

med akutte sociale tilbud til sindslidende. Et akut socialt tilbud er et lettilgængeligt tilbud til sindslidende om støtte, rådgivning og omsorg uden for normal åbningstid. Indsatsen i forbindelse med akutte sociale tilbud virker både afhjælpende og forebyggende. Den akutte indsats skal afhjælpe en konkret opstået situation, samtidig med at indsatsen forebygger, at situationen kommer ud af kontrol, så der bliver brug for en mere indgribende indsats – typisk i form af indlæggelse. Akutte sociale tilbud skal dermed bidrage til øget tryghed og livskvalitet for sindslidende og dermed give den enkelte bedre mulighed for at fastholde egen bolig. Det er målsætningen, at akutte sociale tilbud på længere sigt skal sikre en mærkbar nedgang i indlæggelser og genindlæggelser og i særdeleshed tvangsendlæggelser.

Det tredje er, at vi med årets satspuljeaftale for 2009 tog endnu et skridt. Vi aftalte et forsøgsprojekt, der sikrer mere helhed og sammenhæng i den sociale indsats over for sindslidende. Helt konkret skal initiativet medføre, at kommunalbestyrelsen bliver i stand til at sikre en mere helhedsorienteret tilgang i indsatsen, hvor de forskellige sektorer i højere grad arbejder sammen og koordinerer indsatsen i forhold til uddannelse, beskæftigelse, bolig og sundhed, så behovet for en mere omfattende social indsats minimeres. Her ligger også et fokus på en forebyggende og tidlig indsats. I den forbindelse forventer jeg, at to temaer vil være helt centrale. For det første: Hvordan sikrer vi en glidende og sammenhængende overgang mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien? For det andet: Hvordan sikrer vi en socialpsykiatri, der giver sindslidende mulighed for at indfri deres forventninger til eget liv – et liv med størst mulig selvbestemmelse?

Partierne bag satspuljen aftalte – og det er også vigtigt – at vi i forbindelse med næste års satspulje skal drøfte, hvordan vi sikrer grundlaget for en styrket social indsats over for sindslidende.

Kl. 11:10

Formanden:

Tak til velfærdsministeren. Så går vi over til selve forhandlingen, og den første, der får ordet, er hr. Per Clausen som ordfører for forespørgerne.

Forhandling

(Ordfører for forespørgerne)

Per Clausen (EL):

Jeg vil gerne takke for besvarelserne fra ministrene, og jeg vil sige, at der var mange elementer i de besvarelser, som jeg var meget glad for. Jeg var meget glad for velfærdsministerens klare pointering af, at tvang og magtanvendelse kun sker, når alle andre muligheder er udtømt.

Så kan man stille spørgsmålet, hvis man kigger på den beretning, Sundhedsstyrelsen har lavet, om alle andre muligheder var udtømt i de tilfælde, man ridser op der. Og der må jeg bare sige efter at have gennemgået dem, at samtlige tilfælde er eksempler på, at systemet har svigtet på en række andre områder end det, at man skulle have udøvet for lidt magt. Så konklusionen på den beretning er sådan set, at hvis ellers de ting, som sundhedsministeren og velfærdsministeren i dag har talt om, havde virket, ville den beretning ikke kunne have været skrevet, for så ville de ting, der står der, ikke forekomme. Så synes jeg jo, at konklusionen på sådan en beretning burde have været en klar erkendelse fra sundhedsministeren af, at der her er noget galt, at der her er noget, vi har gjort alt for dårligt.

Desværre blev konklusionen i første omgang, at der var brug for flere tvangsendlæggelser, at der var brug for mere tvang. Men nu indgik det ikke i ministerens besvarelse i dag, og jeg tager det som et udtryk for, at ministeren på det område er blevet opmærksom på, at de udtalelser, han kom med i første omgang, jo sådan set strider mod regeringens politik, som handler om, at man skal reducere anvendelsen af tvang mest muligt. Og det er jo godt, hvis det forholder sig på den måde.

For selvfølgelig findes der en række alternativer til tvang, som netop handler om at gøre en aktiv opfølgende indsats. Jeg kunne nævne Lindevang i Helsingør, Døgnehushuset i Viborg, Fountain House eller de opsøgende psykoteam, som man bruger i tværfaglige team rundtomkring i landet, hvor man opsøger patienten i eget hjem og i dialog med patienten udarbejder en individuel behandlingsplan, hvor udgangspunktet er, at patienten skal fastholdes i sit eget lokalmiljø. Det særlige ved de her team er, at de tilbyder kriseberedskab 24 timer i døgnet, og det er det, vi skal have mere af.

Vi skal også have mere af, at der skal bruges tid, kræfter og ressourcer på at komme i dialog