

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2004.10

Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge

**– organisatorisk beskrivelse og økonomisk
analyse af udvalgte danske eksempler**

Jens Albæk
Anne Hvenegaard
med
Jørgen Aagaard
Lene Halling Hastrup
Kristen Kistrup



Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge

– organisatorisk beskrivelse og
økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler

Jens Albæk
Anne Hvenegaard
med
Jørgen Aagaard
Lene Halling Hastrup
Kristen Kistrup

November 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Institutets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-418-2 (Trykt version)
ISBN 87-7488-420-4 (Elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2004.10

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Forord

Sammenhæng og helhed i de psykiatriske tilbud har været et vigtigt tema gennem en årrække. Der indhøstes fælles erfaringer i samarbejdet mellem de kommunale og amtslige tilbud af social og behandlingsmæssig art, samtidig med at der sættes nye mål og introduceres nye organisationsformer.

Nærværende DSI-rapport er en sammenfatning af et udredningsarbejde, som DSI har gennemført for og i samarbejde med Amtsrådsforeningens *Udvalg om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer*. I rapporten gennemgås seks amters modeller for samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien. Tre af disse modeller anvender principperne i opfølgende psykoseteams.

Senior projektleder Jens Albæk har været projektleder på projektet og forstået organisationsanalyserne, og sundhedsøkonom Anne Hvenegaard har forstået de økonomiske analyser af fortrinsvis to af de tre modeller organiseret som opfølgende psykoseteams. Fra samarbejdsparterne i projektet indgår overlæge Jørgen Aagaard (OP-teamet i Tønder), økonom Lene Halling Hastrup (psykiatriforvaltningen i Storstrøms Amt) og overlæge Kristen Kistrup (H:S Direktionen) som forfattere. Herudover har forskningsassistenterne Nina Bjerglund Andersen, Andreas Bøgh og Karen Stage Fritsen samt sundhedsøkonom Anders Rud Svenning bidraget til projektet (alle DSI). Senior projektleder Majbritt Christensen, funktionsleder Sussi Karise (socialpsykiatrien i Helsingør kommune) og undertegnede har kommenteret rapporten. Eksternt review er gennemført af Psykiatridirektør Nils Degn, Roskilde Amt, og Psykiatri- og Sundhedsfaglig vicedirektør Annette Gjerris, Københavns Amt. Endelig har de interviewede personer fået og kommenteret beskrivelserne af de seks danske ordninger. Forlagssekretær Lisbeth Ryge har stået for produktionsstyring.

Tak til alle for indsatsen og jeg håber, at rapporten vil blive læst og bidrage til udviklingen af sammenhængende psykiatritilbud i Danmark.

Jes Søgaard
Direktør
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indhold

1 Sammenfatning	8
3.1 Organisatorisk beskrivelse	8
3.2 Sammenfatning af økonomisk analyse	13
3.3 Sammenfatning økonomiske nøgletal	16
2 Indledning	17
3 Baggrund og formål	19
1.1 Formål	20
1.2 Baggrund: Den organisatoriske beskrivelse	22
1.3 Baggrund: Økonomisk analyse	22
1.4 Baggrund: Økonomiske nøgletal	22
4 Organisatorisk beskrivelse	24
4.1 Indledning	24
4.2 Analyseramme og metode	25
4.2.1 Ramme for analysen	25
4.2.2 Aktører, tolkning og transformation	27
4.2.3 Fokus	28
4.3 Metode	28
4.3.1 Sammensætning af interviewgrupper	29
4.4 Præsentation af de seks ordninger	29
4.4.1 Integrerede teams, Fyns Amt, Odense Kommune	30
4.4.2 Tovholdermodel i Vejle Amt	31
4.4.3 Casemanager, Nordjyllands Amt	32
4.4.4 Opsøgende psykoseteam, Tønder, Sønderjyllands Amt	33
4.4.5 Opsøgende psykoseteam, Falster	35
4.4.6 Opsøgende psykoseteams i H:S	36
4.4.7 Gennemgående principper og karakteristika	37
4.5 Tværgående diskussion af resultaterne	40
4.5.1 Valget af indsats - tolkning og transformation	40
4.5.2 Kultur: Struktur, normer og værdier	42
4.5.3 Integreret eller selvstændig indsats	43
4.5.4 Organisering af indsatsen - 'turn-key' eller tilpasning som udgangspunkt	44
4.5.5 Det opsøgende element - direkte og indirekte vægtning	45
4.5.6 Casemanager - kontaktperson	45
4.5.7 Sammensætning af teams, fagligt udgangspunkt og sektorsamarbejde	46
4.5.8 Den tidsmæssige dimension	46
4.5.9 Den størrelsesmæssige dimension	47

4.5.10 Den faglige dimension - det sundhedsfaglige og det socialfaglige	48
4.5.11 Den faglige sammensætning af tilbud og teams	49
4.5.12 Grænsen mellem den opsøgende indsats og patientens rettigheder	50
4.5.13 Organisatorisk isolation af det velfungerende team . . .	51
4.5.14 Tolkningen af barrierer	51
4.5.15 Variation eller standardisering	53

Kapitel 5: Hvad koster det at behandle patienter i opsøgende psykoseteams?	55
5.1 Indledning	55
5.2 Formål	56
5.3 Metode og forudsætninger	56
5.3.1 Analytisk tilgang	58
5.3.2 Design af analyse	59
5.3.3 Definition af omkostninger - og forskelle på omkostninger og udgifter	59
5.3.4 Principper for omkostningsopgørelse	60
5.4 Beregning af inklusionsomkostninger	64
5.5 Resultater	66
5.5.1 Implementerings- og driftsomkostninger for OP-teams . .	66
5.5.2 Sammenligning af forudsætninger for de to OP-team . . .	68
5.5.3 Inklusionsomkostninger og kapacitetsudnyttelse	70
5.5.4 Totale omkostninger	71
5.5.5 Ressourceforbrug og omkostninger inden for psykiatrien .	75
5.5.6 Ressourceforbrug og omkostninger inden for det somatiske sygehusvæsen	79
5.5.7 Ressourceforbrug og omkostninger inden for sygesikringen	81
5.5.8 Kasseøkonomisk analyse over psykiatriske omkostninger .	82
5.5.9 Opsamling - resultater	84
5.6 Følsomhedsanalyse	85
5.7 Diskussion	88
5.7.1 Hvad koster det at implementere og drive et OP-team? . .	88
5.7.2 Resultater i forhold til erfaringer fra litteraturen	89
5.7.3 Hvorfor er der forskelle i afledte effekter?	89
5.7.4 Andre afledte effekter	92
5.7.5 Fremtidige perspektiver	93

Bilag 1: Tovholdermodel i Vejle Amt	94
1 Baggrunden for oprettelsen	94
2 Hvilke tilbud og ydelser	96
3 Tovholdermodellen	97
4 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler	100
5 'Barrierer'	103
 Bilag 2: integrerede teams i Fyns Amt, Odense Kommune	105
1 Baggrunden for oprettelsen	105
2 Udformningen af ordningen	106
3 Udvikling i opgaverne for de integrerede teams	107
4 Nuværende patientgrundlag og tilbud	109
5 Visitation af brugere	110
6 Samarbejdsrelationer og -aftaler	110
7 Særlige forhold relateret til 'barrierer'	113
 Bilag 3: Case Manager, Nordjyllands Amt	115
1 Baggrunden for oprettelsen	115
2 Idégrundlag og baggrund for oprettelsen af tilbudet	116
3 Casemanagerens rolle	116
4 Målgruppen	117
5 Udformningen af ordningen	117
6 Visitation af brugere	117
7 Lovgrundlaget	118
8 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler	120
9 Håndtering af 'barrierer'	122
10 Evaluering af forløb	123
Evalueringsredskaber	125
 Bilag 4: Opsøgende psykoseteam i Tønder, Sønderjyllands Amt	126
1 Baggrund for teamets etablering	126
2 Den formelle udformning af ordningen	128
3 Den planlagte målgruppe	129
4 Visitation af brugere	130
5 Tilbudets omfang og karakter	130
6 Påpegning af etiske aspekter	132
7 Etableringsprocessen	133
8 Erfaringer med OP-teamets arbejdsopgaver	133
9 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler	134
10 Det daglige samarbejde	135
11 Den interne evaluering	138

Bilag 5: Opsøgende psykoseteam Falster	140
1 Baggrunden for oprettelsen	140
2 Modellen og dens tilpasning	141
3 Beskrivelse og udvikling af tilbudet til brugerne	142
4 OP-teamets sammensætning og opgaver	143
5 OP-teamets vagttelefon	146
6 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler	147
7 Afklaring af præmisserne for tilbudene	148
8 Beskrivelser af resultater	151
 Bilag 6: Opsøgende psykoseteams i H:S	 152
1 Baggrunden for oprettelsen	152
2 Idégrundlag for oprettelsen af tilbudet	153
3 Beskrivelse og udvikling af tilbudet til brugerne	153
4 Udformningen af ordningen	154
5 OP-teamets ansvar og opgaver	156
6 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler	158
7 Samarbejdet med de praktiserende læger	162
8 Beskrivelser af resultater	162
 Bilag 7: Deskriptiv statistik, psykiatriske og somatiske omkostninger	 163
 Bilag 8: Liste over DRG	 167
 Bilag 9: Sammenligning af økonomiske nøgletal for 6 amter	 170
9.1 Metode og afgrænsning	170
9.2 Resultater	171
9.3 Generel analyse af udviklingen i omkostningerne for svært psykisk syge	172
6.3 Kohorteanalyse	178
 Litteratur	 180

1. Sammenfatning

DSI har gennemført denne undersøgelse for "Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer" under Amdsrådsforeningen, som et led i opbygningen af viden om nye organiseringsformer inden for psykiatrien. En viden, der er central for den videre planlægning og realisering af en forbedret kvalitet af tilbudene til de sindslidende. Det er håbet fra DSI's side, at rapporten kan bidrage til denne udvikling.

Hensigten med denne rapport er at give en organisatorisk beskrivelse af seks eksempler på samarbejde mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, samt en økonomisk belysning af to eksempler på anvendelse af op-søgende psykoseteam som organiseringsform. Derudover er der i bilag 9 er sammenligning af økonomiske nøgletal for svært psykisk syge for de 5 amter og H:S.

Sammenfatningen er foretaget for hver af delene af undersøgelsen for sig, da fokus på den organisatoriske del er lagt enkeltstående beskrivelser af de særlige karakteristika ved de seks ordninger, med en efterfølgende tværgående analyse af alle seks beskrevne ordninger, mens den økonomiske undersøgelse udgør en sammenhængende analyse af to OP-teams.

3.1 Organisatorisk beskrivelse

Der er gennemført beskrivelser af seks psykiatriske samarbejdsordninger fra forskellige dele af landet. Beskrivelserne af de seks ordninger fokuserer på sammenhængen mellem de erfaringer og holdninger, der findes hos ledere, medarbejdere og samarbejdsparter vedrørende ordningernes mål og funktion og den måde ordningerne fungerer på i praksis. Udgangspunktet er, at ordningernes praksis skabes og fornyes/ændres i en fortløbende proces af de involverede.

Undersøgelsen er gennemført med anvendelse af eksisterende skriftligt materiale suppleret med et udsendt oplysningsskema. Der er gennemført interviews med repræsentanter for lokale styrende og ledende myndigheder og lokale samarbejdsparter samt med ledere og medarbejdere fra pågældende psykiatriske samarbejdsordning.

De seks ordninger:

Den integrerede model fra Fyns Amt blev beskrevet i 1991 som etablering af et tværsektorielt team placeret i én organisatorisk enhed i pågældende kommunen med personale fra både amt og kommune. Denne model skulle anvendes i kommuner med mere end 12.000 indbyggere i Fyns Amt. De integrerede team skulle bestå af læge, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, psykolog og sekretær. Det blev planlagt at oprette tre integrerede teams i Odense Kommune. De tre teams blev oprettet i 1992 som fælles amtslige/kommunale teams, og disse teams har således fungeret i 12 år.

Tovholdermodellen i Vejle Amt består i udpegning af 'tovholdere' i forbindelse med patienter/brugere med psykisk sygdom, som anvender tilbud fra flere end to amtslige eller kommunale instanser. Modellen er beskrevet i Vejle amts udviklingsplan fra 2001. Tovholdermodellen består i, at der i tilfælde, hvor mere end to instanser er involveret, skal ske en udvælgelse af én af kontaktpersonerne som tovholder, og denne udvælgelse skal ske sammen med, og kan i sidste ende foretages af, patienten. Tovholderens opgave er herefter at skabe kontinuitet og sammenhæng i indsatsen og forløbet i henhold til den sindslidendes plan og være kontaktperson til det situationsbestemte team.

Projektet vedrørende casemanager i Nordjyllands Amt var en forsøgsordning, som løb i 2½ år fra medio 2001 til udgangen af 2003. Forsøget blev gennemført af Psykiatriforvaltningen i Nordjyllands Amt, og omfattede optageområdet under funktionsbærende enhed Vest, som udgøres af 11 kommuner med i alt 186.000 indbyggere, herunder en del af Aalborg kommune. Efter projektets ophør blev ordningen efterfølgende gjort permanent under Aalborg Kommune. Formålet med projektet var at forbedre udskrivningsforløbet for en gruppe af vanskeligt stillede sindslidende, som har behov for individuel, målrettet socialpsykiatrisk støtte og behandling efter udskrivning fra psykiatrisk sygehus.

Opsøgende psykoseteam, Tønder, Sønderjyllands Amt blev etableret som et forsøg, oprindeligt med en funktionstid fra foråret 2001 til medio 2003. Forsøget er efterfølgende blevet forlænget med yderligere 2 år frem til medio 2005 med henblik på efterfølgende permanentgørelse. Det opsøgende psykoseteam dækker et område med ca. 45.000 indbyggere i kommunerne Tønder, Tinglev, Bredebro, Løgumkloster, Skærbæk og Højer. Formålet med indsatsen var overordnet set at etablere et tilbud til de sværest psykisk syge. Hensigten har været at gennemføre behandling i patienternes hjem ud fra et assertivt og opsøgende udgangspunkt, som beskrevet i ACT-modellen, udviklet i USA. Indsatsen var rettet imod svært psykisk syge, der opfyldte en række kriterier med hensyn til diagnose, forbrug af indlæggelser, og ustabilitet i kontakten til behandlingssystemet.

Det opsøgende psykoseteam på Falster blev ligeledes etableret som et forsøgsprojekt. Forsøget blev igangsat i foråret 2002 for en 2-årig periode, men er senere blevet forlænget med yderligere 3 år med afslutning i foråret 2007. Forsøget dækker Falster med kommunerne Nykøbing Falster, Nørre Alslev, Stubbekøbing og Sydfalster med i alt ca. 49.000 indbyggere. Formålet med indsatsen i OP-teamet er at hver casemanager skal fungere som primær kontaktperson for 8-10 patienter, og at der skal gennemføres en arbejdsform i teamet, der medfører at alle patienter samtidig er hele teamets ansvar, hvilket bl.a. opnås gennem udveksling af informationer internt i teamet. Princippet er en aktiv, vedvarende opsøgende og assertiv tilgang, med i princippet tidsubegrænset service.

De opsøgende psykoseteams i H:S blev etableret i efteråret 2003 med første indtag af patienter fra midten af september måned. Det var oprindeligt planlagt, at der i første omgang skulle etableres fire OP-teams forskellige steder i H:S området, men dette blev reduceret til to, nemlig hhv. på Bispebjerg og i Sundby Nord. Til gengæld er der tale om ordninger, der i princippet er permanente. Formålet med indsatsen er, som ved de to øvrige OP-teams, at etablere et særligt tilbud til en række af de svært psykisk syge. Det er således formålet at udvide distriktpsychiatrien i 'dybden' og at det bliver muligt at give en række patienter et tilbud om behandling i hjemmet og i lokalmiljøet, som medfører, at det er muligt at opretholde og vedligeholde behandlingen. En medfølgende hensigt er, at det forudsættes at det vil være muligt at reducere behovet for indlæggelse.

De fælles træk

De seks ordninger er karakteriseret ved nogle fælles træk. Det centrale element udgøres af emnet for den gennemførte undersøgelse, nemlig sammenkædning og etablering af sammenhæng mellem behandlingsmæssige og sociale/socialpædagogiske tilbud til brugerne. Som det fremgår, er denne sammenkædning forsøgt etableret på forskellige måder, med anvendelse af varierende organiseringsformer.

Et andet element udgøres af placeringen af et ansvar hos enkeltpersoner - kontaktpersoner eller case managers - måske er det mest gennemgående. Et tredje element er den opsøgende funktion. Opsøgning af visiterede og allerede kendte patienter med henblik på opnåelse af kontinuitet i behandling og sociale tilbud fremstår naturligvis som et centralt element i OP-teamene, men nævnes også som et element i arbejdet i de øvrige tre ordninger.

Strukturer og skabelsen af samarbejde

Det er væsentligst de strukturelle forhold man får øje på, når man begynder at undersøge skriftlige kilder bag de seks eksempler på modeller for sammenhængende psykiatri som fx projektbeskrivelser og statusrapporter. Dette går igen i beskrivelserne med hensyn til sammensætning af opgaver, personale, styregrupper, etc. Undersøger man imidlertid, hvordan ordningerne fungerer med hensyn til samarbejde og barrierer for dette, viser det sig, at de normative og værdimæssige forhold har væsentlig indflydelse, og det bliver klart, at sammenhæng ikke blot er noget, der skabes gennem strukturer, men er noget, der skabes af de personer, der er involverede i arbejdet med at stable tilbudene på benene til de sindslidende i behandlingspsykiatrien, i den sociale sektor eller i en af de tilgrænsende sektorer. Dette viser sig ikke mindst i forbindelse med de dele af interviewene, som omhandlede mulige barrierer eller forhindringer for skabelse af sammenhæng i tilbudene.

Integration eller supplerer af initiativer

En af de væsentlige forskelle mellem de seks ordningers initiativer vedrørende de svært psykisk syge består i, om det er valgt at styrke og udvikle de eksisterende ordninger, evt. gennem integrering af et supplerende tilbud, eller om det vælges at etablere en helt selvstændig organiseringsform.

Introduktionen af nye modeller for sammenhængende psykiatritilbud er stødt på modstand i flere tilfælde. Undersøgelsen peger på, at selv om de involverede interesseparter inviteres med i en planlæggende proces, har resultatet alligevel været en mangelfuld aktiv inddragelse af relevante interessenter og aktører i valget af og indarbejdelsen af en ny model. Dette har ført til, at der er anvendt meget tid og dermed også mange ressourcer på at udvikle og afklare uoverensstemmelser mellem parterne. Her synes den tidsmæssige dimension at spille en væsentlig rolle - erfaringer skaber bedre samarbejde.

Det sundhedsfaglige og det sociale

Der er en række forskelle i organiseringen af sammenhængen mellem og integreringen af den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats overfor de sindslidende. Dels er der de rent strukturelle forhold - hvad består indsatsen i, hvor er den organiseret og hvordan er arbejdsdelingen tilrettelagt mellem de medvirkende instanser. Men herudover er der diskussionen af det hensigtsmæssige i anvendelsen af tilbud til de sindslidende i hhv. en socialfaglig og en sundhedsfaglig sammenhæng. Denne diskussion eller dialog foregår på et principielt niveau, hvor det forudsættes, at det er muligt et eller andet sted at trække en streg, der endegyldigt skiller socialfaglig fra sundhedsfaglig indsats. Der er imidlertid ikke fundet konsistente udsagn i undersøgelsen vedrørende en sådan absolut grænse mellem det social- og sundhedsfaglige indhold i en indsats i 'det grå felt' mellem lokalt orienteret behandlingspsykiatri og lokalt orienteret psykosocial støtte.

Det opsøgende element

Det er ikke kun de tre OP-teams, der peger på, at de foretager en opsøgende indsats. De øvrige ordninger peger også på, at denne dimension indgår i deres arbejde i større eller mindre omfang i forbindelse med varetagelse af kontaktpersonfunktioner mv. over for psykisk syge brugere med særligt behov for tæt kontakt og med risiko for gentagne tilbagefald. Der bliver peget på en juridisk uklarhed omkring det opsøgende element i indsatsen hos såvel OP-teams som i andre typer ordninger, idet patientens ønsker og rettigheder skal respekteres, samtidig med, at der kan være tale om, at en psykiatrimedarbejder foretager en opsøgende indsats, der ikke er aftalt eksplicit med patienten. Der hæftes mange formuleringer på denne type situationer, som omhandler personalemedlemmernes praktiske håndtering af hensynet til patienten, hvordan patienten tages med i beslutninger etc. Imidlertid er der ingen klar afgrænsning af, hvor 'langt' personalet fra hhv. behandlingspsykiatri og kommuner har mulighed for at gå, set i forhold til

hvor syg/dårlig patienten er. Kun i situationer, der klart kan defineres som indebærende en risiko for patienten selv eller andre, eller hvor behandlingsbehovet er så stort, at det vil være uforsvarligt ikke at opfylde det, findes der et velafgrænset og nogenlunde entydigt lovgrundlag. Dette medfører, at der etableres en praksis for håndtering af sådanne situationer, der skabes på baggrund af nogle professionelle, fagetiske og rent praktiske overvejelser.

Barrierer - også et spørgsmål om tolkning

Barriererne for realiseringen af intentionerne i de psykiatriske tilbud om behandling og støtte udgøres af de tolkninger, der foretages af ledere, medarbejdere, planlæggere etc. af betingelserne for at udføre de relevante behandlende og støttende funktioner samt gennemføre de relevante samarbejdsforløb. Dette rækker fra tolkninger af samarbejdsviljen hos diverse samarbejdsparter, af indholdet i den relevante lovgivning, af de økonomiske relationer, etc.

I mange af interviewene blev der peget på, hvorledes nogle af de strukturelle forhold, der potentielt kan ligge i forvaltningsloven, persondataloven etc., kun i sjældne tilfælde eller i bestemte situationer udgjorde reelle barrierer for samarbejdet og dermed for den sammenhængende psykiatri. Det var et helt gennemgående træk i undersøgelsen, at disse forhold ikke blev tolket som særligt væsentlige, hvilket bl.a. skete på baggrund af, at disse forhold indgik som led i de basale forudsætninger for indsatsen. De potentielt begrænsende strukturelle forhold, som sætter visse rammer for aktiviteterne, er indarbejdede i tolkningen af den praktiske håndtering af arbejdsopgaver og samarbejde. Opnåelse af skriftligt samtykke fra patienterne til overførsel af information og gennemførelse af samarbejde blev stort set betragtet som et ikke eksisterende problem.

Økonomi og samarbejdsflade

Det var et generelt indtryk, at der var opmærksomhed på kommunernes begrænsede økonomi, men dette forhold blev betragtet som en indarbejdet forudsætning, som generelt ikke var forbundet med, at kommunerne ikke ville anvende ressourcer på deres psykisk syge borgere, men havde at gøre med, at nogle kommuner evt. ikke rådede over bestemte tilbud og lignende. Det var det generelle indtryk gennem undersøgelsen, at der gennemgående er en stor samarbejdsflade mellem amter og kommuner og mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri i amt og kommuner. Det var også karakteristisk, at hvis der var eksempler på, at der var problemer i det forvaltningsmæssige samarbejde, så blev der arbejdet godt sammen i det konkrete patientarbejde. Når der derfor afslutningsvis skal kommenteres på begrebet 'barrierer' og barriererne i arbejdet med psykiatri og psykisk syge mennesker, så synes barrierer ofte at have en sekundær placering, når der skal samarbejdes i den aktuelle situation, hvor der er brugere involveret, mens barriererne har en større plads i den forvaltningsmæssige og administrative bevidsthed.

Det lokale valg af løsninger

Set på afstand kan det virke irrationelt, at der vælges forskellige løsninger i amterne (og i kommunerne), når det grundlæggende er den samme opgave, der skal løses. Der kan imidlertid skelnes imellem det hensigtsmæssige i på den ene side at forsøge at indføre nogle generelle faglige og/eller etiske principper for ydelse af behandling og sociale tilbud til psykisk syge borgere og på den anden side at forsøge at indføre fælles organiseringsformer for ydelsen af tilbudene. De generelle principper som fx en fremskudt indsats, systematisk inddragelse af brugeren i beslutninger etc. lader sig realisere i varierende grader under forskellige organiseringsformer, alt efter i hvilket omfang de tolkes som relevante at tage ind og anvende til ændring af den gældende praksis.

Introduktion af nyskabelser og bevarelse af kompetencer

Som undersøgelsen har vist, så byder det også i psykiatrien på problemer at introducere en strukturel organisatorisk nyskabelse. Dette kræver en omfattende dialog og i mange tilfælde en længere tidsperiode med indarbejdelse af en praksis for gensidig forståelse og samarbejde. Gennemførelsen af denne form for udviklingsforløb er bl.a. afhængig af de betingelser og muligheder, der eksisterer for dialog og samarbejde, og dette hænger videre sammen med mængden af interessenter og/eller samarbejdspartner, der er involveret i udviklingen. Set på denne baggrund kan man antage, at der findes en vis overgrænse for, hvor mange parter, der kan være involveret, og hvor lidt kendskab de kan have til hinanden, hvis der skal foregå en involverende og gensidig udvikling.

Det er i denne sammenhæng væsentligt at overveje, hvorledes de eksisterende samarbejdskompetencer bevares og anvendes konstruktivt, når der skal ske fornyelser af psykiatrien. Samarbejdskompetencer kan være uerstattelige, og har som regel krævet mange ressourcer og lang tid at opbygge. Dette fremgår fx af eksemplerne fra Odense og Vejle.

Skal der derfor peges på, om udvikling af psykiatrien bedst foregår gennem indførelse af ensartede strukturer på landsplan, eller om det er mere realistisk at lade indførelse af principper for behandling og sociale tilbud indgå i de eksisterende strukturer suppleret med nyskabelser, så er der, hvis der tages afsæt i en aktørorienteret organisationsforståelse, god mening i at vælge det sidste alternativ. Igen skal der peges på, at denne tilpasning - tolkning og transformation - sker mest hensigtsmæssigt i overskuelige organiseringer, hvor de beskrevne eksempler synes at udgøre en overgrænse.

3.2 Sammenfatning af økonomisk analyse

Den økonomiske analyse er gennemført som et "follow-up studie" på de patienter, som er blevet inkluderet i et OP-team i de første 6 måneder efter

¹ Patienter startet i OP-teamet efter de første 6 måneder følges ikke i denne evaluering.

teamets opstart.¹ Patienterne i Storstrøms Amt er fulgt hhv. 6 måneder og 1 år fra den dato, de blev inkluderet. I Sønderjyllands Amt er patienterne fulgt i 6 måneder, 1 år og 2 år fra den dato de blev inkluderet. Opfølgningen omfatter ambulante ydelser og indlæggelser inden for psykiatrien, det somatiske sygehusvæsen og sygesikringen. Der er etableret ikke-matchedde kontrolgrupper i hvert af de to amter.

Både teamet i Tønder og på Falster tager metodisk udgangspunkt i Leonard Stein og Mary Ann Test's model kaldet "Assertive Community Treatment" (ACT), som er udviklet i USA i begyndelsen af 1960'erne. Umiddelbart synes de to modeller (Falster og Tønder modellen) at være sammenlignelige. Der er heller ikke noget, der tyder på, at der er andet end marginale forskelle i de to amters indlæggeshyppighed for svært psykisk syge. En forskel mellem amterne er imidlertid, at der i Storstrøms Amt i forbindelse med psykiatriplanen 2001 er lukket 50 psykiatriske senge, mens der i Sønderjyllands Amt ikke har været lukket psykiatriske sengepladser.

Selv om der er en umiddelbar sammenlignelighed mellem de to amter og de to ordninger, har den økonomiske analyse imidlertid vist, at der er ret forskellige afledte effekter af de to modeller. Dette bygger på en hypotese om, at forskelle i psykiatrisk sengedagsforbrug kan henføres til den ambulante behandlingsmodel.

I Tønder er det psykiatriske sengedagsforbrug reduceret i forhold til kontrolgruppen, således, at der i 1 års opfølgningsperioden er en tredjedel mindre sengedagsforbrug og i 2 års opfølgningsperioden er en næsten tilsvarende reduktion. Både forskellen i den 1-årige og 2-årige opfølgningsperiode er signifikante.

På Falster er der i den 1-årige opfølgningsperiode et højere psykiatrisk sengedagsforbrug for patienter under OP-teamet i forhold til patienter i kontrolgruppen, men forskellen er imidlertid ikke signifikant. Såfremt der tages højde for en enkelt meget ressourcekrævende patient i 1 års opfølgningsperioden i Storstrøms Amt, har patienter i interventions- og kontrolgruppen nogenlunde det samme sengedagsforbrug. Selv om der tages højde for denne ene ressourcekrævende patient fra interventionsgruppen i Falster, har patienterne i denne gruppe i sammenligning med interventionsgruppen i Tønder et dobbelt så stort sengedagsforbrug.

Der foreligger ikke nogen oplagte årsagsforklaringer på, hvorfor der er et betydeligt større sengedagsforbrug for patienter i interventionsgrupperne i Storstrøms Amt i forhold til i Sønderjyllands Amt. Det bør dog erindres, at forskellen mellem patienter i OP-team og i traditionel behandling ikke er signifikant i Storstrøms Amt.

Der peges her på to hypoteser til forklaring af, hvorfor der er så store forskelle i sengedagsforbruget for patienter i OP-team i hhv. Falster og Tønder. En hypotese er, at teamet i Tønder giver et mere behandlingsorienteret tilbud, mens teamet på Falster i højere grad leverer en socialfaglig indsats med vægt på det koordinerende element, og måske i højere grad må anvende eksterne behandlingstilbud - forstået som indlæggelser og indlæggel-

seslængde. Denne hypotese understøttes af en rundspørge til kommunerne i de to OP-teams optageområder, hvor det fremgik, at det for kommunerne (socialpsykiatrien) omkring Tønder ikke havde haft nogen betydning i form af overdragelse af opgaver og derved frigivelse af arbejdskraft (besparelse). Det at patienten nu får hjælp fra socialpsykiatrien samtidig med, at patienten får behandling af OP-teamet betragtes som, at der nu gives et bedre tilbud til patienten. I kommunerne omkring Falster, er der i en af kommunerne (socialpsykiatrien) frigivet en person (støttekontakt person) til andet arbejde, mens der i en af de andre kommuner endnu ikke er sket frigivelse af personer eller omrokeringer som følge af OP-teamets indførelse, men man forventer, at dette vil ske snart. Noget kunne derved tyde på, at man i teamet i Tønder yder en mere behandlingsorienteret indsats og således lader den socialfaglige del være mere op til kommunernes socialpsykiatri. Den modsatte tendens gør sig gældende i teamet på Falster, hvor noget kunne tyde på, at der ydes en mere socialfaglig indsats, idet der frigives arbejdskraft i socialpsykiatrien. Det bør dog bemærkes, at på Falster finansierer kommunerne 25 pct. af OP-teamet, og det kan derfor ikke afvises, at der i kommunerne er et politisk krav om besparelser. I Sønderjyllands Amt er det gratis for kommunerne, og måske derfor heller ikke samme eventuelle krav om besparelser.

Den anden hypotese til forklaring af forskelle i sengedagsforbrug er, at patienterne i teamet på Falster er mere indlæggelseskrævende end patienter i teamet i Tønder. Et forhold, som støtter denne hypotese, er, at en række svært psykisk syge borgere i Nykøbing Falster bor i et kommunalt bofællesskab, hvor de ikke har kontakt til OP-teamet. Denne gruppe hører i princippet ind under OP-teamets inklusionskriterier, og ville i givet fald udgøre en stabil patientgruppe for teamet.

De to faktorer, som har størst betydning for de økonomiske resultater er OP-teamenes case-load og den procentuelle sengedagsreduktion. Den udvidede vagttid (+nat) i teamet på Falster i forhold til i Tønder andrager ca. 700.000 kr. pr. år. Dette vagtforhold har stor betydning for teamets case-load, i det vagter afspadseres. Det betyder, at der reelt er ca. 1,5-2 medarbejdere mindre til rådighed, idet det vurderes, at der ugentligt vil være en afspadseringsbehov på 49 timer som følge af vagttiden fra kl. 24-7.

Analysen har vist, at det er vanskeligt at generalisere resultaterne til andre amter, som ønsker at implementere lignende ordninger inden for psykiatrien. Der kan være forhold i fx Sønderjylland eller det enkelte team i Tønder, som gør, at denne ordning er en relativt større succes på de økonomiske parametre. Det er derfor ikke muligt at pege på en bedste ordning - dette afhænger af flere faktorer, hvoraf der i denne rapport kun er peget på et par stykker.

Der vil i fremtiden være behov for at undersøge, hvad der sker på længere sigt. Samtidig vil det være en klar fordel at inkludere de kommunale omkostninger til denne patientgruppe, idet det på nuværende tidspunkt ikke er muligt på et systematisk grundlag at vurdere, hvorvidt eventuel forskel i

kommunale udgifter, herunder hovedsageligt omkostninger til socialpsykiatri og hjemmehjælp kan fylde noget af den forskel ud, som afspejles i sammenligning af omkostninger inden for sundhedsvæsenet.

3.3 Sammenfatning økonomiske nøgletal

Det er ikke muligt ud fra analysen og sammenligningen af økonomiske nøgletal at foretage en generel vurdering af de enkelte amters organisering af psykiatrien. Analysen (bilag 9) viser alene nogle generelle udviklingstendenser for behandlingen og tilhørende omkostninger for patientgruppen "svært psykisk syge" i behandlingspsykiatrien. De initiativer, som er beskrevet i den organisatoriske undersøgelse, er alle rettet mod gruppen svært psykisk syge og omfatter kun et vist udsnit af amtets samlede gruppe af svært psykisk syge. Det betyder, at det er vanskeligt at identificere afledte virkninger (fx færre eller kortere indlæggelser) af de undersøgte ordninger, da analysen viser tal for alle svært psykisk syge patienter i amtet (eller for en kohorte). Både den generelle analyse samt kohorteanalysen viser tilnærmelsesvist det samme relative forhold i omkostningerne mellem amterne/H:S. Sønderjyllands Amt er i 1996 således det dyreste amt i begge analyser, og samtidig det amt der i begge analyser oplever den største udvikling gående fra at være det dyreste amt til at være blandt de billigste amter i 2002.

En anden tendens er, at amterne nærmer sig hinanden mere i omkostningsniveauet over perioden 1996-2002. I 1996 var der således større forskel på det dyreste og billigste amt end der var i 2002. De dyreste amter har i perioden 1996-2002 reduceret den gennemsnitlige omkostning pr. patient relativt mere end de billigere amter (som fx Vejle Amt).

Fælles for begge analyser er tillige, at alle amter/H:S har omlagt fra stationær til ambulant behandling. Nogen mere end andre. Sønderjyllands Amt har udbygget den ambulante aktivitet mest i alle tre analyser, mens Storstrøms Amt og Sønderjyllands Amt har oplevet den største reduktion i den stationære behandling.

H:S er det dyreste amt i 2002 i begge analyser. Den gennemsnitlige psykiatriske indlæggelsesomkostning i H:S er i 2002 ifølge kohorteanalysen ca. 187.000 kr. og 169.000 kr. i den generelle analyse. Storstrøms Amt er det billigste amt i 2002. Den gennemsnitlige psykiatriske indlæggelsesomkostning er ifølge kohorteanalysen ca. 56.000 kr. og ca. 83.000 kr. i den generelle analyse.

2. Indledning

Etableringen af sammenhæng mellem de psykiatriske tilbud har været et centralt emne i de seneste årtier. Efterhånden som de fælles erfaringer i samarbejdet mellem de kommunale og amtslige tilbud af behandlingsmæssig og social art er blevet udviklet, er der blevet sat nye mål for tilbudene, ligesom der gøres forsøg med nye organiseringsformer.

Amtsrådsforeningen udgav i 2002 en rapport om barriererne for sammenhængende psykiatritilbud² og afholdt i februar 2004 en konference om 'Fremtidens psykiatri', med undertitlen 'sammenhæng og kvalitet'. Her talte Amtsrådsforeningens formand om, at sammenhæng og helhed omkring den enkelte sindslidende er afgørende.³ I den fællesministerielle udmelding om et fælles værdigrundlag i indsatsen over for de sindslidende⁴ fra 2004 er udgangspunktet, at *'et godt samspil imellem tilbud i sundhedssektoren og i socialsektoren til mennesker med længerevarende psykiske lidelse er en forudsætning for at skabe tilbud, der opleves meningsfulde og sammenhængende af såvel brugere som pårørende og fagpersoner'*.

DSI har gennemført undersøgelsen, som hermed afrapporteres, for "Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer" under Amtsrådsforeningen, som et led i opbygningen af viden om nye organiseringsformer inden for psykiatrien. En viden, der er central for den videre planlægning og realisering af en forbedret kvalitet af tilbudene til de sindslidende. Det er håbet fra DSI's side, at rapporten kan bidrage til denne udvikling. Hensigten med undersøgelsen og rapporten er at give en organisatorisk beskrivelse af seks eksempler på samarbejde mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, samt en økonomisk belysning af to eksempler på anvendelse af opsøgende psykoseteam som organiseringsform. I bilag 9 er tillige givet en sammenligning af økonomiske nøgletal for psykiatrien i de seks berørte amter/H:S.

Der indgår ingen vurderinger af kvaliteten af den indsats, der beskrives, ligesom der ikke indgår brugervurderinger eller behandlingsresultater i beskrivelserne. Dette skyldes en prioritering af undersøgelsens indhold ud fra det givne kommissorium samt tidsmæssige og ressourcemæssige rammer. Der henvises i øvrigt til undersøgelser gennemført i amterne, og til planlagte evalueringer gennemført af de opsøgende psykoseteams.

Denne rapport er en sammenfatning af den afrapportering, som er foretaget til Amtsrådsforeningens udvalg. Den fulde afrapportering kan findes på Amtsrådsforeningens hjemmeside: www.arf.dk samt på hjemmesiden for DSI Institut for Sundhedsvæsen: www.dsi.dk.

² Amtsrådsforeningen, 2002.

³ Tale af Kristen Ebbensgaard, februar 2004.

⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet, april 2004.

Planlægning, gennemførelse og afrapportering af undersøgelsen er foretaget af organisationssociolog Jens Albæk, der har været projektleder, og sundhedsøkonom Anne Hvenegaard.

Projektansatte medarbejdere Nina Bjerglund Andersen og Karen Stage Fritsen har medvirket ved gennemførelse af den organisatoriske undersøgelse. Økonom Anders Rud Svenning og projektansat medarbejder Andreas Bøgh har medvirket ved gennemførelsen af projektets økonomiske del.

Speciallæge Majbritt Christensen har stået for det interne review af den organisatoriske beskrivelse, mens direktør, sundhedsøkonom Jes Søgaard har stået for intern review af de økonomiske kapitler. Herudover er der givet kommentarer til den organisatoriske beskrivelse af funktionsleder for social-psykiatri, Helsingør Kommune, Sussi Karise.

Eksternt review er gennemført af Psykiatridirektør Niels Degn, Roskilde Amt, og Psykiatri- og Sundhedsfaglig vicedirektør, Annette Gjerris, Københavns Amt.

Rapportens beskrivelser af de seks danske ordninger er blevet rundsendt til de interviewede personer med henblik på kommentarer. Det samme er tilfældet med det første udkast til resumé og diskussion.

Det skal dog understreges, at rapportens analyser, konklusioner og endelige indhold udelukkende er DSI's ansvar.

Overlæge Jørgen Aagaard, OP-teamet i Tønder, økonom Lene Halling Hastrup, Uddannelses-, Udviklings- og Forskningsafdelingen, Psykiatriforvaltningen i Storstrøms Amt, og overlæge Kristen Kistrup, H:S Direktionen, er medtaget som forfattere efter aftale.

3. Baggrund og formål

Amtsrådsforeningen nedsatte i 2001 et udvalg med henblik på at fremme udviklingen af sammenhæng i den psykiatriske indsats: "Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer".

Fokus for udvalgets arbejde har ifølge udvalgskommissoriet været at se på, hvorledes modeller til skabelse af sammenhængende psykiatritilbud *'spiller sammen, fremmes eller vanskeliggøres af gældende regler og praksis, herunder i relation til lovgivning, økonomi, overenskomster, samarbejde sektorerne imellem og etik. Eventuelle barrierer i gældende regelsæt skal påpeges.'* Dette skal bl.a. ske ved at følge og beskrive erfaringer fra aktuelle danske forsøg med opsøgende psykoseteam, men også gennem beskrivelse af andre modeller.

Som et første led i udvalgets arbejde er der udfærdiget en teoretisk oversigt⁵ over de regler og love mv., som udvalget forestiller sig har indflydelse på gennemførelsen af samarbejde og etablering af sammenhæng. Denne delrapport peger på flere områder, som kan have betydning for etablering og gennemførelse af samarbejde og sammenhæng:

- Regelgrundlaget bag ydelserne til de psykisk syge er sammensat, og opgaverne løses tilsvarende af forskellige instanser.
- Regelgrundlaget vedrørende den psykisk syges selvbestemmelse har forskelligt indhold i behandlingspsykiatrien og i socialsektoren.
- De mange regler vedrørende tavshedspligt samt om indhentning og videregivelse af fortrolige oplysninger kan bremse eller forhindre et ønsket samarbejde omkring og med den psykisk syge.
- Samtidig findes dog regler, som på et generelt plan forpligter offentlige myndigheder til netop samarbejde.

I forlængelse af dette bad Amtsrådsforeningen DSI Institut for Sundhedsvæsen om at fremkomme med et forslag til at 'følge og beskrive forsøgene med opsøgende psykoseteam og andre modeller'. I oplægget til projektet blev der lagt særligt vægt på den lokale håndtering af regelgrundlag for udvikling af en sammenhængende psykiatrisk indsats,

Udvalget ønskede beskrivelser af hhv. tre eksempler på forsøg med opsøgende psykoseteams samt beskrivelser af tre øvrige ordninger. De ordninger, der blev udvalgt til at indgå i beskrivelsen, var:

- det opsøgende psykoseteam i Tønder,
- det opsøgende psykoseteam på Falster,
- opsøgende psykoseteam i H:S,
- den integrerede model i Odense kommune, Fyns Amt,
- 'Tovholder -modellen', Vejle Amt, samt
- koordinerende kontaktperson - case manager - i Nordjyllands Amt.

⁵ 1. delrapport fra udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer. Udkast, ARF, januar 2002.

Herudover ønskede udvalget en beskrivelse af anvendelsen af en 'Open Dialogue' -model i Vestlapland i Finland. Beskrivelsen indgår ikke i denne rapport, men kan downloades som del af den uforkortede organisatoriske rapport på Amtsrådsforeningens hjemmeside: www.arf.dk .

DSI foreslog at gennemføre tre delundersøgelser:

- en organisatorisk beskrivelse af de seks eksempler på etablering af sammenhængende psykiatri,
- en økonomisk analyse af to opsøgende psykoseteams, Tønder og Falster,
- beskrivelse af økonomiske nøgletal for de 6 amter, som har ordninger, der indgår i den organisatoriske beskrivelse.

Det skal bemærkes, at der ikke indgår vurderinger af kvaliteten af den indsats, der beskrives, ligesom der ikke indgår brugervurderinger eller behandlingsresultater i beskrivelserne. Dette skyldes er prioritering af undersøgelsens indhold ud fra det givne kommissorium samt tidsmæssige og ressourcemæssige rammer. Der henvises i øvrigt til undersøgelser gennemført i amterne, og til planlagte evalueringer gennemført af de opsøgende psykoseteams.

1.1 Formål

Det samlede formål med projektet har været at tilvejebringe viden om gennemførelsen af initiativer til etablering af sammenhængende psykiatritilbud.

Det har været hensigten at udarbejde så nuancerede beskrivelser og analyser som muligt med hensyntagen både til behovet for sammenlignelige data og behovet for en præsentation af de inkluderede seks eksempler, som tager udgangspunkt i de særlige forhold, som gør sig gældende i de respektive psykiatriske samarbejdsordninger.

Formål med den organisatoriske beskrivelse

Det har været hensigten at beskrive tre eksempler på anvendelse af opsøgende psykoseteams samt tre øvrige modeller for sammenhængende psykiatri med hensyn til:

- Hvorledes håndteres de barrierer, der eksisterer for skabelsen af sammenhæng i tilbudene på psykiatrimrådet, i de seks valgte eksempler på udvikling af en sammenhængende psykiatri.
- Hvordan håndteres de særlige barrierer, som har deres baggrund i forskellige gældende regler på området.

De i alt seks eksempler på modeller for etablering af sammenhængende psykiatri beskrives som seks adskilte eksempler - eller cases om man vil - idet formålet med evalueringen i højere grad er en formidling af forventninger og erfaringer ud fra de gældende betingelser i de seks amter/H:S, end et forsøg på at sammenligne de valgte modellers indbyrdes egnethed.

Formål med den økonomiske analyse

Det overordnede formål er at beregne nettoomkostningerne for patienter i behandling i opsøgende psykoseteam i forhold til patienter i traditionel distriktspsykiatrisk behandling. Hensigten er at undersøge, hvorvidt patienter i behandling under OP-team forbruger flere eller færre ydelser i sundhedssektoren end patienter i traditionel behandling. Der er en forventning om, at den ambulante behandling under OP-team koster mere, da det er en mere intensiv og opsøgende behandlingsform. Erfaringer fra udlandet har vist, at der kan være gevinster i form af færre og/eller kortere psykiatriske indlæggelser. Spørgsmålet er, hvorvidt den forventede højere ambulante omkostning opvejes helt eller delvist af potentielle effekter på sengedagsforbruget.

Formål med beskrivelse af nøgletal

Formålet med denne delanalyse er at undersøge for generelle udviklingstendenser for behandlingen og tilhørende omkostninger for patientgruppen "svært psykisk syge" i behandlingspsykiatrien. De initiativer, som er beskrevet i den organisatoriske undersøgelse, er alle rettet mod gruppen af svært psykisk syge og omfatter kun et vist udsnit af amtets samlede gruppe af svært psykisk syge. Det betyder, at det er vanskeligt at identificere afledte virkninger (fx færre eller kortere indlæggelser) af de undersøgte ordninger, da analysen viser tal for alle svært psykisk syge patienter i amtet (eller for en kohorte).

Hensigten med projektet var at foretage en flersidig beskrivelse af de seks udvalgte eksempler på sammenhængende psykiatri. Det blev valgt at gennemføre dette gennem en beskrivelse af de organisatoriske forhold i hver af de seks ordninger, samt at beskrive to af de seks ordninger i en økonomisk analyse. Endelig blev der foretaget en beskrivelse af generelle økonomiske nøgletal for psykiatrien i de fem berørte amter samt H:S. Denne sidste beskrivelse er medtaget i rapporten som bilag 9.

Baggrunden for denne disposition var, at den økonomiske analyse skulle foretages ud fra tilgængelige data, i det omfang, det lod sig gøre. Det viste sig, at det var vanskeligt at skaffe afgrænsede økonomiske oplysninger for den gruppe af psykisk syge, som var i fokus i undersøgelsen. Kun i de to opsøgende psykoseteams i hhv. Tønder og på Falster var dette muligt, hvorfor det blev valgt at gennemføre analysen med anvendelse af identificerbare data fra de tilgængelige registre.

1.2 Baggrund: Den organisatoriske beskrivelse

Der blev taget udgangspunkt i, at bestræbelserne på at skabe sammenhæng i tilbudene til de psykisk syge har ført til forsøg på udvikling af nye modeller for samarbejde. Modellerne er i mange tilfælde inspireret af eller overtaget fra udenlandske initiativer på området.

Et blik i amternes egne beskrivelser af den psykiatriske indsats, i Amts-

rådsforeningens opgørelser over amternes status på det psykiatriske område og i de fællesministerielle statusrapporter vedrørende psykiatri peger på, at der er adskillige måder at organisere de psykiatriske tilbud på. Samtidig er der en række fælles træk i anvendelsen af begreber for indsatsen, som fx 'casemanager'/'kontaktperson', 'teams' og udadgående/opsøgende virksomhed.

Når fokus lægges på mulighederne og ikke mindst barriererne for samarbejde er det derfor hensigtsmæssigt at foretage en beskrivelse af den enkelte organiseringsform og dens karakteristika. Der er derfor lagt vægt på at gennemføre en deskriptiv undersøgelse med fokus på formidlingen af indsigt i seks eksempler på forsøg på forbedring af tilbudene til de svært psykisk syge.

1.3 Baggrund, økonomisk analyse

Erfaringer fra litteraturen peger på, at der kan være et besparelspotentialt forbundet med anvendelsen af opsøgende psykoseteam samtidig med, at der gives en bedre behandling. Besparelspotentialt består i, at der spares psykiatriske sengedage, der mere end opvejer den relativt dyrere ambulante behandling, som opsøgende psykoseteam er. Da erfaringer fra litteraturen peger på, at tidsdimensionen kan være afgørende for, hvordan antallet af "sparede sengedage" udvikler sig, når patienter behandles i et OP-team, ville det have været ønskeligt med længere opfølgingsperioder end muligt i indeværende analyse. Der henvises til ordningernes egne evalueringer, som vil have længere opfølgingsperioder.

Indeværende analyse er gennemført som en retrospektiv evaluering af forsøgene med opsøgende psykoseteam (OP-team) i Storstrøms og Sønderjyllands Amter, herunder et "follow-up" studie af patienter i behandling under OP-team. Oprindeligt skulle H:S have været inkluderet, men da OP-teamene endnu ikke er fuldt implementeret, har det ikke været muligt at medtage data for H:S.

1.4 Baggrund, økonomiske nøgletal

I forbindelse med arbejdet i "Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer" er der i bilag 9 givet en beskrivelse af økonomiske nøgletal for de 6 amter, som har ordninger inden for sammenhængende psykiatri: "Den integrerede model i Fyns Amt", "Vejlemodellen" og "projekt vedrørende koordinerende kontaktperson i Nordjyllands Amt" samt de to ordninger med opsøgende psykoseteam i Sønderjyllands Amt og Storstrøms Amt.

Baggrunden for kun at gennemføre en økonomisk analyse af ordningerne med opsøgende psykoseteam er, at det her er muligt at afgrænse de pågældende patienters "forbrug" af psykiatriske ydelser under det opsøgende psykoseteam, idet teamet udelukkende varetager behandling af disse

patienter. I de andre ordninger vil det være vanskeligt at afgrænse et antal sammenlignelige patienters forbrug af det pågældende psykiatriske system, idet det pågældende system varetager behandlingen af andre af amtets patienter. Det som lader sig gøre at sammenligne, er patienternes forbrug af ydelser i det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen samt i praksissektoren.

Rapportens opbygning

Da den økonomiske analyse således omfatter en sammenhængende undersøgelse af to af de seks ordninger, mens den organisatoriske beskrivelse primært omhandler særskilte præsentationer af de seks eksempler hver for sig med en efterfølgende tværgående analyse af gennemgående organisatoriske træk, er det valgt at foretage den organisatoriske og den økonomiske beskrivelse særskilt.

4. Organisatorisk beskrivelse

I dette kapitel foretages en kort præsentation af de seks eksempler på sammenhængende psykiatri samt en efterfølgende diskussion af det beskrevne på tværs af eksemplerne.

4.1 Indledning

Der indgår seks danske ordninger i den organisatoriske del af beskrivelsen, heraf tre ordninger med Opsøgende Psykoseteams, nemlig i Tønder, på Falster og i H:S. Sidstnævnte er i skrivende stund stadig i startfasen, så beskrivelsen er alene foretaget ud fra planer, forventninger og helt indledende erfaringer.

De øvrige tre ordninger udgøres af Integrerede teams i Odense, Fyns Amt, 'Tovholder-modellen' i Vejle Amt og en Case-manager model i Nordjyllands Amt.

Hensigten har været at foretage særskilte beskrivelser, da ordningerne er meget uensartede, har forskelligt klientel, meget forskellig levetid, og er etableret i forskellige amter med meget varierende behandlings- og socialpsykiatriske tilbud fra amt og kommuner. Der er derfor ingen intention om at foretage en sammenligning mellem de beskrevne ordninger, som beskrives hver for sig. Det vil dog være relevant at foretage en sammenstilling for at illustrere hvor forskelligt den fælles opgave med at hjælpe sindslidende/syge mennesker bliver organiseret.

Det var særligt hensigten fra Amtsrådsforeningens udvalg at fokusere på forskellige typer af barrierer for samarbejde og sammenhæng mellem de forskellige amtslige og kommunale tilbud, herunder særligt at fokusere på juridiske, forvaltningsmæssige og økonomiske barrierer samt barrierer forankret i overenskomster og reguleringer af arbejdstid mv., dvs. barrierer af strukturel karakter.

Det er forsøgt at gennemføre en så ensartet beskrivelse af ordningerne som muligt med anvendelse af en fælles disposition, men der har været store forskelle i vægtningen og detaljeringsgraden i det skriftlige materiale, som vi har haft mulighed for at anvende som grundlag for rapporten. Dette er kun naturligt, da de enkelte amter vægter forskellige forhold i deres planmateriale og deres beskrivelser af igangværende ordninger. Det spiller også en rolle, at det er valgt at gennemføre to dataindsamlingsrunder i de tre ordninger med opsøgende psykoseteam, da erfaringerne herfra i stort omfang stammer fra en indkøringsperiode, hvor ændringer i organiseringsform og praksis ændrer sig hurtigere end på et senere tidspunkt, hvor driften er blevet mere stabil.

Som det vil fremgå af rapporten er der ikke fundet meget materiale, der beskæftiger sig eksplicit med juridiske, økonomiske og andre strukturelle

barrierer for samarbejde, og det har ligeledes været et emne, som har fået en meget kort omtale af de personer, der er indgået i interviewene. Derfor er forekomsten af denne type af barrierer for samarbejde ikke særligt fremherskende i nogen af præsentationerne.

Det har været gennemgående i de gennemførte interviews, at formodede barrierer som opnåelse af informeret samtykke og økonomisk kassetænkning nok har haft en vis betydning for de interviewede, men kun har spillet en mindre rolle, idet der som regel er udviklet en praksis i arbejde og samarbejde, der har minimeret betydningen af barriererne - som fx at man har lært, at informeret samtykke er en del af hverdagen, og derfor videre har lært sig selv og brugerne at overholde denne regel uden at det som regel skaber problemer i hverdagen.

Beskrivelserne medtager derfor informationer om de strukturelle barrierer i det omfang, det er fremkommet i undersøgelsen, samt om andre forhold, der ifølge de interviewede har betydning for udviklingen af og det fortsatte tilbud om et sammenhængende psykiatritilbud til de sindslidende.

PS: I beskrivelserne er der anvendt flere forskellige betegnelser for brugerne af psykiatrien, herunder 'brugere', 'patienter', 'sindslidende', 'borgere', 'psykisk syge' m.fl.

Der skal gøres opmærksom på, at der ikke ligger nogle særlige tanker bag valget af betegnelse. De mange synonyme udtryk for, at betegnelserne er taget fra de skriftlige og mundtlige kilder, der er indgået, og skal fra vores side ikke tages for at være andet end synonyme i denne sammenhæng!

4,2 Analyseramme og metode

4.2.1 Ramme for analysen

Beskrivelserne af de seks ordninger fokuserer på sammenhængen mellem de erfaringer og holdninger, der findes hos ledere, medarbejdere og samarbejdspartener vedrørende ordningernes mål og funktion og den måde ordningerne fungerer på i praksis. Udgangspunktet er, at ordningernes praksis skabes og fornyes/ændres i en fortløbende proces af de involverede.

De interne faktorer

Det kan være vanskeligt at afdække den mangfoldighed af årsager, der ligger bag den konkrete udformning af en organiseringsform, som fx hvordan et psykiatrisk tilbud er udformet på et givet sted på et givet tidspunkt. Nedenstående skal derfor opfattes som et forsøg på at skitsere nogle centrale faktorer, der analytisk set kan formodes at have betydning for udformning af de aktuelle psykiatriske tilbud, og at diskutere disse faktorer ud fra den beskrivelse, der er foretaget af de seks eksempler på sammenhængende psykiatritilbud.

Skabelsen af de tilbud, der etableres for de sindslidende, kan foregå i en kombination af (i hvert fald) tre faktorer:

- patienternes behov; hvad består tilstanden i; hvad mangler den sindslidende,
- løsningsmodeller; hvilke behandlingsmæssige og/eller sociale tilbud er relevante,
- organisering af tilbudene; hvorledes skabes de rette rammer og arbejdsrutiner.

Som det fremgår, er de tre faktorer relative i den forstand, at de i de konkrete tilfælde er baseret på vurderinger og holdninger. Det er et spørgsmål om valg af perspektiv som bestemmer, hvad patientens behov består i, der er forskellige udgangspunkter for valget af, hvilken løsningsmodel, der er den mest relevante, og der er varierende måder at organisere tilbudene til patienterne på.

Hvad der måske er endnu væsentligere er, at de tre faktorer er indbyrdes forbundne - hvis der fx er mange sengepladser i et amt (organisering) kan dette påvirke vurderingerne af patienternes behov og valget af behandlingsmetoder; er psykoterapeutiske teknikker det foretrukne valg hos behandlerne i et distriktspsykiatrisk center (løsningsmodel) kan dette påvirke valget af organisering af behandlingstilbudene og igen vurderingen af patienternes behov, etc.

Den eksterne påvirkning

De valg og de vurderinger, der gennemføres vedrørende patienternes behov, behandlingsprincipper og organiseringsform, foregår ikke isoleret i hver afdeling, team, sygehus eller amt, men påvirkes af en række eksterne faktorer. Der fremkommer bl.a. krav, ønsker og idéer på følgende felter:

- Krav, ønsker og pres fra patienter og pårørende samt fra grupperinger/instanser og andet, der i forskellig forstand repræsenterer brugerne af psykiatriske ydelser. Nogle af de gennemgående træk her er den øgede bevidsthed generelt fra patientside, som forbrugere og/eller aktive parter i sundhedsvæsenet og i socialvæsenet.
- Fremkomsten af nye og fornyelsen af eksisterende faglige idéer og paradigmer. Dette sker ofte i fagligt regi, oftest mono- men også tværfagligt.
- Fremkomsten af 'organisatoriske standarder'; dvs. nye idéer om organiseringen af tilbud i sundhedsvæsenet generelt og inden for psykiatrien specifikt. Af generelle træk kan peges på 'tværfaglighed' og 'tværsektorielt samarbejde', men også på idéen om den fremrykkede og opsøgende indsats som led i en forebyggende tankegang. Af mere specifikke idéer til organisering kan der i denne sammenhæng ikke mindst peges på ACT-modellen og anvendelsen af casemanagers - samt en model som 'open-dialogue'.⁶

⁶ Denne model er beskrevet i den fulde rapport fra dette projekt, se henvisninger til muligheder for at downloade denne. Beskrivelsen omhandler et eksempel på anvendelsen af modellen i Finsk sammenhæng. .

4.2.2 Aktører, tolkning og transformation

Rammen for forståelsen af tolkning og transformation i organisatorisk sammenhæng har baggrund i Brunsson og Jacobsson,⁷ der beskæftiger sig med, hvordan organisatoriske standarder adopteres i organisationer. Implementeringen af organisatoriske standarder foregår ifølge Brunsson og Jacobsen ikke direkte men via en fortolkningsproces, der indbefatter to aspekter. For det første sker der en bevægelse fra tale til handling, hvor den organisatoriske standard, som et eksternt element, indarbejdes i organisationen ved, at standardens ordlyd eller tilsyneladende indhold oversættes til den sammenhæng, som aktørerne selv står i gennem en tolkningsproces. For det andet sker der en bevægelse fra det generelle til det specifikke, hvor standardens indhold transformeres til aktørernes specifikke praksis som 'brugere' af den organisatoriske standard. På denne måde følger organisationer organisatoriske standarder, men med hvert sit udgangspunkt og med forskelligt resultat: *'Following standards means that we try to translate a generally formulated rule into terms relevant to our own situation. We do not invent our own solution, nor do we try to imitate anyone else (even though standards are often accompanied by references - true or untrue - to others who have successfully followed them)'*.⁸

Gennemførelsen af ændringer i de behandlingsmæssige og sociale tilbud foretages af 'aktører', som kan være politikere, planlæggere, administratører, praktikerne og brugerne. Skabelsen af ændringer er således både forbundet med 'det styrende niveau' og med 'praksisniveauet', hvor læger, socialpædagoger, sygeplejersker, psykologer, etc. skaber en praksis for psykiatrien sammen med brugere og pårørende.

Det vigtige at holde sig for øje her er, at ændringernes indhold og sigte hænger sammen med de tolkninger af såvel de fortidige og eksisterende forhold som af mulige udviklingsretninger, som aktørerne sidder inde med.

Det er videre vigtigt at fokusere på det dobbelte ændringsperspektiv, der her sammenfattes under betegnelsen 'transformation':

- De ændringer, der indføres gennem de initiativer, der tages af aktører på forskellige niveauer, ændres i sig selv i løbet af den konkrete introduktion og anvendelse af de ændrede procedurer etc.
- Til gengæld medfører introduktionen og anvendelsen af de nye procedurer - og ændringerne heri - at de tolkninger hos aktørerne, som ligger bag introduktionen, ændres gennem de praktiske erfaringer (og andre påvirkninger). Aktørerne udvikler således nye tolkninger, hvorefter transformationsprocessen får ny næring.

Transformationen omfatter således en stadig gentagende proces, som forbinder eksterne påvirkninger og forskellige aktørers tolkninger i en udvikling af organisationen, herunder udviklingen af organiseringen af tilbud til svært psykisk syge borgere. Dette udgangspunkt medfører desuden, at en organisation altid vil være i udvikling gennem et kontinuert forløb af tolkninger og transformationer.

⁷ Brunsson & Jacobsson, 2000.

⁸ Brunsson & Jacobsson, 2000. P. 143.

4.2.3 Fokus

Det er **samspillet** mellem forestillinger om patienternes behov, løsningsmodeller og organisering, kombineret med forskellige eksterne pres og ønsker fra brugerside, faglige udviklingsperspektiver og organisatoriske standarder og endelig den fortløbende tolknings- og transformationsproces i organisationer, der udgør det analytiske perspektiv i teksten herefter.

Fokus i analysen er lagt på tolknings- og transformationsprocesserne i de seks psykiatriske samarbejdsordninger, således som de kommer til udtryk, når der skabes en praksis for arbejde og samarbejde i ordningerne, hvilket bl.a. omfatter hvad, der opfattes som **barrierer** for det sammenhængende tilbud og hvordan disse barrierer håndteres.

4.3 Metode

Den organisatoriske evaluering skulle omfatte:

- indledende beskrivelse baseret på eksisterende skriftlige kilder, herunder sundhedsplaner, psykiatriplaner og projektbeskrivelser fra amterne og H:S samt datamateriale og beskrivelser, som indgår i ordningernes eventuelle selvstændige evalueringer. Dette vil omfatte en redegørelse for hvorledes ordningerne beskriver deres muligheder for at håndtere de regelbaserede barrierer.
- interviews med repræsentanter for amter og H:S, fra medarbejdere og samarbejdsparter til de medvirkende psykoseteams og tre øvrige ordninger, Hensigten er at beskrive forventninger til og eventuelle erfaringer med mulighederne for at gennemføre en sammenhængende psykiatrisk indsats i samspil med det gældende regelgrundlag.

I de tre ordninger med psykoseteams er der gennemført 2 interviewrunder for at samle op på udviklingstræk i disse relativt nyetablerede ordninger.

Da de opsøgende psykoseteams i H:S blev etableret i efteråret 2003, omfattede interviews i første række de personer fra de myndigheder, der hhv. har medvirket til oprettelsen og skal samarbejde med hver af de to planlagte teams. I 2. interviewrunde gennemførtes interviews med ledere og medarbejdere fra de to etablerede H:S- teams samt fra samarbejdsparter og planlæggere.

- eventuelt resumé af ordningernes særskilte undersøgelser af holdninger og erfaringer blandt patienter og pårørende, der har været i kontakt med en af de seks medvirkende ordninger,

Hensigten med at gennemføre interviews i beskrivelsen af de seks eksempler eller modeller for sammenhængende psykiatri var at indsamle forventninger, vurderinger og erfaringer med hver af modellerne fra relevante involverede aktører. Det blev valgt at tage udgangspunktet i et systemperspektiv i undersøgelsen, således at der blev taget udgangspunkt i at analysere valget af organiseringsform ud fra de tolkninger af organiseringsfunktion som aktørerne gjorde rede for - i dette tilfælde tolkningerne af det system, som

leverer ydelser til psykisk syge borgere. Af ressourcemæssige årsager blev der foretaget en prioritering mellem mulige relevante informanter. Som følge af denne prioritering blev det foreslået, at der skulle gennemføres interviews med nedenstående grupper, mens informanter, der var relevante, men mere perifere i forhold til systemperspektivet, udelades. Dette kom fx til at omfatte patienter og pårørende, hvis perspektiv blev søgt beskrevet i indirekte form gennem resultater af undersøgelser, der på forhånd formodedes at være gennemført i ordningen, og/eller gennem andre undersøgelser af patienters og pårørendes perspektiv inden for psykiatrien. Det blev valgt at anvende fokusgruppemetode til interviewene.

4.3.1 Sammensætning af interviewgrupper

Det var hensigten at etablere to interviewgrupper i hvert eksempel på sammenhængende psykiatritilbud. De to grupper omfattede hhv.:

1. Repræsentanter for a) de planlæggende og styrende myndigheder bag etableringen og driften af ordningen/projektet samt b) repræsentanter på ledelsesniveau for de væsentligste samarbejdsparter, herunder behandlingspsykiatrien og den kommunale socialpsykiatri.

Den nærmere fastlæggelse af, hvilke samarbejdsparter, der er centrale for den enkelte ordning/projekt, vil ske i fællesskab mellem kontaktpersonens (-erne) i ordningen og DSI's projektgruppe.

Der blev forudset, at der sandsynligvis ville være tilfælde, hvor der måtte vælges mellem flere potentielle deltagere i interviewet. Der blev tilstræbt variation, således at der fx både var repræsentanter for store og små kommuner etc.

2. Ledere og medarbejdere fra pågældende ordning/projekt. Med ledere mentes de daglige ledere, som indgår i arbejdet, og samtlige medarbejdere eller repræsentanter for disse i det omfang de havde mulighed for at deltage.

Også her blev beslutningen om deltagernes sammensætning taget i fællesskab mellem kontaktpersonen (-erne) i ordningen og DSI's projektgruppe.

Der blev afsat 2 timer til hvert interview, som blev afviklet lokalt - dvs. med minimal transporttid for interviewdeltagerne.

Interviewene blev transskriberet og analyseret med anvendelse af en tematiseret analyseramme, sammensat med udgangspunkt i projektbeskrivelsens problemstillinger og de udarbejdede interviewguides.

4.4 Præsentation af de seks ordninger

De seks eksempler på sammenhængende psykiatritilbud, som udvalget har peget på skulle indgå i denne rapport, repræsenterer forskellige måder at udvikle et sammenhængende tilbud på, med forskellige udgangspunkter og med forskelligartede begrundelse og hensigter.

For at skabe et grundlag for den efterfølgende diskussion af nogle af de karakteristika, som er kommet frem gennem beskrivelserne af de seks ordninger, skal de kort præsenteres med hensyn til:

- sted, tid og organisering
- formål med indsatsen
- indholdet i indsatsen
- eventuelle barrierer for realiseringen af formålet

Mere fylldige beskrivelser af ordningerne indgår som bilag til denne rapport, og den fulde ordlyd af beskrivelserne kan downloades fra internettet som beskrevet i rapportens indledning.

4.4.1 Integrerede teams, Fyns Amt, Odense Kommune

Den integrerede model blev beskrevet i 1991 som etablering af et tværsektorielt team placeret i én organisatorisk enhed i pågældende kommunen med personale fra både amt og kommune. Denne model skulle anvendes i kommuner med mere end 12.000 indbyggere i Fyns Amt. De integrerede team skulle bestå af læge, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, psykolog og sekretær.

Ordningen er fyldigt beskrevet i Bilag 2.⁹

Det blev planlagt at oprette tre integrerede teams i Odense Kommune. De tre teams blev oprettet i 1992 som fælles amtslige/kommunale teams, og disse teams har således fungeret i 12 år. De tre teams finansieres ud fra en model, hvor amtet finansierer 'traditionelle' amtslige udgifter - speciallæge, psykolog mv. - mens kommunen finansierer 'traditionelle' kommunale udgifter - sagsbehandler mv. Hjemmestøttere, sekretær mv. finansieres 50/50.

Formålet med de integrerede teams var at realisere målsætningen for distriktpsykiatrien om samarbejde mellem sektorerne omkring klientbehandlingen. Denne målsætning var ikke blevet realiseret på en tilfredsstillende måde. Der blev efterspurgt tættere samarbejdsrelationer mellem den primære sundhedssektor, sygehussektoren og den sociale sektor.

Indsatsen består i at yde et integreret tilbud til brugerne, som både er biologisk, socialt og psykologisk baseret og tilrettelægges i dialog mellem de involverede parter og med brugeren. Ideen var at arbejde tværfagligt gennem opnåelsen af et gensidigt kendskab til tankegange og arbejdsformer mellem sektorer og fagpersoner i stedet for at arbejde flerfagligt ved siden af hinanden uden koordinering og kommunikation. Det angives, at der findes generelle arbejdsopgaver, der udføres af alle i teamet, men også specialiserede opgaver, som er bundet til faget, som fx medicineringen, eller andre opgaver, der er specialiserede gennem træning og uddannelse, som fx pårørendeundervisning, tilbud til psykisk syge indvandrere, etc.

Konkret organiseres arbejdet således, at hver bruger har to behandlere som primære kontaktpersoner; hhv. en læge og en socialfaglig medarbejder.

Som **barriere for realiseringen af intentionerne med de integrerede teams** blev der peget på de vanskeligheder, det havde skabt efter etableringen, at der eksisterede en deling mellem de amtslige og de kommunale medarbejdere; en deling som også omfattede ledelsen. Denne opdeling kunne stadig spores i nogle sammenhænge, men ikke i det daglige samarbejde omkring og med patienterne.

⁹ Den fulde ordlyd af beskrivelsen kan downloades på ARF's hjemmeside som en del af den samlede udvalgsrapport.

Der blev peget på, at der eksisterede meget få og små barrierer for samarbejdet, da alle parter var interesserede i at opretholde de gode samarbejdsrelationer, og da der var opbygget rutiner og tradition for samarbejde. Det gennemgående indtryk var således, at barrierer for samarbejde med baggrund i interesseforskelle og mangel på motivation er meget begrænsede, og at dette også er tilfældet for de juridiske, økonomiske og forvaltningsmæssige barrierer.

4.4.2 Tovholdermodel i Vejle Amt

Forslaget om udpegning af 'tovholdere' i forbindelse med patienter/brugere med psykisk sygdom, som anvender tilbud fra flere end to amtslige eller kommunale instanser, stammer fra Vejle amts udviklingsplan fra 2001. Heri peges der på, at der er sket en væsentlig udbygning af såvel amtslige som kommunale sociale tilbud, og at der er behov for koordinering mellem parterne og patienten. Som et led i dette blev der indgået aftaler mellem amtet og de enkelte kommuner om, at der fra hver instans, der leverede et tilbud til den sindslidende, skulle udpeges en kontaktperson for pågældende patient. Ordningen er fyldigt beskrevet i Bilag 1.¹⁰

Tovholdermodellen består herefter i, at der i tilfælde, hvor mere end to instanser er involveret, skal ske en udvælgelse af én af kontaktpersonerne som tovholder, og denne udvælgelse skal ske sammen med, og kan i sidste ende foretages af, patienten. Tovholderens opgave er herefter at skabe kontinuitet og sammenhæng i indsatsen og forløbet i henhold til den sindslidendes plan og være kontaktperson til det situationsbestemte team.

Der er således ikke tale om etablering af et fast team eller en blivende struktur, men om dannelse af situationsbestemte teams, som udgør et netværk om og med patienten og koordineres - men ikke ledes fagligt - af en bestemt person.

Formålet er, at der skal arbejdes som et hold eller team på tværs af faggrænser og sektorer. Der blev lagt op til i udviklingsplanen, at der skal etableres en samarbejdskultur, som er tættere knyttet til det udførende niveau og arbejdet med patienterne end de eksisterende strukturer.

Det fremgår, at det indgår i formålet at føre visionen om én sindslidende én plan ud i livet i situationer med mange samarbejdspartnere, at fastholde brugere, der er ustabile i forløbet på grund af svingende helbredstilstand og at forebygge drop out af behandlingen. Disse punkter peger på, at målgruppen er svært psykisk syge med et omfattende og sammensat behandlings- og støttebehov.

Med hensyn til **indholdet i indsatsen** peges der på, at det oftest er en støttecentermedarbejder fra amtet eller en støtte-kontaktperson fra kommunen, den sindslidende vælger som tovholder. Der peges videre på, at tovholderens opgave kan være af opsøgende karakter, da en del af gruppen af sindslidende, som kommer i betragtning til at få tilknyttet en tovholder, vil undgå kontakt i perioder af kortere eller længere varighed. Dette formuleres også således, at arbejdet som tovholder kunne være vanskeligt, kompliceret og

¹⁰ Den fulde ordlyd af beskrivelsen kan downloades på ARF's hjemmeside som en del af den samlede udvalgsrapport.

stille krav til tålmodighed, rummelighed mv. Det gensidige kendskab, der bl.a. styrkes gennem anvendelse af Tovholdermodellen, bidrager dog til at lette disse opgaver.

I interviewene blev der peget på, at der er sket en væsentlig udvikling af samarbejdskulturen i de seneste 10 år, hvorfor mange ting kan lade sig gøre nu, som ikke kunne lade sig gøre dengang. Det var derfor holdningen, at der er **nedbrudt mange barrierer**, Tovholdermodellen ses som en naturlig videreudvikling af den forudgående udvikling af samarbejdet mellem amt og kommuner. Det blev set som en fordel, at der er sket en formalisering af den koordinerende funktion med Tovholdermodellen. Dette forventedes også at få indflydelse på samarbejdet om udvikling af én samlet plan pr. patient til erstatning af flere behandlings- og sociale handleplaner.

Med hensyn til **økonomiske barrierer** var det erfaringen, at der naturligvis er begrænsninger betinget af de økonomiske rammer, der ligger i kommuner og amt, og at grundtakstfinansieringsmodellen præciserer disse. På den anden side var det holdningen, at der udvikles en administrativ og daglig samarbejdspraksis ud fra disse betingelser, som er indarbejdet og ikke byder på problemer.

De **juridiske barrierer** var begrænset til, at nogle ønskede en formaliseret mulighed for at gennemføre en tvungen behandling udenfor sygehusregi, hvis en patient blev meget dårlig - andre var modstandere af etablering af en sådan mulighed. Der var generelt ingen problemer med opnåelse af samtykkeerklæringer.

4.4.3 Casemanager, Nordjyllands Amt

Dette projekt var en forsøgsordning, som løb i 2½ år fra medio 2001 til udgangen af 2003. Forsøget blev gennemført af Psykiatريفالtningen i Nordjyllands Amt, og omfattede optageområdet under funktionsbærende enhed Vest, som udgøres af 11 kommuner med i alt 186.000 indbyggere, herunder en del af Aalborg kommune. Efter projektets ophør blev ordningen efterfølgende gjort permanent under Aalborg Kommune.

En fyldig beskrivelse af ordningen kan findes i bilag 3.¹¹

Forsøget omfattede indsatsen fra en enkelt casemanager, der var ansat under Nordjyllands Amts Socialpsykiatrisk afdelingen, men havde kontor og kontaktsted på psykiatrisk afd. Vest.¹² Casemanageren indgik tillige i en arbejdsgruppe bestående af en 1. reservelæge på afdeling Vest, Aalborg Psykiatriske Sygehus, og en fuldmægtig fra Ledelsessekretariatet under Psykiatrilædelser. Denne arbejdsgruppe skulle realisere forsøgets intentioner.

Forsøget blev støttet finansielt gennem Socialministeriets pulje for 'Retssikkerhed for de svageste stillede' som led i projekt 'Service og velfærd'. **Formålet** med projektet var at forbedre udskrivningsforløbet for en gruppe af vanskeligst stillede sindslidende, som har behov for individuel, målrettet

¹¹ Den fulde ordlyd af beskrivelsen kan downloades på ARF's hjemmeside som en del af den samlede udvalgsrapport.

¹² Psykiatrisk afdeling Vest indgår i Funktionsbærende Enhed Vest, Aalborg psykiatrisk afdeling.

socialpsykiatrisk støtte og behandling efter udskrivning fra psykiatrisk sygehus. Forbedringen skulle sikre, at den formelle retssikkerhed også opleves som reel af patienterne. Det drejede sig om patienter for hvem der var udarbejdet udskrivningsaftale eller koordinationsplan, som var 'svingdørspatienter' i behandlingssystemet og velkendte i det kommunale system.

Indholdet i indsatsen bestod i at opnå et tillidsforhold til patienten gennem øget kontakt og støtte med henblik på i så vidt muligt omfang at inddrage brugeren som aktiv part og medspiller i stedet for at være passiv modtager af tilbud. Som en del af denne indsats var det hensigten at sikre en bedre koordination og dialog mellem de aktuelle amtslige/kommunale samarbejdsparter og brugerne.

Konkret bestod indsatsen i, at der blev udvalgt patienter på psykiatrisk afdeling, Funktionsbærende Enhed Vest. Patienterne skulle stå foran udskrivelse, der skulle være udarbejdet udskrivningsaftale eller koordinationsplan, og patienten skulle være identificeret med et behov for den nævnte støtte. Tilbudet om støtte blev præsenteret som frivilligt for patienten. Det var blandt casemanagerens opgaver at kortlægge brugerens færdigheder, at sørge for at alle nødvendige tilbud blev tilvejebragt, være assertiv i forhold til brugere etc. Det var ligeledes casemanagerens opgave at være koordinator/tovholder i forhold til de involverede samarbejdsparter.

Som barrierer for realiseringen blev der peget på manglende klarhed i procedurer/systematik og uklarheder i anvendelsen og overgivelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i sygehusregi og mellem forvaltninger. Det blev samtidig understreget, at de væsentligste problemer her bestod i kulturelle forskelle mellem behandlingssystemet og det sociale system, idet der var forskellig tradition for dokumentation og overgivelse af informationer. Der blev dog også peget på, at der generelt var et godt samarbejdsklima mellem de to systemer, hvis der var en person/casemanager, der tog ansvaret.

Opnåelsen af skriftligt samtykke fra patienterne til overgivelse af informationer blev betegnet som et ikke-eksisterende problem. Med hensyn til økonomiske barrierer har dette væsentligst omhandlet, at der ikke var ledig plads i de tilbud, der var relevante for brugeren, eller at disse tilbud helt manglede. Det var ikke erfaringen, at kommunerne anvendte økonomien som baggrund for at afvise at yde et tilbud.

4.4.4 Opsøgende psykoseteam, Tønder, Sønderjyllands Amt

Det opsøgende team er etableret som et forsøg, oprindeligt med en funktionstid fra foråret 2001 til medio 2003. Forsøget er efterfølgende blevet forlænget med yderligere 2 år frem til medio 2005 med henblik på efterfølgende permanentgørelse. Det opsøgende psykoseteam dækker et område med ca. 45.000 indbyggere i kommunerne Tønder, Tinglev, Bredebro, Løgumkloster, Skærbæk og Højer.

En fylldig beskrivelse af ordningen kan findes i Bilag 4.¹³

OP-teamet bestod som udgangspunkt af 7 kontaktpersoner med vagt, ½

¹³ Den fulde ordlyd af beskrivelsen kan downloades på ARF's hjemmeside som en del af den samlede udvalgsrapport.

afdelingssygeplejerske, ½ jobkonsulent, fi sekretær og 1 psykiater (fordelt på 2 personer, senere reduceret til én person på 20% tid). Den faglige sammensætning af gruppen af kontaktpersoner var 3 sygeplejersker, 2 sosu-assisterter, 1 ergoterapeut og 1 socialrådgiver. OP-teamet blev etableret som en del af Distriktpsychiatrisk center og refererede til centerets ledelse. OP-teamet har i hele perioden haft adressefællesskab med distriktpsychiatri og psykiatrisk dagafdeling.

Formålet med indsatsen var overordnet set at etablere et tilbud til de sværest psykisk syge. Hensigten har været at gennemføre behandling i patienternes hjem ud fra et assertivt og opsøgende udgangspunkt, som beskrevet i ACT-modellen, udviklet i USA.¹⁴ Indsatsen var rettet imod svært psykisk syge, der opfyldte en række kriterier med hensyn til diagnose, forbrug af indlæggelser, og ustabilitet i kontakten til behandlingssystemet.

Projektet var et forsøgsprojekt, hvorfor en del af formålet har været at undersøge effekter af anvendelsen af modellen med hensyn til klinisk effekt og indflydelse på de involverede patienters forbrug af ydelser i sundheds- og socialvæsenet.

Indsatsens indhold er som nævnt assertivt og opsøgende og rettet mod de sværest psykisk syge. En del af aktiviteten har bestået i at indkredse og skabe kontakt til denne patientgruppe. Til dette formål er der anvendt en liste fra Psykiatrisk Centralregister over borgere i området, der opfyldte inklusionskriterierne, og der er herudover primært identificeret patienter fra distriktpsychiatrien og den øvrige behandlingspsychiatri. Hver patient har været tilknyttet en kontaktperson, og hensigten var, at samtlige patienter i princippet modtager et tværfagligt tilbud som sådan fra teamet, der udveksler viden og erfaringer gennem arbejdsprocessen. Der ydes så vidt muligt et tilbud om 24 timers kontaktmulighed, hvorfor der er etableret en vagtordning i teamet i aftentimerne og i weekenderne. Om natten er den telefoniske kontaktmulighed videregivet til teamets stamafdeling på Augustenborg Sygehus alle ugens dage.

OP-teamet har formidlet erfaringerne fra sin første funktionsperiode i en midtvejsrapport, udgivet 2002.

Med hensyn til **barrierer** for realisering af teamets arbejde blev der peget på, at der havde været nogle opstartsproblemer, dels i forhold til afgrænsning af patientgrupper og opgaver internt over for distriktpsychiatrien, og dels som grænsedragingsproblemer i forhold til kommunerne, der i nogle tilfælde havde ønske om, at OP-teamet tog sig af andre patienter end de aktuelle. Det drejede sig fx om borderlinepatienter. Fra kommunal side blev der bl.a. peget på, at den anvendte ACT-model med amerikansk forbillede ikke opererer med, at der eksisterer en sideordnet socialpsychiatri som i Danmark, og at dette medførte nogle af de nævnte afgrænsningsproblemer. Der blev dog også peget på, at mange problemer var løst hen ad vejen, selv om der stadig kunne være tvivl om grænserne.

En anden barriere bestod i en uklarhed i forhold til adgangen til planmateri-

¹⁴ Stein L I & Santos A B: *Psykosteam - model for opsøgende psykiatrisk arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København. 2000.

ale som behandlings- og handleplaner fra andre forvaltningsområder, ikke mindst når det er hensigten at overføre disse elektronisk. Der blev fra flere sider peget på behovet for en afklaring af dette forhold, herunder af, om der reelt eksisterer en forhindring for overførsel af informationer, når patienten har givet positivt tilsagn.

Det understreges, at der generelt ikke har været problemer med opnåelse af skriftligt samtykke fra patienterne til overførsel af informationer og samarbejde. Der var heller ikke erfaringer med større økonomiske barrierer for ydelser af tilbud og samarbejde ud over det generelle problem med den dårlige kommunale økonomi.

4.4.5 Opsøgende psykoseteam, Falster

Det opsøgende psykoseteam på Falster blev ligeledes etableret som et forsøgsprojekt. Forsøget blev igangsat i foråret 2002 for en 2-årig periode, men er senere blevet forlænget med yderligere 3 år med afslutning i foråret 2007. Forsøget dækker Falster med kommunerne Nykøbing Falster, Nørre Alslev, Stubbekøbing og SydFalster med i alt ca. 49.000 indbyggere.

Ordningen er fyldigt beskrevet i Bilag 5.¹⁵

OP-teamet blev sammensat af 2/3 fagpersoner med sundhedsfaglig og 1/3 med socialfaglig baggrund, herunder 2 socialpædagoger (heraf 1 teamleder), 2 ergoterapeuter, 1 sygeplejerske, 1 sosuassistent, 1 sekretær (og koordinator) og 1 psykiater. Med et caseload på ca. 10 patienter pr. case-manager er det hensigten af nu op på i alt 55-60 patienter. Teamet har haft problemer med at rekruttere patienter inden for den definerede målgruppe, og er ikke nået op på over 45 patienter. Teamet har, som teamet i Tønder, primært taget udgangspunkt i en liste udarbejdet af Psykiatrisk Centralregister over patienter, der opfyldte inklusionskriterierne, ved opbygningen af en patientgruppe. Herefter er der taget henviste patienter fra den øvrige behandlingspsykiatri og et mindre antal fra kommunerne.

OP-teamet er oprettet som et selvstændigt team, der refererer direkte til den psykiatriske blokledning på lige fod med de øvrige psykiatriske teams. Teamet har adressefællesskab og naboskab med nogle af de kommunale socialpsykiatriske tilbud, herunder et værested og et bofællesskab.

Finansieringen er fordelt ligeligt mellem amt og kommuner. Halvdelen af den kommunale del dækkes af puljemidler fra Socialministeriet i forbindelse med tilskud til § 73-medarbejdere.

Formålet med indsatsen i OP-teamet er, at hver casemanager skal fungere som primær kontaktperson for 8-10 patienter, og at der skal gennemføres en arbejdsform i teamet, der medfører at alle patienter samtidig er hele teamets ansvar, hvilket bl.a. opnås gennem udveksling af informationer internt i teamet. Princippet er en aktiv, vedvarende opsøgende og assertiv tilgang, med i princippet tidsubegrænset service.

Indholdet i indsatsen er at vurdere patienten, udvikle en behandlingsplan, arbejde med patientens netværk, tilvejebringe de nødvendige tilbud, forestå kontakt, fastholde patienten i lokalmiljøet/undgå indlæggelse, tilbyde service

¹⁵ Den fulde ordlyd af beskrivelsen kan downloades på ARF's hjemmeside som en del af den samlede udvalgsrapport.

i lokalmiljøet, arbejde på et assertivt grundlag, mv.; herunder tilbyde kriseberedskab 24 timer i døgnet. OP-teamet foretager medikamentel behandling, støttende samtaleterapi, rehabilitering, revalidering og social støtte. Teamet yder størstedelen af alle ydelser indenfor alle fagområder og kontakten til patienterne foregår især ved hjemmebesøg eller i lokalområdet. Kriseberedskabet ydes gennem opretholdelse af mulighed for telefonkontakt til en teammedarbejder aften, nat og weekender. Den vagthavende har endvidere til opgave at rykke ud i krisetilfælde, som fx ved akutte indlæggelser.

Med hensyn til **eventuelle organisatoriske barrierer** peges der på, at der har været få problemer i samarbejdet med den øvrige behandlingspsykiatri. Problemerne har vedrørt overførsel af enkelte patienter, men da inklusionskriterierne er klare, har dette ikke skabt yderligere og vedvarende problemer. I samarbejdet med kommunerne er der varierende erfaringer, idet kommunerne forholder sig forskelligartet til OP-teamet. Der synes at være uoverensstemmelse i nogle tilfælde mellem OP-teamets tilbud og forventningerne fra kommunerne. Dette kan nærmest kaldes en kommunikationsbarriere, som bl.a. kan have sin årsag i kommunernes syn på, hvilke tilbud, de selv har tradition og kompetence til at levere til deres sindslidende borgere, og hvilke tilbud fra OP-teamet, der vil passe ind i disse billeder, som skifter fra kommune til kommune.

Der var kun få eksempler på, at patienter modsatte sig at give skriftligt samtykke til overførsel af information og samarbejde mellem parterne, og i kun et enkelt tilfælde havde en kommune ikke ønsket at udlevere oplysninger til OP-teamet. Der bliver heller ikke peget på, at der findes økonomiske barrierer, der forhindrer udviklingen af sammenhængende tilbud til patienterne, da OP-teamet er fælles finansieret mellem amt og kommuner. Der peges som andre steder på kommunernes hensyn til økonomien, og det blev set som naturligt, at en kommune fx ønskede at anvende sine egne botilbud frem for at anvende et amtsligt, der kan udløse betaling af grundtakst.

4.4.6 Opsøgende psykoseteams i H:S

De opsøgende psykoseteams i H:S blev etableret i efteråret 2003 med første indtag af patienter fra midten af september måned. Det var oprindeligt planlagt, at der i første omgang skulle etableres fire OP-teams forskellige steder i H:S området, men dette blev reduceret til to, nemlig hhv. på Bispebjerg og i Sundby Nord. Til gengæld er der tale om ordninger, der i princippet er permanente, ligesom det indgår i H:S' psykiatriplan fra 2003, at der skal etableres OP-teams i hele H:S. OP-teamene er således 100% finansieret af H:S, ud over den udstationerede medarbejder fra Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen (FAF) i Københavns Kommune.

En fylldig beskrivelse indgår som Bilag 6.¹⁶

Det er hensigten at etablere teams med hver 10 medarbejdere, der med et caseload på 10 skal behandle 100 patienter. Sammensætningen af teame-

¹⁶ Den fulde ordlyd af beskrivelsen kan downloades på ARF's hjemmeside som en del af den samlede udvalgsrapport.

ne er ligeligt sundhedsfagligt og socialfagligt, idet der indgår socialrådgivere, socialpædagoger, sygeplejersker, psykolog, læge og ergoterapeut.

Formålet med indsatsen er, som ved de to øvrige OP-teams, at etablere et særligt tilbud til en række af de svært psykisk syge. Det er således formålet at udvide distriktpsychiatrien i 'dybden' og at det bliver muligt at give en række patienter et tilbud om behandling i hjemmet og i lokalmiljøet, som medfører, at det er muligt at opretholde og vedligeholde behandlingen. En medfølgende hensigt er, at det forudsættes at det vil være muligt at reducere behovet for indlæggelse.

Med hensyn til **indholdet i indsatsen** peges på en række elementer, herunder assertivitet, tværfaglighed og teamdannelse, vedvarende behandlingsindsats, tværfaglig behandlingsindsats, 24-timers beredskab. Det anses for en væsentlig forudsætning, at fastholde et patientantal på omkring 100, hvis tilbudets kvalitet skal opretholdes. Patienterne henvises først og fremmest fra FAF og fra distrikts- og sengepsykiatrien i H:S. Begge steder har man oparbejdet lister med patienter, der opfylder kriterierne for OP-teamene.

24-timers beredskabet etableres som et kompromis ved, at der etableres fleksibel arbejdstid, så OP-teamet er bemandet mellem kl. 09. og kl. 18, men der mellem kl. 18 og kl. 09 samt det meste af weekenden gøres brug af de øvrige tilbud i H:S, herunder den psykiatriske skadestue og psykiatrisk udrykningstjeneste. Patienterne har mulighed for at indtale besked på deres kontaktpersoners telefonsvarer.

Da teamene blev igangsat kort tid forud for dataindsamlingen til denne rapport, var der kun få erfaringer med **barrierer for realiseringen** af teamenes indsats, men der var tegn på, at der viste sig en række generelle problemer, som er typiske ved organisatoriske ændringer, da en række forhold vedrørende teamets funktion og arbejdsdelingen med de tilgrænsende organisationer endnu ikke var afklaret. Dette viste sig ved uklarheder vedrørende ansvaret for finansiering af bestemte ydelser, men der var intet, der tydede på, at dette var et permanent problem. Med hensyn til samtykkeerklæringer, var der ingen, der pegede på, at opnåelse af dette fra patienterne generelt ville blive et problem, men der var utilfredshed med den anvendte samtykkeerklæring, som er udviklet til anvendelse i sygehuspsykiatrien, og har et irrelevant ordvalg i forhold til OP-teamene. Der blev peget på, at det var ønskeligt at udarbejde en særlig erklæring.

4.4.7 Gennemgående principper og karakteristika

De seks ordninger er karakteriseret ved nogle fælles træk. Det centrale element udgøres af emnet for den gennemførte undersøgelse, nemlig sammenkædning og etablering af sammenhæng mellem behandlingsmæssige og sociale/socialpædagogiske tilbud til brugerne. Som det fremgår, er denne sammenkædning forsøgt etableret på forskellige måder, med anvendelse af varierende organiseringsformer.

Forsøgene på sammenkædning af tilbudene til psykisk syge borgere har været et af de centrale elementer i udviklingen af psykiatrien i Danmark i mere end 20 år. Fx fokuseres der på dette emne i delrapporten om Psykiatri i forbindelse med Samordningsudvalgets betænkning i 1986,¹⁷ ligesom Fremrykningsudvalgets rapport fra 1993¹⁸ fokuseres på dette. Emnet har ligeledes været berørt andetsteds, senest i forbindelse med Sundheds- og Indenrigsministeriets og Socialministeriets fælles oplæg om Værdigrundlaget i psykiatrien.¹⁹

Et andet element udgøres af placeringen af et ansvar hos enkeltpersoner - kontaktpersoner eller case managers - der måske er det mest gennemgående træk. Udpegningen af kontaktpersoner eller casemanagers indgår som et af de centrale punkter i ACT-modellen, og såvel i de integrerede teams i Odense og i Vejle-modellen peges der på, at der udpeges primære kontaktpersoner for brugerne. Endelig er modellen i Nordjyllands Amt direkte bygget op omkring en casemanager.

Anvendelsen af case managers indgår i Stein og Santos'²⁰ beskrivelse af en model for psykoseteams, og Holloway et. al. (1995)²¹ har gennemgået 23 studier med anvendelse af case management. De beskriver at følgende opgaver gennemgående er centrale for en case manager: 1) vurdering af brugerens behov, 2) udvikling af en sammenhængende behandlingsplan, 3) organisering af levering af ydelser, 4) monitorering og vurdering af ydelserne og 5) evaluering og follow up. Holloway et. al. konkluderer dog også, at der er store variationer i organisering og indhold af case-management: *'Despite this agreement on aims and functions, approaches to the delivery of case management services have varied widely and the literature can be confusing and contradictory.'* Der udledes to hovedtyper af case management, hvor den ene er orienteret mod formidling af kontakt og koordination af de forskellige ydelser, mens den anden type, som kaldes kliniske case managers varetager alle aspekter af deres patienters fysiske og sociale miljø inklusive behandling, boligforhold, somatiske sundhedsydelser, transport, socialt netværk etc., enten gennem egen indsats eller gennem involvering af andre fagpersoner. ACT (Assertive Community Treatment) betegnes af Holloway et. al. som et af flere eksempler på en model for organisering af klinisk case management. Holloway og Carson²² redegør i en senere artikel (2001) for, at der ikke er evidens for, at case management er en effektiv behandlingsmetode med baggrund i et omfattende litteraturstudium af deskriptiv litteratur og kontrollerede undersøgelser.

I de refererede seks danske ordninger er der træk af begge typer af case management, idet nogle aktiviteter sigter på at koordinere de forskellige aspekter af behandling og social støtte, mens andre gennemgående aktiviteter har karakter af klinisk case management, med varetagelse af behandlingsmæssige og støttende opgaver over for og med patienten/brugeren. Et tredje element er den opsøgende funktion. Opsøgning af visiterede og allerede kendte patienter med henblik på opnåelse af kontinuitet i behandling og sociale tilbud fremstår naturligvis som et centralt element i OP-teamene, men nævnes også som et element i arbejdet i de øvrige tre ordninger. Ingen af ordningerne sigter til gengæld på primært opsøgende arbejde på gadeplan, med mindre dette sker undtagelsesvis på given foranledning.

ACT er bl.a. defineret ud fra specificeringen af det opsøgende og assertive element i kontakten til teamets brugere, som tager sigte på at sikre compliance og dermed forhindre drop-out og recidiv, bl.a. gennem det princip at ydelserne leveres i patientens miljø. ACT er som nævnt karakteriseret ved gennemgående anvendelse af case management principper, i nogle tilfælde betegnet som kontaktpersonordninger.²³ ACT er herudover karakteriseret ved anvendelse af en teamorienteret arbejdsform med en tværfaglig sammensætning af teamet med henblik på at teamet kan rumme de fagligheder, der er relevante ved ydelsen af et sammenhængende tilbud til den enkelte bruger. ACT sigter, som det vil fremgå af beskrivelserne af de danske OP-teams, på anvendelse af klart definerede inklusionskriterier til afgrænsning af brugergruppen.

Et nært beslægtet initiativ er Assertive Outreach, der bl.a. anvendes i Storbritannien og foretager en yderligere styrkelse af de midler, som anvendes for at holde de tilknyttede brugere inden for behandlingsprogrammet. Assertive Outreach defineres som en metode til at organisere arbejdet med en afgrænset gruppe af svært psykisk syge voksne, som ikke er i stand til at anvende behandlingssystemet effektivt.²⁴

¹⁷ Samordningsudvalgets arbejdsgruppe vedrørende psykiatri: København, 1986.

¹⁸ Sundhedsministeriet og Socialministeriet: *Fremrykning af indsatsen for sindslidende. Redegørelse fra udvalget vedr. fremskyndet indsats for personer med sindslidelser (Fremrykningsudvalget)*. København: 1993

¹⁹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet: *Fælles værdigrundlag for den offentlige indsats i social- og sundhedssektoren for mennesker med en sindslidelse*. København, april 2004.

²⁰ Stein L I & Santos A B: *Psykosteam - model for opsøgende psykiatrisk arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København. 2000. p. 76 ff.

²¹ Holloway F, Oliver N, Collins E & Carson J: *Case Management: a critical review of the outcome literature*. European Psychiatry 10, 1995, p. 113-28, Elsevier, Paris.

²² Holloway F & Carson J: *Review article: Case Management; An update*. International Journal of social Psychiatry, (2001), Vol 47, no. 3, 21-31.

²³ Fx: Iversen A & Vendsborg P: *Introduktion til den danske udgave*. I: Stein L I & Santos A B: *Psykosteam - model for opsøgende psykiatrisk arbejde*. Hans Reitzels Forlag, København. 2000.

²⁴ *Mental Health Topics: Assertive Outreach*. The Sainsbury Center for Mental Health, 2001 - 2003.

4.5 Tværgående diskussion af resultaterne

De seks eksempler på sammenhængende psykiatri indeholder alle tiltag til etablering af særlige tilbud til gruppen af svært psykisk syge. På trods af den fælles målgruppe er der, som det fremgår af beskrivelserne af ordningerne, tale om meget forskellige ordninger, samtidig med at der kan peges på en række fælles karakteristika. Det er med andre ord valgt at møde denne patientgruppes behov på forskellige punkter med forskelligartede tilbud, men inden for en forståelsesramme, der har mange fælles punkter - som fx placeringen af én ansvarlig behandler som case manager/kontaktperson/tovholder - eller anvendelsen af team-begrebet. Men forskellene er klare, og selv de tre OP-teams, der er bygget op med udgangspunkt i samme ACT-model, har medført valg af forskellige løsningsmuligheder på en række punkter.

4.5.1 Valget af indsats - tolkning og transformation

Der er en række fælles træk imellem de seks valgte ordninger, ligesom der er en række åbenlyse forskelle. Det er valgt at denne undersøgelse skulle beskæftige sig med eksempler på sammenhængende psykiatritilbud, der henvender sig til svært psykisk syge patienter, så der er ikke noget overraskende i, at der i mange beskrivelser og udtalelser i interviews anvendes begreber som 'svingdørspatienter', at indgåelse og vedligeholdelse af kontakt er væsentlig og at dette kræver en klar placering af ansvaret for denne kontakt.

Analysen i denne del af rapporten vil i vid udstrækning basere sig på teori om, at aktørers tolkning af den aktuelle kontekst og organisatoriske praksis i sammenhæng med aktørernes tolkning af udefrakommende eksempler på aktuel praksis og idéer til organisatorisk praksis leder til transformation af den eksisterende organisatoriske praksis til nye former. Her spiller ikke mindst udefrakommende ideer i form af 'organisatoriske standarder' en rolle.²⁵

Der er til gengæld valgt løsninger i de seks ordninger med udgangspunkt i forskellig vægtning og forskellige tolkninger af patienternes behov, behandling og støtte samt organiseringen af denne. Valgene er bl.a. truffet på baggrund af, at der er forskel på de alternative og/eller supplerende tilbud, som de forskellige amter og H:S råder over.

De **integrerede teams i Odense, Fyns Amt**, tager udgangspunkt i en tolkning af, at de behandlingsmæssige og de sociale tilbud til brugerne skal organiseres snævert, således at sammenhængen mellem behandlingsmæssige og sociale tilbud bl.a. tilvejebringes gennem adressefællesskab og et stærkt gensidigt personkendskab. Det er værd at bemærke, at amtets og teammedarbejdernes tolkning af, hvordan behandling og social støtte skal vægtes indbyrdes i de integrerede teams, er ændret i teamenes mere end

²⁵ Udgangspunkt for denne analyseramme findes bl.a. hos Brunsson & Jacobsson, 2000.

10-årige funktionstid i retning af et større behandlingsmæssigt fokus, efterhånden som de kommunale og amtslige sociale tilbud til psykisk syge borgere er blevet udbygget. Generelt ligger de nuværende tolkninger af brugernes behov og af valget af behandlings- og støtteformer inden for de brede rammer for behandling og støtte, der er udviklet i de integrerede team. Disse rammer er udstukket på baggrund af det daglige samarbejde i teamene, og bygger på den tværfaglige og -sektorielle bemanding. Som et eksempel på dette, pegede de interviewede på, at de integrerede teams i Odense også varetager opsøgende funktioner.

Tovholdermodellen i Vejle Amt fokuserer på det koordinerende element i tilbudene til patienten; altså en tolkning af et organisatorisk behov. Dette kombineres med en tolkning af patienternes behov, som fremgår af beskrivelsen af og udtalerne om ordningen, hvor der peges på de særlig karakteristika, der gælder for de patienter, som man mener, er svære at fastholde i forløbet, som dropper ud af behandlingen og afviser kontakt. Løsningsmodellen tolkes derfor bl.a. som den koordinerende og også opsøgende indsats, der ligger i Tovholdermodellen. Baggrunden for dette valg er bl.a., at det er opfattelsen, at der som udgangspunkt er en lang række relevante tilbud til de sindslidende, men at der er behov for en yderligere koordinering og entydig kontakt til nogle af de sværest syge patienter.

I **Nordjylland** har man fokuseret på en særlig del af patientforløbet, idet der er fokuseret på at gennemføre en opfølgning i perioden efter udskrivelsen, hvor projektet har tolket patientens behov som et behov for intensiv kontakt og støtte. Der er særlig fokus på patientens retssikkerhed, og dette fokus ligger bag tildelingen af ministerielle puljemidler til projektet. Behovet er også tolket således, at der skal tilstræbes at patientens kontakflade omfatter så få fagpersoner som muligt, og at kontakten kan koordineres af en enkelt person/ Case Manager. Dette er organisatorisk udformet gennem etablering af en casemanagerfunktion bestående af en ergoterapeut, ansat i amtets socialpsykiatri og med en støttende arbejdsgruppe bestående af en 1. reservelæge fra den relevante psykiatriske afdeling og en fuldmægtig fra ledelsessekretariatet under amtets psykiatrilædelse. Valget af casemanager-formen fremstår som et bevidst valg, foretaget ud fra udenlandske idéer og erfaringer,²⁶ men inspirationsgrundlaget og erfaringerne ikke fremgår eksplicit af det skriftlige grundlag for projektet. Derfor bliver indtrykket, at indholdet i disse erfaringer er tolket og transformeret til at passe til en anvendt tolkning af det konkrete lokale behov hos den valgte gruppe af patienter.

Tolkningen af brugernes behov for det integrerede tilbud er ligeledes centralt i **OP-teamet i Tønder**, da udgangspunktet i så vidt mulig udstrækning er at levere så mange af brugernes tilbud som muligt i en tæt relation med teamets kontaktperson. Patienternes behov er tolket som et intensivt og integreret social og behandlingsmæssigt tilbud, med et opsøgende og assertivt

²⁶ Her refereres til Steve Onyetts arbejder vedrørende case-management og teamwork

indhold. Det integrerede tilbud er dog vægtet således, at det behandlingsmæssige fylder mest, med en intention om, at den kommunale sociale støtte integreres i tilbudet til en lang række af patienterne. Valget af behandlings- og støtteformer tager udgangspunkt i essensen af ACT-modellen, og i andre typer af indsats knyttet til ACT-teams i USA, der er veldokumenterede i videnskabelige kliniske studier. Ses der på skriftligt materiale og interviews, har tolkningen af organiseringsformen været dominerende som udgangspunkt, med en efterfølgende begyndende transformation af modellen til (tolkningen af) de lokale forhold.

Det **opsøgende team på Falster** har tilsvarende udgangspunkt i adoption af ACT-modellen som organiseringsform, som tolkes og transformeres ud fra de lokale betingelser og forhold. Tolkningen af modellen adskiller sig fra tolkningen i Tønder på nogle punkter, men tolkningen af brugernes behov for det integrerede tilbud spiller også her en stor rolle, om end teamets tilbud og valg af behandlings- og støtteformer er anderledes sammensat end i Tønder. Det gælder som i Tønder, at der er taget udgangspunkt i en bestemt organiseringsform, og at tolkningen af brugernes behov og af de nødvendige behandlings- og støtteformer sker inden for denne ramme. Det er fx karakteristisk, at tolkningen af de sociale støttebehov er præget af den transformation, der er sket af organiseringsformen, som består i at kommunerne medfinansierer ordningen og dermed forventer et integreret tilbud. Det kan formodes, at OP-teamet på Falster bl.a. af denne grund er mere socialfagligt sammensat end i Tønder. Den styrkede kommunale position i forhold til OP-teamet synes også at have en vis effekt på ændringerne i teamets inklusionskriterier. Transformationen af organiseringsformen, har også relateret sig til det omliggende psykiatriske system med almenpsykiatrisk langtidsteam og akutteam, som på nogle punkter har tilbud, som tangerer tilbudene fra OP-teamet.

I **H:S' OP-teams** er der ligeledes foretaget en tolkning af de organisatoriske principper for ACT-modellen, og der er efterfølgende foretaget en transformation af formen. Det gælder stadig, at tolkningen af brugernes behov og af det hensigtsmæssige indhold af behandlings- og støtteformer er tilpasset modellen, men samtidig er der sket en transformation af teamets sammensætning ud fra en opfattelse af brugernes behov og af relevansen af sociale støtteforanstaltninger, idet der er placeret en medarbejder fra en anden forvaltning (FAF) i teamet med henblik på en integreret løsning. På dette punkt er der sket en transformation af OP-teamets sammensætning, som tager højde for den danske forvaltningsopdeling, idet der er indarbejdet et element, som kan sidestilles med de integrerede teams i Odense.

4.5.2 Kultur: Struktur, normer og værdier

Et af de væsentligste spørgsmål, der rejser sig når man undersøger seks eksempler på en indsats, der har til hensigt at oparbejde større sammenhæng i de tilbud, der leveres fra behandlingssystemet og det sociale system, er vægtningen i de interviewede aktørers tolkninger af de forskellige organi-

sationskulturelle elementer, herunder specielt vægtningen af de strukturelle forhold over for de værdimæssige og normative.

Det er væsentligst de strukturelle forhold man får øje på, når man begynder at undersøge skriftlige kilder bag de seks eksempler på modeller for sammenhængende psykiatri som fx projektbeskrivelser og statusrapporter. Dette går igen i beskrivelserne med hensyn til sammensætning af opgaver, personale, styregrupper, etc. og det står klart, at dette er væsentlige forhold at beskrive ved etableringen af en casemanagerordning, en tovholdermodel eller et OP-team.

Undersøger man imidlertid, hvordan ordningerne fungerer med hensyn til samarbejde og barrierer for dette, viser det sig, at de normative og værdimæssige forhold har væsentlig indflydelse, og det bliver klart, at sammenhæng ikke blot er noget, der skabes gennem strukturer, men er noget, der skabes af de personer, der er involverede i arbejdet med at stable tilbudene på benene til de sindslidende i behandlingspsykiatrien, i den sociale sektor eller i en af de tilgrænsende sektorer. Dette viser sig ikke mindst i forbindelse med de dele af interviewene, som omhandlede mulige barrierer eller forhindringer for skabelse af sammenhæng i tilbudene. De juridiske, forvaltningsmæssige og økonomiske forhold spillede en meget lille rolle i de interviewedes fremstillinger, mens normer for samarbejdspraksis og værdierne vedrørende indstilling til samarbejde havde en væsentlig placering. Dette illustreres af følgende citat fra et af de gennemførte interview: *'Modellen har mange flere muligheder end barrierer, så længe der er fredstid, men hvis der bliver krigstid bliver der mange flere barrierer.'*

Et andet eksempel vedrører erfaringerne med introduktion af OP-teamene, hvor det er en generel erfaring, at der opstår problemer på trods af, at der er foretaget information og gennemført dialog mellem repræsentanterne for de teams, som var under etablering, og de på daværende tidspunkt kommende samarbejdsparter. Problemernes kerne syntes at være manglende overensstemmelse i forståelsen af OP-teamenes arbejdsgrundlag og opgaver. Der viste sig endog store forskelle i opfattelserne på baggrund af divergerende værdier med hensyn til hvilken indsats, der var mest relevant i forhold til gruppen af sindslidende.

I nogle tilfælde blev etablering af strukturer fremhævet som nødvendige for at løse en værdimæssig konflikt, som det fremgår af omtalen af etableringen af en følgegruppe for OP-teamet i Tønder. Denne følgegruppe skulle løse problemer i samarbejdet mellem kommunerne og OP-teamet, og dette skete gennem at flytte problemet fra den direkte samarbejdsrelation til et indirekte forum, nemlig følgegruppen.

4.5.3 Integreret eller selvstændig indsats

En af de væsentlige forskelle mellem de seks ordningers initiativer vedrørende de svært psykisk syge består i, om det er valgt at styrke og udvikle de eksisterende ordninger, evt. gennem integrering af et supplerende tilbud, eller om det vælges at etablere en helt selvstændig organiseringsform.

Hvor Fyns amt har valgt at lade de integrerede teams øge vægtningen af den behandlingsmæssige side af indsatsen og overlade en større del af ydelsen af social støtte til andre tilbud i kommune og amt, og Vejle Amt har intensiveret tilbudet gennem en udvidelse af aftalerne med kommunerne vedrørende udpegning af tovholdere, så har de andre amter og H.S. valgt at supplere med særskilte initiativer.²⁷ Her fremstår etableringen af de tre OP-teams mest tydeligt, som etablering af et anderledes, selvstændigt og omfattende tilbud, med behandling i hjemmet og en assertiv indsats.

Ses der på de gennemførte interviews, lyder begrundelserne fra hhv. Fyns og Vejle amter, at man har tilbud svarende til den opsøgende og assertive indsats til svært psykisk syge, som OP-teamene repræsenterer, og at der derfor ikke er behov for en særskilt organisation som et team, men en præcisering af opgaver i det eksisterende system. Dette gælder også udpegningen af en særligt ansvarlig kontaktperson - eller casemanager - for hver patient.

4.5.4 Organisering af indsatsen - 'turn-key' eller tilpasning som udgangspunkt

Som det fremgår af beskrivelsen af de seks ordninger, er der forskel på, hvor detaljeret ordningernes organisering er beskrevet forud for realiseringen af introduktionen af ændringsforslag og nyskabelser. Mange nyskabelser, der introduceres, har karakter af 'organisatoriske standarder',²⁸ dvs. organiseringsformer, der synes at byde på de fordele, som den eksisterende organiseringsform savner. Den organisatoriske standard stammer ofte fra andre lande eller andre sektorer, og kan være beskrevet mere eller mindre detaljeret. Begrebet 'casemanager' er en sådan standard på samme vis som OP-teams.

Umiddelbart kan det virke som om, at det både er forbundet med fordele og ulemper at anvende en type af standard som 'OP-team', som på forhånd er velbeskrevet i detaljer og med dokumentation af klinisk effekt ved anvendelse af modellen i udlandet. På denne vis tolker man det således, at man overtager et færdigt koncept - en 'turn-key'²⁹ fornyelse - der lader sig anvende over for den definerede og afgrænsede målgruppe. Fordelene består i, at der på forhånd eksisterer en tolkning af metoder, opgaver og arbejdsdeling, som kan anvendes mere eller mindre direkte, mens ulemperne kan bestå i, at denne tolkning ikke automatisk eller umiddelbart harmonerer med andre tolkninger af valget og fordelingen af arbejdsopgaver, fx mellem et OP-team og de øvrige psykiatriske og sociale tilbud.

²⁷ - selv om det kan debatteres, om Casemanager-modellen i Nordjylland er en selvstændig ordning eller integreret i sygehusets tilbud. Jeg har vurderet, at det er en selvstændig ordning.

²⁸ 'Organisatorisk standard' anvendes her i neo-institutionel organisationssociologisk forstand, Brunsson & Jacobsson, 2000. P. 143.

²⁹ Turn-key er et udtryk fra industrien, der betegner en situation, hvor man etablerer en produktion ved at købe et fuldt færdigt produktionsapparat, og man således kun skal dreje nøglen for at starte - turn-key...

Som det fremgår, mødte etableringen af integrerede teams i Odense en vis modstand, og noget tilsvarende var tilfældet for de etablerede OP-teams. Det lader sig ikke afklare entydigt, hvilken tilgang, der byder på flest fordele, men noget tyder på, at der kan opnås fordele ved en tidlig introduktion og mere dybdegående involvering af fremtidige samarbejdsparter, hvis man vælger et færdigt koncept. Dette kan imidlertid være vanskeligt at opnå, da det er indtrykket, at der ved introduktionen af OP-teams på de tre forsøgssteder foregik en sådan introduktion, men at dette ikke forhindrede vanskeligheder ved introduktion og opstart af den nye organiseringsform.

4.5.5 Det opsøgende element - direkte og indirekte vægtning

Det opsøgende element nævnes i forbindelse med alle seks ordninger: ved de tre OP-teams indgår det som bekendt i navnet og som et væsentligt led i det assertive koncept. I de andre ordninger fremgik det af interviewene med de medvirkende i ordningerne og/eller samarbejdsparterne, at det indgik i som en del af opgaven at være assertiv i forhold til de kontaktsvage brugere, der havde mulighed for drop-out af behandling og sociale tilbud. At optræde assertivt er derfor blevet en del af tolkningen af rollen som kontaktperson.

Interviewene peger på flere definitioner på, hvad en opsøgende indsats inden for psykiatrien egentlig består i:

- Den første er en primært opsøgende funktion, som består i at finde og give et behandlingsmæssigt og socialt tilbud til de borgere med psykiske lidelser, som aldrig har haft kontakt til behandlingssystemet eller særlige sociale tilbud, eller alternativt ikke har haft kontakt til behandlingssystemet eller sociale myndigheder med særlige tilbud til psykisk syge i en længere periode, hvorfor de reelt må betegnes som uden kontakt.
- En sekundært opsøgende funktion kan forstås som den indsats, der ydes når en borger er kendt som psykisk syg/sindslidende, men har afbrudt eller er i gang med at afbryde kontakten til de myndigheder, der har ydet behandlingsmæssige og/eller sociale tilbud til vedkommende. Det opsøgende tilbud i en sådan situation vil bestå i en assertiv tilgang med gentagne henvendelser til borgeren.
- En eventuel tredje type af opsøgende funktion kan bestå i at opsøge og styrke patientens netværk i forbindelse med opstået eller tilbagevendende psykisk sygdom/sindslidelse. Netværket kan bestå i pårørende og bekendte, men også i eventuelle arbejdskolleger, naboer eller andre med en vis kontakt til den psykisk syge person.

4.5.6 Casemanager - kontaktperson

I Sundhedsstyrelsens 'Målsætninger for kvalitet i Distriktpsychiatrien' (1998) nævnes det, at man i mange behandlingsenheder har valgt at arbejde efter

case manager-princippet, forstået som et primærbehandler-princip, og der henvises til Madison-modellen.³⁰ Der kunne være henvist til andre dokumenterede erfaringer med case-management inden for psykiatrien,³¹ og arbejdet med assertive outreach i Storbritannien. Begrebet casemanager er således blevet en organisatorisk standard i sig selv, men i modsætning til det mere snævert definerede begreb 'OP-team' er 'casemanager' en uklar standard, som fra starten giver vide muligheder for lokale tolkninger og transformationer. Det er derfor et begreb, som kan anvendes i mange forskellige sammenhænge, sådan som en interviewperson på Falster gjorde opmærksom på, i den mening, at det kunne give problemer på længere sigt, hvis enhver indsats over for sindslidende blev varetaget af personer, der kaldte sig casemanagers, uden at dette var afgrænset og defineret klart.

Noget tilsvarende blev fundet i forholdet til begrebet 'tovholder', som ikke bare blev anvendt i interviewet i Vejle, men også blev anvendt af nogle af de interviewede i andre ordninger, når der skulle findes en betegnelse, som kunne anvendes til forklaring af organiseringen af tilbudet og indholdet af opgaven over for de sindslidende. Begrebet 'tovholder' sættes derfor ind for at udtrykke den tolkning af opgavens indhold, som de interviewede har valgt at anvende.

4.5.7 Sammensætning af teams, fagligt udgangspunkt og sektorsamarbejde

Hvordan udvikler samarbejdet sig mellem behandlingspsykiatri og kommunale tilbud set ud fra de forskellige muligheder, der er for at sammensætte nye tilbud fagligt, størrelsesmæssigt og indholdsmæssigt på forskellige leder. Der synes at vise sig problemer, når et nyt tilbud har et vist stort omfang, og synes at blive introduceret uden at der gennemføres den rigtige/tilstrækkelige dialog.

Og hvad betyder selve måden, et nyt initiativ bliver introduceret på - når det bliver introduceret som en færdig model, med en på forhånd fastlagt målgruppe og arbejdsmåde.

Der synes i flere tilfælde at have været tale om, at nye tilbud og/eller organiseringsformer er blevet introduceret og søgt indarbejdet på baggrund af en strukturel beskrivelse eller en dokumentation af resultater i diverse studier. Undersøgelsen peger på, at en mangelfuld aktiv inddragelse af relevante interessenter og aktører i valget af og indarbejdelsen af en ny model har ført til, at der er anvendt meget tid og dermed også mange ressourcer på at udvikle og afklare uoverensstemmelser mellem parterne.

4.5.8 Den tidsmæssige dimension

De integrerede teams (og samarbejdsteams) i Fyns Amt har eksisteret i over 10 år, og har således haft en lang periode til at udvikle såvel det interne sam-

³⁰ S. 74.

³¹ Herunder Steve Onyetts arbejder vedrørende case-management og teamwork, der bl.a. har dannet reference for udviklingen af casemanagement-modellen i Nordjyllands Amt.

arbejde i den teamorganiserede psykiatri og til at udvikle samarbejdsrelationerne rundt omkring disse - til den øvrige behandlingspsykiatri og til de kommunale tilbud - samt videre til praktiserende læger mv. Som det fremgår af beskrivelsen af ordningen, var opstarten forbundet med en række problemer med hensyn til afklaring af struktur og opgavedeling, men dette er reduceret væsentligt over de 10 år, selv om det fremgår, at der er forskellige opfattelser af opgaver og fremgangsmåder, og at dette kan medføre problemer for samarbejdet. Der kan derfor peges på, at det ikke var den valgte struktur i sig selv, som medførte, at modellen har opnået succes, men nærmere det forhold, at der er anvendt energi og ressourcer gennem de 10 år til at udvikle såvel tilbud som samarbejdsrelationer.

Tilsvarende gælder for udviklingen af samarbejdet i Vejle amt, hvor det set udefra umiddelbart må kræve en vis gensidig tillid, når der skal introduceres en model, hvor den instans, der skal være den koordinerende og dermed førende i samarbejdet, kan udvælges af patienterne. Der afgives således potentielt en del suverænitæt og kontrol i begge systemer. Denne tillid kan være baseret på, at der er valgt model for mange år siden, og at der har været en længere periode til at indarbejde rutiner for samarbejde og viden om samarbejdsparternes intentioner, tankegang og arbejdsmønstre. De to OP-teams i Tønder og på Falster, der har eksisteret hhv. fra foråret 2001 og foråret 2002, har stadig en række af disse problemer inde på livet, men det er karakteristisk, at der er sket en udvikling fra 1. til 2. interview, da udtalelserne er blevet mere tilbageholdne, og der fremkommer flere positive tilkendegivelser vedrørende samarbejdet. OP-teamene udgør en relativt stor struktur i denne sammenhæng, da de etableres på et område, hvor der allerede eksisterer tilbud, der på mange punkter ligner dem, som OP-teamene vil varetage. Derfor kan den tidsmæssige dimension spille samme rolle, som noget tyder på, at den har gjort på Fyn, da der er brug for tid til gensidig tilpasning og tilvænning.

En anden type af erfaring repræsenteres af Nordjyllands Amts forsøg med etablering af en ordning bestående af en enkeltstående casemanager med bagland. Denne ordning er også nyetableret, men har måske været baseret på en så omfattende - og eksklusiv - kontakt til en svært tilgængelig patientgruppe i forbindelse med udskrivningsforløbene fra den psykiatriske afdeling, at dette har udformet sig som varetagelse af en niche, som alle er glade for bliver varetaget. Ordningen tager fat i patienterne samtidig med, at de bliver udskrevet fra sygehuset, så kommunerne ikke ser det som et problem, og den psykiatriske afdeling ser et problem løst med mange gentagne indlæggelser.

Yderligere et forhold kan karakteriseres som den størrelsesmæssige dimension:

4.5.9 Den størrelsesmæssige dimension

Det kan have en vis betydning, om en nyskabelse har et relativt stort omfang - som fx et team, der skal tage sig af 60-100 patienter - eller om det drejer

sig om en mere begrænset indsats, der ikke i sig selv går ind på områder, der varetages af andre.

Casemanager-projektet i Nordjylland udgøres til gengæld af kun en enkelt persons indsats,³² og har bevidst kun et meget begrænset caseload - 6-7 - for at kunne leve op til sin målsætning om tæt kontakt og ønsket om etablering af et tillidsforhold mellem patienter og system. Projektet fylder på denne måde ikke særligt meget - heller ikke psykologisk hos samarbejdspartnerne, hvor funktionen glider ind og løser en opgave, som ingen har haft mulighed eller ressourcer til at løse førhen. Tværtimod er udskrivelsesfasen et felt, hvor der traditionelt er et hul mellem sengepsykiatrien og de eksterne tilbud, hvorfor en indsats på feltet bydes velkommen.³³ Samme effekt kan formodes at optræde i forbindelse med Tovholdermodellen i Vejle, hvor behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien har udviklet sig parallelt, og den nye organisering ikke placeres i en selvstændig ramme, men integreres i den eksisterende struktur som en styrkelse af et eksisterende netværk.

4.5.10 Den faglige dimension - det sundhedsfaglige og det socialfaglige

Hvor meget betyder det, at det tilbud, der skal gøre det ud for at knytte sammenhængen mellem de to systemer, har den ene eller den anden sammensætning? Det er svært at gennemskue hvilken betydning det har for samarbejdsfladen i kommunerne, at casemanageren i Nordjylland er ergoterapeut af uddannelse, ligesom det er svært at sige noget entydigt om den forskellige sammensætning af de to OP-teams i hhv. Tønder og på Falster har nogen betydning for udviklingen af deres samarbejdsrelationer til kommuner og behandlingspsykiatri.

Der er en række forskelle i organiseringen af sammenhængen mellem og integreringen af den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats overfor de sindslidende. Dels er der de rent strukturelle forhold - hvad består indsatsen i, hvor er den organiseret og hvordan er arbejdsdelingen tilrettelagt mellem de medvirkende instanser. Men herudover er der diskussionen af det hensigtsmæssige i anvendelsen af tilbud til de sindslidende i hhv. en socialfaglig og en sundhedsfaglig sammenhæng. Denne diskussion eller dialog foregår på et principielt niveau, hvor det forudsættes, at det er muligt et eller andet sted at trække en streg i noget flyvesand, der endegyldigt skiller socialfaglig fra sundhedsfaglig indsats. Der er ikke fundet konsistente udsagn vedrørende en sådan absolut grænse mellem det social- og sundhedsfaglige indhold i en indsats i 'det grå felt' mellem lokalt orienteret behandlingspsykiatri og lokalt orienteret psykosocial støtte.

Dette ses særligt af diskussionerne vedrørende de opsøgende psykose-teams, hvor en del af den sociale indsats, der er inkluderet i OP-teamenes arbejde, befinder sig i den samme gråzone som det psykosociale arbejde, der udføres af kommunerne støtte-kontaktpersoner. Når der derfor gøres en

³² .. dog suppleret med et par støttende baggrundspersoner i en lille gruppe,

³³ Projektet er blevet oplevet som så relevant, at det nu er permanentgjort under Aalborg Kommune.

indsats for at skille karakteren af de to typer indsats ad ved at indføre en absolut definitorisk skelnen, så kan det ind imellem virke som om, at fronterne bliver tegnet mere skarpt op, end de aktuelle forhold kan bære - der er således et behov hos forskellige parter for at fastslå, at den indsats, man selv står for, har et særligt indhold, der ikke kan varetages af andre - som fx når man i OP-teamene forklarer, at deres socialpædagogiske indsats har et klart og velafgrænset terapeutisk sigte, som psykiatrimedarbejderne i kommunerne ikke indeholder i deres indsats.

Denne diskussion får ekstra næring, når den gennemførte eller foreslåede indsats kan henføres til forskellige paragraffer i Serviceloven, fx § 71 (om tildeling af hjemmehjælp) eller § 73 (om tildeling af bostøtte) - hvor støtte givet efter § 73 har et socialpædagogisk sigte i modsætning til § 71.

En afsluttende kulturelt relateret bemærkning vedrørende forholdet mellem den sundhedsfaglige og den sociale behandling kan tage udgangspunkt i nogle interviewudtalelser fra Odense. Udsagnene pegede på, at selv om de integrerede teams har eksisteret i mere end 12 år, og samarbejdet kan karakteriseres som stærkt udbygget, er det stadig oplevelsen, at der kan optræde et skel mellem den behandlingsmæssige og den socialpsykiatriske del af teamet, dets ledelse og omgivelser. Pointen er, at udviklingen af samarbejdet på tværs af det, der kan kaldes en kulturel barriere, ikke stopper, når teamet er etableret og aftalerne skrevet ned, men fortsætter med at være en opgave for ledere og medarbejdere.

4.5.11 Den faglige sammensætning af tilbud og teams

Det er karakteristisk, at der udspiller sig en diskussion om det hhv. socialt støttende og det behandlingsmæssige indhold i tilbud, der i nogle henseender har et indhold med mange fællestræk. Det viste sig i udsagnene fra OP-teamene om teamenes terapeutiske anvendelse af sociale aktiviteter, hvor det var holdningen eller udmeldingen, at man i socialpsykiatrien og andre socialt organiserede tilbud alene anvendte aktivering som social færdighedstræning.

Når et af OP-teamene gennemfører gruppesessioner som social færdighedstræning, er dette så et terapeutisk tilbud, mens social færdighedstræning i hænderne på en socialpædagog i en kommunal socialpsykiatri alene er en aktivering eller ADL?³⁴

En særlig debat her ligger i den faglige sammensætning af teams, hvor de repræsenterede OP-teams har noget forskellig sammensætning. Den større sundhedsfaglige orientering af OP-teamet i Tønder peger på ønsket om at levere en anden slags tilbud end det OP-teamet på Falster - og evt. de to H:S teams.

Når casemanageren i Nordjylland arbejder med opfølgning på indlæggelser, har han så gjort det sundhedsfagligt som ergoterapeut eller socialfagligt ud

³⁴ Activities of Daily Life - en aktiverende indsats med henblik på optræning af en person til selvstændigt at klare dagligdags aktiviteter som fx at købe ind.

fra en beskæftigelses-/aktiveringsvinkel? Det fremgår af casemanagerens egne udtalelser, at denne opdeling er irrelevant i det konkrete arbejde med patienten, hvor opgaven består i at give et tilbud sammensat efter de behov, som patienten og casemanageren i fællesskab finder ud af er de mest fremherskende. Dette fjerner imidlertid ikke spørgsmålet om der tages et fagligt eller andet udgangspunkt, når disse behov skal defineres, beskrives og dækkes.

En videre diskussion af dette peger hen på, om indholdet af en indsats bestemmes af det organisatoriske regi, den finder sted i, af den uddannelse som fagpersonen har eller af den forståelse patienten/brugeren har.

4.5.12 Grænsen mellem den opsøgende indsats og patientens rettigheder

Det er ikke kun de tre OP-teams, der peger på, at de foretager en opsøgende indsats. De øvrige ordninger peger også på, at denne dimension indgår i deres arbejde i større eller mindre omfang i forbindelse med varetagelse af kontaktpersonfunktioner mv. over for psykisk syge brugere med særligt behov for tæt kontakt og med risiko for gentagne tilbagefald. Dette gælder naturligvis for case-manager modellen i Nordjyllands Amt, der er baseret på en tæt kontakt med brugerne og dermed også mulighed for at fungere opsøgende, men også for tovholdermodellen, hvor netværket af kontaktpersoner har mulighed for at opfange et behov for opsøgende aktiviteter og de integrerede teams i Odense, som har udviklet den opsøgende funktion som en del af det tværgående beredskab.

Der bliver peget på en juridisk uklarhed omkring det opsøgende element i indsatsen hos såvel OP-teams som i andre typer ordninger, idet patientens ønsker og rettigheder skal respekteres, samtidig med, at der kan være tale om, at en psykiatrimedarbejder foretager en opsøgende indsats, der ikke er aftalt eksplicit med patienten. Der hæftes mange formuleringer på denne type situationer, som omhandler personalemedlemmernes praktiske håndtering af hensynet til patienten, hvordan patienten tages med i beslutninger etc. Imidlertid er der ingen klar afgrænsning af, hvor 'langt' personalet fra hhv. behandlingspsykiatri og kommuner har mulighed for at gå, set i forhold til hvor syg/dårlig patienten er. Kun i situationer, der klart kan defineres som indebærende en risiko for patienten selv eller andre, eller hvor behandlingsbehovet er så stort, at det vil være uforsvarligt ikke at opfylde det, findes der et velafgrænset og nogenlunde entydigt lovgrundlag.

Dette medfører (naturligvis), at der etableres en praksis for håndtering af sådanne situationer, der skabes på baggrund af nogle professionelle, fag-etiske og rent praktiske overvejelser. Selv om der eksisterer en overlevering af en sådan praksis gennem forskellige kanaler som fagblade, kurser, konferencer og øvrige veje, som anvendes når idéer og erfaringer spredes inden for og mellem faggrupper, så vil der givet finde en lokal tolkning sted af, hvordan diverse konkrete situationer skal gribes an. Disse uklarheder bliver ikke mindre, når en indsats, der reguleres gennem Sygehus- og Psykiatriloven

mv., skal koordineres og sameksistere med en social indsats, der ydes efter Serviceloven.

Denne uklarhed er trådt i forgrunden ved etablering af OP-teams, som netop har det opsøgende og assertive element indbygget som arbejdsgrundlag, hvorfor der fra start er lagt op til at grænsen mellem en fagetisk forpligtelse til at blande sig og en etisk grænse for indblanding i borgeres privatliv - herunder psykiatriske patienter - skubbes eller i hvert fald afsøges.

4.5.13 Organisatorisk isolation af det velfungerende team

Tendensen i teams kan være at lukke sig om sig selv - en form for organisatorisk isolation set i forhold til den mere åbne og netværkssøgende organiseringsform. Dette kan ikke mindst være tilfældet, når organiseringen, som fx et OP-team, tilsyneladende rummer det fulde nødvendige potentiale - i OP-teamets tilfælde kapaciteten til at levere et sammenhængende behandlingsmæssigt og socialpædagogisk tilbud.

Dette rummer såvel en styrke som en svaghed - når man i OP-teamene anvender en hel del tid og øvrige ressourcer på at opbygge teamfølelse etc., så er dette udtryk for såvel en mulighed som en begrænsning. Man kan optimere den interne kommunikation og det interne samarbejde, samt opruste fagligt i bestemte retninger, men dette er ikke nødvendigvis befordrende for etableringen af et sammenhængende psykiatrisk tilbud. Det kræves således at man forholder sig bevidst sig til denne 'ø-dannelse', som det blev benævnt i et interview. Der peges mere eller mindre direkte på, at det kan virke uhensigtsmæssigt på længere sigt, når udviklingen af en sammenhængende indsats som psykiatrien bliver for ensidigt projektorienteret. Dette kan føre til, at der evt. kan spores en tendens til, at succesen ikke måles ud fra, om det er lykkedes at skabe sammenhæng i psykiatrien, men ses ud fra det enkelte projekts præmisser.

4.5.14 Tolkningen af barrierer

Barriererne for realiseringen af intentionerne i de psykiatriske tilbud om behandling og støtte udgøres af de tolkninger, der foretages af ledere, medarbejdere, planlæggere etc. af betingelserne for at udføre de relevante behandlende og støttende funktioner samt gennemføre de relevante samarbejdsforløb. Dette rækker fra tolkninger af samarbejdsviljen hos diverse samarbejdsparter, af indholdet i den relevante lovgivning, af de økonomiske relationer, etc.

I mange af interviewene blev der peget på, hvorledes nogle af de strukturelle forhold, der potentielt kan ligge i forvaltningsloven, persondataloven etc., kun i sjældne tilfælde eller i bestemte situationer udgjorde reelle barrierer for samarbejdet og dermed for den sammenhængende psykiatri. Det var et helt gennemgående træk i undersøgelsen, at disse forhold ikke blev tolket som særligt væsentlige, hvilket bl.a. skete på baggrund af, at disse forhold indgik som led i de basale forudsætninger for indsatsen. De potentielt begrænsende strukturelle forhold, som sætter visse rammer for aktiviteterne,

er indarbejdede i tolkningen af den praktiske håndtering af arbejdsopgaver og samarbejde.

Dette medfører, at de væsentligste barrierer for ledere og medarbejdere i de sammenhængende psykiatritilbud defineres ud fra deres eget perspektiv, som består i de daglige problemer, der synes at opstå af forskellige årsager. De strukturelle barrierer har ingen stor rolle i den sammenhæng, hvorimod der i nogle situationer var problemer med at indgå i samarbejdsrelationer på grund af en mangelfuld gensidig forståelse for samarbejdets præmisser og indhold.

Samtykke, etik og force majeure

Som det er fremgået, var der stort set ingen af de interviewede, der pegede på problemer i forbindelse med opnåelse af skriftligt samtykke fra patienterne til overførsel af information og gennemførelse af samarbejde. Nogle pegede på, at det i nogle situationer, hvor det ikke var muligt at opnå skriftligt samtykke, i stedet blev opnået mundtligt samtykke, og endelig pegede nogle på anvendelse af princippet om forventet opnåelse af samtykke i situationer, hvor det var relevant at gennemføre en indsats over for en sindslidende uden dennes samtykke.

Den klare melding om, at dette område ikke udgør en væsentlig barriere, er specielt relevant når samtlige beskrevne ordninger melder ud, at deres indsats har elementer af opsøgende arbejde over for patienterne.

Kommunernes økonomi - og amternes

Det var et generelt indtryk, at der var opmærksomhed på kommunernes begrænsede økonomi, men dette forhold blev betragtet som en indarbejdet forudsætning, som generelt ikke var forbundet med, at kommunerne ikke ville anvende ressourcer på deres psykisk syge borgere, men havde at gøre med, at nogle kommuner evt. ikke rådede over bestemte tilbud og lignende.

Samarbejde mellem forvaltninger

Det var det generelle indtryk gennem undersøgelsen, at der gennemgående er en stor samarbejdsflade mellem amter og kommuner og mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri i amt og kommuner. Dette gælder fx indgåelse af aftaler og kontrakter mellem amt og kommuner i Vejle, men også eksempelvis etableringen af en følgegruppe bestående af amtslige og kommunale repræsentanter i Tønder og på Falster. På Falster var følgegruppen etableret fra starten af OP-teamets levetid, mens den i Tønder blev etableret i forbindelse med problemer i holdningerne mellem kommuner og OP-teamet. Der findes yderligere eksempler på, at det synes at være den basale holdning, at samarbejdet skal bringes til at fungere.

Det var også karakteristisk, at hvis der var eksempler på, at der var problemer i det forvaltningsmæssige samarbejde, så blev der arbejdet godt sammen i det konkrete patientarbejde. Når der derfor afslutningsvis skal kommenteres på begrebet 'barrierer' og barriererne i arbejdet med psykiatri og

psykisk syge mennesker, så synes barrierer ofte at have en sekundær placering, når der skal samarbejdes i den aktuelle situation, hvor der er brugere involveret, mens barriererne har en større plads i den forvaltningsmæssige og administrative bevidsthed.

4.5.15 Variation eller standardisering

Set på afstand kan det virke irrationelt, at der vælges forskellige løsninger i amterne (og i kommunerne), når det grundlæggende er den samme opgave, der skal løses. Dette kalder umiddelbart på forslag om standardisering af indsatsen, hvilket da også leder til initiativer fra Sundhedsstyrelsen, som publicering af rapporter om kvalitet inden for hhv. distriktspsykiatri,³⁵ voksenpsykiatri³⁶ og børne- og ungdomspsykiatri,³⁷ samt for helt nylig et udspil om værdigrundlaget for ydelsen af sociale tilbud til sindslidende.³⁸ Det har også tidligere ført til det fællesministerielle initiativ til fremrykning af udviklingen af psykiatrien,³⁹ ikke mindst med hensyn til oprustning af den kommunale indsats på feltet.

Der kan imidlertid skelnes imellem det hensigtsmæssige i på den ene side at forsøge at indføre nogle generelle faglige og/eller etiske principper for ydelse af behandling og sociale tilbud til psykisk syge borgere og på den anden side at forsøge at indføre fælles organiseringsformer for ydelsen af tilbudene. De generelle principper som fx en fremskudt indsats, systematisk inddragelse af brugeren i beslutninger etc. lader sig realisere i varierende grader under forskellige organiseringsformer, alt efter i hvilket omfang de tolkes som relevante at tage ind og anvende til ændring af den gældende praksis. Dette har fx vist sig med hensyn til anvendelse af psykoedukation og princippet om øget korrespondance og integrering mellem de behandlingsmæssige og de socialpædagogiske tilbud.

Til gengæld vil introduktionen og indarbejdelsen af nye organiseringsformer og organisatoriske strukturer i højere grad fremstå som 'håndfaste' og uigenkaldelige. Etablering af særskilte enheder eller specialiserede funktioner er samtidig forbundet med en vis symbolværdi, der bl.a. udspringer af den betegnelse, det vælges at anvende, som fx 'kontaktperson', 'Integrerede teams' og 'Opsøgende psykoseteams'. Som undersøgelsen har vist, så byder det ofte på problemer at introducere en sådan strukturel organisatorisk nyskabelse. Dette kræver en omfattende dialog og i mange tilfælde en længere tidsperiode med indarbejdelse af en praksis for gensidig forståelse og samarbejde.

³⁵ Sundhedsstyrelsen: *Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien*. København, 1998.

³⁶ Sundhedsstyrelsen: *Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien*. København, 1995.

³⁷ Sundhedsstyrelsen: *Målsætninger for kvalitet i børne- og ungdomspsykiatrien*. København, 1998.

³⁸ Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet: *Fælles værdigrundlag for den offentlige indsats i social- og sundhedssektoren for mennesker med en sindslidelse*. København, april 2004.

³⁹ Sundhedsministeriet og Socialministeriet: *Fremrykning af indsatsen for sindslidende. Redegørelse fra udvalget vedr. fremskyndet indsats for personer med sindslidelser (Fremrykningsudvalget)*. København: 1993.

Gennemførelsen af denne form for udviklingsforløb er bl.a. afhængig af de betingelser og muligheder, der eksisterer for dialog og samarbejde, og dette hænger videre sammen med mængden af interessenter og/eller samarbejdsparter, der er involveret i udviklingen. Set på denne baggrund kan man antage, at der findes en vis overgrænse for, hvor mange parter, der kan være involveret, og hvor lidt kendskab de kan have til hinanden, hvis der skal foregå en involverende og gensidig udvikling. Dette gør sig måske særligt gældende i tilfælde, hvor der skal udvikles samarbejdsforhold og -praksis på tværs af faglige og forvaltningsmæssige kulturer. Denne antagelse fører videre til, at det vil være mest hensigtsmæssigt, hvis størrelsen af samarbejdsmodellerne omkring ydelser af sammenhængende behandlings- og sociale tilbud ikke overstiger en vis grænse når der skal gennemføres større udviklingsinitiativer som fx introduktion af en særskilt enhed. Når der ses på hvilke ressourcer, der tilsyneladende er anvendt på afklaring af samarbejdsgrundlaget i nogle de beskrevne modeller, synes denne grænse at være nået i disse tilfælde.

Når der, som det er beskrevet, tages udgangspunkt i at organisationer ændres gennem de involverede aktørers tolkninger og transformationer af det eksisterende og det udefra kommende, så virker det hensigtsmæssigt, at indarbejdelsen af ændringer, som fx principper for behandling af psykisk sygdom, kan ske inden for rimelig fleksible grænser. Det virker hensigtsmæssigt, at indarbejdelsen af sådanne ændringer sker med hensyntagen til de eksisterende organisatoriske forhold, som fx at der inden for psykiatrien i et geografisk område findes en række tilbud, der af historiske og andre årsager har den udformning, de har. Skal der derfor peges på, om udvikling af psykiatrien bedst foregår gennem indførelse af ensartede strukturer på landsplan, eller om det er mere realistisk at lade indførelse af principper for behandling og sociale tilbud indgå i de eksisterende strukturer suppleret med nyskabelser, så er der, hvis der tages afsæt i en aktørorienteret organisationsforståelse, god mening i at vælge det sidste alternativ. Igen skal der peges på, at denne tilpasning - tolkning og transformation - sker mest hensigtsmæssigt i overskuelige organiseringer, hvor de beskrevne eksempler synes at udgøre en overgrænse.

5. Hvad koster det at behandle patienter i opsøgende psykoseteams?

5.1 Indledning

Indeværende omkostningsanalyse er gennemført som en retrospektiv evaluering af forsøgene med opsøgende psykoseteam (OP-team) i Storstrøms og Sønderjyllands Amter, herunder et "follow-up" studie af patienter i behandling under OP-team. Der foreligger ikke outcome data, der muliggør effektivitetsvurderinger og dermed en egentlig cost-effectiveness analyse. Oprindeligt skulle H:S have været inkluderet, men da OP-teamene endnu ikke er fuldt implementeret, har det ikke været muligt at medtage data for H:S. Det bemærkes, at datakvalitet og sammenligneligheden mellem ordningerne i Storstrøms og Sønderjyllands Amt og deres kontekster besværliggør analyserne og giver en omfattende resultatpræsentation. Resultaterne bør derfor tolkes med forsigtighed.

Der er i forbindelse med omkostningsanalysen ikke givet en selvstændig præsentation og beskrivelse af de to ordninger med OP-team, idet der henvises til ordningernes egne publikationer og beskrivelser samt beskrivelsen og analysen under den organisatoriske evaluering. Der har tillige været gennemført en sammenligning af økonomiske nøgletal for de 6 amter, som har ordninger inden for sammenhængende psykiatri. Denne sammenligning er præsenteret i bilag 9.

Designet af omkostningsanalysen, herunder dataindsamlingen er baseret på helt eller delvist eksisterende data, således at der fra DSI's side ikke skulle foretages en primær dataindsamling. Hensigten var, at ordningerne/amterne selv skulle levere data. De igangværende forskningsprojekter har således leveret en række data til indeværende evaluering. Det har dog vist sig nødvendigt at definere og indhente selvstændige udtræk fra diverse registre, dels pga. af at en del af disse data ikke indhentes af ordningerne selv, dels fordi ordningerne ikke opgør data for de samme perioder, som det er nødvendigt i denne evaluering. Endvidere har der i forbindelse med omkostningsanalysen været taget kontakt til kommunerne i de respektive OP-teams optageområder.

Da erfaringer fra litteraturen peger på, at tidsdimensionen kan være afgørende for, hvordan antallet af "sparede sengedage" udvikler sig, når patienter behandles i et OP-team, ville det have været ønskeligt med længere opfølgningsperioder end muligt i indeværende analyse. Der henvises til ordningernes egne evalueringer, som vil have længere opfølgningsperioder.

5.2 Formål

Det overordnede formål er at beregne nettoomkostningerne for patienter i behandling i opsøgende psykoseteam i forhold til patienter i traditionel distriktpsychiatrisk behandling. Formålet er at undersøge, hvorvidt patienter i behandling under OP-team forbruger flere eller færre ydelser i sundhedssektoren end patienter i traditionel behandling. Der er en forventning om, at den ambulante behandling under OP-team koster mere, da det er en mere intensiv og opsøgende behandlingsform. Erfaringer fra udlandet har vist, at der kan være gevinster i form af færre og/eller kortere psykiatriske indlæggelser. Spørgsmålet er, hvorvidt den forventede højere ambulante omkostning opvejes helt eller delvist af potentielle effekter på sengedagsforbruget.

Det er endvidere evalueringens formål at:

- 1) Foretage en tentativ opgørelse af implementeringsomkostninger for OP-teamene.
- 2) Beregne såkaldte "inklusionsomkostninger" defineret som det, det koster at have en gradvis inklusion af patienter og derved operere med et relativt lavt case-load⁴⁰ i en indkøringsperiode.
- 3) Beregne driftsomkostningerne for en opstartsperiode på 6 måneder.
- 4) Beregne driftsomkostningerne for en 1-årig periode samt 2 år for Tønder.
- 5) Undersøge, hvorvidt behandling under opsøgende psykoseteam slår igennem på patienternes øvrige forbrug af sundhedsydelser, herunder især psykiatriske indlæggelser (indlæggelsesdage).
- 6) Lave en kasseøkonomisk analyse, der belyser, hvilke kasser (kommune, stat eller amt) der sparer penge, og hvilke kasser der har meromkostninger som følge af de opsøgende psykoseteams.
- 7) Perspektivere resultater i relation til resultater i den tidligere gennemførte Medicinske Teknologivurdering (MTV), herunder især sammenligning af sengedagsreduktionens størrelse.

5.3 Metode og forudsætninger

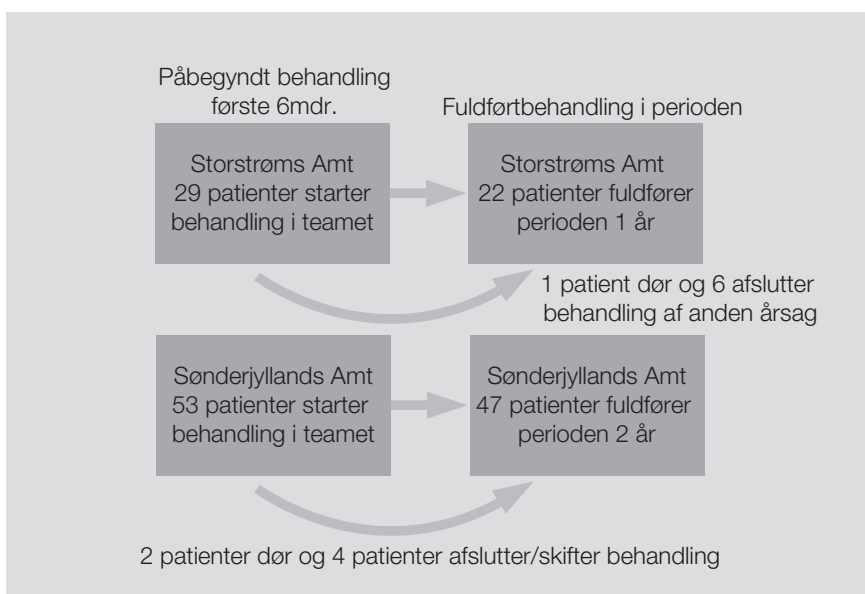
5.3.1 Analytisk tilgang

Omkostningsanalysen af de to ordninger med OP-team gennemføres som en "Intention-To-Treat Analyse" (ITT-analyse). Dette betyder, at omkostninger (eller forbrug af ydelser) indgår for patienten for hele den definerede periode,⁴¹ hvis patienten først er startet i behandling under et opsøgende psykoseteam uanset, at patienten afslutter sin behandling ved fx at overgå til anden behandlingsform. Patienter som dør undervejs vægtes i forhold til, hvor længe de har været inkluderet (inklusionsdato - dødsdato).

⁴⁰ Case-load siger noget om antallet af patienter pr. behandler. Dvs. et lavt case-load betyder, at der er relativt færre patienter pr. behandler end ved et højere case-load. Case-load ved ACT-lignende ordninger er ofte beskrevet med et case-load på 1:10, mens distriktpsychiatrien nærmere har et case-load på 1:20.

⁴¹ De definerede perioder er 6 måneder og 1 år fra opstart for både Storstrøms og Sønderjyllands Amt. For Sønderjyllands Amt indgår tillige en 2-årig periode.

Figur 1 viser princippet i en ITT-analyse, idet kasserne i venstre side viser ITT-populationen,⁴² dvs. de patienter, som indeværende analyse er baseret på. Det drejer sig om patienter, som er startet behandling under OP-team inden for de første 6 måneder efter teamets opstart. Kasserne i højre side viser Per-Protocol-Populationerne (PPT-populationen), dvs. de patienter, som modtager behandling i hele de definerede perioder, og derved stadig er i behandling under teamet ved den pågældende periodes afslutning. Hvis en patient fx er inkluderet i OP-teamet i Tønder d. 5. juni 2001, og har afsluttet behandling af anden årsag end død betyder det, at patienten alligevel indgår i analysen. Denne form for analyse kan indebære, at effekten af behandling "fortyndes" af de personer, som ikke vedbliver i behandling under OP-teamet i hele perioden.



Figur 1: Intention-To-Treat analyse

Som supplerende analyse blev der imidlertid gennemført en "Complete case analyse", hvor der kun blev medtaget omkostninger (forbrug) for patienter (PPT populationen), der var med i hele den definerede periode. Disse patienter er de patienter, som illustreres i kasserne i højre side i figur 1. Det betyder, at patienter, som enten døde eller udgik af anden årsag, ikke blev inkluderet, såfremt de ikke havde været inkluderet i teamet i hele perioden. Hvis patienten havde været med i hele den 6 måneders periode, men ikke har været med i hele 1 års perioden, inkluderedes patientens omkostninger for

⁴² ITT-populationen kunne også opfattes som de registeridentificerede patienter samt den efterfølgende selektion. Størstedelen af disse patienter har på grund af tidsmæssige faktorer ikke nået at blive inkluderet i teamet i den periode, som denne evaluering fokuserer på.

6 måneders perioden, men ikke for 1 års perioden. Denne supplerende analyse er med til at beskrive det compliance problem, som er skitseret ovenfor. På den måde undersøges det, hvorvidt behandlingseffekten blev udtynnet af de patienter, som ikke er forblevet i behandling i hele perioden.

5.3.2 Design af analyse

Indeværende analyse er designet som et "follow-up studie", hvor en gruppe af patienter (interventionsgruppen) får behandling under et OP-team, mens en anden gruppe af patienter (kontrolgruppen) modtager traditionel psykiatrisk behandling, dvs. distriktskykiatrisk behandling. Formålet er at undersøge, hvorvidt patienter i behandling under OP-team forbruger flere eller færre ydelser i sundhedssektoren end patienter i traditionel behandling. Afgrænsning til sundhedssektoren er alene sket ud fra en praktisk omstændighed, idet det ikke har været muligt at få systematiske data for socialsektoren og den øvrige kommunale sektor.

Oprindelig blev der gennemført en registerbaseret analyse, hvor såkaldt "svært psykisk syge" patienter blev identificeret ud fra nedenstående kriterier, som også er blevet anvendt i etableringen af kontrolgrupper i de to amter. Der er tale om en selekteret patientgruppe, idet man fra teamets side efter registerudtrækket har vurderet, hvorvidt den enkelte patient ville have gavn af at indgå i et opsøgende psykoseteam.

Kontrolgruppen, som er benyttet i indeværende analyse, er baseret på et udtræk fra Psykiatrisk Centralregister. De to amter/ordninger har selv etableret de endelige kontrolgrupper. De to ordninger vil i deres egne evalueringer med længere opfølgningsperioder lave en parvis matchet kontrolgruppe. I indeværende evaluering er kontrolgrupperne ikke matchet. I Tønder er kontrolgruppen ikke selekteret, mens kontrolgruppen på Falster er delvist selekteret. Kontrolgrupperne opfylder nedenstående kriterier:

1. Bosiddende i kontrolområdet
2. Har en af diagnoserne F20 (skizofreni), F22 (paranoid psykose), F25 (skizo-afektiv psykose), F31 (bipolar affektiv sindslidelse)
3. Har mindst fire indlæggelser eller 50 indlæggelsesdage de seneste 2 år eller
4. Har haft 50 deldøgnsindlæggelsesdage de seneste 2 år eller
5. Har bidiagnose inden for F10-F19 (misbrug) (bidiagnosen fordrer ikke indlæggelse).

I kontrolgruppen er udelukkende medtaget personer, som opfylder ovenstående kriterier, og som samtidig har kontakt til ambulant psykiatrien i hhv. Storstrøms Amt og Sønderjyllands Amt i kontrolområdet samt tilhører almenpsykiatrien.

Kontrolgruppen i Storstrøms Amt er udvalgt blandt personer i kommunerne Vordingborg, Langebæk, Præstø og Møn. Området udgør geografisk den ene halvdel af Blok Midt i Psykiatrien i Storstrøms Amt, hvor målgruppen for det opsøgende psykoseteam udgør den anden del af Blok Midt.

Kontrolgruppen i Sønderjyllands Amt er udvalgt blandt personer i Åbenrå-området. Interventionsgruppen kommer fra kommunerne, Tønder, Tinglev, Bredebro, Løgumkloster, Skærbæk og Højer.

Den statistiske sammenligning af psykiatriske, somatiske og sygesikringsomkostninger for interventions- og kontrolgruppe foretages ved en Poisson regressionsmodel. Statistiske tests er vist i bilag 7.

5.3.3 Definition af omkostninger - og forskelle på omkostninger og udgifter

Dette afsnit kan springes over af den økonomisk kyndige, da formålet alene er at lette forståelsen af de økonomiske beregninger.

I en økonomisk evaluering (herunder også omkostningsanalyse) er det vigtigt at forstå, at omkostninger ikke nødvendigvis er det samme som eller lig udgifter. I en økonomisk evaluering er alternativomkostningen det grundlæggende omkostningsbegreb. Alternativomkostningen udtrykker værdien af de mistede sundhedsgevinster, der kunne være opnået ved at anvende ressourcerne (både penge og arbejdskraft) på en alternativ aktivitet. En omkostning er, når der sker et træk på ressourcer (penge eller menneskelige ressourcer), således at de ikke kan anvendes til et alternativt formål. I forståelsen af denne evaluering (og i øvrigt alle andre evalueringer) er det derfor vigtigt at skelne mellem omkostninger og udgifter, idet en del af de inkluderede omkostninger ikke figurerer som udgifter i hverken regnskaber eller budgetter. Et eksempel på en omkostning (og ikke en udgift) i denne analyse er case-managerens/kontaktpersonens tidsforbrug i forbindelse med uddannelse. At den pågældende person bruger tid på uddannelse har ikke nogen direkte betydning for budgettet, idet den anvendte tid blot indebærer, at der ikke udføres alternative aktiviteter (fx besøg hos patienterne). Forbruget af tid har derfor en alternativomkostning, idet tiden ikke kan bruges på alternative aktiviteter.

I økonomien skelnes traditionelt mellem direkte og indirekte omkostninger. I denne analyse omfatter direkte omkostninger omkostninger forbundet med implementering og drift af OP-teamet samt alle afledte nettoomkostninger. Det kan fx dreje sig om færre eller flere indlæggelser eller meromkostninger eller besparelser andre steder i systemet, som enten kan være andre steder i sundhedsvæsenet eller socialsektoren. Disse meromkostninger eller besparelser er en konsekvens enten direkte eller indirekte af, at man har implementeret et OP-team. Det er ikke vigtigt, hvem der afholder omkostningen, idet alle omkostninger i princippet skal medtages uanset, hvem omkostningen påfalder. Et eksempel på en sparet omkostning kan være frigørelse af personaleressourcer et sted i systemet til at løse opgaver, som nu løses af OP-teamet. Disse personaleressourcer frigøres fra den pågældende opgave, men overgår måske til andre opgaver, som ikke vedrører disse patienter. Dette er en omkostningsbesparelse uanset, at der ikke er tale om en sparet udgift i budgettet.

Indirekte omkostninger er det produktionstab, der for samfundet er forbundet med, at en person er syg eller dør og derfor ikke kan arbejde eller være til rådighed for arbejdsmarkedet som produktionsfaktor. De indirekte omkostninger medtages ikke i denne analyse. Årsagen er primært, at det drejer sig om svært psykisk syge mennesker, der oftest ikke kan varetage et almindeligt lønnet arbejde. Dette betyder imidlertid ikke, at det ikke er en gevinst, at flere patienter er i stand til at varetage et beskyttet job eller arbejde i beskyttet værksted el.lign. Beskyttede stillinger mv. er helt eller delvist refusionerede stillinger og derved en form for overførelsesindkomst, der ikke skal inkluderes i økonomiske evalueringer.

I opgørelsen af de økonomiske konsekvenser skelnes der således overordnet mellem to former for *direkte* omkostninger:

- 1) Omkostninger til implementering og drift (nettoomkostning) af det opsøgende psykoseteam
- 2) Nettoomkostninger for patienternes forbrug af ydelser i sundhedssektoren (meromkostninger eller besparelser), som er eller kan være afledte konsekvenser af psykoseteamets indførelse.

5.3.4 Principper for omkostningsopgørelse

Opgørelsen af de direkte omkostninger forbundet med implementeringen og driften af de opsøgende psykoseteam sker i følgende 4 trin:

- 1) Kortlægning af det ressourceforbrug, der medgår til implementering og drift af de opsøgende psykoseteam
- 2) Kortlægning og beregning af de afledte nettoomkostninger
- 3) Beregning af enhedsomkostninger (pris)
- 4) Beregning af totalomkostninger (pris x ressourceforbrugsenheder)

5.3.4.1 Direkte omkostninger

Tabel 1 viser de typer af ressourceforbrug, der er medtaget i analysen, anvendte ressourceenheder, deres værdisætning (enhedspris) og endelig de anvendte datakilder.

5.3.4.2 Implementerings- og driftsomkostninger

I beregningen af implementeringsomkostninger blev der først foretaget en kortlægning af de ressourcer, der medgik til implementering af de to team. Udgangspunktet for denne kortlægning var gennemgang af diverse skriftlige materialer fra de to ordninger. På denne baggrund blev der formuleret en række spørgsmål til de to pågældende ordninger til konkret kortlægning af ressourceforbrug medgået til implementering (og drift). Det skal dog bemærkes, at da amterne ikke kunne besvare spørgsmål om eventuelle konsekvenser for kommunerne, har DSI selv taget kontakt til de kommuner, som er i berøring med de to OP-teams i de to amter. Formålet var at afdække, hvorvidt der har været ressourcemæssige konsekvenser for kommunernes socialpsykiatriske arbejde eller personale. Er der fx flyttet opgaver fra socialpsykiatrien til OP-teamet og derved frigjort noget personale?

Tabel 1: Ressourceforbrug, ressourceenheder, værdisætning og datakilder

Beskrivelse	Ressourceenhed	Værdisætning	Datakilde
Implementering:			
Ansættelsesproces	Timer	Kr./time	De to amter og antagelser DSI
Uddannelse	Timer	Kr./time og fakturerede beløb	De to amter og antagelser DSI
Investeringer		Fakturerede beløb	De to amter
Drift:			
Personale	Timer	Løn inkl. pension, ferie mv.	Regnskaber i amt og OP-teamet
Transport			Regnskaber i amt og OP-teamet + antagelser
Tjenesteydelser			Regnskaber i amt og OP-teamet
Afskrivninger		Antagelser DSI	
Uddannelse			Regnskaber i amt og OP-teamet
Telefon			Regnskaber i amt og OP-teamet + antagelser
Husleje		Antagelser DSI	
Varme		Antagelser DSI	
El og vand		Antagelser DSI	
Rengøring			Regnskaber i amt og OP-teamet
Driftsudgifter vedr. EDB			Regnskaber i amt og OP-teamet
Entreprenør og håndværkerydelser		Fakturerede beløb	Regnskaber i amt og OP-teamet
Afledte effekter:			
Ambulant behandling i psykiatrien	Antal besøg	Kr./besøg	Psykiatrisk Centralregister
Psykiatriske indlæggelser	Antal indlæggelsesdage	Kr./sengedag	Psykiatrisk Centralregister
Ambulant behandling, somatisk sygehus	Antal besøg	Kr./udskrivning	Landspatientregisteret
Somatiske indlæggelser	Antal udskrivninger	Kr./DRG-udskrivning	Landspatientregisteret
Praktiserende læge	Antal konsultationer	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret
Speciallæge i psykiatri	Antal konsultationer	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret
Psykolog	Antal konsultationer	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret
Øvrige speciallæger (ekskl. tandlæger)	Antal konsultationer	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret

Det har været nødvendigt at foretage flere kvalificerede skøn og antagelser, idet det ikke har været muligt at indhente omkostningsdata for alle poster. Det drejer sig bl.a. om antagelser i forbindelse med uddannelse under implementering og tidsforbrug i forbindelse med ansættelsesprocedure.

For at kunne beregne omkostningerne af ressourceforbruget ved implementering er det nødvendigt at beregne de forskellige ressourcers enhedsomkostninger. En af de vigtigste ressourcer er arbejdskraft, og ressourceforbrugsenheden er timer. Enhedsomkostningen for en time beregnes ud fra den gennemsnitlige lønsum og antal fuldtidsansatte. Hver fuldtidsansat forventes at arbejde 37 timer pr. uge i 45 uger (når der er korrigeret for ferie mv.). Ved at dividere den samlede lønsum for den pågældende personalegruppe med personalegruppens samlede antal nettotimer, beregnes lønomkostningen pr. time. Der er imidlertid ikke beregnet særskilte enhedsomkostninger for de forskellige personalegrupper under de to team. Der er beregnet en lønomkostning pr. time for hver af de to team.

5.3.4.3 Ambulante ydelser inden for psykiatrien

På det ambulante område er der problemer ved dels at beregne omkostningerne, dels ved at sammenligne på tværs af både amter og forskellige ordninger (fx sammenligning af patienter i behandling i opsøgende psykose-team med patienter i traditionel distriktpsykiatrisk behandling). Disse problemer kan primært henføres til en generel mangel på enhedsomkostninger inden for det psykiatriske område (både ambulant og heldøgn) samt risiko for, at der i Psykiatrisk Centralregister ikke findes en fuld registrering af det faktiske ambulante forbrug. I princippet dækker antallet af registrerede ambulante besøg alle former for ambulante besøg inden for psykiatrien. Dvs. for patienter i behandling i OP-team i Tønder omfatter ambulante besøg i princippet alle hjemmebesøg, patienternes besøg på Distriktpsykiatrisk Center (fx med psykiater, som normalt ikke foretager hjemmebesøg), besøg på daghospitalet og alle øvrige ambulante besøg i psykiatrien. Det er imidlertid tvivlsomt, hvorvidt dette faktisk sker. Det er ikke muligt i denne evaluering at skelne mellem, hvilken form for ambulant besøg/konsultation der er tale om, i det kun det samlede antal af ambulante besøg er registreret. Dette skyldes, at det i Psykiatrisk Centralregister ikke er registreret, om der er tale om den ene eller anden form for ambulant besøg.

Der findes ikke én korrekt metode til beregning af de ambulante omkostninger. Det er derfor valgt at beregne de ambulante omkostninger på to måder. Første måde (metode 1, jf. tabel 2) er at beregne omkostningerne på baggrund af de eksisterende takster (halv fritvalgstakst, når det er ambulant besøg), der ikke skelner mellem, hvorvidt der er tale om et hjemmebesøg af en case-manager eller et besøg på daghospitalet eller en helt tredje form for ambulant besøg. Problemet med denne metode er, at de ambulante omkostninger her alene påvirkes af antallet af ambulante besøg og ikke af, hvordan behandlingen i øvrigt gives eller tilrettelægges. Samtidig er denne metode baseret på, at der sker en fuld registrering af patienternes forbrug.

Tabel 2: Data for ambulant behandling, antal ydelser og omkostninger

	Intervention (antal og omkostninger)	Kontrol (antal og omkostninger)	Meromkostninger, kr.
Ambulant behandling (metode 1)	Registerdata og takst • Hjemmebesøg • Daghospital • Øvrige - I alt	Registerdata og takst • Distriktpsykiatri • Daghospital • Øvrige - I alt	
Ambulant behandling (metode 2)	Beregnet gennemsnit baseret på nettodrifts- omkostninger		Kan ikke beregnes

Behandling under et OP-team er ifølge erfaringer fra hovedsageligt USA en mere intensiv (flere besøg) og derved dyrere behandlingsform. En del af dette vil dog blive opfanget, idet antallet af besøg er den omkostningsudløsende faktor. Det væsentlige er dog spørgsmålet om, hvorvidt behandling under OP-team også er en dyrere måde at give behandlingen på i kraft af større beredskab og et lavere case-load samt spørgsmålet om, hvorvidt der sker en fuld registrering af forbruget af ambulante ydelser (hjemmebesøg, besøg på daghospitalet og øvrige ambulante besøg).

En anden måde (metode 2, jf. tabel 2) er, at de samlede omkostninger for behandling under et OP-team opgøres og deles ud på teamets patienter, mens der gøres nogle antagelser om, hvor mange øvrige ambulante besøg der er foregået (besøg på daghospitalet). Problemet med denne metode er, at der ikke kan sammenlignes direkte med omkostningerne for kontrolpatienterne, idet det ikke er muligt med en tilsvarende beregning af de ambulante omkostninger for disse patienter. I stedet kan metoden bruges som et pejlemærke for, hvor meget den ambulante behandling i gennemsnit må koste pr. patient for patienter i traditionel behandling uden, at behandling i OP-team er en dyrere behandlingsform. Dette skal betragtes som nettoomkostninger, og derfor skal heldøgnsomkostninger med i denne vurdering. Årsagen er, at der er tale om en (forventet) dyrere ambulant behandlingsform, der dog forventes at blive helt eller delvist opvejet af sparede indlæggelser eller sparede sengedage.

5.3.4.4 Psykiatriske indlæggelser

På indlæggelsessiden er der ligesom på det ambulante område en generel mangel på enhedsomkostninger. Der er imidlertid ikke de samme potentielle problemer med at opgøre ressourceforbruget (antallet af indlæggelser og antallet af sengedage), idet der er en større rutine og praksis for at registrere ved indlæggelser. Der kan imidlertid stadig være tale om forskelle i indlæggelsespraksis og forskelle i, hvor behandlings- og plejekrævende patienterne er under indlæggelserne. Dette tages der ikke højde for i indværende beregning, idet der udelukkende skelnes mellem, hvor længe (antal dage) patienterne er indlagt ved brug af fritvalgstaksten pr. sengedag.

5.3.4.5 Ambulante ydelser inden for det somatiske sygehusvæsen

I Danmark anvendes der i dag et ambulant case-mix system til at beskrive den ambulante produktion (hvilke patienter behandles for hvad) og til pris-sætning af de ambulante ydelser.

Ambulante data fra Landspatientregisteret er grupperet via Dansk Casemix version 2003.

5.3.4.6 Somatiske indlæggelser

I Danmark anvendes DRG-systemet, der er et case-mix system, der beskriver sygehusenes (somatiske sygehuse) produktion og søger at opfange de forskelle i sygehusenes omkostninger, som skyldes forskelle i patientsammensætningen. DRG-systemet inddeler udskrivingerne fra somatiske sygehuse i 511 diagnoselaterede grupper (DRG), der er både klinisk meningsfulde og har et nogenlunde ens ressourceforbrug. DRG-prisen (kr. pr. DRG-udskrivning) er en gennemsnitspris for den pågældende DRG-gruppe baseret på historiske data fra danske sygehuse. Omkostningerne opgøres som den gennemsnitlige omkostning pr. patient opdelt på DRG-grupper, jf. tabel 5.

Data vedrørende indlæggelser fra Landspatientregisteret er grupperet med DKdrg 2003.

5.3.4.7 Ydelser i praksissektoren (Sygesikringen)

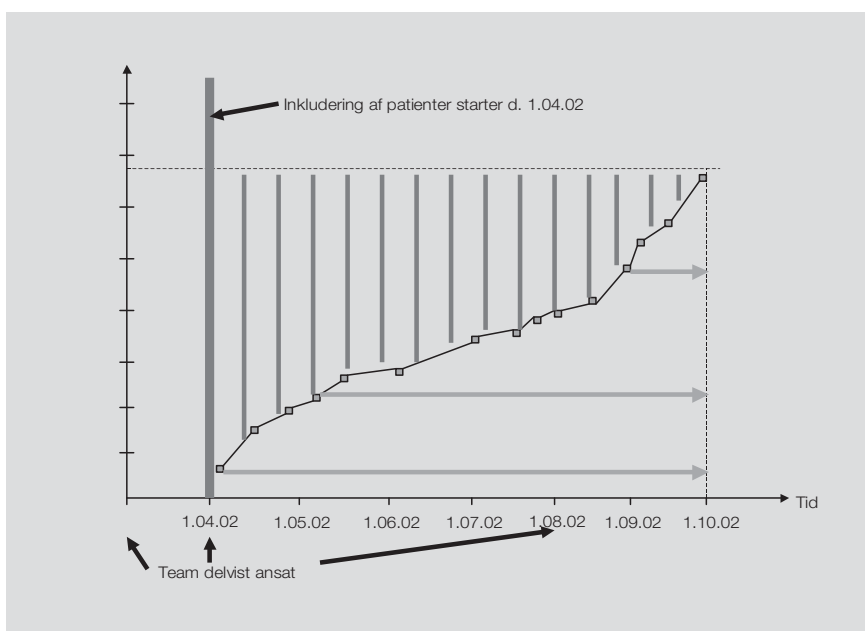
Antallet af ydelser opgøres via Sygesikringsregisteret. Der skelnes ikke mellem, hvilken type konsultation (fx telefonkonsultation, besøg af vagtlæge eller almindelig konsultation) der har været tale om, i det der alene er optalt antal kontakter i registeret. Det betyder, at der er anvendt en takst for såkaldt "almindelig" konsultation inden for følgende kategorier:

- Praktiserende læge
- Privatpraktiserende psykiater
- Privatpraktiserende psykolog
- Øvrige speciallæger (ekskl. tandlæger)

5.4 Beregning af inklusionsomkostninger

Inklusionsomkostninger defineres her som den omkostning, der er forbundet med et gradvist indtag af patienter til behandling under opfølgende psykoseteam. Det tager tid, og derved penge, at inkludere patienter, og det betyder, at det ikke er muligt at køre med fuldt case-load fra begyndelsen. Inklusionsomkostningerne er de omkostninger, som der er ved at køre med lavt case-load i forhold til, at der var et case-load svarende til det case-load, der er i de respektive team forventes at være efter en vis indkøringsperiode. På Falster var der oprindeligt fastsat et mål på 60 patienter, men dette er senere nedjusteret til 55 patienter, hvilket svarer til et case-load på 1:9 (kun vagtbærende personale tælles med, dvs. for Falster 55/6). I Tønder er der fastsat et mål på et case-load på 1:10 svarende til ca. 80 patienter.

Arealet med de stiplede lodrette linier illustrerer inklusionsomkostningerne baseret på, at der havde været 55 patienter fra start af inklusion (dvs. fra d. 1.04.02).



Figur 2 Illustration af inklusionsomkostninger på Falster

Tilsvarende beregnes inklusionsomkostningerne for 1 år og for OP-teamet i Tønder.

5.5 Resultater

I dette kapitel er de samlede beregnede omkostninger for patienter i behandling under OP-team og patienter i traditionel behandling for hhv. Storstrøms og Sønderjyllands Amter beregnet. Først vises de totale omkostninger, dernæst opdeles omkostninger på hhv. psykiatri, somatik og sygesikring.

5.5.1 Implementerings- og driftsomkostninger for OP-teams

Som det fremgår af tabel 3, skelnes der i implementeringsomkostningerne mellem omkostninger til rekruttering af personale til OP-teamene, uddannelse af personale, rekvirering af patienter (informationsmateriale mv.) og investeringer (hovedsageligt i EDB-udstyr).

Tabel 3: Implementeringsomkostninger for de to OP-teams i hhv. Falster og Tønder (2001-priser)

Omkostningstype	Falster	Tønder
Rekruttering af personale	27.900	45.000
Uddannelse af personale	105.300	71.331
Investeringsomkostninger • EDB • Indretning af kontor	80.000	91.640 109.223
I alt kr.	213.200	317.194

Note: Der er under Falster antaget en omkostning på kr. 3.000 pr. person for brug af egne lokaler. I Tønder er der ikke brugt egne lokaler, og kursusafgifterne er medtaget under driftsomkostningerne.

Omkostninger til rekruttering af personale er baseret på et timeforbrug på 25 timer i alt pr. medlem af de respektive ansættelseskomiteer. På Falster bestod denne af to kommunale repræsentanter, en tillidsrepræsentant, en sundhedsfaglig souschef og en repræsentant fra forvaltningen. Der er beregnet gennemsnitlige timepriser (180 kr. for de kommunalt ansatte og 252 kr. for de to øvrige) baseret på antagede lønninger. Tilsvarende er der beregnet for Tønder, hvor ansættelseskomiteen bestod af Centerledelsen på det Distriktpsikiatrisk Center (Tønder), afdelingsledelsen fra Augustenborg, en tillidsrepræsentant og en medarbejderrepræsentant. Der er for denne gruppe beregnet en gennemsnitlig timepris på 300 kr. (samlet timeforbrug på 150 timer * 300 kr. giver en omkostning på 45.000 kr.). Omkostninger til uddannelse af personale er baseret på antal dage omregnet til antal timer. Der er ikke indeholdt fakturerede udgifter til kursusafgifter mv. som en del af implementeringsomkostningen. Denne er indeholdt i driftsomkostningerne. Transportgodtgørelser er ligeledes indeholdt i driftsomkostningerne. På Falster er der afholdt en række kurser i følgende: Introkursus i amtet (½ dag), kognitiv miljøterapi (16 dage over 1 år), seksualitet og sindslidelse (1 dag), børn af psykisk syge forældre (1 dag), Storstrøms Amt Psykiatriseminar (2 dage) og undervisning i CAN (3 timer). Det er antaget, at

alle teamets medlemmer gennemfører de pågældende kurser. En dag omregnes til 7 timer. Den gennemsnitlige timepris er 250 kr. For Sønderjyllands Amt er der afholdt et kursus forud for opstart af teamet på 1 uge. Alle teamets medlemmer antages at have gennemført dette kursus på 37 timer.

Begge ordninger har løbende uddannelse og supervision, der indgår som et led i deres løbende arbejde. Denne er der ikke beregnet en særskilt omkostning på.

Omkostninger til rekvirering af patienter omfatter her kun fakturerede beløb til annoncering og trykning af pjecer for Sønderjyllands vedkommende. Begge ordninger har imidlertid gennemført en del informationsaftener og har udarbejdet forskelligt materiale. Dette har imidlertid ikke været muligt at inkludere.

Investeringsomkostningerne omfatter for Falster indkøb af diverse EDB-udstyr. Det har ikke været muligt for amtet at fremskaffe de fakturerede beløb til dette, hvorfor der er foretaget en kvalificeret skøn over omkostningerne baseret på informationer om, hvad der er indkøbt. For Tønder omfatter investeringsomkostningerne fakturerede beløb til indkøb af EDB og til indretning af lokaler på det Distriktpsykiatriske Center.

Driftsomkostningerne for Tønder var oprindelig opgjort frem til 31. december 2001 og ikke frem til 1. oktober 2001. Der er derfor korrigeret for dette ved at beregne en driftsomkostning for perioden 1. april til 1. oktober ud fra en forudsætning om, at omkostningerne er ligeligt fordelt over perioden.

Begge team deler faciliteter med andre og betaler ikke egentlig husleje mv. Da der her er tale om en opgørelse af omkostninger og ikke udgifter, bør der imidlertid beregnes en husleje mv. omkostning. Det er således antaget, at huslejen for begge ordninger er 500.000 kr. inkl. varme. Dette vil omtrent svare til, hvad der ville skulle betales for sådanne lokaler i 1 år. Afskrivninger er antaget at andrage 20 pct. årligt. Afskrivninger er beregnet af investeringsomkostningen til EDB.

Transportomkostningerne omfatter kørselsgodtgørelse for teamets medlemmer, der anvender egen bil ved besøg hos patienterne samt transportomkostninger ved deltagelse i kursus mv. Der mangler oplysninger om beløbet for befordring på Falster for den 1-årige periode. Der er medtaget et skønsmæssigt beløb på 200.000 kr.

Telefonomkostningen for OP-teamet på Falster er et kvalificeret skøn baseret på antal af teammedlemmer og antal patienter.

Tabel 4 viser driftsomkostningerne (2001-priser) opgjort for hhv. 6 måneder, 1 år og 2 år.

Tabel 4: Driftsomkostninger for de to OP-teams i hhv. Falster og Tønder (2001-priser)

	6 måneder fra opstart, kr.		1 år fra opstart, kr.		2 år fra opstart, kr.
	Falster	Tønder	Falster	Tønder	Tønder
Lønoms-kostninger	836.795	1.946.953	1.970.927		7.996.683
Transport	27.162	108.761	249.330		533.371
Uddannelse	0	82.721	17.645		291.706
Tjenesteydelser	56.694	0	81.622		12.283
Afskrivninger	15.616	18.328	15.616		58.650
Husleje + varme	195.200	200.000	439.200		500.000
El og vand	19.520	20.000	39.040		80.000
Telefon	19.520	20.892	68.320		98.126
Øvrigt vareforbrug	16.425	2.594	32.052		43.680
Rengøring	14.359	0	29.348		0
Driftsudgifter EDB	9.983	0	10.963		0
Annoncering og tryk- ning af rapporter	0	50.466			11.136
Entrepreneur- og håndværkerydelser	52.502	0	52.502		0
Sparet omkostning i socialpsykiatrien	?	0	-200.000 ⁴³		0
I alt, kr.	1.263.776	2.450.715	2.849.312	4.609.000	9.218.000
Gns. omk. pr. patient, kr. (2001-priser)	43.578	46.240	73.059	69.833	116.684

I forhold til ovenstående opgørelse af driftsomkostningerne for hhv. Falster og Tønder bør bemærkes, at omkostningerne (lønomkostningerne) for Tønder inkluderer en forsknings- og evalueringsindsats, som ikke på tilsvarende vis kan genfindes i driftsomkostningerne for Falster. Teamet i Tønder vurderer selv, at denne indsats svarer til en halv stilling (de første 2 år). Konkret svarende til en halv psykiater stilling, der igen svarer til ca. 350.000 kr. Det er imidlertid vanskeligt at kvantificere omfanget af denne indsats, hvorfor det her er valgt ikke at medtage denne. På Falster har man en ekstern person i amtet til at forestå evalueringsprojektet, mens teamet i Tønder selv forestår denne del. Dette betyder, at driftsomkostningerne for Tønder formentlig er overvurderet.

5.5.2 Sammenligning af forudsætninger for de to OP-teams

Tabel 5 sammenligner antallet af teammedlemmer og deres profession.

Tabel 6 sammenligner nogle forudsætninger for de to OP-teams.

Antallet af teammedlemmer, kaldet kontaktpersoner i Tønder og case-

⁴³ I en af kommunerne har man i løbet af det første år frigivet en person (støttekontakt person) til andet arbejde. Det er antaget, at denne besparelse beløber sig til 200.000 kr., hvilket formentlig er i underkanten.

Tabel 5: Forudsætninger for de to ordninger

	Storstrøms Amt	Sønderjyllands Amt
Teammedlemmer der har vagt:		
Sygeplejersker	1	3
SOSU	1	2
Socialrådgiver	0	1
Ergoterapeut	2	1
Pædagog	2	0
I alt	6	7
Teammedlemmer der ikke har vagt:		
Sekretær	1	0,5
Jobkonsulent	0	0,5
Afd. sygeplejerske	0	0,5
Psykiater	1	1
Teammedlemmer i alt	8	9,5

Tabel 6: Sammenligning af faktorer for de to OP-team

Forudsætninger	Storstrøms Amt	Sønderjyllands Amt
Case-load		
• 6 måneder	1:5	1:7
• 1 år	1:6	1:9
• 2 år		1:11
Beredskab/åbningstid		
• Dagtimer, hverdage	X	X
• Aftentimer, hverdage	X	X
• Nattetimer	X	-kontaktmulighed med teamet, der omstilles til sengeafdelingen på Augustenborg Sygehus
Teamets geografiske placering	Bor sammen med en del af den kommunale socialpsykiatri	Bor sammen med Distrikts-psykiatrisk Center

Note: Case-load er en vurdering samlet over året.

managers på Falster, er 6 og 7 i hhv. Tønder og på Falster. Kun det vagtbærende personale tælles med i case-load. Ud over det vagtbærende personale er der hhv. 2 og 2,5 andet personale ansat i tilknytning til teamet, herunder bl.a. en psykiater og hhv. en hel og en halv sekretær. I Tønder er den overvejende del af personalet sundhedsfagligt, mens teamet på Falster har en nogenlunde ligelig fordeling mellem sundheds- og socialfagligt personale.

Som det ses af tabel 6, er der beregnet et case-load for de to ordninger over 6 måneder, 1 år og for Tønder også 2 år. I 6 måneders perioden var case-load på Falster på 1:4, mens det i Tønder var 1:6. I 1 års perioden var case-load på hhv. 1: 5 og 1:7 på Falster og i Tønder. I 2 års perioden er case-load i Tønder beregnet til 1:8.

En anden forskel mellem de to OP-teams er vagtberedskabet. På Falster er det muligt at komme i kontakt med en fra teamet hele døgnet, ligesom det er muligt at få besøg. I Tønder er der en person fra teamet på vagt frem til kl. 24, hvorefter telefonen stilles om til psykiatrisk afdeling, Augustenborg Sygehus.

5.5.3 Inklusionsomkostninger og kapacitetsudnyttelse

Nedenstående tabeller 7-9 viser de elementer, der indgår i beregningen af de såkaldte inklusionsomkostninger i en opstartsfase på 6 måneder og en driftsfase (yderligere 6 måneder). Tabel 13 viser desuden inklusionsomkostningerne for en 2-årig periode for OP-teamet i Tønder.

Falster har relativt højere inklusionsomkostninger, idet de dels har et lavere indtag af patienter, dels har en lidt lavere kapacitetsudnyttelse. På Falster koster det således i gennemsnit kr. 20.359 at finde og inkludere en patient, mens det tilsvarende koster kr. 15.606 i Tønder, jf. tabel 7.

Tabel 7: Inklusionsomkostninger i opstartsfase for de to opsøgende psykoseteams, 6 mdr. (2001-priser)

	Falster	Tønder
Antal patienter inkluderet i perioden 1.04.02 - 1.10.02 eller 1.04.01 - 1.10.01	29	53
Antal inklusionsdage i alt ⁴⁴	3.257	5.866
Antal mulige dage med patienter inkluderet baseret på et case-load på hhv. 55 og 80 pt. fra dag 1 ⁴⁵	10.065	14.640
"Kapacitetsudnyttelse" ⁴⁶ %	32	40
Gns. omkostning pr. patient (baseret på driftsomkostninger), kr.	43.578	46.240
Inklusionsomkostninger i alt, kr.	590.410	827.116
Gns. Inklusionsomkostning pr. patient, kr.	20.359	15.606

Tabel 8: Inklusionsomkostninger i driftsfase (1 år) for de to OP-teams (2001-priser)

	Falster	Tønder
Antal patienter inkluderet i perioden 1.04.02 - 1.04.03 eller 1.04.01 - 1.10.02	39	66
Antal inklusionsdage i alt	10.093	16.998
Antal mulige dage med patienter inkluderet baseret på et case-load på hhv. 55 og 80 pt. fra dag 1	20.075	29.200
"Kapacitetsudnyttelse" %	50	58
Gns. omkostning pr. patient (baseret på driftsomkostninger), kr.	73.059	69.833
Inklusionsomkostninger i alt, kr.	828.890	806.575
Gns. Inklusionsomkostning pr. patient, kr.	21.254	12.221

⁴⁴ Antallet af inklusionsdage er beregnet ved at opgøre summen af de enkelte patienters dage fra inklusion og frem til 1.10.01 for Tønder og frem til 1.10.02 for Falster.

⁴⁵ Antallet af mulige inklusionsdage baseret på det case-load, som de enkelte ordninger har sat som mål, dvs. 55 patienter for Storstrøms Amt. Antallet af patienter multipliceret med 183 dage (antallet af mulige inklusionsdage i perioden 1.04.02 til 1.10.02 for en 6 måneders periode og 365 for 1 års periode).

⁴⁶ "Kapacitetsudnyttelsen" er beregnet ved at dividere antallet af mulige inklusionsdage op i antallet af faktiske inklusionsdage. For Sønderjyllands Amt betyder det, at antallet af faktiske inklusionsdage (6 måneder) 5.866 dage divideres med antallet af mulige inklusionsdage 14.640 (baseret på et mål om 80 patienter i alt), der så multipliceres med 100. Dette giver en kapacitetsudnyttelse på 40%.

Tabel 9: Inklusionsomkostninger i driftsfase (2 år) for OP-teamet i Tønder

	Tønder
Antal patienter inkluderet i perioden 1.04.02 - 1.04.03 eller 1.04.01 - 1.04.02	79
Antal inklusionsdage i alt	44.245
Antal mulige dage med patienter inkluderet baseret på et case-load på 80 pt. fra dag 1	58.400
"Kapacitetsudnyttelse" %	76
Gns. omkostning pr. patient (baseret på driftsomkostninger), kr.	116.684
Inklusionsomkostninger i alt, kr.	115.225
Gns. inklusionsomkostning pr. patient, kr.	1.459

Inklusionsomkostningerne falder for teamet i Tønder i den 1-årige periode og fortsætter med at falde i den 2 årige periode, således at der er inklusionsomkostning på 1.459 kr. (tabel 9), hvilket må siges at være så tæt på nul, som man kan forvente, med mindre der sættes et nyt mål om et højere case-load.

5.5.4 Totale omkostninger

Tabel 10 viser de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient i Sønderjyllands Amt, herunder de gennemsnitlige omkostninger inden for psykiatri, somatik og sygesikring. I det første år efter opstart koster en patient i OP-team i gennemsnit 83.294 kr. mod 116.381 kr. for patienter i standardbehandling. Dette er en besparelse på 33.653 kr., jf. tabel 12 under 1 år. Besparelsen stiger til 65.117 kr. i den 2-årige periode. Der blev gennemført complete case analyse (dvs. en analyse, hvor der kun medtages patienter, som er med i hele den definerede periode) for de psykiatriske omkostninger. Disse viste, at effekten ikke blev udtyndet af de patienter, som udgår undervejs i perioden (Hvenegaard et al, 2004).

Tabel 10: Sønderjyllands Amt, totale omkostninger baseret på takster (2001-priser)

	Psykiatriske gns. omkostninger, kr.		Somatiske gns. omkostninger, kr.		Gns. sygesikrings omkostninger, kr.		Samlede gns. omkostninger, kr.	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
6 mdr.	39.814 (57.213)	43.309	5.533	2.326	864	637	46.211	46.272
1 år	74.762 (95.024)	110.269	6.956	4.951	1.576	1.161	83.294	116.381
2 år	137.884	203.110	9.996	9.629	2.847	2.691	150.727	215.430

Note: Tallene i parentes angiver omkostningen beregnet ved metode 2.

Tabel 11 viser de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient i Storstrøms Amt, der for 1 år er 126.335 kr. for patienter i OP-team mod 82.547 kr. for patienter i standardbehandling. Tabel 12 viser meromkostningerne i forhold til traditionel behandling (kontrolgruppen) for de to ordninger

Tabel 11: STorstrøms Amt, totale omkostninger baseret på takster (metode 1), (2001-priser)

	Psykiatriske gns. omkostninger, kr.		Somatiske gns. omkostninger, kr.		Gns. sygesikrings omkostninger, kr.		Samlede gns. omkostninger, kr.	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
6 mdr.	35.249 (57.191)	32.367	3.374	3.461	1.045	608	39.668	36.436
1 år	118.485 (144.945)	74.270	6.226	7.070	1,624	1.207	126.335	82.547

Note: Tallene i parentes angiver omkostningen beregnet ved metode 2.

for hhv. 6 mdr., 1 og 2 år. Som det ses i tabel 12 er der en meromkostning forbundet med behandling i OP-team på Falster, idet meromkostningen er hhv. +3.232 kr. og +43.788 kr. for hhv. 6 mdr. og 1 år.

Standardafvigelser, min og max samt percentiler og kvartiler er gengivet i bilag 7. Det har ikke været muligt at teste på et samlet datasæt,⁴⁷ hvorfor der er testet på hhv. psykiatriske og somatiske inkl. sygesikrings-data. Der er tale om højreskæve data (få patienter med stort forbrug) med stor spredning. Da data ikke er normalfordelt, er der testet for forskelle mellem intervention og kontrol mht. de psykiatriske og somatiske omkostninger ved en Poisson-regression.

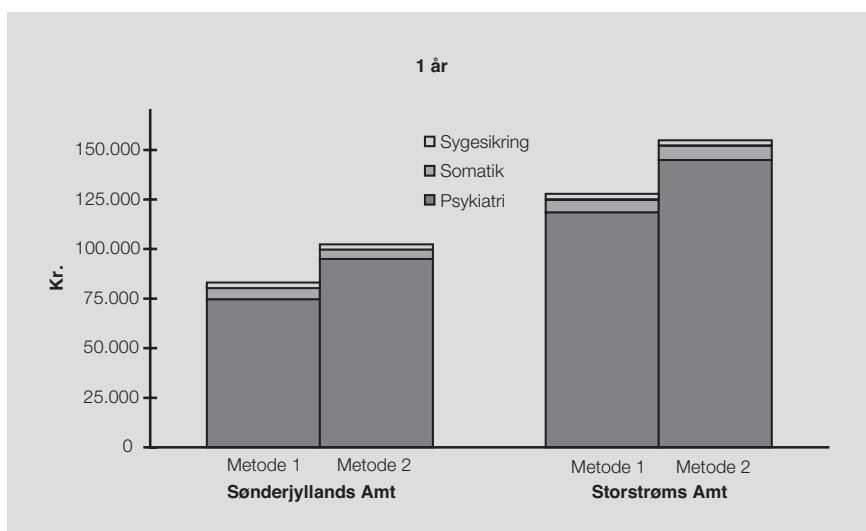
Der er signifikant forskel mellem de ambulante omkostninger inden for psykiatrien (metode 1). Forskelle i psykiatriske indlæggelsesomkostninger er signifikante for 1 års og 2 års perioden for Tønder, mens de ikke er signifikante for Falster. Der er ikke signifikante forskelle i de somatiske og sygesikringsomkostninger.

Tabel 12: Meromkostninger (2001-priser) (I-K), metode 1

	6 måneder	1 år	2 år
Tønder	-1.042	-33.653	-65.117
Falster	+3.232	+43.788	

Figur 3 viser, hvordan den gennemsnitlige omkostning pr. patient ændrer sig ved skift fra metode 1 til 2 ved beregning af de ambulante omkostninger. Første søjle til venstre viser den gennemsnitlige omkostning pr. patient i OP-team i Tønder baseret på registreret forbrug og takster. Anden søjle fra venstre viser den gennemsnitlige omkostning pr. patient i OP-teamet i Tønder baseret på beregnet gennemsnitlig omkostning pr. patient (driftsomkostninger).

⁴⁷ Dette skyldes, at vi skulle foretage al databehandling af LPR-data på individniveau inde i Sundhedstyrelsen på krypterede data.



Figur 3: Gns. omkostninger ved to metoder

Figur 3 viser således forskellen i omkostninger for patienter i behandling under OP-team i Tønder og Falster ved de to metoder til beregning af de ambulante omkostninger. Ved at bruge metode 2 (baseret på driftsomkostninger) stiger den ambulante omkostning i Tønder fra 49.571 kr. til 69.833 kr. På Falster stiger den gennemsnitlige omkostning pr. patient mest, i det den stiger fra 46.599 kr. til 73.059 kr. Forskellen mellem den gennemsnitlige ambulante omkostning (psykiatri) pr. patient mellem Tønder og Falster ændres fra +2.972 (Tønder dyrest) til -3.226 kr. (Falster dyrest) ved at bruge metode 2 til beregning af de ambulante omkostninger.

Det er som beskrevet under metodedelen ikke muligt at beregne en tilsvarende ambulante omkostning for patienter i traditionel ambulante behandling. Derfor kan der ikke siges noget om, hvor stor omkostningsforskellen (ambulante psykiatriske omkostninger) er mellem patienter i behandling under OP-team og patienter i traditionel behandling. Det er som tidligere beskrevet nødvendigt at betragte de ambulante omkostninger (psykiatriske) i sammenhæng med indlæggelsesomkostningerne (psykiatriske), i det hovedhypotesen bag indførelsen af OP-teams er, at det er en dyrere ambulante behandling, der helt eller delvist modsvares af en relativt billigere indlæggelsesomkostning. Det betyder, at man kan beregne, hvor meget den traditionelle behandling maksimalt må koste for, at behandling i OP-team (I) ikke er dyrere end traditionel behandling. Variablen CA_k i følgende ligning illustrerer omkostningen for ambulante psykiatriske behandling for patienter i kontrolgruppen (K), og CI er indlæggelsesomkostningen:

$$CI_i + CA_i = CI_k + CA_k$$

$$CI_i + CA_i - CI_k = CA_k$$

Med indsatte værdier for Sønderjyllands Amt 1 år (psykiatri):

$$CI_i = 25.191 \text{ kr}$$

$$CA_i = 69.833 \text{ kr.}$$

$$CI_k = 77.694 \text{ kr.}$$

$$25.191 + 69.833 - 77.694 = CA_k \Rightarrow CA_k = 17.330 \text{ kr.}$$

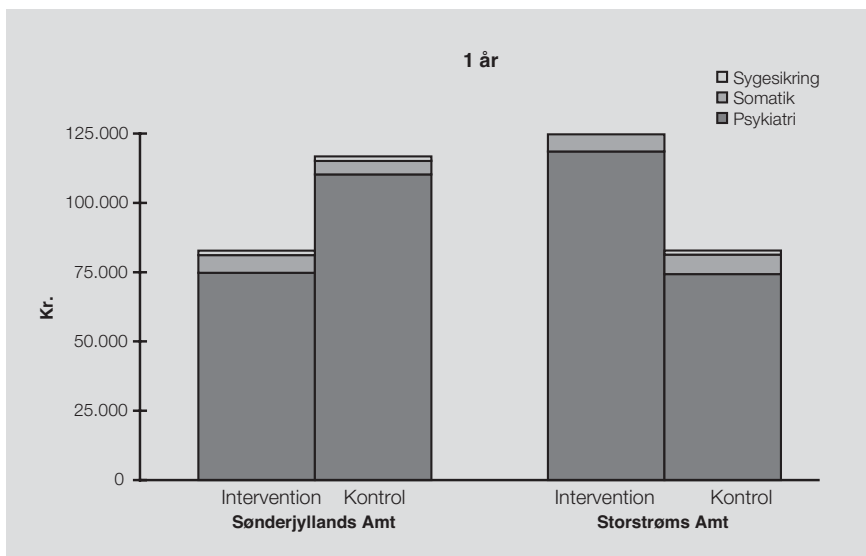
Dette betyder, at hvis den gennemsnitlige ambulante omkostning pr. patient (psykiatri) for patienter i traditionel behandling koster 17.330 kr., er de psykiatriske omkostninger for de to patientgrupper (intervention og kontrol) lige dyre. Såfremt de ambulante omkostninger overstiger 17.330 kr. er behandling i OP-team det billigste alternativ og vice versa, hvis omkostningen er mindre.

Tilsvarende kan der beregnes for Storstrøms Amt, 1 år:

$$CI_i + CA_i - CI_k \Rightarrow CA_k = 93.722 \text{ kr.}$$

Såfremt beregningen baseres på den gennemsnitlige omkostning ekskl. den ekstremt dyre patient falder det til $CA_k = 72.264 \text{ kr.}$

Det betyder, at hvis den gennemsnitlige ambulante omkostning (psykiatri) pr. patient i traditionel behandling koster 93.722 kr., er de to alternativer lige dyre. Hvis den traditionelle ambulante behandling koster mere end 93.722 kr., er behandling i OP-team det billigste alternativ og vice versa, hvis den koster mindre.



Figur 4: Gns. omkostninger ved to metoder

5.5.5 Ressourceforbrug og omkostninger inden for psykiatrien

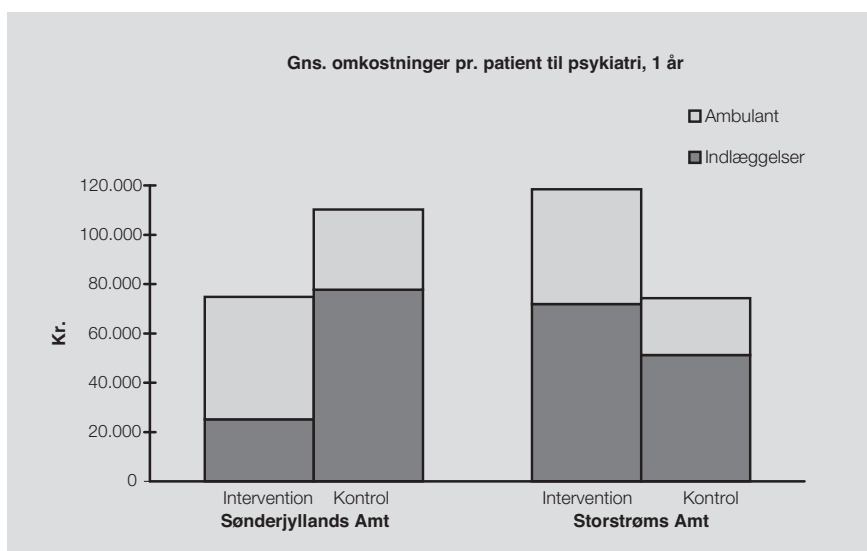
Tabel 13 viser antallet af ambulante ydelser, antal indlæggelser og den gennemsnitlige liggetid pr. indlæggelse for Sønderjyllands Amt og Storstrøms Amt, herunder for både interventions- og kontrolgrupper. Den første række viser det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. patient i Sønderjyllands Amt for hhv. interventions- og kontrolgruppe. Med fed skrift ses de tilsvarende tal for Storstrøms Amt.

I den 1-årige periode er kontrolgruppens forbrug væsentlig højere i Storstrøms Amt i forhold til Sønderjyllands Amt samtidig med, at forbruget for interventionsgrupperne er relativt større i Storstrøms Amt - hovedsageligt pga. flere og længere indlæggelser i forhold til Sønderjyllands Amt (se tabel 13). På den måde bliver der "lettere" tale om en besparelse i Sønderjyllands Amt, idet det generelt er dyrere i Sønderjylland for patienter i traditionel behandling. Spørgsmålet er imidlertid, hvorvidt der er tale om, at patienterne rent faktisk er mere syge eller om der er tale om andre forhold som gør, at patienterne indlægges mere.

Tabel 13: Sønderjyllands Amt og Storstrøms Amt (med fed), antal forbrugte ydelser (metode 1)

	Gns. antal indlæggelser/ambulante ydelser pr. patient		Gns. antal sengedage pr. patient		Gns. liggetid pr. patient pr. indlæggelse	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
6 mdr.: Indlæggelser (N=53/29)	0,32 0,44	0,39 0,57	4,34 5,38	9,65 8,83	15,39 14,91	27,03 12,69
6 mdr.: Ambulante besøg (N=53/29)	22,81 17,11	14,96 7,94				
1 år: Indlæggelser (N=53/29)	0,55 0,96	0,84 1,11	9,96 28,43	30,73 20,26	19,58 26,04	32,15 16,89
1 år: Ambulante besøg (N=53/29)	39,21 36,86	25,76 18,23				
2 år: Indlæggelser (N=53)	0,81	1,75	20,93	56,31	25,62	32,40
2 år: Ambulante ydelser (N=53)	67,21	48,02				

Figur 5 viser de psykiatriske omkostninger for hhv. interventions- og kontrolgruppe i de to amter. Som det ses, koster patienter i teamet på Falster væsentligt mere end patienter i teamet i Tønder, idet psykiatrisk behandling i alt (ambulant + indlæggelse) koster 43.723 kr. mere for patienter i teamet på Falster svarende til, at de er 37 pct. dyrere.



Figur 5: Sammenligning af psykiatriske omkostninger

5.5.5.1 Sønderjyllands Amt

Som det ses af tabel 13 gælder, at selv om patienter i behandling under OP-team har betydeligt flere ambulante besøg end patienter i traditionel behandling, er disse patienter alligevel billigere samlet set grundet færre og kortere indlæggelser. Patienter under behandling i OP-team har på 1 år i gennemsnit 0,55 indlæggelser og 9,96 sengedage pr. patient i teamet og 39,21 ambulante besøg. Patienter i traditionel behandling har på 1 år i gennemsnit 25,76 ambulante besøg, 0,84 indlæggelser og 30,73 sengedage pr. patient. Af tabel 18 og 19 fremgår, at indlæggelserne og antallet af sengedage for patienter i behandling under OP-team er koncentreret om hhv. 11 og 15 patienter, svarende til hhv. 21 og 28 pct. af de samlede patienter. For kontrolgruppen er hhv. 12 og 18 patienter indlagt svarende til hhv. 22 og 33 pct. af patienterne.

Som det fremgår af tabel 14, koster patienter i OP-team på 6 måneder kr. 39.814, hvilket er kr. 3.495 mindre end patienter i traditionel distriktpsychiatrisk behandling, der koster kr. 43.309. Når der ses på en 1-årig periode, jf. tabel 15 forstærkes denne forskel yderligere i favør for patienter i behandling under OP-team, idet forskellen stiger til kr. 35.507, hvor patienter i behandling under OP-team gennemsnitlig koster kr. 74.762 mod kr. 110.269 for patienter i traditionel behandling. Dette svarer til, at behandling i OP-team ved denne opgørelsesmetode er ca. 32 pct. billigere set over en 1-årig periode.

For den 2-årige periode ses af tabel 16, at indlæggelsesomkostninger er 89.485 kr. billigere for patienter i OP-team end for patienter i kontrolgruppen. Der bør imidlertid bemærkes, at dette både kan henføres til en betydeligt

dyrere kontrolgruppe (både i forhold til kontrolgruppen i Storstrøms Amt og interventionsgruppen i Sønderjyllands Amt) samt en relativt billigere indlæggelsesomkostning for interventionsgruppen.

Pga. problemet med risiko for mangelfuld registrering på det ambulante område er de ambulante omkostninger beregnet på en supplerende måde (metode 2). Ud fra oplysninger om teamets driftsomkostninger er der beregnet en gennemsnitlig omkostning for behandling i OP-teamet. Denne omkostning skelner ikke mellem, hvor mange hjemmebesøg eller andre ambulante besøg de forskellige patienter har, men er således udelukkende en omkostning for behandling i OP-teamet pr. patient for en given tidsperiode (6 mdr., 1 og 2 år). Denne gennemsnitlige omkostning ændres over tid, i det både driftsomkostninger og antal patienter ændres over tid.

Figur 5 viser forskellen i de ambulante omkostninger over 1 år ved de to beregningsmetoder; Takstberegning baseret på registerdata og beregning af omkostninger baseret på OP-teamets driftsomkostninger. Det forventes, at langt hovedparten af de ambulante besøg i psykiatrien for patienter i OP-team er besøg i tilknytning til teamet. Der kan imidlertid være besøg på dag-hospitalet, som ved denne beregningsmetode ikke indgår. Estimatet må derfor forventes at være et underestimat for de reelle omkostninger.

5.5.5.2 Storstrøms Amt

Tabel 17 viser, at antallet af indlæggelser og sengedage er lavere for patienter i behandling under OP-team end for patienter i traditionel behandling (kontrolgruppen) i 6 måneders perioden. For 1 års perioden stiger antallet af sengedage væsentligt (82 pct.) og indlæggelsesomkostningerne er således 71.886 kr. i gennemsnit pr. patient mod 51.223 kr. for patienter i kontrolgruppen. Antallet af ambulante besøg er højere for begge perioder (17,11 mod 7,94 og 36,86 mod 18,23) for patienter i OP-team. Samlet set koster patienter i behandling under OP-team hhv. kr. 2.882 (6 måneder, jf. tabel 21) og kr. 44.215 (1 år, jf. tabel 18) mere end patienter i kontrolgruppen.

En stor del af forklaringen ligger imidlertid i, at en enkelt patient har et væsentlig større forbrug af sengedage (250 sengedage på 1 år) og flere ambulante besøg end den gennemsnitlige patient. Såfremt beregningerne gennemføres uden denne patients forbrug, ændrer resultaterne sig, således at behandling i OP-team i 6 måneders perioden er gennemsnitlig kr. 13.163 billigere end for patienter i kontrolgruppen.

Ligesom i Sønderjyllands Amt er de ambulante omkostninger beregnet på en supplerende måde, hvor der tages udgangspunkt i OP-teamets driftsomkostninger. Figur 5 viser forskellen i den gennemsnitlige omkostning pr. patient ved de to metoder.

Tabel 14: Sønderjyllands Amt, 6 mdr., psykiatri: Antal indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og omkostninger (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage pr. patient		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,32 (N=53)	0,39 (N=51)	4,34	9,65	15,39 (N=11)	27,03 (N=12)	kr 10.973 (N=53)	kr 24.394 (N=51)	-kr 13.421 (p = 0,20)
Ambulante besøg	22,81	14,96					kr 28.841	kr 18.915	kr 9.926 (p = 0,03)
I alt							kr 39.814	kr 43.309	-kr 3.495

Tabel 15: Sønderjyllands Amt, 1 år, psykiatri: Antal indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og omkostninger (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage pr. patient		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,55 (N=53)	0,84 (N=51)	9,96 (N=53)	30,73 (N=51)	19,58 (N=15)	32,15 (N=18)	kr 25.191 (N=53)	kr 77.694 (N=51)	-kr 52.503 (p = 0,04)
Ambulante besøg	39,21 (N=53)	25,76 (N=51)					kr 49.571 (N=53)	kr 32.575 (N=51)	kr 16.996 (p = 0,02)
I alt							kr 74.762	kr 110.269	-kr 35.507

Tabel 16: Sønderjyllands Amt, 2 år, psykiatri: Antal indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og omkostninger (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,81 (N=53)	1,75 (N=51)	20,93 (N=53)	56,31 (N=51)	25,62 (N=22)	32,40 (N=27)	kr 52.913 (N=53)	kr 142.398 (N=51)	-kr 89.485 (p = 0,02)
Ambulante besøg	67,21 (N=53)	48,02 (N=51)					kr 84.971 (N=53)	kr 60.712	kr 24.258 (p = 0,07)
I alt							kr 137.884	kr 203.110	-kr 65.227

Tabel 17: Storstrøms Amt, 6 mdr., psykiatri: Antal indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og omkostninger (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,00 (N=29)	0,57 (N=35)	5,38	8,83	14,91 (N=6)	12,69 (N=9)	kr 13.613	kr 22.324	-kr 8.711 (p = 0,45)
Ambulante besøg	17,11 (N=29)	7,94 (N=35)					kr 21.636	kr 10.042	kr 11.594 (p = 0,001)
I alt							kr 35.249	kr 32.367	kr 2.882

Tabel 18: Storstrøms Amt, 1 år, psykiatri: Antal indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og omkostninger (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,96 (N=29)	1,11 (N=35)	28,43	20,26	26,04 (N=11)	16,89 (N=15)	kr 71.886	kr 51.223	kr 20.663 (p = 0,54)
Ambulante besøg	36,86 (N=29)	18,23 (N=35)					kr 46.599	kr 23.047	kr 23.553 (p = 0,003)
I alt							kr 118.485	kr 74.270	kr 44.215

5.5.6 Ressourceforbrug og omkostninger inden for det somatiske sygehusvæsen

Omkostningerne til somatiske ydelser fremgår af tabellerne 19-23. De somatiske omkostninger udgør mellem 5 og 10 pct. af de samlede omkostninger for Storstrøms Amt og 4-10 pct. for Sønderjyllands Amt i alle tre perioder. Som det fremgår af tabel 20, er 11 patienter i under OP-teamet i Tønder berørt af indlæggelser i den 1-årige periode mod 14 patienter på Falster, jf. tabel 23.

De somatiske heldøgnsomkostninger (indlæggelse) udgør i Storstrøms Amt mellem 65 og 85 pct. af de samlede somatiske omkostninger for både patienter i behandling under OP-team og for patienter i kontrolgruppen. Der er kun tale om en mindre og ikke signifikant forskel i omkostninger mellem patienter i behandling under OP-team og kontrolgruppen.⁴⁸

I Sønderjyllands Amt ser fordelingen mellem ambulante og heldøgnsomkostninger lidt anderledes ud, i det der for patienter i OP-team er en ligelig fordeling i 6 måneders perioden og næsten ligelig fordeling i 1 års perioden samtidig med, at omkostningerne er relativt højere i denne gruppe i forhold til kontrolgruppen. I 2 års perioden er 62 pct. af de samlede somatiske

⁴⁸ Der er testet for forskelle for summen af somatiske (ambulant + heldøgn) og sygesikringsomkostningen.

omkostninger heldøgnsomkostninger. For kontrolgruppepatienterne er der en lidt anderledes fordeling mellem ambulante og heldøgnsomkostninger, idet mellem 59 og 73 pct. af de samlede somatiske omkostninger er heldøgnsomkostninger. Patienter i behandling under OP-team i Sønderjyllands Amt koster således mere både inden for det ambulante område og for indlæggelser i forhold til kontrolgruppen.

I bilag 8 er de anvendte DRG-grupper listet på det pågældende amt og den definerede tidsperiode. Der er ikke det store mønster i, hvad patienterne har været indlagt for, om end der er nogle gengangere, fx forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.

Tabel 19: Sønderjyllands Amt, 6 mdr. fra opstart af behandling, (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,19 (N=53)	0,10 (N=51)	0,62	0,49	3,30 (N=45)	5,00 (N=33)	2.768	1.365	1.403
Ambulante besøg	1,09 (N=53)	0,41 (N=51)					2.765	961	1.804
I alt							5.533	2.326	3.207

Tabel 20: Sønderjyllands Amt, 1 år fra opstart af behandling, (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,26 (N=53)	0,29 (N=51)	0,85	0,98	3,21 (N=45)	3,33 (N=50)	3.942	3.524	418 (p = 0,7241)
Ambulante besøg	1,26 (N=53)	0,73 (N=51)					3.014	1.427	1.587
I alt							6.956	4.951	2.005

Tabel 21: Sønderjyllands Amt, 2 år fra opstart af behandling, (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,42 (N=53)	0,55 (N=51)	1,17	1,76	2,82 (N=50)	3,21 (N=51)	6.223	7.008	-785
Ambulante besøg	1,83 (N=53)	1,57 (N=51)					3.773	2.621	1.152
I alt							9.996	9.629	367

Tabel 22: Storstrøms Amt, 6 måneder fra opstart af behandling, (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,24 (N=29)	0,20 (N=35)	0,31	1,29	1,29 (N=14)	6,43 (N=19)	2.594	2.769	-175
Ambulante besøg	0,45 (N=29)	0,26 (N=35)					780	692	88
I alt							3.374	3.461	-87

Tabel 23: Storstrøms Amt, 1 år fra opstart af behandling, (2001-priser)

	Gns. antal indlæggelser/ambulante besøg pr. patient		Gns. antal sengedage		Gns. liggetid pr. patient pr indlæggelse		Gns. omkostning pr. patient		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
Indlæggelser	0,41 (N=29)	0,40 (N=35)	1,17	1,77	2,83 (N=14)	4,43 (N=22)	5.209	6.065	-856
Ambulante besøg	0,62 (N=29)	0,43 (N=35)					1.017	1.005	12
I alt							6.226	7.070	-844

5.5.7 Ressourceforbrug og omkostninger inden for sygesikringen

Som det fremgår af tabellerne 24 og 25 forbruger patienter i behandling under OP-team flere ydelser under Sygesikringen end patienter i kontrol-grupperne, men der er generelt tale om lave omkostninger (1-3 pct. af de samlede omkostninger). Dette gælder både for Storstrøms Amt og Sønderjyllands Amt. Patienter i Storstrøms Amt koster i gennemsnit kr. 1.624 for 6 måneders perioden og 1.624 kr. for 1 års perioden, hvilket er hhv. 437 kr. og 417 kr. dyrere end for patienter i kontrolgruppen. I Sønderjyllands Amt koster tilsvarende patienter i gennemsnit 864 kr. for 6 måneders perioden, 1.576 kr. for 1 års perioden og 2.847 kr. for 2 års peri-oden, hvilket er hhv. 227 kr., 415 kr. og 156 kr. dyrere end for patienter i kon-trolgruppen.

Størstedelen af forbruget er koncentreret på ydelser ved praktiserende læge både mht. patienter under OP-teams og patienter i kontrolgrupperne. Således omfatter mellem 75 og 97 pct. af omkostningerne til Sygesikringen, omkostninger til ydelser ved praktiserende læge.

I Storstrøms Amt er det kun patienterne i behandling under OP-team, der har modtaget ydelser hos speciallæger i psykiatri og endvidere har et rela-tivt højere forbrug af ydelser hos øvrige speciallæger (ekskl. tandlæger), om end der dog er tale om et lille forbrug. I Sønderjyllands Amt bruges der ikke ydelser hos speciallæger i psykiatri. Ligesom i Storstrøms Amt der også har

Tabel 24: Sønderjyllands Amt, gns. sygesikringsomkostninger pr. patient (2001-priser)

	Praktiserende læge, kr.		Speciallæge i psykiatri, kr.		Øvrige sp. læger ekskl. tandlæger, kr.		Gns. omkostninger i alt, kr.		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
6 måneder	846,63	494,00	-	-	17,56	143,26	864	637	227
1 år	1.528,04	978,09	-	-	47,68	182,72	1.576	1.161	415
2 år	2.728,91	2.353,79	-	10,35	117,81	326,73	2.847	2.691	156

Tabel 25: Storstrøms Amt, gns. sygesikringsomkostninger pr. patient (2001-priser)

	Praktiserende læge, kr.		Speciallæge i psykiatri, kr.		Øvrige sp. læger ekskl. tandlæger, kr.		Gns. omkostninger i alt, kr.		Gns. forskel i omkostninger ml. kontrol og intervention (I-K)
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol	
6 måneder	780,82	577,65	79,34	0	184,40	30,23	1.045	608	437
1 år	1.291,56	1.138,84	130,67	0,00	201,29	68,06	1.624	1.207	417

et lidt højere forbrug af ydelser hos øvrige speciallæger (ekskl. tandlæger) set i forhold til kontrolgruppen.

5.5.8 Kasseøkonomisk analyse over psykiatriske omkostninger

Denne analyse (evaluering) tager udgangspunkt i det samfundsøkonomiske perspektiv, idet der ses på samfundets omkostninger uanset, hvem de påfalder. En kasseøkonomisk analyse tager et mere begrænset perspektiv, idet der tages udgangspunkt i, hvorledes udgifter (og ikke nødvendigvis omkostninger) og indtægter (eller besparelser) fordeler sig mellem forskellige myndigheders kasser og borgere (sidstnævnte indgår ikke her). Da der ses på udgifter og ikke omkostninger (se evt. afsnit 5.3.3 for forskelle i udgifter og omkostninger) er der i nedenstående tabel 26 og 27 rensat for omkostninger, der ikke figurerer direkte som udgifter i teamenes budgetter/regnskaber. Det drejer sig bl.a. om omkostningen til afskrivninger, husleje (der betales ikke husleje) samt varme/el. Der er alene set på de psykiatriske omkostninger.

Tabel 26 viser en kasseøkonomisk analyse for Tønder i en 2-årig periode efter opstart. Kommunerne har hverken udgifter eller indtægter/besparelser (fx i socialpsykiatrien) i forbindelse med OP-teamet. OP-teamet er et supplerende tilbud, hvorfor der ikke er sket ændringer i patienternes øvrige tilbud som fx hjemmebesøg af støttekontakt personer. Staten har finansieret 6.050.000 kr. til drift af teamet gennem Psykiatripuljen til en 2-årig forsøgs-

Tabel 26: Tønder, 2-årig periode efter opstart

	Udgifter til teamets drift, kr.	Besparelse, kr.	Nettoomkostning, kr.
Kommune	0	0	0
Amt	2.729.350 ⁵⁰	(4.742.705)	-2.013.355
Stat	6.050.000	0	+6.000.000
I alt	8.779.350	(4.742.705)	3.986.645

periode. Amtet finansierer de resterende ca. 2,7 mio. kr. gennem Omstillingspuljen.⁴⁹

Den økonomiske gevinst består af sparede sengedagsomkostninger i psykiatrien, der beløber sig til 89.485 kr. pr. patient svarende til en samlet besparelse (i forhold til patienter i traditionel behandling) på 4,7 mio. kr. Såfremt denne besparelse modregnes amtets udgift til drift af teamet er amtets nettoomkostning -2 mio. kr. (dvs. en besparelse). Denne gevinst er inkl. udgifter til implementering (EDB og indretning af kontor, se tabel 7), ca. 200.000 kr.

Samlet set for stat og amt er der tale om en nettoomkostning på næsten 4 mio. kr. for en 2-årig periode efter opstart. Det skal imidlertid bemærkes, at der er en begrænsning ved analysen, idet der ikke er taget hensyn til forskelle i udgifter til hhv. behandling i OP-team og traditionel behandling. Denne forskel kendes ikke. Der er imidlertid tale om betydelig større antal ambulante besøg under OP-teamet i forhold til under den traditionelle behandling. Såfremt der tages udgangspunkt i beregning af de ambulante psykiatriske omkostninger vha. takster (metode 1 jf. afsnit 5.3.4.3) er der tale om en ambulant meromkostning ved OP-teamet på næsten 1,3 mio. kr. for Tønder.

Tabel 27 viser en kasseøkonomisk analyse for Falster over en 1-årig periode efter opstart. Kommunerne finansierer 25% af teamets driftsudgifter svarende til 638.914 kr. Staten finansierer ligeledes 25% gennem puljer til kommunerne. Amtet finansierer de resterende 50% svarende til ca. 1,3 mio. kr. På Falster modtager patienter i OP-teamet ikke besøg af støtte-kontaktpersoner, idet denne funktion nu ligger i teamet. Det betyder, at kommunerne i princippet har en besparelse svarende til udgiften for de antal hjemmebesøg, som de pågældende patienter modtog før behandling i teamet, eller som de ville have modtaget i dag, såfremt de ikke havde været patienter i OP-teamet, men i traditionel behandling. Der foreligger imidlertid ikke nogen systematisk opgørelse over disse patienters før-forbrug. Der er indhentet oplysninger om 8 patienter, der før modtog alt fra 0-10 timer pr. uge. Det er derfor vanskeligt at vurdere kommunernes besparelser, da der samtidig må

⁴⁹ Efter forsøgsperiodens afslutning d. 1. april 2003 er der taget beslutning om at fortsætte forsøget. Staten medfinansierer stadig driften af teamet.

⁵⁰ Driftsudgiften er inkl. udgifter (ca. 200.000 kr.) til implementering, herunder EDB og indretning af kontor.

Tabel 27: Falster, 1-årig periode efter opstart

	Udgifter til teamets drift, kr.	Besparelse, kr.	Nettoomkostning, kr.
Kommune	638.914	150.000 - 250.000	388.914 - 488.914
Amt	1.357.828 ⁵¹	-599.227	1.957.055
Stat	638.914	0	638.914
I alt	2.555.656	349.227 - 449.227	2.984.883 - 3.084.883

forventes at have været en vis forsinkelse i realiseringen af omfordeling af personaleressourcer. Det vides heller ikke, hvor hurtigt efter teamets opstart, at patienterne i teamet er ophørt med besøg fra støttekontakt personer. Den angivne besparelse i kommunerne på 150.000-250.000 kr. skal derfor tolkes med stor forsigtighed, om end det forventes at være et konservativt skøn. Kommunernes nettoomkostning vil således være mellem 400.000 og 500.000 kr.

For patienter i behandling i OP-teamet har der ikke været nogen senge-dagsbesparelse, men derimod et højere forbrug (599.227 kr.) i forhold til patienter i traditionel behandling. Det betyder, at amtets nettoomkostning er på næsten 2 mio. kr. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om en forskel mellem intervention (patienter i OP-team) og kontrol (patienter i traditionel behandling), der *ikke* er signifikant. Dette er specielt vigtigt, såfremt det anvendes prospektivt i fremtidige planlægninger og implementeringer, eftersom forskellen kan være tilfældig.

Samlet set for kommunerne, amtet og staten er der tale om en nettoomkostning for 1 år på ca. 3 mio. kr.

5.5.9 Opsamling - resultater

Baseret på de grundlæggende antagelser har denne omkostningsanalyse vist, at Tøndermodellen er forbundet med en nettobesparelse (samlede omkostninger jf. tabel 12) over 1 år på 33.653 kr. (og 65.117 kr. over 2 år), mens Falster-modellen er forbundet med en nettoomkostning på 43.788 kr. over 1 år. Årsagen til de store forskelle er forskelle i sengedagsreduktionen (og indlæggelsesreduktionen) for de to modeller. I Tønder er der tale om en sengedagsreduktion på 37 pct. i forhold til kontrolgruppen (over 2-årig periode), mens der på Falster er tale om et sengedagsforbrug, der er 40 pct. højere end i kontrolgruppen. For Tønder er forskellene i sengedagsomkostninger (psykiatriske) i 1 års og 2 års perioderne signifikante, mens forskellen på Falster ikke er signifikant.

⁵¹ Driftsudgiften er inkl. udgifter til implementering (investering i EDB på 80.000 kr.).

På det ambulante psykiatriske område er der signifikante forskelle mellem intervention og kontrol i både Tønder og Falster. Patienter i OP-team er signifikant dyrere.
 I det efterfølgende afsnit ses der på, hvordan eller hvorvidt resultaterne ændres, når der ændres på de hidtidige grundlæggende antagelser.

5.6 Følsomhedsanalyse

Formålet med følsomhedsanalysen er at vise, hvordan eller hvor meget omkostningsestimaterne ændres, når de bagvedliggende forudsætninger ændres. Der er gennemført følsomhedsanalyser på følgende parametre:

- Case-load
- Takster for ydelser i psykiatrien
- Sengedagsreduktion
- Vagtberedskab (teamets)

Ved at ændre på disse parametre, der påvirker omkostningerne, fås en række alternative omkostningskonsekvenser. Parametrene kan kombineres på flere måder i en følsomhedsanalyse. Det er her valgt at gennemføre en såkaldt univariat følsomhedsanalyse, hvor der kun ændres på en parameter af gangen i forhold til de forudsætninger, som de oprindelige omkostningsestimater er baseret på. Tabel 28 viser, hvordan de forskellige parametre er ændret, og tabel 29 sammenfatter omkostningskonsekvenserne for de i alt 9 scenarier, der fremkommer på denne vis.

Tabel 28: Parametre i følsomhedsanalysen

Parameter	Baseline-værdi	Spænd i følsomhedsanalyse	Scenarie
Case-load	Falster: Tønder:	1:8 → 1:10 1:6 → 1;8	II (a,b)
Takster, psykiatri Sengedagsreduktion (%)	Heldøgn: 2.530 kr. Tønder: Falster:	2.530 → 3.000 33% → 0% 0% → 15% 0% → 33%	III (a,b) IV (a,b,c)
Vagtberedskab	Tønder: - kl. 24-7 Falster: 24 timer	17 timer → 24 timer 24 timer → 17 timer (-kl. 24-7)	V (a,b)

Omkostningskonsekvenserne i nedenstående tabel er opgjort for 1 års periode.

Tabel 29: Omkostningskonsekvenser for de forskellige scenarier

Scenarie	Parameter	Spænd i den enkelte gns. omkostning, kr.	Procentvis ændring i gns. amb. omkostning (metode 2), %	Konsekvens for meromkostning (saml. (saml. Omkostning) (metode 1)
Baseline 1 år	Samlede omkostninger (metode 1) Tønder: 83.294 Falster: 126.335			
Baseline 1 år	Amb. psyk. Omkostninger, metode 2 Tønder: 69.833 Falster: 73.059			
IIa	Tønder: Case-load: 1:10 (metode 2)	64.945 - 69.833	-7	
IIb	Falster: Case-load: 1:8 (metode 2)	59.361 - 73.059	-19	
IIIa	Tønder: Takst 3.000 kr.	25.191 - 29.880		OP-team stadig et billigere alternativ end den trad. behandling
IIIb	Falster: Takst 3.000 kr.	71.886 - 85.290		OP-team stadig dyrere end trad. behandling
IVa	Tønder: 0%	74.762 - 137.265		OP-team et dyrere alternativ end den traditionelle behandling
IVb	Falster: 15%	90.120 - 118.485		OP-team stadig dyrere end trad. behandling
IVd	Falster: 33%	80.747 - 118.485		OP-team stadig dyrere end trad. behandling
Va	Falster: - 7 timer vagt (metode 2)	53.828 - 73.059	-26	
Vb	Tønder: + 7 timer vagt (metode 2)	69.833 - 80.383	+15	

Scenarie II: Ændring i case-load

Teamet på Falster har i den 1-årige periode et case-load på ca. 1:6. Såfremt dette ændres til 1:8, som faktisk er teamets mål, reduceres den gennemsnitlige (ambulante) omkostning pr. patient med 19 pct. Teamet i Tønder har et case-load på 1:9 (1. år og 1:11 i 2. år), og såfremt dette ændres til 1:10 det 1. år, reduceres den gennemsnitlige omkostning pr. patient med ca. 7 pct.

Scenarie III: Ændring i sengedagstaksten (psykiatrisk)

Problemet med enhedspriser på psykiatriområdet betyder, at der i indeværende analyse er anvendt den såkaldte fritvalgstakst på 2.530 kr. (2001). Hvorvidt dette afspejler de reelle omkostninger for patientgruppen svært

psykisk syge vides ikke. Der er her beregnet den gennemsnitlige omkostning pr. patient ved en sengedagstakst på 3.000 kr. Den gennemsnitlige indlæggelsesomkostning stiger fra 25.191 kr. til 29.880 kr. i Tønder, mens den stiger fra 71.886 kr. til 85.290 kr. på Falster. En stigning på 16 pct. for begge ordninger.

Scenarie VI: Ændringer i sengedagsreduktion

En afgørende parameter for nettoomkostningerne er sengedagsreduktionen (psykiatriske) i forhold til kontrolgruppen. Såfremt patienter i Tønder havde haft et sengedagsforbrug svarende til, hvad patienter i kontrolgruppen havde (dvs. en sengedagsreduktion på 0%), ville den samlede psykiatriske omkostning pr. patient stige fra 74.762 kr. til 137.265 kr., hvilket ville være næsten 30.000 kr. dyrere end den samlede gennemsnitlige omkostning pr. patient i kontrolgruppen. Alt i alt ville dette gøre behandling i OP-team til et dyrere alternativ (pga. dyrere ambulante omkostninger) end den traditionelle behandling.

I Storstrøms Amt ville en sengedagsreduktion på 15 % i forhold til kontrolgruppen betyde, at den samlede psykiatriske omkostning pr. patient ville falde fra 118.485 kr. til 90.122 kr. (24%). Dette ville dog stadig betyde, at behandling i OP-team er relativt dyrere. Såfremt sengedagsreduktion i stedet var 33% ville den samlede omkostning pr. patient falde til 80.747 kr., hvilket ville betyde, at behandling i OP-team stadig ville være dyrere end den traditionelle behandling til 74.270 kr.

Scenarie V: Ændring i vagtberedskab

På Falster er der mulighed for at komme i kontakt med en fra teamet hele døgnet, mens der i Tønder ikke er mulighed for at komme i kontakt med nogen fra teamet i tidsrummet kl. 24-7, hvor der viderestilles til sengeafdelingen på Augustenborg Sygehus. I begge ordninger afspadseres de lagte vagttimer.

På Falster afspadseres der 1:1. Det betyder, at der optjenes 7 timers afspadsering pr. vagt. Da der er 7 vagter pr. uge betyder dette, at der i alt for teamets medlemmer er 49 timer pr. uge, som skal afspadseres. Dette svarer til ca. 2 fuldtidsstillinger, idet ikke-patientrelateret tid pr. uge må forventes at udgøre omtrent forskellen mellem 49 timer og 69 timer (2 x 34,5 timer). En fuldtidsstilling i teamet koster ca. 350.000 kr./år inkl. pension, ferie mv. Såfremt vagtordningen blev ændret til vagtordningen i Tønder ville dette betyde, at de årlige driftsomkostninger blev reduceret med ca. 700.000 kr. Dette betyder igen, at den gennemsnitlige ambulante omkostning (metode 2) pr. patient ville være ca. 19.000 kr. dyrere pr. år end, hvis man havde valgt en vagtordning som i Tønder svarende til en gennemsnitlig ambulant omkostning på 53.828 kr.

Hvis teamet i Tønder indførte en ordning svarende til ordningen på Falster ville det betyde, at der skulle ansættes 2 ekstra personer eller der skulle være et mindre case-load med mindre der er ledig kapacitet i teamet. De

årlige driftsomkostninger ville stige med ca. 700.000 kr., hvilket ville betyde, at den gennemsnitlige ambulante omkostning pr. patient (metode 2) ville stige fra 69.833 kr./år (1 års perioden) med ca. 10.500 kr. til 80.383 kr. (stigning på ca. 15 pct.).

5.7 Diskussion

5.7.1 Hvad koster det at implementere og drive et OP-team?

Der er i de to amter valgt lidt forskellige implementeringsmodeller. I Tøndermodellen har man ansat alt personale fra 1. april 2001 (og før), men har brugt den første måned på uddannelse og derved ikke taget nogen patienter ind før efter d. 1. maj 2001. På Falster har man ansat personalet delvist fra 1. april 2002 og straks startet på at tage patienter ind. På 6 måneder har teamet på Falster inkluderet 29 patienter, mens teamet i Tønder har inkluderet 53 på 5 måneder. Så på trods af en lidt dyrere initial fase, er inklusionsomkostningerne i Tønder betydeligt billigere end på Falster. Det kan ikke forventes, at inklusionsomkostningen vil være nul, idet der sandsynligvis altid vil være noget udskiftning enten fordi patienter dør, flytter eller vælger anden behandlingsmåde. I Tønder er inklusionsomkostningen i den 2-årige periode på 1.459 kr., hvilket må siges at være så tæt på nul som næsten muligt - med mindre der sættes nye mål for størrelsen på case-load. I teamet på Falster er der i den 1-årige periode en inklusionsomkostning på 21.254 kr. og spørgsmålet er, om det er fordi det ikke har været muligt at finde og inkludere flere patienter i løbet af det første år eller om det ikke er muligt at tage flere patienter ind (dvs. tilstrækkelig kapacitet) .

Case-load forholdet er afgørende for, hvor dyrt det er at have et OP-team. Case-load er lavere i teamet på Falster, idet der i den 1-årige periode er et case-load på 1:6 mod 1:9 i teamet i Tønder. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at man på Falster har et øget vagtberedskab forstået som, at teamet er tilgængeligt døgnet rundt. Denne udvidede vagttid gør, at der skal afspadseres relativt mere, hvilket i realiteten betyder, at der et mindre antal teammedlemmer til rådighed eller sagt på en anden måde - det er alt andet lige vanskeligere at have et lige så højt case-load, som i en ordning, der ikke har dette udvidede vagtberedskab. Begge ordninger har et mål om et case-load på 1:8 eller Tønder på 1:9. Målet er nået i Tønder over en 2-årig periode, idet case-load da kunne opgøres til ca. 1:11 (forholdet mellem antallet af vagtbærende personale og antallet af patienter). Det vides ikke, hvad det ville betyde for antallet af indlæggelser, hvis der ikke var denne udvidede vagttid. Formålet med den udvidede vagttid er at netop at undgå indlæggelser. Det er derfor vanskeligt at vurdere, hvorvidt den udvidede vagttid har en gunstig betydning for antallet af indlæggelser.

Størrelsen på case-load er en forklarende faktor i de to ordningers kapacitetsudnyttelse, jf. afsnit 5.5.3, idet et lavt case-load i princippet giver en lavere kapacitetsudnyttelse. Dette er imidlertid ikke så entydigt, idet beregningen af kapacitetsudnyttelsen er baseret på, at patienterne i de to ordninger er

lige ressourcetunge eller lægger beslag på den samme kapacitet, dvs. får lige mange og lige lange hjemmebesøg mv.

5.7.2 Resultater i forhold til erfaringer fra litteraturen

Der er lidt blandede erfaringer fra litteraturen om OP-teams. Der synes dog at være en overvejende enighed om, at der indførelsen af OP-teams medfører sparede psykiatriske sengedage. Undersøgelserne fra hovedsageligt USA har vist, at indførelsen af opsøgende psykoseteams medfører færre psykiatriske indlæggelser, herunder især for patienter med høj risiko for genindlæggelse. I en dansk medicinsk teknologivurdering (MTV) af opsøgende psykoseteam, blev den videnskabelige og økonomiske evidens beskrevet (Vendsborg et al, 1999). Konklusionen var, at der i USA var tale om betydelige reduktioner i antallet af psykiatriske indlæggelser, når man indførte OP-teams. Samtidig var der dog tale om store variationer mellem de forskellige teams mht. reduktionen i antallet af psykiatriske indlæggelser. Reduktionen i antallet af sengedage varierede fra +2 pct. til -80 pct. med en median på 44 pct. (Vendsborg et al, 1999). Erfaringer fra Europa er imidlertid mere blandede mht. reduktionen i antallet af psykiatriske indlæggelser (se fx Burns et al, 2001).

Den danske MTV-rapport konkluderede, at der formentlig ville være økonomisk afledte gevinster ved at indføre OP-teams i Danmark, idet der antallet af indlæggelser og sengedage kunne reduceres. Dette på trods af, at omkostningerne til den ambulante behandling under OP-teamet ville være højere end den traditionelle ambulante behandling (distriktspsykiatri) pga. en mere intensiv behandling og derfor et mindre case-load end i den distriktspsykiatriske behandling. Konklusionerne var imidlertid baseret på antagelser om 25 pct. reduktion i sengedagsforbruget i psykiatrien og et case-load på 1:10. Det er derfor ikke muligt direkte at sammenligne dette med resultaterne af indeværende evaluering. Ordningen på Falster har et lavere case-load end antaget i MTV-rapporten, og i Tønder er case-load højere

Indeværende analyse har vist, at patienter i behandling under OP-teams i Tønder har en tredjedel mindre sengedagsforbrug end patienter i kontrolgruppen i en 1 års opfølgingsperiode. På Falster er der i den 1-årige opfølgingsperiode et højere sengedagsforbrug for patienter under det opsøgende psykoseteam i forhold til patienter i kontrolgruppen. Såfremt der tages højde for en enkelt meget ressourcekrævende patient med et sengedagsforbrug i 1 års opfølgingsperioden, har patienter i interventions- og kontrolgruppen nogenlunde det samme sengedagsforbrug. Selv om der tages højde for denne ene ressourcekrævende patient fra interventionsgruppen i Falster, har patienterne i denne gruppe i sammenligning med interventionsgruppen i Tønder et dobbelt så stort sengedagsforbrug.

5.7.3 Hvorfor er der forskelle i afledte effekter?

Der foreligger ikke nogen oplagte årsagsforklaringer på, hvorfor der er et betydeligt større sengedagsforbrug for patienter i interventionsgrupperne i

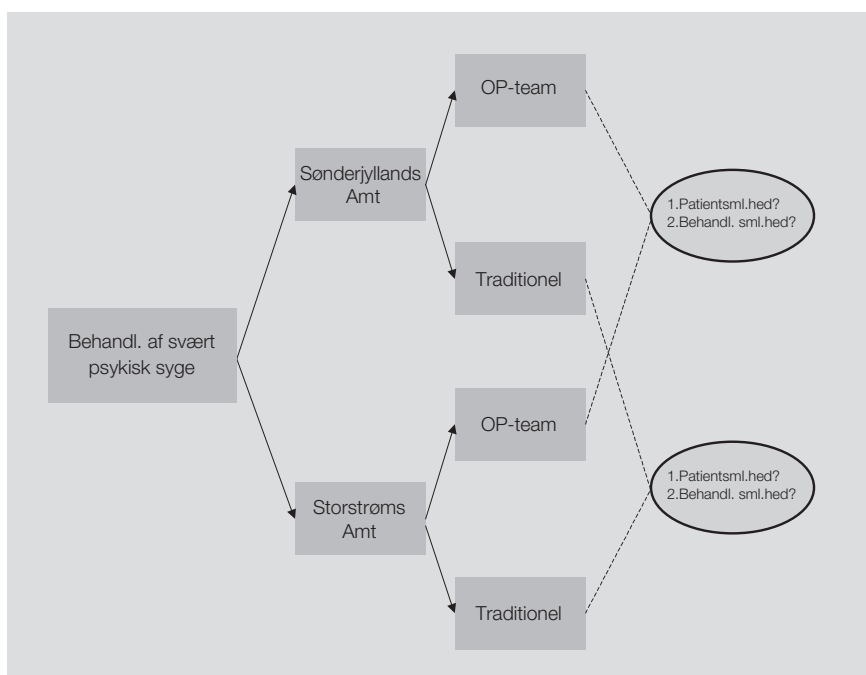
Storstrøms Amt i forhold til i Sønderjyllands Amt. De mest umiddelbare hypoteser er enten, at patienterne i Storstrøms Amt er mere syge (indlæggelseskrævende) eller, at der er historiske/kulturelle årsager til de længe-revarende indlæggelser eller endeligt fordi indholdet i behandlingen varierer mellem de to OP-teams. Ses der til gengæld på de to kontrolgrupper, er tendensen modsat: Antal indlæggelsesdage pr. patient i kontrolgruppen er højere i Tønder end på Falster.

Ved sammenligning af det gennemsnitlige sengedagsforbrug for alle svært psykisk syge i Storstrøms og Sønderjyllands Amter er der kun marginale forskelle mellem de to amter, jf. sammenligningen af nøgletal for 6 amter (jf. bilag 9). Forskellen i sengedagsforbruget er således knyttet til patienter i behandling i OP-team.

Hypotesen om, at patienterne i teamet på Falster er mere indlæggelseskrævende end patienter i teamet i Tønder støttes af, at en række svært psykisk syge borgere i Nykøbing Falster bor i et kommunalt bofællesskab, hvor de ikke har kontakt til OP-teamet. Denne gruppe hører i princippet ind under OP-teamets inklusionskriterier, og ville i givet fald udgøre en stabil patientgruppe for teamet, svarende til patientgruppen i OP-team i Tønderområdet, der modtager et omfattende kommunalt tilbud - ifølge de interviewede kommunale repræsentanter.

At der er betydelige forskelle på de afledte effekter af at indføre OP-teams svarer til, hvad de udenlandske erfaringer har vist, jf. ovenstående. Samtidig bør dog bemærkes, at der ligeledes er betydelige forskelle i kontrolgruppernes forbrug af ydelser på tværs af de to amter. Det er derfor vanskeligt at generalisere resultaterne til andre amter, idet en del af patienternes forbrug sandsynligvis skal forklares ud fra andre årsager end selve organiseringen af behandlingen. Erfaringer fra udenlandske undersøgelser viser, at der er store variationer mellem steder i de ydelser, som patienter i behandling under OP-teamet forbruger. Dette også selv om det er inden for det samme område, og også selv om OP-teamet er blevet implementeret efter hensigten. Så omkostningerne mellem forskellige steder med OP-team kan variere meget, selv om indholdet i behandlingen i OP-team og standardbehandlingen er sammenlignelig (Essock et al, 1998).

Ved sammenligning på tværs af to ordninger med OP-team er der ikke kun forskellen i afledte effekter (herunder primært psykiatriske indlæggelser), som er relevant. I vurderingen bør også indgå omkostningerne for kontrolgrupperne, idet dette inden for det enkelte amt er afgørende for, hvorvidt der er tale om en besparelse eller omkostning. Det er relevant at stille spørgsmålet om, hvorvidt det er det samme, der sammenlignes med i de to amter. Figur 6 illustrerer, hvordan to overordnede spørgsmål bør stilles i en sammenligning på tværs - og disse bør i princippet stilles både for interventions- og kontrolgruppen. Det drejer sig om, hvorvidt det er sammenlignelige patienter, og hvorvidt indholdet i behandlingen er den samme. Mht. sammenligneligheden af patienter, er det i indeværende analyse ikke muligt at vurdere, hvorvidt patienterne ligner hinanden ud over, at de fleste opfylder de opstil-



Figur 6: Sammenligning af OP-team på tværs

lede inklusionskriterier. I ordningernes egne igangværende forskningsprojekter for OP-team laves matchede kontrolgrupper, og der er længere observationstid. En anden mulig korrektionsfaktor kunne være misbrug, da behandlingsomkostninger for psykisk syge patienter med et misbrugsproblem er væsentligt dyrere end psykisk patienter uden et misbrugsproblem (se fx Dickey & Azeni, 1998).

En anden hypotese er baseret på sammensætningen af de to OP-teams, hvor teamet i Tønder overvejende består af sundhedsfagligt uddannet personale, mens teamet på Falster består af lige dele sundheds- og socialfagligt personale. Hypotesen er, at teamet i Tønder giver et mere behandlingsorienteret tilbud, mens teamet på Falster i højere grad leverer en socialfaglig indsats med vægt på det koordinerende element, og måske i højere grad må anvende eksterne behandlingstilbud - forstået som indlæggelser og indlæggelseslængde. I litteraturen har det været diskuteret, hvorvidt det væsentligste i et OP-teams indsats er "tovholderfunktionen" eller det terapeutiske indhold. I England har det været fremført, at tovholderfunktionen bør indeholde en behandlingsorienteret indsats for at virke (Burns et al. 2001). Hypotesen om, at man i Tønder giver et mere behandlingsorienteret tilbud, mens man på Falster giver et mere socialfagligt tilbud støttes indirekte af en rundspørge til de implicerede kommuner i de to amter. Denne viste, at det for kommunerne (socialpsykiatrien) omkring Tønder ikke havde haft nogen betydning i form af overdragelse af opgaver og derved frigivelse af arbejds-

kraft (besparelse). Det at patienten nu får hjælp fra socialpsykiatrien samtidig med, at patienten får behandling af OP-teamet betragtes som, at der nu gives et bedre tilbud til patienten. I kommunerne omkring Falster, er der i en af kommunerne (socialpsykiatrien) frigivet en person (støtte-kontakt person) til andet arbejde, mens der i en af de andre kommuner endnu ikke er sket frigivelse af personer eller omrokeringer som følge af OP-teamets indførelse, men man forventer, at dette vil ske snart. Noget kunne derved tyde på, at man i teamet i Tønder yder en mere behandlingsorienteret indsats og således lader den socialfaglige del være mere op til kommunernes socialpsykiatri. Den modsatte tendens gør sig gældende i teamet på Falster, hvor noget kunne tyde på, at der ydes en mere socialfaglig indsats, idet der frigives arbejdskraft i socialpsykiatrien. Det bør dog bemærkes, at på Falster finansierer kommunerne 25 pct. af OP-teamet, og det kan derfor ikke afvises, at der i kommunerne er et politisk krav om besparelser. I Sønderjyllands Amt er det gratis for kommunerne, og måske derfor heller ikke samme eventuelle krav om besparelser.

Det kan diskuteres, hvorvidt forskelle i kommunale omkostninger, herunder hovedsageligt omkostninger til socialpsykiatrien og hjemmehjælp kan være med til at forklare noget af forskellen i de psykiatriske omkostninger. Er det sådan, at en dyrere ambulant ordning inden for psykiatrien er dyrere, bl.a. fordi de overtager nogle af de socialpsykiatriske opgaver, og derved i sidste ende giver kommunerne en besparelse?

5.7.4 Andre afledte effekter

Erfaringer fra udlandet har vist, at der er andre afledte effekter end et reduceret sengedagsforbrug i psykiatrien. Det drejer sig bl.a. om et reduceret forbrug af plejehjemspladser, beskyttede boliger, pladser i bofællesskab og hjemløsinstitutioner. Alt sammen besparelser uden for sundhedsvæsenet og besparelser som er vanskelige at opgøre eller kvantificere og derved omkostningsfastsætte, idet der ikke findes systematiske opgørelser over sådant forbrug. Endelig er det dokumenteret, at både patienter og pårørende er mere tilfredse med behandlingen under et OP-team i forhold til standardbehandlingen (fx Morse et al 1997). Disse forhold analyseres i ordningernes egne igangværende forskningsprojekter.

En undersøgelse af Clark et al (1998) har beregnet omkostninger til bl.a. herberg og ambulance ved at sammenligne patienter i et OP-team med patienter i kontrolgruppe i 3 år. Omkostningerne til herberg var 37 UD dollars (1995-priser) for patienterne i behandling i OP-team i sammenligning med 57 US dollars for patienter i standardbehandling, dvs. er meromkostning på 20 US dollars over 3 år, hvilket må siges at være uden stor økonomisk betydning. Samme undersøgelse har også opgjort familiens tidsomkostninger til 19.804 US dollars mod 22.942 US dollars for patienter i standardbehandling, hvilket betyder en besparelse på 3.138 US dollars svarende til ca. 22.000 kr.

5.7.5 Fremtidige perspektiver

Rosenheck et al (1998) har vist, at der over tid sker en såkaldt "udtyndings-effekt" (af sengedageeffekten) ved behandling i OP-team. Der sker et fald i besparelsen i reducerede sengedage, idet sengedagsforbruget for patienter i standardbehandling falder over tid, og så at sige indhenter den anden gruppe patienter. Denne effekt er kendt fænomen, hvor implementeringen af en ny behandlingsmåde gradvist vinder indpas eller dele heraf vinder indpas i den mere standardiserede behandling. I denne evaluering har det kun været muligt at følge patienterne 1 og 2 år efter opstart, og det er derfor ikke muligt at sige noget om, hvorvidt dette vil komme til at gælde i Danmark. En undersøgelse fra England har vist, at intensiv opsøgende specialist behandling koster mere end en ikke-specialiseret opsøgende behandling for ingen umiddelbare gevinster (Ford et al, 2001). Undersøgelsen var et 5-årigt follow-up studie af svært psykisk syge patienter fordelt på forskellige ordninger med "Intensive Case Management". De første 1fi år fik alle patienter en intensiv opsøgende behandling. De næste 1fi-5 år vedbliver patienterne i et team med at få samme behandling, mens de andre patienter får en mindre intensiv behandling. Outcome blev målt på antallet af patienterne fastholdt i behandling, psykiske symptomer, social funktionsevne, ressourceforbrug og omkostninger. Der var ingen signifikant forskel i omkostningerne det første 1fi år, hvor alle patienterne modtog i princippet samme intensive opsøgende behandling. I den 5-årige opfølgning var der ikke forskel på de forskellige gruppers outcome, men omkostningerne varierede en del. Forfatterne konkluderer, at den intensive opsøgende behandling koster mere samtidig med, at der ikke opnås gevinster på effektsiden. De foreslår derfor, at man på længere sigt arbejder på at have procedurer, hvor man kan overflytte folk til mindre intensiv behandling.

Jf. ovenstående har kritikere af behandling i opsøgende psykoseteam fremført, at denne behandlingsform reducerer antallet af indlæggelser og er en mere tilfredsstillende behandling for patienterne, men det er ikke omkostningsbesparende i forhold til standardbehandlingen. Forfatteren argumenterer for, at opsøgende psykoseteam ikke er mere effektiv end standardbehandling til at reducere symptomer eller til at forbedre patienternes psykosociale funktionsevne (Gomory, 2001).

Bilag 1:

Tovholdermodel i Vejle Amt

– en del af et samlet tilbud

'Vejlemodellen er et godt miks af meget struktur, men ikke for meget, og så en bevidst satsning på udvidelse af personkendskabet.'
Citat fra interview.

Denne beskrivelse fokuserer særligt på den 'Tovholdermodel', der er etableret som et særligt initiativ i samarbejdet mellem de parter i hhv. kommuner og amt, der yder behandlingsmæssige og/eller sociale tilbud til en sindslidende borger.

Det er væsentligt at bemærke, at Tovholdermodellen er en aktivitet, som er integreret i de almene psykiatriske tilbud. Beskrivelsen er derfor præget af, at den i lange passager omhandler de generelle forhold for psykiatrien i Vejle Amt, som også er gældende for Tovholdermodellen, men der i særlige afsnit sker en særskilt præcisering af Tovholdermodellens indhold.

Beskrivelsen er udarbejdet på baggrund af Amtets planmateriale på psykiatriområdet⁵² samt et fokusgruppeinterview med centrale personer i Vejle Amts sammenhængende psykiatritilbud. Dette interview omfattede repræsentanter for de psykiatriske afdelinger, socialpsykiatriske centre og den kommunale socialpsykiatri.

1 Baggrunden for oprettelsen

Fra 1999 til 2001 arbejdedes der i amtet på at udarbejde en Udviklingsplan for psykiatrien, og der blev gennemført en række aktiviteter og udarbejdet delrapporter mv. i løbet af denne proces: Statusrapporten 1999 var det første dokument. Det var et oplæg til drøftelse i forbindelse med en Vurderingskonference, juni 1999, der resulterede i "Principper og handleplan", der beskrev de overordnede principper for psykiatrien samt skitsere-

⁵² Planmaterialet har omfattet: Sundhedsforvaltningen, Psykiatriplan 1990-2000 for Vejle Amt, 1990; Sundhedsforvaltningen: Forslag til Strategiplan for den sygehusbaserede psykiatri i Vejle Amt, 1997; Notat vedrørende Etablering af en Psykiatrisk drifts- og planorganisation i Vejle Amt, maj 1998; Publikationer vedrørende arbejdet med Udviklingsplan for indsatsen overfor sindslidende i Vejle Amt, i 1999, nemlig Principper og handleplan for psykiatrien i Vejle Amt; Statusrapport for indsatsen over for sindslidende i Vejle Amt 1999 samt bilaget til denne, og Vurderinger af indsatsen over for sindslidende i Vejle Amt 1999. Herudover indgår Udviklingsplan for Psykiatrien i Vejle Amt, 2001; Notat Status på anbefalingerne i 'Udviklingsplan for psykiatrien i Vejle Amt', sep. 2002 og diverse øvrige korte notater og planpapirer.

de en række indsatsområder på baggrund af de påpegede udviklingsfelter på Vurderingskonferencen. Indsatsområderne blev behandlet og beskrevet yderligere i relation til Udviklingsplanen. Processen ledte til udarbejdelse af en række arbejdsgrupperapporter, som indeholdt forslag til konkrete anbefalinger i Udviklingsplanen. Denne udkom i 2001. Hovedindholdet i publikationerne var følgende:

- Statusrapport 1999 redegjorde bl.a. for de sociale tilbud til de sindslidende, og skulle således dokumentere antagelsen fra Strategiplan 1997 om, at Vejle Amt havde flere tilbud end gennemsnittet.
- I 'Principper og handleplan' blev det pointeret, at den samlede indsats i Vejle amt skulle omorganiseres, herunder at der skulle arbejdes *'som et hold/team på tværs af faggrænser og sektorer'*, der bl.a. sigtede på at etablere *'sammenhængende forløb for sindslidende'*, *'arbejder opsøgende og yder en tidlig hurtig indsats'*, og *'arbejder med casemanager og kontaktpersoner'*. Ud over dette blev der peget på en række principper for individuel tilgang, helhed i og tilgængelighed af tilbudene samt faglig kvalitet. For at opnå dette påpegede redegørelsen bl.a., at det var vigtigt at *'analysere mulighederne og behovene for at samordne kommunale og amtskommunale støtte- og behandlingstilbud i lokalområdet m.h.p. at udnytte de allerede eksisterende ressourcer bedre for evt. at imødekomme utilfredsstillende behov for bl.a. akuttillbud, forbedring af samarbejdet på tværs af amt og kommuner, forbedring af samarbejdet omkring den enkelte sindslidende.'* Det blev også påpeget, at det er væsentligt at *'få et klart billede af det reelle behov for tilbud efter kl. 16 - hvem har brug for det (hvilke sindslidende/pårørende) og hvad har de brug for.'*

1.1 Udviklingsplanen – idégrundlag bag udviklingen af tilbudet

Den eksisterende udviklingsplan blev udarbejdet i 2001 på baggrund af det forudgående arbejde, først og fremmest med udviklingsplanforløbet. Såvel kommunalbestyrelser som amtsrådet indgik i udarbejdelsen af udviklingsplanen. Som en del af udgangspunktet for arbejdet blev samarbejdsperspektivet fremhævet: *'Fælles ejerskab i psykiatrien for at give den sindslidende et sammenhængende og koordineret tilbud er styrende for udvikling af indsatsen. Social- og sygehusbaserede psykiatri knyttes tættere sammen bl.a. gennem fælles forvaltning, amt og kommune rykker tættere på hinanden i det praktiske arbejde, i planlægning og i udvikling af psykiatrien, og samspillet med patienter, brugere og pårørende videreudvikles.'*

1.2 Udviklingsplanens målgruppe

I Udviklingsplanen blev målgruppen for psykiatrien og for de særlige behandlings- og støttetilbud defineret som: "de mest syge sindslidende hvis evne til at fungere socialt og psykiatrisk er så nedsat af deres sindslidelse, at der som minimum kræves en psykiatrifaglig behandling eller en særlig social indsats."

Samarbejde

På samarbejdsområdet pegede Udviklingsplanen på, at der skulle etableres en række strukturer, som kunne fastholde samarbejdsperspektivet, herunder

- en samarbejdsaftale mellem amtet og hver enkelt kommune vedrørende opgaveansvar og opgavefordeling mv.
- etablering af et zonekontaktudvalg i hver zone, som udstak retningslinier for kvalitetsudvikling og samarbejdsrelationer,
- etablering af et matrikelløst psykiatrisk hus i hver kommune, hvor aktører fra amt og kommune kunne mødes for at drøfte konkrete problemstillinger og samarbejdsrelationer. Det 'matrikelløse hus' bestod af teamet, som amtet havde på afdelingerne, kommunens medarbejdere, amtets socialpsykiatri, praktiserende læger og speciallæger samt frivillige,
- at der arbejdedes hen imod, at der kun eksisterer én samlet plan for hver sindslidende,
- at hver instans, der havde haft kontakt til en sindslidende, sikrer at den sindslidende havde en kontaktperson. Kontaktpersonerne var herefter ansvarlige for en koordineret handlingsplan, og hvis der var tre eller flere kontaktpersoner involveret, kunne der udpeges en tovholder som ansvarlig for koordinering.

Der blev således lagt op til, at der etableredes samarbejdsstrukturer, som var tættere knyttet til det udførende niveau og arbejdet med patienterne end de forudgående strukturer, som havde mere generel karakter som fx psykiatrisk udviklingsråd og psykiatriske fællesudvalg.

Organisering af den samlede indsats

Principperne for den samlede indsats i amtet skulle baseres på, at der blev arbejdet på tværs af sektorer og faggrupper, og at der skabtes sammenhængende forløb for de sindslidende., bl.a. ved hjælp af kontaktpersoner og tovholdere, som kunne tilknyttes den enkelte sindslidende, hvis dette var nødvendigt. Der skulle arbejdes opsøgende og ydes en tidlig og hurtig indsats. Brugeren skulle støttes i eget miljø.

2 Hvilke tilbud og ydelser

Organisatorisk blev den amtslige del af psykiatrien organiseret under en psykiatrirforvaltning, og herunder blev det psykiatriske behandlings- og støttetilbud struktureret på 3 niveauer;

- kommunen/lokalområdet
- zonen - nord-, syd- og midtzone
- amtet/amtsplan

2.1 Lokalområdet

Fra lokalområdet blev der tilbudt behandling fra;

- den praktiserende læge - indgangsporten til behandlingspsykiatrien for de fleste patienter
- de udadgående behandlingsmedarbejdere fra psykiatrisk afdeling (læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere). Udviklingsretningen for den udadgående behandling var bl.a. at flere personer skulle modtage behandling uden for psykiatriske afdelinger, bl.a. ved en oprustning af personale ressourcer til det udadgående behandlingsarbejde – evt. kunne afprøvning af forskellige organisationsformer i amtets 3 zoner komme på tale.

2.2 Zonen

Fra zonen skulle der tilbydes behandling fra;

- den praktiserende speciallæge i psykiatri,
- praktiserende psykologer,
- Voksenpsykiatrisk afdeling – under indlæggelse og i ambulatorium.

2.3 Amtslige døgndækkende tilbud

Der blev etableret særlige tilbud til døgndækning - fra 16 til 08 på hverdage samt i hele weekenden - herunder mulighed for rådgivning, behandling eller overnatning på de psykiatriske afdelinger, hvis man fik en henvisning fra egen læge eller vagtlæge. Herudover blev der en døgnåben akuttelefon, som ringede hos en medarbejder i et af amtets Socialpsykiatriske Centre.

2.4 Situationsbestemt teamstruktur og -sammensætning

Det sammenhængende psykiatritilbud i Vejle Amt bliver ikke bygget på en teamstruktur, der svarer til de mere traditionelle teamdannelser, der ses i de opsøgende psykoseteams eller i den integrerede model i Fyns Amt. Det sammenhængende psykiatritilbud som det blev præsenteret i Udviklingsplanen koordineres på højere niveau i zonerne, og kan siges at være organiseret i en form for netværksstruktur, hvor der om hver enkelt bruger/sindslidende blev opbygget et individuelt team, når dette fandtes hensigtsmæssigt. Teamet blev således situationsbestemt i stedet for at være fast.

3 Tovholdermodellen

Tovholdermodellen kan karakteriseres som en ad hoc model, som er baseret på ønsket om at skabe et sammenhængende netværk omkring den enkelte bruger/patient, når der er mere end to instanser involveret i tilbuddene. Udgangspunktet er derfor, at det bliver forsøgt at danne et 'situationsbestemt' team ud fra patientens behov, mens der i de fleste andre modeller som udgangspunkt bliver dannet et team bestående af relevante fagpersoner, som fx OP-teams og integrerede teams.

I besvarelsen af det udsendte oplysningsskema har Vejle Amt beskrevet Tovholdermodellen på følgende vis med hensyn til struktur, opgaver, henvisning og visitation og finansiering:

3.1 Amtets beskrivelse af Tovholdermodellen

Det er aftalt at såvel amt som kommune og evt. frivillige udpeger en kontaktperson i samarbejde med den bruger, der skal modtage hjælp. Det er aftalt, at såfremt brugeren er i kontakt med 3 eller flere kontaktpersoner eller hvor der er tale om komplekse problemstillinger med behov for særlig koordinering, så udpeges der i samarbejde med brugeren en tovholder.

Opgaver

Tovholderens opgave er at skabe kontinuitet og sammenhæng i indsatsen og forløbet og sikre at brugeren ikke tabes i systemerne. Tovholderen medvirker til at skabe helhed i indsatsen og en optimal udnyttelse af ressourcerne. Tovholderen tager initiativ til justering af handleplaner

Tovholderen har ingen formel kompetence i forhold til de enkelte instances kerneydelser, men de enkelte kontaktpersoner har en forpligtelse til at holde tovholderen underrettet om ændringer i planerne.

Tovholderfunktionen kan udføres af en hvilken som helst professionel person, som har kontakt til brugeren - Det kan være en distriktssygeplejerske, medarbejder fra den amtslige socialpsykiatri, den praktiserende læge, en speciallæge på sygehuset eller en kommunal støttekontaktperson.

Der er indgået en samarbejdsaftale mellem Vejle Amt og den enkelte kommune om at Tovholdermodellen som princip anvendes overalt i Vejle amt. Enhver tovholder udfører arbejdet efter det lovgrundlag ydelserne hviler på.

Der indhentes accept fra brugeren på at information må udveksles efter de regler, der gælder på området. Ofte vil det være aftalt ved et møde med brugeren, hvor flere kontaktpersoner kan være til stede. På mødet vil der samtidig være lagt en plan for indsatsen sammen med brugeren. Tovholdermodellen løser de situationer hvor det kan være vanskeligt

- at få visionen om én sindslidende én plan ført ud i livet pga. mange samarbejdspartnere,
- at fastholde brugeren i forløbet pga. svingende helbredstilstand
- at forebygge drop out af behandlingen.

Henvisning og visitation

Alle medarbejdere i amt og kommune, der arbejder med brugere med sindslidelser har forpligtet sig til at tage emnet om en tovholder op i de forløb, hvor der er behov for det. Ofte vil det blive aftalt ved et møde, hvor brugeren er til stede og samtykker om valget. At blive udnævnt til tovholder kan ske for enhver person, der er ansat i amt eller kommune og har de fornødne kompetencer til det.

Finansiering

Der er ingen særlig aftale om finansiering af tovholderfunktionen, så er det en distriktssygeplejerske vil amtet finansiere 100%, er det en kommunal støtte-kontakt person vil kommunen som hovedregel finansiere funktionen og er det en amtslig støttecentermedarbejder (som er den hyppigste tovholder), så sker finansieringen efter den fordeling der gælder for tilbudets finansiering. I Vejle Amt er det aftalt at støttecentertilbudet er et deldøgntilbud, hvor amt og kommune deler finansieringen efter samme fordelingsnøgle som et amtsligt botilbud.

3.2 Tovholdermodellen og anvendelsen af handleplaner

Det var hensigten i Udviklingsplanen, at der på sigt kun blev udarbejdet én plan for hver sindslidende, som skulle være fælles for den amtslige og kommunale psykiatri.⁵³ Planen skulle udarbejdes i samarbejde med den sindslidende, og skulle følge denne. Planen skulle sikre fælles viden og fokus på det enkelte menneske i hele forløbet og i alle sektorer.

Det var hensigten, at der i første fase blev arbejdet med en samordning af den psykiatrisk afdelings behandlingsplan med den amtslige sociale handleplan for personer i de amtslige støttetilbud. I anden fase skulle der arbejdes med samordning af denne med den kommunale sociale handleplan.

I interviewet blev det understreget, at kun ca. 1/3 af patienterne der var i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, samtidig ville være i kontakt med kommunale eller andre amtslige tilbud. Derfor var en fælles plan kun aktuel for denne gruppe af patienter. Gruppen af patienter, som havde kontakt til tre instanser eller flere, og dermed var relevante for anvendelsen af Tovholdermodellen var derfor endnu mindre. Det kan diskuteres, om den fælles plan ville være specielt relevant for patienter under Tovholdermodellen, fordi at det særlige behov for kommunikation og koordinering kunne støttes gennem en fælles plan, eller om den fælles plan tværtimod ville være irrelevant her, fordi der i forvejen blev gennemført en omfattende udveksling af information mellem tovholderen og de involverede kontaktpersoner.

⁵³ Således som det er beskrevet i psykiatriøven.

3.3 Tovholdermodellen som nyskabelsen i det psykiatriske tilbud

I interviewet blev tovholderfunktionen og organiseringen omkring denne betegnet som det egentligt nye i psykiatrien i Vejle Amt. Ifølge det gennemførte interview valgte brugerne oftest en støttecentermedarbejder fra amtet eller en støtte-kontaktperson fra kommunen, da det typisk var en af disse personer, den sindslidende havde hyppigst og mest kontinuert kontakt til. Der blev peget på, at det kunne være forbundet med en opsøgende indsats at varetage funktionen som tovholder, når brugeren nægtede kontakt i perioder af kortere eller længere varighed. Kontaktpersonens rolle som den sindslidendes nærmeste kontakt kunne derfor medføre, at det var nødvendigt at give funktionen et opsøgende indhold. Herudover blev der under interviewet peget på, at varetagelsen af tovholderfunktionen kunne være vanskelig og kompliceret og stille krav til tålmodighed, rummelighed og evnen 'til at stå model til meget'.

Det opsøgende blev forbundet med situationer, hvor en person ikke ønskede kontaktpersoner, og et tæt samspil mellem sygehuspsykiatrien og kommunen gjorde, at der kunne "holdes fast" om patienten, holdes løbende kontakt indbydes og med patienten og skabes motivation af patienten.

4 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler

Grundpillerne for psykiatrien i Vejle Amt var som nævnt samarbejde - et samarbejde over både faggrupper og sektorer.

Ved interviewet blev der peget på, hvordan det eksisterende net af tilbud og samarbejdsrelationer medvirkede til at etablere kontakt til de brugere, der var ved at få forværret deres psykiske tilstand. Der blev henvist til, at de fleste borgere med psykisk sygdom var kendte i kommunen, fx gennem de kommunale og amtslige støttecentre, hvorefter der kunne anvendes et passende døgntilbud eller andet.

Dette netværk blev også anvendt i kontakten med ellers ukendte psykisk syge borgere og der blev peget på den visiterede psykiatriske skadestue som en løftestang for samarbejdet.

Tovholdermodellen blev også tillagt betydning for opbygningen af netværket: *'Modellen med tovholdere betyder, at vi skal være ret dårlige for ikke at vide, hvor vi er henne. Selv dem, der er allermest dårlige, ved hvilken knap, de skal trykke på, for at komme i kontakt med os. De, der er i systemet, dem får vi fat i.'*

Der var enighed i den interviewede gruppe om, at den udviklede samlede model for psykiatrien og for samarbejdet omkring psykiatrien i amtet ikke kunne have fremvist de samme resultater for 10 år siden, da der er sket et holdnings- og kulturskift i den mellemliggende periode: *'Modellen gør en forskel, fordi den har struktureret vores forhold. Vi har forskellige strukturer, men når der er et problem, så får vi mulighed for at drøfte det, og får indsigt i hinandens strukturer. Modellen ville også have fungeret dengang, men havde måske fået et andet konkret indhold.'* : *'Vejlemodellen er et godt miks af*

meget struktur, men ikke for meget, og så en bevidst satsning på udvidelse af personkendskabet. ... Vi kunne godt have lavet en endnu mere struktureret model, men vi har så valgt denne løsning.' .. og: 'De værdier, som er bærende, dem har vi været enige om. ... Og er også en kulturdæl, fordi vi har lært hinanden at kende og har fået nogle fælles værdier. Så har der været en samarbejdsånd mellem amt og kommuner. Vi har aldrig haft et statshospital, og der har derfor været en samarbejdsånd siden psykiatrien overgik til amterne.' Dette blev suppleret fra en af de kommunale repræsentanter: 'Fra et kommunalt synspunkt så har samarbejdsrelationerne til amtets socialpsykiatri været på én måde og helt anderledes i forhold til sygehusene tidligere. Når jeg ser på processen nu, så kan jeg mærke, at vi har fået en meget bedre helhed.'

Udviklingen af samarbejdsrelationerne over en årrække som beskrevet, må formodes at have været væsentlig for tovholdermodellens etablering og funktion.

4.1 Samarbejde inden for behandlingspsykiatrien

Som nævnt blev den distriktspsykiatriske ordning i Vejle Amt afdelingsbaseret og skulle varetage såvel stationære som udgående funktioner i sammenhæng, hvilket medførte, at medarbejderne både skulle deltage i arbejdet og samarbejdet i zonen og lokalt, samt i behandlingsarbejdet på sygehusafdeling og ambulatorium. Det forhold, at de teamdannelser, der blev foretaget inden for behandlingspsykiatrien, omhandlede opdeling af zoner i distrikter (som optageområdet for psykiatrisk afd. i Horsens), medførte i et strukturelt perspektiv, at der ikke var nogen direkte synlig barriere på dette punkt – altså stationær, ambulant og udgående behandling.

4.2 Samarbejdsrelationer med den kommunale socialpsykiatri

For at sikre et godt samarbejde på tværs af de 3 organisatoriske niveauer (kommune, zone, amt) blev der etableret en række udvalg og samarbejdsaftaler.

I hver af de 3 zoner blev et zonekontaktudvalg, som skulle være et koordinerende organ, hvor personer med beslutningskompetence fra de enkelte instanser hvert halve år mødtes, for at opstille retningslinier for både samarbejdsrelationer og kvalitetsudvikling i psykiatrien, ligesom der indenfor hver zone blev indgået samarbejdsaftaler mellem de enkelte kommuner i zonen og amtet, der skulle danne udgangspunkt for hele samarbejdet mellem amt og kommune. Ved interviewet blev der peget på, at den nyere ordning med udvælgelse af en tovholder mv. var en naturlig videre udvikling af den eksisterende samarbejdsrelation.

Der blev også peget på det ønskelige i den etablerede formalisering af ansvaret som tovholder, da placeringen af ansvaret kunne glippe: *'Tidligere var der situationer, hvor det blev pålagt borgerne at påtage sig koordineringsrollen selv. Med en formaliseret praksis er man hurtigere på banen i forhold til borgerniveauet, når man laver aftaler.'*

Der blev givet et konkret eksempel på, hvorledes samarbejdsrelationerne var blevet indarbejdet i en udvalgt kommune: *'De aftaler, der bliver lavet, bliver brugt til, at vi i de kommunale instanser kan forberede de indsatser, der skal til efterfølgende, og at behandlingspsykiatrien kan rette deres behandlingsarbejde imod hvad vi kan præstere i det samarbejde. Allerede en uge henne i forløbet begyndte vi at kommunikere med de borgere, der var indlagt.'* Dette blev fulgt op af en generel kommentar: *'Over de seneste år har der været en udvikling i det basale kendskab til hinanden og hinandens muligheder. Vi ved hvad vi kan sende folk ud til og hvad hinanden kan.'*

Under interviewet blev der dog også givet eksempler på, at samarbejdet i forhold til nogle af kommunerne ikke fungerede glidende, hvilket bevirkede, at der ikke blev etableret en plan, medicineringen af brugeren svigtede og det endte med en akut indlæggelse. Der blev peget på, at det er vigtigt at kunne identificere ansvarets placering.

Systemet med indgåelse af samarbejdsaftaler blev da også af nogle præsenteret som en mulighed for at få alle kommuner ind i en samarbejdsrelation: *'Det har været nødvendigt for os at gå i clinch med nogle få kommuner, hvor det ikke har været til at hugge eller stikke i. Men jeg synes, at det er lykkedes et godt stykke hen ad vejen med at finde et kompromis, specielt efter at vi har fået de formaliserede samarbejdsaftaler.'*

Det blev understreget, at udviklingen af samarbejdet havde krævet tid, og at forholdene ikke var uproblematisk ved etableringen af den eksisterende organisering: *'Hvis man ser på det samlede system i amtet, og ser på da vi for fire år siden flyttede sammen under én hat, så skete det med jævne mellemrum det første år, at vi fra forskellige steder i systemet fik en hidsig opringning eller et kritisk brev fra vores direktør, fordi nogen havde klaget over et eller andet. De her situationer er stort set forsvundet.'*

4.3 Samarbejdsrelationer til praktiserende læger og praktiserende speciallæger

Disse opfattes strukturelt som dele af to forskellige typer af tilbud. De alment praktiserende læger blev placeret som en del af tilbudene i lokalområdet, der sammen med kommunens tilbud lå tæt på brugerens eget miljø. De praktiserende speciallæger blev derimod betragtet som en del af zonens tilbud, der skulle varetage behandlingen af en række alvorlige psykiatriske tilstande.

Der var meget varierende opfattelser af de alment praktiserende lægers rolle i samarbejdet omkring brugerne af det psykiatriske system. Nogle mente, at praksislægerne var placeret centralt, andre at de havde en meget usikker eller varierende rolle.

Der blev givet udtryk for, at nogle af de eksisterende strukturer for samarbejdet med de praktiserende læger, nemlig praksiskonsulenter ansat på de psykiatriske afdelinger og lægekonsulenter tilknyttet kommunerne, burde udvikles og anvendes bedre.

5 'Barrierer'

5.1 Økonomi

Der var varierende holdninger til grundtakstfinansieringsmodellen, som fastsætter en grundtakst for den kommunale finansiering af konkrete foranstaltninger, der ligger inden for det amtslige forsyningsområde - altså det område amtet skal dække ifølge den sociale lovgivning - lige meget om opgaven konkret løses kommunalt, amtsligt eller privat. Den amtslige finansiering udgør så det overskydende beløb: *'Styrken i vores model er, at vi har en samarbejdsaftale med hver kommune og en aftale om, hvilke servicetilbud der er i den kommune. Strækker de tilbud kommunen har ikke til, så går amtet ind og hjælper, og det gør vi i en vis udstrækning, selvom der er lavet en ny finansieringsreform. Vi er nu trætte af finansieringsloven - det var bedre med 50/50.'* Og modsvarende: *'Jeg er en af dem, der ikke er så ked af den grundtakst. Den har været med til at tydeliggøre hvad det er, vi kan, og hvad vi får for pengene. Det har fået politikerne til at forholde sig til de tilbud vi har. Jeg kan godt leve med et mindre serviceniveau, når man kan se, hvad det er, vi ikke har.'*

Grundtakstfinansieringsmodellen blev således ikke beskrevet som nogen egentlig barriere, men som en af flere betingelser samarbejdet foregik under, som man udvikler en administrativ og daglig arbejdspraksis i forhold til. Der forgik da også samfinansiering under andre og gensidigt aftalte betingelser: *'I psykiatrien i Vejle Amt har vi valgt at gå ind i støttecentertilbud og betale for den procentvise del, i stedet for at vente på at kommunen først skal betale noget, før vi går ind og støtter.'*

Af andre økonomiske barrierer blev først og fremmest peget på generelle begrænsninger i ressourcerne, som forhindrede igangsættelse af foranstaltninger og aktiviteter, der forekom hensigtsmæssige, som fx i forhold til unge mennesker i en psykotisk udvikling.

5.2 Jura

Fra nogle af de interviewede blev der peget på, at det ville være ønskeligt med en 'efterværnslov' efter Norsk forbillede, hvorefter det gøres muligt i et givet tilfælde at fortsætte en tvungen behandling efter udskrivelsen, med henblik på at forhindre tilbagefald.

5.3 Samtykke

På spørgsmålet vedrørende problemer med at opnå brugernes samtykke til kommunikation og samarbejde mellem amt og kommuner var der gennemgående enighed om, at der ikke lå nogen barriere: *'Nej, det har vi ikke, og jeg tror, at det er fordi, at vi er så tydelige omkring vores holdning (til samarbejde, red.).'* Spørgsmålet ledte videre til en drøftelse af, hvorfor der blev etableret så få koordinationsplaner i amtet - for patienter, der ikke indvilgede i, at der skulle indgås en udskrivningsaftale. Det var dels vurderingen, at det skyldtes, at patienterne generelt indvilgede i samarbejdet, og dels vurderingen, at det blev anset for at være irrelevant at etablere en plan for en

bruger, der havde afslået at samarbejde: *'Vi har så få koordineringsplaner fordi man har det her samspil.'* .. og: *'Hvis vores brugere ikke vil noget, så kan vi ikke bruge en koordinationsplan til noget som helst - derfor laver vi ikke ret mange.'*

5.4 Handleplaner

Som det fremgik ovenfor var der forskellige holdninger til nødvendigheden af udarbejdelsen af fælles handleplaner, idet det på den ene side pointeres, at der var nødt til at være et fælles skriftligt grundlag for handling, mens det på den anden side fremførtes, at samarbejdet mellem amt og kommuner havde løbet så længe og var så indarbejdet, at det ikke var nødvendigt med den yderligere formalisering, som en fælles plan ville betyde. Der blev således peget på, at de regelmæssige fælles distriktsmøder i "det matrikelløse sygehus" udfylder den funktion, som den fælles handleplan var udset til, mens andre mente, at møderne og planen ikke kunne erstatte hinanden.

Ved interviewet var de fleste enige i, at udarbejdelsen og anvendelsen af en fælles plan kunne øge bureaukratiet ud over det ønskelige på grund af denne formalisering af eller velfungerende samarbejdsrelationer, men nogle fastholdt det ønskelige i at opnå det overblik og den helhed, som en fælles plan kan give. Endelig blev der peget på den retssikkerhed brugeren blev forsynet med, når der forelå en plan med dokumentation af de tagne beslutninger.

Det blev fremhævet, at ansvaret for udarbejdelsen af en fælles plan var kommunens opgave: *'Skal tingene skrives sammen på ét papir - det skal det i kommunen, og det er sagsbehandlerens opgave.'* ..og: *'Det er rigtigt, det er et primærkommunalt ansvar.'*

De varierende holdninger til nødvendigheden af udarbejdelse og anvendelse af fælles handleplaner kan ses som en barriere for en fremtidig øget brug af planerne, og dette kan blive yderligere aktuelt set i sammenhæng med, at det kan komme til debat, om den fælles handleplan skal udarbejdes af primærkommunerne med udgangspunkt i de behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der er udarbejdet i amtet, eller om den fælles plan netop skal være fælles, og skal udarbejdes i fællesskab.

Bilag 2:

Integrerede teams i Fyns Amt, Odense Kommune

Beskrivelsen af de integrerede teams i Odense Kommune er udarbejdet på baggrund af forskelligt planmateriale fra Fyns Amt og Odense Kommune.⁵⁴ Herudover er der gennemført interview med ledende medarbejdere på psykiatriområdet fra Fyns Amt og Odense Kommune - 'lederinterviewet' - og interview med medarbejdere fra de integrerede team i Odense - 'medarbejderinterviewet'.

1 Baggrunden for oprettelsen

Distriktpsychiatrien i Fyns amt stammer tilbage fra starten og midten af 1980'erne, men i 1990 blev der taget et initiativ til udvikling af distriktpsychiatrien i en ny retning, idet amtet og Odense Kommune i fællesskab udarbejdede et notat om en *'Model for en distriktpsychiatrisk organisation i Odense Kommune.'* Modellen for Odense blev gennemført i 1992 ved etablering af tre fælles amtslige/kommunale team i hver sit lokalområde, med fælles daglig ledelse bestående af en overlæge og en social teamleder. De tre teams skulle høre hjemme på hhv. Billedskærervej (Odense Syd), Skulkenborg (Odense Nord-Øst), og Rugårdsvej (Tarup-Dalum/Odense Vest).

1.1 Samarbejdsmodel og integreret model

På baggrund af en konstatering af, at målgruppen i de forskellige kommuner i amtet varierede relativt meget og at betingelserne for samarbejdet mellem amt og kommune var forskellige pga. forskelligt befolkningsgrundlag, blev der skitseret en distriktpsychiatri for hele Fyn, organiseret efter 2 forskellige modeller; samarbejdsmodellen og den integrerede model.

Samarbejdsmodellen skulle anvendes for de mindre kommuner med under 12.000 indbyggere. **Den integrerede model** skulle anvendes i kommuner med mere en 12.000 indbyggere. For disse kommuner blev der etableret et tværsektorielt team med personale fra både amt og kommune. Teamet bestod af: læge, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut, psykolog og sekretær. Teamet blev organiseret i én organisatorisk enhed med en fysisk placering i distriktet. Der var fælles ledelse af teamet, hvor overlægen skulle

⁵⁴ Fællessekretariatet for psykiatri³: *Model for en distriktpsychiatrisk organisation i Odense Kommune*, juli 1990; Fællessekretariatet for psykiatri: *Psykiatriplan 1991- temaplan for Fyns Amt*, Odense Kommune og Fyns Amt: *Virksomhedsplan for de Distriktpsychiatriske Centre*, 2001; Sundhedssekretariatet, Fyns Amt, Udvalgsrapport: *Udviklingen af distriktpsychiatrien i Fyns Amt*, oktober 2001; Odense Kommune og Fyns Amt: *Akut teamet, Evalueringsrapport 2002*. Oktober 2002

have det behandlingsmæssige ansvar og en leder af det sociale personale skulle have ledelsen over personalet ansat af kommunen.

1.2 Idégrundlag og baggrund for oprettelsen af tilbudet

De integrerede teams skulle arbejde indenfor rammerne af amtets psykiatri, og i Virksomhedsplanen fra 2001 blev der opregnet en række punkter, der angives som distriktspsykiatriens idégrundlag, herunder at behandlingen skulle:

- tage udgangspunkt i et biologisk, socialt og psykologisk helhedssyn,
- tilrettelægges i dialog, baseres på en ligeværdig relation,
- bygge på den enkeltes samtykke,
- planlægges i samarbejde med klientens netværk og
- tage udgangspunkt i det levede hverdagsliv.

Det fremgik videre, at hovedopgaverne for distriktspsykiatrien skulle være at tilbyde behandling og social støtte, at tilbyde konsulentbistand til andre instanser og at tilbyde oplysning og undervisning til klienter, pårørende, borgere og ansatte i Odense Kommune.

2 Udformningen af ordningen

2.1 Formel organisering

I 'modelnotatet' blev der som nævnt skitseret oprettelse af tre teams i Odense med en overordnet tværsektoriel koordination, bestående af en samordningsgruppe sammensat af ledelsesrepræsentanter fra kommune, behandlingspsykiatri, lægekredsforening, teamet m.fl. Notatet og Psykiatriplan 1991 foreslog en udgiftsfordeling, hvor amtet skulle afholde nogle 'traditionelle' amtslige udgifter til speciallæge, psykolog mv. 100%, kommunen skulle afholde andre 'traditionelle' kommunale udgifter som sagsbehandler 100%, mens udgifter til sygeplejerske, 'hjemmestøttere', lokaler og drift i øvrigt skulle afholdes ligeligt eller efter konkret aftale.

2.2 Teamet og samarbejdet

I lederinterviewet peges der på, at sammensætningen af fagpersoner fra behandlingssiden og fra den sociale side havde givet problemer i opstartsfasen: *'I starten var der en deling mellem amtslige og kommunale medarbejdere, men den deling er nu blevet brudt. Der var også en ledelsesmæssig deling.'* Der blev satset på udvikling af samarbejdet: *'Vi kom til at samarbejde mere med overlægerne. Vi lavede aftaler om ansvarsfordeling. Vi afskaffede de kommunale møder, og holder nu kun fælles møder.'* Og: *'Der er blevet sagt meget ondt om integrationsmodellen - med den umulige ledelsesmæssige organisation, hvor to ordninger bringes sammen med hvert deres bagland. Det gik vi bevidst ind i og gennemførte nogle samarbejdsaftaler. ... Det man kan få ud af modellen er, at kommunen og amtets behandlingsdel sidder sammen i samme rum. Det er unikt, og det giver nogle driftsmuligheder.'*

2.3 Teamets arbejdsform

I forbindelse med beskrivelsen i Psykiatriplan 1991 af behovet for efteruddannelse ved etablering af den nye distriktpsychiatriske organisering blev det pointeret, at: *'De distriktpsychiatriske teams er nye arbejdsenheder'* og at: *'Det kommunale og det amtskommunale regi skal indgå samarbejde på tværs af sektorerne. Personalegrupper i de to sektorer skal derfor i langt højere grad være informeret om hinandens holdninger, arbejdsområder og om de tilbud, der skal ydes de psykiatriske patienter.'* Det blev videre beskrevet, at det skulle sikres, at teammedlemmerne opnåede et fælles arbejdsgrundlag gennem en afklaring af holdninger og af målsætningen for teamets arbejde.

2.4 Kontaktpersoner i det integrerede team

Kontakten til hver patient skulle organiseres således, at hver havde to behandlere, en læge og en socialfaglig medarbejder som primære kontaktpersoner. I praksis blev dog oftest således, at den socialfaglige medarbejder var primær kontaktperson, da der var to læger og omkring 150 patienter i hvert integreret team.

2.5 Fysiske rammer, placering

De tre integrerede distriktpsychiatriske teams blev placeret i distriktpsychiatriske centre lokalt i hver sin bydel i Odense.

3 Udvikling i opgaverne for de integrerede teams

3.1 Oprindelige opgaver og målgrupper

Målgruppen for de to modeller - de integrerede teams og samarbejdsteams - blev beskrevet i 'Modelnotatet' fra Fællessekretariatet i 1990, men dette blev uddybet i Psykiatriplan 1991 til at omfatte: *'Personer, der lider af svære og længerevarende psykiatriske tilstande, hvor den psykiske sygdom griber væsentligt ind i pågældende persons sociale funktioner således, at der er behov for støtte fra den sociale sektor. Uden at målgruppen skal afgrænses til bestemte diagnosekategorier, vil det primært dreje sig om personer med meget langvarige, evt. kroniske, psykotiske lidelser, men også personer med længerevarende og alvorlige psykiske tilstande af ikke psykotisk natur, f.eks. personer med neurotiske lidelser og mere indgribende personlighedsafvigelser.'* Denne definition gik ordret igen i beskrivelsen af planen for det distriktpsychiatriske tilbud i Psykiatriplan 1991. Der var således tale om en diagnostisk set bred målgruppe, idet der blev fokuseret på alvorligheden af sygdommen/lidelsen og på behovet for sociale ydelser.

I 'modelnotatet' fra 1990 blev der peget på, at tilbudet i de integrerede teams skulle omfatte en psykiatrisk indsats, bestående af diagnostisk udredning, psykiatrisk behandling og opfølgning, samt en koordineret social indsats, bestående i en omsorgsrettet rådgivnings- og netværksdel, med løbende personlig støtte for at bryde isolation, motivere til aktiviteter etc.

Hovedvægten af den sociale indsats skulle ligge på den omsorgsrettede og revaliderende indsats. I forhold til samarbejdsparterne i kommunerens social- og sundhedsforvaltninger skulle teamene varetage konsultative funktioner.

3.2 Udvikling i opgavebeskrivelsen

De integrerede teams oprindelige opgaver bestod i både behandlingsopgaver og omsorgsopgaver. I oktober 2001 fremkom arbejdsgruppen for udvikling af distriktpsykiatrien i Fyns Amt⁵⁵ midlertid med en række anbefalinger om at gennemføre ændringer vedr. distriktpsykiatriens målgruppe og varetagelse af behandlingsopgaver.

En af de væsentligste var, at de integrerede teams i højere grad skulle varetage behandlingsopgaven, set i lyset af udvikling af de sociale tilbud i såvel kommuner som amtet.

På denne baggrund anbefalede arbejdsgruppen ligeledes, at den snævre målgruppe af langvarigt syge patienter, som blev vedtaget i 1991, skulle udvides. Distriktpsykiatrien opfattedes i højere grad end tidligere som et tidsbegrænset tilbud, der skulle afsluttes, når klientens situation var stabiliseret. Herefter overgik patienten til opfølgning ved praktiserende læge.

Det blev anbefalet, at målgruppen blev udvidet med nydiagnosticerede patienter, at der blev set på hvordan der kunne etableres en tidlig indsats over for debuterende psykisk syge, samt hvordan distriktpsykiatrien kunne styrke indsatsen over for patienter med dobbeltdiagnoser (misbrugere), og psykisk syge flygtninge og indvandrere.

Ved medarbejderinterviewet blev forståelsen af den nye opgavesammensætning for de integrerede teams bekræftet, idet det var den generelle opfattelse hos de interviewede, at de opfattede deres tilbud som et behandlingsmæssigt tilbud, mens de sociale tilbud blev henregnet til den indsats, der udføres i bostøtteteams mv. og i værestederne: *'Vi behandler, og hjælper dem til at modtage de sociale tilbud.'*

Arbejdsgruppen bag Udviklingsrapporten i 2001 var opmærksom på gruppen af isolerede psykisk syge, der ikke selv ville opsøge behandling eller hjælp, og konkluderede, at kommunernes støtte- og kontaktpersoner havde det største lokale kendskab og kontaktnet, hvorfor arbejdsgruppen anbefalede, at der skulle etableres rammer for en rådgivning af kommunernes støtte- og kontaktpersoner fra distriktpsykiatrien. Dette kunne evt. organiseres som et kommunalt akutteam, således som det blev etableret i Odense.

3.3 Nuværende målgruppe

Målgruppen for de integrerede teams skulle være den samme, som gjaldt for hele distriktpsykiatrien i Fyns Amt, og forblev således i store træk uændret, dog blev aldersgrænsen sat ned fra 23 til 18 år i 2001, og der blev efter

⁵⁵ I udvalgsrapporten: Udvikling af distriktpsykiatrien i Fyns Amt, 2001.

udarbejdelsen af virksomhedsplanen for distriktpsychiatrien i Odense ligeledes foretaget en målretning af tilbudet til nydiagnosticerede patienter.

Der var herudover sket et skred i opfattelsen af, om de psykiatriske patienter havde behov for at være i vedvarende behandling. Dette blev belyst i lederinterviewet: *'Nu kan vi godt udskrive folk - det er ikke længere livslangt. Så kan de naturligvis blive indvisiteret, hvis de har brug for behandling igen. .. Vi opererer med selvhenvielse - det er et skred i holdningen.'*

3.4 Behovet for døgndækning

Det var holdningen ved lederinterviewet, at et døgndækkende tilbud kun sjældent var nødvendigt. Der blev peget på, at en klients behov oftest var, at der blev indgået en aftale, men at det sjældent var relevant med en direkte intervernerede indsats. Der blev peget på, at tilbudene inden lukketid var så nuancerede, at det generelt blev undgået, at en patient kom ud i en alvorlig krise eller psykose i løbet af aftenen eller natten.

En tilsvarende holdning var gennemgående i interviewet med medarbejderne, idet det bl.a. blev bemærket, at brugerne ville kontakte deres kontaktpersoner i teamet i dagtiden, hvis de begyndte at få det dårligt, som følge af deres gode kendskab til kontaktpersonerne.

4 Nuværende patientgrundlag og tilbud

De tre integrerede distriktpsychiatiske teams i Odense havde pr. 01.04.2002 408 klienter og 422 klienter et halvt år senere; 01.04.2002.⁵⁶ Ca. 40% af henvisningerne til de integrerede teams i Odense kom fra Psykiatrisk Afdeling, OUH, mens ca. 25% kom fra egen læge eller praktiserende psykiatere.⁵⁷ Ca. hver 7. henvisning kom fra en anden distriktpsychiatri.

Over halvdelen af klienterne havde diagnosen skizofreni, mens de øvrige fordelte sig ligeligt mellem paranoide, skizo-afektive, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og andet.

Der blev tilbudt en vifte af behandlinger og støtteforanstaltninger, fra medicinsk behandling og psykoedukation til parsamtaler og tiltag vedrørende boligforhold.

Af samme opgørelse pr. 01.04.2002 fremgik det, at de tre integrerede teams i Odense havde patienter med en aldersspredning fra under 18 til 85 år, at næsten 60% lå i aldersgruppen 30-49 år, at 80% var ugift eller enlige, at ¾ boede alene i egen bolig. 140 af de 388 klienter var tilknyttet et socialpsykiatrisk aktivitetstilbud.

⁵⁶ Denne og de følgende oplysninger stammer fra 'Statistik for DPC' udarbejdet af Handicap- og Psykiatridelingen, Odense Kommune, 20. august 2002 samt en opgørelse fra samme kilde 16. oktober 2002.

⁵⁷ I interviewene blev der peget på, at der kun helt undtagelsesvis kom henvisninger fra de praktiserende psykiatriske speciallæger. De nævnte henvisninger skyldes således de alment praktiserende læger.

5 Visitation af brugere

De integrerede teams skulle være selvvisiterende, men der kunne henvises til tilbudet fra såvel behandlingsmæssig som social side. Allerede i 'model-notatet' fra 1990 blev det påpeget, at det distriktpspsykiatriske tilbud skulle gives efter visitation fra det distriktpspsykiatriske team selv efter henvisning fra enten behandlingssiden - praktiserende læge/speciallæge eller sygehusafdeling - eller fra den sociale side ved sagsbehandler eller hjemmesygeplejerske.

6 Samarbejdsrelationer og -aftaler

Selv om de integrerede teams havde været i gang i en årrække blev der stadig peget på iværksættelse af foranstaltninger, der skulle øge samarbejdet og skabelsen af sammenhængende tilbud, herunder indarbejdelse af ny lovgivning. I den tværsektorielle arbejdsgruppes Udviklingsnotat fra 2001 fremgik det således, at det var ønsket at, *'der skal foreligge en skriftlig behandlingsplan, baseret på en systematisk behovsvurdering. Behandlingsplanen skal revideres én gang årligt. Relevante konklusioner fra behandlingsplanen sendes med klientens accept til samarbejdspartnerne, herunder den praktiserende læge og kommunens social- og sundhedsforvaltning.'*

Ved medarbejderinterviewet blev der peget på, at det integrerede teams medarbejdere kunne komme til at stå i en central position mellem sygehuspsykiatrien og kommunen: *'Det er tit os, der bliver en slags tovholder eller koordinator, fordi det er os, der har kendskab til mulighederne inden for systemerne.'*

6.1 Faren for isolation af teamet

Det blev i lederinterviewet bemærket, at det kunne være et problem, hvis de integrerede team fik tendens til at 'lukke sig om sig selv' som organisation, og derfor ikke havde det beredskab og den kompetence til samarbejde med de øvrige tilbud til klienterne, som ville være mest hensigtsmæssigt.

6.2 Samarbejdet med den øvrige behandlingspsykiatri

Ud over samarbejdet til behandlingspsykiatrien var amtet daglig samarbejdspartner for såvel de integrerede teams i de fem største byer, som for samarbejdsteamene i det øvrige amt i forbindelse med amtets socialpsykiatrisk botilbud og ved levering af sociale dagtilbud til de sindslidende.⁵⁸ Sidstnævnte drejede sig fx om beskyttede værksteder og aktivitetshuse og væresteder.

⁵⁸ I hele Fyns Amt er der 289 pladser på botilbud, fordelt med 241 på socialpsykiatriske botilbud og på 48 pladser til midlertidigt ophold. I alt 188 af disse pladser ligger i Odense, heraf 30 kollegiepladser til midlertidigt ophold.

Amtet har ligeledes 366 i dagtilbud, fordelt på 151 pladser på værksteder der tilbyder beskyttet beskæftigelse og 215 pladser i aktivitetshuse/væresteder. 165 pladser ligger i Odense, heraf 56 på værksted til beskyttet beskæftigelse og 109 pladser i de øvrige dagtilbud. De nævnte pladstal er opgjort som heltidspladser, med muligheden for deltidspladser er antallet af brugere noget større.

Med hensyn til karakteren af samarbejdet mellem de to amtslige sektorer inden for psykiatrien, blev der ved lederinterviewet givet udtryk for, at de største barrierer for samarbejdsrelationerne lå i forholdet mellem de to amtslige funktioner - det behandlingsmæssige og det sociale - og at dette var sket samtidig med, at det største fokus havde været på samarbejdet mellem sygehus og kommune.

Ved medarbejderinterviewet blev der peget på, at *'samarbejdet mellem sygehuspsykiatrien og distriktpspsykiatrien er OK, men det kan forbedres meget. Det handler om at lære at finde ud af, hvad hinanden laver, og hvornår man kan bruge hinanden i forhold til den enkelte patient.'*

6.3 Samarbejdsrelationer med den kommunale socialpsykiatri og øvrige kommunale tilbud

Det fremgik af Udviklingsnotatet fra 2001, at udviklingen af den kommunale socialpsykiatri havde medført, at de integrerede teams kontakthøjde til kommunerne skiftede fra kontakt til sociale sagsbehandlere og hjemmeplejen til kontakt med særligt tilknyttet kommunalt personale, der tog sig specielt af klienter med psykiske lidelser.

I lederinterviewet blev der lagt vægt på den etablerede arbejdsdeling med kommunerne: *'Vi har hele tiden holdt fast i, at det er kommunernes opgave at lave de lidt lettere tilbud - og de kan også somme tider klare lidt mere. Grænsen mellem hvad der er lette og tunge tilbud glider lidt.'* Den klare arbejdsdeling blev nævnt som årsag til, at den indførte model med grundtakstfinansiering ikke havde givet problemer i psykiatrien.

I lederinterviewet blev der videre peget på, at samarbejdet med Odense Kommune blev udviklet på baggrund af en situation, hvor mange psykiatriske sengepladser blev nedlagt, og presset på kommunen og ikke mindst sagsbehandlerne steg markant, *'De havde et konkret problem med nogle patienter, de ikke kunne klare. De havde ikke kapaciteten og var nødt til at gå med i etableringen af teams i distriktpspsykiatrien.'*

I medarbejderinterviewet blev der peget på udviklingen i samarbejdsrelationen: *'Vi har hele socialpsykiatrien, hjemmeplejen og sagsbehandlerne. I starten gjorde vi et stort stykke arbejde for at komme ud og samarbejde - og det var svært i starten hvor vi brugte mange kræfter på at undervise og hjælpe dem i forhold til enkelte borgere, de havde problemer med. Men det har vi ikke så meget af mere.'* Det var også nogle medarbejderes oplevelse, at de indgik som mellemlid mellem systemerne, og på den måde byggede bro mellem den amtslige og den kommunale side.

6.4 Behandlings- og handleplaner

Arbejdsgruppen bag Udviklingsrapporten påpegede problemer med at få integreret arbejdet med hhv. den distriktpspsykiatriske behandlingsplan og den socialpsykiatriske/kommunale handleplan. Psykiatrilovens krav om udarbejdelse af en behandlingsplan, om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler med patienter, der forventedes ikke selv at opsøge behandling eller sociale

tilbud, og endelig udarbejdelse af koordinationsplaner for patienter, der ikke ønskede at indgå i en udskrivningsaftale, ønskedes således i så vidt muligt omfang koordineret med servicelovens fastlæggelse af, at kommune eller amt skulle tilbyde udarbejdelse af en skriftlig handleplan efter afslutning af en indsats i forbindelse med alvorlige sociale problemer og med behov for betydelig støtte. En undersøgelse gennemført i Fyns Amt viste imidlertid, at denne koordination af planerne sjældent var realiseret. Det var derfor arbejdsgruppens anbefaling, at kravet om udarbejdelse af en behandlingsplan blev anvendt som afsæt for en formidling af information og koordinati-on 'mellem teamet, klienten, sociale tilbud under kommunen eller amtet, praktiserende læge og andre relevante parter'.

Dette blev bekræftet i lederinterviewet, hvor det var meldingen, at '*Behandlingsplanen indeholder jo både de specifikke psykiatriske behandlings-opgaver og de sociale behandlingsopgaver og tiltag.*' Der blev dog videre givet udtryk for, at det ikke var lykkedes at koordinere denne plan med kom-munernes sociale handlingsplaner.

De komplekse problemer med etablering af sammenhængende behand-lings- og handleplaner blev illustreret i følgende citat fra medarbejderinter-viewet: '*Vi laver behandlingsplaner og har ingen forbindelse til de kommu-nale handleplaner. Vi bruger ikke udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ret meget - vi deltager i dem, når vi bliver indkaldt til at medvirke til dem, men de bliver ikke brugt ret meget på psykiatrisk afdeling - de laver også behand-lingsplaner. Og vi læner os op ad dem, og har planer om, at vores egne behandlingsplaner skal gå med ind til dem (psykiatrisk afd.) og være en del af vores kommunikation.*'

Der var dog også holdninger vedrørende det ønskelige i at planerne holdtes adskilt: '*Det ville være et problem, hvis man samordnede dem, så fik man bygget ét system op som en ny institution, hvor én tunge bestemmer for patienterne. Det er en kvalitet, at man i Støttecenteret har en form for frihed.*'

6.5 Samarbejdsrelationer til praktiserende læger og praktiserende speciallæger

Ved medarbejderinterviewet blev der peget på, at det var erfaringen, at sam-arbejdet til de praktiserende læger var forbedret væsentligt som følge af de erfaringer, som lægerne havde indhøstet omkring etableringen og driften af akutteamet i 2000:⁵⁹ '*Det er blevet bedre. Det var rigtig dårligt først, og vi har haft et dårligt ry hos dem, men efter akutteamet er kontakten blevet bedre. Deres modstand mod os er myter, som bl.a. bygger på deres erfa-ring fra distriktspsykiatrien, som de troede skulle aflaste dem for en hel*

⁵⁹ Projekt Akut Team var fra starten et toårigt forsøgsprojekt, etableret i nov. 2000 som et samarbejde mellem Odense Kommune og Fyns Amt. Formålet var '*at kunne yde akut bistand, d.v.s. samme dag eller dagen efter til sindslidende, som bliver henvist fra egen læge, hjemmepleje, sagsbehandler eller andre i det sociale system, eller pårørende og pågældende selv. ... Formålet er, at der ydes den hjælp, der er brug for efter vurdering af det konkrete behov, og der skal efterfølgende ske behandling eller støtte omgående, eller hvis det vurderes indsatsen kan vente, da indvisiteres til distriktspsykiatrien. Målgruppe er den brede gruppe af sindslidende.*'

masse arbejde. De kan henvise patienter til os nu, og de har mulighed for at ringe og stille spørgsmål - selv om de nu ikke har brugt det så meget.' 'Mit indtryk er, at vi får flere og flere henvisninger fra egen læge, så de er blevet mere opmærksomme på os.' 'Myterne er, at distriktspsykiatrien kan man ikke få folk ind i, det er ikke læger og vi er ikke til at få fat i.'

Nogle medlemmer af de integrerede team havde dog også erfaringer med en lægeorienteret samarbejdsflade: *'Samarbejdet med lægerne sker meget gennem lægerne på distriktspsykiatrisk center. Jeg har ikke haft så meget samarbejde med de praktiserende læger.'* *'Jeg er aldrig blevet ringet op af en praktiserende læge, men når jeg har ringet til dem, er der ingen problemer med samarbejdet'* Og: *'De vil primært tale med lægerne, når de ringer, men den anden vej omkring er der ingen problemer.'*

7 Særlige forhold relateret til 'barrierer'

Det helt gennemgående tema i de gennemførte interviews med ledergruppe og medarbejdergruppe var, at der ikke var væsentlige barrierer for samarbejdet, hvis der var motivation og interesse hos de involverede parter for, at samarbejdet skulle forløbe glat. Hvis denne motivation ikke findes, kan der derimod komme store barrierer.

I Virksomhedsplanen fra 2001 for de distriktspsykiatriske centre i Odense blev der gennemgået nogle *'lovgivningsmæssige mål og bindinger'*, men dette omfattede primært en henvisning til amtets egen psykiatriplan fra 1991, samt anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport om *'Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien'* vedrørende beskrivelse af opgaver og arbejdsmetoder samt at opstille kvalitetsmål.

Medarbejderinterviewet pegede på, at en af vejene til at omgå barrierer var at indgå aftaler: *'De barrierer, der måtte være, bruger vi meget tid på at undgå ved at aftale, hvordan vi samarbejder. Vi forsøger at lave nogle samarbejdsflader, hvor vi har nogle aftaler. Og vi har nemmere ved at lave samarbejdsflader med kommunen, når vi sidder ude i kommunen.'*

7.1 Finansiering af tilbud

Den klare arbejdsdeling mellem Odense Kommune og amtet blev nævnt som årsag til, at indførelsen af Grundtakstfinansieringsmodellen ikke havde medført problemer inden for psykiatrien. Dette blev understøttet videre i lederinterviewet, hvor *'snitfladerne er mellem amtets døgntilbud og beskæftigelsestilbud og de kommunale tilbud. Vi har et traditionsrigt samarbejde, hvor vi fra starten altid kører på 'dobbelt løb'. Kommunen deltager og amtets konsulent deltager, så vi har ikke været uenige om, hvad vi har visiteret til. Arbejdsopdelingen har været helt klassisk - amtet tager sig af de tunge og kommunen af støttecenterbyggeriet.'*

Dette blev støttet af udsagn fra medarbejderinterviewet, hvor det var opfattelsen, at denne del af samarbejdet var indarbejdet hos begge parter, hvorfor medarbejderne i de integrerede teams vidste, hvilke tilbud kommunerne

kunne indgå i, og hvordan brugerens behov skulle beskrives. Samarbejdsforholdet fungerede således bl.a. ud fra en viden om, at kommunerne havde udvidet deres tilbud, og derfor i højere grad kunne indgå i en dialog om behov og problemer. Dette medførte så igen, at behov og forslag til tilbud eller foranstaltning skulle beskrives mere uddybende og kompetent fra de integrerede teams' side. Dette blev betragtet som en faglig udfordring i sig selv: *'Et eller andet sted er det også et kvalitetskrav til os, at vi skal kunne argumentere bedre og beskrive præcist, hvad der er behov for.'* Og: *'Med flere tilbud skal man også tænke anderledes - det er også os, der skal tænke mere kreativt.'*

7.2 Samtykkeerklæringer

Virksomhedsplanen indholdt ingen påpegning af barrierer i forbindelse med opnåelse af samtykke fra klienten til overførsel af informationer etc., hvilket kan tages som en indikation af, at dette forhold ikke opfattes som en væsentlig barriere.

Ved lederinterviewet var det den fælles erfaring, at det kun var ganske få klienter, der ikke skrev under på den samtykkeerklæring, der præsenteres ved starten af forløbet. Skrev vedkommende ikke under, blev der anvendt to sideløbende journaler inden for teamet. Det havde tidligere været praksis at anvende to sideløbende journaler. Ved etableringen af et akutteam i samarbejde mellem Odense Kommune og amtet i 2000 blev det besluttet kun at anvende én fælles journal. Denne ordning blev kopieret over i de integrerede teams i 2000, der havde anvendt dette princip siden: *'I og med, at det kunne laves meget enkelt, så kunne man også gøre det enkelt i distriktpsychiatrien. Der var opbygget nogle uhensigtsmæssige kulturer. Der var nogle patienter, der havde interesse i at lægge afstand til fx lægerne, fordi de ville bestemme alting. En måde at håndtere dette var at køre med to journaler, men det fik vi lavet om.'*

Nogle gav ved lederinterviewet udtryk for, at det var en fordel at skulle opnå patientens samtykke, da det fastholdt samarbejdssituationen, hvor patienten havde ret til at vide, hvem behandleren eller en anden fagperson taler med og om hvad vedrørende pågældende patient *'Der er højst to ud af 150 patienter, der ikke vil, og ellers så aftaler vi, at vi udveksler fra sag til sag - og ellers så tager vi patienterne med ind i samarbejdet.'*

I de få tilfælde, hvor patienten ikke ønskede at underskrive samtykkeerklæringen blev der somme tider taget utraditionelle metoder i brug. Det blev givet som eksempel, at man overflyttede patienten til et andet af de tre distriktpsychiatriiske centre, hvorefter patienten, der måske havde dårlige erfaringer med eller havde en negativ opfattelse af en medarbejder i det hidtidige center, indvilgede i underskriften og samarbejdet. Det blev dog også understreget blandt medarbejderne, at der ikke blev taget initiativer eller overføres information uden brugerens viden selv om der forelå en underskrevet samtykkeerklæring.

Bilag 3:

Case manager, Nordjyllands Amt

"Kontakt og støtte - et projekt i og efter sygehusopholdet"

Beskrivelsen er baseret på en række skriftlige kilder⁶⁰ samt på interviews. Herudover er der anvendt oplysninger fra besvarelsen af et oplysningskema udsendt af DSI.

Der er gennemført to fokusgruppeinterview, der hhv. har omfattet én gruppe informanter, som var aktive deltagelse i ordningen ('arbejdsgruppen'), og én gruppe bestående af repræsentanter for amtets Psykiatriforvaltning og fra nogle af de involverede kommuner. Deltagerne i det sidste interview er tillige medlemmer af projektets styregruppe.

1 Baggrunden for oprettelsen

Projektet hører under temaet "Retssikkerhed for de svagest stillede" - som er et led i projekt "Service og velfærd" under Socialministeriet. Inden for retssikkerhedstemaet blev der etableret fire projekter, heraf et under Psykiatriforvaltningen i Nordjyllands Amt efter opfordring fra Ministeriet.

Projektet er delt i 2 delprojekter, hvoraf 1. delprojekt, som beskrives her, er igangsat januar 2001 med ansættelse af casemanager. Initiativet til projektet er taget i amtet, og det fremgår af interviewene, at det primært var amtets projekt, selv om kommunerne og brugerorganisationerne formelt var med i styringen af det.

Arbejdsgruppen for delprojekt 1 mødtes ugentligt for at diskutere projektets forløb. Arbejdsgruppen bestod af: Casemanageren, som blev ansat i amtets Socialpsykiatriske afdeling, 1. reservelæge ansat på afdeling Vest,⁶¹ Aalborg psykiatriske Sygehus, og fuldmægtig ansat i Ledelsessekretariatet, Psykiatrilædelser i Nordjyllands Amt.

Projektet var oprindeligt planlagt til at løbe frem til sommeren 2003, men er forlænget med henblik på en afklaring på den videre integrering af ordningen. I besvarelsen af det udsendte oplysningskema angives det, at projektet vil blive videreført i Aalborg Kommune i et team med tre medarbejdere.⁶² Projektets lønudgifter i de 2½ år til casemanager og de to medlemmer af den tilknyttede arbejdsgruppe finansieres således, at casemanageren finansieres helt af puljemidler fra Ministeriet, mens deltagelsen for de to øvrige medlemmer af arbejdsgruppen finansieres delvis. Endelig finansieres en begrænset

⁶⁰ De skriftlige kilder omfatter: 'Midtvejsevaluering', januar 2002 samt mødereferater fra styregruppens møder - 30. marts 2001, 25. oktober 2001, 24. april 2002.

⁶¹ .. som også har betegnelsen 'Funktionsbærende Enhed Vest'.

⁶² Aalborg Kommune har pr. 1/11-03 startet et "Team Midt i Mellem", som efterfølgeren af "Kontakt og Støtte".

tilknytning af en juridisk konsulent af puljemidlerne. De resterende driftsudgifter finansieres af de eksisterende bevillinger.

1.1 Særlige problemer eller forudgående erfaringer

Som nævnt blev projektet placeret under Socialministeriets retssikkerhedstema, og dette har sin baggrund i lovgivningens krav til udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. I interviewet med amtets repræsentant blev projektets formål forbundet med et ønske om at forbedre forholdene for de sværest psykisk syge. Der blev peget på, at der havde været en gruppe af patienter, som var svært sindslidende, og som var svingdørspatienter i det psykiatriske behandlingssystem og samtidig var velkendt i det kommunale system.

2 Idégrundlag og baggrund for oprettelsen af tilbudet

Valget af model er blandt andet inspireret af konkrete Norske erfaringer, men det fremgår ikke tydeligt af hverken skriftligt materiale eller interviews.⁶³ Det understreges dog i interviewene, at *'casemanager-modellen er en form for tovholder og koordinator, som passer godt til den målgruppe, som falder midt imellem stolene, som ingen vil tage ansvar for - og derfor var dette en fin model at tage frem og prøve af'* (interview med casemanageren).

Omdrejningspunkt i projektet var at inddrage brugerne i deres egen situation som aktive medspillere og borgere. Det var desuden en målsætning at sikre en bedre koordination/dialog mellem de aktuelle samarbejdsparter og de respektive brugere for at sikre, at der ikke er modstridende interesser, der kan trække i forskellige retninger, og hvor den enkelte bruger ikke høres.

3 Casemanagerens rolle

Noget af idégrundlaget bag casemanagement-tilgangen er, at man skal være orienteret mod brugerens ressourcer i stedet for at være ensidigt problemorienteret. Det er hensigten, at casemanageren skal kortlægge brugerens behov og ønsker sammen med denne, for derefter at tilvejebringe og koordinere løsningerne på disse behov. Det er vigtigt, at casemanager kan møde brugerne, hvor de er (både fysisk og mentalt). De kan mødes hjemme, på værestedet, på en café eller i afsnittet. De fleste ønsker at mødes med casemanager hjemme hos dem selv.

Desuden kan brugeren komme i kontakt med casemanageren via mobiltelefon og skal således ikke igennem en omstilling eller lign. Det er videre hensigten, at casemanageren foretager opfølgninger af netværk og tilbud ud fra det aftalte i udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

⁶³ Casemanageren har dog peget på konkrete på nogle inspirationskilder og henvist til sine tidligere professionelle erfaringer. p. 3. Modellen har været inspireret af Steve Onyetts ideologier omkring Case Management. (Onyett, S. (1992) Case Management in Mental Health, Chapman & Hall, London.) Casemanageren har været med i den tidlige udvikling i Norge på Blakstad Sykehus og det der i dag kaldes: "Koordinering af psykosocialt arbeid."

4 Målgruppen

Målgruppen er psykiatriske patienter, der kommer fra den funktionsbærende enhed Vest og har fået udarbejdet udskrivningsaftale eller koordinationsplan i forbindelse med udskrivelse fra afdelingen. Funktionsbærende enhed Vest - eller psykiatrisk afdeling Vest - dækker 11 kommuner med i alt ca. 186.000 indbyggere (2000). Ifølge amtets socialpsykiatrichef stammer hovedparten af brugerne dog fra Aalborg kommune.

Kriterierne for at være en del af målgruppen er, at man er :

- alvorligt sindslidende,
- har været i det psykiatriske sygehusvæsen i længere tid,
- har et lille socialt netværk,
- ikke har sygdomserkendelse samt
- ikke søger hjælp.

Udskrivningsaftaler og koordineringsplaner bruges som indfaldsvinkel til kontakten med de enkelte sindslidende. Ifølge case manageren er der foretaget en yderligere præcisering af målgruppen til de kontaktsvage, med intet eller kun minimalt netværk.

Casemanageren og den øvrige arbejdsgruppe pegede på, at brugerne ikke nødvendigvis var de aktuelt mest alvorligt syge, men dem med dårlig kontakt til "systemet".

5 Udformningen af ordningen

Casemanageren arbejder i princippet alene, men med tæt kontakt til den nævnte arbejdsgruppe. Herudover har casemanageren en række samarbejdsflader til bl.a. de kommunale tilbud. Flere af brugerne i projektet har således kommunale støttekontaktpersoner sideløbende med casemanageren, og hjemmesygeplejersken står for medicingivning (fra jan. 2002).

Tilbudet er et dagtilbud på hverdage fra 08 til 16, mens den øvrige tid dækkes af psykiatrisk skadestue i Aalborg og et antal akutboliger i Aalborg Kommune. De tilknyttede brugere har dog mulighed for at indtale beskeder på casemanagerens mobiltelefon, der aflyttes om morgenen, hvorefter casemanageren ringer tilbage. Casemanageren oplyste ved interviewet, at kun én bruger havde benyttet sig af denne mulighed.

6 Visitation af brugere

Casemanager og projektets læge blev kontaktet af personalet i funktionsbærende enhed Vest, når der på afdelingen blev udarbejdet udskrivningsaftale eller koordinationsplan for en patient med behov for det særlige tilbud i projektet. Henvisninger til projektet kunne udelukkende ske herfra. Casemanager og læge vurderede herefter, om den pågældende skal visiteres til projektet: *'Det er lægerne, der skal sætte det på dagsordenen. Så vurderer vi herefter, om det er en kandidat til projektet eller ej.'*

Det er hensigten, at projektets læge skal være til stede ved den første kon-

takt mellem casemanager og personer, der skal indgå i projektet. Ifølge hensigten skal kontakten ske inden udskrivelse fra hospitalet - grundet hurtige udskrivinger pga. manglende sengepladser har dette i mange tilfælde dog ikke være muligt, selvom det i de tilfælde hvor det har været muligt, har vist sig meget gavnligt.

Samtidig gives kommunerne dog en mulighed for at henvise eller gøre opmærksom på potentielle brugere: *'Vi har været rundt at undervise og sagt, at de gerne må sætte det på dagsordenen, hvis de kommer i tanke om nogen, der kunne have gavn af det her.'*

6.1 Oversigt over brugerne

Pr. 1. jan. 2002 har der været 18 potentielle brugere af tilbudet i optageområdet.

- 7 har været involveret - 1. jan. 2002 var 6 patienter tilknyttet (3 mænd, 3 kvinder).
- De er gennemsnitlig sidst i 30'erne,
- 2 har diagnosen skizofreni
- 4 har dobbeltdiagnose (3 skizofrene, en maniodepressiv)
- Tilsammen har de 120 indlæggelser bag sig
- 1 har forladt teamet, da distriktpsykiatrien var tilstrækkelig.

Pga. den længerevarende og kontinuerlige indsats er brugerflowet ikke stort.

7 Lovgrundlaget

Amtet angiver i udfyldelsen af oplysningsskemaet følgende lovgrundlag for ordningen:

Casemanager funktionen er et tilbud efter Lov om Social Service.

Projektets målgruppe er sindslidende, der udskrives fra behandling på psykiatrisk sygehus, og hvor der i forbindelse med udskrivingen ifølge Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (Psykiatriloven) § 3 stk. 4 og 5 udarbejdes udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner vedrørende behandlingsmæssige og sociale tilbud til den sindslidende efter udskriving.

Brugerne har givet samtykke til, at arbejdsgruppen i projektet må udveksle relevante oplysninger vedr. helbred samt sociale forhold med praktiserende læge, Social- og Sundhedsforvaltningen (herunder de kommunale socialpsykiatriske medarbejdere) samt sygehusafdelinger. Oplysningerne anvendes til at skabe sammenhæng i tilbuddene og koordinere med kommunens sociale tilbud.

Alle medarbejdere har tavshedspligt i henhold til Straffelovens § 152. Endvidere giver udskrivnings-aftalerne/koordinationsplanerne lov til videregivelse af oplysninger jf. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i Psykiatrien kap. 2 § 3, stk. 6.

7.1 Casemanagerens arbejdsopgaver

I udfyldningen af det udsendte oplysningsskema er casemanagerens opgaver defineret således:

Beskrivelse af opgaver

Det er casemanagerens opgave at:

- kortlægge brugernes færdigheder og ressourcer med henblik på at hjælpe brugeren med at opnå stabilitet og livskvalitet samt at være opmærksom på brugerens positive ressourcer. Herefter vurderes behov for træning i primære og sociale færdigheder, bolig og økonomi.
- udvikle en aftale/plan for at imødekomme de behov, der blev identificeret i kortlægningen. Planen/aftalen skal skræddersys til individuelle behov.
- engagere brugerne og arbejde aktivt med dennes netværk i bred forstand (familie, naboer, arbejds-, støtte- og fritidskontakter).
- sørge for at alle de nødvendige tilbud tilvejebringes. Der tages ansvar for om eksterne tilbud fungerer tilfredsstillende. Udgangspunktet er, at brugeren har ret til at deltage i normalsamfundets tilbud og er medborger, der kan have brug for støtte for at kunne håndhæve sine rettigheder.
- tilbyde hurtig hjælp.
- tilbyde service i lokalmiljøet, dvs. ved hjemmebesøg eller i lokalområdet.
- være i stand til at intervenere direkte og/eller ved behov samarbejde med krisestabiliserende instanser.
- arbejde med assertiv tilgang, dvs. vide hvad der sker med brugeren og være i stand til at handle hurtigt og beslutsomt, når det er nødvendigt. Målet er at fastholde brugeren til planen/aftalen og derigennem øge brugerens selvstændige valgmuligheder.
- forestå kontakten med brugeren gennem samtaler mindst en gang ugentligt, i kritiske perioder hyppigere.
- fastholde brugeren i lokalmiljøets muligheder og reducere behovet for hospitalsindlæggelse.
- støtte brugerne til at anvende de "normale" tilbud, hvis det er muligt.
- være koordinator/tovholder i forhold til samarbejdsparter samt give supervision/undervisning,
- have fokus på udvikling og omstilling i forhold til indsatsen overfor brugerne (retssikkerhed).
- underviser i metoder omkring brugerinddragelse og det "at komme sig".

Casemanagerens konkrete anvendelse af tid fremgår af projektets midtvejs-evaluering. Det er karakteristisk, at en ordning af denne karakter medfører, at mere end ¼ af arbejdstiden er anvendt på transport. Med nærsten tilsvarende anvendelse af tid på hhv. direkte kontakt med brugerne og kontakt med øvrige samarbejdsparter og med anvendelse af 1/5 af tiden på administration er der givet et billede af, at etableringen af en casemanagerordning giver mulighed for at fokusere en stor del af arbejdstiden på at etablere sammenhæng i tilbudene, uden at den direkte tid anvendt til patientkontakter er urimeligt lav.

7.2 Udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og handleplaner

Der er gjort et arbejde for at systematisere brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, så disse bliver et mere anvendeligt redskab, bl.a. ved at udarbejde en procedure for hvem, der er ansvarlig for udarbejdelsen, og en skabelon, som beskriver de indholdsmæssige krav. Udkastet til procedure skulle implementeres på afdeling Vest i slutningen af 2001 og starten af 2002, og erfaringerne med skabelon og procedure skal løbende vurderes. Ifølge interviewet med casemanageren var der ikke kendskab til systemet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på afdelingerne, da casemanageren startede sit arbejde i begyndelsen af 2001.

I samme forbindelse er der også kommet fokus på sammenhængen til de sociale handleplaner (§ 111 efter Lov om Social Service), hvor man bl.a. ønsker at integrere de forskellige aftaler og planer. Det er målet at få tydeliggjort sammenhængen og undgå, at der laves 3-4 planer og aftaler med forskelligt indhold.

Casemanageren pegede på, at der ligger begrænsninger i forhold til at udvikle én samlet plan for hver bruger, hvor kommunernes sociale handleplaner indgår, da disse er af stærkt varierende indhold. Casemanagerens konklusion er derfor at anvende udskrivningsaftale eller koordinationsplan som udgangspunkt for den fælles planlægning og for det samarbejde, der etableres om den enkelte bruger, mens det var af mindre betydning, hvad man kalder planen. Ved interviewet med arbejdsgruppen bag ordningen, blev der til gengæld ikke set nogle særlige juridiske barrierer for en koordinering af planerne.

Det var meldingen fra samarbejds møder med kommunerne, at der er en positiv stemning for at anvende en fælles plan.

8 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler

8.1 Samarbejde med sygehusafsnit mv.

- I interviewet med arbejdsgruppen peges der på, at den primære samarbejdsflade til behandlingspsykiatrien er til afdelingerne, mens samarbejdet med distriktpspsykiatrien er mere tilbagetrukket. Forholdet til distriktpspsykiatrien beskrives som en arbejdsdeling, men ikke som et samarbejdsforhold.

- Det har i starten primært været ergoterapeuterne på sygehuset frem for læger, der har kontaktet projektets casemanager med nye kandidater til projektet (casemanager er selv ergoterapeut.). Det er dog vigtigt, at personalet kan tale sammen på tværs af fagskel, og det er nødvendigt at lægerne også får indsigt i projektet.
- De fleste i funktionsbærende enhed Vest har kendskab til projektet nu (dog ikke alle endnu, hvilket har medført at kommunikationen ikke altid har været optimal).

8.2 Samarbejdsrelationer til den kommunale socialpsykiatri og øvrige kommunale tilbud

Casemanageren og den øvrige arbejdsgruppe pegede på, at funktionen var delt på varetagelse af amtslige og kommunale opgaver, idet udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt at *'få strikket en helhed sammen om brugerne'* er amtslige opgaver, mens ydelsen af tilbudet til brugerne var en kommunal opgave, hvilket bl.a. ligger i, at brugerne er udskrevet fra behandlingspsykiatrien, når casemanageren har "overtaget kontakten" til patienten. Ved interviewet pegede casemanager og arbejdsgruppen på, at 'placeringen i midten' også blev betragtet positivt fra kommunalt hold. Casemanageren har i sit daglige arbejde søgt at etablere et samarbejde omkring hver bruger: 'Omkring hver enkelt bruger har vi prøvet at lave en lille netværksgruppe, for at lave nogle små hurtigtarbejdende udvalg, der man kaldes sammen og træffe nogle beslutninger ret hurtigt.' .. 'Der kan man sige, at jeg har repræsenteret sygehusdelen.'

8.3 Samarbejdsforhold

Nogle af de principielle vedtagelser vedrørende samarbejdsforhold fremgår af midtvejsevalueringen, hvori det bl.a. er fremhævet at:

- Det er vigtigt det diskuteres med repræsentanter fra kommuner hvad samarbejdsaftaler, udskrivningsaftaler, sociale handleplaner mm. indeholder og anvendes til. Af hensyn til den enkelte brugers retssikkerhed er det væsentligt, at denne deltager i de møder, der omhandler dem selv.

8.4 Samarbejdsrelationer til praktiserende læger og praktiserende speciallæger

Casemanager eller projektets læge tager kontakt med brugerens egen læge mht. aftaler om det videre forløb. Det er fx vigtigt i forhold til afklaring, om lægerne, hvis brugeren ikke vil lade sig indlægge frivilligt, eventuelt vil gå med til at hente personerne ind på "gule" eller "røde" papirer, hvis de ikke følger udskrivningsaftalen/koordinationsplanen.

I interviewet med arbejdsgruppen blev der peget på, at erfaringerne med kontakt til de praktiserende læger er meget varierende. Det forhold, at casemanageren ikke er læge, vurderes at lægge nogen begrænsning på kontakten.

9 Håndtering af 'barrierer'

Ved interviewet med casemanageren påpeger denne, at problemet med at håndtere barrierer ikke har været en del af baggrunden for etableringen af ordningen, men nærmere, at *'Det har været for at synliggøre de barrierer, der kunne være, og få det sat på kortet. ... Vi har jo nok mest gjort nogle barrierer synlige. Bl.a. barrierer i samarbejdet mellem amt og kommune og kontinuiteten, systematikken og procedurer generelt. Bureaukrati.'*

9.1 Jura

Ved interviewet med arbejdsgruppen blev der peget på, at der er en række juridiske forhold, der skal afklares gennem den generelle løbende udvikling af ordning og samarbejdsrelationer: *'Der ligger noget i det juridiske, som er en proces og drøftelse, som man må tage op og gøre sig klart - både sammen med brugerne, men også med de forskellige samarbejdsparter, for det er forskellige kulturer, man kommer fra, og forskellige tolkninger af det juridiske.'* ..

I interviewet med arbejdsgruppen blev forholdene omkring koordinering af planerne for brugerne berørt, også med hensyn til eventuelle juridiske barrierer, og der var varierende meldinger på dette punkt: *'Vi havde en længere diskussion om forholdet mellem udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne på den ene side og den sociale handleplan på den anden side, og om der var nogen forhindringer i at køre dem sammen på en eller anden måde. Det mener vi ikke, at der er.'* Omvendt blev der peget på, at der eksisterer en tradition for at have juraen i orden i sygehusvæsenet: *'I forhold til det juridiske, der har vi nok en lidt anden kultur her inden for sygehusvæsenet.'*

Casemanageren og arbejdsgruppen arbejder med en praksis, hvor aftalerne revideres løbende. Beslutningen om at ændre handlingsplanen ved ændringer i tilbudet har medført ekstra arbejde: *'At vi har valgt at revidere dem, når der sker ændringer, gør, at der er en masse papirarbejde og mange, der skal informeres.'*

I interviewet med repræsentanter for amtets socialpsykiatriske forvaltning og kommunerne blev det nok nævnt, at der kan være juridiske barrierer i forbindelse med sammenfatningen af hhv. koordineringsplaner og udskrivningsaftaler med de sociale handleplaner, men at der kan ligge kulturelle barrierer bag: *'Det er noget med ejerskab, og der er noget i dét med at få et fælles sprog'*

9.2 Samtykke

Som nævnt udarbejdes der en samtykkeerklæring for samarbejdet mellem casemanageren og kommunen mv., svarende til samtykkeerklæringen, der anvendes på sygehuset.

Opnåelse af samtykke blev ikke set som en væsentlig barriere: *'Jeg må sige, at jeg oplever det meget sjældent som et problem. Jeg synes netop ikke, at det er dér problemstillingerne ligger. Det er meget mere på det organisatoriske plan. Jeg tror aldrig, jeg har været bekendt med nogle problemstillinger, hvor vi ikke kunne udveksle oplysninger.'*

Casemanageren anvender dog bl.a. samtykkeerklæringen til at præcisere samarbejdsrelationerne, og har erfaringer med, at nogle brugere kan have forbehold over for erklæringen.

Et andet medlem af arbejdsgruppen peger på det ønskelige i at opretholde reglen om opnåelse af samtykke: *'Selvom der ikke havde været en regel om, at man skal have samtykke, så er det en forudsætning for arbejdet, at der er en åbenhed og en tillid.'*

9.3 Økonomi

Der var ikke oplevet nogle væsentlige økonomiske barrierer mellem amt og kommuner, selv om der kan være begrænsede ressourcer i kommunerne, og der sommetider er eksempler på en lang sagsbehandlingstid inden en bevilling tiltrædes. Med udviklingen af samarbejdsrelationerne mellem amt og kommuner på dette punkt afpasses forslag og initiativer til det, der er muligt, hvorfor konflikter som regel undgås. Igen peges der på, at barriererne ligger et andet sted, hvis der er nogle. Casemanageren formulerer det således: *'Den økonomiske del har ikke været problematikken endnu. Det har mere været noget med at finde nogle tilbud, som brugerne har lyst til og er interesserede i.'*

10 Evaluering af forløb

Den 17. april 2002 blev afholdt et netværksmøde med samarbejdsparter og projektets medarbejdere - i alt ca. 20 fagpersoner deltog, med repræsentation af støttekontaktpersoner, hjemmesygeplejerske, områdeleder, administrativt personale, konsulenter, sagsbehandler samt en læge fra psykiatrisk sygehus.

Alle parter havde oplevet et godt samarbejde med casemanageren og satte pris på, at han var nem at komme i kontakt med. Casemanageren ses som et ekstra "tandhjul" der kan løfte det svære arbejde ude i kommunerne.

Der var også tilfredshed med at en læge er tilknyttet ordningen, da det giver tyngde for både brugere og samarbejdsparter - fx i forhold til kontakten til den praktiserende læge. Der var ligeledes tilfredshed med brugen af udskrivningsaftaler, som støttede udviklingen af en klar ansvarsfordeling.

I referatet fra mødet blev der nævnt følgende problemområder:

- Kommunikationen ml. psykiatrisk sygehus og kommuner, praktiserende læger mm. skal forbedres.
- Kommunerne skal inddrages tidligere i forløbet og være med i udskrivningsforløbet fra psykiatrisk sygehus. De skal desuden have information om en evt. indlæggelse før den pågældende atter er udskrevet.
- Det er et problem, at nogle brugere indlægges for sent eller udskrives for tidligt. Det foreslås derfor, at brugerne og de forskellige samarbejdsparter skal bindes mere op på de aftaler, der er lavet i udskrivningsaftalen.
- Samarbejdet med de praktiserende læger er ikke altid godt, da disse i

nogle tilfælde ikke mener at indsatsen nytter. Derfor vil projektets læge og casemanager tage kontakt til de praktiserende læger i de konkrete sager og sammen med brugeren få et arrangeret et dialogmøde hvor samarbejdet kan diskuteres.

10.1 Opgørelse af resultater

I midtvejsevalueringen af delprojekt 1 opstilles følgende succeskriterier:

Succeskriterier:

Individuelle mål:

- Kontakt mellem casemanager og den enkelte bruger (tillid)
- Samarbejdsønske (over tid, kan lave og overholde aftaler, dvs. stabilitet)
- Tillid til andre
- Opnåelse af bedre livskvalitet (opfyldelse af COPM-mål, sociale rettigheder)

Overordnede/metodemæssige mål:

- Systematisering af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner (formål/indhold)
- Bedre koordinering mellem de aktuelle aktører

Generelt pointeres det, at man ikke skal sætte for store forventninger til hvordan livet ændres for de personer som deltager i projektet. Små forbedringer som tillid, håb, deltagelse og stabilitet er også succeskriterier.

På kort sigt er nedsættelse af antallet af indlæggelser ikke et succeskriterium. Ifølge midtvejsevalueringen har det forebyggende arbejde båret frugt, og det er vurderingen i arbejdsgruppen, at ordningen har haft en effekt.

10.2 Brugerundersøgelse

På et fællesmøde i dec. 2002 gav brugerne udtryk for hvor tilfredse de var med forløbet, herunder den høje grad af tillid, der er mellem dem og casemanageren. Denne tillid mener de dog ikke ville være der, hvis casemanageren skal give dem medicin. Der viser sig således en klar adskillelse mellem casemanagerens opsøgende og forebyggende arbejde og den behandlingsmæssige del.

Flere af brugerne i projektet har kommunale støttekontaktpersoner sideløbende med casemanageren. Dette er brugerne glade for, selvom de oplever en stor forskel på dem. (set i forhold til støtte kontakt personen kan casemanageren kontaktes via mobiltelefon, har mere tid til den enkelte, kommer med et formål mv.).

Evalueringsredskaber

Det har været hensigten at gennemføre en intern evaluering af ordningen, ved hjælp af COPM (Canadian Occupational Performance Measure), som især har fokus på brugerperspektivet, et skema til vurdering af livskvalitet, samt en empiridagbog hvor casemanageren skal notere sine oplevelser.

Hver enkelt bruger skal desuden have en *personlig "mappe"*, hvor casemanageren og den enkelte brugers beskrivelse af egne vurderinger/oplevelser ligger.

Rapporteringen fra denne dataindsamling forelå ikke ved denne rapports afslutning.

Bilag 4:

Opsøgende psykoseteam i Tønder, Sønderjyllands Amt

Denne beskrivelse er udarbejdet på baggrund tilgængeligt skriftligt materiale⁶⁴ samt interviews.

Interviewene har omfattet medlemmerne af Det Opsøgende Psykoseteam i Tønder og repræsentanter for samarbejdsparter i kommuner, behandlingspsykiatri og psykiatriforvaltning. Der er gennemført interviews i hhv. efteråret 2002 og efteråret 2003.

1 Baggrund for teamets etablering

Med udgangspunkt i erfaringer, som Psykiatriudvalget og andre repræsentanter for psykiatrien i Sønderjyllands Amt indhøstede på en studietur til Madison, Wisconsin i 1999, søgte Sønderjyllands Amt Sundhedsministeriets psykiatripulje om penge til et 2-årigt projekt med etablering og drift af et opsøgende psykoseteam efter Madison-modellen med opstart foråret 2001. 6 mio. blev bevilget fra psykiatripuljen mens Amtsrådet i Sønderjylland bidrog med 1 mio. pr. år i projektets 2-årige løbetid. Fordelingen havde således været 75% - 25%, så der var tale om et overvejende eksternt finansieret forsøgsprojekt.

Projektperioden blev efterfølgende forlænget frem til sommeren 2005. Finansieringen blev garanteret af amtet, men der blev med Midtvejsrapporten som bilag søgt og bevilget supplerende midler fra Ministeriets psykiatripulje.

Det opsøgende psykoseteam i Tønder startede det kliniske arbejde 01.05.2001 efter en indkøringsperiode på 1 måned. Teamet blev placeret organisatorisk under Distriktpsikiatrisk center i Tønder, der videre hørte under Augustenborg sygehus.⁶⁵ OP-teamet havde samme optageområdet som Distriktpsikiatrisk Center i Tønder. Det fremgik af Midtvejsrapporten at Det Opsøgende Psykoseteam var en udvidelse af centrets behandlings-tilbud.

⁶⁴ Det skriftlige materiale har omfattet projektbeskrivelsen for etablering af OP-teamet: 'Opsøgende psykoseteam - et to-årigt kvalitetssikringsprojekt', OP-teamets midtvejsrapport fra november 2002: 'Opsøgende psykoseteam - Et to-årigt kvalitetssikringsprojekt 2001 - 2003', et indlæg fra de involverede kommuners psykiatrikoordinatorer dateret september 2002, samt referater fra møder i styregruppen og fra den senere nedsatte følgegruppe for projektet i Tønder. Herudover er det udsendt et oplysningsskema til psykiatriforvaltningerne i de fem amter + H:S som huser der seks eksempler på sammenhængende psykiatritilbud, herunder Psykiatriforvaltningen i Sønderjyllands Amt. Dette er sket med henblik på en præcisering af hvert tilbuds lovgrundlag, opgaver, henvisning og visitationsprocedurer mv.

⁶⁵ Den almenpsykiatriske afdelingsledelse ved Augustenborg Sygehus.

Den overordnede formålsbeskrivelse for OP-teamet i Tønder lød: *'Bedre fastholdelse i behandling, bedring i psykopatologi, bedring i socialt funktionsniveau, reduktion af evt. misbrug, større patient- og pårørendetilfredshed, bedre behandlingskvalitet, bedre samarbejde mellem den kommunale og den amtslige indsats overfor psykiatiske patienter samt færre og kortere varende indlæggelser.'*

Projektbeskrivelsen udkom 7.2.2001. Samarbejdsparterne, herunder medlemmer af styregruppen, havde gennem forløbet haft mulighed for at kommentere og supplere projektbeskrivelsen. Af det første interview med repræsentanter for regionens kommuner fremgik det dog, at de oplevede, at ACT-modellen blev præsenteret som en relativ færdig model, og at de kommunale repræsentanter, der indgik i forberedelserne af OP-teamets opstart, ikke oplevede, at de havde indflydelse på udformningen af OP-teamet og dets arbejdsopgaver.

OP-teamet har anført, at lovgrundlaget for aktiviteten udgjordes af Psykiatriloven samt Servicelovens §§ 71-74 og §§ 85-88 om personlig hjælp og behandling samt aktivering.

1.2 Idégrundlag og baggrund for oprettelsen af tilbuddet

Det opsøgende psykoseteam i Tønder skulle bygge på Psykiateren Leonard Stein og psykologen Mary Ann Test model kaldet "Assertive Community Treatment" (ACT), som blev udviklet i USA for 30 år siden. De to andre eksempler på anvendelse af OPT i Danmark bygger på samme model. Modellen var bl.a. baseret på at et tværfagligt team stort set skulle levere alle ydelser til patienterne, at OP-teamet skulle stå for en aktiv og vedvarende opsøgende indsats, herunder et tilbud om kriseberedskab 24 t. i døgnet, og at tilbudene skulle gives ved hjemmebesøg eller i lokalområdet og var beregnet på at holde patienten i sit eget miljø. Endelig lå det i modellen, at tilbuddet til patienten i princippet var tidsubegrænset. Projektets overordnede formål var at etablere et tilbud til de sværest psykisk syge.

1.3 Tilpasning af modellen

I forhold til beskrivelsen af den oprindelige model blev det valgt at tilføje ekstra opgaver for OP-teamet og den primære kontaktperson. Disse opgaver, der havde været en del af amerikansk ACT gennem de sidste 10-15 år, bestod først og fremmest i social færdighedstræning og flerfamilie psyko-udvikling, samt en satsning på at indplacere patienterne på arbejdsmarkedet i så stor udstrækning som muligt, i stedet for at anvende væresteder og beskyttede værksteder.

I projektbeskrivelsen blev det angivet at valget af Tønder-regionen som forsøgsområde beror på følgende faktorer:

- Der var en veludbygget kommunal socialpsykiatri
- Der var høj tærskel for indlæggelse på Augustenborg Sygehus
- Der var på flere måder langt fra Tønder til Augustenborg

2 Den formelle udformning af ordningen

OP-teamet er oprettet i optageområdet for Distriktpsychiatrisk Center i Tønder, som dækker 'vestegnskommunerne' i Sønderjyllands Amt (Tønder, Tinglev, Bredebro, Løgumkloster, Skærbæk og Højer).⁶⁶ Her bor i alt ca. 45.000 mennesker.

2.1 Forvaltning, ledelse og styring

Inden projektets start blev der nedsat en styregruppe, som havde til opgave at medvirke til at realisere projektets indhold. Styregruppen var bredt sammensat med repræsentanter fra kommunerne, Sind, Psykiatريفorvaltningen og den amtslige psykiatri.

En følgegruppe blev oprettet i forsommeren 2003⁶⁷ på baggrund af konstatering af nogle samarbejds- og koordinationsproblemer mellem teamet og kommunernes indsats for sindslidende. Medlemmer af følgegruppen blev socialcheferne i kommunerne i OP-teamets optageområde ('Vest(er)egnen') samt amtets Psykiatridirektør og dennes kontorchef. Formålet med følgegruppen var at virke som overordnet ledelse for det amtslige og kommunale samarbejde om OP-teamet, fastlægge retningslinier for et styrket samarbejde, rådgive styregruppen, drøfte og vurdere tvivlsspørgsmål, sikre en fælles forståelse for psykiatrien og socialpsykiatrien i forhold til mål, opgaver, arbejdsdeling og metoder samt at foretage en løbende revurdering af samarbejdet med henblik på revision af samarbejdsaftaler.

2.2 OP-teamets sammensætning

OP-teamets personale blev i sin helhed ansat pr. 01.04.01 og startede det kliniske arbejde d. 01.05.01. OP-teamet skulle etableres uden formel ledelse. OP-teamets overlæge var, ud over at være klinisk ansvarlig, også projektleder, og var således ansvarlig for OP-teamets udvikling og forskningsmæssige aspekter som projekt. OP-teamets overlæge var imidlertid ikke daglig teamleder.

Af midtvejsrapporten fremgik det, at Teamet bestod af følgende personer, og som det ses, var der tale om et team overvejende sammensat af sundhedsfagligt uddannede medlemmer:

7 personer, der havde vagt, herunder: 3 sygeplejersker; 2 social- og sundhedsassistenter; 1 socialrådgiver; 1 ergoterapeut.

Herudover følgende: ½ sekretær; ½ afdelingssygeplejerske; ½ jobkonsulent; 1 psykiater fordelt på 2 personer/stillinger.

Teamet skulle selv varetage alle opgaverne vedrørende det kliniske arbejde, forskning og kvalitetssikring, undervisning og uddannelse, samt det administrative. Fra projektets kursuskasse blev nødvendig ekstern uddannelse betalt.

⁶⁶ Der er i øvrigt uenighed om det kaldes 'vestegnskommunerne' eller 'vesteregnskommunerne'. Vi går ud fra, at ingen er i tvivl om, at vi ikke skriver om Københavns vestegn.

⁶⁷ Foreslået i begyndelsen af 2003, men udarbejdelse og forhandling af kommissorium gennem foråret medfører, at følgegruppen først har første møde medio maj 2003 sammen med styregruppen.

Ved gennemførelsen af 2. interview i efteråret 2003 var der sket følgende ændringer:

- Ansættelse af en psykolog.
- Rådigheden over psykiatrisk lægetid var blevet reduceret væsentligt, da én læge havde søgt andet arbejde for at færdiggøre sin uddannelse, mens projekts leder og psykiatriske overlæge havde fået reduceret sin arbejdsforpligtelse i teamet fra halv tid til 20% tid.

2.3 Fysiske rammer, placering

Det opsøgende psykoseteam blev geografisk placeret i og med lokalefællesskab med Distriktpsychiatrisk Center i Tønder. Ved 2. interview med OP-teamet blev det angivet at denne placering havde stor betydning for, at de fleste patienter henvistes fra distriktpsychiatrien og sengepsychiatrien. Ved samme interview blev det også fremført, at man godt kunne forestille sig et bygningsfællesskab med socialforvaltningen i Tønder for at have en tættere kontakt til de kommunale bostøttere, men dette skulle i givet fald ske indenfor en organisatorisk model, hvor der var ét administrativt tilhørsforhold og én ledelse.

Ved 2. interview med samarbejdsparterne pegede de kommunale repræsentanter på, at et bygnings- og organisatorisk fællesskab med OP-teamet ville gøre en stor forskel, da kommunikationen ville forløbe langt hurtigere og mere fokuseret. Dette blev dog af samarbejdsparterne fra behandlingspsychiatrien mødt med argumenter om, at en sådan placering af OP-teamet kunne gå væsentligt ud over det behandlingsmæssige indhold, da den psykiatriske ekspertise og relationen til det psykiatriske behandlingssystem ville blive udtyndet.

3 Den planlagte målgruppe

Målgruppens størrelse blev ved OP-teamets etablering estimeret til at være 80-120 personer af den 45.000 store befolkning i regionen. Ifølge Teamets leder regnede OP-teamet med at få ca. 100 patienter igennem de første 2 år. Alle patienter skulle følges i fulde 2 år.

Målgruppen blev i projektbeskrivelsen fastlagt ud fra nogle operationelle kriterier, der fra starten havde været fælles for de tre forsøg med OP-teams,⁶⁸ vedrørende:

- Diagnose (skizofreni, paranoid psykose, skizoaffektiv sindslidelse, bipolar sindslidelse),
- Bidiagnose (misbrug, retspsykiatrisk sanktion),
- Ustabilitet (non-compliance hvad angår medicin og fremmøde, udadretagerende, kriminalitet) og
- Stort forbrug af sygehusydelser (svingdørs, langtids).

⁶⁸ Ud over Tønder drejer det sig som bekendt om Falster og H:S/København.

Det fremgik af DSI's første interview med OP-teamet i efteråret 2002 og med kommunale repræsentanter, at der var opmærksomhed på, at andre grupper af psykisk syge i amtet havde tilsvarende behov for en specialiseret indsats, herunder borderlinepatienterne.

4 Visitation af brugere

OP-teamet skulle være selvvisiterende ud fra de opstillede inklusionskriterier. Patienter kunne indstilles til optagelse i OP-teamet af forskellige samarbejdsparter som praktiserende læger, socialforvaltninger, hjælpeorganisationer eller andre, men OP-teamet skulle afgøre, om patienten skulle optages. Ved 2. interview med OP-teamet blev det fremført, at det var klart, at teamet på dette tidspunkt fik henvist flest patienter det psykiatriske system, og at socialvæsenet *'faktisk ikke har henvist nogen.'* Dette blev nævnt som overraskende, da det var forventningen ved etableringen af OP-teamet, at der ville komme en del henvisninger fra 'gadeniveauet' i socialvæsenet og direkte fra de praktiserende læger.

5 Tilbudets omfang og karakter

Der blev foretaget en præcisering af de grundlæggende opgaver for OP-teamet i det udsendte oplysningsskema:

1. Opsøge svært psykisk syge OP-teamet får kendskab til og som er i Tønder DPC's område.
2. Etablere behandlingskontakt til disse gennem vedholdende opsøgen.
3. Diagnosticere og behandle disse medikamentelt, psykologisk og socialt.
4. Etablere kontakt til kommunal socialpsykiatri, hvis det skulle være relevant og den ikke var der i forvejen.
5. Etablere kontakt og undervisning til de pårørende.
6. Forkorte indlæggelse ved at formidle indlæggelse – hvis nødvendigt – og overtage ansvaret ved udskrivelsen.
7. Uddanne personalet, så udbrænding ikke forekommer – alternativt minimeres.
8. Informere og undervise samarbejdspartnere og andre.

Case management (kontaktpersonordning)

Dette blev bl.a. baseret på inspiration fra lokalpsykiatrien i Århus Amt på en lang række beskrevne punkter, herunder bl.a. at kontaktpersonen: Troede på, at relationen kunne hjælpe patienten til en udvikling; havde en ikke-autoritær og individuel holdning til den sindslidende; arbejdede på, at den sindslidende blev integreret i det almindelige samfund med vægt på at opnå livskvalitet og oplevelse af egen kompetence og evne; indgik i relationen til patienten både med faglig viden, professionalisme og med sin personlighed; brugte sig selv i samværet med klienten uden at miste fokus; etc.

Psykoedukation

Denne indsats skulle tage udgangspunkt i, at *'familien er blevet en nødvendig samarbejdspartner. ... Psykoedukation i snæver forstand kan defineres som brug af undervisningsmetoder til at hjælpe patient og familie til at forstå og håndtere sygdommen.'* Midtvejsevalueringen pegede på gode erfaringer med gennemførelse af forløb for familiegupperne.

Social færdighedstræning

Dette har som overordnet formål at *'bedre patienternes evne til at handle mere hensigtsmæssigt i sociale situationer'*, og behovet for dette skyldes de beskedne sociale færdigheder og social kompetence hos patienter med skizofreni og andre svære sindslidelser. I midtvejsrapporten blev der redegjort for, at der blev dannet en gruppe på 3-10 patienter, der koncentrerede sig om forhold vedrørende medicin, samt flere mindre grupper på 4 patienter, der arbejdede med kommunikation og samtale. Et flertal af deltagerne fandt, at de havde haft udbytte af den sociale færdighedstræning.

Aflastningsfamilie

Distriktspsykiatrisk Center i Tønder havde kontakt til tre aflastningsfamilier, som patienter kunne opholde sig hos i mellem nogle dage og op til 2 uger. Inden for det første år - juli 2001 - juli 2002 - blev der gennemført 46 ophold fordelt på 23 patienter, hvoraf 11 var tilknyttet OP-teamet. Såvel aflastningsfamilier som patienter gav overvejende positive vurderinger af forløbene og deres resultater i teamets midtvejsevaluering.

Erhvervsarbejde

OP-teamet i Tønder påpegede i midtvejsrapporten, at det blev vurderet *'at en vis grad af tilknytning til arbejdsmarkedet er med til at give et positivt bidrag til selvfølelsen, identiteten og til integrering i normalsamfundet.'* Ved en opgørelse 01.09.2003 havde i alt 48 patienter fra OP-teamet været tilknyttet jobkonsulentordningen, hvoraf 7 var gledet ud igen. De tilknyttede patienter var stadig fordelt på en række forskellige aktiviteter, men den væsentligste forskel bestod i, at 16 nu havde varetaget eller varetog funktioner i frivilligt arbejde, mens 13 indgik i skole- eller uddannelsesforløb. Det typiske var, at en patient kunne klare jobs med en arbejdstid på 12 eller færre timer pr. uge. Ved 2. interview med OP-teamet pegede jobkonsulenten på, at fastholdelse af patienterne i et job var den vanskelige fase.

5.1 Identifikation af patienter

Som det fremgår nedenfor, blev der gennem det psykiatriske centralregister og efterfølgende eksklusion af irrelevante personer fundet 36 brugere. Efter dette blev der identificeret ekstra 8 potentielle patienter frem til 01.05.2002 ad forskellige kanaler. Af de potentielle patienter var 68 optaget i OP-teamet gennem dets første års funktionsperiode. Blandt de 68 var der en *'overvægt af mænd, stor aldersspredning med en gennemsnitsalder på 40 år, lavt*

erhvervsuddannelsesniveau, yderst beskeden tilknytning til arbejdsmarkedet. ¼ fik pension og kun få var tilknyttet arbejdsmarkedet.'

5.2 Den opsøgende funktion ved inklusionen af patienter

Ved 2. interview med OP-teamet i efteråret 2003 blev der peget på, at teamet forstod en del af sin opsøgende funktion som dette at opsøge patienter, der blev udpeget gennem Det Psykiatriske Centralregister, samt at opsøge patienter, der i socialforvaltningerne i kommunerne i optageområdet blev betegnet som *'mærkelige og underlige og umulige. ... De har heller ikke brugt sygehusvæsenet, og ingen vil lege med dem. ... Det er de to steder, hvor vi har været kraftigt opsøgende i forhold til de principper.'*

5.3 Spørgsmålet om hotline og 24-timers dækning

Det tilbud om 24-timers dækning, der lå i Madison-modellen, blev i projektbeskrivelsen foreslået løst således, at der blev oprettet et telefonnummer til OP-teamet, med tilhørende telefonvagt.

Denne ordning blev i midtvejsrapporten beskrevet således, at der ugens fire første hverdage var almindelig dagvagt fra 08-15, hvorefter der på skift skulle være telefonvagt for en person i OP-teamet frem til kl. 24. Efter dette skulle der være viderestilling til vagthavende sygeplejerske på Augustenborg Sygehus frem til kl. 08. Fra fredag kl. 15 til mandag kl. 08 skulle der være telefonvagt således, at der om natten - kl. 24-08 - var viderestilling til Augustenborg som på hverdage, og resten af tiden var telefonvagt varetaget af et medlem af OP-teamet. Patienterne skulle have mulighed for at indtale telefonbesked til deres kontaktperson uden for den almindelige åbningstid. Det indgik i dette beredskab, at den teammedarbejder, der havde telefonvagten i de nævnte tidsrum, tillige skulle kunne rykke ud i særlige tilfælde, som fx ved akutte indlæggelser af patienter tilknyttet teamet.

5.4 Behovet for telefonisk kontakt - og arten af kontakt

Ved 2. interview med OP-teamet blev der peget på, at det var deres erfaring, at der sjældent var besked fra Augustenborg om, at der blevet ringet fra en af deres patienter. Teamet udtrykte det således, at de havde 'opdraget' eller lært deres brugere, således at brugerne forholdt sig til de muligheder, der var for at kontakte teamets medarbejdere.

6 Påpegning af etiske aspekter

OP-teamet pegede i sin midtvejsrapport på, at dets aktiviteter kunne være forbundet med en række etiske problemer vedrørende opsøgning af patienterne og fastholdelse af patienterne i behandling.

OP-teamet definerede en Samaritansk pligtetik, som betød, *'At det er en etisk forpligtelse af få den syge i behandling og at behandlingen har den størst mulige grad af evidens, men det skal ske på en måde, der respekterer patientens ret til behandling og ret til uafhængighed.'*

6.1 Tvang

I DSI's første interview med OP-teamet blev der peget på, at Teamet havde været involveret i anvendelse af tvang i form af formidling af en tvangsindlæggelse i 3 tilfælde i alt, og at der ikke havde været anvendt anden form for tvang, som fx efter servicelovens bestemmelser.

7 Etableringsprocessen

Af midtvejsrapporten fremgik det: 'De nyansatte medarbejdere, der skulle udgøre det nyetablerede opsøgende psykoseteam, havde hver deres generelle faglige og erfaringsmæssige baggrund, men ingen havde de specifikke faglige færdigheder. Teamet skulle også opbygge en god "familiedannelse" m.h.p. optimal funktion udadtil og indadtil. '

Der havde været konkurrerende idealer og muligheder i forbindelse med specialisering: 'Vi havde en idé om at matche patienter med kontaktpersoner. Nu er der en tendens til, at patienterne bliver fordelt lidt efter hvad det er, man er god til.' Ved det 2. interview med OP-teamet blev det fremført, at der ikke fandt nogen særlig specialisering sted mellem teammedarbejderne undtagen i særlige tilfælde,⁶⁹ men at man rådførte sig hos hinanden med faglige spørgsmål og måtte acceptere en vis specialisering i forbindelse med varetagelsen af ansvaret for grupperne

8 Erfaringer med OP-teamets arbejdsopgaver

Af projektbeskrivelsen fremgik det, at konsultationerne ville foregå ved hjemmebesøg, men at andre opgaver skulle varetages af OP-teamet på Distriktspsykiatrisk Center. Dette forventedes at omfatte møder med samarbejdspartnere om patienterne, undervisning, supervision og faglig rådgivning af personalet samt undervisning og træning af patienter/pårørende. Dette sidste skulle som nævnt omfatte social færdighedstræning, inkl. kommunikationstræning, og psykoedukation. Det forventedes, at nogle af OP-teamets medarbejdere skulle uddannes til at varetage hvert af gruppetilbudene

I midtvejsrapporten indgik resultater af to opgørelser af personalets anvendelse af arbejdstid, hhv. november 2001 og maj 2002. For OP-teamets medarbejdere fraset sekretærer var der stort set sammenfald mellem de to opgørelser. Det direkte patientarbejde udgjorde lidt under 1/3 af arbejdstiden, heraf ¼ face to face med patienten. Indirekte patientarbejde - fx journalarbejde, intern supervision og samarbejde - lagde beslag på ca. 20 % af arbejdstiden. Andre 20% blev anvendt på uddannelses- og undervisningsaktivitet.

⁶⁹ Her blev givet et eksempel vedrørende mandlige patienter, der kun blev tildelt mandlige kontaktpersoner.

9 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler

OP-teamet lagde vægt på to typer af samarbejdsrelationer; dels afholdelsen af styregruppemøder med deltagelse af repræsentanter for OP-teamet og for amtslige samarbejdsparter og styrende organer; dels kliniske konferencer for patienter, hvor både amt og kommune var involveret. Som nævnt skulle samarbejdet mellem den amtslige psykiatri og kommunerernes socialpsykiatri styrkes gennem anvendelse af den fælles behandlings-/handleplaner.

9.1 Samarbejde med behandlingspsykiatri, distriktpsychiatri mv.

I midtvejsrapporten hed det i et referat af et internt fokusgruppeinterview med OP-teamets medarbejdere efter ½ års funktion: *'At samarbejdsproblemerne i opstarten med eksterne og interne samarbejdspartnere har været voldsommere end forventet. .. De interne samarbejdspartneres modstand har mest været udtrykt som misundelse og passiv afventen.'*

Ved et senere tilsvarende fokusgruppeinterview fire måneder senere var meldingen mere positiv, idet at *'interne samarbejdspartneres modstand tog nogen tid at nedbryde, men at alle parter nu arbejder på at få et konstruktivt samarbejde omkring den enkelte patient.'*

Ved DSI's 1. interview med OP-teamet blev den 'indre modstand' igen berørt: *'Der var både en indre og en ydre modstand mod projektet.'* Og: *'Det tog noget af arbejdsglæden i lang tid. Det eksterne kunne man måske forvente, men det interne i vores lille enhed, det var ret massivt.'*

Ved 2. interview med OP-teamet blev de samme erfaringer fra teamets første periode gentaget, men det blev understreget, at der var tale om begyndelsesvanskeligheder, og at samarbejdet med distriktpsychiatrien kørte langt bedre efter at teamet havde fungeret endnu et år.

9.2 Samarbejdsrelationer med den kommunale socialpsykiatri og øvrige kommunale tilbud

Efter projektbeskrivelsen skulle OP-teamet arbejde tæt sammen med kommunernes socialpsykiatri. Det var således ikke meningen, at OP-teamet skulle overtage de tilbud, den enkelte patient allerede fik fra den kommunale socialpsykiatri. Dette blev fastholdt i midtvejsrapporten, hvor det hed, at *'Teamet skal - for at kunne fungere godt og optimalt - samarbejde tæt med kommunernes socialpsykiatri. Det er ikke meningen, at teamet skal varetage de tilbud, den enkelte patient allerede nu får fra den kommunale socialpsykiatri.'*

I et notat⁷⁰ fra august 2002 udarbejdet af Psykiatrikoordinatorerne fra de tilknyttede kommuner hed det, at der overordnet set var tilfredshed med, at amtet havde iværksat et udviklingsprojekt på dette særlige område. Der var dog en række indsigelser, som bl.a. omhandlede:

⁷⁰ Notat er udarbejdet som høringsvar i forbindelse med OP-teamets rundsendelse af et udkast til midtvejsrapporten fra OP-teamets selvevaluering.

- at tilbuddet burde organiseres som en udvidelse af det distriktspsykiatriske tilbud,
- at OP-teamet anvendte for mange ressourcer på de 'lettere' skizofrene patienter,
- at funktionsbeskrivelserne for medarbejderne i OP-teamet lå meget tæt op ad beskrivelserne for de kommunale støtte- og kontaktpersoner.

10 Det daglige samarbejde

Nogle af de interviewede kommunale repræsentanter pegede på en manglende balance mellem OP-teamet og de kommunale medarbejdere: *'Initiativet er godt og sikkert en god måde at angribe problemstillingerne på, men de to organisationer skal spille bedre sammen. .. Der er en magtkamp i og med, at vores medarbejdere ikke føler de er ligeværdige med amtets medarbejdere. Når den situation opstår, så ved vi der opstår nogle mekanismer i folk, som gør, at de ikke samarbejder så godt.'*

Samlet blev der peget på behovet for at sikre, at indsatsen blev koordineret i forhold til hver enkelt patient, så man fik afklaret, hvem der var tovholder i hvilke tilfælde, og hvilke tilbud, der skulle leveres fra hvilken side. Som det fremgår nedenfor, blev dette også fremhævet som et af de væsentligste punkter for samarbejdet fremover.

De kommunale repræsentanter pegede dog samtidig på, at det i nogle tilfælde havde været muligt at indgå samarbejdsaftaler vedrørende den enkelte bruger, og det var i de tilfælde, hvor kontakten og det gensidige supplement fungerede bedst.

Ved DSI's interview med OP-teamet blev der peget på, at det daglige samarbejde om og med patienterne oftest var uproblematisk: *'På praksisniveau er der en masse gråzoner -men i forhold til den enkelte patient kan man sagtens få det til at fungere. Forudsætningen er lige, at behandlings- og handlingsplanerne kan fungere. Med det kan sagtens lade sig gøre i en samarbejdsmodel, hvis man husker, at fokus er på det enkelte menneske, man har med at gøre.'*

10.1 Samarbejdsproblemer i opstartsfasen og den igangværende indkøringsfase

Også i midtvejsrapporten blev der peget på, at der havde været problemer i etableringen af samarbejdsforhold med samarbejdsparter såvel inden for psykiatrien som i kommunerne. Samtidig blev det refereret, at samarbejdet med andre kommunale aktører som hjemmepleje og sagsbehandlere var foregået gnidningsfrit. Der blev dog stadig givet udtryk for den holdning ved DSI's interview med OP-teamet, at det kunne være vanskeligt at få informationer fra kommunerne, selv om der blev henført til, at kommunerne ikke havde samme tradition for 'skriftlighed' som behandlingspsykiatrien.

Ved 2. interview med OP-teamet blev det fremført, at den spændte samarbejdssituation var blevet løst op med etableringen af følgegruppen, og at der ikke siden var set lignende fastlåste problemer. Dette blev modsagt noget i interviewet med teamets samarbejdsparter, hvor det blev fremført fra de kommunale repræsentanter, at der stadigvæk eksisterede samarbejdsproblemer, men at det ikke var muligt at afgøre endeligt, hvilke af problemerne, der var organisatorisk - strukturelle og hvilke der var personrelaterede.

10.2 Adgangen til medicinsk ekspertise

I begge interviews med de kommunale repræsentanter blev der peget på det positive i, at OP-teamets etablering havde bragt medicinsk ekspertise tættere ud i lokalpsykiatrien. *'De har jo den medicinske baggrund, som mange gange er det, der er hovedproblemet. ... Der er det rart at have et opsøgende psykoseteam inde, som har kompetencen til lynhurtigt at gå ind og afdække om vedkommende skal indlægges eller ej.'*

Den udadgående funktion blev dog senere reduceret noget med den nævnte store formindskelse af psykiatrisk lægetid i OP-teamet. I det 2. interview med OP-teamet blev der givet udtryk for, at det blev søgt at kompensere for dette ved at anvende den tilknyttede lægetid selektivt.

10.3 Behandlings-/handleplanerne som centralt element

Konkret blev arbejdet med udarbejdelse af en skabelon for den fælles behandlings-/handleplan varetaget af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for psykiatriforvaltningen, sygehuspsykiatrien, den kommunale socialpsykiatri og Distriktspsykiatrien i Tønder, og siden tiltrådt på et styregruppemøde.

Ifølge midtvejsrapporten bød anvendelsen af skabelonen for den fælles behandlings-/handleplan på en række problemer, herunder:

- usikkerhed om, hvor meget der skulle stå i planen,
- usikkerhed ved selve det at formulere sig skriftligt i en fælles plan,
- usikkerhed om planens udarbejdelse hvis patienten ikke ønskede, at den lå i vedkommendes hjem (hvilket var meningen), og
- vanskeligheder med at opbygge en alliance med og motivation hos patienten for bl.a. udarbejdelse af behandlings-/handleplanen.

Senere erfaringer indhøstet blandt teammedlemmerne pegede på, at der efter en tilvænningsperiode var en positiv opfattelse af den fælles plan, og der blev stillet konkrete forslag til forbedring af planens indhold. Ved udarbejdelsen af midtvejsrapporten i efteråret 2002 blev det skønnet, at den fælles plan var placeret hjemme hos ca. halvdelen af patienterne ud over at indgå i journalen.

Ved DSI's interview med OP-teamet blev der peget på, at kommunerne havde haft den indvending mod den fælles plan, at dette ville indebære dobbeltarbejde, da kommunerne allerede kørte deres eget system med sociale

handlingsplaner. Der var videre nogle juridiske uklarheder omkring etablering af den fælles plan for en patient selv om der forelå skriftligt samtykke fra patients side, idet materialet ville være fortroligt. Ved 2. interview med OP-teamet var meldingen, at der ikke var sket nogen yderligere udvikling med hensyn til at udarbejde fælles planer. Ifølge teamet blev der derfor samarbejdet på planniveau i den forstand, at der blev udarbejdet en behandlingsplan, som blev givet videre til samarbejdspartnerne.

10.4 Samarbejde og patienternes samtykke

Det hørte til undtagelsen, at patienter ikke gav dette, men der var forskelle i vurderingerne af, hvor mange det drejede sig om. Vurderingerne svingede fra, at der stort set ikke var nogen, der afviste dette, til at det drejede sig om ca. 10% af patienterne.

Endelig blev det fra OP-teamet angivet, at muligheden for at lade etiske hensyn tilsidesætte hensynet til indhentning af samtykke kunne anvendes i en række tilfælde. Hvis hensynet til patientens tarv og situation vejede tungere end hensynet til tavshedspligten, var der mulighed for at handle ud fra dette hensyn, dog skulle hvert tilfælde dokumenteres i patientens journal, og det skulle beskrives, at man handlede på forventet indhentning af samtykke senere.

10.5 Økonomiske barrierer for samarbejdet

OP-teamet havde ikke særlige erfaringer med, at kommunerne var uvillige til at gå ind og anvende ressourcer på de initiativer, som OP-teamet foreslog. Ved det 2. interview med OP-teamet blev der peget på, at, selv om kommunerne gennemgående var positivt indstillede over for teamets forslag, så var kommunernes dispositioner præget af, hvilke tilbud de traditionelt havde ydet. Konkret kunne dette fx handle om en kommunes tradition eller 'kultur' vedrørende at give tilbud om beskyttet beskæftigelse.

Det var meldingen fra kommunal side ved 2. interview, at etableringen af OP-teamet ikke havde haft nogle konsekvenser i retning af, at man kunne spare kommunale foranstaltninger; der var alene tale om et supplement. Der blev modsat peget på, at teamet i nogle tilfælde havde fremhævet, at den optimale løsning for en patient fx var døgnanbringelse, men at man ikke fandt dette nødvendigt i kommunen. Socialpsykiatrien blev her bl.a. set som kommunens alternativ til sådanne anbringelser.

10.6 Samarbejdsrelationer til praktiserende læger og praktiserende speciallæger

I midtvejsrapporten fremgik det ved et af de interne fokusgruppeinterview i OP-teamet, at samarbejdet med de praktiserende læger havde forløbet gnidningsfrit. Dette var imidlertid ikke indtrykket ved 2. interview med OP-teamet i efteråret 2003. Her blev det efterlyst, at de alment praktiserende læger tog et mere aktivt medansvar for patienterne. Der var dog også eksempler på, at praktiserende læger medvirkede til at sikre behandlingen,

fx i tilfælde, hvor den kommunale hjemmepleje administrerede medicin, som var udskrevet af patientens læge.

Ud over dette er det teamets erfaring af såvel patientens egen læge som vagtlægerne ringer til teamets hotline-nummer for at rådføre sig med teamets medarbejdere.

10.7 Juridiske barrierer

Med hensyn til de juridiske rammer for samarbejdet og eventuelle barrierer heri, hed det blot i midtvejsrapporten, at *'samarbejdet tager udgangspunkt i den bestående organisation, tidligere samarbejdspraksis og eksisterende lovgivning. Ud fra de indhøstede erfaringer må der siden ses på, om der er behov for organisatoriske og juridiske justeringer.'* Der blev gjort opmærksom på, at lovgivningen ikke lever op til den arbejdsform, der lægges op til med igangsætningen af de opsøgende psykoseteams. Som der er redegjort for i afsnittet om behandlings- og handleplaner, eksisterer der en uklarhed vedrørende opbygningen af et system med fælles planer, hvor lovgivningen om videregivelse af oplysninger kan lægge begrænsninger.

Ud fra disse overvejelser pegede OP-teamet på to problemstillinger, der kunne være vanskelige at håndtere inden for de lovgivningsmæssige rammer: For det første var der uklarhed omkring patienternes grundlæggende rettigheder som borgere; hvordan var forholdet med andre ord mellem OP-teamets opsøgende funktion og patientens ret til at afvise behandling. For det andet skabte det samspilsproblemer, når OP-teamet skulle optræde opsøgende sammen med den kommunale socialpsykiatri, da der gjaldt forskellige regelsæt.

10.8 Overenskomster som barriere

Der blev ikke peget på særlige overenskomstmæssige eller lignende barrierer som fx arbejdstidsregler. Vagttjenesterne i OP-teamet og også i en af de kommunale ordninger blev håndteret inden for det eksisterende regelsæt. En yderligere satsning på døgndækning blev ifølge disse vurderinger ikke hæmmet af overenskomster og regler, men af økonomi og prioritering af andre opgaver.

11 Den interne evaluering

Det fremgik af projektbeskrivelsen, at der skulle foretages en evaluering af effekter af det opsøgende psykoseteam. Evalueringen blev foretaget på baggrund af en række hypoteser vedrørende 1) bedre fastholdelse i behandlingen, 2) bedring i psykopatologien, 3) bedring i socialt funktionsniveau, 4) reduktion af evt. misbrug, 5) større patient-/pårørendetilfredshed, 6) bedre behandlingskvalitet, 7) bedre samarbejde mellem den kommunale socialpsykiatri og den amtslige sygehus- og distriktspsykiatri samt 8) færre og korterevarende indlæggelser.

Evalueringen blev planlagt, gennemført og rapporteret af OP-teamets pro-

jektleder og øvrige medarbejdere, idet der var satset på et kombineret udviklings, selvevaluerings- og forskningsforløb. Der var således tale om gennemførelse af en omfattende selvevaluerende aktivitet.

Resultaterne fra den igangværende undersøgelse er hidtil publiceret i Midtvejsrapporten. Resultaterne af den samlede interne evaluering af OP-teamet i Tønder vil først fremgå af en slutrapport.

Bilag 5:

Opsøgende psykoseteam Falster

Fremstillingen af det opsøgende psykoseteam er baseret skriftlige kilder⁷¹ og interviews. Der er gennemført interviews med OP-teamets medlemmer og ledelse samt med samarbejdsparter i kommuner, behandlingspsykiatri og amtslig psykiatrilædelse. De første interview er gennemført i efteråret 2002 ca. ½ år efter etableringen af OP-teamet mens 2. interviewrunde er gennemført ét år senere i november 2003.

1 Baggrunden for oprettelsen

Fra 1. januar 2002 er der arbejdet efter en Helhedsplan for psykiatrien i Storstrøms Amt, vedtaget af amtsrådet via social- og Psykiatriudvalget. Nøgleordene for indsatsen er samordning, kontinuitet og brugerinddragelse i støtte- og behandlingstilbudene. Amtets mål er decentralisering og integration, og indsatsen skal bygge på et **tværfagligt** grundlag, som udgør et integreret samarbejde mellem behandlingen, de socialpsykiatriske tilbud, uddannelse, aktivering og beskæftigelse.

Det opsøgende psykoseteam på Falster, blev først etableret som et 2-årigt forsøgsprojekt, men projektperioden er blevet forlænget med yderligere 3 år, så projektet indtil videre løber frem til 1. marts 2007. Projektet tog - som de øvrige to forsøg i Danmark med OP-team - metodisk udgangspunkt i psykiateren Leonard Stein og psykologen Mary Ann Test's model kaldet "Assertive Community Treatment" (ACT), som er udviklet i USA for 30 år siden. Teamet er organisatorisk placeret således, at der refereres direkte til den psykiatriske blokledelse Midt i Amtet.

Det finansielle grundlag for OP-teamets første to funktionsår og dets treårige forlængelse blev etableret gennem samfinansiering mellem amtet og kommunerne på Falster. Kommunerne har videreformidlet et tilskud opnået som ministerielle puljemidler (psykiatripuljen) til § 73-medarbejdere samt lagt et tilsvarende beløb oven i. De fire kommuner har på denne led finansieret op mod halvdelen af omkostningerne ved OP-teamets drift, mens amtet har betalt den anden halvdel som led i psykiatriplanen. Den treårige forlængelse finansieres på lignende vis.

⁷¹ Det drejer sig om den bagvedliggende projektbeskrivelse (Opsøgende Psykoseteam Falster. Projektbeskrivelse, servicedeklaration. 16.03.2002), referat af vedtagelsen i projektet i Omsorgsudvalget i Nykøbing Falster, referat af vedtagelse i Kommuneforeningen for Storstrøms Amt af samarbejdsorganisationen for psykiatrien, samt referater af møder afholdt i teamets styregruppe. Endelig er der udfyldt et oplysningsskema, udarbejdet og udsendt af DSI.

2 Modellen og dens tilpasning

Nogle af de centrale elementer i indsatsen består i den opsøgende og assertive arbejdsform, at behandlingen så vidt muligt foretages i patientens eget hjem, samt at der er tale om en teambaseret organiseringsform, hvor ansvaret for hver patient i princippet påhviler hele teamet. Teamet har en daglig leder, i modsætning til teamet i Tønder, men er ligeledes tværfagligt sammensat med en flad, ikke-hierarkisk ledelsesstruktur.

I OP-teamet på Falster anvender man begrebet 'casemanager' om de af teamets medarbejdere, som har patientkontakten, og har således valgt at anvende det begreb, som anvendes i den amerikanske model.

2.1 Det opsøgende element

I 2. interview med OP-teamet beskrives det opsøgende element i teamets arbejde som den assertive tilgang til kendte patienter. OP-teamets holdning var, at primært opsøgende arbejde er meget ressourcekrævende, og at der ikke er mulighed at prioritere i denne retning rent tidsmæssigt. Det blev også betragtet som en kommunal opgave, evt. varetaget af kommunale støtte-kontaktpersoner efter Servicelovens § 80.

2.2 Lovgrundlag

Det angives i projektbeskrivelsen, at lovgrundlaget udgøres af Psykiatriloven og øvrige regler bag amtets sundhedsfaglige/behandlingspsykiatriske indsats samt Servicelovens § 73 vedrørende tilbud om hjælp, omsorg eller støtte til optræning og udvikling af færdigheder (bostøtte). Endelig anvendes Servicelovens § 80 støtte-kontaktpersonordninger til sindslidende.

2.3 Introduktionen af ordningen til samarbejdsparterne

De kommunale repræsentanter i interviewene fremførte, at *'ingen af os vidste, at den model eksisterede'* - altså 'Assertive Community Treatment' - modellen - som en illustration af, at initiativet til anvendelsen af denne model kommer fra amtsligt centralt hold. Tilsvarende gælder for valget af patientgrundlag - *'Målgruppen havde vi ikke noget indflydelse på - vi havde valget om ja eller nej til OP-teamet, men ikke drøftelser om en anden model.'* De interviewede pegede videre på, at der var behov for en yderligere præcisering af tilbudet fra OP-teamet.

2.4 Administration og styring

Det opsøgende psykoseteam Falster er organisatorisk placeret under psykiatrien i Storstrøms Amts Social- og Psykiatriforvaltning og refererer ledelsesmæssigt til den sundhedsfaglige blokledelse - blok Midt og dækker over en region bestående af 4 kommuner; Stubbekøbing, Nørre Alslev, Nykøbing Falster eller Sydfalster.

Til gennemførelse af projektet blev der nedsat en styregruppe. Styregruppen kan betragtes som en mulighed for at sikre en løbende tilpasning af aktiviteterne i OP-teamet. Således blev det fremført af de kommunale repræsen-

tanter, at styregruppen 'skal samle op på hvad der sker og hvilke tangenter, der skal spilles på.'

Ved 2. interview med OP-teamet blev det fremført, at det var opfattelsen blandt teamets medarbejdere, at de havde fået begrænset opbakning 'oppefra', forstået som amtets psykiatriforvaltning. I tilbageblik mente teammedarbejderne, at arbejdet var sat i gang med for lidt faglig afklaring af, hvad opgaven bestod i, og hvordan den skulle løses. Der blev således efterspurgte en faglig sparring, som kunne medvirke til den fortsatte faglige udvikling og tilpasning af teamets indsats; et synspunkt, der blev yderligere relateret til, at teamets projektperiode er forlænget med tre år.

3 Beskrivelse og udvikling af tilbudet til brugerne

Kriterierne for inklusion af patienter til OP-teamet har fra start været orienteret mod den definerede målgruppe for 'Assertive Community Treatment', men dette er blevet modificeret gennem tilføjelse af yderligere kriterier efter aftale med kommunerne på Falster.

Målgruppen omfatter følgende personer:

- Aldersgruppen 18-65 år
- Bopæl på Falster i kommunerne; Stubbekøbing, Nørre Alslev, Nykøbing Falster eller Sydfalster.
- Som er diagnosticeret indenfor følgende svære sindssygdomme (diagnostiske kriterier: F20, F22, F32 - skizofreni, paranoid psykose, skizoafektiv lidelse eller bipolar affektiv sindslidelse).

Derudover skal ét eller flere kriterier vedrørende indlæggelsers længde eller hyppighed, mangel på stabilitet i kontakt til behandlende og/eller sociale instanser, mangelfuld compliance i den medicinske behandling eller særlige sociale problemer som fx isolation, være opfyldt.

Den første visitation af patienter der opfylder inklusionskriterierne er indhentet fra Demografisk Institut, idet der er bedt om en liste over psykiatriske patienter bosiddende på Falster, som ifølge registeret opfylder OP-teamets inklusionskriterier.

I 2. interview med samarbejdspartnerne pegede repræsentanten for amtets psykiatrilidelse på, at det ikke er hensigten, at teamet skal optage særligt mange nye brugere, men skal opbygge en fast gruppe af patienter, som de beholder '*de næste 10-20-30 år. De skal ikke ud at lede efter nogle nye patienter. De får jo deres patienter fra en liste. ... Men vi har også suppleret op med nogle fra kommunerne.*' Teamet har imidlertid haft vanskeligheder med at nå op på fuldt caseload (55-60 patienter).

3.1 Hvem henviser

Ifølge teamet stammede de fleste patienter fra de oprindelige listeudtræk fra Psykiatrisk Centralregister og efterfølgende fra psykiatrisk sengeafsnit og det psykiatriske langtidsteam. Kun få patienter er henvist fra kommunerne eller andre.

3.2 Udviklingen i antallet af brugere

Det har vist sig vanskeligt at nå op på det forventede antal brugere. På tidspunktet for det første interview med teamet - nov. 2002 - var antallet af brugere nået op på 45, og dette antal var også aktuelt et år senere ved 2. interview med teamet.

Der var fra projektets start identificeret 60 personer, som opfyldte inklusionskriterierne, gennem et udtræk på Psykiatrisk Centralregister i Århus. I praksis viste det sig imidlertid, at der var et stort frafald fra denne liste. Resultatet synes at være, at teamet har svært ved at udvide sin patientgruppe på grund af de opstillede inklusionskriterier, arbejdsbyrden, der skyldes patienternes særlige problembilleder og endelig på grund af eksistensen af alternative tilbud til samme patientgruppe, såvel kommunale botilbud som amtets langtidsteam. Der har derfor været og er stadig et behov for at supplere gruppen af patienter. Der har imidlertid været en vis udvikling i inklusionskriterierne: *'Det er vi begyndt på, fordi vi har svært ved at komme op på det ønskede antal brugere. På en måde gradbøjer vi kriterierne noget, og lytter efter hvad kommunerne siger, når de henvender sig til os.'*

Det var teamets opfattelse ved 2. interview, at der kun havde været en meget lille udskiftning i deres patientgruppe, og denne begrænses til to dødsfald, to patienter, der er overført til det nævnte kommunale botilbud i Nykøbing og endelig et par patienter, der havde valgt tilbudet fra.

3.3 Visitationsprocedure - visitation af brugere

Det opsøgende psykoseteam er selvvisiterende. Visiteringen sker ved regelmæssige formaliserede møder mellem teamleder og læge fra det opsøgende psykoseteam samt med repræsentanter fra de 4 kommuner.

4 OP-teamets sammensætning og opgaver

Det opsøgende psykoseteam Falster består af 8 personer, og teamet er sammensat af såvel sundhedsfagligt som socialfagligt uddannede medlemmer:

Teamets sammensætning

- En teamleder (socialpædagog)
- Koordinator/sekretær
- Læge
- 2 ergoterapeuter
- Social- og sundhedsassistent
- Sygeplejerske
- Socialpædagog som er misbrugsansvarlig

Ved 2. interview med samarbejdsparterne peger en repræsentant for amtets psykiatriledelse på, at tanken bag OP-teamet netop er at *'forene det sundhedsfaglige og sociale behandlingsarbejde - ikke rengøringshjælpen men behandlingsarbejdet.'* Det er dette, som gør OP-teamet til noget særligt set i forhold til de øvrige psykiatriske team i amtet - akut- og langtidsteam - og det, der skal sikre et godt samarbejde med kommunerne.

4.1 Samarbejde og faglig specialisering i teamet

Den faglige specialisering anvendes i samarbejdet mellem OP-teamets medlemmer. Denne tværfaglighed er formaliseret gennem de teammøder, der afholdes to gange om ugen. Denne samarbejdsform ser OP-teamet som en modsætning til arbejdsformen i distriktpsykiatrien, da det er opfattelsen, at man dér står alene med sine patienter. Ved et 2. interview med teamet peges der på, at der eksisterer en faglig specialisering, som spiller en rolle - hvem må injicere medicin, hvem kan ergoterapi, hvem ved noget om misbrug - samtidig med, at der i større omfang er tale om, at man anvender hinandens kompetencer. Tilsvarende er der større fokus på at anvende de personlige kompetencer, der findes i teamet.

4.2 Fysiske rammer og geografisk placering

Det opsøgende psykoseteam er placeret i Nykøbing Falster. OP-teamets lokaler er placeret i tilknytning til kommunens lokaler, herunder et værested, ligesom en af nabobygningerne rummer et kommunalt bofællesskab med 16 svært psykisk syge beboere, som kommunen har valgt at holde uden for OP-teamets brugergruppe.

Ved 2. interview med teamet var der forskellige opfattelser af, om denne geografiske placering gav en særlig tæt kontakt til socialpsykiatrien i Nykøbing Falster. Nogle havde denne opfattelse, mens andre oplevede at have bedre kontakt i andre kommuner, fordi de havde samarbejdet om en eller flere konkrete klienter, mens endnu andre af faglige grunde havde mest kontakt i distriktpsykiatrien.

4.3 OP-teamets arbejdsopgaver

Ifølge planen for OP-teamets etablering skal det enkelte teammedlem som i andre OP-teams fungerer som primær kontaktperson for 8-10 patienter, hvilket er et lavt caseload sammenlignet med distriktpsykiatrien. Teamet yder størstedelen af alle ydelser indenfor alle fagområder og kontakten til patienterne i OP-teamet foregår især ved hjemmebesøg eller i lokalområdet. Princippet er en aktiv, vedvarende opsøgende tilgang (assertiv) med tidsubegrænset service.

OP-teamet skulle stå for følgende **behandlingstilbud**:

- medikamentel behandling,
- støttende samtaleterapi,
- rehabilitering,
- revalidering,
- social støtte.

OP-teamet skal herunder særligt inkorporere social færdighedstræning, psykoedukation, familiestøtte/-terapi og evt. tidlig intervention.

I 2. interview med kommunale samarbejdspartner og behandlingspsykiatrien blev der peget på grænsefladen mellem sundhedsfaglig og social indsats med udgangspunkt i det forhold, at en social aktivitet (eller aktivering) kan have et behandlingsmæssigt indhold: *'Det kan være medicingivning, samtalebehandling, støtte til sociale kontakter, men det kan også være gulvask og indkøb alt efter den enkelte brugers behov.'*

Denne diskussion berører den generelle diskussion om teamets arbejdsdeling med kommunerne, der refereres nedenfor i afsnittet om samarbejdsrelationerne til den kommunale socialpsykiatri mm. Det er samtidig en diskussion, der går igen i interviewene fra Tønder og H:S.⁷²

4.4 Lederansvar og teamopgaver

Ifølge projektbeskrivelesen er teamlederen ansvarlig for den daglige ledelse af OP-teamet, og er sammen med teamlægen ansvarlig for visitation. Desuden er det teamlederens opgave at fordele brugerne/patienterne i teamet, således at ressourcerne udnyttes bedst muligt. Også i forhold til kompetenceudvikling og supervision er teamlederne den ansvarlige. Endelig fungerer teamlederen også som casemanager, men med en caseload på ¾ i forhold til resten af OP-teamet.

OP-teamets læge står som den behandlingsansvarlige overfor alle brugere/patienter i teamet.

Teammedlemmerne er, stadig ifølge projektbeskrivelsen, ansvarlige for varetagelse af casemanagement -funktion og for, at der udvikles og løbende revideres i behandlings- og handleplaner for deres eget caseload. Udviklingen af disse behandlings- og handleplaner skal ske i samarbejde med brugeren/patienten og skal tage udgangspunkt i dennes ønsker og behov

4.5 Modellen, det assertive og tvang

I 1. interview med OP-teamet blev spørgsmålet om det assertive element i arbejdet berørt. Der blev givet udtryk for den holdning, at man i nogle tilfælde skulle være tilbageholdende og i nogle tilfælde respektere en afvisning: *'Det handler om hele tiden at læse de behov, brugeren har. Kan man ikke læse det verbalt, så må man bruge sin intuition og respektere, at man er i en anden persons hjem.'*

Andre udsagn pegede på, at man skulle være vedholdende/insisterende: *'Jeg synes, at man som en god sælger lige skal stikke foden indenfor.'*

Emnet tages regelmæssigt op i OP-teamet: *'Det er noget vi diskuterer på teammøderne, bl.a. om hvor længe, man må lade dem være i fred.'* Dette bliver ikke mindst aktuelt ved tilbagefald: *'Det er en flydende grænse. Når tilbagefaldet kommer, så overtager vi mere og mere.'*

⁷² Diskussionen kan formelt set relateres til servicelovens §§ 71 og 73, der vedrører om en opgave handler om optræning af praktiske færdigheder eller er socialpædagogisk.

Med hensyn til anvendelsen af tvang angav OP-teamet i interviewene, at anvendelse af magt efter Psykiatriloven kun skete sjældent. OP-teamet betragtede muligheden for anvendelse af tvang som perifer i forhold til teamets arbejdsområde og -form, hvor den tætte og opsøgende kontakt til brugerne netop skal medvirke til at forhindre, at det bliver nødvendigt at anvende tvang.

4.6 Etablering af undervisnings- og hjælpegrupper

Der var ikke ved etableringen af teamet nogen planer om etablering af forskellige særlige undervisnings- eller hjælpegrupper som led i OP-teamets opgaver. Når der alligevel er etableret et antal grupper begrundes det med, at teamet har været underlagt et vist eksternt pres. Det bliver fremført, at der opstod et forventningspres, da det blev klart, at teamet i Tønder etablerede et antal grupper. De første grupper i Falster-teamet begyndte at fungere i foråret 2003.

Grupperne har forskelligt formål, indhold og sammensætning, men omfatter en pårørendegruppe, en kvindegruppe med fokus på kognitiv terapi og en gruppe for mænd med udadreagerende adfærd. Det er valgt at begrænse udbudet til disse tre grupper af hensyn til prioriteringen af de øvrige opgaver for teamet.

5 OP-teamets vagttelefon

Det døgndækkende kontaktilbud gør, at det altid er muligt at få kontakt til en teammedarbejder ud over den almindelige åbningstid, hvilket både gælder aften/nat på hverdage og hele weekenden. Vagtforpligtelsen inkluderer også, at den vagthavende teammedarbejder kan tage på hjemmebesøg eller medvirke ved indlæggelser mv. OP-teamet på Falster er det eneste af de tre forsøg i Danmark med OP-teams, som realiserer et 24-timers kontaktilbud til teamets egne patienter. Kun i sommerferieperioden kan rådgivningstelefonen være viderestillet til sengeafsnittet på Oringe. Her er det så til gengæld erfaringen i teamet, at mange patienter vælger ikke at ringe.

OP-teamets døgndækkende vagttelefon har medført, at teammedlemmernes arbejdsuge er lagt efter en vagtplan, så alle har lige mange vagter i aften og weekender. Vagtskema medfører også, at der skal ske afspadsering af vagtforpligtelsen. Herudover skal medarbejderne være indstillet på fleksibel arbejdstid, herunder weekendarbejde. Der er derfor tale om, at der anvendes relativt mange ressourcer for at sikre brugerne denne kontaktmulighed til OP-teamet.

5.1 Vurdering af anvendelse og effekt

Ved interviewene med teamet var der en positiv opfattelse af vagttelefonen, da det var opfattelsen, at tilbudet giver stor tryghed blandt patienterne og forebygger en række kriser og indlæggelser. Det var ikke teamets opfattelse, at der var noget væsentligt misbrug af telefontilbudet. Hvis en patient rin-

gede, var det fx på grund af, at ensomhed var ved at bryde ud i panik, hvor opkaldet måske kunne forhindre en sådan udvikling.

Variationen i antallet af opkald til vagttelefonen har været stor, og har rakt ud over den daglige og ugentlige belastning. En statistik for projektets første 10 måneder udarbejdet af amtets egen evaluator i Psykiatriforvaltningens Forskningsenhed peger på, at anvendelsen af telefonkontakten havde vist store udsving - fra under 10 i august til næsten 120 i december 2002.

Ordningen er omkostningstung, og på grund af afspadsering af vagtforpligtelsen er det sjældent, at alle teammedlemmer er på arbejde samtidig. Tilbudet bliver alligevel fastholdt som centralt for OP-teamets arbejde.

5.2 Arbejdstidsregler

Den afspadsering og tjenestefri, der følger med vagtforpligtelserne i forbindelse med den døgndækkede telefonservice for brugerne, får nogle af de interviewede teammedlemmer til at fokusere på arbejdstidsreglerne. Meningerne er dog delte; hvor nogle ser et formål i en større fleksibilitet, så OP-teamet kan mødes oftere, ser andre arbejdstidsreglerne som relevante i en situation, hvor teammedlemmerne efter rådighedsforpligtelser aften og nat har behov for hvile. Samtidig blev der peget på, at teammedlemmerne i forvejen udviste stor fleksibilitet med hensyn til arbejdsindhold og -tider.

6 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler

I første interview med OP-teamet blev der givet udtryk for, at der generelt var gode samarbejdsrelationer til såvel psykiatrien som kommunerne, de praktiserende læger og andre. OP-teamet har arrangeret kommunerunde, informationsmøder med den samarbejdende afdeling på hospitalet samt seminarer med en række øvrige samarbejdspartner - praktiserende læger, politi, Falck, etc. For OP-teamet handlede det i høj grad om at informere om teamets funktion så bredt som muligt for at skabe gensidig forståelse og samarbejde.

6.1 Samarbejde med eksisterende behandlingspsykiatri, distriktspsykiatri mv.

Adskillelsen af patientgrupperne mellem distriktspsykiatri - og herunder amtets akut- og langtidsteams - og OP-team sker i princippet gennem OP-teamets inklusionskriterier, og dette fungerer ifølge interviewet med Teamet: *'Det er diagnoserne, det kommer an på, og det går meget godt med at adskille det.'*

En ting er dog principper, mens noget andet er etableringen af en praksis for anvendelsen af principperne. I teamets opstartsfasen har der været visse problemer. Dette var stadig erfaringen ved gennemførelsen af 2. interview med teamet i nov. 2003. Det havde været vanskeligt at få overført patienter fra langtidsteamet i et par tilfælde, selv om de opfyldte kriterierne, og det var først, når patienten blev for behandlingskrævende, at der skete en overflyt-

ning til OP-teamet. Generelt var det holdningen i OP-teamet, at samarbejdet til den øvrige amtslige psykiatri inden for blok midt havde '*fundet sit niveau*', hvor der ikke var nævneværdige problemer.

6.2 Samarbejdsrelationer til kommunerne

De interviewede kommunale repræsentanter fremhævede i begge interviewrunder, at der generelt var en stærk dialog i Storstrøms Amt inden for psykiatrien, og at denne var styrket gennem decentralisering og gennem etablering af den nye samarbejdsorganisation. I disse interview blev der dog fra kommunal side peget på såvel positive som negative erfaringer med OP-teamets introduktion og funktion.

Geografisk opdeling - et (næsten) forladt princip

Ved starten af teamets projektperiode forsøgte OP-teamet at fordele Falster geografisk mellem medarbejderne, men dette blev opgivet, da patienterne var skævt fordelt på kommunerne og det var mere oplagt at foretage andre former for specialisering. Ved 2. interview, ca. 1½ år efter projektstarten forsøgte teamet igen at foretage en vis geografisk opdeling, men det 'personlige hensyn' var stadig det bærende princip.

6.3 Udvikling af kommunal praksis

I det første interview med OP-teamet i efteråret 2002 blev der peget på, at teamet overtager opgaver fra kommunerne, hvilket dels ligger i, at kommunerne medfinansierer projektet, og dels i at modellen er opbygget således.

Ifølge 2. interview med samarbejdsparterne havde der dog som nævnt udviklet sig forskellig praksis for de enkelte kommuner. Én kommune henviste fx mange særligt kontaktsvage brugere til OP-teamet, mens andre kommuner var meget selektive i sine henvisninger, og leverede selv tilbud til størsteparten af de psykisk syge borgere.

Det var opfattelsen i teamet, at man gerne ville have hjælp i kommunerne, men at der stadig var en vis modstand mod at afgive brugere til teamet, som man i kommunerne mente, at man selv kunne håndtere.

Der var varierende erfaringer i OP-teamet med hensyn til udformning af samarbejdsfladen til kommunerne, som afspejler forskellige kapaciteter og ønsker - Nykøbing har som den store kommune et større selvstændigt tilbud til de sindslidende - mens de andre kommuner har fundet individuelle tilpasninger.

7 Afklaring af præmisserne for tilbudene

Nogle af udsagnene fra de kommunale samarbejdsparter i 2. interviewrunde pegede på problemet med at afklare, på hvilke præmisser OP-teamets tilbud skulle gives. Nogle kommuner pegede på positive samarbejdserfaringer med OP-teamet, da dette samarbejde havde udviklet sig i løbet af sin

funktionsperiode og var baseret på tættere kontakt end samarbejdet med den øvrige behandlingspsykiatri.

Fra kommunerne blev forholdet mellem den sociale og den sundhedsfaglige kompetence i OP-teamet kommenteret ud fra, at man havde forventet et tilbud fra OP-teamet, som kommunen ikke selv kunne levere, og som der ikke var adgang til i forvejen. Dette blev fulgt op i 2. interview, hvor der blev peget på, at det er vigtigt, at lægens indsats opleves af andre end OP-teamets egne medarbejdere. En anden kommunal repræsentant havde dog en modsatrettet pointe, idet der her blev efterspurgt en øget vægtning af anvendelsen af de socialfaglige kompetencer i OP-teamet, der efter denne vurdering havde for meget fokus på det behandlingsmæssige.

Der peges således på, at det i en række tilfælde opfattes som relevant for kommunen at få iværksat en psykiatrisk behandling af en borger med kort varsel, og at dette ikke havde været muligt med den eksisterende samarbejdsrelation mellem OP-teamet og kommunerne. Heri afspejles en opfattelse af OP-teamet som en instans, der tilbyder et supplerende behandlingstilbud til kommunerne, når deres eget sociale tilbud ikke viser sig tilstrækkeligt.

Endelig peges der på, at der på tidspunktet for 2. interviewrunde i nov. 2003 ikke er blevet ansat en psykolog i OP-teamet. Det bliver fremført fra kommunerne, at ansættelse af en psykolog ville medføre et løft i OP-teamets tilbud.

7.1 Afklaring af teamets opsøgende funktion

Der har været en del uklarhed omkring, hvorledes teamets opsøgende funktion skulle tolkes. Det ligger i ACT-modellen, som den blev beskrevet i planerne for OP-teamet, at den opsøgende del er relateret til den assertive og gentagne opsøgning af kendte patienter, som allerede er registreret og oftest også kontakten og inkluderet i teamets tilbud. Det var ikke holdningen i amtets psykiatriledelse, at teamet skulle inkludere en primært opsøgende funktion i sit arbejde.

I 2. interview med såvel OP-teamet som samarbejdspartnerne blev der således peget på, at der i kommunerne har været forskellige forståelser af, om det opsøgende element også var 'på gadeplan'.

7.2 Information og dialog

Det tages op af de kommunale repræsentanter som et generelt problem, at der ikke har været tilstrækkelig information og dialog om karakteren og omfanget af tilbudene fra OP-teamet, og dette synes at have skabt frustration. Der er derfor modsatrettede erfaringer. Nogle er meget tilfredse med tilbudet til patienterne, mens andre har en negativ erfaring.

7.3 Samtykke fra patienterne

Første interview i 2002 med OP-teamet pegede på, at der er godt samarbejde med kommunerne med hensyn til informationsudveksling, som er

baseret på informeret samtykke hos borgeren. Der var kun få eksempler på, at dette samtykke ikke kunne opnås, og kun et enkelt konkret eksempel på, at en kommune havde modsat sig at udlevere information.

7.4 Behandlings- og handleplaner

OP-teamet er ifølge projektbeskrivelsen ansvarlig for, at der udarbejdes en samlet behandlings- og social handleplan - altså en plan på tværs af det traditionelle behandlingsmæssige og sociale skel.

Der blev nævnt flere forhold, der virkede bremsende på denne proces, herunder, at hospitalets behandlingsplaner skal søges koordineret med den sociale plan.

Der havde været afholdt temadag med psykiatrimedarbejderne i Nykøbing Kommune med henblik på at opnå enighed om et projekt, der skulle forene behandlings- og handleplan, og det var teamets opfattelse, af man generelt arbejdede i kommunerne med at udvikle og indføre handleplaner på området.

I interviewene med samarbejdsparterne blev det videre diskuteret, om der var nogle juridiske barrierer for etablering og anvendelse af en fælles plan, eller udveksling af planer. Det var holdningen, at der ikke er nogen grænse, hvis brugeren har givet samtykke, men samtidig meninger om, at der muligvis opstår barrierer, hvis man ønsker at overføre fortroligt materiale elektronisk mellem samarbejdsparterne. Dette svarer delvis til erfaringen i Tønder.

7.5 Økonomiske barrierer - kommunerne

Tiltag i den sociale del af den samlede handleplan kræver kommunens godkendelse, når de har økonomiske konsekvenser for pågældende kommune. Det kan dreje sig om bolig, pension eller andet. Ved første interview med OP-teamet blev der refereret til tilfælde, hvor udarbejdelsen af planerne blev bremset af, at kommunen skal godkende forslag i den sociale del af planen, som har økonomiske konsekvenser for denne. Problemet generelle karakter blev understreget af, at der blev refereret til, at der var nedsat en arbejdsgruppe under amtet, som på interviewtidspunktet arbejdede på 2. år med netop denne problemstilling.

Ifølge 2. interview med OP-teamet er det ikke noget, der fungerer som en barriere for samarbejdet. Det nærmeste, der peges i denne retning, er nogle bemærkninger om, at teamet i nogle konkrete tilfælde har anvendt få timer på nogle brugere, som kommunerne selv havde anvendt meget tid på. I disse tilfælde er der således blevet efterspurgt et mere dækkende tilbud fra teamets side.

Med hensyn til kommunernes betaling af botilbud og anvendelsen af grundtakstfinansieringsmodellen angiver teamet heller ikke dette som noget, der har haft nogen indflydelse på samarbejdet, da de fleste botilbud i forvejen er kommunale, hvorfor der ikke kræves nogen ekstra finansiering fra kommunens side, hvis det vælges at give sådan et tilbud.

7.6 Samarbejde med de praktiserende læger

I interviewene med OP-teamet blev der peget på, at der i Storstrøms Amt er en tradition for, at de praktiserende læger bl.a. inddrages i de sindslidendes forløb ved at disse udskriver recepter på den medicin, som ordineres i psykiatrien. Der blev ikke tilføjet yderligere om denne del af OP-teamets samarbejdsflade.

8 Beskrivelser af resultater

Der foreligger endnu ingen endelige resultater fra forsøget, men der skal under projektet foretages en evaluering på både samfundsmæssigt og bruger niveau. På samfundsniveau skal det evalueres, om indførelse af opsøgende psykoseteam Falster giver bedre livsbetingelser for psykisk syge og deres pårørende. På individniveau skal effekten af opsøgende psykose-team i Falster-modellen evalueres.

Evalueringen gennemføres af forskningsenheden under Amtets Psykiatريفvaltning, og tilrettelægges således, at den senere kan sammenlignes med evalueringer af opsøgende psykoseteams i Sønderjyllands Amt og H:S

Endelige resultater vil blive offentliggjort efter projektets afslutning, som nu er ændret til afslutningen af projektets første periode - medio 2004.

Bilag 6:

Opsøgende psykoseteams i H:S

- Sundby Nord og Bispebjerg

På tidspunktet for udarbejdelsen af denne beskrivelse havde de to eksisterende opsøgende psykoseteam under H:S i hhv. Lyongade, Sundby Nord, og Møntmestervej, Bispebjerg, kun været etableret og i drift i få måneder, og havde modtaget patienter i relativt kort tid. Første visitation af en patient i teamet på Bispebjerg fandt således sted 12.09.03.⁷³ Beskrivelsen beskæftiger sig med planer for og forskellige aktørers forventninger og holdninger til de to teams, samt med de tidligste erfaringer med hensyn til funktion og samarbejde.

Beskrivelsen er baseret på tilgængeligt skriftligt materiale.⁷⁴ Herudover er der gennemført fokusgruppeinterviews i to runder. I efteråret 2002 gennemførtes interviews med planlæggere og involverede i etableringen af hhv. opsøgende psykoseteam Bispebjerg og opsøgende psykoseteam Sundby Nord. I efteråret er der gennemført interviews med hhv. planlæggere, involverede i etableringen og samarbejdsparter til de to OP-teams samt med ledere og medarbejdere fra de to nyetablerede OP-teams.

Etableringen og driften af de to OP-teams gennemføres af H:S i samarbejde med FAF. Finansieringen påhviler H:S.

1 Baggrunden for oprettelsen

I 2000 blev det besluttet af H:S' bestyrelse af etablere 4 opsøgende psykoseteams. I modsætning til etableringen af OP-teams i hhv. Tønder og på Falster er der her ikke tale om forsøgsordninger, men om 'permanente' teams.

Det blev senere besluttet, at der i første række kun skulle etableres to teams i hhv. Sundby Nord og Bispebjerg. H:S' psykiatriplan omtaler dog fortsat en fremtidig etablering af OP-teams i hele H:S.

Det var udgangspunktet, at opnå så en høj grad af model-trofasthed som muligt i forhold til Assertive Community Treatment (ACT) - som det tilsvarende var blevet udmeldt i Tønder og Falster.

⁷³ For at være endnu mere præcis er det i anden sammenhæng oplyst, at lederne af de to teams, som jo var de først ansatte, allerede begyndte at tage patienter ind i juni - juli måned 2003.

⁷⁴ H:S Direktionens projektplan fra okt. 2001 'Opsøgende psykoseteams i H:S og Københavns Kommune', forslag til og vedtagne forslag til H:S 'Psykiatriplan 2003' og dennes Mål- og opgavedel, høringsvar fra en række interessenter afgivet i forbindelse med udarbejdelsen af Psykiatriplanen, samt udarbejdede stillingsbeskrivelser for ledere og medarbejdere i teamet på Møntmestervej, Bispebjerg. Endelig er dette suppleret gennem udsendelse af et oplysningsskema til H:S og Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarked Forvaltning, FAF. Endelig er der udfyldt et oplysningsskema udarbejdet af DSI vedrørende en række strukturelle oplysninger.

2 Idégrundlag for oprettelsen af tilbudet

I projektplanen for etablering af OP-teams fra H:S Direktionen præsenteres en række elementer som centrale for metoden bag de opsøgende psykoseteams: Assertivitet; Tværfaglig teamdannelse; Varighed; tilbudet er principielt vedvarende; Behandling; 24-timers beredskab.

Etableringen af OP-teamene har været ledsaget af en dialog om det berettigede i at etablere dette særlige tilbud, og de første interview med samarbejdspartenerne omfattede da også en diskussion af, om de ressourcer, der anbringes i De Opsøgende Psykoseteams, kunne anvendes bedre i en målrettet oprustning af distriktpsychiatrien i stedet for at introducere en ny organisatorisk enhed. Hertil pointerede en repræsentant for H:S, at ønsket på sigt er, at hele distriktpsychiatrien skal anvende den teambaserede model for arbejde og samarbejde, hvorfor de etablerede team skal anvendes til indsamling af erfaringer, bl.a. med tilpasning af en importeret model til danske forhold.

2.1 Lovgrundlaget

H:S og FAF har foretaget en omfattende beskrivelse af det lovgrundlag, som H:S' OP-teams skal operere inden for, i besvarelsen af det udsendte oplysningsskema. Særligt skal det bemærkes, at der lægges større vægt på Sygehusloven end på Psykiatriloven, samt at der refereres særligt til Servicelovens § 111 om sociale handleplaner. Herudover er der lagt vægt på at præcisere de generelle rammer, der ligger i Forvaltningsloven, Personopplysningsloven, Straffeloven, Lov om retssikkerhed og Lov om Patienters retsstilling. De fem sidstnævnte er generelle lovbestemmelser, der i princippet gælder for al virksomhed inden for psykiatrien.

Som nævnt er der udlånt en medarbejder fra Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen til at varetage opgaver vedr. brugernes sociale forhold. Denne sagsbehandlers opgavevaretagelse er undergivet forvaltningslovens regler vedr. videregivelse af oplysninger, tavshedspligt m.v. Lov om patienters retsstilling omhandler alene behandling og undersøgelse ved sundhedspersoner.

3 Beskrivelse og udvikling af tilbudet til brugerne

3.1 Den planlagte målgruppe

I planen for projektet oplistes en række inklusionskriterier, der omhandler: Alder (18-65 år); bopæl i optageområdet; diagnosticeres med svær sindssygdom (skizofreni; paranoid psykose; skizoaffektiv psykose; bipolar affektiv psykose); samt opfylde mindst ét af flere kriterier vedrørende: Indlæggelseshyppighed og -længde, bidiagnose med misbrug; ustabil i behandlingen; passer ikke til distriktpsychiatriens tilbud; i fare for at miste sin bolig, eller ikke har været mulig at kontakte før trods svær diagnose og behov for behandling og støtte).

3.2 Antallet af patienter

Det er hensigten at der med etableringen af OP-teams på hver 10 behandlende medarbejdere og et caseload på 10 patienter pr. medarbejder skal tilknyttes ca. 100 patienter pr. team. I det første team havde man 34 patienter i det andet 25-27 patienter på tidspunktet for interviewet med de to OP-teams, nov. 2003.

Det blev derfor også fremført fra ledelsesside i OP-teamene, at det ville blive vigtigt at bevare forudsætningerne for OP-teamets arbejde, ikke mindst med hensyn til at holde teamenes caseload nede på de aftalte 100 patienter pr. team. Hvis ikke dette lykkedes kunne man risikere, at intentionerne med OP-teamene ikke kunne holdes.

Ved interviewet med OP-teamene blev det af nogle fremsat som en forudsætning, at det er nødvendigt at opnå *'et flow i patientmassen, så det ikke om 10 år er de samme patienter, vi sidder og snakker om.'* Udgangspunktet er således, at patienterne ikke skal knyttes til OP-teamet på langt sigt, men at det er nødvendigt at afslutte/viderehenvise behandlede patienter for at give plads til nye.⁷⁵ Der var dog også modsatrettede synspunkter repræsenteret i OP-teamet, der opfatter teamets brugere som så *'ressourcesvage'* med hensyn til psykiatrisk tilstand og netværk, at de i større eller mindre omfang vil være tilknyttet teamet i mange år fremover.

4 Udformningen af ordningen

4.1 Forvaltning, ledelse

De opsøgende psykoseteam er planlagt som et integreret psykiatrisk behandlings- og støttetilbud. Der er til projektet nedsat en styregruppe og en arbejdsgruppe til styring og gennemførelse af projekterne og udfærdigelse af en rapport. Der er tillige tilknyttet en **lokal følgegruppe til hvert OP-team**, bestående af ledelsen af det distriktspsykiatriske center/afdelingsledelsen for den relevante psykiatriske afdeling i H:S og voksenteamchefen/centerchefen for det relevante lokalcenter i FAF. Følgegruppen har til opgave at rådgive og vejlede Teamets ledelse.

Hvert af de to etablerede OP-teams har en selvstændig ledelse. Der er således ikke tale om, at ledelsen af OP-teamet refererer til ledelsen af distriktspsykiatrien, men refererer i stedet til den psykiatriske centerledelse.

4.2 Henvisning og visitation af brugere

I modsætning til de to øvrige forsøg med OP-teams i Danmark har man i H:S ikke modtaget lister fra Psykiatrisk Centralregister i Århus over patienter inden for de hhv. teams optageområder, men der er til gengæld udarbejdet lister i hhv. FAF og behandlingspsykiatri på et tilsvarende grundlag. Teamene tager derfor i første række udgangspunkt i de patienter, der henvises fra hhv. FAF og fra behandlingspsykiatrien, der opfylder de opstillede kriterier.

⁷⁵ Således som det også refereres i nogle undersøgelser internationalt.

I det første team havde man som nævnt 34 patienter i det andet 25-27 patienter på interviewtidspunktet, nov. 2003. Det blev oplyst ved interviewet med teamene, at listerne med potentielle patienter i både FAF og behandlingspsykiatrien havde et omfang, der indebar, at man hurtigt forventede at nå op på de 100 patienter pr. team, der er forudsat. I det udfyldte oplysningsskema peges der herudover på, at det forventes, at der henvises patienter til teamene fra de praktiserende læger.

Visitationsproceduren defineres som tværfagligt funderet, og indebærer, at visitationen varetages af Teamets psykiatriske speciallæge gennem regelmæssige formaliserede møder med teamchefen og overlægen ved det distriktpsychiatriske center.

4.3 Teamets sammensætning

Det fremgår af planen fra H:S Direktionen, at det var hensigten at etablere tværfaglige Teams på 10 personer. I H:S' plan for OP-teamene peges der på, at et team ideelt bør rumme følgende faggrupper: psykiatriske speciallæger og psykiatriske sygeplejersker, kliniske psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialpædagoger og sekretærer.

Den konkrete sammensætning af de to teams varierer en smule. Teamet i Lyongade, Sundby Nord, har kun én leder som er psykiatrisk overlæge, mens teamet På Møntmestervej, Bispebjerg, har delt ledelse med en psykiatrisk overlæge og en sideordnet teamleder.

4.4 Det tværfaglige teamarbejde og specialisering

I H:S-planen hedder det videre, at det er vigtigt at undgå, at de enkelte faggrupper samler patienter med særlige faglige problemer, således, at der opstår en uensartet case load. H:S-planen peger på, at *'fagligheden viser sig ved, at faggrupperne optræder som konsulenter i forhold til de øvrige medarbejdere. Det er vigtigt, at teamet samarbejder med de ressourcer, der er i området, eksempelvis hjemmeplejen eller medicingivning i det lokale distriktpsychiatriske center.'*

Som i de øvrige opsøgende psykoseteams lægges der vægt på, at alle teammedarbejderne kan indgå som kontaktpersoner, men samtidig varetager fagspecifikke arbejdsopgaver. I interviewet med de to OP-teams bliver der derfor også peget på, at der er mulighed for, at der kan ske en udnyttelse af specifikke faglige eller erfaringsbaserede kompetencer, ligesom der kan opbygges nye specifikke kompetencer gennem videreuddannelse. Det bliver imidlertid set som et mål at udbrede disse kompetencer så meget som muligt inden for teamet. Der tegner sig derfor et billede af, at der er nogle idealer om at være ensartet stillet som kontaktpersoner, der søges efterlevet, men samtidig eksisterer særlige kompetencer og interesser hos teamenes medarbejdere, som det kan være en fordel at anvende i særlige tilfælde.

4.5 Fysiske rammer og geografisk placering

I planen for etableringen af teamet lægges der vægt på at etablere lokale-nærhed eller -fællesskab med de lokale distriktpsychiatriske centre. Dette vil blive realiseret i forbindelse med etablering af begge de to opsøgende psykoseteam hhv. i Sundby Nord i Lyongade og på Møntmestervej, Bispebjerg. Det var opfattelsen i begge OP-teams, at placeringen sammen med de distriktpsychiatriske centre i stedet for med FAF' voksenteam havde indflydelse på samarbejdsmønstrene og -mulighederne.

5 OP-teamets ansvar og opgaver

Det fremgår af H.S' projektplan, at løsningen af teamets opgaver bl.a. beror på en grundig vurdering og behandlingsplan, et solidt netværksarbejde, tilvejebringelse og udnyttelse af sociale og medicinske tilbud, et kriseberedskab døgnet rundt og en hyppig kontakt. Planen peger videre på, at de opsøgende psykoseteam skulle *'foretage medikamentel behandling, støttende samtaleterapi, rehabilitering, revalidering og social støtte efter moderne principper.'* Kontaktpersonfunktionen og teamets sammenhængende ansvar beskrives detaljeret, og forventes at have ansvaret for, at en række funktioner varetages (af kontaktpersonen selv eller andre).

Ud over kontaktpersonernes ansvarsområder har teamet ansvaret for at deltage i en gatekeeper-funktionen (hvilket tænkes varetaget af teamets læge) og koordineringen af den sociale handleplan med FAF (hvilket tænkes varetaget af socialrådgiverne).

Tilbudet består som bekendt i behandling i patientens hjem, og dette inkluderer ifølge de interviewede repræsentanter for distriktpsychiatrien, også lægerne i de to teams.

Endelig var det teamenes intention at etablere forskellige grupper, som fx grupper for pårørende, for psykoedukation og for børn af sindslidende.

5.1 Sundhedsfagligt og/eller socialfagligt

Ved interviewet med samarbejdspartnerne m.fl. nov. 2003 blev der peget på, at OP-teamene i H:S er tænkt som behandlingsteam, men at *'vi har prøvet at få en del af det sociale med'* - bl.a. gennem udstationering af FAF-medarbejderen i hvert team. Der blev peget på, at problemstillingerne og dermed tilbudene kan være svære at skille ad. Ved interviewet med ledere og medarbejdere fra de to OP-teams i efteråret 2003, var det klart, at ledere og medarbejdere opfattede deres indsats som behandlingstilbud og ikke som sociale tilbud.

Fokus var rettet mod faglige og udviklingsmæssige ambitioner, der bl.a. handlede om *'at etablere kontakt med nogle af de brugere, som det mere etablerede system indtil videre ikke har fundet veje til at nå'*, samt at søge at udvikle samarbejdet mellem FAF og hospitalspsychiatrien. Det er således bl.a. en ambition blandt ledere og medarbejdere i OP-teamene at *'gøre en forskel i forhold til distriktpsychiatrien. I og med at udgangspunktet også er samarbejdet med FAF, at man har helheden omkring patienterne.'*

En tredje faglig ambition handlede om at foretage behandling i patienternes hjem.

5.2 Realisering af målsætninger - afgivelse af patienter?

For at realisere målsætningerne pegede nogle af de interviewede medarbejdere fra de to OP-teams på anvendelse af egnede terapeutiske metoder, som fx netværksterapi efter den finske model⁷⁶ og relationsbehandling. Målet blev formuleret som at udgøre netværket for de dårligst fungerende patienter i en periode bl.a. med henblik på styrkelse af patientens eget netværk med henblik på at sende dem videre i systemet. Dette blev dog mødt med argumenter fra andre teammedarbejdere om, at erfaringerne pegede på, at det var meget vanskeligt at 'slippe' en patient, som var blevet tæt knyttet til et professionelt tilbud.

5.3 Det opsøgende element

Teamenes opsøgende funktion er fokuseret på en assertiv tilgang til henviste patienter med henblik på gennemførelse af behandling og styrkelse af patienternes sociale netværk. Dette blev beskrevet ved interviewet med de to OP-teams: *'Vores opsøgning går i øjeblikket på, at når FAF kommer med nogle patienter, som de har kendskab til, som vi ikke kender i forvejen, så skal vi ud at opsøge nogle mennesker, som ikke har villet se nogen i meget lang tid. Og de eksempler vi har, der er de rigtig syge, meget syge, til trods for, at de ikke har været i noget system.'*

5.4 Økonomisk bemyndigelse

Som nævnt ovenfor i beskrivelsen af lovgrundlaget for teamet, indgår det som en særlig organiseringsform ved dette Team, at Teamet suppleres med en FAF-medarbejder, der udstyres med retten til udbetaling og administration af *'flest mulige af de social ydelser, der allerede er tildelt.'* Dette sker efter aftale med FAF - Københavns Kommunes Familie og Arbejdsmarkeds Forvaltning.

Modellen med udstationering af en FAF -medarbejder i hvert team refereres som en indgået aftale i de gennemførte interviews. Det fremhæves, at dette giver væsentligt udvidede muligheder for at koordinere behandlingsplanen og den social handlingsplan for den enkelte patient.

5.5 24-timers beredskab

Som beskrevet skitseres der ligeledes et 24-timers beredskab ved disse OP-teams, således som det er defineret i den anvendte Madison-model. I besvarelsen af det udsendte oplysningsskema gives organiseringen af beredskabet følgende udformning:

⁷⁶ Modellen beskrives i den fulde rapport, der kan downloades fra Amtsrådsforeningens hjemmeside: www.arf.dk

Det forsøges således at etablere det øgede beredskab gennem en fleksibel tilrettelæggelse af personalets arbejdstid, samtidig med at brugerne gives mulighed for at indtale beskeder til deres kontaktperson uden for åbningstiderne. Der skal herudover gøres brug af de allerede eksisterende tilbud inden for H:S som psykiatriambulance mv. samt samarbejde med socialsektoren og private tilbud.

Ved interviewene peger repræsentanterne for H:S Direktionen på, at der naturligvis er tale om tilpasninger, når forholdene i Danmark på en lang række punkter er forskellige fra Madison og USA, men at det modeltro ligger i den opsøgende og assertive indsats, og at det er denne funktion, der skal etableres og fastholdes.

5.6 Brugerråd

Det indgår i planen, at der etableres et Brugerråd ved hvert opsøgende psykoseteam, bestående af fire medlemmer valgt blandt patienterne, 2 medlemmer valgt blandt de pårørende, 2 teammedlemmer, samt teamets ledelse. Formålet med rådet er at gennemføre generelle diskussioner om Teamets tilbud og funktion, men ikke om enkeltpersoner.

6 Udformning af samarbejdsrelationer og -aftaler

Det er beskrevet ovenfor, at der er nedsat en styregruppe og en arbejdsgruppe til styring og gennemførelse af projekterne og udfærdigelse af en rapport. Styregruppen inkluderer parterne bag etableringen af OP-teamene, og er på denne led også et samarbejdsorgan.

Som refereret ovenfor er det tillige planlagt, at der til hvert OP-team skal tilknyttes en lokal følgegruppe bestående af ledelsen af det distriktspsykiatriske center/afdelingsledelsen for den relevante psykiatriske afdeling i H:S og voksenteamchefen/centerchefen for det relevante lokalcenter i FAF. Følgegrupperne har til opgave at rådgive og vejlede Teamets ledelse.

Som nævnt skal OP-teamene indgå i et samarbejde med de lokale FAF-voksenteams, bl.a. gennem stationering af en FAF-medarbejder i hvert team. De fleste specialiserede sociale tilbud til de sindslidende i Københavns Kommune ydes fra voksenteamene i de lokale centre i Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, som bl.a. leverer støtte-kontaktpersoner, mens andre tilbud som hjemmehjælp, førtidspension mv. leveres og administreres af andre FAF-teams

6.1 Samarbejde med eksisterende behandlingspsykiatri, distrikts psykiatri mv.

I H:S' plan for etablering af OP-teams, skitseres nogle grundlæggende rammer for dette samarbejde. En del af samarbejdet sker gennem teamets (dvs. teamlægens) varetægelse af en gatekeeper-funktion. Denne *'indebærer en ind- og udskrivningsret og -pligt, samt ansvaret for den løbende evaluering af behandlingen under indlæggelse. Gate-keeperen får herved en væsentlig*

koordinationsfunktion. Dette arbejde foregår i tæt samarbejde med teamet og sengeafdelingen.' Da interviewet med OP-teamene blev gennemført kort efter opstarten i nov. 2003 var der endnu ikke opnået erfaringer med gate-keeper-funktionen.

Det var generelt positive erfaringer i de to OP-teams med samarbejdsrelationerne til distriktpsychiatrien på interviewtidspunktet. Der var kun udsagn om relativt små begyndervanskeligheder i forbindelse med at være indflyttere i et etableret miljø. Herudover var der tale om positive erfaringer vedrørende OP-teamenes overtagelse af patienter, såvel forstået som en positiv opfattelse i distriktpsychiatrien af selve de midlertidige eller mere permanente tilbud fra teamet, som af forløbet af dialogen ved præsentationen og overgivelsen af patienter.

6.2 Arbejdsdelingen med FAF's voksenteam

Udover udstationering af en FAF-medarbejder i hvert af de to OP-teams fremgår det af H:S' plan for etableringen af de OP-teams, at der skal *'koordineres med Københavns Kommunes voksenteam, botilbud, undervisnings-tilbud og samværs- og aktivitetstilbud.*'

Nogle af de første erfaringer, der var høstet i de to OP-teams, handlede om en afgrænsning af opgaverne i teamene i forhold til FAF og omvendt. Det var opfattelsen i OP-teamene, at forventningerne fra FAF var mere vidtgående på nogle punkter, end det kunne opfyldes fra teamenes side, ikke mindst med hensyn til forventningen om at OP-teamenes skulle overtage samtlige funktioner over for og tilbud til de brugere, der henvises til teamene, som fx støtte- kontaktperson- og hjemmevejlederfunktionerne, eller at OP-teamenes sygeplejerskers primære opgave var at dosere medicin.

Dette blev imidlertid (også her) set som begyndervanskeligheder, som det forventedes ville forsvinde efterhånden som der blev oparbejdet en praksis samarbejdet mellem OP-teamene og FAF.

Ved interviewet med samarbejdspartenerne pegede en repræsentant for et af de involverede FAF-voksenteam ligeledes på behovet for en afklaring af en arbejdsdeling og udvikling af retningslinier på nogle punkter. Denne interviewdeltager havde det indtryk fra H:S' beskrivelse af OP-teamene, at grundlaget *'meget er en socialpsykiatrisk tilgang til folk, hvor man også arbejder med de praktiske opgaver i fællesskab med borgeren.'* Det var opfattelsen her, at OP-teamenes opgaver havde dette indhold: *'Den opfattelse, vi har fået gennem vores ledelse, er, at hjemmehjælp eller hjemmeplejedelen skulle ligge som en del af det opsøgende psykoseteams opgaver også.'* Som det fremgår, er denne tolkning ikke i overensstemmelse med OP-teamenes forståelse og var heller ikke sammenfaldende med opfattelsen hos repræsentanterne for distriktpsychiatrien og hos en anden FAF-repræsentant ved samme interview.

Disse tilpasninger og udviklinger blev kommenteret som normale for en sådan udviklingsproces af en af de interviewdeltagere, der havde deltaget i planlægningen af OP-teamene: *'Der sker et eller andet i forløbet, hvor man*

går fra den mere centrale planlægning til udmøntningen af de to teams, hvor der så selvfølgelig opstår nogle fortolkninger og diskussioner lokalt.'

6.3 Kompetence til FAF-medarbejderen i OP-teamet

Blandt andre erfaringer, som OP-teamene havde indhøstet med de lokale FAF-voksenteam, handlede nogle om uddelegering af kompetence, og fra et af teamene blev der givet udtryk for den manglende afklaring på dette punkt. Der var dels ikke blevet delegeret den planlagte kompetence til den udstationerede FAF-medarbejder, der var et ønske om at lægge restriktioner på indhentningen af samtykkeerklæringer om videregivelse af informationer mellem systemerne således at det kun var FAF-medarbejderen der kunne indhente dette, og endelig var der lagt planer for denne medarbejders uddannelse internt i FAF, der ikke harmonerede med OP-teamets behov for at igangsætte sine aktiviteter inklusive integreringen af FAF-medarbejderen.

6.4 Behandlings- og handleplan

Som beskrevet i de indledende afsnit, er det hensigten, at OP-teamene skal forestå udarbejdelsen af behandlings- og handleplaner for brugerne, og samtidig er det hensigten, at handleplanerne for patienterne skal koordineres eller samordnes med de sociale handleplaner. Det er da også opfattelsen hos nogle af de interviewede, at koordineringen af planerne burde være muligt.

I interviewet med samarbejdsparterne blev det debatteret, hvor relevant og aktuel en sådan koordinering er. Der var forskellige forventninger til samarbejdet om handleplaner, bl.a. baseret på varierende opfattelser, hvad den anden parts planarbejde indeholdt. Fra FAF-side var det således bl.a. en forventning, at der med etableringen af OP-teamene ville blive mere opmærksomhed på kontinuitet og dermed på, at der bliver etableret handleplaner, mens det fra H:S side var forventningen, at Servicelovens bestemmelser om sociale handleplaner havde medført, at der for en gruppe som de svært psykisk syge var udarbejdet handleplaner for samtlige, og det derfor ville være naturligt at koordinere planen med OP-teamet.

6.6 Dokumenter og dobbelt journalsystem

I ét af de to OP-team blev der peget på et mindre hensigtsmæssigt punkt, idet man på grund af reglerne om underskrifter og retssikkerhed vedrørende dokumenter kommer til at etablere to sideløbende journalsystemer. Der etableres en skinjournal i OP-teamet med originalmaterialet, mens alt materiale samtidig faxes til FAF med henblik på journalisering.

Der blev peget på, at den kommende etablering af følgegrupper for de to OP-teams bl.a. kunne medvirke til en afklaring og præcisering af arbejdsopgaver og -deling for FAF-medarbejderen.

Det blev fremhævet som positivt i det ene team, at der som beskrevet i planerne for samarbejdet var udpeget en koordinationsmedarbejder i FAF's voksenteam, som skulle stå for kontakten til OP-teamet. Dette medfører, at

den FAF-medarbejder, der er placeret i OP-teamet, ikke skal anvende sin arbejdstid på at varetage denne funktion, og at det på denne måde også forhindres, at den udstationerede FAF-medarbejder risikerer at blive socialrådgiver for alle OP-teams 100 patienter. FAF-medarbejderen kan i stedet anvende sin faglige kompetence direkte i OP-teams indsats.

6.7 Økonomiske barrierer

Gennemgående var det holdningen i interviewet med repræsentanter for FAF og H:S, at der ikke var nævneværdige økonomiske barrierer.

En af de interviewede FAF-repræsentanter mente, at OP-teamet skulle varetage en række opgaver vedrørende hjemmehjælp og -pleje, eller alternativt skulle betale FAF for disse ydelser på baggrund af indførelsen af bestiller-udfører modellen fra 1. jan. 2003. Problemstillingen føres videre i en debat om hvilke opgaver OP-teamet i givet fald skulle løse, og på hvilken baggrund.

6.8 Juridiske barrierer

I et af FAF's voksenteam blev det set som en juridisk begrænsning, at det i alle sager, som inkluderede FAF, var FAF-medarbejderen, der skulle indhente skriftligt samtykke fra patienten: *'Der måtte vi så sige, at det kan godt være, at retsvirkeligheden er sådan, men vores virkelighed er altså en anden.'*

Med hensyn til opnåelse af patienternes samtykke til overgivelse af informationer og samarbejde mellem de involverede parter, forudså de interviewede ledere og medarbejdere fra de to OP-teams, at dette ikke ville udgøre noget særligt problem, selvom nogle patienter erfaringsmæssigt ville være imod dette.

Med hensyn til overgivelse af de behandlings- og handleplaner, der efterhånden skal udarbejdes af OP-teamene for hver patient, til samarbejdspartnerne, så teamene ingen problemer i dette, når kravet om patientens samtykke blev overholdt.

OP-teamenes medarbejdere mente til gengæld, at de bevægede sig ind i et gråzoneområde, når de insisterede på at gennemføre den assertive og opsøgende funktion over for patienter, der frabad sig samme opsøgende indsats. Der blev dels peget på, at det handlede om at finde grænsen for den opsøgende indsats, men samtidig blev det fremhævet, at det i nogle tilfælde var relevant at lade den etiske forpligtelse over for patienten gå over juraen. Set på denne led blev indsatsen ikke begrænset af jura men af manglende tradition for en indgribende praksis.

6.9 Overenskomster som (manglende) barriere

Ved interviewene med repræsentanter for H:S blev der peget på, at der nok kunne være nogle myter og kulturelle forskelle, der har indflydelse på arbejdsdeling og -tilrettelæggelse, men *'jeg kan ikke se, at der skulle være nogle overenskomster, der skal hindre noget.'*

7 Samarbejdet med de praktiserende læger

I interviewet, der omfattede samarbejdsparter til de to OP-teams, pegede den medvirkende praktiserende læge på, at det var forventningen, at etableringen af OP-teams ville bidrage til at undgå forekomsten af det, der forstås som svingdørspatienter, og at overvågningen af de kronisk skizofrene ville blive forbedret. Det var herunder en forventning, at patienterne kunne undgå en række tvangsindlæggelser med de praktiserende lægers medvirken.

8 Beskrivelser af resultater

Som i de to øvrige eksempler på etablering af opsøgende psykoseteam, Tønder og Falster, lægges der op til en omfattende evaluering af forsøget med det formål at belyse hvorledes denne model passer ind i danske forhold.

Det er planen at gennemføre flere typer af dataindsamling og registrering, således at der skal anvendes statistiske registerdata, behandlerne i teamet skal gennemføre registreringer og endelig skal der gennemføres interviews af en udefrakommende part. Undersøgelsen var planlagt således, at den skulle muliggøre en sammenstilling af resultater fra de oprindeligt fire planlagte opsøgende teams, ligesom det var hensigten, at det skulle være muligt at sammenstille resultaterne med data fra de to øvrige forsøg - Tønder og Falster.

Bilag 7:

Deskriptiv statistik, psykiatriske og somatiske omkostninger

Psykiatriske omkostninger, Storstrøms Amt 6 mdr. (2001-priser)

variabel	Ambulante omk.		Omk. sengedage	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
N	29	35	29	35
Mean	21.636	10.042	13.613	22.324
Std Dev	20.277	8.961	36.625	53.142
10th Pctl	-	1.264	-	-
25th Pctl	6.322	3.793	-	-
Median	15.172	8.850	-	-
75th Pctl	35.401	15.172	-	2.529
90th Pctl	54.366	20.229	42.987	91.031
min	-	-	-	-
max	70.802	39.194	164.362	197.235

Psykiatriske omkostninger, Sønderjyllands Amt 6 mdr. (2001-priser)

variabel	Ambulante omk.		Omk. sengedage	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
N	53	51	53	51
Mean	28.841	18.915	10.973	24.394
Std Dev	13.886	26.170	25.687	77.583
10th Pctl	12.643	3.793	-	-
25th Pctl	17.701	5.057	-	-
Median	30.344	8.850	-	-
75th Pctl	37.930	18.965	-	-
90th Pctl	48.044	31.608	45.516	60.688
min	1.264	-	-	-
max	56.895	121.375	108.732	402.055

Psykiatriske omkostninger, Storstrøms Amt 1 år (2001-priser)

Label	Ambulante omk.		Omk. sengedage	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
N Obs	29	35	29	35
Mean	46.599	23.047	71.886	51.223
Std Dev	43.259	19.375	152.986	111.893
10th Pctl	-	3.793	-	-
25th Pctl	18.333	10.115	-	-
Median	37.930	17.701	-	-
75th Pctl	54.366	32.872	35.401	35.401
90th Pctl	127.697	42.987	328.725	174.477
min	-	-	-	-
max	156.776	101.146	632.163	427.342

Psykiatriske omkostninger, Sønderjyllands Amt 1 år (2001-priser)

Label	Ambulante omk.		Omk. sengedage	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
N Obs	53	51	53	51
Mean	49.571	32.575	25.191	77.694
Std Dev	22.560	44.845	59.664	187.855
10th Pctl	20.229	5.057	-	-
25th Pctl	32.872	8.850	-	-
Median	50.573	20.229	-	-
75th Pctl	64.481	34.137	10.115	15.172
90th Pctl	83.445	64.481	83.445	359.068
min	6.322	-	-	-
max	99.882	237.693	346.425	809.168

Psykiatriske omkostninger, Sønderlyllands Amt 2 år. (2001-priser)

Label	Ambulante omk.		Omk. sengedage	
	Intervention	Kontrol	Intervention	Kontrol
N Obs	53	51	53	51
Mean	84.971	60.712	52.913	142.398
Std Dev	40.008	81.756	119.389	253.008
10th Pctl	34.137	11.379	-	-
25th Pctl	56.895	16.436	-	-
Median	91.031	32.872	-	5.057
75th Pctl	108.732	74.595	53.102	179.534
90th Pctl	136.547	127.697	128.961	556.303
min	10.115	-	-	-
max	183.327	423.548	566.418	922.957

Statistisk test for forskelle i psykiatriske omkostninger mellem interventions- og kontrolgruppe

Psykiatriske sengedagsomkostninger, Storstrøms Amt

	Estimat på gruppe	χ^2 -værdi	p-værdi
6 mdr.	-0,49 (0,66)	0,56	0,45
1 år	0,34 (0,55)	0,38	0,54
2 år	-	-	-

Note: GLM-standard-fejl i parentes under estimaterne.

Psykiatriske sengedagsomkostninger, Sønderjyllands Amt

	Estimat på gruppe	χ^2 -værdi	p-værdi
6 mdr.	-0,80 (0,62)	1,67	0,20
1 år	-1,13 (0,54)	4,30	0,04
2 år	-0,99 (0,42)	5,53	0,02

Note: GLM-standard-fejl i parentes under estimaterne.

Det ses, at der ikke er signifikant forskel på omkostningerne til indlæggelser i Storstrøms Amt. I Sønderjyllands Amt, er der signifikant forskel, når man ser på omkostningerne i 1 år og 2 år - og ikke signifikant forskel i omkostningerne i et halvt år.

Psykiatriske omkostninger til ambulant behandling, Storstrøms Amt

	Estimat på gruppe	χ^2 -værdi	p-værdi
6 mdr.	0,77 (0,24)	10,22	0,001
1 år	0,70 (0,23)	8,98	0,003
2 år	-	-	-

Note: GLM-standard-fejl i parentes under estimaterne.

Psykiatriske omkostninger til ambulant behandling, Sønderjyllands Amt

	Estimat på gruppe	χ^2 -værdi	p-værdi
6 mdr.	-0,42 (0,19)	4,97	0,03
1 år	0,42 (0,19)	5,05	0,02
2 år	0,34 (0,19)	3,26	0,07

Note: GLM-standard-fejl i parentes under estimaterne.

Statistisk test af forskelle i sygesikrings- og somatiske omkostninger mellem interventions- og kontrolgrupper

Sygesikrings- og somatiske omkostninger, Storstrøms Amt

	Estimat på <i>gruppe</i>	χ^2 -værdi	p-værdi
6 mdr.	-0,08 (0,63)	0,02	0,90
1 år	0,05 (0,60)	0,01	0,93
2 år	-	-	-

Note: GLM-standard-fejl i parentes under estimerne.

Sygesikrings- og somatiske omkostninger, Sønderjyllands Amt

	Estimat på <i>gruppe</i>	χ^2 -værdi	p-værdi
6 mdr.	-0,60 (0,81)	0,56	0,46
1 år	-0,26 (0,60)	0,20	0,66
2 år	-0,01 (0,41)	0,00	0,98

Note: GLM-standard-fejl i parentes under estimerne.

Der er ikke signifikant forskel i sygesikrings- og somatiske omkostninger for de to grupper.

Bilag 8: liste over DRG

8 A. Fordeling af DRG-grupper, antal udskrivninger

Storstrøms Amt, 1 år

DRG-gruppe - kun heldøgn	DRGNAVN	Kontrol	Intervention
639	Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. o. 17 år u. kompl. bidiag.	3	0
845	Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	3	0
850	Brud, forvridning og ledskred i overarm og ben ekskl. fod, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	2	0
2106	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	1	3
1908	Psykoser	1	1
318	Svimmelhed	1	0
436	Symptomer fra luftveje, behandling uden komplikationer	1	0
816	Operationer på ben og overarm ekskl. hofte, fod og lår, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	1	0
820	Operationer på bløddele, m. kompl. bidiag eller kompl. opr.	1	0
307	Næseplastik	0	1
420	Kronisk obstruktive lungesygdomme, pat. o. 17 år og u. 60 år	0	1
723	Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	0	1
1307	Enklere gynækologiske indgreb	0	1
2105	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. o. 17 år, m. kompl. bidiag.	0	1
2307	Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	0	1
2602	Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	0	1
120	Kramper og hovedpine, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.		1
I alt antal udskrivninger		14	12

Sønderjyllands Amt, 1 år

DRG-gruppe - kun heldøgn	DRGNAVN	Kontrol	Intervention
2106	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	4	1
2105	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. o. 17 år, m. kompl. bidiag.	2	0
2307	Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	1	1
552	Hypertension	1	0
559	Indlagt til observation for sygdom i kredsløbsorganerne	1	0
639	Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. o. 17 år u. kompl. bidiag.	1	0
827	Mindre operationer på skelet, muskulatur og bindevæv og arthroskopiske procedurer	1	0
909	Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse, u. kompl. bidiag.	1	0
1714	Diagnostik ved ondartede sygdomme	1	0
1903	Depressive neuroser	1	0
2114	Multitraume, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	1	0
919	Ondartet sygdom i bryst, u. kompl. bidiag.	0	3
922	Infektioner i hud og underhud, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag.	0	2
618	Mindre operationer på anus og kunstige tarmåbninger, u. kompl. bidiag.	0	1
629	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. o. 17 år, u. kompl. bidiag	0	1
715	Akut, subakut leversygdom uden encephalopati (coma)	0	1
843	Symptomer fra muskel-skeletsystemet og bindevæv	0	1
907	Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse, u. kompl. bidiag.	0	1
1310	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme	0	1
I alt antal ydelser		15	13

8 B. Fordeling af ambulant case-mix

Storstrøms Amt, 1 år

Casemix	Navn	Kontrol	Intervention
BG50A	Ambulant besøg	9	11
PG02D	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el	2	0
PG05B	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	1	0
PG05C	Koloskopi, sigmoideoskopi, ECRP el. endoskopi i nedre mavetarmreg.	1	0
PG14A	Alm. røntgenundersøgelser, inkl. mammografi	1	0
PG01A	Overfladisk biopsi med nål og væskeudsugning	0	1
I alt		14	12

Sønderlyllands Amt, 1 år

Casemix	Navn	Kontrol	Intervention
BG50A	Ambulant besøg	9	11
BG50A	Ambulant besøg	13	0
PG14A	Alm. røntgenundersøgelser, inkl. mammografi	3	3
PG05C	Koloskopi, sigmoideoskopi, ECRP el. endoskopi i ne	2	0
PG13F	Udv. kardiologisk undersøgelse	2	0
PG05B	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	1	1
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	1	0
PG12A	Dialyse	1	0
PG14G	Koronararteriografi (KAG)	1	0
BG50A	Ambulant besøg (patienttype 1, 2)	0	19
PG12E	Basis kemoterapi	0	17
DG30A	Cancer-diagnose	0	3
PG14C	CT-scanninger og Osteodensitometrier	0	2
PG14E	UL-scanninger	0	1
I alt		24	46

Bilag 9:

Sammenligning af økonomiske nøgletal for 6 amter

Der er beregnet økonomiske nøgletal for de 6 amter, som har ordninger inden for sammenhængende psykiatri: "Den integrerede model i Fyns Amt", "Vejlemodellen" og "projekt vedrørende koordinerende kontaktperson i Nordjyllands Amt" samt de to ordninger med opsøgende psykoseteam i Sønderjyllands Amt og Storstrøms Amt.

Baggrunden for kun at gennemføre en økonomisk analyse af ordningerne med opsøgende psykoseteam er, at det her er muligt at afgrænse de pågældende patienters "forbrug" af psykiatriske ydelser under det opsøgende psykoseteam, idet teamet udelukkende varetager behandling af disse patienter. I de andre ordninger vil det være vanskeligt at afgrænse et antal sammenlignelige patienters forbrug af det pågældende psykiatriske system, idet det pågældende system varetager behandlingen af andre af amtets patienter. Det som lader sig gøre at sammenligne er patienternes forbrug af ydelser i det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen samt i praksissektoren.

9.1 Metode og afgrænsning

Hensigten er, at nøgletallene er for samme patientgruppe, som behandles i opsøgende psykoseteam (dvs. "svært psykisk syge"). Der er gennemført en registerbaseret analyse, hvor såkaldte "svært psykisk syge" patienter blev identificeret via Psykiatrisk Centralregister ud fra nedenstående kriterier, som også er anvendt til at identificere målgruppen for opsøgende psykoseteam i Storstrøms og Sønderjyllands Amter.

Følgende kriterier er anvendt til at identificere svært psykisk syge i Psykiatrisk Centralregister:

1. Patienten skal have en af diagnoserne F20 (skizofreni), F22 (paranoid psykose), F25 (ski-zo-affektiv psykose), F31 (bipolar affektiv sindslidelse)
2. og mindst fire indlæggelser eller
3. 50 indlæggelsesdage eller
4. 50 deldøgnindlæggelsesdage eller
5. bidiagnose inden for F10-F19 (misbrug) (bidiagnosen fordrer ikke indlæggelse).

Som udgangspunkt blev der først gennemført ovenstående søgning for hvert år i perioden 1996 til 2002. Patienter, som en gang er identificeret som svært psykisk syg forbliver i analysen, såfremt patienten har haft et aktivt forbrug registreret i Psykiatrisk Centralregister det pågældende år. Dette indebærer, at patientpopulationen stiger over tid i alle amter med ca. en faktor 2. Samtidig skal dog bemærkes, at skiftet i diagnosekodningen fra ICD9 til

ICD10 i 1995 må forventes at have betydet, at incidensen er steget grundet ændring i indikationerne. Denne analyse er gennemført for forbrug og omkostninger inden for psykiatrien, somatikken og sygesikringen. Der er suppleret med en kohorteanalyse for de psykiatriske omkostninger. Ved en registeranalyse i hhv. Psykiatrisk Centralregister, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret er der således lavet en beregning af, hvad svært psykisk syge patienter koster pr. patient i gennemsnit. Beregningen er baseret på takster og kan derfor ikke umiddelbart sammenlignes med beregnede udgifter baseret på amternes nettoudgifter. Amdsrådsforeningen har bl.a. beregnet udgiften pr. behandlet borger, dvs. ikke specifikt for svært psykisk syge, jf. figur 7.

Følgende takster er anvendt:

1. Fritvalgstaksten pr. psykiatrisk sengedag
2. Halv fritvalgstakst pr. ambulant besøg i psykiatrien
3. Ambulante case-mix priser for ambulante besøg i det somatiske sygehusvæsen
4. DRG-priser pr. udskrivning
5. Sygesikringspriser ved ydelser i praksissektoren (kontakter til praktiserende læge, speciallæge i psykiatri, psykolog og øvrige speciallæger ekskl. tandlæger).

I tabel 1 er vist de ressourceenheder, som der er målt på i indeværende sammenhæng samt deres værdisætning og datakilder.

9.2 Resultater

Som det fremgår af figur 7, er der relativt store variationer mellem de enkelte amter i udgiften pr. behandlet borger. Dette eller dele af disse variationer

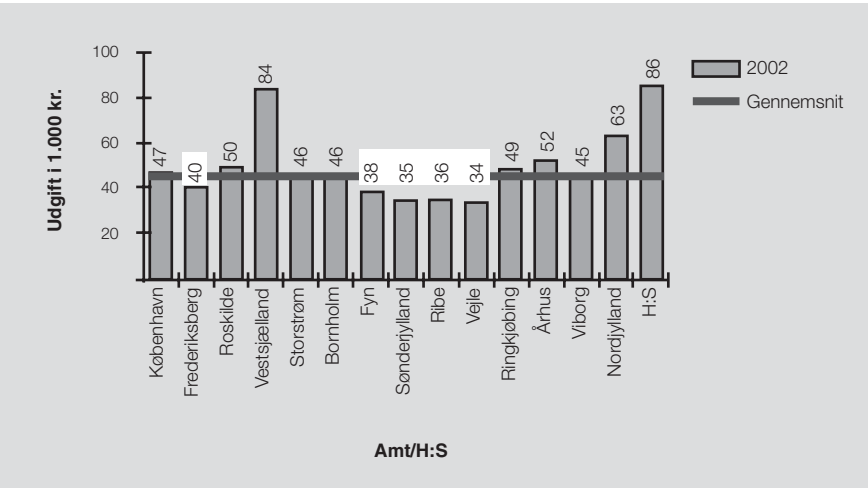
Tabel 1: Ressourceforbrug, ressourceenheder, værdisætning og datakilder

Beskrivelse	Ressourceenhed	Værdisætning	Datakilde
Ambulante behandling i psykiatrien	Antal besøg	Kr./besøg	Psykiatrisk Centralregister
Psykiatriske indlæggelser	Antal indlæggelsesdage	Kr./sengedag	Psykiatrisk Centralregister
Ambulant behandling, somatisk sygehus	Antal besøg	Kr./udskrivning	Landspatientregisteret
Somatiske indlæggelser	Antal udskrivinger	Kr./DRG-udskrivning	Landspatientregisteret
Praktiserende læge	Antal kontakter	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret
Speciallæge i psykiatri	Antal kontakter	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret
Psykolog	Antal kontakter	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret
Øvrige speciallæger (ekskl. tandlæger)	Antal kontakter	Kr./konsultation	Sygesikringsregisteret

kan imidlertid dække over helt andre forklaringer end blot det, at de behandlede borgere er dyrere/billigere (metodemæssige faktorer). Figur 7 viser Amtsrådsforeningens beregninger over, hvad det koster pr. borger i psykiatrisk behandling i år 2002. Det betyder, at der er inkluderet alle sværhedsgrader (inden for psykiatrisk sygdom) og indeværende patientgruppe svært psykisk syge indgår derfor også. Det understreges, at der ikke kan foretages en direkte sammenligning med indeværende beregninger, da omkostningerne er udregnet på forskellig måde. Amtsrådsforeningen har baseret deres beregninger på amternes udgifter, mens indeværende analyse er baseret på registreret forbrug og takster, der ikke nødvendigvis afspejler de reelle omkostninger eller amternes udgifter. Sammenligningen skal alene tjene til at se, hvorvidt der er tale om det samme indbyrdes relative forhold mellem de enkelte amter. Sammenligningen har vist, at dette ikke er tilfældet, men at H:S og Nordjylland er de to dyreste amter i begge beregninger. Omkostningerne for svært psykisk syge (år 2002) i indeværende analyse er mellem 2-3 gange så dyre - selv om der ikke kan sammenlignes direkte. Indlæggelsesrisiko er afhængig af diagnose og sværhedsgrad og netop svært psykisk syge har en højere risiko for genindlæggelse. For svært psykisk syge patienter er genindlæggelsen mindst en gang pr. år og senge-dagsforbruget er gennemsnitlig 42 dage om året (Gypsy, 2000).

9.3 Generel analyse af udviklingen i omkostningerne for svært psykisk syge

Figur 8 viser udviklingen i de beregnede gennemsnitlige omkostninger pr. patient for patientgruppen svært psykisk syg i perioden 1996-2002 fordelt



Figur 7: Udgift pr. borger i behandling

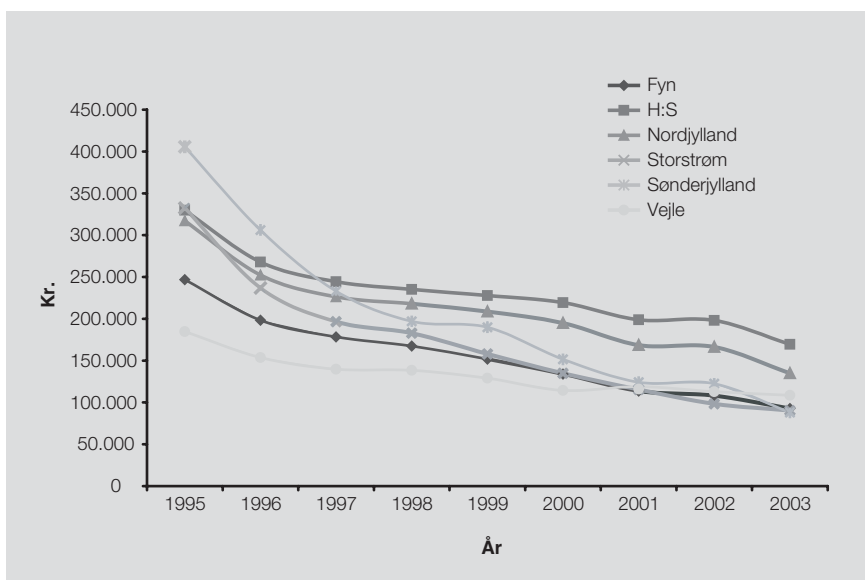
Kilde: Amtsrådsforeningen

på de 6 amter. Den samlede gennemsnitlige omkostning omfatter omkostninger til psykiatri (sengedage og ambulante besøg), somatik (udskrivelser og ambulante besøg) samt ydelser i sygesikringen.

Der er ikke tale om en kohorte-analyse, men om en analyse af de patienter som identificeres som svært psykisk syge. Det er antaget, at disse patienter forbliver svært psykisk syge, hvilket betyder, at antallet af patienter i denne patientgruppe stiger og omkostninger er taget med selv om nogle patienter sandsynligvis kommer ind i mere stabile og ikke så behandlingskrævende perioder. Patienterne og deres forbrug af sundhedsydelser er talt med, såfremt de har haft et aktivt forbrug i det pågældende år.

Det bemærkes, at der i 1995 skete et skift i diagnosekodningen fra ICD9 til ICD10. Dette betød, at der skete en efterfølgende stigning i antallet af skizofrene, da indikationerne blev ændret. Af denne årsag er det her valgt at se på udviklingen fra 1996. Man bør dog være opmærksom på, at der også efter 1996 sandsynligvis er sket en stigning grundet ændring i diagnosekodningen.

Udviklingstrenden ser nogenlunde ens ud på tværs af amterne, om end der i Sønderjyllands Amt har været en forholdsmeæssigt større reduktion i de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient fra 1996-1998 og igen fra 1999-2001. Samtidig er Sønderjyllands Amt gået fra at have den højeste gennemsnitlige omkostning pr. patient i 1996 til at være blandt de billigste i 2001-2003. Den gennemsnitlige omkostning pr. patient er faldet fra 276.862 kr. i 1996 til 212.041 i 2002, hvilket svarer til en reduktion på 58 pct. (jf. tabel 2).



Figur 8: Udviklingen i de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient pr. år, fordelt på amter

Tabel 2: Samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient (2001-priser)

År	H:S	Storstrøm	Fyn	Sønder-jylland	Vejle	Nord-jylland
1996	276.862	243.302	207.202	314.333	171.735	259.425
1999	238.914	170.548	161.682	197.985	139.973	218.658
2002	212.041	114.983	121.298	130.674	124.236	180.579
% fald fra 1996-2002	23	53	41	58	28	30

Omkostningerne i perioden 1996-2002 er faldet mellem 23 (H:S) og 58 pct. (Sønderjyllands Amt) Jf. tabel 2). Såfremt der alene ses på de psykiatriske omkostninger i samme periode ses af tabel 2 og 3, med undtagelse af Nordjyllands Amt, at omkostninger til psykiatriske sengedage er faldet procentuelt betydeligt mere end de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient. Forholdet mellem reduktionen i de samlede gennemsnitlige omkostninger og reduktionen i de psykiatriske indlæggelsesomkostninger er nogenlunde ens. De psykiatriske senge-dagsomkostninger er inden for det enkelte amt faldet med ca. 9-11 pct. mere end de samlede gennemsnitlige omkostninger. Det betyder fx, at de samlede gennemsnitlige omkostninger i Sønderjyllands Amt er faldet med 58 pct., mens omkostninger til psykiatriske sengedage er faldet med 68 pct. For H:S gælder, at de samlede gennemsnitlige omkostninger er faldet med 23 pct., mens de psykiatriske senge-dagsomkostninger er faldet med 34 pct. Denne trend gælder imidlertid ikke for Nordjyllands Amt, hvor de samlede gennemsnitlige omkostninger er faldet med 30 pct., mens de psykiatriske senge-dagsomkostninger er faldet 36 pct.

Der henvises til den oprindelige rapport om sammenligning af økonomiske nøgletal (Hvenegaard, 2004) for en opdeling af de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient (svært psykisk syge) på psykiatri sengedage og ambulante besøg, somatik sengedage og ambulante besøg samt sygesikringen. Langt størstedelen af omkostningerne er koncentreret om psykiatriske sengedage i alle årene. Som det ses af figur 9-14, og som det ligeledes fremgår af ovenstående, udgør de psykiatriske senge-dagsomkostninger en

Tabel 3: Psykiatriske senge-dagsomkostninger, gns. omkostning pr. patient (2001-priser)

År	H:S	Storstrøm	Fyn	Sønder-jylland	Vejle	Nord-jylland
1996	255.956	226.861	192.431	297.545	147.698	241.457
1999	195.298	139.076	144.315	160.319	101.968	196.088
2002	168.766	82.961	96.684	97.460	91.458	153.776
% fald fra 1996-2002	34	63	50	67	38	36

Tabel 4: Den gennemsnitlige ambulante omkostning pr. patient, psykiatri (2001-priser)

År	H:S	Storstrøm	Fyn	Sønderjyland	Vejle	Nordjyland
1996	11.915	9.935	5.772	8.532	5.976	10.802
1999	32.549	18.865	7.569	29.411	27.038	12.508
2002	29.411	15.349	11.424	24.959	21.347	12.578
% fald fra 1996-2002	147	54	98	193	257	16

mindre andel af de samlede omkostninger i 2002 i sammenligning med i 1996. Den modsatte tendens ses inden for den ambulante psykiatri.

Inden for den ambulante psykiatri er den gennemsnitlige omkostning pr. patient steget en del (se tabel 4). Det eneste amt, hvor der kun er sket en mindre stigning i den gennemsnitlige ambulante omkostning er Nordjyland, hvor den er steget med 16 pct. Til sammenligning er H:S steget fra 11.915 kr. i 1996 til 32.549 kr. i 1999, og igen faldet til 29.411 i 2002. Set over hele perioden (1996-2002) svarer dette til, at den gennemsnitlige ambulante omkostning i 2002 er næsten 3 gange så høj som i 1996. I Nordjyllands Amt er den ambulante omkostning steget fra 10.802 kr. i 1996 til 12.578 kr. i 2002, hvilket svarer til en stigning på 16 pct. jf. ovenstående.

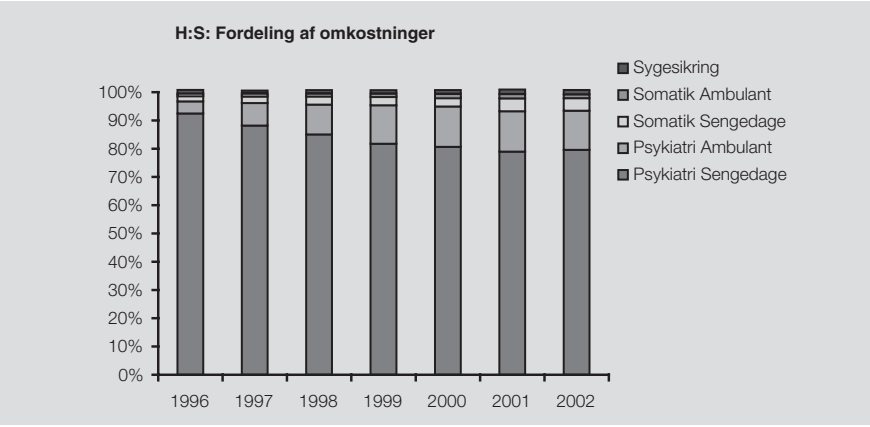
Det er bemærkelsesværdigt, at Nordjyllands Amt i modsætning til de øvrige amter ikke har haft en stærkt stigende ambulant aktivitet og ikke har reduceret sengedagsomkostningerne svarende til de øvrige amter. En hypotese kunne være, at Nordjyllands Amt ikke har omlagt aktiviteten fra stationær til ambulant med samme tempo som de øvrige amter.

Den modsatte tendens er gældende for Sønderjyllands Amt, hvor sengedagsomkostningerne (psykiatri) pr. patient er faldet med en faktor 3, jf. tabel 3, mens de ambulante omkostninger pr. patient er steget med en tilsvarende faktor, jf. tabel 4.

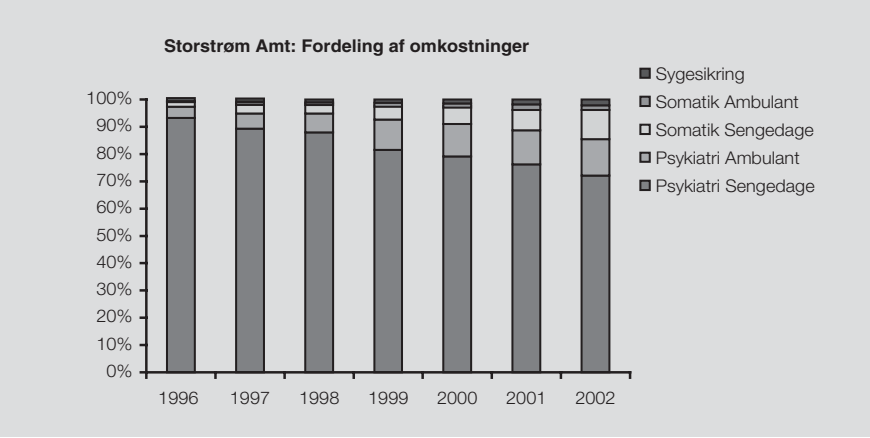
Omstående figurer 9-14 viser de 6 amters relative fordeling af omkostninger. Som det ses af figur 11 og 14 for hhv. Fyns Amt og Nordjyllands Amt udgør den ambulante behandling inden for psykiatrien en relativt mindre andel af de samlede gennemsnitlige omkostninger pr. patient end i de øvrige amter. I Sønderjyllands Amt (jf. figur 12) og Vejle Amt (jf. figur 13) udgør omkostningerne for den psykiatriske ambulante behandling en relativt større andel af amtets samlede omkostninger end i de øvrige amter.

Den største udvikling i hhv. de ambulante og stationære omkostninger i psykiatrien findes jf. figur 12 og 13 i hhv. Sønderjyllands Amt og Vejle Amt.

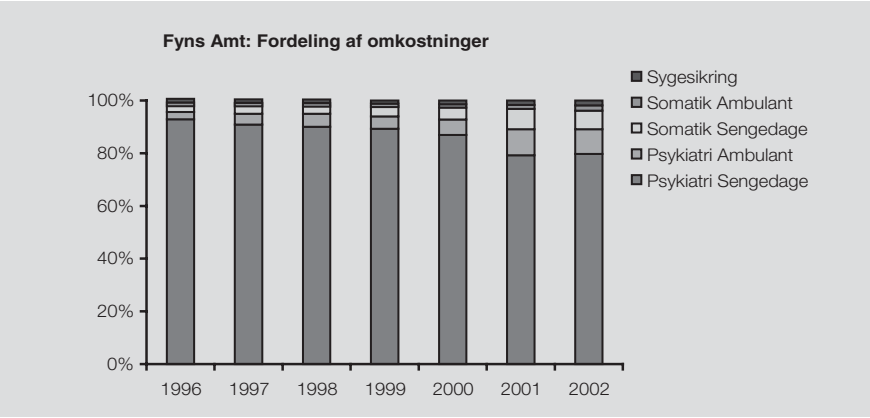
Inden for det somatiske (sengedage) udgør dette en relativt større andel af de samlede omkostninger i Storstrøms Amt og Fyns Amt, jf. figur 10 og 11.



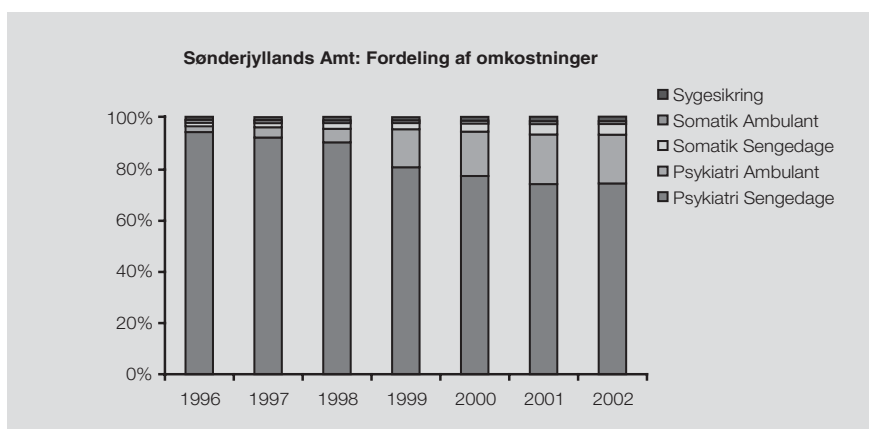
Figur 9



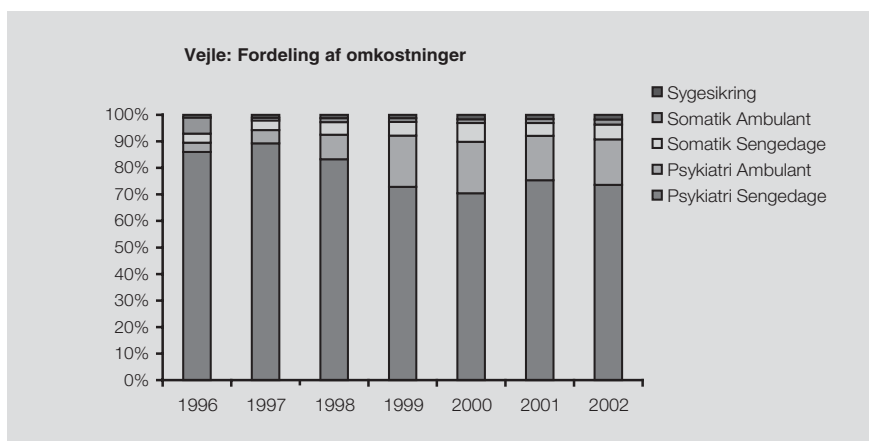
Figur 10



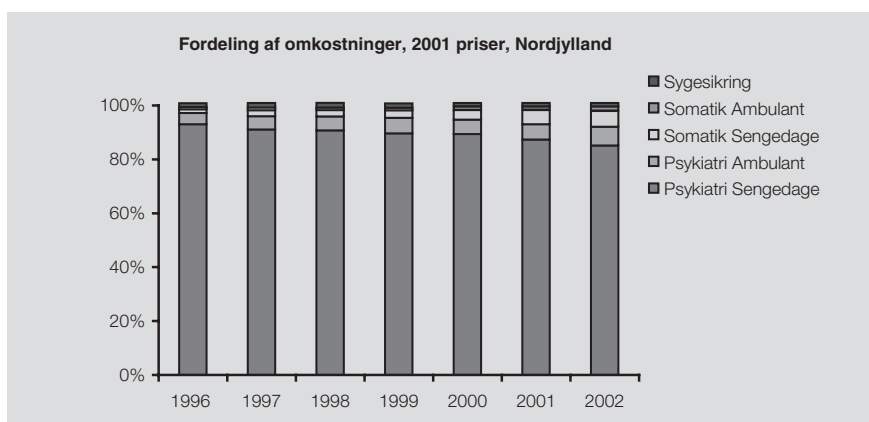
Figur 11



Figur 12



Figur 13



Figur 14

6.3 Kohorteanalyse

Kohorteanalysen omfatter kun de *psykiatriske* omkostninger for patientgruppen svært psykisk syg.

Tabel 5 og 6 viser hhv. de psykiatriske indlæggelsesomkostninger og de ambulante omkostninger for H:S og de 5 amter for patientkohorten fra 1995 for perioden 1996-2002. Figur 15 viser de samlede gennemsnitlige psykiatriske omkostninger.

Som det ses af tabellerne 5 og 6, er der store variationer i både sengedagsomkostningerne og de ambulante omkostninger dels på tværs af ordningerne, dels i udviklingen over tid inden for de enkelte amter/H:S. I 1996 var Sønderjyllands Amt det dyreste amt med en gennemsnitlig indlæggelsesomkostning på 351.872 kr. og en gennemsnitlig ambulant omkostning på 9.222 kr. Det billigste amt var Vejle Amt med en gennemsnitlig indlæggelsesomkostning på 111.666 kr. og en gennemsnitlig ambulant omkostning på 8.679 kr. I Sønderjyllands Amt falder indlæggelsesomkostningerne med 66 pct. i perioden 1996-2002, mens de i Vejle Amt falder med 35 pct. i samme periode. I samme periode stiger de gennemsnitlige ambulante omkostninger med 230 pct. i Sønderjyllands Amt og med 141 pct. i Vejle Amt.

Alle amter/H:S reducerer deres samlede psykiatriske omkostninger (2001-priser)/forbrug og omlægger fra stationær til ambulant behandling. Som det fremgår af figur 15 er det kun Vejle Amt og (marginalt) Nordjyllands Amt der i perioden 1998-1999 har et svagt stigende forbrug. Ligesom under den første analyse, jf. afsnit 3.1 er det Sønderjyllands Amt, som har den største udvikling fra en samlet gennemsnitlig psykiatrisk omkostning på ca. 360.000 kr. i 1996 til ca. 150.000 kr. i 2002 (reduktion på 58 pct.). Som det ligeledes ses af figur 15 var Vejle Amt blandt de billigste i 1996 og er det stadig i 2002. Så selv om Vejle Amt er det amt med den mindste udvikling, var og er det samtidig et af de billigste amter.

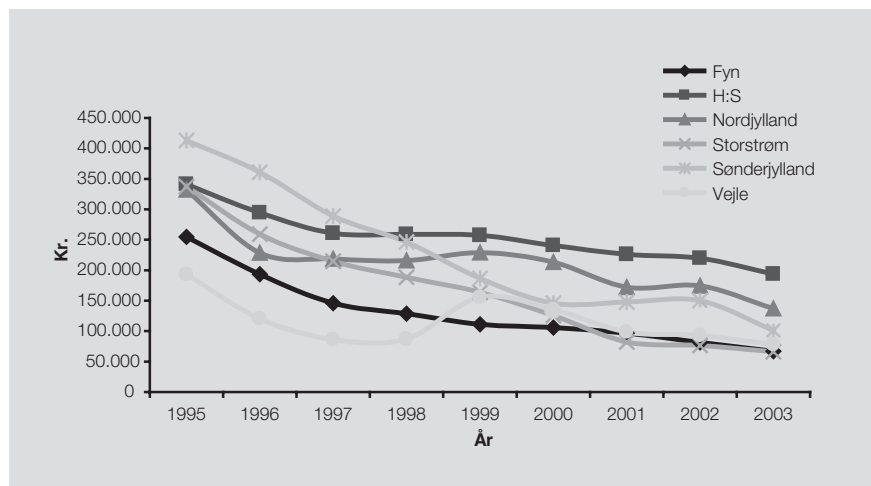
Som det ses af figur 15 (de samlede psykiatriske omkostninger) er Storstrøms Amt i 2002 det billigste amt for patientkohorten "svært psykisk syg 1995".

Tabel 5: Psykiatriske sengedagsomkostninger (2001-priser), 1995-kohorte

År	H:S	Storstrøm	Fyn	Sønderjylland	Vejle	Nordjylland
1996	279.287	246.104	186.314	351.872	111.666	213.987
1999	218.680	140.862	101.499	173.971	88.099	214.689
2002	186.931	55.555	70.621	119.531	72.099	161.101
% fald fra 1996-2002	33	77	62	66	35	25

Tabel 6: Den gennemsnitlige ambulante omkostning (2001-priser), 1995-kohorte

År	H:S	Storstrøm	Fyn	Sønder- jylland	Vejle	Nord- jylland
1996	14.996	12.980	6.924	9,222	8.679	14.598
1999	38.739	22.949	9.614	12.743	67.562	13.931
2002	32.553	20.843	10.728	30.476	20.932	13.318
% fald fra 1996-2002	117	61	55	230	141	-9



Figur 15: Udviklingen i de samlede psykiatriske omkostninger pr. patient pr. år (2001-priser)

Litteratur

Albæk J, Hvenegaard A, Aagaard J, Hastrup LH, Kistrup K. Rapport vedrørende sammenhængende psykiatritilbud. Beskrivelse af seks eksempler på udvikling + et finsk eksempel på open dialogue. (Udvalgsrapport). In press. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.

Amtsrådsforeningen. Sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen. Delrapport fra "Udvalget om sammenhængende psykiatritilbud på tværs af sektorer". København: Amtsrådsforeningen, 2002.

Bauer MS, Callahan AM, Jampala C, Petty F, Sajatovic M, Schaefer V, Wittlin B, Powell BJ. Clinical Practice Guidelines for Bipolar disorder From the Department of Veterans Affairs. J Clin Psychiatry 1999; 60:1.

Bauer MS, Williford WO, Dawson EE, Akiskal HS, Altshuler L, Fye C, Gelenberg A, et al. Principles of effectiveness trials and their implementation in VA Cooperative Study #430: Reducing the efficacy-effectiveness gap in bipolar disorder. J Affect Disord 2001; 67:61-78.

Brunsson N, Jacobsson B. Following Standards. In: Brunsson N, Jacobsson B, eds. A World of Standards. Oxford: Oxford University Press, 2000.

Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rössler W. Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. Psychiatric Services 2001; 52(5):631-636.

Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, Bush PW, Xie H, McGuire TG, Drake RE, et al. Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Health Services Research 1998; 33:1285-308.

Cosden M, Ellens J, Schnell J, Yasmeeen Y, Wolfe M. Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. Behavioral Sciences & the Law 2003; 21:415-427.

Dickey B, Azeni H. Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. Am J Public Health 1996; 86:973-7.

DSI Institut for Sundhedsvæsen. Depression - en folkesygdom der skal behandles? Rapport fra en konsensuskonference 1.-3. marts 1999. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen og Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, 1999. (DSI rapport 99.01).

Essock S, Frisman LK, Kontos NJ. Cost-effectiveness of Assertive Community Treatment Teams. Am J Orthopsychiatry 1998; 68(2): 179-190.

Ford R, Barnes A, Davies R, Chalmers C, Hardy P, Muijen M. Maintaining contact with people with severe mental illness 5 year follow-up of assertive outreach. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36:444-447.

Gomory T. A critique of the effectiveness of assertive community treatment. Psychiatric Services 2001; 52(10):1394.

Holloway F, Carson J. Review article. Case Management. An update. International Journal of Social Psychiatry 2001; (47)3; 21-31.

Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case Management: a critical review of the outcome literature. European Psychiatry 1995; 10:113-28.

Hvenegaard A, Albæk J, Aagaard J, Hastrup LH. Sammenhængende psykiatritilbud. Økonomisk evaluering af to ordninger med opsøgende psykoseteam. (Udvalgsrapport). In press. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.

Hvenegaard A. Rapport vedrørende sammenligning af økonomiske nøgletal - I H:S, Vejle Amt, Storstrøms Amt, Fyns Amt, Sønderjyllands Amt og Nordjyllands Amt. (Udvalgsrapport). In press. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet. Fælles værdigrundlag for den offentlige indsats i social- og sundhedssektoren for mennesker med en sindslidelse. Udkast. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, 2004.

Kogan JN, Sachs GS. Collaborative Care for Patients with Bipolar Disorder. Continuing Medical Education Inc., 2004. <http://www.mhsource.com/bipolar/collcare.html> Udskrivet: 1-2-2004

Meuser K, Bond G, Drake R, Resnick G. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A review of research on case management for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:1038-1043.

Meuser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification* 2003; 27(3):387-411.

Morris RM, Bolton CA, McCarthy JP, Marshall M, Williamson PR, Jones AP. Interventions for Helping People Recognize Early Signs of Recurrence in Bipolar Disorder. (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004.

Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Trusty ML, Gerber F, Smith R, Tempelhoff B, Ahmad L. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill people. *Psychiatr Serv* 1997; 48:497-503.

Preston NJ, Fazio S. Establishing the efficacy and cost effectiveness of community intensive case management of long-term mentally ill. A matched control group study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:114-121.

Rosenheck RA, Neale MS. Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services. *Archives of General Psychiatry* 1998; 68:191-200.

Sajatovic M, Davies M, Hroudá DR. Enhancement of Treatment Adherence Among Patients with Bipolar disorder. *Psychiatric Services* 2004; 55(3):264-69.

Stein IS, Santos BS. *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York: WW Norton & Company Inc., 1998.

Stein IS, Santos BS. Psykoseteam - en model for opsøgende psykiatrisk arbejde. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.

Tale af formand for Amtsrådsforeningens bestyrelse Kristen Ebbensgaard, på Amtsrådsforeningens konference om 'Fremtidens psykiatri - sammenhæng og kvalitet.' København, februar 2004. <http://www.arf.dk/Nyhedscenter/Taler/2004/FremidensPsykiatriSammenhaengOgKvalitet.htm> Sidst opdateret 23-6-2004. Udskrivet: 1-8-2004

The Sainsbury Center for Mental Health. *Mental Health Topics: Assertive Outreach*. Rev. ed. London: The Sainsbury Center for Mental Health, 2003.

Vendsborg P, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. Opsøgende psykoseteam. Assertive Community Treatment. En medicinsk teknologivurdering. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999. (DSI rapport 99.06).

Weaver T, Tyrer P, Ritchie J, Renton A. Assessing the value of assertive outreach: Qualitative study of process and outcome generation in the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183:437-445.

Sammenhæng i tilbudene til psykisk syge

– organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler

Formålet med rapporten er at belyse nogle af de barrierer, der eksisterer for samarbejdet mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Dette sker gennem en organisatorisk beskrivelse af seks eksempler på samarbejde, samt en økonomisk belysning af to eksempler på anvendelse af opsøgende psykoseteam som organiseringsform.

Den organisatoriske beskrivelse peger på, at de psykiatriske samarbejdsflader skabes gennem de valg, der træffes, når særlige aktiviteter skal opprioriteres eller indføres i psykiatrien. Konsekvensen er, at samarbejdsfladerne udformer sig forskelligt både mellem amter, og inden for hvert amt. Undersøgelsen viser, at når der samarbejdes, opbygges der organisatoriske kompetencer over tid. Disse kompetencer afspejler de eksisterende samarbejdsflader. Når man vil udvikle nye tilbud til de psykisk syge, får det derfor konsekvenser for barriererne for samarbejde, om man vælger at introducere en helt ny organiseringsform, eller om man vælger at udvikle de eksisterende former. Opsøgende indsats, case management og placeringen af social- og behandlingsmedarbejdere i samme teams er eksempler på, hvordan den samme idé får forskelligt indhold. Analysen viser, at det er vigtigt at anvende de eksisterende organisatoriske kompetencer, når den psykiatriske indsats skal udvikles uden at støde på nye – eller forstærke eksisterende – barrierer for samarbejde.

Erfaringer fra udlandet viser, at der kan være et besparelspotentiale ved at behandle visse patienter i opsøgende psykoseteam samtidig med, at der gives en bedre behandling. Besparelspotentialet består i, at der spares psykiatriske sengedage, der mere end opvejer den relativt dyrere ambulante behandling, som opsøgende psykoseteam er. Denne økonomiske analyse indikerer, at der ikke på nuværende tidspunkt kan siges noget endeligt om de økonomiske konsekvenser i Danmark, idet analysen af de to opsøgende psykoseteam ikke peger i samme retning. Der er et reduceret sengedagsforbrug for patienter behandlet i det ene opsøgende psykoseteam, men ikke for patienter behandlet i det andet.