskrivning om, hvilken behandling borgeren har modtaget, eller først når lægen selv efterspørger en epikrise<sup>10</sup>. Det karambolerer med lægens rolle som tovholder. For når borgeren har været i kontakt med andre aktører, kontakter de ofte deres praktiserende læge for at tale om, hvad der nu skal ske. Hvis lægen ikke modtager epikrisen, kommer borgeren til at tale med en læge, som ikke har alle de informationer, der skal til for at kunne hjælpe.

Det er ikke kun epikriser, lægen har brug for at være orienteret om. Hvis borgeren har et langvarigt forløb hos en anden aktør, har lægen brug for at vide, hvordan der arbejdes med borgeren – ikke kun medicinsk, men også socialt, og hvad der her-og-nu er planen, såvel som hvad der er den langsigtede plan med behandlingen. Behovet for den viden skyldes også, at den praktiserende læge kan stå med konkrete opgaver i forhold til borgeren, som relaterer sig di-

<sup>10</sup> En epikrise er et kort sammendrag af en borgers sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling.

rette til den behandling, de andre aktører praktiserer. Det kan være, at en borger opsøger lægen med symptomer, der skyldes den medicinske behandling, som borgeren modtager andetsteds. Hvis ikke lægen kender til den behandling, kan lægen ikke tilpasse sin behandling til de mål, der er sat andetsteds. Den manglende viden gør det svært at være tovholder.

*"Hvis vi skal forestille at være tovholdere, som man altid så populært siger, så er det rigtig svært at holde i nogle tove, som man ikke nødvendigvis kender".  
(Praktiserende læge)*

Formålet med den praktiserende læge er, som tidligere beskrevet, ikke at være specialist, men at sørge for, at borgeren sendes derhen i systemet, hvor den rette hjælp kan gives. Hvis den praktiserende læge bliver bekymret for en borger, sender hun eller han borgeren videre i systemet. Vurderer lægen, at borgeren har behov for et forløb i Distriktspsykiatrien, sender lægen en henvisning til Psykiatrisk Visitationsklinik (PVK). Lægen gør sig meget umage med den, fordi den er det redskab, næste led har at arbejde ud fra. I udarbejdelsen af henvisningen tager lægen derfor udgangspunkt i anvisningen for, hvordan der laves en god henvisning. Den tager tid at lave, for det er ofte et sammenkog af et langt liv med sociale faktorer og tidligere behandlingserfaringer, der skal på skrift og ca. fylde en halv side.

Når den praktiserende læge henviser borgeren, er det til behandling eller forløb andetsteds, fx psykiatrien, og lægen specificerer ikke, hvilken behandling det andet sted skal give borgeren.

*"Hvis jeg tænker, at det her kan klares ambulant, vil jeg typisk bede om en distriktspsykiatrisk vurdering [i henvisningen, red.]. Jeg tager ikke stilling til, hvilket ambulatorium de skal i, eller hvilken pakke de skal have. [...]. Jeg gør mig umage med at fortælle, hvad jeg ved, og hvad jeg tænker om den her situation. Hvis vi taler somatisk, så skal jeg forholde mig til: Skal ham her i kræftpakke mave eller kræftpakke hoved. I psykiatrien prøver jeg at sige, at han har de og de symptomer, og hvad jeg tænker, er diagnosen, og vil I venligst vurdere og planlægge. I psykiatrien kan jeg ikke blande mig i, hvad patienten skal have. Jeg kan skrive, at patienten er enormt motiveret for et gruppeforløb, men jeg lover ikke patienten noget forløb".  
(Praktiserende læge)*

Der er således en balance, der skal overholdes, når borgeren henvises til andre tilbud. Henvisningen skal være faglig, og den skal være begrundet og kan også bygge på tidligere behandlingserfaringer for borgeren såvel som hans eller hendes motivation, men den praktiserende læge foreslår ikke konkret, hvad andre aktører skal tilbyde borgeren. Lægen kan ikke bestemme, hvad de i sidste ende tilbyder, og hvis lægen foreslog noget specifikt, kunne det skabe forventninger hos borgeren, som ikke ville blive indfriet. Det ville også skabe et dårligt samarbejds-klima, for den praktiserende læge ved selv, hvor irriterende det kan være, når andre aktører får borgeren til at 'bestille' specifikke undersøgelser hos lægen. Den praktiserende læge kan derimod kontakte specialister over telefonen i forbindelse med udarbejdelsen af en henvisning for at få deres input til den.

#### 4.11.3 Samarbejdet med andre aktører

Når der tales om psykiatriske patienter, er der samarbejdsflader til det kommunale system, det private, det psykiatriske og det somatiske system. Aktørerne er fx:

- BUF (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum)
- Speciallæger: neurologer, psykiatere, øre-næse-halslæger m.fl.
- Psykologer
- Somatikken

- Jobcenteret
- Center for Socialpsykiatri
- Center for Rusmidler

Vurderer lægen, at en borger under 18 år har psykiske vanskeligheder, som kræver nærmere udredning og ikke er akutte, skal lægen henvise til BUF i Vordingborg Kommune. BUF er et samarbejde mellem Vordingborg Kommune og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Sjælland og har til formål at kvalificere potentielle henvisninger til Børne- og Ungdomspsykiatrien. I BUF sidder psykologer fra kommunen og repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik, som vurderer henvisningerne. BUF anbefaler herefter det videre forløb i kommunen og/eller i kombination med Børne- og Ungdomspsykiatrien og eventuelt praktiserende læge.

Det er qua sin tovholderrolle, at den praktiserende læge har samarbejdsflader til de mange andre aktører, som borgeren er i kontakt med. Udover det er den praktiserende læge også ofte familielæge og har derfor kendskab til, hvordan borgerens pårørende trives. Det er forskelligt fra sag til sag, hvor meget andre aktører efterspørger den viden. Det er også en balancegang for den praktiserende læge, hvor meget han eller hun kan dele af viden om de pårørende, for hvad er det i orden at dele, og hvornår bryder lægen sin tavshedspligt?

*“Det er meget forskelligt fra sag til sag, hvor meget de efterspørger vores viden om resten af familien. Og det er selvfølgelig også en balancegang, hvad vi skal fortælle andre parter om, hvad vi ved om moren og faren, hvis det nu er en børnesag. Vi har også tavshedspligt, og vi skal også beskytte dem mod alt muligt andet”.*  
(Praktiserende læge)

Hvis den praktiserende læge vurderer, at noget er relevant viden, viderebringer hun eller han informationer om borgerens pårørende i henvisningen. Det er fx informationer om, at hele familien er meget påvirket af borgerens tilstand, og at andre aktører bør være opmærksomme på det i deres arbejde med borgeren og de pårørende.

Samarbejdet med mange aktører inden for psykiatrien er præget af dårlig informationsudveksling. Når lægen henviser en borger til Distriktspsykiatrien, modtager han eller hun ofte kun et svar fra PVK om, at der er booket en tid. Informationerne om behandlingen i Distriktspsykiatrien modtager lægen ikke altid eller også med meget forsinkelse. Det er både et problem, at de ikke hører, hvordan behandlingen forløber, men også at de ikke hører, hvis borgeren fx ikke møder op til behandling. Det er nemlig svært at hjælpe borgeren videre, hvis de ikke ved, om patienten kommer i sit forløb.

Samarbejdet med aktører inden for det psykiatriske og sociale system er desuden påvirket af en værdi om, at borgeren skal give samtykke til al udveksling af informationer. Der er en standard for, at distriktspsykiatrien skal sende en epikrise til den praktiserende læge ved afslutningen af en borgers forløb, hvis borgeren giver samtykke til det, og tilføjelsen med samtykket giver anledning til diskussion mellem aktørerne. For ofte er samtykket med borgeren indhentet, da borgeren blev tilknyttet Distriktspsykiatrien, men ved afslutningen af et forløb kan det ligge flere år tilbage. Kan Distriktspsykiatrien da godt dele informationer, lyder diskussionen.

*“Vi drøfter stadig med psykiatrien, om hvorvidt de – hvis de får et samtykke ved indgangen i et forløb – så stadig har samtykke til at sende epikrisen. Men aftalen nu med psykiatrien er, at de tilstræber at sende behandlingsplaner, når der sker noget nyt, om hvad det er for en behandling, og hvad deres plan er. Men det sker ikke hver gang”.* (Praktiserende læge)

Diskussionen om samtykket knytter sig alene til det psykiatriske og sociale system og handler bl.a. om, at et behandlingsforløb i fx distriktpsychiatrien kan forløbe over flere år. I somatikken opleves der ikke samme bekymring om at udveksle informationer om borgeren.

*"Speciallæger er rigtig gode til at melde tilbage om, hvad de har fundet ud af. Jeg tror ikke, de er så bange for at udveksle informationer, som man er i psykiatrien og den sociale sektor. Vi værner særligt om den der tavshedspligt og samtykket, når vi taler psykiatri. Vi er så bange for at dele oplysninger. Og det kan godt være, at det er rigtigt... men det kan jo dybest set være lige så kompromitterende at tale om borgerens kønsvorter eller seksuelle vaner eller hvad ved jeg. Men vi værdilader det af en eller anden grund ikke lige så meget. Jeg har sjældent hørt en speciallæge sige, at hun ikke har sendt en epikrise, fordi der ikke var samtykke fra patienten. Men det er en standard frase fra psykiatrien". (Praktiserende læge)*

Når en borger opsøger den praktiserende læge om en behandling, der varetages i andet regi, og som lægen ikke har nogen dokumentation på, må lægen så ofte først opsøge informationerne, før det videre forløb kan planlægges. Dette kan frustrere begge parter og forsinke forløbet yderligere.

#### 4.11.4 Overgange fra én enhed til en anden

De praktiserende læger oplever problemer i forbindelse med, at borgerne skal overgå fra én enhed til en anden i det offentlige system.

Ved overgangen fra ung til voksen i det kommunale system, dvs. når borgeren fylder 18 år, oplever de praktiserende læger, at borgere med diagnoser såsom ADHD, depression og Tourettes syndrom ikke får den fornødne støtte som voksne i det kommunale system. De afsluttes ofte til et forløb hos deres praktiserende læge, som så må hjælpe nogle borgere ind i det kommunale system igen.

Når borgerne afsluttes i Distriktpsychiatrien, oplever de praktiserende læger ofte, at borgerne tabes på gulvet, fordi lægerne ikke modtager informationer om borgerens forløb, se ovenfor.

Figur 4.11

### Borgerens vej med den praktiserende læge

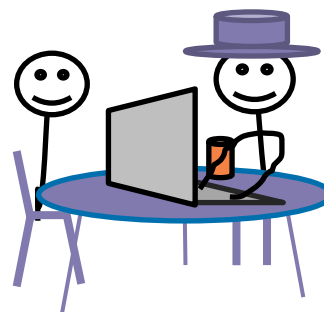
Den praktiserende læge har borgere tilknyttet sin lægepraksis. Lægen følger ofte dem og deres familie over mange år.



Borgerne opsøger lægen om fysiske, psykiske og sociale problematikker. Den praktiserende læge har et bredt kendskab til borgeren og har en tovholderrolle i borgerens kontakt med sundhedsvæsenet.

Den praktiserende læge er ikke og skal ikke være specialist på et bestemt område. Han/hun skal mestre bredden og hjælpe borgeren til at manøvrere i systemet og få den hjælp, han eller hun har behov for.

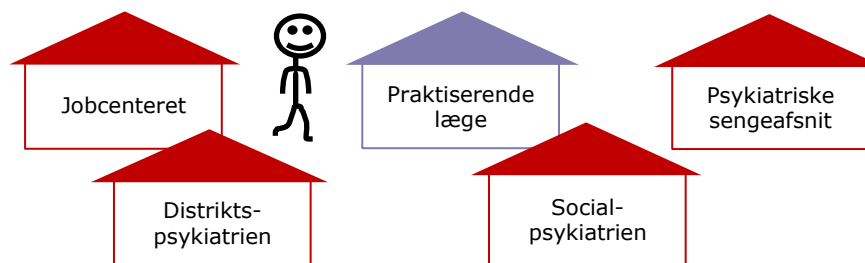
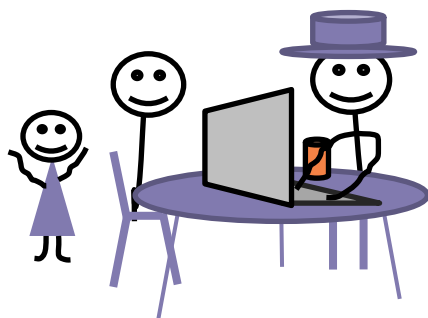
Borgeren kommer til konsultation hos lægen. Her drøfter de borgerens problemer, og hvis lægen vurderer, at borgeren har brug for hjælp fra andre, henviser lægen til den enhed, han eller hun antager, vil kunne hjælpe. Lægen er grundig med henvisningen, for den er overleveringen af lægens viden.



Nogle gange efterspørger borgeren en bestemt undersøgelse, som en anden aktør har opfordret borgeren til at få lægen til at foretage. Det er irriterende, for der er ikke altid lægefagligt belæg for undersøgelsen. Lægen er derfor meget påpasselig med ikke at bestille bestemte behandlinger, når han eller hun henviser borgeren.

Selvom lægen er familielæge og dermed har et godt kendskab til borgerens pårørende, efterspørger andre aktører sjældent den viden fra den praktiserende læge. Lægen viderebringer relevant viden om de pårørende i sin henvisning, men det kan være svært, for videregivelsen skal balancere med lægens tavshedspligt og borgerens ret til at bestemme, hvad der videregives oplysninger om.

Mange borgere kan være eller have været i forløb hos andre aktører, fx Distriktspsykiatrien, psykiatriske sengeafsnit, Jobcenteret og socialpsykiatrien. Lægen hører sjældent fra disse aktører, hvordan de behandler borgeren, og når lægen endelig hører det, kan det være længe, efter behandlingen er afsluttet. Det er problematisk, for som tovholder i borgerens forløb efterspørger borgeren ofte lægens hjælp eller vurdering undervejs eller fx kort efter afslutningen af et forløb.



# Bilag 1 Forkortelser og paragraffer

## Forkortelser og ordforklaring

B&U	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik
BUF	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Forum
LAP-lov	Lov om aktiv socialpolitik
OPUS	Særligt behandlingstilbud til mennesker med debutende psykose
PAM	Psykiatrisk akutmodtagelse
PPR	Pædagogisk Psykologisk Rådgivning - en kommunal enhed der rådgiver og vejleder omkring børnlige behov
PsykInfo	Psykiatrisk Informationscenter
PVK	Psykiatrisk Visitationsklinik
STU	Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov - nogle gange også kaldet Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse
TOP	Tidligt Opsporing af Psykose
UU	Ungdommens Uddannelsesvejledning
UUSS	Ungdommens Uddannelsesvejledning Sjælland Syd
ViSP	Videns Center for Specialpædagogik
VUM	VoksenUdredningsMetoden

## Paragraffer fra Serviceloven nævnt i rapporten

Område	Paragraf	Indhold i paragraffen
Rådgivning/gratis familieorienteret rådgivning	§ 11.1	Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at forældre med børn og unge eller andre, der faktisk sørger for et barn eller en ung, kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien.
Rådgivning/social	§ 11.3	Kommunalbestyrelsen skal, når det anses for at være af væsentlig betydning for et barns eller en ungs særlige behov for støtte, tilbyde 1) konsulentbistand til børn, unge og familier med hensyn til børn eller unges forhold og 2) rådgivning om familieplanlægning.
Rådgivning/handicap	§ 11.4	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier.
Merudgifter til børn	§ 41	Kommunalbestyrelsen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Det er en forudsætning, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne.
Tabt arbejdsfortjeneste	§ 42	Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Ydelsen er betinget af, at det er en nødvendig konsekvens af den nedsatte funktionsevne, at barnet passes i hjemmet, og at det er mest hensigtsmæssigt, at det er moderen eller faderen, der passer det.
Børnefaglig undersøgelse	§ 50	Hvis det må antages, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal Kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, gennemføres så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år.

Område	Paragraf	Indhold i paragraffen
Forebyggende foranstaltninger (fx familiekonsulent, aflastning eller fast kontaktperson)	§ 52	Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger efter stk. 3 (forskellige navngivne foranstaltninger), når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse efter § 50.
Socialpædagogisk støtte	§ 85	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
Støtte- og kontaktperson	§ 99	Kommunalbestyrelsen sørger for tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.
Beskyttet beskæftigelse	§ 103	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde beskyttet beskæftigelse til personer under folkepensionsalderen, jf. § 1 a i lov om social pension, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.
Aktivitets- og samværstilbud	§ 104	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene.
Botilbud	§ 107	Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.
Botilbud	§ 108	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.
Underretningspligten	§ 153	Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage, <ol style="list-style-type: none"> <li>1) at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte efter kapitel 11,</li> <li>2) at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte efter kapitel 11 på grund af de vordende forældres forhold, eller</li> <li>3) at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for vold eller andre overgreb.</li> </ol>
Underretningspligten	§ 154	Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.
Vurdering af underretninger	§ 155	Kommunalbestyrelsen skal sikre, at der iværksættes en rettidig og systematisk vurdering af alle underretninger efter §§ 152-154 med henblik på at afklare, om barnet eller den unge har behov for særlig støtte. Kommunalbestyrelsen skal foretage central registrering af underretningerne med henblik på at understøtte tilrettelæggelsen af indsatsen. <i>Stk. 2.</i> Kommunalbestyrelsen skal senest 24 timer efter modtagelsen af en underretning efter stk. 1 vurdere, om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

Kilde: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=136390>

## Bilag 2 Interviewguide

- Hvornår i en borgers forløb samarbejder Regionen og Kommunerne (før, under og efter en indlæggelse)?
- Hvem samarbejder de med og hvornår?
- Hvordan samarbejder de – hvad sker der i praksis?
  - Hvordan er de i kontakt med hinanden (en til en, grupper, møder, telefonisk)?
- Hvad udløser, at medarbejdere tager kontakt til "den anden" organisation, eller ikke tager kontakt?
  - Skøn?
  - Lov?
  - Formaliserede procedurer (herunder om der er kendskab til Samarbejdsbilaget, og hvordan sådanne redskaber anvendes)?
  - Diagnoser?
  - Formelle og uformelle regler (fx at man skal være ude af et misbrug for at kunne modtage bestemte psykiatriske tilbud)?

For de aktører, som arbejder med overgangen mellem børne- og voksenpsykiatrien for unge, der fylder 18 år, fokuseres der også på:

- Hvornår medarbejderne slipper brugeren?
- Hvem oplever de, tager fat om brugerens situation, når de selv slipper brugeren?

Udover dette kortlæggende fokus på, hvordan det konkrete samarbejde praktiseres i dag, fokuseres der afsluttende på:

- Hvad oplever medarbejderne, der sker parallelt med deres egen indsats i brugerens forløb (dvs. hvad gør andre aktører sideløbende)?
- Hvornår oplever Regionen og Kommunerne et behov for at samarbejde (uagtet om der i dag er et konkret samarbejde i sådanne situationer)?
- Hvordan ville de ønske, at deres regionale henholdsvis kommunale samarbejdspartnere skulle kunne?

Dette gives først fokus i afslutningen af undersøgelsen, for at holde fokus på at beskrive samarbejdet i praksis og ikke på frustrationer om eventuelt oplevet dårligt samarbejde.





**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00