

Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien

Videns- og erfaringsopsamling

Notat

Katrine Schepelern Johansen

Jessica Larsen

Ann Nielsen

KORA

Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, som er en sammenlægning af DSI, AKF og KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning og forfatterne

Udgiver: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning
Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00
dsi@dsi.dk

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

ISBN: 978-87-7488-699-0
Projekt 3475
September 2012

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning
Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00

Opdragsgivers forord

Dette notat er udarbejdet i forbindelse med projekt: *Ledelse af det tværsektorielle samarbejde omkring den psykiatriske patient.*

Projektet tager fat i en af de helt store udfordringer i kølvandet på de organisatoriske ændringer mellem region og kommune - ledelse af det tværsektorielle samarbejde omkring den psykiatriske patient. Projektets udgangspunkt er, at der er behov for at styrke helhedssynet på ledelse, så ledelserne kan favne den tværsektorielle udfordring, samtidig med at forandringsledelse i egen organisation styrkes, så beslutninger virker i praksis. Undersøgelser viser således, at borgere med komplekse og langvarige sygdomsforløb generelt oplever manglende sammenhæng i eget patientforløb, herunder in-optimal kommunikation, samarbejde og koordination mellem kommune og region.

Projektet vil udvikle og kvalificere lederne til at håndtere det tværsektorielle samarbejde ved at fremme en samarbejdende kultur mellem region og kommune. Regionen repræsenterer et behandlingsperspektiv og kommunen et socialt perspektiv. Det handler om at udvikle et fælles sprog om og forståelse af udfordringerne, som region og kommune sammen står overfor.

Frederiksberg Kommune og Psykiatrisk Center Frederiksberg deltager i projektet, som er støttet med midler fra Videncenter for Velfærdsledelse.

Litteraturstudiet, som er udarbejdet af DSI, har til formål at afdække allerede eksisterende erfaringer med tværsektorielle udfordringer. Litteraturstudiet vil sammen med en større kvalitativ og kvantitativ undersøgelse danne baggrund for projektets videre arbejde.

For yderligere information om projektet kontakt:

Projektleder Mia Henriksen Fatum. Telefon: 45 11 20 46
Email: mia.henriksen.fatum@regionh.dk

Projektkonsulent Olivia Lønne Poulsen. Telefon: 45 11 20 47
Email: olivia.loenne.poulsen@regionh.dk

Webadresse: www.velfaerdsledelse.dk

Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Anvendt KommunalForskning (AKF) og KREVI er pr. 1. juli 2012 blevet fusioneret til et samlet institut.

Denne publikation udgives derfor i regi af *KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse- og Forskning*, men da selve undersøgelsen er foretaget af DSI før fusionen, henvises der til DSI i teksten.

Forord

Dette notat præsenterer viden og erfaringer fra national og international litteratur om, hvordan samarbejdet mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri kan planlægges og udføres til størst mulig gavn for det enkelte menneske med alvorlig psykisk sygdom.

Notatet har været til internt review hos undertegnede.

Charlotte Bredahl Jacobsen
Projektchef

For yderligere information om notatet kontakt DSI: Telefon 35 29 84 00
Email: dsi@dsi.dk

Indhold

Opdragsgivers forord	3
Forord.....	4
1. Indledning	6
1.1 Historisk baggrund	6
1.2 Centrale fund i notatet.....	6
1.3 Metode	7
1.4 Notatets opbygning	7
2. Det danske psykiatriske felt	8
2.1 En kort karakteristik af behandlingspsykiatrien	8
2.2 En kort karakteristik af socialpsykiatrien.....	8
2.3 Mellem behandlings- og socialpsykiatri	9
3. Tværsektorielt samarbejde - danske erfaringer	12
3.1 Opsøgende psykoseteams	12
3.2 Samarbejdsaftale mellem bocenter og distriktspsykiatri	13
3.3 Patientforløbsprogrammer	14
3.4 Fælles fysiske rammer.....	14
4. Tværsektorielt samarbejde - internationale erfaringer	15
4.1 Skandinavien	15
4.1.1 Kendskab til kompetencer	15
4.1.2 Opsøgende teams	16
4.1.3 Psykiatriske sygeplejersker i den kommunale psykiatri.....	16
4.2 Canada	17
4.2.1 Partnerskab	17
4.2.2 Integrated Service Networks	17
4.3 Øvrige internationale litteratur	18
4.3.1 Integrated Care Pathways	18
4.3.2 Case management	18
5. Perspektivering: Mod styrket ledelse af det tværsektorielle samarbejde	19
5.1 Identitetsarbejde i organisationer.....	19
5.2 Koordination i organisatorisk kompleksitet	19
6. Sammenfatning.....	21
Litteratur.....	23
Bilag 1: Litteratursøgning.....	25

1. Indledning

Dette notat omhandler tværsektorielt samarbejde i psykiatrien, nærmere bestemt mellem på den ene side den kommunale socialpsykiatri og på den anden side den regionale behandlingspsykiatri. Når vi taler om mennesker med alvorlige psykiatriske lidelser, vil disse typisk have kontakt med begge aktører, og skal disse mennesker opleve sammenhængende forløb, er det nødvendigt med samarbejde mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien. Et sådan samarbejde bringer dermed faggrupper med forskellige organisatorisk placering og forskellige opfattelser af sygdom, behandling og ansvarsfordeling sammen.

I en sådan sammenstilling er der potentielt mulighed for adskillige problemer, og samarbejdet mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri er da heller ikke noget nyt område, men har været behandlet i en række udredninger og tekster, siden socialpsykiatrien blev introduceret i 1980'erne.

Dette notat præsenterer viden og erfaringer fra national og international litteratur om, hvordan et sådan samarbejde kan planlægges og udføres til størst mulig gavn for det enkelte menneske med alvorlig psykisk sygdom. Notatet er bestilt af Psykiatrien i Region Hovedstaden som input til et forløb om ledelsesudvikling på tværs af social- og behandlingspsykiatrien.

1.1 Historisk baggrund

Baggrunden for etableringen af socialpsykiatrien var en række markante skift, der skete i behandlingspsykiatrien frem mod starten af 1980'erne. Dels betød introduktionen af anti-psykotisk og anti-depressiv medicin i løbet af 1960'erne, at mennesker med alvorlige psykiatriske sygdomme ikke længere var indlagt store dele af deres liv, dels satte ideologiske forandringer inden for psykiatrien selv, men i høj grad også i det øvrige samfund, fokus på en række negative konsekvenser af de meget lange hospitalsindlæggelser, som tidligere var det almindelige. Hospitalisering og institutionalisering blev set som negative konsekvenser af de lange indlæggelser, og idealet blev, at patienter i langt højere grad skulle tilbage i deres lokalsamfund og hjælpes til at leve her.

For behandlingspsykiatrien betød dette et skift fra en hospitalsbaseret sengepsykiatri til en distriktsbaseret ambulant psykiatri. Antallet af sengepladser blev kraftigt beskåret, og distriktspsykiatrien blev i løbet af 1990'erne etableret som en integreret del af behandlingspsykiatrien. Skiftet betød også, at mennesker, der tidligere ville have levet store dele af deres liv på hospitalerne, nu var til stede i lokalsamfundene, og en del af disse mennesker havde - og har - behov for hjælp til at klare en hverdag. Bolig og støtte til at få en hverdag til at fungere blev opgaver, der nu skulle løses uden for hospitalerne. Frem til 2007 var disse opgaver delt mellem amter og kommuner. Fra kommunalreformen i 2007 er langt de fleste af disse opgaver placeret hos kommunerne og udgør hovedindholdet i den kommunale socialpsykiatri. Udover de opgaver, som er placeret i den kommunale socialpsykiatri, har kommune også andre opgaver i forhold til borgerne, f.eks. i forhold til forsørgelse og evt. aktivering.

1.2 Centrale fund i notatet

Det er et gennemgående træk i den nationale og internationale litteratur, som vi har identificeret, at man genfinder et skel mellem på den ene side en specialiseret, hospitalsbaseret behandlingspsykiatri og på den anden side en mere generel, ambulant lokalpsykiatri, samt at tyngden i behandlingen er flyttet fra den specialiserede hospitalspsykiatri til den ambulante psykiatri. Det er altså ikke en unik dansk situation, at et sådan skel skal overkommes, men et grundlæggende forhold i den måde, som moderne stater har valgt at organisere arbejdet med alvorligt psykisk syge mennesker. Den konkrete organisering af tilbuddene er dog forskellig i de forskellige lande, og nogle gang også indenfor de enkelte lande.

Det er ligeledes et centralt fund, at dette skel opfattes som problematisk og hindrende for en god behandling af patienterne, samt at det søges overkommet gennem forskellige organisatoriske tiltag. Disse er forskellige i den anvendte litteratur - f.eks. opfølgende teams, case management, Integra-

ted Care Pathway, samarbejdsaftaler, men sigter alle på at definere og etablere forskellige former for formaliseret samarbejde, der kan overvinde, at tilbuddene i de to sektorer på en lang række parametre er forskellige. Litteraturen beskæftiger sig stort set ikke med ledelse og ledelsens rolle i forhold til det tværsektorielle samarbejde.

I den danske litteratur peges der på, at de centrale barrierer er kulturelle snarere end strukturelle. Det vil sige, at de handler om professionel identitet og om forskellige opfattelser af sygdom og behandling snarere end om organisatoriske og lovmæssige barrierer. Centralt står opfattelsen af, hvad psykisk sygdom er for en størrelse – er det en primært biomedicinsk tilstand, der skal behandles med medicin og evt. psykoterapi, eller er der snarere tale om en bio-psyko-social lidelse, der påvirker menneskets evne til at leve i det moderne samfund, og hvor hver enkelt patient – med professionel hjælp – må finde sin egen vej til recovery?

Skal samarbejdet mellem de to sektorer styrkes, så peger denne videns- og erfaringsopsamling på, at det kræver dels et konkret samarbejde mellem sektorerne, hvor kendskab til og respekt for hinandens arbejdsområder styrkes og negative stereotyper aflæres, og dels en stærk ledelsesmæssig fokusering, hvor det tværsektorielle samarbejde prioriteres ressourcemæssigt (opmærksomhed, økonomi m.m.) og ikke kun overlades til de konkrete frontmedarbejdere.

1.3 Metode

Litteraturgennemgangen er baseret på en litteratursøgning, som er beskrevet og dokumenteret i bilag 1. Litteratursøgningen blev gennemført i efteråret 2011. I Dansk Sundhedsinstituts biblioteksbase samt Netpunkt er søgt efter monografier, "grå litteratur" og artikler om tværsektorielt samarbejde inden for psykiatrien. Et mindre antal nordiske hjemmesider er afsøgt for yderligere publikationer. Der er søgt efter international litteratur i PubMed tidsbegrænset til den nyeste litteratur (2005-2011) og til engelsksproget litteratur. I SveMed er søgt efter nordisk litteratur i perioden 1990-2011. "Related articles" til to centrale artikler er gennemgået efter yderligere evt. relevant litteratur. Endelig er litteraturlister i den fundne relevante litteratur gennemset.

Vi har valgt at inddrage al den litteratur, vi fandt, som beskæftiger sig med det tværsektorielle samarbejde mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri og har ikke foretaget nogen vurdering af de bagvedliggende undersøgelses kvaliteter. Litteratur, der beskæftiger sig med andre former for samarbejde, er ikke medtaget. I forhold til det kommunale område har litteratursøgningen koncentreret sig om de områder, der traditionelt er blevet betegnet som socialpsykiatri (dvs. botilbud, væresteder, forskellige beskyttede beskæftigelsestilbud og kommunale støtte-kontaktpersoner), og ikke øvrige kommunale områder, som f.eks. det øvrige beskæftigelsesområde og forsørgelsesområdet. For en yderligere beskrivelse af afgrænsningen henvises til bilag 1. Det er karakteristisk for litteraturen, at den primært beskriver de konkrete organisatoriske projekter, og kun i begrænset omfang inddrager f.eks. patienternes eller borgernes syn på forandringerne.

Litteraturgennemgangen suppleres med en perspektivering af de publicerede undersøgelser med udgangspunkt i interview med to eksperter i organisations- og ledelsesteorier.

1.4 Notatets opbygning

Kapitel 2 indeholder en præsentation af det psykiatriske felt i Danmark med fokus på relationerne mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri.

Kapitel 3 indeholder en præsentation af forskellige danske tiltag, der sigter mod at løse nogle af de problemer, der er i relationen mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

Kapitel 4 udgøres af en præsentation af fund fra den internationale litteratur. Hovedparten af litteraturen stammer fra Skandinavien eller Canada.

Kapitel 5 er en perspektivering med fokus på potentialer og muligheder i forhold til organisation og ledelse på feltet.

Kapitel 6 sammenfatter notatets fund.

2. Det danske psykiatriske felt

I dette kapitel præsenteres henholdsvis behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Derefter præsenteres en række bud på relationen mellem de to aktører og på potentialer og udfordringer i relationen og dermed samarbejdet.

2.1 En kort karakteristik af behandlingspsykiatrien

De overordnede udviklingstendenser i behandlingspsykiatrien er kendetegnet af, at antallet af borgere i kontakt med den regionale psykiatri er steget med godt 40 % fra 2000 til 2008. Denne udvikling afspejler bl.a. et skærpet fokus på ikke-psykotiske lidelser (f.eks. stress, angst og depression), og at flere borgere henvender sig til sundhedsvæsenet med psykiske problemstillinger. Samtidig er andelen af patienter, som bliver indlagt, faldet med ca. 30 % i perioden; det samlede antal senge-dage er faldet med 20 %, og antallet af ambulante kontakter er steget med 43 %. Patienter med skizofreni og affektive lidelser er nogle af de patientgrupper, hvor der er sket et markant fald i forbruget af senge-dage (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011). Faldet i antallet af indlæggelser og længden af indlæggelser har betydet et øget pres på socialpsykiatrien (Bengtsson 2011).

Behandlingspsykiatri er den regionale psykiatri og består dels af egentlige hospitalsafdelinger, dels af distriktspsykiatriske centre (DPC) og ambulatorier inklusiv diverse opsøgende teams. Psykiatri er et lægefagligt speciale, og personale ansat i behandlingspsykiatrien er primært læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Derudover vil man mange steder også have tilknyttet socialrådgivere, psykologer samt ergo- og fysioterapeuter. De psykisk syge mennesker, som er behandlingspsykiatriens målgruppe, refereres til som patienter, og formålet med deres tilstedeværelse på afdelingerne er behandling og ideelt set helbredelse (Bengtsson 2011, Christensen 2009).

I psykiatrien referer man formelt til en bio-psyko-social sygdomsmodel, fordi psykiske sygdomme menes at påvirke alle tre aspekter af et menneske. I praksis er behandlingen, særligt på hospitalsafdelingerne, primært medicinsk (antipsykotisk, antidepressiv, stemningsstabiliserende og beroligende). Social og psykologisk behandling har ikke megen plads i på hospitalsafdelingerne i dag, men overlades i stedet til distrikts- og socialpsykiatri (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011, Schepelern Johansen 2008). Moderne hospitalspsykiatri er altovervejende kendetegnet ved korte, stabiliserende indlæggelser, undtagen herfra er nogle få afdelinger for langtidsrehabilitering og retspsykiatri. Langvarig behandling varetages som regel af de ambulante tilbud, f.eks. distriktspsykiatrien eller de opsøgende teams. I deres behandlingstilgang spiller medicin også en stor rolle. Derudover vil behandlingen bestå af social færdighedstræning, psykoedukation og adfærdsterapi. Særligt de opsøgende teams vil dog også have en bredere rolle, der f.eks. kan omfatte, at man følger patienten til forskellige møder og undersøgelser, eller at man hjælper patienten med diverse praktiske opgaver i hjemmet. På denne måde kommer de opsøgende teams fra behandlingspsykiatrien til at minde om den kommunale støtte-kontaktperson (kaldet SKP'er). Ofte sker samarbejdet og kommunikationen mellem de to instanser som mundtlige aftaler mellem de konkrete medarbejdere (Bengtsson 2011).

Psykiatrien har i en del år frem til kommunalreformen været placeret i amternes social- og psykiatريفorvaltning, adskilt fra det øvrige medicinske område. Dette er af faget langt hen ad vejen blevet set som en problematisk position, hvor fagets professionelle udvikling er blevet bremset. Det er forhåbningen, at den nutidige placering sammen med det somatiske sundhedsvæsen vil betyde en styrkelse af psykiatrien som medicinsk speciale (Lindhardt 2011). En konsekvens af disse opfattelser er, at den sociale sektor, som er socialpsykiatriens udgangspunkt, i visse dele af psykiatrien bliver set som en modsætning til behandlingspsykiatrien (Bengtsson 2011, Lindhardt 2011).

2.2 En kort karakteristik af socialpsykiatrien

Som beskrevet ovenfor er socialpsykiatrien etableret for at løfte en række mere socialt orienterede opgaver, der dukkede frem i forbindelse med afinstitutionaliseringen og nedlæggelsen af de mange psykiatriske sengepladser, f.eks. at støtte mennesker med psykisk sygdom i at fungere i samfundet, drage omsorg for dem, tilbyde aktiviteter og beskæftigelse samt hjælpe dem til at skabe en hver-

dag (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011). Som nævnt har socialpsykiatrien dog også en mere ideologisk inspiration og projekt. I en oversigtsartikel om socialpsykiatrien i Europa skriver den hollandske forsker Wiersma (Wiersma 2008), at socialpsykiatrien overordnede, ideologiske formål kan karakteriseres med følgende tre spørgsmål: Hvordan tager man sig bedst af individer med alvorlig psykisk sygdom i lokalsamfundet; hvordan håndterer man, at psykiatriske hospitaler potentielt er skadelige institutioner, og hvordan håndterer man den hospitalisering, som mange bliver præget af ved lange indlæggelser? En del af socialpsykiatriens oprindelse og formål kan dermed forstås som værende en modpol til behandlingspsykiatrien.

Socialpsykiatrien er den kommunale psykiatri og består af socialpsykiatriske botilbud (tidligere bl.a. psykiatriske plejehjem), væresteder for psykisk syge, forskellige beskæftigelsestilbud (f.eks. beskyttede værksteder) samt kommunale støtte-kontaktpersoner (SKP'ere). En del af disse tilbud - primært botilbud og beskæftigelsestilbud - er tidligere amtslige tilbud, som kommunerne hjemtog i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Nogle få specialiserede, amtslige tilbud overgik dog til Regionerne.

De dominerende personalegrupper i socialpsykiatrien er pædagoger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og socialrådgivere. Socialpsykiatrien orienterer sig i mindre grad mod diagnoser og medicinsk behandling og i højere grad mod at forstå mennesket i sin sociale kontekst. Et af de centrale begreber i moderne socialpsykiatri er recovery, hvor fokus er på det enkelte menneskes evne til at håndtere sine symptomer og sygdom, og at dette skal være centralt frem for et mere snævert fokus på sygdom og behandling. Det er således karakteristisk, at socialpsykiatrien refererer til sin målgruppe som borgere (i modsætning til behandlingspsykiatriens patienter) (Bengtsson 2011, Christensen 2009).

Et andet kerneområde i socialpsykiatrien er spørgsmålet om autonomi. Det gælder i forhold til det opsøgende arbejde, hvor man er meget opmærksom på, at man befinder sig i borgerens hjem, og at kontakten derfor skal foregå på borgerens præmisser. Og det gælder i forhold til botilbuddene, hvor man definerer bo-enhederne som patientens eget hjem, og at man derfor ikke bare kan gå ind, hvis beboeren ikke ønsker det, kan gennemtvinge en oprydning, hvis det er tiltrængt, eller kan gennemtvinge medicinsk behandling eller indlæggelse (Bengtsson 2011).

Ud over den egentlige socialpsykiatri vil en del borgere også være i kontakt med andre dele af den kommunale administration, bl.a. beskæftigelsesområdet/jobcentrene - i hvert fald så længe borgernes forsørgelsesmæssige status er uafklaret (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011).

2.3 Mellem behandlings- og socialpsykiatri

Fordi mennesker med alvorlige psykiatriske lidelser i dag udskrives relativt hurtigt fra hospitalspsykiatrien, har de ambulante tilbud i behandlingspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri fået langt flere opgaver. Mange mennesker er simpelthen mere psykisk syge, når de udskrives, end man har set tidligere (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011, Bengtsson 2011).

Det har også ledt til gensidige beskyldninger om, at man ikke gør sit arbejde godt nok. Socialpsykiatrien oplever, at behandlingspsykiatrien udskrives for tidligt og ikke er villige til at genindlægge, og behandlingspsykiatrien oplever, at socialpsykiatrien ikke er villige til at løfte deres ansvar, når patienterne udskrives.

Området er formelt set reguleret af sundhedsaftalerne mellem kommune og region. Det er dog karakteristisk for litteraturen, at disse sundhedsaftaler ikke inddrages systematisk, og når de nævnes, er det primært i forbindelse med, at frontmedarbejdere mangler kendskab til dem. Det antyder, at sundhedsaftalerne endnu ikke spiller en central rolle på dette område, men også at deres betydning bør undersøges nærmere.

Det Nationale Forskningsinstitut for Velfærd (SFI) har i en rapport om dansk psykiatri peget på følgende problemstillinger i relationen mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri, som alle sammen betyder dårligere eller mindre sammenhængende patientforløb (Bengtsson 2011):

- Forskellig organisation (region og kommune)
- Manglende fokus på samarbejde

- Forskellig kultur og tilgang til borgerne/patienterne
- Forskellig vægtning mellem det sociale og det medicinske
- Forskellig referenceramme - medicin vs. rettigheder.

Forfatteren til denne rapport peger også på, at en del af funktionerne i henholdsvis social- og behandlingspsykiatrien er overlappende, og at dette også kan skabe usikkerhed om, hvem der har ansvar og kompetence i en konkret situation. Det gælder særligt for kontaktpersonen i det opsøgende psykiatriske team og den kommunale støtte-kontaktperson, hvor det kan være vanskeligt at adskille arbejdsopgaver og funktioner. Forfatteren skriver videre: "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" (Bengtsson 2011). Sundhedsaftalerne mellem kommune og region adresserer også dette felt, men de behandles ikke i denne rapport.

En række undersøgelser fra Videnscenter for Socialpsykiatri peger på følgende - delvist overlappende - punkter (Videnscenter for Socialpsykiatri 2005, Videnscenter for Socialpsykiatri 2006, Gulbrandsen 2007):

- Meget forskellig fagkultur
- Ventetid i overgangen fra det ene tilbud til det andet
- Konkurrerende funktioner frem for supplerende (f.eks. kontaktpersoner)
- (Lov om) Handleplaner bruges kun i mindre omfang til at koordinere arbejdet.

Undersøgelsen fra 2005 handler om, hvordan det psykiatriske system opleves af brugerne/patienterne/borgerne (Videnscenter for Socialpsykiatri 2005). Der peges bl.a. på:

- Behov for sikkerhed ved akut forværring - at man kan blive indlagt, hvis man har brug for det
- En oplevelse af et system - både social- og behandlingspsykiatri - der har for få ressourcer, og hvor det kan være vanskeligt at få hjælp
- Behov for opfølgning og timing, så tilbuddene kommer på det rigtige tidspunkt
- Viden om de forskellige tilbud hos personalet
- At der er tale om et samlet behandlingstilbud, så man som bruger ikke oplever evt. organisatoriske huller
- Ønske om brug af case manager eller tovholder
- Ønske om inddragelse i hele systemet.

Som mulige løsninger peger Videnscentret i den efterfølgende rapport fra 2006 på, at et ordentligt samspil kræver enighed om (Videnscenter for Socialpsykiatri 2006):

- Opgavefordeling
- Behov og behandlingsteknologi
- Mål, ansvar og ressourcefordeling
- Forståelse for forskelle mellem sektorer.

Christensen (Christensen 2009) beskriver et projekt - Allianceprogrammet, hvor man på Fyn har søgt at overkomme nogle af problemerne i samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatrien. Vi vender tilbage til Allianceprogrammet i næste kapitel, men vil her bare referere deres karakteristik af problemfeltet: "Kulturen, lov- og værdigrundlaget, behandlingsbegreberne og tidshorizonten i de to sektorer var på mange områder forskellig, og kendskabet til hinandens opgaver og arbejdsvilkår ikke altid stort eller opdaterede".

Tværfagligt netværk Socialpsykiatri, som består af fagforeninger for medarbejdere, der arbejder i socialpsykiatrien, peger på en række forhold, der har nødvendiggjort samarbejdet nu i højere grad end tidligere (Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri 2009):

- En stadig mere kompleks lovgivning
- En voksende specialisering af såvel behandling som social indsats

- Lovkrav om indgåelse af sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner, der skal omsættes til praksis
- En større fragmentering af forvaltningen inde for de enkelte kommuner.

De ændrede vilkår stiller ifølge Tværfagligt netværk Socialpsykiatri krav om ændringer på en række punkter, der dog ikke videre udfoldes eller begrundes:

- At et velfungerende tværsektorielt og tværfagligt samarbejde kræver bred politisk og ledelsesmæssig opbakning
- At skabe økonomisk og lovmæssigt grundlag for at udvikle det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- At det sikres, at sundhedsaftalerne omsættes til praksis som ramme og redskab for det tværsektorielle samarbejde
- At der skal fokuseres på sikringen af en sammenhængende og helbredsorienteret indsats på tværs af den kommunale organisering
- At det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov for støtte
- At sikre en organisering i kommunerne, der understøtter tværfaglig udredning af borgerens funktionsnedsættelse.

DSI lavede i 2010 en kortlægning over kommunernes opgaver inden for det psykiatriske område. Kortlægningen baserer sig bl.a. på en række interview med personale fra behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, og den konkluderer, at der er tale om en opgaveudvikling præget af både opgaveglidning, opgaveændring og opgaveøgning. Opgaveglidningen sker, fordi kommunerne nu skal løfte opgaver, som tidligere blev varetaget af sygehusene; opgaveændringen bunder i, at der er kommet nye og bedre behandlingsmuligheder, og opgaveøgningen skyldes bl.a. ændringer i demografi og udviklingen af komorbiditet. Derudover fandt kortlægningen hos både socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien en oplevelse af, at egne tilbud blev overbebyrdet, fordi den anden part ikke løfter sin opgave godt nok (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011).

På baggrund af kortlægningen peger rapportens forfattere på følgende tiltag (Madsen, Hvenegaard & Fredslund 2011):

- Tydelige aftaler om sektoransvar: Sundhedsaftalerne, der adresserer samarbejdet mellem kommune og region, skal virke også blandt frontmedarbejdere
- Flere tilbud til borgere, som bliver udskrevet fra psykiatrisk hospital: Midlertidige/akutte botilbud, døgnbemandende tilbud (botilbud, væresteder, krisetelefoner) - akutorienteret kommunalpsykiatri
- Flere specialistkompetencer i kommunerne: Viden om sygdomme, medicinsk behandling, rehabilitering, borgere med komplekse problemstillinger m.m.
- Kommunale udviklingsstrategier, herunder:
 - Hvordan kan kommunerne organisere sig på en måde, som afspejler borgernes behov for koordinering og sammenhæng?
 - Kan og skal kommunerne alene påtage sig ansvaret for alle grupper af borgere med psykiske problemstillinger eller i højere grad udvikle tilbud flere kommuner sammen eller i samarbejde med regionerne?
- Samlet og systematisk dokumentation på tværs af kommuner og kommunale forvaltninger som kan belyse, hvilke og hvor mange opgaver kommunerne løser, og hvem der løser opgaver i relation til borgere med psykiske problemstillinger.

3. Tværsektorielt samarbejde - danske erfaringer

Sammenhængsproblemer i det danske psykiatriske system har været diskuteret i hvert fald siden starten af 1980'erne, hvor socialpsykiatrien blev etableret som et svar på nedlæggelsen af sengepladser i behandlingspsykiatrien. Der har derfor også været en række forskellige bud på løsninger m.m. Nedenfor præsenteres en række konkrete tiltag, der er etableret med henblik på at afhjælpe skellet mellem social- og behandlingspsykiatri: Opsøgende teams, samarbejdsaftale, patientforløbsprogrammer og fælles fysiske rammer for indsatserne.

3.1 Opsøgende psykoseteams

En vigtig nyskabelse i den psykiatriske behandling inden for de sidste ca. 10 år er det opsøgende psykoseteam, også kaldet OP-teamet. OP-temaet består af en gruppe tværfaglige medarbejdere, der har det primære behandlingsansvar for en gruppe alvorligt psykisk syge mennesker. Behandlingsarbejdet foregår typisk i disse menneskers eget hjem eller andre steder, hvor man mødes. OP-teamet vil typisk været tilknyttet et distriktspsykiatrisk center og vil tage sig af de mennesker, der ikke selv magter eller ønsker at opsøge behandlingen. OP-teamene blev introduceret i Danmark i slutningen af 1990'erne og blev i løbet af det efterfølgende årti gjort til en integreret bestand del af behandlingspsykiatrien. I 2002 definerede Amtsrådsforeningen OP-teamet som en integration af distrikts- og socialpsykiatri kombineret med en case manager-ordning (Kjelsgaard 2002). I forhold til det tværsektorielle samarbejde var tanken altså, at teamet i sig selv kunne integrere social- og behandlingspsykiatrien.

DSI lavede i 2004 en kortlægning, hvor man undersøgte, hvorvidt sådanne teams kunne løfte opgaven med at skabe et sammenhængende psykiatritilbud (Albæk et al. 2004). Udover tre OP-teams inkluderedes også tre andre tilbud, der havde en lidt anderledes udformning:

- Den integrerede model fra Fyns Amt - tværsektorielt team med medarbejdere fra både amt og kommune
- Tovholdemodell fra Vejle Amt - udvælgelse af en kontaktperson fra en af de involverede instanser som tovholder
- Case manager i Nordjyllands Amt - projekt, gjort permanent i Aalborg. Case manager modellen er, på linje med de øvrige tiltag, et organisatorisk tiltag, hvor en person - case manageren - har ansvaret for at relevant udredning og behandling finder sted. Vedkommende behøver ikke selv at udføre selve behandlingen, men er ansvarlig for, at den bliver iværksat.

I gennemgangen af tilbuddene identificerede forfatterne en række fælles træk ved det opsøgende team:

- De foretog en sammenkædning og etablering af sammenhæng mellem behandlingsmæssige og sociale/socialpædagogiske tilbud til brugerne
- De foretog en placering af det behandlingsmæssige ansvar hos enkeltpersoner - tovholder, case manager og lignende
- De havde alle et opsøgende element, som gjorde det muligt for tilbuddene at skabe kontakt til mennesker, der ellers ikke var en del af behandlingssystemet
- Det var ikke muligt at trække grænsen mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien skarpt. Tværtimod var der tale om en gråzone, hvor grænserne var trukket forskelligt på de forskellige lokaliteter
- En vis uenighed mellem kommune og behandlingspsykiatri om, hvem der var målgruppen for de opsøgende teams. Behandlingspsykiatrien havde ofte taget udgangspunkt i en definition af, at de var for de mest syge, dvs. mennesker med psykotiske sygdomme. Kommunerne ville også gerne have haft mennesker med personlighedsforstyrrelser med, da de oplevede, at de adfærdsmæssige problemer, som disse mennesker har, lignede dem, som de psykotiske patienter havde.

Forfatterne fandt også, at mange af projekterne i udgangspunktet havde peget på strukturelle, organisatoriske og lovmæssige problemer for samarbejdet. Man havde bl.a. gjort sig en del overvejelser om, at lovgivningen om tavshedspligt ville stille sig hindrende i vejen for samarbejdet, men i praksis viste det sig, at det var uproblematisk at få patienterne til at skrive under på, at man gerne måtte udveksle oplysninger mellem de forskellige instanser. Mere generelt pegede erfaringerne på, at de reelle samarbejdsproblemer i højere grad lå på det kulturelle område - i syn på hinanden, kendskab til forskellige tilgange m.m.

De opsøgende psykoseteams er i dag, som allerede nævnt, et tilbud inden for behandlingspsykiatrien og indeholder dermed ikke længere i samme omfang det tværsektorielle potentiale, som det oprindeligt var forventningen, at de skulle have. Bengtsson fra SFI fandt i sin gennemgang af det danske psykiatriske system, at de opsøgende teams havde et betydeligt overlap og til tider konkurrence med kommunale tilbud (Bengtsson 2011). Det samme problem peger rapporterne fra Videnscenter for Socialpsykiatri på. Dette betyder dels, at der er uklarhed over, hvem der har ansvaret for de konkrete opgaver, og dels at der er risiko for at flere instanser iværksætter initiativer over for de samme problemer.

3.2 Samarbejdsaftale mellem bocenter og distriktskykiatri

Samarbejdet mellem region og kommune på sundhedsområdet reguleres i dag af sundhedsaftaler. Derudover kan der være lokale samarbejdsaftaler mellem forskellige relevante instanser inden for henholdsvis region og kommune. Kistrup et al. publicerede i 2009 et studie, hvor man undersøgte samarbejdet mellem et socialpsykiatrisk bocenter og et psykiatrisk center (Kistrup et al. 2009). Man undersøgte personalets syn på en række punkter i samarbejdet om patienterne:

- De konkrete forløb
- Indlæggelsesfase
- Indlæggelsesperiode
- Udskrivelsesfase
- Planlægning af efterbehandling
- Generel vurdering.

Man lavede første del af dataindsamlingen i 2005 og så anden del i 2007, efter man havde indgået en konkret samarbejdsaftale mellem bocentret og det psykiatriske center, der omfattede:

- Bedre gensidig information ved introduktion af nyt personale og gensidige informationsmøder
- Procedurer for samarbejde ved akutte henvendelser, indlæggelse og udskrivning
- Procedurer for samarbejde under indlæggelsesperiode.

Overordnet set blev der ikke fundet signifikante ændringer i synet på samarbejdet hos hverken patienter eller personale fra 2005 til 2007 efter indførelsen af samarbejdsaftalen. Forfatterne peger på, at det kan skyldes, at samarbejdsaftalen endnu ikke er ordentligt implementeret, at der har været personaleudskiftninger, samt at det tværsektorielle samarbejde ikke i perioden har været prioriteret pga. andre aktiviteter.

Når kontaktpersonerne på bocentret vurderede personalet på det psykiatriske center, var det særligt samarbejdsvilje og imødekommenhed, som blev fremhævet ved de positive vurderinger, mens det var manglende og dårlig information fra det psykiatriske center, der fyldte ved de negative vurderinger.

Kontaktpersonerne på det psykiatriske center fremhævede samarbejdsvilje og besøg samt imødekomende personale som positive elementer og manglende besøg, manglende information samt manglende kontakt til bocentret som negative elementer.

Derudover fandt man, at kontaktpersonerne fra begge institutioner vurderede samarbejdet i konkrete tilfælde bedre end det generelle samarbejde.

Man skal være opmærksom på, at dele af studiet er lavet før de overordnede sundhedsaftalerne mellem region og kommune blev etableret. Der mangler studier af, hvordan disse aftaler nu - flere år efter implementeringen - fungerer.

3.3 Patientforløbsprogrammer

En anden variant af formelle aftaler om tværsektorielt samarbejde finder man i patientforløbsprogrammer, hvor man beskriver, hvilke interventioner de enkelte aktører forventes at yde i forbindelse med et sygdomsforløb. Det er forventningen, at sådanne patientforløbsprogrammer kan bidrage til at tydeliggøre rollefordelingen mellem de enkelte sektorer, reducere variationen i interventionen samt facilitere en bedre planlægning og overvågning af indsatsen (Nielsen et al. 2008).

Med dette som udgangspunkt etablerede man i Odense et program med navnet Allianceprogrammet, der omfattede følgende punkter:

- Samarbejde ved indlæggelse: Der blev beskrevet procedurer for information af distriktspsykiatrien eller socialpsykiatrien, når en patient indlægges på den psykiatriske afdeling
- Samarbejde under indlæggelse: Der blev beskrevet procedurer for behandlingsmøder med deltagelse af patienten, kontaktpersoner fra afdelingen og efterbehandlende sektor samt lægelige behandlinger
- Samarbejde ved udskrivelse: Der blev beskrevet procedurer for afsluttende fællessamtale om udskrivelsesplan, der indeholder oplysninger om ansvarsfordelingen ved den fremtidige behandling, medicinstatus, helbredsstatus samt status vedr. kost og motion.

Projektet foregik inden kommunalreformen i 2007 og dermed inden etableringen af sundhedsaftalerne. Projektet forholder sig derfor ikke til disse eller til, hvordan et konkret forløbsprogram spiller sammen med sundhedsaftalerne.

Efter etableringen af disse standarder undersøgte man så, hvorvidt personalet vurderede samarbejdet som bedre, end inden man havde standarderne. I undersøgelsen fandt man, at implementering af patientforløb kan bedre samarbejdet ved indlæggelse, under indlæggelsen og ved udskrivelsen af patienterne (Christensen 2009), men at det forbedrede samarbejde dog ikke blev afspejlet i patienternes indlæggeshyppighed eller indlæggelsestider (Nielsen et al. 2008). De fandt dog også, at det havde været vanskeligt at implementere standarderne, og at de standarder, som der findes dokumenteret effekt for, var dem, der fungerede bedst i praksis. Derudover pegede de på, at inddragelsen af mellemlederne i de involverede institutioner er helt centrale, og at sådanne ændringer ikke kun kan foretages af frontmedarbejdere, fordi ændringerne i den konkrete praksis skal understøttes af organisatorisk opmærksomhed og ændringer (Christensen 2009).

3.4 Fælles fysiske rammer

En anden type af bud er, at man fysisk placerer de tilbud, der skal samarbejde, sammen. Det er hensigten med etableringen af Psykiatriens Hus - et samarbejds- og udviklingsprojekt mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland. På sigt skal der laves et konkret hus, der skal rumme både social- og behandlingspsykiatri, men allerede nu har man fysisk samlet de regionale specialiserede behandlingstilbud og Silkeborg Kommunes socialpsykiatri. Intentionen er, at der hermed skabes mulighed for at sikre helhed og kvalitet i indsatsen for parternes fælles klient/patientgruppe. Dette skal bl.a. muliggøres ved, at behandlingspsykiatrien og socialpsykiatriens kendskab til hinanden øges i form af den daglige kontakt og berøring med samme patientgruppe. Det forventes også, at det nære samarbejde vil bidrage til et fælles værdigrundlag, der sikrer et sammenhængende, helhedsorienteret og professionelt forløb for den enkelte borger (Rosenkrantz Josefsen & Bøhme 2010). Der foreligger ikke endnu en evaluering af, hvordan dette tiltag i praksis fungerer, og om det formår at overkomme nogle af identificerede udfordringer.

4. Tværsektorielt samarbejde - internationale erfaringer

I en oversigtsartikel fra 2004 har Thornicroft og Tansella lavet et omfattende review af international litteratur (Thornicroft & Tansella 2004) med henblik på bl.a. at fastslå følgende: 1) Hvilke psykiatriske services bør tilbydes i lokalsamfundet og hvilke i hospitaler? 2) Hvilke dele af psykiatriske tilbud er nødvendige for at have et dækkende tilbud, og hvilke kan man til vælge alt efter ressourcer?

I forhold til det første punkt fastslår de, at den evidens, der eksisterer på daværende tidspunkt, og den samlede kliniske erfaring understøtter en balanceret tilgang, hvor der er elementer af både hospitals- og lokalpsykiatri. De fastslår dog også, at det ikke er muligt at identificere entydigt, hvor skillelinjen skal ligge, da det vil afhænge af en række nationale forhold.

I forhold til det andet punkt definerer de, at et samlet psykiatrisk tilbud som minimum bør indeholde:

- Dagklinikker og ambulatorier
- Lokale teams
- Case management
- Mulighed for akut indlæggelse
- Tilbud om lokalt baserede permanente botilbud
- Mulighed for ansættelse og beskæftigelse af mennesker med psykisk sygdom eller problemer.

Disse punkter lever det danske psykiatriske system i vid udstrækning op til. Det samme gør sig gældende i forhold til, at det samlede tilbud består af services fra både hospitalspsykiatri og lokalpsykiatri. Nedenfor præsenteres en række internationale eksempler på, hvordan relationen mellem hospitalspsykiatri og lokalpsykiatri er figureret, og på hvordan det tværsektorielle samarbejde er søgt etableret.

4.1 Skandinavien

I en gennemgang af psykiatrien og psykiatrireformer i de skandinaviske lande peger Lindquist (Lindquist et al. 2011) på, at alle skandinaviske lande opererer med en opdeling mellem en lokal kommunalpsykiatri og en mere central hospitalsbaseret psykiatri. I alle lande er antallet af sengepladser reduceret, og brugen af psykofarmaka steget. I alle lande er der en tendens til, at patienten falder mellem stolene, og det kan være svært at realisere samarbejde og brugerinddragelse.

I Norge er behandlingspsykiatrien en del af det statslige sundhedsarbejde, og den lokale psykiatri er kommunal. Dette giver relativt store variationer, da de norske kommuner er meget forskellige, og der er mange små kommuner. I Norge er der de senere år sket en forskydning, så det primære ansvar for psykisk sundhed ligger hos kommunerne.

I Sverige er det de regionale instanser (landsting og regioner), der har ansvaret for behandlingspsykiatri. Generelt er der også i Sverige sket en ansvarsforskydning fra sygehuse til kommuner på det psykiatriske område, sådan at kommunerne har overtaget en større del af ansvaret. Generelt formuleres formålet med den psykiatriske behandling at gøre patienten rask og reintegrere patienten i samfundet (Falk & Allebeck 2002).

4.1.1 Kendskab til kompetencer

I Sverige har Magnusson og Lütznén undersøgt samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og lokalpsykiatri (Magnusson & Lützen 2009). De peger på, at det overordnede problem er en uklar rolle- og ansvarsfordeling. De fandt en række barrierer for samarbejdet, hvoraf nogle var eksterne og dermed blev opfattet som værende uden for den konkrete medarbejders kontrol, og andre i højere grad relaterede til forhold hos den enkelte medarbejder og dermed i højere grad kunne kontrolleres af disse.

Eksterne faktorer, der leder til barrierer for samarbejdet:

- Forskellige procedurer
- Ressourcefordeling mellem sektorerne
- Geografisk afstand
- Forskelligt syn på patienter og behandling
- Tavshedspligt er en hindring.

Interpersonelle faktorer, der leder til barrierer for samarbejdet:

- Kommunikation
- Respekt for hinandens faglighed.

Magnusson og Lützen præsenterer også en række løsninger på de identificerede problemer. De finder generelt, at når personalet kender deres kollegaer i de andre institutioner godt, så er samarbejdet ikke noget problem. Derudover peger de på, at der er behov for:

- Opmærksomhed på hinandens kompetencer, der bruges forskelligt til forskellige opgaver
- Faste, regelmæssige møder, hvor man kan udveksle information, så viden om patienter og samarbejde ikke forsvinder
- At der skal være kontakt mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, inden vigtige beslutninger træffes.

Der er stort overlap mellem de forhold, som Magnusson og Lützen peger på fra Sverige, og hvad vi så i en dansk kontekst. Forfatterne kommer dog ikke med mere konkrete forslag til, hvordan disse behov kan løses.

4.1.2 Opsøgende teams

Også i Sverige har man overvejet brugen af opsøgende teams som en mulighed for at overkomme barriererne mellem de forskellige dele af det psykiatriske system (Falk & Allebeck 2002). I en undersøgelse af implementeringen af de opsøgende teams peger Falk og Allebeck på nødvendigheden af at styrke kommunikationen mellem sundhedsorganisationer og skabe fælles forståelse og fælles mål, hvis samarbejdet skal lykkes. Det fælles standpunkt og samarbejdet skal gøres synligt i organisationernes struktur, procedurer og mål. De finder, at samarbejde ikke kun skal forstås som et middel til at opnå et mål, men som et mål i sig selv.

4.1.3 Psykiatriske sygeplejersker i den kommunale psykiatri

I Norge har man en model, hvor psykiatriske sygeplejersker placeret i den kommunale psykiatri har det primære behandlingsansvar for mennesker med psykisk sygdom. Det er i vid udstrækning dem, der konkret skal stå for samarbejdet med de mere specialiserede hospitalsafdelinger. Holst og Severinsson (Holst & Severinsson 2003) har publiceret et studie, der afdækker disse sygeplejerskers oplevelse af samarbejdet. De fandt, at den lokale sygeplejerske oplevede, at det var svært at overbevise hospitalet, når der var brug for akut indlæggelse. På trods af, at den lokale sygeplejerske kendte patienten bedst, fastholdt hospitalet, at det var deres eksklusive beslutning.

De lokale sygeplejersker efterlyste også mere professionel sparring fra hospitalets side. De oplevede ofte at være relativt alene med deres faglighed og efterlyste derfor en mere generel sparring. Samarbejdet var altid om konkrete patienter, og sygeplejerskerne efterlyste også en mere generel sparring, der kunne udvikle dem fagligt.

I studiet identificeres følgende behov med henblik på at skabe en fælles forståelse:

- Oprettelsen af tværfaglige teams i socialpsykiatri
- Samarbejds møder mellem de forskellige instanser
- Formalisering af samarbejdet.

4.2 Canada

I Canada har provinsen Quebec gennemgået flere store reformer på psykiatriområdet, og der er publiceret en del herom. Tiltag i forbindelse med samarbejde falder i to faser: En fase med forsøg på etablering af partnerskaber og en senere fase med etablering af servicenetværk.

Regionerne i Canada har ansvaret for sundhed og det sociale område. Offentlig service er størst, men med stort samarbejde med det private. Langt det meste arbejde med sindslidende foregår lokalt, men i tæt samarbejde med regionale og provinsielle niveauer i forbindelse med specialistbehandling. Der skelnes ikke skarpt mellem social- og behandlingspsykiatri, men derimod mellem det lokale og det regionale niveau, hvor det regionale niveau er mere specialiseret.

4.2.1 Partnerskab

I midten af 1980'erne besluttede man at gennemføre en reformproces af det psykiatriske system, fordi man mente, at systemet blev holdt som gidsel mellem forskellige organisatoriske og faglige interessegrupper, der forhindrede samarbejde, og man ønskede et mere effektivt system (Fleury & Mercier 2002). Man havde fortsat en høj grad af institutionalisering samt manglende integration mellem behandlings- og socialpsykiatri (Mercier & White 1994).

Den overordnede begrebsmæssige ramme for reformen var partnerskab. Partnerskab defineres i dette tilfælde som en anerkendelse af forskellige tilgange, åbne kommunikationslinjer og fælles mål - altid med en konkret person/patient i centrum (Boudreau 1991). Reformen skulle skabe en ændring i fokus fra organiseringen af services til den konkrete person og vedkommendes individuelle behov (Mercier & White 1994, Boudreau 1991). De tiltag, som man indførte, var dels en individuel behandlingsplan for den enkelte patient eller borger, dels etableringen af regionale koordineringskomiteer, der inddrog bruger og lokale organisationer, den regionale behandlingspsykiatri og repræsentanter for regionen generelt, og som skulle sammentænke de regionale tilbud. Disse komiteer var fora for det tværsektorielle samarbejde, og formålet med dem var at skabe en større integration og dermed større effektivitet. Man ønskede ekstensiv snarere end intensiv service, bedre koordination mellem tilbud og sektorer, undgå dobbeltarbejde, sikre større ansvarlighed, større bevægelighed mellem tilbuddene og mindske organisatoriske barrierer (Fleury & Mercier 2002).

Dette lykkedes til en vis grænse, men Mercier og White fandt også, at der i koordineringskomiteerne var en del magtkampe mellem de regionale partnere (Mercier & White 1994). Boudreau (Boudreau 1991) peger på, at decentraliseringen til det regionale niveau i nogle tilfælde blev en måde at tørre systemets problemer af på et lokalt niveau med mindre kompetence til at løse det. Rochefort (Rochefort 1991) peger på, at hvis ikke planlægningen af sundhedsarbejdet kombineres med finansiering, bliver planlægningen symbolsk og ikke-implementerbart, ligesom den mangler politisk holdbarhed - et problem som til en vis grad var tilstede i den canadiske case.

I et andet studie fra 1991 peger White og Mercier på, at et alt for sammenhængende system kan gøre det svært at integrere de marginale - mindre, alternative, lokale tilbud er bedre til at indfange dem, som 1) systemet slet ikke kender, og 2) dem som ikke kan lide det etablerede behandlingssystem (hvilket der er en del af blandt de alvorligt psykisk syge) (White & Mercier 1991). De fandt også, at en for tæt knytning mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri kan betyde, at den ene institution (som regel behandlingspsykiatrien) bliver adgangsvejen til den anden type af institution, der dermed mister muligheden for at fungere som adgangsvej til behandling.

4.2.2 Integrated Service Networks

I slutningen af 1990'erne havde man et nyt tiltag med indførelsen af Integrated Service Networks. Formålet var bl.a. at få formaliseret de mere uformelle relationer, som partnerskabstilgangen havde medført (Fleury 2006). Modellen består i, at alle aktører i det psykiatriske behandlingssystem fungerer som indgangsveje til behandling. Samarbejdet sikres gennem forskellige koordinerende instanser, samt ved at samarbejdet er beskrevet i protokoller (Fleury 2005). Forfatteren peger på, at de koordinerende instanser i modellerne skal have et klart mandat og tildeles beslutningskompetence, hvis ikke aktørerne skal fortsætte, som de plejer.

4.3 Øvrige internationale litteratur

4.3.1 Integrated Care Pathways

I Skotland er den primære behandling af mennesker med psykisk sygdom placeret hos lokale teams (Community Mental Health Teams), hvor der er personalemæssig repræsentation fra både det sociale system og det psykiatriske behandlingssystem. På trods af disse fælles teams oplever man, at forskellige professionelle kulturer og forskellige opfattelser af eller modeller for psykisk sygdom leder til konflikter mellem professionerne og usikkerhed om rollerne inden for teamet. I dette system har man forsøgt at benytte Integrated Care Pathways (ICP) som en måde at løse samarbejdsproblemerne (Rees et al. 2004).

ICP er en tilgang, hvor man kortlægger, hvilke kliniske og administrative begivenheder der skal forekomme, hvis et behandlingsforløb skal ske mest hensigtsmæssigt. Som sådan har det en vis lighed med Allianceprogrammet fra Danmark. Tilgangen er primært blevet brugt til homogene patientgrupper med ens og forudsigelige sygdomme, hvor der ligger klare behandlingsanbefalinger. ICP har dog også bl.a. været brugt til at forbedre behandlingsforløb for patienter med skizofreni, mens de er indlagt. Ifølge Rees et al. har tilgangen derudover potentiale til at forbedre behandlingssamarbejdet på tværs af traditionelle grænser mellem en social og en sundhedsmæssig tilgang, da tilgangen kan give nogle formelle mekanismer til kommunikation og deling af information. Dette er blevet forsøgt i et distrikt i Skotland med fem lokale teams.

Forsøget viste sig dog ikke uden problemer. Bl.a. oplevede teamdeltagerne, at ICP understøttede en dominerende medicinsk model for psykisk sygdom, og at særligt det socialt faglige personale ikke oplevede, at deres indsats blev anerkendt. Modellen viste sig dermed ikke i praksis særlig velegnet til at løse ideologiske forskelle mellem forskellige faggrupper. Forfatterne konkluderer, at et system som ICP, der primært opererer på det praktiske niveau, ikke adresserer og ikke kan overkomme større organisatoriske barrierer i det psykiatriske system. Der er også brug for engagement og involvering på et mere strategisk niveau.

4.3.2 Case management

Udgangspunktet for case management er at placere patienten i centrum med henblik på at opnå de mål, som patienten har, og finde vedkommendes egen vej til recovery. Hvor traditionel psykiatrisk behandling har fokuseret på det biologiske og psykologiske, inddrager case management hele patienten og vedkommendes miljø - alle bio-psyko-sociale forhold, der har betydning for patientens sygdom og helbredelse (Ivezic, Muzinic & Filipac 2010). Som sådan kan case management bruges til at placere ansvaret for det tværsektorielle samarbejde hos en konkret medarbejder snarere end som et mere vagt ønske om samarbejde mellem institutioner. Vi så også case management eller tovholderen som et bud i en dansk kontekst, hvor de udgør en vigtig dimension af de opsøgende teams.

Case management indeholder: Vurderinger og diagnosticering, behandling jf. behandlingsplanen, koordination af behandling og tilbud, når der er behov for eksterne tiltag, og aktiviteter der skaber sammenhæng mellem behandling og patienten. Case management kræver dog også, at case manageren indgår i et tværfagligt team med henblik på at kunne trække på andre fagligheder end sin egen.

Case management har på den ene side en række fordele. Der er klarhed over, hvem der er tovholder i forhold til den enkelte patient eller borger, og denne tovholder har ansvaret for at koordinere de forskellige nødvendige tiltag inden for det sociale- og behandlingsmæssige område. Det enkelte menneske med en psykisk sygdom har en indgang til systemet og står ikke selv med ansvaret for at koordinere de forskellige tiltag. Ulemperne kan være, at behandling og hjælp netop bliver knyttet til én person, og hvis denne person i en periode ikke er tilgængelig, eller hvis relationen til denne ene person ikke er god, vil behandlingen kunne blive belastet. Et andet potentielt problem er, at adgangen til behandling og hjælp kan blive afhængig af case managerens position i systemet. Er en case manager f.eks. placeret i socialpsykiatrien, kan det potentielt være en udfordring for denne person at sikre sin patient adgang til behandlingspsykiatrien.

5. Perspektivering: Mod styrket ledelse af det tværsektorielle samarbejde

Dette kapitel præsenterer to eksperters perspektiver på de problemstillinger, som er præsenteret ovenfor. Der er derfor tale om en lidt anden type af fremstilling end de foregående kapitler, og der er kun anvendt referencer i begrænset omfang.

5.1 Identitetsarbejde i organisationer

Det er et alment menneskeligt og organisatorisk fænomen, at forskellige grupper af mennesker italesætter hinanden i negative termer. Man kan meget nemt blive enige om, at man selv gør arbejdet bedre end andre grupper. Det handler om identitet og magt og om at gøre en kompleks verden mere enkel ved at dele den op i 'de gode' og 'de dårlige' eller 'de kompetente' og 'de inkompetente'. Det handler om, at man primært forholder sig til den lille del af virkeligheden, som man oplever at kunne kontrollere. Et sådan identitetsarbejde er i høj grad et aspekt af, hvad der foregår mellem social- og behandlingspsykiatri.

I dette konkrete tilfælde bliver afstanden mellem de to organisationer også forstærket af hierarkier, der i mange tilfælde vil placere behandlingspsykiatrien over socialpsykiatrien - f.eks. er behandlingspsykiatrien bedre til at dokumentere effekt, man har en længere videnskabelig tradition, og medicin bliver generelt i samfundet vurderet som mere kompetent end pædagogik.

Selvom det er et alment menneskeligt fænomen, har det desværre en række negative konsekvenser - rent praktisk vanskeliggør det samarbejde og koordination på tværs, men at fordømme andre har også på sigt en negativ effekt på én selv - det bliver sværere at færdes i verden, det begrænser hvem man kan have relationer med osv.

At ændre en negativ tilgang til en anden organisation eller gruppe af mennesker handler ikke kun om at tilføje viden omkring disse mennesker. Det er en proces, der kræver en mere aktiv facilitering. En måde at gå til dette på er at tydeliggøre, at fremstillingen af hinanden i negative termer er en kulturel proces, at disse grupperinger ikke er naturgivne eller et resultat af iboende karakteristika ved grupperne (essens), men i høj grad er resultater af en række iscenesættelses- og italesættelsesprocesser. I og med at der er tale om kulturelle konstruktioner, er det også muligt at lave kulturelle konstruktioner, der i højere grad giver mulighed for samarbejde og fælles forståelse.

Helt konkret i forhold til social- og behandlingspsykiatri vil det være fornuftigt at tage fat i en række konkrete forløb og i tværsektorielle fora diskutere igennem, hvordan disse forløb har været, hvad der er gået godt, og hvor der har været problemer med samarbejdet - og at få identificeret og ekspliciteret det fælles mål, som begge sektorer arbejder hen imod, netop ved at være enige om, hvad der er målet for indsatserne. Derudover vil et tættere samarbejde kræve en ledelsesmæssig opmærksomhed. Endelig vil det være en fordel, hvis man kan ændre i incitamentsstrukturen, så de i højere grad understøtter samarbejde.

Løser man ikke disse samarbejdsproblemer på det professionelle niveau, så overlader man det i høj grad til de psykisk syge mennesker selv at være brobyggere. En kompetence som de måske ikke har evner eller forudsætninger til, og - særligt når vi taler om mennesker, der er psykisk syge - er et stort krav at stille til dem.

5.2 Koordination i organisatorisk kompleksitet

Der er tale om to forskellige sektorer placeret i henholdsvis kommune og region; om to forskellige funktioner - henholdsvis at få mennesket til at leve så normalt så muligt og om medicinsk behandling, og om to forskellige fagligheder med fokus på henholdsvis funktion og diagnoser. Der er dermed ikke kun tale om, at man skal blive enige om, hvem der bedst muligt løfter konkrete opgaver, men også om at få det til at fungere på tværs af to forskellige og modsætningsfulde paradigmer.

Et af de steder, hvor man har stået med nogle udfordringer, der minder herom, har været på genoptræningsområdet, hvor man også har haft problemer på snitfladen mellem den regionale og kommunale genoptræningsindsats. Her har dog ikke på samme måde været tale om to forskellige paradigmer. I en case fra samarbejdet mellem Vejle Amt og Fredericia Kommune beskrives det, hvordan man først forsøgte sig med en samarbejdsmodel, der tog udgangspunkt i en vurdering af problemets sværhedsgrad og tyngde. Det viste sig, at denne model gav rum for betydelig usikkerhed om, hvornår en given patient var klar til at rykke fra et niveau til et andet og dermed fra en aktør til den næste. Efter denne erfaring lavede man en ny model, der tog udgangspunkt i en klassificering fra WHO, og hvor der i højere grad var klarhed om de forskellige faser. Denne nye model har givet de forskellige aktører en oplevelse af, at de nu i højere grad taler samme sprog, hvilket har faciliteret en enighed om, hvem der i de konkrete situationer har ansvaret. Deltagerne understreger dog også, at det i høj grad har været processen med at skabe det fælles sprog, der har faciliteret samarbejdet og ikke sproget i sig selv, og at de i denne proces har lært hinanden at kende. Samtidig har ledelserne på genoptræningsområdet i henholdsvis kommunen og amtet deltaget aktivt i arbejdet (Vinge, Reindahl Rasmussen & Ankjær-Jensen 2009).

I forhold til relationen mellem social- og behandlingspsykiatri kunne et konkret bud være, at man gennemgik en række cases med henblik på at identificere, hvad der fungerede i samarbejdet og ikke. En sådan casegennemgang vil yderligere have den fordel, at den vil konkretisere, hvad samarbejdsvanskelighederne handler om frem for at reaktivere en række fordomme om hinanden som forklaringer på det manglende samarbejde.

På et mere teoretisk plan illustrerer genoptræningscasen, at arbejdsdeling kræver koordinationsmekanismer (Mintzberg 1983). Én sådan koordinationsmekanisme er samarbejde; en anden mekanisme er ledelse, og en tredje er standardisering. Standardisering kan foregå på flere måder, dels en standardisering af de ressourcer, man bruger til at løse en opgave, dels en standardisering af selve arbejdsprocessen, og dels en standardisering af output/resultat. Standardisering betyder i denne tilgang, at man på forhånd definerer en række standarder eller kriterier, som enten ressourcer, arbejdsprocessen eller resultatet skal leve op til. Der er her tale om idealformer, som i praksis sjældent eksisterer i rene former, men de kan bruges til at identificere problemområder. Et sådan problemområde er, at det er vanskeligt at anvende flere typer af standardisering samtidig, fordi de repræsenterer forskellige former for bureaukratiske logikker.

Generelt kan sundhedsvæsenet karakteriseres ved, at man netop forsøger en sådan brug af forskellige standardiseringer samtidig. Traditionelt har sundhedsvæsenet være kendetegnet ved en standardisering af input: man har kun ansat specifikke professioner med specifikke uddannelser, og så har man overladt beslutningerne om de konkrete arbejdsprocesser til disse professionelle. Nu søger man også at indføre standarder på arbejdsprocessen og på outputtet i sundhedsvæsenet, hvilket presser de systemer, som medarbejderne er vant til. Når situationen så er, at der er tale om to parallelle bureaukratier - socialpsykiatri og behandlingspsykiatri - der er udsat for dette skred i standardisering, som sætter deres egen forståelse under pres, er det forventeligt, at samarbejdet mellem de to bureaukratier bliver vanskeligt - det er simpelthen ikke dér, at den bureaukratiske opmærksomhed er vendt hen.

Noget andet, som koordineringsteorien kan pege på, er, at samarbejde kun er et muligt koordineringsredskab blandt flere andre. Som det er påpeget ovenfor, har de konkrete forsøg på at løse samarbejdsproblemerne mellem social- og behandlingspsykiatri i høj grad fokuseret på samarbejde, og i flere af casene er en mere aktiv ledelse blevet efterlyst. En fraværende ledelse er ligeledes blevet givet som forklaring på, hvorfor nogle af indsatserne ikke er lykkedes optimalt. Koordineringstilgangen peger på andre mulige værktøjer, dels ledelse og dels standardisering. Hvis man kigger på et af de store initiativer inden for sundhedsvæsenet, hvor man i de senere år har fået gennemført større behandlingsmæssige og organisatoriske ændringer - nemlig kræftpakkerne, har de i høj grad været kendetegnet ved, at man også har taget ledelses- og standardiseringsredskaberne i brug. Man kan på denne baggrund lidt provokerende spørge, om det, som det tværsektorielle samarbejde mellem social- og behandlingspsykiatri har brug for, er standardisering af forløbene og ledelse, der sikrer implementeringen af disse standarder?

6. Sammenfatning

Det psykiatriske felt i Danmark er præget af en betydelig kompleksitet, hvor mange forhold spiller sammen, bl.a. ændringer i behandlingspsykiatriens opgaver, de ændringer, som strukturreformen førte med sig, demografiske ændringer i befolkningen m.m. Derudover kan man identificere en række punkter, hvor der er forskelle mellem social- og behandlingspsykiatrien: De professionelle kulturer, synet på psykisk sygdom og mennesket med psykisk sygdom, forskellig organisatorisk placering samt manglende kendskab til hinanden og hinandens arbejdsvilkår.

Det er et gennemgående træk i den nationale og internationale litteratur, som vi har identificeret, at man genfinder et skel mellem på den ene side en specialiseret, hospitalsbaseret behandlingspsykiatri og på den anden side en mere generel, ambulant lokalpsykiatri. Denne ambulante lokalpsykiatri kan enten fortsat organisatorisk være en del af behandlingspsykiatrien, i andre sammenhænge kan dele eller hele af den ambulante psykiatri være skilt ud i en anden organisation. I Danmark hører distriktskykiatrien og de opsøgende teams til i den regionale behandlingspsykiatri og botilbud, aktiveringstilbud og støtte-kontaktperson hører til i den kommunale socialpsykiatri. Et andet gennemgående træk er, at tyngden i behandlingen er flyttet fra den specialiserede hospitalspsykiatri til den ambulante psykiatri. Dette gælder litteratur fra Canada, Skotland, Norge og Sverige. Det er altså ikke en unik dansk situation, at der er et sådan skel at overkomme, men et grundlæggende forhold i den måde, som moderne stater har valgt at organisere arbejdet med alvorligt psykisk syge mennesker.

Den identificerede litteratur peger på en lang række tiltag for at overkomme dette skel:

- Opsøgende teams
- Samarbejdsaftaler, som en konkret udmøntning af sundhedsaftalerne
- Patientforløbsprogrammer
- Fælles psykiske rammer
- Kendskab til hinandens kompetencer
- Psykiatriske sygeplejersker i den kommunale psykiatri
- Partnerskab
- Integreerede service netværk
- Integreerede care pathways
- Case management.

På trods af disse forskellige tiltag synes der stadig at være en grundlæggende problematik, og ingen af tiltagene gør hævde på at have fundet en endegyldig løsning på udfordringen. Det er også karakteristisk, at fokus er på forskellige former for samarbejde snarere end på ledelse. En stor del af litteraturen peger dog samme sted hen, når der skal søges en mulig forklaring på de fortsatte udfordringer, nemlig på manglende ledelse eller opbakning fra ledelsen.

I nogle af tiltagene finder man, at det arbejde, der baserer sig på evidensbaseret viden, er lettere at gennemføre. Det er dog kendetegnende for litteraturen, at den i høj grad er præget af et ønske om at præsentere forskellige forsøg på nytænkning og i mindre grad at vurdere effekten af de enkelte tiltag.

Helt overordnet peger litteraturen på, at der er et stort behov for kendskab og respekt for hinandens arbejde på tværs af skellet mellem social- og behandlingspsykiatri. Der peges også på, at der er behov for fælles mål. Dette kan dog virke paradoksalt, for der er næppe den store uenighed om, at en god og sammenhængende behandling for det enkelte menneske med psykisk sygdom er et fælles mål, som alle parter er enige om. Et mere konkret fokus på det enkelte menneske med psykisk sygdom foreslås flere steder også som et muligt udgangspunkt for et bedre samarbejde.

I den danske litteratur peges der på, at de centrale barrierer er kulturelle snarere end strukturelle. Det vil sige, at de handler om professionel identitet og om forskellige opfattelser af sygdom og behandling snarere end om organisatoriske og lovmæssige barrierer. Der er således brug for, at man finder en måde at kommunikere og samarbejde på, på tværs af forskellige faglige traditioner.

Fra to eksperter inden for organisation og ledelse peges der på, at en sådan problemstilling er en kendt problematik inden for organisationer, og at noget sådan kan ændres, hvis man sætter fokus på det i organisationerne - ikke mindst ledelsesmæssigt. Der peges også på, at samarbejde kun er én koordineringsmekanisme ud af tre mulige, og at de to andre er standardisering og ledelse.

De to centrale temaer, som denne kortlægning identificerer og som bør adresseres ved fremtidige tiltag i forbindelse med tværsektorielt samarbejde mellem social- og behandlingspsykiatrien, er dermed: Kultur og ledelse.

Litteratur

Albæk, J., Hvenegaard, A., Aagaard, J., Hastrup, L.H. & Kistrup, K. 2004, *Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge - organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler (DSI-rapport, 2004.10)*, DSI - Institut for Sundhedsvæsen, Kbh.

Bengtsson, S. 2011, *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform: et rids af udviklingen de seneste årtier*, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Kbh.

Boudreau, F. 1991, "Partnership as a new strategy in mental health policy: the case of Quebec", *Journal of health politics, policy and law*, vol. 16, no. 2, pp. 307-329.

Christensen, A. 2009, *Allianceprogrammet. Et tværsektorielt patientforløbsprogram for mennesker med skizofreni*, Region Syddanmark & Odense Kommune, [U. st.].

Falk, K. & Allebeck, P. 2002, "Implementing assertive community care for patients with schizophrenia. A case study of co-operation and collaboration between mental health care and social services", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 16, no. 3, pp. 280-286.

Fleury, M.J. 2006, "Integrated service networks: the Quebec case", *Health services management research : an official journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*, vol. 19, no. 3, pp. 153-165.

Fleury, M.J. 2005, "Quebec mental health services networks: models and implementation", *International journal of integrated care*, vol. 5, pp. e07.

Fleury, M.J. & Mercier, C. 2002, "Integrated local networks as a model for organizing mental health services", *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 30, no. 1, pp. 55-73.

Guldbrandsen, K. 2007, *Samspil på tværs*, Videnscenter for Socialpsykiatri, Kbh.

Holst, H. & Severinsson, E. 2003, "A study of collaboration inpatient treatment between the community psychiatric health services and a psychiatric hospital in Norway", *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 10, no. 6, pp. 650-658.

Ivezic, S.S., Muzinic, L. & Filipac, V. 2010, "Case management - a pillar of community psychiatry", *Psychiatria Danubina*, vol. 22, no. 1, pp. 28-33.

Kistrup, M., Madsen, J., Aggernæs, K.H. & Wang, A.G. 2009, "Sektorsamarbejde i psykiatrien", *Ugeskrift for Læger*, vol. 171, no. 48, pp. 3514-3518.

Kjelsgaard, T. 2002, *Sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen m.v. En rapport fra Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer*, Amdsrådsforeningen, Kbh.

Lindhardt, A. 2011, "Psykiatriens udfordringer - en national handleplan for psykiatri efterlyses!", *Ugeskrift for Læger*, vol. 173, no. 46, pp. 2976-2977.

Lindquist, R., Bengtsson, S., Fredén, L., Larsen, F., Rosenberg, D., Ruud, T. & Wahlbeck, K. 2011, *Från reformintention till praxis. Hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översätts till konkret stöd i Norden (NHVs Rapportserie 2011:4 R)*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

Madsen, M.H., Hvenegaard, A. & Fredslund, E.K. 2011, *Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger*, Dansk Sundhedsinstitut, København.

- Magnusson, A. & Lutzen, K. 2009, "Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, no. 1, pp. 140-145.
- Mercier, C. & White, D. 1994, "Mental health policy in Quebec: challenges for an integrated system", *New directions for mental health services*, vol. (61), no. 61, pp. 41-52.
- Mintzberg, H. 1983, *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Nielsen, B., Sigsgaard, A., Gregersen, J., Meilvang, B., Halldorsson, L.L., Christensen, A., Kirk, E. & Hansen, V. 2008, "Allianceprogrammet: et tværsektorielt patientforløbsprogram for patienter med skizofreni", *Ugeskrift for Læger*, vol. 170, no. 46, pp. 3764-3767.
- Rees, G., Huby, G., McDade, L. & McKechnie, L. 2004, "Joint working in community mental health teams: implementation of an integrated care pathway", *Health & social care in the community*, vol. 12, no. 6, pp. 527-536.
- Rocheftort, D.A. 1991, "Partnerships: a more enthusiastic view", *Journal of health politics, policy and law*, vol. 16, no. 2, pp. 331-333.
- Rosenkrantz Josefsen, C. & Bøhme, L.E. 2010, "Psykiatriens Hus: et samarbejds- og udviklingsprojekt mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland", *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, vol. 86, no. 3, pp. 24-27.
- Schepelern Johansen, K. 2008, "Et antropologisk blik på psykiatrisk sygdomsopfattelse: sociale og kulturelle aspekter på en sygdomsmodel for skizofreni", *Tidsskriftet Antropologi*, , no. 58, pp. 85-106.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. 2004, "Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence", *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, vol. 185, pp. 283-290.
- Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri 2009, *Fremtidens socialpsykiatri - nye roller og veje*, Tværfagligt Netværk Socialpsykiatri & Socialt Udviklingscenter SUS, Kbh.
- Videnscenter for Socialpsykiatri 2006, *Organisering af samspil*, Videnscenter for Socialpsykiatri, Kbh.
- Videnscenter for Socialpsykiatri 2005, *Syn på samspil*, Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Vinge, S., Reindahl Rasmussen, S. & Ankjær-Jensen, A. 2009, *Genoptræning under forandring: en analyse af træningsområdets udvikling og de umiddelbare konsekvenser af strukturreformens udflytning af genoptræning til kommunerne (DSI-rapport, 2009.02)*, Dansk Sundhedsinstitut, Kbh.
- White, D. & Mercier, C. 1991, "Coordinating community and public-institutional mental health services: some unintended consequences", *Social science & medicine*, vol. 33, no. 6, pp. 729-739.
- Wiersma, D. 2008, "Rehabilitation: new term for or further development of social psychiatry? A Dutch perspective", *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, vol. 20, no. 6, pp. 540-545.

Bilag 1: Litteratursøgning

Dansk Sundhedsinstituts biblioteksbase (tidsbegrænsning: 1990-2011)

Psykiatri* OG Samarbejd*: 161 fund

Psykiatri* OG Tværsektoriel*: 13 fund

Psykiatri* OG Patientforløb*: 42 fund

Psychiatr* OG Cooperat*: 2 fund

Psychiatr* OG Coordinat*: 1 fund

- Alle fund gennemset, evt. relevante udlånt til vurdering.

Netpunkt (ingen tidsbegrænsning)

Tværsektorielt samarbejde OG Psykiatri*: 13 fund, 2 monografier indlånt.

Hjemmesider:

<http://www.akf.dk/> AKF - Søgning på: Psykiatri* OG Samarbejd*

<http://www.sfi.dk/> SFI - Søgning på psykiatri* OG Samarbejd*

http://www.socialpsykiatri.dk/socialpsykiatri/hvad_er_Socialpsykiatri Servicestyrelsen/Videnscenter for Socialpsykiatri: publikationer gennemset

<http://www.helsebiblioteket.no/> Helsebiblioteket, Norge. Emnebibliotek: Psykisk helse gennemset.

Søgning på Psykiatri* OG Samarbejd*

<http://www.legeforeningen.no/> Den norske legeforening, Helsepolitiske rapporter gennemset

<http://www.socialstyrelsen.se/> Socialstyrelsen, Sverige. Emnegruppen Psykiatri gennemset. Søgning på Psykiatri Och Samarbete.

PubMed (Tidsbegrænsning: 2005-2011, engelsk, dansk, norsk, svensk sprog)

#1 ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh]) AND "Patient Care Team"[Mesh]) AND "Cooperative Behavior"[Mesh]: 107 fund gennemset, evt. relevante printet

#2 ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh]) AND "Health Care Coalitions"[Mesh]: 11 fund, ikke relevante

#3 ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh]) AND ("Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh]) AND "Cooperative Behavior"[Mesh]) NOT ("General Practice"[Mesh]) OR "Family Practice"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]): 173 fund, abstracts printet til gennemsyn

#4 ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh]) AND "Cooperative Behavior"[Mesh]: 659 fund heraf 85 reviews - de sidstnævnte gennemset, abstracts til evt. relevante printet

#5 "Cohesive psychiatry"[Title]: 0 fund

#6 "Coordination in psychiatry" [Title]: 0 fund

#7 F. Boudreau. Partnership as a new strategy in mental health policy: the case of Québec. Journal of Health Politics, Policy and Law. 1991 16(2):307-29. 128 "Related articles" gennemset (uden tidsbegrænsning), 8 artikler + 4 abstracts printet til gennemsyn, 1 artikel bestilt

#8 A. Magnussen & K. Lützen. Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2009 Mar;23(1):140-5. 247 "Related articles" gennemset (uden tidsbegrænsning), 13 artikler + 3 abstracts printet til gennemsyn, 2 artikler bestilt.

SveMed (tidsbegrænsning 1990-2011)

"Psychiatry" [Mesh] AND "Cooperative Behavior"[Mesh]: 2 fund, ikke relevante

"Psychiatry" [Mesh] AND "Continuity of Patient Care"[Mesh]: 13 fund, abstracts printet til gennemsyn.

Afgrænsning i litteraturen:

Vi har ikke medtaget litteratur om samarbejde mellem praktiserende læger og forskellige dele af hospitalspsykiatrien (ofte refereret til som shared care modeller).

Vi har ikke medtaget litteratur, der beskæftiger sig med samarbejdet mellem offentlige og private aktører.

Der eksisterer en betydelig mængde litteratur, der handler om samarbejde i forbindelse med børne- og ungepsykiatri og bl.a. familie, skoler og andre institutioner. Denne litteratur er ikke medtaget. Ligeledes er ikke medtaget den litteratur, der handler om samarbejdet med andre dele af den kommunale sektor.

I den internationale litteratur findes artikler, som beskæftiger sig med traditionelle, religiøse og alternative healere og behandlere. Denne litteratur er ikke medtaget.

En del litteratur beskæftiger sig med samarbejdet internt på psykiatriske hospitalsafdelinger eller samarbejdet mellem psykiatrien som profession og andre professioner - f.eks. farmaci, psykologi og neurologi. Denne litteratur er ikke medtaget.

Litteratur om relationen mellem politi og retsvæsen på den ene side og psykiatrien på den anden er ikke medtaget.

Det specifikke samarbejdsområde omkring dobbeltdiagnose - den samtidige forekomst af alkohol og/eller stofmisbrug og psykisk sygdom - er heller ikke medtaget.