

2. februar 2022

Notat

Fælles forståelsespapir vedr. en tværsektoriel udsatteenhed

Baggrund

Udsatterådene i Københavns Kommune og Region Hovedstaden har begge stillet forslag om etablering af en udsatteenhed på tværs af kommune og region med det formål at sikre sammenhængende forløb på tværs af sektorer for de mest udsatte borgere.

I både Københavns Kommune og Region Hovedstaden er det politisk besluttet at afdække og beskrive mulighederne for etablering af en udsatteenhed. Til det formål er der etableret en styregruppe og en arbejdsgruppe på tværs af Københavns Kommune og Region Hovedstaden. Styregruppen refererer til Københavns Kommunes Socialudvalg og Region Hovedstadens Social- og Psykiatriudvalg. Arbejdsgruppen refererer til styregruppen.

Det fælles forståelsespapir beskriver styregruppens og arbejdsgruppens fælles forståelse på tværs af kommune og region af, hvordan et styrket tværsektorielt samarbejde om de mest socialt udsatte borgere kan udformes.

Formålet med at etablere et nyt tværsektorielt samarbejde

Formålet med at etablere et nyt tværsektorielt samarbejde er at sikre, at de mest udsatte borgere i København får en mere helhedsorienteret og koordineret indsats på tværs af Københavns Kommune og Region Hovedstaden. Civilsamfundet kan ligeledes inddrages i samarbejdet.

De mest udsatte københavnere, som er hjemløse og har omfattende rusmiddelproblemer samt psykiske og sundhedsmæssige udfordringer, har brug for en helhedsorienteret indsats, hvis deres livskvalitet skal forbedres, og for at de på sigt kan få en mere værdig tilværelse i egen bolig med en tryk økonomi og den rette sociale støtte. Målgruppen har ofte vanskeligt ved at indpasse sig i de rammer, som de etablerede hjælpesystemer har stillet op, og har derfor brug for fleksible og individuelt tilrettelagte indsatser, der sikrer, at de får den støtte, de har behov for og ret til.

Mange af de udsatte borgere i København er i forvejen "kendte" i systemet og modtager tilbud og indsatser fra hhv. Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Det positive er således, at der allerede i høj grad er etableret kontakt til borgerne i målgruppen, og at vi arbejder med målgruppen på tværs af regionen og kommunen. Dette er dog ikke ensbetydende med, at borgerne allerede modtager en helhedsorienteret og koordineret indsats på tværs. Derfor er der brug for at styrke samarbejdet om borgerne ved at etablere et nyt tværsektorielt samarbejde om udsatte borgere i København.

Målgruppen

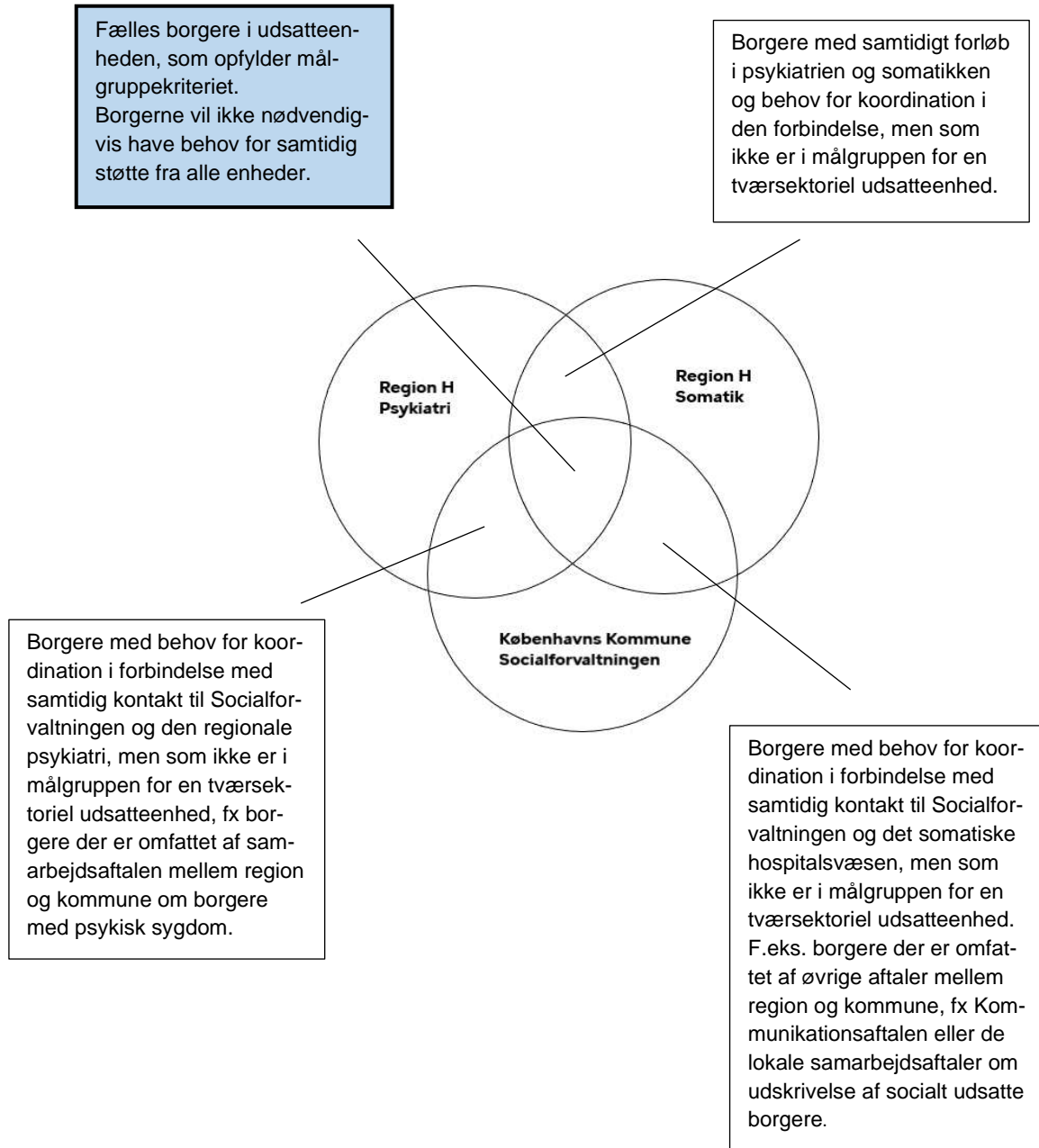
Målgruppen for indsatsen er særligt socialt udsatte københavnere med komplekse forløb og problemstillinger af fysisk, psykisk, social og/eller misbrugs karakter. Målgruppen er kendetegnet ved, at de i mange tilfælde:

- Har en hjemløshedsproblematik og opholder sig på gaden, herberg, natcafé, er sofasover eller funktionel hjemløs.
- Har behov for en samtidig social-, rusmiddel- samt psykiatrisk og/eller somatisk sundhedsmæssig indsats. F.eks. som resultat af ubehandlede psykiske lidelser (ofte ikke-diagnosticerede) og samtidigt forbrug af rusmidler.
- Ikke kan opsøge og fastholde den nødvendige støtte og behandling fra de ordinære støttesystemer.
- Har hyppige indlæggelser i psykiatrien og/eller somatikken eller vurderes at have behov for det.

Det bemærkes, at det ikke er et krav, at borgeren opfylder alle kriterier for at være inkluderet. F.eks. kan borgeren godt være inkluderet selvom der er perioder, hvor behandlingspsykiatrien ikke vurderer, at vedkommende har behov for psykiatrisk behandling. Det er således ikke en betingelse for inklusion, at borgeren modtager psykiatrisk behandling. Tilsvarende ift. somatikken.

Ovenstående målgruppebeskrivelse vil blive præciseret yderligere, hvis der som en del af samarbejdet skal udarbejdes visitationskriterier.

Målgruppeblomst:



Vedr. målgruppens omfang

Det er vanskeligt at fastslå omfanget af målgruppen.

Af VIVE's kortlægning af hjemløshed fra 2019 fremgår det, at der i alt blev registreret 2.666 hjemløse borgere i Region Hovedstaden, hvoraf ca. halvdelen var hjemmehørende i Københavns Kommune. Det vurderes i kortlægningen, at de hjemløse borgere blandt andet er karakteriseret ved, at 66 % har rusmiddelafhængighed, mens 59 % har en psykisk sygdom, men at det kun er 23 %, der modtager psykiatrisk behandling.

Hvis målgruppen afgrænses til at være de mest udsatte borgere i København, der opholder sig på gaden og har omfattende misbrugsproblemer samt psykiske og sundhedsmæssige problemer estimeres målgruppen til at bestå af ca. 500 borgere.

Modeller for organisering af en tværsektoriel udsatteenhed

I organiseringen af et styrket tværsektorielt samarbejde skal borgerperspektivet være i centrum, således at samarbejdet tager udgangspunkt i den enkelte borger. Organiseringen kan udformes på mange måder inden for et bredt kontinuum af samarbejdsmodeller. Den organisering, man vælger, skal understøtte, at den gruppe af borgere, som har mange kontakter ind i systemet, bliver identificeret og dermed kan visiteres ind i den tværsektorielle organisering.

I det følgende beskrives tre mulige modeller for organisering af en tværsektoriel udsatteenhed: 1) netværksorganisering, 2) koordinering, 3) samorganisering.

Nedenstående model illustrerer graden af samarbejde i de tre modeller. I den ene ende af spektret/modellen er model 1 (netværksorganisering), som er baseret på styrket samarbejde indenfor eksisterende og allerede planlagte indsatser og i den anden ende af spektret/modellen er model 3 (samorganisering), som forudsætter at der afsættes midler til fælles budget. I midten er model 2 (koordinering) som tager udgangspunkt i eksisterende indsatser, men tilføjer et setup med faste koordineringsmøder på tværs af sektorer.



Model 1: Netværksorganisering

Denne model for organisering af en tværsektoriel udsatteenhed er baseret på eksisterende og allerede planlagte indsatser, hvor der inden for rammerne af dem arbejdes på at styrke samarbejdet og skabe bedre sammenhæng for borgerne.

Det drejer sig især om følgende indsatser:

- Ansættelse af 5 koordinerende fremskudte sagsbehandlere med et caseload på 15 borgere pr. medarbejder samt en faglig koordinator forankret i Udsatteteamet i Københavns Kommunes Hjemløseenhed
- Ansættelse af en socialfaglig medarbejder og en sygeplejerske til bydækkende fremskudt substitutionsbehandling i Københavns Kommune
- Ansættelse af 2 socialoverlæger i somatikken og 1 i psykiatrien (yderligere 1 socialoverlæge i psykiatrien dækker ikke København)
- Ansættelse af 4-6 socialsygeplejersker i Region Hovedstadens Psykiatri, der supplerer den eksisterende socialsygeplejerskefunktion på de somatiske hospitaler (der ansættes i alt 10 socialsygeplejersker i psykiatrien til at dække hele regionen)
- Psykiatrisk Gadeplansteam under Psykiatrisk Center Amager
- Tværsektorielle konsulenter i de psykiatriske centre under Region Hovedstadens Psykiatri
- Etablering af en Flexklinik på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, herunder en samarbejdskonsulentfunktion, der fungerer som indgang for det tværsektorielle samarbejde
- Fælles fremskudt psykiatri- og rusmiddelindsats på hjemløseområdet (samarbejdsprojekt mellem Psykiatrisk Center Amager, Hjemløseenheden og Rusmiddelbehandlingen i Københavns Kommune i perioden november 2020-november 2022)

Der vil også være behov for at arbejde på at bygge bro til Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen i Københavns Kommune.

Fordele ved model 1:

De ovenfor nævnte indsatser er centrale i et styrket tværsektorielt samarbejde, fordi de giver mulighed for nye indgange og bedre koordinering aktører og sektorer imellem. Fx giver det lavere caseload hos de koordinerende, fremskudte sagsbehandlere i Københavns Kommune flere ressourcer til koordination med samarbejdspartnere i de enkelte sager, og med socialsygeplejersker i psykiatrien vil der

blive etableret en naturlig indgang for samarbejdet med psykiatrien for kommunale samarbejdspartnere.

Ulemper ved model 1:

Modellen er ikke baseret på en fast koordinationsstruktur, og kræver derfor et stærkt netværk aktørerne imellem.

Pt. er der desuden ikke afsat ekstra ressourcer til koordination hos alle aktører, hvilket giver forskellige betingelser og ressourcer til styrket samarbejde hos de forskellige aktører på området. Dette giver modellen visse begrænsninger.

Økonomi:

Samarbejdet mellem de forskellige enheder og allerede eksisterende indsatser kan styrkes uden at der afsættes yderligere midler.

Det forventes dog, at det vil være nødvendigt at afsætte midler hos regionen til etablering af en almenmedicinsk funktion for socialt ud-satte, fx i regi af Flexklinikken.

Der kan også afsættes midler til at videreføre eksisterende tidsbe-grænsede projekter, fx Fælles fremskudt psykiatri- og rusmiddelind-sats på hjemløseområdet (samarbejdsprojekt mellem Psykiatrisk Center Amager, Hjemløseenheden og Rusmiddelbehandlingen i Kø-benhavns Kommune), der udløber i november 2022.

Såfremt det ønskes, kan der etableres nye projekter/indsatser/aftaler om styrket samarbejde, som kræver at der afsættes yderligere mid-ler, men det er ikke en forudsætning for organiseringen i model 1.

Model 2: Koordinering

Denne model for organisering af en tværsektoriel udsatteenhed be-står af de eksisterende og allerede planlagte indsatser beskrevet un-der model 1 i kombination med en model for koordination aktører og sektorer imellem. Koordination forstås i denne sammenhæng som et tættere og mere forpligtende samarbejde i form af fx faste tværgå-ende koordineringsmøder på medarbejderniveau ift. de enkelte bor-gerforløb og på ledelsesniveau ift. de mere overordnede faglige drøftelser og generel koordinering af samarbejdet.

Graden af samarbejde og hyppigheden af de tværfaglige møder kan op- eller nedskaleres afhængigt af behov og ressourcer. Et ud-gangspunkt kunne være ét ugentligt koordineringsmøde på medar-bejderniveau, hvor de enkelte borgerforløb drøftes og koordineres.

Det foreslås, at kompetence til bevilling af ydelser og visitation til indsatser forbliver i den enkelte sektor på samme måde som i den nuværende organisering. Det indebærer, at medarbejdere i regionen ikke kan bevilge kommunale ydelser, og at medarbejdere i kommunen ikke kan visitere til regionale indsatser. Det betyder, at medarbejderne efter koordineringsmøderne "går tilbage til hver deres søjle" og gennemfører den aftalte indsats.

For så vidt angår koordination på ledelsesniveau kan der evt. etableres en driftsledergruppe - bestående af eksempelvis medarbejdernes nærmeste leder. Driftsledergruppen kan drøfte mere overordnede emner såsom samarbejde med øvrige samarbejdspartnere, generelle udfordringer ift. borgerløb, koordinering eller lign. Et udgangspunkt kunne være, at der i driftsledergruppen afholdes ét månedligt møde.

Endeligt kan der etableres en styregruppe, som kan afklare tvivlsspørgsmål, sætte retning og løse generelle udfordringer. Styregruppen kan også bidrage til at formidle viden bredt i organisationerne samt sikre prioritering af den tværfaglige koordinering i organisationerne. Et udgangspunkt kunne være, at der afholdes ét styregruppemøde hvert kvartal.

Som nævnt i ovenstående kan model 2 skaleres efter behov og ressourcer. For så vidt angår koordinering på medarbejderniveau kan man fx forestille sig et spektrum, hvor medarbejdernes samarbejde i den ene ende af spektret er afgrænset til et ugentligt koordineringsmøde og hvor medarbejdernes samarbejde i den anden ende af spektret indebærer daglig sparring, mulighed for at sidde fysisk sammen mv.

ICF-modellen¹ kan anvendes som en metode til at arbejde med et fælles sprog for vurdering af funktionsevne på tværs af sektorer. Et tættere koordineret samarbejde vil også kunne hente inspiration fra erfaringerne med ACT-metoden².

Modellen er baseret på styrket koordination mellem eksisterende indsatser. Hovedparten af målgruppen har ikke kontakt til en egen læge, og modellen forudsætter, at der findes en løsning på denne udfordring, fx gennem etablering af en almenmedicinsk funktion i regi af Flexklinikken på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

¹ [Funktionsevne vurdering og ICF - Lægehåndbogen på sundhed.dk](https://sundhed.dk)

² https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/udbredelses-og-forankringsprojektet-1/copy_of_udbredelse-af-hjemlosestrategien/metoden-act

Fordele ved model 2:

Koordineringsmøderne giver mulighed for en helhedsorienteret og mere håndholdt og sammenhængende indsats.

Ulemper ved model 2:

Der er barrierer fsva. lovgivning og IT-systemer, som vanskeliggør arbejdet med at udarbejde én fælles plan for borgeren. Aktuelt er der mulighed for elektronisk kommunikation mellem region og kommunens sundhedsområde med korrespondancemeddelelser.

I det videre arbejde kan der evt. hentes yderligere inspiration fra projektet Fælles fremskudt psykiatri- og rusmiddelindsats på hjemløseområdet, som *ikke* arbejder med én fælles plan på tværs af region og kommune. Det er projektlederens oplevelse, at der på trods af det er en klar fælles retning for borgeren, selvom de enkelte medarbejdere kan arbejde efter og fokusere på særskilte mål jf. deres forskellige fagligheder, lovgivning mv.

Økonomi:

Modellen forudsætter, at der afsættes ressourcer i både region og kommune til at indgå i fx faste tværgående koordineringsmøder på både medarbejder- og ledelsesniveau. Det vurderes, at denne koordination vil være ressourcekrævende og ikke vil kunne varetages inden for de eksisterende økonomiske rammer. Modellen forudsætter derfor, at der afsættes ekstra midler.

Det toårige projekt vedr. "Fælles fremskudt psykiatri- og rusmiddelindsats på hjemløseområdet (samarbejdsprojekt mellem Psykiatrisk Center Amager, Hjemløseenheden og Rusmiddelbehandlingen i Københavns Kommune), der løber frem til november 2022 kan evt. forlænges i en form tilpasset ønskerne til udsatteenheden og med alle relevante aktører involveret (hhv. somatikken og psykiatrien fra Region Hovedstaden, SOF og BIF).

Erfaringerne fra projektet kan med fordel anvendes i arbejdet med udsatteenheden fx ift. caseload, hvor det er erfaret, at et caseload på max 20 borgersager pr. medarbejder er passende (når der samtidig skal være tid til den tværfaglige koordinering).

Modellen forudsætter, at der afsættes midler i regionen til etablering af en almenmedicinsk funktion for socialt udsatte, fx i regi af Flexklinikken på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Model 3: Samarbejde/samorganisering med et fælles budget

Denne model for organisering af en tværsektoriel udsatteenhed er den mest forpligtende og indeholder i større eller mindre grad elementer af egentlig samdrift med fx samfinansiering, fælles ledelse og personale samt fælles lokaler.

Dermed forudsætter modellen i større eller mindre grad et fælles budget, det vil sige, at der i både region og kommune afsættes ekstra økonomiske midler til en tværsektoriel udsatteenhed.

Samarbejdet og det fælles budget kan omfatte ansættelse af fælles medarbejdere på tværs af region og kommune. Modellen kan gradueres og kan sin mest vidtgående form omfatte en egentlig fælles enhed med fælles personale, ledelse og budget.

Modellen kendes blandt andet fra samarbejdet mellem Region Hovedstaden og Københavns Kommune om Psykiatriens Hus og fra Psykiatriens Hus i Silkeborg.

Hvis der er politisk opbakning til denne model, skal der i samarbejdet mellem region og kommune arbejdes videre med at udfolde og beskrive, hvordan modellen konkret kan omsættes i en tværsektoriel udsatteenhed.

Fordele ved model 3:

Fælles fysiske lokaler, fælles budget og/eller fælles ledelse kan give gode forudsætninger for et tæt samarbejde medarbejderne imellem om de enkelte borgerforløb. Model 3 muliggør evt. også én indgang for borgeren.

Ulemper ved model 3:

Der er pt ikke afsat budget til fælles ledelse, fælles budget eller fælles anlæg.

Et så forpligtende samarbejde forudsætter, at der findes løsninger på udfordringer ift. fx forskellig lovgivning og IT-systemer i de to sektorer.

Økonomi:

Modellen forudsætter, at der i både region og kommune afsættes ekstra økonomiske midler til en tværsektoriel udsatteenhed. Der vil skulle arbejdes videre med at vurdere de økonomiske omkostninger alt efter omfanget af samarbejdet.

Opfølgning/evaluering vedr. det styrkede tværsektorielle samarbejde

Opfølgning og evaluering bør tage udgangspunkt i eksisterende data i region og kommune. Der bør i forbindelse med opfølgningen fokuseres på, om borgeren er bedre stillet efter et forløb i udsatteenheden.

Følgende succeskriterier kan anvendes ifm. evaluering af udsatteenheden:

Udredning:

1. Borger har fået udarbejdet en VUM (voksenudredningsmetoden – en metode til udredning og sagsbehandling på socialområdet).

Stabilisering og opbremsning af deroute:

2. Borger er i stabil behandling for evt. rusmiddelafhængighed, psykisk og somatisk sygdom efter behov
3. Borgers forsørgelsesgrundlag er stabilt
4. Færre genindlæggelser i regionen
5. Der er stabilt 'tag over hovedet' på enten herberg, botilbud efter §§ 107 eller 108 eller i egen bolig

Ift. begrebet udredning skal der være opmærksomhed på, at begrebet ofte bruges forskelligt i region og kommune.

Der arbejdes desuden på at beskrive et forsknings-setup ift. Flexklinikken, som med fordel kan tænkes sammen med opfølgningen på udsatteenheden.

Særlige opmærksomhedspunkter og temaer der skal afdækkes og drøftes yderligere

Udenbys borgere og udlændinge:

Spørgsmålet om inkludering af udenbys borgere og borgere uden dansk cpr.nr. i en tværsektoriel udsatteenhed har ikke været grundigt drøftet i samarbejdet.

Udfordringer vedr. især udenbys borgere, der opholder sig i København, fylder en del hos de regionale aktører, og både her og hos de NGO'er, der er repræsenteret i Udsatterådene, er der et stort ønske om, at der i forbindelse med arbejdet med en tværsektoriel udsatteenhed findes en løsning. I det daglige samarbejde vedr. særligt socialt udsatte borgere, der er indlagt på hospitalerne eller er i kontakt med Psykiatrisk Gadeplansteam, bliver det fx oplevet som vanskeligt

at skulle etablere et samarbejde med en hjemkommune, som borgeren ikke har nogen tilknytning til.

Problemstillingen kompliceres desuden af, at målgruppen for hhv. sundhedsloven og serviceloven ikke er enslydende, hvilket f.eks. betyder at borgere på rusmiddelområdet kan være omfattet af begge lovgivninger.

Tilrettelæggelsen af enhedens arbejde og konkrete målgruppe skal ske under hensyntagen til servicelovens bestemmelser om lovligt ophold og retssikkerhedslovens bestemmelser om opholdskommune mv.

Bilag 1

Eksisterende indsatser til socialt udsatte i region og kommune

Region Hovedstaden og Københavns Kommune arbejder allerede sammen om forskellige indsatser og aktiviteter for socialt udsatte borgere med komplekse problemstillinger. Der findes dermed allerede en række indsatser og erfaringer om samarbejde og koordinering mellem de to sektorer.

Aktuelt arbejdes der derudover på en række nye indsatser målrettet særligt socialt udsatte i hhv. regionen og kommunen samt i samarbejder på tværs.

I nedenstående skema fremgår eksisterende indsatser med forskellige grader af samarbejde på tværs af Region Hovedstaden og Socialforvaltningen. Oversigten er ikke udtømmende, og der er ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem målgruppen for den enkelte indsats og målgruppen for en tværsektoriel udsatteenhed.

Indsats	Kort beskrivelse (formål)	Målgruppe	Tidsperiode
Sociolancen	Sociolancen er målrettet socialt udsatte og hjemløse borgere med psykiske og sociale problemstillinger, som ikke primært har brug for en ambulance. Sociolancen er bemandet med en socialfaglig medarbejder fra BCV og en sundhedsfaglig medarbejder fra Region Hovedstadens Akutberedskab. Medarbejderne har særlig indsigt i målgruppens problemstillinger og de har kendskab til de sociale tilbud i kommunen. Tre ud af fire borgere tager imod det tilbud, som sociolancen henviser til.	Socialt udsatte og hjemløse borgere med psykiske og sociale problemstillinger.	Bevilling bliver fra 2022 gjort permanent ift. den kommunale del.
Psykiatrisk gadeplansteam, Psykiatrisk Center Amager	Psykiatrisk gadeplansteam opsøger, opsporer, udreder og behandler hjemløse borgere. Borgerne lider af alvorlig psykisk sygdom (psykotiske eller tegn på psykose). Målgruppen har ofte et komplekst sygdomsbillede og er meget belastet af deres symptomer. Der er derfor en høj sværhedsgrad i udredningen og borgerne har ofte komorbiditet samt misbrug, hvilket vanskeliggøre den psykiatriske udredning.	Hjemløse borgere med alvorlig psykisk sygdom og ofte misbrug.	Permanent

Udskrivningskoordinator i Hjemløseenheden (1 årsværk i Hjemløseenheden)	Hjemløseenheden har en medarbejder ansat, som har et tæt samarbejde med regionen vedr. hjemløse/udsatte som er færdigbehandlet. Medarbejderen understøtter hurtige og smidige udskrivinger. Der er en tæt dialog med socialsygeplejerskerne.	Udsatte/hjemløse	Permanent
Faste læger på otte §108 botilbud. (opstart 2022)	Faste læger på botilbud er et tilbud til borgerne, om at få en praktiserende læge, der kommer fast på botilbuddet. Det betyder, at beboerne får nemmere adgang til konsultationer, udredning og evt. visitation til speciallæger m.v. Den faste læge yder dertil sundhedsfaglig rådgivning til personalet på botilbuddet.	Beboere på kommunale botilbud med bl.a. psykiske lidelser og diverse former for udsathed.	Budgetmidler 2022 – 2025.
Sundhedsteam, Københavns Kommune	Sundhedsteamet laver en opsøgende indsats på tværs på hjemløseområdet. Teamet har kommunalt ydernummer, som giver adgang til henvisning til og brug af det regionale sundhedsvæsens ydelser på linje med almen praksis. Teamet har ingen lokaliseret klinik men arbejder i de institutioner og enheder som udgør hjemløseområdet i KK.	Mennesker i hjemløshed eller i højrisiko for hjemløshed, uanset alder (men over 18)	Gentagen projektf finansiering siden 2005. nuværende budget med udløb pr 2022.
ACT på gadeplan	Hjemløseenheden afprøver i 2021 - 2024 en ACT-indsats for borgere med behov for en udredende og koordinerende indsats på tværs af deres tværfaglige behov. Formålet er at skabe muligheder for opbremsning af deroute, stabilisering gennem et systematisk fokus på social- og sundhedsfaglig koordinering samt udredning.	Udsatte hjemløse på gaden med særligt komplekse problemstillinger	2021-2024
Opsøgende gadeplansteam	Hjemløseenhedens opsøgende gadeplansteam arbejder relationelt og vedholdende med at brobygge til både kommunale, regionale og private tilbud afhængigt af den enkeltes behov. Gadeplansteamet har et tæt samarbejde med andre kommunale og regionale indsatser samt NGO'er	Udsatte hjemløse på gaden	-2024
F-ACT teams	F-ACT-teams (fleksibel ACT) yder intensiv ambulant psykiatrisk behandling til mennesker med svær psykisk sygdom.	Voksne borgere med komplekst sygdomsbillede og svær	Permanent

	<p>Behandlingen er individuelt tilpasset, tværfaglig, fleksibel, udgående og opsøgende i nærmiljøet.</p>	<p>belastning af symptomer, der ikke er målgruppe for behandling i pakkeforløb eller andet specialiseret tilbud. Behov for tværfaglig behandling og hvor behandling i primærsektoren er utilstrækkelig.</p>	
<p>Socialsygeplejersker i Region Hovedstaden</p>	<p>Socialsygeplejersken støtter socialt udsatte patienter under indlæggelse, ved ambulante forløb og formidler kontakt til eksterne samarbejdspartnere ved udskrivelse. Der er socialsygeplejersker på alle somatiske hospitaler i regionen.</p> <p>Med regionens budget 2021 er der afsat midler til at udbrede socialsygeplejerskefunktionen til psykiatrien. Socialsygeplejerskerne forankres på akutmodtagelserne på PC Amager, PC Glostrup, PC Ballerup, PC Nordsjælland og PC København.</p> <p>Rekruttering af socialsygeplejersker forventes at foregå i slutningen af 2021.</p>		<p>Permanent.</p>
<p>Socialoverlæger i Region Hovedstaden</p>	<p>Med regionens budget 2021 er der afsat midler til en socialoverlægefunktion i somatik og psykiatri. Der ansættes 2 socialoverlæger i somatikken og 2 i psykiatrien.</p> <p>De to socialoverlæger i somatikken bliver forankret på Amager og Hvidovre Hospital</p>		<p>Permanent.</p>

	<p>samt Bispebjerg og Frederiksberg Hospital men med funktion i hele regionen.</p> <p>Forankringen af de to socialoverlæger i psykiatrien er ikke afklaret, men det forventes, at den ene ansættes på PC Amager.</p> <p>Rekruttering af socialoverlæger forventes at foregå i slutningen af 2021.</p>		
Shared Addiction Care Copenhagen (SACC)	SACC er et samarbejde ml. SOF og Region hovedstaden ift. decentraliseret hepatitis C udredning og behandling af stofbrugere, der er indskrevet i stofmisbrugsbehandling i Københavns Kommune misbrugsenheder. Formålet er at mindske overdødeligheden samt smittespredningen af hepatitis C virus blandt stofbrugere	Borgere indskrevet i rusmiddelbehandling i Center for Rusmiddelbehandling København	
Modelcellearbejdet vedr. borgere med dobbeltdiagnoser	Tværasektoriel behandlings- og samarbejdsmodel til mennesker med svær psykisk lidelse og rusmiddelproblematik i samarbejde mellem Psykiatrisk Center Amager, København og Tårnby kommuner.	Borgere med svær psykisk sygdom, som er visiteret til udredning/behandling i regionens psykiatriske ambulatorier og som modtager behandling for rusmiddelproblematik.	Med regionens budget 2021 er der givet en varig bevilling på 8 mio. kr. årligt til udvikling, afprøvning og udbredelse af behandlings- og samarbejdsmodel.
Satspuljeprojekt vedr. fremskudt psykiatrisk indsats kombineret med rusmiddelindsats	Fælles projekt mellem Københavns Kommune (Hjemløseenheden samt CRK) og Region Hovedstadens psykiatri, Center Amager, som består af fremskudt tværfaglig indsats med udredning, diagnosticering og behandling af udsatte/hjemløse med dobbelt belastning.	Hjemløse med samtidig misbrug og psykiatriske lidelser.	Satspuljeprojekt 2020-2022