

NOTAT

Dato: 15. januar 2019

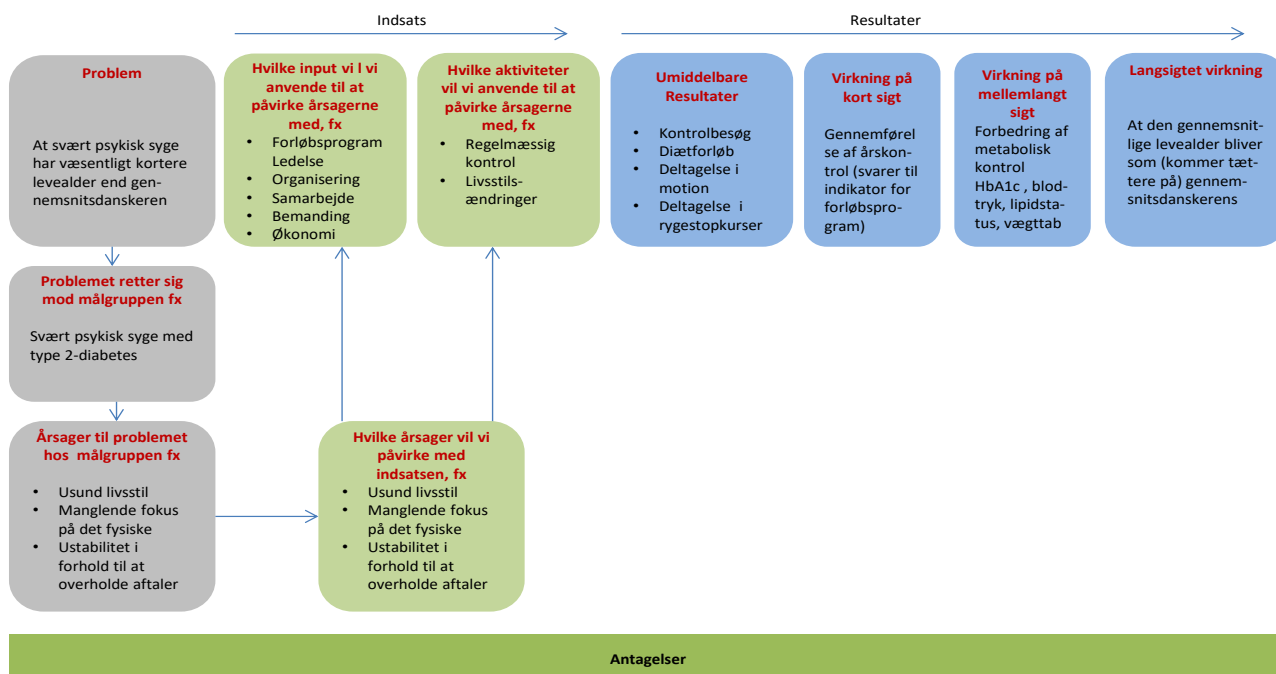
Psykisk sygdom og type 2 diabetes

Dette notat indeholder en beskrivelse af et pilotprojekt, der har haft til formål at udvikle og afprøve en ny model for samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og diabetesambulatorierne. Projektet er gennemført i perioden 2017-2019.

Baggrund

Svært psykisk syge lever 15-20 år kortere end gennemsnitsdanskeren, og type 2 diabetes udgør en af de potentielle årsager til overdødeligheden. Personer med svære psykiske lidelser og diabetes har således op mod fire gange så stor risiko for at dø tidligt sammenlignet med personer, der kun lider af diabetes. Hyppigheden af diabetes blandt personer med svær psykisk lidelse er estimeret til at være høj, ca. 15 pct. Da somatisk sygdom hos psykisk syge var en af indsatserne i Sundhedsaftale 2015-2018 (indsats 9), besluttede Arbejdsgruppen for Patientrettet Forebyggelse og Kronisk Sygdom¹, at der skulle igangsættes et projekt om type 2 diabetes og psykisk sygdom.

Figur 1. Skematisk oversigt over forandrings – eller programteorien



¹ Arbejdsgruppen er nedsat under Den Administrative Styregruppe (DAS), der består af repræsentanter fra Region Hovedstaden og fra regionens kommuner og hører under Sundhedskoordinationsudvalget, hvor samarbejdet om sundhedsaftalerne er politisk forankret.

Der findes en række mulige årsager til den kortere levetid hos personer med svære psykiske lidelser og diabetes, fx usund livsstil, manglende fokus på det fysiske eller ustabilitet i forhold til at overholde aftaler (se figur 1). Hvis man kan påvirke disse årsager til problemet via en række forskellige indsatser, så er det antagelsen, at man i sidste ende vil kunne opnå, at disse mennesker på længere sigt får en gennemsnitlig levealder på linje med – eller i hvert fald tættere på – hvad der gør sig gældende for gennemsnitsdanskeren.

De tilbud, som den psykisk syge diabetespatient bør have, er grundlæggende de samme, som alle øvrige diabetespatienter kan gøre brug af, nemlig de tilbud der i forvejen findes i forløbsprogrammet for type 2 diabetes. Udfordringen er derfor ikke (primært) at finde nye tilbud eller forløbsprogrammer til de psykisk syge i forhold til diabetes sygdommen isoleret set. Derimod består udfordringen primært i at finde metoder til at forbedre den psykisk syge diabetespatients udnyttelse af de allerede eksisterende tilbud, sekundært at tilpasse behandlingstilbuddet.

Den indsats, der sættes i værk, skal derfor kunne adressere de udfordringer, som den psykisk syge diabetespatient typisk vil have i forhold til at kunne/ville deltage i et læn- gerevarende forløb i forhold til sin type 2 diabetes. Der skal derfor arbejdes for:

- At patientens eventuelle diabetes diagnosticeres
- At tilbuddet bliver gjort let tilgængeligt for patienten (evt. med hjælp fra andre)
- At tilbuddet bliver accepteret af patienten
- At patienten gennemfører tilbuddet
- At patienten fastholder de nye vaner/livsstil

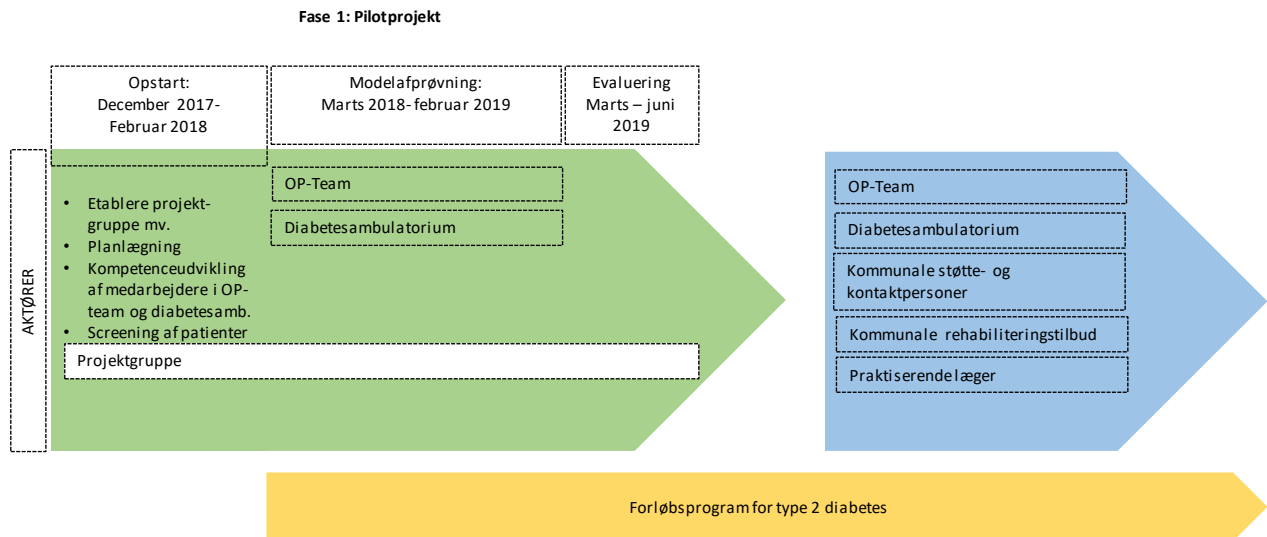
Dette vil kunne ske gennem ændrede relationer og samarbejdsformer mellem somatik og psykiatri, som kan bidrage til at skabe sammenhæng i indsatsen inden for psykiatrien på den ene side og diabetesindsatsen hos praktiserende læge, diabetesambulatorier og kommune på den anden side.

Pilotprojektet

I første omgang har der været gennemført et pilotprojekt med det formål at *udvikle og afprøve en ny model for samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og diabetesambulatorierne* i forhold til patienter med sværere psykiske lidelser, der samtidig lider af type 2 diabetes. (Projektorganisationen fremgår af vedlagte bilag).

Det betyder ikke, at hverken kommunerne eller de praktiserende læger ikke opfattes som vigtige samarbejdspartnere i forhold til patientgruppen. De er tværtimod centrale for en styrket indsats i forhold til målgruppen på lidt længere sigt. Der er på længere sigt således tale om en tværsektoriel indsats mellem alle sektorerne, men pilotprojektet har først og fremmest haft fokus på de relationelle forhold i sekundærsektoren og på at bringe behandlingsindsatsen for patientgruppen på plads, se figur 2.

Figur 2. Oversigt over projektet



Allerede fra projektstarten har der derfor også været drøftelser om at tiltænke kommunerne en større rolle på lidt længere sigt fx ved at sikre, at der findes kommunale rehabiliteringstilbud, som er tilpasset målgruppen. Disse tilbud vil formentlig skulle etableres som individuelle tilbud, fx kan fysisk træning være et udviklingsområde, da dette typisk ikke indgår i de individuelle rehabiliteringstilbud i hospitalssektoren i dag. Disse overvejelser er imidlertid ikke blevet afsluttet i løbet af pilotprojektet, ligesom det skal nævnes, at de kommunale tilbud kun i ringe grad har været i fokus hos de patienter, der har deltaget i pilotprojektet (se senere).

Det var endvidere forventningen, at der allerede i pilotprojektet ville blive tale om, at opgaven med at følge patienten til diabetesambulatoriet skulle overgå til den kommunale støtte- og kontaktpersonordning. Dette har imidlertid ikke vist sig at være nødvendigt i praksis, måske fordi mange af patienterne allerede, som det fremgår senere, var diagnosticeret med diabetes og derfor i forvejen var inde i et behandlingsforløb, som typisk foregik hos egen læge.

Målgruppen

Det blev i Arbejdsgruppen for Patientrettet Forebyggelse og Kronisk Sygdom besluttet at fokusere indsatsen til patienter stratificeret som havende svær psykisk sygdom og diabetes. Projektet har således omfattet alle borgere med type 2 diabetes, der har været tilknyttet de 5 OP-Team i PC Amagers og PC Glostrups optageområder, uanset om de eventuelt også har haft andre kroniske sygdomme eller misbrug mv. De er tale om følgende team:

- *PC Amager:*
OP-Team Amager og OP-Team Vesterbro
- *PC Glostrup:*
OP-Team Glostrup, OP-Team Ishøj og OP-Team Valby-Hvidovre

Gruppen omfatter borgere mellem 18 og 65 år med sværere psykiske lidelser med behov for tværgående opsøgende indsats. Patienternes problemstillinger er ofte så mangeartede og komplekse, at de ikke formår at benytte privatpraktiserende psykiater eller distriktspsykiatrien. Her er det OP-teamets opgave at sørge for en stabil og vedvarende kontakt i borgerens eget hjem. Indsatsen kan fx være stabilisering af den medikamentelle behandling, udvikling af medicinstrategier samt træning af patienten i daglige gøremål og sociale færdigheder.

Modellen

Som nævnt har formålet med pilotprojektet været at udvikle og afprøve en model for samarbejdet mellem OP-team og somatisk hospital/diabetesambulatorium (Hvidovre Hospital) og herunder få patienterne i OP-teamene til at følge forløbsprogrammet for type 2 diabetes.

Kompetenceudvikling, samarbejde og kommunikation

Allerede før starten af pilotprojektet var man bevidst om, at en af de store udfordringer kunne være at få den psykisk syge diabetespatient til rent faktisk at ville deltage i tilbuddene. Derfor måtte man være forberedt på at skulle påvirke patientens egen motivation for at deltage i screeningen, dernæst at arbejde for at patienterne rent faktisk ville deltage i rehabiliteringstilbuddene og i opfølgningen i diabetesambulatoriet mv. Dette ville således kræve at personalet i OP-teamene og personalet fra somatikken fik større viden om hinandens fagområder, og pilotprojektet har derfor omfattet kompetenceudvikling af medarbejderne fra begge sektorer.

For det første har overlægen fra diabetesambulatoriet på Hvidovre Hospital afholdt undervisningsdage for medarbejderne i OP-teamene om type 2 diabetes generelt og specifikt om praktiske spørgsmål i forhold til screening af patienterne og om konkrete forhold vedrørende samarbejdet med diabetesambulatorierne mv. For det andet har personale fra diabetesambulatorierne været på besøg i OP-teamene, hvor de har fulgt personalet i deres arbejde hos patienterne.

Den nye samarbejdsform mellem diabetesambulatorierne og OP-teamene ("Brobygning")

Hvidovre Hospital havde allerede ved projektets start en diabetessygeplejerske, som havde udgående funktion til særligt sårbare diabetespatienter, der af forskellige årsager ikke kunne møde i ambulatorium eller almen praksis.

I forbindelse med overstående kompetenceudviklingsmøder opstod der hurtigt en livlig dialog på tværs af somatik og psykiatri om fælles patienter. Der blev udvekslet erfaringer og kontaktnumre mellem den udgående sygeplejerske og sygeplejersker fra Glostrup og Amagers diabetesambulatorier på den ene side og relevante nøglemedarbejdere fra OP-teamene på den anden side.

Der blev udarbejdet en skabelon i Sundhedsplatformen for henvisning til diabetesrehabilitering og – behandling og aftalt, at der skulle tages telefonisk kontakt med henblik

på individuel tilrettelæggelse af forløb eller koordinerede besøg hos patienten (se figur 4 nedenfor).

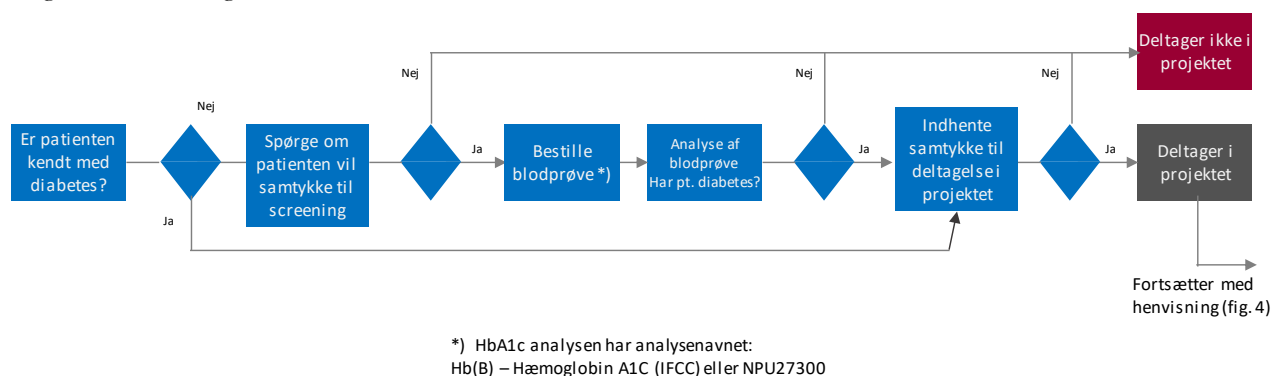
De foreløbige erfaringer med denne brobygning har været god men begrænset af det relativt lille antal patienter med nyopdaget eller dysreguleret diabetes. Den udgående sygeplejerske har kun i begrænset omfang været anvendt til koordinerede besøg i hjemmet. Ordningen har imidlertid ansporet til motivering af patienten til besøg i laboratorium og hos egen læge.

Overordnet set har projektet således betydet, at OP-teamene har fået øget opmærksomhed på diabetes hos patienterne, herunder om patienterne følger deres behandling hos egen læge, og om de er opmærksomme på de udfordringer, diabetes kan give mv. Der har ligeledes været øget fokus på KRAM-faktorer og sammenhængen med diabetes, som er blevet italesat overfor patienterne.

Der er et eksempel på en patient, som et af OP-teamene igennem flere måneder har forsøgt at motivere til behandling for sin diabetes. Til sidst lykkedes det med en ny kontaktperson at få patienten overtalt til at blive hjulpet til laboratoriet for at få taget blodprøver, herunder HbA1c. En del patienter har dog ikke været tilbøjelige til at tage imod tilbuddet om at skulle møde op i et ambulatorie på et hospital eller blot at skulle forholde sig til nye mennesker. Det har været en uoverskuelig udfordring i deres liv.

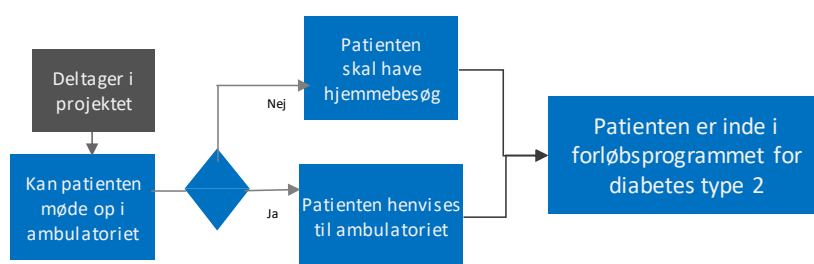
Der er således et eksempel, der drejer sig om en patient i projektet, der har været tilknyttet diabetesambulatoriet. Uden at generalisere, nævnes det fra dette eksempel, at projektet har tydeliggjort, at selvom der er de bedste intentioner fra somatisk afdeling, kan det være en udfordring at tage så udtalte hensyn, som der af og til kan være behov for i forhold til patienten. Det kan således være svært at få det til at lykkes, hvis ikke kontaktpersonen fra psykiatrien deltager i mødet med ambulatoriet. Det kan fx være en udfordring, fordi et diabetesambulatorium har et anderledes flow end et psykiatrisk OP-team. Andre hensyn, der ofte vil skulle tages til patienterne, handler fx om kontaktformen, herunder at undlade at ringe fra et hemmeligt nummer, lave aftaler telefonisk og ikke via sms, og finde tider, som passer ind i patientens system.

Figur 3. Screeningen



Figur 4. Henvisningen

Diabetesambulatoriet på Hvidovre Hospital kontaktes (i hvert fald til at starte med) med henblik på at få en udgående diabetessygeplejerske til at komme til patientens hjem



OP-team Amager henviser Amager Hospital
 OP-team Vesterbro henviser til Amager Hospital
 OP-team Valby/Hvidovre henviser til Hvidovre Hospital
 OP-team Glostrup henviser til Glostrup Hospital
 OP-team Ishøj henviser til Glostrup Hospital

Screeningen

Proceduren ved screening fremgår af figur 3.

Patienterne i OP-teamene er blevet spurgt systematisk, om de ville screenes for type 2 diabetes. Screeningen er blevet gennemført ved hjælp af en blodprøve med måling af HbA1c. Var denne > 48 mmol/mol havde patienten diabetes.

Tabel 1. Screening for diabetes i OP-teamene

OP-team	Patienter i OP-teamet	Screening			Diabetespatienter		
		I alt	Antal der blev spurgt om de ville screenes	Antal screenede	Antal der sagde nej til screening	Antal nye fund ved screening	Antal kendte
Amager	172	172	149	23	1	13	14
Glostrup	71	63	49	14	0	2	2
Ishøj	86	63	54	9	2	6	8
Valby/Hvidovre	123	123	110	13	2	4	6
Vesterbro	(80)				0	(3)	(3)
I alt	452(532)	421	362	59	5	25(28)	30(33)

De fem deltagende OP-team havde tilsammen 532 patienter i behandling i 2018. Det fremgår af tabel 1, at i alt 421 patienter er blevet spurgt, om de ville screenes. Heraf har 59 svaret nej, mens de resterende 362 patienter har ladet sig screenes, svarende til 86 pct. Det skal bemærkes at OP-team Vesterbro ikke indgår i disse tal. Det skyldes, at dette team ikke var med i projektet fra starten, hvilket har betydet, at der ikke på samme måde, som i de andre team, har været foretaget systematisk screening af patienterne.

Af de 362 screenede havde 30 patienter type 2 diabetes, svarende til 8 pct. På forhånd var det forventet, at en relativt større andel af patienterne i OP-teamene ville have type 2 diabetes (ca. 15 pct.), men prævalensen kan være højere blandt de ikke-screenede. Sammenlignet med prævalensen blandt de 45-49 årige i baggrundsbefolkningen, som er 3,8 pct., var det dog klart højere.

Af disse 30 patienter med type 2 diabetes var 25 patienter kendt med sygdommen i forvejen. Der er således blevet fundet 5 nye diabetespatienter ved screeningen, hvilket vil sige, at 17 pct. af diabetespatienterne var nyopdagede.

Tabel 2. Screening for diabetes type 2 for de nye patienter

OP-team	Screening for diabetes er foregået					
	Laboratorium	OP-Teamet	Eget hjem	Udg. Sygepl	Andet	I alt
Amager	1	0	0	0	0	1
Glostrup	0	0	0	0	0	0
Ishøj	1	0	0	0	1	2
Valby/Hvidovre	1	1	0	0	0	2
Vesterbro	0	0	0	0	0	0
Hovedtotal	3	1	0	0	1	5

Det fremgår af tabel 2, at 3 af de 5 nye diabetespatienter blev screenet i laboratorium. En patient blev scannet i OP-teamet, men det er uklart hvor den sidste patient blev screenet, fordi der ikke længere har været adgang til patientens journal.

Neden for findes en kort supplerende beskrivelse af de 5 nye diabetespatienter.

Patient 1. Patienten kom i behandling i diabetesambulatoriet. OP-teamet lavede aftaler og etablerede kontakten til ambulatoriet. Patienten er ikke længere i behandling (startede sommeren 2018). Patienten har ikke været i medicinsk behandling, men er afhjulpet via kost og motion. Kommunale tilbud har ikke været nævnt over for patienten, og patienten ville heller ikke have taget imod dem.

Patient 2. Patienten kom i behandling hos egen læge. Patienten blev hjulpet af kontaktperson i OP-teamet til at komme i behandling. Patienten er fortsat i behandling med medicin (Metformin). Kommunens tilbud (Diabetes-skole og hold) har været nævnt overfor patienten. Men patienten har sagt nej til at tage imod de kommunale tilbud. Det skyldes, at patienten synes, at det går fint hos egen læge, og patienten er ikke meget for at tage imod den slags tilbud.

Patient 3. Patienten kom i behandling hos egen læge. Patienten er blevet hjulpet af kontaktperson i OP-teamet til at komme i behandling. Patienten er fortsat i behandling med medicin (Metformin). Patienten har et anstrengt forhold til kommune og myndigheder i det hele taget, men er i øvrigt ikke i målgruppe for kommunale tilbud.

Patient 4. Patienten kom i behandling hos egen læge og er i fortsat behandling. Behandlingen omfatter medicin. Kommunens tilbud er ikke nævnt og ikke taget imod. Patienten ville ikke høre om dem.

Patient 5. Patienten kom ikke i behandling. Ønskede det ikke. Man har forsøgt at motivere patienten til at tage imod behandling. De kommunale tilbud har ikke været nævnt.

Deltagelse i behandling

Som udgangspunkt var det en forudsætning for deltagelse i pilotprojektperioden, at patienterne ønskede, at deres diabetes blev behandlet på ambulatoriet på Hvidovre Hospital, alternativt på den medicinske afdeling enten på hospitalet på Amager eller på hospitalet i Glostrup. Ligeledes skulle patienter med type 2 diabetes, der i forvejen blev fulgt hos egen læge, tilbydes at blive fulgt på Hvidovre Hospital (alternativt Amager eller Glostrup). Såfremt dette ikke ønskedes, skulle patienterne ikke indgå i projektet. Dette tiltag skulle sikre bedre muligheder for at følge udviklingen hos patienterne under behandlingen, herunder om de overholdt kontroller mv.

Som det fremgår af det følgende, så har det ikke været muligt at opfylde denne ambition, og de fleste af patienterne har således gået til behandling hos egen læge.

Tabel 3. Behandlingsdata vedr. de nye diabetespatienter

OP-team	Sted for diabetesbehandlingen			
	Egen læge	Hospital	Beh. i alt	Ikke beh.
Amager	0	1	1	0
Ishøj	2	0	2	0
Valby/Hvidovre	1	0	1	1
Hovedtotal	3	1	4	1

Som nævnt blev der fundet 5 nye diabetespatienter ved screeningen. Heraf kom 4 patienter i behandling. Den ene patient, der således ikke kom i behandling ønskede det ikke til trods for, at personalet i OP-teamet forsøgte at motivere patienten. Det fremgår endvidere, at 3 ud af de 4 patienter, der kom i behandling, har gået hos deres egen læge, mens kun en patient har gået i diabetesambulatoriet på hospitalet.

Af de 4 patienter modtager 3 fortsat behandling. Den sidste patient, som startede behandlingen i sommeren 2018, er ikke længere i behandling. Vedkommende har ikke været i medicinsk behandling, men er afhjulpel via ændring af kost- og motionsvaner.

Tabel 4. Om der har været hjælp til at komme til behandling

OP-team	Hjælp til at komme til diabetesbehandling	
	Ja	Nej
Amager	1	0
Ishøj	2	0
Valby/Hvidovre	0	1
Hovedtotal	3	1

I alt 3 af de 4 patienter, der kom i behandling, har på den ene eller anden måde modtaget hjælp fra OP-temaets kontaktperson til at komme til diabetesbehandling.

Tabel 5. Behandlingsdata vedr. de kendte patienter.

OP-team	Sted for diabetesbehandlingen			
	Egen læge	Hospital	Beh. i alt	Ikke beh.
Amager	7	6	13	0
Glostrup	1	1	2	0
Ishøj	6	0	6	0
Valby/Hvidovre	4	0	4	0
Vesterbro	2	1	3	0
Hovedtotal	20	8	28	0

Det fremgår af tabel 4, at alle 28 af de i forvejen kendte diabetespatienter går til behandling for deres diabetes sygdom. Heraf går 20, eller godt 70 pct. hos egen læge, mens de resterende knap 30 pct. går til behandling i diabetesambulatorium på hospitalet.

Baggrundsoplysninger om patienterne

Endelig er der foretaget en opgørelse over nogle karakteristika vedrørende de patienter i OP-teamene, der også type 2 diabetes.

Tabel 6. Baggrundsdata

OP-team	Køn		Alder	Vægt		
	Mand	Kvinde	År	Undervægt	Normal vægt	Overvægt
Amager	7	7	50	2	2	9
Glostrup	0	2	35	0	1	1
Ishøj	5	3	44	0	1	7
Valby/Hvidovre	4	2	50	0	0	6
Vesterbro	2	1	42	1	0	2
Hovedtotal	18	15	47	3	4	25

Det fremgår af tabel 6, at der er en nogenlunde ligelig fordeling mellem mænd og kvinder, og patienterne har en gennemsnitsalder på 47 år. Her er der tale om en variation fra 31 år til 68 år. Endelig er det vurderingen, at i alt 25 af patienterne, svarende til ca. 75 pct., er overvægtige.

Konklusion

De foreløbige resultater fra dette pilotprojekt viser, at det var muligt at screene systematisk for diabetes blandt svært psykisk syge tilknyttet OP-teams.

Prævalensen af diabetes var 8 pct., som er lavere end forventet, men klart højere end i baggrundsbefolkningen. Årlig screening for diabetes er således retfærdiggjort i denne patientgruppe.

Ved hjælp af gensidig kompetenceudvikling og etablering af relationen mellem centrale medarbejdere i somatik og psykiatri er det muligt at skabe bedre rammer for en tværfaglig differentieret indsats. Dette brobygningskoncept bør bevares og udbygges med patienten i centrum så den omfatter psykiatrien mere bredt og alle aspekter af rehabilitering og behandling. Kommune og almen praksis skal inddrages heri.

Anbefalinger fra styregruppen

Styregruppen for diabetesprojektet har godkendt ovenstående afrapportering og konstaterer herunder:

- at det har været muligt at foretage systematisk screening for diabetes blandt svært psykisk syge borgere med tilknytning til den ambulante psykiatri,
- at det ved hjælp af gensidig kompetenceudvikling og etablering af relationer mellem centrale medarbejdere i henholdsvis somatikken og psykiatrien (brobygning) har været muligt at skabe bedre rammer for en tværfaglig differentieret indsats for svært psykisk syge mennesker der samtidig har type 2 diabetes.

På den baggrund anbefaler styregruppen helt overordnet, at erfaringerne fra pilotprojektet (dvs. notatet) bliver udbredt både inden for Region Hovedstadens Psykiatri og på regionens somatiske hospitaler

Herudover anbefaler styregruppen mere specifikt:

- at de gennem diabetesprojektet etablerede relationer og procedurer i forhold til samarbejdet mellem somatikken og OP-teamene fastholdes og udbredes til den øvrige del af regionen,
- at procedurer mv. bliver indskrevet i VIP-vejledninger, således at samarbejdsrelationerne ikke er personbårne, som det har været tilfældet i diabetesprojektet og dermed risikerer at falde til jorden, når der kommer nye medarbejdere,
- at brobygningskonceptet med patienten i centrum udbygges så det omfatter psykiatrien mere bredt og alle aspekter af screening, udredning, rehabilitering og behandling, og endelig
- at både kommuner og almen praksis også bliver inddraget.

Udbredelse til andre kroniske sygdomsområder

Det er velkendt, at mennesker med psykiske lidelser lever væsentligt kortere og med mere sygdom end den øvrige befolkning, og at det ikke kun skyldes diabetes men også en række andre kroniske sygdomme, fx KOL og hjerte- karsygdomme.

Derfor anbefaler styregruppen også, at der – bygget blandt andet på erfaringerne fra diabetesprojektet – indføres screening for andre sygdomme blandt de svært psykisk syge patienter i den ambulante psykiatri.

Styregruppen peger i den forbindelse på:

- at screeningen for flere kroniske sygdomme (så vidt muligt) skal ske på én gang
- at screeningen skal foretages i psykiatrien, dvs. der hvor patienterne er til daglig og normalt møder sin kontaktperson, fx. ambulatoriet, eget hjem eller botilbud
- at screeningen – i det omfang det er muligt – indbygges i psykiatriens standardpakker, fx blodprøver i forbindelse med diabetes, og
- at der i den forbindelse etableres en rådgivningsfunktion til psykiatrien på de somatiske ambulatorier, og
- at fund i screeningen i øvrigt medfører henvisning til egen læge med henblik på videre udredning og behandling, idet både psykiatrien og kommunen kan have en

rolle i forhold til at sikre, at borgeren får aftalt en konsultation og møder op til denne

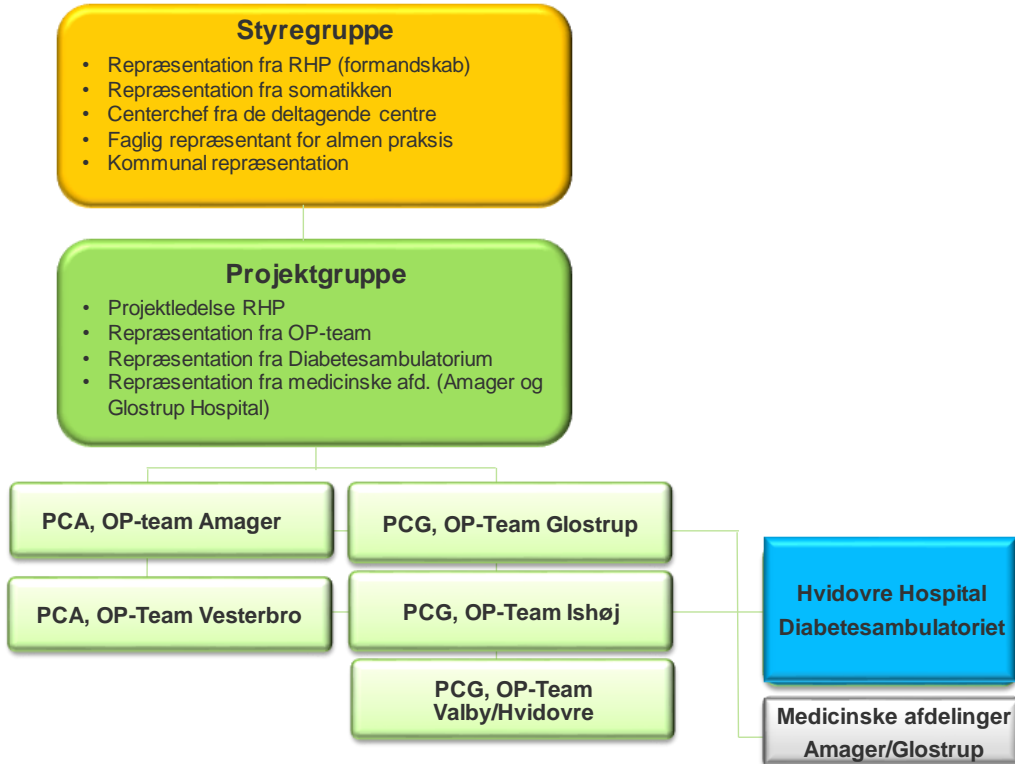
- at det herudover overvejes, om der eventuelt er behov for at etablere systematiske årlige screeninger foretaget af speciallæger (somatik), og/eller
- at faggrupper, fx kommunale medarbejdere eventuelt (som supplement) også kan indgå i screeningsopgaven.

Herudover peger styregruppen på, at der kan være behov for at etablere særlige kommunale rehabiliteringstilbud (jf. forløbsprogrammerne) for de psykiatriske patienter, som har fået konstateret en/flere kroniske somatiske sygdomme gennem screeningen, herunder skal det overvejes:

- hvordan den kommunale rehabilitering eventuelt kan samarbejde med de psykiatriske ambulatorier, fx ved at etablere forsøgsprojekt med et psykiatrisk ambulatorium og de kommuner, der er i ambulatoriets optageområde, herunder
- skal der også tages stilling til, hvilken/hvilke patientgrupper, der skal startes med.

Endelig kan der også være behov for, at psykiatrien hjælper patienten med at møde op til ordinære kommunale rehabiliteringstilbud.

Bilag: Organisering af projektet



Styregruppen har haft følgende sammensætning:

- Sven Knudsen, økonomi- og planlægningschef, RHP (formand)
- Line Duelund Nielsen, centerchef, PC Amager til 31.12.2018
- René Sjølland, klinikchef PC Amager fra 1.1.2019
- Darius Mardosas, klinikchef, PC Glostrup
- Ole Snorgaard, overlæge, Hvidovre Hospital (diabetesambulatoriet)
- Helen Fuglsang Kock, sundhedsfaglig konsulent, Gladsaxe kommune
- Helle Petersen, socialoverlæge, Københavns Kommune
- Jonas Meile, praktiserende læge KAP-H
- Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, ETU, Region Hovedstaden
- Jørgen Overgaard, økonomi- og planlægningsafdelingen, RHP (projektleder)