Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom

Godkendt af Tværsektoriel Strategisk Styregruppe
1. april 2022

Indholdsfortegnelse

Indledning **5**

Sundhedsaftalen for 2019-2023 5

Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom 5

Aftalens parter 5

Pårørende, recovery-mentorer, peers og frivillige 6

Ansvarsfordeling 6

Målgruppe og formål 7

Samtykke 7

Tværsektorielle netværksmøder 8

Hvad er et tværsektorielt netværksmøde? 8

Generelt om tværsektorielle netværksmøder 8

Fælles skabelon for tværsektorielle netværksmøder 9

Hvordan holdes et tværsektorielt netværksmøde? 9

Mødeform for tværsektorielle netværksmøder 10

Henvisning **11**

Planlagt behandling 11

Samarbejde under ambulant behandling **14**

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne og almen praksis 14

Tværsektorielle netværksmøder under ambulant behandling 16

Information til praktiserende læger fra Region Hovedstadens Psykiatri 16

Afslutning af et ambulant behandlingsforløb 16

Akut behandling **17**

Indlæggelse **19**

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne 19

Udskrivningskoordinatorer 19
Orientering, varsling og færdigmelding 20
Tværsektorielle netværksmøder under indlæggelse 23
Afmelding af færdigmelding – genoptagelse af behandling 23
Udskrivning 23
Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne 23
Tværsektorielt netværksmøde ved udskrivning 24
Opfølgning efter udskrivning 24
Udskrivningsaftale 24
Koordinationsplan 25
Korte indlæggelsesforløb 25
Genoptræningsplan 25
Overgang til ambulant behandling 25
Samarbejde med praktiserende læge ved udskrivning 26
Særligt i forhold til: 26
Overgang fra ung til voksen 26
Borgere på botilbud 27
Regionale ambulante botilbudsteams 27
Samarbejdsaftale mellem regionale ambulante botilbudsteam og de enkelte botilbud 28
Samarbejde i ambulante forløb 28
Samarbejde under indlæggelse og udskrivning 28
Behov for akut behandling i aftentimer, nattetimer samt weekender og helligdage 29
Samarbejde med andre ambulante behandlingstilbud 29
Samarbejde i ambulante forløb 29
Samarbejde under indlæggelse og udskrivning 30
Behov for akut behandling i aftentimer, nattetimer samt weekender og helligdage 30
Tværsektorielle netværksmøder efter tvangsindlæggelse 30

Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug 30
Ansvarsfordeling 31
Samarbejde 31
Tværsektorielle netværksmøder som koordinerende indsatsplaner 32
Samarbejdet med almen praksis 32
Hjemløse 32
Ambulant behandling af hjemløse 33
Borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning 33
PSPK-samarbejdet 34
Borgere med et åbenlyst støttebehov, som ikke ønsker/kan samarbejde 34
Målgruppen 35
Tværsektorielt samarbejde 35
Borgere over 70 år 36
Børn i familier med psykisk sygdom 36
Det generelle grundlag for samarbejdet 37
Kontaktoplysninger 37
Kommunikation 37
MedCom 37
SP-Link 38
FMK 39
Grundaftale om finansiering af ledsagelse til hospitalsbehandling 39
Aftalens løbetid 39
Opfølgning 39
Ordforklaring 40

Version:	[Nr.]
Udformet af:	[Navn]
Senest opdateret:	[Dag. Måned, År]

Indledning

Sundhedsaftalen for 2019-2023

Region Hovedstaden, kommunerne og de praktiserende læger i regionen har indgået en sundhedsaftale for perioden 2019- 2023. Sundhedsaftalen fastlægger de overordnede rammer og retningen for det tværsektorielle samarbejde om de borgere, der har brug for en indsats fra flere af sundhedsaftalens parter. Sundhedsaftalen skal understøtte, at borgerne oplever kvalitet, effektivitet og sammenhæng i deres forløb. Sundhedsaftalen kan ses her.

Samarbejdsaftale om voksne borgere med psykisk sygdom

Samarbejdsaftalen om voksne borgere med psykisk sygdom understøtter det konkrete tværsektorielle samarbejde om borgere, der har brug for indsatser fra forskellige sektorer. Samarbejdsaftalen er en fortløbende aftale, der revideres en gang i hver Sundhedsaftaleperiode. Samarbejdsaftalen udløber ikke sammen med sundhedsaftalen, men fortsætter indtil en revideret og godkendt samarbejdsaftale er på plads.

Aftalens parter

Aftalen er indgået mellem:

- Kommunerne i Region Hovedstaden i forhold til alle kommunale indsatser. Det betyder at såvel socialområdet, jobcentre, sundhedsområdet, børne- og familieområdet og evt. andre relevante kommunale områder er omfattet af aftalen[1].
- Region Hovedstadens Psykiatri, både i forhold til ambulant behandling, herunder opsøgende behandling og behandling under indlæggelse.
- PLO- Hovedstaden på vegne af de praktiserende læger i almen praksis.

[1] Den Sociale Virksomhed, der er en regional virksomhed, der efter aftale med kommunerne driver botilbud til borgere med psykisk sygdom og borgere med handicap, er ikke en aftalepart. Men de botilbud, der drives af Den Sociale Virksomhed, samarbejder med Region Hovedstadens Psykiatri og andre interessenter efter de afsnit i aftalen, der omhandler samarbejde om beboere på botilbud.

Pårørende, recovery-mentorer, peers og frivillige

Ud over samarbejdsaftalens professionelle aktører og borgeren kan det være en fordel at indtænke pårørende, peers eller frivillige, når det er muligt. Pårørende og frivillige er en ressource, der kan være med til at støtte op om borgernes forløb og medvirke til, at borgerne oplever sammenhængende forløb, der også hænger sammen med det private liv.

Det er intentionen i samarbejdsaftalen at inddrage pårørende så meget som muligt. Ansvaret for at inddrage pårørende i det tværsektorielle samarbejde ligger hos både kommunen og Regions Hovedstadens Psykiatri i samarbejde med borgeren.

Region Hovedstadens Psykiatri har ansat recovery-mentorer, der er medarbejdere, der har eller tidligere har været patient i psykiatrien. Recovery-mentorer er rollemodeller og brobyggere overfor både patienter og medarbejdere, og de viser, at det er muligt at komme sig.

Da recovery-mentorer er ansat i Region Hovedstadens Psykiatri er de omfattet af retningslinjerne i denne samarbejdsaftale.

Ansvarsfordeling

- Kommunerne har ansvaret for at vurdere og tilkende kommunale indsatser, som borgerne i målgruppen har behov for.
- Region Hovedstadens Psykiatri har ansvaret for at udrede og behandle borgere med moderat til svær psykisk sygdom – både ambulant, herunder ved opsøgende virksomhed og under indlæggelse.
- Praktiserende læger har ansvaret for at udrede og behandle borgere med psykisk sygdom – eller henvise til udredning og behandling i Region Hovedstadens Psykiatri – eller hos privatpraktiserende speciallæger i psykiatri. [2]

Kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger er gensidigt forpligtet til at samarbejde om fælles borgere. Samarbejdet sker med respekt for de faglige rammer og vilkår, som kommunerne, Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger hver især er underlagt.

[2] Privatpraktiserende speciallæger i psykiatri er ikke omfattet af denne aftale.

Målgruppe og formål

Målgruppen for samarbejdsaftalen er borgere over 18 år med psykisk sygdom, der både har brug for behandling af den psykiske sygdom enten i almen praksis eller i Region Hovedstadens Psykiatri og kommunal støtte som følge af psykisk sygdom.

Aftalens formål er at:

- Borgere med psykisk sygdom får rettidig og relevant hjælp, behandling og støtte
- Borgere med psykisk sygdom deltager aktivt i udredning, behandling og rehabilitering, og at indsatsen tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov, uanset om indsatsen ydes af en kommune, almen praksis eller Region Hovedstadens Psykiatri
- Borgere med psykisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats på tværs af kommune, almen praksis og Region Hovedstadens Psykiatri og at der tages hånd om deres samlede behov – også i forbindelse med anden sygdom, herunder misbrug
- Indsatsen er baseret på aktiv deltagelse af borgeren og dennes netværk, herunder pårørende og har fokus på både recovery- og rehabilitering Den fælles indsats skal understøtte borgere med psykisk sygdom i at nå de mål – og leve det liv, de ønsker.

Kommunerne, PLO- Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri er enige om, at borgere med psykisk sygdom skal opleve, at indsatserne i de forskellige sektorer hænger sammen, og at alle relevante aktører er inddraget. Borgeren og evt. deres pårørende eller øvrige netværk inddrages i vurderingen af, hvilke aktører, der er relevante at inddrage.

For at sikre sammenhæng og undgå unødvendig ventetid, skal den samlede indsats tilrettelægges, så der arbejdes med samtidige, parallelle og/eller integrerede indsatser.

I det følgende er der en beskrivelse af samarbejdet i disse faser:

- henvisningen
- ambulant behandling
- indlæggelse og udskrivning
- særlige indsatsområder, fx beboere på botilbud

Afslutningsvis er der en beskrivelse af grundlaget for det tværsektorielle samarbejde.

Samtykke

Det er en grundlæggende forudsætning for samarbejdsaftalen, at borgeren har givet samtykke til, at der udveksles oplysninger mellem de forskellige aktører, eller at lovgivningen hjemler mulighed for udveksling af oplysninger uden samtykke, jf. sundhedslov, forvaltningslov, gældende retningslinjer for GDPR, mv.

Tværsektorielle netværksmøder

Parterne har aftalt, at tværsektorielle netværksmøder, herunder brug af den fælles skabelon for tværsektorielle netværksmøder, er den samarbejdsform, der bruges i det tværsektorielle samarbejde. Der kan anvendes forskellige metoder og tilgange til at facilitere mødet. Det er den instans, der varetager mødet som mødeleder, der vælger metoden og stiller medarbejdere med de rette kompetencer til rådighed til at lede mødet. Mødeafholdelsen skal dog ske under hensyntagen til et rimeligt ressourceforbrug svarende til et almindeligt tværsektorielt netværksmøde.

Hvad er et tværsektorielt netværksmøde?

Det er et tværsektorielt netværksmøde, når minimum en kommunal og en regional medarbejder og evt. andre fra borgerens professionelle netværk mødes med borgeren og eventuelt dennes pårørende. Målet er at koordinere aftaler og planer, herunder borgerens behov for behandling og kommunal støtte.

Se film om hvad et netværksmøde er.

Generelt om tværsektorielle netværksmøder

Tværsektorielle netværksmøder understøtter et velkoordineret forløb for både ambulante forløb og forløb under indlæggelse. På tværsektorielle netværksmøder drøfter borgeren, dennes netværk og de forskellige aktører sagen og kan indgå aftaler om forløbet. Borgeren og evt. de pårørende eller øvrige netværk kan altid deltage i netværksmødet, hvis borgeren ønsker det.

Et tværsektorielt netværksmøde kan holdes på ethvert tidspunkt i et udrednings- og behandlingsforløb, når enten borgerens kommune eller det psykiatriske center vurderer, at der er behov for det.

Et tværsektorielt netværksmøde kan også holdes på initiativ af borgeren, hvis kommunen og det psykiatriske center er enige i, at der er behov for et netværksmøde. Hvis borgeren samtykker, kan de pårørende eller øvrige netværk opfordre til, at der holdes et tværsektorielt netværksmøde. Sådanne ønsker bør som hovedregel kommes i møde, men kan i særlige tilfælde afslås på baggrund af en konkret, faglig vurdering. Parterne bør prioritere at deltage i de tværsektorielle netværksmøder.

Alment praktiserende læge kan inviteres til at deltage i det tværsektorielle netværksmøde, hvis lægen mener, det er fagligt relevant og lægen har mulighed for at deltage. Den praktiserende læges deltagelse sker altid efter dialog med denne. Hvis alment praktiserende læge deltager i det tværsektorielle netværksmøde, honoreres det efter gældende overenskomst[3].

---

[3] Socialmedicinsk samarbejde, jvf. § 87.

Fælles skabelon for tværsektorielle netværksmøder

Kommunerne i Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en fælles skabelon for tværsektorielle netværksmøder. Netværksmødeskabelonen kan tilgås her.

Skabelonen for tværsektorielle netværksmøder kan både bruges til mindre afgrænsede problemstillinger eller større og mere komplicerede udfordringer, fx ved samtidig psykisk sygdom og misbrug. I sådanne tilfælde bruges skabelonen til netværksmøder og fungerer som en Koordinerende Indsatsplan.

Hvis borgeren er indlagt på et døgnafsnit, er der mulighed for at indholdet i en eventuel udskrivningsaftale eller koordinationsplan kan afklares på et netværksmøde[4].

Netværksmødeskabelonen sikrer en systematisk og struktureret afvikling af et tværsektorielt netværksmøde.

Der er følgende elementer i skabelonen:

- dagsorden/formål
- oversigt over deltagerne i mødet, herunder bl.a. konkrete kontaktoplysninger på mødedeltagerne
- oversigt over de konkrete aftaler, der blev lavet på mødet, herunder hvem der er ansvarlig og hvilken frist, der er i forhold til aftalen
- der skal tages stilling til, om der er brug for et opfølgningsmøde
- en kort vejledning til de enkelte elementer i skabelonen

Hvordan holdes et tværsektorielt netværksmøde?

Se film om, hvordan et netværksmøde holdes.

Den part, der inviterer til netværksmøde, skal så vidt muligt inden mødet have talt med borgeren og evt. pårørende om ønsker og forventninger til mødet og på den baggrund beskrive formålet med mødet. Beskrivelsen af formålet bliver også dagsordenen for mødet.

---

[4] Det fremgår af Psykiatrilovens § 13 a, at overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Det fremgår af Psykiatrilovens § 13 b, at hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Beskrivelsen af formålet med mødet angiver de problemstillinger, der ønskes drøftet på mødet, og giver et fingerpeg om, hvilke deltagere/kompetencer fra både kommune og psykiatrisk center, der er behov for på mødet.

I mere komplicerede sager er det vigtigt, at parterne har afklaret, hvordan der kan sikres tilstrækkelig beslutningskompetence på mødet. Det kan evt. ske ved en forudgående forventningsafstemning.

For at sikre at der er et begrænset antal mødedeltagere, og at mødet kan holdes indenfor en overskuelig tidsramme, er det vigtigt at begrænse antallet af mødedeltagere så meget som muligt.

Når mødet begyndes, skal det afklares, hvem der er mødeleder, referent og tovholder. Det anbefales at mødeleder og referent ikke er den samme person.[5] Det kan også afklares inden mødet.

Der skal under mødet udarbejdes et kort referat i netværksmødeskabelonen, der allerede er udfyldt med beskrivelsen af mødets formål. Referatet beskriver de aftaler, der bliver indgået[6].

Beskrivelsen af aftalerne i skabelonen udgør referatet fra mødet og sikrer, at alle parter ved, hvad der er aftalt på netværksmødet. De ved også, hvem der skal følge op på de aftaler, der er indgået, og hvornår det, der bliver aftalt, skal være sat i gang eller færdigt. Udgangspunktet er, at de deltagende parter modtager referatet. Skal referatet gives til andre, fx egen læge, skal borgeren give samtykke til det.

Hvis deltagerne i mødet ikke selv har beslutningskompetence, skal de sikre, at der igangsættes nødvendige tiltag i kommunen eller det psykiatriske center, så de aftaler, der er lavet, kan føres ud i livet.

Det er også vigtigt, at mødedeltagerne efter mødet orienterer relevante parter i eget bagland om de aftaler, der blev lavet på mødet.

Mødeform for tværsektorielle netværksmøder

Netværksmøder kan afholdes som fysiske møder, videomøder, telefonmøder eller lign.

Den, der inviterer til netværksmøde, skal sammen med borgeren vurdere, om mødet kan holdes virtuelt, eller om der er brug for et fysisk møde. Det vil være muligt at holde mødet, hvor nogle parter deltager fysisk, andre virtuelt.

---

[5] I de tilfælde, hvor referatet indeholder aftaler om selve den psykiatriske behandling eller medicinering, skal den del af referatet skrives af en sundhedsfaglig medarbejder.

[6] I tilfælde, hvor borger tager initiativ til netværksmøde, skal den part, som borgeren henvender sig til, sørge for i samarbejde med borgeren at udarbejde dagsorden. Denne part er ligeledes ansvarlig for at rollefordelingen ift. mødeledelse, referent og tovholder på mødet aftales.

Der er en vejledning, der beskriver fremgangsmåden, når der holdes virtuelle netværksmøder. Vejledningen kan ses her

Der er gode erfaringer med brugen af virtuelle, tværsektorielle netværksmøder, som fx kan gøre mødeplanlægningen mere smidig, ligesom det vil lette adgangen for, at praktiserende læger kan deltage i mødet, hvis der er behov for det.

Henvisning

Planlagt behandling

Når en borger med psykisk sygdom har behov for behandling af den psykiske lidelse, kan behandlingen enten ske hos den praktiserende læge, hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri[7] eller på hospitalet (Region Hovedstadens Psykiatri).[8]

Når der er behov for behandling af den psykiske sygdom i Region Hovedstadens Psykiatri sender borgerens læge en henvisning til Center for Visitation og Diagnostik (CVD) i Region Hovedstadens Psykiatri. De praktiserende læger følger de retningslinjer, der er beskrevet i forløbsbeskrivelser for henvisninger.

På Bornholm henvises direkte til Psykiatrisk Center Bornholm på nær specialiserede diagnoser.

Hvis der opstår et akut behov for behandling, er processen anderledes end det beskrevne - se afsnittet om Akut behandling.

CVD modtager alle henvisninger til udredning og behandling i den hospitalsbaserede psykiatri. CVD modtager ikke henvisninger til behandling i privat regi.

I CVD sidder speciallæger, specialpsykologer, sygeplejersker og sekretærer klar til at sikre, at henviste borgere får tilbudt det rette behandlingsforløb. Der er mulighed for at indkalde borgeren til en eller flere afklarende samtaler i CVD.

Henvisningen skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for, at CVD kan visitere til det rette forløb. Yderligere konkrete informationer om indholdet i henvisningen kan ses her.

---

[7] Privatpraktiserende speciallæger er ikke omfattet af denne aftale.

[8] Region Hovedstadens Psykiatri varetager den specialiserede behandling af psykisk sygdom. Når en borgers psykiske sygdom har en sværhedsgrad, der gør, at sygdommen ikke kan behandles hos den praktiserende læge eller hos privatpraktiserende psykiater/psykolog varetages den specialiserede behandling på hospitalsniveau. Der kan enten være tale om ambulant behandling eller behandling under indlæggelse.

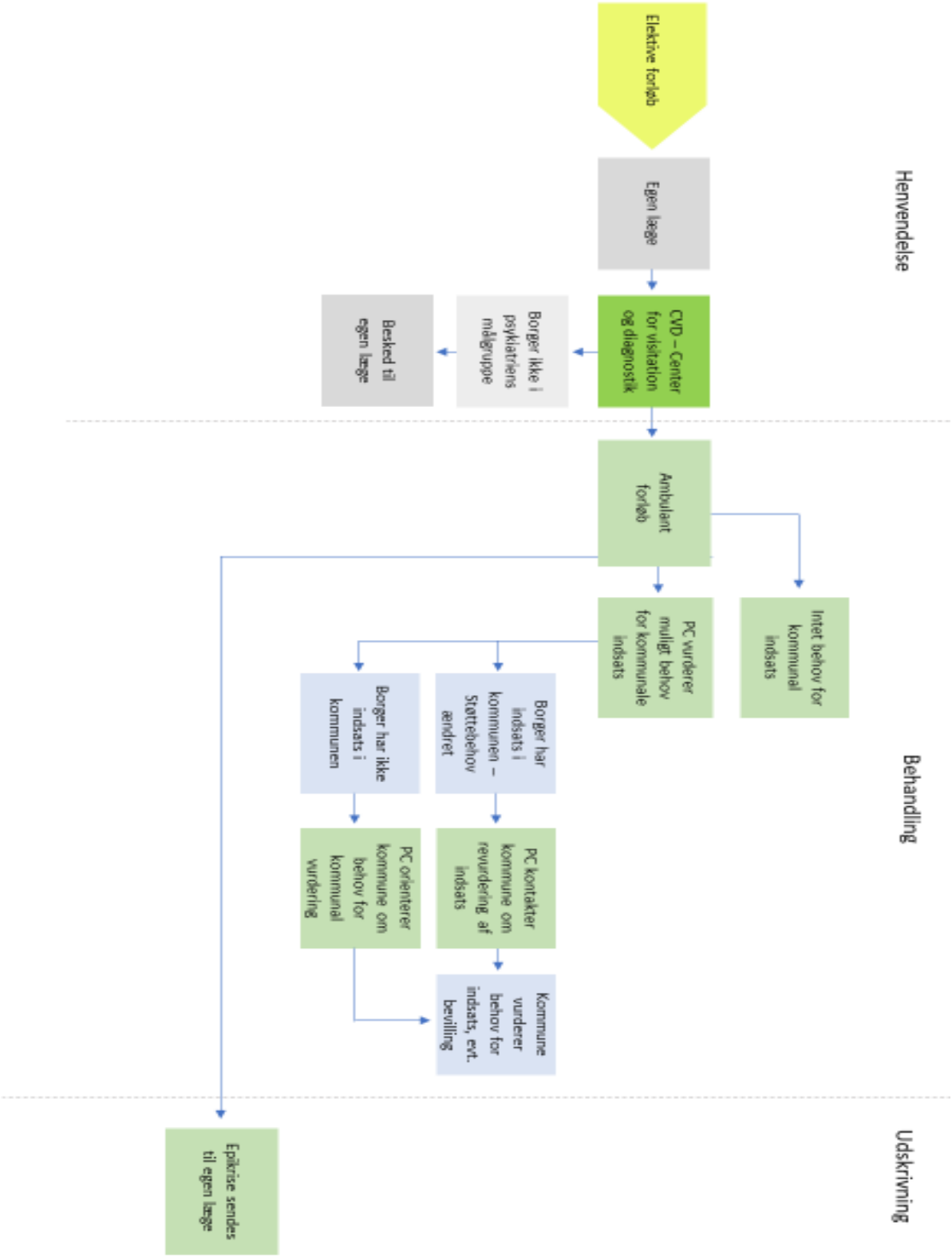
Hvis den henvisende læge i forbindelse med en henvisning har behov for dialog med CVD, kan CVD kontaktes på tlf. 3864 0200 mellem kl. 10.00 – 13.00 på hverdage.

Hvis CVD ikke kan vurdere henvisningen på grund af uklarhed eller utilstrækkelige oplysninger, vil CVD sædvanligvis kontakte den henvisende læge med henblik på afklaring. Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor henvisningen afvises.

CVD visiterer til pakkeforløb og specialfunktioner i Region Hovedstadens Psykiatri og sikrer lige adgang til behandling for alle borgere.

Der går maksimalt 8 dage fra henvisningen er modtaget i CVD til borgeren får besked. CVD orienterer ikke den henvisende læge om dette.

Sagsforløbet i elektive (planlagte) forløb er illustreret i diagrammet nedenfor:


Henvendelse
Behandling
Udskrivning
Elektive forløb
Egen læge
CVD – Center for visitation og diagnostik
Borger ikke i psykiatriens målgruppe
Besked til egen læge
Ambulant forløb
Intet behov for kommunal indsats
PC vurderer muligt behov for kommunale indsats
Borger har indsats i kommunen – Støttebehov ændret
Borger har ikke indsats i kommunen
PC kontakter kommune om revurdering af indsats
PC orienterer kommune om behov for kommunal vurdering
Kommune vurderer behov for indsats, evt. bevilling
Epikrise sendes til egen læge

Samarbejde under ambulant behandling

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommunerne og almen praksis

Når en borger begynder i et ambulant behandlingsforløb i Region Hovedstadens Psykiatri, skal Region Hovedstadens Psykiatri spørge borgeren, om denne modtager støtte fra kommunen, medmindre det kan udelukkes, at kommunal støtte er relevant for forløbet. Hvis det er tilfældet - eller hvis borger og Region Hovedstadens Psykiatri vurderer, at der kan være behov for kommunale indsatser - kontakter Region Hovedstadens Psykiatri borgerens kommune og orienterer om det.

På baggrund af henvendelsen, kan kommunen gå i dialog med borgeren og evt. pårørende og vurdere de indsatser, der allerede ydes og undersøge, om der er behov for yderligere kommunale indsatser. Borgeren kan modtage ydelser fra flere forskellige forvaltninger.

Relevante kommunale indsatser afhænger af borgerens situation og kan derfor være mangeartede, eksempelvis:

- *Sociale indsatser* kan fx være støttekontaktperson, aktivitets- og samværstilbud i socialpsykiatrien, individuel og gruppebaseret bostøtte eller praktisk hjælp i hjemmet. I sager, hvor borgeren har et mere omfattende støttebehov, kan der blive tale om et midlertidigt eller længerevarende botilbud.
- *Sundhedsmæssige indsatser* fra kommunen kan fx være misbrugsbehandling, forebyggende indsats ift. livsstilssygdomme – KRAM, sygepleje eller genoptræning
- *Forsørgelsesmæssige indsatser* fra kommunen i form af ydelser eller arbejdsmarkedsrettede tilbud.
- *Jobrettede indsatser* kan fx være samarbejde med sagsbehandlere i jobcentre, eller mentorstøtte, evt. etableret som udskrivningskoordinator.

Kommunale indsatser iværksættes, når kommunen har vurderet støttebehovet. Kommunen kan enten tilbyde eller visitere til kommunale støttetilbud. Kommunen foretager en socialfaglig vurdering af støttebehovet på baggrund af bl.a. lægelige oplysninger om borgerens funktionsniveau og evt. en socialfaglig udredning af borgeren. Det er vigtigt, at kommunen har tilstrækkelig information fra Region Hovedstadens Psykiatri, når støttebehovet skal vurderes.

Det er de politiske udvalg i kommunerne, som fastsætter serviceniveau og frister for sagsbehandlingen. Fristerne for kommunernes sagsbehandling findes på de respektive kommuners hjemmesider.

Når borgeren har brug for hjælp fra både kommunen og Region Hovedstadens Psykiatri, er der brug for et godt og smidigt samarbejde på tværs af sektorerne, herunder også med den praktiserende læge.

Et godt og smidigt samarbejde forudsætter, at der er klarhed over, hvem der løser hvilke opgaver. Sektorerne skal arbejde med egne kerneopgaver og hver især bruge deres kompetencer i samarbejdet med den enkelte borger og hinanden, så hjælpen hænger sammen og bidrager til den samlede indsats.

Region Hovedstadens Psykiatris kerneopgave er at udrede og behandle psykisk sygdom. Kommunernes kerneopgave er at støtte borgerne i at leve et så værdigt og selvstændigt liv som muligt og praktiserende lægers kerneopgave er at være borgerens primære sundhedsperson og indgang til sundhedsvæsenet i forbindelse med henvisning til et udrednings- og behandlingsforløb. Egen læge vil oftest være ansvarlig for eventuelle øvrige kroniske sygdomme, hvorfor behandlingsansvar bør koordineres med egen læge.

Med fokus på et godt og smidigt samarbejde, skal borgerens kommune og Region Hovedstadens Psykiatri sammen med borgeren og evt. borgerens egen læge, de pårørende eller andet netværk så hurtigt som muligt kontakte hinanden og tilrettelægge den samlede indsats.

Hvis borgeren er i et behandlingsforløb i Region Hovedstadens Psykiatri, vil det ofte være Region Hovedstadens Psykiatri, der bliver opmærksom på behovet for samarbejde. Det er derfor Region Hovedstadens Psykiatri, der i samarbejde med borgeren, har ansvaret for at kontakte borgerens kommune. Det kan også være borgerens kommune, der bliver opmærksom på, at der er behov for at kontakte Region Hovedstadens Psykiatri. I sådanne tilfælde er det kommunen, der i samarbejde med borgeren, har ansvaret for at kontakte det psykiatriske center – se afsnit om Kontaktoplysninger.

I tilfælde med samtidig somatisk sygdom tages kontakt til den behandlingsansvarlige læge, oftest egen læge, med henblik på opfølgning dér.

Ved ambulant behandling har kommunen mulighed for at støtte borgere, der også er visiteret til indsatser i kommunen, i at fastholde behandlingen, herunder støtte borgeren i at anvende ordineret medicin. Det kan også rent praktisk være støtte til at sikre, at borgeren møder til behandling/samtaler hos behandlende læge, egen læge, i jobcentret, til misbrugsbehandling eller lign.

Misbrugsbehandling er et andet eksempel på en kommunal indsats, der kan iværksættes samtidig med behandling i Region Hovedstadens Psykiatri, og hvor borgere har gavn af en sammenhængende behandling. Se afsnit om Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug.

Det er vigtigt, at de indsatser der arbejdes med i hhv. det psykiatriske center og kommunen, bliver koordineret – se afsnit om Tværsektorielle netværksmøder.

Tværsektorielle netværksmøder under ambulant behandling

I tilfælde, hvor der er behov for en koordineret indsats i forbindelse med et ambulant behandlingsforløb, kan der holdes tværsektorielt netværksmøde med deltagelse af relevante parter.

Når der inviteres til tværsektorielt netværksmøde, er parterne forpligtede til at finde et egnet mødetidspunkt og mødeforum, så mødet afholdes indenfor en rimelig frist. En rimelig frist er i udgangspunktet 5 arbejdsdage. Det tværsektorielle netværksmøde kan evt. holdes virtuelt.

Information til praktiserende læger fra Region Hovedstadens Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri skal informere borgerens læge, når der under et ambulant behandlingsforløb sker væsentlige ændringer i borgerens behandling, herunder i forhold til medicinering, der har betydning for lægens arbejde. Nye og reviderede behandlingsplaner sendes til den praktiserende læge, når det er relevant i forhold til dennes opgaver.

Under ambulante forløb er den behandlingsansvarlige læge i Region Hovedstadens Psykiatri ansvarlig for receptudskrivelse af den psykiatriske medicin.

Afslutning af et ambulant behandlingsforløb

Ved afslutning af et ambulant behandlingsforløb ajourfører det psykiatriske center det Fælles Medicin Kort - FMK og sender en epikrise til borgerens læge inden for 24 timer.

Borgere, der er i antipsykotisk behandling med mere end ét antipsykotisk præparat eller i anden antipsykotisk behandling, der kræver tæt kontrol, fx blodprøver eller EKG, kan kun afsluttes til egen læge, hvis de er stabile og efter forudgående dialog med egen læge.

Ved afslutning af et ambulant behandlingsforløb sendes Korrespondancemeddelelse til borgerens egen læge med henblik på overtagelse af behandlingsansvaret. Borgerens egen læge er forpligtet til at svare på Korrespondancemeddelelsen indenfor 3 hverdage. Der bør være angivet en kontaktlæge i psykiatrien, som egen læge kan kontakte i situationer, hvor egen læge ikke er fagligt kompetent til at overtage behandlingsansvaret.

For at borgerens opfølgningsbehov bliver tydeligt for den praktiserende læge, skal borgerens opfølgningsbehov markeres med en farve i epikrisen. På den måde kan egen læge umiddelbart se, om der er behov for opfølgning nu eller senere, når epikrisen modtages.

Samtidig orienterer Region Hovedstadens Psykiatri borgerens kommune, når der er et igangværende samarbejde om borgeren.

Hvis borgerens tilstand forværres, kan borgeren på ny henvises til behandling i Region Hovedstadens Psykiatri. Det sker ved, at egen læge sender en henvisning til CVD.

Hvis borgeren ønsker at blive tilknyttet en privatpraktiserende speciallæge, skal borgeren gå i dialog med egen læge herom, herunder hvad der skal ske i eventuel ventetid.

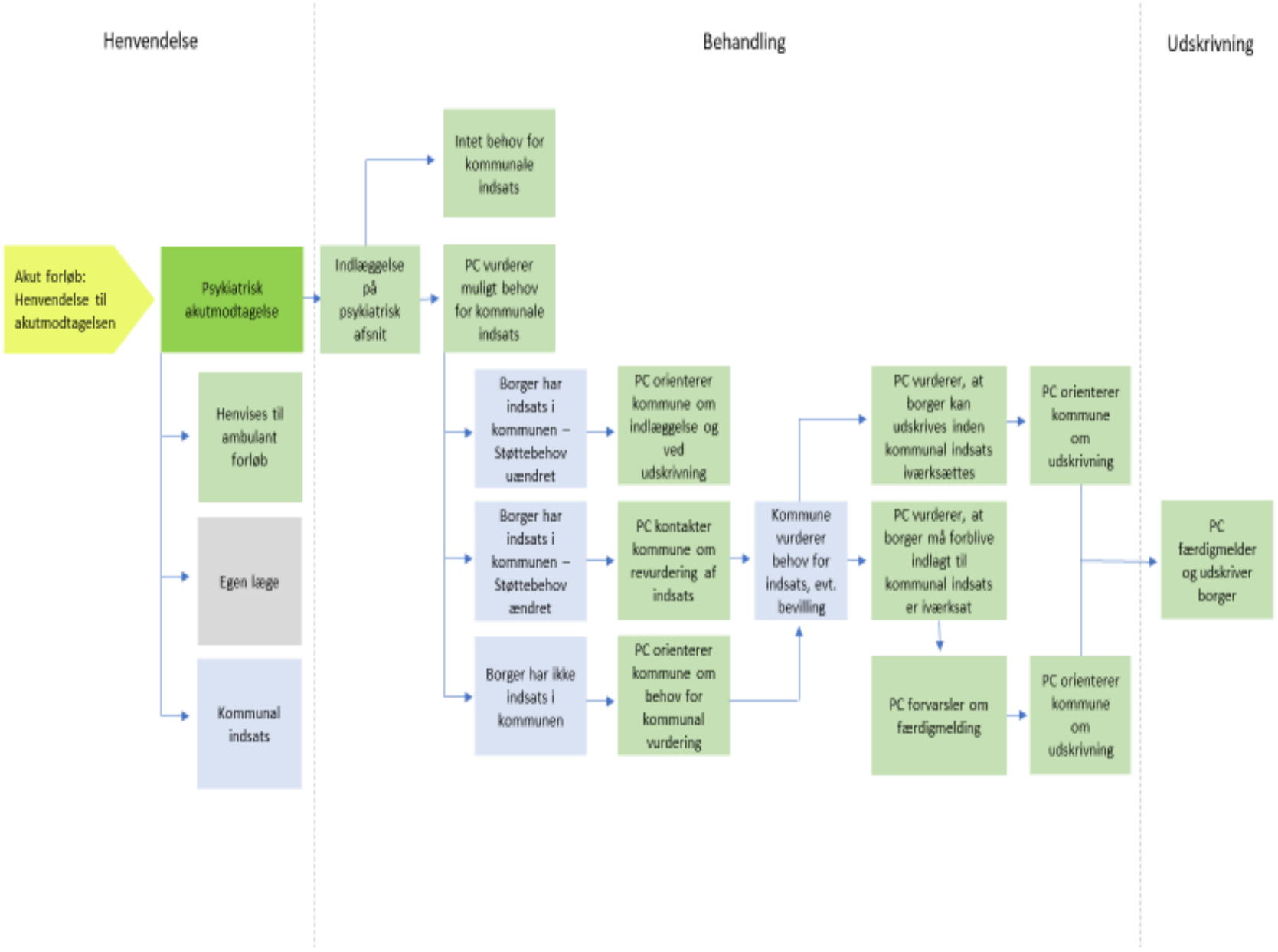
Akut behandling

Flere kommuner har akutte tilbud til målgruppen. Hvis der er behov for akut psykiatrisk behandling, kan borgeren, eller andre på vegne af denne, kontakte den nærmeste psykiatriske akutmodtagelse. Alle kan henvende sig uden visitation eller henvisning på en psykiatrisk akutmodtagelse. På Bornholm foregår henvendelser i vagttid i 1813 eller Akutmodtagelsen på Bornholms Hospital.

Når borgeren henvender sig i den psykiatriske akutmodtagelse, bliver borgeren undersøgt, og der bliver taget stilling til det videre forløb, hvor der er følgende muligheder – eller en kombination heraf:

- Borgeren bliver indlagt
- Borgeren bliver henvist til ambulant behandling – eller genoptagelse af ambulant behandling
- Borgeren bliver henvist til egen læge
- Borgeren bliver henvist til at tage kontakt til kommunen
- Borgeren afsluttes efter undersøgelse/behandling

Sagsforløbet i sådanne akutte forløb er illustreret i diagrammet nedenfor:


Henvendelse
Behandling
Udskrivning
Akut forløb: Henvendelse til akutmodtagelsen
Psykiatrisk akutmodtagelse
Henvises til ambulant forløb
Egen læge
Kommunal indsats
Indlæggelse på psykiatrisk afsnit
Intet behov for kommunale indsats
PC vurderer muligt behov for kommunale indsats
Borger har indsats i kommunen – Støttebehov uændret
Borger har indsats i kommunen – Støttebehov ændret
Borger har ikke indsats i kommunen
PC orienterer kommune om indlæggelse og ved udskrivning
PC kontakter kommune om revurdering af indsats
PC orienterer kommune om behov for kommunal vurdering
Kommune vurderer behov for indsats, evt. bevilling
PC vurderer, at borger kan udskrives inden kommunal indsats iværksættes
PC vurderer, at borger må forblive indlagt til kommunal indsats er iværksat
PC forvarsler om færdigmelding
PC orienterer kommune om udskrivning
PC orienterer kommune om udskrivning
PC færdigmelder og udskriver borger

Hvis borgeren bliver indlagt, er forløbet beskrevet i afsnittet herunder.

Hvis borgeren bliver henvist til ambulant behandling, er forløbet beskrevet i afsnittet om ambulant behandling.

Indlæggelse

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne

Når en borger med psykisk sygdom bliver indlagt i Region Hovedstadens Psykiatri, skal det psykiatriske center ved indlæggelsen spørge borgeren, om denne modtager støtte fra kommunen. Hvis det er tilfældet – eller hvis borger og Region Hovedstadens Psykiatri vurderer, at der kan være behov for kommunale indsatser – kontakter Region Hovedstadens Psykiatri borgerens kommune og orienterer om det.

Det indebærer, at borgerens kommune skal adviseres så snart, det er identificeret, at der kan være behov for enten justering eller iværksættelse af nye kommunale indsatser. Kommunen får ved adviseringen kendskab til sagen og kan begynde at vurdere, om der er grundlag for justering og/eller tilvejebringelse af kommunale indsatser. Kommunen kan påbegynde sagsbehandlingen parallelt med, at den psykiatriske behandling finder sted i samarbejde med borgeren. Kommunen holder det psykiatriske center orienteret om, hvornår en eventuelt kommunal indsats forventes at kunne iværksættes.

Det er afgørende for sagens fremdrift og timing, at der under indlæggelsen foregår et kontinuerligt tæt samarbejde mellem det psykiatriske center og kommunen med inddragelse af borgeren og evt. dennes netværk. Det er i den forbindelse vigtigt, at kommunen løbende orienteres om borgers funktionsniveau og forventet udskrivningsdato.

Orienteringen fra det psykiatriske center til kommunen kan enten være elektronisk, telefonisk eller ved afholdelse af Tværsektorielle netværksmøder, der enten kan være et fysisk møde, et virtuelt møde, et telefonmøde eller lign.

Udskrivningskoordinatorer

Borgere, der udskrives fra indlæggelse på et psykiatrisk døgnafsnit og som er omfattede af lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 6 har ret til en udskrivningskoordinator. Retten opstår også, selv om der er tale om et meget kort indlæggelsesforløb.

Hvis borgeren opfylder betingelserne for en udskrivningskoordinator, skal Region Hovedstadens Psykiatri kontakte borgerens kommune og informere om, at borgeren er indlagt og ønsker at gøre brug af sin ret til en udskrivningskoordinator, jf. kapitel 26, § 167, stk. 2 i lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Orientering, varsling og færdigmelding

Der er følgende hovedscenarier for samarbejdet mellem kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til, hvornår og hvordan der arbejdes med orienteringer, varslinger og færdigmeldinger:

1. Borger har allerede en indsats i kommunen – borgerens behov for støtte forventes at være uændret ved udskrivningen
2. Borger har allerede en indsats i kommunen – borgerens behov for støtte forventes at være større ved udskrivningen
3. Borger har ikke en indsats i kommunen – det psykiatriske center skønner, at der kan være behov for kommunale indsatser ved udskrivningen

Ad. 1 – Borger har allerede en indsats i kommunen – borgerens behov for støtte forventes at være uændret ved udskrivningen

I sådanne tilfælde orienterer det psykiatriske center borgerens kommune ved indlæggelsen. Kommunen kan efter en konkret vurdering standse den kommunale indsats ved indlæggelsen og genoptage ved udskrivningen.

Der sker ikke varsling i disse sager. Det psykiatriske center orienterer kommunen om udskrivning.

Ad. 2 – Borger har allerede en indsats i kommunen – borgerens behov for støtte forventes at være større ved udskrivningen

I sådanne tilfælde kontakter det psykiatriske center kommunen og orienterer om, at det skønnes, at borgerens behov for kommunale indsatser ved udskrivningen er større end hidtil tildelte indsatser. På baggrund heraf vurderer kommunen, om der er behov for at tildele/justere kommunale indsatser til borgeren.

Hvis borger kan udskrives selv om den/eller de kommunale indsatser ikke er sat i værk, varsler det psykiatriske center ikke kommunen, men orienterer kommunen om udskrivning.

Hvis borger ikke kan udskrives, før kommunale indsatser er sat i værk, varsler det psykiatriske center kommunen så tidligt som muligt- og senest 8 dage før borgeren skønnes at være færdigbehandlet under indlæggelse. Vurderingen af færdigbehandling under indlæggelse er altid en lægelig vurdering. Det psykiatriske center sender varslingsblanket til borgerens kommune.

Varslingen er et supplement til den tværsektorielle dialog, der skal have været under indlæggelsesforløbet jf. hensigten om dialog og tidlig indsats. Se afsnit om Tværsektorielle netværksmøder.

Det psykiatriske center sender færdigmelding til kommunen, når borgeren efter en lægelig vurdering er færdigbehandlet under indlæggelse. Intentionen med færdigmeldingen er at sikre et godt og smidigt udskrivningsforløb.

Hvis det er aftalt mellem det psykiatriske center og den relevante kommune, kan færdigmeldingen kan sendes som en MedCom-standard: MOF (Melding Om Færdigbehandling).

Når kommunen har brug for lægelige oplysninger for at kunne behandle borgens sag og træffe afgørelse, er det vigtigt at de lægelige oplysninger leveres så hurtigt som muligt. Hvis de lægelige oplysninger ikke bliver leveret indenfor de frister, der fremgår af aftalen om Socialt-lægeligt samarbejde kan en færdigmelding sættes i bero, indtil oplysningerne er leveret til kommunen. Når oplysningerne er leveret, genoptages færdigmeldingen.

Færdigmeldingen skal sendes til borgerens bopælskommunen[9].

Ift. færdigmelding af hjemløse skal det psykiatriske center sende færdigmeldingen til borgerens senest kendte opholdskommune. Den senest kendte opholdskommune varetager de fornødne opgaver eller sender sagen videre til anden opholdskommune/betalingskommune, hvis en sådan kan findes. Se i øvrigt mere under afsnittet om Hjemløse.

Hvis der er ventetid i forhold til iværksættelse af kommunale indsats(er) til borgeren, skal kommunen tilvejebringe anden støtte i ventetiden, så borgeren kan udskrives så hurtigt som muligt efter færdigmeldingen.

Det bemærkes, at i tilfælde hvor borgeren ikke længere ønsker at være indlagt, og der ikke er grundlag for at tilbageholde borgeren med tvang, orienterer det psykiatriske center borgerens kommune, hvis borgeren har givet samtykke til det. Det gælder også i de tilfælde, hvor der ellers ville have været behov for at det psykiatriske center varsler kommunen om udskrivning. Der vil i sådanne tilfælde som hovedregel være behov for enten en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Ad. 3 – Borger har ikke en indsats i kommunen – det psykiatriske center skønner, at der kan være behov for kommunale indsatser ved udskrivningen

I sådanne tilfælde skal det psykiatriske center så tidligt som muligt efter indlæggelsen kontakte borgerens kommune med henblik på dialog, som forberedelse af udskrivningen. Den tidlige kontakt giver kommunen mulighed for at vurdere, om der er behov for kommunale indsatser. Kommunen skal på dette grundlag påbegynde sagsbehandlingen, hvis der er brug for kommunale indsatser.

[9] Efter Sundhedslovens § 238, stk. 1 opkræver bopælsregionen bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Hvis borger kan udskrives selv om den/eller de kommunale indsatser ikke er sat i værk, sker der ikke varsling og færdigmelding. Det psykiatriske center orienterer kommunen om udskrivning.

Hvis borger ikke kan udskrives, før de kommunale indsatser er sat i værk, varsler det psykiatriske center så tidligt som muligt og senest 8 dage før borgeren, efter en lægelig vurdering, skønnes at være færdigbehandlet under indlæggelse borgerens kommune ved at sende varslingsblanket.

Varslingen er et supplement til den tværsektorielle dialog, der skal have været under indlæggelsesforløbet jf. hensigten om dialog og tidlig indsats – se afsnit om Tværsektorielle netværksmøder.

Det psykiatriske center sender færdigmelding til kommunen, når borgeren efter en lægelig vurdering er færdigbehandlet under indlæggelse. Intentionen med færdigmeldingen er at sikre et godt og smidigt udskrivningsforløb.

Hvis det er aftalt mellem det psykiatriske center og den relevante kommune, kan færdigmeldingen kan sendes som en MedCom-standard: MOF (Melding Om Færdigbehandling).

Færdigmeldingen skal sendes til borgerens bopælskommune[10].

Ift. færdigmelding af hjemløse skal det psykiatriske center sende færdigmeldingen til borgerens senest kendte opholdskommune. Den senest kendte opholdskommune varetager de fornødne opgaver eller sender sagen videre til anden opholdskommune/betalingskommune, hvis en sådan kan findes. Se i øvrigt mere under afsnittet om Hjemløse.

Hvis der er ventetid i forhold til iværksættelse af den/de ønskede kommunale indsats(er) til borgeren, skal kommunen tilvejebringe anden støtte i ventetiden, så borgeren kan udskrives så hurtigt som muligt efter færdigmeldingen. Det er kommunen, der vurderer, om det midlertidige tilbud er egnet.

Det bemærkes desuden, at i tilfælde hvor borgeren ikke længere ønsker at være indlagt, og der ikke er grundlag for at tilbageholde borgeren med tvang, orienterer det psykiatriske center borgerens kommune, hvis borgeren har givet samtykke til det. Det gælder også i de tilfælde, hvor der ellers ville have været behov for at det psykiatriske center varsler kommunen om udskrivning. Der vil i sådanne tilfælde som hovedregel være behov for enten en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

10. Efter Sundhedslovens § 238, stk. 1 opkræver bopælsregionen bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

Tværsektorielle netværksmøder under indlæggelse

Når udskrivningen er betinget af, at kommunale indsatser er iværksat, er det vigtigt at arbejde med tværsektorielle netværksmøder, tidlig dialog og varslinger. I sådanne tilfælde, skal det psykiatriske center tage initiativ til et tværsektorielt netværksmøde, som parterne er forpligtede til at finde et egnet mødetidspunkt til så hurtigt som muligt. Det tværsektorielle netværksmøde skal afholdes snarest og maksimalt inden 5 arbejdsdage efter invitationen. Se i øvrigt afsnit om Tværsektorielle netværksmøder.

I tilfælde, hvor der kan ske udskrivning, selv om der ikke er iværksat kommunale indsatser, kan borgeren udskrives og det tværsektorielle netværksmøde holdes efter udskrivning og indenfor maksimalt 5 arbejdsdage efter én af parterne har bedt om et tværsektorielt netværksmøde.

Afmelding af færdigmelding – genoptagelse af behandling

Hvis der, efter at det psykiatriske center har meldt borgeren færdigbehandlet til kommunen, sker en forværring i borgerens tilstand og den behandlingsansvarlige læge skønner, at det er nødvendigt at genoptage behandlingen, fremsender det psykiatriske center meddelelse om afmelding af færdigbehandlingsstatus til kommunen.

Når borgeren atter er parat til udskrivning, sendes færdigmelding på ny. I disse tilfælde følges principperne om orientering og varsling, der er beskrevet i scenarierne 1-3 ovenfor.

Udskrivning

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne

Det er som hovedregel kun i komplicerede forløb, at der vil være længerevarende indlæggelsesforløb. De fleste indlæggelsesforløb vil være af kortere varighed – se afsnit om Korte indlæggelsesforløb.

Det er afgørende for borgerens oplevelse af et samtidigt og planmæssigt udskrivningsforløb, at der igennem hele indlæggelsesforløbet er et tæt samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunen.

Så snart Region Hovedstadens Psykiatri har kendskab til en udskrivningsdato, orienterer eller varsler det psykiatriske center borgerens kommune – se afsnit om Orientering, varsling og færdigmelding.

Hvis der er ventetid i forhold til iværksættelse af den/de kommunale indsats(er) til borgeren, skal kommunen tilvejebringe anden støtte i ventetiden, så borgeren kan udskrives så hurtigt som muligt efter færdigmeldingen.

Tværsektorielt netværksmøde ved udskrivning

Hvis der er behov for en yderligere koordinerende indsats ved udskrivningen, skal der holdes et tværsektorielt netværksmøde ved udskrivning, hvor udskrivningsforløbet tilrettelægges og aftales.

Både kommune og det psykiatriske center har ret til at indkalde til et tværsektorielt netværksmøde ved udskrivning. Borgeren og dennes pårørende har desuden ret til at indkalde til et tværsektorielt netværksmøde. Her skal det psykiatriske center tage initiativ til et tværsektorielt netværksmøde. I alle tilfælde er parterne forpligtede til at finde et egnet mødetidspunkt til indenfor maksimalt 5 arbejdsdage. Se i øvrigt afsnittet om Tværsektorielle netværksmøder.

Opfølgning efter udskrivning

Formålet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er at understøtte, at borgere forbliver i den behandling og/eller de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred. Aftalerne sikrer en bedre koordinering i forbindelse med udskrivelse og indeholder blandt andet konkrete aftaler om, hvem der skal reagere, hvis aftalen/planen ikke følges.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er tidsbegrænsede og ophører ved slutdatoen eller hvis borgeren er blevet genindlagt på psykiatrisk afdeling. Der skal ved hver udskrivning udarbejdes en ny udskrivningsaftale eller koordinationsplan, hvis betingelserne fortsat er opfyldt.

Udskrivningsaftale

Det fremgår af Psykiatrilovens § 13 a, at overlægen har ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale inden borgeren bliver udskrevet, når overlægen er bekendt med, at borgeren får støtte efter servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne.

Udskrivningsaftalen indgås mellem borgeren, den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til borgeren. Planen sendes med epikrisen til egen læge.

Hvis der er tale om en borger, der ikke modtager støtte efter servicelovens afsnit V, har overlægen også ansvaret for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale, hvis det må antages, at borgeren ikke selv vil søge den behandling eller sociale tilbud, der er nødvendige for borgerens helbred. Det fremgår af psykiatrilovens § 13 a, stk. 2.

Indholdet i udskrivningsaftalen kan aftales i tilknytning til et tværsektorielt netværksmøde, hvor der også er fokus på borgerens ønsker og behov.

Koordinationsplan

Det fremgår af Psykiatrilovens § 13 b, at overlægen har ansvar for at udarbejde en koordinationsplan, når en borger, der er omfattet af § 13 a ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale.

Koordinationsplanen adskiller sig fra udskrivningsaftalen ved, at borgeren ikke vil medvirke. Koordinationsplanen bliver derfor indgået i et samarbejde mellem den psykiatriske afdeling, kommunen og andre relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl.

Koordinationsplanen fastlægger rammen for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til borgeren.

Indholdet i koordinationsplanen kan aftales i tilknytning til et tværsektorielt netværksmøde, hvor der også er fokus på borgerens ønsker og behov.

Korte indlæggelsesforløb

I tilfælde, hvor indlæggelsesforløbet er ganske kortvarigt, orienterer Region Hovedstadens Psykiatri borgerens kommune, hvis det skønnes at borgeren har – eller kunne have behov for – kommunale indsatser. Mange kortvarige indlæggelser sker i forbindelse med afrusning.

Hvis der er behov for tværsektorielt samarbejde, kan det ske, selv om borgeren er udskrevet.

Genoptræningsplan

Borgere med psykisk sygdom har ret til en genoptræningsplan ved afslutning af hospitalskontakt, når der er et lægefagligt begrundet behov for sundhedsfaglig genoptræning. Behovet for genoptræning skal relatere sig til den aktuelle sygehuskontakt.

Overgang til ambulant behandling

Mange borgere vil efter et indlæggelsesforløb have behov for at fortsætte behandlingen i ambulant regi. Hvis der efter udskrivning fortsat er behov for tværsektorielt samarbejde, skal dette ske efter de retningslinjer, der er beskrevet under afsnittet om ambulant behandling.

Samarbejde med praktiserende læge ved udskrivning

Ved afslutning af et indlæggelsesforløb ajourfører det psykiatriske center det Fælles Medicin Kort - FMK og sender en epikrise til borgerens læge inden for 24 timer.

Der vil i forbindelse med udskrivningen blive taget stilling til, om der er behov for opfølgning efter indlæggelsen. Opfølgningen kan enten ske i et af Region Hovedstadens Psykiatris ambulante behandlingstilbud eller hos borgenes egen læge.

Borgere, der er i antipsykotisk behandling med mere end ét antipsykotisk præparat eller i anden antipsykotisk behandling, der kræver tæt kontrol, fx blodprøver eller ekg, kan kun udskrives til egen læge, hvis de er stabile og efter forudgående dialog med egen læge.

Ved afslutning af et indlæggelsesforløb, hvor det psykiatriske center vurderer, at opfølgningen kan ske hos borgerens egen læge, sendes en Korrespondancemeddelelse til borgerens egen læge med henblik på overtagelse af behandlingsansvaret. Borgerens egen læge er forpligtet til at svare på Korrespondancemeddelelsen indenfor 3 hverdage. Der bør være angivet en kontaktlæge i psykiatrien, som egen læge kan kontakte i situationer, hvor egen læge ikke er fagligt kompetent til at overtage behandlingsansvaret.

For at borgerens opfølgningsbehov bliver tydeligt for den praktiserende læge, skal borgerens opfølgningsbehov markeres med en farve i epikrisen. På den måde kan egen læge umiddelbart se om der er behov for opfølgning nu eller senere, når epikrisen modtages.

Særligt i forhold til:

Overgang fra ung til voksen

Overgangen fra ung til voksen er erfaringsmæssigt både på hospitalet og i kommunerne udfordrende. Aftalens parter erkender, at det er et område, der er behov for at udvikle i de forskellige sektorer.

Ved det fyldte 18 år bliver den unge myndig. Det betyder bl.a. at forældre bliver pårørende, og at deres inddragelse i forløbet kræver samtykke fra den 18-årige.

Det betyder også, at de regler, der gælder for børn og unge i kommunerne ændres til de regler, der gælder for voksne, herunder reglerne om forsørgelse. Der er desuden regler om efterværn, der kan bruges, hvis den unge har været anbragt udenfor hjemmet eller har haft en kontaktperson op til det fyldte 18. år, og hvis betingelserne ellers er opfyldt. I psykiatrien overgår behandlingsansvaret fra Børne og Ungdoms psykiatrisk Center, BUC, til voksenpsykiatrien.

Når der er en aktiv sag i hhv. kommunen og et aktivt behandlingsforløb i BUC, når den unge fylder 18 år, skal der sikres en god og koordineret overgang fra ungeområdet til voksenområdet i både kommunen og psykiatrien. Det skal i den forbindelse også sikres, at samarbejdet overdrages til voksenområdet i begge sektorer – og at der etableres et tværsektorielt samarbejde på voksenområdet.

Hvis BUC vurderer, at der er behov for en fortsat psykiatrisk behandling efter at den unge fylder 18 år, inviterer BUC til et tværsektorielt netværksmøde med voksenområdet for at aftale en evt. god overlevering.

Lovgivningsmæssigt er kommunen forpligtet til at sikre en god overgang internt i kommunen fra den unge fylder 16 år, jf. servicelovens § 19a.

Borgere på botilbud

Borgere, der bor på botilbud, er en målgruppe, der har et stort behov for både kommunal støtte og behandling fra den regionale behandlingspsykiatri.

Det er derfor særligt nødvendigt med et tæt samarbejde mellem socialfaglige og sundhedsfaglige medarbejdere, så alle medarbejdere, der er omkring den enkelte borger, kan få et indgående kendskab og en fælles forståelse for borgerens samlede situation.

Regionale ambulante botilbudsteams

For at understøtte et tæt og integreret samarbejde mellem botilbuddets socialpsykiatriske og behandlingspsykiatriens sundhedsfaglige opgaver, har Region Hovedstadens Psykiatri etableret regionale ambulante botilbudsteams.

De regionale ambulante botilbudsteams er målrettet socialpsykiatriske botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108 samt almenboliglovens § 105 med støtte fra serviceloven. Botilbud omfatter både kommunale, regionale og private botilbud.

Formålet med de regionale ambulante botilbudsteams er:

- At give beboerne mulighed for intensiv pleje og behandling på selve botilbuddet, herunder i samarbejde med botilbuddets medarbejdere vurdere, hvornår det vil være mest hensigtsmæssigt, at beboeren indlægges på psykiatriske døgnafsnit.
- At understøtte beboernes egen-mestring via recovery-orienteret og rehabiliterende indsatser sammen med medarbejderne på botilbuddet. Hvis beboerne ønsker det, kan botilbudsteamet også være med til at understøtte familie og venners rolle som pårørende.
- At sætte større fokus på somatiske og psykiatriske behandlingsbehov hos beboerne.
- At understøtte en fælles forståelse for, hvad det betyder, at en tilstand er 'akut' eller 'ikke-akut' i forhold til den enkelte beboer.
- At støtte botilbuddets medarbejdere til at bidrage aktivt til at hjælpe beboerne med at fastholde aftalt behandling.

- At tilbyde faglig sparring om sundhedsfaglige spørgsmål og sikre løbende tæt dialog med botilbuddets medarbejdere, ligesom botilbuddets medarbejdere kan tilbyde socialpsykiatrisk sparring til de regionale medarbejdere.
- At sikre at beboernes brug af medicin løbende bliver monitoreret med henblik på virkning og begrænsning af bivirkninger[11].

Samarbejdsaftale mellem regionale ambulante botilbudsteam og de enkelte botilbud

Grundlaget for samarbejdet med det regionale ambulante botilbudsteam er en samarbejdsaftale, der indgås mellem konkrete socialpsykiatriske botilbud og det regionale ambulante botilbudsteam, der er forankret på det psykiatriske center i botilbuddets optageområde. Det indebærer bl.a., at det regionale ambulante botilbudsteam er fysisk til stede på botilbuddet mindst én fast dag om ugen. Det giver mulighed for et tæt samarbejde både med beboerne og medarbejderne på botilbuddet.

De samarbejdsaftaler, der indgås mellem det regionale ambulante botilbudsteam og botilbuddet vil fastlægge en klar, tværsektoriel struktur for samarbejdet. Samarbejdsaftalerne mellem teamet og botilbuddet er bestemmende for det konkrete samarbejde.

Da regionale ambulante botilbudsteams er et nyt tilbud, indgås der i første omgang samarbejdsaftaler mellem det regionale ambulante botilbudsteam og de botilbud, hvor beboerne har det største behandlingsbehov, estimeret ud fra antal indlæggelser fra det enkelte botilbud.

Samarbejde i ambulante forløb

Regionale ambulante botilbudsteams er et intensivt og fleksibelt behandlingstilbud, der varetager planlagte behandlingsforløb og samtaler og iværksætter den ekstra behandling og støtte, der skal til i borgerens ustabile perioder og akutte faser. Der etableres en fast samarbejdsstruktur med medarbejderne på botilbuddet og evt. udgående rusmiddelbehandling samt evt. udgående kommunal myndighedssagsbehandler.

Hvis der opstår behov for akut eller planlagt indlæggelse, sker dette i samarbejde med den behandlingsansvarlige psykiater fra det regionale ambulante behandlingstilbud.

Hvis det akutte behov for indlæggelse opstår udenfor almindelig dagtid på hverdage gælder afsnittet om akut behandlingBehov for akut behandling i aftentimer, nattetimer samt weekender og helligdage.

Samarbejde under indlæggelse og udskrivning

Når en beboer fra et botilbud er indlagt, etablerer det regionale ambulante botilbudsteam også en fast samarbejdsstruktur med døgnafsnit og akutmodtagelsen. Det regionale ambulante botilbudsteam og medarbejderne fra botilbuddet bistår med at udarbejde en fælles

[11] Når der kommunikeres om medicin, sker det via FMK – og når der kommunikeres om behandling, sker det via Korrespondancemeddelelsen.

plan for den konkrete indlæggelse og samarbejdet under og efter indlæggelsen. Det regionale ambulante botilbudsteam og medarbejdere fra botilbuddet og evt. myndighedssagsbehandler deltager desuden i tværsektorielle netværksmøder. Det ambulante regionale botilbudsteam holder som udgangspunkt også en opfølgende samtale på botilbuddet dagen efter udskrivelse – eller efter en konkret vurdering indenfor 5 dage efter udskrivelse.

Hvis beboere, der er indlagt på et intensivt døgnafsnit, ordineres udgang, skal Region Hovedstadens Psykiatri orientere botilbuddet om det.

Behov for akut behandling i aftentimer, nattetimer samt weekender og helligdage

Både regionale ambulante botilbudsteams og øvrige regionale ambulante behandlingstilbud arbejder i normal dagtid.

Hvis der opstår akut behov for behandling i aftentimer, nattetimer eller i weekender og helligdage, rettes henvendelse til den nærmeste akutmodtagelse. Ved ankomsten til akutmodtagelsen skal beboere fra botilbud så vidt muligt prioriteres.

Ved indlæggelsen skal botilbuddet informere om den socialpædagogiske støtte og pleje, der har været arbejdet med op til henvendelsen og oplyse om den forværring, der har nødvendiggjort henvendelsen til akutmodtagelsen. Dette kan med fordel suppleres ved hjælp af en Korrespondancemeddelelse.

Akutmodtagelsen og det regionale ambulante botilbudsteam er gensidigt forpligtede til at informere om forudgående behandling og sikre sammenhæng

Samarbejde med andre ambulante behandlingstilbud

Beboere på botilbud, der ikke har en samarbejdsaftale med det regionale ambulante botilbudsteam, får behandling fra et andet ambulant psykiatrisk behandlingstilbud på lige fod med alle øvrige borgere, der er tilknyttet den ambulante behandling i psykiatrien.

Samarbejde i ambulante forløb

Hvis beboeren er i stand til at møde til ambulant behandling på det psykiatriske ambulatorium, beboeren er henvist til, får beboeren behandling på den måde.

Hvis beboeren ikke er i stand til at møde til ambulant behandling, vil beboeren få ambulant behandling på botilbuddet. Det sker ved, at et af Region Hovedstadens Psykiatris øvrige ambulante behandlingstilbud leverer opsøgende behandling til beboeren på botilbuddet.

Den udgående ambulante behandling vil så vidt muligt være et fleksibelt behandlingstilbud, der tilpasses beboerens aktuelle behov for behandling, hvor det er muligt at intensivere behandlingen i perioder, ligesom behandlingen kan nedjusteres i stabile perioder.

Det udgående ambulante behandlingstilbud samarbejder også med medarbejderne på botilbuddet med henblik på at de indsatser, beboeren får, hænger sammen og understøtter hinanden. Der er også fokus på at samarbejde med beboerne og deres pårørende eller netværk, hvis beboeren ønsker det.

Hvis der opstår behov for akut eller planlagt indlæggelse, sker dette i samarbejde med den behandlingsansvarlige psykiater fra det regionale ambulante behandlingstilbud. Hvis det akutte behov for indlæggelse opstår udenfor almindelig dagtid på hverdage gælder afsnittet om Behov for akut behandling i aftentimer, nattetimer samt weekender og helligdage.

Samarbejde under indlæggelse og udskrivning

Under et indlæggelsesforløb holder det regionale ambulante behandlingstilbud og medarbejderne på botilbuddet så vidt muligt kontakten til beboeren, besøger beboeren under indlæggelsen og deltager i behandlingsplanmøder, netværksmøder mv. for at få fælles klarhed over indlæggelsesforløbet, længden af denne samt sikre en god udskrivning.

Hvis beboer, der er indlagt på et intensivt døgnafsnit, får udgang, skal Region Hovedstadens Psykiatri orientere botilbuddet om det.

Det regionale ambulante behandlingstilbud viderefører den ambulante behandling efter udskrivelsen.

Behov for akut behandling i aftentimer, nattetimer samt weekender og helligdage

Både regionale ambulante botilbudsteams og øvrige regionale ambulante behandlingstilbud arbejder i normal dagtid.

Hvis der opstår akut behov for behandling i aftentimer, nattetimer eller i weekender og helligdage, rettes henvendelse til den nærmeste akutmodtagelse. Ved ankomsten til akutmodtagelsen skal beboere fra botilbud så vidt muligt prioriteres.

Ved indlæggelsen skal botilbuddet informere om den socialpædagogiske støtte og pleje, der har været arbejdet med op til henvendelsen og oplyse om den forværring, der har nødvendiggjort henvendelsen til akutmodtagelsen. Dette kan med fordel suppleres ved hjælp af en Korrespondancemeddelelse.

Akut modtagelsen og det regionale ambulante behandlingstilbud er gensidigt forpligtet til at informere om forudgående behandling og sikre sammenhæng.

Tværsektorielle netværksmøder efter tvangsindlæggelse

Hvis det har været nødvendigt at tvangsindlægge en beboer fra et botilbud, der enten samarbejder med de regionale ambulante botilbudsteams eller et af de øvrige regionale behandlingstilbud, skal der som udgangspunkt altid holdes et netværksmøde med henblik på at forebygge fremtidige tvangsindlæggelser. Forstanderen/botilbudslederen skal som udgangspunkt deltage i det tværsektorielle netværksmøde.

Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug

Sundheds- og Ældreministeriet har i et brev den 3.6.2016 redegjort for ansvaret for misbrugsbehandling af personer, som ud over har en psykisk lidelse.

Indholdet i brevet ligger til grund for dette afsnit i aftalen.

Ansvarsfordeling[12]

Kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen, dog således at regionerne har ansvar for misbrugsbehandling under indlæggelse samt for akut, kompliceret afrusning og behandling af akut alkoholforgiftning.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på misbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper – herunder tilbud, som særligt retter sig mod personer, som ud over misbruget også har en psykisk lidelse. Det kommunale behandlingssystem må ikke afvise at udrede eller behandle personer med et misbrug med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Regionen har efter sundhedsloven ansvaret for behandling i praksissektoren og sygehusvæsenet. Behandlingen af en psykisk lidelse er derfor regionens ansvar, og behandlingen kan foregå ved praktiserende læge, praktiserende psykolog, praktiserende speciallæge i psykiatri og i sygehusvæsenet. Regionen må ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug.

Samarbejde

Påbegyndes misbrugsbehandling under et indlæggelsesforløb, skal der med samtykke fra borgeren tages kontakt til det kommunale misbrugsbehandlingssystem for at sikre, at behandlingen bliver ført videre efter udskrivning, hvis borgeren ønsker det. Det gælder også i de tilfælde, hvor borgeren efter udskrivning fortsætter behandling for den psykiske lidelse i ambulant regi eller hos egen læge.

Denne klare og tydelige ansvarsfordeling kan ikke stå alene. Behandling af misbruget vil ofte være en forudsætning for, at borgere kan profitere af psykiatrisk behandling, ligesom det ofte vil være en forudsætning for at borgere kan profitere af misbrugsbehandling, at den psykiatriske lidelse behandles. Derfor er koordination og samarbejde mellem kommunen og regionen omkring samtidig behandling for misbrug og psykisk sygdom helt afgørende. Borgere, som både har et misbrug og en psykisk lidelse, er en gruppe, som er særligt skrøbelig, og som ikke kan forventes selv at varetage koordinationen.

Det er derfor vigtigt, at der under en indlæggelse er en tæt dialog og samarbejde mellem det psykiatriske center, kommunen, egen læge, borgeren og evt. dennes pårørende for at sikre, at borgeren fortsætter i misbrugsbehandling efter udskrivning. Der henvises til afsnit-

[12] Kriminalforsorgen er ansvarlig for misbrugsbehandlingen af indsatte i Kriminalforsorgens institutioner.

tet om samarbejde under indlæggelse, herunder til muligheden for at afholde Tværsektorielle netværksmøder med relevante deltagere, hvor det videre forløb planlægges og aftales.

Tværsektorielle netværksmøder som koordinerende indsatsplaner

Målgruppen for de koordinerende indsatsplaner er borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulant i Region Hovedstadens Psykiatri og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger, der tillige har kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri. Borgerne skal samtidig vurderes at have gavn af indsatser begge steder. Fælles for gruppen af borgere, der bør tilbydes en indsatsplan er, at de vurderes at have behov for støtte til at kunne modtage en koordineret indsats.

Koordinerende indsatsplaner er et redskab, der kan anvendes for at skabe overblik over borgerens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale alkohol- og stofmisbrugsbehandling.

Møder om koordinerende indsatsplaner holdes som et tværsektorielt netværksmøde, hvor der laves konkrete aftaler og planer for samarbejdet om både den psykiske sygdom og misbruget. Den part, der bliver opmærksom på, at der er behov for at samarbejde om både psykisk sygdom og misbrug skal tage initiativ til det tværsektorielle netværksmøde. Se mere i afsnittet om Tværsektorielle netværksmøder.

Samarbejdet med almen praksis

Når kommunale misbrugsbehandlingsenheder ordinerer medicinsk misbrugsbehandling, er det obligatorisk at opdatere FMK for at sikre, at borgerens egen læge kan få information om misbrugsbehandlingen, så der kan tages højde for det ved ordination af somatisk medicin.

Borgerens egen læge - og det psykiatriske center - har desuden behov for, at FMK bliver opdateret når medicinsk behandling af misbrug ophører.

Hjemløse

Når en hjemløs borger med psykisk sygdom bliver indlagt i Region Hovedstadens Psykiatri, kontakter det psykiatriske center borgerens kommune.[13]

Lovgivningsmæssigt sondres mellem hjemløse borgere og borgere, der er akut boligløse (husvilde).

---

[13] Det er borgerens handlekommune, der skal kontaktes. I tilfælde, hvor borgerens handlekommune ikke er kendt, kontaktes opholdskommunen.

Borgerens kommune er forpligtet til at vejlede om og henvise borgeren til de muligheder, der er for såvel midlertidige som varige boliger efter udskrivelsen samt påbegynde vurderingen og eventuel tilkendelse af kommunale indsatser til borgeren, herunder bl.a. stillingtagen til indsatser, der kan afhjælpe borgerens boligproblem.

Inden en hjemløs borger bliver udskrevet, og hvis borgeren ikke selv er i stand til at finde en bolig, skal borgerens kommune bistå borgeren i forhold til at finde et egnet opholdssted, fx herberg. Samme principper gælder også for samarbejdet om hjemløse borgere, der bliver behandlet ambulant.

I forhold til akut boligløse er kommunen forpligtet til hurtigst muligt at skaffe familier eller enlige, der har mistet en bolig, og altså står helt uden mulighed for at få tag over hovedet, midlertidigt husly mod betaling. Den kommunale forpligtelse er betinget af, at den boligløse i den akutte situation ikke selv har mulighed (midler) for at skaffe sig indkvartering - midlertidigt eller varigt. Kommunerne har forskellige muligheder for at hjælpe borgeren, der bl.a. beror på boligsituationen i kommunen og adgangen til forsorgshjem eller herberger. Personer tilmeldt en c/o adresse er ikke umiddelbart omfattet, når lejemålet ophører, idet boligproblemet ikke er akut opstået, men forudsigeligt. I sådanne tilfælde er det opholdskommunen, der har handleforpligtelsen. Hjælpen kan betinges af, at den boligløse er aktiv omkring løsningen af boligproblemet.

Ambulant behandling af hjemløse

I planområde byen er der etableret et udgående psykiatrisk gadeplansteam, der samarbejder med de kommunale hjemløseenheder. Det psykiatriske gadeplansteam samarbejder med København, Frederiksberg, Tårnby og Dragør Kommuner.

I de øvrige planområder arbejdes på at etablere en styrket betjening af borgere, der bor på herberger.

Borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning

Behandlings- og støtteforløb til borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning består ofte af flere forskellige indsatser fra både Region Hovedstadens Psykiatri, kommunen og andre relevante myndigheder, fx kriminalforsorgen. Det er derfor vigtigt, at indsatserne bliver koordineret, og at der er en klar ansvarsfordeling.

Under indlæggelse af borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning, har den behandlingsansvarlige overlæge ansvaret for borgeren i forhold til den retslige foranstaltning.

Region Hovedstadens Psykiatri og borgerens kommune har hver især ret til at indkalde hinanden til et tværsektorielt netværksmøde i forhold til borgeren. Ved mødet skal borgeren, borgerens kommune, Region Hovedstadens Psykiatri og andre relevante parter, fx Kriminalforsorgen deltage. Se afsnittet om Tværsektorielle netværksmøder.

Når borgeren med retslig foranstaltning skal udskrives, skal Region Hovedstadens Psykiatri (i samarbejde med borgeren) vurdere, om borgeren kan have behov for kommunal indsats. Kommunen vurderer herefter, om borgeren har behov for kommunale indsatser. Kommunen skal påbegynde denne vurdering så tidligt, at sagsbehandlingen og evt. tildeling af kommunale indsatser er tilkendt på tidspunktet for udskrivningen.

I forhold til borgere med dom til behandling følges samme fremgangsmåde, som for øvrige indlæggelser med netværksmøder, samt orienteringer, varslinger og færdigmeldinger.

Samme retningslinjer gælder for borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning, der behandles ambulant.

PSPK-samarbejdet

Retsplejelovens §§ 114 og 115 beskriver rammerne for PSPK-samarbejdet, der er et tværsektorielt samarbejde mellem Politi – Socialforvaltning – Psykiatri (og Kriminalforsorg). Retsplejeloven tillader en udveksling af oplysninger mellem de tre involverede myndigheder uden borgerens samtykke. Borgeren kan kun blive en PSPK-sag, hvis politiet og psykiatrien og/eller kommunen på en eller anden måde er involveret i forhold til borgeren.

Formålet med PSPK-samarbejdet er at forebygge at borgene falder mellem flere myndigheders ansvarsområde og dermed ikke får den nødvendige støtte. PSPK-sager vil typisk handle om borgere, som har berøring med flere myndighedsområder, fx patienter i psykiatrien, lovovertrædere og/eller brugere i socialsektoren. PSPK-samarbejdet skal sikre, at disse særligt udsatte borgere får den nødvendige støtte og bedst mulige hjælp til at forbedre deres situation.

PSPK-arbejdet afvikles som møder mellem kommunerne, behandlingspsykiatrien og politiet. På møderne kan konkrete borgersager drøftes og oplysninger udveksles med henblik på at socialt udsatte borgere kan få den nødvendige hjælp og/eller forebygge kriminalitet. Drøftelserne kan fx føre til en indsats fra en eller flere af de tre myndigheder. Formen for afviklingen af PSPK-møderne, herunder mulighed for hel eller delvis virtuel afvikling, aftales mellem parterne.

Borgere med et åbenlyst støttebehov, som ikke ønsker/kan samarbejde

Sociale- og sundhedsmæssige indsatser i kommunerne er med meget få undtagelser tilbud til borgerne – og ønsker borgerne ikke at modtage tilbuddet, har de mulighed for at afvise hjælpen. Afvisning af beskæftigelsesrettede indsatser kan dog føre til økonomiske sanktioner for borgeren.

Som kommune eller behandlende læge er det vigtigt at være opmærksom på, at borgerens afvisning af behandling og/eller kommunale indsatser, i sig selv kan være en indikation for, at borgeren har behov for støtte.

Indsatser uden borgerens samtykke kan iværksættes i de sjældne tilfælde, hvor kommunens omsorgspligt overfor borgere med psykisk sygdom overstiger hensynet til borgerens personlige integritet.

I sådanne tilfælde kan:

- Kommunen jfr. servicelovens §99 iværksætte opsøgende og brobyggende indsatser og/eller ansøge Familieretshuset om flytning af borgeren til botilbud uden dennes samtykke, hvis kriterierne herfor er opfyldt jfr.§129 i serviceloven.
- Det kan også overvejes, om der er behov for indlæggelse med tvang, hvis psykiatrilovens bestemmelser herfor er opfyldt
- Det vil også være muligt at inddrage sagen i PSPK-samarbejdet, hvis betingelserne er opfyldt.

Målgruppen

Gruppen af særligt udsatte borgere er kendetegnet ved svær psykisk sygdom og væsentlig nedsat evne til at varetage et selvstændigt liv. Det er vanskeligt for dem at indgå i relationer til andre mennesker, og de har ikke tilstrækkelige ressourcer til at samarbejde om at forbedre deres egen situation.

Tværsektorielt samarbejde

Det er vigtigt, at der omkring denne sårbare målgruppe etableres et særlig tæt tværsektorielt samarbejde, og at der i dette arbejdes målrettet med brugen af netværksmøder, koordinationsplaner og vedvarende opsøgende indsatser i regi af såvel kommune som region.

Derudover er det vigtigt at vurdere behovet for evt. værgemål, og at ansøgningsprocessen sættes i gang, så snart behovet identificeres. Både region og kommune har mulighed for at ansøge om værgemål via Familieretshuset. Det er i de tilfælde, hvor borgeren er indlagt, mest hensigtsmæssigt, at det er kommunen, der foretager ansøgning om værgemål for borgeren, idet det er ansøger, der er kontaktperson gennem hele sagsbehandlingsforløbet

Der skal sikres et tæt tværsektorielt samarbejde omkring målgruppen både under indlæggelse, og når borgeren er udskrevet. Samarbejdet og koordineringen bør have fokus på følgende:

- Sektorerne prioriterer og deltager i relevante mødeaktiviteter på nødvendige ledelsesniveauer. Det skal sikres, at den nødvendige beslutningskompetence er repræsenteret, og at der sker en tydelig forventningsafstemning i forhold til de muligheder, den enkelte sektor kan stille til rådighed.
- Sektorerne sikrer en koordineret indsats og arbejder vedvarende og understøttende med borgerens motivation for at tage imod hjælp. Der støttes gensidigt op omkring de tilbud, som anden sektor tilbyder borgeren.
- Sektorerne etablerer håndholdte og fleksible løsninger inden for givne rammer. Det kan i denne forbindelse være nødvendigt, og understøttende for borgerens motivation, at kommunen udarbejder socialfaglig udredning på de foreliggende oplysninger i sagen og tilbyder borgeren konkrete indsatser fx plads i botilbud, hvis borger er i målgruppe herfor.

- Sektorerne sikrer løbende tæt dialog på tværs og afslutter ikke en indsats uden forudgående dialog med anden sektor.

Borgere over 70 år

Ift. borgere over 70 år med psykisk sygdom samarbejder de ældrepsykiatriske afsnit i Region Hovedstadens Psykiatri med de kommunale sundhedsforvaltninger. Den tværsektorielle kommunikation om denne målgruppe sker som altovervejende hovedregel med brug af MedCom standarter.

Børn i familier med psykisk sygdom

Alle offentligt ansatte har skærpet pligt til at underrette kommunen, når de har en formodning om, at et barn eller en ung har eller kan få behov for særlig støtte, jf. servicelovens § 153. Der er ingen formkrav til en underretning. Den kan både være mundtlig og skriftlig.

Når en borger med psykisk sygdom får behov for behandling, hvad enten der er tale om ambulant behandling, behandling under indlæggelse, akut eller planlagt behandling, er der særligt behov for opmærksomhed i forhold til evt. børn i familien. Medarbejderne i Region Hovedstadens Psykiatri skal derfor altid undersøge;

- om der er børn i familien og
- om der er nogen, der tager sig af børnene.

Det psykiatriske center skal vurdere, om det psykiatriske center selv kan yde den nødvendige støtte til familien, eller om borgerens kommune skal underrettes. Hvis det psykiatriske center vurderer, at kommunen skal underrettes, skal det psykiatriske center underrette kommunen. Underretning kan ske med og uden forældres samtykke, men der skal i videst muligt omfang indhentes samtykke til at sende underretning til kommunen.

Når en kommune modtager en underretning, skal kommunen registrere den centralt, og inden for 24 timer skal det vurderes, om der er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

Hvis der ikke er behov for underretning af borgerens kommune, når behandlingen påbegyndes, skal det psykiatriske center løbende være opmærksom på, om der opstår behov for at underrette kommunen, hvis der sker ændringer i borgerens tilstand, der kan have betydning for børnene i familien.

Ved en ny underretning om et barn eller en ung, hvor kommunen allerede har iværksat en foranstaltning, skal kommunen genvurdere sagen.

I Region Hovedstadens Psykiatri er der et stort fokus på børn, som er pårørende til forældre eller søskende som er har psykisk sygdom. Der er udpeget børnekoordinatorer på

hvert center, ligesom der på hvert afsnit er nøglepersoner, der bl.a. sørger for tilbud om familiesamtale. En familiesamtale, er en samtale, hvor barnet/ børnene inviteres til en samtale med henblik på at fortælle om far/mor/søskendes sygdom, målrettet barnets alder. Målet er også at skabe åbenhed og mulighed for dialog i familien.

Udover familiesamtale, tilbydes også børnekurser til børn, som er pårørende til forældre eller søskende som er eller har været i behandling i Region Hovedstadens Psykiatri. Børnekurserne afholdes i PsykInfo samt på flere centre. Tilbuddet er gratis og målgruppen er børn mellem 9 og 16 år.

Det generelle grundlag for samarbejdet

Kontaktoplysninger

Kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri forpligter sig til at sikre, at der er én indgang til hhv. kommuner og psykiatriske centre.

Det indebærer, at der i hver kommune skal være en systembåret, organisatorisk indgang, og at kommunerne hver især påtager sig ansvaret i forhold til at sikre, at relevante forvaltninger bliver involveret i sagen og løbende koordinerer indbyrdes. Kommunerne skal påtage sig ansvaret for, at henvendelser kommer frem til rette medarbejdere.

Tilsvarende skal de psykiatriske centre etablere en systembåret, organisatorisk indgang og ligeledes påtage sig ansvaret for, at henvendelser kommer frem til de rette medarbejdere.

Kontaktoplysninger i forhold til disse systembårne indgange, skal være tilgængelige på de respektive hjemmesider, så alle har kendskab til, hvordan man kan komme i kontakt med hinanden.

Kontaktoplysninger for praktiserende læger findes på sundhed.dk.

Kommunikation

MedCom

Kommunikation mellem Region Hovedstadens Psykiatri, kommunernes sociale område og almen praksis

For at forbedre den digitale kommunikation mellem det kommunale sociale område, hospitaler og almen praksis har Tværsektoriel strategisk styregruppe på et møde den 1.9.2023 godkendt:

- Re-implementering af Grundaftale for brug af korrespondancemeddelelsen (KM) i Region Hovedstaden mellem parterne samt

- Underaftale om brug af korrespondancemeddelelsen (KM) mellem kommunernes myndighedsområder inden for voksensocialområdet og Region Hovedstadens Psykiatri

Begge aftaler om brug af korrespondancemeddelelsen (KM) til digital kommunikation, har til formål at styrke samarbejdet og effektivisere kommunikationen mellem de involverede parter. De sigter mod at skabe et mere sammenhængende forløb for borgerne. Aftalerne skal desuden bidrage til at styrke patientsikkerhed, dokumentation og rettidig information, samt sikre en klar opgave- og ansvarsfordeling. Aftalerne fastsætter korrespondancemeddelelsen (KM)s anvendelsesområder og responstider.

Grundaftalen sigter mod generel information mellem alle tre sektorer. Se quick-guide til grundaftale.

Underaftalen er målrettet kommunikationen mellem Region Hovedstadens Psykiatri og det kommunale voksensocialområde - myndighed. Se quick-guide til anvendelsen af Underaftalen om brug af korrespondancemeddelelsen (KM) på voksenpsykiatriområdet.

Kommunikation mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunernes hjemmesygepleje og omsorgsområde

Region Hovedstadens Psykiatri kan i lighed med de øvrige hospitaler i Region Hovedstaden kommunikere digitalt via MedCom, når der kommunikeres med kommunernes *hjemmesygepleje og omsorgsområde.* I disse tilfælde anvendes MedCom hjemmepleje-sygehusstandarder:

- Indlæggelsesrapport
- Plejeforløbsplan
- Melding om færdigbehandling
- Udskrivningsrapport

Endvidere anvendes de to automatiserede sygehusadviser:

- Indlæggelsesadvis
- Udskrivningsadvis

Det er desuden muligt at anvende korrespondancemeddelelsen.

SP-Link

Kommuner som anvender omsorgssystemet CURA, vil i løbet af 2021 få mulighed for at anvende SP-Link, som er en kommunal læseadgang til Sundhedsplatformen. Det giver en hurtig og fleksibel løsning ift. at tilgå borgernes sundhedsoplysninger.

Kommunikationen mellem praktiserende læger og Region Hovedstadens Psykiatri foregår så vidt muligt via MedCom standard for elektronisk henvisning.

FMK

Kommunikation vedr. medicinering sker via det Fælles Medicin Kort - FMK. Alle parter, der arbejder med FMK har ansvar for at FMK er opdateret, så kortet afspejler den aktuelle medicinering.

Grundaftale om finansiering af ledsagelse til hospitalsbehandling

Der er indgået en grundaftale om finansiering af ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling af borgere, der på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for ledsagelse i forbindelse med hospitalsbehandling. Det gælder både ambulant behandling og indlæggelse på hospitalet.

Aftalen skal sørge for, at borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne får den nødvendige personlige hjælp og støtte til ledsagelse i forbindelse med behandling på hospitalet. Aftalen gælder alene i de tilfælde, hvor der ikke er nogen pårørende, der kan ledsage og give borgeren den nødvendige hjælp og støtte.

Det er det psykiatriske center, der alene har ansvaret for at vurdere behovet for ledsagelse, dvs. om ledsagelsen er en forudsætning for at behandlingen kan gennemføres. Hvis det psykiatriske center vurderer, at der er behov for ledsagelse, kan centret anmode kommunen om at stille en medarbejder til rådighed. Hvis kommunen accepterer, afholder det psykiatriske center udgiften hertil.

Aftalens løbetid

Aftalen træder i kraft den 1. april 2022 og ligger til grund for samarbejdet, indtil anden af tale er indgået.

Opfølgning

Aftalens parter har ansvar for at sikre en effektiv implementering af samarbejdsaftalen. Både i egne systemer og tværsektorielt.

Dette kan ske på bilaterale møder mellem de psykiatriske centre, PLO-Hovedstaden og kommunerne i deres optageområde. Samordningsudvalgene skal desuden have fokus på at arbejde med at sikre, at aftalen kendes og bruges af det personale, der til daglig skal samarbejde om målgruppen.

Ved uenighed om fortolkning af samarbejdsaftalen i forhold til en konkret borger er der mulighed for at involvere et højere ledelsesniveau, som skal indgå i en konstruktiv dialog med henblik på at aftale en løsning.

Hvis der er tale om særlig komplicerede forløb, eller der opstår uenighed, kan det tværsektorielle netværksmøde involvere et højere ledelsesniveau.

Ordforklaring

- **Elektiv behandling** – planlagt behandling, der ikke er akut
- **CVD** – Psykiatriens Centrale Visitation og Diagnostik, der modtager alle henvisninger til behandling
- **FMK** – Det fælles medicinkort
- **Recovery orienteret indsats** – er borgerens individuelle proces i forhold til arbejdet med bedring og mestring af psykisk sygdom
- **Epikrise** – lægebrev
- **KRAM faktorer** – indsats mod kost, rygning, alkohol og motion
- **PSPK** – samarbejde mellem Politi, Socialforvaltning og Psykiatri
- **Bopælskommune** – den kommune som borgerens har folkeregisteradresse i og som borgeren sædvanligvis opholder sig i (sundhedsloven § 7, stk. 2)
- **Opholdskommune** – En person har opholdskommune, hvor personen har sin bopæl eller sædvanligvis opholder sig (jf. retssikkerhedslovens § 9, stk. 2). Borgeren kan have folkeregisteradresse i en kommune, men opholde sig i en anden kommune hos familie, sommerhus eller lign. Når borgeren tager midlertidigt ophold i anden kommune er det opholdskommunen der har handleforpligtelsen, hvorefter opholdskommunen får mellemkommunal refusion.
  Under visse nærmere betingelser vil handleforpligtelsen for ydelser efter serviceloven dog bevares i tidligere kommune, f.eks. hvis en borger krydser kommunegrænser og tager ophold på et herberg, hospital, krisecenter, botilbud o.l.
- **Betalingskommune** – tilfælde, hvor tidligere opholdskommune skal betale for udgifterne til hjælp, jf. retssikkerhedslovens 9 c, som fastslår, hvornår der kan kræves refusion. Typisk også den kommune, som skal handle efter serviceloven

Psykiatri

Region Hovedstadens Psykiatri
Sekretariatsafdelingen
Krisitineberg 3
2100 København Ø

Mail: