

MØDETIDSPUNKT

09-02-2016 18:30

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården - H3

MEDLEMMER

Erik Lund		
Susanne Due Kristensen		
Hanne Andersen		
Erik R. Gregersen		
Karsten Skawbo-Jensen	Formand	
Finn Rudaizky	Næstformand	Afbud
Anne Ehrenreich		
Erik Sejersten		Afbud
Susanne Langer		Afbud

INDHOLDSLISTE

1. Beslutningssag: Treårsplan - opsamling på temadrøftelsen vedr. ambulat behandling
2. Temadrøftelse: Treårsplan - Sammenhæng mellem sektorer
3. Orienteringssag: Evaluering af psykiatrisk gadeplansteam
4. Beslutningssag: Kortlægning af psykiatriens initiativer inden for 'Shared Care'
5. Beslutningssag: Ydelsesregistrering i psykiatrien
6. Orienteringssag: Status om psykiatrhuse
7. Eventuelt

1. BESLUTNINGSSAG: TREÅRSPLAN - OPSAMLING PÅ TEMADRØFTELSEN VEDR. AMBULANT BEHANDLING

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Som led i budgetaftalen for 2016 skal Psykiatriudvalget udarbejde en 3-årsplan for udviklingen af Region Hovedstadens Psykiatri. Af procesplanen fremgår det, at udvalget skal drøfte en række temaer i løbet af 2016. Den 12. januar 2016 havde Psykiatriudvalget en temadrøftelse om det ambulante område. Denne sag er en opsamling på de emner, som der blev peget på, at der skal arbejdes videre med i udarbejdelse af en samlet 3-årsplan for psykiatrien.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til psykiatriudvalget:

at godkende opsamlingen fra temadrøftelsen om det ambulante område, og at denne indgår i det videre arbejde med 3-årsplanen.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Udvalget godkendte opsamlingen fra første temadrøftelse med følgende tilføjelser, som skal indgå i det videre arbejde:

- 1 Der bør ses på mulighederne for at almen praksis kan få telefonrådgivning og sparring om patienter, som ikke er så syge, at de skal gå i behandlingspsykiatrien men kan håndteres af patientens egen læge, så egen læge understøttes i at fastholde patienten i almen praksis.
- 1 Det bør undersøges, om der er behov for udvikling af efteruddannelses tilbud til almen praksis målrettet håndtering af patienter med psykiske lidelser.
- 1 Der bør også ses på mulighederne for telefonrådgivning til socialpsykiatriske tilbud i tilfælde, hvor der er behov for at sparre om håndtering af en borger.
- 1 Det bør sikres, at der også er fokus på ambulante tilbud målrettet svært psykisk syge borgere med lavt funktionsniveau og meget begrænsede muligheder for at kunne indgå på arbejdsmarkedet.
- 1 Der skal arbejdes videre med at modeller for at samle ambulante tilbud i færre enhedstyper med henblik på at sikre, at tilbuddene fleksibelt og hurtigt kan tilpasses patienternes behov

Finn Rudaizky, Susanne Langer og Erik Sejersten deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Vicedirektør Peter Treufeldt holdt et indledende oplæg om udviklingen af det ambulante område og præsenterede i den forbindelse en række af de udfordringer, som psykiatrien står overfor at skulle løse (jf. sag nr. 1 på psykiatriudvalgets møde den 12. januar 2016).

Psykiatrien har udviklet sig i retning af øget brug af ambulante behandling for at understøtte den enkeltes recoveryproces bedst muligt, og indlæggelser anvendes ofte primært som supplement til den ambulante behandling. Langt størstedelen af de psykiatriske patienter behandles udelukkende ambulante og en mindre gruppe er periodisk indlagt som supplement til den ambulante behandling. Kun en meget lille gruppe behandles kun under indlæggelse.

De to store patientgrupper består af hhv. patienter med svær psykisk sygdom og patienter med moderat psykisk sygdom.

Svær psykisk sygdom

Det er en særlig udfordring for patienter med svær psykisk sygdom, at der med tiden er etableret mange forskellige ambulante behandlingstilbud, som er målrettet specifikke faser og udfordringer i svært psykisk

syge borgeres sygdomsforløb. Der har imidlertid vist sig en række udfordringer med sammenhængen mellem tilbuddene, idet patienterne må skifte mellem tilbuddene afhængig af, hvordan deres situation udvikler sig. Det skaber udfordringer for kontinuiteten i behandlingsforløbet, ligesom det også kan være en udfordring at sikre gode overgange mellem de ambulante tilbud og de periodiske indlæggelser samt til den kommunale indsats, praktiserende læge, botilbud mv.

Moderat psykisk sygdom

Antallet af patienter med moderat psykisk sygdom er steget markant, og udviklingen tyder på, at væksten fortsætter. Der er flere årsager til væksten, men der er tendenser, der peger i retning af, at den fagligt afgrænsede målgruppe, som kan tilbydes psykiatrisk behandling, udvides, ligesom der henvises patienter, som med fordel kunne hjælpes uden for hospitalspsykiatrien. Det fremgår af økonomiaftalen mellem staten og regionerne, at der er enighed om, at det er u hensigtsmæssigt med indikationsskred, og at det skal sikres, at det ikke sker.

Derudover er der en række generelle udfordringer, som går på tværs af patientgrupper. Det drejer sig bl.a. om behov for øget forskning samt behov for at kunne skabe dokumentation af effekten af behandlingstilbud, samt sikre fortsat fokus på at skabe en recoveryorienteret psykiatri mv.

Udvalget havde i sine drøftelser særligt fokus på følgende emner:

- 1 Recovery skal være integreret i psykiatrien og være en grundlæggende tilgang til patienterne i den kliniske praksis i alle psykiatriens tilbud - herunder i tilrettelæggelsen af de ambulante tilbud.
- 1 Øget fleksibilitet, sammenhæng og ensretning i de ambulante tilbud, så den enkelte patient oplever kontinuitet trods svingende intensitet i behandlingsbehovet. Der er behov for at udbygge den ambulante psykiatri med akutte, intensive tilbud, der muliggør recovery-understøttende behandling i patientens nærmiljø og dermed forebygger eller forkorter indlæggelser.
- 1 Psykiatriens Huse skal udbredes som middel til at sikre en koordineret indsats og understøtte den enkeltes recoveryproces. Udbredelsen af psykiatrhuse forudsætter, at der høstes gode erfaringer fra samarbejdet mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune.
- 1 Patienternes oplevelse af kvalitet og sammenhæng skal dokumenteres bl.a. ved at gøre brug af patientrapporterede data - såkaldte PROM-data (Patient Reported Outcome Measures) - som effektmål i psykiatrien.
- 1 Der skal etableres flere brugerstyrede sengepladser.
- 1 Der skal ske forebyggelse af indikationsskred samt bedre styring af tilgangen af patienter med moderat og lettere psykisk sygdom. bl.a. gennem øget dialog med almen praksis og ved at sikre, at de interne kompetencer i hospitalspsykiatrien understøtter en klar målgruppeafgrænsning.
- 1 Tidlig opsporing og behandling af psykisk sygdom, så der kan sættes ind med så lille en indsats som muligt, og så tilknytning til arbejdsmarkedet understøttes.
- 1 Øget brug af privatpraktiserende speciallæger og psykologer til aftalte patientgrupper og foruddefinerede behandlingsforløb som led i at kunne understøtte en tidlig og mindre indgribende indsats
- 1 Dokumentation af patienternes oplevelse af kvalitet og sammenhæng så effekten af de iværksatte initiativer kan dokumenteres

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen medfører i sig selv ikke økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Psykitriudvalgets opsamling indgår i det videre arbejde med treårsplanen for udvikling af psykiatrien, der forventes forelagt Psykiatriudvalget i juni med henblik på forelæggelse i forretningsudvalget og regionsrådet august 2016.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

15015013

2. TEMADRØFTELSE: TREÅRSPLAN - SAMMENHÆNG MELLEM SEKTORER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Som led i budgetaftalen for 2016 skal Psykiatriudvalget udarbejde en 3-årsplan for udviklingen af Region Hovedstadens Psykiatri. Psykiatriudvalget har tidligere godkendt en procesplan for arbejdet, hvoraf det fremgår, at udvalget skal drøfte en række temaer i løbet af 2016, hvor udvalget har drøftet udviklingen af det ambulante område. Den anden temadrøftelse handler om sammenhængen mellem sektorer samt mellem psykiatri og somatik.

På mødet vil der være en indledende drøftelse, der danner baggrund for udarbejdelse af en række anbefalinger, som udvalget får til kommentering på det efterfølgende møde i februar.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Psykiatriudvalget drøfter sagen og kommer med anbefalinger til den videre udvikling af området, som kan indgå i den samlede treårsplan.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Vicedirektør for Region Hovedstadens Psykiatri Anne Hertz og afdelingssygeplejerske Kim Johansson fra PC Ballerup holdt et indledende oplæg om samarbejdet mellem psykiatrien og kommunerne i Region Hovedstaden. Oplægget indeholdt en præsentation af nogle af de udfordringer, der er forbundet med samarbejde på tværs af sektorer, hvor der arbejdes efter forskellige lovgivninger, og hvor borgerne skal have samtidige tilbud fra begge parter i ofte varierende intensitet. Derudover blev der peget på forskellige initiativer, som er igangsat for at skabe en koordineret indsats for patienterne, herunder helt lavpraktiske løsninger på det daglige samarbejde mellem parterne.

På baggrund af oplægget og det udsendte materiale lagde udvalget i sine drøftelser særlig vægt på:

- | Løsninger skal udvikles og tilrettelægges, så de skaber værdi for patienterne.
- | Strukturer og kassetænkning må ikke være barrierer for at skabe optimale patientforløb.
- | Det er vigtigt, at der tages højde for den enkelte patients viden og mening som led i at finde de rette løsninger for det videre behandlingsforløb.
- | Der bør tænkes i løsninger, hvor parterne bruger hinanden fx ved at kommunale socialrådgivere får fysisk arbejdssted på et psykiatrisk center, eller ved at psykiatrien rykker ud i almen praksis mv.
- | Der bør så vidt muligt etableres en kontakt til kommunen i forbindelse med indlæggelser, så det understøttes, at kommunerne har forberedt den nødvendige støtte til patienten efterudskrivelse. Kontakten bør etableres så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet.
- | Samarbejde på tværs af sektorer kan udvikles ved at gennemgå patientcases i fællesskab og undersøge, hvad der sker med patienterne efter udskrivelse eller i forhold til den sociale indsats for at få øget indsigt i, hvad der foregår uden for eget regi, hvad der kunne have styrket patientforløbet fx ved hjælp af rådgivning, tilgængelighed mv.
- | Treårsplanen bør indeholde forslag til, hvordan arbejdet med at skabe kontinuitet i patientforløbene kan styrkes.
- | Dobbelt diagnosepatienter må ikke falde mellem to stole, og der skal arbejdes for at indgå et gensidigt forpligtende samarbejde om patientgruppen. Det er helt nødvendigt, at der trods delt behandlingsansvar udvikles behandlingsstrategier, som sikrer, at der tages vare på både

patientens misbrug og psykiatrisk lidelse.

Finn Rudaizky, Susanne Langer og Erik Sejersten deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Sagsfremstilling – temadrøftelse om sammenhæng mellem sektorer

Når mennesker rammes af psykisk sygdom griber det typisk ind i mange aspekter af den enkeltes tilværelse. Uanset om der er tale om svært psykisk syge patienter eller patienter med mildere former for psykiske lidelser, kan det påvirke familielivet, boligsituationen, tilknytning til arbejdsmarkedet mv. Både patientens egen læge, psykiatrien og den pågældende kommune spiller derfor ofte alle en rolle i at skabe sammenhæng i det enkelte patientforløb.

Der er gjort en stor indsats og iværksat mange initiativer, som skal bidrage til, at patienterne oplever, at der sker den nødvendige koordinering og overlevering af informationer mellem sektorer. I vedhæftede bilag er det beskrevet, hvilken rolle de enkelte parter spiller i samarbejdet, hvilke udfordringer der kan være samt hvilke initiativer, der er sat igang. Som det fremgår, er der trods den gode udvikling fortsat et forbedringspotentiale og nedenfor skitseres en række af de områder, som med fordel kan styrkes:

Samarbejde med kommunerne

- 1 Patienter vil ofte have behov for samtidige indsatser dvs. hjælp fra fx kommunen samtidig med, at vedkommende går i et behandlingsforløb i psykiatrien. Der er derfor behov for, at indsatsen er koordineret og opleves sammenhængende for patienten. Det gælder ikke mindst i de situationer, hvor patientens sygdomsbillede forværres, idet der her er behov for at både intensiteten i behandlingsindsatsen og den kommunale støtte øges samtidig.
- 1 Mulige løsninger i forhold til at styrke det tværsektorielle samarbejde kan være ved at arbejde videre med integrerede indsatser der varetages i fællesskab. Som eksempel kan nævnes Psykiatriens Hus eller fælles teamsmellem regionen og den enkelte kommune, som kan have forskellige formål som fx fokus på dobbeltdiagnosepatienter mv.
- 1 På en række områder er der ikke klar ansvars- og opgavefordeling mellem psykiatrien og kommunerne, og der er dels risiko for, at parterne overlapper hinanden, dels at patienterne ikke får den nødvendige sociale støtte. Der er således behov for at skabe større klarhed over regionens rolle i gråzonen evt. gennem formulering af principper eller retningslinier for, hvilke projekter og samarbejdsformer, psykiatrien bør deltage i.
- 1 Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri kræver særligt fokus for at sikre kontinuitet i patientforløbet, da patienterne typisk får ny behandler i psykiatrien og nye kontakter i kommunerne.
- 1 Beboere på socialpsykiatriske botilbud er svage borgere, som har brug for særlig støtte for at undgå, at patienternes situation forværres og forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser. Der er således behov for kompetencer til at kunne opfange symptomer på forværring og til at kunne hjælpe borgeren til at fastholde sin behandling. Der kan imidlertid være forskellige tilgange til, hvad der forstås med begreberne ”behandling, omsorg og pleje” som følge af de forskellige faglige perspektiver, som de enkelte faggrupper er bærer af, hvilket kan være en udfordring i forhold til at sikre patienterne den rette indsats.
- 1 Retten til hurtig udredning og behandling har medført komprimerede forløb i psykiatrien, som betyder, at der går betydeligt kortere tid fra patienterne henvises, til det er afklaret, hvad patienten fejler og har behov for fremover. Det har som afsmittende effekt, at der ligeledes er behov for, at kommunerne hurtigt kan støtte patienten med de rette indsatser og foranstaltninger, så denne kan hjælpes i fornødent omfang til at leve et almindeligt liv igen.
- 1 For at understøtte den enkeltes recoveryproces arbejdes der med at udvikle nye ambulante tilbud, som behandler patienten i nærmiljøet, og som udgangspunkt er målrettet alle borgere med psykiske

lidelser, incl. borgere på botilbud. Det er vigtigt for at kunne opretholde den psykiatriske behandling i patientens nærmiljø, at kommunerne hurtigt og samtidigt kan følge op med intensiveret støtte. Konkrete aftaler om samarbejdet vil kunne udarbejdes som led i arbejdet med Sundhedsaftalen.

- | Dobbelt diagnosepatienter – dvs. patienter med samtidigt misbrug og psykisk sygdom – har risiko for at falde mellem to stole, idet det typisk forudsættes at patienten er ude af sit misbrug, inden en psykiatrisk behandling kan begynde. Tilsvarende kræves det ofte at den psykiske sygdom skal være håndteret, før patienten kan få behandling for sit misbrug. Lovgivningen deler behandlingen af disse patienter, og der er således behov for at sikre, at der findes løsninger i praksis, som undgår, at patienterne bliver ofre for u hensigtsmæssig systemtænkning. Der arbejdes i øjeblikket på at afdække mulighederne for at kunne indgå en form for samarbejde mellem misbrugscentre og regionen (såkaldt "samarbejds pakke"), hvor patienterne hjælpes til ikke at være aktive misbrugere for derefter at kunne blive behandlet for deres psykiske lidelser.

Samarbejde med almen praksis

- | Samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og regionen er aftalt i den netop vedtagne praksisplan. Det anbefales heri at almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede. I den forbindelse forudsættes det at det er aftalt på forhånd mellem almen praksis og psykiatrien. Det er således vigtigt, at dette sikres i praksis, så patienterne bliver overleveret bedst muligt.
- | På samme måde som det er tilfældet med kommunerne og psykiatrien, er det vigtigt, at der er en entydig opgave- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og psykiatrien. Det er derfor vigtigt, at der er sikkerhed for, at overdragelsen af patienter sker sikkert, hvilket kan ske ved, at den, der overdrager patienten er sikker på at ansvaret er modtaget. Det kan fx være i form af telefonisk kontakt, overlevering af behandlingsplan mv.
- | Det er en vigtig forudsætning for en god overlevering af behandlingsansvaret for patienten, at det sikres, at der er enighed mellem de forskellige behandlere - dvs. fx både patientens egen læge og personalet i psykiatrien - om hvad der er en god plan for det videre forløb for patienten. Det kan fx være i forhold til tilbagevenden til arbejdsmarkedet, sygemelding, patientens ressourcer mv. I den forbindelse kan det ligeledes være et vigtigt element for patientens tillid at det opleves, at fagpersonerne bakker positivt op om hinanden og fx fremhæver fordele ved, at patientens behandlingsforløb nu afsluttes i psykiatrien og fremover hjælpes bedst hos egen læge.
- | Når behandlingsansvaret for patienter overdrages til almen praksis er det, fordi psykiatrien har vurderet, at patienten kan håndteres der. I nogle tilfælde vil den praktiserende læge opleve, at vedkommende ikke er i stand til at overtage behandlingen, ligesom der vil være tilfælde, hvor patientens situation forværres, så egen læge ikke har kompetencerne til at håndtere det videre forløb. I de situationer efterspørger almen praksis mulighed for at kunne tilbagehenvise patienten med aftale om at henvisningen ikke afvises. Det vil her ligeledes være en fordel, hvis patienten kommer ind i en form for "fortsættelse" af det tidligere forløb så det så vidt muligt sikres, at der er kendte ansigter og kontinuitet i behandlingen.
- | Region Hovedstadens Psykiatri har iværksat flere initiativer for at understøtte almen praksis i at kunne håndtere patienter med psykiske lidelser; heriblandt etablering af rådgivningsordninger, hvor den praktiserende læge kan ringe og få sparring omkring patienten. Kendskabet til disse muligheder kan med fordel udbredes, så flere praktiserende læger ved, at de altid kan få rådgivning.

Som det fremgår af ovenstående, er der således en række områder, hvor der er potentiale for at styrke sammenhængen mellem sektorer. Udvalget bedes på baggrund heraf drøfte, hvad der bør være fokus på i udarbejdelse af en 3-årsplan for udvikling af psykiatrien.

Vicedirektør for Region Hovedstadens Psykiatri, Anne Hertz, vil sammen med afdelingssygeplejerske Kim Johansson fra PC Ballerup holde et indledende oplæg om det tværsektorielle samarbejde mellem psykiatrien og kommunerne i Region Hovedstaden.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Tiltrædelse af indstillingen medfører ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

På baggrund af udvalgets drøftelser vil der på det kommende møde blive udarbejdet udkast til anbefalinger for udvikling af sammenhængen mellem sektorer samt mellem somatik og psykiatri med henblik på Psykiatriudvalgets foreløbige bemærkninger. Anbefalingerne vil indgå i den samlede plan som drøftes i udkast på et udvalgs møde i foråret.

DIREKTØRPÅTEGNING

Christian Worm / Anne Skriver

JOURNALNUMMER

15015013

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Baggrundsnotat_temadrøftelse_sammenhængen mellem sektorer

3. ORIENTERINGSSAG: EVALUERING AF PSYKIATRISK GADEPLANSTEAM

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Der blev i 2012 bevilget midlertidige midler fra Region Hovedstadens pulje til "Styrkelse af Tværsektorielt Samarbejde om udsatte borgere" til etablering af et treårigt udviklings- og samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune med et psykiatrisk gadeplansteam. Projektmidlerne udløb med udgangen af 2015. Psykiatriudvalget fik i september 2015 forelagt sagen og ønskede ved den lejlighed evalueringen af gadeplansteamet forelagt. Regionsrådet besluttede i oktober 2015 at forlænge teamet for 2016, samt at der i forbindelse med budgettet for 2017 skal tages endelig stilling til en eventuel permanentgørelse af gadeplansteamet.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til psykiatriudvalget:

- 1. at** evalueringen af det psykiatriske gadeplansteam indgår ved udvalgets drøftelse af indspil til budget 2017, og
- 2. at** administrationen belyser økonomien og organiseringen ved en udbredelse af psykiatrisk gadeplansteam til hele regionen.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Psykiatriudvalget tiltrådte indstillingen, og ønsker at administrationen belyser økonomien og organiseringen ved en udbredelse af psykiatrisk gadeplansteam til de områder i regionen, hvor der er behov.

Finn Rudaizky, Susanne Langer og Erik Sejersten deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Evaluering af Psykiatrisk Gadeplansteam

Evalueringen af det 3-årige projekt med Psykiatrisk Gadeplansteam er vedlagt som bilag. Som det fremgår af evalueringen, er teamet det første af sin slags i Danmark. Gadeplansteamet blev opstartet i 2012 som et 3-årigt projekt. Formålet med projektet var dels at indsamle ny viden om, hvordan man bedst kan nå hjemløse med psykisk sårbarhed, og dels at bygge bro og styrke samarbejdet mellem region og kommune om hjemløse.

Kerneopgave og målgruppe

Gadeplansteamet er udgående, og formålet med teamet er, at hjemløse med psykisk sygdom får tilbudt en løsning, der er målrettet dem og deres særlige behov. Gadeplansteamet møder de hjemløse dér, hvor de tilbringer dagligdagen. Det kan være på herberger, natcaféer og væresteder, i parker og på gader.

Målgruppen for gadeplansteamet er hjemløse med psykisk sygdom. Hjemløses lyst til at lade sig kontakte, undersøge og behandle kan svinge meget. Dette kan gøre det svært for dem at bruge de gængse psykiatriske behandlingstilbud, og de er ofte ikke i stand til at benytte de almene ambulante tilbud i psykiatrien. Kerneopgaven for psykiatrisk gadeplansteam er at etablere kontakt, vurdere behandlingsbehov, opstarte behandling eller viderehenvise denne særlige målgruppe.

Oftentimes er der tale om svært psykotiske patienter, som har levet på gaden i årevis uden behandling. Mange er dobbeltdiagnosepatienter, som lider af samtidig psykisk sygdom og misbrug, som skal håndteres på tværs af sektorer. Af evalueringen fremgår det, at det er lykkedes teamet at hjælpe flere hjemløse til at komme i behandling og leve et liv med fast bolig.

Aktivitet og antal patienter i projektperioden

Som evalueringen viser, er gadeplansteamet et uvisiteret tilbud. Det betyder, at teamet skal visitere til sig selv, og det inkluderer en indimellem tids- og ressourcekrævende udredning. I en sådan udredning kan det være nødvendigt at hente oplysninger fra flere forskellige parter, fx både psykiatri og kommuner i hele landet og have flere samtaler med både patient og medarbejdere på herberger og i Hjemløseenheden under Københavns Kommune. Derfor har Gadeplansteamet en ekstra arbejdsopgave i forbindelse med visitation og indledende udredning i forhold til de øvrige ambulante tilbud, der alle er visiterede tilbud. Som en del af projektet hører også undervisning og vejledning af samarbejdspartnere, både på daglig basis og i mere systematiseret form.

I projektperioden har teamet været i kontakt med minimum 300 patienter, og der er mellem 100 og 120 aktive patienter ad gangen. Som hovedregel kan det siges, at teamet har lige så mange patientsamtaler på patienter i behandlingsforløb, som de har på patienter i henvisningsforløb. Behandlingsplaner laver teamet kun på patienter i behandlingsforløb.

Der er dog udfordringer med registrering, da en del hjemløse ikke ønsker at oplyse cpr.nr. mv.

Teamet er bemandet med 4 sygeplejersker på fuld tid, og 4 på nedsat tid 32-35 timer om ugen. Der er etableret en struktur med 4 teams, der består af hver 2 sygeplejersker. Der er desuden ansat 1 daglig leder, 1 speciallæge og 1 sekretær.

Samlet set betyder den store visitationsopgave og opgaven med dialog med patienterne, at der er en relativ stor opgave forbundet med hver patient, så der ikke kan behandles så mange patienter i teamet. Teamet må desuden anses som eneste tilbud, der kan nå ud til denne specifikke målgruppe.

Teamet er forankret i Psykiatrisk Center Hvidovre. Teamet overgår til Psykiatrisk Center Amager i forbindelse med fusionen mellem Psykiatrisk Center Hvidovre og Psykiatrisk Center Glostrup.

Økonomi

Finansieringen af Gadeplansteamet fra puljen for Tværsektorielt samarbejde udløb med udgangen af 2015. Der er bevilget 6,7 mio. kr. til drift af gadeplansteamet i 2016.

Såfremt gadeplansteamet ønskes videreført er det Region Hovedstadens Psykiatris vurdering, at det vil forudsætte en årlig budgettilførsel på 6,7 mio. kr. fra og med 2017:

	Helårsbudget
Løn	5,7
Drift	1,0
I alt	6,7
Årsværk	11,0

I ovenstående er det forudsat at gadeplansteamet videreføres med den nuværende kapacitet og personalesammensætning. Driftsbudgettet er genberegnet på baggrund af nuværende forbrug og indeholder udgifter til medicin og andre lægelige artikler, udgifter til transport, herunder taxakørsel ved akutte besøg samt løbende driftsudgifter, herunder løbende vedligeholdelse af de 2 elbiler.

Eventuel senere udbredelse af gadeplansteamet

Der er et stigende antal hjemløse i andre kommuner end København, for eksempel i kommunerne på Københavns Vestegn. Det anbefales derfor i evalueringen, at det undersøges, om teamets område skal udvides til andre områder end Københavns Kommune, eller om der skal etableres yderligere et team.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Sagen har ikke i sig selv økonomiske konsekvenser. En beslutning om evt. permanentgørelse af psykiatrisk gadeplansteam skal træffes ifm budgetbehandlingen for 2017 og vil i så fald indebære en udgift for Region Hovedstaden på 6,7 mio. kr. årligt såfremt tilbuddet videreføres på det aktuelle niveau.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats i forbindelse med sagen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Der skal tages stilling til en permanentgørelse af gadeplansteamet i forbindelse med forhandlingerne om budgettet for 2017.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

15016442

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Gadeplansteam evaluering januar 2016

4. BESLUTNINGSSAG: KORTLÆGNING AF PSYKIATRIENS INITIATIVER INDEN FOR 'SHARED CARE'

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Af budgetaftalen for 2015 fremgår det, at der skal laves en kortlægning af regionens initiativer på Shared Care og patient empowerment, som skal forelægges forretningsudvalget og regionsrådet i løbet af 2015 med henblik på en politisk drøftelse af disse emner.

Med budgetaftalen var der enighed om, at kortlægningen skulle gælde psykiatrien. Psykiatriudvalget behandlede sagen på møde den 24. november 2015, og sagen forelægges nu igen med henblik på drøftelse af de efterspurgte koblinger til socialpsykiatri og beskæftigelsesindsatsen i kommunerne.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til Psykiatriudvalget:

- 1. at Shared Care projekternes kobling til beskæftigelsesindsatsen i kommunerne drøftes.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalget drøftede sagen og lagde i drøftelserne vægt på, at shared care skal bidrage til, at almen praksis understøttes i at hjælpe patienterne til at bevare eller genskabe tilknytningen til arbejdsmarkedet. Psykiatriudvalget ønskede, at "shared care" indgår som et vigtigt element i 3-årsplanen for psykiatrien.

Finn Rudaizky, Susanne Langer og Erik Sejersten deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

På Psykiatriudvalgets møde den 24. november 2015 drøftede udvalget en kortlægning af Shared Care i Psykiatrien (Bilag 1).

Udvalget besluttede følgende:

1. at Psykiatriudvalget ønsker at følge udbredelsen af patient empowerment og shared care fremover, herunder drøfte de videre perspektiver for de to projekter COLLABRI og IBBIS i takt med at resultaterne foreligger. Desuden ønskede udvalget, at patient empowerment og shared care indgår i treårsplanen.
2. at det sikres, at den patienttilgang, som kendes fra recovery, hvor der er tydeligt fokus på ligestilling mellem patient og behandler, integreres i det videre arbejde med shared care. I Shared Care projekterne anvendes princippet Shared Decision Making. Ved Shared Decision Making er behandleren og patienten begge aktive og udveksler alle de nødvendige informationer om dels behandlingsmuligheder, dels de aspekter for patienten som kan have betydning, herunder holdninger og værdier.

Dette vil blive videreformidlet til forretningsudvalget og regionsrådet sammen med konklusionerne fra dette møde.

Udvalget ønskede endvidere klarhed over projekternes kobling til socialpsykiatrien og beskæftigelsesindsatsen i kommunerne.

Kobling til socialpsykiatrien:

De patienter, der behandles i Shared Care projekterne IBBIS og COLLABRI, har lave til moderate symptomer af angst eller depression. De har behov for en tidlig indsats, der sikrer, at de enten kan bibeholde deres funktionsniveau eller vende tilbage til det relativt hurtigt. Det er således ikke en gruppe patienter, der er i kontakt med socialpsykiatrien.

Kobling til beskæftigelsesindsatsen i kommunerne:

IBBIS (Integreret Behandlings- og Beskæftigelsesindsats til Sygedagpengemodtagere) er et formelt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering og fire kommuner (København, Gladsaxe, Gentofte og Lyngby-Taarbæk). Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering finansierer projektet med knapt 50 mio. kr.

Formålet med projektet er at reducere antallet af borgere, der modtager sygedagpenge grundet angst, depression, stress, tilpasningsreaktion og udbrændthed.

I projektet undersøges koblingen mellem den sundhedsfaglige indsats og en struktureret beskæftigelsesindsats. Borgerne i IBBIS vil således få støtte fra både en behandler og en beskæftigelseskonsulent, og indsatserne vil være integreret.

De fire kommuner der deltager i projektet er udvalgt efter størrelse, geografisk placering og interesse.

IBBIS indsatsen varetages i et tæt samarbejde mellem Care Managers, som ansættes i psykiatrien og er administrativt forankret på Psykiatrisk Center Frederiksberg, og beskæftigelseskonsulenter, som er ansat i og udlånt fra de kommunale jobcentre – og med supervision af speciallæger i psykiatri/almen medicin og en psykolog.

Care Managers og beskæftigelseskonsulenter vil blive organiseret i 2 teams. Et i København (BYEN) og et som dækker Gentofte, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk (NORD). Kontorpladser, samtalerum, mødelokaler og træningsfaciliteter ligger i det kommunale forebyggelses-/sundhedscenter.

Projektet er i pilotfasen (januar 2016 – marts 2016). Inklusion af borgere til pilotfasen starter i uge 5. I pilotfasen afprøves udvalgte dele af indsatsen med henblik på evt. tilpasning af indsatserne forud for selve det randomiserede forsøg som påbegyndes pr. 1. april 2016. Der vil blive inkluderet borgere frem til 31. december 2017. Det er målet at der inkluderes godt 1.500 borgere i projektet. Selve forskningsdelen af projektet skal være færdig i 2020.

IBBIS tilbydes til borgere som er sygemeldt med depression, angst, tilpasningsreaktion, udbrændthed eller stress. Indsatsen omfatter:

- 1 Visitation af borger fra jobcentret til udredning i IBBIS
- 1 Sundhedsfaglig udredning, diagnosticering og behandlingsplan ved Care Manager (superviseret af speciallæge i psykiatri/almen medicin)
- 1 Indhentning af viden om arbejdsevne ved beskæftigelseskonsulent
- 1 Fælles mål og handleplan udarbejdet i samarbejde mellem borger, Care Manager og beskæftigelseskonsulent
- 1 Individuelt tilpasset integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats
- 1 Efterværn i form af understøttende og opfølgende samtaler, når beskæftigelsesindsatsen er påbegyndt.

I COLLABRI projektet er formålet at udvikle og afprøve en ny model for behandling af angst og depression i almen praksis. Fokus er således på at understøtte indsatsen i almen praksis. Hvor det er relevant, vil behandlerne samarbejde med sagsbehandlere fra beskæftigelsesområdet om individuelle patienter og deres plan for at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Projektet har dog ikke som IBBIS et beskæftigelsesrettet formål.

Forretningsudvalget og regionsrådet vil på baggrund af drøftelserne på dette møde samt Psykiatriudvalgets møde den 24. november 2015 få forelagt en sag til orientering med Psykiatriudvalgets bemærkninger.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Psykiatriudvalgets drøftelser fra dette møde samt fra mødet den 24. november 2014 danner baggrund for en sag, der behandles i forretningsudvalget den 1. marts 2016 og i regionsrådet den 8. marts 2016 som opfølgning på budget 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

15018150

BILAGSFORTEGNELSE

1. Kortlægning af Shared Care i psykiatrien - PSU 241115

5. BESLUTNINGSSSAG: YDELSESREGISTRERING I PSYKIATRIEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På psykiatriudvalgets møde den 29. september 2015 havde fire fagforeninger (Ergoterapeutforeningen, Dansk Socialrådgiverforening, Socialpædagogerne og Danske Fysioterapeuter) foretræde om ydelsesregistrering i psykiatrien. Det blev på mødet aftalt, at organisationerne skulle fremsende konkrete eksempler på steder, hvor de oplever, at ydelsesregistreringen har en u hensigtsmæssig indvirkning på arbejdstilrettelæggelsen. Fagforeningerne har nu fremsendt en række eksempler, og der er på baggrund heraf udarbejdet et udkast til et svar fra psykiatriudvalget.

INDSTILLING

Administrationen indstiller til psykiatriudvalget:

1. at psykiatriudvalget svarer de fire fagforeninger som foreslået i udkast til svar fra psykiatriudvalget.

POLITISK BEHANDLING

Psykiatriudvalgets beslutning:

Psykiatriudvalget godkendte det foreslåede udkast til svar med enkelte bemærkninger.

På baggrund af den fornyede henvendelse fra de faglige organisationer lagde udvalget desuden vægt på vigtigheden af, at det formidles via interne samarbejdsfora i RHP, at ydelser uden direkte patientkontakt er en nødvendig del af behandlingen.

Finn Rudaizky, Susanne Langer og Erik Sejersten deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Ergoterapeutforeningen, Dansk Socialrådgiverforening, Socialpædagogerne og Danske Fysioterapeuter havde den 29. september 2015 foretræde for psykiatriudvalget.

Budskabet fra organisationerne var, at deres medlemmer oplever, at den model for aktivitetsstyring, der anvendes i psykiatrien, ikke honorerer aktiviteter uden direkte patientkontakt såsom pårørendeinddragelse, samarbejde med bopælskommunen mv. Organisationerne mener, at det får som konsekvens, at der er nogle af disse ydelser som dermed ikke prioriteres i dagligdagen.

På psykiatriudvalgets møde blev det derfor aftalt, at organisationerne skulle fremsende konkrete eksempler på situationer, hvor de oplever, at aktivitetsbudgetmodellen medfører at ydelser uden patientkontakt nedprioriteres.

Psykiatriudvalget har nu modtaget et brev, som er vedlagt som bilag, hvor de konkrete eksempler er beskrevet. Administrationen har udarbejdet et udkast til svar på vegne af udvalget (se bilag).

Region Hovedstadens Psykiatri har i vedlagte notat redegjort for, hvordan modellen for aktivitetsstyring er konstrueret, samt hvad formålet er.

Af notatet fremgår det, at det er indarbejdet i modellen, at der er lavet selvstændige aktivitetsmål for både ydelser med direkte patientkontakt og ydelser uden direkte patientkontakt. Dette er gjort for at synliggøre, at begge ydelsestyper er en nødvendig del af patientbehandlingen.

Det er helt nødvendigt at have aktivitetsbudgetter for de enkelte centre for at sikre, at regionen kan leve op til udredningsretten og tilbyde patienter udredning og behandling inden for kort tid. Derfor er det fastsat, hvor mange patienter den enkelte medarbejder dagligt skal have i gennemsnit. I disse beregninger er der taget højde for ferier, sygdom, kursusdage mv. Det er således en gennemsnitsbetragtning, som det er op til den enkelte centerledelse af tilpasse til de konkrete lokale forhold.

Det gennemsnitlige budgetterede antal besøg på et givent afsnit pr. behandler er graderet efter

ambulatorietype og er lavest for udgående og komplekse funktioner samt børne- og ungdomspsykiatrien og højere for mere almene ambulatoriefunktioner (den såkaldte 2-3-4-model).

Antallet af besøg med patientkontakt er fastsat på et niveau, så der også er tid til kontakt med kommuner, pårørende mv.

Det budgetterede antal ydelser uden besøg er fastsat til ¼ af antallet af besøg i voksenpsykiatrien og ½ af antallet af besøg i børne- og ungdomspsykiatrien for at justere for, at arbejdet med børn og unge i højere grad indebærer ydelser, hvor patienten ikke er til stede.

Aktivitetsbudgetterne understøtter således både det arbejde, der er med direkte patientkontakt og de øvrige ydelser, som er nødvendige for at sikre sammenhæng, inddragelse af familien mv.

Det er ligeledes vigtigt at påpege, at de enkelte enheders opnåelse af aktivitetsbudgetterne ikke er knyttet til økonomien.

Administrationen håber med det vedhæftede brev at kunne tydeliggøre, at det er ledelsesmæssigt højt prioriteret at også ydelser uden direkte patientkontakt er helt nødvendigt for at sikre gode patientforløb.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Sagen i sig selv har ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

16014370

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Konkrete eksempler på ydelsesregistreringer i psykiatrien_fra en række faglige organisationerne
- 📎 2. Notat fra RHP om ydelsesregistrering 180116
- 📎 3. Ydelsesregistrering_psykiatriudvalget svarbrev til de faglige organisering

6. ORIENTERINGSSAG: STATUS OM PSYKIATRIHUSE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I budget 2016 blev der afsat midler til etablering af et fælles psykiatrihus mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Det er aftalt at der løbende gives fælles status på udvikling af psykiatriens hus i Københavns Kommunes socialudvalg og Region Hovedstadens psykiatriudvalg.

INDSTILLING

Administrationen indstiller:

at Psykiatriudvalget tager status og proces for etablering af psykiatrihus på Nørrebro til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

Psykiatriudvalget tog status og proces for etablering af psykiatrihus på Nørrebro til efterretning.

Finn Rudaizky, Susanne Langer og Erik Sejersten deltog ikke i behandling af sagen.

SAGSFREMSTILLING

Borgerrepræsentationen i Københavns Kommune og Regionsrådet i Region Hovedstaden afsatte i budgetaftaler for 2016 hver 5,25 mio. kr. i perioden 2016-2017 til et pilotprojekt for et mindre psykiatrihus på Griffenfeldsgade 44 på Nørrebro og til udarbejdelse af et modelprogram for et større psykiatrihus baseret på erfaringerne for pilotprojektet.

Formålet med et fælles psykiatrihus er at give borgeren et mere sammenhængende tilbud, så den psykiatriske behandling spiller bedre sammen med de kommunale socialfaglige, sundhedsrettede og beskæftigelsesrettede indsatser.

Der er afsat driftsmidler til at ansætte en fælles projektleder og til udvikling af aktiviteter med medarbejdere, brugere og frivillige. Der er endvidere afsat anlægsmidler til bygningsmæssige ændringer i Griffenfeldsgade 44, der skal understøtte et åbent og sammenhængende psykiatrihus.

Status februar 2016

Etableringen af psykiatrihuset på Nørrebro er igangsat som planlagt. Der er ansat en projektleder pr. 1. januar 2016.

Der er etableret samarbejde mellem ledelserne for psykiatrihuset på Nørrebro ved Centerchef Britta Gerd Hansen (Københavns Kommune), Voksenenhedschef Erica Maria Tromp (Københavns Kommune) og ledende sygeplejerske Pia Birkegaard fra Distriktspsykiatrisk Center Nørrebro (Region Hovedstadens Psykiatri).

Der tages udgangspunkt i de funktioner, der allerede er placeret i Griffenfeldsgade 44-46 og de allerede eksisterende lokaler dækkende ca. 3000 m². Fra Socialforvaltningen drejer det sig om Akuttilbuddet for psykisk sårbare, Voksenheden Nørrebro og hjemmevejledere Nørrebro. Fra Region Hovedstadens Psykiatri drejer det sig om Distriktspsykiatrisk Center Nørrebro, Opsøgende Team og Akut Opsøgende Team. I pilotprojektperioden skal beskæftigelsesindsatsen, den forebyggende sundhedsindsats og frivillighedsindsatsen kobles på.

Der er afholdt fælles informationsmøder for medarbejdere i november/december 2015. Projektet er blevet godt modtaget af både medarbejdere i Distriktspsykiatrien på Griffenfeldsgade og medarbejdere fra Socialforvaltningen i Griffenfeldsgade.

De borgere, der i dag modtager en indsats fra Socialforvaltningen eller Distriktspsykiatrien i Griffenfeldsgade, vil fortsat modtage deres indsats i det nye psykiatrihus. I pilotprojektet vil det afprøves, hvordan indsatserne på tværs af kommune og region kan koordineres bedre, så borgeren oplever større sammenhæng i indsatsen.

Projektorganisering

Der er nedsat en styregruppe på direktionsniveau, hvor Socialforvaltningen, Beskæftigelsesforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Region Hovedstadens Psykiatri (herunder de psykiatriske centre, der behandler borgere fra Københavns Kommune) deltager for at sikre en bred ledelsesmæssig prioritering.

I projektorganiseringen er brugerinvolvering i høj grad tænkt ind. Der er nedsat en referencegruppe for brugere og pårørende, som skal yde rådgivning til både styregruppe, projektgruppe og byggeudvalg, så psykiatrihuset afspejler brugernes ønsker og behov. Repræsentanter for Psykiatريفoreningernes Fællesråd og repræsentanter fra lokale brugerråd på Nørrebro deltager i arbejdet. Derudover er der planlagt en samskabende proces med brugere og medarbejdere. Der vil blive holdt en række workshops, hvor det bl.a. skal drøftes, hvilke nye samarbejdsformer der skal afprøves, og hvordan de fysiske rammer i psykiatrihuset skal indrettes.

Styregruppen har den 6. januar godkendt nedenstående tidsplan:

Projektudviklingsfase af psykiatrihuset Nørrebro (januar – marts 2016)

Projektorganisering nedsættes. Der afholdes workshops. De bygningsmæssige ændringer i Griffenfeldsgade går i gang. Projektbeskrivelse udarbejdes og godkendes.

Pilotfase og åbning af psykiatrihuset Nørrebro (april 2016-juli 2017)

Pilotafrøvning igangsættes. Der afprøves nye samarbejdsformer. De bygningsmæssige ændringer, der ikke kræver byggetilladelse, er færdig maj 2016. Psykiatrihuset åbner officielt primo juni 2016.

Modelprogram for et større psykiatriens hus for fase 2 (september 2016-marts 2017)

Modelprogram for et større psykiatriens hus i fase 2 igangsættes og afsluttes marts 2017.

Evaluering, afslutning og evt. videreførelse (marts 2017-december 2017)

Modelprogram og midtvejsevaluering foreligger marts 2017 og forelægges for de politiske udvalg i forbindelse med opstart af budgetprocessen i marts 2017. Endelig evaluering foreligger juni 2017. De politiske udvalg i Københavns Kommune og Region Hovedstaden drøfter etablering af et større psykiatriens hus i København i forbindelse med budgetforhandlinger for budget 2018.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Indstillingen har ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Tomt indhold

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Psykiatriudvalget vil på mødet d. 22. november 2016 få forelagt en plan for, hvordan psykiatrihuse kan udbredes til øvrige kommuner i regionen.

DIREKTØRPÅTEGNING

Svend Hartling / Christian Worm

JOURNALNUMMER

Tomt indhold

7. EVENTUELT

PLACERING AF MØDEAKTIVITET

Det blev drøftet, om der skal træffes generelle beslutninger omkring, hvilke dage der kan planlægges aftenmøder, så det fx undgås, at der er udvalgsaktivitet på dage, hvor der også har været afholdt forretningsudvalgsmøde.

MØDETIDSPUNKT

09-02-2016 18:30

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården - H3

MEDLEMMER

Erik Lund

Susanne Due Kristensen

Hanne Andersen

Erik R. Gregersen

Karsten Skawbo-Jensen

Formand

Finn Rudaizky

Næstformand

Afbud

Anne Ehrenreich

Erik Sejersten

Afbud

Susanne Langer

Afbud

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelse: Kommende møder

1. MEDDELELSE: KOMMENDE MØDER

MEDDELELSER

Der er møde i Psykiatriudvalget i 2016 fra kl. 18.30 - 20.30 på følgende dage:

- | 15. marts
- | 26. april
- | 24. maj
- | 21. juni
- | 30. august
- | 21. september
- | 25. oktober
- | 22. november

JOURNALNUMMER

15016442

NOTAT

Til: **Psykiatriudvalget**

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 15015013
Ref.: LHOE

Dato: 21. januar 2016

Psykiatriudvalgets temadrøftelse vedr. sammenhængen mellem sektorer

Som led i udarbejdelse af en 3-årsplan for udvikling af psykiatrien i Region Hovedstaden har Psykiatriudvalget vedtaget en proces, som bl.a. indeholder en række temadrøftelser. Indeværende notat danner baggrund for den anden temadrøftelse om sammenhængen mellem sektorer på det psykiatriske område.

Notatet indeholder dels en beskrivelse af de enkelte aktørers rolle, dels en skitsering af de områder, som der med fordel kan sættes fokus på i arbejdet med at styrke sammenhængen på tværs af sektorer. Notatet er opdelt i hhv. kommuner og almen praksis.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for indsatser fra flere sektorer. Der er derfor behov for et tæt, koordineret samarbejde på tværs, hvis den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser skal forløbe sammenhængende og effektivt.

- *Psykiatrisk hospital:* Mennesker med svære psykiske lidelser har behov for udredning og behandling i psykiatrien.
- *Praksisområdet:* Mennesker med lettere psykiske lidelser har behov for udredning og behandling i hele – eller dele – af sygdomsforløbet hos praktiserende læge eller praktiserende speciallæge.
- *Somatisk hospital/praktiserende læge:* Mange mennesker med psykiske lidelser, især mennesker med svære psykiske lidelser, har ofte samtidig somatiske lidelser, som kræver behandling på et somatisk hospital eller hos praktiserende læge.
- *Kommune:* Mange mennesker med psykiske lidelser har, udover behandlingen af sygdommen, behov for støtte til at leve et godt liv og til at få hverdagen til at fungere, dvs. støtte og hjælp med forsørgelse, bolig og beskæftigelse mv. Disse opgaver varetages af kommunerne.

Ofte vil flere af ovenstående parter være involveret i at udrede, behandle, pleje eller støtte den enkelte borger/patient på samme tid. Derfor er det vigtigt, at sektorerne har koordineret indsatserne, således at borgeren oplever, at der er sammenhæng mellem

tilbuddene, og at det er sektorerne, der i fællesskab skaber sammenhængen for borgeren.

Samarbejdet mellem sektorerne fastlægges i en række overordnede planer og aftaler som regionen indgår med de øvrige aktører, herunder sundhedsaftalen med kommunerne, rammeaftalen om de sociale tilbud med kommunerne, praksisplanen med de praktiserende læger og speciallægepraksisplanen med de praktiserende speciallæger. Selvom disse planer og aftaler hver især udgør et vigtigt bidrag i forhold til at opnå sammenhæng mellem sektorerne, giver planerne ikke i sig selv garanti for, at borgeren oplever det i praksis. Det kræver en fælles indsats fra de konkrete involverede medarbejdere i region, kommune og praksisområdet. Det kan fx være i forhold til en indlæggelsestruende situation eller en forestående udskrivning.

2. Samarbejde med kommunerne

Region Hovedstadens Psykiatri er ét hospital med 9 voksenpsykiatriske centre og ét børne- og ungdomspsykiatrisk center, der skal samarbejde med 29 kommuner og 1100 praktiserende læger. De 29 kommuner er organiseret forskelligt og ofte med forskellige politisk fastsatte og prioriterede serviceniveauer. Den mindste kommune har ca. 15.000 borgere og den største godt 500.000. Inden for hver kommune samarbejder psykiatrien med forskellige kommunale forvaltninger afhængigt af, om der er tale om fx bolig eller beskæftigelse.

Indsatsen i kommune og region er ofte en samtidig proces, som varierer i intensitet afhængig af patientens tilstand. Der er således ofte ikke tale om et forløb, hvor stafetten entydigt kan gives videre fra kommune til region eller omvendt. Patienten har i mange tilfælde brug for kommunal og regional indsats samtidig. Det gælder fx, hvis patienten er indlagt eller udskrevet til ambulansetilbud i regionalt regi men bor på et kommunalt botilbud.

Disse forhold betyder konkret, at medarbejdere på ét afsnit på ét psykiatrisk center i Region Hovedstaden skal have en meget bred kontakthorizont med adskillige forvaltninger i en række kommuner for at bidrage til at få skabt et godt, sammenhængende forløb for patienterne på afsnittet. Der er således tale om en kompleks og udfordrende opgave, men som er meget central for patientens situation og tilstand – og patientens mulighed for at komme sig.

2.1 Kommunernes rolle i forhold til mennesker med psykiske lidelser

Kommunerne har den primære rolle i forhold til mennesker med psykisk sygdom. Regionerne har en langt mere begrænset rolle i forhold til borgerne – nemlig at behandle psykisk sygdom, og at samarbejde med kommuner og andre parter, fx praktiserende læger, i forhold til de fælles borgere/patienter, der har brug for hjælp fra flere forskellige sektorer. Kommunerne skal derfor yde den hjælp og støtte, der er nødvendig for, at borgerne kan klare sig selv i dagligdagen.

Kommunernes indsats reguleres efter Serviceloven, og formålet med indsatsen er at forebygge, at problemerne for den enkelte borger forværres. Det betyder, at kommunerne skal tilbyde rådgivning og støtte. Det kan fx være sociale ydelser som personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, herunder hjemmevejleder, støtte-kontaktperson mv.

Hvis borgeren på grund af fysisk eller psykisk nedsat funktionsevne ikke har mulighed for at leve et liv i egen bolig, skal kommunen tilbyde enten et midlertidigt eller længe-revarende ophold i et botilbud. De borgere, som bor på botilbud, har betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, og for en række vedkommende er der tale om mennesker med behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, som de ikke kan få dækket på anden vis.

Kommunerne har ligeledes opgaver i forhold til at sikre, at borgere har et forsørgelsesgrundlag. Kommunerne skal derfor bidrage til at bistå kontanthjælpsmodtagere og ledige dagpengemodtagere til så hurtigt og effektivt som muligt at komme i beskæftigelse, så de kan forsørge sig selv og deres familie. I forhold til borgere med psykisk sygdom skal kommunen yde støtte til personer, der på grund af begrænsninger i arbejdsevnen har særlige behov for hjælp til at få arbejde.

Kommunerne skal desuden tilbyde borgere behandling for alkohol- og stofmisbrug. Kommunerne har således en bred opgaveportefølje i forhold til deres borgere, herunder borgere med psykisk sygdom.

2.2 Udfordringer i kommunesamarbejdet

Der har i mange år været arbejdet på at styrke sektorovergange og sammenhængende patientforløb mellem psykiatri og kommuner. Men der er stadig en række gråzoneproblematikker, hvor der er behov for yderligere koordineret indsats. Eksempler på sådanne gråzoneproblematikker er:

- Mange borgere med psykisk sygdom har behov for både kommunal hjælp og støtte og behandling fra regionens psykiatri på samme tid. For disse borgere er det vigtigt, fx ved forværring af borgerens tilstand, at der bliver 'skruet op' for både den kommunale støtte og for regionens behandlingsindsats samtidig, og at dette sker på en koordineret måde, så det er klart, hvem der har hvilken opgave og hvornår.
- Der er risiko for overlap mellem de behandlingsmæssige og de sociale støttefunktioner, fordi arbejdsopgaver og snitflader mellem region og kommune ikke er tilstrækkeligt klare. Det skyldes at lovgivningen på området ikke er klar. Et eksempel på overlappende opgaver er, at der både i psykiatrien og kommunen er ansat socialrådgivere. Alle psykiatriske centre har ansat socialrådgivere, som bistår borgere med at afklare eventuelt behov for støtte og hjælp, herunder også fra kommunen. Når dette er tilfældet, har socialrådgiveren til op-

gave at være brobygger til kommunen (typisk en kommunal socialrådgiver), der skal varetage den kommunale sagsbehandling i forhold til tildeling af kommunale støtteindsatser.

- Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug, hvor der er risiko for, at borgeren bliver afvist fra psykiatrisk behandling på grund af et misbrug, der ikke er behandlet. Samme borger risikerer at blive afvist fra misbrugsbehandling, fordi der er en psykisk lidelse, der ikke er behandlet. I sådanne tilfælde falder borgeren mellem to stole og bliver hverken behandlet for den psykiske lidelse eller for misbruget.
- Beboere på socialpsykiatriske botilbud, hvor myndighederne kan have forskellig opfattelse af begreberne 'behandling, omsorg og pleje', hvilket medfører risiko for u hensigtsmæssige genindlæggelser. Det er de svageste borgere med psykisk sygdom, der bor på botilbud.
- Overgang fra barn til voksen, hvor der er overgange dels internt mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien samt overgange mellem de kommunale børneforvaltninger og de forvaltninger, der varetager opgaverne i forhold til voksne borgere. Når en ung fylder 18 år, overgår den unge fra barn/ung til voksen og bliver myndig. Det indebærer en overgang fra det kommunale børnesystem til det kommunale voksensystem, hvilket har indflydelse på de regelsæt, kommunerne anvender. I behandlingssystemet overgår den unge fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien. Der er således tale om flere samtidige overgange på tværs af sektorer. Den unge og deres familier er således udfordret af, at der er helt nye samarbejdsparter på både kommunesiden og i behandlingspsykiatrien.
- I psykiatrien skærpes patientens ret til hurtig udredning og behandling igen i 2016. For at kunne leve op til denne rettighed arbejdes der i psykiatrien intensivt med løbende at optimere patientforløb og patientlogistik. Patienterne skal kunne komme til hurtigt, og når de er i et forløb, skal forløbet være intensivt. Det stiller stadig større krav til kommunerne om hurtige indsatser og foranstaltninger, så patienten kan støttes og hjælpes i fornødent omfang efter den psykiatriske behandling og komme i gang med at leve et almindeligt liv igen.

Også kommunerne peger på, at der skal arbejdes med løsninger på gråzoneproblematikkerne. Det viser både KLs udspil fra oktober 2013 '8 pejlemærker for en bedre indsats til mennesker med psykiske lidelser' og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariats udspil fra marts 2014 'Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen på psykiatriområdet'. Flere kommuner i Region Hovedstaden har også aktivt tilkendegivet ønske om tættere samarbejde og nye fælles løsninger for at understøtte patienten i at leve et så godt liv som muligt i eget hjem og nærmiljø – før, under eller efter et behandlingsforløb i psykiatrien.

2.3 Initiativer

Region Hovedstadens Psykiatri arbejder fortsat på at styrke og forbedre sektorovergangene og sammenhængende patientforløb. Derfor gøres der en række tiltag, fx afprøvning af bestemte modeller og udvikling af nye samarbejdsformer.

Skærpet sundhedsfaglig profil

En væsentlig forudsætning for, at samarbejdet om den enkelte borger/patient kan styrkes er, at der skabes en klarere sundhedsfaglig og socialfaglig profil i hhv. psykiatrien og kommunerne. Der er behov for en klarere opgave- og ansvarsfordeling. Det skal sikres, at der ikke er uklarhed og dobbeltarbejde i opgaveløsningen, men at indsatserne supplerer hinanden. Hvis det ikke er helt entydigt, hvem der løser hvilken opgave, er der stor risiko for, at borgeren/patienten ikke får den støtte/behandling, der er behov for.

Der kunne i den forbindelse med fordel formuleres et sæt bærende principper for, hvordan psykiatrien både kan sikre en skærpet sundhedsfaglig profil og et styrket tværsektorielt samarbejde med kommunerne. Principperne kan være vejledende for hvilke projekter og samarbejdsformer der arbejdes med i psykiatrien fremadrettet.

Integrerede indsatser

Næste skridt i forhold til at styrke det tværsektorielle samarbejde med kommunerne er ved at arbejde med en integreret indsats. En indsats, der varetages i fællesskab og med medarbejdere fra begge sektorer 'under samme tag'. Eksempler herpå er etableringen af Psykiatriens Hus og fælles team mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. Der skal på baggrund af erfaringerne fra pilotprojektet træffes beslutning om eventuelle yderligere Psykiatriens Huse.

Der er etableret to fælles team med medarbejdere fra både Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri. De fælles team arbejder integreret og udgående og leverer den fælles indsats på botilbud. Det ene team er målrettet borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug. Det andet team er målrettet borgere, der har behov for en medicinpædagogisk indsats og har til formål at sikre, at patienter fortsætter den planlagte medicinering, også på botilbuddet.

Styrket samarbejde om misbrugspatienter

I Region Hovedstadens Psykiatri undersøges det aktuelt, om der kan udarbejdes såkaldte 'samarbejdspakker' mellem misbrugscenter og psykiatri. Patienter, som følger en 'samarbejdspakke' behandles, så patienten ikke længere er aktiv misbruger og dermed vil være i stand til at tage imod et psykoterapeutisk tilbud, hvor denne kan behandles for den psykiske lidelse.

Det er endnu ikke afklaret, om 'samarbejdspakker' kan være en ny model for behandling af dobbeltdiagnosepatienter, dvs. patienter med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Såfremt der arbejdes videre med modellen og der skal udvikles pakker på området, vil det kræve ressourcetilførsel.

Styrket ambulans psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri arbejder i disse år på yderligere omstilling af psykiatrien til øget ambulans behandling i patientens eget nærmiljø. Behandling i nærmiljøet kan bidrage til øget recovery. Eksempler på denne omstilling er Akut Psykiatrisk Hjælp på Psykiatrisk Center Frederiksberg og Psykiatrisk Center Amager (jf. i øvrigt oplægget til PSU's temadrøftelse den 12. januar 2016 om ambulans psykiatri). Disse tilbud retter sig mod borgere med behov for akut psykiatrisk hjælp og som udgangspunkt borgere med alle typer af psykiatriske lidelser, herunder fx også borgere, der bor i kommunalt botilbud.

Det er imidlertid vigtigt for at kunne opretholde den psykiatriske behandling i patientens nærmiljø, at kommunerne hurtigt og samtidigt kan følge op med intensiveret støtte, fx ved flere besøg fra en støttekontaktperson.

Der er derfor behov for, at der arbejdes for at Sundhedsaftalen og den kommende revision af samarbejdsaftaler kan udmøntes i konkrete fælles udviklingsprojekter, der blandt andet kan bidrage til:

- Konkrete aftaler om det daglige driftssamarbejde og fastholdelse af disse aftaler
- Prioritering af koordinerede indsatsplaner for patienter med dobbeltdiagnoser
- Klarhed over hvilke aktivitets- og rehabiliterende tilbud, der hører under regionen, og hvilke der hører under kommunerne

Styrket beskæftigelsesrettet kommunesamarbejde

I 2015 indgik Region Hovedstadens Psykiatri et samarbejde med Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering om at afprøve en integreret behandlings- og beskæftigelsesindsats for sygemeldte borgere med angst, depression, stress, tilpasningsreaktion eller udbrændthed, som udgør over halvdelen af alle sygedagpengemodtagere. International evidens peger på, at en behandlingsindsats alene ikke medfører bedre beskæftigelsesresultater.

I projektet deltager fire kommuner: Gladsaxe, Gentofte, København og Lyngby-Taarbæk, som bidrager med beskæftigelseskonsulenter samt lokaler, og som vil henvise sygemeldte borgere fra jobcentre til projektet. Pilotfasen gik i gang i januar 2016, og interventionen påbegyndes til april 2016. Projektet forventer at inkludere godt 1500 borgere frem til og med april 2018.

Sundhedsfremmeinitiativer ved PC Glostrup

På Psykiatrisk Center Glostrup tilbydes fysioterapeutiske behandlingstilbud for indlagte og ambulante patienter på centret. For at understøtte patientens overgang i forbindelse med udskrivelse fra psykiatrien er der etableret mulighed for at fortsætte forløb efter udskrivelsen i tidsafgrænset periode. Ved afslutning af forløb kan centret, evt. i samarbejde med patientens kontaktperson, støtte op om tilknytning til relevante tilbud

i patientens nærmiljø, fx i socialpsykiatrien, idrætsforening for sindslidende eller andet.

Fælles patientforløbsprogram mellem kommune og psykiatri

Socialstyrelsen har i et tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsen og med inddragelse af relevante parter fra beskæftigelses-, undervisnings- og uddannelsesområdet udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. De lokale forløbsprogrammer udarbejdes i 2016-2017.

3. Praksisområdet

De praktiserende læger vil i egenskab af deres gatekeeperfunktion ofte være de første, der møder mennesker med psykiske lidelser, når disse mennesker skal i kontakt med sundhedsvæsenet. De praktiserende lægers beslutninger har derfor afgørende betydning for disse menneskers videre forløb i sundhedsvæsenet.

Almen praksis håndterer derfor et bredt spektrum af psykiske lidelser og står for udredning og behandling i hele – eller dele – af sygdomsforløbet for en række patientgrupper med psykiske lidelser. Det gælder fx patienter med let til moderat angst og depression, kriser, demens, og alkoholmisbrug. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af patienter med visse sværere psykiske lidelser indenfor såvel det affektive som det psykotiske spektrum efter behandling på hospital. Andre patienter med behov for tværfaglig og tværsektoriel indsats og evt. længerevarende forløb varetages i fx distriktspsykiatrien.

Praktiserende speciallæger varetager primært behandling af patienter med psykiske sygdomme af moderat grad, hvor der ikke er behov for bred tværfaglig indsats involverende flere faggrupper. Det drejer sig typisk om angst- og depressionslidelser, stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og voksne med ADHD

Almen praksis har også mulighed for at henvise særligt udsatte persongrupper og personer med let til moderat angst og depression til psykologbehandling med tilskud hos praktiserende psykolog.

3.1 Praksisplan for almen praksis 2015-2019

I december 2015 vedtog Praksisplanudvalget en ny praksisplan for almen praksis, som bl.a. adresserer det tværsektorielle samarbejde om borgerne i det omfang, det involverer almen praksis. I praksisplanen er der aftalt en række indsatser for borgere med psykisk sygdom og mistrivsel.

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Et tværsektorielt samarbejde om tidlig opsporing og en koordineret indsats til borgere, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom, er derfor central. Børn er en særlig målgruppe. Almen praksis skal derfor bidrage aktivt i planlægningen af nye indsatser til børn og unge med psykisk sygdom samt deltage i

arbejdet med at udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn og unge.

Der skal sikres en effektiv henvisning til videre behandling. Derfor skal almen praksis deltage i udviklingen af entydige og let tilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatri og praksissektoren. På børneområdet skal der desuden aftales retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om børn og unge der ønskes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.

Der arbejdes også med nye samarbejdsmodeller mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen inden for det psykiatriske område, og dette skal i højere grad inddrage almen praksis i behandling af en række patienter med ikke-psykotiske lidelser. Dette område skal udvikles i planperioden, når de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede i almen praksis.

Det er en særlig indsats at sikre opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med samtidig psykisk sygdom. Almen praksis skal derfor deltage i samarbejdet om at informere borgere med psykisk sygdom om muligheden for at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Desuden skal det i dialog med almen praksis drøftes, hvordan forebyggende sundhedsundersøgelser kan tilrettelægges for borgere med psykisk sygdom, herunder borgere tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, hvor der er evidens for dette.

For patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug skal sikres en koordineret indsats. Almen praksis skal inddrages i udviklingen og udbredelsen af nye modeller for samarbejdet herom. Almen praksis har en særlig rolle i forhold til at understøtte disse patienters egen motivation for at tage imod relevante behandlingstilbud.

At vurdere en patient med psykisk sygdom kan derfor være både fagligt vanskeligt og tidskrævende for den praktiserende læge. Der er derfor også etableret mulighed for, at praktiserende læger kan rådføre sig telefonisk med klinikere i psykiatrien.

Der afprøves desuden aktuelt flere shared care-modeller i Region Hovedstadens Psykiatri. Shared Care er en samlebetegnelse for flere forskellige samarbejdsmodeller, som alle bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling mellem almen praksis, speciallæger, hospitaler og evt. kommunerne.

Med Shared Care modellen, Collaborative Care, opkvalificeres den behandling, som allerede foregår i almen praksis. Den praktiserende læge er omdrejningspunktet og har behandlingsansvaret for patienten men understøttes af fx rådgivning fra speciallæger, uddannet hjælpepersonale, patientkurser etc.

I projekt COLLABRI bliver en ny model for behandling af angst og depression udviklet og afprøvet i perioden oktober 2014 til maj 2016. 90 % af patienterne med angst og depression behandles i almen praksis. Når COLLABRI-projektet afsluttes skal der

træffes beslutning om evt. videre forankring. Ressourcebehovet i den forbindelse kendes endnu ikke.

Samtaleterapi

I forbindelse med de i overenskomsten aftalte muligheder for decentralisering af ydelser til samtaleterapi skal der i planperioden arbejdes med en konkretisering af samtaleterapi i almen praksis. Der skal ses på sammenhæng mellem tilbud om samtaleterapi i forskellige dele af praksissektoren samt i kommunerne.

3.2 Speciallægepraksis og almen praksis

Moderniseringen af psykiatri i speciallægepraksis trådte i kraft den 1. juni 2015, og er udarbejdet i samarbejde mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævnt (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS).

Hovedsigtet med moderniseringen af specialet er, at indførslen af udrednings- og behandlingsforløb i speciallægepraksis sammenholdt med en økonomisk tilførsel til specialet vil medføre behandling af 10 % flere patienter.

Der er indlagt en incitamentsstruktur i forhold til at få afsluttet behandlingsforløb og dermed få plads til flere nye patienter i speciallægepraksis. Det er forventningen, at der med moderniseringen vil ske en aflastning af almen praksis, da patienter med psykiske lidelser hurtigere vil kunne få en tid i psykiatrisk speciallægepraksis.

Der er endvidere i moderniseringen indbygget en forventning om, at stabile patienter efterfølgende vil kunne håndteres i almen praksis efter aftale mellem den praktiserende læge og speciallægen med henblik på fortsat medicinering eller kontrol i henhold til en detaljeret behandlingsplan. Dette skulle give mulighed for, at den praktiserende læge hurtigere kan henvise patienter, som de gerne vil have en specialistvurdering af.

Samtidig er grænsen sat ned for, hvor mange konsultationer en henvisning omfatter. En henvisning omfatter nu normalt 10 konsultationer (tidligere 15 konsultationer), som kan udvides til 20 konsultationer (tidligere 30 konsultationer), såfremt speciallægen vurderer, at en afbrydelse vil indebære en helbredsrisiko for patienten. Der er også indlagt en betingelse om, at andelen af patienter med behov for fortsat behandling (hvor man udvider antallet af konsultationer) maksimalt må udgøre 10 % af de praktiserende speciallægers patienter.

Det er vurderingen, at et begrænset antal patienter vil blive tilbageført til almen praksis, fordi speciallægerne overskrider de 10 %, men almen praksis har ytret bekymring for, om der vil ske en opgaveglidning, hvor patienter som hidtil har været håndteret på psykiatrisk speciallægeniveau nu forventes håndteret i almen praksis.

3.3 Psykologbehandling og almen praksis

De praktiserende psykologer tilbyder psykologisk krisehjælp og behandling enten som supplement til medicinsk behandling eller som selvstændig behandling. Dette sker i

samarbejde med praktiserende læge. En række specifikke persongrupper kan henvises fra praktiserende læge til psykologhjælp med tilskud, herunder personer med let til moderat depression mellem 18 og 37 år og personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 28 år. Der kan højst gives 12 konsultationer, dog kan patienter med depression eller angst genhenvises til yderligere 12 konsultationer.

Både tilskudsordningen til psykologhjælp og satspuljeaftalen er evalueret i 2015 og resultaterne forventes at medføre justeringer i overenskomsten om psykologhjælp med tilskud, som forventes færdigforhandlet primo 2016 med ikrafttræden juli 2016.

3.4 Hvordan kan psykiatrien støtte almen praksis?

Det er i praksisplanen anbefalet, at almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede. Dette forudsætter endvidere, at det er aftalt enten mellem praktiserende psykiater og almen praksis eller mellem hospital og almen praksis.

Det er afgørende for både patientsikkerheden og for almen praksis, at ansvaret er entydigt placeret i forbindelse med sektorovergange. I planperioden skal der arbejdes for sikker ansvarsoverdragelse, særligt når det vedrører sårbare borgere og særligt komplekse forløb. Region Hovedstadens Psykiatri og speciallægepraksis kan hjælpe almen praksis ved at sikre, at overdragelsen af patienter sker sikkert – helt konkret at man sikrer sig, at ansvaret er overdraget, fx ved telefonisk kontakt og medgivelse af en behandlingsplan.

Almen praksis ønsker at der oprettes en 'særlig genvej' tilbage i det psykiatriske system for patienter, som almen praksis ikke føler sig fagligt eller organisatorisk i stand til at overtage behandlingen af. Almen praksis ønsker, at en sådan tilbagesendelse af patienten ikke bør kunne afvises.

Der er etableret rådgivningsordninger/telefonrådgivninger for almen praksis inden for psykiatrien vedr. ADHD-behandling, patienter med dobbeltdiagnoser, spiseforstyrrelser, gravide i antidepressiv behandling og gravide i behandling med antipsykotisk medicin. Kendskabet til disse rådgivningsordninger skal udbredes.

4. Somatikken

Alle psykiatriske centre i Region Hovedstadens Psykiatri har indgået samarbejdsaftaler med et eller flere af regionens somatiske hospitaler. Samarbejdsaftalerne fastlægger blandt andet, hvordan psykiatrien og somatikken gensidigt leverer ydelser til hinanden i forhold til patienter, der både har en psykiatrisk lidelse og en somatisk lidelse.

Herudover indgår det som en del af den lægelige udredning og behandling af patienter i psykiatrien, at patienter vurderes med henblik på somatisk sygdom og forebyggelse hos patienterne, fx gennem KRAM-screening.

07. januar 2016

Om Gadeplansteamet

Gadeplansteamet blev etableret i august 2012 som et udviklings- og samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune. Projektet er det første af sin slags her i Danmark og har to formål:

- at indsamle ny viden om, hvordan man bedst kan nå hjemløse med psykisk sårbarhed
- at bygge bro og styrke samarbejdet mellem region og kommune

Hvorfor et særligt tilbud?

Hjemløse har svært ved at bruge de psykiatriske behandlingstilbud, som RHP tilbyder. Samtidig er der mange snitflader mellem regionale og kommunale opgaver, når det handler om hjemløshed. Det gælder især hjemløse med dobbeltdiagnoser, hvor kommunen har ansvaret for misbrugsbehandlingen, mens regionen står for den psykiatriske behandling.

Det er baggrunden for, at region og kommune i fællesskab besluttede at udvikle et særligt tilbud, der var skræddersyet behovet hos hjemløse, der har en psykisk sårbarhed.

Målgruppen

Psykiatrisk Gadeplansteam retter sig mod hjemløse med enten kendt psykisk sårbarhed eller mistanke om psykisk sårbarhed. Tilbuddet retter sig mod alle hjemløse også de udokumenterede immigranter, dem, der har misbrug og dem, der er funktionelt hjemløse.

Bemanning

Projektet begyndte i august 2012. Der er ansat ti medarbejdere – en psykiatrisk overlæge, en afdelingssygeplejerske, otte sygeplejersker og en sekretær.

Forankring

Psykiatrisk Gadeplansteam dækker hele Københavns Kommune. Teamet er forankret på Psykiatrisk Center Hvidovre, men arbejder primært på gaden og på udvalgte herberger, natcafeer og væresteder. Den 1.1.2016 overgår teamet til at høre under Psykiatrisk Center Amager og flytter i den forbindelse sidst i februar til lokaler på Gammel Kongevej 33.

Distrikter og herberger

Gadeplansteamet har inddelt kommunen i fire distrikter: Nørrebro, Vesterbro, Christianshavn og Amager. Til hvert distrikt er knyttet to sygeplejersker. Dette har både styrket samarbejdet med de hjemløse og samarbejdspartnerne på herberger og opholdssteder.

Projektet har nu eksisteret tre år og har tidligere udgivet en midtvejsevaluering og dette er en kort opfølgning, der indeles i følgende afsnit.

- Datagrundlag og casebeskrivelser
- Metodisk tilgang, herunder arbejdsform og samarbejde
- Fremtidsperspektiver

Datagrundlag og casebeskrivelser

Projektet har været udfordret i forhold til at være et tilbud i behandlingspsykiatrien, hvor der er beskrevet en særlig registreringspraksis. En del hjemløse ønsker ikke at oplyse navn eller CPR-nummer, det er i sig selv vanskeligt at håndtere. Derudover er en stor del af teamets opgave at motivere og etablere kontakt, hvilket betyder talrige forsøg på kontakt, som ikke kan registreres. Det er ikke i projektperioden lykket at løse problemerne vedrørende registrering. Det betyder at vi ikke i projektperioden har umiddelbart sammenlignelige data og at en betydelig del af de hjemløse, vi har været i kontakt, med ikke indgår i nedenstående data.

Resultatet er, at vi fra starten af projektet til medio maj 2015 har haft 271 hjemløse registreret i behandlingsforløb (A-forløb) fordelt på 30 % kvinder og 70 % mænd. 29 % af de 271 hjemløse blev registreret med misbrug, og 42 % med lidelser inden for det skizofrene spektrum. Ligeledes kan man se, at de hjemløse har haft en gennemsnitlig behandlingstid på 154 dage.

Den gennemsnitlige alder for de 271 hjemløse er 42 år med en spredning på 19-76 år (se sidste side for skematisk oversigt).

Der ses en faldende tendens til at de hjemløse, der er tilknyttet teamet har misbrug. Samtidig ses en stigende andel af gruppen, som er diagnosticeret med Skizofreni. Årsagerne hertil kan være mange og kan ikke endeligt fastslås. Men vores samarbejde med de forskellige aktører på hjemløseområdet er blevet til stadighed tættere og vi har undervist og vejledt ganske meget de sidste tre år. Vi opfatter det som et udtryk for, at vi har haft succes med vores arbejdsform, idet den har medvirket til en øget forståelse for psykiske lidelser

hos vores samarbejdspartnere og dermed gjort det lettere for dem at finde ud af, hvilke hjemløse der kan have gavn af at blive henvist til Gadeplansteamet.

Gadeplansteamet har nu kontinuerligt kontakt til mellem 100-120 hjemløse, som fordeler sig ligeligt på A- og H – forløb (henvisningsforløb).

Hjemløse med psykisk sårbarhed er i meget forskellige situationer, men vi har forsøgt at inddele dem i tre hovedkategorier.

- 1) Hjemløse, som lever uden nogen form for forsørgelse.
I folkeregistret står de som forsvundne eller udvandret, det bliver man når man ikke har haft kontakt til det offentlige gennem langt tid.
De overnatter på gaden eller på natcafeer, hvor man ikke behøver at registrere sig og det er ikke alle, der tidligere haft kontakt til psykiatrien. De klarer sig typisk ved at samle flasker og have deres gang på væresteder med gratis mad. Gruppen er kendetegnet ved ikke at have misbrug og når Gadeplansteamet kommer i kontakt med dem, har de ofte været hjemløse gennem flere år. Det er vores erfaring, at denne gruppe i udpræget grad har lidelser indenfor det skizofrene spektrum.

En mand midt i halvtredserne havde levet som hjemløs uden forsørgelse i femten år, da teamet første gang kom i kontakt med ham. Han overnattede på en natcafe, hvor teamet mødte ham enten tidlig morgen eller sen aften. Ved henvendelse var det ikke muligt at føre en reel samtale, han kom med lange usammenhængende enetaler med psykotisk indhold. Han blev fulgt af gadeplansteamet i lidt over to år. Det var en lang proces at skabe kontakt til ham, samt at koordinere indsatsen, så både hans fysiske sygdom, sociale situation og psykiske lidelse blev behandlet. Han kom i antipsykotisk behandling og har nu offentlig forsørgelse, egen bolig og er overgået til et forløb i distriktpsychiatrien.

En yngre mand der havde levet som hjemløs i fire år, mødte vi ligeledes i en natcafe. Han havde ikke penge til at købe mad for og var forpint af sin psykotiske tilstand. Han var hurtigt interesseret i at tale med teamets overlæge og ville også gerne opstarte i antipsykotisk medicin. Han fik et værelse på et herberg og i samarbejde med herbergspersonalet og kommunen, fik han opstartet kontanthjælp. Forløbet strakte sig over et halvt år og borgeren er nu i et botilbud og følges i OPUS.

- 2) Hjemløse, der allerede er kendt i psykiatrien.
Disse mennesker har typisk været indlagt og har absenteret sig under indlæggelsen eller er blevet afsluttet fra et ambulans forløb, da de ikke ønskede kon-

takten. De ønsker ikke kontakt til psykiatrien og har ikke nogen erkendelse af at de har en psykisk sårbarhed.

En kvinde i tresserne lider af skizofreni og har flere tvangsindlæggelser bag sig. Disse har været på behandlingsindikation og hun har på intet tidspunkt ønsket at modtage ambulante behandling. Hun modtager folkepension og er kendt med periodevis vagabondering, ophold på natcafeer gennem i hvert fald 15 år. Vi møder hende på en natcafe og trods flere forsøg på at etablere kontakt, ønsker hun ingen form for samarbejde med psykiatrien. Efter grundige overvejelser beslutter teamet at tvangsindlægge hende på behandlingsindikation, i håbet om at en længerevarende indlæggelse og behandling med anti-psykotika kan hjælpe hende. Hun er for nærværende fortsat indlagt.

3) Hjemløse med psykisk sårbarhed og misbrug.

For en del af denne gruppes vedkommende er misbruget en måde at dulme de psykotiske symptomer på. Her ser vi at misbruget mindskes væsentligt og for nogens vedkommende helt ophører, når de kommer i relevant medicinsk behandling.

En yngre mand med misbrug af alkohol og diverse stoffer blev henvist fra modtageenheden, da han var forpint af stemmer. Han havde på daværende tidspunkt været hjemløs i 5 år; først som gadesover og siden på herberg. Han blev af teamets overlæge diagnosticeret med skizofreni og opstartede anti-psykotisk medicin. Hans misbrug mindskedes i takt med, at medicinens virkning øgedes. Hele forløbet varede i 5 måneder og han har nu et forløb i OPUS.

Metodisk tilgang

Da der på opstartstidspunktet ikke har været beskrevet tilsvarende projekter såvel nationalt som internationalt, var en af teamets opgaver at afprøve forskellige modeller. Det har på en gang både været en udfordring og en gave for projektet. Det har åbnet op for muligheden af selv at være afdækkende og afsøgende i tilgangen og det har muliggjort at forskellige metoder har kunnet udvikles og afprøves. Dette har medvirket til, at projektet hele tiden har udviklet sig progressivt.

I projektets begyndelse brugte teamet meget tid på at skabe sig et overblik over de forskellige aktører på hjemløseområdet og opstarte samarbejde med dem. Da der ikke tidligere har eksisteret et psykiatrisk gadeplansteam, var der fra flere sider usikkerhed om, hvordan man kunne bruge et sådant. Vi har derfor holdt mange oplæg for samarbejdspartnere om vores funktion.

Gadeplansteamet brugte en del ressourcer på at afdække forventninger og behov fra de forskellige herbergers side. Den flade struktur gjorde, at der ikke har været så langt fra ide til handling og efterlod netop muligheden for, at praksis kunne ændres undervejs i takt med, at vi fik mere erfaring og viden.

Det blev ret hurtigt klart, at hvis teamet skulle tilbyde ens behandling, skulle tilgangen på de forskellige herberger være forskellig. Det er forskellige typer af hjemløse, der søger de forskellige herberger, ligesom herbergerne har forskellige strukturer, kulturer og fysiske rammer. På natcafeerne er teamet for eksempel kommet i kontakt med flere, som ikke tidligere har været kendt i psykiatrien og som heller ikke har nævneværdigt forbrug af stoffer. Omvendt har mange af teamets hjemløse på Vesterbro et stort forbrug af stoffer, som har en afgørende betydning for udredning og behandling. På Sundholm er der mange med alkohol eller hashforbrug. Ydermere er der stor forskel mænd og kvinders årsager til hjemløshed og måden hvorpå de er hjemløse.

Ligeledes har de fysiske rammer en betydning; på en natcafe eller et værested hvor alle borgere er i samme rum, er der eksempelvis bedre mulighed for at lave opsøgende arbejde og etablere kontakt, end på et herberg, hvor borgerne opholder sig på deres værelser.

Arbejdsform

Gadeplansteamet har over tid etableret en struktur for arbejdet. Denne tilgang har inkorporeret elementer fra andre ambulante enheders arbejde og er den teamet erfaringsmæssigt har fundet mest brugbar:

Henvi sning: Det vil typisk dreje sig om en opringning fra samarbejdspartnere med en bekymring over påfaldende adfærd, eller med et ønske om udredning. Det kan også være teamet selv, der observerer en påfaldende adfærd hos en borger og derefter på eget initiativ tager kontakt.

Aftale: Teamet vil eventuelt med hjælp fra samarbejdspartnere etablere en aftale med den hjemløse så hurtigt som muligt efter henvisningen, gerne inden for få dage. En del af de hjemløse er ikke i stand til at lave eller overholde aftaler og her vil teamet komme de steder, hvor den hjemløse opholder sig i løbet af dagen og her etablere kontakt.

Etablering af samarbejde med den hjemløse: Denne fase kan strække sig over alt fra en samtale til mange måneder og foregå på forskellige måder. Nogle hjemløse er umiddelbart motiverede for samtaler, andre ønsker ikke umiddelbart kontakt til psykiatrien og har brug for lang tid til at se teamet an, før de ønsker samtale. Samtalerne kan i begyndelsen være af mere uformel karakter, hvis den hjemløse har brug for tid til at etablere tillid til teamet. Teamet har haft hjemløse, hvor eneste kontakt gennem måneder har været at låse deres skab op eller afmålte hilsener.

Samtykke: Hurtigst muligt indhentes samtykke fra den hjemløse til at kontakte relevante samarbejdspartnere.

Konference: Her drøftes det, om teamet har et relevant behandlings- eller udredningstilbud til den hjemløse. I givet fald arrangeres der lægesamtale og han flyttes over i et A-forløb. En mulighed kan også være at beholde den hjemløse i et H-forløb med henblik på at lære ham bedre at kende og indsamle flere oplysninger. Bliver det vurderet, at den hjemløse ikke vil kunne profitere af kontakt til teamet, afsluttes han. For enkeltes vedkommende vil det undervejs i forløbet vise sig, at de allerede har et forløb for eksempel i Distriktpsychiatrien eller OPUS og da vil teamets arbejde bestå i, at forsøge at hjælpe dem tilbage i denne behandling, hvorefter de afsluttes fra teamet.

Indledende vurdering: Udarbejdes i henhold til retningslinjer for ambulant journalføring når den hjemløse er overgået til at A-forløb. Teamet tilstræber at den indledende vurdering er udarbejdet inden første lægesamtale.

Lægesamtale: Foregår som udgangspunkt hvor den hjemløse opholder sig. Langt de fleste steder teamet kommer, er der mulighed for at låne et lokale til at afholde samtaler i.

Behandlingsplan: Udarbejdes i henhold til retningslinjer for ambulant journalføring i samarbejde med den hjemløse og eventuelt også med

samarbejdspartnere. Vigtigt er det, at teamet danner sig et overblik over den hjemløses samlede situation med henblik på at lægge en plan, der er den bedste for vedkommende.

Videre udredning: Foregår i form af sygepleje- og lægesamtaler samt samarbejde med øvrige involverede parter, typisk Hjemløseenheden og herbergs personalet, men også Modtageenheder og jobmentorer og en række andre kan inddrages ved behov.

Eventuel opstart af medicinsk behandling: Medicinen er gratis for teamets patienter. Dette har formentlig en stor betydning for behandlingen, da det ellers kan være svært for de hjemløse at betale medicinen grundet deres komplekse livssituation, psykiske sårbarhed og indimellem også deres forbrug af stoffer og alkohol. Enkelte har slet ingen indtægt, men ernærer sig ved at samle flasker og har således næsten ingen penge til rådighed. Medicinen udleveres for det meste en gang om ugen og følges som udgangspunkt altid af en samtale.

Afslutning: Når det skønnes muligt, afsluttes den hjemløse til andet behandlingstilbud eller hvis han er færdigbehandlet, til egen læge.

Erfaringsmæssigt har det vist sig at det i særdeleshed er i overgangene mellem de forskellige behandlingstilbud, at faren for at den hjemløse glider ud af behandlingen, er størst. Der pågår et stort arbejde i at afslutte de hjemløse og fortsat følge dem i en periode efter de er opstartet behandling i en anden enhed. Såfremt det er muligt, deltager teamet i de første visiterende samtaler, ligesom teamet også deltager i eventuelle konferencer og møder mens den hjemløse er indlagt. Teamet har fra starten netop haft fokus på overgange og arbejdet løbende med dette. Indsatsen har haft god effekt, da en stor del af de hjemløse fortsætter i behandling også efter at de er afsluttet fra teamet.

Der hvor teamet i høj grad adskiller sig fra andre ambulante tilbud er dels den åbne visitation, og dels den store fleksibilitet.

Gadeplansteamet har med jævne mellemrum foranstaltet tvangsindlæggelser, hvor frivillig indlæggelse eller anden intervention ikke har været mulig. Her har teamet arbejdet med at udvikle en metode for den praktiske udførelse af disse. Her medtænkes den hjemløses individuelle behov, samarbejdspartneres oplysninger og modtagende Psykiatriske Center.

Gadeplansteamet har opnået en stor viden og kapacitet indenfor dette område og har her haft et tæt og formålstjenligt samarbejde med politiet. For at gøre indlæggelsen så skånsom for den hjemløse som muligt, har det

vist sig, at der udover lægen bør medvirke to sygeplejersker, så den ene sygeplejerske kan koncentrere sig om kontakten til den hjemløse og den anden kan tage sig af de praktiske og koordinerende opgaver.

Da en tvangsindlæggelse er et voldsomt indgreb for den hjemløse, har det været af stor betydning, at teamet efterfølgende har kunnet besøge ham og forsætte det indledte samarbejde under indlæggelse. I nogle tilfælde har teamet fortsat haft kontakt med den hjemløse efter udskrivelse og i andre tilfælde er der fra den behandlende afdelings side lagt en opfølgingsplan der ikke involverer Gadeplansteamet, men et mere permanent ambulansetilbud.

Samarbejde

Fra projektets begyndelse, var det beskrevet hvem Gadeplansteamet formelt skulle indgå samarbejde med og dermed udfærdige formelle samarbejdsaftaler med:

- Aktivitetscentret Sundholm natcafe: Et gratis overnatningstilbud, der er lukket i aftentimerne med 48 pladser og hvor der er muligt at opholde sig anonymt.
- Bocentret: Herberg for kvinder, mulighed for at have hund med 62 pladser.
- Herbergscentret: Herberg med 56 pladser.
- Mændenes Hjem: Herberg med 33 pladser, samt Kontaktstedet der har døgnåbent og omkring 600 kontakter i døgnet.
- Sundhedsrummet: Sygeplejeklinik på Vesterbro.
- Cafe Klare: Gratis overnatningstilbud til kvinder, lukket i dag- og aftentimerne med omkring 20 pladser.
- Herberget Hillerødgade og natcafeen i Hillerødgade: Herberg og natcafe med i alt 75 pladser.
- Hørhuset: Herberg med 64 pladser.
- Pakhuset: Værested med åbent i dagtimerne.
- KFUMs Kollegium: Herberg med 59 pladser
- Kollegiet Gl. Køge Landevej: Herberg med 41 pladser.
- Rådmandsgade 60: Herberg for unge med 20 pladser.
- Sygeplejeklinikken, Sundholm.
- Hjemløseenheden, Københavns Kommune.

Samarbejdet er løbende udvidet, således at teamet startede ud med enkelte tilbud og løbende inddrog flere i takt med at teamet blev udvidet og arbejdsmængden muliggjorde det. De formelle samarbejdsaftaler er alle individuelt tilpasset ønsker og behov fra det enkelte herberg og evalueret

og tilrettet løbende. At aftalerne er individuelle har netop muliggjort, at teamet har kunnet tilbyde relevant behandling tilpasset den enkelte hjemløse. Flere steder deltager gadeplansteamet i ugentlige konferencer og temadage. Samarbejdsaftalerne beskriver hvornår teamet er til stede og hvordan samarbejdet mellem teamet og personalet på pågældende sted bør foregå.

Derudover har teamet løbende fået flere samarbejdspartnere og dermed oparbejdet et stort netværk, eksempelvis kan nævnes:

- Reden: natherberg for prostituerede kvinder.
- Naturvejlederne på amager fælled, hvor hjemløse ind i mellem tager ophold.
- Det Grønlandske Hus
- Kompasset: Rådgivning for immigranter.
- Hus Forbi
- Projekt Udenfor
- Herfra og Videre: Christianias beboerrådgivning.
- Sundhedsteam: Praktiserende læge for hjemløse og socialt udsatte i København.
- Københavns kommune herunder blandt andet
 - Christianiateam: Socialrådgivere der arbejder med borgere på Christiania.
 - Støttekontaktpersoner
 - Jobcentre
 - Rådgivningscentre
 - Børnefamilieteam
 - Sundhedsplejersker
 - Forchhammervej: Misbrugsbehandling, døgntilbud.
- Andre kommuner
- Veterancentret: Forsvarets støtte- og vejledningstilbud til veteraner.
- Biblioteker
- Røde Kors klinikken: Sundhedstilbud til illegale immigranter.
- Arbejde Adler: Aflastningspladser.
- Kriminalforsorgen.
- Andre herberger udenfor København.
- Væresteder.

Teamet har således over perioden tilegnet sig en stor viden om kommunale og frivillige tilbud inden for hjemløseområdet, ligesom teamet besidder et indgående kendskab til RHP. Dermed er teamet i stand til at undervise, vejlede og i det hele taget udbrede kendskabet til RHPs behandlingstilbud og til psykisk sårbarhed generelt. Teamet har blandt andet undervist på herberger, nat-

cafeer, væresteder, Christianias beboerråd, Reden, og Rådgivningscentre. Derudover har teamet holdt oplæg om dets arbejde i flere sammenhænge herunder i Dansk Sygeplejeråd, KLs landsmøde og i RHPregi. Afdelingssygeplejersken deltager i PSPsamarbejde for City og Amager og har sammen med overlægen løbende møder med Hjemløseenheden.

En af de grunde, der ofte nævnes fra samarbejdspartnere som grundlæggende for teamets succes, er tilgængelighed og synlighed. Det er af stor betydning for teamet at bibeholde den fleksible tilgang og den åbne visitation, samt muligheden for at rykke akut ud. De akutte tilkald drejer sig hyppigst om hjemløse med bekymrende adfærd eller selvmordstrusler, hvor det ikke er muligt at motivere den hjemløse for at tage til en Psykiatrisk Modtagelse.

Mødestrukturen i teamet er planlagt således, at sygeplejerskerne har størst mulighed for fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Således har hver sygeplejerske knap tre timers planlagt mødevirksomhed om ugen, som bruges på planlægning og konference.

Fremtidsperspektiver

Projektet har gennem de snart 3 år det har eksisteret, udviklet stor ekspertise i at etablere og motivere hjemløse med psykisk sårbarhed til behandling. Dette arbejde er ikke muligt uden et systematisk og tæt samarbejde med Københavns Kommune.

I løbet af projektet er det blevet sådan at Hjemløseenheden fungerer som samlet indgang til Københavns Kommune for Gadeplansteamet. I praksis vil det sige, at Hjemløseenheden ved behov formidler kontakt mellem Gadeplansteamet og relevante aktører i hele Københavns Kommune.

Ligeledes ses Gadeplansteamet som samlet indgang til hele RHP for Københavns Kommune og de øvrige aktører på hjemløseområdet. Teamet formidler kontakt mellem herberger og psykiatriske afsnit, når den hjemløse er indlagt og viderehenviser til andre behandlingstilbud i RHP ved behov.

Det er med tiden blevet mere og mere tydeligt, at det er nødvendigt med et tæt samarbejde mellem alle aktører, for at det skal lykkes at forbedre livsvilkårene for målgruppen.

Det stiller store krav om selvstændighed, faglig viden og fleksibilitet af arbejde i Gadeplansteamet. Aspekter, det er vigtigt at tage højde for i forhold til rekruttering.

Det er en styrke, at teamet dækker hele København, det giver kontinuitet i behandlingen for de hjemløse, der ofte bevæger sig rundt mellem de forskellige kommunale tilbud i byen. Ligeledes ses det som afgørende for teamets succes, at det er et uvisiteret tilbud, samt at der er en høj grad af fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen.

Vi er gennem årene blevet kontaktet af flere herberger udenfor Københavns Kommune, særligt Frederiksberg og flere af vestegnskommunerne, der giver udtryk for et behov for at kunne tilbyde deres beboere kontakt til Gadeplansteamet.

Vi er opmærksomme på, at der er stigning i antal hjemløse særligt i Vestegnens kommuner. Vi kan derfor anbefale at det undersøges, om teamets område skal udvides til at betjene herberger udenfor Københavns Kommune, eller om der skal etableres yderligere et team.

Vi anbefaler at teamet fortsætter.

Punkt nr. 3 - Orienteringssag: Evaluering af psykiatrisk gadeplansteam
Bilag 1 - Side -12 af 12

Antal af CPR Rækkenavne	Kolonnenavne						Hovedtotal
	H2 2012	H1 2013	H2 2013	H1 2014	H2 2014	H1 2015	
K		7	4	14	29	27	81
M	1	20	25	28	56	60	190
Hovedtotal	1	27	29	42	85	87	271

Forløb

	H2 2012	H1 2013	H2 2013	H1 2014	H2 2014	H1 2015	Total
Total antal forløb	1	27	29	42	85	87	271
Mænd	100%	74%	86%	67%	66%	69%	70%
Kvinder	0%	26%	14%	33%	34%	31%	30%
Hjemløse med misbrug (DF10-19.9)	100%	41%	52%	21%	32%	17%	29%
Hjemløse med skizofreni (DF20-29)	100%	19%	34%	57%	35%	51%	42%
Alder, gns.	49	41	42	40	42	42	42
Alder, min	49	19	19	20	19	21	19
Alder, max	49	67	70	70	67	76	76
Forløbstid, gns., antal dage	40	122	127	150	182	145	154
Forløbstid, min. Antal da- ge	40	0	0	0	3	11	0
Forløbstid, max antal da- ge	40	256	405	410	628	793	793

D.6. januar 2016

Kære Psykiatriudvalg for Region Hovedstaden

Først skal vi takke for den mulighed, vi har fået for at redegøre for de udfordringer, vi ser ved ydelsesregistreringerne i Psykiatrien og som vi ved foretræde d.29. september 2015 aftalte, vi skulle fremkomme med eksempler på. Eksempler som vore medlemmer har fremlagt som deres forståelse af uhensigtsmæssigheder i den nuværende ydelsesregistrering for psykiatrien i Region Hovedstaden. Derudover er vores referat af foretræde d.29. september 2016 vedlagt.

Kort opsummeret de overordnede udmeldte mål lagt i den nuværende ydelsesregistrering

Den ambulante psykiatri arbejder efter 2-3-4 modellen. Hver behandler i OP-team skal have to direkte patientkontakter om dagen, OPUS tre direkte patientkontakter om dagen og i DPC skal de have fire. Herudover kommer ydelser uden besøg – altså hvor der ikke er ansigt til ansigt kontakt til patienten. Det kan være pårørendekontakt, kontakt til anden behandler, kommunale, statslige og retslige institutioner med mere.

Arbejdet med pårørende tæller ikke nok – det vægtes for lavt i forhold til indsatsen

Region Hovedstadens Psykiatri har et ønske og målsætning om at inddrage pårørende i patienternes behandling. De pårørende ses som vigtige ressourcepersoner og samarbejdspartnere for behandlerne. Ofte har både pårørende såvel som patienter brug for, at de pårørende deltager i samtaler uden patienten er til stede. Det kan dreje sig om støttende samtaler, psykoedukation med mere. Endvidere kan det være vigtigt for behandlerne, at have tæt kontakt til de pårørende for at sikre, at patienten får den bedst mulige behandling. Dette arbejde kan være lige så tidskrævende som den direkte patientkontakt – og lige så vigtig.

Desværre tilskynder den nuværende ydelsesregistrering ikke at medarbejderne prioriterer pårørendearbejdet.

"Det er paradoksalt, når vi – med kæmpe patient og pårørende tilfredshed – her på (...) – inviterer til det mest roste af alle tilbud 'flerfamilie arrangement'. Vi beder patienterne inviterer så mange af deres pårørende med som muligt. 2 eftermiddage forår og efterår. (...) Det resulterer typisk i 65-70 fremmødte gæster (heraf ca. 15 patienter) Vi inddrager pårørende, men det tæller ikke fuldgældigt – og det medfører, at vi kun kan få 15 ydelser for vores 2 timer."

"Andre eksempler er det arbejde vi yder ved parsamtaler, familiesamtaler, børnesamtaler, brugerpanel workshops, samtaler med jordemødre, sundhedsplejersker, jobkonsulenter osv - hvis cpr. nr. vi - i øjeblikket ikke og naturligvis hverken kan eller skal registrere. For dette arbejde kan vi ikke få ydelser – da disse KUN kan relateres til et ptt cpr. nr."

"Når der ønskes pårørende inddragelse er der jo noget galt her! Man kan vist roligt tale om manglende incitament for at inddrage og gøre denne ekstra indsats, som det naturligvis kræver af behandleren. Men vi gør det alligevel på baggrund af vores ønske og succes med dialog."

Sammenhængende patientforløb giver ikke ydelser i forhold til indsatsens nødvendighed

Regionsrådet har besluttet, at der skal være en høj faglig kvalitet og *"Behandlingen i sundhedsvæsenet skal baseres på retningslinjer, der afspejler den højeste faglige standard på et givent område."*

Endvidere har regionsrådet udarbejdet 10 *"Visioner for fremtidens Psykiatri"*, hvor følgende punkter blandt andre følgende fremgår;

- En psykiatri baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering
- En psykiatri med en bred vifte af behandlingstilbud
- En psykiatri med sammenhængende forløb og samarbejde på tværs

Det kræver en tværfaglig indsats, at kunne nå de mål. Det vil sige, at socialrådgivere, pædagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter er en lige så vigtig medspiller i behandlingen som læger, sygeplejersker og SOSU assistenter. Desværre bliver dette ikke afspejlet i ydelsesregistreringen;

En Fysioterapeut oplyser følgende : *"Det grotesk er, at mine ydelser ikke registreres i ledelsens driftsmål, da de ikke ser på de fysioterapeutiske ydelseskoder og da jeg ikke er kontaktperson, må jeg ikke bruge de tværfaglige ydelseskoder..."*

En anden medarbejder oplyser, at *"Ergoterapeuter og fysioterapeuter tæller ikke med som sundhedsfagligt personale i det ambulante område. Derfor skal de registrere anderledes end sygeplejerske. Vi har fået oplyst, at hvis det skal gå strikt efter retningslinjerne, så kan de tværfaglige ikke have grupper uden en sygeplejerske deltager, ellers tæller det ikke med som en ambulante ydelse."*

I forhold til netværksinddragelse, samarbejde på tværs og rehabilitering skriver en medarbejder; *"Alt hvad der sker rundt om patienten i form af kontakt til jobcenter, pårørende mv, udløser ingen ambulante ydelse, det gælder alle faggrupper."*

Der er behov for udvikling af GOP(genoptræningsplan) omkring kropsterapi og superviserede fysisk aktivitet. Kommunerne har ikke disse kompetencer endnu og som sagt kræver det et samarbejde, hvor vi drøfter hvilke situationer, der kan udløse en psykiatrisk GOP.

For-samtaler tæller kun som een ydelse

I 2-3-4 modellen ligger man vægt på den direkte patientkontakt. Dette hvad enten der er tale om en depotinjektion, der tager fem minutter eller en udredningssamtale, der tager flere timer.

"For-samtaler med patienter varer typisk 2½ timer, men giver kun een ydelse. Det opleves som provokerende uretfærdigt og tåbeligt at denne registrering kun giver en ydelse sammenlignet med fx den praksis, at en 'pille uddeling' i distrikts psykiatrien også tælles som een ydelse."

Ergoterapeuter, socialrådgivere, pædagoger og fysioterapeuter registreres anderledes end det sundhedsfaglige personale for samme funktioner

Det opleves uigennemskueligt og ikke rimeligt, at der er forskellig vægtning af forskellige faggruppers ydelser.

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Ydelsesregistrering i psykiatrien
Bilag 1 - Side -3 af 5

"Samlet set, er det derfor ikke muligt at registrere, når en ergoterapeut behandler en patient og gør det samme som en behandler, der ikke er fysioterapeut, ergoterapeut og socialrådgiver, fx en sygeplejerske, psykolog eller læge.

Kode 'ANOT'(ny kodebetegnelse pr. 1.11.15, tidl. AMB og andre) som står for :

- Anvendes til registrering af ambulante besøg i Hovedfunktion. Patienten skal være i kontakt med mindst en sundhedsfagligt uddannet personale i løbet af besøget. Må IKKE anvendes, hvis fysioterapeut, ergoterapeut og socialrådgiver ser patienten alene

Da skal kode 'TNOT' (tidl. Xergo, Xfys, xsoc) benyttes, denne kode skal præciseres med:

- BVAA34A= samtale med behandlingssigte (hvilket jo angiver, at her er der ikke tale om en behandling, men blot en samtale med henblik på behandling)
- BVAA34= patient og pårørendesamtale
- BRBP= Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
- BVAA35= samtale med patient og anden behandler
- BRKP8, som står for 'Psykoedukation i gruppe'

Ikke at der er noget galt eller ringe ved disse ting, men "... det er upræcist, når jeg og de øvrige tværfaglige faktisk udøver psykoterapi. Hvis jeg derimod har en yngre læge med i en gruppe med henblik på at oplære vedkommende i den gruppeanalytiske psykoterapimetode, så kan jeg sammen med denne uerfarne opnå at gå med på en kode, der er BRSP5, som betyder psykoterapi i gruppe."

Med venlig hilsen og med ønsket om et godt nyt år

Ergoterapeutforeningen Region Øst regionsformand Åse Munk Mortensen

Danske Fysioterapeuter Hovedstaden formand Tine Nielsen

Socialpædagogerne Nordsjælland formand Karen Holte

Dansk Socialrådgiverforening Region Øst formand Annemette El-Azem

Vores referat af budskaber formidlet til Region Hovedstadens Psykiatriudvalg

Ved foretræde den 29. september 2015 af regionsformand i Dansk Socialrådgiverforening Annemette El-Azem, regionsformand i Ergoterapeutforeningen Åse Munk Mortensen, regionsformand i Danske Fysioterapeuter Tine Nielsen og kredsformand hos Socialpædagogerne i Nordsjælland Karen Holte.

Incitamentstrukturen i de økonomiske ydelsesregistreringer for psykiatrien kan være med til at spænde ben for en indfrielse af de overordnede mål i Sundhedsplanen. I ydelsesregistreringerne vægtes direkte patientkontakt højest og denne vægtning styrer indsatsen på området.

Et eksempel : Ydelsesregistreringen vægter med en reduceret takst for pårørendekontakt, mens Sundhedsplanen i sin målsætning fremhæver pårørende kontakten. For at nævne et andet skævt forhold, så tæller kontakt fra ansatte i ambulante teams ikke i forhold til indlagte ptt., selvom det kan være en vigtig del af et sammenhængende patientforløb, at der er kontakt under indlæggelse og ved udskrivning. Ydelsesstyring/registrering i den ambulante psykiatri vægter og prioriterer antal patientkontakter pr. dag: OP teams 2, OPUS 3 og Ambulatorier/DPC 4 pr. dag.

Et tredje element er, at elektronisk, telefonisk kontakt tæller med en begrænset vægtning selvom det kan være lige så meningsfuldt og effektivt som direkte ptt. kontakt. Endelig tæller det reduceret, når en ansat fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver, pædagog indgår i gruppebehandling.

Ydelsesregistreringen bør følge de politiske mål, der skal indfries, derfor bør:

- al pårørende kontakt al tælle med og vægtes på niveau med ptt kontakt
- al patientkontakt skal indgå i registreringen uanset faggruppe
- kontakt til andre instanser skal i højere grad vægtes på niveau med ydelserne i den direkte patient kontakt.

Tværfaglighed er en forudsætning for et sammenhængende patientforløb, hvilket er vigtigt for patientens rehabilitering. De små faggrupper spares uforholdsmæssigt meget og dermed nedtones den rehabiliterende indsats.

Ønsket om en god rehabilitering hænger ikke sammen med incitamentsstrukturen, hvor social- og sundhedsassistentens, sygeplejerskens og lægens ydelser tæller mere end andet personale.

Vi ønsker, at I arbejder for, at alles ydelser skal tælle lige meget med fokus på kvalitet samt patienten og pårørende som aktiv samarbejdspartner.

Medicinering

Regionens forpligtelse til diagnosticering og behandling handler om andet end medicin. Recovery-tilgangen som jo overordnet handler om "at komme sig" og ikke at være fastholdt eller vedligeholdt i sin psykiske tilstand.

Målet må være, at psykiatrien i højere grad ser mennesket med en fokus på livsstil og sundhed, " hvordan får jeg en døgnrytme, der svarer til omgivelserne, hvordan bevarer jeg min bolig, hvordan dæmper jeg min angst, hvordan lever jeg med mine

stemmer, hvordan styrer jeg mit temperament, hvordan kommer jeg ud af mit forbrug af stoffer og alkohol." og ikke kun har fokus på diagnosen.

Hullet mellem regionen og kommune gør, at patienter falder mellem to stole. Der skal langt mere forpligtende aftaler til, hvis patienter ikke fortsat skal udskrives til gaden, for der udskrives stadig patienter til gaden. Den ambulante behandling har svære kår på grund af produktivitetskrav der går forud for den enkelte patients behandlingsbehov.

For at forebygge udskrivning til gaden, bør der:

- etableres et tæt samarbejde med bopælskommunen – sagsgange og procedurer
- samarbejdes tæt med beskæftigelsesområdet både under indlæggelse og i forbindelse med udskrivning
- fokus på at nedbringe brugen af tvang
- laves håndholdt planlægning for udskrivning og overgang til kommunen.

Kristineberg 3
2100 København Ø.

NOTAT

Telefon 3864 0000
Direkte 2858 7751
Fax 3864 0007
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Dato: 18. januar 2016

Kommentarer til henvendelse vedr. ydelsesregistrering i Psykiatrien af 6. januar 2016

Ergoterapeutforeningen Region Øst, Danske Fysioterapeuter Hovedstaden, Socialpædagogerne Nordsjælland og Dansk Socialrådgiverforening Region Øst har sammen sendt et oplæg til Psykiatriudvalget, hvori der fremføres en række kritikpunkter af Region Hovedstadens Psykiatri's aktivitetsbudgetteringsmodel, mulighederne mht. ydelsesregistrering mv.

Region Hovedstadens Psykiatri er blevet bedt om bemærkninger til organisationernes oplæg.

Aktivitetsbudgetmodellen

Det er en udbredt misforståelse i debatten, som også ses i organisationernes henvendelse, at pårørendekontakt, kontakt til kommuner og anden aktivitet, hvor patienten ikke deltager (dvs. ”ydelse uden besøg”), ikke tæller med i Region Hovedstadens Psykiatri's aktivitetsstyring, og at værdien af denne aktivitet derfor heller ikke anerkendes.

Pårørendekontakt og netværksarbejde har en meget høj prioritet i Region Hovedstadens Psykiatri. Det har det også uanset, hvordan aktiviteterne registreres, da aktivitetsregistrering blot er ét af flere værktøjer i styringen. Men det prioriteres også gennem aktivitetsbudgetteringen. Budgetter for antallet af ydelser uden besøg blev netop implementeret fra 2014 med henblik på at synliggøre og at understøtte prioriteringen af dette, for patienten vigtige og relevante, kliniske arbejde.

Aktivitetsbudgetterne i Region Hovedstadens Psykiatri består både af et budget for antallet af ambulante og tværfaglige besøg (dvs. et måltal for de ydelser, hvor patienten er til stede) og et budget for antallet af ydelser uden besøg (dvs. et måltal for en række af de klinisk centrale ydelser, hvor patienten ikke er til stede). Antallet af ambulante og tværfaglige besøg pr. år er fastsat efter, hvor mange besøg behandlerne på et givent afsnit gennemsnitligt kan have pr. arbejdsdag med fradrag af ferie, sygefravær, kursusdeltagelse. Konkret ser opgørelsen af arbejdsdage således ud i 2016:

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Ydelsesregistrering i psykiatrien

Bilag 2 - Side -2 af 3

Hverdage 2016	253
- Ferie	30
- Kursusdage	10
- Sygdom (4 %)	10
Arbejdsdage i alt	203

Der er ligeledes generelt fratrukket 5% fra antallet af behandlere for at kompensere for opgaver ift. TR-funktion og ledelse.

Det gennemsnitlige budgetterede antal besøg på et givent afsnit pr. behandler er graderet efter ambulatorietype og er lavest for udgående og komplekse funktioner, samt børne- og ungdomspsykiatrien, og højere for mere almene ambulatoriefunktioner (den såkaldte 2-3-4-model).

Det budgetterede antal ydelser uden besøg er fastsat til $\frac{1}{4}$ af antallet af besøg i voksenpsykiatrien og $\frac{1}{2}$ af antallet af besøg i børne- og ungdomspsykiatrien for at justere for, at arbejdet med børn og unge i højere grad indebærer ydelser, hvor patienten ikke er til stede.

De 4 organisationer foreslår, at ydelser som pårørendekontakt, hvor patienten ikke er til stede, skal tælle på samme måde som ydelser, der er rettet mod patienten. Rationalet bag Psykiatriens aktivitetsbudgettering er (ganske lig organisationernes holdning), at begge ydelsestyper er nødvendige dele af en god patientbehandling. Det betyder imidlertid ikke, at de to typer ydelser kan erstatte hinanden. De supplerer hinanden. Det er baggrunden for, at der er fastsat selvstændige aktivitetsmål for hhv. ydelser, hvor patienten er til stede, og ydelser, hvor patienten ikke er til stede.

Fra Psykiatriens side er man således ikke enig i, at arbejdet med pårørende ikke vægtes. Man har derimod lavet en model, som forsøger at synliggøre og tage hensyn til dette – i øvrigt modsat gængs praksis i somatikken.

Fra Psykiatriens side er man opmærksom på, at nogle har misforstået 2-3-4-modellen og troet, at det var et personligt mål pr. dag. Det er det ikke – det er et gennemsnitligt antal for alle behandlere på et givent afsnit. Nogle vil således have flere besøg, nogle færre, alt efter opgavernes karakter. Nogle gange tager en ydelse lang tid andre gange kort tid. Det er dog stadig vurderingen, at de givne mål som et gennemsnit er realistiske. Psykiatrien vurderer løbende modellen og justerer, hvis der er noget som ikke fungerer efter hensigten. Fra 2016 har man fx ændret målet for de ældrepsykiatriske teams/ambulatorier fra 4 til 3 besøg – og 1 til $\frac{3}{4}$ ydelser uden besøg - i gennemsnit pr. behandler pr. arbejdsdag.

Det har været Psykiatriens bestræbelse at lave en model, der er enkel, forståelig og retfærdig (forstået på den måde, at alle ambulante enheder stilles ens, samtidig med, at der tages højde for forskelle i de ambulante enheders opgaver). Det er stadig vurderingen, at dette er opnået.

Samtidig har det været Psykiatriens mål at øge aktiviteten med henblik på at reducere de alt for lange ventetider, der var til psykiatrisk behandling før 2014. Det har man langt hen ad vejen opnået. Det kan dog næppe direkte tilskrives aktivitetsbudgetterne, men snarere, at den transparens, som aktivitetsbudgetterne giver, har været en anledning til at se på den måde man organiserer arbejdet i de enkelte ambulatorier.

Det skal endvidere understreges, at de enkelte ambulante enheders målopfyldelse mht. aktivitet ikke er koblet til økonomien. Psykiatrien har således ikke, som mange tror, reduceret budgetter som følge af manglende aktivitet.

Det er vurderingen, at det fremsendte oplæg og de refererede eksempler må bygge på en række misforståelser vedr. aktivitetsstyringen i Region Hovedstadens Psykiatri.

Registrering af ydelser

Med hensyn til registrering af ydelser i ydelsesregistreringen, som også fylder en del i organisationernes henvendelse, skal det understreges, at det er nationale retningslinjer fra Statens Seruminstitut, som gør, at ergoterapeuter, socialrådgivere og fysioterapeuter registrerer anderledes end andet sundhedsfagligt personale for samme funktioner. Region Hovedstadens Psykiatri er forpligtet til at følge disse retningslinjer, så eksemplerne på dette er ikke noget, som man har indflydelse på.

Men det er en meget væsentlig pointe ved Psykiatriens aktivitetsstyringsmodel, at man rent faktisk i adskillige år har talt disse faggruppers patientrettede ydelser (som man kalder tværfaglige besøg) med på linje med andre behandleres ambulante besøg – uagtet, at de ikke tæller som ambulante besøg i Landspatientregistret. Dette er et forsøg på at ligestille de nævnte faggrupper med andre behandlere, selv om der ikke er støtte til dette i de nationale retningslinjer. Derfor er der en vis forundring over den kritik af ydelsesregistreringen, der rettes mod Psykiatrien fra netop disse faggrupper, senest i de 4 organisationers henvendelse.

Øvrige fokusområder

Organisationernes henvendelse rummer derudover en række gode budskaber om tværfaglighed og samarbejde med kommunerne. Det er ting, som Psykiatrien arbejder med, og som man ønsker at opprioritere. Man kan imidlertid ikke genkende billedet af, at aktivitetsstyringen skulle modarbejde det.

Ergoterapeutforeningen
Dansk Socialrådgiverforening
Socialpædagogerne
Danske Fysioterapeuter

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Journal nr.: 16014370
Ref.: LHOE

Dato: 28. januar 2016

Kære Åse Munk Mortensen, Tine Nielsen, Karen Holte og Annemette El-Azem

Psykiatriudvalget vil gerne takke for jeres foretræde på udvalgets møde den 29. september 2015, hvor I præsenterede en række udfordringer, som jeres medlemmer oplever, at den valgte finansieringsmodel giver i forhold til arbejdstilrettelæggelsen.

Som aftalt på mødet har I nu fremsendt en række konkrete eksempler som skal illustrere situationer, hvor ydelsesregistreringen ikke i tilstrækkelig grad honorerer bl.a. pårørendeinddragelse, kontakt til kommuner mv, og hvor jeres medlemmer oplever, at ydelsesregistreringen ikke tilskynder til at prioritere disse opgaver.

Det er meget vigtigt for mig at påpege, at pårørendearbejde er en undværlig del af indsatsen for at hjælpe den enkelte patient og et centralt aspekt i arbejdet med recovery. Det er derfor afgørende, at arbejdet med pårørende prioriteres i dagligdagen.

Det er ikke hensigten, at den budgetmodel, der arbejdes med i psykiatrien, skal få som effekt at pårørendearbejde nedprioriteres. Det er netop indarbejdet i modellen, at der er lavet selvstændige aktivitetsmål for både ydelser med direkte patientkontakt og ydelser uden direkte patientkontakt. Dette er gjort for at synliggøre, at begge ydelsestyper er en nødvendig del af patientbehandlingen.

Det er udvalgets vurdering, at det er helt nødvendigt med aktivitetsbudgetter for at sikre, at vi kan leve op til udredningsretten og tilbyde patienter udredning og behandling inden for kort tid, så de hurtigst muligt kan hjælpes videre i livet. Derfor er det ligeledes fastsat, hvor mange patienter den enkelte medarbejder dagligt skal have i gennemsnit. I disse beregninger er der taget højde for ferier, sygdom, kursusdage mv. Det er således en gennemsnitsbetragtning, som det er op til den enkelte centerledelse af tilpasse til de konkrete lokale forhold.

Det er ligeledes vigtigt for mig at påpege, at de enkelte enheders opfyldelse af aktivitetsbudgetterne ikke er koblet til økonomi, og der sker derfor ikke en reduktion i de økonomiske budgetter, såfremt aktivitetsmålene ikke opfyldes.

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Ydelsesregistrering i psykiatrien
Bilag 3 - Side -2 af 2

Jeg håber, at jeg med ovenstående har tydeliggjort, at vi har et fælles ønske om at prioritere både patientkontakt og netværkssamarbejde, og at vi i vores aktivitetsstyring også tager højde for begge aspekter.

Såfremt der fortsat skulle være behov for afklaring, er I naturligvis velkomne til at kontakte Region Hovedstadens Psykiatri, der kan bidrage med yderligere uddybning af modellens konstruktion og tydeliggøre, hvordan pårørendeinddragelse prioriteres. Den enkelte medarbejder opfordres ligeledes til at tage en dialog med sin daglige leder om de konkrete situationer, der kan skabe tvivl i forhold til aktivitetsstyringens betydning for arbejdstilrettelæggelsen.

Med venlig hilsen

På vegne af psykiatriudvalget
Karsten Skawbo-Jensen