

Til beslutningsforslag nr. B 55. Beretning afgivet af Socialudvalget den 22. maj 1990

Beretning

over

Forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af rådgivningscentre og behandlingsinstitutioner for voksne med psykiske lidelser

[af Carsten Andersen (SF), Jytte Hilden (S) og Duetoft (CD) m.fl.]

Udvalget har behandlet beslutningsforslaget i en række møder og har herunder stillet spørgsmål til socialministeren og sundhedsministeren, som disse har besvaret skriftligt.

Endvidere har udvalget modtaget skriftlige og/eller mundtlige henvendelser fra De Samvirkende Invalideorganisationer og Sind, Landsorganisationen Sindslidendes Vel.

Nogle af udvalgets bilag er optrykt som bilag til beretningen.

Herefter ønsker et *flertal* (udvalget med undtagelse af Fremskridtspartiet) at udtale, at der ikke under udvalgsarbejdet er fremkommet oplysninger, som ændrer begrundelsen for forslaget. Derimod er der i den periode, hvor udvalgsarbejdet har stået på, fremkommet flere indlæg i den offentlige debat, som taler for, at der er behov for en ekstraordinær indsats for at skabe relevante løsningsmodeller, senest sundhedsministerens redegørelse af 3. maj 1990, som bekræfter denne opfattelse.

Af kommentarer til forslaget fra Amtsrådsforeningen i Danmark fremgår det, at Amtsrådsforeningen er enig i, at der er 450.000 personer i Danmark med psykiske lidelser, men at kun de 50.000 vil blive omfattet af distriktspsykiatriske ordninger. Amtsrådsforeningen finder, at de ca. 400.000 personer, som forslaget tager sigte på, ikke er psykiatriske patienter, men personer med almindelige problemer, som

kan trække på et meget bredt og varieret servicetilbud i den samlede social- og sundhedssektor.

I Kommunernes Landsforenings informationsskrivelse nr. 1035 »vedr. kommunernes indsats for borgere med psykiatriske lidelser« beskrives forskellige muligheder, som kommunerne kan trække på fra amternes sygehussvæns side, og det anføres: »For at løse opgaven er det nødvendigt, at kommunen indgår i tværsektorielt og tværfagligt samarbejde.«

En af de opgaver, som Kommunernes Landsforening netop nævner i sin informationsskrivelse er: »bistand til psykiatrisk behandling i lokalområdet, som ikke nødvendigvis indebærer indlæggelse (f.eks. i form af decentrale støttecentre, ambulante behandling, psykiatriske skadestuer m.v.)«.

Sønderjyllands Amtskommune har oprettet et antal åbne rådgivningscentre i amtskommunen. Det er sket ved koordinering af eksisterende halvoffentlige specialbehandlingsinstitutioner og af amtets eksisterende rådgivningsinstitutioner. Erfaringerne fra de 4 rådgivningscentre er positive. Det anføres af amtskommunen, at »der er tale om en bæredygtig og nødvendig social foranstaltning.

... Evalueringsrunder med de berørte kommuner blev gennemført i 1988, og billedet var entydige, positive tilbagemeldinger fra kommunernes sagsbehandlere«.

Det ovenfor nævnte materiale har i udvalgsarbejdet vist, at der er behov for åbne rådgivningstilbud for voksne, og at der i praksis er gennemført åbne rådgivningsinstitutioner.

Efter beslutningsforslagets fremsættelse, men inden dets behandling i Folketinget, afgav en af Amtsrådsforeningen nedsat arbejdsgruppe vedrørende § 105-institutioner en redegørelse.

Arbejdsgruppen påpeger, at forsorgshjemsområdet igennem de sidste 15 år er ændret betydeligt. Dette gælder såvel persongruppen som institutionsmønstret.

I arbejdsgruppens rapport foreslås det bl.a., at de eksisterende § 105-institutioner opdeles i A- og B-institutioner, således at de eksisterende forsorgshjem bliver A-institutioner, og at institutioner med behandlingsmæssigt sigte bliver B-institutioner.

De benævnte A-institutioner skal efter rapportens forslag fremover finansieres med 50 pct. fra amtet og 50 pct. fra staten, mens B-institutionerne finansieres af amtet med 50 pct. og af kommunerne med 50 pct.

Socialudvalget er af socialministeren blevet gjort bekendt med Viborg Amtskommunes ønske om etablering af såkaldte døgnhuse i forbindelse med en distriktspsykiatrisk ordning under amtets social- og sundhedsforvaltning.

Det anføres om døgnhuse, at bl.a. brugerorganisationerne har ønsket institutionerne opbygget som små akutte bosteder (i socialt regi), hvor mennesker med sociale og psykiske problemer kan bo i en kortere periode, medens deres situation stabiliseres.

Personalefaggrupperne i det enkelte døgnhus er sygeplejerske, plejer, socialpædagog, ergo- og fysioterapeut og praktisk administrativ personale.

»Døgnhusene opbygges som socialterapeutiske miljøer i pagt med det bedste i de miljøterapeutiske principper.« hedder det i Viborg Amtskommunes meddelelse til Socialstyrelsen, og videre anføres:

»Døgnhuset vil forsøge, gennem støtte til klienten og samarbejde med kommunen, familie m.fl., at genplacere vedkommende i en normal boligsituation så hurtigt som muligt . . . Der foretages ikke fra institutionens side nogen lægelig psykiatrisk behandling . . . Døgnhusene vil i stor udstrækning kunne forebygge anvendelse af det psykiatriske sygehus i Viborg.«

Eksemplet fra Viborg Amt kan tages som ét eksempel for en behandlingsinstitution.

Udtrykket »behandlingsinstitution« skal tilkendegive, at der er tale om et socialterapeutisk miljøtilbud, som er mere end bolig og omsorgsydelse. Det er vigtigt at understrege, at der ikke er tale om »psykiatriske behandlingsafdelinger«. Tilbudene skal opbygges efter lokale behov og varieres i samarbejde med brugerne og deres organisationer.

Sundhedsministeren påpeger i »Notat vedrørende distriktspsykiatrien og de sociale tabere« af 21. december 1989, at der blandt forsorgsklientellet og de mennesker, som opholder sig på gaden døgnet rundt, er et ikke ubetydeligt antal med psykiske lidelser. Størsteparten af denne gruppe har ingen bolig eller en bolig, de ikke kan bruge.

I notatet hedder det: »På grund af den effektive medikamentelle behandling med neuroleptica har man i de sidste 15-20 år fået stadig bedre muligheder for udskrivning af patienter, der tidligere måtte forblive som kronisk/langtidsindlagte på de psykiatriske behandlingsinstitutioner. Gennem opbygning af ambulatorier og en forbedret service fra psykiatriske speciallæger har man kunnet tilbyde en ambulant efterbehandling. Behovet for langvarige sygehusophold er derfor mindsket. Men man har overalt måttet konstatere, at en del patienter med kroniske sygdomsforløb opgiver kontakten med behandlerne og derefter får en tilværelse under kummerlige forhold, indtil de igen får kontakt med hjælpeforanstaltninger, f.eks. praktiserende læger, skadestuer eller herberger. Den meget aktive medikamentelle behandling har altså medført en tilbøjelighed til at nedprioritere »asylfunktionerne« til fordel for den intensive akutbehandling.

. . .

I takt med omprioriteringen af ressourcerne er sengetallet på de psykiatriske institutioner reduceret, og der er altså såvel en af-institutionalisering af patientgruppen som mindskede muligheder for genindlæggelse. Begge forhold vil forøge risikoen for efterfølgende sociale vanskeligheder i den tidligere patientgruppe.«

I sundhedsministerens notat foreslås det bl.a.:

» . . .

– at det psykiatriske behandlingstilbud etableres som et bredt og sammenhængende tilbud,

der også tilgodeser de personer, der har meget tunge sociale problemer, og

- at samarbejdet mellem de psykiatriske sygehusafdelinger, kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, § 105-institutioner m.v. fortsat udbygges.«

De mennesker, som notatet særlig omfatter, har både psykiske lidelser og misbrug. En kombination, som har den konsekvens, at de afvises overalt. De er overladt til sig selv eller forsorgshjemmene. Der er behov for bo-muligheder, som *ikke* har til målsætning at afruse, afkriminalisere, raskgøre og resocialisere denne gruppe, men i stedet at give dem et sted at være, hvor de kan få bred omsorg og pleje og være under beskyttende opsyn, f.eks. bo-enheder med 4-6 beboere og nødvendigt personale. Der skal være tale om langvarig beboelse og ikke midlertidig opbevaring.

Sundhedsstyrelsens følgegruppe har den 3. maj 1990 afgivet en redegørelse om »Aktuelle problemer inden for psykiatrien - og status for temaplanrundeprocessen«.

I redegørelsens konklusioner hedder det bl.a.:

»Psykiatrien er som helhed præget af et historisk betinget ressourcemæssigt ringere udgangspunkt end svarende til det somatiske sundhedsvæsens niveau. Således lader den fysiske standard og personalesituationen i det psykiatriske sygehusvæsen stadig en del tilbage at ønske.

Udbygningen af distriktskykiatrien og de sociale støttetilbud mangler fortsat en del for, at det samlede sociale og behandlingsmæssige tilbud til psykiatriske patienter kan siges at være tilstrækkelig udbygget. Dette forhold har medført en betydelig belastning af den tilbageværende sygehuskapacitet. Primærkommunerne har ligeledes oplevet et pres i form af en for dem uvant efterspørgsel efter nye former for sociale støttetilbud til psykiatriske patienter, som man indtil nu ikke i tilstrækkelig grad har været i stand til at honorere.

Fra såvel sundheds- som socialvæsens side opleves, at samordningen og samarbejdet vanskeliggøres af en traditionel helt forskellig indfaldsvinkel og opfattelse af problemerne. Der er en forståelseskluft mellem sektorerne, der vil

skulle overvindes, for at et samarbejde kan komme til at fungere effektivt.

...

Det er endvidere følgegruppens opfattelse, at omstillingen i tilbuddene til de psykiatriske patienter, hvor sygehuskapaciteten er nedsat samtidig med, at der kun langsomt opbygges distriktskykiatriske behandlingsenheder og sociale tilbud i lokalsamfundene, ikke forløber uden problemer. Det er i den forbindelse væsentligt, at tempoet i opbygningen af bo-, fritids- og beskæftigelsestilbud og de ambulante distriktskykiatriske behandlingstilbud forstærkes.

...

Vedrørende videreudviklingen af psykiatriens struktur og indhold finder følgegruppen, det er vigtigt, at de fremtidige behandlingstilbud til mennesker med psykiatriske lidelser principielt tilrettelægges som en helhed, dvs. at det stationære sygehusstilbud, distriktscentre, ambulatorier og dag- og døgnpladser samt sociale tilbud om bolig, beskæftigelse, uddannelse og fritid ses som et samlet og sammenhængende tilbud til de psykiatriske patienter.

...

Det må understreges, at gruppen af psykiatriske patienter har vidt forskellige lidelser og derfor også vidt forskellige behov for behandling og omsorg. Den enkelte psykiatriske patient har typisk også et behov for behandling og omsorg, der svinger over tid. Tilrettelæggelsen af den psykiatriske og sociale service må tage højde for disse forhold.

...

Afsluttende er det følgegruppens vurdering, at baggrunden for de aktuelle problemer inden for psykiatrien er de seneste 30 års udvikling af forbedrede psykiatriske behandlingsmuligheder og dermed et nyt syn på psykiatriske patienter. Dette har såvel internationalt som i Danmark betydet en gradvis overgang fra en centraliseret anstaltspsykiatri hen imod en decentraliseret psykiatri præget af mere aktiv behandling og social støtte så vidt muligt nær patientens eget miljø.

...

Til trods for, at en sådan omvæltning i opfattelse og organisationen af tilbuddene til de psykiatriske patienter selvsagt kan medføre betydelige problemer og vanskeligheder - især i en aktiv omstillings- og udviklingsfase - finder

følgegruppen, at denne udvikling principielt er rigtig og nødvendig, men at der undervejs i processen må udvises betydelig opmærksomhed over for, om der er tegn på, at nogle patienter tabes i denne forbindelse. Følgegruppen konstaterer endvidere, at der er meget bred enighed herom. I de tilkendegivelser, man løbende har indhentet i forbindelse med temaplanrundeprocessen, er der således ikke sat spørgsmålstegn ved det grundlæggende hensigtsmæssige i udviklingen.

...
Det findes derfor fortsat relevant at basere det fremtidige tilbud om psykiatrisk behandling og omsorg på temaplanrundens formulerede principper om, at patienternes situation i videst muligt omfang bør »normaliseres«. Endvidere at det fortsat bør være princippet om den mest effektive behandling på det mindst indgribende niveau, der lægges til grund.«

På trods af disse meget vidtgående betragtninger om behov for ændret behandlingstilbud og behov for omsorg/asytilbud er det følgegruppens vurdering, at det ikke for tiden vil være hensigtsmæssigt gennem lovgivning eller lignende centrale udmeldinger at forpligte til iværksættelse af nye og andre initiativer, idet man kan befrygte, at sådanne vil betyde reduktion i de nødvendige ressourcer til opbygning af de mange foranstaltninger, der er vigtige forudsætninger for, at en distriktbaseret psykiatri kan komme til at fungere som et forbedret tilbud til de sindslidende.

Det er herefter ønsket hos flertallet i Socialudvalget, at udviklingen af de sociale initiativer over for den brede gruppe af psykiske lidelser skal fortsætte. Flertallet skal særlig pege på den positive koordinering af ressourcerne, som sker i en række amter på trods af traditionelle sektorgrænser.

Flertallet skal opfordre regeringen til at tage initiativer i førstkommande folketingssamling, som – inden for rimelige rammer – underbygger

udviklingen af sociale tilbud til folk med psykiske lidelser, herunder overveje, om en ændret finansiering kan fremme en hensigtsmæssig udvikling.

Et mindretal inden for flertallet (Kristeligt Folkepartis medlem af udvalget) ønsker at tilføje følgende:

For så vidt angår de ca. 400.000 personer, som ikke er egentlige psykiatriske patienter, men som samtidig med de psykiske lidelser har meget alvorlige sociale problemer, bør behandlingstilbuddene tilrettelægges meget fleksibelt. Der skal i høj grad tages hensyn til de pågældendes egne ønsker om omfanget af og formen for behandlingen.

Denne gruppe har vidt forskellige lidelser og derfor også vidt forskellige behov for behandling og omsorg. Tilbuddene om behandling og rådgivning, bo-, fritids- og beskæftigelsesmuligheder bør derfor bestå af en bred vifte af tilbud omfattende offentlige tilbud, private behandlingsinstitutioner, private rådgivningscentre og familien. En del af de økonomiske ressourcer bør kanaliseres til private organisationer og til pågældendes familier.

Det har vist sig, at mange private organisationer har fået bedre kontakt med personer med psykiske og sociale problemer, end det offentlige behandlersystem har, og dermed bedre har kunnet hjælpe dem ud af deres krise. Det offentlige bør derfor f.eks. gennem driftsoverenskomst og på andre måder støtte driften af private institutioner og rådgivningscentre.

De familier, der selv magter og ønsker at tage sig af en psykisk lidende pårørende, bør sikres rådgivning og støtte til at gennemføre opgaven.

Et flertal inden for flertallet (Socialdemokratiets, Socialistisk Folkepartis og Centrum-Demokraternes medlemmer af udvalget) er enig i mindretallets tilføjelse.

P. u. v.

Kofod-Svendsen
formand

Bilag 1

Sind
Landsforeningen Sindslidendes Vel
Den 26. februar 1990

Folketingets Sundhedsudvalg og Socialudvalg

Vedrørende oprettelse af rådgivningscentre for voksne med psykiske lidelser

Landsforeningen har til socialminister Aase Olesen fremsendt kommentarer til beslutningsforslag B 55.

Skrivelsen fremsendes hoslagt i kopi.

Med venlig hilsen

Landsforeningen Sindslidendes Vel
Bente Djørup
landsformand

Sind

Landsforeningen Sindslidendes Vel

Den 20. februar 1990

Socialminister Aase Olesen

Vedrørende beslutningsforslag nr. B 55 om oprettelse af rådgivningscentre for voksne med psykiske lidelser

Vi finder, at det er på høje tid, at der etableres rådgivninger således som foreslået. Den aktuelle nødvendighed skærpes yderligere, fordi den igangværende udvikling i den psykiatriske og distriktspsykiatriske behandling fokuserer snævrere og snævrere på »psykiatriens kernegruppe« opfattet som de psykiatriske sygdomme.

Det fremgår klart af Sundhedsministeriets oplæg til temaplanrunden: »90'ernes psykiatri«, at der skal fokuseres så snævert på den psykiatriske kernegruppe. Dette synes dels at være en afspejling af den igangværende udvikling, således som den allerede har fundet sted, dels at være et udspil til amter og kommuner med en styrende begrænsning.

Det må herudfra klart fastslås, at den bredere målgruppe omfattende hele spektret af psykiske lidelser ikke tilgodeses med relevante rådgivnings- og behandlingstilbud.

Regeringens forebyggelsesprogram

Vi finder også, at det er på høje tid, at regeringens forebyggelsesprogram bliver taget alvorligt. Der er i dette lagt op til, at der skal udarbejdes en redegørelse for området *psykiske lidelser*. Dette ud fra en nøgtern og beklagelig konstatering af, at man mangler tilstrækkelig viden på dette område.

Psykiske rådgivningscentre vil kunne fungere som fremskudte enheder, der kan indsamle et bredere erfaringsmateriale om lokalbefolkningens psykiske lidelser. Der vil via sådanne centre kunne indsamles uvurderligt materiale såvel om de psykiske lidelsers omfang og ka-

rakter som om samfundets mangeartede offentlige, frivillige og private hjælpetilbud.

Praktiserende læger er ikke nok

Der er mange gode grunde til at få etableret rådgivningscentre for voksne med psykiske lidelser. Det kan bestemt ikke være et holdbart argument, at man vil afvente udspil vedrørende den psykiatriske temaplanrunde, da denne jo netop sigter på at afgrænse en psykiatrisk målgruppe fra den langt bredere gruppe af psykisk lidende.

I den forbindelse kan det da også påpeges, at der allerede nu arbejdes på at opruste praktiserende læger til at gå ind på området med samtalebehandling. Hermed foregriber man på traditionel lægeligt domineret vis det brede rådgivningsfelt uden at afvente den psykiatriske temaplanrunde. Det gør man stadig ud fra traditionelle lægefaglige interesser – men vel også ud fra en erkendelse af, at der faktisk eksisterer et klart behov for en mere almen psykisk rådgivning ved siden af den medicinske.

Vi finder det i allerhøjeste grad uacceptabelt, at man ikke forlængst har etableret de foreslåede typer af rådgivningscentre. Mange forhold, som vi allerede har været inde på, taler for en øjeblikkelig etablering. Det kan eventuelt ske på forsøgsbasis med mulighed for løbende justeringer.

Det store forbrug af psykofarmaka

Det fremføres undertiden, at det kan være betænkeligt at psykiatrisere almentmenneskelige psykiske kriser eller at man kommer til an-

dre typer af overbehandling. Dette synspunkt er naturligvis relevant. Vi skal dog pege på helt andre nuancer i denne sammenhæng.

Med det tunge psykiatriske, distriktspsykiatriske og lægelige behandlingsapparat, der i dag står til rådighed, er der en oplagt risiko for, at lettere og knap så psykiatriske tilfælde enten overlades til sig selv, eller at de netop fejl- og overbehandles. Det skyldes, at der ikke eksisterer et reelt alternativ til det traditionelle lægeligt dominerede system rækkende fra primærsektor til sekundærsektor.

Det er i den seneste tid i al sin gru blevet tydeligere, at der herhjemme er et alt for stort forbrug/misbrug af psykofarmaka.

Det gælder ikke mindst brugen af beroligende nervemedicin udskrevet af praktiserende læger. Denne overdrevne og skræmmende overbehandling er med til at fremmedgøre mennesker fra deres egne problemer, følelser og selvhelbredende kræfter. Hertil kommer, at medicinforbruget i sig selv undertiden accelererer til et problem, der i næste omgang fordrer specialistbistand fra psykiatere i praksis eller på sygehus.

Man bør i denne henseende også se på det alvorlige alkoholproblem herhjemme. Skyldes såvel det overdrevne medicinforbrug som det overdrevne alkoholforbrug, at der mangler en langt mere naturlig tilgang til forståelse af psykiske problemer og kriser? I landsforeningen Sind er vi ikke i tvivl om, at det psykiske aspekt i den grad er nedprioriteret i den samlede sundheds- og sygehusplanlægning. Vi er fremmedgjort overfor vore mere naturlige menneskelige følelser og lidelser. Der er behov for en ny tilgang til disse problemer byggende på psykologiske og sundhedspædagogiske tiltag, således at det psykiske aspekt kan blive taget alvorligt.

Psykisk helsetjeneste

Disse overvejelser fører frem til, at der må opbygges en eller anden form for rendyrket *psykisk helsetjeneste* midt i mellem det *sociale bistandssystem* og det *psykiatriske behandlingssystem*. Det vil sikre, at vi kan få »tømt« de kendte systemer for personer, der ikke er godt hjulpet der. Og dernæst vil det sikre, at de får en langt mere relevant psykologisk orienteret hjælp og at der kan udvikles en tidssvarende praksis på dette felt.

Behov for rådgivning

Vi vælger netop at opfatte beslutningsforslaget om rådgivningscentre som *rådgivende* steder. Dette fastholder vi også ud fra, at mennesker skal have ret til at henvende sig anonymt. For det første må det forventes, at henvendelser typisk er engangshenvendelser eller korttidsforløb. Rådgivningen vil typisk skulle bestå i at hjælpe folk med selv at gøre sig egne overvejelser, om de har behov for hjælp udefra, og *hvilken form* for hjælp de vil vælge. For det andet vil rådgivningen i et begrænset antal tilfælde føre til en egentlig henvisning til eksisterende tilbud eller til at orientere klienten til at opføre sig mere selvstændigt i samarbejdet med systemer og behandlere, som klienten allerede har kontakt til.

Det må tillige være en oplagt opgave for rådgivningscentret at *kortlægge lokalområdets mangeartede tilbud* rækkende fra det offentlige til det frivillige system. Det behøver ikke at dreje sig om tilbud i snæver behandlingsmæssig forstand. Tværtimod er der et stigende behov for at hjælpe folk med at finde ind i aktive kulturelle sammenhænge.

Med disse bemærkninger vil det være klart, at rådgivningscentre ikke skal skyde op som et nyt behandlingsmonopol isoleret fra øvrigt eksisterende tilbud og fra lokalsamfundet.

Psykologopgave

Det må imidlertid stå klart, at rådgivningscentret også vil være med til at afdække mangler og svaghed i de relevante psykiske hjælpetilbud. Man kan her tænke sig, at der i en vis grad vil kunne henvises til ambulant behandling i det psykiatriske/distriktspsykiatriske system eller til tilbud i det kommunale bistands-system.

Et særligt iøjnefaldende problem er den tydelige mangel på psykologhjælp. Man kan her forestille sig rådgivningscentret i begrænset omfang påtage sig behandlingsopgaver (i så fald må anonymiteten ophæves og behandlingen koordineres med andre involverede behandlere – herunder især praktiserende læge). Det vil formentligt være nødvendigt med udbygningen af psykologbehandlingen indenfor det sociale system. Endelig vil der være behov for offentlige midler til dækning af behandlingen hos privatpraktiserende psykologer.

Rådgivningscentret

Rådgivningscentret skal være tilgængeligt i lokalområdet. Der skal være et lille erfarent team, der skal virke tværfagligt og uden et ledelseshierarki. Teamet skal opbygge et grundigt lokalt kendskab – bl.a. om eksisterende behandlings- og aktivitetstilbud. Centret skal være tæt forbundet med de officielle behandlingstilbud og med det frivillige netværksarbejde. Det kan sikres gennem et kontaktoorgan.

Det er en klar betingelse, at der tilknyttes psykologer til centret. Denne faggruppe er en mangelvare i det primære arbejde i dag, og det er vigtigt, at psykologer får en central placering ikke mindst af hensyn til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Evaluering og forskning

Vi lægger vægt på, at der foretages en omhyggelig og gerne overordnet vurdering af de nye rådgivningscentres erfaringer. Der bør afsættes økonomiske midler – gerne på statsligt niveau – til en sådan vurdering.

Vi lægger endvidere vægt på, at centrene betragtes som forskningsmæssige enheder i for-

hold til de psykiske lidelser. Der skal være et udbygget dataindsamlingsystem, der respekterer sikring af de rådsøgendes anonymitet.

I nær sammenhæng med ovenstående ser vi udviklingen af det forebyggende arbejde. Ikke mindst ønsker vi, at opbygningen af den ny viden skal ses som en del af en strategi, der medvirker til at højne den psykiske helse hos borgerne i lokalsamfundet. Vi har ikke en fast model for dette, men finder at der er tale om et væsentligt element i regeringens forebyggelsesprogram, således at der kan blive tale om en *epokegørende opprioritering af det psykiske aspekt* i såvel behandlingen som forebyggelsen.

Med henblik på en igangsættelse bør man spørge amterne, hvorvidt man har bredere erfaringer omkring rådgivning af voksne med psykiske lidelser. Vi kan gøre opmærksom på, at der eksempelvis i Vejle Amt kører et distriktspsykiatrisk forsøgsprojekt i Fredericia, hvor man har erfaring med en anonym rådgivning.

Vi skal afslutningsvis bede ministeren om at fremme denne henvendelse – ikke mindst i forhold til et hurtigt lovforberedende arbejde koordineret med relevante instanser.

Med venlig hilsen

Bente Djørup
landsformand

Kopi til:

Sundhedsminister Ester Larsen, Folketingets Sundhedsudvalg og Socialudvalg, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Komiteen for Sundhedsoplysning, Dansk Psykologforening, Socialrådgiverforeningen, De Samvirkende Invalideorganisationer, Forbrugerrådet, Dansk Sygehus Institut.

Bilag 2

Viborg Amtskommune
Socialforvaltningen
Viborg, den 18. august 1989

Socialstyrelsen

Svar på Socialstyrelsens henvendelse af 19. maj 1989

Socialstyrelsen har ved skrivelse af 19. maj 1989 udbedt sig oplysninger vedrørende forskellige forhold i forbindelse med etablering af »døgnhuse« i Viborg Amtskommune, oprettet i henhold til bistandslovens § 105, herunder hvilken personkreds døgnhusene henvender sig til, kriterier for optagelse, personalenormering og tilbud til beboere.

Som det fremgår af den indsendte Social- og sundhedsplan 1989-92, opbygger Viborg Amtskommune i programperioden 1989-92 en distriktspsykiatrisk organisation omkring lokale distriktspsykiatriske enheder, som i samarbejde med det psykiatriske sygehus i Viborg får det fulde ansvar for lokalområdet psykiatriske behandlingsbehov. De enkelte distriktsenheder består af henholdsvis:

- en teamfunktion,
- en døgnfunktion (døgnhuse),
- en dagfunktion.

De enkelte funktioner i enheden etableres i henhold til bistandslovens bestemmelser og er en integreret del af det sociale tilbud i amtsskommunen.

Teamfunktionen er 100 pct. finansieret af amtsskommunen, mens døgn- og daghusfunktionerne er finansieret i henhold til, hvad der er gældende for institutioner, oprettet efter bistandslovens § 105 og § 91.

Det distriktspsykiatriske team er ansvarlig for og udfører de behandlingsrettede funktioner - lægelige såvel som sygeplejemæssige og psykologiske. Den egentlige distriktspsykiatriske behandling udgår således fra teamet, og udføres ambulantly i brugernes eget hjem, teamets loka-

ler, kommuner eller hvor det findes hensigtsmæssigt.

Generelt er det socialpolitikken fornemste målsætning at forebygge handicap og sygdom, der nødvendiggør indlæggelser på sygehus, herunder psykiatriske afdelinger.

Der skal derfor med udgangspunkt i ovenstående målsætning opbygges et tilbud, der i videst muligt omfang svarer til brugernes behov og ønsker. Dette er baggrunden for den valgte organisering af distriktspsykiatrien i Viborg Amt. Viborg Amtskommune vil således i samarbejde med kommunerne udbygge mange alternative tilbud så som støtte i eget hjem, bofællesskaber etc.

For en mindre gruppe, der ikke i dag kan fastholde egen bolig i det almindelige samfund, eksisterer der et behov for kortvarig støtte, indtil anden bolig og f.eks. beskæftigelse kan etableres.

Eksisterende ordninger har ikke i Viborg Amtskommune i nødvendigt omfang kunnet tilgodese behovet for midlertidige boligtilbud til mennesker med store sociale eller psykiske problemer/lidelser.

Publicerede undersøgelser har påvist et stort behov for sådanne institutioner, ligesom brugerorganisationerne har ønsket institutioner i socialt regie, opbygget som små akutte bosteder. Denne holdning blev udtrykt på den store psykiatrikonference, afholdt i Herning i dagene 14.-15. november 1988, hvor formanden for Landsforeningen Sind og en repræsentant for Galebevægelsen slog til lyd for en sådan udbygning (siderne 62-64 i konferencerapporten »Psykiatrien under omstilling«).

Et døgnhus vil blive et akut opholdssted, hvor mennesker med sociale og psykiske problemer kan bo i en kortere periode, mens deres situation stabiliseres. Døgnhusene opbygges som socialterapeutiske miljøer i pagt med det bedste i de miljøterapeutiske principper.

Døgnhuset vil forsøge, gennem støtte til klienten og samarbejde med kommunen, familie m.fl., at genplacere vedkommende i en normal boligsituation så hurtigt som muligt. Der vil til de enkelte blive ydet den nødvendige vejledning og rådgivning. Er klienten uden arbejdsforhold, vil der ligeledes blive forsøgt etableret tilbud herom. Et arbejdstilbud, der helst retter sig mod det almindelige arbejdsmarked, eller hvis dette ikke er muligt, på beskyttet værksted eller daghus.

Personalesammensætningen i døgnhuset er som følger:

- sygeplejersker,
- plejere,
- socialpædagoger,
- ergo/fysioterapeuter,

- praktisk/administrativt personale.

Personalenormering i Døgnhuset i Thisted, der har 16 pladser, er 21 fuldtidsansatte.

Døgnhusene bliver selvstændigt ledet. Visitationen sker på lederens ansvar. Selvmøder-princippet er gældende, og blandt andet derfor vil der i de tilfælde, hvor der skønnes at være tale om behov for lægetilsyn – f.eks. til en psykisk lidelse – kunne tilkaldes lægelig bistand (fra teamet), så en nødvendig lægelig udredning kan foretages. Der foretages ikke fra institutionens side nogen lægelig psykiatrisk behandling.

Det er amtskommunens klare opfattelse, at døgnhuse i amtskommunen falder inden for de rammer, der gælder for § 105-institutioner, ligesom amtskommunen vil administrere institutionerne efter de herom gældende regelsæt. Amtskommunen er, hvis dette skønnes nødvendigt, indstillet på at uddybe de ovenfor givne oplysninger i et møde med Socialministeriet/Socialstyrelsen.

Med venlig hilsen

P. E. Eriksen
amtsborgmester

/ Kristian Brøns Nielsen
forvaltningschef

Uddrag af Viborg Amtskommunes social- og sundhedsplan 1989-92

5.3. Distrikpsykiatri

Vedrørende den distrikpsykiatriske ordning fastslår amtsrådets beslutning af 8. februar 1988 indledningsvis, at principperne og de bagved liggende forslag umiddelbart efter amtsrådets behandling skal gøres til genstand for en høring blandt de involverede parter, dvs. kommuner, interesseorganisationer, personale, brugere m.v., før egentlige handlingsplaner fastlægges indholdet i en distrikpsykiatrisk ordning. Amtsrådets beslutning er således alene en fastlæggelse af de overordnede principper og målsætninger, mens det egentlige indhold skal fremkomme i forbindelse med udarbejdelsen af detaljerede handlingsplaner dækkende de tre områder.

Det følgende afsnit vil være en beskrivelse af de vedtagne overordnede principper for den distrikpsykiatriske ordning samt en plan for udbygningen af distrikpsykiatrien i programperioden 1. januar 1989 til 31. december 1992.

5.3.1. Målsætning

Den overordnede målsætning for etablering af den fremtidige psykiatriske service i Viborg Amtskommune bliver med udgangspunkt i den enkelte borgers behov:

- at give mennesker med psykiske lidelser mulighed for at leve en så normal tilværelse som muligt.

Den psykiatriske service skal derfor:

- yde støtte til brugerne/patienterne i nærmiljøet,
- bygge på mindsteindgrebsprincippet,
- forhindre indlæggelse på psykiatrisk sygehus, hvor den nødvendige behandling kan ydes i nærmiljøet,
- virke forebyggende.

5.3.2. Principper

Som udgangspunkt opbygges den fremtidige psykiatriske organisation omkring to hovedblokke:

1. *Viborg Sygehus Øst (VSØ)*, i fremtiden benævnt de psykiatriske afdelinger Viborg Sygehus, får ansvaret for de opgaver, der ikke kan løses i distriktsenhederne dvs. behovet for lukkede senge, behandlingstunge opgaver samt langtidsindlagte. Denne del af psykiatrien henhører fortsat under sygehusvæsenets ressort.
2. *Distriktsenheder*, som får det primære ansvar for dækning af de tre områders behov for psykiatrisk service samt eventuelt relationerne til Viborg Sygehus. Distriktsenhederne organiseres under amtskommunens social- og sundhedsudvalg/forvaltning.

De to hovedblokke vil skulle indgå i et tæt samarbejde og betragtes som en helhed i det daglige.

Det bærende princip bliver jævnfør tidligere beskrivelse af de distrikpsykiatriske principper – decentralisering eller behandling i bruger/patienternes nærmiljø.

Amtskommunen inddeles i tre områder med hver sin distriktsenhed:

Nord: omfattende kommunerne Thisted, Morsø, Hanstholm og Sydthy med i alt 72.000 indbyggere. Igangsætningstidspunkt hvor ansvaret for personale og budget for psykiatrisk afdeling Thisted Sygehus overgår til socialvæsenet er fastsat til 1. januar 1989 og etableres i perioden 1989-90.

Midt: omfattende kommunerne Skive, Sundsøre, Spøttrup, Sallingsund og Fjends med i alt 56.000 indbyggere. Igangsættes i perioden 1990-91.

Syd: omfattende kommunerne Viborg, Hvorslev, Møldrup, Kjellerup, Karup, Ålestrup, Tjele og Bjerringbro med i alt 102.000 indbyggere, igangsættes i perioden 1991-92.

Det er hensigten, at Viborg-området udskilles som et særligt område grundet den atypiske hyppighed med 7,3 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere mod 4,7 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere i resten af amtet (1986). Viborg-enheden igangsættes i 1991, mens det øvrige sydlige område igangsættes i 1992.

Distriktsenhederne etableres som selvstændige enheder med selvstændigt indhold:

- a. Tværfaglige teamfunktioner.
- b. Døgninstitutioner/huse.
- c. Aktivitetshuse med dagtilbud.

Personalet i distriktsenhederne er ansat under social- og sundhedsudvalget. De ambulante funktioner og dagfunktionerne sikres af distriktsenhederne.

Det er hensigten, at Viborg Sygehus' psykiatriske afdelinger kapacitetsmæssigt tilpasses den nye organisation, og der fastlægges en intern kapacitet for så vidt angår lukkede modtagefunktioner samt special-døgnafsnit til visse behandlingstunge funktioner, som ikke kan klares i distrikterne. I alt 100 pladser fordelt på 4 lukkede afsnit á 16 pladser og 2 specialafsnit á 18 pladser. Dagfunktionerne varetages af distriktsenhederne, og der sikres dagtilbud til de indlagte på Viborg Sygehus.

Thisted Sygehus' psykiatriske afdelings ressourcer overgår i forbindelse med opstarten til distrikt *Nord*, og afdelingens nuværende lokaler fraflyttes i takt med at egnede lokaler findes. Der forudsættes tilført ressourcer til *Nord* til aflastning af Viborg Sygehus.

Selve omlægningen søges økonomisk neutral.

Personalets tryghed og videreuddannelse sikres i omstillingsperioden bl.a. ved personalets involvering i processen.

Den budgetmæssige koordination for budgetår 1989 og overslagsårene 1990-92 er afklaret i en central budgetkoordineringsgruppe.

5.3.3. Høring

De distriktspsykiatriske principper har været til høring som forudsat hos alle relevante parter, herunder personale, bruger, kommunalpolitikere med flere, ligesom der har været afholdt tre offentlige møder i amtskommunen.

Et gennemgående kritikpunkt på de afholdte møder var den forvaltningsmæssige opsplitning, hvorefter distriktspsykiatrien ansvarsmæssigt placeres under social- og sundhedsud-

valgets ressort, og sygehuspsykiatrien under sygehusudvalgets ressort. Der var derimod generel enighed om målsætningen for den (distrikts)psykiatriske ordning.

5.3.4. Strukturering af det detaljerede planarbejde

Social- og sundhedsudvalget er planlægnings- og handlingsudvalg hvad angår distriktspsykiatrien. På det forvaltningsmæssige plan er etableret en projektorganisation, som er ansvarlig for at omsætte amtsrådets principbeslutning til konkrete handlingsplaner for de tre distrikter i overensstemmelse med de vedtagne tidsplaner. Projektorganisationerne er etableret for en periode af tre år.

Projektorganisation

Projektorganisationen består af en projektkoordinator (frigjort fra socialforvaltningens budget- og planstab) med direkte reference til forvaltningschefen, en projektmedarbejder samt en halvtidsassistent. På konsulentvilkår er tilknyttet en psykiatrisk speciallæge, som er faglig rådgiver for projektkoordinatoren.

Efteruddannelse af personalet vil blive planlagt i samarbejde med personalet og amtskommunens uddannelsessekretariat.

Arbejdsgrupper

Med amtsrådets beslutning er ligeledes sikret personalets tryghed og videreuddannelse bl.a. ved medinddragelse og medindflydelse på den konkrete planlægning. For at sikre denne medindflydelse og faglige ekspertise i udformningen af handlingsplanerne, tages der initiativ til nedsættelse af 3 lokale arbejdsgrupper, én i hver af de tre geografiske områder.

Arbejdsgrupperne har fået følgende kommissorium:

»Arbejdsgruppen udarbejder under ansvar for social- og sundhedsforvaltningen:

- forslag til detaljerede handlingsplaner for udbygningen af distriktspsykiatriske enheder,
- planlægningen tager udgangspunkt i Viborg Amtsråds principbeslutning vedrørende distriktspsykiatriens fremtidige organisering,
- relationerne til Viborg Sygehus' psykiatriske afdeling beskrives, herunder den fremtidige visitationsprocedure, ligesom relationerne til øvrige eksterne samarbejdspartner klarlægges

- (læger, praktiserende psykiatere, kommunale forvaltninger etc),
- der udarbejdes detaljeret plan/budget for distriktsenhedernes enkelte delelementer (team, huse, aktivitetshuse),
 - tidsplan for udflytningen og etablering af distriktsenhederne udfærdiges.«

I arbejdsgrupperne er der sikret en tværfaglig repræsentation ved: Personalet på VSØ og psykiatrisk afdeling Thisted Sygehus, de praktiserende læger, kommunerne samt det lokale socialcenter. Projektkoordinatoren er ansvarlig for afrapportering og gruppernes arbejde i øvrigt.

Nord-gruppens arbejde er igangsat og første afrapportering forventes november/december 1988. De øvrige to arbejdsgrupper bliver igangsat ultimo 1988/primo 1989.

For at imødekomme hensynet til en nødvendig faglig sammenhængende forsvarlig planlægning vil der, når alle tre arbejdsgrupper er nedsat, afholdes regelmæssige møder mellem repræsentanter fra de tre grupper i et forum for information og koordination. Mens den løbende koordination og faglige sammenhæng sikres af dels projektkoordinatoren, dels af den psykiatriske konsulent.

I spørgsmål vedrørende relationerne til Viborg Sygehus Øst vil der ske en naturlig koordination, bl.a. via en særlig nedsat koordinationsgruppe med repræsentation fra social- og sundhedsforvaltningen og Viborg Sygehus.

På møder med henholdsvis Landsforeningen Sindslidendes Vel og Det Sociale Brugerråd er der givet tilsagn om, at disse organisationer bliver løbende orienteret.

Efteruddannelse

Personalets efteruddannelse planlægges i en særlig uddannelsesgruppe med følgende kommissorium:

- arbejdsgruppen skal udarbejde forslag til uddannelsesprogram for alle faggrupper i overensstemmelse med formålet om at skabe et fælles arbejdsgrundlag, udvikle metoder for tværfaglighed samt udvikle den enkelte medarbejders mulighed for at se helheder i stedet for enkeltheder.

En uddannelsesplan for ansatte på psykiatrisk afdeling på Thisted Sygehus færdiggøres samtidig med afrapportering for område *Nord* ligger færdig og igangsættes januar 1989.

Gruppen har følgende sammensætning:

- uddannelsessekretariatet,
- psykiatrisk/psykologisk konsulent,
- personalerepræsentanter.

5.3.5. Udbygningsplan for programperioden (1989-92)

Som beskrevet i det foregående opbygges den distriktspsykiatriske organisation omkring lokale distriktsenheder, som får det fulde ansvar for dækning af et områdepsykiatrisk behandlingsbehov. De enkelte distriktsenheder består af henholdsvis

- en teamfunktion,
- en døgnfunktion (døgnhuse),
- en dagfunktion (aktivitetshuse).

De enkelte funktioner etableres i henhold til bistandslovens bestemmelser og er at betragte som en integreret del af det sociale område, der henhører under social- og sundhedsudvalgets ressort. Der henvises bl.a. til afsnit 4.2. og 5.8.

Ad teamfunktionen

Teamet er tiltænkt en nøglefunktion i det behandlingsrettede arbejde i de enkelte distrikter, og teamet skal fagligt koordinere det behandlingsrettede arbejde, der iværksættes i enhedens enkelte funktioner, dvs. team, døgnhuse, aktivitetshuse.

Teamet har udover de direkte behandlingsrettede opgaver en lang række andre væsentlige opgaver, eksempelvis:

- supervision og faglig rådgivning af områdets praktiserende læger (alment praktiserende/praktiserende speciallæger),
- konsulentrolle i forhold til psykiatriske problemstillinger i primærkommunerne,
- forebyggelse i bred forstand af psykiske lidelser,
- forskning og evaluering,
- etablering af bofællesskaber.

For at styrke teamets koordinerende rolle etableres en enstrenget visitationsprocedure, således at det distriktspsykiatriske team modtager alle henvisninger til psykiatrisk behandling. Alene indlæggelser af tvangsmæssig karakter (røde/gule papirer) på psykiatrisk sygehus kan ske uden om det distriktspsykiatriske team.

For at sikre den nødvendige efterbehandling samt etableringen af øvrige sociale hjælpeforanstaltninger vil alle udskrivninger fra psyki-

atriske sygehusafdelinger ske i samarbejde med områdets teamfunktion.

Den for praktiserende læger overenskomstsikrede fri visitationsret til amtskommunens psykiatriske sygehusfunktion vil blive suspenderet ved indgåelse af en særlig aftale mellem overenskomstens parter (§ 2-aftale).

Den interne organisering af teamet opbygges omkring tværfaglighed mellem de forskellige faglige grupper, der er involveret i teamets arbejde. Der tænkes opbygget en tværfaglig ledelsesgruppe, dog således, at den ledende overlæge er ansvarlig for de trufne beslutninger overfor socialforvaltning/udvalg.

Teamets sammensætning

Teamet er tværfagligt sammensat bestående af følgende personalegrupper:

- overlæge (vagt bærende),
- reservelæge(r),
- psykologer,
- distriktssygeplejersker,
- socialrådgivere,
- plejere,
- sekretærer.

Med udgangspunkt i erfaringer fra øvrige distriktspsykiatriske projekter opbygges der en teamfunktion bestående af ca. 10 personer for hver 30.000-40.000 indbyggere i et område.

Plan for udbygning af teamfunktionen:

Team Nord 1	1. januar 1989
Team Nord 2	1. juni 1989
Team Midt 1	1. januar 1990
Team Midt 2	1. januar 1991
Team Viborg	1. januar 1991
Team Syd 1	1. januar 1992
Team Syd 2	1. januar 1992

Ad døgnfunktion (døgnhusene)

Tidligere distriktspsykiatriske ordninger i både ind- og udland har ikke tilgodeset behovet for lokale døgnbehandlingstilbud.

Når udgangspunktet for den distriktspsykiatriske ordning i Viborg Amtskommune er, at de distriktspsykiatriske enheder principielt skal varetage den fulde psykiatriske service i et område undtaget de tungeste/intensive behandlingsopgaver, må der nødvendigvis etableres lokale døgnbehandlingstilbud.

De lokale døgnhuse skal sikre, at indlæggelse på psykiatriske sygehuse i Viborg alene sker i sygdommens akutte fase, eller hvor intensiv behandling kræver specielle forhold herunder tvangsmæssige foranstaltninger. Døgnhusene vil i stor udstrækning kunne forebygge anvendelsen af det psykiatriske sygehus i Viborg.

Institutionen bliver selvstændigt ledet, men med stærk koordinering til arbejdet både i teamfunktionen og i Aktivitetshusene - jf. senere.

Personalesammensætning

- sygeplejersker,
- plejere,
- socialpædagoger,
- ergoterapeuter,
- køkkenassistent,
- sekretærer.

Plan for udbygningen af distriktspsykiatriske døgnhuse:

	Pladser	Tidspunkt
Døgnhus, Thisted 16	1. januar 1989
Døgnhus, Midt 1 10	1. januar 1990
Døgnhus, Midt 2 10	1. januar 1990
Døgnhus, Viborg 16	1. januar 1991
Døgnhus, Syd 1 10	1. januar 1992
Døgnhus, Syd 2 10	1. januar 1992
I alt	72	

Ad dagfunktionen (aktivitetshusene)

Aktivitetshusene får en vigtig rolle i distriktsenhedernes samlede tilbud til mennesker med psykiatriske lidelser ved at være støttende og udviklende for den enkeltes egne ressourcer, både i perioder hvor klienten opholder sig i døgnhuset og i egen bolig. Det som adskiller distriktsenhedernes dagtilbud fra andre »aktivitetshuse«, er netop kombinationen af brugere fra døgnhusene og de hjemmeboende. Denne kombination forudsætter en mere strukturerende »behandlingsindsats« end der kendes i andre sociale støtteforanstaltninger for denne brugerreds.

Det psykiatriske sygehusvæsen har inden for institutionens rammer forsøgt at dække patienternes behov, dvs. bolig, forsørgelse samt beskæftigelse, »fritidsaktiviteter« og de personlige kontakter. Uden at forklejnede den traditionelle psykiatriske indsats var den en »total institu-

tionsomsorg«, der ikke gjorde patienterne egnede til et selvstændigt liv uden for institutionen. Efter udskrivning var støtten i eget hjem begrænset til tilbud om ambulant behandling.

Disse karakteristika har været fremhævet som en væsentlig faktor til de store genindlæggelsesfrekvenser og tilstedeværelsen af de kroniske »svingdørpatienter«, der lever en tilværelse på stadig flakken mellem sygehus og eget hjem.

Udgangspunktet for etableringen af aktivitetshuse – som en selvstændig funktion i distriktsenhederne – er et ønske om, at skabe rammerne for de støtteforanstaltninger, der nødvendigvis må være omkring mennesker med psykiske lidelser, også efter et ophold på en psykiatrisk behandlingsinstitution.

Mennesker med psykiske lidelser er kendetegnet ved initiativløshed, et lavt aktivitetsniveau, dårlig kontaktevne og deraf følgende ensomhedsfølelse, samt ofte en u hensigtsmæssig døgnrytme, sammenfattende udtrykt i begrebet *lav livskvalitet*. Den egentlige behandlingsindsats har ikke traditionelt været rettet mod den enkeltes totalsituation. Aktivitetshusene skal ikke blot være et supplement til den behandlingsindsats, der foretages af team- og døgnhuspersonalet, men skal være en integreret del af den behandlingsindsats, der retter sig mod individets situation og samlede behov.

Udover den egentlige psykiatriske behandling har brugerne af det psykiatriske behandlingstilbud behov for en indsats på yderligere tre områder,

- bolig,
- beskæftigelse,
- fritid.

En indsats på disse tre områder kan dels forebygge indlæggelser på psykiatriske sygehusafdelinger samt stabilisere og bedre den enkeltes livskvalitet.

Aktivitetshusenes primære *målsætning* er via en indsats på disse tre områder i et samspil med den øvrige behandlingsindsats at skabe betingelserne for en *øget livskvalitet* for brugerne af huset.

Der skal skabes mulighed for en god bo-situation, hvor personalet træner i daglige funktioner og medvirker til etablering af bo-fællesskaber både i traditionel forstand og efter støttecenterprincipperne.

Alle har behov for en meningsfyldt beskæftigelse, men ofte har brugerne af det psykiatriske system aldrig opnået den naturlige tilknytning og optræning til arbejdsmarkedet, bl.a. vanskeliggjort af hyppige genindlæggelser. For mange af Aktivitetshusenes kommende brugere er en egentlig arbejdst raining ikke relevant, men nødvendigheden af succeser i en arbejds situation er lige så vigtig for denne gruppe. Det kan være nødvendigt at trække på det sociale systems øvrige hjælpeforanstaltninger i et samarbejde med socialcentret og socialforvaltningen i den pågældende kommune.

Som et resultat af deres initiativløshed og ringe kontaktevne oplever brugerne ofte deres fritid som et stort problem, og ensomhed er et fremtrædende karaktertræk. Personalet må derfor gå ind med hjælp til træning i at skabe sociale kontakter og etablering af sociale netværk.

En længerevarende støtte på et lavt/aftagende niveau er indbygget i den distriktspsykiatriske model, som etableres i Viborg amt i de kommende år. Det kan ikke afvises, at støtten, udover den rent medikamentelle, bliver livslang i et eller andet omfang. Man skal dog være varsom med at personalet ikke indtager rollen som brugernes sociale netværk med det resultat til følge, at institutionen »sander til« og ikke opnår det »flow«, der er nødvendigt.

Personalesammensætning

- ergoterapeuter,
- fysioterapeuter (psykiatrisk uddannet),
- værkstedsassistenter.

Plan for udbygning af distriktspsykiatriske aktivitetshuse:

	Pladser	Tidspunkt
Aktivitetshus Nord 1	20	1. januar 1989
Aktivitetshus Nord 2	20	1. januar 1989
Aktivitetshus Midt	30	1. januar 1990
Aktivitetshus Viborg	30	1. januar 1991
Aktivitetshus Syd	30	1. januar 1992
I alt	130	

Ad øvrige distriktspsykiatriske aktivitetshus-tilbud

Skive-forsøget

Amtskommunen har etableret et forsøgsprojekt, hvis aktivitet er en dagcenterlignende for-

anstaltning for mennesker med psykiske lidelser. Der er aktuelt 25 brugere.

Forsøget er under evaluering, og vil fra 1. januar 1989 blive videreført som en § 91 foranstaltning. Institutionen bliver integreret i den distriktspsykiatriske organisation i område Midt.

Industriterapi

Den 1. januar 1988 overgik den såkaldte industriterapi fra sygehus til social- og sundhedsregi.

Industriterapien har i en meget lang årrække fungeret som beskyttet beskæftigelse for såvel indlagte som ambulante patienter fra Viborg psykiatriske sygehus.

Industriterapien vil ligesom forsøgsprojektet i Skive blive indpasset i den distriktspsykiatriske organisation.

Institutionen er normeret til 30 fuldtidspladser – 20 i beskyttet beskæftigelse og 10 dagcenterpladser, og drives i henhold til bistandslovens § 91.

5.3.6. Budget og finansiering for etableringen af den distriktspsykiatriske organisation

1.000 kr. 1989-priser	B 89	BO 90	BO 91	BO 92
Team	4.701	8.281	13.614	18.384
Døgnhuse	1.310	3.162	4.472	6.324
Aktivitetshuse . .	1.950	3.279	4.608	5.937
Distriktspsykiatri i alt	7.961	14.722	22.694	30.645
Overført fra Thisted sygehus	6.900	6.900	6.900	6.900
Overført fra VSØ	0	7.787	15.573	23.360
Overført fra socialvæsenet	1.065	(35)	(221)	(385)
I alt overført	7.965	14.722	22.694	30.645

5.3.7. Kontaktcentre under Landsforeningen Sindslidendes Vel

Der stilles lokaler bl.a. ved alkoholambulatorierne til rådighed for udskrevne psykiatriske patienter samt for personer med psykiske problemer i øvrigt.

Centrene drives af Landsforeningen Sindslidendes Vel med økonomisk støtte fra amtsrådet. Der er åbningstider 4 aftentimer ugentligt og fast tilknyttede medarbejdere.

Bilag 3

Sønderjyllands Amtskommune
Social- og sundhedsforvaltningen, familierådgivningen
Maj 1989

**Statusredegørelse for
4 rådgivnings- og behandlingscentre
1. januar 1988-31. december 1988**

Sønderjyllands Amtskommune
Den 28. april 1989

Notat vedrørende: Statusredegørelse for rådgivnings- og behandlingscentrene i perioden 1. januar 1988–31. december 1988

Indledning

Rådgivnings- og behandlingscentrene blev taget i brug 1. august 1987, og det er således 1½ års erfaring med centrene (RC), der danner baggrund for nærværende redegørelse. Redegørelsen er i store træk bygget op som den tidligere, og talmaterialet er alt andet lige sammenligneligt med det tidligere offentliggjorte.

Interessen for RC har været overordentlig stor, og afdelingen modtager jævnligt henvendelser fra det øvrige land med ønske om grundlæggende information om RC. Afdelingens materiale om RC har hidtil været undersøgelsesrapporten om unge og voksne med psykosociale vanskeligheder samt det til amtsrådets beslutning om oprettelse af RC knyttede udvalgsnotat. Som grundlag for en bredere orientering er det ovenfor nævnte materiale ikke egnet, og den første statusredegørelse (maj 1988) kan næppe opfylde et behov for grundlæggende information, da dette materiale ikke kan stå alene. Nærværende redegørelse er derfor udarbejdet med henblik på udover at tjene som afdelingens redegørelse til sin forvaltning og amtsrådet at kunne anvendes som grundlag for information til kommuner, amter og øvrige interesserede.

Grundlaget for RC's oprettelse og opgavefunktioner vil derfor blive grundigt beskrevet.

Koordinationen og den fagligt-administrativ styring af de 4 RC varetages af Familierådgivningens ledelse i samarbejde med lederne af RC. Uden denne koordination ville det næppe have været muligt at kortlægge overblik, fastlægge »policy« for den behandlingsmæssige indsats samt varetage den nødvendige gensidi-

ge faglige inspiration, som i dag er grundlaget for RC's aktiviteter og tilsyneladende succes. Koordinationen er endelig grundlaget for denne redegørelse.

Det historiske forløb

1. januar 1986 besluttede det sønderjyske amtsråd at overføre sygehusudvalgets opgaver vedrørende foranstaltninger mod alkoholmisbrug til social- og sundhedsudvalget. Baggrunden for denne beslutning var et voksende behov for bedre koordinering og planlægning af alko-foranstaltninger med øvrige voksensforanstaltninger inden for social- og sundhedsforvaltningens regi, jf. i øvrigt side 21.

Samtidig med overførslen af alko-ambulatorier og alko-behandlingshjem gennemførtes et forsøgs- og undersøgelsesprojekt vedrørende unge med svære psykiske og sociale problemer, som viste,

- at det *ambulante* rådgivnings- og behandlingsarbejde var forudsætningen for effektivitet i arbejdet,
- at *misbrugsadfærd med tilhørende symptomer ofte var tilfældig* og multifaktoriel betinget og derfor af mindre betydning for forståelsen og tilrettelæggelsen af klientbehandlingen,
- samt med baggrund i misbrugsmønstrets ændrede karakter og forebyggelsesindsatsen var det nødvendigt med en tilrettelæggelse af de fremtidige foranstaltninger sådan, at de henvendte sig til *forskellige* adfærdssymptomer.

Derudover var der i dette forsøgsprojekt peget på nødvendigheden af et forstærket tværsektorielt samarbejde mellem psykiatrisk ho-

spital, psykiatriske ambulatorier, praktiserende læger, kriminalforsorgen, socialkonsulenters ambulantindsats samt den primærkommunale forvaltning.

Et sådant samarbejde måtte naturligt medføre en ændring i de eksisterende alko-ambulatoriers organisering og indsats. Skitsen for ændring blev behandlet i en tværsektoriel arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra sygehusforvaltningen og socialforvaltningen.

Amtsrådet traf herefter med virkning fra 1. januar 1986 beslutning om overførsel af de 4 alko-ambulatorier og et behandlingshjem til social- og sundhedsudvalget.

Frem til 1. august 1987, hvor alko-ambulatorierne blev erstattet af RC, drev Sønderjyllands Amtskommune 4 alko-ambulatorier, beliggende i lejede lokaler i de fire købstæder Tønder, Haderslev, Aabenraa og Sønderborg.

Ud fra en gennemsnitsbetragtning bestod personalet på det enkelte ambulatorium af følgende ansatte:

I *lægekonsulent*: ansat mellem 6 og 10 timer, der med hovederhverv ofte indenfor ikke beslægtede områder var til rådighed for patienterne i ambulatoriets åbningstid, der var placeret sent på eftermiddagen eller tidlig aften. Ambulatoriet havde åbent to af ugens hverdage mellem 6 og 10 timer.

I *socialkonsulent*: ansat mellem 20 og 40 timer havde socialkonsulenten dette arbejde som hovederhverv. Udenfor ambulatoriets åbningstid fulgte konsulenten de af patientsagerne op, der krævede længerevarende støttesamtaler, familiebehandlinger eller kontakt til de primærkommunale socialforvaltninger samt ved visitation til behandlingshjem.

I *gangmand*: ansat mellem 6 og 10 timer ofte med hovederhverv andetsteds, men rekrutteret blandt tidligere patienter i samråd med patientforening.

I *sekretær*: ansat ca. 10 timer med opgaver indenfor journalskrivning, telefonbetjening m.v.

Patientforeningen »Lænken« havde lokalfællesskab med ambulatoriet, og patientforeningen administrerede i samarbejde med ambulatorielægen den af ham ordinerede medicamentelle behandling. Patientforeningen arrangerede kurser, møder og andet samvær, der som formål havde at fastholde patienterne i et alkoholfrit miljø og kammeratskab. Patientfor-

eningens konsulenter var til rådighed hele døgnet rundt i modsætning til de offentligt ansatte.

Behandlingen ved ambulatorierne var primært *medicinsk* orienteret: patienterne fik ordineret antabus og psykofarmaka. Denne behandling blev fulgt op med kontrol gennem løbende konsultationer med det formål at regulere og justere den medicinske behandling. Statistik fra de tidligere ambulatorier viste en gennemsnitstid på ca. 10 minutter pr. konsultation.

Samarbejdet med de privatpraktiserende læger blev rapporteret som godt, men indgående drøftelser med de ansatte lægekonsulenter dokumenterede, at der var en stor risiko for, at en patient kunne modtage medicinsk behandling både på ambulatoriet og hos egen læge. Specielt de anonyme henvendelser, som der ganske vist var få af, udgjorde en risiko.

Fra ambulatorierne udgik ikke noget systematisk oplysningsarbejde, men det var almindeligt, at man ved forskellige lejligheder ofte støttet af medarbejdere ved social- og sundhedsforvaltningen arrangerede temadage for forskellige skoler m.v. Personalet, i særdeleshed de sociale konsulenter og patientforeningen, underviste mod betaling forskellige målgrupper, særligt uddannelsessøgende.

Overfor patientopgaver, der skønnedes for vanskelige i ambulant regi, indstillede personalet (altid med lægens påtegning) til indlæggelse på behandlingshjem. Beslutningen herom blev truffet af et lægeligt visitationsteam under Augustenborg sygehus (psykiatrisk hospital).

Ovenstående oplysninger blev indsamlet af social- og sundhedsforvaltningen i perioden umiddelbart efter overførslen af opgaverne til social- og sundhedsudvalget.

I perioden frem til den 1. august 1987 skete der ingen væsentlige ændringer i driften af ambulatorierne, når bortses fra, at den lægelige ledelse af ambulatorierne blev erstattet af afdelingsledelse i social- og sundhedsforvaltningen, at patientens valg af konsulent, hvad enten der var tale om læge eller socialrådgiver, skulle respekteres, at læge og socialrådgiver i samtlige behandlingssager skulle lægge en fælles behandlingsplan, samt at der fremover skulle føres fælles journal.

Dette medførte et klart forbedret samarbejde på ambulatorierne.

Derudover oprettedes et visitationsudvalg bestående af læge, psykolog, socialrådgiver

samt institutionsleder, der varetog visitationen til døgnbehandling på alko-behandlingshjem.

1. august 1987 påbegyndte de 4 rådgivnings- og behandlingscentre deres virke. Forinden var medgået et længerevarende planlægnings- og uddannelsesarbejde. De 4 alko-ambulatorier blev i deres kendte form nedlagt og erstattet med den nye konstruktion: 4 *rådgivnings- og behandlingscentre (RC)*.

Behandlingsindsatsen blev:

- 1) koordineret med det amtskommunale *revalideringsarbejde*, primært visitation til § 91,
- 2) koordineret med det *ambulante stofmisbrugsarbejde*,
- 3) koordineret med det *øvrige ambulante behandlingsarbejde*,
- 4) *medicinfri* samtidig med et *formaliseret samarbejde* med *egen læge*,
- 5) *tværfaglig* sammensat med læge, psykolog og socialkonsulenter med specialfunktioner, og hvor den lægelige konsulent efter aftale med PLO herom blev rekrutteret blandt almen praksis,
- 6) *adskilt fra patientforeningen »Lænken«* sådan, at lokalefællesskabet ophørte,
- 7) gennem et formaliseret samarbejde med psykiatriske ambulatorier forsøgt koordineret,
- 8) derfor i overvejende grad *»samtaleterapeutisk«*.

Personalsituationen blev samlet set forbedret, idet hvert rådgivningscenter (RC) herefter blev bemandet således:

- 1 centerleder (fuldmægtig),
- 1 psykolog,
- 2 socialkonsulenter,
- 1 sekretær,
- 0,15 lægekonsulent.

Der afholdes løbende visitationsmøder, hvor såvel visitation til § 91, behandlingsplanlægning af enkeltsager samt etablering af gruppebehandling finder sted. Det samlede tværfaglige personale deltager. Undervejs kan, og ved afslutningen skal, sagsbehandlerne orientere visitationsteamet alt afhængig af visitationsbeslutningen.

Torsdage i tidsrummet fra kl. 14–17 afholdes åben rådgivning, hvor enhver borger kan hen-

vende sig uden forudgående aftale, også anonymt såfremt det ønskes. Der optages journal til brug for visitationsmøde efterfølgende.

For så vidt angår alkohol-misbrugere vil behandlingen typisk kunne forme sig som en længere samtaleterapeutisk indsats med inddragelse af nøglepersoner og familie. Det medicinske aspekt er overladt til patientens egen læge, der måske selv har visiteret sagen til RC eller via RC's lægekonsulent omvendt til egen læge.

Patienten har derfor indflydelse på sin egen behandling: han kan selv bestemme, om den alene skal være medicinsk eller psykoterapeutisk eller som en kombination heraf. RC kan også rådgive patienten til at få hjælp til sin antabus/medicin-administration hos patientforeningen »Lænken«.

De 4 rådgivnings- og behandlingscentre dækker tilsammen det sønderjyske amtsområde og betjener hver for sig 5–6 primærkommuner med følgende befolkningsunderlag:

RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S
66.462	72.158	44.242	67.270

Aktiviteterne i 1988: statistisk redegørelse

Nedenfor følger en gennemgang af det sagsantal, som de enkelte RC har haft i perioden 1. januar 1988–31. december 1988.

Standardiseringen i forbindelse med registreringen er endnu ikke faldet helt på plads. Dels mangler der oplysninger om væsentlige biproblemer, og dels er selve registreringen fortsat subjektivt afhængig af den, der foretager registreringen, men i modsætning til sidste statistiske redegørelse er der dog nu kommet så meget hold på dataindsamlingen, at der præsenteres et rimeligt nøjagtigt billede af aktivitetsniveauet.

Det er særligt det kvantitative aspekt, der er indsamlet oplysninger om, idet de kvalitative aspekter som f.eks. klientkarakteristika og behandlingseffekt ikke er medtaget af den simple grund, at der endnu ikke er udarbejdet registreringssystem herfor. En sådan registrering, der nærmer sig egentlig forskning, vil blive overvejet i 1989.

De totale klientaktiviteter

Foranstaltning	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Ringgård syd	47	34	16	19	116
Rova	127	33	10	1	171
Reva	6	0	0	115	121
VFE	0	122	1	0	123
Landlyst	13	1	48	1	63
Ehlershjem	12	14	4	4	34
Besk. enkeltfst.	46	72	23	26	167
Terapisager	198	217	199	147	761
Øvrige anbringelser	3	5	1	8	17
Andre foranstaltninger	41	63	11	69	184
Åben rådgivning	183	158	132	185	658
I alt	676	719	445	575	2.415

Fig 1. Oversigt over rådgivningscentrenes samlede klientaktiviteter i perioden 1. januar 1988–31. december 1988. Ved andre foranstaltninger forstås krisecentre, forsorgshjem, udenamtlig revalidering, udenamtlig institutionsanbringelser, støttesamtaler, testundersøgelser samt anden rådgivning.

Af figuren fremgår, at de 4 RC totalt set har arbejdet med i alt 2.415 klientopgaver i 1988. Ved en klientopgave forstås en aktivitet, der i tidsmæssig og opgavemæssig forstand klart lader sig adskille. Der er derfor ikke tale om 2.415 *forskellige* personer, idet en person i skemaet kan være medtalt flere gange f.eks. både som opgave i den åbne rådgivning, som opgave indenfor kategorien terapiopgaver og som henvisningsopgave til institutionsforanstaltning. Da skønsmæssigt 75 pct. af den åbne rådgivning giver anledning til længerevarende behandling, og da ca. 10 pct. af institutionsforanstaltningerne forud har været i terapeutisk foranstaltning, har RC under ét skønsmæssigt i 1988 været i kontakt med ca. 1.800 *forskellige* personer.

Grovdeles de samlede aktiviteter, fås følgende billede:

Terapi-opgaver m.v.	1.419
Revalidering m.v.	645
Anbringelser m.v.	167
Andre foranstaltninger	184
I alt	2.415

Denne grovopdeling viser, at hovedvægten af opgaverne fortsat er behandlings-opgaverne, som tegner sig for næsten 60 pct. af de samlede aktiviteter. Revalideringsopgaverne udgør godt 25 pct. af de totale aktiviteter på RC, og

aktivitetsbilledet er stort set uændret i forhold til tidligere.

Der er således grund til at antage, at efterspørgslen efter rådgivning og behandling holder sig på et konstant niveau med lille variabelt udsving, og tendensen er flere behandlingsopgaver i den samlede aktivitet. Denne opgavefordeling er sket med udgangspunkt i en prioritering af behandlingsopgaverne, således som det var forudsat ved etableringen af RC. Sagt på en anden måde indebærer dette, at RC præges af en stadig højere grad af *specialisering*, hvilket må anses for en rigtig udvikling.

Da der til de totale aktiviteter er afsat 17 sagsbehandlere i alt, svarer det til et gennemsnit på 103 klientsager pr. år pr. sagsbehandler, når der ses bort fra den åbne rådgivning. Ikke alle sager tager lige lang tid, men samtaler med personalet på RC peger på, at der er tale om en meget stor arbejdsbyrde, hvor det på længere sigt er tvivlsomt, om denne »produktivitet« vil kunne holdes.

Den åbne rådgivning

Den åbne rådgivning er defineret som et rådgivningstilbud til personer med et akut eller subakut behov, og forpligtelsen her har rødder i tilsvarende praksis ved de tidligere alko-ambulatorier. Torsdage i tidsrummet 14–17 kan enhver borger over 18 år henvende sig, uanset

hvilket symptom den pågældende har problemer med.

Intern analyse af brugerne af den åbne rådgivning viser, at det i hovedsagen er nye personer, ukendte for centrene, der henvender sig, og kun undtagelsesvis optræder den samme person flere gange. Det kunne derudover konstateres, at ca. $\frac{2}{3}$ af henvendelserne afstedkommer længerevarende terapeutisk samtalebehandling.

Kun få personer, der henvender sig i åben rådgivning, ønsker at være anonyme. Dette tolkes som et udtryk for, at behovet for bistand og hjælp til løsningen af problemerne går forud for en eventuel overvejelse vedrørende registrering. Derudover tolkes det som udtryk for, at personer er vænnet til registrering i andre syste-

mer og derfor ikke har oplevet registrering som noget problem.

Sammenholdes den personalemæssige bemanding med antallet af henvendelser i den åbne rådgivning, kan det konkluderes, at beredskabet svarer til det aktuelle og løbende behov.

Det er afdelingens vurdering, at personer kommer tidligere med deres problemer. Dette beror dels på, at de henvisende instanser er blevet hurtigere i deres henvisningspraksis, og dels fordi en stor del personer kommer på anbefaling fra personer, der selv har været i behandling i RC-regi.

Nedenfor vises en oversigt over henvendelserne i den åbne rådgivning fordelt efter hovedårsag for henvendelsen:

Åben rådgivning

	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
958 Terapi	96	114	96	94	400
959 Revalidering	0	1	2	4	7
960 Alkohol	15	20	8	37	80
961 Narkotika	3	3	1	5	12
962 Familieproblemer	14	1	16	29	60
963 Fysiske problemer	0	0	1	2	3
964 Psykiske problemer	48	14	0	13	75
965 Personsager	0	0	0	0	0
974 Diverse	7	5	8	1	21
*) Anonyme	18	23	0	17	58
I alt	183	158	132	185	658

Fig. 2: Oversigt over antallet af personhenvendelser i den åbne rådgivning fordelt på de enkelte RC og efter arten af deres henvendelse i perioden 1. januar 1988-31. december 1988.

*) De anonyme henvendelser er blot registreret som anonyme i de tilfælde, hvor personer har ønsket deres henvendelse anonym. Henvendelserne her indgår ikke i sammentællingen, da de er talt med én gang.

Figur 2 viser, at godt 60 pct. af henvendelserne er begrundet i et behov om længerevarende samtalebehandling, hvor indholdet vil være defineret nogenlunde, som det fremgår af figur 4 nedenfor. Derudover er det alkoholmisbrug, psykiske problemer og samlivsproblemer, der hver for sig udgør ca. 12 pct. af de samlede henvendelser. Kun knap 2 pct. henvender sig i den åbne rådgivning med baggrund i et stofmisbrugsproblem.

Det lave antal af klienter med et alkohol- eller stofmisbrug, der henvender sig, har givet an-

ledning til forskellige overvejelser. For det første må det konstateres, at den tidligere kerne af alkoholmisbrugere er udeblevet; et forhold, som også er iagttaget hos patientforeningen »Lænken« og i øvrigt delvis på landsplan. For det andet kan det konstateres, at det er nye og ukendte alkoholmisbrugere, der kommer, hvilket også tilsvarende er iagttaget hos patientforeningen. For det tredje konstateres, at mange klienter, hvis hovedproblemstilling er registreret som et psykisk problem, ofte som væsentlig bidiagnose har et alkoholmisbrug.

Dette indebærer, set ud fra et forebyggende behandlingsperspektiv, at mange klienter som bigevinst ved deres behandling får en afledt positiv effekt på deres alkoholmisbrug. Det indebærer også, at mange klienter ikke identificerer sig med gruppen af alkoholikere.

Det er fortsat ikke registreringsteknisk muligt at få oplyst, hvor mange patienter der gennem egen læge behandles for et alkoholproblem. Der kan derfor ikke siges noget om, hvorvidt alkoholbehandlingen i højere grad end tidligere er »væltet over« på de praktiserende læger.

De få henvendelser, der er begrundet i stofmisbrug, viser, at enten er RC ikke et attraktivt tilbud til disse misbrugere, eller også er der ikke længere tilgang i denne problemstilling.

Det har været overvejet, hvorvidt RC kunne iværksætte en mere »aggressiv« markedsføring, herunder forskellige oplysningsaktiviteter, med det formål at kunne opfange flere misbrugere. Disse overvejelser er ikke tilendebragt, bl.a. må et sådant tiltag overvejes i lyset

af arbejdsmængden, og risikoen for, at der vil komme flere klienter til af alle slags, er for stor til, at man uden overvejelser vedrørende kapacitet og tilbud kan markedsføre anderledes end hidtil, hvilket vil sige kun meget lidt og spredt annoncering.

I 1988 mødte i alt 658 personer frem i den åbne rådgivning.

Næsten alle var nye og for det sociale behandlingssystem ukendte mennesker. Fremmødet, som i øvrigt fremgår af figur 3, var gennemsnitlig 55 personer pr. måned og fordelte sig jævnt på året uden hensyn til højtider, ferisesæson m.v.

Konklusionen er derfor klar: der er behov for et sådant rådgivningstilbud, og det bliver godt udnyttet. Mange henvender sig på anbefaling fra egen læge, endnu flere henvender sig på eget initiativ. Beredskabet er ressourcemæssigt passende.

Fremmødet er nedenfor vist fordelt på måneder og RC:

Åben rådgivning: pr. måned

	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Januar	17	16	5	24	62
Februar	15	15	8	14	52
Marts	15	9	9	14	47
April	16	10	9	10	45
Maj	12	11	0	13	36
Juni	26	14	18	15	73
Juli	14	11	17	15	57
August	19	10	17	16	62
September	9	9	15	16	49
Oktober	12	17	7	13	49
November	20	24	15	20	79
December	8	12	7	17	44
I alt	183	158	132	185	658

Fig. 3: Oversigt over fremmødet i den åbne rådgivning fordelt på måneder i tidsrummet 1. januar 1988–31. december 1988.

Tilrettelæggelsen af arbejdet i den åbne rådgivning varierer fra center til center. Udnyttelsen af personalet, inkl. lægekonsulent, er afhængig af den udvikling, der i øvrigt er i gang på de enkelte centre. Nogle steder har man indført rullevagtsystem ud fra et effektivitetssyns-

punkt. Andre steder har man bevaret det oprindelige beredskab. Alle steder har man sikret sig, at tværfagligheden er intakt i tidsrummet for den åbne rådgivning.

Omlægningen af den åbne rådgivning betinget af arbejdstidsforkortelsen medførte en for-

Bilag til beretning o. f. t. beslutn.vedr. rådgivningscentre m.v.

skydning i åbningstiden, sådan at der nu holdes åbent fra kl. 14–17 mod tidligere fra 15–18. Den ændrede åbningstid, der i øvrigt følger kommunernes »lange« åbningstid, har ikke medført ændringer i henvendelsernes antal eller sammensætning.

Den endelige konklusion er, at den åbne rådgivning fortsætter uændret, men at det er op til det enkelte center at tilrettelægge arbejdsgangen.

Visse kommuner har haft den opfattelse, at der foregik dobbelt sagsbehandling, men efter en gennemgang af de for disse kommuner tilknyttede sager har det kunne konstateres, at enten var klienterne ukendte for kommunen, eller også foregik der en behandling, som indholdsmæssigt i vid udstrækning var uafhængig af den primærkommunale sagsbehandling. Det har ikke kunnet dokumenteres, at der foregik »dobbeltarbejde«.

Terapiopgavernes indhold

Terapisager artsfordelt	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Alkohol	2	19	15	12	48
Stofmisbrug	0	2	0	0	2
Blandingsmisbrug	0	3	1	3	7
Samlivsproblemer	34	23	28	16	101
Skilsmisse	2	0	0	3	5
Samkvemsproblemer	0	1	0	2	3
Seksuelle problemer	3	4	15	9	31
Sygdomskrise	13	20	0	17	50
Flygtningeproblemer	0	4	0	0	4
AIDS/HIV	0	0	1	1	2
Psykiske problemer	80	67	61	58	266
Psykosomatiske	6	12	8	9	35
Sociale problemer	7	11	25	1	44
Økonomiske problemer	0	1	0	2	3
Fysiske handicaps	0	2	1	1	4
Andet	51	48	44	13	156
I alt	198	217	199	147	761

Fig. 4: Oversigt over de ambulante behandlingssagers fordeling efter arten af hovedproblemet i perioden 1. januar 1988–31. december 1988.

Da registreringen her ikke medtager væsentlige biproblemer, demonstrerer oversigten ikke tilstrækkeligt det forhold, at en stor del af klientunderlaget som væsentlig biproblemstilling har alkoholmisbrug.

Det er, som også set tidligere, de psykiske problemer, der udgør den væsentligste årsagsfaktor svarende til over 1/3 af samtlige behandlingssager. Kategorien »psykiske problemer« spænder over mange problemsæt, fra angsttilstande til symptomspecifikke forhold som f.eks. apati, og det bør overvejes i fremtidige opgørelser at underopdele denne kategori.

Derudover ses, at sygdomskrise og samlivsproblemer er et problemforhold, der i forhold til 1987 har været i stigning. Det samme gør sig gældende med kategorien »andet«, der rummer forskellige forhold som depressioner, hjerneskader, incest, spisevægring, psykologiske test, støttesamtaler m.v. Her ses en markant stigning i forhold til 1987.

Flygtningerelaterede problemstillinger, hvor vi havde forventet en stigning, er overraskende konstant få.

Visitationsudvalgets afgørelser

I figur 5 nedenfor ses en oversigt over visitationsafgørelser i året 1988 fordelt efter type:

Visitationsudvalgets afgørelser

	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Ringgården syd	24	23	7	22	76
Reva	3	0	0	79	82
Rova	65	26	10	0	101
VFE	1	48	0	0	49
Landlyst	7	1	31	1	40
Ehlershjemmet	6	8	3	4	21
Besk. enkeltforanst.	10	12	2	13	37
Heraf venteliste	7	12	2	5	26
Private anbringelser	2	2	0	0	4
Udenamtsanbringelser	8	1	0	3	12
Afslag	7	5	0	1	13
I alt	133	126	53	128	440

Fig. 5: Oversigt over voksenrådgivningens visitationsafgørelser i tidsrummet 1. januar 1988–31. december 1988 fordelt efter foranstaltningstype i forhold til det enkelte RC.

Tendenserne fra 1987 er fortsat uændrede og viser et nogenlunde konstant sagspres, idet der har været en stigning på 13 pct. i forhold til 1987. Aktiviteten er fortsat ujævnt fordelt forstøet således, at det er Østsjælland, der bidrager med flest afgørelser. Vestegnen har et afgørelsesbehov svarende til ca. det halve af det øvrige Sønderjylland. Dette forhold er stort set afspejlet i de øvrige opstillinger.

70 pct. af afgørelserne er relateret til revalidering m.v. Optagelse på alko-behandlingshjemmet har vist, at amtskommunen belægger sine pladser optimalt. Det samme forhold gør sig gældende for mødre/svangrehjemmet Ehlershjemmet. Forsorgshjemmene har som bekendt særlige visitationsregler, og belægningsen skal ikke kommenteres her, bortset fra det forhold, at i flere tilfælde er forsorgshjemmet benyttet som opholdssted i forbindelse med indskrivning på alko-behandlingshjem.

Af 37 afgørelser vedrørende beskyttede enkeltforanstaltninger er 26 svarende til 70 pct. blevet optaget på venteliste. De resterende 11 afgørelser har drejet sig om reduktioner i arbejdstiden. I 1988 er der, 1 tilfælde undtaget, ikke blevet optaget nye personer i beskyttet beskæftigelse.

Det samlede antal anbragte unge i 1988 i familiepleje og socialpædagogisk kollektiv, hvilket ikke kan aflæses af skemaet, er 24, hvoraf 4 er foranstaltet i året. Dette siger noget om opholdslængden i disse foranstaltninger.

De beskyttede enkeltforanstaltninger er nedenfor vist i en oversigt, hvoraf det fremgår, at 117 personer ved udgangen af 1988 var arbejdsplaceret i beskyttet beskæftigelse. Det er ofte personer med et vidtgående fysisk og/eller psykisk handicap, der på grund af varig erhvervs-hæmning mangler evne til at fastholde varig beskæftigelse på det danske arbejdsmarked, der placeres hos privat eller offentlig arbejdsgiver. Der ydes et løntilskud på 40 pct., der deles lige- ligt mellem kommune og amt.

Beskyttede enkeltforanstaltninger

Kommunefordeling	Aktuelle	Afmeldt i 1988	Opført på venteliste
Bov	7	1	0
Gråsten	0	0	1
Lundtoft	0	0	1
Rødékro	6	2	3
Tinglev	10	1	2
Åbenrå	10	1	1
Christiansfeld	4	0	1
Gram	4	0	0
Haderslev	19	5	5
Rødning	6	3	0
Vojens	16	4	6
Bredebro	1	0	1
Højer	0	0	1
Løgumkloster	3	0	0
Nr. Rangstrup	5	2	2
Skærbæk	2	0	0

Tønder	5	0	1
Augustenborg	2	0	1
Broager	3	0	0
Nordborg	5	0	5
Sundeved	4	0	0
Sydals	2	0	0
Sønderborg	3	0	1
I alt	117	19	32

Fig. 6: Oversigt over beskyttede enkeltforanstaltninger fordelt på de enkelte respektive kommuner, men ikke omregnet til hele stillinger. Opgørelsen medtager de personer, der er placeret i beskyttet beskæftigelse pr. 31. december 1988, samt de personer, der i året 1988 er blevet afmeldt. Endelig er vist de personer, der godkendt til en beskyttet enkeltforanstaltning af kapacitetsmæssige grunde er opført på venteliste.

Af opstillingen fremgår, at det navnlig er Haderslev, Vojens, Tinglev og Aabenraa Kommuner, der har anvendt denne foranstaltning. Hvorfor denne skæve fordeling gør sig gældende, kan der ikke umiddelbart gives noget svar på. Formentlig er behovet for denne foranstaltning så individuelt bestemt, at »geografi« og befolkningsunderlag er uafhængige størrelser.

Er dette rigtigt, er det samtidig et argument for, at de knappe ressourcer er bedst udnyttet ved amtskommunal administration.

Der ses også, at 32 personer ved årets udgang var opført på venteliste til denne foranstaltning, og heraf var 6 opført på venteliste ved udgangen af 1987, hvilket for disse personer har medført en ventetid på mere end 1 år. Dette er desværre den nøgne kendsgerning.

Selv om kommunerne er klar over dette problem, henvises der fortsat til beskyttet enkeltforanstaltning. RC står her i en meget vanskelig rådgivningssituation overfor kommunerne.

Behovet for en dybtgående analyse og opfølgning af disse stillinger med henblik på at få dem omdannet til faste stillinger er fortsat aktuelt, og afdelingen vil i 1989 undersøge, hvordan dette kan foretages.

Venteliste til ambulant behandling

Ved udgangen af 1987 var der opført i alt 58 personer på venteliste til ambulant behandling. Ved udgangen af 1988 var der i alt opført 69 personer på samme venteliste, hvilket har svaret til en stigning på knap 20 pct. Nedenfor er vist en oversigt over antallet af personer på venteliste:

Venteliste til ambulant behandling

	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Antal sager	12	37	1	19	69

Fig. 7: Oversigt over aktuel venteliste for personer med ambulant behandlingsbehov fordelt på de enkelte RC og opgjort 31. december 1988.

Til belysning af betydningen af ovennævnte tal kan oplyses, at én sagsbehandler alt andet lige kan behandle ca. 35-45 ambulante behandlingssager pr. år.

Særligt situationen på Haderslev, Sønderborg og Aabenraa RC er fortsat uholdbar. Der er i årets løb arbejdet meget bevidst med venteliste-problestillingen. Således er alle 4 RC gået i gang med gruppebehandlingsprojekter, hvor det er muligt at iværksætte et behandlingstilbud til flere samtidigt. Derudover er der arbejdet med grænser for behandlingstiden, selv om en ensartet standard for alle RC ikke er gennemført, hvilket i øvrigt ikke nødvendigvis skal ske.

I årets løb har RC Haderslev været oppe på 56 personer på venteliste, og der er sket en fak-

tisk nedbringelse. Ventetiden er nu gennemsnitlig ca. 4-5 måneder, hvilket er uacceptabelt for såvel personale som klienter. Ikke altid kan personalet efter den første udredningssamtale udskille de akutte klient-opgaver, hvilket kan betyde, at akutte opgaver bliver sat på venteliste med uoverskuelige konsekvenser til følge.

Tidsbegrænsede personalerokeringer har været vurderet, men situationen er ikke bedre andre steder, og dette har måttet opgives. Strammere mødestruktur er ved begyndelsen af 1989 gennemført, men dette tiltag er ikke tilstrækkeligt til at løse problemet.

Til forståelse af dette problem hører med, at det er nødvendigt for det enkelte RC at være i stand til at rykke ud i akutte situationer her og nu. For at være i stand til dette skal der i det daglige være noget »luft«. På alle RC tages de akutte sager ind uden om ventelisten, ofte med uønskede ændringer af indgåede aftaler, da flere af sagsbehandlerne har sager op til fuld kapacitetsudnyttelse. Dette medfører igen, at ven-

tidetiden for behandlingens iværksættelse forlænges.

Opgavefusion vil også blive overvejet i 1989, da dette er en vej til at imødegå problemet uden udvidelse af udgiftsrammen.

Hvorfra kommer klientopgaverne?

Klienterne henvises således:

Henvisende instanser:

	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Primærkommune	255	355	153	232	995
Selvhenvendelse	232	246	204	273	955
Egen læge	104	76	52	35	267
Kriminalforsorg	1	1	2	3	7
Psykiatrisk amb.	0	12	5	7	24
Hospital	29	5	14	7	55
Andre RC	10	2	1	2	15
Lænken	3	0	0	3	6
Andet	42	22	14	13	91
I alt	676	719	445	575	2.415

Fig. 8: Oversigt over klientsagernes fordeling på den henvisende instans og opgjort for de enkelte RC i perioden 1. januar 1988-31. december 1988.

I skemaet figur 8 er vist, hvorledes klientsagerne er fordelt efter henvisende instans. Af figur 8 fremgår det, at det fortsat er selvhenvendelsen, primærkommunens socialforvaltning samt de praktiserende læger, der er de hyppigste henvisende instanser. Det er fortsat positivt, at samarbejdet med egen læge fungerer i det omfang, det gør.

Det er ikke samtlige læger i amtskommunen, der henviser. Faglig kollegialitet betyder for nogle læger, at der først henvises til psykiatrisk ambulatorium. Men forventningen er, at flere og flere læger vil henvise ud fra den simple grund, at flere og flere borgere ønsker en medicinfri og kompetent psykoteraeutisk behandling. Antallet af henvisninger fra egen læge har i forhold til 1987 ligget konstant.

Antallet af selvhenvendelser er steget stort i omfang trods som tidligere omtalt meget lidt annoncering begrundet i ventelisteproblemet. Derudover ses af figuren, at primærkommunerne tegner sig som den største henvisningsin-

stans. Samlet er der fra kommunerne sket flere henvendelser vedrørende behandling end vedrørende revalidering, hvor kommunerne efter loven som bekendt skal henvende sig. Det vurderes positivt, at kommunerne af egen drift henvender sig på RC.

Samarbejdet med »Lænken« ydes ikke retfærdighed ved ovenstående statistik, idet det ikke fremgår, hvor mange RC henviser videre til denne patientforening. Tallet er ikke gjort op, men ifølge oplysninger fra »Lænken« har der i 1988 været ca. 65 personer tilknyttet, og samtlige personer, der har henvendt sig til RC med et alkohol-specifikt problem, er blevet gjort bekendt med patientforeningen. Ganske vist har ikke alle ønsket at gøre brug af patientforeningen, men en stor del har dog.

Klientsagernes mobilitet

I nedenstående figur er vist en status over bevægelserne i klientopgaverne:

Klientopgavernes antal og mobilitet

	RC-Å	RC-H	RC-T	RC-S	I alt
Saldo 1. januar 1988 (+)	231	188	88	173	680
Nytilgang (+)	445	531	357	402	1.735
Afgang (÷)	187	207	179	185	758
Saldo 1. januar 1989	489	512	266	390	1.657

Fig. 9: Oversigt over samtlige klientsagers tilgang og afgang opgjort 31. december 1988 og fordelt på det enkelte RC.

Det fremgår af ovenstående oversigt figur 9, at der ikke er balance mellem antallet af sager ved årets start og årets slut, men da sagstallet ved årets start kun byggede på 5 måneders aktivitet, fås ved fremskrivning af dette tal til helårsvægt, at balancen udgør en stigning på i alt 25 sager, hvilket må antages at være det samme som egentlig balance.

Ventelisteproblematikken kan derfor aktuelt vurderes som en »pukkelproblematik«, idet egentlig balance fortæller os, at personaleresourcerne passer til behovet. Der er derfor for så vidt ikke belæg for yderligere tilførsel af personale, hvis vi kan få fjernet ventelisteopgaverne. Hvordan dette skal ske, må fremtiden vise.

Med i vurderingen af ventelisteproblematikken hører, at vi positivt ved, at samarbejdspartenerne har holdt flere relevante henvisninger tilbage netop på grund af ventetiden.

Behandlingsgrupper i RC

I året 1988 er iværksat forskellige gruppebehandlingsprojekter. Enkelte har været løbende fra tidligere år, men som hovedregel er de fleste blevet til i 1988.

Der er dannet behandlingsgrupper indenfor følgende problemområder:

- sorg/krise (RC-T),
- arbejdsbetinget hjerneskade (RC-H),
- bækkenløsning (RC-H),
- traumatiske kriser (RC-H) påbegyndes i 1989,
- incestramte (RC-Å),
- angst/mindreværd (RC-Å),
- oprettelse af selvhjælpsgrupper (RC-S),
- selvusikre mænd (RC-S) påbegyndes i 1989.

Afdelingen forventer, at arbejdet med grupper vil øges i 1989, ligesom projekter vil indgå

tydeligere i RC's arbejdsmæssige dagligdag. Af projekter, der har været og er under forberedelse i RC, kan nævnes forsøgsprojekt vedrørende hæftestrafdomte spritbilister, beskæftigelse af kronisk psykisk syge, indsatsen overfor hjerneskadede i bred forstand samt videreudvikling af tilbudet til marginale flygtninge. Derudover er man i RC-S i gang med en kortlægning af alkohologgaven.

Afslutning

Efter 1½ år med RC-konstruktionen er det konklusionen, at der her er tale om en bæredygtig og nødvendig social foranstaltning. Klienterne har fattet tillid til foranstaltningen.

Der sker en fortsat dygtiggørelse og specialisering. Der er fortsat meget arbejde at udføre.

Med specialiseringen og erfaringen er bevisstheden om grænser i arbejdet øget. Målsætningen for RC har været gjort til genstand for drøftelser og revision løbende på det enkelte RC.

Arbejdet er fortsat enkeltklientopgaver, men der ses nu tegn på en udvidelse af gruppebehandlingstilbudene. RC er blevet synlige for store dele af de sønderjyske borgere samt for primærkommunernes sagsbehandlere.

Evalueringsrunder med de berørte kommuner blev gennemført i 1988, og billedet var entydigt positive tilbagemeldinger fra kommunernes sagsbehandlere.

Overfor de akutte patientopgaver står RC svagt, idet man ofte må henvise til psykiatrisk og somatisk hospital eller egen læge. Akut indlæggelse på alko-behandlingshjem kan og finder sted.

Ikke økonomibundne visitationer afgøres nu decentralt på det enkelte RC med mulighed for yderligere serviceorientering overfor brugerkommuner. Samarbejdet med institutionslede-

re vedrørende enkeltklienter foregår løbende og hurtigt. Nedtoningen af konsulentbetjeningen af institutionerne er fastholdt til fordel for klientorienteringen. De administrativt forbundne opgaver i relation til institutionerne løses af afdelingen centralt placeret på amtsgården.

Samarbejdssituationen på de 4 RC har under ét stabiliseret sig, men sårbarheden ved sygdom, ferie m.v. samt fravær er fortsat til stede. Personalegruppens objektive størrelse gør også samarbejdsklimaet til en nøgelfaktor. Dette skal fungere, for at RC kan fungere. Lederrollen er fortsat en vanskelig balance mellem kammeratskab og kollegafunktion på den ene side og pligten til at sætte de nødvendige grænser på den anden side.

Grundlaget for RC er fortsat højt kvalificerede dygtige medarbejdere, der kan leve op til de høje faglige og menneskelige krav, som der stilles gennem ansættelse ved et RC.

Systematisk efter- og videreuddannelse foregår nu løbende i et tæt samspil mellem ledelse og de ansatte. Ingen grunduddannelse giver i sig selv det fornødne grundlag for at kunne løse klientopgaverne, og det er derfor vigtigt, at uddannelsesbetingelserne fortsat kan fastholdes og forbedres.

Behandlingen af de klienter, der kommer på RC, er i mange tilfælde af forebyggende karakter. I visse tilfælde kan skilsmisse, tab af vigtig primærperson, angsttilstande give anledning til afledet misbrugsadfærd. Behandlet i tide kan et sådant alkoholmisbrug undgås. Vi tror, at dette sker i stort omfang på RC.

Oplysningsarbejdet har tilsyneladende været sporadisk. Bortset fra et mindre projektsamarbejde i Tønder, har intet RC været involveret i oplysningsprojekter. Der kommer fortsat løbende henvendelser fra kommuneskoler, fritids- og ungdomsklubber, højskoler og andre med ønske om foredrag m.v. Dette arbejde er ikke organiseret systematisk for indeværende.

Der savnes en egentlig oplysningskonsulent, der har dette arbejdsområde som speciale.

Profilen på det deciderede alkobehandlingsarbejde er ændret.

Er alkoarbejdet blevet dårligere eller bedre?

Spørgsmålet kan bedst besvares derved, at arbejdet er blevet anderledes. Der er ikke sket hverken en styrkelse eller formindskelse, men der er sket en omlægning og ændring af tilbu-

det. Kvaliteten er forandret, og det er afdelingen ubekendt, hvis antallet af misbrugere er i vækst, eller hvis der er misbrugere, der ikke modtager behandling, når det ønskes. Der er – i hvert fald i det sønderjyske område – sket en stabilisering inden for misbrugsområdet.

Denne stabilisering er næppe betinget af omlægningen på alkobehandlingsområdet. Den ville formentlig være kommet alligevel.

Opgavesammenlægningen som følge af social- og sundhedsforvaltningens ændrede organisation løser på længere sigt det koordinationsbehov, der har vist sig indenfor de områder, der har haft opgavesammenfald, navnlig familierelaterede problemopgaver, som RC har haft til fælles med Børnerådgivningen i amtskommunen. En arbejdsgruppe vil i løbet af 1989 se nærmere på dette problemfelt med henblik på en endelig organisatorisk løsning.

Der arbejdes for tiden med afgrænsningen til fagområdet: voksne åndssvage, og afdelingen forventer, at problemet falder på plads medio 1989.

Forudsætningen for den ambulante behandling er, at klienterne har et »rimeligt« netværk og har de fornødne intellektuelle ressourcer kombineret med en tilstrækkelig motivation. Der vil derfor være situationer, hvor en behandling ikke kan og ikke skal iværksættes. Derudover gælder som hovedregel, at behandlingen ikke går videre, end kompetencen rækker.

Egentlig sindssyge, karakterafvigere samt svære neuroser er opgaver, som RC ikke kan løse lige så godt eller bedre end det øvrige behandlingssystem, og som derfor skal videreføres til det øvrige system.

Derudover kan der forekomme klientopgaver, som RC ikke rummer den fornødne specialviden overfor. Det gælder indtil videre psykisk belastede flygtninge, visse opgaver indenfor smertebehandling samt visse optræningsopgaver i relation til hjerneskadede. Med tiden, og såfremt personalet kan fastholdes, kan der skabes de nødvendige forudsætninger herfor.

Udviklingen af afdelingens interne supervisionssystem overfor de ansatte psykologer, øvrige nøgleområder samt den interne supervision på RC skal fortsat finde sted og med forstærket kraft for at øge effektiviteten af behandlingen.

Afdelingen må derudover i det kommende år overveje udviklingen af målingssystem for effekten af indsatsen. Viden om dette er grundla-

get for den videre udvikling af behandlingsindsatsen.

Bjarne Lund
Familierådgivningen

Distriktspsykiatrisk Center
Fredericia

Bilag 4

Åben rådgivning

Hvem kan henvende sig?

Enhver borger i Fredericia Kommune kan gratis benytte rådgivningen.

Der kræves ikke henvisning. Der kræves heller ingen tidsbestilling. Du kan gå lige ind fra gaden.

Du kan komme alene eller sammen med familie eller bekendte.

Hvis du har:

- en personlig krise,
 - et psykisk problem eller psykisk sygdom
 - et familie- eller parforholdsproblem
 - eventuelle sociale spørgsmål i forbindelse med de nævnte problemer,
- kan du henvende dig i den åbne rådgivning.

Hvilken hjælp kan vi give?

Du vil have mulighed for at drøfte din situation igennem med en rådgiver.

Det kan i sig selv være en god hjælp.

Vi kan komme med forslag om, hvor du kan få støtte og behandling, og såfremt du ønsker hjælp til at komme i kontakt med socialforvalt-

ning, læge, sygehus eller andre, vil vi gerne hjælpe dig med det.

Bliver du registreret?

Du kan henvende sig anonymt.

Vi foretager ikke registrering af dine personlige data.

Vi giver heller ikke oplysninger videre til andre, hvis du ikke ønsker det.

Hvem er vi?

Medarbejderne arbejder tæt sammen og består af:

- socialrådgiver,
- psykolog,
- sygeplejerske,
- sekretær.

Medarbejderne har mulighed for at rådføre sig med en psykiater.

Den åbne Rådgivning er en del af *Distriktspsykiatrisk Center*, et projekt under Vejle Amtskommunes sundhedsforvaltning med virke i Fredericia Kommune.

Vejle Amt
Distriktspsykiatrisk Center
Januar 1990

Distriktspsykiatrisk Center Fredericia

Forsøgsordningen med voksenpsykiatriske funktioner blev iværksat 1. oktober 1988. Forsøgsperioden er 5 år, og forinden udløb af forsøgsperioden evalueres projektet.

Projektet er oprettet af Vejle Amt og henhører under sundhedsudvalgets ansvarsområde. Det er iværksat som et samarbejdsprojekt mellem Fredericia Kommune, de praktiserende læger og Vejle Amt og fungerer i Fredericia Kommune.

Baggrunden for iværksættelsen af Distriktspsykiatrisk Center var ønsket om at sikre en forbedret service overfor psykiatriske patienter i Fredericia Kommune.

En forbedret service er sket dels gennem oprettelsen af et ambulatorium i Fredericia, betjent fra Kolding psykiatrisk afdeling, dels gennem oprettelsen af en særlig forsøgsordning med en organisationsform/arbejdsform med voksenpsykiatriske funktioner uden organisatorisk tilknytning til sygehuset. Hovedvægten er lagt på en socialpsykiatrisk helhedsforståelse med udvikling og afprøvning af konsulentmodeller. Desuden er der med tilknytning til forsøgsordningen etableret en deltidsspeciallægepraksis i psykiatri i Fredericia.

Projektet er normeret med:

- 0,5 projektkoordinator,
- 0,5 psykiatrisk speciallæge (pågældende driver desuden speciallægepraksis i Fredericia),
- 1,0 psykolog,
- 1,0 sekretær,
- 1,0 socialrådgiver,
- 1,0 sygeplejerske.

Målsætning

Forsøgsordningens mål er:

At øge/forbedre primær sundhedssektors og socialsektors behandling/håndtering af personer med psykiatrisk problematik.

Gennem samordning af de forskellige tilbud til psykiatriske patienter at sikre en forbedret indsats.

At forbedre visitationen af personer med:

1. Psykiatrisk problematik.
2. Kriseproblemer.
3. Sociale problemer.

Gennem netværksarbejde sikre, at psykiatriske patienters netværk styrkes, og at patienterne får tilgodeset behov for bolig, beskæftigelse og fritidsaktiviteter.

At støtte lokale kræfter med henblik på at udvikle tilbud til psykiatriske patienter samt formidle viden om eksisterende tilbud i lokalområdet.

Samlet set er målet at forbedre livskvaliteten hos psykiatriske patienter i Fredericia og at udnytte patienters egne ressourcer bedst muligt.

Opgaver

Den løbende omstilling af psykiatrien til en distriktspsykiatri er foregået igennem de seneste år og vil fortsætte i de kommende år. En samlet forståelse af mennesker med psykiske sygdomme/psykiatriske lidelser er på vej. Det mest markante er det forøgede samarbejde mellem sygehussektoren og socialsektoren. Samlet står den distriktspsykiatriske udvikling overfor en brobygning mellem sekundærsektor og primærsektor.

Udgangspunktet i Distriktspsykiatrisk Center er primærsektoren i lokalsamfundet. Dette medfører, at Distriktspsykiatrisk Centers klient/patientmålgruppe ikke er sammenfaldende med psykiatrisk afdelings målgruppe. Ind-

satsen i Distriktspsykiatrisk Center retter sig således mod den samlede psykiatriske målgruppe, og vi har opgaver såvel i forhold til den mere lette og ikke indlæggelsestruede gruppe som i forhold til den mere tunge og indlæggelsestruede.

Projektets opgaver er:

1. *Rådgivnings-, konsulent- og supervisionsopgaver* overfører praktiserende læger, hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker, sagsbehandlere, plejehjem/institutioner og bofællesskab.

Alle grupper af samarbejdspartnere bruger disse tilbud. Der er startet med enkeltpersoner i de forskellige grupper, og kredsen bliver større og større.

Aktuelt er der iværksat supervisionsgrupper med henholdsvis hjemmesygeplejersker og praktiserende læger.

Herudover foregår der samarbejde omkring konkrete klienter.

2. *Undervisningsopgaver.* I alt 125 ud af 400 hjemmehjælpere har deltaget i et kort undervisningsforløb med udgangspunkt i de daglige arbejdsopgaver af psykiatrisk karakter, som de pågældende står i.

Alle medarbejdere i kommunens pensionsafdeling har deltaget i en tilsvarende undervisning. I samarbejde med kommunens undervisningskonsulent har der desuden været afholdt 2 kurser for plejehjems personale.

Distriktspsykiatrisk Center har mulighed for at iværksætte kurser for forskellige grupper og af forskelligt omfang. I den kommende periode er således planlagt tværfaglige kurser for forvaltnings- og institutionsmedarbejdere. En temadag for forvaltningens afdelingsledere og institutionsledere. Undervisning af praktiserende læger på baggrund af ønsker fra denne kreds. Der arbejdes desuden på at etablere et undervisningsprogram med et forebyggende indhold, som kan tilbydes risikogrupper i lokalområdet, afgangsklasser i skolerne, studerende med videre.

3. *Behandlingsopgaver* er forudsat i projektet kun at skulle løses i begrænset omfang. På baggrund af henvisning fra praktiserende læge og ud fra en individuel vurdering af den aktuelle situation foregår der behandlingsopgaver i form af individual- eller par/familieterapi, personlig og praktisk støtte til patienten samt vurderingsopgaver.

Det er Distriktspsykiatrisk Centers vurdering, at det er værdifuldt at have behandlingsopgaver i et vist omfang. Det giver et mere klart indtryk af behandlingsopgaverne i lokalområdet samt mulighed for at opbygge netværk i lokalområdet. Gennem behandlingsopgaverne lærer samarbejdspartnere centret at kende, og næste trin er en konsulent- og supervisions samarbejdsform.

Der må imidlertid være en meget stor bevidsthed omkring antallet af behandlingsopgaver, idet en for høj prioritering af behandlingsopgaver vil gøre det meget vanskeligt at afsætte ressourcer til supervisions- og konsulentopgaver med videre.

Med baggrund i ovennævnte samt med baggrund i projektets målsætning har hovedintentionen med at tage behandlingsarbejde ind som opgave i Distriktspsykiatrisk Center været at introducere en »sambehandlingsmodel«.

Sambehandlingsmodellen betyder, at Distriktspsykiatrisk Center yder en meget konkret støtte til en primærbehandler (sagsbehandler, praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper eller lignende) i form af et teammedlems deltagelse i en konsultation, en samtale eller et hjemmebesøg. Teammedlemmet kan have en eller flere kontakter med patient/klient uden primærbehandlerens deltagelse, men det endelige mål er, at primærbehandleren fortsætter sit engagement i behandlingsforløbet, og at behandlingsforløbet fastholdes i primærsektoren.

I forbindelse med behandlingsopgaver påtager Distriktspsykiatrisk Center sig ofte en *koordineringsfunktion*. I samarbejde med klienten afklares, hvilke personer der er involveret i klientens problemer. Gennem fællesmøder, hvor klienten deltager, tegnes et billede af klientens helhedssituation, og der lægges behandlingsplan og fordeles opgaver.

4. Projektet driver en *Åben Rådgivning* for Fredericias borgere. Tilbudet i den Åbne Rådgivning sikrer, at borgerne kan søge råd uden at komme ind i et behandlingssystem.

Der ydes rådgivning på baggrund af direkte henvendelser. Sædvanligvis en éngangssamtale, hvor der er beregnet god tid til at høre på folk. Hvis der er behov for et mere regulært behandlingsforløb, kan det kun foregå, såfremt den pågældende er parat til at op hæve sin anonymitet, og praktiserende læge, sagsbehandler

med videre kontaktes, forinden behandlingen påbegyndes. Der foregår således ikke i den Åbne Rådgivning registrering af personidentificerbare oplysninger.

I den Åbne Rådgivning foregår direkte klienthenvendelser 2 timer ugentligt. I løbet af de første 9 måneder har i alt 90 personer henvendt sig. Der kommer betydelig flere kvinder end mænd. Især personer i den erhvervsaktive alder benytter rådgivningen.

Folk henvender sig især omkring parforholdsproblemer, familieproblemer, angst, sorg og humørsvingninger/depressioner. Kun enkelte henvender sig omkring sociale spørgsmål.

Det er indtrykket, at rådgivningen for en stor gruppes vedkommende benyttes som inspiration til at klare problemerne selv. For en mindre gruppes vedkommende tjener tilbudet som en åbning til relevant behandling.

5. *Netværksarbejde.* Distriktspsykiatrisk Center bygger på de sociale relationer, klienten har, og arbejder med at udvikle relationerne ved at tilføre nye relationer. Dette betyder, at vi ikke i første omgang vil være tilbøjelige til at overtage ansvaret for en patientbehandling og fungere som et henvisningssted, der arbejder isoleret med klienten. Distriktspsykiatrisk Center arbejder derimod ud fra en rolle som aktiv koordinator i forhold til klienten og dennes sociale netværk, omfattende såvel private som professionelle personer.

Distriktspsykiatrisk Center har taget initiativ til at etablere selvhjælpsgrupper i området. Gennem opbygning af et net af selvhjælpsgrupper er det hensigten at undgå at sygdomsgøre almenmenneskelige problemer såsom kriser og store forandringer i livssituationen. Kontakten med ligesindende kan bidrage til at bryde den onde cirkel, man ofte bliver bragt i i sådanne situationer. Grupperne er således igangsættende i forhold til den enkelte bruger uden at være klientgørende.

Selvhjælpsgrupperne er karakteriseret ved, at igangsætterne er personer, der ikke har en professionel behandlingsbaggrund. Der er imidlertid også et behov for grupper med terapeutisk bistand. Således fungerer i Distrikts-

psykiatrisk Center i øjeblikket en gruppe ældre kvinder, der nylig har mistet ægtefællen, samt en gruppe unge mennesker, der i forbindelse med psykiske problemer er udstødt af arbejdsmarkedet.

En forudsætning for at lave psykiatrisk behandling udenfor en sygehusafdeling eller med så få/korte indlæggelser som muligt er, at der er sociale behandlingstilbud. Der er behov for særligt tilrettelagte sociale tilbud til en del af de psykiatiske klienter.

I Fredericia findes allerede et bofællesskab, og Landsforeningen Sind driver en klub med mødeaften en gang ugentligt.

Med henblik på at udvide aktivitetstilbudene i Fredericia har Distriktspsykiatrisk Center udarbejdet et forslag til et aktivitetshus. Aktivitetshuset vil især rette sig mod de kroniske patienter, der behandles i Kolding/Fredericia ambulatoriet. Aktivitetshuset forventes også at kunne indfange en del af den restgruppe, som afviser de nuværende behandlingstilbud.

Tilbudet vil være en aflastning af især pensionsafdelingen, som føler sig presset af klienter, de ikke kan gøre ret meget for. Det vil være en udvidelse af den støtte, der gives i hjemmene af hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper, sagsbehandler og distriktspsykiatrisk sygeplejerske, og det vil være muligt at skabe en daglig struktur omkring nogle patienter, som ellers ville efterspørge indlæggelse eller anden behandling.

Aktivitetshusmodellen indeholder et åbent værested som husets kerne. Herudover tilbydes sociale grupper og undervisningsgrupper. Værksteder med hobbyaktiviteter og mindre produktion. Og udgående fra huset personlig støtte i egen bolig, støtte til beskæftigelse med videre.

Aktivitetshuset skal delvis dækkes af en medarbejdergruppe, men personalet fra f.eks. hjemmeplejen eller frivillige f.eks. Landsforeningen Sind skal inddrages i aktiviteter i huset eller selv iværksætte aktiviteter for brugere.

Fredericia Kommune er positiv overfor at udvide aktivitetstilbudene, og forslaget overvejes i øjeblikket.