

Fælles samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stofmisbrug eller alkoholmisbrug

2015

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
den 28. oktober 2014

Region Syddanmark og de 22 kommuner



Region Syddanmark



Indhold

1. Indledning > 4

2. Samarbejdet – generelt > 5

3. Samarbejdet – særligt for børn og unge > 9

4. Implementering > 10

5. Bilag > 12

Bilag A: Fælles overblik over opgavefordelingen > 12

Bilag B: Målgruppe-oversigt > 14

Bilag C: Den gode henvisning > 15

Bilag D: Ordforklaring > 16

Bilag E: Deltagerliste – arbejdsgruppe der har udarbejdet den fælles samarbejdsaftale > 18

1. Indledning

Generelt

Det Administrative Kontaktforum besluttede den 25. september 2013, at der som optakt til arbejdet med sundhedsaftalerne 2015-2018 skulle udarbejdes en fælles regional samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug.

Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet samarbejdsaftalen. Samarbejdsaftalen skal være med til at sikre, at de relevante parter indgår i en hensigtsmæssig og tydelig arbejdsdeling til gavn for borgeren og dennes netværk, herunder pårørende, venner mm.

De primære samarbejdsparter er, udover den enkelte borger med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug – herefter benævnt borger med psykisk lidelse og misbrug – og dennes netværk, kommune, psykiatri, somatik og praksissektoren.

Nærværende samarbejdsaftale bygger videre på erfaringer fra de tidligere lokale samarbejdsaftaler.

Samarbejdsaftalen er endvidere udarbejdet som et tillæg til den gældende regionale samarbejdsaftale på det psykiatriske område samt samarbejdsaftalen på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, som er en del af grundlaget for samarbejdsaftalen. Her understreger Sundhedsstyrelsen: *At den regionale behandlingspsykiatri ikke må afvise at udrede eller behandle borgere med en ehandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et stofmisbrug/alkoholafhængighed. Ligeledes må kommunen ikke afvise at udrede eller behandle personer med stofmisbrug/alkoholafhængighed med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.*

Værdier for samarbejdet

Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet i Region Syddanmark tager udgangspunkt i de nationale fælles værdier vedrørende indsatsen for mennesker med sindslidelser. Det drejer sig om respekt, faglighed og ansvar.

For denne aftale betyder det, at de 22 kommuner og Region Syddanmark ønsker et kompetent og tillidsbaseret samarbejde med borgere med psykisk lidelse og misbrug. Det betyder, at parterne altid går ind i samarbejdet med en høj faglighed, og at vi møder hinanden ud fra en forventning om, at det samarbejdspartneren beder om hjælp til, er vedkommende og relevant.

2. Samarbejdet – generelt

Overordnet

For børn og voksne med en sindslidelse, som samtidig har et misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer, gælder, at regionen og kommunerne har et delt behandlingsansvar.

Det er derfor vigtigt, at der fastholdes et tæt samarbejde omkring målgruppen og den enkelte borger med en psykisk lidelse og misbrug.

Bilag A skitserer overordnet de enkelte parter opgaver i forløbet.

Borger og netværk

Borgere og netværk skal inddrages systematisk i behandlingsforløbet, og overordnet set bør indsatsen ske med afsæt i den enkeltes ønsker, behov og ressourcer.

Borgerinddragelse udgør et væsentligt element i forhold til borgerens proces med at komme sig.

Netværk, i det omfang det eksisterer, er en vigtig ressource, og netværket vil i langt de fleste tilfælde være værdifulde samarbejdspartnere i borgerens forløb. Netværket kan være en væsentlig faktor i forhold til den enkeltes mulighed for at komme sig helt eller delvist og for at fungere i et meningsfyldt hverdagsliv.

Kommunens opgave

Det er kommunerne, der har både myndighedsansvaret, forsyningsansvaret og finansieringsansvaret for at tilbyde vederlagsfri behandling for stof- og alkoholmisbrug. Kommunerne har både ansvaret for den lægelige og den sociale behandling. Voksne med en sindslidelse og samtidigt misbrug har mulighed for selv at henvende sig ved stof- og alkoholbehandling og har endvidere ved alkoholbehandling mulighed for at være anonym under behandlingen. Det er kommunerne, der varetager visitationen til begge behandlingstilbud.

Der er behandlingsgaranti for behandling for stof- og alkoholmisbrug. Kommunen er lovgivningsmæssigt forpligtet til at iværksætte behandling senest 14 dage efter henvendelse til kommunen.

Der skal sikres størst mulig sammenhæng mellem de forskellige tilbud til og indsatser for den enkelte borger, så de så vidt muligt fremstår som en helhed, og understøtter borgerens rehabilitering. Det kræver en høj grad af koordination mellem alle involverede parter, men ikke mindst mellem de forskellige aktører i kommunalt regi.

Behandlingspsykiatriens opgave

Målgruppen for den regionale behandlingspsykiatri er mennesker med de mest alvorlige sindslidelser: fx skizofreni og andre psykoser, alvorlige affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, komplicerede demenslidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, ADHD, oligofrenipsykiatri, svære angstlidelser, patologisk reaktion på svær belastning og specialiserede indsatser for traumatiserede flygtninge.

For børn og unge er det fx: OCD, angsttilstande, psykiske lidelser forårsaget af misbrug, skizofreni affektive lidelser, spiseforstyrrelser, ADHD og gennemgribende udviklingsforstyrrelser m.m. Som hovedregel skal børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien, når de er alvorligt psykisk syge eller den samlede problemstilling er for indviklet til, at barnet eller den unge kan få tilstrækkelig hjælp hos den praktiserende læge eller kommunen.

Behandlingen af alvorlige psykiske lidelser kan dog også foregå hos de praktiserende psykiatere, såfremt der ikke er behov for en tværfaglig indsats (sygeplejerske, psykolog mv.).

Den ambulante lokalpsykiatri er både indgangsport og omdrejningspunkt for den psykiatriske behandlingsindsats i Region Syddanmark.

Patienter med psykiske lidelse, der henvises til udredning i Psykiatrien i Region Syddanmark, har ret til at blive udredt indenfor 30 dage, hvilket betyder, at der er brug for hurtig parallel kontakt til samarbejdsparter i kommune og almen praksis.

Er det af lægefaglige grunde ikke muligt at udrede patienten indenfor tidsfristen, skal patienten have en skriftlig plan for udredningsforløbet indenfor 30 dage.

En henvist patient, som ikke allerede er udredt, visiteres til én af tre mulige udredningspakker, der varierer i tidsmæssigt og indholdsmæssigt omfang. Pakketype afgøres blandt andet ud fra, hvor deltaljeret henvisningen er.

Psykiatrien har et bredt behandlingstilbud, som omfatter flere forskellige metoder, der supplerer hinanden.

Endvidere har psykiatrien også et akut behandlingstilbud beskrevet nærmere på sundhed.dk.

Somatikkens opgave

Somatikken forestår akut afrusning og afgiftning samt abstinensbehandling i primært akutfunktionerne og inddrager i relevant omfang psykiatrien. Ved utilstrækkelig abstinensbehandling og alkoholisk delir skal somatikken, psykiatrien og den kommunale misbrugsbehandling have tæt samarbejde grundet den komplekse og livstruende tilstand. Udmøntningen aftales lokalt. Målet er at kombinere fagområdernes ekspertise.

Somatikken skal sørge for, at patienten henvises til misbrugsbehandling i kommunalt regi efter aftale med patienten.

Almen praksis' opgave

Almen praksis varetager behandlingen af lettere til moderate psykiske lidelser.

Samtidig opsporer almen praksis patienter med et misbrug og skal enten selv iværksætte alkoholbehandling eller henviser til det kommunale misbrugsbehandlingstilbud.

Privatpraktiserende psykiatere

Almen praksis kan henvise patienten til en privatpraktiserende psykiater for behandling af alvorlige psykiske lidelser, såfremt der ikke er behov for en tværfaglig indsats (sygeplejerske, psykolog mv.).

Konsultativ bistand

Almen praksis og misbrugscentret kan kontakte psykiatrisk afdeling med afklarende spørgsmål i forbindelse med henvisninger, råd og vejledning om faglige problemstillinger udover de fælles borgere/ patienter mv., ligeså vel som almen praksis og psykiatrisk afdeling kan kontakte det lokale misbrugscenter.

Samarbejde mellem region og kommuner vedr. målgruppen

Borgere med psykiske lidelser og misbrug er ikke en homogen gruppe. Mange borgere med psykiske lidelser og misbrug har udover misbrugs og psykiske problemer også sociale problemer af forskellig karakter. Der er således tale om en bred gruppe af borgere. Dette betyder, at de involverede parter roller og indsats vil have forskellig tyngde og

karakter i de enkelte forløb, jf. bilag til samarbejdsaftalen om målgruppen (bilag B).

Koordinering af planer

Der skal i videst muligt omfang sikres overensstemmelse mellem behandlingsplanen i psykiatrisk regi og de kommunale planer¹. Koordinering finder sted gennem gensidig informationsudveksling og inddragelse, herunder ikke mindst borgerinddragelse. Der tages afsæt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, jf. næste afsnit. Det anbefales, at der arbejdes med koordinerede indsatsplaner via en fælles elektronisk platform i det omfang, det er teknisk muligt.

I forbindelse med udarbejdelse af behandlings- og handleplaner skal den praktiserende læge som minimum orienteres om indholdet af planerne, således at den praktiserende læge er bekendt med planerne og kan støtte op om dem i sin kontakt med borgeren. Inddragelsen af den praktiserende læge kræver samtykke fra borgeren (den praktiserende læge indkaldes ikke til møde medmindre, der er et konkret ønske om dette fra borgeren eller den praktiserende læge selv).

Samarbejdet med de mest komplekse borgere – Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Målgruppen for udarbejdelse af individuelle indsatsplaner er borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulant i psykiatrien, og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger. Borgerne skal tillige have kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri og samtidig vurderes at have gavn af indsatser i det andet regi. 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.

Det væsentlige i forhold til at udarbejde en koordineret indsatsplan er, at den psykiske lidelse, misbrug, afhængighed og/eller komplekse sociale problemstillinger udgør

1) På kommunalt niveau arbejdes med en række planer afhængig af den enkelte borgers situation, forsørgelsesgrundlag m.m. Der kan eksempelvis være tale om behandlingsplan på misbrugsbehandlingstilbud, social handleplan efter Servicelovens § 141, jobplan efter beskæftigelseslovgivningen samt opholdsplan, hvis borgeren har ophold på midlertidigt eller længerevarende botilbud. Dette fordrer et stærkt fokus på intern kommunal koordination i forhold til den enkelte borger og på koordination mellem kommune, regional psykiatri og andre aktører.

en væsentlig hindring for, at borgeren kan profitere af og deltage i misbrug/afhængigheds- og/eller psykiatriske behandlingsindsatser. Indikatorer i forhold hertil kan blandt andet være gentagne genindlæggelser, ustabil fremmøde og/eller afbrudte behandlingsforløb.

Hvorvidt der skal udarbejdes en koordinerende indsatsplan, er op til de behandlingsansvarliges faglige vurdering af behovet herfor i hvert enkelt tilfælde. Det er således ikke afgørende, at borgeren har en specifik diagnose, men derimod at borgerens psykiske lidelse, stofmisbrug, alkoholafhængighed og/eller de sociale problemstillinger udgør en barriere for, at borgeren kan varetage koordineringen af parallelle eller sekventielle indsatser i kommunalt og regionalt regi.

Parterne benytter Sundhedsstyrelsens skabelon for den koordinerede indsatsplan².

Parterne opfatter den koordinerende indsatsplan som et dynamisk og fortløbende arbejdsredskab. Den fælles ambition er, at indsatsplanen – i forløb hvor borgeren kan medvirke – er udarbejdet indenfor 3 måneder. Tidsfristen evalueres 1 år efter, samarbejdsaftalen er implementeret.

Den part, som har kontakt med borgeren, har forpligtelsen til at rette henvendelse og tage initiativ til koordinering af indsatsen på et møde.

For at opnå et større borgerfremmøde er der en række redskaber, der kan benyttes i kommunalt regi, fra påmindelser til egentlig ledsagelse.

Såfremt der er betydelig risiko for en væsentlig forværring af en borgers fysiske/psykiske helbredtstilstand og/eller sociale forhold, kan der i særlige tilfælde og ud fra en konkret vurdering kontaktes relevant samarbejdspartner.

Henvi sning

Kommunens misbrugscenter kan henvise til psykiatrisk afdeling. Henvi sningen skal indeholde de punkter, der er listet op under "Den gode henvi sning" i bilag C.

Psykiatri, somatik og almen praksis henviser, efter aftale med patienten, til misbrugsbehandling i misbrugscentret. Psykiatrisk og somatisk afdeling kontakter misbrugscentret for på patientens vegne at følge op på, hvornår de har en tid til afklarende samtale. Henvi sning kan foregå telefonisk

af hensyn til effektiviteten og altid med accept fra patienten og samtykke til at udlevere relevant skriftligt materiale før førstesamtale i misbrugscentret.

Samarbejds- og koordineringsmøder

De involverede parter har mulighed for at indkalde til møde, så snart det vurderes relevant. Indkaldes der til et møde, er alle inviterede parter forpligtede til at deltage. Det tilstræbes, at møderne så vidt muligt kan afholdes telefonisk eller via videokonference.

Det generelle samarbejde og brobygning undervejs i forløbet

Der etableres en tidlig kontakt mellem de regionale og kommunale tilbud, når en borger med en psykisk lidelse og misbrug henvender sig. Region og kommune har en fælles opgave i forhold til borgere med en psykisk lidelse og misbrug, hvor samarbejde er nødvendigt for at få resultater.

Den part, der først får kontakt med borgeren med en psykisk lidelse og misbrug, er ansvarlig for sagen, og er kontaktperson for den pågældende og for evt. familie og netværk, indtil sagen er afleveret til og modtaget af en anden myndighed. Den ansvarlige myndighed sikrer til enhver tid – efter aftale med borgeren med en psykisk lidelse og misbrug – at inddrage relevante samarbejdsparter i sagen.

Det er i hele forløbet vigtigt at holde den praktiserende læge orienteret og gerne inddraget i behandlingen af både misbrug og psykisk lidelse, således at der sikres kontinuitet i forløbet også efter endt behandling. Hvor det er svært umiddelbart at afgøre, hvorvidt der primært skal iværksættes en behandlingsindsats i psykiatrien eller i regi af misbrugsområdet, bør der afholdes et møde. Det bør så vidt muligt bestræbes, at mødet afholdes via videokonference eller per telefon.

Der vil også være borgere, der ligger på grænsen til at være behandlingskrævende. Denne gruppe er et fælles regionalt og kommunalt ansvar. Det er vigtigt, at den instans, der har kontakten til den pågældende borger, tager kontakt til andre relevante myndigheder og indkalder til et møde, hvor den fremtidige indsats kan fastlægges. Mødet kan evt. afholdes telefonisk eller via videokonference

Hvor der er kriminalitet, er det også relevant at inddrage kriminalforsorgen samt inddrage PSP- (Politi, Social, Psykiatri) samarbejdets muligheder i indsatsen.

2) http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~/_media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx



Samarbejdet om de borgere der har et aktivt misbrug

Det optimale udrednings- og behandlingsforløb for den psykiske lidelse forudsætter, at borgeren ikke har været aktiv misbrugende i en periode. For nogle borgere er det imidlertid ikke muligt at leve op til denne forudsætning, og mange vil også opleve tilbagefald i et behandlingsforløb.

Det betyder, at der kan være behov for en parallel indsats, hvor borgeren fortsat er misbrugende i et vist omfang, samtidigt med at der er igangsat et psykiatrisk udrednings- og behandlingsforløb. Den regionale behandlingspsykiatri må ikke afvise at udrede eller behandle borgere med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug. Den konkrete indsats bygger på en individuel faglig vurdering og sker i et tæt samarbejde med misbrugsbehandlingen og evt. egen læge. Den faglige vurdering kan bygge på følgende elementer: Forventede og kendte diagnoser, risiko for forveksling af symptomer, kan patienten profitere af og deltage i behandlingen, patientens motivation, netværkets oplysninger, sociale problemstillinger o.s.v.

Færdigbehandling/udskrivelse

Psykiatrisk og somatisk afdeling skal motivere patienten til misbrugsbehandling og videregiver efterfølgende med patientens samtykke relevant information svarende til epikrise eller oplysninger om diagnose, behandling og henvisningsårsag til misbrugscentret.

Det anbefales endvidere, at der tidligst muligt under indlæggelsen rettes henvendelse til misbrugscenteret, så et parallelforløb kan påbegyndes, og kommunen får mulighed for at planlægge et tilbud om misbrugsbehandling, når patienten udskrives fra psykiatrisk afdeling. Derved undgås et slip fra et behandlingstilbud til et andet.

For patienter indvisiteret i både misbrugscentret og i ambulant behandling på psykiatrisk afdeling forudsættes, at den anden instans orienteres skriftligt ved planlagt afslutning, eller hvis patienten afbryder behandlingen.

Fælles forpligtigelse til kompetenceudvikling

En kvalificeret og helhedsorienteret indsats for borgere med psykiske lidelser og misbrug forudsætter et højt kompetenceniveau blandt de involverede aktører, herunder i de kommunale misbrugsbehandlingstilbud. Dette gælder ikke mindst kompetencer i forhold til at varetage en kvalificeret screening/validering af borgeren med en psykisk lidelse og misbrug som grundlag for den gode henvisning til nærmere psykiatrisk udredning eller behandling, jf. ovenfor.

Med aftalen forpligter aftaleparterne sig til at stille personaleressourcer til rådighed for fælles kompetenceudvikling i det omfang, det aftales lokalt.

Lokal udmøntning af samarbejdsaftalen

Denne samarbejdsaftale skal implementeres lokalt i mellem den enkelte psykiatriske afdeling og de omkringliggende kommuner. Såfremt der er behov for supplerende aftaler, indgås de lokalt.

Samarbejdet på det retspsykiatriske område

Der er udarbejdet en særskilt samarbejdsaftale for det retspsykiatriske område.

3. Samarbejdet – særligt for børn og unge

Udover de ovennævnte forhold er der for børne- og ungemålgruppen en række særlige forhold der skal være opmærksomhed på i samarbejdet.

Målgruppe

Børne- og ungemålgruppen er i henhold til den børne- og ungdomspsykiatriske samarbejdsaftale børn og unge til og med 17 år, som formodes at have en sindslidelse, og som har behov for udredning og eventuelt et behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien. I forhold til unge på 18-19 år, der tilhører målgruppen for den regionale børne- og ungdomspsykiatri, gælder den overordnede fælles regionale samarbejdsaftale, jf. ovenfor. Her er der en særlig udfordring i forhold til snitfladen til kommunerne. Ved den unges overgang fra 17 til 18 år laves der for den enkelte unge konkrete aftaler mellem børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien, den enkelte kommune og almen praksis om sikring af overgangen fra ung til voksen.

Tidlig inddragelse af psykiatrien

For børn og unge kan det have et forebyggende sigte at børne- og ungdomspsykiatrien kommer tidligt ind i forløbet ved misbrug, hvor der også er mistanke om lettere psykiatriske lidelser, som behandles, når det giver fagligt mening og i forhold til det enkelte barn eller unges behov.

Kommunal kontaktperson

Hver kommune udpeger en kontaktperson i forhold til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Kontaktpersonen fungerer som indgang til kommunen i de tilfælde, hvor den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling er i tvivl om, hvem i kommunen der skal kontaktes. Kontaktpersonen har ikke sagsansvar i forhold til den konkrete sag, men fungerer som vejleder/guide for afdelingen for at sikre effektive forløb, og at henvendelsen ender det rigtige sted i kommunen.

Samtykke

Patienten skal give samtykke til, at de involverede parter må udveksle informationer. For børn og unge betyder dette generelt, at forældrene skal give tilladelse til udveksling af informationerne. Børn og unge under 15 år skal løbende inddrages og informeres, i det omfang de vurderes modne til at forstå indholdet og konsekvenserne af behandlingen. Unge på 15-17 år har selvbestemmelsesret i forhold til behandlingen, men forældrene skal fortsat inddrages, medmindre det konkret vurderes skadeligt for patienten.

Samarbejds- og koordineringsmøder

Der kan være et særligt behov for et møde ift. et barn eller en ung med en psykisk lidelse og samtidigt misbrug.

Hvis psykiatrien konstaterer et misbrug undervejs i behandlingsforløbet, skal der etableres kontakt til det kommunale misbrugstilbud, inden behandlingen afsluttes. Det kan evt. ske på et møde, hvor forløbet kan koordineres. Mødet kan afholdes via videokonference eller per telefon.

Endvidere skal familie og netværk tænkes ind som deltagere ved et møde, ligesom PPR og kommunens familieafdeling kan være relevante deltagere.

Henvisning

Kommunens misbrugscenter kan henvise til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Henvisningen skal indeholde de punkter, der liste op under "Den gode henvisning" inkl. de særlige forhold, der gør sig gældende for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien jf. bilag C.

4. Implementering

Implementering af den fælles regionale samarbejdsaftale påhviler i sidste ende de enkelte parter, som aftalen og de dertil hørende handlinger berører.

For at understøtte implementering af aftalen anbefales det, at implementeringen sker i et lokalt samarbejde mellem kommuner, psykiatrien, praktiserende læger og relevante somatiske behandlingstilbud indenfor de enkelte psykiatriske afdelingers optageområde. Det foreslås, at implementeringen sker inden udgangen af 1. kvartal 2015, og opfølgningen sker årligt i den efterfølgende sundhedsaftaleperiode frem til og med 2018.

Det er afgørende, at de enkelte aftaleparter afsætter de nødvendige ressourcer til implementering og opfølgning.

Implementering af aftalen fordrer endvidere, at alle parter har en tillidsfuld tilgang til opgaven og udviser en åbenhed overfor den faglighed, som samarbejdspartnerne har med sig ind i samarbejdet.

Når den fælles samarbejdsaftale implementeres, skal parterne sikre, at der tages afsæt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner³.

Endvidere skal der være en dialog om, hvilke screeningsredskaber med videre der anvendes, når misbrugscentret henviser til behandlingspsykiatrien.

Psykiatriske samordningsfora

Det er de fire psykiatriske samordningsfora, som har det overordnede tværgående ansvar for at implementere og følge op på aftalen. De fire psykiatriske samordningsfora har følgende opdeling: Sønderjylland (Tønder, Sønderborg, Haderslev, Aabenraa), Vestjylland (Fanø, Varde, Billund, Vejen, Esbjerg), Lillebælt (Kolding, Fredericia, Vejle, Middelfart, Assens, Nordfyn) og Fyn (Kerteminde, Nyborg, Ærø, Langeland, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Odense).

Det er ligeledes de fire samordningsfora, der skal pege på, hvem der står for den konkrete implementering i det pågældende område. De somatiske samordningsfora, praksiskonsulenter, de kommunale lægelige udvalg, det regionale sociale område samt PLO inddrages ligeledes i implementeringen af aftalen. Implementering og opfølgning på gennemførelse af aftalen skal være et fast punkt på de to årlige

møder i de lokale psykiatriske samordningsfora fra foråret 2015 og frem, til implementeringen er gennemført.

Monitorering og opfølgning via brug af tracerforløb

Det foreslås, at den årlige opfølgning på aftalen, sker i perioden 2015-2018, bl.a. sker via gennemførelsen af tracerforløb.

Tracerforløbet er en metode, hvor man følger borgeren/patientens "vej" gennem systemerne med henblik på at finde ud af, hvad der fungerer godt, og om der er noget, man kan blive bedre til. De borgere, der gennemføres tracerforløb på, er tilfældigt udvalgte. Kriterierne for udvælgelsen skal fastsættes sådan, at tracerforløbene gennemføres for borgere, der falder indenfor aftalens målgruppe.

Formålet er at give læring i organisationen omkring "hvornår det går galt, og hvornår det går godt i et patientforløb". Denne viden kan bruges fremadrettet i forhold til forbedringer af det tværsektorielle samarbejde og kan bidrage til, om der skal iværksættes konkrete tiltag, der kan understøtte implementeringen af strategien.

De psykiatriske samordningsfora inddrages i gennemførelsen af tracerforløbene. Der udvælges ét patientforløb fra hvert af de 4 samordningsforas områder 2 gange årligt (i 2015 dog kun 1 forløb). Der sker efterfølgende en afrapportering til det enkelte samordningsforum – både det psykiatriske og det somatiske. Dvs. i perioden 2015-2018 vil der for hvert samordningsforum blive gennemført i alt 7 patientforløb – i alt for hele regionen 28 patientforløb.

På baggrund af erfaringerne vil der evt. blive gennemført flere forløb.

Fælles mål

Med afsæt i eksisterende data opstilles der mål, som monitorer, hvor mange borgere med psykiske lidelser og misbrug der er i behandling.

3) http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2014/~/_media/2659FA01D99643F3B42CBB6B96A9928C.ashx



Samarbejds møde mellem misbrugscenter og det lokale somatiske sygehus

Det foreslås, at der regelmæssigt afholdes samarbejds møder mellem relevante somatiske afdelinger og det lokale misbrugscenter, blandt andet for at drøfte overgange mellem de somatiske afdelinger og det lokale misbrugscenter.

Videndeling og kompetenceudvikling

Videndeling og gensidig kompetenceudvikling mellem aftalens parter skal understøtte implementering af aftalen med henblik på at forbedre det samlede tilbud for borgerne.

Parterne forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik vidensdeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Omfanget og karakteren af dette aftales i de relevante implementeringsfora.

Tværasektoriel følgegruppe

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at Det Administrative Kontaktforum nedsætter en regional tværasektoriel følgegruppe, der kan understøtte implementering med supplerende initiativer (konferencer, oplæg, kompetenceudvikling mv.) og løbende medvirke til opfølgningen på den regionale samarbejdsaftales anbefalinger.

Følgegruppen kan endvidere bistå i forbindelse med gennemførelsen af tracerforløbene samt evt. udarbejde fælles materiale mv. og medvirke til vidensdeling på tværs af de fire psykiatriske samordningsfora. Følgegruppen nedlægges ved udgangen af 2018.

Følgegruppen sammensættes af repræsentanter fra bruger-/ pårørendeorganisationer, kommuner, almen praksis, somatik, psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

5. BILAG

Bilag A: Fælles overblik over opgavefordelingen

	Borger/netværk	Kommune (M = misbrugscenter, Ø = øvrige kommunale funktioner)	Behandlingspsykiatri
Opsporing	<ul style="list-style-type: none"> • Spørg om hjælp ved praktiserende læge eller misbrugscenter • Motivér til behandling 	<p>Ø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spørg om hjælp ved egen læge eller misbrugscenter • Motivér til behandling <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information om tilbud og tilgængelighed 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvielse og overdragelse til misbrugsbehandling
Udredning/undersøgelse	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte op om fremmøde 	<p>Ø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtte op om fremmøde <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udredning for misbrug • Vurdering mhp. henvielse til psykiatrisk udredning • Støtte op om fremmøde 	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte og motivér ift. fremmøde i misbrugscenter • Psykiatrisk udredning af henviste borgere fra praktiserende læge og misbrugscenter
Behandling/indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte op om fastholdelse i behandling 	<p>Ø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Støtte og motivér til behandling <p>M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrusning/afgiftning • Behandling • Støtte op om fastholdelse i behandling og opsøgende arbejde hvis borger falder ud af behandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter 	<ul style="list-style-type: none"> • Afrusning/afgiftning • Misbrugsbehandling af indlagte • Behandling af psykiatrisk lidelse • Støtte op om fastholdelse i behandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter

Somatik	Praktiserende læge	Privatpraktiserende psykiatere
<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og overdragelse til misbrugsbehandling
<ul style="list-style-type: none"> • Støtte og motivér ift. om fremmøde i misbrugscenter og psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til udredning og behandling i psykiatri og kommunal misbrugsbehandling • Støtte op om og motivér ift. fremmøde 	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til udredning og behandling i kommunal misbrugsbehandling • Støtte op om og motivér ift. fremmøde
<ul style="list-style-type: none"> • Afrusning/afgiftning • Støtte op om fastholdelse i behandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling af psykiatrisk lidelse • Alkoholbehandling • Støtte op om fastholdelse i behandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandling af psykiatrisk lidelse • Støtte op om fastholdelse i misbrugsbehandling • Orientering til samarbejdsparter hvis borgere har et ikke planlagt stop i behandlingen • Konkret opgavefordeling aftales med samarbejdsparter

Bilag B: Målgruppe-oversigt

	Psykisk lidelse: let, kat. 1	Psykisk lidelse: moderat, kat. 2	Psykisk lidelse: svær, kat. 3
Den psykiske lidelses sværhedsgrad (NB! Listen er ikke udtømmende men omfatter kun de større diagnosegrupper)	<ul style="list-style-type: none"> • Lette depressioner • Lette angsttilfælde • Mindre kriser (Adfærdsproblemer)	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive lidelser • Skizotypi • ADHD • Uafklaret diagnostisk • Nervøse og stressrelaterede tilstande • Personlighedsforstyrrelser (Adfærdsproblemer)	<ul style="list-style-type: none"> • Affektive lidelser • Skizofreni • Psykoser • ADHD • Nervøse og stressrelaterede tilstande • Personlighedsforstyrrelser (Adfærdsproblemer)
Aktører	<ul style="list-style-type: none"> • Misbrugscenter • Praktiserende læge • Arbejdsgiver/uddannelsessted • Netværk • Andre kommunale tilbud/foranstaltninger • Rådgivning fra behandlingspsykiatri • Somatisk sygehus • Privatpraktiserende psykiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspsykiatri • Misbrugscenter • Praktiserende læge • Netværk • Socialpsykiatri • Andre kommunale foranstaltninger • Somatisk sygehus • Privatpraktiserende psykiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingspsykiatri • Misbrugscenter • Socialpsykiatri • Netværk • Andre kommunale foranstaltninger • Praktiserende læge • Somatisk sygehus • Privatpraktiserende psykiater
Voksenpsykiatrien		Udredning og parallelforløb for moderat og svær kategori	
Børne- og ungepsykiatrien	Fokus på forebyggelse, udredning og parallelforløb		

Sociale forhold mv.

I forbindelse med vurdering i forhold til den overordnede målgruppebeskrivelse skal der altid udredes og vurderes på den enkelte borgers sociale forhold samt belastningsgraden i forhold hertil. Dette omfatter bl.a. beskæftigelse, boligsituation/hjemløshed, familie/netværk, sociale kompetencer, evt. kriminalitet, økonomi mv.

Endvidere skal borgerens generelle sundhedstilstand og egenomsorgsevne skal også indgå i vurderingen. Ved større sociale og andre belastningsfaktorer er kravet til koordination betydeligt og kan ofte have indflydelse på, hvilke tilbud til borgeren der er nødvendige.

Bilag C: Den gode henvisning

For råd og sparring kontaktes den lokale psykiatriske afdeling.

Modtager	Til hvem/hvad henvises patienten
Stamdata	Patientens data: Navn, CPR.nr, adresse, tlf.nr. Særligt for patienter under 18 år: Navn og adresse på forældremyndighedsindehaver.
Særlige forhold	Oplysninger vedr. værge, behov for tolk, befordring
Diagnoser	<ul style="list-style-type: none">• Formodet Henvisningsdiagnose (misbrug/psykiatri)• Bi-diagnoser, herunder somatiske diagnoser samt diagnoser vedr. misbrug
Henvisningsårsag/ kliniske oplysninger	<ul style="list-style-type: none">• Kort aktuel anamnese med objektive fund – hvorfor ønskes patienten henvist?• Undersøgelsesresultater med relevans for aktuelle problemstilling (Her vedlægges resultatet af de lokalt aftalte valideringsredskaber)• Tidligere psykiatrisk behandling• Kendte allergier• Patientens aktuelle medicin (SKAL oplyses. Får patienten ingen medicin, skal det fremgå af henvisningen)• Oplysninger om evt. misbrug• Relevante sociale forhold<ul style="list-style-type: none">- For voksne, eks. vis information om mindreårige børn, arbejdsforhold- For børn/unge, eks. vis oplysninger vedr. familie/skole• Vigtig information givet til patienten/pårørende<ul style="list-style-type: none">- Særligt for patienter, der henvises til ATT (se link i kildeangivelsen nederst)- Særligt for patienter med spiseforstyrrelse (se link i kildeangivelsen nederst)- Særligt for patienter, hvor der er mistanke om demens (se link i kildeangivelsen nederst)- Særligt for patienter der henvises til Børne- og ungdomspsykiatrien – supplerende oplysninger der kan indgå (se link i kildeangivelsen nederst)
Oplysninger om henviser	Herunder navn, stilling, adresse og tlf.nr.

Kilde: <http://inonet.regionsyddanmark.dk/?FlowID=7309&BookID=41#DokID=34767>

Bilag D: Ordforklaring

Når der samarbejdes på tværs optræder der ofte en række ord og begreber, som har forskellig betydning afhængigt af, om man er i behandlingspsykiatrien, misbrugscenter eller en anden faglig enhed. Derfor er der nedenfor oplyst en række af de termer, der typisk optræder i samarbejdet.

Ordforklaringerne er ikke ment som en endeligt udtømmende definitioner, men forklaringerne skal derimod opfattes som en afklarende forståelsesramme, der kan bruges som udgangspunkt for den lokale dialog og samarbejde.

Rusmiddelbrug

ALKOHOL ⁴	
Storforbrug af alkohol	Der er tale om et storforbrug af alkohol, hvis forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser (14 genstande pr uge for kvinder og 21 genstande pr. uge for mænd)
Skadeligt alkoholforbrug	Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade (fysisk eller mentalt), og hvor patienten ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed.
Alkoholafhængighed	Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen.

STOFFER	
Socialstyrelsens definition på stofmisbrug mv.⁵	<p>Et menneske med stofmisbrug er fysisk og/eller psykisk afhængigt af et eller flere bevidsthedsændrende stoffer (rusmidler) i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående samt samfundet. Rusmidler er her defineret som illegale stoffer og beroligende medicin (benzodiazepiner).</p> <p>De illegale stoffer inddeles ofte i disse hovedgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cannabis (hash mv.)• Centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin og ecstasy mv.)• Opioider (heroin og opium mv.)• Andre rusmidler (beroligende medicin, hallucinogener som svampe, lsd m.m., khat, inhalater mv.)
Sundhedsstyrelsens definition på stofmisbrug mv.⁶	<p>Stoffer defineres som euforiserende stoffer, herunder hash, amfetamin, kokain, ecstasy samt andre stoffer, der kan have en euforiserende virkning, fx receptpligtig medicin og lighergas.</p> <p>Eksperimenterende brug af stoffer defineres som sjældent og korterevarende brug af stoffer. Det eksperimenterende brug kan glide over i et regelmæssigt brug af stoffer.</p> <p>Regelmæssigt brug af stoffer defineres som gentagende og længerevarende brug af stoffer. Det regelmæssige stofbrug kan glide over i et decideret stofmisbrug og/eller afhængighed.</p> <p>Stofmisbrug defineres som vedvarende og skadeligt brug af stoffer. Skaderne vedrører brugerens psykiske og fysiske tilstand samt sociale relationer.</p> <p>Afhængighed: Man er afhængig af et stof, når tre eller flere af seks af WHO's kriterier for afhængighed er opfyldt. Se kriterierne her: http://stofinfo.sst.dk/misbrug.</p> <p>Stofbrug angives som en fællesbetegnelse for eksperimenterende brug af stoffer, regelmæssigt brug af stoffer, stofmisbrug og afhængighed. Hvilken tilstand, der er mest i fokus, afhænger af konteksten.</p> <p>Rusmidler defineres som alle substanser, som indtages med henblik på en rusvirkning, herunder alkohol og euforiserende stoffer.</p>

Udredning i behandlingspsykiatrien

En henvist patient visiteres til én af tre mulige udredningspakker, der varierer i tidsmæssigt og indholdsmæssigt omfang. Pakketype afgøres blandt andet ud fra hvor deltaljeret henvisningen er.

Af pakkerne fremgår eksempler på en række ydelser, der kan indgå i udredningen, herunder anamnese, psykiatrisk undersøgelse, supplerende diagnosespecifikke udredninger, gradvurdering og en afsluttende tilbagemelding. For børne- og ungdomspsykiatrien kan der suppleres med forældresamtale, miljøobservation og netværksmøde.

Behandlingsplan i behandlingspsykiatrien

En behandlingsplan indeholder oplysninger vedrørende psykiatriske og somatiske diagnoser, psykisk status, somatisk status, status på sociale forhold og netværk, behandlingsmål, undersøgelsesprogram, behandling, efterbehandling, rehabilitering og patientens holdning samt informeret samtykke.

Planer i kommunalt regi

På kommunalt niveau arbejdes med en række planer afhængig af den enkelte borgers situation, forsørgelsesgrundlag m.m. Der kan eksempelvis være tale om behandlingsplan på misbrugsbehandlingstilbud, social handleplan efter Servicelovens § 141 for voksne, § 140 for børn og unge, jobplan efter beskæftigelseslovgivningen samt opholdsplan, hvis borgeren har ophold på midlertidigt eller længerevarende botilbud. Dette fordrer et stærkt fokus på intern kommunal koordination i forhold til den enkelte borger og på koordination mellem kommune, regional psykiatri og andre aktører.

4) Iht. Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsens kliniske vejledning:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2010/cff/alkohol/alkoholvaner.pdf>

5) Iht. Socialstyrelsens vidensnotat "Mennesker med stofmisbrug":

<http://www.socialstyrelsen.dk/om-os/viden-der-virker/mennesker-med-stofmisbrug>

6) Iht. Sundhedsstyrelsens "Forebyggelsespakke stoffer":

<http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/12dec/ForebyggelsespakkeStoffer.pdf>

Bilag E: Deltagerliste – arbejdsgruppe der har udarbejdet den fælles samarbejdsaftale

Bruger- og pårørendeorganisationer

Kirsten Hansen, Bedre Psykiatri

Karen Thomsen, Sind

Kommuner

Gert Muntzberg, Svendborg Kommune, centerleder, kommunal medformand for arbejdsgruppen

Gitte Fisker, Kolding Kommune, institutionschef

Vibeke Kyhl Haugaard, Aabenraa Kommune, specialkonsulent

Tommy Neesgaard, Faaborg-Midtfyn Kommune, leder

Inge Fugl, Odense Kommune, overlæge

Jan Christiansen, Esbjerg Kommune, afdelingsleder

Mette Strunge Dubert, Svendborg Kommune, AC-medarbejder, kommunal sekretær for arbejdsgruppen

Praktiserende læger

Mireille Lacroix, Lægerne i Skaarup, praktiserende læge, psykiatri-praksiskonsulent

Somatiske sygehuse

Gitte Ladefoged, Sydvestjysk Sygehus, Fælles Akutmodtagelse, sygeplejerske

Hanne Svenningsen, Svendborg sygehus, konstitueret udviklingssygeplejerske

Region Syddanmarks sociale område

Helle Friedrichsen, Center for Misbrug og Socialpsykiatri, vicecenterleder

Psykiatrien i Region Syddanmark

Magnus Petersen, Psykiatrisk Afdeling Svendborg, ledende overlæge

Rene K. Andersen, Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe, ledende overlæge

Poul Erik Rask Pedersen, Børne- og Ungdomspsykiatri Kolding-Augustenburg, socialrådgiver

Rikke Sveistrup, Retspsykiatrisk distriktspsykiatri Middelfart, afdelingssygeplejerske

Anette Bækgaard Jakobsen, Psykiatri- og Socialstaben, afdelingschef, regional medformand for arbejdsgruppen

Asger K. Kjellerup, Psykiatri- og Socialstaben, specialkonsulent, regional sekretær for arbejdsgruppen

Øvrige ressourcepersoner

Jørgen Maibom Dall, Esbjerg Kommune, socialrådgiver

Birthe Navntoft, Region Syddanmark, Psykiatri- og Socialstaben, projektleder/proceskonsulent

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Telefon 7663 1000
regionsyddanmark.dk



13588 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 02.2015

Region Syddanmark og de 22 kommuner

