

Til drøftelse og prioritering på politisk dialogmøde den 12. oktober 2016

6. OKTOBER 2016

## Psykiaritemaer til indarbejdelse i KKR-mål for sundhed

### Formål

- På mødets første del skal deltagerne drøfte, hvad vi som kommuner i hovedstadsregionen kan, vil og *gør sammen* i de kommende år på psykiatriområdet.
- Vi skal således fokusere på kommunernes egen banehalvdel og finde frem til et fælles udgangspunkt på det kommunale psykiatriområde.
- Drøftelsen vil tage udgangspunkt i de temaer på psykiatriområdet, som fremgår af dette notat.
- Efter mødet vil de valgte psykiaritemaer blive indarbejdet i KKR-målene for sundhed (den orange pjece), så somatik- og psykiaritemaer fremstår integreret i ét fælleskommunalt papir.
- KKR-målene erstatter de "gamle" rammepapirer for hhv. somatik og psykiatri.

---

### Kort om temaerne

I dette papir beskrives et bud på tre psykiaritemaer, som kan indarbejdes i papiret med KKR-mål for sundhed:

- Øget fokus på somatisk sygdom og livsstil hos borgere med psykiske lidelser
- Akutfunktioner til borgere med psykiske lidelser
- Styrket indsats for borgere med psykiske lidelser og misbrug (dobbeltdiagnoser)

Temaerne er bud på, hvad der er *vigtigst* at samarbejde fælleskommunalt om i de kommende år og indeholder eksempler på, *hvordan* vi kan gøre det.

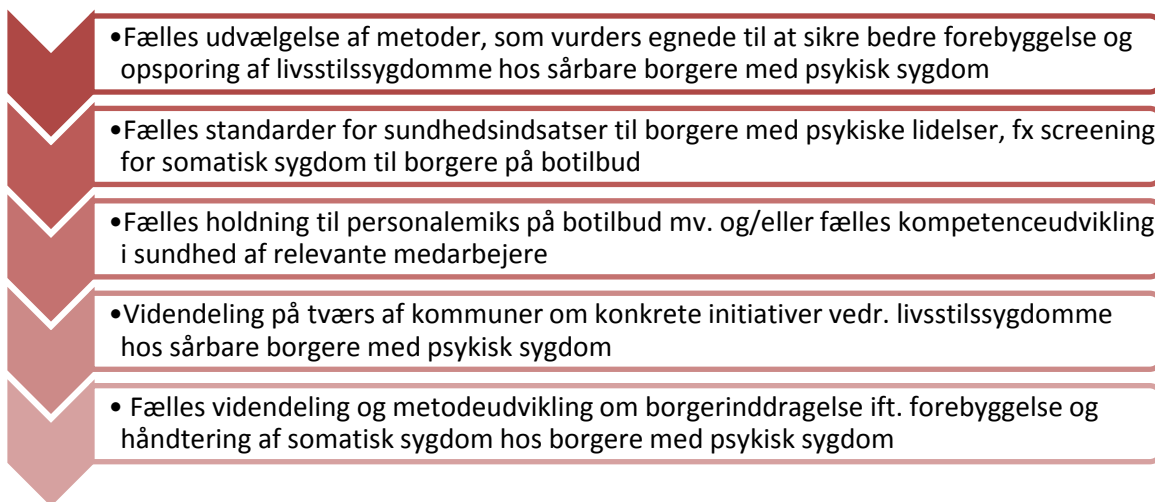
Alle kommuner har hen over sommeren haft mulighed for at give skriftligt input til, hvilke psykiaritemaer de ser som de væsentligste i de nye KKR-mål for sundhed. Tilbagemeldingerne viste en række temaer, som er drøftet på et administrativt dialogmøde den 15. september 2016. På dialogmødet kvalificerede de deltagende direktører og sundhedschefer temaerne.

## Tema 1: Øget fokus på somatisk sygdom og livsstil hos borgere med psykiske lidelser

Udsatte borgere med psykiske lidelser lever i gennemsnit mellem femten og tyve år kortere end almenbefolkningen. Det skyldes blandt andet, at sårbare borgere med psykiske lidelser har mere usunde kostvaner, ryger mere, drikker mere alkohol og er mindre fysisk aktive end resten af befolkningen. Derfor rammes de oftere af fysisk sygdom og 60 pct. af overdødeligheden skyldes især sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, diabetes, kræft, infektion og andet. Disse borgere søger ofte ikke støtte eller hjælp på egen hånd.

Kommunerne besidder viden og erfaringer, som vi i fællesskab kan sætte i spil og bruge til at inspirere hinanden. Det opleves dog også meget vanskeligt at arbejde forebyggende på feltet. Der vurderes således at være et potentiale i at kommunerne i fællesskab sætter en mere systematisk ramme for, hvordan vi udvikler evidens på området og hvordan vi arbejder med livsstil for målgruppen. Konkrete indsatser kan omfatte fælles metodeudvikling og videndeling. Der kan også sættes fokus på personalets kompetencer og sammensætning, herunder sikring af sundhedskompetencer i sociale og pædagogiske indsatser til målgruppen. Et særligt fokusområde kan være borgerinddragelse, idet der er særlige udfordringer hos borgere, som også har psykiske og/eller sociale vanskeligheder.

**Figur 1: Hvordan kan vi samarbejde?**



### **Borgercase: Elsebeth holder op med at ryge og nedsætter sit forbrug af medicin**

Elsebeth slås med depression og kommer ofte på værestedet Caféen. Elsebeth startede med at ryge, da hun var 13 år. Hun vil egentlig gerne stoppe med at ryge, men det forekommer uoverskueligt for hende. Da værestedet Caféen tilbyder rygestopkurser med gratis nikotinplaster og tyggegummi, beslutter Elsebeth sig for at springe på. Det er en hård proces med mange op- og nedture, særligt fordi rygestoppet betyder ekstra kilo på sidebenene. Efter et år er det lykket Elsebeth at blive helt røgfri. Hun har på rygestopkurset lært at sætte nye vaner i stedet for de gamle, fx belønner hun ikke længere sig selv med en smøg og en kop kaffe, men ved at få ordnet negle og hår hver fjerde uge. For Elsebeth har rygestoppet betydet, at konditionen er bedre og smags- og lugtesanserne er vågnet igen. Det bedste er dog, at hun også har nedsat sit forbrug af den medicin hun tager for depressionen.

## Tema 2: Akutfunktioner til borgere med psykiske lidelser

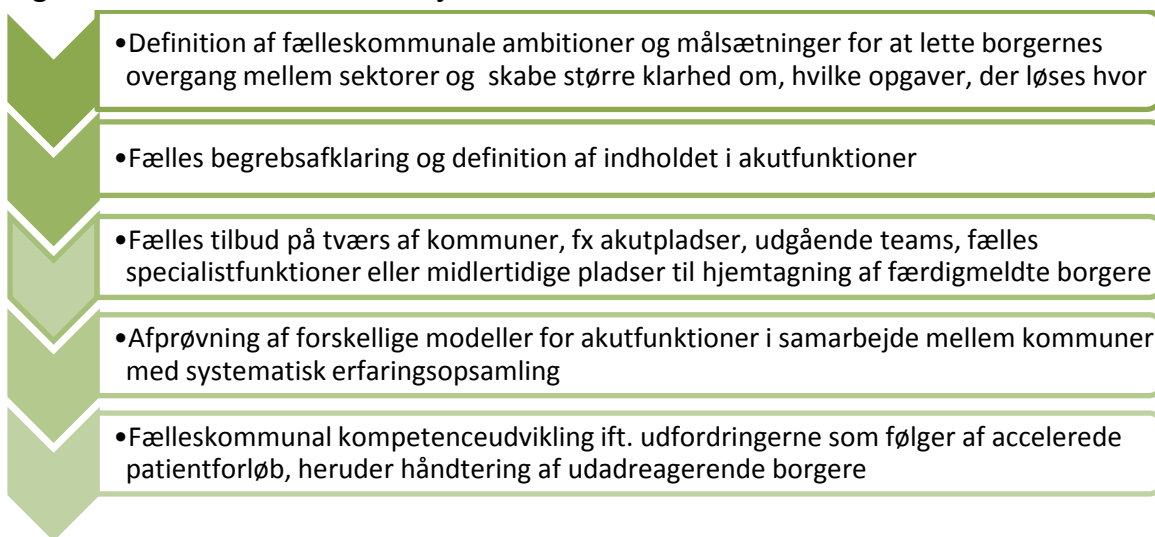
Borgere med psykiske lidelser udskrives i dag tidligere fra behandling på de psykiatriske afdelinger, ligesom udviklingen går i retning af mere psykiatrisk behandling i eget hjem. De korte forløb betyder, at det ikke er alle borgere, der kan komme direkte tilbage til egen bolig med almindelig bostøtte.

Formålet med at oprette akutfunktioner til borgere med psykiske lidelser er dels at sikre en god overgang fra psykiatrisk behandling til eget hjem, og dels at forebygge (gen)indlæggelser. En del kommuner er allerede i gang med at arbejde med akutfunktioner. Det kan være telefonlinjer, teams af sygeplejersker eller hjemmevejledere, der kører ud til borgerens eget hjem, eller fysiske pladser, hvor borgeren kan overnatte.

Der kan være behov for, at kommunerne står sammen om hvilket niveau borgere, hospitaler og læger kan forvente – selvfølgelig med mulighed for at enkelte kommuner kan vælge at opprioritere tilbuddene ud over det fælles niveau.

De korte behandlingsforløb er desuden medvirkende til at kommunerne oplever flere udfordringer med udadreagerende borgere. Der peges på et behov for at arbejde med kompetenceudvikling af personalet på tilbuddene.

### Figur 2: Hvordan kan vi samarbejde?



### Borgercase: Henrik får hjælp hos kommunens akutteam

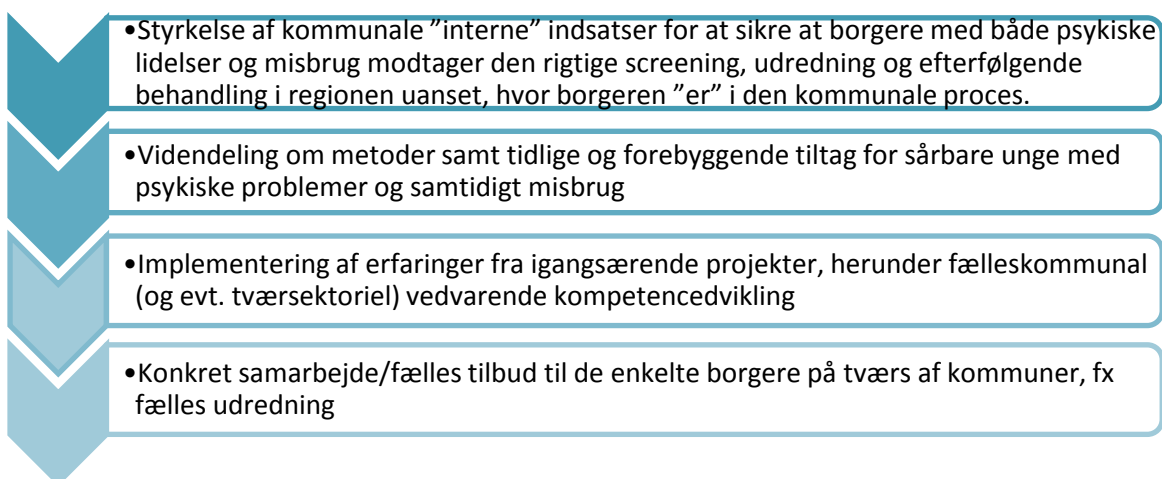
Henrik er uddannet ingeniør, men har aldrig rigtig fået fodfæste på arbejdsmarkedet. Han har tidligere været i behandling for en psykisk lidelse, men har været stabil i længere tid. Henrik føler ikke at han slår til og er i stigende grad utryk ved at gå ud. Det er blevet rigtigt slemt efter en længere skilsmisssag og en periode med arbejdsprøvning, uden den store succes. Henriks sagsbehandler råder ham til at kontakte kommunens akuttilbud. Henrik foretrækker at mødes med akuttilbuddets medarbejder i sit eget hjem, hvor han føler sig mere tryk. Sammen laver de en kriseplan som i første omgang handler om at etablere sikkerhed og tryghed for Henrik. Medarbejderen mødes med Henrik næsten dagligt i den første periode. Sammen med sagsbehandleren og den psykiater, som Henrik tidligere har gået hos, lykkes det i fællesskab på kort sigt at skabe sikkerhed og tryghed for Henrik. På længere sigt får de lagt en plan for, hvad der skal til for at Henrik kan komme videre med sit mål om at få et arbejde.

### Tema 3: Styrket indsats for borgere med psykiske lidelser og misbrug (dobbeltdiagnoser)

Der er en gruppe af borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som let falder mellem to stole. Ansvar for at tilbyde borgeren behandling er delt; kommunerne varetager misbrugsbehandlingen, og regionerne varetager behandlingen af den psykiske lidelse. Det er tit vanskeligt at få de to behandlingsspor til at fungere optimalt sammen. Ofte forudsætter psykiatrien, at borgeren modtager alkohol- eller stofafvænnning inden behandlingen i psykiatrien startes og vice versa. Målgruppen ses bl.a. i kommunens socialafdeling og på herberger.

Der er en selvstændig problemstilling vedrørende sårbare unge, der psykisk mistrives og har et misbrug af rusmidler. Der peges på, at tidlige og forebyggende tiltag for denne gruppe kan bidrage til at forhindre, at den unge bliver en del af det etablerede sociale system og/eller behandlingspsykiatrien. Derudover kan tidlige og forebyggende tiltag bidrage til at fastholde unge i uddannelse/job og hjælpe de unge, som er faldet ud af uddannelse eller arbejdsmarkedet, til at få reetableret tilknytningen.

#### Figur 3: Hvordan kan vi samarbejde?



#### Borgercase: Bo får samtidig behandling for sin psykiske lidelse og misbrug

Bo er 45 år. Han lider af skizofreni og har samtidig et alkoholmisbrug. Bo sover ofte på Blå Kors' herberg. Her taler han ind i mellem med kommunes kontaktperson, Hanne. Hanne tager en dag en længere snak med ham, om hele hans tilværelse. De starter sammen på en handleplan for Bo. Bo har brug for at blive ordentligt diagnosticeret og udredt på et integreret botilbud, som er særligt målrettet mennesker med dobbeltdiagnose. Bo får plads på Poppelgården. Først nægter han, men Hanne foreslår, at de bare tager hen og besøger stedet og at han kan tage sin bror med. Bo kan lide stedet og bliver straks indkvarteret. Da det er konstateret at Bo lider af skizofreni og har et alkoholmisbrug, tager alle fagpersonerne en samlet snak, hvor Bo og Hanne også deltager. De bliver enige om behandlingsforløbet samt hvilke fagpersoner, der er ansvarlige for hvad. Efter en periode begynder Bo at respondere positivt på behandlingen, og hans misbrug reduceres betydeligt. Bo indstilles til en førtidspension. Hanne har også hjulpet Bo med langsomt at vende tilbage til egen lejlighed ved bl.a. at skabe kontakt til et socialpsykiatrisk værested 'lige rundt om hjørnet'.

---

## **Sundhedsaftale og praksisplan – hvordan hænger de sammen med KKR-målene (psykiatri)?**

Det korte svar er, at KKR-målene handler om, hvad vi som kommuner sammen vil gøre, på den kommunale bane, mens sundhedsaftalen og praksisplanen vedrører forholdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Sundhedsaftalen og praksisplanen har altså et *tværsektorielt* fokus, mens KKR-målene har et *tværkommunalt* fokus.

Men hvad vi kan og gør som kommuner, betyder naturligvis noget for vores muligheder for at få nogle ønsker og tiltag igennem på den tværsektorielle bane. Ligesom at indsatser fra hospitaler og almen praksis ofte er vigtige forudsætninger for, at vi kan lykkes med det vi vil som kommuner. På den måde kan KKR-målene spille sammen med og/eller understøtte indsatserne i sundhedsaftalen og praksisplanen.

Neden for er nævnt nogle eksempler på, hvad der er aftalt i sundhedsaftalen og praksisplanen inden for de nævnte tre temaer:

### **Øget fokus på somatisk sygdom og livsstil hos borgere med psykiske lidelser**

- Inden for rammen af forløbsprogrammerne, skal der udvikles differentierede tilbud i det tværsektorielle rum til borgere med kronisk sygdom og med øget behov for koordinering og fleksibilitet. Arbejdsgruppen for patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom har valgt borgere med psykiske lidelser og diabetes som målgruppe.

### **Akutfunktioner til borgere med psykiske lidelser**

- (Dette emne omtaler sundhedsaftalen ikke).

### **Dobbeltdiagnoser:**

- Udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for samarbejdet om mellem region og kommuner om udredning og behandling af såvel psykiske lidelser som misbrug. Dette skal ske med udgangspunkt i lokale erfaringer og eksisterende projekter og skal tilpasses de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner. Bl.a. følges to projekter mellem København og Region Hovedstadens Psykiatri om hhv. koordinerede indsatsplaner og fælles team, som udfører opsøgende og integreret behandling på botilbud.