

Oplæg vedr. sundhedsaftale III - psykiatri

1. Baggrund og proces

Mange borgere har sygdomsforløb, der både kræver indsatser i kommuner, hos praktiserende læge og på hospital. Et velfungerende samarbejde mellem kommuner, praksissektor og region er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende bliver rask eller understøttes i at leve med sin sygdom. Sundhedsaftalen, som dette notat vedrører, er et redskab til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i forløb, der går på tværs af sektorer.

Kommunerne har i en årrække haft en væsentlig rolle på sundhedsområdet, en rolle som forventes at blive større i fremtiden. Den løbende faglige udvikling på sundhedsområdet med kortere indlæggelser og øget ambulant behandling giver en større rolle til det nære sundhedsvæsen. I denne udvikling er det afgørende at kommunerne i fællesskab, og sammen med regionen og almen praksis, finder fælles løsninger.

De gældende sundhedsaftaler, som er indgået mellem regionsråd og kommunalbestyrelser, udløber ved udgangen af 2014, hvorfor der skal indgås en ny sundhedsaftale for perioden 2015-2018. Regeringen har besluttet, at der fremover kun skal være én sundhedsaftale pr. region. Det betyder, at kommunerne i Region Hovedstaden skal indgå én sundhedsaftale med Region Hovedstaden fremfor, at hver enkelt kommune har individuelle forhandlinger med regionen. Endvidere er det som noget nyt udmeldt fra regeringen, at almen praksis i højere grad skal være forpligtet af sundhedsaftalen. De øvrige rammer beskrives i bekendtgørelse og vejledning for sundhedsaftalerne og sundhedskoordinationsudvalgene, som er under revision og forventes færdig ultimo 2013.

I forbindelse med forberedelsen af sundhedsaftale III er der i kommunalt regi igangsat en proces for udarbejdelse af et stærkt fælleskommunalt oplæg med en vision for sundhedsaftalen. I den proces er der afsat tid til lokale drøftelser i den enkelte kommune og i klyngerne for at sikre forankring og ejerskab til oplægget og i sidste ende den endelige aftale.

I september 2014 har der været afholdt et administrativt og et politisk dialogmøde, hvor der er givet input til en fælleskommunal vision og målsætninger for sundhedsaftale III. Derudover er der et naturligt afsæt i det fælleskommunale fælles ramme- og målsætningspapir "Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen", som de 29 kommuner i Region Hovedstaden alle har godkendt. Papiret rummer dog kun indsatser på det somatiske område. Da sundhedsaftalen omhandler både det somatiske og psykiatriske område, er der endvidere arbejdet med et bud på fælleskommunalt oplæg til psykiatriområdet i sundhedsaftale III¹. Oplæggene til sundhedsaftale III om hhv. det somatiske og psykiatriske område er beskrevet i to særskilte notater, men spiller naturligvis tæt sammen.

¹ På psykiatriområdet er der endvidere i regi af rammeaftalen på det specialiserede socialområde igangsat en kortlægning af sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrien, hvilket skal munde ud i nogle anbefalinger ultimo 2013. Arbejdet på socialområdet og sundhedsområdet i regi af KKR skal naturligvis koordineres og spille sammen.

På baggrund af det fælleskommunale rammepapir og de to dialogmøder er der i dette notat beskrevet forslag til vision og målsætninger. Notatet behandles i Embedsmandsudvalget for Sundhed, K29 og KKR forud for høringsrunden i kommunerne.

2. En fælleskommunal vision for psykiatri i sundhedsaftale III

I dette afsnit beskrives først kort opgavefordelingen på psykiatriområdet, hvorefter der formuleres et bud på en fælleskommunal vision for psykiatriområdet i sundhedsaftale III.

Opgavefordeling på psykiatriområdet

Ansvar for borgere med psykiske lidelser er delt mellem regioner og kommuner.

Regionerne har ansvaret for den behandlende psykiatri, dvs. både psykiatrisk behandling under indlæggelse og i ambulante regi (herunder lokal- og distrikpsykiatri). Derudover har regionerne ansvaret for praksissektoren, herunder alment praktiserende læger, praktiserende psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere samt praktiserende psykologer.

Kommunernes opgaver for borgere med psykiske lidelser ligger i flere forskellige forvaltninger (sundhed, social, folkeskole, beskæftigelse mv.) og vedrører bl.a. støtte-kontaktperson, bostøtte og bosteder, forebyggelse og sundhedsfremme, hjemmesygepleje, alkohol- og stofmisbrugsbehandling, Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning (PPR) i folkeskolen samt beskæftigelsesindsatsen. Den brede opgavevifte giver kommunerne et godt grundlag for – i samarbejde med regionen – at yde en indsats, der favner hele borgerens situation.

Eksempler på den kommunale indsats:

- Den 10-årige dreng med psykiske problemer kunne eksempelvis modtage en indsats i regi af PPR, fx vejledning om inklusion i det almene undervisningsmiljø og evt. henvisning til udredning i den regionale børne- og ungdomspsykiatri + støtte til familien fra socialforvaltningen
- Den 37-årige kvinde med depression kunne modtage kommunale indsatser som sker i regi af jobcenteret med henblik på fastholdelse i arbejde i samarbejde med almen praksis, som varetager behandlingen og evt. kommunale sundhedsfremmende tilbud.
- Den 43-årige mand med en dom til behandling og et samtidigt misbrug bor på et kommunalt bosted og modtager ambulante behandling i den regionale psykiatri. Kommunen forsøger samtidig at motivere ham til at gå i et kommunalt misbrugsbehandlingstilbud. Manden modtager flere forskellige slags medicin som administreres på bostedet og som er udskrevet af almen praksis og psykiater.

Forslag til fælleskommunal vision for psykiatri

I boksen neden for ses forslaget til fælleskommunal vision for psykiatri i sundhedsaftale III. Herefter udfoldes elementerne i visionen.

Forslag til fælleskommunal vision for psykiatri

- Vi fremmer mental sundhed og recovery
- Vi understøtter sammenhængende forløb i kommuner, almen praksis og region

Mange danskere bliver ramt af en psykisk lidelse. 10-20 procent af danskerne skønnes på et givet tidspunkt at lide af en psykisk lidelse i varierende grad. Selvom mange danskere rammes af en psykisk lidelse er det heldigvis muligt for langt de fleste at komme sig (recover). Selv efter *alvorlige*

psykiske lidelser kommer 25 pct. sig helt, hvilket vil sige, at de ikke længere har symptomer og har genvundet deres funktionsniveau – og 35 pct. kommer sig delvist, det vil sige at de stadig har symptomer, men at de ikke er hindring for et socialt liv².

Der er således en stigende viden om og erkendelse af, at der er håb for alle, som rammes af en psykisk lidelse. Dette er medvirkende til, at både regioner og kommuner i stigende grad forsøger at tilrettelægge indsatsen med udgangspunkt i det enkelte menneskes ressourcer, i stedet for dets begrænsninger – altså med fokus på inddragelse i eget forløb og personlig recovery. At få inddragelse og håbet om **recovery** til at gennemsyre indsatsen, kan ses som en fælles udfordring – og måske også en fælles vision – for både region og kommuner. Heri ligger også et helhedssyn på borgerens samlede situation.

Kommunerne har også en væsentlig rolle i den tidlige indsats, inden sygdom og recovery overhovedet er på tale. Her kan understøttelse af borgernes **mentale sundhed** ses som et væsentligt element i en fælleskommunal vision – måske især for børn og unge, hvor kommunerne har en god mulighed for at fremme trivsel og håndtere eventuelle psykiske problemer tidligt. Derfor foreslås visionen ikke kun at omhandle recovery, men også mental sundhed.

Endeligt foreslås **det sammenhængende forløb** i kommuner, almen praksis og region at være en del af den fælleskommunale vision for sundhedsaftale III. Sammenhæng i indsatsen er væsentligt for de borgere, som har forløb på tværs af sektorer, dvs. borgere som netop er målgruppe for sundhedsaftalen. På trods af mange bestræbelser viser undersøgelser af patienters oplevelser i psykiatrien, at overgange og sammenhæng mellem regional psykiatri, praksissektor og kommuner ikke altid fungerer tilfredsstillende³. Sammenhæng har også en rolle i forhold til kvaliteten i den behandling og støtte der gives, ligesom det har en betydning for effektiviteten af indsatsen.. Visionen om sammenhæng er i sundhedsaftale III naturligvis møntet på det tværsektorielle samarbejde. Men visionen kan også ses som vision for det interne kommunale samarbejde – både internt i kommunen mellem forvaltninger og til en vis grad mellem kommuner. Skal visionen om et godt tværsektorielt samarbejde understøttes, kræver det, at kommunerne forpligter sig som kompetent og ansvarlig samarbejdspartner.

3. Strategiske målsætninger

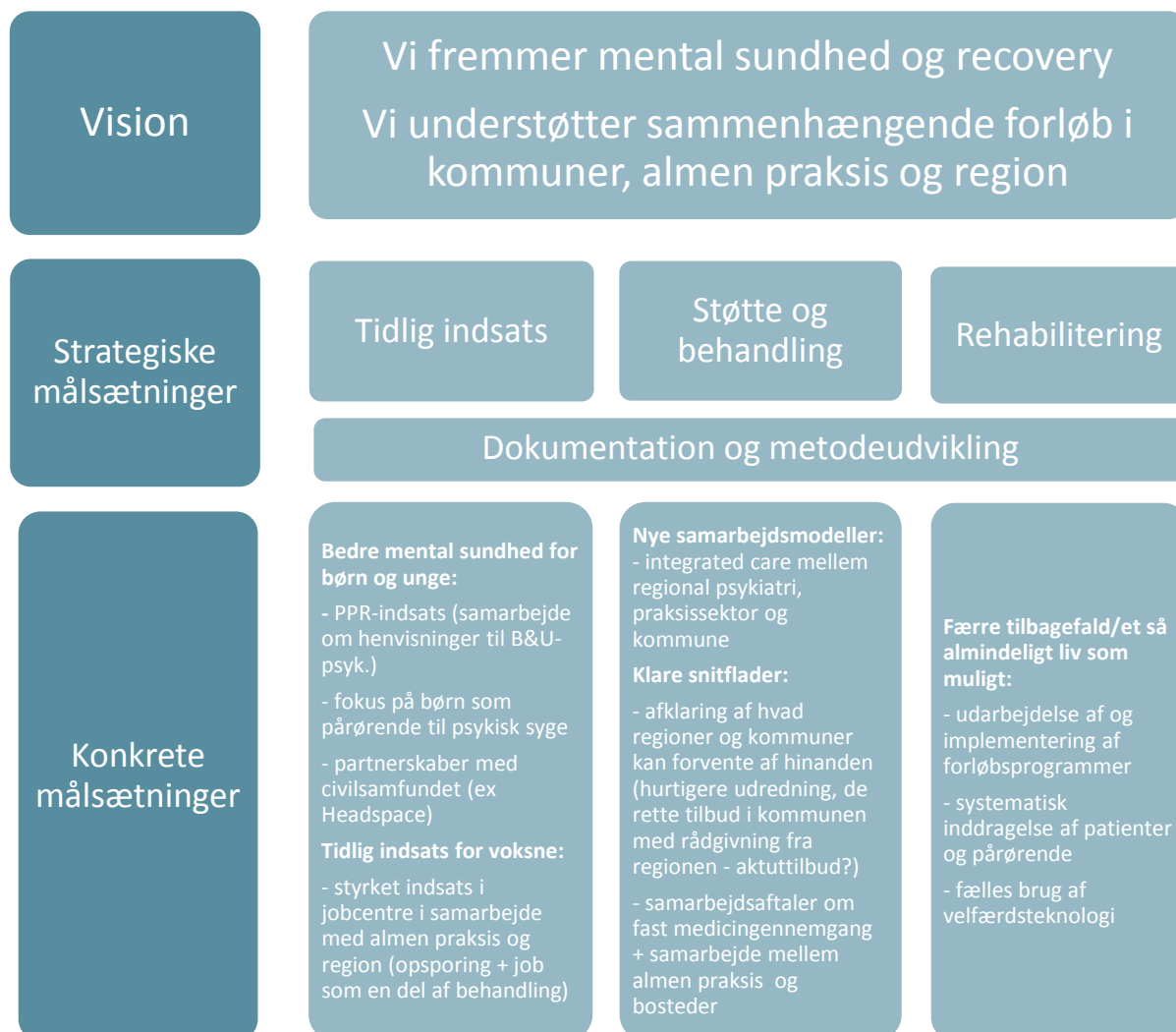
Under visionen er formuleret fire strategiske målsætninger, der skal bidrage til at operationalisere visionen. De strategiske målsætninger er hhv. tidlig indsats, støtte og behandling, rehabilitering samt dokumentation og metodeudvikling, som en tværgående målsætning. De første tre strategiske målsætninger kan være tidsmæssigt forbundne i et forløb, men de kan ofte med fordel foregå samtidigt. Særligt skal en rehabiliterende tænkning og indsats så vidt muligt indgå som et vigtigt element i alle faser af et forløb.

Figuren på næste side viser et billede af forslaget til vision og målsætninger for psykiatriområdet i sundhedsaftale III. De konkrete målsætninger, der er indskrevet under de strategiske målsætninger er *eksempler* på konkrete målsætninger. De er på nuværende tidspunkt alene taget med for at illustrere mulighederne, men er ikke udtømmende. Endvidere gælder det for flere af de konkrete målsætninger, at de vil påvirke flere strategiske målsætninger end den de er skrevet under.

² Alain Topor (2002)

³ CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling: *LUP Psykiatri 2012*

Figur 1: Fælleskommunal vision og målsætninger i sundhedsaftale III - psykiatri



3.1. Tidlig indsats

I kommunerne er der et stort potentiale for at opdage psykisk sårbarhed i tide og sætte ind med den rette forebyggende indsats. Dermed kan visionen om mental sundhed for borgerne understøttes og forværring af psykiske vanskeligheder kan reduceres. Tidlig indsats er bl.a. væsentlig for kommunerne, fordi psykiske lidelser er forbundet med stor risiko for at falde ud af uddannelse og arbejdsmarked.

Vigtige samarbejdspartnere i forhold til udredning og behandling af børn og unge med psykiske vanskeligheder er den regionale børne- og ungdomspsykiatri samt almen praksis. Her ligger en fælles udfordring i, at efterspørgslen efter hjælp er stigende. I perioden 2001-2011 er antallet af børn og unge, som ses i Region Hovedstadens børne- og ungdomspsykiatri steget med 152 pct.⁴. I samme periode er der tilført betydelige af midler fra centralt hold og regionen har nedbragt ventetiden til børne- og ungdomspsykiatrien til gennemsnitligt 51 dage i 2012. Der er dog fortsat en

⁴ Deloitte (2012): *Analyse af kapaciteten i psykiatrien*

fælles interesse i at sikre, at de børn og unge som har behovet bliver udredt til tiden, fx gennem en styrket samarbejde mellem PPR, almen praksis og den regionale børne- og ungdomspsykiatri – og at de børn, som ikke behøver at have direkte kontakt til psykiatrien, får den rette støtte i kommunen – gerne med rådgivning fra psykiatrien. Ligeledes vil der være en fælles interesse mellem sektorer i at sikre, at de børn og unge, som har psykiske vanskeligheder kan gennemføre skolegang, uddannelse eller varetage et arbejde, samt får en koordineret overgang fra barn til voksen i alle sektorer.

Kommunerne har via beskæftigelsesindsatsen kontakt til voksne, som sygemeldes mv. Her er samarbejdet med almen praksis og den regionale psykiatri vigtigt, hvis det i en tidlig fase viser sig, at borgeren har psykiske vanskeligheder eller en egentlig lidelse. Selvom det er muligt at komme sig, mister mange med en psykisk lidelse nemlig forbindelsen til arbejdsmarkedet. I dag er en psykisk lidelse årsag til godt halvdelen af alle tilkendelser af førtidspension og blandt personer under 40 år er psykiske lidelser årsag til omkring syv ud af ti tilkendelser⁵. Det skønnes endvidere, at omkring 50 pct. af alle langtidssygemeldte har en psykisk sygdom, der ofte ikke er diagnosticeret⁶. Et styrket tværsektorielt samarbejde på dette område kan således medvirke til at psykiske lidelser bliver opdaget og håndteret i tide – og understøtter dermed både visionen om mental sundhed, recovery og sammenhæng.

3.2. Støtte og behandling

Som det er beskrevet tidligere har kommunerne og regionen en række fælles borgere, som får støtte og behandling i både kommune, almen praksis og region. I de seneste 10 år har der været en faglig udvikling i retning af øget ambulant behandling, øget specialisering, kortere indlæggelser og færre sengepladser i Region Hovedstadens psykiatri. Udviklingen betyder, at borgerne i højere grad end tidligere modtager samtidige indsatser fra region, almen praksis og kommune – dermed bliver behovet for en koordineret og måske endda en integreret indsats tydeligere.

For at understøtte visionen om sammenhæng i indsatsen er der brug for dels at få sikre implementeringen af de samarbejdsaftaler der allerede eksisterer, og dels at tænke behandling og støtte på en ny måde. Her har kommunerne en vigtig rolle i at sikre de rette tilbud i kommunalt regi, når borgerne udskrives tidligere eller alene går i ambulant behandling. Men kommunerne kan ikke gøre det alene og derfor er samarbejdet med region og almen praksis helt centralt.

Samarbejde kan bestå i at afklare snitflader og lave samarbejdsaftaler om, ”hvem der gør hvad”, fx en samarbejdsaftale om fast medicingennemgang på kommunale bosteder, aftale om, hvad der sker når en borger udskrives eller aftale om, at kommunerne har akuttilbud til borgere med psykiske lidelser med psykiatrisk rådgivning fra regionen. Samarbejde kan også tages skridtet videre, hvor regioner, almen praksis og kommuner har fælles opgaveløsning (integrated care) – fx et integreret tilbud til borgere med psykisk lidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose).

Endelig kan reduktion af ulighed i sundhed også ses som et fælles element i samarbejdet mellem sektorer om støtte og behandling. Psykiske lidelser er forbundet med en betydelig overdødelighed, som især skyldes fysiske sygdomme (hjertekarsygdomme og blodprop i hjernen mv.) som følge af bl.a. usund livsstil og bivirkninger fra medicin. Et samarbejdsområde kunne således være, at kommuner, almen praksis og region sammen fokuserer på også tage hånd om fysiske sygdomme og

⁵ Tal fra 2010, Ankestyrelsen,

<http://www.sm.dk/data/Dokumentertilnyheder/2012/Fakta%20om%20f%C3%B8rtidspension.pdf>

⁶ Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2012-2020

hjælpe til, at de rette borgere henvises til forebyggende og sundhedsfremmende tilbud i kommunerne.

3.3. Rehabilitering

Rehabilitering handler om at støtte det enkelte menneske, så det opnår den bedst mulige funktionsevne og kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt. I samarbejdet mellem region, almen praksis og kommuner kan et fælles fokus på rehabilitering – fra begyndelsen og fastholdt gennem hele forløbet – medvirke til at understøtte visionen om personlig recovery.

Forløbsprogrammer kan nævnes som eksempel på et samarbejdsværktøj, som kan hjælpe til at fastholde dette fokus samtidig med at det understøtter sammenhæng i forløbet. Inddragelse og aktivering af borgerens netværk og civilsamfundet i øvrigt kan også være vigtigt i at skabe et vellykket rehabiliteringsforløb for den enkelte borger. Ligeledes rummer velfærdsteknologiske løsninger som telepsykiatri, internetpsykiatri, videokonferencer, app's til smartphones et udviklingsperspektiv i forhold til, dels at den enkelte borger kan tage behandlingen fra den regionale psykiatri med hjem, og dels at kommunen og almen praksis lettere kan konsultere den regionale psykiatri.

3.4. Dokumentation og metodeudvikling

Dokumentation og metodeudvikling er et bud på et fælles og tværgående udviklingsområde mellem kommuner, almen praksis og region som har relevans for alle dele af borgerens forløb. Udviklingsområdet spænder fra udvikling af faglige evidensbaserede og omkostningseffektive metoder for indsatsen til borgere med psykiske lidelser, til digital understøttelse af konkrete arbejdsgange i forbindelse med sektorskift.

I kommunerne er indsatsen på psykiatriområdet ofte placeret sammen med socialområdet, hvor der ikke i så høj grad er tradition for at dokumentere og monitorere indsatsen. I udvikling af metoder, der har dokumenteret effekt for borgeren er samarbejde mellem kommuner og region oplagt, idet borgeren ofte får indsatser fra flere sektorer. Derudover har regionen nogle stærke forskningsmiljøer, som kommunerne vil kunne samarbejde med. Afprøves nye tværsektorielle samarbejdsmodeller eller telepsykiatriske løsninger er det oplagt at dokumentation og metodeudvikling tænkes med som en del af aftalen med henblik på evaluering og udbredelse til andre kommuner eller områder.