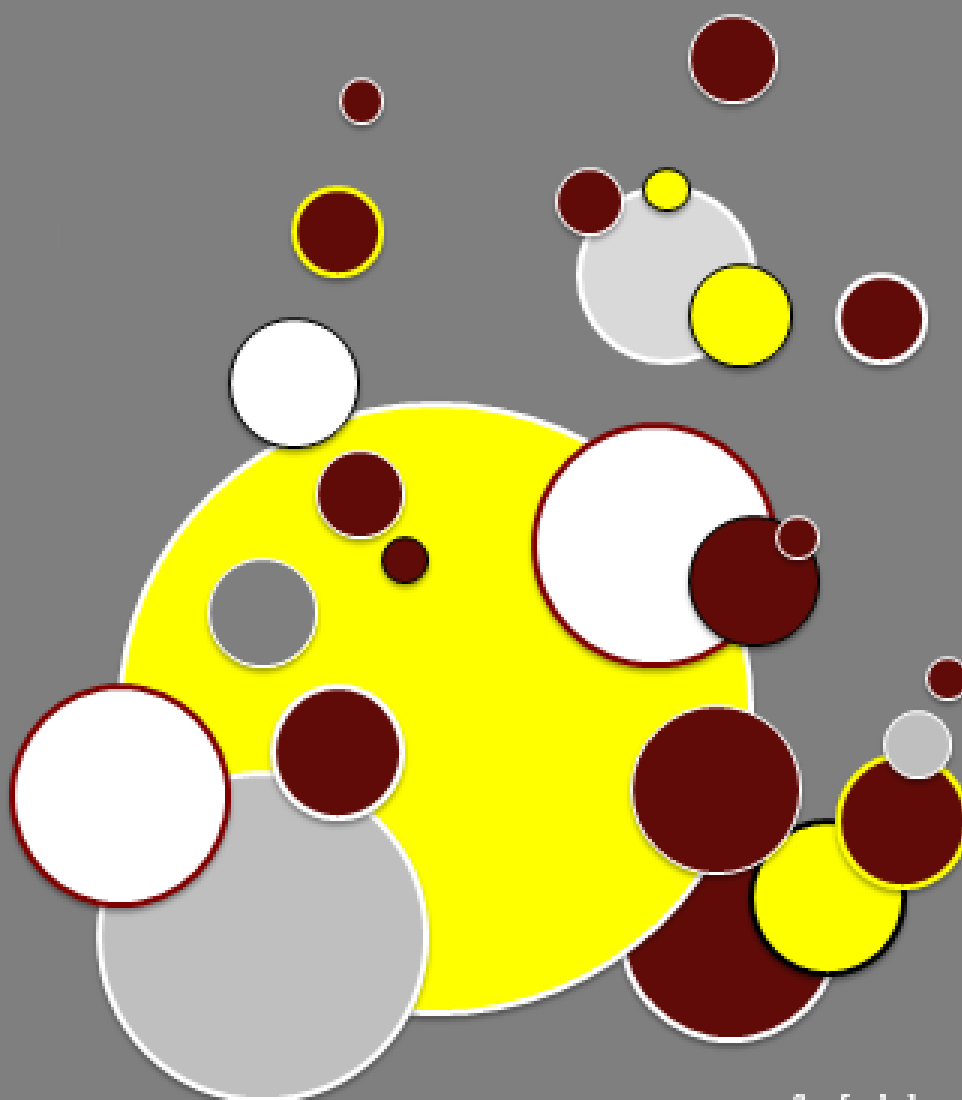


# Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet

August 2016



Samfundsøkonomi- cand.oecon.  
Speciale - 4. semester  
Aalborg Universitet 2016

Vejleder: Karin Dam Petersen  
Udarbejdet af:  
Marianne Knudsen & Sobitha Theiventhiran  
Aflæveringsdato: 8. august 2016



## Titelblad

Aalborg Universitet

Samfundsøkonomi, Speciale - 4. semester 2016

Projektemne: Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet

Afleveringsdato: 8. august 2016

Vejleder: Karin Dam Petersen

Antal sider: 123

Antal anslag: 239.732

Antal normalsider: 99,88

Projektet er udarbejdet af:

---

**Marianne Knudsen**

**Studienr.: 20113912**

---

**Sobitha Theiventhiran**

**Studienr.: 20113923**



## Forord

Dette speciale er udarbejdet af to samfundsøkonomi studerende, Marianne Knudsen og Sobitha Theiventhiran, fra Aalborg Universitet i perioden februar til august 2016. Baggrunden for specialet er et projektsamarbejde fra 9. semester, der tog udgangspunkt i arbejdet med mennesker med psykiske lidelser og samfundsøkonomien. Dette skabte en undren over hvilke tiltag der laves for at sikre, at disse personer får mulighed for at indgå i samfundet på så lige fod med andre, som det er muligt. Hensigten med specialet er at synliggøre, hvilke indsatser der er gjort for mennesker med psykiske lidelser i psykiatrien, og hvilke arbejdsmarkedspolitiske tiltag der er gjort for at give disse personer en tilknytning til arbejdsmarkedet, samt hvilke udfordringer der er forbundet hermed. Derudover vil projektsamarbejdet fra 9. semester danne baggrund for en case. Derfor forventes det, at læseren af dette speciale har en grundlæggende viden inden for sundhedsøkonomi, institutionel økonomi og makroøkonomi.

Vi vil gerne benytte lejligheden til særligt at takke vores vejleder, Karin Dam Petersen, for at have været fleksibel og yde en yderst tilfredsstillende vejledning med konstruktiv kritik og god feedback gennem hele processen. Endvidere vil vi gerne sige tak til Det Psykiatriske Team bestående af den psykiatriske overlæge, Thorkil Nielsen, og den psykiatriske sygeplejerske, Dorthe Nielsen, fra Sygehus Vendsyssel, Hjørring, der har været en særlig del af projektsamarbejdet på 9. semester og derfor også casen, der indgår i specialet. Til sidst vil vi gerne takke vores venner og familier for støtte og opbakning gennem hele specialeskrivningen.

God læselyst!



## Abstract

The following thesis investigates how efforts in the psychiatry harmonizes with specific labor market policy initiatives, having the purpose of ensuring people with psychiatric illnesses a relation to the labor market. The purpose of the thesis is to evaluate the effects of initiatives for people with psychiatric illnesses and their relation to the labor market. The thesis further attempts to shed light on the coordination between both the psychiatry and labor market to establish whether initiatives' reach their full potential effect.

To answer the research question, an analysis is carried out that investigates selected initiatives in the psychiatry, with special emphasis on initiatives pertaining to treatments, by means of package-courses and guarantees, for psychiatric patients that has an illness uniformity similar to that of patients with somatic diseases. Furthermore, initiatives from the early-retirement reforms of 2003 and 2013 are included in the analysis to investigate specific labor market policy initiatives.

The main results of the analysis are that several well-functioning efforts and initiatives exist with respect to treating patients with psychiatric illnesses as well as for establishing contact to the labor market for patients with psychiatric illnesses. However, several signs have been found that points towards the existence of a lack of coordinated efforts between sectors such that the full individual and societal benefits of the sector-specific efforts may not be reached.

The thesis further includes a case that exemplifies how the implementation of psychiatrics in somatics may contribute to creating a coordinated effort that provides psychiatric patients with a relation to the labor market. The case specifically describes the work of a psychiatric team at the emergency room, section 404, at Sygehus Vendsyssel, Hjørring, and how the work of this team can establish a coordinated effort between the psychiatry and efforts with relation to labor market policy for persons with psychiatric illnesses, and as such how the team contributes to realizing an individual and societal economic gain from sector-specific initiatives.

## Læsevejledning

Det 1. kapitel præsenterer den indledende del af specialet, hvilket omfatter, abstract der indeholder et resumé af hele specialet, indledning der er en teaser af specialets fokusområder og en problemformulering, der rummer vores videnshul ift. psykisk sygdom og arbejdsmarkedet. Til sidst præsenteres metoden, der redegør for fremgangsmåden ift. de metodiske overvejelser gennem empiri- og dataindsamling, beskrivelser af begreber, definitioner og teorier.

Det 2. kapitel præsenterer psykiatriens historie for at give en baggrundsforståelse af, hvordan personer med psykiske sygdomme er blevet opfattet i samfundet, samt hvilken påvirkning det har haft for de forskellige indsatser, der er blevet lavet i psykiatrien. Her er der særligt fokus på pakkeforløb og udrednings- og behandlingsgaranti. Psykiatriens historie vil blive analyseret for at se, hvilken betydning forskellige indsatser har haft, for personer med psykiske sygdomme og samfundsøkonomien.

Det 3. kapitel omhandler hvilke arbejdsmarkedspolitiske tiltag der de senere år er gjort for, at dem med psykiske lidelser kan få en tilknytning til arbejdsmarkedet. Herunder er der særligt fokus på førtidspensionsreformerne fra 2003 og 2013. Dette kapitel vil ligesom det forrige kapitel blive analyseret for at se, hvilken betydning indsatserne har haft for personer med psykiske sygdomme og samfundsøkonomien.

Det 4. kapitel behandler en case om et psykiatrisk team på afsnit 404, Sygehus Vendsyssel Hjørring. Dette er medtaget for at vise, hvordan mindre sygehuse anvender alternative muligheder for at imødekomme patienter med psykiatriske problemstillinger, og hjælpe til et hensigtsmæssigt behandlingsforløb, og samtidig være bindeled mellem flere sektorer.

Det 5. kapitel består af tre diskussionsafsnit, hvor prioritering vil være det gennemgående diskussionsemne i alle tre afsnit. Her vil indsatser for personer med psykisk sygdom i sundhedsvæsenet vil være det første diskussionsområde, derefter vil de arbejdsmarkedspolitiske tiltag blive diskuteret, og til sidst vil casen blive diskuteret, hvor den trækker tråde op til de to andre diskussionsafsnit.

Det 6. kapitel giver en konklusion, som opsamler de væsentligste pointer, der skal besvare problemformuleringen.



Det 7. kapitel indeholder en perspektivering, der belyser, hvilke overvejelser oprindeligt var til specialet, og hvilke mulige områder der ellers kunne være udforsket. Derudover ses der på, hvordan det nuværende speciale kunne være udbygget, hvis data havde været tilgængelige.



## Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Abstract .....	4
Læsevejledning .....	5
Kapitel 1 .....	10
1.1 Indledning .....	10
1.1.1 Problemformulering .....	12
1.2 Metode .....	12
1.2.1 Empiri- og dataindsamling .....	12
1.2.1.1 Empiriindsamling .....	13
1.2.1.1.1 Empiriindsamling til specialet .....	13
1.2.1.1.2 Empiriindsamling til casen .....	13
1.2.1.2 Dataindsamling .....	14
1.2.1.2.1 Data til specialet .....	14
1.2.1.2.2 Data til casen .....	14
1.2.2 Definition og begreber .....	14
1.2.2.1 Definition af psykisk sygdom .....	14
1.2.2.2 Begreber .....	15
1.2.2.2.1 Institutioner .....	15
1.2.2.2.2 Organisationer .....	16
1.2.3 Teorier .....	16
1.2.3.1 IDIOT-modellen .....	17
1.2.3.2 K. William Kapp .....	18
1.2.3.3 Path dependence .....	19
1.2.3.4 De tre arenaer .....	20
Kapitel 2 .....	23
2.1 Psykiatriens historie .....	23
2.1.1 Et ændret syn på sindslidende .....	25
2.1.2 Psykofarmaka .....	27
2.1.3 USA's forskningsresultater .....	28
2.1.4 Reducering af udgifterne i sundhedsvæsenet .....	29
2.1.5 Kommunalreformen, 1970 .....	30
2.1.6 Decentralisering af det administrative ansvar .....	31
2.1.7 ICD-10 klassifikationssystemet .....	33
2.1.8 Liaisonpsykiatri i Danmark .....	35



2.1.9	Strukturreformen, 2007 .....	36
2.1.10	Pakkeforløb i psykiatrien.....	37
2.1.11	Ny garantiordning .....	40
2.1.12	Finansiering af psykiatrien.....	41
2.1.13	Psykiatriens historie og path dependence.....	45
Kapitel 3	.....	47
3.1	Arbejdsmarkedspolitik.....	47
3.1.1	Hvorfor er det vigtigt at få psykisk syge ud på arbejdsmarkedet? .....	47
3.1.2	Førtidspensionsreform fra 2003 .....	49
3.1.2.1	Førtidspensionsreformen fra 2003 ift. Kapp.....	51
3.1.2.2	Førtidspensionsreformen fra 2003 ift. IDIOT-modellen.....	52
3.1.2.3	Førtidspensionsreformen fra 2003 ift. de tre arenaer .....	53
3.1.3	Udvikling i tilkendelse af førtidspension og årsager til denne .....	54
3.1.4	Baggrund for førtidspensionsreformen fra 2013.....	58
3.1.4.1	Personer under 40 år udgør en større del af nytilkendelser af førtidspension.....	60
3.1.5	Førtidspensionsreformen fra 2013.....	62
3.1.5.1	Ressourceforløb .....	63
3.1.5.2	Førtidspensionsreformen fra 2013 ift. IDIOT-modellen.....	64
3.1.5.3	Førtidspensionsreformen fra 2013 ift. de tre arenaer .....	65
3.1.6	Implementering og effekter af førtidspensionsreformen fra 2013 .....	67
3.1.6.1	Udfordringer for ressourceforløbene .....	68
3.1.7	Ressourceforløb eller førtidspension?.....	69
3.1.8	Samarbejde mellem psykiatrien og arbejdsmarkedet?.....	73
Kapitel 4	.....	75
4.1	Det Psykiatriske Team – En case.....	75
4.2	Det Psykiatriske teams funktion og opgaver.....	76
4.2.1	Ny Fælles Akutmodtagelse på Sygehus Vendsyssel .....	76
4.2.2	Etablering af det psykiatriske team på Afsnit 404, Sygehus Vendsyssel .....	77
4.2.3	Det psykiatriske teams patienter .....	78
4.2.4	Formål med det psykiatriske team og deres arbejdsopgaver.....	82
4.2.4.1	Eksempler på det psykiatriske teams arbejde med patienter .....	83
4.2.5	Teamets organisering.....	84
4.2.6	Vidensdeling og opkvalificering .....	85
4.3	Det psykiatriske team og patientens vej til samfundet og arbejdsmarkedet.....	86
4.4	Cost benefit.....	86





4.4.1 Hypotetisk cost benefit beregning .....	87
4.4.1.1 Cost benefit med 'best case scenario' .....	89
4.4.1.2 Cost benefit med 'worst case scenario' .....	91
4.4.1.3 Cost benefit med 'base case' .....	92
4.4.1.4 Konklusion på cost benefit analysen .....	92
4.4.1.5 Manglende aspekter ved cost benefit analysen .....	93
4.4.2 Opskalering af cost benefit.....	95
4.5 Kobling mellem psykiatri og arbejdsmarkedstilknytning .....	97
Kapitel 5 .....	100
5.1 Prioritering .....	100
5.2 Diskussion .....	101
5.2.1 Diskussion af indsatsen for psykisk syge i sundhedsvæsenet .....	101
5.2.2 Diskussion af arbejdsmarkedspolitikken .....	103
5.2.3 Diskussion af implementering af psykiatri i somatik, casen .....	106
Kapitel 6 .....	109
6.1 Konklusion .....	109
Kapitel 7 .....	113
7.1 Perspektivering .....	113
Kapitel 8 .....	116
8.1 Litteraturliste .....	116
Kapitel 9 .....	122
9.1 Bilag.....	122

## Kapitel 1

### 1.1 Indledning

I løbet af et år vil ca. 20 % af den danske befolkning, hvilket svarer til 700.000 – 800.000 voksne, have problemer med den mentale sundhed (*Vendsborg et al., 2015, s.7*).

Sundhedsstyrelsens definition af psykisk sundhed tager udgangspunkt i WHO's definition og lyder:

*”En tilstand af trivsel hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet”*  
(*Christensen et al., 2010, s. 7*).

Det modsatte af psykisk sundhed er mentale helbredsproblemer, der kan medføre, at det kan være svært at håndtere udfordringer i dagligdagen, stress og det at indgå i fællesskaber med andre mennesker. Dette kan også gøre det svært at varetage et job, hvorfor personer med psykiske lidelser kan have mere sygefravær, nedsat arbejdsevne eller være på førtidspension og derved ikke bidrage til samfundet i samme omfang. Historisk set har personer med psykiske lidelser og mentale problemstillinger været stigmatiseret og psykiske lidelser har været et tabubelagt emne i samfundet. Dette har medført, at behandling af disse patienter er foregået separat fra somatiske patienter, har været underprioriteret og i perioder været tilskrevet lavere status end somatiske patienters behandling. Stigmatiseringen kan være med til at fastholde psykiske patienter i den sygdomstilstand de befinder sig i, og kan muligvis forværre sygdommen (*Bundgaard, 2010, s. 1*).

Ovenstående og andre følger af mentale helbredsproblemer anslås at medføre Danmark samfundsmæssige omkostninger på 55 mia. kr. årligt. Heraf udgør de direkte omkostninger til behandling af psykiske lidelser kun ca. 10 %, mens resten går til førtidspension, langvarigt sygefravær og nedsat arbejdsevne (*Borg et al., 2010, s. 10*). Årsagen til 50 % af alle langtidssygemeldinger og 48 % af alle førtidspensioner, skyldes psykiske problemer (*Danske Regioner, 2009, s. 3*). Til trods for at mentale problemer i en stor del af tilfældene er årsagen til, at folk ikke er arbejdsdygtige eller står uden for arbejdsmarkedet, er det at have psykiske problemer stadig i et vist omfang er tabubelagt. Dette kan være en del af årsagen til, at der indtil de senere år ikke har været så stort fokus på at udvikle psykiatrien, og at psykiatrien ikke bliver sidestillet med somatikken, når det drejer sig om finansiering.



I de senere år har man fået mere fokus på at mindske de indirekte omkostninger samfundet har som følge af psykisk syge. Dette kommer sig bl.a. af, at der de senere år er blevet stillet flere psykiatriske diagnoser, og i det danske velfærdssamfund kan en psykiatrisk diagnose være adgangsgivende til sociale ydelser, hvorved der vil opstå et endnu større pres på samfundsøkonomien (*Kudahl, 2011*). Der er undersøgelser der viser, at nogle psykisk syge har mulighed for at blive symptomfri eller helt helbredt, hvorved de kan indgå som en del af arbejdsmarkedet (*Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s.7, 145*). Dette kræver dog ofte en individuelt tilrettelagt indsats, hvilket har medført, at der de senere år er kommet mere fokus på dette.

Personer med psykiske lidelser kan i nogle tilfælde få tilkendt førtidspension, men med denne tilkendelse, risikerer man at ”parkere” personer på overførselsindkomst resten af deres liv, til trods for at de med tiden og den rette hjælp, muligvis ville kunne blive selvforsørgende. Da man kunne se, at målrettede indsatser kunne få udsatte personer tilbage på arbejdsmarkedet, blev der lavet en reform i 2003. Med denne var det ikke længere muligt at få førtidspension med mindre at alle muligheder for at komme i arbejde var afprøvet og udtømt (*Retsinformation, 2002*). I 2013 indførtes endnu en reform, og denne er målrettet udsatte personer og især dem der tidligere kunne tilkendes førtidspension på baggrund af en psykiatrisk diagnose. Med denne var det nu som udgangspunkt ikke muligt for personer under 40 år at få tilkendt førtidspension. I stedet kom der mere fokus på de individuelle forløb for at få personer tilbage på arbejdsmarkedet (*Beskæftigelsesministeriet, 2012*).

Et sted hvor man uanfægtet reformer på arbejdsmarkedet har gjort en indsats for personer med psykiske lidelser, er på Sygehus Vendsyssel i Hjørring. Her er der fokus på at opdage psykisk sygdom hos patienter indlagt på en somatisk afdeling, ved at have implanteret et psykiatrisk team bestående af en psykiater og en psykiatrisk sygeplejerske. Ved mistanke om psykisk sygdom, bliver der henvist til enten udredning, behandling eller sociale tilbud, der kan hjælpe den psykisk syge tættere på en raskmelding og dermed også tættere på at indgå som en del af samfundet på lige fod med alle andre.

### 1.1.1 Problemformulering

*Hvordan harmonerer indsatsen i psykiatrien, med de arbejdsmarkedspolitiske tiltag, for at sikre personer med psykisk sygdom en tilknytning til arbejdsmarkedet?*

Ved indsatser i psykiatrien bliver der set på, hvordan personer med psykisk sygdom er blevet opfattet gennem historien. Dette gøres, da det har haft indflydelse på graden af fokus man har haft på denne patientgruppe, hvilket har været afgørende for den indsats der er gjort i psykiatrien. Med indsatser menes der både indsatser i behandlingen, herunder udvikling af nye behandlingsmetoder, men også hvordan patienternes ret til udredning og behandling er blevet sikret gennem udrednings- og garantiordninger. Der ses også på, hvordan den overordnede finansiering af indsatserne påvirker mulighederne for at gennemføre indsatserne.

Ved arbejdsmarkedspolitiske tiltag er der fokus på de reformer, der de senere år er blevet implementeret for at sikre udsatte personer og personer med psykiske lidelser en tilknytning til arbejdsmarkedet. Her vil der være fokus på førtidspensionsreformerne fra 2003 og 2013, da disse reformer har haft særligt fokus på at sikre arbejdsmarkedstilknytning for de personer der vil have udfordringer med dette.

## 1.2 Metode

### 1.2.1 Empiri- og dataindsamling

I dette afsnit vil de metodiske overvejelser blive beskrevet, for at give et overblik over, hvad der er benyttet til at besvare problemformuleringen. Derfor vil arbejdsprocessen blive beskrevet, hvorefter empiri- og dataindsamlingen til specialet og til casen blive præsenteret. Efterfølgende vil begreber, definitioner og teorier blive beskrevet og i den forbindelse vil der fremgå, hvordan de vil blive anvendt i projektet.

Arbejdsprocessen gennem specialet har været præget af både den induktive og deduktive tilgang. Den induktive tilgang omhandler, hvordan der slutes fra det generelle til det specifikke, hvilket gør sig gældende, når teorierne bliver anvendt i forbindelse med den beskrivende empiri. Derved forsøges der at forklare noget specifikt vha. noget generelt. Den deduktive tilgang omhandler derimod, hvorledes der slutes fra det specifikke til det generelle, hvilket gør sig gældende gennem casen (*Fuglsang & Olsen, 2009, s. 567, 573*). Casen er udarbejdet på baggrund af en specifik afdeling på Sygehus

Vendsyssel Hjørring, hvor cost benefit analysen af det psykiatriske team bliver skaleret op til et aggregeret niveau, hvor der forsøges at lave en beregning af, hvordan cost benefit- analysen vil se ud på landsplan, dog med forbehold for regionale forskelle og andre faktorer der ikke kan kvantificeres, hvilket vil blive udbybet i kapitel 4.

### 1.2.1.1 Empiriindsamling

#### 1.2.1.1.1 Empiriindsamling til specialet

Empiriindsamlingen til specialet er foregået gennem en systematiseret litteratursøgning på internettet. Derigennem er der blevet fundet adskillige videnskabelige artikler, rapporter og lignende, der danner grundlag for specialet og underbygger de fokusområder, der er medtaget. Derudover er der blevet anvendt forskellige teorier som projektgruppen har tillært sig gennem samfundsøkonomistudiet, hvor fokusområderne for teorierne i specialet har været institutionelle teorier. Da der i den danske kontekst ikke foreligger meget evidensbaseret litteratur på området med psykisk syge og arbejdsmarkedet, er der blevet foretaget en konstruktiv vurdering af den fundne empiri undervejs i skriveprocessen. Derudover er der blevet hentet inspiration fra projektgruppens 9. semesterprojekt til case-afsnittet, hvor der i dette projekt er arbejdet videre med empirien baseret på de tidligere observationer og interviews fra det psykiatriske team fra afsnit 404, Sygehus Vendsyssel, Hjørring.

#### 1.2.1.1.2 Empiriindsamling til casen

Casens empiriindsamling er foregået gennem litteratursøgning på et overordnet niveau ift. emnet om personer med psykisk sygdom, derudover har det bestået af observationsstudier og interviews af personalet på Sygehus Vendsyssel, Hjørring, Afsnit 404. Det psykiatriske team på afsnit 404 har hovedsageligt været hovedpersonerne i interviewene, men også andre fagprofessionelle på afsnittet har bidraget til empirien. Der er ikke blevet opstillet interviewguides, hvorfor der ikke har været tale om strukturerede spørgsmål. Dette er grundet, at der kun foreligger begrænset litteratur offentligt tilgængeligt, vedrørende det psykiatriske team og deres arbejde med de psykiatriske patienter, hvilket kun omfatter to korte artikler. Den ene hedder ”*Psykiatri i akutmodtagelsen*” fra juni 2013, der kort beskriver det psykiatriske team og deres formål. Den anden artikel hedder ”*Psykiatriske tilsyn på Sygehus Vendsyssel* og er fra september 2015, hvilket er målrettet det interne personale på Sygehus Vendsyssel. Indholdet af de to artikler var grundigere beskrevet i interne dokumenter, som projektgruppen har haft adgang til. Derfor er de interne dokumenter anvendt som kilder, hvilket er præsenteret som ekspertudtalelser frem for de to kortfattede artikler. Det kan derfor siges, at samtalerne med det psykiatriske team og de andre sundhedsprofessionelle på afsnittet tilnærmelsesvis minder om interviews.

På baggrund af de indledende interviews og observationer er der efterfølgende blevet opstillet kvantitative og kvalitative spørgsmål der løbende er blevet besvaret.

### 1.2.1.2 Dataindsamling

#### 1.2.1.2.1 Data til specialet

Udover videnskabelige artikler, rapporter og bøger er empirien blevet suppleret med data fra kilder som Danmarks Statistik, Ankestyrelsen, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. I specialet er der hovedsageligt anvendt disse kilder til den kvantitative dataindsamling på nær til casen, for at sikre den størst mulige kontinuitet. Specialet tager forbehold for efterfølgende dataopdateringer og ændringer, og derfor er der i kildelisten angivet, hvornår disse kilder til data sidst har været tilgængelige.

#### 1.2.1.2.2 Data til casen

Oplysningerne om de psykiatriske patienter som det psykiatriske team tilser bliver registreret på et fysisk registreringsskema. Det er anonymiserede udgaver af disse registreringsskemaer, der ligger til grund for det data, som projektgruppen har fået udleveret, hvorefter der er blevet udarbejdet en database over disse patienter, der blev oprettet i Excel. De anonymiserede skemaers oplysninger indeholdt løbenr., køn, alder, diagnose og henvisning, hvilket er blevet anvendt til at udarbejde det deskriptive statistik, der er medtaget i kapitel 4. Data er udarbejdet på patientgrupper, hvorfor data for enkeltpersoner ikke blevet gengivet i specialet. Casens dataperiode strækker sig fra april 2013- april 2015, grundet den tid, hvor det psykiatriske team har været etableret og en del af afsnittet.

### 1.2.2 Definition og begreber

#### 1.2.2.1 Definition af psykisk sygdom

I specialet er fokus på patientgruppen med personer med psykiske lidelser, hvorfor der her vil være en definition af, hvem der tilhører denne gruppe. Personer med psykiske lidelser, patienter med psykiske lidelser, mennesker med psykisk sygdom, psykisk syge og sindslidende er alle udtryk, der i dette speciale dækker over en fælles betegnelse for personer med psykisk sygdom. I dette projekt defineres personer med en psykisk sygdom, som personer der er diagnosticeret med en diagnose fra ICD-10-koderne, der er et internationalt klassifikationssystem for psykiske lidelser, hvilket vil blive uddybet i afsnit 2.1.7. I specialet er der fokuseret på personer med lettere psykiske lidelser, hvilket

bliver betegnet som ikke-psykotiske lidelser. Derfor er der set bort fra de sværere psykiske sygdomme, hvilket også bliver betegnet som psykotiske lidelser, hvor personer, har en nedsat realitetsans.

#### 1.2.2.2 Begreber

Institutioner og organisationer er to begreber Douglass C. North anvender på en anden måde ift., hvordan begreberne i al almindelighed anvendes i daglig tale. Derfor vil definitionen af de to begreber være beskrevet nedenfor, for at give læseren en forståelse af begreberne, der vil være gældende gennem specialet. Douglass C. Norths definitioner er blevet udarbejdet på baggrund af observationer, hvor samspillet mellem institutionerne og organisationerne er blevet iagttaget for at se, hvordan det er med til at forme den institutionelle udvikling.

Begreberne er valgt for at underbygge de betydelige institutionelle forandringer, der har medvirket til at forandre samfundets organiseringen ift. hvor psykiatrien har været, og hvor den står i dag. Derudover skal disse begreber være med til at give en forståelse af de indsatser, der er blevet lavet i sundhedsvæsenet samt de arbejdsmarkedspolitiske tiltag, der er lavet for personer med psykiske sygdomme. Begreberne kan derfor være behjælpelig til at se, om indsatserne i begge sektorer harmonerer.

##### 1.2.2.2.1 Institutioner

Når begrebet institution bliver anvendt i daglig tale bliver der ofte relateret til private og offentlige enheder fx i form af daginstitutioner, men Douglass C. North benytter her en anden definition:

*”Institutions are the rules of the game in the society or, more formally, are the humanly devised constraints that shape human interaction”*

(North, 2011, s. 3)

Ifølge North fortæller citatet, at institutioner både rummer de formelle og uformelle regler, der danner rammerne for, hvordan individer og grupper skal interagere i samfundet. Institutioner bliver ligeledes betegnet som ”rules of the game”, hvilket skal ses som samfundets spilleregler. Derfor kan institutionerne siges at være begrænsninger, der er skabt for at få individer og grupper til at agere på en bestemt måde i samfundet. De formelle regler indeholder love, regler, forfatninger, kontrakter m.m., mens de uformelle regler betegnes som normer, vaner, adfærd m.m. Læringsprocessen hos individet

bliver forandret med tiden, og derigennem bliver institutionerne udviklet. På den måde danner det grundlag for at institutionerne er medvirkende til at skabe en incitamentsstruktur for samfundet (Fogel & North, 1993).

#### 1.2.2.2 Organisationer

Når begrebet organisationer bliver anvendt i daglig tale bliver der ofte relateret til grupper eller mennesker, der arbejder for de samme mål og interesser, hvilket tilnærmelsesvis minder om Douglass C. Norths definition på organisationer:

*”Organizations include political bodies (political parties, the Senate, a city council, a regulatory agency, economic bodies (firms, trade unions, family farms, cooperatives) social bodies (churches, clubs, athletic associations, and educational bodies (schools, universities, vocational training centers. They are groups of individuals bound by same common purpose to achieve objectives”.*

(North, 2011, s. 5)

Ifølge North fortæller citatet, at organisationer kan defineres som ”players of the game”, og det er derfor de individer eller grupper der skal følge ”spillereglerne”, der ovenfor er defineret som institutioner. Organisationer kendetegnes ved at individer eller grupper har en fælles interesse, hvilket gør, at de er sammenbundet omkring et fælles mål. Dette kan relateres til, at individer eller grupper tilhører forskellige organisationer alt efter, hvilket en af de tre arenaer, den politiske, den økonomiske eller civilsamfundsmæssige, de befinder sig i. Derfor kan individet eller grupper indgå i forskellige relationer og samtidig varetage forskellige opgaver alt efter, hvilket funktion de besidder. Derfor kan den samme person altså både være chef i en virksomhed, formand i en sportsklub og samtidig være far i en familie (Ingemann, 2010, s. 23).

#### 1.2.3 Teorier

I det nedstående afsnit vil de valgte institutionelle teorier blive præsenteret, hvorefter de vil blive sat i relation til, hvordan de vil blive anvendt i specialet. De institutionelle teorier, der er medtaget nedenfor omfatter magtstrukturen og den sociale organisering, hvilket danner grundlag for, at der bliver analyseret gennem et holistisk perspektiv.



### 1.2.3.1 IDIOT-modellen

Til at forklare forløb i forandringer, har Ove Kaj Pedersen udviklet en model med fem trin. Modellen kaldes IDIOT-modellen, og de fem trin kan ses som værende antagelser for, at forandringer kan ske, ved at det ene trin fører til det næste. Nedenfor vil de fem trin i modellen blive beskrevet, hvor rækkefølgen af trinene i teorien er fast, mens det i virkeligheden kan opfattes som om at nogle af trinene sker på samme tid.

1. Ideer (I) er grundstenen på vejen til en forandring. Ideer kan udvikles af alle, i alle sammenhænge og samfundslag. Dog er det kun et fåtal af ideerne der udvikles til forestillinger, hvilket gør det muligt for ideen at fortsætte i forandringsforløbet.

2. Diskurs (D) opstår, når forestillingerne er blevet dele af det der forstås som fornuftige argumenter. Når en samlet række forestillinger har det samme udgangspunkt, er der tale om en diskurs. Herved er der dannet en fælles forståelse, der er grundlag for, hvad der opfattes som rationelt, og herudfra dannes der regler for, hvornår noget opfattes som rationelt.

3. Institutioner (I) opstår når diskurserne danner grundlaget for de forventninger der er til, hvordan man skal opføre sig i bestemte sociale sammenhænge, fordi diskurserne er blevet så selvfølgelige. For at institutioner kan opstå, kræves det at ideer og diskurser er blevet udviklet, og at der er sket en social disciplinering, hvor langt de fleste tager andres måde at opføre sig på for givet.

4. En organisation udgøres af flere institutioner. Organisationer adskiller sig fra institutioner ved at de kan have en postadresse, en ledelse, et budget og et regnskab. Der er altså tale om en mere formel samling af institutioner, hvor der er en arbejdsdeling mellem ansatte og ledelsen og dermed også et hierarki. En anden måde, hvorpå organisationer adskiller sig fra institutioner er, at hvor institutioner ikke holder til et bestemt fysisk geografisk sted, har organisationer ofte mure omkring og et fast tilholdssted. Derudover er der mennesker bag organisationen, der varetager organisationens interesser.

5. Transformation (T) er de ændringer og forandringer som organisationens arbejde har været med til at skabe grundlag for. Transformationen kan ske både i organisationen selv, men også uden for organisationen. Forandringerne kan opstå som følge af de beslutninger der tages i organisationen, men også gennem de ressourcer der anvendes. I organisationerne handles der som regel rationelt, hvorfor

de, ved at følge procedurer, kan udpege problemer, tage beslutninger, og anvende ressourcer til at løse problemerne. Det er på denne måde organisationerne kan transformere sig selv og omverdenen (*Pedersen, 2011, s. 35-37*).

Det antages i IDIOT-modellen at ideer er vigtige, da det er dem der, gennem de ovenstående led, har mulighed for at udvikle sig til organisationer, der kan skabe transformation. Derudover antages det at det er studierne af de processer ideerne gennemgår, der kan give indsigt i det der forandres og hvilket udviklingsforløb der har ført til den forandring der er sket. Da det ene led i IDIOT-modellen påvirker det næste led i modellen, er fokus i modellen på tilpasning i forhold til de tidligere led i processen og påvirkning af den fremtidige udvikling af processen. I nogle tilfælde kan det se ud som om at der springes et led over i modellen, men det skyldes blot at transformationsprocessen er meget hurtig, da der ikke ét af leddene, der kan undvære de tidligere led i modellen.

Når en ide er blevet til en transformation, kan transformationen igen føre til nye ideer, som hvis de går igennem hele udviklingsprocessen kan føre til en ny transformation (*Pedersen, 2011, s. 37*).

Denne teori vil blive anvendt i specialet, når der skal forklares, hvordan nye indsatser i sundhedsvæsenet og nye arbejdsmarkedspolitiske tiltag gennemgår en forandringsproces, og hvordan disse påvirker personer med psykiske lidelser ift. til den behandlings- og beskæftigelsesmæssige indsatser.

#### 1.2.3.2 K. William Kapp

Teoretikeren K. William Kapp behandler transformationsproblematikken gennem time-lag, der af Kapp betegnes som de tidspunkter, hvor organisationer forandres som følge af en institutionel forandring. Derudover har han fokus på, hvordan individer agerer i en institutionel forandring. Dette gør han ved at se på, hvordan civilsamfundet, der er en af de tre arenaer, som vil blive beskrevet senere, agerer, da individerne tilsammen udgør civilsamfundet.

Ifølge Kapp er det på baggrund af menneskets normer, vaner, rutiner, handlingsmønstre m.m. at institutioner opstår.

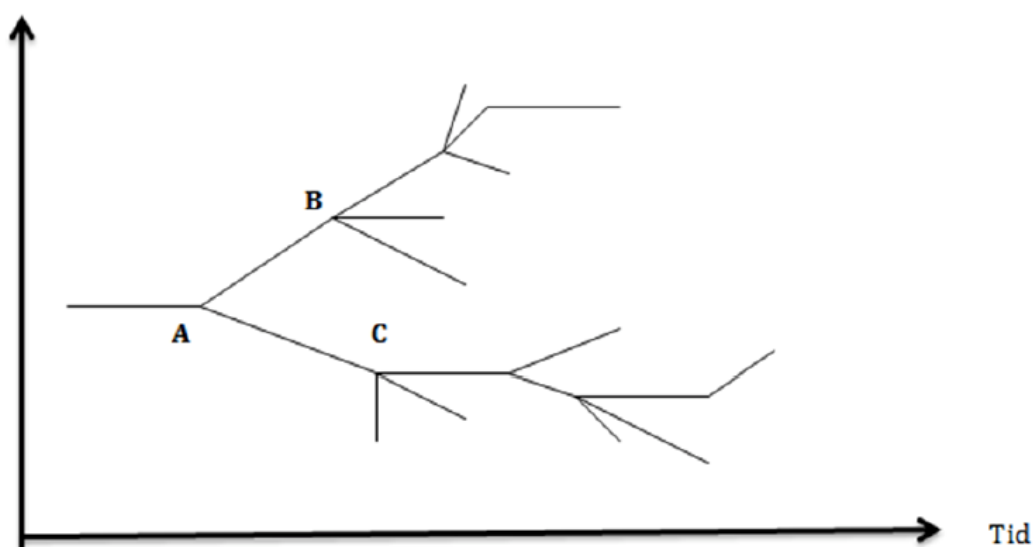
Individernes adfærd spiller en stor rolle i forhold til, hvad der findes hensigtsmæssigt og uhensigtsmæssigt i en institutionel forandring (*Kapp, 2011, s. 59*). Individet skal lære at mestre det institutionaliserede system ift. til deres adfærdsmønstre, der bliver påvirket af omgivelserne. Da det ikke kun er, hvordan det enkelte individ råder over uformelle normer og handlingsmønstre, men også de formelle normer, som organiserer interaktioner mellem grupper og kulturen, er der også fokus på det socioøkonomiske aspekt (*Kapp, 2011, s. 55*). På baggrund af interaktionerne forekommer der en kollektiv handling, også kaldet collective action (*Kapp, 2011, d. 56-57*).

Ifølge Kapp er den socialøkonomiske struktur ikke i uligevægt, han mener derimod at den er i en løbende proces. Processen finder sted, når der sker en institutionel forandring, hvor individer og grupper skal tilpasse sig til forandringerne (Kapp, 2011, s. 63). Individer erhverver sine adfærdsmønstre, holdninger og værdier gennem en enkulturationsproces, hvilket består i en delvist ubevidst tilegnelse af gældende normer i den pågældende kultur under en forandringsproces. I denne proces indordner individerne sig efter samfundets betingelser og forandringer, ved at handle i overensstemmelse med de eksisterende institutioner. Herved afspejler individerne en kollektiv handling, som er i overensstemmelse med en fælles forståelsesramme (Kapp, 2011, s. 62).

Denne teori blive anvendt i specialet i forbindelse med, forklaring af de forandringer der sker, hvor personer med en psykisk sygdom skal lære at tilpasse sig de nye indsatser både i psykiatrien, men samtidig også når der forekommer nye arbejdsmarkedspolitiske tiltag. Derved vil der igennem teorien blive analyseret på, hvordan det påvirker de psykisk syge og deres pårørende ift. hvordan de interagerer med systemet.

### 1.2.3.3 Path dependence

Den amerikanske økonom Douglass North har udarbejdet økonomiske teorier, der skal hjælpe til at forstå den økonomiske fortid og fremtidige valg i en institutionel forandring. En teori der kan bruges til at forstå og forklare en institutionel udvikling på baggrund af fortidens valg, og belyse de fremtidige valgmuligheder er teorien om path dependence. Denne teori kan illustreres vha. nedenstående figur.



Kilde: Ingemann, 2010, s. 27 samt egne redigeringer

Figuren starter i et punkt der karakteriseres som valgmulighed A. Efter dette punkt vil der opstå nye valgmuligheder, hvor valget af retning afhænger af, hvad der virker mest hensigtsmæssigt på det pågældende tidspunkt. Når man efter første mulighed har valgt en bestemt vej, opstår der senere flere nye valgmuligheder. Der opstår nye valgmuligheder, hver gang der er truffet et valg, og disse nye valgmuligheder, vil være anderledes end de muligheder man havde haft, hvis man tidligere havde valgt en anden sti. Når en sti er valgt, opstår der en ny institutionel ligevægt, der varer indtil en institutionel forandring skaber en uligevægt, der medfører at der opstår nye valgmuligheder. Tidspunkter, hvor der er en institutionel uligevægt, kaldes også *critical junctures*, kritiske tidspunkter, da det er her der sker en hændelse i samfundet, der ryster ligevægten og kræver en forandring (Ingemann, 2010, s. 27-28).

Hovedpointen i teorien er at de valgmuligheder der findes, altid afhænger af ”valgskridtet” efter punktet A. Disse valgmuligheder er illustreret ved de små kviste der udspringer af punktet A, og efter et valg af en af disse kviste/stier, opstår der forandringer som ventede eller uventede konsekvenser af de foregående valg. Tiden i modellen er historisk og kronologisk, da de valg der træffes ikke kan ændres. Man kan dog tage nye valg, hvorved man kan forsøge at komme tættere på de stier man ellers kunne have valgt. Derfor kan det ikke udelukkes at man kan nærme sig punktet B, hvis man står i punktet C, men man kan aldrig nå op til punktet B, da der efter valget af stien mod punkt C, er opstået institutionelle forandringer, der har skabt en anden kontekst. Dette viser også at fortidens valg altid vil påvirke fremtidens valgmuligheder (Ingemann, 2010, s. 27-28). Da de hidtidige resultater og valg kun kan forstås på baggrund af de forrige valg, forbindes fortiden med nutiden og fremtiden (North, 2011, s. 118).

Denne teori vil blive anvendt i specialet, når kapital 2 om psykiatriens historie skal afrundes, og påpege de væsentligste hændelser, der har rystet ligevægten og skabt en forandring for personer med psykisk sygdom. Derudover er den med til at skabe et overblik over, hvordan psykiatrien har kæmpet en kamp om anerkendelse og vejen mod at blive ligestillet med somatikken.

#### 1.2.3.4 De tre arenaer

Teorien om de tre arenaer skal hjælpe til at give en forståelse af samspillet mellem forskellige samfundsmæssige arenaer, den økonomiske, den politiske og den civilsamfundsmæssige, og hvilke relationer der er både internt i arenaerne, men også hvilke relationer der er mellem arenaerne.

**Tabel 1: De tre arenaer**

<b>Arena</b>	<b>Typiske rationelle enheder</b>	<b>Typiske mekanismer for allokering</b>	<b>Typisk aktivitet</b>
<b>Økonomisk</b>	Forbrugere og producenter, iværksættere og finansielle kapitalejere	Allokering via markedet, hvor udbud og efterspørgsel er i spil	Produktion og reproduktion
<b>Politisk</b>	Borgere/vælgere og politikere	Autoritativ markeds-mæssig allokering og beslutning via bureaukrati	Regulering og omfordeling
<b>Civilsamfund</b>	Familiemedlemmer, naboer, venner m.fl.	”Frivillig” allokering ift. medfølelse, fællesskabsfølelse og medmenneskelighed	Omsorg, oplevelse og interesseområder

Kilde: *Ingemann, 2011, s. 20, samt egne redigeringer*

Den økonomiske arena omfatter primært udbud og efterspørgsel. I denne arena foregår relationerne bl.a. mellem forbrugere og producenter, iværksættere og finansielle kapitalejere. Via markedet skal der i denne arena allokere, gennem køb og salg af varer og tjenesteydelser (*Ingemann, 2010, s. 19-20*).

Den politiske arena omfatter de samme mennesker som de der er i den økonomiske arena, men fordi relationerne i denne arena er anderledes end den økonomiske, bliver de nu karakteriseret som borgere, vælgere og politikere. Det er i denne arena de politiske rammer og vilkår, for hvordan samfundet skal fungere, bliver vedtaget. Herudover bestemmes det også, hvordan de forskellige goder skal omfordeles, så man fx kan opretholde et velfærdssystem. I denne arena er der repræsentanter, der bliver valgt gennem bureaukratiske beslutninger, og gennem den autoritative markeds-mæssige allokering, udvikles, vedtages og forandres institutioner (*Ingemann, 2010, s. 19-20*).



Den civilsamfundsmæssige arena indbefatter civile borgere såsom forskellige familiemedlemmer, venner, naboer, interesseorganisationer, foreninger m.fl. Relationerne allokeres ”frivilligt” og derfor er formålet i denne arena at leve det liv man ønsker, og om man indgår i relationer eller ej, er op til det enkelte individ (*Ingemann, 2010, s. 19-20*).

Medlemmerne i de tre arenaer er de samme, men man indtager forskellige ”roller” alt efter hvilken arena man befinder sig på, på det pågældende tidspunkt, og man kan også være i flere arenaer på samme tid. De tre arenaer, den økonomiske der repræsenterer virksomheder og forbrugere, den politiske der repræsenterer forvaltning og civilsamfundet der repræsenterer organisationer og netværk, viser hvordan aktørerne interagerer med hinanden og derved danner markedet. Et marked dannes dermed ikke udefra, men af den koordinering eller mangel på samme, der er mellem de tre arenaer (*Hall & Soskice, 2001, s. 8-9*) (*Barma & Vogel, 2008, s. 9*).

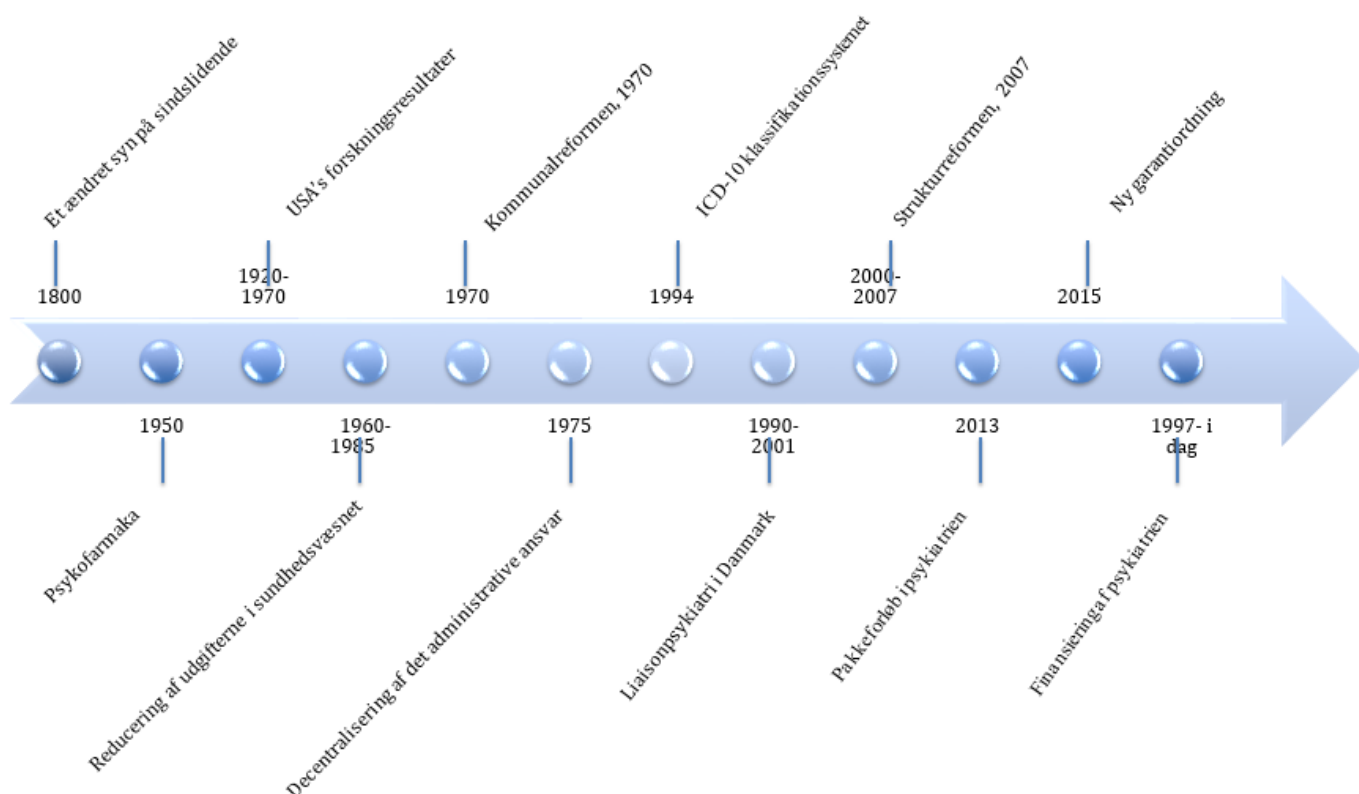
Denne teori er anvendt i specialet, når der bliver analyseret på, hvordan de tre arenaer har haft en påvirkning på hinanden og hvilken indflydelse og påvirkning, det har haft for personer med psykiske lidelser og for samfundsøkonomien. Idet der ikke kan forekomme en ændring i én arena uden at det påvirker de andre, har indsatserne i psykiatrien og på arbejdsmarkedet en væsentlig betydning for, hvordan de forskellige indsatser i begge sektorer er blevet udmøntet og realiseret.

## Kapitel 2

### 2.1 Psykiatriens historie

I dette kapitel vil der være en beskrivelse af, hvordan psykiatrien har udviklet sig i Danmark siden 1700-tallet. Kapitlet vil være opdelt i forskellige tidsperioder, hvor der sker signifikante ændringer i synet på eller behandlingen af personer med psykiske lidelser. Hvert afsnit med ændringerne, vil blive analyseret vha. de teorier, der er præsenteret i afsnit 1.1.3.

**Figur 1: Tidslinje for psykiatriens historie**



Kilde: Egen grafik med overskrifter fra følgende kilder: Kragh et al., 2008

Tidslinjen viser de ændringer i psykiatriens historie, der vil blive beskrevet og analyseret i dette kapitel. For at give et overblik over, hvad de forskellige overskrifter dækker over, er der nedenfor lavet en oversigt over, hvad de forskellige afsnit vil komme til at indeholde.

**Tabel 2: Oversigt over psykiatriens historie**

År	Tiltag/initiativer	Kort beskrivelse
<b>1800-tallet</b>	Et ændret syn på sindslidende	I Centraleuropa og i Danmark kom der et ændret syn på psykisk syge, hvilket gjorde at de blev set som værende syge mennesker. Dette blev begyndelsen på behandlings- og helbredelsesmuligheder for personer med psykisk sygdom i specielt indrettede hospitaler.
<b>1950'erne</b>	Psykofarmaka	Der skete en udviklingen i den psykiatriske behandlingsmetode, hvilket betød at der kom en medicinsk behandling til de psykisk syge. Psykofarmaka skabte bl.a. en antipsykiatrisk bevægelse, der var imod psykofarmakologien, grundet dens bivirkninger.
<b>1920-1970'erne</b>	USA's forskningsresultater	Ny forskning i USA skabte opmærksomhed i Europa og i Danmark, da implementeringen af psykiatri i somatik fik gavnlige effekter for de psykiatriske patienter, hvilket blev startskuddet for liaisonpsykiatri.
<b>1960-1985</b>	Reducering af udgifterne i sundhedsvæsenet	Hensigten var at udbygge de psykiatriske afdelinger i sundhedsvæsenet, men da krisetegnene viste sig, pegede udgiftspolitikken på, at sundhedsvæsenet, herunder psykiatrien, havde nogle ressourcekrævende aktiviteter, der skulle reduceres. Derfor blev refusionsordningen omlagt til bloktilskud, hvilket skulle bidrage til at give et større fokus på økonomien.
<b>1970'erne</b>	Kommunalreformen, 1970	Den demografiske udvikling efter urbaniseringen skabte udfordringer ift. offentlige opgaveløsninger ude på landet. Derfor blev amterne og kommunerne reduceret og sammenlagt, hvilket bl.a. skulle være med til at skabe sufficient behandling i hospitalspsykiatrien for de psykiatriske patienter.
<b>1975</b>	Decentraliseringen af det administrative ansvar	Der skete et ansvarsskift mellem staten og amtskommunerne, idet at ansvaret for de psykiatriske hospitaler overgik fra staten til amtskommunerne. På baggrund af den nye forskning blev der med tiden dannet grundlag for at psykiatrien skulle integreres i det almene sundhedsvæsen.
<b>1994</b>	ICD-10 klassifikationssystemet	Det var svært at diagnosticere psykiatriske patienter, da der var forskellige diagnosesystemer, men der udkom en 10. udgave af et klassifikationssystem fra Verdenssundhedsorganisation, WHO, kaldet ICD-10, baseret på tidligere diagnosesystemer fra USA. Dette diagnosesystem blev adopteret til Danmark, og bliver stadig anvendt i dag.
<b>1990- 2001</b>	Liaisonpsykiatri i Danmark	Liaisonpsykiatrien blev først for alvor kendt i Danmark i 1990'erne, og på baggrund af danske forskningsresultater blev der efterfølgende fremført liaisonpsykiatriske enheder rundt omkring i Danmark.
<b>2000-2007</b>	Strukturreformen, 2007	En strukturkommission blev nedsat i 00'erne, da der kom en debat om offentlige udgifter. De fik til opgave at vurdere den daværende offentlige sektor. Dette førte til en strukturændring, hvor regionerne blev etableret og amterne blev afskaffet. Derudover blev kommunerne reduceret, idet der skete en centralisering af de knappe ressourcer, hvor specialerne blev samlet i større enheder. Dette



		skulle bl.a. være med til at skabe et mere sammenhængende patientforløb.
<b>2013</b>	Pakkeforløb i psykiatrien	Pakkeforløbene udspringer fra den somatiske verden, men blev en realitet for de psykiatriske patienter med ikke-psykotiske lidelser. Forløbene er med til at standardisere og koordinere et forløb med forskellige undersøgelser samtaler, behandlinger m.m. Pakkeforløbene er med til at ligestille de psykiatriske patienter med somatiske patienter, hvilket både har sine fordele og ulemper.
<b>2015</b>	Ny garantiordning	En ny garantiordning for psykisk syge betyder, at de skal have en udredning inden for 30 dage og en behandling inden for 60 dage efter udredningen.
<b>1997- i dag</b>	Finansiering af psykiatrien	Psykiatrien har været underprioriteret ift. finansiering, men med tiden er satspuljebevillinger gået fra at været udmøntet på tidsbegrænsede puljer til at blive udmøntet på permanente satspuljebevillinger, hvilket signalerer højere prioritet af psykiatrien end hidtil.

### 2.1.1 Et ændret syn på sindslidende

I slutningen af 1700-tallet og op gennem første halvdel af 1800-tallet skete der en ændring i hele Centraleuropas og Danmarks opfattelse af de sindslidende. Der blev sat fokus på marginalgruppens lidelser både fra den politiske og lægefaglige side. Dette resulterede i, at sindslidelser i højere grad blev betragtet som uforskyldte somatiske lidelser, der skulle behandles i lægevidenskabeligt regi (Kragh, 2008, s. 59).

Ansvar for forplejning, behandling og indespærring af de psykisk syge ændredes fra at være et privat anliggende, hvor det var familien der skulle forsørge den psykisk syge, til at blive de offentlige myndigheders ansvar (Kragh, 2008, s. 60). Dette paradigmeskift opstod i kølvandet af nye ideer og teorier om årsager til de psykisk syges lidelser. Dette blev begyndelsen på behandlings- og helbreds-muligheder for psykisk syge i specielt indrettede hospitaler. Indtil midten af 1800-tallet skulle indespærringen af de psykisk syge ikke ses som et udtryk for social kontrol eller forsøg på at ændre de ufornuftige til fornuftige, da statsmagten ikke havde til hensigt at gøre de psykisk syge til produktive og samfundsnyttige borgere. Den indledende institutionalisering af de psykisk syge var udelukkende for at afgrænse og isolere de farlige psykisk syge på offentlige forvaringssteder. De psykisk syge der blev vurderet som værende ikke-farlige kunne frit færdes hos familien og i samfundet, uden nogen former for kontrol.



Efterhånden fik de sindslidende behandling i anstaltsregi, med henblik på helbredelse, og med inspiration fra udlandet fik politikere og læger mere fokus på behandling af psykisk syge. Dette kulminerede i 1852 med åbning af Jydske Asyl i Risskov ved Aarhus, der var en helbredelsesanstalt for psykisk syge. Med oprettelsen af fem større psykiatriske hospitaler rundt omkring i Danmark, skete der en institutionalisering, hvor der for alvor blev sat ind over for de psykisk syge (*Kragh, 2008, s. 59-60*).

Efter nyoprettelserne af de psykiatriske hospitaler opstod der, fra politisk side et ændret syn på både de farlige og ufarlige patienter. Der blev oprettet psykiatriske hospitaler både for de farlige og ufarlige patienter, da opfattelsen gik på, at de sindslidende potentielt var helbredelige. Patienterne ville have de bedste forudsætninger for at blive helbredt, hvis de var i særligt indrettede hospitaler, hvor behandlingen var lægefagligt baseret. Dette flyttede opmærksomheden til primært at handle om, hvem der var potentielt helbredelige, fremfor spørgsmålet om hvem der er farlige og ufarlige sindslidende (*Kragh, 2008, s. 60*).

Ifølge teorien om de tre arenaer var den politiske arena kommet i besiddelse af ny viden fra udlandet, og havde fået øjnene op for, at marginalgruppen, hvor både de farlige og ufarlige potentielt var helbredelige. Dermed var der grund til at oprette nye hospitaler for alle, uanset, hvor slem eller let en diagnose, der blev stillet. Endnu en diskurs blev naturligt fremhævet i form af flere specielt indrettede hospitaler, fordi der var en fælles forståelse både fra den politiske og lægefaglige side om, at det var mest hensigtsmæssigt. Institutionerne blev ændret ift. at alle psykisk syge havde fået ret til at blive behandlet. Dermed skete der en ændring i organisationen af den forhenværende organisering, da forvaringssteder blev erstattet af psykiatriske hospitaler.

Da familien havde spillet en væsentlig rolle ift. at beskytte den psykisk syge fra samfundet skete der ligeledes en enkulturationproces, som ifølge Kapp er en proces, hvor familien delvist ubevidst lærte at mestre, hvordan samfundet har fået en ændret syn under en forandringsproces. Da der blev set ned på familier med psykisk syge kunne man forestille sig, at det var mentalt hårdt for de pårørende selv. Derved kan det have taget tid for de pårørende at indfinde sig med, at det var blevet mere acceptabelt, at have et familiemedlem med en psykisk sygdom blot under myndighedernes ansvar.

### 2.1.2 Psykofarmaka

I løbet af 1950'erne, skete der en udvikling i den psykiatriske behandling inden for psykofarmakologien. Udviklingen betød at medicin til psykisk syge nu kunne være en del af behandlingen af psykiatriske lidelser. Den medicinske behandling og nytænkning ift. behandling af psykisk syge, var med til at styrke den biologiske psykiatri, hvilket var med til at fremhæve psykiatrien som et lægefagligt speciale (*Kragh, 2008, s. 292*). Den moderne udvikling og indførelsen af de nye medikamenter bistod til at behandlingen af psykisk syge patienter kunne ligestilles med behandlingen af somatiske patienter. Eftersom at de psykiske sygdomme kunne behandles med effektive lægemidler ligesom de somatiske sygdomme, var integrationen af psykiatrien i sygehusvæsnet blevet et mere interessant emne, både hos politikerne og i lægevidenskaben (*Det Ethiske Råd, 2012, s. 4-5*).

De nye behandlingsmuligheder med medikamenterne, der blev en realitet for de psykisk syge blev udløst af den politiske arena, på baggrund af ny viden inden for lægevidenskaben. Denne institutionelle forandring var med til at sætte mere fokus på psykisk syge. Den naturlige opmærksomhed kom særligt, grundet at man var vant til, at medicin til somatiske patienter var en normalitet, hvilket betød at chancen for helbredelse blev større. Den samme tankegang og forestilling om helbredelse fik de psykisk syge.

Brugen af psykofarmaka var ikke uden kritik og i løbet af 1970'erne begyndte en 'Galebevægelse', der var en dansk antipsykiatrisk bevægelse, der satte spørgsmålstegn ved de psykisk syges rettigheder og bivirkninger af medikamenterne m.m. Antibevegelsen var skeptisk over for den moderne psykofarmaka, og derudover kæmpede de for at forbedre vilkårene for de psykisk syge samt at skabe en større respekt og forståelse fra samfundet (*Kragh, 2008, s. 313*). De mente, at bivirkningerne gav en form for "zombieeffekt", hvor de psykisk syge mistede det normale følelsesmæssige forhold til deres omgivelser (*Det Ethiske Råd, 2012, s. 5*)

Der opstod en tiltagende kritik, hvor sygedomsopfattelsen bag psykofarmaka blev kaldt for "apparatfejlsmodellen". Dette kom på baggrund af dens forenkede opfattelse af, at det kun var forstyrrelser i hjernefunktionen, der var årsagsmekanismen. Det var i denne periode, hvor socialpsykiatrien voksede. Med socialpsykiatrien menes der det sociale arbejde med de psykisk syge, der omfatter sociale tiltag såsom boformer, dagtilbud, støtte- og kontaktpersoner, m.m. Derudover blev der ikke foretaget psykiatrisk behandling, men kun psykosocial rehabilitering (*Bengtsson, 2011 s. 9, 38*). Nogle fortalere for socialpsykiatrien, fremhævede at sygdommen ikke kun skyldtes sygelige processer i hjernen,

men ligeledes var en social konstruktion, hvor sygdommen skulle ses som en afvigelse fra normer, der afgrænser normalitet og sundhed, dermed var det altså noget, der var samfundsskabt (*Det Ethiske Råd, 2012 s. 5*). Den sociale konstruktion omfattede, hvilken mentalitet og adfærd de tre arenaer havde ift. sindslidende, hvilket fik samfundet til at forme og skabe en bestemt slags identitetsopfattelse af personer med psykisk sygdom. De psykisk syge blev dermed isoleret fra sociale relationer, hvilket medførte en umyndiggørelse samt manglende tilhørsforhold (*Det Ethiske Råd, 2012 s. 5*).

De institutionelle forandringer i den politiske arena, hvor de tillod at fremføre og anvende psykofarmaka til de psykisk syge påvirkede også den civilsamfundsmæssige arena. Den antipsykiatriske bevægelse var et oprør fra den civilsamfundsmæssige arena, der var skeptisk og mente, at det ikke var hensigtsmæssigt at anvende psykofarmaka, grundet de bivirkninger der var forbundet med anvendelsen af dem. Dette kan relateres til den proces, der skete under en kulturforandring, hvor civile borgere i antipsykatrien, skulle indfinde og tilpasse sig de nye behandlingsmidler til de psykisk syge. Derfor var den antipsykiatriske bevægelse ifølge Kapp ikke i uligevægt, men i en løbende proces, da der ikke tidligere havde været meget bevågenhed over for psykofarmaka.

### 2.1.3 USA's forskningsresultater

USA havde i 1920'erne og op til 1970'erne forsket i at implementere psykiatri i somatikken. Derfra stammer begrebet liaisonpsykiatri, hvor liaison i sig selv betyder forbindelse. I liaisonpsykiatri beskæftiger man sig med sygdomme/tilstande, der har en forbindelse mellem krop og sind. Psykiatere i USA begyndte at udforske psykiatriske lidelser hos indlagte medicinske patienter, hvor de hentede inspiration fra psykoanalysen, der er en teori om, hvordan psyken fungerer. En længere periodes ansættelse af psykiatere på særlige medicinske afdelinger udviklede sig til Academy of Psychosomatic Medicine, der blev dannet i 1954, og blev startskuddet til udviklingen af liaisonpsykiatri. Dette resulterede i at forskningsresultaterne blev publiceret i anerkendte videnskabelige tidsskrifter, der tiltrak sig opmærksomhed fra psykiatere fra Europa. Dette medvirkede til at psykiatere fra Europa tog til USA for at få en større viden, hvilket gav et paradigmeskift i den europæiske udvikling inden for liaisonpsykiatri (*Buhl og Birket-Smith, 2008*). De nye forskningsresultater havde ligeledes en påvirkning af den politiske arena, da de senere var med til at påvirke en ny diskurs, om at psykiatrien skulle være en del af det almene sundhedsvæsen, hvilket vil blive beskrevet og analyseret på i afsnit 2.1.5 om decentraliseringen af det administrative ansvar.

#### 2.1.4 Reducering af udgifterne i sundhedsvæsn

I 1960'erne oplevede man økonomisk vækst, der resulterede i, at der kom flere offentlige ydelser. Da krisetegnene i slutningen af 1960'erne viste sig, var regeringen nødsaget til at reducere de offentlige udgifter. Derfor indførte man en decentraliseringspolitik med omlægning af byrde- og opgavefordelingen mellem staten og amtskommunerne. Som konsekvens heraf, blev bl.a. ansvaret for sundhedsvæsn overdraget til amtskommunerne. Statens udgiftspolitik frem til 1985 pegede på at sundhedssektoren havde de mest ressourcekrævende offentlige aktiviteter, og at væksten i udgifter ville fortsætte, hvis der ikke blev grebet ind (*Kragh, 2008, s. 257-258*).

Den primære grund til at sundhedssektoren var udgiftskrævende var byrdefordelingen. Den besluttede og finansierende myndighed var adskilt, hvilket betød, at hvis amterne ville opføre et centralsygehus skulle de betale engangsomkostningerne fx til anlægsaktiver, mens staten skulle refundere store dele af driftsomkostninger dvs. de vedvarende omkostninger. Dette blev dog ændret i 1973, hvor refusionsordningen blev omlagt til bloktilskud som amtskommunerne modtog fra staten, hvorefter amtskommunerne skulle afholde både engangs- og driftsomkostningerne. Hensigten var at amterne skulle prioritere mellem opgaverne, og på den måde kunne staten bedre fokusere på økonomien, eftersom der blev fastsat en økonomisk ramme.

Det gav dog ikke økonomiske muligheder for at videreføre og opbygge flere psykiatriske afdelinger, som amtskommunerne var påbegyndt i 1960'erne og forventede at kunne fortsætte med. Derfor valgte amtskommunerne at gennemføre ambulante behandling i stedet for at etablere flere psykiatriske hospitaler, idet de var betydeligt dyrere i drift. Den ambulante behandling blev senere kaldt for distriktspsykiatrien som vi også kender det i dag, hvor det er et ambulante behandlingssted med lægeansvarlig behandling, der er placeret uden for hospitalspsykiatrien, hvor de psykisk syge får behandling og støtte i nærmiljøet. (*Kragh, 2008, s. 323*). Hospitalspsykiatrien defineres som den almenpsykiatriske behandlingsenhed, hvor psykiatriske patienter er indlagt i kortere tid med koncentreret behandling, dog er der tale om både åbne og lukkede afdelinger (*Bengtsson, 2011 s. 39*).

Med en konjunkturændring i slutningen af 1960'erne, hvor der var nedgang i den økonomiske vækst krævedes der nye tilpasninger. I den politiske arena beregnede man de fremtidige udgifter for de forskellige sektorer, men det viste sig at sundhedsvæsn, herunder psykiatrien, havde en stor aktivitet. Det viste sig, at det ville blive en tung økonomisk byrde, hvis der ikke skete en omstrukturering i byrde- og opgavefordelingen. Ser man dette ift. IDIOT-modellen skabte det nogle ideer, der blev til

diskurser, der var rationelle ift. den kontekst der var udgangspunktet for den institutionelle forandring i form af en stram økonomisk udgiftspolitik. Dette indebar at den økonomiske arena havde en stor indflydelse på den substitution, der skete mellem refusionsordningen og de nye bloktilbud. Samtidig gik det udover personer med psykiske lidelser, der indgår i den civilsamfundsmæssige arena, da der ikke var mulighed for at udvide de psykiatriske hospitaler, hvilket var hensigten, da de skulle være en integreret del af det somatiske hospitalsvæsen.

### 2.1.5 Kommunalreformen, 1970

Før 1970 var der mange små sogne- og købstadskommuner, hvor af de 1.386 bestod af sognekommuner og 86 bestod af købstadskommuner, der var fordelt i 25 amtsråds kredse. Denne inddeling var baseret på, at en stor del af befolkningen var beskæftiget i landbruget. Som urbaniseringen skred frem, ændredes befolkningsmønstret og der fremkom tyndtbefolkede områder. Revolutionen medførte, at det blev sværere at leve op de offentlige forpligtelser. I de mindre sognekommuner var der ikke nok folkevalgte ansatte til at varetage administrationen. Da det kommunale selvstyre blev begrænset fik det konsekvenser i form af, at det var staten, der kom til at betale og bestemme mere og mere. Reformen indebar, at der blev skåret i antallet af amter fra 25 til 14, og kommunerne blev reduceret fra 1386 til 275. Dette var en nødvendighed for at undgå at kommunernes opgaver skulle overgå til staten. Med reformen fik amterne og kommunerne tildelt flere opgaver, især på sundhedsområdet. Da det befolkningsmæssige og økonomiske grundlag blev for småt, blev det sværere at drive sufficient hospitalspsykiatri. Derved skulle reformen med en sammenlægning af amter og kommuner være med til at løfte kvaliteten hos de psykisk syge patienter (*Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005, s. 6-8*).

Den skæve demografiske udvikling, der skete på landet og i byerne, fik den politiske arena til at komme på nye ideer og diskurser, der skulle være mere rationelle for den enkelte borgere og for samfundet ift. organiseringen af de knappe ressourcer. Da de offentlige forpligtelser blev sværere at opretholde på landet, grundet færre ressourcer til at varetage opgaverne, krævede det nytænkning. De nye diskurser ændrede på de institutionelle rammer for, hvordan landets amter og kommuner skulle sammenlægges og inddeles, for at man kunne opnå den bedst muligt ressourceudnyttelse. Denne udvikling berørte også den økonomiske arena, grundet at økonomien blev for stram til at kunne varetage opgaverne på landet, når de civile borgere flyttede ind til byen.

En ændring i den politiske og økonomiske arena medførte forandringer i den civilsamfundsmæssige arena, da intentionen var at sammenlægningen skulle være medvirkende til et kvalitetsløft i sundhedsvæsenet og herunder psykiatrien. Derudover kunne man forestille sig, at befolkningen ville have det bedst med, at det var de folkevalgte i lokalsamfundet, der skulle varetage og organisere de offentlige opgaver fremfor at det skulle overgå staten. Staten havde ikke et lokalt tilhørsforhold, og derfor ville den statslige medbestemmelse med opgavevaretagelsen og det økonomiske råderum være en forhindring for lokale organiseringsønsker. Endvidere ville der muligvis være en større tilbøjelighed til at lokale beslutningsprocesser og nye institutionelle forandringer på lokalt plan ville kunne have en mere kortvarig tilpasningsproces og bedre forståelse, til trods for at der kunne opstå uenigheder. Med institutionelle forandringer fra en højere hierarkisk myndighed, hvor beslutningstagerne er langt fra den civilsamfundsmæssige arena, kan den institutionelle mestring af de nye institutioner have en langvarig tilpasningsproces, da forholdet mellem folketingspolitikere og civile borgere er mere distanceret sammenlignet med forholdet mellem lokalpolitikere og civile borgere.

#### 2.1.6 Decentralisering af det administrative ansvar

Indtil 1959'erne blev de psykiatriske hospitaler omtalt som sindssygehospitaler, men dette blev ændret til statshospitaler. Inden for hospitalspsykiatrien var den psykiatriske behandling fra 1950'erne og frem til 1975 stadig decentral, hvilket betød at psykiatrisk hospitalsbehandling var koncentreret på de otte psykiatriske hospitaler, hvor behandlingen foregik adskilt fra de somatiske patienter. De psykiatriske læger forsøgte dog at ligestille de psykiske lidelser med de somatiske lidelser. Med inspiration og banebrydende forskningsresultater fra udlandet, fik både den politiske og lægefaglige side et ønske om at gøre op med adskillelsen af psykiatrisk og somatisk behandling (*Kragh, 2008, s.222*).

I 1975 vedtog Folketinget at decentralisere det administrative ansvar for statshospitalerne, hvilket betød, at det var amtskommunerne, der fik ansvaret for hospitalspsykiatrien. Størsteparten af landets psykiatriske hospitaler havde gennem 100 år været styret og administreret af staten, og det betød at en æra i dansk hospitalspsykiatri var slut. Siden 1884 havde staten haft ansvaret for hospitalspsykiatrien med undtagelse af Københavns Kommune, der drev sin egen hospitalspsykiatri. Statshospitalerne var administreret af Direktoratet for Statens Hospitaler til behandling af sindslidende, mens Københavns hospitalspsykiatri var en integreret del af kommunens hospitalsvæsen. Dengang mente man, at psykiatrien var bedst tjent med at være administreret af staten, da man dermed var tættere på



beslutningstagerne dvs. folketingspolitikere og de embedsmænd, der udarbejdede de politiske beslutninger.

I den politiske arena skete der et ansvarsskift mellem staten og amtskommunerne, hvilket betød at hospitalspsykiatrien rykkede tættere på det almene hospitalsvæsen. Det administrative ansvar der lå hos staten var hensigtsmæssigt i en periode, hvor de mente, at var bedst, hvis beslutningstagerne var tættere på. I en anden periode det blev uhensigtsmæssigt, grundet nye forskningsresultater, der pointerede, at hospitalspsykiatrien skulle samarbejde tæt med hospitalsvæsnet. Dette kom på baggrund af en diskursændring i den politiske arena, hvor de psykisk syge blev stillet bedre end hidtil, da lægevidenskaben forsøgte at forskelsbehandle i mindre omfang ift. de somatiske patienter.

Diskursændringen krævede en omorganisering af hospitalspsykiatrien, da den skulle være en integreret del af hospitalsvæsnet. Dette berørte ligeledes den økonomiske arena, grundet de omkostninger, der var forbundet med de lange hospitalsindlæggelse af psykisk syge, hvilket var en byrde for samfundsøkonomien.

USA's forskningsresultater var bl.a. baggrunden for at politikerne i 1975 vedtog at decentralisere det administrative ansvar for hospitalspsykiatrien og danne grundlag for at integrere psykiatrien i den somatiske behandling. Dermed blev der mere fokus på psykiatriens organisering, der blev en del af det somatiske hospitalsvæsen (*Kragh, 2008, s. 222-223*).

Amtskommunerne overtog statshospitalerne fra d. 1 april 1976, og det var motiveret med, at der ikke var nogen grund til at adskille det somatiske og psykiatriske sygehus. Regeringen mente, at en sammenlægning ville fremme specialiseringen inden for psykiatrien og det ville være med til at styrke behandlingen både inden for psykiatrien og somatikken. Det tætte samarbejde skulle dermed være med til at udvikle og udvide videnshorisonten inden for både det psykiatriske og somatiske felt. Derfor ville det være hensigtsmæssigt, hvis det psykiatriske sygehusvæsen blev en integreret del af et specialiseret sygehusvæsen (*Kragh, 2008, s. 256*).

Derudover var argumentet for at samle det administrative, at behandlingen af de psykisk syge krævede store hospitaler, der kunne rumme sufficient differentierede behandlingsmetoder, hvilket var til gavn for de psykisk syge. Intentionen fra den politiske side var at udnytte kapaciteten mere hensigtsmæssigt, når hospitalerne blev samlet under én administration, frem for at de tilhørte de enkelte landsdele. Rationalet bag ressourceudnyttelsen, var at sengekapaaciteten ville blive mere jævnt fordelt, hvis





der ikke var en binding, der betød, at behandlingen på de kommunale hospitaler var forbeholdt kommunens egne borgere (Kragh, 2008, s. 228-229). Endelig var overtagelsen af de psykiatriske hospitaler endnu et naturligt prioriteringsmæssigt punkt i kommunalreformen (Kragh, 2008, s. 256).

Sundhedslovgivningen var blot en rammelovgivning, idet man efter strukturændringer i 1976, hvor amterne fik ansvaret for statshospitalerne, ikke stillede konkrete krav til den psykiatriske behandling, der var tilgængelig i amterne. Rationalet var at hospitalspsykiatrien skulle styrkes, men pga. begrænsede økonomiske muligheder, blev der ikke fastsat måltal. Det var derimod op til amterne at konkretisere målene, hvilket også var gældende for sociallovgivningen, hvor det var kommunerne, der havde suveræniteten til at konkretisere og administrere indholdet af indsatsen (Bengtsson, 2011 s. 17, 22).

I den politiske arena blev der ikke stillet store og konkrete krav, idet der kun var nogle overordnede rammer for psykiatrien, hvilket indebar en styrkelse af psykiatrien. Det overordnede mål var mere overfladisk, da der ikke var nogen former for institutionelle krav med henblik på at opnå en bestemt målsætning fx i form af antal nedbringelser af psykisk syge inden for en bestemt periode, behandlingsmetoder til rehabilitering eller lignende. Da amtskommunerne selv skulle prioritere indsatsområderne er der indikationer på, at psykiatrien blev nedprioriteret. Dette kan komme på baggrund af, at det stadig var et tabubelagt område, samtidig med at der ikke lå så meget evidensbaseret forskning på, hvordan sindslidende bedst kunne hjælpes ift. behandling. Grundet den økonomiske begrænsning blev de psykisk syge ikke taget seriøst ift. hvad der ellers kunne have været tilfældet. Det kan tyde på, at den økonomiske konjunktur har været medvirkende til at psykiatrien blev nedprioriteret, hvilket ikke har været hensigtsmæssigt ift., at styrke hospitalspsykiatrien. Derfor blev psykiatrien og somatikken stødt fra hinanden i denne periode i stedet for at blive styrket. I dag bliver der stillet konkrete krav og målsætninger for, hvordan de psykisk syge skal hjælpes, og der foreligger mere evidensbaseret forskning på, hvilke behandlingsmetoder, der kan være hensigtsmæssigt for de forskellige psykiske lidelser.

Det er således tankevækkende, at det er det økonomiske fundament, der ligger til grund for om psykiatrien skulle opprioriteres og mindre det behandlingsmæssige. Dermed kan hospitalspsykiatriens organisering og dimensionering ikke ses bort fra, men det er i høj grad betinget af det økonomimæssige hensyn fremfor det behandlingsmæssige hensyn.

#### 2.1.7 ICD-10 klassifikationssystemet

I tidernes morgen var det sværere, at diagnosticere psykiatriske patienter, grundet de diffuse symptomer og ikke mindst fordi man, landene imellem, anvendte forskellige diagnosesystemer. Derfor blev

diagnosesystemet brugt på en upræcis måde, eftersom der ikke var nogle operationelle kriterier lægerne kunne gå ud fra. Det er nødvendigt at kunne definere og præcisere en eller flere diagnoser hos en psykiatrisk patient for bl.a. at kunne fastlægge ressourcebehovet og for at kunne igangsætte den relevante behandling (Kragh, 2008, s. 317).

ICD-10, *International Classification of Diseases*, er et klassifikationssystem bestående af psykiske sygdomme, der er blevet udformet af Verdenssundhedsorganisation, WHO, der er baseret på nogle tidligere udgaver af diagnosesystemer fra *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, der var inspireret af USA. I 1994 udkom den 10. udgave, ICD-10, og har siden været anvendt i Danmark (*Europakommissionen*).

Årene forinden havde USA lavet en radikalt nyorientering, der var endnu et paradigmeskift inden for psykiatrien. Dette omhandlede diagnosesystemer, der havde nye begreber og operationelle definitioner på psykiatriske lidelser (Kragh, 2008, s. 317). Anvendeligheden af ICD-systemet medvirker til at belyse, hvad psykiske lidelse er, og hvem der har ret til psykiatrisk behandling (Bengtsson, 2011 s. 22). Disse klassifikationer medvirker til at fastholde den psykopatologiske beskrivelse som central diagnostik af den psykiske lidelse. Derudover bidrager den til at sikre høj faglig overensstemmelse, der er udformet som en "køgebogsagtig" diagnostisk proces, hvor diagnosen stilles alt afhængig af forekomsten af et vist antal specificerede symptomer (Kragh, 2008, s. 319-320).

Den politiske arena i det internationale perspektiv havde ændret de institutionelle rammer for diagnosesystemet ICD-10, for at lægerne landene imellem kunne anvende det på en mere hensigtsmæssig måde. Den politiske arena i Danmark var i konsensus med de udenlandske diskurser, og derfor blev ICD-10 klassifikationssystemet adopteret til Danmark. Diagnosesystemet var systematiseret på en måde, der gjorde det lettere for lægevidenskaben at diagnosticere de psykiske lidelser. Dermed var det med til at styrke behandlingen af psykiske lidelser, grundet de forskellige kategorier samt underkategorier, der skulle være med til at præcisere lidelserne. Da psykisk sygdom blev brugt i flæng, og ikke var konkretiseret på baggrund af bestemte symptomer, anvendte myndigheder det upræcist. Sommetider blev psykisk sygdom fra myndighedernes, herunder hospitalspsykiatriens, side misbrugt, hvilket kunne få konsekvenser i den økonomiske arena i form af øgede omkostninger forbundet med flere hospitalsindlæggelser, uden konkret diagnosticering. Den nye institutionelle forandring skabte en ny organisering i hospitalspsykiatrien, hvilket forstærkede og præciserede, hvad den psykisk syge

egentlig havde brug for, samt ret til. I den civilsamfundsmæssige arena var det især retten til behandling, der havde den største indflydelse på de psykisk syges helbredstilstand. Derudover gav det et mere retvisende billede af, hvilke former for behandling, der kunne være mest optimale at anvende, alt afhængig af, hvilken diagnostype, der var tale om. Dermed blev patienterne bedre stillet og blev i højere grad ligestillet med de somatiske patienter, fordi der nu var skabt nogle rammer og vilkår for diagnosticering. Derudover fik de psykiatriske læger et bedre udgangspunkt for at tilrettelægge behandlingen, da systematiseringen af de forskellige diagnoser skabte et bedre og hurtigere overblik ift. de symptomer, der optrådte hos den psykisk syge.

#### 2.1.8 Liaisonpsykiatri i Danmark

På baggrund af USA's forskningsresultater jf. afsnit 2.1.3 var liaisonpsykiatri stadig et ukendt begreb gennem en lang årrække, inden den for alvor blev præsenteret i Danmark i 1990'erne. Området fik sin opmærksomhed, grundet en del forskning, hvor bl.a. 'Forskningsenheden for Funktionelle lidelser og Psykosomatik' blev støttet økonomisk. Et treårigt projekt blev fremført i 2001, hvor den første liaisonpsykiatriske enhed blev etableret under Psykiatrisk Center, Bispebjerg på tre forskellige somatiske afdelinger. En yderligere forlængelse af projektet på tre år skabte en permanent enhed (*Buhl og Birket-Smith, 2008*). Med en større videnshorisont inden for feltet blev det påvist, hvordan psykiatrien kunne blive en integreret del af somatikken. Derfor blev der efterfølgende oprettet lignende enheder og tilsynsfunktioner med ambulatorier for liaisonpsykiatri andre steder i landet. Her kan patienter fra andre afdelinger og sygehuse henvises til, for at få et planlagt tilsyn, dog kræver det at patienten er over 18 år (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Den primære opgave i liaisonpsykiatrien er at lave tilsyn i samarbejde med andre specialer i forbindelse med diagnostisk udredning, visitation, socialpsykiatrisk anbefaling og rådgivning ift. til behandling af psykiatriske lidelser og tilstande hos patienter indlagt på somatiske afdelinger. I og med at der i liaisonpsykiatri er et ambulatorium, har personalestaben mulighed for at behandle og følge op på patienten (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Forskningsresultaterne fra den danske kontekst fik en påvirkning i den politiske arena, da politikerne fik en større opmærksomhed på baggrund af ICD-10 klassifikationssystemet anvendelighed og forskningsresultaters evidens. Ifølge IDIOT-modellens første trin forekom der en ide om, at det skulle være hensigtsmæssige for psykiatriske patienter, der ifølge de tre arenaer hører under den civilsamfundsmæssige arena, at integrere psykiatrien i somatikken for at imødekomme de psykiatriske pro-



blemstillinger. Dette førte til en diskursændring om, at der skulle etableres liaisonpsykiatri. Diskurserne ledte til ændringer i institutionerne, hvilket yderligere skabte det en organisationsændring på sygehusene. Dermed var der skabt en transformation, idet at der blev opført flere liaisonpsykiatriske enheder rundt om i landet. Endvidere havde det ligeledes en betydning for den økonomiske arena, da der i starten skulle findes midler til forskningsprojekter, der senere ledte til de nye liaisonpsykiatriske enheder, dermed blev der tilført flere økonomiske ressourcer til psykiatrien.

### 2.1.9 Strukturreformen, 2007

I starten af 00'erne nedsatte den daværende regering en strukturkommission, eftersom der var en debat om udviklingen i den offentlige sektor. De fik til opgave at analysere og vurdere fordelene og ulemperne ved den daværende offentlige sektor, og komme med alternative løsningsforslag til at optimere den offentlige sektor. Strukturkommissionen nåede i 2004 frem til, at der var behov for en strukturændring, da amter og kommuner ikke var store nok til at varetage de offentlige opgaver, heller ikke inden for sundhedsområdet, og derunder psykiatrien. Amterne og kommunernes størrelser skabte en udfordring, idet det var svært at sikre en koordineret og sammenhængende indsats. Opgavedelingen mellem de forskellige amter og kommuner var uhensigtsmæssig, da de var delt mellem forskellige forvaltningsled, hvilket skabte 'gråzoner'. Derfor anbefalede strukturkommissionen at gennemføre en samlet reform af den offentlige sektor, hvor der skulle implementeres inddelings- og opgaveændringer mellem stat, amter og kommuner.

Udspillet til reformen blev godkendt i juni 2004, og målet med reformen var at videreudvikle en demokratisk styret offentlig sektor. Flere opgaver lokalt placeret, skulle være med til at styrke demokratiet, da mange politiske beslutninger bliver taget på lokalt niveau. Derudover skulle reformen være med til at sikre bæredygtige enheder med klare ansvarsområder for at sikre sammenhæng og kvalitet. Lovpakken om kommunalreformen blev indsendt til Folketinget i slutningen af februar 2005, og trådte i kraft d. 1. januar 2007. Reformen ændrede danmarkskortet, hvor et nyt danmarkskort kom til at bestå af en nedlæggelse af amterne, hvor der i stedet blev skabt fem regioner, og derudover blev kommunerne reduceret fra 275 til 98 (*Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005, s. 6-8*). Fra 1976 - 2006 var det amterne der var den ansvarlige myndighed for psykiatriske sygehuse og for distriktspsykiatrien. Efter strukturreformen i 2007 blev regionerne den ansvarlige myndighed for de psykiatriske sygehuse samt distriktspsykiatrien, og kommunerne fik ansvaret for de sociale tilbud. Regionerne har dog også et medansvar ift. hvilke tilbud der er til rådighed (*Bengtsson, 2011 s. 23-24*).

I den politiske arena var man nødsaget til at prøve at se ud fremtiden, ift. hvilke offentlige udgifter der kunne blive en tungere byrde for samfundsøkonomien. Dermed fik strukturkommissionen til opgave at gennemtænke og komme med ideer, der kunne være hensigtsmæssige, for at bevare den samme velfærd, samt for at udnytte de knappe ressourcer. De nye ideer, der blev til diskurser i den politiske arena, fik med en større institutionel forandring skabt et mere inddelt og organiseret danmarkskort. Den store strukturændring var med til at skabe organiseringsændringer både i hospitals-, distrikts- og socialpsykiatrien, hvilket var en længerevarende tilpasningsproces, grundet formelle love og regler der skulle stemme overens med den nye struktur. Herunder bl.a. de psykisk syges rettigheder til tilbud og behandling i både regionalt og kommunalt regi. Interaktionen mellem den tidligere kultur i sundhedsvæsenet og grupper i form af amter, senere regioner og kommuner, dannede efter den nye reform centraliserede organisationer. Dette skabte eksempelvis længere afstand til nogle behandlingssteder for de psykisk syge, hvilket for nogen var en udfordring, hvis de i forvejen kæmpede med fx social angst. Hvis de forinden havde svært ved at bevæge sig udenfor en dør, kunne en tur med offentlig transport, skabe yderligere barrierer for behandlingsmuligheden. Samtidig skulle centraliseringen dog være med til at samle de specialiserede behandlinger, hvor man samlede specialisterne, for at give den mest effektive behandling, grundet den knappe lægefaglig kapacitet.

#### 2.1.10 Pakkeforløb i psykiatrien

I Danmark er pakkeforløb særligt kendt inden for den somatiske verden, hvor der eksempelvis er pakkeforløb til kræft- og hjertepatienter. Til trods for, at pakkeforløbet stammer fra den somatiske verden, har de psykiatriske patienter ligeledes fået muligheden for tilsvarende tilbud. Pakkeforløbet kan defineres som en måde, hvorpå der bliver udarbejdet et standardiseret og koordineret forløb, af forskellige undersøgelser, samtaler, behandlinger m.m., hvilket kan være med til at skabe et sammenhængende patientforløb. Formålet med pakkeforløbene er at opnå en målrettet og ensartet kvalitet i behandlingen af de forskellige psykiske lidelser uanset, hvor i landet patienten befinder sig. Derudover skal den være fleksibel og tilrettelægges efter den psykisk syges behov (*Sjælland, 2015*). Pakkeforløbene skal i psykiatrien anvendes som styringsredskab, der kan hjælpe til at opnå mest mulig sundhed for pengene. Dermed skal det være med til at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse ift. den kapacitet, der er til rådighed, fordi styringen af produktivitet samt høj service i behandlingsforløb bliver sammenkoblet (*Danske Regioner, 2011, s. 12*).



De Danske Regioner har udarbejdet pakkeforløbene, hvor opmærksomheden kom grundet udfordringer i psykiatrien med store regionale forskelle i behandlingstilbuddene. Endvidere var der lange ventetider, der varierede op til 12 måneder alt efter, hvor i landet patienten opholdt sig. Der var ligeledes en barriere hos de praktiserende læger, da de ikke havde et overblik over de forskellige behandlingsmuligheder. Med pakkeforløbene kan lægerne henvise til et behandlingsforløb, hvorefter de der står til ansvar for at udrede patienten, kan viderehenvise til de lokale behandlingstilbud, der er knyttet til de specifikke psykiske sygdomme. Derfor blev der på psykiatritopmødet i foråret 2011 besluttet, at der skulle udarbejdes en kvalitetsudviklingsrapport for at højne kvalitet i psykiatrien. I rapporten ”*Højere kvalitet i psykiatrien*” var en af de vigtigste anbefalinger et forslag til, hvordan pakkeforløb i psykiatrien kunne implementeres, for at sikre patienterne en mere effektiv udredning, behandling og dermed højne kvaliteten (*Stærkind*).

Siden 1. januar 2013 har regionerne indført 10 pakkeforløb, hvoraf de 6 henvender sig til voksenpsykiatrien og de sidste 4 henvender sig til børne- og ungdomspsykiatrien. De fleste pakkeforløb er gældende for ikke-psykotiske lidelser, hvilket omfatter belastningsreaktioner, angst, OCD, spise- og personlighedsforstyrrelser m.fl. Personer i disse sygdomsgrupper kan skelne mellem det virkelige og uvirkelige, og har ikke en nedsat realitetssansen, modsat personer med psykotiske lidelser (*Sjælland, 2015*).

Den psykiatriske behandling har gennem en årrække haft en tendens til udelukkende at arbejde enten med psykofarmakologi eller psykoterapi. Med indførelsen af pakkeforløbene har der været et øget fokus på at kombinere de to behandlingsmetoder til at behandle personer med psykisk sygdom (*Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013 s. 184*). Overordnet indeholder et pakkeforløb, en kombination af psykoterapi, hvor patienten har samtaleterapi individuelt og i grupper, og medicinsk opfølgning. Derudover er der fokus på psykoeducation, hvor både patienten og de pårørende inddrages, for at give dem en forståelse af sygdommen samt behandlingsforløbet. Desuden er der en koordineret indsats ift. tværfagligt samarbejde med den alment praktiserende læge for evt. at sikre fortsat behandling samt kontakt til kommunen for evt. at sikre uddannelses- og beskæftigelsesindsatser (*Danske Regioner, 2014*).

Pakkeforløbene rummer både fordele og ulemper, men der foreligger ikke evidensbaserede undersøgelser, der har målt effekten af pakkeforløbene i psykiatrien. De institutionelle forandringer der er



skabt i den politiske arena i form af, at de psykisk syge skal behandles ens over hele landet og lige-stilles med somatikken, kan til dels være fornuftige løsninger, dog med nogle udfordringer til følge. Med flere midler fra den økonomiske arena, kan der bidrages til at sætte fokus på de psykisk syge samt udvise interesse for området. Derudover kan flere økonomiske midler være med til at udbygge den eksisterende kapacitet og højne kvaliteten, når der tillægges flere økonomiske ressourcer.

I den civilsamfundsmæssige arena, herunder de psykisk syge, medvirker pakkeforløbene bl.a. til at sikre patienten overordnede vilkår før, under og efter behandlingen, i og med at der fra begyndelsen er en struktureret og systematiseret plan for patientforløbet. Dette kan være med til at signalere pro-fessionalisme over for patienten og de pårørende, idet der foreligger nogle procedurer for, hvilke undersøgelser patienten skal igennem. Inklusion af de pårørende kan give en positiv effekt, hvilket muligvis kan være med til at forhindre tilbagefald, grundet den hjemlige støtte. Endvidere giver det et bedre udgangspunkt og en bedre forståelse af sygdomsforløbet for behandleren, hvilket kan være til gavn for behandlingen ift. at finde ud af, hvad patienten i realiteten har behov for.

Udfordringer i pakkeforløbene i psykiatrien kan være, at det er sværere at lave samme standardise-ringer i psykiatrien som i somatikken, da psykiatriske patienter kan handle mere uforudsigeligt, og kan kræve livslange behandlingsforløb. For at tage højde for de forskelligartede behandlingsbehov i psykiatrien, kræves der fleksibilitet og tilpasninger i pakkeforløbene. Styrings-og kvalitetsforbed-ringstiltagene kan ikke bare overføres fra somatikken til psykiatrien, da der er store forskelle. Derfor bør der ses på, om det er hensigtsmæssigt at standardisere og ensarte behandlingen (*Danske Regioner, 2011, s. 16-17*).

Det kan ikke skønnes ud fra screening eller blodprøver, om en patient tilhører en bestemt psykiatrisk diagnosegruppe. Der er det 'nemmere', at kategorisere somatiske patienter ud fra screeninger og blodprøver, for at finde frem til en diagnose. Derudover afhænger diagnosticering af personer med mistanke om psykisk sygdom, i høj grad af hvad lægen/psykiateren, ser hos de psykiatriske patienter, da det udelukkende er baseret på et personligt skøn. De tidligere regionale forskelle i form af over-

og underdiagnosticering, skal pakkeforløbene være med til at udjævne, gennem formelle standardiseringer i pakkeforløbene, der kommer til at gælde for behandlingen i alle regioner (*Lægeforeningen, 2013*).

#### 2.1.11 Ny garantiordning

De psykiatriske patienter, der er blevet henvist til et psykiatrisk sygehus har siden den. 1. september 2015 haft ret til at blive undersøgt og udredt inden for 30 dage. Psykiatriske patienter har også lovbestemt ret til behandling inden for 60 dage, hvilket bliver defineret som differentieret behandlingsret, hvor patienten har ret til at komme i behandling 60 dage efter udredning og ved specielle tilfælde inden for 30 dage (*Region Nordjylland (b), 2015*).

I den politiske arena har der været nogle ideer om, at psykiatriske patienter skal have nogenlunde samme rettigheder som de somatiske patienter, derfor ligner den nye garantiordning tilnærmelsesvis rettighederne inden for somatikken. Med en fælles diskurs om en institutionel forandring er der skabt nogle organisationsændringer, for at indsatsen skal være mere koordineret ude i hospitalspsykiatrien. Dette er blevet udløst af de formelle love, der stiller krav til psykiatriens produktivitet og kvalitet. Det kan dog være en udfordring at overholde disse garantiordninger, grundet de knappe ressourcer, der er til rådighed, derfor kan der være en afstand mellem målsætningerne og virkeligheden. Da den økonomiske arena er berørt af stramminger i regionerne kan der ske en skjult omprioritering, hvor patienten får et afkortet behandlingsforløb.

Endvidere kan det medføre, at der bliver langt mellem samtalerne, da en garantiordning signalerer rettigheder inden for en bestemt tidsperiode. Da psykiatrien i forvejen har svært ved at leve op til den tidligere udredningsret på to måneder, kan den nye garantiordning blive en udfordring. Det er især patienter med en kompleks psykiatrisk problemstilling, der kan blive berørt af, at den specialiserede behandling bliver begrænset. Derudover er der risiko for, at selvom patienter bliver kaldt ind rettidigt, er der ikke garanti for at der kan stilles en diagnose eller gives behandling. Dette kan skabe forvirring og frustration hos patienten og de pårørende, hvilket kan have yderligere negativ effekt på helbredelsestilstand hos den psykiatriske patient (*Ritzau, 2015*).

Institutionelle forandringer skaber endnu engang forandringer og forventninger i den civilsamfundsmæssige arena. Det er positivt i sig selv, at psykiatriske patienter skal have en udredning inden for 30 dage og behandling inden for 60 dage, men med konkrete målkrav bliver forventninger om udredning og behandling fra de psykiatriske patienter og deres pårørende også sat højere. Hvis løfterne





ikke er i overensstemmelse med realiteten tager det længere tid for patienterne at indfinde sig med et evt. løftebrud fremfor, hvis der ikke var fremsat et målkrav. Derfor skal der nøje overvejes, hvilke målkrav der bliver fastsat, når der er en begrænset økonomisk kapacitet i regionerne, der påvirker den lægefaglige kapacitet og ressourceforbruget i psykiatrien.

#### 2.1.12 Finansiering af psykiatrien

Psykiatriens finansiering har været underopprioriteret, og derfor skete der ikke meget for de psykiatriske patienter, før der blev implementeret psykiatriaftaler, hvor puljemidler kom ind i billedet. Grundlæggende blev behandlingspsykiatrien finansieret af forsøgsmidler, der var støttet af midlertidige aftaler. Psykiatriens finansiering har været knyttet til en særlig finansieringsform der har været anvendt siden 1997 (*Bengtsson, 2011, s. 8-9*). Behandlingspsykiatriens udbygning har været finansieret af satspuljer, hvor regeringerne løbende har taget stilling til, hvor mange midler der skulle prioriteres til psykiatrien. Regeringerne har udsendt nogle retningslinjer for, hvilke fokusområder midlerne skulle anvendes til, og det har dermed været et politisk ansvar (*Det Ethiske Råd, 2012, s. 8*).

I den politiske arena blev der ændret på de institutionelle rammer for, hvilke krav der blev stillet fra den politiske side ift., hvor og hvor mange midler, der skulle bruges på forskellige områder i psykiatrien. Tidligere var det amtskommunerne der havde til ansvar at prioritere og fastsætte målsætninger i psykiatrien, hvor det overordnede mål var at styrke psykiatrien. Uden nogle konkrete ideer fra det politiske niveau, om hvor indsats skulle styrkes blev det sværere for amtskommuner at prioritere området. Derfor blev interessen for psykiatrien formentlig svækket, da de i forvejen var økonomisk pressede.

Med konkrete målsætninger blev der sat mere fokus på psykiatrien og en større interesse fra politisk side medvirkede til en højere prioritet. Derved blev det nemmere at observere om målene i virkeligheden blev realiseret. Nedskrevne målsætninger bidrager til at overskueliggøre planlægningen og tilrettelægningsen af, hvilke indsatsområder der skal være i fokus, samt hvilke områder der evt. mangler et økonomisk løft for at styrke indsatsen for psykisk syge.

I den civilsamfundsmæssige arena er der blevet en større gennemsigtighed i psykiatrien i forhold til hvilke muligheder og rettigheder de psykiatriske patienter har. Dette signalere til de psykisk syge, pårørende, lægeverdenen og organisationer inden for psykiatrien, at målgruppen bliver prioriteret, da

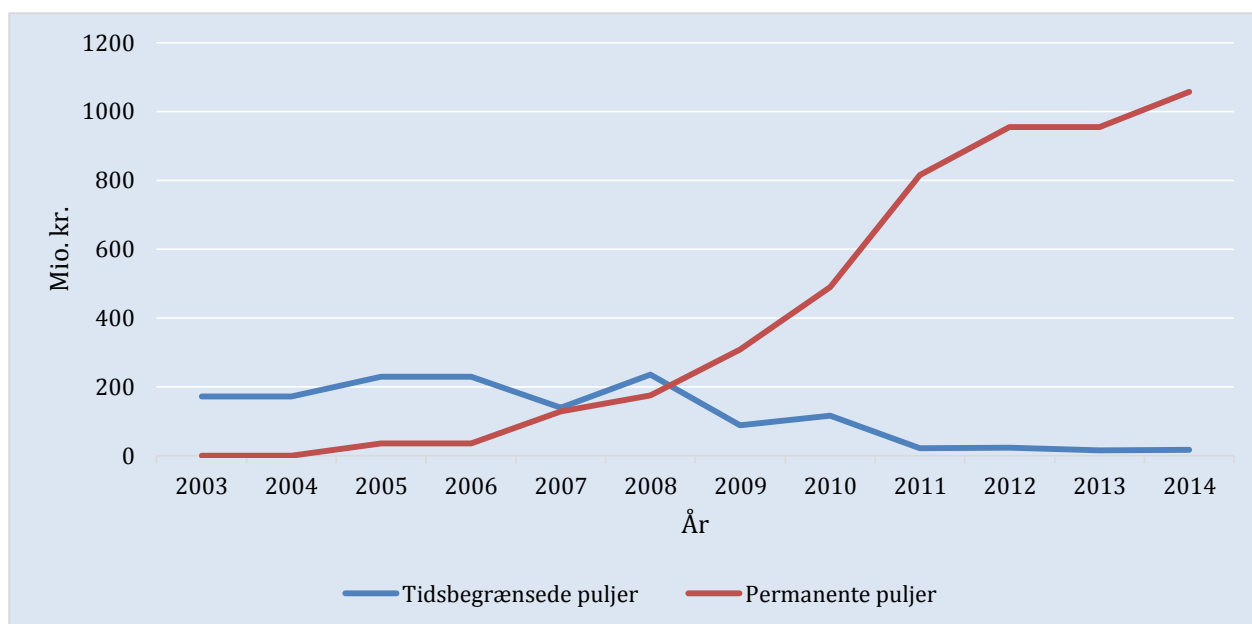


der bliver opstillet målkrav for, hvordan der opnås et effektivt, sammenhængende og godt patientforløb. Dermed skal det være med til at skabe en forbedret fremtid for de psykisk syge. Med en større bevågenhed skaber det desuden mere tryghed for de psykisk syge, og det bliver med tiden mindre tabubelagt at berøre emnet. Samtidig kan gennemsigtigheden i psykiatrien være med til at forebygge og hjælpe personer med psykiske lidelser i en tidligere fase af sygdommen, frem for at de først opsøger professionel hjælp og bliver udredt i en senere fase af sygdommen. En tidligere udredning kan bl.a. være med til at spare samfundsøkonomien for nogle sundhedsøkonomiske udgifter i sundhedsvæsnet, men ikke mindst give de psykisk syge en bedre livskvalitet gennem den rette behandling.

I psykiatrien har forholdet mellem amter og kommuner, og siden 2007 regioner i stedet for amter, været reguleret af psykiatriaftalerne, der har været de grundlæggende aftaler for udviklingen i psykiatriens finansiering. Siden den anden strukturreform i 2007, er psykiatrien stadig betinget af satspuljer i dag, hvor sundhedsaftalerne i psykiatrien stadig er et styringsredskab mellem den enkelte region og de tilhørende kommuner. Satspuljerne bliver bestemt i forbindelse med finanslovsaftalerne på sundhedsområdet (*Bengtsson, 2011, s. 8-9, 16*).

Behandlingspsykiatriens satspuljer bliver udmøntet i tidsbegrænsede puljer og permanente puljer. Udmøntningen af de tidsbegrænsede puljer er baseret på konkrete ansøgninger til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, hvorefter der bliver bevilliget midler til konkrete projekter. I den forbindelse bliver der fulgt op på projektet, og der aflægges et regnskab ved projektets udløb, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse står til ansvar for at gennemse. De permanente puljer er målrettet særlige fokusområder inden for psykiatrien, der bliver bestemt fra den politiske side. Derudover er de en integreret del af regionernes bloktilskud, der bliver fordelt efter regionernes bloktilskudnøgle som bl.a. afhænger af indbyggertal, aldersfordeling m.m. inden for sundhedsområdet. De permanente bevillinger bliver der ikke fulgt op på særskilt, som de tidsbegrænsede puljer, idet de indgår som en del af den almindelige opfølgning af økonomien i regionerne (*Feilberg et al., 2011, s. 6*).

**Graf 1: Tidsbegrænsede og permanente satspuljebevillinger tildelt psykiatrien mio. kr. fra 2003-2014**



Kilde: Feilberg et al., 2011, s. 16 samt egne redigeringer

**Tabel 3: Tidsbegrænsede og permanente satspuljebevillinger tildelt psykiatrien (mio. kr.)**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Tidsbegrænsede puljer, mio. kr</b>	172	172	230	230	140	236
<b>Permanente puljer, mio. kr</b>	0	0	35	35	128	175
<b>Samlet, mio. kr</b>	172	172	265	265	268	411
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Tidsbegrænsede puljer, mio. kr</b>	88	116	21	23	16	17
<b>Permanente puljer, mio. kr</b>	308	489	815	955	955	1057
<b>Samlet, mio. kr</b>	396	605	836	978	971	1074

Kilde: Feilberg et al., 2011, s. 16 samt egne redigeringer

I den ovenstående graf illustreres udviklingen i de tidsbegrænsede og permanente puljer fra 2003-2014. Udmøntningen af satspuljebevillingerne har haft en bemærkelsesværdig udvikling, da satsbevillingerne i 2003 og 2004 udelukkende blev udmøntet på de tidsbegrænsede puljer, hvilket er illustreret og præciseret i tabellen ovenfor. Dette kan tyde på, at der ikke har været en markant bevågenhed og interesse fra den politiske side, eftersom der ikke er blevet bevilliget permanente midler til at styrke psykiatrien. I 2007 ses det af tabellen ovenfor, at begge puljer er nogenlunde ligeligt fordelt på 140 mio. kr. til de tidsbegrænsede puljer og 128 mio. kr. til de permanente. Derudover har tendensen i udviklingen været, at de tidsbegrænsede puljer har ligget over de permanente puljer fra 2003-2008, men i løbet af 2008 sker der et vendepunkt ift. til de to puljer.

Af grafen fremgår det, at efter 2008 har de permanente puljer udgjort en markant større andel af de samlede satspuljebevillinger, grundet en større politisk bevågenhed, hvilket har været med til at give et økonomisk løft i psykiatrien. Til trods for at finanskrisen ramte Danmark i 2008, og der efterfølgende har været et begrænset økonomisk råderum, blev der stadig bevilliget flere midler til psykiatrien i form af permanente midler, hvilket udviser politisk interesse og større opmærksomhed over for psykiatrien.

Derudover ses det, at i 2010 udgjorde de permanente puljer 80,83 % af de samlede satspuljebevillinger og fra 2010 og fremefter udgjorde de mellem 97-99%. Der har været en klar tendens gennem de senere år, der viser at de permanente puljer har spillet en væsentlig rolle i finansieringen af psykiatrien. Dette er bl.a. sket på baggrund af, at de forligspartier, der står bag satspuljerne ofte har et ønske om at videreføre de tidsbegrænsede puljer til at blive permanente puljer efter projekternes ophør (*Fei-berg et al., 2011, 16*).

Udviklingen af finansieringen af de permanente satspuljebevillinger betyder, at psykiatrien har fået en større interesse fra den politiske siden, hvilket er til gavn for patienterne og samfundsøkonomien. Det signalerer til personer med psykiske lidelser og deres pårørende, at psykiatrien bliver opprioriteret, hvilket skal være med til at forbedre den psykiatriske diagnostik, udredning og behandling, der på sigt skal være med til at skabe en bedre livskvalitet for personer med psykisk sygdom. De permanente bevillinger, der er målrettet konkrete indsatsområder i psykiatrien, fx i form af mere kapacitet af høj kvalitet, flere og bedre kompetencer i psykiatrien, bedre fysiske faciliteter og rammer m.m. skal alt sammen være med til at forbedre den psykisk syges sygdomstilstand (*Sundheds- og Ældreministeriet, 2011*). Derfor har de permanente puljer en væsentlig betydning over for de psykisk syge, hvilket kan være med til at løse de udfordringer psykiatrien står overfor med de knappe ressourcer. Endvidere betyder det for samfundsøkonomien, at hvis de psykisk syge bliver helbredt kan det frigøre nogle flere ressourcer i sundhedsvæsenet og evt. spare indlæggelser og medicinsk behandling. Derudover har dem med en lettere psykiske lidelse en større chance for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, hvis de bliver hjulpet i tide. I et samfundsøkonomisk perspektiv er et sygdomsforløb forbundet med et produktivitetstab, idet den syge kunne have bidraget til samfundet, hvis personen i stedet var ude på arbejdsmarkedet. Derfor kan flere permanente satspuljemidler være med til at opnå en samfundsøkonomisk gevinst på længere sigt.

### 2.1.13 Psykiatriens historie og path dependence

Dette afsnit er en afrunding på kapitlet om psykiatriens historie, hvor større transformationer, der har haft en betydelig indflydelse på udviklingen i psykiatrien opsamles ift. hændelser og politiske initiativer, der er sket gennem historien for personer med en psykisk sygdom. Teorien om path dependence vil derfor være med til at underbygge, hvordan fortidens valg har konsekvenser for fremtiden valgmuligheder ift., hvordan samfundet har set på de psykisk syge frem til i dag, hvor denne gruppe har fået en større bevågenhed, både fra den lægefaglig og politiske side.

Path dependence og dens udgangspunkt for psykiatriens historie udspringer, hvor den første valgmulighed opstår, hvilket kan relateres til, hvor psykiatrien og somatikken er gået ud af hver deres sti. På den sti hvor psykiatrien befandt sig var noget anderledes sammenlignet med den somatiske sti, grundet den negative samfundsopfattelse af de psykisk syge. Opfattelsen af de psykisk syge har gennem en årrække været rigid, hvilket blev ændret med tiden. Der skete en hændelse i form af ny forskning, der rystede ligevægten. Dette betød, at synet på psykisk syge blev ændret, hvilket var medvirkende til at man gik ud en af ny sti, hvor de psykisk syge ikke blev set som sindssyge. Derfor blev der ændret i institutionerne, hvilket skabte en forandring i organiseringen, hvor de psykisk syge skulle indespærreres i specielt indrettede hospitaler. Denne store transformation, der skabte en bedre forståelse af de psykiatriske patienter var med til at give de psykisk syge bedre behandlings- og helbredelsesmuligheder. Dermed rykkede stien sig tættere på den somatiske sti, hvor de psykisk syge ligeledes blev betragtet som værende syge patienter.

I den behandlingsmæssige del skete der en udvikling, hvor der blev skabt en institutionel uligevægt, hvor hændelsen var, at der var udkommet psykofarmaka til de psykiatriske patienter, hvilket skulle være med til at nedbringe de psykiatriske symptomer. Med en ny hændelse i samfundet, der rystede ligevægten, gik psykiatrien ud af en ny sti, men på denne sti forekom der straks yderligere en hændelse, hvilket var den antipsykiatriske bevægelse. Kritikkerne af psykofarmakaen havde rystet ligevægten og det kan formodes, at de var med til at påvirke, at man fik et mere helhedsorienteret syn på, hvordan psykisk syge skulle behandles. Dette skete bl.a. ved at de kæmpede for at de psykologiske og sociale faktorer skulle inddrages.

En bemærkelsesværdig transformation der ligeledes har en relation til specialets case, der vil blive præsenteret i kapitel 4, omfatter liaisonpsykiatri, hvor psykiatrien skulle være en integreret del af det somatikken. I takt med ny viden og forskning inden for begge fagfelter, har det vist sig, at indførelsen



af liaisonpsykiatri kunne bidrage til helbredelsen af psykiatriske patienter. Med den nye iagttagelse blev ligevægten rystet og der blev skabt forandringer, der har været med til at få psykiatrien til at gå ud af en ny sti. Dette har været base for nye tiltag i sundhedsvæsenet, hvilket har dannet grundlag for, at den somatiske og psykiatriske sti, er kommet tættere på hinanden, grundet det tværfaglige samarbejde.

Kommunalreformen i 1970 og strukturreformen i 2007 er to hændelser der minder om hinanden. Med urbaniseringen og øgede offentlige udgifter i sundhedssektoren blev ligevægten rystet, hvor konsekvensen blev, at antallet af kommuner blev reduceret og i første omgang blev amterne ligeledes reduceret, men i 2007 blev de nedlagt og substitueret med regionerne. Disse hændelser chokerede ligevægten, hvilket påvirkede psykiatrien i form af, at der skulle være mere sufficient behandling til de psykisk syge, når der skete en centralisering af enhederne, idet specialerne blev samlet. En reduktion i de offentlige sundhedsudgifter herunder psykiatrien var en hændelse der fik en betydning for psykiatriens kapacitetsudvidelse i det almene sundhedsvæsen. Herved blev psykiatrien tvunget til at gå ud ad en ny sti, hvor psykiatrien blev 'parkeret' stationært i en tidsperiode, hvor der ikke var mulighed for at udvide de psykiatriske afdelinger.

Igennem den politiske arena er der blevet foretaget nogle politiske initiativer, der har været med til at ændre på institutionerne ift., hvilke muligheder og rettigheder de psykisk syge har. Herunder har politikernes interesse for psykiatrien været med til at indføre pakkeforløb, en ny garantiordning og tilført flere permanente satspuljebevillinger gennem en årrække. Disse institutionelle og økonomiske forandringer, har til formål at bidrage til at give personer med en psykisk sygdom et bedre og koordineret patientforløb og samtidig flere rettigheder. Ud af den nye sti har de nye hændelser været med til at ligestille psykiatrien med somatikken, ved at personer med psykiske lidelser tilnærmelsesvis skal behandles som de somatiske patienter.

Til trods for at der er sket nogle hændelser, der har været med til at ryste ligevægten i psykiatrien til at komme tættere på de muligheder og rettigheder, der er i somatikken, så kræver det stadig tid og tilpasninger i organiseringen af institutioner og opfattelsen af personer med psykisk sygdomme. Fortidens syn har betydning for fremtidens muligheder, da det har været og til dels stadig er et tabubelagt emne, men med tiden er personer med psykiske lidelser blevet mindre stigmatiseret, grundet den større politiske og økonomiske bevågenhed. Institutioner og organiseringen ændres alt afhængig af

konteksten og er derfor kontekstspecifikke, da nogle institutioner kan være hensigtsmæssige i en periode, mens de kan være uhensigtsmæssige i en anden, hvilket er set gennem udviklingen i psykiatriens historie.

## Kapitel 3

### 3.1 Arbejdsmarkedspolitik

I dette kapitel vil arbejdsmarkedspolitiske tiltag blive præsenteret og analyseret, for at se hvordan man herigennem har forsøgt at sikre personer med psykisk sygdom en tilknytning til arbejdsmarkedet. Der vil også være beregninger på om de nye tiltag er mere rentable end de eksisterende.

#### 3.1.1 Hvorfor er det vigtigt at få psykisk syge ud på arbejdsmarkedet?

Personer med ikke-psykotiske lidelser, som fx depression og angst har mulighed for gennem forebyggelse og behandling, at få symptomerne reduceret så meget, at de kan fungere på arbejdsmarkedet og helbredes. Til trods for dette er der de senere år sket en markant stigning i antallet af personer, der pga. førtidspensionering forlader arbejdsmarkedet pga. en psykisk lidelse. En større gruppe af disse personer er under 30 år og har derfor mange år foran sig, hvor de, med den rette behandling kunne indgå på arbejdsmarkedet. Alligevel får de tilkendt førtidspension og i det følgende kapitel vil det blive beskrevet, hvorfor det er vigtigt at få de psykisk syge tilbage eller ud på arbejdsmarkedet, hvilke årsager der er til at der er flere psykisk syge på førtidspension og hvilke reformer og forslag der er for at ændre dette (*Danske Regioner, 2009, s. 1*).

De personer med en psykisk lidelse der har mulighed for at blive symptomfri eller helt raske er de personer der har en ikke-psykotisk lidelse. Det kræver dog at patienterne bliver diagnosticeret inden det bliver for sent, da behandlingen bliver sværere og dyrere jo længere patienten er inde i sygdomsforløbet, før sygdommen opdages og behandlingen kan igangsættes. Derudover bliver chancerne for helbredelse også mindre, jo senere psykisk sygdom opdages. Ydermere fører psykisk sygdom til et

overforbrug af somatiske ydelser, der kunne være undgået, hvis man havde behandlet de psykiske lidelser i tide (*Danske Regioner, 2009, s. 1*).

Der er altså store samfundsmæssige omkostninger forbundet med psykisk sygdom, da en stor gruppe ikke modtager den behandling, der gør dem i stand til at fastholde eller genoptage tilknytningen til arbejdsmarkedet. Derudover er der også omkostninger til behandling af somatiske sygdomme, der opstår som følge af psykisk sygdom. I en rapport fra Danske Regioner fra 2009 skønnes det, at der på daværende tidspunkt var 30 % af de psykisk syge der ikke modtog nogen form for behandling. Man mente at svaret skulle findes i, at såvel det faglige som det politiske fokus inden for psykiatriområdet, i en årrække havde været på personer med sværere psykiske sygdomme som skizofreni og psykoser. Det er også denne gruppe, der er sværest at helbrede og gøre symptomfri, og dermed også dem der har de ringeste chancer for fastholdelse eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Som følge af at fokus ikke var ligeligt fordelt på de psykiatriske diagnoser, mente Danske Regioner også at der har været en underdiagnosticering og underbehandling af patienter med lettere psykiske lidelser/ikke-psykotiske lidelser (*Danske Regioner, 2009, s. 1*).

For at øge indsatsen og igen skabe fokus på de nedprioriterede patienter, mentes det at indsatsen i sundhedsvæsnet skulle øges og forbedres, men at også den sektor og beskæftigelsesindsatsen skulle øges og forbedres (*Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013, s. 12, 24*). Det ville dog ikke hjælpe at forbedre de enkelte aktører hver især, hvis ikke også der blev et forbedret samarbejde mellem sektorerne og ikke mindst de enkelte arbejdspladser.

En af anbefalingerne til at imødekomme dette er en anbefaling om et øget samarbejde med de kommunale jobcentre om screening for psykisk sygdom, midlertidig tilkendelse af førtidspension samt effektive og fleksible handlingsplaner. Dermed fremsættes det, at det ikke kun er i sundhedssektoren man kan løse problemet og forebygge, men at det i høj grad også foregår på arbejdsmarkedet. Her er det vigtigt at man ude på arbejdspladserne bliver mere bevidste om hvilke tegn man skal være opmærksomme på, for at vurdere, hvorvidt en medarbejder er på vej mod en psykisk sygdom. Også på jobcentrene skal man blive bedre til at screene for at opdage psykisk sygdom og evt. kombinere et jobsøgningsforløb med et forebyggende eller behandlende forløb i sundhedssektoren, så der bliver taget hånd om psykisk sygdom, inden det udvikler sig til noget der bliver sværere at behandle.

Som det er skrevet i kapitel 2, så man før i tiden ikke psykisk syge som mennesker der skulle blive samfundsnyttige borgere, men derimod som nogen der skulle holdes væk fra samfundet. Alle disse



fokuspunkter der er skrevet ovenfor er fremsat som en del af et debatoplæg fremsat af Danske Regioner. Dermed er der tale om en ændring ift. hvordan man tidligere så på psykisk syge, men da det kun er et debatoplæg, er punkterne ikke nødvendigvis blevet realiseret (*Danske Regioner, 2009*).

### 3.1.2 Førtidspensionsreform fra 2003

Førtidspension er en varig offentlig ydelse, der skal sikre forsørgelse af personer, der ikke har mulighed for at forsørge sig selv. For at få bevilget førtidspension skal man være fra 18 år og op til folkepensionsalderen, være dansk statsborger, bo fast i Danmark og have boet fast i Danmark i tre år i perioden fra man fylder 15 år og til man når folkepensionsalderen. Hvis disse kriterier opfyldes, er det herefter kommunerne der afgør, hvorvidt en person kan tilkendes førtidspension, ud fra kriterier vedrørende personens arbejdsevne (*Larsen, 2016*).

#### **Hvis der skal tilkendes førtidspension er betingelserne:**

- *”At erhvervsevnen er nedsat med mindst halvdelen på grund af fysisk eller psykisk invaliditet,*
- *At tilstanden er varig og*
- *At mulighederne for at forbedre erhvervsevnen ved aktiverings-, revaliderings- og behandlingsmæssige samt andre foranstaltninger har været afprøvet og er udtømte*

*Ved fysisk eller psykisk invaliditet forstås, at der skal være tale om helbredsmæssige forhold, som varigt medfører begrænsninger i mulighederne for at klare et arbejde.*

*At tilstanden skal være varig betyder, at der efter en konkret vurdering er grundlag for at antage, at den fysiske eller psykiske invaliditet hos den pågældende ansøger ikke vil kunne bedres væsentligt spontant eller ved behandling.”*

*(Retsinformation, 2007, kap. 9)*

Med reformen fra 1. januar 2003, blev arbejdsevnekriteriet indført som et tilkendelseskræterium på førtidspensionsområdet. Hermed skal man gennem relevante aktiverings-, revaliderings-, og behandlingsmæssige samt andre foranstaltninger forsøge at klarlægge og dokumentere den arbejdsevne eller mangel på samme en borger besidder. Herigennem kan man også forsøge at klarlægge, hvorvidt den pågældende person er i stand til at forsørge sig selv.



Med reformen fra 2003, bliver den centrale indsats i forhold til førtidspensionssystemet at udvikle evnen til at kunne varetage et arbejde på så normale vilkår som muligt. Derved bliver den forebyggende indsats afgørende for systemet, og man skal afprøve alle muligheder for at få en borger i job. Den proces borgeren er igennem ift. afklaring af arbejdsevne og resultaterne af denne er bestemmende for den efterfølgende sagsbehandling. Her er det borgerens bopælskommune der afgør hvorvidt borgers arbejdsevne kan forbedres eller om borgeren skal tilkendes førtidspension. Et formål med loven var også at skabe sammenhæng mellem aktivloven og pensionslovens regler (*Retsinformation, 2002*). Hermed skulle der skabes en sammenhæng mellem den måde man tester borgerne på og hvilke evner de har eller kan udvikle, og de regler der er for at få tilkendt førtidspension. Der bliver derfor med reformen fra 2003 større krav til at kommunen og borgeren gør en aktiv indsats for at blive en del af arbejdsmarkedet.

En af de skrappe betingelser for at få prøvet sin sag om tilkendelse af førtidspension var at ansøgerne ud over betingelser om indfødsret, bopæl og indtjening, også skulle have en varig nedsat arbejdsevne. Arbejdsevnen skal være nedsat i et sådant omfang, at borgeren ikke er i stand til at blive selvforsørgende ved et arbejde der er indtægtsgivende. Det er derfor med reformen fra 2003 arbejdsevnen, der er afgørende for om der kan startes en sag om tilkendelse af førtidspension.

Arbejdsevnekriteriet fokuserer på de evner og muligheder en borger har. Der skal laves en helhedsvurdering af personens samlede situation og de muligheder personen har for at indgå på arbejdsmarkedet. Dermed forudsætter og understøtter arbejdsevnekriteriet en tidlig, aktiv og forebyggende indsats. Herigennem kan der også tages stilling til, om der skal tages foranstaltninger der kan hjælpe borgen til at gøre selvforsørgelse muligt. Det er altså ikke afgørende at borgeren som udgangspunkt har en arbejdsevne der gør det muligt at være selvforsørgende, da der kan træffes foranstaltninger, der kan hjælpe borgeren fremadrettet (*Retsinformation, 2002*).

Borgerens ressourcer beskrives og vurderes i forhold til de krav der stilles på arbejdsmarkedet og det er dette der ligger til grund for vurderingen af om selvforsørgelse er muligt. Der skal kunne peges på konkret specificerede arbejdsopgaver, i de situationer, hvor borgeren vurderes at kunne forsørge sig selv og det er dette der definerer arbejdsevnen. Det er derfor ikke hensigten at vurdere eller på sigt udvikle arbejdsevnen i forhold til det drømmejob borgeren har. Det primære er derimod at fokusere på om selvforsørgelse på nogen måde er muligt, også hvis dette indebærer at skifte job og branche.

Dog skal vurderingen af arbejdsevnen også defineres direkte på baggrund af det aktuelle arbejdsmarked og de krav der stilles for at kunne indgå som en del af dette. Da arbejdsmarkedet hele tiden forandres, eks. på grund af den teknologiske udvikling, stilles der også løbende andre krav til at kunne varetage og udføre konkret specificerede arbejdsopgaver. Derfor skal begrebet arbejdsevne være dynamisk og kunne tilpasses i takt med forandringerne på arbejdsmarkedet (*Retsinformation, 2002*).

### 3.1.2.1 Førtidspensionsreformen fra 2003 ift. Kapp

Reformen har medført at borgerne skal være mere omstillingsparate, da et afklaringsforløb vil kunne ændre deres hverdag og rutiner, dette er også fremhævet af Kapp, der arbejder med hvordan forskellige mennesker vil agere forskelligt, når de skal tilpasse sig en ny situation. For nogen vil det ikke være et problem at skulle i et afklaringsforløb, og de vil hurtigt tilpasse sig den nye situation, hvorved man kan få en afklaring på deres arbejdsevne. Andre vil skulle bruge en længere periode på at omstille sig til den nye situation. De der skal bruge længere tid på at omstille sig, vil måske ikke yde deres optimale i tilvænningsperioden. Dette kan blive et problem, hvis ikke afklaringsforløbets længde tager højde for dette og man vil derfor måske kunne drage en forkert konklusion ift. vurderingen af den arbejdsevne borgeren besidder.

Hvis der ses på psykisk syge der skal i afklaringsforløb, kan man risikere at presse folk ud i noget de ikke er trygge ved eller parate til. Dette vil kunne forværre den psykiske sygdom og det skal derfor altid vurderes, hvorvidt man vil kunne forværre en borgers tilstand ved at sende dem i et afklaringsforløb. Personer med psykiske lidelser kan have svært ved at klare dagligdagens udfordringer og at være sammen med andre mennesker (*Christensen et al., 2010, s. 7*). For nogle af dem vil et afklaringsforløb kunne presse dem ud i en værre eller sværere psykisk sygdom end den de har ved ansøgningstidspunktet. Det at der ikke er skrevet noget i reformen om særlig hensyntagen til forskellige grupper, eks. psykisk syge, kan skabe udfordringer for de psykisk syge, hvis man ikke ude i kommunerne er opmærksomme på at psykisk syge muligvis har brug for hensyn. Disse hensyn kan bl.a. være ift. hvordan en person agerer i forskellige situationer. Hvis ikke der tages hensyn til at personer med psykiske lidelser kan have et andet reaktionsmønster, kan der opstå konflikter.

I reformen står der dog, at hvis arbejdsevnen kan forbedres ved støtte eller andre foranstaltninger, skal disse foranstaltninger gennemføres. Igen kan der være tale om foranstaltninger ift. den måde personer med psykiske lidelser agerer på. Det vil være noget der kræver ekstra arbejde og planlægning

for kommunen, hvilket vil kunne medføre at man i stedet for at få det optimale ud af borgerens afklaringsforløb, vælger at afkorte afklaringsforløbet eller træffer afgørelsen på et forkert grundlag. Hvis borgeren uden de rette foranstaltninger ikke yder sin optimale arbejdsevne, vil borgere kunne få tilkendt førtidspension, selvom det måske ikke er den bedste løsning, da vi i forrige afsnit så at det gavner psykisk syge at komme på arbejdsmarkedet.

Som det fremgår af dette afsnit vil det kunne skabe udfordringer og måske konflikter, hvis ikke der tages hensyn til at personer med psykiske lidelser kan have et andet reaktionsmønster end folk uden psykiske lidelser. Disse reaktionsmønstre og uforudsigeligheden, vil kunne skabe ekstra planlægning og derved evt. også flere omkostninger, ift. at få personer med psykiske lidelser ud på arbejdsmarkedet.

### 3.1.2.2 Førtidspensionsreformen fra 2003 ift. IDIOT-modellen

Reformen fra 2003 kan også sættes ind i IDIOT-modellen. Det hele er startet med en ide om at man ikke bare skal være uden for arbejdsmarkedet hvis man har en fysisk eller psykisk sygdom. Herved er første skridt mod en transformation taget. Man har haft en ide om, at nogle af de folk der har en fysisk eller psykisk sygdom, alligevel vil kunne bidrage på arbejdsmarkedet, hvis de fik nogle andre forudsætninger og hensyn end de "raske". Derved ville de ikke udelukkende være en udgift for samfundet ved at en del af deres indkomst nu ikke kun skulle være overførsler fra det offentlige. Hvis de på en eller anden måde kunne indgå på arbejdsmarkedet, kunne de tjene en del af deres indkomst selv.

Herefter har diskursen om, at man ikke nødvendigvis bør stå uden for arbejdsmarkedet, pga. en fysisk eller psykisk sygdom, bredt sig og andet skridt mod transformationen er taget. Det er blevet en opfattelse blandt en bredere del af den danske befolkning, at man måtte kunne gøre noget for denne befolkningsgruppe. Derefter er der stillet et forslag i folketinget, hvorefter der er vedtaget en aftale om, at der skulle være skrapere krav for at kunne få tilkendt førtidspension.

Vedtagelsen om kravet af afklaringsforløb i forhold til at afklare folks arbejdsevne, er en institutionalisering af ideen og diskursen og tredje skridt mod transformationen er blevet en realitet. Med institutionen vil der også skulle ændres i eller tilføjes en organisation, hvor man i kommunerne vil skulle implementere institutionen. Kommunerne bliver derfor nødt til at ændre deres organisation eller tilpasse den til den nye institutioner hvorved fjerde skridt mod transformationen er taget. Når

kommunerne har tilpasset sig og institutionen er trådt i kraft pr. 1. januar 2003 er femte skridt nået og transformationen sket.

### 3.1.2.3 Førtdispensionsreformen fra 2003 ift. de tre arenaer

Som skrevet ovenfor sker der ændringer i lovene og kommunerne har skullet tilpasse sig de nye love. Dette betyder, at der sker en institutionel forandring i den politiske arena som følge af vedtagelsen af afklaringsforløbene. Vedtagelsen af loven skaber ikke kun ændringer i den ene arena. De to øvrige arenaer med økonomien og civilsamfundet vil også blive påvirket. Den økonomiske arena vil blive påvirket ved at der på kort sigt måske er flere udgifter til at gennemføre afklaringsforløbene. Der vil både kunne være udgifter til etablering og implementering af andre arbejdsprocesser, men også udgifter til at processen med at afklare og vurdere hvorvidt en ansøger skal tilkendes førtdispension muligvis bliver længere som følge af flere kriterier ansøgerne skal vurderes på. På længere sigt vil der måske kunne være en økonomisk gevinst ved at borgere ikke kan få tilkendt førtdispension med mindre at de under ingen omstændigheder har mulighed for at deltage på arbejdsmarkedet. Ved at der er flere der måske vil kunne indgå som en del af arbejdsmarkedet, dog måske kun få timer, vil alligevel potentielt kunne betyde, at de får mulighed for at blive delvist selvforsørgende. Dette vil kunne mindske de offentlige overførselsindkomster, da lige netop dette kriterie ville kunne forhindre nogen i at få førtdispension, hvis de har mulighed for at være helt eller delvist selvforsørgende. Når de offentlige omkostninger mindskes sker der en ændring i den økonomiske arena.

I den civilsamfundsmæssige arena kan der også ske ændringer som følge af lovændringen og de skrappe kriterier. Hvor man før kunne få tilkendt førtdispension uden at skulle i afklaringsforløb, var der ikke nødvendigvis store ændringer i en families dagligdag og planlægning. Men ved at en person der søger førtdispension nu skal i afklaringsforløb inden tilkendelsen, vil det kræve mere organisering og planlægning i den enkelte familie. Dette vil kunne skabe ekstra udgifter til transport for den der søger førtdispension, samt flere tanker og muligvis bekymringer i forbindelse med at skulle hjemmefra. Samtidig kan afklaringsforløbet også være med til at klarlægge nogle muligheder og evner ansøgeren muligvis ikke var klar over at de besad. Dette kan give en positiv oplevelse og kan måske være med til at personen kan blive selvforsørgende. I civilsamfundet finder man også personer med psykiske lidelser og for dem kan et afklaringsforløb som tidligere skrevet være en udfordring. For andre kan det også være en positiv oplevelse, hvor de kommer ud blandt andre mennesker og igen føler at der er behov for dem. Dette vil kunne forbedre den psykisk tilstand, hvilket også vil forbedre hele familiens situation, hvis den psykisk syge får det bedre.



Der er altså potentielt gode muligheder, men også udfordringer i alle tre arenaer. Hvorvidt lovændringen med flere kriterier bliver noget godt eller dårligt for den enkelte arena, afgøres af, hvordan folk i de forskellige arenaer agerer, men også hvordan de tre arenaer agerer i forhold til hinanden. Hvis ikke man i alle tre arenaer arbejder for at det skal lovændringen bliver til en god forandring, kan en eller flere arenaer bevæge sig i en anden retning end det var tiltænkt med loven. Derved kan man risikere at gøre vilkårene for de andre arenaer sværere og gøre det svært at implementere lovændringen.

### 3.1.3 Udvikling i tilkendelse af førtidspension og årsager til denne

De senere år er der i den vestlige verden set en tendens til at antallet af psykisk syge på førtidspension er steget. Dette er også tilfældet i Danmark, hvor andelen af førtidspensionister der i 2008 fik tilkendt førtidspension på baggrund af psykisk sygdom var på 48 %, til sammenligning var dette tal på 27 % i 1999 (*Kudahl, 2011*). I 1999 var Danmark nr. 6 på listen over 15 vestlige lande, hvor man sammenlignede hvor stor en andel af tilkendelser af førtidspension, der skyldtes psykisk sygdom. I 2008, var Danmark det land med flest tilkendelser af førtidspension pga. psykisk sygdom med seks procentpoint ned til næste land på listen. Der er altså sket en voldsom stigning, og især i Danmark har udviklingen været større end i de 14 vestlige lande der bliver sammenlignet med (*Kudahl, 2011*).

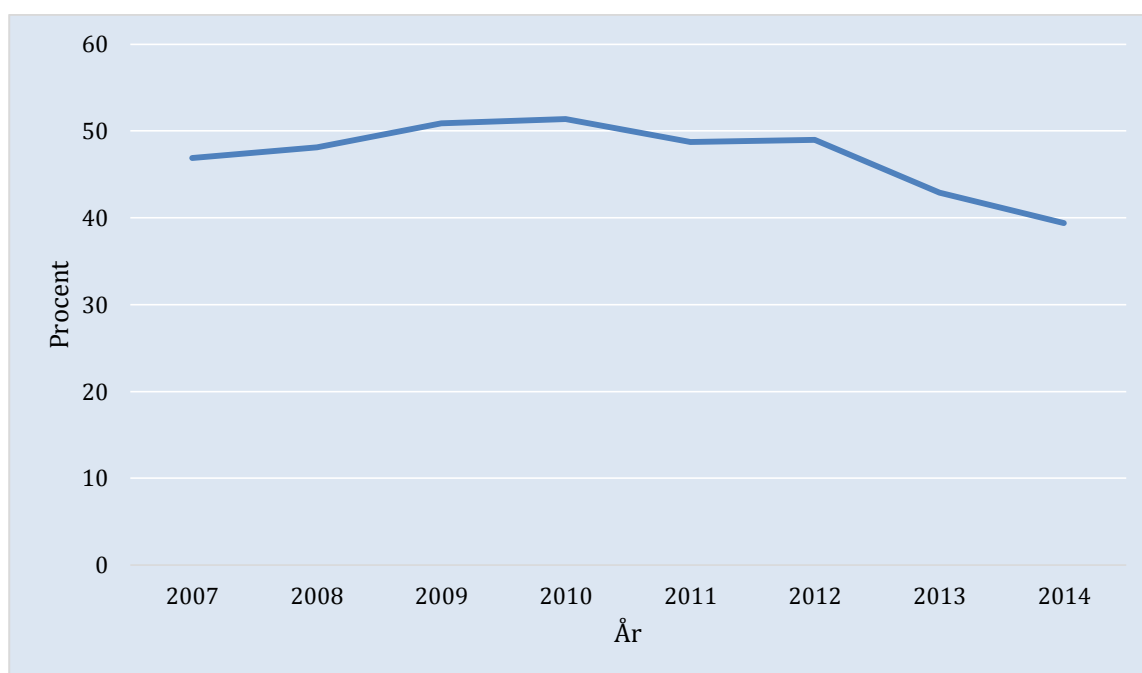
I 2011 havde forskningen ikke svar på, hvorfor udviklingen i antallet af psykisk syge der fik tilkendt førtidspension var steget så voldsomt, og det har heller ikke i forbindelse med dette speciale været muligt at finde en forklaring gennem rapporter eller lignende.

I artiklen hvor udviklingen i forhold til andre lande beskrives kommer Vilhelm Borg, der er seniorforsker på Det Nationale Center for Arbejdsmiljø, dog med et bud på hvad udviklingen kan skyldes. I Danmark har en højere del af befolkningen været på arbejdsmarkedet, og derfor vil også en del af dem der har psykiske problemer være en del af arbejdsmarkedet. De går altså ikke bare hjemme og bliver passet af familien, men er i højere grad end personer i andre lande, på arbejdsmarkedet. På det danske arbejdsmarked i dag er der større krav til de ansattes mentale kapacitet end der tidligere har været. Dette kan gøre det sværere for psykisk sårbare at fungere på arbejdsmarkedet og indgå i et

arbejdsfællesskab. I dag skal ansatte have en mental kapacitet der gør det muligt at fungere i komplekse jobs, men også i jobs, hvor der er flere forandringer og høje krav om effektivitet og omstillingsparathed (Kudahl, 2011).

Når man ser på hvor mange procent, der får tilkendt førtidspension på baggrund af psykiske lidelser, ses det af nedenstående graf, at det fra 2007 – 2012 har været stabilt omkring de 50 procent. Efter 2013 sker der et fald, hvilket stemmer overens med at det fra 2013, gennem en ny reform, bliver sværere at få tilkendt førtidspension.

**Graf 2: Førtidspensionstilkendelser med psykisk sygdom som hoveddiagnose**



Kilde: Ankestyrelsen samt egne beregninger

Grunden til at flere og flere får tilkendt førtidspension på baggrund af psykisk sygdom, er der ikke et svar på fra den psykiatriske faglitteratur. Socialchefen i Rødovre kommune og formand for foreningen for socialchefer, Ole Pass, har dog nogle bud. Han mener at en del af problemerne er skabt af samfundet, da han mener at det samfund vi har i dag kan afføde stress. Især unge mennesker kan føle



sig presset, især i uddannelsessystemet, hvor der bliver flere valgmuligheder og flere og større krav, bl.a. til hvor mange gange man må skifte uddannelse, men også hvor lang tid man har til at gennemføre uddannelsen. Dette kan medvirke til at de unge får lettere psykiske lidelser, der ifølge en rundspørge lavet af Psykiatrifonden, er årsag til over halvdelen af frafaldet på uddannelser (*Deleuran, 2012*).

Overlæge på Psykiatrisk Center København, Lene Eplov, mener at arbejdsmarkedet kan være en del af forklaringen på de flere tilkendelser på baggrund af psykisk sygdom. Hun peger som Vilhelm Borg også på at kravet om større omstillingsparathed er medvirkende, men også det kommunikationsmæssige kan blive et problem (*Deleuran, 2012*).

Det at et arbejde i dag kræver en større grad af kommunikation end tidligere, kan være et problem ift. de personer der ikke har et godt psykisk helbred. Som den definition af psykisk sundhed som der er beskrevet i indledningen kan man ved psykisk sundhed indgå i fællesskab med andre mennesker. Det at kommunikere med andre mennesker kræver også en form for fællesskab og ellers skaber man fællesskabet gennem kommunikation. Dette kan derfor være en udfordring for psykisk syge og det kan derfor være nemmere at holde dem væk fra arbejdsmarkedet, ved at tilkende dem førtidspension. Lene Eplov forklarer at de flere krav kan medføre stress, der kan medføre angst og depression. Dermed mener hun også at det er arbejdspladserne der er med til at bidrage til udviklingen i antallet af psykisk syge der får tilkendt førtidspension. Samtidig siger hun også at der ikke er lavet nok undersøgelser på området til at bekræfte hende bud 100 %, men at der er evidens for at stress kan føre til psykisk sygdom (*Deleuran, 2012*). Når man ved at stress kan føre til psykisk sygdom, bør man også have mere fokus på det på arbejdspladserne, som det også blev foreslået i Psykiatrifondens debatoplæg. Dette kræver dog en fundamental ændring af de institutioner, der hersker på de danske arbejdspladser, hvor det kan være svært at håndtere psykisk syge.

Svend Brinkmann, der er professor i generel psykologi på Aalborg Universitet har også et bud på hvorfor der er kommet flere psykisk syge på førtidspension. Han snakker bl.a. om det at det er blevet mere accepteret at have en psykiatrisk diagnose, og at folk i stigende grad bruger diagnoser til at forstå sig selv, hinanden og de reaktioner forskellige mennesker har. Han mener at det er blevet sværere at acceptere, at livet i perioder kan være svært og at folk derfor søger en forklaring gennem diagnoser. Dette er også med til at det bliver mindre stigmatiserende at modtage diagnoser, hvilket gør at folk i højere grad opsøger det og dermed sætter yderligere pres på sundhedsvæsenet.



Han sætter derfor også spørgsmålstegn ved, om de der får tilkendt førtidspension på baggrund af en psykiatrisk diagnose, i virkeligheden har andre problemer. De reaktioner man kan forvente at få som følge af at livet kan være svært, kan lægen nu gøre til en sygdom der kan diagnosticeres. Dette er i højere grad blevet attraktivt, da diagnoserne kan fungere som adgangsbillet til forskellige ydelser og privilegier. Men det der på kort sigt kan være attraktivt er ikke altid til gavn for borgeren selv og samfundet. Det at få tilkendt eks. førtidspension kan virke eller opfattes som et helle, hvor en person kan have en sikker indtægt, men hvis denne person på længere sigt ville kunne varetage et arbejde er førtidspension ikke nødvendigvis den rigtige løsning for borgeren. Dette skyldes som tidligere skrevet at det at indgå på arbejdsmarkedet kan være medvirkende til at holde folk ude af psykisk sygdom eller at holde dem symptomfri. Derved vil borgerens livskvalitet øges, men borgerens indtægt kan muligvis også øges. Dette vil også være til gavn for hele samfundet, hvor man ud over at spare udgifterne til de offentlige overførsler også vil kunne opnå højere skatteindtægter. Det drejer sig måske ikke om flere mia., men man skal også medtage at en borger der kan holdes nogenlunde sygdoms- og symptomfri heller ikke vil skulle gøre nær så stor brug af sundhedsvæsnet.

Han understreger dog, at det langt fra er alle førtidspensionisterne der ser en psykiatrisk diagnose som et helle og en adgangsbillet til offentlige ydelser (*Kudahl, 2012*).

Lene Eplov bakker op om Svend Brinkmanns forklaring om at læger i dag i højere grad bruger eks. Depressionsdiagnosen, når de tilser borgere med sociale problemer. Samtidig mener hun at man bør være opmærksom på hvorvidt det udelukkende er en psykiatrisk lidelse der er årsag til borgerens problemer. Hun bruger et eks. Med at hvis en enlig mor med tre børn har en uforstående arbejdsgiver er det mindre sandsynligt at hun vender tilbage til arbejdsmarkedet end en højtuddannet person, hvor familien er velfungerende og har mulighed for at hjælpe til, samtidig med at arbejdsgiveren er forstående. Derved kan der godt stå depression som årsag til at hun får tilkendt førtidspension, men der er mange andre faktorer der ikke er medtaget og havde hun haft bedre mulighed for hjælp og støtte, var hendes muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet større (*Kudahl, 2012*).

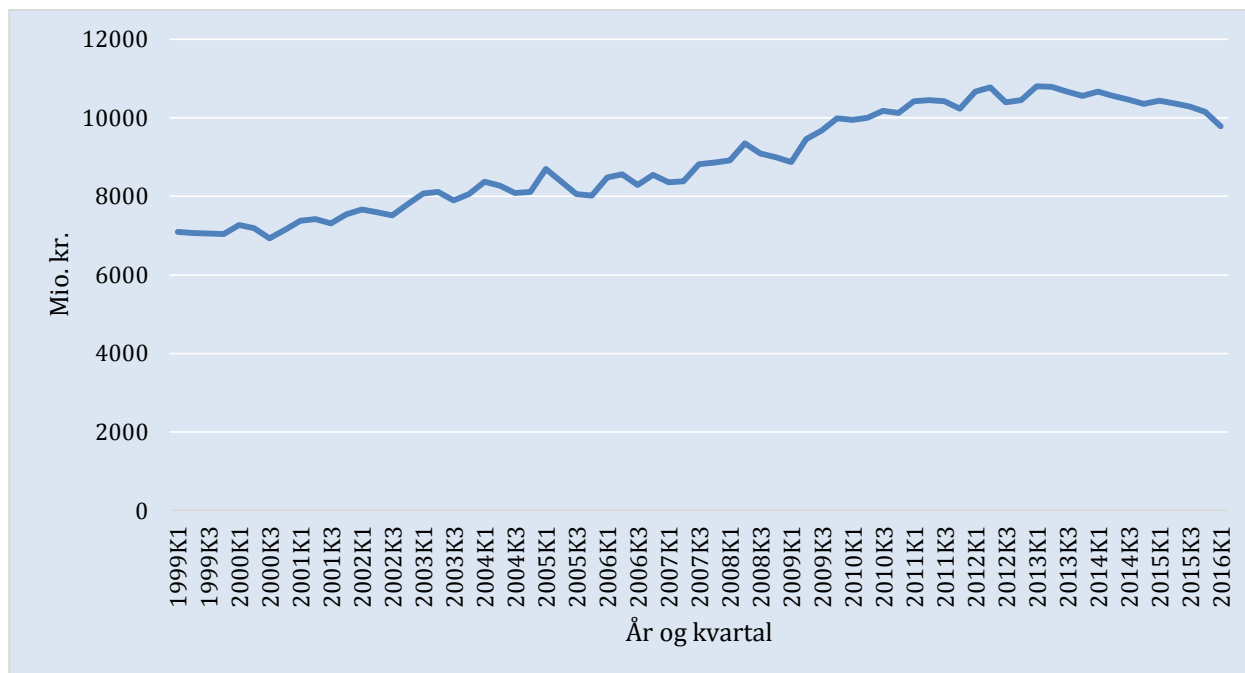
Ole Pass mener ikke at det udelukkende er arbejdspladserne og lægernes skyld at flere får tilkendt førtidspension på baggrund af en psykiatrisk diagnose. Han erkender at kommunerne også må tage deres del af ansvaret, da han mener at kommunerne har en stigende tendens til at sende borgere til

lægelig udredning. Dette sker også som følge af at det er mindre stigmatiserende at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom. Kommunerne sender borgere til udredning, da de gerne vil hjælpe alle, men det medfører også at der er flere der får en psykiatrisk diagnose. Derfor sætter Ole Pass også spørgsmålstegn ved om der skal være udredninger i det omfang der hidtil har været (Kudahl, 2012).

### 3.1.4 Baggrund for førtidspensionsreformen fra 2013

I 2009 fremlagde Arbejdsmarkedskommissionen sine forslag til, hvordan man kunne styrke de offentlige finanser gennem en øget arbejdsindsats. Baggrunden for kommissionens arbejde var, at den daværende regerings 2015-plan ikke var finansieret og der skulle derfor findes 14 mia. ved at løfte beskæftigelsen. Kommissionens arbejde udmøntede sig i et katalog med syv overordnede temaområder, hvor der til hvert område var estimeret, hvor stort et overskud det kunne give på de offentlige finanser. Et af de områder hvor der kunne opnås mindre bidrag, men som alligevel blev medtaget var *'Øget beskæftigelse for personer med nedsat arbejdsevne'*. Dette område blev estimeret til, på lang sigt, at give et årligt overskud på  $\frac{3}{4}$  mia. og få 5000 personer i arbejde om året (Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s.7, 13-14). Da kommissionen blev nedsat i 2007, måtte de også medtage et konjunkturskift i sine beregninger, hvilket kan være medvirkende til, at de områder der ikke ville skabe et stort overskud på de offentlige budgetter alligevel er medtaget. Derfor er der i kommissionens forslag også fokus på at styrke beskæftigelsen på lang sigt, hvilket også harmonerer med at øge beskæftigelsen for personer med nedsat arbejdsevne (Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s. 8).

### **Graf 3: Offentlige udgifter til førtidspension**



Kilde: Danmarks Statistik

Som det fremgår af grafen er udgifterne til førtidspension steget i perioden fra 1999 til starten af år 2013. Herefter begynder de samlede udgifter igen at falde. Selvom udgifterne falder, er det stadig høje udgifter, hvilket kan have været medvirkende til at der kom øget fokus på at nedbringe antallet af førtidspensionister og dermed også udgifterne.

For at mindske de offentlige udgifter til førtidspension, var en af Arbejdsmarkedskommissionens forslag, at man ude i kommunerne skulle forebygge tilkendelser af førtidspension. Dette skulle bl.a. gøres gennem et udviklingsforløb, for personer med en ubetydelig arbejdsevne, men hvor der er potentiale for at forbedre arbejdsevnen.

Et udviklingsforløb skulle være en individuel indsats for den enkelte borger, på tværs af arbejdsmarkeds-, social- og sundhedsområdet. Da målgruppen har meget forskelligartede problemer, er udviklingsforløbet tænkt som en ramme for kommunernes indsats fremfor en anvisning af konkrete redskaber (*Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s. 143-144*).

Arbejdsmarkedskommissionen nævner også det stigende antal nytilkendelser af førtidspension på baggrund af psykiske lidelser som en motivation for at se på, hvordan man kan forebygge førtidspension. I rapporten bliver der også fremlagt, at lægefaglige undersøgelser viser, at der er gode prognoser for helbredelse af personer med ikke psykotiske lidelser. Det tager muligvis lang tid at behandle, men

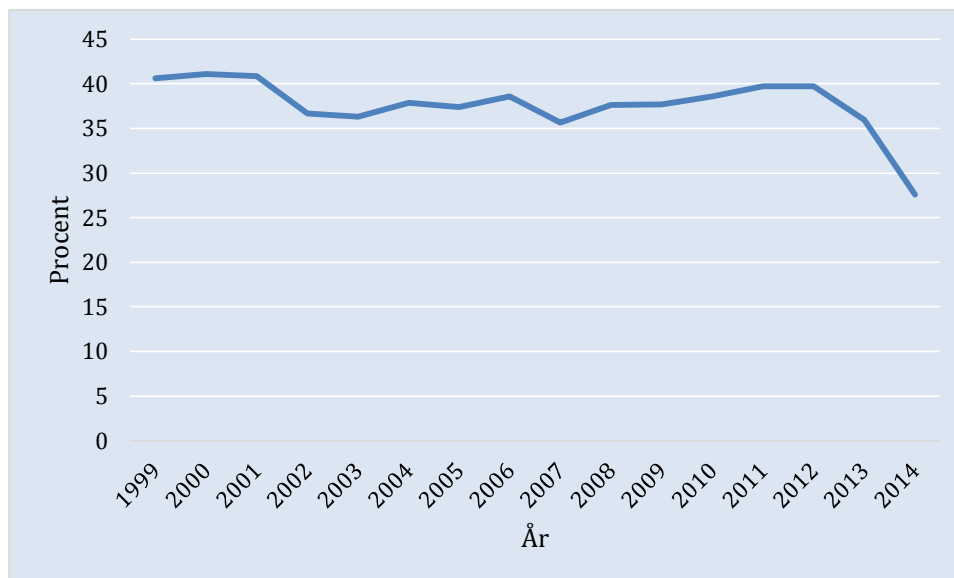
mange patienter oplever en bedring over tid, eller bliver endda helt symptomfri (*Arbejdsmarkeds-kommissionen, 2009, s. 145*).

I rapporten fremgår det også at mange førtidspensionister oplever en forbedring af deres funktions-evne over tid. Dette gælder både personer med fysiske og psykisk lidelser. Derfor påpeger Arbejds-markedskommissionen også at det er et problem at kommunerne i mange tilfælde ikke har tilstræk-ke ligt fokus på at forbedre borgernes arbejdsevne (*Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s. 146-147*). Med forslaget om udviklingsforløbet vil en del af disse personer kunne undgå førtidspensionering og med øget fokus fra kommunen ville borgerne i nogle tilfælde kunne forbedre deres arbejdsevne.

#### 3.1.4.1 Personer under 40 år udgør en større del af nytilkendelser af førtidspension

Når ca. 50 % af alle nytilkendelser af førtidspension skyldes psykisk sygdom, er det interessant at se om der er mulighed for at ændre dette. Stigningen i tilkendelser på baggrund af psykiske lidelser viser dog ikke at nogle af tilkendelserne kunne være undgået. Der er dog belæg for at nogle af lidelserne vil kunne helbredes over tid, og dermed forbedre funktionsevnen for patienten. Derfor mener arbejds-markedskommissionen også at psykiatrien har en del af ansvaret. Der bliver peget på at med en kor-tere ventetid og en mere effektiv psykiatrisk behandling, vil man potentielt kunne fastholde tilknyt-ningen til arbejdsmarkedet for flere personer (*Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s. 151*).

#### **Graf 4: Antal procent 15-39 årige udgør af nytilkendelser i alt pga. psykisk sygdom**



Kilde: Ankestyrelsen samt egne beregninger

Som det fremgår af grafen har andelen af de der får tilkendt førtidspension når de er under 40 år været faldende indtil omkring 2002, hvorefter den har været stabil frem til 2007. Herefter stiger andelen igen frem til 2013, hvor en ny reform træder i kraft. Herefter ses der et kraftigt fald i antallet, hvilket kan forklares gennem reformen, hvis hovedpunkter vil blive beskrevet nedenfor. Det vigtigste grafen fortæller, er dog at andelen af personer under 40 år, der får tilkendt førtidspension gennem hele den viste periode har været høj og at den har været stigende i perioden fra 2007.

Studier har vist at unge med en lettere psykisk sygdom har gode helbredelsesmuligheder (*Arbejds-markedskommissionen, 2009, s. 151*). Hvis man parkerer disse unge på en førtidspension risikerer man, at man holder dem fast i en position som offentligt forsørget, til trods for at de måske på sigt har mulighed for at indgå som en del af arbejdsmarkedet, hvis de fik de rigtige tilbud.

Det må også antages at personer under 40 år, har længere tid tilbage af et potentielt arbejdsliv og at der er større sandsynlighed for at den uddannelse de måske har, ikke er forældet eller kan opkvalificeret gennem få tilbud. Det at andelen af personer under 40 år er så stor, er også et problem for samfundsøkonomien, da det arbejdsliv de potentielt kunne have haft ikke bliver en realitet, hvis de tilkendes førtidspension. Samfundet går glip af mange års produktivitetstab og tabt arbejdsfortjeneste, og som det ses af graf 4 bliver der også flere offentlige udgifter til førtidspension. Når man tilkender unge førtidspension er der længere tid, til at de overgår til folkepension og man vil derfor løbende øge de akkumulerede udgifter til førtidspension, hvilket kan være endnu et incitament for at hjælpe denne gruppe til at komme på arbejdsmarkedet.

### 3.1.5 Førtidspensionsreformen fra 2013

På baggrund af arbejdsmarkedskommissionens forslag til at løfte beskæftigelsen blev der i 2012 vedtaget en førtidspensionsreform. I arbejdsmarkedskommissionens forslag var der ikke særligt fokus på de psykisk syge. I afsnit 3.1.4.1, fortælles det at personer under 40 år udgør en større del af de personer der tilkendes førtidspension. Der forklares også om de konsekvenser det kan have for samfundsøkonomien og man kunne forestille sig at dette også kunne være medvirkende til den endelige aftale, hvor der er fokus på at give de psykisk syge en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Aftalen blev vedtaget mellem den daværende regering, Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti og Radikale Venstre, samt partierne Venstre, Liberal Alliance og det konservative folkeparti.

Partierne blev enige om en aftale, der trådte i kraft fra 1. januar 2013. Reformen betyder at:

- ”Sårbare og udsatte unge i fremtiden skal have en helhedsorienteret indsats i ressourceforløb, der tager udgangspunkt i den enkeltes muligheder og behov.
- Der investeres massivt i ressourceforløb, så kommunerne får mulighed for at sætte de nødvendige og rigtige tiltag i gang. Der skal være plads til at give tid og ro i en periode til fx et behandlingsforløb i psykiatrien, hvis den enkelte har behov for det. I 2020 vil der være afsat 1,2 milliarder om året til ressourceforløb. Et beløb, der stiger til 1,4 milliarder på lang sigt.
- Ressourceforløbene erstatter i fremtiden førtidspension for personer under 40 år. Der kan dog fortsat tilkendes førtidspension for personer under 40 år, hvis det er åbenlyst, at den enkelte ikke kan komme til at arbejde igen.
- Kommunerne opretter rehabiliteringsteam, der skal sikre en bedre koordinering af indsatsen på tværs af de mange forskellige forvaltninger og sektorer, så den tværgående indsats kommer til at virke i praksis.”

(Beskæftigelsesministeriet, 2012)

Reglerne og kravene til at få førtidspension der blev fastsat ved reformen fra 2003 er stadig gældende ved vedtagelsen af den nye reform. Dog er der med den nye reform sket en del stramninger, især over for personer under 40 år. Som det ses af de ovenstående punkter er et af fokusområderne, at borgere under 40 år skal tilbydes et individuelt, helhedsorienteret ressourceforløb. Dette ressourceforløb skal erstatte førtidspensionen, og det skal ikke være muligt at få førtidspension før man har udtømt alle muligheder for at afklare en persons arbejdsevne. Personer over 40 år skal også tilbydes ressourceforløb, men her er der kun krav om at de skal deltage i ét ressourceforløb, hvorefter man mener at



kunne vurdere hvorvidt arbejdsevnen er god nok til at personen kan varetage et job. Ressourceforløbene skal hjælpe til, at der tages udgangspunkt i den enkeltes muligheder og behov, hvilket skal bidrage til at hjælpe den enkelte borger videre og samtidig reducere udgifterne til førtidspension. Tiltagene er incitamenter for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, dog med undtagelser af borgere med væsentligt nedsatte arbejdsevner (*Beskæftelsesministeriet, 2012*).

Flere borgere skal potentielt have mulighed for at være en del af fællesskabet gennem et aktivt arbejdsliv. I Danmark udgør førtidspensionen en del af det sociale sikkerhedsnet, derfor skal borgere med en begrænset arbejdsevne i fremtiden ligeledes have gode levevilkår. Derfor skal reformændringer være med til at sikre en bæredygtig udvikling i forhold til at skabe bedre muligheder for at få en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet. På den måde skal tiltagene i reformen være med til at fremtids-sikre og skabe en balance både på individ og samfundsøkonomisk niveau.

#### 3.1.5.1 Ressourceforløb

Som tidligere skrevet er en del af aftalen, at der i højere grad skal fokuseres på den enkelte borger og dennes behov. Man skal have borgerens arbejdsevne i centrum og finde frem til hvilken indsats der skal til for at udvikle den enkelte borgers arbejdsevne. Dette skal ske gennem en tværfaglig indsats, der bliver tilpasset og målrettet den enkeltes behov. Derfor skal der som skrevet i aftalen også være plads til at afbryde et ressourceforløb i en periode, for at give plads og ro til ex psykiatrisk behandling.

Et ressourceforløb kan vare et til fem år, hvor tværfagligheden skal sikre at borgeren får en helhedsorienteret indsats. Forløbet skal gennem en konkret og aktiv indsats udvikle borgeren. De aktiviteter der igangsættes afhænger af den enkeltes mål ift. arbejde og uddannelse. Et ressourceforløb vil ofte bestå af beskæftigelsestilbud, sociale tilbud og sundhedsmæssige tilbud (*Beskæftelsesministeriet, 2012*).

Disse tilbud kan kombineres og koordineres på kryds og tværs, men kan indeholde:

- *”Tilbud om brobygning til uddannelse med nødvendig støtte*
- *Rådgivning og støtte fra psykolog/terapeut/coach*
- *Kurser i at håndtere fx stress/angst*
- *Aktivitetstilbud på væresteder*
- *Støtte- og kontaktperson*
- *Hjælp til boligproblemer*
- *Socialpædagogisk bistand*
- *Behandling for misbrug*
- *Mentorstøtte*
- *Fritids-/frivillige aktiviteter (frivilligt socialt arbejde, foreningsarbejde)*
- *Motion”*

*(Beskæftigelsesministeriet)*

For at koordinere den tværfaglige indsats skal der i alle kommuner oprettes rehabiliteringsteams, der skal kunne håndtere de komplekse sager. Disse teams skal også sikre at den enkelte borger får en helhedsorienteret indsats, hvor der sker en parallel afklaring af den enkelte borgers beskæftigelsesmæssige, sociale og sundhedsmæssige ressourcer og udfordringer med fokus på uddannelse, job og selvforsørgelse. Derved skal det forsøges sikret at de samlede ressourcer anvendes effektivt. Rehabiliteringsteams skal være sammensat af repræsentanter fra relevante kommunale forvaltningsområder som beskæftigelsesområdet, sundhedsområdet, socialområdet og undervisningsområdet, hvor de skal fungere som dialog- og koordineringsforum *(Beskæftigelsesministeriet)*.

### 3.1.5.2 Førtidspensionsreformen fra 2013 ift. IDIOT-modellen

Ligesom førtidspensionsreformen fra 2003, kan også reformen fra 2013 analyseres vha. IDIOT-modellen og teorien om de tre arenaer.

Reformen fra 2013 er startet med en ide om, at man kunne gøre mere for at få sårbare og udsatte unge ud på arbejdsmarkedet, hvorved første skridt mod en transformation er taget. Man kunne se at der var et problem, da andelen af personer med psykisk sygdom, der fik tilkendt førtidspension, blev større og større og større. Men her er ideen ikke stoppet, da reformen endte med at omfatte alle der søger om førtidspension. Der har været en ide om, at en mere helhedsorienteret indsats, var det der skulle



til for at mindske antallet af personer, der får tilkendt førtidspension. Den helhedsorienterede indsats skulle ske på tværs af bl.a. beskæftigelsesområdet, socialområdet og sundhedsområdet. Herefter har ideen bredt sig til at være en diskurs, hvor et flertal i Folketinget har ment at der skulle gøres mere for at få de sårbare og udsatte ud på arbejdsmarkedet. Herved har man nået andet skridt på vejen mod en transformation. Dette udmøntede sig i en aftale mellem den daværende regering og nogle oppositionspartier. Med aftalen blev diskursen omdannet til institutioner, altså lovgivning og nye retningslinjer og krav, der skulle opfyldes, før en borger kunne få tilkendt førtidspension og tredje skridt på vejen mod en transformation blev taget. Med de nye institutioner, var der også nødt til at komme nye organisationer. Bl.a. skulle der oprettes rehabiliteringsteams, hvilket var en ny måde at organisere de forskellige faggrupper på ift. at hjælpe sårbare og udsatte i job. Dette skulle ske ude i kommunerne, hvor organisationerne er blevet ændret eller tilpasset den nye lovgivning og man nåede herved fjerde skridt på vejen mod transformationen. Når kommunerne havde tilpasset den nye organisering til de nye institutioner, der trådte i kraft 1. januar 2013, har man nået femte skridt og transformationen er dermed sket.

### 3.1.5.3 Førtidspensionsreformen fra 2013 ift. de tre arenaer

Med lovændringen og tilpasningen i kommunerne er der sket en forandring i den politiske arena. Der er nu ikke længere kun tale om afklaringsforløb, hvor en persons arbejdsevne bliver klarlagt. Med reformen fra 2013 er der tale om en mere helhedsorienteret indsats, hvor man ikke kun ser på beskæftigelsen, men også sørger for at støtte borgeren på det sociale område med eks. støtte til at finde bolig eller udvikle sociale kompetencer. Dette er noget der ikke var tænkt på ved reformen fra 2003, og det kan have været dette der var afgørende for at afklaringsforløbene ikke fik folk i arbejde. Med reformen fra 2013, sørger man for at hjælpe borgeren til at få styr på flere aspekter af sit liv, hvilket vil kunne være det der gør det muligt at borgeren kan udvikle de kompetencer, der skal til for at begå sig på arbejdsmarkedet. Dette kræver en stor koordinering og ændringer af retningslinjer, hvilket vil ske i den politiske arena, på både statsligt og kommunalt niveau.

Med reformen skete der også ændringer i den økonomiske og civilsamfundsmæssige arena. I den økonomiske arena, vil der på kort sigt være udgifter til at etablere rehabiliteringsteams, men også udgifter til at implementere de nye arbejdsprocesser, herunder administrativt arbejde i forbindelse med de nye ressourceforløb og tilrettelæggelsen af dem. Ved at personer under 40 år som udgangspunkt ikke skal kunne tilkendes førtidspension, men i stedet skal blive i ressourceforløb, vil også give ekstra udgifter, da det vil kræve flere løbende vurderinger af om ressourceforløbet har haft en effekt og hvad der fremadrettet skal ske for borgeren, hvis ikke denne er kommet i arbejde. På længere sigt



er tanken dog, at reformen skal give en økonomisk gevinst for det offentlige, ved at borgeren ikke kan få tilkendt førtidspension, med mindre at de under ingen omstændigheder har mulighed for at forbedre deres evner og situation så meget at de ville kunne indgå på arbejdsmarkedet. Det at man fortsætter ressourceforløbene vil potentielt kunne øge chancerne for at komme i arbejde også selvom det kun ville være et par timer om ugen. Så længe en person er bidrager på arbejdsmarkedet, vil det medføre at de har mulighed for at blive delvist eller helt selvforsørgende. På den måde vil man kunne mindske de offentlige overførselsindkomster, da en person der er helt eller delvist selvforsørgende ikke ville kunne få førtidspension.

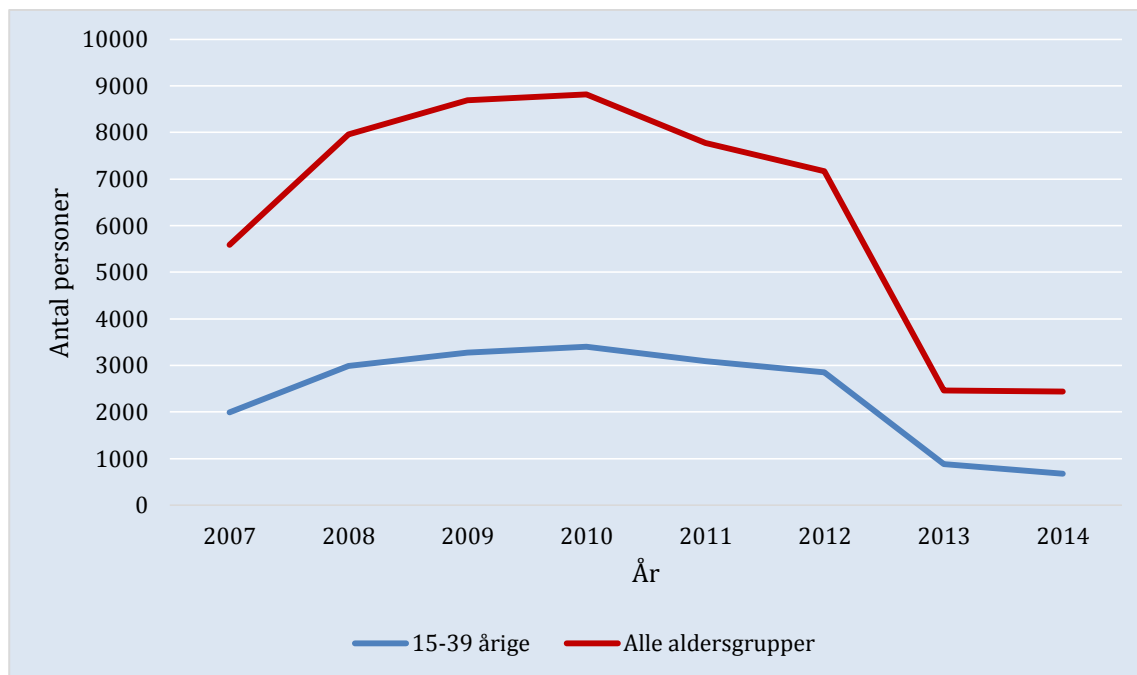
Med ressourceforløbene vil flere folk få en dagligdag eller noget de skal i løbet af en uge i stedet for at sidde derhjemme, som hvis de havde fået tilkendt førtidspension. Dette vil derfor skabe en ændring i den civilsamfundsmæssige arena, da der med reformen er flere der vil skulle ændre i deres egen og en evt. families dagligdag. Derfor vil der også være behov for mere planlægning og organisering for den enkelte og dennes familie. Med den mere planlægning vil der kunne opstå flere bekymringer, men med rehabiliteringsteamene er der mulighed for at få støtte til at klare dagligdagens udfordringer og bekymringer, hvilket vil kunne lette vejen til arbejdsmarkedet. For personer der er psykisk syge, der skal i ressourceforløb, vil det kunne være en udfordring at blive presset ud blandt andre mennesker, men med ressourceforløbene er der mulighed for at planlægge et forløb, hvor en psykisk syg i starten får støtte til at håndtere sin sygdom og evt. blive symptomfri og først herefter vil det være nødvendigt at se hvad der kan gøres for at øge kompetencerne og arbejdsevnen for den psykisk syge.

Med reformen bliver der skabt gode muligheder, men også udfordringer i de tre arenaer. Som ved reformen fra 2003 er det der afgør om reformen bliver noget godt eller dårligt for den enkelte arena, hvordan folk i de forskellige arenaer agerer både internt, men også ift. hinanden og de andre arenaer. Hvis ikke alle arenaer arbejder i samme retning for at reformen skal føre positive ændringer med sig, kan man risikere at en eller flere arenaer bevæger sig i en anden retning end det der var tiltænkt i forbindelse med reformen. Dette kan risikere at gøre vilkårene for de andre arenaer sværere og gøre det vanskeligere at implementere lovændringen.

### 3.1.6 Implementering og effekter af førtidspensionsreformen fra 2013

I følgende afsnit vil der blive set på hvordan implementeringen af førtidspensionsreformen fra 2013 er forløbet indtil nu og om man allerede nu kan se effekter af reformen. Derudover vil der også blive set på, om der er nogle udfordringer ved reformen som viser sig nu efter 2,5 år og som kan være et problem også på længere sigt.

**Graf 5: Tilkendelse af førtidspension pr. år**



Kilde: Ankestyrelsen

Som det ses af grafen har antallet af de samlede tilkendelser af førtidspension været stigende fra 2007 – 2010. Herefter begyndte antallet at falde, men fra 2012-2013 sker der et markant fald. Dermed er der indikationer på at reformen har haft nogle af de ønskede virkninger, nemlig at folk ikke skulle kunne komme på førtidspension så let som før.

I Arbejdsmarkedskommissionens rapport fra 2009, står der beskrevet at hovedparten af de personer der får tilkendt førtidspension med en psykisk lidelse som baggrund kommer fra kontanthjælp. For disse personer er der tale om omfattende begrænsninger i kompetencer og ressourcer, og deraf også en ubetydelig arbejdsevne. I kontanthjælpssystemet inddeler man personer i matchgrupper og personer med en psykisk lidelse bliver overvejende placeret i matchgruppe 5. I denne gruppe er hovedsageligt de personer, der ikke er i stand til at varetage jobfunktioner på det ordinære arbejdsmarked.

For personerne i denne gruppe er beskæftigelsesindsatsen mindre end i de øvrige matchgrupper. Hvor matchgruppe 1 er dem der har et umiddelbart match med arbejdsmarkedet er aktiveringsgraden 29,3 og de er derfor aktiveret i ca. 29 % af tiden, mens den for matchgruppe 5 kun er på 14 %. Med aktivering kan der være tale om tilbud om eks. virksomhedspraktik eller opkvalificering (*Arbejds-markedskommissionen, 2009, s. 151-152*).

Når der er så stor forskel på hvad der tidligere blev gjort for at få folk ud på arbejdsmarkedet, alt efter hvilke kvalifikationer de havde, kan dette være en del af forklaringen på at antallet af tilkendelse af førtidspensioner steg fra 2007-2012. Det er paradoksalt at netop de personer der i forvejen har det dårligste match mellem deres kompetencer og de kvalifikationer der efterspørges på arbejdsmarkedet, også er dem der får mindst hjælp til at ændre dette gennem eks. opkvalificering. Det kan dog også tænkes at grunden til, at de ender i denne matchgruppe er fordi, de er den gruppe, der har de dårligste forudsætninger for at profitere af indsatsen. Derfor kan der også være bekymringer ift. om ressourceforløbene vil have den ønskede effekt. Dog sætter man med ressourceforløbene netop fokus på de personer der har det sværest og sørger for at hjælpe dem til at få flere aspekter af deres liv på plads før man ser på opkvalificering.

#### 3.1.6.1 Udfordringer for ressourceforløbene

Da ressourceforløbene først er indført fra 2013, vil man endnu ikke kunne se de fulde effekter. Med dette projekt bliver der dog prøvet at se på hvorvidt der er mulighed for at opnå de ønskede effekter af reformen. Der kan ses tidligere i projektet at psykiatrien er et overset område, og netop derfor har der ikke været så stor fokus på behandlingen af psykisk syge. Dette kan være en udfordring, da det som tidligere skrevet kan medføre alvorligere psykisk sygdom, hvis ikke en psykisk sygdom behandles i tide. Ligeledes er der som tidligere skrevet også fordele for de psykisk syge ved at komme ud på arbejdsmarkedet. Dette kan være med til at give den psykisk syge en hverdag og noget andet at tænke på, hvorved sygdommen kan holdes på afstand. For disse personer vil det være godt at være på arbejdsmarkedet.

Med reformen fra 2013, er der krav om at alle skal i ressourceforløb, med mindre at de åbenlyst ikke kan forbedre deres arbejdsevne. Men som med alle nye love og regler vil der i en periode være forskellige måder at tolke reglerne på. Dette har bl.a. ført til udfordringer og frustrationer for borgere, der mener at de ikke ville kunne forbedre deres arbejdsevne eller kompetencer gennem ressourceforløb. Et eksempel på det er en 20-årig, der har en IQ svarende til en på 7-8 år, da han er mentalt

retarderet. Alligevel har han fået sin arbejdsevne prøvet hos tre forskellige virksomheder. På baggrund af praktikerfaringen og en lægeerklæring søgte han førtidspension, da han ikke mente at han kan varetage et job, og heller ikke har mulighed for at forbedre sine evner tilstrækkeligt til i fremtiden at kunne varetage et job. Kommunen afviste dog med den begrundelse at der ikke var tilstrækkelig dokumentation for at arbejdsevnen er varigt nedsat. Moren til den 20-årige fortæller at han efter arbejdsprøvningen har lukket sig mere inde i sig selv og er blevet social angst og ikke længere vil have kontakt til andre mennesker. Hun fortæller også at hun under sin søns praktikperioder fik mange opkald i løbet af dagen, hvor han gav udtryk for at han ikke forstod de beskeder og arbejdsopgaver han fik. Landsforeningen for udviklingshæmmede, LEV, siger at det langt fra er det eneste tilfælde efter indførelsen af førtidspensionsreformen fra 2013 (*Dahlin & Weirsøe, 2016*).

Med ovenstående eksempel er der noget der tyder på at nogle kommuner tolker reglerne meget rigtigt og derfor ikke tager hensyn til personer, der åbenlyst ikke kan varetage et job og som får det dårligere af at blive presset ud i praktikforløb. Dette kan indikere at lovgivningen enten ikke er defineret klart nok, eller at der er dele af lovgivningen som kan tolkes så bredt at det på sigt vil kunne skade borgerne. Eksemplet kan dog også indikere at indfasningsperioden endnu ikke er overstået, og at man derfor ser personer, der bliver ved med at blive presset ud i forløb, der ikke gavner dem. Der skal selvfølgelig tages højde for at det i nogle tilfælde vil se ud som om at en person vil blive presset af et forløb, men at det viser sig at være det ”skub” der skulle til for at få borgeren ud i arbejde. Det er dog en vurderingssag hver enkelt kommune skal tage op, og det er netop det der kan være udfordringen. Hvis man ender med at tage en beslutning der presser en borger længere ud end de kan holde til og dermed forværrer sygdommen, vil man risikere at påføre både sundhedsvæsnet og kommunen selv flere udgifter til eks. behandling, bostøtte og overførselsindkomster.

### 3.1.7 Ressourceforløb eller førtidspension?

Mens nogle kommuner behandler alle ens og derfor sender folk i ressourceforløb, selvom de ifølge lovgivningen var berettiget til førtidspension, er der andre hvor man ikke sender tilstrækkeligt mange i ressourceforløb. Dette kom frem i en artikel fra DR, hvor det fremgår, at flere unge der ellers skulle være tilbudt et ressourceforløb fremfor førtidspension, er endt på kontanthjælp. Dette er de, da de ikke er blevet tilbudt et ressourceforløb, til trods for at de er berettigede til det. Færre end hver femte af de der har ret til et ressourceforløb er blevet tilbudt et. Derved er der mange der bliver på kontanthjælp i længere tid, og kan risikere at de ikke har råd til at tage deres medicin. Hvis ikke de psykisk syge tager deres medicin, vil det kunne gøre vejen til samfundet og arbejdsmarkedet længere (*Frich*

et al, 2014). Af artiklen fremgår det også at den manglende tildeling af ressourceforløb skal ses som en spareøvelse for kommunerne.

Derfor vil der i nedenfor være beregninger for, hvorvidt ressourceforløbene vil være en omkostning for kommunerne, eller om det kan betale sig at tilbyde ressourceforløb i stedet for at tilkende førtidspension.

På baggrund af et notat udarbejdet af Faxe kommune er der til dette projekt lavet beregninger for hvad det vil koste henholdsvis kommunerne og staten, men også hvad de samlede offentlige omkostninger til ressourceforløb og førtidspension vil være.

	Gennemsnitlig udgift pr. person pr. år		
	Samlede off.	Kommunal	Statslig
<b>Førtidspension</b>	188.056	150.445	37.611
<b>Samlet ressourceforløb</b>	186.959	141.528	45.431
<b>Difference årligt mellem førtidspension og ressourceforløb</b>	<b>1.097</b>	<b>8.917</b>	<b>-7.820</b>

Kilde: Faxe Kommune, 2015, samt egne beregninger

Som tidligere skrevet, dækker de samlede offentlige omkostninger, de omkostning staten og kommunerne samlet har. Af ovenstående ses det klart at det er kommunerne der sparer på at sende personer i ressourceforløb, fremfor hvis de skulle have været på førtidspension, der dog kun sjældent er en mulighed efter førtidspensionsreformen fra 2013. Derimod koster det for staten, hvis kommunerne benytter sig af ressourceforløb, men samlet er der en besparelse på de offentlige finanser på 1.097 kr. pr. person om året regnet i 2015-priser.

I 2012 blev 7165 personer tilkendt førtidspension på baggrund af psykiske lidelser, og aldersfordelingen på disse var:

Aldersgruppe	15-19 år	20-29 år	30-39 år	40+ år
<b>Antal personer</b>	487	956	1404	4318

Kilde: Ankestyrelsen

Hvis man antager at reformen fra 2013 gør, at de alle er i ressourceforløb til de fylder 40 år, og at de der er 40 år eller derover også skal have minimum ét ressourceforløb, er der regnet på hvad man over tid ville spare, ved at sætte dem på ressourceforløb fremfor førtidspension.

### Langsigtet besparelse for personer tilkendt førtidspension i 2012

	Antal	Off. besparelse	Antal år til 40 år	Samlet besparelse
15-19 år	487	1.097	21	11.219.019
20-29 år	956	1.097	11	11.536.052
30-39 år	1.404	1.097	1	1.540.188
40 + år	4.318	1.097	1	4.736.846
I alt	7.165	1.097		29.032.105

Kilde: Faxe Kommune, 2015, samt egne beregninger

Af ovenstående beregning, der er lavet på antagelsen om at alle i hver aldersgruppe er det højeste antal år og derfor den kortest mulige tid på ressourceforløb, inden det antages at de kan få tilkendt førtidspension. Ud fra beregningen vil der være en offentlig besparelse på 29.032.105 kr., hvis man havde sendt disse personer i ressourceforløb fremfor på førtidspension.

Det må antages at være en underestimering at sige, at alle i hver aldersgruppe er på højeste antal år inden for intervallet. Derfor er hver aldersgruppe blevet halveret og fordelingen er herefter

Aldersgruppe	15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40 + år
Antal personer	487	478	478	702	702	4318

Kilde: Ankestyrelsen samt egne beregninger

På baggrund af den årlige difference mellem omkostningerne ved ressourceforløb og førtidspension, samt de nye aldersintervaller er der nedenfor lavet beregninger for omkostninger eller økonomisk gevinst for henholdsvis kommuner, stat og samlede offentlige finanser.

### Kommunernes besparelse ved ressourceforløb fremfor førtidspension

	Antal	Off. besparelse	Antal år til 40 år	Samlet besparelse
15-19 år	487	8.917	21	91.194.159
20-24 år	478	8.917	16	68.197.216
24-29 år	478	8.917	11	46.885.586
30-34 år	702	8.917	6	37.558.404
35-39 år	702	8.917	1	6.259.734
40 + år	4.318	8.917	1	38.503.606
I alt				288.598.705

Kilde: Ankestyrelsen, Faxe Kommune, 2015, samt egne beregninger

### Statens besparelse ved ressourceforløb fremfor førtidspension

	Antal	Off. besparelse	Antal år til 40 år	Samlet besparelse
15-19 år	487	-7.821	21	-79.985.367
20-24 år	478	-7.821	16	-59.815.008
24-29 år	478	-7.821	11	-41.122.818
30-34 år	702	-7.821	6	-32.942.052
35-39 år	702	-7.821	1	-5.490.342
40 + år	4.318	-7.821	1	-33.771.078
I alt				-253.126.665

Kilde: Ankestyrelsen, Faxe Kommune, 2015, samt egne beregninger

### Besparelse af de samlede offentlige finanser ved ressourceforløb fremfor førtidspension

	Antal	Off. besparelse	Antal år til 40 år	Samlet besparelse
15-19 år	487	1.097	21	11.219.019
20-24 år	478	1.097	16	8.389.856
24-29 år	478	1.097	11	5.768.026
30-34 år	702	1.097	6	4.620.564
35-39 år	702	1.097	1	770.094
40 + år	4.318	1.097	1	4.736.846
I alt				35.504.405

Kilde: Ankestyrelsen, Faxe Kommune, 2015, samt egne beregninger

Som det fremgår af ovenstående tre beregninger er der et samlet overskud på de offentlige finanser på 35.504.405 kr. hvis man tager antagelserne i betragtning og ser på de personer der i 2012 har fået tilkendt førtidspension på baggrund af psykiske lidelser. Dog skal man også lægge mærke til at det overskud kommer på baggrund af det overskud der genereres i kommunerne, da det koster staten at indføre ressourceforløb. I notatet fra Faxe Kommune fremgår det dog at mens driftsomkostningerne til ressourceforløb vil fortsætte med at blive delt ligeligt mellem kommunerne og staten, vil refusionerne til ressourceforløbsydelsen falde fra 80 % til 20 % (Faxe Kommune, 2015). Derved må det formodes at statens underskud ved ressourceforløb mindskes, mens kommunernes overskud også mindskes. Det må derudfra antages at det på sigt vil blive mere udlignet. Af notatet fremgår det at den samlede offentlige besparelse er på 1.097 kr. pr. person både i 2015 og 2016 (Faxe Kommune, 2015). Dette er noget der underbygger antagelsen om at der fortsat vil være en samlet offentlig besparelse, men at det på sigt ikke kun er kommunerne der får et overskud, men at staten og kommunerne deler. Grunden til at det de første år er kommunerne der får et overskud, er at refusionen er højere og dermed er der penge til opstartsomkostninger og de omkostninger der må være i forbindelse med implementeringen af ressourceforløbene.



Ved de ovenstående beregninger skal der tages i betragtning, at der ikke er taget højde for, at det ikke er alle der får det bedre af et ressourceforløb. Som skrevet tidligere i dette kapitel vil det for nogen med en psykisk lidelse være en udfordring at komme i ressourceforløb, og dette kan drive dem til en værre psykisk lidelse. Sker dette vil man ikke nødvendigvis spare samfundet for penge, da man vil kunne risikere yderligere omkostninger i sundhedsvæsnet til en sværere og længere behandling af de psykisk syge, der forværrer deres situation som følge af et ressourceforløb.

Argumentet for alligevel at medregne alle der ellers ville have fået førtidspension er, at et ressourceforløb ikke i første omgang behøver at medføre praktik eller andre direkte arbejdsrelaterede aktiviteter. Et ressourceforløb kan også indeholde behandling og forskellige former for støtte. Derfor medfører et ressourceforløb ikke nødvendigvis at personer kommer i arbejde, men målet er at de skal komme tættere på muligheden for at indgå på arbejdsmarkedet. Ud fra ovenstående beregninger er det billigere for samfundet at have personer i ressourceforløb fremfor på førtidspension. Derfor vil det også være at foretrække ressourceforløb fremfor førtidspension, såfremt det ikke presser folk ud i værre psykiske lidelser end det de er diagnosticeret med.

Dette bakkes op af undersøgelser fra KORA, der viser at der er besparelsespotentialer på 15.000 kr. til sparede sundhedsudgifter ved at få personer med psykisk syge i job. Dette besparelsespotentiale er ud over økonomiske gevinster ved løn, skatter og overførsler. Derudover viser undersøgelsen, også at hvis der bruges 100.000 kr. på at hjælpe ti ledige i job, vil investeringen være tjent hjem til de offentlige kasser efter kun to år, hvis bare én af dem får almindelig beskæftigelse i mindst tre måneder (Arendt & Bolvig, 2015). Med beregningerne ovenfor vil ressourceforløbene være en god investering, og med undersøgelsen fra KORA, er der endnu et incitament til at hjælpe udsatte ledige, herunder personer med psykiske lidelser, i arbejde. Hvis blot nogle få af disse kunne komme i job, vil det på mellemlang og lang sigt kunne betale sig for de offentlige kasser at indføre ressourceforløb og forsøge at hjælpe folk i arbejde, også selvom det kun er for en kort periode.

### 3.1.8 Samarbejde mellem psykiatrien og arbejdsmarkedet?

Psykiatrien beskylder i en rapport fra 2009 arbejdsmarkedet for ikke at gøre nok for at sørge for at tage imod psykisk syge (Danske Regioner, 2009). Samtidig siger arbejdsmarkedskommissionen i sin rapport, også fra 2009, at psykiatrien ikke gør nok for at hjælpe psykisk syge, da der bl.a. er for få ressourcer til at behandle psykisk syge og dermed også for lang ventetid på behandling i psykiatrien.



Gennem de ovenstående kapitler i dette projekt er det set at der i sundhedsvæsenet de senere år er kommet mere fokus på psykisk syge. Man har bl.a. lavet pakkeforløb, for at sikre en mere ensartet behandling af psykisk syge på tværs af regionerne og der bliver afsat flere faste midler til psykiatrien. Dette må ses som en fremgang, til trods for at der stadig er mangel på personale i psykiatrien og især mangel på erfarne psykiatere (*Bauer et al.*, s. 25). Selvom der sker en fremgang i psykiatrien er der stadig lang vej mod at psykisk syge behandles på samme niveau som somatiske patienter.

På arbejdsmarkedet er der også gjort mere for at hjælpe psykisk syge og andre sårbare ud på arbejdsmarkedet. Med reformerne fra 2003 og 2013 har der været større fokus på at øge indsatsen overfor udsatte og dermed også psykisk syge. Dette er bl.a. gjort fordi undersøgelser viser at psykisk syge og andre sårbare kan øge deres funktionsevne over tid og derfor vil det ikke være optimalt at ”parkere” dem på en overførselsindkomst der er så permanent som førtidspension er. Derudover er der undersøgelser der viser at psykisk syge kan få det bedre at arbejde og være en del af samfundet, hvorfor der også er grund til at forsøge at hjælpe dem ud på arbejdsmarkedet. Med ressourceforløbene sørger man for at holde personerne beskæftigede i en længere periode og målet med dette er at de på sigt skal blive helt eller delvist selvforsørgende.

Selvom det ses at der bliver gjort mere for psykisk syge og andre sårbare og udsatte er der ud fra dette projekt indikationer på at indsatserne ikke er koordinerede. De indsatser der bliver gjort i psykiatrien er ikke nødvendigvis med henblik på at få patienten ud på arbejdsmarkedet, men blot at få personen symptomfri eller endda helt rask. I arbejdsmarkedspolitikken er der ikke fokus på at de psykisk syge ikke skal blive mere syge, men blot fokus på hvordan man får dem ud på arbejdsmarkedet. Derved er det både arbejdsmarkedet og psykiatrien der skal forbedre deres indsatser og måske man også skal se på hvordan man kan koordinere det mere, selvom ressourceforløbet kan være et lille skridt på vejen dertil.

Hvis ikke indsatserne i psykiatrien og arbejdsmarkedspolitikken er koordinerede, vil det kunne skabe en skævvridning og det der er godt for den ene part er ikke nødvendigvis noget der hjælper den anden part. Derfor vil det der umiddelbart skulle være en forbedring af arbejdsmarkedet kunne skabe problemer for borgerne i psykiatrien, hvis ikke indsatserne koordineres.

## Kapitel 4

### 4.1 Det Psykiatriske Team – En case

På Aalborg Universitet er der som et led i samfundsøkonomi-uddannelsen, på 9.semester indlagt et semester, hvor der er mulighed for at have en samarbejdspartner, når semesterprojektet skal udarbejdes. I den forbindelse har vi to studerende, i efteråret 2015, haft et samarbejde med Sygehus Vendsyssel Hjørring, herunder Det Psykiatriske Team på afsnit 404. Det psykiatriske team består af en psykiater ansat på deltid, samt en psykiatrisk sygeplejerske der er ansat på fuld tid. Samarbejdet ledte til en evaluering, om hvilken betydning implementeringen af det psykiatriske team, har haft for både patienter og personalet på afsnit 404. Derudover blev der på baggrund af patientdata udarbejdet analyser for at få en forståelse af, hvilke psykiatriske patienter, der bliver tilset af det psykiatriske team. Ydermere blev der lavet en sundhedsøkonomisk analyse af, hvorvidt teamet kan betale sig. Gennem arbejdet med teamet, samt interviews med teamet og andre ansatte på afsnittet, blev det klarlagt, hvordan forskellige instanser skal spille sammen for at give et godt patientforløb.

Det er hensigtsmæssigt at anvende det tidligere projekt som baggrund for en case i dette projekt, da det kan bidrage til at give en forståelse af, hvordan man på mindre sygehuse, og i fremtiden kan implementere et mindre omfang af liaisonpsykiatri, for imødekomme de psykiske patienters problemstillinger. Derudover skal casen bruges til at klarlægge, hvordan et tværfagligt samarbejde kan bidrage til, at nogle personer med psykiske lidelser kan få mulighed for at vænne tilbage til arbejdsmarkedet.

Case-afsnittet er skrevet på baggrund af projektgruppens oprindelige projekt, udarbejdet i efteråret 2015. Det oprindelige projekt blev skrevet ud fra observationer og interviews fra det psykiatriske team. Der forelagde ikke grundige beskrivelser af det psykiatriske team og deres arbejde, hvilket var årsagen til at projektgruppen selv udarbejdede beskrivelserne på baggrund af observationer og interviews. Derfor vil kilderne hovedsageligt være *Nielsen & Nielsen, 2015*, der dækker over ekspertudtalelser, samt interne dokumenter fra Sygehus Vendsyssel, skrevet af det psykiatriske team. Kilderne er gengivet med tilladelse fra det psykiatriske team og Sygehus Vendsyssel. Beskrivelserne af teamet, samt hvordan implementering af psykiatri i somatikken kan hjælpe psykisk syge tilbage til samfundet og arbejdsmarkedet, vil blive beskrevet nedenfor.

## 4.2 Det Psykiatriske teams funktion og opgaver

### 4.2.1 Ny Fælles Akutmodtagelse på Sygehus Vendsyssel

Sygehus Vendsyssel i Hjørring åbnede d. 1. marts 2013 en Fælles Akutmodtagelse, FAM. Den nye struktur- og organisationsændring på sygehuset kom fra et højere politisk niveau og en bagvedliggende rapport fra Sundhedsstyrelsen, ”*Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*” fra 2007 (*Fælles Akut Modtagelse, 2013*). Anbefalinger i rapporten medvirkede til omfattende strukturændringer i sundhedsvæsenet over hele landet og der blev afsat en implementeringsperiode på 5-10 år (*Sundhedsstyrelsen, 2007, s. 5*).

Den grundlæggende hensigt og anbefaling fra rapporten var, at der på landsplan skulle nedlægges akutmodtagelser og skadestuer, og at kompetenceniveauet på de tilbageværende akutmodtagelser skulle styrkes. Specialiserede grupper med læge- og sundhedsfagligt personale i front, skulle hjælpe til at yde en bedre indsats og behandling af de tilskadekomne og akutte patienter (*Fælles Akut Modtagelse, 2013*). Funktionernes samling er understøttet af erfaringer, der peger på en positiv sammenhæng mellem sundhedsfaglig erfaring og kvalitet, volumen og en politisk målsætning om øget kvalitet (*Sundhedsstyrelsen, 2007, s. 3*). Målsætningen var at højne kvalitet og patientsikkerhed, hvilket er nogle af grundstenene i sundhedsloven (*Retsinformation, 2014*). I forbindelse med sammenlægningerne og færre akutmodtagelser, blev et tidligere krav om nærhed, i højere grad erstattet med krav om kvalitet og patientsikkerhed.

En af de nye strukturændringer ved FAM, Sygehus Vendsyssel, var at der blev etableret et sengeafsnit, Afsnit 404. På dette afsnit er den øvre grænse på 48 timers indlæggelse, hvilket skulle overholdes ved at ”vende” patienter i døren, med tilbud om relevant ambulans behandling. På den måde ville man nedbringe antallet af akutte indlæggelser og den generelle ventetid (*Fælles Akut Modtagelse, 2013*). I 2012 havde Sygehus Vendsyssel ca. 17.000 indlagte patienter, hvoraf de 1.625 udgjorde psykiatriske patienter. De 1.625 psykiatriske patienter kom dog fra alle sygehusets afdelinger og var patienter, der i forvejen var kendt med psykiatriske sygdomme, hvilket var baggrunden for, at der var behov for psykiatrisk bistand og medvirkende til at man også fik psykiatrien som speciale med i front (*Fælles Akut Modtagelse, 2013*).

#### 4.2.2 Etablering af det psykiatriske team på Afsnit 404, Sygehus Vendsyssel

I nogle områder i Danmark er der ikke patientgrundlag for at have liaisonpsykiatri, men det betyder ikke, at der ikke er behov for at integrere psykiatrien i somatikken. Derfor har Sygehus Vendsyssel anvendt en alternativ mulighed på afsnit 404. En måned efter etableringen af FAM fik afsnit 404, blev endnu et speciale sat i front, da det psykiatriske team ankom til afsnittet. Med det tværfaglige samarbejde i akutmodtagelsen, er der ikke kun fokus på somatiske patienter, men ligeledes fokus på patienter med psykiatriske problemstillinger. Det psykiatriske team er en form for liaisonenhed, hvor teamet kan tilse patienter, mens de er indlagt på Afsnit 404. Teamet har dog ikke mulighed for at behandle og følge op på patienten, men kan lave henvisninger, der giver patienten bedre muligheder for at ende i det behandlingsforløb, der passer til den psykiske lidelse de har. Forskellen på liaisonpsykiatri og det psykiatriske team er, at det psykiatriske team ikke har et ambulatorium, og derfor er der ikke mulighed for at foretage direkte behandling og opfølgning, hvilket er tilfældet i liaisonpsykiatrien (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Det nye initiativ skal styrke samarbejdet mellem somatik og psykiatri og dermed ønsket om at forbedre den tværfaglige behandling, da det er erfaret, at der er nogle patienter, indlagt på FAM, der har psykiatrisk co-morbiditet eller bagvedliggende psykiatrisk sygdom. Derfor kan det være vanskeligt at adskille somatisk og psykiatrisk sygdom, og for at højne og kvalificere behandlingen af disse patienter, kræver det samarbejde mellem to grene af lægevidenskaben (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Samarbejdet blev igangsat ved, at FAM sendte en anmodning til Regionen om at få en bevilling til at få integreret psykiatrien i FAM. Med en positiv interesse blev anmodningen godkendt og blev i første omgang for en periode på et år, og efterfølgende blev det forlænget. Der blev i budgettet for 2013 bevilliget 1 mio. kr. til at styrke samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien i FAM. Dette resulterede i at der blev ansat en psykiatrisk overlæge på fuld tid, dog blev det ændret til deltid, hvilket skabte midler til også at ansætte en psykiatrisk sygeplejerske på fuld tid.

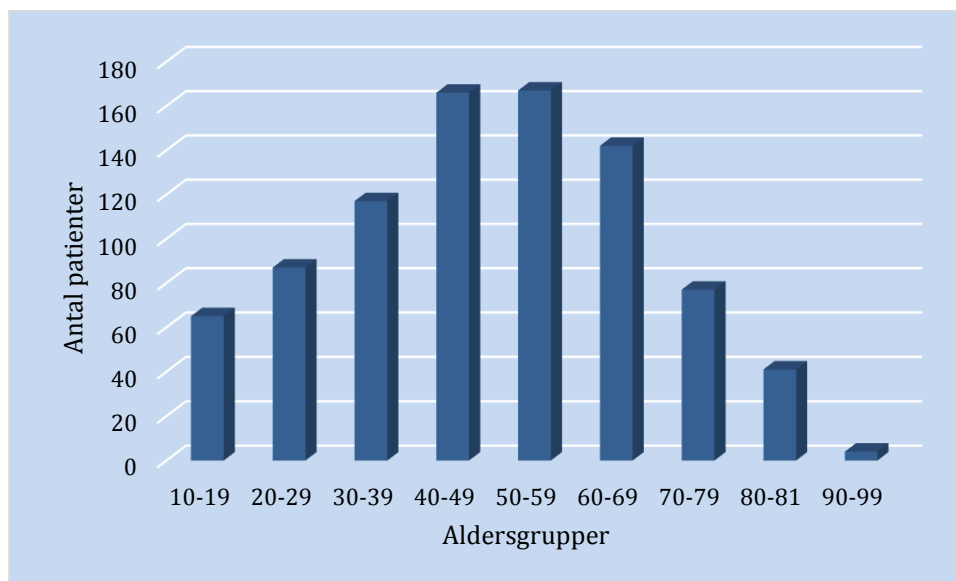
Den psykiatriske overlæge har kompetencer og specialuddannelse inden for almen psykiatri, distriktspsykiatri, retspsykiatri, psykopatologi, psykofarmakologi, organisk psykiatri, ældrepsykiatri samt børn- og ungepsykiatri. Den fuldtidsansat psykiatrisk sygeplejerske har kompetencer og erfaring inden for akut psykiatri, almen psykiatri og retspsykiatri. Hun har samlet set 27 års erfaring i psykiatrisk sygepleje på forskellige afsnit og har også omfattende kendskab til de forskellige kommunale og psykiatriske tilbud til psykiatriske patienter. Det psykiatriske team har mange års erfaring med mange

områder af psykiatrien, og kan med kendskabet til behandlingstilbud i psykiatrien give en mere udførlig beskrivelse af patientens symptomer og anbefaling til henvisning, når patientens egen læge kontaktes for at varetage det videre forløb. Dette kan medvirke til at skabe et mere sammenhængende forløb for patienten, hvilket på sigt kan minimere risikoen for (gen)indlæggelser (Nielsen & Nielsen, 2015).

#### 4.2.3 Det psykiatriske teams patienter

Det psykiatriske team tilser patienter med verificeret psykiatrisk diagnose eller patienter med psykiatriske problemstillinger. Der kan dog også være tale om patienter, hvor der ikke umiddelbart kan findes somatiske årsager til symptomerne, men hvor de somatiske læger har en mistanke om bagvedliggende psykisk sygdom, hvorfor det psykiatriske team kan indkaldes (Nielsen & Nielsen, 2015). Nedenfor vil deskriptiv statistik om de patienter teamet tilser blive præsenteret.

**Diagram 1: Fordeling af patienter efter alder**



Kilde: Det psykiatriske team, Afsnit 404, Sygehus Vendsyssel samt egne beregninger

Diagrammet viser fordelingen af patienter, tilset af det psykiatriske team på Afsnit 404 i perioden fra april 2013 – april 2015, efter aldersgrupper. Der er i denne periode udført 866 tilsyn af patienter, hvoraf hovedparten er tilsyn på forskellige patienter. Som det ses af diagrammet er der mange patienter under 40 år, som er grænsen for, hvornår man kun skal igennem ét ressourceforløb, før man har mulighed for at få tilkendt førtidspension, såfremt man opfylder de øvrige betingelser. Ud af de tilsyn

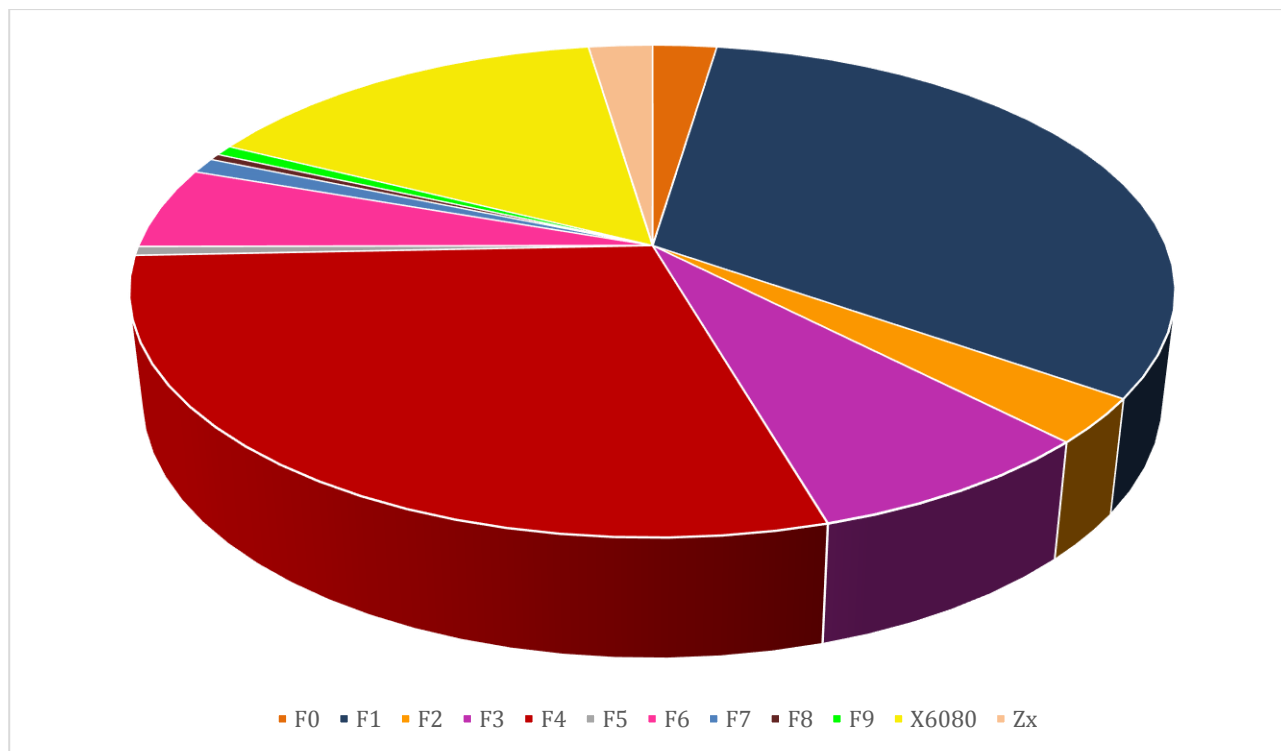
det psykiatriske team har lavet i den undersøgte periode, er personerne i 269 tilfælde under 40 år, hvilket svarer til at 31 % af alle tilsyn, er af patienter under 40 år.

Ved hvert tilsyn der er registreret, bliver der også registreret, hvilken psykiatrisk diagnose det psykiatriske team mistænker at patienterne har. Hver diagnose har en kode på baggrund af ICD-10 klassifikationen, og det er denne kode der bliver registreret. Hvis ikke der umiddelbart kan findes en forklaring på patientens symptomer, vil dette også blive registreret med en kode.

### **Koderne som det psykiatriske team anvender og hvad de dækker over er:**

- **F0** → Organiske (inkl. Somatiske) psykiske lidelser
- **F1** → Psykiatriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer
- **F2** → Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser
- **F3** → Affektive lidelser
- **F4** → Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer
- **F5** → Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- **F6** → Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd
- **F7** → Mental retardering (åndssvaghed)
- **F8** → Psykiske udviklingsforstyrrelser
- **F9** → Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens
- **X60-80** → Selvskadende adfærd
- **Zx** → Psykiatrisk lidelse ej fundet

**Diagram 2: Fordeling af diagnoser**



F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	X6080	Zx	I alt
28	384	35	92	342	7	64	12	5	8	180	28	1185
2%	32%	3%	8%	29%	1%	5%	1%	1%	1%	15%	2%	100

Kilde: Det psykiatriske team, Afsnit 404, Sygehus Vendsyssel samt egne beregninger

Grunden til at der er flere diagnoser end tilsyn er, at en enkelt patient kan have flere diagnoser på samme tid. Der er ikke nødvendigvis én diagnose der er dominerende hvis en patient har flere diagnoser, og derfor er alle medtaget. Desuden vil alle diagnoser kræve behandling og derfor er det vigtigt at alle bliver registreret.

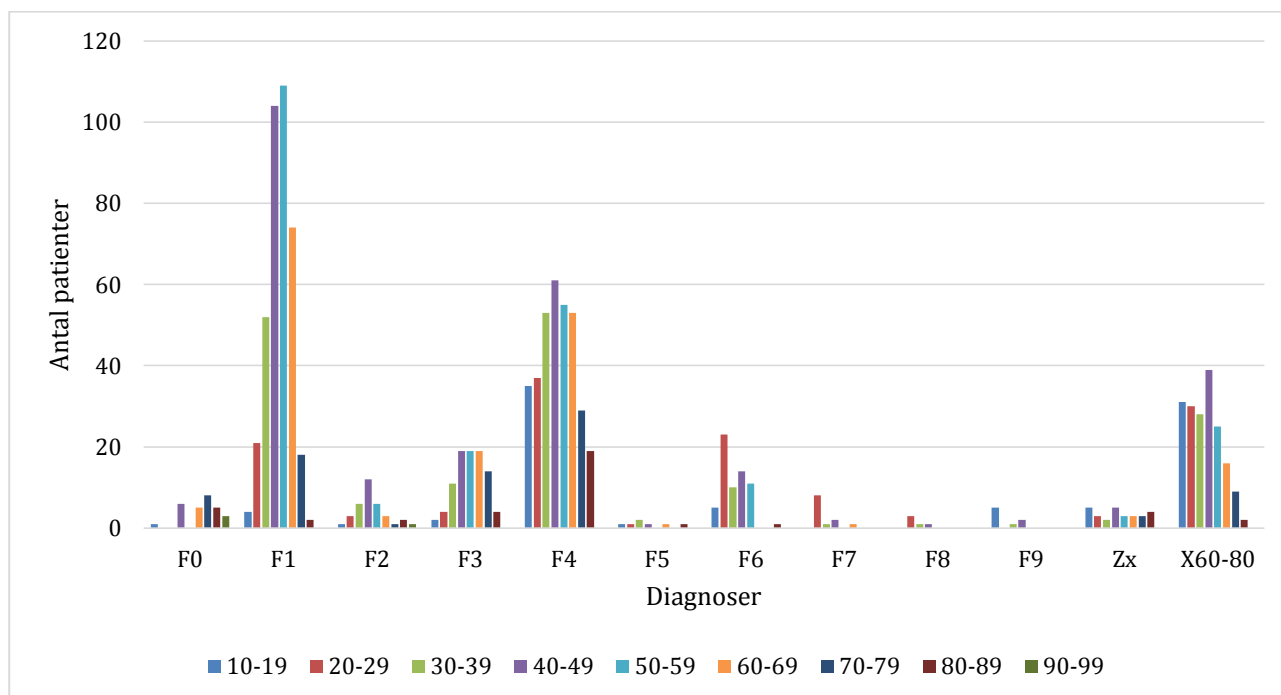
Som det fremgår af forklaringen på ICD-10 koderne er det patienter med en F2-diagnose, der med sikkerhed har en psykotisk lidelse. Som tidligere skrevet kan der også ved andre psykiatriske diagnoser være patienter med psykoser, men ud fra ovenstående kan der ikke se hvor mange det drejer sig om. Der er dog med sikkerhed 3 % af de tilsyn teamet laver, hvor patienten vurderes til at have en psykotisk lidelse. Disse patienter vil ikke være i målgruppen for ressourceforløbene, da der som skrevet i kapitel 3 om arbejdsmarkedspolitikken, vil være en længere og sværere vej tilbage til arbejdsmarkedet for disse personer. Hvis der ses meget optimistisk på det, vil op mod 97 % af de tilfælde det psykiatriske team tilser, være i målgruppen for et ressourceforløb. Dog skal der tages højde for at



der i denne oversigt også er medtaget personer der er over folkepensionsalderen, hvorfor de ikke vil blive tilbudt et ressourceforløb. En del af vejen hen mod dette er at personerne med psykiske lidelser, får behandling der gør dem symptomfri, og her kan teamet være behjælpelige.

Sammensætter man de to ovenstående diagrammer, kan man se hvordan aldersgrupperne fordeler sig på de forskellige diagnoser.

**Diagram 3: Fordeling af alder på diagnoser**



Kilde: Det psykiatriske team, Afsnit 404, Sygehus Vendsyssel samt egne beregninger

Det ses at de diagnoser der har flest unge patienter er F6, der dækker over forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd, samt patienter med diagnosen X60-80 der dækker over selvska-dende personer. Dette diagram kan i fremtiden bruges til at se, hvilke sygdomme man oftest ser hos unge mennesker, og dermed har man mulighed for at målrette indsatsen over for disse personer.

#### 4.2.4 Formål med det psykiatriske team og deres arbejdsopgaver

Formålet med teamet er at identificere og vurdere evt. psykiske tilstande, og herudfra muligvis give en videre henvisning, til patienter der er ankommet i FAM (*Fælles Akut Modtagelse, 2013*). For at forsøge af identificere, hvilken psykiatrisk diagnose der kan være tale om, skal teamet gøre sig differentialdiagnostiske overvejelser. Herudfra kan teamet vurdere, hvilke støtteforanstaltninger og behandlingstilbud, der kan være relevant for den enkelte patient, men kan ikke tilbyde et udredningsforløb. Mens en patient er indlagt på Afsnit 404, har teamet mulighed for at symptombehandle. Teamet kan også være med til at opspore patienter, hvor man kunne mistænke bagvedliggende psykisk sygdom, eller tilse patienter, hvor patientens symptomer ikke kan forklares somatisk. Dette sker efter konference med læger og eller sygeplejersker der har tilset patienten, eller hvis det psykiatriske team finder det relevant efter at have hørt om patienterne til morgens tavlemøde, som den psykiatriske sygeplejerske deltager i hver morgen. Til tavlemødet tales der om alle patienter, der er indlagt på afsnittet, hvorved den psykiatriske sygeplejerske kan opspore evt. psykiske lidelser (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

For at det psykiatriske team kan foretage vurderinger i FAM, af ikke-akutte patienter med mistanke om psykisk lidelse, er der nogle betingelser, der skal være opfyldt. Betingelserne omfatter at patienten har givet samtykke til vurderingen, hvilket skal være bekræftet i journalen. Den koordinerende sygeplejerske i FAM skal derefter orienteres om en evt. psykiatrisk vurdering af patienten. Har patienten derimod et ønske om en anonym samtale med det psykiatriske team, vil der ikke blive foretaget registreringer. En anonym rådgivning til det behandlerteamet, der er tilknyttet patienter er muligt, hvis patienten ikke selv giver samtykke til en samtale med det psykiatriske team. I disse situationer må der ikke videregives personfølsomme data til det psykiatriske team. Hvis ikke det psykiatriske team er tilstede på afsnittet og der er akut brug for en psykiatrisk vurdering af en patient, tilkaldes den psykiatriske bagvagt i Brønderslev (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Overordnet bistår det psykiatriske team til at forbedre diagnostik, behandling og pleje af patienter i FAM, hvor der samtidig er mistanke om psykiatrisk co-morbiditet eller bagvedliggende psykiatrisk sygdom. Dette forsøges bl.a. gjort gennem de tilsyn og samtaler det psykiatriske team har med patienterne, hvor de kan gøre sig differentialdiagnostiske overvejelser. Herudfra gives en beskrivelse af en mulig psykiatrisk diagnose, patienten kan mistænkes at have eller en supplerende diagnose, som de somatiske læger ikke ville kunne stille. De oplysninger det psykiatriske team får af patienter under

samtaler, videregives til de læger og plejepersonale der er tilknyttet patienten. Teamet kan ikke ordinere medicin til patienterne, men med en viden om psykofarmaka kan teamet lave anbefalinger til den behandlingsansvarlig læge, men i sidste ende er det altid lægen, der beslutter, hvordan patienten skal behandles medicinsk (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Det øvrige personale på afsnit 404 bruger også det psykiatriske team som sparringspartner, hvis de fx skal håndtere en udadreagerende patient. Teamets erfaringer fra tidligere stillinger i psykiatrien, har givet dem redskaber til at berolige patienter uden nødvendigvis at medicinere dem, hvilket de videregiver til de andre fagprofessionelle på afsnittet. Da personalet på afsnit 404 har mulighed for at sparre med det psykiatriske team, kan man mindske overmedicinering med psykofarmaka, der ellers kan være et problem i sundhedsvæsnet (*Region Nordjylland (a), 2015, s. 52*).

#### 4.2.4.1 Eksempler på det psykiatriske teams arbejde med patienter

Det psykiatriske team har endvidere mulighed for at få patienten i et relevant forløb på tværs af sektorerne. Teamet har mulighed for at lave detaljerede beskrivelser om patientens psykiske symptomer og kontakte den praktiserende læge, psykiatriske eller kommunale instanser. Derved kan teamet bidrage til at give patienten det bedst mulige opfølgende forløb. En henvendelse til et videre forløb kan afhjælpe patientens symptomer, hvilket kan mindske risikoen for genindlæggelser og dermed mindske presset på afsnit 404. Et eksempel herpå, fortalt af den psykiatriske sygeplejerske, var en alkoholiseret mand, der gang på gang blev indlagt på afsnit 404. Igennem kommunens misbrugscenter blev han henvist til et stabiliserende ophold på et forsorgshjem, hvilket var en alternativ løsning, med efterfølgende ambulant misbrugsbehandling. Patienten har ikke været indlagt siden der blev videreformidlet en kontakt til misbrugscentret, og det kan derfor formodes, at patienten er blevet henvist til det rette behandlingstilbud (*Nielsen og Nielsen, 2015*).

Et andet eksempel er en afkræftet patient med en delirøs tilstand (nedsat bevidsthedsniveau), grundet en medicinoverdosering. Patienten fik en henvisning til en aflastningsplads i kommunen, hvor patienten kunne få hjælp til en medicinreduktion. På den måde blev patientens symptomer først behandlet, hvilket gjorde at man imødekom direkte de psykiatriske problemstillinger.

Det ovenstående kan være medvirkende til at mindske overdødeligheden blandt psykiatriske patienter, da rådgivning om medicin og pleje kan bidrage til mindske skader, der fx sker som følge af bivirkninger af medicin. Derudover bidrager det psykiatriske team at, at få sendt patienten i det rette behandlingsforløb, hvilket kan være med til at sikre sufficient behandling (*Nielsen & Nielsen, 2015*).



#### 4.2.5 Teamets organisering

Det psykiatriske team er repræsenteret som konsulenter på afsnit 404, men er underlagt klinikledelsen på Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Derfor er ledelsen i Brønderslev, der står til ansvar for det psykiatriske teams arbejde på Sygehus Vendsyssel. Den psykiatriske overlæge står for den kliniske ledelse af teamet og står derfor til ansvar for det psykiatriske område på afsnit 404 (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Den psykiatriske sygeplejerske skal altid konferere med den psykiatriske overlæge, men de dage, hvor han ikke kan træffes, grundet sygdom, ferie eller andet, skal den psykiatriske sygeplejerske konferere med den psykiatriske bagvagt på Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Dette kommer af, at den psykiatriske sygeplejerske ikke har de samme kompetencer og beføjelser som den psykiatriske overlæge. Den pågældende psykiatriske sygeplejerske har dog mere psykiatrisk erfaring og uddannelse end en basissygeplejerske og besidder derfor flere kompetencer.

Arbejdsfordelingen mellem psykiateren og den psykiatriske sygeplejerske afhænger af travlheden på afsnittet, men som udgangspunkt tager psykiateren sig af de mest komplekse patienter. Hvis der skal laves en henvisning som den psykiatriske sygeplejerske ikke har beføjelse til at lave, skal hun konferere med psykiateren. Dette skaber ikke problemer, da opgaverne drøftes og der på den måde skabes konsensus om løsningerne. De arbejdsdage hvor den psykiatriske sygeplejerske alene er på arbejde, konfererer hun med bagvagten på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, for at kunne udarbejde de anbefalinger og henvisninger hun ikke selv har beføjelse til lave (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

I gennemsnit bruger teamet 2-3 timer pr. patient, hvor de ud fra dette kan lave differentialdiagnostiske overvejelser og beskrive, hvilken psykiatrisk sygdom de mistænker patienten for at have. Ud fra observationerne kan teamet vurdere, hvor det er mest hensigtsmæssigt at henvise patienten til.

Det psykiatriske team kan udarbejde henvisninger til psykiatrisk indlæggelse, tilsyn i børn- og ungepsykiatri, center for selvmordsforebyggelse og egen læge. Psykiateren kan udarbejde henvisningen direkte, mens den psykiatriske sygeplejerske skal konferere med psykiateren eller den psykiatriske bagvagt for at lave disse henvisninger. Såfremt psykiateren i teamet kan stille en diagnose for en patient, kan der laves en henvisning direkte til et behandlingstilbud i psykiatrien. Da det er den praktiserende læge, der har ansvaret for opfølgning af patienten skal alle andre henvisninger ske gennem den praktiserende læge. I nogle tilfælde vurderer teamet, at patienten skal henvises til nogen, de ikke har mulighed for at udarbejde en henvisning til, men i stedet bliver der lavet et udførligt notat til den

praktiserende læge. I notatet indgår, hvilke symptomer på psykisk sygdom teamet har observeret hos patienten, samt hvilke henvisninger de anbefaler (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

#### 4.2.6 Vidensdeling og opkvalificering

Det psykiatriske team er med til at støtte, vejlede og coache det øvrige personale på afsnit 404 ift. håndtering af patienter med psykiatriske problemstillinger. På den måde foregår der hele tiden vidensdeling, også kaldet vidensspill-over. For at kunne optage ny viden fra den anden gren af lægevidenskaben, kræver det at personalet på afsnit 404 i forvejen har en vis viden på området. De forskellige fagprofessionelle på afsnittet har gennem deres basisuddannelse fået kendskab til psykiatrien, hvilket er med til at give et fundament for optagelsen af den nye psykiatriske viden. Dette muliggør overførsel af viden fra det psykiatriske team til det øvrige personale på afsnittet (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Den viden og erfaring det psykiatriske team besidder, samt teamets evne til at formidle denne viden, giver læring og udvikling på afsnittet. Læringen kan eksempelvis foregå ved, at det psykiatriske og somatiske personale i nogle tilfælde, går sammen ind til patienten, hvorved det somatiske personale kan observere, hvordan det psykiatriske team håndterer og kommunikerer med patienterne. Langt den meste vidensdeling sker, når teamet overleverer de oplysninger, de får under samtaler med patienter, til det øvrige personale. Under denne overlevering har det øvrige personale mulighed for at spørge ind til patientens symptomer og differentialdiagnostiske overvejelser, samt få vejledning om behandling, håndtering m.m. af patienten. Det somatiske personale har altid mulighed for at opsøge teamet for at få råd og vejledning ift. behandling og håndtering af psykiske patienter, hvilket er med til at mindske risikoen for evt. konflikter. Dermed forgår der en indirekte videreuddannelse af det øvrige personale, hvor de tilegner sig en viden som de ikke ville have fået, hvis det psykiatriske team ikke var en del af personalestaben på afsnit 404 (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Engang imellem foregår der en mere formel vidensdeling, hvor der bliver afsat små sessioner, hvor det psykiatriske team kan undervise det øvrige personale. Det psykiatriske team kan undervise i et emne der er relevant i den pågældende tid. På den måde sker der en slags reproduktion af den viden det psykiatriske team besidder, hvilket resulterer i at den nye viden øger videnskapitalen blandt de andre sundhedsprofessionelle, hvilket skaber en slags ringe-i-vandet-effekt.

Ud over de kliniske retningslinjer og standarder der foreligger for læringsprocesser for de forskellige faggrupper, bidrager det psykiatriske team med ekstra viden, der kan give personalet redskaber der

kan hjælpe til at frigøre ressourcer. Den nye viden der genereres er til gavn for hele personalestaben på afsnit 404, men ikke mindst de psykiatriske patienter på afsnittet (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

#### 4.3 Det psykiatriske team og patientens vej til samfundet og arbejdsmarkedet

Med et psykiatrisk team som det man ser på Sygehus Vendsyssel i Hjørring, forsøger man at hjælpe patienter med psykiske lidelser til et forløb, hvor de kan få behandling og blive symptomfri. Derved kommer patienten tættere på igen at være en del af samfundet, på lige fod med patienter uden en psykisk lidelse. Dette vil på sigt og med de rette foranstaltninger, som eks. et ressourceforløb, kunne føre til at de der ikke allerede er en del af arbejdsmarkedet, vil have en kortere vej til at blive en del af det. De der allerede er på arbejdsmarkedet vil teamet også kunne hjælpe, da en hurtigere vej til den rette behandling vil kunne betyde at patienten får en kortere vej tilbage til arbejdsmarkedet.

Det psykiatriske team har også mulighed for at tilse patienter og herudfra undlade at give en psykiatrisk diagnose, hvis de skønner at en diagnose vil stigmatisere patienten. For nogen vil det at få en psykiatrisk diagnose få dem til at tænke mere over deres sygdom, hvilket vil kunne forværre deres tilstand. Derimod vil en samtale med teamet i nogle tilfælde være nok, evt. kombineret med en kort sygemelding, hvorefter patienten kan vende tilbage til arbejdsmarkedet (*Nielsen & Nielsen, 2015*). På baggrund af teamets arbejde og de observationer vi studerende har gjort igennem projektsamarbejdet, er der belæg for at sige at det psykiatriske team kan være et bindeled mellem psykiatrien og arbejdsmarkedet for patienter med psykiske lidelser. Derfor er der også noget der tyder på at det kan betale sig at have et psykiatrisk team. For at se om det også økonomisk kan betale sig med et psykiatrisk team, vil der nedenfor blive lavet cost benefit analyser.

#### 4.4 Cost benefit

I sundhedssystemet er der på den ene side efterspørgsel efter sundhedsydelser, og der findes forskellige ønsker og præferencer for anvendelse af de forskellige medicinske teknologier. Der er dog på den anden side også begrænsninger i form af ressourcerestriktioner på tid, personale og penge. Det medfører, at det udbud der er af sundhedsydelser, ikke altid modsvarer efterspørgslen.

På et traditionelt marked vil prisen bestemme efterspørgslen, men på markedet for sundhedsydelser er der andre mekanismer der styrer efterspørgslen, og derfor er prioriteringen mere kompleks.

En måde til at finde ud af, hvad der skal prioriteres er ved at lave sundhedsøkonomiske analyser, der kan hjælpe til at vise, hvordan ressourcerne anvendes bedst i sundhedssektoren. Analyserne skal give

grundlag for valg mellem forskellige alternativer, og derfor skal spørgsmål som; hvad skal der produceres i sundhedssektoren?, hvordan skal det produceres?, og hvordan skal det producerede fordeles? Besvares (*Drummond, 2005, s. 211-215*).

En af analyserne er cost benefit analysen, hvor konsekvenser måles og værdisættes som pengeværdier i analysen, ved fx at spørge ind til betalingsviljen for en given behandling, da der i denne analyse ses på betalingsviljen som et udtryk for den værdi behandlingen har.

I denne analyse opgøres både omkostninger og konsekvenser i kroner, og derved kan det beregnes, om der er en evt. nettogevinst. Dog er analysen kun en vurdering af én teknologi af gangen.

Denne analyse anlægger også et samfundsperspektiv idet, at ikke-sundhedseffekter også har betydning, som fx selve behandlingsprocessen, nytten af information osv. Dette giver mulighed for at finde den bedste anvendelse af ressourcer på tværs af sektorer. Analysen bruges ikke så ofte inden for sundhedsøkonomien, da det danske sundhedsvæsen er et "kunstigt" marked, og at danskerne derfor har svært ved at forholde sig til at skulle betale for sundhedsydelser. Derudover hænger betalingsvilje i betydelig grad sammen med betalingsevne, og derfor er der mange faktorer i samfundets økonomien der kan have indflydelse på, hvorvidt en teknologi anvendes (*Drummond, 2005, s. 211-215*).

#### 4.4.1 Hypotetisk cost benefit beregning

Selvom cost benefit analysen ikke bruges ofte og er vanskelig at udregne, vil der nedenfor blive lavet hypotetiske og meget forenklede eksempler på en cost-benefit analyser, med en tidshorisont på et år. Disse analyse laves på baggrund af et eksempel fra kap. 7, s. 213 i bogen '*Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*'.

Dette gøres da det kan give et bud på, hvorvidt det kan betale sig at koble psykiatri og somatik gennem et psykiatrisk team, som det der findes på Sygehus Vendsyssel i Hjørring.

Analysen er baseret på reelle tal fra projektsamarbejdet på 9. semester, samt estimerede tal, på baggrund af vores egne observationer og teamets udtalelser.

De reelle tal er antal patienter det første år af teamets tilstedeværelse på afsnittet. Her tilså teamet 435 patienter, hvoraf de 23 var genindlæggelser. En genindlæggelse er i denne analyse defineret af projektgruppen, som værende patienter der inden for samme måned eller måneden efter første indlæggelse, igen har kontakt til teamet og har minimum én diagnose, der også blev stillet ved første kontakt med teamet. Dette er valgt, da vi ikke har haft adgang til oplysninger om, hvornår på måneden en patient er blevet indlagt.



Et andet reelt tal er udgiften til driften af teamet. Denne har det første år været på 1.067.500 kr. som dækker udgifter til lønninger til den psykiatriske overlæge, den psykiatriske sygeplejerske, samt deres sekretær.

De resterende tal der anvendes er antal indlæggelser, hvor der tages udgangspunkt i det nuværende antal uden genindlæggelser, hvorefter der ved beregningen for omkostninger uden teamet medtages at 35 % af de patienter der bliver indlagt første gang, genindlægges i 2 dage, mens 10 % af de der genindlægges første gang, indlægges yderligere en gang i 2 dage.

De oprindelige indlæggelser tælles som 2 dage uden teamets tilstedeværelse, mens der for patienter der indlægges med teamets tilstedeværelse tælles 2,5 indlæggelsesdage. Dette skyldes at teamet selv vurderer at deres patienter er i gennemsnit er indlagt 2,5 døgn, hvilket er længere tid end de normerede 2 døgn.

Derudover regnes der med et produktivitetstab under indlæggelsen. Dette baseres på en timeproduktivitet på 415 kr. (*Produktivitetskommissionen, 2013, s. 3*), og der regnes med et dagligt antal arbejdstimer på 7,4 timer. Herudfra regnes med et ugentligt timeantal på 37 timer. Dette ganges med antallet af indlæggelsesdage.

Sengedagstaksten er sat til 7140 kr., som er den gennemsnitlige sengedagstakst for en patient på en medicinsk afdeling i 2011 (*Deloitte, 2013, s. 11*). Denne takst er valgt, da sengedagstakster for akutmodtagelser ikke har været tilgængelige, men psykiatriske patienter har ikke altid behov for meget billeddiagnostik, der bl.a. er noget af det der er dyrest, og derfor er dette tal det tætteste vi kommer på sengedagstaksten.

Der sker også et produktivitetstab efter indlæggelsen, da det ud fra teamets udtalelser vil være svært for psykisk syge patienter at vende tilbage til arbejdsmarkedet uden forudgående behandling, der ofte kræver sygemelding (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Her er det af projektgruppen, på baggrund af teamets udtalelser, estimeret at patienter uden assistance fra teamet vil være sygemeldt i 20 uger efter indlæggelsen, mens patienter med teamets assistance er sygemeldt i 12 uger.



Da vi i den nedenstående cost benefit beregning medtager indirekte omkostninger som produktivitetstab, er der tale om en beregning på baggrund af humankapitalmetoden, hvorved de danske guidelines for cost benefit beregninger bliver fulgt. Denne metode er også valgt, da dette er et projekt hvor der er fokus på hvad en implementering af psykiatri i somatikken betyder for samfundsøkonomien.

Der vil blive udarbejdet en følsomhedsanalyse, hvor der vil blive opstillet tre forskellige scenarier; ét hvor man ser på 'best case scenario' og antager at alle de patienter teamet tilser har en tilknytning til arbejdsmarkedet og at man derfor har medregnet alle patienters produktivitetstab, ét hvor man ser på 'worst case scenario', hvor man antager at kun 5 % af de personer teamet tilser har en tilknytning til arbejdsmarkedet og til sidst ét hvor man ser på "base case" og antager at 50 % af de personer teamet tilser har en tilknytning til arbejdsmarkedet.

#### 4.4.1.1 Cost benefit med 'best case scenario'

Nedenfor vil der være en cost benefit beregning på baggrund af best case scenario, hvor det antages at alle de patienter det psykiatriske team tilser i løbet af et år, har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette er ikke realistisk, men udregningen er medtaget for at se hvordan det kunne have set ud på den bedst tænkelige måde.

### Omkostninger uden teamet

Omkostninger til indlæggelse uden teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Sengedagstakst	Omkostning
Alm.	412	2	7.140,00	5.883.360,00
1. genindlæggelse	144,2	2	7.140,00	2.059.176,00
2. genindlæggelse	14,42	2	7.140,00	205.917,60
<b>Omkostninger i alt ved indlæggelser</b>				<b>8.148.453,60</b>

Omkostninger til produktivitetstab under indlæggelse uden teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Antal arbejdstimer	Timeproduktivitet	Omkostning
Alm.	412	2	7,4	415	2.530.504,00
1. genindlæggelse	144,2	2	7,4	415	885.676,40
2. genindlæggelse	14,42	2	7,4	415	88.567,64
<b>Omkostninger i alt til produktivitetstab ved indlæggelser</b>					<b>3.504.748,04</b>

Omkostninger til produktivitetstab efter indlæggelse uden teamet

Antal patienter	Uger med sygemelding	Antal arbejdstimer pr. uge	Timeproduktivitet	Omkostning
412	20	37	415	<b>126.525.200,00</b>

## Omkostninger med teamet

Omkostninger til indlæggelse med teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Sengedagstakst	Omkostning
Alm. Indlæggelse	412	2,5	7.140,00	7.354.200,00
1. genindlæggelse	23	2,5	7.140,00	410.550,00
Omkostninger i alt ved indlæggelser				<b>7.764.750,00</b>

Omkostninger til produktivitetstab under indlæggelse med teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Antal arbejdstimer	Timeproduktivitet	Omkostning
Alm. Indlæggelse	412	2,5	7,4	415	3.163.130,00
1. genindlæggelse	23	2,5	7,4	415	176.582,50
Omkostninger i alt til produktivitetstab ved indlæggelser					<b>3.339.712,50</b>

Omkostninger til produktivitetstab efter indlæggelse med teamet

Antal patienter	Uger med sygemelding	Antal arbejdstimer pr. uge	Timeproduktivitet	Omkostning
412	12	37	415	<b>75.915.120,00</b>

## Samlede omkostninger

	Uden team	Med team
Omkostninger til indlæggelser	8.148.453,60	7.764.750,00
Produktivitetstab under indlæggelse	3.504.748,04	3.339.712,50
Produktivitetstab efter indlæggelse	126.525.200,00	75.915.120,00
Lønomsstninger til team	-	1.067.500,00
I alt	<b>138.178.401,64</b>	<b>88.087.082,50</b>

Dette giver en besparelse på **50.091.319,14 kr.** årligt og en samlet brøk på

$$\frac{\text{Omkostninger uden teamet}}{\text{Omkostninger med teamet}} = \frac{138.178.401,64 \text{ kr.}}{88.087.082,50 \text{ kr.}} = 1,57 \quad : 1$$

Dette betyder, at fordelene overstiger de afholdte omkostninger 1,57 gange. Derved ses det at teamet rent økonomisk kan betale sig, forudsat at alle patienterne var tilknyttet arbejdsmarkedet, hvilket selvfølgelig ikke er realistisk. Det ses at alle omkostningerne er større uden teamet, selvfølgelig undtaget omkostninger til teamet. Igen skal der gøres opmærksom på, at dette er en yderst hypotetisk udregning.

#### 4.4.1.2 Cost benefit med 'worst case scenario'

For at se om teamet er rentabelt selv ved 'worst case scenario' er der nedenfor lavet en udregning med en af de værste tænkelige situationer, hvor det antages at kun 5 % af de personer teamet tilser har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Mellemregningerne kan ses i Bilag 1, mens resultatet vil blive præsenteret her:

#### Samlede omkostninger

	Uden team	Med team
Omkostninger til indlæggelser	8.148.453,60	7.764.750,00
Produktivitetstab under indlæggelse	175.237,40	166.985,63
Produktivitetstab efter indlæggelse	6.326.260,00	3.795.756,00
Lønomkostninger til team	-	1.067.500,00
I alt	<b>14.649.951,00</b>	<b>12.794.991,63</b>

Dette giver en besparelse på **1.854.959,40 kr.** årligt og en samlet brøk på

$$\frac{\text{Omkostninger uden teamet}}{\text{Omkostninger med teamet}} = \frac{14.649.951,00 \text{ kr.}}{12.794.991,63 \text{ kr.}} = 1,14 : 1$$

Dette betyder, at fordelene overstiger de afholdte omkostninger 1,14 gange. Derved ses det at teamet rent økonomisk kan betale sig, selv hvis kun 5 % af de patienter teamet tilser var tilknyttet arbejdsmarkedet. Det ses at alle omkostningerne er større uden teamet, selvfølgelig undtaget omkostninger til teamet. Igen skal der gøres opmærksom på, at dette er en yderst hypotetisk udregning.

#### 4.4.1.3 Cost benefit med ”base case”

For at se om teamet er rentabelt selv ved at 50 % af patienterne er tilknyttet arbejdsmarkedet, er der nedenfor lavet en udregning med en af de værst tænkelige situationer, hvor det antages at 50 % af de personer teamet tilser har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Mellemregningerne kan ses i Bilag 1, mens resultatet vil blive præsenteret her:

#### Samlede omkostninger

	Uden team	Med team
Omkostninger til indlæggelser	8.148.453,60	7.764.750,00
Produktivitetstab under indlæggelse	1.752.374,02	1.669.856,25
Produktivitetstab efter indlæggelse	63.262.600,00	37.957.560,00
Lønomsotninger til team	-	1.067.500,00
I alt	73.163.427,62	48.459.666,25

Dette giver en besparelse på **24.703.761,37 kr.** årligt og en samlet brøk på

$$\frac{\text{Omkostninger uden teamet}}{\text{Omkostninger med teamet}} = \frac{73.163.427,62 \text{ kr.}}{48.459.666,25 \text{ kr.}} = 1,51 : 1$$

Dette betyder, at fordelene overstiger de afholdte omkostninger 1,51 gange. Derved ses det at teamet rent økonomisk kan betale sig, selv hvis 50 % af de patienter teamet tilser var tilknyttet arbejdsmarkedet. Det ses at alle omkostningerne er større uden teamet, selvfølgelig undtaget omkostninger til teamet.

Igen skal der gøres opmærksom på, at dette er en yderst hypotetisk udregning.

#### 4.4.1.4 Konklusion på cost benefit analysen

Ved alle tre beregninger er det rentabelt at have et psykiatriske team. Derfor må det antages at hvis lignende teams kan indføres med samme succes andre steder, vil man kunne undgå et stort produktivitetstab. Derfor vil det ud fra denne meget grove og hypotetiske udregning være en god ide at oprette lignende teams på andre akutmodtagelser, eller se på hvordan man flere steder kan implementere psykiatrien i somatikken. Der er konfereret med det psykiatriske team om, hvor mange af de patienter de tilser, der har en tilknytning til arbejdsmarkedet, men teamet har ikke et kvalificeret bud. Dog mener de at de fleste af de patienter de tilser ikke har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor er vi nødt til at være optimistiske og bruge den sidste beregning, hvor man antager at 50 % af de patienter

teamet tilser, har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Ved denne antagelse er der en årlig besparelse for samfundet på knap 25 mio. kr. og teamet tjener sig ind med 1,51. Derfor vil det også være resultaterne af denne beregning der bruges senere i dette kapitel, hvor der laves en opskaleret cost benefit analyse.

#### 4.4.1.5 Manglende aspekter ved cost benefit analysen

Der er dog mange aspekter der ikke er medtaget i den simple udregning. Disse er bl.a. at afsnit 404, får tilført en masse viden, fra det psykiatriske team til personalet der beskæftiger sig med somatikken. Hvis samme viden skulle tilføres ville der både være udgifter til kurser, men også til vikarer til afsnittet, mens personalet uddannes. Herudover får personalet mulighed for at afprøve deres viden i praksis med det samme og har støtte og rådgivning fra det psykiatriske team, hvis det er nødvendigt. Teamets tilstedeværelse og kompetencer giver også redskaber til at håndtere patienter, der kan reagere på en anden måde end personalet normalt er vant til. Dermed har man mulighed for at undgå konflikter eller håndtere dem på en måde, hvor man bruger færre ressourcer.

Derudover har teamet mulighed for at tage samtaler med patienter og derved frigøre ressourcer fra det øvrige personale. Dette er alt sammen noget der gavner personale og patienter på afsnit 404, og nogle tiltag og muligheder, der ikke nødvendigvis ville have været til stede, hvis ikke man havde implementeret et psykiatrisk team på afsnittet.

Ser man på fordelene for patienterne og samfundet, kan det psykiatriske team og de henvisninger de laver, give mulighed for et bedre patientforløb, der derved kan skabe færre sygedage og genindlæggelser for de psykiatriske patienter. Derudover kan det at man integrerer psykiatrien i somatikken mindske stigmatisering af psykiatriske patienter, hvilket måske på længere sigt, kan gøre, at patienter med symptomer på psykiatrisk sygdom søger hjælp, før der støder somatiske symptomer til og de skal indlægges på en somatisk afdeling. Hvis patienter søger hjælp i tide, vil der også være mulighed for at behandlingstiden og omkostningerne vil være mindre.

Cost benefit beregningen kunne laves meget mere detaljeret ved at have medtaget flere omkostninger. Nogle patienter vil som følge af teamets henvisninger og støtte, kunne få tilkendt hjemmehjælp eller hjælp fra kommunen efter at de er blevet udskrevet, hvilket ville skabe flere omkostninger som følge af teamet.

Antallet af genindlæggelser uden teamet er ikke nødvendigvis estimeret korrekt og kan derfor være højere end det de 35 % der er regnet med vil blive genindlagt og estimationen af at 10 % af dem der



bliver genindlagt en gang, bliver genindlagt endnu engang er heller ikke nødvendigvis korrekt. Estimationen er dog lavet på baggrund af udtalelser fra det psykiatriske team og de øvrige medarbejdere på afsnittet, da de tidligere har været på andre afsnit og derudfra har en formodning om hvor mange der bliver genindlagt.

Det psykiatriske team kan give de andre ansatte på afsnittet værktøjer til at håndtere de psykiske patienter, der kan være udadreagerende og mere voldsomme end andre patienter. Herved vil man potentielt kunne mindske medicinforbruget, da man ikke i samme omfang behøver at medicinere patienterne mere rolige. Dette kan spare udgifter til medicin som ville kunne medregnes i en cost benefit. Derudover vil det på sigt muligvis kunne spare patienterne for nogle af de følgesygdomme medicinen til behandling af psykiske lidelser kan give (*Kragh, 2008, s. 113*)(*Nielsen & Nielsen, 2015*). Dette vil være endnu en gevinst for sundhedsvæsnet, men også for patienten selv der måske vil kunne opleve bedre livskvalitet og flere leveår.

Noget andet der ikke er medtaget er omkostninger til fridage for pårørende, da nogle pårørende måske vil tage selvbetalte fridage, for at støtte patienten. Disse omkostninger vil kunne resultere i mistet produktivitet på de dage, hvor de pårørende tager fri og derudover vil selvbetalte feriedage betyde at de pårørende har mindre til forbrug, og derfor vil der være færre penge der kommer i cirkulation i samfundets økonomi.

De 12 og 20 uger vi har regnet med at patienterne ville være sygemeldt efter indlæggelse, henholdsvis uden team og med team vil ikke nødvendigvis være tilstrækkelige. Dette skyldes at teamet har fortalt at der har været flere måneders ventetid på en udredning, hvorefter der var op til ½-1 års ventetid på den egentlige behandling. Dette er dog forsøgt ændret i 2015 med en udrednings- og behandlingsgaranti, så patienterne har krav på udredning inden for 30 dage og krav på behandling senest 60 dage efter udredningen (*Region Nordjylland (b), 2015*). Men i perioden der er blevet analyseret i denne case, har der været lang ventetid og i denne ventetid vil sygdomstilstanden kunne være blevet forværret hos patienterne. Dette vil potentielt betyde at patientens sygdom ville kunne udvikles til noget værre der vil kræve en længere behandlingsperiode og dermed flere omkostninger, både i sundhedsvæsnet og den samlede samfundsøkonomi.

#### 4.4.2 Opskalering af cost benefit

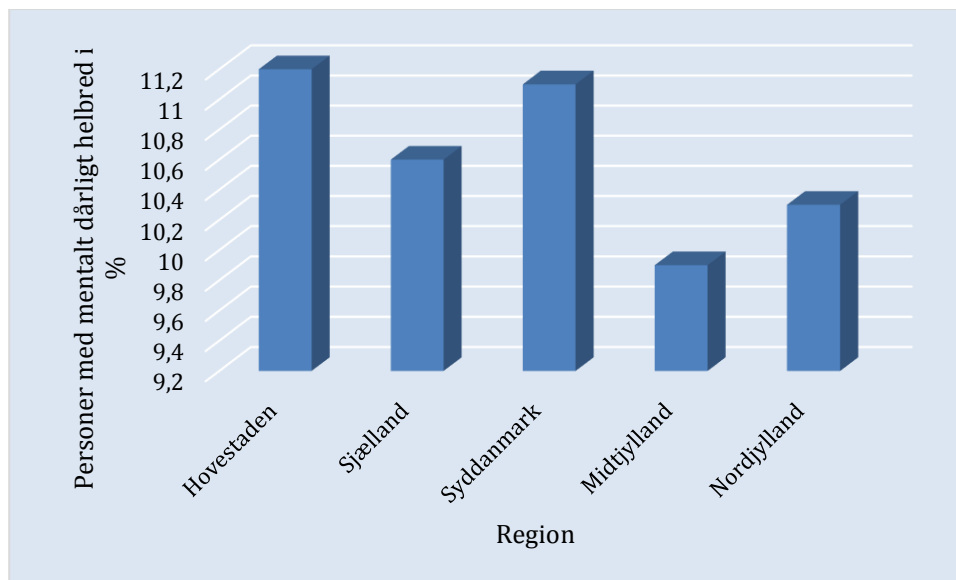
Som det fremgår af beregningen af cost benefit ved at have et psykiatrisk team, kan det ud fra beregningen i betale sig at have et psykiatrisk team.

Grunden til at det er dyrere ikke at have et psykiatrisk team er hovedsageligt at der er langt flere genindlæggelser, hvilket kommer til at koste både i sundhedsvæsnet, men også i tabt produktivitet, da patienterne i indlæggelsesperioden er uden for arbejdsmarkedet. Dertil kommer at perioden patienterne er sygemeldt efter indlæggelsen vil være længere, end hvis de ikke har kontakt til et psykiatrisk team. Dette skyldes, at hvis ikke de bliver sendt i det rette behandlingstilbud, vil den tid det tager patienten at blive symptomfri eller rask være længere, hvis en raskmelding er muligt, end hvis der var givet en henvisning til behandling eller anden hjælp.

Argumentationen for at opskalere cost benefit analysen er, at der i Danmark ikke er nævneværdige regionale forskelle i den mentale sundhed.

Dette ses af følgende graf, der viser antal procent af befolkningen i hver region, der har dårligt mentalt helbred.

**Graf 6: Geografiske forskelle i mental sundhed**



Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 18, samt egne beregninger

Dette gør at den oprindelige cost benefit beregning antages at kunne overføres til de andre akutafsnit i Danmark. Her er der taget udgangspunkt i det befolkningsgrundlag der er til akutmodtagelsen på



Sygehus Vendsyssel, og det befolkningsgrundlag der er ved landets øvrige akutmodtagelser. Befolkningsgrundlaget er fundet i en rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og det er dette der er brugt som beregningsgrundlag i den nedenstående beregning (*Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, s. 19*). Herudfra er der set hvor mange procent befolkningsgrundlaget er ift. Sygehus Vendsyssels og ud fra dette er der set hvilke omkostninger der vil være at spare ved de enkelte akutmodtagelser og samlet for Danmark.

Dette giver følgende beregning:

	Befolkningsgrundlag	Antal gange Hørrings str.	Omkostninger uden Psyk. Team	Omkostninger med Psyk. team	
<b>Nordjylland</b>	Sygehus Vendsyssel	175.000	1,00	73.163.427,62	48.459.666,25
	Aalborg Universitetshospital	316.000	1,81	132.112.246,45	87.504.311,63
	Sygehus Thy-Mors	80.000	0,46	33.446.138,34	22.152.990,29
<b>Hovedstaden</b>	Bispebjerg Hospital	403.000	2,30	168.484.921,89	111.595.688,56
	Nordsjællands Hospital, Hillerød	317.000	1,81	132.530.323,17	87.781.224,01
	Herlev Hospital	422.000	2,41	176.428.379,75	116.857.023,76
	Hvidovre Hospital	496.000	2,83	207.366.057,71	137.348.539,77
	Bornholms Hospital	41.000	0,23	17.141.145,90	11.353.407,52
<b>Sjælland</b>	Holbæk Sygehus	200.000	1,14	83.615.345,85	55.382.475,71
	Universitetssygehus Køge	290.000	1,66	121.242.251,48	80.304.589,79
	Nykøbing Falster Sygehus	150.000	0,86	62.711.509,39	41.536.856,79
	Slagelse Sygehus	210.000	1,20	87.796.113,14	58.151.599,50
<b>Syddanmark</b>	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	220.000	1,26	91.976.880,44	60.920.723,29
	Sygehus Lillebælt, Kolding	300.000	1,71	125.423.018,78	83.073.713,57
	Odense Universitetshospital	430.000	2,46	179.772.993,58	119.072.322,79
	Sygehus Sønderjylland, Aabenrå	230.000	1,31	96.157.647,73	63.689.847,07
<b>Midtjylland</b>	Aarhus Universitetshospital	303.000	1,73	126.677.248,96	83.904.450,71
	Hospitalsenheden Vest (Gødstrup)	284.000	1,62	118.733.791,11	78.643.115,51
	Hospitalsenhed Midt, Viborg	228.000	1,30	95.321.494,27	63.136.022,31
	Hospitalsenheden Horsens	203.000	1,16	84.869.576,04	56.213.212,85
	Regionshospitalet Randers	219.000	1,25	91.558.803,71	60.643.810,91
<b>I alt</b>	<b>5.517.000</b>		<b>2.306.529.315,31</b>	<b>1.527.725.592,58</b>	

Besparelse ved psykiatrisk team **778.803.722,73**

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt egne beregninger

Det vil sige, at hvis der oprettes psykiatriske teams på alle landets akutmodtagelser, vil man med den meget grove og hypotetiske opskalerede cost benefit beregning kunne spare samfundet for 778.803.722,73 kr. årligt. Dette betyder, at det vil være økonomisk rentabelt at indføre lignende psykiatriske teams på landets øvrige akutmodtagelser. Hvis det antages at beregningerne er brugbare, vil det betyde at flere vil kunne få kortere tid, hvor de er væk fra arbejdsmarkedet. Dette harmonerer med førtidspensionsreformens målsætning om at få flere udsatte i arbejde, og som tidligere set i dette kapitel, er der ca. 30 % af de personer det psykiatriske team tilser der er under 40 år. Hvis man antager at disse personer ikke har en tilknytning til arbejdsmarkedet, vil en samtale med teamet potentielt give dem en henvisning til et behandlingstilbud i psykiatrien eller et socialt tilbud. Dette vil muligvis kunne give dem en kortere sygemeldingsperiode, hvorefter de kan komme i ressourceforløb. På den



måde vil det psykiatriske team være medvirkende til at de unge kan blive klar til at deltage i et ressourceforløb hurtigere end ellers, hvilket er godt for samfundsøkonomien.

#### 4.5 Kobling mellem psykiatri og arbejdsmarkedstilknytning

Et psykiatrisk team som det der findes i Hjørring, kan ses som en forbedring af vilkårene i sundhedsvæsnet, for de personer der har psykiske lidelser. Med teamet har man sat mere fokus på behandlingen af personer med psykiske lidelser, som samtidig har somatiske symptomer, hvilket er årsagen til at de i første omgang er indlagt på akutmodtagelsen. Det psykiatriske team er derfor med til at koble psykiatri og somatik, som må siges at være en forbedring af behandlingen og de sundhedsmæssige tilbud til personer med psykiske lidelser.

Det psykiatriske team kan også hjælpe til at nå arbejdsmarkedspolitikens mål om at give flere unge under 40 år og personer med psykiske lidelser en tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette sker gennem de henvisninger teamet kan lave, da henvisningerne er med henblik på at hjælpe patienterne ud af deres sygdom, men ud over dette er det også et mål at hjælpe patienterne til en så normal tilværelse som muligt. Dette kan ske gennem henvisninger til tilbud, der ikke er direkte målrettet behandlingen, men eks. målrettet hjælp til at give patienten et sted at bo. På den måde kan det siges at en del af det arbejde det psykiatriske team laver, ligeså vel kunne have været en del af et ressourceforløb. Når teamet laver en del af det arbejde der er tiltænkt at være nogle af arbejdsopgaverne for et rehabiliteringsteam, der skal koordinere ressourceforløb, er der en kobling mellem indsatsen for den enkelte patient i psykiatrien og arbejdsmarkedsmæssigt.

Det psykiatriske team kan derfor være en del af den kobling, der på nuværende tidspunkt mangler mellem indsatsen i sundhedsvæsnet og arbejdsmarkedspolitik. Derfor er det relevant at se på mulighederne for at indføre lignende team på andre akutmodtagelser. Dog skal der tages højde for, at der i forbindelse med implementeringen af psykiatri i somatik også kan være udfordringer. Dette kan være en følge af, at ikke alt somatisk sundhedsfagligt personale anerkender psykiatrien som en del af den behandling, der kan foregå på landets akutmodtagelser (*Nielsen & Nielsen, 2015*).

Hvis det er muligt at løse udfordringerne kan der ifølge den hypotetiske cost benefit i dette speciale og den opskalerede cost benefit, være store økonomiske gevinster for samfundsøkonomien.



Ud fra analysen af de indsatser der er gjort for personer med psykiske lidelser i sundhedsvæsenet, ses det, at der de senere år er kommet mere fokus på at behandle psykiske lidelser, med samme ensartethed som de somatiske sygdomme. Gennem indførelsen af pakkeforløbene, har man forsøgt at give en ensartethed for behandlingen af udvalgte psykiske sygdomme på tværs af regionerne. Derudover er der blevet indført udrednings- og behandlingsgaranti i 2015. Der er dog eksempler på at der er implementeringsvanskeligheder i forbindelse med pakkeforløbene, da de kræver at patienten skal kunne deltage i alle dele af forløbet. Hvis ikke det er muligt, ryger patienten ud af forløbet og vil derfor ikke være færdigbehandlet, hvorved den indsats der allerede er gjort, muligvis går tabt, og derved vil resourcerne der er blevet brugt være spildt. Også udrednings- og behandlingsgarantien kan blive en udfordring for psykiatrien, da der er mangel på psykiatere (*Bauer et al., s. 25*).

Gennem projektsamarbejdet på 9. semester sås det, at efter at have løst de indledende udfordringer ved at implementere psykiatri i somatik, har både patienter og personale profiteret af ordningen. På baggrund af dette og den cost benefit analyse der er præsenteret tidligere i dette projekt, vil der være belæg for at implementere lignende teams på andre akutmodtagelser. Selvom det viser sig at være en god ide at implementere psykiatriske teams andre steder i landet, vil manglen på psykiatere kunne spænde ben for den mulighed. Samlet er der lavet gode tiltag for personer med psykiske lidelser i psykiatrien, men der er ikke nødvendigvis taget højde for at tiltagene vil kræve mere personale med speciale i at behandle psykiske lidelser.

Ud fra analysen af de arbejdsmarkedspolitiske tiltag der er lavet, er der også eksempler på, at der kommer mere fokus på personer med psykiske lidelser. Dette er bl.a. sket gennem førtidspensionsreformerne, der skal give flere personer med psykiske lidelser en tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette er bl.a. gjort for at forbedre de offentlige finanser, men også fordi der er undersøgelser, der viser at personer med psykiske lidelser kan få det bedre af at have en tilknytning til arbejdsmarkedet (*Danske Regioner, 2009*). Det ses dog også at der er udfordringer forbundet med reformerne, da der ikke er klare retningslinjer for tolkningen af loven og aftalerne. Intentionerne med reformerne er gode og der er gode elementer for personer med psykiske lidelser, i reformerne, men der ses også at det ikke er det hele der lykkes som tiltænkt.



Det at der både i psykiatrien og i arbejdsmarkedspolitikken er lavet gode tiltag for personer med psykiske lidelser er positivt. Dog kan en del af forklaringen på at man ikke opnår det fulde potentiale af tiltagene være, at tiltagene ikke er koordinerende. Psykiatrifonden og de danske regioner mener, at arbejdsmarkedet skal gøre mere, for at integrere personer med psykiske lidelser i arbejdsmarkedet (*Danske Regioner, 2009*). På den anden side mener arbejdsmarkedskommissionen ikke, at tiltagene med et ressourceforløb vil lykkes, hvis ikke indsatsen på sundhedsområdet bliver mere rettet mod at sikre dem en tilknytning til arbejdsmarkedet (*Arbejdsmarkedskommissionen, 2009*).

Med det psykiatriske team på Sygehus Vendsyssel, har man gjort en indsats der kan ses som en del af den kobling, der måske kan være nødvendig for at tiltagene på sundhedsområdet og arbejdsmarkedspolitik opnår det fulde potentiale. Derfor bør psykiatrien og arbejdsmarkedskommissionen måske fremover have mindre fokus på hvad den anden part kan gøre bedre, bør de måske i stedet se på, hvordan man kan koordinere indsatserne, for at få det optimale ud af tiltagene på begge sider.

## Kapitel 5

### 5.1 Prioritering

I dette kapitel vil indsatserne i psykiatrien og i arbejdsmarkedspolitikken blive diskuteret, hvorefter casen vil blive diskuteret. Alle afsnit bliver diskuteret med udgangspunkt i prioritering, der derfor bliver beskrevet nedenfor.

Prioritering er et centralt emne at diskutere ift. sundhedsvæsnet og herunder psykiatrien. Der er i debatten et større problem, grundet en uklar definition af prioritering, men med en begrebsafklaring vil der blive skabt en konstruktiv forudsætning for en diskussion i de følgende afsnit. Prioritering er fordeling af knappe ressourcer og bliver besluttet gennem en politisk proces, hvor en fremtidig fordeling af ressourcer til forskellige formål fastlægges (*Pedersen, 2013, s. 420*). Det er en langvarig politisk forhandlingsproces, hvor der er flere faktorer, der spiller ind i form af magt, politiske standpunkter, interesseorganisationer m.m. (*Pedersen, 2013, s. 415*).

Når der prioriteres, træffes der beslutninger på vegne af og med konsekvenser for personer, der ikke har været med i forhandlings- og beslutningsprocesserne. Prioritering er en politisk proces i og med, at modstridende hensyn skal tilgodeses, hvor det handler om at gå på kompromis, ofte i forbindelse med makroøkonomiske betingelser og sundhedsvæsnets økonomiske midler. Prioritering bliver ofte nævnt i forbindelse med nedskæringer, dog handler det ikke om at spare ressourcer, men om at fordele de knappe ressourcer (*Pedersen, 2013, s. 421*).

Der er forskellige spørgsmål der skal stilles inden en prioritering, hvilket er væsentligt at fremhæve, inden fokusområderne fra specialet bliver inddraget i relation til prioriteringsdiskussioner nedenfor. ”Hvad kan vi?” er et spørgsmål der berører hvilke muligheder der er til rådighed, her er også medtaget de muligheder der måske ikke er økonomisk mulige. Spørgsmålene ”hvad koster det?” og ”hvad bør vi?”, er spørgsmål der berører hvilke begrænsninger der er sat både inden for etikken og økonomien. Det er en sammenvejning af muligheder og begrænsninger, der danner grundlag for beslutninger. I prioriteringsspørgsmål vil der ofte være økonomiske evalueringer, der skal understøtte vigtige prioriteringsprocesser (*Pedersen, 2013, s. 419, 425*).

Økonomiske evalueringer kan være et dokumenteret og et validt grundlag for en prioritering, men udgør kun en del af beslutningsgrundlaget. Den erstatter derfor ikke prioriteringen, da der er flere faktorer i form af værdimæssige forpligtelser, interesser m.m. der spiller ind. Endvidere belyser

de økonomiske evalueringer ikke, hvad der er godt for det enkelte individ, og den tager derfor ikke hensyn til fordelingshensynet, men derimod, hvad der er bedst for velfærdssamfundet (*Pedersen, 2013, s. 427*).

## 5.2 Diskussion

### 5.2.1 Diskussion af indsatsen for psykisk syge i sundhedsvæsenet

Indsatsen for personer med psykisk sygdom, har i sundhedsvæsenet, de senere år fået mere opmærksomhed. Her er der kommet mere fokus på at det ikke længere kun er familien der skal stå med ansvar for pleje af personer med psykisk sygdom. Behandling af psykisk sygdom er i højere grad blevet noget man fokuserer på at forbedre i sundhedsvæsenet. Herunder er der især blevet fokuseret på at ensarte behandlingen, for at sikre en ensartet behandling af patienterne. Dette er sket gennem indførelsen af pakkeforløb, der er forskellige behandlingsforløb der knytter sig til ikke-psykotiske sygdomme (*Sjælland, 2015*). Derudover er der i 2015 indført en udrednings- og garantiordning, der skal sikre at personer med psykisk sygdom ikke skal vente for længe på udredning og behandling, da det kan forværre deres mentale tilstand (*Region Nordjylland (b), 2015*).

Der er indikationer på, at der er en højere prioritering af patienter med ikke-psykotiske lidelser frem for patienter med psykotiske lidelser, da pakkeforløbene retter sig mod de ”stærkere” patienter, hvor der er en større sandsynlighed for at blive rask. I den forbindelse kan det diskuteres, om det er etisk korrekt, at fokusere på mennesker med en lettere psykiske lidelser frem for dem med en sværere psykisk lidelse. For specialet har hensigten bl.a. været at se på de psykisk syge, der potentielt har en chance for at komme sig og få en tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor kan der argumenteres for, at det vil være mest hensigtsmæssigt at fokusere på de patienter, der har de bedste helbredelsesmuligheder, og potentielt har en chance for at komme ud på arbejdsmarkedet, frem for dem der har en lang eller ingen vej til arbejdsmarkedet. Det kan også diskuteres om forløbene for personer med lettere psykiske lidelser, er mindre komplicerede, end forløbene for personer med sværere psykiske lidelser. Derfor kan der argumenteres for, at den indsats der er gjort i forbindelse med indførelsen af pakkeforløbene er et skridt mod at ensarte behandlingen.

Endvidere kan det diskuteres, om ikke personer med en psykotisk lidelse, ligeledes har krav på en bedre livskvalitet gennem et pakkeforløb ligesom de ikke-psykotiske patienter. Her kan det være prioritering der spiller ind, men også et etisk spørgsmål om, hvem der skal prioriteres. Der foregår hele tiden prioriteringer i sundhedsvæsenet, men der er en diskurs, der ikke bliver anerkendt. Denne



diskurs omhandler, at vi ikke har råd til at give alle patienter bedst mulig behandling, selvom det er det mest ønskværdige (Ehlers, 2009, s. 2). På et samfundsøkonomisk niveau bliver man nødt til at erkende, at patienter med forskellige sygdomme skal behandles forskelligt, og derfor bliver der også prioriteret forskelligt internt mellem patientgrupperne i psykiatrien.

Ifølge det psykiatriske team fra Sygehus Vendsyssel, afsnit 404 kan pakkeforløbene være med til at stigmatisere personer med psykiske lidelser, da disse har meget komplekse og forskellige problemstillinger. Det er derfor ikke nødvendigvis positivt at ville ensarte behandlingen for denne gruppe patienter. Derfor kan det diskuteres, hvorvidt pakkeforløbene kan have en negativ effekt, da det kan "skubbe" de psykisk syge ud i ekstreme situationer, hvilket eksempelvis kan lede til selvskade eller overdosis, og dermed få dem til at ende på akutmodtagelsens afsnit 404 (Nielsen & Nielsen, 2015).

En anden udfordring der kan være i forbindelse med pakkeforløbene er at nogle psykiatriske patienter vil kunne profitere af alle elementerne i pakkeforløbet, mens andre patienter ikke profiterer af alle elementer. Det har ikke været muligt at finde konkrete omkostninger for pakkeforløbene, men den psykiatriske overlæge fra det psykiatriske team udtrykker, at pakkeforløbene er dyre (Nielsen & Nielsen, 2015).

Det kan diskuteres, om ikke fleksibiliteten og tilpasningen af pakkeforløbene overflødiggøres, hvis der i praksis ikke kan ændres på faktorernes orden. Dette kan have en negativ betydning for de psykisk syge og for samfundsøkonomien. De psykisk syge vil opleve et uhensigtsmæssigt patientforløb, der kan være med til at forværre deres helbredstilstand, fordi de ikke kan få den rette behandling, hvilket kan påvirke deres livskvalitet i en negativ retning. Derudover kan det være frustrerende for de pårørende, at de fagprofessionelle ikke kan bidrage til at finde frem til det rette behandlingsforløb. På et samfundsøkonomisk niveau kan der argumenteres for, at de indirekte omkostninger i form af produktionstab, både for de pårørende og et evt. produktionstab, hvis patienten har mulighed for en tilknytning til arbejdsmarkedet, ikke kan mindskes, og man risikerer derfor at gå glip af en samfundsøkonomisk gevinst. Til trods for at gevinsten kan være minimal, kan det opvejes af de sundhedsudgifter, der er forbundet med færre (gen)indlæggelser, hvilke kan være medvirkende til en besparelse i sundhedssektoren.

En løsning på pakkeforløbenes rigiditet kan være at lave pakkeforløbene mere fleksible, hvor de mere skal ses som en rettesnor for, hvordan et behandlingsforløb kan tilpasses patienten, alt efter den psykiske lidelse. Dette ville potentielt kunne spare sundhedsvæsnet for udgifter til delelementer af forløbene, der ikke er nødvendige for alle. Derudover vil der kunne spares udgifter til spildte ressourcer i de tilfælde, hvor patienten bliver nødt til at stoppe midt i et pakkeforløb. Det kan dog diskuteres, hvorvidt alle psykiatere har den fornødne erfaring der skal til for at vurdere, hvilke dele af et forløb der er nødvendige og hvilke der er overflødige for den enkelte patient. Med de nuværende pakkeforløb sikrer man sig, at psykiatere med færre års erfaring ikke overser elementer i den enkelte patients behandlingsforløb.

Det at pakkeforløbene kan være ressourcespild kan bakkes op i en rapport, hvor der skrives, at psykiatrien arbejder med uensartede patientgrupper, der derfor kræver forskellige behandlingsforløb. Derfor kræver det en tilpasning af behandlingstilbuddene, hvilket pakkeforløbene kan være med til at besværliggøre, hvis de ikke kan tilpasses den enkelte patient (*Danske Regioner, 2011 s. 14*). I den forlængelse kan det siges, at man skal turde prioritere ift. hvad den psykiatriske patient vil kunne profitere af.

Et andet nyligt tiltag på sundhedsområdet for personer med psykisk sygdom er udrednings- og behandlingsgaranti. Dette er et positivt tiltag, der viser at patienter med psykisk sygdom ikke skal bagerst i køen for at få behandling. Det kan dog diskuteres, hvorvidt mulighederne er til stede til at kunne gennemføre dette tiltag i praksis. I Danmark er der mangel på psykiatere, hvorfor det kan diskuteres, om der er den fornødne sundhedsfaglige kapacitet til at gennemføre garantien (*Bauer et al., 25*). Hvis ikke der er nok sundhedspersonale med viden om psykiatri, vil der være begrænsninger allerede i forbindelse med, hvilke muligheder der er for at gennemføre dette tiltag. Tiltaget er dog i høj grad et udtryk for en prioritering af denne patientgruppe, men det kan diskuteres, om det reelt er muligt at gennemføre, da der er noget der tyder på at begrænsningerne ikke er medtaget i overvejelserne i så høj grad som de burde.

### 5.2.2 Diskussion af arbejdsmarkedspolitikken

For at sikre psykisk syge en tilknytning til arbejdsmarkedet, er der i 2003 og 2013 lavet førtidspensionsreformer der skal sikre denne gruppe en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Med reformen fra 2003 blev der krav om at borgere der søgte førtidspension skulle arbejdsprøves, mens der med reformen fra 2013 skete en yderligere stramning. Ved denne reform kunne unge under



40 år som udgangspunkt ikke længere få førtidspension, men skulle i stedet i ressourceforløb. Personer over 40 år skulle også tilbydes et enkelt ressourceforløb, før man vil kunne vurdere, hvorvidt deres arbejdsevne er varigt nedsat (*Beskæftigelsesministeriet, 2012*).

Med reformerne er det som udgangspunkt alle man vil forsøge at sikre en tilknytning til arbejdsmarkedet (*Beskæftigelsesministeriet, 2012*). Men af arbejdsmarkedskommissionens rapport fra 2009, der ligger til grund for aftalen om førtidspension, blev der beskrevet at psykisk syge personer bliver prioriteret lavest, når det gælder den indsats der ude i kommunerne er for at sikre dem en tilknytning til arbejdsmarkedet (*Arbejdsmarkedskommissionen, 2009, s. 151-152*). Dette kan skyldes, at indsatsen overfor forskellige grupper af borgere bliver prioriteret efter, hvem der har bedst mulighed for at profitere af indsatsen. Når der er knappe ressourcer til at gennemføre indsatsen, er man nødt til at se på hvilke muligheder der er og hvilke begrænsninger der er. Ud fra dette kan man prioritere grupperne mod hinanden. Her kan det diskuteres, hvorvidt det er i orden at nedprioritere en gruppe, der har psykiske lidelser, og som man ved vil kunne have gavn af at få en tilknytning til arbejdsmarkedet. Prioriteringen kan dog være lavet på det grundlag, at man har vurderet at man ikke har haft ressourcerne til at give samme indsats til alle. Her har man måske vurderet at personer med psykiske lidelser er dem der har behov for den største indsats, hvilket kan være på bekostning af andre, der har bedre muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Når man får personer med psykiske lidelser på arbejdsmarkedet, kan nogle af dem have brug for mere støtte, for at kunne varetage et job. Dette vil kunne medføre at andre på arbejdspladsen skal stå til rådighed, og derved vil deres timeproduktivitet kunne falde. Det kan også diskuteres hvorvidt personer med psykisk sygdom, der har brug for mere støtte vil kunne præstere samme timeproduktivitet som de øvrige ansatte.

Som skrevet i kapitel 3 om arbejdsmarkedet, mener nogen at ressourceforløbene kan ses som en spareøvelse, frem for et tiltag der skal forbedre den helbredsmæssige tilstand hos personer med psykisk sygdom (*Frich et al., 2014*). Dette kan diskuteres og af kapitlet om arbejdsmarkedspolitikken var der ikke et tydeligt mønster for hvordan kommunerne ser ressourceforløbene. I nogle kommuner er der for få der får tilbudt ressourceforløb (*Frich et al., 2014*). Det kan diskuteres, om dette skyldes at kommunerne ikke har overblik over, hvordan udgifterne til henholdsvis ressourceforløb og førtidspension fordeler sig, og de derfor ikke har tilbudt ressourceforløb i det omfang der skulle være gjort.





Som det sås af de beregninger der er lavet i forbindelse med dette projekt, bør der ikke være tvivl om, at ressourceforløbene er den mest økonomisk rentable løsning. At kommunerne ikke er kommet frem til denne viden kan skyldes de muligheder de har haft for at lave disse beregninger. I kommunerne er der også knappe ressourcer og her er det ikke nødvendigvis blevet prioriteret at lave beregninger på, hvad der er mest rentabelt.

I andre kommuner sender man personer på ressourceforløb til trods for, at det åbenlyst ikke gavner dem, og det er tydeligt at det forværrer deres mentale tilstand (*Dahlin & Weirsøe, 2016*). I dette tilfælde kan det diskuteres om dette er på baggrund af en økonomisk prioritering, da det som skrevet ovenfor er billigere for kommunen at tilbyde ressourceforløb frem for førtidspension. I sådan et tilfælde kan det være de knappe ressourcer kommunerne har til overførselsindkomster, der er afgørende for kommunens prioriteringer.

Det at der er så stor forskel på, hvor mange og hvem der bliver tilbudt ressourceforløb i de forskellige kommuner, kan tyde på at der mangler retningslinjer for, hvordan loven om førtidspension og ressourceforløb skal tolkes. Det kan derfor diskuteres hvornår nok er nok, og om prioriteringen af hvem der skal tilbydes ressourceforløb udelukkende skal bero på økonomiske evalueringer som eks. den der er lavet her i projektet. Det kan diskuteres, om der bør udarbejdes guidelines, så kommunerne har nemmere ved at tilbyde ressourceforløb, til de personer hvor det er mest hensigtsmæssigt.

Når det er vurderet at en person kan tilbydes et ressourceforløb, er der som udgangspunkt ikke noget maksimum for, hvor mange år en person kan være i ressourceforløb. Det kan diskuteres, hvorvidt det er rimeligt at en person der starter i ressourceforløb, ikke ved hvor mange år der går, før de har en tilknytning til arbejdsmarkedet, eller om de kan få tilkendt førtidspension. Denne uvished kan være stressende, hvis personer med psykisk sygdom skal igennem mange forskellige delelementer i et ressourceforløb. Derfor kan man også diskutere om man skal prioritere at få alle i arbejde, eller om der er nogen det vil gavne mere at få en førtidspension. For nogen vil det kunne gavne dem at tilkende dem en førtidspension, da de blot vil få det værre af at blive presset til at skulle omgås fremmede mennesker og det kan diskuteres hvorvidt indsatsen for at få dem ud i ressourceforløb, opvejer de gener det måtte medføre patienten.

Man bør derfor overveje om man skal prioritere at få alle i arbejde, eller om man bør lade de svageste eller mest udsatte med psykiske lidelser få fred på en førtidspension, selvom de på papiret burde være egnede til et ressourceforløb.

### 5.2.3 Diskussion af implementering af psykiatri i somatik, casen

Som skrevet i kapitel 4, er der på Sygehus Vendsyssel i Hjørring oprettet et psykiatrisk team, der samarbejder med det somatiske personale i akutmodtagelsen. Dette team har til opgave at identificere psykiske problemer hos patienter med somatiske symptomer, men hvor der åbenlyst er brug for psykiatrisk bistand, eller hvor der ikke umiddelbart kan findes svar på patientens symptomer gennem somatikken. Teamet har efter identifikation af mulige psykiske sygdomme, mulighed for at lave en henvisning til behandling eller støtteforanstaltninger, der kan hjælpe til at give patienten et kortere behandlingsforløb (Nielsen & Nielsen, 2015). Derved kan teamet være et bindeled mellem psykiatrien og de arbejdsmarkedspolitiske indsatser der er lavet de senere år, her især reformen fra 2013, hvor der blev indført ressourceforløb.

I dette projekt er der lavet hypotetiske cost benefit beregninger på om det psykiatriske team økonomisk kan betale sig, hvis man antager at 5 % eller 50 % af patienterne i forvejen har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Her viste beregningerne, at teamet er rentabelt, hvorfor det vil være interessant at diskutere hvorvidt man bør prioritere at oprette lignende teams på landets øvrige akutmodtagelser. Ved prioriteringer er det ofte økonomiske analyser der ligger til grund for beslutningen, og derfor kan den hypotetiske cost benefit i dette speciale muligvis være et bud på, hvorvidt man bør prioritere at implementere psykiatri i somatik. Konklusionen på beregningerne, må være at hvis det udelukkende er det økonomiske aspekt der skal prioriteres ud fra, er der noget der tyder på at der bør prioriteres lignende teams. Beregningen, hvor cost benefit beregningen er skaleret op til at medtage alle landets akutmodtagelser, viser at lignende teams andre steder potentielt kan spare samfundet for knap 779 mio. årligt til indlæggelse og produktivitetstab. Dette er endnu en faktor, der gør at det bliver relevant at diskutere implementering af lignende teams andre steder i landet, og hvad dette vil kræve.

Der er mange spørgsmål der skal overvejes og diskuteres inden en implementering andre steder kan blive en realitet. Den økonomiske evaluering viser, at lignende teams bør prioriteres. Derudfra kan man diskutere hvilke muligheder der er for implementeringen. Her skal det bl.a. diskuteres, hvad der kan gøres de steder, hvor befolkningsgrundlaget ikke er på størrelse med Sygehus Vendsyssels, der må være det, der danner udgangspunkt for behovet for en psykiater og en psykiatrisk sygeplejerske. Bør man ved steder med endnu mindre befolkningsgrundlag nøjes med en psykiater eller psykiatrisk sygeplejerske, eller skal man helt undvære et psykiatrisk team? Men her bør konsekvenserne af en manglende sparringspartner også diskuteres, for kan en enkelt fagperson fra psykiatrien kan have samme effekt som to personer kan, hvis der er færre patienter og færre i personalestaben?

Selv hvis man forestiller sig, at man kan implementere teams uanset størrelse på landets øvrige akutmodtagelser, vil man støde på en begrænsning for denne mulighed. I Danmark er der i disse år mangel på psykiatere, og der er derfor ikke de faglige ressourcer og kompetencer der er nødvendige for at alle landets akutmodtagelser kan få samme mulighed som den i Hjørring (*Bauer et al., s. 25*). Dette vil være en begrænsning i forhold til de muligheder der er til rådighed, og det vil derfor blive vanskeligt at finde psykiatere nok til at der kan prioriteres psykiatriske teams på alle landets akutmodtagelser.

Derfor kan en mulighed der bør overvejes, og diskuteres muligheder og begrænsninger for, være at oprette psykiatriske teams, der kan fungere som en slags "rejsehold". Disse teams kunne være på de forskellige akutmodtagelser og forsøge på kortere tid at give det somatiske personale de kompetencer der er videregivet i Hjørring. Det kan dog diskuteres om man vil kunne opnå samme grad af vidensdeling på kortere tid end et år. Dette skyldes, at der i Hjørring også har været vanskeligheder i starten af implementeringsperioden, hvor de forskellige faggrupper har været reserverede over for hinanden og ikke benyttet sig af hinandens kompetencer (*Nielsen & Nielsen, 2015*). Hvis man vælger at prioritere en implementering af psykiatri i somatik gennem psykiatriske "rejsehold", bør man overveje og diskutere, hvor lang en periode "rejseholdet" skal være de forskellige steder, for at man kan opbygge den relation, der gør at faggrupper profiterer af hinandens viden. I den forbindelse bør det også diskuteres, hvordan man kan mindske opstartsvanskelighederne og om der skal en grundlæggende diskursændring til, før en sådan implementering vil være gavnlig.

Det kan diskuteres, hvor meget teamet bidrager til en koordinering mellem psykiatrien og den arbejdsmarkedspolitiske indsats, men der er noget der tyder på, at teamet har en virkning. Derfor bør det diskuteres om man i sundhedsvæsenet kan gøre en større indsats for at personer med psykiske lidelser ikke bare får behandling for deres lidelser, men også får social støtte. Den sociale støtte kan være en del af et ressourceforløb, men med det psykiatriske teams henvisninger, kan man samtidig med behandlingen, også sørge for den sociale støtte. Derved skal patienten ikke vente på den sociale støtte til behandlingen er overstået og et evt. ressourceforløb begynder, men kan køre forløbene sideløbende med hinanden. Dette må formodes at kunne medvirke til at vejen til en tilknytning til arbejdsmarkedet afkortes, vha. den indsats det psykiatriske team yder.



Ud fra ovenstående tre diskussionsafsnit, er der noget der tyder på at der mangler prioritering både på sundhedsområdet og i arbejdsmarkedspolitikken, når det kommer til spørgsmål om personer med psykiske lidelser. En grund til dette kan være at sundhedsområdet er et følsomt emne, da det er noget der berører os alle og oftest i situationer, hvor livet ikke altid er lige let. Personer med psykiske lidelser er en patientgruppe i sundhedsvæsnet, der er særligt tabubelagt. Dette kan være årsagen til at det er et område, hvor man ikke tør prioritere at frygt for at det bliver set som om, man vil nedprioritere området og personer med psykiske lidelser.

## Kapitel 6

### 6.1 Konklusion

Formålet med dette speciale er at besvare følgende problemformulering:

*Hvordan harmonerer indsatsen i psykiatrien, med de arbejdsmarkedspolitiske tiltag, for at sikre personer med psykisk sygdom en tilknytning til arbejdsmarkedet?*

Denne problemformulering er forsøgt besvaret gennem tre overordnede kapitler, hvor der først bliver præsenteret og analyseret på, hvilke indsatser der er gjort for personer med psykisk sygdom i sundhedsvæsnet. Herefter er der et kapitel med præsentation og analyse af de arbejdsmarkedspolitiske tiltag der er lavet for at sikre personer med psykisk sygdom en tilknytning til arbejdsmarkedet. Til sidst er der et kapitel, hvor en mulig løsning på at koble indsatsen i psykiatrien med den arbejdsmarkedspolitiske indsats bliver præsenteret og analyseret. Denne løsningsmulighed findes gennem et psykiatrisk team på Sygehus Vendsyssel i Hjørring. Beskrivelsen af denne mulighed i dette speciale, har taget udgangspunkt i et projektsamarbejde fra efteråret 2015, mellem det psykiatriske team og projektgruppen bag dette projekt.

I sundhedsvæsnet er psykisk sygdom gennem tiden blevet et område, der har vundet større anerkendelse. For hundrede år siden var det familien der skulle tage sig af personer med psykiske lidelser, og der var en diskurs om, at disse personer ikke skulle være samfundsnyttige borgere. Dette har dog ændret sig til at der i dag er fokus på behandling af personer med psykiske lidelser. Denne behandling foregår i sundhedsvæsnet, og det er et område der forsøges prioriteret på samme måde som somatikken i sundhedsvæsnet. Med behandlingen af patienter med psykiske lidelser, er målet at gøre dem symptomfri eller helt raske, så de kan begå sig i samfundet.

En måde hvorpå man forsøger at ensarte behandlingen er gennem indførelsen af pakkeforløb, hvor der til forskellige ikke-psykotiske lidelser, er en række elementer patienterne skal igennem. Dette skal forsøge at sikre at patienterne får den bedst mulige behandling, hvor der ikke bliver valgt hvilke elementer den enkelte kan have gavn af. Alle elementer i pakkeforløbene er der evidensbaseret forskning, der viser at de har en effekt, hvilket er årsagen til at de er medtaget i forløbet. Selvom pakkeforløbene er lavet for at sikre at patienterne får alt den behandling, der har en bevist effekt, er der også udfordringer ved forløbene. Pakkeforløbene har en hvis rigiditet, da man ikke kan fjerne eller tilføje elementer, og hvis et element ikke kan gennemføres af en patient, kan patienten ikke fortsætte



forløbet. Ud over pakkeforløbene er der også lavet en udrednings- og behandlingsgaranti for patienter med psykiske lidelser. Dette er endnu et positivt tiltag, men også her er der udfordringer, da der i Danmark er mangel på psykiatere og derfor kan det blive vanskeligt at gennemføre dette tiltag i det omfang det er tiltænkt. Der er altså gode tiltag i sundhedsvæsnet, for patienter med psykiske lidelser, der skal være medvirkende til at patienterne kan begå sig i samfundet og dermed hjælpe dem til at få en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Når det kommer til arbejdsmarkedspolitiske tiltag, er der også her kommet mere fokus på at sikre personer med psykiske lidelser en tilknytning til arbejdsmarkedet. Til dette projekt har der været fokus på, hvordan førtidspensionsreformer har gjort mere for at hjælpe udsatte personer og personer med psykiske lidelser, til en tilknytning til arbejdsmarkedet. Der har i projektet været fokus på førtidspensionsreformerne fra 2003 og 2013, hvor der ved reformen fra 2003 var et krav om at personer skulle have testet deres arbejdsevne, før de kunne tilkendes førtidspension.

Med reformen fra 2013 blev kravene for tilkendelse af førtidspension yderligere skærpet. Dette betød bl.a. at personer under 40 år ikke længere kan tilkendes førtidspension, men at de i stedet skal i ressourceforløb, hvor man vil forsøge at forbedre deres arbejdsevne gennem sociale tilbud, uddannelse, praktik m.m. Personer over 40 år skal have tilbudt ét ressourceforløb inden man kan afgøre hvorvidt de er berettigede til førtidspension. I projektet er der kommet frem til at der er udfordringer forbundet med især reformen fra 2013, hvor kommunerne, der skal afvikle ressourceforløbene, har forskellige måder at tolke loven på ift. dette. Nogle kommuner giver for få ressourceforløb, mens andre kommuner presser folk, til ressourceforløb, til trods for at de gennem loven kan fritages for ressourceforløb inden de kan tilkendes førtidspension. Derfor er der i dette projekt lavet en udregning der viser hvilke økonomiske konsekvenser, der er ved henholdsvis ressourceforløb og førtidspension. Her fremgår det at det ved en tidshorisont på et år, vil være mest rentabelt for kommunerne og den samlede offentlige økonomi, hvis man sender personer i ressourceforløb. Derudover er det påvist at personer med psykiske lidelser kan få en bedre livskvalitet og forbedre deres mentale helbredstilstand, hvis de har en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Derfor er der gode elementer i reformerne, da det både kan gavne det mentale helbred hos personer med psykiske lidelser, men at det også er økonomisk rentabelt for kommunerne og den samlede offentlige økonomi.



Selvom der både i sundhedsvæsnet og gennem arbejdsmarkedspolitiske tiltag, er gode indsatser for at sikre personer med psykisk sygdom en tilknytning til arbejdsmarkedet, er der ikke en koordinering af indsatserne. Dette gør at man kan risikere at de tiltag der gøres i psykiatrien, får en mindsket effekt, hvis de arbejdsmarkedspolitiske tiltag ”skubber” folk tilbage i psykisk sygdom, eller forværrer den psykiske sygdom. Omvendt kan psykiatrien også modarbejde de arbejdsmarkedspolitiske tiltag, hvis ikke behandlingen fungerer optimalt. Gennem arbejdet med dette projekt og resultaterne er der indikationer på, at indsatserne ikke harmonerer, men at der mangler koordinering og samarbejde mellem de to sektorer. Derved er der indikationer på at man på nuværende tidspunkt ikke opnår det fulde potentiale af indsatserne, da de ikke er koordinerede, men det er der mulighed for at rette op på i fremtiden.

En mulig løsning der er præsenteret og analyseret effekter af i dette projekt er implementering af psykiatri i somatik. Denne implementering er sket ved, at et psykiatrisk team, bestående af en psykiater og en psykiatrisk sygeplejerske er blevet tilknyttet akutmodtagelsen på Sygehus Vendsyssel. Her tilser de patienter, og kan stille en foreløbig diagnose, og på baggrund af denne kan de lave en henvisning til behandling eller sociale tilbud. Da de sociale tilbud kan være en del af ressourceforløb, kan det psykiatrisk team siges at trække tråde mellem psykiatrien og arbejdsmarkedspolitikken. Teamet har også mulighed for at have samtaler med patienter, hvorefter de kan vurdere at patienten blot har brug for en kort sygemelding og ikke en diagnose, og på den måde mindskes risikoen for at patienten mister sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Herudfra ses det at det psykiatriske team kan koble tiltagene i psykiatrien med de arbejdsmarkedspolitiske tiltag og hjælpe personer med psykiske lidelser til at bevare eller få en tilknytning til arbejdsmarkedet.

For at se hvilke samfundsøkonomiske gevinster der kan være forbundet med at implementere lignende teams andre steder, der også kan fungere som bindeled, er der lavet en cost benefit beregning. Denne er efterfølgende skaleret op, så de samfundsøkonomiske gevinster der ville være ved psykiatriske teams på alle landets akutmodtagelser præsenteres. Her ses det at en sådan implementering vil kunne skabe store samfundsøkonomiske gevinster, ud over at der vil være helbredsmæssige gevinster for personer med psykiske lidelser.



Selvom der i fremtiden skulle blive indført psykiatriske teams på alle landets akutmodtagelser, vil der dog stadig skulle en koordinering af indsatserne i psykiatrien og arbejdsmarkedspolitikken til, da indsatserne ikke harmonerer blot ved psykiatriske teams. De psykiatriske teams kan dog ses som et skridt i den rigtige retning mod at sikre personer med psykisk sygdom en tilknytning til arbejdsmarkedet.



## Kapitel 7

### 7.1 Perspektivering

Perspektiveringen omhandler, hvad der i dette specialet oprindeligt var tiltænkt og hvilke mulige områder der ellers kunne være undersøgt. Derudover vil der blive beskrevet, hvilke områder, der kunne være relevante at medtage i det nuværende speciale, hvis data havde været tilgængeligt.

Projektsamarbejdet fra 9. semester med Sygehus Vendsyssel i Hjørring, var ved projektperiodens udløb tiltænkt til at fortsætte. Der var i det oprindelige speciale tiltænkt, at der skulle have været foretaget en komparativ analyse af akutmodtagelsens afsnit 404 og et medicinsk afsnit på Sygehus Vendsyssel, Hjørring. Data var dog ikke var registreret på en måde, der gjorde det muligt, at se på patienterne fra det medicinske afsnit og sammenligne dem med patienterne fra afsnit 404, ift. det psykiatriske teams arbejde, hvorfor det oprindelige udgangspunkt for specialet ikke blev en realitet.

Såfremt data havde været registeret på en måde, hvor det havde været operationaliserbart, ville det have været relevant, at se på en bestemt patientgruppe. Alkoholikerne udgør den største patientgruppe af det psykiatriske teams målgruppe på afsnit 404, og derudover bliver der indlagt en del alkoholiserede patienter på det medicinske afsnit 205B. Derfor kunne det have været oplagt at se på denne patientgruppe, til trods for at de har en længere vej til arbejdsmarkedet. I stedet for at undersøge denne patientgruppes muligheder for en tilknytning til arbejdsmarkedet, kunne der være set på andre samfundsmæssige gevinster, der kunne være opnået gennem sparede omkostninger forbundet med trafikulykker, kriminalitet m.m.

Formålet med udarbejdelsen af en komparativ analyse mellem to afsnit skulle have været at påvise, hvilken betydning det psykiatriske team har for psykiatriske patienter og personalet på afsnit 404. Endvidere skulle sammenligningen af de to afsnit bruges til at observere og analysere forskelle og ligheder, da afsnit 205B ikke på samme måde som afsnit 404 har mulighed for psykiatrisk tilsyn af patienterne. Derudover skulle der være observeret og analyseret på, hvordan personalet på de to afsnit håndterer de psykiatriske patienter. Dette skulle give et billede af, hvordan det psykiatriske teams vidensdeling og opkvalificering har påvirket personalet på afsnit 404 sammenholdt med personalet på afsnit 205B. Dette skulle være medvirkende til en videre analyse af behandlingsforskelle, og om det påvirker antallet af (gen)indlæggelser på begge afsnit. Derfor skulle der, som i det nuværende speciale, have været både kvantitative og kvalitative data til at udarbejde den komparative analyse.



Hvis det havde været muligt med en komparativ analyse, kunne der i forlængelse af den nuværende cost benefit analyse være udbygget med en cost effectiveness analyse, der skulle have bidraget til at måle effekten af det psykiatriske teams arbejde. Derved kunne den have givet et billede af de to alternativer, med og uden det psykiatriske team, for at finde ud af, hvad der giver mest mulig sundhed for pengene. Cost benefit har været medvirkende til, at konsekvenserne måles og værdisættes i pengeværdier, hvor der i dette tilfælde opnås en rentabilitet ved at have det psykiatriske team (*Drummond, 2005, s. 214-215*). Cost effectiveness analysen kunne have bidraget til at opgøre konsekvenser i naturlige enheder, såsom fravær af sygdom og vundne leveår m.m. (*Drummond, 2005, s. 200-220*). Dermed ikke om indsatsen ved det psykiatriske team er rentabelt, men om de ”blødere” værdier i form bedre patientforløb, livskvalitet m.m. bliver påvirket.

Det kunne desuden have været interessant, at have fulgt op på de psykiatriske patienter der blev tilset fra perioden april 2013 til april 2015, for at se hvor stor en del af de tidligere tilsete patienter, der evt. har haft en indlæggelse efter tidsperioden. Det kunne også være relevant at se hvor mange patienter, der har benyttet sig af de tilbud, henvisningerne fra teamet har givet, efter udskrivelsen. I forlængelse af dette kunne det også være relevant at se, hvorvidt stederne der er blevet henvist til har kapacitet til at behandle den patient der er blevet henvist. Til sidst kunne det undersøges om den behandling patienterne har fået på baggrund af henvisningerne har haft en effekt på patientens mentale tilstand.

I en videre analyse vil det og være relevant at se på alle de patienter det psykiatriske team har tilset efter april 2015, da det psykiatriske team i efteråret 2015 lukkede op for psykiatrisk tilsyn for hele Sygehus Vendsyssel. Her kunne man sammenligne patientgrupperne og fordelingen af diagnoser pr. år, for at se om effekterne af teamets arbejde ændres.

Projektgruppens forventninger om mulige resultater af en komparative analyse, indeholder at det psykiatriske team stadig vil være rentabelt. Det at teamet kan hjælpe til, at de personer med psykiske lidelser får et bedre patientforløb gennem henvisninger til forskellige behandlinger og tilbud, både inden for sundhedssektoren samt specialsektoren, leder videre til at patienter med en lettere psykiatrisk lidelse potentielt får en større chance for at få en tilknytning til arbejdsmarkedet. Det bidrager til et tværsektorielle samarbejde der er til gavn for den manglende koordinerede indsats mellem sektorerne.



Det formodes at teamet stadig er med til at nedbringe (gen)indlæggelser, hvilket især er vigtig for et medicinsk afsnit, hvor patienter er indlagt i en længere periode ift. afsnit 404. Integrationen af psykiatri i somatik kan være medvirkende til, at sundhedsprofessionelle i somatikken kommer til at stigmatisere personer med en psykisk sygdom i mindre grad. Vidensdeling fra det psykiatriske team kan hjælpe til at håndtere disse patienter på en mere sufficient måde. Dette er til gavn for behandlingen af personer med psykiske sygdomme og deres videre forløb, hvilket samtidigt er med til at give en samfundsøkonomisk gevinst, der er til gavn for det danske velfærdssamfund.

## Kapitel 8

### 8.1 Litteraturliste

- Ankestyrelsen, ”FOP2: Kommunale nytilkendelser af førtidspension efter diagnose, ordning, branche, alder og køn (2007-2015)”  
Fundet d. 16. april 2016 på: <http://ast.dk/tal-og-undersogelser/tal-fra-ankestyrelsen>
- Arbejdsmarkedskommissionen, August 2009, ”Velfærd kræver arbejde - Arbejdsmarkedskommissionens forslag til, hvordan de offentlige finanser kan styrkes gennem en øget arbejdsindsats”
- Arendt, Jacob Nielsen & Iben Bolvig, marts 2015, ”Potentialeberegning af beskæftigelse for udsatte ledige”, Teknisk rapport, KORA
- Bauer, Jeanett & Hanne Børner & Pia Jeppesen & Karin Højen Johannesen & Anne Lindhart & Merete Nordentoft & Poul Videbech, ”Dokumentation: Barrierer for optimal psykiatrisk behandling”  
Fundet d. 3. maj 2016 på: <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11570/ti-barrierer-2012-taenketanken.pdf>
- Barma, Naasneen H. & Steven K. Vogen, 2008, ”Markets as Institutions”, The Political Economy Reader, Routledge
- Bengtsson, Steen, 2011, ”Danmark venter stadig på sin psykiatireform – Et rids af udviklingen de seneste årtier”, SFI – Det Nationale Forskningscenter fra Velfærd  
Fundet d. 4. april 2016 på: <http://www.sfi-campbell.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=3054&PID=9267>
- Beskæftigelsesministeriet, ”Hvad er ressourceforløb?”  
Fundet d. 5. maj 2016 på: <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Ressourceforloeb/Hvad%20er%20ressourceforloeb.aspx>
- Beskæftigelsesministeriet, 30. juni 2012, ”Aftale om reform af førtidspension og fleksjob”, Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Socialistisk Folkeparti og Radikale Venstre) og Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti
- Borg, Vilhelm & Mette Andersen Nexø & Ida Viktoria Kolte & Malene Friis Andersen, 2010, ”Hvidhåndbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde”, Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø (NFA)  
Fundet d. 12. juni 2016 på: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>

- Buhl, Kristin Jacoby & Morten Birket-Smith, 13. oktober 2008, ”*Liaisonpsykiatri og dens rolle i fremtidens psykiatri*”, Videnskab og praksis, Statusartikel, Bispebjerg Hospital, Psykiatrisk Center Bispebjerg, Liaisonpsykiatrisk Forskningsenhed  
Fundet d. 2. februar 2016 på: [http://www.oplysning.org/uploads/9/1/4/3/9143605/fremtidens\\_psykiatri.pdf](http://www.oplysning.org/uploads/9/1/4/3/9143605/fremtidens_psykiatri.pdf)
- Bundgaard, Gitte, 2010, ”*Redegørelse fra det midlertidige politiske udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik – samarbejdsrelationer og samarbejdsstrukturer mellem psykiatri og somatik*”, Psykiatri og Social Administration, Sekretariat, Kommunikation og HR  
Fundet d. 1. august 2016 på: <https://www.rm.dk/siteassets/politik/midlertidige-udvalg/2010/2010-midlertidigt-udvalg-vedrorende-samarbejde-mellem-psykiatri-og-somatik/12.-november-2010/bilag-4.1-samarbejdsrelationer-og-samarbejdsstrukturer.pdf>
- Christensen, Anne Illemann & Michael Davidsen & Mette Kjølner & Knud Juel, januar 2010, ”*Mental sundhed blandt voksne danskere – Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005*”, Sundhedsstyrelsen  
Fundet d. 27. juli 2016 på: [http://www.si-folkesundhed.dk/upload/601963\\_mental\\_sundhed\\_blandt\\_voksne%5b1%5d.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/601963_mental_sundhed_blandt_voksne%5b1%5d.pdf)
- Dahlin, Simone & Frank Weirsøe, 14. juli 2016, ”*Kasper har IQ som en 8-årig: kan ikke få førtidspension og tvinges i praktik*”, TV2  
Fundet d. 14. juli 2016 på: <http://nyheder.tv2.dk/lokalt/2016-07-14-kasper-har-iq-som-en-8-aarig-kan-ikke-faa-foertidspension-og-tvinges-i-praktik>
- Danmarks Statistik, Statistikbanken, ”*AUK01: Offentligt forsørgede (fuldtidsmodtagere) efter område, ydelsestype, køn, alder*”, ”*OFF10K: Offentlig forvaltning og service, indkomstoverførsler (til husholdninger)*”
- Danske Regioner, marts 2009, ”*Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet, debatoplæg*”, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, DPBO, Danske Regioner
- Danske Regioner, 2011, ”*Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling*”  
Fundet d. 7. april 2016 på: [https://www.psykiatri-regionh.dk/vejledning-og-rettigheder/rettigheder/behandlingspakker/Documents/Kvalitet%20i%20psykiatrien%20\\_2011.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/vejledning-og-rettigheder/rettigheder/behandlingspakker/Documents/Kvalitet%20i%20psykiatrien%20_2011.pdf)
- Danske Regioner, juni 2014, ”*Pakkeforløb for depressiv enkeltepisode*”

- Fundet d. 16. februar 2016 på: [https://www.sundhed.dk/content/cms/83/16283\\_pakke-forl%C3%B8b-depressiv-enkelt.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/83/16283_pakke-forl%C3%B8b-depressiv-enkelt.pdf)
- Deleuran, Jakob Krohn, 14. maj 2012, ”*Lettere psykiske lidelser giver oftere førtidspension*”, KL  
Fundet d. 28. marts 2016 på: <http://www.kl.dk/Momentum/Lettere-psykiske-lidelser-giver-oftere-fortidspension-id103411/>
  - Deloitte, 20. marts 2013, ”*Analyse af de medicinske afdelinger – En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse*”  
Fundet d. 20. maj 2016 på: [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2013/Analyse-af-de-medicinske-afdelinger/Analyse-af-medicinske-afdelinger.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Analyse-af-de-medicinske-afdelinger/Analyse-af-medicinske-afdelinger.ashx)
  - Det Etske Råd, 2012, ”*Samfundet og de ”gale” – Magt og afmagt i psykiatrien*”  
Fundet d. 4. marts 2016 på: <http://www.etiskraad.dk/~media/Etisk-Raad/Etske-Temaer/Psykiatri/Publikationer/2012-06-19-samfundet-de-gale.pdf>
  - Drummond, Michael F., Mark J. Sculpher, George W. Torrance, Bernie, J. O’Brien & Greg L. Stoddart, 2005, “*Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*”, 3. Edition, Oxford University Press
  - Europakommissionen, ”*International klassifikation*”, Folkesundhed, Sundhedsindikatorer  
Fundet d. 14. juli 2016 på: [http://ec.europa.eu/health/indicators/international\\_classification/index\\_da.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_da.htm)
  - Faxe Kommune, 18. november 2015, ”*Notat om udgifterne til Ressourceforløb contra udgifter til FP*”, Center for Familie, Social & Beskæftigelse  
Fundet d. 1. juni 2016 på: [http://www.faxekommune.dk/sites/default/files/bilag/udgifter\\_ressourceforloeb\\_contra\\_fp\\_0.pdf](http://www.faxekommune.dk/sites/default/files/bilag/udgifter_ressourceforloeb_contra_fp_0.pdf)
  - Feilberg, Simon & Simom Hartwell Christiansen & Marie Kjærgaard, December 2011, “*Fra satspulje til psykiatri – Sammenhængen imellem satspuljebevillinger, udgifter og aktivitet*”, Krevi – Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut
  - Fogel, Robert W. & Douglass C. North, 1993, “*Economic Performance through Time*”, The Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 1993  
Fundet d. 6. februar 2016 på: [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/economic-sciences/laureates/1993/north-lecture.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/1993/north-lecture.html)

- Frich, Katrine Birkedal & Bo Elkjær & Kresten Morten Munksgaard & Mads Rafte Hein, 1. april 2014, ”*Psykisk syge efterlades på kontanthjælp*”, DR  
Fundet d. 28. april 2016 på: <http://www.dr.dk/nyheder/indland/psykisk-syge-efterlades-paa-kontanthjaelp>
- Fuglsang, Lars & Poul Bitsch Olsen, 2009, ”*Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne på tværs af fagkulturer og paradigmer*”, 2. udgave, Roskilde Universitetsforlag
- Fælles Akut Modtagelse, januar 2013, ”*FAM rapport Sygehus Vendsyssel Hjørring*”, FAM Sygehus Vendsyssel Hjørring  
Set d. 2. januar 2016 på: [http://www.sygehusvendsyssel.rn.dk/Afsnit-og-Ambulatorier/Klinik-Akut/Om-Klinik-Akut/~/\\_media/Hospitaller/Sygehus\\_Vendsyssel/Klinik-ker%20og%20afsnit/Klinik%20Akut/Akutmodtagelsen%20rapport.ashx](http://www.sygehusvendsyssel.rn.dk/Afsnit-og-Ambulatorier/Klinik-Akut/Om-Klinik-Akut/~/_media/Hospitaller/Sygehus_Vendsyssel/Klinik-ker%20og%20afsnit/Klinik%20Akut/Akutmodtagelsen%20rapport.ashx)
- Hall, Peter A. & David Soskice, 2001, ”*Varieties of Capitalism, The Institutional Foundations of Comparative Advantage*”, Oxford University Press
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005, ”*Kommunalreformen – kort fortalt*”, 1. økonomiske kontor  
Fundet d. 6. februar 2016 på: <http://oim.dk/media/93091/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
- Ingemann, Jan Holm, 2010, ”*Den postagrare ruralitet og den rådne banan – Et institutionelt økonomisk perspektiv*”, Arbejdsrapport for Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet
- Kapp, Karl William, 2011, ”*The Foundation of Institutional Economics*”, Routledge
- Pedersen, Kjeld Møller, 2013, ”*Sundhedsøkonomi*”, Munksgaard
- Kragh, Jesper Vaczy, 2008, ”*Psykiatriens historie i Danmark*”, Hans Reitzels Forlag
- Kudahl, Søren, 17. januar 2011, ”*Danmark har ubehagelig verdensrekord*”, KL  
Fundet d. 28. marts 2016 på: <http://www.kl.dk/Momentum/momentum2011-1-2-id78829/>
- Larsen, Anette, 15. juni 2016, ”*Førtidspension*”, Sundhed.dk  
Fundet d. 20. juni 2016 på: <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/sociale-ydelser/sociale-ydelser/ydelser/foertidspension/>
- Lægeforeningen, 5. april 2013, ”*Snor i psykiatrien*”  
Fundet d. 9. maj 2016 på: [http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Nyheder?public\\_visningsType=1&public\\_nyhedsId=87253](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Nyheder?public_visningsType=1&public_nyhedsId=87253)
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, oktober 2013, ”*En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*”

- Fundet d. 5. maj 2016 på: <http://www.bedrepsykiatri.dk/media/11261/Hovedrapport.pdf>
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, juni 2014, ”*Faglig gennemgang af akutmodtagelserne*”, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner
- Fundet d. 20. maj 2016 på: [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodt-juni-2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodtagelserne-juni-2014.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodt-juni-2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodtagelserne-juni-2014.ashx)- Nielsen, Dorthe & Thorkil Nielsen, 2015, psykiatrisk sygeplejerske og psykiatrisk overlæge, Sygehus Vendsyssel, Hjørring (Ekspertudtalelser)
- North, Douglass C., 2011, “*Institutions, Institutional Change and Economic Performance*”, 3. Udgave, Cambridge University
- Produktivitetskommissionen, 16. januar 2013, ”*Det handler om velstand og velfærd – baggrundsnotat*”

Fundet d. 14. marts 2016 på: [http://produktivitetskommissionen.dk/media/127642/Baggrundsnotat\\_16012013.pdf](http://produktivitetskommissionen.dk/media/127642/Baggrundsnotat_16012013.pdf)

  - Region Nordjylland (a), 23. juni 2015, ”*Psykiatriplan 2015-2020, Sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum*”, Psykiatrien i Region Nordjylland
  - Region Nordjylland (b), 31. august 2015, ”*Ret til udredning inden for 30 dage*”

Fundet d. 2. juni 2016 på: <http://www.psykiatri.rn.dk/Undersoegelse-og-behandling/Ret-til-hurtig-udredning>

  - Retsinformation, 23. oktober 2002, ”*VEJ nr. 105, Vejledning om førtidspension fra 1. januar 2003*”, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold
  - Retsinformation, 21. august 2007, ”*VEJ nr. 54, Vejledning om førtidspension efter lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v.*”, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Fundet d. 17. juni 2016 på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20931#K9>

  - Retsinformation, 14. november 2014, ”*Bekendtgørelse af sundhedsloven*”, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fundet d. 17. juni 2016 på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710#Afs1>

  - Ritzau, 1. september 2015, ”*Psykiatri: ny garanti kan ramme de sygeste*”,



- Fundet d. 7. juni 2016 på: <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2015-09-01-psykiatri-ny-garanti-kan-ramme-de-sygeste>
- Sjølland, René, 5. marts 2015, ”*Pakkeforløb – ensretning eller ensartethed?*”, Medlem af DPS, Overlæge, Psykoterapeutisk ambulatorium, Psykiatrisk Center Hvidovre  
Fundet d. 24. marts 2016 på: <http://www.dpsnet.dk/pakkeforloeb-ensretning-eller-ensartethed/>
  - Stærkind, Bjarke, ”*Baggrund og formål med pakkeforløb*”, Region Hovedstadens psykiatriske hospital  
Fundet d. 18. maj 2016 på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/vejledning-og-rettigheder/rettigheder/behandlingspakker/Sider/Baggrund-og-form%C3%A51-med-pakkeforl%C3%B8b.aspx>
  - Sundhedsstyrelsen, 26. juni 2007, ”*Styrket Akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*”, Version 2.0  
Fundet d. 14. februar 2016 på: <http://www.sst.dk/~media/0B0FC17774D74E7FA404D272DA9C9369.ashx>
  - Sundhedsstyrelsen, 5. marts 2014, ”*Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*”
  - Sundheds- og Ældreministeriet, 16. november 2011, ”*Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2012 – 2015*”, Regeringen, Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti  
Fundet d. 15. juli 2016 på: [http://www.sum.dk/Puljer/Satspuljeaftaler/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2012/Satspuljer/Satspuljen2012\\_2015.ashx](http://www.sum.dk/Puljer/Satspuljeaftaler/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Satspuljer/Satspuljen2012_2015.ashx)
  - Vendsborg, Per & Anne Lindhart, Tina Gram & Joan Bentzen, oktober 2015, ”*Tal til psyken – Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom, 2015*”  
Fundet d. 4. april 2016 på: <http://www.psykiatrifonden.dk/media/639459/nyt-tal-fra-psyken.pdf>
  - Ørum, Ea, 19. oktober 2013, ”*Lægevidenskaben udfordres i psykiatrien*”, Information  
Fundet d. 2. juni 2016 på: <https://www.information.dk/moti/2013/10/laegevidenskaben-udfordres-psykiatrien>

## Kapitel 9

### 9.1 Bilag

#### Beregninger til cost benefit med 'worst case scenario'

##### Omkostninger uden teamet

Omkostninger til indlæggelse uden teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Sengedagstakst	Omkostning
Alm.	412	2	7.140,00	5.883.360,00
1. genindlæggelse	144,2	2	7.140,00	2.059.176,00
2. genindlæggelse	14,42	2	7.140,00	205.917,60
<b>Omkostninger i alt ved indlæggelser</b>				<b>8.148.453,60</b>

Omkostninger til produktivitetstab under indlæggelse uden teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Antal arbejdstimer	Timeproduktivitet	Omkostning
Alm.	20,6	2	7,4	415	126.525,20
1. genindlæggelse	7,21	2	7,4	415	44.283,82
2. genindlæggelse	0,721	2	7,4	415	4.428,38
<b>Omkostninger i alt til produktivitetstab ved indlæggelser</b>					<b>175.237,40</b>

Omkostninger til produktivitetstab efter indlæggelse uden teamet

Antal patienter	Uger med sygemelding	Antal arbejdstimer pr. uge	Timeproduktivitet	Omkostning
20,6	20	37	415	<b>6.326.260,00</b>

##### Omkostninger med teamet

Omkostninger til indlæggelse med teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Sengedagstakst	Omkostning
Alm. Indlæggelse	412	2,5	7.140,00	7.354.200,00
1. genindlæggelse	23	2,5	7.140,00	410.550,00
<b>Omkostninger i alt ved indlæggelser</b>				<b>7.764.750,00</b>

Omkostninger til produktivitetstab under indlæggelse med teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Antal arbejdstimer	Timeproduktivitet	Omkostning
Alm. Indlæggelse	20,6	2,5	7,4	415	158.156,50
1. genindlæggelse	1,15	2,5	7,4	415	8.829,13
<b>Omkostninger i alt til produktivitetstab ved indlæggelser</b>					<b>166.985,63</b>

Omkostninger til produktivitetstab efter indlæggelse med teamet

Antal patienter	Uger med sygemelding	Antal arbejdstimer pr. uge	Timeproduktivitet	Omkostning
20,6	12	37	415	<b>3.795.756,00</b>

## Cost benefit beregning med "base case"

### Omkostninger uden teamet

Omkostninger til indlæggelse uden teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Sengedagstakst	Omkostning
Alm.	412	2	7.140,00	5.883.360,00
1. genindlæggelse	144,2	2	7.140,00	2.059.176,00
2. genindlæggelse	14,42	2	7.140,00	205.917,60
<b>Omkostninger i alt ved indlæggelser</b>				<b>8.148.453,60</b>

Omkostninger til produktivitetstab under indlæggelse uden teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Antal arbejdstimer	Timeproduktivitet	Omkostning
Alm.	206	2	7,4	415	1.265.252,00
1. genindlæggelse	72,1	2	7,4	415	442.838,20
2. genindlæggelse	7,21	2	7,4	415	44.283,82
<b>Omkostninger i alt til produktivitetstab ved indlæggelser</b>					<b>1.752.374,02</b>

Omkostninger til produktivitetstab efter indlæggelse uden teamet

Antal patienter	Uger med sygemelding	Antal arbejdstimer pr. uge	Timeproduktivitet	Omkostning
206	20	37	415	<b>63.262.600,00</b>

### Omkostninger med teamet

Omkostninger til indlæggelse med teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Sengedagstakst	Omkostning
Alm. Indlæggelse	412	2,5	7.140,00	7.354.200,00
1. genindlæggelse	23	2,5	7.140,00	410.550,00
<b>Omkostninger i alt ved indlæggelser</b>				<b>7.764.750,00</b>

Omkostninger til produktivitetstab under indlæggelse med teamet

Indlæggelse	Antal patienter	Indlæggelsesdage	Antal arbejdstimer	Timeproduktivitet	Omkostning
Alm. Indlæggelse	206	2,5	7,4	415	1.581.565,00
1. genindlæggelse	11,5	2,5	7,4	415	88.291,25
<b>Omkostninger i alt til produktivitetstab ved indlæggelser</b>					<b>1.669.856,25</b>

Omkostninger til produktivitetstab efter indlæggelse med teamet

Antal patienter	Uger med sygemelding	Antal arbejdstimer pr. uge	Timeproduktivitet	Omkostning
206	12	37	415	<b>37.957.560,00</b>