

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 22. februar 2008
Kontor: Sundhedspolitisk kt.
J.nr.: 2007-1201-109
Sagsbeh.: tk
Fil-navn: Dokument 2

Rapport fra arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge.

Februar 2008

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning.
 - 1.1. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse.
 - 1.2. Arbejdsgruppens kommissorium.
 - 1.3. Sammensætning.
2. Sammenfatning – arbejdsgruppens anbefalinger.
3. Spørgeskemaundersøgelse vedr. henvisning, visitation, afvisning og ventetid til behandling på de særlige behandlingstilbud.
 - 3.1. Antal henvisninger i 2005 og 2006.
 - 3.2. Henvisningen.
 - 3.3. Visitation og udredning.
 - 3.4. Opfølgning i forbindelse med afvisning.
 - 3.5. Visitationskriterier.
 - 3.6. Kriterier for afvisning.
 - 3.7. Erfaring med hurtige visiterende undersøgelser.
4. Overvejelser og anbefalinger.
 - 4.1. Henvisning.
 - 4.2. Visitation.
5. Afslutning.

Tabel og bilag:

Tabel 1. Henvisninger, visitation, afviste og ventetid.

Bilag 1. Spørgeskema til behandlingsstederne.

Bilag 2. Resumé af spørgeskemaoplysninger.

Bilag 3. Skematisk oversigt over forløb.

Bilag 4. Henvisningsskema fra OASIS.

1. Indledning.

1.1. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse.

Der er fortsat meget lange ventetider til behandling på de særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge. Ventetiderne er således mellem ½ og 2 år. Det rejser bl.a. spørgsmålet, om henvisningen til de særlige tilbud fungerer optimalt og er målrettet den gruppe, tilbuddene er tiltænkt.

Indenrigs- og sundhedsministeren oplyste derfor ved besvarelse af samrådsspørgsmål P, den 12. januar 2007, at der vil blive nedsat en arbejdsgruppe med det formål at se på, hvordan den enkelte patient inden for de nuværende ressourcemæssige rammer, hurtigere kan tilbydes visiterende undersøgelse med henblik på at udpege, hvilket tilbud der er den rigtige for vedkommende.

1.2. Arbejdsgruppens kommissorium.

Arbejdsgruppen fik følgende kommissorium:

1. Kortlægning af erfaringer vedrørende hurtig visiterende undersøgelse.

Region Syddanmark har igangsat et arbejde med henblik på at udarbejde forslag til, hvorledes regionen fremover kan tilbyde et kvalificeret, fleksibelt og serviceminded tilbud til traumatiserede flygtninge. I arbejdet indgår forslag til, hvordan ventetiden til behandling kan reduceres. Erfaringer fra dette arbejde og evt. tilsvarende arbejder i regionerne og på de private behandlingstilbud inddrages i arbejdsgruppens overvejelser.

2. Kortlægning af henvisningsmønstre, herunder i hvilket omfang der viderevisiteres til andet behandlingstilbud i hhv. regionalt eller kommunalt regi.

Ved kortlægningen beskrives henvisningsmønstrene og eventuelle ændringer heri. I beskrivelsen indgår, i hvilket omfang der viderehenvises til andre tilbud, f.eks. socialpædagogiske tilbud eller tilbud i psykiatrien.

3. Kortlægning af evt. behov for generelle visitationsretningslinier.

Med afsæt i resultaterne af en kortlægning af henvisningsmønstrene overvejes, hvorvidt der kan udfærdiges generelle visitationsretningslinier, som kan hjælpe den henvisende til at vælge det rigtige tilbud.

4. Vurdering af mulighed for indledende udredning forud for henvisning.

Det overvejes ligeledes, om der kan foretages en indledende udredning forud for en henvisning. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at kommunerne kan henvise direkte til behandling på centrene via psykologer og kommunalt ansatte læger og lægekonsulenter.

5. Vurdering af samarbejdet mellem sektorerne vedrørende denne patientgruppe.

Da der er tale om en patientgruppe, som også i høj grad har behov for kommunale tilbud, er der behov for et tæt samarbejde om denne patientgruppe regioner og kommuner imellem. Et sådant samarbejde kan være med til at klargøre kommuner og amter imellem, hvem der varetager de forskellige tilbud, og hvordan de bringes til at agere sammen. Dette samarbejde kunne evt. indgå i sundhedsaftalerne mellem regionen og de i regionen beliggende kommuner.

Arbejdsgruppen bestod af 3 repræsentanter fra Danske Regioner, 1 repræsentant fra Kommunernes Landsforening, 1 repræsentant fra hvert af de tre private specialsygehuse – OASIS, RCT i København og RCT-Jylland og 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og senere Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse varetog formandskabet og sekretariatsfunktionen i arbejdsgruppen.

1.3. Arbejdsgruppens sammensætning:

Kontorchef John Erik Pedersen, Sundhedspolitisk kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og fra 23. november 2007, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand)

Chefkonsulent Lotte Pihl Paulsen, Danske Regioner indtil maj 2007

Konsulent Jeppe Thøgersen, Danske Regioner fra maj 2007.

Centerchef Marianne Lauritzen, CETT, Region Syddanmark

Lægelig centerchef Gordon Wildschjødztz, Ekspertisecentret i Vordingborg, Region Sjælland

Konsulent Sigrid Fleckner, Kommunernes Landsforening

Direktør Ulrik Jørgensen, OASIS

Direktør Niels Krustrup, RCT-Jylland

Direktør Bengt Sjølund, RCT i København

Afdelingslæge Marianne Jespersen, Sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig Jesper Lihn, Regional Sundhed, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og fra 23. november 2007, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Fuldmægtig Tove Kjeldsen, Sundhedspolitisk kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og fra 23. november 2007, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Arbejdsgruppen har afholdt 4 møder.

2. Sammenfatning – arbejdsgruppens anbefalinger.

På baggrund af en kortlægning af erfaringerne fra de særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge med hurtig visiterende undersøgelse og af henvisningsmønstre, har arbejdsgruppen fremsat en række anbefalinger med henblik på at forkorte og optimere ventetiden fra henvisning til behandling.

Det bemærkes, at arbejdsgruppen i overensstemmelse med sit kommissorium har stillet forslag, som forventes at kunne forbedre indsatsen på området inden for de eksisterende ressourcemæssige rammer. Det har ikke været gruppens opgave at vurdere, om disse rammer er tilstrækkelige.

Arbejdsgruppens medlemmer fra de tre private behandlingscentre og Danske Regioner vurderer, at også de ressourcemæssige rammer udgør et væsentligt problem i forhold til ventetiderne.

Anbefalinger:

- Behandlingsstederne opfordres til i fællesskab at udforme et henvisningsskema, med en tilhørende checkliste vedr. "Den gode henvisning" til de særlige behandlingstilbud for traumatiserende flygtninge.
- Det præciseres på hjemmesider og henvisningsskemaer, hvilke forhold der vil medføre afvisning af at modtage patienten i behandling.
- Indhentning af samtykke til udveksling af oplysninger med kommunen bør indgå i checklisten for "Den gode henvisning".
- Behandling af traumatiserede flygtninge på de særlige behandlingstilbud kan med fordel indgå i sundhedsaftalerne mellem regioner og de i regionen beliggende kommuner.
- Der bør hurtigt træffes beslutning om, hvorvidt man kan tilbyde behandling til en patient. Det kan fx ske ved en grundig papirvisitation fulgt op af forundersøgelserforløb i det omfang det er nødvendigt for at foretage en kvalificeret visitation.
- Sundhedsstyrelsens definitioner på henvisning, visitering og udredning bør anvendes af behandlingsstederne.
- Behandlingsstederne bør overveje muligheden for at give patienten et tilbud i ventetiden inden behandling påbegyndes, f.eks. et psykoedukativt tilbud i grupper, tilbud i sundhedsvæsenet og afhjælpning af evt. problemer af social karakter, hvilket dog vil kræve særskilte ressourcer.

- Behandlingsstederne bør fortsat arbejde fortløbende på – på grundlag af foreliggende og ny evidens - at udvikle såvel visitations- som behandlingsprocessen.

Arbejdsgruppen forventer, at anbefalingerne kan være med til at optimere visitationsprocessen. Herved får patienterne en hurtigere afklaring på, hvorvidt de skal i behandling. Det forventes, at de patienter, som skal i behandling får optimeret ventetiden med relevante tilbud indtil behandling kan startes, hvilket dog vil kræve særskilte ressourcer.

Det forventes også, at de patienter, som ikke skal i behandling kun står kort tid på venteliste eller slet ikke henvises. På den måde kan de særlige tilbud til traumatiserede flygtninge reserveres personer med mest behov herfor, og hvor den sundhedsfaglige problemstilling ikke kan løses i primærsektoren.

Det ventes således at anbefalingerne vil have en positiv effekt for dem, der skal behandles, men arbejdsgruppen finder ikke, at det er muligt at sandsynliggøre, at anbefalingerne har betydning for ventetiden til behandling.

3. Spørgeskemaundersøgelse vedr. henvisning, visitation, afvisning og ventetid til behandling på de særlige behandlingstilbud.

Arbejdsgruppen har fået til opgave at kortlægge erfaringer med hurtig visiterende undersøgelse, kortlægge henvisningsmønstre, herunder viderevisitering til andre behandlingstilbud, kortlægge behov for generelle visitationsretningslinier, vurdere mulighed for indledende udredning forud for henvisning og vurdere samarbejdet mellem sektorerne om denne patientgruppe.

Til brug for dette arbejde har Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendt spørgeskemaer til de særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge¹, jf. bilag 1. I spørgeskemaet er indhentet oplysninger om aktivitet, om henvisninger, visitation, afvisning og ventetid til behandling samt om erfaringer med hurtig visiterende undersøgelse. Oplysningerne fra spørgeskemaerne er resumeret i bilag 2.

Behandlingsstederne har oplyst om antallet af henvisninger, foretagne visitationer fordelt på papirvisitationer, visitationer efter personlig kontakt og visitationer efter udredning, jf. tabel 1. Der er oplyst om antallet af afviste patienter efter de forskellige typer af visitation med angivelse af, hvorvidt de afviste har behov for anden hjælp. Ligeledes er oplyst ventetiderne til visitation, udredning og behandling. Tallene er oplyst for såvel 2005 som 2006.

3.1. Antal henvisninger i 2005 og 2006.

	2005	2006
RCF – Ålborg	37	54
RCT – Århus	144	116
TFTF – Holstebro	16	63
CETT – Vejle	134	131
RCT-Jylland	86	78
RCT Fyn	61	72
RCT i København	Mere end 90	144
OASIS	381	110
Vordingborg	53	52
I alt	1002	820

Ved vurdering af antallet af henvisninger må tages i betragtning, at nogle af centrene først er startet i 2005 og andre har omlagt deres behandlingstilbud. Et enkelt behandlingssted – RCF angiver, at man i 2005 også modtog kommunalt henviste til behandling efter sygehuslovens regler, samtidig oplyser man, at man fortsat tilbyder ydelser til kommunerne. RCF modtog i 2005 50 kommunale henvisninger og i 2006 39 kommunale henvisninger. I

¹ Rehabiliteringscenter for Flygtninge (RCF – Ålborg), RCT i Århus, Team for Traumatiserede Flygtninge (TFTF – Holstebro), CETT i Vejle, RCT-Jylland, RCT Fyn, RCT i København, OASIS, Ekspertisecentret for traumatiserede flygtninge i Vordingborg (Vord.).

2006 vedrører de kommunale henvisninger alene kommunalt finansierede tilbud mens en del af de 50 henvisninger fra 2005 også må antages at vedrøre ydelser, som i dag er finansieret efter sundhedsloven.

Der tegner sig uanset dette forhold et billede af, at antallet af henvisninger er svagt stigende uden for Københavnsområdet med 531 henvisninger i 2005 og 566 henvisninger i 2006.

Antallet af henvisninger til RCT i København og OASIS var mere end 471 i 2005 og 254 i 2006. Antallet af henvisninger er således i perioden faldet på behandlingsstederne i Københavnsområdet. Denne udvikling kan formentlig tilskrives, at der som følge af, at OASIS pr. 1. januar 2005 blev omfattet af frit sygehusvalg, opstod en pukkel, som skal afvikles. Antallet af henvisninger til RCT i København steg fra ca. 90 i 2005 til 144 i 2006 og fra opgørelser fra før 2005 ved vi, at antallet af henviste til OASIS var ca. 90 årligt mod 110 i 2006. Bag det umiddelbart konstaterbare relative store fald i antallet af henvisninger pga. den føromtalte pukkel ligger der således sandsynligvis en svag stigning i antallet af henviste til behandlingsstederne i Københavnsområdet svarende til den, der kan konstateres i resten af landet.

3.2. Henvisningen.

Henvisningen sker de fleste steder fra en læge, dog er der to steder, hvor henvisningen skal ske i fællesskab fra kommune og patientens læge (TFTF og RCT Fyn). Et sted oplyser, at man bestræber sig på at få/indhente visitationsoplysninger fra både egen læge og socialforvaltning (Vordingborg). Et sted kan kommuner henvise til behandlingen som kommunalt betalt tilbud (RCF-Ålborg). Et sted (RCT-Århus) kan henvisningen tillige ske fra psykolog og hos OASIS kan henvisningen ske via læger eller myndigheder, der arbejder med de relevante patientgrupper. Når en myndighed henviser, skal henvisningen godkendes af en læge, f.eks. lægekonsulenten i en kommune.

3.3. Visitation og udredning.

Alle behandlingssteder angiver, at man anvender papirvisitation, jf. tabel 1. Denne papirvisitation kan variere fra en gennemgang af, om henvisningen er udfyldt korrekt, om det er den rigtige patientgruppe (administrativ visitation), til en egentlig faglig vurdering af henvisningen evt. fulgt op af afvisning og forslag om anden hjælp (faglig visitation).

Alle anvender i et eller anden omfang visitation ved personlig kontakt. Således har et behandlingssted (TFTF) angivet, at selvom man ikke normalt anvender visitation ved personlig samtale skønnes det, at de afviste er afvist endeligt efter personlig kontakt ved diagnostiserende samtale eller forsamtale. Ekspertisecentret i Vordingborg oplyser, at personer, som ved papirvisitation vurderes ikke at falde inden for målgruppen, tilbydes en sam-

tale. Det betyder, at man her tilbyder visitation ved personlig samtale til alle. Et andet behandlingssted (CETT) angiver, at man alene foretager visitation efter personlig kontakt.

Patientens "gang" igennem behandlingssystemet kan, selv om organiseringen af behandlingstilbuddet er forskellig på de 9 behandlingssteder, illustreres ved figuren i bilag 3. Organiseringen af visitation og udredning er for de enkelte behandlingssteder beskrevet i bilag 2.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at begreber som forundersøgelse, forsamtale, udredning m.v. anvendes forskelligt i de forskellige behandlingssteders besvarelser. I nedenstående gennemgang er valgt at gengive de af de enkelte behandlingssteder anvendte begreber. Problemstillingen vedrørende entydighed i anvendelsen af begreber fører til anbefalingen side 17.

Afvisninger.

Ved RCF-Ålborg afvises i alt ca. 32 %, heraf ca. 22 % i forbindelse med selve papirvisitationen mens der kun afvises i alt ca. 3 %, heraf ca. 1 % i forbindelse med selve papirvisitationen ved RCT-Fyn. Ved TFTF afvises ca. 16 %. Afvisningen hos TFTF sker ikke alene på baggrund af papirvisitationen, idet TFTF ved tvivl afholder diagnostiserende samtale og i øvrigt forsamtale. Ved RCT i København afvises ca. 8 %. Ved Ekspertisecentret i Vordingborg afvises 20 %. Den endelige afvisning sker ligeledes her efter samtale. RCT-Århus afviser ca. 38 % efter forundersøgelsen, CETT afviser ca. 32 % og OASIS ca. 20 % efter forundersøgelse.

Antallet af afviste varierer således mellem ca. 3 % og ca. 38 %.

Der er ikke nogen entydig forklaring på den store variation i antallet af afviste. En mulig forklaring kunne være forskelle i visitationsmåden. Der kan imidlertid ikke påvises en entydig sammenhæng mellem andelen af afviste og visitationsmåden. Således ligger såvel RCF-Ålborg, RCT-Århus og CETT højt mht. andel afviste, samtidig med at RCF hovedsageligt benytter papirvisitation mens RCT-Århus og CETT anvender visitation efter personlig kontakt. RCT Fyn og RCT i København ligger lavt samtidig med, at de anvender hhv. visitation ved personlig kontakt og assessment.

Ventetider.

Ventetiderne til papirvisitation, visitation ved personlig kontakt og visitation i forbindelse med udredning varierer meget de forskellige behandlingssteder imellem. Ventetiden til papirvisitation varierer fra 1 – 5 uger, men må alligevel siges at være forholdsvis begrænset. Derimod varierer ventetiden til visitation ved personlig kontakt betragtelig, nemlig fra 2 uger til 98 uger. Denne store variation hænger bl.a. sammen med forskellige måder at organisere behandlingen på. Således har behandlingsstedet med den længste ventetid til visitation med personlig kontakt organiseret sig således, at man påbegynder behandling i umiddelbar forlængelse af visitationen. Også forhold som forskellig patienttyngde kan resultere i variationer i ventetiden.

3.4. Opfølgning i forbindelse med afvisning.

Alle behandlingssteder oplyser, at man følger afvisning på behandling op med anbefaling om andet tilbud i alle de tilfælde, hvor det er muligt. Det fremgår af spørgeskemaet, at der vurderes at være behov for social indsats i forhold til ¼ af de afviste, behov for indsats i psykiatrien i forhold til ½ af de afviste og behov for anden indsats i forhold til ¼ af de afviste.

3.5. Visitationskriterier.

Det generelle billede er, at man følger anbefalingerne fra 2001 om målgruppe. Der er således tale om

- personer, som i et andet land har været udsat for en traumatisk hændelse i form af rædselsoplevelser under krig, borgerkrig og politisk forfølgelse, tortur og andre former for organiseret vold, som yderligere kan have medført tab af nærtstående personer, hus og hjem, hjemland m.m., som har ført til alvorlige psykiske, fysiske og sociale problemer, samt
- personer, som lever sammen med en primært traumatiseret person, således at relationen i sig selv truer personens psykiske, fysiske og sociale integritet.

3.6. Kriterier for afvisning.

I spørgeskemaerne anføres samlet set følgende kriterier for tilbagevisning/afvisning:

- misbrugere
- egentlig sindslidende flygtninge såsom psykotiske flygtninge
- personer, som ikke er motiverede for at indgå i behandling
- personer, som ikke har forudsætningen for/potentialet for at profitere af behandlingen/ikke vurderes terapiegnede
- personer, der alene har brug for eller er motiveret for monofaglig indsats
- personer med lettere traumatiske reaktioner
- personer, der ikke kan transportere sig selv/klare transport
- de primære problemstillinger er af anden karakter end traumatisering som følge af krig og tortur
- pågældende vurderes at have modtaget så omfattende behandlingstilbud allerede, at yderligere behandling skønnes udsigtsløs

3.7. Erfaringer med hurtige visiterende undersøgelser.

Seks af behandlingsstederne har oplyst om erfaringer med hurtige visiterende undersøgelser.

RCF-Ålborg angiver, at hurtig papirvisitation betyder, at patienter på venteliste til forundersøgelse umiddelbart efter denne kan tilbydes behandling, idet de alle opfylder betingelserne herfor.

RCT-Århus angiver, at man alene har erfaringer fra et særligt tilbud i 2006. Man finder, at hurtig visiterende undersøgelse har god mening, hvis man straks efter kan gå i gang med behandling, ellers bør kontakten være kort. Man foreslår at man straks efter papirvisitation afholder 1-2 samtaler med henblik på at vurdere tilstand, behandlingsbehov og motivation.

CETT finder, at forsamtaler giver mulighed for at målrette indsatsen fra begyndelsen.

RCT-Jylland oplyser, at man har valgt en model med visiterende forundersøgelser for at undgå, at nogen står på venteliste i lang tid, hvor henvisningen ikke er relevant. En kort form bestående af 1 – 2 samtaler er valgt for at undgå at investere for meget tid, som vil gå fra behandlingstiden. RCT-Jylland oplever, at modellen fungerer tilfredsstillende.

RCT i København har igangsat projekt med hurtig visitation med henblik på deltagere i gruppeforløb for arabisk talende mænd uden tydelig familieproblematik. Visitationen gennemføres af læge og socialrådgiver. Ved projektets vurdering i august 2007 fandt man at patienter, som ikke hører til RCT's målgruppe, kan identificeres og at grupperekuttering forbedres, men at de som ikke umiddelbart udvælges oplever det negativt, og at deres akutte problem ikke kan ignoreres.

OASIS har oplyst, at fordelene med hurtigere visiterende undersøgelser er, at patienten ved afvisning hurtigere kan henvises til andet relevant tilbud.

Ekspertisecentret i Vordingborg har oplyst, at fordelene ved hurtig visiterende undersøgelse er, at vedkommende hurtigt bliver klar over, om vedkommende kan modtages i behandling. De der afvises kan rådgives om andre foranstaltninger. Ekspertisecentret oplyser videre, at ulempen er, at ventetiden efter visiterende samtale føles meget lang for patienten. Der vil også ofte være gået så lang tid, at visitationsoplysninger har mistet aktualitet, og man må begynde delvist forfra. Det er vurderingen, at det er ventetiden til behandling, der af patienten føles som et problem ikke ventetiden til visitation. Det kunne overvejes, om der kan iværksættes andre tiltag i ventetiden.

4. Overvejelser og anbefalinger.

Arbejdsgruppen har til opgave med afsæt i resultaterne af en kortlægning af henvisningsmønstrene at overveje, hvorvidt der kan udfærdiges generelle visitationsretningslinier, som kan hjælpe den henvisende til at vælge det rigtige tilbud.

Arbejdsgruppen skal ligeledes overveje, om der kan foretages en indledende udredning forud for en henvisning. Dette skal bl.a. ske i lyset af, at kommunerne kan henvise direkte til behandling på centrene via psykolog og kommunalt ansatte læger og lægekonsulenter.

Endelig skal arbejdsgruppen vurdere samarbejdet mellem sektorerne om denne patientgruppe.

4.1. Henvisning.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, jf. afsnit 3.2., at henvisning til behandling sker på lidt forskellig måde, selv om der de fleste steder er tale om lægehenvvisning. Enkelte steder inddrages kommunerne allerede ved henvisningen og enkelte steder skal kommunerne acceptere at tage et medansvar for patienten. Spørgeskemaundersøgelsen og de enkelte behandlingssteders hjemmesider viser også, at der er forskel på, hvilke oplysninger henvisningen skal indeholde.

Arbejdsgruppen har på den baggrund overvejet, om der er behov for at ændre på henvisningsmåden, herunder i større grad at inddrage kommunerne i forbindelse med henvisning. Man har endvidere overvejet, om der er behov for fælles henvisningsoplysninger.

Fælles henvisningsoplysninger vil gøre det lettere at viderehenvise til et andet behandlingssted med evt. kortere ventetid. Det vil også på sigt gøre det lettere både for de henvisende personer og for behandlingsstederne, hvis alle behandlingsstederne kræver de samme oplysninger for at godkende en henvisning.

OASIS har udarbejdet et henvisningsskema, hvor der er anmodet om en række oplysninger. Det er samtidigt på skemaet anført, hvilke oplysninger, der **skal** udfyldes, og hvilke oplysninger, det er **ønskeligt** at modtage, uden at det dog er et krav. De ønskelige oplysninger vedrører bl.a. sociale forhold. Dette kan være én måde at tilkendegive, hvilke oplysninger en henvisning bør indeholde. Henvisningsskemaet er vedlagt som bilag 4.

På andre områder arbejder man med begrebet "Den gode henvisning". Den gode henvisning vedrører, hvilke oplysninger en henvisning bør indeholde for at sikre en hurtig og god visitation på afdelingen. I børne- og ungdomspsykiatrien har man udarbejdet checklister til "Den gode henvisning", som henvisningen bør opbygges ud fra. Checklister kan være en anden måde at sikre, at henvisningen indeholder de ønskede oplysninger.

Med baggrund i allerede udarbejdede checklister fra børne- og ungdomspsykiatrien foreslår arbejdsgruppen, at en checkliste indeholder følgende:

- Standardoplysninger (personlige data og oplysninger om sociale forhold).
- Formålet med henvisningen.
- Resume af relevante oplysninger om livshistorie (tidligere sygdomme, tidligere undersøgelser, hidtidige behandling og indsats, såvel i sundhedsvæsenet som fra socialområdet, samt effekten heraf).
- De konkrete problemstillinger og henviserens konkluderende analyse og vurdering.
- Indgåede aftaler med patienten vedrørende behandling, herunder evt. samtykkeerklæring til samarbejde med andre instanser.
- Anmodning om vedlæggelse af kopier af relevante undersøgelser/behandlingsresultater,
- Evt. underskrift fra kommunen om samarbejde vedr. forløbet.
- Oplysning om henviser og/eller kontaktpersoner

Arbejdsgruppens medlemmer finder, at det vil være hensigtsmæssigt med fælles henvisningsskema. Det anbefales derfor, at behandlingsstederne opfordres til i samarbejde, fx i det inter-institutionelle lederforum at udforme et henvisningsskema, med en tilhørende checkliste. Checklisten kan indeholde de ovenfor nævnte punkter. Henvisningsskemaet og checklisten skal være et tilbud til behandlingsstederne.

Anbefaling: Behandlingsstederne opfordres til i fællesskab at udforme et henvisningsskema, med en tilhørende checkliste vedr. "Den gode henvisning" til de særlige behandlingstilbud for traumatiserende flygtninge.

Det fremgår at spørgeskemaundersøgelsen, at behandlingsstederne i det store hele definerer målgruppen på samme måde som anbefalet i Sundhedsministeriets rapport fra arbejdsgruppen om behandling af traumatiserede flygtninge, jf. afsnit 3.5.

Samtidig fremgår det af spørgeskemaerne, jf. afsnit 3.6, at behandlingsstederne afviser henviste, som har misbrugsproblemer, har egentlig sindslidelser, lettere traumer, behov for monofaglig indsats, almindelige eksistentielle problemer, umotiverede og uden forudsætning for at profitere af indsats mv.

Da behandlingsstederne afviser disse patientgrupper, er det u hensigtsmæssigt, at de henvises og dermed uden udsigt til at blive tilbudt behandling kommer til at tilbringe tid på ventelisten. Det bør præciseres på de enkelte behandlingssteders hjemmesider og på henvisningsskemaerne, herunder på et evt. fælles henvisningsskema, hvilke forhold der vil medføre afvisning. Såfremt en person fra ovennævnte grupper alligevel ønskes henvist, skal henvisningen særskilt motiveres.

Anbefaling: Det præciseres på hjemmesider og henvisningsskemaer,

hvilke forhold der vil medføre afvisning af at modtage patienten i behandling.

To behandlingssteder har oplyst, at henvisningen sker i fællesskab mellem kommune og patientens læge, et tredje sted bestræber sig på at indhente kommunale oplysninger. I disse tilfælde er kommunerne fra starten involveret, og behandlingsstedet modtager en række kommunale oplysninger, herunder evt. udvidede helbredsoplysninger, som kommunerne har indhentet. En måde at sikre flere oplysninger til brug for visitation kan være, at den henvisende læge i forbindelse med konsultationen indhenter patientens samtykke til at udveksle evt. oplysninger med kommunen og i øvrigt inddrage disse i forbindelse med behandlingen, hvis det vurderes at der er behov for en supplerende social indsats. Dette er en praksis, som anvendes i f.eks. børne- og ungdomspsykiatrien, hvor det i checklisten til "Den gode henvisning" indgår, at man bør indhente samtykke til samarbejde med diverse relevante instanser.

Den patientgruppe, som henvises til de særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge, vil hyppigt have behov for et flerfacetteret tilbud, som tager hånd om de individuelle psykiske og kropslige problemer, familiesituationen og en række sociale problemer i forbindelse med danskundervisning, uddannelse, manglende arbejde, kontakt med myndigheder m.v. Der er derfor tale om et rehabiliteringstilbud, hvor den sociale dimension er vigtig for et godt resultat. Behandlingsstedets indsats vil derfor hyppigt ikke kunne stå alene. I de tilfælde, hvor det vurderes, at der er behov for en supplerende social indsats er det derfor væsentligt, at der er et tæt samarbejde mellem kommunen og behandlingsstedet om klienten/patienten.

Kommunernes engagement i klienten/patienten er væsentlig i hele forløbet i de tilfælde hvor det vurderes at der er behov for en social indsats, idet det er vigtigt at forebygge, at vedkommendes tilstand forværres. Det kan ske før henvisning til det særlige behandlingstilbud er på tale, i ventetiden til behandling og efterfølgende for at bevare den gode effekt af behandlingen.

Det er i arbejdsgruppen blevet fremhævet, at det er væsentligt, at kommunerne i deres forebyggelse ikke alene fokuserer på jobmuligheder, men også på at sikre vedkommende et socialt liv i de tilfælde hvor det vurderes at der er et behov herfor. Indsatsen bør sigte på at styrke den enkeltes muligheder for aktiv deltagelse i samfundslivet, herunder personlig udvikling, aktivering og social integration. Det bemærkes herunder også, at opnåelse af og opretholdelse af et godt behandlingsresultat og en evt. supplerende social indsats ikke alene er væsentlig for den traumatiserede men for hele familiens integration i det danske samfund.

For at styrke samarbejdet mellem behandlingsstederne og kommunerne mener arbejdsgruppen, at samarbejdet vedr. traumatiserede flygtninge med fordel kan indgå som element i sundhedsaftalerne. Behandlingsstederne og kommunerne kan endvidere styrke samarbejdet ved, at man i fællesskab ser på de gode eksempler på samarbejde. Formålet hermed er at sikre, at

de opnåede resultater i forbindelse med behandling understøttes af kommunens indsats.

Region Syddanmark har, jf. kommissoriet, haft igangsat et arbejde med henblik på at udarbejde forslag til, hvorledes man i fremtiden kan tilbyde et kvalificeret, fleksibelt og serviceminded tilbud til traumatiserede flygtninge. I den forbindelse har man overvejet samarbejdet mellem behandlingsstederne, kommunerne og de praktiserende læger, idet det ofte er dem, der har kontakten til familien og også er dem, der skal varetage problemstillingerne på længere sigt, hvis der er behov for en opfølgende sundheds- og/eller social indsats i forlængelse af behandlingen.

Man anbefaler også i den i Region Syddanmark nedsatte arbejdsgruppe, at der udarbejdes samarbejdsaftaler. Man foreslår, at samarbejdsaftalerne indeholder retningslinier for, hvilke tilbud der findes for målgruppen i regionalt og kommunalt regi, hvilke opgaver parterne hver især har i forhold til den enkelte patient, når patienten henvises til udredning/behandling (herunder visitationskrav), mens patienten er i behandling, og når patienten afsluttes i regionalt regi, herunder hvem der stiller hvilke ressourcer til rådighed i forbindelse med koordinationsmøder m.v. Samarbejdsaftalen kan ligeledes indeholde aftaler om supervision, undervisning, rådgivning m.v.

Dette forslag til indhold i samarbejdsaftalerne kan være til inspiration for andre regioner og kommuner ved evt. indgåelse af samarbejdsaftaler vedr. tilbud til traumatiserede flygtninge.

Anbefaling: Indhentning af samtykke til udveksling af oplysninger med kommunen bør indgå i checklisten for "Den gode henvisning".

Anbefaling: Behandling af traumatiserede flygtninge på de særlige behandlingstilbud kan med fordel indgå i sundhedsaftalerne mellem regioner og de i regionen beliggende kommuner.

4.2. Visitation.

I spørgeskemaundersøgelsen er kortlagt, hvordan de forskellige behandlingssteder organiserer visitationen. Det fremgår, at der er stor forskel herpå, og at der dels anvendes papirvisitation, dels visitation ved personlig kontakt, jf. afsnit 3.3.

Alle anvender papirvisitation. Papirvisitationen varierer fra en gennemgang af, at der er de nødvendige oplysninger og vedkommende tilhører målgruppen til en egentlig stillingtagen til henvisningen i visitationsmøder med deltagelse af ledere og behandlere. I nogle tilfælde følges stillingtagen i visitationsmøderne op med personlig samtale.

Andre steder foretages visitation altid efter en forundersøgelse/forsamtale. Der er stor forskel på, hvor mange ressourcer, der anvendes på forunder-

søgelse/forsamtale. Nogle steder anvendes 1 – 2 samtaler på visitationen, mens andre lader patienten gennemgå et længere forløb på op til 4 uger og med deltagelse af læger, psykologer, fysioterapeut og socialrådgiver.

Formålet med visitationen er at finde den patientgruppe, som kan have gavn af behandlingsstedets tilbud. Samtidig er det god service at sikre, at de som ikke kan modtages i behandling hurtigt får besked om afslag, sådan at der kan findes andre tilbud. Den forskellige praksis vedr. visitation – herunder visitationens udstrækning giver anledning dels til overvejelser om, hvorvidt hurtig visitationskontakt er vigtigt, dels om hvor mange ressourcer, man skal anvende på visitationen.

Et af de behandlingssteder, som anvender papirvisitation ved stillingtagen til henvisningen, evt. i tvivlstilfælde opfulgt af en enkelt samtale, har anført, at hurtig visitation betyder, at alle på venteliste til forundersøgelse hurtigt kan tages i behandling, idet de alle opfylder betingelserne for modtagelse.

Det fremgår, at behandlingsstederne generelt finder, at forundersøgelse har god mening mht. at få personer, som ikke skal modtages, afvist så de kan modtage et andet relevant tilbud. Samtidig finder man, at den personlige kontakt til patienten bør være så kort som muligt, hvis vedkommende ikke efterfølgende hurtigt kan tages i behandling. Baggrunden herfor er dels at undgå, at patienten får åbnet så meget op for sine problemer, at det vil være problematisk at udsætte den egentlige behandling, dels at undgå, at behandlingsstedet anvender for mange ressourcer på samtaler, som efter en lang ventetid må påbegyndes forfra.

Samtidig giver nogle af behandlingsstederne også udtryk for, at forsamtaler og forundersøgelser giver mulighed for at målrette indsatsen fra begyndelsen.

Arbejdsgruppen finder på baggrund af de ovennævnte erfaringer, at der hurtigt bør træffes beslutning om, hvorvidt man kan tilbyde behandling til en patient. Det kan fx ske ved en grundig papirvisitation fulgt op af forundersøgelserforløb i det omfang, det er nødvendigt for at foretage en kvalificeret visitation.

Anbefaling: Der bør hurtigt træffes beslutning om, hvorvidt man kan tilbyde behandling til en patient. Det kan fx ske ved en grundig papirvisitation fulgt op af forundersøgelserforløb i det omfang det er nødvendigt for at foretage en kvalificeret visitation.

Arbejdsgruppen finder, bl.a. på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, at der kan være behov for en definition af de anvendte begreber, da begreberne ikke anvendes ens.

Det mest hensigtsmæssige vil være, at man på dette område anvender samme definitioner som i sygehusvæsenet i øvrigt. Sundhedsstyrelsen har

udgivet publikationen "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter". Følgende definitioner fremgår heraf:

Henviſning: Anmodning fra en henviſningsinstans til sygehusafdeling om at modtage en patient.

Visitering: Sundhedsfaglig vurdering af en patients behov for sundhedsaktivitet og prioritering heraf på baggrund af en henviſning eller en patientkontakt.

Udredning: Afklaring af, hvilken endelig behandling der skal ske.

Visiteringen går således ud på at vurdere, **om** man kan tilbyde den henviſte en behandling, og udredning går ud på, **hvad** man kan tilbyde.

På behandlingsstederne kommer visitering og udredning i en række tilfælde til at foregå sammenhængende. En adskillelse af disse to begreber, kan muligvis nogle steder give en hurtigere beslutning om, **om** man kan tilbyde patienten behandling.

Anbefaling: Sundhedsstyrelsens definitioner på henviſning, visitering og udredning bør anvendes af behandlingsstederne.

På nogle af behandlingsstederne er der meget lange ventetider til visitation, andre steder er der lange ventetider fra visitation til behandling. Der er enighed i arbejdsgruppen om, at ventetiden til behandling er det, som virkeligt betyder noget for patienterne. Nogle behandlingssteder finder, at ventetiden opleves som mere belastende for patienten, hvis vedkommende har været igennem en lang visitationsproces, som har karakter af en egentlig udredning. Arbejdsgruppen finder derfor, at det bør overvejes at give patienterne et tilbud i ventetiden.

OASIS har således gode erfaringer med at tilbyde ventelistepatienter, som er visiteret til behandling et *psykoedukativt* tilbud, som modtages i grupper i ventetiden. Tilbuddet er ikke egentlig behandling, men undervisning i at håndtere egen situation. Tilbuddet gør ventetiden lettere for patienten, og baner også i mange tilfælde vejen for, at patienten vil acceptere at modtage behandling i grupper. Tilbuddet i ventetiden kræver dog ressourcer, men baner også vejen for mindre ressourcekrævende behandling på sigt til den patient, som har modtaget tilbuddet.

Tilbud om iværksættelse af medicinsk behandling i sundhedsvæsenet kan ligeledes være med til at gøre ventetiden mindre belastende. Endeligt kan der i ventetiden igangsættes relevante sociale tilbud til patienten, hvis der vurderes at være behov herfor.

Anbefaling: Behandlingsstederne bør overveje muligheden for at give patienten et tilbud i ventetiden inden behandling påbegyndes, f.eks. psykoedukativt tilbud i grupper, tilbud i sundhedsvæsenet og afhjælpning af

evt. problemer af social karakter, hvilket dog vil kræve særskilte ressourcer.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at ventelisteproblematikken må angribes ad flere veje. Det er ikke tilstrækkeligt at se på de aktiviteter, som foregår frem til behandlingen starter. Der må også ses på selve behandlingen, og hvad man tilbyder patienterne. De enkelte behandlingstilbud må til stadighed udvikles og vurderes. En måde at angribe venteproblematikken på er at tilvejebringe en bred vifte af målrettede tilbud. Gruppetilbud bliver af arbejdsgruppen fremhævet som egnet til at forkorte ventetiden. Den tekniske barriere herfor er dog krav om fælles sprog i gruppen. Behandlingsstederne bør således til stadighed arbejde på fortsat at udvikle såvel visitations- som behandlingsprocessen.

Anbefaling: Behandlingsstederne bør fortsat arbejde fortløbende på – på grundlag af foreliggende og ny evidens - at udvikle såvel visitations- som behandlingsprocessen.

5. Afslutning.

Som nævnt i indledningen har arbejdsgruppen ifølge sit kommissorium skullet se på muligheder for forbedringer i forløbet fra henvisning til behandling og på mulighederne for forbedringer inden for de eksisterende ressourcemæssige rammer, men ikke skullet vurdere, om disse rammer er tilstrækkelige til, at områdets ventetidsproblemer kan løses inden for dem.

Arbejdsgruppens medlemmer fra de tre private behandlingcentre og Danske Regioner vurderer, at også de ressourcemæssige rammer udgør et væsentligt problem i forhold til ventetiderne.

Arbejdsgruppen forventer imidlertid, at arbejdsgruppens anbefalinger kan være med til at optimere visitationsprocessen. Herved får patienterne en hurtigere afklaring på, hvorvidt de skal i behandling. Det forventes, at de patienter, som skal i behandling får optimeret ventetiden med relevante tilbud indtil behandling kan startes, hvilket dog vil kræve særskilte ressourcer.

Det forventes også, at de patienter, som ikke skal i behandling kun står kort tid på venteliste eller slet ikke henvises. På den måde kan de særlige tilbud til traumatiserede flygtninge reserveres personer med mest behov herfor, og hvor den sundhedsfaglige problemstilling ikke kan løses i primærsektoren.

Det ventes således, at anbefalingerne vil have en positiv effekt for dem, der skal behandles, men arbejdsgruppen finder ikke, at det er muligt at sandsynliggøre, at anbefalingerne har betydning for ventetiden til behandling.

Tabel 1. Henvisninger, visitation, afviste og ventetid.

2006	Antal henviste	Papir visitationer	Visitationer (pers. kontakt)	Udredninger 1/1-07	Afviste (papirvisitationer)	Afviste (pers. kontakt)	Afviste (udredning)	Antal under behandling 1/1-07	Ventetid (papirvisitation)	Ventetid (pers. kontakt)	Ventetid (udredning)	Ventetid (behandling)
RCF	54	54	8	32 ¹	12	3	2	21	1	4-6	65	1
RCT-Å	116	116	65	3	0	-	25	38	1	98	-	-
TFTF	63	63	0 ²	0-2		10 ³		15	Max 2	Max 4	Max 4	Ca. 16
CETT	131	131	143	-	-	46	-	37	20,7 ⁴	4,8	-	26-52
RCT-J	78	78	61					69	1-4	20	20	77
RCT-F	72	75	65	-	1	1	-	36	1-5	2-4	-	70-130
RCT-K	144	144	171	39	4	4	4	95	-	16-56	16-56	16-96
OASIS	110	110	150	-	u. 5	28	-	110	30 ⁵	30 ⁵	-	100-120
Vord.	52	52	50	-		10 ⁶	-	58	1-4	8		52 ⁷

RCF: Rehabiliteringscenter for Flygtninge i Ålborg. ¹Der er tale om det totale antal udredninger i løbet af året.

RCT-Å: RCT i Århus. Antallet af afviste ved visitation med personlig kontakt og afviste efter udredning er sammenfaldende for RCT-Å

TFTF: Team for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro. ²Hvis der er tvivl om patienten tilhører målgruppen indkaldes til diagnostiserende samtale med speciallæge i psykiatri og psykolog. ³De afviste skønnes at være afvist endeligt efter personlig kontakt ved diagnostiserende samtale eller forsamtale.

CETT. ⁴Den anførte ventetid på er fra henvisning til beslutning om behandling er truffet på visitationsmødet. Ventetiden på 4,8 uger er fra henvisning til første personlige kontakt. Ventetiden på behandling er ventetiden fra henvisningsdatoen.

RCT-F: RCT Fyn.

RCT-K: RCT i København.

OASIS: ⁵ Ventetiden anført i skemaet er forventet ventetid for personer henvist 1/1 2007. Ventetiden for personer henvist 1/1 2006 er ca. 78 uger til visitation. Ventetiden til behandling er samme som angivet i skemaet.

Vord. Ekspertisecentret i Vordingborg. ⁶ Hvis der er tvivl om en patient opfylder kriterierne indkaldes til visitationssamtale. ⁷ Tilførte personaleressourcer pr. 1.1.07 har nedbragt ventetiden. Det forventes, at man inden årets udgang er nået ned på ca. ½ år.

Marts 2007

**Indenrigs- og Sundhedsministeriets spørgeskema
om behandlingen af traumatiserede flygtninge**

Der er fortsat meget lange ventetider til behandling på de særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge. Ventetiderne er mellem ½ og 2 år. Det rejser bl.a. spørgsmålet om, hvorvidt der henvises personer til behandling i de særlige tilbud, som burde have været henvist til andre tilbud, det være sig i sygehusvæsenet eller i kommunerne.

Indenrigs- og sundhedsministeren har på den baggrund nedsat en arbejdsgruppe med det formål at se på, hvordan den enkelte patient inden for de nuværende rammer, hurtigere kan tilbydes visiterende undersøgelse med henblik på at udpege, hvilket tilbud der er det relevante for vedkommende.

Arbejdsgruppen har bl.a. til opgave, at kortlægge erfaringer vedrørende hurtig visiterende undersøgelse og at kortlægge henvisningsmønstre, herunder i hvilket omfang der viderevisiteres til andet behandlingstilbud i hhv. regionalt eller kommunalt regi.

Arbejdsgruppen består af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, OASIS, RCT i København, RCT-Jylland, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Dette spørgeskema er udarbejdet til brug for arbejdsgruppens rapport. Besvarelsen skal alene omhandle jeres behandlingssted.

Spørgsmål 1.

	2005	2006
Antal henvisninger (i alt incl. evt. henvisste/omvisiterede)		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 2.

	2005	2006
Antal papir-visitationer (på baggrund af henvisningsseddel)		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 3.

	2005	2006
Antal visitationer (med personlig kontakt med patienten)		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 4.

Hvis visitationen har flere trin (udgør forløb), beskriv disse trin og oplys antal patienter på hvert trin pr. 1/1-06 og pr. 1/1-07.

Spørgsmål 5.

	Pr. 1/1-06	Pr. 1/1-07
Antal personer under udredning		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 6.

	2005	2006
Antal afviste -efter papirvisitation, jf. spm. 2		
Heraf med behov for social indsats		
Heraf med behov for indsats i psykiatrien		
Heraf med behov for anden indsats		
Antal afviste -efter visitation med personlig kontakt, jf. spm. 3		
Heraf med behov for social indsats		
Heraf med behov for indsats i psykiatrien		
Heraf med behov for anden indsats		
Antal afviste -efter udredning, jf. spm. 5		
Heraf med behov for social indsats		
Heraf med behov for indsats i psykiatrien		
Heraf med behov for anden indsats		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 7

Følges afvisning/tilbagevisning (efter papirvisitation, efter visitation med personlig kontakt eller efter udredning, jf. spm. 2-5) op af anbefaling til anden behandling/hjælp og af hvilken?

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 8.

	Pr. 1/1-06	Pr. 1/1 -07
Antal personer under behandling		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 9.

	Pr. 1/1-06	Pr. 1/1-07
Ventetid til visitation på baggrund af henvisnings-seddel angivet i uger		
Ventetid på første personlige kontakt angivet i uger		
Ventetid på påbegyndt udredning angivet i uger		
Ventetid på behandling angivet i uger		

Evt. kommentarer:

Spørgsmål 10: Hvad er henvisningskriterierne til behandling hos jer, herunder findes der skriftlige retningslinier?

Spørgsmål 11: Hvad er kriterierne for afvisning/tilbagevisning?

Spørgsmål 12: Hvad består visitationen af hos jer (tid, faggrupper mv.)?

Spørgsmål 13: Hvad er jeres erfaringer vedrørende hurtig visiterende undersøgelse

Opgiv venligst navn, e-mail og telefonnummer på kontaktperson for uddybende eller afklarende spørgsmål.

Tak for hjælpen

Evt. spørgsmål vedrørende udfyldelse af spørgeskemaet bedes rettet til
Tove Kjeldsen, tlf. nr. 72 26 94 58.

Spørgeskemaet bedes returneret – senest d. 17. april 2007 til: tk@im.dk , eller til:
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedspolitisk Kontor
Slotsholmsgade 10-12
1016 København K

Resumé af spørgeskemaoplysninger

Vedr. henvisninger.

RCF-Ålborg: Alene læger kan henvise til tilbud efter sygehusloven, dvs. praktiserende læger/sygehuslæger. Kommunale sagsbehandlere kan henvise til kommunalt betalt tilbud.

RCT-Århus: Det fremgår indirekte, at henvisninger modtages fra både læger og psykologer.

TFTF: Henvisning udarbejdes af alment praktiserende læge samt kommunal sagsbehandler på særligt henvisningsskema.

CETT: Praktiserende læger og kommunale sagsbehandlere kan henvise.

RCT-Jylland: Henvisning sker på basis af lægelig henvisning (patientens egen læge, kommunale lægekonsulenter, praktiserende speciallæger eller sygehuslæger).

RCT Fyn: Kommuner henviser vedlagt en statusbedømmelse fra en praktiserende læge.

RCT i København: Henvisning sker via egen læge eller anden speciallæge.

OASIS: Henvisning sker via læger eller myndigheder, der arbejder med de relevante patientgrupper. Når en myndighed henviser, skal henvisningen godkendes af en læge, f.eks. lægekonsulenten i en kommune.

Ekspertisecentret i Vordingborg:

Det er oplyst, at man så vidt muligt får/indhenter henvisningsoplysninger fra egen læge og socialforvaltning.

Beskrivelse af visitationens organisering.

RCF-Ålborg: Visitationsprocessen består af 2 – 3 trin.

Første trin er papirvisitation, hvor de lægelige henvisninger gennemgås (varetages af afdelingsleder, leder eller psykiatrisk lægekonsulent). Hvis det fremgår tydeligt, at klienten har PTSD symptomer pga. traumatiserende hændelse i hjemlandet, eller pga. samliv med primært traumatiseret person sættes vedkommende på venteliste. (tidsforbrug 2 – 7 timer)

Andet trin består i 1 – 2 samtaler med psykolog, evt. psykiatrisk lægekonsulent. Anvendes kun hvis papirvisitation rejser tvivl. (omfang ca. 1 arbejdsdag).

Tredje trin består i egentlig forundersøgelse med deltagelse af alle fagpersoner. Der afsættes en måned hertil. Der afsættes ugentlige konsultationer/undersøgelser hos hver faggruppe. I umiddelbar forlængelse heraf lægges behandlingsplan og behandling iværksættes.

Ventetiderne er 1 uge til papirvisitation, 4-5 uger til personlig kontakt og ca. 65 uger til behandling.

RCT-Århus: Der tages løbende stilling til alle henvisninger på det foreliggende grundlag.

Visitationen sker på baggrund af en forundersøgelse af 1 måneds varighed. Her ses patienten af socialrådgiver og psykolog ca. 1 time ugtl. Derudover ses af psykiater og fysioterapeut, hvor relevant. Afsluttende møde med deltagelse af centerchef/behandlingsleder.

Ventetiden til visitation ved personlig kontakt er 98 uger. Forundersøgelse, visitation ved personlig kontakt og behandling foregår kontinuerligt.

TFTF: Henvisning modtages og der ses på om den praktiserende læge og kommunal sagsbehandler begge er involveret, om tidligere tiltag er beskrevet og om symptomer på PTSD er beskrevet. Ved behov afholdes en diagnostiserende samtale med speciallæge i psykiatri og psykolog.

Når henvisningen er fyldestgørende sættes sagen på dagsorden for næste visitationsmøde (hver 2. mandag). Patienten visiteres til modtagelse eller afvises.

Visiterede patienter indkaldes til forsamtale (ca. 1 mdr. efter visitation). Hvis tvivl om patienten tilhører målgruppe indkaldes til en diagnostiserende samtale med speciallæge i psykiatri og psykolog.

Efter forsamtale og evt. diagnostiserende samtale venter patienterne på behandling i ca. 16 uger. Behandling begynder med samarbejds møde med TFTF, henvisere og relevante ressourcepersoner. Herefter ugentlig behandling.

CETT: Alle henviste indkaldes til samtaler i forbindelse med visitationen.

Der afholdes forsamtale med socialrådgiver og samtykkeerklæringer udfyldes med henblik på indhentelse af yderligere oplysninger.

Der afholdes forsamtale med psykolog.

Der afholdes internt visitationsmøde med ledende psykolog, afdelingsleder, socialrådgiver og psykolog. Der træffes beslutning om tilbud om behandling eller forslag om andet relevant behandlingstilbud.

Der bruges ca. 12 arbejdstimer pr. visitation.

Ventetiden til første personlige kontakt er 4,8 uger og ventetiden, til visitation er foretaget, er 20,7 uger fra henvisningsdatoen. Ventetiden på behandling varierer mellem 6 måneder og 12 måneder afhængig af behandlingstilbud.

RCT-Jylland: Henvisningens relevans vurderes i forhold til målgruppe og behandlingsbehov.

Der afholdes visiterende samtaler med en af centrets behandlere mhp vurdering af behandlingsbehov og muligheder. Der er udarbejdet skema, som anvendes ved samtalen.

For patienter, hvor der er tvivl om relevansen af centrets tilbud afholdes yderligere vurdering ved f.eks. indhentning af yderligere oplysninger, vurdering hos psykiatrisk konsulent eller andre specialister.

Sædvanligvis består udredning af en til to tæt på hinanden følgende samtaler. Enkelte udredninger kan strække sig over få uger.

Ventetiden til visiterende samtaler er ca. 20 uger. Ventetiden på behandling er ca. 1½ år.

RCT Fyn: Papirhenvisningen vurderes på visitationsudvalg bestående af psykolog, socialrådgiver, lægekonsulent og centerleder. Ved mangelfuld henvisning anmodes om yderligere oplysninger.

Hvis henvisningen godkendes på papiret, indkaldes personen og den kommunale sagsbehandler til visitationsbesøg. Her orienteres om behandlingstilbud, ventetid og evt. anden indsats i ventetiden drøftes.

Ventetiden til papirvisitation er 1-5 uger og ventetiden til visitationsbesøg er 2-4 uger fra visitationens godkendelse. Ventetiden til behandling er ca. 70 – 130 uger afhængig af, om der er tale om et kombineret tilbud (servicelov og sundhedslov) eller et rent behandlingstilbud.

RCT i København: En til to gange i måneden foretages papirvisitation af overlæge, afdelingslæger og sekretær med henblik på, om den henviste tilhører målgruppen. Hvis oplysninger mangler, indhentes disse. Overlægen og socialrådgiveren gennemgår henvisninger med henblik på at finde arabisk talende mænd uden tydelige familieproblemer. Gruppen af arabisk talende mænd uden tydelig familieproblematik tilbydes en kort visitations-samtale på 45 minutter med det formål at blive sat på venteliste til tværfaglig assessment til grupperehabilitering. De øvrige tilbydes tværfaglig assessment med henblik på individuel rehabilitering. I den tværfaglige assessment deltager læger, psykolog, fysioterapeut og socialrådgiver. Tværfaglig assessment varer 1 – 1½ time pr. teammedlem plus skrivetid.

Ventetiden til assessment er 16 - 56 uger. Ventetiden efter assessment til individuel rehabilitering er 10 måneder. Ventetiden forventes i efteråret at mindskes via hurtig visitation til grupperehabilitering.

OASIS: Alle indkomne sager læses igennem med henblik på om de indeholder tilstrækkelige oplysninger til at vurdere, om de tilhører OASIS' målgruppe.

Visitationsprocessen indeholder 3 trin, hvor første trin er en indkaldelse til samtale med psykolog. Dette kan evt. følges op med samtaler med psykolog, socialrådgiver, kropsbehandler, læge og/eller psykiater. I sidste trin vurderes patienterne med HTQ².

Ventetiden til forundersøgelse/udredning forventes for personer henvist pr. 1.1.07 at være ca. 30 uger mens ventetiden for personer henvist pr. 1.1.06 er ca. 78 uger. Ventetiden til rehabilitering er ca. 100-120 uger.

Ekspertisecentret i Vordingborg: Visitationen omfatter papirvisitation og visitation ved personligt fremmøde.

Papirvisitationen varetages af psykiatrisk konsulent, afdelingsleder og sekretariatet.

Visitationssamtalerne varetages oftest af afdelingsleder, som er socialrådgiver eller når det findes relevant af psykiatrisk konsulent eller psykolog-medarbejder. Der er afsat 1 time til visitationssamtalen. Undertiden indkaldes til samtaler.

Ventetiden til papirvisitation er 1-4 uger, ventetiden til visitationssamtale er 8 uger og ventetiden til behandling er 52 uger. Ventetiden til behandling forventes i løbet af året at blive nedbragt til ½ år.

Målgruppen omfatter ikke:

RCF-Ålborg: Misbrugere, flygtninge med egentlige sindslidelser såsom psykotiske flygtninge, personer med manglende motivation, personer med manglende forudsætninger for at profitere af behandling, personer med behov for monofaglig indsats.

RCT-Århus: Flygtninge, som har en akut psykose, alvorlig konkurrerende sygdom (f.eks. cancer) eller et aktivt misbrug af alkohol, narkotika eller medicin, falder uden for målgruppen.

Endvidere vil personer, som er umotiverede, er magtesløse overfor nye krav, har fået det bedre/kommet i arbejde, skal på barsel eller som ikke kan klare transporten til behandlingen blive henvist til andre tilbud/afvist.

² Harward Trauma Questionaire.

TFTF: Flygtninge, som er psykotiske eller har andre tilstande som kræver indlæggelse på psykiatrisk sygehus, som har misbrugsproblemer, almindelige eksistentielle problemer eller lettere traumatiske reaktioner.

CETT: Flygtninge, hvor den primære problemstilling er af en anden grundlæggende karakter end traumatisering pga. krig og tortur.

RCT-J: Flygtninge, hvor yderligere behandling skønnes udsigtsløs, og personer, som ikke er omfattet af driftsoverenskomsten.

RCT Fyn: Flygtninge, som med psykotiske tilstande eller andre tilstande, som kræver indlæggelse på psykiatrisk sygehus, flygtninge med misbrugsproblemer, almindelige eksistentielle problemer og lettere traumatiske reaktioner.

RCT i København: Personer med psykiatrisk hovedproblemstilling, personer med misbrugsproblemer, personer som ikke er motiveret for behandling eller som har monofagligt behandlingsbehov eller som ikke tilhører målgruppen.

OASIS: Patient, som ikke vil være i stand til at indgå i forpligtende ambulante behandlingsforløb, hvor kerneydelsen er psykoterapi. Dette kan skyldes ekstrem passivitet fra patienten, manglende vilje og evner til at arbejde med egne psykiske blokeringer, misbrugsproblemer, langvarig psykotisk lidelse, alvorlig ubehandlet personlighedsforstyrrelse eller et reduceret kognitivt funktionsniveau, manglende motivation til psykiske forandringer eller generel manglende motivation for behandling.

Ekspertisecentret i Vordingborg: Patienter med behov for monofagligt tilbud, personer, som ikke vurderes at kunne profitere af et længere behandlingstilbud, personer, som ikke er motiverede for at indgå i forløbet, personer med vedvarende behov for psykiatrisk behandling og personer med misbrugsproblemer.

Erfaringer med hurtigere visiterende undersøgelser.

RCF-Ålborg: Hurtig visiterende papirvisitation og evt. forsamtale betyder at patienter på venteliste til forundersøgelse umiddelbart efter kan tilbydes behandling, idet de opfylder betingelserne herfor. I 2006 blev kun 2 ud af 32 afvist efter forundersøgelse.

RCT-Århus: Man har alene erfaringer fra et særligt tilbud i 2006, samt fra nyt tilbud i Horsens. Man finder, at hurtig visiterende undersøgelse har god mening, hvis man straks efter kan gå i gang med behandling, ellers bør kontakten være kort. Man foreslår at man straks efter papirvisitation afholder 1-2 samtaler med henblik på at vurdere tilstand, behandlingsbehov og motivation.

TFTF: Ej oplyst

CETT: Forsamtalerne giver mulighed for at målrette indsatsen fra begyndelsen. I visitationen følges et klassifikationssystem, som CETT har udviklet.

RCT-J: Modellen er valgt for at undgå, at nogen står på venteliste i lang tid, hvor henvisningen ikke er relevant. Den korte form er valgt for at undgå at investere for meget tid, som vil gå fra behandlingstiden. RCT oplever, at modellen fungerer tilfredsstillende.

RCT Fyn: Ej oplyst

RCT i København: Patienter med arabisk sprog gennemgår her i foråret en hurtig visitation før bedømmelse, hvis personen kan indgå i gruppeforløb. Visitationen gennemføres af 2 behandlere. Projektet har givet blandede erfaringer.

OASIS: Fordelen med hurtigere visiterende undersøgelser er, at patienten hurtigere kan henvises til andet relevant tilbud.

Ekspertisecentret i Vordingborg: Fordelen ved hurtig visiterende undersøgelse er, at vedkommende hurtigt bliver klar over, om vedkommende kan modtages i behandling. De der afvises kan rådgives om andre foranstaltninger.

Ulempen er, at ventetiden efter visiterende samtale føles meget lang for patienten. Der vil også ofte være gået så lang tid, at visitationsoplysninger har mistet aktualitet, og man må begynde delvist forfra.

Det er vurderingen, at det er ventetiden til behandling, der af patienten føles som et problem ikke ventetiden til visitation. Det kunne overvejes, om der kan iværksættes andre tiltag i ventetiden.

