

DANMARK VENTER STADIG PÅ SIN PSYKIATRIREFORM

ET RIDS AF UDVIKLINGEN DE SENESTE ÅRTIER



11:30

STEEN BENGTSOON

11:30

DANMARK VENTER STADIG PÅ SIN PSYKIATRIREFORM

ET RIDS AF UDVIKLINGEN DE SENESTE ÅRTIER

STEEN BENGTTSSON

KØBENHAVN 2011

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DANMARK VENTER STADIG PÅ SIN PSYKIATRIREFORM. ET RIDS AF
UDVIKLINGEN DE SENESTE ÅRTIER

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-038-0

e-ISBN: 978-87-7119-039-7

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Lasse Kristensen

Oplag: 600

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2011 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	5
	RESUMÉ	7
1	PSYKIATRIENS UDVIKLING	11
	Intentionerne	11
	Relationer til andre politikområder	14
	Psykiatriens målgrupper	15
	Styringen af dansk psykiatri	16
2	PSYKIATRISK SERVICE	21
	Lovgivning på psykiatiområdet	21
	Ansvarlig myndighed på psykiatiområdet	23
	Service på psykiatiområdet	25
	Professioner på det psykiatriske område	29

3	ARBEJDSMETODER OG SAMARBEJDSFORMER	33
	Arbejdsmetoder i psykiatrien	33
	Samarbejdsformer i psykiatrien	39
4	STORE RESULTATER	43
	Hvad har fungeret godt i psykiatrien?	44
	Hvad har fungeret mindre godt i psykiatrien?	46
	Resultatindikatorer for psykiatrien	49
	Udviklingsbehov og udviklingsarbejde	51
5	NORDISK INSPIRATION	61
	LITTERATUR	67
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2010	73

FORORD

Denne rapport indeholder i let bearbejdet form Steen Bengtssons bidrag til en undersøgelse af psykiatrireformer i de nordiske lande med titlen ”Från reformintention till lokal praxis – hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden” (Lindqvist m.fl., 2011). Sigtet med denne udgave er at gøre teksten lettere tilgængelig i Danmark.

Bearbejdningen i forhold til den nordiske udgave består især i, at synspunktet om den manglende psykiatrireform i Danmark er trukket stærkere frem i denne udgave. Desuden er der tilføjet et afsnit, hvor forholdene i de nordiske lande sammenlignes med udgangspunkt i det symposium, der afsluttede projektet.

Den nordiske undersøgelse har været finansieret af Nordisk Ministerråd og ledet af professor Rafael Lindqvist fra Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg. Tidligere psykiatrichef Per Vendsborg, som nu er tilknyttet Psykiatrifonden, har læst og kommenteret manuskriptet.

København, august 2011

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Fra 1950'erne og frem til 1993 blev antallet af senge på de psykiatriske sygehuse reduceret som følge af medikamentel behandling, en udvikling, der blev forstærket efter udlægningen af psykiatrien til amterne i 1976. I 1990'erne skete der en yderligere forkortning af indlæggelsestiden, men nu blev dette udnyttet til at få flere behandlet. Fra cirka 1990 blev distriktskykiatrien opbygget med temarunder som værktøj, og siden 1997 har udviklingen foregået ved hjælp af 3- og 4-årige psykiatriaftaler mellem staten og amterne, nu regionerne. I begyndelsen af 2000-tallet skete en yderligere reduktion af antal sengepladser. Stadig flere behandles ved ambulante forløb og i distriktskykiatrien. Den moderne behandling har skabt behov for en omfattende social indsats, og bid for bid er en del af denne blevet imødekommet. Men udviklingen er sket gennem kortvarige aftaler og blevet finansieret af projektmidler, så nogen reform kan man ikke tale om.

I 1976 blev statshospitalerne overført fra den statslige særfor-sorg til amternes hospitalsvæsen. Der havde været tanker om et kvalitetsløft, men krisen fra midt i 1970'erne gjorde, at politikerne holdt igen med udgiftskrævende beslutninger. Man talte om ”distriktskykiatri”, som først betegnede udgående funktioner fra sygehusafdelinger, men efterhånden kom til at betyde selvstændige centre placeret i lokalområdet. Sidst i 1990'erne var hele landet dækket af distriktskykiatri, og der skete et kvalitetsløft i hospitalspsykiatrien. Det var også tiltrængt. Der var

på det tidspunkt stadig kun få enestuer, der manglede mulighed for skærmning af patienter, og afdelingerne var for store.

Med bistandsloven fra 1976, som var en del af Seierups socialreform, også kaldet den anden socialreform, var den sociale indsats over for mennesker med psykiske lidelser placeret i amternes socialafdelinger. I 1993 begyndte man imidlertid også at betragte kommunens indsats som en del af indsatsen i forhold til gruppen. Med den anden kommunalreform i 2007 fik kommunerne eneansvar for finansieringen. De kunne lade selve driften af de specialiserede tilbud ligge i regionen, men valgte i de fleste tilfælde også at overtage den.

I 2000'erne begyndte vi at se en distriktspsykiatri, der virkelig var i stand til at følge op på den behandling, som patienterne havde fået på sygehuset, og reducere hyppigheden af genindlæggelse betydeligt. Nogle personer fra distriktspsykiatrierne havde tanker om, at hovedansvaret for behandlingen af de fleste af patienterne med psykoser skulle placeres i distriktspsykiatrien. Den havde jo ansvaret for patienterne i den største del af tiden. Desuden skulle distriktspsykiatrien og de psykiatriske speciallæger tage sig af de mange ikke-psykotiske lidelser, som systemet nu blev præsenteret for.

Udviklingen af psykiatrien i Danmark adskiller sig på flere punkter fra reformerne i Sverige og Norge. I 1967 blev en psykiatireform *tænkt* som en del af den store velfærdsreform, man da planlagde, som kom til at omfatte et specialområde som udviklingshæmmede og senere områder som ældrepleje, børnehaver og kontanthjælp. Kommuner og amter blev styrket med sociale funktioner på disse felter og stærkt øgede ressourcer. Også psykiatrien blev decentraliseret, men reform blev der alligevel ikke råd til.

Systemet begyndte først at imødekomme de sociale behov op i 1990'erne, da folketing og regering engagerede sig og skaffede finansiering gennem centrale puljemidler, og især da man fandt på, at den store satspulje kunne bidrage med hundreder af millioner. Mens standardforbedringen for udviklingshæmmede var kommet på amternes initiativ, skete der således intet for de sindslidende, før centralmagten kom ind i billedet med puljemidler og psykiatraftaler. Udviklingen blev finansieret af forsøgsmidler og foregik på grundlag af foreløbige aftaler.

”Puljer” er noget specielt dansk, og de har siden midten af 1980'erne dannet rammen om mange forsøg og projekter på det sociale område. Et andet specifikt dansk begreb er ”socialpsykiatri”. Ordet be-

tegner den sociale støtte, som i bolig og dagligdag gives til mennesker med sindslidelse. Det er dog et spørgsmål, om det er hensigtsmæssigt at opdele i psykiatri¹ og socialpsykiatri. Med den nye kommunalstruktur er socialpsykiatrien skilt fra psykiatrien og er blevet kommunernes ansvar. Men da den sociale indsats er meget vigtig i forhold til psykiatriske patienter, er denne opdeling i psykiatri og socialpsykiatri ikke særlig heldig.

Psykiatriaftalerne 1997-99, 2000-02, 2003-06 og 2007-10 har været grundlag for udviklingen i psykiatrien, og finansieringen er kommet fra satspuljemidlerne. Der er kommet en større andel af enestuer på de psykiatriske afdelinger, der er sket en faglig udvikling med opsøgende team og tidlig indsats over for alvorlige psykoser og andre sindslidelser. I oplæggene til den næste psykiatriaftale taler både Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen om at få større sammenhæng i indsatsen og styrke den sociale indsats, som kommunerne står for. Men kommunerne tvivler på, om de kan skaffe den nødvendige finansiering. De synes, at de mangler psykologisk ekspertise, og de er bange for nu at blive sorteper.

Meget af det nødvendige indhold i en moderne psykiatrisk indsats er således kommet på plads lidt efter lidt, men der har været tale om ad hoc-løsninger og knopskydninger for midlertidige penge og aldrig om nogen samlet reform. Senest er Kommunalreformen 2007 – ofte betegnet strukturreformen – kommet ind i billedet og har grebet dybt ind i den kommunale struktur uden at indeholde bare antydningen af en psykiatrireform. Den er tværtimod en trussel for det socialpsykiatriske arbejde, som netop var ved at opstå i amterne, og som nu har holdt flyttedag. Man forsøger at redde stumperne gennem sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner. Igen en ny lille krølle på et system, der aldrig er blevet tænkt som et samlet hele.

Psykiatrisk behandling er i dag en kombination, hvor medicin kan spille en rolle, men hvor samtale, gruppe, aktivitet, tanker, arbejde osv. indtager en større og større plads. Selv om hovedparten af midlerne stadig går til sygehusbehandlingen, foregår en større og større del af kontakten til behandlingssystemet i de øvrige dele af psykiatrien. Distriktspsykiatrien og psykiatrisk speciallægepraksis er de instanser, der står for

1. Mange benytter ordet ”behandlingspsykiatri” som modsætning til socialpsykiatri. Dette ord er imidlertid uheldigt, idet det ophøjer en opdeling på myndigheder til et fagligt forhold. Man ser heller ikke et tilsvarende ord i andre lande.

behandlingen i den største del af tiden. De kender også i mange tilfælde patienterne bedst.

I dette billede spiller socialpsykiatri også en stor rolle. Samspelet mellem psykiatri og socialpsykiatri er et problem, når to organisationer – region og kommune – skal samarbejde. Det problem søger man nu at løse ved at igangsætte ad hoc-projekter til at slå bro mellem organisationerne. Mange problemer kan sikkert løses ad denne vej, men det bliver næppe særlig holdbare løsninger. Før eller senere vil en af myndighederne skulle rationalisere sine ressourcer – det er, når alt kommer til alt, en af de vigtigste grunde til, at man har bureaukratier – og så er de majsommeligt opbyggede samarbejdsrelationer i farezonen.

PSYKIATRIENS UDVIKLING

INTENTIONERNE

Afviklingen af de store statshospitaler er det nærmeste, man kommer en psykiatireform i Danmark. Betænkning nr. 826 (1977) talte dog kun om en *administrativ* overførsel af statshospitalerne fra statens særforborg til amternes hospitalsvæsen og satte ikke spørgsmålstegn ved sygdomsmodellen. Antipsykiatrien, som gjorde sig gældende i debatten i Danmark i årene omkring 1980, blev slet ikke nævnt. Det er dog muligt, at den har spillet en rolle på det politiske niveau, idet den stemte overens med amtspolitikernes ønske om at fremme ambulant behandling. Den medvirkede dermed til at legitimere, at man nedlagde et stort antal senge. Fagligt skete der en brobygning mellem den biologiske, psykodynamiske og sociologiske forståelsesramme. Man taler fra Niels Reisby (1980) om den bio-psyko-sociale model, som langt de fleste psykiatere nu tilslutter sig.

ANVENDELSE AF TVANG I PSYKIATRIEN

Landspolitisk tog man ikke stilling til spørgsmålet om afinstitutionisering, det overlod man til politikerne i amterne. Den landspolitiske debat handlede næsten kun om *tvang* i psykiatrien. Man diskuterede gennem 1970'erne og 1980'erne en revision af sindssygeloven af 1938, indtil lo-

ven endelig blev revideret i 1989. Sigtet med denne revision var at ajourføre anvendelsen af tvang i forhold til den tidligere sindssygelov af 1938. En undersøgelse havde vist, at en af lovens væsentligste paragraffer, der indeholdt kriteriet om, at en person skulle være sindssyg for at kunne tvangsindlægges, ikke var opfyldt i op mod 30 pct. af tvangsindlæggelserne (Adserballe, 1973).

Især diskuterede man bestemmelserne om at legalisere den gældende praksis med at tvangsindlægge ikke-sindssyge, etablering af en klageinstans og nødvendigheden af at tilføre området flere ressourcer. Politikerne fokuserede på de ydre rammer, dvs. forudsætningerne for at gennemføre frihedsbegrænsende foranstaltninger, og hvordan disse kunne kontrolleres, mens læger og jurister pegede på, at kontrol ikke var nok, men at det i lige så høj grad var nødvendigt at forbedre hospitalernes fysiske og personalemæssige ressourcer. Det ville imidlertid være dyrt at indfri de krav, der fra faglig side blev stillet til ressourcerne.

1989-loven foreskrev tre betingelser for tvangsindlæggelse, hvoraf mindst én skulle være opfyldt: Begrundet formodning om, at personen var sindssyg, at det var uforsvarligt ikke at indlægge, fordi personen var til fare for sig selv eller andre, eller at der var behov for psykiatrisk behandling. Domstolene blev klageinstans for tvangsindlæggelse og tilbageholdelse. For tvangsbehandling, tvangsfiksering m.m. blev klageinstansen Sundhedsstyrelsens Patientklagenævn.

Schepele m.fl. (1993) har foretaget undersøgelser af tvang udført på Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital før og efter indførelsen af den nye psykiatrilov. De interesserede sig specielt for, om loven havde ført til den nedbringelse i antallet af tvangsfikseringer, som var sigtet. Undersøgelsen foregik i perioden februar 1988 til september 1991, således at der både var en periode før og en periode efter, at loven trådte i kraft den 1. oktober 1989. I perioden blev 145 patienter tvangsfikseret.

Undersøgelsen fandt ingen ændring i antallet af tvangsfikseringer i forbindelse med lovændringen, men i det sidste år af observationsperioden steg antallet med 37 pct. Varigheden af fikseringer steg med 42 pct. i forbindelse med lovændringen, og denne stigning er senere fortsat. Antallet af tvangsmedicineringer, som sker i forbindelse med tvangsfiksering, er steget efter lovændringen. På baggrund af disse ting konkluderer artiklen, at den nye psykiatrilovs intention om at begrænse brugen af tvangsfikseringer og at afkorte fikseringstiden ikke blev opfyldt.

Psykiatriloven blev ændret med virkning fra 1. januar 1999, og virkningerne af denne ændring er undersøgt af Rambøll Management (2005). Undersøgelsen omfatter de punkter, hvor der har været ændringer, herunder registrering og indberetning af tvang. Rambølls overordnede konklusion er, at psykiatriloven generelt opfylder sit formål om at sikre de sindslidendes retstilling i forbindelse med frihedsberøvelse og anvendelsen af anden tvang i psykiatrien i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling.

Rambøll foreslog dog, at man præciserer, under hvilke omstændigheder skærmning kan sidestilles med tvangsanvendelse, og at der udarbejdes overordnede retningslinjer for husordener. På flere punkter foreslog Rambøll *lettere* adgang til at anvende tvang: At klager sjældnere skal have opsættende virkning, og at man kan sikre overholdelse af udskrivningsaftaler via ambulante tvang. De foreslog desuden, at overlægen skal have ansvaret for, at alle patienter sikres den nødvendige opfølgning på behandlingen efter udskrivning.

På baggrund af en høring i 2003 og Rambøll-undersøgelsen er psykiatriloven igen ændret med virkning fra 1. januar 2007. Alle ændringer har været motiveret med et ønske om at minimere og nedbringe anvendelsen af tvang, men alligevel er denne alt i alt steget en smule.

FOREBYGGELSE AF PSYKISK SYGDOM

Hverken landspolitikere eller lokalpolitikere synes at have været særligt optagede af forebyggelse hverken i 1990'erne eller først i 2000'erne. Landspolitikerne undgik at røre ved selve indholdet og holdt sig til at skaffe finansieringen. Lokalpolitikere ville gerne gå over til ambulante behandling. De ville også gerne flytte hospitalernes asylfunktion over i det sociale system. Kruse (2002) foreslog sorg- og krisebearbejdning i forhold til børn og unge. Det har endvidere inden for de seneste par år været foreslået at nedbringe antallet af førtidspensioner på psykiatrisk grundlag ved at behandle psykiske lidelser tidligere. I de allerseneste år er emnet forebyggelse dog blevet taget op i to udgivelser fra Sundhedsstyrelsen (2009b, 2010), som foretager en omfattende kortlægning af den mentale sundhed. Forebyggelse indgår også i regeringens nye handlingsplan for psykiatrien.

RELATIONER TIL ANDRE POLITIKOMRÅDER

Selv om det ikke har været intentionen med reformen i 1976, og selv om psykiaterne næppe har ønsket det, kom udlægningen til amterne til at betyde, at det psykiatriske område blev nærmere forbundet med de sociale områder. Mentalhygiejne og psykisk sundhed generelt blev dog så at sige ikke tematiseret. Først i de senere år har vi haft en debat om stress og udbrændthed, som er blevet nævnt i psykiatriplaner og lignende.

LIGHED I PSYKIATRIENS TILBUD

De få store statshospitaler før 1976 havde meget store optageområder. Det er blevet påvist, at dette i realiteten kom til at betyde, at der blev optaget færre patienter fra yderområderne. Der var således en geografisk skævhed i optaget. Med udlægningen af statshospitalerne til amterne blev psykiatrien i højere grad lige tilgængelig for alle uanset bopæl. Efter udlægningen er vi ikke stødt på betragtninger om lighed i forbindelse med psykiatriområdet.

En anden form for lighed består i, at lovgivningen gradvis har ligestillet de psykiatriske patienter med andre patienter. Det gælder fx i forhold til frit valg, der som udgangspunkt også gælder for denne gruppe – selv om der kan gøres undtagelser.

BESKÆFTIGELSE AF SINDSLIDENDE

Arbejde havde indgået i behandlingen af mennesker med sindslidelse allerede før 1976. Det er vanskeligt at overskue, om afinstitutionaliseringen kom til at betyde mere eller mindre vægt på beskæftigelse af patienterne. På den ene side betød afinstitutionaliseringen, at et antal tidligere indlagte, som nu kom ud i egen bolig eller bofællesskab, mistede adgang til sygehusets værksted. På den anden side kunne nogle få adgang til amtets tilbud om beskyttet beskæftigelse. Alt tyder dog på, at det har drejet sig om ganske få personer, for vi skal ind i 2000-tallet, før mennesker med sindslidelse bliver en del af målgruppen for beskyttet beskæftigelse (Bengtsson & Mateu, 2009). Selv om ”arbejde” blev nævnt i mange tekster, blev der ikke gjort meget for at fremme psykiatriske patienters vej ind på arbejdsmarkedet.

Omkring 2. kommunalreform i 2007 fordobledes andelen af sindslidende i beskyttet beskæftigelse i løbet af to år, nemlig i 2005-2007.

Der opstod en interesse for *supported employment*, det vil sige ansættelse af mennesker med begrænset arbejdsevne på almindelige arbejdspladser med støtte, som kan udgå enten fra kommunen eller fra et beskyttet værksted (Bengtsson & Mateu, 2009). Målgruppen for *supported employment* er i høj grad sindslidende.

KONSEKVENSBEREGRNINGER

Arbejdsmarkedskommissionen (2009) var inde på, at antallet af tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk grundlag kan reduceres, især når det gælder unge mennesker. Den viste med tal, at antallet af tilkendelser af førtidspension på psykiatrisk grundlag er steget betydeligt over en længere årrække, så man nu er oppe på, at det næsten gælder hver anden tilkendelse. I gruppen under 40 år sker mere end hver anden tilkendelse på psykiatrisk grundlag.

Da man i dag fra psykiaterside mener, at de fleste af disse mennesker kan forblive arbejdsdygtige, hvis de behandles tidssvarende ved første henvendelse til behandlingssystemet, nåede kommissionen til den konklusion, at det med en øget indsats i den tidlige fase af psykiske lidelser vil være muligt at nedbringe antallet af førtidspensionstilkendelser ganske betydeligt. Kommissionen mente dog ikke, at der er basis for at foretage en konkret beregning af, hvor mange tilkendelser man vil kunne undgå.

PSYKIATRIENS MÅLGRUPPER

I forhold til dette spørgsmål må man dele udviklingen op i flere dele: Udlægningen af statshospitalerne til amterne i 1976, opbygningen af distriktpsychiatrien i 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, styrkelsen af psykiatrien fra 1990'erne, den styrkede indsats mod psykoser i 2000'erne og den videreførelse af udviklingen, der aktuelt bliver planlagt.

Allerede før 1976 havde der fundet en reduktion af indlæggelsestider sted i forbindelse med indførelsen af medikamentel behandling af fx skizofreni, bipolare lidelser og neuroser. Det betød, at det blev muligt at behandle flere personer med disse lidelser, men ikke at man supplerede de traditionelle målgrupper med nye i perioden før 1976. En af grundene til dette har givetvis været, at der var et utilstrækkeligt antal

psykiatriske sengepladser set i forhold til det behov, man dengang mente, der var.

I 1980'erne skete afinstitutionaliseringen meget hurtigt. Gennem 1980'erne og 1990'erne blev det fra psykiaterside ofte fremført, at dette måske havde betydet bedre forhold for en stor gruppe mennesker med lettere sindssygdomme, men at det til gengæld var gået ud over gruppen af personer med sværere lidelser. Til dem manglede man nu velegnede tilbud. Målgruppen for indsatsen på sengeafdelingerne var dog stadig primært mennesker med alvorlige psykoser. Fra 1990'erne kommer nye grupper og henvender sig med ønske om behandling. Det drejer sig om ikke-psykotiske lidelser som depression og angst, udviklingsforstyrrelser som Aspergers syndrom og ADHD samt personlighedsforstyrrelser som tvangshandlinger, tvangstanker og anoreksi. I 2000'erne er det dog stadig begrænset, hvor stor en del af systemets ressourcer disse grupper lægger beslag på.

STYRINGEN AF DANSK PSYKIATRI

Beslutningen om at decentralisere det psykiatriske sygehusvæsen blev taget i 1967, efter at Socialreformkommissionen havde anbefalet det, og den første kommunalreform var under forberedelse. Denne beslutning var led i en omfattende reformproces styret fra centralt politisk hold, og den blev udtrykt ved en lov i 1976. Det indgik i forestillingerne om decentralisering, at der skulle ske en serviceforbedring på samme måde som på det felt, der dengang hed åndssvageområdet.

Mens udlægningen for udviklingshæmmede betød mindre og venligere institutioner, bofællesskaber og egne boliger, betød den for sindslidende i de første mange år kun kortere behandlingstider og gentagne indlæggelser. Situationen blev genstand for en omfattende debat og blev angrebet med temaplanrunder fra sidst i 1980'erne. Der blev nedsat et såkaldt "fremrykningsudvalg". Man oprettede statslige puljer for at støtte forsøg på det socialpsykiatriske område. En dagsorden i Folketinget 1991 gav anledning til, at regeringen udarbejdede årlige statusredogørelser. En dagsorden i Folketinget i 1996 gav startskuddet til de psykiatriaftaler, der siden har reguleret området.

Siden 1997 har udviklingen været styret af disse, først 3-årige, siden 4-årige aftaler mellem regeringen, amterne (siden 2007 regionerne)

og kommunerne samt de fleste folketingspartier. I evalueringen af psykiatriaftalen for 2003-2006 (Sundhedsministeriet, 2005) omtales aftalen dog i indledningen som en aftale mellem regeringen og satspuljepartierne, hvilket vil sige de politiske partier bortset fra Enhedslisten. Dette er næppe formelt korrekt, men skal nok ses som et tegn på, at satspuljepartierne – som kontrollerer finansieringen af aftalerne – i realiteten er part i aftalerne. I disse aftaler er der afsat årlige millionbeløb til udbygning af psykiatrien, opdelt på en række felter.

Psykiatriaftalerne knytter sig til den særlige finansieringsform, man siden 1997 har benyttet til udbygning af psykiatrien: satspuljefinansiering. Udbygningen bliver finansieret med flere hundrede millioner kroner årligt fra den såkaldte satspulje. Det kræver en aftale med de partier, der står bag puljen. Finansieringsformen betyder på den ene side, at emnet regelmæssigt er oppe mellem mange partier i Folketinget. På den anden side gør den området ugenomskeligt, fordi der mangler en samlet oversigt over, hvor mange penge der bruges, og hvilke tilbud der findes. Dette forhold er blevet kritiseret af Rigsrevisionen (2010).

Ved revisionen af psykiatriloven i 1989 blev denne overført fra Justitsministeriet til Sundhedsministeriet, og i stedet for en lov, som kun vedrører den retssikkerhed, der er nødvendig, når man beskytter befolkningen mod sindslidende, blev det til en lov, som også vedrører psykiatri som en service til befolkningen. Det gav sig udslag i regler om sygehusstandard, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Siden det tidspunkt, hvor Strukturkommissionen – som designede den anden kommunalreform – blev nedsat i 2002, har situationen været præget, først af spekulationer om en ny arbejdsdeling mellem de decentrale niveauer, siden af den konkrete udformning heraf. Inden anden kommunalreform havde amter og kommuner som følge af grundlovsreformen fra 1998 koordinationsudvalg til at aftale, hvor meget amterne skulle tage sig af, og hvor meget kommunerne selv klarede på det specielle område. Siden 2007 har forholdet været reguleret af de såkaldte ”sundhedsaftaler” mellem regioner og kommuner. De har været det vigtigste styringsinstrument.

LOVGIVNING OG REGLER PÅ PSYKIATRIOMRÅDET

1976-loven om udlægning af statshospitalerne til amterne vedrører kun den administrative struktur og lader form og omfang af indsatsen være op til amterne. Udviklingsprocessen fra midt i 1990’erne, hvor distrikts-

psykiatrien blev udbygget og standarden på de psykiatriske sygehuse øget markant med større andel enestuer, blev virkeliggjort rent administrativt gennem forhandlinger mellem staten og amterne og ikke støttet på lovgivning. Den seneste psykiatraftale gælder for fra 2007 til 2010, hvor man skal forhandle en ny aftale.

Efter udlægningen i 1976 skulle de enkelte amter selv dække behovet for psykiatrisk behandling på egne institutioner, som de allerede gjorde på det somatiske område. De måtte selv vælge, hvordan de ville løse opgaven, og hvor mange ressourcer de ville afsætte til det. Tidligere havde man haft en norm på 2,5 senge pr. 1.000 indbyggere. Den blev nu droppet. Antallet af senge på psykiatriske sygehuse blev reduceret med 60 pct. (59,7 pct.) fra 1976 til 1990, mens det steg en smule på de psykiatriske afdelinger på almindelige sygehuse. Alt i alt skete der groft sagt en halvering af sengetallet. De sociale tilbud til sindslidende, bofællesskaber, boligformer og beskyttede job blev imidlertid ikke udbygget tilsvarende, hvilket fik Ugeskrift for Læger til at tale om en ”pølsevognspsykiatri” (Albinus, 1989).

Viborg Amtsråd gik et skridt længere i den administrative omlægning og erstattede sidst i 1980’erne de åbne psykiatriske afdelinger på sygehusene med døgnhuse i socialt regi. Disse er dog igen nedlagt efter anden kommunalreform. Århus Amt skilte psykiatrien ud fra sygehusene og socialpsykiatrien ud fra socialafdelingen og samlede de to områder i en psykiatريفorvaltning. Nordjyllands Amt og Ringkøbing Amt flyttede psykiatrien fra sygehusafdelingen til socialafdelingen. Efterhånden flyttede alle amterne psykiatrien ud fra sundhedsafdelingen, så den blev lagt sammen med socialpsykiatrien.

IDEOLOGISK PÅVIRKNING PÅ OMRÅDET

Antipsykiatrien gjorde sig gældende i nogle år omkring 1980. Der dannedes en såkaldt ”Galebevægelse”, som udgav et tidsskrift, *Amalie*, og en række bøger. Bevægelsen findes stadig, men den har siden midten af 1980’erne været ret usynlig. Den har aldrig fået større indflydelse, men nogle mener, at den trods alt har haft en vis effekt med hensyn til at legitimere den stærke reduktion i antal sengepladser, som fandt sted i 1980’erne. Påvirkning fra antipsykiatrien var muligvis også medvirkende til, at selv de mest biologisk orienterede psykiatere tidligt fandt ud af at adoptere den såkaldte bio-psyko-sociale model, hvilket var med til at afideologisere feltet.

ANVENDELSEN AF ØKONOMISKE INCITAMENTER

I 1995 indførte Sundhedsministeriet en bestemmelse i sygehusloven om, at kommunen skulle betale for færdigbehandlede patienter, herunder psykiatriske patienter, som ikke kunne udskrives, fordi det relevante sociale tilbud manglede. Kommunerne skulle dog ikke betale den fulde pris for sygehussengen, men kun den udgift, som svarede til en plejehjemsplads. Meningen med dette var, at kommunerne skulle have et økonomisk incitament til at sørge for, at de sociale tilbud var til stede.

PSYKIATRISK SERVICE

Med den anden kommunalreform i 2007 blev psykiatrien delt op i en psykiatri, som er regionernes ansvar, og en socialpsykiatri, som er kommunernes ansvar. Kommunerne er blevet finansielt ansvarlige på hele sundhedsområdet og er alene om finansieringen af de sociale områder. Målgruppen for indsatsen er udvidet, men behandlingen af og forsorgen for mennesker med psykoser lægger stadig beslag på den største del af ressourcerne. Udbygningen af distriktspsykiatrien er den vigtigste fornyelse fra 1990'erne. Muligheden for tidlig behandling af psykoser ved hjælp af opsøgende team er den vigtigste fornyelse i 2000'erne.

LOVGIVNING PÅ PSYKIATRIOMRÅDET

MÅLGRUPPE FOR LOVGIVNINGEN

Den relevante lovgivning er sundhedsloven, psykiatriloven og den sociale servicelov. For disse love gælder det, at målgruppen er personer, som lovligt bor i Danmark og har behov for ydelser.

Sundhedsloven siger, at behandling forudsætter informeret samtykke og giver regler for, hvornår man kan behandle, hvis personen varigt mangler evnen til at give dette samtykke. Psykiatriloven siger, at man kan anvende tvang over for mennesker med psykoser, hvis udsigten til

en afgørende bedring ellers bliver væsentligt forringet, eller hvis personen frembyder en væsentlig fare for sig selv eller andre. Den fastsætter også regler for husorden på psykiatriske afdelinger og skærmning af patienter.

Den sociale servicelov taler om nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt om særlige sociale problemer – om børn bruger man dog udtrykket ”særlige behov”. Den tilbyder bl.a. ophold i midlertidige eller varige boformer, beskyttet beskæftigelse, 15 timers ledsagelse om måneden, praktisk hjælp og støttekontaktperson. Hvis det er nødvendigt, er det muligt at optage en person i en særlig boform mod dennes ønske. Det benyttes især ved det, der kaldes problemskabende adfærd – det vil sige udadreagerende, voldelig, selvskadende eller selvstimulerende adfærd. Det registreres ikke centralt, hvem eller hvor mange mennesker der på denne måde støttes mod deres eget ønske.

RAMMELOVGIVNING/DETALJERET REGULERING

Sundhedslovgivningen er i meget høj grad en rammelov, idet man i 1976-loven om udlægning hverken stillede krav til indholdet eller omfanget af den psykiatriske behandling, som amterne tilbød. Det var tanken, at hospitalspsykiatrien skulle styrkes, men pga. den økonomiske situation fastsatte man ikke nogen måltal for dette. Styrkelsen af psykiatrien i 1990’erne byggede på puljer og lokale ildsjæle kombineret med en generel styrkelse af amternes økonomi – det var derimod op til amterne at definere det konkrete indhold af indsatsen. Også sociallovgivningen er en rammelov, og kommunerne har stor frihed med hensyn til at administrere den. Der er dog samtidig tale om rettigheder, og den enkelte afgørelse kan ankes.

BORGERNES RETTIGHEDER I PSYKIATRIEN

En tydelig definition af psykisk sygdom er essentiel for at kunne fastlægge ressourcebehovet (Borberg, 1991) og for at hindre, at begrebet psykisk sygdom misbruges af myndighederne (Adserballe, 1996). Indførelsen af diagnosesystemet ICD-10 i 1994 har medvirket til at afklare, hvad psykisk lidelse er, og dermed hvem der har ret til psykiatrisk behandling. Selv om der er tilbud om psykiatrisk behandling til en gruppe, kan ventetider i realiteten begrænse disse rettigheder. Om retten til sociale tilbud kan der siges noget lignende. Det bliver afgjort ved visitation,

om en person har behov eller har en tilstrækkeligt betydelig og varig funktionsnedsættelse. Man kan anke afgørelsen, og i tilfælde af, at man ikke får medhold, kan man indbringe den for domstolene.

MYNDIGHEDERS OG ANDRES FORPLIGTELSE

Udrednings- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien blev indført fra henholdsvis 1. august 2008 og 1. januar 2009 for børn og unge under 19 år. Reglerne fastsætter en ret for disse patienter til behandling på et privat aftalesygehus, hvis ikke bopælsregionen kan påbegynde udredning eller behandling inden for 2 måneder efter modtagelse af henvisning henholdsvis afsluttet udredning. Der er ligeledes netop indført behandlingsret i voksenpsykiatrien i forbindelse med de nye psykiatriaftaler.

ANSVARLIG MYNDIGHED PÅ PSYKIATRIOMRÅDET

Ansvar for den psykiatriske indsats er – ligesom ansvar for den somatiske indsats – delt mellem to myndighedsniveauer. Regionerne har ansvar for psykiatrien, det vil sige for psykiatriske sygehuse og afdelinger med døgn- eller dagbehandling samt distriktspsykiatrier, opsøgende team og almen praksis, mens kommunerne har ansvar for socialpsykiatrien med bosteder, væresteder og forskellige projekter samt for beskæftigelsesindsatsen.

Det påhviler regionerne (før 2007 amterne) og fra 1993 (lovfæstet i 1998) kommunerne at stille tilbud til rådighed for sindslidende. I 2007 fik kommunerne hele ansvaret for finansieringen af de socialpsykiatriske tilbud, også de specialiserede, som amterne tidligere havde haft et medansvar for. Kommunerne kan overtage driften af tilbuddene, og da de finansierer, er de stærkt motiveret hertil, men regionerne har et forsyningsansvar, hvis kommunerne ikke overtager. Det vigtigste styringsredskab er sundhedsaftalerne mellem den enkelte region og kommunerne i området. Forholdet mellem amter og kommuner var ligeledes reguleret af aftaler, siden grundtakstmodellen blev indført i 1998.

Før 1976 havde vi statshospitalerne. Desuden drev Københavns Kommune (som også fungerede som amt) Sct. Hans Hospital. De amtslige sygehuse havde dog efterhånden opbygget psykiatriske afdelinger, hvor man behandlede patienter med mindre alvorlige sindslidelser. 1976-

2006 var amterne den ansvarlige myndighed for psykiatriske sygehuse og afdelinger samt for distriktspsykiatrierne. Fra 2007 og frem er regionerne således ansvarlig myndighed for sygehusene og distriktspsykiatrierne, og kommunerne er ansvarlige for de sociale tilbud, hvor regionerne dog også har et ansvar for, at der er tilbud til rådighed.

ARBEJDSDELING OG SAMARBEJDE MELLEM MYNDIGHEDER

I 1990'erne blev kommunerne inddraget i det psykiatriske behandlingssystem. Mange kommuner havde længe haft tilbud – fx botilbud og væresteder – til sindslidende med behov for disse typer service. Nogle amter oprettede dialogfora mellem dem selv og kommunerne, og i statusrapporten fra 1995 opfordrede regeringen til, at man gjorde dette overalt, således at den sindslidende kom til at opleve et sammenhængende system og en samlet vifte af tilbud i lokalområdet.

Med grundtaksfinansieringen fra 1998 fik man en mere regelmæssig dialog mellem amt og kommuner, idet denne finansieringsmodel blev ledsaget af årlige aftaler mellem det enkelte amt og kommunerne. Med den anden kommunalreform i 2007 fik man sundhedsaftalerne mellem regionen og områdets kommuner til at regulere tilbuddet. Der var endvidere i 1990'erne eksempler på tværkommunalt samarbejde om etablering og drift af socialpsykiatriske tilbud, hvor kommunerne i fællesskab etablerede forsøgs- og udviklingsprojekter for ikke-indlagte psykiatriske patienter og socialt isolerede sindslidende mennesker i form af bofællesskaber, væresteder og støtte- og kontaktpersonordninger (Socialministeriet m.fl., 1997).

PRIVATE LEVERANDØRER AF SOCIALPSYKIATRI

Der er flere private tilbud, som primært indeholder elementer af socialpsykiatri, men også et vist omfang af psykiatri. Et eksempel er Granhøjen i Nykøbing Sjælland. Det er et specialiseret tilbud, som benyttes af kommuner over hele landet til mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser af enhver art, som kommunerne ikke selv kan rumme i deres egne tilbud. De kan sendes til Granhøjen i 3-6 år for et månedligt beløb, og så kan kommunen håbe, at den derefter selv kan klare opgaven.

Granhøjen har 65 pladser fordelt på otte bosteder og derudover 60 selvstændige boliger, hvortil der er knyttet bostøtte, samt en række

værksteder. Granhøjen kalder sig et ”miljøterapeutisk tilbud”, og der er et tværfagligt personale. Det pædagogiske personale på stedet gennemgår en 3-årig uddannelse i systemisk og narrativ terapi og har på den måde en fælles referenceramme for sin aktivitet. En del af Granhøjen er en form for psykiatrihospital (dog ikke godkendt som sådant) med to afdelinger med i alt 25 pladser, hvor den behandlingsansvarlige overlæge er tidligere administrerende overlæge for sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland for psykisk syge kriminelle.

SERVICE PÅ PSYKIATRIOMRÅDET

Ved udlægningen af psykiatrien i 1976 blev amterne pålagt at udarbejde psykiatriplaner under hensyntagen til distriktskykiatriske principper. Derved forstod man dengang geografisk afgrænsning og øget vægt på ambulant arbejde i samarbejde med primærsektor og socialektor. Frederiksen & Søgaard (1987) nævner, at distriktskykiatrien i nogle projekter er en del af hospitalsafdelingerne, og at den i andre er selvstændige enheder. Den første selvstændige enhed oprettedes i Viby ved Århus i 1985 (Bartels, 2005). I 1982 fandt en undersøgelse 14 distriktskykiatriske projekter (dvs. projekter ved sygehuse, ikke selvstændige centre) på forsøgsbasis. I 1987 var der i alt 37 projekter. Nedlæggelsen af psykiatriske sengepladser var således vidt fremskreden, før man i nævneværdigt omfang var begyndt at etablere distriktskykiatri (Sundhedsstyrelsen, 1998).

I årene omkring 1990 var der megen debat om mangelen på distriktskykiatri og social støtte til personer med psykiske lidelser. En folketingsdagsorden i 1991 krævede forbedring af vilkårene for gruppen gennem mere ambulant behandling og tilbud om boliger og omsorg i stedet for de sengepladser, der var nedlagt, og der blev etableret en pulje (15M) til forsøg på området. Endvidere skulle regeringen hvert år udarbejde statusrapporter om tilbuddene til sindslidende. I 1993 etablerede man en ny og større pulje (”Storbypuljen”, 50M). En ny folketingsdagsorden i 1996 pålagde amterne at udbygge distriktskykiatrien, forbedre standarden på de psykiatriske sengeafdelinger og lave forsøg med udrykningstjenester.

Der havde gennem nogle år været et forsøg i gang med støtte- og kontaktpersoner for mennesker med sindslidelser i Københavns

Kommune (se Kapitel 4). 1996-dagsordenen forlangte, at denne ordning blev gjort permanent og landsdækkende. Det skete et par år senere.

MAINSTREAMING AF PSYKIATRIEN

Udlægningen til amterne i 1976, inkorporeringen af psykiatriske sygehuse i det somatiske sygehussystem, inddragelsen af kommunale tilbud i behandlingssystemet, overførelsen af ansvaret for også de specialiserede socialpsykiatriske tilbud til kommunerne med den anden kommunalreform i 2007 er alt sammen udtryk for mainstreaming – forstået på den måde at man er gået bort fra særbehandling i særlige systemer og hen i retning af at behandle sindslidende på samme måde som andre borgere, inden for de samme strukturer og med den samme lovgivning.

Man må desuden sige, at hele den danske sociallovgivning er udtryk for mainstreaming. Der er således ikke nogen speciel lov om indsats i forhold til handicap, men denne indsats er rummet i den generelle lovgivning om social service og aktiv social indsats. På området beskæftigelse er det også den samme lovgivning, der benyttes af mennesker med fysisk handicap, sindslidelse og sociale problemer, og de samme myndigheder, der forvalter den. Traditionen for mainstreaming i sociallovgivningen går tilbage til K. K. Steinckes socialreform fra 1933.

EN BREDERE MÅLGRUPPE FOR DISTRIKTSPSYKIATRIEN

De første visioner for distriktpsykiatrien betragtede denne som det totale psykiatriske behandlingstilbud til befolkningen, hvor alle frit kunne henvende sig, hvis de oplevede psykiske problemer. Det viste sig imidlertid (Socialministeriet m.fl., 1997), at de svære og langvarigt syge psykotiske patienter, fx skizofrene, blev en væsentlig målgruppe. Andre primære målgrupper blev personer med akut forbigående psykoser, depressioner, manier samt svære personlighedsforstyrrelser. Den brede gruppe, man havde forestillet sig kunne have gavn af tilbuddet, er der endnu ikke blevet plads til.

Mennesker med neuroser, psykosomatiske lidelser eller belastning som følge af kriser kan i et vist omfang få hjælp hos den praktiserende læge, psykiater eller psykolog. I 2000'erne er der sket en udvidelse af klientellet i distriktpsykiatrien, hvilket afspejles i en stigning i antal mennesker, der behandles. Det er imidlertid først med de senest udgivne psykiatriplaner, at man definerer det som et mål virkelig at gøre noget for

store grupper af mennesker med mindre svære depressioner, angst, personlighedsforstyrrelser, ADHD m.m.

INNOVATIV VERSUS TRADITIONEL SERVICE

Efter distriktspsykiatriens udbygning er der opstået forskellige former for opsøgende team, som i de fleste tilfælde har haft tilknytning til distriktspsykiatrien. De såkaldte OPUS-team (team til Opsporing af Unge Skizofrene) har således haft til opgave at identificere psykoser i startfasen, hvor der er større mulighed for behandling og helbredelse. Det er lykkedes at behandle unge skizofrene, så de forbliver rimeligt velfungerende og ikke længere invalideres i samme grad som tidligere.

I Danmark var denne udvikling inspireret af Madison-modellen i 1970'ernes USA (Vendsborg, 2002). Senere er amerikanerne begyndt at benytte betegnelsen Assertive Community Treatment (ACT) om aktiviteten. Denne betegnelse har imidlertid ikke vundet indpas her i landet, hvor man i stedet taler om ”udgående team”. Der har været vellykkede forsøg med sådanne team, ikke blot i behandlingen af psykoser, men også i behandlingen af ikke-psykotiske sindslidelser (Rasmussen & Rosenly, 2004).

På det socialpsykiatriske område har der inden for rammerne af 15M-puljen og Storbypuljen, samt 19M-puljen til kommuner med særligt store udgifter til sindslidende, været et utal af forsøg med innovativ service siden først i 1990'erne. Man kan især nævne støttekontaktpersonordningen. I socialpsykiatrien er det ikke nytænkning, der mangler, men snarere, at man gør erfaringerne op og etablerer et mere stabilt system til finansiering af indsatsen, således at man kan begynde at omsætte de mange erfaringer til praksis.

BRUGERSTYRE OG BRUGERINDFLYDELSE

Personalets og især overlægens uindskrænkede magt var et af de kritikpunkter, der blev ført frem af Galebevægelsen, og man har gennem hele forløbet kunnet se en modsætning mellem læger på psykiatriske afdelinger repræsenteret ved Dansk Psykiatrisk Selskab på den ene side og på den anden side professionelle, overvejende fra distriktspsykiatrier og socialpsykiatri, samt patienter fra disses organisationer. Et af stridspunkterne har været optimal behandling versus mindsteindgrebsprincippet. Dansk Psykiatrisk Selskab har stået for optimal behandling, et princip, de

mener også hersker på det somatiske område. På det sociale område har man en anden tradition, som giver sig udtryk i mindsteindgrebsprincippet. Der er man mere opmærksom på, at indgreb af borgeren kan opleves som overgreb.

Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende (Socialministeriet & Sundhedsministeriet, 2003) nævner fra forskellige amter følgende eksempler på brugerindflydelse: De landsdækkende patient- og pårørendeundersøgelser, fokusgruppeinterview, brugerindflydelse i aktivitetshusene, evaluering af brugernes oplevelse af bostøtte i eget hjem, brugerråd i distriktspsykiatrien, tværfaglig styregruppe med bruger- og pårørendeforeninger repræsenteret til at udarbejde samlet plan for psykiatrien i det enkelte amt, repræsentation i følgegruppe og dialogmøder med psykiatriudvalget under amtsrådet. Af patient- og pårørendeorganisationer findes Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen SIND (patienter, pårørende, personale), Landsforeningen Pårørende til Sindslidende, Bedre Psykiatri, Psykiatri-Fonden. Det Sociale Netværk er etableret som en paraplyorganisation. Galebevægelsen, som stadig findes og udgiver bladet *Amalie*, har aldrig været en organisation, og siden først i 1980'erne har den ført en yderst stilfærdig tilværelse. Danske Patienter har for nylig udgivet en pjece om emnet (Danske Patienter, 2009).

En anden form for brugermagt repræsenteres af de psykiatriske patientklagenævn. Lovændringen i 1998 i Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven) betød, at de psykiatriske patientklagenævn hvert år skal offentliggøre en beretning om deres virksomhed i samarbejde med de psykiatriske afdelinger under det enkelte nævns område. Lovændringen betød en udvidelse af nævnenes kompetence, idet de nu også er første instans for klager over tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Tidligere var de kun første instans for klager over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Endvidere har klager med opsættende virkning fået en absolut sagsbehandlingsfrist på 7 dage.

Nævnene behandlede i 1999 1.400 klager over frihedsberøvelse og anden tvangsanvendelse, 528 over tvangstilbageholdelse, 346 over tvangsbehandling (inklusive medicinering), 171 over tvangsendlæggelse, 128 over tvangsfiksering og 59 over tvangsbehandling med beroligende medicin. En betydelig del af klagesagerne tilbagekaldes inden afgørelse. Cirka 5 pct. af afgørelserne tilsidesættes af nævnene. Knap en fjerdedel af

klagerne om frihedsberøvelse ankes til domstolene, som kun har tilside-sat to af disse afgørelser (1 pct.). Cirka en sjettedel af afgørelserne om anden tvangsanvendelse ankes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, som giver patienten ret i 16 pct. af tilfældene. Gennemsnitlig sags-behandlings-tid var knap 8 hverdage (Socialministeriet & Sundheds-ministeriet, 1999).

PROFESSIONER PÅ DET PSYKIATRISKE OMRÅDE

Målsætningerne for kvalitet i distriktpsychiatrien (Sundhedsstyrelsen, 1998) omtaler, at læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, ergo-terapeuter og fysioterapeuter arbejder på området. Når socialpsychiatrien tages med, må man endvidere nævne pædagoger. Professionernes funkti-oner bliver karakteriseret på følgende måde:

- Læge. Den voksenpsychiatrike speciallægeuddannelse omfatter psy-kopatologi, biologisk psykiatri, socialpsychiatri og psykoterapi. Admi-nistrative og ledelsesmæssige forpligtelser samt varetagelse af be-handlingsansvaret. Forestår udredning, behandler, har lægeligt an-svar, koordinerer tværfagligt, står for supervision, faglig vejledning, evaluerer effekt, udfærdiger attester og erklæringer. I 1994 skabtes specialområdet børne- og ungdomspsychiatri ved sammenlægning af det gamle speciale børnepsychiatri og fagområdet ungdomspsychiatri (Socialministeriet m.fl., 1997).
- Psychiatrik sygeplejerske. Specialuddannelse i psykiatri inden for sygeplejen samt psykiatrike efteruddannelser ved de enkelte sygehu-se. Sygeplejersken indgår tit i ledelsen af den distriktpsychiatrike be-handlingsenhed. Bygger på natur-, human- og socialvidenskabelige teorier. Hjemmebesøg er en væsentlig del af arbejdet. Basis for ud-vikling af et særligt ekspertområde.
- Psycholog. Uddannelsen har givet omfattende viden i personligheds-, og socialpsychologi samt biologisk og pædagogisk psykologi. Auto-risationsordningen for kliniske psykologer sikrer, at en række krav er opfyldt. Oftest videreuddannelse i psykoterapi inden for en eller flere teoretiske behandlingsrammer: psykodynamisk, systemisk, kog-nitiv psykologi m.m. Uddannet i psykologisk testning. Dansk Psycho-logforening er garant for kvalifikationer som autoriseret, specialist-

uddannet, supervisoruddannet psykolog. Psykologisk, psykoterapeutisk behandling. Regionernes psykiatriplan 2009 foreslår en uddannelse til specialpsykolog.

- Socialrådgiver. Integrerer socialfaglige komponenter i den distriktspsykiatriske behandling. Viden om samfunds- og lovgivningsforhold. Bred erfaring og psykiatrisk uddannelse. I den distriktspsykiatriske behandlingsenhed indgår socialrådgiveren som en integreret del af det tværfaglige behandlingstilbud og er almindelig behandler for en del patienter. Foretager udredning af den sociale situation, forsørgelsesgrundlag, beskæftigelsesmuligheder, boforhold, fritidsaktiviteter, social handleplan, samarbejde med socialforvaltningen, visitation til botilbud m.m. Samarbejde med arbejdsgivere, uddannelsessteder, boligforeninger.
- Ergoterapeut. Indgår i distriktspsykiatriske team med deres psykiatriske uddannelse og specielle viden om udvikling gennem aktiviteter og arbejde. Udvikler motoriske, processuelle (planlægge, organisere, evaluere) interaktionsfærdigheder. Står for ADL-træning (almindelig daglig livsførelse). Kræver bred psykiatrisk erfaring og uddannelse. Vurderer funktionsniveau og daglige færdigheder. Træner det fysiske, psykiske, kognitive, sociale funktionsniveau. Træning i ADL i behandlingsenheden, i eget hjem eller nærmiljø. Formidler samlet funktionsbeskrivelse til kolleger og samarbejdspartnere.
- Fysioterapeut. Har den faglige indfaldsvinkel til kroppens bevægefunktion og sammenhæng mellem kropsudtryk og psyke. Kræver bred psykiatrisk viden og erfaring. Grunduddannelsen er suppleret med undersøgelses- og behandlingsmetoder ud fra psykodynamiske principper. Giver kropsbevidsthedstræning i grupper og individuelt. Almen fysisk træning, integration af fysisk aktivitet i daglig livsførelse. Idrætslige aktiviteter, færdigheder i forhold til sociale kontakter. Kropsforståelse, fysisk træning.

Der er meget forskellige opfattelser af, hvordan distriktspsykiatri og socialpsykiatri skal være organiseret, og hvilken rolle de skal spille, hvilket giver anledning til grænsestridigheder. Det får man indtryk af i forskellige hørings svar igennem processen. Således anfører Raben Rosenberg og Bent Rosenbaum i Dansk Psykiatrisk Selskabs (DPS, 1997) kommentarer til "Målsætning for kvaliteten i distriktspsykiatrien" en del punkter, hvor de er uenige med Sundhedsstyrelsen.

TABEL 2.1

Personale i psykiatrien fordelt på udvalgte grupper og i alt. 1976-2007.

	Læger	Psykologer	Syge- plejersker	Assistent- og syge- hjælpere ¹	Fysiotera- peuter og ergotera- peuter	Personale i alt
1976	379	0	1.541	4.587	<=	10.046
1982	387	0	1.601	4.552	<=	9.781
1988	456	0	1.461	3.360	<=	7.811
1993	694	67	2.459	2.363	163	5.826
1996	649	123	2.640	2.273	319	6.882
1999	909	226	3.071	2.916	367	9.003
2002	1.165	394	3.172	3.219	440	9.267
2005	1.222	520	3.246	3.030	433	9.185
2007	1.277	596	3.104	2.933	456	9.179

1. 1976-1999 angår tallet andet sundhedspersonale, 1976-1988 er tallet inklusive fysioterapeuter og ergoterapeuter, som pilen i nabofeltet angiver.

Kilde: For årene 1976-99 er tallene fra Psykiatriens 25 år i amterne (Amtsrådsforeningen 2001). For årene 2002-2007 er nogle tal fra Bevægelsesregistret, Sundhedsstyrelsen – (ved Læger forstås her speciallæger i psykiatri og speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri). Andre af tallene for årene 2002-2007 er fra Danske Regioner: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende.

Det fremgår af høringssvaret, at DPS er uenig i, at decentralisering er kodeord for den distriktpsykiatriske organisationsform. Decentralisering, mener DPS, splitter sygehus- og distriktpsykiatri og øger potentielt modsætningsforholdet mellem dem, og den øger vanskeligheden ved at udvikle og fastholde viden om selv almindeligt forekommende patologiske tilstande. Det kan kun betyde, at DPS helst ser, at tyngdepunktet for behandlingen ligger i hospitalssektoren. DPS fremhæver endvidere, at de ser den psykiatriske behandling som lægeligt funderet, hvilket inkluderer viden om kroppens og hjernens biologi, psykoterapeutisk ekspertise samt socialpsykiatrisk perspektivering. Sagt på jævnt dansk vil det sige, at Dansk Psykiatrisk Selskab ser sygehuslægen i en meget central rolle i behandlingen.

I denne forbindelse kunne det også være relevant at nævne begrebet ”mindste indgrebs metode”. Det er et begreb, der kendes fra socialområdet, hvor det gælder om at yde en støtte, men respektere borgernes valg i det omfang, disse ikke stiller sig i vejen for støtten. På sundhedsområdet taler man tværtimod, ifølge DPS, om at yde den ”optimale indsats”. Stillingtagen til mindste indgrebs metode illustrerer, hvordan psykiatri kan forstås enten som almindelig sygdom eller som patientens liv. Vendsborg (2002) nævner princippet om mindste indgreb som nød-

vendigt for at respektere patientens person og livsvalg og ikke som et spareprincip. DPS tager i ovennævnte høringssvar afstand fra princippet om mindste indgreb og ser ingen grund til at fravige det almindelige lægelige princip om ”optimal behandling”.

ARBEJDSMETODER OG SAMARBEJDSFORMER

Det psykiatriske system omfatter åbne og lukkede psykiatriske afdelinger og ambulant behandling på sygehus, distriktpsychiatri, forskellige typer opsøgende team, psykiatriske skadestuer samt en socialpsykiatri med boformer, dagtilbud, støttekontaktperson og en række projekter i kommunerne. Desuden behandler praktiserende psykiatere, psykologer og alment praktiserende læger mange patienter med psykiske lidelser. Systemet er præget af forskellig tankegang, lige fra overvejende biologisk til overvejende social. I dette system er der indlejret modsætninger, men omvendt tyder undersøgelser på, at samarbejdet ofte går godt nok i praksis.

ARBEJDSMETODER I PSYKIATRIEN

Arbejdsmetoderne er præget af, at selv personer med svære psykotiske lidelser i dag overvejende behandles i distriktpsychiatrien, at der benyttes medikamentelle, psykologiske og sociale metoder i forskellige sammensætninger, og at der foregår en forskningsvirksomhed, hvor alle disse metoder inddrages med henblik på at begrænse, forhindre eller helbrede disse sygdomme.

Skizofreni er den sværeste og mest kroniske og invaliderende af de psykotiske lidelser. På dette felt har vi i 2000'erne haft OPUS-

projektet (Opsporing af Unge Skizofrene) samt Det Nationale Skizofreniprojekt (DNS). OPUS har vist, at man ved bedre beskrivelse af forvarselssymptomerne og tidlig opsporing i mange tilfælde kan hindre et invaliderende forløb af lidelsen, og DNS viser en lignende effekt af behandling.

Tidlig behandling fremhæves stadig oftere som vigtig, og man har nu en hypotese om, at en psykose i sig selv har en neurotoksisk effekt (Christensen, 2003). Incidensen af psykoser hos unge 13-19-årige i Danmark opgjort efter indlæggelser er 37/100.000 for piger og 62/100.000 for drenge, men det er vanskeligt at erkende psykoser hos unge, og man er bange for at sygeliggøre personer, som så senere viser sig ikke at fejle noget alvorligt.

Psykiatriske skadestuer er modtagelser, som er mere eller mindre åbne (Bartels, 2005). De kan være åbne for personer, som i forvejen er psykiatriske patienter, eller døgnåbne for alle, der henvender sig. Der er oprettet flere og flere psykiatriske skadestuer, som er blevet stadig mere åbne, og de får stadig flere henvendelser, selv om andre forhold peger på, at den psykiske helse som sådan ikke forværres tilsvarende.

Psykiatriske sygehusafdelinger er stedet, hvor de alvorligste sindslidelser behandles i deres værste akutte faser. Indlæggelsestiden er gennem hele perioden siden 1960'erne blevet reduceret løbende. Enkelte afdelinger, fx på Sct. Hans Hospital, har i en periode satset på at indlægge unge mennesker ved det første udbrud af sindslidelse og bruge flere måneder på at forbedre tilstanden væsentligt. Nu er man dog gået helt over til korttidsindlæggelse efterfulgt af videre behandling i distriktpsychiatrien, i nogle tilfælde bortset fra enkelte kritiske faser.

De fleste psykiatriske sygehusafdelinger er åbne afdelinger, men der er også lukkede afdelinger. Andelen af tvangsindlæggelser (set i forhold til alle indlæggelser) har udviklet sig fra 4,6 pct. i 1976, 3,6 pct. i 1988, 5,2 pct. i 1993 til 4,5 pct. i 1999. I dag er ca. 6 pct. af indlæggelserne tvangsindlæggelser. Tvangsforanstaltninger i det hele taget blev i 2006 og 2007 anvendt over for 21 pct. af patienterne, et tal, som dog i nogle amter var mere end dobbelt så højt som i andre. Det seneste tal for andelen af tvangsindlæggelser på behandlingsindikation er 2,4 pct. i 2008. I den ambulante behandling har det længe ikke været lovligt at benytte tvang. En arbejdsgruppe under Dansk Psykiatrisk Selskab (2005) behandlede spørgsmålet, men et flertal var imod at åbne for tvangs-

behandling uden for sygehus. I 2011 er der alligevel åbnet mulighed for ambulans tvang under ganske særlige omstændigheder.

Vendsborg (2002) beskriver distriktspsykiatriens arbejdsmetoder over for mennesker med langvarige psykoselidelser som bestående af tre områder: forebyggelse af tilbagefald, optræning og rehabilitering samt sociale hjælpeforanstaltninger. Tilbagefald forekommer i gennemsnit op mod en gang om året, hvis patienten ikke modtager behandling. Ved en intensiv indsats med en opsøgende funktion kan intervallet øges til 5-10 år. Optræning og rehabilitering er nødvendig for at genvinde og vedligeholde funktionsniveauet, og sociale hjælpeforanstaltninger er i mange tilfælde nødvendige.

Indsatsen skal ifølge Vendsborg (2002) ske efter princippet om mindste indgreb. Ikke for at begrænse ressourceanvendelsen, men for at betone, at den enkelte psykisk syge skal leve en så selvstændig og selvvalgt tilværelse som muligt. Behandling i eget hjem er således ikke noget, man foretrækker af principielle grunde, men kun noget, der anvendes, når det er nødvendigt. Og det er i mange tilfælde nødvendigt at opretholde kontakten til patienten.

Et element i distriktspsykiatrien er opsøgende psykoseteam. De indeholder både biologisk-medicinsk, psykologisk, pædagogisk og social ekspertise. Patienten har en primær kontaktperson (klinisk case manager), men hele teamets viden kan komme i spil i forhold til den enkelte patient. Den planlagte kontakt finder sted om dagen eller i de tidlige aftentimer, men teamet kan kontaktes hele døgnet. Som regel kan problemerne dog klares over telefonen i første omgang.

Det vigtigste for et godt behandlingsresultat er en alliance mellem den kliniske case manager og patienten, den såkaldte ”terapeutiske alliance”. Den kræver en åben, ærlig og ligeværdig kontaktfom, som giver patienten tillid til, at det er dennes behov og ønsker, som respekteres, og at patienten er i centrum for indsatsen. Hvis der er mål i indsatsen, som patienten ikke kan acceptere, er det væsentligt, at dette klart fremgår. Case manageren må åbent udtrykke, at han eller hun ser nogle behov, som han eller hun forsøger at få patientens samtykke til at inddrage i behandlingsplanen.

Psykoterapi og samtalebehandling, psykoedukation, genoptræning af praktiske færdigheder og træning i sociale færdigheder indgår i behandlingen i distriktspsykiatrien. Mennesker, som lider af en langvarig psykose, vil næsten altid blive tilbudt medicin, som kan dæmpe de psyko-

tiske symptomer. De nye medikamenter er set i forhold til dem, de har afløst, mere effektive og har andre bivirkninger, som først viser sig på længere sigt.

Behandlingen i distriktspsykiatrien er frivillig, og der kan ikke anvendes tvangsforanstaltninger. De læger, der indgår i distriktspsykiatrien, kan heller ikke tvangsindlægge en patient, idet loven kræver, at dette gøres af en udenforstående læge. Distriktspsykiatriens medarbejdere kan dog være dem, som først observerer, at en patient har brug for tvangsindlæggelse, og dermed dem, der tilkalder patientens egen læge med henblik herpå.

Psykiatrisk akutteam er et forsøg i Odense, som sigter mod at imødekomme kritikken af distriktspsykiatriens afgrænsede målgruppe og begrænsede tilgængelighed (Rasmussen & Rosenly, 2004). Akutteamet har været organiseret i tilknytning til distriktspsykiatrien. Hertil har alle med et akut opstået psykiatrisk problem kunnet henvises, undtaget er dog personer med demens. Første samtale med patienten sker inden for 48 timer efter henvendelse på hverdage, og teamet kan have kontakt til patienten i op til 3 måneder.

Forsøget har givet mulighed for tidlig intervention over for nyopståede psykoser og mulighed for bostøtte, der eventuelt kan hindre indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Teamet kan afklare, om der er tale om psykisk sygdom, gennemføre samtaler med henblik på problemløsning, vurdere behovet for medicinsk behandling og starte denne op, inddrage pårørende i behandlingen, etablere kontakt til sociale myndigheder og formidle generel viden om psykiatiske sygdomme.

Målgruppen er alle aldersklasser, men det har vist sig at indeholde mange flere under 30 og over 70 end distriktspsykiatrien. Ligesom i distriktspsykiatrien var de fleste behandlede kvinder. Den største gruppe patienter havde diagnosen depression (49 pct.), mens 25 pct. havde angst eller OCD. Kun 8 pct. af patienterne havde psykoser. (I distriktspsykiatrien gælder dette for 70 pct. af patienterne). Kun 5 pct. har haft misbrug. Et stort flertal af patienterne var stadig i arbejde eller studerende. For den fortsatte tilknytning til arbejdsmarkedet er det vigtigt, at der hurtigst muligt efter henvendelsen kan startes en sufficient behandling.

60 pct. af de praktiserende læger har benyttet akutteamet. Det var forventet, at tilbuddet især ville blive benyttet af patienter med svære psykotiske lidelser, men de er kun kommet til at udgøre en lille del af patienterne. Til gengæld har man fået kontakt til en stor gruppe patienter,

hvoraf mange tidligere har været behandlet i almen praksis, mens andre ikke har været behandlet før. Det skyldes formentlig, at der hidtil har manglet tilbud til disse grupper.

Psykiatrisk akutteam udmærker sig ved at være et forsøg, der har kunnet tiltrække den store gruppe af mennesker med ikke-psykotiske psykiske lidelser, som nok kan overleve uden at få nogen behandling, men som kan få deres situation væsentligt forbedret gennem vejledning og behandling i tide. Det er mennesker, som er i arbejde eller i gang med studier, men så psykisk sårbare, at risikoen for passive perioder er til stede. Det er ikke umuligt, at en indsats over for denne gruppe mennesker vil give lige så store gevinster for samfundet, som den koster.

De praktiserende psykiatere betegnes af Brødsgaard (2001) som ”Den hemmelige psykiatri”. Han anfører, at mens 70.000-80.000 personer (i 2000) har kontakt med sygehuse og distriktspsykiatrier, hvor 8.000-10.000 patienter beslaglægger ca. en tredjedel af ressourcerne, behandler de psykiatriske speciallæger årligt 40.000-45.000 andre. 103 psykiatere praktiserer i private konsultationer, og derudover er der knap 10 børne- og ungdomspsykiatere. 43 deltidspraksis bliver drevet først og fremmest af hospitalsansatte læger. Derudover har nogle få psykiatere nedsat sig uden at have overenskomst med sygesikringen, hvorfor der ikke er nogen oplysninger om dem.

De praktiserende psykiatere med overenskomst med sygesikringen modtager hver i gennemsnit ca. 200 nye patienter pr. år, i alt mere end 20.000, og har i gennemsnit kontakt med næsten 400 patienter om året. Blandt patienterne er der flere kvinder end mænd. De fleste kommer med depressioner, dernæst angstsygdomme som panikangst og fobier, tvangstanker og tvangshandlinger (OCD), samt personlighedsforstyrrelser som fx borderline-personlighedsforstyrrelse. Desuden behandles personer med spiseforstyrrelser, skizofreni, paranoide tilstande, begyndende demens, misbrugsproblemer, kronisk belastningssyndrom og post-traumatisk belastningssyndrom. Over halvdelen af patienterne behandles med medicin, ca. en femtedel med psykoterapi og resten med terapeutiske samtaler og rådgivning.

Socialpsykiatri er betegnelsen for hele det område, som er opstået i kommunerne fra begyndelsen af 1990'erne med udgangspunkt i de sociale tilbud til sindslidende, først og fremmest boformer. Denne sektor er udformet som en række tilbud, som kommunerne stiller til rådighed. Formålet med disse tilbud er primært at støtte et fungerende dagligliv for

den sindslidende, således at det undgås, at sociale belastninger kommer til at betyde, at en genindlæggelse bliver nødvendig.

Socialpsykiatrien beskæftiger sig med at støtte sindslidende i forhold til deres sociale problemer. Der udøves ikke psykiatrisk behandling, men derimod psykosocial rehabilitering. Socialpsykiatrien er en vigtig forudsætning for, at mennesker med sindslidelse bliver i stand til at leve et liv uden for sygehuset. Socialpsykiatrien blev bygget op gennem en systematisk forsøgsvirksomhed. De såkaldte SUM-forsøg sidst i 1980'erne omfattede alle sociale områder, mens 15M-puljen fra 1991 og Storbypuljen fra 1993 specielt sigtede mod det socialpsykiatriske område. De mange forsøg skabte en gruppe forsøgsmagere, ofte betegnet "ildsjæle" (Hulgård, 1997), som spillede en stor rolle i udviklingen af den kommunale og amtslige socialpsykiatri.

MEDIKALISERING AF PSYKIATRIEN

Man kan nemt få det indtryk, at medicin har spillet en meget stor rolle i udviklingen af moderne psykiatri. Medicin var grundlaget for, at antallet af psykiatriske sengepladser kunne reduceres, samtidig med at flere patienter kom i behandling allerede inden udlægningen i 1976, og at der kunne ske en fortsat kraftig reduktion, selv om aktiviteten i distriktspsykiatrien var ganske lav i 1980'erne.

Medicin spiller fortsat en hovedrolle i behandlingen af skizofreni, især hos Gerlach (1999), men også hos Krarup & Galløe (2002). Skønt disse lægger stor vægt på kognitiv terapi, anfører de, at terapien især giver meget lovende resultater *sammen med* medicin. De lægger vægt på kriseintervention, hjælp til at erkende og acceptere sygdommen, problemløsningsstrategier, rådgivning og vejledning samt psykoedukation. Da patienten i mange tilfælde ikke er i stand til at overføre det lærte fra én situation til en anden, er det vigtigt, at en stor del af indsatsen sker i patientens hjem og øvrige daglige omgivelser og ikke i hospitalsregi.

Medicin er en del af behandlingen, i hvert fald af sværere psykoser og i hvert fald på sengeafdelinger, selv om man i dag ikke finder psykiatere, der slår til lyd for, at medicin skal være den eneste behandlingsform. Op til revisionen af psykiatriloven i 1999 foreslog Folketingets retsudvalg, at der blev oprettet medicinfri afdelinger. Dette forslag vandt imidlertid ingen genklang i faglige kredse, men fik tværtimod en hård medfart i Ugeskrift for Læger (Jensen, 1998).

BEGREBERNE EMPOWERMENT OG RECOVERY

Efter der er opnået store resultater med behandlingen af psykoser, hører man stadig oftere begrebet ”recovery”. Ordet betyder at komme sig, det vil sige at få så meget styr på sindslidelsen, at den ikke er invaliderende. Internationale opfølgingsundersøgelser viser, at mellem halvdelen og to tredjedele kommer sig efter skizofreni, flest i ulande (Hopper, 2007). ”Recovery” betyder ikke, at alle disse mennesker bliver helt raske – det gør nogle, mens den største del oplever en væsentlig bedring. Alligevel har en del psykiatere været mere end tøvende med at anerkende begrebet ”recovery”. I dag er tankegangen på psykiatriområdet gennemgående præget af, at man kan bremse, standse eller vende sygdomsforløb, hvis man tager fat ved den første kontakt med behandlingssystemet. Jensen (2008) mener, at recovery-begrebet kan spille en rolle i det faglige identitetsarbejde, som må komme i socialpsykiatrien, nu hvor kommunerne har fået det fulde ansvar for den socialpsykiatriske indsats. Psykosocial rehabilitering ser efter hendes mening ud til at kunne blive et nyt fagligt omdrejningspunkt for socialpsykiatriens professionelle bidrag til menneskers arbejde med at komme sig.

SAMARBEJDSFORMER I PSYKIATRIEN

HOSPITALSPSYKIATRI – DISTRIKTSPSYKIATRI

Selv om distriktspsykiatrien er blevet hovedelementet i det psykiatriske behandlingssystem, spiller hospitalet stadig en rolle. En intensiv distriktspsykiatrisk indsats kan reducere behovet for indlæggelse stærkt, men ikke helt fjerne det. Men selv om dette forhold medfører et åbenlyst behov for samarbejde mellem den hospitalsbaserede psykiatri og distriktspsykiatrien, er samarbejde ikke noget, der opstår af sig selv. De formelle organisationsstrukturer trækker nogle grænser, som man skal opfinde særlige samarbejdsformer for at overvinde.

For at sikre samarbejdet har man indført begrebet ”udskrivningsaftaler”. Da behandlingstiden i hospitalspsykiatrien blev forkortet betydeligt, søgte man at videreføre behandlingen ambulant i hospitalets regi (i årene omkring 1980 blev denne ambulante indsats betegnet ”distriktspsykiatri”), men det viste sig, at mange patienter ikke var i stand til at opretholde kontakten. Dette blev bedre med de nye distriktspsykiatriske centre. For at styrke samarbejdet udviklede man udskrivningsafta-

ler, der definerer den fortsatte behandling i tilfælde, hvor patienten ikke selv vil opsøge den, og disse blev lovfæstet ved ændringen af psykiatriloven med virkning fra 1999.

SAMARBEJDE MELLE MUNDHEDS- OG SOCIALOMRÅDET

Psykosker belaster personen på en måde, så det er svært at undgå, at nogle mennesker med disse lidelser bliver lovbydere eller sociale klienter. Der er derfor naturligt et samarbejdsfelt mellem psykiatrien og såvel det rets- lige som det sociale område. Stigningen i antallet af retspsykiatriske pati- enter er fortsat. En del af baggrunden kan være, at der i straffesager er større opmærksomhed på, om en psykose kan være en del af baggrunden for den kriminelle adfærd.

Fra 2007 har kommunerne fået ansvaret for alle sociale tilbud til mennesker med sindslidelser. Det har betydet en organisationsmæssig adskillelse mellem psykiatri og socialpsykiatri. Fra psykiatriens side har man det indtryk, at kommunerne ikke stiller de tilbud til rådighed, som de burde.

Fra kommunernes side oplever man, at der sker en ”opgave- glidning”, hvor patienterne bliver hurtigere færdigbehandlet, men at der til gengæld stilles større krav til den sociale indsats. Desuden oplever man, at den støtte, kommunerne tidligere fik fra distriktspsykiatrier til de kommunale boformer, nu er forsvundet. Kommunerne mener derfor, at det er nødvendigt for dem at opruste med ekspertise på det psykologiske område. Der er derfor fare for, at opdelingen kommer til at betyde for- dobling af funktionerne.

SAMARBEJDE MELLE M SOCIALOMRÅDET OG ARBEJDSMARKEDET

På de gamle statshospitaler var der værksteder, hvor patienterne kunne beskæftiges. I den senere udvikling har psykiatrien aldrig rigtig fået etab- leret et forhold til beskæftigelse og arbejdsmarked. I de seneste år er der imidlertid ved at ske noget. Andelen af sindslidende på beskyttede værk- steder er på et par år (2005-2007) fordoblet fra 10 til 20 pct. (Bengtsson & Mateu, 2009). I antal vil det dog kun sige fra 800 til 1.600 mennesker. Der er også opstået interesse for støttet beskæftigelse, som indebærer, at en såkaldt job-coach er til rådighed til at vejlede både medarbejder og arbejdsgiver. Her er sindslidende ofte en del af målgruppen. Det er en

interesse, der er opstået på nogle af de beskyttede værksteder og i nogle få kommuner, men som endnu ikke har præget lovgivningen (Bengtsson & Mateu, 2009). Arbejdet med at bringe sindslidende i beskæftigelse hindres af, at socialpsykiatrien hører under Socialministeriet, mens beskæftigelsesområdet hører under Beskæftigelsesministeriet.

HINDRINGER FOR SAMARBEJDE

Med et system bestående af hospitalspsykiatri, distriktspsykiatri og socialpsykiatri, hvor den første del er blevet stærkt neddrolet og de to øvrige bygget op, er det oplagt, at der opstår et behov for samarbejde. De mange nye initiativer udgør ikke automatisk noget sammenhængende system. De vil i mange tilfælde pege i forskellige retninger eller betyde, at opgaver bliver taget op af folk, som ikke er tilstrækkeligt rustet til at løse dem. Det er ikke, fordi der direkte er hindringer for samarbejde, der er derimod, som Stenager m.fl. (2000) efterlyser, brug for et mere struktureret samarbejde mellem sektorerne.

Vendsborg (2002) beklager, at hjælpesystemet er opsplittet og ukoordineret med dobbeltarbejde og modstridende indsatser. Distriktspsykiatrien står for den medikamentelle behandling, men derudover er det uklart, hvem der har ansvaret for hvad. Over for dette fremhæver han integrerede systemer som Madison-modellen i USA, hvor man tilbage i 1970'erne udførte forsøg med opsøgende psykoseteam. Vendsborg mener, at en socialpsykiatrisk distriktspsykiatri burde samle alle personrettede behandlende aktiviteter og alle professionelle tilbud, som søger at opbygge en personlig relation til den syge, hvad enten de er af medikamentel, psykologisk, pædagogisk eller social art.

De sociale tilbud burde efter Vendsborgs mening indskrænke sig til at varetage den økonomiske og praktiske bistand til de psykisk syge, ligesom de gør det i forhold til andre borgere. Der skal også tilbydes beskyttede arbejdspladser, væresteder, undervisningstilbud, sport og andre fritidstilbud. Vendsborg siger her indirekte, at han mener, at det sociale system burde holde sig fra alt, der kan minde om behandling. I praksis er det imidlertid et spørgsmål, om der kan trækkes en sådan skarp grænse, og om kommunerne er villige til dette.

STORE RESULTATER

Sygehusbehandlingen af psykiske lidelser er blevet suppleret med en distriktspsykiatri, der varetager behandling, og en socialpsykiatri, der tager sig af den sociale situation for personer med sindslidelse, med det resultat, at hyppigheden af genindlæggelse er blevet meget mindre. Der har også været forsøg med udgående team, der foretog tidlig opsporing og behandling af psykoser og andre sindslidelser med så gode resultater, at det nu er en del af det almindelige tilbud. Alligevel har hospitalspsykiatrien bevaret en førsteprioritet især i Sundhedsstyrelsen og i regionerne. Den ambulante og distriktspsykiatriske indsats er ikke blevet udbygget svarende til behovet, og den sociale indsats over for gruppen, socialpsykiatrien, er stadig underprioriteret. Det hænger især sammen med, at socialpsykiatrien hverken er blevet tilført tilstrækkeligt med midler eller har fået en stilling som ligeværdig med psykiatrien.

I de næste par år vil overgangsproblemerne i forbindelse med den anden kommunalreform også virke hæmmende på den kommunale indsats. Den anden kommunalreform blev lanceret og gennemført af grunde, der intet havde med psykiatriområdet at gøre, og den blev heller ikke udformet sådan, at den kunne gavne psykiatriområdet. Tværtimod kom den på et tidspunkt, hvor amterne netop var i gang med at integrere deres socialpsykiatriske indsats med deres psykiatriske indsats. Reformen slog denne proces i stykker, idet den skilte de to psykiatrier helt ad. Efter reformen kunne man begynde forfra med en ny integrationsproces. Her

er udsigterne knap så gode, idet det drejer sig om at integrere to forskellige organisationer, region og kommune. Sundhedsaftalerne er det middel, der er til rådighed, og der er allerede etableret et stort antal forsøg.

HVAD HAR FUNGERET GODT I PSYKIATRIEN?

Videnscenter for Socialpsykiatri (som nu er fusioneret med andre videnscentre) har fremhævet følgende otte punkter, hvor systemet i Danmark som følge af udviklingen er kommet til at fungere godt:

- Øget grad af tilgængelighed lokalt via distriktspsykiatriske enheder – og lokal socialpsykiatri i alle kommuner.
- Opmærksomhed på tidlig intervention og opsøgende virksomhed.
- Mere fokus på bedringsmuligheder og rehabilitering, sikring af mere stabilt og indholdsrigt hverdagsliv samt arbejde med handleplaner og pædagogiske planer.
- Mere fokus på netværkets betydning og på inklusion i samfundet.
- Italesættelse af problemer med tabuisering af sindslidende.
- De nye sundhedsaftaler mellem den enkelte kommune og regionen om samarbejdet.
- Brugerinddragelse på flere niveauer.
- Mere opkvalificering af personale.

ET EKSEMPEL PÅ ET VELLYKKET PROJEKT

Et af de mest vellykkede projekter på psykiatriområdet er forsøget med en Støttekontaktpersonordning (SKP-ordningen) i København, som løb i årene 1993-1997, hvorefter modellen kom med i Serviceloven i 1998. Forsøget blev evalueret af Benny Karpatschof (2001) ved kvalitative interview foretaget af psykologistuderende, som blev specielt trænet til opgaven i løbet af en dag. Interviewene blev foretaget på den måde, at SKP'eren havde aftalt med den enkelte sindslidende, hvor og hvornår interviewet skulle foregå og derefter mødte op sammen med intervieweren. I de tilfælde, hvor det var muligt, gik SKP'eren en tur, mens selve interviewet foregik. Derefter kom han eller hun tilbage og talte med respondenterne om interviewet.

Resultatet af evalueringen er stærkt positiv. Det er klart ud fra de mange ting, der refereres af Karpatschof, at SKP'eren har en helt afgø-

rende positiv betydning for de mennesker, der benytter ordningen. Evalueringens konklusion opsummerer, at SKP opfylder fire typer behov for borgerne: praktiske behov, eksistentielle behov, sociale behov og behandlingsmæssige behov.

De praktiske behov spænder fra enkle, men vigtige ting i hverdagen såsom at holde orden i boligen. Det er ikke så meget, fordi SKP'eren hjælper med det, men mere, fordi hun eller han støtter og inspirerer borgeren til selv at gøre det. SKP'eren hjælper med kontakter til myndigheder og behandlere, som ofte kan være et stort problem for mennesker med sindslidelser. Endelig hjælper SKP'eren sin borger med at holde styr på økonomien, og det kan jo volde virkelige problemer, hvis den ikke er i orden.

De eksistentielle behov dækkes bl.a. med fortrolige samtaler om personlige problemer. En stor del af de undersøgte borgere har kun SKP'eren at betro sig til og til at drøfte tilværelsens sværeste og vigtigste problemer med. SKP'eren er en samtalepartner, der letter byrden for personen med sindslidelse. Det er en funktion, som borgerens sociale netværk ikke har kompetencer til, da det overvejende består af personer, der har samme vanskeligheder med at tackle deres problemer. De professionelle kontakter tager sig heller ikke af det.

De sociale behov varetager SKP'eren på to måder. Dels ved ganske enkelt at være en kontakt for borgeren og i mange tilfælde borgerens eneste kontakt her i verden, dels ved at arbejde for, at borgeren bliver i stand til at opnå kontakt til andre, og der er det en forudsætning, at personen har de sociale kompetencer, som er trænet gennem SKP'erens egen kontakt med borgeren.

De behandlingsmæssige behov er et vanskeligt område. Sagen er nemlig, at det er et udgangspunkt for ordningen og for socialpsykiatrien i det hele taget, at der ikke sker behandling. I princippet hjælper SKP'eren derfor med at dække de behandlingsmæssige behov ved at formidle og opretholde kontakten til behandlingssystemet. I virkeligheden forholder SKP'eren sig dog også til borgerens psykiske problemer, og i to tredjedele af interviewene fremgår det, at dette sker med stor succes. SKP'erne har dermed en stabiliserende effekt og er på den måde en vigtig støtte for behandlingen.

Evalueringen opstiller en række egenskaber ved relationen mellem SKP'er og borger, som det fremgår af interviewene er vigtige for at imødekomme de nævnte behov hos borgerne. Det drejer sig om fortro-

lighed og tillid, respekt og ligeværdighed, ærlighed, ingen krav, men opmuntring, at kontakten også opretholdes, når borgeren har det dårligt, at SKP'erne er borgerens advokat, og at der er tilstrækkelig tid og kontinuerlig kontakt. Endvidere er det vigtigt, at interaktionen rummer udfordring og humor.

Vi omtaler støttekontaktpersonordningen som eksempel på et vellykket projekt, fordi det er en nyskabelse, at systemet rummer en opsøgende person, der kan få socialt isolerede mennesker med sindslidelser ud af lejligheden og i kontakt med samfundet og derved i mange tilfælde være det første skridt i en recovery-proces. Vi skal dog i samme sammenhæng anføre, at der herefter er andre til at overtage, ikke mindst bostøtten efter servicelovens § 85, som er en visiteret ydelse, og som i det store billede fylder meget mere. SKP-ordningens force er, at den kan nå længere ud.

HVAD HAR FUNGERET MINDRE GODT I PSYKIATRIEN?

Videnscenter for Socialpsykiatri fremhæver følgende seks punkter, hvor systemet i Danmark som følge af udviklingen er kommet til at fungere mindre godt:

- Man når især mellemgruppen og ikke i tilstrækkelig grad de unge, ej heller de sværest belastede (personer med dobbeltdiagnoser).
- Opsøgende virksomhed er lokalt meget forskelligt anlagt i forhold til målgrupper, normering, tilbud osv., og der kan være grænsedragningsproblemer mellem distriktspsykiatriens opsøgende team og støttekontaktpersonordningen. Meget tyder på, at man bl.a. ikke i tilstrækkelig grad får fat i personer med sindslidelser fra etniske minoriteter og ej heller har tilbud, der er tilstrækkeligt inkluderende i forhold til denne gruppe.
- Behandlingskapaciteten er for lille, og alt for mange får stadig kun tilbud om medicinering.
- Der udarbejdes for sjældent udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler i de situationer, hvor man skønner, at patienten ikke selv kan magte sin situation eller ikke vil samarbejde. Der udarbejdes måske kun 10 pct. af de aftaler, der er behov for. Det betyder, at flere mennesker involveres i personfarlig kriminalitet.

- Samarbejdet mellem sektorerne, her psykiatri og socialpsykiatri, men også arbejdsmarked og uddannelsesområdet skal blive meget bedre. Systemerne indrettes sådan, at det er vanskeligt for borgeren at varetage egne interesser.
- Kvaliteten og de tilbud, man som borger kan forvente, varierer stadig enormt fra område til område og fra afdeling til afdeling.

ET EKSEMPEL PÅ NOGET, DER IKKE RIGTIG FUNGERER

Som eksempel på noget, der har fungeret mindre godt, vil vi vælge samspillet mellem psykiatri og socialpsykiatri. Dette samspil var fra 2001 genstand for behandling i et særligt udvalg, som var nedsat af Sundhedsministeriet og Socialministeriet i fællesskab. I overensstemmelse med anbefalingen fra dette udvalg er samspillet mellem de to sektorer efterfølgende blevet evalueret af et flerårigt projekt på Videnscenter for Socialpsykiatri (2005, 2006, 2007) med Klaes Guldbrandsen som projektleder.

Evalueringen anlægger et borgerperspektiv i forhold til dette samspil. Det viser sig, at borgerne har svært ved at forholde sig til begrebet ”samspil”, idet de ikke har noget klart billede af systemets dele, men at de derimod har en fuldstændig klar opfattelse af, hvad sammenhæng i indsatsen er. Det er nemlig, når de får den rigtige hjælp til at genvinde deres kompetencer og værdier fra tilværelsen før sindslidelsen på det rigtige tidspunkt og af de rigtige fagpersoner. Borgerne har et stærkt ønske om, at indsatsen skal hænge sammen, at den hænger tæt sammen med deres personlige udvikling, og at der hele tiden er tiltag, som er rettet mod at normalisere deres situation.

Borgerne giver udtryk for, at de har behov for akuttilbud, når deres tilstand pludselig forværres. Det fandtes dengang (2005) ikke i hele landet. Borgerne oplever, at de bliver stigmatiseret som følge af sindslidelsen, men at en del af denne stigmatisering ikke har årsag i sindslidelsen som sådan, men i selve indsatsen. Denne form for stigmatisering forekommer primært i sygehuspsykiatrien, men den forekommer også i distriktspsykiatrien og i socialpsykiatrien. Nogle tilbud har karakter af lukkede reservater. Tvangsmedicinering og magtanvendelse forstærker oplevelsen af stigmatisering, mens tilknytning til arbejdsmarkedet reducerer den. Mange oplever, at de bliver udskrevet, før de føler sig færdigbehandlede. Guldbrandsen understreger, at der er brug for en plan for, hvad der skal ske efter udskrivning. De tilbud, der findes efter udskriv-

ning, oplever borgerne ofte som utilstrækkelige, især mener de, at der er for lidt personale.

Delundersøgelsen af amter og kommuners indsats finder, at de primære konflikter mellem psykiatri og socialpsykiatri skyldes en meget forskellig fagkultur. Sundhedssektoren har fokus på behandling og apparatfejl, mens den sociale sektor anlægger et borgerretsperspektiv. Det betyder, at systemerne ofte taler forbi hinanden. Professionerne kan blive en barriere for kommunikationen. Som eksempel nævnes, at praktiserende læger ofte vil forlange at tale med overlægen, hvis de skal kommunikere med sygehuset, selv om det i en konkret sag kan være en anden, der har den relevante viden.

Forløbsundersøgelsen dækker fire typer forløb, som er de mest almindelige. Det er 1) stabile forløb med få skift af tilbud og relativt få parter og med indsatser fra distriktspsykiatri og kommunal socialpsykiatri, 2) ustabile forløb med mere komplekse problemstillinger og skiftende tilbud med flere parter og indsatser fra alle sektorer fra sygehus- og distriktspsykiatri til både amtslig og kommunal socialpsykiatri. Endelig er der 3) dels stabile, 4) dels ustabile forløb for patienter, der også har misbrug. Her indgår længerevarende amtslige botilbud og misbrugsbehandling sammen med indsatser fra sygehuspsykiatrien.

De fleste borgere og medarbejdere er tilfredse med sammenhængen mellem tilbuddene. Der er imidlertid mindre positive tilkendegivelser fra forskellige beskæftigelses- og aktivitetstilbud samt fra private tilbud. Her oplever man, at kommunikationen med psykiatrien er mangelfuld. Medarbejderne mener, at problemerne er manglende dialog, fordi kommunerne ikke har tid til det, fordi man ikke kender hinanden i forvejen, fordi der er ventetid på kommunale tilbud, og fordi der er mangel på arbejdsrettede tilbud. Der er bedre samspil i de såkaldte integrerede ordninger end i de øvrige.

Et samspilsproblem er ventetid ved overgang fra et tilbud til et andet. Der er ventetid mange steder i systemet. Det viser sig imidlertid, at det er et problem, man ofte løser i praksis. Det kan fx løses ved, at sygehuset beholder patienten i længere tid, hvis der er mangel på sociale tilbud. I andre tilfælde kan det løses ved, at en part holder kontakt med borgeren, selv om borgeren egentlig er færdig med det pågældende tilbud og venter på et nyt.

Når systemer skal arbejde sammen, er det vigtigt, at de supplerer hinanden. Det bliver ofte kritiseret, at man i en sektor etablerer funktio-

ner, som i forvejen findes i en anden. Det viser sig imidlertid i undersøgelsen, at praksis har fjernet sig fra tankegangen om, at det samlede tilbud bør bestå af komplementære ydelser. Der er en stor grad af overlapping, og Guldbrandsen mener, det er positivt. Der er dog områder, hvor borgerne efterspørger mere, end de bliver tilbudt. Det drejer sig om tilbud, der retter sig mod arbejdsmarkedet, omfatter psykologbistand og personlig kontakt og tilbud, der skaber sikkerhed og struktur i hverdagen.

I forsøget på at skabe sammenhæng i indsatsen har man indført forskellige lovbestemmelser om handleplaner. Det viser sig imidlertid, at disse lovbestemte planer kun i de færreste tilfælde indgår som en vigtig del af styringen af indsatsen. De ruster ikke medarbejderne til at skabe og bibeholde overblik over forløbet og anlægge en helhedsvurdering. I stedet administrerer medarbejderne samspillet med mundtlig kommunikation og møder medarbejderne imellem på lavere niveau. I mange situationer sker der den kommunikation, som er formålet med en udskrivningsaftale, men uden at der er en formel aftale som ramme. Det sker med udgangspunkt i et personligt båret ansvar på baggrund af kendskab til borgeren.

I mange tilfælde mangler der dog en klar opfattelse af, hvor ansvaret for kommunikation skal ligge, især når forløbet er komplekst. Distriktspsykiatrien er centralt placeret og har kontakt med patienten den største del af tiden, og derfor foreslår undersøgelsen, at tovholderfunktionen placeres her.

RESULTATINDIKATORER FOR PSYKIATRIEN

Figurerne 4.1, 4.2, 4.3 og 4.4 belyser psykiatriens udvikling. Selv om tallene kommer fra forskellige kilder og må være opgjort lidt forskelligt, er billedet klart. Figur 4.1 viser udviklingen i antallet af psykiatriske sengepladser pr. 1.000 indbyggere. Det faldt kraftigt i 1980'erne, og dette fald er siden fortsat i langsommere tempo. Figur 4.2 viser antallet af indlagte patienter pr. år. Mens amterne i 1980'erne brugte den kortere behandlingstid til at reducere antallet af senge og behandle det samme antal patienter, brugte de i 1990'erne det fortsatte fald i behandlingstid til at indlægge flere.

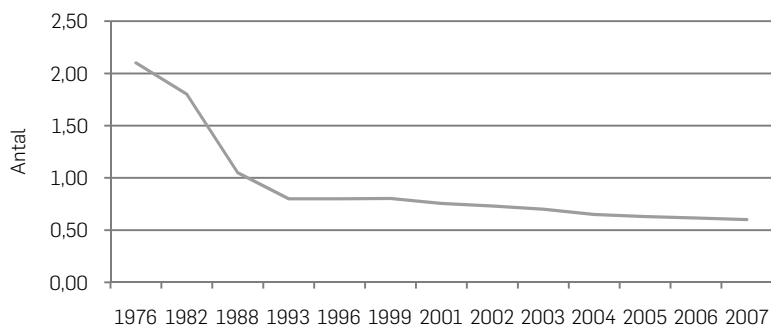
Figur 4.3 viser udviklingen i antallet af personer, som er behandlet i distriktspsykiatrien. Mens antallet af indlæggelser er nogenlunde

konstant efter 2000, bliver der nu behandlet et stadig større antal personer af distriktspsykiatrien. I denne periode får flere også tilbudt ambulante forløb. Denne udvikling hænger sammen med, at man er begyndt at behandle flere ikke-psykotiske sygdomme.

Figur 4.4 viser udviklingen i andelen af tvangsindlæggelser, hvor der har været tale om en stigende tendens, dog med et fald i 1990'erne.

FIGUR 4.1

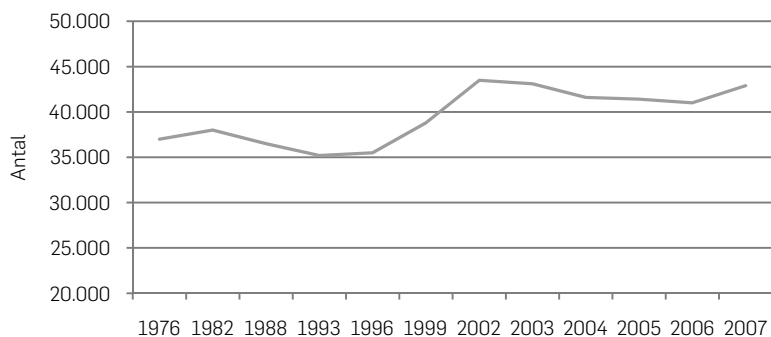
Antallet af psykiatriske sengepladser pr. 1.000 indbyggere. 1976-2007.



Kilde: Frem til 1990: Merete Bjerrum (1998). Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud, www.regioner.dk.

FIGUR 4.2

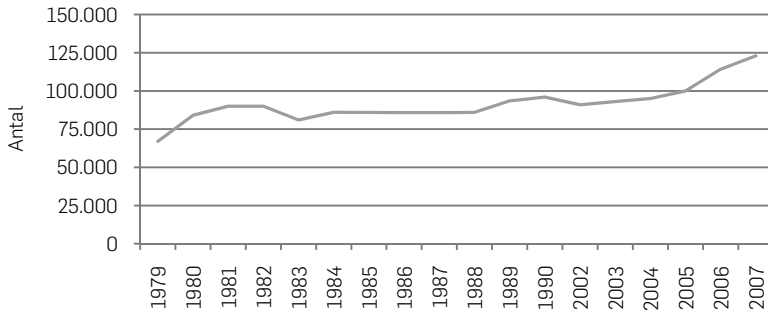
Antallet af indlagte pr. år på psykiatriske sengepladser. 1976-2007.



Kilde: Frem til 1990: Merete Bjerrum (1998). Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud, www.regioner.dk.

FIGUR 4.3

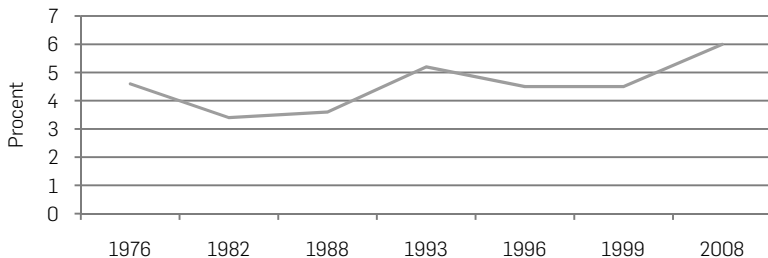
Antallet af personer, som er behandlet i distriktpsykiatrien pr. år. 1979-2007.



Kilde: Frem til 1990: Merete Bjerrum (1998). Derefter: Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud, www.regioner.dk.

FIGUR 4.4

Andelen af tvangsindlæggelser i forhold til alle psykiatriske indlæggelser. 1976-2008. Procent.



Kilde: Frem til 1999: Psykiatriens 25 år i amterne (Amtrådsforeningen, 2001). 2008: sundhedsdata.sst.dk.

UDVIKLINGSBEHOV OG UDVIKLINGSARBEJDE

Den anden kommunalreform har som nævnt betydet, at man må starte forfra med at integrere psykiatri og socialpsykiatri. Det præger de planer og programmer, som har set dagens lys de seneste år. I 2009 udkom der psykiatriplaner fra regionerne i marts, fra Sundhedsstyrelsen i august og fra Kommunernes Landsforening (KL) i september. Regionernes oplæg (Danske Regioner, 2009) tager udgangspunkt i otte visioner:

- Vi vil øge danskernes viden om og forståelse for psykisk sygdom.
- Vi vil være bedre til at forebygge psykisk sygdom.
- Vi vil behandle alle med behov for psykiatrisk hjælp.
- Vi vil helbrede flere.
- Vi vil gøre psykiatrien mere tilgængelig.
- Vi vil mindske overdødeligheden blandt mennesker med psykisk sygdom.
- Vi vil have den nødvendige teknologi og velfungerende fysiske rammer.
- Vi vil have hænder nok og bruge dem bedst muligt.

Regionerne anfører, at antallet af mennesker med psykisk sygdom vokser, og mener, at det dels kan forklares ved, at man kan behandle flere sygdomme, og at flere derfor søger behandling, dels ved, at samfundet er blevet løsere, så folk er mere udsatte, og at normalitetsbegrebet er blevet indsnævret, så flere tilstande defineres som sygdomme. Vi kan behandle og helbrede mange flere mennesker med psykisk sygdom, hvis vi prioriterer dette højere. Det kan vi efter regionernes opfattelse af følgende grunde:

- Neurovidenskaberne har givet en mere nuanceret forståelse af psykiske sygdommes opståen og udvikling.
- Genetik og hjerneskanning gør, at man kan specialdesigner medicin til den enkelte.
- Der sker en øget brug af forskningsbaseret behandling, som giver en mere effektiv og ensartet diagnostik og behandling.

De nævnte tre punkter giver indtryk af, at regionernes psykiatriplan er inspireret af Dansk Psykiatrisk Selskab og mindre af synspunkter fra distriktspsykiatrien. Regionernes debatoplæg om psykisk sygdom og arbejdsmarkedet (Danske Regioner, 2009) er udarbejdet i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS), Danske Psykiatere, Børne- og ungdomspsykiateres Organisation (DPBO) og Dansk Psykologforening.

På arbejdsmarkedsområdet er der alvorlige problemer. I 2008 fik 7.500 personer tilkendt førtidspension på grund af en psykisk lidelse, et tal, der er steget med 60 pct. siden 2001. Tilkendelser af førtidspension på grundlag af psykiske lidelser udgør næsten halvdelen af de tilkendte førtidspensioner (48 pct.). Op mod en femtedel af befolkningen har en

psykisk lidelse af ikke-psykotisk karakter i løbet af et år. 10 pct. af disse behandles hos en psykiater, 10 pct. hos en psykolog, 50 pct. i almen praksis, mens 30 pct. ikke behandles.

Sundhedsstyrelsens nationale strategi for psykiatri (Sundhedsstyrelsen, 2009) refererer til WHO's Helsinki-konference i 2005, og strategien siges at have været undervejs siden. Strategien peger på, at der med satspuljeaftalen 2008-2010 kom midler til indførelse af en undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien. Den betydelige økonomi, der har fulgt aftalerne, har gjort, at psykiatrien er kommet langt, men yderligere udvikling kræver flere midler. Fokus i Sundhedsstyrelsens nationale strategi er sundhedsvæsenet. Der peges på, at indsatser i den sociale sektor samt områderne kultur, uddannelse og arbejdsmarked også har betydning i relation til psykiatriske patienters samlede behov.

Sundhedsstyrelsens nationale strategi har seks hovedoverskrifter:

- Det skal være lettere at være psykisk syg.
- Det skal være let at få tidlig hjælp.
- Det skal være let at få de rette tilbud.
- Det skal være lettere at være psykiatrisk patient.
- Det skal være lettere at arbejde i psykiatrien.
- Det skal være let at få og bruge ny viden.

Som væsentlige fokusområder for forskning nævnes: Epidemiologisk forskning, implementeringsforskning og sundhedstjenesteforskning herunder effektstudier, forskning i forebyggelsesmetoder, psykiatriske patienter, der begår kriminalitet, anvendelse af tvang, effekt af inddragelse af pårørende og metoder til forbedring af patienternes fysiske helbred.

Endvidere nævnes som fokusområder forskning med henblik på styrket evidens af effekten af psykofarmakologisk, psykoterapeutisk, psykosocial behandling og rehabilitering og effekten af integreret anvendelse heraf samt internationalt samarbejde med mulighed for at indgå i en opgavefordeling om forskningsemner. Man bemærker her, at det førstnævnte afsnit med fokuspunkter stort set kun indeholder punkter, der har med distriktpspsykiatri og det ambulante område i det hele taget at gøre, mens det sidstnævnte mere har sin tyngde i hospitalspsykiatrien.

Kommunernes Landsforenings psykiatriudspil (2009), som ikke har nogen yderligere titel, kom umiddelbart efter Sundhedsstyrelsens i september 2009. Kommunernes Landsforening (KL) er tydeligt frustrere-

ret over, at psykiatrien drives frem af regionerne og Sundhedsstyrelsen, samtidig med at kommunerne har den største del af de offentlige forpligtelser over for patienterne, når de kommer ud fra sygehuset. Kommunerne oplever, at antallet af patienter, der kræver tilbud af forskellig art, stiger og stiger, uden at kommunernes muligheder for at klare opgaverne følger med. De oplever også en ”opgaveglidning”, som de udtrykker det, fra det regionale til det kommunale ansvarsområde. Derfor opfordrer de allerede i forordet til udspillet til, at Indenrigs- og Socialministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde laver en samlet national strategi for bedre indsats for psykisk syge. KL efterspørger en samlet ambition for indsatsen i psykiatrien og socialpsykiatrien.

KL’s psykiatriudspil gør fra begyndelsen opmærksom på det, som kommunerne ser som det største problem: At der de seneste år har været et stigende pres på den kommunale socialpsykiatri. Det skyldes flere forskellige forhold, som kan sammenfattes til følgende punkter:

- Flere mennesker har psykiske lidelser.
- Der er lang ventetid på regionernes tilbud, kortere indlæggelsestid på psykiatriske afdelinger og sygehuse med udskrivning af patienterne, før kommunerne oplever, at de er færdigbehandlede.
- Et stigende antal børn og unge bliver afvist til behandling i psykiatrien, regionerne har reduceret deres udgående psykiatribistand.
- Den psykiatriske behandling opleves som mangelfuld i forhold til en samlet rehabiliteringsindsats for borgerne.

Kernen i KL’s forslag er, at man vil have bedre sammenhæng i borgerforløb på tværs af sektorer, og det vil sige bedre samarbejde mellem regionale og kommunale myndigheder. Således vil KL have indsamling af viden om og forsøg med fremskudt kommunal rådgivning og sagsbehandling på psykiatriske afdelinger. Det vil blandt andet give behandlerne et mere realistisk billede af, hvad kommunerne kan tilbyde. KL vil også have flere psykiatriske konsulenttimer ud i kommunerne og samarbejde med behandlerne om kombineret behandling og social indsats i specialiserede kommunale bo- og støttetilbud. KL vil endvidere have psykologisk udredning i misbrugsbehandlingen og tværsektorielle, tværfaglige udviklings- og uddannelsesprojekter. Endelig skal kommunerne også spille en rolle i forhold til at forebygge kriminalitet i PSP-samarbejdet.

Pressemeddelelsen, der ledsagede udspillet, og som der formentlig er ofret næsten lige så lang tid på som på selve udspillet, har titlen ”Prioritér den samlede indsats for mennesker med psykisk lidelse”, og den starter med ordene:

Socialpsykiatrien trænger til et markant løft, mener KL og opfordrer i et nyt udspil Christiansborg-politikerne til i langt højere grad at tænke i en sammenhængende indsats, hvor både psykiatri, socialpsykiatri og samspillet mellem dem kommer til at fungere bedre. KL understreger dermed kommunernes gode vilje til at gøre en indsats, forudsat at de er med som ligeværdige samarbejdspartnere, og forudsat at de får finanserne til det.

Endelig bør vi nævne regeringens handlingsplan for psykiatri fra november 2009 (Regeringen, 2009), som er dennes oplæg til den nye psykiatraf-tale. De tre overordnede mål for denne er at sikre en sammenhængende og effektiv behandling, at sikre bedre tilgængelighed til behandling og til socialpsykiatriske tilbud og at nedbringe omfanget og sværhedsgraden af sindslidelser. Handlingsplanen indeholder følgende 29 initiativer:

- At psykiatriske patienter får de samme patientrettigheder, som andre patienter har, hvilket i 2012 vil koste 630 mio. kr. ekstra årligt til øget kapacitet og højere kvalitet.
- Øget specialisering, som bl.a. vil betyde specialfunktioner for sværere ikke-psykotiske lidelser, dobbeltdiagnoser, oligofrenipsykiatri, affektive lidelser og skizofreni.
- Et kvalitetsprojekt for ”den gode psykiatriske afdeling”.
- Specialiserede sengepladser i retspsykiatrien, som siden 2008 har været midlertidigt finansieret.
- Der skal fokus på brug af sundhedsaftaler for at styrke sammenhængende patientforløb.
- Projekt ”den gode udskrivning”, forankret i Indenrigs- og Socialministeriet (med kontakt til det kommunale system), skal yderligere styrke et sammenhængende patientforløb.
- Fremskudt social indsats og mobile forløb, også forankret i Indenrigs- og Socialministeriet, skal give kommunerne modeller til mobile behandlingsforløb i de socialpsykiatriske tilbud.

- Støtte og bistand til personer med en debuterende sindslidelse – det er en ansøgningspulje.
- PSP-samarbejdet udbredes til hele landet. Dette samarbejde med politiet og sociale myndigheder kræver en ændring af retsplejeloven.
- Bedre adgang til psykiatrisk behandling, fx udvidelse af åbningstider.
- Tilsagn om store anlægsudgifter til Slagelse, Sct. Hans og Bispebjerg.
- Bedre fysiske rammer i psykiatrien. Flere enestuer.
- Fleksible rammer til etablering af botilbud til sindslidende. Her lover regeringen at gøre det lettere for kommunerne at etablere botilbud i de bygninger, de råder over.
- Bostøtte til sindslidende i eget hjem. Her er tale om en analyse af dette felt.
- Udvikling af metoder til tidlig opsporing af psykiske lidelser. Formålet her er hurtigst muligt at forebygge og finde eventuelle psykiske lidelser hos børn.
- Efteruddannelse af læger i hjælp til patienters håndtering af stress.
- Aldersgrænse på køb af smertestillende lægemidler. Formålet er at hindre selvmord.
- Styrket indsats over for selvmordstruede, herunder personer, der har forsøgt selvmord.
- Nedbringelse af antallet af selvmord på psykiatriske afdelinger. Vidensudveksling.
- Udviklingsprojekt i socialpsykiatrien om en styrket pædagogisk indsats i relation til medicin, samt styrket psykoedukation. Formålet er at gøre sindslidende i stand til at have ansvar for at tage den medicin, de har brug for. Altså sikre sig, at de gør det.
- Fastholdelse af sindslidende i uddannelse eller job.
- Flere opsøgende og udgående team i psykiatrien. Der har, som tidligere nævnt, været mange gode erfaringer med at tage alvorlige psykiske lidelser i den første fase.
- Fremskudt sagsbehandling. Projekt i samarbejde med en række kommuner.
- Opfølgning på det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien. Der skal udarbejdes et idekatalog til praktikere samt et implementeringsnetværk for at nedbringe brugen af tvang.
- Fokus på udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Det indskræpes, at disse skal udarbejdes, når en patient vurderes ikke at ville tage sin medicin efter udskrivning.

- Mulighed for tvungen opfølgning efter udskrivning. Der fremsættes lovforslag om brug af ambulante tvang over for patienter, der gang på gang bliver tvangsindlagt, men som dropper behandlingen, når de bliver udskrevet.
- Kampagne for afstigmatisering. Skal også omfatte oplysning om psykiske lidelser.
- Yderligere støtte til Psykiatrifondens Børne- og Ungeprojekt (skolebus).
- Fremme af mental sundhed. Heri indgår, at indsatsen inden for psykiatrien dokumenteres, gøres synlig og målbar og dermed tilgængelig for kvalitetsudvikling.

HVAD BLEV DER AF REFORMEN?

For fyrré år siden var der tanker om en omfattende udvikling af velfærdssystemet. Mange af disse blev realiseret i løbet af halvfjerdserne og firserne. I første omgang blev det imidlertid kun til kortere hospitalsophold for gruppen af sindslidende. I halvfemserne skete der en udvikling, men set i bakspejlet virker den lidt tilfældig.

Måske skal man gribe til den model for organisationsudvikling, der hedder "garbage can"-modellen (Cohen m.fl., 1972). Den går ud på, at man skal væk fra forestillingen om, at problemer løses rationelt. I stedet for skal man se løsninger, personer, ressourcer og problemer som noget, der helt tilfældigt havner i den samme skraldespand og derved frembringer en løsning på en problematik.

I vores tilfælde ser vi i halvfemserne den danske forsøgskultur på det sociale område til overs efter det store SUM-forsøg, satspuljen som politikerne skal finde på noget at bruge til, og så problemet med de sindslidende, som man ikke rigtig er kommet videre med. Alle disse faktorer befinder sig tilfældigvis i det samme felt, og af dem strikker man en løsning sammen. Siden er den anden kommunalreform så havnet oven i skraldespanden.

Garbage can kan give geniale løsninger, men det er der ingen sikkerhed for. I dette tilfælde har vi fået en struktur, hvor opgaven er delt mellem to organisationer, der kun har en ydre sammenhæng. De to elementer – det psykiatriske og det sociale – er holdt omhyggeligt isoleret, så man ikke risikerer, de forurener hinanden. Man behøver ikke overvinde kulturforskelle mellem region og kommune, når opgaverne skal løses,

man kan nøjes med sundhedsaftaler, der sikrer, at brikkerne passer sammen i stedet for et egentligt samarbejde.

Vi er stadig langt fra den psykiatrireform, man forestillede sig i tresserne. Psykiatrien har aldrig fået det løft, der bragte den på højde med det somatiske område. Vi har ikke fået rigtig sammenhæng i systemet, fra akut behandling på sygehus og skadestuer, over kronisk behandling i distriktpspsykiatri med opsøgende team og hos psykiatrisk speciallæge og almen praksis, til socialpsykiatrien med bostøtte, botilbud, værested og kontaktperson i kommunen.

En reform er nødvendig, også fordi området er meget mere kompliceret end området udviklingshæmning. Mennesker med udviklingshæmning skulle først og fremmest i mere normale rammer – man brugte udtrykket ”normalisering” – mini-institution, gruppebolig eller egen bolig med støtte for at få en bedre tilværelse. De skulle ud af den totale institutions regime.

Det skulle sindslidende også, men her kompliceres situationen af, at der også er tale om behandling. Og behandlingen er revolutioneret flere gange siden halvfjerdserne. Først gjorde den (dengang) nye medicin indlæggelserne kortere. Det skete især i halvfjerdserne og firserne, men den udvikling er fortsat siden i langsommere tempo. Dernæst kom tidlig indsats i forhold til psykoser, hvor man blev i stand til at standse sygdomsforløbet, begrænse skaderne, hvor personen kunne komme sig og opnå en tilværelse med indhold, venner, måske endda fortsætte uddannelse og arbejde.

Endelig er der udviklet metoder til at behandle ikke-psykotiske sindslidelser: depressioner, angst, adfærdsforstyrrelser, udviklingsforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser m.m. Nogle af disse er meget alvorlige og dødelige. Andre betyder, at personen spilder nogle år, ikke fungerer så godt, som det var muligt, og ikke trives særlig godt. Der er store gevinster for den enkelte og også økonomiske gevinster for samfundet ved at behandle disse typer af sindslidelser.

De senere års udvikling med behandling af de nævnte lidelser har ændret billedet af psykisk sygdom. Hvor de fleste før i tiden blot så den som en ”sygdom”, der skulle ”helbredes”, drejer det sig nu lige så meget om et menneskes oplevelse af sin eksistens, om personens ret til at være sig selv i kampen med livets spørgsmål. Det ændrer billedet af psykiateren. Rollen bliver meget mindre autoritativ, og psykiateren bliver mindre central for behandlingen. Behandlingen kommer meget til at

dreje sig om, at personen skal lære, hvordan man kan være sig selv i denne verden, og behandleren skal lægge megen vægt på at respektere og ikke kun sygeliggøre patienten.

Danmarks tilslutning i 2009 til konventionen om rettigheder for mennesker med handicap – og hertil hører ifølge konventionen også sindslidelser – gør det nødvendigt at betragte sindslidelse som et handicap og indebærer dermed en forpligtelse til at respektere mennesker med sindslidelse på en anden måde, end man har gjort i tidligere tiders psykiatriske behandlingssystem.

Udviklingen sætter endvidere spørgsmålstegn ved, om man kan skelne skarpt mellem ”behandling” og ”social indsats”. De seneste års resultater rejser spørgsmålet om, hvorvidt behandling og social indsats ikke skal integreres meget mere. Det aktualiserer Vendsborgs (2002) forslag om at gøre distriktspsykiatrien hovedansvarlig for behandlingen af det, der nu må ses både som en kronisk sygdom og som et handicap, og om at styrke distriktspsykiatrien betydeligt. Hvordan systemet end udformes, må de imponerende behandlingsresultater fra de senere år betyde meget for udformningen af en kommende psykiatrireform.

Vi har med psykiatriaftaler og satspuljeforhandlinger fået en stadig diskussion om psykiatrien. Måske er det grunden til, at befolkningens accept af psykisk sygdom, herunder villighed til at sige, at man selv har eller har haft en psykisk sygdom, ifølge en undersøgelse er betydelig højere i Danmark, end den er i et sammenligneligt land som England (Jacobsen m.fl., 2010). En del af baggrunden er givetvis, at kendte mennesker har stået frem og fortalt om deres pårørende med sindslidelse.

Men den stadige mobilisering har ikke ført til vilje til at gøre noget alvorligt ved området. Mens vi gennem det seneste tiår har set en række spektakulære satsninger på somatiske områder for at nedbringe ventelister, har der ikke været noget tilsvarende i psykiatrien. Her bygger man videre på den ad hoc-løsning med psykiatriaftaler og puljer, som blev begyndt sidst i halvfemserne. Mangelen på uddannede psykologer og psykiatere, især børnepsykiatere, gør det ikke bedre.

Med de resultater, der er opnået i behandlingen, der har gjort selv alvorlige psykiske lidelser til kroniske sygdomme, man i mange tilfælde godt kan fungere videre med, og har gjort det muligt at gøre noget ved flere ikke-psykotiske lidelser, man tidligere bare levede med og anså for en del af vilkårene her i livet, er det måske på tide at gøre brøttet op

og samlet overveje, hvordan det behandlingsmæssige og sociale tilbud til mennesker med sindslidelser så skal indrettes.

Disse spørgsmål har man i højere grad taget stilling til i Sverige, Norge og Finland. I sidste kapitel skal vi på grundlag af Lindqvist m.fl. (2011) ridse op, hvordan man i disse lande har tacklet problemerne.

NORDISK INSPIRATION

De foregående kapitler indgår i en antologi over psykiatrireformer i de nordiske lande, et projekt, som netop er afsluttet (Lindqvist m.fl., 2011). Afslutningen blev markeret med et symposium ved NHV i Göteborg. Vi vil slutte denne særudgave af det danske bidrag med et kapitel, som på baggrund af projektet og symposiet gør op, hvad en sammenligning af de nordiske systemer kan bidrage med.

Symposiet indeholdt foruden en præsentation af projektet indlæg fra en række nordiske forskere og repræsentanter for brugergrupper. Flere af disse nævnte, at det, selv om vi nu havde en sammenstilling af psykiatriens udvikling i fire nordiske lande gennem de seneste 3 årtier, var vanskeligt at sammenligne situationerne. Der er store forskelle i strukturerne, men det er usikkert, hvor forskellige systemerne egentlig er fra den enkelte borgers synsvinkel.

Nogle fællestræk findes ikke blot i de nordiske, men også i en meget bredere kreds af lande. Fra 1960'erne begyndte psykofarmaka at gøre det muligt at forkorte indlæggelsestiderne, og i 1980'erne så vi en stærk reduktion i antallet af psykiatriske sengepladser. Denne udvikling har været senere i Finland end i de skandinaviske lande. Den medicinske udvikling betød, at en psykiatrisk lidelse kom til at ligne en somatisk lidelse mere. Det er en sygdom, man kan få, den kan behandles, og man kan i mange tilfælde komme sig over den. Dette nye billede af psykisk sygdom har betydet en afstigmatisering.

Det er endvidere et fælles træk for mange lande, at den nye form for behandling af psykiske sygdomme har ført til et stort behov, dels for en fortsat behandling uden for sygehus efter indlæggelse, dels for en social indsats for mennesker med psykiske lidelser. Dette behov blev ikke erkendt i samme øjeblik, det opstod. Der gik tværtimod nogle år, før man begyndte at give psykiatriske patienter de nødvendige tilbud.

Et yderligere fælles træk er, at man er begyndt at erkende og behandle flere ikke-psykotiske psykiske lidelser end tidligere. Det gælder fx depression og angst, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, Aspergers syndrom og ADHD. Det er lidt uvist, i hvilket omfang disse lidelser hele tiden har været til stede og blot har været betragtet som afvigende adfærd. Det er sikkert tilfældet i et vist omfang, men det er også meget muligt, at lidelserne er blevet mere almindelige.

Udviklingen er imidlertid grebet meget forskelligt an. Norge har foretaget den mest radikale og dyreste reform. Der har man erstattet en del af de psykiatriske sengepladser med en form for decentrale døgnhuse, hvor man kan indlægges i en akut situation og undgå at komme for langt væk fra venner og slægtninge. Afstandene er jo også meget større i Norge, end de er i Danmark.

Den norske reform, ”Opptrappingsplan for psykisk helse”, betød i første omgang en indsats på 24 mia. norske kroner i 8 år (1999-2006), senere blev planen forlænget med 2 år. Sygdomsbehandling var i Norge et amtligt (fylke-) ansvar indtil 2002, hvorefter det overgik til fem regionale helseforetag. Disse er ikke regioner som de danske, men en slags offentlige virksomheder. Med Opptrappingsplanen blev indsatsen stærkt decentraliseret, idet man erstattede en del af sengepladserne på psykiatriske sygehusafdelinger med pladser i mindre distriktskykiatriske centre med poliklinikker og døgnenheder, dagenheder og mobile team.

Opptrappingsplanen blev iværksat samtidig med den norske Fastlegereform, hvis sigte var at skabe mere sammenhæng i de praktiserende lægers arbejde. Den indeholdt brugermedvirken, såvel individuelt i den enkelte sag som kollektivt på kommunalt og amtligt/regionalt niveau. Endvidere definerede den et kommunalt ansvar for at tage sig af de sociale behov for målgruppen. Opptrappingsplanen er evalueret af Norges Forskningsråd (2009).

Finland har gennemført et såkaldt ”folkhälso”-perspektiv. Heri ligger, at systemet ikke blot beskæftiger sig med at behandle psykisk sygdom, men først og fremmest med at fremme psykisk sundhed. Alt an-

svar for psykiatrisk behandling og psykisk sundhed er overladt til kommunen, som skal se disse ting i sammenhæng. Svagheden ved dette system er imidlertid, at der er meget få penge i det.

I Finland er der sket en reform af psykiatrien i den forstand, at systemet er blevet radikalt omorganiseret i 1991, hvor kommunerne fik ansvaret for hele området. Det var meningen, at psykiatrien samtidig skulle tilføres væsentligt flere midler, men den økonomiske depression i 1990'erne ødelagde disse intentioner. Det finske system bygger på forebyggelse, tidlig indsats og åben pleje med borgernær service. Mieliplanen fra 2009 skærpede dette princip, idet kommunernes primære sundheds-tjeneste fik hovedansvaret for al den mentale pleje. Det er først med denne plan, at beskæftigelse af mennesker med sindslidelse tages op som en del af behandlingen.

Der er et slags sygehussystem til støtte for primærsystemet, men det er ikke organiseret som selvstændige myndigheder. Sjukvårds-distrikterne i Finland er samkommuner, som ejes og finansieres fuldt ud af kommunerne. For virksomheder gælder det, at de skal sørge for og betale bedriftssundhedstjenester, og brugen af disse er gratis for de ansatte. Et særligt træk i det finske system er, at alle politiske beslutninger skal konsekvensbedømmes, så man på forhånd har gjort sig tanker om, hvad de vil have af betydning for den psykiske folkesundhed. Det er en øvelse, som måske ikke har den store betydning i praksis, men den er nævnt her, fordi den peger på et vigtigt problem.

Sverige gennemførte en psykiatireform i 1995. Her tog man det radikale skridt, at man omdefinerede målgruppen fra at være patienter til at blive psykisk funktionshindrede, hvilket betød, at den kom ind under socialtjenestens ansvarsområde. Sindslidende blev dermed defineret som handicappede, og reformen havde da også sammenhæng med den handicapreform, som netop var gennemført i 1994. Da det var blevet påvist, at sindslidende havde dårligere leveforhold end fysisk handicappede, mente man, at man derved stillede gruppen bedre.

Ansvar for psykiatrien ligger i Sverige hos amterne (17 lands-ting og 4 regioner). Ansvar for den sociale indsats ligger derimod hos kommunerne. Dermed er der i det svenske system det samme indbyggede problem som i det danske, nemlig at to myndigheder skal samarbejde, for at systemet virker som en helhed. De svenske deltagere på det afsluttende symposium i projektet mente ikke, dette lykkedes lige godt alle

steder. Der er dog store muligheder i den svenske struktur, hvis man lokalt kan finde ud af at samarbejde.

Som illustration heraf skal vi til slut se på ”Södertäljemodelen” (2011). Det er en integreret model, som fungerer i de tre kommuner Södertälje, Nykvarn og Salem, som ligger lige sydvest for Stockholm. Kommunerne har karakter af forstadsområde, og omkring 40 pct. af indbyggerne har udenlandsk baggrund. En styregruppe med ledelsesrepræsentanter fra amt og kommuner har det overordnede ansvar, og hver enhed ledes af en amtslig og en kommunal leder i forening.

Enhederne er en almenpsykiatri, der behandler mennesker med ikke-psykotiske lidelser, en åben pleje til mennesker med psykoser, samt enhederne Grengården, Sydgården og Österäng, der ligeledes er tilbud til mennesker med psykoser. Gårdene indeholder trappehus-boliger og gruppeboliger, og der er også et gæstehus, hvor borgere kan ”tjekke ind” – som det udtrykkes – i en akut situation.

Tyngdepunktet i den psykiatriske behandling ligger i kontinuerte og langsigtede kontakter, familiearbejde med regelmæssigt gentagen psykoedukativ uddannelse af patienter og pårørende. Behandlingen foretages af team med forskellige faggrupper: sygeplejersker, plejere, arbejds-terapeuter, sygegymnaster, bostøtter, rehabiliteringsassistenter, læger, socialrådgivere m.m. En person virker som case manager, dvs. som kontaktperson, der sørger for, at indsatsen hænger sammen. Det er en vigtig funktion og dermed en vigtig ekstra kompetence, som alle faggrupper skal have ved siden af deres faglige kompetence.

Beskæftigelse og arbejdsstræning anser man for at være en grundlæggende del af rehabiliteringen. Området har i alle lande fået stigende bevågenhed i de senere år, og det er da også først i 2009, at man har oprettet en særlig organisatorisk enhed for arbejdsrehabilitering. Den omfatter sociale kooperativer, tilbud om arbejdspladspraktik, genbrugs-butik og forskellige andre tilbud. Personalet arbejder med individuel placering og støtte efter metoderne Supported Employment og Supported Education.

Rehabiliteringsplaner udarbejdes med udgangspunkt i den enkeltes behov, som vurderes med et CAN-skema (Camberwell Assessment of Need). Man lægger vægt på at give borgerne mulighed for sociale relationer, beskæftigelse, behovstilpasset og fleksibel bostøtte, fleksibel og lettilgængelig psykiatrisk behandling, og det hele skal være planlagt i

fællesskab med borgeren. På den måde mindsker man behovet for særlige boformer, pladser på plejehjem og psykiatriske sengepladser.

Som nævnt er der mange fælles træk i udviklingen af psykiatrien i de fire nordiske lande. Den kortere indlæggelsestid benyttes i første omgang til at spare, ikke til at gøre forholdene bedre for borgerne, som det var tilfældet med udviklingshæmmede. Først efter at sygehusvæsenet er skåret stærkt ned, begynder man at udvikle behandlingen uden for sygehus, distriktpspsykiatrien og den ambulante behandling på sygehus. Derefter kommer udviklingen af udgående team, skadestuer og andre fleksible tilbud.

De sociale tilbud til mennesker med sindslidelser udvikles også meget langsomt. Der er stadig et stort efterslæb i alle landene. Blandt de sociale tilbud kan man også se en rækkefølge: Der gøres en indsats, som minder om institution – botilbud, bofællesskaber på boligfronten og dagtilbud, når det gælder aktivering – før end man tager fat på at gøre noget for egentlig beskæftigelse. Det sidste er først lige begyndt i nogle af landene.

LITTERATUR

- Adserballe, H. (1973): "To års tvangsindlæggelser". *Ugeskrift for Læger*, 1973(135/29), s. 1541-1549.
- Adserballe, H. (1996): *Etik i psykiatrien*. København: Munksgaard.
- Albinus, S. (1989): "Opgør med pølsevognspsykiatrien". *Ugeskrift for Læger*, 1989(151/18), s. 1137-1144.
- Amtsrådsforeningen (2001): *Psykiatriens 25 år i amterne – fortalt i tal*. København: Amtsrådsforeningen.
- Arbejdsmarkedskommissionen (2009): *Velfærd kræver arbejde*. www.amkom.dk. Besøgt januar 2010.
- Bartels, U. (2005): "Psykiatrisk skadestue 1985-2003. Hvilke patienter søger en psykiatrisk skadestue i en storby? Og hvor går de hen herfra?" *Månedsskrift for praktisk Lægegerning*, 83 Årg., august 2005, s. 901-909.
- Bengtsson, S. & N.C. Mateu (2009): *Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:09.
- Betænkning 826 (1997): *Den psykiatriske sygehusfunktion. Betænkning fra psykiatrinudvalget. Betænkning om grundlaget for planlægning af psykiatriske sygehusvæsen afgivet af et udvalg nedsat af Indenrigsministeren*. København: Statens Tryk.

- Bjerrum, M. (1998): *Dansk hospitalspsykiatri 1930-1990 med særlig henblik på organisatoriske og administrative forhold*. Ph.d.-afhandling. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- Borberg, S. (1991): "Psykiatriens grænser". *Ugeskrift for læger*, 1991(153/16), s. 1167-1170.
- Brødsgaard, M. (2001): "'Den hemmelige psykiatri': De praktiserende psykiatere". *Ugeskrift for Læger*, 2001, 163 (20): 2820.
- Christensen, A.M.R. (2003): "Skizofreni og affektive forstyrrelser hos børn og unge. 'Hvordan sku man ku vide det uden at kigge efter først?'" *Månedsskrift for praktisk Lægegerning*, årg. 81 (august 2003), s. 1053-1061.
- Cohen, M.D, J.G. March & J.P. Olsen (1972): A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17, s. 1-25.
- Danske Patienter (2009): *Patientrepræsentation*. www.danskepatienter.dk. Besøgt marts 2010.
- Danske regioner (2009a): *En psykiatri i verdensklasse – på vej dertil. 2009. Danske regioner: En psykiatri i verdensklasse – regionernes visioner for fremtidens psykiatri*. www.regioner.dk. Besøgt marts 2010.
- Danske regioner (2009b): *Psykiisk sygdom og arbejdsmarkedet*. www.regioner.dk. Besøgt marts 2010.
- Dansk Psykiatrisk Selskab (1997): Kommentarer til sundhedsstyrelsens udkast til rapporten "Målsætning for kvalitet i distriktspsykiatrien". www.dpsnet.dk. Besøgt januar 2010.
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2005): Rapport om ambulans tvang. www.dpsnet.dk. Besøgt marts 2010.
- Frederiksen, V. & H.J. Søgaard (1987): *Distriktspsykiatri og indlæggelse på psykiatrisk afdeling*. København, Århus, Odense: FADL's Forlag.
- Gerlach, J. (1999): "Skizofrenibehandling. Nye psykofarmaka og nye psykosociale behandlinger". *Månedsskrift for praktisk Lægegerning*, årg.77 (juni 1999), s. 867-877.
- Hulgård, L. (1997): "Ildsjæle". I: Bech-Jørgensen, B., T.J. Hegland, L. Hulgård & J. Seeman: *Storbypuljen. Arbejdsrapport fra den tværgående evaluering*. Aalborg: Forlaget Alfuff.
- Hopper, K. (2007): *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective. A Report from the WHO Collaborate Project, The International Study of Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Jacobsen, C.B., H.M. Martin, S.L. Andersen, R. Nørh & S. Bengtsson (2010): *Stigma og psykiske lidelser – som det opleves og opfattes af menne-*

- sker med psykiske lidelser og borgere i Danmark*. København: SFI, Tryk Fonden, DSI og Danske Regioner.
- Jensen, P.H. (1998): "Medicinfri afdelinger – et værdigt projekt?" *Ugeskrift for Læger*, 1998 (160/32), s. 4676-4678.
- Jensen, P. (2008): "Recovery – perspektiv og udfordring i socialpsykiatrien". I: B. Lihme (red.): *Invitation til socialpsykiatri*. København: Akademisk Forlag.
- Karpatschof, B. (2001): *En evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune*. Københavns Kommune: Familie og arbejdsmarkedsforvaltningen.
- Kommunernes Landsforening (2009): *KL's udspil om indsatsen for mennesker med psykisk lidelse*. www.kl.dk. Besøgt marts 2010.
- Krørup, G. & M. Galløe (2002): "Skizofrenibehandling. Hvad kan patienten og dennes familie forvente sig af en moderne skizofrenibehandling?" *Månedsskrift for praktisk Lægegerning*, årg. 80 (september 2002), s.1199-1207.
- Kruse, J. (2002): "Sundhedsfremme og forebyggelse i relation til psykisk sygdom". *Ugeskrift for Læger*, 2002(164/36), s. 4198.
- Lindqvist, R., D. Rosenberg, S. Bengtsson, L. Fredén, F. Larssen, T. Ruud & K. Wahlbeck (2011): *Från reformintention till lokal praxis – hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden*. Göteborg: NHV.
- Norges Forskningsråd (2009): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo.
- Rambøll Management (2005): *Undersøgelse af Psykiatrilovsrevisionen af 1999*. København: Rambøll Management.
- Rasmussen, S. & L. Rosenly (2004): "Psykiatrisk akutteam. Nyt behandlingstilbud i psykiatrien". *Månedsskrift for praktisk Lægegerning*, årg 82 (januar 2004), s. 129-141.
- Regeringen (2009): *Styrket indsats for sindslidende. Handlingsplan for psykiatri. November 2009*. www.sum.dk. Besøgt marts 2010.
- Reisby, N. (1980): "Psykiatri – en videnskab eller et håndværk?" *Ugeskrift for Læger*, 1980(142/33), s. 2150-2155.
- Rigsrevisionen (2010): *Handicapindsatsen på uddannelses- og beskæftigelsesområdet*. www.rigsrevisionen.dk. Besøgt marts 2010.
- Schepele, E.S., K.H. Aggernæs, A.K. Stender & H. Raben (1993): "Tvang udført på psykiatrisk afdeling, Frederiksberg Hospital,

- før og efter indførelsen af den ny psykiatrilov. 'Tvangsfikseringer.' *Ugeskrift for læger* 1993(155/50), s. 4091-4095.
- Socialministeriet, Justitsministeriet, Indenrigsministeriet, Undervisningsministeriet og Sundhedsministeriet (1997): *Indsatsen for sindslidende. Status, vurdering og forslag til nye initiativer*. Redegørelse fra en tværministeriel embedsmandsgruppe. København.
- Socialministeriet & Sundhedsministeriet (1999): *Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998*. København.
- Socialministeriet & Sundhedsministeriet (2003): *Regeringens statusrapport om tilbuddene til sindslidende 2001*. København.
- Stenager, E., M.L. Frederiksen, K. Balslev & K. Jensen (2000): "Socialmedicin og psykiatriske lidelser". *Månedsskrift for praktisk Lægegering*, 78 Årg., september 2000: 1217-1230.
- Sundhedsdata: sundhedsdata.sst.dk. Publiceret på internettet af Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsministeriet (2005): *Evaluering af psykiatrafalten 2003-2006*. Tilgængelig: www.im.dk. Besøgt januar 2010.
- Sundhedsstyrelsen (1998): *Målsætninger for kvalitet i Distriktspsykiatrien*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2009a): *National strategi for psykiatri. 2009*. www.sst.dk. Besøgt marts 2010.
- Sundhedsstyrelsen (2009b): *Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2010): *Mental sundhed blandt voksne danskere. Analyse baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*. København: Sundhedsstyrelsen.
- "Södertäljemedellen" – samverkan som startade med psykiatireformen. Tilgængelig på: <http://www.sodertalje.se/Omsorg-socialt-stod/Socialt-stod/Psykiatri/>
- Udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud. www.regioner.dk. Besøgt marts 2010.
- Vendsborg, P. (2002): *Distriktspsykiatri nu og i fremtiden*. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2005): *Syn på samspil*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Videnscenter for Socialpsykiatri (2006): *Organisering af samspil*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.

Videnscenter for Socialpsykiatri (2007): *Samspil på tværs*. København;
Videnscenter for Socialpsykiatri.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2010

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design.* 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.
- 10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1.* 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.
- 10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark.* 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.
- 10:04 Henriksen, A.C.: *Veje til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978-87-7487-964-0. Kr. 130,00.
- 10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.
- 10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.

- 10:07 Bach H.B. & Henriksen A.C.: *Gravidens sygefravær*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.
- 10:08 Bach H.B.: *Gravid og Fængselsbetjent*. 36 sider. ISBN: 978-87-7487-968-8. Netpublikation.
- 10:09 Madsen, M.B, Holt, H., Jonassen, A.B. & Schademan, H.K.: *Kvinder og mænd i den offentlige sektor. Karrieremønstre, lederønsker og ledermuligheder*. 274 sider. ISBN: 978-87-7487-969-5. Kr. 270,00.
- 10:10 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem kvinder og mænd i 2007. Analyser for lønkommissionen*. 86 sider. ISBN: 978-87-7487-970-1. Kr. 90,00.
- 10:11 Thuesen, F.: *Ledelsen og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium*. 100 sider. ISBN: 978-87-7487-971-8. Kr. 100,00.
- 10:12 Deding, M. & Holt, H. (red.): *Hvorfor har vi lønforskelle mellem kvinder og mænd? En antologi om ligeløn i Danmark*. 246 sider. ISBN: 978-87-7487-972-5. Kr. 250,00.
- 10:13 Knudsen, L. & Nielsen, V.L.: *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge. Forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet*. 152 sider. ISBN: 978-87-7487-973-2. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 10:14 Lausten, M., Hansen, H. & Albæk Nielsen, A.: *Udsatte børnefamilier i Danmark*. 212 sider. ISBN: 978-87-7487-976-3. Netpublikation.
- 10:15 Christensen, G., Mikkelsen, M.F., Pedersen, K.B. & Amilon, A.: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. Kortlægning og programevaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje*. 164 sider. ISBN: 978-87-7487-977-0. Vejledende pris 160,00 kr.
- 10:16 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde børn – integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen*. 136 sider. ISBN: 978-87-7487-978-7. Vejledende pris 140,00 kr.
- 10:17 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse*. 122 sider. ISBN: 978-87-7487-979-4. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:18 Ellerbæk, L.S. & Thuesen, F.: *Projekt arbejdsplads for højtuddannede. Følgeforskning for Region Midtjylland*. 99 sider. ISBN: 978-87-7487-980-0. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:19 Jakobsen, V. & Ellerbæk, L.S.: *Løn- og arbejdsforhold for kvinder og mænd i køkefaget*. 71 sider. ISBN: 978-87-7487-981-7. Netpublikation.

- 10:20 Ottosen, M.H., Andersen, D., Nielsen, L.P., Lausten, M. & Sta-
ge, S.: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og Trivsel 2010*. 155 sider.
ISBN: 978-87-7487-982-4. Vejledende pris: 260,00 kr.
- 10:21 Kofod, J.E., Benwell, A.F., Kjær, A.A.: *Hjemvendte soldater. En
interviewundersøgelse*. 76 sider. ISBN: 978-87-7487-983-1. Net-
publikation.
- 10:22 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. &
Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. Dialoggruppe – om fo-
rebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 2*. 184 sider. ISBN:
978-87-7487-984-8. Vejledende pris: 195,00 kr.
- 10:23 Christensen, E., Lindstrøm, M. & Mølholt, A.-K.: *Efterværn for
voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter
fra centrene*. 95 sider. ISBN: 978-87-7487-985-5. Vejledende pris:
100,00 kr.
- 10:24 Jensen, V.M. & Nielsen, L.P.: *Væje til ungdomsuddannelse 1. Statisti-
ske analyser af folkeskolens betydning for unges påbegyndelse og gennem-
førelse af en ungdomsuddannelse*. 211 sider. ISBN: 978-87-7487-986-
2. Netpublikation.
- 10:25 Espersen, L.D.: *Bekymrende identiteter. Ph.d.-afhandling*. 260 sider.
ISBN: 978-87-7487-987-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 10:26 Høgelund, J., Tørslev, M.K. & Weibel, K.: *Sygemeldte og fortidspen-
sionister med handicap. Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes
indsats*. 101 sider. ISBN: 978-87-7487-986-6. Vejledende pris:
100,00 kr.
- 10:27 Lyk-Jensen, S.V., Jacobsen, J. & Heidemann, J.: *Soldater – før,
under og efter udsendelse. Et litteraturstudie*. 92 sider. ISBN: 978-87-
7487-989-3. Netpublikation.
- 10:28 Thuesen, F., Holt, H., Jensen, S. & Brink Thomsen, L.:
Virksomheders sociale engagement. 172 sider. ISBN: 978-87-7487-
990-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 10:29 Jakobsen, V. & Liversage, A.: *Køn og etnicitet i uddannelsessystemet.
Litteraturstudier og registerdata*. 175 sider. ISBN: 978-87-7487-991-
6. Vejledende pris: 176,00 kr.
- 10:30 Christoffersen, M.N.: *Børnemishandling i hjemmet*. 120 sider. ISBN:
978-87-7487-992-3. Netpublikation.
- 10:31 Jakobsen, T.B., Hammen, I. & Steen, L.: *Efterværn – støtte til tidli-
gere anbragte unge*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-993-0. Vejledende
pris: 90,00 kr.

- 10:32 Korzen, S., Fisker, L. & Oldrup, H.: *Vold mod børn og unge i Danmark. En spørgeskemaundersøgelse blandt 8.-klasses-elever*. 127 sider. ISBN: 978-87-7487-994-7. Netpublikation.
- 10:33 Mateu, N.C.: *Hjælpe linjen for spilleafhængige. Kortlægning af telefonsamtaler i Danmark og Norge i perioden 2008-2009*. 50 sider. ISBN: 978-87-7487-995-4. Netpublikation.
- 10:34 Egelund, T., Böcker Jakobsen, T. & Steen, L.: *"Det er jo min familie!" Beretninger fra børn og unge i slægtspleje*. 126 sider. ISBN: 978-87-7487-996-1. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 10:35 Christensen, E.: *Alkoholproblemer og partnervold*. 48 sider. ISBN: 978-87-7487-997-8. Vejledende pris: 50,00 kr.
- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.
- 11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden.* 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & Kjær, A.A.: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg.* 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:11 Graversen, B.K.: *Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparede ledige.* 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:12 Andersen, D., Thomsen, R., Langhede, A.P., Albæk Nielsen, A. & Toft Hansen, A.: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner.* 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & Hammen, I.: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt.* 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., Korzen, S., Lindstrøm, M. & Christoffersen, M.N.: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport.* 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., Bjerre, L., Sørensen, K. & Rasmussen, N.: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i aldreplejen.* 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:17 Bengtsson, S., Alim, W., Holmskov, H. & Lund, A.: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning.* 166 sider. ISBN: 978-87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 Böcker Jakobsen, T., Langhede, A.P. & Sørensen, K.: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter.* 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & Brink Thomsen, L.: *Er kvindeafdeling lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner.* 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & Egelund, T.: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle pleje-*

- familier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., Dyrvig, T.F., Markwardt, K., Lagoni, N., Bille, R., Termansen, T., Christiansen, L., Toldam, E.J. & Vilshammer, M.: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:22 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravælger fortidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:25 Lyk-Jensen, S.V., Weatherall, C.D., Heidemann, J., Damgaard, M. & Glad, A.: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.
- 11:26 Ottosen, M.H. & Stage, S.: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 11:29 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Vammen, K.S., Schmidt, L.H. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.

DANMARK VENTER STADIG PÅ SIN PSYKIATRIREFORM

ET RIDS AF UDVIKLINGEN DE SENESTE ÅRTIER

Det danske psykiatriske behandlingssystem har været under ændring siden 1950'erne. Blandt andet har behandlingsstrategiernes vægtning af på den ene side medicin og på den anden side samtaler, grupper, aktiviteter, tanker, arbejde m.m. ændret sig med årene. Senest har kommunalreformen 2007 grebet ind i den kommunale struktur og bl.a. påvirket det socialpsykiatriske arbejde, som før lå hos amterne.

Denne rapport beskriver udviklingen af det psykiatriske behandlingssystem i Danmark og sammenligner den med udviklingen i de andre nordiske lande. Konklusionen er, at en del af det nødvendige indhold i en moderne psykiatrisk indsats er kommet på plads lidt efter lidt, men at der ikke er blevet lavet en samlet reform i Danmark, og at området aldrig har fået det løft, der oprindeligt var intentionen.

Rapporten indeholder i let bearbejdet form forfatterens bidrag til en undersøgelse af psykiatrireformer i de nordiske lande, som udkom tidligere på året. Denne nordiske undersøgelse har været finansieret af Nordisk Ministerråd.