



24. MARTS 2014

Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen på psykiatriområdet

Fælles rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen

Kommunerne har en væsentlig rolle i forhold til borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser – en rolle som forventes at blive større i fremtiden. I de seneste år er opmærksomheden på indsatsen for borgere med psykiske lidelser øget. Ligeledes er viden og bevidstheden om, at det er muligt at komme sig, selv efter alvorlige psykiske lidelser, vokset. Idet kommunernes indsatser vedrører en række aspekter i den enkelte borgers liv, er der allerede et godt fundament for at skabe en samlet indsats for borgere med psykiske lidelser eller borgere i risiko for at udvikle psykiske lidelser¹.

Udviklingen inden for psykiatriområdet har imidlertid betydet, at kommunerne er blevet udfordret i deres indsatser for borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Den faglige udvikling i den regionale psykiatri er gået i retning af øget ambulans behandling, øget specialisering, kortere indlæggelser, pakkeforløb og færre sengepladser. Det 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. Den regionale psykiatri og almen praksis er således særdeles vigtige samarbejdspartnere for kommunerne på psykiatriområdet.

Konkret er efterspørgslen efter hjælp stigende – især blandt psykisk sårbare børn og unge. Eksempelvis er antallet af børn og unge, som ses i Region Hovedstadens børne- og ungdomspsykiatri steget med 152 pct.² i perioden 2001-2011. Kommunens indsats for disse børn og unge skal rette sig mod den enkelte og familien med henblik på, at barnet eller den unge kan gennemløbe en positiv udvikling, herunder gennemføre skolegang, uddannelse eller varetage et arbejde. I kommunerne er der et stort potentiale for at opdage psykisk sårbarhed i tide og sætte ind med den rette forebyggende indsats.

Dette gælder ikke kun for psykisk sårbare børn og unge. Selvom det er muligt at komme sig efter en psykisk lidelse mister mange voksne med en psykisk lidelse 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 tilkendelser³. I forbindelse med nylige

¹ "Borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser" anvendes om borgere, som enten har risiko for at udvikle eller allerede har en diagnosticeret psykisk lidelse. Brugen af begrebet "psykiske vanskeligheder" indikerer, at kommunernes indsats ofte ikke er afgørende for indsatsen og at der er et væsentligt forebyggende element i indsatsen.

² Deloitte (2012): *Analyse af kapaciteten i psykiatrien*, http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2012/December/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Psykiatri/Kapacitetsanalyse-i-psykiatrien.ashx

³ Tal fra 2010, Ankestyrelsen, <http://www.sm.dk/data/Dokumentertilnyheder/2012/Fakta%20om%20f%C3%B8rtidspension.pdf>

reformer på arbejdsmarkedsområdet vil sundhed og psykiatri komme til at spille en stadig stigende rolle i kommunernes beskæftigelsesindsats.

Den løbende udvikling giver tilsammen en vigtigere rolle til det nære sundhedsvæsen. I udviklingen er det afgørende, at **kommunerne i fællesskab** – og sammen med regionen og almen praksis – **sætter fokus på den tidlige og rehabiliterende indsats for borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser.**

Dette papir har til formål at give en fælles forståelse af, hvordan kommunerne arbejder med indsatsen for borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Papiret beskriver den fælles ramme, som kommunerne arbejder inden for og indeholder målsætninger og indsatser som kommunerne som samlet aktør i sundhedstrekanten forpligter sig til at løfte. Derudover er der også beskrevet indsatser, som nogle kommunerne kan løfte som pilotkommuner, gerne i fælleskommunale samarbejder.

Dette papir handler altså primært om, hvad kommunerne i hovedstadsregionen vil gøre sammen. Det retter sig mod den kommunale banehalvdelen, og indsatserne i papiret forventes at have konkrete effekter for de borgere, som har psykiske vanskeligheder eller lidelser.

Men det er helt klart, at opgaven med at tage hånd om borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser sker bedst, når der samarbejdes mellem region, kommune og almen praksis. Effekten af mange af indsatserne i papiret må forventes at blive væsentlig bedre, når kommune, almen praksis og region samarbejder om indsatserne, og når de er såvel egne som hinandens opgaver bevidste.

Således er det vigtigt, at samarbejdet mellem region og kommune på psykiatriområdet tager udgangspunkt i de eksisterende samarbejdsaftaler mellem kommuner og de psykiatriske centre og, at samarbejdsaftalerne følges og løbende revideres, så indsatserne fungerer bedst muligt. Derudover er det helt centralt, at dette papir ses i sammenhæng med den nye sundhedsaftale og praksisplan, som sætter rammerne for det tværsektorielle arbejde. De to nye aftaler skulle gerne bidrage til at udvikle en stærkere sammenhæng på tværs af sektorer med udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer. Kommunerne lægger her vægt på, at psykiatrien indtager en langt mere markant rolle end i tidligere aftaler, med et ønske om at ligestille somatik og psykiatri.

Et fælles fokus på psykiatriområdet

KL har i sit sundhedspolitiske udspil fra 2012 "Det nære sundhedsvæsen" skitseret, hvordan indsatsen for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser er en vigtig del af den samlede sundhedspolitik. I udspillet anbefales det blandt andet at kommunerne opprioriterer sundhedsfremme på psykiatriområdet og at kommuner og regioner i fællesskab styrker indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. I udspillet understreges behovet for forløbsprogrammer for indsatsen, der er målrettet borgere med psykiske lidelser.

I 2013 kom KL's socialpolitiske udspil "Investér før det sker", som ligeledes sætter pejlemærker for udviklingen af den kommunale indsats til borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser, blot set fra et socialfagligt perspektiv. "Investér før det sker" fokuserer blandt andet på helhedsorienteret arbejde med udgangspunkt i familien, den aktive borger og sammenhæng i indsatserne. KL

anbefaler blandt andet, at kommunerne investerer i velfærdsteknologi og at kommunerne systematisk dokumenterer og evaluerer anvendte metoder og indsatser, med henblik på at sikre at de mest virksomme og omkostningseffektive metoder anvendes.

Senest har Regeringens Udvalg om Psykiatri udgivet en rapport med en række anbefalinger til bl.a. kommunernes indsats for mennesker med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Et af hovedbudskaberne er, at vi skal have en ny holdning og tilgang til borgere med psykiske lidelser med fokus på den enkelte borgers mulighed for at komme sig og have en almindelig hverdag med uddannelse eller arbejde.

En del af baggrunden for det voksende fokus på den aktive borger, der kan komme sig og have en almindelig hverdag er, at forskning viser, at 25 pct. af borgere, der er ramt af selv *alvorlige* psykiske lidelser kommer sig helt, mens 35 pct. kommer sig delvist, hvilket vil sige, at de stadig har symptomer, som dog ikke er en hindring for et socialt liv⁴.

Med den viden der ligger på området i dag og som hele tiden udvikles, bør kommunerne overordnet arbejde på at have en organisering, en kultur, en tilbudsvifte og nogle metoder, som understøtter borgernes recoveryproces (dvs. processen med at komme sig). Dette gælder både i den sociale indsats, i ikke mindst i det interne samarbejde mellem forvaltningsområder internt i kommunen (beskæftigelse, sundhed, social, børn og unge) og i samarbejdet med region, almen praksis m.fl. Kommunerne bør desuden skabe overblik over, hvilke kompetencer, der bør være til rådighed i den enkelte kommune for at sikre en helhedsorienteret indsats til borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser.

I forbindelse med organisering, kultur og metoder, som understøtter borgernes recoveryproces er det endvidere væsentligt at fokusere på implementeringen af de seneste års reformer af beskæftigelsessystemet. Her kan fremhæves bl.a. etablering af rehabiliteringsteams med sundhedskoordinator fra regionen, tilrettelæggelse af ressourceforløb for borgere under 40 år og senest kontanthjælpsreformens ret til, at borgere, der er indlagt med psykiske lidelser, får tilknyttet en kommunal udskrivningskoordinator, så snart regionen begynder udslusningsforløbet.

På baggrund af de skitserede udfordringer og potentialer er der behov for at revurdere en række af de nuværende kommunale tilbud, samarbejdsprocedurer og tilgange generelt. Kommunerne skal være en ansvarlig samarbejdspart, som aktivt løfter de opgaver vi er forpligtede til gennem lovgivning, forebyggelsespakken for mental sundhed, retningslinjer på området mv., særligt i relation til vores børn og unge. Som en del heraf forpligter vi os på at skabe, anvende og understøtte de netværk og organisatoriske strukturer, som muliggør en hensigtsmæssig opgaveløsning. Særligt bør kommunerne fokusere på at løfte samarbejdet i samordningsudvalgene for psykiatrien. I lyset af udviklingen af det nære sundhedsvæsen er det relevant, at kommunerne i fællesskab sætter en dagsorden med fælles rammer og målsætninger for indsatsen. Målsætningerne i dette notat skal være med til at understøtte denne udvikling.

⁴ Alain Topor et. al (2011): "Not just an individual journey – social aspects of recovery". *International Journal of Social Psychiatry*, 57:90.
Alain Topor (2011): *Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders*, Ph.d. afhandling fra Stockholm Universitet.

Strategiske målsætninger og konkrete indsatser

Målsætningerne for psykiatriområdet læner sig op ad strukturen i det tilsvarende rammepapir på det somatiske sundhedsområde, som alle 29 kommuner godkendte i 2013. Det gør det, fordi der i kommunerne, og også fra centralt hold, lægges vægt på, at borgerne skal have den nødvendige støtte uanset om de har en fysisk eller psykisk lidelse. Ligeledes er det væsentligt, at der i kommunerne er fokus på både somatiske og psykiske vanskeligheder og lidelser hos borgerne.

Følgende overordnede strategiske målsætninger for det nære sundhedsvæsen – på både det somatiske og psykiatriske område – udgør således rammen for de 29 kommuner i hovedstadsregionen. Kommunerne skal udvikle det nære sundhedsvæsen så:

- *Det fremmer alle borgeres sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Det støtter borgerne i at tage hånd om egen livssituation og udøve egenomsorg*
- *Borgeren er i centrum og der er fokus på den samlede livssituation*

Særlig fokus skal rettes mod følgende fire strategiske målsætningsområder, hvor de konkrete indsatser, som følger neden for i papiret, er formuleret inden for.

1. Forebyggelse og sundhedsfremme
2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser
3. Borgerens forløb
4. Dokumentation og metodeudvikling

Mens de to første områder er enslydende med de 29 kommuners målsætningsområder for den somatiske indsats, er der sket justeringer af formuleringen af de sidste to områder.

Det strategiske målsætningsområde *Borgerens forløb* hedder på det somatiske område *Kroniske sygdomme*, hvilket kan opfattes som misvisende på psykiatriområdet, da borgere ramt af psykiske lidelser i mange tilfælde kommer sig helt eller delvist. Som det fremgår senere i papiret vedrører indsatserne under dette tema både forløbsprogrammer og andre indsatser rettet mod et styrket forløb både internt i kommunen og ikke mindst mellem sektorer.

Det strategiske målsætningsområde *Dokumentation og metodeudvikling* er udvidet med *metodeudvikling* i forhold til det somatiske område, da dokumentation bliver for snævert til formålet. Indsatsen for borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser er i højere grad end det somatiske område kendetegnet ved, at der er mangel på evidens for mange af de metoder som anvendes.

De strategiske målsætningsområder udmøntes i to typer indsatser:

- Indsatser som er forpligtende for alle kommuner
- Indsatser kan løftes af en enkelt kommune eller grupper af kommuner i samarbejde, for dermed at skabe viden i forhold til den fremadrettede udvikling

Der er i formuleringen af indsatserne lagt vægt på, at enkelte kommuner – eller flere kommuner i fællesskab – har mulighed for at fokusere på særligt udvalgte indsatser som pilotprojekter, samtidigt med, at området løftes i fællesskab mellem alle kommuner. Således er en vigtig præmis for arbejdet,

at der er mange veje til samme mål. Dette svarer til tilgangen i det tilsvarende papir for det somatiske område. Endelig skal det fremhæves, at kommunerne i hovedstadsregionen har meget forskellige udgangspunkter for implementering af papiret. Det vil være hensigtsmæssigt, at implementering sker i relation til og forlængelse af de lokale forhold i kommunen.

Indsatser

1. Forebyggelse og sundhedsfremme

Implementering skal være påbegyndt i 2014-2016

- Kommunerne skal sikre, at der er fokus på mistrivsel og mental sundhed⁵ i jobcentrene med henblik på tidlig opsporing og tidlig indsats i forhold til bl.a. lettere psykiske vanskeligheder eller lidelser hos borgerne.
- Kommunerne skal have særlig fokus på psykisk sårbare unge og borgere med dobbeltdiagnoser i arbejdet i kommunens rehabiliteringsteam, eksempelvis ved inddragelse af særlig viden om misbrug.
- Kommunerne skal arbejde for, at der i et samarbejde med almen praksis sker en systematisk medicingennemgang for borgere i botilbud/opgangsbofælleskaber samt borgere eget hjem, som modtager flere lægemidler på én gang.
- Kommunerne skal arbejde med metoder, der retter sig mod fastholde en god almen sundhedstilstand for borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Eksempelvis kan det ske ved at kommunerne arbejder aktivt med KRAM faktorer og understøtter, at borgere med psykiske lidelser ser deres alment praktiserende læge. Indsatsen skal tage udgangspunkt i borgeren som aktiv medspiller ud fra et recoveryperspektiv og i at forebygge ulighed i sundhed. Med fordel kan indsatsen ske i samarbejde med almen praksis og regionen, der har behandlingsansvaret.

Pilotprojekter, som kan iværksættes, hvor det vurderes hensigtsmæssigt – gerne som tværkommunalt samarbejde

- Kommunerne kan yde rådgivning til virksomheder der ansætter borgere med psykiske lidelser. Rådgivningen skal understøtte, at den enkelte virksomhed kan etablere og opretholde et ansættelsesforhold, herunder formidling af mulighederne for rimelig tilpasning af arbejdspladsen for mennesker med psykiske lidelser. Mentorordningen kan indtænkes heri. Indsatsen kan varetages i et partnerskab mellem kommune(r) og organisation(er) i civilsamfundet, fx patient- og pårørendeforeninger.

⁵ "Mental sundhed" forstås som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker, jf. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed.

Forebyggelse og sundhedsfremme - børn og unge som særligt indsatsområde:

Implementering skal være påbegyndt i 2014-2016

- Kommunerne skal udarbejde retningslinjer for sundhedstjenestens indsats i forhold til håndtering af mistanke om fødselsdepressioner og støtte til børn og familier hvor forældrene har psykiske vanskeligheder eller lidelser. Samspillet med andre opgaveområder præciseres i retningslinjerne.
- Kommunerne skal understøtte, at psykisk sårbare børn og unge så vidt muligt inkluderes i de almene tilbud. Dette kan eksempelvis ske ved i højere grad at gøre viden og sparring fra kommunernes Pædagogiske Psykologiske Rådgivning (PPR) og familiecentre tilgængelig for lærere og pædagoger, som til daglig er i kontakt med børn og unge. Endvidere at anvende de eksisterende effektfulde metoder, som Socialstyrelsens nationale handleplan om ADHD og Århus Universitets review, som gennemgår den internationale forskning om inklusion, bl.a. peger på.
- Kommunerne skal bidrage til at sikre en fleksibel overgang fra børne- til voksenområdet for sårbare unge for bl.a. at understøtte de unges job- og uddannelsesmuligheder. Fokus skal være på at bidrage til at sikre et koordineret samarbejde mellem alle relevante parter, herunder internt i kommunen, ungdomsuddannelser, i forhold til familien, regionen og almen praksis.

Pilotprojekter, som kan iværksættes, hvor det vurderes hensigtsmæssigt – gerne som tværkommunalt samarbejde

- Kommunerne kan udvikle og udvide tilbuddene til familier, hvor der er børn af forældre med psykiske lidelser. Barnet får mulighed for at opnå indsigt i den psykiske lidelse, eventuelt som gruppeintervention for børn i sammenlignelige livssituationer. Udviklingsarbejdet kan ske tværkommunalt eller tværsektorielt.

2. Forebyggelse af (gen)indlæggelse

Implementering skal være påbegyndt i 2014-2016

- Kommunerne skal udvælge og anvende metoder (så vidt muligt evidensbaserede), der mest effektivt bidrager til at forebygge tilbagefald, så unødvendige indlæggelser undgås. Arbejdet med at undgå unødvendige genindlæggelser skal koordineres med regionen og almen praksis.
- Kommunerne skal sikre sammenhængende indsatser for de borgere, der modtager støtte eller indsatser fra psykiatri-, misbrugs- og beskæftigelsesområdet samtidigt. Udgangspunktet skal så vidt muligt være evidensbaserede modeller.

- Kommunerne skal arbejde med at udvikle og implementere metoder, der systematisk inddrager pårørende, netværk mv. i arbejdet med borgeres forløb og recovery-proces i det omfang borgeren ønsker det. Formålet er, at den enkelte borger får et bredere støttefundament end blot de kommunale tilbud. Eksempelvis kan metoden "Åben Dialog" eller materialet fra "Projekt Pårørende i Psykiatrien" anvendes.

Pilotprojekter, som kan iværksættes, hvor det vurderes hensigtsmæssigt – gerne som tværkommunalt samarbejde

- Kommunerne kan etablere egne eller fælleskommunale udrednings- og observationspladser, der understøtter en sammenhængende proces fra hospital til udskrivning til egen bolig eller botilbud. Etablering bør ske med opmærksomhed på snitfladen til regionens indsatser.
- Kommunerne kan oprette akuttilbud, der har til formål at afværge unødige (gen-) indlæggelser og som kan skabe en sikkerhed for borgere i akut krise. Herudover kan de understøtte borgere i egen bolig, men som akut kan have brug for støtte hele døgnnet.

3. Borgerens forløb

Implementering skal være påbegyndt i 2014-2016

- Kommunerne skal tage stilling til implementering af forløbsprogrammet for mennesker med psykiske lidelser, når det foreligger⁶.
- Kommunerne skal sikre, at der foretages systematisk basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen således, at der hurtigere i samarbejde med regionen kan sættes et koordineret forløb i gang, der både dækker behandling af en psykisk lidelse og et misbrug. Afdækning og udvælgelse af metode kan med fordel foregå fælleskommunalt og samordningsudvalgsstrukturen kan med fordel anvendes aktivt her.

Pilotprojekter, som kan iværksættes, hvor det vurderes hensigtsmæssigt – gerne som tværkommunalt samarbejde

- Kommunerne kan tilbyde ledsagelse til borgere, der ikke formår at gennemføre forebyggelses- eller behandlingsforløb på grund af deres psykiske lidelse. Dette tiltag kunne eksempelvis varetages af en støttekontaktperson (servicelovens § 99 eller § 85) eller af frivillige og kunne fx forankres i lokale tilbud i udsatte boligområder mv.
- Kommunerne kan bidrage til at understøtte sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer i indsatsen for borgere med psykiske lidelser, ved at indgå i shared care projekter med den regionale psykiatri og almen praksis. Fokus for projekterne kan eksempelvis være på den sociale- og beskæftigelsesmæssige indsats for mennesker med fx angst og depression eller styrket samarbejde om brug af/henvisning til kommunale tilbud.

⁶ Et generisk forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser forventes udarbejdet i 2014 (Aftale om satspuljen på psykiatriområdet 2014 – 2017). Herefter skal der aftales lokal implementering i Region Hovedstaden.

4. Dokumentation og metode

Implementering skal være påbegyndt i 2014-2016

- Kommunerne skal sammen med borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser, sikre systematisk udredning af borgernes funktionsniveau forud for afgørelse om indsats til borgeren. En systematisk udredning kan eksempelvis ske via anvendelse af Voksenudredningsmetoden (VUM) eller lignende.
- Kommunerne skal arbejde systematisk med at måle og dokumentere resultaterne af deres indsats. Det kan være ved anvendelse af Voksenudredningsmetoden (VUM), Faglige kvalitetsoplysninger (FKO), forandringskompass eller andre redskaber, der understøtter dette.
- Kommunerne skal sikre, at der er kommunale digitale løsninger til rådighed, der understøtter MED Com standarder, bl.a. til kommunikation i forbindelse med udskrivning af borgere med psykiske lidelser fra regionens tilbud.

Pilotprojekter, som kan iværksættes, hvor det vurderes hensigtsmæssigt – gerne som tværkommunalt samarbejde

- Kommunerne kan iværksætte opkvalificering af ledere og medarbejdere i forhold til rehabilitering, recovery, arbejde med metode og evidens mv., således at den kommunale indsats baseres på anerkendte metoder og viden. Dette kan fx ske i samarbejde med almen praksis og den regionale psykiatri for at sikre en fælles opfattelse af begreber som recovery, rehabilitering mv.
- Kommunerne kan arbejde med at udvikle metoder, der understøtter en sammenhængende familieindsats.
- Kommunerne kan arbejde med velfærdsteknologiske løsninger, der understøtter at borgere med psykiske lidelser kan "mestre" deres liv, herunder velfærdsteknologi der understøtter og forstærker fx tryghed, sociale netværk, mulighed for læring, daglige gøremål, sundhed og aktivitet.